

# รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาแนวทางการพัฒนาภารกิจกระทรวงสาธารณสุข  
สู่บทบาทผู้กำหนดนโยบายและกำกับทิศทาง  
ระบบการคลังสุขภาพของประเทศ



โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มประกันสุขภาพ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ธันวาคม 2552

ISBN 978-974-299-142-5



เสนอโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)  
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

โครงการศึกษาแนวทางการพัฒนาภารกิจกระทรวงสาธารณสุข  
สู่บทบาทผู้กำหนดนโยบายและกำกับทิศทาง  
ระบบการคลังสุขภาพของประเทศ

เขียน : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์  
ถาวร สกฤตพาณิชย์  
พัชณี ชรรมวินนา  
บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ธันวาคม 2552

จัดพิมพ์โดย : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ISBN : 978-974-299-142-5

ราคา : บาท

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ควอลิตี้ ก๊อบปี เซ็นเตอร์

จำนวน : 1,000 เล่ม

สงวนลิขสิทธิ์

“การคัดลอกบางส่วนหรือทั้งหมดของหนังสือนี้ เพื่อใช้ประโยชน์สาธารณะ  
และวิชาการโดยไม่แสวงหากำไร สามารถทำได้โดยไม่ต้องขออนุญาต”



## บทสรุปผู้บริหาร

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศมีการเปลี่ยนแปลงและได้รับการพัฒนามากขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากประเทศไทยมีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ส่งผลทำให้ประชาชนไทยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงมากขึ้น โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแลรับผิดชอบการดำเนินงานสาธารณสุขของประเทศ ตามกรอบกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข

ในขณะเดียวกัน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากสาเหตุสำคัญคือ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้มีอัตราเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และระบาดวิทยาของโรคที่ปรับเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อ และอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งมีภาวะทุพพลภาพเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นภาระการคลังระบบสุขภาพของประเทศมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ หลังจากประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีสามหน่วยงานหลักดูแลบริหารจัดการการเงินการคลัง คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับผิดชอบดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 สำนักงานประกันสังคม รับผิดชอบดูแลระบบประกันสังคม ภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 และกรมบัญชีกลาง รับผิดชอบดูแลระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ภายใต้ พ.ร.ฎ.เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2523 ซึ่งใช้จ่ายจากงบประมาณภาครัฐเกือบทั้งหมดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภาครัฐมีภาระทางการคลังสุขภาพเพิ่มมากขึ้น<sup>1</sup> แต่สามหน่วยงานดังกล่าวต่างก็บริหารจัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพของระบบภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกัน มีทิศทางเป้าหมายและจุดมุ่งเน้นของแผนการทำงานที่แตกต่างกัน มีการกำหนดวิธีการจ่ายเงินและอัตราการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกันซึ่งส่งผลทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการจัดบริการแก่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทั้งสามระบบแตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังพบว่ายังมีหน่วยงานของรัฐที่ไม่ได้อยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขและมีบทบาทมากขึ้นทั้งในฐานะผู้บริจาครายจ่ายหรือผู้ซื้อบริการ อาทิเช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น หรือในฐานะผู้ผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขและฐานะผู้ให้บริการ เช่น สถานพยาบาลสังกัดรัฐอื่น เป็นต้น รวมทั้งการขยายตัวของธุรกิจด้านสุขภาพของภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีรายได้สูงขึ้น รวมถึงการให้บริการทางการแพทย์แก่ชาวต่างชาติ ซึ่ง

<sup>1</sup> ข้อมูลรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2544-2550 ที่ศึกษาโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าในปี พ.ศ.2544 ประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ จำนวน 95,778.95 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 230,055.6 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2550





ความซับซ้อนบริบทโครงสร้างของระบบสุขภาพดังกล่าวทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถใช้กลไกของระบบบริหารจัดการที่มีอยู่ทำหน้าที่ติดตามกำกับและประเมินผล หรือกำหนดทิศทางนโยบายมหภาคด้านสุขภาพของแต่ละระบบย่อยให้สอดคล้องกันได้ เพราะขาดกลไกการพัฒนาทิศทางนโยบายและการวางแผน การติดตามกำกับนโยบายและเป้าหมายการบริหารจัดการงบประมาณของแต่ละระบบให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาจทำให้ประเทศมีความเสี่ยงด้านการคลังสุขภาพ และไม่สามารถยกระดับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนได้ ในระยะยาว

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาคือ การทบทวนและวิเคราะห์เปรียบเทียบ บทบาทหน้าที่และโครงสร้างองค์กรผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังระบบสาธารณสุขและจัดหลักประกันสุขภาพของประเทศต่างๆที่พัฒนาแล้วกับประเทศไทยและจัดทำข้อเสนอรูปแบบองค์กรระดับชาติในการพัฒนานโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางด้านการคลังระบบสาธารณสุข รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และบริหารจัดการด้านการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยใช้วิธีการศึกษาหลายรูปแบบผสมผสานกัน เช่น การทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับกรอบกฎหมายโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สังเคราะห์เปรียบเทียบโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่องค์กรที่เกี่ยวข้องระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อังกฤษ แคนาดา เยอรมันนี และญี่ปุ่นกับของประเทศไทย พัฒนาข้อเสนอรูปแบบองค์กรระดับชาติในการพัฒนานโยบาย วางแผน และกำกับการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอการจัดตั้งองค์กรระดับชาติดังกล่าว โดยคาดหวังว่าผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาปรับปรุงโครงสร้าง องค์กร และพัฒนาบทบาทในฐานะผู้กำหนดนโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางด้านการคลังระบบสาธารณสุขระดับมหภาคในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา พบว่าทุกประเทศตัวอย่างที่ศึกษา คือ อังกฤษ แคนาดา เยอรมันนี และญี่ปุ่น มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุข ที่มีการออกแบบเป็นขั้นๆ ตั้งแต่ระดับประเทศลงไปจนถึงระดับท้องถิ่น ด้านการวางนโยบาย และกำกับในภาพรวม มีหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายในระดับประเทศ และมีหน่วยงานที่รับข้อมูลจากทุกหน่วยบริการ และจัดทำสารสนเทศ ตลอดจนพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ถ้าเป็นระบบที่มีการกระจายอำนาจมาก องค์กรที่ทำหน้าที่ในภาพรวมนี้จะอยู่ในรูปคณะกรรมการ ส่วนใหญ่ถ้าเป็นคณะกรรมการระดับชาติ จะเป็นกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ในการจัดทำหรือแก้ไขกฎหมายที่ใช้บังคับกับทุกหน่วยงาน เพื่อให้ทุกองค์กรปฏิบัติตาม

แต่ขณะนี้ประเทศไทยมีช่องว่างของระบบในการอภิบาลด้านการเงินการคลังของระบบสาธารณสุขในระดับมหภาค เนื่องจากยังขาดกลไกสำคัญที่สามารถบูรณาการทิศทางนโยบายการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศที่ครอบคลุมทุกกระทรวงและหน่วยงานรัฐอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชน และมีความเสี่ยงในระยะยาวเกี่ยวกับการกำกับดูแลผลกระทบมหภาคจากนโยบายสุขภาพด้านต่างๆได้



อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลทำให้กลไกการคลังของประเทศในภาพรวมขาดประสิทธิภาพ ทั้งที่มีระบบการคลังรวมหมู่โดยการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว นอกจากนี้ ยังขาดข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์คาดการณ์แนวโน้มเศรษฐกิจมหภาคของระบบสาธารณสุขที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทำให้การประเมินและคาดการณ์เศรษฐกิจมหภาคในระดับประเทศคลาดเคลื่อนไปด้วย โดยเฉพาะข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพที่มาจากภาคเอกชนและครัวเรือน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องมีหน่วยงานกลางระดับชาติทำหน้าที่ “ถือหางเสือเรือ” (governance) การคลังระบบสาธารณสุข โดยต้องมีอำนาจทางกฎหมายที่จะให้กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดที่จะครอบคลุมทั้งสามกองทุนหลัก รัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระและองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการงบประมาณสวัสดิการ รักษาพยาบาลของตนเอง โดยเสนอให้มีการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขในระยะ เปลี่ยนผ่าน เพื่อทำหน้าที่ด้านการวิเคราะห์ จัดทำแบบจำลองเพื่อเสนอทางเลือกเชิงนโยบาย และให้ความเห็นเกี่ยวกับการอภิบาลด้านการคลังระบบสาธารณสุขมหภาคแก่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรี รวมทั้งการเผยแพร่สู่สาธารณะต่อประชาชน



## ABSTRACT

Health care system in Thailand has developed rapidly during a few decades ago. Thai citizen have enjoyed universal coverage for health care since 2002. Ministry of Public Health as a government body is responsible to oversee health service for people in Thailand. This ministry also has responsibility to enact many health laws.

At the same time, health care expenditure has continuously increases, and will increase rapidly in the future from maturation of ageing society, changing disease pattern to chronic diseases and the most significant one, fragmentation of health care system. For instance, patients from car accidents were victims of the game between social health protection schemes and private insurance companies. Anecdote evident showed problems of adverse selection and moral hazard both from beneficiaries and health care facilities. These problems came from different payment mechanism and different payment rate in the same treatment from different social health protection schemes. It can be said that Thailand does not have system government on health care financing. Ministry of Public Health has loosed power to governance the system from time to time, Many financing agencies e.g. Social Security Scheme, Local governments and private health insurance companies, were established under authority of other Ministries.. Promotion of health export (Medical hub policy) is another example of conflict and no system governance of Thai health policy.

Objectives of this study aim to document and synthesis the current structure and function of institutes which play system governance role of health care financing in Thailand and developed countries which have already had universal coverage for health care. And assess how well the existing structures for system governance in Thailand measure up to the need. Finally, appropriate system governance structures for health care financing in Thailand are proposed. Analysis of this study used a framework of health system of the World Health Organisation, which health care financing is one of four missions of health system to provide universal financial risk protection, equity in finance, equity of access and use, transparency, effectiveness, and appropriate incentive for good quality providers.

The results of study founded, a common feature of the design of system governance of the 4 selected countries; England, Canada, Germany and japan, is a governance body which locates in administration structure of central government. This governance body is





responsible to decide policy direction and to prepare amendment of related laws or new bills to shape the health care financing system of the country. These countries have different in revenue collection method, pooling, purchasing and payment. Therefore structures for system governance are also different. However, there are common features among these countries. Regarding revenue collection, contribution rates are regulated in counties which sickness funds or local governments are allowed to collect contribution by themselves. Equalisation fund or resource allocation formula has been implemented



## สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	(1)
บทคัดย่อ (อังกฤษ)	(3)
สารบัญ	i
สารบัญตาราง	iii
สารบัญภาพ	iv
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 ที่มาของปัญหา	2
1.3 วัตถุประสงค์	3
1.4 ระเบียบวิธีการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตการศึกษา	5
1.6 การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย	5
1.7 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
<b>บทที่ 2 การบริหารการคลังระบบสาธารณสุข</b>	
2.1 ความหมายและเป้าประสงค์การคลังระบบสาธารณสุข	7
2.2 องค์ประกอบและพันธกิจในการคลังระบบสาธารณสุข	8
2.2.1 การเก็บรวบรวมเงิน (Revenue collection)	9
2.2.2 การรวมเงิน (pooling)	12
2.2.3 การซื้อบริการสุขภาพและจ่ายเงิน (purchasing and payment methods)	13
2.3 รูปแบบกลไกการอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุข	21
<b>บทที่ 3 การอภิบาลการคลังสาธารณสุข : กรณีศึกษาสี่ประเทศ</b>	
3.1 การกำกับให้เกิดการอภิบาลองค์กรที่ดี	27
3.2 การอภิบาลระบบสาธารณสุข (System governance)	28
3.3 การอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุข	29
3.4 การอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุขในต่างประเทศ	32
3.4.1 ประเทศอังกฤษ	33
3.4.2 ประเทศแคนาดา	36
3.4.3 ประเทศเยอรมันนี	38
3.4.4 ประเทศญี่ปุ่น	41





<b>บทที่ 4 การอภิบาลการคลังมหภาคระบบสาธารณสุขไทย</b>	
4.1 พัฒนาการด้านการคลังระบบสาธารณสุขไทย	44
4.2 บทบาทองค์กรในการบริหารจัดการการคลังระบบสาธารณสุข	45
4.3 รูปแบบและกลไกการดำเนินงานการคลังระบบสาธารณสุขไทย	47
4.4 กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขไทยระดับมหภาค	51
4.5 ช่องว่างในระบบ	52
<b>บทที่ 5 กระบวนการวางแผนและกำกับทิศทางระบบการคลังสาธารณสุข</b>	
5.1 สภาพปัญหาที่เกิดจากการขาดระบบอภิบาลการคลังสาธารณสุข	55
5.2 ข้อเสนอสำหรับการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขในประเทศไทย	58
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	66
<b>ภาคผนวก</b>	
ผนวก 3.1 การศึกษาบทบาทองค์กรการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขต่างประเทศ	
ผนวก 4.1 การศึกษาบทบาทองค์กรการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศไทย	
ผนวก 4.2 การศึกษาบทบาทหน้าที่และการทำงานขององค์กรบริหารการคลังประกันสุขภาพไทย	



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	รายจ่ายสุขภาพของประเทศจำแนกตามประเภทการคลังและระดับรายได้ ปี 2000 และ 2006	9
ตารางที่ 2.2	อัตราการจัดเก็บเบี้ยสมทบระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ การกำหนดเพดาน จ่ายและสัดส่วนการสมทบระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ปี ค.ศ.2007	11
ตารางที่ 2.3	โครงสร้างกลไกตลาดการรวมเงินและการซื้อบริการของประเทศในสหภาพยุโรป ปี ค.ศ.2007	14
ตารางที่ 2.4	รูปแบบการจ่ายค่าบริการประเภทต่างๆ แก่ผู้ให้บริการ ปี ค.ศ.2007	18
ตารางที่ 2.5	การกำหนดส่วนร่วมจ่ายในประเทศ ณ ปีค.ศ.2007	21
ตารางที่ 2.6	สรุปรูปแบบและกลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศ ในสหภาพยุโรป	22
ตารางที่ 3.1	ภารกิจของการอภิบาลระดับประเทศ (system governance and leadership)	29
ตารางที่ 3.2	ความหมายของการบริหารการคลังและการอภิบาลทางการคลัง	30
ตารางที่ 3.3	แสดงตัวอย่างประเทศตามกลไกการจัดการคลังระบบสาธารณสุข	32



## สารบัญแนภาพ

แผนภาพที่ 1.1	ระบบและกลไกของการบริหารการคลังระบบสาธารณสุข	1
แผนภาพที่ 2.1	แสดงกระบวนการและพันธกิจการบริหารจัดการการคลังระบบสาธารณสุข	8
แผนภาพที่ 3.1	แสดงประเภทของข้อมูลสถิติและลักษณะสารสนเทศที่นำไปใช้ประโยชน์	32
แผนภาพที่ 3.2	กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศอังกฤษ	35
แผนภาพที่ 3.3	กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศแคนาดา	37
แผนภาพที่ 3.4	กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศเยอรมันนี	40
แผนภาพที่ 3.5	กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศญี่ปุ่น	42
แผนภาพที่ 4.1	ร้อยละความครอบคลุมประชากรไทยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2534-2546	44
แผนภาพที่ 4.2	รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2537-2548 จำแนกตามแหล่งเงิน	45
แผนภาพที่ 4.3	ร้อยละงบดำเนินการของหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุข ปี 2537-2548	46
แผนภาพที่ 4.4	โครงสร้างกลไกการบริหารระบบการคลังระบบสาธารณสุขไทยแต่ละระบบหลัก	49
แผนภาพที่ 4.5	ช่องว่างในการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศไทย	52



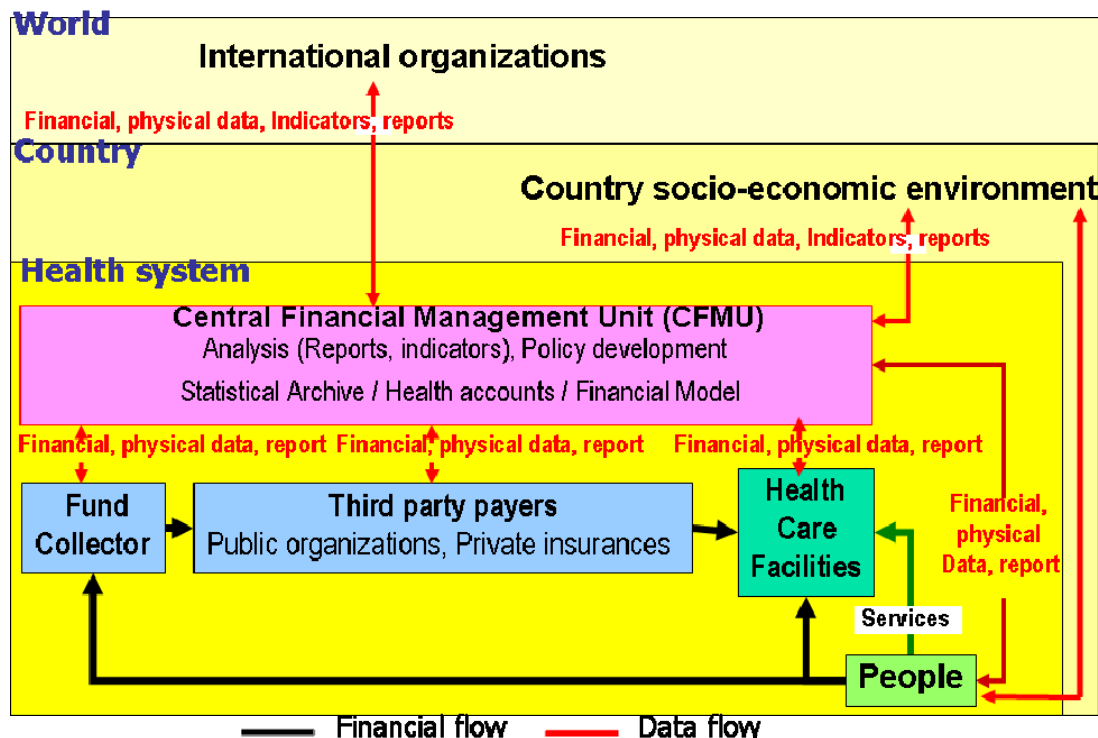
## บทที่ 1: บทนำ

### 1.1 หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลก(WHO, 1999) ได้ให้แนวทางว่าระบบสุขภาพของประเทศที่ดีต้องเป็นระบบที่เป็นธรรม(equity) มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล คุณภาพบริการดี และ มีความยั่งยืนทางการคลัง ซึ่งระบบสุขภาพดังกล่าวไม่สามารถเกิดขึ้นเองในเศรษฐกิจระบบตลาดเช่นในประเทศไทย จำเป็นที่รัฐต้องทำการแทรกแซงอย่างเหมาะสม โดยการกำหนดทิศทาง นโยบายและกำกับติดตามกิจกรรม รวมทั้งการไหลเวียนของเม็ดเงินในระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพไม่ได้แยกอยู่อิสระจากระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ การใช้จ่ายในระบบสุขภาพน้อยเกินไป อาจทำให้ประชาชนไม่แข็งแรง ผลผลิตพลด ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ในทำนองกลับกัน การใช้จ่ายด้านนี้มากเกินไปโดยไม่จำเป็นทำให้มีประเทศเสียโอกาสในการนำเงินไปใช้ในการพัฒนาเรื่องอื่น ทำให้เสียเปรียบในการแข่งขันกับประเทศอื่น

แผนภาพที่ 1.1 ระบบและกลไกของการบริหารการคลังระบบสุขภาพ





## 1.2 ที่มาของปัญหา

ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2543 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการแบ่งกลุ่มภารกิจเป็นการพัฒนาการแพทย์ การพัฒนาการสาธารณสุข การสนับสนุนงานบริการสุขภาพ และภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาโยบายและแผนด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ อันครอบคลุมทั้งกิจกรรมที่ดำเนินการโดยภาครัฐและกิจกรรมที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน

ความซับซ้อนของระบบสุขภาพทำให้กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันไม่สามารถใช้ระบบบริหารจัดการที่มีอยู่ติดตามสถานการณ์ทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศได้ครอบคลุม ทำให้ไม่สามารถกำกับทิศทาง และนโยบายด้านสุขภาพของประเทศได้ดีเท่าที่ควร ระบบกำกับติดตามที่ใช้อยู่ในปัจจุบันถูกพัฒนาขึ้นเพื่อรองรับการกำกับและพัฒนาบริการสุขภาพให้เกิดบริการสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งประเทศอย่างรวดเร็วภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติซึ่งได้เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2504 แต่เมื่อประเทศไทยมีการเติบโตทางเศรษฐกิจมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพเริ่มมีความซับซ้อนมากขึ้น มีหน่วยงานของรัฐที่ไม่ได้อยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทในระบบสุขภาพมากขึ้น ทั้งในฐานะผู้ผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข หน่วยงานวิจัยทางสุขภาพ ผู้ให้บริการ เช่น สถานพยาบาลของกระทรวงต่างๆ หรือ ผู้จ่ายเงินซื้อบริการ เช่น สำนักงานประกันสังคม ตลอดจนมีสถานพยาบาลภาคเอกชนเพิ่มจำนวนมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีรายได้สูงขึ้น รวมถึงการให้บริการชาวต่างชาติ เป็นต้น กิจกรรมหลายอย่างไม่ได้มีการกำกับดูแลด้านการคลังเลย หรือ แม้ว่าจะมีระบบการกำกับดูแลทางการเงินการคลังของรัฐอยู่ แต่ก็กระจายอยู่ในหลายๆหน่วยงาน ไม่สามารถมองภาพรวมเพื่อกำหนดนโยบายมหภาคด้านสุขภาพที่สอดคล้องกันได้

ปัญหานี้ทวีความซับซ้อนมากขึ้นอีกเมื่อรัฐบาลไทยจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 การขยายความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพในช่วงที่ผ่านมาช่วยลดภาระรายจ่ายของครัวเรือนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนจน แต่ก็ยังมีปัญหาความเท่าเทียม คุณภาพ และประสิทธิผลที่ต่างกันระหว่างพื้นที่ หรือระหว่างกองทุนภาครัฐที่ดูแลประชาชนแต่ละกลุ่ม รวมทั้งทำให้รัฐบาลมีภาระทางการคลังมากขึ้น ขณะเดียวกันการดำเนินการในส่วนของผู้ซื้อบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนอยู่ภายใต้กำกับของกฎหมายหลายฉบับ รวมทั้งมีการดำเนินการที่ไม่ประสานกัน ในส่วนของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชนต่างมีแนวทางในการทำงานของตนเอง หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า มีการผลักภาระค่าใช้จ่าย



ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพด้วยกันและผลึกภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ครัวเรือน เช่น พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ (Limwattananon, 2001) มีปรากฏการณ์ผลึกภาระระหว่างโรงพยาบาล โดยการคัดเลือกความเสี่ยง (risk selection) ภายใต้โครงการประกันสังคม มีผลให้โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ร้องว่าประสบปัญหาขาดทุนจากกลุ่มผู้ประกันตนที่มีความเสี่ยงสูงมากขึ้นเทียบเท่ากับโรงพยาบาลตน ขณะเดียวกันการมีรูปแบบและอัตราค่าจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลให้ประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพแต่ละชนิดถูกเลือกปฏิบัติในการให้บริการ (Limwattananon et al., 2004) นำไปสู่การขาดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อบริการที่ได้รับ (ABAC Poll Research Office, 2006) ค่าใช้จ่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการจ่ายแบบปลายเปิด โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมาตลอดจากที่ได้รับงบประมาณต่อหัวต่ำกว่าที่ควรจะเป็นในระยะแรก (Srithamrongsawatand Torwatanakitkul, 2007) ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งสองโครงการก็มีผลต่อภาระด้านงบประมาณของรัฐเนื่องจากอิงกับระบบงบประมาณเป็นหลัก ขณะเดียวกันทั้งนี้จากโครงสร้างประชากรที่จะมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และระบาดวิทยาของโรคที่ปรับเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุซึ่งจะนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงกดดันต่อภาระการคลังระบบสุขภาพมากขึ้นในอนาคต ดังนั้นการกำกับและวางแผนในระยะกลางและระยะยาวนับเป็นสิ่งจำเป็นต่อประเทศในเรื่องดังกล่าว

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน และเป็นผู้ถือกฎหมายที่กำกับดูแลเกือบทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ จึงน่าจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่นี้ แต่ในสถานการณ์จริงกระทรวงสาธารณสุขยังทำบทบาทนี้น้อยมาก จึงควรมีการศึกษาแนวทางการดำเนินการในต่างประเทศ สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย และสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำบทบาทนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 1.3 วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อศึกษาบทบาทบทบาทและโครงสร้างองค์กรผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังสุขภาพของประเทศที่พัฒนาแล้วและจัดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ในส่วนของโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ด้านการคลังสุขภาพ ศักยภาพและเครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดนโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางด้านการคลังสุขภาพ

3.2 เพื่อทบทวนโครงสร้าง องค์กร และศักยภาพของหน่วยงานในด้านการกำหนดนโยบาย วางแผนและกำกับทิศทางด้านการคลังสุขภาพของประเทศไทย

3.3 จัดทำข้อเสนอรูปแบบองค์กรระดับชาติในการพัฒนานโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางระบบการคลังสุขภาพ และข้อเสนอแนะการพัฒนาโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ กระบวนการนโยบาย และบริหารจัดการระบบการคลังสุขภาพของประเทศไทย





## 1.4 ระเบียบวิธีการวิจัย

4.1 ศึกษากรอบกฎหมาย (legal framework) โครงสร้าง องค์กร บทบาทหน้าที่ กระบวนการบริหารจัดการ กระบวนการนโยบายด้านการคลังสุขภาพ และกลไกการทำงานกับ องค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ของต่างประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ได้แก่ประเทศในทวีป ยุโรป (อังกฤษ) อเมริกา (แคนาดาหรือสหรัฐอเมริกา) และเอเชีย (ญี่ปุ่น) อย่างละประเทศ

4.2 ศึกษากรอบกฎหมาย (legal framework) โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ กระบวนการบริหารจัดการ กระบวนการนโยบายด้านการคลังสุขภาพของหน่วยงานต่างๆในประเทศไทย (สศค. สศช. กสธ. สปสช. ปกส. กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประมาณ) และกลไกการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น ตลอดจนบทบาทต่อนโยบายด้านการคลังสุขภาพของประเทศ

4.3 วิเคราะห์และสังเคราะห์ เปรียบเทียบการคลังสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ ในประเด็นต่างๆ

4.3.1 กรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4.3.2 ความสัมพันธ์ขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการการคลังสุขภาพ

4.3.3 บทบาทและพันธกิจองค์กร

4.3.4 โครงสร้างองค์กรที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน และกำกับการคลังสุขภาพของประเทศ

4.3.5 ศักยภาพขององค์กร กลไก และเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารระบบ

4.3.6 วิเคราะห์หาส่วนขาดในระบบการคลังสุขภาพไทย

4.4 พัฒนารูปแบบองค์กรระดับชาติในการพัฒนานโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางระบบ การคลังสุขภาพของประเทศ

4.5 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและกำกับระบบในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง สำนักงานประมาณ สภาพัฒนาฯ ต่อประเด็น

- ความคิดเห็นต่อโครงสร้าง และบทบาทของหน่วยงานต่างๆในปัจจุบัน และ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่เป็นอยู่
- ความคิดเห็นต่อการทำบทบาทกำหนดนโยบาย กำกับ และวางแผนด้านการ คลังสุขภาพในระยะยาวสำหรับประเทศ
- ความคิดเห็นต่อโครงสร้างและบทบาทที่ควรจะเป็นตามตัวแบบที่เสนอ
- ความเห็นต่อศักยภาพ กลไกและเครื่องมือที่ใช้
- อื่นๆ



4.6 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อร่างตัวแบบข้อเสนอการจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อทำหน้าที่พัฒนา  
นโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางของระบบการคลังสุขภาพของประเทศ

4.7 ปรับปรุงตัวแบบและรายงานการศึกษาและข้อเสนอแนะการพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการ  
บริหารจัดการ กระบวนการนโยบาย วางแผนและกำกับทิศทางระบบการคลังสุขภาพ

4.8 เผยแพร่ผลการศึกษาต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณะ

## 1.5 ขอบเขตการศึกษา

การคลังระบบสุขภาพ หรือ การคลังระบบสาธารณสุขของการศึกษารั้งนี้ ครอบคลุมพันธกิจและ  
กระบวนการบริหารจัดการการคลังระบบสาธารณสุข ตั้งแต่การเก็บรวบรวมเงิน (revenue collection) การ  
รวมเงิน(pooling) การซื้อบริการสุขภาพและการจ่ายเงิน (purchasing and payment methods) จะเน้น  
ขอบเขตการศึกษาโครงสร้าง ภารกิจและบทบาทหน้าที่ ตามกรอบกฎหมายขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับ  
กระบวนการดังกล่าว ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

และกรอบการศึกษาทบทวนการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุข จะเน้นบทบาทภารกิจเกี่ยวกับ  
การกำหนดทิศทาง/นโยบายระยะยาว (long term policy direction) การควบคุมกำกับนโยบาย การกำกับ  
และติดตามประเมินผล (monitoring&evaluation) ของการคลังระบบสาธารณสุขในภาพรวมระดับมหภาค  
ของประเทศ ที่สามารถดูแลกำกับให้กลไกและกระบวนการทำงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องเป็นไปในทิศทาง  
เดียวกันและสอดคล้องกัน

## 1.6 การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

6.1 กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการพิจารณาปรับปรุง  
โครงสร้าง องค์กร และพัฒนาบทบาทในฐานะผู้กำหนดนโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางของ  
ระบบการคลังสุขภาพระยะยาว

6.2 กระทรวงสาธารณสุข กพร. กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ  
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการพิจารณา  
เสนอปรับแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปรับปรุงโครงสร้าง องค์กร และ  
บทบาทหน้าที่ ในฐานะผู้กำหนดนโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางของระบบการคลังสุขภาพได้  
อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพและกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่ง  
เปลี่ยนแปลงไป

## 1.7 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้ข้อเสนอรูปแบบองค์กรระดับชาติเพื่อการพัฒนา นโยบาย วางแผน และกำกับทิศทาง  
ระบบการคลังสุขภาพของประเทศ

7.2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการบริหารจัดการ กระบวนการนโยบาย วางแผน  
และกำกับทิศทางระบบการคลังสุขภาพต่อกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง







## เอกสารอ้างอิง

- ABAC Poll Research Office (2006) *A Survey of Opinions, Experiences, and Expectation of People towards Universal Health Care Coverage System*, Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.
- Limwattananon, S. (2001) Traffic Accident Insurance, In Thamtacharee, J. (Eds) *Health Insurance System in Thailand*. Nonthaburi (in Thai), Health System Research Institute.
- Limwattananon, S., Limwattananon, C. and Pannarunothai, S. (2004) *Cost and Utilization of Drugs Prescribed for HOspital-Visited Patients: Impacts of Universal Health Care Coverage Policy*, Nonthaburi, Health System Research Institute.
- Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V. and Prakongsai, P. (2007) *Equity in financing healthcare: impact of universal access to health care in Thailand. EQUITAP Project: working paper # 16.*, Nonthaburi, International Health Policy Prgram.
- Na Ranong, V., Na Ranong, U. and Wongmontha, S. (2004) *Impacts of the Universal Health Coverage and the 30 Baht Health Care Scheme on Household Expenditures and Poverty Reduction in Thailand*, Bangkok, Thailand Development Research Institute Foundation.
- Srithamrongsawat, S. and Torwatanakitkul, S. (2007) Implications of Universal Coverage Scheme on Health Service Delivery System in Thailand, *Journal of Health System*, 1, 1: 47-63.
- Vasavid, J., Tisayaticom, K., Patcharanarumol, W. and Tangcharoensathien, V. (2004) Impact of Universal Healthcare Coverage on the Thai households, In Tangcharoensathien, V. and Jongudomsuk, P. (Eds) *From Policy to Implementation: Historical Events During 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand*. Nonthaburi, National Health Security Office, pp. 127-149.



## บทที่ 2

### การบริหารการคลังระบบสาธารณสุข

บทนี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวนบทบาทภารกิจในการคลังระบบสาธารณสุข รวมถึงการ  
ออกแบบการจัดการการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่จัดหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนของตน เริ่มจากทบทวนเรื่อง ความหมาย เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์  
ของการคลังระบบสาธารณสุข องค์ประกอบของพันธกิจในระบบการคลังสาธารณสุข และสรุปสังเคราะห์  
รูปแบบการจัดกลไกการบริหารและกำกับระบบการคลังสาธารณสุข

#### 2.1 ความหมายและเป้าประสงค์การคลังระบบสาธารณสุข

การคลังระบบสาธารณสุข (Health care financing) หมายถึง กลไกและกระบวนการสนับสนุน  
ด้านการเงินแก่ระบบสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยภาระกิจและขั้นตอนหลักๆสามส่วนด้วยกัน คือ การ  
จัดเก็บเงิน (Revenue collection) การรวมเงินและจัดสรรเงิน (Pooling and allocation of funds) และ  
การซื้อบริการและจ่ายเงิน (Purchasing and payment methods) (WHO, 2000;Kutzin,  
2001;Mossialos et al., 2002;Gottret and Schieber, 2006) ทั้งนี้การคลังระบบสาธารณสุขเป็น  
องค์ประกอบและพันธกิจหนึ่งในสี่ของระบบสาธารณสุข นอกเหนือจาก ระบบบริการสาธารณสุข (Health  
service delivery) ระบบการผลิตทรัพยากรสาธารณสุข (Resources generation) และระบบการกำกับทิศ  
(Stewardship)

เป้าประสงค์เชิงนโยบายของการคลังระบบสาธารณสุขประกอบด้วย (WHO Regional Office for  
Europe, 2006;Thomson et al., 2009)

- ส่งเสริมการปกป้องครัวเรือนอย่างถ้วนหน้าจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่อาจ  
ก่อให้เกิดภาวะล้มละลาย (universal financial risk protection)
- ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (equity in finance)
- ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในการใช้และให้บริการสาธารณสุข (equity of access and  
use)
- เพิ่มความโปร่งใสและความรับผิดชอบของระบบ เช่น สิทธิของประชาชนได้รับการยอมรับ  
และคุ้มครอง ทำจัดการจ่ายนอกระบบ (informal payments) มีระบบและองค์กรตรวจสอบ  
และติดตามประเมินระบบการคลังสาธารณสุข
- มีระบบการให้รางวัลและแรงจูงใจที่ดีแก่ผู้ให้บริการที่มีคุณภาพดีและมีประสิทธิภาพ

- ส่งเสริมให้มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบ ลดความซ้ำซ้อนของภาระกิจและ  
ค่าใช้จ่ายที่ไม่ก่อให้เกิดผลผลิตภาพในระบบ

อนึ่งการที่จะบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวได้นั้น การออกแบบระบบการคลังสาธารณสุขจำเป็นต้อง  
คำนึงถึงวัตถุประสงค์หลักดังนี้ (Gottret et al., 2008)

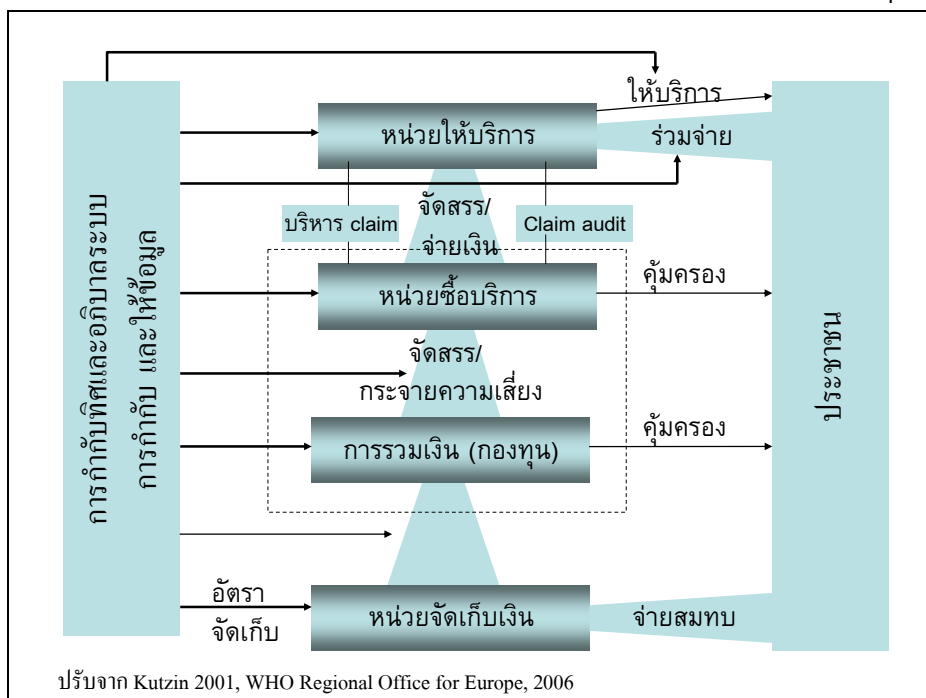
1. สามารถระดมเงินได้เพียงพอและยั่งยืน ตลอดจนมีความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ  
ในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

2. บริหารจัดการให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นภายใต้งบประมาณที่มี  
เช่น จะจัดสรรเงิน หรือ จ่ายเงินให้สถานพยาบาลในพื้นที่ห่างไกลทุกรักษารายวันอย่างไร เพื่อสนับสนุนให้  
ประชาชนในพื้นที่เหล่านี้ได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกับคนในเมือง บริการสุขภาพถือเป็นปัจจัยสี่ของการ  
ดำรงชีวิตและในรัฐธรรมนูญของประเทศไทยเองก็กำหนดให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ดังนั้น  
ประชาชนทุกคนจึงควรเข้าถึง และได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

3. บริหารเงินให้เกิดประสิทธิภาพทั้งในเชิงการจัดสรรและการผลิต การบริหารการคลัง  
ระบบสาธารณสุขที่ดีต้องจัดระบบและกลไกให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้ได้รับผลตอบแทนด้าน  
สุขภาพสูงสุด เช่น จะเลือกซื้อบริการอะไร ซื้อบริการจากใคร หน่วยของบริการที่ซื้อและการจ่าย  
ค่าบริการเป็นอย่างไรและในอัตราเท่าใด เพื่อให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการที่มีความสำคัญและมี  
ประสิทธิภาพสูง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น เป็นต้น

## 2.2 องค์ประกอบและพันธกิจในการคลังระบบสาธารณสุข

แผนภาพที่ 2.1 แสดงกระบวนการและพันธกิจการจัดการการคลังระบบสาธารณสุข





แผนภาพที่ 2.1 แสดงกระบวนการและพันธกิจของการจัดการการคลังระบบสาธารณสุข โดยองค์ประกอบและกระบวนการการคลังระบบสาธารณสุขเริ่มจาก การเก็บรวบรวมเงิน การรวมและจัดสรรเงินเพื่อกระจายความเสี่ยง และการซื้อและจ่ายค่าบริการ รายละเอียดจะได้กล่าวต่อไป

### 2.2.1 การเก็บรวบรวมเงิน (revenue collection)

ประเด็นหลักคือ จะเก็บรวบรวมเงินจากแหล่งเงินใด ด้วยวิธีการ และอัตราเท่าไร โดยทั่วไปการจัดเก็บเงินสำหรับการจัดบริการสุขภาพมีได้หลายวิธี เช่น การจัดเก็บภาษีเพื่อใช้เป็นงบประมาณภาครัฐในการจัดบริการ การจัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพภาคบังคับ การจัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพแบบสมัครใจ และการเก็บค่าบริการเมื่อไปใช้บริการ เป็นต้น ทั้งนี้พบว่าประเทศต่าง ๆ มักมีแหล่งเงินสำหรับการจัดบริการสุขภาพจากหลายแหล่งด้วยกัน จำแนกได้เป็นสองประเภทหลัก คือ (1) การคลังภาครัฐ หมายถึงการคลังที่รัฐเป็นคนจัดการหรือบังคับให้มีตามกฎหมาย เช่น การคลังจากระบบภาษี และการคลังจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (ประกันสังคม) หรือ ภาคสมัครใจ (เช่น บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท) และ (2) การคลังภาคเอกชนได้แก่ การคลังที่ภาครัฐมิได้เข้าไปจัดการ ครัวเรือนหรือชุมชนดำเนินการกันเอง เช่น ครัวเรือนจ่ายเองเมื่อไปใช้บริการ ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ การคลังชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้การคลังจากระบบบัญชีออมเพื่อสุขภาพ (Medical saving account) หากมองในมิติของการมีการบังคับให้มีการออมก็จะเป็นการคลังภาครัฐ แต่หากมองในมิติของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพก็จะเป็นการคลังภาคเอกชน เนื่องจากเป็นอิสระของเจ้าของบัญชีเอง

ข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศต่างๆจากฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า รายจ่ายสุขภาพของประเทศต่างๆมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันพบว่า ประเทศร่ำรวยจ่ายเพื่อบริการสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศในสัดส่วนที่สูงกว่าประเทศยากจน อาศัยแหล่งการคลังภาครัฐไม่ว่าจะเป็นระบบภาษีหรือประกันสังคมมากกว่า และการคลังสาธารณสุขที่มาจากภาคเอกชนในประเทศร่ำรวยก็มีสัดส่วนที่มาจากประกันสุขภาพภาคสมัครใจมากกว่าประเทศยากจน

ตารางที่ 2.1 รายจ่ายสุขภาพของประเทศจำแนกตามประเภทการคลังและระดับรายได้ปี 2000 และ 2006

World bank income groups	Total expenditure on health as % of Gross domestic product		General government expenditure on health as % of total expenditure on health		Private expenditure on health as % of total expenditure on health		General government expenditure on health as % of total government expenditure		External resources for health as % of total expenditure on health		Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health		Out-of-Pocket expenditure as % of private expenditure on health		Private Prepaid plans as % of private expenditure on health	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Low Income	4.2	4.3	33.3	36.2	66.7	63.8	5.4	5.9	11.7	16.9	3.4	7.0	89.9	85.4	2.6	2.8
Lower middle Income	4.5	4.6	39.2	43.2	60.8	56.8	7.9	8.2	1.1	0.8	38.8	40.3	91.4	85.7	3.3	5.9
Upper middle Income	6.1	6.3	52.9	55.1	47.1	44.8	9.1	9.8	0.6	0.2	41.3	40.4	70.4	70.0	23.6	25.7
High Income	9.9	11.2	59.9	60.7	40.1	39.3	16.0	17.1	0.0	0.0	45.1	41.7	39.4	36.4	50.4	54.3
GLOBAL	8.2	8.7	56.7	57.6	43.3	42.4	13.7	14.3	0.3	0.4	44.0	41.1	51.6	49.3	39.5	42.0

ที่มา: [http://www.who.int/entity/nha/country/nha\\_ratios\\_and\\_percapita\\_levels\\_2002-2006.xls](http://www.who.int/entity/nha/country/nha_ratios_and_percapita_levels_2002-2006.xls) ณ วันที่ 27

กรกฎาคม 2552





สำหรับองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดเก็บเงินก็แตกต่างกันไปแล้วแต่ว่าแหล่งการคลังเป็นระบบใด สำหรับประเทศที่อาศัยแหล่งการคลังจากภาษีรัฐบาลกลาง (central taxes) เป็นหลัก เช่น สหราชอาณาจักร ไอร์แลนด์ โปรตุเกส หน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดเก็บจะผ่านเงินไปยังกระทรวงการคลัง เพื่อทำหน้าที่ในการจัดสรรเงินให้แก่กระทรวงสาธารณสุขต่อไปผ่านการเจรจาต่อรองและประสบการณ์ในอดีต ทั้งนี้จะได้รับงบประมาณเท่าใดส่วนหนึ่งขึ้นกับความสามารถในการต่อรองของกระทรวงสาธารณสุขด้วย

ประเทศที่อิงกับระบบภาษีท้องถิ่นเป็นหลัก เช่น เดนมาร์ก ฟินแลนด์ สวีเดน สเปน แคนาดา และ อิตาลี หน่วยจัดเก็บเงินก็จะเป็นรัฐบาลท้องถิ่น ขณะเดียวกันรัฐบาลกลางมีบทบาทในการอุดหนุนงบประมาณแก่รัฐบาลท้องถิ่นหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามข้อตกลง เช่น ขึ้นกับศักยภาพในการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลท้องถิ่น

ประเทศที่อาศัยระบบประกันสังคมเป็นหลัก หน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดเก็บอาจเป็นได้ทั้ง รัฐบาลกลางจัดเก็บเอง เช่น เบลเยียม ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ หรือกองทุนประกันสังคมเป็นผู้จัดเก็บเอง เช่น เยอรมัน ออสเตรีย และ ญี่ปุ่น ทั้งนี้ ประเทศที่มีหลายกองทุนทำหน้าที่จัดเก็บเงินเองส่วนใหญ่ต้องมีการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมเข้ากองทุน และกลไกในการปรับเกลี่ยเงินระหว่างกองทุนเพื่อกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน เพื่อปกป้องกองทุนที่จัดเก็บรายได้ได้น้อยอันเนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่มีรายได้น้อย เช่นกองทุนตามอาชีพต่าง ๆ รายได้ไม่เท่ากัน แม้จัดเก็บในอัตราเดียวกันแต่จำนวนเงินที่จัดเก็บได้น้อยไม่เพียงพอกับความจำเป็นด้านสุขภาพของสมาชิก สำหรับวงเงินที่นำมาปรับเกลี่ยแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่น 60% ในประเทศสาธารณรัฐเชค 85% ในประเทศสโลวาเกีย และ 100% ในเยอรมันนี และออสเตรีย (Thomson et al., 2009)

สำหรับการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียม นั้น ประเทศส่วนใหญ่จะกำหนดที่ส่วนกลางเป็นอัตราเดียวกันสำหรับทุกกองทุน อย่างไรก็ตามก็อาจมีการกำหนดอัตราที่ต่ำกว่าสำหรับประชากรบางกลุ่ม ประเทศเยอรมันมีกองทุนจำนวนมาก และเคยให้อิสระแก่กองทุนในการกำหนดอัตราเก็บเงินสมทบระดับหนึ่ง รวมถึงให้มีการแข่งขันระหว่างกองทุนในการรับสมาชิก อย่างไรก็ตามตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ประเทศเยอรมันได้เปลี่ยนการกำหนดให้อัตราการจ่ายสมทบที่ส่วนกลางแทน และวางแผนว่าในปี ค.ศ. 2011 จะมีองค์กรประกันสุขภาพระดับชาติทำหน้าที่จัดเก็บที่ส่วนกลางแทน (Bundesministerium für Gesundheit, 2007 อ้างใน Thomson et al., 2009) เนื่องจากมีปัญหาเรื่องความเป็นธรรมด้านการคลัง ขณะเดียวกันหลายประเทศมีการกำหนดเพดานของการจัดเก็บ เช่น เยอรมันนี ออสเตรีย ฯลฯ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อัตราการจัดเก็บถดถอยต่อรายได้ นายจ้างและลูกจ้างต้องร่วมสมทบในประเทศส่วนใหญ่ โดยนายจ้างจ่ายสมทบไม่ต่ำกว่าที่ลูกจ้างจ่าย แต่มีบางประเทศในยุโรปตะวันออกให้นายจ้าง (Estonia, Lithuania) หรือลูกจ้าง (Latvia, Poland) จ่ายฝ่ายเดียว (ตารางที่ 2.2)



ตารางที่ 2.2 อัตราการจัดเก็บเบี้ยสมทบระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ การกำหนดเพดานจ่าย และ สัดส่วนการสมทบระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ณ ปี ค.ศ. 2007 (แถวที่ระบายสีเทาเป็นประเทศที่ใช้ระบบ ภาษี)

ประเทศ	อัตราการจัดเก็บ	กำหนดเพดานการ จัดเก็บ	สัดส่วนการจ่ายของ นายจ้าง/ลูกจ้าง (ER/EE)
Austria <sup>1</sup>	แตกต่างกันแต่ส่วนใหญ่ 7.5%	มี	ประมาณครึ่งๆ
Belgium <sup>1</sup>	ER/EE: 37.8%, CS (7.3%), SE (19.6%)	ER/EE, CS ไม่มี SE: มี	65.5: 34.5 CS 52: 48
Bulgaria <sup>1</sup>	6%	ไม่มี	70:30 (50:50 in 2009)
Cyprus <sup>1</sup>	EE/ER: 12.6%, SE (11.6%), V (10%)	EE/ER มี	50: 50
Czech Republic <sup>1</sup>	EE/ER 13.5%, SE คำนวณรายได้สุทธิครึ่ง เดียว	EE/ER ไม่มี SE มี	66: 33
Germany <sup>1</sup>	แตกต่างกันเฉลี่ย 15% แต่ตั้งแต่ปี ค.ศ.2009 เท่ากันหมด	มี	50: 50
Estonia <sup>1</sup>	13%	ไม่มี	100: 0
Greece <sup>1</sup>	แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ 6.45%	มี	66: 33
Spain			
Finland			
France <sup>1</sup>	13.5%	ไม่มี	94: 6
Hungary <sup>1</sup>	15% นายจ้างจ่ายในอัตราคงที่ต่อหัวลูกจ้าง	ไม่มี	73: 27
Ireland			
Italy			
Lithuania <sup>1</sup>	3% (ER) 30% (EE, SE) ของภาษีเงินได้ส่วน บุคคลกันเพื่อบริการสุขภาพ; F 3.5% และ SMU 1.5% ของรายได้ขั้นต่ำ กลุ่มอื่นๆ 10%	ไม่มี	100: 0
Luxembourg <sup>1</sup>	5.4%	มี	50: 50
Latvia <sup>1</sup>	หักจากภาษีเงินได้บุคคล	ไม่มี	0: 100
Malta			
Netherlands <sup>1</sup>	EE/ER 6.5%; SE 4.4%; P 6.5% ของรายได้ บำนาญสูงอายุ และ 4.4% ของบำนาญอื่น; อายุ 18+ จ่ายอัตราคงที่ 1,106 ยูโรต่อปี	มี	50: 50
Poland <sup>1</sup>	9%	ไม่มี	0: 100
Portugal			
Romania <sup>1</sup>	13.5%	ไม่มี	52: 48
Sweden			
Slovenia <sup>1</sup>	EE/ER, SE: 12.92%; F: 6.36%		
Slovakia <sup>1</sup>	EE/ER, SE: 14% (7% สำหรับผู้พิการ)	มี	71: 29
England (UK-ENG)			
Canada			
Japan <sup>2</sup>	EE/ER แตกต่างกันตั้งแต่ 3.33-4.55%; CS แตกต่างกันตั้งแต่ 2.75 – 4.36%; SE เฉลี่ย ต่อครอบครัว 160,346 เยนต่อปี	มี	ประมาณครึ่งๆ



ที่มา: 1. Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009) *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses. Observatory Studies Series No.17*

2. National Institution of Population and Social Security Research (2007) *Social Security in Japan*

Note: CS: Civil Servant; EE: employee; ER: employer; F: farmer; P: pensioner; SE: self-employed; SMU: small land user; V: voluntary insured

## 2.2.2 การรวมเงิน (pooling)

มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อกระจายความเสี่ยงของบุคคลและเงินจากรายได้ระหว่างบุคคลและกลุ่มคน ทั้งนี้วิธีการจัดเก็บ อัตราการจัดเก็บเงิน และขนาดของกองทุน มีผลต่อการกระจายความเสี่ยง และการเงินจากรายได้ระหว่างบุคคลและกลุ่มคน กล่าวคือ (1) การจัดเก็บในอัตราที่ก้าวหน้า (progressive) ต่อรายได้ (ดังเช่นในระบบภาษีรายได้บุคคล) ย่อมมีศักยภาพในการเงินจากรายได้ระหว่างคนรวยและคนจน ได้ดีกว่าการจัดเก็บในอัตราคงที่ (เช่นเป็นอัตราร้อยละของรายได้คงที่) หรือ ถดถอยต่อรายได้ (เช่น กำหนดเป็นร้อยละของรายได้แต่มีเพดาน หรือการจ่าย ณ จุดใช้บริการ) การจัดเก็บเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของกลุ่ม/ชุมชน (community rating) ย่อมมีศักยภาพในการกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคลดีกว่าการจัดเก็บเบี้ยประกันตามความเสี่ยงบุคคล (individual risk rating) ดังเช่นในระบบประกันสุขภาพเอกชน (2) การจัดเก็บ ณ จุดใช้บริการจะมีลักษณะถดถอยต่อรายได้มากที่สุด (WHO, 2000) เนื่องจากการจัดเก็บตามการใช้บริการมิใช่ตามความสามารถในการจ่าย ดังนั้น ควรแยกการจัดเก็บออกจากการใช้บริการ คือเป็นระบบจ่ายล่วงหน้าหรือประกันสุขภาพ (3) ขนาดของกองทุนที่ใหญ่ ครอบคลุมประชากรมาก ย่อมสามารถกระจายความเสี่ยงและเงินจากรายได้ระหว่างบุคคลในกลุ่มได้มากกว่า กองทุนที่มีขนาดเล็กครอบคลุมประชากรไม่มาก ดังนั้นระบบประกันสุขภาพภาคบังคับจะมีศักยภาพในการกระจายความเสี่ยงและเงินจากรายได้ดีกว่าระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ เพราะจะมีจำนวนสมาชิกมากกว่า ขณะเดียวกันจำนวนกองทุนที่น้อยแต่มีขนาดใหญ่ย่อมมีศักยภาพในการกระจายความเสี่ยงและเงินจากรายได้สูงกว่าการมีจำนวนกองทุนจำนวนมากแต่มีขนาดเล็ก (4) ในกรณีที่มีหลายกองทุนไม่ว่าจะให้ประชาชนมีสิทธิเลือกหรือไม่ก็ตาม จำเป็นต้องมีกลไกการกระจายภาระเสี่ยงระหว่างกองทุน (equalization mechanism or reinsurance) เพื่อป้องกันมิให้กองทุนใดกองทุนหนึ่งล้มละลายจากการมีสมาชิกที่มีภาระเสี่ยงมาก รวมถึงกรณีจัดเก็บรายได้ได้ไม่เพียงพอเนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่มีรายได้น้อย

สำหรับระดับการรวมเงินของประเทศที่อาศัยการคลังภาครัฐเป็นหลักนั้นส่วนใหญ่จะรวมในระดับประเทศ (Thomson et al., 2009) (ตารางที่ 2.3) ยกเว้นประเทศที่อาศัยรัฐบาลท้องถิ่นในการจัดเก็บ และมีกองทุนหลายกองทุนทำหน้าที่จัดเก็บ สำหรับในกรณีแรกนั้นง่ายต่อการปรับเปลี่ยน รัฐบาลกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ในการจัดสรรเงินอุดหนุนเพื่อกระจายความเสี่ยงให้กับกองทุน





หรือภูมิภาคต่าง ๆ ในขณะที่ประเทศที่มีหลายกองทุนหรืออาศรัยรัฐบาลท้องถิ่นในการจัดเก็บนั้นก็ต้องมีกลไกการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างกองทุนหรือท้องถิ่นดังกล่าวข้างต้น

**2.2.3 การซื้อบริการสุขภาพและจ่ายเงิน (purchasing and payment methods)** เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเงินกับบริการ เป้าประสงค์หลักคือ จะบริหารเงินที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ได้อย่างไร ทั้งนี้การซื้อบริการอาจเป็นไปในรูปแบบเชิงรับ (passive purchasing) คือ เพียงเขียนเช็คหรือจ่ายค่าบริการตามที่ถูกเรียกเก็บ หรือเป็นการซื้อบริการอย่างมีกลยุทธ์ (active or strategic purchasing) เพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากเงินที่มีอยู่ เช่น เลือกซื้อบริการกับผู้ให้บริการที่มีประสิทธิภาพ/คุณภาพ กำหนดให้ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนและมีระบบส่งต่อ มีรูปแบบการจ่ายที่ทำให้ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมเป็นไปตามพึงประสงค์ มีระบบข้อมูลผู้ให้บริการ ส่งเสริมการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ เป็นต้น

ประเด็นที่ต้องพิจารณาในการออกแบบระบบการซื้อบริการ คือ (1) จะซื้อบริการให้ใคร กล่าวคือ ครอบคลุมประชากรกลุ่มใด และผูกการได้รับประโยชน์กับการจ่ายหรือไม่ (2) ซื้อบริการอะไรบ้าง (ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม ส่งเสริมป้องกัน คุ่มครอง กว้างขวางเพียงใด บาทแรก หรือบาทสุดท้าย หรือตั้งแต่บาทแรกจนบาทสุดท้าย) (3) ซื้อบริการจากใคร อย่างไร (รัฐ/เอกชน) มีการแข่งขันในการให้บริการเพียงใด จะบริหารสัญญาซื้อขายบริการเข้มข้นเพียงใด และ (4) หน่วยของการซื้อและการจ่ายค่าบริการ ทั้งนี้หากซื้อบริการหน่วยย่อยมากภาวะความเสี่ยงก็จะอยู่ที่ผู้ซื้อทั้งหมด เช่น การซื้อและจ่ายค่าบริการตามรายการย้อนหลัง (retrospective fee-for-services) หากซื้อบริการหน่วยที่ใหญ่ขึ้นในลักษณะเหมาจะโยกภาวะความเสี่ยงไปยังผู้ให้บริการ เช่น การซื้อเป็นรายครั้ง/รายป่วย (per visit or per case i.e. DRG) หรือการซื้อบริการแบบเหมารวมต่อคน (capitation or per person) หรือเหมารวมทั้งหมดต่อปี (global budget) เป็นต้น ทั้งนี้การซื้อหน่วยที่ใหญ่ขึ้นภาวะความเสี่ยงก็จะถูกผลักไปให้ผู้ให้บริการมากขึ้นตามไปด้วย ขณะเดียวกันรูปแบบการจ่ายแต่ละวิธีต่างก็ส่งผลต่อแรงจูงใจในการให้บริการและผลกระทบต่อด้านค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน ขณะเดียวกันก็ต้องการข้อมูลและศักยภาพในการบริหารจัดการที่ต่างกัน (WHO, 2000; Carrin and Hanvoravongchai, 2003; Langenbrunner and Liu, 2004) รายละเอียดวิธีการจ่ายสำหรับบริการแต่ละประเภทของประเทศสรุปได้ในตารางที่ 2.4





### ตารางที่ 2.3 โครงสร้างกลไกตลาดการรวมเงินและการซื้อบริการของประเทศในสหภาพยุโรป ปี ค.ศ. 2007

ประเทศ	โครงสร้างกลไกตลาด	กองทุน (จำนวน)	ผู้ซื้อบริการ (จำนวน)	การจัดสรรเงินตามความเสี่ยง (Risk-adjusted (re-) allocation (risk factors))
Austria <sup>1</sup>	มีกองทุนแยกตามอาชีพทำหน้าที่เก็บรวมและซื้อบริการ ไม่มีการแข่งขัน	กองทุน (21)	กองทุน (21)	เงินที่ทั้งหมดที่จัดเก็บได้จะต้องนำมากระจายใหม่ตาม รายได้ที่จัดเก็บได้ต่อคน รายจ่ายของบุคคลพึงพึง ผู้รับบำนาญ เมืองใหญ่ และสถานที่ตั้งของกองทุน
Belgium <sup>1</sup>	ส่วนกลางเป็นคนเก็บ กองทุนแข่งขันกันซื้อบริการ เลือกกองทุนได้อิสระ ยกเว้นคนงานรถไฟ	ส่วนกลาง (1)	กองทุนย่อย (7)	30% ของเงินจะกระจายตามรายหัวปรับด้วยสถานภาพของผู้มีสิทธิ (ผู้รับบำนาญ ผู้พิการ หม้าย/หย่า) อายุ เพศ สมาชิกครัวเรือน อัตราการว่างงาน รายได้ อัตราตาย ระดับความเป็นเมือง และการพิจารณาจากการทำงาน
Bulgaria <sup>1</sup>	ส่วนกลางเป็นคนเก็บ กองทุนในเขตเป็นคนซื้อ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	กองทุนเขต (28)	ส่วนกลางจัดสรรเงินแก่กองทุนภูมิภาคต่างๆ ตามจำนวนประชากรและโครงสร้างอายุ งบประมาณที่ได้ในอดีต และคาดการณ์ความจำเป็นด้านสุขภาพของเขตในอนาคต
Cyprus <sup>1</sup>	ส่วนกลางเก็บและรวมเงิน มีผู้ซื้อรายเดียว ไม่แยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	ส่วนกลาง (1)	กองทุนประกัน (1)	กระทรวงสาธารณสุขมีแผนที่จะจัดเงินให้แก่กองทุนประกัน (การปฏิรูปยังไม่ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบ)
Czech Republic <sup>1</sup>	มีกองทุนแข่งขันกันเก็บเงิน รวมเงินและซื้อบริการ	กองทุน (9)	กองทุนประกัน (9)	ร้อยละ 60 ของเงินที่จัดเก็บได้จะกระจายใหม่ตามรายหัวปรับด้วย สัดส่วนของผู้สูงอายุ (65+) มีแผนว่าจะจัดเงินทั้งหมดตามปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
Germany <sup>1</sup>	มีกองทุนแข่งขันกันจัดเก็บ รวมเงินและซื้อบริการ	กองทุน (>200)	กองทุน (>200)	มีอัตราการจัดเก็บและรายได้ต่างกัน มีกลไกกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน โดยเปลี่ยนเงินใหม่ทั้งหมดตามรายหัวปรับด้วย อายุ เพศ การพิการ ตั้งแต่ปีค.ศ. 2009 เงินที่จัดเก็บได้จะรวมที่ส่วนกลางและกระจายให้กองทุนตามรายหัวปรับด้วยอายุ เพศ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ
Denmark <sup>1</sup>	ส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นคนจัดเก็บ มีผู้ซื้อบริการในพื้นที่ไม่มีการแข่งขัน ไม่แยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	เขต (5) เทศบาล (98)	เขต (5) เทศบาล (98)	มีการกระจายเงินใหม่แก่พื้นที่ต่างๆตามโครงสร้างอายุของประชากร จำนวนเด็กในครอบครัวพ่อ/แม่คนเดียว จำนวนห้องเช่า อัตราการว่างงาน การศึกษา ผู้ป่วย การด้อยโอกาสทางสังคม และสัดส่วนผู้สูงอายุ
Estonia <sup>1</sup>	ส่วนกลางเป็นคนเก็บ กองทุนในเขตเป็นคนซื้อ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	กองทุนเขต (4)	หน่วยงานที่จัดเก็บภาษีจัดสรรเงินให้กับกองทุนส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่จัดสรรต่อให้กองทุนเขตตามรายหัวปรับด้วยอายุ
Greece <sup>1</sup>	กระทรวงการคลัง และกองทุนอาชีพ	กระทรวงการคลัง	กระทรวง สธ.	ไม่มี





ประเทศ	โครงสร้างกลไกตลาด	กองทุน (จำนวน)	ผู้ให้บริการ (จำนวน)	การจัดสรรเงินตามความเสี่ยง (Risk-adjusted (re-) allocation (risk factors))
	เป็นคนจัดเก็บ ไม่มีการแข่งขัน	(1) กองทุน (>30)	(1) กองทุน (>30)	
Spain <sup>1</sup>	ส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นคนจัดเก็บ และรวมเงิน มีกองทุนพื้นที่ซื้อบริการ แต่ไม่มีการแข่งขัน มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการบางแห่ง	เขต (17) กองทุน (3)	เขต (17) กองทุน (3)	ส่วนกลางจัดสรรเงินให้กับเขตตามรายหัวปรับด้วยประชากรสูงอายุ (65+) คน กลุ่มน้อย กองทุนข้าราชการสามแห่งได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐ 70% และจ่ายสมทบเอง 30% ระบบสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากร 95% กองทุนข้าราชการครอบคลุมประชากร 5%
Finland <sup>1</sup>	ส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นคนจัดเก็บ มีผู้ซื้อบริการในพื้นที่ไม่มีการแข่งขัน ไม่แยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	เทศบาล (416)	เทศบาล (416)	รัฐบาลกลางจัดสรรเงินอุดหนุนเทศบาลต่างๆตามรายหัวปรับด้วยอายุ การว่างงาน การเจ็บป่วย และหลักเกณฑ์บางอย่างสำหรับพื้นที่ห่างไกลและเทศบาลที่เป็นพื้นที่เกาะ เงินอุดหนุนของรัฐบาลกลางคิดเป็น 25% ของรายจ่ายสุขภาพของเทศบาล
France <sup>1</sup>	ส่วนกลางเป็นคนจัดเก็บ มีกองทุนผู้ซื้อบริการตามอาชีพ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	ระบบประกัน (3)	จัดสรรเงินให้ระบบประกันตามรายหัวปรับด้วย อายุ เพศ ระบบทั่วไป ครอบคลุม ประชากร 85% ของประเทศ
Hungary <sup>1</sup>	ส่วนกลางเป็นคนจัดเก็บและรวมเงิน มีผู้ซื้อรายเดียว	ส่วนกลาง (1)	กองทุน ส่วนกลาง (1)	ไม่มีข้อมูล
Ireland <sup>1</sup>	ส่วนกลางเป็นคนจัดเก็บและรวมเงิน มีผู้ซื้อรายเดียว ไม่แยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	ส่วนกลาง (1)	Health service executive (1)	ไม่มีข้อมูล
Italy <sup>1</sup>	ส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นคนจัดเก็บ เขตเป็นผู้ซื้อไม่มีการแข่งขัน	เขต (20)	เขตสุขภาพ (20)	กองทุนสมานฉันท์ซึ่งบริหารโดยกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรเงินไปให้เขตต่างๆ ตามจำนวนประชากร ศักยภาพในการจัดเก็บภาษี รายจ่ายค่ารักษาพยาบาล และรายจ่ายอื่น
Lithuania <sup>1</sup>	กองทุนจัดเก็บแห่งเดียว	ส่วนกลาง (1)	กองทุนเขต (5)	กองทุนระดับชาติจัดสรรเงินให้กองทุนเขต
Luxembourg <sup>1</sup>	จัดเก็บโดยส่วนกลาง กองทุนอาชีพ เป็นผู้ซื้อบริการ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	กองทุน (9)	สหภาพกองทุนประกันมีกองทุนความเสี่ยงสำหรับการเคลื่อนเงินจากกองทุนที่มีเงินเหลือมาช่วยกองทุนที่ขาดทุน





ประเทศ	โครงสร้างกลไกตลาด	กองทุน (จำนวน)	ผู้ให้บริการ (จำนวน)	การจัดสรรเงินตามความเสี่ยง (Risk-adjusted (re-) allocation (risk factors))
Latvia <sup>1</sup>	กองทุนจัดเก็บแห่งเดียว	ส่วนกลาง (1)	กองทุนเขต (8)	กองทุนระดับชาติจัดสรรเงินให้กองทุนเขตตามรายหัวประชากรปรับด้วยอายุและเพศ
Malta <sup>1</sup>	จัดเก็บ รวมเงิน และซื้อบริการโดยส่วนกลาง ไม่มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	ส่วนกลาง (1)	กระทรวงสาธารณสุข (1)	ไม่มีข้อมูล
Netherlands <sup>1</sup>	จัดเก็บและรวมเงินโดยส่วนกลาง และมีกองทุนแข่งขันกันซื้อบริการ	ส่วนกลาง (1)	กองทุน (19)	เงินทั้งหมดจัดสรรให้กองทุนตามรายหัวประชากรปรับด้วย อายุ เพศ การบริโภคยา และ กลุ่มวินิจฉัยโรคหลัก
Poland <sup>1</sup>	มีกองทุนจัดเก็บแห่งเดียว ผู้ซื้อรายเดียว	ส่วนกลาง (1)	กองทุนระดับชาติ (1)	ไม่มีข้อมูล
Portugal <sup>1</sup>	จัดเก็บและรวมเงินที่ส่วนกลาง มีผู้ซื้อที่เขตไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	เขตสุขภาพ (5)	กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรเงินให้ รพ. และเขต งบบริการปฐมภูมิของเขตได้รับตามประชากร (40%) และรายหัว (60%) ปรับด้วยอายุ เพศ และดัชนีภาวะโรคของเขต (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะเครียด และข้ออักเสบ)
Romania <sup>1</sup>	จัดเก็บและรวมเงินที่ส่วนกลาง กองทุนเขตและอาชีพเป็นผู้ซื้อบริการ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	กองทุนอำเภอ (42) กองทุนอาชีพ (2)	ส่วนกลางจัดสรรเงินให้ตามรายหัวประชากรปรับด้วยปัจจัยเสี่ยง กองทุนอำเภอจัดเก็บเงินจากกลุ่มอาชีพอิสระ
Sweden <sup>1</sup>	ส่วนกลางและท้องถิ่นจัดเก็บและรวมเงิน พื้นที่เป็นผู้ซื้อบริการไม่มีการแข่งขัน มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการบางแห่ง	Counties (21) เทศบาล (290)	Counties (21) เทศบาล (290)	รัฐบาลกลางอุดหนุนเงินให้ตามความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพต่อหัว อายุ เพศ สถานะบุคคล อาชีพ รายได้ สภาพบ้าน และกลุ่มที่มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพสูง
Slovenia <sup>1</sup>	ระบบกองทุนเดียว	ส่วนกลาง (1)	NHI (1)	ไม่มีข้อมูล
Slovakia <sup>1</sup>	มีกองทุนแข่งขันจัดเก็บ รวมเงิน และซื้อบริการ	กองทุน (6)	กองทุน (6)	ร้อยละ 85 ของรายได้ที่จัดเก็บได้กระจายให้ตามประชากรปรับด้วยอายุและเพศ
England (UK-ENG) <sup>1</sup>	ส่วนกลางจัดเก็บและรวมเงิน มีผู้ซื้อ	ส่วนกลาง (1)	PCTS (152)	กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรเงินให้แก่ Primary care trusts (PCTS) ตามสูตร





ประเทศ	โครงสร้างกลไกตลาด	กองทุน (จำนวน)	ผู้ให้บริการ (จำนวน)	การจัดสรรเงินตามความเสี่ยง (Risk-adjusted (re-) allocation (risk factors))
	บริการในพื้นที่ไม่มีการแข่งขัน			รายหัวที่ปรับด้วยปัจจัยเสี่ยง
Canada <sup>1</sup>	ส่วนกลางและท้องถิ่นจัดเก็บและรวมเงิน พื้นที่เป็นผู้ให้บริการไม่มีการแข่งขัน	จังหวัด (13)	RHA (99)	รัฐบาลจังหวัดจัดสรรเงินให้ Regional health authorities (RHAs) ตามสูตรรายหัวที่ปรับด้วยปัจจัยเสี่ยงหรืองบประมาณที่ได้ในอดีต โดยรัฐบาลกลางอุดหนุนเงินบางส่วนให้รัฐบาลจังหวัด
Japan <sup>2</sup>	มีกองทุนแยกตามอาชีพและเทศบาล ทำหน้าที่เก็บ รวมและซื้อบริการ ไม่มีการแข่งขัน แต่มีราคาค่าบริการกลางของประเทศ (Standard Fee Schedule)	กองทุน(1,825) เทศบาล(2,531) ส่วนกลาง(1)	กองทุน (1,825) เทศบาล (2,531) ส่วนกลาง(1)	ไม่มี

ที่มา: 1. European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in transitions series reports

2. National Institution of Population and Social Security Research (2007) Social Security in Japan





## ตารางที่ 2.4 รูปแบบการจ่ายค่าบริการประเภทต่างๆแก่ผู้ให้บริการ ปี ค.ศ. 2007

ประเทศ	บริการปฐมภูมิ (GPs)	แพทย์เฉพาะทางผู้ป่วยนอก	แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล	บริการในโรงพยาบาลแบบเหี้ยมปล้น
Austria <sup>1</sup>	เบี้ยเลี้ยง (80%) + FFS	เบี้ยเลี้ยง (50%) + FFS	เงินเดือน บวกโบนัส	รายป่วย (case-based) ปรับด้วยคะแนนย้อนหลัง
Belgium <sup>1</sup>	FFS	FFS	FFS	Global budgets +case based payment
Bulgaria <sup>1</sup>	Capitation + bonus	FFS	Salary + bonuses	Case-based payment +global budgets
Cyprus <sup>1</sup>	Salary (public), FFS (private)	Salary (public), FFS (private)	Salary	Global budgets
Czech Republic <sup>1</sup>	Age-weighted capitation +FFS	FFS with volume caps	Salary	Global budgets + case-based payment
Germany <sup>1</sup>	FFS points	FFS points	Salary	Global budgets, case-based payment + per diem
Denmark <sup>1</sup>	Capitation + FFS	FFS	FFS	Global budgets + case-based payment
Estonia <sup>1</sup>	Age-weighted capitation +FFS	FFS	FFS	Case-based payment
Greece <sup>1</sup>	Salary + FFS (public), FFS (private)	Salary + FFS (public), FFS (private)	Salary + FFS	Global budgets, per diem + case-based payment
Spain <sup>1</sup>	Salary + age-weighted capitation (15%)	Salary	Salary	Global budgets + case-based payment
Finland <sup>1</sup>	Salary + FFS or a mix of salary, capitation + FFS for personal doctors (public), FFS (private)	Salary + FFS (public), FFS (private)	Salary + FFS	Case-based payment
France <sup>1</sup>	FFS	FFS	Salary	Global budgets + case-based payment
Hungary <sup>1</sup>	Weighted capitation +adjustments based on provider characteristics	FFS with national cap for provider organizations, but mainly salary for doctors	Salary	Case-based payment
Ireland <sup>1</sup>	Weighted capitation + FFS	Na	Salary	Case-based payment
Italy <sup>1</sup>	Capitation + FFS +performance pay	FFS	Salary	Case-based payment + capitation





ประเทศ	บริการปฐมภูมิ (GPs)	แพทย์เฉพาะทางผู้ป่วยนอก	แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล	บริการในโรงพยาบาลแบบเหี้ยมปล้น
Lithuania <sup>1</sup>	Age-weighted capitation	Case-based payment	Salary	Global budgets + case-based payment
Luxembourg <sup>1</sup>	FFS	FFS	Mainly FFS	Global budgets + case-based payment + bonuses
Latvia <sup>1</sup>	Age-weighted capitation + FFS	FFS or case-based payment	Salary + FFS points	Case-based payment, per diem + FFS points
Malta <sup>1</sup>	Capitation + FFS	Na	FFS with caps (65%) or salary	Global budgets + case-based payment
Netherlands <sup>1</sup>	Salary	Salary	Salary	Global budgets
Poland <sup>1</sup>	Age-weighted capitation	FFS	Salary	Case-based payment
Portugal <sup>1</sup>	Salary (NHS) + capitation + performance	Salary (NHS)	Salary (NHS)	Global budgets + case-based payment
Romania <sup>1</sup>	Age-weighted capitation + FFS (15%)	FFS (flexible point values)	Salary	Global budgets + case-based payment + FFS
Sweden <sup>1</sup>	Salary or capitation + some FFS	Salary	Salary	Global budgets + case-based payment
Slovenia <sup>1</sup>	Age-weighted capitation + FFS	FFS with national caps	Salary	Global budgets + case-based payment
Slovakia <sup>1</sup>	Capitation + FFS (50%)	FFS	Salary	Case-based payment
England (UK-ENG) <sup>1</sup>	Weighted capitation + FFS + performance	Na	Salary (NHS)	Global budgets + case-based payment
Canada <sup>1</sup>	FFS + alternative payment	Na	FFS + alternative payment	Global budgets
Japan <sup>2</sup>	Na	FFS points	Salary	FFS points + case-based payment

ที่มา: 1. European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in transitions series reports

2. National Institution of Population and Social Security Research (2007) Social Security in Japan





ข้อมูลในตารางที่ 2.4 จะเห็นว่าประเทศส่วนใหญ่จ่ายบริการปฐมภูมิด้วยวิธีผสมระหว่างเหมาจ่ายรายหัวและตามปริมาณบริการ สำหรับในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางนั้น ประเทศที่อิงกับระบบประกันสังคมมักจ่ายตามปริมาณบริการ ส่วนประเทศที่อิงระบบภาษีเป็นหลักมักจ่ายเป็นเงินเดือน ยกเว้นในแคนาดาจะจ่ายตามปริมาณบริการทั้งแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ประจำครอบครัว สำหรับรูปแบบการจ่ายบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นมักเป็นแบบงบประมาณยอดรวมรวมกับการใช้รายป่วย (case-based payment) มาเป็นตัวแบ่งงบประมาณ หรือมาใช้จ่ายย้อนหลัง

สำหรับกลไกตลาดในการซื้อบริการ ประเทศที่อิงกับระบบประกันสังคมเป็นหลัก กองทุนประกันสังคมมักมีบทบาทหน้าที่ในการซื้อบริการสุขภาพให้กับสมาชิกของตนเอง ในกลุ่มนี้จะมีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการชัดเจน ส่วนประเทศที่อิงกับระบบภาษีเป็นหลัก มักมีการกระจายอำนาจให้กับหน่วยงานในพื้นที่ทำหน้าที่แทนในการซื้อบริการ เช่น ให้กับเขตสุขภาพ สำนักงานที่รับผิดชอบพื้นที่ หรือเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นมาเฉพาะเช่น Primary care trusts (PCTs) ของอังกฤษ หรือ Regional health authorities (RHAs) ของแคนาดา อย่างไรก็ตามบางประเทศหน่วยงานในส่วนกลางทำหน้าที่ในการซื้อบริการเอง สำหรับประเทศที่อิงกับระบบภาษีเป็นหลักนั้น มีทั้งแยก (อังกฤษ อิตาลี โปรตุเกส) และไม่แยก (ไอร์แลนด์ เดนมาร์ก ฟินแลนด์ นัลตา และแคนาดา) บทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ สำหรับการแข่งขันระหว่างผู้ซื้อบริการสุขภาพนั้นพบได้น้อยแต่ก็มีในบางประเทศในยุโรป เช่น เบลเยียม เยอรมันนี เนเธอร์แลนด์ อย่างไรก็ตามการให้กองทุนแข่งขันกันสร้างแรงจูงใจในการคัดเลือกสมาชิกที่มีสุขภาพดี มีผลกระทบต่อความเป็นธรรม และต้องมีกลไกการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนที่เข้มแข็ง

มีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการในทุกประเทศในสหภาพยุโรป แคนาดาและญี่ปุ่น โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็น ขณะเดียวกันก็เป็นการเพิ่มรายได้แก่ระบบสาธารณสุข ทั้งนี้ส่วนร่วมจ่ายมีการใช้มากที่สุดในเรื่อง ยา บริการทันตกรรม ขณะเดียวกันก็มีการใช้สำหรับบริการแพทย์และบริการของโรงพยาบาล ทั้งนี้รูปแบบและอัตราการกำหนดส่วนร่วมจ่ายแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่น ร่วมจ่ายในอัตราคงที่ (co-payment) ร่วมจ่ายเป็นสัดส่วนของค่าบริการ (co-insurance) หรือร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายเบื้องต้น (deductible) อย่างไรก็ตามในทุกประเทศจะมีกลไกสำหรับการป้องกันประชาชนจากภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องร่วมจ่าย เช่น การลดส่วนร่วมจ่าย ยกเว้นการเก็บในประชาชนบางกลุ่ม (เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้มีโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับประทานยาตลอด ฯลฯ) การกำหนดเพดานการร่วมจ่าย เป็นต้น (Jemai et al., 2004) ตารางที่ 2.5 แสดงการกำหนดส่วนร่วมจ่ายสำหรับบริการแต่ละประเภท



## ตารางที่ 2.5 การกำหนดส่วนร่วมจ่ายในประเทศ ณ ปี ค.ศ. 2007

ประเทศ	ค่าแพทย์	บริการผู้ป่วยใน	ค่ายา	บริการทันตกรรม
Austria <sup>1</sup>	√	√	√	√
Belgium <sup>1</sup>	√	√	√	√
Bulgaria <sup>1</sup>	√	√	√	√
Cyprus <sup>1</sup>	√	√	√	√
Czech Republic <sup>1</sup>	X	X	√	√
Germany <sup>1</sup>	√	√	√	√
Denmark <sup>1</sup>	X	X	√	√
Estonia <sup>1</sup>	√	√	√	√
Greece <sup>1</sup>	X	X	√	√
Spain <sup>1</sup>	X	X	√	√
Finland <sup>1</sup>	√	√	√	√
France <sup>1</sup>	√	√	√	√
Hungary <sup>1</sup>	√	√	√	√
Ireland <sup>1</sup>	√	√	√	√
Italy <sup>1</sup>	√	X	√	√
Lithuania <sup>1</sup>	X	X	√	√
Luxembourg <sup>1</sup>	√	√	√	√
Latvia <sup>1</sup>	√	√	√	√
Malta <sup>1</sup>	√	√	√	√
Netherlands <sup>1</sup>	X	X	√	√
Poland <sup>1</sup>	X	X	√	√
Portugal <sup>1</sup>	√	√	√	√
Romania <sup>1</sup>	X	X	√	X
Sweden <sup>1</sup>	√	√	√	√
Slovenia <sup>1</sup>	X	X	√	√
Slovakia <sup>1</sup>	√	√	√	√
England (UK-ENG) <sup>1</sup>	X	X	√	√
Canada <sup>1</sup>	X	X	√	√
Japan <sup>2</sup>	√	√	√	√

ที่มา: 1. Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009) *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses. Observatory Studies Series No.17*

2. National Institution of Population and Social Security Research (2007) *Social Security in Japan*

### 2.3 รูปแบบกลไกอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุข

ข้อมูลการจัดการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศจากตารางที่ 2.3 สามารถจัดกลุ่มการคลังระบบสาธารณสุขได้ดังนี้ (ตารางที่ 2.6)

A. การคลังระบบภาษี สามารถแบ่งเป็นสองกลุ่มหลักคือ







- A1 การคลังจากระบบภาษีทั่วไปที่ส่วนกลางเป็นคนจัดเก็บ ยังสามารถแจกแจงได้เป็นสองกลุ่มย่อยคือ
- A11. ผู้ซื้อและผู้ให้บริการอยู่ในองค์กรเดียวกัน เป็นรูปแบบการบริหารจัดการแบบดั้งเดิม คือ กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งเจ้าของและผู้สนับสนุนด้านการเงินแก่หน่วยบริการ
  - A12. หน่วยงานผู้ซื้อและผู้ให้บริการแยกกัน เช่น ในระบบของสหราชอาณาจักร และโปรตุเกส ซึ่งรัฐบาลกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรที่ทำหน้าที่บริหารระบบจัดสรรเงินแก่เขตพื้นที่หรือองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่ซื้อบริการ เช่น Primary care trust
- A2. การคลังจากระบบภาษีท้องถิ่น รูปแบบนี้ท้องถิ่นทำหน้าที่จัดเก็บภาษีเอง รัฐบาลกลางมีภารกิจสำคัญคือ การอุดหนุนเพิ่มเติมแก่ท้องถิ่นที่มีศักยภาพในการระดมทุนได้ต่ำเพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ รูปแบบนี้มีทั้งที่แยก (A21) และไม่แยก (A22) บทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ

ตารางที่ 2.6 สรุปรูปแบบและกลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศในสหภาพยุโรป

	ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Social health insurance)		ระบบภาษี (National health services system)			
	กองทุนจัดเก็บเอง (B2)	รัฐบาลกลางเป็นผู้จัดเก็บ (B1)	รัฐบาลกลางจัดเก็บ (A1)		รัฐบาลท้องถิ่นจัดเก็บ (A2)	
การจัดเก็บเงิน (revenue collection)	Austria (21), Czech Republic(9), Germany(>200), Greece (>30), Lithuania (1), Slovakia (6), Slovenia (1) Japan (>4,000)	Bulgaria Cyprus, Hungary, Poland,	Belgium Estonia, France, Luxembour g, Latvia, Netherland, Romania	Portugal, UK	Ireland, Malta,	Denmark, Finland, Italy, Spain, Sweden, Canada
	กรณีหลายกองทุนต้องมีกลไกการกำกับอัตราจัดเก็บ					
การรวมเงิน (pooling)	กรณีหลายกองทุนต้องมีกลไกกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน	รัฐบาลส่งเงินให้กองทุนในการบริหาร	รัฐบาลจัดสรรเงินตามความเสี่ยงแก่กองทุนย่อย	กท.สธ. จัดสรรเงินแก่พื้นที่ตามความเสี่ยง	กท.สธ. ได้รับจัดสรรเงินจากรัฐบาล	รัฐบาลกลางอุดหนุนเงิน ผกผันกับศักยภาพท้องถิ่นในการจัดเก็บเงิน (อุดหนุนน้อยแก่ท้องถิ่นที่มีศักยภาพในการจัดเก็บเงินได้สูง)



การซื้อบริการ (purchasing & payment)	ซื้อรวม ศูนย์	กองทุนย่อย ซื้อบริการ เอง	ซื้อรวมศูนย์	กองทุนย่อย ซื้อบริการเอง	พื้นที่ซื้อ บริการ	ซื้อรวม ไม่แยก บทบาท ซื้อ/ขาย	กองทุนพื้นที่ซื้อบริการ มีทั้งที่แยกและไม่แยก บทบาทซื้อ/ขายบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ผู้ให้บริการชัดเจน</li> <li>ต้องมีกลไกกลางในการกำหนดอัตราค่าบริการ</li> <li>กลไกกลางในการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่าบริการ</li> </ul>				ในกรณีที่มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ผู้ให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>ต้องมีกลไกกลางกำหนดอัตราค่าบริการ</li> <li>กลไกกลางในการตรวจสอบและเบิกจ่าย ค่าบริการ</li> </ul>		

B. การคลังจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ เช่นประกันสังคม รูปแบบนี้แยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการชัดเจน แจกแจงได้เป็นสองกลุ่มหลักตามหน่วยงานที่จัดเก็บอัตราเงินสมทบดังนี้

B1. รัฐบาลกลางหรือมีหน่วยงานของรัฐบาลทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบหน่วยงานเดียว ในระบบนี้ไม่มีการแข่งขันในการให้หลักประกันและจัดเก็บเงินสมทบ สามารถกำหนดอัตราสมทบมาตรฐานเดียว และในการซื้อบริการแยกได้เป็นสองรูปแบบย่อยคือ

B11. ซื้อบริการรวมศูนย์จากกองทุนส่วนกลาง

B12. มีกองทุนย่อย เช่น กองทุนอาชีพ หรือกองทุนพื้นที่ทำหน้าที่ซื้อบริการแก่ประชาชนที่ตนเองดูแล โดยกองทุนส่วนกลางจัดสรรเงินแก่กองทุนย่อยตามปัจจัยเสี่ยงที่กำหนดเพื่อกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน

B2. มีหลายกองทุนและแต่ละกองทุนทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบเอง ระบบนี้อาจมี/ไม่มีการแข่งขันในการให้หลักประกันและจัดเก็บเงินสมทบ และปกติกองทุนจะทำหน้าที่ซื้อบริการสุขภาพแก่สมาชิกของตนไปด้วย

ในกรณีของประเทศญี่ปุ่นจะมีลักษณะพิเศษ คือ กองทุนรวมทั้งเทศบาลที่ทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบรวมกันมากกว่า 4,000 หน่วย แต่มีอัตราค่าบริการกลางของประเทศ และมีหน่วยงานกลางทำหน้าที่คิดราคาค่าบริการ ตรวจสอบบริการรักษาที่ให้ รวมทั้งเรียกเก็บเงินจากทุกกองทุนเพื่อจ่ายให้ทุกสถานพยาบาล

**กลไกในการกำกับและอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ** จะเห็นว่า หากระบบมีการแยกส่วนมาก เช่น มีหลายกองทุน หลายระบบ หรือ มีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นในการจัดเก็บภาษีของตนเองมาใช้เพื่อบริการสาธารณสุข กลไกการกำกับและอภิบาลระบบต้องมีบทบาทมากขึ้นในทุกขั้นตอนของกระบวนการคลังระบบสาธารณสุข กล่าวคือ

**ขั้นตอนการจัดเก็บเงิน** หากมีหลายกองทุนและแต่ละกองทุนทำหน้าที่จัดเก็บเงินเอง จำเป็นต้องมีกลไกในการกำกับมาตรฐานอัตราการจัดเก็บเงินสมทบของแต่ละกองทุน เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดเก็บเงินสมทบ



ขั้นตอนการรวมเงิน เช่นเดียวกัน กรณีที่มีหลายกองทุนและให้กองทุนจัดเก็บเบี้ยประกันเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิเสธ/ คัดเลือกความเสี่ยงในการรับประกัน/ จำเป็นต้องมีกลไกในการเกลี่ยรายได้ที่จัดเก็บได้ของแต่ละกองทุนตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกกองทุน เพื่อให้ทุกกองทุนมีเงินเพียงพอในการจัดบริการแก่ประชาชน (Equalization funds or Reinsurance)

สำหรับการคลังระบบภาษีที่มาจากการจัดเก็บของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลัก รัฐบาลกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่จัดสรรเงินอุดหนุนแก่พื้นที่ต่างๆ ในลักษณะผูกผันกับศักยภาพในการจัดเก็บเงินของรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายงบประมาณและให้ทุกแห่งมีเงินเพียงพอในการจัดบริการ

ขั้นตอนการซื้อบริการ หากบทบาทซื้อและให้บริการอยู่ในองค์กรเดียวกันขั้นตอนนี้ก็เป็นการจัดสรรงบประมาณปกติ แต่ระบบที่มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีหน่วยงานกลางมาทำหน้าที่ในการกำหนด รูปแบบและอัตราการจ่าย รวมถึงการประมวล และตรวจสอบการเบิกจ่าย

## เอกสารอ้างอิง

- Carrin, G. and Hanvoravongchai, P. (2003) Provider payments and patient charges as policy tools for cost containment: How successful are they in high-income countries?, *Human Resource for Health*, 1, 1-10.
- Gottret, P. and Schieber, G. (2006) *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, Washington DC, The World Bank.
- Gottret, P., Schieber, G. and Waters, H. (Eds.) (2008) *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low-and Middle-Income Countries*, The World Bank, Washington DC.
- Jemai, N., Thomson, S. and Mossialos, E. (2004) An overview of cost sharing for health services in the European Union, *Euro Observer*, 6, 3: 1-3.
- Kutzin, J. (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, *Health Policy*, 56, 171-204.
- Langenbrunner, J. C. and Liu, X. (2004) *How to pay? Understanding and using incentives*, Washington, DC, World Bank.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J. (Eds.) (2002) *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham.



Thomson, S., Foubister, T. and MOssialos, E. (Eds.) (2009) *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses*, World Health Organization, Copenhagen.

WHO (2000) *The World Health Report 2000: Health System: Improving Performance*, Geneva, World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2006) *Approaching health financing policy in the WHO European region. Paper prepared for the WHO Regional Committee for Europe, fifty-sixth sessions, Copenhagen, 11-14 September, 2006*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

National Institution of Population and Social Security Research (2007) *Social Security in Japan*, Tokyo, National Institution of Population and social Security Research.





## บทที่ 3

### การอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุข : กรณีศึกษาสี่ประเทศ

ในบทนี้จะมุ่งศึกษาบทบาทของผู้ทำหน้าที่อภิบาลระบบในระดับประเทศ ซึ่งจะเป็นผู้ออกแบบและทบทวนรูปแบบการจัดกลไกการบริหารและกำกับการคลังระบบสาธารณสุข เพื่อใช้ในการชี้ทิศทางและกำกับให้การดำเนินการทางการคลังระบบสาธารณสุขไปในตามเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของประเทศ (นโยบายสุขภาพ) รวมถึงการศึกษาโครงสร้างและศักยภาพกระบวนการวางแผนและกำกับทิศทางระบบการคลังสุขภาพที่สังเคราะห์จากกระบวนการดำเนินการจริงในบริบทที่แตกต่างกัน โดยใช้กรณีศึกษาจากประเทศที่ได้ดำเนินการเรื่องหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมดจนสำเร็จแล้ว

อภิบาล (Govern) เป็นคำมาจากภาษากรีกซึ่งแปลว่าการควบคุมทิศทางของพาหนะ (Steer) ความหมายที่ใช้ในปัจจุบันหมายถึง การปกครองโดยอำนาจ การควบคุมและกำกับ หรือการกำกับทิศทาง ซึ่งแนวทางอาจเป็นการรวบอำนาจ วิธีการประชาธิปไตย การใช้ความรู้ หรือวิธีอื่นๆก็ได้ (Storey et al: 2008) มีทฤษฎีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายการจัดการสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารองค์กร (agent) กับเจ้าของ (principal) ในการบริหารองค์กร เพื่อให้องค์กรมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งเจ้าของอาจมีการกำกับอย่างเข้มงวด (control) หรือให้อิสระในการดำเนินการโดยกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ (Steward) ในบริบทที่ต่างกันไป

การอภิบาล (Governance) ในความหมายที่ใช้กันโดยทั่วไปในปัจจุบันนั้น มีความหมายแคบลง โดยมักใช้กับกระบวนการใช้อำนาจของผู้มีอำนาจหรือเจ้าของในการกำกับการทำงานของผู้ดำเนินการหรือหน่วยงานดำเนินการ โดยมีวิธีการกำกับทิศทางแบบให้อิสระแก่ผู้ดำเนินการหรือหน่วยงานดำเนินการในการตัดสินใจและรับผิดชอบการดำเนินงาน โดยต้องต้องตอบสนองต่อเป้าประสงค์ของผู้มีอำนาจหรือเจ้าของ ทั้งนี้เมื่อธุรกิจก้าวข้ามจากธุรกิจครอบครัวมาสู่การมีเจ้าของหลายคนเป็นหุ้นส่วน (Share holders) หรือการเป็นบริษัทมหาชนทั้งในประเทศและธุรกิจข้ามชาติ การอภิบาลองค์กรก็มีความซับซ้อนตามไปด้วย เพื่อจัดการความสัมพันธ์ระหว่าง เจ้าของ ผู้ถือหุ้น กรรมการบริษัท ผู้จัดการ และ ผู้ที่เกี่ยวข้องภายนอกบริษัท (Stake holders)

เมื่อนำมาคำว่า การอภิบาลมาใช้กับหน่วยงานของรัฐก็จะมีนัยคล้ายกันคือเป็นการตรวจสอบการใช้อำนาจบริหารให้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของรัฐและส่วนรวม ซึ่งหมายรวมถึง การมอบอำนาจตัดสินใจ การตั้งความคาดหวังที่จะได้จากหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการ และการกำกับผลลัพธ์



การอภิบาลระบบการคลังสุขภาพ ในความหมายอย่างแคบอาจเป็นเพียงการกำกับให้หน่วยงานที่มีบทบาทในระบบการคลังสุขภาพทุกหน่วยงานมีการอภิบาลองค์กร (Corporate governance) ที่เป็นไปตามกรอบแนวทางการอภิบาลที่ดี (good governance) แต่ในความหมายอย่างกว้างนั้น หมายรวมถึง System governance ซึ่งเป็นการกำกับทิศทางที่มุ่งตอบสนองประชาชนตามนโยบายสุขภาพ ดังนั้นจึงครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการปรึกษาหารือ ตัดสินใจ การจัดรูปแบบองค์กร การบังคับใช้กฎหมาย วิธีการบริหารจัดการ การติดตามกำกับ ตรวจสอบเพื่อให้ระบบ “ทำงาน” ได้จริง ตามนโยบายที่กำหนด (Cichon: 2000) ธนาคารโลก (The World Bank 2008) ก็ให้คำจำกัดความคล้ายกันว่า การอภิบาลระบบหมายถึงกระบวนการซึ่งผู้มีอำนาจหน้าที่ในประเทศปฏิบัติให้บรรลุภารกิจอย่างเป็นระบบหรือโดยขนบธรรมเนียม ทั้งนี้รวมถึง (1) กระบวนการในการตัดสินใจ กำกับ และเปลี่ยนแปลง (2) ชีตความสามารถของรัฐบาลในการบริหารจัดการทรัพยากรและการดำเนินการตามนโยบายที่ต้องการ (3) ความเชื่อมั่นของประชาชนในชาติ ต่อองค์กรที่ทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

การอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุขในบทนี้จะใช้ความหมายอย่างกว้างซึ่งรวมทั้ง system governance และการกำกับให้เกิด Corporate governance ที่ดี

### 3.1 การกำกับให้เกิดการอภิบาลองค์กรที่ดี

ผู้ที่ทำหน้าที่อภิบาลในระดับองค์กรคือเจ้าขององค์กร แต่ในกรณีของบริษัทที่มีผู้ถือหุ้นจำนวนมากหรือบริษัทมหาชน จำเป็นต้องมีตัวแทนของเจ้าของในรูปแบบคณะกรรมการทำหน้าที่อภิบาลองค์กรแทนผู้ถือหุ้นทุกคน ถ้ากรรมการบริหารองค์กรไม่มีประสิทธิภาพ หรือมีผลประโยชน์ทับซ้อน ก็จะทำให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร และขยายไปเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจของประเทศหรือของโลกได้ ดังนั้นจึงมีความพยายามจะกำหนดกรอบการอภิบาลองค์กรที่ดี เพื่อให้ประเทศต่างๆนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างกฎหมายของแต่ละประเทศ ที่อาจมีความแตกต่างกันในรายละเอียดได้ กรอบที่เป็นที่อ้างอิงอันหนึ่งคือ กรอบข้อเสนอแนะของ OECD ซึ่งกล่าวโดยสรุปว่าการอภิบาลองค์กรที่ดีนั้นต้องอยู่บนหลักการสำคัญ 6 ประการ (OECD: 2004) คือ

- I) การอภิบาลต้องอยู่บนระบบที่สนับสนุนความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ ถูกกฎหมาย และมีการเชื่อมโยงอย่างชัดเจน ระหว่างที่ปรึกษา ผู้กำกับ และ ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจ
- II) การอภิบาลต้องปกป้องสิทธิของผู้ถือหุ้น(เจ้าของ)และสนับสนุนการใช้สิทธิของผู้ถือหุ้น
- III) การอภิบาลต้องดูแลหุ้นส่วนทุกรายอย่างเสมอภาค ซึ่งรวมถึงผู้ถือหุ้นเสียงข้างน้อย และผู้ถือหุ้นชาวต่างชาติ
- IV) การอภิบาลต้องยอมรับบทบาทของผู้ร่วมงาน โดยเฉพาะพนักงานลูกจ้าง ซึ่งอาจเป็นการกำหนดโดยกฎหมาย ข้อตกลงร่วม รวมถึงการสร้างบรรยากาศในการร่วมกัน



ทำงานอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดความมั่งคั่งขององค์กร มีการเติบโตสร้างงานใหม่  
เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่ดีและมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง

- V) การอภิบาลต้องทำให้เกิดการเปิดเผยและโปร่งใสในเรื่องสถานการณ์ทางการเงิน  
ผลสัมฤทธิ์ ผู้เป็นเจ้าของ และระบบการอภิบาลขององค์กร
- VI) การอภิบาลต้องทำให้มีคณะกรรมการขององค์กรที่สามารถในการกำหนดยุทธศาสตร์  
ขององค์กร และ การกำกับองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อ  
องค์กรและผู้ถือหุ้น

สำหรับองค์กรสาธารณสุขที่มีอิสระในการบริหาร เช่น Primary Care Trust, Strategic  
health authority ในประเทศอังกฤษนั้น คณะกรรมการขององค์กรจะมีจำนวนหนึ่งที่ได้มาจาก  
บุคคลทั่วไป ในฐานะ ผู้เชี่ยวชาญ ตัวแทนผู้ป่วย ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุข และ  
ตัวแทนประชาชน (ตัวแทนผู้ถือหุ้นในกรณีองค์กรเอกชน) คณะกรรมการนี้จะทำหน้าที่การควบคุม  
การดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคลต่าง ๆ รวมทั้ง  
กำหนดความรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่นั้น ตลอดจนกำหนดวิธีการกำกับและ  
ควบคุมการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานมีความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพสูงสุด

### 3.2 การอภิบาลระบบสาธารณสุข (System governance)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ารัฐบาลของทั้งประเทศพัฒนาแล้วและ  
ประเทศกำลังพัฒนามีบทบาทในการดำเนินการระบบสุขภาพมากขึ้น ทำให้เกิดการด้อย  
ประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอจากนักวิจัย และองค์กรระหว่างประเทศ (Saltman, 2004; Figueras,  
2005) ให้รัฐบาลทำหน้าที่ “พายเรือน้อยลงและถือหางเสือเรือมากขึ้น (row less and steer more)”  
การ “ถือหางเสือเรือ” นั้นหมายถึงการอภิบาลระบบ การกำหนดวิสัยทัศน์และนโยบายระดับ  
ยุทธศาสตร์ของประเทศ ส่วน “การพายเรือ” นั้นเปรียบเสมือนการทำงานระดับปฏิบัติการให้บรรลุ  
ตามวิสัยทัศน์ที่กำหนด การลดภารกิจประเภท “การพายเรือ” จะทำให้รัฐบาลมีเวลาและกำลังใน  
การทุ่มเทกับเรื่องยุทธศาสตร์มากขึ้น ดังนั้น ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จึงมีคลื่นการเปลี่ยนแปลง  
ภารกิจของรัฐบาลในระบบสุขภาพ โดยกระจายภารกิจการบริหารระบบ (บริการ) สุขภาพไปสู่  
หน่วยงานอิสระ กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ ประกันสุขภาพภาคเอกชน รัฐบาลท้องถิ่น และภาค  
ประชาสังคม จากประสบการณ์ในยุโรปพบว่าเมื่อเริ่มดำเนินการปรับปรุงภารกิจของกระทรวงที่  
รับผิดชอบต่องานสาธารณสุข ให้ทำหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ หน่วยงาน  
กลางเหล่านี้มักยังไม่พร้อมทั้งในด้านโครงสร้างและแนวคิดของบุคลากร (Figueras, 2005)  
เนื่องจากหน่วยงานมักเคยชินกับการบริหารในระดับจุลภาคและการจัดบริการสาธารณสุข ทำให้  
ละเลยการบริหารนโยบายในระดับมหภาค





องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำความสำคัญของการอภิบาลระบบอีกครั้งในรายงานประจำปี 2007 (WHO, 2007) หลังจากเปิดประเด็นเรื่องนี้ในปี 2000 (WHO, 2000) โดยให้ความสำคัญของ กลไกการอภิบาลระบบ ว่าเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของระบบบริการสุขภาพ และเน้นภารกิจของ การอภิบาลระบบในระดับประเทศ ว่าประกอบด้วยชุดของกิจกรรมดังตารางที่ 3.1

### ตารางที่ 3.1 ภารกิจของการอภิบาลระดับประเทศ (system governance and leadership)

<p>การกำกับนโยบาย:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- กำหนดยุทธศาสตร์รวมของระบบ นโยบายระดับเทคนิค และวิสัยทัศน์</li><li>- กำหนดบทบาทภารกิจของภาครัฐ ภาคเอกชน และอาสาสมัคร</li></ul> <p>การบริหารองค์ความรู้ (Intelligent) และการกำกับดูแล (oversight)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- สร้างข้อมูลสารสนเทศ วิเคราะห์ ใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส</li><li>- ติดตาม กำกับดูแลผลกระทบของนโยบายสุขภาพ</li></ul> <p>การประสานงานและสร้างเครือข่ายการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ในระหว่างหน่วยงานในรัฐบาลและผู้เกี่ยวข้องภายนอก</li></ul> <p>การกำกับและการสร้างแรงจูงใจที่ยุติธรรมกับทุกฝ่าย</p> <p>การออกแบบระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ต้องเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ โครงสร้างการบริการ ลดการซ้ำซ้อน และการแยกส่วน รับผิดชอบต่อประชาชน (ความโปร่งใส)</li></ul>
--

ที่มา : WHO (2007)

### 3.3 การอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุข

การอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของการอภิบาลระบบโดยรวม กระบวนการการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขรวมถึงการเตรียมการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับ ยุทธศาสตร์ เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีบริหารระบบ หรือปรับเปลี่ยนระเบียบหรือกฎหมายบางส่วน ดังนั้น กระบวนการอภิบาลจึงครอบคลุมทั้งความเข้าใจขีดความสามารถ ความจำกัดของทรัพยากร สาธารณสุข ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในการทำให้ประชาชนมี สุขภาพดีขึ้น รวมถึงโดยครอบคลุมไปถึงส่วนเกี่ยวข้องอื่นนอกเหนือจากระบบสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดและผลกระทบจากกลไกการเมือง การวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และการเงินการ คลังในภาคส่วนอื่น เป็นต้น เพื่อให้สามารถกำหนดทิศทางการอภิบาลระบบให้เป็นไปตามนโยบาย และเป้าหมาย





การอภิบาลระบบการคลัง (ILO, 2007a) ในทางปฏิบัติแตกต่างกับการกำกับการบริหารการคลังในหลายมิติดังรายละเอียดในตารางที่ 3.2 ทั้งกิจกรรมที่ดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ ระยะเวลาการดำเนินการ และ ประเภทของสารสนเทศ

ตารางที่ 3.2 ความหมายของการบริหารการคลังและการอภิบาลทางการคลัง

การบริหารการคลัง	การอภิบาลระบบการคลัง
กระบวนการทำงานตามวัตถุประสงค์ การปฏิบัติตามข้อกำหนดในระเบียบกฎหมาย เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- การลงทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิ</li> <li>- การตรวจสอบสิทธิ</li> <li>- การชดเชยค่ารักษาพยาบาล และกระบวนการตรวจสอบ</li> <li>- การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล</li> <li>- การกระจายทรัพยากร</li> </ul>	กระบวนการทำงานตามวัตถุประสงค์ การปฏิบัติในกรอบที่กว้างกว่ารวมถึง นโยบายการเงินการคลัง เศรษฐกิจและสังคม <ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นดูผลลัพธ์ของการบริหารการคลังสาธารณสุข</li> <li>- การวางแผนและจัดงบประมาณ</li> <li>- การพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์ เช่น ปรับเงินสมทบ กลไกการจ่าย การลงทุน ประสานนโยบายระหว่างกระทรวง</li> </ul> การกระจายอำนาจ การกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม
ระยะเวลา เกี่ยวข้องกับ ปัจจุบัน และอนาคตอันใกล้มักไม่เกิน 1 ปี	ระยะเวลา ครอบคลุม อดีต ปัจจุบัน อนาคตทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว
ประเภทของสารสนเทศ รายงานการดำเนินการประจำปี	ประเภทของสารสนเทศ สถิติทั้งจากข้อมูลรายงาน และการสำรวจ

ปรับจาก : Scholz (2549)<sup>1</sup>

ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข เปลี่ยนแปลงตามปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงการอภิบาลระบบ (Cichon: 2004) ในทางปฏิบัติครอบคลุมตั้งแต่ การออกแบบและการปรับปรุงระบบซึ่งเป็นการกำหนดจำนวนประชากรที่จะครอบคลุม การกำหนดสิทธิประโยชน์ วิธีการและคุณภาพการบริหารจัดการเป็นตัวบ่งชี้ว่าประชาชนจะได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่กำหนดในกฎหมายหรือไม่ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ความต้องการของ

<sup>1</sup> Scholz (2549) Powerpoint Presentation: "Integrated Financial Monitoring of the Health System of Thailand". Bangkok, March 2006.



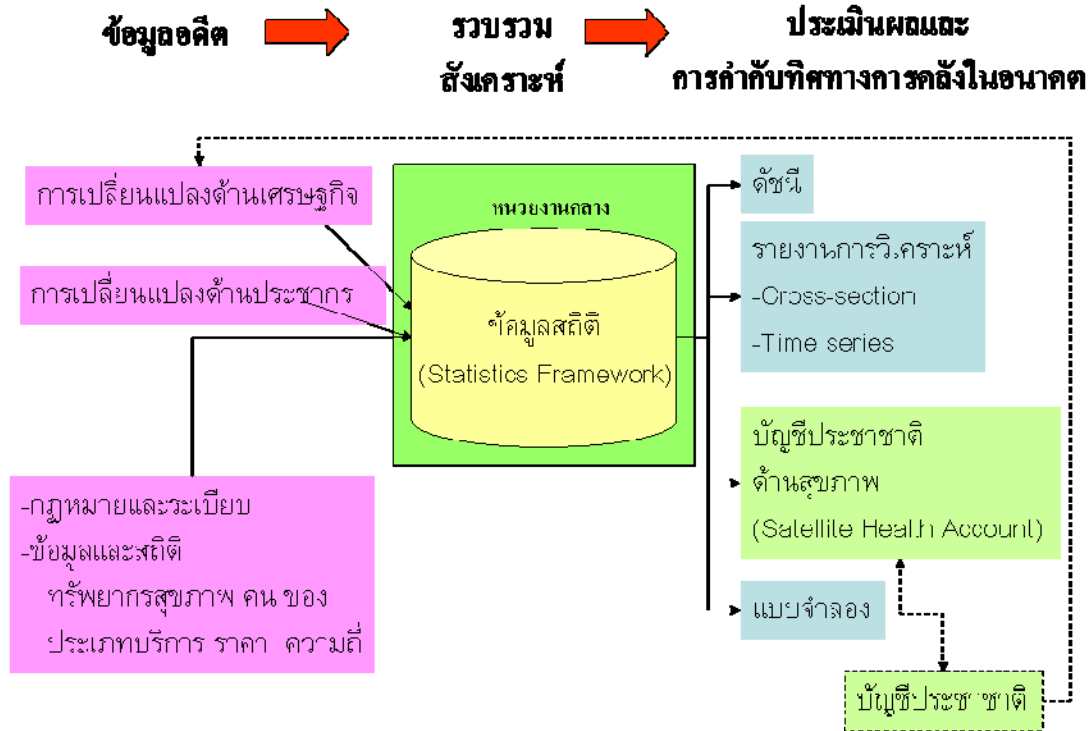
ประชาชนด้านสาธารณสุขยังเป็นปัจจัยเสริม ซึ่งต้องมีการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เป็นสถิติเพื่อตอบคำถาม 5 ประการ คือ ครอบคลุมอะไรบ้าง ครอบคลุมใครบ้าง ใครจ่ายสำหรับอะไร ใครให้บริการอะไร และวิธีการจ่ายเป็นอย่างไร สถิติในที่นี้หมายถึงรวมถึง สถิติภายในประเทศที่จำเป็นทั้งหมดในการวางแผนและการงบประมาณ ซึ่งได้มาจากทั้งกองทุนประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและประกันสุขภาพภาคเอกชน รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ เป็นผู้จ่ายเงินเข้าสู่ระบบบริการ ข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ซึ่งมีรายละเอียดถึงระดับสถิติของกระบวนการภายใน คือ ปริมาณและราคาของปัจจัยนำเข้าและผลผลิตย่อย เช่น จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากรสาธารณสุข จำนวนและประเภทการสั่งยา และราคาต่อหน่วย เป็นต้น ข้อมูลสถิติอื่น เช่น ข้อมูลด้านประชากร สถานการณ์ตลาดแรงงาน บัญชีประชาชาติ รวมถึง การสำรวจเฉพาะเรื่อง ก็จำเป็นสำหรับการอภิบาลระบบเช่นกัน

ข้อมูลที่จัดเก็บซึ่งเป็นข้อมูลในอดีตเหล่านี้เหล่านี้ต้องอยู่ในรูปแบบที่เป็นมาตรฐานในคลังสถิติ เพื่อให้สามารถนำมาสร้าง"แบบจำลอง"ผลกระทบทางการคลังสาธารณสุขสำหรับประกอบการจัดทำนโยบายทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ทั้งเรื่องที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว หรือเตรียมการดำเนินการ โดยคำนึงถึงปัจจัยผลักดันทั้งทางด้านอุปสงค์ และ อุปทานของระบบบริการสาธารณสุข "แบบจำลอง"ดังกล่าวสามารถคำนวณได้ง่ายเพียงบรรทัดเดียวเพื่อประกอบข้อเสนอทางนโยบาย ว่าต้องใช้งบประมาณเท่าใดในการดำเนินการตามนโยบายที่กำหนด แต่การประมาณการง่าย ๆ นี้ต้องแลกกับความเสี่ยงว่าอาจตัดสินใจผิดซึ่งนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพของประชาชนรวมทั้งสถานการณ์คลังของรัฐบาล

ในประเทศที่มีระบบการอภิบาลการคลังระดับประเทศที่ดี เช่น ประเทศในกลุ่ม OECD จะมีการพัฒนาแบบจำลองที่ต้องมีข้อมูลความสัมพันธ์จำนวนมากในลักษณะสมการทางคณิตศาสตร์หรือเศรษฐศาสตร์ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลสถานการณ์บริการสาธารณสุขในปัจจุบันและกำหนดสมมติฐานที่เหมาะสมสำหรับประมาณการผลกระทบทางการคลังในอนาคตของเป้าหมายทางนโยบายสาธารณสุข จากนั้น การกำกับนโยบายสามารถทำได้ด้วยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับเป้าหมายในแบบจำลอง รวมทั้งการเบี่ยงเบนการคลังสาธารณสุขที่เกิดขึ้น (แผนภาพที่ 5.1) การประมวลผลและแปลผลที่ได้จากแบบจำลอง เพื่อนำเสนอ และกำกับติดตาม สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ในแบบจำลอง วิเคราะห์สาเหตุความแตกต่างเพื่อนำเสนอแนวทาง การแก้ไขเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย หรือปรับปรุงแบบจำลองรวมถึงเปรียบเทียบกับสถิติของประเทศอื่นที่ได้จากองค์การระหว่างประเทศ เช่น บัญชีประชาชาติค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศ เป็นต้น



แผนภาพที่ 3.1 แสดงประเภทของข้อมูลสถิติและลักษณะสารสนเทศที่นำไปใช้ประโยชน์



### 3.4 การอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุขในต่างประเทศ

การทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศนี้ ได้คัดเลือกประเทศที่ได้มีการนำเสนอใน บทที่ 2 ซึ่งมีการจัดบริการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรในประเทศ ทั้งที่ใช้ระบบภาษี (National health services system) และที่ใช้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Social health insurance) นอกจากนี้ ยังคำนึงถึงวิธีการกำกับดูแลการจัดบริการว่าเป็นไปในลักษณะการจัดการจากส่วนกลาง หรือกระจายอำนาจการจัดการ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งสองมิติจึงได้เลือกประเทศตัวอย่างจำนวน 4 ประเทศ คือ สหราชอาณาจักร (อังกฤษ) แคนาดา เยอรมันนี และญี่ปุ่น

ตารางที่ 3.3 แสดงตัวอย่างประเทศตามกลไกการจัดการคลังระบบสาธารณสุข

		การควบคุมกำกับระบบ	
		การจัดการจาก ส่วนกลาง	การจัดการระดับพื้นที่
การคลังสาธารณสุข	ใช้ระบบภาษี	อังกฤษ	แคนาดา
	ใช้ระบบประกัน ประกันสุขภาพภาค บังคับ	ญี่ปุ่น	เยอรมันนี



ในกลุ่มประเทศที่ใช้ระบบภาษี อังกฤษเป็นประเทศที่ใช้วิธีการบริหารโดยหน่วยงานของรัฐบาลกลาง อันเนื่องมาจากประวัติศาสตร์ในตอนเริ่มต้น การจัดระบบบุคลากรทางสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ ไม่ต้องการอยู่ในสังกัดของราชการส่วนท้องถิ่น ในขณะที่แคนาดารัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการระบบประกันสุขภาพของแต่ละจังหวัดมาเองตั้งแต่ต้น ในส่วนของเยอรมันนี่ซึ่งเป็นที่กำเนิดของระบบประกันสังคมก็พัฒนาระบบมาจากระบบการช่วยเหลือกันในสมาคมอาชีพ (Guild) และขยายมาเป็นองค์กร Sickness Funds และองค์กรของวิชาชีพสาธารณสุขทำหน้าที่ต่อรองกันในการจัดบริการ โดยให้รัฐบาลท้องถิ่นกำกับ แต่ประเทศญี่ปุ่นซึ่งได้นำเอาระบบของเยอรมันมาใช้ และมีกองทุนจำนวนมาก แต่รัฐบาลญี่ปุ่นได้สร้างราคาค่าบริการกลางของประเทศ และตั้งหน่วยงานกลางขึ้นมา 2 หน่วยงานเพื่อทำหน้าที่คิดราคาค่าบริการ ตรวจสอบบริการรักษาที่ให้ รวมทั้งเรียกเก็บเงินจากทุกกองทุนเพื่อจ่ายให้ทุกสถานพยาบาล ซึ่งมีผลเสมือนมีกองทุนเดียวที่รัฐบาลกลางมีอำนาจ ในการกำกับราคาค่าบริการ

### 3.4.1 ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษเป็นส่วนหนึ่งของสหราชอาณาจักร ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเทศ คือ อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือ โดยทั้ง 4 ประเทศ มีความเป็นอิสระต่อการดำเนินการดำเนินนโยบายภายใน ซึ่งการดำเนินการด้านสาธารณสุขเป็นหนึ่งในนโยบายที่แต่ละประเทศจะกำหนดรายละเอียดเอง ประเทศอังกฤษใช้ระบบประมาณรัฐบาลในการจัดบริการ (tax-based system) แม้ว่าจะมีการเก็บภาษีในลักษณะ Earmarked tax สำหรับบริการสาธารณสุข แต่เป็นเพียงส่วนน้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณรัฐบาลที่ใช้ในการจัดระบบบริการ งบประมาณของบริการสาธารณสุขจัดทำเป็นงบประมาณระยะ 3 ปี การกำหนดนโยบายการคลังสาธารณสุขอยู่ใน 2 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) ซึ่งรับผิดชอบงานสาธารณสุข สวัสดิการสังคม และบริการสาธารณสุข (National Health Service) และกระทรวงการคลัง (Her Majesty's Treasury )

### โครงสร้างการจัดบริการสาธารณสุข

ระบบบริการสาธารณสุขของอังกฤษส่วนใหญ่เกิดในสถานบริการที่ภาครัฐเป็นผู้จัดการ ภายใต้การดำเนินการของ National Health Service (NHS) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการแยกบริการปฐมภูมิและบริการในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน General practitioners (GP) เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิ ส่วนบริการที่ซับซ้อนจะถูกส่งต่อไปรับบริการยังโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีการบริหารเป็นอิสระต่อกันจำนวน 204 NHS trust ทั้งนี้ประชาชนที่ไปรับบริการยังโรงพยาบาลเอกชน จะต้องจ่ายเงินเอง



Primary Care Trust (PCT) ซึ่งเป็นหน่วยงานกึ่งอิสระของรัฐบาลกลางในระดับพื้นที่ มีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุข (Commissioning) ให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ทั้ง บริการในชุมชน บริการปฐมภูมิโดย GP และบริการโรงพยาบาลทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

## กลไกการอภิบาลระบบ

ประเทศอังกฤษมีการอภิบาลระบบโดยมีการตรวจสอบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ในทุกขั้นตอน แม้ว่าประเทศอังกฤษจะใช้รัฐบาลกลางในการบริหารระบบสาธารณสุข แต่ในทางปฏิบัติ สถานพยาบาลรัฐทั้งหมดเป็นหน่วยงานอิสระที่เรียกว่า NHS trust โดยมีคณะกรรมการโรงพยาบาล ที่แต่งตั้งจากประชาชนมาร่วมกำหนดทิศทางกับผู้บริหารที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกทางราชการ PCT ซึ่งมีภารกิจในการจัดบริการในพื้นที่โดยประสานงานกับประชาชน รัฐบาลท้องถิ่น และ หน่วยบริการในพื้นที่ ก็ต้องมีคณะกรรมการของ PCT ซึ่งทำหน้าที่กำหนดแนวทาง และกำกับการดำเนินงานของ PCT โดยประธานคณะกรรมการจะแต่งตั้งโดยรัฐมนตรี จากรายชื่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมในพื้นที่นั้น

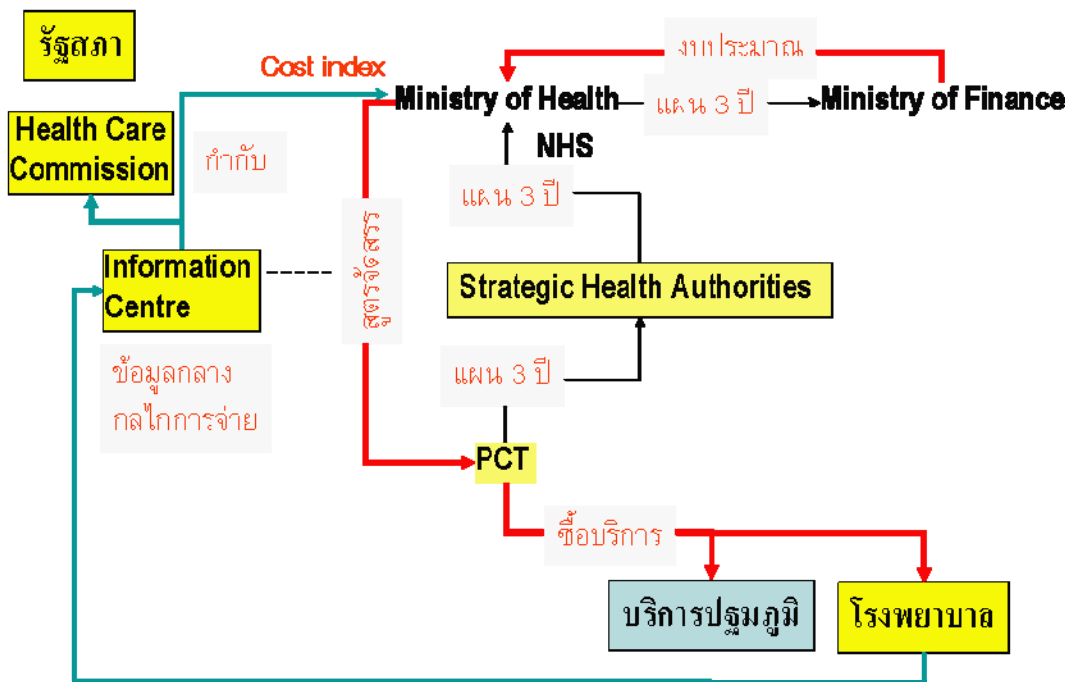
การจัดทำงบประมาณด้านสาธารณสุขเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โดย PCT จะทำแผน 3 ปี ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและความจำเป็นด้านสาธารณสุขในพื้นที่ จากนั้น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลังจะพิจารณาภาพรวม โดยทุกสองปีกระทรวงการคลังจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้จ่ายของหน่วยงานของรัฐในสามปีข้างหน้า เมื่องบประมาณสามปีได้รับการเห็นชอบแล้ว กระทรวงสาธารณสุขต้องทำ public service agreement กับกระทรวงการคลัง ซึ่งจะกำหนดเป้าหมายผลงานและงบประมาณที่จะได้รับทุกสามปี จากนั้น PCT จะได้รับงบประมาณเป็นรายปีตาม Allocation formula ซึ่งแยกเป็นบริการปฐมภูมิ ค่ายาสำหรับบริการปฐมภูมิและบริการในชุมชน บริการโรงพยาบาล และบริการ AIDS โดย PCT สามารถคลุกงบประมาณจากทุก formula เพื่อจัดทำรายละเอียดการจ่ายเงินเพื่อจัดบริการ โดยยึดหลักเกณฑ์ราคาที่กำหนดจากส่วนกลาง เช่น อัตราเงินเหมาจ่ายที่ต้องจ่ายให้ GP ราคา ยา และ Healthcare resources groups (HRG) ที่ต้องจ่ายให้โรงพยาบาล เป็นต้น เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายให้ PCT บริหารจัดการเฉพาะปริมาณและคุณภาพบริการ ไม่ต้องยุ่งเกี่ยวกับกลไกราคา

กลไกราคาจะพัฒนาโดย Information center ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลจากสถานพยาบาล การพิจารณาเทคโนโลยีใหม่เข้าสู่สิทธิประโยชน์ รวมทั้งแนวทางการรักษา จะมีสถาบันอิสระ ชื่อ National Institute of clinical excellence (NICE) เป็นผู้ดำเนินการ ประเทศอังกฤษยังได้จัดตั้ง Care commission เพื่อทำหน้าที่ดูแลมาตรฐานของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีกำหนดวิธีการสำรวจ การสำรวจให้คะแนนผลสัมฤทธิ์



ซึ่งนำไปใช้ในการกำหนดเงินเพิ่มเป็นรางวัลกับสถานพยาบาลที่มีผลงานเชิงปริมาณและคุณภาพได้  
ตามเป้าหมายที่กำหนด

แผนภาพที่ 3.2 กลไกการอภិบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศอังกฤษ





### 3.4.2 ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดาแบ่งการปกครองเป็น 13 จังหวัดและเขตปกครอง (territory) รัฐบาลจังหวัดมีบทบาทหลักในการดำเนินการบริหารจัดการระบบสุขภาพภายในจังหวัด โดยกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละจังหวัดจะมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย วางแผนและบริหารการจัดบริการสาธารณสุขทั้งบริการปฐมภูมิ บริการในโรงพยาบาล และการให้บริการที่บ้านรวมถึงยา จัดหางบประมาณและกระจายทรัพยากรต่อรองคำตอบแทนกับบุคลากร

#### โครงสร้างการจัดบริการสาธารณสุข

ระบบบริการสาธารณสุขของแคนาดาเป็นระบบที่ให้บริการโดยโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นองค์กรที่ไม่แสวงกำไร (nonprofit organization) แม้ว่าบริการปฐมภูมิจะดำเนินการโดยแพทย์ที่ประกอบอาชีพอิสระแต่มีสัญญาให้บริการกับกองทุนประกันสุขภาพของจังหวัด โดยมีการต่อรองงบประมาณซึ่งมักเป็นการเหมาจ่ายจากกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดทุกปี ปัจจุบันแคนาดาพยายามปรับปรุงระบบบริการโดยให้มีเอกชนร่วมลงทุนให้บริการ (Public Private partnership) แต่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้น

กระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง (Federal Ministry of Health) ทำหน้าที่กำกับการจัดบริการและสถานการณ์สาธารณสุขของประเทศ สนับสนุนงบประมาณให้กับรัฐบาลจังหวัดตามพันธะใน Canadian Health Act ดำเนินการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวิจัยทางสุขภาพ และ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริหารระบบประกันของประชากรบางกลุ่ม คือ บริการสาธารณสุขของทหาร ตำรวจชายแดน ประชาชนพื้นเมือง (First nation) และผู้ต้องขัง

กระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลจังหวัด จะแบ่งเขตรับผิดชอบย่อยเป็น Regional health authority (RHA) โดยทำหน้าที่ทั้งจัดสรรงบประมาณและรับผิดชอบการจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาล, คลินิก, health units และบ้านพักคนชรา (residential facilities) RHA บริหารโดยทีมบริหาร (Executive team) โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการร่วมกับรัฐบาลจังหวัด ทั้งงานรักษาพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาล พื้นฟูสุขภาพ ยา ชันสูตรโรค พื้นฟูสุขภาพ งานเยี่ยมบ้าน และงานพัฒนาคุณภาพบริการ รวมถึงงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

#### กลไกการอภิบาลระบบ

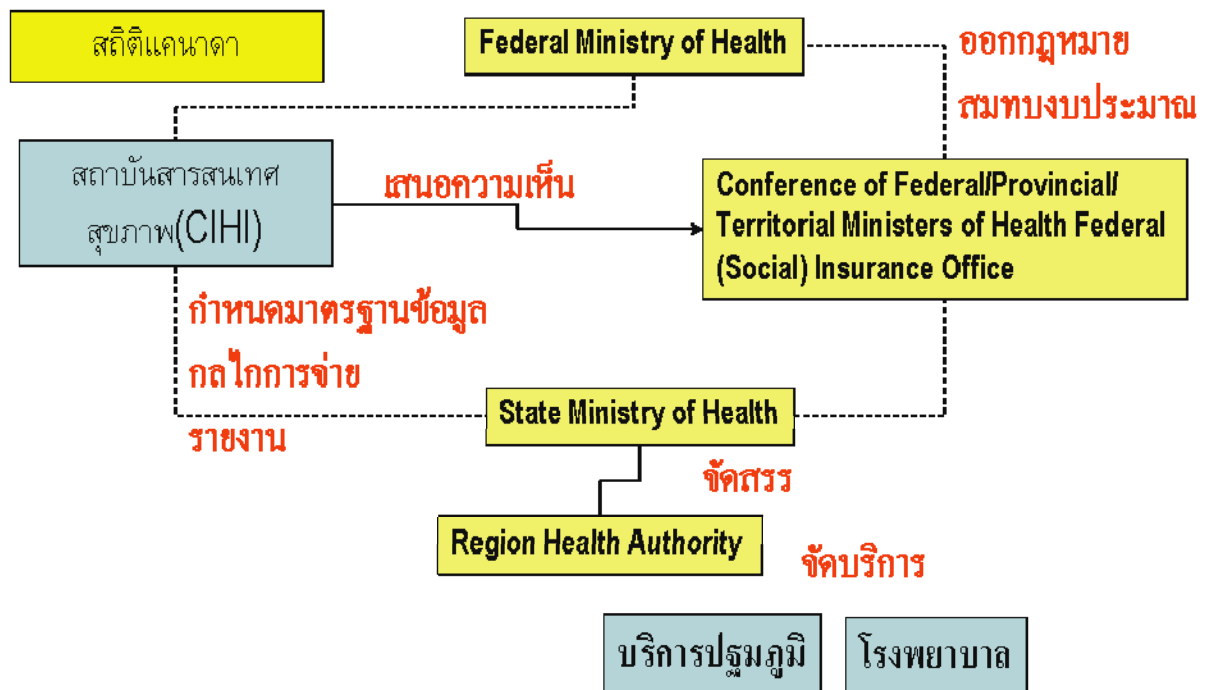
ในระดับ Regional Health Authority (RGA) รัฐบาลจังหวัด เป็นผู้แต่งตั้ง Directors Board จากอาชีพต่าง ๆ เพื่อทำหน้าที่ร่วมกับทีมบริหารของ RHA ในกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และคุณค่าของ health authority เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดี ในราคาที่เหมาะสม และระบบบริการมีความยั่งยืน ทั้งนี้ RHA และสถานพยาบาลต้องส่งข้อมูลการให้บริการที่มีการกำหนด



มาตรฐานทั้งข้อมูลคลินิก ข้อมูลการเงิน และสถิติอื่นให้รัฐบาลจังหวัด และหน่วยงานกลางด้านข้อมูลของประเทศ

ในระดับประเทศมีคณะกรรมการร่วมของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัดและรัฐบาลกลางทำหน้าที่ในกำหนดทิศทางนโยบายประเทศ และการประสานการทำงานระหว่างจังหวัด โดยคณะกรรมการร่วมที่สำคัญคือ Conference of Federal/Provincial/Territorial Ministers of Health และ Conference of Federal, Provincial and Territorial Deputy Ministers of Health โดยมีการจัดตั้งคณะทำงาน advisory committee เพื่อจัดทำข้อเสนอ และพิจารณาจากรายงานและข้อเสนอของหน่วยงานอิสระ (arm's-length intergovernmental agencies) ที่สำคัญคือ Canadian Institute of Health Information (CIHI) ซึ่งเป็นสถาบันอิสระที่มีตัวแทนของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น เป็นกรรมการ ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลคลินิกและข้อมูลการเงิน เพื่อจัดทำรายงานทางการเงินการคลังให้สถานพยาบาล รัฐบาลทุกระดับและประชาชน ข้อมูลนี้ยังนำมาใช้พัฒนาคลังการจ่ายเงิน สถานพยาบาล และการจัดทำรายงานรายจ่ายสุขภาพของประเทศด้วย ในส่วนที่เป็นข้อมูลที่ต้องทำการสำรวจจะเป็นบทบาทของสำนักงานสถิติแคนาดา

แผนภาพที่ 3.3 กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศแคนาดา







### 3.4.3 ประเทศเยอรมันนี

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน มีประชากรประมาณ 82 ล้านคน แบ่งการปกครองเป็น 16 รัฐ โดยการบริหารส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการภายในรัฐ ยกเว้นกิจการต่างประเทศ กลาโหม การคลัง การคมนาคมทางอากาศ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับทุกรัฐ

#### โครงสร้างการจัดบริการสาธารณสุข

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเยอรมันโดยกฎหมายแต่เดิม มีการแบ่งการให้บริการ Ambulatory care กับ hospital care แยกกันอย่างชัดเจน โดยบริการ Ambulatory care มีทั้ง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยไม่มีระบบ gate keeper ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ โรงพยาบาลมีเฉพาะผู้ป่วยใน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะไม่ได้ทำงานใน Ambulatory care รัฐบาลได้ส่งเสริมให้เกิดระบบ gate keeper โดยกำหนดในกฎหมายให้ sickness fund สามารถจัดทำ special contract ให้มีระบบบริการปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ gate keeper และโรงพยาบาลสามารถจัดบริการ OP สำหรับ specialist ได้

โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ แต่จากนโยบายการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีการปฏิรูปการบริหารโรงพยาบาลรัฐไปเป็นนิติบุคคลประเภทบริษัท จำกัดมากขึ้น และพบว่ามีสัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น โดยระหว่าง พ.ศ. 2534 – 2547 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนประเภท profit organization เพิ่มขึ้นจาก 14.3% เป็น 25.4% โดยมีการควบรวมกันเป็นเครือข่ายมากขึ้น ปัจจุบันหนึ่งในสามของโรงพยาบาลเอกชนประเภท profit organization เป็นของเครือข่าย 4 เครือข่าย

ประเทศเยอรมันนีมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมดมานานแล้ว โดยใช้วิธี ประกันสุขภาพแบบบังคับ (Compulsory social health insurance) โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบ ประกันสังคม ภายใต้ German Social Security Code (Sozialgesetzbuch, SGB) ซึ่งเป็นกฎหมาย หลักของระบบประกันสังคมของประเทศ มีทั้งหมด 11 book ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบประกัน สุขภาพจะอยู่ในเล่มที่ I, IV, V ซึ่งกำหนดให้มีการจัดบริการสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากร ทุกคนดำเนินการโดยองค์กรอิสระที่เรียกว่า sickness fund จำนวน 192 แห่ง

ประชาชนที่มีงานทำทุกคนที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,975 ยูโร ต้องเลือก sickness funds ที่ต้องการเป็นสมาชิกจ่ายเงินสมทบตามระดับรายได้ในอัตราที่กำหนด ทั้งนี้ผู้มีรายได้สูงกว่า สามารถเลือกทำประกันกับประกันสุขภาพเอกชนได้ ปัจจุบันประชาชน 88.5% เป็นสมาชิก sickness funds, 9% เป็นสมาชิกประกันเอกชน



## กลไกการอภิบาลระบบ

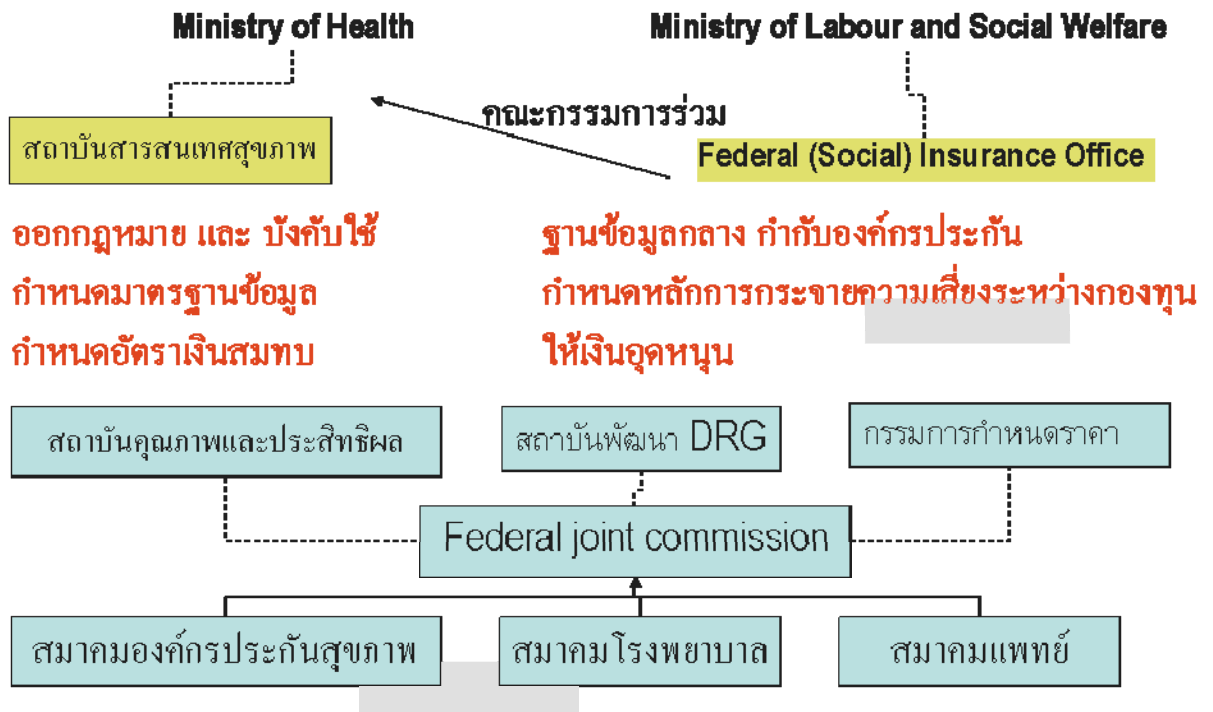
การกำหนดนโยบายการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศเยอรมันในระดับประเทศอยู่ใน Ministry of Health โดยรัฐบาลจะกำกับอยู่ห่างๆ ผ่านทางกลไกด้านกฎหมาย และการตรวจสอบ การกำหนดนโยบายการคลังระบบสาธารณสุขในระดับรัฐ อยู่ใน Ministry of Health ของแต่ละรัฐ โดยรัฐบาลจะกำกับผ่านทาง การทำแผน hospital plan และกลไกด้านกฎหมาย และการตรวจสอบ

รัฐบาลกลางมี Federal Insurance Office (Bundesversicherungsamt) เป็นองค์กรอิสระ ทำหน้าที่จัดทำอัตราเงินสมทบเข้ากองทุน sickness funds และ risk adjust capitation เพื่อให้เกิด ความเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันตนในส่วนภาระการจ่ายเงินสมทบ และสร้างความเป็นธรรมระหว่าง sickness fund โดยทำงานใกล้ชิดกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานในปีงบประมาณนี้ ได้มีการปฏิรูปใหญ่อีกครั้ง โดยกำหนดให้ sickness fund ทุกแห่งส่งเงินสมทบที่เก็บได้เข้า Health Fund ซึ่งดูแลโดย Federal Insurance Office จากนั้นจะมีการคำนวณ risk adjust capitation ซึ่งประกอบด้วย age-sex 40 groups, disability 4 groups และ morbidity 106 groups จากนั้นจะ ส่งเงินกลับให้ sickness fund ตามผลการคำนวณ โดยรัฐบาลกลางได้ส่งเงินสมทบเข้ากองทุน health fund ด้วยในระยะแรก เพื่อช่วยเรื่องสภาพคล่อง

รัฐบาลกำหนดให้มี Federal Joint Commission เป็นองค์กรร่วมของสมาคมขององค์กร ประกันสุขภาพคือ sickness fund สมาคมโรงพยาบาล และสมาคมแพทย์ ทำหน้าที่ออกระเบียบ กฎเกณฑ์ที่ถือปฏิบัติทั่วประเทศ กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ มาตรฐานบริการ ในส่วนการพิจารณา เทคโนโลยีและบริการใหม่นั้น หลังจากผ่านการพิจารณาจาก federal joint commission แล้ว รายการดังกล่าว (Catalog) จะถูกส่งต่อไปที่ Valuation Committee เพื่อกำหนดราคาเพื่อให้แพทย์ ใช้ในการกระจายเงินในการรักษาผู้ป่วยนอก ในส่วนยา Valuation Committee ไม่ได้กำหนดราคา แต่จะใช้ราคาตลาดที่ผู้ให้บริการเสนอมา ในส่วนผู้ป่วยในจะจ่ายด้วย DRG และ special items ซึ่ง Institute for hospital remunerations ของ Federal Joint Commission จะทำการปรับปรุงทุกปี การบริหารจัดการจะเกิดในระดับรัฐ โดยองค์กรประกันสุขภาพ (sickness fund) จะกำหนดเงื่อนไข การทำสัญญาบริการ โดยต่อรองกับองค์กรของผู้ให้บริการสุขภาพ องค์กรของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ถูกกำหนดจากระดับประเทศ เช่น อัตราค่าบริการตาม point system ของผู้ป่วย นอก การจ่ายตาม based rate DRG ที่ถูกกำหนด เป็นต้น



### แผนภาพที่ 3.4 กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศเยอรมัน





### 3.4.4 ประเทศญี่ปุ่น

#### โครงสร้างการให้บริการสุขภาพ

ประเทศญี่ปุ่นไม่มีระบบบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ โดยสถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ได้ปฏิรูปเป็นองค์กรอิสระไปแล้ว

การให้บริการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นใช้รูปแบบการประกันสุขภาพเป็นหลัก กล่าวคือ ประชาชนต้องจ่ายภาษีทางตรงหรือเบี้ยประกัน (Premium) รวมทั้งร่วมจ่ายเมื่อรับบริการ (Co-payment) มีประชาชนส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับบริการแบบรัฐสวัสดิการ เช่น ผู้ประสบภัยจากระเบิดปรมาณู ผู้พิการทางสมอง ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น ลักษณะของระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น เป็นระบบบังคับให้ครัวเรือน (Household) เป็นสมาชิกขององค์กรประกัน (Insurers) แห่งใดแห่งหนึ่ง การเก็บเบี้ยประกันใช้สูตรคำนวณจำนวนเบี้ยประกันต่างกันไปแล้วแต่องค์กรประกัน แต่โดยพื้นฐานจะคำนวณจากรายรับและจำนวนคนในครัวเรือน

การจัดระบบบริการทางการแพทย์ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีสิ่งที่เป็นลักษณะเด่นของการจัดระบบนี้ คือ ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามราคากลางที่กำหนดเป็นคะแนน (Point-system Fee Schedules) โดยมีองค์กรกลางทำหน้าที่คิดราคา ตรวจสอบบริการรักษาที่ให้ เรียกเก็บเงินจากองค์กรประกัน เพื่อจ่ายให้สถานพยาบาล โดยเก็บค่าธรรมเนียมตามจำนวนรายการจากองค์กรประกันและได้เงินสนับสนุนจากรัฐบางส่วน

#### กลไกการอภิบาลระบบ

แม้ว่าจะมีจำนวนกองทุนมากถึงหลายพันกองทุน แต่กฎหมายประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีกลไกในการจัดการประสานให้การประกันสุขภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้ คือ

กำหนดให้มีคณะกรรมการระดับชาติ 2 ชุด คือ Council on Health Insurance Welfare, Central Social Insurance Medical Council ประกอบด้วยตัวแทนขององค์กรประกัน ตัวแทนฝ่ายบุคลากรสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิทำการกำหนดนโยบายของระบบประกันสุขภาพ ราคากลางของยาและค่าบริการทางการแพทย์ ให้สถานพยาบาล และองค์กรประกันถือปฏิบัติเช่นเดียวกันทั้งประเทศ โดย Health economic bureau รับผิดชอบการสำรวจราคาค่าบริการ ค่ายา และวัสดุทางการแพทย์ รวมทั้งรายการยาและเทคโนโลยีใหม่ เพื่อจัดทำร่างราคาของ Standard Fee Schedule เสนอให้ Central Social Insurance Medical Council พิจารณา

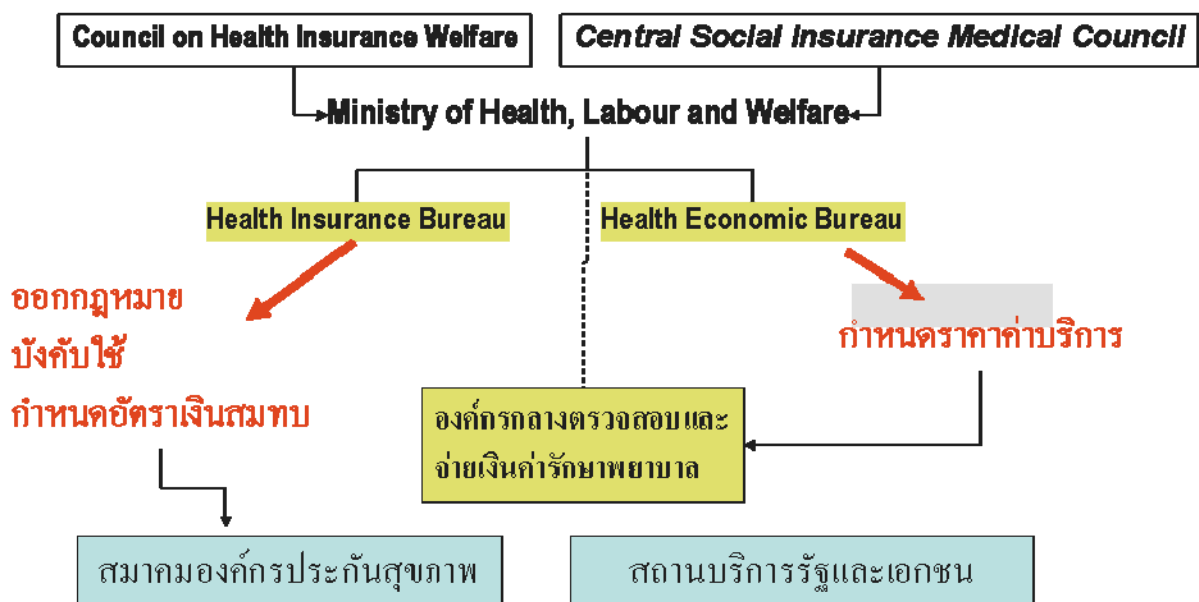


กำหนดให้มีสมาคมขององค์กรประกัน โดย Societies ที่อยู่ภายใต้ Employees Health Insurance จะมีสมาคมของตนเอง ส่วนเทศบาล และ Societies ที่อยู่ภายใต้ National Health Insurance จะแยกเป็นอีกสมาคมของตนเอง เพื่อทำหน้าที่บริหาร ประสานงาน กำหนดทิศทาง ในภาพรวมขององค์กรประกันที่เป็นสมาชิก และเป็นตัวแทนในคณะกรรมการระดับชาติ

จัดตั้งองค์กรกลางตรวจสอบและจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล เพื่อทำหน้าที่คิดเงินค่า รักษาพยาบาลแทนสถานพยาบาล และเรียกเก็บเงินองค์กรประกัน โดยใช้ราคากลางของยาและ ค่าบริการทางการแพทย์ที่ Central Social Insurance Medical Council กำหนด

Health Insurance bureau ทำหน้าที่นำนโยบาย และแนวทางของคณะกรรมการระดับชาติ มาดำเนินการ ตั้งงบประมาณสนับสนุนการบริหารองค์กรประกัน รวมทั้งสนับสนุนดำเนินการ ให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ National Health Insurance และการประกันสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้การดำเนินการของรัฐบาลท้องถิ่น การกำกับประเมินผล และประสานงานกับองค์กรประกัน องค์กรกลางตรวจสอบและจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

### แผนภาพที่ 3.5 กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศญี่ปุ่น





## สรุป

จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ของ 4 ประเทศตัวอย่าง พบว่าทุกประเทศมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุข ที่มีการออกแบบเป็นชั้นๆ ตั้งแต่ระดับประเทศลงไป

1. มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการวางนโยบาย และกำกับในภาพรวม ถ้าเป็นระบบที่มีการกระจายอำนาจมาก องค์กรที่ทำหน้าที่ในภาพรวมนี้จะอยู่ในรูปคณะกรรมการ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่เป็นเลขานุการของกรรมการระดับชาตินี้จะเป็นกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องทำหน้าที่ในการจัดทำหรือแก้ไขกฎหมายเพื่อให้ทุกองค์กรปฏิบัติตาม
2. มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายในระดับประเทศที่ใช้บังคับกับทุกหน่วยงาน
3. มีหน่วยงานที่รับข้อมูลจากทุกหน่วยบริการ และจัดทำสารสนเทศ ตลอดจนพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล

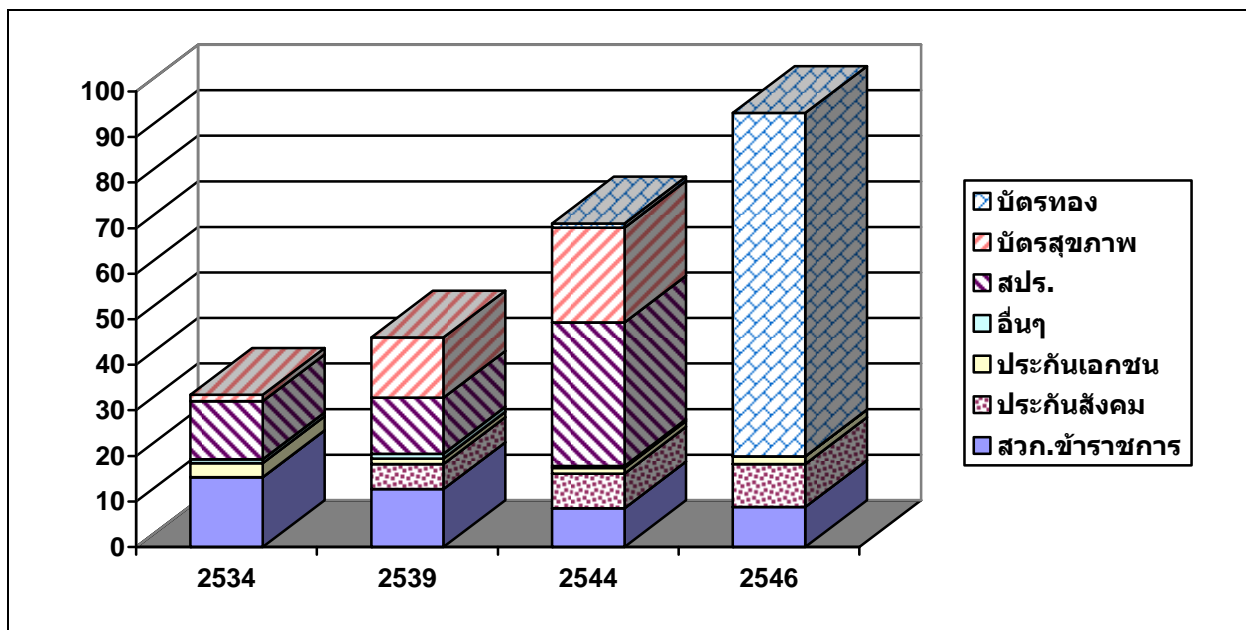
## บทที่ 4

### การอภิบาลการคลังมหภาคระบบสาธารณสุขไทย

#### 4.1 พัฒนาการด้านการคลังระบบสาธารณสุขไทย

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีทิศทางไปทางขยายบทบาทของระบบการคลังรวมหมู่ กล่าวคือ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ขยายความครอบคลุมของการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยเป็นลำดับ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในช่วงที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงการขยายความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยเป็นลำดับโดยเฉพาะในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2546 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยขยายเพิ่มเท่าตัวระหว่างปี 2534 – 2544 จากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 70 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ในปี 2546 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาการขยายความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพดังกล่าวจะเห็นว่ามาจากการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก (โครงการ สปร. บัตรสุขภาพ และต่อมาเป็นโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)) รองลงมาคือสำนักงานประกันสังคม (โครงการประกันสังคม) ในขณะที่ความครอบคลุมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแนวโน้มลดลง

แผนภาพที่ 4.1 ร้อยละความครอบคลุมประชากรไทยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2534 - 2546

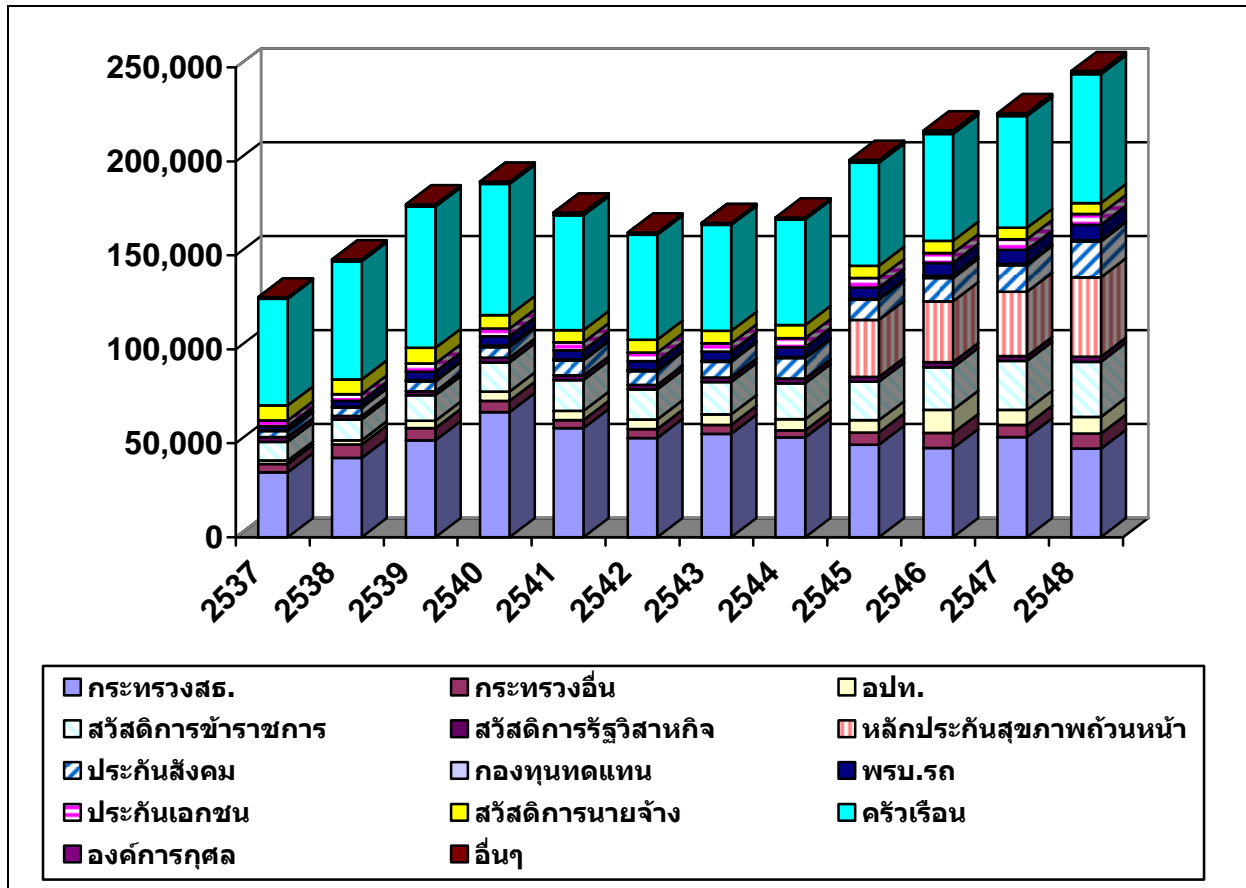


ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ



รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ยกเว้นช่วงระหว่างปี 2540 - 2542 ที่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ โดยรายจ่ายที่ลดลงเป็นหลักคือรายจ่ายด้านการลงทุน ขณะเดียวกันมีการขยายบทบาทของการคลังรวมหมู่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับสืบเนื่องจากความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันบทบาทของการคลังที่ครัวเรือนจ่ายเองเมื่อไปใช้บริการก็มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับดังแสดงในแผนภาพที่ 4.1

แผนภาพที่ 4.2 รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2537-2548 จำแนกตามแหล่งเงิน



ที่มา: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ บัญชีรายจ่ายสุขภาพประเทศไทย

#### 4.2 บทบาทองค์กรในการบริหารจัดการการคลังระบบสาธารณสุข

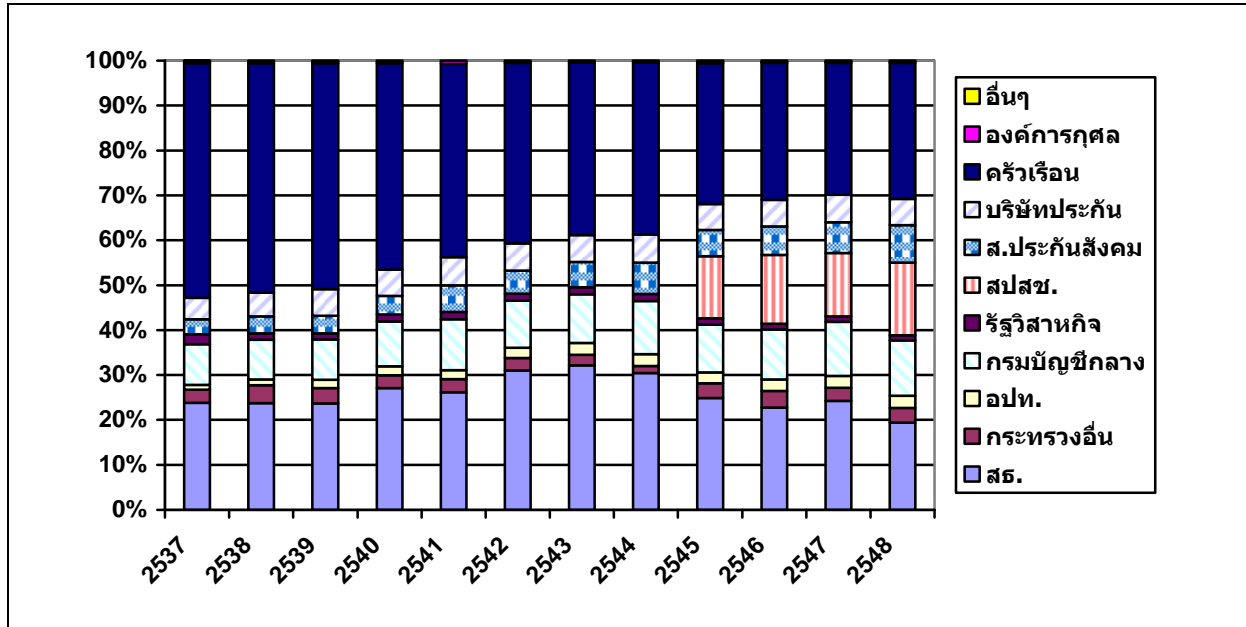
เมื่อพิจารณาหน่วยบริหารจัดการการคลังระบบสาธารณสุขของไทย พบว่า บทบาทกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับช่วงก่อนปีงบประมาณ 2543 สืบเนื่องจากการขยายบทบาทการคลังรวมหมู่ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และโครงการบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการบริหารจัดการจากร้อยละ 24 ระหว่างปีงบประมาณ 2537-39 เพิ่มเป็นร้อยละ 30-32 ในปี 2542-44 และมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 เป็นต้นมา จนเหลือเพียงร้อยละ 19 ในปี 2548 อันเนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีการแยกการบริหารจัดการ





งบประมาณโครงการดังกล่าวไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในขณะที่บทบาทการคลังรวมหมู่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับบทบาทของครัวเรือนที่จ่าย ณ จุดใช้บริการก็ลดลงเป็นลำดับจากกว่าร้อยละ 50 ในปี 2537 เหลือร้อยละ 30 ในปี 2548

**แผนภาพที่ 4.3** ร้อยละงบดำเนินการของหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุข ปี 2537 – 2548



ที่มา: ปรับจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2537 – 2548 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

หน่วยงานที่มีบทบาทด้านการคลังระบบบริการสุขภาพของไทยเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งทำหน้าที่ในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและทำหน้าที่ซื้อบริการแทนประชาชนภายใต้โครงการดังกล่าว โดย สปสช. มีบทบาทในการบริหารจัดการร้อยละ 14-16 ระหว่างปีงบประมาณ 2536-2538

กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมมีบทบาทในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ แม้สัดส่วนร้อยละประชากรที่ครอบคลุมโดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับก็ตามแต่กลับพบว่ารายจ่ายของระบบนี้กลับยังคงมีแนวโน้มส่วนแบ่งเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 9 ระหว่างปี 2537 - 2539 เป็นร้อยละ 12 ระหว่างปี 2547 – 2548 สำหรับสำนักงานประกันสังคมมีบทบาทในการบริหารเงินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 8 ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน

หน่วยงานที่จะมีบทบาทในการบริหารจัดการงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็นลำดับอีกหน่วยงานหนึ่งคือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในปีงบประมาณ 2537 มีบทบาทเพียงร้อยละ 1 และเพิ่มเป็นร้อยละ 3 ในระยะหลัง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาตินั้นน่าจะต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากหลังจากรายจ่ายโอนภารกิจและงบประมาณของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขบางส่วนไปยังท้องถิ่น แต่พบว่ารายจ่ายของท้องถิ่นในรายงานดังกล่าวต่ำกว่างบประมาณในส่วนที่ถ่ายโอนไป



สิ่งที่น่ากังวลอีกประการคือ หน่วยงานที่เกิดขึ้นใหม่ทั้งหลายมีแนวโน้มที่จะจัดสวัสดิการ  
รักษาพยาบาลให้แก่บุคลากรของตนเอง ในลักษณะที่ไม่ดีไปกว่าสวัสดิการรักษาพยาบาล และหลายๆ  
แห่งก็พยายามจัดให้ดีกว่า เช่น ไปซื้อประกันสุขภาพเอกชนให้แก่บุคลากร

### 4.3 รูปแบบและกลไกการดำเนินงานการคลังระบบสาธารณสุขไทย

พิจารณาจากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า แหล่งการคลังระบบสาธารณสุขภาครัฐหลักๆ มีสี่แหล่งใหญ่  
ด้วยกัน คือ (1) งบประมาณปกติที่จัดแก่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ (2) งบกองทุน  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และ (4) กองทุนประกันสังคม  
ดังนั้นในที่นี้จะขอกล่าวถึงรูปแบบและกลไกการดำเนินงานของสี่แหล่งทุนหลักดังกล่าวซึ่งรายละเอียด  
แสดงในแผนภาพที่ 4.4

#### 1) การคลังระบบงบประมาณปกติของหน่วยราชการ

แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงเป็นของ  
รัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และยังคงได้รับงบประมาณปกติจากรัฐบาลโดยผ่านกระบวนการ  
เจรจาต่อรองกับสำนักงบประมาณ งบประมาณหลักที่สถานพยาบาลเหล่านี้ได้รับคือ เงินเดือน  
นอกจากนั้นก็เป็นงบประมาณสำหรับโครงการสาธารณสุข และการบริหารจัดการ เป็นต้น โรงพยาบาลใน  
สังกัดกระทรวงอื่นก็ยังคงได้รับเงินเดือนและงบดำเนินการบางส่วนจากกระทรวงต้นสังกัด

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณที่ได้รับจะกระจายไปยัง กรม กอง ต่างๆในส่วนกลาง  
และหน่วยงานในส่วนภูมิภาคภายใต้สังกัดของตนเอง เช่น ศูนย์เขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
โรงพยาบาล เป็นต้น หลักเกณฑ์การจัดสรรส่วนใหญ่เป็นไปตามอุปทาน (supply) เช่น จำนวนบุคลากร  
ประเภทต่างๆ ขนาดและประเภทสถานพยาบาล เป็นต้น หน่วยงานต้นสังกัดเป็นทั้งผู้สนับสนุน  
งบประมาณขณะเดียวกันก็เป็นเจ้าของสถานพยาบาล

กลไกการกำกับเป็นการกำกับแนวดิ่งภายใต้สายบังคับบัญชา โดยกระทรวงสาธารณสุขและ  
กระทรวงอื่นๆ รายงานตรงต่อรัฐบาลและรัฐสภา ผ่านทางรัฐมนตรีประจำกระทรวง

#### 2) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งรายได้หลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็มาจากระบบภาษีทั่วไปของรัฐบาล  
ทั้งนี้ในแต่ละปี สปสช. จำคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวที่ต้องการและเจรจาต่อรองกับสำนักงบประมาณ  
เพื่อตั้งงบจ่ายรายหัว และงบบริหารจัดการของสำนักงาน

ทั้งนี้การบริหารจัดการงบจ่ายรายหัวของ สปสช. อยู่ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจะมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการต่างๆพร้อมทั้งกำหนด  
หลักเกณฑ์การจัดสรร/จ่ายค่าบริการแต่ละประเภท เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการ

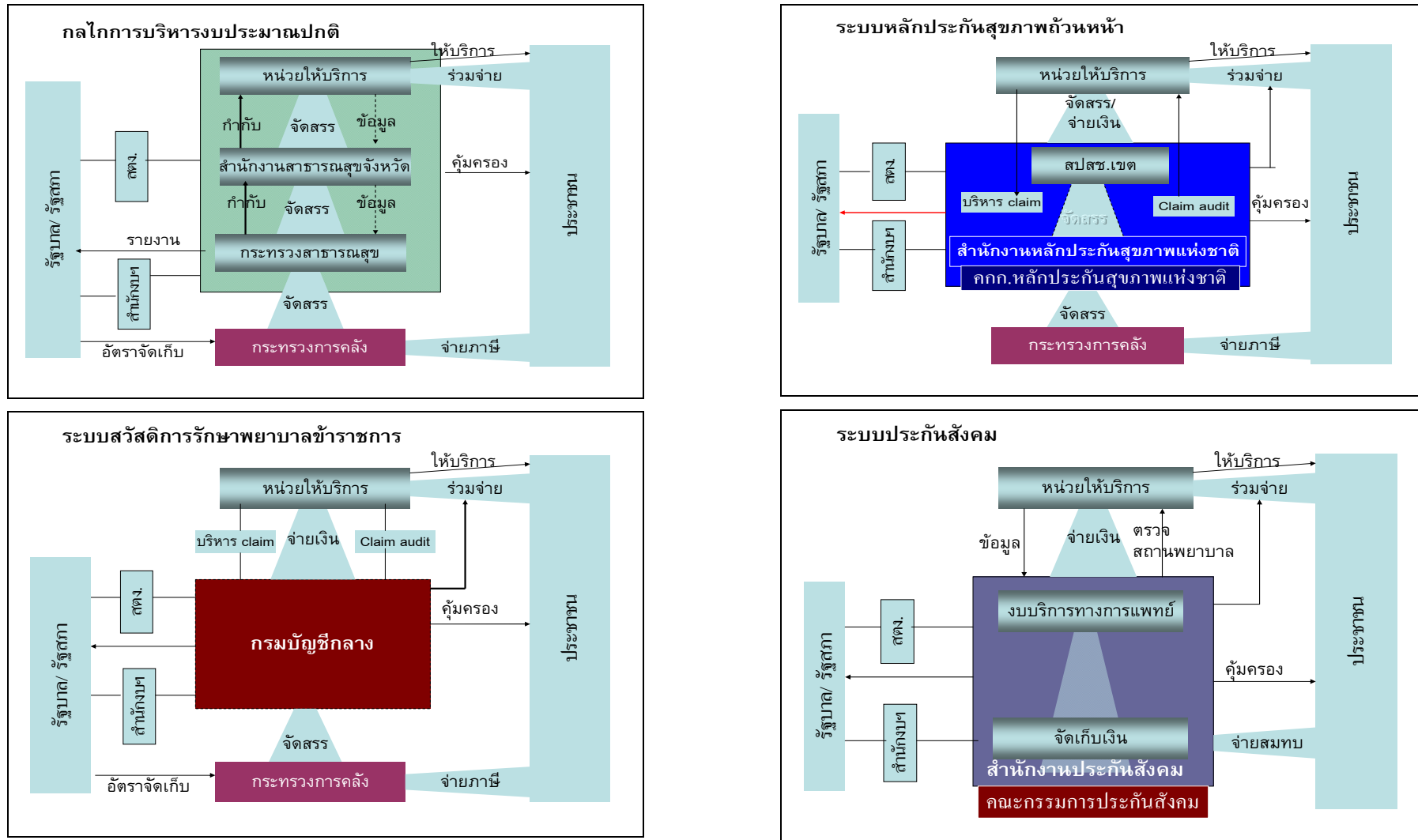


ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (แนวคิด พื้นที่ สถานพยาบาล และชุมชน) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
กองทุนค่าใช้จ่ายสูง บริหารโรคเฉพาะ ฯลฯ

สปสช. ทำสัญญาซื้อขายบริการกับทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ในช่วงที่ผ่านมา สปสช.  
ส่วนกลางเป็นผู้ซื้อบริการโดยตรงกับเครือข่ายบริการ แต่ในอนาคตมีแผนที่จะให้สำนักงานสาขาเขตทำ  
หน้าที่ซื้อบริการเอง โดยกำหนดวงเงินงบประมาณที่แต่ละเขตจะได้รับ ทั้งนี้ สปสช. ดำเนินบทบาทการ



### แผนภาพที่ 4.4 โครงสร้างกลไกการบริหารระบบการคลังระบบสาธารณสุขไทยแต่ละระบบหลัก





คุ้มครองสิทธิแก่ประชาชนด้วย ขณะเดียวกันก็กำกับการดำเนินงานของสถานพยาบาลคู่สัญญาให้เป็นไปตามข้อตกลง มีกลไกการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่าบริการภายใน สปสช. เอง

เนื่องจาก สปสช. เป็นหน่วยงานอิสระผ่านใต้การกำกับของรัฐ การกำกับการดำเนินงานของ สปสช. ดำเนินการโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะเดียวกัน สปสช. ก็ต้องรายงานตรงต่อรัฐบาลและรัฐสภา และต้องผ่านการตรวจสอบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.)

### 3) ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและบุคลากรในครอบครัวรวมถึงข้าราชการบำนาญ เป็นที่รับรู้กันว่าเป็นสวัสดิการที่รัฐบาลจัดให้เพื่อชดเชยค่าแรงที่ถูกในระบบราชการ โดยอาศัยงบประมาณแผ่นดิน ทั้งนี้กรมบัญชีกลางเป็นผู้ตั้งงบประมาณและบริหารการเบิกจ่ายงบก้อนนี้เหมือนกับระบบการเบิกจ่ายงบประมาณทั่วไป ซึ่งการเบิกจ่ายจริงมักเกินกว่างบประมาณที่ตั้งเสมอโดยไปใช้งบกลางของรัฐบาลตอนปลายปี อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการจะไปใช้งบกลางทำได้ยากขึ้นจึงสร้างแรงกดดันต่อกรมบัญชีกลางในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบ

ระบบนี้จ่ายค่ารักษายาพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยนอกตามรายการเรียกเก็บย้อนหลัง (Retrospective fee-for-services) และจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในตามรายป่วย (per case) โดยอาศัยนำหลักสัมพันธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในการกำหนดอัตราจ่ายกลาง ซึ่งในการเบิกจ่าย กรมบัญชีกลางได้ทำสัญญาให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดย สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ และแผนงานพัฒนาระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาพยาบาล เป็นหน่วยงานในการบริหารข้อมูลการเบิกจ่าย และตรวจสอบตามลำดับ

กรมบัญชีกลางรายงานตรงต่อ รัฐบาล และ รัฐสภา

### 4) กองทุนประกันสังคม

ระบบประกันสังคมเป็นประกันภาคบังคับ ซึ่งมีสิทธิประโยชน์หลายด้านด้วยกัน โดยบริการรักษายาพยาบาลเป็นเพียงหนึ่งสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับ โดย นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลจ่ายสมทบในสัดส่วนเท่ากัน โดยกำหนดอัตราจ่ายสมทบแบบมีเพดาน

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยราชการที่จัดเก็บเงินและบริหารกองทุนดังกล่าว และทำหน้าที่ซื้อบริการจากทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและใน

สำนักงานประกันสังคมบริหารกองทุนภายใต้การกำกับของคณะกรรมการประกันสังคม โดยสำนักงานทำหน้าที่ ให้สิทธิ คุ้มครองสิทธิ บริหารการเบิกจ่าย และตรวจสอบสถานพยาบาลผ่านกลไกการตรวจเยี่ยมสถานพยาบาลคู่สัญญาซึ่งดำเนินการปีละครั้ง



เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมยังคงเป็นหน่วยงานในระบบราชการ ดังนั้นงบประมาณในการดำเนินงานของสำนักงานจึงมาจากงบประมาณส่วนหนึ่ง งบดำเนินการบางส่วนมาจากงบกองทุนฯ ดังนั้นในการดำเนินงานก็ต้องรายงานต่อรัฐบาล/รัฐสภา เช่นเดียวกัน

#### 4.4 กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขไทยระดับมหภาค

เมื่อศึกษาบทบาทของบทบาทภารกิจตามกรอบกฎหมายและโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับระบบการคลังสาธารณสุขของไทยแล้วพบว่าปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดที่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ตามกรอบกฎหมายให้ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางและนโยบายระยะยาว การควบคุมกำกับนโยบาย การกำกับและติดตามประเมินผล รวมทั้งมีข้อมูลข่าวสารสนับสนุนของระบบการคลังสาธารณสุขในระดับมหภาคของประเทศเลย โดยหน่วยงานดังกล่าวส่วนหนึ่งจะมีบทบาทภารกิจในการอภิบาลระบบการคลังระดับมหภาคในภาพรวมของประเทศโดยรวมทุกด้านทุกกระทรวง/ส่วนราชการ ซึ่งระบบการคลังสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบการคลังทางด้านสังคม นอกเหนือจากนั้นก็ยังมีหน่วยงานที่มีภารกิจในการอภิบาลระบบการคลังในระดับกระทรวงหรือส่วนราชการเท่านั้น และยังมีหน่วยงานใดที่มีอำนาจตามกฎหมายให้สามารถกำกับดูแลหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวง/ส่วนราชการของตนเองได้ อาทิเช่น

สำนักนายกรัฐมนตรี เป็นหน่วยงานหลักซึ่งประกอบด้วย 3 หน่วยงานระดับชาติที่สำคัญ คือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทั้งสามหน่วยงานมีภารกิจหลักในการให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่รัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การจัดทำงบประมาณที่สนองต่อนโยบายและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐบาล จัดกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย รวมทั้งการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพ แต่นโยบาย/ยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาในภาพรวมดังกล่าวเป็นแผนระยะสั้นหรือระยะปานกลางไม่ใช่แผนระยะยาว แม้ว่าจะมีการระบุถึงกรอบทิศทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์และการดำเนินงานของระบบการเงินการคลังสุขภาพระยะยาวไว้ในรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 แต่ยังมีโครงสร้างองค์กร หรือกระบวนการทำงานที่เป็นรูปธรรมในการอภิบาลระบบ<sup>1</sup>

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง มีภารกิจในการเสนอแนะและออกแบบนโยบายและมาตรการด้านการคลัง ระบบการเงิน รวมทั้งเศรษฐกิจมหภาคและเศรษฐกิจระหว่างประเทศให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลก็ไม่มีโครงสร้างองค์กร บทบาทภารกิจ และกระบวนการทำงานในการกำหนดทิศทางนโยบายระยะยาวด้านการคลังระบบสาธารณสุขแต่อย่างใดเช่นกัน

<sup>1</sup> รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ มีการระบุหลักการและเป้าหมายของการเงินการคลังสุขภาพไว้ในข้อ 104, 105 และ 111 รายละเอียดตามเอกสารภาคผนวก 1.

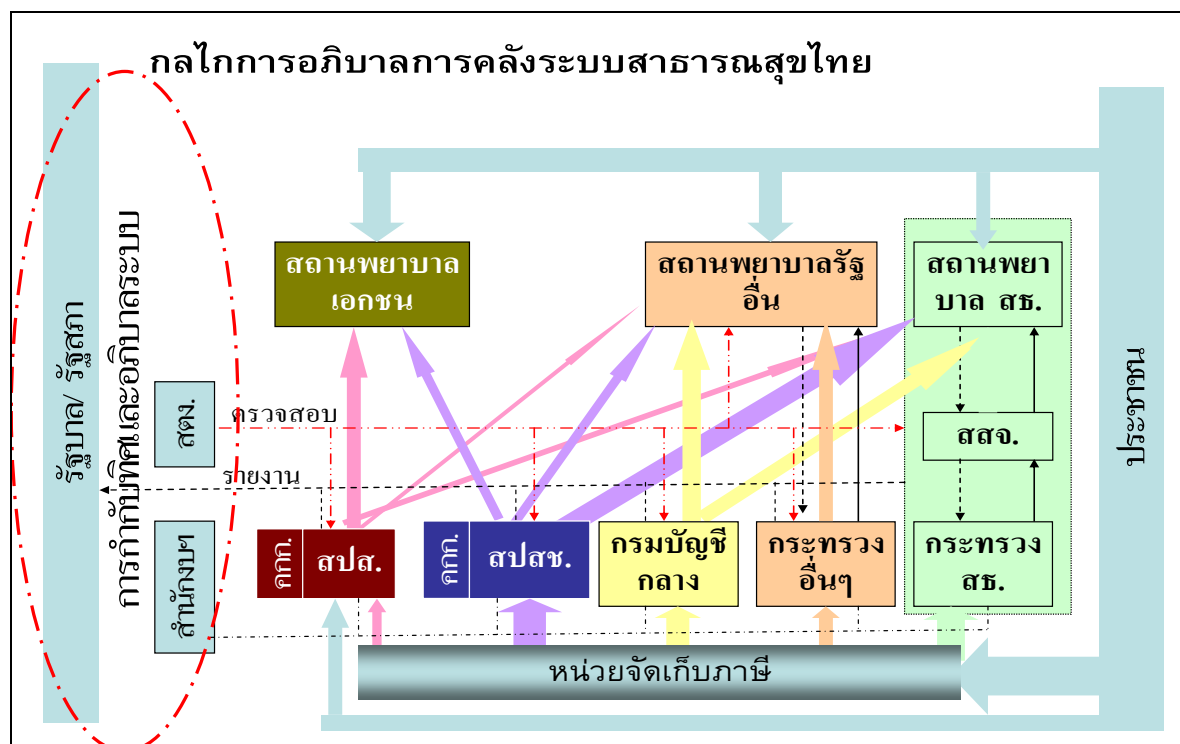


สำหรับกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจเกี่ยวข้องกับระบบการเงินการคลังระดับประเทศ 3 หน่วยงาน คือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานพัฒนาโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ และกลุ่มประกันสุขภาพหรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ แต่หน่วยงานทั้งหมดดังกล่าวก็ไม่มีโครงสร้างองค์กร บทบาทภารกิจตามกรอบกฎหมาย หรือกระบวนการทำงานที่มีลักษณะเป็นงานประจำและต่อเนื่อง นอกจากนี้ หน่วยงานดังกล่าวยังไม่มีอำนาจทางกฎหมายให้สามารถทำบทบาทหน้าที่ด้านการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขได้

#### 4.5 ช่องว่างในระบบ

จากข้อมูลการทบทวนกลไกและรูปแบบการบริหารการคลังระบบสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพและระบบงบประมาณ รวมทั้งกลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขระดับมหภาคและของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับกลไกและรูปแบบการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขหน่วยราชการในตอนที่แล้ว สามารถสรุปประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้ (แผนภาพที่ 4.5)

แผนภาพที่ 4.5 ช่องว่างในการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศไทย





1) การคลังระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีหลายระบบด้วยกัน ทั้งจากระบบภาษีและระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ในระบบภาษียังมีแยกย่อยเป็นระบบงบประมาณปกติ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมถึงระบบงบประมาณท้องถิ่น พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ อปท. รวมถึงหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ ฯลฯ

2) การอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขของแต่ละระบบย่อย มีลักษณะเบ็ดเสร็จภายในระบบย่อยเอง เช่น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ รวมถึงกองทุนต่างๆ เป็นผู้ตั้งงบประมาณเองโดยการเจรจาต่อรองกับสำนักงบประมาณเป็นปีๆไป และทำการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ตลอดจนการกำกับตรวจสอบเอง และหากเป็นระบบงบประมาณปกติของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นหน่วยงานนั้นก็เป็นผู้ใช้งบประมาณเอง โดยมีสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินทำหน้าที่สุ่มตรวจสอบการใช้จ่ายเงินของส่วนราชการต่างๆ

3) มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลไกตลาดในระบบบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะในภูมิภาคและชนบทไม่ทำงานเนื่องจากมีเพียงสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก กลไกการซื้อขายบริการจึงทำงานได้จำกัด สปสช. จึงต้องแทรกแซงให้เกิดการพัฒนาบริการเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่างๆ (Srithamrongsawat et al., 2009)

4) ระบบย่อยค่อนข้างมีอิสระในการออกแบบระบบ เช่น การกำหนดวิธีการจัดสรรงบประมาณวิธีและอัตราการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ทำให้มีความหลากหลายในวิธีและอัตราการจ่าย เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมจ่ายด้วยวิธีงบประมาณปลายปิด (เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับประกันสังคม และเหมาจ่ายรายหัวบริการผู้ป่วยนอกและรายป่วยภายใต้งบประมาณยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ในขณะที่ระบบสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการจ่ายแบบปลายเปิด (ตามปริมาณบริการผู้ป่วยนอก และตามรายป่วยผู้ป่วยใน) ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่ต่างกัน มีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ ส่งผลให้มีความเหลื่อมล้ำในการให้บริการของสถานพยาบาล (Limwattananon et al., 2009) เช่น ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีโอกาสได้รับยารักษาแพง ยาต้นแบบ และบริการที่มีราคาแพงกว่าผู้ป่วยสิทธิอื่น เป็นต้น ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Sakulpanich et al., 2009)

5) แม้กระทรวงสาธารณสุขโดยพันธกิจตามกลหมายจะเป็นองค์กรรัฐระดับชาติที่ต้องกำกับทิศและอภิบาลระบบสาธารณสุขโดยรวม อย่างไรก็ตาม กระทรวงเองก็เป็นผู้ให้บริการรายหนึ่งถึงแม้จะเป็นรายใหญ่ของประเทศก็ตาม ทำให้บทบาทกระทรวงสาธารณสุขจึงเสมือนเป็นผู้ให้บริการ และไป





เจรจาต่อรองกับกองทุนต่างๆในเรื่องค่าบริการ มิได้ดำเนินการตามพันธกิจที่ควรจะเป็นในการคลังระบบสาธารณสุข

6) หากพิจารณาจากโครงสร้างการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะเห็นว่า ช่องว่างสำคัญในระบบคือ กลไกการกำกับทิศและอภិบาลการคลังระบบสาธารณสุขของไทยไม่ทำงาน สำนักงบประมาณดำเนินบทบาทเพียงการจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่จำกัดในแต่ละปีให้แก่กระทรวงทบวงกรมต่างๆอย่างไร ในขณะที่ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินก็มุ่งตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริตเป็นสำคัญ แม้ทุกระบบต้องรายงานต่อ รัฐบาลและรัฐสภา แต่ไม่มีกลไกใดที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาของประเทศ รวมถึงการวางแผนระยะยาวและกำกับระบบให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของระบบสาธารณสุขโดยรวม

### เอกสารอ้างอิง

- Limwattananon, C., Limwattananon, S., Pannarunothai, S. and tangcharoensathien, V. (2009) *Monitoring key variations in outpatient prescribing and inpatient care in the universal health coverage era of Thailand*, Nonthaburi, CDP-Health Financing project, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.
- Sakunphanit, T., Greetong, T., Srithamrongsawat, S., Preechachard, R., et al. (2009) *Trend of services and costs in Thai health delivery systems*, Nonthaburi, CDP-Health Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.
- Srithamrongsawat, S., Aueasiriwon, B. and Boonkaewsuk, U. (2009) *Institutional capacity of the three public health insurance funds in Thailand*, Nonthaburi, CDP-Health Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.



## บทที่ 5

### ข้อเสนอกระบวนการวางแผนและกำกับทิศทางระบบการคลัง สุขภาพสำหรับประเทศไทย

ในทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสรุปว่าตลาดบริการสาธารณสุขเป็นตลาดไม่สมบูรณ์ ทำให้การจัดสรรทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ หรือเรียกกันว่าเกิดปรากฏการณ์ "กลไกการตลาดล้มเหลว (Market failure)" ทำให้ระดับสวัสดิการสังคมต่ำกว่าที่ควร (Welfare loss) ต้องใช้อำนาจบริหารของรัฐในการ"ปรับแต่ง"ระบบให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ในบทนี้จะเป็นการแสดงให้เห็นประเด็นปัญหาจากการที่ประเทศไทยไม่มีการอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุขในภาพรวม มีแต่การอภิบาลในระดับองค์กรที่กระจุกกระจายในหลายกระทรวง ทำให้การดำเนินการ "ปรับแต่ง" ระบบบริการสาธารณสุข แม้ว่าจะมีทิศทาง แต่ขาดการประสานนโยบายและยุทธศาสตร์ไปด้วยกัน ทำให้เกิดการด้อยประสิทธิภาพในการดำเนินการไปในทิศทางที่กำหนด เกิดปรากฏการณ์ "กลไกรัฐล้มเหลว (Government failure) ในการทำให้แก้ไขปัญหา Welfare loss และ นำเสนอแนวทางในการสร้างระบบอภิบาลการคลังสาธารณสุขในประเทศไทย

#### 5.1 สภาพปัญหาที่เกิดจากการขาดระบบอภิบาลการคลังสุขภาพ

##### 1) การกำกับทิศทางนโยบาย

ปัจจุบันประเทศไทยมีวิสัยทัศน์และทิศทางของระบบสาธารณสุขที่ชัดเจน ในการมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกคน โดยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่กำหนดในกฎหมายสูงสุดของประเทศและมีกฎหมายย่อยหลายฉบับที่กำหนดกลไกการดำเนินงานให้ประชาชนในแต่ละกลุ่มเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข ทิศทางดังกล่าวเป็นทิศทางที่ถูกต้อง และได้พิสูจน์ให้เห็นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจนี้ว่าสามารถลดทอนผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือน ช่วยให้ประชาชนไทยในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและไม่ประสบปัญหาหนี้สินล้นพ้นตัว และเป็นตัวอย่างที่องค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์กรอนามัยโลก องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ และธนาคารโลกใช้เป็นกรณีศึกษาให้กับประเทศอื่นๆ

แต่ปัจจุบันยุทธศาสตร์การคลังระบบสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทยสับสนไม่สอดคล้องกัน เนื่องจากหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขกระจายอยู่ในส่วนราชการหลายกระทรวง มีลักษณะเบ็ดเสร็จภายในระบบย่อยเอง เช่น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ รวมถึงกองทุนต่างๆ ที่มีคณะกรรมการของตนเอง เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีคณะกรรมการ



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมมีคณะกรรมการประกันสังคม เป็นต้น คณะกรรมการเหล่านี้ มีอำนาจตามกฎหมายที่จะกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ แนวทางการจัดบริการ และกลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเอง ในทางปฏิบัติแต่ละกองทุนต่างมีแนวทางการจัดบริการ และกลไกการจ่ายที่แตกต่างกันไปในชุดสิทธิประโยชน์เดียวกัน แม้จะมีความพยายามในการประสานงานในระดับหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขที่สำคัญของรัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม ก็พบว่าไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ในเรื่องการประสานแนวทางการจัดบริการ และกลไกการจ่ายเงิน โดยอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ กฎหมายของแต่ละกองทุนมีข้อกำหนดในประเด็นรายละเอียดต่างกัน หรือแม้เป็นระเบียบของกองทุนเองก็มักมีปัญหาในการแก้ไขระเบียบดังกล่าว เนื่องจากคณะกรรมการกองทุนมีความเห็นแตกต่างกัน โดยเฉพาะประเด็นที่แก้ไขมักมีการโต้แย้งเสียเปรียบของทั้งกลุ่มสมาชิกของกองทุนและสถานพยาบาล

การกำกับทิศทางนโยบายนั้นสามารถทำได้ทั้งในกรณีที่มีหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว เช่น ประเทศอังกฤษ หรือในกรณีที่มีหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขหลายหน่วย(Multiple purchasers) เช่น ในกรณี ประเทศเยอรมันนี้ ประเทศญี่ปุ่น หรือประเทศแคนาดา ก็สามารถกำกับทิศทางนโยบายการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศได้ เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ในทั้ง 3 ประเทศนั้นมีหลักการดำเนินการสร้างกลไกอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขเหมือนกัน คือ กำหนดให้เมืองค์ในระดับประเทศทำหน้าที่อภิบาลระบบ โดยมีอำนาจตามกฎหมายที่จะสั่งให้หน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขต้องปฏิบัติตามกติกาเดียวกัน

## 2) การให้บริการประชาชน

ประเทศไทยมีหน่วยหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขที่มีกองทุนของตนเองในการจัดหาบริการสาธารณสุขให้สมาชิกของตน เช่น สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม เป็นต้น กองทุนเหล่านี้มีสมาชิกมีความเป็นเจ้าของกองทุน มีกลไกการบริหารสิทธิประโยชน์ของตนเอง แต่ในความเป็นจริงสมาชิกของทุกกองทุนมีการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงกองทุนจำนวนมากทุกปี ซึ่งแต่ละกองทุนมีการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายต่างกัน ทำให้ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เกิดปัญหาในการรับการตรวจรักษาต่อเนื่อง กรณีโรคเอดส์และวัณโรค มีการขาดยาเนื่องจากการเปลี่ยนสิทธิจากกองทุนหนึ่งไปอีกกองทุนหนึ่งนั้น อาจทำให้เกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งมีปัญหาถึงแก่ชีวิต รวมทั้งเป็นการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในชุมชนด้วย

## 3) หน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขและสถานพยาบาล

ปัจจุบันการกำหนดราคาค่าบริการขึ้นกับสถานพยาบาลรัฐแต่ละแห่ง โดยมีการกำกับโดยหน่วยงานระดับกรมแบบห่างๆ และในสถานพยาบาลเอกชนก็เป็นราคาของสถานพยาบาลเอง





นอกจากนั้น การกำหนดกลไกการจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐก็แตกต่างกันไป ขึ้นกับวิธี  
บริหารของแต่ละกองทุน ทำให้การบริหารจัดการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลมีความซับซ้อน  
ทำให้เพิ่มต้นทุนการบริหารจัดการในระบบ นำไปสู่การต้อยประสิทธิภาพเชิงเทคนิค

ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีกลไกในการจัดทำมาตรฐานราคาและกลไกการจ่ายเงิน หน่วย  
บริหารการคลังและสถานพยาบาลต้องตกลงวิธีการจ่ายในระดับกองทุนกันเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่  
ซับซ้อน กินเวลา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ สามารถทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้โดยการมีการ  
ตกลงในภาพรวมระดับประเทศ เช่นใน ประเทศอังกฤษ และญี่ปุ่น กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นคน  
กลางในการดำเนินการ กำหนดราคาบริการที่หน่วยบริหารการคลังและสถานพยาบาลต้องใช้ หรือ  
รัฐบาลอาจไม่ดำเนินการเอง แต่กำหนดในกฎหมายให้มีการดำเนินการโดยหน่วยงานอื่น เช่น ใน  
ประเทศเยอรมันนี่นั้น มีการตั้ง Joint commission ระหว่างหน่วยบริหารการคลัง สถานพยาบาล  
และผู้ให้บริการ เพื่อตกลงราคา

การที่มีกลไกกลางทำหน้าที่ดังกล่าวนี้เป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลเช่นกัน เนื่องจากใน  
ปัจจุบัน กองทุนมีการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายเงินต่างกันทำให้ สถานพยาบาล  
ต้องมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการภายในเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน

#### 4) การการเงินการคลังของประเทศในระยะยาว

ระบบสถิติและสารสนเทศด้านการคลังสุขภาพของประเทศไทยก้าวหน้ากว่าประเทศ  
ข้างเคียงหรือแม้ประเทศในระดับเศรษฐกิจเดียวกัน เป็นตัวอย่างที่ถูกอ้างอิงในระดับนานาชาติ แต่  
ข้อมูลเหล่านี้กระจายอยู่ตามหน่วยงาน แม้ว่าจะมีอำนาจตามกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติไม่มีทั้ง  
กลไกและผู้รับผิดชอบในทำให้มีการรวบรวมข้อมูลการคลังสุขภาพทุกหน่วยงาน กล่าวได้ว่าประเทศ  
ไทยในระดับประเทศนั้น มีข้อมูลการคลังสถานพยาบาลของรัฐไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะหน่วยงาน  
นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีข้อมูลการคลังสุขภาพของหน่วยงานของรัฐ เช่น องค์การ  
ปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอิสระ และประกันเอกชน เกือบไม่มีข้อมูลการคลัง  
สถานพยาบาลเอกชน ไม่มีข้อมูลสถิติที่เป็นระบบสำหรับติดตามการส่งออกบริการสุขภาพ (Medical  
Hub) และข้อมูลที่มี ก็ยังขาดข้อมูลเชิงลึกถึงระดับบริการย่อย ยกตัวอย่างเช่น เมื่อต้องการออก  
มาตรการในการกำกับระบบยาที่พบว่าไม่มีสถิติรายการยาทั้งเชิงปริมาณ และราคา เป็นต้น

การประเมินและคาดการณ์เศรษฐกิจมหภาคคลาดเคลื่อน เนื่องจากค่าดัชนีทางเศรษฐกิจ  
หลายตัว เช่น ดัชนีผู้บริโภค และสถิติบัญชีประชาชาติก็มีความคลาดเคลื่อนได้ระดับหนึ่ง แม้ว่า  
จะไม่มากนัก เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยที่ต้องจ่ายเองอยู่ในระดับต่ำ

จากการไม่มีหน่วยงานทำหน้าที่กำหนดกติกาในการอภิบาลระบบสาธารณสุข กรอบวิธีการ  
และที่มาของการกำหนดงบประมาณของหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขภาครัฐแต่ละหน่วย  
ก็จะดำเนินการโดยใช้กระบวนการตั้งงบประมาณของตนเอง แม้ว่าสำนักงบประมาณจะมีหน้าที่ดู  
ภาพรวม แต่ในความเป็นจริงงบประมาณด้านสาธารณสุขจะจัดกระจายอยู่ในหน่วยราชการหลาย



กระทรวง ทั้ง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สำนักงานซึ่งแยก  
รับผิดชอบเป็นกระทรวงนั้นไม่สามารถเห็นภาพรวม (Consolidate) ของงบประมาณสาธารณสุขที่  
ถูกตั้งในแต่ละกระทรวงได้ว่า วิธีการจัดทำงบประมาณนั้นไม่มีการซ้ำซ้อน โดยเฉพาะเมื่อไม่มี  
การศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยทางการเงินการคลังด้านสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ทำให้หน่วย  
บริหารการคลังระบบสาธารณสุขใช้สมมติฐานของปัจจัยทางการเงินการคลังตัวเดียวกันแตกต่างกัน  
ไป รวมทั้งไม่สามารถเห็นผลกระทบทางการคลังของปัญหาแต่ละปัญหาสาธารณสุขแต่ละเรื่อง เช่น  
โรคเอดส์ และโรคเรื้อรังอื่นๆ ว่าเป็นภาระทางการเงินการคลังของประเทศในระยะยาวเพียงใด

คาดการณ์ว่าปัญหาจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมการ  
รองรับที่จะสร้างกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในกรณีการกระจายอำนาจของรัฐบาลกลางสู่องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น ดังที่เห็นในการทดลองดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยให้องค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่น สถานอนามัยบางแห่งก็ไม่ส่งข้อมูลสถิติให้กับกระทรวงสาธารณสุข

## 5) ผลกระทบของนโยบายสุขภาพ

การไม่มีองค์กรทำหน้าที่อภิบาลการคลังระบบสาธารณสุข ทำให้ขาดการสร้างข้อมูล  
สารสนเทศ วิเคราะห์ในภาพรวมและระบบย่อย ว่านโยบายสาธารณสุขที่ดำเนินการบรรลุเป้าหมาย  
และผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสอย่างไร รวมทั้งทางเลือกใหม่ในการ  
แก้ปัญหาสุขภาพ

## 5.2 ข้อเสนอสำหรับการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขในประเทศไทย

ในทางปฏิบัติการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของการอภิบาลระบบ  
สุขภาพโดยรวม การอภิบาลระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเป็นการดำเนินการระยะยาว เกี่ยวข้อง  
กับการปรับเปลี่ยนอำนาจหน้าที่และโครงสร้างการบริหาร รวมทั้งการเตรียมความพร้อมและแนวคิด  
ของบุคลากรในการทำงานภายใต้สิ่งแวดล้อมใหม่ อย่างไรก็ตามภารกิจในการอภิบาลระบบสุขภาพ  
ด้านการคลังบางส่วนก็สามารถเริ่มต้นได้ทันทีและจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการช่วยขับเคลื่อนการ  
เปลี่ยนแปลงการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรวม ดังนั้นข้อเสนอในงานวิจัยนี้จึงแยกเป็น 2 ส่วน โดย  
กล่าวถึงการดำเนินการระยะยาวก่อน เพื่อให้เห็นทิศทางการปฏิรูปการอภิบาลระบบ จากนั้นจึง  
นำเสนอแนวทางการดำเนินการระยะสั้น

### 5.2.1 ข้อเสนอสำหรับการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขในระยะยาว

ประเทศไทยจำเป็นต้องมีหน่วยงานกลางระดับชาติที่ทำหน้าที่ “ถือหางเสือเรือ” (System  
governance) ระบบการคลังสาธารณสุข เพื่อทำข้อเสนอการพัฒนานโยบาย วางแผน และกำกับ



ทิศทางระบบการคลังสาธารณสุข และข้อเสนอแนะการพัฒนาโครงสร้าง บทบาทหน้าที่  
กระบวนการนโยบาย และบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศไทย

หน่วยงานดังกล่าวต้องมีอำนาจทางกฎหมายที่จะให้กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทุก  
กองทุนต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ปฏิบัติเดียวกัน เช่น การจัดเก็บเงินสมทบ การกระจายความเสี่ยง  
ระหว่างกองทุนตามความเสี่ยงของสมาชิกในกองทุน กลไกการจ่ายและอัตราการจ่าย เป็นต้น  
ปัจจุบันหน่วยงานที่ดูแลกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุนหลัก คือ สำนักงานประกันสังคม  
กรมบัญชีกลาง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่างเป็นอิสระต่อกัน แม้ว่าทั้งสาม  
หน่วยงานจะมี Corporate governance ที่ดี แต่เมื่อไม่มี System governance ที่เป็นทางการ การ  
ดำเนินการของทั้งสามกองทุนไม่สามารถประสานกันได้ ทำให้เกิดปัญหาทางปฏิบัติกับ  
สถานพยาบาลและประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนสิทธิไปมาระหว่างทั้งสามกองทุน  
หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การจัดบริการและการจ่ายชดเชยค่ารักษาที่แตกต่างกันในการ  
บำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น เมื่อพิจารณาในภาพ  
กว้างขึ้นว่าการอภิบาลนี้ต้องครอบคลุมการจัดสวัสดิการเองของหน่วยงานของรัฐทั้งหมด  
ทั้งรัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระ จำนวนหน่วยงานที่ต้องมีการอภิบาลจะมีจำนวนมากกว่า 200 หน่วย  
ในขณะนี้ หรือมากกว่าพันแห่งถ้านับว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งรับผิดชอบงบประมาณ  
สวัสดิการของตนเอง และจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าการออกกฎหมายจัดตั้งหน่วยงานใหม่ยังมียังมี  
การระบุให้มีหน่วยงานที่จัดตั้งใหม่ดำเนินการจัดสวัสดิการรักษายาบาลเอง

กระทรวงสาธารณสุขน่าจะเป็นหน่วยงานที่น่าจะมีบทบาทในการอภิบาลระบบการคลัง  
สาธารณสุขมากที่สุด เนื่องจากต้องรับผิดชอบดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยรวม และเป็น  
หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขหลายฉบับ แต่บทบาทภารกิจในพระราชบัญญัติระเบียบ  
บริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการ  
แผ่นดิน พ.ศ. 2543 ไม่ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการอภิบาลการ  
คลังระบบสาธารณสุขทั้งหมด แต่ภารกิจการพัฒนา นโยบายและแผนด้านสุขภาพนั้นรวมถึงการ  
พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุขด้วย รวมทั้งงบประมาณส่วนใหญ่ของการจัดบริการ  
สาธารณสุขภาครัฐจะไหลเข้าสู่หน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข จึงกล่าวได้ว่ากระทรวง  
สาธารณสุขน่าจะมีความพร้อมที่สุดในการเป็นผู้ภิบาลระบบการคลังสาธารณสุข แต่ในการปรับ  
บทบาทให้กระทรวงสาธารณสุขทำบทบาทนี้ ต้องมีการแก้ไขกฎหมายระบุหน้าที่การภิบาลระบบ  
ให้ชัดเจน เนื่องจากมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดบริการและให้บริการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่อยู่ใน  
สังกัดกระทรวงอื่นหรืออยู่ภายใต้กำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้นกระทรวง  
สาธารณสุขยังต้องปฏิรูปโครงสร้างโดยแยกบทบาท “การพายเรือ” คือการจัดบริการและการ  
วางแผนกำกับระดับงานปฏิบัติการออกไป รวมทั้งต้องจัดตั้งหน่วยงานที่มีภารกิจชัดเจนในการ “ถือ







ทางเสียเรือ” โดยมีการกำหนดงบประมาณ จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีจำนวนเพียงพอทั้งคุณภาพและ  
ปริมาณ (ILO, 2009 หน้า 51-53)

หน่วยงานอื่นที่อาจทำหน้าที่ในการอภิบาลระบบการคลังสุขภาพ ถ้าการมอบให้กระทรวง  
สาธารณสุขดำเนินการเป็นไปไม่ได้ ได้แก่

สำนักงบประมาณ เนื่องจากมีภารกิจในจัดหาและการกำกับการใช้งบประมาณ และ  
ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการระบบสาธารณสุขของรัฐอยู่แล้ว บุคลากรที่ทำงานในการจัด  
งบประมาณสาธารณสุขก็มีความคุ้นเคยกับเรื่องงานอยู่ระดับหนึ่ง แต่ถ้าสำนักงบประมาณต้องทำ  
หน้าที่อภิบาลระบบ ก็จำเป็นต้องมีการปรับโครงสร้างให้งานกำกับดูแลงบประมาณสาธารณสุขใน  
ทุกกระทรวงมาอยู่รวมกัน รวมทั้งต้องมีการเพิ่มเติมบุคลากรที่ต้องทำหน้าที่อภิบาลระบบ  
สาธารณสุขในส่วนอื่น นอกเหนือจากภารกิจเดิม

สำนักเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง เนื่องจากมีภารกิจในการอภิบาลระบบการคลัง  
ของการประกันและสถาบันการเงินอยู่แล้ว จึงมีความชำนาญระดับหนึ่งในการกำกับการอภิบาล  
ระบบในดูแลผลกระทบภาพรวมทางการเงินการคลังระบบสาธารณสุข แต่จะมีปัญหาในการอภิบาล  
ระบบสาธารณสุขในส่วนอื่น ๆ ที่ต้องทำให้บรรลุนโยบายทางสาธารณสุขของประเทศ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันทำหน้าที่วิเคราะห์  
การคลังของประเทศอยู่แล้ว รวมทั้งมีความเข้าใจระบบสาธารณสุขในภาพรวม แต่ภารกิจหลักของ  
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นการวิเคราะห์ วิจัย ให้คำปรึกษาแก่  
คณะรัฐมนตรี ไม่ได้ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ ดังนั้นการมอบบทบาทการอภิบาลระบบ  
สาธารณสุขซึ่งเป็นภารกิจทางการบริหาร ให้หน่วยงานในระบบสาธารณสุขมีการดำเนินการไปใน  
ทิศทางที่ต้องการนั้น เป็นภารกิจใหม่ของหน่วยงาน ต้องมีการแก้กฎหมาย ปรับโครงสร้างและต้องมี  
การเพิ่มเติมบุคลากรที่ต้องทำหน้าที่อภิบาลระบบสาธารณสุขด้วย

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทหลักในการจัดการให้ประชาชนทุกกลุ่มมีสิทธิมี  
เสียง (Voice) ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนโยบายสุขภาพ และทำนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นเป็น  
นโยบายที่เสริมการสร้างสุขภาพ (Healthy Public Policy) ผ่านทางสมัชชาสุขภาพสู่คณะรัฐมนตรี  
เพื่อให้มีการสั่งการหน่วยราชการ หรือปรับปรุงแก้ไขกฎหมายต่อไป จะเห็นได้ว่าภารกิจของ  
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นการให้คำแนะนำคณะรัฐมนตรี ไม่สามารถทำหน้าที่อภิบาลระบบ  
การคลังสาธารณสุขโดยตรง เช่น การสั่งให้กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทุกกองทุนต้องปฏิบัติตาม  
หลักเกณฑ์ปฏิบัติเดียวกัน ถ้าต้องการให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติทำบทบาทดังกล่าวก็ต้องมี  
การตั้งหน่วยงานใหม่ขึ้นมาทำบทบาทกำกับและอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุข อย่างไรก็ตามก็  
ต้องมีการออกกฎหมายให้อำนาจหน่วยงานในการดำเนินการอภิบาลระบบสาธารณสุข ตลอดจน  
จัดหางบประมาณ และกำลังคนที่เหมาะสมเช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นหน่วยงานเดียวที่มีการ



กำหนดเป้าหมายทิศทางระยะยาวของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 หมวด 12 การเงินการคลังสุขภาพ ข้อ 111 “ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ”

## 5.2.2 ข้อเสนอสำหรับการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขในระยะเปลี่ยนผ่าน

ในระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างการศึกษาข้อยุติว่าจะจัดระบบอภิบาลการคลังสาธารณสุขอย่างไร กระทรวงสาธารณสุขสามารถใช้อำนาจกฎหมายที่มีอยู่ในการขอข้อมูลการจัดบริการและการให้บริการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประสานขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงอื่น ข้อมูลนี้สามารถนำมาวิเคราะห์ จัดทำแบบจำลอง เพื่อเสนอทางเลือกทางนโยบายแก่ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเสนอคณะรัฐมนตรี รัฐสภา และประชาชนได้

แม้ว่าจะเป็นเพียงการดำเนินการในระยะเปลี่ยนผ่าน แต่จำเป็นต้องมีหน่วยงานเฉพาะที่จะดำเนินการภารกิจนี้ โดยอาจจัดตั้งเป็นสำนักงานเศรษฐกิจการคลังสุขภาพ หรือสำนักพัฒนา นโยบายการคลังและเศรษฐกิจสุขภาพ เป็นองค์กรในกำกับกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมาโดยมีการกำหนดงบประมาณ จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีจำนวนเพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพียงแต่หน่วยงานนี้ จะไม่มีอำนาจทางกฎหมายที่จะทำหน้าที่ “ถือหางเสือ” โดยมีบทบาทเพียงเป็นผู้วิเคราะห์และให้ความเห็นทางนโยบาย และเผยแพร่ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการทางนโยบาย รวมทั้งทางเลือกเชิงนโยบายแก่ คณะรัฐมนตรี รัฐสภา หน่วยงานภาครัฐ ประชาชน สถานพยาบาล และกองทุนประกันสุขภาพเท่านั้น





## เอกสารอ้างอิง

ABAC Poll Research Office (2006) A Survey of Opinions, Experiences, and Expectation of People towards Universal Health Care Coverage System, Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.

BASYS (2004): SHA: Results of health account data in Europe. (Final Report), Augsburg: Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung.

Busse R, Riesberg A. (2004) Health care systems in transition: Germany. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Carrin, G. and Hanvoravongchai, P. (2003) Provider payments and patient charges as policy tools for cost containment: How successful are they in high-income countries?, Human Resource for Health, 1, 1-10.

Cichon Mu F, Scholz W, Meerendonk A, Hagemeyer K, Bertranou F, Plamondon P. (2004) Financing social protection. Quantitative method in social protection series, The ILO, Geneva.

Davies, Peter (2007): The NHS in the UK 2007/08: a pocket guide 9th Edition. NHS Confederation, London.

Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. (2005) Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press/McGraw-Hill Education, London.

Fortin, G. (2004): SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies: Canada National Health Accounts 1999. Health Working Papers No. 2. Paris: Organization of Economic Co-operation and Development.





Gottret, P. and Schieber, G. (2006) Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide, Washington DC, The World Bank.

Gottret, P., Schieber, G. and Waters, H. (Eds.) (2008) Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low-and Middle-Income Countries, The World Bank, Washington DC.

ILO (2007a). Report 1: Statistical reporting of the Thai health system: Structures, methodologies, data and outputs : Initial review, Financial Management of the Thai Health Care System (THA/05/01/EEC) Under the Health Care Reform Project between EU and the Kingdom of Thailand (THA/AIDCO/2002/0411) The ILO, Geneva.

ILO (2007b). Report3: A Financial Coordination Framework (FCF) for the Health System of Thailand :A first general outline, Financial Management of the Thai Health Care System (THA/05/01/EEC) Under the Health Care Reform Project between EU and the Kingdom of Thailand (THA/AIDCO/2002/0411) The ILO, Geneva.

ILO (2009). A data report framework. Financial Management of the Thai Health Care System (THA/05/01/EEC) Under the Health Care Reform Project between EU and the Kingdom of Thailand (THA/AIDCO/2002/0411) The ILO, Geneva.

Jemai, N., Thomson, S. and Mossialos, E. (2004) An overview of cost sharing for health services in the European Union, Euro Observer, 6, 3: 1-3.

Kutzin, J. (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, Health Policy, 56, 171-204.

Langenbrunner, J. C. and Liu, X. (2004) How to pay? Understanding and using incentives, Washington, DC, World Bank.



Limwattananon, C., Limwattananon, S., Pannarunothai, S. and tangcharoensathien, V. (2009) Monitoring key variations in outpatient prescribing and inpatient care in the universal health coverage era of Thailand, Nonthaburi, CDP-Health Financing project, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.

Limwattananon, S. (2001) Traffic Accident Insurance, In Thamtacharee, J. (Eds) Health Insurance System in Thailand. Nonthaburi (in Thai), Health System Research Institute.

Limwattananon, S., Limwattananon, C. and Pannarunothai, S. (2004) Cost and Utilization of Drugs Prescribed for HOspital-Visited Patients: Impacts of Universal Health Care Coverage Policy, Nonthaburi, Health System Research Institute.

Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V. and Prakongsai, P. (2007) Equity in financing healthcare: impact of universal access to health care in Thailand. EQUITAP Project: working paper # 16., Nonthaburi, International Health Policy Prgram.

Marchildon G. (2004) Health care systems in transition: Canada. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Ministry of Health, Labour and Welfare (2004): Annual Report on Health and Welfare. JICWELS, Tokyo.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J. (Eds.) (2002) Funding health care: options for Europe, Open University Press, Buckingham.

Na Ranong, V., Na Ranong, U. and Wongmontha, S. (2004) Impacts of the Universal Health Coverage and the 30 Baht Health Care Scheme on Household Expenditures and Poverty Reduction in Thailand, Bangkok, Thailand Development Research Institute Foundation.



National Federation of Health Insurance Societies (2004): Health Insurance, Long Term Care Insurance and Health Insurance Societies in Japan (2004). Kemporen, Tokyo.

National Institution of Population and Social Security Research (2007) Social Security in Japan, Tokyo, National Institution of Population and social Security Research.

Sakunphanit, T., Greetong, T., Srithamrongsawat, S., Preechachard, R., et al. (2009) Trend of services and costs in Thai health delivery systems, Nonthaburi, CDP-Health Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.

Saltman RB, Busse R, Figueras J. (2004). Social Health Insurance Systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press/McGraw-Hill Education, London.

Srithamrongsawat, S. and Torwatanakitkul, S. (2007) Implications of Universal Coverage Scheme on Health Service Delivery System in Thailand, Journal of Health System, 1, 1: 47-63.

Srithamrongsawat, S., Aueasiriwon, B. and Boonkaewsuk, U. (2009) Institutional capacity of the three public health insurance funds in Thailand, Nonthaburi, CDP-Health Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.

Thomson, S., Foubister, T. and MOssialos, E. (Eds.) (2009) Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses, World Health Organization, Copenhagen.

Vasavid, J., Tisayaticom, K., Patcharanarumol, W. and Tangcharoensathien, V. (2004) Impact of Universal Healthcare Coverage on the Thai households, In Tangcharoensathien, V. and Jongudomsuk, P. (Eds) From Policy to Implementation: Historical Events During 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand. Nonthaburi, National Health Security Office, pp. 127-149.



WHO (2000) The World Health Report 2000: Health System: Improving Performance, Geneva, World Health Organization.

WHO (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva, World Health Organisation.

WHO (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2006) Approaching health financing policy in the WHO European region. Paper prepared for the WHO Regional Committee for Europe, fifty-sixth sessions, Copenhagen, 11-14 7September, 2006, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Bank (2008). Governance & Anti-Corruption. Washington, D.C.

WSI (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals. Deliverable 1 for the Project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE) Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut, Düsseldorf.



### ผนวก 3.1

กรอบการศึกษาทบทวนโครงสร้าง บทบาทองค์กรระดับชาติ ด้านการอภิบาลการคลังมหภาค  
ระบบสาธารณสุขของต่างประเทศ





ผนวก 3.1 กรอบการศึกษาทบทวนโครงสร้าง บทบาทองค์กรระดับชาติ ด้านการอภิบาลการคลังมหภาคระบบสาธารณสุขของต่างประเทศ

กรอบการศึกษา	อังกฤษ	แคนาดา	เยอรมันนี	ญี่ปุ่น
1.กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง	กฎหมายหลัก ได้แก่ <b>- Health Act 1999</b> กำหนดโครงสร้างหน้าที่ของ NHS (PCT, NHS trust) และการประสานงานกับ local authorities ทั้งในเรื่องสาธารณสุขและเรื่องอื่น	กฎหมายหลัก คือ <b>- Canada Health Act (CHA)</b> กำหนดโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศแคนาดา หลักเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง (Federal government) ในการการจัดสรรเงินสมทบสำหรับบริการสาธารณสุขให้กับรัฐบาลท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์ที่ระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่จัดโดยรัฐบาลจังหวัดต้องปฏิบัติตาม 5 ข้อ คือ Public	<b>German Social Security Code (Sozialgesetzbuch, SGB)</b> เป็นกฎหมายหลักของระบบประกันสังคมของประเทศ มีทั้งหมด 11 book ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพจะอยู่ในเล่มที่ I, IV, V  <b>Statutory Health Insurance Reform Act 2000</b> กำหนดการปฏิรูประบบระยะยาว โดยให้มีการทำ technology assessment สร้างการเชื่อมโยงระหว่างบริการปฐมภูมิและบริการในโรงพยาบาล การจัด disease management program และเปลี่ยนวิธีจ่ายเงินสถานพยาบาลเป็น case based  <b>Statutory Health Insurance Modernization Act 2004</b> กำหนดให้มีองค์กรกลางระดับประเทศ เรียกว่า Joint committee และระบบคุณภาพในการให้บริการสุขภาพ  <b>Hospital Financing Act 1991 (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG)</b> กำหนดให้รัฐ (Länder) ทุกแห่งจัดทำ Hospital plan ซึ่งเป็นแผนการจัดหาสถานพยาบาลทั้งโรงพยาบาลและคลินิกให้กับประชาชนในความรับผิดชอบ และการสนับสนุนโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเรื่องงบลงทุนถ้าโรงพยาบาลนั้นอยู่ใน Hospital Plan  <b>Hospital Remuneration Act 2000 (Krankenhausentgeltgesetz, KHEntgG)</b> กำหนดให้องค์กรระดับประเทศ คือ Federal Associations of Sickness Funds, the Association of Private Health Insurance และ German Hospital Federation ร่วมกันจัดทำระบบการจ่ายเงินสถานพยาบาลที่ใช้	<b>National Health Insurance Act</b> เป็นกฎหมายหลักในการจัดระบบบริการสุขภาพ กฎหมายนี้มีการแก้ไขเป็นระยะ



	<p>ที่เกี่ยวกับ สาธารณสุข เช่น การ จัดบริการ สวัสดิการ รวมถึงบทบาท หน้าที่ ที่ เกี่ยวข้องกับ บุคลากร สาธารณสุข การกำกับราคา การกำกับ คุณภาพบริการ <b>- Health Act 2006</b> กำหนดอำนาจ ให้ NHS ใน การขอข้อมูล เพื่อตรวจสอบ fraud and abuse กำหนด บริการทันต กรรม และ</p>	<p>administration, Comprehensiveness, Universality, Portability และ Accessibility กำหนดเงื่อนไขให้รัฐบาล จังหวัดต้องส่งข้อมูลให้ รัฐบาลกลางเป็นประจำ และต้องขอความเห็นชอบ จากรัฐบาลกลางก่อนใน กรณีจะเก็บส่วนเกิน หรือ การร่วมจ่าย</p>	<p>ร่วมกันทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน</p>	
--	---	---	---	--





	บริการเภสัชกรรม ในกฎหมายนี้ได้รวมถึงการควบคุมการบริโภคยาสูบและการป้องกันโรคติดต่อ			
<b>2.ภารกิจตามกฎหมาย</b>	กำหนดให้มีการจัดบริการสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรทุกคน รวมถึงประชาชนของประเทศในกลุ่มตลาดร่วมยุโรป และประเทศที่มีสนธิสัญญาทวิภาคีในการแลกเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพ โดยใช้	รัฐบาลจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขซึ่งเรียกว่า Medicare ให้กับประชาชนในเขตการปกครองของแต่ละจังหวัด รวมถึงการตามจ่ายในกรณีประชาชนของตนไปรับบริการนอกจังหวัด (Portability) ยกเว้นบริการสาธารณสุขของทหาร ตำรวจชายแดน ประชาชนพื้นเมือง (First nation) และผู้ต้องขังจะเป็นหน้าที่ของระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล	กำหนดให้มีการจัดบริการสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรทุกคนดำเนินการโดยองค์กรอิสระที่เรียกว่า sickness fund โดยใช้วิธีการประกันสุขภาพ รัฐบาลมีหน้าที่กำกับและให้เงินอุดหนุนบางส่วน	กำหนดให้มีการจัดบริการสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรทุกคนดำเนินการโดยองค์กรประกันอิสระ เทศบาล หรือ Social Security Agency ของรัฐบาลกลาง โดยใช้วิธีการประกันสุขภาพ รัฐบาลมีหน้าที่กำกับและให้เงินอุดหนุนบางส่วน



	<p>งบประมาณรัฐบาลในการจัดบริการ (tax-based system) แม้ว่าจะมีการเก็บภาษีในลักษณะ Earmarked tax สำหรับบริการสุขภาพ แต่เป็นเพียงส่วนน้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณรัฐบาลที่ใช้ในการจัดระบบบริการ</p>	<p>กลาง ทั้งนี้รัฐบาลจังหวัดแต่ละจังหวัดจะมีอิสระในการเก็บเงินสมทบต่างกัน ไป บางจังหวัดมีการเก็บภาษีสุขภาพเฉพาะ บางจังหวัดไม่มีภาษีสุขภาพ และมีความแตกต่างในประเภทสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม แต่การบริการสาธารณสุขนอกเหนือจากที่กำหนดใน Canadian Health Act และการให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมของแต่ละจังหวัดไม่ได้ถือเป็นสิทธิของประชาชนแคนาดา แต่เป็นเพียงการได้รับประโยชน์เพิ่มเติม</p>		
<p>3. โครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>1. สหราชอาณาจักร ประกอบด้วย ประเทศ 4 ประเทศ คือ อังกฤษ</p>	<p>ประเทศแคนาดา แบ่งการปกครองเป็น 13 จังหวัด และ เขต ป ก ร อ ง (territory) ตั้งแต่ประมาณ ค.ศ. 1960 ประเทศแคนาดามีการปฏิรูปการ</p>	<p>ในระดับประเทศ  <b>Federal Ministry of health</b> เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์โดยการออกกฎหมาย เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานขององค์กรอิสระที่ทำหน้าที่จัดระบบ health care, statutory health insurance, long-term care รวมทั้งกำหนดบทบาทของรัฐบาลระดับรัฐในการกำกับระบบบริการสุขภาพ  <b>Federal Insurance Office</b> เป็นหน่วยงานอิสระของรัฐบาลกลาง ทำหน้าที่กำกับระบบ</p>	<p>ในระดับประเทศ  <b>Advisory Council on Social Security Systems</b> แต่งตั้งโดยนายกรัฐมนตรี อันประกอบด้วย</p>



<p>สกอตแลนด์ เวลล์ และ ไอร์แลนด์เหนือ โดยมีความเป็นอิสระต่อกันในการดำเนินนโยบายภายใต้ซึ่งการดำเนินการด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในนโยบายที่แต่ละประเทศจะกำหนดรายละเอียดแม้ว่าจะมีรูปแบบคล้ายคลึงกันก็ตาม ในรายงานฉบับนี้จะวิเคราะห์การดำเนินการกำหนด</p>	<p>ปกครองโดยมีการกระจายอำนาจไปยังรัฐบาลท้องถิ่น รัฐบาลจังหวัดมีบทบาทหลักในการดำเนินการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขภายในจังหวัด โดย</p> <p><b>กระทรวงสาธารณสุข</b> ของรัฐบาลกลาง (Federal Ministry of Health) ทำหน้าที่ กำกับบริการจัดการ และ สถานการณ์ สาธารณสุขของประเทศ สนับสนุนงบประมาณให้กับรัฐบาลจังหวัดตาม พันธะ ใน Canadian Health Act ดำเนินการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวิจัยทางสุขภาพ และข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพและบริหารระบบประกันของประชากร บางกลุ่ม คือ บริการ</p>	<p>ประกันสังคม รวมถึงระบบประกันสุขภาพด้วย โดยเป็นผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานของ sickness funds ที่มีขอบเขตการดำเนินงานในหลายรัฐ ทำหน้าที่อนุมัติ disease management programs, และดำเนินการบริหารจัดการการคลังของรัฐในส่วนที่เป็น Federal subsidies ให้กับระบบประกันสังคม, กำหนด risk structure equalization ระหว่างกองทุนกับสถานพยาบาล</p> <p><b>Federal Joint Committee</b> เป็นสำนักงานของคณะกรรมการ 21 คน ที่ประกอบด้วยตัวแทนระดับชาติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพทั้ง ผู้ให้บริการ สถานพยาบาล องค์กรประกัน และตัวแทนประชาชนทำหน้าที่กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ และวิธีจ่ายค่าตอบแทนในการให้บริการสุขภาพ</p> <p>หน่วยงานนี้เป็นองค์กรอิสระ ที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายที่กระทรวงสุขภาพดูแล และไม่ได้รับงบดำเนินการจากรัฐบาล</p> <p><b>Federal associations of sickness funds, German Hospital Organization และ Federal Association of Social Health Insurance Physicians</b> เป็นองค์กรอิสระระดับประเทศที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มในการตกลงวิธีการในการจัดบริการและราคา</p> <p><b>Institute for hospital remunerations (InEK GmbH)</b> เป็นหน่วยงานอิสระ ที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลจากสถานพยาบาล เพื่อจัดทำกลไกการจ่ายเงินแบบ case based และกำหนดราคาต่อหน่วย</p> <p><b>State department of health</b> ของรัฐทั้ง 16 รัฐ มีบทบาทหลักในการจัดระบบสุขภาพภายในรัฐ โดยส่วนใหญ่จะตั้ง state ministry of health, labour and social policy เพื่อดูแลนโยบายทางสังคมร่วมกัน โดยงานสุขภาพที่ดูแลและครอบคลุมทั้ง สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม การวางแผนการจัดการบริการสุขภาพในรัฐ การกำกับบุคลากรสาธารณสุข การกำกับเรื่องยา และการดูแลโรงพยาบาลของรัฐ รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบในการจัดการบริการสาธารณสุข โดยมี health center ดำเนินการ</p> <p><b>State associations of sickness funds, State Hospital Organization และ State Association of Social Health Insurance Physicians</b> เป็นองค์กรอิสระระดับรัฐที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม</p>	<p>ประกอบด้วย สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร, รัฐมนตรี, ผู้เชี่ยวชาญ, ตัวแทน นายจ้าง และ ผู้ประกันตนทำหน้าที่พิจารณาเสนอ นโยบาย และ ให้ คำ แนะนำ คณะรัฐมนตรี</p> <p><b>Central Social Insurance Medical Council</b> แต่งตั้งโดย รัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพ สวัสดิการ และแรงงาน โดย คณะกรรมการมีทั้งสิ้น 20คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร 8 คน ตัวแทนจาก องค์กรประกัน 8 คน</p>
--	---	---	--



<p>นโยบายการคลังสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ เป็นตัวแทนของรูปแบบที่ใช้ในสหราชอาณาจักร</p> <p>2. ในประเทศอังกฤษ มี Department of Health ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสาธารณสุขในภาพรวม โดยมีการดำเนินการระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐบาลกลางเป็นผู้ดำเนินการ</p>	<p>สาธารณสุขของทหาร ตำรวจชายแดน ประชาชนพื้นเมือง (First nation) และผู้ต้องขัง</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขของแต่ละจังหวัดจะมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายวางแผนและบริหารการจัดการบริการสาธารณสุข ทั้งบริการปฐมภูมิ บริการในโรงพยาบาล และการให้บริการที่บ้านรวมถึงยาจัดหางบประมาณและกระจายทรัพยากร ต่อรองค่าตอบแทนกับบุคลากร</p> <p>ประเทศแคนาดามีการจัดตั้งหน่วยงานอิสระที่ไม่ขึ้นต่อกระทรวงสาธารณสุข (arm's-length intergovernmental agencies) ทำหน้าที่เฉพาะเรื่อง เช่น</p>	<p>ในการตกลงวิธีการในการจัดบริการและราคา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการปฐมภูมิไม่ได้ทำหน้าที่ gate keeper ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ โรงพยาบาลมักมีเฉพาะเตียงผู้ป่วยใน แม้ว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ แต่จากนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ก็มีการปฏิรูปการบริหารโรงพยาบาลรัฐไปเป็นนิติบุคคลประเภทบริษัทจำกัดมากขึ้น และพบว่ามีสัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น โดยระหว่าง พ.ศ. 2534 – 2547 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนประเภท profit organization เพิ่มขึ้นจาก 14.3% เป็น 25.4% โดยมีการควบรวมกันเป็นเครือข่ายมากขึ้น ปัจจุบันหนึ่งในสามของโรงพยาบาลเอกชนประเภท profit organization เป็นของเครือข่าย 4 เครือข่าย</p>	<p>จากบุคคลทั่วไป 4 คน ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ กำหนดนโยบายของระบบประกันสุขภาพ ราคา ยา ราคาค่าบริการทางการแพทย์ โดยมีคณะทำงานย่อยอีกหลายคณะ เช่น Taskforce for Revising the Drug Pricing System, Taskforce for Review the Medical Fee Schedule เพื่อกำหนดคะแนน และราคาต่อหนึ่งคะแนนของการให้บริการทางการแพทย์และค่ายา</p> <p><b>Ministry of Health, Labour and welfare</b> ทำหน้าที่กำกับทิศทางจัดการบริการ</p>
---	---	--	--



	<p>โดย National Health Service (NHS) ซึ่งมีการกระจายอำนาจในการบริหารเป็นเขตสุขภาพเรียกว่า Strategic Health Authority (SHA) ในแต่ละ SHA จะมีหน่วยผู้ซื้อบริการที่เรียกว่า Primary care trust (PCT) ซึ่งทำหน้าที่ซื้อบริการทั้งบริการปฐมภูมิ และ บริการโรงพยาบาล</p>	<p>Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) ดำเนินการเรื่อง การ ประเมิน เทคโนโลยี Canadian Institute for Health Information (CIHI) ดำเนินการรวบรวมข้อมูล การบริการสาธารณสุขและจัดทำจัดทำสารสนเทศด้านสุขภาพ และ Canada Health Infoway ดำเนินการเรื่องผลักดันระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น</p>		<p>สุขภาพ และจัดระบบประกันสังคม สำหรับ ลูกจ้างบริษัทขนาดเล็กโดย Social Security Agency ซึ่ง จะปฏิรูปเป็นองค์กรอิสระในปีงบประมาณหน้า</p> <p>องค์กรประกันมีการรวมตัวกันเป็นสมาคมระดับชาติ 2 สมาคม</p> <p><b>National Federation of Health Insurance Society</b> เป็นสมาคมขององค์กรประกันของบริษัทเอกชนขนาดใหญ่ที่มีองค์กรประกันเป็นของตนเอง 1,780 องค์กรภายใต้ Employees' Health Insurance Scheme</p>
--	--	---	--	---



	<p>บริการปฐมภูมิ ดำเนินการโดย General Practitioner ซึ่งไม่ได้เป็น เจ้าหน้าที่ของ NHS แต่มีกา รสำคัญ ให้บริการกับ NHS นอกจากนี้ NHS ยังเริ่มมี การร่วมมือกับ local authority ในการลงทุน เพื่อเพิ่มจำนวน และก่อสร้าง ทดแทนสถาน บริการปฐมภูมิ ภายใต้ โครงการ NHS local improvement</p>			<p><b>All Japan Federation of National Health Insurance Organization</b> เป็น สมาคมของเทศบาล และองค์กรเอกชนที่ เป็นองค์กรประกันใน National Health Insurance Scheme องค์กรกลาง ตรวจสอบและ จ่ายเงินค่า รักษาพยาบาล <b>(Payment organization)</b> ซึ่ง เป็นหน่วยงานอิสระ ของรัฐ เพื่อทำหน้าที่ คิดเงินค่า รักษาพยาบาลแทน สถานพยาบาล และ เรียกเก็บเงินองค์กร ประกัน โดยใช้ราคา</p>
--	---	--	--	--



<p>financial trust (LIFT) บริการ โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ ดำเนินการโดย โรงพยาบาล ของ NHS แต่รัฐบาล พยายาม ส่งเสริมให้ ภาคเอกชนทั้ง ที่เป็น non-profit และ profit มีส่วน ร่วมในการ ให้บริการมากขึ้น และมีความ พยายามปฏิรูป โรงพยาบาล จาก โรงพยาบาลใน กำกับ (NHS</p>			<p>กลางของยาและ ค่าบริการทางการแพทย์ที่ Central Social Insurance Medical Council กำหนด โดยแบ่งเป็น 2 องค์กร คือ</p> <p><b>Social Insurance Medical Fee Payment Fund</b> เพื่อ ทำหน้าที่คิดเงินค่า รักษาพยาบาลแทน สถานพยาบาล และ เรียกเก็บเงินองค์กร ประกัน ภายใต้ Employees' Health Insurance มีสาขาอยู่ ในทุกจังหวัด</p> <p><b>Prefecture Federation of National Health Insurance</b> เพื่อทำ</p>
--	--	--	--



<p>trust) ไปสู่ โรงพยาบาล มูลนิธิ (Foundation hospital) ซึ่ง เป็นอิสระจาก การกำกับของ NHS</p> <p>รัฐบาลอังกฤษ ให้ความสำคัญ กับการเพิ่ม ความร่วมมือ กับภาคเอกชน และส่วน ท้องถิ่นเพื่อ ระดมทุนเข้าสู่ ระบบสุขภาพ และเพิ่ม ประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมให้ มี private finance initiative ซึ่ง</p>			<p>หน้าที่คิดเงินค่า รักษาพยาบาลแทน สถานพยาบาล และ เรียกเก็บเงินองค์กร ประกันภายใต้ National Health Insurance System แต่ในกรณีที่ค่าใช้จ่าย ที่เรียกเก็บสูงกว่าค่าที่ กำหนด จะให้ All Japan Federation of National Health Insurance Organization เป็นผู้ ตรวจสอบการเรียกเก็บ</p> <p>จังหวัด (Prefecture Government) เป็น ผู้จัดทำแผนพิจารณา อนุมัติให้ สถานพยาบาลเป็น สถานพยาบาลที่รับ รักษาผู้ป่วยประกัน สุขภาพได้ โดยไม่ให้</p>
---	--	--	---





	ครอบคลุมตั้งแต่การออกแบบ การก่อสร้าง การจัดหาครุภัณฑ์ ราคาแพงบวมถึงการบริหารจัดการในสำนักงานสนับสนุน			องค์กรประกัน (Insurers) เป็น ผู้ทำสัญญา กับสถานพยาบาล โดยตรง แต่สถานพยาบาลต้องยื่นคำขอต่อ Prefecture Government เพื่อพิจารณาให้เป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยประกันสุขภาพได้ ญี่ปุ่นไม่มีระบบบริการปฐมภูมิ ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ของญี่ปุ่นเป็นโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ถูกปฏิรูปไปเป็นหน่วยงานอิสระในกำกับของรัฐ
--	--	--	--	--



<p><b>4.การกำหนดทิศทาง/นโยบายระยะยาว (Long term policy direction)</b></p>	<p>นโยบายระยะยาว ในปี พ.ศ. 2545 Department of health จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและกำหนดทิศทางนโยบายระบบบริการสุขภาพ 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2565) ในรายงานฉบับนี้ ซึ่งเรียกกันว่า Wanless Report 2002 ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบ ทั้ง ปัจจัยด้าน</p>	<p>คณะกรรมการร่วมของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัดและรัฐบาลกลางทำหน้าที่ในกำหนดทิศทางนโยบายประเทศ และการประสานการทำงานระหว่างจังหวัด โดยคณะกรรมการร่วมที่สำคัญคือ Conference of Federal/Provincial/Territorial Ministers of Health และ Conference of Federal, Provincial and Territorial Deputy Ministers of Health โดยมีการจัดตั้งคณะทำงาน advisory committee เพื่อจัดทำข้อเสนอ และพิจารณาจากรายงานและข้อเสนอของหน่วยงานอิสระ (arm's-length intergovernmental agencies)</p>	<p>การกำหนดนโยบายการคลังสุขภาพของประเทศเยอรมันในระดับ ประเทศอยู่ใน Ministry of Health โดยรัฐบาลจะกำกับอยู่ห่าง ๆ ผ่านทางกลไกด้านกฎหมาย และการตรวจสอบ</p> <p>การกำหนดนโยบายการคลังสุขภาพในระดับรัฐ อยู่ใน Ministry of Health ของแต่ละรัฐ โดยรัฐบาลจะกำกับผ่านทางการทำงาน hospital plan และกลไกด้านกฎหมาย และการตรวจสอบ</p>	<p>Advisory Council on Social Security Systems เป็นผู้กำหนดนโยบายระยะยาว โดยกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นเตรียมการนำเสนอ แต่บางครั้งอาจเป็นนโยบายทางการเมืองและอาศัยงานวิจัยที่ทำโดยหน่วยงานอิสระในกำกับ และการวิเคราะห์ของหน่วยงานภายใน โดยกระทรวงจะประสานงานกับพรรคการเมืองที่เป็นเสียงข้างมาก และรัฐมนตรีในการดำเนินการขอแก้ไขกฎหมาย</p>
---	--	--	---	---





	<p>ประชากร เศรษฐกิจ กำลังคน สาธารณสุข ระบบบริการ สาธารณสุข และ ปัจจัยอื่น ตลอดจน ข้อเสนอเพื่อ กำหนด นโยบาย โดย รัฐบาลได้ นำเอาข้อเสนอ นี้มาใช้ในการ วางทิศทาง การทำงานภายใน กระทรวง โดยเฉพาะใน NHS</p> <p>นโยบายระยะ กลาง</p> <p>รัฐบาลกำหนด แผนระยะกลาง</p>			
--	--	--	--	--



	<p>สามปี และได้มี การปฏิรูป ระบบ งบประมาณ ประจำปีมาเป็น งบประมาณ สามปี หลังจาก มีการ ประเมินผลแล้ว พบว่าระบบ งบประมาณ ประจำปีไม่ ตอบสนองต่อ การดำเนินการ ทางนโยบาย โดย Department of health ะ มี กระบวนการ จัดทำแผนจาก ระดับ PCT ขึ้นมาสู่ SHA และทำภาพรวม</p>			
--	--	--	--	--





	<p>ในระดับประเทศ โดยดูแนวทาง ยุทธศาสตร์ระยะ ยาว และกำหนด ผลสัมฤทธิ์ จาก นั้น Department of Heath จะทำ Public service agreement กับ กระทรวงการคลัง ทุกสองปี โด ย กระทบการใช้ งบประมาณจะ เริ่มต้นเมื่อ สิ้น สุด ปีงบประมาณที่ สอง และใช้ เวลา หนึ่ง ปีงบประมาณ ในการจัดทำ</p>			
--	---	--	--	--



	เป้าหมายและ ทรัพยากรที่ ต้องการใช้ สำหรับ ช่วงเวลาสามปี โดยนับปีนี้เป็น ปีที่หนึ่งของ ระบบ งบประมาณ สามปีด้วย			
<b>5.การ ควบคุม กำกับ นโยบาย</b>	PCT จะได้รับ งบประมาณที่ สอดคล้องกับ เป้าหมายที่ต้อง บรรลุในแผน สามปี โดยใช้ สูตรการ กระจายมรphya กรซึ่งจายมีตัว แปรหลัก ได้แก่ กลุ่มอายุในแต่ ละ PCT ความ ต้องการด้าน	ดำเนินการในระดับรัฐบาล จังหวัด	ในระดับประเทศ Federal Joint Commission เป็นผู้ควบคุมกำกับ ออกระเบียบกฎเกณฑ์ ชุดสิทธิ ประโยชน์ ใช้จ่ายเงิน มาตรฐานบริการ ในระดับรัฐ องค์กรประกันสุขภาพ (sickness fund) องค์กรของ ผู้ให้บริการสุขภาพ องค์กรของ โรงพยาบาล จะมีบทบาทหลักในการควบคุมกำกับบริหารจัดการในพื้นที่รัฐ จะกำหนดเงื่อนไขการทำ สัญญาบริการ การกำกับ การลงโทษ ทั้งนี้ระบบการคลังบริการสุขภาพของประเทศเยอรมันแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การคลังสำหรับการให้บริการจะจ่ายโดย sickness fund แต่การลงทุนครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้างจะจ่าย โดยรัฐ ซึ่งช่วงหลังรัฐมักมีงบประมาณไม่พอในการลงทุนสำหรับบริการสุขภาพ	กระทรวงสุขภาพ แรงงาน และ สวัสดิการสังคมเป็นผู้ ควบคุมกำกับนโยบาย โดยแปลงนโยบาย เป็นการปฏิบัติโดย หน่วยงานในกระทรวง เช่น Health Insurance Bureau, Social Security Agency



	<p>สาธารณสุขและความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ทั้งนี้</p> <p>Department of health จะมีการประเมินผลงานและปรับสูตรการกระจายในแต่ละปีเพื่อให้ทุก PCT สามารถบรรลุเป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 91.5 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนระยะกลาง</p>			
<p>6.การกำกับและติดตามประเมินผล</p>	<p><b>Care Commission</b> เป็นองค์กรอิสระของรัฐ</p>	<p>ดำเนินการในระดับรัฐบาลจังหวัด</p>	<p>การกำกับระดับประเทศทำโดย <b>Federal Insurance Office</b> ซึ่งจะทำหน้าที่ audit sickness fund ที่มีผู้ประกันตนกระจายอยู่ในหลายรัฐ</p> <p>ในระดับรัฐ Department of health ของรัฐ จะดำเนินการกำกับตรวจสอบ sickness fund เอง</p>	<p>กระทรวงสุขภาพแรงงานและสวัสดิการสังคมกำกับระบบการคลังสุขภาพ</p>





<p><b>(Monitoring &amp; Evaluation)</b></p>	<p>(Arms Length Bodies) ได้รับความประมาณจาก Department of health แต่ขึ้นกับรัฐสภาทำหน้าที่ในการประเมินการทำงานของ NHS และบริการสาธารณสุข ประเมินผลสัมฤทธิ์และให้รางวัลแต่ละ trust จัดการเรื่องร้องทุกข์ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระดับพื้นที่ กำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้</p>			<p>ทั้งด้านรายรับและรายจ่ายสุขภาพ ในด้านรายรับ มีการกำกับรายรับจากเงินสมทบของประชาชน ซึ่งจะกำหนดไว้ในกฎหมาย โดยกระทรวงจะได้รับข้อมูลจาก Social Insurance Agency ซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงเอง และจากสมาคมประกันที่จัดตั้งขึ้น คือ National Federation of Health Insurance Society และ All Japan Federation of National Health Insurance Organization ในส่วนด้านรายจ่ายนั้น กระทรวงมีหน่วยงาน</p>
---	---	--	--	---





	<p>อยู่ภายใต้ NHS ตรวจสอบปัญหารุนแรงที่เกิดในระบบบริการสุขภาพและจัดทำรายงานสถานการณ์การบริการสุขภาพ</p>			<p>ระดับสำนักที่รับผิดชอบการจัดทำ Standard Fee Schedule โดยได้รับข้อมูลการรักษาอย่างละเอียดจาก Social Insurance Agency และองค์กรกลางตรวจสอบและจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล (Payment organization) ซึ่งการจัดทำราคากลางนี้จะมีการพิจารณาอย่างละเอียดว่าจะให้รายการใดเพิ่มลดเท่าใด เพื่อให้สามารถควบคุมรายจ่ายด้านการรักษาได้</p>
<p><b>7.ข้อมูลข่าวสารสนับสนุน (Informatio</b></p>	<p>สหราชอาณาจักรเริ่มจัดทำรายงานค่าใช้จ่ายด้าน</p>	<p>สถานพยาบาลทุกแห่งต้องส่งข้อมูลให้ Canadian Institute for Health Information (CIHI) เพื่อ</p>	<p>ประเทศเยอรมันนี้จัดทำรายงานค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศตามมาตรฐาน System National Health Account ของ OECD โดย Federal Statistical Office เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดทำ โดยดำเนินการปรับปรุงจากระบบ German Health Accounts ที่มีอยู่แล้ว และมีโครงสร้างใกล้เคียงกับ System National Health Account แต่ต้องปรับคำจำกัดความบางรายการ</p>	<p>ประเทศญี่ปุ่นจัดทำรายงานค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศตามมาตรฐาน</p>



<p><b>n support)</b></p>	<p>สุขภาพของประเทศตามมาตรฐาน System National Health Account ของ OECD โดย Federal Statistical Office เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดทำ ขณะนี้ยังเป็นการทดลอง ดำเนินการอยู่ ปัจจุบัน Department of Health จัดทำราคากลางซึ่งได้จากการวัด</p>	<p>ทำการประมวลผลออก รายงานให้กับสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขของจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง และประชาชน CIHI นี้เป็นหน่วยงานอิสระที่มีฐานะเป็นหน่วยงานกึ่งเอกชน (federally chartered independent nonprofit organization) เนื่องจากเป็นองค์กรที่จดทะเบียนตามกฎหมายเอกชน ไม่ได้มีกฎหมายเฉพาะ แต่ถูกตั้งขึ้นในปี 2546 โดยมติของ Conference of Federal / Provincial / Territorial Ministers of Health มีคณะกรรมการบริหารประกอบด้วยตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาล</p>	<p>สถานพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต้องส่งข้อมูลให้ Institute for Hospital Reimbursement [Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK] เพื่อใช้ในการประมวลผลจัดทำ German DRG และคำนวณ cost weight สำหรับการจ่ายเงินสถานพยาบาล</p> <p>every German hospital is required to provide the institute with hospital-related structural data and case-related claims data on a yearly basis.</p>	<p>System National Health Account ของ OECD โดย Institute for Health Economics and Policy (IHEP) ซึ่งเป็น non-profit corporation ตั้งโดย Ministry of Health, Labour and Welfare เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดทำ</p> <p>สถานพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต้องส่งข้อมูลให้องค์กรกลางตรวจสอบและจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล (Payment organization) เพื่อใช้ในการประมวลผลเรียกเก็บเงิน และนอกจากนี้ยังมีการทำ</p>
--------------------------	---	---	---	---



	<p>เปลี่ยนแปลงของต้นทุนโดยดู health service cost index (HSCI) เพื่อให้ PCT ใช้ในการต่อรองการจัดบริการกับสถานพยาบาลและการปรับปรุงประสิทธิภาพแต่ราคาอาจเปลี่ยนแปลงจากราคากลางได้เล็กน้อยตามตัวแปรเฉพาะของพื้นที่ ทั้งนี้ NHS trust และ PCT ต้องส่งข้อมูลต้นทุนการรักษาของ</p>	<p>กลาง ตัวแทนจากสำนักงานสถิติแคนาดา ตัวแทนรัฐบาลจังหวัด 5 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่รัฐบาลกลางเลือกมา 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่รัฐบาลจังหวัดเลือกมา 5 คน และประธาน CPHI council จากนั้นในปี 1995 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสถิติแคนาดาได้ทำการโอนงานบางส่วนมาที่ CIHI เช่น การจัดทำรายงานรายจ่ายสุขภาพของประเทศ โดยมีเจ้าหน้าที่มากกว่า 700 คน ซึ่งประกอบไปด้วยที่เป็นนักวิจัยที่จบระดับปริญญาเอกและปริญญาโททางด้านสถิติ เศรษฐศาสตร์ และด้านสาธารณสุข ปัจจุบัน CIHI รับงบประมาณจากรัฐบาล</p>		<p>การสุ่มสำรวจทุกปีโดยตรงเพื่อสอบถามรายละเอียดของสถานพยาบาลและรายรับรายจ่ายอย่างละเอียด การดำเนินการสำรวจนี้เป็นการสำรวจแบบสมัครใจ แต่สถานพยาบาลส่วนใหญ่มักจะตอบกลับเนื่องจากเป็นประโยชน์ในการต่อรองใน Central Social Insurance Medical Council</p>
--	---	---	--	--



	<p>บริการ ตาม national schedule of reference costs ซึ่งรวมถึงการให้บริการในชุมชนด้วย ข้อมูลนี้จะนำไปใช้ในการต่อรองการ จัดบริการและปรับปรุง ประสิทธิภาพ ข้อมูล การ ให้บริการจะถูกส่งไปยัง NHS Information Centre ซึ่ง จะ ทำหน้าที่ใน การวิเคราะห์ ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อ การ</p>	<p>กลาง คิดเป็น 76% จาก รัฐบาลท้องถิ่น 19% และที่ เหลืออีก 5% มาจากแหล่ง อื่นๆ Statistics Canada เป็น หน่วยงาน กลาง ที่ ดำเนินการสำรวจข้อมูล สถิติทุกด้านของประเทศ รวมทั้งด้านสาธารณสุข และเป็น ผู้ ดำเนินการ สืบสวนภาวะสุขภาพโดย การตรวจร่างกาย ประเทศแคนาดา มีการ จัดทำรายงานค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพของประเทศ ตามมาตรฐาน System National Health Account ของ OECD โดย CIHI เป็นผู้ดำเนินการ เนื่องจาก เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ รวบรวม ข้อมูล การ รักษาพยาบาลจาก</p>		
--	--	--	--	--



	<p>วิเคราะห์ทางระบาดวิทยา การทำ Audit จั ด ท ำ Healthcare Resource Groups (HRGs) ซึ่ง เป็น case-mixed classification สำหรับบริการ คนไข้นอกและ คนไข้ในของ โรงพยาบาล รวมทั้งส่งให้ Health Care Commission เพื่อใช้ในการ ประเมิน สถานพยาบาล ทั้ง นี้ ใน ึ่งบประมาณ</p>	<p>สถานพยาบาลทั่วประเทศ อยู่แล้ว และใช้ข้อมูลจากระบบบริหารอื่นของรัฐบาล กลาง รัฐบาลจังหวัด หน่วยงานของรัฐอื่นๆ บริษัทประกันเอกชน รวมทั้งข้อมูลการสำรวจ ของ Statistics Canada และชื่อข้อมูลการใช้ยา Over-the-counter จาก บริษัทสำรวจเอกชน</p>		
--	---	--	--	--



	<p>ท นั า Information center จะถูก ผนวกเข้ากับ Healthcare Commission ขณะนี้ประเทศ อังกฤษกำลัง พัฒนาระบบ Electronic Medical Record เพื่อให้ ประชาชน รัน ขายยา หน่วย บริการปฐมภูมิ และ โรงพยาบาล สามารถใช้ ข้อมูลร่วมกัน รวมทั้งระบบ ข้อมูล สารสนเทศ สำหรับการ</p>			
--	--	--	--	--



---

	บริหารด้วย			
--	------------	--	--	--





## ผนวก 4.1

การศึกษายุทธศาสตร์การอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขไทย







#### ผนวก 4.1 การศึกษาบทบาทองค์กรการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขไทย

กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
<b>1.กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง</b>	กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๔๕	กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๕๑	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ระบุไว้ในมาตรา 25 โดยให้สนง.คณะกรรมการมีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี	กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง พ.ศ. ๒๕๔๕	- (สนย.) กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ ข้อ ๓ ก. ราชการบริหารส่วนกลาง (๕) - (IHPP) มีคำสั่งภายในสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ไม่มีเอกสารอ้างอิง)	1) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 514/2546 เรื่อง โครงสร้างและภารกิจของกลุ่มประกันสุขภาพ (กปภ.) สั่ง ณ วันที่ 13 มิถุนายน 2546 2) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 515/2546 เรื่อง การจัดตั้งกลุ่มประกันสุขภาพ สั่ง ณ วันที่ 13 มิถุนายน 2546 3) คำสั่งกระทรวง



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
						สาธารณสุข ที่ 1110/2549 เรื่อง จัดตั้งสำนักพัฒนาการเงินการคลัง สาธารณสุข สั่ง ณ วันที่ 7 ธันวาคม 2549
<b>2.ภารกิจที่ระบุไว้ตามกฎหมาย</b>	- สศช.มีภารกิจเกี่ยวกับการเสนอแนะนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การพิจารณาแผนงานและโครงการของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ	- สงป.มีภารกิจเกี่ยวกับการเสนอแนะและให้ความเห็นแก่รัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐในด้าน การงบประมาณ การจัดทำงบประมาณที่	- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ (1) จัดทำธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบ	- สศค.มีภารกิจเกี่ยวกับการเสนอแนะและออกแบบนโยบายและมาตรการด้านการคลังระบบการเงิน รวมทั้งเศรษฐกิจมหภาคและเศรษฐกิจระหว่างประเทศ	สนย. มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ (ก) ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำข้อมูลในการกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ จัดทำแผนงานโครงการ รวมทั้งจัดทำ	<sup>1</sup> คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ให้กลุ่มประกันสุขภาพ มีหน้าที่ (1) ประสานและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้าน

<sup>1</sup> คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 515/ 2546 เรื่อง จัดตั้งกลุ่มประกันสุขภาพ ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2546





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
	<p>การปฏิบัติหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ และกำหนดนโยบายการพัฒนาประเทศ การจัดทำแผนพัฒนามนพื้นฐานความเข้มแข็งด้านวิชาการเพื่อผลักดันไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าในเชิงภารกิจแห่งรัฐ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และตอบสนองความต้องการของประชาชน</p>	<p>สนองต่อนโยบายและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐบาล และการบริหารจัดการงบประมาณ ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุภารกิจของรัฐ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประเทศชาติ ตอบสนองความต้องการของประชาชน รวมทั้งมีความคุ้มค่า สามารถตรวจสอบและเปิดเผยต่อสาธารณะได้</p> <p>ให้มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้</p> <p>(1) ดำเนินการตาม</p>	<p>(2) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว พร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบ</p> <p>(3) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น</p> <p>(4) จัดให้มี หรือส่งเสริมสนับสนุนให้มีกระบวนการ</p>	<p>ที่มีคุณภาพต่อกระทรวงการคลัง โดยให้มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้</p> <p>(1) เสนอแนะและออกแบบนโยบาย แผนและมาตรการเกี่ยวกับการคลังและภาษีอากร ให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล</p> <p>(2) เสนอแนะและออกแบบนโยบาย แผนและมาตรการเกี่ยวกับระบบการเงิน การออม การลงทุน และการพัฒนาตลาดทุน ตลอดจนวางแผนและดำเนินการเกี่ยวกับความร่วมมือทาง</p>	<p>และประสานแผนการปฏิบัติงานของกระทรวง (ข) จัดทำและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ ประสานนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนแม่บทของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัด</p> <p>(ค) แปลงนโยบายระดับชาติ ระดับกระทรวงเป็นแผนปฏิบัติราชการของกระทรวง</p> <p>(ง) ติดตามและประสาน</p>	<p>สวัสดิการสาธารณสุข และประกันสุขภาพกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การบริหารกองทุนประกันสุขภาพอื่นๆ</p> <p>(2) ประสานการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งรับข้อร้องเรียนและอุทธรณ์ต่างๆ เกี่ยวกับ</p>



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
	<p>โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้</p> <p>(1) ศึกษาและวิเคราะห์ภาวะเศรษฐกิจและสังคม เพื่อเสนอแนะจุดหมายและนโยบายแห่งพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ</p> <p>(2) พิจารณาแผนงานและโครงการพัฒนาของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ</p> <p>(3) ศึกษาเกี่ยวกับกำลังเงิน กำลังคน และทรัพยากรอื่นที่มีอยู่และอาจหามาได้และการจัดหาทรัพยากรดังกล่าว</p>	<p>กฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>(2) เสนอแนะนโยบายและแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้เป็นไปตาม</p> <p>แนวนโยบายแห่งรัฐและแนวทางการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมในระดับชาติ</p> <p>ต่อคณะรัฐมนตรี</p> <p>(3) ให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำงบประมาณที่สอดคล้องกับ</p>	<p>ในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย</p> <p>(5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ</p> <p>ทั้งนี้ ขอเสนอแนะและคำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตาม (2) ต้อง</p>	<p>การเงินและการคลังระหว่างประเทศ และองค์การระหว่างประเทศ เพื่อให้เป็นไปตามข้อผูกพันระหว่างประเทศและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>(3) เสนอแนะและออกแบบนโยบาย แผนและมาตรการเกี่ยวกับเศรษฐกิจมหภาคและเศรษฐกิจระหว่างประเทศ รวมทั้งวางแผนประสานและดำเนินการเกี่ยวกับความร่วมมือทางการเงินและการคลังระหว่าง</p>	<p>ความช่วยเหลือและความร่วมมือกับองค์การหรือหน่วยงานต่างประเทศ</p> <p>(จ) ติดตามและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน</p> <p>(ฉ) ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่กิจกรรมและการปฏิบัติราชการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>(ช) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย</p>	<p>การดำเนินงานประกันสุขภาพ</p> <p>(3) บริหารจัดการงบประมาณและเงินนอกงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545</p> <p>พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัย</p>



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
	เพื่อประโยชน์ของรัฐ (4) จัดทำข้อเสนอ โดยหารือกับส่วนราชการที่มีหน้าที่เกี่ยวกับงบประมาณแผ่นดินในเรื่องที่เกี่ยวกับรายจ่ายประจำปีของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ สำหรับสินทรัพย์ถาวรหลักที่เพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการพัฒนา รวมทั้งจำนวนเงินที่ใช้จ่ายเพื่อการนี้ไม่ว่าจ่ายจากงบประมาณแผ่นดิน เงินกู้ยืม เงินกำไรสะสมไว้หรือเงินอื่นใดก็ตาม (5) ศึกษาและวิเคราะห์	การงบประมาณแก่ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ (4) จัดทำงบประมาณรายจ่าย โดยคำนึงถึงวินัยทางการคลังและเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ (5) จัดทำร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีและร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม เสนอต่อคณะรัฐมนตรี (6) จัดทำข้อเสนอเพิ่ม	สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและคำนึงถึงข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพด้วย	ประเทศ และองค์การระหว่างประเทศ เพื่อให้เป็นไปตามข้อผูกพันระหว่างประเทศและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (4) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย	- ส่วน IHPP ยังไม่ชัดเจนเรื่องภารกิจตามกรอบกฎหมาย เนื่องจากไม่พบหนังสือคำสั่งมอบหมายหน้าที่	จากรถ พ.ศ. 2535 ในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติงบประมาณและกฎหมาย/ระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (4) ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานการเบิกจ่ายเงินขาดเขตค่ารักษาพยาบาลให้กับหน่วยบริการต่างๆ กรณี เงินรายรับเพื่อประโยชน์การสาธารณสุข เงินประกันสุขภาพแรงงาน





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	<p>รายงานที่จ่ายจริง สำหรับการสร้างและ บำรุงรักษาสินทรัพย์ ถาวรหลักที่ใช้ในการ พัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมเพื่อให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการแก้ไข รายงานเหล่านั้น (6) ศึกษาและวิเคราะห์ รายงานที่จ่ายจริง สำหรับการจัดบริการ ทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการแก้ไข รายงานเหล่านั้น (7) พิจารณาให้ คำแนะนำและกำหนด</p>	<p>หรือลดการจัดสรร งบประมาณให้ สอดคล้องกับ สถานการณ์และกำลัง เงินของแผ่นดินต่อ คณะรัฐมนตรีและ นายกรัฐมนตรี (7) บริหารจัดการ งบประมาณเพื่อให้เกิด ประโยชน์สูงสุดและ คุ้มค่า ให้บรรลุ เป้าหมายและ ผลสัมฤทธิ์ของงาน ตามแผนที่กำหนดไว้ (8) ติดตามผล ประเมินผล และ รายงานผลความสำเร็จ</p>			<p>ต่างตัว และเงิน ชดเชยค่าบริการ สาธารณสุขอื่นๆ ที่ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบดูแล รวมทั้ง ประสานการตรวจสอบ คำรักษาพยาบาล (5) เป็นศูนย์กลาง วิชาการและประสาน ความร่วมมือในการ จัดบริการสาธารณสุข ภายใต้พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติ คุ้มครองผู้ประสบภัย จากรถ พ.ศ.2535 และ โครงการหลักประกัน</p>	



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	หลักการให้ส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจเพื่อ จัดทำแผนงานและ โครงการพัฒนาที่จะขอ ความช่วยเหลือจาก ต่างประเทศในทาง วิชาการการเงิน การ กู้ยืม และการดำเนินการ รวมทั้งความช่วยเหลือ แก่ต่างประเทศ (8) ติดตามและ ประเมินผลการพัฒนา ตามแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคม	ของการดำเนินงาน ของส่วนราชการและ รัฐวิสาหกิจต่อ คณะรัฐมนตรี (9) จัดทำรายงานการ โอนเปลี่ยนแปลง งบประมาณเสนอต่อ คณะรัฐมนตรี (10) เสนอแนะและให้ ความเห็นต่อ คณะรัฐมนตรีในด้าน การงบประมาณและ ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (11) ปฏิบัติการอื่นใด			สุขภาพถ้วนหน้า (6) ประสานความ ร่วมมือและสนับสนุน การดำเนินงานกับ ต่างประเทศใน โครงการหลักประกัน สุขภาพของกระทรวง สาธารณสุข  2 คำสั่งกระทรวง สาธารณสุข ให้จัดตั้ง สำนักพัฒนาการเงิน การคลังสาธารณสุข (สพค.) และให้มีหน้าที่	

<sup>2</sup> คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1110/ 2549 เรื่อง จัดตั้งสำนักพัฒนาการเงินการคลังสาธารณสุข ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2549





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	แห่งชาติ และรายงาน ผลต่อสาธารณะ พร้อม ทั้งติดตามประเมิน แผนงานโครงการ พัฒนาของส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจ และให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการ เร่งรัด ปรับปรุงหรือเลิก ล้มแผนงาน/โครงการ (9) ปฏิบัติการอื่นใด ตามที่กฎหมาย กำหนดให้เป็นอำนาจ หน้าที่ของ สศช. หรือ ตามที่ได้รับมอบหมาย	ตามที่กฎหมาย กำหนดให้เป็นอำนาจ หน้าที่ของ สงป.หรือ ตามที่คณะรัฐมนตรี หรือนายกรัฐมนตรี มอบหมาย			ดังนี้ (1) พัฒนาระบบข้อมูล เพื่อเป็นศูนย์กลาง ข้อมูลด้านการเงินการ คลัง (2) พัฒนาเครื่องมือ และกลไกในการ บริหารระบบการเงิน การคลังของหน่วย บริการสาธารณสุข (3) สนับสนุนการ ดำเนินงานของ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องด้านการเงิน การคลังสาธารณสุขใน ระดับพื้นที่	





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
3. โครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวข้อง	<sup>3</sup> ตามโครงสร้างองค์กรหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้องกับระบบการ	<sup>4</sup> ตามโครงสร้างองค์กรส่วนราชการภายในที่เกี่ยวข้องกับระบบการ	สช. ยังไม่มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน เพียงระบุว่ามีบทบาทหน้าที่ ดังนี้	<sup>5</sup> ตามโครงสร้างองค์กรหน่วยงานภายในของสำนักงานเศรษฐกิจการ	<sup>6</sup> ตามโครงสร้างภายในของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวข้อง	<sup>8</sup> ตามโครงสร้างองค์กรของกลุ่มประกันสุขภาพ มี 2 ฝ่าย ที่

<sup>3</sup> โครงสร้างองค์กรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประกอบด้วย 15 สำนัก ดังนี้ 1) สำนักงานเลขาธิการ 2) สำนักบัญชีประชาชาติ 3) สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนเศรษฐกิจมหภาค 4) สำนักพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ 5) สำนักวิเคราะห์โครงการลงทุนภาครัฐ 6) สำนักวางแผนการเกษตร ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม 7) สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา 8) สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาพื้นที่ 9) สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคกลาง 10) สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 11) สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคใต้ 12) สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคเหนือ 13) สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม 14) สำนักยุทธศาสตร์ด้านนโยบายสาธารณะ 15) สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาทางสังคม และ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร และกลุ่มตรวจสอบภายใน

<sup>4</sup> สำนักงบประมาณ แบ่งส่วนราชการภายใน เป็นดังนี้ 1. สำนักอำนวยการ 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ 3. สถาบันพัฒนาบุคลากรด้านการงบประมาณ 4. สำนักกฎหมายและระเบียบ 5. สำนักจัดทำงบประมาณด้านการบริหาร 6. สำนักจัดทำงบประมาณด้านความมั่นคง ๑ 7. สำนักจัดทำงบประมาณด้านความมั่นคง ๒ 8. สำนักจัดทำงบประมาณด้านเศรษฐกิจ ๑ 9. สำนักจัดทำงบประมาณด้านเศรษฐกิจ ๒ 10. สำนักจัดทำงบประมาณด้านเศรษฐกิจ ๓ 11. สำนักจัดทำงบประมาณด้านเศรษฐกิจ ๔ 12. สำนักจัดทำงบประมาณด้านสังคม ๑ 13. สำนักจัดทำงบประมาณด้านสังคม ๒ 14. สำนักจัดทำงบประมาณด้านสังคม ๓ 15. สำนักจัดทำงบประมาณองค์การบริหารรูปแบบพิเศษและรัฐวิสาหกิจ 16. สำนักนโยบายและแผนงบประมาณ 17. สำนักประเมินผล 18. สำนักพัฒนาระบบงบประมาณและการจัดการ 18. สำนักมาตรฐานงบประมาณ

<sup>5</sup> การแบ่งส่วนราชการ แบ่งเป็น 9 สำนัก ดังนี้ 1. สำนักงานเลขานุการกรม 2. สำนักนโยบายการคลัง 3. สำนักนโยบายเศรษฐกิจมหภาค 4. สำนักนโยบายเศรษฐกิจระหว่างประเทศ 5. สำนักนโยบายภาษี 6. สำนักนโยบายระบบการเงินและสถาบันการเงิน 7. สำนักนโยบายการออม และการลงทุน 8. สำนักกฎหมาย 9. สำนักนโยบายระบบการคุ้มครองผลประโยชน์ทางการเงิน และ 4 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มงานที่ปรึกษาเศรษฐกิจและการคลังในต่างประเทศ 2. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร 3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ 4. กลุ่มตรวจสอบภายใน

<sup>6</sup> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ แบ่งหน่วยงานภายใน เป็น 6 กลุ่มภารกิจ ดังนี้ 1. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2. กลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 3. กลุ่มภารกิจด้านประเมินผลและติดตามความเสี่ยงเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 4. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ 5. กลุ่มภารกิจด้านประสานสนับสนุนนโยบายผู้บริหารระดับสูง 6. กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

<sup>8</sup> คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 154/ 2546 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2546 เรื่อง โครงสร้างและภารกิจของกลุ่มประกันสุขภาพ



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
	<p>คลังสุขภาพ คือ</p> <p><u>(1) สำนักบัญชีประชาชาติ</u> มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้</p> <p>1.1 ศึกษาวิเคราะห์และจัดทำสถิติบัญชีรายได้ประชาชาติรายปีในด้านการผลิต ด้านการใช้จ่ายและด้านรายได้</p> <p>1.2 ศึกษาวิเคราะห์และจัดทำสถิติบัญชีรายได้ประชาชาติ รายไตรมาส รวมทั้งสถิติบัญชีรายได้ภาคและจังหวัด</p> <p>1.3 ศึกษาวิเคราะห์และจัดทำสถิติบัญชีแห่งชาติ และสถิติบัญชี</p>	<p>คลังสุขภาพ คือ</p> <p><u>(1) กลุ่มการจัดการงบประมาณจังหวัดและกลุ่มจังหวัด และการบูรณาการงบประมาณในการบริหารราชการต่างประเทศ</u> ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้</p> <p>1.1 เสนอแนะนโยบายมาตรการ และแนวทางในการจัดสรรงบประมาณให้กับจังหวัด กลุ่มจังหวัด และหน่วยงานที่มีสำนักงานในต่างประเทศ โดย</p>	<p>(1) งานเลขานุการของคสช.และบอร์ด สช.</p> <p>(2) ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านสุขภาพ</p> <p>(3) สสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำ</p>	<p>คลัง ที่เกี่ยวข้องกับระบบการคลังสุขภาพภาพรวมของประเทศในบริบทปัจจุบันเกี่ยวข้องกับเฉพาะด้านแหล่งรายรับของระบบการคลังสุขภาพคือ สำนักนโยบายการคลัง สำนักนโยบายภาษีอากร ซึ่งมีหน้าที่เสนอแนะและออกแบบนโยบาย แผนและมาตรการเกี่ยวกับการคลังและภาษีอากร เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล และสำนักนโยบายการออมและการลงทุน ในส่วนที่</p>	<p>กับระบบการคลังสุขภาพคือ</p> <p><u>(1) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ</u> ระบุว่ามีการกิจเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ</p> <p><u>(2) กลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ</u> ระบุว่า มีบทบาท ดังนี้</p> <p>2.1 จัดทำข้อเสนอแนะนโยบายงบประมาณทั้งในสถานการณ์ปกติและ</p>	<p>เกี่ยวข้องกับระบบการคลังสุขภาพ คือ ฝ่ายนโยบายและแผน และฝ่ายบริหารงานประกันสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการคลังสุขภาพ โดย</p> <p><u>ฝ่ายนโยบายและแผน</u> มีหน้าที่ ดังนี้</p> <p>1) ประสานการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี</p> <p>2) จัดทำแผนงาน/แผนปฏิบัติงานและเกณฑ์ชี้วัดเกี่ยวกับผลลัพธ์การดำเนินงานด้านสวัสดิการ</p>



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
<p>เศรษฐกิจเงินทุน และสถิติตารางบัญชีการผลิตและผลผลิต รวมทั้งสถิติตารางอุปสงค์และอุปทาน</p> <p>1.4 ศึกษาและพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติของประเทศให้เป็นไปตามระบบสากล โดยยึดมาตรฐานขององค์การสหประชาชาติ และมาตรฐานบัญชีขององค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง</p> <p>1.5 ศึกษาวิเคราะห์และจัดทำบัญชีบริวาร</p> <p>1.6 ศึกษาวิเคราะห์และ</p>	<p>นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรีหรือผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>1.2 เสนอแนะและให้ความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีและนายกรัฐมนตรีในด้านการงบประมาณของหน่วยงานในความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 กำหนดหลักเกณฑ์กระบวนการ และรูปแบบในการจัดทำงบประมาณของหน่วยงานในความรับผิดชอบ</p>	<p>เป็นรายงาน หรือเพื่อเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพ พ.ศ.2550</p> <p>(4) ดำเนินการเพื่อให้มีการจัดสมัชชาและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้บรรลุผลตามมติของ คสช.</p> <p>(5) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามกฎหมาย หรือตามที่คณะรัฐมนตรี และคสช.มอบหมาย</p>	<p>เกี่ยวข้องกับสร้างวินัยในการใช้จ่ายของภาคครัวเรือนให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม</p> <p>ส่วนด้านรายจ่ายหรือการจัดสรรเงินด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข จะเป็นหน้าที่ของสำนักงบประมาณ</p>	<p>เร่งด่วน จัดทำกรอบวงเงินงบประมาณรายหน่วยงาน และบริหารจัดการกระบวนการงบประมาณ จัดทำคำของบประมาณ จัดทำแผนการใช้จ่ายงบประมาณ จัดทำเกณฑ์การจัดสรรและดำเนินการจัดสรรงบประมาณทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ฯ</p> <p>2.2 จัดทำข้อเสนอในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การวางแผนความต้องการและการแก้ไขปัญหากำลังคนด้าน</p>	<p>สาธารณสุข ภายใต้กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการติดตามประเมินผล</p> <p>3) ประสานและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพระดับประเทศ และรวบรวม/ประมวลผล/วิเคราะห์ข้อมูลที่</p>	



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
จัดทำรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับบัญชีประชาชาติ 1.7 พัฒนาและประสานการจัดทำระบบฐานข้อมูลเศรษฐกิจและสังคมเพื่อใช้ประโยชน์ต่อการจัดทำสถิติบัญชีรายได้ประชาชาติ การวิเคราะห์ภาวะเศรษฐกิจและสังคม การศึกษาวิจัย และการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม 1.8 พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศของ	1.4 ให้คำปรึกษาแนะนำและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำงบประมาณ แผนการปฏิบัติงาน และแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่สอดคล้องกับระบบของรัฐบาลและแผนการบริหารราชการแผ่นดิน รวมทั้งสอดคล้องกับหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี				สาธารณสุข การปรับระบบการสร้างแรงจูงใจ (3) <u>กลุ่มภารกิจด้านประเมินผล</u> มีบทบาท 3.1 การพัฒนาเครื่องมือกลไก และระบบการประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 3.2 ประเมินผลลัพธ์ ผลกระทบของนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 3.3 ประเมินสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ และประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรสุขภาพ	เกี่ยวข้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข 4) ประสานการวิจัยพัฒนาและสนับสนุนวิชาการด้านสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งงานวิเทศสัมพันธ์ 5) ประสานการดำเนินโครงการ



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
	<p>สำนักงานฯ</p> <p>1.9 พัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรของสำนักงานฯ ทางด้านบัญชี ประชาชาติและ เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>1.10 ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการ ปฏิบัติงานของ หน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับ มอบหมาย</p> <p>(2) <u>สำนักยุทธศาสตร์</u> <u>ด้านนโยบายสาธารณะ</u> มีอำนาจหน้าที่</p>	<p>1.5 ประสานและบูรณาการงบประมาณกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>1.6 วิเคราะห์ งบประมาณรายจ่าย และการใช้จ่าย งบประมาณของ หน่วยงานในความ รับผิดชอบ</p> <p>1.7 วิเคราะห์และเสนอ ความเห็นเกี่ยวกับ ประมาณการรายรับ และรายจ่าย รวมทั้ง เงินนอกงบประมาณ และทรัพยากรอื่นที่</p>			<p>3.4 ประเมินแนวโน้มความสำเร็จของประเด็น ยุทธศาสตร์ เพื่อให้ ข้อเสนอแนะ และ ปรับปรุงนโยบายและ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ</p> <p>(4) <u>กลุ่มภารกิจด้าน ข้อมูลข่าวสารและ สารสนเทศสุขภาพ</u> มี บทบาทในการ เสริมสร้าง การจัดการข้อมูลสุขภาพ ระบบ และกลไกและ บุคลากร เพื่อจัดการ ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการ จัดการองค์ความรู้</p>	<p>พัฒนา/จัดหาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการเชื่อมโยง ข้อมูลข่าวสารระหว่าง กลุ่มประกันสุขภาพกับ หน่วยงานอื่นๆ ทั้ง ภายในและภายนอก กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><u>ฝ่ายบริหารงานประกันสุขภาพ</u> มีหน้าที่ ดังนี้</p> <p>1) เป็นทีมเลขานุการ คณะกรรมการบริหาร โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p>



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	<p>2.1 วิเคราะห์ สถานการณ์และ สภาพแวดล้อม เพื่อ กำหนดยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์การพัฒนา ประเทศตามปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง</p> <p>2.2 จัดทำดัชนีชี้วัดและ กำหนดแนวทางการ พัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และชุมชนบนพื้นฐาน ความสมดุล มั่นคง ปลอดภัย ยั่งยืน</p> <p>2.3 พัฒนาระบบ</p>	<p>ต้องใช้ในการจัดทำ งบประมาณรายจ่าย 1.8 ร่วมกับหน่วยงาน ในความรับผิดชอบใน การจัดทำค่าใช้จ่ายต่อ หน่วยในการจัดทำ บริการสาธารณะ และ จัดทำมาตรฐานต้นทุน ในการให้บริการ สาธารณะของ หน่วยงานในความ รับผิดชอบ</p> <p>1.9 ติดตามผลการ ดำเนินงานและการใช้</p>			<p>เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศสุขภาพ<sup>7</sup> ตามโครงสร้างภายใน ของสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวข้อง กับระบบการคลังสุขภาพ คือ</p> <p><u>(1) กลุ่มภารกิจด้าน พัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์สุขภาพ</u> ระบุ ว่ามีภารกิจเกี่ยวกับ นโยบายและยุทธศาสตร์ หลักประกันสุขภาพและ ระบบบริการสุขภาพ</p>	<p>กระทรวงสาธารณสุข 2) จัดสรร งบประมาณเงินเหมา จ่ายรายหัวโครงการ หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า และเงินอื่นๆ ที่ได้รับจัดสรรจาก สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ</p> <p>3) บริหารจัดการและ ประสานการดำเนิน โครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า และ รับเรื่องร้องเรียนและ</p>

<sup>7</sup> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ แบ่งหน่วยงานภายใน เป็น 6 กลุ่มภารกิจ ดังนี้ 1.กลุ่มภารกิจด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2.กลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 3.กลุ่มภารกิจด้านประเมินผลและติดตามความเสี่ยงเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 4.กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ 5.กลุ่มภารกิจด้านประสานสนับสนุนนโยบายผู้บริหารระดับสูง 6.กลุ่มภารกิจด้านอำนวยความสะดวก





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
	ฐานข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านนโยบายสาธารณะด้านเศรษฐกิจพอเพียงด้านการพัฒนาระดับชุมชน และการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะนายทะเบียนกลางของธนาคารสมอง 2.4 ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการของทุกส่วนราชการให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ	จ่ายงบประมาณตามแผนที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานในความรับผิดชอบ 1.10 จัดเตรียมข้อมูลและคำชี้แจงประกอบงบประมาณรายจ่ายเสนอต่อรัฐสภา 1.11 ปฏิบัติงานร่วมหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย (2) กลุ่มยุทธศาสตร์การงบประมาณ มี			(2) กลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระบุว่า มีบทบาท ดังนี้ 2.1 จัดทำข้อเสนอ นโยบายงบประมาณ จัดหางบประมาณทั้งในสถานการณ์ปกติและเร่งด่วน จัดทำกรอบวงเงินงบประมาณรายจ่าย และบริหารจัดการกระบวนการงบประมาณ จัดทำคำขอ งบประมาณ จัดทำแผนการใช้จ่าย งบประมาณ จัดทำเกณฑ์การจัดสรรและ	ยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากผู้รับบริการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4) ประสานและสนับสนุนการนิเทศงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกกลุ่มประกันสุขภาพ 5) งานประชาสัมพันธ์



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
	ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (3) <u>สำนักวางแผนเศรษฐกิจมหภาค</u> มีอำนาจหน้าที่ 3.1 ประสานการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแนวทางการวิจัยเพื่อวางแผน 3.2 ศึกษาและกำหนดกรอบนโยบายเศรษฐกิจมหภาค รวมถึงความเชื่อมโยงการบริหารเศรษฐกิจเพื่อการเจริญเติบโตอย่างมี	อำนาจหน้าที่ ดังนี้ 2.1 ศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม และเครื่องมือทางการเงินการคลัง และ การงบประมาณภาครัฐในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนและรักษาวินัยทางการคลัง 2.2 ศึกษาวิเคราะห์สภาวะเศรษฐกิจการเงินการคลัง เพื่อประกอบการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์การใช้			ดำเนินการจัดสรรงบประมาณทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ฯ 2.2 จัดทำข้อเสนอในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การวางแผนความต้องการและการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุข การปรับระบบการสร้างแรงจูงใจฯ (3) <u>กลุ่มภารกิจด้านประเมินผล</u> มีบทบาท 3.1 การพัฒนาเครื่องมือกลไก และระบบการประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ	ส่วนสำนักพัฒนาการเงินการคลังสาธารณสุข มีหน่วยงานภายใน ที่เกี่ยวข้องกับระบบการคลังสุขภาพ คือ (1) <u>กลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีและข้อมูลสารสนเทศการเงินการคลัง</u> มีหน้าที่ส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ 1.1 พัฒนาดัชนีชี้วัดเพื่อติดตามสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการทุกระดับ 1.2 จัดทำฐานข้อมูล







กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
	คุณภาพและเสถียรภาพกับนโยบายการเงินนโยบายการคลังนโยบายการบริหารหนี้สาธารณะ และนโยบายเศรษฐกิจระหว่างประเทศ 3.3 จัดทำกรอบนโยบายการคลังประจำปีและระยะปานกลางของประเทศเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายและแนวทางการพัฒนา 3.4 ศึกษาและประเมินผลนโยบายเศรษฐกิจมหภาคต่อการ	งบประมาณที่มีประสิทธิภาพในระยะปานกลางและระยะยาวรวมทั้งกรอบวงเงินที่เหมาะสมตามแผนการบริหารราชการแผ่นดิน 2.3 นำผลการประเมินและข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาทบทวนการบริหารจัดการรายจ่ายภาคสาธารณะ 2.4 ประสานงานติดต่อ และแลกเปลี่ยนความรู้ทางการงบประมาณกับการงบประมาณกับองค์กรทางการเงินการคลังทั้งในและ			3.2 ประเมินผลลัพธ์ผลกระทบของนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 3.3 ประเมินสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพและประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรสุขภาพ 3.4 ประเมินแนวโน้มความสำเร็จของประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ <u>(4) กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ</u> มี	ทรัพยากรสุขภาพ โดยระบบ Geographic information system (GIS) เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการบริหารทรัพยากร <u>(2) กลุ่มงานวิจัย</u> มีหน้าที่ 2.1 จัดทำกรอบแผนงานวิจัยและพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพ 2.2 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบประกันสุขภาพเพื่อสนับสนุน



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
พัฒนา และเสนอแนะ แนวทางการปรับ ยุทธศาสตร์และ แนวนโยบายให้ สอดคล้องกับ สถานการณ์ที่ เปลี่ยนแปลงไป 3.5 จัดทำรายงานภาวะ เศรษฐกิจและประมาณ การเศรษฐกิจรายไตร มาส รายปี และระยะ ปานกลาง 3.6 พัฒนาแบบจำลอง และวิธีการวิเคราะห์ ประมาณการเศรษฐกิจ เป็นรายเดือน รายไตร มาส และรายปี	ต่างประเทศ 2.5 ให้คำปรึกษาและ ข้อเสนอแนะในการ กำหนดทิศทาง นโยบาย แนวทางการ พัฒนาและดำเนินงาน ของสำนักงบประมาณ 2.6 ปฏิบัติงานร่วม หรือสนับสนุนการ ปฏิบัติงานของ หน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับ มอบหมาย (3) สำนักจัดทำ งบประมาณด้านการ บริหาร มีอำนาจ หน้าที่			บทบาทในการ เสริมสร้าง การจัดการข้อมูลสุขภาพ ระบบ และกลไกและ บุคลากร เพื่อจัดการ ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการ จัดการองค์ความรู้ เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศสุขภาพ  * สำหรับ IHPP ไม่มีโครงสร้างองค์กรที่ เกี่ยวข้องชัดเจน นอกจากที่มันักวิจัยที่ รับผิดชอบงานวิจัยด้าน การคลังสุขภาพเท่านั้น	การดำเนินนโยบาย หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า 2.3 วิเคราะห์ต้นทุน หน่วยบริการ ประเมินผลวิธีการ จัดสรรงบประมาณของ กองทุนต่างๆ และ วิธีการจ่ายเงินให้กับ หน่วยบริการ (3) กลุ่มงานวิเคราะห์ และประเมินผล มี หน้าที่ 3.1 จัดทำดัชนีชี้วัด และประเมินผล ผลลัพธ์ของการ ให้บริการ	



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	<p>3.7 พัฒนาระบบการวางแผนและเตือนภัยทางเศรษฐกิจ และจัดทำข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมข้อมูลภายในประเทศและต่างประเทศ</p> <p>3.8 ประสานการจัดทำแผนพัฒนา แผนยุทธศาสตร์ และการติดตามผลการดำเนินงานตามกรอบแผนต่างๆ</p> <p>3.9 ประสานให้เกิดความสอดคล้องระหว่างความร่วมมือทางการพัฒนาและทางการเงิน</p>	<p>3.1 เสนอแนะมาตรการและแนวทางในการจัดสรรงบประมาณด้านการบริหารและงบกลาง</p> <p>3.2 เสนอแนะและให้ความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีและนายกรัฐมนตรีในด้านการงบประมาณของหน่วยงานในความรับผิดชอบ</p> <p>3.3 ให้คำปรึกษาแนะนำ และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำ</p>			<p>3.2 จัดทำดัชนีด้านประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการ</p> <p>3.3 จัดทำบัญชีสุขภาพแห่งชาติ (national health accounts) และระดับจังหวัด (provincial health accounts)</p> <p>3.4 วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูลต่างๆ เช่น วิธีการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. วิธีจ่ายเงินของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) และการเรียกเก็บตาม</p>	



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	ระหว่างประเทศ โดยเฉพาะเงินกู้และเงิน ช่วยเหลือกับเป้าหมาย และแนวทางพัฒนา ประเทศ 3.10 เสริมสร้าง ความสัมพันธ์กับองค์กร ระหว่างประเทศและ หน่วยงานต่างประเทศ 3.11 พัฒนาและ ฝึกอบรมบุคลากรของ สำนักงานฯ ทางด้าน เศรษฐกิจมหภาคและ เศรษฐกิจระหว่าง ประเทศ 3.12 ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการ	งบประมาณ แผนปฏิบัติงาน และ แผนการใช้จ่าย งบประมาณที่ สอดคล้องกับระบบ งบประมาณ นโยบาย ของรัฐบาล และ แผนการบริหาร ราชการแผ่นดิน รวมทั้งสอดคล้องกับ หลักการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี 3.4 วิเคราะห์และจัดทำ ข้อเสนองบประมาณ รายจ่ายของหน่วยงาน ในความรับผิดชอบ 3.5 วิเคราะห์			พระราชบัญญัติ ผู้ประสบภัยจากรถ การประกันตนของ แรงงานต่างด้าวเพื่อใช้ เป็นข้อมูลในการ เสนอแนะเชิงนโยบาย ในงานหลักประกัน สุขภาพ	



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	ปฏิบัติงานของ หน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับ มอบหมาย <u>(4) สำนักยุทธศาสตร์</u> <u>และการวางแผนพัฒนา</u> <u>ทางสังคม</u> มีอำนาจหน้าที่ 4.1 วิเคราะห์การ เปลี่ยนแปลงทั้งในและ นอกประเทศที่มี ผลกระทบต่อสังคมไทย รวมทั้งกำหนด ยุทธศาสตร์การพัฒนา สังคมที่สอดคล้องกับ การปรับโครงสร้าง สังคมไทยให้เหมาะสม	งบประมาณรายจ่าย และการใช้จ่าย งบประมาณของ หน่วยงานในความ รับผิดชอบ 3.6 ร่วมกับหน่วยงาน ในความรับผิดชอบ จัดทำค่าใช้จ่ายต่อ หน่วยในการจัดทำ บริการสาธารณะ และ จัดทำมาตรฐานต้นทุน ในการให้บริการ สาธารณะของ หน่วยงานในความ รับผิดชอบ 3.7 ติดตามผลการ ดำเนินงานและการใช้				



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	<p>กับสถานการณ์ 4.2 ศึกษาและวิจัย ประเด็นทุนทางสังคม เพื่อสร้างองค์ความรู้ สำหรับการจัดทำ ยุทธศาสตร์การพัฒนา ทางสังคม</p> <p>4.3 วิเคราะห์และจัดทำ ข้อเสนอแนะเชิง นโยบายที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ด้านสังคม</p> <p>4.4 ประสานและ สนับสนุนการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์การพัฒนา สังคม เพื่อสร้างความ สมดุลและความยั่งยืน ของการพัฒนาประเทศ</p>	<p>จ่ายงบประมาณตาม แผนที่ได้รับการจัดสรร งบประมาณของ หน่วยงานในความ รับผิดชอบ</p> <p>3.8 จัดเตรียมข้อมูล และคำชี้แจงประกอบ งบประมาณรายจ่าย เสนอต่อรัฐสภา</p> <p>3.9 ปฏิบัติงานร่วม หรือสนับสนุนการ ปฏิบัติงานของ หน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับ มอบหมาย</p> <p><u>(4) สำนักจัดทำ งบประมาณด้านความ</u></p>				



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	ในด้านเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม 4.5 ติดตาม ความก้าวหน้าและการ ประเมินผลการ ดำเนินงานตามนโยบาย และยุทธศาสตร์การ พัฒนาสังคม เพื่อ เสนอแนะแนวทางการ ปรับยุทธศาสตร์ให้ สอดคล้องกับ สถานการณ์ 4.6 ปฏิบัติงานร่วมกับ หน่วยงานอื่นหรือที่ ได้รับมอบหมาย	<u>ม้นคง ๑ มีหน้าที่ดูแล</u> กระทรวงมหาดไทย และส่วนท้องถิ่น <u>(5) สำนักจัดทำ</u> <u>งบประมาณด้านความ</u> <u>มั่นคง ๒ มีหน้าที่ดูแล</u> กระทรวงกลาโหม <u>(6) สำนักจัดทำ</u> <u>งบประมาณด้านสังคม</u> <u>๑ มีหน้าที่ดูแล</u> กระทรวงศึกษาธิการ <u>(7) สำนักจัดทำ</u> <u>งบประมาณด้านสังคม</u> <u>๒</u> มีหน้าที่ดูแลกระทรวง สาธารณสุข กระทรวง แรงงาน กองทุน/				



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
		เงินทุนหมุนเวียน หน่วยงานในกำกับ/ องค์การมหาชน <u>(7) สำนักจัดทำ งบประมาณองค์การ บริหารรูปแบบพิเศษ และรัฐวิสาหกิจ ที่ดูแล หน่วยงานอิสระของรัฐ หน่วยงานในกำกับที่ ไม่ได้รับงบประมาณ</u>				
<b>4.การกำหนด</b>	- หน่วยงานยังไม่มี	- หน่วยงาน ยังไม่มี	- ธรรมนูญว่าด้วยระบบ	- หน่วยงาน ยังไม่มี	- หน่วยงานยังไม่มี	- หน่วยงาน ยังไม่มี





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
<b>ทิศทาง/นโยบาย ระยะยาว (Long term policy direction)</b>	กำหนดทิศทางนโยบาย ระยะยาว เนื่องจาก แผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ เป็นแผนระยะ ปานกลาง มีระยะเวลา ดำเนินการเพียง 5 ปี	การกำหนดทิศทาง นโยบายระยะยาว เนื่องจากแผน งบประมาณรายจ่าย ระยะปานกลางที่มี ปัจจุบัน เป็น แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี	สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 <sup>9</sup> หมวด 12 การเงิน การคลังด้านสุขภาพ มีการ ระบุไว้ในหลักการและ เป้าหมาย ดังนี้ - ข้อ 104 การเงินการคลัง ต้องเป็นไปเพื่อความ ยั่งยืนของระบบสุขภาพที่ พึงประสงค์ ระบบการเงิน การคลังรวมหมู่ภาคบังคับ ต้องไม่ดำเนินการเพื่อ มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิง ธุรกิจ	กำหนดทิศทางนโยบาย ระยะยาวด้านระบบการ คลังสุขภาพของประเศ ไทย	กำหนดทิศทางนโยบาย ระยะยาวด้านการคลัง สุขภาพ - ส่วน IHPP มีการศึกษา บางส่วนเท่านั้นที่ เกี่ยวข้องกับ นโยบาย ระดับชาติด้านการคลัง สุขภาพ ระยะปานกลาง เพียง 5 ปี	การกำหนดทิศทาง นโยบายระยะยาวด้าน ระบบการคลังสุขภาพ ของประเทศไทย

<sup>9</sup> ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 เป็นกรอบและแนวทางร่วมในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2552 และผ่านการ  
รับทราบโดยวุฒิสภา และสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ 3 และ 7 กันยายน 2552 ตามลำดับ ได้ประกาศประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว และสถานะของธรรมนูญมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องดำเนินการผลักดันให้  
เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
			<p>- ข้อ 105 การเงินการคลัง รวมหมู่สำหรับการบริการ สาธารณสุข มีเป้าหมาย ในระยะเวลา 10 ปี ดังนี้ (1) ลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขที่มา จากครัวเรือนเมื่อไปรับ บริการ เหลือไม่เกินร้อยละ 20 (2) ลดจำนวนครัวเรือนที่ ประสบภาวะวิกฤติด้าน เศรษฐกิจจากการจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ ไม่เกินร้อยละ 1 ของ ครัวเรือนทั้งหมด (3) มีความเป็นธรรมใน การได้รับประโยชน์จาก</p>			



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
			บริการสาธารณสุขที่รัฐ สนับสนุน (4) อัตราการเพิ่มของ รายจ่ายด้านสุขภาพของ ประเทศ เพิ่มขึ้นไม่ มากกว่าอัตราเพิ่มของ ผลิตภัณฑ์มวลรวม ภายในประเทศ (5) ระบบการเงินการคลัง รวมหมู่ภาคบังคับ ดำเนินการถูกต้องตาม หลักการไม่มุ่งเน้น ผลประโยชน์ทางธุรกิจ			
<b>5.การควบคุมกำกับ</b>	- การควบคุมกำกับ	- การควบคุมกำกับ	- คสช.เสนอแนะหรือให้	- ไม่มี	- สนย. เน้นการควบคุม	



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
นโยบาย	นโยบายจะเป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีที่ดูแลกระทรวงต่างๆ - สำนักวางแผนเศรษฐกิจมหภาค สศช. จัดทำกรอบนโยบายการคลังประจำปีและระยะปานกลาง (5 ปี) และศึกษา/ประเมินผลนโยบายเศรษฐกิจมหภาคต่อการพัฒนา และเสนอแนะแนวทางการปรับยุทธศาสตร์และแผนนโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป - สำนักยุทธศาสตร์และ	นโยบายจะเป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีที่ดูแลกระทรวงต่างๆ ส่วน สป. โดยสำนักนโยบายและแผนงบประมาณ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดสรรงบประมาณ รายจ่ายประจำปี หรืองบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม รวมทั้งเสนอโครงสร้างงบประมาณ และกำหนดวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี เสนอต่อ	คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว พร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบ		กำกับเฉพาะนโยบายที่เป็นของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น - ส่วน IHPP เป็นหน่วยงานศึกษาและพัฒนา นโยบาย ไม่มีหน้าที่ควบคุมกำกับนโยบาย	



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	การวางแผนพัฒนาทาง สังคม มีการวิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอเชิง นโยบายเกี่ยวกับ ยุทธศาสตร์ด้านสังคม และติดตาม ความก้าวหน้าและ ประเมินผลการ ดำเนินงานตามนโยบาย และยุทธศาสตร์การ พัฒนาสังคม เพื่อ เสนอแนะแนวทางการ ปรับยุทธศาสตร์ให้ สอดคล้องกับ สถานการณ์	คณะรัฐมนตรี				
<b>6.การกำกับและ ติดตามประเมินผล</b>	- มีสำนักประเมินผล ทำหน้าที่ติดตาม	- มีสำนักประเมินผล ทำหน้าที่ติดตาม	- มีระบุไว้ในธรรมนูญว่า ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	- หน่วยงานไม่ได้ทำ หน้าที่ในการกำกับและ	- มีสำนักประเมินผล ของ สนย. ทำหน้าที่ติดตาม	- ยังไม่มีหน่วยงาน ภายในที่ทำหน้าที่



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพและ/หรือสำนักพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ
<b>(Monitoring &amp; Evaluation)</b>	ประเมินผลการพัฒนาตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และติดตามประเมินผลแผนงานโครงการพัฒนาของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจในภาพรวม แต่ไม่ได้ติดตามประเมินในระดับภาคส่วนด้านการคลังสุขภาพ	ประเมินผลระดับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบในการดำเนินงานของส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจและประมวลผลการปฏิบัติงานและการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีของส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจเพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีและนายกรัฐมนตรี	พ.ศ.2552 <sup>10</sup> หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ มีการระบุไว้ในมาตรการ ข้อ 111 “ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเงินการ	ติดตามประเมินผลด้านการคลังสุขภาพในภาพรวมของประเทศ แต่มีงานวิจัยบางเรื่องที่ทำ การประเมินระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นภารกิจส่วนหนึ่งของกระทรวงการคลัง	ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและแผนพัฒนาสาธารณสุข 5 ปี แต่เน้นการดำเนินการเฉพาะนโยบายที่เป็นของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ส่วน IHPP มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบ้าง แต่ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง	ติดตามประเมินผลระบบการคลังสุขภาพ แต่มีการจัดทำรายงานทางการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรายไตรมาสเท่านั้น

<sup>10</sup> ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 เป็นกรอบและแนวทางร่วมในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2552 และผ่านการรับทราบโดยวุฒิสภา และสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ 3 และ 7 กันยายน 2552 ตามลำดับ ได้ประกาศประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว และสถานะของธรรมนูญมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องดำเนินการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
			<b>คลังด้านสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง โดยให้มีการ จัดสรรงบประมาณ สนับสนุนอย่าง เพียงพอ”</b>			
<b>7.ข้อมูลข่าวสาร สนับสนุน (Information support)</b>	- สศช. ใช้ข้อมูลจากการ สำรวจของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ และข้อมูล จากการสำรวจของ หน่วยงานเอง และ ฐานข้อมูลทุติยภูมิจาก แหล่งต่างๆ ใน การศึกษาวิเคราะห์ และ ให้ข้อเสนอแนะต่อส่วน ราชการและรัฐวิสาหกิจ	- ข้อมูลข่าวสารที่ สนับสนุนการทำงาน ของหน่วยงาน ส่วน ใหญ่ได้จากส่วน ราชการ/รัฐวิสาหกิจที่ แต่ละสำนักดูแล รับผิดชอบ ส่วนใหญ่จะ เป็นข้อมูลสนับสนุน การจัดทำคำขอตั้ง งบประมาณรายจ่าย ประจำปี และข้อมูล ติดตามผลการใช้จ่าย	- สช. ใช้ข้อมูลข่าวสารจาก สถาบันวิชาการในเครือ สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข และอื่นๆ สนับสนุนข้อเสนอแนะเชิง นโยบายต่อคณะรัฐมนตรี แต่หน่วยงานยังไม่มีระบบ ข้อมูลของตัวเอง	- สศค. ไม่มีข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนในการวิเคราะห์ ติดตามประเมินผลด้าน ระบบการคลังสุขภาพใน ภาพรวมของประเทศ	- สนย. มีข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนการดำเนินการ ที่มีอยู่ครอบคลุมเฉพาะ หน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขเท่านั้น ใน รูปแบบรายงานประจำ แต่ข้อมูลระบบการคลัง สุขภาพมีน้อย - ส่วน IHPP มีข้อมูล HWS & SES จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ	- กลุ่มประกันฯ มีแต่ ข้อมูลรายงานการเงิน และบัญชี (11 รง.5) ของโรงพยาบาลใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ส่วนข้อมูล ข่าวสารสนับสนุน นโยบายระบบการคลัง สุขภาพอื่นๆ ยังไม่มี



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
		งบประมาณ			และอื่นๆ ที่สนับสนุน การศึกษาเพื่อพัฒนา นโยบายระดับชาติได้	
<b>ช่องว่างที่พบ จากการทบทวน</b>	- สคช. ไม่มีหน่วยงาน ภายในดูแลการอภิบาล ระบบการเงินการคลัง สุขภาพในระยะยาว เพียงเป็นหน่วยงานที่ ศึกษาวิเคราะห์และให้ คำแนะนำต่อผู้บริหาร ประเทศ โดยเน้น นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนการพัฒนาตาม แผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคม	- สงป. ไม่มีหน่วยงาน ภายในดูแลการอภิบาล ระบบการเงินการคลัง สุขภาพในระยะยาว	- มีเพียงกรอบหลักการ เป้าหมาย และมาตรการ ด้านการเงินการคลังด้าน สุขภาพ ในระยะเวลา 10 ปี ที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่า ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 แต่ไม่ระบุ หน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือเกี่ยวข้อง จึงยังขาด ทั้งนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนการพัฒนาเพื่อ ดำเนินการตามมาตรการที่	- ไม่มีหน่วยงานภายใน ดูแลการอภิบาลระบบ การเงินการคลังสุขภาพ ในระยะยาว	- สนย.และ IHPP ไม่มี หน่วยงานภายในดูแล การอภิบาลระบบการเงิน การคลังสุขภาพในระยะ ยาว	- กลุ่มประกันสุขภาพ หรือ สพค. ไม่มี หน่วยงานภายในดูแล การอภิบาลระบบ การเงินการคลัง สุขภาพในระยะยาว





กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	แห่งชาติระดับประเทศ และระดับส่วนราชการ/ รัฐวิสาหกิจ แต่ไม่ได้ ดูแลการบูรณาการ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนา ลงไป ถึงระดับภาคส่วนด้าน สุขภาพ ซึ่งมีส่วน ราชการ/รัฐวิสาหกิจ หลายหน่วยงานร่วม ดำเนินการ เช่น ระบบ หลักประกันสุขภาพ ของ 3 กองทุนหลัก องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ฯลฯ ซึ่งนโยบาย/ยุทธศาสตร์		จะนำไปสู่เป้าหมายระยะ 10 ปี ดังกล่าว			



กรอบการศึกษา	สำนักนายกรัฐมนตรี			กระทรวงการคลัง (สนง.เศรษฐกิจการคลัง)	กระทรวงสาธารณสุข	
	สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	สำนักงบประมาณ	สนง.คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ		สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และ IHPP	กลุ่มประกันสุขภาพ และ/หรือสำนัก พัฒนาการเงินการคลัง สุขภาพ
	และแผนพัฒนาใน ภาพรวมดังกล่าวก็เป็น แผนระยะปานกลาง ไม่ใช่แผนระยะยาว					



## ผนวก 4.2

การศึกษา บทบาทหน้าที่และการทำงานขององค์กรบริหารการคลังประกันสุขภาพไทย





## ผนวก 4.2 การศึกษา บทบาทหน้าที่และการทำงานขององค์กรบริหารการคลังประกันสุขภาพไทย

กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบช.กลาง
<b>❶</b> กฎหมาย/ ระเบียบที่ เกี่ยวข้อง	1. พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	1. พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 2. พรบ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537	1. พรบ. การกำหนด หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการ จ่ายเงินบางประเภท ตามงบประมาณ รายจ่าย พ.ศ. 2518 2. พระราชกฤษฎีกาเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่ แก้ไขเพิ่มเติม (8 ฉบับ) 3. ระเบียบกระทรวง การ คลังว่าด้วยการเบิก จ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับ การ รักษาพยาบาล พ.ศ. 2545
<b>❷</b> การปฏิบัติตาม กฎหมาย	1. กำกับ ดูแล และจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ 2. ให้ชาวไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ	1. บริหารกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน	1. ควบคุมการเบิก จ่ายเงินผ่านการตรวจ



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
	และภาคประชาชน	2. คุ่มครองการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยทั้งที่เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน การทุพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพและว่างงาน	ก่อนจ่าย (Pre Audit) ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนเป็นระบบ GFMS 2. ควบคุมการใช้จ่ายเงินผ่าน กม. ระเบียบ ข้อบังคับ และหนังสือสั่งการต่างๆ 3. ควบคุมการรายงานการใช้จ่ายเงินโดยผ่านการกำหนดระบบบัญชีเพื่อให้ส่วนราชการถือปฏิบัติ
<b>๕</b> โครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวข้อง	1. องค์กรในกำกับของ : รมว.สาธารณสุข 2. โครงสร้างองค์กรประกอบด้วย (1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลาง 14 สำนัก) (2) กลุ่มบริหารกองทุนย่อย 6 กองทุน (3) สำนักงานสาขาเขตกรุงเทพมหานคร (4) สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ 12 เขต (5) สำนักงานสาขาจังหวัด (สสจ.) 3. สำนักงานสาขาเขตพื้นที่จะทำหน้าที่ทำสัญญากับหน่วยบริการภาครัฐ (นอกสังกัด สธ.) และเอกชน และทำสัญญากับสำนักงานสาขาจังหวัด (สสจ.) ในการบริหารเครือข่ายหน่วยบริการสังกัด สธ. ใน	1. องค์กรกำกับ : กระทรวงแรงงาน 2. โครงสร้างองค์กรประกอบด้วย (1) สำนักงานประกันสังคม (ส่วนกลาง : 11 กอง ตามกฎกระทรวง / 8 กอง/ศูนย์/สำนัก ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใน)	1. องค์กรกำกับ : กระทรวงการคลัง 2. โครงสร้างองค์กรประกอบด้วย (1) หน่วยบริหารราชการส่วนกลาง (9 สำนัก 4 กอง/ศูนย์ 7 กลุ่มงาน/



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
	จังหวัด	(2) สปส.เขตพื้นที่ 1-10 (ใน กทม.) (3) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ คนงานจังหวัดปทุมธานี (4) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ คนงานประจำภาค 4 ภาค (ระยอง เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา) (5) สปส.จังหวัด 75 จังหวัด 3. หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ งานประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และคลอดบุตร ตาม กม.ประกันสังคม และกม. เงินทดแทน ได้แก่ (1) กองประสานการแพทย์และ ฟื้นฟูสมรรถภาพ (2) สำนักงานกองทุนเงิน ทดแทน (3) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ คนงาน จ.ปทุมธานี และ ศูนย์ฟื้นฟูฯ ประจำภาค 4	กลุ่ม) (2) สำนักงานคลังเขต 1-9 (3) สำนักงานคลัง จังหวัด 3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กับงาน CSMBS ได้แก่ (1) สำนักมาตรฐาน ค่าตอบแทนและ สวัสดิการ (เป็น หน่วยงานหลัก ในการศึกษา วางแผน และ กำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการ บริหารระบบ CSMBS ตลอดจนจัดทำ รั้ว ฝั อ มู ล สาร สน เท ศ ส วั ส ตี ก า ร



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>ภาค</p> <p>ทั้งนี้หน่วยงานในส่วนกลาง จะไม่มีหน้าที่ในการให้บริการ แต่จะมีหน้าที่ในการทำ สัญญาและกำกับควบคุม มาตรฐานการบริการของ หน่วยบริการ (กองประสาน การแพทย์ และสำนักงาน กองทุนเงินทดแทน)</p>	<p>รักษาพยาบาล ด้ ำ น ด้ ำ ง ุ พัฒนาระบบการ เบิกจ่ายเงิน และ ติดตามเรียกเก็บ เงินค่ารักษาจาก หน่วยงานอื่นที่ ใช้สิทธิซ้ำซ้อน)</p> <p>(2) สำนักกำกับและ พัฒนาระบบ บริหารการเงิน การคลังภาครัฐ แบบ อิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) (เป็น หน่วยกำกับดูแล การนำเข้าข้อมูล ของหน่วยงานรัฐ เข้าสู่อระบบ GFMIS ตลอดจนพัฒนา</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
			ระบบและเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานภายนอกเพื่อให้รัฐมีข้อมูลการเงินการคลังในภาพรวมของประเทศ)
<p><b>4</b> การกำหนดทิศทาง / นโยบาย ระยะยาว (Long term policy direction)</p>	<p>การจัดทำแผนระยะสั้น - ระยะยาว</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ในช่วงแรกของการดำเนินงานมี Road map 4 ปี</li> <li>กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานทุกปี โดยคณะอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์ (สำนักนโยบายและแผนเป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ) จะทำหน้าที่ในการพัฒนาและจัดทำข้อเสนอในภาพรวมของการพัฒนายุทธศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนประสานยุทธศาสตร์ที่คณะกรรมการชุดต่างๆ กำหนดขึ้น ให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ</li> <li>ปี 52 เตรียมจัดทำแผนระยะยาว 10 ปี (สำนักนโยบายและแผนเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก)</li> </ol>	<p>การจัดทำแผนระยะสั้น - ระยะยาว</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>กองแผนงานและสารสนเทศ เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผน ซึ่งประกอบด้วย             <ol style="list-style-type: none"> <li>แผน 5 ปี โดยจัดจ้างหน่วยงานภายนอกเข้ามาประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่ผ่าน มา และ จัดกระบวนการเพื่อให้ได้แผน 5 ปีต่อไป (แผนงานดำเนินการที่ใช้</li> </ol> </li> </ol>	<p>การจัดทำแผนระยะสั้น - ระยะยาว</p> <p>- ไม่มี -</p>





กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
	<p><b>กลไกการกำหนดนโยบาย</b></p> <p>อยู่ในรูปของคณะกรรมการ ซึ่งมาจากกระบวนการสรรหาตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>คกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีรมว.กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ (กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ให้คำแนะนำต่อรมว.ในการออก</li> </ol>	<p>งบริหาร 10%)</p> <p>(2) แผนบริหารราชการ 4 ปี (แผนงานดำเนินการที่ใช้งบประมาณประจำปี)</p> <p>2. กำหนดทิศทาง การดำเนินงานประจำปี โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ประกอบกับการใช้แผน 5 ปี และแผนบริหารราชการ 4 ปี เป็นกรอบ (กองแผนงานและสารสนเทศ ประมวลและจัดทำทิศทาง การดำเนินงานในแต่ละปี เสนอต่อเลขาธิการ และคณะกรรมการ ประกันสังคมให้ ความเห็นชอบ)</p> <p><b>กลไกการกำหนดนโยบาย</b></p> <p>อยู่ในรูปของคณะกรรมการ ไตรภาคี ประกอบด้วยผู้แทนจาก นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ซึ่ง</p>	<p><b>กลไกการกำหนดนโยบาย</b></p> <p>อยู่ในรูปของการปฏิบัติงานของสำนัก</p>



กรอบการศึกษา	สปส.	สปส.	กบช.กลาง
	<p>ประกาศ/ กฎกระทรวง/ กำหนดประเภทขอบเขตการให้บริการและอัตราค่าบริการสาธารณสุข/ กำหนดหลักเกณฑ์ในการบริหารจัดการกองทุน ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับ-จ่าย-การรักษาเงินกองทุน จัดหาผลประโยชน์กองทุน/ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการเสียหายจากการรักษา (ม.41)/ สนับสนุน ประสานอปท.ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/ สนับสนุน กำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และ NGO ดำเนินการและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม/ กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการ)</p> <p>2. <u>คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน</u> (ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามม.45/ กำหนดมาตรฐานการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ/ เสนอแนะอัตราราคากลางของโรค/ กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไขในการร้องเรียน และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ/ กำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนให้ประชาชนเสนอเรื่องได้สะดวก/ รายงานผลการตรวจคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายต่อคกก./ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจและควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่าย/ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น/ สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบ การตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข)</p> <p><b>การพัฒนา นโยบาย</b> มาจากกระบวนการหลัก 2 ส่วนคือ</p> <p>1. คกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นมาศึกษาและกำหนดทิศทางการทำงานในแต่ละด้าน (ด้านพัฒนายุทธศาสตร์ และด้าน implement) ปัจจุบัน</p>	<p>รมว. แร่งงานเป็นผู้แต่งตั้ง (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพมี 4 ชุด) ได้แก่</p> <p><u>กองทุนประกันสังคม</u></p> <p>(1) <u>คกก.ประกันสังคม</u> ซึ่งมี ปลัดกระทรวงแรงงาน เป็น ประธานกรรมการ (เสนอความเห็นต่อ รมว.เกี่ยวกับ นโยบายและมาตรการ ประกันสังคม ตลอดจนให้ความเห็นในการออกกฎระเบียบต่างๆ และวางระเบียบการรับเงิน จ่ายเงิน เก็บรักษาเงิน จัดหาผลประโยชน์ โดยความเห็นชอบของ กระทรวงการคลัง)</p> <p>(2) <u>คกก.การแพทย์</u> (เสนอความเห็นด้านบริการทางการแพทย์ ต่อคกก.ประกันสังคม และ คกก.อุทธรณ์ ตลอดจน</p>	<p>มาตรฐานค่าตอบแทน และสวัสดิการ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการเสนอแนะนโยบาย พัฒนา กำหนดกฎหมาย ระเบียบหลักเกณฑ์ วิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เสนอต่ออธิบดีกรมบัญชีกลาง และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง โดยตรง</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
	<p>อนุกรรมการภายใต้คกก.หลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย 11 คณะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) คณะอนุกก.พัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ</li> <li>(2) คณะอนุกก.พัฒนาระบบการเงินการคลัง</li> <li>(3) คณะอนุกก.ประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>(4) คณะอนุกก.ประสานยุทธศาสตร์</li> <li>(5) คณะอนุกก.ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วม</li> <li>(6) คณะอนุกก.สื่อสาร ประชาสัมพันธ์และคุ้มครองสิทธิ</li> <li>(7) คณะอนุกก.งบลงทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>(8) คณะอนุกก.กลั่นกรองกรณีอุทธรณ์</li> <li>(9) คณะอนุกก.พัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือผู้ป่วยเอดส์</li> <li>(10) คณะอนุกก.แพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก</li> <li>(11) คณะอนุกก.หลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร</li> </ol> <p>ทั้งนี้ ในอนุกก.ทั้ง 11 คณะ จะมีคณะอนุกก.ประสานยุทธศาสตร์ ทำหน้าที่ในการประสานยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้นโดยคณะกก.ชุดต่างๆ ให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องคล้อยกันเพื่อนำเสนอให้คกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ อีกทั้งยังทำหน้าที่ในการพัฒนาจัดทำข้อเสนอในภาพรวมของการพัฒนายุทธศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพ</p> <p>ในอนุกรรมการที่รับผิดชอบด้านการพัฒนายุทธศาสตร์ จะมีสำนัคนโยบายและแผน ร่วมเป็นอนุกรรมการและเลขานุการหรือผู้ช่วยเลขานุการในคณะอนุกก. ด้วย (อนุกก.(1)-(4)</p> <p>2. มาจากกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้อง</p>	<p>กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนด้านบริการทางการแพทย์)</p> <p><u>กองทุนเงินทดแทน</u></p> <p>(3)คกก.กองทุนเงินทดแทน (เสนอความเห็นต่อรมว.เกี่ยวกับนโยบายการบริหารกองทุนและการจ่ายเงินทดแทน ตลอดจนให้ความเห็นต่อรมว.ในการออกกฎกระทรวง ระเบียบต่างๆ และวางระเบียบการรับ-จ่าย-เก็บรักษา-จัดหาผลประโยชน์ของเงินกองทุน รวมถึงพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์)</p> <p>(4)คกก.การแพทย์ กองทุนเงินทดแทน (เสนอความเห็นต่อคกก.กองทุนเงินทดแทนเกี่ยวกับการดำเนินงานให้บริการทางการแพทย์ตามกม.เงินทดแทน และให้</p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
	<p>พิจารณาความต้องการและดูความเป็นไปได้ในการจัดการการเงินการคลังต่อไป (มีกำหนดใน กม. ม.18(13) ให้ สปสช.จัดประชุมเพื่อให้คกก.รับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี)</p>	<p>คำปรึกษาแนะนำทางการแพทย์ ให้ความเห็นต่อการออกกฎ-ประกาศกระทรวง)</p> <p><b>การพัฒนาโยบาย</b></p> <p>1. กองแผนงานและสารสนเทศ ทำหน้าที่ในการเสนอแนะนโยบายและแนวทางการ</p>	<p><b>การพัฒนาโยบาย</b></p> <p>สำนักมาตรฐาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ (กลุ่มงานสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการกำหนดและพัฒนาลิทธิ</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>ดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม <u>ในภาพรวม</u> โดยการรวบรวม ประมวล วิเคราะห์ และประสานแผนงานกับกองที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบทิศทาง การดำเนินงานในแต่ละปี เสนอต่อคกก.ประกันสังคม และกระทรวงแรงงาน ก่อนประกาศเป็นนโยบายต่อสาธารณะ</p> <p>2. <u>นโยบายหรือแนวทางการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ในระดับปฏิบัติการ</u> ของสถานการแพทย์ใน ฐานะเลขานุการคกก. การแพทย์ และอนุ กก. การแพทย์ชุดต่างๆ จะทำหน้าทีในการเสนอปัญหา ตลอดจนเสนอรูปแบบ ทางเลือกในการดำเนินงาน</p>	<p>ประโยชน์ ตลอดจน การวางแผนและ กำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการบริหาร ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>เสนอต่อคกก.ประกันสังคม เพื่อให้รับทราบหรือพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป</p> <p>3. การพัฒนานโยบายด้านบริการทางการแพทย์ของ สปส. ส่วนใหญ่มาจาก (1) ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (2) ข้อเรียกร้องของสภาองค์กรลูกจ้างที่เสนอต่อนายกรัฐมนตรีในวันแรงงานแห่งชาติ (3) ความเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ (สถานพยาบาล และลูกจ้างผู้ประกันตน)</p>	
<p><b>๕ การควบคุมกำกับนโยบาย</b></p>	<p>1. รมว.สาธารณสุข</p> <p>2. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีคณะอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์ จะทำหน้าที่ในการกำกับ ติดตามการบริหารงาน และส่งเสริม สนับสนุน รวมทั้งอนุมัติกรอบและแผนการพัฒนาโครงสร้างระบบงาน และอัตรากำลังของสปสช.</p>	<p>1. รมว.แรงงาน</p> <p>2. คณะกรรมการประกันสังคม</p> <p>3. คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน</p>	<p>1. รมว.คลัง</p> <p>2. อธิบติกรมบัญชีกลาง</p>
<p><b>๖ การกำกับและติดตาม</b></p>	<p>กระบวนการหลักในการกำกับติดตามประเมินผลของ สปสช. มีดังนี้</p> <p>1. ใช้กลไกของอนุกรรมการประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักนโยบายและแผน</p>	<p>กระบวนการหลักในการกำกับติดตามประเมินผลของ สปสช. มี</p>	<p>เนื่องจากลักษณะการให้บริการทาง</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบช.กลาง
<p><b>ประเมินผล (Monitoring &amp; Evaluation)</b></p>	<p>ร่วมเป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ) เพื่อทำหน้าที่<u>ประเมินผลในภาพรวม</u> ตลอดจนจัดทำข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงพัฒนา ภายใต้ความเห็นชอบของคกก.หลักประกันสุขภาพ</p> <p>2. ใช้กลไกของอนุกรรมการตรวจสอบ (คกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งขึ้นตาม ม.21) เพื่อออกตรวจการบริหารและการดำเนินงานกองทุนทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ว่าถูกต้องตามกม.และระเบียบแบบแผนที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิภาพ-ประสิทธิผล และโปร่งใสหรือไม่</p> <p>3. จัดจ้างบุคคลภายนอกดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานเป็นรายโครงการ</p> <p>4. ใช้กลไกการกำกับติดตามงานในความรับผิดชอบของแต่ละสำนัก เช่น สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จะเป็นผู้กำกับติดตามตรวจสอบคุณภาพบริการในภาพรวม (ตามตัวชี้วัด)</p> <p>5. อาศัยตามอำนาจหน้าที่ของสำนักงานตรวจสอบ ในการควบคุมกำกับหน่วยบริการ: เมื่อตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการตามที่กำหนด สำนักงานตรวจสอบจะรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนขึ้นพิจารณาและลงโทษตามกรอบกม.ที่กำหนด</p> <p>6. <u>อาศัยอำนาจตามกม.(ม.58-ม.60) ลงโทษหน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตาม</u> ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ตักเตือน (กรณีไม่เจตนา)</li> <li>(2) ชำระค่าปรับทางปกครองไม่เกิน 100,000 บาท (กรณีเจตนา)</li> <li>(3) แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหา หรือข้อกล่าวหาโทษ ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข และดำเนินการทางวินัยกรณีเป็นเจ้าของหน้าที่ของรัฐ</li> <li>(4) ออกคำสั่งให้คืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิ</li> <li>(5) เพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการ</li> <li>(6) ดำเนินการตามกม.ว่าด้วยการนั้น</li> </ol>	<p>ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กองประสานการแพทย์ และ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน เป็นหน่วยติดตามงานบริการ <u>ทางการแพทย์ในภาพรวม</u> ของแต่ละกองทุน (กองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน)</li> <li>2. คกก.การแพทย์แต่งตั้งคณะ <u>อนุ ก . มา ต ร จ्ञ า น ส ต า น พ ย า บ า ล และ ระบบ ข้อมูลบริการทางการแพทย์</u> เพื่อทำหน้าที่กำหนดมาตรการควบคุม กำกับ มาตรฐานในการให้บริการทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลคู่สัญญา</li> <li>3. กำหนดมาตรการเพื่อกำกับ <u>ควบคุมคุณภาพการให้บริการ</u>ของสถานพยาบาล โดย</li> </ol> <p>(1) สร้างแรงจูงใจให้</p>	<p>การแพทย์ในระบบ CSMBs เป็นลักษณะของ fee for service ดังนั้นการกำกับติดตามจึงเป็นลักษณะของการกำกับติดตามการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบ CSMBs ให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามที่กม. กำหนด โดยอาศัยโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ เป็นหน่วยควบคุมกำกับติดตามการเบิกจ่ายดังกล่าว ซึ่งมีลักษณะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ใช้ระบบการจ่ายเงินเป็น</li> </ol>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
	<p>(7) ดำเนินการทางวินัย และวินัยจรรยาบรรณข้าราชการเป็นสถานบริการของรัฐ</p> <p>หมายเหตุ การตรวจสอบการใช้งบประมาณของสปสช.ยังไม่เป็นระบบ มีเพียงระบบรายงานหรือการออกตรวจเฉพาะเรื่องเท่านั้น</p>	<p>สถานพยาบาลใส่ใจคุณภาพการให้บริการ โดยในปี 52 คกก. การแพทย์เห็นชอบให้สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA (บันไดขั้นที่ 2) ได้รับเงินเพิ่ม นอกเหนือจากค่าเหมาจ่ายและค่าภาระเสี่ยงอีก 77 บาทต่อหัว/ปี (ประกาศ คกก. การแพทย์ ลว. 3 ธค. 51)</p> <p>(2) กำหนด <u>โทษในท้ายสัญญา</u>ของสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมในกรณีที่ถูกร้องเรียนด้านการให้บริการโดยความรุนแรงของโทษมีลำดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ว่ากล่าวตักเตือนรพ.</li> </ul>	<p>เครื่องมือในการกำกับคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล (โดยจัดจ้างให้ สกส. เป็น clearing house)</p> <p>2. ออกตรวจเฉพาะกรณี เมื่อพบการเบิกจ่ายที่ผิดปกติ (กลุ่มงานสถิติการรักษาพยาบาล)</p> <p>3. ปี 2551 กำหนดให้มีการตรวจสอบในระบบจ่ายตรง (medical audit) โดยจัดจ้างให้ สกส. เป็นผู้ดำเนินการตรวจย้อนหลัง (post</p>





กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>และแพทย์ผู้รักษา/ ผู้เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ภาคทัณฑ์รพ. และ แพทย์ผู้รักษา/ ผู้เกี่ยวข้องเป็นเวลา 1 ปีหลังจากวินิจฉัย</li><li>• ตัดโควตาผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์ที่ กำหนด</li><li>• เสนอให้คกก. การแพทย์พิจารณา ยกเลิกสัญญา</li></ul> <p>4. ดำเนินการออกตรวจ สถานพยาบาล โดยคณะที่ ปรึกษาทางการแพทย์และการ พยาบาล ซึ่งจะออกตรวจ สถานพยาบาลในโครงการ 2 ครั้งคือ</p> <p>(1) ตรวจก่อนทำสัญญา (ตรวจมาตรฐาน)</p> <p>(2) ตรวจหลังทำสัญญา</p>	<p>audit) ซึ่งจะเน้น เรื่องคุณภาพและ มาตรฐานการ รักษามากกว่าการ ตรวจเรื่องการเงิน เพียงอย่างเดียว</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>(ตรวจคุณภาพ และตรวจเมื่อได้รับข้อร้องเรียน)</p> <p>หมายเหตุ ปัญหาของการกำกับติดตามหน่วยบริการของสปสช. เกิดจาก (1) บุคลากรของสปสช. มีน้อย และส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นบุคลากรทางด้านแพทย์ (2) เทคโนโลยีทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอด สปสช.จึงต้องอาศัยกลไกของอนุกรรมการด้านต่าง ๆ เป็นหลักในการกำกับติดตามประเมินผล (3) บุคลากรในการออกตรวจมาตรฐาน/คุณภาพของสถานพยาบาล (ทีมแพทย์พยาบาล) มีจำกัด (8 คน)</p>	
<b>๗</b> การจัดเก็บ/จัดหาเงิน	<p>1. ม.29 ม.30 กำหนดให้คกก.เสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อ ครม. เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน โดยเสนอคำขอประกอบกับรายงานความเห็นของคกก.ควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุน</p> <p>2. อาศัยตามอำนาจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง<u>คณะอนุกรรมการ</u></p>	<p>1. ม.22 ม.46 ม.49 <u>เงินกองทุนประกันสังคม</u>ประกอบด้วย (1) เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง ผู้ประกันตน (2) เงิน</p>	<p>สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ (กลุ่มงานสวัสดิการ</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบช.กลาง
	<p><u>พัฒนาระบบการเงินการคลัง</u> (ลธ.สปสช.เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ มีสำนักนโยบายและแผน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ) ขึ้นทำหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอกรอบการตั้งงบประมาณและการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีงบประมาณ ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำเสนอ ครม.ให้ความเห็นชอบ ก่อนส่งสำนักงบประมาณเพื่อพิจารณาจัดสรรให้ตามกระบวนการวิธีการงบประมาณประจำปี</p>	<p>เพิ่ม กรณีนายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบหรือนำส่งไม่ครบจำนวน ต้องจ่ายเพิ่ม 2% ต่อเดือนของจำนวนเงินที่ไม่ได้นำส่ง (3) ผลประโยชน์กองทุน (4) เงินบริจาคหรือเงินอุดหนุน (5) เงินที่ตกเป็นของกองทุน (6) เงินอุดหนุนของรัฐ (7) เงินค่าปรับ (8) เงินค่าธรรมเนียม (9) รายได้อื่น</p> <p>2. ม. 27 ม.26 <u>เงินกองทุนเงินทดแทน</u> ประกอบด้วย (1) เงินสมทบ นายจ้าง (2) ผลประโยชน์กองทุน (3) เงินเพิ่มกรณีนายจ้างไม่จ่ายเงินสมทบ หรือจ่ายไม่ครบตามจำนวน ต้องจ่ายเพิ่ม 3% ต่อเดือนของเงินสมทบที่ต้องจ่าย (4) เงินที่ตกเป็นของกองทุน (5) เงินค่าปรับ (6) เงินบริจาค (7) รายได้อื่น (8)</p>	<p>รักษาพยาบาลข้าราชการ) เป็นผู้ดำเนินการจัดตั้งค่าของงบประมาณค่ารักษาพยาบาลและงบประมาณในการบริหารและพัฒนาระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ส่งให้สำนักการเงินการคลังรวบรวมเสนอต่อสำนักงบประมาณเพื่อพิจารณาจัดสรรตามกระบวนการวิธีการงบประมาณประจำปี</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>ดอกผลกองทุน</p> <p>3. การจัดเก็บเงินสมทบและติดตามหนี้ของสถานประกอบการทั้งในส่วนของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน จะเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการ โดยในเขต กทม. จะอยู่ที่สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ 1-10 และส่วนภูมิภาคจะอยู่ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด 75 จังหวัด</p> <p>4. กองแผนงานและสารสนเทศและกองวิจัย (ฝ่ายสถิติ) ทำหน้าที่ในการประมาณการเงินสมทบรัฐบาลในส่วนของกองทุนประกันสังคม (ใช้ฐานข้อมูลของกองเงินสมทบ) <u>เพื่อจัดตั้งค่าของบประมาณประจำปีในส่วน of เงินสมทบ</u></p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบช.กลาง
		<p><u>รัฐบาล</u></p> <p>5. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน (ฝ่ายกำหนดเงินสมทบ) ทำหน้าที่ในการกำหนดอัตราเงินสมทบในส่วนของกองทุนเงินทดแทนของสถานประกอบการแต่ละแห่ง (เนื่องจากอัตราเงินสมทบจะหลากหลายขึ้นกับประเภทความเสี่ยงของสถานประกอบการ)</p> <p>6. สำนักบริหารการลงทุน (หน่วยงานภายใน) ทำหน้าที่ในการจัดหาผลประโยชน์ตลอดจนวางกรอบหลักเกณฑ์ในการลงทุนภายใต้การกำกับควบคุมของอนุกรรมการการลงทุน</p>	
<b>๘ การรวมเงินการรวมความเสี่ยง</b>	- ไม่มี -	<p><u>กองทุนประกันสังคม</u></p> <p>1. จัดเก็บเงินสมทบจาก นายจ้าง ลูกจ้าง และ</p>	- ไม่มี -



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>รัฐบาล กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย คลอดบุตร ทุพพลภาพ ตาย ในอัตรา ฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างต่อเดือน (ม.46 และอัตราเงินสมทบท้ายพรบ.)</p> <p>2. ฐานค่าจ้างที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ม.33 อยู่ที่ 1,650-15,000 บาท (กฎกระทรวง) <u>หมายเหตุ</u> สัดส่วนลูกจ้างที่มีฐานค่าจ้างระหว่าง 14,000-15,000 บาทขึ้นไปมีเพียง 14.63% (ปี 50)</p> <p>3. ฐานการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนม.39 เท่ากับ 4,800 บาทต่อเดือน (กฎกระทรวง) (ผู้ประกันตน ม. 39 หมายถึงผู้ประกันตนที่สิ้น</p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>สภาพการเป็นลูกจ้างซึ่งต้องการประกันตนเอง และได้แจ้งความประสงค์ต่อ สปส. ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับแต่วันสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง)</p> <p><b>กองทุนเงินทดแทน</b></p> <p>จัดเก็บเงินสมทบจากนายจ้างฝ่ายเดียวในอัตราร้อยละ 0.2-1.0 ของค่าจ้างลูกจ้างต่อปีขึ้นกับความเสียหายของประเภทกิจการ (ประกาศกระทรวง)</p>	
<b>๑</b> การจัดสรร/ การซื้อบริการ	<p>1. ม.19 คกก.หลักประกันสุขภาพ เป็นผู้มีอำนาจหน้าที่ในการอนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน</p> <p>2. หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ (ม.46)</p> <p>(1) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมามาเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของ คกก.ควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>(2) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร</p> <p>(3) คำนึงถึงความแตกต่างในการกิจของหน่วยบริการ</p> <p>(4) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการ</p>	<p><b>กองทุนประกันสังคม</b></p> <p>1. ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ไม่เนื่องจากการทำงานได้แก่ (1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์ (3) ค่ากิน</p>	- ไม่มี -



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบช.กลาง
	<p>รับผิดชอบ</p> <p>3. กระบวนการจัดสรรงบประมาณจะดำเนินการภายใต้กลไกของ <u>อนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง</u> (แต่งตั้งตามอำนาจของคกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งจะทำหน้าที่ในการกำหนดกรอบการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีงบประมาณ ตลอดจนกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ ภายใต้ความเห็นชอบของคกก.หลักประกันสุขภาพ และจะต้องดำเนินการออกเป็นประกาศสำนักงานเป็นรายปี</p>	<p>อยู่และรักษาพยาบาลในรพ. (4) ค่ายาและเวชภัณฑ์ (5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย (6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คกก.การแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคกก.ประกันสังคม (ม.63)</p> <p>2. ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรได้แก่ (1) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์ (3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ (4) ค่าทำคลอด (5) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในรพ. (6) ค่าบริบาลและค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด (7) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย (8)</p>	





กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบช.กลาง
		<p>ค่าบริการอื่นที่จำเป็น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่ คกก.การแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของ คกก.ประกันสังคม (ม.66)</p> <p>3. ประโยชน์ทดแทนกรณี ทุพพลภาพได้แก่ (1) ค่า ตรวจวินิจฉัยโรค (2) ค่า บำบัดทางการแพทย์ (3) ค่า กิ น อ ยู่ แ ล ะ รักษาพยาบาลในรพ. (4) ค่ายาและเวชภัณฑ์ (5) ค่า รถพยาบาลหรือค่าพาหนะ รับส่งผู้ทุพพลภาพ (6) ค่า ฟื้นฟูสมรรถภาพทาง ร่างกาย จิตใจและอาชีพ (7) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และ อัตราที่ คกก.การแพทย์ กำหนดโดยความเห็นชอบ ของ คกก.ประกันสังคม (ม.</p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>69)</p> <p><b>กองทุนเงินทดแทน</b></p> <p>4. กระทรวงแรงงานมีอำนาจจัดสรรเงิน กองทุนไม่เกิน <u>22% ของดอกผลกองทุนต่อปี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานของลูกจ้างตามประกาศกำหนด และเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมหรือป้องกันเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน และไม่เกิน 3% ของดอกผลกองทุนต่อปีเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน (ม.28 วรรค 2)</u></p> <p>5. การกำหนดอัตรา หลักเกณฑ์ การจ่ายเงินค่าบริการ</p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>ทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลทั้ง 2 กองทุนจะอยู่ในรูปของคณะกรรมการและอนุกรรมการ โดยกองทุนประกันสังคมจะอยู่ในอำนาจของ คกก.การแพทย์ ส่วนของกองทุนเงินทดแทน จะอยู่ในอำนาจของ คกก.การแพทย์ กองทุนเงินทดแทน</p> <p>6. คกก.การแพทย์จะแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นเพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์/อัตราค่าให้บริการทางการแพทย์ โดยในส่วนของกองทุนประกันสังคมในปัจจุบัน มี 8 คณะ คือ</p> <p>(1) <u>อนุ ก . พิจารณา</u> <u>ประโยชน์ทดแทน</u> (พิจารณาการเป็นผู้ทุพพล</p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>ภาพ/ พิจารณาวินิจฉัย การเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง/ พิจารณาการให้สิทธิ ประโยชน์กรณีผู้ป่วยในที่ นอนพักรักษาตัวเกิน 180 วันใน 1 ปี/ การให้ ประโยชน์ทดแทนกรณี ปลุกถ่ายไขกระดูก/ การ อนุมัติจ่ายค่าบริการการ แพทย์ แก่ ผู้ประกันตน นอกเหนือจากที่กำหนด ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน)</p> <p>(2) <u>อนุ ก . มา ต ร ร ฐ า น</u> <u>สถานพยาบาลและระบบ</u> <u>ข้อมูลบริการทางการแพทย์</u> (ก า ห น ด มา ต ร ร ฐ า น สถานพยาบาลที่ให้ บริการ ผู้ประกันตน/ พัช น า รูปแบบการรายงานข้อมูล การใช้บริการทางการแพทย์</p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>ของผู้ประกันตน/ ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์)</p> <p>(3) <u>อนุกก.พิจารณาการบำบัดทดแทนไต</u> (พิจารณาปรับปรุงหลักเกณฑ์อัตราค่าการให้การรักษาโดยวิธีการบำบัดทดแทนไต และ การ ให้ ยา erythropoietin/ พิจารณาการขอรับสิทธิของผู้ประกันตนโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย)</p> <p>(4) <u>อนุกก.พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์</u> (ศึกษา/ พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการทางการแพทย์ ทบทวนปรับปรุงระบบการจ่ายค่า บริการทางการแพทย์ แก่สถานพยาบาล/ ทบทวน</p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>ปรับปรุงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์)</p> <p>(5) <u>อนุ กก. พิจารณาเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์ (ให้ความเห็นต่อคกก. การแพทย์ในเรื่องร้องเรียน และวิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข)</u></p> <p>(6) <u>อนุ กก. ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV/AIDS (กำหนดรูปแบบ แนวทางการให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ และศึกษาแนวทางการให้ยาด้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ประกันตน พัฒนา ระบบการให้บริการของสถานพยาบาล ตลอดจนพิจารณาเรื่องร้องเรียน</u></p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>การใช้บริการของผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV/AIDS)</p> <p>(7) <u>อนุ กก. พิจารณา ค่าบริการทางการแพทย์</u> (พิจารณาจ่ายค่า บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิ นอกเหนือ จากอัตราที่กำหนด กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน)</p> <p>(8) <u>อนุ กก. สร้างเสริมสุขภาพผู้ประกันตน</u> (กำหนดรูปแบบ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้ประกันตน เพื่อเสนอต่อ คกก.การแพทย์)</p> <p>(ในส่วนของกองทุนเงินทดแทน จะไม่มีการซื้อบริการ: เนื่องจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์จะเป็น fee for service</p>	



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>นายจ้างไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หากส่งลูกจ้างที่ประสบอันตราย เข้ารับการรักษาในรพ.ที่อยู่ในความตกลง แต่หากไม่ใช่รพ.ในความตกลงสามารถนำไปเสร็จ มาเบิกคืนจากสปส.ได้)</p>	
<p><b>10</b> ข้อมูลสนับสนุน (Information support)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักนโยบายและแผนจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ (ภายในและภายนอก) มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม (ผ่านกลไกของอนุกรรมการชุดต่างๆ เช่น อนุกก.พัฒนาระบบการเงินการคลัง อนุกก.พัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ฯลฯ) เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ตลอดจนเป็นหน่วยงานนำเสนอและประเมินผลในภาพรวมทั้งระบบ เช่น การให้บริการของโรงพยาบาล UC การวิเคราะห์ข้อมูล DRG ฯลฯ</li> <li>2. ฐานข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มาจาก 2 ส่วนคือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>ฐานข้อมูลภายใน</u> ซึ่งจะอยู่ที่สำนักต่างๆ เช่น ข้อมูลหน่วยบริการ ข้อมูลการจ่ายเงินให้รพ. ข้อมูลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จะอยู่ที่สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ข้อมูลทะเบียน ข้อมูล IP/OP อยู่ที่สำนักบริการสารสนเทศ ข้อมูลการให้บริการโรคเฉพาะ อยู่ที่สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ฯลฯ</li> <li>2. <u>ฐานข้อมูลภายนอก</u> ซึ่งเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุขในข้อมูล รง.5 ข้อมูล 18 แพ้ม 12 แพ้ม รวมถึงการประสานขอข้อมูลเป็นครั้งๆ จาก สปส. และกรมบัญชีกลาง เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ แก่ สปส. (กองประสานการแพทย์) ตามแบบรายงานที่กำหนดทุกเดือน โดยสถานพยาบาลต้องส่งข้อมูลให้ สปส. ไม่น้อยกว่า 7 เดือน เพื่อให้สปส.คำนวณอัตราการให้บริการของผู้ประกันตน และจ่ายเป็นเงินเพิ่มให้แก่สถานพยาบาล(นอกเหนือเหมาจ่าย) หากสถานพยาบาลส่งไม่ครบ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาศัยตามกรอบโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของสำนักมาตฐาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ (กลุ่มงานสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ) ซึ่งนอกจากจะมีอำนาจในการวางแผนและกำหนดนโยบายของระบบ CSMBs แล้ว ยังมีอำนาจในการ</li> </ol>





กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>สปส.จะไม่นำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณให้ และจะไม่จ่ายเงินเพิ่มให้สถานพยาบาลในกรณีนี้ ส่วนสถานพยาบาลก็ไม่มีสิทธิเรียกร้องขอรับเงินในส่วนที่ไม่ได้นี้แต่อย่างใด (ประกาศศกก.การแพทย์ ลว. 25 ธค. 2546)</p> <p>2. หน่วยงานที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวม/วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย และใช้ในการกำหนดหลักเกณฑ์ อัตราเงื่อนไขของการให้บริการทางการแพทย์ ประกอบด้วยหน่วยงานดังนี้</p> <p>(1) <u>กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ</u> เก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล และข้อมูลการใช้บริการของผู้ประกันตนกรณีประสบ</p>	<p>พัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงิน และจัดทำ/ดูแลข้อมูลสารสนเทศด้านสวัสดิการ รักษาพยาบาลด้านต่างๆ รวมทั้งดำเนินการนำเข้าข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรัง 4 โรคและผู้ป่วยใน ดังนั้นกลุ่มงานสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ จึงร่วมกับสำนัก IT และสำนัก GFMS ในการพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสวัสดิการ รักษาพยาบาลด้าน</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p><u>อันตรายหรือเจ็บป่วยที่ไม่</u> <u>เนื่องจากการทำงาน</u> (ข้อมูลOP/ IP/ โรคเรื้อรัง 25 โรค) รวมทั้งพลาพ และ คลอดบุตร</p> <p>(2) <u>สำนักงานกองทุนเงิน</u> <u>ทดแทน</u> เก็บรวบรวม ข้อมูลค่าใช้จ่ายสถานพยาบาล และข้อมูลการใช้บริการของ ลูกจ้างกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยที่<u>เนื่องจากการ</u> <u>ทำงาน</u></p> <p>(3) <u>กองวิจัยและพัฒนา</u> (หน่วยงานภายใน) ทำ หน้าที่ในการเก็บจัดเก็บ รวบรวมวิเคราะห์ ข้อมูล สถิติด้านบริการทาง การแพทย์<u>ในภาพรวม</u> <u>ของกองทุน</u> (กอง ประสานการแพทย์จัดส่ง สรุปข้อมูลให้) เพื่อใช้ใน</p>	<p>ต่าง ๆ ขึ้นภายใน สำนักมาตรฐาน คำตอบแทนและ สวัสดิการ ทำให้ สามารถดำเนินการ ประมวลผล และ วิเคราะห์ วางแผนได้ เอง</p> <p>2. <u>ฐานข้อมูลในระบบ</u> เบิกจ่ายตรงผู้ป่วย นอก และผู้ป่วยใน มี ดังนี้</p> <p><u>ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ</u></p> <p>(1) หน่วยราชการ ต่างๆ โดยกองการ เจ้าหน้าที่ (ส่วนกลาง) หรือ หน่วยงานที่ดูแล ทะเบียนประวัติ หรือดูแลการเบิก ค่ารักษาพยาบาล</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
		<p>การวางแผนการจัดการ ค่าใช้จ่ายของกองทุน และเพื่อการพยากรณ์ คาดการณ์ แนวโน้ม ข้อมูลในอนาคต (projection) รวมการคิด คำนวณด้านคณิตศาสตร์ ประกันภัยเกี่ยวกับเงิน สมทบ ประโยชน์ทดแทน สถานะของกองทุน และการ จัดทำวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อ การตัดสินใจของผู้บริหาร</p>	<p>(ส่วนภูมิภาค) จะ เป็นผู้ปรับปรุง แก้ไข หรือเพิ่มเติม ข้อมูลของผู้มีสิทธิ และบุคคลใน ครอบครัว โดย ข้อมูลทั้งหมดจะส่ง มารวมใน “ฐานข้อมูล บุคลากรภาครัฐ” ของกรมบัญชีกลาง และข้อมูลดังกล่าว จะถูกดึงเข้า ฐานข้อมูลค่า รักษาพยาบาล เพื่อนำไป ตรวจสอบกับ ข้อมูลสำนัก ทะเบียนกลาง กรมการปกครอง เพื่อตรวจสอบ</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
			<p>ข้อมูลคนตาย และ ทำการดึงข้อมูลที่ หมดสิทธิออกจาก ฐานข้อมูล พร้อม กับ ตรวจสอบ ข้อมูลกับระบบ ประกันสังคมเพื่อ หาสิทธิซ้ำซ้อน</p> <p>(2) สำนักมาตรฐาน ค่าตอบแทนและ สวัสดิการ กรมบัญชีกลางจะ นำข้อมูลที่ได้จาก ข้อ(1) ส่งให้ รพ. ทุก 15 วันเพื่อใช้ ในการตรวจสอบ สิทธิผ่านเว็บไซต์ ของกรมบัญชีกลาง และเว็บไซต์ของ สกส.</p> <p><u>ฐานข้อมูลเพื่อการ</u></p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
			<p><u>เบิกจ่ายค่ารักษาให้ รพ.</u></p> <p>(1) การเงินของ รพ. จะส่งข้อมูลค่ารักษาไปที่ สกส. เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อตรวจสอบแล้ว สกส. จะส่งข้อมูลกลับไป รพ. อีกครั้งเพื่อรับรองความถูกต้องของข้อมูลและให้ รพ. ยืนยันยอดค่าใช้จ่าย พร้อมทั้งให้ รพ. จัดทำคำขอเบิกเงินค่ารักษา กับกรมบัญชีกลางผ่านระบบ GFMS</p> <p>(2) สกส. จะทำการประมวลผล</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบข.กลาง
			<p>ค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เป็นรายส่วนราชการ พร้อมส่งค่าขอเบิกเงินค่ารักษาของ รพ. ผ่านระบบ GFMS ส่งให้กรมบัญชีกลางเพื่อพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินต่อไป</p> <p>(3) กรณีเบิกจ่ายตรงกลุ่มโรคเฉพาะ (มะเร็ง) แพทย์ผู้ทำการรักษาจะส่งข้อมูลทางการแพทย์ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์) ไปที่กลุ่มงานสถิติการรักษายาบาล</p>



กรอบการศึกษา	สปสช.	สปส.	กบช.กลาง
			ข้าราชการ เพื่อประกอบ การเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาล

ที่มาข้อมูล

1. พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
2. กฎ ระเบียบ ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักกฎหมาย สปสช.
3. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552
4. โครงสร้างองค์กรและหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th)
5. พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533
6. พรบ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537
7. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2551
8. เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และคณะอนุกรรมการมาตรฐานสถานพยาบาลและระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2552
9. คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, กรมบัญชีกลาง, 2551
10. โครงสร้างการแบ่งงานภายใน อัตรากำลัง และหน้าที่ความรับผิดชอบโดยสรุป ตามกฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง พ.ศ. 2551
11. จากการสัมภาษณ์ 3 หน่วยงาน