การอภิบาลบทบาทการซื้อบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย

บัลลังก์ อุปพงษ์*
วินัย ลีสมิทธิ์†

บทคัดย่อ การศึกษานี้เพื่อประเมินการอภิบาลและการจัดการสำหรับซื้อบริการสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.), เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง, การรับฟังบรรยายสรุปจากเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดบริการและผู้ซื้อบริการในจังหวัดตัวแทนทั้ง ๔ ภาคของประเทศไทย. จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และนำเสนอผลเชิงพรรณา. การศึกษาพบว่าการอภิบาลการซื้อบริการมีทั้งระดับส่วนกลางและจังหวัด. ระดับส่วนกลาง การอภิบาลเกิดโดยผ่าน ๔ องค์กรสำคัญ คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช., คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข. ระดับจังหวัดการอภิบาลผ่าน ๓ องค์กรสำคัญได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.), สปสช.สาขาจังหวัด และสถานบริการภาครัฐและเอกชน. สปสช.สาขาเขตและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) มีบทบาทอภิบาลการซื้อบริการน้อย, มีการอภิบาลนอกรูปแบบเกิดขึ้นในระดับจังหวัด. ปัญหาการอภิบาลเกิดจากความสับสนในบทบาทผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการของ สสจ. อำนาจการซื้อบริการของสปสช.มีอิทธิพลอย่างมากต่อการอภิบาลระบบประกันสุขภาพที่จังหวัด. มีข้อสรุปเสนอแนะสำคัญ ๔ ประการเพื่อพัฒนาการอภิบาลการซื้อบริการได้แก่จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการเป็นหน่วยงานอิสระ, การแยกผู้ซื้อบริการกับผู้จัดบริการที่ชัดเจน, การกระจายอำนาจให้สำนักงานสาขามากขึ้น, และการเปิดโอกาสให้ประชาคมและองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้นในการอภิบาลการซื้อบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

คำสำคัญ : *ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การอภิบาล, ซื้อบริการสุขภาพ, การกระจายอำนาจ*

Abstract **Governance of Purchasing Functions in the Thai Universal Coverage Scheme**
Ballang Uppapong*, Vinai Leesmidt†.
**Prankratai Hospital, Prankratai District, Kamphaengphet Province, 62100, †Khlongkhlung Hospital, Khlongkhlung District, Kamphaengphet Province, 62120.*

This study was aimed at assessing the governance and management of purchasing universal health care services of Thailand's National Health Security Office (NHSO). The research methodology used was the quality method; it involved reviewing the literature and related documents, a briefing from the staff of the NHSO and in-depth interviewing of the representatives of providers and purchasers in each selected province in four regions of Thailand. The data obtained were analyzed by using content analysis technique and the result was presented descriptively. The results of the study showed that governance existed at both the central and provincial levels. At the central level, governance was provided by four important organizations including the NHSO Board, the NHSO, the Service Standard and Quality Control Board

**โรงพยาบาลพรานกระต่าย อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ๖๒๑๑๐*
†โรงพยาบาลคลองขลุง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ๖๒๑๒๐

(SQCB), and the Ministry of Public Health. At the provincial level, governance passed through three important organizations comprising the Provincial Public Health Office (PPHO), the provincial branch of the NHSO, and the public and private health-care providers. The regional branch of NHSO and local government had little to do with governance. Governance was informal in the provinces. The problems of governance were due to the confusion between the purchasing and providing functions of the PPHO. The purchasing power of the NHSO provided a great effect on the governance of the provincial health insurance. There are four important summarizing recommendations for improving service purchasing governance, including separating the SQCB into an autonomous body, making the division the cutting between the purchasing and providing roles, delegating more authority to branch offices of the NHSO, and opening more opportunities to civil society and local organizations for participating in governing the purchasing functions under the Universal Coverage Scheme.

Key words : *universal coverage, governance, purchasing health care, decentralization*

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐ. การสร้างหลักประกันสุขภาพบรรลุผลอย่างรวดเร็วเพียง พ.ศ.๒๕๔๕ ปีแรกปีเดียว ครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิ์ถึง ๔๕ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๗๓.๖ของประชาชนประเทศไทย[๑]. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมากสร้างความภาคภูมิใจแก่ สปสช. เพราะเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นท่ามกลางความท้าทายทางการเมืองและการต่อต้านจากกลุ่มวิชาชีพต่างๆ. ขณะเดียวกันปัญหาอุปสรรคและข้อผิดพลาดที่ไม่คาดคิดและไม่ได้วางแผนก็เกิดขึ้นหลายประการ มากบ้างน้อยบ้าง เช่น บริการที่เพิ่มมากจนกระทบต่อคุณภาพบริการ[๒].

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ประกอบด้วยระบบประกันสุขภาพ ๓ อย่าง คือ ประกันสังคม, สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ, และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แต่ละระบบมีการอภิบาลและจัดการแยกจากกัน. การอภิบาลของระบบประกันสังคมมีปัญหาเกิดขึ้นน้อยที่สุด เพราะคณะกรรมการกองทุนมีอำนาจตัดสินใจได้เอง, ทั้งด้านรายจ่ายและด้านรายรับ, คือ การกำหนดสิทธิประโยชน์ผู้ประกันตนและอัตราค่าประกันที่เรียกเก็บจากผู้ประกันตน. คุณภาพบริการมาจากการแข่งขันของผู้จัดบริการชัดเจน. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ขาดการอภิบาลระบบที่ดี ไม่มีการควบคุมรายจ่าย, กรมบัญชีกลางจ่ายค่าบริการตามที่ผู้จัดบริการขอมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานราชการ. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการควบคุมรายจ่ายอย่างเข้มงวดภายใต้เพดานงบประมาณ แต่ก็ไม่สามารถควบคุมขอบเขตสิทธิประโยชน์ที่ฝ่ายการเมืองสัญญากับประชาชน, ทำให้ขาดความสมดุล จนประสบปัญหาการขาดทุนของผู้จัดบริการ[๓]. การที่สามารถดำเนินการอยู่ได้เพราะสถานบริการส่วนใหญ่เป็นของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐบาล การได้รับงบประมาณที่จำกัด ทำให้กระทรวงสาธารณสุขหวงแหนเงินทุกบาททุกสตางค์ที่ได้รับ, จนเกิดปัญหามากมาย เช่น การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์แทนประชาชนโดยไม่มีโอกาสเลือก, และการกีดกันสถานบริการเอกชนเพื่อให้สถานบริการกระทรวงสาธารณสุขอยู่รอด, การตัดเงินเดือนระดับประเทศที่ซ้ำเติมปัญหาการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสม และความสับสนในบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นทั้งผู้ซื้อและจัดบริการในเวลาเดียวกัน เป็นต้น[๔]. จากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาจาก พ.ศ.๒๕๔๕ ถึง ๒๕๔๙ เป็นเวลา ๕ ปีของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นับว่ามีความสำคัญ และสร้างประสบการณ์ที่เพียงพอสำหรับ สปสช. ที่จะได้รับการประเมินการอภิบาล (governance)[๑] และการจัดการ (management) ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รับผิดชอบเพื่อให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคและข้อผิดพลาดสำหรับนำไปการพัฒนาการอภิบาลและการจัดการที่ดีสำหรับบทบาทการซื้อบริการในอนาคต.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องแม่นยำ. การเก็บข้อมูลประกอบด้วยหลายวิธี ได้แก่ การทบทวนเอกสารวิชาการ ระเบียบ และรายงานที่เกี่ยวข้อง, การรับฟังบรรยายสรุปซักถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการหรือผู้แทนของสำนักต่าง ๆ ใน สปสช. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขากรุงเทพมหานครและขอนแก่น, การเยี่ยมสังเกตการณ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด, การสัมภาษณ์เชิงลึกนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ, ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานประกันสุขภาพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน และตัวแทนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย รวม ๓๐ คน ในจังหวัดตัวแทน ๔ ภาคของภาคเหนือ ใต้ กลาง และตะวันออกเฉียงเหนือ รวม ๔ จังหวัด. ข้อมูลที่ได้นำมารวบรวมและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา. ผลจากการวิเคราะห์นำเสนอเชิงพรรณนา ประกอบเนื้อหาด้วยภาพและตารางที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจน.

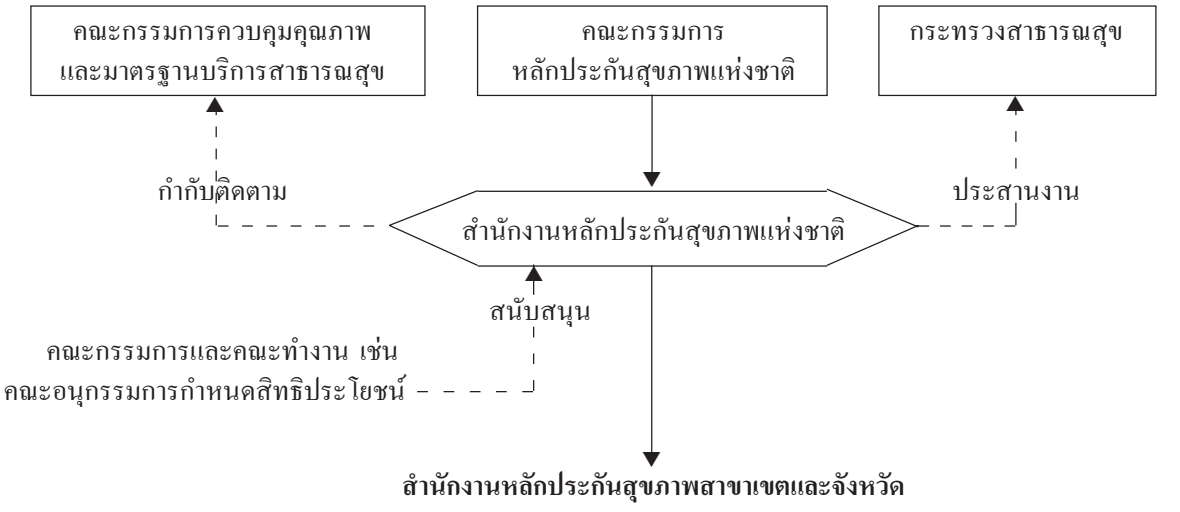
ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น ๕ ส่วน. ส่วนที่ ๑ และ ๒ เป็นการอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด. ส่วนที่ ๓ เป็นการอภิบาลนอกรูปแบบ. ส่วนที่ ๔ เป็นอำนาจการซื้อบริการกับการอภิบาลระบบ. ส่วนที่ ๕ เกี่ยวกับการกระจายอำนาจกับการอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

- **การอภิบาลการซื้อบริการสุขภาพถ้วนหน้าระดับส่วนกลาง**

การอภิบาลที่ส่วนกลางผ่านองค์กรสำคัญ ๓ แห่งตามที่กำหนดในพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการ รับผิดชอบกำหนดนโยบายและงบประมาณ, สปสช. รับผิดชอบดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายกำหนด, และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขรับผิดชอบดูแลคุณภาพบริการ. การอภิบาลที่เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างองค์กรดังกล่าวแสดงในรูปที่ ๑.

สปสช.มีบทบาทซื้อบริการแทนประชาชนผู้มีสิทธิ์ เพื่อให้การดำเนินงานประสบผลตามพันธะกิจ. สปสช.ตั้งคณะ



รูปที่ ๑ ผังแสดงการอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับส่วนกลาง

อนุกรรมการ ขึ้นหลายคณะเพื่อเชื่อมโยงกับ สปสช. เช่น คณะอนุกรรมการการคลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำหน้าที่กลั่นกรองแผนงบประมาณ. คณะอนุกรรมการต่าง ๆ ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของสปสช. และกลั่นกรองแผนงานก่อนเสนอต่อคณะกรรมการ. คณะอนุกรรมการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการ แต่ถูกมองว่าเป็นโครงสร้างแยกจากคณะกรรมการ สะท้อนให้เห็นว่าคณะอนุกรรมการได้รับความสำคัญน้อยสำหรับการช่วยอภิบาลระบบ.

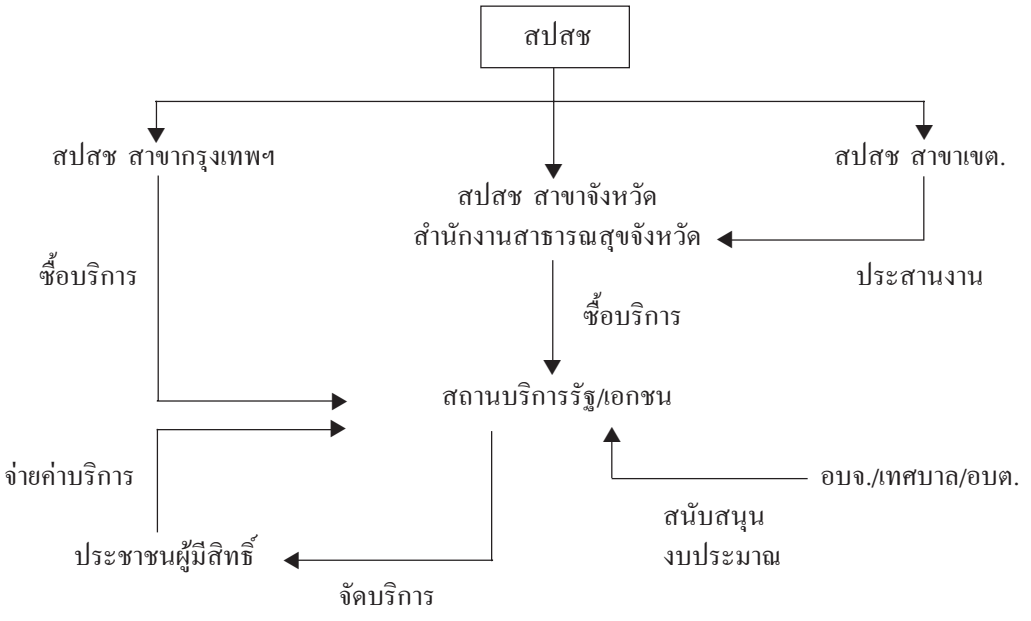
สปสช.ทำหน้าที่ซื้อบริการสุขภาพแทนประชาชน โดยทำสัญญากับผู้จัดบริการภาครัฐและเอกชน. เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนว่าบริการที่ซื้อมีคุณภาพจึงสร้างระบบติดตามประเมินผลการทำงานขึ้น. คณะกรรมการเองไม่มีบทบาทการซื้อบริการ ได้เกิดปัญหาความสับสนของการกำหนดบทบาทสปสช.ที่เป็นผู้ซื้อบริการ และเป็นผู้จัดการระบบ ซึ่งสร้างความตึงเครียดในบทบาทระหว่างสปสช. กับกระทรวงสาธารณสุข, ก่อให้เกิดผลลบของสร้างความร่วมมือระหว่างสปสช. กับกระทรวงสาธารณสุข[๕], การอภิบาลระบบโดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขจึงไม่บรรลุตามที่ประสงค์.

- **การอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข**

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญสำหรับอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ที่สุดของระบบ. ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ตามบันทึกความจำที่ทำระหว่างสปสช.กับกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทเป็นผู้จัดบริการเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นการแยกบทบาทผู้ซื้อบริการของสปสช.ออกจากบทบาทผู้จัดบริการของกระทรวงสาธารณสุข. อย่างไรก็ตามมีการทับซ้อนในบทบาทระหว่างสปสช.และกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการเป็นผู้จัดการระบบ เพราะสปสช.รับผิดชอบที่ให้เกิดบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนโดยต้องการมั่นใจว่าทรัพยากรที่มีจำกัดทั้งงบประมาณและบุคลากรได้ถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการกระจายที่เหมาะสม, ซึ่งกระทบต่อการบริหารจัดการภายในของกระทรวงสาธารณสุข, สร้างความสับสนแก่บุคลากรสาธารณสุข และสร้างความตึงเครียดระหว่างสปสช.และกระทรวงสาธารณสุข, เกิดผลเสียต่อการอภิบาลระบบที่ดีและไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม. ความตึงเครียดจากการกระจายบุคลากร เกิดจากความไม่ชัดเจนของบทบาททั้งของสปสช.และกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุขควรปรับเปลี่ยนจากการเป็นผู้จัดบริการอย่างเดียวมาเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบบริการ. ในขณะที่สปสช.ควรกำหนดบทบาทผู้ซื้อบริการที่ชัดเจน และร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีทิศทางชัดเจน, ไม่สร้างความสับสนแก่สถานบริการและบุคลากร.

- **การอภิบาลความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับจังหวัด** สปสช.ซื้อบริการจากภาครัฐและเอกชนหลายช่องทาง. ในกรุงเทพมหานคร สปสช.อาศัยสาขากรุงเทพมหานคร. ในจังหวัดอื่น สปสช.ซื้อบริการผ่าน ๓ ช่องทางคือ ซื้อตรงจากสถานบริการเอกชน, ซื้อบริการจากสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขผ่านกระทรวงสาธารณสุข, แต่ซื้อบริการจากภาครัฐอื่น ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ (โรงเรียนแพทย์) โดยผ่านสำนักงานสาขาจังหวัด คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่สปสช.แต่งตั้งขึ้นมา. จะเห็นได้ว่าในระดับจังหวัดพบความซับซ้อนของการซื้อบริการของสปสช.และขาดความมีเอกภาพ. การอภิบาลระบบประกันสุขภาพจังหวัดขึ้นอยู่กับสสจ.เป็นสำคัญ มีความซับซ้อนของการซื้อและจัดบริการหลายฝ่าย เกิดความสับสนในบทบาทของสำนักงานสาขาจังหวัดของสปสช.หรือสสจ.ระหว่างบทบาทการซื้อบริการ และการจัดบริการ. ขณะเดียวกันระดับจังหวัดมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมเพื่อซื้อบริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ยิ่งทำให้การอภิบาลระบบประกันสุขภาพระดับจังหวัดมีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าเดิม ดังรูปที่ ๒.

- **การอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับเขตและจังหวัด** ขณะที่สสจ.ทำหน้าที่ซื้อบริการและควบคุมคุณภาพบริการในจังหวัด, บทบาทการดูแลจัดบริการของกระทรวงสาธารณสุขยังคงสภาพอยู่, การอภิบาลการซื้อและจัดบริการ



รูปที่ ๒ ผังการอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับเขตและจังหวัด

ในระบบประกันสุขภาพจังหวัดจึงเป็นภาระงานของสสจ.พร้อมๆ กัน. การประสานงานที่ไม่ราบรื่นในส่วนกลางระหว่างสปสช. กับกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้การอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสสจ.เกิดปัญหาขัดแย้งสับสนเชิงนโยบายและเกิดทางตันของการอภิบาล. การศึกษา พบว่าความสับสนเป็นผลจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความไม่นิ่งของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การขาดความรู้ประสบการณ์ด้านประกันสุขภาพ และความสับสนในบทบาทของสสจ.เอง. การที่มอบหมายให้สสจ.มีบทบาทสำคัญ ในการอภิบาลระบบประกันสุขภาพจังหวัดมีทั้งข้อดีและด้อย. ข้อเด่นพบว่างานประกันสุขภาพของสสจ.นั้นมีประสบการณ์การประกันสุขภาพจากโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และโครงการบัตรสุขภาพ จึงทำให้การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปด้วยดีและรวดเร็วตามนโยบายรัฐบาล. แต่การที่สสจ.ต้องดูแลความอยู่รอดของสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขที่งบประมาณเปลี่ยนแปลงไป โดยแปรตามจำนวนผู้ลงทะเบียนทำให้ต้องรีบดำเนินการลงทะเบียนเพื่อให้ได้จำนวนมาก ๆ โดยไม่ได้ให้ทางเลือกแก่ประชาชนและกีดกันการเข้าร่วมโครงการของสถานบริการเอกชน ซึ่งสร้างปัญหาการรับบริการและการจ่ายค่าบริการ. การร้องเรียนจากสถานบริการเอกชนเรื่องความไม่เป็นธรรมของมาตรฐานการประเมินสถานบริการ ซึ่งเป็นปัญหาที่สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการแก้ไขและพัฒนาให้ดีขึ้นโดยลำดับ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้สิทธิ์และมีทางเลือกมากขึ้น, เปิดโอกาสให้สถานบริการเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการมากขึ้น. อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่าการอภิบาลการซื้อบริการยังเกิดปัญหาเพราะการใช้บริการที่มากเกินความจำเป็นจนกระทบคุณภาพ และประชาชน ยังไม่เข้าใจหน้าที่ความรับผิดชอบต่อสิทธิ์ที่ได้รับ.

- **ภาระงานซื้อบริการของสำนักงานสาขาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ภาระงานการซื้อบริการของสำนักงานสาขาเป็นความคาดหวังที่สปสช.ต้องการให้ประชาชนผู้มีสิทธิ์ได้รับบริการที่มีคุณภาพ. ภาระงานซื้อบริการสุขภาพนั้นมีลักษณะเฉพาะ ดัง veretveit[๖] สรุปว่าประกอบด้วย ๗ ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การประเมินความต้องการบริการสุขภาพ, ลำดับความสำคัญของบริการ, กำหนดวัตถุประสงค์และกลยุทธ์การบริการ,

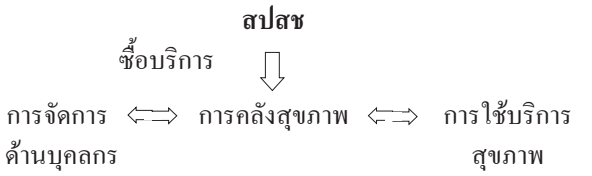
ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบบทบาทการซื้อบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	สำนักงานใหญ่	สาขากทม.	สาขาเขต	สาขาจังหวัด
การประเมินความต้องการบริการสุขภาพ	+++	++	+	+
ลำดับความสำคัญของบริการ	+++	+	-	+
กำหนดวัตถุประสงค์และกลยุทธ์การบริการ	+++	++	+	-
วางแผนการซื้อบริการ	+++	++	-	-
ทำสัญญากับผู้จัดบริการ	+++	-	-	-
การบริหารสัญญา	+	-	-	-
ประเมินผลด้านสุขภาพ	++	+	-	-

วางแผนการซื้อบริการ ทำสัญญากับผู้จัดบริการ การบริหารสัญญา ประเมินผลด้านสุขภาพ และให้การสนับสนุนภารกิจดังกล่าวให้ลุล่วง. จากการประเมินบทบาทการซื้อบริการเปรียบเทียบสำนักงานสปสช.ทุกระดับดังตารางที่ ๑ พบว่าภาระการซื้อบริการเป็นบทบาทสำคัญของสำนักงานใหญ่สปสช.ในส่วนกลางแสดงถึงการรวมศูนย์การจัดการของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เมื่อเปรียบเทียบภาระการซื้อบริการระหว่างสำนักงานสาขาทั้งหมด สาขากทม.มีบทบาทมากกว่าสาขาเขตและจังหวัด. อย่างไรก็ดีการบริหารผู้จัดบริการโดยการจัดทำสัญญาและการบริหารสัญญาไม่มีการดำเนินการ แม้ส่วนนี้นับว่าเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งของการซื้อขายบริการ.

- **ผลกระทบของบทบาทการซื้อบริการต่อการจัดการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

บทบาทการซื้อบริการของสปสช. สร้างผลกระทบที่รุนแรงต่อการจัดการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓ ด้าน คือ การคลังสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และการจัดการด้านบุคลากร



รูปที่ ๓ ผลกระทบของบทบาทการซื้อบริการต่อการจัดการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดังรูปที่ ๓. จากการศึกษาพบว่าการจ่ายค่าบริการแบบรวมเงินเดือนแก่สถานบริการ กระทบต่อสถานะการเงินและการจัดการบุคลากรของสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก. สถานบริการขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป ที่มีจำนวนผู้ลงทะเบียนน้อย ค่าหัวไม่เพียงพอกับเงินเดือนค่าตอบแทนบุคลากรประสบปัญหาทางการเงินไม่เพียงอย่างรุนแรงประกอบกับอัตราใช้บริการที่เพิ่มมากอย่างรวดเร็วทำให้ปัญหาขาดแคลนงบประมาณรุนแรงเพิ่มขึ้น. ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเปลี่ยนแปลงตัดเงินเดือนที่ระดับประเทศก่อนจัดสรรรายหัวใหม่ให้สถานบริการ ซึ่งลดปัญหาการเงินของสถานบริการใหญ่ที่มีบุคลากรจำนวนมาก แต่กลับสร้างปัญหาแก่โรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน เพราะงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงเร็ว ปรับตัวไม่ทัน และก็ไม่สามารถแก้ปัญหาการกระจายบุคลากรที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งการตัดเงินเดือนที่ระดับประเทศ นับว่าสวนกระแสของการปฏิรูประบบสุขภาพว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนตามผู้ประกันตนและการบริการที่ดี.

การใช้อำนาจการซื้อบริการแบบจ่ายรายหัวของสปสช. สร้างแรงจูงใจให้เกิดการแข่งขันตั้งแต่การลงทะเบียนจนถึงการจัดบริการที่ดี (โดยทฤษฎีเกิดขึ้นจริง หากมีผู้จัดบริการจำนวนมากเพียงพอจะแข่งขัน ข้อเท็จจริงกระทรวงสาธารณสุขยังคงผูกขาดการเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่รายเดี่ยว). ดังนั้นการสร้างกลยุทธ์ต่าง ๆ ของสปสช.ให้เกิดการแข่งขันจึงเป็นผล

เสียมากกว่าผลดี เพราะกระทบความมั่นคงด้านการเงินของสถานบริการ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขอย่างรุนแรง การแข่งขันที่เกิดเพื่อต่อสู้การอยู่รอด โดยการแย่งลงทะเบียนประชาชนโดยไม่มีทางเลือกให้ประชาชน กีดกันภาคเอกชนเพื่อได้ประชาชนในพื้นที่มาก ๆ กีดกันการเข้ารับบริการและการส่งต่อเพื่อลดค่าใช้จ่าย. การใช้บริการจึงมีปัญหาทั้งการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ ขณะเดียวกันสถานบริการทุกแห่งประกาศว่าขาดทุนเพราะค่าตอบแทนรายหัวที่ได้รับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริง.

ขณะที่สปสช.ประกาศถึงผลสำเร็จของบทบาทการซื้อบริการ ที่ครอบคลุมจำนวนประชาชน ๔๗ ล้านคนในระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นภายใต้การควบคุมงบประมาณในเพดานที่กำหนด, แต่ในระยะยาวเป็นอันตรายต่อการบริการที่นับวันเพิ่มขึ้นมาก ๆ, แต่ไม่สามารถรับรองคุณภาพบริการที่ดีได้. การควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างไม่คำนึงถึงคุณภาพบริการเป็นสิ่งไม่สอดคล้องกันอย่างยิ่ง. สิ่งเหล่านี้ควรกำหนดในสัญญาและมีการบริหารสัญญาที่จริงจัง เพราะสัญญาที่กำหนดต้องได้รับการรับรองและยินยอมทั้งผู้ซื้อและจัดบริการ และกำกับให้เป็นไปตามสัญญา ซึ่งทั้งค่าบริการและคุณภาพบริการเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องกำหนดไว้อย่างชัดเจน.

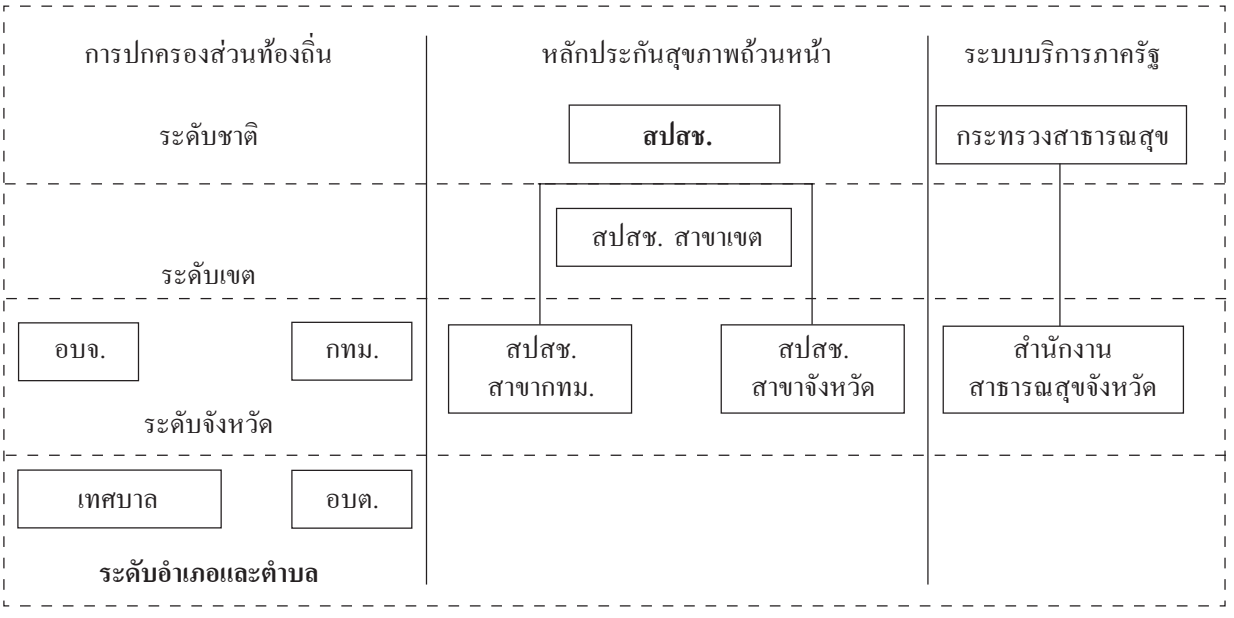
- **การอภิบาลการซื้อบริการนอกรูปแบบ**

การอภิบาลของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดให้เกิดจากความถ่วงดุล ๓ ฝ่ายระหว่างผู้ซื้อ ผู้จัด และผู้ใช้บริการ เป็นการอภิบาลในรูปแบบอย่างเป็นทางการ, แต่การศึกษาพบว่าระดับจังหวัดมีการอภิบาลนอกรูปแบบเกิดขึ้นจากกลุ่มผู้จัดบริการและกลุ่มวิชาชีพกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มอภิบาลระบบประกันสุขภาพนอกรูปแบบนี้มุ่งปกป้องทรัพยากรหรืองบประมาณแก่สถานบริการกระทรวงสาธารณสุข มากกว่าการสร้างความเชื่อมั่นสำหรับการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ, มีข้อมูลบ่งชี้ว่าระเบียบปฏิบัติที่ สปสช.กำหนดได้รับการปรับเปลี่ยนที่ระดับจังหวัดหลายประการ, มีการกำหนดอัตราเพดานค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกใหม่, มีการกำหนดการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัดและต่างจังหวัดแตกต่างกันจนเกิดความสับสนในวิธีและอัตราการเรียกเก็บค่าบริการ โดยเกณฑ์ต่างๆที่ตั้งเป็นการต่อรองกันเองระหว่างผู้ส่งและผู้รับผู้ป่วย และสถานพยาบาลระดับตติยภูมิร้องเรียนมากกรณีที่สถานพยาบาลปฐมภูมิและตติยภูมิไม่ยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามเวลาและเต็มตามที่เรียกเก็บ เป็นต้น จนเกิดปัญหาขัดแย้งทั้งในและต่างจังหวัดเป็นวงกว้าง โดยไม่ได้รับการแทรกแซงหรือดำเนินการแก้ไขปัญหาจากสปสช. ปัจจัยเหล่านี้เกิดจากบทบาทของสสจ.ที่ต้องรับผิดชอบการอยู่รอดของสถานบริการในสังกัด และกลุ่มวิชาชีพจนไม่สามารถรักษาบทบาทการเป็นผู้ซื้อบริการแทนสปสช.ได้ในขณะเดียวกัน.

- **การอภิบาลการซื้อบริการโดยการกระจายอำนาจสู่ระดับท้องถิ่น**

สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อยู่ในระบบกระจายอำนาจที่แตกต่างกัน[๗]. สปสช.เป็นองค์กรแบบมอบอำนาจ กระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระบบแบ่งอำนาจ และอปท.เป็นการคลายอำนาจสู่ระดับล่าง ซึ่งความสัมพันธ์ระดับส่วนกลางมีน้อยมาก. การอาศัยความสัมพันธ์ดังกล่าวเพื่ออภิบาลการซื้อบริการสุขภาพจึงทำยากกว่าระดับจังหวัดที่การกระจายอำนาจทั้ง ๓ รูปแบบมาใกล้จนสามารถสร้างเครือข่ายได้ชัดเจน ดังรูปที่ ๔. ปัจจุบันการสร้างเครือข่ายกับอปท.เกิดขึ้นน้อยมาก. อย่างไรก็ตามสปสช. มีความรับผิดชอบที่ต้องให้อปท.เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามที่พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด. การอภิบาลระบบโดยกลวิธานอปท. นับว่าเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญต่อไป.

การอภิบาลระบบประกันสุขภาพที่จังหวัดจำเป็นต้องพิจารณาบทบาทอปท.ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น ทั้งการจัดบริการและสนับสนุนงบประมาณ. จากภาพเห็นได้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับอปท. ซึ่งเป็นการประสานทั้งฝ่ายผู้จัดบริการ ผู้ซื้อบริการ(สำนักงานสาขาจังหวัด) และอปท.มากกว่าระดับเขตและส่วนกลาง. หากสปสช.ต้องการสร้างการมีส่วนร่วมของอปท.ในการอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรพิจารณาความเชื่อม



รูปที่ ๔ รูปแบบความสัมพันธ์การกระจายอำนาจระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โยงระดับจังหวัดนี้.

วิจารณ์

สปสช.มีแนวทางอภิบาลการซื้อบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓ ประการโดยลำดับ เริ่มจากอาศัยโครงสร้างการบริหารภาครัฐ เป็นหลักสำหรับเริ่มดำเนินการในระยะแรก ต่อมาใช้กลวิธานการตลาดที่แยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการออกจากกันให้เกิดการแข่งขัน และพยายามสร้างเครือข่ายอภิบาลการซื้อบริการโดยผ่านภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. การอภิบาลผ่านโครงสร้างบริหารภาครัฐ องค์กรสำคัญได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนกลาง และสำนักงานสปสช.สาขาจังหวัดในต่างจังหวัด. ข้อดีของการใช้ระบบรัฐคือสามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทันที และมีรูปธรรมชัดเจน เพราะโครงสร้างชัดเจน และองค์กรมีประสบการณ์ โดยเฉพาะสสจ.มีประสบการณ์ดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพและโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมาหลายปี. อย่างไรก็ตามเกิดปัญหาสำคัญที่การอภิบาลสร้างความซ้ำซ้อนการทำงานระหว่างสปสช.กับกระทรวงสาธารณสุข. การอภิบาลโดยผ่านองค์กรรัฐเป็นการใช้อำนาจทางกฎหมายแบบคำสั่งและกำกับ เพื่อควบคุมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐ ทำให้เกิดความสับสนทางนโยบาย เพราะนโยบายที่เกิดไม่นิ่งจนสร้างความคับข้องใจแก่ผู้ปฏิบัติโดยเฉพาะหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่สำนักงานสาธารณสุขจนถึงระดับหน่วยบริการจนเกิดทางตันของการอภิบาล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขและเป็นหน่วยซื้อบริการของสปสช.เกิดปัญหาการเกิดอำนาจคู่ขนานในการจัดการนับว่าเกิดปัญหาการดำเนินงานและอภิบาลต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมาก. อย่างไรก็ตาม โครงสร้างการบริหารราชการนั้น กระทรวงสาธารณสุขสามารถให้คุณและโทษโดยตรงต่อตัวนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด. ดังนั้นการรับรู้การบังคับบัญชาย่อมมีต่อกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าสปสช. จึงไม่ส่งผลดีต่อการสร้างธรรมาภิบาลหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด เกิดความล้มเหลวของระบบบริหารรัฐ.

อย่างไรก็ตามระบบงบประมาณในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้สปสช.มีอำนาจการซื้อบริการ, ส่งผลกระทบการปรับตัวของสสจ.อย่างมาก เพราะงบประมาณเกือบทั้งหมดถ่ายโอนไปอยู่ที่สปสช. ซึ่งเป็นการสร้างอำนาจซื้อบริการที่สำคัญ. สปสช.ใช้กลวิธานทางการเงินในฐานะผู้ซื้อบริการและมีอำนาจต่อรองทางการเงินที่สูง สร้างกลวิธานตลาดและการเงินเพื่ออภิบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกระดับ. การสร้างแรงจูงใจด้วยระบบงบประมาณที่ผูกติดกับเงินเดือนค่าจ้างและค่าใช้จ่ายการจัดบริการนับว่าเป็นกลวิธานที่มีอำนาจ การสร้างแรงจูงใจให้เกิดการแข่งขันด้วยกลวิธานตลาดภายในที่แยกผู้ซื้อบริการคือสปสช.กับผู้จัดบริการทั้งภาครัฐและเอกชนในระบบสุขภาพถ้วนหน้า นับว่าเป็นแนวทางที่ดีเพื่ออภิบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการควบคุมทั้งด้านคุณภาพบริการ และด้านการคลัง. กลวิธานตลาดจะประสบความสำเร็จหากมีการแข่งขันที่เสรีเพียงพอ. นั่นคือผู้จัดบริการมีจำนวนมากพอให้เกิดการแข่งขัน ในกรณีประเทศไทยการอภิบาลด้วยกลวิธานตลาดของการแยกผู้ซื้อบริการจากผู้จัดบริการไม่สามารถสำเร็จ เหตุเพราะ มีผู้จัดบริการรายใหญ่เพียงรายเดียว ซึ่งเป็นผู้จัดบริการผูกขาด ทำให้เกิดความล้มเหลวของกลวิธานตลาด แม้ว่าการอภิบาลโดยกลวิธานภาครัฐสามารถนำไปสู่ธรรมาภิบาลได้[๘-๑๐]. แต่การอภิบาลโดยอาศัยผู้จัดบริการมาซื้อบริการนับว่าไม่สามารถสร้างความสมดุล เพราะผู้จัดบริการย่อมมุ่งเน้นความอยู่รอดและผลประโยชน์ของกลุ่มเป็นสำคัญมากกว่าของผู้ซื้อบริการ และของประชาชน. การอภิบาลโดยอาศัยกลวิธานตลาดที่แยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการจึงไม่ประสบความสำเร็จ.

การอภิบาลการซื้อบริการในระบบหลักประกันสุขภาพผ่านกลวิธานการสร้างเครือข่ายบริการที่จำกัดให้มีจำนวนมากเพียงพอแก่การสร้างการแข่งขันเพื่อให้เกิดบริการที่ดี โดยใช้กลวิธานสร้างแรงจูงใจเป็นอีกแนวทางหนึ่งของสปสช.ที่สร้างขึ้นแต่ด้วยเครือข่ายของเอกชนและอปท.ที่มีจำกัด ขาดการมีส่วนร่วม ทำให้การอภิบาลเกิดได้อย่างจำกัด และผูกขาดจากกลุ่มผู้จัดบริการภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข[๑๑] จึงยังไม่เกิดรูปธรรมที่ชัดเจนต่อการอภิบาล.ด้วยข้อจำกัดของโครงสร้างองค์กรที่เกิดใหม่ขาดประสบการณ์และความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ดังนั้นจำเป็นที่สปสช.จะต้องสร้างองค์ความรู้และทิศทางการอภิบาลที่ชัดเจนเพื่อแก้ไขความอ่อนแอในระบบที่ดำเนินการอยู่ทั้งการศึกษาวิจัยและทดลองปฏิบัติ.

จากผลการศึกษาอาจสรุปเป็นข้อเสนอแนะแก่สปสช. สำหรับพัฒนาการอภิบาลการซื้อบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ดังนี้

- คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาให้มีบทบาทสำคัญในการควบคุมกำกับการจัดบริการที่มีคุณภาพอย่างอิสระ โดยแยกออกเป็นองค์กรกลางอิสระนอกเขตอำนาจทั้งสปสช.และกระทรวงสาธารณสุข และควรให้มีโครงสร้างของคณะกรรมการชุดนี้ในระดับจังหวัด.
- สำนักงานสาขาจังหวัดและสาขาเขตของสปสช.ควรเป็นองค์กรแขนขาของสปสช. ที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะผู้ซื้อบริการและบริหารการซื้อบริการในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม, กำหนดนโยบายที่ชัดเจนของผู้ซื้อบริการเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสับสนในบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้จัดบริการ.
- กระจายอำนาจแก่สำนักงานสาขาทั้งเขตและจังหวัดให้เกิดอิสระในการดำเนินงานและพัฒนาการซื้อบริการแทนสปสช. โดยมีการดูแลกำกับอย่างใกล้ชิดและค่อยๆดำเนินการเนื่องจากสำนักงานสาขาใกล้ชิดผู้จัดบริการในจังหวัดมากกว่าย่อมเข้าใจพื้นที่แต่ต้องพิจารณาความประหยัดต่อหน่วยของการดำเนินงาน.
- บทบาทการเป็นผู้ซื้อบริการของสปสช.ควรชัดเจน และควรปฏิรูปการซื้อบริการแทนประชาชนทั้ง การสร้างทางเลือกแก่ประชาชน, สร้างเครือข่ายบริการที่มากเพียงพอให้เกิดการแข่งขันบริการสนับสนุนการจัดบริการที่เกิดประสิทธิภาพโดยใช้แรงจูงใจจากอำนาจการซื้อบริการ และกำกับดูแลการบริการโดยกำหนดมาตรฐานบริการที่เป็นธรรมด้วยราคาที่เหมาะสม.
- สร้างโอกาสแก่ประชาชน ภาคีประชาคม และอปท.ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบมากขึ้นโดยการศึกษาวิจัย

รูปแบบการสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนและองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ ซึ่งไม่ได้มีบทบาทเท่าที่ควร.

กิตติกรรมประกาศ

โครงการความร่วมมือทางด้านสุขภาพระหว่าง ไทย-สหภาพยุโรป (THAI-EUROPEAN UNION COOPERATION FOR HEALTH) และโครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (HEALTH CARE REFORM PROJECT) ให้ทุนอุดหนุนการศึกษาวิจัย. เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. NHSO. Annual Report 2003. Nonthaburi: NHSO; 2004.

๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บันทึกข้อตกลงเรื่อง การประสานงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๗. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๗.

๓. อัมมาร สยามวาลา. การอภิบาลระบบประกันสุขภาพและระบบบริการรักษาพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; ๒๕๕๐.

๔. วินัย ลีสมิทธิ์, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. Assessment of the purchasing functions in the Thai Universal Coverage scheme for health care. Bangkok: Thai-European Union Cooperation for Health in Health Care Reform Project (HCRP); 2005.

๕. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. Future challenges. ใน : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (บรรณาธิการ). From Policy to Implementation: Historical Events During 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand. Bangkok: S.R.C. Envelope; 2004. p. 153-67.

๖. Veretveit J. Purchasing for Health Open University Press: Buckingham; 1996.

๗. วินัย ลีสมิทธิ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการปฏิรูปสุขภาพในประเทศไทย: ทางเลือกสำหรับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖; ๑:๒๗-๔๑.

๘. Wikipedia. Governance. [online]. 2006 [cited 2007 March 6]; Available from: URL: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Governance.

๙. UNESCAP. What is good government, [online]. 2006 [cited 2007 March 6]; Available from: URL: http://www.unescap.org/pdd/index.asp.

๑๐. อรพินท์ สพโชคชัย. สังคมเสถียรภาพและกลไกประชารัฐที่ดี. รายงานทีดีอาร์ไอ ฉบับที่ ๒๐ เดือนมกราคม ๒๕๔๑. [online]. ๒๕๕๐ [cited 2007 March 6]; Available from: URL: http://www.info.tdri.or.th/library/quarterly/white-pp.

๑๑. Lewis R, Alvarez-Rosete A, Mays N. How to Regulate Health Care in England?: An International Perspective. Kingfund: London; 2006.

หมายเหตุ การอภิบาล (governance) มีการนิยามและให้ความหมายแตกต่างกันในแต่ละบริบท. ในที่นี้หมายถึงกระบวนการและระบบที่มีการนำเอาอำนาจที่กำหนดให้องค์กรหรือสถาบันสำหรับนำทรัพยากรขององค์กรหรือสถาบันนั้นมาใช้บริหารจัดการสำหรับแก้ปัญหาแก่ประชาสังคม. มิใช่การปกครองทางการเมืองและรัฐบาลซึ่งเป็นการสั่งการจากระดับบนสู่ล่าง, ซึ่งในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นหมายถึงการอภิบาลบทบาทการซื้อบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.