

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาแนวทางการพัฒนาภารกิจกระทรวงสาธารณสุข
สู่บทบาทผู้กำหนดนโยบายและกำกับทิศทาง
ระบบการคลังสุขภาพของประเทศ



โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มประกันสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ธันวาคม 2552

ISBN 978-974-299-142-5



เสนอโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

:

1 : 2552

:

ISBN : 978-974-299-142-5

:

:

: 1,000

สงวนลิขสิทธิ์

“

”



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 ซึ่งใช้จ่ายจากงบประมาณภาครัฐเกือบทั้งหมด ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภาครัฐมีภาระทางการคลังสุขภาพเพิ่มมากขึ้น¹ แต่สามหน่วยงานดังกล่าวต่างก็บริหารจัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพของระบบภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกัน มีทิศทางเป้าหมายและจุดมุ่งเน้นของแผนการทำงานที่แตกต่างกัน มีการกำหนดวิธีการจ่ายเงินและอัตราการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกันซึ่งส่งผลทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการจัดบริการแก่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทั้งสามระบบแตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังพบว่ายังมีหน่วยงานของรัฐที่ไม่ได้อยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขและมีบทบาทมากขึ้นทั้งในฐานะผู้บริจาครายจ่ายสุขภาพหรือผู้ซื้อบริการ อาทิเช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น หรือในฐานะผู้ผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขและฐานะผู้ให้บริการ เช่น สถานพยาบาลสังกัดรัฐอื่น เป็นต้น รวมทั้งการขยายตัวของธุรกิจด้านสุขภาพของภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีรายได้สูงขึ้น รวมถึงการให้บริการทางการแพทย์แก่ชาวต่างชาติ ซึ่ง

¹ 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 ที่มีการออกแบบเป็นชั้นๆ 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
บทที่ 1 บทนำ	
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
บทที่ 2 การบริหารการคลังระบบสาธารณสุข	
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
บทที่ 3 การอภิบาลการคลังสาธารณสุข : กรณีศึกษาสี่ประเทศ	
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



บทที่ 4 การอภิบาลการคลังมหภาคระบบสาธารณสุขไทย

4.1 พัฒนาการด้านการคลังระบบสาธารณสุขไทย	44
4.2 บทบาทองค์กรในการบริหารจัดการการคลังระบบสาธารณสุข	45
4.3 รูปแบบและกลไกการดำเนินงานการคลังระบบสาธารณสุขไทย	47
4.4 กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขไทยระดับมหภาค	51
4.5 ช่องว่างในระบบ	52

บทที่ 5 กระบวนการวางแผนและกำกับทิศทางระบบการคลังสาธารณสุข

5.1 สภาพปัญหาที่เกิดจากการขาดระบบอภิบาลการคลังสาธารณสุข	55
5.2 ข้อเสนอสำหรับการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขในประเทศไทย	58

เอกสารอ้างอิง 66

ภาคผนวก

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



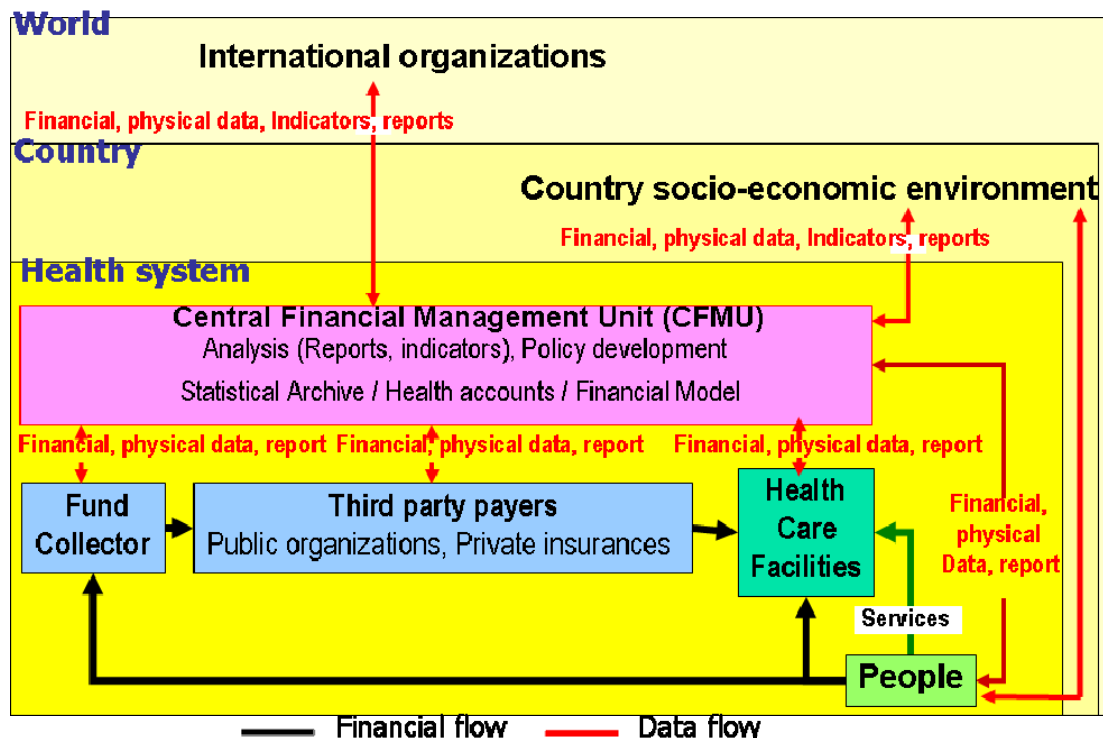
บทที่ 1: บทนำ

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 ขณะเดียวกันการมีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลให้ประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพแต่ละชนิดถูกเลือกปฏิบัติในการให้บริการ (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 บทบาทและพันธกิจขององค์กร

4.3.4 โครงสร้างองค์กรที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน และกำกับดูแลการคลังสุขภาพของประเทศ

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 ซึ่งประกอบด้วยภารกิจและขั้นตอนหลักๆสามส่วนด้วยกัน 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)

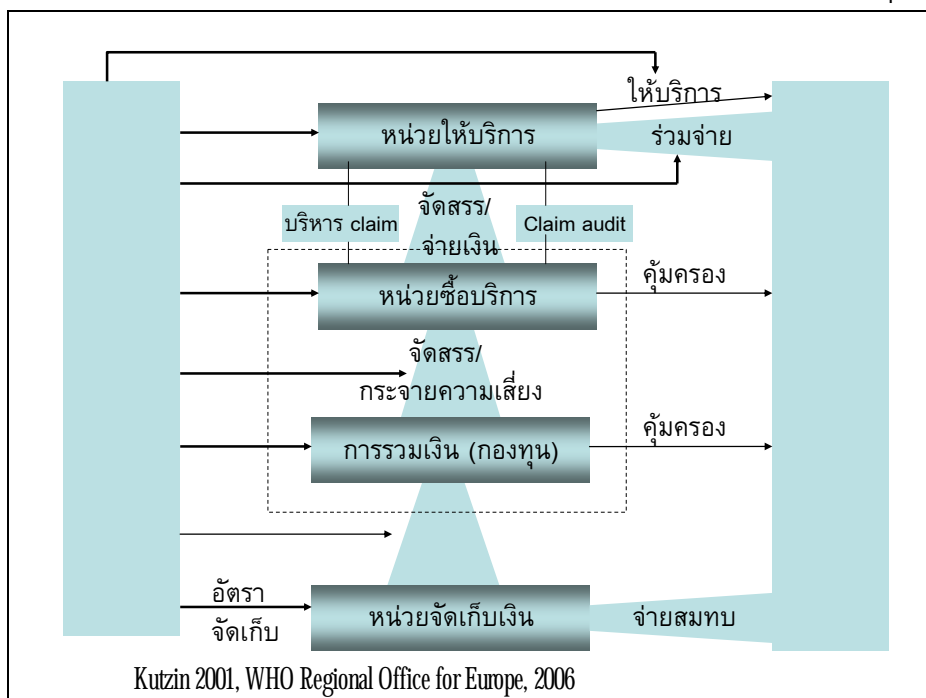
1. สามารถระดมเงินได้เพียงพอและยั่งยืน ตลอดจนมีความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ
ในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

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 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 ¹	แตกต่างกันแต่ส่วนใหญ่ 7.5%	มี	ประมาณครึ่งๆ
Belgium ¹	ER/EE: 37.8%, CS (7.3%), SE (19.6%)	ER/EE, CS ไม่มี SE: มี	65.5: 34.5 CS 52: 48
Bulgaria ¹	6%	ไม่มี	70:30 (50:50 in 2009)
Cyprus ¹	EE/ER: 12.6%, SE (11.6%), V (10%)	EE/ER มี	50: 50
Czech Republic ¹	EE/ER 13.5%, SE คำนวณรายได้สุทธิครึ่ง เดียว	EE/ER ไม่มี SE มี	66: 33
Germany ¹	แตกต่างกันเฉลี่ย 15% แต่ตั้งแต่ปี ค.ศ.2009 เท่ากันหมด	มี	50: 50
Estonia ¹	13%	ไม่มี	100: 0
Greece ¹	แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ 6.45%	มี	66: 33
Spain			
Finland			
France ¹	13.5%	ไม่มี	94: 6
Hungary ¹	15% นายจ้างจ่ายในอัตราคงที่ต่อหัวลูกจ้าง	ไม่มี	73: 27
Ireland			
Italy			
Lithuania ¹	3% (ER) 30% (EE, SE) ของภาษีเงินได้ส่วน บุคคลกันเพื่อบริการสุขภาพ; F 3.5% และ SMU 1.5% ของรายได้ขั้นต่ำ กลุ่มอื่นๆ 10%	ไม่มี	100: 0
Luxembourg ¹	5.4%	มี	50: 50
Latvia ¹	หักจากภาษีเงินได้บุคคล	ไม่มี	0: 100
Malta			
Netherlands ¹	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 ¹	9%	ไม่มี	0: 100
Portugal			
Romania ¹	13.5%	ไม่มี	52: 48
Sweden			
Slovenia ¹	EE/ER, SE: 12.92%; F: 6.36%		
Slovakia ¹	EE/ER, SE: 14% (7% สำหรับผู้พิการ)	มี	71: 29
England (UK-ENG)			
Canada			
Japan ²	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 ดังนั้นควรแยกการจัดเก็บออกจากการใช้บริการ คือเป็นระบบจ่ายล่วงหน้าหรือประกันสุขภาพ (3) ขนาดของกองทุนที่ใหญ่ ครอบคลุมประชากรมาก ย่อมสามารถกระจายความเสี่ยงและเงินจากรายได้ระหว่างบุคคลในกลุ่มได้มากกว่า กองทุนที่มีขนาดเล็กครอบคลุมประชากรไม่มาก ดังนั้นระบบประกันสุขภาพภาคบังคับจะมีศักยภาพในการกระจายความเสี่ยงและเงินจากรายได้ดีกว่าระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ เพราะจะมีจำนวนสมาชิกมากกว่า ขณะเดียวกันจำนวนกองทุนที่น้อยแต่มีขนาดใหญ่ย่อมมีศักยภาพในการกระจายความเสี่ยงและเงินจากรายได้สูงกว่าการมีจำนวนกองทุนจำนวนมากแต่มีขนาดเล็ก (4) ในกรณีที่มีหลายกองทุน ไม่ว่าจะให้ประชาชนมีสิทธิเลือกหรือไม่ก็ตาม 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 ¹	มีกองทุนแยกตามอาชีพทำหน้าที่เก็บรวมและซื้อบริการ ไม่มีการแข่งขัน	กองทุน (21)	กองทุน (21)	เงินที่ทั้งหมดที่จัดเก็บได้จะต้องนำมากระจายใหม่ตาม รายได้ที่จัดเก็บได้ต่อคน รายจ่ายของบุคคลพึงพึง ผู้รับบำนาญ เมืองใหญ่ และสถานที่ตั้งของกองทุน
Belgium ¹	ส่วนกลางเป็นคนเก็บ กองทุนแข่งขันกันซื้อบริการ เลือกกองทุนได้อิสระ ยกเว้นคนงานรถไฟ	ส่วนกลาง (1)	กองทุนย่อย (7)	30% ของเงินจะกระจายตามรายหัวปรับด้วยสถานภาพของผู้มีสิทธิ (ผู้รับบำนาญ ผู้พิการ หม้าย/หย่า) อายุ เพศ สมาชิกครัวเรือน อัตราการว่างงาน รายได้ อัตราตาย ระดับความเป็นเมือง และการพิจารณาจากการทำงาน
Bulgaria ¹	ส่วนกลางเป็นคนเก็บ กองทุนในเขตเป็นคนซื้อ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	กองทุนเขต (28)	ส่วนกลางจัดสรรเงินแก่กองทุนภูมิภาคต่างๆ ตามจำนวนประชากรและโครงสร้างอายุ งบประมาณที่ได้ในอดีต และคาดการณ์ความจำเป็นด้านสุขภาพของเขตในอนาคต
Cyprus ¹	ส่วนกลางเก็บและรวมเงิน มีผู้ซื้อรายเดียว ไม่แยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	ส่วนกลาง (1)	กองทุนประกัน (1)	กระทรวงสาธารณสุขมีแผนที่จะจัดเงินให้แก่กองทุนประกัน (การปฏิรูปยังไม่ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบ)
Czech Republic ¹	มีกองทุนแข่งขันกันเก็บเงิน รวมเงินและซื้อบริการ	กองทุน (9)	กองทุนประกัน (9)	ร้อยละ 60 ของเงินที่จัดเก็บได้จะกระจายใหม่ตามรายหัวปรับด้วย สัดส่วนของผู้สูงอายุ (65+) มีแผนว่าจะจัดเงินทั้งหมดตามปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
Germany ¹	มีกองทุนแข่งขันกันจัดเก็บ รวมเงินและซื้อบริการ	กองทุน (>200)	กองทุน (>200)	มีอัตราการจัดเก็บและรายได้ต่างกัน มีกลไกกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน โดยเปลี่ยนเงินใหม่ทั้งหมดตามรายหัวปรับด้วย อายุ เพศ การพิจารณา ตั้งแต่ปีค.ศ. 2009 เงินที่จัดเก็บได้จะรวมที่ส่วนกลางและกระจายให้กองทุนตามรายหัวปรับด้วยอายุ เพศ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ
Denmark ¹	ส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นคนจัดเก็บ มีผู้ซื้อบริการในพื้นที่ไม่มีการแข่งขัน ไม่แยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	เขต (5) เทศบาล (98)	เขต (5) เทศบาล (98)	มีการกระจายเงินใหม่แก่พื้นที่ต่างๆตามโครงสร้างอายุของประชากร จำนวนเด็กในครอบครัวพ่อ/แม่คนเดียว จำนวนห้องเช่า อัตราการว่างงาน การศึกษา ผู้ป่วย การด้อยโอกาสทางสังคม และสัดส่วนผู้สูงอายุ
Estonia ¹	ส่วนกลางเป็นคนเก็บ กองทุนในเขตเป็นคนซื้อ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	กองทุนเขต (4)	หน่วยงานที่จัดเก็บภาษีจัดสรรเงินให้กับกองทุนส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่จัดสรรต่อให้กองทุนเขตตามรายหัวปรับด้วยอายุ
Greece ¹	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 ¹	ส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นคนจัดเก็บ และรวมเงิน มีกองทุนพื้นที่ซื้อบริการ แต่ไม่มีการแข่งขัน มีการแยก บทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการบางแห่ง	เขต (17) กองทุน (3)	เขต (17) กองทุน (3)	ส่วนกลางจัดสรรเงินให้กับเขตตามรายหัวปรับด้วยประชากรสูงอายุ (65+) คน กลุ่มน้อย กองทุนข้าราชการสามแห่งได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐ 70% และจ่าย สมทบเอง 30% ระบบสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากร 95% กองทุน ข้าราชการครอบคลุมประชากร 5%
Finland ¹	ส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นคนจัดเก็บ มีผู้ซื้อบริการในพื้นที่ไม่มีการแข่งขัน ไม่แยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	เทศบาล (416)	เทศบาล (416)	รัฐบาลกลางจัดสรรเงินอุดหนุนเทศบาลต่างๆตามรายหัวปรับด้วยอายุ การ ว่างงาน การเจ็บป่วย และหลักเกณฑ์บางอย่างสำหรับพื้นที่ห่างไกลและ เทศบาลที่เป็นพื้นที่เกาะ เงินอุดหนุนของรัฐบาลกลางคิดเป็น 25% ของรายจ่าย สุขภาพของเทศบาล
France ¹	ส่วนกลางเป็นคนจัดเก็บ มีกองทุนผู้ ซื้อบริการตามอาชีพ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	ระบบประกัน (3)	จัดสรรเงินให้ระบบประกันตามรายหัวปรับด้วย อายุ เพศ ระบบทั่วไป ครอบคลุม ประชากร 85% ของประเทศ
Hungary ¹	ส่วนกลางเป็นคนจัดเก็บและรวมเงิน มีผู้ซื้อรายเดียว	ส่วนกลาง (1)	กองทุน ส่วนกลาง (1)	ไม่มีข้อมูล
Ireland ¹	ส่วนกลางเป็นคนจัดเก็บและรวมเงิน มีผู้ซื้อรายเดียว ไม่แยกบทบาทผู้ซื้อ/ ให้บริการ	ส่วนกลาง (1)	Health service executive (1)	ไม่มีข้อมูล
Italy ¹	ส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นคนจัดเก็บ เขตเป็นผู้ซื้อไม่มีการแข่งขัน	เขต (20)	เขตสุขภาพ (20)	กองทุนสมานฉันท์ซึ่งบริหารโดยกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรเงินไปให้เขตต่าง ๆ ตามจำนวนประชากร ศักยภาพในการจัดเก็บภาษี รายจ่ายค่ารักษาพยาบาล และรายจ่ายอื่น
Lithuania ¹	กองทุนจัดเก็บแห่งเดียว	ส่วนกลาง (1)	กองทุนเขต (5)	กองทุนระดับชาติจัดสรรเงินให้กองทุนเขต
Luxembourg ¹	จัดเก็บโดยส่วนกลาง กองทุนอาชีพ เป็นผู้ซื้อบริการ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	กองทุน (9)	สหภาพกองทุนประกันมีกองทุนความเสี่ยงสำหรับการเคลื่อนเงินจากกองทุนที่มี เงินเหลือมาช่วยกองทุนที่ขาดทุน





ประเทศ	โครงสร้างกลไกตลาด	กองทุน (จำนวน)	ผู้ให้บริการ (จำนวน)	การจัดสรรเงินตามความเสี่ยง (Risk-adjusted (re-) allocation (risk factors))
Latvia ¹	กองทุนจัดเก็บแห่งเดียว	ส่วนกลาง (1)	กองทุนเขต (8)	กองทุนระดับชาติจัดสรรเงินให้กองทุนเขตตามรายหัวประชากรปรับด้วยอายุและเพศ
Malta ¹	จัดเก็บ รวมเงิน และซื้อบริการโดยส่วนกลาง ไม่มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการ	ส่วนกลาง (1)	กระทรวงสาธารณสุข (1)	ไม่มีข้อมูล
Netherlands ¹	จัดเก็บและรวมเงินโดยส่วนกลาง และมีกองทุนแข่งขันกันซื้อบริการ	ส่วนกลาง (1)	กองทุน (19)	เงินทั้งหมดจัดสรรให้กองทุนตามรายหัวประชากรปรับด้วย อายุ เพศ การบริโภคยา และ กลุ่มวินิจฉัยโรคหลัก
Poland ¹	มีกองทุนจัดเก็บแห่งเดียว ผู้ซื้อรายเดียว	ส่วนกลาง (1)	กองทุนระดับชาติ (1)	ไม่มีข้อมูล
Portugal ¹	จัดเก็บและรวมเงินที่ส่วนกลาง มีผู้ซื้อที่เขตไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	เขตสุขภาพ (5)	กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรเงินให้ รพ. และเขต งบบริการปฐมภูมิของเขตได้รับตามประชากร (40%) และรายหัว (60%) ปรับด้วยอายุ เพศ และดัชนีภาวะโรคของเขต (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะเครียด และข้ออักเสบ)
Romania ¹	จัดเก็บและรวมเงินที่ส่วนกลาง กองทุนเขตและอาชีพเป็นผู้ซื้อบริการ ไม่มีการแข่งขัน	ส่วนกลาง (1)	กองทุนอำเภอ (42) กองทุนอาชีพ (2)	ส่วนกลางจัดสรรเงินให้ตามรายหัวประชากรปรับด้วยปัจจัยเสี่ยง กองทุนอำเภอจัดเก็บเงินจากกลุ่มอาชีพอิสระ
Sweden ¹	ส่วนกลางและท้องถิ่นจัดเก็บและรวมเงิน พื้นที่เป็นผู้ซื้อบริการไม่มีการแข่งขัน มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ให้บริการบางแห่ง	Counties (21) เทศบาล (290)	Counties (21) เทศบาล (290)	รัฐบาลกลางอุดหนุนเงินให้ตามความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพต่อหัว อายุ เพศ สถานะบุคคล อาชีพ รายได้ สภาพบ้าน และกลุ่มที่มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพสูง
Slovenia ¹	ระบบกองทุนเดียว	ส่วนกลาง (1)	NHI (1)	ไม่มีข้อมูล
Slovakia ¹	มีกองทุนแข่งขันจัดเก็บ รวมเงิน และซื้อบริการ	กองทุน (6)	กองทุน (6)	ร้อยละ 85 ของรายได้ที่จัดเก็บได้กระจายให้ตามประชากรปรับด้วยอายุและเพศ
England (UK-ENG) ¹	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 ¹	ส่วนกลางและท้องถิ่นจัดเก็บและรวมเงิน พื้นที่เป็นผู้ให้บริการไม่มีการแข่งขัน	จังหวัด (13)	RHA (99)	รัฐบาลจังหวัดจัดสรรเงินให้ Regional health authorities (RHAs) ตามสูตรรายหัวที่ปรับด้วยปัจจัยเสี่ยงหรืองบประมาณที่ได้ในอดีต โดยรัฐบาลกลางอุดหนุนเงินบางส่วนให้รัฐบาลจังหวัด
Japan ²	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 ¹	เบี้ยเลี้ยง (80%) + FFS	เบี้ยเลี้ยง (50%) + FFS	เงินเดือน บวกโบนัส	รายป่วย (case-based) ปรับด้วยคะแนนย้อนหลัง
Belgium ¹	FFS	FFS	FFS	Global budgets +case based payment
Bulgaria ¹	Capitation + bonus	FFS	Salary + bonuses	Case-based payment +global budgets
Cyprus ¹	Salary (public), FFS (private)	Salary (public), FFS (private)	Salary	Global budgets
Czech Republic ¹	Age-weighted capitation +FFS	FFS with volume caps	Salary	Global budgets + case-based payment
Germany ¹	FFS points	FFS points	Salary	Global budgets, case-based payment + per diem
Denmark ¹	Capitation + FFS	FFS	FFS	Global budgets + case-based payment
Estonia ¹	Age-weighted capitation +FFS	FFS	FFS	Case-based payment
Greece ¹	Salary + FFS (public), FFS (private)	Salary + FFS (public), FFS (private)	Salary + FFS	Global budgets, per diem + case-based payment
Spain ¹	Salary + age-weighted capitation (15%)	Salary	Salary	Global budgets + case-based payment
Finland ¹	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 ¹	FFS	FFS	Salary	Global budgets + case-based payment
Hungary ¹	Weighted capitation +adjustments based on provider characteristics	FFS with national cap for provider organizations, but mainly salary for doctors	Salary	Case-based payment
Ireland ¹	Weighted capitation + FFS	Na	Salary	Case-based payment
Italy ¹	Capitation + FFS +performance pay	FFS	Salary	Case-based payment + capitation





ประเทศ	บริการปฐมภูมิ (GPs)	แพทย์เฉพาะทางผู้ป่วยนอก	แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล	บริการในโรงพยาบาลแบบเหี้ยมปล้น
Lithuania ¹	Age-weighted capitation	Case-based payment	Salary	Global budgets + case-based payment
Luxembourg ¹	FFS	FFS	Mainly FFS	Global budgets + case-based payment + bonuses
Latvia ¹	Age-weighted capitation + FFS	FFS or case-based payment	Salary + FFS points	Case-based payment, per diem + FFS points
Malta ¹	Capitation + FFS	Na	FFS with caps (65%) or salary	Global budgets + case-based payment
Netherlands ¹	Salary	Salary	Salary	Global budgets
Poland ¹	Age-weighted capitation	FFS	Salary	Case-based payment
Portugal ¹	Salary (NHS) + capitation + performance	Salary (NHS)	Salary (NHS)	Global budgets + case-based payment
Romania ¹	Age-weighted capitation + FFS (15%)	FFS (flexible point values)	Salary	Global budgets + case-based payment + FFS
Sweden ¹	Salary or capitation + some FFS	Salary	Salary	Global budgets + case-based payment
Slovenia ¹	Age-weighted capitation + FFS	FFS with national caps	Salary	Global budgets + case-based payment
Slovakia ¹	Capitation + FFS (50%)	FFS	Salary	Case-based payment
England (UK-ENG) ¹	Weighted capitation + FFS + performance	Na	Salary (NHS)	Global budgets + case-based payment
Canada ¹	FFS + alternative payment	Na	FFS + alternative payment	Global budgets
Japan ²	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 ¹	√	√	√	√
Belgium ¹	√	√	√	√
Bulgaria ¹	√	√	√	√
Cyprus ¹	√	√	√	√
Czech Republic ¹	X	X	√	√
Germany ¹	√	√	√	√
Denmark ¹	X	X	√	√
Estonia ¹	√	√	√	√
Greece ¹	X	X	√	√
Spain ¹	X	X	√	√
Finland ¹	√	√	√	√
France ¹	√	√	√	√
Hungary ¹	√	√	√	√
Ireland ¹	√	√	√	√
Italy ¹	√	X	√	√
Lithuania ¹	X	X	√	√
Luxembourg ¹	√	√	√	√
Latvia ¹	√	√	√	√
Malta ¹	√	√	√	√
Netherlands ¹	X	X	√	√
Poland ¹	X	X	√	√
Portugal ¹	√	√	√	√
Romania ¹	X	X	√	X
Sweden ¹	√	√	√	√
Slovenia ¹	X	X	√	√
Slovakia ¹	√	√	√	√
England (UK-ENG) ¹	X	X	√	√
Canada ¹	X	X	√	√
Japan ²	√	√	√	√

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 การอุดหนุนงบประมาณเพิ่มเติมแก่ท้องถิ่นที่มีศักยภาพในการระดมทุนได้ต่ำเพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 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	รัฐบาลกลางอุดหนุนเงินผูกพันกับศักยภาพท้องถิ่นในการจัดเก็บเงิน (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"> มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ผู้ให้บริการชัดเจน ต้องมีกลไกกลางในการกำหนดอัตราค่าบริการ กลไกกลางในการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่าบริการ 				ในกรณีที่มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ผู้ให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> ต้องมีกลไกกลางกำหนดอัตราค่าบริการ กลไกกลางในการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่าบริการ 		

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

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

ปรับจาก : Scholz (2549)¹

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

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



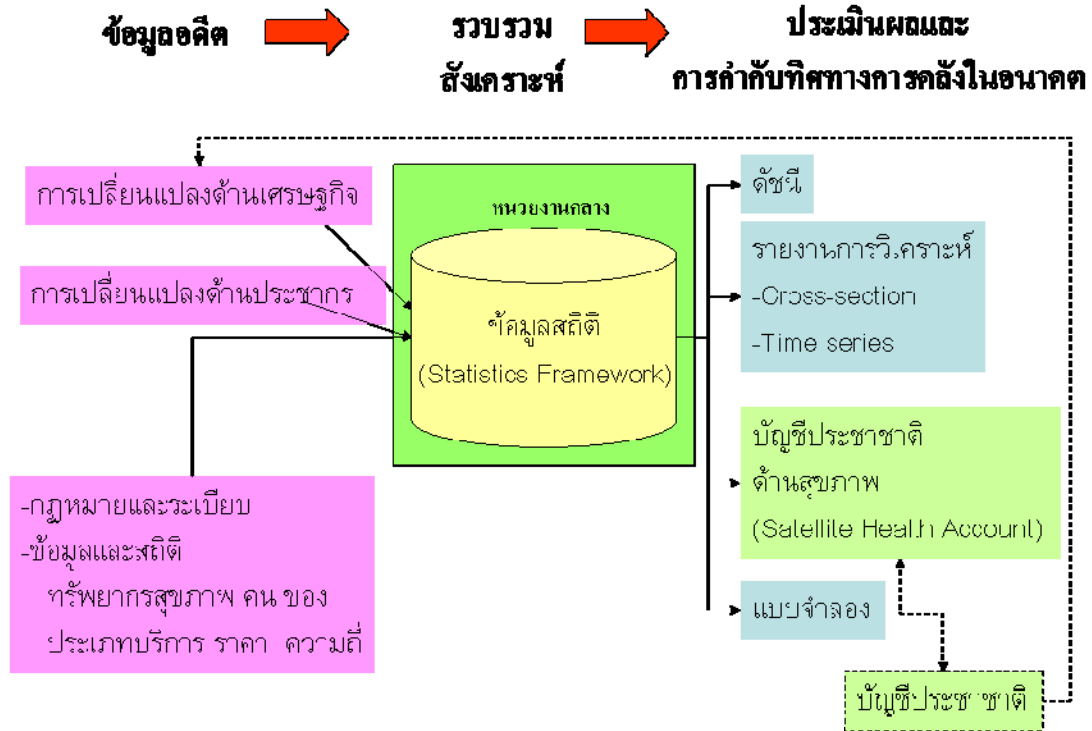
ประชาชนด้านสาธารณสุขยังเป็นปัจจัยเสริม ซึ่งต้องมีการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เป็นสถิติเพื่อตอบคำถาม 5 ประการ คือ ครอบคลุมอะไรบ้าง ครอบคลุมใครบ้าง ใครจ่ายสำหรับอะไร ใครให้บริการอะไร และวิธีการจ่ายเป็นอย่างไร สถิติในที่นี้หมายถึงรวมถึง สถิติภายในประเทศที่จำเป็นทั้งหมดในการวางแผนและการงบประมาณ ซึ่งได้มาจากทั้งกองทุนประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและประกันสุขภาพภาคเอกชน 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 หรือปรับปรุงแบบจำลอง รวมถึงเปรียบเทียบกับสถิติของประเทศอื่นที่ได้จากองค์การระหว่างประเทศ เช่น บัญชีประชาชาติ ค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศ 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 ที่แต่งตั้งจากประชานมาร่วมกำหนดทิศทางกับผู้บริหารที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกทางราชการ PCT ซึ่งมีภารกิจในการจัดบริการในพื้นที่โดยประสานงานกับประชาชน รัฐบาลท้องถิ่น และ หน่วยบริการในพื้นที่ ก็ต้องมีคณะกรรมการของ PCT ซึ่งทำหน้าที่กำหนดแนวทาง และกำกับการดำเนินงานของ PCT โดยประธานคณะกรรมการจะแต่งตั้งโดยรัฐมนตรี จากรายชื่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมในพื้นที่นั้น

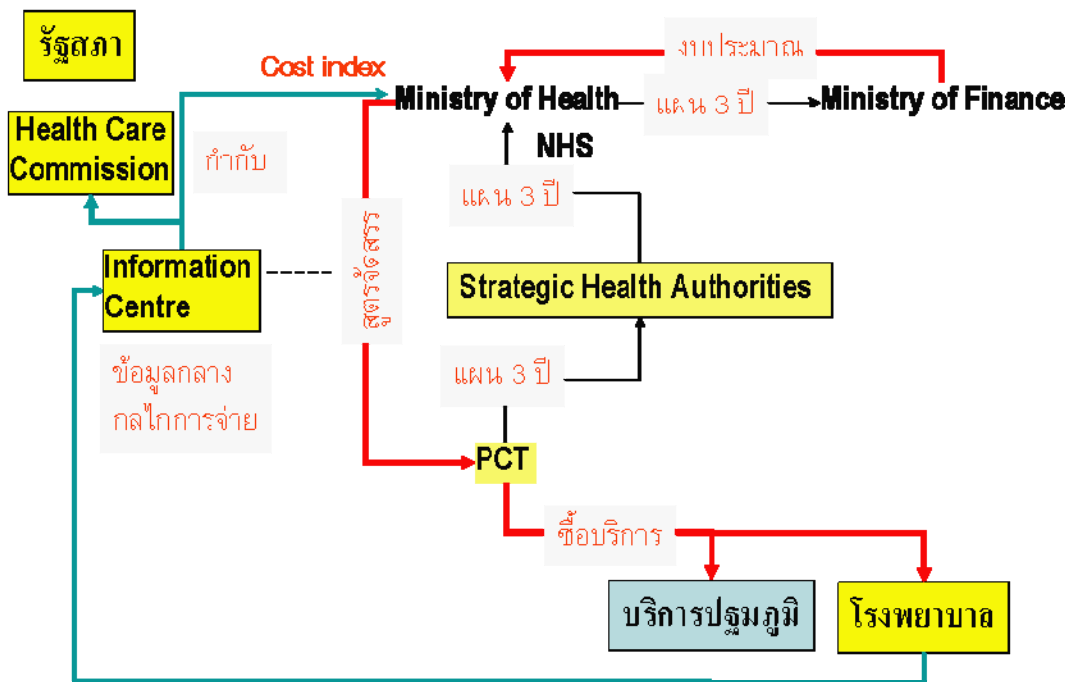
การจัดทำงบประมาณด้านสาธารณสุขเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โดย PCT จะทำแผน 3 ปี ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและความจำเป็นด้านสาธารณสุขในพื้นที่ จากนั้น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลังจะพิจารณาภาพรวม โดยทุกสองปีกระทรวงการคลังจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้จ่ายของหน่วยงานของรัฐในสามปีข้างหน้า เมื่องบประมาณสามปีได้รับการเห็นชอบแล้ว 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 กลไกการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขประเทศอังกฤษ





3.4.2 ประเทศแคนาดา

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

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

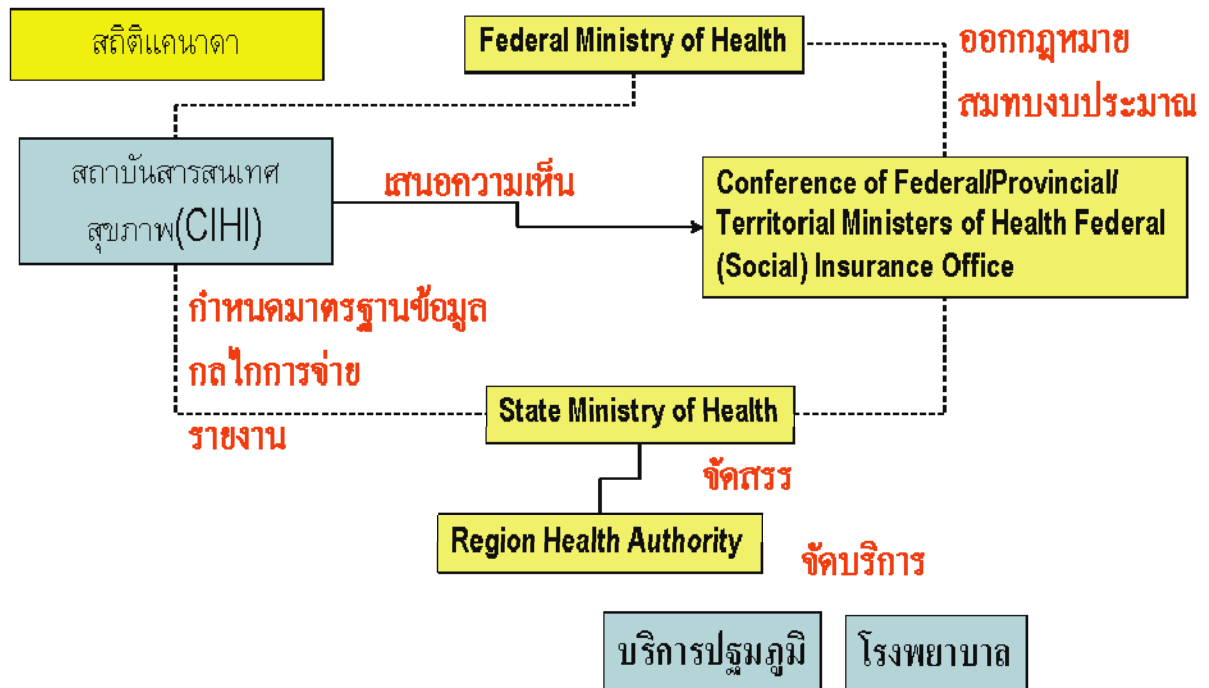
ในระดับ Regional Health Authority (RGA) รัฐบาลจังหวัด เป็นผู้แต่งตั้ง Directors Board จากอาชีพต่าง ๆ เพื่อทำหน้าที่ร่วมกับทีมบริหารของ RHA ในกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และคุณค่าของ health authority เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดี ในราคาที่เหมาะสม และระบบบริการมีความยั่งยืน ทั้งนี้ RHA และสถานพยาบาลต้องส่งข้อมูลการให้บริการที่มีการกำหนด



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 ข้อมูลนี้ยังนำมาใช้พัฒนากลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาล 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) ซึ่งเป็นกฎหมายหลักของระบบประกันสังคมของประเทศ มีทั้งหมด 11 book ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพจะอยู่ในเล่มที่ I, IV, V ซึ่งกำหนดให้มีการจัดบริการสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรทุกคนดำเนินการโดยองค์กรอิสระที่เรียกว่า sickness fund จำนวน 192 แห่ง

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



กลไกการอภิบาลระบบ

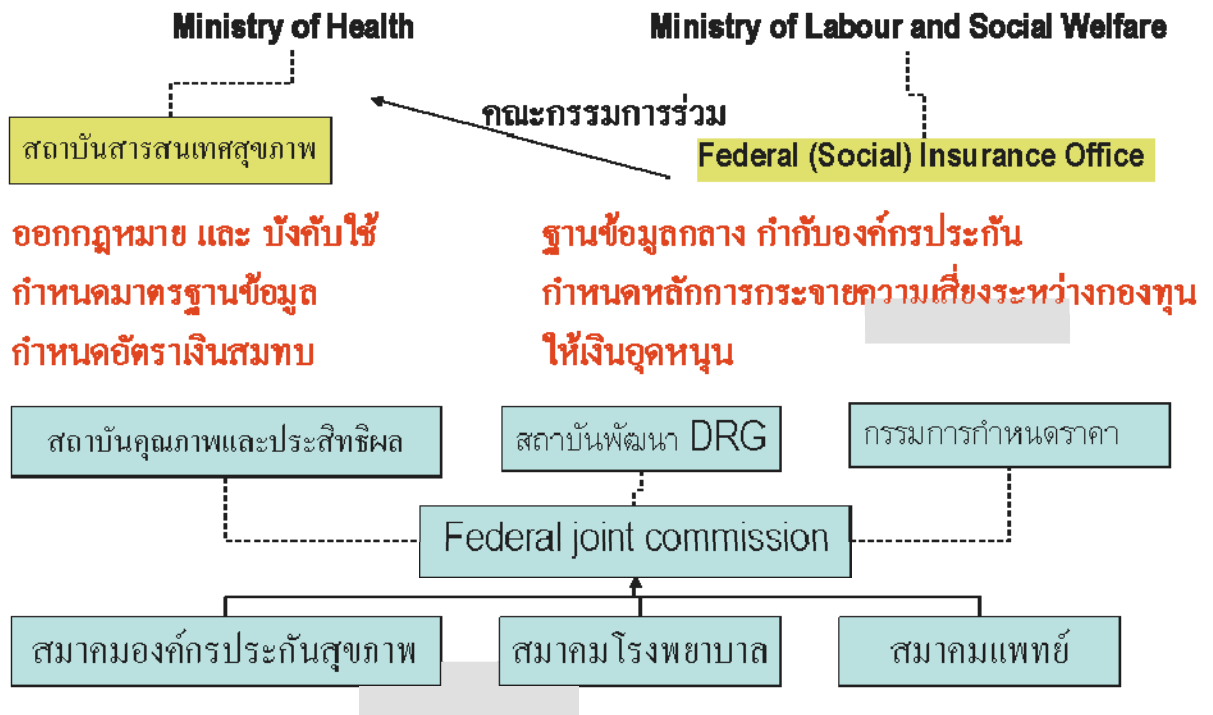
การกำหนดนโยบายการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศเยอรมันในระดับประเทศอยู่ใน Ministry of Health โดยรัฐบาลจะกำกับอยู่ห่างๆ ผ่านทางกลไกด้านกฎหมาย และการตรวจสอบ การกำหนดนโยบายการคลังระบบสาธารณสุขในระดับรัฐ อยู่ใน Ministry of Health ของแต่ละรัฐ โดยรัฐบาลจะกำกับผ่านทาง การทำแผน hospital plan และกลไกด้านกฎหมาย และการตรวจสอบ

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

โครงสร้างการจัดบริการสุขภาพ

ประเทศญี่ปุ่นไม่มีระบบบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ โดยสถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ได้ปฏิรูปเป็นองค์กรอิสระไปแล้ว

การจัดบริการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นใช้รูปแบบการประกันสุขภาพเป็นหลัก 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

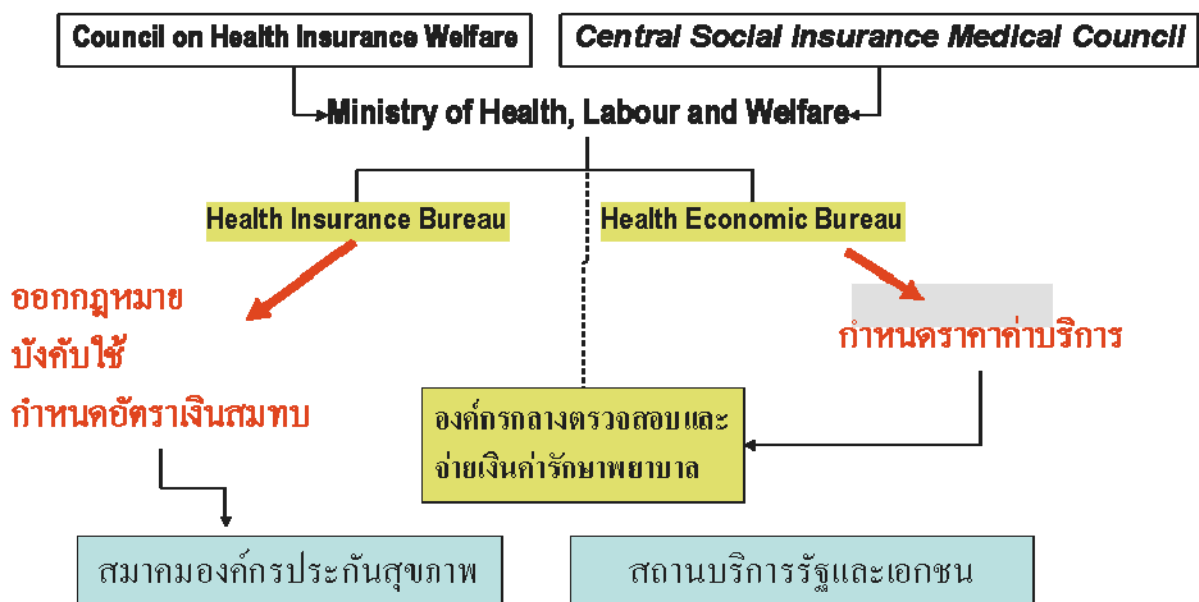


กำหนดให้มีสมาคมขององค์กรประกัน โดย Societies ที่อยู่ภายใต้ Employees Health Insurance จะมีสมาคมของตนเอง ส่วนเทศบาล และ Societies ที่อยู่ภายใต้ National Health Insurance จะแยกเป็นอีกสมาคมของตนเอง เพื่อทำหน้าที่บริหาร ประสานงาน กำหนดทิศทาง ในภาพรวมขององค์กรประกันที่เป็นสมาชิก และเป็นตัวแทนในคณะกรรมการระดับชาติ

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