

GOVERNANCE OF THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME IN THAILAND



การอภิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ในประเทศไทย



GLOSSARY

การจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule)

การจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) เป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามรายการที่กำหนดเฉพาะ คือกำหนดรายการ อัตราค่าตอบแทน และเงินอุดหนุนสำหรับบริการแต่ละประเภทที่จะจ่ายชดเชยให้การจ่ายด้วยวิธีการนี้มีการนำมาใช้มากในระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน บางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น การจ่ายเงินอุดหนุนกรณีฉุกเฉินวิกฤต บางกรณีเบิกเป็นสินไหมชดเชยจากผู้ประกันตนซึ่งสถานพยาบาลอาจเป็นผู้ดำเนินการให้ การจ่ายด้วยวิธีการนี้สามารถควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของระบบบริการได้ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีปัญหาอยู่บ้างในเรื่องคุณภาพของการรักษาพยาบาล

การจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related Groups: DRGs)

การจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related Groups: DRGs) เป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่ตกลงกันล่วงหน้าสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายราคาแพง การจ่ายด้วยวิธีการนี้เป็นการสร้างความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เพราะไม่ใช่การจ่ายตามรายการที่หน่วยบริการแต่ละแห่งเรียกเก็บ ทั้งนี้ ระบบ DRGs ที่แต่ละประเทศนำมาใช้มีการปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับโรคและเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษา ทรัพยากรที่ใช้และราคา ปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใช้ระบบนี้กับการจ่ายแบบผู้ป่วยใน ขณะที่สำนักงานประกันสังคม (สปส.) ใช้ระบบนี้กับการจ่ายเฉพาะกลุ่มโรคร้ายแรง ทั้งนี้ การควบคุมค่าใช้จ่ายจะต้องทำควบคู่กับการกำหนดเพดานรวมของค่าใช้จ่ายในระบบทั้งหมด

การจ่ายตามการให้บริการ (Fee-for-Service)

การจ่ายตามการให้บริการ (Fee-for-Service) เป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในลักษณะปลายเปิด ตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังจากให้บริการ ด้วยการกำหนดราคาจ่ายแต่ไม่ได้ควบคุมจำนวนการให้บริการ การจ่ายด้วยวิธีการนี้อาจส่งผลให้งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ และอาจมีผลกระทบต่อระบบการเงินการคลังสุขภาพอย่างมาก การจ่ายบางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น กรณีผู้ป่วยในที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสุขภาพภาคเอกชน บางกรณีจะเป็นการเบิกเป็นสินไหมชดเชยจากผู้มีสิทธิโดยตรงกับต้นสังกัดหรือบริษัทประกันโดยตรง เช่น กรณีค่ายาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ในหลายกรณีจะมีการกำหนดเพดานวงเงินสูงสุดที่จะให้ความคุ้มครองไว้ด้วย เช่น กรณีของความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ และประกันสุขภาพภาคเอกชน

การรักษาพยาบาล

ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และมีการแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2557 ข้อ 4 กำหนดความหมายของ ‘การรักษาพยาบาล’ ว่าหมายถึง ‘บริการสาธารณสุข’ ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อันได้แก่ บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะด้วย

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

เป็นคณะกรรมการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยงานราชการ สภาวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลเอกชน องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร และผู้ทรงคุณวุฒิ มีหน้าที่ตามที่กำหนดใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่น กำกับควบคุม ส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการ คัดกรองสิทธิผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพ พิจารณาเรื่องร้องเรียนของผู้รับบริการ และจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 เป็นต้น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป็นคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยงานราชการ สภาวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลเอกชน องค์การเอกชน ที่ไม่แสวงหาผลกำไร และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ตามมาตรา 18 มีหน้าที่บริหารและจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดขอบเขตและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข กำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 และกำกับกำกับการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน รวมไปถึงคณะกรรมการของคณะกรรมการชุดต่างๆ ทั้งในงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งานขึ้นทะเบียนผู้รับบริการและหน่วยบริการ งานบริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต เป็นหน่วยงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย ปัจจุบันมีทั้งสิ้น 13 แห่ง กระจายอยู่ตามเขตพื้นที่ 12 เขต และกรุงเทพมหานคร

หน่วยบริการ

ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ข้อ 4 กำหนดความหมายของ ‘หน่วยบริการ’ ว่าหมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการอันเป็นเหตุแห่งการร้องขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ต้องเป็นหน่วยบริการตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งก็คือ สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

TABLE OF CONTENTS

02	นิยามศัพท์
05	บทนำ
06	แนวคิดและความหมายของการอภิบาล
08	การอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ
09	รูปแบบการอภิบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
09	การอภิบาลแบบตลาด (MARKET GOVERNANCE)
10	แนวคิดการแยกผู้สนับสนุนงบประมาณและผู้ให้บริการ (อย่างมีส่วนร่วม)
11	การทำสัญญากับหน่วยบริการสาธารณสุข
11	การจัดซื้อเชิงกลยุทธ์
12	การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ
13	การคุ้มครองผู้บริโภคและผู้ให้บริการ
13	การตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล
14	การอภิบาลแบบเครือข่าย (NETWORK GOVERNANCE)
15	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
17	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
17	กลไกการอภิบาลในระดับเขตพื้นที่

18	การสร้างองค์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์จากเครือข่ายวิชาการ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย
19	การอภิบาลแบบลำดับบังคับบัญชา (HIERARCHICAL GOVERNANCE)
23	ธรรมาภิบาลกับการบริหารจัดการภารกิจหลัก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
26	หลักการมีส่วนร่วม (PARTICIPATION)
29	หลักนิติรัฐ (RULE OF LAW)
29	หลักความโปร่งใส (TRANSPARENCY)
33	หลักการตอบสนองที่ทันการณ์ (RESPONSIVENESS)
36	หลักการยึดหลักฉันทมติ (CONSENSUS ORIENTED)
38	หลักความเป็นธรรม (EQUITY AND INCLUSIVENESS)
38	หลักประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (EFFECTIVENESS AND EFFICIENCY)
39	หลักความรับผิดชอบตามหน้าที่ (ACCOUNTABILITY)
40	บทสรุป
41	เอกสารอ้างอิง
43	ดัชนี

1

บทนำ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 หลังจากที่รัฐบาลที่ได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งทั่วไปในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ได้เปิดตัวและทดลองดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) หรือเป็นที่รู้จักในสังคมไทยว่า “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” หรือ “โครงการบัตรทอง” จนกระทั่งเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 รัฐสภาได้ตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (376 เสียงจาก 500 เสียง) เพื่อให้การดำเนินนโยบายดังกล่าวถูกต้องตามกฎหมายและเป็นแกนหลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับดังกล่าวไม่เพียงเป็นการสถาปนาและรับรองการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นอย่างเป็นทางการเท่านั้น แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงสำคัญต่อ ‘กฎของเกมส์’ ในการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ

โดยภาพรวมแล้ว พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก่อให้เกิดการปฏิรูปการเงินการคลังสุขภาพครั้งใหญ่ โดยเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณจากการเน้นอุปทาน (supply-side financing) ไปสู่การจัดสรรงบประมาณที่ให้ความสำคัญกับอุปสงค์ (demand-side financing) โดยจัดสรรและใช้งบประมาณแบบปลายปิด (closed-end budget) นอกจากการปฏิรูปด้านการเงินการคลังสุขภาพแล้ว ยังมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำหน้าที่ “ผู้สนับสนุนงบประมาณ” เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนกว่า 48 ล้านคน หรือคิดเป็นกว่าร้อยละ 75 ของประชากรไทยทั้งหมด ดังที่หนึ่งในนักปฏิรูปให้ความเห็นไว้ว่า “การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้เป็นการเปลี่ยนทั้งในเชิงโครงสร้างและเชิงระบบ เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิวัติครั้งใหญ่ เพราะเกิดการเปลี่ยนแปลงกลไก บทบาท และความสัมพันธ์มากมายในการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ”

เอกสารฉบับนี้จึงฉายภาพให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ในมิติด้านการอภิบาลของระบบสุขภาพของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ที่มีการสถาปนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบคำถามว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยมีการอภิบาลอย่างไร และการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ส่งผลให้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่างๆ ในระบบสุขภาพเป็นไปในลักษณะใด รวมทั้งเพื่อวิเคราะห์ว่าการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการดำเนินงานหรือการปรับตัวอย่างไรเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา

2

แนวคิดและความหมาย ของการอภิบาล

การอภิบาล (Governance) หมายถึง กระบวนการปกครองและวิธีการใช้อำนาจ รวมถึงกลไกการตัดสินใจและการบริหารจัดการที่บุคคลและสถาบันต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตน การอภิบาลมีได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่ในระดับรัฐบาลและบริษัทภิบาล ไปจนถึงการอภิบาลในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น กล่าวได้ว่า การอภิบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากการอภิบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยส่งเสริมความมั่นคง ความยุติธรรมทางสังคม และการเติบโตทางเศรษฐกิจ ในขณะที่การอภิบาลที่ไม่ดีอาจนำไปสู่ความขัดแย้ง การทุจริต และการไร้ความสามารถในการพัฒนา

แนวคิดเรื่องการอภิบาลได้รับความนิยมนำขึ้นในช่วงกว่าสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีนักวิชาการและผู้กำหนดนโยบายจำนวนมากตระหนักถึงความสำคัญของแนวคิดดังกล่าวต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน การอภิบาลที่ดีมักถูกมองว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดความสำเร็จของโครงการและนโยบายสาธารณะ และมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับประเด็นต่างๆ เช่น กระบวนการพัฒนาประชาธิปไตย การรับรองสิทธิมนุษยชน และการมีส่วนร่วมทางสังคมของประชาชน แนวคิดเรื่องการอภิบาลได้รับการยอมรับมากขึ้นว่าเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ของสหประชาชาติภายในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อมทั่วโลก

แม้แนวคิดเรื่อง “การอภิบาล” จะปรากฏตัวและเป็นที่กล่าวถึงมากขึ้นนับตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา แต่ก็ไม่ใช่แนวคิดหรือคำศัพท์ที่ถูกบัญญัติขึ้นใหม่แต่อย่างใดในทางรัฐศาสตร์ อย่างไรก็ตาม การให้ความหมายต่อคำหรือแนวคิดดังกล่าว ยังพบข้อถกเถียงอยู่มากพอสมควรในวงวิชาการทางสังคมศาสตร์ เนื่องจากเป็นคำหรือแนวคิดที่มีพลวัต ขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้กล่าวถึง กล่าวถึงในบริบทใด และถูกนำไปใช้เพื่อเป้าหมายใด หากกล่าวถึงในเชิงทฤษฎี (ontological) แนวคิดเรื่องการอภิบาลอาจพิจารณาในฐานะ “โครงสร้าง” (structure) ซึ่งหมายถึง กลไก รูปแบบ หรือการจัดโครงสร้างเชิงสถาบัน (institutional arrangement) ในการจัดการปัญหาหรือกำหนดทิศทางของเศรษฐกิจและสังคม การมองการอภิบาลในแบบโครงสร้างมักจะเชื่อว่าในทุกสถานการณ์จะมีทางออกอยู่เสมอด้วยการจัดโครงสร้างการปกครองที่เหมาะสม¹ โดยทั่วไปแล้ว การพิจารณาแนวคิดเรื่องการอภิบาลในฐานะโครงสร้างมักถูกพิจารณาแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ การบังคับบัญชา (hierarchy) ตลาด (market) และเครือข่าย (network) ซึ่งโครงสร้างแต่ละรูปแบบมีฐานคิด จุดเด่น และจุดด้อยที่แตกต่างกันออกไป (ดูตารางที่ 1) อย่างไรก็ตาม การใช้รูปแบบต่างๆ ของการอภิบาลเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ในบริบทหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไปมักจะเป็นไปในลักษณะของการผสมผสาน (hybrid) เพื่อให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างรอบด้านและยืดหยุ่นในเวลาเดียวกัน

ตารางที่ 1 รูปแบบเชิงโครงสร้างของแนวคิดเรื่องการอภิบาล

	ตลาด	การบังคับบัญชา	เครือข่าย
กลไกและรูปแบบการปกครอง	ราคา/การแลกเปลี่ยน	อำนาจหน้าที่/การควบคุมและสั่งการ	ความเชื่อมั่น/การสานเสวนา
ฐานคิดเชิงเหตุผล	มุ่งเน้นผลลัพธ์	ความเป็นทางการ	มุ่งเน้นกระบวนการ
มุมมองต่อธรรมชาติของตัวแสดง	มุ่งเน้นผลประโยชน์/มุ่งหวังประโยชน์สูงสุดของตนหรือกลุ่ม	มุ่งเน้นการทำงานในระบบ/พอใจกับระเบียบที่ชัดเจนตายตัว	มุ่งเน้นการถกเถียงและการมีส่วนร่วมของตัวแสดง
พื้นฐานความสัมพันธ์ของตัวแสดง	ข้อตกลง/สัญญา	พื้นฐานความสัมพันธ์ของตัวแสดง	ข้อตกลง/สัญญา
รูปแบบและวัฒนธรรมของความสัมพันธ์	เป็นอิสระต่อกันภายใต้กติกาของการแข่งขัน	พึ่งพิงกันในลักษณะผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา	พึ่งพาซึ่งกันและกัน
เกณฑ์ความสำเร็จ	การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	การบรรลุเป้าหมายแบบมีประสิทธิภาพ	ความยินยอมที่มาจาก การสานเสวนาและการแลกเปลี่ยนความคิด
เกณฑ์ความล้มเหลว	ความไร้ประสิทธิภาพทางเศรษฐศาสตร์	ความไร้ประสิทธิผล/ความล่าช้า	หาข้อสรุปไม่ได้ มีแต่เพียงการพูดคุยถกเถียง

ที่มา: ปรับปรุงจาก Bevir (2013, p. 17)²

การอภิบาลมีหลากหลายรูปแบบและแนวทาง แต่ละรูปแบบต่างมีจุดแข็งและจุดอ่อนที่แตกต่างกัน นักวิชาการด้านรัฐศาสตร์มักเน้นความสำคัญของการออกแบบเชิงสถาบัน (institutional design) โดยให้เหตุผลว่าการอภิบาลที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องการสถาบันที่ได้รับการออกแบบมาอย่างดี ซึ่งมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน อย่างไรก็ตาม ความหมายของการอภิบาลมักขึ้นอยู่กับบริบทที่ถูกนำมาใช้ ไม่ว่าจะเป็นในระดับรัฐ บริษัท หรือชุมชน การอภิบาลเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีหลายแง่มุมซึ่งต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาอย่างรอบคอบ นักวิชาการและผู้กำหนดนโยบายสามารถพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมการอภิบาลที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยพิจารณาแนวทางและวิธีการที่สามารถนำไปปรับใช้ในสภาพแวดล้อมหรือเงื่อนไขที่แตกต่างกัน

3

การอภิบาลระบบ

หลักประกันสุขภาพของประเทศ

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบหลักที่สำคัญ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบให้ความคุ้มครองต่อประชาชนในสัดส่วนที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว จำนวนประมาณ 5 ล้านคน ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตน จำนวนประมาณ 12 ล้านคน และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่ไม่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของสองระบบที่กล่าวมา ซึ่งมีจำนวนมากถึง 48 ล้านคน อย่างไรก็ตาม นอกจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบที่กล่าวมาแล้ว ยังมีระบบสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐอื่นๆ ที่จัดให้สำหรับบุคลากรในสังกัด เช่น สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชนตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน และตามพระราชบัญญัติเฉพาะ รวมถึงระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว

ภายหลังการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ในปี พ.ศ. 2545 การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพของรัฐแต่ละกองทุนอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง ระบบประกันสังคม อยู่ภายใต้สำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อันที่จริง ข้อเสนอการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของไทยมีความตั้งใจเรียกร้องให้มีการรวมกองทุนสุขภาพของรัฐที่มีอยู่เข้าด้วยกัน เพื่อให้ประชากรทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบ “รวมเป็นหนึ่งเดียว” เหมือนที่ปรากฏในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร³ อย่างไรก็ดี เนื่องจากการประนีประนอมในขั้นการก่อรูปและออกแบบนโยบายและการไม่ได้รับการสนับสนุนจากอีกสองกองทุนหลัก จึงทำให้รูปร่างหน้าตาของระบบหลักประกันสุขภาพของไทยมีลักษณะดังที่ปรากฏในปัจจุบัน แม้จะมีความแตกต่างบางประการในแง่ของฐานคิด การจัดสรรงบประมาณ และการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนสุขภาพหลักของรัฐ แต่การดำรงอยู่ของทั้งสามกองทุนได้ขยายความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพไปยังประชากรไทยทุกคนในประเทศ และได้ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดใครต้องล้มละลายลงเนื่องจากการเจ็บป่วย

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สร้างความเปลี่ยนแปลงด้านการอภิบาลระบบ โครงสร้าง ความสัมพันธ์ และการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย กล่าวโดยรวมคือ เมืองค์กรใหม่เกิดขึ้น คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพหลักของรัฐ ซึ่งทำให้โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพของประเทศเปลี่ยนไปจากระบบที่เน้นการสั่งการเป็นระบบการบริหารสัญญา รวมถึงวิธีการทำงานแบบใหม่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการแยกผู้สนับสนุนงบประมาณและผู้ให้บริการออกจากกัน การทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ แทนการทำงานลักษณะเชิงเดี่ยวแบบเบ็ดเสร็จในองค์กรเดียว ทั้งนี้ การออกแบบกลไกและรูปแบบการอภีบาลดังกล่าวมุ่งหวังให้การดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น มีการแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจนและไม่ทับซ้อน มีความโปร่งใสมากขึ้น และทำให้ระบบสามารถตอบสนองต่อผู้รับบริการได้มากขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบาย ในระดับพื้นที่ หรือเฉพาะประเด็น

4

รูปแบบการอภิบาลในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1

การอภิบาลแบบตลาด (market governance)

การอภิบาลแบบตลาด (market governance) คือ รูปแบบของการอภิบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการมีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อได้รับบริการที่ตนเองพึงพอใจเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบภาคธุรกิจที่ได้รับอิทธิพลจากแนวคิด “การจัดการภาครัฐแนวใหม่” (New Public Management: NPM) “ตลาด” ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงตลาดในทางเศรษฐศาสตร์ หรือพื้นที่ที่มีการแลกเปลี่ยนเกิดขึ้น แต่เป็นเพียงอุปลักษณะที่หมายถึงโครงสร้าง กลไก วิธีคิด หรือการจัดวางเชิงสถาบันที่พึงพาหลักการและคุณค่าแบบตลาด เช่น การแลกเปลี่ยน การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การแข่งขัน การมุ่งผลประโยชน์ ด้วยกลไกแบบตลาดนี้ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่างๆ มีลักษณะเฉกเช่นกับที่เกิดในตลาด และขับเคลื่อนด้วยแรงผลักดันของการแข่งขัน ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่างๆ อาจมาในรูปแบบของผู้ซื้อบริการ (purchaser) ซึ่งมักเป็นภาครัฐ ส่วนกลาง และผู้ให้บริการ (provider) ซึ่งมักเป็นหน่วยงานรัฐอื่นๆ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ผ่านการทำสัญญา (contract) ดังนั้น หัวใจสำคัญของแนวคิดนี้ คือการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ บนฐานของการแลกเปลี่ยนระหว่างตัวแสดงต่างๆ

อันที่จริง กลไกการอภิบาลแบบตลาดบางอย่างได้ถูกนำมาใช้อยู่แล้วก่อนที่จะมีการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของรัฐในปี พ.ศ. 2545 ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา ภาครัฐและระบบราชการไทยถูกกดดันทั้งจากภายในและภายนอกให้มีการปฏิรูปเนื่องจากการขาดประสิทธิภาพ แม้ว่าแนวคิดเรื่องการปฏิรูปภาครัฐจะมีอยู่ แต่ก็ยังไม่มี ความชัดเจนมากนักในทางปฏิบัติ จนกระทั่งประเทศไทยต้องเผชิญกับผลพวงของวิกฤตการเงินในเอเชียในช่วงปี พ.ศ. 2540 ในเวลานั้นรัฐบาลไทยจำเป็นต้องดำเนินการปฏิรูปภาครัฐ ซึ่งเป็นหนึ่งในเงื่อนไขสำคัญของกองทุนการเงินระหว่างประเทศเพื่อแลกเปลี่ยนกับเงินกู้ที่จะนำมาใช้ในการฟื้นฟูจากวิกฤตเศรษฐกิจ⁴ หลังจากเกิดวิกฤตเศรษฐกิจได้ไม่นาน รัฐบาลในขณะนั้นได้ประกาศใช้แผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการ (พ.ศ. 2540 - 2544) กลไกการอภิบาลแบบตลาดเริ่มถูกนำมาใช้ในการบริหารจัดการภาครัฐของไทยมากยิ่งขึ้นผ่านการตราพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ซึ่งส่งผลให้การจัดบริการสาธารณะในหลายภารกิจจำเป็นต้องนำกลไกแบบตลาดเข้ามาใช้ในการบริหารจัดการ รวมถึงในภาคสุขภาพและการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพในปี พ.ศ. 2545

แนวคิดการแยกผู้สนับสนุนงบประมาณ และผู้ให้บริการ (อย่างมีส่วนร่วม)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำแนวคิดการแบ่งผู้สนับสนุนงบประมาณกับผู้ให้บริการ (financial supporter-provider split) ซึ่งเป็นแนวทางการบริหารจัดการด้วยกลไกตลาด มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมการดำเนินงานระบบสุขภาพของประเทศ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง “ผู้สนับสนุนงบประมาณ” (financial supporter) กับ “ผู้ให้บริการ” (provider) เพื่อลดทอนความหมายในเชิงลบของคำว่า “ผู้ซื้อบริการ” และเปิดพื้นที่ให้เกิดความร่วมมือระหว่างกันมากยิ่งขึ้น

กลไกการอภิบาลแบบตลาดดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อแทนที่การอภิบาลแบบเก่าที่เน้นลำดับการบังคับบัญชา ซึ่งถูกบริหารโดยระบบราชการแบบรวมศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้ง ‘ผู้จัดสรรงบประมาณ’ และ ‘ผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล’ แก่ประชาชน กระทรวงสาธารณสุขในอดีตจะจัดสรรงบประมาณผ่านสาธารณสุขจังหวัดเป็นหลัก โดยพิจารณาคำนวณจากจำนวนเตียงในแต่ละโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร และผลงานในอดีต แล้วจึงกระจายไปยังหน่วยบริการในระดับต่างๆ ตามคำร้องขอ วิธีการจัดสรรงบประมาณในลักษณะนี้ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพของประชากรได้อย่างทั่วถึง ดังที่ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวไว้ว่า “โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะได้เงินมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก... ดังสุภาษิตอีสานที่ว่า ไผ่ใหญ่ลั่น ไผ่น้อยบ่เต็ม...”⁵

ดังนั้น การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2545 จึงเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณ โดยเปลี่ยนขาดอำนาจในการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็น ค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุข ไปที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการอย่างเป็นระบบและมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณจากที่เน้นตามอุปทาน (supply-side financing) ไปสู่การจัดสรรงบประมาณตามอุปสงค์ (demand-side financing) กล่าวคือ แทนที่จะจัดสรรงบประมาณให้กับผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลตามขนาด จำนวนบุคลากร และผลงานในอดีต ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้การจัดสรรงบประมาณรายหัว (capitation) ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการ ซึ่งเริ่มใช้มาก่อนหน้านี้ภายใต้ระบบประกันสังคม “การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ คือ สปสช. กลายเป็นองค์กรจัดซื้อ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการของรัฐและเอกชนอื่นๆ กลายเป็นผู้ให้บริการ...การแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการได้เข้ามาแทนที่รูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งผู้ให้เงินและผู้ให้บริการ”⁶

ในแต่ละปี สปสช. จะจัดทำคำขอของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติ ก่อนนำเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ตามปฏิทินงบประมาณประจำปี งบประมาณดังกล่าวเป็นงบประมาณที่รวมเงินเดือนบางส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย (ตามสัดส่วนที่ให้บริการประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) อย่างไรก็ตาม ตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง พ.ศ. 2538 เงินงบประมาณในส่วนเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์จะต้องจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลางเข้าบัญชีของแพทย์โดยไม่ผ่าน สปสช. หรือกระทรวงสาธารณสุขด้วยเหตุนี้ วงเงินงบประมาณ “เหมาจ่ายรายหัว” ที่ สปสช. ได้รับการจัดสรรจึงให้มาบริหารจัดการจะน้อยกว่าที่ระบุไว้ตามวงเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรตามพระราชบัญญัติงบประมาณฯ เนื่องจากการหักส่วนของเดือนบุคลากรทางการแพทย์ออกไป

การทำสัญญากับหน่วยบริการสาธารณสุข

สปสช. มีหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขแก่ผู้ให้บริการแทนประชาชนผู้มีสิทธิ โดยใช้อำนาจทางการเงินที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องมีการปรับตัวให้สามารถรองรับและตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่ตนรับผิดชอบ ทั้งนี้ สปสช. เลือกทำสัญญากับสถานพยาบาลหลักเพื่อบริการปฐมภูมิ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน และกำหนดให้ CUP ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน อย่างน้อย 1 แห่ง ต่อจำนวนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับ CUP ทุกๆ 10,000 - 15,000 คน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ซึ่งส่วนมาก CUP ก็คือเครือข่ายระบบบริการในระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายและมีสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นเครือข่ายในการให้บริการ ทั้งนี้ โรงพยาบาลแม่ข่ายจะทำหน้าที่ดูแลและจัดบริการปฐมภูมิ รวมถึงดูแลเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ตามลำดับ

แม้ สปสช. จะทำสัญญาทั้งกับหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน แต่เนื่องจากหน่วยบริการส่วนใหญ่ในประเทศไทย โดยเฉพาะนอกกรุงเทพมหานคร อยู่ในความรับผิดชอบดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายผู้ให้บริการในสังกัดจึงกลายเป็นผู้ให้บริการหลักภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปโดยปริยาย ด้วยเหตุนี้ ทั้งผู้สนับสนุนงบประมาณอย่าง สปสช. และผู้ให้บริการอย่างหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่มีทางเลือกว่าจะตัดสินใจเข้าสู่ “ตลาด” เพราะทั้งสองฝ่ายต่างเป็นหน่วยงานของรัฐที่ต้องปฏิบัติตามนโยบายของรัฐและมีหน้าที่ให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงไม่เกิด “การแข่งขัน” ระหว่างผู้ให้บริการดังที่อาจเป็นที่คาดหวังของการอภิบาลแบบตลาด ดังที่อดีตเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า “แม้ สปสช. จะถูกมองว่าเป็นเหมือนบริษัทประกันเอกชน แต่ความสัมพันธ์ทางสัญญาระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ยังคงเป็นแบบผูกขาดเสมอ...ไม่ใช่การแยกผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการในอุดมคติ”⁷ อย่างไรก็ตาม สปสช. ได้พัฒนาบทบาทการจัดซื้อเชิงกลยุทธ์ (strategic purchasing) และให้ความสำคัญกับกลไกการอภิบาลแบบตลาดดังกล่าว ซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนถัดไป

การจัดซื้อเชิงกลยุทธ์

เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นโครงการที่ใช้เงินงบประมาณจากภาษี ผู้กำหนดนโยบายจึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับผลกระทบด้านงบประมาณ ภายใต้ข้อจำกัดทางการคลัง การออกแบบและดำเนินนโยบายจึงต้องเน้นการควบคุมต้นทุน สปสช. จึงใช้กลไก ‘การจัดซื้อเชิงกลยุทธ์’ (strategic purchasing) ที่มีอยู่หลายกลไกเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายในการจัดสรรเงินไปยังหน่วยบริการตามสัญญา เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างมีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลไกการจ่ายเงินแก่หน่วยบริการได้มีการปรับเปลี่ยนอย่างค่อยเป็นค่อยไปตลอดระยะเวลาในการดำเนินงาน และปัจจุบัน สปสช. ใช้กลไกการจ่ายเงินแบบผสมระหว่างการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และ DRGs (diagnosis-related groups) ภายใต้ Global Budget สำหรับบริการผู้ป่วยใน รวมทั้งอัตราค่าบริการคงที่ตามรายบริการ (fee schedule) สำหรับบริการเฉพาะบางอย่าง ทั้งนี้เพื่อจูงใจการจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะบริการสำคัญที่ยังเข้าถึงได้น้อย และลดความเสี่ยงทางการเงินสำหรับผู้ให้บริการทั้งจากรัฐและเอกชน

ในการสนับสนุนงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่มีต้นทุนสูงบางอย่าง สปสช. สามารถใช้อำนาจซื้อแบบ “ผูกขาด” (monopsonistic purchasing power) เพื่อต่อรองราคาสำหรับรายการอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูงกับผู้ผลิตได้ เพราะ สปสช. กลายเป็นผู้ซื้อรายใหญ่ที่สามารถต่อรองราคาสินค้าที่มีราคาดีที่สุดในระดับประเทศจากผู้ผลิตได้ (เช่น เลนส์ต่อกระจก เครื่องมือแพทย์ และยาบางประเภท) การประหยัดต้นทุนงบประมาณจากส่วนต่างระหว่างราคาตลาดและราคาต่อรองกับปริมาณที่ซื้อจริง ซึ่งมีจำนวนมากและทำให้สามารถให้บริการที่กว้างขวางแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^๕ ดังที่ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ชี้ให้เห็นว่า “การผูกขาดในที่นี้หมายถึง มีผู้ซื้อรายเดียวและมีผู้ขายหลายราย หมายความว่าเราสามารถต่อรองราคาด้วยการรับประกันคุณภาพ เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก”^๖

การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

สปสช. ทำงานอย่างเข้มข้นเพื่อควบคุมมาตรฐานของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างมีคุณภาพและเป็นธรรม ยกตัวอย่างเช่น การสนับสนุนการพัฒนาและการให้บริการตามมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สปสช. ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกตามมาตรฐานการให้บริการสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพมาใช้เป็นแนวทางในการกำกับคุณภาพบริการของหน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักเกณฑ์เหล่านี้ช่วยรับประกันคุณภาพการดูแลที่สอดคล้องกันในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรับรองคุณภาพหน่วยบริการ เพื่อรักษาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐาน สปสช. ทำงานอย่างใกล้ชิดกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เพื่อพัฒนาและใช้ระบบการรับรองคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ หน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องได้รับการรับรองเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถให้บริการประชาชนเป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ สปสช. ยังดำเนินการติดตามและประเมินหน่วยบริการเป็นประจำ โดยเฉพาะหน่วยบริการระดับตติยภูมิหรือหน่วยบริการเฉพาะด้านที่สำคัญหรือมีความเสี่ยงด้านคุณภาพมาตรฐานเพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด กระบวนการนี้ช่วยระบุส่วนที่ต้องปรับปรุงและทำให้มั่นใจว่ามีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับหน่วยบริการ การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงาน สปสช. ส่งเสริมการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และระบบข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยสนับสนุนการดำเนินงานนี้ช่วยให้ สปสช. สามารถตรวจสอบการให้บริการคุณภาพการให้บริการให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และมีการจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การคุ้มครองผู้บริโภคและผู้ให้บริการ

สปสช. ได้ดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองสิทธิของทั้งผู้บริโภค (ผู้ป่วย) และบุคลากรด้านสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิและสิทธิประโยชน์ สปสช. พยายามสร้างการรับรู้ต่อสิทธิด้านสุขภาพให้ประชาชนผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตระหนักถึงสิทธิและสิทธิประโยชน์ที่ตนสามารถเข้าถึงได้ ผ่านการรณรงค์ให้ความรู้แก่สาธารณะ การแจกจ่ายสื่อข้อมูล และการให้คำแนะนำผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สายด่วนและเว็บไซต์ของสำนักงานฯ นอกจากนี้ สปสช. จัดให้มีระบบและกลไกการรับเรื่องร้องทุกข์ ทั้งจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงสายด่วนสำหรับการแจ้งเรื่องร้องทุกข์ การจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะที่รับผิดชอบในการรับข้อร้องเรียน และกระบวนการในการแก้ไขข้อพิพาทที่โปร่งใสและเป็นธรรม สปสช. ให้ความสำคัญไม่เฉพาะกับผู้บริโภคเท่านั้น แต่ยังใส่ใจต่อความคิดเห็นและความท้าทายที่กำลังคนด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเผชิญในการให้บริการดูแลประชาชน การมีกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคยังช่วยสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในระบบการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ความไว้วางใจนี้มีความสำคัญต่อความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากมีอิทธิพลต่อความมั่นใจของผู้คนในการเข้ารับบริการ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ

การตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล

สปสช. ใช้กลไกการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล เพื่อให้มั่นใจว่าผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมถึงได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ กลไกเหล่านี้มีความสำคัญต่อความสำเร็จโดยรวมของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และช่วยรักษาความยั่งยืนทางการเงิน ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ ตัวชี้วัดผลงาน สปสช. ได้จัดทำชุดตัวชี้วัดผลงานที่หน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องปฏิบัติตาม ตัวชี้วัดเหล่านี้ครอบคลุมแง่มุมต่างๆ ของการให้บริการด้านสุขภาพ เช่น การเข้าถึง คุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และประสิทธิภาพ การรายงานข้อมูลผ่านตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นประจักษ์ช่วยให้ สปสช. สามารถประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ และระบุปัญหาหรือความท้าทายที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สปสช. มีการตรวจสอบผ่านการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการจากหน่วยบริการ ข้อมูลเหล่านี้ใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบุแนวโน้มเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร สปสช. ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภายนอก เช่น สถาบันการศึกษา สถาบันวิจัย และหน่วยงานระหว่างประเทศ เพื่อดำเนินการประเมินการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระยะๆ การประเมินเหล่านี้ช่วยให้มั่นใจถึงความโปร่งใสและเป็นอิสระของการประเมิน ที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพของการดำเนินงานต่อไป นอกจากนี้ สปสช. ยังมีการสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจจากผู้รับบริการ เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในภาพรวม และความพึงพอใจต่อการใช้บริการ คุณภาพบริการและประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี แนวทางดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการช่วยสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered health security system) การลดภาระทางการเงินของผู้ป่วยให้น้อยที่สุดและรับประกันว่าผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้ รวมไปถึงการขยายประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขและสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการต่างพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. ไม่เพียงให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเท่านั้น แต่ยังมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย ซึ่งมีแนวโน้มเป็นไปในทางที่ดีขึ้นในทุกๆ ปี

โดยรวมแล้ว สปสช. ใช้การอภิบาลแบบตลาดในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะการนำแนวคิดการแบ่งผู้สนับสนุนงบประมาณกับผู้ให้บริการ มีการทำสัญญากับหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน มีการจัดซื้อเชิงกลยุทธ์เพื่อจัดสรรเงินงบประมาณไปยังหน่วยบริการตามสัญญาเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพ นอกจากนี้ สปสช. ยังควบคุมมาตรฐานของหน่วยบริการและปกป้องสิทธิของผู้บริโภคและบุคลากรด้านสุขภาพ มีการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง มีคุณภาพ และเป็นธรรม ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จและความยั่งยืนทางการเงินของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1

การอภิบาลแบบเครือข่าย (network governance)

การอภิบาลแบบเครือข่าย (network governance) ถือเป็นรูปแบบการอภิบาลที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดในรูปแบบหนึ่งในการอภิบาลสมัยใหม่ การอภิบาลแบบเครือข่ายคือการอภิบาลที่วางอยู่บนเครือข่ายของรัฐ เอกชน และประชาชน ที่มาปฏิบัติสัมพันธ์กันในแนวนอนและประสานงานกันเพื่อแก้ปัญหาและจัดหาบริการสาธารณะผ่านการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน (public-private partnerships) การเป็นเจ้าของร่วมกัน (shared ownership) และการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder involvement) การประสานความร่วมมือในรูปแบบเครือข่ายนับเป็นรูปแบบของการอภิบาลที่กระตุ้นและส่งเสริมให้ตัวแสดงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมามีส่วนร่วมเจรจา ตีกรอบ และแลกเปลี่ยนเพื่อหา “จุดร่วม” ในการดำเนินกิจกรรมและผลประโยชน์ร่วมกันในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การอภิบาลแบบเครือข่ายมักดำเนินการบนความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งมีความเคารพและไว้วางใจกัน พึ่งพาซึ่งกันและกัน มุ่งแสวงหาฉันทมติร่วมกัน และมีความยืดหยุ่น มิใช่การจัดตั้งตามที่มีกฎหมายหรือระเบียบราชการกำหนด

หากกล่าวถึงกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย อาจเริ่มต้นจากการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี พ.ศ. 2535 ในฐานะองค์กรอิสระในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยแนวคิดในการออกแบบที่ว่า “ถ้าองค์กรไม่อิสระก็ทำงานวิชาการไม่ได้ แต่ถ้าอิสระแยกตัวจากนโยบายก็อาจไม่ส่งผลกระทบทางนโยบาย” อีกทั้ง สวรส. ยังเป็นองค์กรอิสระที่ออกลูกแตกหน่อเป็นองค์กรอื่นๆ ได้ สวรส. ได้เป็นฐานการพัฒนาองค์ความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศไทยที่สำคัญ เช่น การสนับสนุนการเพิ่มภาษีบุหรี่และสุราร้อยละ 2 เพื่อจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ. 2544 และการสร้างข้อเสนอเพื่อปรับระบบการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพ ซึ่งมีการออกกฎหมายและจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นในปี พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ดี การเกิดขึ้นขององค์กรและโครงสร้างเหล่านี้นอกจากอาศัยการทำงานเพื่อสร้างองค์ความรู้ตามทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการสร้างความเปลี่ยนแปลงแล้ว ยังต้องการผลักดันและเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐอีกด้วย “นี่คือความคิดของ อ.ประเวศ [วะสี] ที่ว่าถ้าเราจะทำอะไรภายในโครงสร้างปัจจุบัน มันคงยากที่จะสร้างสิ่งใหม่ขึ้นมาได้...มันควรจะสร้างจากภายนอก เราใช้วัฒนธรรมองค์กรใหม่ ซึ่งไม่ใช่วัฒนธรรมของระบบราชการ”⁹ นอกจากนี้ ผู้อำนวยการผู้ก่อตั้ง สวรส. ยังชี้ให้เห็นว่า “องค์กรประเภทนี้ไม่ได้พึ่งพาลำดับชั้นแบบบนลงล่าง แต่อาศัยเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันจากล่างขึ้นบน เห็นได้จาก สสส. ซึ่งตั้งขึ้นภายใต้หน้าที่เฉพาะที่สามารถใช้จ่างบประมาณของรัฐได้โดยไม่ถูกกลั่นกรองจากระบบราชการ”¹⁰

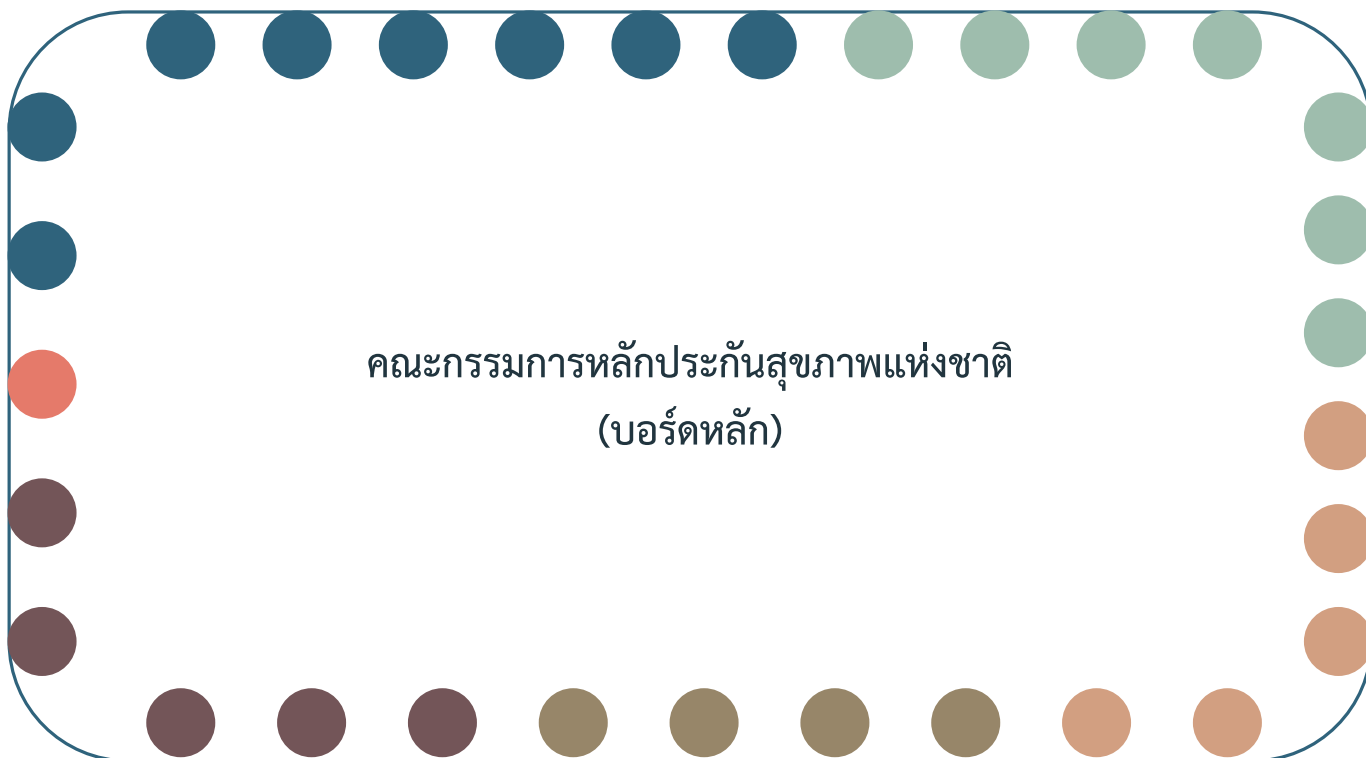
นับตั้งแต่การเริ่มต้นสถาปนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2545 การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทยยิ่งทวีความซับซ้อนและมีลักษณะผสมผสานมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการอภิบาลแบบลำดับบังคับบัญชา ตลาด และเครือข่าย แม้การอภิบาลแบบเครือข่ายจะปรากฏขึ้นก่อนปี พ.ศ. 2545 แต่การดำเนินงานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายขอบเขตการอภิบาลแบบเครือข่ายให้มีความโดดเด่นยิ่งขึ้นผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่าง “องค์กรตระกูล ส.” ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (สพฉ.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) หน่วยงานเหล่านี้จัดตั้งขึ้นด้วยความตั้งใจในการทำงานร่วมกันแบบเครือข่ายและมีส่วนร่วมในกระบวนการทางนโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การสร้างความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย การรับรองคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นศูนย์กลางอำนาจของการตัดสินใจในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้คณะกรรมการฯ มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย กำหนดขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ กำหนดรูปแบบและอัตราการจ่ายค่าบริการ รวมถึงการกำหนดกฎเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติงานต่างๆ ทั้งนี้ องค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย นอกจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นประธาน ยังมีสมาชิกอีกจำนวน 29 ราย ซึ่งเป็นตัวแทนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 6 กลุ่ม ได้แก่

- 1 ผู้แทนจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง (จำนวน 8 ราย) ได้แก่ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
- 2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (จำนวน 4 ราย) ได้แก่ ผู้แทนเทศบาล ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น
- 3 ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุข (จำนวน 4 ราย) ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม ผู้แทนสภาการพยาบาล
- 4 ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน (จำนวน 1 ราย) ได้แก่ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
- 5 ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่างๆ (จำนวน 7 ราย) ได้แก่ ด้านประกันสุขภาพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์ทางเลือก ด้านการเงินการคลัง ด้านกฎหมาย และด้านสังคมศาสตร์
- 6 ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน (จำนวน 5 ราย) มีวิธีการคัดเลือกกันเองจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพ 9 ด้าน

รูป 2 องค์ประกอบของ
คณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ



รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ประธาน)

ผู้แทนจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

แทนผู้ประกอบการด้านสาธารณสุข

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่างๆ

ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน

ที่มา: สังเคราะห์โดยผู้เขียน¹¹

นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ยังสามารถแต่งตั้งอนุกรรมการเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาและจัดทำข้อเสนอต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ การแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะต้องมีการแต่งตั้งกรรมการจากผู้แทนในทุกภาคส่วนข้างต้น เพื่อให้แน่ใจว่าการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและมีกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลที่เหมาะสม

แม้ว่าเกือบครึ่งหนึ่งของคณะกรรมการฯ จะเป็นการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง แต่การออกแบบกลไกการอภิบาลดังกล่าวนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทางสังคมถูกนับรวมอยู่ในองค์กรการตัดสินใจเกี่ยวกับงบประมาณของรัฐอย่างเป็นทางการ นับว่าเป็นแนวคิดใหม่ในการออกแบบกลไกการตัดสินใจที่ระบบราชการไทยไม่เคยคิดที่จะนำมาใช้ หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นแนวคิดที่แหวกขนบของระบบราชการไทย ในขณะที่ผู้แทนจากองค์กรพัฒนาเอกชนรายหนึ่ง ซึ่งมีตำแหน่งอยู่ในคณะกรรมการฯ ได้สะท้อนความเห็นไว้ว่า “ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปิดโอกาสให้คนทั่วไปสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกระดับ...เรามีโอกาสที่จะโต้แย้ง อภิปราย และอย่างน้อยก็เพื่อได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในเรื่องสำคัญๆ...วิธีการดังกล่าวยังนำไปสู่การเพิ่มอำนาจของประชาชน” ¹²

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

นอกจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน พิจารณาเรื่องร้องเรียนของบุคคลหากถูกละเมิดสิทธิเนื่องจากการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งพิจารณาจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าคณะกรรมการชุดนี้ส่วนใหญ่จะประกอบด้วยผู้แทนของผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ แต่ยังมีสัดส่วนผู้แทนจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้าไปมีส่วนร่วมอยู่ในการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ

กลไกการอภิบาลในระดับเขตพื้นที่

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยมีการปรับใช้แนวคิดการกระจายอำนาจผ่านการอภิบาลด้วยกลไกในระดับพื้นที่ เพื่อให้แน่ใจว่าบริการและทรัพยากรที่จัดสรรไปยังหน่วยบริการสอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญและความต้องการเฉพาะของประชาชนและผู้มีสิทธิในแต่ละพื้นที่ องค์ประกอบของการอภิบาลที่ปรากฏอยู่ในระดับเขตพื้นที่ทั้ง 13 แห่งทั่วประเทศ ต่างสะท้อนและสอดคล้องกับกลไกการบริหารจัดการที่มีการดำเนินการอยู่ในระดับส่วนกลาง ไม่ว่าจะเป็นคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) กลไกในระดับเขตพื้นที่เหล่านี้มีหน้าที่รับผิดชอบและทำงานร่วมกันเพื่อดูแลประชาชนทั้งในด้านการเข้าถึงสิทธิและความครอบคลุมเพื่อให้แน่ใจว่าบริการสุขภาพที่จัดสรรไปนั้นสอดคล้องกับความต้องการของประชากรในแต่ละเขตพื้นที่ การกำกับคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยในการให้บริการ รวมถึงการคุ้มครอง

สิทธิผู้บริโภค ทั้งนี้ คณะกรรมการดังกล่าวประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ และเครือข่ายภาคประชาสังคม ซึ่งมีการคัดเลือกกันเองตามสัดส่วนเพื่อให้มั่นใจว่ามีมุมมองและความเชี่ยวชาญที่หลากหลายอยู่ในกลไกการตัดสินใจในระดับเขตพื้นที่

นอกจากนี้ สปสช. ได้อำนวยความสะดวกในการจัดตั้งเครือข่ายของหน่วยบริการในระดับเขตพื้นที่ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้บริการ รวมถึงโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิ และบริการด้านสุขภาพอื่นๆ โดยทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการด้านสุขภาพภายในเขตพื้นที่ เครือข่ายเหล่านี้ช่วยให้แน่ใจว่าบริการด้านสุขภาพมีการประสานงานกันอย่างดีและตอบสนองต่อความต้องการของประชากรในท้องถิ่น นอกจากนี้ยังส่งเสริมความร่วมมือและการแบ่งปันทรัพยากรระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยรวมของการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสร้างองค์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ จากเครือข่ายวิชาการเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

สปสช. ทำงานอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อกำหนดนโยบายและชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายดังกล่าวนี้ ทำให้มั่นใจได้ว่ากระบวนการขยายชุดสิทธิประโยชน์มีข้อมูลที่เชื่อถือและอ้างอิงได้จากการวิจัย และได้รับความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สปสช. ร่วมมือกับสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัย และสมาคมวิชาชีพต่างๆ เพื่อสร้างความรู้และหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผล ความคุ้มค่า และความเป็นไปได้ของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรเหล่านี้ทำการศึกษาวิจัยโดยอิสระ โดยให้ข้อมูลเชิงลึกและคำแนะนำจากมุมมองและความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับกระบวนการตัดสินใจเพื่อพัฒนาหรือขยายประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป

สปสช. ยังทำงานใกล้ชิดร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ HITAP ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยกึ่งอิสระภายใต้กระทรวงสาธารณสุข HITAP ดำเนินการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTAs) ประเมินประสิทธิภาพทางคลินิก ความปลอดภัย และความคุ้มค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ สปสช. ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้เพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และในอีกทางหนึ่งคือเพื่อส่งเสริมให้ภาคประชาชนและกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ สามารถตรวจสอบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขได้อย่างกว้างขวางเพื่อให้แน่ใจว่ามีความโปร่งใสในกระบวนการกำหนดนโยบาย

นอกจากนี้ สปสช. ยังมีการดำเนินการปรึกษาหารือและเปิดรับฟังความคิดของภาคประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย ทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม กระบวนการดังกล่าวคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงองค์กรผู้ป่วย กลุ่มภาคประชาสังคมและชุมชน องค์กรวิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย อุตสาหกรรมการแพทย์ นักวิชาการ เพื่อรวบรวมข้อมูลและข้อเสนอเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ กระบวนการนี้ทำให้มั่นใจได้ว่ามุมมองและความต้องการของผู้รับประโยชน์ในวงกว้างจะถูกนำมาพิจารณาในกระบวนการตัดสินใจ

4.3

การอภิบาลแบบลำดับบังคับบัญชา (hierarchical governance)

การอภิบาลแบบลำดับบังคับบัญชา (hierarchical governance) นับเป็นรูปแบบการอภิบาลที่เก่าแก่ที่สุดรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเชื่อมั่นในการควบคุมและสั่งการในฐานะเป็นกลไกของการเชื่อมประสานที่ดีและได้ผล การอภิบาลแบบลำดับบังคับบัญชาจึงมีลักษณะการบริหารและการประสานงานที่อิงกับระเบียบกฎเกณฑ์ เน้นการจัดโครงสร้างองค์กรในแนวดิ่งและกระจายโครงสร้างในแนวราบไปตามกลุ่มภารกิจ มีการจัดกระบวนการทางนโยบายที่รวมศูนย์อำนาจและบุคลากรที่มีเอกภาพ วางโครงสร้างความสัมพันธ์อยู่บนหลักสายการบังคับบัญชา จัดทำและส่งมอบบริการสาธารณะแบบเบ็ดเสร็จโดยหน่วยงานของรัฐเอง ตลอดจนยึดถือหน่วยงานรัฐเป็นศูนย์กลางของทุกอย่าง

นับตั้งแต่มีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485 จนถึงปี พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขของไทย เป็นเพียงหน่วยงานด้านสุขภาพแห่งเดียวที่มีอำนาจควบคุมดูแลรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมดของประเทศ ทั้งการจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการและการให้บริการรักษาพยาบาล กล่าวได้ว่าระบบสุขภาพของประเทศอยู่ภายใต้การบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จด้วยระบบราชการที่เข้มแข็งและเน้นลำดับบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขอย่างตรงไปตรงมา จนกระทั่งเกิดการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของรัฐในปี พ.ศ. 2545 ทำให้ภาระความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขต่อเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพถูกส่งผ่านไปยังหน่วยงานที่ถูกจัดตั้งขึ้นใหม่อย่าง “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” หรือ สปสช.

สปสช. เป็นองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ หรือ “หน่วยปฏิบัติการ” (operational arm) ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่คณะกรรมการกำหนด และบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยต้องรายงานและแสดงความรับผิดชอบต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนผู้มีสิทธิ และรัฐบาล นอกจากนี้ สปสช. ยังมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ และผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้แต่งตั้ง “เลขาธิการ สปสช.” ซึ่งทำหน้าที่เป็น CEO เพื่อดูแลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โครงสร้างองค์กรของ สปสช. แบ่งเป็นสำนักงานส่วนกลางและสำนักงานในระดับเขตพื้นที่ ซึ่งอยู่ในความดูแลและความรับผิดชอบของเลขาธิการ ทั้งนี้โครงสร้างองค์กรในระดับส่วนกลางมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา แต่จะสังเกตได้ว่าการอภิบาลส่วนใหญ่ในโครงสร้างสำนักงานยังเป็นไปในรูปแบบลำดับบังคับบัญชา แม้ว่าจะมีการผสมผสานรูปแบบการอภิบาลในลักษณะอื่นๆ เข้ามาด้วยก็ตาม โครงสร้างส่วนงานของ สปสช. ประกอบด้วย 3 สายงาน 5 กลุ่มภารกิจ และส่วนงานอื่นที่ขึ้นตรงต่อเลขาธิการ ดังนี้

1 สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

2 สายงานบริหารกองทุน

3 สายงานสนับสนุนองค์กร

4 กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

5 กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

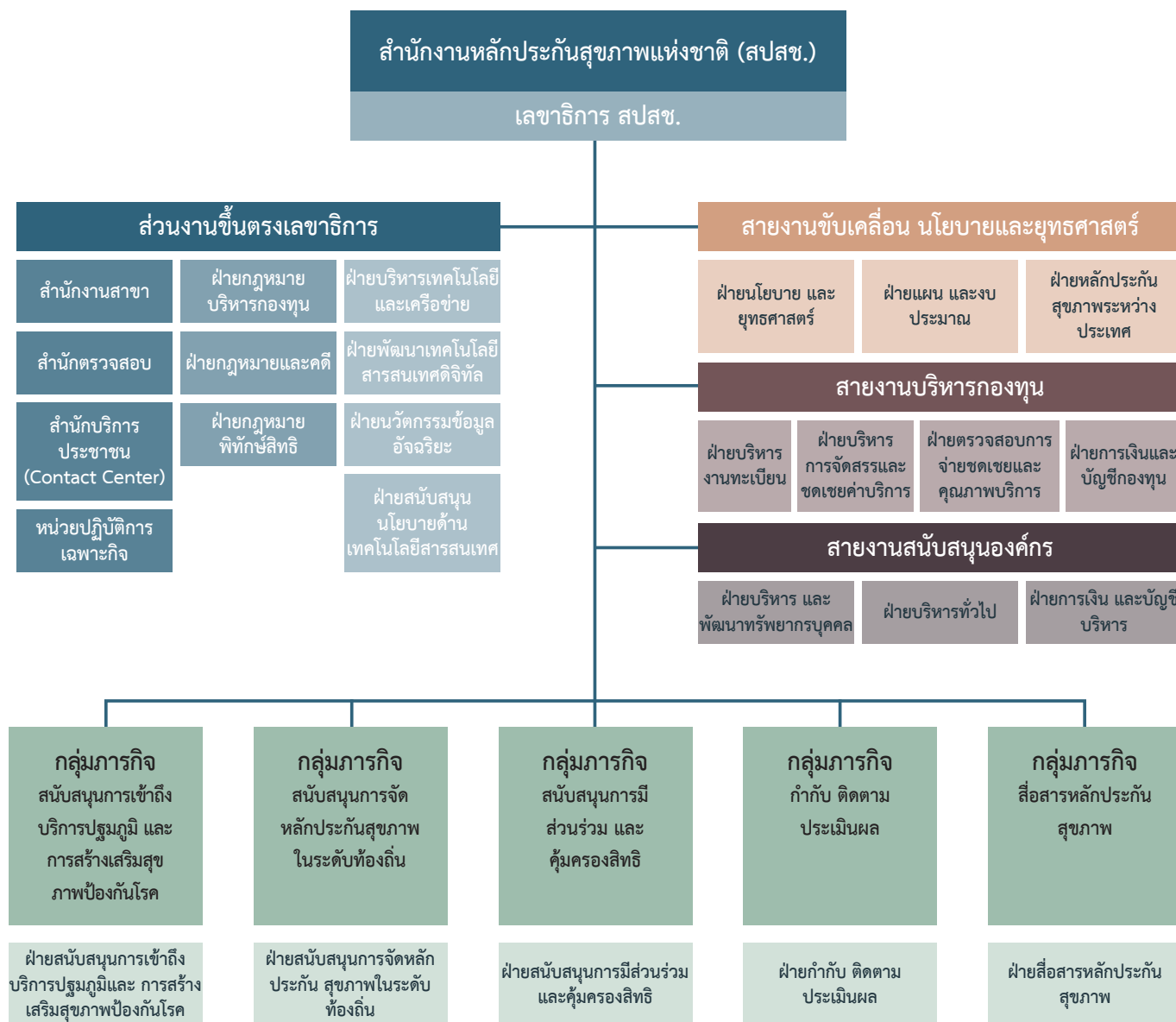
6 กลุ่มภารกิจสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการคุ้มครองสิทธิ

7 กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

8 กลุ่มภารกิจสื่อสารหลักประกันสุขภาพ

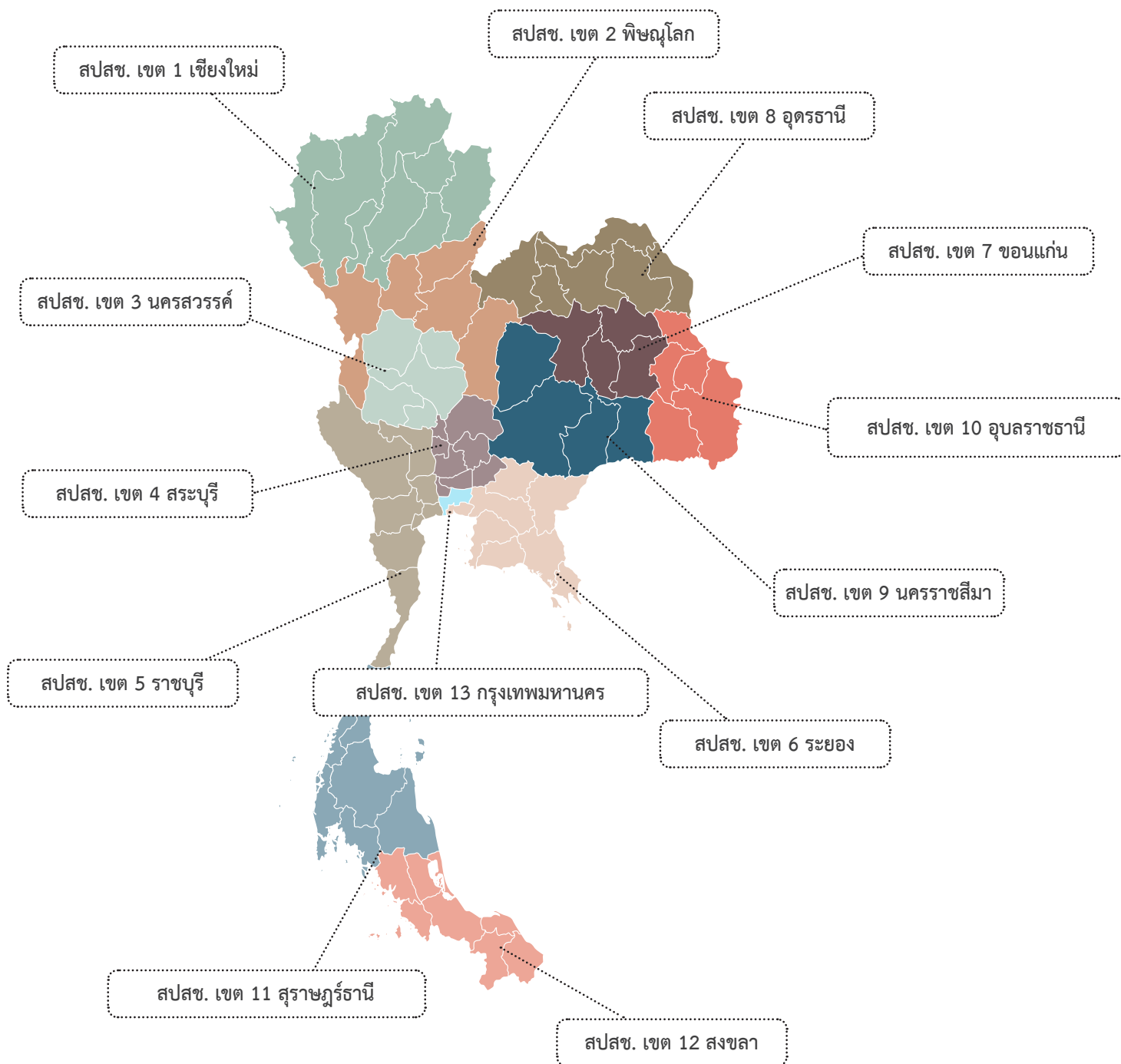
9 ส่วนงานขึ้นตรงเลขาธิการ

รูป 2 โครงสร้างองค์กรของ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. 2565



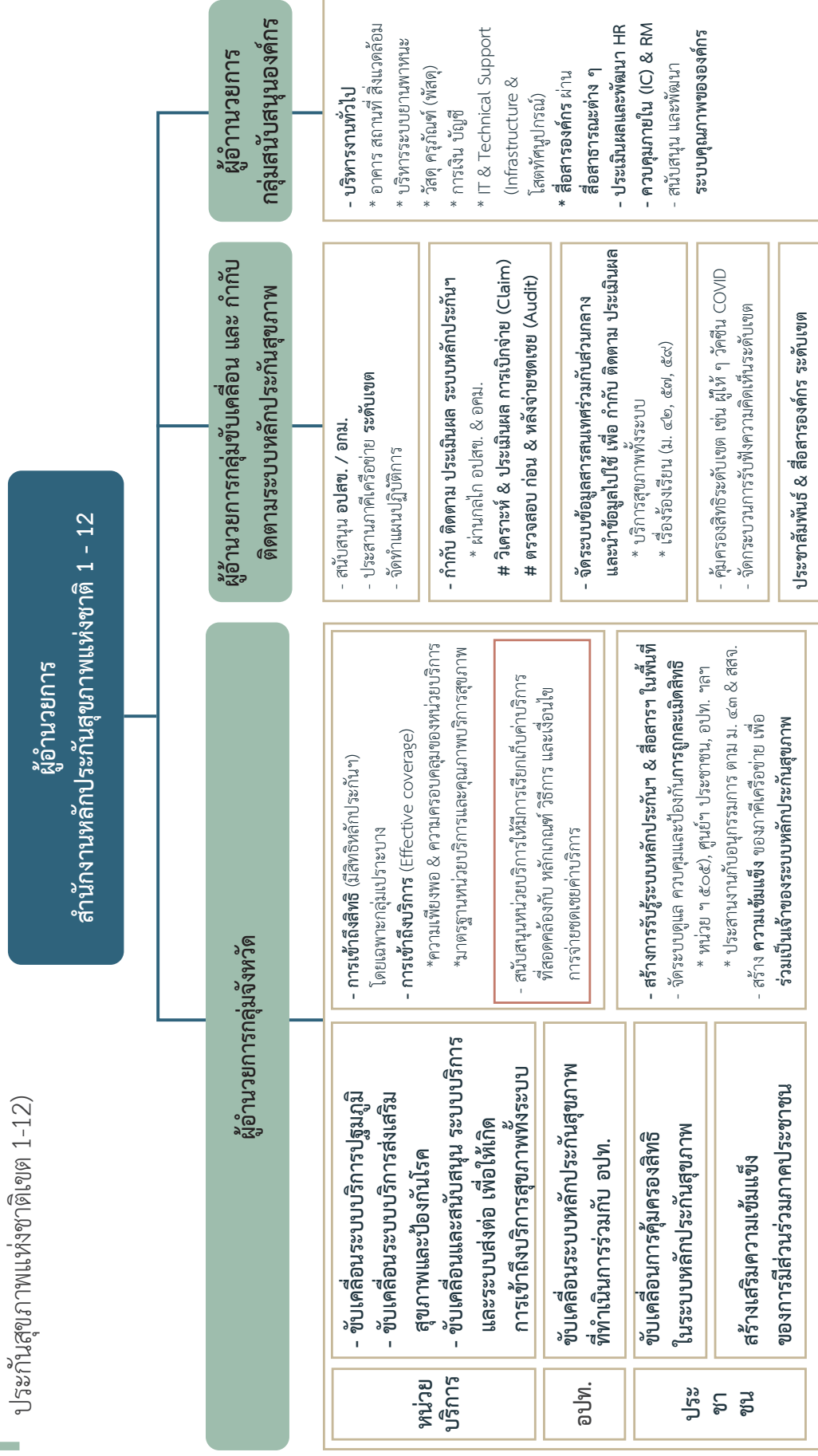
ในระดับเขตพื้นที่ สปสช. ได้พัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับพื้นที่ โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ หรือเรียกว่า “สำนักงานสาขา” ซึ่งนับเป็นส่วนงานที่ขึ้นตรงต่อเลขาธิการ จำนวน 13 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อดำเนินงานในระดับพื้นที่ตามโครงสร้างการบริหารงานอย่างมีส่วนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2564 สปสช. มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมดรวมทั้งสิ้น 848 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ประเภทบริหารระดับสูง หรือ T (Top Management) ประเภทบริหาร หรือ M/E (Management/Expert) ประเภทวิชาการ หรือ O (Officer) และประเภทปฏิบัติการ หรือ S (Staff) และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 มีการปรับเปลี่ยนระดับตำแหน่งเป็น 4 ระดับ คือ T, T1, T2, และ T3 โดยมีประเภทตำแหน่ง 3 ประเภท คือ บริหาร วิชาการ และปฏิบัติการ (มีเฉพาะระดับ T2 และ T3)

รูป 3 สาขาเขตพื้นที่ของสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: สปสช. (2566)¹⁴

รูปที่ 4 โครงสร้างการบริหารของ
สำนักงานสาขา (สำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1-12)



ที่มา: สปสช. (2565)¹⁵

5

ธรรมาภิบาลกับการบริหาร
จัดการภารกิจหลักในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1

การอภิบาลแบบตลาด (market governance)

แนวคิด “ธรรมาภิบาล” (Good Governance) หรืออาจเรียกว่า การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถูกใช้โดยวิชาชีพที่หลากหลาย ไม่จำกัดอยู่เพียงในวงวิชาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการอภิบาล จุดหมายสำคัญของแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล คือ การมุ่งเน้นความสามารถของรัฐหรือผู้มีอำนาจในการรับใช้หรือจัดบริการสาธารณะที่จำเป็นให้แก่ประชาชน ในทางปฏิบัติ ธรรมาภิบาล เป็นแนวคิดสำคัญที่ส่งเสริมให้ภาครัฐให้ความสนใจต่อการออกแบบกิจกรรมของรัฐ และการบริหารกิจการสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และมีความรับผิดชอบ แม้ว่าจะมีจุดร่วมอยู่ในบางลักษณะก็ตาม แต่แนวคิดเรื่อง “ธรรมาภิบาล” นั้นมีลักษณะเฉพาะตัวและแตกต่างจากแนวคิดเรื่อง “การอภิบาล”

ในช่วงปลายทศวรรษ 1980 มีหน่วยงานระดับสากลหลายแห่งที่พัฒนาและนำเสนอแนวคิดนี้ขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ยกตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 1992 ธนาคารโลกได้เผยแพร่รายงานเรื่อง Governance and Development โดยให้ความสำคัญต่อแนวคิดธรรมาภิบาลในฐานะเป็นหลักสำคัญต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนา นโยบายที่มีความสมเหตุสมผล โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจ และการพัฒนากรอบกติกาและกลไกต่างๆ ให้สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้กรอบความรับผิดชอบและความโปร่งใส ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ (effectiveness and efficiency) และความรับผิดชอบ (accountability) ตั้งแต่ทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา ภาครัฐจำนวนมากจึงแปลงแนวคิดธรรมาภิบาลนี้เป็นเกณฑ์ต่างๆ เพื่อวัดหรือประเมินคุณค่าของการอภิบาลในทางปฏิบัติทั่วโลก โดยตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานหรือแต่ละประเทศจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป

ในระดับโลก ธนาคารโลกถือเป็นผู้นำในการพัฒนาตัวชี้วัดการการอภิบาล
ขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 เพื่อใช้ประเมินการอภิบาลของรัฐใน 6 มิติหลัก
ได้แก่ (1) การมีสิทธิมีเสียงของประชาชนและความรับผิดชอบของรัฐ
(voice and accountability) (2) เสถียรภาพทางการเมืองและการไม่
ใช้ความรุนแรง (political stability and lack of violence) (3) ความ
มีประสิทธิภาพของภาครัฐ (government effectiveness) (4) คุณภาพ
ของการกำกับดูแล (regulatory quality) (5) หลักนิติธรรม (rule of
law) และ (6) การควบคุมการทุจริต (control of corruption) ในระดับ
ภูมิภาค คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมสำหรับเอเชียและแปซิฟิก
แห่งสหประชาชาติ (UNESCAP) ได้อธิบายว่า “ธรรมาภิบาล” ให้ความสำคัญ
เป็นพิเศษกับกระบวนการตัดสินใจ และการนำกระบวนการตัดสินใจ
นั้นไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งต้องมีคุณลักษณะสำคัญ 8 ประการ ที่มีความเชื่อมโยง
ระหว่างกัน ได้แก่

1

หลักการมีส่วนร่วม (participation) – การมีส่วนร่วมของทุก
ภาคส่วนในกระบวนการตัดสินใจ ทั้งโดยตรงหรือผ่านกลไกใน
ระดับตัวแทน นับเป็นรากฐานที่สำคัญของธรรมาภิบาล ทั้งนี้
การมีส่วนร่วมจำเป็นต้องมีการยอมรับอย่างเป็นทางการและมี
ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน เพราะนอกจากจะมีความหมายต่อ
เสรีภาพในการแสดงออกความคิดเห็นแล้ว ยังเป็นการทำให้ภาค
ประชาสังคมมีความเป็นสถาบันมากยิ่งขึ้น

2

หลักนิติรัฐ (rule of law) – หลักธรรมาภิบาลจำเป็นต้องมี
กฎหมายและกรอบกติกาที่ยุติธรรม มีการบังคับใช้อย่างเป็น
กลาง มีการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะต่อ
ชนกลุ่มน้อย นอกจากนี้ การบังคับใช้กฎหมายจำเป็นต้องมีกลไก
ตุลาการที่เป็นอิสระ เป็นกลางและไม่เสื่อมเสีย

3

หลักความโปร่งใส (transparency) – หมายถึงการตัดสินใจที่
เกิดขึ้นและผลจากการตัดสินใจนั้นมีการบังคับใช้ที่เป็นไปตาม
กฎระเบียบ นอกจากนี้ ความโปร่งใสยังหมายความถึง การเข้าถึง
ข้อมูลข่าวสารได้อย่างเสรีผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะต่อผู้
ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจดังกล่าว

4

หลักการตอบสนองที่ทันการณ์ (responsive) – หลักธรรมาภิบาลควรกำหนดให้สถาบันหรือองค์กรต่างๆ มีกระบวนการที่จะให้บริการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดภายในระยะเวลาอันสมควร

5

หลักการยึดหลักฉันทมติ (consensus oriented) – ในสังคมหนึ่งมักมีตัวแสดงที่หลากหลายและมีมุมมองต่อเรื่องหนึ่งที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น ตามหลักธรรมาภิบาลจึงควรมีการไกล่เกลี่ยความสนใจที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดฉันทมติในวงกว้างต่อการตัดสินใจร่วมกันในสิ่งที่เห็นว่าเป็นประโยชน์สูงสุดของส่วนรวม การมุ่งเน้นฉันทมติสามารถเกิดขึ้นได้จากความเข้าใจต่อบริบททางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม และสังคมนั้นๆ

6

หลักความเป็นธรรม (equity and inclusiveness) – ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้คนในสังคมขึ้นอยู่กับทำให้แน่ใจว่าสมาชิกทุกคนรู้สึกว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและไม่รู้สึกถูกกีดกันจากกระแสหลักของสังคม หลักธรรมาภิบาลจึงมุ่งเน้นให้ผู้คนจากทุกกลุ่มในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มที่เปราะบางที่สุด มีโอกาสที่จะพัฒนาหรือดำรงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีต่อไปอย่างเป็นธรรม

7

หลักประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (effectiveness and efficiency) – หลักธรรมาภิบาลให้ความสำคัญต่อกระบวนการและสถาบันที่สามารถสร้างผลลัพธ์ที่ตรงตามความต้องการของสังคมไปพร้อมกับการใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่าและประโยชน์สูงสุด แนวคิดเรื่องประสิทธิภาพในบริบทธรรมาภิบาลยังครอบคลุมการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืนและการปกป้องสิ่งแวดล้อม

8

หลักความรับผิดชอบ (accountability) – เป็นข้อกำหนดสำคัญของหลักธรรมาภิบาล ที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในภาครัฐเท่านั้นแต่ยังรวมถึงภาคเอกชนและองค์กรภาคประชาสังคม ที่ต้องรับผิดชอบต่อสาธารณะและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยทั่วไปแล้วองค์กรต้องรับผิดชอบต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจหรือการกระทำของตน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของหลักธรรมาภิบาลขึ้นอยู่กับว่าจริงหากปราศจากซึ่งหลักความโปร่งใสและหลักนิติรัฐ

รูปที่ 6 กรอบแนวคิดและ
องค์ประกอบเรื่องธรรมาภิบาล



ที่มา: United Nations Economic and Social Commission for
Asia and the Pacific (ESCAP) (2009)¹⁷

แนวคิด “ธรรมาภิบาล” กลายมาเป็นแนวปฏิบัติที่ภาครัฐยึดถือ โดยเฉพาะภายหลังการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจครั้งใหญ่ในช่วงปลายทศวรรษ 1990 ในฐานะเป็นแนวคิดที่องค์การระหว่างประเทศต้องการสนับสนุน ส่วนในประเทศไทยนั้น แนวคิด “ธรรมาภิบาล” ปรากฏอย่างเป็นระบบครั้งแรกใน “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542”¹⁸ ที่กำหนดให้ทุกหน่วยงานของรัฐต้องดำเนินการบริหารจัดการโดยยึดหลัก 6 ประการ ได้แก่ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ขึ้น

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยถูกออกแบบมาให้มีการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มผลประโยชน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ มีกระบวนการตัดสินใจที่โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ จากการดำเนินงานตามภารกิจหลัก (core business) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยตลอด 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545 - 2565) สอดคล้องและเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดการดำเนินงานตามลักษณะสำคัญของแนวคิดธรรมาภิบาลที่มีความเชื่อมโยงกันได้ ดังนี้

5.1

การอภิบาลแบบตลาด (market governance)

การมีส่วนร่วมในที่นี้หมายความว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด รวมถึงแม้กระทั่งภาคประชาชนและตัวแทนของหน่วยบริการ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยมีการรวมผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ เข้ามาอยู่โครงสร้างและกลไกการอภิบาล และขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นทางการ หลักการมีส่วนร่วมนี้ปรากฏอยู่ในกลไกการตัดสินใจสำคัญของการอภิบาลทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นในระดับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการ ทั้งในระดับส่วนกลางและเขตพื้นที่

นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมในกลไกที่เป็นทางการในส่วนกลางแล้ว สปสช. ยังสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคม กลุ่มวิชาชีพ และท้องถิ่น โดยได้นำตัวแทนของผู้บริโภค ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในระดับเขต ได้แก่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ด้วยความคาดหวังว่าตัวแทนจากกลุ่มเหล่านี้จะมีส่วนสำคัญต่อการจัดหาข้อมูล การกำหนดเป้าหมายในการใช้ทรัพยากร และการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มจะมีอำนาจการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับพื้นที่มากกว่าผู้แทนจากกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะจากภาคประชาสังคม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความรู้และประสบการณ์ตรงจากการทำงานในด้านสาธารณสุข

นอกจากนั้น ยังมีกลไกการอภิบาลที่ออกแบบและจัดตั้งขึ้นมาเพิ่มเติมในการร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. นั่นคือ คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (หรือเรียกว่า คณะกรรมการ 7X7) โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการมาจากผู้แทนของแต่ละแห่ง หน่วยงานละ 7 คน และคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (หรือเรียกว่า คณะทำงาน 5X5) โดยองค์ประกอบของคณะทำงานมาจากผู้แทนของแต่ละแห่ง หน่วยงานละ 5 คน กล่าวได้ว่า ทั้ง 2 กลไกดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการร่วมวางหลักเกณฑ์เงื่อนไขในการบริหารกองทุนที่จัดสรรให้หน่วยบริการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นช่องทางในการสื่อสาร หรือการเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ร่วมกัน¹⁹ นอกจากนี้ ยังเป็นกลไกการอภิบาลที่สามารถช่วยลดข้อขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ที่เกิดขึ้นในอดีตได้เป็นอย่างดี

สปสช. จัดให้มีการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และมีเจตนารมณ์มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาระบบโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ สปสช. มีการขยายกลุ่มเป้าหมายใหม่ๆ และเพิ่มช่องทางการเข้ามามีส่วนร่วมผ่านช่องทางต่างๆ ให้เกิดความคิดครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ข้อเสนอและประเด็นที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปในแต่ละปี จะได้รับการเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาอย่างรอบคอบและเป็นรูปธรรม เพื่อนำประเด็นความเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ ไปสู่การพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข หรือทำความเข้าใจร่วมกันต่อไป วิธีการดังกล่าวที่ส่งเสริมการอภิบาลแบบมีส่วนร่วมนี้มีส่วนช่วยสนับสนุนให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถปรับปรุงและพัฒนากลไกและวิธีการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และทำให้มั่นใจได้ว่าประชาชนผู้รับบริการมีสิทธิมีเสียงในระบบการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม และผู้ให้บริการก็มีช่องทางในการเสนอแนะประเด็นการพัฒนาหรือข้อจำกัดต่างๆ ในการจัดบริการสาธารณสุขได้อีกทางหนึ่งด้วย

รูปที่ 7 การรับฟังความคิดเห็น โดยทั่วไปฯ ประจำปี 2564



ที่มา: สปสช. (2564)²⁰

รูปที่ 8 ช่องทางในการร่วมแสดงความคิดเห็น เห็นผ่านทางระบบออนไลน์



ที่มา: สปสช. (2566)²¹

นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ขึ้นเพื่อเป็นกลไกสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ รวมถึงกลุ่มหรือองค์กรภาคประชาชน ในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น กองทุนดังกล่าวเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมพร้อมสมทบงบประมาณจำนวน 888 แห่ง จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2565) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 7,741 แห่ง (ร้อยละ 99.6) จาก 7,774 แห่ง รวมกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา เข้าร่วมบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อจัดโครงการและกิจกรรมสำหรับดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่กว่า 170,000 โครงการ

5.2

หลักนิติรัฐ (rule of law)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยมีการดำเนินงานภายใต้กรอบของหลักนิติรัฐ กล่าวคือ ทุกการดำเนินงานและการตัดสินใจเชิงนโยบายวางอยู่บนหลักการและแนวทางตามกรอบกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่เป็นพื้นฐานในการกำหนดหลักเกณฑ์ทางกฎหมายสำหรับการจัดตั้งและบริหารกองทุนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรอบกติกาของกฎหมายฉบับนี้ รวมถึงกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของ สปสช. ตลอดจนสิทธิและหน้าที่ของพลเมือง ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ นอกจากนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังได้กำหนดแนวทางและขั้นตอนที่ชัดเจนสำหรับการประสานกับหน่วยบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิมีการปฏิบัติตามกฎระเบียบและมาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อปกป้องสิทธิของผู้รับบริการ

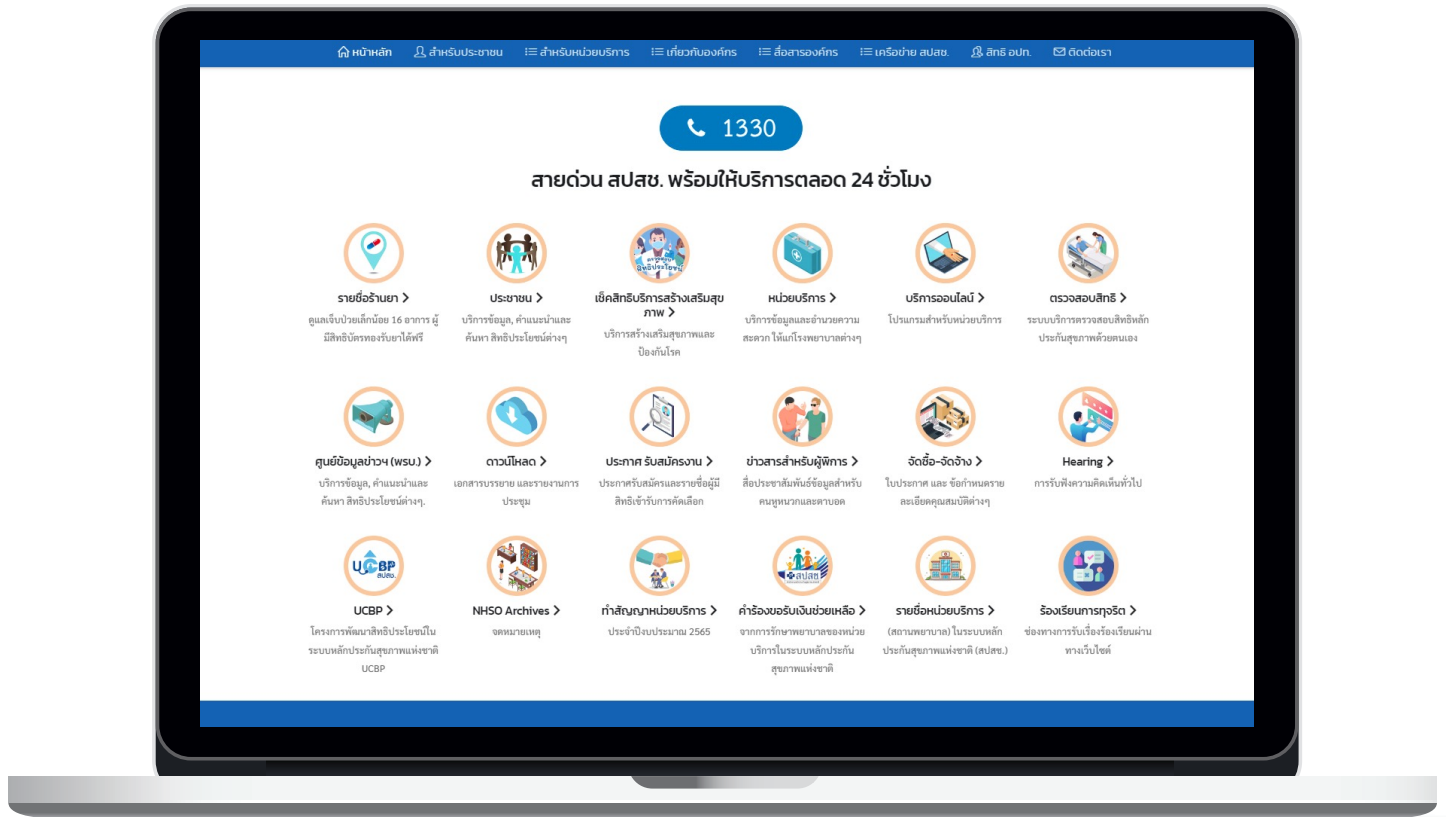
ในบางช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์หรือปัญหาทางกฎหมายใดๆ ต่อการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. มักขอคำปรึกษาจากคณะกรรมการกฤษฎีกาเพื่อช่วยตีความและให้ความเห็นต่อเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามหลักนิติรัฐ แม้ว่าจะไม่มีข้อกำหนดเฉพาะให้ สปสช. ทำเช่นนั้น ยกตัวอย่างเช่นกรณีการพิจารณาให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนทุกสิทธิ โดยเฉพาะผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สามารถใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้การบริหารจัดการงบประมาณโดย สปสช. ได้ เนื่องจากเป็นหนึ่งในบริการที่เป็นหลักประกัน ซึ่งกฎหมายได้รับรองไว้แล้ว ปัจจุบันประเด็นดังกล่าวอยู่ในขั้นตอนการเสนอร่างเป็นพระราชกฤษฎีกาเพื่อมอบให้ สปสช. ดูแลงบประมาณดังกล่าว ซึ่งจะทำให้คนไทยทุกคนทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพของรัฐสามารถเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างถ้วนหน้า

5.3

หลักความโปร่งใส (transparency)

การดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการรักษาความโปร่งใส ด้วยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร ที่ทำให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่มในสังคมสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับนโยบาย การตัดสินใจงบประมาณ และประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ยกตัวอย่างเช่น สปสช. เผยแพร่รายละเอียดของการจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการ ผลการปฏิบัติงาน การใช้บริการ และรายงานการตรวจสอบการดำเนินงานบนเว็บไซต์อย่างเป็นทางการอย่างเป็นประจำ รวมทั้งผ่านช่องทางที่เป็นสาธารณะอื่นๆ ซึ่งช่วยให้ประชาชนเข้าใจขอบเขตและประสิทธิผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างสะดวก และทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถติดตามและประเมินการจัดการทางการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ รวมถึงสามารถมีส่วนในการแสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดกว้างและโปร่งใส

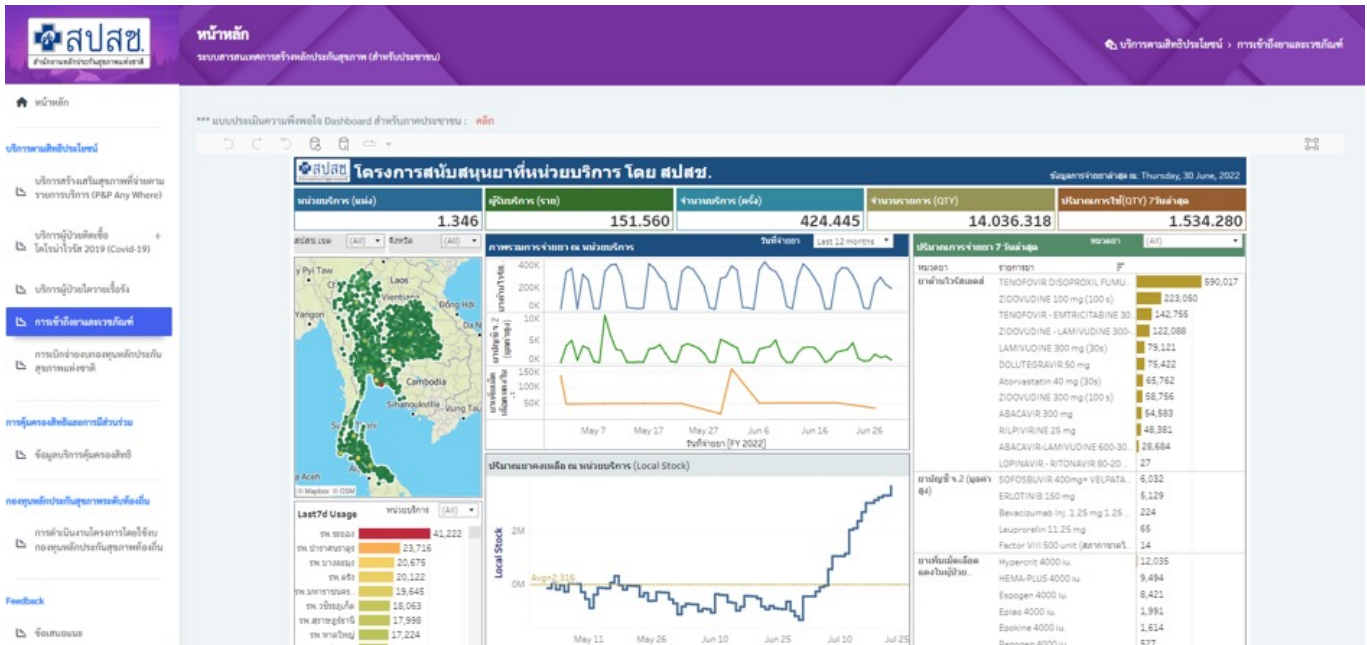
รูปที่ 9 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านช่องทางเว็บไซต์



ที่มา: สปสช. (2566)²²

สปสช. ได้จัดทำแพลตฟอร์มข้อมูลแบบเปิดที่ให้การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลาย รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาล บริการด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ แพลตฟอร์มนี้ช่วยให้ประชาชน นักวิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ สามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบการรักษายาบาลได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ สปสช. ยังส่งเสริมความโปร่งใสในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ด้วยการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐในการซื้อสินค้าและบริการ และมีการเผยแพร่ประกาศการจัดซื้อจัดจ้างและเอกสารประกวดราคาบนเว็บไซต์ และดำเนินกระบวนการประกวดราคาอย่างเปิดเผยและเป็นธรรม นอกจากนี้ สปสช. ได้มีการพัฒนาการรายงานผลการดำเนินการผ่าน “สปสช. แดชบอร์ด” (NHSO Dashboard) ที่บูรณาการฐานข้อมูลจากหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก เพื่อนำเสนอข้อมูลในรูปแบบอินโฟกราฟิก และเปิดให้หน่วยบริการและประชาชนทั่วไปร่วมใช้ข้อมูลในระบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา

รูปที่ 10 ระบบ สปสช. แดชบอร์ด (NHSO Dashboard) สำหรับประชาชน



ที่มา: สปสช. (2566)²³

การถ่ายทอดสดการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการที่ สปสช. ให้ความสำคัญในการดำเนินงาน สปสช. ถ่ายทอดสดการประชุมคณะกรรมการบนเว็บไซต์ซึ่งเปิดให้สาธารณชนเข้าชมการดำเนินการและการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ (มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2559 10 กุมภาพันธ์ 2559) การดำเนินการลักษณะนี้ถือเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ติดตามกระบวนการตัดสินใจของ สปสช. และเพื่อให้แน่ใจว่าคณะกรรมการฯ ดำเนินการอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้ นอกจากนี้ สปสช. ยังเผยแพร่วาระการประชุม รายงานการประชุม และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องบนเว็บไซต์ ซึ่งทำให้สาธารณชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและการตัดสินใจของคณะกรรมการได้ นอกจากนี้ ยังแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของ สปสช. ในการดำเนินการอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้ ซึ่งช่วยเพิ่มความไว้วางใจของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพของพวกเขา

รูปที่ 11 การเผยแพร่มติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติบนเว็บไซต์



มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ / วันที่		Search...
วันที่ออก	รายละเอียด	ดาวน์โหลด
21/03/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : รายงานผลการตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของ สปสช. ประจำปี 2565 โดยคณะอนุกรรมการตรวจสอบ ครั้งที่ 2/2566 วันที่ 06 ก.พ. 66 เลขที่ประชุม 6	
21/03/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : การแต่งตั้งอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ครั้งที่ 2/2566 วันที่ 06 ก.พ. 66 เลขที่ประชุม 5	
21/03/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ทบทวนกฎบัตรคณะอนุกรรมการตรวจสอบ ปังประมาณ 2566 ครั้งที่ 2/2566 วันที่ 06 ก.พ. 66 เลขที่ประชุม 4	
21/03/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : รายงานผลการตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของ สปสช. ไตรมาส ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ครั้งที่ 2/2566 วันที่ 06 ก.พ. 66 เลขที่ประชุม 3	
21/03/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ข้อเสนอการปรับแผนการจัดหา ยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 2/2566 วันที่ 06 ก.พ. 66 เลขที่ประชุม 2	
21/03/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565 ครั้งที่ 2/2566 วันที่ 06 ก.พ. 66 เลขที่ประชุม 1	
16/02/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : กรณียุติการประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนปี งบประมาณ 2566 ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 04 ม.ค. 66 เลขที่ประชุม 7	
16/02/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : สรุปผลการศึกษาดูงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและ Long Term Care ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 04 ม.ค. 66 เลขที่ประชุม 6	
16/02/2566	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : สรุปผลการศึกษาดูงานระบบหลักประกันสุขภาพ ณ ประเทศญี่ปุ่น ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 04 ม.ค. 66 เลขที่ประชุม 5	

ที่มา: สปสช. (2566)²⁴

5.4

หลักการตอบสนองที่ทันการณ์ (responsiveness)

การดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความต้องการและลำดับความสำคัญของประชากรไทยที่เปลี่ยนแปลงไป มีการประเมินและปรับนโยบายและโครงการอย่างต่อเนื่องเพื่อจัดการกับความท้าทายด้านสุขภาพและปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ ยกตัวอย่างเช่น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายขอบเขตของบริการสาธารณสุขในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เพิ่มการรักษาและมาตรการป้องกันใหม่ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากร เช่น การจัดการกับการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ การรับมือกับภาวะการสูงวัยของประชากรด้วยการสร้างระบบการดูแลระยะยาว

นอกจากนี้ ยังพบการตอบสนองที่ทันการณ์ต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ที่ทำให้ สปสช. ได้มีโอกาสปรับเปลี่ยนการดำเนินงานอย่างรวดเร็วเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนคนไทยสามารถเข้าถึงบริการตรวจ การรักษา และการฉีดวัคซีนได้อย่างครอบคลุมและทันทั่วถึง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อวิกฤตด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น สปสช. ได้ปรับบทบาทและระบบการทำงานเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดช่วงวิกฤตโควิด-19 โดยมุ่งเน้น 3 แนวทางสำคัญ ได้แก่

1

เพิ่มความรวดเร็วในการทำงาน การจ่ายเงิน ชดเชยและช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 รวมถึง การพัฒนาระบบสายด่วน 1330 เพื่อจับคู่ผู้ ป่วยกับหน่วยบริการ

2

สนับสนุนให้เกิดการปรับการจัดบริการให้ เหมาะสมกับความต้องการผู้ป่วยโควิด-19 เช่น การสนับสนุนการดูแลรักษาที่บ้าน การ จัดส่งยา/อาหาร และการเข้าถึงข้อมูลและ บริการผ่านทางดิจิทัล

3

เน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาค รัฐและเอกชน เพื่อดูแลผู้ติดเชื้ออย่างรอบ ด้านและสื่อสารแนวทางการเข้าถึงบริการให้ กับประชาชนอย่างต่อเนื่องถึงข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างเสรีผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะต่อ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจดังกล่าว

อีกหนึ่งตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือการจัดตั้งกลไกรับเรื่อง ร้องเรียนและข้อเสนอแนะสำหรับประชาชน สปสช. ได้ จัดตั้งกลไกรับเรื่องร้องเรียนและข้อเสนอแนะเพื่อให้ ประชาชนสามารถส่งเรื่องร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับคุณภาพและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข กลไกนี้ได้รับการออกแบบให้เข้าถึงได้ โปร่งใส และตอบ สอนองได้ และเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถส่งข้อร้อง เเรียนหรือข้อเสนอแนะผ่านช่องทางต่างๆ รวมถึงสาย ด่วน อีเมล หรือแบบฟอร์มออนไลน์ สปสช. มีการจัด ตั้งกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในหลากหลายรูปแบบ เช่น ระบบสายด่วน สปสช. 1330 ที่ให้บริการ 24 ชั่วโมง ระบบบริการรับเรื่องร้องทุกข์จากผู้ป่วย ระบบการจ่าย เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจาก บริการสาธารณสุขทั้งในระดับส่วนกลางและระดับเขต พื้นที่ ระบบการปรับปรุงคุณภาพและรับรองมาตรฐาน ของหน่วยบริการ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบ สอนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้บริโภค ภายในระยะเวลาอันสมควร เมื่อได้รับข้อร้องเรียนหรือ ข้อเสนอแนะผ่านช่องทางต่างๆ แล้ว สปสช. จะตรวจสอบและดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหา สปสช. มุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนอย่างทันท่วงทีและ โปร่งใส และแจ้งสถานะเรื่องร้องเรียนให้ประชาชนผู้รับ บริการทราบอย่างสม่ำเสมอ

แจ้งเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์/ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อหน่วยงานเพื่อแจ้งเรื่องการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลาง)

- บริการสายด่วน สปสช. โทร 1330
- Line ID : @nhso หรือคลิก <https://lin.ee/zzn3pU6>
- Facebook : <https://www.facebook.com/NHSO.Thailand>
- e-Mail : 1330@nhso.go.th
- Traffy Fondue : <https://tanding.traffy.in.thkey%3Dzhddalxf/>
- Pantip : ติด Tag สปสช.
- Web board สปสช.



ศูนย์ประสานหลักประกันสุขภาพประชาชน

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต
- หน่วยรับเรื่องร้องเรียน ฯ ตามมาตรา 50(5)
- ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
- กระดานสนทนา (Web Board)

รูปที่ 13 ระบบสายด่วน
สปสช. 1330



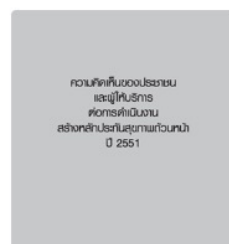
ที่มา: สปสช.²⁶

นอกจากกลไกการร้องเรียนและข้อเสนอแนะแล้ว สปสช. ยังดำเนินการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นประจำ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับคุณภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจากการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลของการสำรวจเหล่านี้ใช้เพื่อแจ้งการพัฒนาการดำเนินการ และเพื่อให้แน่ใจว่าระบบหลักประกันสุขภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นของประชาชน

รูปที่ 14 ผลการสำรวจความคิดเห็นของ ประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคี ที่เกี่ยวข้อง

การสำรวจความคิดเห็น

3136 แชร์ f t



5.5

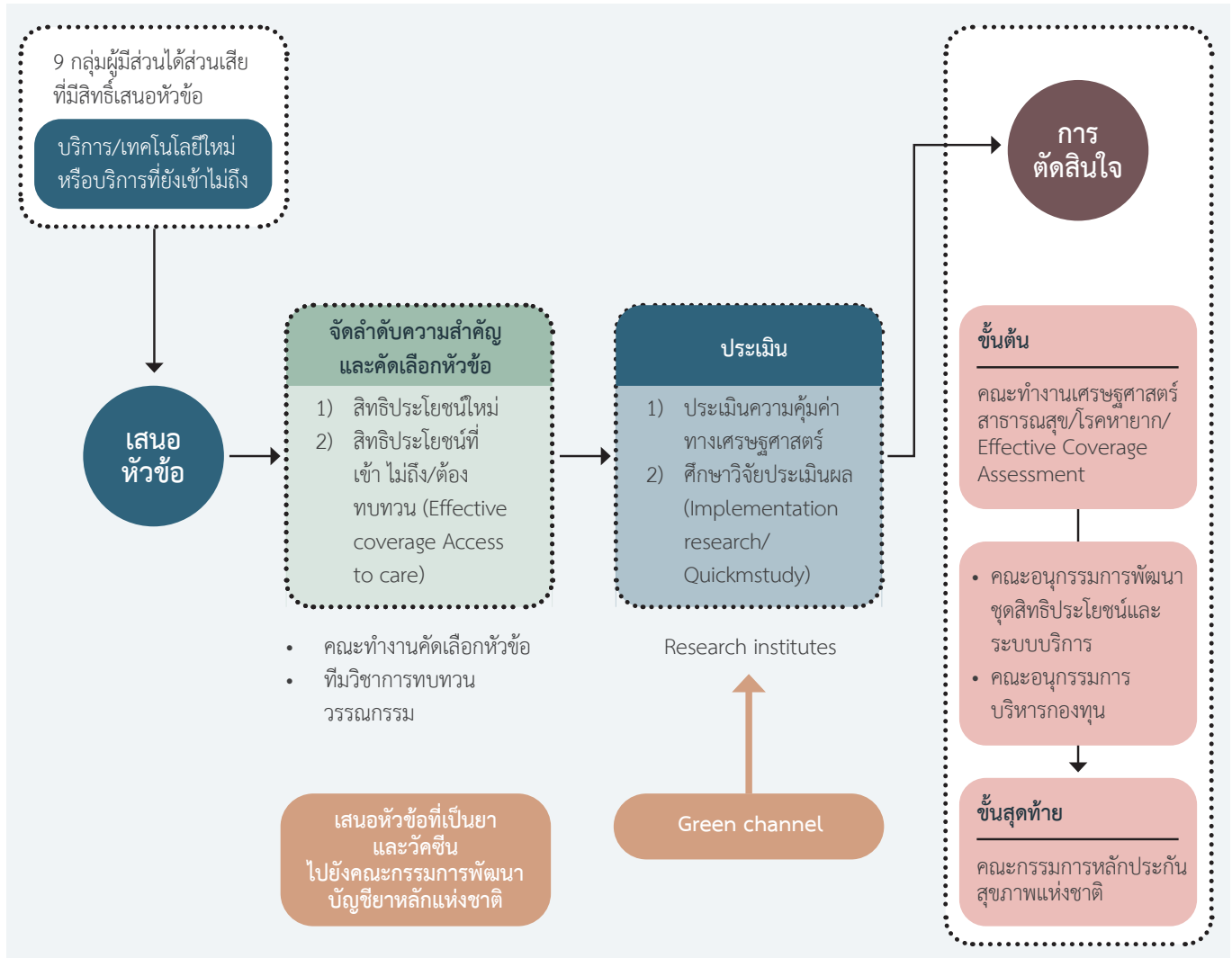
หลักการยึดหลักฉันทมติ (consensus oriented)

การดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการส่งเสริมแนวทางที่มุ่งเน้นฉันทมติ หรือการแสวงหาความเห็นพ้องต้องกันต่อการตัดสินใจ ผ่านการมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ รวมทั้งภาครัฐ ภาควิชาชีพ ภาคประชาสังคม ผู้เชี่ยวชาญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ในกระบวนการตัดสินใจ การยึดหลักการดังกล่าวนี้ช่วยส่งเสริมความเข้าใจร่วมกันระหว่างตัวแสดงต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพพร้อมกัน รวมทั้งเกิดความรับผิดชอบร่วมกันที่เข้มแข็งโดยเฉพาะในการพิจารณาคำของบประมาณภายใต้กลไกคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ก่อนเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลต่อไป

การดำเนินการที่มุ่งเน้นฉันทมติในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือการเปิดพื้นที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในการร่วมพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายด้านสุขภาพเข้ามาร่วมอยู่ในกลไกต่างๆ โดยเฉพาะคณะกรรมการที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบเฉพาะเรื่องตลอดกระบวนการตัดสินใจ เช่น คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการพิจารณากำหนดสิทธิประโยชน์ คณะอนุกรรมการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่กำหนดและกำกับเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ เหล่านี้สามารถทำงานร่วมกันและหารือเกี่ยวกับประเด็นนโยบายที่สำคัญ เพื่อส่งเสริมแนวทางการตัดสินใจที่เน้นฉันทมติหรือความเห็นพ้องในทางออกแห่งปัญหาซึ่งเป็นที่ยอมรับร่วมกัน

ตัวอย่างเช่น สปสช. มีการจัดการปรึกษาหารือกับกลุ่มผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้แน่ใจว่าสิทธิประโยชน์ใหม่ๆ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพื่อดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยที่มีปัญหา กลั้นขับถ่าย นั้นตอบสนองความจำเป็นและความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนี้ สปสช. ยังร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านการแพทย์ในการพัฒนากลไกประกันคุณภาพเพื่อให้มั่นใจว่าการให้บริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้ว สปสช. ยังส่งเสริมแนวทางที่มุ่งเน้นฉันทมติ โดยเน้นที่การตัดสินใจตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สปสช. ใช้ข้อมูลและหลักฐานจากการศึกษาวิจัยหรือการวิเคราะห์ข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างสม่ำเสมอ แนวทางนี้ช่วยให้มั่นใจได้ว่าการตัดสินใจจะขึ้นอยู่กับข้อมูลที่เป็นกลางและเชื่อถือได้ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายอย่างเป็นรูปธรรม

รูปที่ 15 กระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



5.6

หลักความเป็นธรรม (equity and inclusiveness)

โดยหลักการและปรัชญาการดำเนินงานแล้ว ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมด้วยการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและคุณภาพแก่คนไทยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงระดับรายได้ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ หรือสถานะทางสังคมของผู้มีสิทธิ เงื่อนไขดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นผ่านการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่มีมาตรฐานเดียวกันที่ผู้มีสิทธิทุกคน รวมถึงประชากรกลุ่มเปราะบาง ให้สามารถเข้าถึงและใช้บริการได้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีการเก็บเงินค่าธรรมเนียมสำหรับผู้ใช้บริการ หรือการร่วมจ่ายเมื่อเข้ารับบริการ ซึ่งทำให้มั่นใจว่าแม้แต่ประชาชนหรือครัวเรือนที่มีรายได้น้อยก็สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน นอกจากนี้ สปสช. ยังพยายามส่งเสริมการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและลดความแออัดจากการรอคิวเพื่อรับการรักษาในสถานพยาบาล

ตลอดการดำเนินงานกว่า 20 ปีที่ผ่านมา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ส่งเสริมความเป็นธรรมและเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนคนไทยมาโดยตลอด และยังมีการริเริ่มโครงการเฉพาะเพื่อจัดการรับมือกับโรคต่างๆ ที่มีความสำคัญและมีค่าใช้จ่ายสูงในการเข้ารับการรักษาของประชาชน เช่น มะเร็ง เอชไอวี/เอดส์ บริการฟอกไต โครงการเหล่านี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนทุกคน รวมถึงผู้ที่มีความต้องการหรือเงื่อนไขด้านสุขภาพเฉพาะเจาะจง สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ต้องการได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม

5.7

หลักประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (effectiveness and efficiency)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา 2 ทศวรรษ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยได้พิสูจน์ให้เห็นจนเป็นที่ประจักษ์ว่า มีประสิทธิผลในการบรรลุเป้าหมายหลักในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้มีสิทธิ์ตามกฎหมายได้อย่างครอบคลุม และได้ปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการและการจัดสรรทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังได้นำระบบการจ่ายเงินไปยังหน่วยบริการในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลายมาปรับใช้ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการ ทั้งของรัฐและเอกชน ให้บริการการดูแลที่คุ้มค่าและมีคุณภาพสูงแก่ประชาชน มีการนำข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาวิจัยในการประเมินความคุ้มค่าและต้นทุนของยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการพิจารณาและตัดสินใจบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินงานเหล่านี้นำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและยังผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

ตั้งแต่เริ่มดำเนินงานมา สปสช. มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการน้อยกว่าร้อยละ 1 ของเงินกองทุนที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละปีงบประมาณ ด้วยการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน สปสช. จึงได้รับรางวัลทุนหมุนเวียนดีเด่น จากกระทรวงการคลังอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน

นอกจากนี้ สปสช. ยังส่งเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงานด้วยการพัฒนาและนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และจัดการข้อมูลการจัดบริการและธุรกรรม การเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งช่วยทำให้สามารถติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการได้ดียิ่งขึ้น สปสช. ได้ริเริ่มโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจำนวนมาก รวมถึงระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สปสช. ได้นำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มาใช้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและความถูกต้องของบริการด้านการรักษาพยาบาล ระบบนี้ช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและประวัติทางการแพทย์ ลดความเสี่ยงของข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่อาจเกิดขึ้น และปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงระบบการพิสูจน์ตัวตนในการเข้ารับบริการ (authentication) ระบบการเบิกจ่ายทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronic claim) ระบบการตรวจสอบโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI audit) ระบบวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่และการแสดงผลหรือการค้นข้อมูลให้ผู้ใช้ประโยชน์ (big data and visualization) เป็นต้น

5.8

หลักความรับผิดชอบตามหน้าที่ (accountability)

การอภิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบตามหน้าที่ โดยมีการแบ่งและจัดวางโครงสร้างองค์กร บทบาท และความรับผิดชอบที่ชัดเจน ในขณะที่ สปสช. มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินนโยบายโดยรวมและการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง หน่วยบริการมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ สปสช. จัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการจัดบริการของหน่วยบริการ มีการประเมินผลเป็นประจำเพื่อให้แน่ใจว่าการจัดบริการสาธารณสุขเป็นไปตามเป้าหมายและปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเหมาะสมในขณะเดียวกัน สปสช. จะได้รับการประเมินและตรวจ

สอบจากกลไกการตรวจสอบที่เป็นอิสระซึ่งกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ คณะอนุกรรมการตรวจสอบ และหน่วยงานภายนอกอย่างสม่ำเสมอ เช่น สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) คณะกรรมการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ปปช.) เพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินงานของ สปสช. ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบเงินงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่ของประเทศ เป็นไปตามกฎระเบียบทางการเงินการคลังและคงไว้ซึ่งความซื่อสัตย์ในระดับสูง

6

บทสรุป

กล่าวโดยสรุป การอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในประเทศไทยประสบความสำเร็จในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา รูปแบบ “การอภิบาลอย่างมีส่วนร่วมแบบผสมผสาน” (hybrid participatory governance) ซึ่งประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารจัดการแบบลำดับชั้น เครือข่าย และตลาด ได้อย่างกลมกลืนผ่านการปรับปรุงโครงสร้าง ยุทธศาสตร์ และวิธีการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติงานอย่าง สปสช. ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ทำให้ประชาชนคนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

แม้การอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีจุดเด่นอยู่มาก แต่ก็มีความท้าทายที่ยังต้องให้ความสำคัญ หนึ่งในความท้าทายที่สำคัญคือ แรงกดดันจากภาคการเมืองและการถ่วงดุลอำนาจในองค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมักมีผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความท้าทายอีกประการหนึ่งคือการประสานบทบาทความสัมพันธ์ระหว่าง “ผู้สนับสนุนงบประมาณ” และ “ผู้ให้บริการ” เพื่อให้แน่ใจว่าการส่งมอบบริการสาธารณสุขดำเนินไปอย่างราบรื่นและไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างกัน นอกจากนี้ ยังมีความจำเป็นในการจัดการกับค่าใช้จ่ายและงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ดี ความท้าทายเหล่านี้สามารถทำให้บรรเทาลงได้ด้วยการอภิบาลอย่างมีส่วนร่วมแบบผสมผสาน ดังที่ สปสช. สามารถดำเนินการและปรับตัวมาตลอดกว่า 20 ปีที่ผ่านมา สปสช. ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างโครงสร้างและกลไกการกำกับดูแลให้มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ เข้ามาร่วมอยู่ในกระบวนการตัดสินใจ เงื่อนไขสำคัญตามหลักธรรมาภิบาลเหล่านี้จะช่วยดำรงความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปเพื่อสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพสำหรับคนไทยทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. Pierre, Jon, and B. Guy Peters. Governance, Politics, and the State. Political Analysis. New York: St. Martin's Press, 2000.
2. Bevir, Mark, ed. The SAGE Handbook of Governance. Los Angeles, Calif.: SAGE, 2013.
3. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... นนทบุรี, 2544.
4. Baker, Christopher John, and Pasuk Phongpaichit. A History of Thailand. New York: Cambridge University Press, 2005.
5. วิชัย โชควิวัฒน์. สัมภาษณ์ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์, 2560.
6. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. สัมภาษณ์ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2560.
7. วินัย สวัสดิ์วร. สัมภาษณ์ นพ.วินัย สวัสดิ์วร, 2560.
8. Patcharanarumol, Walaiporn, Warisa Panichkriangkrai, Angkana Sommanuttaweethai, Kara Hanson, Yaowaluk Wanwong, and Viroj Tangcharoensathien. "Strategic Purchasing and Health System Efficiency: A Comparison of Two Financing Schemes in Thailand." PLoS ONE 13, no. 4 (April 2, 2018). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195179>.
9. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. สัมภาษณ์ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2560.
10. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สัมภาษณ์ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2560.
11. Satchanawakul, Napaphat. "The Politics of Change in Thailand's Health System." PhD Thesis, King's College London, 2020. <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.806792>.
12. สารี อ่องสมหวัง. สัมภาษณ์ สารี อ่องสมหวัง, 2560.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแบ่งส่วนงานภายในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565 (2565).
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. "โครงสร้างองค์กร," 2566. <https://www.nhso.go.th/page/organization>.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแบ่งส่วนงานภายในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565 (2565).
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. "สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ," 2566. <https://www.nhso.go.th/>.

17. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP). “What Is Good Governance?,” 2009. <https://www.unescap.org/sites/default/files/good-governance.pdf>.
18. รัฐสภา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542, Pub. L. No. ปีที่ 116, ตอนที่ 63 ง (2542). <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/234833>.
19. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” 7 มีนาคม 2559. https://www.nhso.go.th/board_resolution/926.
20. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “รับฟังความคิดเห็น 18 ปี หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย.” คณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564. https://media.nhso.go.th/assets/portals/1/ebookcategory/164_nhso_public_hearing_2021/nhso_public_hearing_2021.
21. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “ระบบรับฟังความคิดเห็น (Hearing Online),” 2566. <https://hearing.nhso.go.th/>.
22. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,” 2566. <https://www.nhso.go.th/>.
23. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “ระบบสารสนเทศการสร้างหลักประกันสุขภาพ (สำหรับประชาชน),” 2566, <https://medata.nhso.go.th/appcenter/people/index>.
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,” 2566, https://www.nhso.go.th/board_resolution.
25. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “ช่องทางแจ้งเรื่องร้องเรียน,” 2566, https://www.nhso.go.th/page/reporting_complaints.
26. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “สายด่วน สปสช. โทร. 1330,” 2566, <https://www.nhso.go.th/page/hotline1330>.
27. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “การสำรวจความคิดเห็น,” 2566, https://www.nhso.go.th/page/enactment_servay_results.
28. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2565,” 2566, <https://www.nhso.go.th/storage/downloads/>

ก

กฎหมาย, 5, 10, 28-30, 39, 46, 55, 57, 69
กระทรวง, 6, 17, 20-22, 29-31, 35-37, 51, 69
กระบวนการ, 12-14, 17, 24-25, 29, 35-36, 42-43, 46-47, 49-50, 57-58, 65, 67, 73
กลไก, 8, 11-14, 17, 19-20, 22-23, 25-236, 32, 34, 36, 42-43, 45-46, 50-52, 54, 61, 63, 65-66, 71, 73
กองทุน, 38-39, 43, 51, 54-55, 65, 67, 69
การดำเนินงาน, 10-11, 17, 20, 23-24, 26-27, 29, 34, 37, 43, 49-50, 52, 55-56, 58, 60, 63, 65, 68, 71, 73
การมีส่วนร่วม, 49
การออกแบบ, 15, 17, 23, 29, 32, 45, 61, 68

ข

ข้อมูล, 35, 79

ค

คณะกรรมการ, 5-6, 30-31, 33, 67
ความคิดเห็น, 35
คณะทำงาน, 67
ความเป็นธรรม, 68
ความโปร่งใส, 45, 56
ความรับผิดชอบ, 45, 71
คุณภาพ, 33, 37, 39, 42
คุ้มครอง, 25, 34, 38-39, 42-43, 46, 61
เครือข่าย, 28, 35
โครงสร้าง, 11, 13-14, 17, 19, 29, 36, 38-40, 42-43, 50, 71, 73

ง

งบประมาณ, 4, 8, 11, 17, 20, 23, 27, 29-30, 32, 36, 39-40, 54-56, 65, 69, 71, 73

เงื่อนไข, 5-7, 13, 15, 19, 42-43, 51, 68, 73

ฉ

ฉันทมติ, 65

ช

ชุมชน, 12, 15, 22, 35, 50

ต

ตรวจสอบ, 8, 15, 24, 26-27, 32, 35, 39, 42-43, 49, 56, 58, 61, 69-71, 73

ตลาด, 8, 13-14, 19-20, 22-23, 27, 29, 45, 50, 73

ตัดสินใจ, 35, 49

ถ

ถ่วงดุล, 32, 73

ท

ทรัพยากร, 3, 14, 19, 24, 26, 34-35, 39, 47, 50, 69, 73

ท้องถิ่น, 5-6, 12, 16, 30-31, 34, 38-39, 50, 54, 65

เทคโนโลยี, 3, 24, 29, 35, 39, 67, 69-70

ธ

ธรรมาภิบาล, 9, 44-49, 73

น

นโยบาย, 9-10, 13, 15, 17, 22-23, 26, 29-30, 35-39, 45, 50, 55-56, 60, 65-66, 71, 73

แนวทาง, 15, 20, 24, 26, 30, 35, 51, 55, 60-61, 65-66, 71, 73

บ

บริการ, 20, 22, 24-25, 35, 38-39

ป

ปฏิรูป, 11, 17, 19, 29, 36

ประเมิน, 26, 38, 45

ประชากร, 11, 17, 20, 34, 60, 68

ประชาชน, 13, 15-20, 25, 27-29, 32, 34-35, 39, 42-43, 45-46, 50, 52, 54-58, 60-66, 68-69, 71, 73

ประสิทธิภาพ, 14, 45, 69

ผ

ผู้บริโภค, 25, 27, 34, 50, 61

ผู้ป่วย, 25, 49

พ

พระราชบัญญัติ, 4-7, 10-11, 16, 19, 21, 30, 32, 37, 55, 71

พื้นที่, 6, 8, 17, 19, 20, 34, 36, 38, 40-42, 46, 50, 54, 61, 65

ภ

ภาคประชาสังคม, 49-50, 63

ภารกิจ, 38, 44, 49

ม

มติ, 58, 59

มาตรฐาน, 5-6, 8, 22, 24, 27, 29, 33-34, 37, 42-43, 50, 52, 55, 61, 65, 68, 71

ร

ระเบียบ, 14, 28, 46, 55, 57

ระบบ, 2-4, 6, 8-11, 14, 16-27, 29-30, 32-37, 40, 42-44, 49-50, 52-53, 55-58, 60-61, 63, 65, 67, 71, 73

รัฐ, 6, 19, 22, 45

รัฐบาล, 10, 12, 19, 37, 65

รายงาน, 26, 37, 45, 56-58

ค

ศึกษาวิจัย, 35, 66-67, 69

เศรษฐกิจ, 12-13, 19, 45-56, 49

ส

สถานการณ์, 11, 13, 38, 60

สถานพยาบาล, 2, 4, 22, 24, 29, 57, 68

สถาบัน, 35, 46-47

สวัสดิการ, 17

สหประชาชาติ, 13, 46

สัญญา, 14, 22

สาธารณสุข, 17, 20-22, 26-27, 29-31, 33-37, 40, 50-52, 54-55, 60-61, 65, 71, 73

สายด่วน, 25, 61-63

สำนักงาน, 3, 6, 11, 16-17, 22, 25, 29, 36-43, 51, 57, 62, 71, 73

สิทธิ, 35, 38, 62

สุขภาพ, 3-11, 13, 16-27, 29-44, 49-52, 54-60, 62-63, 65, 67-69, 71, 73

ห

หน่วยงาน, 35, 45, 62

หลักเกณฑ์, 5, 7, 21, 24, 42-43, 49, 51, 55, 65

หลักประกัน, 3, 5-11, 16-26, 29-44, 49-52, 54-60, 62-63, 65-69, 71, 73

อ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 5-6, 16, 30-31, 34, 50, 54, 65

องค์กรประกอบ, 12, 30-31, 34, 48, 51, 73

อภิบาล, 12, 16, 18-19, 28, 34, 36, 45, 50

ออกแบบ, 15, 17, 23, 29, 32, 45, 49, 51, 61, 68

อำนาจ, 12, 14, 21-23, 29-30, 32, 34, 36, 45, 50, 73

เอกชน, 4-6, 21-24, 27-28, 30-33, 47, 61, 65, 69

การอภิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย

โครงการสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฉบับภาษาอังกฤษ / ภาษาไทย

ผู้แต่ง ฌปภัช สัจจนกุล และ ณัฐนี สัจจนกุล

ปีที่พิมพ์ 2566

พิมพ์ครั้งที่ 1 e-book

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ฌปภัช สัจจนกุล.

การอภิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย โครงการสังเคราะห์
ข้อมูลการดำเนินงานสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับภาษา
อังกฤษ / ภาษาไทย.— กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566.
51 หน้า.

1. ประกันสุขภาพ. I. ณัฐนี สัจจนกุล, ผู้แต่งร่วม. II. ชื่อเรื่อง.

368.382

ISBN 978-616-490-099-8

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

Website: www.nhso.go.th

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี

นางวรารักษ์ สุวรรณเวลา

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร

เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัทธนกุล

ผู้แต่ง

ดร. ณปภัช สัจจนกุล

ดร. ณัฐนี สัจจนกุล

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ

นางประทีป นัยนา

นางสาวปาณฉัตร ทิพย์สุข

