

TDRI

รายงานที่ตีอาร์ไอ

ฉบับที่ 148
มกราคม
2562

กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบ
หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

บรรณาธิการบริหาร
จิรากร ยิ่งไพบุณย์วงศ์
สรุป
สายใจ วิกยาอนุมาส
กองบรรณาธิการ
วัฒนา กาญจนานันท์
ออกแบบ
wrongdesign

กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

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

“รายงานที่ตีอาร์ไอ” มีโอกาสรับใช้สังคมไทยมาตลอด ทั่วเป็นรายสัปดาห์ และปรับมาเป็นรายเดือนในระยะต่อมา อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ฉบับที่ 118 เป็นต้นไป “รายงานที่ตีอาร์ไอ” จะมาพบผู้อ่านเป็นรายสัปดาห์ พร้อมกับยังคงนำเสนอเรื่องราวต่างๆ อย่างเรียบง่ายแบบเป็นมิตรต่อความสนใจใคร่รู้ของผู้อ่านทั่วไปเช่นเดิม

ที่มา: รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการกลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ เสนอแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อกรกฎาคม 2558 คณะวิจัยประกอบด้วย ดร. วรวรรณ ชาลด้วยวิทย์ ดร. จักรกฤษณ์ คอพรพาณิชย์ นายพนาทิพย์ เลิศประเสริฐกุล นายวิรัตน์ บุญรัตนกรกิจ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

บทนำ

ประเทศไทยมีสวัสดิการรักษายาบาลสำคัญที่รัฐจัดให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนอยู่สามระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม สวัสดิการรักษายาบาลทั้งสามระบบมีจุดเริ่มต้น กลุ่มเป้าหมาย ความคุ้มครอง การบริหารจัดการ และการเงินการคลังที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 แม้ว่าระบบการให้สวัสดิการแบบถ้วนหน้าเหล่านี้จะผ่านการดำเนินงานมากกว่า 15 ปีแล้ว และมีความพยายามที่จะบูรณาการสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการในบางด้านเพื่อให้ทั้งสามระบบมีความเป็นเอกภาพหรือมีการบริหารจัดการในทิศทางที่สอดคล้องกัน แต่จนถึงปัจจุบันทั้งสามระบบก็ยังคงมีความเหลื่อมล้ำและแตกต่างกันในภาพรวม ทั้งยังส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ

ระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าวมีความแตกต่างกันมากจนเป็นเหตุให้ประชาชนหลายกลุ่มไม่อาจยอมรับได้ และนำมาซึ่งความขัดแย้งทางสังคมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความพยายามให้ระบบประกันสุขภาพเกิดการบูรณาการ ลดความแตกต่างระหว่างกัน เพิ่มความเป็นธรรม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินของสาธารณะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาความขัดแย้งในสังคมได้ ทั้งนี้ จากการศึกษาประสบการณ์การอภิบาลระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศ ซึ่งได้แก่ เยอรมัน ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น

ตารางที่ 1: ความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

รายการ	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	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 (ยกเว้นลูกจ้างภาคเกษตร)	ประชาชนทั่วไปที่ไม่มีสิทธิอื่น
จำนวนผู้มีสิทธิ	5 ล้านคน (ร้อยละ 12)	10.5 ล้านคน (ร้อยละ 16)	48 ล้านคน (ร้อยละ 72)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง ฝัายละร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน	งบประมาณรัฐ อัตรเหมาจ่ายรายหัวต่อปี
ค่ารักษาพยาบาลต่อจำนวนผู้มีสิทธิ ณ ปี พ.ศ. 2556	เฉลี่ย 12,589 บาทต่อหัว	เหมาจ่าย 1,446 บาทต่อหัว	เหมาจ่าย 2,756 บาทต่อหัว
หน่วยงานที่กำกับดูแลและหน่วยงานต้นสังกัด	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สิทธิประโยชน์	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร ชดเชยตาม ม. 41
ตรวจสุขภาพ	ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม
ผู้ให้บริการ	สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก (ส่วนใหญ่อยู่เขตเมืองและใช้บริการที่ รพ.ภาครัฐขนาดใหญ่) ใช้ รพ.เอกชนได้กรณีฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน แต่เบิกได้ไม่เกิน 3,000 บาท	รพ. รัฐและเอกชนคู่สัญญา และสถานพยาบาลในเครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญา และสถานพยาบาลในเครือข่าย
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยในตามรายการป่วยในอัตราที่กำหนด (DRG) การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นลักษณะปลายเปิด ทำให้สถานพยาบาลไม่ต้องระมัดระวังค่าใช้จ่าย และผู้มีสิทธิเองไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับผู้ป่วยนอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นลักษณะปลายปิด ทำให้ผู้ให้บริการต้องระมัดระวังในการให้บริการ	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการส่งเสริมป้องกัน และผู้ป่วยนอกสำหรับบริการผู้ป่วยในจัดสรรงบยอดรวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นลักษณะปลายปิด ทำให้ผู้ให้บริการต้องระมัดระวังในการให้บริการ
การเข้าถึงบริการ	มีสิทธิได้รับยาในบัญชียาหลัก ส่วนยานอกบัญชียากลับขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์สามคน และบางกรณีที่เป็นยาที่มีราคาแพงมากจะต้องขออนุญาตก่อน	มีสิทธิเข้าถึงยาอย่างน้อยตามที่ประกาศในบัญชียาหลัก ส่วนยานอกบัญชียากลับอยู่ในดุลยพินิจและเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานบริการ	มีสิทธิเช่นเดียวกับประกันสังคม แต่ไม่จำเป็นต้องรอให้ยาตัวนั้นได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาว่าเป็นยาในบัญชียาหลัก เพียงแต่อนุกรมการพัฒนายาบัญชียาหลักมีมติให้ถือว่า มีสิทธิ

ที่มา: ปรับปรุงจากเอกสาร ร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเป็นกรคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ

และเบลเยียม ที่มีกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลหลากหลายกองทุนเช่นเดียวกับประเทศไทยแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าแนวทางการบูรณาการระบบประกันสุขภาพเพื่อเป็นเอกภาพและเป็นรูปธรรมสามารถเป็นไปได้

การบูรณาการระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศกรณีศึกษา

จากการศึกษาระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนี ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และเบลเยียม พบว่าความสำเร็จในการบูรณาการระบบประกันสุขภาพเกิดจากกลไกที่เป็นรูปธรรมโดยรัฐมีบทบาท รวมทั้งมีการกำหนดกฎหมาย การจัดตั้งหน่วยงานดำเนินการ รวมถึงการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับดูแล ตรวจสอบ ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินการที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันในทุกระดับ ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับรัฐบาลกลาง โดยภาพรวมระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศสรุปได้ดังนี้

ประเทศเยอรมนี มีระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับที่ครอบคลุมชาวเยอรมันและผู้อยู่อาศัยถาวรในเยอรมนีทุกคน โดยแบ่งเป็น 2 ระบบหลักคือ

1. ระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับ (*Statutory Health Insurance: SHI*) ปี พ.ศ. 2558 มีกองทุนภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่เรียกว่า Sickness Funds จำนวน 124 กองทุน ดำเนินการในรูปแบบอิสระที่ไม่แสวงหาผลกำไร ผู้ประกันตนมีอิสระในการเลือก Sickness Funds แหล่งรายได้หลักมาจากการเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนและนายจ้างของผู้ประกันตน โดยเงินสมทบขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้ประกันตน สิทธิการประกันตนจะครอบคลุมสมาชิกในครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย และกองทุนสามารถแข่งขันกันผ่านวิธีการต่างๆ แต่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดหนี้สินระยะยาวได้

ทั้งนี้ บุคคลที่มีรายได้น้อยกว่า 53,550 ยูโรต่อปีต้องเข้าระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ แต่หากมีรายได้สูงกว่าอัตราที่กำหนดนี้ก็มีสิทธิ์เลือกได้ว่าต้องการเป็นสมาชิกใน Sickness Funds หรือใช้ทางเลือกอื่น เช่น การประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือจ่ายค่ารักษายาพยาบาลตัวเองโดยตรง

ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ประกันตนที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,400 ยูโรต่อปีหรือเป็นบุคคลว่างงานก็จะมีสถานะเป็นสมาชิกกองทุนแต่ได้รับยกเว้นการจ่ายเงินสมทบ

2. ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน (*Private Health Insurance: PHI*) แบ่งเป็นสองประเภท คือ 1) การประกันที่ได้รับความคุ้มครองเต็มรูปแบบ (Substitutive [full-cover] PHI) และ 2) การประกันที่ได้รับความคุ้มครองเพิ่มเติม (Supplementary/Complementary PHI) มีกองทุนภายใต้ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชนทั้งหมด 42 กองทุน และกองทุนขนาดเล็กในระดับภูมิภาคอีก 30 กองทุน ดำเนินการในรูปแบบหน่วยงานอิสระ ซึ่งมีทั้งแสวงหาและไม่แสวงหาผลกำไร

ทั้ง Sickness Funds และกองทุนประกันสุขภาพภาคเอกชนได้มีการรวมกลุ่มและก่อตั้งเป็นสมาคม คือ สมาคมกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ (*Federal Association of Statutory Health Insurance Funds*) และสมาคมประกันสุขภาพภาคเอกชน (*Association of Private Health Insurance*) เพื่อเป็นองค์กรตัวแทนทำหน้าที่หลักในการเจรจารายละเอียดข้อสัญญากับผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพ และเงื่อนไขต่างๆ ตลอดจนอัตรารายจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ

ประเทศฝรั่งเศส มีระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมบุคคลที่มีรายได้ต่ำทำให้ได้รับการคุ้มครองจากรัฐบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (*Statutory Health Insurance: SHI*) แบ่งออกเป็น 3 ประเภทตามสาขาอาชีพ คือ กองทุนประกันสุขภาพทั่วไป (*General Health Insurance Scheme*) กองทุนประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเกษตรกรรม (*Agricultural Scheme*) และกองทุนประกันสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ (*National Insurance Fund*) การเป็นสมาชิกของกองทุนจะครอบคลุมผู้ประกันตน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย

2. ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (*Voluntary Health Insurance: VHI*) ดำเนินงานในรูปแบบบริษัทที่ไม่



แสวงหาผลกำไร สิทธิประโยชน์ส่วนมากมักอยู่ในรูปของสวัสดิการพิเศษจากนายจ้าง หรือเป็นสวัสดิการจากภาครัฐให้แก่บุคคลรายได้ต่ำที่เพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่รัฐบาลสนับสนุน

กองทุนประกันสุขภาพทั้งสองระบบมีองค์กรตัวแทนเพื่อทำการต่อรองกับรัฐบาลและผู้ให้บริการเพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตนหรือประชาชน รายได้หลักของกองทุนมาจากเงินสมทบจากทั้งลูกจ้างและนายจ้างซึ่งคิดจากสัดส่วนของรายได้หลายประเภท เงินสนับสนุนจากรัฐบาลเพื่อชดเชยส่วนที่ไม่สามารถเก็บได้จากกลุ่มบุคคลบางกลุ่ม (ตามนโยบายรัฐบาล) และรวมถึงการเก็บภาษีจากสินค้าบางประเภท สมาชิกของแต่ละกองทุนจำเป็นต้องสมทบเงินเข้ากองทุนเป็นอัตราที่เท่าๆ กันโดยมีการกำหนดอัตรากลางจากคณะกรรมการ National Authority for Health และในแต่ละระบบประกันสุขภาพจะมีกองทุนดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น

ประเทศญี่ปุ่น มีระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า (Universal Coverage) ประมาณ 3,500 กองทุน แบ่งออกเป็นสองระบบหลักคือ *หนึ่ง ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (Health Insurance System for Employees)* ซึ่งแบ่ง

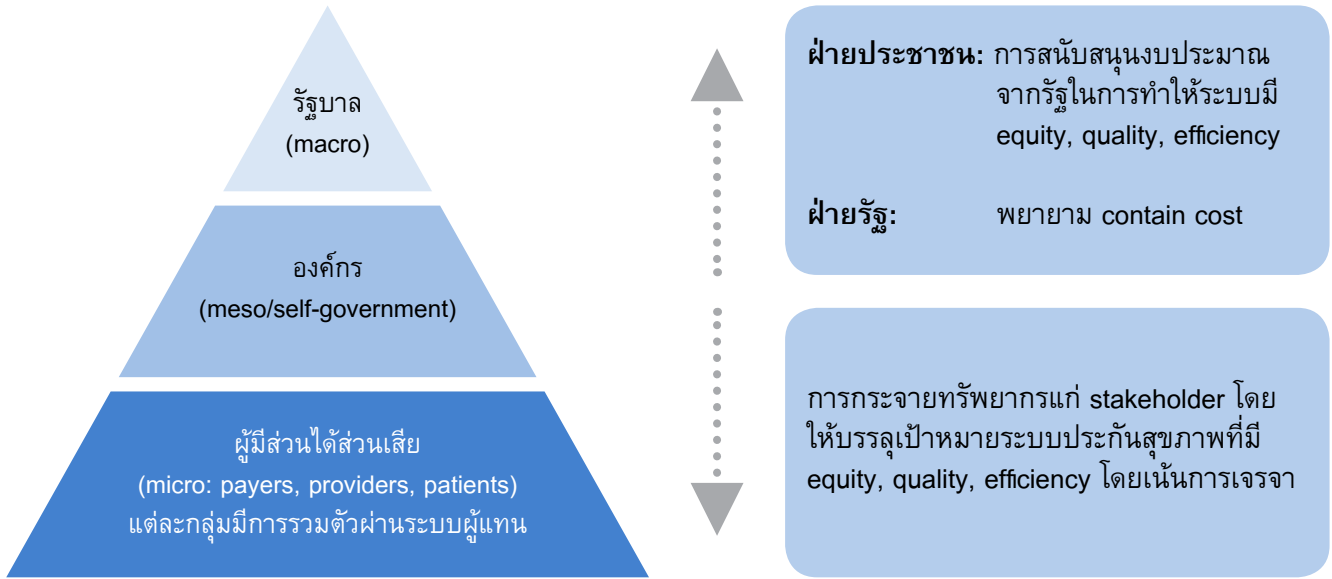
ย่อยออกเป็น 2 ประเภท คือ กองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ และกองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก และ *สอง ระบบประกันสุขภาพระดับประเทศ (National Health Insurance)* ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 2 ประเภท คือ กองทุนประกันสุขภาพสำหรับบุคคลอื่นๆ และกองทุนประกันสุขภาพคุ้มครองบุคคลที่มีอายุมากกว่า 75 ปี

กองทุนประกันสุขภาพเป็นองค์กรอิสระที่ดำเนินงานโดยไม่แสวงหาผลกำไร และได้รับการยกเว้นภาษี แต่การดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการอย่างเข้มงวด หนึ่ง ลักษณะสำคัญของกองทุนประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นคือการจ่ายเงินสมทบให้กันระหว่างกองทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนเงินจากกองทุนที่มีผู้ประกันตนในวัยทำงานให้แก่กองทุนประกันสุขภาพคุ้มครองบุคคลที่มีอายุมากกว่า 75 ปี

ประเทศเบลเยียม มีกองทุนสุขภาพ 5 กองทุนที่เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไร และ 1 กองทุนที่ดำเนินการโดยรัฐ ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มีราคามาตรฐาน ทั้งนี้ ระบบการประกันสุขภาพแบ่งเป็น 2 ระบบ ดังนี้

1. *ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ* ผู้ประกันตนมี

รูปที่ 1: กรอบแนวคิดการดำเนินงานของกลไกกลาง



ที่มา: คณะวิจัย

อิสระในการเลือกเป็นสมาชิกกับกองทุนใดกองทุนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Sickness Funds) ยกเว้นพนักงานของการรถไฟ ซึ่งต้องเป็นสมาชิกกองทุนประกันสุขภาพของบริษัทการรถไฟเบลเยียมโดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ Sickness Funds ไม่สามารถคัดเลือกสมาชิกตามปัจจัยเสี่ยงเหมือนกับกองทุนประกันสุขภาพของเอกชนได้

2. ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ แบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ **หนึ่ง การประกันแบบเพิ่มเติม (Complementary Insurance)** เป็นการประกันแบบเสริมความคุ้มครองผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ค่าใช้จ่ายในการสมัครกำหนดโดยแต่ละกองทุน และสมาชิก Sickness Funds สามารถทำประกันแบบเพิ่มเติมอัตโนมัติโดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเพิ่มเอง และ **สอง การประกันแบบสมัครใจ (Voluntary Insurance)** เป็นการประกันสุขภาพด้านการรักษาในโรงพยาบาลภาคสมัครใจ (Voluntary Hospitalization Insurance) ซึ่งให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากโรงพยาบาลที่ไม่ได้คุ้มครองในการประกันแบบเพิ่มเติม

ในระบบประกันสุขภาพของลูกจ้าง ฝ่ายลูกจ้างจะถูกเก็บเงินสมทบในสัดส่วนร้อยละ 13.07 ของรายได้ลูกจ้าง ขณะที่ฝ่ายนายจ้างจะถูกเก็บร้อยละ 24.77 ของรายได้ลูกจ้าง โดยไม่มีการกำหนดเพดานรายได้ที่จะนำมาคำนวณเงินสมทบ

ในกรณีที่ผู้ประกอบอาชีพอิสระจะจ่ายเงินสมทบเป็นสัดส่วนกับรายได้ของปีที่ยั่งยืนโดยใช้รายได้สามปีก่อนหน้าเป็นปีอ้างอิง แต่มีการกำหนดเพดานรายได้ไว้

ข้อเสนอกลไกกลางเพื่อบูรณาการระบบประกันสุขภาพของไทย

จากการศึกษากลไกกลางของระบบประกันสุขภาพในประเทศเยอรมนี ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และเบลเยียม พบว่าแต่ละประเทศมีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน และมีกลไกที่ช่วยระบบประกันสุขภาพของรัฐให้สอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกัน กลไกที่กล่าวถึงเป็นองค์กรที่อาจอยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสุขภาพ หรือเป็นองค์กรอิสระที่ไม่ขึ้นกับกระทรวงแต่ยังคงอยู่ภายใต้รัฐ สิ่งสำคัญคือกลไกหรือองค์กรจะต้องมีผู้แทนที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการมีข้อเสนอทางนโยบายที่กระทบต่อการใช้จ่ายของสาธารณะจะต้องผ่านกระบวนการเจรจา เมื่อได้ข้อสรุปที่ผ่านการเจรจาแล้วถือว่าสิ้นสุดและทุกฝ่ายต้องยอมรับ ทั้งนี้ ด้วยลักษณะประกันสุขภาพของรัฐในแต่ละประเทศมีประวัติศาสตร์และโครงสร้างการทำงานที่แตกต่างกัน จึงทำให้องค์ประกอบของกรรมกรที่มีสิทธิออกเสียงในกลไกหรือองค์กรของแต่ละประเทศแตกต่างกัน

ตารางที่ 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 คกก.ประกันสังคมมอบหมาย (1) 3) ผู้ที่ คกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย (1)	3
(4) ผู้แทนจากหน่วยงานผู้ให้บริการประกันสุขภาพ	1) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) (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	ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ	1 (no vote)
(7) ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรม.แต่งตั้ง จากสาขาการแพทย์และสาธารณสุข สาขาการเงินการคลังและการประกันสุขภาพ และสาขาสังคมศาสตร์และการคุ้มครองผู้บริโภค	3 (no vote) (วาระ 4 ปี)
(8) เลขานุการ	เลขาธิการ	1
รวม		≤18 คน

ที่มา: คณะวิจัย

ต่างกัน แต่ที่สำคัญคือหน้าที่หลักของกลไกหรือองค์กรคือ การทำให้ระบบประกันสุขภาพแบบหลายกองทุนมีความสอดคล้องกัน โดยเฉพาะในด้านการกำหนดสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายเงินให้แก่บริการทางสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว คณะวิจัยมีข้อเสนอแนะให้มีกลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศดังนี้

กรอบข้อเสนอการทำงานของกลไกกลาง

วัตถุประสงค์หลักของการให้มีกลไกกลางคือ การสนับสนุนให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีการบูรณาการ และสามารถบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ โดยยอมรับความเป็นกองทุนในรูปแบบปัจจุบันและการมีหน่วยบริหารจัดการ 3 หน่วย เช่นปัจจุบัน กล่าวคือ การมีกลไกกลางไม่จำเป็นต้องรวมกองทุนประกันสุขภาพเข้าเป็นกองทุนเดียว โดยเป้าหมายที่พึงประสงค์ต้องประกอบด้วยการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมให้แก่ผู้มีสิทธิทุก

ระบบ การสร้างความยั่งยืนทางการเงินระยะยาว การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีความโปร่งใส และสร้างเสริมระบบการเงินการคลังสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ นั่นคือ เป็นระบบที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับประชาชน (Equity) มีคุณภาพ มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ (Quality) มีประสิทธิภาพ และกระจายการใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า (Efficiency)

กลไกกลางเป็นหัวใจสำคัญของการอภิบาลระบบประกันสุขภาพ รูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลไกกลางเป็นองค์กรระดับกลางที่เมื่อทำงานกับรัฐ จะทำหน้าที่เหมือนเป็นตัวแทนของประชาชนในการเจรจาให้ได้รับงบประมาณตามหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศ ให้เพียงพอต่อการประกันสุขภาพที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ภาครัฐมักมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและต้องการควบคุมค่าใช้จ่าย หากเมื่อกลไกกลางทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ประชาชนผู้รับประโยชน์ หน่วยงานผู้ให้ประกัน

และหน่วยงานผู้ให้บริการ) ก็จะคำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากรที่ได้มาเพื่อให้กระจายไปถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพเช่นกัน

การทำงานของกลไกกลางในฐานะเป็นกลไกอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องมีระบบการเจรจาหรือร่วมกันของทุกฝ่ายอย่างสร้างสรรค์ และควรบรรลุวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ 1) ความเป็นธรรม ความมีคุณภาพ และความมีประสิทธิภาพ 2) การดำเนินงานอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ 3) การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเสมอภาค และ 4) ระบบการเจรจาหรือร่วมกันของทุกฝ่ายอย่างสร้างสรรค์

องค์ประกอบของคณะกรรมการกลไกกลาง

ควรประกอบด้วยคณะกรรมการที่มีจำนวนสมาชิกไม่เกิน 18 คน ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยประกอบด้วยผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยสมาชิกที่เป็นฝ่ายงบประมาณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และเลขาธิการสำนักงานไม่มีสิทธิออกเสียงในการโหวตเรื่องสิทธิประโยชน์และการต่อรองงบประมาณ แต่สามารถให้ข้อสังเกตและข้อเสนอในการประชุมได้ มีฝ่ายเลขานุการเป็นสำนักงานที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ และให้คณะกรรมการรายงานต่อคณะรัฐมนตรี

บทบาทหน้าที่ของกรรมการ ควรมีดังนี้

- 1) กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์และแนวทางที่จะนำไปสู่ความกลมกลืนของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี
- 2) กำหนดวงเงินงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมดในภาพรวมเป็นประจำทุกปี และเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ
- 3) กำกับ ติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดำเนินงานที่นำไปสู่ความกลมกลืนของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ พร้อมทั้งจัดทำรายงานเสนอคณะรัฐมนตรีเป็นครั้งคราวอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน รวมทั้งเผยแพร่ให้สาธารณชนรับรู้

- 4) กำหนดมาตรฐานกลางในการลงโทษหน่วยงานผู้ให้บริการ โดยให้อำนาจในการลงโทษเป็นของหน่วยงานผู้รับประกันแต่ละหน่วยงาน
- 5) กำกับ ติดตาม และดูแลการปฏิบัติงานของหน่วยงานผู้รับประกันในการดำเนินงานตามนโยบาย หลักเกณฑ์และแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
- 6) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในข้อ (1) และ (2) เป็นไปด้วยความเป็นธรรมและเน้นการเจรจาโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

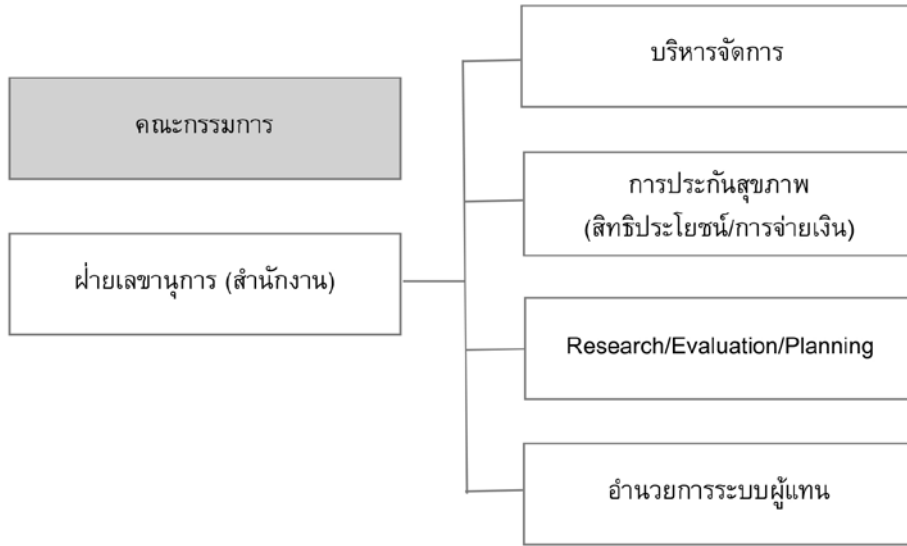
จัดตั้งสำนักงานเพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกกลาง

โดยมีทางเลือกในการจัดตั้งสำนักงานอย่างใดอย่างหนึ่งในสามทางดังนี้ *หนึ่ง* เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีฐานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน หรือ *สอง* เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ และมีฐานะเป็นนิติบุคคล หรือ *สาม* เป็นองค์การมหาชน

อำนาจหน้าที่ของสำนักงาน ประกอบด้วย

- 1) บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐให้เป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน
- 2) ดำเนินการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด
- 3) ดำเนินการเพื่อให้กระบวนการเจรจาจากระบบประกันสุขภาพของรัฐเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
- 4) ดำเนินการตามมติของคณะกรรมการ
- 5) อำนวยความสะดวกแก่คณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
- 6) อำนวยความสะดวกแก่หน่วยงานผู้ให้บริการ ประกันสุขภาพและผู้รับบริการในการเลือกผู้แทนและอำนวยความสะดวกในด้านอื่นๆ เพื่อช่วยให้กระบวนการเจรจาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 7) จัดให้มีการเจรจาเพื่อที่จะจัดตั้งและพัฒนาชุด

รูปที่ 2: ข้อเสนอโครงสร้างสำนักงานกลางไกลกลาง



ที่มา: คณะวิจัย

- 8) จัดให้มีการเจรจาเพื่อที่จะจัดตั้งและพัฒนาวิธีการชำระค่าบริการและการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของรัฐ
- 9) ร่วมดำเนินการกับสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน และจัดให้มีการประเมินผลระบบประกันสุขภาพของรัฐ
- 10) ดำเนินการวิจัยและสนับสนุนคณะกรรมการเพื่อให้บรรลุภารกิจของคณะกรรมการ
- 11) จัดทำรายงานการประชุมของคณะกรรมการเสนอต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาภายในระยะเวลาตามสมควร

โครงสร้างของสำนักงาน ควรประกอบด้วยหน่วยที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพเป็นอย่างน้อย นอกจากนั้นควรให้มีหน่วยที่รับผิดชอบด้านการวิจัยและประเมินผล หน่วยที่รับผิดชอบระบบการคัดเลือกผู้แทนและดำเนินการกระบวนการเจรจา และหน่วยด้านบริหารจัดการทั่วไป ดังแสดงในรูปที่ 2 ทั้งนี้ สำนักงานควรได้รับการจัดสรร

งบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ เพื่อให้กลไกกลางสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ร่างพระราชบัญญัติกลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดของกลไกกลางดังกล่าวได้ถูกนำมาร่างเป็นพระราชบัญญัติกลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และนำเสนอแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่รวมถึงผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนผู้รับบริการ ผู้แทนผู้ให้บริการ ผู้แทนผู้ใช้บริการ นักวิชาการ และสื่อมวลชน นอกจากนี้ คณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ (ที่แต่งตั้งโดยนายกรัฐมนตรี) ได้ให้ความเห็นร่วมปรับปรุงแก้ไขแล้ว และส่งมอบต่อคณะกรรมการประสานงานฯ เพื่อดำเนินการต่อไป อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเด็นที่มีการอภิปรายแต่ยังไม่ได้ข้อยุติใน 6 ประเด็น ซึ่งได้เสนอเป็นทางเลือกไว้ในกฎหมายเพื่อหาข้อยุติต่อไป