



การฝึกอบรม

หลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน
ครั้งที่ 1



HEALTHY THINKING The Strategic **CFO**

THE STRATEGIC CFO AS CHANGE AGENT

วันที่ 26-28 มิถุนายน 2561

ณ ห้องประชุม Cosmos ชั้น 4

โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัน แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี



“เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

สังคมโดยทั่วๆ ไป จะพบปัญหาเรื่องของความเหลื่อมล้ำ
ดังนั้นจะทำอย่างไรที่ทำให้สังคมทั้งหมด
เป็นแบบ Universal โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง
โดยคำว่า Universal รวมถึงกลุ่มคนพิการด้วย

นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ

รองเลขาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

วันที่ 26 มิถุนายน 2561

▶ พิธีเปิดการฝึกอบรม	4
กล่าวเปิดการฝึกอบรมให้โอวาทกับผู้เข้าอบรม โดย นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
▶ CFO และสถานการณ์สุขภาพภายใต้การบริหารกองทุน UC	6
โดย นพ.ชูชัย ศรชำนิ รองเลขาธิการ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
▶ CFO กับความคาดหวัง	12
โดย อ.ทวีศรี กรีทอง ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล	
▶ การบริหารกองทุนสุขภาพและการเงินการคลังของระบบ UHC	18
โดย นพ.พรเทพ โชติชัยสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักบริหารแผนและงบประมาณ	

วันที่ 27 มิถุนายน 2561

▶ การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0	56
โดย อ.ทวีศรี กรีทอง ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล	
▶ การเงินการคลังในระบบบริการสาธารณสุข	78
โดย นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน รพ.รามธิบดี	

วันที่ 28 มิถุนายน 2561

▶ ระบบหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพในประเทศไทย	105
โดย ญ.ดร.วัลย์พร พัทธนฤมล ผอ.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	
▶ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับการจัดการการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	121
โดย รศ.ดร.สุนธรา คงศรี ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล	

ภาคผนวก

กำหนดการการฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน ครั้งที่ 1 ณ ห้อง Cosmos ชั้น 4 โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

กล่าวเปิดการอบรม

หลักสูตร CFO

และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 1)



นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา

เลขาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

*“สปสช. ให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์”
เพราะ “คน” ถือเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญที่สุด
เนื่องจาก “คน” มีมิติเชิงปริมาณและคุณภาพซึ่งส่งผลต่อผลผลิต
การอบรมครั้งนี้จึงเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร
และเป็นการเตรียมบุคลากร
เพื่อการทำงานระบบหลักประกันในอนาคต*

CFO และสถานการณ์สุขภาพ ภายใต้การบริหารกองทุน UC



นพ.ชูชัย ศรชำนิ

รองเลขาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“แก่นแกนของ Strategic CFO”

คือ จะทำอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด
แก่นแกน คือ Pooled funds แต่ต้องบริหารแบบ Public ซึ่งยังไม่ครอบคลุม
และการบริการก็ต้องครอบคลุมด้วย สาเหตุที่ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจาก

- 1) เรายังไม่มีชุดสิทธิประโยชน์หรือมีแต่ยังไม่มากพอ
- 2) มีอุปสรรค (Barriers) โดยเฉพาะ Barriers ทางสังคม
- 3) Reduce the direct payment

สิ่งที่ สปสช. ยืนยันมานาน คือ ความพยายามที่จะใช้วิธีทาง Universal
ซึ่งหมายถึง “จะยากดีมีจนอย่างไร เราใช้ระบบเดียวกัน”

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 1)
วันที่ 26 มิถุนายน 2561

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 1)

วันที่ 26-28 มิถุนายน 2561

ณ ห้อง Cosmos ชั้น 4

โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

วันที่ 26 มิถุนายน 2561

08.30 – 08.45 น. กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม

รองผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคลและพัฒนาองค์กร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ดร.จิรัชญา เชียงกุล) กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม

วันนี้เป็นวันที่ดีวันหนึ่ง ที่พวกเราได้มีโอกาสได้มาพบกัน ทั้งส่วนกลางและเขต ผ่านหลักสูตร CFO และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 1) หลักสูตรนี้ ถือได้ว่าเป็นหลักสูตรใหญ่ที่สุดในปี 2561 โดยมีระยะเวลาในการจัดอบรมตลอดหลักสูตรจำนวนทั้งสิ้น 9 วัน แบ่งการอบรมเป็น 3 ครั้งๆ ละ 3 วัน

ที่มาของหลักสูตรนี้ เกิดจากแนวคิดของท่านประธาน นพ.ชูชัย ศรชำนิ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ท่านเห็นความสำคัญในเรื่องของการบริหารการเงินการคลังและหลักประกันสุขภาพ ซึ่งท่านเห็นว่ามีมีความสำคัญและเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญ เพื่อให้เรามีความรู้ความเข้าใจ ทั้งนี้หลักสูตรนี้เคยจัดอบรมมาแล้วครั้งหนึ่งที่เขตนครสวรรค์ สมัยที่คุณหมอชูชัย เคยดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการเขตนครสวรรค์ และมีท่านอาจารย์ทวิศรี กริทอง มาแลกเปลี่ยนให้ความรู้กับเรา ซึ่งทั้ง 2 ท่านเคยเข้าร่วมการจัดอบรมหลักสูตร CFO นี้กับเรา

สปสช.มีทีมวิชาการซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูง ร่วมกับทีม HR ได้มีโอกาสจัดหลักสูตรนี้ โดยทีมวิชาการเป็นผู้บริหารระดับสูงที่มาช่วยกันออกแบบหลักสูตร เช่น อาจารย์ชูชัย อาจารย์วิทยา อาจารย์พรเทพ อาจารย์ทวิศรี มาช่วยกันออกแบบหลักสูตร โดยในการอบรมครั้งนี้มีทีม Facilitator จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ 1) พันเอกหญิง พนมวัลย์ บุญยมานพ รองประธาน Cluster 2) อ.กนิษฐ์ สังข์สุวรรณ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช.เขต 2 พิษณุโลก 3) อ.เต็มชัย เต็มยิ่งยง รองผู้อำนวยการ สปสช. เขต 1 เชียงใหม่ 4) อ.ปฏิภาศ นมะหุต ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช.เขต 3 นครสวรรค์ 5) อ.จรีรัตน์ ยงค์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช.เขต 11 สุราษฎร์ธานี



6) อ.ดุสิต ศรีโคตร ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปลช.เขต 7 ขอนแก่น มาช่วยกระตุ้นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในกลุ่ม ซึ่งทุกกลุ่มจะมี Facilitator คอยเป็นพี่เลี้ยงหรือช่วยเหลือในกลุ่ม

วัตถุประสงค์ในการฝึกอบรมในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารงบประมาณ กลไกการซื้อบริการสุขภาพ การบริหารกองทุน การใช้กลไกในการเบิกจ่ายงบประมาณค่ารักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ การบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพร่วมกัน ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล และประหยัดต้นทุนในระดับประเทศ

ซึ่งหลักเกณฑ์ในการเข้ารับการอบรมตลอดหลักสูตร 9 วัน ผู้เข้าร่วมการอบรมจะได้รับใบประกาศนียบัตร (Certification) โดยมีเงื่อนไข คือ ทุกคนต้องเข้ารับการอบรมไม่น้อยกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ และต้องมีการลงชื่อในใบลงทะเบียนทั้งภาคเช้าและบ่าย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเรียนรู้การบริหารงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยจะต้องมีการส่งชิ้นงาน 2 ชิ้น ทั้งนี้ให้แต่ละท่านเลือกว่าจะทำสรุปในหัวข้อใด ซึ่งหัวข้อทั้งหมดมีอยู่ประมาณเกือบ 20 หัวข้อ โดยขอให้ท่านช่วยไปแจ้งชื่อและหัวข้อที่ท่านเลือกกับคุณพีระศิลป์ รัตนศิริคุณกร ซึ่งสามารถเลือกสรุปได้คนละ 2 หัวข้อได้ จากทั้งหมดตลอดหลักสูตร 9 โดยกำหนดให้มีผู้สรุปในแต่ละหัวข้อ

รูปแบบในการอบรมเชิงปฏิบัติการจะเป็นลักษณะ Adult learning คือ ภายหลังจากที่ได้มีการทบทวนการเรียนรู้จะต้องมีความรู้ไป และในทุกๆ หัวข้อจะพยายามให้มี Workshop ในแต่ละหัวข้อ ซึ่งเป็นลักษณะการเรียนรู้ของ Adult Learning และมีการรายงานสรุปตอนท้าย (Wrap-up) ในแต่ละหัวข้อ ซึ่งสร้างให้เกิดกระบวนการทำงานเป็นทีม ดังนั้นในแต่ละทีมแต่ละกลุ่มจะต้องส่งตัวแทนในกลุ่มขึ้นมา Wrap-up ด้วย ยกตัวอย่างเช่น การอบรมของวันนี้จะมีการบรรยายของ นพ.ชูชัย นพ.พรเทพ และอาจารย์ทวีศรี แต่ละกลุ่มจะส่งผู้แทนและแจ้งว่าท่านจะขอสรุป (Wrap-up) ใน Section ของอาจารย์ท่านใด ประมาณหัวข้อละไม่เกิน 10 นาที ทั้งนี้อาจจะมีการตั้งชื่อกลุ่มและขอเลือกหัวข้อของอาจารย์แต่ละท่าน และส่งผู้แทนมา Wrap-up ในตอนเย็น โดยให้หมุนเวียนกันไป ซึ่งจะส่งผู้แทนมาในตอนเย็นและไม่ควรซ้ำหน้ากัน เพื่อจะได้กระจายการเรียนรู้ในกลุ่ม

โครงการนี้เป็นการบูรณาการในเรื่องการบริหารการเงินการคลังและระบบหลักประกันสุขภาพ โดยได้เชิญทีมงานมาช่วยถอดบทเรียน ซึ่งทีมงานนี้เคยมีประสบการณ์ในการถอดบทเรียนให้โครงการด้านสุขภาพ เช่น สช. สสส. มาก่อน ทีมงานประกอบด้วย คุณทิพย์มล คุณชุติมา คุณลัดดา และคุณพนิดา ซึ่งข้อสรุปจากการถอดบทเรียนที่ได้ผ่านการอบรมไปแล้วจะสามารถนำข้อมูลจากการถอดบทเรียนในครั้งนี้ นำกลับไปศึกษาและเรียนรู้ซ้ำได้อีกครั้งหนึ่งจากเอกสารที่ถอดบทเรียนในครั้งนี้ และขอแจ้งให้ท่านผู้เข้าร่วมประชุมทราบว่าในวันพรุ่งนี้ อ.ดวงตา จากสำนักงบประมาณ ท่านติตถารกิจรุ่งดวงได้เชิญ อ.ทวีศรี กรีทอง มาบรรยายในวันพรุ่งนี้ในช่วงเช้าแทน

หัวข้อ	กล่าวเปิดการฝึกอบรม
วิทยากร	นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	กล่าวเปิดการฝึกอบรมและให้โอวาทกับผู้เข้าอบรม
เวลา	08.45-09.00 น.

สื่อและอุปกรณ์ : ไม่มี

กระบวนการและเนื้อหา

นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวเปิดการฝึกอบรมและให้โอวาทกับผู้เข้าอบรม สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

สปสช. ให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์ เพราะ “คน” ถือเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญที่สุด เนื่องจาก “คน” มีมิติเชิงปริมาณและคุณภาพซึ่งส่งผลต่อผลผลิต การอบรมครั้งนี้จึงเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรและการเตรียมบุคลากรเพื่อการทำงานระบบหลักประกันในอนาคต

15 ปี ที่ผ่านมา การดำเนินงานระบบหลักประกันเป็นการทำเรื่องยากและใหญ่ แต่สามารถทำให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเปลี่ยนจาก Supply side เป็น Demand side เปลี่ยนระบบบริการต่างๆ เกิดความสำเร็จในการวางรากฐานเรื่องหลักประกันสุขภาพ ทำให้เห็นว่า สปสช. มีศักยภาพที่จะทำเรื่องใหญ่ๆ ได้

คำถามคือ ต่อจากนี้ไปจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรอีก จะทำอะไรให้ระบบ Health Fund ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ เมื่อพูดถึงหลักประกันจะต้องทำให้ทุกคนเกิดความมั่นคง เช่น ทำอย่างไรไม่ให้เจ็บป่วย มีเรื่อง การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ซึ่งเป็นงานที่จำเป็นและเป็นความต้องการของประชาชน เป็นงานที่สามารถจับต้องได้ในอนาคต ดังนั้นต้องมีกระบวนการที่คนเรื่องของ Health Fund ไปจนถึง Community Fund สิ่งเหล่านี้ที่คนรุ่นต่อไป หรือ Generation ต่อไปต้องรับผิดชอบ ฉะนั้นเราจึงต้องมองภาพใหญ่ก่อน ส่วนภาพย่อยเป็นเรื่องขององค์ประกอบที่ทำให้ภาพใหญ่เกิดความสำเร็จ

สิ่งที่เราพยายามทำ คือ การตอกเสาเข็มเพื่อให้ฐานแน่นเพื่อที่จะต่อยอดได้ ซึ่งจากที่ สปสช. โดนตรวจสอบ เราก็จะนำสิ่งเหล่านี้มาวิเคราะห์และมาวางระบบการจัดการ ระบบ HR โดยหวังว่าเมื่อวางระบบ ระเบียบ กติกา แล้วจะสามารถทำให้เราต่อยอดและเดินไปข้างหน้าได้ ในฐานะที่ท่านต้องรับผิดชอบงาน อยากให้ท่านมองเห็นปัจจุบันและอนาคตเพื่อการเติบโตขององค์กร

การอบรมครั้งนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับ Finance ของระบบหลักประกัน ปัจจุบันงานจะสำเร็จได้ไม่สามารถใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งได้ หรือสำเร็จได้ไม่ใช่แค่คนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว แต่ต้องอาศัย synergy ของทุก

ภาคส่วน เราจะทำอย่างไรให้ทุกคนในสังคมเห็นพ้องต้องกัน เพื่อให้เกิดการเข้าถึง การครอบคลุมทั้งเรื่อง คุณภาพ ความปลอดภัย Finance สุดท้ายจะตอบเรื่องความยั่งยืนได้ด้วย

สิ่งสำคัญอีกประการ คือ การ Apply Knowledge เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาเชื่อมโยงกับงานที่มีอยู่ เพื่อพัฒนาระบบงานในอนาคต มากกว่าที่จะเน้นทฤษฎีแต่อยากให้นำมาประยุกต์กับสิ่งที่ท่านจะพัฒนาหรือทำให้มีคุณภาพมากขึ้น กระบวนการฝึกอบรมจึงอยากให้เป็นลักษณะของการตั้งคำถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เพื่อให้โลกทัศน์ของเราเปิดกว้างขึ้น

ต้องจับหลัก concept หลักประกันสุขภาพให้แน่น หาก concept แน่น การวิเคราะห์ สังเคราะห์ จะมีความชัดเจนบนฐานแนวคิดนี้ได้

สุดท้าย มีคำพูดอยู่หลายคำพูดที่เป็นรูปธรรมของ สปสข. ในเรื่องของ Finance คือ ความเป็นธรรม ซึ่งเราจะนึกถึงการจัดการทรัพยากร ดังนั้นจะจัดการอย่างไรเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ต้องเข้าใจว่าวัตถุประสงค์ บางวัตถุประสงค์จะมีความขัดแย้งกัน บางครั้งการกระจายความเป็นธรรม แต่ขัดแย้งกับประสิทธิภาพได้ เราจะต้องเข้าใจระหว่าง objective กับ effective หลายอย่างดี แต่มีบางส่วนที่ขัดแย้งกัน เพราะฉะนั้นในแต่ละช่วงเวลาต้องรู้ว่าเราจะเลือกอะไร

การซื้อเชิงกลยุทธ์ หรือการซื้อเชิงยุทธศาสตร์ ต้องเข้าใจแตกต่างกันอย่างไรอยากให้อยก Topic มานั่งคุยกันเพื่อสร้างความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย หลักการ ทิศทาง ซึ่งการซื้อถือว่าเป็นประเด็นสำคัญ เมื่อซื้อแล้วเกิดประสิทธิภาพ การจ่าย (Payment) จะจ่ายอย่างไร และการออกแบบจ่ายรายหัว หลายอย่างที่มีการอภิปรายกันมากแต่ยังไม่ตกผลึก คิดว่าสิ่งเหล่านี้ น่าจะนำมาแลกเปลี่ยนกัน อย่างน้อยเพื่อให้เห็นทิศทาง สุดท้ายอยากให้ทุกคนมีจุดยืนของตนเอง ให้เกียรติซึ่งกันและกัน และมีความเคารพในความเป็นมนุษย์ อยากให้ทุกท่านตั้งใจศึกษาหาความรู้และพัฒนาตนเองต่อไป

หัวข้อ	บรรยายพิเศษในหัวข้อ คิดแบบ “ผู้บริหารกองทุน” The Strategic CFO
วิทยากร	นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ รองเลขาธิการ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	บรรยายพิเศษในหัวข้อ บทบาท CFO ในระบบหลักประกันสุขภาพ และทิศทางในการบริหารจัดการกองทุน UHC
เวลา	09.00 – 10.00 น.

รูปแบบกิจกรรม

นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บรรยายพิเศษในหัวข้อ คิดแบบ “ผู้บริหารกองทุน” The Strategic CFO และทิศทางการบริหารจัดการกองทุน UHC

สื่อและอุปกรณ์

- Power point บรรยายเนื้อหา: CFO และสถานการณ์สุขภาพภายใต้การบริหารกองทุน UHC
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บรรยายชี้แจงบทบาท CFO ในระบบหลักประกันสุขภาพและทิศทางการบริหารจัดการกองทุน UHC สรุปได้ดังนี้

ตั้งชื่อเรื่องว่า **คิดแบบ “ผู้บริหารกองทุน” Strategic CFO** ซึ่งพวกเราอาจจะมีใครเคยซื้อกองทุน RMF หรือ LTF มาบ้างแล้ว หากเราคิดในมุมมองของลูกค้า อาจเริ่มต้นจากการที่พวกเราต้องมองก่อนว่ากองทุนตัวที่เราซื้อนี้พวกเขาจะบริหารกองทุนให้เราดีหรือไม่ดีอย่างไร แต่การที่จะสามารถบอกที่ดีหรือไม่ แสดงว่าจะต้องมีคนที่มาบริหารคนที่จะทำ Performance แต่หากมองในแง่ธุรกิจ คือ การบริหารให้กองทุนมีผลกำไร หรือขายได้ดี และกองทุนนั้นจะทำผลกำไรให้เราดีหรือไม่ คือ เราต้องไปช่วยเขาบริหารกองทุนให้ดี และมีประสิทธิภาพ



แล้วจะคิดอย่างไรให้เป็นกลยุทธ์ (Strategic) หรือคิดแบบ **Strategic CFO** ดังนั้น เราต้องคิดว่าถ้าเราเป็น CFO ในกองทุนตัวใดตัวหนึ่งที่เราบริหารอยู่นี้ เช่น เราต้องมีความคิดว่าจะต้องซื้อหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ในสัดส่วนเท่าไรถึงจะดี ตัวอย่างเช่น จะซื้อหุ้นต่อพันธบัตรจำนวนเท่าไรเพื่อให้การบริหารมีความเหมาะสม อันนี้

เป็นวิธี คือ คิดแบบเอกชน เช่นถ้าเราจะไปดูว่าเราจะไปซื้อหุ้นในต่างประเทศในสัดส่วน 50 % โดยหุ้นที่เราจะซื้อเราต้องรู้ Performance ดั่งนั้น ต้องไปดูรายงานทางการเงินใช่หรือไม่ แต่ถ้าเราพลาดไปซื้อกองทุนหรือพันธบัตรที่ไม่ดีมา ดั่งนั้นเราต้องดูตลาดโลกร่วมด้วย หรือดูนโยบายทางการเมืองในประเทศนั้นๆ ว่ามีนโยบายที่เอื้อต่อการลงทุนในหุ้นตัวดังกล่าวหรือไม่ แต่กรณีพันธบัตรยังไม่มีการดู ตอนนี้เงินกำลังจะขายพันธบัตรฝรั่งเศสก็กำลังจะทำเช่นกัน

วิธีคิดแบบผู้บริหารกองทุนแบบ **Strategic CFO** ก็มีแนวคิดเหมือนกันกับที่กล่าวมาข้างต้น เป็นความคาดหวัง ที่คิดว่าจะทำอย่างไรให้กองทุนมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง ดั่งนั้นต้องไปดูสิ่งที่เรากำลังบริหาร

แต่ว่ากองทุนที่จะมาทำในแบบภาครัฐ และเป็นกองทุนด้าน Health care นั้น เป็นกองทุนของรัฐ หรือเป็น Public Fund Management โดยจะนำกองทุนมาทำเรื่อง Health care เพื่อหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า ดั่งนั้นต้องมีการคิดเพิ่มเติม นอกจากการบริหารให้ Effective แล้วต้องดูสภาพตลาดและสถานะบัญชีของโรงพยาบาลว่าจะบริหารอย่างไรด้วย

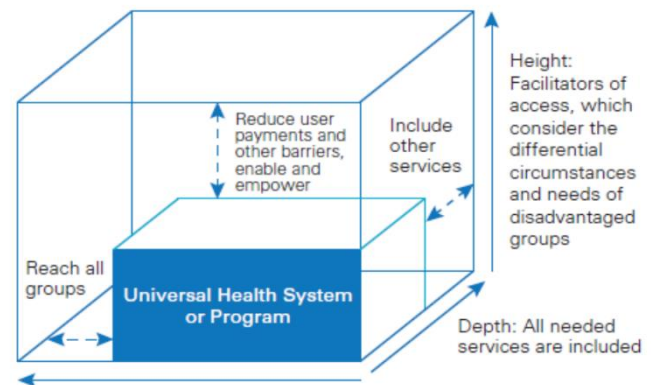
สิ่งที่จะต้องพิจารณาในการบริหารแบบ Pooled funds มีดังต่อไปนี้

- To extend coverage to those individuals who previously were not covered,

จากกองทุนที่เป็น Private เมื่อกลายเป็น Public แล้วต้องทำให้เกิด Universal Health coverage โดย **“Universal หมายถึง ไม่ทิ้งใครไว้ข้าง**

หลัง” แปลว่า ในสังคมทุกๆ ไป มันมีปัญหา เรื่องของความเหลื่อมล้ำ ทำอย่างไรที่จะทำให้สังคมเป็นแบบ Universal โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (รวมถึงกลุ่มคนพิการด้วย) ดั่งนั้นต้องคิดเรื่อง Pooled funds จากกองทุนที่เป็น Private เป็น Public เพื่อตอบโจทย์ Universal ซึ่งหมายถึง การไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ในขณะที่สังคมมีความเหลื่อมล้ำกัน เช่น กลุ่มคนพิการ ดั่งนั้นเราต้องใช้การบริหารกองทุนแบบมีหลายนโยบายการลงทุนภายใต้กองทุนเดียวกัน หรือ ระบบ Pooled funds ร่วมด้วย

UHC with equity (all groups with need achieve effective coverage)



- To services that previously were not covered

การบริการเมื่อก่อนไม่ครอบคลุม Pooled funds สาเหตุที่ไม่ครอบคลุม (not covered) เนื่องจากเรามีอุปสรรค เช่น ไม่มี Benefit package ก็เป็นสาเหตุหนึ่งได้ ดั่งนั้นเราจะใช้กลไก Pooled funds อย่างไรดี เราจะใช้กลไกอย่างไรให้เกิดสิทธิประโยชน์ แต่ไม่มี Service ดั่งนั้น เราจะใช้กลไกอย่างไรให้เกิด Pooled funds ได้จริง เวลาทำ Public พวกนี้ต้องดูและทำ Supply ด้วย ทำอย่างไรให้ทุกคนสามารถเข้าถึงเรื่อง Universal คนจนรวมถึงคนพิการสามารถมีสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น คนไข้มีสิทธิประโยชน์แต่ไม่มี Service ใน รพ.ที่ตนเองสังกัดอยู่ เช่นเมื่อคนไข้มาผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่ต้องมาฝึกพูดด้วยหลังจากการ

ผ่าตัด แต่เขาไม่สามารถมาใช้บริการ (Service) ได้เพราะมีแต่ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในกทม.โรงพยาบาลต่างจังหวัดหลายพื้นที่ ยังไม่มีหมอสอนเรื่องฝึกพูด หมอฝึกพูดส่วนใหญ่จะมีเฉพาะแต่ในโรงพยาบาลใหญ่ในกทม.เช่น รพ.จุฬา รพ.รามธิบดี แต่ รพ.ในต่างจังหวัดไม่มี ในสมัยก่อนไม่มีใน รพ.เอกชน ด้วย ดังนั้นการที่เราต้องจัดงบเรื่อง Refer เพื่อให้คนไข้ได้ฝึกพูดภายหลังการผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งต้องคิดต่อว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์และบริการต่างๆ ได้อย่างไร

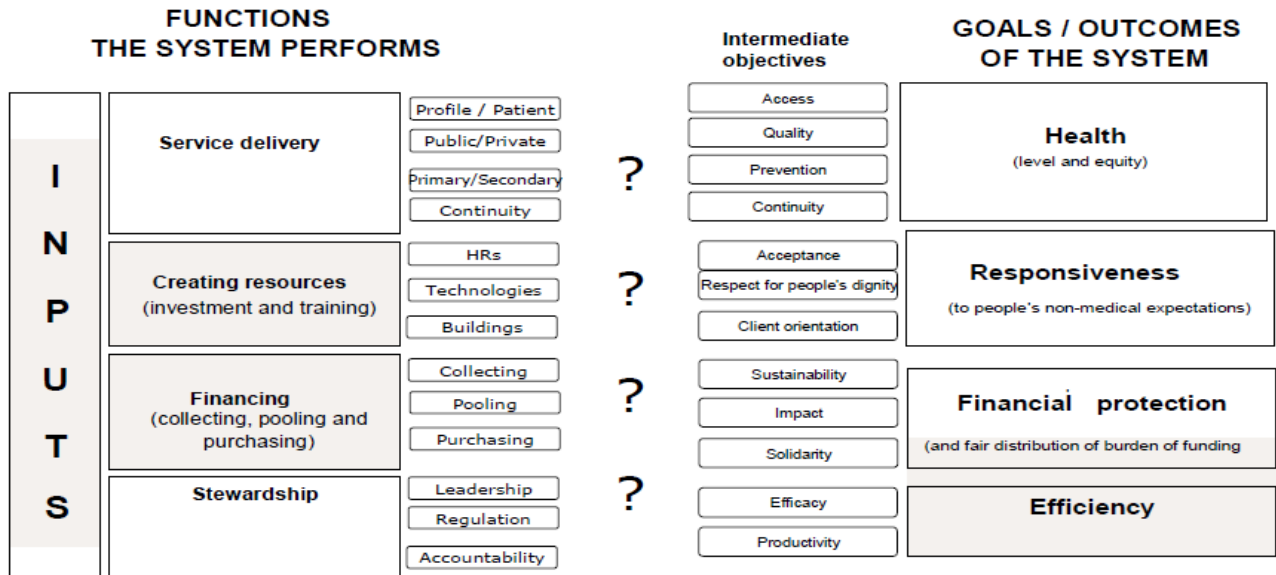
- To reduce the direct payments needed for each service

ทำไมเราถึงได้คัดค้านเรื่อง Model co-payment appoint of service เพราะสังคมมันเหลื่อมล้ำกันมาก เช่น Co-payment 1,000 บาท สำหรับคนรายอาจจะไม่มีปัญหา แต่สำหรับคนจนเป็นเรื่องใหญ่มาก มีเรื่องเล่าเรื่องหนึ่ง เรื่องนี้เกิดขึ้นที่เขต 12 คนไข้เด็กเป็นโรคมะเร็ง และไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล มอ.สงขลา โดยมีคุณหมอต่านหนึ่ง ถาม อ.ชูชัย ว่าจะจ่ายให้ได้อย่างไร เพราะเด็กคนนี้ Relapse เนื่องจากเด็กไม่ได้อยู่ในระเบียบ (Protocol) ซึ่งต่างจากสมัยก่อนมันสามารถขอให้ความช่วยเหลือกันได้แบบยืดหยุ่น (Flexible) แต่หลังจากนั้นเด็กคนนี้ไม่ได้มาหาหมอที่โรงพยาบาลต่อเนื่อง อ.ชูชัย จึงได้ถามว่าผู้ปกครองเด็กว่า ไม่รักลูกหรือไงถึงไม่เอาลูกมา รพ.เพื่อมาทำการรักษาต่อเนื่อง จึงทราบว่าเป็นเพราะคนไข้อยู่จังหวัดตรัง เขาทำงานเป็นลูกจ้างแพปลา โดยเวลาที่ต้องมา รพ.แต่ละครั้งต้องไปกู้เงินนอกระบบมา เพื่อใช้เป็นค่ารถสองแถว โดยผู้ปกครองเด็กได้ไปกู้เงินนอกระบบมา 2,500 บาท เพื่อนำมาใช้เป็นค่ารถสองแถว เพราะวารถโดยสารปกติไม่ยอมให้เด็กนั่งรถมาประจำทางต้องนั่งรถสองแถวที่ต้องไปเช่ามา

แก่นแกนของ *Strategic CFO* คล้ายกัน คือ จะทำอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด แก่นแกน คือเรื่องการบริหารแบบ Pooled funds โดยต้องบริหารแบบ Public ซึ่งไม่ครอบคลุม ดังนั้นจะทำอย่างไรให้มันครอบคลุม (covered) การบริการก็จะต้องครอบคลุมด้วย ซึ่งที่ผ่านมากการบริการที่ไม่ครอบคลุม สาเหตุเนื่องจาก 1) เรายังไม่มีชุดสิทธิประโยชน์หรือมีแต่ยังไม่มากพอ 2) คือ มีอุปสรรค (Barriers) โดยเฉพาะ Barriers ทางสังคม 3) Reduce the direct payment และสิ่งที่เราจะยืนยันมานาน สปสช.พยายามยืนยันที่จะใช้วิธีทาง Universal ซึ่งจะยากดีมีจนเราใช้ระบบเดียวกัน โดย 70% ของสังคมไทยยังเป็นคนในกลุ่ม Quintile by income ระดับ 3 ลงมา คือ โดยเฉพาะในกลุ่ม UC สภาพการตลาดของผู้ถือสิทธิ์บัตร UC ไม่เหมือนข้าราชการ ไม่เหมือนประกันสังคม คือว่า คนที่อยู่ใน UC เป็นกลุ่ม Quintile by income ระดับ 3 ลงมาจะมีมาก หมายถึง กลุ่มคนชั้นกลางมีเป็นจำนวนมากกลุ่ม Quintile 2 คือ กลุ่มที่คาบเส้นความยากจน Quintile 1 คือ กลุ่มที่ต่ำกว่าเส้นความยากจน

Goals/Outcomes of the system เราต้องดูจากเป้าหมายสุดท้าย Goal มี 4 เรื่อง ไม่ใช่มีแค่เรื่อง Efficiency เพียงเรื่องเดียว แต่มีทั้งหมด 4 เรื่อง ได้แก่

HEALTH SYSTEMS FRAMEWORK



Modified from WHR 2000

1) Utilization Need (Equity in the use of health service) ซึ่งถ้าเป็น Public ไม่ใช่ภาคโรงพยาบาล เท่านั้น

2) Responsiveness (to people) คือ ต้องรู้ร้อนรู้หนาวกับความคาดหวังของประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส กลุ่ม Non-medical สมัยนั้นที่อยู่นครสวรรค์ เคยเจอเหตุการณ์หนึ่ง คือ แม่คนไข้เรียก ผอ.ช่วยหน่อย ลูกกำลังจะฆ่าตัวตาย ลูกอายุ 15-16 ปี เป็นเด็กผู้ชายซึ่งมีความผิดปกติ คือ มีอวัยวะเพศทำงาน 2 อย่าง โดยต้องมาทำการผ่าตัดที่ รพ.ราชวิถี พอมาเข้าโปรแกรมล้างท้อง พบว่า ชีวิตดีขึ้นสามารถไปเรียนปกติ พอมีแฟนและต้องการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน แต่อายแฟนเพราะต้องใส่สวามะข้างล่าง หมอให้มาทำการผ่าตัดในกรุงเทพฯ แต่ไม่มีค่าธรรมเนียม รพ.ราชวิถี ทำให้แม่ต้องไปกู้เงิน ธกส. ซึ่ง ธกส.ใช้เวลาอนุมัตินาน ดังนั้นจะอย่างไรให้เกิด Non-medical expectations ได้จริง

3) Financial Protection การกระจายอำนาจไปที่เขตเป็นเรื่องที่ดีหรือไม่ อย่างไร (and fair distribution of burden of funding)

4) Efficiency แต่ละอย่างมี Intermedia Effective ดังนั้นต้องดู Service delivery เอา Cost มาจากไหน จะซื้อจากใคร

ประเทศไทย ใช้ภาษีทั่วไป กำลังศึกษากันว่าจะเอาเงินมาจากไหน ไม่ใช่แค่ General tax อาจจะมีอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ของ German Premium บ้านเราอาจจะมี tax พิเศษ เช่น ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเทศไทยบริหาร Cost ได้ดีติดอันดับโลก ประเทศไทยมี 3 กองทุน จะอย่างไร CFO ของเราจะโดดเด่นกว่าที่อื่น

ทำอย่างไร ในบริบทของประเทศไทยที่มี 3 กองทุน จะเป็น **Strategic CFO AS CHANGE AGENT**

1) Risk Management ต้องพิจารณาว่า Cost ที่แท้จริง คือ อะไรแต่อาจจะดูยาก ซึ่งอาจดูได้จาก Patten ในการเคลม และ Payment เป็นอย่างไร ตัวอย่าง Liquidity เกิน ทำอย่างไรให้มี Leadership ดังนั้น จะ Making financial decisions, without being so risk-averse

Understand potential impacts on cost, revenues and compliance เมื่อ Contract ไม่ได้ก็ Defend งบประมาณไม่ได้ เช่น เมื่อพูดว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต้องดูแล เริ่มต้นจาก Liquidity เกิน การไหลไม่ตี อาจหมายถึง กระบวนการจ่ายเงินไม่ดีและอีกหลายเรื่อง อันนี้คือเรื่อง Risk Management

2. Allocation of resources หรือ Know what you pay for รู้ว่าเราจะจ่ายให้กับใคร ต้องรู้จักว่าเราจะ Pay for อะไร เช่น New service, convenience care clinic in the pharmacy, physica therapy อยู่ในารคุย กันในปี 2562 และวิธี Launch มีเท่าไร Demand and Supply หรือ CA Colon ในทางกลับกันภาค Supply มี ปัญหา CA Colon เมื่อคัดกรองมากขึ้นจะเจอจำนวนหรือ (N) มากขึ้น ดังนั้นเมื่อไปเจอโจทย์ก็ต้องทำและไปสร้าง Demand และ Creative Demand จาก reactive เป็น proactive



3. รายงานทางการเงิน Financial reporting : Pay for what you use หมายถึงว่า คุณใช้เงินไปกับ รพ.นี้เท่าไร คุณใช้เงินไปกับ PPA เท่าไร และเขารายงานว่าอย่างไร หน่วยบริการคู่สัญญา spend for health workforce, drug and medical supplies wer significantly over budget or additional expenses wer driven by xxx,yyy โดยมีเอกสารประกอบด้วย 1) รายงานทางการเงิน 2) งบดุล และ 3) งบ กำไรขาดทุน สำนักตรวจสอบ เรียกว่า Finanacial Outcome

แต่มีข้อสังเกตว่าเกิดการ Bias ยกตัวอย่าง เช่น การลงหนี้ที่ยังไม่มีมาตรฐานที่ดี แต่ว่าเวลาดูภาพรวม ระดับประเทศเอาข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์มา และยังมี Bias หลังจากที่เร Allocate เงินลงไป 4,800 ล้านบาท เมื่อ ลงไปแล้วจะเป็นบททดสอบการทำงานที่ดีของที่นี่ จะได้ว่าข้อมูลเป็น bias หรือไม่ bias เป็นอย่างไร แต่ว่าถ้า เราเป็นคนศึกษาจะดูหมดทั้งแผนซึ่งถ้ามาจากเขตจะดูแผนในเขต เป็นแบบทดสอบที่ดี ต้องดูต้นทุนหรือ ค่าใช้จ่าย ดูว่าค่าแรงเป็นอย่างไร drug เป็นอย่างไร Medical support เป็นอย่างไร มี Significantly over budget หรือไม่

4. Gainsharing (ผลประโยชน์ต่อระบบ ต่อประชาชน ต่อประสิทธิภาพที่สูงขึ้น) ดังนั้น the strategic CFO as change agent: สิ่งสำคัญคือ attracting, retaining and motivating performance trumps lowering costs ซึ่งต้องอยู่ในเวที 5x5 หรือว่าเจรจากับทาง รพ.ว่าถ้าทำแบบนี้จะมีประโยชน์มากกว่า หรือ ว่าถ้าจะลองทำตารางในการวิเคราะห์ดู หรือกรณี PPA หรือว่าจะทำเป็น scale จังหวัดเอาใหม่ หรือจะทำ scale distrc health เอาใหม่ หรือต่างคนต่างทำจะเอาใหม่ อย่างนี้เรียกว่า Gainsharing

สรุป 8 ข้อที่ CFO NEEDS TO KNOW

- 1) Partner with the CEO and other senior leaders
- 2) Develop advanced communication skills to explain complex financial concepts and ideas to non-financial people, at all levels of the organization, without being condescending
- 3) Educate the management team on core aspects of finance so that everyone understands (Be transparent with the data) หมายถึง มีอะไรก็คุยกัน อย่าเป็นคนแบบสุดขั้ว สิ่ง
ที่ CFO ต้องพิจารณานั้นคือกระดาษ 3 แผ่น คือ งบดุล งบกำไรขาดทุน และงบค่าใช้จ่าย
- 4) Learn something new that will help the organization improve (understanding of clinical quality measures, ability to communicate in nonfinancial terms)
- 5) Find and create innovative means of accessing capital within the economic realities of the organization, **be a “hero”** to the organization by making something happen that advances the long- term goals.
“สมัยก่อนพูดว่าทำดีแต่อย่าเด่นจะเป็นภัย สมัยนี้ต้องพูดว่าทำดีแล้วเด่นจะเป็นไร”
- 6) Introduce investors to the executive team and board of directors. Investors คือ
ภาคเอกชนคือนักลงทุน ถ้าเป็นเราอาจจะ Co-funding เช่น Co-financial หรืออื่นๆ
- 7) Build relationships with other CFOs at competing health systems to trade non-
economic ideas and strategies----for example, what to do in case of an MRA audit---and
collaborate where possible, such as with the acreation of joint community benefit plans. คือ
อย่างไรก็ต้องคุยกับกระทรวงสาธารณสุข, ต้องคุยกับ 5x5, คุยกับ CFO 7x7 , CFO เขต เป็นต้น
- 8) Lead and enable managers and staff to understand the organization’s strategic goals
and work together to achieve them.



หัวข้อ	CFO กับความคาดหวัง
วิทยากร	อาจารย์ทวีศรี กรีทอง ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล
วัตถุประสงค์	Update สถานการณ์กองทุน UHC
เวลา	10.00 – 12.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การนำเสนอ (power point) Update สถานการณ์กองทุน UHC จัดโต๊ะวงกลม 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา CFO กับความคาดหวัง
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

อาจารย์ทวีศรี กรีทอง ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล บรรยายชี้แจงบทบาท CFO ในระบบหลักประกันสุขภาพและทิศทางการบริหารจัดการกองทุน UHC สรุปได้ดังนี้

CFO : สถานการณ์ของสปสข.

	Helpful To achieved the objective	Harmful To achieved the objective
Internal origins Attributes of the organization	<ul style="list-style-type: none"> • ถูกตรวจสอบอย่างหนัก • ถูกวิจารณ์การทำงานอย่างหนัก กลายเป็นประเด็นปัญหาของทุกระบบ • แรงกดดันจากธรรมาภิบาล • ไม่มีโอกาสร่วมในการกำหนดปฏิรูป แต่มีหน่วยงานที่เราช่วยปรับแผนปฏิรูป 	<ul style="list-style-type: none"> • การถูกตรวจสอบส่วนหนึ่งเป็นโอกาสในการปรับการทำงานของเรา • มีการปรับโอนภารกิจระหว่าง Cluster • ปรับแนวทาง/บทบาทภารกิจ
External origins Attributes of the organization	<ul style="list-style-type: none"> • พลิกประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกกำหนดเป็น SOGS • การทำงานระหว่างประเทศ มีเวทีเพื่อขับเคลื่อนนโยบายในไทย PMAC, WHA, JICA, UN • การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี • (ร่าง) ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี • แผนปฏิรูปประเทศ • ยุทธศาสตร์ร่วมประมาณบูรณาการด้านหลักประกันสุขภาพ • อดศ หรือ เรืองหาแหล่งเงินใหม่ เพื่อเข้าระบบ • กำลังจะมีการเลือกตั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> • กฎระเบียบที่ซ้ำซ้อน • พบ.การบริหารทุนหมุนเวียน ๒๕๕๘ • พบ.องค์การมหาชน (๒๒) ๒๕๕๘ • พบ.จัดซื้อจัดจ้าง ๒๕๖๐ • พบ.นโยบายการเงินการคลังของรัฐ ๒๕๖๑ • (ร่าง) พบ.วิสัยทัศน์ประมาณ • การแก้ พบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงมีการดำเนินการอยู่โดยรอเวลา
	<p>บุคลากร Commitment & accountability</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตั้งใจจะทำงานที่ สปสข. จนเกษียณเพราะ สปสข. เป็นที่ที่เราเลี้ยงดูตัวเอง และครอบครัวได้ เพราะมีสวัสดิการที่เหมาะสม เพียงพอ เมื่อเราเกษียณเราสามารถเลี้ยงดูตัวเองหลังเกษียณได้ การทำงานที่ สปสข. มีบรรยากาศในการทำงานดีเหมือนเทียบกับหน่วยงานอื่น • สิ่งที่เราจะทำคือ เราจะเพิ่มทำให้ตัวเองมีความเป็นมืออาชีพด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี UHC skills สามารถทำงานกับผู้อื่นได้อย่างดีเหมาะสม และเราจะพัฒนาตัวเองในทางอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ และความก้าวหน้าของตัวเราเอง 	
	<p>Stakeholders</p> <ul style="list-style-type: none"> • สบข. : มีบทบาทสำคัญในเชิงขับเคลื่อนไป แต่ทำคนเดียวไม่ได้ มีการหารือกันหลายคน • ครม. : ทำที่ปรึกษาแล้วแต่ไม่ทันไร แต่อีก สิบถึงสิบไม่พอเงินไม่ควรถูกตัดเงินมาจบบ • รว : ที่เห็นชัดคือ สบข.มากขึ้น • คณะกรรมการ : Commitment & accountability • ธ : การทำงานร่วมกับเอกชน • หน่วยงานอื่น ๆ : สร้างการทำงานร่วมกับเอกชนอีก • องค์กรประชาชน/ประชาชน : เช่นเช่น ชลประทานกับธนาคาร • หน่วยงาน : กลุ่มแพทย์ พยาบาล แพทย์ 	

การพัฒนาตนเองเพื่อเป็น CFO นั้นไม่ใช่เรื่องง่าย สถานการณ์ของ สปสข. ถือเป็นองค์กรที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเสมอ ปัจจุบันแทบทุกองค์กรถูกตรวจสอบกันอย่างหนัก สปสข. ในฐานะองค์กรที่ต้องดูแลเรื่องการจ่ายเงินงบประมาณ จึงยิ่งถูกตรวจสอบเป็นพิเศษ เราต้องเผชิญกับการถูกวิจารณ์การทำงานอย่างหนัก มีทั้งแรงกดดันจากกระทรวงสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงทางสถานการณ์ทางการเมือง ที่แม้องค์กรจะไม่มี

โอกาสร่วมในการทำแผนปฏิรูป แต่ต้องช่วยปรับแผนปฏิรูปนั้น สิ่งเหล่านี้เป็นความท้าทายขององค์กรทั้งสิ้น ทำให้ระบบงานขององค์กรต้องพร้อมตั้งรับกับปัจจัยต่างๆ ทั้งนี้การถูกตรวจสอบนั้นจะเป็นส่วนหนึ่งสร้างโอกาสในการปรับการทำงานขององค์กร ไม่มีอะไรหยุดนิ่ง เราต้องพร้อมเสมอกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการปรับโอนภารกิจระหว่าง Cluster การปรับแนวทางการทำงานต่างๆ ซึ่งเป็นการทบทวนภารกิจภายในองค์กรที่เราได้ก้าวเดินมาด้วย

สถานการณ์ภายนอกก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่เราต้องทำความเข้าใจ เพราะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ถูกกำหนดเป็น SDGs และในด้านการงานระหว่างประเทศนั้น สปสช. ถือเป็นองค์กรที่มีโอกาสและเวทีเพื่อขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ มีองค์กรที่ให้ความร่วมมือทั้ง PMAC, WHO, JICA, UN ซึ่งในอนาคตทุกอย่างยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยีสูงขึ้น สปสช. จึงต้องรู้ให้เท่าทัน และเข้าใจตนเองในบริบทโลกมากขึ้นด้วย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกด้านอื่นๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อทิศทางการทำงานขององค์กร ไม่ว่าจะเป็น (ร่าง) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี , แผนปฏิรูปประเทศ , ยุทธศาสตร์งบประมาณบูรณาการด้านหลักประกันสุขภาพ การหารื้อหรือหาแหล่งเงินใหม่ของสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง เพื่อหางบเข้าสู่ระบบ และแม้แต่การเลือกตั้งที่กำลังจะเกิดขึ้น ปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อ สปสช. ทั้งสิ้น

สำหรับผู้ทำงานด้านนี้ สิ่ง que ทุกคนต้องตระหนักและเข้าใจคือ กฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ. การบริหารทุนหมุนเวียน 2558, พ.ร.บ. องค์การมหาชน (ฉ.2) 2559, พ.ร.บ. จัดซื้อจัดจ้าง 2560, พ.ร.บ. วินัยการเงินการคลังของรัฐ 2561, พ.ร.บ. วิธีการงบประมาณ, (ร่าง) และการแก้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังคงรอเวลาดำเนินการอยู่ สิ่งเหล่านี้คือเครื่องมือสำคัญของผู้ปฏิบัติงานที่ต้องมีความแม่นยำ และเป็นหลักปฏิบัติการดำเนินงาน

นอกจากสถานการณ์ภายในที่เกิดขึ้นภายในองค์กร และปัจจัยภายนอกรอบด้านที่เกิดขึ้นกับ สปสช. แล้ว การทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) กับองค์กรของเรา ก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ขณะนี้ในสถานการณ์ปัญหาสุขภาพแห่งชาติ (สนช.) ยังมีคนเห็นต่างอยู่ในทีมและยังคงมีต่อไป แต่มีการทำงานร่วมกันได้มากขึ้น มีการหารือกันมากขึ้น คณะรัฐมนตรีเอง ท่าทีของนายกรัฐมนตรีได้ลดทอนที่ไม่เห็นด้วยลง แต่ยังคงพูดถึงประเด็นเงินไม่พอ และเงินที่ไม่ควรให้แก่คนที่ไม่เหมาะสมอยู่ ทางด้านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ มีทัศนคติตรงกันมากขึ้น การทำงานของคณะกรรมการเป็นไปในทิศทางที่ดี มีข้อตกลงร่วมกัน และมีการทำงานร่วมกันมากขึ้นระหว่างบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่สร้างการทำงานร่วมกันมากขึ้น องค์กรภาคประชาชนและประชาชน ยังมีความเข้มแข็งและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ สปสช. อยู่ แต่กระนั้นกลุ่มเห็นต่าง ก็ยังคงเห็นต่างอยู่เช่นกัน เพราะฉะนั้นท่าทีต่างๆ ขององค์กรต่างๆ ที่ร่วมทำงานกับ สปสช. นั้น จึงเป็นสิ่งที่เราต้องวิเคราะห์ รู้เขารู้เราตลอดเวลา เพราะลักษณะงานขององค์กร คือการประสานงานร่วมกับองค์กรทั้งหลายเหล่านี้

เมื่อพูดถึงสถานการณ์การทำงานของ สปสช. ในขณะนี้ การขับเคลื่อนงานมีหลากหลายประเด็นด้วยกัน ซึ่งสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ CFO ต้องเป็นคู่คิดให้กับ CEO เพราะผู้ทำงานบริหารนั้น อาจไม่สามารถลงรายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ ได้หมด CFO จึงเป็นหน้าที่สำคัญที่จะต้องทราบถึงสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อจะเป็นผู้ที่เตรียมข้อมูลต่างๆ ส่งต่อผู้บริหารได้ การทำงานจึงจะเกิดประสิทธิผลที่ดี

ทิศทางการทำงานของ สปสช. ในปัจจุบันได้แบ่งออกเป็นหลากหลายประเด็น คือ

- สปสช.ได้เปิดความร่วมมือในการบริหารกองทุนระหว่าง Purchaser – Provider โดยทางกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมมาก หลายภาคส่วนอาจมองว่า สปสช.เป็นคนนำแต่แท้จริงแล้ว คือ การทำงานร่วมกัน ซึ่งต้องพัฒนาความร่วมมือให้เกิดประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการให้ได้มากที่สุด
- การปรับปรุงวิธีการจ่าย IP ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดความครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยมีความสมดุลกับงบประมาณของ สปสช.ด้วย
- การขับเคลื่อน UHC ซึ่งถือเป็นจุดเน้นที่สำคัญมาก ทั้งนี้ต้องเพิ่มโอกาสไปเวทีการทำงานต่างประเทศให้มากขึ้นด้วย
- การปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายของ CA Colon ทั้งนี้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลายเป็นลำดับของโรคมะเร็งที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น การแก้ปัญหาและทิศทางการทำงานจึงพุ่งสู่เป้าหมายมากขึ้น
- การพัฒนารูปแบบการจ่าย โดยใช้ข้อมูลซึ่งการทำงานในอนาคตจะยิ่งให้ความสำคัญกับเรื่องข้อมูลเป็นสำคัญ รูปแบบการใช้จ่ายต้องอยู่บนฐานการวิเคราะห์ข้อมูล มีฐานข้อมูลรองรับ เช่น กองทุนไต่ที่จะนำร่องวิธี CAPD
- การปรับ PP item ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันอยู่เสมอ เพราะการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นต้องมีความทันสมัย ทันอัปเดตการณ์ต่างๆ
- การจ่ายของศูนย์องค์รวมมีการปรับเปลี่ยน เพราะประสิทธิภาพในการทำงาน ความคล่องตัวต่างๆ
- ศึกษาารูปแบบการจ่าย PP ร่วมกับองค์กรภายนอก สิ่งนี้ถือเป็นความท้าทาย เนื่องด้วยองค์กรภายนอกหลายองค์กรมีประสิทธิภาพมากพอ การทำงานร่วมกันจึงย่อมสร้างประโยชน์ได้มาก
- กลุ่มผู้ต้องขังมีการขึ้นทะเบียน เป็นการผลักดันที่ประสบความสำเร็จมากขึ้น เพราะได้มีการกำหนดเป็นกลุ่มเปราะบาง ซึ่งทำให้คนกลุ่มนี้ได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 นี้ จะให้เรือนจำเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ต้องขังจะมาขึ้นทะเบียนได้
- กองทุนท้องถิ่นที่มีการเงินค้ำ ซึ่งต้องแก้ปัญหาระบบตรงนี้ร่วมกันให้ได้
- ปัญหาเด็กท้องก่อนวัยเรียน ยังคงเป็นปัญหาอันดับต้นๆ ที่ทาง สปสช.ต้องวางแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหานี้ให้หลากหลายมิติขึ้น ลดจำนวนสถิติและเร่งแก้ปัญหาในต้นทางให้มากขึ้น
- การลดการใช้สำเนาบัตรประชาชนและการใช้ smart card , e-form ใน ERM เพื่อตอบสนองนโยบาย ไทยแลนด์ 4.0 โดยจะดำเนินการพัฒนาระบบตรงนี้ให้เชื่อมต่อกันในระบบและเกิดการใช้งานที่มีประสิทธิภาพขึ้น
- มุ่งเน้นโรคเบาหวานชนิด DM type 1 ให้มากขึ้น โดยการพัฒนาความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ต่างๆ
- MIS เรื่องนิวในถุงน้ำดี ซึ่งมีการทำงานที่ทันสมัยและเป็นทิศทางการทำงานที่ได้รับผลดีมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดที่ทันสมัย ซึ่งแก้ปัญหาได้มากขึ้น ช่วยลดภาวะต่างๆที่จะตามมาในอนาคต
- การใช้ smart card ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือว่าการเปิดแนวทางการทำงานร่วมกันมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์มากขึ้นด้วย
- การพัฒนาเขตสุขภาพนำร่องเขต 6,8 และ 12 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญที่ต้องการสร้างเป็นโมเดลการทำงานสุขภาพในระดับเขต

- ทบทวนกฎระเบียบการขึ้นทะเบียน โดยใช้ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การขึ้นทะเบียนต่อหน่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย
- บทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) กับการขึ้นทะเบียนต้องมีการตีความหมายให้ชัดเจนขึ้นเพื่อแก้ปัญหาที่ผ่านมาในอดีต
- อัตราการจ่าย IP เฉพาะ กับ GB เขต ซึ่งอัตราการจ่ายผู้ป่วยใน ต้องได้รับการพัฒนาให้มีความชัดเจนขึ้น

เพราะฉะนั้นหน้าที่ของ CFO คือ การฟังแล้วต้องตรวจสอบกับเหตุการณ์ เช่น กรณีคนไข้ในต้องจ่ายอะไรอย่างไรบ้าง **การทำงานจึงต้องอยู่บนสถานการณ์ความเป็นจริงไม่ใช่คิดจากนามธรรม**

คุณสมบัติ CFO

1. ต้องเป็นผู้ฟังที่ดีและตรวจสอบเหตุการณ์ต่างๆ เพราะเป็นผู้ทำงานด้านการเงิน การตัดสินใจจึงกระทบหลายฝ่าย หากยังไม่แน่ใจให้ฟัง และไตร่ตรองร่วมกันไปก่อน การพูดควรให้ทราบว่าจะมีบทบาทต่อไปอย่างไร อะไรจะเกิดขึ้นตามมา
2. ต้องมีคุณสมบัติในการสื่อสาร เพราะหัวใจสำคัญของการทำงาน คือ “การประสานงาน” ร่วมกับฝ่ายต่างๆมากมาย การพัฒนาตนเองให้เป็นนักประสานที่มีความเชื่อมโยงเครือข่าย ดึงการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนได้จึงเป็นสิ่งสำคัญมากๆ
3. ต้องรู้กฎระเบียบ การเงิน การคลัง ให้ชัดเจน โดยเฉพาะช่วงการบริหารของนายกรัฐมนตรีในรัฐบาลปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนระบบการใช้จ่ายอย่างมหาศาล CFO ต้องตามอ่าน พ.ร.บ.ทุนหมุนเวียน ,พ.ร.บ.จัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานโดยตรง ,พ.ร.บ.วินัยทางการคลัง ฉบับ 2502 ซึ่งเป็นการทบทวน ข้อกำหนดหลักๆ ทั้งนี้มีข้อสังเกต คือ การเปลี่ยนแปลง พ.ร.บ.เหล่านี้ มีผลกับการเบิกจ่ายเงินของทุกองค์กร ทั้งองค์กรปกครองท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ
4. ต้องเป็นคนทำงานเป็นทีมได้ หากเป็นคนที่มีความซับซ้อนต่างๆ ที่จะยิ่งเพิ่มปัญหาแก่งานนั้นควรลดลง แต่หากภายใต้สถานการณ์ที่ซับซ้อนแล้วจัดการได้ดี ก็จะเป็นอีกแบบหนึ่ง ซึ่ง CFO ต้องวิเคราะห์และมองให้ออก
5. หลักในการดำเนินงาน UHC ต้องแม่นยำ ต้องมองให้รอบด้าน ไม่ใช่มองแค่การจ่ายเงิน หากต้องคำนึงถึงความเป็นธรรม การพัฒนาให้คนสามารถเข้าถึงระบบการบริการสุขภาพ เคารพความเป็นมนุษย์

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงกับ CFO

ความพอประมาณ (self assessment)

การใช้งบประมาณเพื่อการจัดสรรต่างๆ ควรทำอยู่บนความพอประมาณ พอดีและสมดุลเป็นหลักสำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ใช่จะทำได้ง่ายๆ บางสิ่งเราทราบดีว่าจะเกิดประโยชน์ในวงกว้างมาก แต่หากเกินกำลังที่จะเป็นไปได้ ก็ไม่ใช่สิ่งที่ควรทำ CFO ควรรู้จักตนเอง **ความสามารถ และศักยภาพ** ของตนเอง รู้ขีดความสามารถ ความถนัดของตนเอง การจะพัฒนาตนเองไปข้างหน้าได้นั้น ต้องตั้งอยู่บนฐานเข้าใจตัวเอง รู้ว่าจะพุ่งเป้าหมายไปทางไหน อะไรที่ต้องเติมเต็มและอะไรเป็นข้อจำกัดของตนเอง CFO ที่ดีต้องรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง **เข้าใจงานที่ตนทำ เชื่อมโยงกับระบบต่างๆได้อย่างสมดุล** การประสานงานเชื่อมโยงหน้าที่ของตนเองกับระบบและ

ส่วนงานต่างๆ ผู้เกี่ยวข้องหลากหลายกลุ่ม ซึ่งควรจัดสมดุลไม่เอนเอียง เอื้อต่อบุคคลหรือองค์กรต่างๆจนเกินไป

การใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้เกิดคุณค่าและประโยชน์อย่างสูงสุดนั้น นับเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งที่ CFO ควรตระหนักเสมอ ยิ่งการดำเนินการกับประชาชนจำนวนมากด้วยแล้ว งบประมาณที่จำกัดจึงต้องใช้อย่างคุ้มค่าที่สุด

ความมีเหตุผล และสติและปัญญา

CFO ต้องมีการวางแผนระยะสั้น และระยะยาว เพื่อรองรับกับงานในปัจจุบันและอนาคต ต้องฝึกให้ตนเองมีทักษะ *Positive Thinking* ไม่กลัวกับการเผชิญปัญหา เพราะการทำงานภายใต้ความท้าทายและแรงกดดันต่างๆ ต้องมีสติปัญญา ไตร่ตรองและใช้เหตุผลให้มาก โดยเฉพาะการประสานความคิดของทุกฝ่าย นับเป็นสิ่งที่ต้องใช้ทั้งความเป็นมิตรและความสุขุม รอบคอบ

มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (Good governance)

CFO ทำงานกับงบประมาณการใช้จ่ายเงิน การยึดหลักธรรมาภิบาล ในการบริหารจัดการ จึงเปรียบเสมือนเครื่องมือที่จะทำให้เกิดความไว้วางใจ สามารถตรวจสอบได้ เพราะฉะนั้นการจัดสรรงบประมาณต่างๆ ควรเป็นไปเพื่อการพัฒนาประเทศ ด้วยความโปร่งใส และยึดเป้าหมายการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Growth) ที่มีเสถียรภาพควบคู่กับการกระจายรายได้ (Income distribution) ที่เป็นธรรมสร้างธรรมาภิบาลทางการเมือง และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและท้องถิ่น

ความคาดหวังต่อ CFO

ควรวางแผนเส้นทางที่จะพัฒนาตนเอง มีความเพียรและอดทนเป็นพื้นฐาน ตั้งใจฝึกฝนภาวะการเป็นผู้นำ และบริหารจัดการทีมงาน โดยอาจจำลองสถานการณ์ด้านการเงินการคลังในรูปแบบต่างๆ ว่าตนเองจะแก้ไขอย่างไร และแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องคิดอย่างไรภายใต้สถานการณ์นั้น เพื่อฝึกฝนให้ตนเองเป็นผู้ที่เข้าใจจุดยืน และที่มาที่ไปของทุกฝ่ายได้ รวมทั้งต้องทำงานร่วมเป็นคู่คิดกับ CEO และรู้จักการนำระบบข้อมูลมาใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในมิติต่างๆ

ทั้งนี้ควรฝึกฝนทักษะความคิดทางกลยุทธ์ การสร้างสรรค์ ภูมิปัญญาแบบการเมือง และสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานต่างๆ เพื่อจะเป็นนักคิดเชิงกลยุทธ์ และนักประสาน นักวางแผนนโยบายได้ ซึ่งควรหาจุดที่ใช้ความคิดโดยหยุดให้เป็นในที่จุดเหมาะสมกับความเร่งด่วนต่างๆ การยึดเยื้อไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จ ทั้งนี้ CFO ต้องใช้เวลาเพื่อสั่งสมประสบการณ์ที่หลากหลาย ที่สำคัญคือจะดีและเก่งไม่พอ ต้องมีความกล้า ปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง และสุดท้ายการมีจริยธรรมถือเป็นหัวใจสำคัญที่สุดของการเป็น CFO ที่ดีในอนาคต

CFO ที่ตนเองคาดหวัง

จากการระดมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอบรมที่มีต่อบทบาท CFO ที่ตนเองคาดหวังนั้น สามารถสรุปรายละเอียดได้ ดังนี้

- CFO ที่พร้อมพัฒนาตนเอง

ต้องเรียนรู้สิ่งใหม่เสมอ ลบวิธีคิดแบบเดิมๆ เก๋าๆ ,พัฒนาตนเองตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง โดยยึดหลักทางสายกลาง การรู้จักตนเอง มีสติและปัญญา มีหลักการ มีภูมิคุ้มกันในตนเองที่ดี ภายใต้เงื่อนไขความรู้

คู่คุณธรรม ,เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยีที่สูงขึ้น ไม่หยุดนิ่ง เพียรพยายาม และอดทน โดยเฉพาะสิ่งที่ถูกต้องยิ่งต้องทำ, CFO จะเก่งไม่พอต้องกล้าด้วย และปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง

- CFO ที่มีความรอบรู้

เป็น CFO ที่เท่าทันสถานการณ์ต่างๆ ทั้งสถานการณ์ภายในและภายนอก (Internal & External origins) ควรอ่านรายงานประชุมคณะกรรมการทุกครั้ง ศึกษาร่างยุทธศาสตร์ 20 ปี และแผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ควรรู้กฎ กติกา มารยาทด้านการเงิน การคลังของประเทศ เช่น พ.ร.บ.การบริหารทุนหมุนเวียน ปี 58, พ.ร.บ.องค์การมหาชน ฉบับที่ 2, พ.ร.บ.วินัยทางการคลัง, ร่าง พ.ร.บ.วิธีการงบประมาณ, การแก้ไข พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, รู้เรื่องพื้นฐาน UHC ครอบคลุมครบทั้ง 3 แกน เพื่อไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง ผลักดันให้ทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

- CFO ที่มีบุคลิกภาพดี

ควรเป็นผู้ฟังที่ดี เมื่อฟังแล้วต้อง check evidence เพื่อความเข้าใจ และควรมีการอธิบายสิ่งต่าง โดยมี evidence เป็นตัวอย่าง, ต้องทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพได้ ผักผ่อนการเป็นผู้นำ บริหารทีมงานเป็น รับผิดชอบในหน้าที่ของตน, เป็นคู่คิดกับ CEO มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลต่างๆ, สร้างความมุ่งมั่นให้ตัวเอง หาตัวตนตัวเองให้เจอ เราจะเป็นอะไร ทำอะไร และอยากให้องค์กรสนับสนุนอะไรแก่เรา ควรวางแผนพัฒนาตนเอง



- CFO ที่พัฒนาสู่ความเป็นนักบริหาร

ควรเรียนรู้ภาษาสากลเป็นภาษาที่สอง สามารถเป็นวิทยากรบรรยายในเวทีนานาชาติได้, พัฒนาความคิดทางกลยุทธ์ การสร้างสรรค์ รู้จักวิธีคิดแบบการเมือง โดยเฉพาะในการเลือกตั้งที่จะเกิดขึ้นนี้ CFO ต้องเตรียมสื่อสารข้อเสนอสำหรับ CEO ในพื้นที่ให้เข้าใจ, ต้องรู้จัก Stakeholders ต่างๆ และรู้จักนำข้อมูล ใช้ระบบข้อมูลให้เกิดประโยชน์ในมิติต่างๆ และมีจริยธรรมในการบริหารงาน

หัวข้อ	การบริหารกองทุน UCS
วิทยากร	นพ.พรเทพ โชติชัยสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักบริหารแผนและงบประมาณ
วัตถุประสงค์	เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ UCS และการบริหารจัดการ
เวลา	13.00 – 14.30 น.

รูปแบบกิจกรรม การฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติ รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์

- Power point บรรยายเนื้อหาการบริหารกองทุน UCS
- LCD และโน้ตบุ๊ก
- กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเมจิก

กระบวนการและเนื้อหา

วิทยากรบรรยายสลับกับฝึกปฏิบัติตามโจทย์ โดยมีเนื้อหาการบรรยายได้แก่ Introduction & Review your knowledge , Constitutions competencies & responsiveness , CFO for purchaser what is different from providers? , UCS Budget system สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

Introduction & Review your knowledge



Big picture of health system



8-Jul-18

3

จากภาพแสดงให้เห็นว่าสุขภาพไม่ได้แสดงออกเพียงแค่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้น Social determinants of health (SDOH) หรือที่เรียกว่า “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” ซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตอยู่ตั้งแต่เกิด – ตาย ที่ถูกกำหนดและสัมพันธ์กับสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม SDOH

เชื่อมโยงกับ Sustainable development goals (เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน) ซึ่งงานที่ สปสข. ทำอยู่ในข้อที่ 3 คือ Good Health and Wellbeing การสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดี



Figure 1. The WHO Health Systems Framework



อย่าลืมเป้าหมายชั้นกลาง และชั้นปลาย อย่ามัวแต่พูดแค่ 6 BB ชั้นต้นเท่านั้น

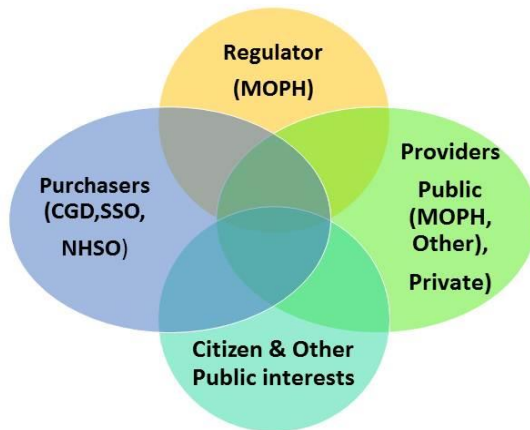
Six building blocks นั้นประกอบด้วย

- 1) Service delivery
- 2) Health work force
- 3) Health information system
- 4) Access to essential medicines
- 5) Financing
- 6) Leadership/governance

คนส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับ six building blocks (ฝั่งซ้าย) มากกว่า ซึ่ง six building blocks ที่แท้จริงต้องให้ความสำคัญกับเป้าหมายชั้นกลางหรือปัจจัยตั้งต้น คือ Access – Coverage – Quality – Safety (การเข้าถึงบริการ ความคุ้มครอง คุณภาพ และความปลอดภัย) และชั้นปลาย Outcome คือ

- 1) Improved health (คนเสียชีวิตลดลง เจ็บป่วยน้อยลงหรือไม่)
- 2) Responsiveness
- 3) Social and financial risk protection (สำหรับประเทศไทยจะทำ financial risk protection ก่อนส่วน Social ต้องไปร่วมกับกระทรวงอื่น) และ
- 4) Improved efficiency ฉะนั้นในการวิเคราะห์ควรวน Provider วิเคราะห์ชั้นกลางและปลายด้วย

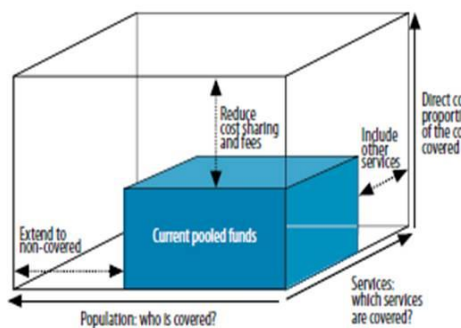
Key actors



Actor (ผู้เล่น) แบ่งย่อยออกเป็น Purchasers ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และ Providers ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน ส่วน Actor ที่ สปสช. ให้ความสำคัญมากคือ Citizen & Other Public interests (ภาคประชาชน)

และ Actor ของ สปสช. ที่สำคัญเช่นกัน คือ ฝ่ายวิชาการ มีบทบาทหน้าที่ผลิตงานวิจัยและสร้างองค์ความรู้ร่วมกับองค์กรอื่นเพื่อนำข้อมูลมาขับเคลื่อนสังคมและสร้างข้อคิดเห็น เพื่อผลักดันนโยบายต่อภาครัฐ (โมเดลสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา, ศ.นพ.ประเวศ วะสี คือ การผลักดันต่อดุลของอำนาจในระบบเศรษฐกิจ การตลาด สังคม และการเมือง โดยการเคลื่อนไหวเรียกร้องของขบวนการภาคพลเมือง)

Three dimensions of UC



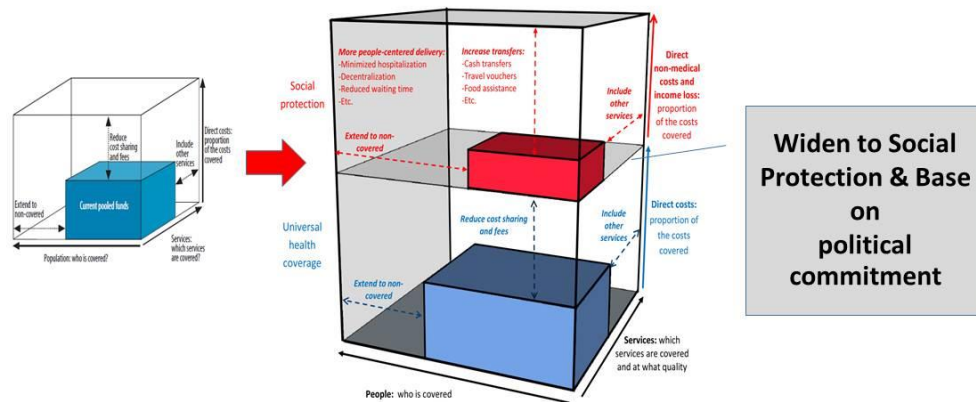
- **X axis: pop coverage**
 - Start from the poor, formal sector employees and informal sector employees
- **Y axis: financial protection**
 - Free at the point of service, minimum OOP → Reduce catastrophic illness
- **Z axis: service coverage**
 - Comprehensive benefit package with very small exclusion list
 - Basic : OP PP IP
 - Vertical programs

กล่าวโดยสรุปสิ่งที่วิทยากรเพิ่มเติมคือ

1) X axis : pop coverage พิจารณาเฉพาะประเทศไทย เกี่ยวข้องกับข้าราชการ ประกันสังคม บัตรทอง หรือกลุ่ม Informal sector และกำลังขยายไปยัง Labor Megan ซึ่งยังไม่มีความชัดเจนว่าครอบคลุมไปยังกลุ่ม Labor Megan หรือไม่

2) Y axis : financial protection พิจารณา OOP หมายถึง 1) ค่าธรรมเนียม 2) ค่าแรกจ่าย ในบางประเทศ/ประกันของเอกชนจะมีการจ่ายค่าแรกจ่าย เช่น กำหนดไว้ว่า 3,000 บาท แรกจ่ายให้ส่วนที่เกินจาก 3,000 จ่ายเอง 3) coinsurance เช่น ค่ารักษาพยาบาลบริษัทประกันจ่ายให้ 10,000 บาท ในสัญญาาระบุลูกค้าต้องร่วมจ่าย 10 % เพราะฉะนั้นลูกค้าจะต้องจ่ายเงินคืนให้บริษัทประกัน 1,000 บาท

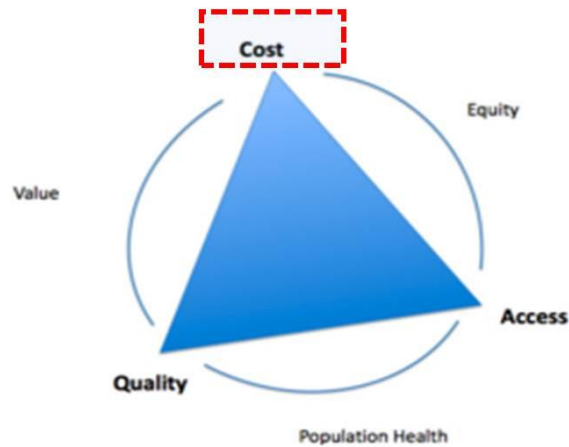
3) Z axis : service coverage คือ benefit package เป็น package ที่ยากที่สุด



<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001693>

จากภาพเป็นการขยายฐาน Three dimensions ในการคุ้มครองทางสังคม ซึ่งจะทำได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับข้อผูกพันทางการเมือง หรือ ความมุ่งมั่นทางการเมือง (Political commitment) บางประเทศนอกจากค่ารักษาพยาบาลแล้วจะมีค่าที่อยู่อาศัย ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ซึ่ง Model นี้จำเป็นมากในกลุ่มผู้สูงอายุ

The Iron Triangle of health care



The Iron Triangle of health care (สามเหลี่ยมของระบบสุขภาพ) โดยต้องสร้างความสมดุลมี 3 ส่วนสำคัญ คือ Access, Quality, Cost หมายถึง ต้องมีการเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และการควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม ซึ่งการเข้าถึงค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมก็คือการสร้างความเป็นธรรม และค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดคุณภาพ คือ คุณค่านั้นเอง

2 Model of health security system

2 model of health security system

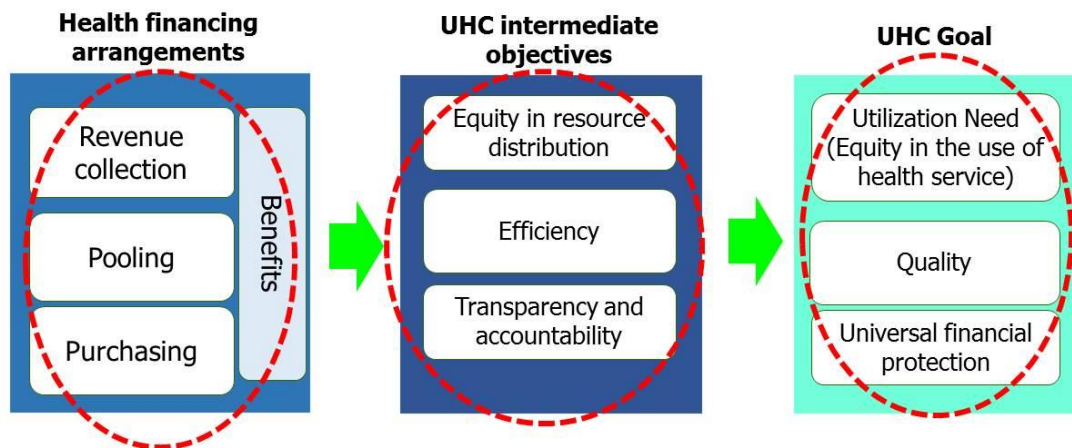


จากภาพแสดงให้เห็นถึง Model ประกันสุขภาพโดยหลักๆ มี 2 Model คือแบบ Social insurance (สีเขียว) ของ บิสมาร์ค รัฐบุรุษเหล็กแห่งเยอรมัน เช่น ประเทศเยอรมัน เบลเยียม เป็นต้น และ แบบ Taxes (สีน้ำเงิน) ของ เชอเบฟเวอเรจ แห่งอังกฤษ และอีก 2 Model รอง คือ Private insurance (สีเหลือง) และ Out-of-pocket payment (สีแดง) ซึ่ง Out-of-pocket payment เป็นระบบที่ต้องจ่ายเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มประเทศที่ระบบสุขภาพไม่ค่อยดี กล่าวโดยสรุป คือ แต่ละประเทศจะมีการผสมผสานของระบบการทำประกันสุขภาพทั้ง 4 แบบขึ้นอยู่กับว่าจะเน้นรูปแบบไหนมากกว่า

สำหรับ Conceptual Framework (กรอบระบบประกันสุขภาพ) มี 8 กรอบ ประกอบด้วย 6 กรอบหลัก ได้แก่ 1) Insurance 2) Finance sources 3) Allocation to purchaser 4) Allocation Inst. 5) Allocation to provider (payment) 6) Service provider และ 2 กรอบเสริม ได้แก่ 7) Health system support 8) Benefit Package กล่าวโดยสรุป กรอบการมองเรื่องระบบประกันสุขภาพจะมองเป็น 8 กรอบ คือ 6 กรอบหลัก คือ เป็นระบบประกันสุขภาพแบบไหน มีแหล่งเงินอย่างไร มีการจัดสรรไปที่ผู้ซื้ออย่างไร หน่วยที่เป็นคนจัดสรรคือใคร จัดสรรไปที่ผู้จัดบริการอย่างไร ผู้จัดบริการมีลักษณะหรืออยู่สังกัดใบบ้าง ส่วนระบบสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นเรื่องของข้อมูลข่าวสาร มาตรฐาน คุณภาพ การรับรองต่างๆ และชุดสิทธิประโยชน์ที่มีทั้งหลัก-รอง-เสริม



Goal and objectives of UHC : Health financing system



Applied from: Diáine McIntyre and Joseph Kutzin. Health financing country diagnostics: a foundation for national strategy development, WHO, 2016.

11

จากภาพ หากพิจารณาจะเห็นถึงการซ้อนทับของแนวคิดบางส่วนของ UHC Cube และ Six building blocks เป็นมุมมองทางการเงิน สามารถอธิบายได้ดังนี้ เริ่มจากนำเงินมารวมกัน มีการออกแบบการซื้อ-การจ่าย โดยผูกโยงกับสิทธิประโยชน์เป็นการซื้ออย่างมีเป้าหมาย ซึ่งการซื้อต้องมองเรื่องความเป็นธรรม


ประสิทธิภาพ โดยต้องออกแบบว่าเมื่อจ่ายเงินไปแล้วมีการใช้บริการหรือไม่ บริการมีคุณภาพหรือไม่ ได้รับการคุ้มครองทางการเงินหรือไม่



Goals (เป้าประสงค์) การคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน UHC โดยกำหนดเป้าหมายถึง พ.ศ. 2565 SAFE (Sustainability – Adequacy – Fairness – Efficiency) ส่วนใหญ่จะเน้นเรื่อง “เงิน” ความพอเพียง-ความยั่งยืน (S กับ A) แต่ควรให้ความสำคัญคือ F เพราะในแผนปฏิรูป Fairness ยังไม่ชัด

ข้อมูลการลงทุนทางสุขภาพ

- 4 เป้าหมาย SAFE
- ประเทศ รัฐบาล ประชาชนจ่ายไหว อย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 4.6 % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)
- ค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ คิดเป็น 13.2 % ของค่าใช้จ่ายภาครัฐ



	GNI per capita, US\$	THE, % GDP	THE per capita, US\$	GGHE % THE	GGHE % GGE	OOP % THE
Reference year	2105	2014	2014	2014	2014	2014
Cuba	5,984 (2013)	11.1	817	95.6	18.0	4.4
France	30,404	11.5	4,959	78.2	15.7	6.3
Japan	28,099	10.2	3,703	83.6	20.3	13.9
Republic of Korea	21,835	7.4	2,060	54.1	12.3	36.1
Mexico	7,836	6.3	677	51.8	11.6	44
Norway	61,977	9.7	9,522	85.5	18.2	13.6
Thailand	4,350	4.1	228	77.8	13.2	11.9
European Union	26,517	10.0	3,613	77.8	16.0	13.9
Upper middle income country	6,362	6.2	NA	55.0	NA	36.2
High income country group	33,537	12.3	5,266	62.3	17.9	13.3
East Asia and Pacific (all income level)	7,539	6.9	640	66.0	NA	25.2

Source: World Development Indicators, update 15 September 2017 [access 28 December 2017]

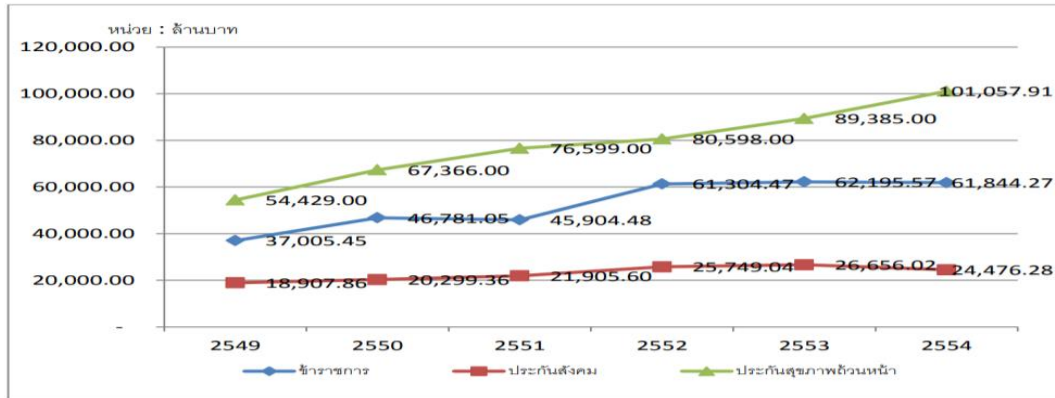
GNI: Gross National Income, GDP: Gross Domestic Product, THE: Total Health Expenditure, GGHE: General Government Health Expenditure, GGE: General Government Expenditure, OOP: Household Out of pocket payment

ข้อมูลการลงทุนทางสุขภาพของประเทศไทย รัฐบาล ประชาชนจ่ายไหวอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น พิจารณาจาก 3 ค่าสำคัญคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 4.1% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP), ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดรัฐออกเท่าไร จากตาราง 77.8 % ถือว่าเป็นตัวเลขที่สูง สำหรับประเทศที่ตัวเลขต่ำส่วนใหญ่จะเป็นสายประกันสังคม (การนำเงินสมทบไปจ่ายเป็นหลัก) และค่าใช้จ่ายของ

ภาครัฐด้านสุขภาพคิดเป็น 13.2 % ของค่าใช้จ่ายอื่น อีกค่าที่สำคัญ คือ OOP = 11.9% บางประเทศจะสูง เนื่องจากมี coin insurance การจ่ายแบบล่วงหน้าชัดเจน หรือ มีการร่วมจ่ายที่เป็นระบบ

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสาธารณสุขประเทศไทย จากกราฟแสดงถึงค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สีเขียว) บัตรข้าราชการ (สีน้ำเงิน) และประกันสังคม (สีแดง) ตั้งแต่ ปี 2549 – 2554 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

รูปที่ 1.1 ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2554

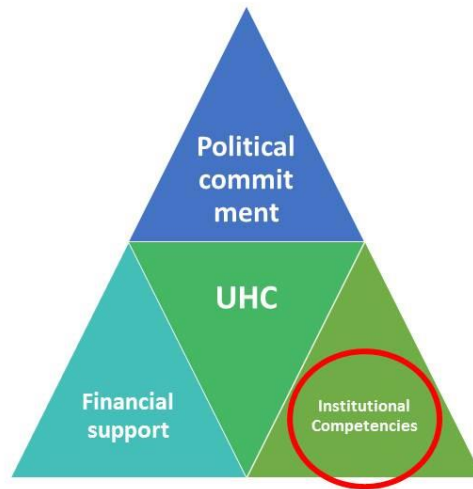


ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

เมื่อนำค่าใช้จ่ายมาคิดต่อหัวประชากรพบว่า ค่าใช้จ่ายของข้าราชการสูงที่สุดคือ 17,083บาท / หัว รองลงมาคือประกันสังคม 3,399 บาท/หัว และ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3,396 บาท/หัว

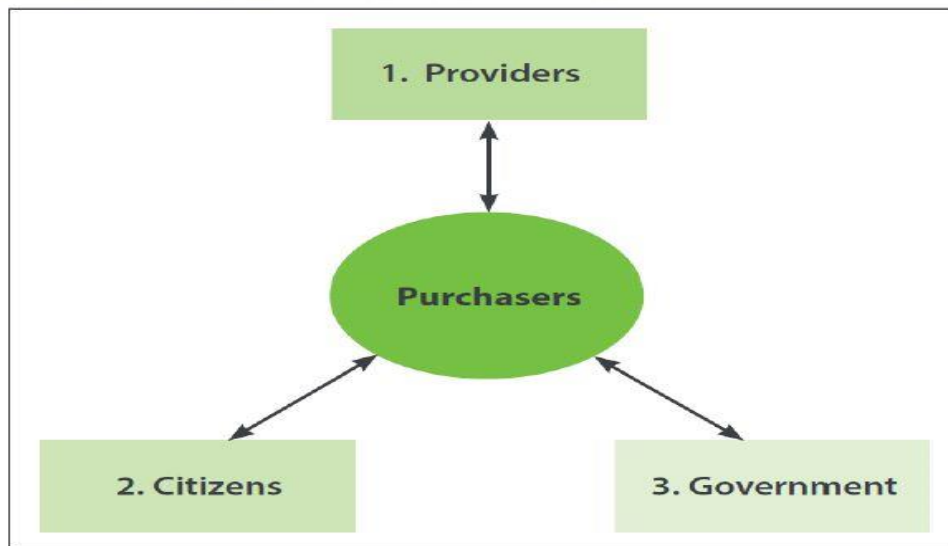
ความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงทางการเมือง มีการเงินที่เพียงพอ และความสามารถของสถาบัน ดังนี้

UHC sustainable or resilience



Purchaser มีหน้าที่ในการเชื่อมประสานความร่วมมือระหว่าง Provider – Citizen – Government
ดังภาพ

PURCHASERS ACTIVELY ENGAGE IN 3 KEY RELATIONSHIPS



➤ ฝึกปฏิบัติ

โจทย์ 1 : CFO for purchaser , what is different from provider?

กลุ่มที่ 1

CFO purchaser	CFO provider
ความมั่นคง ยั่งยืน ด้านการเงินของกองทุน	ความมั่นคงของโรงพยาบาลความอยู่รอดของโรงพยาบาล
ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการ	
ซื้ออย่างไรให้คุ้มค่า ให้บริการที่มีคุณภาพภายใต้งบประมาณที่มี	บริการอย่างไรให้ได้กำไร ไม่ขาดทุน
Demand side	Supply side เน้นการพัฒนาาระบบบริการเป็นหลัก
หาโอกาสในการขยายบริการ	จำกัดบริการตามศักยภาพที่มี
ใช้กลไกการเงินกระตุ้นให้เกิดการบริการ	จัดบริการตาม incentive ที่ให้ (พฤติกรรมบริการ)

กลุ่มที่ 2

CFO purchaser	CFO provider
คุ้มทุน เน้นกำไร	ความคุ้มค่า
ไม่ขาดทุน	Cost effectiveness, ประสิทธิภาพในการใช้ต้นทุน
Open-end	Closed-end
Allocate (Itemized/ fix BR)	คุณภาพบริการที่มีมาตรฐาน (varies based rate)
ต้องการจำนวนผู้ใช้บริการน้อย กำลังคนจำกัด	กระตุ้นให้ผู้ใช้บริการจำนวนมาก

กลุ่ม 3

CFO purchaser	CFO provider
Concept: เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพประชาชนเป็นหลัก	Concept: เน้นตัวองค์กรความอยู่รอดของหน่วยบริการเป็นหลัก
<ul style="list-style-type: none"> - กลไกในการจ่าย (รวดเร็ว, ถูกต้อง, ทันเวลา) - จ่ายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ - ความเพียงพอของงบประมาณ - แหล่งงบประมาณ 	<ul style="list-style-type: none"> - รายรับ รายจ่าย (ขาดทุน, กำไร) (LC, MC,) - ความอยู่รอดของหน่วยบริการ - ความคุ้มค่าของการลงทุน (ต้องคำนึงถึงอัตราการจ่ายค่าตอบแทน) - แหล่งเงินอื่นๆ (ไม่ใช่เฉพาะ UC)

<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายตามประเภทของการบริการ เช่น OP,IP,PP - จ่ายตามความต้องการของประชาชน (Health need)) - จ่ายตามกลุ่มเป้าหมาย (LTC, ผู้พิการ, เอดส์, ไต) - ระเบียบ ข้อบังคับการเงิน (ตามระเบียบ ข้อบังคับในการใช้เงิน) 	
--	--

กลุ่ม 4

CFO purchaser	CFO provider
ประชาชนจะได้อะไรจากการบริหารจัดการกองทุน	เน้นองค์กรและความอยู่รอด
ความแตกต่างระหว่าง CFO purchaser กับ CFO provider คือสถานการณ์ทางการเงิน และการเข้าถึงบริการ	

โจทย์ 2 : สหวิทยาการ (องค์ความรู้และความชำนาญ) ในการบริหารงบประมาณในระดับและขั้นตอนต่างๆ มีอะไรบ้างจะพัฒนาอย่างไร

กลุ่ม 1

1. มีทักษะที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล/ สถานการณ์ มนุษยสัมพันธ์ การเป็นผู้ฟังที่ดี การบริหารงาน/ บริหารคน อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ใช้ evidence เป็นฐานในการทำงาน
3. มีความรู้ที่จำเป็น เช่น ความรู้ในเรื่องกฎระเบียบ finance กลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ simulation การคลัง ภาษาที่ 2 เช่น ภาษาอังกฤษ ภาษาจีน
4. มีจริยธรรม เป็นคนดี เป็นคนเก่ง และกล้าคุยด้วยเหตุผลและข้อมูล

กลุ่ม 2

1. knowledge ควรมีความรู้หลายอย่างเป็นองค์ประกอบสู่การเป็น CFO ที่มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็ ความรู้เรื่องการเงินการลงทุน การบัญชี ความรู้เรื่องกฎหมายฉบับต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องการเงิน ความรู้เกี่ยวกับ UHC เป็นต้น
2. skill ต้องพัฒนาทักษะของตนเองเพื่อการใช้ได้จริง สามารถอ่านและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การ ออกแบบใช้ในพื้นที่ได้

3. ethic เป็นสิ่งที่ CFO ต้องตระหนักและคำนึงเป็นหลักยึดปฏิบัติ จริยธรรมเป็นพื้นฐานที่จะช่วยให้การทำงานโปร่งใส
4. communication การสื่อสารสำคัญมาก โดยเฉพาะการสื่อสารให้คนทั่วไปเข้าใจได้ง่าย ไม่ใช่สื่อสารเฉพาะคนในวงการสาธารณสุข CFO ที่สามารถพูดเรื่องยาก พูดศัพท์เทคนิคต่างๆ อธิบายให้คนทั่วไปเข้าใจได้ ถือเป็นความท้าทายของ CFO
5. team การพัฒนาการทำงานให้มีความเป็นทีมงาน จะทำให้งานมีพลังและบรรลุสู่เป้าหมายได้ CFO จึงจำเป็นต้องสร้างทีมงานที่มีคุณภาพให้เกิดขึ้นให้ได้
6. relationship การสร้างความสัมพันธ์ไม่เพียงแต่ในทีมงานเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์จะนำไปสู่การสร้างเครือข่ายตามมา ซึ่งจะทำให้การทำงานเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้นไปอีก
7. evidence base CFO ที่ดีต้องคิดและทำงานอยู่บนฐานของสถานการณ์จริงในพื้นที่ เข้าใจปัญหาข้อจำกัด จุดแข็ง จุดอ่อน ที่มาจากพื้นที่เหตุการณ์จริง การพัฒนางานจึงจะสามารถตอบโจทย์กับปัญหาต่างๆ ได้จริง

กลุ่ม 3

1. กฎระเบียบด้านการเงินการคลัง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. ทักษะในการทำงานเป็นทีม (Team Work)
3. ทักษะในการสื่อสาร
4. กระบวนการในการของบประมาณ
5. ต้องมีการปรับตัวทันต่อการเปลี่ยนแปลง
6. เศรษฐศาสตร์หลักประกันสุขภาพ

กลุ่ม 4

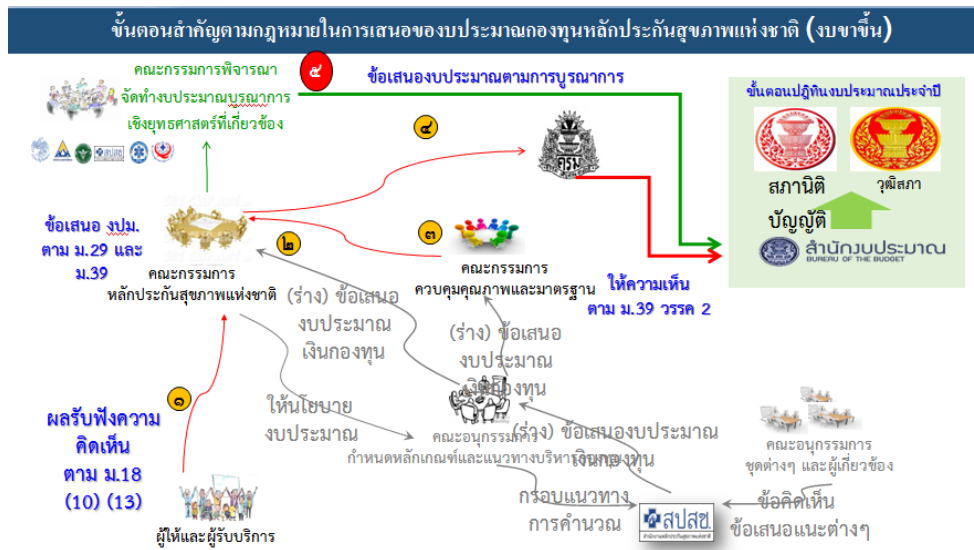
1. มีความรู้ เรื่องกฎหมาย การเงิน การคลัง หลักประกันสุขภาพ
2. มีทักษะ เรื่องการสื่อสาร

วิทยากรสรุป

จากการนำเสนอจะเห็นว่า มีประเด็นกองทุนเน้นการจัดบริการที่เป็นไปได้ ไม่เสี่ยง สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ สำหรับโรงพยาบาลเมื่อจ่ายแล้วสามารถจัดบริการได้หรือไม่ สิ่งสำคัญของ CFO จะทำอย่างไรให้ purchaser และ provider มองว่าประชาชนต้องเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี ด้วยต้นทุนที่เหมาะสม

ภาพรวมกองทุน สปสช.

สปสช. ในฐานะฝ่ายเลขาคต้องทำข้อเสนองบประมาณจากข้อมูลที่มีอยู่ มีกรรมการที่ดูแล สปสช. อยู่ 2 กรรมการหลัก ที่มีรัฐมนตรีเป็นประธาน และกรรมการควบคุม สปสช. ทำข้อเสนอผ่านความเห็น เสนอที่สำนักงบประมาณ สำนักงบประมาณอยู่ภายใต้รัฐบาลกับรัฐสภา เมื่อเสนอเสร็จจึงให้เงินกลับมา บางส่วนจัดสรรโดยตรง เช่น หน่วย CR บางส่วนจัดสรรไปที่ CUP คือ หน่วยบริการ ซึ่งมีทั้ง CUP สาธารณสุข CUP นอกสาธารณสุข CUP เอกชน บางส่วนจัดสรรไปที่เขต คือ รพ.สต. และ พม. เงินบางส่วนซื้อผ่านท้องถิ่น ให้ซื้อผ่านหน่วยบริการอีกทีหนึ่ง เช่น งบ long term care งบ PP



ขั้นตอนงบบขาขึ้นโดยย่อ

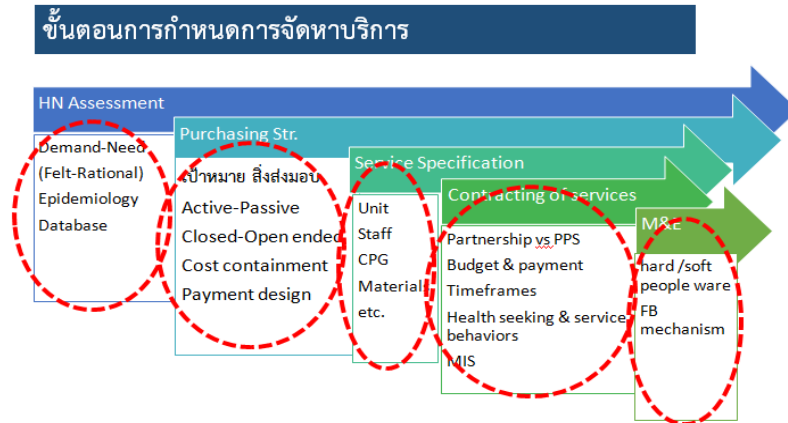
เริ่มจากการรับฟังความคิดเห็น

อีกส่วนหนึ่งมาจากข้อเสนอจากอนุกรรมการต่างๆ

ส่วนหนึ่งที่เป็นภาคบังคับ คือ ต้องผ่านความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ร.พ. อนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การบริหารกองทุน รวบรวมข้อเสนอไปที่ board ก่อนเข้าบอร์ดหลัก และยังมีอนุโยบาย แล้วค่อยไปบอร์ดหลัก

ขาขึ้น เข้าบอร์ด หลักๆ เสนอ ครม. ครม.ปรึกษาสำนักงบประมาณ ให้งบเบื้องต้น และผ่านสภา ซึ่งช่วงนี้อยู่ในระหว่างการผ่านสภาอยู่

งบบูรณาการ เป็นบพิเศษที่เข้ามาในยุค คสช. ซึ่งเป็นลักษณะงบบริหารองค์กรมากกว่า



ขั้นตอนการกำหนดการจัดหาบริการ

กล่องที่ 1 HN Assessment

การกำหนดงบประมาณขึ้นจะต้องดู health need เสมอ แต่ไม่จำเป็นต้องดูทุกปี ให้ดูเป็นช่วงๆ
มีคำศัพท์ที่น่าสนใจคือ Felt need คือ ทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่าเป็นความจำเป็นทางสุขภาพ เช่น ชาวบ้าน
รู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือการตรวจแปปสมียร์ (Pap Smear) สปลช.กับ provider
ก็ไปทำให้เขาารู้สึกว่ามันจำเป็นต้องตรวจ Pap Smear ตรวจ CA colon ตรวจฟัน ตรวจน้ำตาล

คำศัพท์ที่น่าสนใจอีกคำหนึ่ง คือ Demand

Demand แบ่งออกเป็น Rational demand และ Irrational demand คือ Demand ที่เป็นเหตุเป็น
ผล และ Demand ที่ไม่สมเหตุสมผล

ตัวอย่าง Demand ที่เป็นเหตุเป็นผล เช่น การวัดความดันประจำปี

Irrational demand เช่น ปวดหัวแล้ว CT scan ทันที

ต้องประเมินว่าอะไรสมเหตุสมผล

หลักสูตร CFO คือหลักสูตร strategic purchasing เราต้องชัดเจนว่าเมื่อมี health need เช่นนี้ เรา
จะออกแบบการจ่ายหรือการจัดหาบริการของเราอย่างไร เพื่อให้ชาวบ้านได้ health need

กล่องที่ 2 Purchasing Strategy

เป้าหมายของเรา คือ ชาวบ้านได้รับบริการพวกนี้และภัยสุขภาพลดลง

Purchaser ที่ศัตรูน้อยคือ purchaser ที่ passive งานมา จ่ายไป

Closed end, opened end เป็นข้อถกเถียง ญี่ปุ่นเป็น closed end แต่เป็น closed end ที่ผ่านการ
ต่อรองและคำนวณ จ่ายเป็น fee schedule คือจ่ายเป็นราย itemize แต่เป็น itemize ที่เป็นราคามาตรฐาน
และผ่านการต่อรองแล้ว และเรื่อง payment design

กล่องที่ 3 Service specification

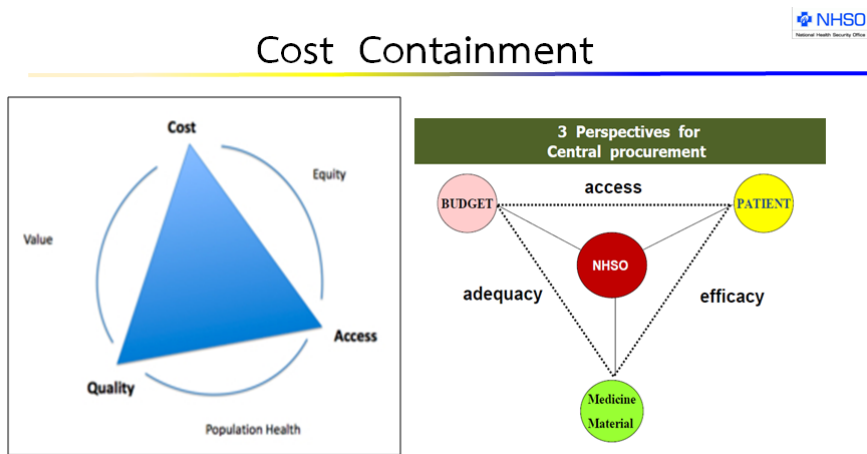
คือที่เราทำขึ้นทะเบียน ลงทะเบียน แต่เราทำเข้มข้นแค่ไหนก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ผ่านการขึ้นทะเบียนอย่างมีเงื่อนไข

กล่องที่ 4 Contracting of services

การทำสัญญา เป็นเรื่อง commitionning ซึ่งเราทำได้บ้างไม่ได้บ้าง

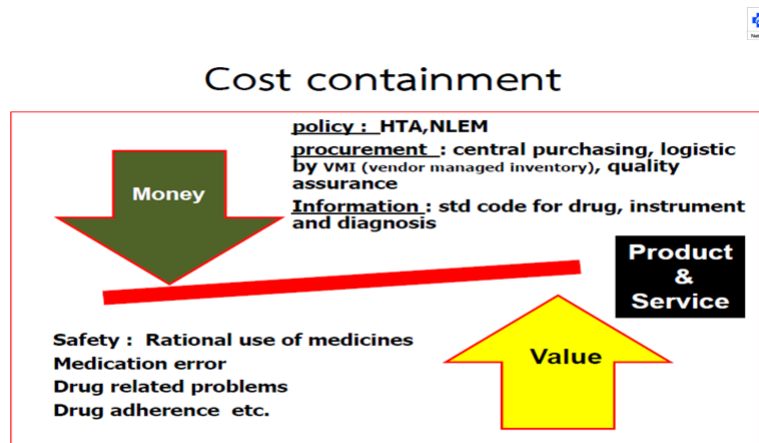
กล่องที่ 5 M&E

ยังมีจุดอ่อนอยู่



Cost containment

เชื่อมระหว่างคนไข้ งบประมาณที่มี/ ยา เวชภัณฑ์วัสดุ ซึ่งทำให้ส่วนนี้ optimal (optimal = สอดคล้องสมดุล)

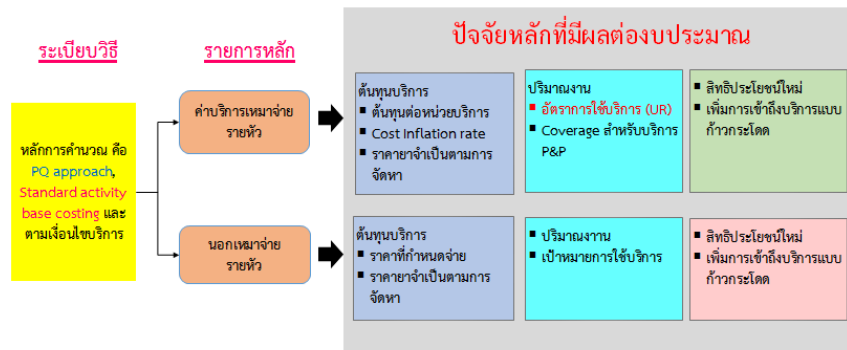


Cost containment คือ จ่ายเงินน้อยลง คุณภาพมากขึ้น คือ จ่ายคุ้ม
 หลักการของ สปสช. คือ central procurement

Central procurement ที่ดี ควรมีลักษณะ accountability ด้วย เช่น เรื่องการต่อสัญญา BTS นานเกินไป แบบนี้เรียกว่าไม่ central procurement ไม่แข่งขันจริง จ่ายเงินแล้วไม่คุ้ม จ่ายเงินแล้วเสียบ่อย เป็นต้น



ปัจจัยที่มีผลต่องบประมาณเงินกองทุน



ปัจจัยที่มีผลต่องบประมาณเงินกองทุน - ปัจจัยในการทำงานขาขึ้น

คือ ค่าบริการที่อยู่ในค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) กับนอกเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งโดยหลักการเป็น PQ Approach

P คือ prize คือ ต้นทุนบริการ คือ ต้นทุนที่ใช้จ่ายต่อบริการต่อครั้ง ต้องมีการคำนวณค่าผันแปร คุณด้วยปริมาณงาน บางครั้งมีสิทธิประโยชน์ก็ต้องใส่เงินเข้าไป เช่น ปีก่อนมี CA colon ปีนี้มีเรื่องวัคซีน แล้วแต่ว่าสิทธิประโยชน์ใหม่จะเข้ามาได้แค่ไหน

HPV - health need ไม่ชัดเจน ความคุ้มค่าไม่ชัดเจน

Costing calculation ประกอบด้วย

- 1 PA Approach
- 2 Activity Based Costing; ABC
- 3 Cost Function

PQ approach หรือ prize หรือ unit cost

unit cost ส่วนใหญ่ใช้การอ้างอิงจากเอกสาร เช่น จาก IHPP มหาวิทยาลัย HITAPP นำราคานั้นมาปรับความผันแปรที่น่าจะเป็นมาตรฐานทางวิชาการ ซึ่งส่วนใหญ่ปรับตามเงินเพื่อ

ในค่าใช้จ่ายต้นทุน จะมีค่าใช้จ่ายหลักอยู่คือ labor cost

Labor cost เมื่อพิจารณาตาม concept ของกระทรวงสาธารณสุขจะมี labor cost 1, labor cost 2

Labor cost 1 คือ labor cost ที่เป็น fix cost เช่น เงินเดือนประจำตำแหน่ง

Labor cost เป็นค่าแรงที่ผันแปร ส่วนใหญ่เป็น OT ค่าจ้าง

อีกอันหนึ่งคือ material cost ซึ่งมีการแบ่งยิบย่อย แต่ที่จำง่าย ๆ ถ้าแบ่งอย่างหยาบๆ อาจเป็นเรื่องทางการแพทย์ หรือไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์ก็ได้ อันหนึ่งเป็นเรื่องงบลงทุน ซึ่งบางครั้ง เราไม่ได้นำงบตรงนั้นมาคิดโดยตรง เช่น งบค่าเสื่อม

แตงบที่เป็นงบลงทุน เช่น งบก่อสร้าง เราไม่ได้นำมาคิดในงบขาขึ้น

Quantity (ปริมาณงาน) เป็นเรื่องที่ สปสช. คิดไม่ค่อยตรงกับสำนักงบประมาณเท่าไร

Quantity ส่วนใหญ่ประมาณการว่าปริมาณงาน PP จะเพิ่มขึ้นหรือไม่

PP, long term care, HPV, ล้างไต จะเพิ่มขึ้นอย่างไร คำนวณจาก prevalence เช่น long term care ปีแรกๆ คิดจาก prevalence เราสำรวจแล้วว่าจะมีคนติดเตียง 1% เราก็คูณประชากร แต่หน่วยบริการหักไม่ไหว จึงเปลี่ยนวิธีคิด

การคิดปริมาณ สามารถคิดจาก prevalence ก็ได้ จากการสำรวจก็ได้ จากบริการที่เกิดขึ้นจริง ย้อนหลังหาแนวโน้มก็ได้ จาก service based ก็ได้ expert opinion ก็ได้

อาจใส่สูตรแล้วทำ simulation หรือ plot graph แล้วทำ trend line

ในชีวิตจริง ถ้าทำ trend line มี trick คือ ถ้าเอา trend line 5 ปี มาคิดได้ตัวเลขหนึ่ง 4 ปีมาคิดก็ได้ตัวเลขหนึ่ง 3 ปีมาคิดก็ได้ตัวเลขหนึ่ง ขึ้นอยู่กับว่าจะเลือกสูงหรือต่ำ แต่เราสามารถอธิบายได้โดยมี evidence based

โจทย์ สมมติจะทำงบขาขึ้นแล้วมีบริการครั้งละ 1,000 บาท มีการใช้บริการ 15,000 ครั้ง ต้องใช้เงินเท่านี้ แต่สำนักงบประมาณให้เงินมาแค่สิบล้าน จะแก้ปัญหานี้อย่างไร

คำตอบ ไม่มีคำตอบสำเร็จรูป อาจใช้วิธี เช่น

วิธีที่ 1 จ่ายแบบ point งาน

วิธีที่ 2 ให้ชาวบ้านคุมเอง ซึ่งเป็นวิธีกระทรวงนิยมใช้

วิธีที่ 3 ต่อราคา ทำ central bargaining

วิธีที่ 4 วัคซีนแพง เลื่อนไปซื้อปีหน้า

ABC; Activity Based Costing

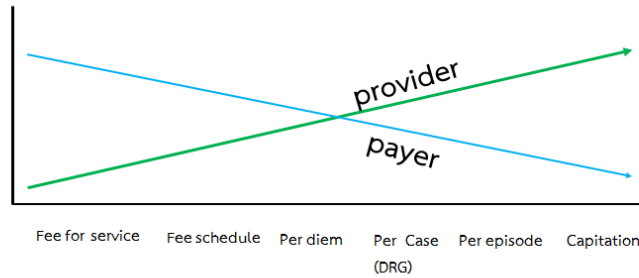
วิธีคิดอีกแบบสำหรับการบริการที่เราไม่มั่นใจว่า จะสามารถบริการได้จริงเท่าไร ซึ่ง สปสช. ใช้กับกรณีบริการ PP เป็น Activity Based Costing; ABC คือใช้วิธีคิดว่าการบริการแต่ละครั้งจะใช้ราคาประมาณเท่าไร แล้วค่อยคิดว่าจะให้บริการครอบคลุมเท่าไรในแต่ละกลุ่มอายุ แต่ละเพศ แต่ละพื้นที่ บางช่วงมีการเพิ่มค่าบริหารจัดการด้วย แต่บางปีก็เฉลี่ยกันไป

Cost function

เป็นการคิดประมาณการรายรับรายจ่าย มักใช้ในโรงพยาบาลเขตทุรกันดาร ถ้าโรงพยาบาลไหนประมาณการรายรับน้อยกว่ารายจ่าย สปสช. จะเติมเงินให้

Financial risk of payment

Financial risk



Financial risk of payment

เวลาจะจ่ายให้คิดถึง Financial risk of payment

รูปนี้แกน y คือความเสี่ยงทางการเงิน แกนนอนเป็นวิธีจัดแบบต่างๆ

Capitation - จะ risk ต่ำสุด (payer หรือ purchaser ก็คือ สปสช.) provider เสี่ยงสุด แต่หลังๆ ฟัง provider บอก capitation ดีสุด เพราะได้เงินไปแล้วไม่ service ก็ได้

ส่วนภาพในลักษณะของ payer risk สูงสุดที่ fee for service คือ จ่ายตามทีเรียกเก็บมา

ทางสายกลางมีหลายค่า คือ shift จาก capitation มาหา fee schedule ซึ่งประเทศที่รวยๆ จ่ายแบบนี้ ถ้า review ของญี่ปุ่น จะพบว่าญี่ปุ่นภูมิใจมากที่ทำ fee schedule แล้วไปได้ดีกว่าสหรัฐอเมริกา เพราะสหรัฐอเมริกาเป็นเจ้าของ fee for service ญี่ปุ่นก็เป็นเจ้าของ fee for schedule ส่วนไทยก็เป็นเจ้าของ capitation ของเอเชีย

ทางสายกลาง จะเป็นการจ่ายตามรายการมาตรฐาน หรือจ่ายตาม point

DRG ก็เป็นการจ่ายราย point หรือเป็น fee schedule อย่างหนึ่ง แต่ให้หน้าหนักกับการวินิจฉัยทาง

หัตถการเข้ามา

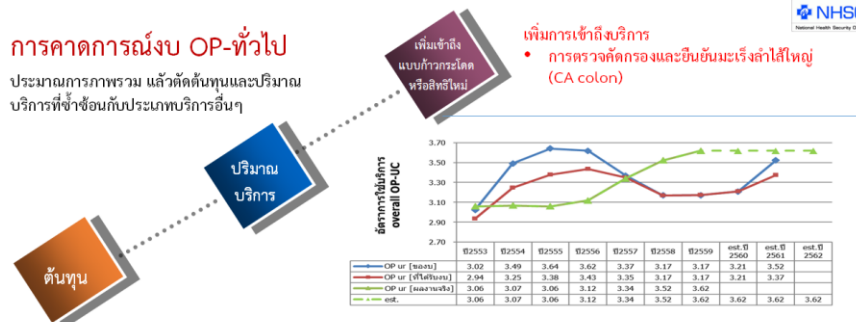
ระเบียบวิธีที่ใช้ในการจัดทำข้อเสนอของกองทุน ปี 2561-2562

รายการ	ระเบียบวิธี
1. บริการทางการแพทย์แยกจ่ายรายหัว	
1.1 ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP-ทั่วไป)	PQ ■ OP Utilization rate* POP * Unit cost per visit [หักงบบางส่วนข้อ 1.3, 1.5, 1.6, 4.1 ที่ซ้ำซ้อน]
1.2 ผู้ป่วยในทั่วไป (IP-ทั่วไป)	PQ ■ IP base rate* sum adj.RW ของ IP-ทั่วไป
1.3 บริการกรณีเฉพาะ (CR)	PQ ■ Target volume * Unit cost per protocol ■ กรณีขาด 2 จะคำนวณตามปริมาณที่แจ้งไว้ในบี
1.4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)	ABC ■ Standard activity * Standard Unit cost ■ Target volume * Unit cost
1.5 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Reb.)	PQ ■ Target volume * Unit cost per service type
1.6 บริการแพทย์แผนไทย (TTM)	PQ ■ Target volume * Unit cost per service type
1.7 ค่าบริการทางการแพทย์เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)	- ■ % ของ OP+IP+PP
1.8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับและผู้ให้บริการ	PQ ■ Target volume * Unit cost per type
2. บริการคัดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์	PQ ■ Target volume * Unit cost per service type
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (CKD)	
4. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Hardship)	CF ■ รวมของเสียค่าบริการที่ลดลงจากค่าแรงพยาบาล 3,000 อัตรา
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LCT)	PQ ■ Target volume * Unit cost per service type
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (PCC)	PQ ■ OP visit*Unit cost per visit (OPV)

ระเบียบวิธีที่ใช้ในการจัดทำข้อเสนอของกองทุน ปี 2561-2562

เป็นแผนสรุปว่าแต่ละกองทุนใช้วิธีคิดหลักอย่างไรและใช้แหล่งข้อมูลจากที่ไหน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ PQR code เกือบทั้งหมด ยกเว้น P&P ที่ใช้ Activity based costing และ long term care ที่ใช้ target volume คือคิดเป็น unit cost คูณกับ target volume จริงๆ คล้ายกับ PQ แต่ระเบียบวิธีจะแตกต่างกันบ้าง

รายการงบประมาณจ่ายรายหัว



- Unit cost per OP visit ของแต่ละระดับบริการ ใช้ข้อมูลปีฐานชุดเดียวกับข้อเสนอค่าของปี 2561
- Cost inflation rate ปรับอัตราเงินเพื่อต้นทุนบริการเพื่อใช้ปรับเป็นต้นทุนปี 2562-2563 สำหรับบริการ OP/IP/PP โดย
 - อัตราเงินเพื่อด้านด้านค่าจ้างบุคลากรที่ไม่ใช่ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ ปรับจาก 0% เป็น 4%
 - อัตราเงินเพื่อด้านยาและเวชภัณฑ์ ใช้อัตราเงินเพื่อด้านยา ในหน่วยบริการของ IMS (1.0%) แทน Medical CPI ของกระทรวงพาณิชย์ (1.1%)
- สัดส่วนการใช้บริการแต่ละระดับหน่วยบริการ ใช้ข้อมูลปีฐานเดียวกับข้อเสนอค่าของปี 2561

การคาดการณ์งบ OP

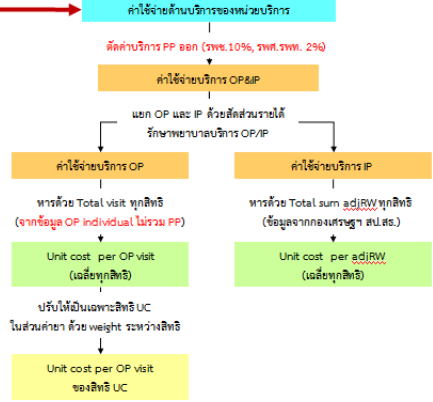
คิด P (Prize ต้นทุน) Q (Quantity ปริมาณ) กรณีมีบริการเพิ่มเติม ก็ต้องคิดเพิ่มเติมเข้ามา เช่น เรื่องคัดกรองมะเร็งลำไส้ก็ยังมีอยู่ใน OPD และยังมีเรื่องของต้นทุน (P) ซึ่งเราใช้ต้นทุนเฉลี่ยของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นฐานในการคิด ส่วนปริมาณ (Q) จะใช้วิธีรวบรวมปริมาณงานของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ใช้ trend line สีเขียวเป็นการประมาณการ โดยใช้หลักทางคณิตศาสตร์ประกันภัย คำนวณว่าน่าจะมีปริมาณการใช้บริการ เส้นสีน้ำเงิน คือที่ขอไป เส้นสีแดง คือได้เงินจริง ซึ่งบางช่วงจะได้ต่ำกว่าที่ขอไป บางช่วงได้ใกล้เคียงกับที่ขอไป

ส่วน unit cost ตอนนี้อย่างไม่มีข้อมูลใหม่ ตอนนี้อยู่ใช้ข้อมูลที่มีอยู่และปรับตามอัตราเงินเพื่ออัตราเงินเพื่อที่สำคัญ ทางสำนักงบประมาณจ่ายให้เฉพาะอัตราเงินเพื่อที่กระทรวงการคลังตกลง คือคิดเฉพาะเงินเดือน ส่วนเงินเดือนลูกจ้างชั่วคราวให้โรงพยาบาลรับผิดชอบเอง และมึงบออัตราเงินเพื่อ เช่น ค่ายา

ข้อมูลค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ สังกัด

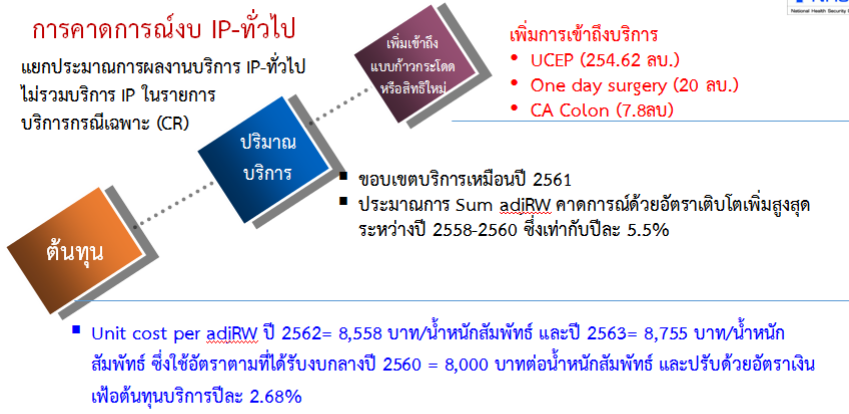
P031) เงินเดือนและรางวัลประจำ (ปีฐาน)	เงินเดือน L1
P030) เงินเดือนและรางวัลประจำ (ปีเลื่อน)	ค่าจ้างชั่วคราว L2
P032) ค่าจ้างชั่วคราว (ปีฐาน)	
P031) ค่าจ้างชั่วคราว (ปีเลื่อน)	
P033) ค่าตอบแทน (ปีฐาน)	
P032) ค่าตอบแทน (ปีเลื่อน)	ค่าตอบแทน L2 โฆระ (เงิน พอส, รายการดังกล่าว)
P028) ค่าเช่า	ค่าเช่ารถ MC1
P073) วัสดุสิ้นเปลืองและเครื่องใช้	ค่าเช่ารถ MC2
P035) ค่าสาธารณูปโภค	
P034) ค่าโฆษณา (ปีฐาน)	ค่ารถบรรทุก MC3
P035) ค่าโฆษณา (ปีเลื่อน)	
P029) ค่าโฆษณาที่โฆษณาและรถจักรยานยนต์	
P030) ค่าโฆษณาที่โฆษณารถจักรยานยนต์	
P072) วัสดุสิ้นเปลือง	
P040) ค่าบริหารจากหน่วยงานภายนอก เช่น ค่าจ้างรถบรรทุก	
P041) ค่าบริหารจากหน่วยงานอื่น	
P076) ค่าจ้างในการดำเนินงานอื่นๆ	
P088) ค่าจ้างรถบรรทุก	
P113) ค่าจ้างอื่นๆ เช่น ค่าจ้างผู้ซ่อมรถ คันในรถพยาบาล อุปกรณ์ และวัสดุทางการแพทย์	
P074) ค่าทรัพย์สินทางการเงิน	
P045) ค่าโฆษณาประชาสัมพันธ์ (ปีฐาน)	
P046) ค่าโฆษณาประชาสัมพันธ์ (ปีเลื่อน)	
P047) ค่าโฆษณา (ปีฐาน)	
P080) ค่าโฆษณาประชาสัมพันธ์ (ปีเลื่อน)	
P081) ค่าโฆษณาประชาสัมพันธ์ (ปีเลื่อน)	
P082) ค่าโฆษณา (ปีเลื่อน)	

การคำนวณต้นทุนบริการต่อหน่วย
unit cost per OP visit / per adjRW ในระบบ UC



วิธีคิดต้นทุนบริการต่อหน่วย

กล่องซ้ายมือของข้อมูลค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ คือ หมวดค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรงพยาบาล แต่ group เหลือ L1, L2, N1, N2 จัดหมวดจ่ายที่จำเพาะขึ้น แล้วคิดค่าใช้จ่าย หาดด้วยปริมาณงาน จะได้ unit cost OP



การคาดการณ์งบ IP

ตั้งแต่งบประมาณปี พ.ศ. 2562 ใช้วิธีค่าประมาณการ RW และคาดการณ์ด้วยค่าเติบโต เวลาทำจะ Sum adjRW ย้อนหลัง 3 ปี มีสูตรที่คิดเป็นค่าต่ำสุด ค่ากลาง และค่าสูงสุด เนื่องจาก สปสช. กลัวว่าจะมีปัญหาถ้าคิดประมาณการต่ำไป เวลาได้งบน้อย ถ้ากลางปี ค่า RW สูง จะมีปัญหาโรงพยาบาลจะลาออก เพราะฉะนั้น สปสช. จึงพยายามขอตัวเลขที่ค่อนข้างสูง งบ IP มีการเพิ่ม UCEP, One day surgery และ CA colon ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผ่าตัด

บริการกรณีเฉพาะ (CR) ปี 2561

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด 1.2 OP refer ข้ามจังหวัด 1.3 คำพินิจรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ 1.4 IP-PUC/IPPRCC/SSS (DRGv5)	3. Provider financial risk protection 3.1 Instrument-OP&IP 3.2 Hyperbaric O2-OP&IP 3.3 Corneal transplantation (สำรองดวงตา) 3.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant)
2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ 2.3 ยาละลายลิ้มเลือด (STEMI, Stroke) 2.4 Chemo/Radio-OP&IP (IP เริ่มปี 58) 2.5 Cataract [all] รวมเลนส์ 2.7 ทันตกรรมจัดฟันและศัลยกรรมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แหว่งเพดานโหว่	4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด 4.1 ยา Methadone สำหรับ MMT 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือด สำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยากำพวด)
	5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค 5.1 Thalassemia 5.2 Tuberculosis 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง(Morphine ในผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน)

การคาดการณ์งบประมาณบริการกรณีเฉพาะ (CR)

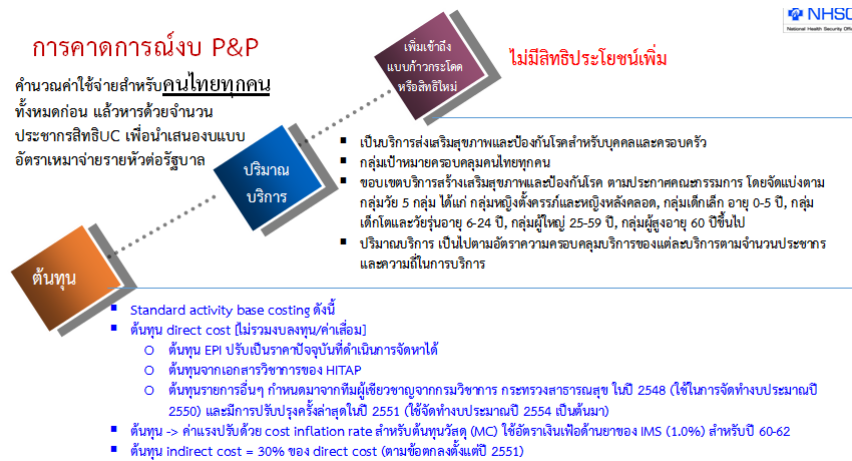
เรื่องที่จะทำ CR เราอาจจะต้องมีการประเมิน และตัดสินใจในแต่ละปี

CR มีหลักอยู่ 4 ข้อ คือ

1. เรื่องนั้นต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูง คือ เป็น Risk pooling คือ จ่ายที่ระดับประเทศ เพราะจ่ายที่เขตอาจจะมีปัญหาไม่พอเพียง ต้องเข้าเกณฑ์ risk pooling คือ จ่ายรวมแล้วกระทบต่อหน่วยบริการน้อยกว่าจ่ายแบบแยกเขต
2. Central bargaining การบริการนั้นสามารถซื้อรวมแล้วต่อรองราคาให้ถูกลงได้
3. ประกันการได้รับบริการ จำเป็นต้อง pool รวมกันเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับโรงพยาบาลว่าเราสามารถจ่ายเขาได้ในราคาระดับหนึ่ง จะสังเกตเห็นว่าทุก CR คือ fee schedule นั้นเอง คือ ด้วยราคาที่ตกลงกันชัดเจน ไม่ได้เหมา
4. คำนึงถึงความแตกต่างของพื้นที่ การจ่าย CR ทำให้สามารถบังคับการกระจายบริการไปยังพื้นที่ที่มีบริการน้อย แต่ก็ประเด็นว่าบางครั้งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยกลไกทางการเงินอย่างเดียว อาจต้องใช้กลไกอื่นด้วย

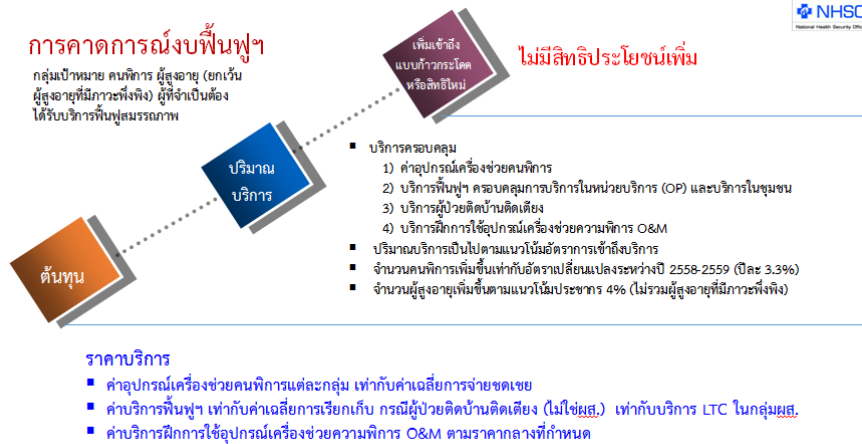
สปสช. มี CR 5 ประเภท

1. กลุ่มแรกเป็นกลุ่มประกันการได้บริการ ส่วนใหญ่เป็นพวกข้ามเครือข่าย refer ค่ายานพานะ พวกที่ยังไม่รับรองสิทธิ
2. มั่นใจคุณภาพบริการ ส่วนใหญ่เป็นค่า lab ค่าทันตกรรม ต้องจ่ายให้เกิดการแข่งขันกันระดับหนึ่งที่จะมีเรื่องคุณภาพบริการ แต่บางครั้งก็มีปัญหาเรื่อง over supply
3. การสร้างความมั่นใจในบริการของผู้จัดบริการ คือจัดบริการแล้ว สปสช. จ่ายแน่นอน ถ้าเป็นการรักษายากๆ จะเป็นพวกค่าอุปกรณ์ การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ
4. เป็นกลุ่มที่ใช้เงินไม่มากแต่ต้องใช้บริการพิเศษ เช่น Mathadone ยา จ.2
5. โรคที่ต้องบริการเฉพาะ เช่น ธาลัสซีเมีย วัณโรค end of life care ในส่วนของวัณโรคมีประเด็นว่าจะจ่ายเป็นเงินไม่จ่ายเป็นยา



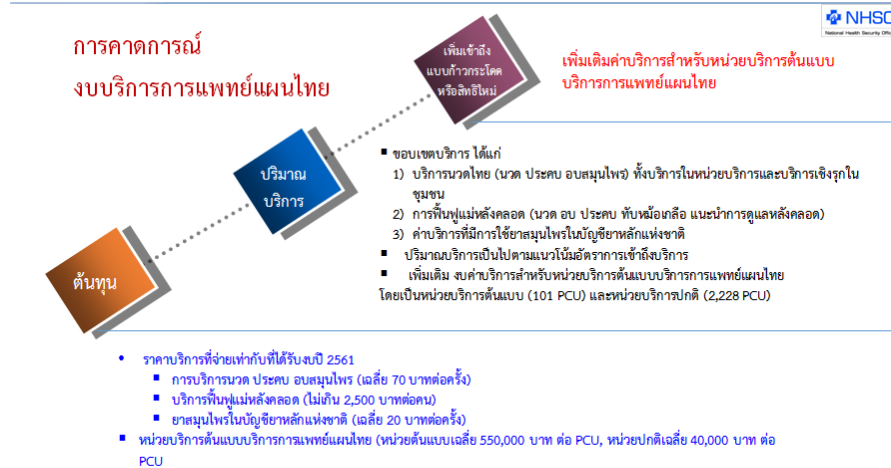
การคาดการณ์งบ P&P

ใช้วิธีการคิดที่แตกต่างจากคนอื่นคือใช้ Standard activity based costing หรือ ABC ซึ่งต้องมีการปรับข้อมูลพอสมควร ช่วงหลังมีเรื่องของวัคซีนเพิ่มเข้ามาค่อนข้างมาก และมีการปรับต้นทุนด้วยเรื่องของเงินเฟ้อต่างๆ และมีต้นทุนบริหารจัดการด้วย มี direct cost ที่ 30% ซึ่ง สปสช. ก็ใช้ตัวเลข 30% นี้



การคาดการณ์งบประมาณฟื้นฟู

มีบริการครอบคลุม เครื่องช่วยฟัง บริการฟื้นฟู ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่ได้เป็นผู้สูงอายุ อุปกรณ์ฝึกเดิน จะมีค่าใช้จ่ายคุณด้วยปริมาณงานที่คำนวณหรือดูแนวโน้มมา ซึ่งช่วงหลังส่วนใหญ่ตัวเลขค่อนข้างนิ่ง



การคาดการณ์งบประมาณบริการการแพทย์แผนไทย

แพทย์แผนไทยมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเรื่องค่าจัดสรรค่อนข้างมาก เช่น เรื่องขอบเขตบริการและคิดต้นทุน เช่น ต้นทุนการนวด การฟื้นฟูแม่หลังคลอด การใช้ยาสมุนไพร ซึ่งตัวเลขที่อยู่ด้านล่างไม่ได้หักเงินเดือน ซึ่งยังเป็นประเด็นว่ายังไม่ได้จูงใจคนทำงานเท่าไร

การคาดการณ์เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้รับบริการ (ม.41) และผู้ให้บริการ

การของบประมาณ จะต้องหักงบประมาณ
คงเหลือหรือเพิ่มที่ไม่เพียงพอของปีก่อน



การคาดการณ์เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ (ม.41) และผู้ให้บริการ

ข้ามใช้ค่าใช้จ่ายเดิม ปริมาณคำนวณจากข้อมูลเดิม อาจเพิ่มค่าแนวโน้มเล็กน้อย

รายการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว



การคาดการณ์งบบริการ HIV/AIDS

เพิ่มเติมเชิงแบบก้าวกระโดดหรือลิฟท์ใหม่

ปริมาณบริการ

ต้นทุน

- เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้รับยาต้านไวรัสและกลุ่มเสี่ยงสูง

ขอบเขตบริการ	ประมาณการปริมาณการเข้าถึง
ก. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์	
ก1. ยาต้านไวรัสและยารักษาอาการข้างเคียง	จำนวนผู้รับยาต้านไวรัส: ใช้ข้อมูลจำนวนผู้รับยาต้านไวรัส จากฐานข้อมูล NAP-Plus สปสช. ปี 2556-2559 และคาดการณ์ด้วยการเพิ่ม % growth
ก2. การตรวจชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการ	เป็นไปตามจำนวนผู้ได้รับยาต้านไวรัส และอัตราการเข้าถึงบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการปี 2559
ก3. การให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อ	ใช้ข้อมูลผลงานปี 2555 - 2559 และคาดการณ์ด้วยเส้นแนวโน้ม
ก4. การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยัน Hep C ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มเสี่ยง	ใช้จำนวนผู้รับยาต้านไวรัส และจำนวนกลุ่มเสี่ยง (ใช้สารสนเทศชนิดเป็นตัวแทนกลุ่มเสี่ยง ประมาณ 3,000 ราย)
ข. บริการส่งเสริมและป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี	กลุ่มเสี่ยง (ได้แก่ MSM, FSW, PWID, MSW) และจำนวนผู้เข้าถึงบริการเท่ากับที่ได้รับในปี 2561
ค. การสนับสนุนและส่งเสริมการกินยาต่อเนื่อง	จำนวนศูนย์ยอัครวมตามที่ดำเนินการในปี 2560 เท่ากับที่ได้รับในปี 2561

- ราคาขายยา เฉลี่ยต่อราย ตามประเภทระดับการรักษา เท่ากับที่ได้รับในปี 2561
- ปรับต้นทุนการตรวจยืนยัน Hep C ให้เป็นราคาเดียวกับตรวจรับยารักษา
- ค่าบริการอื่นๆ ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) เท่ากับที่ได้รับในปี 2561

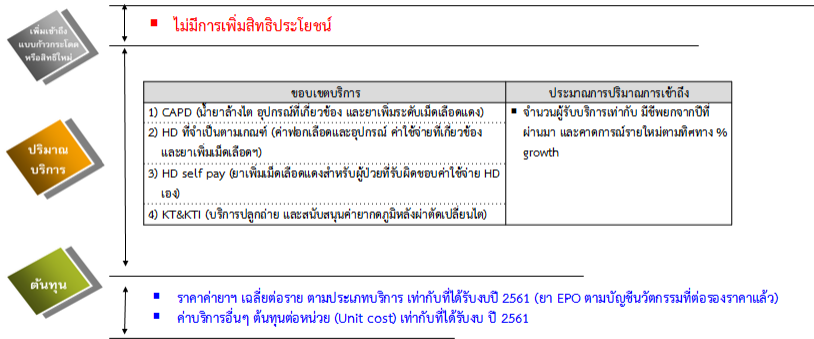
การคาดการณ์งบบริการ HIV/ AIDS

เพิ่มเรื่องการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและข้อมูลยาต้าน รวมทั้งการให้คำปรึกษา
มีต้นทุนด้านยา ต้นทุนเรื่องการส่งเสริมป้องกันโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
ต้นทุนมีค่ายา ปีนี้น่ากังวลงบประมาณตัดงบเพราะมียา stock ไว้มาก

สรุปคือ

1. ปีนี้ HIV ลดลงแต่ไม่น่ามีปัญหาเพราะ stock ยาไว้มาก
2. สปสช. จะไม่ตุนยาแล้ว เพราะ สปสช. พบว่า เงินจะหมุนได้ดีกว่านี้ถ้าการบริหาร stock คล่องตัวกว่านี้
ยาบางตัวจมนทุน หลายเรื่องสำนักงานงบประมาณเข้ามาช่วยทำให้ สปสช.บริหารทุนได้ดีขึ้น

การคาดการณ์งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง



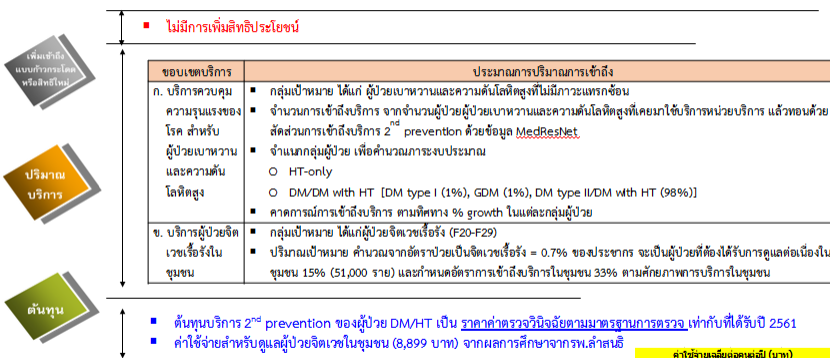
การคาดการณ์งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ขอบเขตบริการมี 4 เรื่อง คือ

1. CAPD
2. HD
3. HD self pay
4. KI & KDI การผ่าตัดเปลี่ยนไตแล้วต้องจ่ายยากดภูมิต่อเนื่อง

ปีนี้กำลังพยายามดึงงบประมาณส่วนหนึ่งมานำร่องเรื่อง APD ถ้าทำสำเร็จก็จะทำให้เรื่องการล้างไตดีขึ้น

การคาดการณ์งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง



ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนปี (บาท)			
DM type I	GDM	DM และ DM with HT	HT
12,380	3,380	380	180

การคาดการณ์งบบริการ ควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

งบนี้ครอบคลุมแค่ค่า lab และค่าการตรวจคัดกรองคนไข้ ตรวจตา ไต เท้า ไม่รวมค่ายา

แต่มีค่าที่ยังเป็นที่ถกเถียงกัน คือ ค่า HbA1C ที่ให้ตรวจปีละ 1 ครั้ง บางโรงพยาบาลที่ตรวจ 2 ครั้งอาจต้องรับภาระเอง ซึ่งถ้าโรงพยาบาลเสนอมาบ่อยๆ อาจต้องมีการปรับ

- Q: ทำไมงบจิตเวชอยู่ในงบ NCD
- A: โรคเรื้อรัง นอกจากจะมีค่าเบาหวาน ความดัน ยังมีค่าที่ให้คนไข้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง หลังจาก discharge
โรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง ที่ไม่อยู่ในแถวเดียวกันเพราะกลัวว่าถ้าเหมาแล้วไม่เกิด service
- Q: งบขาขึ้น กรณีโรคจิตเวชทำไมไม่อยู่อีกแถวหนึ่ง ทำไมมาอยู่ใน NCD
- A: ขาขึ้นก็คิดขึ้นไป คิดตามปริมาณงานเดิม กลุ่มเป้าหมายดูจากวินิจฉัย 20 ถึง 29 เท่าไร เราคิด coverage ประมาณ 15% แล้วเราก็คำนวณค่าใช้จ่ายโดยประมาณแล้วก็คิดเป็นขาขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ก็ให้มาเท่าเดิม ไม่ได้หัก ไม่ได้เพิ่ม
- เหตุผลที่ไม่ดึงงบจิตเวชออกมาแยกบรรทัดต่างหาก เป็นเพราะการตัดสินใจแยกอะไรออกมาเป็นบรรทัดมี criteria ในการตัดสินใจ
 - ประเด็นโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรัง งบประมาณไม่มาก การดึงออกมาอีกหนึ่งบรรทัดจะเป็นการเพิ่มรายย่อย ดูเหมือน สปสช. มีกองทุนย่อยๆ จึงไปรวมเรื่องนี้กับ DM, HT
 - ทำไมไม่รวมในเหมาจ่ายรายหัว เนื่องจากงบเหมาจ่ายรายหัวค่อนข้าง fix รายการ เพราะงบเหมาจ่ายรายหัวเป็นก้อนใหญ่ เวลาเติมเงินจะไปเพิ่มวงเงินและเพิ่มตัวการบริหารจัดการ และเหมาจ่ายรายหัวตัดเงินเดือน แต่นอกเหนือจากการเหมาจ่ายรายหัวจะไม่ตัดเงินเดือน สปสช. จะบริหารเงินได้เต็ม การนำรายการนี้ไปรวมในเหมาจ่ายรายหัวมีผลกระทบกับเงินสดที่เราจะบริหารเพราะเงินเดือนอยู่ในเหมาจ่าย

การคาดการณ์ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



เป็นบริการในชุมชนและครอบครัว โดยเป็นบริการด้านกายภาพ เช่น การบริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด อุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ เป็นต้น

เพิ่มเข้าในแบบบริการโรคเรื้อรังหรือซีโรไลน์

ปริมาณบริการ

ต้นทุน

- ไม่มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์
- ปรับการประมาณการจำนวนผู้เข้าถึงบริการ จากใช้ข้อมูล prevalence เป็นใช้ตามข้อมูลการเข้าถึงบริการปี 2559-2560 และศักยภาพของระบบบริการที่คาดว่าจะดำเนินการได้
- เป้าหมายจำนวนผู้เข้าถึงบริการเท่ากับ มีซีพจากปีที่ผ่านมา และคาดการณ์รายใหม่ที่เมื่อรวมแล้ว (รวมทั้งจะเสียชีวิตในปี) จะมีผู้รับบริการไม่เกินศักยภาพของระบบ
- ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายต่อปี ใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาของ รพ.ลำสนธิ = 8,899 บาท

ต้นทุนบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากข้อมูลผลการศึกษาด้านศูนย์ โรงพยาบาลลำสนธิ	ต้นทุนต่อผู้สูงอายุ (บาท)	จำนวนผู้สูงอายุ (แสนคน)	ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้สูงอายุ (บาทต่อคน)
ต้นทุนค่าตอบแทน care giver			8,773
คำนวณตามน้ำหนักสัดส่วนการมีและไม่มีผู้ดูแล			
- Totally dependent	18,533	0.08	
- Severe dependent	16,130	0.12	
- Moderate dependent	6,157	0.63	
ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์			8,899
คำนวณตามน้ำหนักสัดส่วนการมีและไม่มีผู้ดูแล			
- Totally dependent	11,563	0.08	
- Severe dependent	11,563	0.12	
- Moderate dependent	8,059	0.63	
รวมต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน			17,673

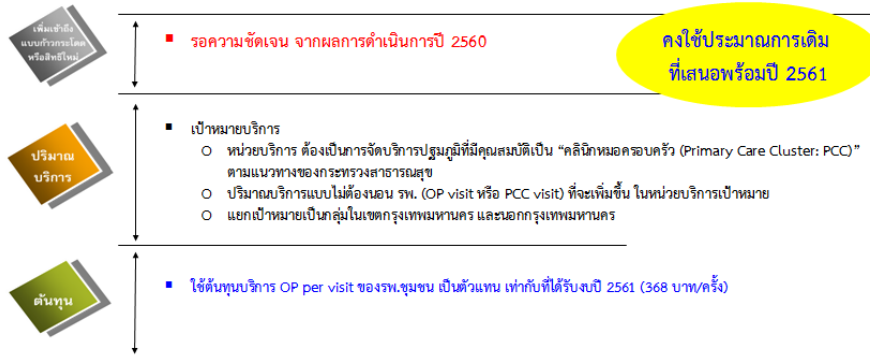
การคาดการณ์ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Long term care ใช้การคำนวณจากค่าประมาณการมาก่อน ใช้ตามความชุกของผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันใช้ตามความเป็นไปได้ที่หน่วยบริการจะจัดบริการได้

สปสช. ไม่มีข้อมูลวิจัยรองรับ มีอยู่โรงพยาบาลเดียว คือ โรงพยาบาลลำสนธิ ซึ่งข้อมูลรวมจะเห็นว่า caregiver ใช้เงินส่วนหนึ่ง ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าวัสดุอีกส่วนหนึ่ง
 สำนักงบประมาณให้เฉพาะค่าบริการทางการแพทย์ ไม่ได้ให้ค่า caregiver



**การคาดการณ์ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม
 สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (PCC)**



การคาดการณ์ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (PCC)

ยังไม่ชัดเจน ต้องติดตามต่อไป ซึ่งกระทรวงจะมาชี้แจงว่าจะวัดผลอะไรบ้าง
 PCC ที่ 10 งบขาขึ้นคิดจาก UR ของ OP ที่เพิ่มขึ้น ใช้ต้นทุนของโรงพยาบาลชุมชนเป็นตัวแทน คือ 368 บาท แต่ตอนนี้มีประเด็นถกเถียงว่า PCC ที่ 10 ไม่เหมือนกับ OP ที่ 10 ถ้าตกลงผลึกแล้ว อาจต้องมาขาย unit cost ของ PCC ที่ 10 กันใหม่ งบที่ไม่ค่อยชัดเจนจึงอาจได้งบน้อยหน่อย



ขั้นตอนสำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน (งบขาลง) และการบริหารจัดการกองทุน



ขั้นตอนสำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน (งบกลาง) และการบริหารจัดการกองทุน

งบ เมื่อผ่านรัฐสภาและมีประกาศลงมา สปสช.จะต้องประชุมเพื่อรับข้อเสนอจากอนุกรรมการต่างๆ อีกครั้งหนึ่ง รวมถึงอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ เข้าคณะอนุบัญญัติเข้าบอร์ดหลัก ถ้าผ่านก็ให้คณะรัฐมนตรีลงในประกาศคณะกรรมการฯ ตามมาตรา 18 (4)

งบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ปี 2562 ที่ได้รับ

ประเภทบริการ	ปี 2561 [ได้รับ]	ปี 2561 [ได้รับรวมงบ กลาง]	ปี 2562 [ข้อเสนอ]	ปี 2562 [ตามครม. 13 มีค 61]	ผลต่าง 62 > ปี 61 ได้รับ		ผลต่าง 62 > ปี 61 ได้รับ รวมงบกลาง	
					บาท	%	บาท	%
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,167.41	1,167.41	1,300.74	1,190.01	22.60	1.9%	22.60	1.9%
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,113.93	1,199.72	1,347.46	1,294.94	181.01	16.2%	95.22	7.9%
3. บริการกรณีเฉพาะ	337.08	337.08	346.83	346.83	9.75	2.9%	9.75	2.9%
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	415.55	415.55	466.98	431.43	15.88	3.8%	15.88	3.8%
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13	16.13	19.12	16.13	-	0.0%	-	0.0%
6. บริการแพทย์แผนไทย	11.61	11.61	15.08	11.61	-	0.0%	-	0.0%
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	128.69	128.69	128.69	-	0.0%	-	0.0%
8. เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	4.92	4.92	4.92	4.92	-	0.0%	-	0.0%
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00	2.00	5.00	2.00	-	0.0%	-	0.0%
รวม	3,197.32	3,283.11	3,634.82	3,426.56	229.24	7.2%	143.45	4.4%

งบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ปี 2562 ที่ได้รับ

ปีนี้ผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยนอก

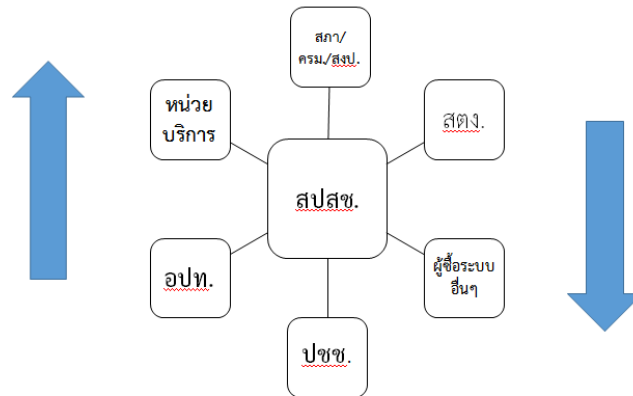
ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มตามมติ คร.ม. 13 มี.ค. 61 กลุ่ม A: งบเหมาจ่ายรายหัว

ประเภทบริการ	ปี 2562 [มกราคม]	ผลต่าง 62 จะได้รับ>61 งบกลาง	ปัจจัยที่ทำให้ไม่เพิ่มขึ้น [มกราคม 1-31/61]					รวม	
			เงินเพื่อ เงินเดือน	เงินเพื่อ ด้าน ค่าจ้าง	เงินเพื่อ ยา	ต้นทุน พื้นฐาน เพิ่มขึ้น	ปริมาณ งานเพิ่ม ตามปกติ		เพิ่มค่า กระโดด/ ศักยภาพ
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว									
1. ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว (บาทต่อหัว)									
1.1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,190.01	22.60	39.52	-	1.53	-	-18.47	0.02	22.60
			39.52	10.69	7.73	-	25.37	0.02	133.33
1.2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,294.94	95.22	39.52	-	6.26	-	43.80	5.65	95.22
			39.52	8.67	6.26	-	173.44	5.65	233.53
1.3. บริการกรณีเฉพาะ	346.83	9.75	-	-	-	-	9.75	-	9.75
			-	-	-	-	9.75	-	9.75
1.4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	431.43	15.88	10.75	-	5.05	-	0.08	-	15.88
			10.75	-	5.05	-	35.64	-	51.43
1.5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13	-	-	-	-	-	2.99	-	-
			-	-	-	-	2.99	-	2.99
1.6. บริการแพทย์แผนไทย	11.61	-	-	-	-	-	0.49	2.98	3.47
			-	-	-	-	0.49	2.98	3.47
1.7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่มีจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	-	-	-	-	-	-	-	-
			-	-	-	-	-	-	-
1.8. เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	4.92	-	-	-	-	-	-	-	-
			-	-	-	-	-	-	-
1.9. บริการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการที่เพิ่มขึ้น	2.00	-	-	-	-	-	-	3.00	3.00
			-	-	-	-	-	3.00	3.00
รวมกลุ่ม A (บาทต่อหัว)	3,426.56	143.45	89.78	-	12.84	-	35.16	5.67	143.45
			89.78	19.36	19.04	-	297.67	11.65	437.50

ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มตามมติ คร.ม. 13 มี.ค. 61 กลุ่ม A: งบเหมาจ่ายรายหัว

ตัวอย่าง ผู้ป่วยนอกได้มา 1,190.01 บาทเพิ่มจากปี 2561 ตัวเลข 22.60 บาท ด้านบนเป็นตัวเลขที่สำนักงานประมาณและคณะรัฐมนตรีตั้งไว้ แต่ตัวเลขด้านล่างเป็นงบที่ สปสช. ขอไป

สิ่งที่ท้าทาย (Challenges)



หน่วยบริการ สภา/ กรม/ สป. สตง. ผู้ซื้อระบบอื่นๆ ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เหล่านี้ เป็น stakeholder ของ สปสช. ซึ่ง สปสช. จะ analyze แล้ว action หรือ approach

สิ่งที่ท้าทาย (Challenges)

องค์กร	สิ่งที่ท้าทาย	Initiatives
สปสช.	Are you real strategic purchasing? PP payment M&E	Review gap of competencies and SWOT analysis for improve them
ระบบประกัน สุขภาพ และผู้ซื้อ ระบบอื่นๆ	No standard core benefit package Different mechanism & payment Inequity to access HC & High cost care	Inform evidence based to change
หน่วยบริการ	การไม่มีคู่แข่งชั้นในบางบริการ บางพื้นที่ Gap & overlap of services	<ul style="list-style-type: none"> Open more other provider upon context Common goal to commissioning, Structural reform
สตง.	การตรวจสอบที่แยกส่วนเกินไป	??

สิ่งที่ท้าทาย (Challenges)

องค์กร	สิ่งที่ท้าทาย	Initiatives
สภา / ครม.	การสื่อสารที่ไม่เพียงพอ และกรอบแนวคิดที่ต่างกัน	Inform evidence based to change Political pressure
สปบ.	ความไม่เพียงพอของงบ. และการคำนวณบางประเด็น ไม่ตรงกัน	Inform evidence based to change Increase UC fund (tax , non-tax)
อปท.	ความพร้อม และการตื่นตัว	??
ภาคปชช.	Aging society การมีส่วนร่วมระดับต่างๆ	Inform evidence based to change

สรุปสิ่งที่ท้าทาย (Challenges)

สิ่งที่ท้าทาย เป็นการทบทวนว่าเราควรพัฒนาอะไร

สิ่งที่ท้าทายของ สปสช. คือ เราเป็น strategic purchasing จริงหรือเปล่า หรือเป็นแค่ passive

เรื่องระบบประกันสุขภาพอื่นๆ และระบบประกันของ สปสช.เอง ในแผนปฏิรูปกำลังทำอยู่แต่ยังไม่มีข้อตัดสินใจที่ชัดเจน เช่น เรื่องของกลไกการจ่าย เรื่องชุดสิทธิประโยชน์กลาง วิธีแก้ไข คือ inform evidence based to change or to policy maker ซึ่งเป็นหลักการ แต่รูปธรรมต้องมาลงมือทำกัน ซึ่งยากและอาจจะสำเร็จบ้างไม่สำเร็จบ้าง

หน่วยบริการ หลายเรื่อง สปสช.ทำได้ดี บางเรื่องต้องมีต้นทุนที่ชัดเจน บริการที่ไม่มีคู่แข่ง คือ กองทุน PP ซึ่งในต่างประเทศก็ไม่มีคู่แข่ง แต่ปฐมภูมิ หรือ PP ต้องทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ให้ชุมชนเป็นคนติดตามประเมินผล

สดง. เน้นการตรวจสอบที่มี พ.ร.บ.มารองรับ เป็นไปตามขอบเขตหรือไม่ ซ้ำซ้อนหรือไม่ ซึ่งยังไม่ทราบแนวทางการแก้ไข

สภา/ ครม. ต้องพยายามสื่อสารและสร้างแรงขับเคลื่อนทางการเมืองที่เหมาะสม

สงป. แนวคิดของรัฐบาลมองในเรื่องของการสงเคราะห์ที่ไม่ได้มองเรื่องรัฐสวัสดิการ การจัดสรรที่เน้น demand side คนอยู่ไหนงบประมาณไปทางนั้น หรือ supply side อยู่ไหน เงินไปทางนั้น

บอร์ดหลักของ สปสช. ต้องการสร้าง balance ระหว่าง demand กับ supply

ท้องถิ่น ต้องเสริมพลังเพราะได้รับการตรวจสอบเข้มข้น

ภาคประชาชน การมีส่วนร่วมหรือการรับรู้ต่างๆ

การบ้าน หรือสิ่งที่อยากจะฝาก คือ ให้กลับไปทำที่เขต จากนั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

➤ Workshop

แต่ละสำนักหรือเขตคิดว่าจะไป approach โรงพยาบาลต่างๆ เพื่อ feedback ข้อมูลผู้ป่วยในรายโรงพยาบาลอย่างไร และแต่ละเขตมี know how ที่จะ M&E ให้ผลิต RW มากไปอย่างไร

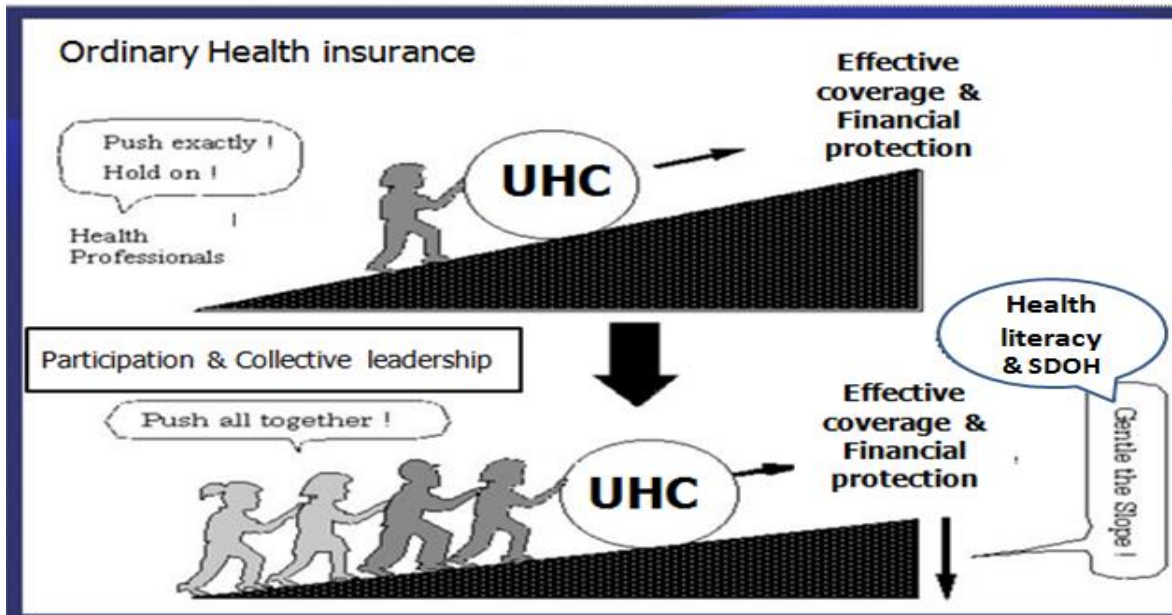
Workshop

ในฐานะที่เป็น สปสช. ถ้ามีภาคประชาชนหรือโรงพยาบาลเสนอมาว่าช่วยจัดซื้อยารักษาโรคใช้หลักพบว่ามียาในท้องตลาด 2 ตัว คือยา A และยา B

ยา A efficacy 95% คือ รักษา 100 คน ไม่กลับ 95 คน กลับต่อ 5 คน งบต่อ course รักษาแล้วหาย 10,000 บาท งบที่มีอยู่ 1 ล้านบาท จำนวนผู้ป่วยมี 1,000 คน

ยา B efficacy 80% คือ รักษา 100 คน ไม่กลับ 80 คน กลับต่อ 20 คน งบต่อ course รักษาแล้วหาย 1,000 บาท งบที่มีอยู่ 1 ล้านบาท จำนวนผู้ป่วยมี 1,000 คน

ถ้าท่านเป็น CFO ท่านจะเลือกอย่างไรและจะใช้วิธีการอย่างไร



อยากจะทำรูปนี้ให้สำเร็จอย่าทำคนเดียว ให้หา provider มาช่วยทำ และช่วยลดความชันที่จะทำให้ UHC ไปถึงลำบาก เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ social determinants of health

Wrap up : ทบทวนการเรียนรู้ (วันที่ 26 มิถุนายน 2561)

กลุ่มที่ 2 wrap up เนื้อหาจากวิทยากร: อ.ทวีศรี กรีทอง หัวข้อ CFO กับความคาดหวัง

1. Update สถานการณ์ ในฐานะ CFO ต้องรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับกองทุนที่จะเปลี่ยนแปลงในปี 2562 เช่น DM type I จะเพิ่ม module ออกมาจากที่จ่ายใน type II
2. สถานการณ์ภายใน - กองทุน มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง
สถานการณ์ภายนอก - ครม. ต้องรู้อะไรบ้าง
3. Intervention ที่นำมาใช้ คือ ทางสายกลาง เศรษฐกิจพอเพียง

Facilitator ประจำกลุ่ม สรุปเพิ่ม

1. Style วิทยากร เริ่มจากการสื่อสาร กระตุ้นความรู้สึกด้วยการตั้งคำถามชวนคิดว่า CFO ต้อง update สถานการณ์อะไรบ้าง
2. กรรณวิธีที่จะเป็น CFO นำเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ 3 ห่วง 2 เงื่อนไข (เงื่อนไขจริยธรรม เงื่อนไขความรู้)
3. คุณสมบัติ CFO 8 อย่าง คือ คิด พูด ทำ โดยมีพื้นฐานเป็นคนเก่ง คนดี และคนกล้า ตลอดจนมีทักษะในการรวบรวม evidence based มาใช้

แลกเปลี่ยนจากเวทีใจกล้าที่บางแสนจากสมาชิก กลุ่มที่ 4

เรื่อง Out of pocket มีค่า 3 ค่าที่น่ารู้ คือ

1. Deductibles คือ เราต้องจ่ายเท่านี้ก่อน ถ้าจ่ายเกินบริษัทประกันจะเลิกจ่ายให้เรา
2. Coinsurance คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ตามอายุ เช่น เป็นหวัดต้องเสียค่าหมอ 200 บาท เราต้องจ่าย 30 เปอร์เซ็นต์ของ 200 บาท ที่เหลือบริษัทประกันออกที่ญี่ปุ่นใช้
3. Copayment คือ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็น flat rate (fix rate แน่แน่นอนว่าเท่าไร)



การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 1)
วันที่ 27 มิถุนายน 2561

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 1)

วันที่ 26-28 มิถุนายน 2561

ณ ห้อง Cosmos ชั้น 4

โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

วันที่ 27 มิถุนายน 2561

08.30 – 08.45 น. กล่าวทักทายผู้เข้าร่วมประชุม

รองผู้อำนวยการสำนักบริหารงานบุคคล (ดร.จิรัชฎา เชียงกุล) กล่าวทักทายผู้เข้าร่วมอบรม พร้อมทั้งเล่าถึงเนื้อหาของการอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายในระดับ O3 และ O4 ที่ดูแลเรื่องการเงินการคลังหลักประกันสุขภาพ ซึ่งหลายท่านทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อยู่ บางท่านยังเป็นมือใหม่ ดังนั้นจึงอยากจะเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมเตรียมความพร้อมและควรรศึกษาข้อมูลก่อน เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน อีกทั้งยังเป็นเรื่อง Technical Knowledge ของ สปสช. อีกด้วย

Wrap up : ทบทวนการเรียนรู้ของวันที่ 26 มิถุนายน 2561

- กลุ่ม 1 ทบทวน หัวข้อ CFO และสถานการณ์สุขภาพภายใต้การบริหารกองทุน UC สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้
 - Conceptual Framework : Three dimension of UHC ประกอบด้วย 3 แกน คือ แกน X ความครอบคลุมประชากร แกน Y การลดค่าใช้จ่าย และแกน Z การครอบคลุมบริการ
 - Goal and objectives of UHC : Health Financing System
 - 1) Input ประกอบด้วย Service delivery, Creating resources, Financing, Stewardship
 - 2) Goals/Outcome of system ประกอบด้วย
 - Health ความเท่าเทียมของการใช้บริการ
 - Responsiveness การตอบสนองความต้องการของประชาชนซึ่งเน้นมิติทางสังคม
 - Financial protection ป้องกันการล้มละลาย หรือป้องกันการล้มละลายของคนในการเจ็บป่วย
 - Efficiency ประสิทธิภาพของการบริหารกองทุน
 - ความแตกต่างของแหล่งเงิน UFC ของแต่ละประเทศ
 - เป้าหมายกลยุทธ์ที่สำคัญของผู้บริหารการเงินการคลัง “ในฐานะผู้บริหารกองทุน” ประกอบด้วย 4 หลัก คือ Risk management การควบคุมและการจัดการความเสี่ยงค่าใช้จ่าย, Allocation of

resources การจัดสรรทรัพยากร, Financial reporting จ่ายเงินเพื่ออะไร มีค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง และ Gain sharing สร้างแรงจูงใจในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และทำให้ต้นทุนลดต่ำลง

- คุณสมบัติของ CFO 8 ประการ ได้แก่ Partner, Develop, Educate, Learn, Find and create, Introduce, Build and Lead and enable

● **กลุ่ม 3 ทบทวน หัวข้อ การบริหารกองทุนสุขภาพและการเงินการคลังของระบบ UHC สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้**

- Six Building Box เน้นย้ำต้องพิจารณาข้อมูลช่วงกลาง Access coverage และ Quality safety และช่วงท้าย Overall goals / outcomes ด้วย
- เปรียบเทียบรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ
- Goals การคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของ UHC โดยกำหนดเป้าหมายถึงปี 2565 คือ SAFE (Sustainability ประเทศและครัวเรือนสามารถลงทุนได้ระยะยาว, Adequacy ความพอเพียงในการเข้าถึงสุขภาพ, Fairness ความเท่าเทียม, Efficiency การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า)
- Core Business ขององค์กร UCS กับ UHC
- การฝึกปฏิบัติผ่านโจทย์ให้เปรียบเทียบระหว่าง CFO for purchaser กับ provider โดยสรุปภาพรวมของ purchaser เรื่องของการให้บริการ ประชาชนได้ประโยชน์อะไร ส่วน provider เน้นเรื่องความคุ้มค่าเป็นหลัก
- ขั้นตอนตามกฎหมายในการเสนองบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของบขช.ขึ้น
- ปัจจัยที่มีผลต่อบประมาณเงินกองทุน ได้แก่ ต้นทุนบริการ ปริมาณงาน สิทธิประโยชน์
- วิธีคิด PQ , ABC กองทุนเหมาจ่ายรายหัวและนอกค่าจ่ายรายหัวเป็นอย่างไร
- บขช.ลงในส่วน Financial list ของการ Payment เทียบให้เห็นถึง provider กับ payer มีความเสี่ยงอยู่ในแนวไหน
- ความท้าทายขององค์กรทั้งภายในและภายนอก เช่น การตรวจสอบของ สตง. ความยั่งยืนของสุขภาพ เป็นต้น

● **กลุ่ม 4 ทบทวน ในส่วนของ นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา (เลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)**

- ให้แนวคิดการทำงาน ได้แก่ การเรียนรู้แบบตั้งโจทย์แลกเปลี่ยน “คน” เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนา “คน” มีมิติทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ จึงต้องมีการเตรียมการและให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของคน และการพัฒนาคนรุ่นใหม่
- 15 ปีที่ผ่านมาในการเกิด สปสช. เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆมากมาย มีความชัดเจน และประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

- คนทำงานต้องมองภาพใหญ่ให้มากขึ้นในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ไม่ทิ้งประเด็นย่อยๆ ที่จะต้องลงลึก เพื่อการแก้ปัญหาเชิงระบบ
- เป็นการอบรมที่เน้นของเรื่อง finance เนื่องจากเป็นสิ่งที่เข้าถึงในการบริการของชุมชน ซึ่ง finance อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต้องสร้างความร่วมมือจากหลายภาคส่วน นอกจากนี้ต้องมี ทฤษฎีรองรับด้วยและประยุกต์นำไปใช้โดยเฉพาะเรื่องเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- เน้นว่าควรจับหลักในเรื่องของแนวคิดให้ดี เพราะการวิเคราะห์ที่ชัดเจนจะต้องเข้าใจแนวคิดนั้นๆ
- บทบาทของ สปสข. เรื่อง finance ต้องเน้นเรื่องความเป็นธรรมและหาจุดสมดุลของอุปสงค์และอุปทาน เน้น purchaser ในเรื่องการจัดซื้อในเชิงกลยุทธ์

ดร.จิรัชญา เชียงกุล สรุปว่าสิ่งสำคัญของหลักสูตร คือ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งเนื้อหาหลักสูตรของแต่ละเรื่องจะมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน จึงอยากให้ทุกท่านพยายามทำความเข้าใจ และทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากวิทยากร

หัวข้อ	การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0
วิทยากร	อาจารย์ทวีศรี กรีทอง ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	เพื่อทำความเข้าใจการจัดการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เน้นความรู้ ความเข้าใจ ในระบบการเงินการคลัง โดยใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0
เวลา	09.00 – 12.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยาย รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหาการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

วิทยากรเชิญชวนผู้เข้าร่วมอบรมระดมคำถามสิ่งที่ยากรู้เพิ่มเติมจากเรื่องการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0 สรุปได้ดังนี้

- 1) การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในยุค 4.0 จะทำอย่างไร มีทิศทางในการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงานอย่างไร
- 2) 20 ปี ข้างหน้า การทำงานของ สปสข. มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานอย่างไร
- 3) ยกตัวอย่างที่เป็นนามธรรมในการคิด PQ, ABC และการประเมินผลงบประมาณ
- 4) การบริหารกองทุนส่วนใหญ่จะอยู่ในการรักษามากกว่าการส่งเสริม แต่ในยุค 4.0 จะมีการบริหารกองทุนที่สอดคล้องกับการดูแลตนเองของประชาชนมากน้อยแค่ไหน
- 5) ที่ผ่านมา 15 ปี มีการใช้งบอย่างมีประสิทธิภาพอย่างไร ทำไมถึงต้องมีการของงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี
- 6) ประสิทธิภาพในการบริหารงบ คือ อะไรและทำอย่างไร

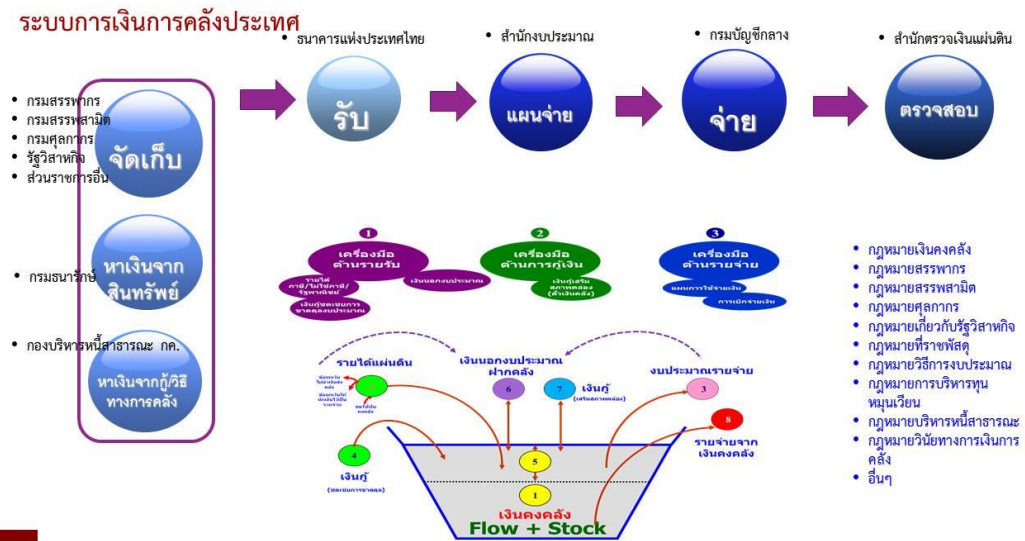
นอกจากนี้วิทยากรยังได้เน้นย้ำ เรื่องการทบทวนการเรียนรู้ว่าเป็นการสกัดสิ่งที่ได้เรียนรู้ออกมาเป็นประเด็นๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญ แต่การทบทวนการเรียนรู้ที่ดีควรต้องสรุปว่าเราได้อะไร หรือ ได้เรียนรู้อะไร แต่ไม่ใช่เป็นการสรุปสิ่งที่วิทยากรพูด อีกทั้งการอบรมครั้งนี้เป็นแบบ Adult Learning จึงอยากให้ทุกท่านแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ร่วมกัน สำหรับการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0 โดยมีการบรรยายสลับกับการตั้งคำถาม สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ระบบการเงินการคลังของประเทศ

Q: ระบบการเงินการคลังของประเทศมีการเชื่อมโยงและจัดการอย่างไร (จำลองจากภาคครัวเรือน)

A: เชื่อมโยงกับรายรับ – รายจ่าย ขาดดุลเกินดุล จ่ายเพื่ออะไร จ่ายเหมาะสมหรือไม่ แผนการจ่าย เงินออม ค่าใช้จ่ายคงที่ อะไรควรจ่าย การลงทุนเพื่อเก็บระยะยาว ทุนสำรอง ควรมีการติดตามแผนการจ่ายด้วย เพื่อตรวจสอบว่าค่าใช้จ่ายอะไรที่เกินความจำเป็นหรือไม่จำเป็น

ระบบการเงินการคลังของประเทศ เป็นการจำลองระบบการเงินของครัวเรือน แต่ระบบการเงินการคลังของประเทศมีระบบการจัดการที่ Scale ใหญ่ เพราะฉะนั้นจึงต้องมีการจัดการที่ชัดเจน ดังภาพด้านล่างนี้



2

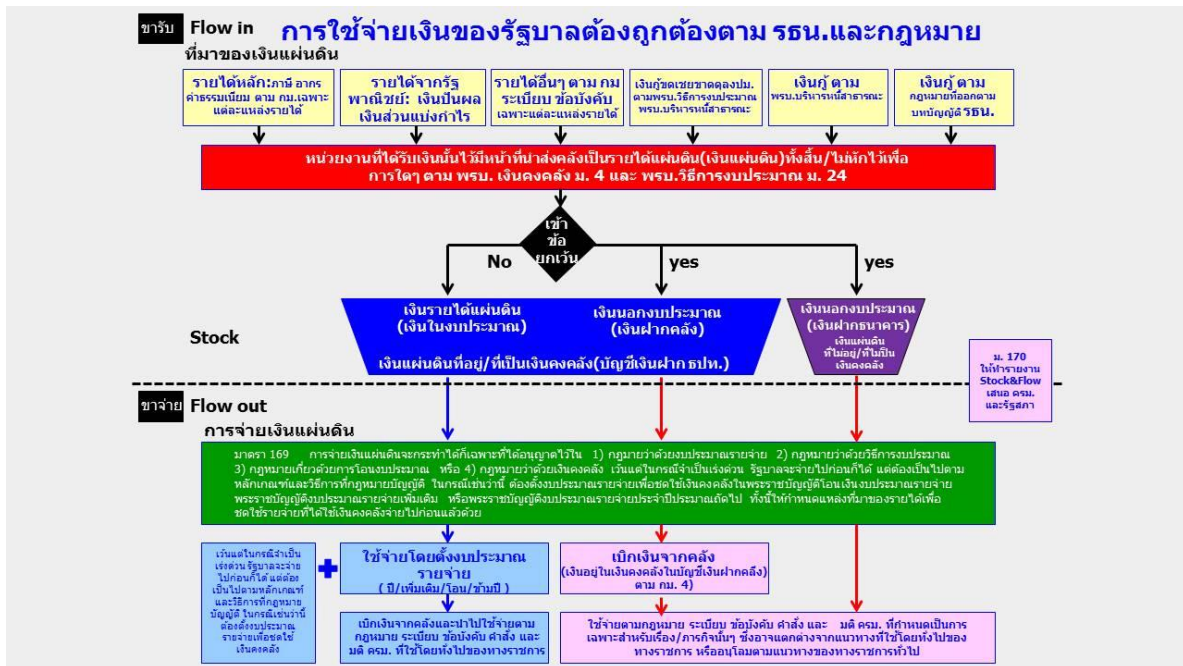
- รายรับ แบ่งออกเป็น
 - 1) การจัดเก็บ เช่น “ภาษี” จากประชาชน
 - 2) การหารายได้จากสินทรัพย์ที่มี เช่น จากค่าเช่าแผ่นดินที่ราชพัสดุ
 - 3) หาเงินจากการกู้เงิน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่อยู่ในกระทรวงการคลัง คือ กรมสรรพากร กรมสรรพสามิต กรมศุลกากร รัฐวิสาหกิจ กรมธนารักษ์ สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ

- รายจ่าย ต้องมีแผนการจ่ายที่ชัดเจน โดยมีสำนักงบประมาณทำหน้าที่วางแผนการจ่าย และกรมบัญชีกลางทำหน้าที่จ่าย ซึ่งต้องจ่ายตามแผนงบประมาณ สุดท้ายมีการตรวจสอบโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (มอบหมายให้กรมบัญชีกลางตรวจสอบ สดง. อีกครั้งหนึ่ง เพื่อป้องกันการทุจริต)

ระบบการคลังของประเทศส่วนใหญ่อยู่ที่กระทรวงการคลัง มีธนาคารแห่งประเทศไทยทำหน้าที่เก็บเงินของประเทศ ปัจจุบันสำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ขึ้นตรงกับนายกรัฐมนตรี ซึ่งระบบการเงินของประเทศต้องมีระบบกฎหมายรองรับ

จากภาพด้านบน (รูปถัง) เงินการคลัง Flow + Stock คือ เงินเหลือเก็บไว้ใช้ และตามรัฐธรรมนูญมาตรา 50 กำหนดให้มีการคืนเงินคลังด้วย ซึ่งเงินคลังที่มีอยู่ในบัญชีจะถูกวิ่งไปตามกระแสเงินสดของรัฐบาล หมายถึง ในบัญชีมียอดเงินคลังอยู่ แต่เงินสดจะถูกนำไปใช้ล่วงหน้าในเชิงกระแสเงินสดของรัฐบาล ขณะเดียวกันเครื่องมือ/เทคนิคทางการคลังที่จะหารายได้มีหลายเครื่องมือ ตัวอย่างเช่น การกู้เงิน สำนักบริหารหนี้สาธารณะจะทำหน้าที่และคิดหาวิธีการ เช่น กองทุนอายุภาค ที่ระดมเงินจากประชาชนในประเทศ การกู้ดอกเบียต่ำจากธนาคารทั้งในและต่างประเทศ เพราะฉะนั้นกระทรวงการคลังจึงต้องมีธรรมาภิบาลสูงมากในการควบคุมระบบที่เกี่ยวข้อง สำหรับการใช้จ่ายเงินของรัฐบาลต้องถูกต้องตามรัฐธรรมนูญและมีกฎหมายรองรับ



ปัญหาและความท้าทายด้านการคลังที่ต้องแก้ไข ดังนี้

- รายได้เพิ่มอย่างจำกัด
 - ว่างแรงงานลดลง ทำให้รายได้จากภาษีคนทำงานลดลง
 - การเปิดเสรีและการรวมกลุ่มทำให้รายได้จากการค้าระหว่างประเทศลดลง
- รายจ่ายเพิ่มอย่างมีนัย
 - รายจ่ายประจำลดไม่ได้ รายจ่ายลงทุนก็จำเป็นจะต้องเพิ่ม แต่เพิ่มไม่ได้มาก
 - ภาระการคลังจากนโยบายกึ่งการคลังมีมากขึ้น
 - ค่าใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการสังคมคนชราและเด็กเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าการคลังหารายได้น้อยแต่รายจ่ายมาก จึงได้มีการวางแผนลักษณะที่ดีของนโยบายการคลัง
 ดังภาพ



ลักษณะที่ดีของนโยบายการคลัง คือ 1) ต้องทำความเข้าใจถึงวัฏจักรการเติบโตของ GDP ภาวะขึ้น/ลง 2) สนับสนุนการเติบโตและรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ปัจจุบันปัญหาเชิงสังคมมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงทางด้านคลังด้วย 3) ยึดหลักธรรมาภิบาล ความโปร่งใส 4) การจัดการความเสี่ยงทางการคลัง 5) ให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมในสังคม 6) ปฏิบัติตามกฎหมายเกณฑ์ทางการคลังและเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณชน เป็นสิทธิที่ประชาชนจะต้องรู้ว่ารัฐบาลนำเงินไปใช้ทำอะไร เพื่ออะไร ได้ผลอย่างไร สามารถนำมาปรับใช้ในงานของ CFO ในการวางแผนการทำงานที่ดีที่ควรวางแผนเป้าหมายให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร มีการวิเคราะห์และคิดให้ครบทุกมิติ

ทิศทางการดำเนินงานนโยบายการคลังยั่งยืน

เศรษฐกิจพอเพียง คือ การปรับตัวได้ตามการเปลี่ยนแปลงทุกบริบทจะเกิดความยั่งยืน ซึ่งต่างกับความยั่งยืนของ SAFE (Sustainability – Adequacy – Fairness – Efficiency) ที่ระบุความยั่งยืนเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นบทบาทของ CFO ต้องทำความเข้าใจ SAFE เพราะเป็นการทำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน



“ทิศทางการดำเนินนโยบายการคลังอย่างยั่งยืน”



6

37

และเนื่องจากการคลังของประเทศต้องเกี่ยวข้องกับคน หน่วยงานมากมายจึงต้องมีการกำหนดกรอบวินัยการเงินการคลัง ปัจจุบันได้มี พ.ร.บ.วินัยการเงินการคลัง พ.ศ. 2561 จากภาพแสดงให้เห็น ก่อนมีวินัยทางการคลัง กระทรวงการคลังจะต้องมีกรอบวินัยการคลังกำกับไว้ด้วย เช่น หนี้สาธารณะต้องไม่เกินเปอร์เซ็นต์ที่ได้กำหนดไว้ของ GDP และภาระหนี้ต้องประมาณต้องไม่เกิน 15% ซึ่งกรอบวินัยจะทำให้สำนักบริหารหนี้สาธารณะต้องมีเทคนิคหาเงินกู้ การจ่ายเงินกู้ พ.ร.บ.วินัยการเงินการคลัง พ.ศ. 2561 กำหนดไว้ว่าต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และการจัดทำงบประมาณสมดุล

กรอบวินัยการเงินการคลัง

จะต้องมีการกำหนดใหม่ตาม พรบ.วินัยการเงินการคลัง พ.ศ.2561

กรอบความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability Framework)

กระทรวงการคลังได้กำหนดกรอบความยั่งยืนทางการคลัง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายทางการคลังที่สอดคล้องกับสถานะเศรษฐกิจการเงินและการคลังของประเทศ โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาเสถียรภาพด้านการคลังในระยะปานกลางและระยะยาว

- 1 หนี้สาธารณะต่อ GDP $\leq 60\%$
- 2 ภาระหนี้ต้องประมาณ $\leq 15\%$
- 3 สัดส่วนรายจ่ายลงทุนต้องประมาณ $\geq 25\%$
- 4 การจัดหางบประมาณสมดุล



• 2560	42.1%
• 2564	49.0%
• 2560	8.3%
• 2564	10.3%
• 2560	22.5%
• 2564	24.0%

ปัจจุบันอยู่ระหว่างการศึกษานโยบายการจัดหางบประมาณสมดุล โดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

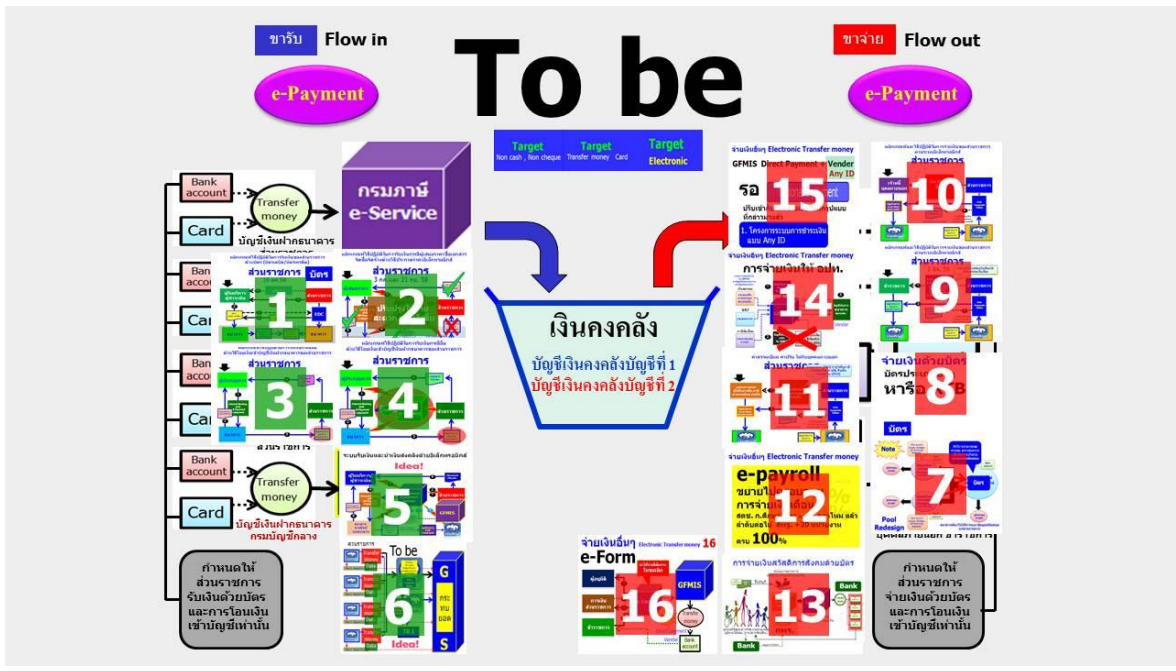
7

35

ปัจจุบันการคลังดูแลเศรษฐกิจ 3 ด้าน คือ 1) ช่วยเหลือคนที่ยากลำบาก 2) สร้างความสมดุลเศรษฐกิจ ในภาวะวิกฤติทั้งภายในและนอกประเทศ 3) สนับสนุนให้เอกชนเป็นผู้นำในการพัฒนาเศรษฐกิจ อาจารย์ท่านหนึ่งเคยกล่าวไว้ว่า “ไม่มีประเทศไหนในโลกที่ระบบรัฐบาลประชาธิปไตยที่ภาครัฐจะเป็นแกนหลักในการพัฒนาประเทศและทำให้ประเทศก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรัฐไม่สามารถเก็บรายได้ให้ได้มากเพื่อนำมากระตุ้นเศรษฐกิจสามารถพัฒนาเศรษฐกิจให้ชนะประเทศอื่นๆ ประเทศที่พัฒนาเศรษฐกิจสำเร็จ คือส่งเสริมภาคเอกชนเป็นหลัก การส่งเสริมเอกชนและภาครัฐเป็นสัดส่วนเท่าไรนั้น รัฐบาลจะต้องกำหนดสัดส่วนให้สมดุล ตัวอย่างประเทศที่ส่งเสริมเอกชนเป็นหลัก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา (ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจนเกินความจำเป็น เช่น ค่าใช้จ่ายในหลักประกันสุขภาพจ่ายเกินความจำเป็น) รวมถึงประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น เพราะฉะนั้นจึงต้องกำหนดกฎระเบียบและจัดสัดส่วนให้สมดุล

กรอบคิดการดูแลเศรษฐกิจ 3 ระยะ คือ 1) ช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย เช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ตัวชีวิตอันหนึ่งของหลักประกันสุขภาพ คือ ภาระค่าใช้จ่ายครัวเรือน โดยต้องไม่ยากจนลง ในฐานะ CFO ต้องรู้หลักการในการวัด 2) ช่วยเหลือธุรกิจ SME มีนโยบายสนับสนุน เช่น OTOP 3) ช่วยเหลือธุรกิจที่มีความสำคัญต่อระบบ ด้วยเหตุนี้จึงต้องกำหนดมาตรการไว้ 3 มาตรการ คือ 1) แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจในระยะเร่งด่วน 2) เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน 3) สร้างสังคมเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ อยากรให้ทุกท่านใช้เป็นมุมมองนี้ในการวางแผนการทำงานของ CFO

รูปธรรมที่ชัดเจนเรื่องการเงินคลังของกระทรวงการคลัง 4.0 คือ จากภาพ คือ Flow in (ขาเข้า)/ Flow out (ขาจ่าย) เป็นอย่างไร ในแต่ละจุดที่ต้องใช้ระบบ Digital disruption การใช้ Digital ทำงานและเชื่อมโยง เช่น การบันทึกภาษีเข้าระบบ online ของกรมสรรพากร ซึ่ง Flow นี้มี 16 เรื่องที่กระทรวงการคลังต้องทำ



สำหรับ National e-payment ที่เกิดขึ้น คือ

- 1) โครงการระบบการชำระเงินแบบ Any ID, โครงการระบบชำระเงินด้วย QR Code
- 2) โครงการขยายการใช้บัตร
- 3) โครงการระบบภาษีและเอกสารธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ของกรมสรรพากร
- 4) โครงการ E – payment ภาครัฐ ได้แก่ โครงการบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม, โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการรับจ่ายเงินภาครัฐทางอิเล็กทรอนิกส์
- 5) โครงการส่งเสริมการใช้ธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์
- 6) โครงการพัฒนาระบบการชำระเงินสำหรับตลาดทุน

กระทรวงการคลังคิดไปทำไป โครงการ e-payment ภาครัฐ ระบบจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม และประสิทธิภาพการรับ-จ่าย

วิธีการงบประมาณ

ในระบบงบประมาณมี พ.ร.บ.สำคัญ 2 ชื่อ

1) พ.ร.บ.วิธีการงบประมาณ ฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือ ฉบับปี 2502 บอกลถึงการ่างบประมาณประเทศ การติดตามการบริหารงบประมาณของประเทศ มีการแก้ไขย่อย 5-6 ครั้ง

2) พ.ร.บ.งบประมาณรายจ่ายประจำปี (เล่มขาวคาดแดง) ใช้คำว่าประจำปี เพราะฉะนั้นจึงออกทุกปี ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา ได้รับผลกระทบจากรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ คือ การออกกฎหมายใหม่ ต้องมีการ “รับฟังความเห็น” (ไม่ใช่ “ประชาพิจารณ์” เพราะ ประชาพิจารณ์มี พ.ร.บ.ประชาพิจารณ์ แม้เนื้อหาจะมีความคล้ายคลึงกัน) หมายความว่า ขั้นต่ำต้องมีการรับฟังความคิดเห็นผ่าน website 7 วัน หากไม่มีใครมีข้อคิดเห็นถือว่าผ่าน

พ.ร.บ.เป็นกฎหมาย มี พ.ร.บ.ที่สำคัญหลายอัน เช่น พ.ร.บ.การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ร.บ.ขั้นตอนการกำหนดแผนปฏิรูปประเทศ ต้องรับฟังความเห็น โดยต้องรับฟังทั้ง 4 ภาค

พ.ร.บ.งบประมาณรายจ่ายประจำปี 2562 ช่วงนี้อยู่ในขั้นตอนของกรมมาธิการงบประมาณของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ก่อนเข้า ครม. รับฟังความเห็น โดยใช้วิธีรับฟังความเห็น 1) ผ่าน website 2) สำนักงบประมาณรับฟังความคิดเห็นผ่านการประชุมในแต่ละกระทรวง

ดังนั้นในบทบาท CFO ให้ดูว่าถ้าเราออกกฎหมายจะใช้วิธีไหน

พระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ

พ.ร.บ. วิธีการงบประมาณฉบับใหม่ไม่มีความแตกต่างจากฉบับเดิม มีความแตกต่างในเรื่องอำนาจในการพิจารณา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อำนาจระหว่าง ครม. นายก และผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ

ความแตกต่างของ พ.ร.บ. อีกอย่างคือพ.ร.บ. เก่าเขียนไม่ครอบคลุมงบบจากหน่วยงานท้องถิ่น แต่ พ.ร.บ. ใหม่ เขียนครอบคลุมวิธีการงบประมาณของหน่วยงานท้องถิ่นทั้งหมด แต่เขียนแบบยกเว้น กล่าวคือ ไม่

ทำแบบหน่วยราชการอื่นๆ แต่ให้ทำตามที่ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณกำหนด โดยสอดคล้องกับคณะกรรมการกระจายอำนาจ ซึ่งเป็นอุปสรรคของการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบงบประมาณจากอดีต- ปัจจุบัน



วิธีการงบประมาณ อดีตเป็น input oriented เช่น มีก่อสร้าง มีครุภัณฑ์ ต่อมาพัฒนาให้เชื่อมโยงกับงบประมาณและนโยบาย

ปี 2560-2561 มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียด แต่ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลว่า ให้ประโยชน์กับประชาชนอย่างไร

งบประมาณรายจ่ายประจำปีมีตัวชี้วัดในทุกระดับ

ตัวชี้วัดกรม ตัวชี้วัดของ กพร. มีผลต่อการประเมินประสิทธิภาพ

สามารถศึกษาข้อมูลได้จาก website สำนักงบประมาณ มี พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายประจำปีที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ เล่มที่ 9,10,11 คู่มือกระทรวงสาธารณสุขและเล่มทุนหมุนเวียน มีหลายมิติ เป็นรายกระทรวง รายยุทธศาสตร์ชาติ รายงบประมาณการคลัง เป็นต้น

ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน / ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ : พ.ศ. 2545 - ปัจจุบัน

- ❑ วัตถุประสงค์ : มุ่งเน้นความสำเร็จของงานตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยคำนึงถึงต้นทุน และมาตรการในการวัดผลงาน โดยมีการแสดงผลและผลผลิตที่ต้องการ พร้อมตัวชี้วัดความสำเร็จ
- ❑ หลักสำคัญ คือ การเปลี่ยนแนวคิดจากระบบงบประมาณที่เน้นการควบคุมการใช้จ่ายทรัพยากรเป็นการประเมินผลการดำเนินงานจากการใช้ทรัพยากรแทน อย่างไรก็ตาม ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานจะมีการพิจารณาให้ครบวงจรตั้งแต่การวางแผน การจัดสรรงบประมาณและการจัดการที่เน้นผลงาน รวมทั้งการปรับปรุงข้อมูลการดำเนินงานให้มีคุณภาพ เพื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การจัดการทรัพยากรและการควบคุมการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ❑ ลักษณะสำคัญ คือ มุ่งเน้นผลผลิต และผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของรัฐบาล เป็นระบบที่เน้นการวัดผลการดำเนินงาน สนับสนุนการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่หน่วยปฏิบัติ เสริมสร้างความรับผิดชอบและโปร่งใส ให้ความสำคัญกับต้นทุนค่าใช้จ่าย และเป็นระบบที่เน้นการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณมากกว่า 1 ปี

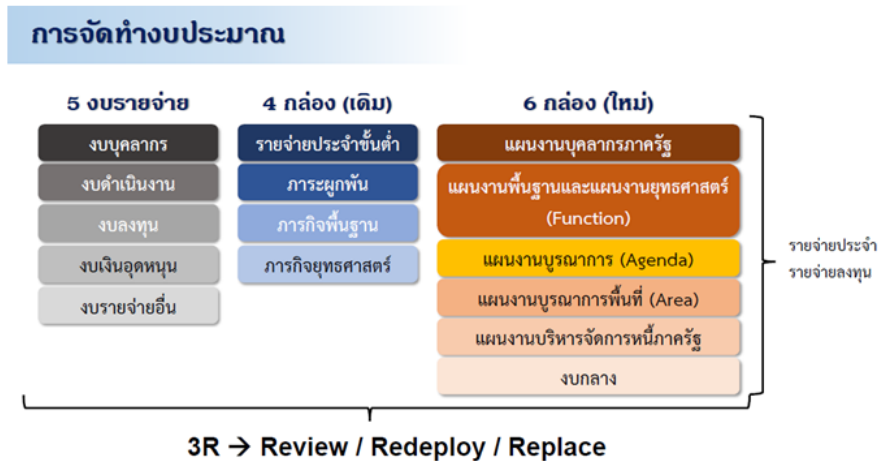
การเปลี่ยนแปลงมุมมองในระบบงบประมาณ

อดีต	ปัจจุบัน
ปัจจัยการผลิต	ผลลัพธ์
คำนวณจากกฎ ระเบียบ	ผลผลิต
เกณฑ์เงินสกล	เกณฑ์คลังข้าง
รวมศูนย์ความรับผิดชอบ	กระจายหน้าที่และความรับผิดชอบ
ควบคุมรายละเอียด	ชี้มาทางกลยุทธ์

Administration (ยึดกฎ ระเบียบ) → Management (ยึดหยุ่นในการตัดสินใจ)

14

คือ ภาพรวมอดีตถึงปัจจุบัน สำนักงบประมาณวางไว้แบบนี้



15

การจัดทำงบประมาณ

พ.ร.บ.งบประมาณรายจ่ายประจำปีถูกจัดระเบียบไว้แบบไหน จากอดีต ประกอบด้วย งบบุคลากร งบดำเนินการ งบลงทุน งบเงินอุดหนุน งบรายจ่ายอื่น ต่อมาประกอบด้วย รายจ่ายประจำขั้นต่ำ ภาวะผูกพัน ภารกิจพื้นฐาน ปัจจุบันกระจายเป็น แผนงานบุคลากรภาครัฐ แผนงานพื้นฐาน และแผนงานยุทธศาสตร์ (Function) แผนงานบูรณาการ (Agenda) แผนงานบูรณาการพื้นที่ (Area) แผนงานบริหารจัดการหนี้ภาครัฐ งบกลาง

กระทรวงสาธารณสุข ระบุหักเงินในระบบ สปสช. เป็นกึ่งเปอร์เซ็นต์ของเงินเดือนเขา (=เงินเดือนของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัด) ทั้งหมด เปิด พ.ร.บ.งบประมาณนี้ไม่เห็นแล้ว เพราะการจัดกลุ่มใหม่ แผนงานบุคลากรภาครัฐ แต่ก่อนกำหนดไว้เป็นรายแผนงาน ปัจจุบันกำหนดเป็นรายการ ซึ่งกรมมีงบบุคลากรก็บาทระบอบอยู่ในแผนนี้ โดยไม่สนใจว่าบุคลากรอยู่ที่ไหน เพราะระบบการจ่ายเงินของกรมบัญชีกลาง จ่ายเงินเดือนโดยตรงเข้าบัญชีของบุคลากรแล้ว

กระทรวงสาธารณสุขเป็น 2 กระทรวงสุดท้ายที่ทำให้การจ่ายเงินข้ามบุคลากรจ่ายตรงไปที่ตัวบุคคล สมัยก่อนใช้วิธี สสจ. ตั้งฎีกาเบิกที่คลังจังหวัด แล้วเขียนเช็คหรือโอน ปัจจุบันมีหน้าที่ confirm ว่าบุคลากรยังอยู่ และยอดงบประมาณถูกต้อง เมื่อกรมบัญชีกลางโอน ก็จะเข้าถึงบุคลากรทุกคน

ทำเช่นนี้เพราะรัฐบาลชุดนี้ต้องการรู้ว่าภาระด้านบุคลากรว่ามีมากน้อยแค่ไหน

ซึ่งยังเป็นกรอบยุทธศาสตร์ชาติอยู่ ยังไม่ใช่แผนยุทธศาสตร์ชาติ เนื่องจากยังไม่ผ่านสภา ผ่านวาระ 1 ขั้นตอนของกรรมาธิการ เมื่อผ่านวาระ 2-3 แล้ว ก็จะนำไปรุดเกล้าฯ ให้ลงพระปรมาภิไธย

ใน พ.ร.บ.การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระบุว่าเมื่อทำกรอบยุทธศาสตร์ชาติเสร็จ ต้องทำแผนแม่บท สำนักงบประมาณต้อง review นโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ภายใต้กรอบของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ขั้นตอนสำคัญเริ่มจากประมาณการรายรับรายจ่าย ในอดีตระบบให้ประมาณการงบประมาณรายรับรายจ่ายล่วงหน้า 5 ปี แต่ปัจจุบันให้ประมาณการรายรับรายจ่ายล่วงหน้า 20 ปี จึงออกมาเป็นยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 แบ่งงบประมาณออกเป็น 6 กล่อง ได้แก่ 1) งบกลาง 2) บุคลากร 3) Function 4) Agenda 5) Area และ 6) การบริหารหนี้

Function กับ agenda ต้องวิ่งเงินลงไป 6 ภาค ทำงานประมาณ crosstap

หน่วยงานหลักด้านการเงินการคลัง ได้แก่

1. สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) มีบทบาทด้านภาวะเศรษฐกิจทั่วไป เช่น คาดการณ์ว่า GDP จะเติบโตเท่าไร ดุลสินค้าเข้าออก
2. ธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) มีบทบาทด้านสถานการณ์ทางการเงิน เช่น เงินเพื่อ อัตราแลกเปลี่ยน สภาพคล่อง
3. กระทรวงการคลัง (กค.) มีหน้าที่ประเมินการจัดเก็บรายได้ หรือจัดหารายได้ และการกู้
4. สำนักงบประมาณแห่งชาติ (สปง.) ดูเรื่องภาระงบประมาณ และโครงสร้างของงบประมาณว่าจะเป็นอย่างไรร

ดังนั้นทั้ง 4 หน่วยงานนี้จะต้องประชุมกัน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นประธาน

หลักการสำคัญของการจัดทำยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 2562

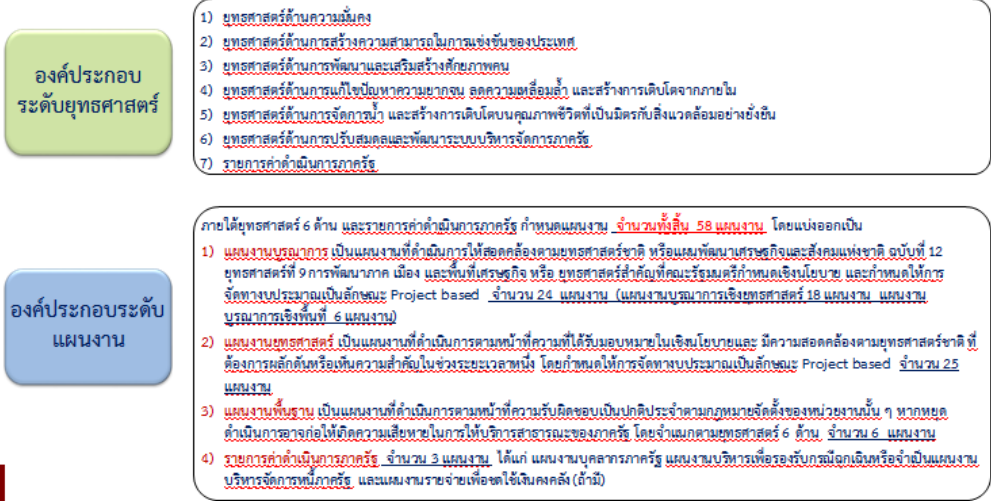
เป็นหลักการทางงบประมาณพื้นฐาน ประกอบด้วย

1. นำแนวทางการพัฒนาที่สำคัญของร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ทั้ง 6 ยุทธศาสตร์มากำหนดเป็นกรอบโครงสร้างยุทธศาสตร์การจัการฯ
2. กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์การจัการฯ ให้ถูกต้อง ชัดเจน สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
3. นำยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาภาคเมือง และพื้นที่ฯ ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 มากำหนดเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ฯ และกำหนดนโยบาย
4. กำหนดยุทธศาสตร์ชั้นนำเพื่อเป็นทิศทางการดำเนินงานการพัฒนาในแต่ละพื้นที่ระดับภาค เพื่อให้ส่วนราชการใช้เป็นแนวทางในการเสนอขอจัดสรรงบประมาณลงในแต่ละภาค/พื้นที่ อย่างเหมาะสม

หน้าที่สำนักงานงบประมาณ ยุทธศาสตร์ 20 ปี สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การจัดสรรประมาณ



องค์ประกอบโครงสร้างแผนงาน ประจำปีงบประมาณ 2562



องค์ประกอบโครงสร้างแผนงานประจำปีงบประมาณ 2562

- group ให้เห็นกรอบยุทธศาสตร์ชาติ การดำเนินงานภาครัฐ
พ.ร.บ. งบประมาณปี 2562 มีทั้งหมด 58 แผนงาน ได้แก่
1. แผนงานบูรณาการ 24 แผนงาน ซึ่ง สปสช. อยู่ในนี้ส่วนหนึ่ง เพราะเป็นเจ้าภาพบูรณาการด้านหลักประกัน
 2. แผนงานยุทธศาสตร์ 25 แผนงาน
 3. แผนงานพื้นฐาน จำแนกตามยุทธศาสตร์ 6 ด้าน มี 6 แผนงาน และ
 4. การดำเนินงานภาครัฐจำนวน 3 แผนงาน

การจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์

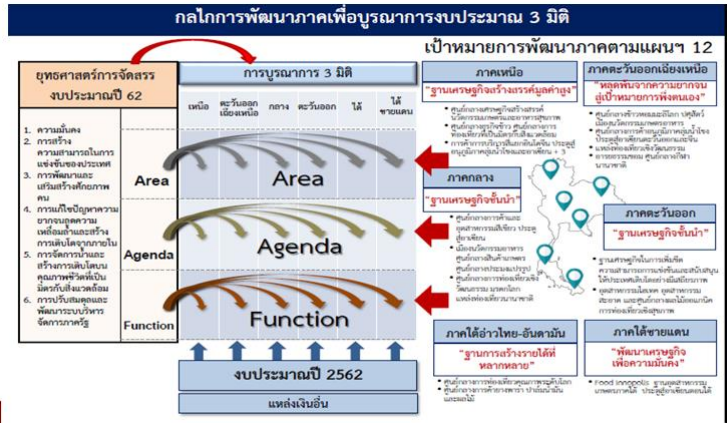
<p>รองนายกรัฐมนตรี พล.อ. ประวิตร วงษ์สุวรรณ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายังจังหวัดชายแดนภาคใต้ • การพัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ และการจัดการมลพิษและสิ่งแวดล้อม • การจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าวและการค้ามนุษย์ 	<p>รองนายกรัฐมนตรี พล.อ.อ. ประจิน จั่นตอง</p> <ul style="list-style-type: none"> • การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพ เท่าเทียมและทั่วถึง • การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล • การวิจัยและนวัตกรรม • การป้องกันปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด • การปฏิรูปกฎหมายและพัฒนาระบบการยุติธรรม 	<p>รองนายกรัฐมนตรี นายสมคิด จาตุศรีพิทักษ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • การสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว กีฬา และวัฒนธรรม • การพัฒนาอุตสาหกรรมหัตถภาพ • การพัฒนาพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ • การขับเคลื่อนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก • การพัฒนาผู้ประกอบการ เศรษฐกิจชุมชน และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมสู่สากล • การพัฒนาต้นแบบภาคและระบบโลจิสติกส์ • การพัฒนาคุณภาพการผลิตภาคการเกษตร
<p>รองนายกรัฐมนตรี นายวิชาญ เครื่องงาม</p> <ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาระบบการให้บริการประชาชนของหน่วยงานภาครัฐ • การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ • การส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น • การส่งเสริมการพัฒนาจังหวัดแบบบูรณาการ 	<p>รองนายกรัฐมนตรี พล.อ. ฉัตรชัย สาริกัลยะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงชีวิต • การสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ • การพัฒนาระบบประกันสุขภาพ • การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ 	

23

การจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์บูรณาการปี 2562 รองนายกรัฐมนตรี พล.อ.ฉัตรชัย สาริกัลยะ เป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

ในแผนบูรณาการที่อยู่ในคำของงบประมาณในระบบงบประมาณ มีเงินกองทุน สปสช. 100% มีงบบริหารในบางส่วนที่อยู่ในแผนบูรณาการ แต่เงินกองทุน สปสช. จะไม่เห็นว่ายู่ในแผนบูรณาการ เนื่องจากเป็นการรวมให้เห็น ซึ่งโดยปกติเงินกองทุน สปสช. อยู่ในรายจ่ายอื่นๆ และงบบริหารของ สปสช.เป็นแบบอุดหนุนเงินทั้งหมดของ สปสช. ไม่ได้อยู่ในแผนบูรณาการ แต่มีงบประมาณอยู่



24

กลไกการพัฒนภาคเพื่อบูรณาการงบประมาณ 3 มิติ

เองงบประมาณหยอดลงรายภาค ดูว่ารายภาค Area หรือ Agenda ลงไปที่ภาคไหน ก้อนไหน

การจัดทำแผนพัฒนาภาค

1. ภาคเหนือ “ฐานเศรษฐกิจสร้างสรรคมูลค่าสูง”

- ศูนย์กลางเศรษฐกิจสร้างสรรค นวัตกรรม เกษตรและอาหารสุขภาพ
- ศูนย์กลางธุรกิจชีว ศูนย์กลางการท่องเที่ยวที่มีตักถึงแมดลัอม
- การค้าการบริการเชื่อมโยงอินโดจีน ประชูปู่ออนุมิภาคลุ่มน้ำโขงและอาเซียน + 3

3. ภาคกลาง “ฐานเศรษฐกิจชั้นนำ”

- ศูนย์กลางการค้าและอุตสาหกรรมสีเขียว ประชูปู่ออาเซียน
- เมืองนวัตกรรมอาหาร ศูนย์กลางสินค้าเกษตร ศูนย์กลางประมงแปรรูป
- ศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม มรดกโลก แหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติ

5. ภาคใต้ “ฐานการสร้างรายได้ที่หลากหลาย”

- ศูนย์กลางการท่องเที่ยวคุณภาพระดับโลก
- ศูนย์กลางการค้ายางพารา ปาล์มน้ำมัน และผลไม้

2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ “หลุดพ้นจากความยากจนสู่เป้าหมายการพึ่งตนเอง”

- ศูนย์กลางข้าวหอมมะลิโลก ปศุสัตว์ เมืองนวัตกรรมเกษตรอาหาร
- ศูนย์กลางการค้าอนุภูมิภาคปากน้ำโขง ประชูปู่ออาเซียนตะวันออกและจีน
- แหล่งท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม อารยธรรมขอม ศูนย์กลางกีฬาภูมิภาคชาติ

4. ภาคตะวันออก “ฐานเศรษฐกิจชั้นนำ”

- ฐานเศรษฐกิจในการฟื้นขีดความสามารถการแข่งขันและสนับสนุนให้ประเทศเติบโตอย่างมีเสถียรภาพ
- อุตสาหกรรมไฮเทค อุตสาหกรรมสะอาด และศูนย์กลางโลจิสติกส์อเมกาติก การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

6. ภาคใต้ชายแดน “พัฒนาเศรษฐกิจเพื่อความมั่นคง”

- Food Innopolis ฐานอุตสาหกรรมเกษตรภาคใต้ ประชูปู่ออาเซียนตอนใต้

องค์ประกอบของแผนพัฒนาภาค

ทำแผนพัฒนาภาค / จังหวัด / อำเภอ / ตำบล / หมู่บ้าน เพื่อวางแผนการกระจายความเจริญเติบโตลงสู่ระดับพื้นที่อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และตรงตามความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเป็นประโยชน์ส่งถึงประชาชนโดยตรง และสอดคล้องกับเป้าหมายของรัฐบาล

26

27

การจัดทำแผนพัฒนาภาค

จะเห็นว่าแต่ละภาคเน้นเรื่องอะไร งบประมาณก็จะทุ่มลงไปตรงไหน ข้อมูลส่วนนี้อาจไม่เกี่ยวข้องกับเราโดยตรงแต่จะเป็นประโยชน์ในการพูดคุยข้อมูลกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง



หลักการวิเคราะห์งบประมาณ

- ให้ความสำคัญกับภารกิจของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภา
- ยึดหลัก 3R : Review -Redeploy - Replace
- เน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทั้งระดับกระทรวง หน่วยงาน และพื้นที่
- พิจารณาลำดับความสำคัญของภารกิจที่เสนอของงบประมาณ
- คำนึงถึงค่าใช้จ่ายทุกแหล่งเงิน
- คำนึงถึงผลตอบแทน/ผลประโยชน์ รวมทั้งพิจารณาทางเลือกที่คุ้มค่า ประหยัด และไม่มีผลกระทบด้านอื่นๆ



แนวทางการวิเคราะห์และจัดสรรงบประมาณ

		ความสอดคล้องกับแผนพัฒนาฯ / ยุทธศาสตร์			
		มาก	ปานกลาง	น้อย	
ความพร้อมด้านเงินงาน	มาก	3	2	2	3 จัดสรรเต็มวงเงินตามศักยภาพหน่วยงาน
	ปานกลาง	2	2	1	2 หน่วยงานทบทวนและจัดสรรตามความจำเป็น
	น้อย	1	1	1	1 ครอบคลุม / ทบทวน / ยกเลิก

27

หลักวิเคราะห์งบประมาณ

หลักนี้ของจริงอาจไม่ใช่ แต่หลักแบบนี้เป็นหลักสากล เช่น หลัก 3 R เวลาวิเคราะห์ภารกิจของเรา Review = มีภารกิจอะไรอยู่
 Redeploy = อะไรจบแล้ว อะไรไม่ต้องทำ อะไรต้องทำต่ออย่างมาก อะไรต้องทำต่ออย่างน้อย
 Replace = อะไรที่เพิ่ม อะไรที่ยุบ อะไรที่แทนที่ จะทำอะไรใหม่



การติดตามประเมินผลงบประมาณ

วงจรถวายการติดตามงบประมาณ พ.ร.บ. วิธีการงบประมาณฉบับใหม่ มีสิ่งที่เกี่ยวข้องกับระบบนี้ คือ มีเจ้าหน้าที่งบประมาณสามารถไปที่หน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อเรียกดูเอกสารได้ และประเมินว่าใช้จ่ายงบประมาณไม่เหมาะสม หมายถึง ได้วัตถุประสงค์ไม่ตรงกับที่กำหนดไว้ มีสิทธิบอกไม่ให้งบประมาณในปีหน้าได้ พนักงานนี้ มีผลเป็นพนักงานตามพระราชบัญญัติคืออาญา

พ.ร.บ.ฉบับใหม่ยังไม่ออก

ตรวจว่าดุลพินิจการใช้งบค้ำค่า ค้ำทุนใหม่ แตกต่างจาก สตง. ที่ดูว่าใช้ถูกต้องไหม เป็นการตรวจสอบคนละแบบ

คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม

Q: การติดตามประเมินผลงบประมาณ รวมมาตรการเร่งรัดการใช้งบประมาณด้วยหรือไม่

A: รวมมาตรการเร่งรัดการใช้งบประมาณด้วย

Q: มาตรการเร่งรัดการใช้งบประมาณดูถึงหน่วยบริการหรือแค่ สปสช.

A: เจตนาของการกำหนดมาตรการของการเบิกจ่ายเร่งรัด คือ ให้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างโดยเร็ว เพื่อให้เงินใน พ.ร.บ. งบประมาณได้ถูกใช้จ่าย เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ และการทำงานงบประมาณขาดดุล หมายถึงเงินบางส่วนมีการกู้ ต้องเสียดอกเบี้ย มาตรการการเร่งรัดการใช้งบประมาณ จึงมีวัตถุประสงค์พื้นฐานเพื่อให้เกิดการทำงานโดยเร็ว เงินจะได้ไปหมุนในเศรษฐกิจ แม้จะเสียดอกเบี้ยเงินกู้แต่ก็เกิดประโยชน์

- การติดตามอยู่ที่ tactic ว่าเจรจากับสำนักงบประมาณไว้แบบไหน เพราะตามที่เจรจาไว้ เงินออกจาก สปสช. ถือว่าจ่าย เพราะถ้าติดตามรายหน่วยบริการซึ่งมี 8,000 กว่าหน่วย ว่าหน่วยไหนทำไม่ถึงแล้วจะเรียกคืน จะมีความยากลำบากในการใช้อำนาจเรียกคืนและการส่งเงินกลับ แต่ยังไม่รู้จะตรงกติกาศั้นนี้ไว้ได้นานแค่ไหน จึงต้องมีมาตรการเร่งรัด แม้เป็นภาระยุ่งยากในการบริหารค่าเสื่อม

- สำนักงบประมาณให้ สปสช. ท่างบประมาณ โดยส่งค่าของงบประมาณผ่านระบบ electronic submit ตามเวลา เมื่อพิจารณาแล้วจะเปิดให้แก้ไข ตามยอดเงินที่พิจารณาเบื้องต้น คือยอดเงินที่เข้ากรม.
- เมื่อเข้า กรม. เข้ากรมรายการ เข้าสภา เรียบร้อยแล้ว เกิดมีการปรับลด จะมีการให้เปิดระบบให้ปรับ เมื่อ submit ครั้งสุดท้ายแล้วห้ามแก้ไขอีก ข้อมูลทั้งหมดจะวิ่งเข้าสู่กรมบัญชีกลาง
- เวลาทำงบประมาณถึงช่วงปลายเส้นปฏิทิน ต้องทำแผนเบิกจ่ายเพื่อแจ้งกับสำนักงบประมาณว่า จะเบิกเงินงบบุคลากรไตรมาสแรกก็บาท งบกองทุนไตรมาสแรกก็บาท แผนที่แจ้งไว้เมื่อ key เข้าระบบจะเข้าไปจะเชื่อมโยงไว้ที่กรมบัญชีกลาง กรมบัญชีกลางจะมีระบบ electronic ให้ดูแล้ว submit ว่าจะเบิกยอดตามนี้ แล้วส่งยอดมาวิ่งเข้าระบบบัญชีเราทั้ง 2 สำนักการเงิน เป็น electronic ทั้งหมด รวมทั้งการรายงานผลตัวชี้วัด รายงานผลรายไตรมาส การติดตามผลรายเดือน ถ้ารายเดือนไม่มีข้อมูล ต้องเจรจาว่าต้องใช้วิธีการประมาณการ
- แต่ด้วยกฎหมาย พ.ร.บ.วิธีการงบประมาณการส่งค่าของยังไม่รับ electronic 100% ยังต้อง print ออกมาทั้งหมดแต่ electronic เป็นตัว submit กล่าวคือ ถ้าไม่มีกระดาษต้องใช้อ้าง electronic

ผังเชื่อมโยงระบบงบประมาณของ สปสช. ทั้งหมดที่เป็นแผนบูรณาการ



เทคนิคการทำแผนบูรณาการ ปี 60-61-62 มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบางอย่าง แต่ปี 2562 สปสช. เป็นเจ้าภาพ มีสมาชิกร่วม 6 หน่วย สมาชิกประกอบด้วย

1. สปสช.
2. กรมบัญชีกลาง ในฐานะที่ดูแลเรื่องสิทธิข้าราชการ
3. สำนักงานประกันสังคม ในฐานะที่ดูแลเรื่องสิทธิประกันสังคม

4. กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่ดูแลเรื่อง stateless
5. สพฉ. ในฐานะที่ดูแลเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน
6. สรพ. ในฐานะที่ดูแลเรื่องคุณภาพ
มีมิติคุณภาพและมีมิติการจ่ายเงิน

แต่กลุ่มที่ตกไป คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เหตุที่ตกไปเพราะมีแผนบูรณาการเรื่องการกระจายอำนาจ ดังนั้นการชวนใครเป็นภาคีบูรณาการไม่ได้เริ่มต้นที่ สปสช. ชวนใครมาบูรณาการ กระบวนการทำแผนบูรณาการของ สปสช. ใช้วิธีสมัครใจและถูกผลักดันโดยระบบงบประมาณ เช่น ในปี 2562 มีมหาวิทยาลัยที่สนใจเข้าร่วมเป็นภาคี แต่เมื่อ สปสช. ปรึกษาสำนักงบประมาณแล้ว พบว่า ตรงกับแผนงบประมาณอื่นมากกว่า ก็ไม่สามารถเข้าร่วมเป็นภาคีได้

โครงสร้างแผนบูรณาการ แบ่งเงินเป็น 2 มาตรการ

1. ค่าบริการ
2. งบพัฒนา เป็นงบที่เชื่อมโยงกลไก

คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม

Q: แผนบูรณาการอยู่ยุทธศาสตร์อะไรของ สปสช.

A: ยุทธศาสตร์การบูรณาการ (harmonize)

การทำแผนบูรณาการ หน่วยงานที่เป็นแกนหลัก ระบบงบประมาณบูรณาการ ได้แก่ สำนักงบประมาณ สภาพัฒน กพร. (กพร. ดูแผนกำลังคน)

Q: ทิศทางการบริหารกองทุนจะเป็นอย่างไร

A: ดูว่าเราจะช่วยอย่างไรและอะไรเป็น priority ที่จะช่วยได้

- สิ่งที่จะนำมาช่วย คือ ให้สำนัก IT พยายาม merge software ที่ถูกค้าต้องส่งให้เป็น platform เดียวกัน เช่น เอา merge ระบบ DMS บางเรื่องเข้าหาระบบ e-claim ให้เป็นหน้าต่างเดียวกัน

- เป็นความพยายามเอาข้อมูลที่มีอยู่ ดำเนินการวิเคราะห์ สังเคราะห์ โดยใช้ big data คือ ไม่จำเป็นต้องเอาข้อมูลไปกอง แต่มี software ในการดึงข้อมูลตามโครงสร้างที่วางไว้

- Project ที่ทำนาร่อง เช่น citizen profile คือ การนำข้อมูลย้อนหลังในแต่ละปีของผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก มาเชื่อมต่อกัน เช่น ปีที่แล้ว (ป่วย) มาด้วยโรคอะไร ปีนี้มาเรื่องอะไร เป็นรายบุคคล

- ประเทศไทยจะนำ Big data มาใช้ โดยเริ่มแรกในกระทรวง ICT หรือกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน เป็นเจ้าภาพหลัก ปัญหาคือมีคนทำมาก แต่ไม่ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน

- ปัจจุบัน หน่วยงานที่ทำเรื่อง Big data ของประเทศไทยอยู่ที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- ฐานลงทะเบียนสวัสดิการแห่งรัฐ 14,000,000 แล้วถูก screen เหลือ 11,000,000 ถูกกระจายไปยังกระทรวงต่างๆ ใช้งานแล้ว และถูกขอข้อมูลจากทุกเรื่องไปเชื่อมโยงข้อมูลไว้เรียบร้อยแล้ว Project นี้พัฒนาอยู่ที่สภาพพัฒนาฯ ร่วมกับกรมบัญชีกลาง โดย สปสช. ให้ข้อมูลเรื่องสิทธิ
- เดิมจะนำข้อมูลเรื่องการรักษาไปด้วยแต่ สปสช. ดิดเรื่อง พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ จะมีการพัฒนาไปเรื่อยๆ
- ทิศทางงานของ สปสช. คือการคิดเชิงระบบ หรือมีข้อเสนอให้คิดเชิงระบบ

Q: อีก 20 ปี ช่างหน้า สปสช. จะเป็นอย่างไร

A: สามารถหาคำตอบจากวิทยากรที่จะมาในอนาคต แต่คำตอบจากตัววิทยากรเอง คือ สปสช. จะเป็นอย่างไรไม่รู้ แต่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะยังมีอยู่ในประเทศไทย โดยมี Evidence support เป็นตัวชี้วัดความยั่งยืนของการพัฒนาประเทศ (SDG) ของทุกประเทศ

- อีก 20 ปี สปสช. ต้องไม่มีหน้าตาแบบนี้ ต้องปรับตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ถ้ามีคนหาแหล่งเงินอื่นให้ แสดงว่าเราต้องมีความรู้ในการบริหารเงินจากแหล่งรายได้อื่นและวิธีทำให้เห็นผล
- อนาคตอาจไม่มีเงินจากกองทุนตำบลวิ่งไป อบต. แต่อาจถูกตัดตรงไปที่ อบต.เลย โดยการไปช่วยเขาทำงาน ไม่ต้องถือเม็ดเงิน อนาคตเกิดอะไรขึ้นก็ได้
- ตัวอย่าง ระบบสวัสดิการแห่งรัฐ การจ่ายเงินผู้มีรายได้น้อย ปี 2562 พม.ไม่ต้องจ่าย แต่กรมบัญชีกลางเป็นคนจ่าย เพราะมีปัญหาเรื่อง corruption กระทรวง พม. ต้องปรับบทบาทตัวเอง สปสช. ก็เช่นกัน

Q: ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในการคิด ABC, PQ

A: หลักการคำนวณงบประมาณขาขึ้น ใช้หลัก PQ approach

P = Prize

Q = Quantity จำนวนบริการ

รูปธรรม เช่น การคิดงบประมาณ long term care เราก็หาตัวแปร 2 ตัว ในการคิดงบประมาณคือ P กับ Q

- P (Prize) เป็นเรื่องของต้นทุนบริการในเรื่องนั้นๆ เช่น ต้นทุนบริการในเรื่อง long term care แหล่งข้อมูลที่เราเอาตัวเลขมาคำนวณ มักเอามา paper เชิงวิชาการที่อ้างอิงได้ ต้นทุนบริการในเรื่อง long term care ก็อาจนำมาจากข้อมูลเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นกรณีศึกษาของลำสนธิ

- ใน paper บอกว่าต้นทุนจริงๆ เอามาจากชุมชน นับเฉพาะต้นทุนทางการแพทย์ ไม่รวมต้นทุนเรื่องการดูแลเชิงสังคม (caregiver) ต้นทุนจะอยู่ที่ 8,899 บาท เราต้องของงบประมาณไปแต่เมื่อไปถึงสำนักงบประมาณ สำนักงบประมาณ ตัดงบให้ใช้ต้นทุนบริการเหลือ 6 พันบาท

- Q (Quantity) คือ ปริมาณผลงานบริการ ปีแรกยังไม่มีผลงานบริการ เราก็จะใช้ prevalence เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง กลุ่มเป้าหมายที่เราจะขอตั้งงบประมาณอยู่ที่ 0.1 แต่เวลา

implement จริง ตัวเลขมากเกินไป การของงบประมาณในปี 2562 แทนที่เราจะใช้ prevalence แบบเดิม เราก็ใช้ตัวผลงานที่มีการสำรวจจริงว่าผู้สูงอายุที่มีอยู่ในระบบจำนวนเท่าไร และผลงานที่ทำได้จริงเท่าไร แล้วปรับเป้าหมายให้ตรงตามความเป็นจริงตามระบบที่ทำได้จริงๆ

- จึงเป็นที่มาของ ราคา x จำนวนเป้าหมายจริง ตั้งมาเป็นค่าของงบประมาณ

Q: เหตุผลของการตัดค่าของงบประมาณคืออะไร

A: ปกติการตัดงบประมาณของสำนักงานงบประมาณ ขึ้นอยู่กับวงเงินประเทศเป็นหลักและผลงาน ตัวอย่างกรณีผลงาน long term care ตั้งค่าขอเมื่อปี 2560 พบว่า ผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย เงินเหลือ จึงถูกตัดงบประมาณ

Q: คิดตามต้นทุนเฉพาะบริการทางการแพทย์ แต่ตอนจ่ายจริงจ่ายค่า caregiver

A: งบกองทุน สปสช.เป็นค่าบริการทางการแพทย์ ตอนขอต้นทุนก็ขอเป็นค่าบริการทางการแพทย์เช่นกัน แต่ตอนขาลง จ่ายค่า caregiver จึงเป็นที่มาว่าใช้ผิดวัตถุประสงค์

เทคนิคการคิดงบประมาณแบบ ABC Activity Based Costing

ปัจจุบัน สปสช. ใช้กับบริการ P&P

- เนื่องจากบริการ P&P มีชุด benefit package จำนวนมาก แยกตามกลุ่มวัย และยังมีประกาศฉบับ 10-11

- การคิดต้นทุนแบบ ABC จะไล่ต้นทุนบริการในแต่ละกิจกรรมเป็นรายย่อยว่า ในแต่ละกิจกรรมย่อยมีต้นทุนบริการเท่าไร

- เช่น HbA1C ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในการตรวจค่า HbA1C ครั้งที่ 1 ต้องมีกิจกรรมอะไรบ้าง เช่น ได้รับการเจาะเลือดที่รายการ ปัสสาวะที่รายการ ค่าเข็ม ค่ายา เท่าไร ต้องคิดต้นทุนแยกรายการย่อย โดยอิงตาม paper ของ อ.จุฬา เราก็ใช้ต้นทุนตามนี้ ในแต่ละปีจะมีการปรับต้นทุนบริการเล็กน้อย เพื่อให้เป็นปัจจุบัน

- รายการให้ยึดตามหลักประกาศฉบับที่ 10 ของ สปสช.

- จำนวนบริการ PP มีความพิเศษ คือ ข้อมูลผลการบริการจริงค่อนข้างหายาก

- ดังนั้น PP จึงใช้ coverage เป็นตัวคุมต้นทุน เช่น สมมุติตัวบริการวัคซีนให้ 100% บริการ HbA1C ให้ 80%

- ตัวแปรหลักๆ ของการคิดงบประมาณแบบ ABC คือ ตัวรายการ ตัวต้นทุนรายการย่อย ตัว coverage ของบริการนั้นๆ

Q: Cost มีอะไรบ้าง

A: ใน paper จะมีอธิบายมี admin cost กับ operate cost ซึ่ง cost ทั้งหมดจะครอบคลุมในรายการอยู่แล้ว

Q: coverage คิดอย่างไร

A: ใช้ coverage ของบริการนั้นๆ เช่น ในเด็ก ต้องตรวจพัฒนาการ เด็กต้องได้รับวัคซีน วัคซีนเราจะคิดงบประมาณให้ 100% เราจะคิดว่าพัฒนาการตั้ง coverage อยู่ที่เท่าไร ส่วนนี้พูดถึงงบประมาณขาขึ้น ตอน allocate คือขาลง

- บริการ PP ขาขึ้น คิดแบบ ABC แต่ขาลงของ PP ต้องใช้ strategic purchase ว่าได้เงินมาแล้วจะซื้อบริการอย่างไร ที่ระดับไหน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ

- เพราะฉะนั้น PP ขาขึ้น คำนวณเป็นรายกิจกรรม ขาลงแบ่งเป็น 4-5 กล่อง เพราะเรารู้ว่าถ้าจ่ายเงินเป็นแบบ activity คือจ่ายเป็นราย itemize PP จะไม่ถึงวัตถุประสงค์ เพราะ PP บางเรื่องต้องทำร่วมกับชุมชน ท้องถิ่น และเรามีหลักคิดว่างาน PP ในอนาคต ท้องถิ่นต้องเป็นคนรับผิดชอบ เพราะ PP ที่ สปสช. อยู่เป็นระดับบุคคลและครอบครัว แต่ PP ในความเป็นจริงกว้างกว่านั้น และยังมี PP ที่เกี่ยวข้องกับสังคมด้วย การที่ สปสช. ทำงานแต่ฝ่ายเดียว ไม่ได้ก่อให้เกิดผลที่ดีต่อประชาชนอย่างที่ควรจะเป็น เพราะฉะนั้นวิธีการ คือ ต้องให้คนที่ต้องดู PP ในด้านอื่น เช่น ท้องถิ่นรับผิดชอบกฎหมาย ท้องถิ่นบอกว่าต้องดูแลทั้งสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนที่รับผิดชอบ เช่น ถ้าไม่ต้องการให้เกิดโรคติดต่อต้องกำจัดขยะ ต้องกำจัดขยะ

- PP Individual กับ family ลงไปที่จุดนี้บางส่วน บูรณาการกับสิ่งที่ท้องถิ่นต้องทำ

- การทำงานกับท้องถิ่นด้วยกองทุนตำบลเป็น highlight ที่เป็น trend การทำงาน PP เพราะ PP ไม่ค่อยมีเหตุฉุกเฉิน แม้แต่ฉุกเฉิน ANC (ฝากครรภ์) ก็ยังไม่มีเหตุฉุกเฉิน เพราะถ้าฉุกเฉินจะเป็นการรักษาทันที ไม่มีการฝากครรภ์ฉุกเฉินมีแต่คลอดฉุกเฉิน บริการ PP ที่เกิดขึ้นจึงมักอยู่ในชุมชน

Q: ทำไมทำงบประมาณ PP ต้องใช้ ABC

A: ระบบบริการ PP มีความหลากหลายรูปแบบของการทำงาน

หนึ่ง รพ. ใช้วิธีทำงาน PP โดยการตั้งรับอยู่ใน รพ. ก็ทำงาน PP มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

หนึ่ง รพ. ใช้วิธีทำงานลงพื้นที่ ก็ทำงาน PP มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

ต้นทุนมีความหลากหลาย ผลลัพธ์มีความหลากหลาย ไม่มีข้อมูลที่เป็นตัวแทนได้

ความหลากหลายของบริการและประสบความสำเร็จโดยวิธีการหลากหลาย จึงเป็นเหตุของการทำ ABC

ABC หมายถึง Activity เป็นตัวตั้ง Cost ต้องชัดเจน

- ตัวอย่าง ANC ครั้งที่ 1 ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์อะไร กำลังคนใช้อะไร ANC ครั้งที่ 1 ต้องใช้แพทย์เท่านั้น แพทย์ใช้เวลาที่ดูคนไข้ 1 คน เงินเดือนแพทย์ 1 นาที่ ที่ดู ANC 1 คนก็บาท เป็นต้นทุนค่าแรง และยังมีต้นทุนค่าแรงของบุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์อีกด้วย ทั้งนี้ต้องเป็นต้นทุนทางตรง (direct cost)

- แต่ ANC มีความพิเศษกว่านั้น เพราะมีวัตถุประสงค์บางอย่างที่ไม่ได้ใช้แค่คนเดียว เช่น แผ่นวัดสายตา 1 แผ่นใช้ 20 คน ต่อ 1 โรงเรียน ใช้ 10 โรงเรียน เพราะฉะนั้น ต้นทุนก็ต้องแตกออกไปอีกทั้งหมด คือ ต้นทุนทางตรง
- แต่มีเพียงต้นทุนทางตรงยังไม่สามารถทำงานได้
- วัสดุที่จะใช้ต้องมีคนหา ซึ่งเป็นต้นทุนทางอ้อม
- ดังนั้น จึงต้องใส่ต้นทุนทางอ้อมลงใน activity นั้นๆ ด้วย เพื่อให้ต้นทุนครบถ้วนที่จะบริการ
- ต้องคิดต้นทุนทางตรงและทางอ้อม คือการคิดแบบ ABC
- เนื่องจากระบบข้อมูลในความเป็นจริงไม่สามารถตอบได้ จึงต้องเลี่ยงไปใช้วิธีคิดเป็นเปอร์เซ็นต์หรือที่เรียกว่า population coverage คือ อายุเด็กนั้นต้องได้ coverage เท่าไร ซึ่งตัวเลขที่ได้ไม่ใช่คิดเองแต่เป็นการระดมสมองจากทุกกรมในกระทรวงว่าศักยภาพของหน่วยบริการถ้าจะทำเรื่องนี้สามารถทำได้ร้อยละเท่าไร เป็นตัวตั้งต้นในการคำนวณ ABC หลังจากนั้นจึงค่อยเพิ่ม coverage
- ดังนั้น การนำข้อมูลอ้างอิงมาใช้ ไม่ได้หมายความว่า จะนำข้อมูลทั้งหมดมาใช้ได้ในทันที เช่น Paper ลำสนธิ จะต้องนำมาสกัดว่า ส่วนที่ต้องอยู่ในต้นทุน UC คืออะไรบ้าง อันไหนเกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ อันไหนเป็นบริการทางสังคม
- คนในพื้นที่ สำนักงานประมาณ คนในองค์กร ถาม ต้องตอบได้ว่าคิดงบประมาณจากไหน

Q: แนวคิดสร้าง นำ ซ่อม จะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร

- A: แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ได้หมายความว่า เมื่อสร้างเสริมสุขภาพแล้วคนจะไม่เจ็บป่วย
- สุขภาพ ผลิตต่อสุขภาพ ไม่ได้มาจากการควบคุมของเราคนเดียว เพราะมีปัจจัยแวดล้อมมากมาย แม้ควบคุมปัจจัยแวดล้อมได้ สุดท้ายก็ยังป่วย
 - แต่หลักคิดสร้างเสริมสุขภาพ คือ แทนที่จะป่วยเร็ว เช่น เป็นเบาหวานตอนอายุ 20 การสร้างเสริมสุขภาพ คือ ทำให้คุณอาจไม่เป็นเบาหวาน หรือเป็นเบาหวานแต่ควบคุมได้ หรือตายก่อนเป็นไตวาย
 - เมื่อทำการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ได้ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง เพราะคนยังคงป่วย และคนไทย 75 ล้านคนก็ยังป่วย
 - หน้าที่ของ สปสช. ปี 2562 เริ่มต้นที่ DM type I เพราะคนที่เป็น DM type I คือ คนมีโอกาสเป็นไตวายในอนาคตได้เร็ว เพราะเป็นเบาหวานตั้งแต่เด็ก แต่ถ้าเราดูแลให้เขาควบคุมน้ำตาลได้ ก็อาจทำให้เขาเป็นไตวายช้าลง

Q: นิยามการบริหารมีประสิทธิภาพคืออะไร

- A: ประสิทธิภาพ สูตร คือ input หาร output ถ้ามากกว่า 1 ถือว่าไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าต่ำกว่า 1 ถือว่ามีประสิทธิภาพ
- ประสิทธิภาพ คือ การใช้ทรัพยากรน้อยแต่ให้ผลมาก
- ผลคือ output ถ้า output หาร input มากกว่า 1 แปลว่ามีประสิทธิภาพ

- รูปธรรมการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพของ สปสข. คือ การจัดการรวมของยา จ.2 ถ้าบริหารยา จ.2 โดยให้หน่วยบริการไปซื้อเอง ยา IVAG เข็มละ 2 หมื่นบาท แต่ถ้าจัดซื้อรวมได้เข็มละ 5 พัน ผลต่างที่เกิดขึ้น คือ แทนที่คนจะเข้าถึงยา IVAG 10 คน ก็จะเข้าถึงยาเกือบ 40 คน
- ประสิทธิภาพ ไม่ได้บอกว่าเรามีเงินกองทุนคงเหลือเท่าไร แต่ประสิทธิภาพว่าเรามีคนเข้าถึงบริการมากขึ้นภายใต้วงเงินที่มี ประสิทธิภาพกับ cost contain คนละอย่าง Cost contain คือ การควบคุมค่าใช้จ่าย
- ประเทศสหรัฐอเมริกา ไม่ได้ควบคุมค่าใช้จ่ายเพราะฉะนั้นหน่วยบริการสามารถขึ้นราคาได้ แต่ประเทศไทยมีการควบคุมค่าใช้จ่ายเพราะเงินมาจากภาษีของประชาชน ระบบภาษีทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเข้าหลักการ safe คือ “ดีช่วยป่วย รวยช่วยจน”
- สปสข. ต้องตอบให้ได้ว่าถ้าให้เขาร่วมจ่ายเพื่ออะไร ถ้าเพื่อให้ได้เงินมาบริหารระบบ ต้องตอบได้ว่าเก็บเท่าไรจึงจัดการได้ทั้งระบบ ตอนเริ่มทำ 30 บาท พบว่าได้เงินเข้ามาในระบบบริการแค่พันล้าน
- ถ้าร่วมจ่ายเพื่อไม่ให้เกิดการเข้าถึงบริการมากขึ้น คือ คิดว่าคนชอบใช้บริการมากเกินความจำเป็น ต้องดูว่าอัตราการใช้บริการจริงๆ เท่าไรที่ร่วมจ่ายได้ แต่ต้องมีหลักการ



หัวข้อ	การเงินการคลังในระบบบริการสาธารณสุข
วิทยากร	นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน รพ.รามธิบดี
วัตถุประสงค์	เพื่อทำความเข้าใจการเงินการคลังระบบบริการสาธารณสุขกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เวลา	13.00 – 16.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยาย รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหาการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้บรรยายระบบการเงินการคลังระบบบริการสาธารณสุขกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยเรื่องการเงินการคลังระบบบริการสุขภาพ (Health Care Financing) นั้น คือการจัดการแหล่งเพื่อระบบสุขภาพการรักษาดูแลสุขภาพนั้นอย่างที่เราทราบ คือ มีทั้งแบบการจ่ายค่าบริการโดยตรง และการจ่ายแบบล่วงหน้า

ความหมายของการคลังระบบบริการสุขภาพ



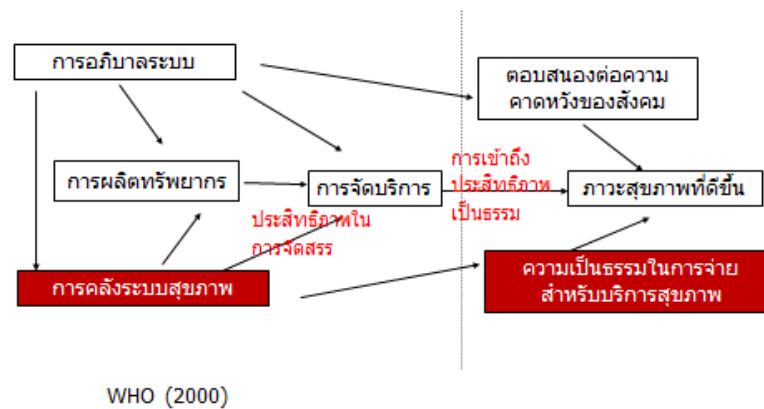
กระบวนการสนับสนุนด้านการเงินแก่ระบบบริการสุขภาพ

สำหรับระบบการจ่ายแบบล่วงหน้า คือ การจ่ายเงินตอนที่ยังไม่ป่วย เป็นการจ่ายเข้ากองทุนหรือบริษัทประกัน เพื่อทำให้เกิดการบริหารเงินเหล่านี้ ซึ่งส่งผลให้เวลาผู้ไปขอรับบริการรักษาสามารถจ่ายได้น้อยลงหรือรู้อัตราที่ตนเองต้องจ่ายว่ามีจำนวนเท่าไร สามารถกำหนดได้ คำนวณได้ หรือบางอย่างอาจไม่ต้องจ่าย ไม่เกิดภาวะล้มละลายที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาความเจ็บป่วยนั้น

พันธกิจและเป้าหมายระบบบริการสุขภาพ

เป้าหมายของการจัดการไม่ใช่ความต้องการซื้อบริการสุขภาพ หากแต่ต้องการซื้อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เพราะคนเราเมื่อเจ็บป่วยไม่สบาย เราต้องการหายจากความเจ็บป่วยนั้น เพราะฉะนั้นเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของพันธกิจและเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพแล้ว สามารถเห็นถึงความเกี่ยวข้องได้ตามแผนภาพดังนี้

พันธกิจและเป้าหมายระบบบริการสุขภาพ



ในระบบบริการสุขภาพ ต้องประกอบไปด้วยการจัดการบริการ เช่น โรงพยาบาล รพ.สต. และต้องมีบุคลากรของสาธารณสุขเพื่อให้บริการ จึงต้องมีเรื่องของการผลิตบุคลากร การเงินการคลังจะเป็นในส่วนของงบประมาณที่ต้องบริหารเพื่อระบบสามารถเคลื่อนไปได้ และจำเป็นต้องมีเรื่องของการอภิบาลระบบ เมื่อก่อนในการดำเนินงานจะให้ความสำคัญ โดยมักเปรียบอัตราการตายของทารกระหว่างประเทศเป็นอย่างไร และดูอายุขัยเฉลี่ย ซึ่งเป็นการดูภาพรวม แต่มาช่วงหลังจะมีการพิจารณาที่มีการตั้งคำถามมากขึ้นว่า สัดส่วนที่ดีขึ้นนั้น ต้องดูว่ามั่นคงขึ้นของใคร เป็นเฉพาะกลุ่มหรือไม่ มีกระจายอย่างไร ยิ่งในช่วงหลังปี พ.ศ.2543 องค์กรอนามัยโลก กล่าวถึง การให้ความสำคัญต่อมิติอื่นที่ไม่ใช่การให้บริการทางการแพทย์อย่างเดียว แต่เป็นมิติทางสังคมด้วย จึงเน้นเรื่องการตอบสนองระบบบริการสุขภาพต่อความคาดหวังของสังคม ซึ่งเรื่องนี้มักเป็นเหตุที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง และการฟ้องร้องตามมาในระบบบริการสุขภาพ เช่น ในกรณีของโรงพยาบาลเอกชนที่ลูกค้าต้องซื้อบริการสุขภาพที่แพง เมื่อสิ่งที่เขาได้รับไม่ตรงกับสิ่งที่เขาคาดหวัง มันย่อมเกิดปัญหาตามมา แต่ปัญหาเหล่านั้นจะนำไปสู่ความบานปลายอย่างไรนั้นมักเกี่ยวกับการจัดการเรื่องนี้ และสิ่งสุดท้ายคือ **ความเป็นธรรมในการจ่ายสำหรับบริการสุขภาพ** ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะความเป็นธรรม คือ สิ่งที่เราปรารถนาให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นต้องตั้งอยู่บนฐานของความเป็นธรรมทั้งการจัดสรรงบประมาณ และการใช้จ่ายเงินต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ

เพราะฉะนั้นวัตถุประสงค์ของการคลังระบบบริการสุขภาพ จึงต้องประกอบด้วย 3 เรื่องหลัก คือ

- เพื่อให้มีเงินเพียงพอกับการจัดการบริการสุขภาพ และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- การจัดให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการและมีประสิทธิภาพ

- ให้ประชาชนทุกคน เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความเป็นธรรมในระบบบริการ และมีคุณภาพ ประสิทธิภาพมากที่สุด

พันธกิจของการคลังระบบบริการสุขภาพ

1. การจัดเก็บรวบรวมเงิน (Revenue collection)

การจัดเก็บเงินเพื่อนำสู่การจัดสรรนั้น ต้องพิจารณาว่าจะจัดเก็บเงินจากแหล่งใด ให้เพียงพอในการจัดบริการ โดยมีความยั่งยืน และจะมีผลกระทบอะไรหรือไม่ ตอนเริ่มทำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พรรคการเมืองในขณะนั้นอยากให้มีการเก็บเงินจากครัวเรือนละ 1,000 บาท แต่ในแง่การจัดการประชากรของประเทศไทยไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างงาน จึงทำให้เกิดปัญหาว่าแล้วจะตามเก็บเงินสมทบอย่างไร จึงได้ข้อสรุปจากการเก็บเงินภาษี ซึ่งในปัจจุบันผู้นำประเทศคนปัจจุบันมีความรู้สึกรู้สีกว่าการใช้เงินจัดสรรเพื่อส่วนนี้ มีความสิ้นเปลืองเป็นภาระ จึงกลายเป็นประเด็นที่ต้องทบทวนและหารือกันต่อไป ซึ่งการเก็บรวบรวมเงินนั้นสุดท้ายไม่ใช่เงินจากรัฐบาลแต่เป็นเงินที่มาจากภาษีของทุกคน ส่วนใหญ่มาจากภาษีมูลค่าเพิ่ม ที่ทุกคนต้องจ่ายโดยไม่รู้ตัวอยู่แล้ว แต่หากต้องการเก็บโดยรู้ตัวก็ทำได้ เช่น เงินจากสำนักงานประกันสังคม ที่มีการเก็บแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อการนำไปใช้ในการรับบริการสุขภาพโดยตรง เพราะฉะนั้นในการจัดเก็บเงินจึงมีสองทาง ก็ขึ้นกับว่าเราจะออกแบบที่มาของการจัดเก็บแหล่งเงินอย่างไร

2. การรวมเงิน (Pooling)

หากต้องการให้เกิดความเป็นธรรมขึ้น การรวมเงิน (Pooling) เป็นสิ่งที่ต้องผลักดันให้เกิด เพราะจะมีประชาชนบางกลุ่มเข้าไม่ถึงบริการ เนื่องจากไม่มีเงินพอในการจ่ายค่าบริการ ขณะเดียวกันก็มีบางกลุ่มที่ยากจนหมดตัวจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หากไม่มีการรวมเงิน ความเหลื่อมล้ำเหล่านี้ก็ยังคงอยู่ในการบริการสุขภาพ

3. การจัดสรรและซื้อบริการ (Allocation of resource and purchasing services)

เป็นขั้นตอนที่จะกล่าวรายละเอียดลงลึกในช่วงท้าย เพราะเรื่องการจัดสรรต้องดูรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นการจัดสรร การซื้อบริการ และจ่ายค่าบริการอย่างไร ที่จะทำให้มีบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก

แหล่งการคลังระบบบริการสุขภาพ

เป็นการจำแนกให้เห็นถึงแหล่งที่มาของเงินจากส่วนต่างๆ โดยอ้างอิงจากทั่วโลกแล้ว สามารถแบ่งออกเป็นหลากหลายแหล่งได้ดังนี้

- จ่ายเพื่อไปใช้บริการ (Out-of-pocket) คือ การที่ผู้รับบริการจ่ายเองนอกเหนือจากสิทธิประกันต่างๆ
- ประกันสุขภาพชุมชน (Community-based health insurance) การซื้อประกันสุขภาพในราคาเดียวเป็นอัตราของชุมชน โดยสมัครใจ เช่น ในยุคบัตรสุขภาพ 500 บาท
- ประกันสุขภาพเอกชน (Private voluntary health insurance) การซื้อประกันจากบริษัทต่างๆ
- บัญชีออมเพื่อสุขภาพ Medical Saving Account (MSA) ตอนนี้อยู่ที่เด่นมาก คือ ประเทศสิงคโปร์ โดยบังคับระบุเป็นกฎหมายให้ทุกคนที่เริ่มมีรายได้ ทุกคนต้องออมเข้าบัญชีสุขภาพของตนเอง โดยมีแนวคิดว่ามี

อยู่ในวัยทำงานต้องออมเพื่อจะได้นำมาใช้ยามเจ็บป่วยในช่วงที่อายุมากขึ้นแล้ว เป็นการกระจายความเสี่ยง ซึ่งเป็นบัญชีเฉพาะบุคคลและใช้เพื่อเรื่องสุขภาพเท่านั้น ทั้งนี้ที่ประเทศสิงคโปร์สามารถทำได้ อาจเป็นเพราะประชากรมีจำนวนไม่มาก พื้นที่ของประเทศมีขนาดเล็ก รัฐบาลสามารถดำเนินการได้ และกฎหมายมีความเข้มแข็ง ทั้งนี้มีบางมณฑลในจีนที่ทำเช่นนี้ และบางรัฐในสหรัฐอเมริกา ในขณะที่ประเทศไทยได้มีการริเริ่มทำกองทุนเงินออมแห่งชาติ แต่ไม่ได้บังคับ ให้เป็นไปตามสมัครใจ

- ประกันสุขภาพภาครัฐ (Public voluntary health insurance) เดิมเป็นบัตรสุขภาพของชุมชนและพัฒนามาเป็นที่จังหวัด

- ประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory health insurance; social insurance) เช่น ประสงค์ที่ ต้องจ่าย และประกันที่หักจากภาษีแบบในปัจจุบัน

- ระบบภาษี (General taxation) รัฐจะเป็นผู้จัดการหรือเป็นสิ่งที่รัฐออกกฎหมายบังคับ เช่น พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถที่รัฐบังคับ

ส่วนการคลังภาคเอกชน คือ การซื้อประกันรูปแบบต่างๆ จากบริษัทประกัน ที่ทุกคนอาจเลือกซื้อตามความสะดวกของตนเอง

ทิศทางการพัฒนาระดับสากล: moving away private OOP to public prepayment systems

อย่างที่กล่าวไปแล้ว มีทั้งแบบการจ่ายค่าบริการโดยตรง และการจ่ายแบบล่วงหน้า ทิศทางจะมุ่งไปสู่การจ่ายแบบล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดภาวะล้มละลาย ทั้งนี้เดิมนาคารโลกสนับสนุนให้การจัดเก็บเฉพาะบุคคลเพื่อจะได้นำเงินไปพัฒนาประเทศ ซึ่งขัดกับแนวองค์การอนามัยโลก แต่ในปี 2010 เป็นต้นมา ต่างเห็นพ้องต้องกันว่าทุกประเทศควรมีหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า ซึ่งได้ระบุเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในแผน SDG เพราะจะช่วยให้อัตราการเกิดของทารกปลอดภัยขึ้น มีอัตราการตายลดลง เพราะฉะนั้นทิศทางในขณะนี้จึงได้รับการยอมรับในระดับสากล

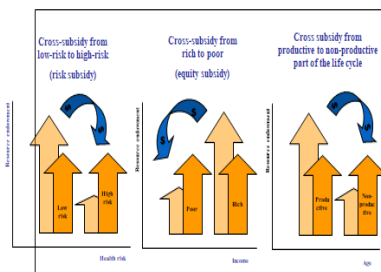
ระบบจ่ายเมื่อใช้บริการแบบจ่ายล่วงหน้า

ในระบบการจัดการเงิน ในทางเศรษฐศาสตร์ทุกอย่างมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบโครงสร้างที่ตัดสินใจเลือกเสมอ เช่น เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์และกลไกการจัดการ ที่มีบุคคลที่สามารถทำหน้าที่บริหารกองทุน มันย่อมมีผลกับการบริการ แต่เดิมผู้ให้บริการอาจเป็นผู้ประเมินการให้บริการจากองค์ประกอบ ลักษณะ ฐานะ ของผู้รับบริการ หากแต่เมื่อมีองค์กรกลางเข้ามาจัดการตรงนี้ ปัญหาเรื่องการขาดจริยธรรมในระบบประกันสุขภาพ (Moral Hazards) จึงเกิดขึ้นได้ ขณะนี้ของประเทศไทยยังเป็นแบบเหมาๆ เกลี่ยๆ กันไป ซึ่งในอนาคตหากโรงพยาบาลออกนอกระบบต้องบริหารตนเอง สิ่งนี้ต้องมีกำไรที่ตรงและวางระบบให้มากขึ้น เพราะฉะนั้นความต้องการระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (effective Management Information System: MIS) จึงเป็นสิ่งที่เราต้องพัฒนาขึ้นมารองรับการทำงานและการวางแผนกันมากขึ้น

ในส่วนความต้องการสมรรถนะในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของกองทุน ทั้งในการคำนวณงบ การกำหนดรูปแบบอัตราจ่าย การซื้อบริการ ก็เป็นสิ่งจำเป็นซึ่งต้องใช้ระบบการติดตามกำกับระบบ (M&E) ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างการคลังภาคเอกชน การคลังภาครัฐ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีความต่าง คือ ทางเลือกของปัจเจก (degree of individual choices) ผู้รับบริการในส่วนของภาคเอกชนนั้นสามารถจะเลือกได้ว่าอยากได้การบริการที่ไหน กับใคร มีรูปแบบอย่างไร ที่ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ตามที่ตนเองมีกำลังจ่าย แต่การคลังภาครัฐ ต้องถูกจำกัดสิ่งเหล่านั้น อิสระในการตัดสินใจ (autonomy) น้อยลงเพราะการเข้ามามีบทบาทของภาครัฐ (public involvement) ที่ต้องจัดสรรกระจายให้ทั่วถึง เพราะฉะนั้นการคลังภาคเอกชน อาจให้ทางเลือกและเสรีภาพในการตัดสินใจมากกว่า แต่ขาดการกระจายความเสี่ยงกับบุคคลอื่นๆ ในขณะที่การคลังภาครัฐปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินมากกว่าหากมีการรวมเงินและต้องการกฎหมายรองรับ ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละบุคคล

การรวมเงิน: การกระจายรายได้และความเสี่ยง



แนวทางสร้างความเป็นธรรมการคลังระบบบริการสุขภาพ

1. แยกการจ่ายออกจากการใช้บริการ → จ่ายล่วงหน้า
2. กำหนดอัตราสมทบ/เบี้ยประกันตามความสามารถการจ่ายไม่ใช่ตามความเสี่ยง (progressive to income > proportionate to income > community risk > individual risk)
3. การรวมเงิน (การมีกองทุนขนาดใหญ่และกองทุนเดี่ยวสามารถกระจายรายได้และความเสี่ยงได้ดีกว่ากองทุนขนาดเล็กและมีหลายกองทุน)
4. มีมาตรการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนในกรณีมีหลายกองทุน (Equalization mechanism)

หากเราตั้งคำถามต่อไปว่า การรวมเงินมีความสำคัญอย่างไร แผนภาพนี้คือ แสดงให้เห็นการกระจายรายได้และความเสี่ยง เราสามารถนำเงินจากคนกลุ่มหนึ่ง กระจายไปยังคนอีกกลุ่มหนึ่ง เมื่อเทียบกับประเทศสิงคโปร์ที่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างวัยของคนนั้น ไม่ใช่การกระจายความเสี่ยงระหว่างปัจเจก ไม่ได้เป็นการกระจายให้กับประชากรโดยรวม การรวมเงินจึงเป็นการนำเงินของคนรวยกระจายสู่ผู้ด้อยโอกาส เป็นการเฉลี่ยความเสี่ยง นี่คือนโยบายสำคัญที่จะสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกี่ยวกับความเป็นธรรมในการคลังระบบสุขภาพของประเทศ ที่ต้องแยกการจ่ายออกจากการใช้ และต้องกำหนดอัตราการสมทบต้องใช้ระบบภาษีก้าวหน้า จะทำให้มีโอกาสการกระจายรายได้และความเสี่ยงได้ดีกว่าในปัจจุบัน

ในกรณีที่มีหลายกองทุนนั้น คำถามว่าควรรวมไหม คำตอบคือ หากมีกลไกการกระจายความเสี่ยงที่ดีก็ไม่มีปัญหา เช่น ในประเทศเยอรมัน มีกองทุนจากอาชีพต่างๆ ซึ่งบางอาชีพรายได้น้อย อาจมีความเสี่ยงต่อความมั่นคงของกองทุน

ทางออก คือ ให้จ่ายเข้าส่วนกลางก่อน และส่วนกลางจัดสรรจ่ายกลับไปยังกองทุนต่างๆ หรือ ในประเทศญี่ปุ่น จะมีกองทุนจากบริษัทต่างๆ ซึ่งจะอยู่ในภาคการจ้างงานในระบบ แต่เมื่อเกษียณแล้วกลับไม่ได้ใช้ ทั้งที่เป็นผู้จ่ายเข้ากองทุนมาตลอด จึงต้องมีการบริหารโดยการตัดเงินจากกองทุนเหล่านั้น เข้ากองทุนแห่งชาติ เพื่อการบริหารที่เป็นธรรมขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยเรากองทุนประกันสังคมไม่ยอมรับรวม เพราะกลัวนำเงินมาอุดหนุนใน UC ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นความชอบธรรมที่ควรอุดหนุน เพราะครอบครัวของผู้ประกันสังคม ทาง UC เป็นผู้ดูแล เพราะฉะนั้นจึงสมควรที่จะนำเงินมาบริหารจัดการได้

การซื้อบริการ (Purchasing)

วัตถุประสงค์หลักเป็นไปเพื่อผู้ประกันตน ผู้มีสิทธิได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ผู้มีสิทธิมีสุขภาพที่ดี ได้รับบริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ และตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

ประเด็นพิจารณาหลักในการซื้อบริการสุขภาพ

สิ่งนี้เป็นกรอบในการคิดออกแบบ เมื่อเราจะต้องพิจารณาการจัดสรรการเงิน เราต้องพิจารณาตามขั้นตอนเหล่านี้ คือ *ซื้อบริการให้ใคร purchase for whom?* ซึ่งเราจะมีกลุ่มเป้าหมายในมืออยู่แล้ว และควรดูว่าครอบคลุมใครบ้าง? มีความเชื่อมหรือไม่เชื่อมการได้ประโยชน์กับการจ่ายอย่างไร

จะซื้อบริการอะไร *purchase what?* เป็นขั้นตอนต่อมา โดยต้องดูเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการอะไรบ้าง, เงื่อนไขการใช้บริการ, การร่วมจ่าย

ซื้อบริการจากใคร *purchase from whom?* ภาครัฐ ภาคเอกชน และระดับของสถานพยาบาล ซึ่งประเด็นนี้ ทางสำนักงานประกันสังคมเคยพูดถึงประเด็นนี้ว่า ประกันสังคมควรสร้างโรงพยาบาลของตนเองไหม

ซื้ออย่างไร *how to purchase and pay providers?* คือ การดูหน่วยของการซื้อบริการและวิธีการจ่าย

ซื้อบริการอะไร? : ชุดสิทธิประโยชน์ไทย

เรื่องชุดสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพภาครัฐไทย เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์ความเป็นมา พัฒนาการจากสิ่งที่เคยมีมา ชุดบริการครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่บาทแรกจนบาทสุดท้าย ยกมาจากในอดีตและมีการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ร่วมด้วยในช่วงหลัง ช่วงหลังมีกลไกการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์มากขึ้นเพราะโรคภัย การรักษาต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป เรามีคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ, อนุพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ทั้งนี้มีเกณฑ์พิจารณากำหนดเพดาน เพื่อพิจารณาการเลือกยาเข้าสู่บัญชีหลัก ผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นมากที่สุดจากสิ่งเหล่านี้คือ

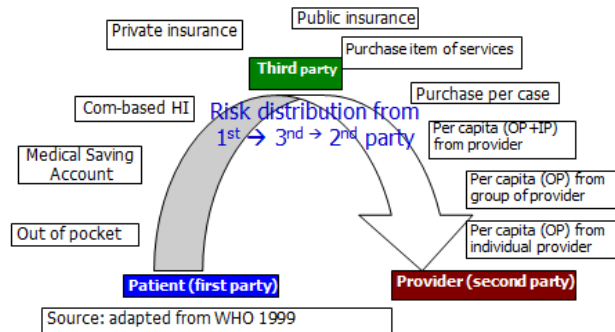
- Cost effectiveness, incremental cost effectiveness ratio
- ICER: not more than one GNI per capita for a QALY gain
- Catastrophic prevention
- Medium to long term budget impact assessment
- Ethical concerns
- Supply side capacity to scale up new interventions

ซื้อบริการจากใคร?

บริบทพื้นที่และคุณลักษณะประชากรจะกำหนดการออกแบบระบบบริการ ผู้มีสิทธิระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลและประกันสังคมส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมืองและกทม. ในขณะที่สิทธิ UCS ส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ซึ่ง CS ให้ free choice ในการไปรับบริการสถานพยาบาลภาครัฐ ส่วน SS ให้ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียนกับ รพ. รัฐ/เอกชน ขนาด 100 เติงขึ้นไป ในส่วนของระบบ UCS จะอาศัยระบบสุขภาพอำเภอเป็นคู่สัญญาหลักในการ

ให้บริการ ซึ่งต้องมีระบบส่งต่อสนับสนุน และยกระดับ รพศ. เป็นหน่วยบริการความเป็นเลิศด้านต่างๆ มีการบริหาร supply chain และ ระบบ logistic

หน่วยการซื้อบริการกับภาระเสี่ยงด้านการเงิน



ปัจจุบันแนวโน้มของหน่วยการซื้อบริการ กับ ภาระเสี่ยงด้านการเงิน จะมีทิศทางที่โยกความเสี่ยงไปยังผู้ให้บริการ ซึ่งจะเป็นการซื้อที่รวมเป็นก้อนใหญ่มากขึ้น เพื่อให้ผู้ให้บริการตระหนักถึงภาระค่าใช้จ่ายไม่ให้เกิดความจำเป็น

วิธีการจ่ายกับพฤติกรรมผู้ให้บริการ

	Prevent health problem	Deliver services	Responsiveness	Contain costs
Line item budget	+ / -	- -	+ / -	+ + +
Global budget	+ +	- -	+ / -	+ + +
Capitation	+ + +	- -	+ +	+ + +
DRGs	+ / -	+ +	+ +	+ +
Fee-For-Service	+ / -	+ + +	+ + +	- - -

WHR 2000

เป็นตารางที่สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการใช้จ่ายงบประมาณ แรงจูงใจของผู้รับบริการ การตอบรับกับแต่ละแบบ ซึ่งในเรื่องของการเงินการคลังระบบบริการสุขภาพ (Health Care Financing) แต่ละอย่างจะมีข้อเด่นข้อด้อยในแต่ละแบบเสมอ เพราะฉะนั้น CFO จึงต้องมีความเข้าใจที่มาที่ไป เหตุและผลของแต่ละอย่างว่ามีสิ่งใดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดผลแต่ละอย่าง ที่สุดแล้วสิ่งที่เราต้องการที่สุด คือ การสร้างความเป็นธรรมในระบบการเงินการคลังเพื่อการพัฒนาให้คนสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพได้มากที่สุด

หลังจากนั้น นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ได้อธิบายเกี่ยวกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการพัฒนาระบบสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทยนั้น หมายถึง การที่จะทำให้ ประชาชนทุกคนสามารถได้รับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตามความจำเป็นด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง (ทั้งบริการส่วนบุคคลและบริการที่มีใช้ส่วนบุคคล) ณ ราคาที่สามารถจ่ายได้ แต่จะต่างกันตรงที่ระบบหลักประกัน คือ การให้สิทธิ แต่ยังไม่ได้การันตีว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือไม่ แต่ที่นี้กล่าวถึงสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น ณ ราคาที่จ่ายได้ ดังนั้น หมายถึงไม่ได้ให้ฟรีทั้งหมด



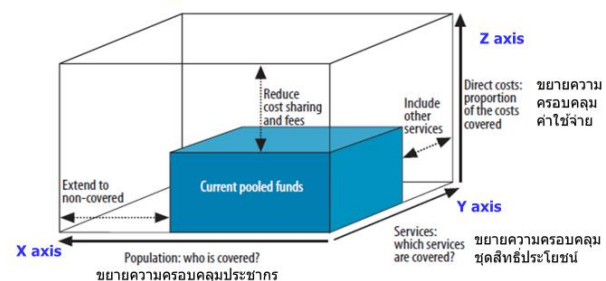
ระบบสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) : มิติด้านการคลัง

หลักประกันสุขภาพทำหน้าที่สำคัญสองประการ คือ

1) อำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
 2) การปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ล้มละลายเมื่อไปใช้บริการ ดังนั้นถ้าเราขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นการขยายบทบาทของประกันสุขภาพใน 2 มิติ คือ 2.1) มิติด้านการคลัง และการขยายความครอบคลุม 2.2) การขับเคลื่อนเข้าสู่ UHC หรือ มิติระบบบริการสุขภาพ คือ เรื่องสิทธิประโยชน์

3) เป็นการขยายส่วนร่วมจ่าย เพราะฉะนั้นในเวลาที่กำหนดสิทธิประโยชน์จะอธิบายให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติที่ว่า มีสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง ตอนนี้เราบอกว่าไม่มีส่วนร่วมจ่ายในระบบ UC โดยส่วนตัวสุดท้ายแล้วส่วนร่วมจ่ายต้องมี จะช้าหรือเร็วก็ต้องมีในอนาคต เพราะในทางปฏิบัติระบบบริการเราต้องมีการร่วมจ่ายอยู่แล้ว ขณะเดียวกันอาจจะมีคนบางกลุ่มหรือ NGO's ไม่พอใจในเรื่องส่วนร่วมจ่าย โดยเฉพาะการขยายไปสู่ชนชั้นกลาง เนื่องจากชนชั้นกลางมีความสามารถในการที่จะจ่ายได้ และเป็นกลุ่มที่มีความคาดหวัง มีตัวเลือกในการจ่ายได้ ซึ่งในความเป็นจริงตอนนี้การมีส่วนร่วมจ่าย ในทางปฏิบัติชาวบ้านมีการร่วมจ่ายอยู่แล้ว แต่เรายังไม่ได้ประกาศส่วนร่วมจ่ายอย่างชัดเจน แต่เรากำลังจะทำให้ทุกอย่างอยู่ในระบบ

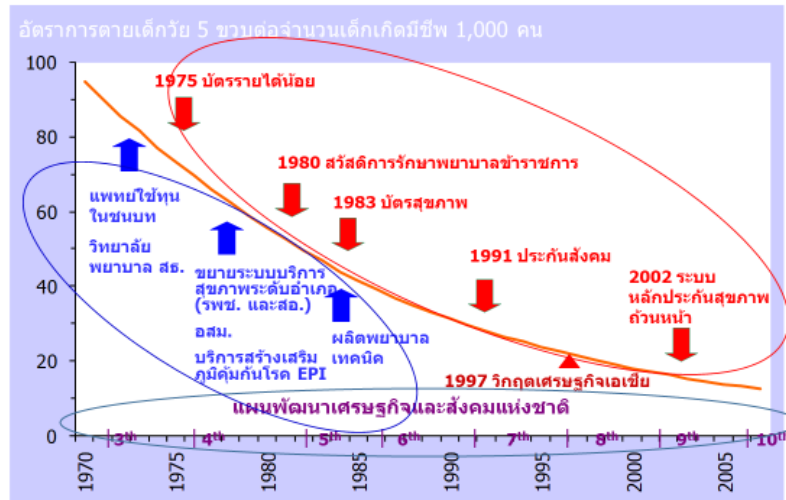
การขับเคลื่อนสู่ UHC: มิติด้านการคลัง



อีกมิติหนึ่ง คือ มิติของระบบบริการมีความสำคัญมาก คือ การทำให้มีระบบบริการที่เข้าถึงง่าย บางกรณีต้นทุนในการเข้ารับบริการดีกว่า ในหลายกรณีมีต้นทุนในการเข้ารับบริการแพงกว่าต้นทุนในการรักษาพยาบาล โดยหลักๆ จะทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นภาคบังคับ และต้องสามารถให้ทุกคนเข้าถึง

ระบบบริการถ้วนหน้าได้ ถ้าไม่มีระบบบริการแต่พูดว่าทุกคนมีสิทธิแต่ไม่มีบริการ บางโรงพยาบาลอาจจะอ้างว่าไม่มีระบบบริการนั้นๆ ในโรงพยาบาล อันนี้น่าจะมีปัญหา

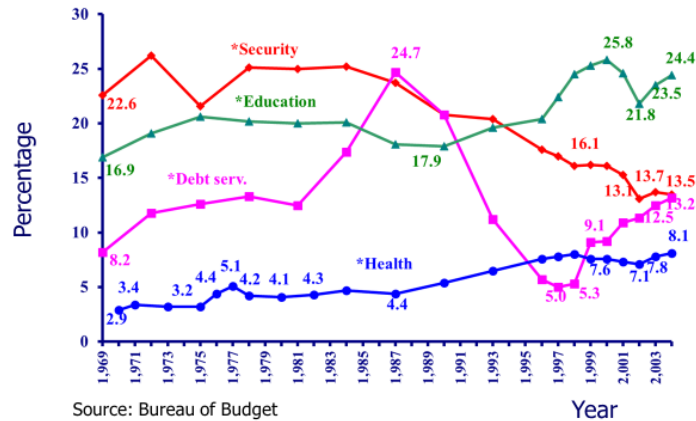
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ทศวรรษ 1970: เน้นคุ้มครองคนจนและคนในชนบท



Source: U5MR was analysed from IHME data

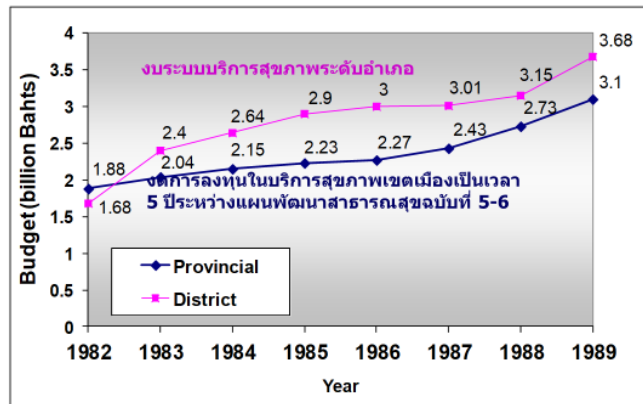
ทศวรรษ 1970 เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย ตั้งแต่ทศวรรษ 1970 ซึ่งเป็นการเน้นความคุ้มครองคนจนและคนในชนบท คือ ประมาณช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาฉบับที่ 3 เรายังไม่ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่แยกมาจากระบบอื่น ในอดีตแผนทั้งหมดอยู่ภายใต้แผนสภาพัฒน์ ต่อมาในแผนพัฒนาฉบับที่ 3 เป็นแผนที่มุ่งเน้นกับการต่อสู้กับความยากจนและการพัฒนาชนบท ดังนั้นจึงเป็นการสะท้อนการพัฒนาโดยมุ่งไปสู่ชนบททั้งหมด เบื้องหลังของแผนพัฒนาฉบับที่ 3 มีปัญหาพรรคคอมมิวนิสต์ของประเทศไทยที่เข้ามาอยู่ในชนบท รัฐบาลจึงมุ่งเน้นไปช่วยเหลือคนในชนบทและคนยากจน เช่น ขยายการพัฒนาชนบท ขยายโรงพยาบาล ขยายอนามัย การบังคับให้มีการใช้ทุนโดยให้หมอไปใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน ต่อมา มีการจัดตั้งวิทยาลัยพยาบาลเพื่อผลิตคนเข้าไปในหน่วยบริการต่างๆ ในสมัยก่อนมีเจ้าหน้าที่ไม่มาก ในสมัยก่อนตนเองเข้ามาเป็นแพทย์คนเดียวแต่ทำหน้าที่ทุกคนอย่างในโรงพยาบาล ไม่มีเภสัช ไม่มีหมอฟัน มีแต่แพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลยังเป็นโรงพยาบาล 10 เตียง ไม่มีอาหารเลี้ยงคนไข้ ไม่มีโรงครัว โรงพยาบาลสมัยก่อนจึงมีแต่พนักงานอนามัย พนักงานเภสัช และเจ้าหน้าที่ชั้นสูงสูต เจ้าหน้าที่สุขภาพก็ไปอบรมโรงพยาบาลจังหวัดมาเป็นเจ้าหน้าที่ X-ray ซึ่งเป็นการพัฒนาโรงพยาบาลในบทบาทหน้าที่ที่ต้องทำทุกอย่างเพื่อให้งานมันเดินไปได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ผลิตคนพวกนี้เข้ามาในระบบให้บริการ จนถึงปี 2518 สมัยรัฐบาลกิจสัจคม มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมทย์ และพัฒนามาตลอด

รัฐบาลเพิ่มสัดส่วนงบด้านสาธารณสุขและศึกษา



Source: Bureau of Budget

กสธ. โยกงบไปสู่อะบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

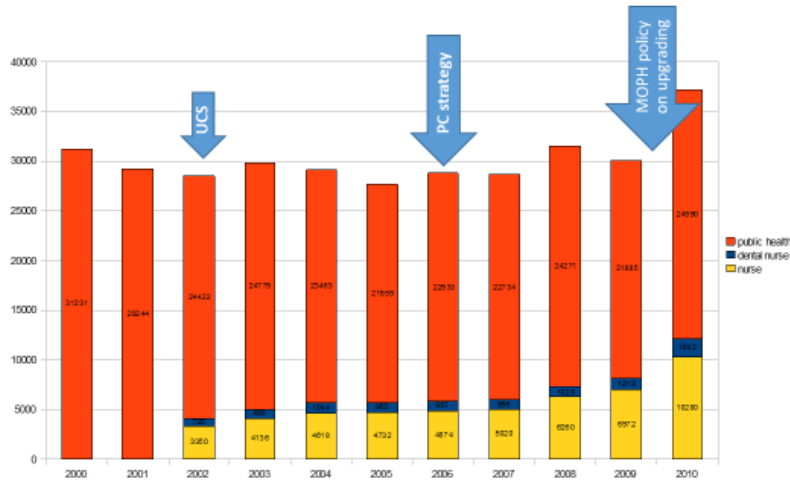


รัฐบาลได้เพิ่มสัดส่วนงบด้านสาธารณสุขและการศึกษาเพิ่มมากขึ้น โดยลดงบประมาณทางการทหารลดลง ในแผนพัฒนาตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 3 จนถึงแผนพัฒนาฉบับที่ 5 โดยรัฐบาลเริ่มมุ่งเน้นไปที่แผนพัฒนาชนบท การพัฒนาสร้างโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาการศึกษา และลดงบประมาณทางการทหารลง ในยุคนั้นกระทรวงสาธารณสุขเอง ก็มีนโยบายลดงบประมาณน้อยลงใน รพ.ขนาดใหญ่ และให้เพิ่มงบประมาณเข้าไปในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ซึ่งเป็นการแปลงงบประมาณออกมาในรูปของตัวเงินที่เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ซึ่งเป็นสมัยในอดีตที่สถานีอนามัยยังไม่มีพยาบาล มีแต่เจ้าหน้าที่อนามัย มีแต่เจ้าหน้าที่สุขา และผดุงครรภ์ สมัยที่มี UC มีพยาบาลลงไปที่สถานีอนามัยทำให้คุณภาพของงานบริการในสถานีอนามัยดีขึ้น อย่างน้อยยังมีความเป็นวิชาชีพในงานพยาบาลและทำให้คุณภาพงานบริการดีขึ้นตามลำดับ ดังนั้นทำให้กลไกด้านการเงินมีพลังมากขึ้น และทำให้เกิดสิ่งต่างๆ ตามมา แต่ขณะเดียวกันยังมีข้อจำกัดเมื่อเทียบกับ ช่วงปี 2010

เมื่อมีนโยบายยกระดับเป็น รพสต. โดยกำหนดให้มีพยาบาลอยู่ใน รพสต. จึงทำให้มีเครื่องมือในการขับเคลื่อนระบบ มีอำนาจเงิน และอำนาจเชิงการบริหารและนโยบาย ถึงจะไม่มีเงินแต่มีนโยบายในการส่งพยาบาลเข้าไปในทุก รพสต. ก็สามารรถทำได้ เพราะเงินอยู่ในอำนาจและการจัดสรรของพื้นที่ ไม่ว่าจะอย่างไรก็แล้วแต่ในข้อเท็จจริง คือ คนไข้ UC ผู้ป่วยนอกอยู่ที่ รพสต. กว่าครึ่งหนึ่ง ดังนั้น ถ้าเราจะทำให้ระบบบริการ UC ดีขึ้น ต้องมุ่งไปที่การพัฒนา ระบบ รพสต. ให้ดีขึ้น เพราะคนส่วนใหญ่ใช้บริการที่นั่น

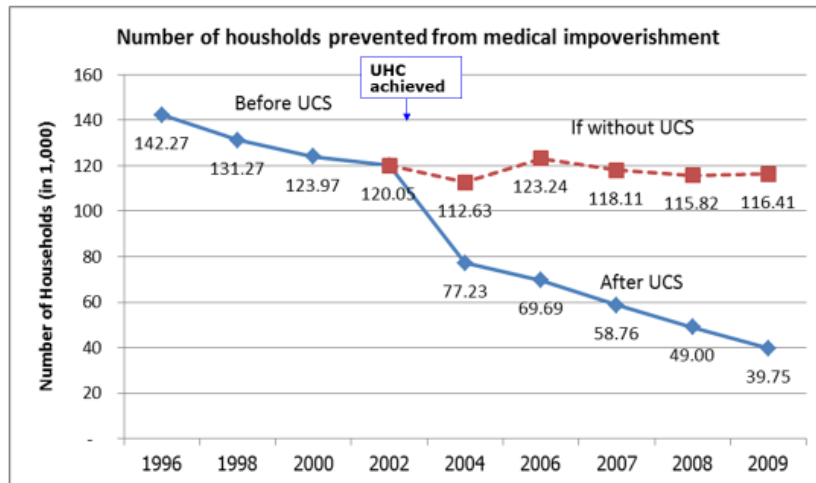
ประเภทและจำนวนบุคลากรใน สอ./ รพ.สต. 2000 - 2010



2929

สัมฤทธิ์ผลของการพัฒนาระบบสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

ปกป้องครัวเรือนไม่ให้ล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้กว่าปีละ 60,000 ครัวเรือน

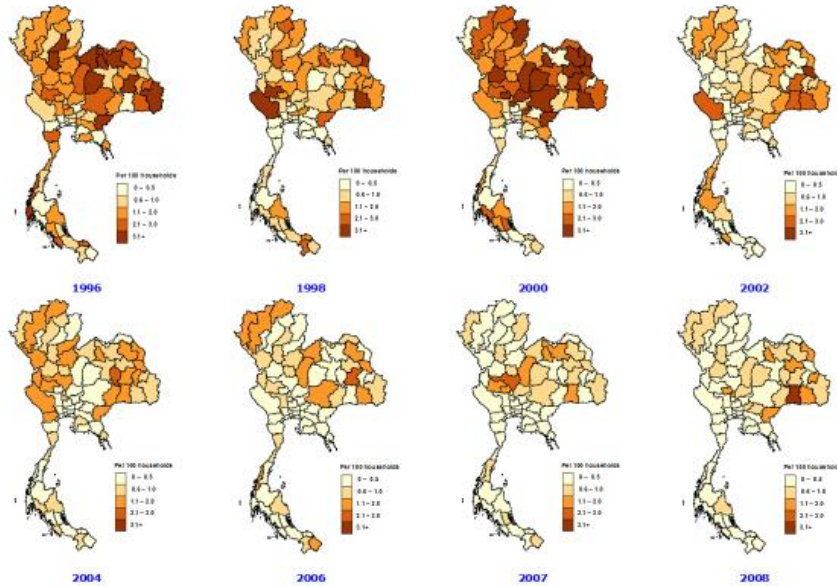


สัมฤทธิ์ผลในการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถปกป้องครัวเรือนไม่ให้ล้มละลายจากการจ่ายรักษาพยาบาลได้กว่าปีละ 60,000 ครัวเรือน โดยวัดจากข้อมูลการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สำรวจเศรษฐกิจครัวเรือน โดยวัดจากรายได้และรายจ่าย โดยนำรายจ่ายจากการรักษาพยาบาลไปลบรายได้ของเขา ตัวอย่างเช่น เอรายจ่ายจากการรักษาพยาบาลของเขาไปลบรายได้สุทธิคงเหลือของเขา และดูว่าต่ำกว่าเส้นความยากจนหรือไม่ ถ้าต่ำกว่าเส้นความยากจนก็อธิบายได้ว่า ครัวเรือนนี้ยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และดูต่อเนื่องจากครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าไร ซึ่งผลสัมฤทธิ์ปรากฏว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ทำให้ประชาชนไม่ล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้กว่าปีละ 60,000 ครัวเรือน

เส้นสีแดง เป็นตัวเลขคาดการณ์ดูแนวโน้มว่าถ้าไม่มีนโยบาย UC จะมีการลดลง แต่จะลดลงอย่างช้าๆ โดยวัดรายได้ลบรายจ่ายจากรักษาพยาบาลแล้วเหลือรายได้สุทธิเท่าไร เพื่อดูว่ามีครัวเรือนที่ยากจน หรือมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนเท่าไร

เส้นปะ คือ เส้นที่คาดการณ์ว่าถ้าไม่มีนโยบายนี้จะมีจำนวนเท่าไร

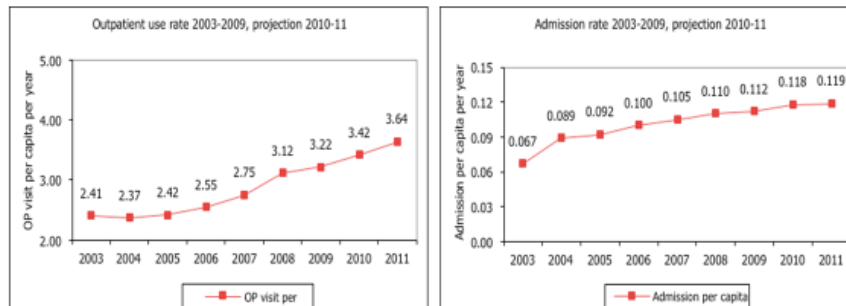
ภาวะล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงเป็นลำดับ



ภาวะล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงเป็นลำดับ

ในปี 1996 ภาพนี้แสดงให้เห็นว่าคนที่ได้รับประโยชน์จากภาวะล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลคือใคร ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในชนบทหรืออยู่ในภาคอีสานและจะค่อยๆ ลดลง ดังนั้น คนได้รับอานิสงส์จากภาวะล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คือ คนที่อยู่ในชนบทและอยู่ในภาคอีสาน

เพิ่มการเข้าถึงบริการ ความชุกการไม่ได้รับบริการต่ำ



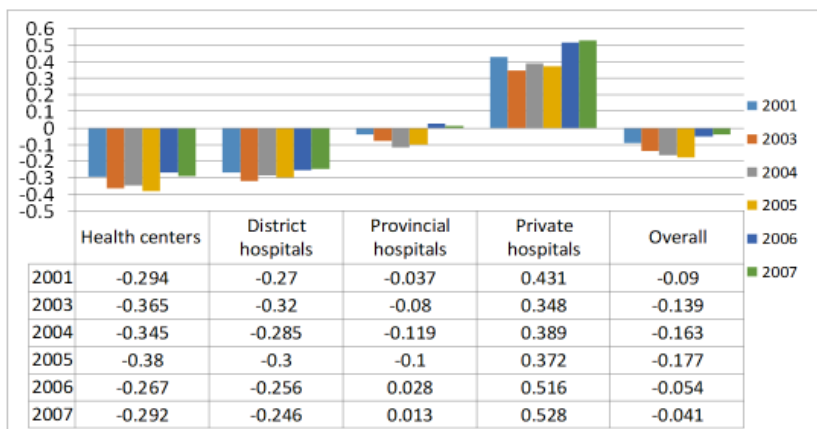
Prevalence of unmet need	OP	IP
National average	1.44%	0.4%
CSMBS	0.8%	0.26%
SSS	0.98%	0.2%
UCS	1.61%	0.45%

Source: BMC Public Health 2012; 12: 923

เพิ่มการเข้าถึงบริการ ความชุกการไม่ได้รับบริการต่ำ

พบว่า มีการใช้บริการผู้ป่วยนอก 3 ครั้งกว่า มีการใช้บริการผู้ป่วยใน 10-12 เปอร์เซ็นต์ หากจะถามว่า มีการใช้บริการมากหรือน้อย มันตอบไม่ได้ชัดเจนแต่หากเทียบเคียงการใช้บริการกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เราจะต่ำกว่าประเทศอื่นค่อนข้างมาก ทำให้เชื่อว่าอัตราการใช้บริการเกินความจำเป็น แต่เป็นภาพของการเข้าไม่ถึงบริการมากกว่า โดยต้องแยกกันระหว่างการใช้บริการและภาระบริการที่หมอชอบพูดว่าปริมาณคนใช้นั้น ส่วนเรื่องความชุกในการเข้ารับบริการ ถือว่ายังค่อนข้างต่ำ

ความเป็นธรรมในการใช้บริการผู้ป่วยนอก: Concentration Index



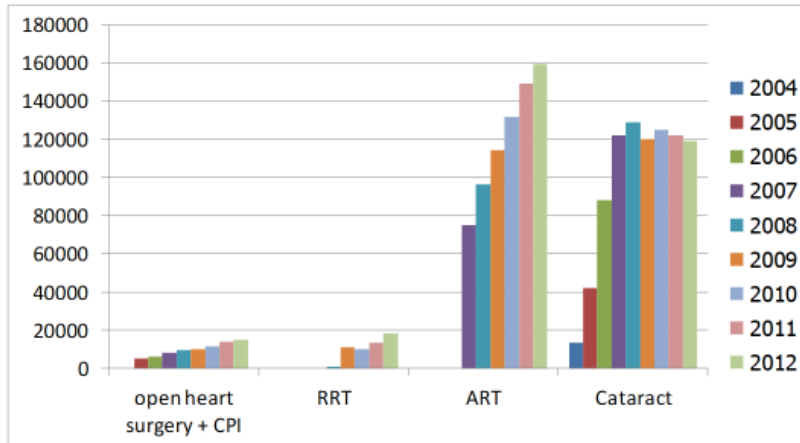
หมายเหตุ: CI มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1. ค่าลบหมายถึงกลุ่มคนจนใช้บริการมากกว่าคนรวย และค่าบวกหมายความว่าคนรวยใช้บริการมากกว่าคนจน

36

ความเป็นธรรมในการใช้บริการผู้ป่วยนอก

Concentration Index จะเห็นว่าดัชนีมีค่าตั้งแต่ -1 จนถึง +1 ถ้าเป็นค่าติดลบ คือ หมายถึงคนจนใช้บริการมากกว่าคนรวย แต่ถ้าค่ามากกว่าเป็นบวกหรือมากกว่า 0 แสดงว่าคนรวยใช้มากกว่า อันนี้เป็นสถานพยาบาลในแต่ละปี มีข้อมูลถึงปี 2007 พบว่า District hospitals หรือโรงพยาบาลประจำตำบลคนใช้บริการส่วนใหญ่เป็นคนจน แต่ Provincial hospitals โรงพยาบาลจังหวัดมีทั้งคนจนและคนรวยแต่คนจนจะมีมากกว่านิดหน่อย ถ้าเป็น Private hospitals หรือโรงพยาบาลเอกชน ชัดเจนว่าคนใช้บริการ คือคนรวย ดังนั้น ถ้าจะสร้างความเป็นธรรมในระบบจะต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาโรงพยาบาลให้กับคนจนในชนบท

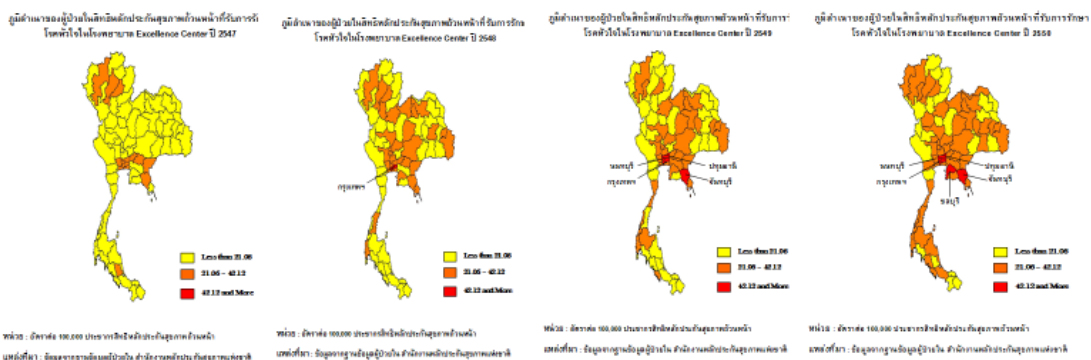
การเข้าถึงบริการที่มีการบริหารจัดการเฉพาะ



การเข้าถึงบริการที่มีการบริหารจัดการเฉพาะ

หรือ Special life care ปัญหาเนื่องจากว่า Special life care จำนวน Volume ไม่มาก สามารถตรวจทานได้ ศักยภาพในการตรวจสอบหรือ Audit มี แต่ถ้าเป็นตัวย่อย เช่น PP จำนวน Volume มีมาก ปัญหา คือ ศักยภาพในการ Audit ว่าข้อมูลที่คีย์เข้ามามีการให้บริการจริง หรือว่าเป็นการคีย์ข้อมูลมาเบิกเงิน

เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดหัวใจจากการยกระดับ รพศ. เป็น Excellence center



เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดหัวใจจากการยกระดับโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เป็น Excellence center

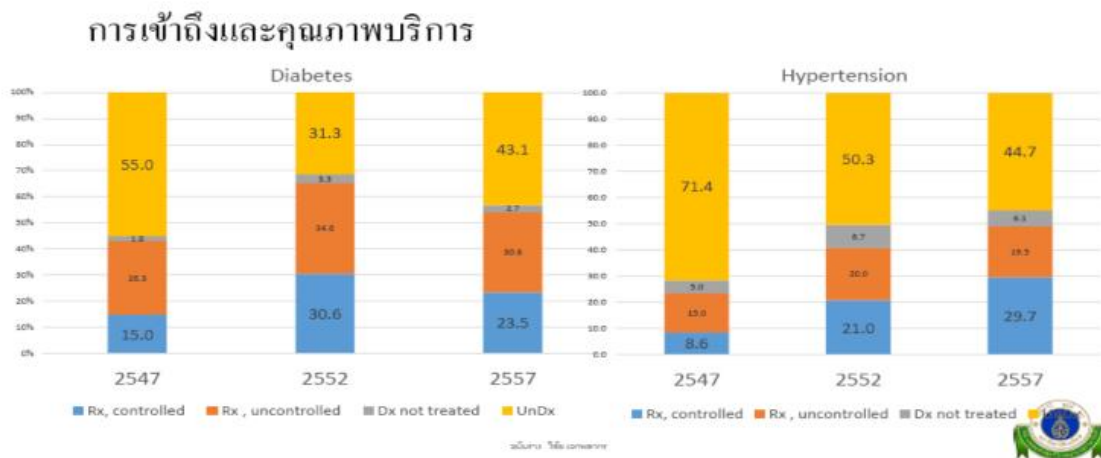
ทำให้การเข้าถึงบริการมีการกระจายที่ดีขึ้น ยังมีความเข้าใจเพื่อดูคนไข้เบาหวาน ความดัน และไขมัน ในเลือดสูง เพื่อที่จะแบ่งแยกคน โดยจะเป็นการตรวจร่างกาย คือ กลุ่มที่ Identify แล้วว่าเป็นเบาหวาน ความดัน และไขมันในเลือดสูง

กลุ่มสีส้ม คือ กลุ่มที่เป็นแล้วไม่รู้ว่าตัวเองเป็น และอีกกลุ่มหนึ่ง คือ กลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ คือ ไปตรวจแล้วพบว่า เป็นแต่เจ้าตัวยังไม่รู้ว่าตัวเองเป็นซึ่งมีอยู่พอสมควร เช่นกลุ่มที่เป็นเฉพาะเบาหวานความดัน ประมาณ 45 เปอร์เซ็นต์ โดยคนไข้เป็นแล้วไม่รู้ว่าตัวเองเป็น และยังไม่ได้รับการรักษา

อีกพวกหนึ่งคือคนที่รักษาและสามารถควบคุมได้ เราพบว่าโดยภาพรวมประมาณ 30 กว่าเปอร์เซ็นต์ เท่านั้นเองที่รักษาและควบคุมได้ ซึ่งอีกประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มคนที่เบาหวานความดันไม่ได้รับการรักษา และควบคุมไม่ได้ ซึ่งจะมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคอื่นๆ ตามมา

นพ.สัมฤทธิ์ เคยไปประชุมที่ Boston และมีคำถามว่า Effective coverages ของประเทศไทยเราเป็นเท่าไร เราคุยว่าเราทำ UC coverages ได้ 100 เปอร์เซ็นต์ แต่ตอนนั้นยังไม่เข้าใจเรื่อง Effective coverages อย่างแท้จริง โดย Effective coverages ในที่นี้หมายความว่า ตอนนี้บ้านเราตอนนี้พูดเรื่อง Effective coverages แต่ในความเป็นจริงบ้านเราทำได้แค่ 1 ใน 3 เท่านั้นเอง Effective coverages ยังมีคนที่มีความจำเป็นสามารถเข้าถึงบริการและมีการควบคุมได้เท่าไร อันนี้จะช่วยลดความเชื่อมั่นในการทำงานของ สปสช.ได้ อย่างคิดว่าขณะนี้เราทำได้ 100 เปอร์เซ็นต์จริงๆ แล้วต้องดูเรื่อง Effective coverages

การเข้าถึงและประสิทธิผลการจัดบริการโรคเรื้อรัง



การเข้าถึงและประสิทธิผลในการจัดบริการโรคเรื้อรัง ซึ่งข้อเท็จจริง คือ ความพึงพอใจจะสัมพันธ์กับความคาดหวัง โดยสามารถวัดจากคน 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มหลักประกันสุขภาพ 2) กลุ่มประกันสังคม และ

3) กลุ่มราชการ ซึ่งพบว่า UC หรือการทำงานของหลักประกันสุขภาพมีความพึงพอใจสูงสุด แต่กลุ่มที่มีความพึงพอใจต่ำสุด คือ ประกันสังคม เพราะว่าประชาชนต้องจ่ายเงินเอง แต่ขณะเดียวกัน พบว่า ระดับความพึงพอใจไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบข้ามกลุ่มกันได้ เช่น จะบอกว่าความพึงพอใจของกลุ่ม UC สูงกว่าราชการไม่ได้ เพราะเป็นคนละกลุ่มนำมาเปรียบเทียบกันไม่ได้ ถ้าเราไม่ได้คาดหวังมากและได้เห็นความคาดหวังเราจะพอใจมาก เช่นเดียวกันคนใช้ UC ที่ไม่ได้คาดหวังมากนักจึงทำให้เกิดความพึงพอใจ

ก้าวสู่ทศวรรษที่สาม UCS: ระบบบริการสุขภาพที่เน้นคุณค่า : Value-based health care

ปัญหาในระบบบริการปัจจุบัน

- รูปแบบบริการสุขภาพยังแยกส่วน ไม่รองรับกับความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป ที่ต้องการบริการที่ต่อเนื่องและบูรณาการ
- ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโรคอันเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ประสิทธิภาพการดูแลยังทำได้จำกัด
- กลไกการจ่ายในระบบบริการสุขภาพที่แยกส่วน ไม่เอื้อให้ระบบบริการมีการจัดการอย่างบูรณาการ และเชื่อมโยงตลอดวงจรการดูแล

ดังนั้นการปฏิรูปการจัดการบริการและการบริหารจัดการกองทุนจึงมีความจำเป็น

พวกเราเคยได้ยินคำว่า value-based payment แต่พวกเราเข้าใจอย่างไรบ้างกับคำนี้ ถ้าเราจะทำให้เกิด value-based payment เราจะต้องทำอะไรบ้าง โดยส่วนตัว value-based payment ตัวมันอาจจะไม่ได้ Value based ก็เป็นไปได้ เพราะโรงพยาบาลมีวิธีอื่นที่ต้นทุนถูกกว่าและง่ายกว่า เช่น รพ.เอกชน รู้ว่าคนไข้มีโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น จึงแนะนำให้ไปโรงพยาบาลอื่น จึงไม่เป็น health promotion อย่างแท้จริง ดังนั้นอาจจะไม่ถูกต้องตามทฤษฎี

แต่ในภาพรวมการเข้าถึงการคัดกรองดีขึ้น ดูได้จากสัดส่วนที่คนที่ไม่รู้ว่าเป็นมีอาการดีขึ้น แนวโน้มค่อนข้างคงที่ คือ คนที่รักษาอยู่สามารถรักษาโรคและควบคุมได้แสดงว่าประสิทธิภาพไม่เปลี่ยน ประเด็น คือ จะทำอะไรให้ประสิทธิภาพการรักษามีเพิ่มขึ้นได้อย่างไร อันนี้คือ value-based payment หรือ value-based health care จะทำให้ Effectiveness และ Effective Health care ดีขึ้นได้อย่างไร

รูปแบบการบริการ ปัจจุบันเป็นบริการแบบแยกส่วน หน่วยคัดกรองก็คัดกรองไป ฝ่ายรักษาก็รักษา ค่าใช้จ่ายก็สูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นกลไกการจ่ายจะแยกส่วน ผู้เข้ารับการอบรมในที่นี่มีใครดูมากกว่า 1 กองทุน โดยเฉพาะในระดับเขตส่วนใหญ่จะดูมากกว่า 1 กองทุน สิ่งที่เราอยากให้เกิดการให้บริการอย่างบูรณาการและมีคุณค่า จำเป็นต้องดูคนไข้แบบบูรณาการ จะดูคนไข้แบบแยกส่วนไม่ได้ เช่น ดูเรื่องการปฏิรูปบป PP สมมุติเราจะพัฒนาทำบูรณาการบป PP

ประเด็นที่ 1) เราไม่มี Competency พอในเรื่อง Long team care ในแง่ของการพัฒนาองค์ความรู้ อย่างเป็นระบบมากกว่าที่ทาง สสจ.และกรมอนามัยทำ เช่น การติดตามระบบข้อมูล แต่เราจะเน้นเรื่องการจ่ายเงิน การโอนเงิน ซึ่งยังไม่อบรม CM จึงยังไม่มี Care plan

ประเด็นที่ 2) โครงสร้างยังไม่แยกส่วน เบาหวาน ความดัน หัวใจ โรค NCD's งบกองทุนตำบลกับงบ PP คนดูแลเป็นคนละคนกัน เรามีงบโรคเรื้อรัง แต่เราทำแยกส่วน ถ้าเราจะทำเรื่อง Value-based health care ต้องปฏิรูประบบโครงสร้างการจัดบริการด้วย ปฏิรูประบบบริการของ สปสช.เอง โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ

พวกเรารู้จัก ACSC ถ้าหน่วยบริการชั้นปฐมภูมิดูแลได้ดี มีคุณภาพ แทนที่อัตราการนอนโรงพยาบาลจะน้อยลง เพราะทิศทาง การ admit ของคนโรคกลุ่มนี้มากขึ้น มีคำถามตามมาว่าคุณภาพการดูแลแย่ง หรือ ต้องการเก็บเงินเพราะเตียงว่าง ซึ่งถ้าคนไข้นอนได้เงิน ตกลง ACSC เหมาะที่จะเอามาใช้เป็นตัวชี้วัดในเรื่องคุณภาพหรือไม่ในบ้านเรา

เงื่อนไขการพัฒนา value-based health care เป้าหมายในการพัฒนา คือ ถ้าเราจะต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้น มีคำถามว่าจ่ายแล้วต้องให้ได้รับอะไรตามมา ไม่ใช่เมื่อคนไข้มาแล้ว รพ. ร้องว่าขาดทุนแล้วให้จ่ายเงิน แต่คนไข้ได้รับอะไรเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ ดังนั้นการวัดผลลัพธ์ที่ระดับคนไข้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ใช่วัดที่ระดับหน่วยงาน และการสร้างคุณค่าการบริการที่จัดแก่ผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายควรเป็นตลอดวงจรบริการ (Care cycle) ถ้าจะทำ value-based health care ต้องทำแบบครบวงจร ต้องทำตั้งแต่ต้นจนจบไม่ใช่เฉพาะส่วน เช่น ถ้าจะทำ value-based payment เราพบว่า โดยปกติถ้าเราคัดกรองดี สัดส่วนของ Early state ต้องเพิ่มขึ้น ถ้าไม่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้หลายอย่าง ถ้าตรวจได้ครอบคลุมมากขึ้นจะพบคนที่เป็นระยะแรกมากขึ้น แต่ปัญหา คือ 1) ต้องทบทวนคนที่เป็นระยะแรกมากขึ้น ต้องไปดูเพราะ อาจจะเป็นไปได้ที่เรานับซ้ำคนเดิมร่วมด้วยหรือไม่ ดังนั้นในแง่ของ Value สิ่งที่ต้องไปดูบริการ คือ Outcome เช่น ถ้าเราจะจัดการเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ก็จะต้องดูว่า Outcome จะวัดอะไรและกำหนดค่าใช้จ่าย

สรุปกลยุทธ์การพัฒนา value-based health care delivery ดังต่อไปนี้

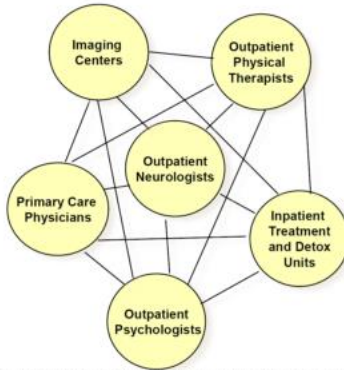
- 1) จัดบริการในลักษณะบูรณาการตลอดวงจรบริการ (integrated care cycle)
 - Integrated Practice Units (IPUs) ตามกลุ่มปัญหา เช่น trauma, cvs, metabolic ต้องมีคนดูแลตั้งแต่ต้นจนจบ
 - Chronic care model ในหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยทุกราย
- 2) วัด outcome และ cost สำหรับผู้ป่วยทุกราย ต้องดูว่าจะวัด Outcome อะไร เช่น เป็นโรคแล้วหาย
- 3) ปรับการจ่ายเป็น bundled prices for care cycles สำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอาการตามความเสี่ยง (risk adjusted capitation) โดยหลักการไม่แยกส่วน เช่น รวม PP+OP+IP เพื่อให้เห็นทั้งวงจร
- 4) บูรณาการการจัดบริการระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการ (Intergrate care delivery across separate facilities) เนื่องจากว่าหน่วยบริการของเราไม่สามารถให้บริการได้แบบเบ็ดเสร็จในตัวเอง เช่น รพ.สต. หรือ รพ.อำเภอ เช่นกรณี มะเร็งปากมดลูก เมื่อตรวจเสร็จก็ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น
- 5) รวมศูนย์การจัดบริการบางอย่างเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพเชิงขนาด (Expand areas of excellence across geography)

- 6) มีระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ (Build and enabling information technology platform) ต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการว่า คนไข้เมื่อไปโรงพยาบาล ชุมชน กับ รพสต.ว่ามีข้อมูลอะไรบ้าง ได้รับยาอะไรบ้าง เช่น เบาหวาน ความดัน ต้องมีระบบ
- 7) ข้อมูลเชื่อมต่อกันเป็น chronic care model โดยการจ่ายจะให้เป็น Bundled prices จะต้องทำอย่างไร

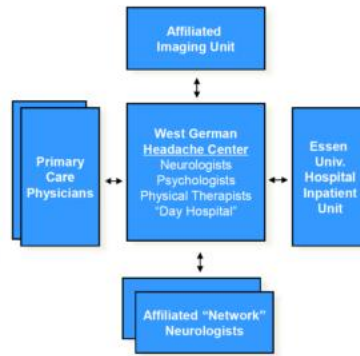
1. Organizing Care Around Patient Medical Conditions Migraine Care in Germany

ตัวอย่าง

Existing Model:
Organize by Specialty and Discrete Services



New Model:
Organize into Integrated Practice Units (IPUs)



Source: Pote, Michael E., Clemens Guth, and Eliza Danenberber. The West German Headache Center: Integrated Migraine Care. Harvard Business School Case 9-707-959, September 13, 2007

ตัวอย่าง : ของเดิมด้านซ้าย เป็น Existing Model: Organize by Specialty and Discrete Service กับของใหม่ที่เป็น New Model : Organize into Intergrated Practice Units (IPUs)

Integrating Across the Cycle of Care Breast Cancer

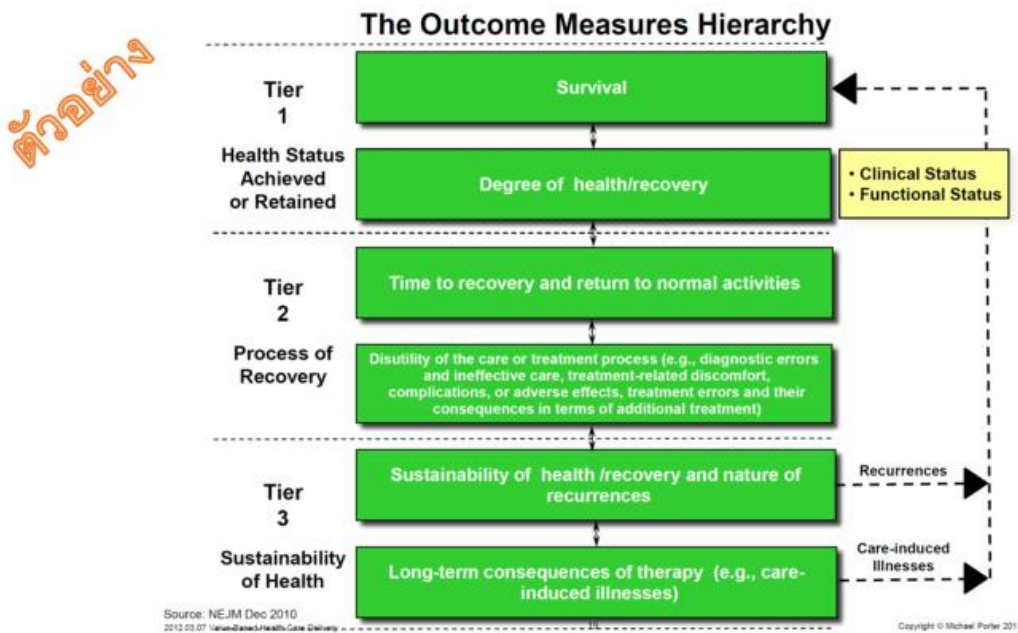
ตัวอย่าง

	MONITORING/ PREVENTING	DIAGNOSING	PREPARING	INTERVENING	RECOVERING/ REHABING	MONITORING/ MANAGING
INFORMING AND ENGAGING	<ul style="list-style-type: none"> Advice on self screening Consultations on risk factors 	<ul style="list-style-type: none"> Counseling patient and family on the diagnostic process and the diagnosis 	<ul style="list-style-type: none"> Explaining patient treatment options/ shared decision making Patient and family psychological counseling 	<ul style="list-style-type: none"> Counseling on the treatment process Education on managing side effects and avoiding complications Achieving compliance 	<ul style="list-style-type: none"> Counseling on rehabilitation options, process Achieving compliance Psychological counseling 	<ul style="list-style-type: none"> Counseling on long term risk management Achieving compliance
MEASURING	<ul style="list-style-type: none"> Self exams Mammograms 	<ul style="list-style-type: none"> Mammograms Ultrasound MRI Labs (CBC, etc.) Biopsy BRACA 1, 2... CT Bone Scans 	<ul style="list-style-type: none"> Labs 	<ul style="list-style-type: none"> Procedure-specific measurements 	<ul style="list-style-type: none"> Range of movement Side effects measurement 	<ul style="list-style-type: none"> MRI, CT Recurring mammograms (every six months for the first 3 years)
ACCESSING THE PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Mammography unit Lab visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Lab visits High risk clinic visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital visits Lab visits 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital stays Visits to outpatient radiation or chemotherapy units Pharmacy visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Rehabilitation facility visits Pharmacy visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Lab visits Mammographic labs and imaging center visits
	<ul style="list-style-type: none"> Medical history Control of risk factors (obesity, high fat diet) Genetic screening Clinical exams Monitoring for lumps 	<ul style="list-style-type: none"> Medical history Determining the specific nature of the disease (mammograms, pathology, biopsy results) Genetic evaluation Labs 	<ul style="list-style-type: none"> Choosing a treatment plan Surgery prep (anesthetic risk assessment, EKG) Plastic or oncologic surgery evaluation Neo-adjuvant chemotherapy 	<ul style="list-style-type: none"> Surgery (breast preservation or mastectomy, oncoplastic) Adjuvant therapies (hormonal medication, radiation, and/or chemotherapy) 	<ul style="list-style-type: none"> In-hospital and outpatient wound healing Treatment of side effects (e.g. skin damage, cardiac complications, nausea, lymphedema and chronic fatigue) Physical therapy 	<ul style="list-style-type: none"> Periodic mammography Other imaging Follow-up clinical exams Treatment for any continued or later onset side effects or complications

ตัวอย่าง : Integrating Across the Cycle of Care Breast Cancer ซึ่งต้องทำทั้งระบบตั้งแต่การ Prevention การตรวจ การคัดกรอง ต้องทำโดยตลอดทั้ง Tag

แต่การทำงานที่ผ่านมาของ PP มีการแยกส่วน มีทั้งงบกองทุนตำบลที่ทำ PP เหมือนกันแต่แยกคนดูแล และงบโรคเรื้อรังที่แยกส่วนออกมา จะเห็นได้ชัดเรื่องการแยกส่วนของการจัดการดังนั้นต้องมีการบูรณาการ เพื่อจะทำให้เกิด value-based payment เมื่อมันไม่เกิดขึ้นจริง

กลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการที่เน้นคุณค่า



การเป็น value-based payment ต้องมากำหนดหรือ Define ว่าจะวัด Outcome อะไร โดยมีทั้ง Outcome ที่เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และ Outcome ที่เป็น Technical Outcome เช่น โรคหาย หายเร็วขึ้น หรือนอน รพ.น้อยลง หรือวัดอะไร อันนี้เป็นตัวอย่างว่าจะดูแลวัดเรื่องอะไรบ้าง

Value based payment spectrum

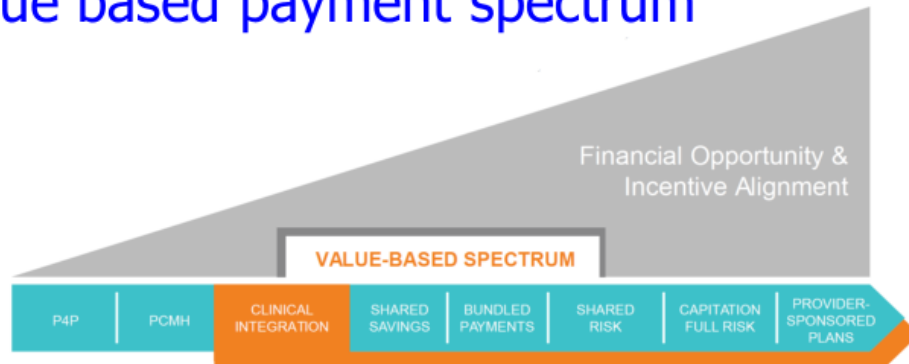


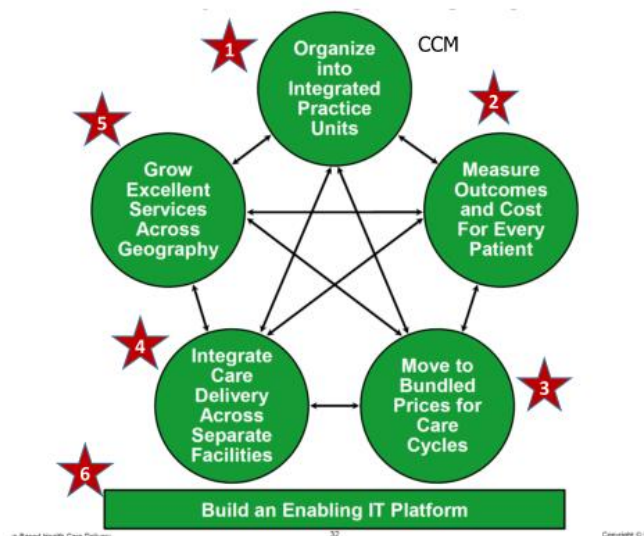
Figure 1: Value-Based Spectrum

Bundled price

- การจ่ายอัตราเดียวครอบคลุมตลอดวงจรบริการสำหรับบริการรักษาแบบเฉียบพลัน
- การจ่ายเป็นช่วงเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตลอดวงจรบริการ
- การจ่ายเป็นช่วงเวลาสำหรับบริการ primary/ preventive care สำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

value-based payment เป็นได้หลายรูปแบบ เช่น P4P คือ การจ่ายตามผลงาน เป็นการจ่ายเหมือนให้โบนัสกับคนทำดี เช่น คนที่ทำผลงานได้ดี มี Performance ถึงจะได้โบนัส หมายความว่า บุคลากรแต่ละคนต้องคิด target ก่อนจึงจะได้เงิน ไม่ใช่ได้เงินเหมือนกัน กันทั้งหมดทุกคน ดังนั้นถ้าบางคนผลงานแยก็ไม่เห็นจะต้องทำอะไรมากเลยเพราะได้เงินเหมือนกัน เช่น การจ่ายแบบ P4P ได้กำหนดว่าต้องมีผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 เพราะฉะนั้นหลักการของ value-based คือ จ่ายปกติแต่จะไปเพิ่มในส่วนของ add value อย่างไรบ้าง และนี่คือสิ่งที่ต้องทำ โดยถ้าจะทำเรื่อง value-based สิ่งที่ต้องทำต้องมีกลยุทธ์ดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการที่เน้นคุณค่า



- 1) ต้องมีการบูรณาการ
- 2) กำหนดเป้าหมายในการวัด Outcome ว่าจะวัด Outcome อะไร ในอนาคตถ้าจะบอกว่าเราทำเรื่องเบาหวานความดันได้สำเร็จ ก็ไม่ต้องทำเรื่องอะไรแล้ว สามารถลดเรื่องโรคไตวาย โรคหัวใจ Stroke ซึ่งอะไรก็ตามที่จ่ายแยกแบบ add value จะสร้างแรงจูงใจให้เขาทำ
- 3) ต้องมีการปฏิรูปวิธีการจ่าย ต้องบูรณาการ โดยการจัดการของ PM ใน สปสช. จำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถ Competency ในเรื่องนั้นๆ เช่น เรื่อง ต้องมีความรู้เรื่อง PP ไม่ใช่รู้แค่เรื่องการโอนเงินเท่านั้น เพราะจะมีปัญหาเมื่อไปคุยกับผู้ให้บริการเราจะรู้สึกด้อยกว่าเขา
- 4) เรื่องระบบข้อมูล ได้ไปประเมินยุทธศาสตร์ Long team care และช่วยพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 โดยกรมอนามัยเอาไป Implement และออกแบบเป็นแผนปฏิบัติการอย่างละเอียดมีแผนการทำงาน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีว่าต้องทำอะไร โดยเขาเอาเรื่อง Long team care ไปปรับใช้ ซึ่งต่อไปเราจะมีแค่ความรู้ในเรื่องการโอนเงินไม่ได้ต้องมีความรู้ในเรื่องที่ทำด้วย อีกอันหนึ่งเป็นการแย่งชิงการนำ กรมอนามัยมีการพัฒนาโปรแกรม มีระบบการขึ้นทะเบียน CM (Care Manager), CG (Caregiver) และมี care plan โดยเราไม่มี สปสช.มีแต่การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อการจ่ายเงิน แต่เราไม่มี care plan สปสช.จะมาให้ข้อมูล care plan ซึ่งเขาอาจจะปฏิเสธได้ ตอนนีกรมอนามัยอยู่ในสถานะกุมข้อมูล ซึ่งใครกุมข้อมูลจะได้เปรียบในเรื่องการช่วงชิงการนำ ถ้าเขาทำแล้วเขามีความเชี่ยวชาญและมีศักยภาพในการทำสามารถทำได้ดีกว่าเรา แต่จะทำอย่างไรเพื่อให้สามารถทำงานแบบเครือข่ายพันธมิตรร่วมกันได้ โดยตอนนี้เรื่อง Long team care ของกรมอนามัยเขามีระบบที่เหนือกว่าเรา กรมอนามัยมีการขึ้นทะเบียน เมื่อดูในฐานข้อมูลมีการลงลึกข้อมูลไปถึงระดับจังหวัด มี CM CG แต่ถ้า สปสช.จะบอกว่าเราเป็นผู้ซื้อบริการ โดยมีแต่รายชื่อผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว โดยไม่มี care plan จะขาดความสมบูรณ์ดังนั้นเราจำเป็นต้องพัฒนาและสร้างความร่วมมือ

สิ่งที่ต้องการฝากถึงการพัฒนาระบบบริการที่เน้นคุณค่าให้กับผู้บริหาร สปสช.

1. การปฏิรูปการบริหารจัดการกองทุน UCS เช่น กองทุน PP ซึ่งควรมีการพัฒนาตัวแบบ ไม่ควรจะแยกออกจากกันในแต่ละกองทุน ซึ่งถ้านำมาบริหารอยู่ที่คนๆ เดียวกันจะสามารถดึงและจับมาเชื่อมกันได้
2. PM สปสช. ไม่มุ่งแต่เพียงการโอนเงิน แต่ต้องเข้าใจและมีความรู้ในเรื่องที่ทำด้วย ต้องมี Content เช่น เรื่อง PP หรือ การกำหนดผลลัพธ์ที่ชัดเจน สามารถวัด Outcome ของเบาหวานความดันได้ วัด Effective average ถ้าจะจ่ายเพื่อคุณผลลัพธ์จริงๆ ต้องจ่ายให้หน่วยงานที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายได้จริง การจัดการบริการที่มีคุณภาพต้องมีต้นทุน ต้องมีระบบข้อมูล มีระบบ CM เราต้อง Defined ว่ามีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ต้องคำนวณจากต้นทุน และมีการทำข้อตกลงร่วมกัน อาจจะมีวัดเฉพาะหน้าใน 1 ปี ว่าเพิ่ม Effective average ขึ้นมาที่เปอร์เซ็นต์ โดยสามารถนำมาปรับปรุงกันภายหลังได้ เราจะทำเพื่อไปสนับสนุน
3. ปรับรูปแบบการจ่ายให้เป็น risk adjusted capitation สำหรับบริการแต่ละกลุ่มอาการสำคัญ + P4P + ค่าบริหารจัดการบริการ

4. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบข้อมูลที่เป็นมิตรกับผู้ให้บริการและสนับสนุนการจัดบริการที่บูรณาการเชื่อมโยง



คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม

Q: Value based ถ้า สปสข. ทำเรื่องของ CA Colon จากเดิมที่เริ่มต้นตั้งแต่เรื่องของการคัดกรอง โดยคัดกรองว่ามีจำนวนเท่าไร และผลที่เป็น Pretest มีจำนวนเท่าไร แต่ถ้ามีการลดจำนวนเงินของ CA Colon ลง จะทำอย่างไร?

A: ต้องมองผลลัพธ์สุดท้ายด้วยว่าคืออะไร เช่น อัตราตายของผู้ป่วย CA Colon ลดลง ถ้าลดลง หมายถึง การลดการตายลดลง ลดค่าใช้จ่ายรักษามากขึ้น จริงๆ เรื่อง Value based พัฒนาระบบมาจากอเมริกา ปัญหาของอเมริกา คือ เรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งมีปัญหาว่าแพงขึ้นทุกวัน ดังนั้นจำเป็นหรือไม่ ว่าจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้นทุกๆ วัน ดังนั้นจะไปเพื่ออะไร จึงมีคำถามว่าถ้าจะจ่ายให้เกิด Value ต้องจ่ายให้ค่าใช้จ่ายลดลง และ Outcome ดีขึ้น ซึ่งหากคนไข้นอน รพ.สั้นลง ดังนั้นค่าใช้จ่ายต่างๆ ก็จะลดลงตามมาด้วย ดังนั้นต้องไป Defined ว่าจะวัด Outcome อะไร

Q: ระดับ Committion ควรไม่ใช่เป็นแค่หน่วยบริการ ควรจะเป็นระดับของผู้บริหารระดับกระทรวงหรือไม่อย่างไร?

A: ระดับหน่วยบริการก็สามารถทำได้ ถ้ากรณีของ PP จะยากตรงที่พอเป็นเรื่องการจัดการเรื่องเงินเราต้องยอมรับความจริง ต้องถาม สปสข. ว่าเรายอมรับความจริงว่าเงินไม่พอโดยระบบในภาพรวม เพราะเงินไม่พอทำให้ PP ถูกลดความสำคัญและนำเงินบางส่วนไปกลายเป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานในระบบบริการ เพื่อความอยู่รอดของ รพ. ดังนั้นปัญหา คือ รพ.จะอย่างไรกันต่อไป เพราะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของงบประมาณของ รพ. โดยใน

หลักการน่าจะทำได้ในหน่วยบริการ โดยสามารถจัดการได้ แต่ในระดับอำเภออาจจะเป็น Scale ที่เหมาะสมกว่าระดับตำบล

Q: ถามเรื่อง Value based ที่ถูกพัฒนามาจากอเมริกา แต่มีประเทศอื่นใหม่ที่ทำสำเร็จ?

A: ยกตัวอย่างมีบางโรค เช่น มะเร็งเต้านม ยกมาเป็นโรค เรามี Value based payment แต่ละโรค แต่ถ้าเราเน้นไปเป็นกลุ่มก้อนสำคัญๆ จะทำอย่างไร เช่น กลุ่มก้อนที่สำคัญ คือ กลุ่มก้อนของโรคเบาหวาน ความดัน หรือบางโรคที่มีระบบบริการจัดการตลอด tag ก็น่าจะเป็นไปได้ หรือ ถ้ากรณีเบาหวานความดัน มองว่ามันเป็นโรค Non-Specific เกินไป หรืออาจจะขยายเป็นโรค metabolic syndrome ซึ่งจะ coverge ไปยังกลุ่มโรคหัวใจ ซึ่งอาจจะไม่ต้องมีการทำโปรแกรมย่อยต่างๆ มากมาย

Q: พอไปดูขั้นตอนของการทำ Value-based health care อันดับแรกต้องไป Organize เพื่อให้เกิด Integrated care ซึ่งน่าจะเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมันไม่เคยทำได้เป็นรูปธรรมสักที พอเราออกแบบ และพอไปถึงพื้นที่สิ่งที่เราอยากเห็นไม่เกิดสักที?

A: ต้องไปวางแผนเชิงกลยุทธ์ โอกาสในตอนนี้กระทรวงกำลังจะทำเรื่อง PTC โดยคิดที่จะทำนำร่อง นำเอา Value-base health care ไปนำร่องใน 50 พื้นที่ โดยมีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และนำเอาเรื่องเบาหวานความดันมาจับ ในเมื่อเขาจะทำเรื่องนี้อยู่แล้ว เราไปบูรณาการโดยทำนำร่องกับเขา โดยชุดคณะกรรมการ PTC แต่เรื่อง PP (Promotion and Prevention) เป็นเรื่องที่ สปสช.ให้ความสำคัญว่าจะต้องมีการนำร่องก่อน ซึ่งได้มีการทำ PP นำร่องของ นพ.สันติที่จะพัฒนานำร่องแบบบูรณาการตามแนวทางของ PTC ดังนั้นถ้าจะนำร่องได้เพราะเป็นเรื่องเงินต้องมีการขออนุมัติบอร์ดเพราะเป็นเรื่องเงิน ส่วน PTC เรื่องที่ นพ.สันติทำ เป็นเรื่องเบาหวานความดัน ต้องการทำ Model care ซึ่งไม่ได้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการจัดการ แต่ต้องการที่จะพัฒนา Model ขึ้นมาก่อน การนำร่องและบูรณาการในเรื่องเบาหวานความดันอาจจะนำไปบูรณาการร่วมกับเขา ซึ่งต้องการการปฏิรูปและการจัดการ PP ใหม่ ถ้าเราจะนำร่องได้ไม่ใช่เรื่องเงิน แต่ต้องหา Model และพื้นที่ที่ชัดเจน ดังนั้นต้องคิดเรื่องการปฏิรูปเรื่องพวกนี้ด้วย โดยเป็นเรื่องที่พื้นที่อยากทำ ต้องการสร้าง Model ดังกล่าว โดยต้นเรื่องต้องเริ่มต้นจากเขา เพราะเขาตระหนักเห็นปัญหาของเรื่องเบาหวานความดันซึ่งจะมีความเป็นไปได้สูงในการพัฒนา

Q: อยากจะสอบถามเรื่อง Risk adjusted capitation ว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ?

A: ที่ผ่านมา ไม่รู้ว่าคุณบริหาร สปสช.มองเรื่องนี้อย่างไร แต่เคยคุยเรื่องนี้กัน เคยทำเรื่องนี้มา 16 ปี ดังนั้นเราควรมีข้อมูลที่มากพอ น่าจะ Defined ได้ว่าใครมีความเสี่ยง เรามีฐานข้อมูล OP/IP ซึ่งสามารถนำมาพิจารณาภาวะเสี่ยงของแต่ละคนได้ อย่างน้อยเราจะต้องรู้ว่าใครมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง มีประวัติคนไข้ สามารถนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยง Risk adjusted capitation หรือภาระค่าใช้จ่ายของแต่ละบุคคลได้ ซึ่งจะสามารถกระจายความเสี่ยงของกลุ่มโรคได้ ตอนนั้นมีความพยายามที่จะมีระบบเหมาจ่ายของคนไข้ตามกลุ่มโรคของคนไข้ผู้ป่วยนอก จะทำให้พวกโรงเรียนแพทย์ไม่ปฏิเสธคนไข้ได้อย่างไร โดยในพื้นที่ห่างไกลสามารถไปขอขึ้นทะเบียนกับโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ได้ตอนนี้ สวรส. รับผิดชอบพื้นที่ สวรส.รับงบประมาณจาก วช.ได้มา 30 ล้านบาท เป็นงบ

วิจัย และกระทรวงได้รับงบประมาณจากรัฐบาลไปทำเรื่อง PTC แต่ว่าเรื่อง PTC แต่ปัจจุบันคิดว่า สปสช.ยังเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย แต่ในอนาคตอาจจะหลีกเลี่ยงไม่ได้

Q: เรื่อง Value-based ถ้าพวกเราจะเริ่มทำจะเริ่มทำอย่างไร เพราะเราเป็นแค่ข้อต่อเดียวของฟันเฟืองหนึ่ง แต่เราไม่ได้เตรียมความพร้อมจะเป็นปัญหา แต่ถ้าวันหนึ่งต้องมีการทำและ Payment หากไม่ได้เตรียมที่จะจ่ายจะลำบาก เมื่อปีก่อน คณะกรรมการข้อเช่าของเขต 1 มาถามว่าทำไม สปสช.ไม่จ่ายข้อเช่าแบบ Value-based ตอนนั้นยังตามเรื่องนี้ไม่ทัน ซึ่งต้องไปศึกษามา กรณีนี้เริ่มจากหน่วยบริการและประธานก็เห็นด้วยและประสานกับ สรพ.พัฒนาให้ถึงขั้น Payment ได้ ดังนั้น สปสช.จะทำอย่างไรถ้าไม่เตรียมเลย และเมื่อเวลาเขาเข้ามาถามก็ดูไม่ Smart หลายคนพูดถึงเรื่องนี้ และการจ่ายของเรามัน Bundled prices ได้ไม่ยาก เช่น ทาลัสซีเมีย หรือโรคอะไรที่ต้อง Bundled prices จะได้ไปคุย โดยถ้าเราจะเริ่มทำเราเป็นแค่ 1 ข้อใน 6 ข้อ ถ้าวันหนึ่งเราต้องทำจริงๆ และต้อง Payment ด้วย หากเราไม่ได้เตรียมเราก็จะลำบาก กรรมการข้อเช่าก็มาถามว่าทำไมเราไม่จ่ายข้อเช่าแบบ Value based ตอนนี้นำกำลังมองว่าถ้าถึงขั้น Payment เราจะต้องทำอย่างไร การจ่ายของเรามัน Bundled prices ได้ไม่ยาก ถึงมีกองทุนจากหลายกองหรือมีโอกาสจะ Bundled prices หรือไปคุยกับเขาหรือไม่ ?

A: ต้องมีข้อมูล ต้องมีการ Register มีการ Analyse ตั้งแต่การเตรียมคนไข้ และ Outcome สุดท้าย คือ ใช้ข้อเช่าได้จริง ไม่ใช่แค่จ่ายตังค์แล้วจบ ดังนั้นต้องลงข้อมูลเรื่อง Relapse ข้อมูลเรื่อง Outcome มันมีข้อมูลใน International เป็นเรื่อง Outcome assessment ลองไป Search คู่มือต่างชาติทำแล้ว ซึ่งมีข้อมูลให้ดู สิ่งที่เราถามตัวเราต้องทำอะไร เราต้องเตรียมการอย่างไร ถ้าหน่วยงานอื่นเขาจะเริ่มทำ แล้ว สปสช.ต้องทำอะไรบ้าง ต้องเตรียมอะไร เรื่องโครงสร้าง เรื่องการจัดการ เรื่องสมรรถภาพคน มันไม่ใช่ Value based payment แต่เป็น Value based health care ถ้าเราจะปรับแต่หน่วยบริการไม่ปรับมันก็ไม่เกิด ถ้าเขาอยากทำร่วมด้วยมันเป็นไปได้มากขึ้น เริ่มจากกลุ่มที่เขาอยากทำก่อน โดยควรทำบางเรื่องที่เป็นเรื่องสำคัญก่อน หรืออย่าง PTC ที่อยากจะทำเรื่องเบาหวานความดัน ดังนั้นสำคัญต้องมีระบบฐานข้อมูลก่อน

Q: ถ้าเราจะทำหรือจะต้องเริ่มเจรจา Survey จากกลุ่มไหน จะเลือกโรคเรื้อรัง หรือโรคอะไร?

A: กรณีของโรคเรื้อรัง อาจจะใช้ Tonic care ถ้าเป็น Specialise care คือ มีคนทำที่มีความเชี่ยวชาญ มีเทคโนโลยีพวกนี้อยู่แล้ว เช่น Stroke STEMI อยู่ที่เราจะตอบสนองเขาได้แค่ไหนจริงๆ จะเป็น Value based ได้ แต่ สปสช. เรายังทำได้ไม่ครบวงจร

Q: หากเราจะดูว่าคนไข้เข้าถึงยาเท่าไร วิธีการคิดในเขตเรามีคนไข้เข้าถึงยาเท่าไร ไม่เข้าถึงยาอย่างไร คนไข้ Relapse คนไข้เสียชีวิต ไปหาตั้งต้นเพื่อค้นหาและจัดการ Common gap อย่างไร?

A: ถ้าเป็นกรณีอย่าง Stroke คนที่เข้าใจและคุยง่าย คือกลุ่ม Specialise ถ้าเรามีข้อมูลคนไข้ที่เป็น Stroke มีอัตราการเข้าถึงยาเท่าไร มีข้อมูลอะไรบ้าง จะพัฒนาอะไรบ้าง คนพวกนี้จะเข้าใจและจะซื้อโอเคได้ง่ายขึ้น อย่างกรณี Stroke STEMI เช่น ผู้เชี่ยวชาญ อ.สมศักดิ์ ซึ่งได้รับการยอมรับจากกระทรวง ในการส่งเสริมและ

refer เคส คนกลุ่มนี้ถ้าทำงานอะไรในเชิงนโยบายเขาจะให้ความสนใจเป็นพิเศษ หรือเปิดเวทีให้เขาทำในเรื่องที่มากกว่าการตรวจคนไข้

Q: สมมติเราต้องการให้เกิดการเหมาจ่ายลงไป แต่ถ้าเราจะทำ Value based เช่น ข้อเขาให้เขาจ่ายตั้งแต่ต้นจนจบ จะทำอย่างไรเพราะมันยังไม่ชัด แต่ถ้าทำไปไกลกว่านั้น คือ ทำอย่างไรให้คนไข้ไม่ต้องผ่าตัดเข้าได้ ตั้งแต่ Primary Prevention ทำอย่างไรไม่ให้ป่วย ทำอย่างไรจะป้องกันภาวะแทรกซ้อน และต้องเกิดความชัดเจนใน Skill ของเขาในเรื่องการจ่าย PP?

A: ที่สำคัญ คือ เราทำคนเดียวไม่ได้ ประเด็นจะนำไปฝากไว้ตรงไหน และถ้าเรารู้กลุ่มเป้าหมายจะชัดเจน โดย Respon กลุ่มอาจารย์หลายท่านที่เป็น Specialise ทั้งหลายมาพูดคุยกัน น่าจะมีความเป็นไปได้ โดย สปสช. ต้องปรับบทบาทตัวเองด้วย เช่น เราต้องนำไปแลกเปลี่ยนและนำไปขยับด้วย จะคุยอย่างเดียวไม่ขับเคลื่อนไม่เป็นประโยชน์อะไร โดย สปสช. ต้องตามให้ทันระบบที่เขามีการปรับเปลี่ยนออกมาแล้วต้องตามให้ทันน่าจะเป็นปัญหา

Q: อยากแชร์เรื่องการนำคนไข้ เช่น Stroke STEMI เวลาคนไข้กลับมาที่ชุมชนเรามีกลไกการจ่ายให้ชุมชน หรือทำ Info หรือเปล่า?

A: อันนี้เป็นการกระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกัน แต่กรณี Value base น่าจะเป็นการ Care ตั้งแต่ต้นจนจบ และกรณีของ Bundled prices เช่น กรณีของ Stroke ก็ควรเข้าไปอยู่ใน care cycle ของ Stroke อยู่ใน Bundled prices เดียวกัน หมายความว่า แคดูแล Stroke เมื่อจ่ายไปต้องดูแลตั้งแต่ต้นจนจบ จะต้องดูแลคนไข้ว่าจะมีระบบบริการและรองรับอย่างไร บางอย่างจะให้ชุมชนทำร่วมด้วย จะต้องพัฒนาทำระบบกันอย่างไร

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 1)
วันที่ 28 มิถุนายน 2561

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 1)

วันที่ 26-28 มิถุนายน 2561

ณ ห้อง Cosmos ชั้น 4

โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

วันที่ 28 มิถุนายน 2561

หัวข้อ	ระบบหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพในประเทศไทย
วิทยากร	ภญ.ดร.วลัยพร พัทธนฤมล
วัตถุประสงค์	ผอ.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ บรรยายให้ความรู้เรื่องระบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ พัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพ ความสำคัญของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการและข้อกำหนดสำคัญในการเบิกจ่ายค่าบริการของแต่ละระบบ
เวลา	09.00- 12.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การบรรยาย โดยแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมหนึ่งเป็นกลุ่ม จำนวน 4 กลุ่มๆ ละประมาณ 10 คน และ workshop หลังการบรรยาย

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับการจัดการการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

ภญ.ดร.วลัยพร พัทธนฤมล ผอ.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ขยายความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพในประเทศไทย สรุปได้ดังนี้

ระบบหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพในประเทศไทย

พัฒนาการของการเกิดหลักประกันสุขภาพในบริบทโลก ซึ่งประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งในความพยายามนี้ เราพยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนที่จะมีการเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการในสมัยพรรคไทยรักไทย และขณะนี้การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับ

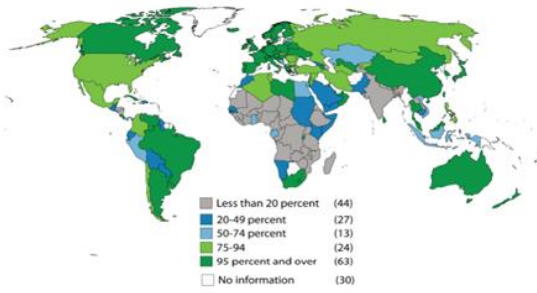
สากลมาก ไม่เพียงแต่องค์กรที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขอย่าง WHO แต่ UN เองก็ยอมรับเรื่องนี้ เช่นในปี 2012 ที่ UNGA หยิบยกเรื่องนี้ไปพูดในเวทีโลก ซึ่งนับเป็นเรื่องที่ยากมากในระดับองค์กรโลกจะสนใจเรื่องนี้อย่างจริงจัง ทั้งนี้ก่อนหน้านั้นมีเพียงการพูดถึงเรื่อง HIV เท่านั้น ขณะนี้การขับเคลื่อนก้าวหน้ามากขึ้น เกิดการผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) ที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องทำเรื่องนี้ เพราะฉะนั้นงานเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ทั่วโลกกำลังผลักดันให้เกิดขึ้นในแทบทุกประเทศ ประเทศไทยเราจึงถือเป็นประเทศที่ทันสมัย เป็นโมเดลที่สามารถทำได้ และเป็นที่ยอมรับในการศึกษาของงานของระดับโลก

Year	Milestones
1948	WHO Constitution: highest attainable standard of health
1978	Alma Ata Declaration: PHC and health for all by 2000
2005	WHA Resolution 58.33: health financing system to ensure UHC
2008	World Health Report: the “UHC cube”
2010	World Health Report: HEALTH SYSTEMS FINANCING
2012	UNGA resolution A/67/L.36 UHC 12/12/12
2012	ILO Social Protection Floors Recommendation
2012	PMAC Bangkok Statement on UHC
2013	Joint WHO/WB ministerial-level on UHC
2014	WHA resolutions on Access to essential medicines, HTA & HRH
2015	UHC as one Sustainable Development Goal 3.8
2016	PMAC Bangkok Statement on Priority-Setting for UHC
2017	UNGA Resolutions on International UHC Day (A/72/L.27) and High Level Meeting (A/72/L.28)

3

ประเทศไทยใช้งบประมาณ 3% ของ GDP เพื่อการสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแตกต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้ 19% ซึ่งถือว่าสูงสุดเมื่อเทียบกับทั่วโลก งานเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นสิ่งที่หลายฝ่ายถกเถียงกันอย่างไม่สิ้นสุด มีหลายฝ่ายที่คิดต่าง จึงเป็นเรื่องของทัศนคติ แต่อย่างไรก็ตาม กระแสในระดับโลกก็พุ่งเป้าไปในทางเดียวกันว่าเป็นสิ่งที่สมควรเกิดขึ้น องค์กรระดับโลกไม่มีข้อกังขาในเรื่องนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่าแรงกระเพื่อมจากภายนอกกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังต้องดำรงอยู่ และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ (ดังภาพ) ถือว่าประเทศไทยอยู่ระดับดี มีการจัดการ การบริการที่ดีให้แก่ประชากรในประเทศ ซึ่งจะมีตัวชี้วัดผลสำเร็จต่างๆ เช่น อัตราการตายของทารกแรกเกิด เป็นต้น

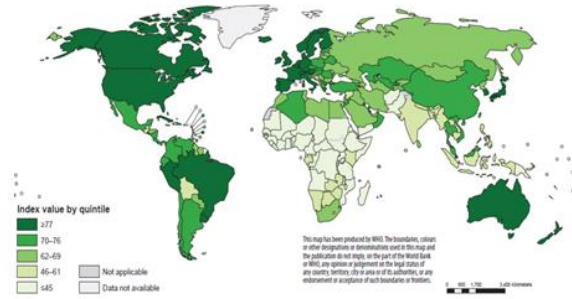
Population coverage, 2009



Source: OECD Health Statistics database, national sources for non-OECD countries

4

Service coverage, 2011

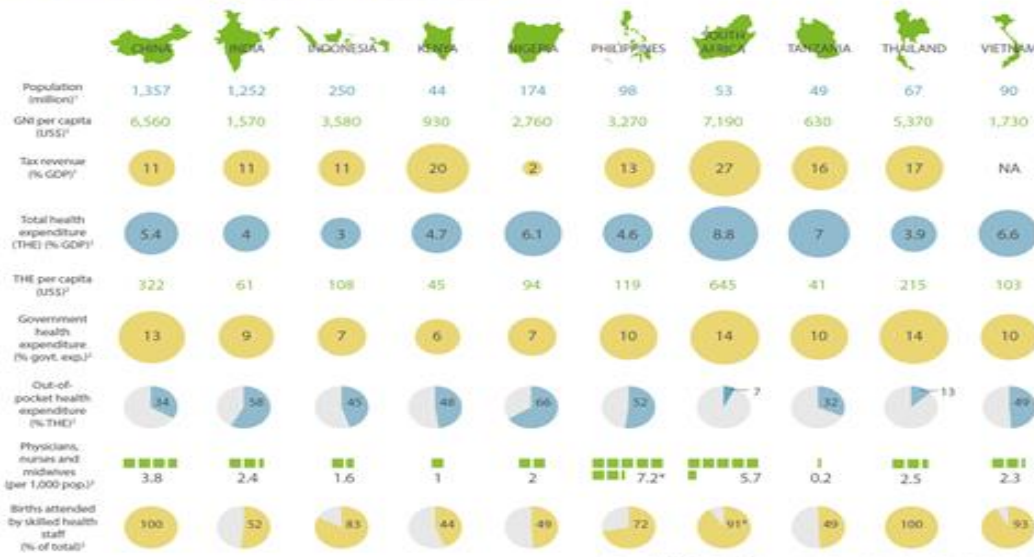


Source: Lancet Global Health, 2017

5

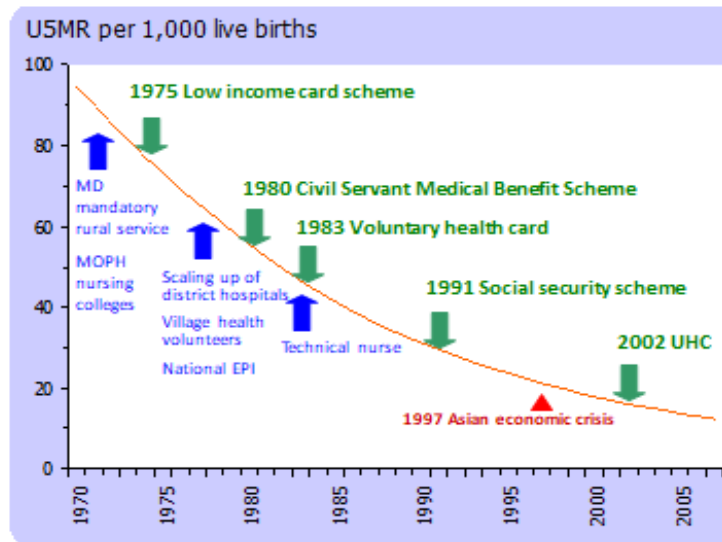
นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบให้เห็นสัดส่วนจำนวนประชากร การจัดเก็บภาษี ต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละด้าน การลดลงของค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจากกระเป๋าเงิน (out-of-pocket) ซึ่งจากตาราง(ด้านล่าง) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีความก้าวหน้า บางประเทศประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเองสูง นั่นหมายถึงประชาชนมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะล้มละลายภายหลังการรักษา

AT A GLANCE: KEY INDICATORS FOR THE STUDY COUNTRIES



Source: World Bank, World Development Indicators, <http://data.worldbank.org/indicator> ¹2013 data, ²2012 data, ³Data from most recently available year ranging from 2003-2012, ⁴Philippines data from 2004, South Africa data from 2003

THAILAND - parallel development of health system & financial protection



10

เมื่อพูดถึงพัฒนาการของประเทศไทยนั้น เริ่มมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2518 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือ สปร. โดยใช้วิธีการประเมินรายได้ของครัวเรือน (means testing) เทียบกับเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่ได้ใช้เกณฑ์เส้นความยากจนของประเทศเนื่องจากต่ำเกินไป) หากครัวเรือนมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์จะได้รับบัตร สปร. เพื่อรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ต่อมารัฐบาลได้จัดให้มีสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมานานแล้ว ตั้งแต่ก่อน พ.ศ. 2523 จนมีการออกเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ปี พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการบัตรประกันสุขภาพซึ่งเป็นการซื้อประกันสุขภาพแบบสมัครใจโดยต้องจ่ายเงินสมทบ 500 บาทต่อครัวเรือนต่อ

ต่อจากนั้นกองทุนประกันสังคมเกิดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สำหรับลูกจ้างภาคเอกชน สิทธิประกันสังคม ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ 7 กรณีได้แก่ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน กองทุนประกันสังคมมีรายได้จากเงินสมทบจ่ายเท่าๆ กันของ 3 ฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน

ใน พ.ศ. 2544 พรรคไทยรักไทยได้เสนอนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค และการผลักดันกระบวนการทางกฎหมาย จนกระทั่งประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545

ปัจจุบันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย จึงเป็นการดำเนินงานร่วมกันของสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะมีรายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ และวิธีการจ่ายเงินของระบบทั้งสามที่มีความ

แตกต่างกัน และเมืองครที่บริหารจัดการแต่ละกองทุนแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน และสปสข. ซึ่งความสำเร็จที่เกิดขึ้นได้นั้น มาจากจุดเริ่มต้น คือ โรงพยาบาลชุมชนเข้าร่วมทั้งหมด ทำให้การเกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนสามารถดำเนินการเกิดขึ้นได้ เพราะฉะนั้น Provider จึงเป็นปัจจัยสำคัญมากที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งแตกต่างจากประเทศเกาหลีใต้ที่เกิดเหตุการณ์ประท้วงมีความขัดแย้งกัน

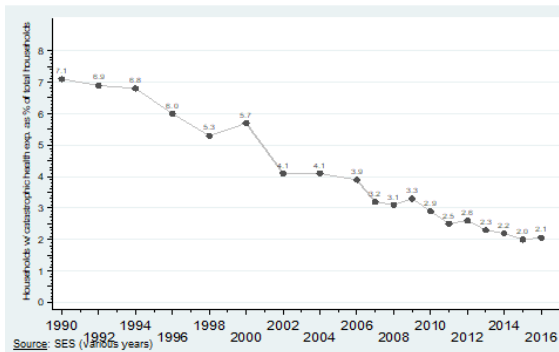
Thai UHC, 2002 onwards

67 million population		
Civil Servant Scheme	Social Health Insurance	UC Scheme
Royal Decree 1980	Act 1990	Act 2002
MOF	MOL	National H Security Office (independent body)
Tax funded	Tripartite contribution	Tax funded
10 mln pop (urban; Q4-5; children, elderly, public sector wk)	10 mln pop (city; Q4-5; only adult workers in private sector)	47 mln pop (reside in rural areas; Q1-2; children, elderly, informal wk)
Public (75%) & private (25%) health facilities		

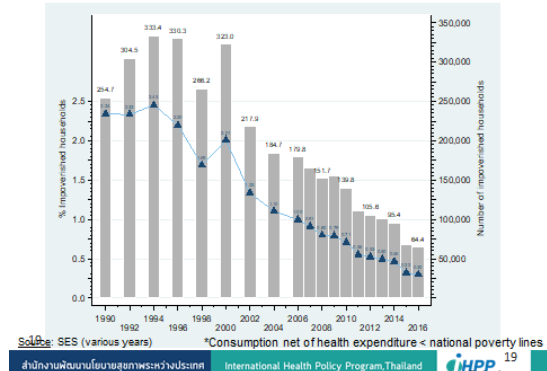
13

ภาพรวมของประเทศไทยเมื่อเกิด UC ซึ่งจากกราฟจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยมีอัตราการลดลงมาตลอด

Catastrophic health expenditure*, Thailand, 1990-2016
(SDG 3.8.2) * > 10% total consumption



Impoverishing health expenditure*, Thailand (1990-2016)



However...

- Three different purchasers with different structure & governing body, capacity and outcomes

	Civil Servant Scheme	Social Health Insurance	UC Scheme
Budget	Open ended	Close ended	Close ended
Provider payment method	OP: Fee-for-service IP: DRG	OP+IP: capitation	OP: capitation IP: DRG + global budget
Expenditure	366 UDS/person	71 USD/person	97 USD/person



How to gain more efficiency & equity? How about quality?

ความแตกต่างของผู้รับบริการ 3 กลุ่ม มีการใช้วิธีจ่ายเงินแบบปลายปิดให้สถานพยาบาล โดยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคม ได้มีการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบปลายปิดเหมือนกัน แต่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังมีการใช้จ่ายเงินแบบปลายเปิด ซึ่งเราจะเห็นความเหลื่อมล้ำกันมาก กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มต่างๆ ปัญหาตรงนี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข ทั้งนี้การบริหารจัดการกองทุนก็มีวิธีการทำงานที่แตกต่างกัน ในส่วนของกองทุนข้าราชการ การจัดการเรื่องการเบิกจ่ายนั้น จะพิจารณาตามกฎระเบียบของการคลังเพียงอย่างเดียว คือ เมื่อมีเบิกเข้ามาก็จ่ายไป ซึ่งไม่มีเรื่องการบริหารจัดการกองทุนเหมือนที่ สปสช. ต้องทำ และไม่มี ความเข้าใจความรู้ด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ มีเพียงความเข้าใจเรื่องการเงินการคลังเท่านั้น เพราะฉะนั้นความแตกต่างของ 3 กองทุน จึงไม่ใช่เพียงเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน หากแต่การบริหารจัดการงบประมาณในกองทุน เพื่อให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุดในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพก็เป็นจุดด้อยที่ยังเป็นปัญหาอยู่

สำหรับปัจจัยที่ทำให้ 3 กองทุนมีความแตกต่างกันนั้น สามารถพิจารณาในแต่ละข้อ ซึ่งมีผลต่อยุทธศาสตร์การดำเนินงาน การวางแผนต่อผู้รับบริการเป็นผลให้เกิดความแตกต่างกันได้ดังนี้

Factors



	Contributing factors	Undermining factors
D. Information	<ul style="list-style-type: none"> Information management Using appropriate ICT Pool of information 	<ul style="list-style-type: none"> Fragmented data requirement of different schemes creates trouble to providers – information rather than service orientation
E. Communication	<ul style="list-style-type: none"> Two way communication Proactive communication – NHSO staff visited providers 	<ul style="list-style-type: none"> Official process of bureaucratic channels - ineffective
F. Audit	<ul style="list-style-type: none"> Neutral auditing mechanism Team work of audit An opportunity for improvement <ul style="list-style-type: none"> Knowledge and skill of the audit team and providers Data quality of providers Penalty and incentives 	<ul style="list-style-type: none"> Bad attitude, perception and practice of investigators and being investigated persons

23

Factors



	Contributing factors	Undermining factors
A. Legal framework	<ul style="list-style-type: none"> Clear policy, expectation and mandate of “a purchaser” for benefit of people and health system 	<ul style="list-style-type: none"> Clear policy of not to be “a purchaser”, just only for money transaction Too many other important tasks e.g. advice on fin mgt, public procurement in the organization
B. Governing body, organization and accountability framework	<ul style="list-style-type: none"> An independent organization Governing body of multi-stakeholders – citizens’ engagement Adequate number and competency of staff (useful of health background) 	<ul style="list-style-type: none"> Government structure with rigid mandate using command and control Inadequate and no health background staff
C. Resources	<ul style="list-style-type: none"> Too tight budget – pressure and conflict btw purchaser and providers 	<ul style="list-style-type: none"> Too easy budget – soft budget -> inefficiency of the system

- Legal framework การมี พ.ร.บ. เป็นแนวทางในการทำงาน ย่อมทำให้การทำงานมีทิศทางที่แน่ชัด และมีข้อปฏิบัติที่รองรับรูปธรรมในการทำงานที่ชัดเจนได้

- Governing body, organization and accountability framework เอื้อให้เกิดการทำงานแบบ strategic purchaser กล่าวคือ การที่ สปสช. เป็นองค์กรอิสระ สามารถดำเนินงานโดยมีระบบการทำงาน รูปแบบโครงสร้างลักษณะ “คณะกรรมการ” ที่มีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม มีการถ่วงดุลอำนาจจากฝ่ายต่างๆ การตัดสินใจด้านงบประมาณจะถูกจัดทำด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วม มีความโปร่งใส และมีประสิทธิผล

มากขึ้น การกำหนดตัวแทนภาคประชาสังคมที่เป็นสมาชิกในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วยเป็นหูเป็นตาและกระบอกเสียงในการปกป้องผลประโยชน์ของสมาชิกสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีทิศทาง การวางแผนที่ไม่ถูกครอบงำจากผู้นำน้ององค์กรหรือระบบราชการ และมีบุคลากรที่มีสมรรถนะเพียงพอ มีความรู้ด้านสุขภาพ มีศักยภาพสามารถขับเคลื่อนองค์กรได้

- Resources การจัดการงบประมาณและแรงกดดันที่พอประมาณ ต้องจัดสรรงบประมาณที่จำกัดจากรัฐ ทำให้การทำงานไม่หยุดนิ่งต้องคิดและแก้ปัญหาเป็นความท้าทาย

- Information ระบบการจัดการข้อมูล แม้จะยังไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบมากนัก ซึ่งเป็นก้าวต่อไปที่ต้องทำ แต่ถือว่ามีจัดการทำงานบนฐานข้อมูล (Using appropriate ICT) มีการใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ และมี Pool of information ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ดี ทั้งนี้ยังเป็น การสื่อสารสองทาง (Two way communication) ระหว่างผู้รับบริการ และสปสช. ซึ่งแตกต่างจากระบบราชการทั่วไป ที่นิยมใช้หนังสือทางการ หนังสือเวียน

- Audit มีการใช้ผู้ตรวจสอบที่มีความเป็นกลาง เพื่อความโปร่งใส และเป็นโอกาสเพื่อการพัฒนา เป็นลักษณะของ Team work of audit และสร้างการแลกเปลี่ยนทักษะ ความรู้ของ audit กับ providers เกิดข้อมูลเพื่อการทำงานที่มีคุณภาพขึ้น มีการสร้าง Penalty and incentives เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพขึ้น

เพราะฉะนั้น สปสช. จึงต้องเป็นองค์กรที่ต้องสร้างและพัฒนาตนเองสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) เป็นองค์กรที่มีการจัดการความรู้ในการปรับเปลี่ยน และค้นหาวิธีใหม่ๆ มีการทำงานเชิงกลยุทธ์ และยึดสถานการณ์ของพื้นที่จริง พร้อมสร้างปัจจัยที่ให้เกิดการเรียนรู้ ทั้งวิสัยทัศน์ วัฒนธรรม กลยุทธ์ และโครงสร้างขององค์กร รวมถึงการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ที่เป็นระบบ ทั้งรวบรวม แลกเปลี่ยน ใช้ความรู้ แนวทางปฏิบัติที่ดีในการทำงานเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร และมีการจัดเก็บเป็นฐานและทรัพยากรความรู้ขององค์กรต่อไป รวมถึงใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ (Learning Technology) พัฒนาระบบการเรียนรู้ และสนับสนุนการทำงานด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พัฒนาศักยภาพและให้อำนาจแก่บุคคล (People Empowerment) สร้างความรับผิดชอบในการตัดสินใจและการปฏิบัติการแก่บุคลากร มีพลวัตการเรียนรู้ (Learning Dynamic) เป็นความหลากหลายของการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับองค์กร การเรียนรู้จากการปรับตัว การคาดการณ์ การเรียนรู้และการปฏิบัติโดยใช้ทักษะการเรียนรู้

คำถามที่เราต้องทบทวนคือ *ทำอย่างไรที่จะรักษาคนในองค์กรไว้ได้ และสามารถผลิตผลงานที่มีคุณภาพได้ด้วย* หัวใจที่สำคัญอีกอย่างคือ *การสร้างเครือข่ายในการทำงาน สร้างความไว้วางใจ* ให้เกิดขึ้นทั้งในองค์กรและระหว่างหน่วยงานที่เชื่อมโยงกับ สปสช.

คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม

Q: ขอให้อาจารย์อธิบายกรณีการมี regulator (ผู้ควบคุมกฎ=กระทรวงสาธารณสุข) กับมี provider (ผู้ให้บริการ) ในคนเดียวกัน

A: สปสช. คือ ผู้ซื้อบริการแทนประชาชน แต่ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้ง regulator และ provider ออ. เป็น regulator ของเรื่องยา สป.=สำนักงานปลัด มี provider กรมการแพทย์เป็นทั้ง supervisor เป็นทั้ง provider และเป็นทั้ง regulator เพราะมี รพ.ในสังกัด เช่น รพ. เลิดสิน รพ.ราชวิถี

ในกระทรวงยังไม่ clear ว่าตัวเองเป็นอะไร แต่ถ้ามี Conflict of Interest; COI อาจใช้วิจารณ์ญาณอย่างมี bias

ทั่วโลกมีแนวโน้มการแยก provider กับ purchaser โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น USA, อังกฤษจะแยก provider กับ purchaser อย่างชัดเจน แต่ของไทยยังปนกัน คือ เป็นทั้ง regulator (ออกกฎหมาย มาตรฐาน ออกระเบียบ) ด้วยเป็น supporter (พยายามทำมาตรการการดูแล) ด้วยเป็น provider (เป็นเจ้าของโรงพยาบาล มีอำนาจด้วย ถือเงินด้วย แต่ถือเฉพาะเงินเดือน) เป็น purchaser ด้วยเพราะถือเรื่องประกันสุขภาพของคนต่างด้าวด้วย แต่เนื่องจากกระทรวงมีขนาดใหญ่ จึงแบ่งบทบาทการทำงานออกเป็นส่วนๆ และไม่ชัดเจน

แต่ข้อดีของการมีหลายบทบาท คือ ทำไปเรียนรู้ไป ปรับปรุงไป

ถ้าอยากดูในรายละเอียด พบว่าคนที่ทำหน้าที่ regulator ก็ทำหน้าที่ regulator จริงๆ คือ ออ. คนที่ทำหน้าที่เป็น provider คือ สป. กองเศรษฐกิจการคลังและประกันสุขภาพ ก็ทำหน้าที่เป็น purchaser ในการดูแลประกันสุขภาพของคนต่างด้าว แต่ปลัดและรัฐมนตรีที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนกระทรวงทั้งหมดต้องแบ่งบทบาทให้ชัด

ทั่วโลกมีการแยกหน่วยจัดซื้อบริการออกเป็น purchaser เท่านั้น ยังไม่ได้คุยกันชัดเจนเรื่อง regulation

Q: closed end-opened end budget คืออะไร

A: Closed end budget คือ มีวงเงินเท่านี้ แม้นในคู่มือจะเขียนบางเรื่องว่าไม่มี cap เช่น เองบปีหน้ามาจ่าย หรือค้างจ่าย ก็ถือว่าเป็น closed end budget ขณะที่กรมบัญชีกลางเป็น opened end budget คือใช้งบไปเรื่อยๆ ปริมาณงบประมาณขึ้นอยู่กับปริมาณการเข้าใช้บริการ แม้ IP ของเขาจะจ่ายด้วย DRG ก็ยังเป็น opened end แม้ fix base rate ของแต่ละโรงพยาบาล ค่าใช้บริการเท่าไรก็จะจ่ายเท่านั้น ไม่ได้เป็นแบบ global budget

Opened end ปลายปิด

Closed end ปลายเปิด

เทียบได้กับอุมงค์ปลายปิดกับอุมงค์ปลายเปิด เมื่อนำมาใช้กับเรื่อง financing มี 2 ระบบ คือ สปสช. เป็นแบบปลายปิด (closed end budget) แบบปลายเปิด (opened end budget) คือ สวัสดิการข้าราชการ คือมีวงเงิน มีเพดาน แต่สามารถเบิกเพิ่มจากงบกลางได้

คำว่า opened end budget คือ มีเงินอยู่เท่านี้ เช่น 100 บาท ต้องใช้ภายใน 100 บาท แต่บ
 สวัสดิการข้าราชการ ขอเพิ่มจากงบกลางอีก 50 บาท เป็น 150 บาท

ขณะที่ สปสช. คำนวณต่อหัว เรามีประชากร 48 ล้านคน ที่เป็นสมาชิก 48 ล้านคน กรมบัญชีกลางนำ
 ตัวเลขมา คูณ 3,000 บาท ไม่มีขาดไม่มีเกินแม้แต่สลึงเดียว สปสช. มีหน้าที่บริหารเงิน 48 ล้าน คูณ 3,000 ห้าม
 ขาดห้ามเกิน 48 ล้าน คูณ 3,000 บาท คือ closed end budget

ปลายปิด คือมีงบเท่านี้ให้ใช้เท่านี้ ไม่จ่ายเกินกว่านี้ ไม่มีขาดไม่มีเกินแม้แต่สลึงเดียว สปสช. มีหน้าที่
 บริหารเงิน 48 ล้าน คูณ 3,000 บาท ห้ามขาดห้ามเกิน 48 ล้าน คูณ 3,000 บาท สปสช. นำมาบริหารจัดการ
 เรียกว่า ขาลง

ขาลง คือ provider payment method คือ วิธีการจ่ายเงินแบบหลายวิธี ใช้วิธี mixed method

ผู้ป่วยนอกใช้วิธี อัตรามอบเหมา (closed end method = จ่ายเท่านี้ ไม่จ่ายเกินกว่านี้)

รัฐบาลให้เงิน สปสช. มาแบบ closed end budget สปสช. ให้เงินโรงพยาบาลแบบ closed end
 method แต่หากคาดการณ์ว่า รพ. ไม่น่าใช้วิธีนี้แน่ จึง unbundled ออกมา บางเรื่องเป็น Central
 Reinvestment (CR)

มี global budget มี ceiling ของ CR แต่ละ รพ. ไหน จะได้หรือไม่ได้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่แต่ละ รพ. ทำ
 ถ้าทำก็ได้ ถ้าไม่ทำก็ไม่ได้ อันนี้ใช้ closed end method ที่ สปสช. แต่ไม่ได้หมายความว่าเงินก้อนนี้มอบให้
 รพ. แบบ closed end method แต่ขึ้นกับ activity ที่แต่ละ รพ. ทำ เพราะฉะนั้น provider payment
 method หรือ PPM เราจะใช้เป็น mix method

เดิม เราใช้วิธีมอบไปเลย เป็นอัตรามอบเหมา เป็น capitation อันนี้ คือ bundled ไป 1 คน เอาเงินไป
 800 สำหรับ IP แล้ว รพ. ก็ดูแลไป อันนี้เป็น capitation และเป็น bundled ด้วย

Bundled - Unbundled

Bundled หมายถึง รวมสะเปะสะปะทุกอย่าง ทั้ง ปวดท้อง ปวดหัว อยู่ในวงเงินนี้

Bundled เป็นรายคน ถ้าคนๆ นั้นป่วย ใช้บริการมาก แต่บางคนไม่ป่วยเลยทั้งปี ก็ไม่ได้มาใช้บริการ

Bundled มีข้อดี คือ ทำอย่างไรให้คนไม่ป่วยจะได้ไม่ต้องมา หรือบาง รพ. ป่วยมากก็ไม่ให้ จึงเป็นปัญหา
 ที่ สปสช. ต้องป้องกัน กรณีป่วยมาแต่ รพ. ไม่ให้บริการ โดยใช้วิธี unbundled

Unbundled เช่น CR ค่าใช้จ่ายสูงๆ การใช้ stent ในการผ่าตัดหัวใจ การเปลี่ยนข้อเข่า medical
 device เป็นต้น เมื่อแยกแยะ เป็น Fee schedule คือ อุปกรณ์นี้เราให้ในราคาเท่านี้

Unbundled มากๆ ไม่ดี กลับไป bundled ใหม่ โดยเปลี่ยนจาก bundled แบบรายคน เป็น
 Bundled โดยมี value based healthcare

Provider payment method มี method ที่เป็น closed end กับ opened end

Prospective payment = จ่ายล่วงหน้าไปเลย ไม่ต้องรอให้เกิดการบริการก่อน เหมือน capitation

DRG จะจ่ายเป็นเคลียร์เงินหลังจากมีบริการแล้ว

Retrospective payment = จ่ายหลังจากบริการแล้ว เช่น CR

Workshop 1 Deep reflection:

Q: My value to the country and the world and My value to the country and the world.
แต่ละคนตัวเองอยู่ตรงไหนของประเทศ และคิดว่าตัวเอง contribute อะไรให้กับโลก
คือ เราทำอะไรให้กับโลกนี้บ้างในบริบทการทำงาน ณ ปัจจุบันของเรา

A: กลุ่ม 1

- มีบทบาทในการช่วยเหลือประชาชนให้เข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์ สนับสนุนผู้ให้บริการให้ได้รับเงินอย่างเป็นธรรม ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง ความเป็นธรรมในระบบการจ่ายเงิน
- สร้างคุณค่าและพัฒนาศักยภาพของตนเอง ในการวิเคราะห์ สร้างทีมให้มีความรู้ และทักษะ สร้างเครือข่าย สร้างความเป็นผู้นำในระบบ มีการถ่วงถ่วง พิจารณาเรื่องการใช้เงินว่าถูกต้องตามระเบียบ และ พ.ร.บ. ของเราและเป็นธรรมต่อภาคีเครือข่ายหรือไม่ มีการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องของระบบบริการให้ภาคีเครือข่าย
- ทำงานแบบ Thailand 4.0 คือ ทำน้อยได้มาก ไม่สร้างงานเพิ่มที่ไม่จำเป็น คิดแบบสร้างระบบ ที่บูรณาการกับเครื่องมือ สร้างระบบเพิ่มประสิทธิภาพในองค์กร
- ปลายทางตรงกัน คือ ประชาชนมี well-being และองค์กรเป็นแบบอย่างที่ดีของ UHC ทุกคนเป็น jigsaw ขององค์กร ทำงานแบบ value based

A: กลุ่ม 2

- การให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยกระบวนการที่ สปสช. มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องของ strategic purchaser การสร้างเสริม ป้องกันโรค ลดความรุนแรงของการเกิดโรค การใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ การฟื้นฟูสภาพ ที่โรงพยาบาลและชุมชน มีการออกแบบระบบถึงชุมชน
- เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ ชักชวนให้คนอื่นเห็นความสำคัญเรื่องการดูแลสุขภาพ ไม่เป็นภาระของคนอื่น
- ให้คนในสังคม ชุมชน มีเวทีการมีส่วนร่วมใน public healing การรับรองความคิดเห็น สร้างสุขภาพทุกคนมีสิทธิออกแบบสุขภาพตัวเองได้
- หน้าที่ในการขับเคลื่อน UHC หาข้อมูลในพื้นที่มารวบรวมวิเคราะห์เสนอ สปสช.
- มีบทบาทในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ทำให้คนไม่ล้มละลาย
- ให้ข้อมูลกับประชาชนและหน่วยบริการ ประเด็นการรับรู้สิทธิและหน้าที่คุ้มครองสิทธิคนที่ถูกละเมิด การได้รับบริการ
- บูรณาการร่วมกันกับ 3 กองทุน
- บูรณาการเรื่องคน เงิน ทรัพยากรที่มี และประเมินผลลัพธ์

- A: กลุ่ม 3
- ความภาคภูมิใจในการทำงานในระดับ Southeast Asia ความภาคภูมิใจในฐานะที่ได้เป็นผู้ที่ได้แจ้งสิทธิประโยชน์
 - รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าที่ได้เป็นผู้จัดการกองทุนที่ดี เป็นกลไกที่ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการ ได้ร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน ให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิประโยชน์ และประชาชนไม่ล้มละลาย
- A: กลุ่ม 4
- มองในแง่คุณภาพของตนเอง เป็นน้ำมันหรือเชื้อเพลิงที่ขับเคลื่อนระบบ UC เป็นกลไกในการขับเคลื่อนให้กับ provider ได้รับการเบิกจ่ายชดเชย มีความถูกต้องรวดเร็ว เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนให้เบิกจ่ายมีความถูกต้องประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ
 - ในระดับประเทศ สังคม ช่วยผลักดันให้เกิดความเป็นธรรม สิทธิมนุษยชน
 - ระบบหลักประกันบรรลุ SCG ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งที่มีระบบภาพ

สรุปจาก facilitator

3 แกน UHC ได้แก่ Population coverage, Service, Coverage จะ contribute สู่ประชาคมโลกได้อย่างไร โดยสิทธิที่มีทั้งหมด มี 3 สิทธิ คือ สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม UC

Stateless people ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

Program birth registry หนังสือรับรองการเกิดกรณีเป็นคนต่างด้าว ลักลอบเข้าประเทศ สิ่งเหล่านี้ต้องมีการเชื่อมโยงกับ Thailand 4.0 กับ สนปค. เพื่อให้ได้สถานะและนำไปจดทะเบียนการเกิดในประเทศของเขา ซึ่งเข้าอยู่ในประเทศและการทำ VISA เพื่อให้มีสถานะทางกฎหมายตั้งแต่แรกเกิด

Get risk C438 ทำให้เงินตกค้าง 100 ล้านบาท ได้เงินแล้วต้องให้เกิด liquidity

ABRC Additional Benefity Registering Center การใช้สิทธิเพื่อให้เข้าถึงบริการ

Workshop 2 Headway:

Q: Improving efficiency, improving equity, Ensuring quality
อะไรที่เป็นรูปธรรมที่ทำได้และจะเอากลับไปทำ เรา contribute แล้ว จะ improve อะไรให้ดีขึ้น

A: กลุ่ม 1
บริหารการจ่ายแบบ value based ทำเรื่องเบาหวาน ความดัน เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง บูรณาการจากงบ PP และงบกองทุนตำบล สถานที่ที่ทำเรื่องบูรณาการกับ service plan ในพื้นที่ เมื่อคัดกรองเสร็จ ส่งต่อในระบบบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิต่อไป

มีการพัฒนาระบบการจ่าย โดยก่อนทำ เชิญ stakeholder ทั้งหมดมาช่วยคิดกระบวนการ

A: กลุ่ม 2

ทำ Effective Coverage ใน high volume NCD ใน DM, HT

NCD coverage ที่ควบคุมได้ประมาณ 30% พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่ตั้งแต่การคัดกรอง เอาข้อมูล population กลุ่มเสี่ยง ดูว่าใครที่เข้าไปบ้างแล้ว

สร้างเครื่องมือที่คำสั่ง โดยพยายามให้หน่วยบริการทำเองได้ด้วย คือ ทำคู่ขนานกันไป เช่น มีทั้งหมด 10 คน 8 คน ทำคัดกรองไปแล้ว เครื่องมือนี้จะช่วยให้ระบุตัวตนของอีก 2 คนได้

ดูกลุ่ม new case ดูประสิทธิภาพการคัดกรอง

ดู lost follow up เราคิดว่าค่าเฉลี่ย NCD ควรจะมาปีละ 4 ครั้ง

Q: link อย่างไรกับที่เรา purchaser จะเปลี่ยนการจ่ายเงินใหม่

A: ตอนนี้มีตัวชี้วัด NCDs งบประมาณส่วนกลางจะกำหนดมาส่วนหนึ่ง แล้วให้เขตเพิ่มตัวชี้วัดได้ แล้วเราทำตัวชี้วัดตาม ดูว่า effective coverage เพิ่มขึ้น หรือดู ปี 2556 ที่เริ่ม register ดูว่าเกิด cohesion มากน้อยแค่ไหน มีการคำนวณเพื่อการจ่าย กำหนดเป็นตัวชี้วัดในแต่ละจุดเพื่อใช้เป็นงบประมาณในการจ่ายด้วย คือ NCD จ่าย 2 ส่วนตามจำนวนผู้ป่วยกับคุณภาพบริการ จะนำไปใส่ตรงคุณภาพบริการ

วิทยากรให้ความเห็นเพิ่มเติม ตอน screening จ่ายแบบเหมาจ่าย พอเป็น secondary ก็จ่ายอีกแบบเป็น IPD ก็จ่ายอีกแบบ ฝากเป็นคำถามชวนคิดต่อ การจ่ายเป็นส่วนๆ จะบูรณาการอย่างไรที่จะทำให้ primary care level สามารถบริหารจัดการ ตามคนไข้ได้แบบ comprehensive โดยที่ สปสช. ไม่จับเป็นรายการกิจกรรม

A: กลุ่ม 3

ถ้าจะยกระดับการบริการ วิธีการจ่าย เช่น PP อาจต้องทบทวนวิธีบริหารจัดการเรื่องกองทุนการจ่าย การทำ value payment ที่ดี ต้องดู design ของแต่ละกองทุนด้วย เช่น OPP = พัฒนาและเพิ่มคุณภาพ นอกเหนือจากการจ่ายเงินอย่างเดียว

A: กลุ่ม 4

อยาก decentralize โดยพิจารณาความพร้อมและความร่วมมือของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย งบประมาณจ่ายรายหัว สามารถทำให้เกิดความคุ้มค่า คัดค้าน เท่าเทียม เกิดคุณภาพภายในเขตได้

การเหมาจ่ายรายหัวในบริบทของเขต 8 ซึ่งมีประชากร 5 ล้านกว่าคน มีหน่วยบริการ 80 กว่าแห่ง สัดส่วนแพทย์น้อยกว่าทุกเขตในประเทศ ทำให้มีการเข้าถึงบริการน้อยกว่าที่อื่น แต่ถ้ามีการบูรณาการร่วมกับเขตสุขภาพอื่นๆ น่าจะเพิ่มปริมาณของผู้ให้บริการได้ เพิ่มความคุ้มค่า คัดค้าน ทำให้ผู้รับบริการไม่ต้องออกไปนอกเขต เพิ่มศักยภาพและความเท่าเทียมของการเข้าถึง สร้างศูนย์การแพทย์ในเขตได้

วิทยากรให้ความเห็นเพิ่มเติม เป็นการจัดรูปองค์กรให้มีความยืดหยุ่นในการทำงานมากขึ้น อาจมีรูปแบบอื่นๆ ไม่จำเป็นต้องเป็น decentralization เช่น devolution deconcentration deauthorization ประเทศไทยไม่ใช่ decentralization แม้เราพยายามให้เกิดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ฝึกปฏิบัติ

หัวข้อ Thailand Universal Health Coverage (ระบบหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพในประเทศไทย)

นำเสนอกลุ่ม 4

Workshop 1 Deep reflection

- My value to the country and the World
 - คุณค่าต่อตนเอง เนื่องจากตนเองเป็นฟันเฟืองหนึ่งของระบบในการขับเคลื่อน UC ได้ เป็นกลไกให้กับ Provider ได้รับการจ่ายชดเชยมีความถูกต้อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนในการเบิกจ่ายมีความถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ
 - คุณค่าต่อประเทศชาติ มุมมองสังคม คือ การสร้างความเท่าเทียม เป็นธรรม สิทธิมนุษยชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี
 - คุณค่าต่อโลก ประเทศไทยมีระบบหลักประกันมีการดำเนินงานอย่างมีคุณภาพสามารถบรรลุ SDG สามารถเป็นต้นแบบการเรียนรู้เพื่อให้แต่ละประเทศนำไปปรับใช้ เนื่องจากมีหลายประเทศเข้ามาศึกษาดูงาน

Workshop 2 Headway

- Improving efficiency
- Improving equity
- Ensuring quality

เนื่องจากบริบทแต่ละเขตไม่เหมือนกัน จึงอยาก decentralize โดยพิจารณาจากศักยภาพของเขต ความพร้อมของผู้บริหาร บุคลากรและความร่วมมือของเครือข่ายภายในพื้นที่ ซึ่งหากมีความพร้อมการ decentralized จะดีสำหรับบริบทพื้นที่ เช่น งบประมาณจ่ายรายหัวสามารถทำให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน เกิดความเท่าเทียม เกิดคุณภาพภายในเขตได้จากการบริหารจัดการในวงเงินปลายปิด เช่น กรณีการเหมาจ่ายรายหัวของ

เขต 8 มีประชากร 5 ล้านกว่าคน มีหน่วยบริการ 80 กว่าหน่วย มีเตียงว่างในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์น้อยกว่าทุกเขต ส่งผลให้การเข้าถึงการรักษา คุณภาพการรักษาไม่เพียงพอ หากมีการบริหารจัดการได้ภายในเขตเกิดความร่วมมือกันระหว่างเขตสุขภาพ สามารถเพิ่มความสามารถให้บริการได้จากงบประมาณที่บริหารจัดการเอง จะทำให้เพิ่มความคุ้มค่าคุ้มทุนได้ ส่งผลให้คนไข้ไม่ต้องออกไปใช้บริการนอกเขต เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษา เพื่อไม่ให้เกิดการกระจุกตัวของผู้ใช้บริการไปยังโรงพยาบาลศูนย์ แต่สามารถทำให้เกิดศูนย์การแพทย์ในเขตพื้นที่ได้

วิทยากรสรุป ถือว่าเป็นการจัดรูปองค์กรที่จะทำให้มี flexibility ในการทำงานได้ดีขึ้น อาจไม่ใช่ decentralization อย่างเดียว แต่มีหลายรูปแบบ เช่น devolution de-concentration de authorization เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้เป็น decentralization แม้ว่าจะมีการผลักดันให้เกิดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Wrap up : ทบทวนการเรียนรู้ของวันที่ 27 มิถุนายน 2561

- กลุ่ม 1** **ทบทวน หัวข้อ การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0 สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้**
- ประเด็นเรียนรู้ เรื่องการเงินการคลังระดับประเทศที่สำคัญ เป็นการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน ตั้งแต่การจัดเก็บ การหารายได้จากสินทรัพย์ เงินกู้ การบริหารหนี้สาธารณะ ระบบการเบิกจ่าย ซึ่งต้องมีการทำแผนการจ่าย การควบคุมแผนการจ่าย และจ่ายโดยการเบิกจ่ายที่อยู่ภายใต้กฎระเบียบ สุดท้ายมีสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินทำหน้าที่ตรวจสอบ
 - ความท้าทายและปัญหาเรื้อรังของการคลังประเทศ คือ 1) รายได้เพิ่มจำกัดเนื่องจากภัยแรงงานลดลง การเปิดเสรีและการร่วมทุนทางการค้าระหว่างประเทศ ทำให้รายได้ของประเทศลดลง 2) รายจ่ายเพิ่มอย่างมีนัย อาทิเช่น รายจ่ายการคลัง (การชดเชยรายได้ให้แก่เกษตรกร ค่าใช้จ่ายทางสวัสดิการทางสังคมที่เพิ่มขึ้น)
 - ลักษณะทางการคลังของประเทศมีความคล้ายของ สปสช. คือ 1) การดำเนินนโยบายแบบการจัดการความเสี่ยง มีการทำนายโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังในการทำนายเพื่อพยายามรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ 2) ยึดหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้ ปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ 3) เผยแพร่สู่สาธารณะ
 - ทิศทางการดำเนินนโยบายอย่างยั่งยืนของประเทศและสปสช. มีความเหมือนกันในเรื่องการก้าวไปข้างหน้า ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ทันสมัย และคุณภาพ
 - ข้อคิดที่ได้จากหัวข้อนี้คือ 1) แนวคิดการบริหาร/วิธีการบริหารงบประมาณ การทำ timeline แผนงบประมาณมีความสำคัญมาก 2) การใช้เงินกองทุนต้องเป็นไปตามกฎหมาย กฎระเบียบ สิ่งที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติม คือ กฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้อง

กลุ่ม 2 ทบทวนหัวข้อ การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0 สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

- บทบาทหน้าที่ของ CFO จะต้องศึกษาและทำความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- การจ่ายเงินของรัฐบาลต้องถูกต้องตาม พ.ร.บ. และกฎหมาย กรอบวินัยการเงินการคลัง ถือว่าเป็นกรอบที่กำหนดขึ้นมาเพื่อให้มีความยั่งยืนของการเงินการคลัง
- วิธีการงบประมาณ มี พ.ร.บ. เกี่ยวข้อง คือ พ.ร.บ. 2502 และ 2561 ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง คือ อำนาจหน้าที่ของนายกรัฐมนตรี สำนักงบประมาณ ระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ระบบงบประมาณปัจจุบันที่มุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ ต้องมองที่ Output เป็นหลัก การให้ความสำคัญต่อภารกิจของหน่วยงานที่มีความสอดคล้องกับนโยบาย ยึดหลัก 3 R คือ Review Redeploy Refresh เน้นบูรณาการระหว่างหน่วยงาน คำนึงถึงค่าใช้จ่าย ผลตอบแทน ประโยชน์ รวมถึงพิจารณาทางเลือกที่คุ้มค่าและไม่มีผลกระทบด้านอื่นๆ สุดท้าย คือ มีการกำกับติดตามงบประมาณ ซึ่ง พ.ร.บ.การเงินการคลัง 2561 จะมีตัวชี้วัดนี้ด้วย โดย สปสช.ก็จะต้องมีการรายงานเงินเช่นกัน
- ขั้นตอนในการเบิกจ่ายงบประมาณตาม Time line
- ประเด็น 6 คำถาม คือ ทิศทางการใช้เทคโนโลยีในการบริหารกองทุน 20 ปีข้างหน้า สปสช. จะเป็นอย่างไร รูปแบบของการคิดงบประมาณ A B C PQ CF แนวคิดการสร้าง นำ ซ่อม UC ในปัจจุบันแนวทางยุค 4.0 ความหมายของการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากยุคปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมาก CFO จึงต้องทำความเข้าใจ หาความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีให้มากที่สุด

หัวข้อ	เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับการจัดการการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วิทยาการ	รศ.ดร.สุคนธา คงศีล ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
วัตถุประสงค์	เพื่อทำความเข้าใจแนวคิดเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และความคุ้มค่าของการใช้ ทรัพยากร
เวลา	13.00 – 16.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติตามโจทย์ รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับการจัดการการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

วิทยากรชี้แจงเอกสารประกอบและวัตถุประสงค์การอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับการจัดการการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดของเศรษฐศาสตร์ ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร ซึ่ง CFO จำเป็นต้องรู้เรื่องประสิทธิภาพ (ความคุ้มค่า) และประสิทธิผล (ความคุ้มค่า) เนื่องจากมีความสำคัญในการดำเนินงาน สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

แนวคิดเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร โดยมีทรัพยากรพื้นฐานที่เกี่ยวข้องคือ 4M (Man, Money, Materials, Management) 2T (Time, Technology) เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับการจัดการการเงินจะให้ความสำคัญกับการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุด มีความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร และให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด เป็นการเน้นการประเมินโครงการสาธารณสุข

หลักวิชาเศรษฐศาสตร์เป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับความขาดแคลนและการเลือก (Scarcity and choice) ปัจจุบันเศรษฐศาสตร์เป็นศาสตร์หนึ่งของสังคมศาสตร์เป็นการศึกษาว่าด้วยการเลือกใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด คำว่า “เศรษฐศาสตร์” (Economics) มาจากภาษาละติน คือ Oikos (house) และ Nemein (to manage) หมายถึง ศาสตร์ที่เกี่ยวกับการจัดการครอบครัว (Household management) เป็นวิชาที่ศึกษาถึงพฤติกรรมของมนุษย์ในการที่จะจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ไปใช้ในการผลิตสินค้าและบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ที่มีอยู่อย่างมากมาย

วิธีการศึกษาเศรษฐศาสตร์มี 2 ข้อสำคัญ คือ 1) เศรษฐศาสตร์ตามที่เป็นจริง (Positive Economics) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั้งในอดีต ปัจจุบัน และที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ผลที่ได้คือ กฎทฤษฎี 2) เศรษฐศาสตร์ตามที่ควรจะเป็น (Normative Economics) ต้องอาศัยการพิจารณาจริยธรรม

คุณธรรม กฎเกณฑ์ของสังคม วิจารณ์ญาณส่วนบุคคล สิ่งที่ได้คือ ควรจะเป็นเช่นใด ซึ่ง CFO ใช้วิธีการศึกษาแบบ Normative มากกว่า Positive เนื่องจากเราต้องนำสิ่งที่ควรจะเป็นมากำหนด How to ว่าควรจะทำอย่างไร เช่น การจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นธรรม การใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

เป้าหมายของเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Micro Economics) คือ ประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และเสรีภาพ ถือว่ามีความเกี่ยวข้องกับการจัดการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพ

คำถามและคำตอบ (Q&A)

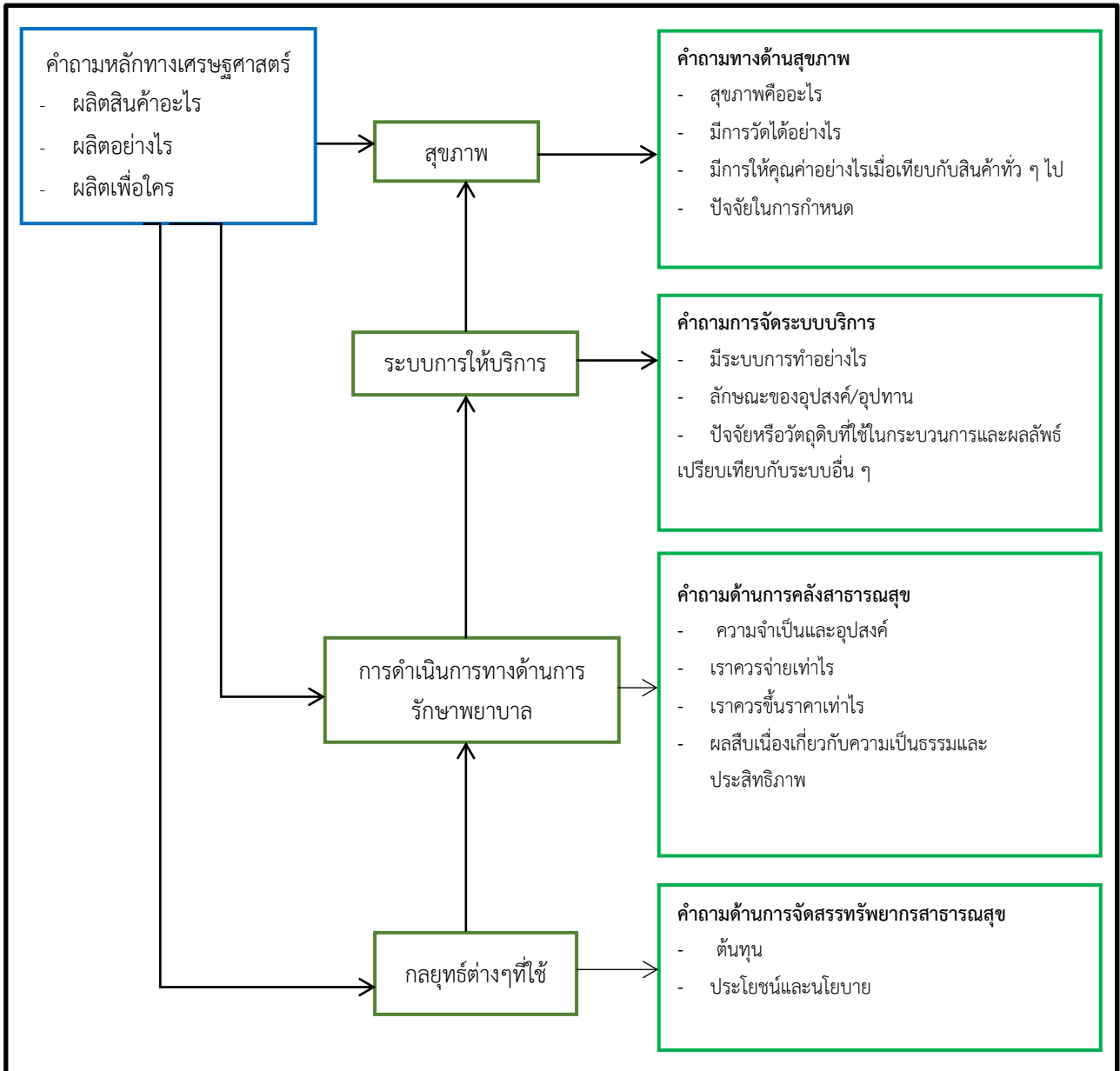
Q: ทำไมการศึกษาเศรษฐศาสตร์ทำให้เข้าใจบทบาทของรัฐบาล

A: เนื่องจากการศึกษาถึง Demand Supply (อุปสงค์ – อุปทาน) ทำให้ทราบถึงสถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศ มีเงินทุนในการบริหารจัดการประเทศแค่ไหน มีทุนสำรอง มีงบประมาณ

Q: การเงิน การคลัง การงบประมาณต่างกันอย่างไร

A: การงบประมาณ เป็นการคาดการณ์การเงิน รายรับที่คาดว่าจะได้ และรายจ่ายคาดว่าจะใช้ การคลัง คือ เงินเข้าอย่างไร ออกอย่างไร และการงบประมาณเกี่ยวข้องกับบุคคล

ปัจจัยการผลิต หมายถึง สิ่งที่น่านำมาใช้ในการประกอบการผลิตสินค้าและบริการ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ ที่ดิน แรงงาน ทุน และผู้ประกอบการ ซึ่งแรงงานเป็นปัจจัยที่แพงที่สุด สำหรับปัญหาพื้นฐานทางเศรษฐกิจมี 3 ข้อ คือ 1) ผลิตสินค้าอะไร (what to produce) 2) ผลิตอย่างไร (how to produce) จึงจะมีประสิทธิภาพสูง 3) ผลิตเพื่อใคร (for whom to produce) หน่วยงานทางสาธารณสุขจะต้องตอบคำถามเหล่านี้ได้ ดังนี้



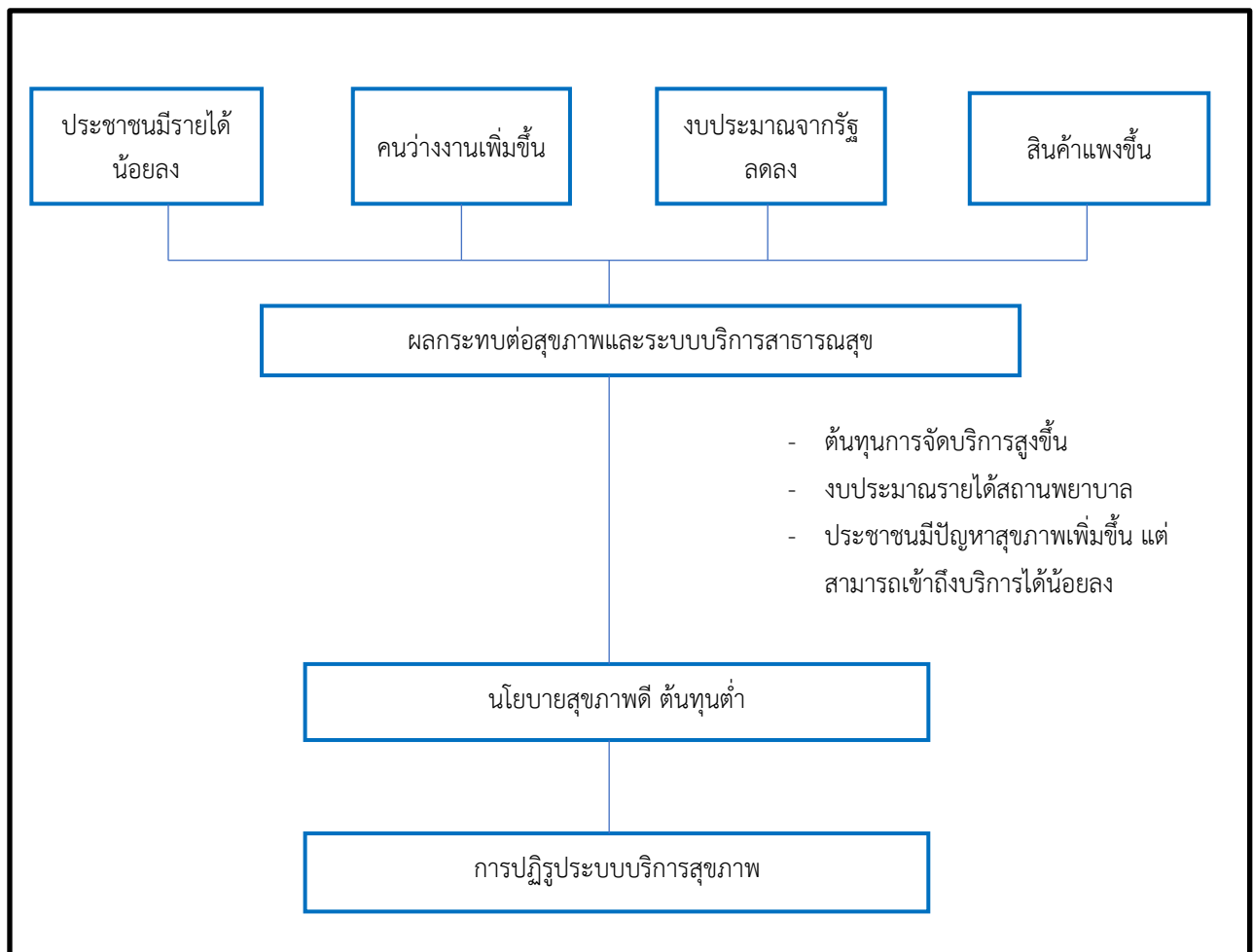
คำถาม&คำตอบ (Q&A)

Q: คนไข้เป็นไส้ติ่งอักเสบมาโรงพยาบาล 3 คน พร้อมกัน (คนที่หนึ่งถือบัตรทอง คนที่สองบัตรประกันสังคม และคนที่สามถือบัตรราชการเป็นภรรยาผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้น) คำถาม คือ จะผ่าตัดให้กับคนที่ถือบัตรอะไร (คนถือบัตรเป็นเด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุตามลำดับ)

A: เน้นเรื่องการลดความเหลื่อมล้ำ ความเป็นธรรมต้องมากกว่ากำไร ขาดทุน คนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพมาก ต้องได้รับการรักษาพยาบาลครอบคลุมกว่า คนที่มีความจำเป็นสุขภาพเท่ากันก็ต้องได้รับการบริการด้านสุขภาพที่เหมือนกัน สรุปคือ แล้วแต่ตามที่ควรจะเป็น

การวิเคราะห์ปัญหาในระบบบริการสาธารณสุขในเชิงเศรษฐศาสตร์และภาพรวม ซึ่งภาพรวมทั่วไปของปัญหา คือ ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข (เป็นประเด็นที่สำคัญที่สุด) บริการสาธารณสุขของรัฐมีประสิทธิภาพต่ำ ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (เป็นประเด็นที่แก้ไขยากที่สุด) และความพึงพอใจต่อบริการสาธารณสุข

เมื่อเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อค่าบริการ นั่นคือ ต้นทุนระบบบริการสูงขึ้น งบประมาณรายได้ของสถานพยาบาลลดลง ประชาชนมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น เกิดนโยบายสุขภาพดีต้นทุนต่ำ และการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งต้องใช้งบประมาณมากในการสร้างและรักษาระบบบริการสุขภาพที่ดี ดังนี้



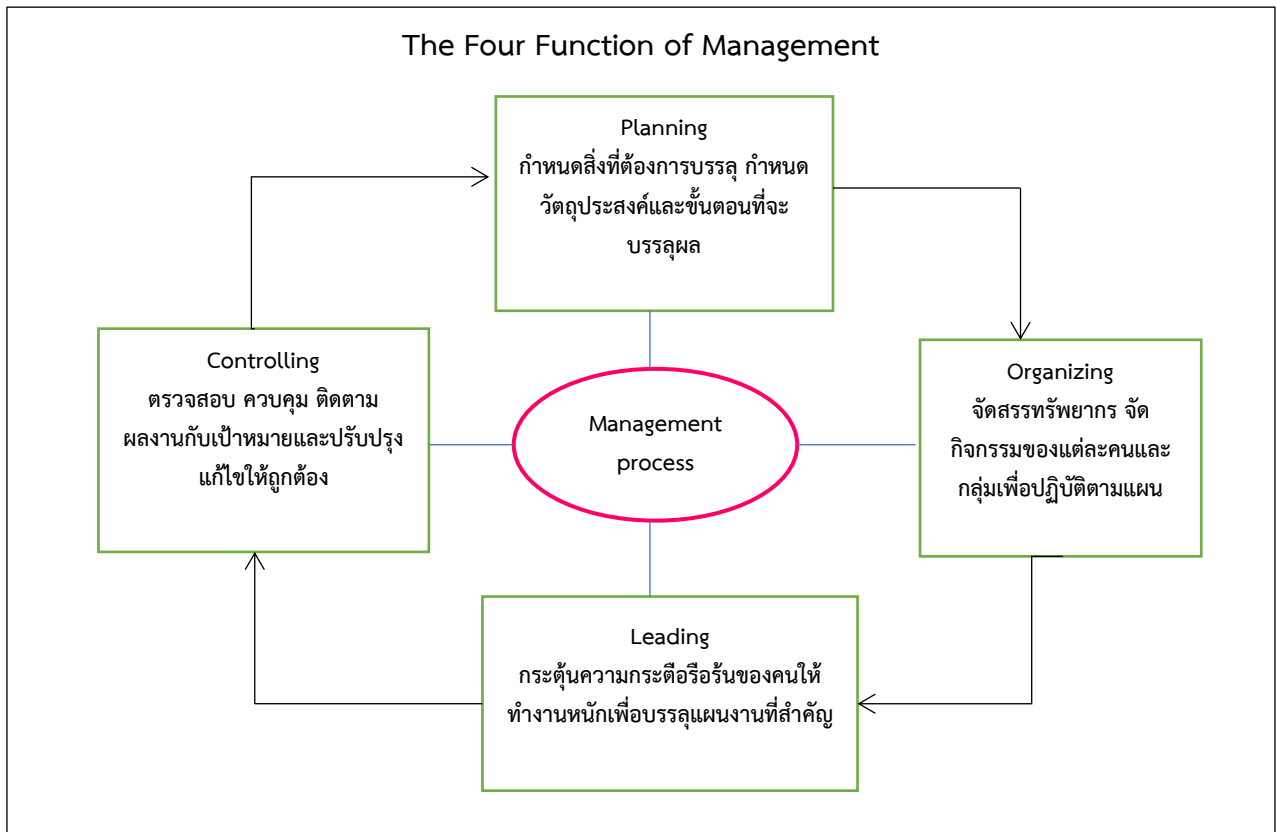
ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คือ

- การคลังสุขภาพ (Health financing)
- เศรษฐศาสตร์โรงพยาบาล (Hospital economics)
- เศรษฐศาสตร์คลินิก (Clinical economics)
- การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Economic evaluation)
- เศรษฐศาสตร์การเมือง (Political economy of health)
- เศรษฐศาสตร์การประกันสุขภาพ (Health insurance)

โดยภาพรวมปัญหาของระบบสุขภาพไทย

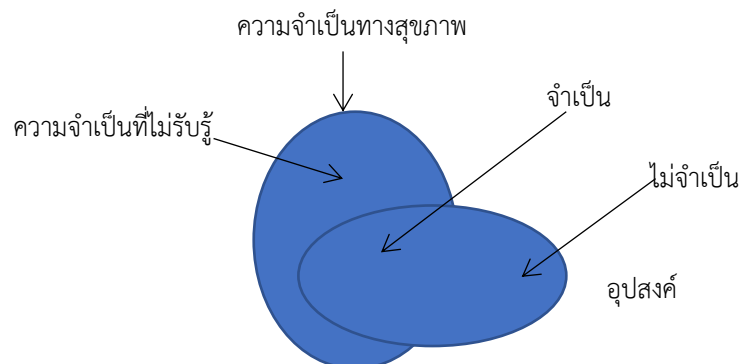
- 1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น (Health care cost escalation) ดูจากอัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย สูงขึ้นมากกว่าการเพิ่มขึ้นของ GDP การพัฒนาการคลังแบบสะสม/การคลังหมู้น้อย (กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และ UC) และการบริโภคยาที่สูงประมาณ 35% มากกว่าอัตราการใช้จ่ายทางด้าน สุขภาพ
- 2) ปัญหาประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของระบบ (Inefficiency of the system) คือ ขาดบริการทาง การแพทย์ปฐมภูมิและระบบส่งต่อไม่ดี ความซ้ำซ้อนของการครอบคลุมการประกันสุขภาพ และ ระบบการให้บริการ ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลคืนทุนต่ำ การจัดสรรงบประมาณไม่ยุติธรรม
- 3) ปัญหาขาดความเสมอภาค (Inequity of the system) ปัจจุบันคนไทยไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประมาณ 0.5 % การช่วยจ่ายชดเชยจากรัฐเป็นธรรมในเรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการและ ทางเลือก ซึ่งในเมือง/ชนบทมีทางเลือกต่างกัน
- 4) ปัญหาการยอมรับในคุณภาพบริการ (Unacceptable quality of Care) โรงพยาบาลต้องมีการรับรอง คุณภาพเพื่อให้ประชาชนรับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดค่าใช้จ่ายแบบเหมารายหัว ไม่เน้นการรักษาแต่เน้นการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาการยอมรับในคุณภาพการบริการ คือ คุณภาพ บริการของการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวโดยเฉพาะการให้บริการโรคเรื้อรัง คุณภาพบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่เสี่ยงภัย ยังเป็นปัญหาเรื่องการจัดบริการด้านหน้า และผู้ซื้อบริการปฏิบัติตัวไม่ระวัง ไม่มี มาตรการในการควบคุมผู้ให้บริการสุขภาพ
- 5) ปัญหาการตรวจสอบที่โปร่งใส (Unaccountability of The System) คือ ภาคเอกชนทำการขยาย บริการ โดยไม่มีการวางแผน และไม่ปฏิบัติตามกฎข้อบังคับ ข้อมูลสารสนเทศที่จะให้กับผู้รับบริการมี น้อย ขาดระบบการติดตามข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง CFO ควรเน้นการตรวจสอบที่โปร่งใส

การนำหลักเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข



ความจำเป็นทางสุขภาพ

- ความจำเป็นที่รับรู้ (felt need)
- ความจำเป็นที่แสดงออกหรืออุปสงค์ (expressed need หรือ demand)
- ความจำเป็นที่ได้รับการตอบสนอง (met need หรือ met demand)
- ความจำเป็นที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)



ความจำเป็นทางสุขภาพ “จำเป็น” ถูกกำหนดโดย Professional เช่น ลุงต้องไปเจาะเลือด คินนี้ต้องนอนโรงพยาบาล งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนเพราะต้องผ่าตัด ท้อง นั่นคือ Health define by Professional อุปสงค์ของสุขภาพจึงเป็นอุปสงค์เทียม สินค้าบริการสุขภาพถูกกำหนดโดย Professional เพราะฉะนั้นถ้า Professional จะเป็นผู้กำหนดว่าจำเป็น ความจำเป็นที่ไม่รับรู้เป็นเรื่องที่ไม่ต้องบอกทุกคนรู้อยู่แล้ว

เหตุผลที่เกิด unmet need มี 2 ส่วน คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้รับบริการ/ผู้ใช้บริการ unmet need มาจากเงินเป็นอุปสรรคที่สำคัญ unmet need ของผู้รับบริการ คือ Professional ไม่ define need ให้ เช่น คนไข้บอกว่าปวดหัวมากต้องการทำ CT สแกน ถ้าไม่มีข้อมูลหมอไม่เชื่อว่าต้องทำ CT สแกน

Principle of Health Economics

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเป็นการใช้หลักเศรษฐศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาพื้นฐานในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขสำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) ผลิตสินค้าและบริการสาธารณสุขอะไร จำนวนเท่าใด จึงจะเหมาะสมกับความจำเป็นและความต้องการของประชาชน
- 2) ผลิตสินค้าและบริการสาธารณสุขอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพ
- 3) การกระจายสินค้าและบริการสาธารณสุขอย่างไรจึงจะทำให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงสินค้าและบริการ

ดังนั้นประเด็นสำคัญทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คือ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ คือ

- 1) เพื่อการตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการประเมินทางเลือกต่างๆ เรียกว่า การประเมินผลทางด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Evaluation)
- 2) เพื่อศึกษาระบบที่ดำเนินการอยู่ เพื่อแสวงหาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล เรียกว่า การวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Analysis)

การประเมินผลบริการสาธารณสุข

การประเมินผล เป็นการพยายามที่จะวัดตัวแปรต่อไปนี้ 1) เป้าหมายของบริการ 2) กระบวนการ (process) 3) ผลได้ (outcome) จากกระบวนการหรือจากปัจจัยการผลิตนั้นๆ

ความสัมพันธ์ของตัวแปร ประกอบด้วย 1) ผล (Effect) 2) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) 3) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และ 4) ความเป็นธรรม (Equity)

การประเมินผล (evaluation)

การประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ คือ การวัด (measurement) และการประเมินค่า (assessment) ของสิ่งที่จะวัดนั้น โดยการวัด (measurement) หมายถึง การประมาณค่าโดยใช้มาตรฐานใดอย่างหนึ่งเปรียบเทียบเพื่อการประเมินค่านั้น เช่น การวัดส่วนสูง หน่วยวัดเป็นเซนติเมตรหรือเป็นฟุตก็ได้ โดยการประเมินค่า (assessment) หมายถึง การเทียบวัดนั้นกับเกณฑ์อย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อตัดสินค่าที่วัดนั้น เช่น สูงหรือเตี้ย เช่น นาย ก.สูงกว่านาย ข. แต่ต้องมีการวัดและการประเมินค่า

เครื่องมือในการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ Analyses: (Economic Evaluation Tools) ประกอบด้วย

- Cost Descriptive
- Cost Analysis
- Cost Minimization ทางเลือกสองทางที่หาต้นทุนที่ต่ำที่สุด อันไหนต้นทุนต่ำสุดเลือกอันนั้น
- Cost Benefit Analysis: ต้นทุนผลประโยชน์
- Cost Effectiveness Analysis: ต้นทุนประสิทธิผล
- Cost Utility Analysis: ต้นทุนอรรถประโยชน์

มาตรการในการประเมินผล ประกอบด้วย

- 1) ผล (Effect)
- 2) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) เป็นการวัดความสามารถของกระบวนการ เป้าหมายของกระบวนการ คือ ผลที่ได้ หรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดผลที่ต้องการ คือ การวัดขีดความสามารถของกระบวนการหรือกิจกรรมเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด ก็คือ output outcome ทหารด้วย Target
- 3) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพของกระบวนการที่ผลิตใดๆ หมายถึง อัตราส่วนระหว่างผลิตผล (output) ต่อปัจจัยการผลิต (input) ก็คือ output ทหารด้วย input
- 4) ต้นทุนประสิทธิผล (cost-Effectiveness) เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ แต่การประยุกต์มาตรการนี้ ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมนั้นๆ ไว้อย่างชัดเจนกับทั้งขอบเขตและวิธีการของการวัด outcome แต่การวัด outcome ที่เป็นต้นทุนประสิทธิภาพ จะวัดออกมาในรูปของต้นทุนที่เป็นหน่วยธรรมชาติ natural unit เช่น จำนวนปีที่มีชีวิตรอด
- 5) ต้นทุนผลได้ (cost Benefit) จะวัดจาก outcome หรือผลได้ออกมาเป็นหน่วยที่เป็นตัวเงิน



ซึ่งการวัดประสิทธิภาพ ตัวแปรที่สำคัญ คือ ต้นทุนการ input ที่มีผลผลิต เช่น input ทรัพยากรที่เป็นสิ่งของหรือบริการที่จัดทำเพื่อประชาชน ถ้าเราเอา input หารด้วย output จะได้ตัวชี้วัดหรือตัวแปรที่สำคัญคือ ต้นทุน

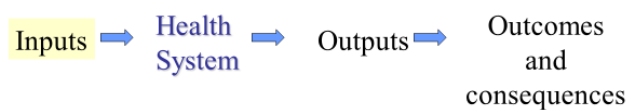
การวัดประสิทธิผล เราวัดเทียบระหว่าง (ปริมาณ คุณภาพ เวลา) ผลลัพธ์ที่ได้ หรือผลจากการจัดบริการ เช่น ผลกระทบที่มีต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพ คือ output เทียบกับ target (ปริมาณ คุณภาพ เวลา)

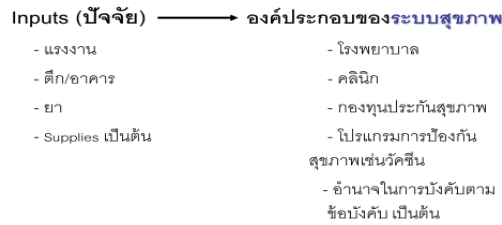
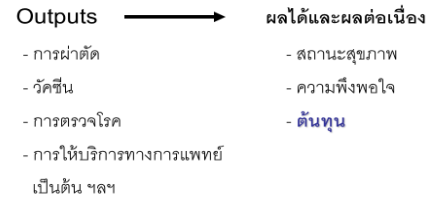
การเรียนสาธารณสุข จะเน้นประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการเน้นตัวแปรพวกนี้

ในระบบบริการสุขภาพ จะมี System Approach หรือ Basic Flow Diagram for the Health System ดังภาพข้างล่างนี้ ซึ่งประกอบด้วย Inputs → Health System → Outputs → Outcomes and Consequences โดย Consequences คือ ผลสืบเนื่องที่ตามมา



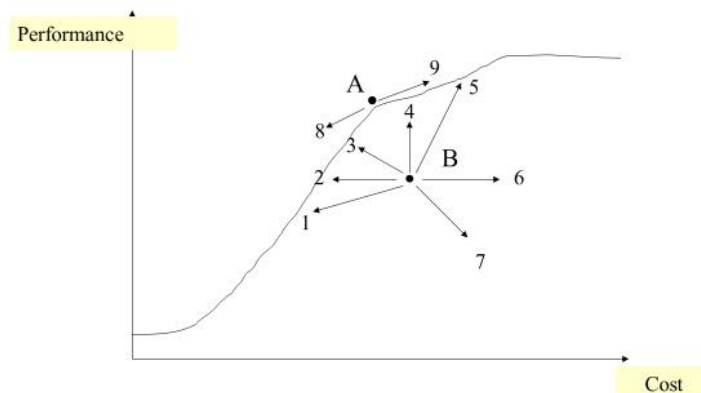
Basic Flow Diagram for the Health System



องค์ประกอบของการแก้ไข องค์ประกอบของการแก้ไข 

โรงพยาบาลสมัยใหม่จะคิดต้นทุน เพื่อถามว่าเราจะจัดสรรงบประมาณตามต้นทุนได้หรือไม่ ต้นทุนของแต่ละที่ไม่เหมือนกัน เช่น labour cost โรงพยาบาลหนึ่งอาจจะแตกต่างจากอีกโรงพยาบาลหนึ่ง แต่ละที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นต้องมีการ weight ตัวเลขที่เหมาะสม

ต้นทุนมักเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาเสมอ เพราะเรามีทรัพยากรจำกัด ดังนั้นถ้าต้นทุนในการจัดการสูง ต้องมีการปฏิรูป โดยในทางเศรษฐศาสตร์ใช้ต้นทุนหน่วยสุดท้าย (Marginal cost) เช่นคนไข้นอน รพ.เกิน 1 วัน ต้นทุนจะเกินไปเท่าไร

Cost-Performance Trade-Off 

ภาพ Cost-Performance Trade-Off (Trade-Off เป็นศัพท์ทางเศรษฐศาสตร์ แปลว่า “ได้อย่างเสียอย่าง” แกน Y คือ Performance แกน x เป็นต้นทุน Cost ถ้า A ต้นทุนต่ำ Performance สูง แปลว่าดี ซึ่งจากรูปจะพบว่า A มีทั้ง A8,9 และ B มีตั้งแต่ B1-7 บางครั้งการทำงานของเรามีผลงานโดยไม่ได้ใช้ต้นทุน เช่น งานอาสาสมัคร จิตอาสา งานกาชาด ซึ่งหากถามผู้ที่มาจากเขตสระบุรี ลองพิจารณาดูว่าน่าจะอยู่ที่ A หรือ B จ.สระบุรี ซึ่งเขตสระบุรีน่าจะอยู่ตรงที่ต้นทุนสูง B7 เพราะเงินเดือนสูงข้าราชการ C สูง โดยมุมมองของแต่ละหน่วยงานอาจต่างกันได้ตามเงื่อนไขของแต่ละที่

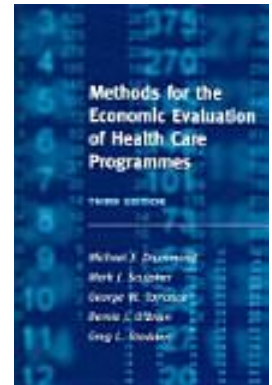
ดังนั้น ประเด็นด้านต้นทุนขึ้นกับหน่วยงานต่างๆ เช่น

1. กระทรวงสาธารณสุข
2. กระทรวงการคลัง เน้นเพิ่มคุณภาพบริการ ขึ้นอยู่กับประชากรที่ลงทะเบียน
3. รัฐบาล เน้นควบคุมค่าใช้จ่าย
4. นักเศรษฐศาสตร์ เน้นควบคุม “ความคุ้มค่า คุ่มทุน”

ตัวอย่าง Core Performance Criteria ประกอบด้วย 1) สถานะสุขภาพ 2) ความพึงพอใจของผู้บริโภค
3) การป้องกันความเสี่ยงทางการคลัง



Mark Sculpher ท่านเป็นอาจารย์สอนที่ York University มีความเชี่ยวชาญทางด้าน Economic Evaluation เรื่องนี้เน้นเรื่อง Organization และการจัดบริการสุขภาพ ความต้องการในการหา Gap บริการสุขภาพ อธิบายค่านำ และ ทฤษฎี การพิจารณาเอาไปใช้ประโยชน์ การเอาไปใช้และยกตัวอย่างการศึกษา และ อภิปรายถึงข้อจำกัด และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยหนังสือเล่มนี้เป็นคัมภีร์ 45 ออร์หันต์ ในการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์



Mark Sculpher is Professor of Health Economics and is Director of the Programme on Economic Evaluation and Health Technology Assessment. He has been based at York University since 1997.
<mark.sculpher@york.ac.uk >

วัตถุประสงค์ในเล่มของอาจารย์ Mark Sculpher ตอบคำถามว่า

1. ทำไมการประเมินเศรษฐศาสตร์ถึงสำคัญ
2. หนังสือเล่มนี้ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ และข้อมูลว่าทำไมเราต้องเรียนเรื่อง health efficiency and health equity
3. อภิปรายคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทางเศรษฐศาสตร์

Economic Evaluation (EE) in Health Services

1) What is Economic Evaluation (EE)?

“.....the comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their cost and consequences”

หมายถึง การเปรียบเทียบเพื่อกำหนดทางเลือก
 เปรียบเทียบต้นทุน กับ Consequences โดย
 Consequences หมายถึง (ผลที่ตามมา
 ผลสืบเนื่อง ผลได้ ผลลัพธ์ หรือผลผลิต) โดยจะ
 เกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อที่จะได้ทำการ
 ประเมิน



2) Why do Economic Evaluation?

เพื่อต้องการที่จะพัฒนาปรับปรุง Strategies, Programmes and interventions และมีข้อมูลเพื่อ
 ประกอบการตัดสินใจในอนาคต พิจารณาทางเลือกเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ ชัดเจน ต้องโปร่งใส
 เพราะเงิน สปสข.เป็นเงิน public funds และเพื่อช่วยในการเลือก (choosing) ระหว่างทางเลือกที่
 เหมาะสม เพราะฉะนั้นอันนี้เป็นกรเพิ่มการช่วยเหลือในการตัดสินใจ แต่ไม่ใช่ substitute for
 thought “An aid to decision-making, not a substitute for thought” หมายถึงว่า เราในฐานะ
 นักวิชาการเราจะช่วยในฐานะให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ เช่น การป้องกัน HIV

e.g. comparing different HIV prevention programmes in terms of their cost and their
 effectiveness in preventing new HIV cases cost per HIV – case prevented

เช่น ให้ถุงยางอนามัย ให้คำปรึกษา หรือให้เข็มฉีดยา จะเห็นได้ว่าต้นทุนเท่าไรต่อการป้องกันเชื้อ HIV

e.g comparing different HIV treatment programmes in terms of their effectiveness in
 extending life and their cost - cost per life year gained

ถ้าเป็นเรื่องการรักษา จะเป็นเรื่อง cost per life year gained โดย สปสข.ให้เงินผ่านหน่วยบริการ
 จ่ายยาต้านไวรัสลำดับที่ 3 (3rd line ARV center) หรือ ARV แต่ถ้าเป็นเรื่องของการตัดสินใจต้องมี
 ทางเลือกที่เหมาะสมโดยต้องมีทางเลือกมากกว่า 1

3) What is costing useful for?

เราสามารถกำหนดหรือป้องกันการใช้ทรัพยากร โดยถ้าเราสามารถ Identify cost เช่น ถ้ามี cost
 เกิดขึ้นเราจะบริหารอย่างไร เท่าไร สปสข. ให้ cost available จำนวนมาก ใช้งบ HIV 200 ล้าน โดย
 TB งบน้อยกว่า หรือเราจะให้หมอ เวชบำบัด พยาบาล เงินเดือนต่างกันในการให้บริการ และคิด Cost

ออกมา Cost จะมีประโยชน์ในการนำมาจัดทำงบประมาณ Budgeting ตัวอย่างยุทธศาสตร์ของ สปสข. มีกี่ข้อ ต้องคิดให้ได้ว่ายุทธศาสตร์ที่ 1-5 แต่ละข้อมีต้นทุนเท่าไรในแต่ละยุทธศาสตร์ และนำมา คำนวณนำมาพิจารณา Resourc และส่วนที่เหลือต้องดูว่าเราจะไปเองงบประมาณ หรือ Funding ได้ จากที่ใด และจะใช้ Strategic ใดคุ้ม และเป็น Common มีการคิดต้นทุน และ input ที่ชัดเจน

Types of Economic Evaluation

มีเครื่องมือ 4 ตัว ในการเปรียบเทียบความแตกต่าง คือ แนวทางที่จะไปวัด Outcome แต่ละตัวมี วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่แตกต่างกัน ขึ้นกับคำถามวิจัย โดย Economic Evaluation (EE) เป็นเครื่องมือ การวิจัยประเมินผลโดยใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์

Four main techniques (tools):

- 1) Cost-minimization analysis
- 2) Cost-benefit analysis
- 3) Cost-effectiveness analysis
- 4) Cost-utility analysis

- All attempt to compare the inputs with the outputs/outcomes
- All use similar costing methods to estimate the inputs
- Main distinction = way in which outcomes (benefits) are evaluated
- Each has advantages and disadvantages – *asking and the alternatives you are comparing*

Cost-minimization analysis (CMA)

- Outcomes between two or more alternatives are identical (e.g. exactly the same number of life-years gained)
 - Thus, the evaluation aims to identify the least costly (cheapest) intervention
 - Only addresses technical efficiency & costs of inputs
 - CMA is limited in use because it is not often that the outputs are exactly the same (intangible/differential effects)

CMA คือ การมีประสิทธิภาพในเทคนิค (Technical)

Cost-effectiveness analysis (CEA) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล

- Probably the **most used approach**. When the outcomes of their different interventions are different but can be measured in the **same terms (natural units)** then the inputs are costed. ที่เน้นคำว่า most used approach เพราะว่าวิธีนี้ใช้มากที่สุด แต่ตัว Outcomes ต้องวัดใน Unit ที่เป็นธรรมชาติ หรือเรียกว่า natural unit

Cost-benefit analysis (CBA)

CBA's are used **infrequently in health care** because it is difficult of expressing health benefits directly in monetary unit – Human capital & willingness to pay approaches. โดยจะวัดในรูปของเงินตราหรือ monetary terms คือเป็นการวัด**การจัดสรร** (Allocate) หรือประสิทธิภาพในการจัดสรร ซึ่งยากที่จะวัด Benefits ในรูปของตัวเงิน

Cost-utility analysis (CUA) ต้นทุนอรรถประโยชน์

โดยเรารู้ว่า CMA เป็น Technical efficiency และ CBA เป็น Allocate efficiency
 Technical efficiency แปลว่า “Doing it right” คือ ทำให้มันถูก
 Allocate efficiency แปลว่า “Doing the right thing”

Cost-utility analysis (CUA)

- Lies between CEA and CBA – assesses technical efficiency (*doing it right*) as well as allocative efficiency (*doing the right thing*) **but only** within the health care sector
- Benefits expressed in terms of a multi-dimensional unit of outcome (e.g. QALYs or DALYs etc). This measure of outcome combines values of mortality and morbidity with values based on preferences of patients and related individuals regarding health states.
- Interventions are compared in terms of cost per unit of utility gained

CUA and efficiency

CUA and technical efficiency (*doing it right*)

- This is important for interventions leading to differing life expectancy and differing quality of life
 - e.g. ARVs versus treatment and prophylaxis of OIs for HIV-positive people

CUA and allocative efficiency (*doing the right thing*)

- CUA can assess allocative efficiency in the health sector (By using a common outcome measure (e.g. QALY or DALY) you can compare two or more interventions in the health sector irrespective of their difference in target illness.

CUA and efficiency อรรถประโยชน์เป็นเรื่องที่อยู่ระหว่าง CMA กับ CBA

CUA and technical efficiency ประสิทธิภาพทางเทคนิคกับ CUA and allocative ซึ่งหมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดสรร ซึ่งอรรถประโยชน์อยู่ระหว่าง (QALY or DALY) ซึ่ง QALY หมายถึง จำนวนปีที่มีชีวิตอย่างมีคุณค่าอันนี้เป็น Positive, ส่วน DALY หมายถึง จำนวนปีที่มีชีวิตอย่างทุพพลภาพเป็น Negative ดังนั้นวิธีการวัดคุณภาพจะวัดได้ 2 รูปแบบ คือ วัดในเชิงปริมาณกับวัดในเชิงคุณภาพ

โจทย์; ตัวอย่าง Simplified criteria to guide decision making for cost-effectiveness

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อใด

- 1) Alternative is less costly and less effective
- 2) Alternative is less costly and more feecetive (dominated strategy)
- 3) Alternative is more co tly but less effective
- 4) It is morecostly but also more effective; if the extra cost is worth the extra benefit then choose this alternative (ข้อนี้ต้องดูเงื่อนไขก่อน)

คำตอบที่ถูกต้อง คือ ข้อ 2

Summary

- EE is useful tool for resource allocation หมายถึง EE เป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณ แต่ต้องดูเรื่องความไม่แน่นอนร่วมด้วย
 - Accounting for uncertainty เช่น ในภาวะเงินเฟ้อ ซึ่งต้องเขียนข้อจำกัดด้วยว่ามีภาวะเงินเฟ้อ
 - Sometimes we cannot be certain about some aspects of the economic evaluation, especially future costs (e.g. inflation rate) and benefits
 - **Sensitivity analysis:** use a range of estimates based on different assumptions to assess if changes in the value of a variable will affect the results of the analysis for both costs and effects การวิเคราะห์ความอ่อนไหว
- สรุป** ถ้าจะวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุนทั้งหลายทั้งปวง ต้องไม่ลืมจริยธรรมและความเป็นธรรมด้วย

Key messages

- Economic evaluation is “an aid to decision-making, not a substitute for thought” EE เป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ แต่ไม่ช่วยตัดสินใจให้ใครเพียงคนหนึ่ง
- Select type of economic evaluation based on the question to be addressed อยู่ที่คำถาม
- Always remember and account for uncertainty in the results ไม่ลืมในเรื่อง uncertainty

Workshop - could be individual or group/practical exercise :

Group 1 You are attending training on health economics and financing management. Why do you think this issue is important?

Q: จากโจทย์ที่ว่า ทำไมเราจึงต้องมาเรียนคอร์สบริหารจัดการการเงินการคลัง?

A: ทำให้เรามีความรู้ความเข้าใจกลไกการบริหารจัดการการเงินการคลัง และระบบบริหารการเงินการคลังหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Group 2 Some people say that the decision about what type of health services to use is left to the patient. Private providers will respond best to patient preferences, and the government should have no role in health care provision. Do you agree? If not, please state your reasons for disagreeing.

Q: ถ้าให้ภาคเอกชนมาจัดสวัสดิการในการบริการสุขภาพ ท่านคิดว่าจะดีไหม และท่านเห็นด้วยหรือไม่?

A: ไม่เห็นด้วย เพราะระบบบริการสุขภาพ เป็นสินค้าสาธารณะ และถ้ามีการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในบริการ ทำให้เกิดกำแพงกันในเรื่องของการเงิน โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง และเรื่องการรับรู้เรื่องสุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ของประชาชนแต่ละคนไม่เท่ากัน

Group 3 The outpatient clinic at Hospital A is visited by 20 patients daily. There is one room and two clinic staff. A patient survey shows that all patients are happy with the services they receive. At Hospital B, the outpatient clinic consists of four rooms and there are six nurses. The number of patients is 20 per day. Recently, Hospital B could not pay some of their drug bills, because there was not enough money.

Q: สร้างโจทย์เป็นสถานการณ์ ว่าโรงพยาบาล A มีผู้ป่วยนอก 20 คนต่อวัน มีเจ้าหน้าที่ 2 คน มีห้องตรวจ 1 ห้อง ในขณะที่โรงพยาบาล B มีผู้ป่วยนอก 20 คนต่อวันเหมือนกัน แต่มีเจ้าหน้าที่พยาบาล 6 คน มีห้องตรวจ 4 ห้อง แต่ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล B เป็นหนี้ค่ายา และไม่มียาตามที่แพทย์ต้องการจะจ่ายยา

1) Q: Is there a problem? At which hospital?

A: โรงพยาบาล B มีปัญหาเรื่อง unit cost ในขณะนี้จำนวนผู้ป่วยเท่ากัน แต่ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงเป็นปัญหาในเรื่องการบริหารจัดการ unit cost

2) Q: Can you name an “economic term” to describe the problem?

A: โรงพยาบาล B มีปัญหาเรื่อง “economic term” คือมีปัญหา technical efficiency ในเรื่อง Unit cost

3) Q: What could you do to help the hospital administrator solve the problem?

A: ใช้วิธีการ Cost-minimization analysis (CMA) เพื่อแก้ปัญหา Unit cost

Group 4 You live in a poor rural province. Recently, the provincial governor has decided that 70% of this year’s annual health budget should be spent to by CT scanners for every district hospital.

Q: ถ้าท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดที่ยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท ท่านจะใช้งบประมาณในการซื้อ PP เพื่อใช้เงิน 70% ในการซื้อ Health budget อย่างเดียวเลยหรือไม่?

1) Q: Is there a problem?

A: เป็นปัญหาเพราะเราใช้เงิน 70% ซื้อ Health Budget เพื่อซื้อ PP

2) Q: Can you name an “economic term” to the problem?

A: มีปัญหา เพราะใช้เงินเกินครึ่งเพื่อซื้อ PP ของ Budget ทั้งหมด

3) Q: What information would you like to have when you discuss the problem with the governor?

A: คงต้องดูก่อนว่างบประมาณที่ผ่านมามีสัดส่วนในการดูแลเรื่องสุขภาพมากน้อยแค่ไหน อัตราการใช้ และมีความจำเป็นมากน้อยแค่ไหนในการ Allocative ให้เหมือนกันในทุกๆ โรงพยาบาล ซึ่งควรถามต่อว่ามีความจำเป็นมากน้อยแค่ไหน และต้องดูสถิติและอัตราการใช้ที่ผ่านมามีมากน้อยแค่ไหน และดูความคุ้มค่าคุ้มทุนในการนำไปใช้ด้วย

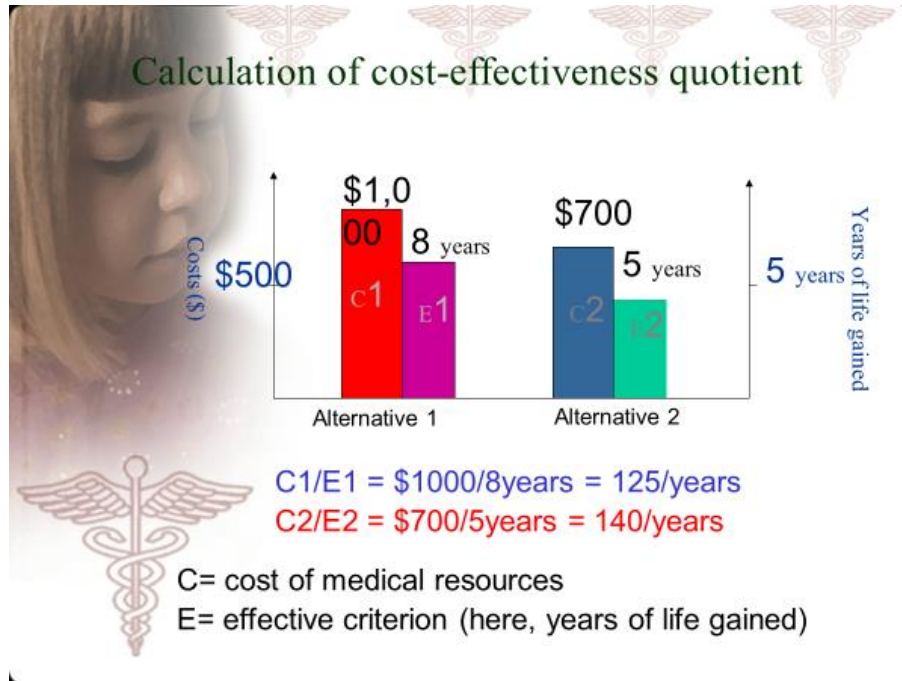
Group 5 What is the difference between the terms cost effectiveness and cost benefit analysis?

Q: ความแตกต่างระหว่าง cost effectiveness and cost benefit ต่างกันอย่างไร

A: Outcome ต่างกัน ถ้าเป็น cost effectiveness เป็นการวัด natural unit แต่ถ้าเป็น cost benefit จะวัดในรูปของตัวเงิน

การประยุกต์ใช้ Application

Calculation of cost-effectiveness quotient



โจทย์ คือ กรณี : เลือกทางเลือกที่ 1 ลงทุน 500 \$ แต่ Years of life gained 8 ปี
 กรณี : เลือกทางเลือกที่ 2 ลงทุน 800 \$ แต่ Years of life gained 5 ปี

Q: ถามว่าทางเลือกไหน cost effectiveness ดีกว่ากัน

$$C1/E1 = \$ 1,000/8 \text{ years} = 125/\text{years}$$

$$C2/E2 = \$ 700/5 \text{ years} = 140/\text{years}$$

A: ทางเลือกที่ 1 ดีกว่า Cost effectiveness 1,000 \$ 8 ปี แต่ลงทุนน้อยกว่า คือ 125 \$ per years years of life gained

ภาคผนวก

กำหนดการฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน ครั้งที่ 1
 ณ ห้อง Cosmos ชั้น 4 โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

● วันที่ 26 – 28 มิถุนายน 2561

วัน / เดือน / ปี	เวลา	หัวข้อ/รายละเอียด	วิทยากร	หมายเหตุ
วันอังคารที่ 26 มิถุนายน 2561	08.30-08.45 น.	ลงทะเบียน		
	08.45-09.00 น.	พิธีเปิดการฝึกอบรม	นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	- ประธานกล่าวเปิดการฝึกอบรมและให้โอวาทกับผู้เข้า อบรม
	09.00-10.00 น.	CFO และสถานการณ์สุขภาพ ภายใต้การบริหารกองทุน UC	นพ.ชูชัย ศรชำนิ รองเลขาธิการ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	- บทบาท CFO ในระบบหลักประกันสุขภาพ - ทิศทางการบริหารจัดการกองทุน UHC
	10.00-12.00 น.	CFO กับความคาดหวัง	อ.ทวิศรี กรีทอง ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และ การประเมินผล	- Update สถานการณ์กองทุน UHC
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน		
	13.00-16.00 น.	การบริหารกองทุนสุขภาพและ การเงินการคลังของระบบ UHC	นพ.พรเทพ โชติชัยสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักบริหารแผนและ งบประมาณ	- Model of Health Security Financing - การตั้งค่าของงบประมาณ และกระบวนการตั้ง งบประมาณ - การจัดสรรงบประมาณ - การบริหารกองทุนฯการจัดสรรเงินในระบบหลักประกัน ให้เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ - การประเมินและการติดตามผล (ในภาพงบประมาณ) - workshop

วัน / เดือน / ปี	เวลา	หัวข้อ/รายละเอียด	วิทยากร	หมายเหตุ
วันพุธที่ 27 มิถุนายน 2561	08.30-09.00 น.	ลงทะเบียน		
	09.00-12.00 น.	การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0	อ.ดวงตา ตันโซ ที่ปรึกษาส.งบประมาณ	การจัดการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เน้นความรู้ ความเข้าใจ ในระบบการเงินการคลัง โดยใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพในยุค 4.0
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน		
	13.00-16.00 น.	การเงินการคลังในระบบบริการสาธารณสุข	นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน รพ.รามธิบดี	- ข้อมูลการเงินการคลังระบบบริการสาธารณสุขกับ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข / กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วันพฤหัสบดีที่ 28 มิถุนายน 2561	08.30-09.00 น.	ลงทะเบียน		
	09.00-12.00 น.	ระบบหลักประกันสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย	ภญ.ดร.วลัยพร พิชรณุมล ผอ.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ	- ระบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ - พัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพ - ความสำคัญของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถและกองทุนเงินทดแทน - กระบวนการและข้อกำหนดสำคัญในการเบิกจ่าย ค่าบริการของแต่ละระบบ
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน		
	13.00-16.00 น.	เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับการจัดการการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รศ.ดร.สุนธรา คงศีล คณาจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล	- แนวคิดเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข - ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร

- หมายเหตุ :**
- พักเบรก รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม (เช้า) เวลา 10.00-10.15 น. พักเบรก รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม (บ่าย) เวลา 14.30-14.45 น.
 - การฝึกอบรมครั้งที่ 2 กำหนดจัดวันที่ 24-26 กรกฎาคม 2561 โดยจะแจ้งรายละเอียดให้ทุกท่านได้รับทราบอีกครั้งทาง E-Mail