

TDRI

รายงานที่ตีอาร์ไอ

ฉบับที่ 119
กันยายน
2559

การบริหารจัดการ
ระบบประกันสุขภาพของไทย

สรุปและเรียบเรียง

กิตติพงษ์ สนธิสัมพันธ์

บรรณาธิการบริหาร

จิรากร ยี่งโพลย์วงศ์

กองบรรณาธิการ

วัฒนา กาญจนานันท์

ออกแบบ

wrongdesign

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) ได้เผยแพร่ “รายงานที่ดีอาร์ไอ” (ชื่อเดิมว่า “สมุดปกขาวทีดีอาร์ไอ”) มาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2536 โดยคัดสรรกลั่นกรองงานวิจัยต่างๆ มานำเสนออย่างเรียบง่ายเพื่อจุดประกายให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์

“รายงานที่ดีอาร์ไอ” มีโอกาสรับใช้สังคมไทยมาตลอด 25 ปี เป็นรายสะดวก และปรับมาเป็นรายเดือนในระยะต่อมา อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ฉบับที่ 118 เป็นต้นไป “รายงานที่ดีอาร์ไอ” จะมาพบผู้อ่านเป็นรายสะดวก พร้อมทั้งยังคงนำเสนอเรื่องราวต่างๆ อย่างเรียบง่ายแบบเป็นมิตรต่อความสนใจใคร่รู้ของผู้อ่านทั่วไปเช่นเดิม

ที่มา: เนื้อหาบทที่ 2 ของรายงานฉบับสมบูรณ์ “โครงการศึกษาระบบการพัฒนานโยบายการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์” โดย ดร. อัมมาร สยามวาลา ดร. เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ คุณวีรวิทย์ โปบลย์จิตต์อารี คุณธารทิพย์ ศรีสุวรรณเทศ และคุณธิปไตย แสละวงศ์ เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มีนาคม 2557



การบริหารจัดการระบบ ประกันสุขภาพของไทย

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแบบ บูรณาการในอดีต

การพัฒนาด้านสุขภาพของไทยในอดีตเน้นการควบคุมโรค การขยายสถานพยาบาล และการขยายบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ให้ทั่วถึง ต่อมาในปี 2543 สมัยรัฐบาลนายชวน หลีกภัย เกิดแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงมีการออกกระเบื้องนโยบายสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ เพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยการจัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ

กระบวนการจัดทำร่างกฎหมายดังกล่าวใช้เวลาถึง 8 ปี และมีการประสานงานกับทุกภาคส่วนของสังคม จนกระทั่งในปี 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติจึงผ่านร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีการขยายขอบเขตสุขภาพออกไปกว้างกว่าเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุข โดยให้หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา นอกจากนี้ยังกำหนดให้

1. มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และกรรมการมาจากทั้งภาคราชการ นักวิชาการ วิชาชีพด้านสาธารณสุข และภาคประชาชน ทำหน้าที่เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และยังมีหน้าที่ดูแลให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบ



สุขภาพแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ

2. มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552” ซึ่งผ่านการเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงการวางนโยบายเพื่อบูรณาการระบบประกันสุขภาพให้มีความสอดคล้องและเท่าเทียมกัน

อนึ่ง คสช. มีภารกิจในการเสนอนโยบายด้านสุขภาพในภาพรวมอันได้มาจากการประมวลผลจากมติสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับโครงการให้แก่รัฐบาล มิได้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายตามกฎหมาย จึงมีการตั้งคณะกรรมการชุดอื่นๆ เพื่อศึกษาลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะในประเด็นของค่าใช้จ่ายซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในปี 2550 คณะรัฐมนตรีมีมติให้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ เพื่อทำหน้าที่ในการ

1. ศึกษาวิเคราะห์แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ

2. จัดทำข้อเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุนสุขภาพทั้งสองกองทุน



เนื่องจากค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นทุกปี

ต่อมาในปี 2551 มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติในสมัยรัฐบาลนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมถึงจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในกรณีของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

หลังจากนั้นมีการตั้งคณะกรรมการชุดอีกหลายคณะเพื่อตอบโจทย์ด้านระบบสุขภาพที่รัฐบาลแต่ละยุคสมัยให้ความสำคัญ ในช่วงปี 2552-2554 ภายใต้รัฐบาล



นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ในขณะที่รัฐบาลของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่าย ค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีกรรมการมาจากภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน รวมทั้งสิ้น 30 คน และมีการตั้งสำนักงานพัฒนาระบบ

การเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นสำนักงานเลขานุการ

คพคส. ตั้งขึ้นตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 12 ว่าด้วยเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ ข้อ 111 ซึ่งเสนอให้ “รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง” คพคส. มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนในระยะยาว และปรับปรุงนโยบาย โครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

เนื่องจาก คพคส. เกิดจากสมัชชาสุขภาพ ซึ่งต้องการให้ระบบสุขภาพทุกระบบมีความเท่าเทียมกันทั้งด้านค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ คณะกรรมการชุดนี้จึงถูกแต่งตั้งขึ้นเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในภาพกว้าง โดยมีแนวคิดในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตสองแนวคิด ดังนี้

1. สร้างระบบประกันสุขภาพใหม่ โดยการควบรวมกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ อันจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพ

2. คงโครงสร้างระบบประกันสุขภาพเดิม โดยไม่ยุบรวมกองทุนสุขภาพต่างๆ แต่สร้างความเป็นเอกภาพของระบบการเงินการคลังและสร้างมาตรฐานของสิทธิประโยชน์ขึ้นพื้นฐานให้เท่าเทียมกันทุกกองทุน เนื่องจากทางเลือกที่หนึ่งอาจมีแรงต้านจากผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เนื่องจากเกรงว่าจะกระทบสิทธิและคุณภาพของการรักษายาบาลที่ได้รับ

การดำเนินงานของ คพคส.¹ ยังไม่มีผลงานที่นำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากช่วงเวลานี้ปีที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับการวางกรอบและแผนการทำงานของคณะกรรมการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีการจัดทำร่างระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาซึ่งประกอบด้วยระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ และระบบการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต

นอกจากการออกแบบระบบสาธารณสุขที่พึงปรารถนาในภาพรวม คพคส. ยังดำเนินการเพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพมีเอกภาพมากขึ้น ตามแนวคิดในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตแบบที่สอง โดยหารือร่วมกับคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข² และผู้แทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการยาบัญชี จ (2)³ และการบูรณาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จนกระทั่งเกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมมาจนถึงปัจจุบัน

¹ คพคส. แต่งตั้งเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2554 และยกเลิกเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2555

² คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แต่งตั้งตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1/2547 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2547 และมีการยกเลิกคำสั่งเดิม พร้อมออกคำสั่งแต่งตั้งใหม่ ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2555

³ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 บัญชี จ (2) หมายถึงรายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ ซึ่งเป็นยาที่มีราคาสูงมาก ส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายตัวของสังคมและผู้ป่วย จำเป็นต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา

ต่อมาคณะรัฐมนตรีในรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร มีมติเห็นชอบให้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ในวันที่ 24 เมษายน 2555 และมีการตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ตามมติของคณะรัฐมนตรีในวันที่ 20 พฤษภาคม 2555 คือคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ (อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในรายงานที่ดิอาร์ไอ ฉบับที่ 120 เรื่อง การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในรูปแบบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์) เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพต่อจากคณะกรรมการชุดเดิม

อนึ่ง คพคส. หรือคณะกรรมการชุดเดิมมีข้อเสนอให้คณะกรรมการชุดใหม่สานต่อแนวทางการพัฒนากลไกกลางในการบริหารจัดการระบบการคลังด้านสุขภาพ เพื่อให้ระบบการเบิกจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกัน ระบบดังกล่าวจะต้องมีหน่วยงานที่ต้องตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติภารกิจดังกล่าวสี่หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานกลางบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการ และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล หน่วยงานกลางบริหารมาตรฐานระบบข้อมูลเบิกจ่าย หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพ และหน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย

อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลการดำเนินงานของคณะกรรมการชุดใหม่ พบว่ามีการสานต่อแนวทางการพัฒนากลไกกลางโดย

1. แต่งตั้งคณะกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ ออกแบบกลไก

รวบรวมข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ และ
ออกแบบกลไกกลางในการบริหารการเรียกเก็บค่าบริการ
ของประเทศ

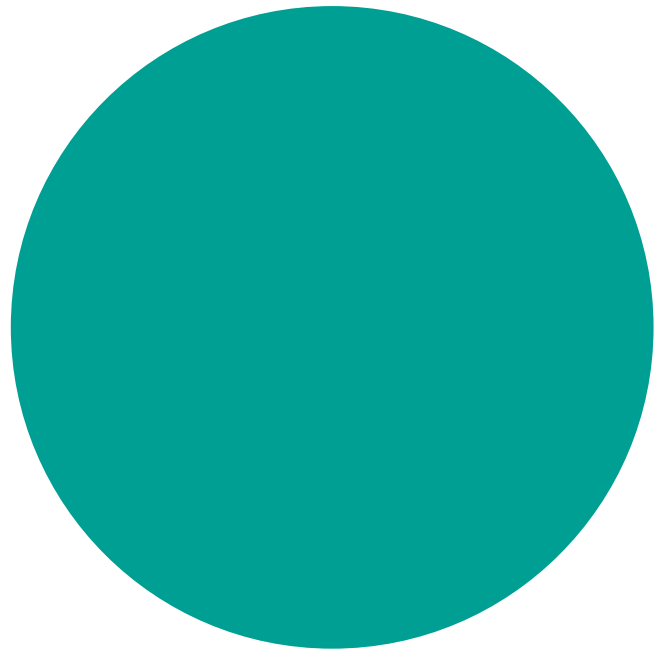
2. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการ
จ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพื่อดำเนินการพัฒนา
เครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกัน
สุขภาพ โดยปรับปรุงการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุนต่างๆ

3. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจ
สอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย เพื่อพัฒนาระบบ
และแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุน และพัฒนาระบบการ
ตรวจสอบการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย และการ
ใช้ยาในระบบประกันสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม การสานต่อแนวทางดังกล่าวยัง
อยู่ในขั้นตอนการศึกษาและพัฒนาในเชิงนโยบาย ยังมีได้
นำไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นจึงไม่สามารถประเมินได้ว่าเกิด
ประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

นอกจากการสานต่อแนวทางการพัฒนากลไก
กลางจาก คพคส. รัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร มี
การสานต่อแนวคิดการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ
สามกองทุนร่วมกับคณะกรรมการประสานความร่วมมือ
ระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนา
ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการประสานงาน
ความร่วมมือ ดังกล่าวพยายามรวมศูนย์การบริหาร
จัดการกองทุนสุขภาพเพื่อประหยัดทรัพยากร และสร้าง
มาตรฐานกลางด้านสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการ
รักษาพยาบาล

น่าสังเกตว่าคณะกรรมการชุดนี้ดำเนินการอย่าง
ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล



ถึงที่สุด เนื่องจากองค์ประกอบของคณะกรรมการมีการ
เปลี่ยนแปลงตำแหน่งตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการ
จึงมีการยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งเดิมและออกคำสั่งแต่งตั้งใหม่
ในปี 2555 เพื่อให้การประสานความร่วมมือของทั้งสาม
หน่วยงานมีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น โดยคณะกรรมการ
ประสานความร่วมมือฯ มีผลงานที่เป็นรูปธรรมดังนี้

1. การตรวจสอบ คณะกรรมการประสานความ
ร่วมมือฯ มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบ
และควบคุมกำกับ การชดเชยค่าบริการและคุณภาพการ
รักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างสามกองทุน โดยเป็นการ
ตรวจสอบทั้งในเรื่องการเงินและคุณภาพในการรักษา
พยาบาล

2. การจ่ายยา มีการลงนามความร่วมมือในวันที่
21 กุมภาพันธ์ 2555 เพื่อจัดทำราคากลางยาและเครื่อง
มือแพทย์ให้เป็นมาตรฐานในการจ่ายเงินให้กับสถาน
พยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยซึ่งอยู่ในความดูแลของสาม
หน่วยงานและ

3. การบูรณาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีการ
ให้สิทธิในการได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถาน



บริการสุขภาพทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชน โดยผู้ป่วยไม่มีภาระต้องสำรองจ่าย และเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555

จากโครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน”⁴ ในปี 2555 พบว่าประชาชนทุกสิทธิเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบการเบิกจ่ายเดิมมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยในเพิ่มจำนวนมากขึ้น สวนทางกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลง ซึ่งน่าจะเกิดจากอัตราการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกไม่จูงใจ นอกจากนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนล้วนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า

ในด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ พบว่าระบบสารสนเทศในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะรองรับการประเมินคุณภาพบริการ และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น ยังไม่รู้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงใด เพราะยังไม่มีระบบสารสนเทศรองรับการแกะรอยผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา ดังนั้น การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการต่อไป เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

ในหัวข้อนี้จะเป็นการวิเคราะห์แนวคิดและเหตุผลของการตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ รวม

⁴ จัดทำโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ถึงวิเคราะห์โครงสร้างของคณะกรรมการ เพื่อเข้าใจบทบาทและอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ

แนวคิดและเหตุผลของการตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ในอดีตมีการตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพของประเทศหลายคณะ โดยวัตถุประสงค์หลักของคณะกรรมการเหล่านั้นก็เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นการใช้งบประมาณปลายเปิดที่จ่ายตามค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทำให้ภาระทางการคลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในปี 2549 ภายใต้กระทรวงการคลัง โดยรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เวลานั้น คือ ม.ร.ว. ปรีดิยาธร เทวกุล ในรัฐบาลพลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อศึกษาแนวทางการจัดสรรงบประมาณสำหรับทั้งสองกองทุนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คณะกรรมการดังกล่าวมีนายอัมมาร สยามวาลา นักวิชาการจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เป็นประธาน และมีข้าราชการจากกระทรวงการคลัง สำนักงานประมาณ และกลุ่มแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพจำนวนหนึ่ง โดยมีสำนักงานประมาณเป็นสำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการดังกล่าวได้จัดทำรายงานข้อเสนอแนะแนวทางการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เช่น การควบคุมการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และการเปลี่ยนจากระบบจ่ายตามจริงเป็นระบบเหมาจ่ายในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป

ต่อมาในปี 2553 ภายใต้รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงิน การคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ซึ่งมาจากมติ ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แม้เป้าประสงค์ของคณะกรรมการชุดนี้คือการลดความเหลื่อมล้ำของทั้งสิทธิ ประโยชน์และการเบิกจ่ายระหว่างกองทุนสุขภาพทั้งสาม กองทุน แต่ประเด็นหลักก็ยังคงเป็นเรื่องระบบการเงินการ คลังของทั้งสามกองทุน โดยโจทย์ที่สำคัญคือทำอย่างไรให้ มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน คณะกรรมการดังกล่าวมีนายกรัฐมนตรีนั่งเป็นประธาน (เพื่อให้ สิ่งการข้ามกระทรวงได้ เนื่องจากกองทุนประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน) และมีสำนักงานพัฒนาระบบ การเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.) ซึ่งเป็น หน่วยงานในสังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นสำนักงานเลขานุการ ผลงานหลักของคณะกรรมการ ดังกล่าวคือการผลักดันให้เกิดหน่วยงานกลางในการ รวบรวมข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งนำ มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลตามโรคนั้นๆ แทนการเบิกจ่ายเป็นรายหัวหรือ การนำยอดไปเบิกจ่าย ซึ่งจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้าน การรักษาพยาบาลระหว่างทั้งสามกองทุน

เมื่อพรรคเพื่อไทยชนะการเลือกตั้งในเดือน สิงหาคม 2554 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มบุคคล ที่รัฐบาลต้องการให้ดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล ใน เบื้องต้น มีการตั้งคณะกรรมการร่วมสามกองทุน โดยมี นายกษ ینگลักษณ์เป็นประธาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพรรค เพื่อไทยให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องการสร้างกลไก กลางที่จะบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุน อย่างบูรณาการ เป้าหมายหลักของคณะกรรมการดัง กล่าวคล้ายคลึงกับเป้าหมายของ คพคส. ซึ่งตั้งขึ้นในสมัย รัฐบาลอภิสิทธิ์ คือการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการ

ได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างสามกองทุน โดยเฉพาะ กลุ่มโรคราคาแพง จากการรวมศูนย์ระบบการเบิกจ่ายของ สามกองทุน ซึ่งจะช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วย ผลงาน ที่โดดเด่นของคณะกรรมการชุดนี้คือการกำหนดสิทธิ ในการได้รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนใน กรณีฉุกเฉินที่เหมือนกันทั้งสามกองทุน แต่หลังจากออก มาตรการดังกล่าว คณะกรรมการชุดนี้ก็มิได้มีนโยบาย หรือมาตรการอื่นๆ ออกมาอีก ซึ่งอาจจะสืบเนื่องจาก การที่มีการตั้งคณะกรรมการอีกชุดที่มีรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานมาดำเนินการแทน

เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2555 ครม. ของรัฐบาล นายกษ ینگลักษณ์มีมติตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบ บริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และ ค่าบริการทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนด ทิศทางและกลไกของระบบยาในภาพรวมของประเทศ และกำหนดทิศทางให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ที่จะพัฒนาระบบยาให้เป็นเอกภาพ รวมถึงควบคุมการ คลังของประเทศเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ สะท้อนแนวนโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับการ ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะใน ส่วนของการเบิกจ่ายค่ายาภายใต้ระบบสวัสดิการรักษ าพยาบาลข้าราชการ ดังจะเห็นได้จากโครงสร้างของคณะ กรรมการที่มีกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการ แม้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นประธาน กรรมการ และจากกิจกรรมของคณะกรรมการกำหนด ระบบบริหารยาฯ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้าน ยาเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นการเจรจาต่อรองราคายา การส่งเสริมการใช้ยาจากบัญชียาหลักแห่งชาติ การกำหนดแนว เวชปฏิบัติข้อบ่งชี้การใช้ยา ฯลฯ การตั้งคณะกรรมการ ชุดนี้จึงมีเป้าประสงค์ที่จะ “รวมศูนย์” กิจกรรมเหล่านี้ซึ่ง

การจัดกระจายอยู่ภายใต้การดำเนินการของสามกองทุน รัฐบาลชุดนี้เห็นว่าหากมีการดำเนินการร่วมกันทั้งสาม กองทุนจะช่วยประหยัดงบประมาณได้มาก เช่น ในกรณี ของการต่อรองราคา ยา หากทั้งสามกองทุนตกลงร่วมกัน ได้ ก็จะสามารถวางระบบการจัดซื้อยาแบบรวมศูนย์ ซึ่ง จะสร้างอำนาจต่อรองให้กับภาครัฐในฐานะผู้ซื้อรายใหญ่

โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วเกี่ยวกับแนวคิดในการตั้ง คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ว่าคณะกรรมการ ชุดนี้มาจากการแต่งตั้งโดยมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีหน้าที่ใน การจัดทำข้อเสนอระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่าย ค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ และจัดทำ ข้อเสนอระบบตรวจสอบติดตามการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ ค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องรับไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

จากโครงสร้างคณะกรรมการกำหนดระบบ บริหารยา จะเห็นได้ว่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีกรมบัญชีกลาง เป็นสำนักงานเลขานุการ การที่ประธานกรรมการและ สำนักงานเลขานุการสังกัดกระทรวงที่ต่างกันั้นเป็น โครงสร้างที่ไม่เคยเกิดขึ้น แต่เนื่องจากรัฐมนตรีทั้งสอง กระทรวงมาจากพรรคเพื่อไทย การประสานงานระหว่าง สองกระทรวงจึงสามารถดำเนินการได้

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ต่างจาก คพคส. ที่ตั้งขึ้นในสมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์ เนื่องจากกรมการ ส่วนใหญ่ของ คพคส. เป็นข้าราชการจากกระทรวงการ คลังและกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคคลภายนอก เช่น นักวิชาการที่สังกัดองค์กรเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน

ลูกจ้างในระบบประกันสังคม และลูกจ้างนอกระบบประกัน สังคม

ความแตกต่างของโครงสร้างของคณะกรรมการ ทั้งสองชุดมีเหตุผลจากการมีที่มาแตกต่างกัน คพคส. เกิดจากข้อเสนอแนะของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”⁵ ซึ่ง มีเป้าหมายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพ กว้างอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสมัชชาสุขภาพมีผู้ที่มี ส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิง นโยบายจากหลากหลายภาคส่วน โครงสร้างของ คพคส. จึงสะท้อนกระบวนการดังกล่าว ซึ่งให้ความสำคัญกับการ มีส่วนร่วมของประชาชน

ในทางตรงกันข้าม คณะกรรมการกำหนดระบบ บริหารยา ถูกตั้งขึ้นเพื่อเป้าประสงค์ในการปรับปรุง ประสิทธิภาพและผลิตภาพในการบริหารจัดการระบบ ประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งเป็นการมองในเชิงธุรกิจ จึงให้ความสำคัญกับหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากมองว่าเป็นการปรับปรุงกระบวนการบริหาร จัดการ “ภายใน” ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก

ทั้งนี้ มีข้อวิจารณ์ว่าการที่คณะกรรมการกำหนด ระบบบริหารยา มีเฉพาะข้าราชการในหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมถึงผู้ที่ได้รับสิทธิในการรักษา พยาบาล มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือการดำเนินนโยบาย มีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ข้อเสียคือขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียและผู้ เชี่ยวชาญที่เป็นคนนอก ซึ่งอาจทำให้การดำเนินการหรือ

⁵ พ.ส.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่า เป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องร่วมแลกเปลี่ยนองค์ ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็น ระบบและอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง



นโยบายที่กำหนดขึ้นขาดการกลั่นกรอง และอาจทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

แม้โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่ไม่มีบุคคลภายนอกเข้าร่วมเป็นกรรมการนั้นไม่ขัดกับหลักการที่เป็นสากล แต่กลับสะท้อนให้เห็นว่าคณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มากกว่าในระดับ “นโยบาย” อย่างไรก็ตาม โครงสร้างที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน อธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขาธิการ และกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขาธิการ ก็ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติหลายประการ

ประการแรก เนื่องจากประเด็นที่มีการหารือกันในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ส่วนมากเกี่ยวกับการแพทย์ ซึ่งอธิบดีและสำนักงานกรมบัญชีกลางขาดข้อมูลและความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว จึงปฏิบัติภารกิจได้ไม่เต็มความสามารถ ทำให้ต้องมีการประสานงานเพื่อขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. ในกรณีของข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ต้องการเจรจาต่อรอง และการดำเนินการบางครั้งต้องส่งเรื่องต่อ

ให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ช่วยดำเนินการต่อ และส่งข้อมูลทั้งหมดกลับมาเพื่อให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ประการที่สอง การที่กรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการ ทำให้มีขั้นตอนทางราชการเพิ่มขึ้น เนื่องจากการดำเนินการใดๆ ต้องรอการอนุมัติตามสายงาน อันได้แก่อธิบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ซึ่งอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์ โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินการอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีอีกกระทรวงหนึ่ง ทำให้เส้นทางการสั่งงานไม่ชัดเจน

ประการที่สาม โครงสร้างที่มีรัฐมนตรีเป็นประธานนั้นเหมาะสำหรับงานในระดับนโยบาย มิใช่งานในระดับปฏิบัติที่มีรายละเอียดมากมายซึ่งต้องใช้เวลาในการพิจารณา เนื่องจากรัฐมนตรีมีภารกิจที่หลากหลาย จึงไม่สามารถเรียกประชุมได้ ทำให้งานไม่คืบหน้า เนื่องจากคณะกรรมการฯ จะประชุมเมื่อมีการกำหนดวันประชุม



ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เพื่อรายงานความก้าวหน้าให้กับที่ประชุม

ประการที่สี่ สืบเนื่องจากปัญหาประการที่สาม เมื่อไม่มีการประชุม จึงมักมีการสั่งงานโดยตรงโดยไม่ผ่านคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เช่น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมักจะเลือกติดต่อสื่อสารโดยตรงกับอธิบดีกรมการแพทย์ หรือแม้กระทั่งกรมบัญชีกลาง ทำให้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ไม่มีบทบาทเท่าที่ควร

ประการที่ห้า เนื่องจากคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นเลขานุการ การดำเนินการจึงได้รับความร่วมมือจากสำนักงานประกันสังคมไม่มากเท่าที่ควร

ความซ้ำซ้อนและความต่อเนื่องของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

การตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา

เพื่อศึกษาปัญหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา โดยเฉพาะของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งกรมบัญชีกลางเป็นผู้ดูแล คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพทั้งหมดเจ็ดคณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษายาบาล คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และคณะอนุกรรมการรวบรวมและจัดการระบบข้อมูลการบริการทางการแพทย์ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

การปฏิบัติภารกิจของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ในภาพรวมมีความซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการ ซึ่งมีรองปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธาน คณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการข้าราชการอยู่แล้ว และมีศักดิ์เทียบเท่ากับคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เพราะแต่งตั้งจากมติคณะรัฐมนตรีเช่นเดียวกัน จึงทำให้เกิดความสับสนในขั้นตอนการดำเนินงาน นอกจากนี้ การดำเนินการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ยังซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติที่ตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์และการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมทั้งมีหน้าที่ในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ

การทับซ้อนของอำนาจหน้าที่ดังกล่าวทำให้เกิดความสับสนของขั้นตอนและกระบวนการ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ดำเนินการเจรจาต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และใช้ราคาที่ต่อรองได้ให้กรมบัญชีกลางประกาศเป็นราคากลางของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่เนื่องจากตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง ฝ่ายพัสดุจะต้องเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ กรมบัญชีกลางจึงต้องส่งราคากลางที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เสนอให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาเพื่อปรับราคากลางใหม่

หากพิจารณาอำนาจหน้าที่ในระดับของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา พบว่าในภาพรวม ภารกิจการดำเนินงานมีความซ้ำซ้อนกับภารกิจของคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิม เช่น ในกรณีของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรอง

ราคายา ภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา มีหน้าที่ในการดำเนินการเจรจาต่อรองราคายาเช่นเดียวกับคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิมสามคณะ ได้แก่

1. คณะทำงานต่อรองราคายาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

2. คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อยาโดยการทำสัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้⁶ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขตั้งขึ้นมาตั้งแต่ปี 2551 คณะทำงานชุดนี้มีเป้าหมายในการต่อรองราคายาเฉพาะยาที่มีปริมาณการใช้ประจำเป็นจำนวนมาก หรือยาที่มีราคาต่อหน่วยสูงและยาที่มีผู้ผลิตน้อยราย ทำให้ผู้ขายมีอำนาจต่อรองสูงเมื่อเทียบกับผู้ซื้อที่เป็นโรงพยาบาลของภาครัฐ อนึ่ง คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ได้ให้คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาชุดนี้ปฏิบัติหน้าที่ในอนุกรรมการต่อรองราคายาที่ตั้งขึ้น โดยขยายกรอบการเจรจาต่อรองราคายาให้ครอบคลุมกลุ่มยานอกบัญชียาหลักแก่กลุ่มที่มีการเบิกจ่ายสูงในระบบสวัสดิการข้าราชการ

3. คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาของ สปสช. มีภารกิจในการต่อรองราคายาในการจัดซื้อยาเพื่อใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีการใช้ในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในสังกัด สปสช.

อย่างไรก็ดี แม้ภาพรวมของอำนาจหน้าที่ในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา ภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา จะซ้ำซ้อน

⁶ กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งที่ 243/2551 ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2551 แต่งตั้งคณะกรรมาการดำเนินการจัดซื้อยาโดยการทำสัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้ ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2550



กับคณะทำงานทั้งสามคณะ แต่หากพิจารณารายละเอียด และขั้นตอนการดำเนินงาน จะพบว่าคณะทำงานทั้งสาม คณะ รวมถึงคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคา ยา กลับ มีบทบาทหน้าที่ในการเจรจาต่อรองราคา ยาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ คณะเจรจาต่อรองราคา ยาภายใต้คณะกรรมการ พัฒนาระบบยาแห่งชาติ ทำหน้าที่เจรจาต่อรองราคา ยาสำหรับรายการยาที่จะนำเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ในขณะที่คณะเจรจาต่อรองราคา ยาของ สปสช. ทำหน้าที่เจรจาต่อรองราคา หรือเวชภัณฑ์เฉพาะรายการที่ สปสช. ชื่อ เช่น วัคซีนและน้ำยาล้างไต ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับบัญชี ยาหลัก และคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคา ยาภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีบทบาทในการเจรจาต่อรองราคา ยาในกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูง แก่กลุ่มโรค ซึ่งเป็นรายการยาที่มีการเบิกจ่ายในระบบ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

สำหรับคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบ การรักษายาพยาบาลและการเบิกจ่าย คณะอนุกรรมการ ปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และ

คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ ถูก ตั้งขึ้นเพื่อสานต่อแนวทางการพัฒนา กลไกกลางในการ บริหารจัดการระบบการคลังด้านสุขภาพของ คพคส. ที่ ถูกยกเลิกไป โดยกลไกกลางดังกล่าวต้องมี 1) หน่วยงาน กลางบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการและการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาล 2) หน่วยงานกลางบริหารมาตรฐาน ระบบข้อมูลเบิกจ่าย 3) หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือ คำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพ และ 4) หน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงตั้งคณะ อนุกรรมการทั้งสามคณะเพื่อดำเนินการสานต่อนโยบาย

อย่างไรก็ตาม แม้ในภาพรวมของคณะกรรมการ กำหนดระบบบริหารยาฯ จะมีความซ้ำซ้อนกับคณะทำ งานอื่นๆ อยู่บ้าง แต่เมื่อพิจารณาโครงสร้างของคณะ อนุกรรมการทั้งเจ็ดคณะ จะเห็นได้ว่ามีความพยายาม ดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิมเข้ามาในโครงสร้างของ คณะอนุกรรมการที่ตั้งขึ้น เช่น ในกรณีที่มีการดึงตัวคณะ ทำงานเจรจาต่อรองราคา ยาของกระทรวงสาธารณสุข เข้ามาเป็นกรรมการในคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรอง ราคา ยา หรือการดึงตัวคณะทำงานตรวจสอบการเบิก จ่ายและคุณภาพในการรักษายาพยาบาล ภายใต้คณะ กรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ สปสช. เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ ในอนุกรรมการพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษา ยาพยาบาลและการเบิกจ่าย ขณะที่การพัฒนา กลไกการ จ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมก็มีการดึงผู้อำนวยการ ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทยเข้ามาเป็นกรรมการในคณะ อนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัย โรคร่วม

การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เลือกที่จะดึงบุคลากรซึ่งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการ

ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ เข้ามาในคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่ตั้งขึ้น อาจมองได้ว่าคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีได้ต้องการดำเนินภารกิจที่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้ว หากแต่ต้องการบูรณาการงานต่างๆ ที่กระจัดกระจายอยู่ภายใต้หน่วยงานและกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อที่จะสามารถติดตามและตรวจสอบการดำเนินงานของคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มีอยู่เดิม ได้อย่างเป็นระบบ

วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

ระยะเวลา 6-7 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลทุกชุดให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศซึ่งประกอบด้วยกองทุนขนาดใหญ่สามกองทุนภายใต้การกำกับของสามกระทรวง ให้เป็นไปอย่างบูรณาการ เพื่อลดต้นทุนการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อน กำหนดกระบวนการและขั้นตอนการเบิกจ่ายที่เป็นมาตรฐานกลาง ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน

ที่ผ่านมา กลไกที่สร้างขึ้นล้วนอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี แม้กลไกในรูปแบบของคณะกรรมการจะตั้งขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากขาดอำนาจสั่งการทางกฎหมาย จึงต้องอาศัยการผลักดันในระดับการเมือง เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนสำนักงานประกันสังคม ดำเนินการตามข้อเสนอของคณะกรรมการ

นอกจากนี้ การที่คณะกรรมการเหล่านี้มีนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ วาระการประชุมจึงเป็นไปตามดุลยพินิจของนักการเมือง และ



เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลก็มีการเปลี่ยนกรรมการในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศและรูปแบบการบริหารจัดการ ซึ่งอาจทำให้งานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติขาดความต่อเนื่อง เช่นเดียวกับคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่าย ค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งแต่งตั้งขึ้นมาแทน คพคส. และเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการเป็นรูปแบบเบ็ดเสร็จ โดยการรวบรวมคณะกรรมการคณะทำงาน หรือหน่วยงานที่ดำเนินการอยู่ก่อน มาดำเนินการต่อตามมาตรการหรือนโยบายให้ครอบคลุมงานที่มีอยู่เดิม