



กลไกกลางเพื่อการบูรณาการ ระบบหลักประกันสุขภาพ

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
กรกฎาคม 2559

กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ

คณะวิจัย

ดร. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์	หัวหน้าโครงการ
ดร. จักรกฤษณ์ ควรพจน์	นักวิจัย
นายพนาทิพย์ เลิศประเสริฐกุล	นักวิจัย
นายวรัทธ์ บุญรัตนกรกิจ	นักวิจัย
นางสาววิมลรัตน์ เหมือนกุล	เลขาและผู้ประสานงาน

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

มิถุนายน 2559

ISBN 978-616-92250-1-0

กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ
(The Harmonization of Thailand Health Insurance Systems)

โดย

ดร. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
ดร. จักรกฤษณ์ ควรวจน์
นายพนาทิตย์ เลิศประเสริฐกุล
นายวรรตต์ บุญรัตน์กรกิจ

สนับสนุนทุนวิจัยโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พิมพ์ครั้งแรก มิถุนายน 2559

จัดพิมพ์โดย มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
565 ซอยรามคำแหง 39 เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์ 02 718 5460 โทรสาร 02 718 5461-2
เว็บไซต์ www.tdri.or.th

© สงวนลิขสิทธิ์ โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด
13 ซอยประชาสงเคราะห์ 29 ถนนประชาสงเคราะห์
แขวงดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02 275 4000 Email: vitoonkarnpok1997@yahoo.co.uk
เว็บไซต์ www.vitoonkarnpok.com

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ / มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ;
คณะผู้วิจัย: วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ ... [และคนอื่นๆ]-- กรุงเทพฯ : มูลนิธิฯ, 2559.

76 หน้า : ภาพประกอบ.

1. ประกันสุขภาพ. I. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. II. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

HG9399.T52 ส181ก 2559

ISBN 978-616-92250-1-0

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยนี้สำเร็จด้วยการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ทั้งในส่วนของทุนวิจัย ข้อมูล และคำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่างๆ โดยในส่วนของข้อมูลนั้น มีผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย ได้แก่ Prof. Norbert Klusen, Dr. Patrick Martiny, Prof. Naoki Ikegami และนาย Takeshi Sakakibara

ในการศึกษานี้ คณะวิจัยยังได้รับข้อเสนอแนะและข้อสรุปจากการประชุมร่วมกับคณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ และคณะกรรมการการศึกษาและจัดทำข้อเสนอการพัฒนาคลังกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ รวมถึงผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองที่ให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ทั้งนี้คณะวิจัยได้นำมาปรับปรุงรายงานวิจัยฉบับเดือนกรกฎาคม 2558 รวมทั้งร่างพระราชบัญญัติคลังกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2558

คณะวิจัยจึงขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการทำให้งานวิจัยสำเร็จได้ คณะวิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ความบกพร่องที่อาจจะมีขึ้นโดยไม่ได้คาดหมายในงานวิจัยนี้เป็นความรับผิดชอบของคณะวิจัย ไม่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ให้ทุนวิจัยหรือหน่วยงานที่นักวิจัยสังกัดอยู่

คณะวิจัย

มิถุนายน 2559

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	(3)
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	(7)
Executive Summary.....	(11)
บทที่ 1: บทนำ.....	1
บทที่ 2: การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในประเทศเยอรมัน.....	5
บทที่ 3: การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในประเทศฝรั่งเศส.....	13
บทที่ 4: การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น.....	21
บทที่ 5: การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในประเทศเบลเยียม.....	29
บทที่ 6: ข้อเสนอกลไกบูรณาการในการลดความเหลื่อมล้ำ.....	37
บทที่ 7: ร่างพระราชบัญญัติกลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ.....	45
บรรณานุกรม.....	61

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1-1: ความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพทั้งสามของประเทศไทย	2
ตารางที่ 5-1: ค่าใช้จ่ายภายใต้ความคุ้มครองของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538-2550	31
ตารางที่ 6-1: สรุปรองคร์ประกอบการรรมการของกลไกกลางในประเทศเยอรมัน ญี่ปุ่น และเบลเยียม	37
ตารางที่ 6-2: องคร์ประกอบของกรรรมการกลไกกลาง	42

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 2-1 : สัดส่วของผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมัน ในปี พ.ศ. 2557	6
รูปที่ 4-1: การสมทบเงินระหว่างกองทุนและเงินสนับสนุนจากภาครัฐในระบบประกันสุขภาพ.....	22
รูปที่ 5-1: สัดส่วของสมาชิกในแต่ละกองทุน Sickness Funds ปี พ.ศ. 2552	30
รูปที่ 5-2: แผนผังองคร์กรของสถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติ.....	35
รูปที่ 6-1: ค่าใช้จ่ายต่อหัวของหลักประกันสุขภาพ.....	39
รูปที่ 6-2: จำนวนวันนอนเฉลี่ยและความรุนแรงของโรคของช่วง 365 วันก่อนตายของผู้สูงอายุ.....	40
รูปที่ 6-3: ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล 365 วันก่อนตายของผู้สูงอายุ.....	40
รูปที่ 6-4: กรอบคิดการทำงานของกลไกกลาง	41
รูปที่ 6-5: ข้อเสนอโครงสร้างสำนักงานกลไกกลาง.....	44

กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ

ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพที่มากจนเป็นเหตุที่ทำให้ประชาชนหลากหลายกลุ่มยอมรับได้ยาก นำมาซึ่งความขัดแย้งทางสังคมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความพยายามให้ระบบประกันสุขภาพเกิดการบูรณาการ ลดความแตกต่างระหว่างกัน เพิ่มความเป็นธรรม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินของสาธารณะ เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาความขัดแย้งในสังคมได้ ซึ่งการศึกษาการอภิบาลระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศได้ช่วยให้เห็นว่าแนวทางการบูรณาการนั้นสามารถเป็นไปได้ แม้ว่าประเทศจะมีกองทุนหลักประกันสุขภาพหลายกองทุนเช่นเดียวกับประเทศไทย

การศึกษากลไกกลางของระบบประกันสุขภาพในประเทศเยอรมัน ฝรั่งเศส ญี่ปุ่นและเบลเยียม พบว่าแต่ละประเทศมีกลไกที่ช่วยระบบประกันสุขภาพของรัฐมีความสอดคล้องกันและไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ประชาชนผู้ได้รับประโยชน์ไม่รู้สึกถึงความแตกต่างและไม่เป็นธรรม กลไกที่กล่าวถึงเป็นองค์กรที่อาจจะอยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสุขภาพหรือเป็นองค์กรอิสระที่ไม่ขึ้นกับกระทรวงแต่ยังคงอยู่ภายใต้รัฐ สิ่งสำคัญคือกลไกหรือองค์กรจะต้องมีผู้แทนที่เป็นส่วนได้ส่วนเสีย และการมีข้อเสนอทางนโยบายที่กระทบต่อการใช้จ่ายเงินของสาธารณะจะต้องผ่านกระบวนการเจรจา เมื่อได้ข้อสรุปที่ผ่านการเจรจาแล้วถือว่าสิ้นสุดและทุกฝ่ายต้องยอมรับ

ด้วยลักษณะประกันสุขภาพของรัฐในแต่ละประเทศมีประวัติศาสตร์และโครงสร้างการทำงานของรัฐที่แตกต่างกัน ทำให้องค์ประกอบของกรรมการที่มีสิทธิออกเสียงในกลไกหรือองค์กรของแต่ละประเทศจึงแตกต่างกัน แต่ที่สำคัญคือหน้าที่หลักของกลไกหรือองค์กรคือการทำให้ระบบประกันสุขภาพแบบหลายกองทุนมีความสอดคล้องกัน โดยเฉพาะในด้านการกำหนดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินให้แก่บริการทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์หลักของการให้มีกลไกกลางสำหรับประเทศไทยคือ การสนับสนุนให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีการบูรณาการ และสามารถบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ โดยยอมรับถึงความเป็นกองทุนในรูปแบบปัจจุบันและการมีหน่วยบริหารจัดการ 3 หน่วยเช่นปัจจุบัน กล่าวคือ การมีกลไกกลางไม่จำเป็นต้องรวมกองทุนประกันสุขภาพ

ซึ่งเป้าหมายที่พึงประสงค์ประกอบด้วย

- อภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ นำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมให้แก่ผู้มีสิทธิทุกระบบ
- สร้างความยั่งยืนทางการเงินระยะยาว และมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และมีความโปร่งใส
- เพื่อสร้างเสริมระบบการเงินการคลังสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ คือ เป็นระบบที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับประชาชน (Equity) เป็นระบบที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ (Quality) เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ กระจายการใช้จ่ายทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Efficiency)

กลไกกลางเป็นหัวใจสำคัญของการอภิบาลระบบประกันสุขภาพ กลไกกลางเป็นองค์กรระดับกลาง เป็นองค์กรที่เมื่อทำงานกับรัฐ จะทำหน้าที่เหมือนเป็นตัวแทนของประชาชนในการเจรจาให้ได้รับงบประมาณ เพื่อหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศ ให้เพียงพอต่อการประกันสุขภาพที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ภาครัฐมักมีข้อจำกัดทางงบประมาณและต้องการควบคุมค่าใช้จ่าย เมื่อกลไกกลาง ทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ประชาชนผู้รับประโยชน์ หน่วยงานผู้ให้ประกัน และหน่วยงานผู้ให้บริการ) ก็จะคำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากรที่ได้มาเพื่อให้กระจายไปถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

การทำงานของกลไกกลางในฐานะเป็นกลไกอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องมีระบบการเจรจาหารือร่วมกันของทุกฝ่ายอย่างสร้างสรรค์ และควรบรรลุวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ

1. ความเป็นธรรม ความมีคุณภาพ และความมีประสิทธิภาพ
2. การดำเนินงานอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้
3. การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเสมอภาค
4. มีระบบการเจรจาหารือร่วมกันของทุกฝ่ายอย่างสร้างสรรค์

งานวิจัยนี้เสนอให้กลไกกลางมีเป็นดังนี้

- มีคณะกรรมการชุดหนึ่งที่ ประกอบด้วยผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน
- คณะกรรมการ มีฝ่ายเลขานุการ เป็นสำนักงาน ที่หน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ
- ให้คณะกรรมการรายงานต่อคณะรัฐมนตรี
- องค์กรประกอบคณะกรรมการประกอบด้วยสมาชิกไม่เกิน 18 คน ดังแสดงในตารางที่ 6-1 โดยสมาชิกที่เป็นฝ่ายงบประมาณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และเลขาธิการสำนักงาน ไม่มีสิทธิออกเสียงในการโหวต เรื่อง สิทธิประโยชน์และการต่อรองงบประมาณ แต่สามารถให้ข้อสังเกตและข้อเสนอในการประชุมได้

อำนาจหน้าที่ของกรรมการมีดังนี้

- 1) กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์และแนวทางที่จะนำไปสู่ความกลมกลืนของระบบหลักประกันสุขภาพ ภาครัฐ ไม่ว่าจะ เป็นในด้านชุดสิทธิประโยชน์กลาง ด้านระบบบริการ ด้านการสนับสนุนทางการเงิน ด้านระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ และด้านระบบกำกับคุณภาพบริการ เพื่อนำไปสู่ความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีกำหนดวงเงินงบประมาณของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมดในภาพรวม เป็นประจำทุกปี และเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ
- 2) กำหนดวงเงินงบประมาณของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมดในภาพรวม เป็นประจำทุกปี และเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ

- 3) กำกับติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดำเนินงานที่นำไปสู่ความกลมกลืนของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ พร้อมทั้งจัดทำรายงานเสนอคณะรัฐมนตรีเป็นครั้งคราวอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน รวมทั้งเผยแพร่ต่อสาธารณชนได้รับรู้
- 4) กำหนดมาตรฐานกลางในการลงทะเบียนหน่วยงานผู้ให้บริการ โดยให้อำนาจในการลงทะเบียนเป็นของหน่วยงานผู้รับประกันแต่ละหน่วยงาน
- 5) กำกับ ติดตาม และดูแลการปฏิบัติงานของหน่วยงานผู้รับประกันในการดำเนินงานตามนโยบายหลักเกณฑ์ แนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
- 6) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในข้อ (1) และ (2) เป็นไปด้วยความเป็นธรรมและเน้นการเจรจาโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการคือ สำนักงาน ที่ตั้งขึ้นมาใหม่ให้เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ และมีฐานะเป็นนิติบุคคล

- อำนาจหน้าที่ของสำนักงาน ประกอบด้วย
 - บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐให้เป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน
 - ดำเนินการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด
 - ดำเนินการเพื่อให้กระบวนการเจรจาด้านระบบประกันสุขภาพของรัฐ เป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
 - ดำเนินการตามมติของคณะกรรมการ
 - อำนวยความสะดวกแก่คณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
 - อำนวยความสะดวกแก่หน่วยงานผู้ให้บริการประกันสุขภาพและผู้รับบริการในการเลือกผู้แทนและอำนวยความสะดวกในด้านอื่น ๆ เพื่อช่วยให้กระบวนการเจรจาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
 - จัดให้มีการเจรจาเพื่อที่จะจัดตั้งและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ร่วมกัน
 - จัดให้มีการเจรจาเพื่อที่จะจัดตั้งและพัฒนาวิธีการชำระค่าบริการและการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของรัฐ
 - ร่วมดำเนินการกับ สำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน และจัดให้มีการประเมินผลระบบประกันสุขภาพของรัฐ
 - ดำเนินการวิจัยและสนับสนุนคณะกรรมการเพื่อให้บรรลุภารกิจของคณะกรรมการ
 - จัดทำรายงานการประชุมของคณะกรรมการเสนอต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาภายในระยะเวลาตามสมควร

โครงสร้างของสำนักงานควรประกอบด้วยอย่างน้อย หน่วยที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ หน่วยที่รับผิดชอบด้านการวิจัยและประเมินผล หน่วยที่รับผิดชอบระบบการคัดเลือกผู้แทนและดำเนินการกระบวนการเจรจา และหน่วยด้านบริหารจัดการทั่วไป ทั้งนี้ สำนักงานควรได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ เพื่อให้กลไกกลางนี้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Executive Summary

The Harmonization of Thailand Health Insurance Systems

The substantial discrepancies among Thai public health insurance systems are quite unacceptable from the perspective of various groups of Thai citizens. This leads to social conflict in both short term and long term. The harmonization of public health insurance systems which minimizes the gaps among each system, ensures fairness, improves quality, and enhance efficiency of public healthcare spending can be another solution to solve existing social conflict. The study concerning the administration of public insurance systems in exemplary countries with several insurance funds like Thailand shows that harmonization can really be governable.

Pursuant to the evidences from public health insurance systems in Germany, France, Japan, and Belgium, it was found that every countries has its own harmonization platform that guides all different insurance systems within the country into the same direction. Such people in those countries will not be treated differently and recognize inequality. The abovementioned platform can be under the supervision of Ministry of Health (MOH), or it can be an independent entity which has no accountability with MOH, but with the government. The essence of this particular platform is the committees that represent the stakeholders as a whole together with the obligation that all spending policy must be processed through negotiation. Once all negotiation steps are fully conducted, the consensus is finalized and acceptable for all stakeholders.

Owing to the various characteristics of public health insurance systems in each country, ranging from backgrounds to structures, the committee compositions of several systems have been diverged as well. Notwithstanding differences, the platforms still have to pursue the harmonization among public health insurance systems, especially the harmonization in benefit packages and payment mechanisms.

The main objective for the proposed platform is to promote the harmonization among Thailand public health insurance systems and achieve “Desirable Goals”, given the currently separate health insurance systems. Hence, this proposed platform needs no merger of existing insurance systems.

The Desirable Goals consists of

- Govern health insurance systems towards fairness for all insured persons
- Promote long term financial sustainability, acquire every stakeholder participation and be transparent
- Promote an appropriate healthcare financing system that leads to the development of a desirable public healthcare system—the system that guarantees equity for every people, the system that concerns quality, standard and safety, and the system that efficiently performs resource allocation

The proposed platform will be a key strategic component of Thailand public health insurance systems. The platform itself is the meso-level organization between a government and the stakeholders. When dealing with a government who typically has a budget constraint and prefers to control over the costs of every spending, this platform will represent Thai people to negotiate for the healthcare annual budget that is sufficient enough to maintain a fair, high-quality, and efficient health insurance systems. While dealing with stakeholders who are Thai people, insurance funds, and service providers, this platform must consider how to distribute the given resources to all stakeholders fairly, properly and efficiently.

This platform as a main mechanism to govern health insurance systems must embrace a creative negotiation pattern and achieve these four objectives.

1. Fairness, high quality and efficiency
2. Transparency and auditability
3. Equal participation from all stakeholders
4. Positive negotiation by all stakeholders

This study suggests that the proposed platform possess and conduct per the list below

- One set of committees from the representatives of all stakeholders with a prime minister as a chairman
- One secretariat office to serve the committees that is a non-government entity
- The committees must report to the cabinet
- The committees consist of the maximum of 18 members: Prime Minister, Minister of Finance, Minister of Health, Minister of Labour, three insurance fund representatives from the Comptroller General's Department, Social Security Office, and National Health Security Office, three service provider representatives

from the healthcare provider under Minister of Health, the other public healthcare provider, and the private healthcare provider, three insured person representatives under Civil Servant Medical Benefit Scheme, Social Security Scheme, and Universal Coverage Scheme, Director of Bureau of The Budget, three academia specialized in medical or health services, public finance or health insurance and social science or consumer protection, and the secretariat of the secretary office. The members from Bureau of The Budget, academia and the secretariat of the secretary office have no voting right as to the benefit package and budget negotiation, but they can observe and contribute ideas during the meeting.

The authorities of the committees consist of

- (1) Design policies, regulations, and guidelines towards the harmonization of public health insurance systems and propose to the cabinet for approval, covering the standard benefit package, service deliveries, financing mechanism, information management, and service quality assurance to achieve the Desirable Goals under the total annual budget approval from the cabinet.
- (2) Determine an annual budget for Thailand health insurance systems and present to the cabinet for approval
- (3) Monitor and evaluate the progress of health insurance system harmonization, deliver a factual report to the cabinet at least once a year, hold a public hearing from all stakeholders, and then report the result to public
- (4) Establish a standard penalty for service providers, who do not follow the harmonization agreement, but the punishment belongs to the insurance agencies' authority
- (5) Regulate, monitor, and supervise insurance agencies to make them aligned with the committees' policy and standard practice
- (6) Appoint sub-committees to support the implementation in (1) and (2) in accordance with fairness and evidence-based practice

Secretariat of the committees will be the newly established Office, and the legal status of this office is a government independent organization.

- The authorities of the Secretariat Office consist of
 - Manage Thailand health insurance systems towards the same direction
 - Manage Thailand health insurance systems in accordance with the committees' guidance
 - Facilitate timely and efficient negotiation
 - Follow the committees' decision
 - Facilitate the committees to be able to work efficiently
 - Facilitate insurance agencies and insured persons to select their representatives and also support other duties to make the negotiation efficient
 - Hold negotiation processes to set up and develop a standard benefit package
 - Hold negotiation processes to improve the insurance system and develop payment mechanisms
 - Collaborate with the Healthcare Information system Standards and Processing Administration (HISPA) to analyze health outcomes and evaluate Thailand health insurance systems
 - Conduct research to achieve committees' goal
 - Prepare minutes from committee meeting and present to the cabinet and parliament within an appropriate period

The structure of the office must include at least one department that deals with the health insurance issues, one department that deals with the research and evaluation, one department that deals with the committee selection and negotiation, and another management department. Thus, the office should be supported with a reasonable amount of budget to operate and help the proposed platform perform efficiently

บทที่ 1

บทนำ

ประเทศไทยมีสวัสดิการรักษายาบาลที่จัดให้โดยรัฐและมีความครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน ระบบสวัสดิการที่สำคัญสามระบบและครอบคลุมคนส่วนใหญ่ของประเทศ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตารางที่ 1-1) ระบบสวัสดิการทั้งสามระบบมีจุดเริ่มต้น กลุ่มเป้าหมาย ความคุ้มครอง การบริหารจัดการ และการเงินการคลังที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1-1 ถึงแม้ว่าระบบการให้สวัสดิการแบบถ้วนหน้าเหล่านี้จะผ่านการดำเนินงานมากกว่า 15 ปีแล้ว และมีความพยายามในการบูรณาการสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพรวมทั้งการบริหารจัดการบางด้าน เพื่อให้ทั้งสามระบบมีความเป็นเอกภาพหรือมีการบริหารจัดการในทิศทางที่สอดคล้องกัน เช่น ระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง หรือการจัดระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยารักษาแพงบางรายการ รวมทั้งความพยายามในการกำหนดรายการอุปกรณ์สำหรับคนพิการให้ใกล้เคียงกัน เป็นต้น เพื่อประโยชน์ของผู้ได้รับสิทธิ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันทั้งสามระบบยังมีความเหลื่อมล้ำ/แตกต่างกันในภาพรวมและส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ

ความแตกต่างในบางประเด็นมีนัยต่อความเป็นธรรมสำหรับประชาชน คุณภาพของบริการ และประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร เช่น การให้การอุดหนุนจากรัฐที่แตกต่างกันมีผลทำให้แต่ละระบบมีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน ประมาณ 13,000 บาทต่อหนึ่ง Adjusted RW¹ ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่ายประมาณ 8,000 บาทต่อหนึ่ง Adjusted RW และระบบประกันสังคมได้เหมาจ่ายรายหัวรวมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแล้วปีละประมาณ 2,000 บาท ถ้าทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด สถานพยาบาลที่ต้องอยู่รอดในเชิงธุรกิจมีแนวโน้มที่จะคัดเลือก หรือ ration ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับอัตราการจ่ายที่สูงกว่า หรือปรับคุณภาพของการรักษาให้สอดคล้องกับรายได้ที่ได้รับมาแล้ว การที่สถานพยาบาลต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยมาพร้อมกับสิทธิใดยังทำให้เกิดการบริหารจัดการที่สับสนเปลืองทั้งในด้านการรักษา การบัญชี และการจัดการข้อมูล

¹ การจ่ายค่ารักษายาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

ตารางที่ 1-1: ความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพทั้งสามของประเทศไทย

รายการ	ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ลักษณะ	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับที่รัฐสนับสนุน	สวัสดิการ
ปีที่เริ่ม	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2545
กลุ่มเป้าหมาย	ข้าราชการ และบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรไม่เกิน 3 คน	ลูกจ้างภาคเอกชน (ยกเว้นลูกจ้าง ภาคเกษตร)	ประชาชนทั่วไป ที่ไม่มีสิทธิอื่น
จำนวนผู้มีสิทธิ	5 ล้านคน (ร้อยละ 12)	10.5 ล้านคน (ร้อยละ 16)	48 ล้านคน (ร้อยละ 72)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง ฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน	งบประมาณรัฐ อัตรามาจ่าย รายหัวต่อปี
ค่ารักษา พยาบาลต่อ จำนวนผู้มีสิทธิ ณ ปี พ.ศ. 2556	ประมาณ 12,589 บาทต่อหัว	เหมาจ่าย 1,446 บาทต่อหัว	เหมาจ่าย 2,756 บาทต่อหัว
หน่วยงานที่ กำกับดูแลและ หน่วยงานต้น สังกัด	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ
สิทธิประโยชน์	รอด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องพิเศษ ค่าคลอด บุตร	รอด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ	รอด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องสามัญ ค่า คลอดบุตร ชดเชยตาม ม. 41
ตรวจสุขภาพ	ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม
ผู้ให้บริการ	สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก (ส่วน ใหญ่อยู่เขตเมืองและใช้บริการที่ รพ.ภาครัฐขนาดใหญ่) ใช้ รพ. เอกชนได้กรณีฉุกเฉินแบบผู้ป่วย ใน แต่เบิกได้ไม่เกิน 3,000 บาท	รพ. รัฐและเอกชนคู่สัญญา และ สถานพยาบาลในเครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐและเอกชน คู่สัญญาและสถานพยาบาลใน เครือข่าย
รูปแบบวิธีการ จ่ายเงิน	ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณบริการ และราคาที่เกี่ยวข้องย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยในตามรายการ ป่วยในอัตราที่กำหนด (DRG) การจ่ายเงินให้สถานพยาบาล ลักษณะปลายเปิด ทำให้ สถานพยาบาลไม่ต้องระมัดระวัง ค่าใช้จ่าย และผู้มีสิทธิเองไม่ต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ไม่ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับผู้ป่วย นอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็นราย กรณี การจ่ายเงินในสถานพยาบาล ลักษณะปลายปิด ทำให้ผู้ให้ บริการต้องระมัดระวังในการ ให้บริการ	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการ ส่งเสริมป้องกัน และผู้ป่วยนอก สำหรับบริการผู้ป่วยในจัดสรรงบ ยอดรวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG เป็นการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล ลักษณะปลายปิด ทำให้ผู้ให้ บริการต้องระมัดระวังในการ ให้บริการ
การเข้าถึง บริการ	มีสิทธิได้รับยาในบัญชียาหลัก ส่วนยานอกบัญชียาหลักขึ้นกับ ดุลยพินิจของแพทย์สามคน และ บางกรณีที่เป็นยาที่มีราคาแพง มากจะต้องขออนุญาตก่อน	มีสิทธิเข้าถึงยาอย่างน้อยตามที่ ประกาศในบัญชียาหลัก ส่วนยา นอกบัญชียาหลักอยู่ในดุลยพินิจ และเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถาน บริการ	มีสิทธิเช่นเดียวกับประกันสังคม แต่ไม่จำเป็นต้องรอให้ยาตัวนั้น ได้รับการประกาศในราชกิจจานุ ว่าเป็นยาในบัญชียาหลัก เพียงแต่ อนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักมี มติก็ให้ถือว่าสิทธิ

ที่มา: ปรับปรุงจากเอกสาร ร่าง ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ

ปัญหาความไม่เป็นธรรม ขาดมาตรฐาน และความไม่มีประสิทธิภาพ สามารถจัดการได้ถ้ามีการอภิบาลระบบประกันสุขภาพที่ดี โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกัน ตัวอย่างที่ได้รับการกล่าวถึงของกลไกบูรณาการคือ กรณีศึกษาของประเทศเบลเยียม ที่จัดตั้ง National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI) ภายใต้กฎหมาย Health Insurance Act ในปี ค.ศ. 1963 โดยมีหลักการ 3 ประการคือ ความเป็นธรรม (Equity) การสร้างทางเลือก (Choice) และ การประนีประนอมระหว่าง ความเป็นธรรม และการสร้างทางเลือก ด้วยระบบการเจรจา (Negotiation) ด้วยหลักการดังกล่าวจึงนำไปสู่การสร้างกลไกในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ร่วม มีระบบข้อมูลร่วม และมีระบบตรวจสอบร่วม โดยที่ประเทศเบลเยียมก็ยังสามารถมีกองทุนหลักประกันสุขภาพหลายๆ กองทุนได้ กลไกการอภิบาลของประเทศเบลเยียม หรือประเทศอื่นๆ ที่มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน จึงเป็นกรณีศึกษาที่ดีแก่ประเทศไทยในการอภิบาลระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่มีอยู่หลายกองทุนให้มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาประกอบด้วย (1) ศึกษาประสบการณ์จากต่างประเทศในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพให้มีการบูรณาการอย่างเป็นเอกภาพ ในกรณีที่ประเทศเหล่านั้นมีกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลหลายกองทุน (2) ศึกษาสถานการณ์การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกลไกกลางเพื่อการบูรณาการ และเสนอแนะโครงสร้าง การจัดตั้ง วัตถุประสงค์ อำนาจหน้าที่ การบริหารจัดการ และกลไกการอภิบาล และ (3) ร่างกฎหมายเพื่อจัดตั้งกลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในประเทศเยอรมัน

ประเทศเยอรมันเป็นประเทศแรกที่มีการริเริ่มระบบประกันสุขภาพในระดับประเทศซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2426 โดย นาย Otto von Bismarck ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและวางรากฐานสำคัญให้กับประเทศเยอรมัน และได้เล็งเห็นว่าการประกันสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็น และจากจุดเริ่มต้นนี้เองจึงทำให้สวัสดิการทางด้านสุขภาพพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดศตวรรษที่ผ่านมา ดังนั้นแนวคิดหลักการจัดการระบบประกันสุขภาพในระดับประเทศนี้จึงเรียกว่า Bismarckian system ซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุนการประกันสุขภาพภาคบังคับ การกำหนดอัตราเงินสมทบที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของผู้ประกันตน และแยกเงินสมทบออกจากการเก็บภาษีของรัฐบาลอย่างชัดเจน โดยแนวคิดดังกล่าวก็ยังคงเป็นแนวทางหลักของระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมันจนถึงปัจจุบัน และในปี พ.ศ. 2552 ระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมัน ได้พัฒนาจนกลายเป็นระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับที่ครอบคลุมประชาชนชาวเยอรมันและผู้อยู่อาศัยถาวรในประเทศเยอรมันทุกคน โดยสามารถแบ่งเป็นระบบการประกันสุขภาพ 2 ระบบหลัก ดังนี้

1. ระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับ หรือ Statutory Health Insurance (SHI)

กองทุนที่ดำเนินงานภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับของประเทศเยอรมันเรียกว่า กองทุน Sickness Funds ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 มีกองทุน Sickness Funds ทั้งหมด 124 กองทุน แต่ละกองทุนดำเนินการในรูปแบบหน่วยงานอิสระโดยไม่แสวงหาผลกำไร และมีจำนวนผู้ประกันตนรวมกันทั้งหมด 69.9 ล้านคนหรือมากกว่า ร้อยละ 87.5 ของประชากรทั้งหมด โดยสิทธิการประกันตนจะครอบคลุมไปถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย นอกจากนี้ผู้ประกันตนมีสิทธิในการเลือกกองทุนของตนเองอย่างอิสระ จึงทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างกองทุน Sickness Funds แต่กองทุน Sickness Funds ได้มีการรวมกลุ่ม และก่อตั้งเป็นสมาคมกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ หรือ Federal Association of Statutory Health Insurance Funds ซึ่งเป็นองค์กรตัวแทน ทำหน้าที่หลักในการเจรจารายละเอียดข้อสัญญากับผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพ และเงื่อนไขต่างๆ ตลอดจนอัตราค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ

2. ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือ Private Health Insurance (PHI)

กองทุนที่อยู่ภายใต้ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชนมี ทั้งหมด 42 กองทุน และกองทุนประกันสุขภาพภาคเอกชนขนาดเล็กในระดับภูมิภาคอีก 30 กองทุน โดยกองทุนประกันสุขภาพภาคเอกชนได้รวมกลุ่มเป็น สมาคมประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือ Association of Private Health Insurance ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน มีจำนวนผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นจาก 4.2 ล้านคนหรือ ร้อยละ 6.9 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2518 เป็น 9 ล้านคน หรือ ร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2555 ผู้ซื้อประกันสุขภาพเอกชนมักประกอบอาชีพข้าราชการหรือผู้ประกอบการส่วนตัว กองทุนประกันสุขภาพภาคเอกชนดำเนินการในรูปแบบหน่วยงานอิสระ ซึ่งมีทั้งแสวงหาผลกำไรและไม่แสวงหาผลกำไร โดยสามารถแบ่งประเภทของการประกันสุขภาพภาคเอกชนออกเป็นสองประเภท (ดังแสดงในรูปที่ 2-1) คือ

2.1 การประกันที่ได้รับความคุ้มครองแบบเต็มรูปแบบ หรือ Substitutive (full-cover) PHI

เป็นการประกันสุขภาพที่มารองรับความต้องการของประชาชนบางส่วนที่มีรายได้สูง ซึ่งต้องการสิทธิประโยชน์หรือความคุ้มครองที่ดีขึ้น โดยการประกันสุขภาพรูปแบบนี้จะแทนที่การประกันสุขภาพแบบบังคับ

2.2 การประกันที่ได้รับความคุ้มครองเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการเพิ่มเติมความคุ้มครอง หรือ Supplementary/Complementary PHI

เป็นการประกันสุขภาพที่เสริมความคุ้มครองจากชุดสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ดังนั้นผู้ซื้อประกันสุขภาพเอกชนประเภทคุ้มครองเพิ่มเติมจึงเป็นผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับเช่นกัน

รูปที่ 2-1: สัดส่วนของผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมัน ในปี พ.ศ. 2557

Private Supplementary Health Insurance (PHI) ผู้ประกันตนทั้งหมด 22 ล้านคน	Private Health Insurance (PHI) ผู้ประกันตนทั้งหมด 9 ล้านคน
Statutory Health Insurance (SHI) ผู้ประกันตนทั้งหมด 70 ล้านคน	

ที่มา: CHERH - Center for Health Economics Research Hanover, The German Health Care System (2014)

กลไกด้านผู้ซื้อ และผู้ใช้บริการ

ผู้ประกันตนมีอิสระในการเลือกกองทุน Sickness Funds และกองทุน Sickness Funds สามารถแข่งขันกันผ่านวิธีการต่างๆ ตัวอย่างเช่น การมอบเงินโบนัสให้แก่ผู้ประกันตนที่ไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์เลย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่สมาชิกของกองทุนได้ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม กองทุน Sickness Funds ก็ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดหนี้สินระยะยาวได้ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมัน บุคคลที่มีรายได้น้อยกว่า 53,550 ยูโรต่อปี หรือประมาณ 1,869,291 บาทต่อปี ในปี พ.ศ. 2557 จำเป็นต้องเข้าระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ แต่หากมีรายได้สูงกว่าอัตราที่กำหนดนี้ บุคคลนั้นมีสิทธิ์ในการเลือกว่า ต้องการเป็นสมาชิกในกองทุน Sickness Funds หรือใช้ทางเลือกอื่นๆ เช่น การเป็นสมาชิกในระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือ การจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองโดยตรง (Out-of-pocket) แต่ในกรณีที่ผู้ประกันตนที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,400 ยูโรต่อปีหรือ 191,317 บาทต่อปี หรือเป็นบุคคลว่างงาน ผู้ประกันตนจะยังมีสถานะเป็นสมาชิกกองทุนแต่ได้รับการยกเว้นการจ่ายเงินสมทบ นอกจากนี้ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพได้ถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมค่าเวชศาสตร์ป้องกันโรค ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ค่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่ารักษาด้านจิตเวช ค่าบริการทันตกรรม ค่าบริการทางด้านสายตา ค่าบริการกายภาพบำบัด ค่ายารักษาโรคที่แพทย์สั่ง ค่าใช้จ่ายในช่วงพักฟื้นและเงินชดเชยยามเจ็บป่วย เป็นต้น

กองทุน Sickness Funds ได้กำหนดวิธีการจ่ายเงินของผู้ประกันตนในรูปแบบการร่วมจ่าย (co-payment) ในบางรายการสิทธิประโยชน์ เช่น การจ่าย 10 ยูโรต่อวันในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 28 วัน

แรกของแต่ละปี การจ่าย 5-10 ยูโร ต่อรายการสินค้าและบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยนอก และการจ่าย 5-10 ยูโรต่อใบสั่งยา ที่มีราคาเกินร้อยละ 70 ของราคากลาง ซึ่งผู้ประกันจะได้รับความคุ้มครองด้วยเพดานมูลค่าการจ่ายร่วมของแต่ละปีเพื่อไม่ให้มูลค่าการจ่ายร่วมเกิน ร้อยละ 2 ของรายได้ครัวเรือน หรือ ร้อยละ 1 ของรายได้ครัวเรือน ในกรณีการรักษาตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ที่มาของรายได้กองทุน

แหล่งรายได้หลักของกองทุน Sickness Funds มาจาก การเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนและ นายจ้างของผู้ประกันตน มูลค่าของเงินสมทบขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้ประกันตน ไม่ใช่ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ แต่อย่างไร ในอดีต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2498 ถึงปี พ.ศ. 2548 เงินสมทบได้ถูกแบ่งความรับผิดชอบออกเป็นสองส่วน เท่าๆ กันระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง แต่หลังจากปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา สัดส่วนของเงินสมทบฝ่ายลูกจ้างมี แนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2557 ลูกจ้างสมทบร้อยละ 8.2 ของรายได้ และนายจ้างสมทบร้อยละ 7.3 ของรายได้ ดังนั้นเงินสมทบกองทุน Sickness Funds จึงเป็นสัดส่วนรวมเท่ากับร้อยละ 15.5 ของรายได้ โดย เงินสมทบทั้งหมดนั้นจะถูกเก็บเข้า Central Reallocation Pool หรือ Health Fund ก่อนที่จะจัดสรรเข้าไป ในแต่ละกองทุนตามสูตรการคำนวณความเสี่ยง (morbidity-based risk-adjustment scheme) แต่ กองทุน Sickness Funds สามารถเก็บค่าเงินสมทบเพิ่มเติมได้ หากเกิดสภาวะขาดสภาพคล่อง

กลไกด้านผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการทางการแพทย์ในประเทศเยอรมันแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner) และ กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง (Specialist)

การให้บริการผู้ป่วยนอก

กลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner) จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่ง กองทุน Sickness Funds สนับสนุนให้สมาชิกของกองทุนลงทะเบียนกับแพทย์ประจำครอบครัว กลุ่มแพทย์ ทั่วไปเหล่านี้ได้รวมตัวเป็นองค์กรตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ระดับภูมิภาค (Regional Association of SHI Physicians) เพื่อเป็นตัวแทนในการต่อรองสัญญา กับ กองทุน Sickness Funds และดูแลด้านการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาล

การเบิกจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยนอกเป็นระบบ Fee-for-service (FFS) มีสองขั้นตอนคือ ในขั้นตอนแรก องค์กรตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ในระดับภูมิภาคจะเรียกเก็บเงินกับ กองทุน Sickness Funds เป็น ค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในพื้นที่ และหลังจากนั้นทางองค์กรตัวแทนของวิชาชีพแพทย์ท้องถิ่นจะจัดสรร จำนวนเงินที่ได้รับมาทั้งหมดให้แก่แพทย์โดยใช้เกณฑ์ Uniform Value Scale ในระดับประเทศซึ่งเป็นระบบ การให้ผลตอบแทนค่ารักษาในหน่วยของคะแนน และใช้เกณฑ์ Fee Allocation scale ในระดับภูมิภาค

การกำหนด Uniform Value Scale จะถูกกำหนดโดยคณะอนุกรรมการประเมิน หรือ Valuation Committee ซึ่งอยู่ภายใต้คณะกรรมการ Federal Joint Committee และสรุปรายละเอียดคะแนนในแต่ละ รายการให้บริการจะชี้แจงไว้ในรายการสิทธิประโยชน์ หลังจากนั้นในแต่ละไตรมาส แพทย์จะต้องรายงาน จำนวนคะแนนที่ทำได้ให้แก่องค์กรตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ในระดับภูมิภาคเพื่อรับผลตอบแทนเป็นตัว เงิน โดยผลตอบแทนต่อคะแนนจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสาขาทางการแพทย์ที่ให้บริการ การตกลงเพิ่มเติม

ระหว่างแพทย์และกองทุน Sickness Funds ในแต่ละภูมิภาค และจำนวนคะแนนทั้งหมดซึ่งถูกกำหนดเพดานคะแนนสูงสุดไว้ โดยมูลค่าของคะแนนภายใต้เพดานคะแนนสูงสุดนั้นจะเป็นอัตราคงที่ แต่หากแพทย์ให้บริการจนได้รับคะแนนสูงเกินเพดานดังกล่าว มูลค่าของคะแนนที่เกินเพดานจะลดลง

การให้บริการผู้ป่วยใน

ในประเทศเยอรมัน โรงพยาบาลเกือบทั้งหมดจะให้บริการผู้ป่วยใน ยกเว้นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วย และร้อยละ 50 ของจำนวนเตียงโดยประมาณเป็นของรัฐบาลท้องถิ่น โดยการวางแผนและการกำหนดกฎเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยในทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจะดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่น (Länder) ภายใต้กรอบหลักการกฎหมายกลาง Hospital Financing Act แต่การตัดสินใจสุดท้ายจะขึ้นอยู่กับภาครัฐและภาคการเมืองเป็นหลัก ส่วนความสามารถในการรองรับผู้ป่วยจะถูกวางแผนตามหลักการความจำเป็นและประสิทธิภาพการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละท้องถิ่น เช่นเดียวกับวิธีการวางแผน ภาวะเปียบของโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น ในท้องถิ่นหลายแห่งกำหนดว่า ณ อัตราการเข้ารักษา (occupancy rate) ที่ร้อยละ 80 ถือเป็นระดับความสามารถในการรองรับผู้ป่วยที่เพียงพอ โดยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพยายามที่จะให้สถาบันวิจัยต่างๆ ทำการศึกษาเพื่อกำหนดความจำเป็นและหลักการสำหรับพิจารณาประสิทธิภาพการทำงานของโรงพยาบาล นอกจากนี้กองทุน Sickness Funds ยังมีส่วนร่วมในคณะกรรมการของโรงพยาบาลด้วย ซึ่งหากโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามข้อตกลง ทางกองทุนมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธสัญญาที่ทำไว้กับโรงพยาบาลแล้วได้

โรงพยาบาลได้รับค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบ Diagnosis-related group (DRG) ซึ่งจะมีการปรับปรุงระบบ DRG ในทุกปีผ่านหน่วยงาน German DRG Institute และมีการรวมตัวของโรงพยาบาลเป็นสมาคมสถานพยาบาลประเทศเยอรมัน หรือ German Hospital Association เพื่อเป็นองค์กรตัวแทนในทำการดำเนินงานและเจรจาต่อรองกับภาคส่วนอื่นๆ

การจัดการข้อมูล

องค์กรตัวแทนกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ และองค์กรตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ มีหน้าที่รายงานสถิติการทำงาน การเงินและโครงสร้างสมาชิก แพทย์กว่าร้อยละ 90 ใช้ระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ Electronics Help Records ในการเรียกเก็บค่าบริการ การจัดการเอกสาร การเก็บผลจากห้องทดลองทางการแพทย์ และงานประกันคุณภาพ แต่ยังมีปัญหาความไม่สอดคล้องกันของระบบสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาลเอง และระหว่างคลินิกกับโรงพยาบาล นอกจากนี้ระบบสาธารณสุขของประเทศเยอรมันยังไม่มีระบบเลขหมายประจำตัวผู้ป่วย (Unique patient ID) เนื่องจากมีความกังวลถึงความปลอดภัยของข้อมูลทางการแพทย์ ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. 2556 จะมีผู้ประกันตนในระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับประมาณ ร้อยละ 70 ได้รับบัตรข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ แต่บัตรดังกล่าวก็ไม่สามารถเพิ่มเติมข้อมูลไปมากกว่า ชื่อผู้ประกันตน ที่อยู่อาศัย วันเดือนปีเกิด กองทุนประกันสุขภาพที่สังกัด รายละเอียดความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์และสถานะในการจ่ายเงินเพิ่มเติม ซึ่งไม่มีข้อมูลที่แตกต่างจากบัตรเดิม เนื่องจากเหตุผลทางด้านความปลอดภัยของข้อมูลเช่นเดิม

การร้องเรียน การกำกับ การตรวจสอบ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลทุกแห่งจำเป็นต้องชี้แจงผลการประเมินจากตัวชี้วัดทั้งหมด 27 ตัวชี้วัดซึ่งกำหนดโดย Federal Office for Quality Assurance เพื่อเปรียบเทียบผลงานระหว่างโรงพยาบาล ต่อมา ในปี พ.ศ. 2553 คณะกรรมการ Federal Joint Committee แต่งตั้งสถาบันประเมินคุณภาพหรือ AQUA Institute ให้เป็นหน่วยงานที่คอยตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการ ทำหน้าที่สร้างเครื่องมือหรือแนวทางในการวัดและประเมินคุณภาพของผู้ให้บริการ และลงมือทำการวัดและประเมินผล ตัวอย่างเช่น การกำหนดจำนวนขั้นตอนทางการแพทย์ขั้นต่ำที่สามารถเบิกจ่ายได้ ซึ่งขั้นตอนและผลลัพธ์ทางการรักษาจะถูกเผยแพร่ผ่านระบบรายงานคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลที่ดูแลโรคเรื้อรังทั้งหมด 2,000 โรง ระบบรายงานคุณภาพดังกล่าวประกอบไปด้วย 150 ตัวชี้วัด ซึ่งนำมาประเมินการวินิจฉัยโรคทั้ง 30 รูปแบบ

นอกจากนี้ผู้ให้บริการทางการแพทย์จะถูกกำหนดให้มีระบบควบคุมคุณภาพภายใน โดยแพทย์ทุกคนจำเป็นต้องติดตามและเรียนรู้วิทยาการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสอบประสิทธิภาพในการใช้ยา และขั้นตอนทางการแพทย์ และในปี พ.ศ. 2556 ผู้ให้บริการทางการแพทย์ต้องเพิ่มระบบร้องเรียนเข้าไปในระบบควบคุมคุณภาพที่มีอยู่ นอกจากนี้วิธีการวินิจฉัยโรค หรือวิธีการรักษาในรูปแบบใหม่จำเป็นต้องผ่านการประเมินประโยชน์และประสิทธิภาพก่อนที่จะถูกระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วนในระดับภูมิภาค องค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ถูกระตุ้นให้สร้างระบบรับข้อร้องเรียนและมีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ตัดสินเรื่องทุรเวชปฏิบัติโดยเฉพาะ

บทบาทของรัฐและการอภิบาลกลไกสำคัญในการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ

การจัดการระบบสาธารณสุขในระดับรัฐ

ระบบสาธารณสุขของประเทศเยอรมันประกอบไปด้วย 16 รัฐ ในแต่ละรัฐมีคณะรัฐบาลและกฎหมายของตนเอง โดยหน้าที่หลักในระดับรัฐคือ การจัดการบริการทางด้านสาธารณสุข การจัดการโรคระบาด งานอนามัย การเตรียมตัวสำหรับวินาศภัยและเหตุฉุกเฉิน การสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัยของยา การป้องกันการใช้เวชภัณฑ์ในทางที่ผิด และการดูแลโรงพยาบาลในพื้นที่ เป็นต้น เงินอุดหนุนของรัฐบาลท้องถิ่นจะผ่านช่องทางสถานิติบัญญัติในท้องถิ่นนั้นๆ และยื่นเป็นข้อเสนอให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นเพื่อพิจารณาให้การอนุมัติ

การจัดการระบบสาธารณสุขในระดับประเทศ

ในระดับประเทศ สมัชชาแห่งชาติ (Bundestag) สภาแห่งชาติ (Bundesrat) และกระทรวงสาธารณสุข (BMG) เป็นหน่วยงานสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศเยอรมันนี้ ภายใต้กรอบกฎหมาย (SGB) ของรัฐบาลกลางซึ่งเป็นกฎหมายที่กำหนดสิทธิ บทบาท หน้าที่ของผู้ประกันตน การจัดการทางการเงินในระบบประกันสุขภาพ ตลอดจนการประสานงานด้านระบบประกันสุขภาพร่วมกันของกระทรวงต่างๆ

กระทรวงสาธารณสุข (BMG) ประกอบไปด้วยฝ่ายงาน คณะกรรมการที่ปรึกษา และหน่วยงานย่อยต่างๆ ที่ทำหน้าที่ออกใบอนุญาต คอยกำกับและดูแลการทำงานของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุข ให้คำปรึกษางานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ และนำเสนอข้อมูลความรู้ให้แก่สาธารณสุขชนและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่ง

หนึ่งในหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบประกันสุขภาพคือ การควบคุมดูแลการทำงานและการตัดสินใจของ คณะกรรมการ Federal Joint Committee

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีหน่วยงานอิสระคือ German Federal Insurance Authority (GFIA) โดยเป็นหน่วยงานที่ต้องประสานงานกับ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เพื่อคอยกำกับดูแล กองทุนบำเหน็จบำนาญภาคบังคับและกองทุนประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน และประสานงานกับกระทรวง สาธารณสุขเพื่อกำกับดูแลกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับและกองทุนดูแลผู้สูงอายุ

ในระดับรัฐบาลกลาง แหล่งที่มาของงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขส่วนใหญ่มาจาก กระทรวงสาธารณสุข (Federal Ministry of Health) และกระทรวงการวิจัยและการศึกษา (Federal Ministry for Education and Research) โดยกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนเงินทุนให้แก่โรงพยาบาลและ การให้บริการสาธารณสุขต่างๆ ส่วนกระทรวงการวิจัยและการศึกษาจะให้เงินลงทุนที่เกี่ยวกับการศึกษา ทางด้านการแพทย์และทันตแพทย์เป็นหลัก ถึงแม้ว่าเงินอุดหนุนจากรัฐบาลจะเป็นหนึ่งในแหล่งรายได้หลักของ ระบบสาธารณสุขของประเทศ แต่จากตัวเลขแหล่งรายได้ของระบบสาธารณสุขของประเทศเยอรมันพบว่า เงิน อุดหนุนจากรัฐบาลมีสัดส่วนที่ลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 10.8 ของรายได้ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2539 ลดลงเหลือ เพียง ร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ. 2555

คณะกรรมการ Federal Joint Committee

องค์ประกอบของคณะกรรมการ Federal Joint Committee

คณะกรรมการ Federal Joint Committee หรือ G-BA มาจากตัวแทนขององค์กรของแต่ละภาค ส่วน ที่มีบทบาทสำคัญในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ดำเนินการภายใต้กฎหมาย SGB V Chapter 4 ซึ่ง บัญญัติการกำกับบริษัทภายในระบบประกันสุขภาพ และระบบการบริหารภายในขององค์กร โดยจำนวน คณะกรรมการ Federal Joint Committee ประกอบไปด้วยกรรมการทั้งหมด 13 คน มีวาระการดำรง ตำแหน่งทั้งหมด 6 ปี ประกอบไปด้วย

1. คณะกรรมการที่เป็นกลาง (the impartial)

คณะกรรมการที่เป็นกลางได้รับการแต่งตั้งจากการเสนอชื่อให้แก่กระทรวงสาธารณสุขจากองค์กรของ แต่ละภาคส่วนภายใต้คณะกรรมการ G-BA ก่อนการหมดวาระของคณะกรรมการ G-BA ชุดก่อนหน้าหาก อาทิตยเป็นอย่างน้อย โดยหากเป็นผู้ที่เคยปฏิบัติงานในองค์กรใดๆ ที่อยู่ภายใต้ G-BA บุคคลที่ถูกเสนอชื่อนั้น ต้องลาออกจากองค์กรข้างต้น มาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี หลังจากนั้น กระทรวงสาธารณสุข จะเสนอชื่อบุคคลที่ผ่าน การคัดเลือกไปที่ คณะกรรมการสาธารณสุข (the health committee of the German Bundestag) เพื่อ ขอร้องอนุมัติแต่งตั้ง คณะกรรมการที่เป็นกลาง มีหน้าที่เป็นตัวแทนของ G-BA จัดเตรียมการประชุม และเป็น หนึ่งในคณะอนุกรรมการต่างๆ ภายใต้คณะกรรมการ Federal Joint Committee และรับเงินเดือนจาก G-BA ตามวาระที่ดำรงตำแหน่ง 6 ปี ซึ่งคณะกรรมการที่เป็นกลาง สามารถดำรงตำแหน่งได้เพียงหนึ่งวาระ เท่านั้น และมีผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนหลักและผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนรอง ในกรณีที่คณะกรรมการที่เป็นกลางไม่ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ คณะกรรมการที่เป็นกลางประกอบไปด้วย

- ประธานคณะกรรมการ (impartial chair) 1 ท่าน
- คณะกรรมการที่เป็นกลาง (impartial members) 2 ท่าน

2. ตัวแทนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์
 - มีตัวแทนในการออกเสียงทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบไปด้วย
 - ตัวแทนจากกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (National Associations of Statutory Health Insurance Physicians) 2 ท่าน
 - ตัวแทนจากกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ (National Association of Statutory Health Insurance Dentists) 1 ท่าน
 - ตัวแทนจากกลุ่มโรงพยาบาล (German Hospital Federation) 2 ท่าน
3. ตัวแทนจากผู้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์
 - มีตัวแทนในการออกเสียงทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบไปด้วยองค์กรตัวแทนกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ (Federal Association of Statutory Health Insurance Funds)

นอกจากคณะกรรมการที่มีสิทธิ์ออกเสียงแล้ว ในการประชุมยังมีกรรมการเพิ่มเติมที่มาจากตัวแทนของภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเด็นการพิจารณา แต่กรรมการเหล่านี้ไม่มีสิทธิ์ในการออกเสียง ตัวอย่างเช่น

ตัวแทนจากภาคประชาชน

- มีตัวแทนทั้งหมด 5 ท่าน อยู่ในคณะกรรมการทุกๆ ชุด สามารถเสนอความเห็นและยื่นคำร้องได้

ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละรัฐ

- มีตัวแทนทั้งหมด 2 ท่าน อยู่ในคณะกรรมการใหญ่ (Plenum) และคณะอนุกรรมการวางแผนความต้องการ (Needs Planning Subcommittee)

ตัวแทนจากองค์กรกองทุนประกันสุขภาพของเอกชน

- มีตัวแทน 1 ท่าน อยู่ในคณะกรรมการใหญ่ (Plenum) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพการให้บริการ (Needs Planning Subcommittee)

ตัวแทนจากสมาคมนักจิตเวชแห่งประเทศไทยและสภาตัวแทนพยาบาล

- มีตัวแทนองค์กรละ 1 ท่าน อยู่ในคณะกรรมการใหญ่ (Plenum) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพการให้บริการ ซึ่งตัวแทนจากภาคส่วนเหล่านี้จะสามารถให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นการกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้บริการตามสาขาอาชีพ

บทบาทหน้าที่หลักของคณะกรรมการ Federal Joint Committee

1. แต่งตั้งคณะทำงานตามหน่วยงานที่ทำหน้าที่ศึกษาประเด็นต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดนโยบายและการตัดสินใจของ คณะกรรมการ Federal Joint Committee เช่น สถาบันประเมินคุณภาพ (AQUA) และ สถาบันด้านคุณภาพและประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุข (IQWiG) เป็นต้น
2. ช่วยสนับสนุนการทำงานวิจัยที่มีส่วนพัฒนาระบบสุขภาพ
3. กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่จะครอบคลุมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลแม่และเด็ก การใช้เทคโนโลยี การชื้อยา และอุปกรณ์การแพทย์ เป็นต้น และกำหนดรายละเอียดเงื่อนไขการใช้บริการต่างๆ ของผู้ประกันตน

4. กำหนดอัตราค่าตอบแทนการให้บริการของผู้ให้บริการสุขภาพ การตัดสินใจและนโยบายที่ออกมาจาก คณะกรรมการ Federal Joint Committee นั้นจะถูกส่งต่อให้กับกระทรวงสาธารณสุข ถ้าไม่มีการโต้แย้งใดๆ จะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ภายในเวลา 2 เดือน

หน่วยงานประกันสุขภาพ หรือ German Federal Insurance Authority (GFIA)

องค์ประกอบขององค์กร

German Federal Insurance Authority (GFIA) เป็นองค์กรอิสระก่อตั้งด้วยกฎหมายในปี 1956 ภายใต้การดูแลของ Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวเพียงรับฟังข้อแนะนำเบื้องต้นจากทางกระทรวงสาธารณสุข แต่ในรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละกรณี ทาง GFIA มีอิสระในการตัดสินใจได้เอง

บทบาทหน้าที่หลักของหน่วยงานประกันสุขภาพ

1. กำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุน Sickness Funds ให้เป็นไปตามกฎหมาย ถ้ามีกองทุนใดที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ทั้งๆ ที่ได้รับคำแนะนำจาก GFIA แล้ว ทาง GFIA สามารถออกคำเตือน (notice of obligation) หรือทำการบังคับใช้กฎหมายลงโทษได้ทันที ถ้ามีความจำเป็น
2. ให้คำแนะนำแก่ Sickness Funds ด้านประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (cost-effective manner) และตรวจการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับความมีประสิทธิภาพของกองทุนตามกฎหมาย
3. ทำการจัดสรรเงินรายได้ของกองทุน Sickness Funds เข้าไปแต่ละกองทุน โดยมีการกำหนดอัตราพื้นฐานที่จะจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนของแต่ละกองทุน แต่อาจจะมีการจัดสรรเงินพิเศษ (Premium) ตามสูตรความเสี่ยงซึ่งแปรผันตามอายุ เพศและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังทั้ง 80 โรค

การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในประเทศฝรั่งเศส

ประเทศฝรั่งเศสอยู่ภายใต้การปกครองแบบประชาธิปไตยในระบบรัฐสภา ประกอบไปด้วยภูมิภาคทั้งหมด 26 ภูมิภาค 36,679 ท้องถิ่น มีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคนโดยประมาณ ระบบสาธารณสุขของประเทศฝรั่งเศสนั้นเป็นระบบที่ผสมผสานโดยอาศัยโครงสร้างทางด้านสาธารณสุขแบบ Bismarckian มาใช้ในระบบการจัดการสาธารณสุข แต่มีการกำหนดเป้าหมายด้วยแนวคิดแบบ Beveridge ซึ่งสะท้อนออกมาเป็นโมเดลการจ่ายเงินแบบเดี่ยว และในปี พ.ศ. 2543 มีการออกกฎหมาย Universal Health Coverage Act (CMU Act) ซึ่งทำให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการ ครอบคลุมถึงบุคคลที่มีรายได้ต่ำซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 0.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ได้รับการคุ้มครองจากรัฐบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ แต่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงได้เกิดการต่อต้านจากกลุ่มอาชีพที่มีสวัสดิการดีอยู่แล้ว เช่น ข้าราชการ ลูกจ้างรถไฟ ลูกจ้างธนาคารแห่งชาติซึ่งได้รับสวัสดิการที่น้อยลง ในปัจจุบัน ร้อยละ 77 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ มาจากรายจ่ายของระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ และรายได้ของระบบสาธารณสุข เริ่มมีแนวโน้มมาจากรายได้จากเงินภาษีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีการแทรกแซงจากทางภาครัฐมากขึ้นเช่นเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสมี 2 ประเภทคือ

1. ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับหรือ Statutory health insurance (SHI)

ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับของประเทศฝรั่งเศสเริ่มต้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2488 และพัฒนามาจนกองทุน SHI Funds สามารถครอบคลุมจำนวนประชากรเกือบทั้งหมดในปี พ.ศ. 2549 การเป็นสมาชิกของกองทุนจะถูกแบ่งตามสาขาอาชีพ ซึ่งครอบคลุมทั้งผู้รับเงินเดือน ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และสมาชิกในครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย เป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่เกิดการแข่งขันกันระหว่างประเภทกองทุนเพราะผู้ประกันตนไม่มีอิสรภาพในการเลือกกองทุนได้ด้วยตนเอง โดยกองทุน SHI แบ่งย่อยลงได้อีก 3 ประเภท คือ

1.1 กองทุนประกันสุขภาพทั่วไป หรือ General Health Insurance Scheme

กองทุนประกันสุขภาพทั่วไปคุ้มครองบุคคลที่เป็นลูกจ้างมีเงินเดือนหรือได้รับค่าตอบแทนคล้ายเงินเดือน ในภาคพาณิชย์กรรม ภาคอุตสาหกรรมและหน่วยงานรัฐ ซึ่งรวมไปถึงกองทุนสำหรับนักเรียน คนตกงาน และผู้เกษียณอายุ หรือ La Couverture maladie universelle (CMU Fund) สัดส่วนของผู้ประกันตนรวม คิดเป็นร้อยละ 89 ของประชากรทั้งหมด

1.2 กองทุนประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรม หรือ Agricultural Scheme

กองทุนประเภทดังกล่าวตั้งขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานรับประกันให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรม ไม่ว่าจะเป็นลูกจ้างหรือประกอบอาชีพเกษตรกรรมอิสระ โดยถ้าหากเป็นลูกจ้าง จะอยู่ภายใต้การประกันสุขภาพที่เรียกว่า Assurance des Salariés Agricole (ASA) ถ้าไม่ใช่ลูกจ้าง จะอยู่ใต้การประกันสุขภาพที่เรียกว่า Assurance maladie, maternité, invalidité des exploitants agricole (AMEXA) กองทุนประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรมมีสัดส่วนของผู้ประกันตนรวมเป็นร้อยละ 6 ของประชากรทั้งหมด

1.3 กองทุนประกันสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ (National Insurance Fund)

กองทุนประกันสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพอิสระเป็นกองทุนประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ มีสัดส่วนของผู้ประกันตนรวมเป็นร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด

กองทุนประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงต่างๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสวัสดิการสังคม กระทรวงเศรษฐกิจและการเงิน ส่วนกองทุนประกันสุขภาพเพื่อผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรมจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

2. ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ หรือ Voluntary Health Insurance (VHI)

กองทุนภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจพัฒนามาจากกองทุนประกันสังคมต่างๆ ที่เคยดำเนินงานก่อนหน้าการก่อตั้งระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (SHI) กองทุนภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจดำเนินงานในรูปแบบบริษัทที่ไม่แสวงหาผลกำไร โดยสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับระหว่างกองทุน VHI จะแตกต่างกันไปและส่วนมากมักอยู่ในรูปแบบของสวัสดิการพิเศษจากนายจ้าง หรือเป็นสวัสดิการจากภาครัฐให้แก่บุคคลรายได้ต่ำ (CMU-C) ที่เพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่รัฐบาลสนับสนุน (CMU)

กองทุนประกันสุขภาพในสองระบบมีองค์กรตัวแทน กล่าวคือ กองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับมี National Union of Health Insurance Funds หรือ UNCAM เป็นองค์กรตัวแทน ส่วนกองทุนประกันสุขภาพภาคสมัครใจมี National Union of Complementary Health Insurers โดยทั้งสององค์กรจะทำการต่อรองกับรัฐบาลและผู้ให้บริการ เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตนหรือประชาชน

กลไกด้านผู้ซื้อ และผู้ใช้บริการ

สมาชิกของแต่ละกองทุนจำเป็นต้องสมทบเงินเข้ากองทุนเป็นอัตราที่เท่าๆ กันโดยมีการกำหนดอัตรากลางจากคณะกรรมการ HAS และในแต่ละระบบประกันสุขภาพจะมีกองทุนดำเนินงานทั้งในระดับประเทศ และในระดับท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น กองทุนประกันสุขภาพทั่วไปมีกองทุนท้องถิ่นทั้งหมด 105 กองทุน ทำหน้าที่เบิกจ่ายเงินให้แก่ผู้ใช้บริการ และมีกองทุนในระดับภูมิภาคอีก 16 กองทุน เพื่อรับผิดชอบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ร้อยละ 85 โดยประมาณเป็นค่าบริการทางการแพทย์ ส่วนค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือ ร้อยละ 15 เป็นเงินสวัสดิการช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วย ผู้ลาคลอดและผู้ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานและเงินบำนาญสำหรับผู้พิการ ซึ่งรูปแบบความคุ้มครองนั้นจะเป็นการร่วมประกัน (co-insurance) หรือร่วมจ่าย (copayment) กองทุน SHI Funds จะให้การคุ้มครองในสัดส่วนที่แตกต่างกันไปตามรายการค่าใช้จ่าย ตัวอย่างเช่น ค่ายารักษาโรค บางรายการผู้ป่วยอาจไม่ต้องร่วมจ่ายเลย แต่บางรายการผู้ป่วยต้องจ่ายร้อยละ 85 ของค่ายารักษาโรค ขึ้นอยู่กับสรรพคุณของยาและความรุนแรงของโรค ในกรณีค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน ผู้ประกันตนร่วมจ่ายในสัดส่วนร้อยละ 20 ของค่ารักษาพยาบาล และจ่ายวันละ 18 ยูโร ในกรณีค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ประกันตนร่วมจ่ายในสัดส่วนร้อยละ 30 และจ่าย 1 ยูโรต่อการพบแพทย์แต่ละครั้ง เป็นต้น ผู้ประกันตนบางราย อาจจะเป็นสมาชิกกับกองทุนประกันสุขภาพภาคสมัครใจ เพื่อทำการคุ้มครองเพิ่มเติม ในส่วนที่ผู้ประกันตนไม่ได้รับความคุ้มครอง โดยเฉพาะรายการบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ค่าบริการทันตกรรม ซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากแต่ผู้ประกันตนมักได้รับ

ความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพภาคบังคับในอัตราที่ต่ำ ดังนั้นผู้ประกันตนจึงซื้อประกันสุขภาพภาคสมัครใจเพิ่มเติม ซึ่งคุ้มครองอัตราค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า อัตราความคุ้มครองที่ประกันสุขภาพภาคบังคับกำหนดถึงสามเท่า แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพทั้งสองประเภทก็อาจจะไม่ครอบคลุมค่าบริการทันตกรรมทั้งหมด

การจ่ายเงินคืนให้แก่ผู้ประกันตนโดยทั่วไปกองทุนประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสจะกำหนดให้ผู้ประกันตนจ่ายค่าบริการก่อน แล้วเบิกเงินคืนจากกองทุนในภายหลัง ยกเว้นสองกรณีคือ กรณีที่ผู้ประกันตนเป็นสมาชิกกองทุนประกันสุขภาพประเภท CMU ซึ่งทางกองทุนจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ทันที โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการไปก่อนแต่อย่างใด และกรณีของรายการการรักษาบางรายการเช่น อายุรกรรมทั่วไป การตรวจในห้องวิจัยบางชนิด ผู้ประกันตนอาจขอให้ผู้ให้ประกันสุขภาพจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ก่อนได้

รายการสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ประกอบไปด้วย การให้บริการในสถานฟื้นฟูทั้งเอกชนและรัฐบาล กายภาพบำบัด การให้บริการผู้ป่วยนอก การตรวจหาโรคที่ต้องใช้บริการห้องปฏิบัติการทดสอบ รายการยาที่แพทย์สั่ง อุปกรณ์ทางการแพทย์ การขนส่งทางสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยระยะยาว การบำบัดสุขภาพจิต ความคุ้มครองขั้นต้นสำหรับการบริการทางทันตกรรมและจักษุ และการป้องกันโรคบางรายการ เช่น การฉีดวัคซีนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป การรักษาโรคเรื้อรัง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิด การฉีดวัคซีน HPV การตรวจเอกซเรย์เต้านม การตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ซึ่งเบิกได้เต็มจำนวน ส่วนการป้องกันโรครายการอื่นๆ จะไม่ได้อยู่ภายใต้การคุ้มครองผู้ประกันตนต้องจ่ายเองหรือใช้สิทธิ์จากการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้ผู้ประกันตนทุกคนจะต้องมี “แพทย์ประจำตัว” (Médecin traitant) ซึ่งการเข้ารับการรักษาพยาบาล จะต้องปรึกษากับแพทย์ประจำตัวก่อน ซึ่งทำหน้าที่เก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลของคนไข้รายนั้นไว้มากที่สุด เว้นแต่กรณีที่เหตุฉุกเฉิน หรือผู้ประกันตนเจ็บป่วยนอกภูมิลำเนาของตนเอง ในกรณีการเจ็บป่วยปกติ ถ้าหากผู้ประกันตนไม่พบแพทย์เฉพาะทางก่อน จะมีผลต่อการขอเงินคืนจากกองทุนประกันสุขภาพ

ที่มาของรายได้กองทุน

ในอดีตรายได้หลักของกองทุนมาจากเงินสมทบจากทางลูกจ้างและนายจ้างซึ่งคิดจากสัดส่วนของค่าจ้าง แต่หลังจากปี พ.ศ. 2541 มีความต้องการที่จะเพิ่มฐานการเก็บรายได้ของระบบประกันสุขภาพ จึงแทนที่เงินสมทบจากฐานค่าจ้างด้วย general social contribution (CSG) ซึ่งคิดจากสัดส่วนของรายได้หลายประเภท โดยครอบคลุมประเภทของรายได้มากกว่าแค่รายการค่าจ้างของลูกจ้างเพียงอย่างเดียวเหมือนในอดีต และมีเงินสนับสนุนจากรัฐบาลสำหรับชดเชยเงินสมทบที่ไม่สามารถเก็บได้จากกลุ่มบุคคลบางกลุ่ม โดยกลุ่มคนที่ได้รับการสนับสนุนเงินสมทบจะแปรผันไปตามนโยบายรัฐบาลว่าจะสนับสนุนบุคคลกลุ่มใด นอกจากนี้รายได้ของระบบประกันสุขภาพ ยังรวมไปถึงการเก็บภาษีจากสินค้าบางประเภท เช่น สินค้ายาสูบ ยานยนต์ และเวชภัณฑ์ เป็นต้น โดยรายได้ทั้งหมดจะรวมกันไว้ที่หน่วยงานระดับประเทศ (Central Social Security Agency (ACOSS) แล้วจึงจัดสรรไปยังกองทุน SHI ต่อไป

กลไกด้านผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการทางการแพทย์ในประเทศฝรั่งเศสมีทั้งในรูปแบบหน่วยงานรัฐและหน่วยงานเอกชน โดยแพทย์อิสระจะให้การรักษาระดับปฐมภูมิ ส่วนการรักษาในระดับทุติยภูมิจะเป็นหน้าที่ของทั้งแพทย์อิสระและโรงพยาบาล และตลอดระยะเวลาสี่สิบปีที่ผ่านมา การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิมิบทบาทในระบบสาธารณสุขของประเทศฝรั่งเศสมากขึ้น กล่าวคือ แพทย์กว่าร้อยละ 59 ประกอบอาชีพอิสระและรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ และประมาณร้อยละ 85 ของประชากรได้ทำการลงทะเบียนกับแพทย์กลุ่มนี้ เนื่องจากมีนโยบายการสนับสนุนจากภาครัฐ เช่น หากผู้ประกันตนเลือกที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิก่อน อัตราการจ่าย co-insurance ก็จะน้อยลง ส่วนรูปแบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลนั้น มีทั้งเป็นโรงพยาบาลของภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชนแบบไม่แสวงหาผลกำไร และโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหาผลกำไร

ผู้ให้บริการทางการแพทย์มีรูปแบบการรวมตัวสองประเภท คือ สภาวิชาชีพ (Chambers or Professional Associations) ซึ่งเป็นการรวมตัวกันเพื่อดูแลด้านจริยธรรมและการปฏิบัติตามหลักวิชาชีพ พัฒนาหลักปฏิบัติ และการศึกษาวิชาการของวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ส่วนสหภาพแรงงานวิชาชีพ (Trade Unions) จะให้ความสำคัญกับการดูแลผลประโยชน์ของบุคลากรในวิชาชีพ และทำหน้าที่ต่อรองกับกองทุนประกันสุขภาพในประเด็นค่าบริการ (fee) การคิดค่าบริการเกินกว่าราคาที่กำหนดไว้ (extra-billing) และรูปแบบการส่งต่อคนไข้ (Referral pattern) โดยจากกฎหมายปฏิรูปการประกันสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2547 บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนจะอยู่ภายใต้สหภาพแรงงานวิชาชีพทางการแพทย์ระดับประเทศ (National Union of Health Professions; UNPS) และต่อมาในปี พ.ศ. 2552 มีการจัดตั้งสหภาพแรงงานวิชาชีพทางการแพทย์ระดับภูมิภาค เพื่อที่จะทำการประสานงานกับตัวแทนสาธารณสุขท้องถิ่น (Regional Health Agency; ARS) นอกจากนี้ยังมีการรวมตัวของโรงพยาบาลซึ่งแบ่งออกเป็นหลายองค์กรตัวแทนขึ้นอยู่กับสถานะของโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรและโรงพยาบาลของเอกชนที่แสวงหาผลกำไร

การจัดการข้อมูล

หน่วยงานดูแลระบบข้อมูลสุขภาพ (Agency Health Information Systems) ถูกตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2552 เพื่อดูแลข้อมูลและทำระบบข้อมูลส่วนบุคคล (ID) ของผู้ป่วยให้มีมาตรฐานเดียวกัน ในอดีตประเทศฝรั่งเศสมีระบบการจัดการข้อมูลสาธารณสุขหลัก สองระบบคือ ระบบ hospital admission (PSMSI) ซึ่งเป็นระบบที่บันทึกรายการการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการเรียกชำระเงินกับกองทุน SHI ภายใต้ระบบการจ่าย DRG และระบบ patient reimbursement claim ที่มีรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วย โดยก่อนหน้านี้ระบบทั้งสองระบบไม่ได้มีความเชื่อมโยงกันแต่อย่างใด จนในปี พ.ศ. 2547 ประเทศฝรั่งเศสได้จัดตั้ง National Health Insurance Inter-Plan Information System เพื่อบูรณาการระบบสารสนเทศทั้งสองระบบเข้าด้วยกัน และมี ID ของผู้เข้ารับบริการเดียวกันในทั้งสองระบบ นอกจากนี้หน่วยงานในระดับภูมิภาคยังพัฒนาระบบข้อมูล telehealth และ electronic patient record เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพขึ้น แต่ต้องได้รับการอนุญาตในการเปิดเผยข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยความสมัครใจก่อน และด้วยจุดประสงค์ที่ต้องการเพิ่มฐานข้อมูลผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนทางการเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจ เช่น การเพิ่มอัตราการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล (co-payment rate) เป็นต้น

การร้องเรียน การกำกับ การตรวจสอบ

กองทุน SHI มีระบบการลงโทษแพทย์ที่ปฏิเสธการรักษาแก่ผู้ป่วยหรือเลือกปฏิบัติ โดยอาศัยการสุ่มตรวจ และเนื่องจากค่ารักษาจริงมักแพงกว่าที่ กองทุน SHI คຸ້ມครอง จึงทำให้ผู้ประกันตนที่มีการประกันสุขภาพภาคสมัครที่คຸ້ມครองต่ำ มักถูกปฏิเสธการรักษา หรือผู้ป่วยเองอาจหลีกเลี่ยงการไปพบผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 9 และ ร้อยละ 40 ของผู้ประกันตนที่ป่วยไม่ไปพบผู้เชี่ยวชาญและทันตแพทย์เพราะความสามารถทางการเงินไม่เพียงพอ

ในด้านการร้องเรียนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถแจ้งไปที่คนกลางในการร้องเรียน (hospital mediator) ส่วนการร้องเรียนแพทย์ในคลินิก ผู้ป่วยสามารถแจ้งศาลยุติธรรมได้เลย

บทบาทของรัฐและกลไกสำคัญในการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ

การจัดการระบบสาธารณสุขในระดับภูมิภาค

ในปี พ.ศ. 2552 ด้วยกฎหมาย Hospital, Patient, Health and Territories (HPST) Act มีการกำหนดให้มีจุดบริการแบบครบวงจร ในแต่ละภูมิภาค เรียกว่า หน่วยงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค หรือ Regional Health Agency (ARS) มีผู้บริหารสูงสุดที่ได้รับการแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข และมีหน้าที่ดังนี้

1. ดูแลให้ระบบสุขภาพเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยการปรับปรุงระบบการทำงานร่วมกันระหว่างการดูแลผู้ป่วยนอกและการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และระหว่างการดูแลด้านสุขภาพและการบริการด้านสังคม
2. ดูแลด้านการลงทุนต่างๆ เช่น การซื้อเครื่องมือทางการแพทย์หลักๆ บางประเภท
3. มีบทบาทในการพยายามทำให้ค่าใช้จ่ายเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในงบประมาณ

การส่งผ่านนโยบายจากระดับประเทศมายังท้องถิ่นต้องผ่านการอนุมัติ โดยสภาหน่วยงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (National Council for the Governance of Regional Health Agencies) แล้วจึงจะส่งคำสั่งต่อไปที่หน่วยงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคแต่ละหน่วย

การจัดการระบบสาธารณสุขในระดับประเทศ

1. กระทรวงสาธารณสุขจัดทำร่างระเบียบวาระเชิงนโยบายโดยทำงานร่วมกับกระทรวงการคลังในประเด็นด้านการเงินและการให้บริการสาธารณสุข
2. กระทรวงสาธารณสุขจะนำเสนอร่างระเบียบวาระเชิงนโยบายซึ่งสอดคล้องกับกฎหมายปฏิรูปการประกันสุขภาพ เพื่อขอการอนุมัติจากรัฐสภา
3. ระเบียบวาระเชิงนโยบายที่ผ่านจะเป็นกรอบในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศ จะนำมาพิจารณาเป็นนโยบาย พร้อมกับคณะกรรมการที่ปรึกษาและสภาต่างๆ

กระทรวงสาธารณสุข หรือ Ministry of Health

เนื่องจากความพยายามในการจัดการกับปัญหาความเท่าเทียมและปัญหาด้านประสิทธิภาพ ดังนั้น ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและมีหน่วยงานใหม่เกิดขึ้นมากมาย พร้อมกับ การมีส่วนร่วมของรัฐสภา รัฐบาล หน่วยงานท้องถิ่นและกองทุนประกันสุขภาพ แต่ถึงอย่างไรก็ตามกระทรวง สาธารณสุข ก็ยังคงบทบาทสำคัญและควบคุมระบบสาธารณสุขของประเทศ

ในแต่ละปีจะต้องมีการเตรียม Social Security Finance Act ซึ่งกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และอนุมัติแนวนโยบายสุขภาพและประกันสังคม รวมไปถึงรายละเอียดของระเบียบและชุดสิทธิประโยชน์ใหม่ โดยได้รับคำปรึกษาหรืออ้างอิงจากรายงานของ

- Accounts Commission ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระ ที่ทำการกำกับและดูแลด้าน ประกันสังคมให้มีการใช้เงินที่เหมาะสม
- High Council for the Future of Health Insurance (HCAAM) ซึ่งทำหน้าที่รายงาน ระบบสุขภาพ โดยเน้นประเด็นเรื่องการเงินและความเท่าเทียมกัน
- High Council of Public Health (HCSP) ซึ่งทำหน้าที่ให้คำปรึกษาผู้กำหนดนโยบาย ด้านสาธารณสุขและการจัดการระบบดูแลสุขภาพเพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดต่างๆ
- National Health Conference ทำหน้าที่กำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นทาง สาธารณสุขในระดับประเทศ

หน่วยงานดูแลด้านสาธารณสุขระดับประเทศ หรือ National Authority for Health (HAS)

หน่วยงานดูแลด้านสาธารณสุขระดับประเทศ (HAS) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีความเป็นอิสระมีสภาพ เป็นนิติบุคคลและมีแหล่งเงินของตนเอง HAS ถูกจัดตั้งโดยรัฐบาลฝรั่งเศสในเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2547 เพื่อที่จะควบคุมภารกิจต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและความเท่าเทียมกันในระบบสาธารณสุข ของประเทศฝรั่งเศสให้อยู่ภายใต้หน่วยงานเดียว

องค์ประกอบของหน่วยงานดูแลด้านสาธารณสุขระดับประเทศ

1. สมาชิก (Collège): มี 8 ท่านซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากประธานาธิบดี สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา และ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม อย่างละ 2 คน
2. กรรมการ: เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ได้รับแต่งตั้งจากสมาชิก HAS ทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ตัวแทนของกองทุน หน่วยงานวิจัย สหภาพของวิชาชีพ และ ตัวแทนผู้ประกันตน และต้องรายงานต่อรัฐบาลและรัฐสภา

บทบาทหน้าที่หลักของหน่วยงานดูแลด้านสาธารณสุขระดับประเทศ

1. พัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล พัฒนาการรักษาพยาบาล และให้ความเห็นเกี่ยวกับการ จ่ายยา และการให้เงินคืนของกองทุนสุขภาพ
2. จัดทำคู่มือปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่ดี เพื่อแนะนำกระบวนการขั้นตอนการรักษา และจัดทำ คำแนะนำสำหรับ “วิธีปฏิบัติที่ดี” (bonne pratique หรือ best practice) ในการรักษาพยาบาล วิธี ปฏิบัติที่ดีนี้จะมีผลในการยื่นคำขอเบิกเงินคืน เนื่องจากต้องมีตรวจสอบเอกสารที่ขอเงินคืนว่า มีการ ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่ดีหรือไม่ โดยมีกระบวนการดังนี้

- กระบวนการเพิ่มเติมรายการเครื่องมือทางการแพทย์กลาง
คณะกรรมการ The National Commission for the Evaluation of Medical Devices (CNEDIMTS) ของ HAS จะให้คำปรึกษาแก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อตัดสินใจว่าจะเพิ่มรายการเครื่องมือทางการแพทย์ใหม่หรือไม่ และให้คำแนะนำแก่คณะกรรมการ Economic Committee for Health Products (CEPS) ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดราคาเครื่องมือแพทย์ ถ้ามีการเพิ่มเข้าไปในรายการยากลางแล้ว
 - กระบวนการเพิ่มเติมขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์กลาง
คณะกรรมการ The National Commission for the Evaluation of Medical Procedures (CEAP) ของ HAS ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จะให้คำปรึกษาแก่องค์กรตัวแทนของกองทุน SHI หรือ UNCAM เพื่อตัดสินใจว่าจะเพิ่มขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์ใหม่หรือไม่ และตัดสินใจกำหนดราคาค่าบริการเมื่อกำหนดเข้าไปในรายการขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์กลางแล้ว
3. ประเมินเทคโนโลยี และรับผิดชอบการทำคู่มือเกี่ยวกับยา การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยกระบวนการดังนี้
- กระบวนการเพิ่มเติมรายการยากลาง
คณะกรรมการ Transparency Commission (CT) ของ HAS จะให้คำปรึกษาแก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อตัดสินใจว่าจะเพิ่มรายการยาใหม่หรือไม่ และคณะกรรมการดังกล่าวก็ให้คำปรึกษาแก่กองทุน SHI เพื่อกำหนดอัตราความคุ้มครอง และให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการ Economic Committee for Health Products (CEPS) ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดราคายา ถ้ามีการเพิ่มเข้าไปในรายการยากลางแล้ว
4. รับรองคุณภาพโรงพยาบาล และออกใบรับรองให้แพทย์สำหรับการศึกษาต่อเนื่อง

คณะกรรมการเฝ้าระวังค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข (Alert Committee)

Alert Committee ถูกจัดตั้งในปี พ.ศ. 2547 ตามกฎหมายปฏิรูปการประกันสุขภาพ โดยมีหน้าที่เพื่อที่จะกล่าวเตือนแก่รัฐสภา กองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ และรัฐบาล หากการใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขเกินเพดานงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติจากรัฐสภา ดังนั้นเมื่อมีการกล่าวเตือน ทางผู้อำนวยการด้านประกันสังคมจะต้องหาวิธีการลดค่าใช้จ่ายลง ตัวอย่างเช่น การเพิ่มอัตราการจ่ายร่วมของราคายา หรือการบริการจากแพทย์อิสระ และการเลื่อนแผนการเพิ่มค่าบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

สหภาพกองทุนประกันแห่งชาติหรือ National Union of Insurance Funds (UNCAM)

สหภาพกองทุนประกันแห่งชาติตั้งโดยรัฐบัญญัติที่ 2004-810 เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีลักษณะเป็นหน่วยงานทางปกครอง และอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ เป็นองค์กรที่มีการรวมตัวกันของกองทุนทั้ง 3 กองทุนหลัก คือกองทุนทั่วไป (สำหรับผู้มีเงินเดือน) กองทุนสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรม กองทุนสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ

บทบาทหน้าที่หลักของสหภาพกองทุนประกันแห่งชาติ

1. เจรจกัับตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกับกองทุนประกันสุขภาพ
2. กำหนดเรื่องการเรียกเก็บเงินเข้ากองทุน และการกำหนดการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้เอาประกัน
3. สหภาพกองทุนประกันแห่งชาติต้องเป็นหลักประกันที่สำคัญในความคงอยู่ของการประกันสุขภาพขั้นต่ำ

ในประเด็นด้านรายการสิทธิประโยชน์กลาง จะมีการกำหนดในระดับประเทศซึ่งบังคับใช้ทั่วประเทศ ฝรั่งเศส ในทุกๆ หน่วยงานรัฐของแต่ละภูมิภาค โดยรายการยาและเครื่องมือทางการแพทย์จะถูกเพิ่มเติมโดยกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการบริการและขั้นตอนทางการแพทย์จะถูกเพิ่มเติมโดยองค์กรตัวแทนกองทุน SHI (UNCAM) โดยผ่านคำแนะนำการคณะกรรมการที่ปรึกษาโดยเฉพาะของ National Authority for Health (HAS) เนื่องจากหนึ่งในหน้าที่หลักของ HAS คือ การให้คำปรึกษาในแง่วิทยาศาสตร์ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ตามกฎหมาย Social Security Financing

การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีรูปแบบการปกครองแบบราชาธิปไตยที่มีรัฐสภาภายใต้รัฐธรรมนูญ ประกอบไปด้วย จังหวัดทั้งหมด 47 จังหวัด และเขตเทศบาลทั้งหมด 1,844 เขตเทศบาล มีจำนวนประชากรทั้งหมด 127 ล้านคนซึ่งอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในรูปแบบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยมีจำนวนกองทุนประกันสุขภาพที่ดำเนินงานทั้งหมด 3,500 กองทุนโดยประมาณ และในปี พ.ศ. 2552 ค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขทั้งหมดร้อยละ 80 มาจากระบบประกันสุขภาพ และร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขมาจากเงินสมทบของระบบประกันสุขภาพ ประเทศไทยถือเป็นหนึ่งในประเทศที่มีประชากรมีสุขภาพดีที่สุดประเทศหนึ่งในโลก โดยมีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่สูงที่สุดในโลก และอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่ำที่สุดในโลก ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี มากถึง ร้อยละ 25 ของจำนวนประชากรทั้งหมดและจะเพิ่มขึ้นถึงเกือบร้อยละ 35 หรือมากกว่า 1 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2578

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยสามารถแบ่งออกเป็นสองระบบหลัก คือ ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (Health insurance system for employees) และระบบประกันสุขภาพระดับประเทศ (National Health Insurance) โดยแต่ละระบบมีสัดส่วนของประชากรประมาณ ร้อยละ 60 และ 40 ตามลำดับ ซึ่งกองทุนประกันสุขภาพเป็นองค์กรที่ดำเนินงานโดยไม่แสวงหาผลกำไร มีอิสระกับองค์กรเอกชนหรือรัฐบาล และได้รับการยกเว้นจากการเก็บภาษี แต่การดำเนินการของแต่ละกองทุนจะอยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ หรือ Ministry of Health, Labour and Welfare อย่างเข้มงวด นอกจากนี้ลักษณะสำคัญของกองทุนประกันสุขภาพในประเทศไทยคือการจ่ายเงินสมทบให้กันระหว่างกองทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนเงินจากกองทุนที่มีผู้ประกันตนในวัยทำงานให้แก่กองทุนประกันสุขภาพคุ้มครองบุคคลที่มีอายุมากกว่า 75 ปี (ดังแสดงในรูปที่ 4-1)

1. ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง แบ่งออกเป็นกองทุน 2 ประเภทคือ

1.1 กองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ (1st Tier)

กองทุนประเภทนี้เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2470 โดยอาศัยเงินสมทบ จากฝ่ายลูกจ้างและนายจ้าง โดยคิดสัดส่วนเงินสมทบเป็นร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 10 ของค่าจ้าง

1.2 กองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก (2nd Tier)

กองทุนประเภทนี้เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2470 โดยอาศัยเงินสมทบจากฝ่ายลูกจ้าง นายจ้างและเงินสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นสัดส่วน ร้อยละ 10 ของค่าจ้าง

2. ระบบประกันสุขภาพระดับประเทศ แบ่งออกเป็นกองทุน 2 ประเภทคือ

2.1 กองทุนประกันสุขภาพสำหรับบุคคลอื่นๆ (3rd Tier)

กองทุนประกันสุขภาพสำหรับบุคคลอื่นๆ (Citizen Health Insurance) เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2481 และสามารถครอบคลุมหมดทุกพื้นที่ท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2504 ซึ่งทางกองทุนฯ จะให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่

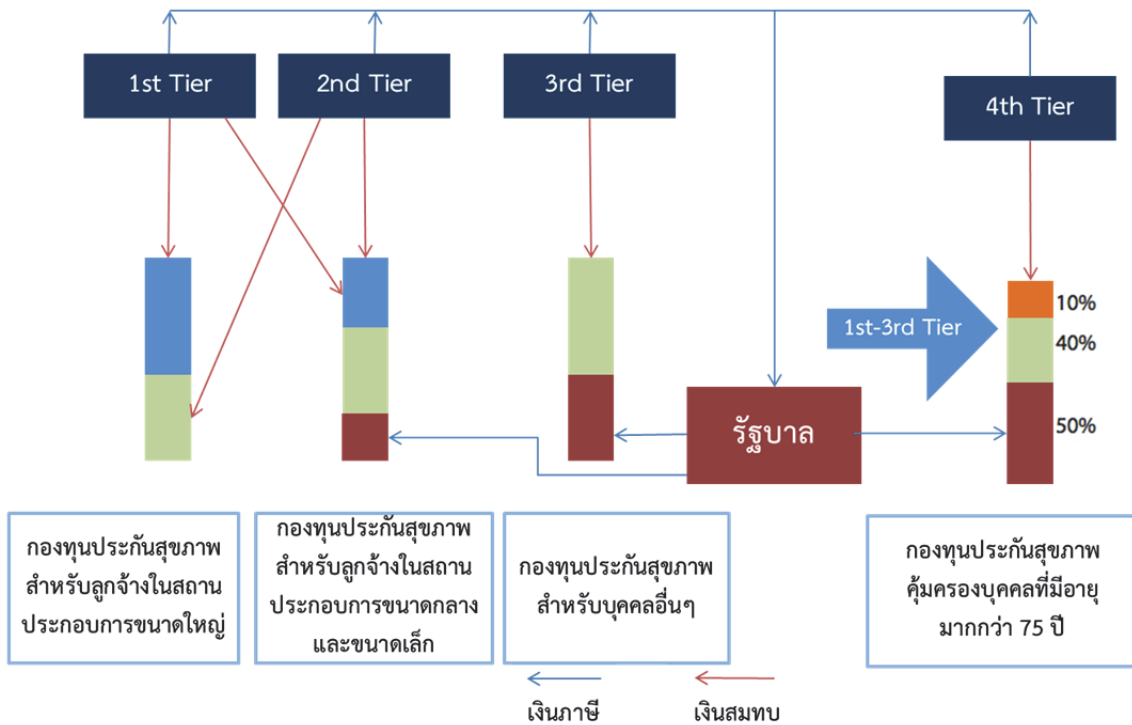
ไม่ได้อยู่ภายใต้กองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง ตัวอย่างเช่น แพทย์ หนายความ และบุคคลที่ประกอบอาชีพอิสระอื่นๆ รายได้ของกองทุนฯ มาจากเงินสมทบของผู้ประกันตนและเงินสนับสนุนจากรัฐบาล

2.2 กองทุนประกันสุขภาพคุ้มครองบุคคลที่มีอายุมากกว่า 75 ปี (4th Tier)

กองทุนประกันสุขภาพคุ้มครองบุคคลที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จัดการโดยกองทุนประกันสุขภาพในแต่ละจังหวัด รายได้ของกองทุนฯ นั้นมาจากสามส่วนคือ เงินสมทบของผู้ประกันตน เงินสนับสนุนจากรัฐบาล และเงินสนับสนุนจากสามกองทุนภายใต้ระบบประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี โดยการสนับสนุนเงินมาจากกองทุนอื่นๆ เป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับระบบประกันสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากรที่มีอายุและความเสี่ยงที่ต่างกัน

แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ในกรณีของบุคคลที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบได้ รัฐบาลจะให้ความคุ้มครองภายใต้ระบบความช่วยเหลือ Means-tested public assistance

รูปที่ 4-1: การสมทบเงินระหว่างกองทุนและเงินสนับสนุนจากรัฐบาลในระบบประกันสุขภาพ



ที่มา: Ikegami, Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development Lessons from Japan (2014)

นอกจากการประกันสุขภาพพื้นฐานที่กล่าวมานั้น ประเทศญี่ปุ่นยังมีการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ แต่เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นมีระบบการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทุกคน จึงทำให้ปริมาณอุปสงค์ของการประกันสุขภาพประเภทนี้มีน้อย แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพพื้นฐานสามารถสมัครประกันในรูปแบบของ ชุดประกันสุขภาพเพิ่มเติม (Supplementary private health insurance) ซึ่งเป็นการเสริมความคุ้มครองที่ได้รับอยู่ ซึ่งจะมอบความคุ้มครองเป็นเงินชดเชยต่อวัน กรณีการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเงินก้อน กรณีเข้ารับการรักษาผ่าตัดใหญ่

ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจดำเนินการโดยบริษัทประกันของเอกชนซึ่งแสวงหาผลกำไร โดยบุคคลที่ต้องการซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมนี้จะต้องผ่านการตรวจร่างกายก่อน ซึ่งทำให้บริษัทประกันมีสิทธิ์ในการปฏิเสธไม่รับประกันได้ หากผลการตรวจร่างกายของผู้สมัครไม่ผ่านเงื่อนไขที่ทางบริษัทกำหนดไว้

กลไกด้านผู้ซื้อ และผู้ให้บริการ

ผู้ประกันตนทุกคนจะได้รับชดเชยสิทธิประโยชน์เหมือนกัน ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่ารักษาด้านจิตเวช ค่ายาโรครักษาโรคมะเร็ง ค่ากายภาพบำบัด และค่าทันตกรรมส่วนใหญ่ แต่การป้องกันโรคไม่อยู่ในชดเชยสิทธิประโยชน์ เนื่องจากอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลของแต่ละจังหวัด โดยชดเชยสิทธิประโยชน์ทั้งหมดได้ถูกระบุเป็นรายการสิทธิประโยชน์พร้อมกับอัตราค่าชดเชย (fee schedule) และมากกว่าร้อยละ 95 ของการจ่าย out-of-pocket มาจากอัตราค่าร่วมจ่ายของผู้ประกันตน ซึ่งสัดส่วนการจ่ายร่วมเป็นหนึ่งในรายละเอียดที่ระบุไว้ในรายการสิทธิประโยชน์ และผู้ให้บริการไม่สามารถคิดค่าบริการเกินกว่าที่ได้ระบุไว้ในรายการสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้การใช้เครื่องมือการแพทย์หรือเทคโนโลยีใหม่ จะไม่ถูกคิดค่าบริการเพราะอยู่ในช่วงการทดลองประสิทธิภาพและความปลอดภัย

ที่มาของรายได้กองทุน

ในปี พ.ศ. 2548 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น มีแหล่งรายได้หลักจาก 3 แหล่งคือ เงินสนับสนุนจากรัฐบาล (ร้อยละ 36.4) เงินประกัน (ร้อยละ 49.2) และการร่วมจ่ายจากผู้ป่วย (ร้อยละ 14.4) โดยการร่วมจ่ายจากผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในระหว่างปี พ.ศ. 2498 ถึงปี พ.ศ. 2538 แต่ภายหลังจากปี พ.ศ. 2548 สัดส่วนการร่วมจ่ายก็เพิ่มขึ้นอีกครั้ง โดยสัดส่วนการร่วมจ่ายของผู้ป่วยจะแตกต่างกันตามช่วงอายุ กล่าวคือ วัยเด็กมีอัตราการร่วมจ่ายในสัดส่วนร้อยละ 20 ของอัตราค่ารักษาพยาบาล วัยผู้ใหญ่มีอัตราการร่วมจ่ายในสัดส่วนร้อยละ 30 ของอัตราค่ารักษาพยาบาลและวัยชรามีอัตราการร่วมจ่ายในสัดส่วนร้อยละ 10 ของอัตราค่ารักษาพยาบาล

ถึงแม้ว่าสัดส่วนการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะเป็นสัดส่วนที่สูงแต่ภาระทางการเงินก็ถูกจำกัดโดย Catastrophic Coverage System ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้ประกันตนในกรณีที่ต้องร่วมจ่ายเป็นมูลค่าที่สูง โดยระบบดังกล่าวจะมีการกำหนดเพดานของมูลค่าการร่วมจ่ายไว้ ถ้าจำนวนเงินทั้งหมดที่ผู้ประกันตนได้ร่วมจ่ายไปแล้วเกินกว่าเพดานที่กำหนดไว้ ทางผู้ประกันตนสามารถเบิกเงินคืน โดยเพดานของมูลค่าการร่วมจ่ายโดยทั่วไปจะกำหนดไว้ที่ 80,100 เยน หรือ ประมาณ 21,000 บาทต่อเดือน บวกกับร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายจริงที่ไม่เกิน 267,000 เยน หรือ 75,000 บาทต่อเดือน แต่ในกองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่บางสถานประกอบการอาจจะลดอัตราค่าร่วมจ่ายลงได้

กลไกด้านผู้ให้บริการ

สถานพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นเป็นองค์กรที่ไม่แสวงกำไร โดยมีทั้งเอกชน สมาคมทางการแพทย์ รัฐบาลท้องถิ่นและองค์กรอิสระเป็นเจ้าของ ส่วนการบริการในคลินิกนอกเวลาจะอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งคลินิกนอกเวลา มีรัฐบาลท้องถิ่นเป็นเจ้าของแต่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลางเช่นเดียวกัน นอกจากนี้แพทย์ในประเทศญี่ปุ่นจะมีทั้งรูปแบบของเจ้าของคลินิกหรือลูกจ้างโรงพยาบาล รับเงินเดือน

การให้บริการผู้ป่วยนอก

ระบบสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นนั้นไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในลำดับแรกก่อนที่จะไปสถานพยาบาล หรือ Gate keeper ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถเข้ารับการรักษาจากทั้งแพทย์อิสระและสถานพยาบาล โดยผู้ให้บริการทางการแพทย์จะเรียกเก็บค่าบริการจากสองช่องทางคือ เรียกเก็บจากกองทุนประกันสุขภาพ (fee-for-service) และค่าบริการส่วนที่สองมาจากการจ่ายร่วมของผู้ประกันตน ตามอัตราที่กำหนดไว้ในรายการสิทธิประโยชน์ (fee schedule) รายการสิทธิประโยชน์นั้นมีรายละเอียดการเก็บค่าบริการพยาบาลสำหรับการรักษาทุกประเภท ผู้ให้บริการไม่สามารถเก็บค่าบริการแตกต่างไปจากรายการที่กำหนดไว้

รายการความคุ้มครองนั้นครอบคลุม ค่าการให้คำปรึกษา การตรวจโรค การตรวจสอบผลจากห้องวิจัย การจัดการโรคเรื้อรังและรายการการให้บริการอื่นๆ มากกว่า 4,000 รายการ รวมถึงรายการยาถึง 130,000 รายการ

การให้บริการผู้ป่วยใน

ร้อยละ 72 ของจำนวนเตียงเป็นของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไรและ ร้อยละ 28 เป็นจำนวนเตียงของโรงพยาบาลรัฐบาล และประมาณร้อยละ 50 ของรายการค่าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเรียกเก็บในรูปแบบ การจ่ายค่าบริการตามรายการ (Fee-for-service) ส่วนค่าใช้จ่ายรายการอื่นๆ จะคำนวณด้วยระบบ Diagnosis Procedure Combination (DPC), Diagnosis-related group (DRG) และ Case-mix classification ผู้ให้บริการทางการแพทย์สามารถได้เงินสนับสนุนเพิ่มเติม ถ้าให้ความร่วมมือกับนโยบายเพิ่มคุณภาพบริการ เช่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการดูแลแบบประคับประคอง หรือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การจัดการข้อมูล

รัฐบาลบังคับให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ร้อยละ 86 ของคลินิก และร้อยละ 95 ของร้านขายยา เรียกเก็บค่าบริการผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ยกเว้นในเพียงบางพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์ และเนื่องจากการผ่านกฎหมาย National Identification Number Act 2013 จึงทำให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเตรียมการใช้ระบบหมายเลขผู้ใช้บริการให้เป็นหมายเลขเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2559

นอกจากนี้รัฐบาลญี่ปุ่นยังวางแผนการใช้เครือข่ายข้อมูลสุขภาพ (Health Information Network) ที่ครอบคลุมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายที่ประกาศใน New Strategy in Information and Communications Technology 2010 มีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

1. พัฒนาระบบข้อมูลการรักษาที่เข้าถึงได้โดยผู้ให้บริการทางการแพทย์ทุกราย
2. พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารทางสาธารณสุข (Telehealth Platform) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลให้เชื่อมโยงกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ได้
3. พัฒนาระบบในการตรวจสอบการใช้จ่ายได้ เพื่อป้องกันผลไม่พึงประสงค์
4. สร้างระบบฐานข้อมูลการเบิก (Claim database) เพื่อประโยชน์ในการประเมินความต้องการของชุมชนและศึกษานโยบายที่เหมาะสมกับชุมชน

การร้องเรียน การกำกับ การตรวจสอบ

ในทุกจังหวัดมีศูนย์ดูแลความปลอดภัยทางการแพทย์ (Medical Safety Support Center) ซึ่งผู้ให้บริการในแต่ละจังหวัดสามารถยื่นข้อร้องเรียนได้ ส่วนหน่วยงานของรัฐบาลในแต่ละจังหวัดจะกระทำการกำกับและตรวจสอบผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาล และมีสมาคมทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเป็นพยาน แต่ในกรณีที่เป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ เจ้าหน้าที่ของทางกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการจะเป็นผู้ตรวจสอบแทน

บทบาทของรัฐและกลไกสำคัญในการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ

การจัดการระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด

ระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัดประกอบไปด้วย สภาสาธารณสุขท้องถิ่น (Health Care Council) เพื่อวางแผนสุขภาพของท้องถิ่น ตามกฎหมายกำหนดให้มีสมาชิกมาจากผู้ให้บริการด้วย

ส่วนรัฐบาลของจังหวัดแต่ละจังหวัดจะทำหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ในการให้บริการและตัวชี้วัดในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ
2. กำหนดมาตรฐานการบริการ เช่น จำนวนเตียงของแต่ละโรงพยาบาล
3. ตรวจสอบโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี ตัวอย่างเช่น ถ้าพบว่า มีจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อเตียงต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ ทางโรงพยาบาลจะได้รับเงินเบิกจ่ายค่ารักษาในอัตราที่ลดลงได้
4. มีคณะกรรมการตรวจสอบคำร้อง (Claim) ซึ่งมาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำงานที่ หน่วยงานที่ดูแลการเบิกจ่ายตามคำร้อง โดยทางคณะกรรมการสามารถปฏิเสธการจ่ายเงินได้

การจัดการระบบสาธารณสุขในระดับประเทศ

1. รัฐบาลเป็นผู้กำกับดำเนินการดำเนินงานในระบบประกันสุขภาพ และจ่ายเงินอุดหนุนแก่รัฐบาลท้องถิ่น กองทุนประกัน และผู้ให้บริการทางการแพทย์
2. รัฐบาลประมาณการค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข โดยอ้างอิงจากตัวเลขอ้างอิงต่างๆ ทั้งค่าใช้จ่ายของปีที่ผ่านมา ตัวเลขเศรษฐกิจมหภาคและการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวแปรอื่นๆ เช่น เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่หรือโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ส่วนสภาระบบประกันสุขภาพกลาง (Central Social Insurance Medical Council) จะพิจารณาราคาของรายการสิทธิประโยชน์ทุกรายการ ในทุกๆ สองปี ซึ่งการพิจารณาจะอยู่ภายใต้กรอบค่าใช้จ่ายที่อนุมัติโดยรัฐบาล
3. รัฐบาลกำหนดแผนการลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ (Cost-Containment Plan for Health Care) ส่วนในระดับจังหวัดเองก็จำเป็นต้องมีแผนการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost-Control Plan) ของแต่ละจังหวัดเช่นกัน
4. เนื่องจากรัฐบาลต้องการลดความแตกต่างทางสุขภาพ จึงออกแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ หรือ National Health Promotion Movement in the 21st Century (Health Japan 21) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดจำนวนการตายในกลุ่มคนทำงานหรือการตายก่อนวัยอันควร และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร (QOL) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ หรือ Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW)

มีหน้าที่กำหนดเป้าหมาย นโยบายและดูแลการดำเนินงานทั้งด้านสาธารณสุข ด้านแรงงาน ด้านสวัสดิการ ผ่านทางสำนักงานที่อยู่ภายใต้กระทรวง ตัวอย่างเช่น สำนักงานนโยบายทางสาธารณสุข (Health Policy Bureau) ซึ่งดูแลกลยุทธ์ในการบริหารงานสาธารณสุข รวมไปถึงการวิจัยและพัฒนาข้อมูล สำนักงานบริการสาธารณสุข ซึ่งวางแผนและให้คำแนะนำแนวทางในการป้องกันโรค สำนักงานสุขภาพและสวัสดิการ ผู้สูงอายุซึ่งกำกับดูแลการประกันระยะยาว และสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น

สภาที่ปรึกษาระบบประกันสุขภาพกลาง หรือ

The Central Social Insurance Medical Council (Chu I Kyo)

องค์ประกอบของสภาที่ปรึกษาระบบประกันสุขภาพกลาง

สภาที่ปรึกษาระบบประกันสุขภาพกลางตั้งขึ้นในฐานะสภาที่ปรึกษาภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ มีสำนักประกันสุขภาพ (Health Insurance Bureau) เป็นฝ่ายเลขานุการ มีสมาชิกสภาทั้งหมด 20 ท่านซึ่งเป็นตัวแทนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์และตัวแทนจากนักวิชาการ โดยมีส่วนประกอบและตัวแทนในการออกเสียงของแต่ละฝ่ายดังนี้

1. ตัวแทนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์

มีตัวแทนในการออกเสียงทั้งหมด 7 ท่าน ประกอบไปด้วยตัวแทนจากกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ จาก Japan Medical Association กลุ่มสถานพยาบาลจาก Hospital association และกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ

2. ตัวแทนจากผู้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์

มีตัวแทนในการออกเสียงทั้งหมด 7 ท่าน ประกอบไปด้วยตัวแทนจากกองทุนประกันสุขภาพ องค์กรนายจ้าง กลุ่มสมาชิกแรงงาน และรัฐบาลท้องถิ่น

3. ตัวแทนจากบุคคลที่เป็นกลาง

มีตัวแทนในการออกเสียงทั้งหมด 6 ท่าน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มตัวแทนที่มีความเป็นกลางในการพิจารณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพิจารณาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ เช่น นักวิชาการสาขากฎหมาย เศรษฐศาสตร์ นโยบายสาธารณะ และคณะกรรมการของสมาคมะเร็งแห่งประเทศไทย

ภายใต้สภาที่ปรึกษาระบบประกันสุขภาพกลางยังมีอนุกรรมการและหน่วยงานย่อยเพื่อดูแลในรายละเอียดของประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. คณะอนุกรรมการ ซึ่งทำการถกเถียงประเด็นและเสนอความคิดเห็นในเบื้องต้น ในเรื่อง ชุดรายการสิทธิประโยชน์กลาง และการสำรวจสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล โดย ทางคณะอนุกรรมการมีหน่วยงานพิเศษเพื่อศึกษาประเด็นทางเทคนิคในการปรับแก้ชุดสิทธิประโยชน์กลางประกอบไปด้วย คณะทำงานอีก 5 คณะ

- คณะทำงานด้านระบบการประเมินด้วยระบบ DPC (DPC Evaluation Subcommittee)
- คณะทำงานด้านการประเมินข้อมูลทางเทคนิค (Technical Appraisal Subcommittee)
- คณะทำงานด้านการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานพยาบาล (Cost Analysis of Medical Institutions Subcommittee)

- คณะทำงานด้านภาษีการบริโภค Consumption Tax to the Medical Institution Subcommittee
 - คณะทำงานด้านการวิจัยผู้ป่วยใน (In Hospital Patients Research & Analysis Subcommittee)
2. แผนงานตรวจสอบ (Examination Department) ซึ่งทำหน้าที่สำรวจผลกระทบที่เกิดจากการทบทวนชุดรายการสิทธิประโยชน์กลาง
 3. แผนกย่อยที่ดูแลด้านการกำหนดรายการและมาตรฐานในระบบสาธารณสุข
 - แผนกต้นทุนและผลกระทบซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นพิเศษ
 - แผนกเชี่ยวชาญด้านราคายา ทำหน้าที่กำหนดรายการยารักษาโรค
 - แผนกเชี่ยวชาญด้านเครื่องมือทางการแพทย์ ทำหน้าที่กำหนดรายการขอเครื่องมือทางการแพทย์
 4. หน่วยงานพิเศษที่กำหนดราคาตามรายการ
 - หน่วยงานพิเศษที่กำหนดราคายารักษาโรค
 - หน่วยงานพิเศษที่กำหนดราคาเครื่องมือทางการแพทย์

บทบาทหน้าที่หลักของสภาที่ปรึกษาระบบประกันสุขภาพกลาง

1. เป็นพื้นที่ในการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น โดยเวทีเจรจาจะถูกเผยแพร่แก่สาธารณชน
2. ให้คำแนะนำแก่กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการในชุดรายการสิทธิประโยชน์กลางและรายชื่อของยารักษาโรคที่ใช้ (PHI Drug Price List) ที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของประกันสุขภาพพร้อมระบุอัตราราคาที่ได้ตกลงกันไว้ระหว่างคณะกรรมการ (fee schedule) ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่ทำทุกๆ 2 ปี
3. กำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์และคุณภาพในการให้บริการผ่านทางเงื่อนไขรายละเอียดการให้บริการ
4. การพิจารณาคำแนะนำในการปรับค่าใช้จ่ายตามรายการข้างต้นจะอยู่ภายใต้ อัตราการเพิ่มขึ้นของราคาสินค้าจากการตกลงระหว่างกระทรวงสาธารณสุข แรงงานกับสวัสดิการและกระทรวงการคลัง ใช้ตัวเลขค่าใช้จ่ายที่ประมาณการที่ใช้ในระบบสาธารณสุขจากรัฐบาลและสามารถขอข้อมูลและอนุมัติให้มีการสำรวจในประเด็นพิจารณาต่างๆ ประกอบการพิจารณาได้

ภารกิจในการกำหนดรายการสิทธิประโยชน์กลางของสภาที่ปรึกษาระบบประกันสุขภาพกลางเป็นภารกิจที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขโดยรวมของประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากรายการสิทธิประโยชน์กลางดังกล่าว ครอบคลุมผู้ประกันตนทั้งประเทศ รายได้มากกว่าร้อยละ 95 ของรายได้ค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมด ขึ้นอยู่กับอัตราค่าบริการของชุดรายการสิทธิประโยชน์กลางจากสภาที่ปรึกษาระบบประกันสุขภาพกลาง นอกจากนี้ภารกิจในการกำหนดชุดรายการสิทธิประโยชน์กลางยังเป็นเครื่องมือทางนโยบายสาธารณสุขอีกด้วย ตัวอย่างเช่น การกำหนดอัตราราคาของรายการสิทธิประโยชน์กลางให้เป็นอัตราเท่ากันในทุกพื้นที่ เพราะการตั้งอัตราราคาเท่ากันจะทำให้สถานพยาบาลในพื้นที่ชนบทมีรายรับเพื่อจ่ายค่าจ้างให้กับบุคลากรทางการแพทย์ได้มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสถานพยาบาลในเมืองที่สามารถจ่ายค่าจ้างได้น้อยกว่า การกำหนดอัตราราคาในลักษณะนี้ ได้ผลลัพธ์สุดท้ายเป็นการจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์กระจายตัวไปทำงาน

ในพื้นที่ชนบทมากยิ่งขึ้นซึ่งเป็นการทำให้เกิดความสมดุลระหว่างผลตอบแทนทางการเงิน เช่น ค่าจ้างที่สูงกับผลตอบแทนที่ไม่ใช่ตัวเงิน เช่น การได้อยู่ในเมืองหรือเขตพื้นที่อาศัยของตน และชุดรายการสิทธิประโยชน์กลางยังถูกกำหนดให้ราคาค่าบริการของการรักษาเบื้องต้นแพงกว่าราคาค่ารักษาด้วยเทคโนโลยีระดับสูง เพื่อสนับสนุนให้แพทย์ในโรงพยาบาลออกมาทำงานเป็นแพทย์อิสระมากขึ้น

สำนักประกันสุขภาพ หรือ Health Insurance Bureau (HIB)

องค์ประกอบของสำนักประกันสุขภาพ

สำนักงานประกันสุขภาพตั้งขึ้นในฐานะหน่วยราชการส่วนหนึ่งภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการโดยมีสำนักงานย่อยดูแลในบทบาทหน้าที่ต่างๆ เนื่องจากสำนักประกันสุขภาพเป็นฝ่ายเลขานุการให้แก่สภาที่ปรึกษาระบบประกันสุขภาพกลาง สำนักประกันสุขภาพจึงเปรียบเสมือนผู้อยู่เบื้องหลังการต่อรองในประเด็นต่างๆอย่างแท้จริงสำนักประกันสุขภาพมีหน่วยงานย่อยที่ติดต่อกับตัวแทนแต่ละฝ่ายในระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น

บทบาทหน้าที่หลักของสำนักประกันสุขภาพ

1. สนับสนุนเงินให้แก่กองทุนในระบบประกันสุขภาพที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้ต่ำและกองทุนสำหรับบุคคลที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ซึ่งมีสัดส่วนการสนับสนุนตั้งแต่ร้อยละ 16 ถึงร้อยละ 74 ของค่าใช้จ่ายของแต่ละกองทุน
2. รับผิดชอบการจัดสรรเงินระหว่างกองทุนประกันสุขภาพเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 50 ของรายรับค่าเบี้ยประกันของกองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ถูกจัดสรรโดยสำนักประกันสุขภาพตามหน้าที่นี้
3. กำกับการจ่ายเงินร้อยละ 95 ให้กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ด้วยระบบ Fee Schedule โดยผ่านการตั้งงบประมาณค่าใช้จ่ายสาธารณสุขไว้
4. เป็นตัวกลางในการเจรจาเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปของประเด็นต่างๆ ในระบบประกันสุขภาพของประเทศ
 - การสร้างความสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่ายทางด้านรายจ่าย สำนักงานประกันสุขภาพจะต้องเจรจากับกระทรวงการคลัง ตัวแทนของกองทุน ตัวแทนนายจ้าง ลูกจ้าง เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้ต้องการลดภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ ส่วนในด้านรายจ่าย สำนักงานประกันสุขภาพต้องเจรจากับตัวแทนกองทุนต่างๆ เพื่อประเมินเงินสนับสนุนที่ควรจัดสรร
 - การสร้างความสมดุลระหว่างกองทุนสำนักงานประกันสุขภาพจำเป็นต้องประเมินจำนวนเงินสนับสนุนที่กองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ และกองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก (EHI) ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนที่มีอายุมากกว่า 65 ปีภายใต้กองทุนประกันสุขภาพสำหรับบุคคลอื่นๆ (CHI)
 - การสร้างความสมดุลระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์เนื่องจากผู้ให้บริการทางการแพทย์มีจุดยืนที่ต้องการเพิ่มค่าบริการทางการแพทย์ ดังนั้นทางสำนักงานประกันสุขภาพจึงต้องเข้าไปเจรจาเพื่อหาข้อตกลงด้านราคาที่ดีที่สุด

การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในประเทศเบลเยียม

ประเทศเบลเยียมมีระบบการปกครองแบบสหพันธรัฐภายใต้รัฐธรรมนูญเดียวกัน ซึ่งสามารถแบ่งระดับการปกครองเป็นสามลำดับ คือ ระดับรัฐบาล (Federal Government) ระดับภูมิภาค (Federated entities) โดยในระดับภูมิภาคแบ่งออกเป็นสามภูมิภาค และสามชุมชนหลัก คือ ชุมชนฟรังเคส ชุมชนเยอรมัน และชุมชนดัตช์ และแบ่งย่อยต่อมาในระดับท้องถิ่น (Local governments) ในปี พ.ศ. 2556 ประชากรของประเทศเบลเยียมมีทั้งหมดประมาณ 11.2 ล้านคน ซึ่งเกือบทั้งหมดของประชากรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory health insurance) โดยร้อยละ 89 ของประชากรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั่วไป (General Scheme) และร้อยละ 10 อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอิสระ และค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขของประเทศเบลเยียมมีมูลค่าร้อยละ 10.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 6 จาก 27 ประเทศในทวีปยุโรป และกว่าร้อยละ 67 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ มาจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ส่วนอีกร้อยละ 5.7 มาจากการจ่ายร่วม (co-payment)

ระบบสาธารณสุขของประเทศเบลเยียม ตั้งอยู่บนอิสรภาพในการรักษาสุขภาพของแพทย์ อิสรภาพในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่ราคามาตรฐาน นอกจากการประกันสุขภาพภาคบังคับแล้ว ยังมีการประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ให้ความคุ้มครองเพิ่มเติมอีกด้วย โดยการประกันสุขภาพแต่ละรูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

1. ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ

ผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพรูปแบบดังกล่าวจะเป็นสมาชิกกับหนึ่งกองทุนในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับหรือ กองทุน Sickness Funds โดยผู้ประกันตนมีอิสรภาพในการเลือกเป็นสมาชิกกับกองทุน Sickness Funds ใดกองทุนหนึ่ง ยกเว้นพนักงานของการรถไฟ ซึ่งต้องเป็นสมาชิกกองทุนประกันสุขภาพของบริษัทการรถไฟเบลเยียมโดยอัตโนมัติ และกองทุน Sickness Funds ไม่สามารถทำการคัดเลือกสมาชิกตามปัจจัยเสี่ยงเหมือนกับกองทุนประกันสุขภาพของเอกชนได้

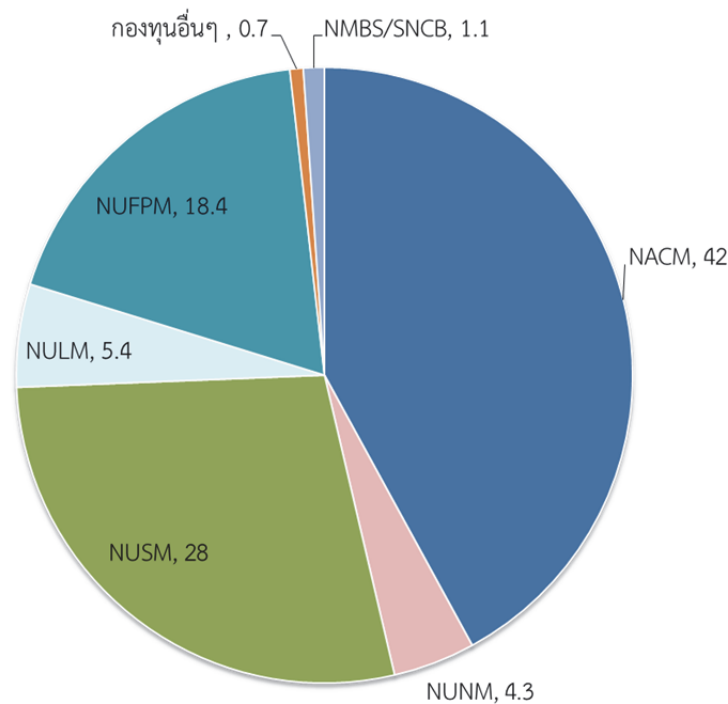
ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ประกันตนจะเป็นสมาชิกกับกองทุน Sickness Funds ด้วยปัจจัยทางด้านศาสนาหรือทางด้านการเมือง (ดังแสดงในรูปที่ 5-1) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กองทุนที่ดำเนินงานโดยเอกชนแบบไม่หวังผลกำไร และ 1 กองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐ และมีกองทุนเสริมอีก 1 กองทุนสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องการอยู่ภายใต้กองทุนอื่นๆ

กองทุน Sickness funds แต่ละกองทุนมีหน้าที่ตามกฎหมาย Sickness Funds Act ดังนี้

1. ควบคุมค่าใช้จ่ายของการประกันสุขภาพ และทำการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพต่างๆ
2. เป็นตัวแทนของผู้ประกันตนในเรื่องต่างๆ เช่น การเจรจากับผู้ให้บริการสุขภาพเรื่องการกำหนดรายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์และมาตรฐานการเบิกจ่าย
3. ตรวจสอบตราคุณภาพการให้บริการและป้องกันไม่ให้สมาชิกกองทุนถูกเอารัดเอาเปรียบ โดยทางกองทุน Sickness Funds จะมีผู้ตรวจการสุขภาพเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบการให้บริการ

4. ควบคุมให้การปฏิบัติงานของกองทุนเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น การเบิกค่าบริการบางรายการ จะมีคณะกรรมการที่ปรึกษาซึ่งทำหน้าที่ให้การอนุมัติการเบิกจ่ายหลังจากการพิจารณาความเหมาะสมแล้ว
5. สามารถจัดสรรกิจกรรมหรือบริการเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกกองทุนซึ่งนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ถูกกำหนดได้

รูปที่ 5-1: สัดส่วนของสมาชิกในแต่ละกองทุน Sickness Funds ปี พ.ศ. 2552



ที่มา: Gerken S. Merkur S., Belgium, Health system review. Health Systems in Transition (2010)

ดังนั้นการแข่งขันระหว่างกองทุน Sickness Funds นั้นเกิดจากความแตกต่างของการให้บริการและกิจกรรมพิเศษต่างๆ ที่กองทุนมอบให้แก่สมาชิก ซึ่งหากสมาชิกกองทุนต้องการจะเปลี่ยนกองทุน Sickness Funds ก็ยังสามารถเปลี่ยนได้ในทุกๆ ไตรมาส โดยต้องเป็นสมาชิกมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี แต่ในความเป็นจริงจำนวนผู้ประกันตนที่ประสงค์จะเปลี่ยนกองทุนมีน้อยมาก เพียงร้อยละ 1 ของผู้ประกันตนทั้งหมด

2. ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

ค่าใช้จ่ายของระบบการประกันสุขภาพภาคสมัครใจคิดเป็น ร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งกองทุน Sickness Funds และกองทุนประกันสุขภาพเอกชนที่แสวงหากำไรจะเป็นหน่วยงานผู้รับประกัน และสามารถแบ่งการประกันดังกล่าวออกเป็น 2 รูปแบบคือ การประกันแบบเพิ่มเติม (Complementary insurance) และการประกันแบบสมัครใจ (Voluntary insurance)

การประกันแบบเพิ่มเติมจะเสริมความคุ้มครองผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยค่าใช้จ่ายในการสมัครการประกันแบบเพิ่มเติมนั้นจะถูกกำหนดโดยกองทุนแต่ละกองทุน และสมาชิกกองทุน Sickness Funds อาจจะสามารถทำการประกันแบบเพิ่มเติมอัตโนมัติโดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติมเอง ส่วนรายการที่ผู้ประกันตนจะได้รับความคุ้มครองคือ การจัดฟัน แพทย์ทางเลือก การรักษากระดูก และการบริการ

พิเศษบางรายการในโรงพยาบาล การประกันแบบเพิ่มเติมรูปแบบนี้มีการเติบโตอย่างต่อเนื่องจาก มูลค่าตลาด 494 ล้านยูโรในปี พ.ศ. 2538 เป็น 774 ล้านยูโรในปี พ.ศ. 2550 หรืออัตราการเติบโตเฉลี่ย ร้อยละ 3.6 ต่อปี

การประกันสุขภาพภาคสมัครใจรูปแบบที่สองคือ การประกันสุขภาพด้านการรักษาในโรงพยาบาล ภาคสมัครใจ (Voluntary hospitalization insurance) ซึ่งให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจาก โรงพยาบาล (Hospital costs) ที่ไม่ได้คุ้มครองในการประกันสุขภาพแบบเพิ่มเติม สมาชิกกองทุน Sickness Funds สมัครการประกันรูปแบบนี้เนื่องจากต้องการเข้าพักรักษาในห้องพักผู้ป่วยเดี่ยวในโรงพยาบาล แต่การประกันประเภทนี้จะพิจารณา ความเสี่ยงของผู้ประกันตน (risk selection) ถึงแม้ว่าจะมีการพิจารณาความเสี่ยงของผู้ประกันตนได้ แต่ทางกองทุน Sickness Funds ไม่สามารถกีดกันผู้ประกันตนที่มีโรคหรือความผิดปกติของร่างกาย แต่อาจจะปรับลดความคุ้มครองลงได้ จากตารางที่ 5-1 ค่าใช้จ่ายที่การประกันประเภทดังกล่าวให้ความคุ้มครองเติบโตจาก 59 ล้านยูโรในปี พ.ศ. 2538 เป็น 190 ล้านยูโรในปี พ.ศ. 2550

ตารางที่ 5-1: ค่าใช้จ่ายที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538-2550

รูปแบบการประกัน	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550
การประกันแบบเพิ่มเติม	494 ล้านยูโร	539 ล้านยูโร	705 ล้านยูโร	751 ล้านยูโร	774 ล้านยูโร
การประกันแบบสมัครใจ	59 ล้านยูโร	91 ล้านยูโร	155 ล้านยูโร	174 ล้านยูโร	190 ล้านยูโร

ที่มา: Gerkens S. Merkur S., Belgium: Health system review. Health Systems in Transition (2010)

บทบาทของบริษัทประกันสังคมภาคเอกชนที่แสวงหาผลกำไรมีสามส่วนหลักคือ การประกันรายได้ การประกันให้แก่ผู้พึ่งพิง และการประกันสุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 74.2 ของการประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นการประกันที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในโรงพยาบาล การประกันจากภาคเอกชนดังกล่าวสามารถทำเป็นรูปแบบบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (สวัสดิการของบริษัท) ระหว่างปี พ.ศ. 2544 ถึงปี พ.ศ. 2551 อัตราการเติบโตของจำนวนผู้ประกันตนสูงถึง ร้อยละ 4.6 การเพิ่มตัวดังกล่าวมีส่วนจากความต้องการของนายจ้างที่มอบการประกันประเภทดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการลูกจ้าง

กลไกด้านผู้ซื้อ และผู้ใช้บริการ

ประชากรมากกว่าร้อยละ 99 มีสิทธิในการใช้บริการตามรายการสิทธิประโยชน์มากกว่า 8,000 รายการ โดยมีอัตราการจ่ายร่วม (co-payment) ทั้งค่ารักษาผู้ป่วยนอก ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในและค่ายา วิธีการจ่ายค่ารักษามี 2 รูปแบบ รูปแบบแรกคือ ผู้ประกันตนจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน และเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุน Sickness Funds ภายหลังจากด้วยอัตราการร่วมจ่ายร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 40 รูปแบบการจ่ายดังกล่าวส่วนใหญ่ใช้กับการบริการผู้ป่วยนอก รูปแบบที่สองคือ ระบบการจ่ายจากบุคคลที่สาม (third-party-payer system) ซึ่งทางกองทุน Sickness Funds จ่ายให้กับผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรง และผู้ประกันตนจ่ายเพียงสัดส่วนของอัตราการร่วมจ่าย รูปแบบการจ่ายดังกล่าวส่วนมากใช้กับการบริการผู้ป่วยใน และในกลุ่มผู้ประกันตนบางส่วนที่ไม่มีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกก่อนตามรูปแบบการ

จ่ายเงินแบบแรกได้ และมีมาตรการช่วยเหลือสำหรับกลุ่มผู้ประกันตนที่มีรายได้ต่ำด้วยการกำหนดอัตราจ่ายสูงสุด (maximum billing system) เพื่อให้กลุ่มคนดังกล่าวเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพสูงได้

การคืนเงิน (reimbursement of services) จากทางกองทุน Sickness Funds จะขึ้นอยู่กับชนิดของการบริการ รายได้ สถานะทางสังคมของผู้ประกันตนและจำนวนยอดสะสมของมูลค่าการร่วมจ่าย ณ ปี นั้นๆ

ที่มาของรายได้กองทุน

ในระบบประกันสุขภาพของลูกจ้าง (the employed worker's scheme) ฝ่ายลูกจ้างจะถูกเก็บเงินสมทบ (Social contribution) ในสัดส่วนร้อยละ 13.07 ของรายได้ลูกจ้าง ส่วนฝ่ายนายจ้างจะถูกเก็บเงินสมทบร้อยละ 24.77 ของรายได้ลูกจ้าง โดยการเก็บเงินสมทบจะไม่มีเพดานรายได้ที่จะนำมาคำนวณเงินสมทบ ในกรณีที่ เป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ จะจ่ายเงินสมทบเป็นสัดส่วนกับรายได้ของปีอ้างอิงโดยใช้รายได้สามปีก่อนหน้าเป็นปีอ้างอิง แต่มีการกำหนดเพดานรายได้ที่จะจัดเก็บเงินสมทบไว้ เช่น ในปี พ.ศ. 2552 มีการกำหนดเพดานรายได้ที่จะใช้ในการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกอบอาชีพอิสระ ไว้ที่ 75,246.19 ยูโรต่อปี

ในปี พ.ศ. 2552 เงินสมทบเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในระบบการคลังของสาธารณสุขุประเทศเบลเยียมสูงถึงร้อยละ 66.3 ของมูลค่าเงินของระบบการคลังสาธารณสุขุ ตามด้วยการสนับสนุนทางการเงินอื่น เช่น การเก็บเงินสนับสนุนทางอ้อมซึ่งเป็นสัดส่วนร้อยละ 13.7 และเงินสนับสนุนจากภาครัฐเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.4

กลไกด้านผู้ให้บริการ

การให้บริการจากแพทย์อิสระ

การให้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประเทศเบลเยียมเป็นจุดบริการแรกของผู้ป่วยในระบบสาธารณสุข และเนื่องจากในประเทศเบลเยียมไม่มีระบบการส่งต่อ ดังนั้นแพทย์เฉพาะทางจึงเป็นจุดบริการแรกของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน ในปัจจุบัน เริ่มมีการให้บริการรักษาพยาบาลที่เชื่อมโยงกันมากขึ้น โดยมีการจัดตั้งเป็นกลุ่ม (medical houses) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่าหนึ่งคน เจ้าหน้าที่ธุรการ พยาบาล นักกายบำบัด และนักจิตวิทยาเพื่อการให้บริการที่ครบวงจร

การให้บริการระดับปฐมภูมิในประเทศเบลเยียมส่วนใหญ่ให้บริการโดยเอกชนและมีหลักการรักษาที่มีความเป็นอิสระ โดยได้รับค่าตอบแทนตามอัตราการเบิกจ่ายที่กำหนดไว้ (fee-for-service) และผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาที่แพทย์ได้อย่างอิสระ แพทย์เฉพาะทางจะทำการรักษาทั้งในสถานพยาบาลต่างๆ หรือทำการรักษาแบบอิสระ (private practice) ดังนั้นหากพิจารณาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทั้งหมด ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพอิสระ มีเพียงส่วนน้อยที่ทำการรักษาในโรงพยาบาล ยกเว้นการคลอดบุตรและการรักษาฉุกเฉิน ส่วนการให้บริการเป็นกลุ่มนั้นจะได้รับค่าตอบแทนตามอัตราการเบิกจ่ายที่กำหนดไว้ (fee-for-service) ตามปกติหรือการเหมาจ่ายรายหัว (capitation)

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในประเทศเบลเยียมจะทำการตรวจรักษาตามพื้นที่ต่างๆ เป็นประจำ โดยจากจำนวนครั้งการตรวจรักษาทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551 สัดส่วนการตรวจรักษาตามพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 32 ส่วนแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาล ดังนั้นประชาชนชาวเบลเยียมจึงสามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่ต้องรอนาน

การให้บริการจากโรงพยาบาล

ในประเทศเบลเยียม โรงพยาบาลมีสองประเภทคือ โรงพยาบาลทั่วไป 139 โรงและโรงพยาบาลทางด้านจิตเวช 68 โรงซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร อยู่ภายใต้การดำเนินงานของทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ โดยให้บริการรักษาโรคที่ร้ายแรง จิตเวช อายุรเวชและการรักษาที่อาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และประชาชนก็มีอิสระในการเลือกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา และโรงพยาบาลของภาครัฐไม่มีสิทธิ์ในการปฏิเสธผู้ป่วย ดังนั้นระบบสาธารณสุขของประเทศเบลเยียมจึงไม่มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนระหว่างการรักษาชั้นปฐมภูมิ ชั้นทุติยภูมิและชั้นตติยภูมิ แต่ในทางปฏิบัติ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางจะเป็นบุคคลที่ตัดสินใจส่งผู้ป่วยต่อมาที่โรงพยาบาล โดยปัญหาการรอรักษาไม่ค่อยเกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขของประเทศเบลเยียม ส่วนมากจะเกิดจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น การรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาค เป็นต้น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางและดำเนินการโดยหน่วยงานท้องถิ่น

ระบบการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลแบ่งเป็น 2 ทางตามประเภทของการบริการ กล่าวคือ งบประมาณของโรงพยาบาล (hospital budget) เช่น รายการค่าพักรักษาในโรงพยาบาล (Services of accommodation) ค่าบริการฉุกเฉิน ค่าพยาบาลแก่ผู้ป่วยใน ซึ่งภาครัฐจะจ่ายเป็นสัดส่วนกับงบประมาณ และรายได้ส่วนที่สองคือ ค่าบริการทางการแพทย์ (Physicians' fee) เช่น ค่าบริการให้คำปรึกษา ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าหัตถการ ซึ่งรายได้ส่วนนี้จ่ายตามค่าตอบแทนตามอัตราการเบิกจ่ายที่กำหนดไว้ (fee-for-service) โดยในปี พ.ศ. 2550 สัดส่วนของรายได้ทั้งสองประเภทนี้เป็นมูลค่าร้อยละ 80 ของรายได้ทั้งหมดของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังรายได้ส่วนอื่นๆ เช่น ค่ายา ค่าการให้บริการผู้ป่วยนอกจากการพอกไตหรือการบำบัดฟื้นฟู ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายเอง (OOP) เงินลงทุนจากรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่น เงินบริจาคและรายได้อื่นๆ ที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล

การจัดการข้อมูล

ระบบสาธารณสุขของประเทศเบลเยียมยังไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยระดับประเทศ จึงมีฐานข้อมูลที่แยกกัน ยังไม่มีรหัสผู้ป่วยที่เป็นระบบเดียวกัน และไม่มีการบันทึกข้อมูลการจ่ายเงินส่วนที่เบิกจากรบบประกันไม่ได้ ณ ปี พ.ศ. 2552 มีฐานข้อมูลทั้งหมด 131 ฐานข้อมูลซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในแง่ของผู้ที่ทำการเก็บข้อมูลและข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ตัวอย่างของฐานข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

The FPS Health เป็นฐานข้อมูลที่หน่วยงาน Food Chain Safety and Environment รายงานและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2550 ระบบฐานข้อมูลดังกล่าวได้พัฒนาและครอบคลุมฐานข้อมูลในด้านต่างๆ มากขึ้น ประกอบไปด้วยข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลบางส่วนทางการแพทย์ ข้อมูลบางส่วนทางจิตเวช ข้อมูลการเก็บค่าบริการของโรงพยาบาลและข้อมูลหน่วยฉุกเฉินเคลื่อนที่ โดยการเก็บข้อมูลเหล่านี้เพื่อที่จะเป็นเครื่องมือวิเคราะห์ความต้องการทางการเงินของโรงพยาบาลและประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพของโรงพยาบาล นอกจากนี้ประเทศเบลเยียมยังมีระบบทะเบียนผู้ป่วย MCD ระบบข้อมูลการพยาบาลและการวินิจฉัย MCD ระบบข้อมูลลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย ระบบการวินิจฉัยปัญหาก่อนการเข้ารับการรักษา MPD ตลอดจนระบบการคิดค่าบริการของคนไข้ในโรงพยาบาล HBD และข้อมูลหน่วยฉุกเฉินเคลื่อนที่ MUG เป็นต้น

การร้องเรียน การกำกับ การตรวจสอบ

กฎหมายสิทธิของผู้ป่วยของประเทศเบลเยียมได้ให้สิทธิในการร้องเรียน โดยผู้ป่วยสามารถยื่นข้อร้องเรียนผ่าน ผู้ตรวจการ (ombudsperson) ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลจะมีการแต่งตั้งผู้ตรวจการประจำ แต่ถ้าเป็นข้อร้องเรียนระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ผู้ตรวจการจะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลางภายใต้หน่วยงาน FPS Public Health, Food Chain Safety and Environment โดยผู้ตรวจการจะทำการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ ถ้าผู้ป่วยและแพทย์ตกลงกันไม่ได้ ผู้ตรวจการจะต้องเข้ามาไกล่เกลี่ยข้อพิพาทเอง แต่ถ้าท้ายที่สุดแล้วยังไม่เกิดข้อสรุป ผู้ตรวจการจำเป็นต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกอื่นในการเดินเรื่องร้องเรียน และในเวลาเดียวกัน ผู้ตรวจการจำเป็นต้องนำรายละเอียดข้อร้องเรียนมาพิจารณา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดข้อพิพาทแบบเดิมขึ้นอีก นอกจากนี้ในด้านการตรวจสอบ กองทุน Sickness Funds จะทำหน้าที่ตรวจสอบการเคลมต่างๆ ว่ามีการรักษาเกิดขึ้นจริงและการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ถูกต้องตามกฎหมายระเบียบ

บทบาทของรัฐและกลไกสำคัญในการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ

การดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นความรับผิดชอบของทั้งรัฐบาลกลาง รัฐบาลระดับภูมิภาค (Federated entities) ซึ่งมีสามภูมิภาค และระดับท้องถิ่น (Local governments) ซึ่งใช้ช่องทางการดำเนินนโยบาย สนับสนุนและกำกับดูแล ผ่านทางองค์กรของรัฐและคณะกรรมการจำนวนมาก ซึ่งระดับชั้นของความรับผิดชอบแสดงให้เห็นถึงโครงสร้างองค์กรของรัฐที่มีหน่วยปฏิบัติงานที่หลากหลาย ในระยะหลังได้มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่การบริหารระดับชุมชน แต่การกระจายอำนาจยังจำกัดอยู่แค่บางความรับผิดชอบ แต่ความรับผิดชอบของภาครัฐที่สำคัญยังอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรค (curative medicine)

ในระดับภูมิภาค ซึ่งประกอบไปด้วยชุมชนฝรั่งเศส ชุมชนเยอรมัน และชุมชนดัตช์ รัฐบาล (Federated authorities) หน่วยงานของรัฐจะดูแลเรื่องการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานและร่วมงานกับบุคลากรในการรักษาระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับรองมาตรฐาน และการลงทุนของโรงพยาบาล โดยมีการจัดการประชุมระหว่างรัฐบาลระดับภูมิภาคและรัฐบาลกลาง เพื่อให้การทำงานของความสอดคล้องกัน แต่การประชุมดังกล่าวไม่ได้มีการตัดสินใจ แต่เป็นไปเพื่อทำการปรึกษาและทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น โดยยังคงความเป็นอิสระในการบริหารงานของฝ่ายบริหารในแต่ละระดับ

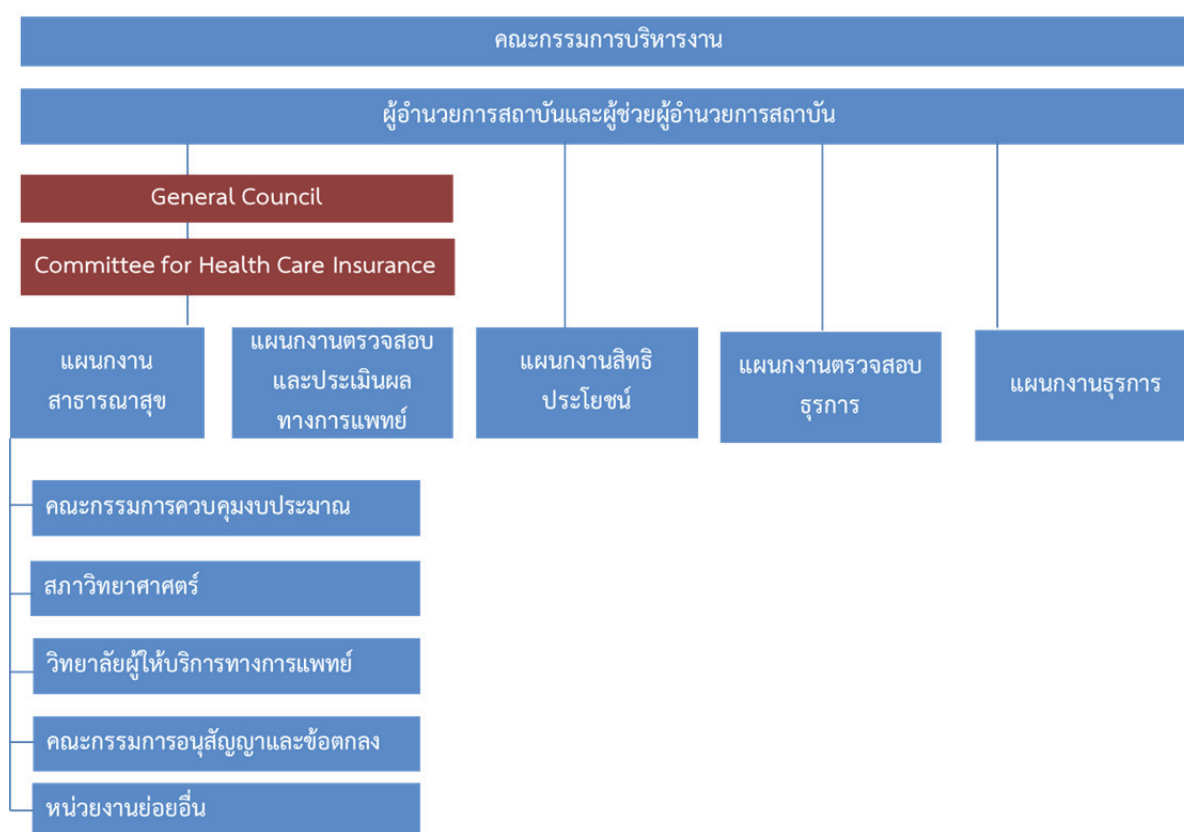
ในระดับประเทศ รัฐสภาเป็นผู้กำหนดตัวบทกฎหมาย ส่วนรัฐบาลกลางและกระทรวงสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขเป็นคณะกรรมการบริหาร โดยหน้าที่หลักของกระทรวงสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขคือดูแลเรื่องกฎระเบียบและการจัดสรรเงิน มาตรฐานโรงพยาบาล การสนับสนุนอุปกรณ์ราคาแพงแก่โรงพยาบาล การกำหนดคุณสมบัติผู้ให้บริการทางการแพทย์ การขึ้นทะเบียนยาและการกำหนดราคา และ มีหน่วยงานของรัฐบาลกลางที่ทำหน้าที่ดูแลงานด้านสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น

สถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติ หรือ The National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI)

องค์ประกอบของสถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติ

เนื่องจากการดำเนินนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศเบลเยียมส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับผลของการเจรจาต่อรองระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติ จึงถูกตั้งขึ้นในฐานะเป็นหน่วยงานรัฐ สังกัดกระทรวงสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข โดยมีแผนผังองค์กร (รูปที่ 5-2) ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการและแผนงานต่างๆ ที่แสดงถึงหน้าที่ที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษา วิจัยหาหลักฐานข้อมูลประกอบการเจรจา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนผ่านการจัดเวทีการเจรจาในทุกๆ ระดับ จึงถือได้ว่า สถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติเป็นหนึ่งในกลไกที่มีบทบาทสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศเบลเยียม

รูปที่ 5-2: แผนผังองค์กรของสถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติ



ที่มา: Gerkens S. Merkur S., Belgium: Health system review. Health Systems in Transition (2010)

คณะกรรมการภายใต้สถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติสามารถแบ่งออกตามหน้าที่เป็น 3 ด้าน

1. คณะกรรมการประกันสุขภาพ (Insurance bodies) ประกอบไปด้วย
 - คณะกรรมการอนุสัญญาและข้อตกลง (Committee on Conventions and Agreements)
 - คณะกรรมการทางเทคนิค (Technical boards)

2. คณะกรรมการทางวิทยาศาสตร์และวิทยาการทางการแพทย์ (Scientific bodies) ประกอบไปด้วย
 - คณะกรรมการสำหรับโรคเรื้อรัง (Scientific Board for Chronic Diseases)
 - คณะกรรมการแห่งชาติเพื่อส่งเสริมคุณภาพ (National Board for Quality Promotion)
 - คณะกรรมการประเมินผลสำหรับยารักษาโรค (Assessment Committee for Drug Prescription)
3. คณะกรรมการบริหาร (Management bodies) ประกอบไปด้วย

General Council

เป็นส่วนหนึ่งที่มีอำนาจบริหาร NIDHI มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ อนุมัติงบประมาณสำหรับประกันสุขภาพ จัดสรรงบให้แก่ผู้ให้บริการประเภทต่างๆ และติดตามการใช้จ่ายเพื่อประกันสุขภาพ

มีวาระในการดำรงตำแหน่งทั้งหมด 4 ปี โดยมีคณะกรรมการทั้งหมด 16 ท่าน ประกอบไปด้วย

- ประธาน มาจากการแต่งตั้ง 1 ท่าน
- ตัวแทนตัวแทนของกองทุน Sickness Funds 5 ท่าน
- ตัวแทนตัวแทนองค์กรนายจ้างและผู้ประกอบอาชีพอิสระ 5 ท่าน
- ตัวแทนตัวแทนองค์กรลูกจ้าง 5 ท่าน
- ตัวแทนตัวแทนภาครัฐ 5 ท่านโดยมีอำนาจในการยับยั้ง (Veto role)
- ที่ปรึกษาซึ่งประกอบไปด้วย ตัวแทนตัวแทนผู้ให้บริการ 8 ท่านและที่ปรึกษาด้านงบประมาณและการเงิน 1 ท่านซึ่งไม่มีสิทธิ์ในการโหวต

Committee for Health Care Insurance

มีหน้าที่หลักในการออกแบบการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ทั้งชุดสิทธิประโยชน์ อัตราการเบิกจ่ายที่กำหนดไว้ (fee-for-service) และประเด็นอื่นๆ เมื่อต่อรองกันได้แล้วต้องอนุมัติโดยกระทรวงสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข แล้วจึงส่งให้แพทย์ทุกคนอนุมัติข้อตกลงนั้น ถ้าแพทย์ปฏิเสธมากกว่า ร้อยละ 40 ของแพทย์ในภูมิภาค หรือ ร้อยละ 50 ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือร้อยละ 50 ของแพทย์เฉพาะทาง รัฐบาลจะต้องเสนอทางเลือกใหม่ ส่วนแพทย์ที่ปฏิเสธอัตราที่ต่อรอง สามารถกำหนดราคาเองได้นอกจากนี้ คณะกรรมการ Committee for Health Care Insurance จะต้องร่างข้อเสนองบประมาณประจำปี ให้แก่ General Council

มีวาระในการดำรงตำแหน่งทั้งหมด 4 ปี โดยมีคณะกรรมการทั้งหมด 21 ท่าน ประกอบไปด้วย

- ประธาน มาจากการแต่งตั้ง 1 ท่าน
- ตัวแทนตัวแทนของกองทุน Sickness Funds 10 ท่าน
- ตัวแทนตัวแทนผู้ให้บริการ 10 ท่าน
- ตัวแทนตัวแทนองค์กรลูกจ้าง 5 ท่าน
- ตัวแทนตัวแทนภาครัฐ 5 ท่านโดยมีอำนาจในการยับยั้ง (Veto role)
- ที่ปรึกษาซึ่งประกอบไปด้วย ตัวแทนตัวแทนผู้ให้บริการ 8 ท่านและที่ปรึกษาด้านงบประมาณและการเงิน 1 ท่านซึ่งไม่มีสิทธิ์ในการโหวต

ข้อเสนอกลไกบูรณาการในการลดความเหลื่อมล้ำ

จากการศึกษากลไกกลางของระบบประกันสุขภาพในประเทศเยอรมัน ฝรั่งเศส ญี่ปุ่นและเบลเยียม จะเห็นว่า แต่ละประเทศมีกลไกที่ช่วยระบบประกันสุขภาพของรัฐมีความสอดคล้องกันและไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ประชาชนผู้ได้รับประโยชน์ไม่รู้สึกถึงความแตกต่างและไม่เป็นธรรม กลไกที่กล่าวถึงเป็นองค์กรที่อาจจะอยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสุขภาพหรือเป็นองค์กรอิสระที่ไม่ขึ้นกับกระทรวงแต่ยังคงอยู่ภายใต้รัฐ สิ่งสำคัญคือ กลไกหรือองค์กรจะต้องมีผู้แทนที่เป็นส่วนได้ส่วนเสีย และการมีข้อเสนอทางนโยบายที่กระทบต่อการใช้จ่ายเงินของสาธารณะจะต้องผ่านกระบวนการเจรจา เมื่อได้ข้อสรุปที่ผ่านการเจรจาแล้วถือว่าสิ้นสุดและทุกฝ่ายต้องยอมรับ

ด้วยลักษณะประกันสุขภาพของรัฐในแต่ละประเทศมีประวัติศาสตร์และโครงสร้างการทำงานของรัฐที่แตกต่างกัน ทำให้องค์ประกอบของกรรมการที่มีสิทธิออกเสียงในกลไกหรือองค์กรของแต่ละประเทศจึงแตกต่างกัน (ดังแสดงในตารางที่ 6-1) แต่ที่สำคัญคือหน้าที่หลักของกลไกหรือองค์กรคือการทำให้ระบบประกันสุขภาพแบบหลายกองทุนมีความสอดคล้องกัน โดยเฉพาะในด้านการกำหนดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินให้แก่บริการทางสุขภาพ

ตารางที่ 6-1: สรุปลองค์ประกอบกรรมการของกลไกกลางในประเทศเยอรมัน ญี่ปุ่น และเบลเยียม

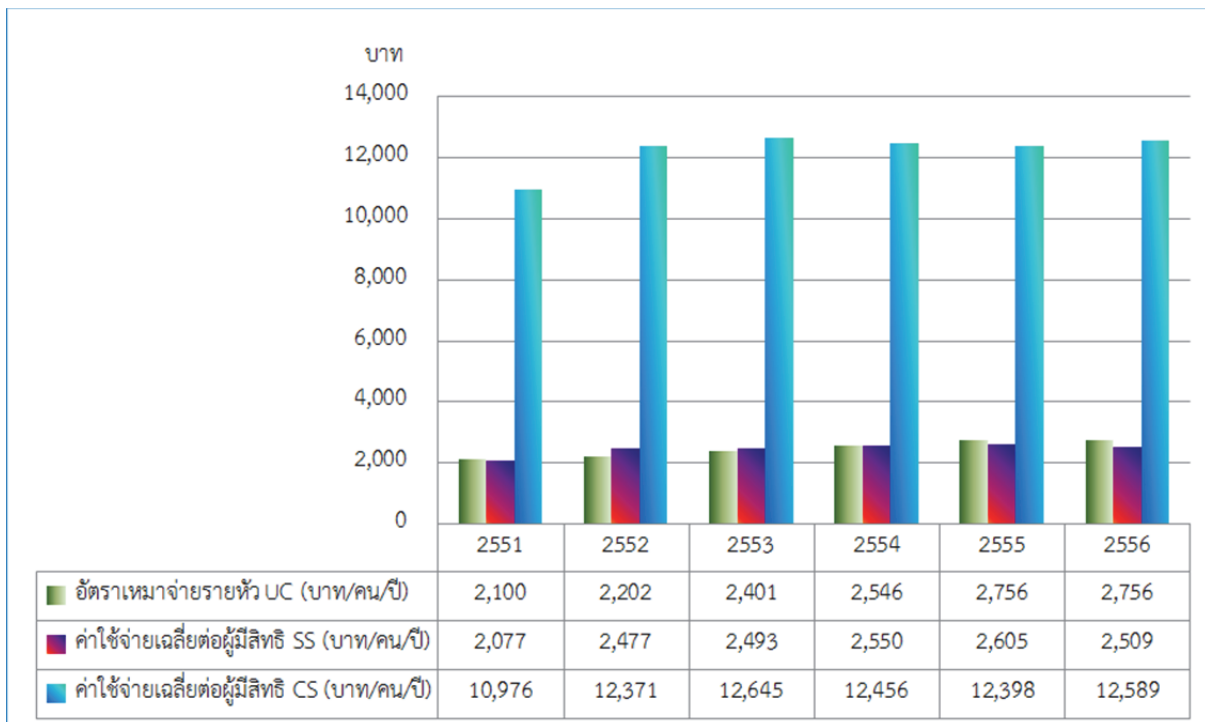
ประเทศ	องค์ประกอบกรรมการ
เยอรมัน	คณะกรรมการทั้งหมด 13 ท่าน ประกอบไปด้วยตัวแทนหลักจาก 5 ฝ่าย คือ คณะกรรมการที่เป็นกลาง 3 ท่าน ตัวแทนจากกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ 2 ท่าน ตัวแทนจากกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพทันตแพทย์ 1 ท่าน ตัวแทนจากกลุ่มโรงพยาบาล 2 ท่าน ตัวแทนจากผู้จ่ายค่าบริการ 5 ท่าน ส่วนภาคประชาชนไม่มีสิทธิออกเสียงแต่สามารถออกความเห็น
ญี่ปุ่น	มีสมาชิกสภาทั้งหมด 20 ท่าน ประกอบไปด้วยตัวแทนหลักจาก 3 ฝ่าย คือ ตัวแทนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งหมด 7 ท่าน ตัวแทนจากผู้จ่ายค่าบริการทั้งหมด 7 ท่าน ตัวแทนจากบุคคลที่เป็นกลาง ทั้งหมด 6 ท่าน โดยถือว่าภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งในตัวแทนด้วย

ประเทศ	องค์ประกอบกรรมการ
เบลเยียม	<p>มีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เป็นกลไกกลาง 2 ชุด</p> <p>1. คณะกรรมการ General Council มีทั้งหมด 16 ท่าน ประกอบไปด้วย ประธาน มาจากการแต่งตั้ง 1 ท่าน ตัวแทนของกองทุน Sickness Funds 5 ท่าน ตัวแทนองค์กรนายจ้างและผู้ประกอบอาชีพอิสระ 5 ท่าน ตัวแทนองค์กรลูกจ้าง 5 ท่าน ตัวแทนภาครัฐ 5 ท่านโดยมีอำนาจในการยับยั้ง (Veto role) ที่ปรึกษาซึ่งประกอบไปด้วย ตัวแทนผู้ให้บริการ 8 ท่านและที่ปรึกษาด้าน งบประมาณและการเงิน 1 ท่านซึ่งไม่มีสิทธิ์ในการโหวต</p> <p>2. คณะกรรมการ Committee for Health Care Insurance มีทั้งหมด 21 ท่าน ประกอบไปด้วย ประธาน มาจากการแต่งตั้ง 1 ท่าน ตัวแทนของกองทุน Sickness Funds 10 ท่าน ตัวแทนผู้ให้บริการ 10 ท่าน, ตัวแทนองค์กรลูกจ้าง 5 ท่าน ตัวแทนภาครัฐ 5 ท่านโดยมีอำนาจในการยับยั้ง (Veto role) ที่ปรึกษาซึ่งประกอบไปด้วย ตัวแทนผู้ให้บริการ 8 ท่านและที่ปรึกษาด้าน งบประมาณและการเงิน 1 ท่านซึ่งไม่มีสิทธิ์ในการโหวต</p>

ที่มา: สรุปรูปโดยคณะวิจัย

ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพของไทยอันเนื่องมาจากการมี 3 กองทุนที่มีการบริหารจัดการโดย 3 หน่วยงาน ขาดการบูรณาการกันในเชิงนโยบายนำมาซึ่งการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน และมีวิธีการบริหารการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน รูปที่ 6-1 แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นสูงกว่าอีกสองระบบอย่างมาก ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าระบบของข้าราชการมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงมาก อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายที่สูงมานี้ น่าจะไม่ใช่เพราะความแตกต่างด้านโครงสร้างอายุประชากรเดี่ยว ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ ชุดสิทธิประโยชน์ และวิธีการจ่ายเงิน น่าจะเป็นสาเหตุที่สำคัญด้วยเช่นกัน

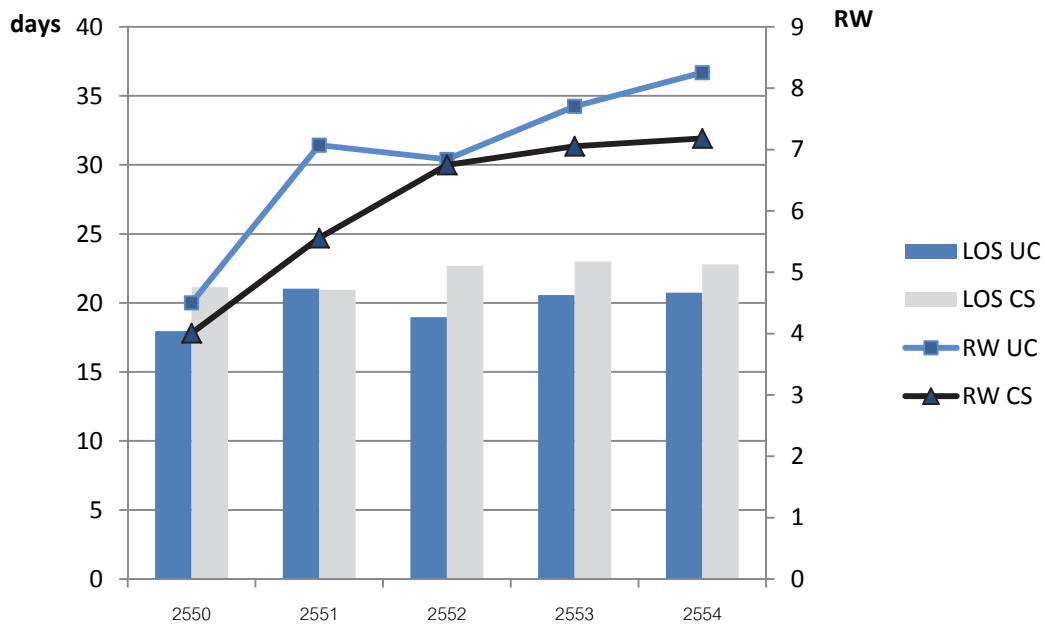
รูปที่ 6-1: ค่าใช้จ่ายต่อหัวของหลักประกันสุขภาพ



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง

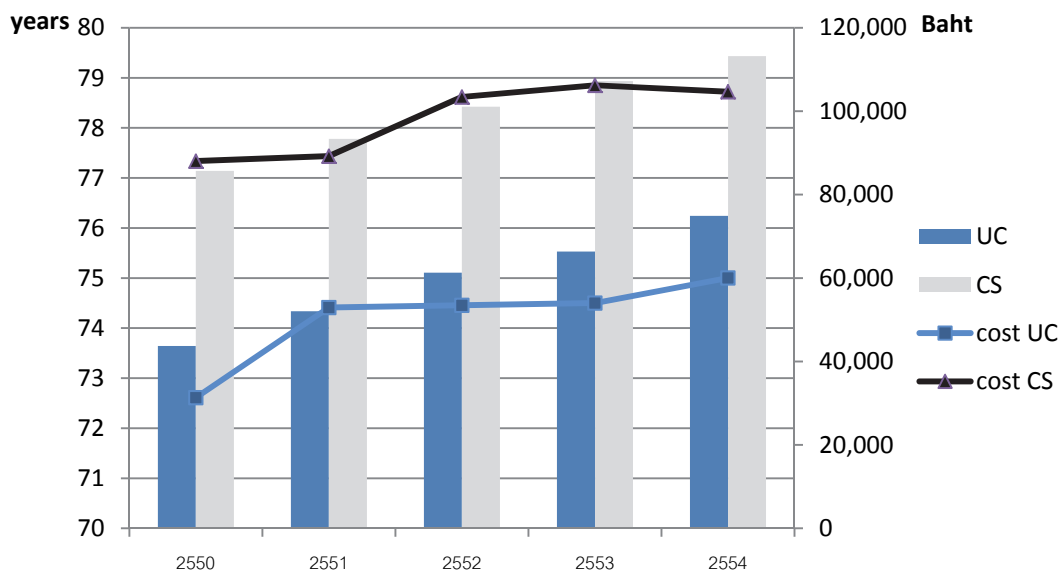
การศึกษาโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า การที่อัตราการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยในแตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพที่แตกต่างกันต่างๆ ที่มีการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเดียวกัน ข้อมูลผู้ป่วยในจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมบัญชีกลาง พบว่า ผู้ตายที่เป็นผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรค ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือด และมะเร็ง ได้รับการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพที่แตกต่างกันถ้าผู้ป่วยนั้นมีสวัสดิการต่างกัน ในปี พ.ศ. 2550-54 ในระยะ 365 วันก่อนตาย ผู้ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวันนอนเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประมาณ 22 วัน (รูปที่ 6-2) โดยที่ค่าเฉลี่ยของ RW ที่บอกความรุนแรงของโรคชี้ให้เห็นว่าผู้ตายในสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอาการป่วยหนักกว่า ในส่วนของค่ารักษายาบาลนั้น ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 365 วันก่อนตายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงสองเท่า (รูปที่ 6-3) และโดยเฉลี่ยแล้วข้าราชการมีอายุยืนกว่าประชาชนอื่นๆ ที่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณสองเท่า อย่างไรก็ตาม การมีอายุยืนกว่าอาจจะมาด้วยหลายเหตุผล เช่น มีรายได้ดีกว่าและได้รับการบริโภคอาหารที่ดีกว่า มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า เป็นต้น

รูปที่ 6-2: จำนวนวันนอนเฉลี่ยและความรุนแรงของโรคของช่วง 365 วันก่อนตายของผู้สูงอายุ



ที่มา: โดยคณะวิจัย, ข้อมูลผู้ป่วยใน ของสวัสดิการข้าราชการและสวัสดิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รูปที่ 6-3: ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล 365 วันก่อนตายของผู้สูงอายุ



ที่มา: โดยคณะวิจัย, ข้อมูลผู้ป่วยใน ของสวัสดิการข้าราชการและสวัสดิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพที่มากจนเป็นเหตุที่ทำให้ประชาชนหลากหลายกลุ่มยอมรับได้ยาก นำมาซึ่งความขัดแย้งทางสังคมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความพยายามให้ระบบประกันสุขภาพเกิดการบูรณา ลดความแตกต่างระหว่างกัน เพิ่มความเป็นธรรม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพ การใช้จ่ายเงินของสาธารณะ เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาความขัดแย้งในสังคมได้ ซึ่งการศึกษาการอภิบาลระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศได้ช่วยให้เห็นว่าแนวทางการบูรณาการนั้นสามารถเป็นไปได้แม้ว่าประเทศจะมีกองทุนหลักประกันสุขภาพหลายกองทุนเช่นเดียวกับประเทศไทย

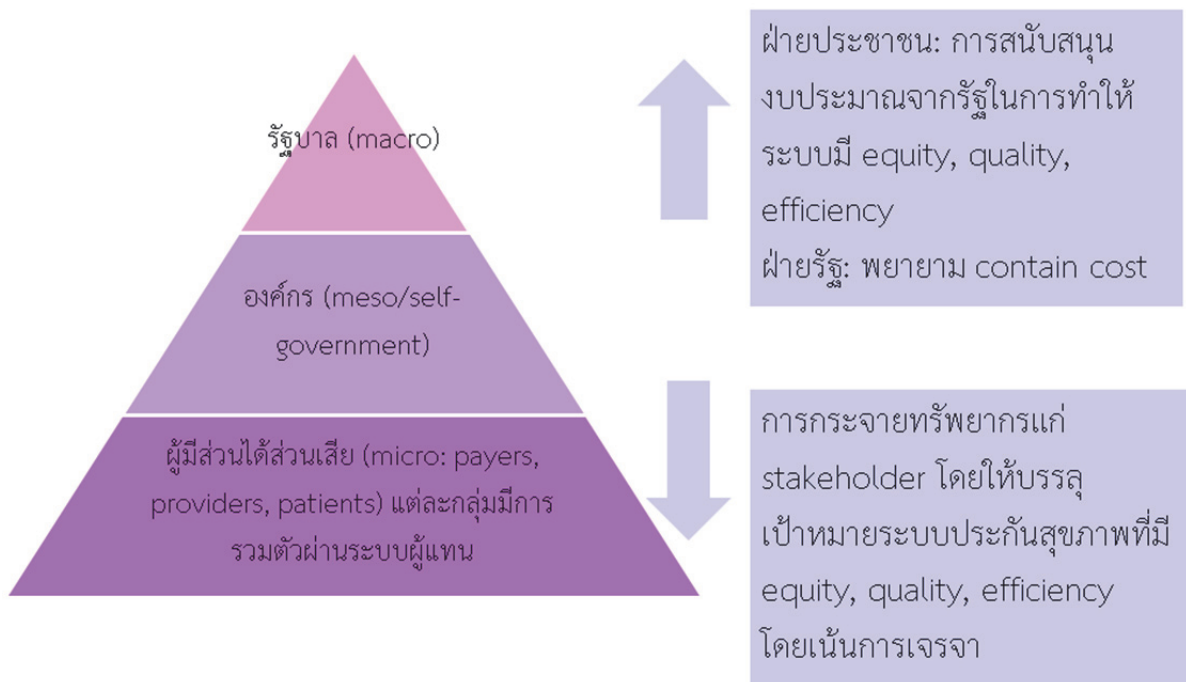
กรอบข้อเสนอการทำงานของกลไกกลาง

วัตถุประสงค์หลักของการให้มีกลไกกลางคือ การสนับสนุนให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีการบูรณาการ และสามารถบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ โดยยอมรับถึงความเป็นกองทุนในรูปแบบปัจจุบันและการมีหน่วยบริหารจัดการ 3 หน่วยเช่นปัจจุบัน กล่าวคือ การมีกลไกกลางไม่จำเป็นต้องรวมกองทุนประกันสุขภาพ

ซึ่งเป้าหมายที่พึงประสงค์ประกอบด้วย

- อภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ นำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมให้แก่ผู้มีสิทธิทุกระบบ
- สร้างความยั่งยืนทางการเงินระยะยาว และมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และมีความโปร่งใส
- เพื่อสร้างเสริมระบบการเงินการคลังสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ คือ เป็นระบบที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับประชาชน (Equity) เป็นระบบที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ (Quality) เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ กระจายการใช้จ่ายทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Efficiency)

รูปที่ 6-4: กรอบคิดการทำงานของกลไกกลาง



ที่มา: โดยคณะวิจัย

กลไกกลางเป็นหัวใจสำคัญของการอภิบาลระบบประกันสุขภาพ กลไกกลางเป็นองค์กรระดับกลาง ดังแสดงในรูปที่ 6-4 เป็นองค์กรที่เมื่อทำงานกับรัฐ จะทำหน้าที่เหมือนเป็นตัวแทนของประชาชนในการเจรจาให้ได้รับงบประมาณเพื่อหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศ ให้เพียงพอต่อการประกันสุขภาพที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ภาครัฐมักมีข้อจำกัดทางงบประมาณและต้องการควบคุมค่าใช้จ่าย เมื่อกลไกกลางทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ประชาชนผู้รับประโยชน์ หน่วยงานผู้ให้ประกัน และหน่วยงานผู้ให้บริการ) ก็จะคำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากรที่ได้มาเพื่อให้กระจายไปถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

การทำงานของกลไกกลางในฐานะเป็นกลไกอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องมีระบบการเจรจาหารือร่วมกันของทุกฝ่ายอย่างสร้างสรรค์ และควรบรรลุวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ

1. ความเป็นธรรม ความมีคุณภาพ และความมีประสิทธิภาพ
2. การดำเนินงานอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้
3. การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเสมอภาค
4. มีระบบการเจรจาหารือร่วมกันของทุกฝ่ายอย่างสร้างสรรค์

องค์ประกอบของกลไกกลาง

- มีคณะกรรมการชุดหนึ่งที่ ประกอบด้วยผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน
- คณะกรรมการ มีฝ่ายเลขานุการ เป็นสำนักงาน ที่หน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ
- ให้คณะกรรมการรายงานต่อคณะรัฐมนตรี
- องค์ประกอบคณะกรรมการประกอบด้วยสมาชิกไม่เกิน 18 คน ดังแสดงในตารางที่ 6-1 โดยสมาชิกที่เป็นฝ่ายงบประมาณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และเลขาธิการสำนักงาน ไม่มีสิทธิออกเสียงในการโหวต เรื่อง สิทธิประโยชน์และการต่อรองงบประมาณ แต่สามารถให้ข้อสังเกตและข้อเสนอในการประชุมได้

ตารางที่ 6-2: องค์ประกอบของกรรมการกลไกกลาง

องค์ประกอบ	สมาชิก	จำนวน
(1) ประธานกรรมการ	นายกรัฐมนตรี	1
(2) ฝ่ายกำหนดนโยบาย	รมต.คลัง + รมต.สาธารณสุข + รมต.แรงงาน	3
(3) ผู้แทนจากหน่วยงานผู้รับประกัน	1) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง (1) 2) ผู้ที่ กกก.ประกันสังคมมอบหมาย (1) 3) ผู้ที่ กกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย (1)	3
(4) ผู้แทนจากหน่วยงานผู้ให้บริการประกันสุขภาพ	1) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (1) 2) ผู้แทนกระทรวงอื่นนอกจาก สธ. (1) 3) ผู้แทนภาคเอกชน (1)	3 (วาระ 4 ปี)
(5) ผู้แทนผู้รับบริการ	1) ผู้แทนข้าราชการ (1) 2) ผู้แทนผู้ประกันตน (1) 3) ผู้แทนประชาชน (1)	3 (วาระ 4 ปี)
(6) ฝ่ายพิจารณางบประมาณ	ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	1 (no vote)
(7) ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรมแต่งตั้ง จากสาขาการแพทย์และสาธารณสุข การเงินการคลัง และการประกันสุขภาพ และสาขาสังคมศาสตร์และการคุ้มครองผู้บริโภค	3 (no vote) (วาระ 4 ปี)
(8) เลขานุการ	เลขาธิการ	1
รวม		≤ 18 คน

ที่มา: โดยคณะวิจัย

บทบาทหน้าที่ของกรรมการ

- 1) กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์และแนวทางที่จะนำไปสู่ความกลมกลืนของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นในด้านชุดสิทธิประโยชน์กลาง ด้านระบบบริการ ด้านการสนับสนุนทางการเงิน ด้านระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ และด้านระบบกำกับคุณภาพบริการ เพื่อนำไปสู่ความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีกำหนดวงเงินงบประมาณของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมดในภาพรวม เป็นประจำทุกปี และเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ
- 2) กำหนดวงเงินงบประมาณของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมดในภาพรวม เป็นประจำทุกปี และเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ
- 3) กำกับติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดำเนินงานที่นำไปสู่ความกลมกลืนของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ พร้อมทั้งจัดทำรายงานเสนอคณะรัฐมนตรีเป็นครั้งคราวอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน รวมทั้งเผยแพร่ต่อสาธารณชนได้รับรู้
- 4) กำหนดมาตรฐานกลางในการลงทะเบียนหน่วยงานผู้ให้บริการ โดยให้อำนาจในการลงทะเบียนของหน่วยงานผู้รับประกันแต่ละหน่วยงาน
- 5) กำกับ ติดตาม และดูแลการปฏิบัติงานของหน่วยงานผู้รับประกันในการดำเนินงานตามนโยบาย หลักเกณฑ์ แนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
- 6) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้การดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในข้อ (1) และ (2) เป็นไปด้วยความเป็นธรรมและเน้นการเจรจาโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

สำนักงาน เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกกลาง

- รูปแบบการจัดตั้งสำนักงานเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
 - เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีฐานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน หรือ
 - เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ และมีฐานะเป็นนิติบุคคล หรือ
 - เป็นองค์การมหาชน

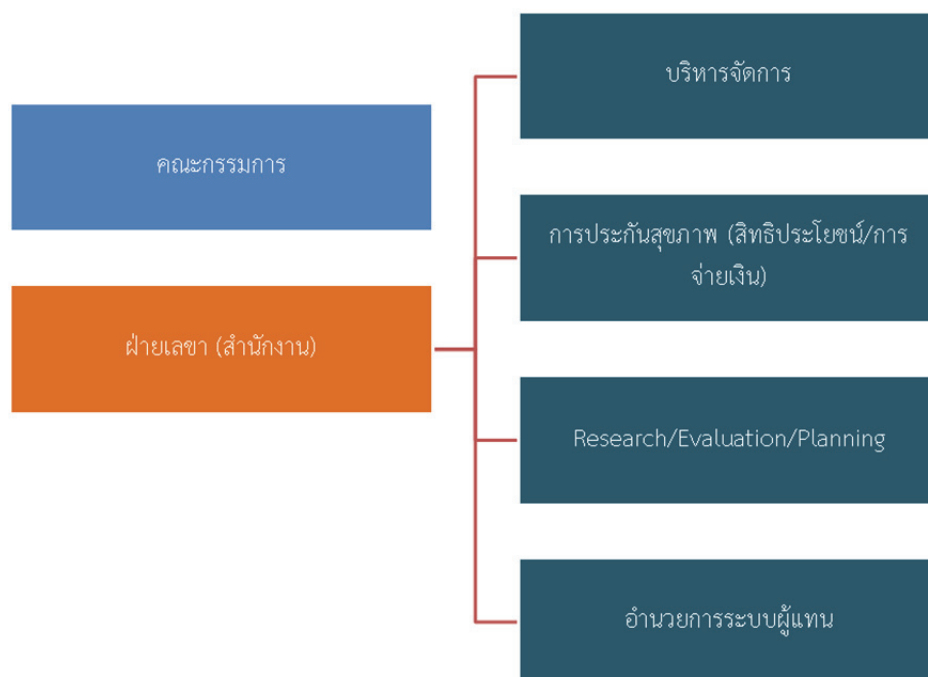
อำนาจหน้าที่ของสำนักงาน ประกอบด้วย

1. บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐให้เป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน
2. ดำเนินการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด
3. ดำเนินการเพื่อให้กระบวนการเจรจา ด้านระบบประกันสุขภาพของรัฐ เป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
4. ดำเนินการตามมติของคณะกรรมการ
5. อำนวยความสะดวกแก่คณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

6. อำนวยความสะดวกแก่หน่วยงานผู้ให้บริการประกันสุขภาพและผู้รับบริการในการเลือกผู้แทนและอำนวยความสะดวกในด้านอื่น ๆ เพื่อช่วยให้กระบวนการเจรจาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
7. จัดให้มีการเจรจาเพื่อที่จะจัดตั้งและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ร่วมกัน
8. จัดให้มีการเจรจาเพื่อที่จะจัดตั้งและพัฒนาวิธีการชำระค่าบริการและการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของรัฐ
9. ร่วมดำเนินการกับ สำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน และจัดให้มีการประเมินผลระบบประกันสุขภาพของรัฐ
10. ดำเนินการวิจัยและสนับสนุนคณะกรรมการเพื่อให้บรรลุภารกิจของคณะกรรมการ
11. จัดทำรายงานการประชุมของคณะกรรมการเสนอต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาภายในระยะเวลาตามสมควร

โครงสร้างของสำนักงานควรประกอบด้วยอย่างน้อย หน่วยที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ หน่วยที่รับผิดชอบด้านการวิจัยและประเมินผล หน่วยที่รับผิดชอบระบบการคัดเลือกผู้แทนและดำเนินการกระบวนการเจรจา และหน่วยด้านบริหารจัดการทั่วไป ทั้งนี้ สำนักงานควรได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ เพื่อให้กลไกกลางนี้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปที่ 6-5: ข้อเสนอโครงสร้างสำนักงานกลไกกลาง



ที่มา: โดยคณะวิจัย

ร่างพระราชบัญญัติ
กลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดของกลไกกลางดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 6 ได้ถูกนำมาร่างเป็นพระราชบัญญัติ และนำเสนอ แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่รวมถึง ผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนผู้รับบริการ ผู้แทนผู้ให้บริการ ผู้แทนผู้ใช้บริการ นักวิชาการ และสื่อมวลชน และมีการร่วมปรับปรุงแก้ไขจากความเห็นของคณะกรรมการประสานงานกองทุน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ (ที่แต่งตั้งโดยนายกรัฐมนตรี)

ในบทนี้ได้แบ่งการนำเสนอ ร่าง พระราชบัญญัติกลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพออกเป็น สองส่วน ส่วนแรกคือ ประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างขั้นตอนการร่างพระราชบัญญัติฯ ก่อนการประชุม คณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๘ โดย ประเด็นที่มีการอภิปรายทั้งหมดมี 7 ประเด็น ซึ่งรายละเอียดและทางเลือกในแต่ละประเด็นมีดังนี้

1. ชื่อพระราชบัญญัติ รวมถึงชื่อคณะกรรมการ และชื่อสำนักงาน มี 4 ทางเลือก คือ
 - (ก) พระราชบัญญัติ กำกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐ
 - (ข) พระราชบัญญัติ เพื่อสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
 - (ค) พระราชบัญญัติ จัดระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
 - (ง) พระราชบัญญัติ อภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
2. คำนิยาม “การประกันสุขภาพ” ในมาตรา 4 มีข้อเสนอให้ตัดออก
3. การกำหนด “มาตรา 3 บรรดากฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับอื่น ในส่วนที่บัญญัติไว้แล้วในพระราชบัญญัตินี้ หรือซึ่งขัดแย้งกับบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ให้ใช้พระราชบัญญัตินี้แทน” มีข้อเสนอให้ตัดออก
4. การกำหนดอายุของกรรมการ (มาตรา 9(2)) มีข้อเสนอให้ตัดออก
5. การวินิจฉัยชี้ขาดกรณีพิพาทในมาตรา 12 มีทางเลือก 3 ทางเลือกคือ
 - (ก) ต้องได้คะแนนเสียงไม่ต่ำกว่า 5 ใน 6 ของจำนวนเสียงทั้งหมดของกรรมการตามมาตรา 8(2) และ (4) รวมกัน และไม่ต่ำกว่า 5 ใน 6 ของจำนวนเสียงทั้งหมดของกรรมการตามมาตรา 8(3) และ (5) รวมกัน
 - (ข) ต้องได้คะแนนเสียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนเสียงทั้งหมดของกรรมการตามมาตรา 8(2) และ (4) รวมกัน และไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนเสียงทั้งหมดของกรรมการตามมาตรา 8(3) และ (5)
 - (ค) ต้องได้คะแนนเสียงไม่ต่ำกว่า 2 ใน 3 ของจำนวนเสียงทั้งหมดของกรรมการตามมาตรา 8(2) และ (4) รวมกัน และไม่ต่ำกว่า 2 ใน 3 ของจำนวนเสียงทั้งหมดของกรรมการตามมาตรา 8(3) และ (5) รวมกัน

6. การกำหนดแนวทางการดำเนินการ กรณีหน่วยงานผู้รับประกันมีความจำเป็นต้องดำเนินการอื่นใดเพิ่มเติมจากที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี (มาตรา 13 (1) วรรคสอง) โดยมีทางเลือก 2 ทางในการดำเนินการดังนี้

(ก) แจ้งคณะกรรมการ เพื่อทราบ ก่อนดำเนินการ

(ข) เสนอคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนดำเนินการ

7. การกำหนดอัตราปรับทางปกครอง (มาตรา 27) โดยมีทางเลือก ดังนี้

(ก) ปรับตามพระราชบัญญัติวิธีการปฏิบัติราชการทางปกครอง ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้ไม่เกิน 20,000 บาท

(ข) ปรับในอัตราไม่เกิน 200,000 บาทต่อวัน เพื่อให้ผู้ละเมิดมติคณะกรรมการ ดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการหรือผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ

ส่วนที่สองคือ ร่าง พระราชบัญญัติกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขแล้วหลังจากการประชุมคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๘

ร่าง พ.ร.บ.ฯ ฉบับผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ
ในการประชุมคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๘

พระราชบัญญัติ

สร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

พ.ศ.

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ...

เป็นปีที่ ในรัชกาลปัจจุบัน

.....
โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ พ.ศ.”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ” หมายความว่า ระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐจ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินสนับสนุนและ/หรือมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนเงินทดแทน ระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและประกันสุขภาพสำหรับคนที่รอพิสูจน์สถานะและสิทธิ คนไร้รัฐไร้สัญชาติ และบุคคลซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในราชอาณาจักรแต่ไม่ได้มีสัญชาติไทย เป็นต้น รวมถึงระบบหลักประกันสุขภาพอื่นที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

“ความกลมกลืนของระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ” หมายความว่า การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ กลาง การรับและส่งมอบบริการ การจัดหาและการใช้เงิน ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ ระบบกำกับ คุณภาพบริการ การคุ้มครองสิทธิ และประเด็นอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศให้ระบบหลักประกันสุขภาพ ของรัฐดำเนินการให้เป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน

“การประกันสุขภาพ” หมายความว่า การประกันสุขภาพที่รัฐให้บริการ ตามระบบหลักประกัน สุขภาพของรัฐ

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ชุดสิทธิประโยชน์กลาง” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ การดูแลแบบประคับประคอง การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และบริการที่จำเป็นอื่นๆ ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

“การรับและส่งมอบบริการ” หมายความว่า ขั้นตอนและวิธีการรับและให้บริการตามชุดสิทธิ ประโยชน์กลางที่มีประสิทธิผล ปลอดภัย และมีคุณภาพ

“การจัดหาและการใช้เงิน” หมายความว่า กระบวนการได้มาซึ่งเงิน² วิธีการใช้เงิน³ และกลไกการ จ่ายเงิน⁴ ในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนในระยะยาว

“ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการรวบรวม วิเคราะห์ เผยแพร่ข้อมูลบนพื้นฐานที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ทันเวลา และนำไปใช้เพื่อการบริหารจัดการระบบหลักประกัน สุขภาพของรัฐ

“ระบบกำกับคุณภาพบริการ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการกำกับดูแล เพื่อให้บริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์กลางของหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมี คุณภาพ รวมทั้งการดำเนินการเพื่อสร้างหลักประกันว่าหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพจะให้บริการตามมาตรฐาน

“การคุ้มครองสิทธิ” หมายความว่า มาตรการที่สนับสนุนให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามชุดสิทธิ ประโยชน์กลาง รวมทั้งการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการรับ บริการ/ให้บริการ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพ ภาครัฐ

² กระบวนการได้มาซึ่งเงิน คือ การระดมเงินจากแหล่งต่างๆ ซึ่งอาจหมายถึง เงินงบประมาณ เงินที่ประชาชนร่วมจ่ายด้วยวิธีต่างๆ (contribution, cost sharing)

³ วิธีการใช้เงิน เช่น การจัดซื้อรวม หรือวิธีอื่นๆ เพื่อให้การใช้เงินในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐเป็นไปอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด

⁴ กลไกการจ่ายเงิน หมายถึง รูปแบบและวิธีการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ

“ประธานกรรมการ” หมายความว่า ประธานคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

“หน่วยงานผู้รับประกัน” หมายความว่า กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐอื่นๆ

“หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ” หมายความว่า หน่วยบริการทั้งของรัฐ เอกชน หรือหน่วยบริการอื่นๆ ที่ให้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์กลาง

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

มาตรา ๔ ให้นายกรัฐมนตรีรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

หมวด ๑

บททั่วไป

มาตรา ๕ ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐจะต้องเป็นไปในทิศทางที่ทำให้เกิดความเป็นธรรม

มาตรา ๖ ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๕ จะต้องคำนึงถึงหลักการสี่ประการได้แก่

- (๑) ความเป็นธรรม ความมีคุณภาพ และความมีประสิทธิภาพ
- (๒) การดำเนินงานอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้
- (๓) การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเสมอภาค
- (๔) มีระบบการเจรจาหรือร่วมกันทุกฝ่ายอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

หมวด ๒

คณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

มาตรา ๗ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ” ประกอบด้วย

(๑) นายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ

(๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน

(๓) ผู้แทนหน่วยงานผู้รับประกัน จำนวนสามคน แบ่งเป็นผู้แทนกรมบัญชีกลางหนึ่งคน ผู้ที่คณะกรรมการประกันสังคมมอบหมายหนึ่งคน และผู้ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายหนึ่งคน

(๔) ผู้แทนหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวนสามคน แบ่งเป็นผู้แทนหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน ในกำกับของกระทรวงอื่นหนึ่งคน และภาคเอกชนหนึ่งคน

(๕) ผู้แทนผู้รับบริการ จำนวนสามคน แบ่งเป็นผู้แทนผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหนึ่งคน ผู้แทนผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมหนึ่งคน และผู้แทนประชาชน ผู้ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหนึ่งคน

(๖) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และ

(๗) ผู้ทรงคุณวุฒิ สาขาการแพทย์หรือสาธารณสุข สาขาการเงินการคลังหรือการประกันสุขภาพ สาขาสังคมศาสตร์หรือการคุ้มครองผู้บริโภค สาขาละหนึ่งคน

ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการโดยตำแหน่ง และให้เลขาธิการแต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสมจำนวนไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

การแต่งตั้งกรรมการตาม (๔) (๕) และ (๗) ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาแต่งตั้งจากรายชื่อที่คณะกรรมการเสนอ

ในการเสนอชื่อของคณะกรรมการ ให้พิจารณาสรรหาจากการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางขององค์กรต่างๆ ตามวรรคหนึ่ง จากรายชื่อบุคคลที่จัดให้มีการคัดกรองขั้นต้นเพื่อให้ได้บัญชีรายชื่อกลุ่มที่จะพิจารณาคัดเลือกกันเองต่อไป ด้วยหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมและชัดเจน โดยมีกระบวนการที่โปร่งใสและเปิดเผย ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

กรรมการตาม (๖) (๗) และเลขานุการ ไม่มีสิทธิในการออกเสียงลงคะแนนใดๆ แต่ทั้งนี้ไม่เป็นการตัดสิทธิในการที่จะให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์แก่คณะกรรมการ

ให้กรรมการตามมาตรา ๖ เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา⁵

มาตรา ๘ กรรมการตามมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๔) (๕) และ (๗) ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีคุณสมบัติอื่นตามที่กำหนดในระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

กรรมการตามมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๔) (๕) และ (๗) ต้องไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

(๑) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๒) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๓) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง สมาชิกสภาท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่น กรรมการหรือผู้ดำรงตำแหน่งซึ่งรับผิดชอบการบริหารพรรคการเมือง ที่ปรึกษาพรรคการเมืองหรือเจ้าหน้าที่พรรคการเมือง รวมไปถึงบรรดาเครือญาติของบุคคลดังกล่าว

(๔) ไม่เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงาน หรือที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีสัญญาจ้างกับสำนักงาน รวมไปถึงบรรดาเครือญาติของบุคคลดังกล่าว

มาตรา ๙ กรรมการตามมาตรา ๗ (๔) (๕) และ (๗) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี

ในกรณีที่กรรมการตามมาตรา ๗ (๔) (๕) และ (๗) พ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้ผู้ได้รับแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่าง อยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้ว

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังไม่มีกรรมการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๗ (๔) (๕) และ (๗) ขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อทำหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการ ซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ให้คณะกรรมการดำเนินการสรรหา กรรมการตามมาตรา ๗ (๔) (๕) และ (๗) ให้เสร็จสิ้นไม่ต่ำกว่าสามเดือนก่อนครบวาระ

บุคคลซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการตามมาตรา ๗ (๔) (๕) และ (๗) ซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งรวมกันเกินสองวาระไม่ได้

⁵ เพื่อแสดง Accountability ในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายนี้

มาตรา ๑๐ นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๗ (๔) (๕) และ (๗) พ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) คณะรัฐมนตรีมีมติให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(๔) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๘

มาตรา ๑๑ การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุม หรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ในกรณีที่จะคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด เว้นแต่ในเรื่องใดที่กำหนดให้ต้องทำโดยมติพิเศษ ที่ประชุมจะต้องลงมติในเรื่องนั้นโดยคะแนนเสียงข้างมากไม่ต่ำกว่าสามในสี่ของจำนวนเสียงทั้งหมดของกรรมการตามมาตรา ๗ (๒) (๓) (๔) และ (๕) ที่มาประชุม

วิธีการประชุม และการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

ให้คณะกรรมการจัดให้มีการประชุมอย่างน้อยปีละสองครั้ง หรือในหลายๆรอบระยะเวลาหกเดือน

ให้นำหลักเกณฑ์ในการลงคะแนนเสียงตามวรรคสาม มาบังคับใช้แก่คณะอนุกรรมการที่ตั้งขึ้นตามมาตรา ๑๒ (๗) โดยอนุโลม

มาตรา ๑๒ ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์และแนวทางที่จะนำไปสู่ความกลมกลืนของระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี

เมื่อคณะรัฐมนตรีเห็นชอบแล้ว ให้หน่วยงานผู้รับประกัน หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการ และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องนำไปถือปฏิบัติ กรณีที่หน่วยงานผู้รับประกันสุขภาพมีความจำเป็นต้องดำเนินการ อื่นใดเพิ่มเติมจากที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบแล้ว ให้แจ้งสำนักงานเพื่อทราบก่อนการดำเนินการอย่างน้อยหกสิบวัน

ในกรณีที่หน่วยงานผู้รับประกันจัดชุดสิทธิประโยชน์เดิมให้ผู้รับบริการเกินกว่าชุดสิทธิประโยชน์กลาง ให้หน่วยงานผู้รับประกันดังกล่าวยังคงสามารถจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์เดิมให้กับผู้รับบริการต่อไป

(๒) พิจารณาและประมาณการวงเงินงบประมาณแผ่นดินที่จะสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ทั้งหมดในภาพรวม เป็นประจำทุกปี และเสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรี⁶

(๓) กำกับติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดำเนินงานที่นำไปสู่ความกลมกลืนของการประกันสุขภาพของรัฐภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ พร้อมทั้งจัดทำรายงาน เสนอคณะรัฐมนตรีเป็น ครั้งคราวอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน รวมทั้งเผยแพร่ต่อ สาธารณชนได้รับรู้อย่างกว้างขวาง

(๔) กำกับ ติดตาม และดูแลการปฏิบัติงานของหน่วยงานผู้รับประกันในการดำเนินงานตามนโยบาย หลักเกณฑ์และแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดตาม (๑)

(๕) ออกประกาศ คำสั่ง ระเบียบ หรือ ข้อบังคับ เพื่อดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้⁷

(๖) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรี หรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

(๗) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการตามที่คณะกรรมการกำหนด

เพื่อให้การดำเนินการตามมาตรานี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้หน่วยงานผู้รับประกันหรือหน่วยงาน ผู้ให้บริการสุขภาพให้ความร่วมมือในการสนับสนุนข้อมูลและรายงานต่างๆ⁸ แก่คณะกรรมการหรือผู้ที่ คณะกรรมการมอบหมาย

ทั้งนี้ การดำเนินการตาม (๑) ให้ใช้วิธีการเจรจา โดยให้มีคณะกรรมการที่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง⁹ ทุก ภาคส่วนอย่างสมดุลเข้าร่วมการเจรจาอย่างสร้างสรรค์และอาศัยหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ให้มากที่สุด

สำหรับวิธีการ หลักเกณฑ์ แนวทาง และขั้นตอนในการเจรจา ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการ กำหนด

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมตาม (๑) และ (๒) ให้กระทำโดยมติพิเศษ

⁶ เจตนารมณ์ของมาตรา ๑๒ (๒) คือ คกก.นี้ควรมีบทบาทในการพิจารณาและประมาณการภาพรวมของงบประมาณแผ่นดิน ที่จะสนับสนุนระบบ หลักประกันสุขภาพของรัฐ (โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายบริการด้านสุขภาพ/การรักษาพยาบาลจากแต่ละหน่วยงานผู้ รับประกัน) ทุกหน่วยงานผู้รับประกันจะเห็นข้อมูลพร้อมกัน มีการหารือร่วมกันในที่ประชุม คกก. และจะเสนอความเห็นและตัวเลขงบประมาณ ดังกล่าวต่อ สงป. และ ครม. (ในเชิงวิชาการ) โดยที่แต่ละหน่วยงานผู้รับประกันยังคงต้องดำเนินการตามกระบวนการงบประมาณของตนเองตาม ระบบเดิม

⁷ ประกาศ ระเบียบที่สำคัญ เช่น แผนงานและกรอบเวลาการดำเนินงานเรื่องต่างๆ ของ คกก.ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานผู้รับประกัน เช่น การจัดทำ ข้อมูลตัวเลขงบประมาณเสนอ คกก. ฯลฯ

⁸ เป็นการสนับสนุนข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการดำเนินการตามหน้าที่ในมาตรา ๑๒ (๑) เท่านั้น ไม่ใช่ข้อมูลทุกประเภท ทั้งนี้ อาจกำหนดประเภทข้อมูล ไว้ในกฎหมายเพื่อลดความไม่เข้าใจและข้อโต้แย้งเรื่องการใช้อำนาจในการเรียกเอกสารหลักฐานต่างๆ โดยที่ คกก.ไม่มีความเกี่ยวข้องเชิงนิติกรรม กับหน่วยงานผู้ให้บริการ

⁹ ผู้แทนของหน่วยงานผู้รับประกันอื่นๆนอกเหนือจาก ๓ กองทุน แม้ไม่ได้เป็นกรรมการ แต่สามารถมีส่วนร่วมในการเจรจามานานไกล คณะกรรมการ

หมวด ๓

สำนักงานคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

มาตรา ๑๓ ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐขึ้น เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ และมีฐานะเป็นนิติบุคคล

รายได้ของสำนักงาน ประกอบด้วย¹⁰

- ๑) เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี
- ๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้
- ๓) เงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของสำนักงาน
- ๔) รายได้จากการดำเนินกิจกรรมของสำนักงาน
- ๕) ดอกผลของเงินหรือทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) และ (๔)

กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์

มาตรา ๑๔ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นสำนักงานเลขานุการกิจของคณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการตามอำนาจหน้าที่ในมาตรา ๑๒ เป็นไปโดยสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

(๒) ให้การสนับสนุนแก่หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการในการเลือกผู้แทนและในด้านอื่นๆ เพื่อช่วยให้กระบวนการเจรจาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(๓) จัดให้มีกลไกและกระบวนการเจรจาเพื่อสนับสนุนการดำเนินการของคณะกรรมการตามมาตรา ๑๒

(๔) ร่วมดำเนินการกับสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดทำสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชาชน

(๕) สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของคณะกรรมการให้บรรลุภารกิจตามวัตถุประสงค์

(๖) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

¹⁰ อ้างอิงตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก สช.เป็นหน่วยงานด้านนโยบาย เช่นเดียวกับสำนักงานตาม พ.ร.บ.นี้

มาตรา ๑๕ ให้สำนักงานมีเลขาธิการคนหนึ่ง

คณะกรรมการเป็นผู้มีอำนาจสรรหา แต่งตั้ง และถอดถอนเลขาธิการ

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาเลขาธิการให้เป็นไปตามข้อบังคับที่ออกโดยคณะกรรมการ

มาตรา ๑๖ เลขาธิการต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่น้อยกว่ายี่สิบห้าปี แต่ไม่เกินหกสิบห้าปี¹¹

(๓) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เหมาะสมกับภารกิจของสำนักงาน ตามที่กำหนดไว้ในอำนาจหน้าที่ตามมาตรา ๑๔

(๔) คุณสมบัติอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

เลขาธิการต้องไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) ไม่มีลักษณะต้องห้ามอย่างหนึ่งอย่างใดตามมาตรา ๘ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓)

(๒) ไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกิจการของบุคคลธรรมดาหรือของนิติบุคคลที่มีการกระทำนิติกรรมกับสำนักงาน

(๓) ลักษณะอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๑๗ เลขาธิการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละห้าปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่รวมกันไม่เกินสองวาระ

มาตรา ๑๘ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ เลขาธิการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ออกตามกรณีที่กำหนดไว้ในข้อตกลงระหว่างคณะกรรมการกับเลขาธิการ

(๔) คณะกรรมการให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

(๕) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามอย่างหนึ่งอย่างใดตามมาตรา ๑๖

มติของคณะกรรมการให้เลขาธิการออกจากตำแหน่งตาม (๔) ให้ถือเป็นมติพิเศษ

¹¹ หมายถึงช่วงที่อยู่ในตำแหน่ง หากอายุเกิน ๖๕ ปี เลขาธิการต้องออกจากตำแหน่ง

มาตรา ๑๙ เลขธิการมีหน้าที่ปฏิบัติงานของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย วัตถุประสงค์ของสำนักงาน ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด ประกาศ นโยบาย และมติของคณะกรรมการ และเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้างทุกตำแหน่ง เว้นแต่จะมีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น รวมทั้งให้มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) บรรจุ แต่งตั้ง ถอดถอน เลื่อน ลด ตัดเงินเดือน หรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยพนักงานและลูกจ้างของสำนักงาน ตลอดจนให้พนักงานและลูกจ้างของสำนักงานออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

(๒) ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงาน โดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ ข้อกำหนด นโยบาย หรือมติของคณะกรรมการ

มาตรา ๒๐ ในกิจการที่เกี่ยวกับบุคคลภายนอก ให้เลขธิการเป็นผู้แทนของสำนักงาน เพื่อการนี้ เลขธิการจะมอบอำนาจให้บุคคลใดปฏิบัติงานแทนก็ได้ แต่ต้องเป็นไปตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

นิติกรรมใดที่เลขธิการกระทำโดยฝ่าฝืนระเบียบหรือข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด ย่อมไม่ผูกพันสำนักงาน เว้นแต่คณะกรรมการให้สัตยาบัน

หมวด ๔¹²

การบัญชี การตรวจสอบ และการประเมินผลงาน

มาตรา ๒๑ การบัญชีของสำนักงานให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

ให้มีเจ้าหน้าที่ของสำนักงานทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบภายในโดยเฉพาะ และให้รับผิดชอบขึ้นตรงต่อคณะกรรมการตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๒ ให้สำนักงานจัดทำงบดุล งบการเงิน และบัญชีทำการ ส่งผู้สอบบัญชีภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับตั้งแต่วันสิ้นปีบัญชีทุกปี

¹² หมวด ๔ เดิม การบริหารจัดการ ว่าด้วยการเลือกพนักงานและการจ้างงาน ถูกตัดออกไป เนื่องจากสามารถออกเป็นข้อบังคับของคณะกรรมการได้

ในทุกกรอบปี ให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะกรรมการแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน เป็นผู้สอบบัญชีและประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของสำนักงาน โดยให้แสดงความคิดเห็นเป็นข้อวิเคราะห์ว่าการใช้จ่ายดังกล่าวเป็นไปตามวัตถุประสงค์ประหยัด และได้ผลตามเป้าหมายเพียงใด แล้วทำบันทึกรายงานผลการสอบบัญชีเสนอต่อคณะกรรมการ

เพื่อการนี้ ให้ผู้สอบบัญชีมีอำนาจตรวจสอบสรรพสมุดบัญชีและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ของสำนักงาน สอบถามเลขาธิการ ผู้ตรวจสอบภายใน พนักงานหรือลูกจ้าง และเรียกให้ส่งสรรพสมุดบัญชีและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ของสำนักงานเป็นการเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็น

มาตรา ๒๓ ให้สำนักงานทำหน้าที่สนับสนุนคณะกรรมการในการจัดทำรายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามพระราชบัญญัตินี้ ตามมาตรา ๑๒ (๓)

รายงานประจำปี อย่างน้อยต้องประกอบด้วย

(๑) ผลงานของสำนักงานในปีงบประมาณที่ล่วงมาแล้ว

(๒) ผลการใช้จ่ายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

(๓) ผลการดำเนินงานด้านระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งรวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ

(๔) บัญชีทำการ พร้อมทั้งรายงานของผู้สอบบัญชี

(๕) คำชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายของคณะกรรมการ โครงการ และแผนงานที่จะจัดทำในภายหน้า

มาตรา ๒๔ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมประสิทธิภาพและการตรวจสอบ การดำเนินงานของสำนักงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โครงการ และแผนงานที่ได้จัดทำไว้ ให้สำนักงานจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานตามระยะเวลาที่คณะกรรมการกำหนด แต่ต้องไม่นานกว่าหนึ่งปี

การประเมินผลตามวรรคหนึ่ง ให้จัดทำโดยสำนักงานหรือองค์กรที่เป็นกลางและมีความเชี่ยวชาญ ในด้านการประเมินผลกิจการของสำนักงาน โดยมีการคัดเลือกตามวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด

การประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานจะต้องแสดงข้อเท็จจริงให้ปรากฏในด้านประสิทธิผล ด้านประสิทธิภาพ และด้านการพัฒนาองค์กร และรายละเอียดอื่นตามที่คณะกรรมการจะได้กำหนดเพิ่มเติม

ในกรณีที่มีเหตุจำเป็น จะจัดให้มีการประเมินเฉพาะประเด็นเป็นครั้งคราวด้วยก็ได้

หมวด ๕

มาตรการบังคับทางปกครอง

มาตรา ๒๕ หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นของเอกชนรายใด ดำเนินการหรือไม่ดำเนินการใดๆ อันเป็นการขัดต่อมติของคณะกรรมการ¹³ ให้หน่วยงานผู้รับประกัน แล้วแต่กรณี มีคำสั่งเป็นหนังสือสั่งให้หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นของเอกชนรายนั้น ละเว้นกระทำการที่ขัดต่อมติหรือให้กระทำการตามมติของคณะกรรมการ ภายในระยะเวลาตามที่คณะกรรมการเห็นสมควร

มาตรา ๒๖ ภายใต้บังคับแห่งมาตรา ๒๕ เมื่อได้มีคำสั่งแล้ว แต่หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นของเอกชนรายใดยังคงเพิกเฉยหรือละเลยไม่ดำเนินการตามคำสั่ง ให้หน่วยงานผู้รับประกันแล้วแต่กรณี มีคำสั่งปรับตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง

มาตรา ๒๗ หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นของรัฐรายใด ดำเนินการหรือไม่ดำเนินการใดๆ อันเป็นการขัดต่อมติของคณะกรรมการ ให้ผู้บังคับบัญชาที่อยู่เหนือขึ้นไปของหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นของรัฐรายนั้น ดำเนินการต่อผู้บริหารของหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นของรัฐรายนั้นตามกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ และดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน หรือกฎหมายที่เกี่ยวกับการดำเนินการทางวินัยของหน่วยงานนั้น

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๒๘ ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการ... ประกอบด้วยนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคม เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวน ๕ คน โดยให้รองปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีที่ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีมอบหมาย ทำหน้าที่เป็นเลขาธิการสำนักงาน

¹³ มติคณะกรรมการ ถือเป็นคำสั่งทางปกครอง

ให้คณะกรรมการที่ตั้งขึ้นตามวรรคหนึ่ง¹⁴ ดำเนินการเพื่อให้มีคณะกรรมการ และเลขาธิการสำนักงาน ตามพระราชบัญญัตินี้ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๒๙ ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการใด ประสงค์จะไปปฏิบัติงานเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสำนักงาน ให้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อเลขาธิการ และจะต้องผ่านการคัดเลือกและประเมินผลตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด ภายในสองปีนับแต่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๓๐ ข้าราชการที่ไปปฏิบัติงานเป็นพนักงานของสำนักงาน ตามมาตรา ๒๙ ให้ถือว่าเป็นการออกจากราชการเพราะทางราชการเลิกหรือยุบตำแหน่ง และให้ได้รับบำเหน็จบำนาญตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการแล้วแต่กรณี

ลูกจ้างซึ่งไปปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างของสำนักงาน ตามมาตรา ๒๙ ให้ถือว่าเป็นการออกจากราชการเพราะทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความผิด และให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

เพื่อประโยชน์ในการนับเวลาทำงานสำหรับคำนวณสิทธิประโยชน์ตามข้อบังคับของสำนักงาน ข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการผู้ใดที่เปลี่ยนสถานะไป ตามมาตรา ๒๙ ประสงค์จะให้นับเวลาราชการหรือเวลาทำงานในขณะที่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างต่อเนื่องกับเวลาทำงานของพนักงานหรือลูกจ้างของสำนักงานแล้วแต่กรณี ก็ให้มีสิทธิกระทำได้โดยแสดงความจำนงว่าไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญ

การไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญตามวรรคสาม จะต้องกระทำภายในหกสิบวันนับแต่วันที่เปลี่ยนสถานะ สำหรับกรณีของข้าราชการ ให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี สำหรับกรณีของลูกจ้าง ให้กระทำเป็นหนังสือลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานยื่นต่อเลขาธิการเพื่อส่งต่อไปให้กระทรวงการคลังทราบ

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ:- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐของประเทศไทยในปัจจุบันนี้ มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ การรับและส่งมอบบริการ การจัดหาและการใช้เงิน แนวทางการบริหารจัดการ และวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้รับบริการ และส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการ ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐที่มี

¹⁴ เพื่อให้สื่อถึงคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นมาชั่วคราว ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามมาตรา ๗

อยู่ อันได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐอื่นๆ มีส่วนทำให้ปัญหาดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหลายหน่วยงาน ที่มีวัตถุประสงค์ รูปแบบกลไกการบริหารจัดการ และแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกัน ทำให้ขาดความเป็นเอกภาพ โดยที่เป็นการสมควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งหน่วยงานกลางที่อยู่ในกำกับดูแลของภาครัฐ เพื่อทำหน้าที่ในการดำเนินการให้เกิดความกลมกลืนและลดความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกลมกลืนกัน อันจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันของการได้รับบริการสุขภาพของผู้รับบริการและระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐดังกล่าว ในการนี้ สมควรจัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ และมีฐานะเป็นนิติบุคคล เพื่อให้เป็นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและหลักการสำคัญของการดำเนินงานเพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐมีความกลมกลืน และดำเนินการอย่างสอดคล้องกันตามนโยบายของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ทั้งนี้ให้ดำเนินการโดยกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ด้วยกระบวนการเจรจาที่วางอยู่บนพื้นฐานของความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

บรรณานุกรม

- Busse R. and Blümel M. (2014). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2): 1–296.
- Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. (2010). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(6): 1–291.
- Gerken S. and Merkur S. (2010). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5): 1–266.
- Ikegami, N. (Ed.). (2014). *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development Lessons from Japan*. World Bank Studies.
- Tatara K. and Okamoto E. (2009). Japan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(5): 1–164.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ)
565 ซอยรามคำแหง 39 เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์ 02-718-5460
โทรสาร 02-718-5461-2
Website: <http://tdri.or.th>

