



การฝึกอบรม

หลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน
(ครั้งที่ 2)

What does universal health coverage mean?

Equity in Access to care

Quality

Financial Risk Protection

- Universal Health Coverage (UHC) means everyone can access the quality health services they need without financial hardship.

HEALTHY THINKING The Strategic **CFO**
THE STRATEGIC CFO AS CHANGE AGENT

วันที่ 24-26 กรกฎาคม 2561

ณ ห้องประชุม Cosmos ชั้น 4

โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัน แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี



Universal หมายถึง “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

แปลว่า

สังคมโดยทั่วๆ ไป จะพบปัญหาเรื่องของความเหลื่อมล้ำ
ดังนั้นจะทำอย่างไรที่จะทำให้สังคมเป็น
แบบ *Universal* โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดย *Universal*
รวมถึงกลุ่มคนพิการด้วย

นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ

รองเลขาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

วันที่ 24 กรกฎาคม 2561

- ▶ UHC Global Trend 5
โดย นพ.ภูษิต ประคองสาย
- ▶ ระบบการตรวจสอบ (Audit System workshop) 15
โดย พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ ผู้อำนวยการอาวุโสประธานกลุ่มภารกิจบริหารกองทุน

วันที่ 25 กรกฎาคม 2561

- ▶ การซื้อบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ workshop 36
โดย นพ.การุณย์ คุณศิริานนท์ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ▶ ถอดบทเรียน การบริหารเงินกองทุน เพื่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 56
โดย ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช อธิบดีรองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 26 กรกฎาคม 2561

- ▶ ระบบบัญชีขั้นพื้นฐาน 74
โดย อ.สุทธิรา ตั้งเพียรพันธ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนักตรวจสอบ
- ▶ หลักการด้านการเงิน และระบบการเงินการคลังสุขภาพ 82
โดย อ.นิรมล เห็นประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักการเงินและบัญชีกองทุน
- ▶ การตรวจสอบและความสำคัญในการกำกับติดตามการบริหารจัดการ การเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพ workshop 88
โดย อ.สมเกียรติ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์ ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบ

ภาคผนวก

กำหนดการการฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 2)
วันที่ 24-26 กรกฎาคม 2561 ณ ห้อง Cosmos ชั้น 4
โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 2)
วันที่ 24 กรกฎาคม 2561

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 2)

วันที่ 24-26 กรกฎาคม 2561

ณ ห้อง Cosmos ชั้น 4

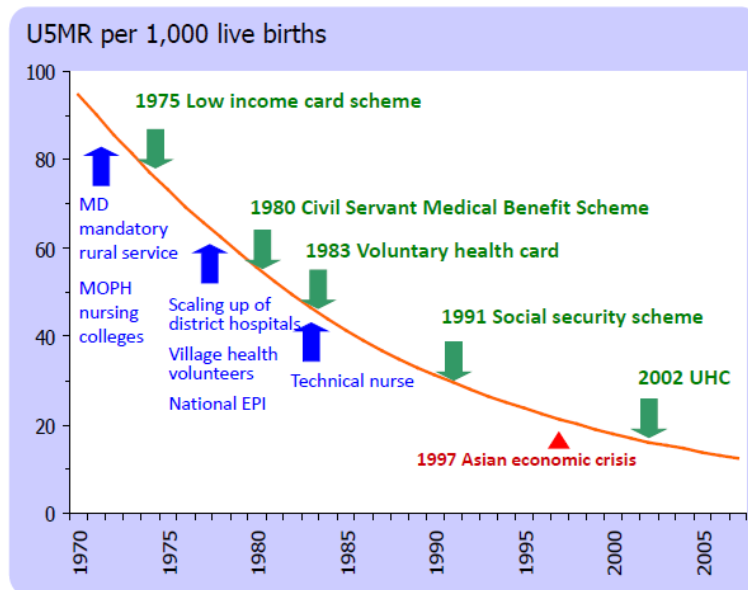
โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

วันที่ 24 กรกฎาคม 2561

บททวนการเรียนรู้จากการอบรมครั้งที่ 1 (Wrap up)

โดยตัวแทนจากกลุ่มที่ 2 นำเสนอในหัวข้อ Thailand Universal Health Coverage สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

- 1) Global level : UHC movements on UHC and the situation
สถานการณ์ระบบสุขภาพถ้วนหน้าของโลก แต่ละปีมีสถานการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง
- 2) Thailand : Health system development , UHC and UC Scheme
การพัฒนาระบบสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เป็นการพัฒนาแบบคู่ขนานระหว่างระบบสุขภาพ กับ financial protection โดยระบบสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาพยาบาลที่จำเป็น เช่น อสม., EPI, การมีพยาบาลเทคนิค เป็นต้น



Source: Patcharanarumol W et al. Good Health at Low Cost 2011

ปี 1997 เกิดวิกฤติเศรษฐกิจต้มยำกุ้งซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ financial ช่วงนั้นมีบัตรผู้มีรายได้น้อย (บัตร สปร. : บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) สวัสดิการข้าราชการ บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และประกันสังคม แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด

จนกระทั่งในปี 2002 เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติขึ้น ซึ่งเป็นการตัดสินใจทางการเมืองโดยใช้ภาษีของประชาชน ถือว่าเกิดขึ้นในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจเป็นการพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส เพราะเป็นช่วงที่ประเทศเศรษฐกิจไม่ดีแต่ต้องทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น

ซึ่งก่อนที่จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ มี สปร., ประกันสุขภาพสมัครใจ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล, บัตรสวัสดิการข้าราชการมีกระทรวงการคลังเป็นผู้ดูแล และประกันสังคม มีกระทรวงแรงงานเป็นผู้ดูแล สำหรับคนที่ไม่ได้ประกันใดๆ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ดูแลแต่ประชาชนต้องจ่ายเงินเอง

หลักจาก ปี 2002 มี พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติเกิดขึ้น จึงเกิดระบบกองทุนใหญ่ๆ ของการรักษาพยาบาล 3 กองทุน คือ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อดีของประเทศไทย คือ มีภาครัฐมากกว่าภาคเอกชน (ภาครัฐ 75% เอกชน 25%) ความแตกต่างระหว่าง 3 กองทุน ได้แก่ งบประมาณที่เป็นแบบปลายเปิด-ปลายปิด การชำระเงินเป็นแบบ OP IP และรายจ่าย ถึงแม้ว่า 3 กองทุนจะไม่สามารถยุบรวมกันได้ แต่มีบางอย่างที่ต้องจัดการให้เหมือนกัน คือ efficiency & equity

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ กรอบกฎหมาย องค์กร และความรับผิดชอบ ทรัพยากร การสื่อสาร และการตรวจสอบการบัญชี ซึ่ง Strategic purchaser จะต้องเดินทางสายกลาง เนื่องจาก สปสช. เป็น learning organization หมายถึง เป็นองค์กรที่เรียนรู้จากการปฏิบัติ ส่วนเรื่องของทรัพยากรนั้น สปสช. มีเลขาธิการฯ เป็นผู้ขับเคลื่อนตามทิศทางของผู้บริหาร ในการบริหารงานหลักประกันสุขภาพ และผู้ปฏิบัติงานมีสมรรถนะที่สามารถทำงานได้ การสื่อสารมีทั้งคนนอกและคนใน ดังนั้นต้อง balance ให้ดี สำหรับการตรวจสอบมี Audit จากภายนอกซึ่งเป็นการยืนยันการทำงานเป็นกลาง

3) What's next

สำหรับก้าวต่อไปที่จะต้องปรับปรุง คือ 1) เป้าหมายจะต้องมีประสิทธิภาพโดยให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วม 2) โครงสร้างและการบริหารจัดการทั้ง 3 ระบบต้องมีการปฏิรูปและสามารถทำได้ทั้งทางกฎหมายและการเมือง มีกลไกความโปร่งใสและความรับผิดชอบร่วมกัน 3) ศักยภาพของหน่วยงานในการบริการจัดการ 3 กองทุน จำนวนบุคลากรที่เพียงพอ มีทักษะในการจัดบริการด้านสุขภาพ รู้ในเรื่องการเงินด้านสุขภาพ สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ต้องพัฒนาให้มีความแข็งแกร่งมากขึ้น

กลุ่ม 1

สิ่งที่ CFO ควรมี คือ มนุษย์สัมพันธ์ที่ดี มีทักษะการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เข้าใจบริบทโดยรอบ ค้นหาตัวตนของตนเองให้ได้ อย่าพูดแต่ปัญหาแต่ควรหาข้อเสนอในการแก้ปัญหานั้นๆ ด้วย ควรติดตามสถานการณ์เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เข้าใจหลักการพื้นฐานของ UHC ต้องแม่นยำ สิ่งที่สำคัญที่สุดอยู่ที่ตัวเรานั้น คือความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบ

หัวข้อ	UHC in Global Trend อนาคตการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยและประชาคมโลก
วิทยากร	นพ.ภูษิต ประคองสาย Senior Advisor on Health Promotion, Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health, Thailand
วัตถุประสงค์	เพื่อเข้าใจความก้าวหน้าและแนวโน้มการบริหารงาน UHC ในยุคต่อไป
เวลา	09.25 – 12.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยาย รูปแบบการจัดห้องแบบ Classroom



สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน้ตบุ๊ก
- กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเมจิก

กระบวนการและเนื้อหา

สำหรับหัวข้อการบรรยายเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะสิ่งที่เป็น Global Trend ซึ่งเป็นแนวโน้มของระบบโลกทั้งหมด สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้

- มีจำนวนประชากร 69.2 ล้านคน (2018) ไม่รวมคนต่างด้าว คนไร้สัญชาติ

คำถาม ประเทศไทยมีประชากรที่เข้าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 99.9% อีก 1 % เป็นคนไร้บ้าน คนที่ไม่มีบัตร ในฐานะที่ทำงาน สปสช. นั้น มีบทบาทหน้าที่สร้างการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพนั้นจะทำอย่างไรกับกลุ่มคนที่ตกสำรวจเหล่านี้ได้รับการความคุ้มครองด้านสุขภาพ

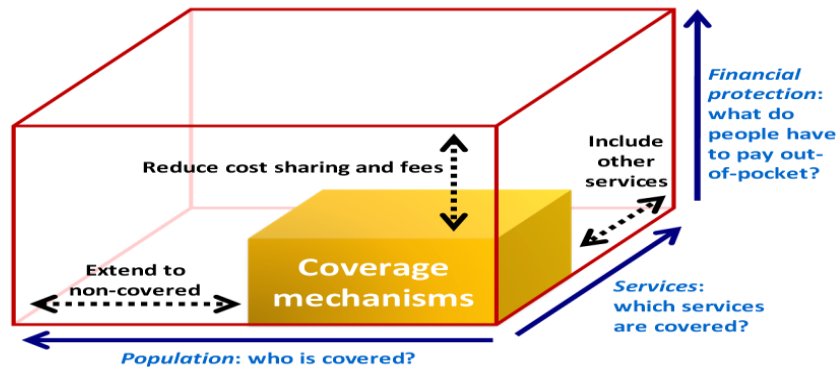
- GDP รายได้ต่อหัว 5,907.91 (2516) ประมาณ 2 แสนบาท/หัวประชากร/ปี ค่า GDP มีความสำคัญเนื่องจากเป็นตัวเลขที่บอกฐานะของประเทศ

- Gini coeff ค่าความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างรายได้คนจนกับคนรวย ค่าเฉลี่ย Gini coeff ของประเทศไทย 0.378 (2013) อยู่ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ
- Fiscal Space ความสามารถในการเงินการคลังการบริหารประเทศเป็นอย่างไร ซึ่ง GGHE คือเงินที่รัฐบาลใช้จ่ายด้านสุขภาพ 16.6% (2015)
- Total Health Expenditure ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 256 US/หัว, 3.9 % GDP ประมาณ 8,500 บาท เป็นงบประมาณของ สปสช. 3,200 บาท อีก 5,000 บาท มาจากสิทธิราชการ ประกันสังคม และบริษัทเอกชน (ประกันชีวิต)

คำถาม ในเมื่อมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ทำไมประชาชนจึงต้องไปจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ที่เป็นเช่นนั้นเพราะประชาชนไม่รู้ถึงสิทธิของตนเอง บางส่วนต้องการซื้อความสะดวก สิทธิ 30 บาท คนใช้บริการมีมากขึ้นตอนยุ่งยาก ระบบบริการไม่ดี รวมถึงความไม่เชื่อมั่นของระบบบริการ 30 บาท ฉะนั้นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ คือ การมีระบบบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- ความหนาแน่นของจำนวนบุคลากร (แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์) 24.7/10,000 ประชากร
- สถานะทางด้านสุขภาพ อายุเฉลี่ยผู้ชาย 72 ปี ผู้หญิง 78 ปี ซึ่งผู้หญิงจะมีอายุยืนกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้ชายมีความเสี่ยงมากกว่า อายุค่าเฉลี่ยเป็นตัวบ่งบอกระบบสุขภาพของประเทศว่าเป็นอย่างไร อัตราเจริญพันธุ์ 1.5 (2015) หากประเทศที่มีค่าอัตราเจริญพันธุ์ >1 คือ การเกิดไม่อาจทดแทนการตายได้ ทำให้จำนวนประชากรลดน้อยลง ตัวอย่างเช่น ญี่ปุ่นอีก 5-10 ปีข้างหน้า ประชากรจะลดลงเนื่องจากอัตราการเกิดน้อยกว่าการตาย ทำให้ไม่สามารถทดแทนอัตราการตายได้ โครงสร้างประชากรเปลี่ยน, อายุเด็กตายก่อน 5 ปี 12.2 (2016) และอัตราการตายของแม่ 20 (2015)
- ANC & hospital delivery การฝากครรภ์มี 99% เป็นตัวสะท้อนระบบการบริการด้านสุขภาพ
- Sustainable Development Goals (SDGs) 2016 – 2030 การพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นวาระการพัฒนาของประเทศสมาชิก มี 17 เป้าหมาย ครอบคลุมเรื่องการลดความยากจนเป็นต้น สำหรับสุขภาพอยู่ใน Goal ที่ 3 คือ Good Health and well-being มี 13 Target ที่สำคัญ ได้แก่ การลดอัตราการตายของแม่ลดอัตราการตายของเด็ก ลด NCD โดยเฉพาะ Target 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เห็นว่าการทำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีความสำคัญ

Towards universal coverage



ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเปรียบเสมือนลูกบาศก์ ที่ประกอบด้วย 3 แกนสำคัญ คือ แกน X ความครอบคลุมประชากร แต่แต่ละประเทศจะเติบโตไม่เท่ากัน แกน Y การออกเงินด้วยตัวของประชาชนเอง ในประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพประชาชนจะต้องมีค่าใช้จ่ายเองน้อยที่สุด แกน Z บริการอะไรบ้างที่ครอบคลุมอยู่ในสิทธิประโยชน์

คำถาม การมีหลักประกันสุขภาพทำให้คนไทยละเลยการรักษาสุขภาพหรือไม่

- จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2010 พบว่า ประชากรโลก 7,000 ล้านคน มีประมาณ 1 ใน 7 ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้ และมีประมาณ 150 ล้านครัวเรือน ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลจนเกิดการล้มละลาย ตกอยู่ใต้เส้นความยากจน

- จากกราฟของ WHO ทำการศึกษาข้อมูลจาก 89 ประเทศทั่วโลก โดยให้แกน X คือ Out-of-pocket payment แกน Y คือ เปอร์เซ็นต์ของครัวเรือน พบว่าประเทศที่มีสัดส่วนของการจ่ายเงินจากกระเป๋าของประชากรสูง มีความสัมพันธ์ของ % ของครัวเรือนที่ยากจนจากค่ารักษาพยาบาล ประเทศใดที่มีค่าใช้จ่ายเงินจากกระเป๋าของประชาชนต่ำกว่า 20% มีจำนวนครัวเรือนที่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลน้อยลง จึงเป็นเหตุผลที่ WHO พยายามต้องทำให้ทุกประเทศมีสัดส่วนของรายจ่ายเงินที่ออกจากกระเป๋าของประชาชนต่ำกว่า 20% ให้ได้

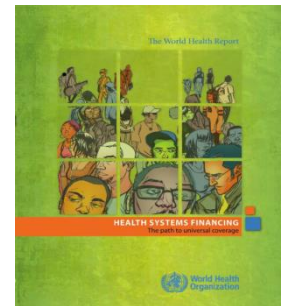
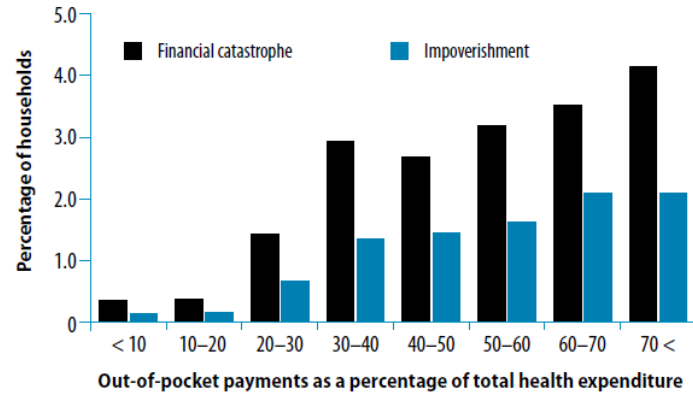


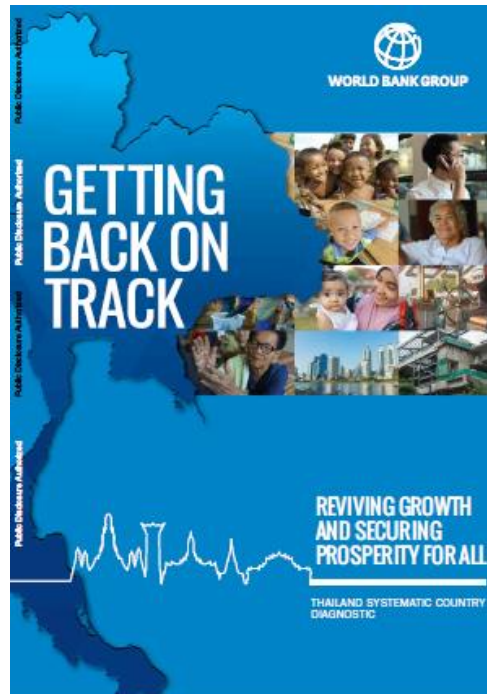
Fig. 3.2. The effect of out-of-pocket spending on financial catastrophe and impoverishment

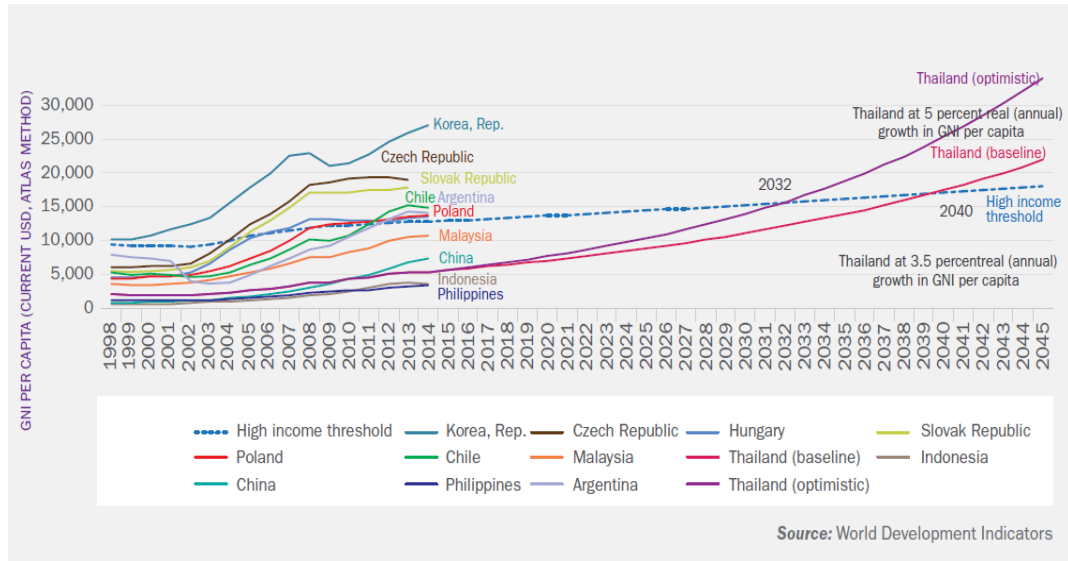


Source (7).

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยแคบลง และประเทศที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้ช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนกว้าง นี่จึงเป็นอีกเหตุผลที่จำเป็นต้องให้ประเทศมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะทำให้ความแตกต่างระหว่างคนรวยกับคนจนลดลง นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังมีหน้าที่ติดตามความคืบหน้าของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วโลก เพื่อให้แต่ละประเทศเห็นถึงความสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกด้วย

จากรายงานของ ADB ถึงแม้ประเทศไทยมีอัตราการเติบโตด้านเศรษฐกิจ 3-4 % ของ GDP แต่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้คนยากจนได้รับประโยชน์





จากกราฟเป็นการทำนายอัตราการการเติบโตทางเศรษฐกิจ เส้นสีแดง คือ อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย หากปี 2040 อยู่ที่ 3.5 ประเทศไทยจะเป็น High Income threshold

ต่อมา นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย ตั้งโจทย์คำถามสำหรับ group work แบ่งกลุ่มตอบคำถาม กลุ่มละ 1 ข้อ สรุปได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประเด็น population coverage สปสช. ควรขยายความครอบคลุมให้กับคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ (stateless pop) และแรงงานต่างด้าวหรือไม่ อย่างไร

ควรขยายความครอบคลุมให้กับคนไร้รัฐ หรือ คนไร้สัญชาติ และแรงงานต่างด้าว ทั้งนี้ควรทำเป็น ยุทธศาสตร์ของ สปสช. ในเรื่องของการดูแลระบบ สุขภาพคนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทยซึ่งควรเป็น ระบบเดียวกัน โดยจำแนกข้อดีข้อเสียได้ ดังนี้



หัวข้อ	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อคิดเห็น
คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ (stateless pop)	- เป็นการดูแลระบบ สุขภาพคนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย - สปสช. มี ประสบการณ์ในการ บริหารกองทุนและ	- งบประมาณ และทรัพยากร ด้านการ ให้บริการไม่ เพียงพอ - ส่งผลต่อความ มั่นคงของ	สปสช. มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย แต่การบริหารจัดการคนไร้รัฐ คนไร้สัญชาติ อาจต้องมีการประสานร่วมกับ กระทรวงมหาดไทย เพื่อพิสูจน์สิทธิก่อน จึงจำเป็นต้อง เข้าสู่ระบบของ สปสช. โดยปริยาย

หัวข้อ	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อคิดเห็น
	การดูแลให้เป็นระบบหรือมาตรฐานเดียวกัน - สามารถควบคุมเรื่องโรคติดต่อได้	ประเทศ เนื่องจากอาจมีการลักลอบเข้าประเทศ	
กลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มคนไร้บ้าน คนเร่ร่อน ผู้ที่อยู่ในเรือนจำ	ช่วยให้คนไทยเข้าถึงสิทธิ		เป็นกลุ่มที่ต้องค้นหาให้เกิดการเข้าถึงบริการ กล่าวคือ กลุ่มคนไร้บ้าน คนเร่ร่อน มีบัตรประชาชนแต่ไม่กล้ามาใช้บริการ
แรงงานต่างด้าว	เป็นการดูแลระบบสุขภาพคนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย - สามารถควบคุมเรื่องโรคติดต่อได้	- งบประมาณและทรัพยากรด้านการให้บริการไม่เพียงพอ - อาจมีการลักลอบเข้ามาทำงานในประเทศเพื่อใช้สิทธิสุขภาพ - Service ที่ให้บริการมากกว่างบร่วมจ่าย	กรณีแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศและได้รับการจดทะเบียนนายจ้างแล้ว นายจ้างต้องช่วยให้เกิดการร่วมจ่าย กรณีต้องการการรักษาในประเทศไทยซึ่งปัจจุบันการร่วมจ่ายอยู่ที่ 2,100 บาท ซึ่งน้อยกว่างบประมาณต่อหัวประชากรของไทย ซึ่งงบประมาณที่จ่ายให้ไม่เพียงพอ ควรมีการคุยกันถึงเรื่องค่าใช้จ่ายว่า บริการที่ประชาชนเข้ามาใช้บริการมีจำนวนเท่าไร และเงินที่ได้รับมา ควรมีการระบุในหน่วยบริการประจำว่า แรงงานต่างด้าวควรมารับบริการที่ใด เงินจะได้ให้ CUP นั้นๆ และการส่งต่อควรใช้ระบบเดียวกับ UC

กล่าวโดยสรุป ควรดึงเข้ามาอยู่ในระบบเดียวกัน แต่การประสานติดต่อต้องให้หน่วยงานอื่นที่รับผิดชอบโดยตรงเข้ามามีส่วนร่วม

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากอาจารย์และผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มอื่น

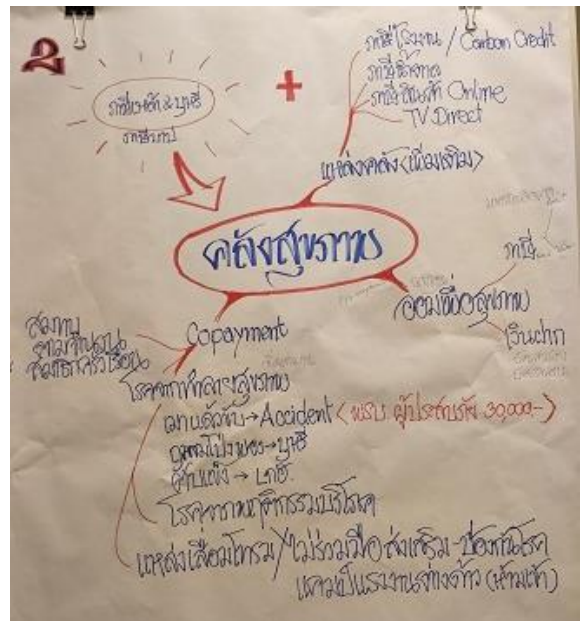
- พ.ศ. 2560 มีนักท่องเที่ยวเข้ามาในประเทศประมาณ 45 ล้านคน ซึ่งรายได้จากการท่องเที่ยวเป็นรายได้หลักของประเทศ คำถามชวนคิด คือ กรณีนักท่องเที่ยวควรมีประกันด้วยหรือไม่
- การดูแลระบบสุขภาพของ คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ และแรงงานต่างด้าว อาจไม่ใช่บทบาทของ สปสช. ก็ได้ กล่าวคือ ใครทำก็ได้ แต่ระบบต้องเชื่อมโยงกัน อย่าให้มีหลายมาตรฐาน เพราะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วย

กลุ่มที่ 2 นอกจากการใช้ภาษีทั่วไป (general taxation) เราควรมีแหล่งการคลังสุขภาพอื่นๆ เพิ่มขึ้นหรือไม่ โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง co-payment



ควรมีแหล่งการคลังสุขภาพอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น

- แหล่งภาษี เช่น ภาษีจากสิ่งบั่นทอนสุขภาพ ภาษีบาป ภาษีเหล้า ภาษีโรงงาน ภาษีน้ำตาล ภาษีสินค้า online, TV direct sale
- ตั้งกองทุนการออมเพื่อดูแลสุขภาพในยามชรา คนที่ดูแลสุขภาพดีไม่ป่วย สามารถลดหย่อนภาษีได้ ภาษีป่วยสำหรับคนทั่วไป มีเงินฝาก มีบัตรคนรวย บัตรคนจน
- Co-payment เช่น
 - ลดภาระจากโรคที่ทำลายสุขภาพ ไม่ส่งเสริมสินค้าที่ทำลายสุขภาพ
 - เมมาแล้วขับ ควรมีมาตรการบังคับเรื่องค่ารักษา
 - ถูกลมโป่งพองจากการสูบบุหรี่ควรเก็บภาษีเพิ่ม
 - โรคจากพฤติกรรมบริโภค เช่น กินหวาน กินเค็ม ควรมีมาตรการอื่นๆ เพื่อไม่ให้คนเป็นโรคไตมากขึ้น
 - แหล่งเสียมโทรม เช่น เก็บภาษีเพื่อดูแลสภาพแวดล้อมจากแรงงานต่างด้าวที่ตั้งแคมป์ ทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ไข้เลือดออก
 - Co payment โดยการสมทบจากรั้วเรือน



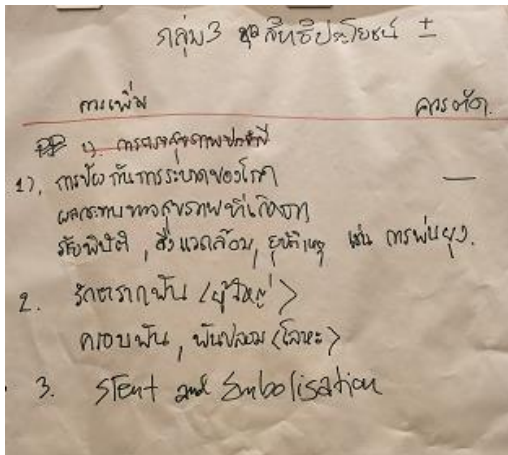
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากอาจารย์

- คำถามชวนคิด คือ ถ้าจะเก็บภาษี online ภาษี TV direct จะเก็บอย่างไร
- คำตอบจากผู้เข้าร่วมประชุม สามารถเก็บจากเบอร์โทรศัพท์, facebook
- ถ้ามีวิธีวัดและสร้างแรงจูงใจว่าใครดูแลสุขภาพได้ดีมากขึ้น มี physical activity ลดภาษีได้น่าจะดี เช่น

ใช้ blog chain เก็บแต้มว่าใครดูแลสุขภาพออกกำลังกายบ้าง กรณีตัวอย่าง ที่ประเทศสิงคโปร์มีการแจกเครื่องนับก้าว smart watch เพื่อเพิ่ม physical activity และสิงคโปร์ยังมีระบบบังคับให้มีการเก็บออม 10% โดยหักจากเงินเดือนทุกเดือนเพื่อดูแลสุขภาพ แต่สิงคโปร์เป็นระบบประกันสุขภาพแบบแยกรายบุคคล ไม่ได้รวมกลุ่มแบบ สปสข.

- กรณี co-payment ต้องพิจารณาโรคนั้นว่าเป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรมหรือพฤติกรรม เช่น DM, CA colon

กลุ่มที่ 3 การขยายชุดสิทธิประโยชน์ในปัจจุบันควรครอบคลุมเรื่องใดมากขึ้น เรื่องใดควรตัดออกจากชุดสิทธิประโยชน์



การขยายชุดสิทธิประโยชน์ในปัจจุบันควรครอบคลุมเรื่องใดมากขึ้น เรื่องใดควรตัดออกจากชุดสิทธิประโยชน์ แกน z มีอะไรที่จะเพิ่มสิทธิประโยชน์ Afile 7 1.23 min

สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันครอบคลุมทุกโรคถ้าเป็นมาตรฐานในการรักษาถือว่าอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหมด เช่น CR, Investigate, ยาที่อยู่ใน standard ที่ต้องรักษา ไม่มีเรื่องใดที่ควรตัดออกจากสิทธิประโยชน์ แต่บางประเด็นที่ไม่ครอบคลุมและควรเพิ่มในสิทธิประโยชน์ ได้แก่

- 1) การป้องกันโรค เพราะไม่ได้ลงไปที่บุคคล อุบัติเหตุ สิ่งแวดล้อม ซึ่งยังเป็นที่ยกเถียงว่าใครควรรับผิดชอบ สาธารณสุขหรือสิ่งแวดล้อม
- 2) แหล่งทุนบางอย่างไม่ได้อยู่ในสิทธิประโยชน์ เช่น การรักษารากฟัน ครอบฟัน ฟันปลอม (โลหะ) ถ้าอยู่ใน guideline standard ไม่ว่าจะแพงขนาดไหนต้องครอบคลุม
- 3) Stent and Embolisation

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากอาจารย์

- Exclusion list กำหนดว่าอะไรไม่ครอบคลุม อะไรที่บอกว่าไม่ยกเว้นถือว่าครอบคลุมหมด ในความเป็นจริงถ้าสัมภาษณ์ประชาชน ประชาชนอาจบอกว่าไม่ได้รับสิทธิบางส่วน เช่น สถานพยาบาลไม่มี

เช่น ผู้ป่วย COPD หรือหอบหืด บางร.พ. ไม่มียาพ่นต้องไป ร.พ. จังหวัด ดังนั้นสิ่งที่ สปสข. ประกาศ กับสิ่งที่ปฏิบัติจริงอาจจะมีช่องว่างอยู่ หรือตัวอย่างกรณีคนพิการครึ่งท่อนบางคนต้องใช้สายสวน ปัสสาวะแต่ไปที่ ร.พ. แล้ว ร.พ. บอกว่าต้องมาเปลี่ยนที่ ร.พ. โดยบาง ร.พ. ให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ทำเอง = บริการไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

- คำถาม กรณี Investigate ถ้าอยู่ในขั้นตอนรักษา แพทย์ต้องตรวจวินิจฉัยก่อน ถ้าอยู่ในสิทธิหรือ แนวทางของการตรวจวินิจฉัย ต้องครอบคลุมการตรวจร่างกาย การซักประวัติ อาจต้องเจาะเลือด x-ray หรือใช้เครื่องมือต่างๆ ยกเว้น investigation บางอย่างที่อยู่นอกเหนือหรือมีราคาแพง เช่น CT scan, MRI หรืออื่นๆ ที่ใช้เทคโนโลยีสูง เพราะหน่วยบริการบางแห่งทำได้ หน่วยบริการบางแห่งทำไม่ได้ ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการเครื่องมือวินิจฉัยด้วยข้อจำกัดต่างๆ

- คำถาม PET scan เครื่องมือแพงใครจะลงทุนให้และจะจัดเก็บอย่างไร

คำตอบ ต่อไปเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษา การตรวจวินิจฉัยจะพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ เช่น เครื่องตรวจยีน (gene mapping) เป็นกล่องเล็กๆ ใส่เลือดเข้าไปต่อคอมพิวเตอร์ แล้วสามารถตรวจ ยีนได้ว่าคนไข้เสี่ยงต่อการเป็นโรครอะไร เช่น มะเร็ง NCDs ค่าตรวจ 8,000-10,000 บาท เมื่อตรวจ พบแล้วสามารถทำ gene therapy ได้ ประเด็นตามมา คือ จะถูก discriminate หรือไม่ เช่น พ่อรู้ว่า คุณ A มียีนที่มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปอด เวลาไปสมัครงานจะได้รับคัดเลือกหรือไม่

กลุ่มที่ 4 การเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ (aging society) และการแก้ไขประเด็นปัจจัย กำหนดสุขภาพอื่นๆ (social determinants of health; SDH) เช่น สิ่งแวดล้อม เป็นต้น



ปัจจุบัน สปสข. มีแผนการดูแลผู้สูงอายุแล้ว อาจพิจารณาว่า สปสข. จะดูแลระบบการจ่ายอย่างไร โดยการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงประเด็นต่อไปนี้

เชิงรายได้ Economics รัฐควรสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุซึ่งมีอยู่แล้วในระบบ และสนับสนุน องค์กรเอกชน/มูลนิธิที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยลดภาษีให้องค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุ ดึงองค์กรเอกชนให้มีส่วนร่วมมาก

ขึ้น รวมถึงการเตรียมการเรื่องรายได้ผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งคือรัฐสนับสนุน อีกส่วนคือการหารายได้จากแหล่งอื่นๆ มาสนับสนุน

สภาพแวดล้อม Environment การจัดที่อยู่ สิ่งแวดล้อม ควรเอื้อต่อการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

Education เรื่องการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ

อาหาร การดูแลสุขภาพ Food ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับผู้สูงอายุ อาจมีบริษัทที่ดูแลเรื่องอาหารโดยตรง และสนับสนุนองค์กรที่เกี่ยวข้อง

Community Social Context ชุมชน สังคม ควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรสนับสนุนระบบ digital ให้ผู้สูงอายุ เช่น มีการลดภาษีให้ผู้สูงอายุที่ใช้เทคโนโลยีได้

การดูแลผู้สูงอายุโดยแบ่งตามช่วงอายุ Health care system มีมุมมองในการจ่ายการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น

- อายุ 60-65 มีคุณภาพสูง ควรดูแลสุขภาพในแง่การคัดกรองความเสี่ยง
- 70-85 ระดับกลาง สุขภาพแย่ง สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่างๆ เช่น ระบบประสาท กระดูก
- 85 ปีขึ้นไป ดูแลเรื่องภาวะพึ่งพิง long term care

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากอาจารย์

- สปสช. ไม่ควรแสดงบทบาทแบบตั้งรับอย่างเดียว ควรทำงานเชิงรุกด้วย
- เงินสนับสนุน long term care ทำร่วมกับกระทรวง พม.
- สามารถทำเรื่องสร้างเสริมสุขภาพได้



หัวข้อ	Medical Audit
วิทยากร	พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ ผู้อำนวยการอาวุโส ประธานกลุ่มภารกิจบริหารกองทุน
วัตถุประสงค์	เพื่อทำความเข้าใจการตรวจสอบกำกับติดตาม
เวลา	13.00 – 16.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติตามโจทย์ รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน้ตบุ๊ก
- กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเมจิก

กระบวนการและเนื้อหา

พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ ได้อธิบายถึงความสำคัญของการตรวจสอบกำกับติดตาม คนที่ทำงานด้านตรวจสอบ ต้องเป็นเหมือนเทพีเทมิส คือเป็นผู้ที่มีกฎระเบียบ กฎหมาย จารีตประเพณี เอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม มีกระบวนการอันเหมาะสม มีระบบ มีความตระหนักในการทำงานตรวจสอบ และการตัดสินใจในเรื่องกระบวนการยุติธรรมใดๆ ต้องมีหลักเกณฑ์และหลักการ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความสำคัญของการ audit กองทุนมีดังนี้ คือ

- 1) จะส่งผลถึงการมีธรรมาภิบาล
- 2) เพื่อความโปร่งใส
- 3) ความถูกต้องของข้อมูล
- 4) มาตรฐานและความถูกต้องของเวชระเบียน

โดย Medical audit ต้องอาศัยกฎหมาย หรือ กฎระเบียบรองรับในการทำงาน ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจตรวจสอบเวชระเบียนของ สปลช.มีดังนี้คือ

- **มาตรา 26** ให้ สปลช.มีอำนาจหน้าที่ คือ
 - 1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุม และคณะกรรมการสอบสวน
 - 2) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน
 - 3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
 - 4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

- 5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตาม ม.46
 - 6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ
 - 7) ดำเนินการให้ประชาชนมี หรือ ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ
 - 8) กำกับดูแลหน่วยบริการฯ อำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน
- **มาตรา 18** คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้
 - (4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
 - **มาตรา 26** ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้
 - (6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
 - **มาตรา 45** ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้
 - (5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
 - **มาตรา 57** ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบ พบว่า หน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

โดยบทบัญญัติที่สำคัญของการ Audit คือ

- **มาตรา 3** “พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยคำแนะนำของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน แล้วแต่กรณี ให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้
- ข้อบังคับว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ.2552 (คณะกรรมการมอบหมายให้สำนักงานหรือคณะกรรมการกฤษฎีกา ตีความวินิจฉัยข้อบังคับข้อ 6 (3) และ ข้อ 9 นั้นไม่มีสภาพบังคับได้ตามกฎหมาย)
- เจ้าพนักงานที่รัฐมนตรีแต่งตั้ง ประกอบด้วย
 - (4) ผู้อำนวยการอาวุโส ผู้เชี่ยวชาญพิเศษและผู้เชี่ยวชาญในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - (5) ผู้อำนวยการสำนักเลขาธิการและประชาสัมพันธ์
 - (6) เจ้าหน้าที่ระดับตั้งแต่เจ้าหน้าที่อาวุโสขึ้นไปของสำนัก ดังต่อไปนี้
 - (ก) สำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์คุณภาพ
 - (ข) สำนักบริหารงานทะเบียนหลักประกันสุขภาพ
 - (ค) สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
 - (ง) สำนักกฎหมาย

- (ฉ) สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ
 (ช) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1-13
 (7) เจ้าหน้าที่ตั้งแต่ระดับเจ้าหน้าที่อาวุโสขึ้นไป ที่ได้รับมอบหมายจากเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีหน้าที่ตรวจสอบการชดเชยหรือตรวจสอบเอกสารหลักฐานเงินค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ

บทบาทของเจ้าพนักงานตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีดังนี้คือ

มาตรา 22 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการแล้วแต่กรณี มีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา 54 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการหรือของเครือข่ายหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการเพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สิน หรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบหรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควร เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันที่จะปฏิบัติภารกิจให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ “ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี”

มาตรา 55 ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลที่เกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา 56 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

การตรวจสอบทางการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ มีหน้าที่ในการพัฒนาระบบและดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการให้ถูกต้อง เป็นไปตามมาตรฐาน 4 ด้าน ดังนี้

- 1) Coding audit เป็นการตรวจสอบการจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน ในระบบ DRG
- 2) Billing audit เป็นการตรวจสอบการเรียกเก็บตามรายการซึ่งเป็น ontop payment นอกจาก DRGs เช่น Instrument ผู้ป่วยนอก อพท.
- 3) Quality Audit เป็นตรวจสอบการให้บริการโดยเปรียบเทียบกับ CPG.ที่สมาคมวิชาชีพ สปสช. โดยสำนักหรือกองทุนที่รับผิดชอบกำหนด เช่น HD. HIV. เป็นต้น
- 4) Medical record audit เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช. โดยหลักการของการตรวจสอบเวชระเบียนแล้ว เป็นกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก แต่มีผลกระทบต่อผู้ทบทวนและหน่วยงานที่ ทบทวน โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์แก่หน่วยบริการ
- 2) เพื่อพัฒนาระบบการจ่ายเงินชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สอดคล้องกับ ข้อเท็จจริง
- 3) เพื่อพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลที่ใช้ประกอบการขอเบิกเงินชดเชยค่าบริการ ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน
- 4) เพื่อการเรียนรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลสามารถทบทวนเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นเทียบกับมาตรฐานหรือเทียบกับผู้อื่น
- 5) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการใช้ หรือการบริหารทรัพยากรของหน่วยงาน
- 6) เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านกฎหมาย โดยเฉพาะในรายที่อาจมีปัญหาทางกฎหมาย

การจัดทำแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบ เพื่อให้การตรวจสอบเป็นไปตามแนวทางที่เป็นมาตรฐาน เหมือนกันทั่วประเทศ สดช.จึงได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบขึ้น เพื่อให้ Aditor ใช้เป็นคู่มือฯ ดังนี้คือ

- เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่มีประสบการณ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ ยังคงปฏิบัติงานตรวจรักษาผู้ป่วยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ร่วมกับผู้แทนของราชวิทยาลัย แพทย์ สาขาต่างๆ เป็นคณะทำงานจัดทำคู่มือ เนื้อหาหลักของคู่มือ คือ การกำหนดแนวทางในการ ตรวจสอบโดยยึดหลักการของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) คือ ต้องมีข้อมูลสนับสนุน บันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อการวินิจฉัยโรคหรือหัตถการนั้นๆ
- ส่วนการให้รหัสโรคและหัตถการยึดกฎเกณฑ์การให้รหัส ICD ขององค์การอนามัยโลก และ แนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรค (Standard Coding Guidelines) ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับตัวแทนสมาคมวิชาชีพ เป็น เอกสารอ้างอิงในการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติฯ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ.ดำเนินการ จัดทำและจัดส่งให้หน่วยบริการภาครัฐ ใช้เป็นแนวทางประกอบการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
- ผู้ตรวจสอบเวชระเบียน ที่สำนักงานฯ มอบหมาย ให้มาทำหน้าที่นั้นเป็นแพทย์ในสังกัด สธ. ทั้ง รพศ. รพท. รพช. ภาคเอกชน สังกัดกลาโหม และโรงเรียนแพทย์ การตรวจสอบมีหลักการ คือ ผู้ตรวจสอบจะต้องผ่านการอบรมความรู้ ขั้นตอนในการตรวจสอบเวชระเบียน และ Code of conduct ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับหน่วยบริการที่ตรวจสอบ ในกระบวนการตรวจสอบนี้

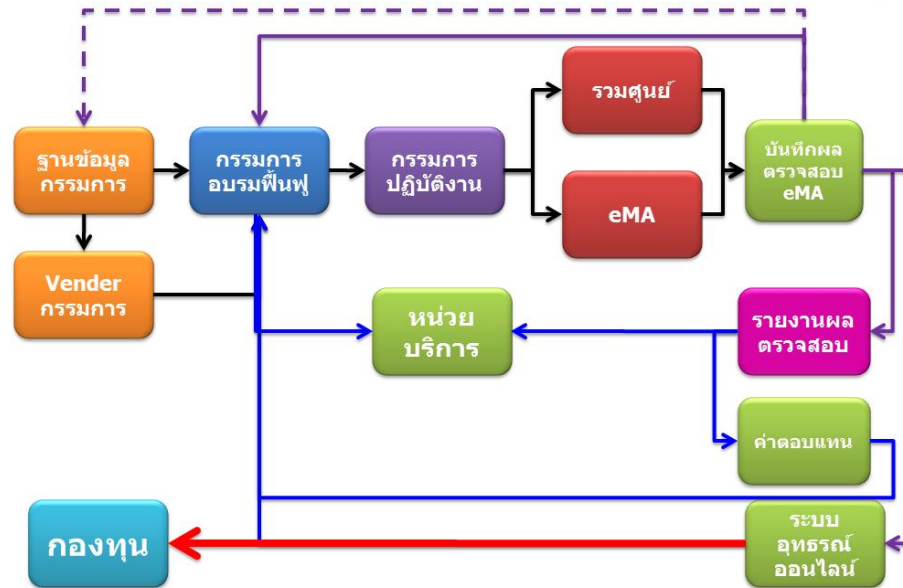
เจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ไม่ได้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบโดยตรง แต่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ และรวบรวมเอกสารเพื่อการตรวจสอบเท่านั้น

- การคัดเลือกข้อมูลเพื่อการตรวจสอบ Coding audit ประมาณ 3%
 - Selected หน่วยบริการตามผลการ Grading หน่วยบริการที่ผลตรวจสอบผิดปกติ
 - Selected case ตามเงื่อนไขสำหรับการขอข้อมูลเบิกจ่ายผิดปกติ 52 เงื่อนไข (2560)/Random case
 - ตรวจสอบร่วม 3 กองทุน ณ หน่วยบริการที่มีความผิดปกติสูงมาก
 - ออกรายงาน แจ้งผลการตรวจสอบภาพรวมของหน่วยบริการ และ รายบุคคลทุกฉบับ
- การอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ และการพิจารณาข้อทักท้วง
- การ Reaudit เพื่อควบคุมมาตรฐานของ auditor เขต และประเมินทักษะรายบุคคลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจสอบของส่วนกลางคณะเดียวกันทั้งประเทศ เป้าหมายประมาณ 3%

ขั้นตอน วิธีการ พัฒนาระบบการตรวจสอบ คือ

- กรณีที่เป็นระบบใหม่ (โดย สตช.)
 - 1) รับมอบนโยบาย (ว่าได้มีการกำหนดกติกาไว้อย่างไรบ้าง)
 - 2) ประชุมร่วมกับแผนงาน/สำนักที่เกี่ยวข้อง
 - 3) ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาทีมผู้พัฒนาระบบ
 - 4) จัดทำร่าง แบบและคู่มือการตรวจสอบ
 - 5) ทดสอบแบบและคู่มือการตรวจสอบ โดยการ audit ณ หน่วยบริการ ครั้งที่ 1
 - 6) ปรับปรุง ร่าง แบบและคู่มือการตรวจสอบ
 - 7) ทดสอบแบบและคู่มือการตรวจสอบ โดยการ audit ณ หน่วยบริการ ครั้งที่ 2
- บทบาท สตช.
 - 1) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สปสช.เขต ที่เกี่ยวข้อง
 - 2) พัฒนาทีมผู้ตรวจสอบ
 - 3) จัดทำแนวทางการตรวจสอบ
 - 4) เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการตรวจสอบในพื้นที่
 - 5) เป็นที่ปรึกษาในการพิจารณาข้อทักท้วงของหน่วยบริการครั้งที่ 1
 - 6) พิจารณาข้อทักท้วงครั้งที่ 2 ของหน่วยบริการ
- บทบาท สปสช.เขต
 - 1) สรรหา ผู้ตรวจสอบในพื้นที่
 - 2) ร่วมพัฒนาศักยภาพ
 - 3) ดำเนินการตรวจสอบในระบบ รวมศูนย์ ณ หน่วยบริการ หรือ eMA.
 - 4) ออกรายงาน แจ้งผลการตรวจสอบ
 - 5) พิจารณาผลการทักท้วงของหน่วยบริการ ครั้งที่ 1

Flow การปฏิบัติงานการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช เขต



การคัดเลือกสำหรับการตรวจสอบกำกับติดตาม (Data selection criteria for coding audit)

- 1) โรค 20 อันดับแรก ตามจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ดูโรคหลักและโรคร่วม อันไหนมีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
- 2) โรค 20 อันดับแรก ที่ได้รับการจัดอันดับโดยชดเชย
- 3) ขั้นตอนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคหลัก
- 4) RW สูง แต่มีจำนวนวันเข้ารับการรักษาต่ำและมีต้นทุนต่ำ
- 5) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจาก SDx หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แต่จำนวนวันเข้ารับการรักษาในปริมาณน้อย ๆ และหายขาด โดยใช้รหัสโรคร่วม
 - (5.1) Sepsis (PDx หรือ CC) ที่มีวันเข้ารับการรักษาเพียงเล็กน้อยและ "หายขาด"
 - (5.2) ผลจากการ Shock ด้วยหลายสาเหตุสำหรับการเข้ารับการรักษาสั้นๆ
 - (5.3) ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
 - (5.4) อื่นๆ

ยกตัวอย่าง วิธีการง่ายๆ ดูจาก pccl เช่น รพ.อุตรดิตถ์ รักษาโรคซีเวียมากกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ ใน รพ.ระดับเดียวกัน

- 1) ดู 1-20 โรคหลักและโรคร่วม อันไหนมีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
- 2) เปรียบเทียบร้อยละ AdjRW เปลี่ยนแปลงหลังตรวจสอบแยกตามเงื่อนไข
- 3) ดูจาก 10 อันดับ ร้อยละ AdjRW change แยกตามเงื่อนไขรายเขต
- 4) ตั้งแต่ปี 57 สตช.พัฒนาเรื่อง Grading หน่วยบริการ เราดูจากข้อมูล 64 เงื่อนไข แล้วนำมาประมวลผล คือ ถ้าหน่วยใดเกรดไม่ดีหรืออยู่ในโซนสีแดงแปลว่าต้องโดนตรวจสอบมาก ถ้าหน่วยใดสีเขียวก็จะถูกตรวจสอบน้อย the must/should

Quality/Clinical audit หมายถึง การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการทั้งหมด (Patient Care functions) ว่าเป็นไปอย่างถูกต้องหรือไม่ นับตั้งแต่สิทธิผู้ใช้บริการ การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยโรค การให้การรักษา การติดตามความเปลี่ยนแปลง การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและญาติ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเปรียบเทียบกับ Care map, Clinical practice guideline, หรือมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ยอมรับกันในวงการวิชาชีพ รวมทั้งประเมิน Outcome ว่าเป็นไปตามมาตรฐานที่ยอมรับกันหรือไม่ โดยระบบการจ่ายเงินในปัจจุบันที่ตัวแทนผู้ใช้บริการจ่ายให้กับผู้ให้บริการ ทำให้มีคำถามการรักษานั้นต่ำกว่ามาตรฐาน หรือฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นหรือไม่อยู่ตลอดเวลา ดังนั้น กระบวนการตรวจสอบด้านคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำทุกครั้ง ที่มีการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ

Clinical Audit เป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงส่วนขาด ส่วนเกินของการให้บริการ ความผิดพลาดในการรักษาและนำมาปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ ยังนำไปสู่การทำวิจัยทางคลินิกที่ถูกต้องเชื่อถือได้อีกด้วย รวมทั้งการทำให้เกิด Continuous Quality Improvement ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมี Clinical Audit เป็นองค์ประกอบที่สำคัญร่วมด้วย

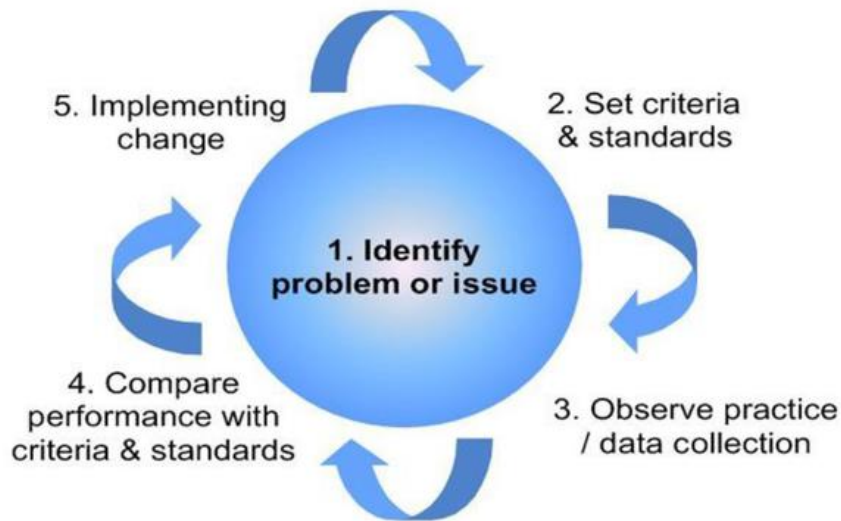
Clinical Governance คือ การจัดระเบียบและพัฒนาระบบมาตรฐาน และกระบวนการต่างๆ เพื่อเพิ่มและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรมและการศึกษา 2) Clinical audit 3) Clinical effectiveness 4) การวิจัยและการพัฒนา 5) การเปิดกว้าง 6) การจัดการความเสี่ยง 7) การบริหารจัดการข้อมูล

สิ่งที่ต้องพัฒนา

1. การสื่อสารเพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วนมากขึ้น ในกระบวนการตรวจสอบซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภค และธรรมาภิบาลของกองทุนสุขภาพ โดย สปสช.ยึดหลักแนวทางที่เป็นมาตรฐานด้านการให้รหัสโรค มาตรฐานวิชาชีพ และยึดหลักการของหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ ต้องมีข้อมูลสนับสนุนบันทึกไว้ในเวชระเบียน
2. ควรให้ความสำคัญกับ internal audit โดยทีมงานภายในโรงพยาบาล และการสร้างกลไกการตรวจสอบกันเองของหน่วยบริการในแต่ละเขต
3. ขับเคลื่อนการบูรณาการระบบบริหารจัดการในระบบการตรวจสอบ ของ 3 กองทุนสุขภาพเพื่อแสดงให้เห็นว่าทั้ง 3 กองทุน ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและธรรมาภิบาลของระบบ
4. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายก่อนการให้บริการ (Pre-authorization) ในกรณีโรค หรือ ยาราคาแพง เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการเรียกคืนเมื่อเกิดบริการแล้ว แต่ทั้งนี้ไม่เป็นไปตามแนวทาง

กระบวนการพัฒนา Clinical audit เป็นการจัดระเบียบและพัฒนามาตรฐานต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย การทำงานของ สปสช. เดินทางมากกว่า 15 ปี จึงถูกตั้งคำถามเรื่องของคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น สำนักตรวจสอบจึงต้องพัฒนาเพื่อหาคำตอบ Clinical Governance เพื่อจัดระเบียบและพัฒนากระบวนการและกระบวนการต่างๆ เพิ่มและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วย โดยมีกระบวนการดังภาพ

Process of Clinical Audit



23

จุดเริ่มต้น คือ การค้นหาปัญหาให้พบ ต้องทราบได้ว่าปัญหามาจากไหน มีสาเหตุมาจากอะไร ซึ่งอาจจะให้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการค้นหา ฟังเสียง และนำไปสู่การค้นหามาตรฐาน เกณฑ์ต่างๆ จัดทำการประเมิน พิจารณาข้อมูล นำไปสู่การเปรียบเทียบผล สรุปวิเคราะห์พัฒนา และสะท้อนกลับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่อไป ซึ่งการทำสิ่งเหล่านี้เป็นการทำเพื่อกองทุน สามารถพัฒนาต่อยอดสร้างประสิทธิผลต่อไปได้

การจัดทำ Clinical audit มีองค์ประกอบ คือ

- สิ่งที่ต้องสามารถวัดผลได้ คือ ต้องเป็นเกณฑ์ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของสถานการณ์นั้น
- วัตถุประสงค์ต้องชัดเจน ไม่ใช่มุ่งเป้าเพื่อการจับผิด แต่เน้นเพื่อการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น
- ข้อมูลนำไปใช้เปรียบเทียบได้จริง การวางแผนออกแบบระหว่างผู้ตรวจสอบและสถานการณ์นั้นๆ

การออกแบบต้องอยู่บนฐานข้อมูลที่เป็นจริง มีความสอดคล้องกัน

- การเลือกกรณีศึกษาต้องมีความยินยอม คำนึงถึงหลักจริยธรรม ไม่ละเมิดสิทธิ
- การวิเคราะห์ข้อมูลต้องเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม ไม่ลำเอียง
- นำไปสู่การใช้งานได้จริง พัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ต่อไปได้

- ต้องแสดงให้เห็นขั้นตอนในการแก้ไขว่าต้องใช้ระยะเวลาเท่าไร ซึ่งในข้อนี้นับเป็นเรื่องยาก บางเรื่องใช้กระบวนการมาก ติดตามตรวจสอบมาก แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่นำไปใช้ปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการทำงานในข้อนี้ ผู้ตรวจสอบต้องเรียนรู้หาวิธีการสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกันให้ได้

- สามารถพัฒนาเป็นแผนงาน เกิดการวางแผน ดำเนินงาน ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้จริง

- มีกระบวนการติดตาม ทำซ้ำๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ตรวจสอบต้องพิจารณาว่าเรื่องใดจะติดตามนานเท่าไร

เพราะฉะนั้น การพัฒนา Clinical audit จึงควรเป็นวิธีการที่ผู้ตรวจสอบสามารถเห็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การเกิดประโยชน์ในอนาคตได้ ดังแผนภาพนี้ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการตรวจสอบของหน่วยงานในโรงพยาบาล (ฝั่งซ้าย) และสำนักตรวจสอบ จาก สปสช. (ฝั่งขวา) การตรวจสอบต้องเริ่มจากฐานและผลักดันให้ทั้งสองเกิดการพัฒนาในระดับนโยบายให้ได้



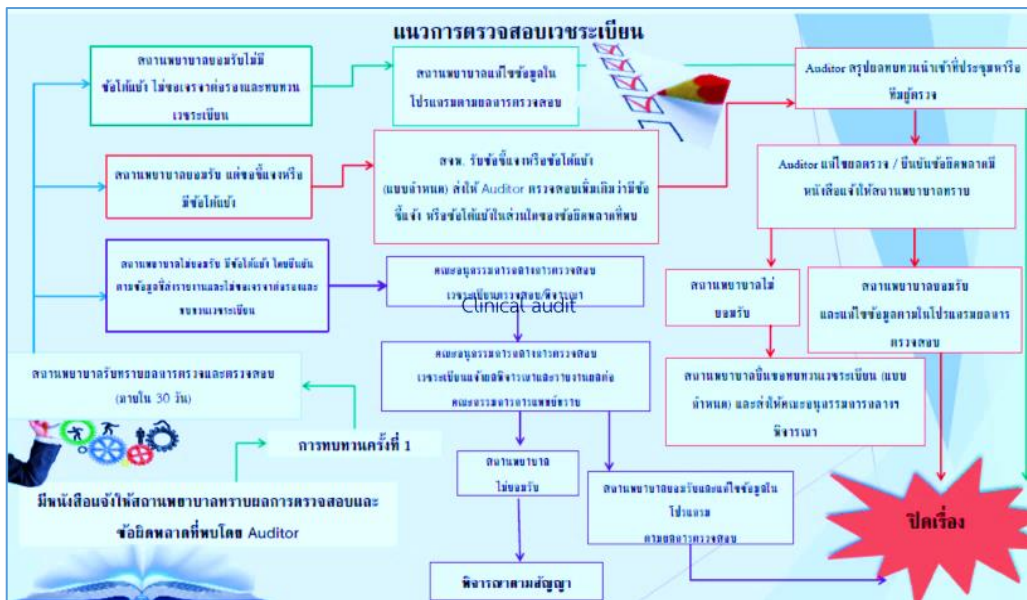
สิ่งที่ผู้เป็น CFO ต้องมีความตระหนักในการการพัฒนา Quality Audit คือ เราต้องพยายามพัฒนาเพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งพื้นฐานเราอาจมาจากการทำงานด้านชดเชย แต่เมื่อมาทำงานพัฒนาด้านคุณภาพย่อมมีความละเอียดสูง ทำให้ผู้ตรวจรู้สึกงานหนัก และเกิดการระงับของผู้ปฏิบัติ เช่น แพทย์จะมีความกดดันสูง การไม่ผ่านเกณฑ์เป็นสิ่งที่สะท้อนคนทำงาน อาจทำให้รู้สึกท้อ เพราะฉะนั้นผู้ทำงานตรวจสอบเองที่เป็นผู้ใช้กฎเกณฑ์ต่างๆ ต้องมีการสื่อสารที่ดีในการชี้แจง ไม่ใช่สั่งการ จึงควรใส่ใจทบทวนสิ่งเหล่านี้ มีการติดตามที่เข้าใจผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้น ทั้งนี้การทำงาน Audit เป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงส่วนขาด ส่วนเกินของการให้บริการ ความผิดพลาดในการรักษา และนำมาปรับปรุงแก้ไข

นอกจากนี้ยังนำไปสู่การทำวิจัยทางคลินิกที่ถูกต้องเชื่อถือได้อีกด้วย รวมทั้งการทำให้เกิด Continuous Quality Improvement ซึ่งต้องใช้การทำงานเป็นทีมที่มีบุคลากรที่หลากหลายด้าน เพราะ

ต้องทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการทั้งหมด (Patient Care functions) ว่าเป็นไปอย่างถูกต้อง หรือไม่ นับตั้งแต่สิทธิผู้ใช้บริการ การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยโรค การให้การรักษ การติดตามความเปลี่ยนแปลง การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและญาติ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเปรียบเทียบกับ Care map , Clinical practice guideline , หรือมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ยอมรับกันในวงการวิชาชีพ รวมทั้งประเมิน Outcome ว่าเป็นไปตามมาตรฐานที่ยอมรับกัน *การทำงานจึงต้องมีการสื่อสารที่ดี และการสร้างความเป็นทีม* เพื่อการทำงานอยู่ร่วมกันไปได้นานๆ

การขับเคลื่อนการบูรณาการเป็นอีกหนึ่งภารกิจ ที่ถือเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ตรวจสอบ เพราะการขับเคลื่อนจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากการสร้างทีมตรวจสอบให้เกิดขึ้นในพื้นที่กันเองด้วย ไม่รอจากหน่วยงานข้างบนอย่างเดียว และบางครั้งอาจเจอสถานการณ์ที่สถานบริการไม่ให้ความร่วมมือ เพิกเฉย ในกรณีแบบนี้ อาจใช้ทีมตรวจสอบทั้งสามกองทุนจะลงไปทำงานร่วมกัน ซึ่งก็ไม่ใช่เรื่องง่าย แต่สามารถทำให้เกิดการผลักดันสร้างความเชื่อมั่นร่วมกันได้ ไม่มีฝ่ายใดถูกมองเป็นจำเลย สร้างสมดุลได้มากขึ้น การตรวจสอบในปัจจุบันจะเน้นการตรวจสอบก่อนจ่ายมากขึ้น ทำให้ผู้ตรวจสอบกล้าทำงานมากขึ้น และมีความครอบคลุม เกิดความเสี่ยงเสียหายน้อยลงได้ ซึ่งบางเรื่องต้องใช้การพิจารณาแบบการตรวจก่อนการจ่าย

ขณะนี้ ได้มีการพัฒนาคู่มือการทำงานร่วมกันเพื่อความชัดเจนขึ้นในการทำงานทั้งสามกองทุน แม้จะมีความแตกต่างกันบ้างในบางจุด แต่พยายามหาจุดร่วมที่ทุกฝ่ายมีความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งหากพิจารณาตามแนวทางการทำงานของแต่ละกองทุน จะเห็นได้ว่ามีความซ้ำซ้อนและก้าวหน้ามากขึ้น โดยเฉพาะสำนักงานประกันสังคม จะมีแนวทางการตรวจสอบ ขั้นตอนที่ชัดเจนและน่าสนใจมาก ดังเช่นแผนภาพ



สำหรับการดำเนินงานแนวปฏิบัติของสำนักงานประกันสังคม ได้มีการปรับแนวทางใหม่ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งการทำงานลักษณะนี้เกิดจากการทำสัญญาาร่วมกัน แตกต่างจากอีกสองกองทุน

แนวปฏิบัติ สำนักงานประกันสังคม

มาตรการตามแนวปฏิบัติการ กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เริ่ม 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป

สถานพยาบาล	มาตรการฯ
<p>กรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์</p> <p>หมายเหตุ หลังจากแจ้งผลการตรวจแล้ว สถานพยาบาลสามารถขอทบทวนผลการตรวจได้ หากสถานพยาบาลมีความเห็นไม่ตรงกับผู้ตรวจสอบ ผู้ตรวจสอบจะพิจารณาทบทวนใหม่ สป.ศ.จะนำผู้ร้องให้คณะอนุกรรมการกลวงการตรวจสอบเพื่อพิจารณาต่อไป และถือเป็นขั้นสุดท้าย</p>	<p>ตรวจสอบข้อมูลสถานพยาบาลรายงานเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> เรียกตรวจเวชระเบียน ด้วยวิธีการสุ่มไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้น หรือ สุ่มเวชระเบียนไม่ต่ำกว่า 30 ฉบับ หรือตามจำนวนข้อมูลที่สถานพยาบาลส่งรายงานก็ได้ เพื่อเป็นตัวแทนของข้อมูลเวชระเบียนทั้งหมดในขณะนั้น หากพบว่าสถานพยาบาลได้รับเงินเกินกว่าจำนวนเงินที่พึงจะได้รับ <ul style="list-style-type: none"> - กรณีพบข้อผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 15 ให้เรียกเงินส่วนที่เกินคืนได้ทันทีพร้อมดอกเบี้ย - กรณีพบข้อผิดพลาดเกินกว่าร้อยละ 15 ให้เรียกเงินส่วนที่เกินคืนได้ทันทีและเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์คืนตามร้อยละที่ตรวจพบที่ไม่ถูกต้องจากจำนวนเงินที่ขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในขณะนั้น พร้อมดอกเบี้ย

ข้อมูลของกรมบัญชีกลาง ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นยอดเงินที่เบิกเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี และจำนวนการเรียกคืนเงินมีปริมาณที่สูง

สถานการณ์การเบิกจ่าย/เรียกคืน สิทธิกรมบัญชีกลาง

ปีงบประมาณ	ยอดเงินที่เบิก (ล้านบาท)			ยอดจำนวนที่ใช้บริการ (ล้าน Visit)			ค่ารักษาเฉลี่ยต่อครั้ง (บาท)			การเรียกเงินคืน	
	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	รวม	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	รวม	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	รวม	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน (บาท)
2554	16,414.99	40,656.26	57,071.24	0.6697	23.3401	24.0098	24,511.98	1,741.91	2,377.00	82	62,367,026.79
2555	16,234.13	41,013.33	57,247.46	0.6797	23.8592	24.5389	23,883.59	1,718.97	2,332.93	39	37,769,654.69
2556	16,830.39	39,032.10	55,862.49	0.6896	24.3133	25.0029	24,406.30	1,605.38	2,234.24	47	150,741,591.25
2557	17,696.86	40,802.97	58,499.84	0.6671	24.6976	25.3647	26,529.29	1,652.10	2,306.35	22	44,907,506.25
2558	19,608.89	43,163.80	62,772.69	0.7269	27.2015	27.9284	26,974.60	1,586.82	2,247.63	8	4,664,112.95
2559	20,115.70	47,267.05	67,382.74	0.7486	28.7256	29.4742	26,870.73	1,645.47	2,286.16	9	39,506,353.00
										207	339,956,244.93

39

สำหรับบทเรียนจากประเทศอื่นๆ นั้น มีความแตกต่างที่ให้เราได้เรียนรู้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศแต่สามารถนำมาเป็นบทเรียนเพื่อการศึกษาได้

ประเทศเบลเยียม

ประเทศเบลเยียมให้ระบบ FREE FOR SERVICE สำนักงานหลักประกันสุขภาพของเบลเยียมเรียกว่า NIHDI ซึ่งเป็นกองทุนเดียว กระบวนการทำงานตรวจสอบจะมีบอร์ดเฉพาะ มีคนทำงานรวมทั้งหมดพันกว่าคน เทียบกับประชากรของเบลเยียมประมาณสิบล้าน ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบราว 300 กว่าคน ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย ซึ่งถือว่า 1 ใน 3 โดยมีเขตทั้งหมด 6 เขต ทีมผู้ทำงานตรวจสอบจะกระจายไปยังเขตประมาณ 200 คน สำหรับยุทธศาสตร์การตรวจสอบ จะเน้นเรื่อง “ข้อมูล” เป็นหัวใจสำคัญ มีการทำงานต้นทางเน้นประชาสัมพันธ์เพื่อให้เข้าใจเรื่องนี้โดยเฉพาะ ทั้งในโรงเรียนแพทย์ การจัดประชุมผู้ตรวจสอบ อบรมต่างๆ เว็บไซต์กระจายผลข้อมูลตรวจสอบ เป็นการพัฒนาการสื่อสารเพื่อลดผลกระทบด้านลบ และหากเกิดการผิดพลาดใดๆ จะมีการส่งจดหมายเพื่อชี้แจงความผิดพลาด ซึ่งได้ผลมาก ทั้งนี้นอกจากบทลงโทษแล้ว จะมีศาลในสำนักงานเพื่อว่าความโดยตรง ถ้ามีการปรับมากกว่าจำนวนเงินที่กำหนดต้องขึ้นศาล ที่เปรียบเสมือนขั้นต้น โดยจะมีสองศาล ประกอบด้วยตัวแทนองค์กรวิชาชีพ ผู้พิพากษา ตัวแทนกองทุนที่จ่ายเงิน จะเป็นผู้พิจารณาตัดสิน หากไม่พอใจจะไปต่อที่ศาลสอง และหากไม่พอใจอีกก็สามารถไปศาลปกติข้างนอกตามระบบของประเทศได้ ซึ่งคดีต่างๆ จะอยู่ที่ 920 คดี เป็นของแพทย์ 23% พยาบาล 22% ประเทศเบลเยียมมีการเรียกเงินคืนไม่ต่างจากประเทศไทย สำหรับประเทศเบลเยียมแล้วเรื่อง ยา ถือว่าทำได้ดีมาก

ประเทศไต้หวัน

สำนักงานหลักประกันของไต้หวัน จะอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มีแผนกโดยเฉพาะ และมีเขตต่างๆ กระจายไป ซึ่งผู้ตรวจสอบจะเป็นแพทย์ ซึ่งต้องมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีคุณสมบัติอื่นตามที่กำหนด ไต้หวันจะใช้การตรวจหลังจ่าย ถือเป็นประเทศที่มีเงื่อนไขมาก ต้องตรวจสอบก่อนครั้งแรกเกือบ 400 เงื่อนไข การชั่งข้อมูลของเขามีระบบเข้มมาก ไต้หวันจะจัดแบ่งกลุ่มการตรวจของสถานบริการ แบ่งออกเป็นสามกลุ่ม กลุ่มที่ด้อยสุดจะตรวจทุกเดือน จึงมีการเรียกคืนเงินได้สูง กว่าหนึ่งหมื่นห้าพัน ล้านบาทไต้หวันต่อปี การทำงานของไต้หวัน จะใช้การวิเคราะห์ประวัติสถานบริการ ทำให้เกิดการคัดกรองแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้น

ประเทศเกาหลีใต้

ระบบตรวจสอบของประเทศเกาหลีใต้จะแยกกันเป็นสองหน่วย หน่วยแรกจะว่าด้วยการเก็บเงินภาษีต่างๆ หน่วยที่สองจะเจาะจงเรื่องการตรวจสอบ และการจ่ายชดเชย ระบบจะทำงานแบบตรวจก่อนจ่าย เจ้าหน้าที่ทั้งหมดประมาณ 2,000 คน ประกอบไปด้วยหมอ พยาบาล เป็นหลัก กระบวนการตรวจสอบจะใช้คอมพิวเตอร์เป็นหลัก จึงมีการพัฒนาระบบโปรแกรมเพื่อรองรับ ซึ่งเขาเชื่อมั่นว่าการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ช่วยทุ่นแรงและเวลา ซึ่งเหลือคดีมาถึงคนทำงานประมาณ 35% ทำให้ระบบการทำงานรวดเร็ว ปิดงานได้เร็ว

สุดท้ายสำหรับผู้ทำงานด้านการตรวจสอบ แม้เราจะอยู่ในกองทุนรับนโยบายมา แต่การทำงานต้องมีความอิสระในกระบวนการตรวจสอบ ไม่มีความลำเอียง ต้องมีธรรมาภิบาล และต้องพัฒนาระหว่างกองทุนต่างๆ กับหน่วยบริการ ผู้ตรวจสอบต้องมีทักษะ ความรู้ เน้นจุดมุ่งหมายทั้งประสิทธิภาพสูงสุดและความเท่า

เทียบควบคู่กันไปให้ได้ ต้องมีความเป็นมืออาชีพ มีกฎ กติกา มารยาท สามารถอ้างอิงได้ และสุดท้ายต้องมี “ธรรม” เพราะเราต้องเผชิญกับแรงเสียดทานต่างๆ ข้อโต้แย้งต่างๆ จึงควรยึดหลักการที่พิสูจน์ความบริสุทธิ์ได้ เพราะฉะนั้นผู้พัฒนาตนเพื่อเป็น CFO ต้องคำนึงสิ่งที่กล่าวมาให้รอบด้าน

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 2)
วันที่ 25 กรกฎาคม 2561

วันที่ 25 กรกฎาคม 2561

ทบทวนการเรียนรู้จากการอบรม (Wrap up)

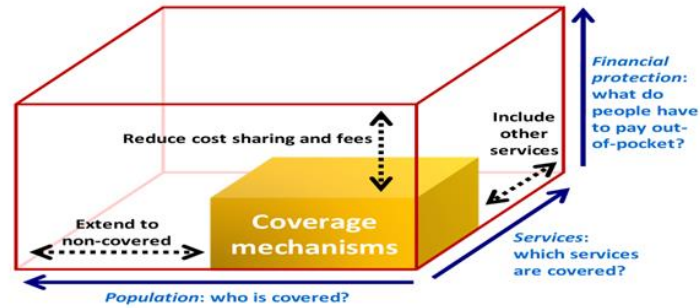
โดยตัวแทนจากกลุ่ม 1 นำเสนอในหัวข้อ UHC Global Trend ของ นพ.ภูษิต ประคองสาย สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ข้อมูล (Profile) ของประเทศไทย ประกอบด้วย

- จำนวนประชากร 69.2 ล้านคน
- GDP ของไทยประมาณ 197,000 กว่าบาท ค่าเฉลี่ยอยู่ที่เดือนละ 16,400 กว่าบาท ซึ่งนักศึกษาปริญญาตรีจบใหม่ในบางสายงานยังมีเงินเดือนไม่ถึง และผู้สูงอายุยังมีเงินเดือน 600 บาท
- ไทยเป็น middle income country ถ้าจะเข้าสู่ high income country จะต้องมียอด GDP คิดเป็นเงินไทย 200,000 บาทขึ้นไป เฉลี่ยเดือนละ 16,600 บาท
- GINI coefficient ดัชนีชี้วัดความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ GINI ซึ่งค่าอยู่ที่ 0-1 ประเทศไทยอยู่ที่ 0.378 อยู่ในกลุ่มปานกลางค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับทั่วโลก หมายความว่าช่องว่างของการมีรายได้ของคนไทยไม่แตกต่างกันมาก
- ข้อมูลการลงทุนด้านสุขภาพของรัฐ ประเทศไทยอยู่ที่ 16.6 % = รัฐลงทุน 100 บาท ใช้ในเรื่องของสุขภาพ 16.6 บาท
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรอยู่ที่ประมาณ 8,550 บาท ใน 8,550 บาทคิดเป็น 3.9% ของ GDP สปสช. รับผิดชอบที่ 3,200 บาท ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในรัฐสวัสดิการ สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม Out of Pocket
- Out of Pocket อยู่ที่ 12%
- อายุคาดการณอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย เพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันอยู่ที่ 6 ปี โดยเพศชายอยู่ที่ 72 ปี เพศหญิง 78 ปี
- อัตราการเจริญพันธุ์ สตรี 1 คนมีอัตราเจริญพันธุ์คือมีลูก 1.5 คน
- อัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี 12.2 ต่อ 1,000 ซึ่งทั่วโลกต้องการให้อัตรานี้ต่ำกว่า 25/1000 ประเทศไทยถือว่าผ่าน
- อัตราการตายของมารดาหลังคลอด 20 ต่อ 1000,000 การเกิดมีชีพ
- คุณภาพ ANC การคลอดในสถานบริการอยู่ที่ 99% ถือว่าค่อนข้างสูง
- ปฏิญญาทางการเมืองในเรื่องเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกันของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals; SDGs) ระหว่างปี 2016-2030 ข้อ 3.8 มีเรื่อง UHC เป็นนโยบายเป้าหมายอยู่

The Three Dimensions (policy choices) of Achieving Universal Health Coverage

Towards universal coverage

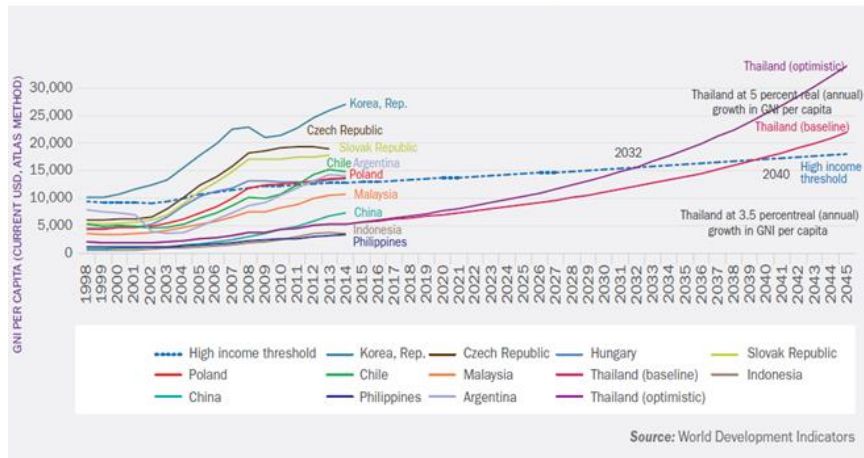


5

ทิศทางของ UC (รูปลูกบาศก์) มีแกน 3 แกน

- แกน x เป็นเรื่องการครอบคลุมประชากร ซึ่งถ้า UC ของประเทศไทยอยู่ที่ 99.95 แกน x ก็ถือว่าใกล้เต็มกล่อง
- แกน y เป็นเรื่องของการจ่ายเงินด้วยตนเอง (Out of Pocket; OOP) = 12% ยังถือว่าสูงยังมีช่องว่างอยู่
- แกน z การครอบคลุมสิทธิประโยชน์เป็นพลวัตที่ ณ จุดหนึ่งจะมีเรื่องของสิ่งที่ประชาชนต้องการกับสิ่งที่ สปสช.ตอบสนองประชาชนได้ ตบยาดีกว่าครอบคลุมหรือยัง เว้นแต่จะกำหนด minimum ของแต่ละกองทุนถ้าเต็มแล้วแกน z น่าจะเต็ม

At current growth rates, Thailand will need at least another two decades to achieve high income status



11

ผลิตภัณฑ์ประชาชาติสุทธิ (Gross National Income; GNI) ถ้า GNI ของประเทศไทยโต 5% คาดว่าปี พ.ศ.2575 (ค.ศ. 2032) ไทยเป็น high income country แต่ถ้า GNI เติบโต 3.5% ไทยจะเป็น high income country ในปี 2583 (ค.ศ. 2040)

โจทย์คำถามจากอาจารย์

โจทย์คำถามข้อที่ 1 ควรขยายความครอบคลุมให้กับคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ กลุ่มเปราะบางทางสังคมหรือไม่อย่างไร

กลุ่มที่ 1 มีความเห็นว่าเราควรดูแลกลุ่มคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ โดยควรให้เข้าสิทธิ UC สำหรับกลุ่มเปราะบางทางสังคม ปัจจุบันกำลังดำเนินการอยู่ กลุ่มแรงงานต่างด้าวปีละ 4.3 ล้านคน ประมาณ 2 ล้านคนเข้ามาแบบผิดกฎหมาย

แรงงานต่างด้าวมีสิทธิ 2 อย่างคือ

- 1) สิทธิประกันสังคม แรงงานต่างด้าวในประเทศไทยประมาณ 4.9 แสนคน ใช้สิทธิประกันสังคม
- 2) อีก 1.5 ล้านคน ซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ยังมีแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาแบบผิดกฎหมายอีก

จากการแลกเปลี่ยนในกลุ่มเสนอแนวทางให้สิทธิ UC ครอบคลุมประชาชนที่อยู่ในผืนแผ่นดินไทยทุกคน เช่น ให้แรงงานต่างด้าวซื้อประกันรายปี แต่ยังคงคำนวณว่า rate จะเป็นเท่าไร ซึ่งตอนนี้นั้นต่ำสุดอยู่ที่ UC ของ สปสช.

ถ้าให้ครอบคลุมทั้งหมด ตัวเลขน่าจะมียาได้กลับเข้ามา ซึ่งต้องคิดว่ารายได้ที่กลับเข้ามาจะเก็บเงินไว้ที่ไหน ซื้อแล้วจะไว้ที่ไหนจะไว้ที่กองกลาง หรือจะไว้ที่ CUP ระบบตามรับตามจ่าย CUP ดำเนินการเหมือน UC หรือไม่

โจทย์คำถามข้อที่ 2 รูปแบบของภาษีควรมีแหล่งคลังอื่นๆ เพิ่มหรือไม่

- หลายกลุ่มเห็นว่าน่าจะมีภาษีบาปหรือภาษีอื่นๆ เพิ่มเข้ามาช่วยเหลือ เช่น เมาแล้วขับ
- Co-payment จะจ่ายหรือไม่อย่างไร ต้องคิดให้หนัก อาจคิดในรูปแบบของการจ่ายภาษีล่วงหน้า

โจทย์คำถามข้อที่ 3 การขยายสิทธิประโยชน์ ปัจจุบันครอบคลุมหรือไม่อย่างไร ซึ่งทางกลุ่มบอกว่าครอบคลุมดีแล้ว เรื่องของสิทธิประโยชน์พื้นฐานเรื่องใดควรตัดออกยังไม่ชัดเจน

โจทย์คำถามข้อที่ 4 การเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุและการแก้ไข ควรครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น สภาพแวดล้อม การศึกษา อาหาร การดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และดูแลสุขภาพตามช่วงวัย

สิ่งที่โดนใจ – กล่องสี่เหลี่ยมลูกบาศก์ล้นกล่องได้ใหม่ ส่วนตัวคิดว่าล้นไม่ได้เพราะมีกรอบอยู่

สิ่งที่ชอบ – บรรยากาศการเรียนที่อาจารย์กระตุ้นสอบถามแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมเป็น section ที่ดีมาก

สิ่งที่นำไปใช้ต่อ – ถ้าไม่มี สปสช. UC จะอยู่ได้หรือไม่อย่างไร ส่วนตัวยังหาคำตอบไม่ได้

บททวนการเรียนรู้จากการอบรม (Wrap up)

โดยตัวแทนจากกลุ่ม 2 นำเสนอในหัวข้อระบบการตรวจสอบ (Audit System) ของ พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

กระบวนการ Audit เป็นเรื่องของกระบวนการเรียนรู้ในงานเพื่อบริหารกองทุนอย่างโปร่งใส และมีธรรมาภิบาล Audit ไม่ใช่แค่เรื่องของเวชระเบียน แต่มีเรื่องของ การตรวจสอบด้วย ประเด็น Audit จึงมีความจำเป็นและต้องเรียนรู้ เพราะหากไม่มีระบบตรวจสอบก็จะมีระบบที่ทำให้รู้ว่าสิ่งที่ สปสช. ทำเป็นธรรมต่อระบบบริการหรือไม่ ทั้งนี้ Audit จะตั้งตนไปตรวจสอบใครเองไม่ได้จะต้องมีกฎหมาย หรือมี พรบ. คัดกรองผู้ปฏิบัติงาน โดย พรบ. สามารถเรียกคืนได้ หมายถึงสิ่งที่ สปสช. ทำ ถ้ามีกรณีทุจริต สปสช. ไม่สามารถรื้อกลับไ้มากกว่าที่เราตรวจสอบได้ ถ้าจะแก้ต้องแก้ที่ พรบ.

บทบาทเจ้าหน้าที่ สปสช.

- ต้องมีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่และบัตรประจำตัว กรณีทำบัตรใหม่เสียค่าปรับ 80 บาท
- มีมาตราและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อคุ้มครองตัวเอง
- เวลา Audit กระบวนการจ่ายเงินจะถูกปรับเปลี่ยนตามแต่ละกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง

การเตรียมตัวของ Auditor ประกอบด้วย 1) พรบ. 2) กฎหมาย 3) การเตรียมตัว Audit 4) เครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งสิ่งที่ทำให้เครือข่ายมีคุณภาพ คือ การทำมาตรฐาน เช่น การอบรม ทดสอบ 5) คู่มือ

กระบวนการ Audit ประกอบด้วย Coding Audit, Billing Audit, Quality Audit, MRA (Medical Record Audit) วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับเงินชดเชย สิ่งที่ ร.พ. จะโดนตรวจสอบต้องเกิดจากความครบถ้วนของเอกสารที่พึงมี

- Coding, Quality เกี่ยวข้องกับ C2, C3 ที่เป็นเรื่องของกระบวนการคุณภาพ

- เดิมทุกปีให้เขตทำ แต่กระบวนการ Quality เป็นเรื่องใหญ่ที่ส่วนกลางเลือกสรรแล้ว ว่าต้องเป็น reimburse ด้วยความเสี่ยง 4 ปัจจัย
 - กระบวนการแบบนี้จำเป็นต้องศึกษาทั่วประเทศว่า เวลาที่ต้องชดเชยหรือถอดเรื่องบางเรื่อง อาจจำเป็นต้องทำในกระบวนการ Audit คุณภาพทั้งหมด
 - Billing ขณะที่ชดเชยแบบ fee schedule สปสช.ชดเชย แบบเหมาจ่ายรายหัวชดเชยแบบ fee schedule เช่น OP refer, OPAE การชดเชย reimburse
 - ตัวอย่างกรณีแพทย์ใน ร.พ. โคนเรียกเงินคืน 5 ล้าน อาจเป็นเพราะความเกรงของตัวแพทย์เองหรือกระบวนการคุณภาพที่ไม่เกิดกับคนไข้ เป็นเรื่องที่กระบวนการ Audit ต้องนำไปสู่ Quality
 - Billing ร.พ.ใช้ตามที่ สปสช.ประกาศหรือไม่ เช่น ใช้อุปกรณ์แล้วไม่นำสต็อกเกอร์มาติดทำให้ไม่ทราบว่าคนไข้ใส่ข้อเข้าหรือใส่เหล็กเข้าไปซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบ
 - สิ่งที่ยากของกระบวนการ Audit คือจะทำอย่างไรให้รู้ว่า ร.พ.ข้างเคียง ทำในสิ่งที่ถูกต้องในพื้นที่หรือไม่ เช่น ร.พ.หนึ่งเกรง สิ่งที่ สปสช. ทำคงไม่ใช้การประจาน แต่ควรเป็นการสื่อสารให้ทราบว่ากระบวนการต่างๆ ที่ สปสช.ทำไม่ได้ทำให้ ร.พ.สูญเสียเงินที่เข้า ร.พ.แต่ทำให้เกิดความเป็นธรรมในพื้นที่ ซึ่งเป็นเรื่องที่เขตต้องสื่อสารให้พื้นที่รับทราบ
 - กรณีลงพื้นที่พร้อมกรมบัญชีกลาง ร.พ.จะรู้สึกเกรงใจเวลา สปสช. เรียกเงินคืน 100 ล้านบาท เมื่อเจอของกรมบัญชีกลางอีก 200 ล้านบาท ร.พ.จะเริ่มรู้สึกและลดทอนสิ่งที่ไม่ถูกต้องลง
 - กระบวนการ Audit เป็นกระบวนการที่ต้องเรียนรู้ให้เท่าทันนโยบายและเท่าทันหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องและทำอย่างไรให้เกิดคุณภาพการบริการกับประชาชนในพื้นที่
 - ข้อจำกัดงบประมาณที่ใช้ในการตรวจสอบเป็นแบบใช้ปีต่อปี ดังนั้น วิธีการ Audit จะต้องมีการบวนการที่เท่าทันหน่วยบริการ เช่น อาจต้องมี pre-audit มากกว่า post-audit
 - กระบวนการ Audit เป็นสิ่งที่ต้องพัฒนากระบวนการของเราว่าทำอย่างไร ให้ทัดเทียมต่างประเทศจากกรณีศึกษาในประเทศต่างๆ เช่น เกาหลีมี pre-audit มากกว่า post-audit
 - สิ่งสำคัญของ สปสช. คือ ต้องมีข้อมูล ขึ้นอยู่กับว่าจะนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์อย่างไร
 - ส่วนกลางจะมีปริมาณงานที่กว้าง ขณะที่เขตมีบริบทของพื้นที่ ถ้าผลงานมากกว่าหรือแปลกกว่าพื้นที่อื่น เมื่อเขตรับรู้เวลาเห็นข้อมูลจะช่วยในกระบวนการตรวจสอบได้มากขึ้น
- ตัวอย่างการตรวจสอบ รพช. ที่พัฒนาเป็น รพท.เมื่อตรวจพบว่า PCI เมื่อเกิดวันนอนซ้อนระหว่าง ร.พ. ที่ทำหัตถการได้ ใช้วิธีเอาวันนอนเทียบกัน เจอวันนอนซ้อน ไล่ดูหัตถการว่าวันนอนซ้อนทำหัตถการอะไร พบว่าทำ PCI ใน 2 ร.พ.ในวันเดียวกัน**
- เดิมสำนัก claim ไม่ได้ ตัดวันนอนซ้อนหรืออาจตัด แต่ไม่ได้ตัด ณ วันนั้น จึงเกิดวันนอนซ้อน เมื่อซ้อนแล้วต้องคุยกับผู้บริหารในพื้นที่จากนั้นเรียกคืนทั้งหมด และถามผู้บริหารว่าจะทำอย่างไร
 - วิธีการ คือ เน้นเรื่องกระบวนการสื่อสารทำให้รู้ว่าเราเห็นท่าน แต่ไม่ได้ทำเพื่อลงโทษท่าน ซึ่งเรื่องนี้รู้ถึง ร.พ.ข้างเคียงเพื่อให้เงินไหลเข้าสู่ระบบปกติโดยไม่เว้น ร.พ.ใดร.พ.หนึ่ง

บททวนการเรียนรู้จากการอบรม (Wrap up)

โดยตัวแทนจากกลุ่มที่ 3 นำเสนอในหัวข้อเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับการจัดการการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ รศ.ดร.สุคนธา คงศีล (จากการอบรม CFO ครั้งที่ 1) สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างคุ้มค่าให้ได้ประโยชน์สูงสุด มีสูตรประสิทธิภาพ คือ $\text{output} - \text{input}$ ถ้ามีค่ามากกว่า 1 ถือว่าดี และ $\text{output} - \text{input}$ ถ้ามีค่ามากกว่า 0 ถือว่าดี และได้แบ่งหัวข้อการสอน แบ่งเป็น 5 หัวข้อ

- 1) การวิเคราะห์ระบบบริการสาธารณสุขในเชิงเศรษฐศาสตร์
- 2) การให้ความหมายและการให้ความสำคัญของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- 3) การอธิบายการจัดบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4) การอธิบายแนวคิดและวิธีการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการประเมินผลบริการสาธารณสุข
- 5) การวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยมีโจทย์ให้ทำ

1) การวิเคราะห์ระบบบริการสาธารณสุขในเชิงเศรษฐศาสตร์

ปัญหาพื้นฐานทางทางเศรษฐกิจแบ่งได้ 3 ข้อ คือ จะผลิตสินค้าอะไร ผลิตอย่างไร ผลิตให้กับใคร ระบบสุขภาพมีขั้นตอนเรื่องระบบสุขภาพ ระบบการให้บริการ การดำเนินการรักษาพยาบาลงบประมาณที่ใช้ ซึ่งจะมีการตั้งคำถามเชิงเศรษฐศาสตร์ว่า เราจะให้บริการอย่างไร ค่าใช้จ่ายคุ้มค่า หรือไม่ การให้บริการมีการคิดต้นทุนอย่างไร

2) การให้ความหมายและการให้ความสำคัญของเศรษฐศาสตร์

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ให้ความสำคัญเรื่องความเป็นธรรมมากกว่าเรื่องของประสิทธิภาพ ภาพรวมของปัญหา คือ ประชาชนยังเข้าไม่ถึงบริการ ประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ ยังอยู่ในระดับต่ำ ความไม่เป็นธรรม ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ปัญหาสุขภาพไทย คือ ค่าใช้จ่ายกับประสิทธิภาพ กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า GDP ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของบริการ พบว่า ต้นทุนการให้บริการจ่ายให้ต่ำกว่าสวัสดิการของข้าราชการ มีต้นทุน ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ปัญหาความไม่เสมอภาค ความไม่เป็นธรรมในระบบหลักประกัน สิ่งเหล่านี้เป็นภาพรวมของทั้ง 3 กองทุนไม่เฉพาะของ สปสช.

3) การอธิบายการจัดบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัญหาของการให้บริการเกี่ยวข้องกับกลไกด้านสุขภาพ ปัญหาการยอมรับคุณภาพการบริการ ปัญหาการตรวจสอบความสำคัญของสาธารณสุข คือ

3.1) เพื่อการตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (economic evaluation)

3.2) การศึกษาการดำเนินงานเพื่อประสิทธิภาพประสิทธิผลของการควบคุมโรค (เศรษฐศาสตร์การวิเคราะห์; Economic analysis)

4) การอธิบายแนวคิดและวิธีการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในการประเมินผลบริการสาธารณสุข

การประเมินผลพูดถึงประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์ว่า ในการประเมินผลสามารถอธิบายพฤติกรรมทางสาธารณสุข การใช้หลักเศรษฐศาสตร์ในการเลือกปัญหาทางสุขภาพ การใช้หลักเศรษฐศาสตร์ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ

คำถาม ที่กล่าวมาขอบประเด็นไหน เรื่องอะไร หรือประเด็นที่จะนำไปใช้ประโยชน์

คำตอบ เศรษฐศาสตร์เป็นเรื่องของความคุ้มค่าของการเลือกใช้ทรัพยากรการดำเนินงานเรื่องสาธารณสุข ดังนั้นต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดให้คุ้มค่าที่สุด

หัวข้อ	การซื้อบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ
วิทยากร	นพ.การุณย์ คุณติรานนท์ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	เพื่อทำความเข้าใจการบริหารจัดการระบบและกลไกการซื้อบริการสุขภาพ กลไกและวิธีการจ่ายในรูปแบบต่างๆ และการควบคุมค่าใช้จ่าย
เวลา	09.00 – 12.00 น.

รูปแบบ : การฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติ รูปแบบการจัดห้องอบรมแบบ Class room

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน้ตบุ๊ก
- กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเมจิก

กระบวนการและเนื้อหา

นพ.การุณย์ คุณติรานนท์ บรรยายเรื่อง การซื้อบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถสรุปได้ดังนี้

ทุกประเทศทั่วโลกมี Health GDP มากกว่า GDP ประเทศ ประเทศที่ GDP สุขภาพต่ำกว่า GDP ของประเทศ คือ ประเทศที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

การคาดการณ์ว่าอีก 20 ปี ประเทศไทยจะเป็น upper income country ถ้าคาดการณ์ภายใต้ 5% คือ ปี 2032 ถ้า 3.5% คือปี 2040 จะเป็นเช่นนั้นได้เมื่อมียุทธศาสตร์ชาติมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ซึ่งความยั่งยืนมีอยู่แล้ว คือ sustainable development goal ความมั่งคั่งจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่มีความมั่นคง

ยังไม่พบว่าประเทศที่มีช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนหรือประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำ ประเทศที่มีความไม่สงบ จะพัฒนาไปได้ เพราะประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำมากๆ สิ่งตามมา คือ คนจนจะยิ่งจนคนจนไม่ได้รับการพัฒนา ความไม่สงบทำให้เกิดการรบราฆ่าฟัน มีความวุ่นวายในประเทศ

ประเทศจะเจริญได้ต้องพัฒนาคนขึ้นมา การศึกษาจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะคนที่ไม่มีการศึกษาจะเป็นแรงงานไร้ฝีมือ สิทธิภาพของคนจะไม่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญของประเทศพัฒนาแล้ว คือ การลดช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจน เราไม่เคยพบว่าประเทศในโลกนี้สามารถก้าวผ่านจาก middle income country ไปเป็น upper income country ได้ ถ้าประเทศยังมีความเหลื่อมล้ำ ดังนั้นถ้าอยากให้ประเทศเจริญ สิ่งสำคัญ คือ ต้องลดความเหลื่อมล้ำให้ได้

ผลต่อสุขภาพที่ชัดเจนคือเรื่องเศรษฐกิจ ช่วงที่คุณภาพชีวิตและสุขภาพคนไทยดีขึ้น คือ ช่วงที่เศรษฐกิจประเทศเติบโต ช่วงที่เศรษฐกิจไม่ดี การพัฒนาด้านสุขภาพจะเป็นไปได้ช้า เห็นได้ว่าถ้าเศรษฐกิจดี ผลกระทบต่อสุขภาพจะดีกว่าเรื่องอื่นๆ ดังนั้นเรื่องเศรษฐกิจจึงเป็นเรื่องสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ข่าวล่าสุดที่เพิ่งออกมาพบว่าประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมเป็นอันดับ 3 ของโลก รัสเซียเป็นอันดับ 1 อินเดียเป็นอันดับ 2


ปัญหาของประเทศไทย คือ คนไทย แก่เร็ว รวยช้า เกิดน้อย ด้อยคุณภาพ ผลิตภาพแรงงานต่ำ ประเทศไทยเข้าสู่ Aging society แล้วแต่ยังไม่รวย แต่ส่วนใหญ่ประเทศที่เข้า Aging society เป็นประเทศที่ร่ำรวยแล้ว

เรื่องด้อยคุณภาพสามารถศึกษาตัวอย่างได้จากผลการสอบ PISA ของ OECD ในปี 2015 ซึ่งพบว่าคนไทย 1 ใน 3 illiterate คือ อ่านออกแต่ไม่เข้าใจเนื้อหา

Strategic purchasing for UHC

Strategic purchasing คือ การซื้อเชิงกลยุทธ์ หมายถึง การซื้อที่มีวัตถุประสงค์เพื่อไปให้ถึงนโยบาย การซื้อเชิงกลยุทธ์ไม่ได้บอกว่าดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่เราจะซื้อ เช่น บริษัทข้ามชาติอย่าง Facebook ไป takeover บริษัทต่างๆ มาเพื่อผูกขาดตลาดเป้าหมายแบบนี้ไม่ดี แต่เป็นการซื้อเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นการซื้อเชิงกลยุทธ์เพื่อผูกขาดตลาด แต่ของ สปสช.เป็นไปเพื่อ Universal Health Coverage (UHC)


What does universal health coverage mean?



Equity in Access to care



Coverage



Quality



Financial Risk Protection

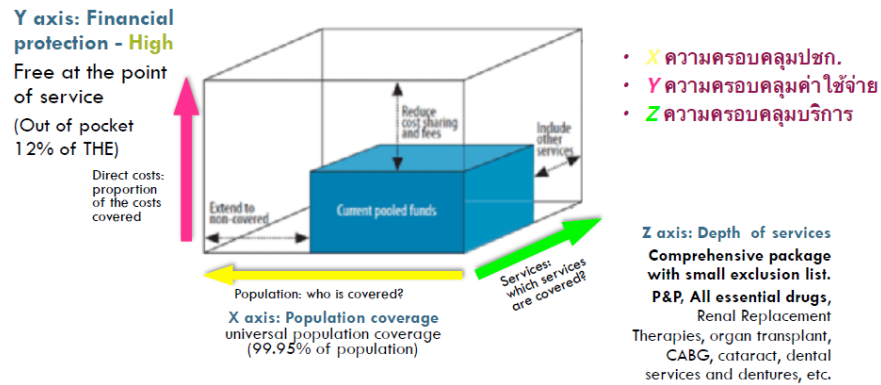
- Universal Health Coverage (UHC) means everyone can access the quality health services they need without financial hardship.

UHC หรือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ

- ทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Access to care)
- เข้าถึงบริการแล้วไม่ล้มละลายจากการรักษาพยาบาล
- เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม (Equity) ถ้ายังต้องเข้าคิวถือว่ายังไม่เป็น equity
- มีคุณภาพ (Quality)
- ครอบคลุม (Coverage)

Three dimensions of Thai UHC

Under three public health insurance schemes (CSMBS (5%), SSS (20%), UCS (75%))



สปสช. มีความครอบคลุมในทุกด้านหรือยัง

หากพิจารณาตาม 3 มิติ ของความครอบคลุมประกันสุขภาพถ้วนหน้าตาม (รูปลูกบาศก์) พบว่า

1. มิติประชากรครอบคลุม 99.95% นับได้ว่าครอบคลุมประชากรทั้งหมด แต่ยังไม่ทราบว่าครอบคลุมประชากรจริงหรือไม่

2. Service หรือ Benefit package สิทธิประโยชน์ที่ยังไม่ครอบคลุม คือ คอสมेटิก ศัลยกรรม พลาสติก Assist reproduction, Treatment in the study (ยาที่อยู่ในระหว่างทดลองว่ามี side effect หรือไม่ ใช้แล้วได้ผลจริงหรือไม่) การรักษารากฟัน กลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน งานส่งเสริมป้องกันฟื้นฟู

สิทธิประโยชน์โดยนัย (implicit benefit package) กับสิทธิประโยชน์เด่นชัด(explicit benefit package)

สปสช.บอกว่าครอบคลุม แต่เราเหมาจ่ายรายหัวให้ สปสช.ไม่ได้แยกจ่าย

กรณี Transplant สปสช.บอกเหมาจ่ายรายหัว แต่ ร.พ.ไม่จัดบริการจึงต้องแยกออกมาจ่าย การแยกออกมาจ่าย เรียกว่า บริการอย่างเด่นชัด (explicit benefit package) ดังนั้น คำว่า ครอบคลุม แม้ สปสช.จะบอกว่าครอบคลุมหมดแล้ว แต่หากบริการยังไม่เกิด แบบนี้ถือว่าไม่ครอบคลุม

คำว่าครอบคลุมโดยนัย ใช้กับบริการพื้นฐาน เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ทั่วไปได้ จ่ายแบบเหมาจ่ายได้ แต่เมื่อไรที่จ่ายแบบเรียกค่าใช้จ่ายสูงๆ ร.พ.บอกว่ารับไปแล้ว แต่ไม่จัดบริการให้เพราะฉะนั้นสิ่งที่ สปสช.ทำทุกวันนี้ คือ เราเปลี่ยนจาก implicit (โดยนัย) เป็น explicit (แยกจ่าย)

การแยกจ่ายส่วนใหญ่จ่ายเป็น fee schedule เป็นหลัก

การจ่ายโดยเด่นชัด (explicit benefit package) มีข้อเสีย คือ บริการใดๆ ที่ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย แต่ สปสช.บอกว่าเหมาจ่าย คือ จ่ายโดยนัยไปแล้ว (implicit benefit package) สิ่งตามมาคือ ร.พ.ไม่จัดบริการให้ หรือจะจัดบริการให้ต้องมีการจ่ายใต้โต๊ะ (informal payment)

ทั้งสิทธิประโยชน์โดยนัย (implicit benefit package) และสิทธิประโยชน์เด่นชัด (explicit benefit package) ถ้าทำไม่ดีจะเป็น barrier ในการเข้าถึงบริการและเป็น financial barrier เกิดความไม่พึงพอใจ

เพราะฉะนั้น โดยหลักการที่ สปสช. ทำทุกวันนี้ การเพิ่มสิทธิประโยชน์จริงๆ คือการปรับสิทธิประโยชน์จากเหมาจ่ายเป็นแยกจ่าย นี่คือการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในความหมายของ สปสช.

UHC service coverage index, 2015

ข้อมูลจาก World Health Organization ปี 2015 พบว่า ความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ของประเทศไทยอยู่ที่ 75%

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 5 ระบุว่าถ้าใครไม่มีสิทธิที่รัฐจัดให้ใดๆ จะได้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ว่าครอบคลุม 99.95% หรือเทียบเท่า 100% จึงไม่ได้หมายความว่าครอบคลุมอย่างแท้จริง 99.95% คือ จำนวนคนที่ลงทะเบียน (= สิทธิ 100% คนไทยลงทะเบียน 99.95%) ซึ่งคนไทยทุกคนมีสิทธิอยู่แล้ว ไม่ว่าจะลงทะเบียนหรือไม่

การไม่ลงทะเบียนถือเป็นสิทธิว่าง สิทธิว่างก็สามารถใช้บริการได้ เพียงแต่ต้องใช้บริการในระบบเท่านั้น ถ้าใช้สถานบริการอื่นใช้ไม่ได้ การลงทะเบียนเป็นไปเพียงเพื่อของงบประมาณ เพราะสำนักงานงบประมาณจะดูจำนวนประชากร แต่ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 100 คน จะเข้าถึงบริการ เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ หากจะมารับบริการต้องใช้ผู้คุมซึ่งจำนวน 4 คน ในการพาไปเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุ คนเหล่านี้ไม่เข้าถึงบริการ ดังนั้นการเข้าถึงบริการจึงเป็นเรื่องหนึ่ง การลงทะเบียนเป็นอีกเรื่องหนึ่ง สิทธิเป็นอีกเรื่องหนึ่ง

ตลอดเวลา 16 ปี ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการแล้ว เหลือเพียงบางส่วนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เรียกว่า กลุ่มเปราะบาง (vulnerable group) สิ่งที่กำลังทำ คือ ให้ทุกคนเข้าถึงบริการ แต่ตัวเลขที่ระบุว่าเข้าถึงบริการเท่าไร จะต้องเป็นตัวเลขในเชิงวิจัย เพราะตัวเลขที่ สปสช. มีคือ ตัวเลขที่ลงทะเบียน ซึ่งบางคนยังไม่รู้ว่าตัวเองมีสิทธิ

การกำหนดสิทธิประโยชน์เริ่มจากอะไร

ครั้งที่ Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (WHO) มาที่ประเทศไทยได้ถามท่านเลขาธิการ สปสช. ว่าการกำหนดสิทธิประโยชน์เริ่มต้นอย่างไร ครอบคลุมอะไรบ้าง

คำตอบคือ เริ่มต้นจากการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13) เพื่อฟังความต้องการของประชาชนผู้ให้บริการ จากนั้น จึงมากำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ สิ่งที่ต้องถามเหมือนกัน คือ What should be considered to be subsidized by the public resources?

การจัดสิทธิประโยชน์ในการรับฟังเป็นไปตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เขียนไว้ว่าต้องรับฟังความคิดเห็นเพื่อจัดสิทธิประโยชน์

สิ่งสำคัญ คือ ทรัพยากรไม่เพียงพอ ทุกประเทศทั่วโลกถ้าทำ Universal Health Coverage ทรัพยากรไม่เคยพอ เพราะ Health GDP โตเร็วกว่า GDP ของประเทศ ประเทศไทยถือว่าเป็น Good health at low cost เพราะใช้อยู่ 4-5% ของ GDP ขณะที่ทั่วโลกใช้ 8-10% ของ GDP ผลลัพธ์สุขภาพ (Health outcome) ของประเทศไทยดีมาก เมื่อเทียบประเทศ upper middle income country ด้วยกัน

Only 50 pills



คุณเป็นหมออยู่ที่หอผู้ป่วย ซึ่งมีคนไข้ติดเชื้อโรคอยู่ 100 คน โดยเป็นโรคที่เกิดจาก 2 สายพันธุ์ คุณจะจ่ายยาให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างไร.

- คนไข้ 50 คน ต้องการยา 2 เม็ด ในการรักษา (more severe strain).
- คนไข้ 50 คน ต้องการยา 1 เม็ด ในการรักษา (less severe strain).
- **คุณจะจัดยาให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างไร ?**

©Lalicon IllustrationsCI.com/31325

คำถาม

มีผู้ป่วยติดเชื้ออยู่ 100 คน เป็นเชื้อโรค 2 สายพันธุ์ สายพันธุ์หนึ่งรุนแรง อีกสายพันธุ์หนึ่งอ่อนกว่า สายพันธุ์รุนแรง จะต้องใช้ยา 2 เม็ด สายพันธุ์ที่อ่อนกว่าใช้ยา 1 เม็ด ถ้ามียา 50 เม็ด ถ้าเราเป็นหมอจะจ่ายยาอย่างไร

คำตอบจากผู้เข้าร่วมประชุม

- ต่อรอราคายาให้ได้ยาทั้งหมดที่ต้องการ
- ให้ผู้ป่วย severe ก่อน
- ให้ผู้ป่วย less severe ก่อน
- แบ่ง severe กับ less severe คนละครึ่ง
- จัดสรรยาโดยพิจารณาว่าคนไข้มีป่วยโรคอื่นด้วยไหม มีภาวะเสี่ยงดูครอบครัวหรือไม่

คำตอบ (เฉลย)

- ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องและผิด นี่คือนโยบาย maker ต้องตัดสินใจ แต่ในเชิง health economic สิ่งที่ สปสช. ทำ แม้มียาราคาแพงจำนวนมาก แต่ สปสช. ไม่ได้จัดให้ สปสช. จัดยาให้เฉพาะที่กองทุนที่มีทรัพยากรจำกัดเพื่อให้การรักษาพยาบาลได้ คือ เลือกสิ่งที่มี cost effectiveness

- cost effectiveness ในกรณีนี้ ถ้าจ่ายยา 2 เม็ด รักษาได้ 25 คน ถ้าจ่ายยา 1 เม็ด ให้กับคนที่ less severe รักษาได้ 50 คน ซึ่งเป็นกรณีตัวอย่างความเป็นจริงและเป็นเหตุผลที่ สปสช. ไม่จ่ายยาแพงๆ ให้กับคนไข้โรคมะเร็ง เพราะถ้าจ่ายยานี้ให้กับคนๆ หนึ่ง คนอื่นๆ ก็จะไม่ได้รับการรักษา ไม่ได้หมายความว่าสิ่งนี้เป็นของราคาถูกลงจะไม่ดี เพราะแต่สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ สปสช. ทำอยู่

- ต้องมองในเชิง cost effectiveness มองว่าเงินที่เราใช้ไปต้องคุ้มค่าในการรักษาพยาบาล

Quality Adjusted Life Year; QALY

Quality Adjusted Life Year; QALY คือ ถ้าใช้งบประมาณ 1 แสนบาทต่อปีต่อคน สามารถทำให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้อีก 1 ปี เราจะลงทุน อันนี้เป็นเกณฑ์ที่ สปสช. ใช้อยู่ ซึ่งเกณฑ์ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศ บางประเทศอาจใช้เกณฑ์ที่ 2 แสนคน หรือ 3 แสนคน แล้วแต่ความร่ำรวย ความยากจนของแต่ละประเทศ ประเทศไทย ณ ตอนนี้ใช้อยู่ที่ 100,000 บาทต่อปีต่อคน

คำถาม

กรณีไตวาย ฟอกเลือด ล้างไต ตอนเริ่มต้นค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 400,000 บาทต่อปีต่อคน แต่ตอนนี้ลดลงไม่ถึง 4 แสน คำถาม คือ เราควรจัดเป็นสิทธิประโยชน์หรือไม่ เพราะไตวายเป็นภาระตลอดไป เราบอกใช้ 1 แสนต่อคนต่อปีถึงจะอยู่ในหลักเกณฑ์ แต่นี้ใช้ตั้ง 4 แสน 4 เท่า

คำตอบ

- เสนอให้ co payment
- ควรให้ เพราะวัตถุประสงค์ของการทำ UHC คือ การลดภาระค่าใช้จ่ายไม่ให้ล้มละลาย ซึ่งโรคนี้นำให้ล้มละลาย แต่ประเด็นสำคัญคือ โรคนี้นั้น high cost ที่ต้องใช้ประสิทธิภาพของเงินที่จ่ายให้สูงที่สุด
- ถ้าเทียบกับมะเร็งระยะสุดท้ายแล้วชีวิตได้ 6 เดือนหรือไม่ถึงปี กลุ่มนี้ใช้ชีวิตค่อนข้างปกติ ถ้ามองในแง่คุณภาพชีวิต จ่าย 400,000 บาท ถือว่าคุ้ม อนาคตถ้าทำในปริมาณที่มากขึ้นราคาอาจจะถูกลง

คำถามเพิ่มเติม

ถ้ามะเร็งใช้ 2 แสนต่อปี

คำตอบ

ถ้าเทียบกับโรคอื่นที่คนไข้กลับไปใช้ชีวิตได้ไม่ค่อยดีถือว่าไม่คุ้ม แต่โรคนี้นั้นคนไข้กลับไปใช้ชีวิตได้ปกติก็น่าจะคุ้ม

คำถามเพิ่มเติม

ทำไมคิดว่าใช้โรคนี้นี้คุ้ม โรคอื่นที่ใช้น้อยกว่านี้ไม่คุ้ม

คำตอบ

จากข้อมูลเหตุผล ณ แรกเริ่มของการให้สิทธิประโยชน์ คนที่เห็นด้วยกับการฟอกเลือด ล้างไต มีความเห็นในเรื่องการให้ความสำคัญกับการปกป้องไม่ให้ผู้ป่วยล้มละลาย และรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและเกิดความเป็นธรรมระหว่างกองทุน และคิดในเรื่องของการเพิ่มประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจุบัน สปสช.จ่ายอยู่ที่ 300,000 กว่าบาทต่อคนต่อปี

ขณะที่คนที่ไม่เห็นด้วยให้ความเห็นว่า ควรให้ความสำคัญกับการใช้เงินให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด คำนึงถึงผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการเงินการคลังในระยะยาว นี่เป็นเหตุผลของแต่ละฝ่าย ไม่ได้บอกว่าถูกหรือผิด

ตอนนี้ไตวาย กำลังเป็นภาระงบประมาณจริงๆ แต่เป็นกระแสผลักดันจากภาคประชาสังคมด้วย บางอย่างไม่ใช่ health economic ล้วนๆ แต่มีเรื่องของกระแสผลักดันด้วย

การออกแบบสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันฯ: หลักฐานเชิงประจักษ์, ขบวนการ และการตัดสินใจ



การออกแบบสิทธิประโยชน์

การออกแบบสิทธิประโยชน์ โดยหลักการต้องมีข้อมูลเพื่อดูภาระโรค (burden of disease) ประสิทธิภาพทางคลินิก ต้นทุน และความคุ้มค่า ความเป็นธรรม ในการออกแบบสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เวลาจะเพิ่มสิทธิประโยชน์ จะมีขบวนการในเรื่องของข้อมูลการรับฟังความคิดเห็น ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติเรื่องของคุณค่าทางสังคม ความกังวล และเสียงของประชาชน ข้อจำกัดทางการเงิน ข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เงินไขที่ชัดเจน

ในเรื่องข้อจำกัดทางผู้ให้บริการ ถ้าประเทศไทยไม่มีการลงทุน infrastructure ในต่างจังหวัดไว้ก่อน (คือ มีสถานีอนามัยทุกตำบล) ต่อให้ประกาศ UHC ในตอนนั้น (เมื่อ 30 ปีก่อน) ประชาชนก็ไม่เข้าถึงบริการ หรือมีบริการที่ไม่ครอบคลุมได้ เพราะมีค่าใช้จ่ายอื่นเพิ่มนอกเหนือจากการรักษา (Indirect cost) เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าพักค้างอ้างแรม เรียกได้ว่าเป็นการจัดการปัญหาเรื่องสภาพ ภูมิประเทศ ในการเข้าถึงบริการ (Geographic barrier) คือ จัดให้มีหน่วยบริการในพื้นที่ เมื่อถึง พ.ศ. 2545 มีการประกาศเรื่อง Universal Health Coverage สิ่งนี้เป็นการลด Financial barrier

ข้อจำกัดการให้บริการ: การประกาศสิทธิต้องคำนึงเรื่องความเท่าเทียม

ตัวอย่าง 1 Hiperbaric chamber การรักษาเรื่องแผลกดทับก็ได้ผลแต่ สปสช.ไม่ให้ อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เรื่องความคุ้มค่า สิ่งสำคัญคือ สปสช.รู้ว่า Hiperbaric chamber มีเฉพาะตาม ร.พ.ชายฝั่งทะเล ร.พ.ที่อยู่ทางภาคเหนือไม่มี ถ้าประกาศไปแล้ว ต้องมีผู้จัดบริการเพียงพอ ผู้รับบริการต้องเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม

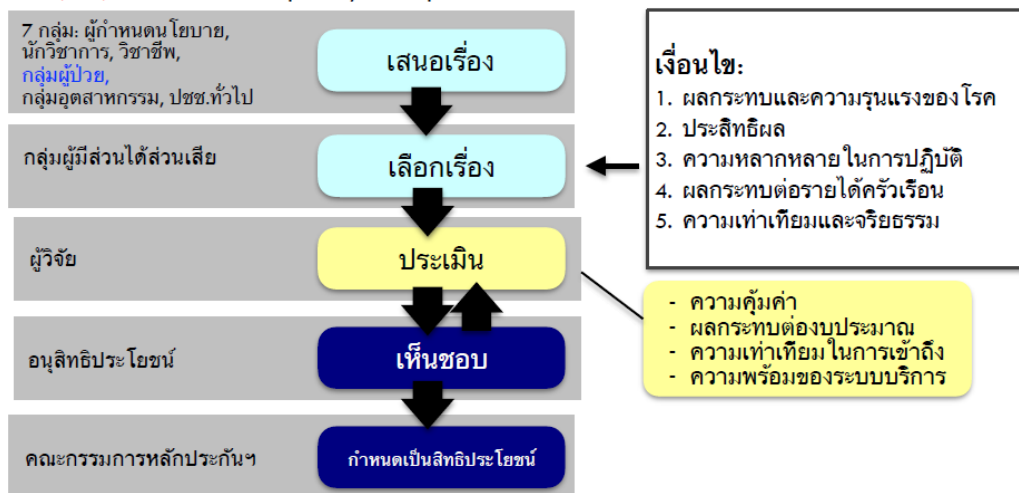
ตัวอย่าง 2 Coil embolization ที่ interventionist สวนเข้าไปแล้วไปอุดพวก AVM เส้นเลือดโป่งพองในสมอง ไม่ต้องผ่าตัด ถ้าประกาศออกไปเพราะมันคุ้มค่าจริงๆ ต้องถามว่าแพทย์ทุกคน แพทย์ทุกที่จะทำได้มีมากน้อยแค่ไหน ประชาชนทุกคนจะเข้าถึงบริการจริงหรือไม่ หรือแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ในหัวเมืองใหญ่ๆ เท่านั้น

ถ้าประกาศสิทธิก็ต้องคิดถึงเรื่องเหล่านี้ด้วยว่า ทุกที่จะสามารถทำได้มากน้อยแค่ไหน และประชาชนจะเข้าถึงบริการจริงหรือไม่ ไม่ใช่เฉพาะคนในเมืองที่มีโอกาสได้สิทธิตรงนี้ โดยหลักการของ UC ต้องการให้เป็น Pro poor คือ ต้องการให้คนชั้นล่างได้สิทธิมากกว่าคนชั้นบน เราไม่ได้ discriminate แต่ Pro poor อยากให้คนจนเข้าถึงบริการดี คนรวยช่วยจน คือหลักการของ Pro poor

การเพิ่มในสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันฯ

๑๘ (๑๓)

Participatory-Transparent-Evidence-based-Contest able



กระบวนการเพิ่มสิทธิประโยชน์

สปสช. จะมีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (3) โดยผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาชีพ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มอุตสาหกรรม และประชาชนทั่วไปเสนอเรื่องเข้ามาที่ สปสช. มีคณะกรรมการในการคัดเลือกเรื่อง เมื่อเลือกเรื่องเสร็จจะส่งไปให้นักวิจัยประเมิน ซึ่งนักวิจัยที่ สปสช. ใช้ประจำคือ IHPP กับ HITAPP ทำในเรื่อง health technology assessment เดิมใช้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ ตอนนี้เปลี่ยนเป็น อนุประเภท และขอบเขตบริการ ถ้าไม่เห็นชอบก็ตีกลับไป ถ้าเห็นชอบก็เสนอเข้าบอร์ดเพื่อพิจารณา โดยกรอบในการพิจารณาจะดูเรื่องผลกระทบของความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพ ความหลากหลายในเวชปฏิบัติ ผลกระทบต่อรายได้ครัวเรือน ความเท่าเทียม และจริยธรรม

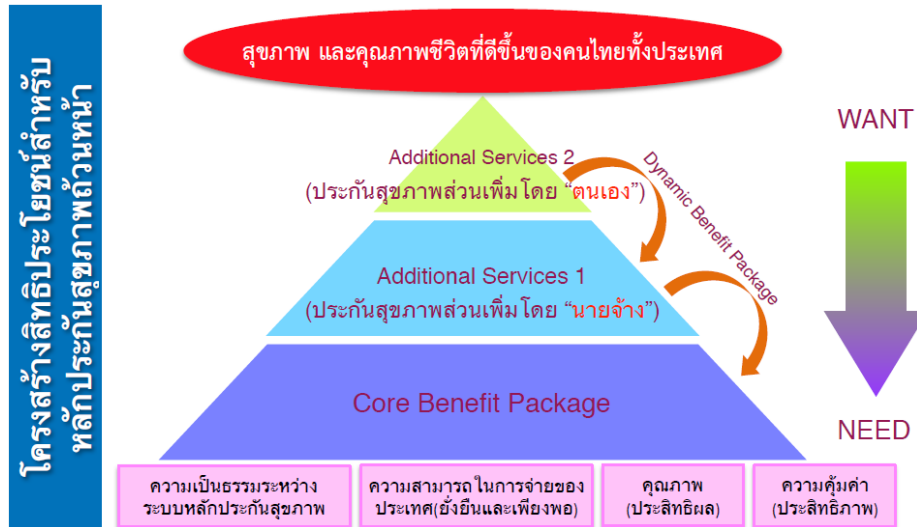
เวลาที่นักวิจัยจะพิจารณาความคุ้มค่าและผลกระทบต่องบประมาณ ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ความพร้อมของระบบบริการ

ปัญหาเมื่อพูดถึงยา ED (Essential Drug)

ความตั้งใจคือให้ครอบคลุมทุกโรค Essential Drug เป็นยาจำเป็น แต่ทุกวันนี้ Essential Drug ไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง กรณีใช้ยาเบื้องต้นแล้วไม่หาย

ปัญหา คือ ED ยังไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง เพราะเงื่อนไขหนึ่งที่จะนำยาเข้า ED ได้ คือ เรื่องของภาระงบประมาณ (Cost effectiveness) ถ้าคำนึงแค่ว่ายาพื้นฐาน ยาที่จำเป็น Essential Drug จริงๆ จะต้องอยู่

ใน ED list ก็ไม่ควรจะมีอะไรที่ใช้นอกเหนือจาก ED แต่เพราะว่ายา ED ไปผูกกับเรื่องของความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost effectiveness) ด้วย Essential Drug จึงทำให้ยาบางตัวไม่ครอบคลุมเข้ามา



โครงสร้างสิทธิประโยชน์สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพขนมชั้นของ อ.อภิรมย์)

ตอนบูรณาการสิทธิ ชั้นล่าง คือ core benefit package ทุกคนจะเห็นกันหมดไม่ว่าจะเป็นสิทธิใดๆ ถ้ากองทุนอยากซื้อเพิ่มให้เป็นชั้นที่ 1 เป็น additional service ถ้าผู้ป่วยอยากซื้อเพิ่มเอง เป็นการร่วมจ่าย แล้วแต่ว่าจะร่วมจ่ายแบบไหน อันนี้คือสิ่งที่จะ design แล้วจะเดินไปข้างหน้า

คำถาม

ถ้าร่วมจ่ายเห็นด้วยหรือไม่ คิดอย่างไร จะเกิดปัญหาหรือไม่ core benefit package จะทำอย่างไร

คำตอบจากผู้เข้ารับการอบรม

- ไม่เห็นด้วยเพราะการรักษาควรครอบคลุม ไม่ควรมี additional ให้เกิดความเหลื่อมล้ำ หรือต้องมาตัดสินใจว่าอะไรดีกว่า ถ้าดีกว่าก็ควรจัดการให้ครอบคลุมไปเลย เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาตามมา
- คำตอบ เห็นด้วยเพราะ core benefit package จะเกิดความเท่าเทียมกัน แต่สิ่งที่ต้องทำ คือ การบริหารจัดการระหว่างสิทธิประโยชน์ในแต่ละหลักประกันที่จัดให้กับผู้มีสิทธิ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างหลักประกันที่จัดให้ เพราะ core benefit package ของแต่ละสิทธิหลักประกัน โดยทั้ง 3 สิทธิไม่เหมือนกันเพราะฉะนั้นถ้าจะให้หลักขนมชั้น จะต้องมีการบูรณาการให้เกิดความเท่าเทียมกันทั้ง 3 กองทุน

อาจารย์เพิ่มเติม

หลักการ คือ ทุกกองทุนจะใช้ core benefit package ตัวเดียวกัน นั่นคือ วิธีการจ่ายแบบเดียวกัน สิทธิประโยชน์เหมือนกัน เพียงแต่ถ้ากองทุนข้าราชการต้องการอยากจะให้ข้าราชการมีอะไรพิเศษ ก็ให้

กรมบัญชีกลางซื้อเพิ่ม ถ้าประกันสังคมอยากมีอะไรพิเศษ สำนักงานประกันสังคมก็ซื้อเพิ่มให้ผู้ประกันตน ถ้าใครมีความต้องการมากกว่าที่กองทุนให้ก็ต้องร่วมจ่าย นั่นคือ หลักการ

คำตอบจากผู้เข้ารับการอบรม

additional service 1 จะทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำได้ แม้ประกันจะมีส่วนต่างให้ผู้ประกันตนจ่ายเอง แต่ถ้ามีจำนวนมากจะทำให้ portion ได้ต่อระบบสุขภาพ core benefit package ถ้า service ทั้งหมด addition ต้องเล็กๆ แต่ถ้าดูขณมชั้นนี้ มีความเสี่ยงว่าระบบจะเกิดความไม่เท่าเทียมของสิทธิต่างๆ แต่เรื่อง การจ่ายแล้วแต่กำลังการจ่าย

อาจารย์เพิ่มเติม

หลักการไม่ค่อยมีใครขัดแย้ง แต่เป็นห่วงวิธีปฏิบัติว่า core benefit package จะครอบคลุมบริการ พื้นฐานจริงหรือไม่ อย่างไร ใครเป็นคนกำหนด กำหนดแล้วจะตายตัวตลอดไปหรือไม่ ถ้ากำหนดแล้วเอา UC เป็นฐาน เป็น core benefit package จะ core อย่างไรต่อไปหรือไม่ เพราะปรับ UC ตลอดทุกปี ปรับแล้วจะนิ่งเลยไหม additional มากน้อยแค่ไหน ร่วมจ่ายอย่างไร ร่วมจ่ายที่จุดบริการ ร่วมจ่ายเป็นค่า premium หรือร่วมจ่ายวิธีไหน

แต่โดยหลักการการร่วมจ่ายจะไม่จ่าย ณ จุดบริการเพราะการร่วมจ่าย ณ จุดบริการเป็น barrier ในการเข้าถึงบริการ ไม่น่าเหมาะสม อาจต้องร่วมจ่ายแบบ premium แบบประกันสังคม แต่ก็ไม่รู้ว่าจะทำได้หรือไม่

สิ่งสำคัญคือ core benefit package ไม่ควรจะนิ่ง ควรปรับเปลี่ยนตามเศรษฐกิจสถานะของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว benefit package พื้นฐานจะสูง การร่วมจ่ายจะน้อย

ครั้งหนึ่งที่เรากล่าวว่าเป็นความต้องการ (want) อาจจะเป็นความจำเป็น (need) ก็ได้

คำถาม

ประกันสังคมกับ UC เราจ่าย capitation เหมือนกัน ทำไม ร.พ.เอกชนอยากรับประกันสังคมมากกว่าประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำตอบ

เพราะวัยทำงานไม่ค่อยป่วยและจ่ายได้หมดเลย ไม่ค่อยหักเป็นรายการย่อย เหมาะแทบทั้งหมด

คำถาม

Rabies vaccine เดิมกันเงิน OPD ไว้แล้ว แต่ สสจ.แจ้งมาว่า มีการกันเงินเอาไว้ระดับจังหวัดเพื่อซื้อ Rabies vaccine ให้ในจังหวัด แล้วก็เลิกไป และปัจจุบันกลับมากันเงินไว้เพื่อมาซื้อ Rabies vaccine ท่านมีความเห็นอย่างไรกับเรื่องนี้

คำตอบจากผู้เข้ารับการอบรม

ทุกอย่าง dynamic เพราะสถานการณ์การระบาด

อาจารย์เพิ่มเติม

ส่วนนี้จะย้ำให้เห็นว่า การที่เราจ่ายเหมาเป็นการจ่ายตอนที่กันไว้ตอนแรก ให้ตัวเอง เขาไม่ค่อยซื้อเพื่อจัดบริการให้กับประชาชน พอระบาดแล้วไม่มีวัคซีน ตอนนี้องค์กรทรวงเรียกร้องให้กันเงินไว้เพื่อซื้อวัคซีน กรณีนี้เป็นตัวอย่างให้เห็นชัดว่า การเหมาจ่ายอาจไม่เกิดการจัดบริการได้ แต่ถ้าบริการพื้นฐานไม่มีปัญหา เป็นการย้ำว่ากลไกการจ่ายมีผลต่อพฤติกรรมของผู้จัดบริการด้วย

คำถาม

เห็นด้วยหรือไม่ที่ใช้ primary care เป็น gate keeper

คำตอบจากผู้เข้ารับการอบรม

เห็นด้วย เพราะการดูแลใกล้ชิดดีกว่า ใกล้บ้าน ใกล้ใจ

อาจารย์เพิ่มเติม

Prevention is better than cure.

การเจ็บป่วยส่วนใหญ่รักษาที่ primary care ได้ ไม่จำเป็นต้องไป secondary หรือ tertiary care การใกล้บ้านใกล้ใจ เป็นการลด indirect cost เพราะการเดินทางมี indirect cost อีกประการ คือ เรื่องของการบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพ ร.พ.ใหญ่มีค่าใช้จ่ายแพงกว่า ตัวอย่าง ข้าราชการกับ อปท. สิทธิประโยชน์เหมือนกันทุกอย่าง แต่ อปท.มีอยู่ทั่วประเทศ ไม่ได้อยู่ในเมือง ค่าใช้จ่าย อปท.ตกอยู่ที่ประมาณ 9,000 กว่าบาท ขณะที่ข้าราชการปัจจุบันอยู่ที่ 16,000 บาท เพราะข้าราชการส่วนใหญ่ใช้บริการที่ ร.พ.ใหญ่ๆ ซึ่งต้นทุนการจัดบริการระหว่าง ร.พ.ใหญ่กับ ร.พ.เล็กไม่เท่ากัน

สรุปสาระสำคัญ

- ใกล้บ้านใกล้ใจ เป็นเรื่องที่ดีและลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
 - ต้นทุนบริการ ร.พ.ใหญ่แพงกว่า ร.พ.เล็ก
 - ความแออัด ถ้าไปรักษาใน ร.พ.ใหญ่ พวก secondary, tertiary ผู้ป่วยหนัก ร.พ.ต้องมาเสียเวลากับการรักษาผู้ป่วยพื้นฐาน ทำให้ไม่เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการ
 - จัดสรรเงินตาม capitation ถ้าไม่ให้ primary care เป็นจุดสกัด จะจัดสรรเงินแบบนี้ไม่ได้ เพราะไม่รู้จะจัดสรรเงินลงไปให้ใคร เพราะ สปสช.จัดสรรตามจำนวนประชากรที่ ร.พ.รับผิดชอบ ถ้าไปรักษาที่ไหนก็ได้ เงินก็ไม่ได้จัดสรรตาม capitation ดังนั้นเราก็ต้องใช้เงินในการตามจ่ายอย่างเดียว
- ตัวอย่าง OPAE ไม่ได้จัดสรรให้ใครเพราะผู้พิการไปที่ไหนก็ได้ เราก็ต้อง hold เงินเอาไว้ เดิม OP visit อยู่ในระดับ ร.พ.ใหญ่ รพช.และ รพ.สต. ปัจจุบัน reverse กลับมาเป็น รพ.สต.มากกว่า ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ประหยัดงบประมาณ สิ่งนี้เป็นกลไกหนึ่งในการควบคุมงบประมาณ เป็น strategic purchasing อย่างหนึ่ง

คำถาม

การแบ่งจัดสรรเงิน global budget ของ IP เดิมจัดสรรตาม workload 55% แล้วจัดสรรตามประชากร 45% ปีต่อๆ ไปจะจัดสรรโดยอัตราจ่ายเบื้องต้นที่ 8,000 บาท ปีหน้า 8,500 บาท คิดว่าข้อดีข้อเสีย คืออะไร

วัตถุประสงค์ที่จัดสรรแบบนี้เพราะอะไร เดิมจัดสรร workload 75 ต่อประชากร แต่เมื่อ 25 ปีถัดมา เปลี่ยนเป็น workload 65 ประชากร 35 และต่อมา workload 55 ประชากร 45 ทำเช่นนี้เพื่ออะไร ลด workload เพิ่มประชากรเพื่ออะไร

คำตอบ

ควบคุมงบประมาณ ลด workload เพื่อให้ admit น้อยลงและมีการ admit อย่างเหมาะสม

อาจารย์เพิ่มเติม

สิ่งที่ทำ คือ เพิ่มการจัดสรรตามประชากร ลดการจัดสรรตาม workload วัตถุประสงค์หลัก คือ เขตที่มี workload มากๆ ส่วนใหญ่ คือ ปริมณฑลรอบ กทม. แต่ กรุงเทพฯ workload น้อย ปริมณฑลรอบๆ กรุงเทพฯ อัตราการใช้บริการสูง ถ้าใครใช้บริการสูงก็ได้เงินไปมาก ถ้าจ่ายแบบ fix rate เบื้องต้น 8,000 บาท ถ้าเขตไหนมีอัตราการใช้บริการอยู่เดิมสูง global budget จะสูง ประชาชนในเขตไหนใช้บริการมากก็ยิ่งได้ใช้มาก ประชาชนเขตไหนที่เข้าไม่ถึงบริการ อัตราการใช้บริการน้อย ก็ได้งบประมาณน้อยต่อไป ซึ่ง สปสช.ต้องการให้คนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ดังนั้นการจัดสรรตามประชากร ถ้าเขตไหนมีอัตราการใช้บริการน้อย จะได้อัตราสูง คือ คนมาใช้บริการน้อยให้งบมาก

ปัจจุบันดูตาม workload ใช้มากได้ global budget มาก ใช้น้อยได้ global budget น้อย คนที่ใกล้ทรัพยากร ใช้ทรัพยากรมากก็ยิ่งใช้ทรัพยากรมากขึ้นเรื่อยๆ สิ่งที่ต้องการ คือ คนที่อยู่ห่างไกลที่เข้าถึงบริการน้อย ต้องได้บริการเพิ่มขึ้น ต้องมีการจัดบริการเพิ่มขึ้น

การจัดสรรตามประชากร ใช้หลักประชากรในวัยเหมือนกัน ควรจะมีอัตราการใช้บริการเท่ากัน ถ้าที่ไหนมีประชากรเท่ากัน แล้วมีอัตราการใช้บริการน้อยกว่า เมื่อเราจัดสรรตามประชากร 100% อัตราการใช้บริการน้อย based rate จะสูง ส่วนต่าง based rate ที่สูงกว่า เราคาดหวังว่าเขาจะไปจ้างบุคลากรมาจัดบริการ คาดหวังว่าเขาจะเพิ่ม investment เพื่อลงทุนให้เกิดการจัดบริการเพิ่มขึ้น

นี่คือ แนวคิดที่เปลี่ยนจากการจัดสรรตาม workload 100% มาจัดสรรตามประชากร ซึ่งคาดหวังว่าจะจัดสรรตามประชากร 100% แต่ ณ ตอนนี้อยู่ที่ 55 : 45 ก่อนเพื่อดูผลกระทบ ถ้ามองจริงๆ เราทำได้จริงไหม

คำถามจากผู้เข้ารับการอบรม

ไม่แน่ใจว่าตอนที่ สปสช.คิดเรื่องนี้ provider อย่างกระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดเรื่องนี้ด้วยหรือไม่ ถ้าไปด้วยกัน วิธีบริหารของ สปสช. เพื่อให้เกิดสิ่งที่คาดหวังจะสามารถเป็นไปได้ แต่ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่วางไม่ได้มองแบบเดียวกัน คือ มองเรื่องการดึงงบประมาณไว้ในเขตเป็นหลัก

คำตอบ

based rate กับการจัดสรรงบประมาณแบบนี้ส่งผล เช่น ถ้า based rate ต่ำ จากการส่งออกไปนอกเขต ทำให้ผู้ตรวจฯ เห็นว่าต้องพัฒนาระบบบริการของ ร.พ.เพื่อดูแลคนไข้ในจังหวัดหรือโดยรอบได้ ทำให้เกิดการลงทุน เช่น จำนวนเตียงมากขึ้น

ถ้าได้ผลจริง based rate ต้องกลับมาเท่ากัน สมมติจัดสรรตามประชากร 100% based rate จะเหลื่อมกันมาก ถ้าอัตราการใช้บริการกลับมาเท่ากันอัตราจ่ายควรจะเท่ากัน ไม่ว่าจะจัดสรรตาม workload หรือประชากร แต่ได้ผลบางส่วน สังเกตจากบางพื้นที่มีการจ้างลูกจ้างชั่วคราว

Payment มีผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค เทียบกับ ร.พ.เอกชนจะปรับตัวตาม payment แต่เพราะ สปสช.ผูกขาดโดยกระทรวงสาธารณสุข

การย้ายบุคลากรทางการแพทย์ ไปในที่ที่ห่างไกลไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะทุกคนอยากเข้าเมืองมากกว่า อยู่ในชุมชน

payment มีผลต่อผู้ให้บริการแต่ ร.พ.รัฐไม่เป็นเช่นนั้น เพราะรายรับไม่ใช่เงินในกระเป๋าตัวเอง ดังนั้นจึงไม่พอใจ



ประเด็นในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/คำถาม

- ▶ การจัดสรรงบประมาณแบบขั้นบันได Step ladder และค่า K factor ดีไม่ใช่อะไร สรุปการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ดังนี้
 - เหม่าจ่ายดีกว่าเนื่องจากการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของประชาชน
 - ในมุมมองของ Purchaser การเหม่าจ่ายรายหัว จะเป็นการให้ประชากรเข้าถึงการบริการ แต่ในทางกลับกันเป็นการโยนความเสี่ยงให้กับหน่วยบริการ เนื่องจากสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม บริบท และต้นทุนในการจัดบริการในแต่ละที่ไม่เหมือนกัน หากจัดสรรแบบ K อาจทำให้หน่วย

บริการอยู่รอดได้ มีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการจัดบริการ แต่อาจมีผลที่เกิดขึ้น เช่น ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพการให้บริการ เสนอว่าควรมีการปรับการบริหารจัดการตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และมีการจ่ายสอดคล้องกับพื้นที่

- ในการคำนวณ Capitation เป็นแบบ demand side เนื่องจากต้องการให้ประชาชนเข้าถึงบริการ (ความเท่าเทียม) แต่อย่าลืม Supply side ซึ่งเกิดมาก่อน คือ ให้ทุกอำเภอต้องมีโรงพยาบาล จึงทำให้โรงพยาบาลบางแห่งในอำเภอเล็กๆ ที่มีประชากรไม่เพียงพอต่อความต้องการให้บริการ เกิดปัญหา demand ไม่สมดุลกับ Supply แต่สำหรับ Step ladder มองว่าเป็นการทำให้ demand สมดุลกับ Supply มากขึ้น และเกิดประโยชน์กับประชาชน อย่างไรก็ตามบางโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณน้อย จะส่งผลให้หน่วยบริการไม่สามารถจัดบริการได้เต็มที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชน สุดท้ายอยากให้มองถึงความสมดุลมากกว่าว่าตรงไหนเหมาะสม และประชาชนได้รับและเข้าถึงบริการมากที่สุด

วิทยากรสรุป สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ เราจะทำอย่างไรให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ในมุมมองส่วนตัวเห็นว่าที่ไหนมี need ที่นั่นควรจะได้เงิน สำหรับพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรน้อย แต่เห็นว่าจำเป็นต้องมีโรงพยาบาลนี้คงอยู่จำเป็นจะต้องจัดสรรงบประมาณ เพราะให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการ ให้พิจารณาตาม health need ประชากรน้อยได้งบประมาณ ประชากรมากได้งบมาก ซึ่งหากพิจารณาว่าพื้นที่ไหนต้องมีโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถจัดสรรตามหลักการได้ ต้องใช้วิธีการอื่นเข้ามาสนับสนุน

▶ **Case study** การจ่ายแบบมีราคากลาง

- Cataract (ต้อกระจก) เป็นการจ่ายที่มีราคากลาง หรือ เพดานประกอบกับเงื่อนไข เช่น Blinding cataract จ่าย 7,000 บาท Complication จ่าย 9,000 บาท เป็นต้น
- UCEP (ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ) เป็นการจ่ายแบบที่มีราคากลาง หรือ เพดานประกอบกับเงื่อนไข โดยจ่าย 72 ชั่วโมงแรก

- How much to pay ไม่ใช่แค่วิธีจ่ายที่ต้องคำนึงถึงเท่านั้น แต่อัตราหรือจำนวนเงินที่จ่ายมีผลด้วย หากเมื่อไหร่จ่ายต่ำเกินไป การบริการจะน้อย Provider จะมีปัญหาเรื่องของการเงิน สุดท้ายต้นทุนจะถูกผลักภาระไปยังผู้เข้ารับบริการ นั่นคือ การเก็บเงินร่วมจ่าย หากจ่ายมากเกินไปจะเกิดความไม่มีประสิทธิภาพ และการให้บริการเกินความจำเป็น ดังนั้นจะอย่างไรที่จะทำให้เกิดอัตราจ่ายที่เหมาะสม

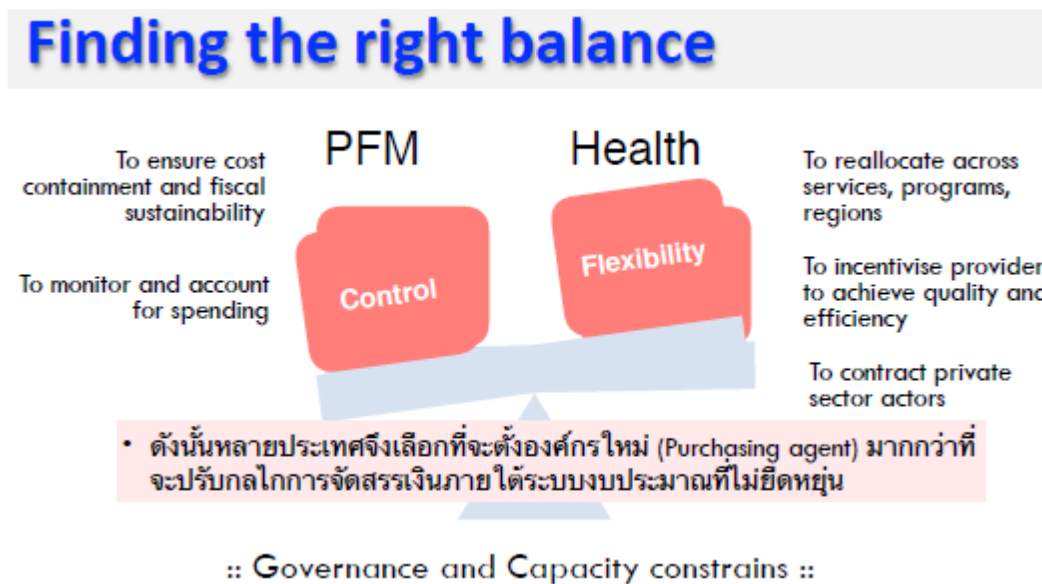
▶ Hemodialysis & peritoneal dialysis ต่างกันอย่างไร ทำไม สปสช. เลือก peritoneal dialysis

- ทั้ง 2 งบประมาณไม่ต่างกัน Hemodialysis เป็นภาคเอกชนให้บริการเป็นหลัก ซึ่ง สปสช. ยังไม่มีความพร้อมเนื่องจาก Hemodialysis ต้องทำโดยแพทย์ สำหรับ peritoneal dialysis ใช้พยาบาลที่ถูกฝึกมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถึง 20 คน โดยสาเหตุที่เลือก peritoneal dialysis เนื่องจากความพร้อมของ Provider ซึ่งในการทำ Payment สิ่งที่ต้องคำนึงคือใครจะเป็นผู้จัดบริการ กลไกการจ่าย ความต้องการของประชาชน ซึ่งการจัดบริการไม่อยากผูกขาดกับเอกชนหรือแพทย์

- ▶ Provider - Purchaser split จำเป็นหรือไม่ การแยกผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ
 - Provider กับ Purchaser โดยหลักการควร split สำหรับประเทศไทย Provider คือ กระทรวงสาธารณสุขคิดว่าควร split ถ้ากระทรวงเป็น regulator แต่ Provider เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขไม่ต้อง split มองว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนไทยไม่ใช่แค่ สปสช.เท่านั้นที่ดำเนินการแต่หน่วยงานหลักควรเป็นกระทรวงฯ

Finding the right balance (PFM control และ Health flexibility)

สิ่งที่ต้องรู้ คือ งบประมาณของประเทศ นั่นคือ Public Finance Management (PFM) ในที่นี้หมายถึง รัฐบาลหรือสำนักงบประมาณต้องการความมั่นคงในเรื่อง cost containment และ fiscal sustainability ซึ่งพยายามควบคุมให้งบประมาณเพียงพอ และการติดตามบัญชีการใช้จ่าย ในส่วนของ Health มีความต้องการ Flexibility (ความยืดหยุ่น) ในการจัดสรรเงินตามสิทธิประโยชน์ บางครั้งการจัดบริการโปรแกรมต่างๆ จำเป็นต้องใช้เงินในการกระตุ้น เพื่อให้โรงพยาบาลจัดบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ หรือการจัดบริการภาครัฐไม่เพียงพอ จึงต้องอาศัยภาคเอกชนมาร่วมจัดบริการด้วย ดังนั้นจึงต้องไปทำ contact กับ private hospital



- ▶ หากงบประมาณผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขด้วยกฎระเบียบของภาครัฐ เราสามารถทำแบบนี้ ได้หรือไม่
 - หากพิจารณาเพียงการ contact กับ private hospital ก็ไม่สามารถทำได้ หากผ่านกระทรวงฯ เพราะถ้า Provider - Purchaser ไม่ split ความยืดหยุ่นจะไม่มี ธรรมชาติไม่มี คนตัดสินใจจากผู้บริหารระดับสูงคนเดียว การตัดสินใจของภาคราชการเป็นแบบ top down แต่สิ่งสำคัญอีกเรื่อง conflict of interest ถ้าเมื่อไหร่กระทรวงฯ ยังเป็น Provider กระทรวงฯ จะห่วงเรื่องความอยู่รอดของโรงพยาบาล เห็นได้จากการทำ Step ladder และ ค่า K แต่หัวใจสำคัญ คือ ทำอย่างไรที่จะบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพ

ทำอย่างไรให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ หรือ ทำอย่างไรที่จะให้ประชาชนเข้าถึงบริการ เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราต้องการ คือ ความยืดหยุ่นในการบริหาร ไม่ได้บอกว่าทำไม่ได้ แต่ PFM control กับ Health flexibility ทั้ง 2 สิ่งนี้ต้อง balance กันให้ได้ ดังนั้นหลายประเทศจึงเลือกที่จะตั้งองค์กรใหม่ มากกว่าที่จะปรับกลไกการจัดสรรเงินภายใต้ระบบงบประมาณที่ไม่ยืดหยุ่น ถามว่าไม่ spit ได้ไหม ถ้า Provider ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุขก็เป็นไปได้ แต่ถ้า Provider เป็นกระทรวงสาธารณสุข Provider - Purchaser split อยู่ดี

► **Case study CSMBS ยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง** เช่น กลุ่มยาชีววัตถุกลุ่ม ยารักษาโรคมะเร็งชนิดพุ่งเป้า (โรคมะเร็ง 22 รายการ, โลหิตวิทยา 19 รายการ) ผู้ป่วยนอกให้ใช้ใบเสร็จไปเบิกจ่ายจากต้นสังกัด มีความคิดเห็นอย่างไรกับเรื่องนี้

- เห็นได้ว่ามีความต้องการควบคุมค่าใช้จ่าย ลดการเบิกจ่ายตรงโดยให้ผู้ป่วยเอาใบเสร็จไปเบิก ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำขึ้น นั่นคือ คนที่มีเงินสำรองจ่ายได้ใช้ยา แต่คนที่ไม่มีเงินสำรองจ่ายไม่สามารถได้ใช้ยา

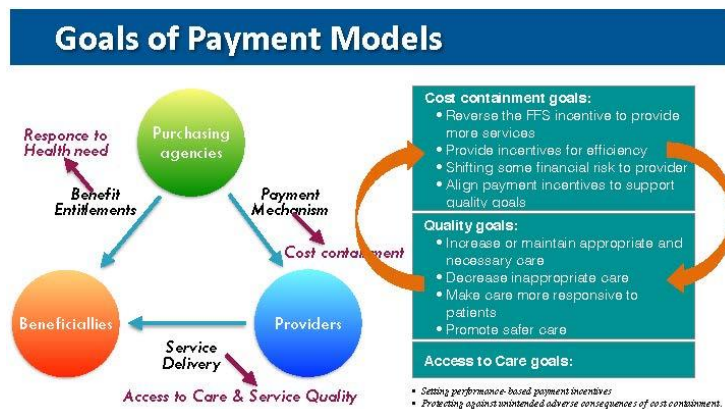
- ทำไมไม่ทำบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาที่จำเป็น ยาโรคมะเร็ง เพราะหากจำเป็นจริงๆ เราก็ต้องจ่ายและประชาชนจะได้ใช้ประโยชน์จริงๆ ให้ยาหลักทุกโรคที่จำเป็น แต่ต้องพิจารณาว่าเรามีงบประมาณเพียงพอหรือเปล่า หรือใช้เป็นเงื่อนไขในการต่อรอง โดยการจัดซื้อของ 3 กองทุน (ประกันสังคม สิทธิราชการ หลักประกันสุขภาพ) รวมกัน Power ของการต่อรองจะสูงขึ้น

สรุป การที่จะเป็น Strategic purchaser ต้องทำอะไรบ้าง



- 1) รู้งบประมาณ
- 2) รู้ความต้องการของลูกค้า
- 3) รู้สินค้าที่จะขาย
- 4) การควบคุมคุณภาพของสินค้า
- 5) การพยายามให้ลูกค้าเข้าถึงบริการ
- 6) การกำกับคุณภาพหลังการขาย

กลไกการจ่าย



กลไกการจ่าย คือ เพื่อให้เกิดการจัดบริการ จุดประสงค์ของการจ่ายมีดังนี้ 1) Cost containment goals เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน ให้ Provider มีความเสี่ยงบ้างเพื่อลดการให้บริการเกินความจำเป็น 2) Quality goals (คุณภาพ) และ 3) Access to care goals

Strategic Purchasing คือ การจัดสรรทรัพยากรทางการเงินให้แก่ผู้ให้บริการ เป็นเปลี่ยนจาก Passive มาเป็น Active เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม มีประสิทธิภาพในการจัดบริการ คุณภาพ และการคุ้มครองทางการเงินที่นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

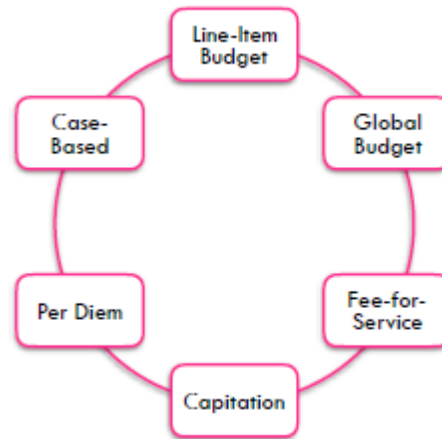
Moving from passive to Strategic Purchasing : It is continuum



การจัดสรรเงินแบบเดิม คือ Passive มีลักษณะ Line Item การจัดสรรเงินผ่านกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้เลือกเฉพาะเจาะจงว่า Provider เป็นใคร แต่ Purchaser จะเป็นผู้หาว่าใครจะมาจัดบริการ การจัดสรรเงินแบบเดิมจะไม่มีerkการกำกับติดตามคุณภาพและราคา ส่วนการจัดสรรเงินแบบใหม่เรียกว่า Strategic เป็นการทำให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพ เลือกผู้จัดบริการ เป็นผู้กำหนดราคาและคุณภาพ โดยการกำหนดคุณภาพจะกำหนดผ่านกลไกการซื้อบริการ หากจ่ายแบบเหมาจ่ายจะกำหนดอะไรไม่ได้ แต่การกำหนดผ่านกลไกจะมีราคากลางและเงื่อนไข

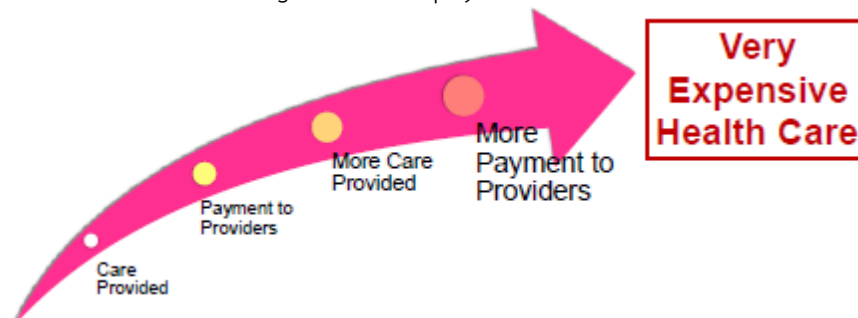
Financial risk to provider ความเสี่ยงมี 2 ประเภท คือ Insurance risk ความเสี่ยงด้านประกันภัย อย่างเช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่เป็นเบาหวาน ความดัน ซึ่งบริษัทประกันจะขอตรวจร่างกายก่อนที่จะรับทำประกัน และคำนวณเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นตามความเสี่ยงนั้นๆ ถ้าโรงพยาบาลได้ประชากรผู้สูงอายุ หรือประชากรที่มีความเสี่ยงมากจึงต้องจัดสรรเงินให้มาก Insurance risk กองทุนหลักประกันฯ ต้องรับไว้ และ performance risk โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบ ซึ่งจะต้องทำ Financial list ให้กับโรงพยาบาล

The “Tradition” provider payment landscape มีดังนี้



- 1) Line-item budget การจ่ายผ่านกระทรวงสาธารณสุข เป็นการจ่ายตามรายการตายตัว เช่น เงินเดือน ค่ายา เครื่องมือฯ ซึ่งไม่ยืดหยุ่น
- 2) Global budget ข้อดีคือ โรงพยาบาลรู้งบประมาณจำนวนแน่นอนสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ มีความยืดหยุ่นในการใช้ไม่ตายตัว กระตุ้นให้โรงพยาบาลลดการบริการที่ไม่จำเป็น ข้อเสียคือ มีแนวโน้มจะให้บริการน้อยกว่าความจำเป็น ซึ่งให้บริการไม่มีคุณภาพ และจัดบริการสำหรับเร่งด่วนและ acute care มากกว่าโรคเรื้อรัง โรคที่ป้องกันได้
- 3) Fee-for-service การจ่ายตามการเรียกเก็บเหมาะสำหรับการจ่ายบริการที่ต้องการกระตุ้นให้จัดบริการ ข้อเสียคือ กระตุ้นให้เกิดการจัดบริการมากเกินไป จ่ายยาเกินความจำเป็น เกิดการบริการที่ไม่มีคุณภาพ หรือการบริการที่ได้เงินเพิ่มเนื่องจากจ่ายตามที่ให้บริการ

Fee-for-service : Getting What You pay for การให้บริการเกินความจำเป็น



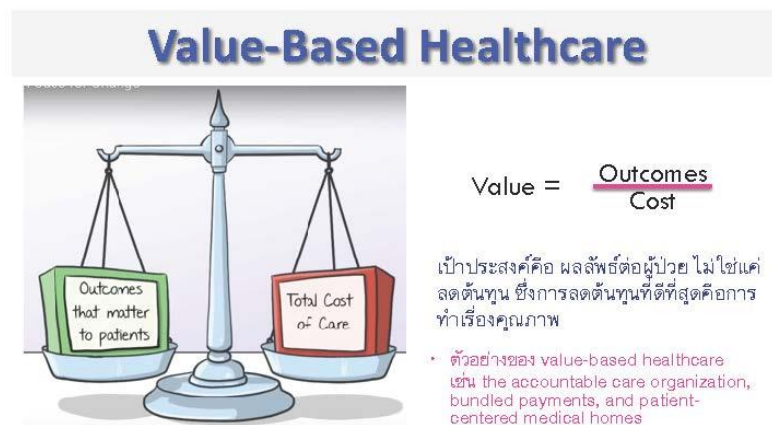
สำหรับ Fee Schedule ต้องระบุให้ชัด กำหนดเงื่อนไขให้ชัด (อะไรจ่ายได้ อะไรจ่ายไม่ได้) ซึ่งเงื่อนไขที่กำหนดจะต้องตรวจสอบได้ ซึ่งการกำหนดการจ่ายและเงื่อนไขจะต้องมีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากการจ่ายมีผลต่อผู้ให้บริการ

- 4) Capitation การเหมาจ่ายรายหัว ข้อดีคือ โรงพยาบาลรู้งบประมาณที่แน่นอนที่จะได้รับ ทำให้โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะลดการจัดบริการที่ไม่จำเป็น มีแนวโน้มที่จะลงทะเบียนผู้ป่วยให้ได้จำนวนมากและตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีสิทธิ สามารถคาดการณ์งบประมาณได้ทั้งกองทุนและโรงพยาบาล งบประมาณมีความยืดหยุ่น ข้อเสียคือมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง การพยายามลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพการจัดบริการได้
- 5) Per Diem จ่ายตามวันนอนโรงพยาบาล ข้อดีคือบริหารจัดการง่าย ข้อเสียคือมีแรงจูงใจให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเกินความจำเป็น
- 6) Case – Based การจ่ายตามโรคและหัตถการที่รักษา ข้อดีคือกระตุ้นให้การบริการตามความจำเป็น ข้อเสียคือความซับซ้อนในการบริหารจัดการ จะต้องมีความรู้ในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ และการตรวจสอบกองทุน DRG จ่ายแม้การรักษาไม่มีคุณภาพ มีภาวะแทรกซ้อน DRG ข้อเสียคือ การ admission เกินความจำเป็น และการจ่ายความเสี่ยงด้านประสิทธิภาพ (Pays for performance risk)

Pay for Performance risk

สิ่งสำคัญของ Pay for Performance คือ Indicator ของ performance ซึ่ง Indicator ที่กำหนดใน QOF ไม่ใช่ outcome framework แต่ที่กำหนดคือ Processes การที่จะจ่ายเงิน P for P ได้ต้องมีการจัดการบริการขั้นพื้นฐานที่ดี

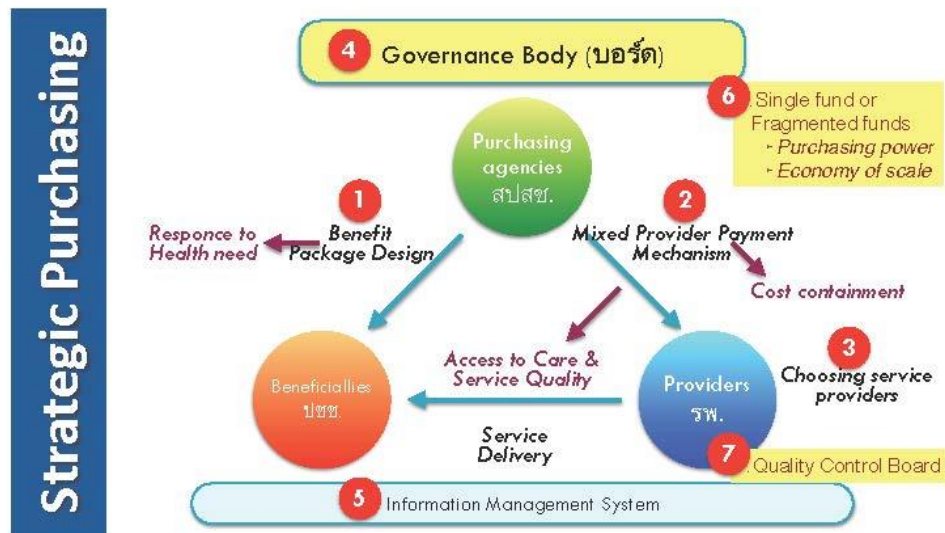
Value-Based Healthcare คือ การเทียบ out come กับ cost



ทำไมระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องมีวิธีการจ่ายมากมาย นั้นเพราะกลไกการจ่ายมีผลต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการ และกลไกการจ่ายแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อเสียต่างกัน หลักการจ่ายที่ดีควรผสมผสานกัน

(mix of different payment methods) อย่างเช่น DRG with global budget ผู้ป่วยผสมกันระหว่าง DGR กับ global budget ในจ่ายแบบ capitation ที่ต้องจ่ายหลากหลายจุดประสงค์ คือ OP , PP จ่ายแบบ capitation IP จ่ายแบบ DRG จ่าย 85% สามารถควบคุมงบประมาณได้ เพื่อให้เกิด efficiency cost & containment อีก 15% เป็นการจ่ายแบบ Fee Schedule ในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อเป็นกระตุ้นให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ แต่สิ่งสำคัญของการจัดแบบ capitation , global budget มักจะให้การจัดบริการมากกว่าความจำเป็น เพราะฉะนั้นจึงต้องมีการคุ้มครองผู้บริโภค 1330 มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อให้ครบวงจร

สรุป องค์ประกอบของ Strategic Purchasing



- 1) การออกแบบ Benefit package การเพิ่มสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ตอบสนองต่อ Health needs
- 2) กลไกการจ่ายต้อง mix of different payment methods เพื่อให้เกิด Cost containment (การเข้าถึงบริการ การจัดบริการที่มีคุณภาพ)
- 3) การเลือกผู้จัดบริการ เช่น หากบริการภาครัฐไม่เพียงพอก็ให้ภาคเอกชนจัดบริการเสริม เป็นต้น
- 4) Governance body
- 5) การบริหารจัดการแบบ Evidence base หลักฐานเชิงประจักษ์
- 6) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
- 7) การเป็น Single fund หรือ fragmented fund

หัวข้อ	How to design Thai UCS benefit packages
วิทยากร	ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช อดีตรองเลขาธิการ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	เพื่อถอดบทเรียนการบริหารกองทุนเพื่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน
เวลา	13.00 – 15.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติตามโจทย์ รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน้ตบุ๊ก
- กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเมจิก

กระบวนการและเนื้อหา

ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช มีคำถามว่า Universal Health coverage (UHC) เป็นระบบประกันสุขภาพของคนจนใช่หรือไม่ คำตอบคือ ไม่ใช่ แต่เดิมเราเข้าใจว่า UHC เกิดในประเทศยากจน เราต้องเปลี่ยนความเข้าใจใหม่ เพราะงานประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนที่ยังจะได้รับ ซึ่งหากเราไม่ได้ทำงานตรงนี้เราก็ต้องเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม และเราต้องจ่ายภาษีทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่นเดียวกันเพื่อเอามาทำระบบประกันสุขภาพ บางคนบอกว่าประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมทำประกันสุขภาพยากเพราะไม่สามารถใช้เงินมากได้ เนื่องจากไม่ใช่ประเทศที่ร่ำรวย บางประเทศที่มีการทำเกษตรกรรมและประมงซึ่งเป็น informal sectors เช่นเดียวกับประเทศไทย ก็สามารถทำระบบประกันสุขภาพได้ ดังนั้น UHC จึงมีได้เกิดขึ้นสำหรับประเทศยากจนเพราะระบบประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ประเทศที่ร่ำรวยหรือประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ก็ต้องการให้เกิดหลักประกันหรือเกิดสิทธิทางด้านสุขภาพ ดังนั้น ไม่ว่าจะประเทศยากจนหรือร่ำรวยล้วนต้องการระบบประกันสุขภาพทั้งหมด

ประเทศไทยไม่ใช่ประเทศร่ำรวย เป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางหรือประเทศกำลังพัฒนา แต่ได้เป็นตัวอย่างที่พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่าประเทศที่มีรายได้ปานกลางสามารถทำระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ด้วยแนวคิดที่ว่าเมื่อเรามีทรัพยากรจำกัด เราก็ออกแบบระบบให้เหมาะสมและสมดุล ให้สามารถดำเนินได้แม้มีข้อจำกัด ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ปัจจุบันจึงเป็นตัวอย่างที่มีหลายประเทศสนใจ

เข้ามาศึกษาเรียนรู้เป็นจำนวนมาก เพราะสามารถใช้ในการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้ เพราะคนไทยทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาได้เท่าเทียมกัน

ย้อนกลับไป 30 ปีที่ผ่านมา ในอดีตประเทศไทย มีการพัฒนาตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมักดูการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจาก GDP ที่มากขึ้น แต่ว่า GDP เป็นตัวเลขประมาณการทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมและบริการ แต่ประชาชนคนไทยส่วนใหญ่ที่อยู่ในภาคเกษตรกรรมที่เป็น informal sectors ส่วนใหญ่ยังยากจน และมีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างสูง ช่องว่างในการเข้าถึงบริการต่างๆ ของรัฐกับภาคประชาชนส่วนใหญ่ก็สูงเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลก็เป็นไปได้ยาก มีความแตกต่างและมีการกระจายตัวมาก ถึงตรงนี้ก็จะเป็นคำถามว่าจะลดช่องว่างลงได้อย่างไร หลายประเทศที่มาศึกษาดูงานหลักประกันสุขภาพในไทยมักอ้างว่าไทยขณะนี้ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง ทำให้ประเทศไทยมีศักยภาพด้านการเงินพร้อมในการพัฒนาระบบสุขภาพ จนกระทั่งบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แต่ความจริง ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพมาอย่างยาวนานมาก อีกทั้งเริ่มดำเนินการโครงการสวัสดิการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยตั้งแต่ปี พ.ศ.2518 ตั้งแต่ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มรายได้ต่ำ โดยประเทศไทยใช้เวลานานถึง 27 ปี ในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UHC นับตั้งแต่ พ.ศ. 2518 -2545

ความก้าวหน้าของ UHC ในประเทศไทย หากจำแนกตัวชี้วัดสำหรับการติดตามประเมินผล โดย UHC เป็นปัจจัยนำเข้า ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ คือ ปัจจัยนำเข้า โดยปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่ง คือ การเงินด้านสุขภาพในภาพรวมโดยมีการพิจารณาสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ต่อ GDP ในภาพรวมประเทศไทย มีรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศอยู่ในระดับที่ไม่สูง เพียงแค่ 4.6% ของ GDP เท่านั้น เมื่อเทียบกับประเทศกลุ่มสหภาพยุโรปที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง 10.1% หรือญี่ปุ่น 10.3% ของ GDP นอกจากนี้ ในเรื่องปัจจัยด้านการเงินในภาคส่วนอื่นๆ เช่น รายจ่ายสุขภาพที่จ่ายโดยรัฐ เงินทุนที่รัฐบาลลงทุนด้านสุขภาพ และรายจ่ายสุขภาพที่ครัวเรือนจ่ายเองโดยไม่มีประกัน หรือไม่สามารถเบิกได้ ประเทศไทยมีตัวชี้วัดทั้งหมดอยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ

แนวคิดในการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษา ต่อมาจึงได้เกิดเป็น UHC ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง เป็นการเพิ่มขึ้นในกระเป๋าให้ประชาชนเหลื่อมมาใช้จ่ายเรื่องอื่นๆ ได้มากขึ้นเป็นการลดช่องว่างทางสังคมได้ จึงได้เกิด พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็น 4 ทศวรรษ แห่งความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยประเทศไทยได้พิสูจน์ให้นานาชาติเห็นว่า ประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรในระดับปานกลางสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนได้สำเร็จตั้งแต่พ.ศ.2545 โดยประสบความสำเร็จทั้ง 3 มิติของเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน คือ 1) จัดความยากจนทางการแพทย์ 2) พัฒนาให้เกิดการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และ 3) การขยายเศรษฐกิจ การกระจายรายได้ และอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ ประเทศไทยมีการ

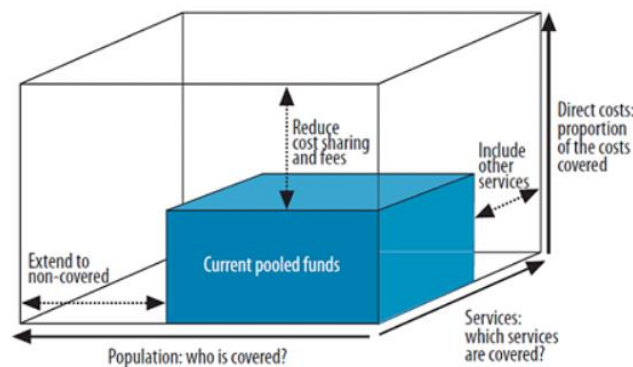
ประกันสุขภาพหลายระบบ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุนหลัก ได้แก่ 1) ประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) 2) ประกันสังคม (Social Health Insurance Benefit Scheme, SHI) และ 3) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS)

ดังนั้นประเด็นหรือโจทย์ 5 เรื่อง ที่ สปสช.จำเป็นต้องจัดทำระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ

1. ประเทศไทยมีรายได้ปานกลางและมีความเหลื่อมล้ำสูง ดังนั้นจึงเป็นโจทย์ว่าทำอย่างไรให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งแนวโน้มของโลกเกือบทุกประเทศ ต้องการทำให้ระบบประกันสุขภาพ ประเทศไทยสามารถทำได้ และไม่ใช่ Burden investment แต่เป็น Public investment เพราะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีเงินเหลือในกระเป๋าไปใช้จ่ายมากขึ้น ไม่ล้มละลายจากการรักษา จากข้อมูลจะพบว่า 5 ปีสุดท้ายของชีวิต 50% ของเงินเก็บจะถูกใช้จ่ายไปในเรื่องสุขภาพ จึงได้เกิด พรบ. หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 ขึ้น

โดยสาเหตุที่ประเทศไทยทำระบบประกันสุขภาพได้เพราะเรามีแนวคิดดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย (Primary care) เป็นการการันตีการเข้าถึงบริการ โดยต้องไม่ทำให้ประชาชนต้องมารับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษา จึงมีระบบ 4 อย่างคือ ส่งเสริม รักษา ป้องกันฟื้นฟู ที่เรารู้จักกันดี (Long term care) ซึ่งปัจจัยสำคัญ 2 ประการที่ทำให้ไทยทำได้ คือ 1) การมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศจนถึงระดับชุมชนและหมู่บ้าน จากการที่รัฐบาลได้ลงทุนด้านโครงสร้างและกำลังคนด้านสุขภาพในสามทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลให้ประชาชนในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้อย่างเท่าเทียม 2) การกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกด้านโดยไม่ต้องมีการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ซึ่งช่วยลดรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ลดภาวะการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และป้องกันครัวเรือนไม่ให้ประสบภาวะความยากจนจากค่ารักษาพยาบาล ถ้าหากเป็นประเทศอื่นทำไม่ได้เพราะไม่มีการบันทึกข้อมูล

2. UHC มีการดำเนินงานและคำนึงถึง 3 มิติ ที่ประเทศไทยสามารถทำได้ คือ



Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

มติที่ 1 ความครอบคลุม 99.99% ของประชากรทั้งหมดที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ มีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต่อสุขภาพได้

มติที่ 2 สิทธิประโยชน์ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ราคาแพงจำนวนมาก

มติที่ 3 การปกป้องครัวเรือนจากการรักษาพยาบาลไม่ต้องยากจนเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษา

3. Third party Payer Principle ประเทศไทยมี 3 ส่วน ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ คือประชาชนจ่ายภาษีให้รัฐไปทำระบบประกันสุขภาพ ถ้าต้องการการดูแลอย่างดีก็จ่ายเองด้วยการซื้อประกันชีวิตเป็นต้น

4. ผลที่ตามมาของการประกันสุขภาพ คือ

- เกิดจริยธรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ข้าราชการไม่ประหยัด
- ฝั่ง Provider มีโอกาสที่จะใช้จ่ายเกินความต้องการ
- ฝั่ง insurance/provider เกิด Creaming skimming หรือเลือกเฉพาะคนไข้ ที่มีความเสี่ยงต่ำหรือชอบทำประกันหมู่
- ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

5. เกิด Gap analysis คือช่องว่างระหว่างโรคที่เป็นจริง

ปัจจุบันเทคโนโลยีพัฒนาไปเร็วมาก มียาที่เป็นตัวยาเฉพาะที่พัฒนาขึ้นมากมาย แต่ไม่ผ่านการประเมินคุณภาพหรืออาจเพราะยังไม่มี evidence มากพอและต้องจำกัดค่าใช้จ่าย คำถามคือ แล้ว สปสช. จะสามารถนำยาดีๆ เข้ามาในระบบอย่างไร

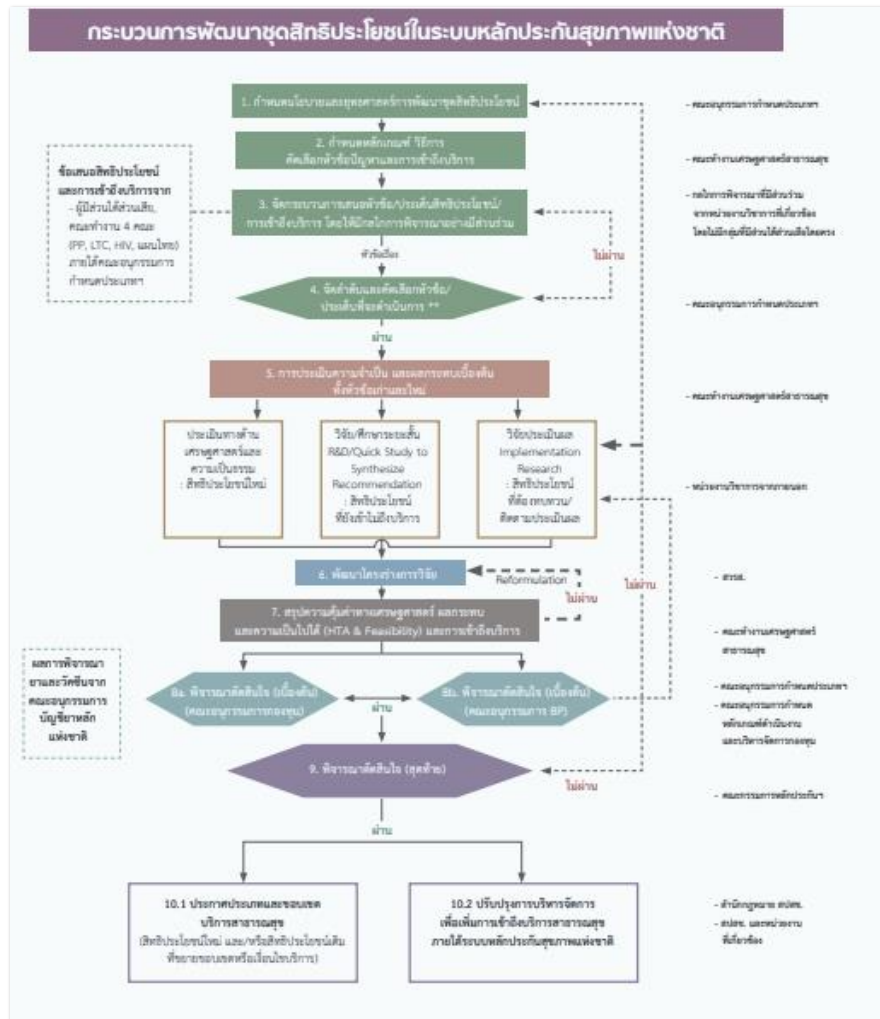
ดังนั้น จาก 5 ปัจจัยดังกล่าว สปสช. จึงบริหารจัดการภายใต้งบประมาณที่มีจำกัด ด้วยหลากหลายวิธีการ เช่น เงินมีน้อยอยากได้ยาบางตัวที่มีราคาแพงจึงใช้วิธีต่อรอง คุ้ ผ่อน ทำข้อตกลงร่วมกัน ขอฟรี หรือเปลี่ยนยาไปใช้ยาราคาถูกลงแต่คุณภาพเท่ากัน เป็นต้น ดังนั้นจึงได้ใช้ HTA เข้ามาช่วยในการประเมินคุณภาพและการนำยาดีๆ เข้ามาในระบบ

HTA หรือ Health Technology Assessment ชื่อไทยว่า การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หมายถึง การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลหรือผลวิจัย ที่จะนำไปสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยคำนึงถึงหลายปัจจัย เช่น ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ต้นทุน ความคุ้มค่า ผลกระทบต่อองค์กร สังคม และจริยธรรม ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์นั้น ๆ เพื่อในท้ายที่สุดแล้วให้เกิดการเลือกใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสมของสังคม

นอกจากนี้ HTA ยังมีการเน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ด้วยในการเข้ามามีส่วนในการศึกษาและการนำยาเข้ามาในระบบซึ่งเป็นจุดเด่นของระบบนี้ โดยเน้นหลักการมีส่วนร่วม ความคุ้มค่า คำนึงถึงภาระของรัฐบาลและคำนึงถึงการปฏิบัติการ

โดย HTA ทำให้เกิดการพัฒน UHC ในเรื่อง 1) ความมีประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณ 2) ศึกษาความเป็นไปได้ 3) การพัฒนาการรักษาใหม่ๆ 4) ความสมดุลในการพิจารณาจัดซื้อยาใหม่ นอกจากนี้ยังสามารถนำมาพิจารณาในระดับนโยบายได้

กระบวนการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ



กล่าวโดยสรุป

- HTA สามารถทำให้เกิดประโยชน์สำหรับการแจ้งการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ
- HTA รวมถึงความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อสำหรับการประเมิน
- ช่วยเพิ่มความชอบธรรมในการตัดสินใจด้านนโยบาย โดยการเพิ่มความโปร่งใสและยอมรับผิดชอบของกระบวนการ

หลักการบริหารจัดการเป็นเรื่องที่สำคัญโดยเฉพาะองค์กรอย่าง สสส. ซึ่งเป็นองค์กรที่รับผิดชอบจัดสรรงบประมาณต่างๆ ในฐานะผู้จ่าย จึงมีหลักที่ควรยึด “GOOD TRANSPARENCY PRACTICES FOR FINANCIAL POLICIES” เป็นสำคัญโดยประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ

1. Clarity of Roles, Responsibilities and Objectives

การจัดบทบาทและความรับผิดชอบ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการดำเนินการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากต้องทราบว่าใครคือผู้จัดการหลัก ซึ่งต้องไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทับซ้อน ต้องโปร่งใส ยกตัวอย่างเช่น การประชุมแต่ละครั้งต้องมีการตรวจสอบผู้เกี่ยวข้องในผลประโยชน์ของบริษัทต่างๆ ที่ทำการซื้อขายด้วยซึ่งไม่ควรให้เข้าร่วมประชุมเพื่อรับรู้ข้อมูลที่จะเอื้อผลประโยชน์กับบริษัทนั้นๆ ซึ่งถือเป็นการกระทำที่รับผิดชอบต่อคนทำงาน และป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งตอนนี้ทาง สสส. ได้นำมาใช้บ้างแล้ว

2. Open Process for Formulating and Reporting

ควรมีระบบที่เปิดเผย ให้คนรับรู้ได้ว่ามีการกำหนดสูตรและคิดคำนวณงบประมาณอย่างไร เพื่อความโปร่งใสกับทุกฝ่าย ไม่ควรทำอะไรให้มีเงื่อนไขเพราะจะนำไปสู่การตั้งข้อสงสัยและไม่ไว้วางใจ

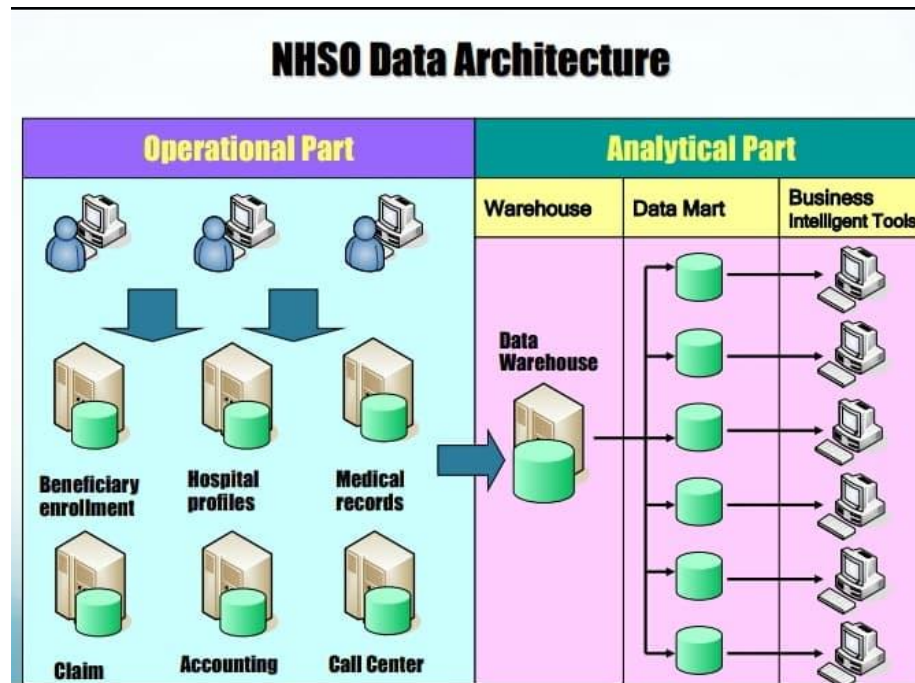
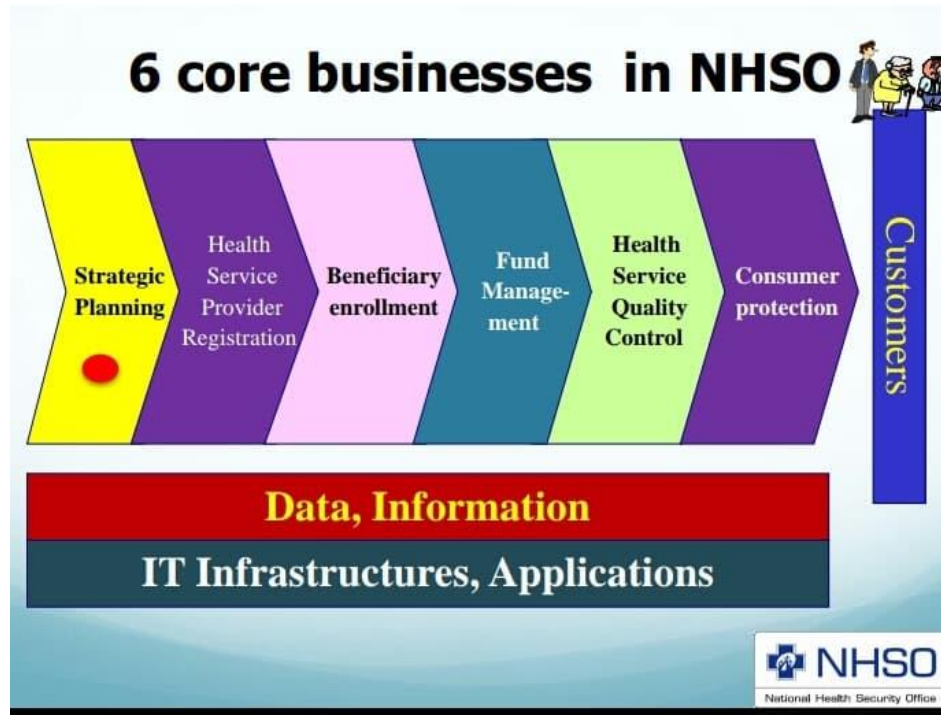
3. Public Availability of Information

ข้อมูลนั้นต้องเปิดเผยได้บ้าง เช่น การเปิดเผยข้อมูลการเงินให้โรงพยาบาล (Cfo Budget) ซึ่งเปิดเผยระดับงบประมาณรวมแต่ไม่เจาะลึกลงไปเป็นรายบุคคล เพื่อรักษาสิทธิของผู้รับบริการ การจัดทำเช่นนี้สร้างความแปลกใจให้หลายองค์กรที่มาศึกษาดูงาน แต่ขณะเดียวกัน คือ สิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความโปร่งใส

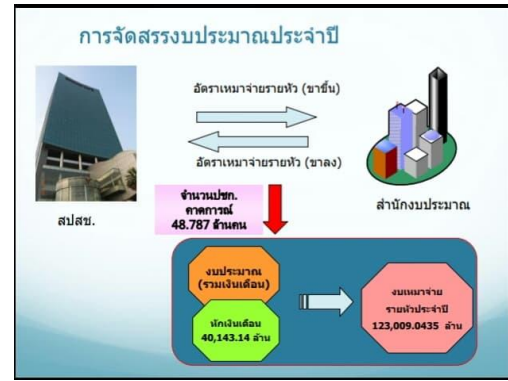
4. Accountability and Assurances

การรับผิดชอบต่อเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้น และการันตีข้อมูลให้ตรงกัน ซึ่งจะทำให้มีระบบมากขึ้น ง่ายต่อการบริหารจัดการและการตรวจสอบ

ซึ่งการทำงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ จะประกอบไปด้วยภารกิจหลัก 6 เรื่อง ดังภาพประกอบ โดยต้องการเริ่มต้นจากแผนยุทธศาสตร์ การประสานกับผู้ให้บริการ การจัดการผลประโยชน์ต่างๆ ซึ่งต้องนำไปสู่การสร้างบริการที่มีคุณภาพ และผู้ที่ได้รับประโยชน์ที่สุด คือ ประชาชน ผู้รับบริการ

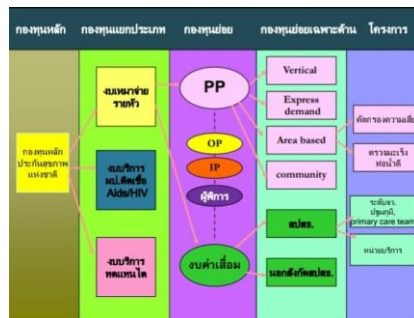
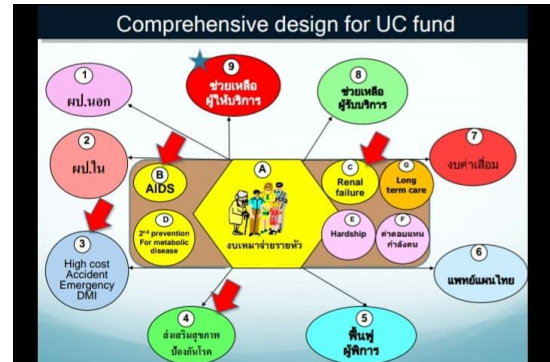


ภาพการออกแบบจัดเก็บระบบข้อมูล

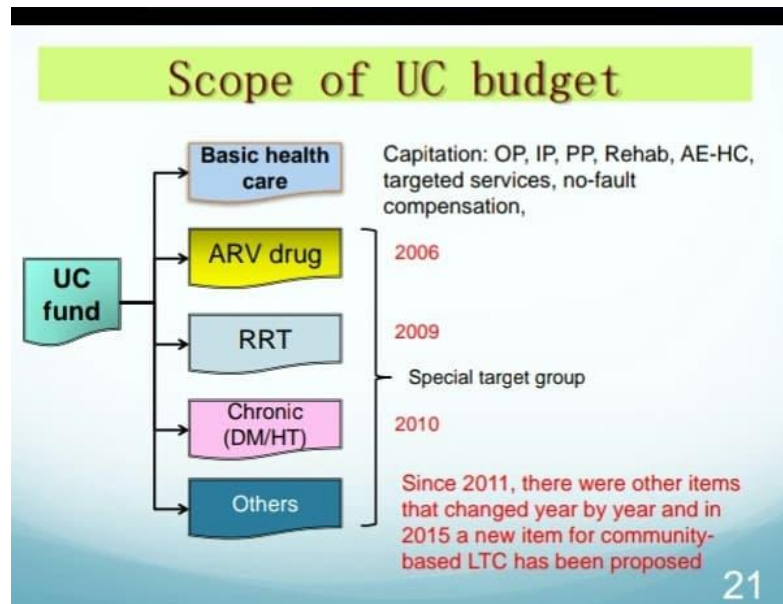


การจัดทำข้อเสนอของกองทุน จะมีการพิจารณาตามระบบ โดยมีคณะกรรมการในการวิเคราะห์ความเหมาะสมก่อนจะอนุมัติได้ ให้ตระหนักไว้ว่าการทำข้อเสนอของกองทุนฯ นั้น เมื่อพิจารณาแล้วอาจไม่เท่ากับกองทุนฯ เพราะต้องหักค่าใช้จ่ายต่างๆ ออก เช่น เงินเดือน ซึ่งมีเสียงทักท้วงว่าให้นำเงินเดือนออกก่อนการนำมาคิดได้ไหม เพื่อจะทำให้การใช้จ่ายตามตัวเลขที่ประกาศ ทั้งนี้เป็นความเข้าใจที่ผิดเพราะการหักเงินเดือนออกก่อนการคิดคำนวณจะทำให้รายหัวลดลงมาก ไม่เป็นผลดี บางครั้งแพทย์อาจไม่เข้าใจรายละเอียดการคิดคำนวณ เพราะฉะนั้น CFO ต้องมีความเข้าใจที่มาที่ไปตรงนี้

การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในการทำงานนั้นต้องมีการรายละเอียดเนื้อหาทั้งหมด 7 แห่ง (ดังรูป) ซึ่งจะมีการจัดแบ่งเป็นกองทุนแยกประเภท ทั้งนี้ไม่มีการผูกมัดและความต่อเนื่องในการของบการทำงานต้องมีการจัดส่งผลงานให้รัฐบาลเห็น จึงจะได้งบประมาณจัดการต่อเนื่องไป ตัวอย่าง เช่น เรื่องจิตเวช ซึ่งไม่สามารถส่งผลผลิตให้ได้ตามที่คาดไว้ ก็ถูกตัดออก เพราะฉะนั้นหากต้องการขอสิ่งใหม่ต้องมีการจัดกองทุนใหม่



ภาพประกอบ การจัดแบ่งลักษณะประเภทกองทุน และความเชื่อมโยงของกองทุนและโครงการต่างๆ



ภาพประกอบให้เห็นพัฒนาการของการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งการพัฒนานั้นไม่มีความแน่นอนตายตัว จำเป็นต้องมียางมือใหม่ๆ ให้เกิดการพัฒนายุ่ตลอด อย่างล่าสุดในปี 2011 คือ เรื่องผู้สูงอายุกับ Long term care ที่ สตง.จะดูแลเรื่องการจัดการค่าใช้จ่ายมากเป็นพิเศษ เพราะการทำงานในเรื่องนี้มีหลายส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ค่าซ่อมบ้าน การจัดงานศพ ภูมิปัญญาต่างๆ ซึ่งเป็นกรณีที่เราต้องทำความเข้าใจจากสภาพงานที่เป็นจริง

การลงทะเบียนหน่วยบริการ ต้องทำความเข้าใจกับประเภทหน่วยบริการในระบบ UC ซึ่งประกอบด้วย

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ
2. หน่วยบริการประจำ
3. หน่วยบริการที่รับส่งต่อ
4. หน่วยบริการ
5. หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้าน

CFO ต้องทำความเข้าใจหน่วยบริการในระบบ เพื่อการจัดสรรงบประมาณได้ถูกต้อง โดยเฉพาะงานระบบ Primary Care อาจมีการตั้งหน่วยบริการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆ การจัดการจึงต้องทราบว่าจัดอยู่ในประเภทไหนของระบบหลักประกัน หากเป็นต่างประเทศแพทย์เป็นผู้จัดการเองในระดับชุมชน ซึ่งเขาจะจัดสรรงบประมาณไปที่แพทย์เลย แต่ประเทศไทยยังไม่ได้เป็นแบบนั้น ในอนาคตประเทศไทยแพทย์อาจจัดปฐมภูมิเองเลยก็เป็นได้

การคำนวณจำนวนประชากรในพื้นที่ ให้ยึดตามหลักประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อจะได้ข้อมูลที่มีความชัดเจน เพราะไม่เช่นนั้นข้อมูลจะไม่นิ่ง ทำให้การคำนวณไม่ลงตัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลเชื่อมโยงกับการตรวจสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระบบฐานข้อมูล การแจ้งเกิด แจ้งตาย เชื่อมกับข้อมูลของทะเบียน

ราษฎร กระทรวงมหาดไทย ล่าสุดในปี 2011 มีความร่วมมือกับ Ministry of interior (MOI), UNICEF, MOPH and NHSO เรื่อง Birth registry project ซึ่งมีวัตถุประสงค์ว่า “ไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดบนผืนแผ่นดินไทยต้องนับจำนวน” แต่ในทางปฏิบัติยังทำไม่ได้เพราะผู้ปกครองได้ใบแจ้งเกิดจากโรงพยาบาลแล้ว แต่ไม่ไปแจ้งขึ้นทะเบียนทางกระทรวงมหาดไทย

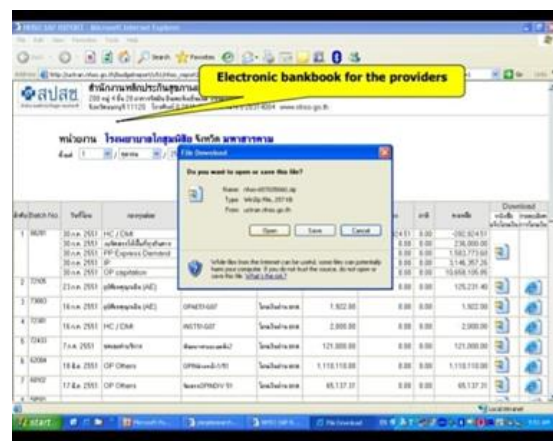
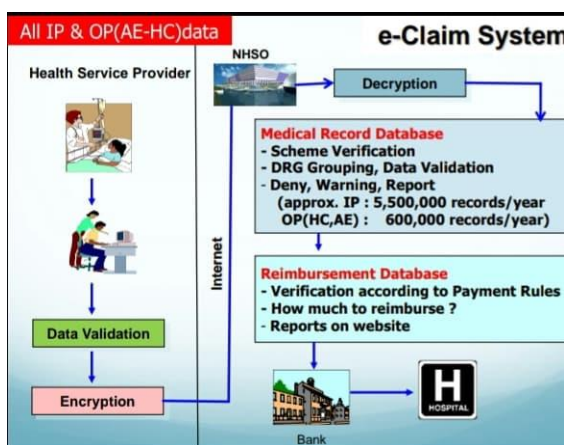
เพราะฉะนั้นจากมติคณะรัฐมนตรี (วันที่ 3 พย.2558) ได้ระบุว่า

1. ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน (National Beneficiary Registration Center)

2. ให้หน่วยงานซึ่งดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลทุกหน่วยงานจัดส่งข้อมูลผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลของบุคลากรในหน่วยงาน รวมถึงผู้ใช้สิทธิร่วมให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลในการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิพยาบาลของประชาชน

โครงการนี้จึงตั้งใจจัดระบบข้อมูลใหม่ ที่ให้เชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ส่งต่อไปยังกระทรวงมหาดไทยเลย ทั้งบุคคลที่มีสถานะถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างประโยชน์แก่การรับรู้จำนวนประชากร การคาดการณ์ ประเมิน จากข้อมูลที่เข้าถึงได้มากขึ้น ส่งผลต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพขึ้น

การพัฒนากระบวนการจ่ายชดเชย เป็นอีกงานหนึ่งที่ทาง สปสช.พยายามพัฒนาระบบให้มีระบบที่รัดกุม และสะดวกรวดเร็วมากขึ้น จึงพยายามใช้โปรแกรม e-Claim System ซึ่งจะประกอบไปด้วย Medical Record Database , Scheme Verification , DRG Grouping, Data Validation , Deny, Warning, Report (approx. IP : 5,500,000 records/year OP(HC,AE) : 600,000 records/year) และ Reimbursement Database - Verification according to Payment Rules เป็น Reports on website โดยมีระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น เช่น ระบบ e-Financial Tracking ซึ่งไม่ว่าจะเปลี่ยนคนทำงาน แต่การทำงานผ่านระบบจะสามารถดำเนินงานต่อไปได้

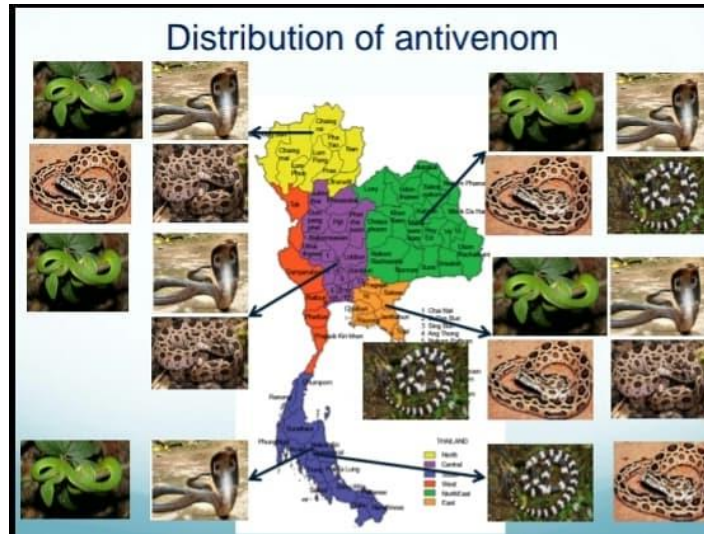


ประเด็นต่อไป คือการจัดซื้อ Material (medicine, instrument) ซึ่งประกอบด้วย High cost drug, Vaccine EPI, Antidote Serum, ARV, TB drug, PD solution, Stent ในเรื่องการจัดซื้อสิ่งเหล่านี้ CFO ต้องทำความเข้าใจความสำคัญของวัสดุแต่ละตัว สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาคือ Orphan drugs หมายถึง ยาที่ไม่ได้รับความสนใจจากผู้นำเข้าหรือผู้ผลิต เนื่องจากมีอัตราการใช้ที่ไม่มีความแน่นอน หากแต่มีความสำคัญแก่ชีวิต ถ้าไม่ใช้อาจเสียชีวิตได้ เช่น Antidotes ,Serum ,Drug shortage ,Vaccine ซึ่งการเลือกวัสดุเหล่านี้ยังมีช่องว่าง ที่ต้องใช้เทคนิคในการทำงานเฉพาะ สามารถไปศึกษาได้ในเคสผู้ป่วยมะเร็งบางกรณีที่ได้เพิ่มยาเหล่านี้ลงไป

การจัดเลือกยาต้องมีการประเมินหลัก คือ ต้องมีการประเมินด้วยหลักฐานทางวิชาการ (More Literatures review) รักษาแล้วได้ผลแค่ไหน มี Clinical guideline review จากสมาคมต่างๆ และมีความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (experts' opinions) แต่จะแตกต่างจากกองทุนยามะเร็งของประเทศอังกฤษ ที่จะฟังผู้เชี่ยวชาญมากกว่าส่วนอื่นๆ มีกรณีของ Trastuzumab ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีการเปลี่ยนแปลงการจ่ายยาจากช่วงระยะเวลาของโรค แสดงให้เห็นว่ามีความไม่แน่นอนสามารถปรับเปลี่ยนได้ สำหรับ สพสข.จะจ่ายยาที่รัดกุมมาก มีการตรวจสอบผลของผลของการรักษา ให้เกิดการยืนยันโดยห้องทดลอง ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาจนเกินขนาด ซึ่งอาจยุ่งยาก เสียเวลา แต่มีผลดีที่เกิดขึ้นมากกว่า



ตัวอย่าง ยาที่ประเทศไทยสามารถผลิตเองได้ ทั้งจากองค์กรเภสัชกรรม และสภาเภสัชกรไทย ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายได้มาก

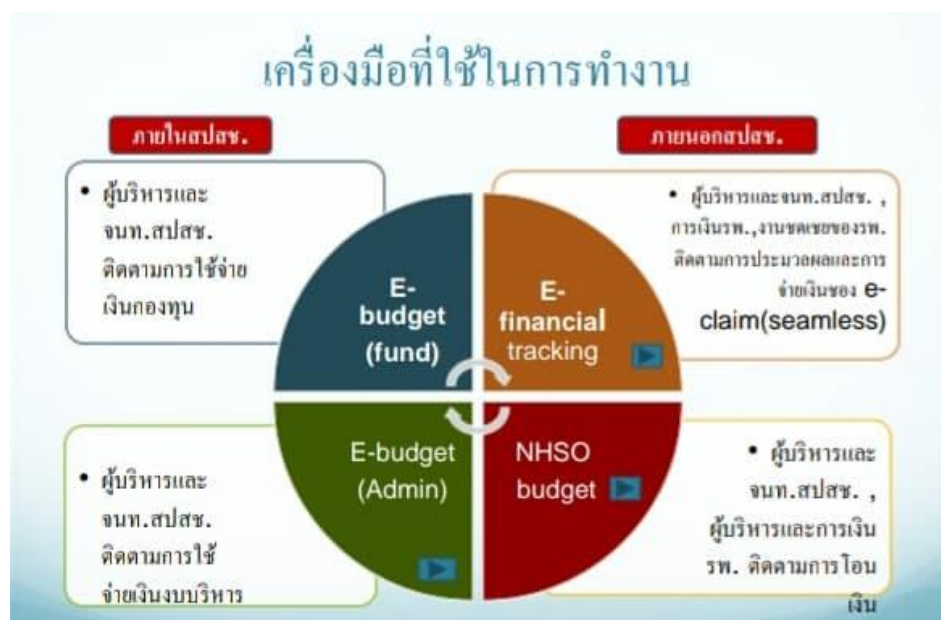


สำหรับการสำรองยาที่หายาก มีประเด็นที่น่าสนใจเรื่อง เซรัมงู เนื่องด้วยการทำเซรัมงูในภูมิภาคนี้ไม่ค่อยมีใครทำ ประเทศไทยเลยได้รับให้เป็นศูนย์กลางในเอเชียแปซิฟิกและยุโรป ซึ่งถือเป็นประโยชน์มหาศาลที่ประเทศไทยจะได้รับและส่งผลกระทบต่อมนุษยชาติ ในประเทศไทยเองการจัดซื้อเซรัมงู ก็ต้องดูการชุกชุมของงูแต่ละประเภทในแต่ละลักษณะภูมิศาสตร์ ซึ่งบางพื้นที่จัดซื้อทุกตัว ทั้งที่งูชนิดนี้ไม่มีในพื้นที่นั้น

ประเด็นสุดท้ายกับคำถามที่ว่า How to monitor UCS funds ผู้ทำหน้าที่บริหารกองทุนต้องตอบให้ได้ ต้องรู้เรื่องประเภทของงบประมาณว่างบ สปสข.ได้รับมาจาก “งบกองทุน” หรือ “งบบริหาร” ซึ่งประกอบตามหมวดแผนภาพ CFO ต้องมีความเข้าใจการจัดแบ่งงบต่างๆ และความเกี่ยวข้องรวมถึงกฎ กติกาการใช้งบแต่ละประเภท เพื่อการนำไปใช้ที่ถูกต้อง



สำหรับการใช้เครื่องมือในการทำงานระหว่างภายใน สปสช. และภายนอก สปสช. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สปสช. จะติดตามการใช้จ่ายเงินกองทุน โดยใช้ระบบ E-budget (fund) ส่วนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สปสช. ติดตามการใช้จ่ายเงินงบบริหาร ใช้ระบบ E-budget (Admin) ส่วนภายนอก สปสช. จะใช้ระบบ E-financial tracking ซึ่งจะมีผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สปสช., ฝ่ายการเงินโรงพยาบาล, งานชดเชยของโรงพยาบาล โดยจะติดตามการประมวลผลและการจ่ายเงินของ e-claim (seamless) และระบบ NHS budget จะมีผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สปสช., ผู้บริหารและการเงิน รพ. ติดตามการโอนเงิน ซึ่งทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สปสช. จะติดตามการใช้จ่ายผ่าน intranet เป็นการติดตามงบบริหารที่สามารถเรียกดูได้ผ่าน intranet ของสำนักงาน โดยเลือก หัวข้อ Budget Reports (Admin) ข้อมูลจะถูกปรับปรุงไปตามการทำงานจริงของแต่ละสำนักตลอดเวลา มีสัญลักษณ์ไฟสีเพื่อบอกประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบบริหาร สามารถติดตามดูข้อมูลแยกตามแหล่งเงิน, กลุ่มภารกิจ, สำนักทั้งส่วนกลางและสำนักสาขาเขต, ปีงบประมาณ และสามารถ drill down ดูตามรายกิจกรรมของแต่ละสำนักได้ เป็นการทำงานที่สร้างประสิทธิผล รวดเร็ว ตรวจสอบได้



การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 2)
วันที่ 26 กรกฎาคม 2561

วันที่ 26 กรกฎาคม 2561

บททวนการเรียนรู้จากการอบรม (Wrap up)

ตัวแทนจากกลุ่มที่ 1 นำเสนอในหัวข้อ How to design thai UCS benefit packages สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

▶ หัวข้อ How to design thai UCS benefit packages

- การออกแบบระบบการเงินของ Universal Health Coverage : UHC ต้องให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างพอเพียงทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยที่ไม่ทำให้เกิดความลำบากทางการเงิน
- สำหรับเป้าหมายหลักของ UHC มีดังนี้ 1) Equity คือ ความเท่าเทียมในการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข 2) Quality of health services การเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ และ 3) Protected against financial – risk การป้องกันการล้มละลายจากการรักษาสุขภาพ
- Third party payer principle หมายถึงบุคคลที่ 3 เป็นผู้กำหนดการจ่ายให้ มี 2 ประเภท คือ Public Insurance (กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ) และ Private Insurance (บริษัทประกันเอกชน) โดยประชาชนซึ่งเป็นคนจ่ายภาษี รัฐบาลจะบริหารจัดการงบประมาณส่วนหนึ่งจากเงินภาษีไปยังกองทุน Public Insurance ได้แก่ กองทุนสุขภาพถ้วนหน้า ในส่วนของประชาชนเป็นผู้จ่ายเงินเบี้ยประกัน เช่น กองทุนประกันสังคม, บริษัทประกันเอกชน
- ผลกระทบของ Health Insurance ประกอบด้วย 1) Moral hazard : Consumer ใช้บริการเกินความจำเป็น ส่วน Provider ให้บริการมากเกินไปจนความจำเป็น 2) เกิด Selection bias : Consumer เลือกสถานพยาบาลในทางกลับกัน Insurer/provider เลือกคนไข้ 3) Over Medicalization : การใช้จ่ายเกินความจำเป็น และ 4) Possible cost escalation : การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย
- Gap analysis for the present real world เนื่องจาก UHC ในหลายประเทศไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ครอบคลุม ซึ่งตรงข้ามกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากการรักษาและยาที่มีการพัฒนาที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น แม้กระทั่งหมอมือมีความต้องการยาใหม่ๆ เพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งเป็นความท้าทายของ UHC ว่าจะต้องทำอะไรให้ยาพอเพียงต่อความต้องการของประชาชน

ดังนั้นจึงต้องมีการ Balanced ทั้ง 3 ด้าน ระหว่างงบประมาณที่จำกัด ความต้องการการใช้บริการที่มากขึ้น และการรักษาหรือบริการแบบใหม่ นั่นคือ ในงบประมาณที่จำกัดจะจัดสรรอย่างไรให้มีความพอเพียงและครอบคลุมการรักษาให้ได้ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพ ซึ่ง Policy makers จะต้องใช้ข้อมูลต่างๆ ในการตัดสินใจ จึงเป็นที่มาของการพัฒนา Health Technology Assessment (HTA) เป็นระบบการประเมินคุณสมบัติ ผลหรือผลกระทบของเทคโนโลยีสุขภาพ

รวมถึงการแทรกแซง ซึ่งเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับ Policy makers ในการตัดสินใจ รวมถึงการศึกษาของคํประกอบอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น Health economic เป็นต้น

ซึ่ง HTA จะศึกษา Cost effectiveness , Budget impact analysis และ Feasibility ทั้ง non-pharmaceutical products ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ Benefit package และ pharmaceutical products เป็นการคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งจุดเด่นการศึกษา HTA ของประเทศไทย คือ การดึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาด้วย

- Pharmaceutical benefit คือ การคัดเลือกยาเข้ามาในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีคณะกรรมการพิจารณาเป็นลำดับขั้นตอน ซึ่งบัญชียาหลักแห่งชาติจะแบ่งออกเป็นประเภท ก. ข. ค. ง. จ1. และ จ2. ตัวอย่างเช่น ยาประเภท ค. เป็นรายการยาพิเศษที่ผู้เชี่ยวชาญใช้ได้ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้แต่งตั้ง) , จ1. คือยาที่อยู่ในโครงการที่ต้องมีการติดตามและ feedback และ จ2. เป็นยาที่มีราคาสูง เช่น ยามะเร็ง
- สำหรับ Drug's journey to become the benefit package in UCs มีกระบวนการเริ่มจาก High budget impact drug เข้าสู่ระบบ HTA การเจรจาต่อรองราคา คณะกรรมการ อย. วิเคราะห์ตาม Price negotiation, CPG/EPG, การติดตาม และ Feedback ซึ่งกว่าจะออกมาเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติจะมีคณะกรรมการกลั่นกรองหลายขั้นตอน
- โดยข้อมูล HTA ที่ต้องศึกษา มีดังนี้ 1) cost effectiveness 2) Value for money นั่นคือ ICER (Increment cost-effectiveness ratio) = ผลต่างของประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นหรือผลต่างของงบประมาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่ง cost-effectiveness threshold = 160,00 THB/QALY ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แต่หากศึกษาแล้วค่า ICER สูง นั้นหมายถึง ราคาสูงจะต้องทำการเจรจาต่อรองราคายาลงมา 3) Budget impact 4) Feasibility study การศึกษาความเป็นไปได้ 5) Simulation การจำลองตั้งเกณฑ์ราคาที่ไม่แพงสำหรับการเจรจาต่อรองราคา และ 6) Equity consideration ซึ่ง HTA ยังเป็นข้อมูลเบื้องต้นเท่านั้น แต่ควรพิจารณาเรื่องอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น Catastrophic prevention, equity consideration, monitoring and evaluation เป็นต้น
- ตัวอย่าง เช่น PD-first policy for ESRD จากการศึกษาพบว่าเป็น High budget impact และ not cost-effectiveness แต่ต้องบรรจุอยู่ใน benefit Package เนื่องจากจะต้องพิจารณาปัจจัยด้านอื่นๆ ประกอบด้วยไม่ใช่เฉพาะข้อมูล cost-effectiveness อย่างเดียว หรือ ยา imiglucerase for Gaucher type 1 ยาแพงแต่จำนวน case น้อย เป็น low budget impact และ not cost-effectiveness หมายถึง เสียค่ายาแพงเพื่อรักษาคนไข้ไม่กี่คนแต่ก็ยังบรรจุใน benefit Package
- Lessons for more improvements ได้แก่

- 1) Induce OOP ในกลุ่มที่ UC ไม่คุ้มครอง เช่นบาง indication ยาไม่ครอบคลุม คนไข้จึงต้องเสียเงินเพิ่ม เนื่องจากคนไข้อยากได้รับการรักษาที่ดีขึ้น
 - 2) การเข้าถึงได้น้อย
 - 3) การประเมินต่ำเกินไป ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ บางครั้งประมาณการยาราคาแพงสำหรับคนไข้จำนวนหนึ่ง แต่เมื่อสถานการณ์จริงจำนวนคนไข้มากกว่าที่ประมาณการไว้ ทำให้งบประมาณเพิ่มขึ้นด้วย
 - 4) คาดการณ์ไม่ได้ในสถานการณ์จริง เช่น คนไข้ Gaucher ต้องให้ Imiglucerase 2 ปี และจะต้องปลูกถ่ายไขกระดูก พบว่า ทำการปลูกถ่ายได้น้อยเนื่องจากการทำ matching donor ตามความเป็นจริงมีเพียง 25% เท่านั้น มีโอกาสที่คนไข้จะหา match donor ไม่ได้ ทำให้ต้องเสียค่า Imiglucerase ที่แพงต่อไปเรื่อยๆ
 - 5) แรงกดดันทางการเมือง
 - 6) งบประมาณไม่เพียงพอ
- กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีขั้นตอนดังนี้
 - 1) จัดกระบวนการนำเสนอหัวข้อ 2) จัดลำดับและคัดเลือกหัวข้อประเด็น 3) ประเมินความจำเป็นหรือผลกระทบเบื้องต้น 4) ศึกษาความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐกิจและผลกระทบความเป็นไปได้ 5) พิจารณาตัดสินใจเบื้องต้น 6) ผู้บริหารพิจารณาตัดสินใจสุดท้าย 7) ประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข หรือ ปรับปรุง
 - แนวคิดของการใช้ Biosimilar products (ยาชีววัตถุคล้ายคลึง) เนื่องจากยาบางตัวมีราคาแพงมาก จึงมีการทำ Biosimilar products ซึ่งมีโมเลกุลที่ใกล้เคียงกันและมีราคาถูกกว่า แต่ปัญหา คือ แพทย์ คนไข้ ไม่มั่นใจว่า Biosimilar products สามารถให้ประสิทธิภาพ หรือ การตอบสนองได้ดีเท่ากับยา original หรือไม่ เพราะไม่มีผลข้อมูลว่าร่างกายจะตอบสนองยาที่มีโมเลกุลใกล้เคียงกัน
 - หากมีการใช้ยาจำนวนมากขึ้น จะต้องมี indication base pricing ยาตัวเดียวกันแต่ราคาแตกต่างกัน คนละ indication
 - และสุดท้ายควรคำนึงถึง Co-dependent Technology เนื่องจากเราไม่สามารถคิดแต่ราคายาตัวนั้นตัวเดียวได้ เราต้องคิดรวมด้วยว่ากว่าจะได้ใช้ยาต้องผ่านกระบวนการอะไรบ้าง

- ▶ หัวข้อ How to implement Universal Health Coverage สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้
 Good Transparency Practices for Financial Policies (แนวปฏิบัติด้านความโปร่งใสที่สำคัญสำหรับนโยบายทางการเงิน) มีดังนี้

- 1) ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ (ใครรับผิดชอบอะไร) และมีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือไม่ (conflict of interest)

- 2) เปิดระบบให้คนรู้และรายงาน
- 3) ข้อมูลต้องสามารถเปิดเผยต่อสาธารณะและพร้อมใช้งาน
- 4) ไม่บกพร่องต่อหน้าที่ และต้องรับรองข้อมูลให้ตรงกัน

6 Core businesses in NHSO ประกอบด้วย

- 1) Strategic Planning การตั้งงบประมาณ การเสนองบประมาณ และการจัดสรรงบประมาณ
- 2) Health Service Provider Registration การขึ้นทะเบียนและตรวจประเมินหน่วยบริการ ซึ่งหน่วยบริการในระบบ UC คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยร่วมบริการ และหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้าน
- 3) Beneficiary enrollment ระบบลงทะเบียนผู้รับผลประโยชน์ โดยใช้ระบบ UC enrollment system เนื่องจากปัญหาที่ผ่านมาไม่มีระบบต่างคนต่างทำ register คนไข้เข้ามา ทำให้เกิดการ error > 12%/เดือน หรือคิดเป็น 40,000 – 50,000 คน จึงได้มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของส่วนกลางจึงลดการ error ได้ รวมถึงได้มีการลงทะเบียนการคลอด (implement of birth) ด้วย
- 4) Fund Management การจัดการกองทุน แบ่งเป็น 2 แบบ คือ 1) จ่ายเงินเป็นเงินสด (cash) ซึ่งหน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายเข้ามาในระบบ e-Claim System และมีระบบ e-Financial Tracking เพื่อให้ Provider สามารถตรวจสอบการทำธุรกรรม (transactions) ผ่านทาง E-Financial Tracking ได้ และ 2) วัสดุ (Material) ได้แก่ ยา , เครื่องมือ/อุปกรณ์ต่างๆ โดยเฉพาะ 3 รายการที่มีปัญหาการเข้าถึง ได้แก่ high cost medicines (ยาราคาแพง), Orphan drugs (คือ กลุ่มยากำพร้า หมายถึง ยาที่นำเข้าหรือมีการผลิตน้อยเนื่องจากมีผู้ใช้ น้อยหรือมีผู้ใช้ไม่แน่นอน แต่เป็นยาที่จำเป็น ได้แก่ Antidotes, Serum, Drug shortage) และ Vaccine สำหรับการตรวจสอบ UCS Funds มีเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานติดตามงบบริการ ได้แก่ ติดตามการใช้จ่ายเงินกองทุนติดตามได้ที่ E-budget (fund) , ติดตามการจ่ายเงิน e-claim ได้ที่ E- Financial Tracking และตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยมีระบบ Audit มาตรวจสอบ
- 5) Health service Quality Control
- 6) Consumer protection

โดยทั้ง 6 core จะต้องมีฐานที่สำคัญคือ Data, Information IT Infrastructures, Application

หัวข้อ	ระบบบัญชีพื้นฐาน
วิทยากร	อาจารย์สุทธิรา ตั้งเพ็ชรพันธ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบ
วัตถุประสงค์	เพื่อทำความเข้าใจมาตรฐานทางการบัญชี ตัวชี้วัดและการอ่านตีความหมายเหตุประกอบงบประมาณ
เวลา	09.00 – 10.30 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยาย รูปแบบการจัดห้องแบบ Class Room



สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

วิทยากรชี้แจงหัวข้อการบรรยาย “การบัญชีขั้นพื้นฐาน” ว่าการที่จะสามารถวิเคราะห์การเงินได้ จำเป็นจะต้องรู้เกี่ยวกับรายละเอียดงบการเงินว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง วิธีการในการอ่านงบการเงิน ทำอย่างไร สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ความหมายของการบัญชี

“การบัญชี” หมายถึง เป็นการจดบันทึกรายการค้าที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับการรับเงินและการจ่ายเงิน ซึ่งจะต้องเป็นการรับ-จ่าย ที่มีมูลค่าเป็นตัวเงินหรือไม่คิดเป็นตัวเงินแต่จะต้องเป็นรายการค้าที่เกิดขึ้น โดยจะต้องมีการจัดประเภทรายการค้า แล้วจึงแยกประเภทรายการค้านั้นๆ และสามารถแสดงผลการดำเนินงาน รวมถึงฐานะการเงินของกิจการ ในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งหรือในรอบไตรมาส

วัตถุประสงค์ของการจัดทำบัญชี

- 1) เพื่อช่วยให้เจ้าของกิจการ สามารถควบคุมรักษาสินทรัพย์ของกิจการว่าถูกต้อง ครบถ้วน หรือไม่

- 2) เพื่อช่วยให้ทราบผลการดำเนินงานของกิจการในรอบระยะเวลาใดเวลาหนึ่งว่าผลการดำเนินงานที่ผ่านมากิจการมีกำไรหรือขาดทุนเป็นจำนวนเท่าใด ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นรายงานงบการเงิน
- 3) เพื่อทราบฐานะการเงินของกิจการ
- 4) เพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุมและตรวจสอบ ตัวอย่างเช่น เงินฝากธนาคารสามารถตรวจสอบกับ Book Bank ได้ว่ารายงานตัวเลขที่บัญชีแสดงอยู่กับตัวเลขใน Book Bank ตรงกันหรือไม่
- 5) เพื่อบันทึกรายการค้าที่เกิดขึ้น
- 6) เพื่อความถูกต้องตามหลักการบัญชีที่รับรองทั่วไป

ประโยชน์ของการบัญชี

- 1) เป็นเครื่องมือวัดความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจ
- 2) เพื่อช่วยในการวางแผนและตัดสินใจของธุรกิจในปีต่อไป
- 3) เพื่อช่วยวางแผนกำไรและควบคุมค่าใช้จ่ายของกิจการ
- 4) เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยในการหาแหล่งเงินทุน
- 5) เพื่อให้มีระบบการควบคุมภายในที่ดีและเป็นสัญญาณเตือนภัยของกิจการ
- 6) เพื่อประโยชน์ในการวางแผน เพื่อเสียภาษีได้อย่างถูกต้องและประหยัด

ขั้นตอนการปฏิบัติในการจัดทำบัญชี ดังนี้

- 1) การรวบรวม (collecting) หลักฐานทางการค้าทั้งหมด ได้แก่ ใบเสร็จรับเงิน, ใบสำคัญจ่าย และจัดลำดับเรียงตามวัน
- 2) การจดบันทึก (Recording) ลงในสมุดบัญชี
- 3) การจำแนก (Classifying) แยกรายวัน แยกประเภท
- 4) การสรุปผลของข้อมูล (Summarizing) การจัดทำรายงานแสดงงบกำไร-ขาดทุน, งบแสดงฐานะการเงิน

หลักการบัญชีที่รับรองทั่วไป

การทำบัญชีจะต้องยึด “หลักการบัญชีที่รับรองทั่วไป” คือ วิธีการบันทึกบัญชีที่ถูกต้องตามมาตรฐานการบัญชีสากล ซึ่งมาตรฐานสากลมีมาตรฐานบัญชีและมาตรฐานการสอบบัญชี ซึ่งสภาวิชาชีพจะจัดทำเป็นรูปเล่ม โดยมีรายละเอียดวิธีการบันทึกบัญชี เมื่อมีการค้าเกิดขึ้นจะต้องบันทึกบัญชีอย่างไร หากซื้อของแล้วจะคิดค่าเสื่อมจะต้องใช้วิธีไหนเป็นต้น ซึ่งหลักการทั่วไปจึงต้องยึดหลักการบัญชีที่รับรองทั่วไป โดยการระบุหลักการบัญชีทั่วไปจะอยู่ในหมายเหตุประกอบงบการเงินว่าเรายึดหลักการบัญชีอะไรบ้าง

หลักเกณฑ์สำคัญในการจัดทำงบการเงิน

- 1) หลักการใช้หน่วยเงินตรา จะต้องระบุให้ชัดว่าใช้เงินสกุลอะไร

- 2) หลักการหน่วยของกิจการ แยกตามเจ้าของธุรกิจว่าเป็นหน่วยกิจการอะไร
- 3) หลักการใช้หลักฐานที่เที่ยงธรรม
- 4) หลักการรอบเวลา จะต้องบอกระยะเวลาของรอบการเงิน โดยระบุที่หัวรายงานการเงินว่าสิ้นสุด ณ วันที่...โดยปกติการแสดงงบการเงินส่วนใหญ่จัดทำเป็นรายรอบเดือน รายไตรมาส รายงานปี ซึ่งงบรายรอบเดือนกับรายไตรมาสเป็นการสอบทานความถูกต้อง ส่วนงบรายปีจะต้องมีการเซ็นรับรองฐานะการเงิน หรือ ผลกำไร-ขาดทุนของกิจการ
- 5) หลักการดำรงอยู่ของกิจการ เป็นหลักการทำธุรกิจต่อเนื่องทุกปี
- 6) หลักการราคาทุน เช่น การลงทุนซื้อหุ้นกู้ การยึดหลักราคาปัจจุบันถึงแม้ตอนซื้อจะอีกราคาหนึ่ง แต่เมื่อสิ้นปีจึงต้องมีการจัดทำบันทึกบัญชีจะต้องใส่ราคาตลาด ณ ปัจจุบัน
- 7) หลักการเกิดขึ้นของรายได้ หากมีรายได้เกิดขึ้นเมื่อไหร่จะต้องมีการบันทึกบัญชี
- 8) หลักการจับคู่ค่าใช้จ่ายกับรายได้
- 9) หลักการเงินคงค้าง เช่น โครงการที่มีการทำ MOU โดยเดือน ก.ย.หมดปีงบประมาณ แต่ค่าไฟฟ้ายังไม่ถึงกำหนดจ่ายนักบัญชีจะต้องประมาณการค่าไฟฟ้า และลงบัญชีค้างจ่ายค่าไฟฟ้าไว้ เพื่อให้ข้อมูลของบัญชีใกล้เคียงกับเงินจริง
- 10) หลักการประมาณการ สามารถประมาณการค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในสิ้นปีได้
- 11) หลักความสม่ำเสมอ
- 12) หลักการเปิดเผยข้อมูล

งบการเงิน

- 1) การแสดงรายการในงบการเงิน
 - งบดุล แสดงฐานะการเงิน ได้แก่ สินทรัพย์ หนี้สิน ทุน
 - งบกำไรขาดทุน แสดงผลการดำเนินงาน ได้แก่ รายได้ ต้นทุน ค่าใช้จ่าย
 - งบกระแสเงินสด รายละเอียดการได้มาและใช้ไปของเงินสด แบ่งออกเป็น 3 หมวด คือ เงินสดที่ได้มาจากการดำเนินงาน เงินสดจากการลงทุน และเงินสดการจัดการหา
 - งบแสดงการเปลี่ยนแปลงในส่วนของผู้ถือหุ้น
 - หมายเหตุประกอบงบการเงิน เพื่อแสดงรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ วิธีคิดคำนวณ สรุปนโยบายบัญชีที่สำคัญ และข้อมูลเพิ่มเติม
- 2) รายงานผู้สอบบัญชี สิ้นปีจะให้ผู้สอบบัญชีรับรองรายงานเพื่อให้ความเห็นต่อรายงานการเงินนั้นๆ โดยจะดูจากสาระสำคัญ การให้ความเห็นมี 4 ความเห็น คือ 1) ความเห็นแบบไม่มีเงื่อนไข (ถูกต้องในส่วนที่ไม่เป็นสาระสำคัญ) 2) ความเห็นแบบมีเงื่อนไข (ไม่มั่นใจในสาระสำคัญบางเรื่อง ข้อมูลไม่ครบถ้วน) 3) แบบไม่ถูกต้อง และ 4) แบบไม่แสดงความเห็น (ทั้ง 3 และ 4 เป็นกรณีที่พบ

สาระสำคัญที่ร้ายแรง ตัวอย่างเช่น มีสินค้าเกิดไฟไหม้สิ้นปีที่ผ่านมาแล้ว แต่งบการเงินไม่มีการแก้ไขบัญชีในส่วนของสินค้าที่เสียหายไปแล้ว)

การแสดงรายการในงบดุล : งบแสดงฐานะการเงิน

งบดุล (Balance Sheet) เป็นการแสดงของฐานะกิจการ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยสินทรัพย์ หนี้สิน และทุน (ส่วนของเจ้าของ) สำหรับการแบ่งว่ารายการใดเป็นหมุนเวียนหรือไม่หมุนเวียน โดยดูจากระยะเวลา หากสินทรัพย์และหนี้สินโดยที่สินทรัพย์เปลี่ยนเป็นเงินสดหรือตั้งใจถือไว้ภายใน 1 ปี และหนี้สินที่มีระยะเวลาชำระภายใน 1 ปี เรียกว่า รายการหมุนเวียน ตัวอย่างเช่น ลูกหนี้ที่เราสามารถเรียกเก็บหนี้ได้ภายใน 1 ปี และรายการที่เกินกว่า 1 ปี เรียกว่า ไม่หมุนเวียน ส่วนใหญ่เป็นรายการเกี่ยวกับทรัพย์สิน เช่น ที่ดิน อุปกรณ์ Software ที่มีการทำงานเกิน 1 ปี

งบดุล ประกอบด้วย

- 1) **สินทรัพย์ (Assets)** หมายถึง สิ่งที่มีตัวตนหรือไม่มีตัวตนอันมีมูลค่า สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ สามารถแบ่งย่อยได้ดังนี้
 - 1.1) สินทรัพย์ที่เป็นตัวเงินหรือเทียบเท่า เช่น เงินสด เงินฝากธนาคาร เงินลงทุน
 - 1.2) สินทรัพย์ที่มีสิทธิเรียกร้อง เช่น ลูกหนี้
 - 1.3) สินทรัพย์ที่มีตัวตน เช่น ที่ดิน อาคาร รถยนต์
 - 1.4) สินทรัพย์ที่ไม่มีตัวตน เช่น สิทธิบัตร ลิขสิทธิ์ สัมปทาน หลักประกันสัญญา
 - 1.5) รายการที่จ่ายไปแล้วจะให้ประโยชน์ต่องวดบัญชีถัดไป ได้แก่ ค่าใช้จ่ายล่วงหน้าประเภทต่างๆ เช่น ค่าประกันภัยจ่ายล่วงหน้า รายได้ที่จะต้องได้รับแต่ยังไม่ได้รับ เช่น ดอกเบี้ยค้างรับ

ผู้เข้าประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์

คำถาม สินทรัพย์มีตัวตนใช้หลักการประเมินหรือราคาตลาด หรือไม่ อย่างไร

คำตอบ ปกติใช้ราคาในวันที่ซื้อขาย (ยึดตามราคาซื้อขาย) ตามหลักมาตรฐานบัญชี หากเป็นรถยนต์จะมีรายการคิดค่าเสื่อมแต่ละปี เพราะฉะนั้นราคาจริงลดลงตามปี แต่การแสดงราคาในหมวดงบต้องแสดงราคาเดียวซึ่งหักค่าเสื่อมแล้ว ซึ่งค่าเสื่อมจะคิดด้วยวิธีไหนจะต้องแสดงในหมายเหตุประกอบงบ

สินทรัพย์ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- 1.1 สินทรัพย์หมุนเวียน (Current Assets) สินทรัพย์ที่มีสภาพคล่อง สามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้โดยมีระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ได้แก่
 - เงินสดหรือรายการเทียบเท่าเงินสด
 - เงินลงทุนชั่วคราว หมายถึง เงินฝากประจำ 6 เดือน

- ลูกหนี้การค้า สำหรับ สปสช. เรียกว่าลูกหนี้ระยะสั้น
- ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ อย่างเช่น ลูกหนี้ที่ค้างนาน 2-3 ปี อาจตั้งค่าประมาณว่าอาจเกิดหนี้สูญ
- เงินให้กู้ยืมระยะสั้นแก่บุคคล
- ลูกค้ำคงเหลือ
- สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น เช่น ค่าใช้จ่ายล่วงหน้า รายได้ค้างรับ และสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน

ผู้เข้าประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์

คำถาม การตั้งค่าหนี้สูญ โดยทางนโยบายบัญชี สามารถกำหนดนโยบายบัญชีไม่ให้ตั้งหนี้สูญได้หรือไม่ กรณีเป็นหนี้ 10 ปี

คำตอบ ต้องอ้างตัวมาตรฐานการตัดหนี้สงสัยจะสูญ และให้กรรมการพิจารณา หากไม่ตัดจะผิดหรือไม่นั้น ปกติผู้สอบบัญชีจะให้ความเห็นและรับรอง

1.2 สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน (Non- Current Assets) สินทรัพย์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ ระยะเวลามากกว่า 1 ปี ได้แก่

- เงินลงทุนระยะยาว
- ค่าเผื่อการด้อยค่าของเงินลงทุน
- เงินให้กู้ยืมระยะยาว
- ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์
- สินทรัพย์ไม่มีตัวตน

2) **หนี้สิน** (Liability) ภาระผูกพันที่ต้องจ่าย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 หนี้สินหมุนเวียน (Current Liabilities) ภาระผูกพันที่ต้องชำระคืนภายในระยะเวลา 1 ปี ได้แก่ เจ้าหนี้การค้า เงินกู้ยืมระยะยาวที่ถึงกำหนดชำระใน 1 ปี และหนี้สินหมุนเวียนอื่น คือ ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย รายได้รับล่วงหน้า

2.2 หนี้สินไม่หมุนเวียน (Non-Current Liabilities) หนี้สินมีระยะเวลาการชำระคืนเกินกว่า 1 ปี เช่น เงินกู้ระยะยาว หุ้นกู้ พันธบัตรเงินกู้ เป็นต้น

3) **ส่วนของผู้ถือหุ้น** (Owner's equity) ส่วนได้เสียคงเหลือในสินทรัพย์หลังจากหักหนี้สินออกแล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ทุน, ส่วนเกินหรือส่วนต่ำกว่ามูลค่าหุ้น และกำไร (ขาดทุน) สะสม

สมการบัญชี (Accounting Equation) คือ สมการความเท่ากันของหลักการบัญชี นั่นคือ
 สินทรัพย์ = หนี้สิน + ส่วนของผู้ถือหุ้น (ทุน)

รูปแบบของงบดุล แบ่งออกเป็น

1) งบดุลแบบบัญชี (Accounting Form) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ทางด้านซ้ายจะแสดงรายการของสินทรัพย์ และส่วนด้านขวาจะแสดงรายการของหนี้สินและส่วนของผู้ถือหุ้น เพราะฉะนั้นตัวเลขทั้ง 2 ด้านจะต้องเท่ากัน

2) งบดุลแบบรายงาน (Report Form) แสดงรายการเป็นหมวดหมู่ สินทรัพย์ (หมุนเวียน – ไม่หมุนเวียน) หนี้สิน (หมุนเวียน – ไม่หมุนเวียน) ทุน ยอดรวมของทุนจะต้องเท่ากับหนี้สิน + สินทรัพย์

การแสดงรายการกำไรขาดทุน : งบแสดงการดำเนินงาน

งบกำไร – ขาดทุน (Profit and Loss statement) งบแสดงผลการดำเนินงานของกิจการ ประกอบด้วย รายได้ ค่าใช้จ่าย และกำไร (ขาดทุน) สุทธิ

รูปแบบของงบกำไรขาดทุน มี 2 รูปแบบเช่นเดียวกับรูปแบบงบดุล คือ

1) รูปแบบบัญชี แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ทางด้านซ้ายแสดงรายการค่าใช้จ่าย ส่วนด้านขวาแสดงรายการของรายได้

2) รูปแบบรายงาน

งบกระแสเงินสด เป็นการแสดงเงินสดหรือเทียบเท่าเงินสด ว่าในงวดนั้นๆ มีการใช้ไปหรือได้มาจากแหล่งใดบ้าง ซึ่งแบ่งเป็นหมวดหลัก 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่เกิดจากการดำเนินงาน, การลงทุน และการจัดหาเงิน ฉะนั้นเวลาทำงบกระแสเงินสดสุทธิจะต้องเท่ากับเงินคงเหลืองบดุล

หมายเหตุประกอบงบการเงิน

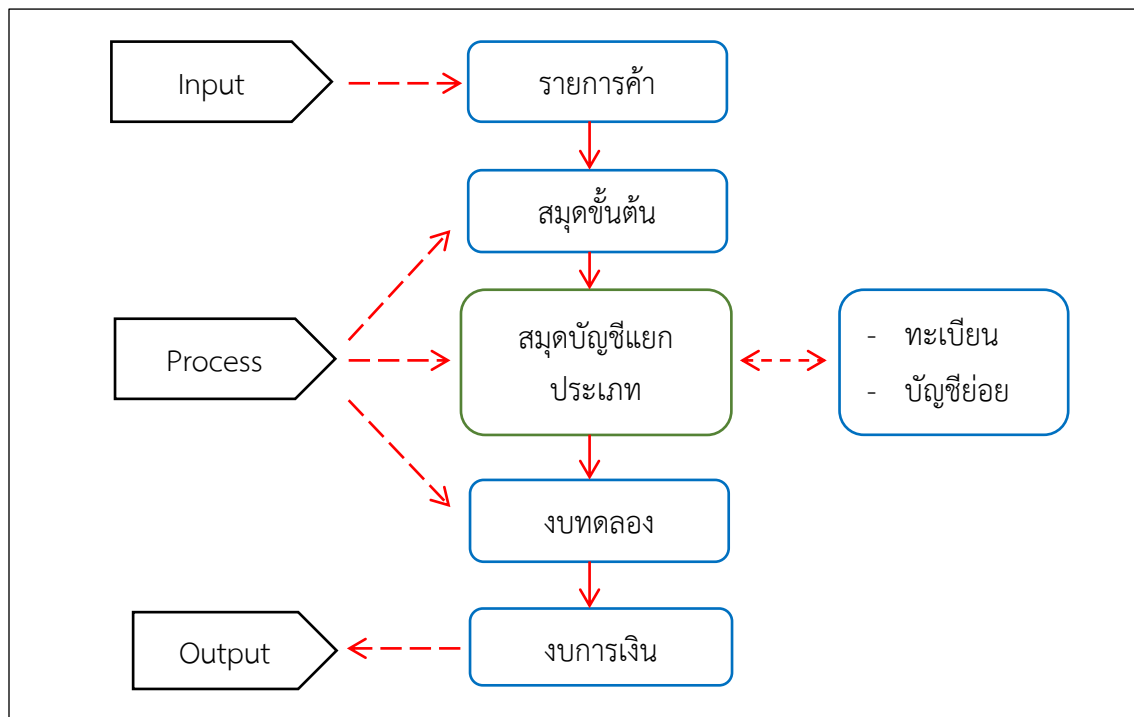
หมายเหตุประกอบงบการเงิน จะบอกรายละเอียดรายการที่สำคัญๆ เช่น นโยบายการบัญชี, การเปลี่ยนแปลงหลักการบัญชี เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีการคิดค่าเสื่อมราคาที่ผ่านมาเคยใช้วิธีคิดแบบเส้นตรง เปลี่ยนมาเป็นอีกแบบซึ่งเราจะต้องบอกหลักการเปลี่ยนแปลงบัญชี

รายการค้า (Business Transaction)

รายการค้า เป็นการรวบรวมใบสำคัญรับเงิน จากนั้นนำมาวิเคราะห์การค้าเพื่อการลงบัญชี ซึ่งการวิเคราะห์รายการค้าเป็นไปตามหลักการบัญชีคู่ Double – Entry (เดบิต – เครดิต) โดยสินทรัพย์คู่บัญชีอยู่ด้านเดบิต และหนี้สินและทุนคู่บัญชีอยู่ด้านเครดิต หลักการบันทึกบัญชีเมื่อไหร่ก็ตามที่สินทรัพย์เพิ่มขึ้น อีกด้านสินทรัพย์จะลด ประเภทหนี้สินและทุนก็เช่นกันเมื่ออีกด้านเพิ่ม อีกด้านจะลดเสมอ

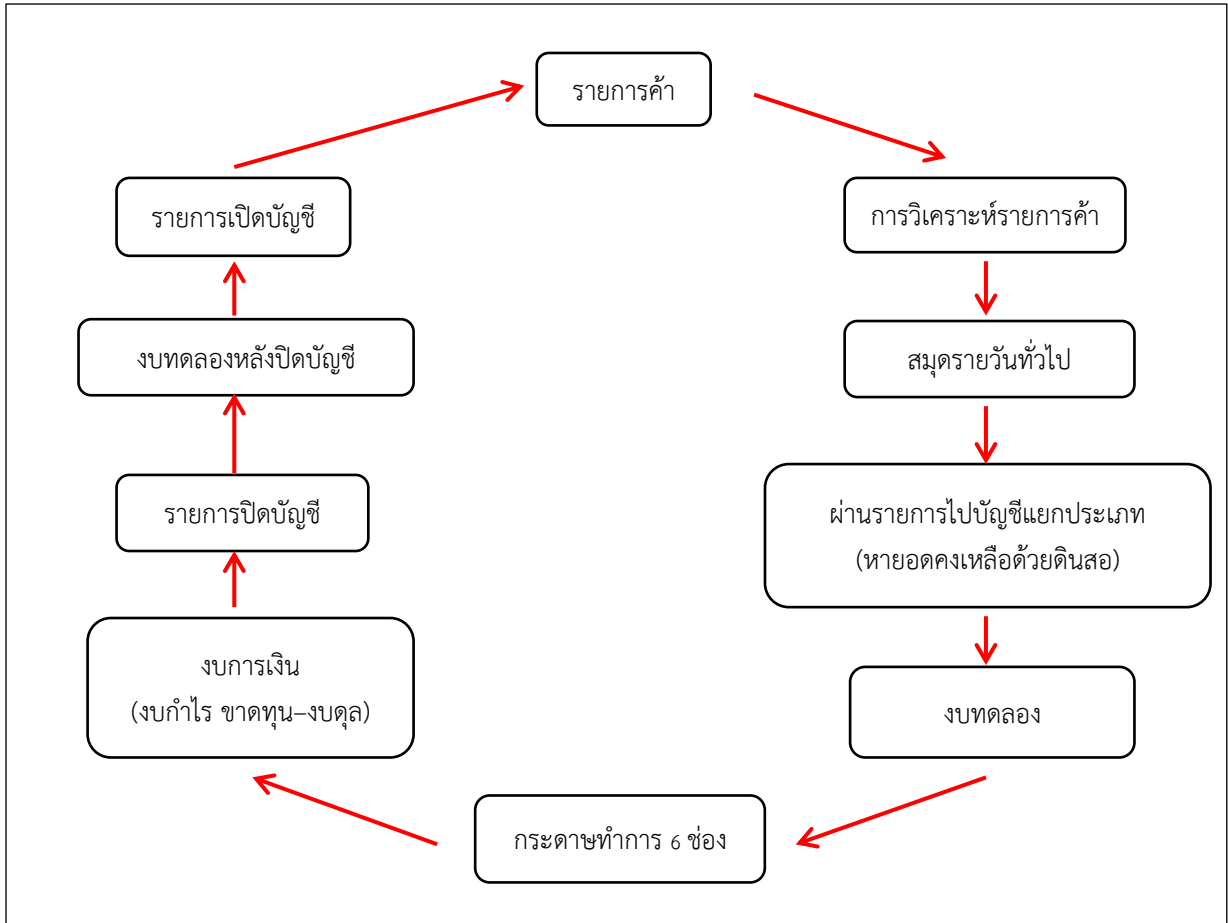
ด้านเดบิต (Debit) Dr.	ด้านเครดิต (Credit) Cr.
1. สินทรัพย์เพิ่ม	1. สินทรัพย์ลด
2. หนี้สินลด	2. หนี้สินเพิ่ม
3. ส่วนของเจ้าของ (ทุน) ลด - รายได้ลด - ค่าใช้จ่ายเพิ่ม	3. ส่วนของเจ้าของ (ทุน) เพิ่ม - รายได้เพิ่ม - ค่าใช้จ่ายลด

ขั้นตอนการบันทึกบัญชี แบบ Manual



รวบรวมรายการค้า นำมาจดบันทึกรายการค้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยจดบันทึกเรียงลำดับตามวัน ก่อนหลังที่เกิดรายการค้า (สมุดรายวันทั่วไป) โดยแยกรายการเป็นหมวดหมู่ จัดเรียงลำดับผังบัญชีของ กิจการ (สมุดบัญชีแยกประเภท) ได้แก่ สมุดบัญชีแยกประเภททั่วไป บัญชีแยกประเภทสินทรัพย์ บัญชีแยก ประเภทหนี้สิน และบัญชีแยกประเภทส่วนของผู้ถือหุ้น ซึ่งการบันทึกรายการในแต่ละบัญชีจะไม่บันทึก ปนกันเพื่อให้ตรงตามข้อเท็จจริง จากนั้นคือ การหายอดคงเหลือของบัญชีแยกประเภทเพื่อสอบทานความ ถูกต้องของการบันทึกบัญชี (งบทดลอง) สุดท้ายแสดงเป็นรายงานทางการเงินที่แสดงฐานะการเงินและผลการ ดำเนินงานของกิจการ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (งบการเงิน)

สรุปวงจรบัญชี



หัวข้อ	Financial ratio analysis (การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน)
วิทยากร	อ.นิรมล เห็นประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักการเงินและบัญชีกองทุน
วัตถุประสงค์	เพื่อเข้าใจรายงานงบการเงินต่างๆ ตัวชี้วัดทางการเงินและบัญชี การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน การอ่านตีความหมายเหตุประกอบงบประมาณ
เวลา	13.00 – 15.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติตามโจทย์ รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

อ.นิรมล อธิบายทำความเข้าใจกับความหมายของค่าต่างๆ เหล่านี้
งบการเงิน คือ รายงานทางการเงินและบัญชีที่มีแบบแผน เพื่อแสดงภาวะต่างๆ ของบริษัทหรือกิจการนั้นๆ โดยงบการเงิน ประกอบด้วย งบแยกย่อยอีกหลายประเภทซึ่งจะแสดงถึงฐานะทางการเงิน ผลการดำเนินงาน และกระแสเงินสด ของบริษัทนั้นๆ ในแต่ละรอบบัญชี

จุดประสงค์ของงบการเงิน

- 1) เพื่อให้ผู้ใช้งานงบการเงิน ทราบถึงคุณภาพการบริหารงานของผู้บริหาร ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด
- 2) เพื่อให้ผู้ใช้งานงบการเงิน ทราบถึงผลการดำเนินงานของกิจการ และฐานะทางการเงินของกิจการว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีหรือไม่
- 3) เพื่อให้ผู้ใช้งานงบการเงิน ศึกษาข้อมูลผลกระทบต่างๆ จากเหตุการณ์ในอดีต เพื่อประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ปัจจุบัน

โดยจุดประสงค์ต่างๆ จะเป็นประโยชน์กับผู้ใช้งาน หรือแม้แต่ตัวผู้บริหารเอง เพื่อปรับปรุงกลยุทธ์การลงทุนต่างๆ ให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน

งบการเงินประกอบด้วย

- 1) งบแสดงฐานะทางการเงิน หรือ งบดุล เป็นงบการเงินส่วนที่จะแสดงถึง ฐานะทางการเงินของกิจการ โดยจะบอกเกี่ยวกับ สินทรัพย์ หนี้สิน และส่วนของผู้ถือหุ้น
- 2) งบกำไรขาดทุนเบ็ดเสร็จ หรือ งบกำไรขาดทุน เป็นงบการเงินที่แสดงถึงผลการดำเนินงานของกิจการว่ามีรายได้และค่าใช้จ่ายเท่าไร ยังสามารถทำกำไรได้หรือไม่

- 3) งบกระแสเงินสด เป็นงบการเงินส่วนที่จะแสดงถึงการรับมาและจ่ายไปของเงินสด โดยงบกระแสเงินสด จะเกิดขึ้นจาก 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมดำเนินงาน กิจกรรมลงทุน และกิจกรรมจัดหาเงิน
- 4) งบแสดงการเปลี่ยนแปลงของเจ้าของ เป็นงบการเงินส่วนที่จะแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในส่วนของเจ้าของในรอบบัญชี
- 5) หมายเหตุประกอบงบการเงิน จะแสดงข้อมูลเพิ่มเติมที่ไม่ได้แสดงอยู่ในงบการเงิน และเกณฑ์การจัดทำงบการเงิน

จากความหมายของคำต่างๆ ดังกล่าว จะถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน **อัตราส่วนทางการเงิน (financial ratios)** หมายถึง ตัวเลขที่วัดฐานะการเงินและเป็นตัวบ่งบอกจุดอ่อนจุดแข็งในการสร้างผลกำไรให้กับธุรกิจ ตลอดจนเป็นตัวชี้วัดความสามารถในการบริหารงานว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด โดยการนำตัวเลขที่มีอยู่ในงบการเงินมาหาอัตราส่วนเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ประโยชน์ของการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน คือ ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพในการบริหารงานของกิจการ การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน สะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งจุดอ่อนในการดำเนินงานตามแผนของกิจการ สามารถนำข้อมูลของกิจการที่ได้จากการวิเคราะห์อัตราส่วนการเงิน มาปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานของกิจการให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ดังนั้น การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานขององค์กร เพราะทำให้ผู้บริหารทราบถึงปัญหาและสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข หรือพัฒนาการดำเนินงานขององค์กรให้ได้ผลการดำเนินงานตรงตามแผนงานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้

ประเภทของอัตราส่วนทางการเงิน

1. **อัตราส่วนแสดงสภาพคล่อง (Liquidity Ratios)** ใช้สำหรับวัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นขององค์กรธุรกิจ หรือเมื่อหนี้สินที่มีอยู่นั้นถึงกำหนดชำระ

1.1) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)

- สมการอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) = สินทรัพย์หมุนเวียน (CA)/หนี้สินหมุนเวียน (CL)
- ความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้น ถ้าค่าที่คำนวณได้สูงเท่าใด แสดงว่า บริษัทมีสินทรัพย์หมุนเวียนที่ประกอบไปด้วย เงินสด ลูกหนี้ และสินค้าคงเหลือมากกว่าหนี้ระยะสั้น ทำให้คล่องตัวในการชำระหนี้ระยะสั้นมีค่อนข้างมาก โดยปกติ อัตราส่วน 2 : 1 ถือว่าเหมาะสมแล้ว

1.2) อัตราส่วนหนี้สิน (Debtor Leverage Ratios) เป็นเครื่องมือวัดความมีส่วนร่วมในการจัดการบริหารเงินโดยเจ้าของกิจการเปรียบเทียบกับการเงินโดยการกู้ยืมจากภายนอก

- สมการอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) = (สินทรัพย์หมุนเวียน - สินค้าคงเหลือ)/หนี้สินหมุนเวียน หรือ (Quick Ratio = CA - Inventory)/CL

- ดังนั้น การวัดส่วนของสินทรัพย์ที่ได้หักค่าสินค้าคงเหลือ ที่เป็นสินทรัพย์ระยะสั้นและมีความคล่องตัวในการเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ต่ำสุดออก เพื่อให้ทราบถึงสภาพคล่องที่แท้จริงของกิจการได้ โดยปกติอัตราส่วน 1 : 1 ถือว่าเหมาะสมแล้ว

1.3) อัตราการหมุนเวียนของลูกหนี้ (Account Receivable Turnover)

- สมการ อัตราการหมุนเวียนของลูกหนี้ (Account Receivable Turnover)

$$A/R \text{ Turnover} = \text{ขายเชื่อสุทธิ หรือ ใช้จ่ายขายรวม (ครั้ง หรือ รอบ) / ลูกหนี้ถัวเฉลี่ย}$$

$$\text{ลูกหนี้ถัวเฉลี่ย} = (\text{ลูกหนี้ต้นงวด} + \text{ลูกหนี้ปลายงวด}) / 2$$
- การแปลความหมาย คือ ถ้าหากค่าที่คำนวณได้ มีค่าสูง แสดงถึงความสามารถในการบริหารลูกหนี้ให้แปลงสภาพเป็นเงินสดได้เร็ว

1.4) ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period)

- สมการ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Avg. Collection Period) (วัน) = $365 \text{ วัน} / \text{อัตราการหมุนเวียนของลูกหนี้}$
- การแปลผล คือ ค่ายิ่งต่ำยิ่งดี แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาในการเรียกเก็บหนี้ว่าสั้นหรือยาว เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพของลูกหนี้ ประสิทธิภาพในการเรียกเก็บหนี้ และนโยบายในการให้สินเชื่อทางธุรกิจ

1.5) อัตราการหมุนเวียนของสินค้าคงเหลือ (Inventory Turnover)

- อัตราการหมุนเวียนของสินค้าคงเหลือ (Inventory Turnover) = $\text{ต้นทุนสินค้าขาย (COGS) / สินค้าคงเหลือเฉลี่ย (Avg. Inventory)}$

$$\text{สินค้าคงเหลือเฉลี่ย} = (\text{สินค้าต้นงวด} + \text{สินค้าปลายงวด}) / 2$$
- หากค่าคำนวณได้สูง ย่อมแสดงถึงความสามารถในการบริหารการขายสินค้าได้เร็ว

1.6) ระยะเวลาในการจำหน่าย (ขาย) สินค้า

- สมการ ระยะเวลาในการจำหน่าย (ขาย) สินค้า (วัน) = $365 \text{ (วัน)} / \text{อัตราการหมุนเวียนของสินค้า (Inventory Turnover)}$
- การแปลผล คือ ยิ่งขายได้เร็ว (ระยะเวลาสั้น) ยิ่งดี

2. อัตราส่วนความสามารถทำกำไร (Profitability Ratios) เป็นเครื่องวัดความสามารถในการบริหารงานของบริษัท ซึ่งจะแสดงในรูปอัตราผลตอบแทนจากการขาย และอัตราผลตอบแทนจากเงินลงทุน

2.1) อัตรากำไรขั้นต้น (Gross Profit Margin) (%) = $\text{ขายสุทธิ} - \text{ต้นทุนขาย หรือ SALES} - \text{COGS} / \text{ขายสุทธิ SALES} = \text{กำไรขั้นต้น หรือ Gross Profit} / \text{ขายสุทธิ SALES}$ ค่ายิ่งสูงยิ่งดี

2.2) อัตรากำไรจากผลการดำเนินงาน (Operating Profit Margin)(%) = $\text{กำไรจากการดำเนินงาน (Operating Profit Margin)} / \text{ขายสุทธิ (SALES)}$ ค่ายิ่งสูงยิ่งดี

2.3) อัตรากำไรสุทธิ (Net Profit Margin)(%) = $\text{กำไรสุทธิ (Net Profit)} / \text{ขายสุทธิ (SALES)}$ ยิ่งสูงยิ่งดี แสดงให้เห็นประสิทธิภาพในการดำเนินงานของบริษัทในการทำกำไร หลังจากหักต้นทุนค่าใช้จ่ายรวมทั้งภาษีเงินได้หมดแล้ว

2.4) ผลตอบแทนผู้ถือหุ้น (ROE %) = $\text{กำไรสุทธิ (Net Profit)} / \text{ส่วนของผู้ถือหุ้น (Equity)}$

ซึ่งค่ายิ่งสูงยิ่งดี แสดงให้เห็นว่าเงินลงทุนในส่วนของเจ้าของ จะได้รับผลตอบแทนกลับคืนมาจากการดำเนินการของกิจการนั้นในอัตราส่วนเท่าไร หากมีค่าสูง แสดงถึงประสิทธิภาพในการหากำไรสูงด้วย

3. อัตราส่วนแสดงความสามารถในการดำเนินงาน (Activity Ratios or Efficiency Ratios) เป็นเครื่องวัดความสามารถในการบริหารเงินลงทุนว่า ธุรกิจได้ลงทุนในสินทรัพย์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพียงใด

3.1) อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม (ROA)(%) = กำไรสุทธิ (Net Profit)/สินทรัพย์รวม (Total Assets) ซึ่งค่ายิ่งสูงยิ่งดี แสดงถึงการวัดความสามารถในการทำกำไรของสินทรัพย์ทั้งหมดที่ธุรกิจใช้ในการดำเนินงาน ว่าให้ผลตอบแทนจากการดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใด หากมีค่าสูงแสดงถึงการใช้สินทรัพย์อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2) อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ถาวร (Return on Fixed Assets) แสดงการใช้ทรัพย์สินถาวรอย่างมีประสิทธิภาพ ค่ายิ่งสูงยิ่งดี

- อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ถาวร (ROFA) = กำไรสุทธิ (Net Profit or NP)/รวมสินทรัพย์ถาวร (Fix Assets) อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร (Fixed Asset Turnover)
- อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร (Fixed Asset Turnover)(ครั้ง) = ขายสุทธิ (SALES)/สินทรัพย์ถาวร (Fixed Asset)

3.3) อัตราการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม (Total Assets Turnover)

อัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม (Total Assets Turnover) (ครั้งหรือเท่า) = ขายสุทธิ (SALES)/สินทรัพย์รวม (Total Assets) จำนวนครั้งสูงยิ่งดี แสดงว่าอัตราส่วนที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการใช้สินทรัพย์ทั้งหมด (TA) เมื่อเทียบกับยอดขาย (SALES) ถ้าอัตราส่วนนี้ต่ำ แสดงว่า บริษัทมีสินทรัพย์มากเกินไปเกินความต้องการ

4. อัตราส่วนวิเคราะห์นโยบายทางการเงิน (Leverage Ratio or Financial Ratio) เพื่อให้ทราบถึงแหล่งที่มาของเงินทุนว่ามาจากหนี้สินหรือส่วนเจ้าของ และพิจารณาว่ามีมากน้อยเพียงใด

4.1) อัตราส่วนหนี้สินต่อทุน (Debt/Equity Ratio) (เท่า) = หนี้สินรวม (Total Debt)/ส่วนเจ้าของ (Equity) ยิ่งต่ำยิ่งดี แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงในด้านเจ้าหนี้และเจ้าของกิจการ ถ้าอัตราส่วนสูง แสดงว่ากิจการมีความเสี่ยงจากการกู้ยืมเงินมาใช้ในการดำเนินกิจการ

4.2) ความสามารถในการจ่ายดอกเบี้ย (Interest Coverage) (เท่า) = {กำไรสุทธิ (NP) + ภาษีเงินได้ (Tax) - ดอกเบี้ยจ่าย (Interest)} / ดอกเบี้ยจ่าย (Interest) เป็นการวัดความสามารถของธุรกิจในการจ่ายดอกเบี้ยเงินกู้ ผลคำนวณออกมามีค่าสูง แสดงว่าธุรกิจมีความสามารถในการจ่ายดอกเบี้ยสูง

4.3) อัตราการจ่ายเงินปันผล (Dividend Payout) = เงินปันผลต่อหุ้น (Dividend /share)/กำไรสุทธิต่อหุ้น (EPS) แสดงถึงนโยบายการจ่ายเงินปันผลของธุรกิจ

โดยอัตราส่วนที่กล่าวมา เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์หลักทรัพย์ด้วยปัจจัยพื้นฐาน เพื่อท่านจะได้พิจารณางบการเงินได้ในระดับหนึ่ง

สัญญาณเตือนภัยจากการวิเคราะห์งบการเงิน

- 1) ขาดทุนมากๆ และติดต่อกันหลายปี
- 2) ระยะเวลาการเก็บหนี้ยาวนานขึ้น
- 3) อัตราหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นสูงขึ้นเร็วมาก
- 4) สินค้าคงคลังสูงมากผิดปกติ
- 5) ต้นทุนการผลิตสูงขึ้น
- 6) ยอดขายสูงขึ้น แต่กำไรลดลง
- 7) หนี้สูญเพิ่มขึ้น
- 8) รายงานผู้สอบบัญชีผิดปกติ เปลี่ยนผู้สอบบัญชีใหม่
- 9) ขายสินทรัพย์ของบริษัท เพื่อสร้างกำไรให้เข้าเป้าในระยะสั้น

บททวนการเรียนรู้จากการอบรม (Wrap up)

โดยตัวแทนจากกลุ่มที่ 3 นำเสนอในหัวข้อ “การซื้อบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ” ของ นพ.การุณย์ คุณติรานนท์ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

- strategic purchaser for UHC เป็นบทบาทของ สปสช. ว่าต้องมีกลยุทธ์/กลวิธีอย่างไร ที่ทำ UHC ให้ประชาชนเข้าถึงบริการ (access) อย่าง unity, quality, financial risk protection
- strategic purchaser ให้ประชาชน access เรื่อง health benefit package ซึ่ง health benefit package จะต้อง pro poor ภายใต้งบประมาณที่จำกัดและได้คุณภาพ
- ขั้นตอนการกำหนด health benefit package ต้องทำอย่างมีส่วนร่วม มี stakeholder ใช้ evidence based ในเรื่อง cost effectiveness มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น HITAPP และมหาวิทยาลัยต่างๆ
- กว่าจะบอกได้ว่า benefit package คุ่มค่า คุ่มทุน ทำให้ประชาชนได้รับตาม health need มีขั้นตอนมากมาย มีการตัดสินใจว่าจะทำหรือไม่

กลไก purchaser มีวิธีการอย่างไร

- Payment mechanism เป็นแบบ mix เพราะงบประมาณมีจำกัด ต้องจ่ายให้เข้าถึง มีคุณภาพ จัดการอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมความเสี่ยงของ provider และ สปสช.
- วิธีการจ่ายมีหลากหลาย เช่น global budget, fee schedule, DRG เป็นต้น
- การจ่ายหลายๆ แบบเป็นไปเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงแบบเหมาจ่าย เข้าถึงแบบเฉพาะ
- หน่วยบริการต้องควบคุมคุณภาพคุ้มครองสิทธิ (Consumer protect) เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม
- การดำเนินงานโดย สปสช. มีคณะกรรมการให้คำตัดสินในการจ่ายและทำให้เกิดการบริการให้ประชาชนเข้าถึง
- Equity คาดหวังให้แต่ละกองทุน มีความเท่าเทียมในด้านสิทธิประโยชน์ มี single payer
- สปสช. เป็นคลังข้อมูลทำภายใต้ evidence based ใช้ผู้เชี่ยวชาญการร่วมสร้างการมีส่วนร่วม
- โจทย์ใหญ่ของ strategic purchaser ที่สปสช. จะต้องก้าวต่อไป คือ Protect risk, การบริหารงบประมาณที่มีจำกัด, equity ระหว่างการจ่ายและให้ประชาชนเข้าถึงบริการ การให้บริการอย่างมีคุณภาพ
- ในทางปฏิบัติจริงมีข้อจำกัดเรื่องนโยบายการเมือง

หัวข้อ	การตรวจสอบและความสำคัญในการกำกับติดตามการบริหารจัดการการเงิน การคลัง ในระบบหลักประกันสุขภาพ
วิทยากร	อ.สมเกียรติ ปาณะวัฒนพิสุมิ ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบ
วัตถุประสงค์	- การตรวจสอบงบกองทุน - กองทุนทั่วไป - กองทุนที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ/กองทุนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบงบบริหารจัดการสำนักงาน
เวลา	13.00 – 15.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติตามโจทย์ รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน้ตบุ๊ก

กระบวนการและเนื้อหา

อ.สมเกียรติ ปาณะวัฒนพิสุมิ บรรยายเรื่องการตรวจสอบและความสำคัญในการกำกับติดตามการบริหารจัดการการเงิน การคลัง ในระบบหลักประกันสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

ประเด็นการนำเสนอ ประกอบด้วย

- ความเสี่ยงของ สปสช.
- ข้อตรวจพบของสำนักตรวจสอบ
- ความสำคัญของระบบการกำกับติดตาม

การตรวจสอบภายในต้องเขียนไว้ในระเบียบ หน่วยรับตรวจมองว่าหน่วยรับตรวจของ สปสช. น่าจะอยู่ภายใน สปสช. ถ้าตรวจสอบภายในน่าจะตรวจสอบภายในสำนักงานอย่างเดียว แต่ปัญหา คือ คนที่รับเงิน สปสช. ไปแล้ว ได้จัดสรรเงินให้หน่วยบริการหรือไม่ มีการกำกับติดตามตรวจสอบหรือไม่ เรื่องนี้เป็นประเด็นที่ให้ สปสช. ดูแล

การตรวจสอบในระบบหลักประกันสุขภาพในปัจจุบัน ปัจจุบัน สปสช. มีการตรวจสอบดังนี้

1. **หน่วยตรวจสอบภายใน** มีสำนักตรวจสอบเป็นหลัก มีอนุกรรมการดูสำนักตรวจสอบอีกที่หนึ่ง อนุกรรมการชุดนี้ ประธานเป็นผู้ทรงคุณวุฒิของ สปสช. กรรมการมีตัวแทนจากสำนักงบประมาณ ตัวแทนของกรมบัญชีกลาง บอร์ดฝ่ายกฎหมาย สตง. อนุกรรมการจะรายงานผลการตรวจไปที่บอร์ด

การนำเสนอรายงานรายไตรมาสจะต้องเสนอ pre-board อนุกรรมการ สปสช. อนุกรรมการตรวจสอบ อนุกรรมการยุทธศาสตร์ อนุกรรมการบอร์ด กลุ่มตรวจสอบภายใน สปสช. ตรวจสอบเรื่องหน่วยบริการ ซึ่งในระเบียบของ สปสช. จะเขียนเรื่องหน่วยตรวจสอบไว้ด้วย สตง. กับกรมบัญชีกลาง มีทีมตรวจสอบภายในระดับเขตอยู่ที่เขตตรวจราชการเขตละ 1 คน ทีมจังหวัดแต่ละจังหวัดมีทีมตรวจสอบ และแต่ละจังหวัดมีทีมของเขตดูแล

2. **หน่วยงานตรวจสอบภายนอก** คือ สำนักตรวจสอบการเงินและการบริหารพัสดุที่ 23 เดิม คือ สำนักตรวจสอบการเงินที่ 17 รับแพทย์แผนไทย กทม. สปสช. ปัจจุบันย้าย กทม. ไปตั้งเป็นสำนัก เอา สปสช. มารวมกันหมด เมื่อไม่รวมกับ กทม. ก็จะไม่ตรวจ กทม. ปีที่แล้ว (พ.ศ. 2560) ใช้สรรพกำลังจาก สตง. ที่อยู่ กทม. ลงตรวจหน่วยบริการของ กทม. ไปด้วย

3. **บริษัทที่ปรึกษาเรื่องการเงินและการบัญชีของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** แปลว่า รัฐมนตรีต้องการให้มีบริษัทเอกชนที่เชื่อถือได้ในระดับประเทศ/โลกมาเป็นที่ปรึกษา สปสช. ซึ่งมีผลเสมือนตัวแทนจากบอร์ดมาตรวจสอบ

หน่วยตรวจสอบภายใน : สำนักตรวจสอบ

การตรวจสอบภายใน หมายถึง กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรม และเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ

คำว่า “เชื่อมั่น” หมายถึงว่า เมื่อมีระบบการตรวจสอบภายในแล้ว จะทำให้มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบและดำเนินงานมากขึ้น

การตรวจสอบใน สปสช. มี 2 การตรวจสอบใหญ่ๆ คือ

- 1) การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ
- 2) การตรวจสอบการดำเนินงาน

ในอดีตการตรวจสอบดำเนินงาน ใช้วิธีตรวจสอบโครงการ แต่ปัจจุบันตรวจเป็นกองทุนจากข้างบน ลงไปสู่ สปสช. เขต ลงไปที่หน่วยบริการ ตามนโยบายของรัฐมนตรี สิ่งนี้เป็นการให้ความเชื่อมั่น ให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ เพื่อให้มีการเพิ่มมูลค่าและเพื่อส่วนราชการ หน่วยงาน/องค์กรภาครัฐ บรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ที่กำหนด

เชื่อมั่น คือ ทีมที่ตรวจสอบ เมื่อได้นักกฎหมายก็ตั้งเป็นกลุ่มกฎหมาย แต่เจ้าหน้าที่คือผู้ให้คำปรึกษา ทำหน้าที่เป็นตัวรับประสานกับกลุ่มตรวจสอบ 1 กลุ่มตรวจสอบ 2 ที่ดูแลเฉพาะ ต่อมาเมื่อ สปสช. เริ่มทำ

เป็นระบบขึ้น บทบาทหน้าที่ คือ ช่วยผู้ปฏิบัติงานในองค์กรให้ทำงานในหน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการควบคุมอย่างดี

หน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักตรวจสอบ

ประกาศ สปสช. เรื่อง การแบ่งส่วนงาน การกำหนดตำแหน่งงาน การจัดระบบงาน และการมอบอำนาจภายใน สปสช. 2557 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2557 ระบุหน้าที่ของสำนักตรวจสอบ ดังนี้

- 1) เป็นเลขานุการของคณะอนุกรรมการตรวจสอบ
- 2) ส่งเสริมให้มีระบบควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 3) ตรวจสอบการเงินและการดำเนินงานเพื่อให้ถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- 4) ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

หน่วยตรวจสอบมีระเบียบอยู่ 3 ส่วนคือ

- 1) ระเบียบว่าด้วยหน่วยตรวจสอบภายใน
- 2) ระเบียบว่าด้วยหน่วยรับตรวจ
- 3) ระเบียบว่าด้วยอนุกรรมการ

เรามีแค่ประกาศไม่สามารถกำหนดขอบเขตได้ ถ้าดูในระเบียบของ สตง. บังคับให้ต้องประกาศ ต้องออกระเบียบว่าด้วยหน่วยตรวจสอบภายใน หน่วยรับตรวจและอนุกรรมการให้เรียบร้อย แต่ สปสช. ไม่ได้ทำ สปสช. มีแค่ประกาศที่ สปสช. ใช้ มีเลขานุการอนุกรรมการตรวจสอบ ส่งเสริมให้มีระบบตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตรวจสอบการเงินและการดำเนินงานให้ถูกต้องตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายมี 2 ส่วน คือ เลขาสั่งให้ สปสช. วิเคราะห์ข้อมูล กับ บอร์ดสั่ง บอร์ดที่สั่ง คือ ให้ สปสช. ตรวจสอบกิจกรรมภาครัฐ ให้ตรวจสอบเงินภาครัฐปัจจุบัน ให้ตรวจสอบว่า สปสช. แก้ไขข้อสังเกต สตง. หรือไม่ แก้อย่างไร ตอนนี้ให้สำนักตรวจสอบมาติดตามกำกับว่าสำนักงานแก้หรือไม่แก้ สำนักตรวจสอบก็ต้องไปตามสำนักเลขฯ ให้สำนักเลขฯ รายงานมา แล้ว สปสช. เอาเข้าอนุกรรมการ จากนั้น สปสช. รายงานบอร์ดอีกรอบ

ความสำคัญและประโยชน์ของหน่วยตรวจสอบภายใน คือ

- 1) ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการบริหารจัดการที่ดี
- 2) ส่งเสริมให้เกิดการบันทึกบัญชีและรายงานตามหน้าที่ ความรับผิดชอบ
- 3) ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน
- 4) เป็นมาตรการถ่วงดุลอำนาจ
- 5) ให้สัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า

ข้อเสนอแนะการตรวจสอบ ควรตรวจสอบให้เจोक่อน สตง. โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบ สตง. มิฉะนั้นจะแก้ปัญหาก็ถูกทักท้วงไม่ได้

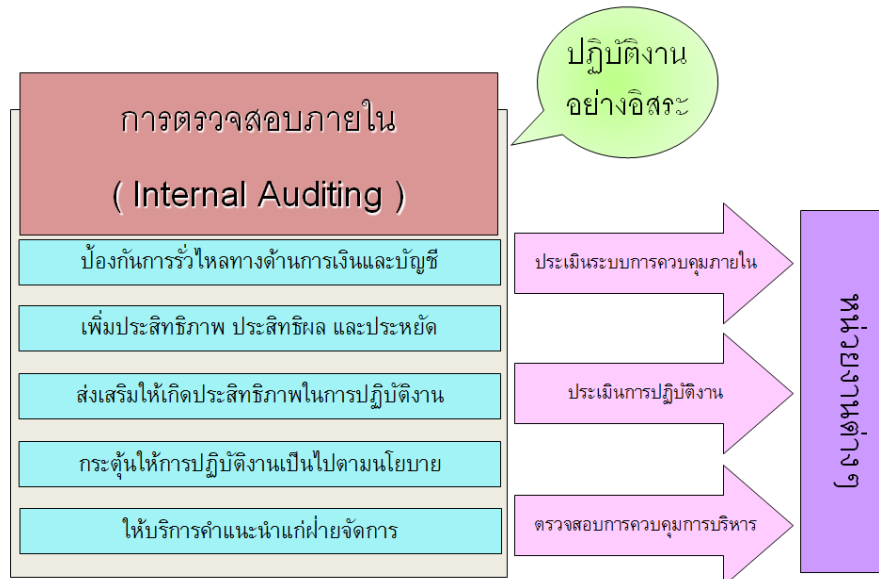
สปสช. เองก็ต้องประเมินว่าอะไร คือ ความเสี่ยงของสำนักงานที่จะต้องตรวจ เช่น กรณีงบบริหาร ดูว่าการเบิกจ่ายงบบริหาร สตง.ดูจากอะไร สตง.มองว่าค่าใช้จ่ายที่มากที่สุดตามลำดับ 1-2-3 คือ สิ่งที่ต้องตรวจสอบ

เดิมการสนับสนุนโครงการอยู่ที่กองทุนที่เรียกว่าเป็นการพัฒนาระบบ เมื่อ สปสช.ย้ายมา สปสช.ไม่มีระบบควบคุม ขณะที่เงินงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า สตง.จึงจำเป็นต้องเลือกตรวจ

สตง.จะพิจารณาว่ามีการส่งเงินคืนหรือไม่ เช่น จ่าย 100 บาท เมื่อไม่ได้ทำงานก็จะมีงบเบิกงวด 2 สตง.จะตรวจจับพวกที่เบิกงวด 2

สิ่งที่ สตง.สนใจ คือ การจัดประชุมและการสนับสนุนโครงการ โดยการจัดประชุมจะพิจารณาเรื่องค่าอาหาร

สำนักการเงินจะเป็นผู้หาข้อมูลมาให้ สตง.



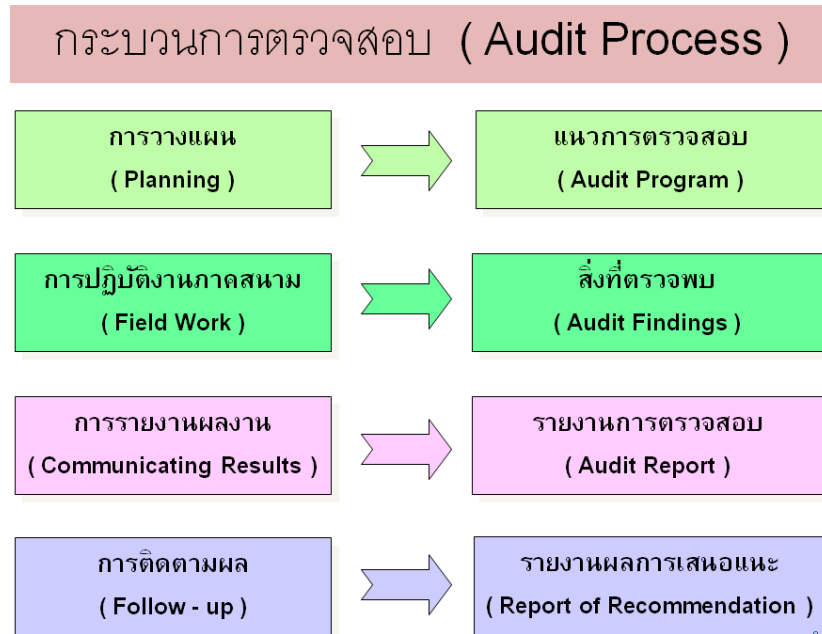
การตรวจสอบภายใน (Internal Auditing)

การตรวจสอบภายใน เป็นการป้องกันการรั่วไหลทางการเงินและบัญชี เพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและประหยัด ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน กระตุ้นให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามนโยบาย ให้บริการคำแนะนำแก่ฝ่ายจัดการ

วิธีการ คือ ประเมินระบบควบคุมภายใน ประเมินการปฏิบัติงาน และสามารถตรวจสอบการควบคุมการบริหาร

การตรวจสอบภายใน เป็นการปฏิบัติงานอย่างเป็นอิสระ

หน่วยงานตรวจสอบภายในในส่วนขององค์กรมหาชน องค์กรมหาชนยังไม่มีระเบียบการตรวจสอบภายในกาลเฉพาะ แต่หน่วยงานองค์กรมหาชนใหม่ๆ สำนักตรวจสอบจะขึ้นกับคณะกรรมการหลัก ไม่ได้อยู่ภายใต้เลขาฯ เพราะมองเรื่องความเป็นอิสระ ขณะที่เอกชนขึ้นกับบอร์ดหมด และ สปสช.เป็น พรบ. เก่า

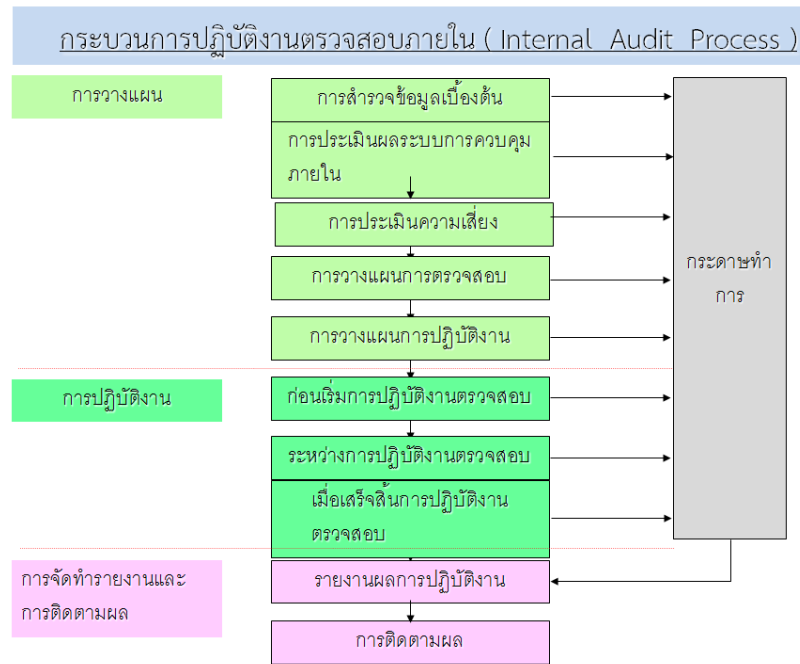


กระบวนการตรวจสอบการทำงานของสำนัก

- สำนักตรวจสอบมีแผนปี กับแผน 3 ปี
- ก่อนตรวจสอบ ในแผนปีจะต้องประเมินความเสี่ยงก่อน
- ส่วนดำเนินงาน ต้องประเมินความเสี่ยงของแต่ละกองทุน แล้วมาเขียนแนวทางการตรวจว่า แต่ละกองทุนจะตรวจเรื่องอะไรบ้าง
- เมื่อลงพื้นที่ส่วนใหญ่จะตรวจว่าเป็นไปตามประกาศ/คู่มือหรือไม่
- บางครั้งสิ่งที่เจอ คือ เวลาตรวจจริงผลงานไม่ได้ตามที่กองทุนเขียนไว้ในคู่มือ จึงไม่ได้ประเมินผลตามที่เขียนไว้ เมื่อตรวจเจอก็ต้องบอกให้ทราบ
- ต้องสนใจประกาศให้มากขึ้น เช่น กทม.มีประกาศย่อยยังต้องใช้ประกาศหลัก
- การเขียนประกาศ กับ คู่มือมีความสำคัญ เพราะกฤษฎีกายึดประกาศเป็นกฎหมายหลักที่จะใช้บังคับผู้อื่น คู่มือเป็นเพียงแนวทางการดำเนินงานของ สปสช. เท่านั้น กรณีตัวอย่าง เช่น เรียกค่าเสื่อมคืนไม่ได้เพราะประกาศไม่ได้เขียนไว้
- ประกาศของ สปสช. ไม่เคยมีสภาพบังคับ ประกาศเรื่องหลักเกณฑ์การบริหารกองทุนทั้งหมด บอกว่าจะจัดสรรอย่างไร แต่ไม่ได้บอกว่าจะมีบทลงโทษอย่างไร
- เมื่อตรวจเจอ จะเรียกว่า สิ่งตรวจพบ เวลารายงานก็จะรายงานกรรมการตรวจสอบ

- ก่อนตรวจสอบ การรายงานของสำนักตรวจสอบต้องให้ CFO เห็นก่อน จากนั้นส่งให้เลขาฯ เช่น รับทราบ แล้วจึงเข้าอนุกรรมการตรวจสอบได้ ดังนั้นการทำงานของสำนักฯ จะอ้างว่าเลขาฯ ไม่รู้ สำนักไม่รู้ ไม่ได้ เพราะเลขาฯ ต้องลงนามและสั่งการ เมื่อมีข้อสังเกตแล้ว เลขาฯ จะสั่งการต่อกลุ่มหรือสำนักต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำรายงานเข้าอนุกรรมการ

- ระบบการติดตามจะมีข้อเสนอแนะ



กระบวนการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Process)

- กระบวนการตรวจสอบภายใน เริ่มตั้งแต่การวางแผนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น เช่น กองทุนมีกี่กองทุน จะตรวจสอบอะไรบ้าง แล้วประเมินผลระบบควบคุมภายในและประเมินความเสี่ยง วางแผนการตรวจและวางแผนว่าจะลงไปปฏิบัติอย่างไร และต้องทำเป็นเอกสาร

- สำนักตรวจสอบมี KPI ต่อเลขา KPI ต่ออนุกรรมการในการประเมินผลงาน

- การปฏิบัติงานเริ่มตรวจสอบระหว่างการลงพื้นที่

- ระบบควบคุมภายในและความเสี่ยงของสำนักงานเหมือน ISO ยังไม่ได้ทำจริงจัง สำนักงานใหญ่ก็ทำเฉพาะองค์กร แต่เขตทุกสำนักต้องไปทำตัวเอง

- สำนักตรวจสอบจะตรวจเมื่อเข้าไปตรวจสอบสำนักนั้นๆ เป็นการตรวจตามหน้าที่ ไม่ได้ตรวจตามวัตถุประสงค์

- การตรวจสอบของสำนักตรวจสอบ ต้องปฏิบัติตามระเบียบของสำนักตรวจสอบ เป็นการตรวจคน ละเอียดกับการตรวจ ISO

- ระบบของสำนักตรวจสอบต้องเอาข้อสังเกตของ สตง. และข้อตรวจพบของสำนักตรวจสอบมา ประเมินความเสี่ยงของกองทุนในระบบ มิฉะนั้นปัญหาจะไม่ถูกแก้

คำถาม ถ้าให้สปสช. มีแบบประเมินควบคุมภายในหรือ CSA ที่เป็นมาตรฐาน แล้วเอามาประเมิน น่าจะได้ผลของการประเมินมาใช้ประโยชน์จริง

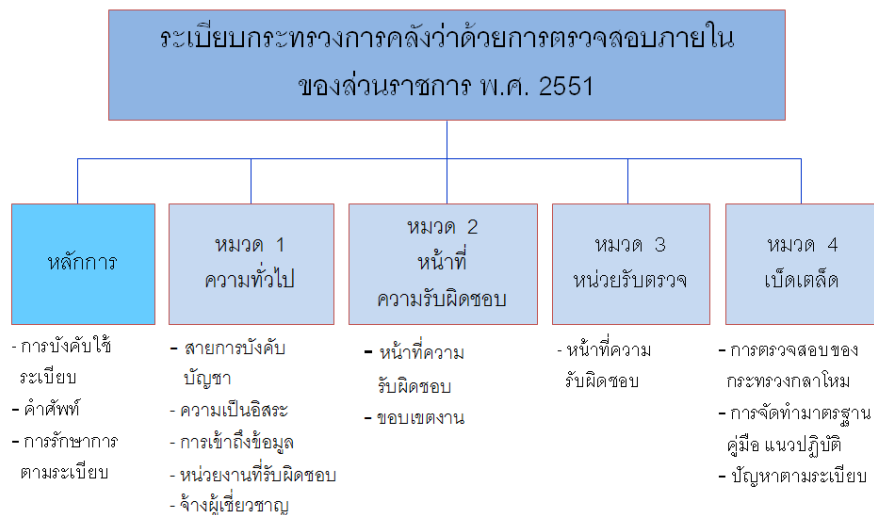
คำตอบ ตอนนี้อยู่ก่อนตรวจเราขอผลการประเมินอยู่แล้ว และดูว่าของจริงที่ทำอะไร ระบบที่เราประเมินระบบ HR ประเมินใหญ่ ไม่ได้ประเมินในระบบการควบคุมที่หน่วยตรวจสอบ ทำให้ใช้ข้อมูลของ HR ส่วนหนึ่ง แต่ไม่ได้เอาทั้งหมด เช่น ในระบบของ HR กรณีทุจริตเดิมแก้ได้บ้างไม่ได้บ้าง ถ้าจะตรวจควบคุมภายในต้องดูว่า สำนักนี้ได้ดำเนินการ เช่น จ่ายค่าโรงแรม ต้องดูว่ามีระบบใหม่ เพราะส่วนนี้ไม่ได้สนับสนุนกับส่วนที่ HR ประเมิน

คำถาม สามารถเผยแพร่แบบฟอร์มได้ไหม

คำตอบ ไม่ได้หวง แต่จะไม่ประเมินซ้ำเหมือน HR ต้องออกแบบให้เห็นว่าเราลงไปตรวจระบบที่จำกัดกับควบคุมภายในจะทำได้แค่ไหน

- ตอนออกตรวจเขต หรือ ออกตรวจ ส่วนกลางทุกสำนัก ควรมีระบบควบคุมภายใน ควรมีแบบฟอร์มว่ามีระบบอย่างไร ถ้ามีครบ รายงานความเสี่ยงที่มีความเสี่ยงที่จะต้องประเมิน จะเกิดประโยชน์มาก

- สำนักตรวจสอบในเรื่องการควบคุมความเสี่ยงยังทำน้อย อาจเพราะกลัวความซ้ำซ้อน ทำให้เกิดปัญหา



10

ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการตรวจสอบภายในของส่วนราชการ พ.ศ. 2551

- กระทรวงการคลังเป็นสิ่งที่เราต้องยึดถือ

- กระบวนการวางแผนการตรวจสอบจะต้องประเมิน ระบุปัจจัยเสี่ยงวิเคราะห์ และจัดระดับในส่วน
ของข้อมูลองค์กรต้องศึกษา

การตรวจสอบภายในของสำนักตรวจสอบ สปสช.

- การออกตรวจแต่ละกองทุนแต่ละเรื่อง ถ้าเป็นกองทุนใหม่ๆ ที่เรายังไม่เคยตรวจ ต้องเตรียมการพอสมควร ต้องศึกษา มิฉะนั้นจะตรวจไม่ได้ และเมื่อมาเสนอที่อนุกรรมการ อนุกรรมการก็จะบอกว่าต้องการส่วนนั้นเพิ่มส่วนนี้เพิ่ม

- วิเคราะห์จัดลำดับ แล้วต้องมาวางแผนว่าจะตรวจจะระยะยาวหรือประจำปี

- ปีที่ผ่านมา อาจมีคำถามว่าทำไมถึงต้องตรวจ 4 เรื่อง 5 เรื่อง 6 เขต 3 เขต อันนี้ในระเบียบตรวจสอบมีเรื่องของอนุกรรมการตรวจสอบ

อนุกรรมการตรวจสอบต้องวางแผนว่า 1 ปี

- วางแผนว่าต้องไปตรวจกี่เขต กี่กองทุน เพราะต้องเอาผลตรวจเข้าอนุกรรมการ

- การตรวจสอบตามกฎหมาย ระเบียบ จำนวน 5 สาขาเขต สำนักงานการเงินและบัญชีบริหาร สำนักบริหารทั่วไป

- การตรวจสอบดำเนินงาน จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ กองทุนฟื้นฟู กองทุนโรคเฉพาะ (ข้อเช่า, ตาต่อกระจก) ผู้ให้บริการ (ม.41) กองทุนโรคเรื้อรัง การบริหารงบกองทุน UC ดู 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2556-2560)

1) การสุ่มตรวจสอบดำเนินงาน จำนวน 3 เขต ได้แก่ เขตเชียงใหม่ เขตทพ.และเขตอุดรธานี

สมัยก่อนมีการตรวจแบบลงพื้นที่ 12 เดือน แต่ปัจจุบันอนุกรรมการลงตรวจปีละ 3 ครั้ง เรียกว่าการสุ่มตรวจโดยอนุกรรมการ

2) การตรวจสอบหน่วยบริการ จำนวน 3 เขต ได้แก่ เขตเชียงใหม่ เขตสุราษฎร์ธานี และเขตสงขลา

การลงพื้นที่ตรวจสอบของอนุกรรมการ สำนักตรวจสอบจะต้องทำข้อมูลไปสอบทานและอนุกรรมการจะให้ความเห็น ถ้าไม่มีข้อมูลสอบทาน เรียกว่าตรวจเยี่ยม สปสช. ไม่ใช่สำนักตรวจ เพราะฉะนั้นจะต้องให้สำนักตรวจสอบตรวจทานด้วย

3) การตรวจสอบงบการเงินของงบบริหารจัดการและงบกองทุน จำนวน 12 เดือน

การตรวจสอบงบการเงิน ตรวจ 12 เดือน ทุกเดือน สปสช. ต้องเอางบการเงินเข้า-ออก เป็นข้อตรวจพบ มีรายงานการตรวจสอบการเงิน

ข้อตรวจพบที่ สตส. รายงาน

1) ข้อตรวจพบจากการตรวจสอบตามกฎหมาย ระเบียบ, ตรวจสอบดำเนินงาน, สุ่มตรวจดำเนินงาน

2) รายงานการตรวจสอบการเงิน

หน่วยตรวจสอบภายนอก-เปลี่ยนชื่อ เป็นสำนักตรวจสอบการเงินและบริหารพัสดุที่ 23

ลักษณะการตรวจสอบของ สตง.

1) การตรวจสอบการเงิน

2) การตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้าง

การจัดซื้อจัดจ้างเมื่อก่อนชื่อ “สำนักตรวจสอบการเงิน” ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “สำนักตรวจสอบการเงินและบริหารพัสดุ” เพราะแต่ก่อนมีหน่วยตรวจพัสดุเฉพาะ แต่ตอนนี้ตรวจเอง

3) การตรวจสอบสืบสวน

- 4) การตรวจสอบการดำเนินงาน
- 5) การตรวจสอบลักษณะอื่น

สตง. ตรวจสอบอย่างไร

- 1) มีการจัดทำแผนการตรวจสอบ (Audit Plan)
- 2) มีการประเมิน (Audit Assessment)
 - ประเมินความเสี่ยงเพื่อเลือกหน่วยรับตรวจ
 - ประเมินการควบคุมภายในหน่วยรับตรวจ
- 3) มีการวิเคราะห์ (Audit Analysis)
 - รายงานการเงินต่าง ๆ
- 4) มีการสอบทาน (Audit Review)
 - ผลการตรวจสอบของสำนักตรวจสอบภายใน
 - รายงานการควบคุมภายในตามระเบียบ สตง.ว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2545 ข้อ 6
- 5) มีการจัดทำแนวการตรวจสอบ (Audit Program)

ระบบความเสี่ยง คือ ความซับซ้อนของการจ่ายเงิน โดย สตง.มีแนวโน้มที่จะตรวจสอบกองทุนที่มีโอกาสที่จะเบิกเงินซ้ำซ้อนกันได้ เช่น กองทุน LTC กล่าวคือ มีโอกาสที่กองทุนของท้องถิ่นที่รับเงิน LTC ไปแล้ว คนของโรงพยาบาลไปให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกองทุน LTC ซ้ำกัน แล้วเอามาเบิกเงินกองทุนพื้นที่ต่อ

วิธีการตรวจสอบที่นำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลหลักฐานต่างๆ

สำนักตรวจสอบกับ สตง. ทำเหมือนกันเพราะใช้กฎระเบียบเดียวกัน มีวิธีการดังนี้

- 1) การสุ่มตัวอย่าง
 - วิธี Random Sampling
 - วิธี Systematic Sampling
 - วิธีการแบ่งข้อมูลออกเป็นกลุ่ม
 - วิธี Selective เลือกข้อมูลโดยสุ่มเลือก สิ่งที่มีลักษณะพิเศษ
- 2) การตรวจนับจำนวนและสภาพสิ่งของ ว่ามีอยู่ครบถ้วนตามที่บันทึกหรือไม่
- 3) การยืนยันยอดจากผู้บุคคลที่ไม่ใช่ผู้รับตรวจ ยืนยันมายังผู้ตรวจสอบโดยตรง
- 4) การตรวจสอบเอกสารใบสำคัญ
- 5) การคำนวณ
- 6) การตรวจสอบการผ่านรายการ
- 7) การตรวจสอบบัญชีย่อยและทะเบียน
- 8) การตรวจสอบหารายการผิดปกติ
- 9) การตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูล
- 10) การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

- 11) การสอบถาม
- 12) การสังเกตการณ์
- 13) การตรวจทาน
- 14) การสอบสวน
- 15) การประเมินผล

ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ

ความเสี่ยง ด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ เกิดจากการปฏิบัติไม่เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ กล่าวคือ

- 1) กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่มีผลบังคับใช้ในการปฏิบัติงาน ไม่ได้รวบรวมเป็นหมวดหมู่เป็นปัจจุบัน อย่างเป็นระบบ
- 2) กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่ใช้ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความต่างกัน
- 3) กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ล้าสมัยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน
- 4) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ละเลยไม่ปฏิบัติตามนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อตรวจพบที่สำคัญของสำนักตรวจสอบการเงินฯ (สตง.)

รายงานของ สตง.จะออกเป็นข้อตรวจพบที่สำคัญ

- 1) ความเห็นต่อรายงานการเงินตามรายงานของผู้สอบบัญชี
- 2) ข้อสังเกตประกอบการตรวจสอบ
 - ในงบกองทุน สตง. ดูเงินงบประมาณเป็นหลัก แต่ที่เป็นปัญหา คือ งบประมาณต้องไม่ซ้ำกัน
 - สตง.มองว่ากระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณ สปสช.ก็มียกงบประมาณ หลักการ คือ งบประมาณไม่ให้ซ้ำกัน อันนี้คือหลักของวิธีการงบประมาณ
 - สตง. มองว่า สปสช. เป็นผู้ซื้อบริการ ดังนั้นจึงเป็นปัญหาที่ถูกหักหักมาก
 - พรบ. หลักประกันถูกตีความคนละอย่าง
 - สตง. ตีความแคบ สปสช. ตีความกว้าง

การจ้างที่ปรึกษาทางการเงินและบัญชี

มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6/2560 วันที่ 7 มิถุนายน 2560 คณะกรรมการฯ ต้องการที่ปรึกษาทางการเงินและบัญชีจากหน่วยงานภายนอก เข้ามาช่วยเพื่อให้คำปรึกษา การวางระบบการเงินการบัญชีและการดูแลความเสี่ยง ทางการเงินขององค์กรของ สปสช. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน เป็นที่น่าเชื่อถือ โดยการจ้างที่ปรึกษาเกิดจากรัฐมนตรี

ขอบเขตของการจ้างที่ปรึกษาทางการเงินและบัญชี

- 1) จัดทำรายงานวิเคราะห์ผลสำรวจข้อมูลการทำงาน และระบบการบัญชีการเงินในปัจจุบัน พร้อมเสนอแนะแนวทางและวิธีการปรับปรุงระบบการบัญชี การเงิน เพื่อให้ถูกต้องตามมาตรฐานทางบัญชี เป็นที่ยอมรับ น่าเชื่อถือ ถูกต้อง ครบถ้วน

- 2) ให้สอบทานและจัดทำรายงานผลทางการเงินและการบัญชีทุกไตรมาส ให้ถูกต้อง ตามมาตรฐานที่เสนอแนะ ในข้อ 1
- 3) จัดทำรายงานผล เรื่อง การบริหารความเสี่ยงจากข้อมูลข้อ 2 เพื่อให้ สปสช.นำไปใช้ในการบริหารงานเงินกองทุน
- 4) จัดทำรายงานทั้งหมดที่กล่าวข้างต้น เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งเข้าร่วมประชุมเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกไตรมาส
- 5) การเสนอราคาการจ้างที่ปรึกษาครั้งนี้ สปสช.ให้ผู้เสนอราคากำหนดขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน พร้อมรูปแบบของรายงานเสนอเป็นรายละเอียดประกอบในการเสนอราคา
- 6) คณะกรรมการพิจารณาผลการประกวดราคา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณารายละเอียดดังกล่าว ร่วมกับราคา โดยไม่ได้พิจารณาราคาต่ำสุดเป็นเกณฑ์
- 7) ในระหว่างสัญญาจ้างจะต้องถ่ายทอดความรู้และเทคนิคในการจัดทำบัญชี วิธีการสอบทาน/การนำเสนอรายงานการเงิน พร้อมทั้งการจัดทำความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ของ สปสช.

ผลงานที่ส่งมอบของการให้คำปรึกษาจากบริษัทที่ปรึกษา KPMG

ข้อที่ต้องปรับปรุงต่อไปคือ

- 1) สปสช.ยังไม่มีมีการระบุความเสี่ยง จากการที่หน่วยบริการนำเงินที่ได้จากการจัดสรรไปใช้ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ไม่ถูกต้อง ไม่เป็นไปตามระเบียบข้อกำหนดของ สปสช.
- 2) รายงานทางการเงินสำหรับเบิกจ่ายบางรายการในระหว่างไตรมาส ควรบันทึกตามเกณฑ์คงค้างอย่างครบถ้วน
- 3) การปรับรูปแบบรายงานผลทางการเงินและบัญชี งบการเงินกองทุนและงบบริหารจัดการ
- 4) การควบคุมภายในทั่วไปทางด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 5) การกำกับติดตามการใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในลักษณะงบลงทุนควรปรับปรุง
- 6) รายงานการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนในระบบ e-Budgeting ควรได้รับการปรับปรุง
- 7) การประเมินความเสี่ยงระดับสำนักไม่ได้ระบุความเสี่ยงจากวัตถุประสงค์ แต่เป็นการระบุจากหน้าที่ความรับผิดชอบ
- 8) การวิเคราะห์ในเชิงลึกของผลการตรวจสอบขดเชย และคุณภาพบริการรายหน่วยบริการ
- 9) การกำกับติดตามรายงานผลการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์
- 10) กระบวนการเบิกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการประชุม

การบริหารการแก้ไขข้อสังเกตของ สตง. ของ สปสช.

- 1) เมื่อ สตง. ส่งข้อสังเกต คำถาม ผลการตรวจสอบบัญชี ให้แก่ สปสช.จะถูกนำเสนอหนังสือให้เลขานุการ สปสช. หลังจากนั้นเลขานุการ สปสช. จะมอบหมายสั่งการให้ สำนักเลขานุการฯ เป็นผู้รับผิดชอบในการลงทะเลเบียนเพื่อการกำกับ ติดตาม และรายงานผลข้อเท็จจริงให้ สตง. ได้รับทราบ

- 2) สปสช.มีคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่ง ที่มีหน้าที่กำกับ ติดตาม และรายงานผลข้อเท็จจริง ข้อสังเกต คำถาม ผลการตรวจสอบบัญชี ให้ สตง.ทราบ
- 3) เมื่อลงทะเบียนข้อสังเกต คำถาม ผลการตรวจสอบบัญชี เรียบร้อยแล้ว สำนักเลขาธิการฯ จะดำเนินการตามข้อสั่งการของเลขาธิการ สปสช.ส่งข้อสังเกต คำถาม ผลการตรวจสอบบัญชี ให้แก่สำนักเจ้าของเรื่องไปเตรียมการตอบหรือชี้แจง
- 4) สำนักเจ้าของเรื่องไปนำคำตอบหรือคำชี้แจงเข้าคณะทำงานก่อนเสนอเลขาธิการ สปสช.

สรุปประเด็นข้อสังเกตจากการตรวจสอบงบบริหารจัดการ

หน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักตรวจสอบ

ด้านการงบประมาณ

- การไม่มีระเบียบวิธีการงบประมาณให้ถือปฏิบัติ
- เงินค่าใช้จ่ายในการบริหารงานที่เหลือนำไปใช้ในแต่ละปี ดอกผลที่เกิดขึ้นจากเงินค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน และเงินค่าธรรมเนียม หรือค่าบริการหรือรายรับอื่นของ สปสช. ค่าใช้จ่ายที่เหลือแต่ละปีต้องคืนหรือไม่ ดอกเบี้ยต้องคืนไหม

ด้านการเงิน

- ค่าตอบแทนพิเศษประจำปีตามผลการดำเนินงาน (Bonus)
- เงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐ
- เงินเดือนและประโยชน์ตอบแทนอื่นของเลขาธิการ สปสช.
- การเบิกจ่ายเงินโดยไม่มีระเบียบให้ถือปฏิบัติ ได้แก่ ค่าเบี้ยขยันลูกจ้างชั่วคราว, ค่าตอบแทนพิเศษ (เต็มขั้น), ค่าตอบแทนอื่น ตอนนี้ระเบียบหมดทุกอันแล้ว
- เงินเพิ่มพิเศษค่าเสี่ยงภัย เดิมอยู่ในเขตไม่ได้แต่พอออกพื้นที่ก็ได้เงิน ปัจจุบันต้องลงพื้นที่ถึงจะได้เงิน

ด้านการบัญชี

- การบันทึกบัญชีค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวเป็นค่าจ้างเหมาบริการ

ด้านการพัสดุ

- ระเบียบเกี่ยวกับการพัสดุของ สปสช.
- การใช้เอกสารราชการอันเป็นเท็จในการเสนอราคา และการแก้ไขเพิ่มเติมข้อตกลงในสัญญาโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย

ด้านการควบคุม

- ลูกหนี้เงินยืม

ข้อสังเกตการตรวจสอบงบบริหารจัดการ สปสช. ปี 2558-2559 ของ สตง.

ประเด็น	ข้อสังเกต สตง.	ข้อเสนอแนะ สตง.
1.รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง (ต้องนำส่งเงินทั้งหมดดอกเบี้ย ส่งคืนให้กับกระทรวงการคลัง)	ตรวจสอบพบว่า สปสช.มีรายได้ดอกเบี้ย เงินฝากธนาคารที่เกิดขึ้นจากเงิน งบประมาณรายจ่ายประจำปีที่มีรัฐบาล จัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ บริหารงานตั้งแต่ปี 58-59 จำนวน xx,xxx,xxx บาทที่ปัจจุบัน สปสช.ยัง ไม่ได้นำส่งเป็นรายได้แผ่นดินให้ถูกต้อง ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค.0406.3 /12006 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2559	ขอให้เลขาธิการ สปสช.นำเงินรายได้ ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารปี 49-56 จำนวน xx,xxx,xxx บาท ส่งคลังเป็น รายได้แผ่นดิน
2.เงินรับฝาก (เงินรับฝากขององค์การ เกษตรกรรม มาอยู่ที่บริหารส่วน ที่เหลืออยู่ในกิจกรรมภาครัฐ เรียกว่าเงินสวัสดิการ)	พบว่า สปสช. มีเงินรับฝากองค์การ เกษตรกรรม จำนวน x,xxx,xxx บาท ยัง ค้างอยู่ในบัญชีเงินรับฝาก โดย สปสช. ยังไม่โอนเงินไปบัญชีเงินของ กองทุน UC ให้เป็นไปตามความเห็น ของคณะกรรมการกฤษฎีกา	เลขาธิการ สปสช. ดำเนินการนำเงิน สนับสนุนกิจกรรมภาครัฐที่เหลืออยู่ จำนวน x,xxx,xxx บาท ออกจากบัญชี เงินรับฝากของ สปสช. และโอนเข้ามา รวมเป็นส่วนหนึ่งในงบการเงินและ หมายเหตุประกอบงบการเงินกองทุน UC เพื่อให้ สตง.ตรวจสอบรับรองตาม มาตรา 43 ของ พรบ.หลักประกันฯ
3. รายได้จากบริการ (เดิมเงินที่ได้จากการรับจ้างจ่าย โบนัสได้ หรือไม่ถึงเวลาจริงๆต้อง ส่งคืนกรมบัญชีกลาง ต้องทำ ทะเบียนคุมเพื่อให้รู้ว่าใช้อะไรไป จะได้ตรวจสอบได้)	พบว่า สปสช. ไม่ได้มีการจัดทำ ทะเบียนคุมการรับจ่ายเงินรับฝากแยก แต่ละประเภทรายได้ไว้ทำให้ไม่ สามารถตรวจสอบได้ว่า สปสช.ได้รับ เงินจากกรมส่งเสริมฯ จำนวน xxx,xxx,xxx.xx บาท และกรมบัญชี กลาง จำนวน xxx,xxx,xxx บาท มีการ นำไปใช้จ่ายเป็นประเภทใดและมีเงิน เหลือจ่ายหรือหมดความจำเป็นจำนวน เท่าใด ที่จะต้องนำส่งคลังเป็นรายได้ แผ่นดินตามข้อหารือของกระทรวง การคลัง	เพื่อให้เป็นไปตามข้อหารือของหนังสือ กระทรวงการคลังที่ตอบข้อหารือขอให้ เลขาธิการ สปสช.ดำเนินการจัดทำ ทะเบียนคุมการรับจ่ายเงินรับฝากแต่ละ ประเภทรายได้ที่ สปสช. ได้รับจากการ ให้บริการเป็นรายโครงการ เพื่อให้ ตรวจสอบได้ว่าเงินดังกล่าวได้นำไปใช้ จ่ายตามที่ สปสช. ตกลงให้บริการแก่ หน่วยงานภายนอกเป็นการเฉพาะ เท่านั้น รวมถึงเมื่อเงินเหลือหรือหมด ความจำเป็นในการจ่ายเงินดังกล่าวแล้ว ก็จะสามารถนำส่งเป็นรายได้แผ่นดินโดย ถูกต้องและครบถ้วนต่อไป
4.รายได้อื่น และรายได้ค่าปรับ (รายได้อื่นๆ และรายได้ค่าปรับ ต้องส่งคืนเช่นกัน)	สตง. ตรวจสอบพบว่า สปสช.รับเงิน รายได้อื่นและรายได้ค่าปรับ รวม จำนวน xx,xxx,xxx.xx บาท ไม่สามารถ ตรวจสอบได้ว่าเป็นเงินรายรับที่ สปสช. เรียกเก็บค่าบริการตามมาตรา 26(11) แห่ง พรบ.หลักประกันหรือ เป็นเงินรายได้ของ สปสช.ที่ต้องนำส่ง	1. ข้อหารือกระทรวงการคลังว่าเงิน รายได้อื่นและเงินรายได้ค่าปรับที่ สปสช.ได้รับจากการให้บริการของ สปสช. จะเข้าข่ายยกเว้นไม่ต้องนำส่ง เป็นรายได้แผ่นดินหรือไม่ หากเป็นเงิน หรือรายได้ที่ต้องนำส่งคลังให้นำเงิน รายได้อื่น จำนวน x,xxx,xxx.xx บาท

ประเด็น	ข้อสังเกต สตง.	ข้อเสนอแนะ สตง.
	คลังตามพรบ.วิธีการงบประมาณฯ สปสช. ควรหารือกับ กท.การคลังว่า เข้าข่ายยกเว้นไม่ต้องนำเงินรายได้อื่น และรายได้ค่าปรับส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน	และรายได้ค่าปรับ จำนวน x,xxx,xxx.xx บาทส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดินต่อไป 2. ให้สำนักตรวจสอบ ตรวจสอบเงินรายได้อื่นๆ ที่ได้รับไว้ว่าเป็นกรรมสิทธิ จำนวนเท่าใด ตั้งแต่ปี 49-56 และหากเข้าเงื่อนไขตามข้อ4.1ให้นำเงินรายได้ดังกล่าวส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดินต่อไป
5.รายได้จากการชดใช้ค่าเสียหายของเจ้าหน้าที่ (ปัญหา คือ เมื่อได้ผลสอบแล้วทางสำนักไม่ได้ไปแจ้งความ สตง.บอกว่าต้องแจ้งความและแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยเพื่อดำเนินการต่อ สมัยก่อนแค่รับเงินคืนมา)	สตง.ตรวจสอบพบว่า สปสช.ไม่ได้รายงานผลการสอบสวนกรณีนาง A และนางสาว B ให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี กรมบัญชีกลาง และ สตง. ทราบให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการเร่งรัดติดตามเกี่ยวกับ กรณีเงินขาดบัญชีหรือเจ้าหน้าที่ทุจริต ว่าที่ดำเนินการทางวินัย ทางแพ่ง รวมถึงอาญา ดังนั้นการปฏิบัติดังกล่าวจึงไม่ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด	1. ขอให้เลขาธิการ สปสช. ดำเนินการรายงานผลการสอบสวนกรณีเงินขาดบัญชีหรือเจ้าหน้าที่รัฐทุจริตให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี กรมบัญชีกลาง และ สตง. ทราบ ให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการเร่งรัด ติดตามเกี่ยวกับกรณีเงินขาดบัญชีหรือเจ้าหน้าที่ทุจริต (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 และดำเนินคดีอาญาให้ครบถ้วนต่อไป 2. ขอให้เลขาธิการ สปสช. ดำเนินการกำหนดมาตรการควบคุมภายในให้รัดกุมเพียงพอเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายจากการจัดประชุมเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จากการจัดประชุมอบรมสัมมนา และตรวจสอบเวชระเบียน ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักในการดำเนินงานของ สปสช.ต่อไป
6.ค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่ (การจ่ายเงินให้ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่มีสิทธิ)	สตง.ตรวจสอบพบว่า มีผู้ปฏิบัติงานจำนวน 44 ราย ที่ถือครองและใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่โดยไม่ได้อนุมัติตามข้อ 5 (3) ของประกาศ สปสช. เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการใช้จ่ายเงินและโทรศัพท์เคลื่อนที่ พ.ศ. 2556 การเบิกจ่าย ค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่ของผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวจึงไม่เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด ถือเป็นการจ่ายเงินโดยไม่มีสิทธิเบิกค่าโทรศัพท์	ขอให้เลขาธิการ สปสช. ดำเนินการให้สำนักการเงินและบัญชีบริหารตรวจสอบว่าผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นผู้ไม่มีสิทธิใช้ซิมการ์ดและเบิกค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่ โดยไม่ได้รับอนุมัติจากเลขาธิการ สปสช. และตรวจสอบว่าปัจจุบันไม่ถูกต้องตามประกาศ สปสช. ที่กำหนดไว้ให้เรียกคืนจากผู้ไม่มีสิทธิเบิกค่าโทรศัพท์ต่อไป
7. ค่าใช้จ่ายสนับสนุนโครงการ	7.1 กรณีการเบิกจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนโครงการที่อาจไม่เข้าข่ายภารกิจและอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่กฎหมาย	ขอให้เลขาธิการ สปสช.ดำเนินการดังต่อไปนี้

ประเด็น	ข้อสังเกต สตง.	ข้อเสนอแนะ สตง.
<p>(ใครสนับสนุนโครงการใครมอบให้คนอื่นทำต้องแต่งตั้งกรรมการสอบวิธีตั้งกรรมการสอบต้องแจ้งว่าดำเนินการตามระเบียบของ สปสช. คือมีกรรมการ เชื่อหรือไม่แล้วแต่</p> <p>สตง.จะดูว่าเขาเห็นด้วยไหม ถ้าไม่เห็นด้วยก็จะแจ้งว่าไม่เห็นด้วย ส่วนจะเรียกคืนหรือแก้กรอบวินัยก็แล้วแต่</p> <p>ไม่ส่งผลงาน ส่งไม่ครบถ้วน เป็นที่มาของข้อต่าง)</p>	<p>กำหนด ตรวจสอบว่า กิจกรรมในโครงการที่มอบให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นดำเนินการแทน สปสช. ปี 58-59 จำนวน 61 โครงการ จำนวน xx,xxx,xxx บาท อาจไม่เข้าข่ายในอำนาจหน้าที่ของ สปสช.ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพฯ มาตรา 26(12)</p> <p>7.2 กรณีหน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชน และองค์กรภาคประชาชนไม่ส่งผลงานตามข้อตกลง ตรวจสอบว่าเงินสนับสนุนให้หน่วยงานฯ เพื่อนำไปดำเนินโครงการในปี58-59 จำนวน 12 โครงการ เป็นเงิน x,xxx,xxx บาท จ่ายไปแล้ว x,xxx,xxx.xx บาท ซึ่ง สปสช. ได้ยกเลิกจ่ายเงินส่วนที่เหลือโดยไม่ได้มีการเรียกคืนจากคู่สัญญา ทำให้ สปสช.เสียหายจากการสนับสนุนเงิน โดยไม่ได้ผลงานที่ให้ทำแทน</p> <p>7.3 กรณีเบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรภาคประชาชนที่ส่งผลงานไม่ถูกต้องครบถ้วนตามข้อตกลง ตรวจสอบพบว่าในปี 58 หน่วยงานภาครัฐฯได้รับสนับสนุนโครงการแทน สปสช.จำนวน 3 โครงการ รวมเป็นเงิน x,xxx,xxx บาท ส่งผลงานไม่ถูกต้องครบถ้วนตามเงื่อนไขในข้อตกลงแต่คณะกรรมการตรวจรับตรวจรับแล้วและเบิกจ่ายเงินแล้ว</p> <p>7.4 กรณีเบิกจ่ายเงินให้กับเจ้าหน้าที่ของรัฐ องค์กรภาคประชาชน และบุคคลภายนอก ไม่แนบหนังสือแจ้งการส่งมอบงานพร้อมผลงานเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ตรวจสอบว่าได้เบิกจ่ายเงินให้ผู้ดำเนินโครงการครบถ้วนทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ จำนวน 177 โครงการ เป็นเงิน xx,xxx,xxx บาท</p> <p>7.5 กรณีไม่มีเอกสารหลักฐานการเบิกจ่ายให้ตรวจสอบ พบว่าการอนุมัติ</p>	<p>7.1 แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงกรณีการจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนโครงการที่มีกิจกรรมและวัตถุประสงค์อาจไม่เข้าข่ายอำนาจหน้าที่ของ สปสช.ที่กำหนดไว้ในมาตรา 26 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพ</p> <p>7.2 ให้สำนักงานการเงินและบัญชีบริหารดำเนินการเรียกค่าเสียหายจากผู้ดำเนินโครงการ จำนวน 12 โครงการ ที่ยังไม่ส่งมอบผลงาน</p> <p>7.3 ให้แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงกรณีส่งผลงานไม่ถูกต้องครบถ้วน แต่เบิกจ่ายเงินไปแล้ว และรายงานเพื่อเรียกค่าเสียหาย</p> <p>7.4 ขอให้สำนักงานการเงินและบัญชีบริหารเรียกผลงานมาประกอบการเบิกจ่ายมาเป็นหลักฐานการเบิกจ่าย หากไม่สามารถส่งมอบผลงานได้ให้ดำเนินการเรียกค่าเสียหายจากผู้ดำเนินโครงการ</p> <p>7.5 ให้สำนักตรวจสอบ ตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินให้หน่วยงานของรัฐ</p>

ประเด็น	ข้อสังเกต สตง.	ข้อเสนอแนะ สตง.
	เงินให้กับนาย C นำไปดำเนินโครงการพัฒนาระบบโครงสร้างกระบวนการจัดการสุขภาวะในชุมชน จำนวน xxx,xxx บาท ไม่มีใบสำคัญให้เบิกจ่าย	นอกเหนือจากข้อตรวจพบในข้อสังเกตข้อ 7.1-ข้อ7.5 และควรวางมาตรการการควบคุมภายในให้รัดกุมก่อนเบิกจ่าย
<p>8. ค่าเช่ายานพาหนะ (รถประจำตำแหน่ง)</p> <p>(ตัวอย่างการใช้ยานพาหนะในกรณีที่มีการโยกย้ายตำแหน่ง ต้องดูว่าพ้นจากตำแหน่งหรือยัง ถ้าพ้นแล้วไม่มีสิทธิใช้ ต้องถูกเรียกคืนเป็นข้อกฎหมาย ต้องให้นักกฎหมายเป็นผู้ตีความว่าพ้นจากตำแหน่งหรือยัง)</p>	<p>การที่นาย D ส่งรถยนต์ประจำตำแหน่งโดยไม่มีสิทธิ เนื่องจาก หัวหน้า คสช. ให้ระงับการปฏิบัติราชการในตำแหน่งเดิมเป็นการชั่วคราวและให้ไปปฏิบัติราชการในตำแหน่งประจำสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ขาดจากอัตราเงินเดือนทางสังกัดเดิมและให้ปฏิบัติตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย โดยนาย D ส่งคืนรถประจำตำแหน่งล่าช้าจึงเป็นการใช้รถประจำตำแหน่งโดยไม่มีสิทธิตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม 2558 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2559 รวมเป็นเงิน 11 เดือน 5 วัน ทำให้ สปสช. มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากรถยนต์เนื่องจากการไม่คืนรถประจำตำแหน่งคืนดังกล่าว คิดเป็นค่าเช่า xxx,xxx.xx บาท</p>	<p>ขอให้เลขาธิการ สปสช. ดำเนินการพิจารณาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการเสียโอกาสในการใช้รถประจำตำแหน่งที่ไม่ได้เรียกคืนรถประจำตำแหน่งภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่พ้นตำแหน่งหรือส่งมอบงาน</p>
<p>9. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ</p> <p>(สปสช. ใช้คัดเลือกแต่ สตง. มองว่าไม่ใช่คัดเลือก)</p>	<p>การที่ สปสช. มิได้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีการเปรียบเทียบราคา แต่ใช้วิธีการจัดหาด้วยการคัดเลือกและไม่เผยแพร่ข่าวสารการจัดหาพัสดุนำให้ผู้รับจ้างรายเดิมเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกให้มาทำสัญญา จำนวน 62 สัญญารวมเป็นเงิน xxx,xxx,xxx บาท เป็นการจัดหาพัสดุที่ไม่เป็นไปตามหลักความโปร่งใสในการจัดซื้อ ที่มุ่งเน้นการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารการจัดหาพัสดุต่อสาธารณชน และเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม โดยจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือเปรียบเทียบราคา</p>	<p>1. ขอให้เลขาธิการ สปสช. ดำเนินการให้สำนักตรวจสอบ ตรวจสอบการจัดหาพัสดุ โดยไม่ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และ วิธียเปรียบเทียบราคาแต่ใช้วิธีการจัดหาด้วยวิธีการคัดเลือกและไม่เผยแพร่ข่าวสารการจัดหาพัสดุให้ผู้รับจ้างรายเดิมเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกมาทำสัญญา หากเห็นว่าการจัดหาไม่เป็นตามหลักเกณฑ์ให้ตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริง</p> <p>2. ขอให้สำนักตรวจสอบวางมาตรการการควบคุมภายในเกี่ยวกับการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างที่ใช้กรณีเร่งด่วนและไม่เผยแพร่ข่าวสารให้รัดกุม</p>

ข้อสังเกตจากการตรวจสอบงบการเงิน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปี 2558 ของ สตง.

ข้อสังเกต	ข้อตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
<p>1. ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p> <p>(พบว่า เป็นกรณีเหมาจ่าย เดิมจ่ายล่วงหน้าให้หน่วยบริการ พบว่าประชากรลงทะเบียนน้อยกว่า)</p>	<p>กองทุน UC มีลูกหนี้เกิดจากการเรียกคืนค่าบริการทางการแพทย์ที่กองทุนจ่ายให้หน่วยบริการ โดยส่วนใหญ่เป็นกรณีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการตามประมาณการจำนวนประชากรที่มีสิทธิในระบบ UC ของแต่ละหน่วยบริการซึ่งสูงกว่าจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนจริงในแต่ละหน่วยบริการ)</p>	<p>เห็นควรให้ สปสช.พิจารณา ดำเนิน การ ดังนี้</p> <p>1. เสนอให้ รมต.สาธารณสุขในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริง กรณีการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการตามประมาณการจำนวนประชากรที่มีสิทธิในระบบ UC ของแต่ละหน่วยบริการ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่คณะกรรมการกำหนดไว้หรือไม่</p> <p>2. เรงรัดติดตามเรียกเงินกองทุนจำนวน xxx ล้านบาท คืนจากลูกหนี้หน่วยบริการ โดยเฉพาะลูกหนี้ที่ค้างชำระตั้งแต่ ปี 52 จนถึงปี 57 จำนวน xx ล้านบาท และรายงานความคืบหน้าในการติดตามการเรียกคืน รวมถึงการดำเนินการตามกฎหมาย</p> <p>3 เสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการดำเนินการเรียกคืนจากลูกหนี้หน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชนในกรณีดังกล่าว เพื่อให้มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป</p>
<p>2. ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน</p> <p>(สปสช. ไม่ใช่เจ้าของคนไข้ฉุกเฉิน แต่รัฐบาลมอบหมายให้ สปสช. จ่ายแทนเมื่อจ่ายแทนก็ไม่สามารถเรียกเก็บกับคนอื่นได้ จึงมีการทักท้วงว่าเราต้องกำกับติดตามให้ได้)</p>	<p>ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 กองทุนฯ มีลูกหนี้ที่ค้างชำระหนี้ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐอื่น คงเหลือจำนวน xx ล้านบาท</p>	<p>เห็นควรให้ สปสช.ดำเนินการเร่งรัดติดตาม เรียกเก็บเงินกองทุน จำนวน xx ล้านบาท คืนจากลูกหนี้หน่วยงานหรือกองทุนอื่น โดยเฉพาะลูกหนี้ที่ค้างชำระปี 56-57 จำนวน xx ล้านบาท และรายงานความคืบหน้าในการติดตามให้ สตง.ทราบจนกว่าจะยุติ</p>

ข้อสังเกต	ข้อตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
<p>3. ประมาณการหนี้สินค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข</p>	<p>ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p> <p>1. งบการเงินสำหรับปี สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2558 ของกองทุน UC มีหนี้สินเป็นประมาณหนี้สินค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข จำนวน x,xxx ล้านบาท พบว่าเกิดจากการที่กองทุนบันทึกบัญชีรับรู้รายการหนี้สินด้วยบัญชีประมาณหนี้สินและรับรู้รายการค่าใช้จ่ายด้วยบัญชี ณ วันสิ้นงวด โดยการนำงบประมาณ ปี 58 ที่เหลือจ่ายอยู่และไม่มีภาระผูกพันทั้งหมด มาจัดทำโครงการเพื่อกันเงินไว้เบิกเหลือมปีสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการในปี 59</p> <p>2. กองทุนจะต้องเปิดเผยข้อมูลการกันเงินงบประมาณไว้เหลือมปี จำนวน x,xxx ล้านบาท ในรายงานฐานะทางการเงินงบประมาณรายจ่ายปีปัจจุบันและปีก่อน ตามรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติทางบัญชี</p>	<p>เห็นควรให้ สปสช.เปิดเผยข้อมูลการกันเงินงบประมาณไว้เบิกเหลือมปี ในรายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายปีปัจจุบันและปีก่อน ตามรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติทางบัญชี ประกอบกับมาตรฐานการบัญชีภาครัฐซึ่งกำหนดไว้เช่นกัน</p>
<p>4. กรณีหน่วยบริการ หน่วยงาน และองค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่รับเงินสนับสนุนโครงการไปแล้ว แต่มิได้ส่งมอบผลงานการดำเนินโครงการตามที่กำหนดไว้ในข้อตกลง เพื่อขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุน UC</p> <p>(การส่งมอบผลงาน รับเงินไปแล้ว แต่ยังไม่ได้ส่งมอบผลงานดำเนินการที่ทำไว้ในข้อตกลง สดง. เจอว่า สปสช. ไม่ได้จ่ายเงินงวด 2 เลยลงไปดูบอกว่า สปสช. เขียนว่าไม่เสียหายแก่สำนักงาน สปสช. ไม่ได้เงินคืน สดง. บอกว่าเงินราชการแปลว่าถ้าไม่ทำแปลว่าต้องคืนทำแค่ไหนต้องจ่ายแค่นั้น ที่เหลือต้องส่งคืน)</p>	<p>สปสช.นำเงินกองทุน UC ไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนโครงการให้แก่หน่วยบริการ หน่วยงาน และองค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จำนวน 33 โครงการ แต่ผู้รับผิดชอบยังมีได้ส่งมอบผลงานการดำเนินการโครงการตามที่กำหนดไว้</p>	<p>เห็นควรให้ สปสช.พิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริง กรณีไม่ดำเนินโครงการตามที่กำหนดไว้ในข้อตกลงหากพบว่าผู้ดำเนินงานผิดสัญญาหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามสัญญาให้เรียกเงินสนับสนุนโครงการคืน 2. ตรวจสอบว่า มีกรณีหน่วยบริการ หน่วยงาน และองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน นอกเหนือจากที่ตรวจพบมีอีกหรือไม่ หากพบดำเนินการตามข้อเสนอแนะของ สดง. 3. สั่งการให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องติดตามโครงการที่ได้รับเงินสนับสนุนเงินกองทุนให้เป็นไปตามข้อตกลงและ

ข้อสังเกต	ข้อตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
		ระยะเวลาที่กำหนดไว้ หากพบผิดสัญญาให้ดำเนินการบอกเลิกสัญญา เรียกค่าเสียหาย ค่าปรับ รับผิดชอบ ประกัน สัญญาฯ
5. การจ่ายเงินกองทุน ให้แก่หน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ที่มีได้เป็นสถานบริการสาธารณสุข หน่วยบริการ หรือเครือข่ายหน่วยบริการตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	ปี 2558 สปสข. นำเงินกองทุน UC ไปจ่ายให้กับหน่วยงานและองค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ที่มีได้เป็นหน่วยบริการ จำนวน 214 ราย เป็นเงิน xxx ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการ หรือแผนงาน หรือกิจกรรมต่างๆ ตามสัญญา หรือข้อตกลงที่จัดทำขึ้นระหว่าง สปสข.กับผู้รับเงิน กรณีการนำเงินกองทุนไปจ่ายให้กับหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนนั้น พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มิได้บัญญัติไว้ให้คณะกรรมการสามารถกระทำได้ ถ้าจะมีเจตนารมณ์ให้มีการจ่าย ย่อมต้องบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะ	เห็นควรเสนอให้ ประธานคณะกรรมการฯ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงว่า การนำเงินกองทุน UC ไปจ่ายให้กับหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่มีใช้หน่วยบริการ โดยไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในมาตรา 47 1) พิจารณามูลค่าความเสียหาย เพื่อหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่อไป 2) เสนอให้คณะกรรมการพิจารณายกเลิกระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการนำเงินกองทุน UC ไปจ่ายให้กับหน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
6. การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข	ปี 58 สปสข.จ่ายเงินกองทุน UC เป็นเงินช่วยเหลือเพื่อชดเชยให้แก่บุคลากรของหน่วยบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ UC จำนวน 333 ราย	เห็นควร เสนอให้ประธานคณะกรรมการฯ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงว่า การนำเงินกองทุน UC ไปจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการนั้น ชัดต่อวัตถุประสงค์ 1 พิจารณามูลค่าความเสียหาย เพื่อหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่อไป 2 เสนอให้คณะกรรมการฯ พิจารณายกเลิกระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการนำเงินกองทุน UC ไปจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข
7. การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล	ปี 58 สปสข.จ่ายเงินกองทุน UC เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจาก	เห็นควรเสนอให้ ประธาน คณะกรรมการฯ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงว่า การนำเงินกองทุน UC

ข้อสังเกต	ข้อตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
(กฤษฎีกาตีความแล้วว่าเรื่องนี้จะไม่ไต่เบียดเมื่อเรื่องนี้เข้าสู่ศาลแล้ว แต่ สตง. บอกไม่ใช่ ไต่เบียดเมื่อเข้าสู่ศาล แต่ต้องไต่เบียดระหว่างทาง ไม่สุดวิสัยมาต่อด้วยสภาวิชาชีพ ถ้าสภาวิชาชีพเห็นว่าผิดจุดตัดจะอยู่ตรงนั้น)	การรักษาพยาบาลของหน่วยบริการจำนวน 679 ราย แต่ไม่พบว่า ได้มีการดำเนินการหาผู้กระทำผิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการเพื่อให้ สปสช. ใช้สิทธิไล่เบียดตามที่กฎหมายกำหนดไว้	ไปจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้รับบริการ โดยไม่มีการดำเนินการหาผู้กระทำผิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายโดยไม่ไต่เบียด เป็นการกระทำที่ขัดต่อ พรบ.หลักประกัน หรือไม่ 1 พิจารณามูลค่าความเสียหาย และดำเนินการตาม พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิด เพื่อหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายต่อไป 2 เสนอให้คณะกรรมการฯ พิจารณากำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ สปสช. จะใช้สิทธิไล่เบียดเอาจากผู้กระทำผิด ตามที่กฎหมายกำหนดไว้ในมาตรา 42 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันฯ
8. การนำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในโครงการ หรือกิจกรรมที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนตามที่กฎหมายกำหนด (ควบคุมภายในทำให้ สปสช. ต้องไปเข้ากับกระทรวง ควบคุมบัญชีก็เช่นกัน บัญชียังไม่ได้รับการรับรองจากกรมบัญชีกลาง)	สปสช. นำเงินกองทุน UC ไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนโครงการ ให้แก่หน่วยบริการ หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งจากการสุ่มตรวจ สอบโครงการ พบว่า มีการนำเงินกองทุนไปใช้จ่ายในโครงการ หรือกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาหรือเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข และ อสม. เช่น การจัดประชุม, ประชุมวิชาการ จัดอบรม ศึกษาดูงาน จัดเวที แลกเปลี่ยน พัฒนาระบบบริการ และระบะสนับสนุน การจัดบริการ เช่น นิเทศงาน ติดตาม ประเมินทำแผนทำคู่มือ	เห็นควรเสนอให้ ประธานคณะกรรมการฯ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงว่า การนำเงินกองทุน UC ไปจ่ายเงินเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนโครงการ หรือกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อการแพทย์สาธารณสุข โดยตรงแก่บุคคลเป็นการกระทำที่ขัดต่อ พ.ร.บ. หรือไม่ 1 พิจารณามูลค่าความเสียหาย และดำเนินการตาม พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิด เพื่อหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหาย ต่อไป 2 ตรวจสอบว่ามีการนำเงินกองทุน ไปสนับสนุนเพิ่มอีกหรือไม่ ถ้ามีสอบเพิ่ม 3 สั่งการให้เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนพิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการให้เป็นไปเพื่อบริการด้านแพทย์สาธารณสุขโดยตรงแก่บุคคลตามที่กฎหมายกำหนด
9. การบริหารจัดการ การใช้จ่ายเงิน และการปิดบัญชีเงินกองทุน UC สาขาจังหวัด โดยไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กฎหมายและระเบียบกำหนด		เห็นควรเสนอให้ ประธานคณะกรรมการฯ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริง ว่า การนำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายเงินในประเด็นต่างๆ ที่ถูกหักทวงทั้ง 7 ประเด็นย่อนั้นเป็นการกระทำที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของ

ข้อสังเกต	ข้อตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
9.1 การนำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปใช้จ่ายในโครงการที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	มี สสจ. จำนวน 28 จังหวัด นำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัด ไปใช้ในโครงการ หรือกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนา หรือเตรียมความพร้อมบุคลากรของหน่วยบริการ	พ.ร.บ.หรือไม่ หากเห็นว่าการกระทำที่ไม่เป็นไป ตามกฎหมายให้ดำเนินการดังต่อไปนี้ 1 พิจารณามูลค่าความเสียหาย และดำเนินการตาม พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิด เพื่อหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหาย ต่อไป
9.2 การนำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปใช้จ่ายให้หน่วยบริการเพื่อนำไปใช้เป็นค่าใช้จ่าย ประจำในกิจการของหน่วยบริการ	มี สสจ. จำนวน 17 จังหวัด นำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปจ่ายให้หน่วยบริการ เพื่อนำไปเป็นค่าใช้จ่าย ประจำในกิจการหน่วยบริการ เช่น ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว ค่า OT ค่านักเรียนทุน ค่าสาธารณูปโภค	2 ตรวจสอบว่ามีการนำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในแต่ละประเด็นที่ถูกหักท้วง มีอีกหรือไม่ หากพบให้ดำเนินการตามข้อเสนอของ สตง.
9.3 การนำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหาสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยบริการในสังกัด สสส.	มี สสจ. จำนวน 12 จังหวัด นำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปใช้ในแก้ไขปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน	
9.4 การนำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานให้แก่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการโดยตรง	มี สสจ. จำนวน 25 จังหวัด นำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปจ่ายค่าตอบแทน ตามภาระงาน ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ บริการล้างไตผ่านช่องท้อง	
9.5 การนำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปให้แก่หน่วยงานภาครัฐที่มีได้เป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพฯ	มี สสจ. จำนวน 19 จังหวัด นำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปจ่ายให้ สสจ./สสอ. เพื่อนำไปทำโครงการหรือกิจกรรม	
9.6 การโอนเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดเหลือจ่ายให้หน่วยบริการโดยไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการเลื่อนไหวที่ระเบียบกำหนด	มี สสจ. จำนวน 14 จังหวัด นำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัด โอนเงินเหลือจ่าย และไม่มีภาระผูกพันให้หน่วยบริการ โดยไม่ผ่าน สสส.	
9.7 การยืมเงินกองทุน UC สาขาจังหวัดไปจ่ายในโครงการที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ	มี สสจ. จำนวน 16 จังหวัด นำเงินกองทุน UC สาขาจังหวัด ยืมเงินไปเป็นเงินกองทุน ไปใช้จ่ายในโครงการ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนา หรือเตรียมความพร้อมบุคลากรของหน่วยบริการ	
10. การบริหารจัดการและค่าใช้จ่ายเงินกองทุน UC ของหน่วยบริการโดยไม่เป็นไป ตามวัตถุประสงค์		เห็นควร เสนอให้ประธานคณะกรรมการฯ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริง ว่าการนำเงินกองทุน UC

ข้อสังเกต	ข้อตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขที่กฎหมายและระเบียบกำหนด		ไปใช้จ่ายเงินในประเด็นต่างๆ ที่ถูกหักทวงทั้ง 7 ประเด็นย่อยนั้น เป็นการกระทำที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของ พ.ร.บ.หรือไม่ หากเห็นว่าการกระทำที่ไม่เป็นไป ตามกฎหมายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้
10.1 การนำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในโครงการที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนตาม พ.ร.บ. หลักประกันฯ	มีหน่วยบริการ จำนวน 9 แห่ง นำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในโครงการที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ หรือกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนา หรือเตรียมความพร้อมบุคลากร อสม.	1 พิจารณามูลค่าความเสียหาย และดำเนินการตาม พ.ร.บ.ความรับผิดชอบทางละเมิด เพื่อหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบ ค่าเสียหาย ต่อไป
10.2 การนำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายให้หน่วยบริการ เพื่อนำไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายประจำในกิจการของหน่วยบริการ	มีหน่วยบริการ จำนวน 54 แห่ง นำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายค่าใช้จ่ายประจำ เช่น ค่าจ้าง ค่า OT ค่าสาธารณูปโภค	2 ตรวจสอบว่า มีการนำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในจ่ายในแต่ละประเด็นที่ถูกหักทวง มีอีกหรือไม่ หากพบ ให้ดำเนินการตามข้อเสนอของ สตง.
10.3 การนำเงินกองทุน UC ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสภาพคล่องทางการเงินของ หน่วยบริการในสังกัด สปสข.	มีหน่วยบริการ จำนวน 16 แห่ง นำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหาสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยบริการ	
10.4 การนำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายให้หน่วยงานภาครัฐ ที่มีได้เป็นหน่วยบริการและเครือข่ายตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ	มีหน่วยบริการ จำนวน 11 แห่ง นำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในการดำเนินงานและโครงการที่ไม่ตรงวัตถุประสงค์กองทุนฯ	
10.5 การนำเงินกองทุน UC ไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (fixed cost) ของหน่วยบริการเครือข่าย (รพ.สต.)	มีหน่วยบริการ จำนวน 47 แห่ง นำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายประจำ ในการดำเนินการ เช่น ค่าสาธารณูปโภค ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ	
10.6 การยืมเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในโครงการที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพฯ	มีหน่วยบริการ จำนวน 24 แห่ง นำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายในโครงการพัฒนา หรือเตรียมความพร้อมของบุคลากร อสม.	
10.7 การโอนเงินกองทุน UC เข้าเป็นเงินบำรุงโดยไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ระเบียบกำหนด	มีหน่วยบริการ จำนวน 38 แห่ง นำเงินกองทุน UC โอนเข้าเงินบำรุงฯ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายประจำในกิจการโรงพยาบาล สตง.เห็นว่า การที่หน่วยบริการนำเงินกองทุน UC เข้าเป็นเงินบำรุงฯ ได้ต่อเมื่อให้บริการสาธารณสุข และต้องรับรู้รายได้ก่อน	
11. การบริหารจัดการและการใช้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (เงินค่า		เห็นควรเสนอให้คณะกรรมการฯ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริง ว่าการนำเงินค่าบริการ

ข้อสังเกต	ข้อตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
เสื่อม) โดยไม่เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ที่กฎหมายและระเบียบกำหนด		ทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบ ลงทุน (เงินค่าเสื่อม) ไปใช้ในการ จัดหา ปรับปรุง ซ่อมแซมสิ่งก่อสร้าง/ ครุภัณฑ์ที่มีได้ใช้ในการให้บริการ สาธารณสุขโดยตรง นั้นเป็นการ กระทำที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของ พ.ร.บ.หรือไม่ หากเห็นว่า การกระทำ ที่ไม่เป็นไปตามกฎหมายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้
11.1 การนำเงินค่าบริการทาง การแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบ ลงทุน (เงินค่าเสื่อม) ไปใช้ โดยไม่ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กฎหมาย กำหนด	มีหน่วยบริการ จำนวน 34 จังหวัด 8805 รายการ ไปในการจัดหา ปรับปรุง ซ่อมแซมอาคารพักอาศัย อาคารสำนักงาน ห้องประชุม ฯลฯ	1 พิจารณามูลค่าความเสียหาย และ ดำเนินการตาม พ.ร.บ.ความรับผิด ทางละเมิด เพื่อหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบใช้ ค่าเสียหายต่อไป 2 ตรวจสอบว่ามีการนำเงินกองทุน งบค่าเสื่อม ไปใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ นอกเหนือจากที่ ตรวจสอบพบ หากพบ ให้ดำเนินการ ตามข้อเสนอของ สตง.
11.2 การบริหารจัดการเงิน ค่าเสื่อมโดยไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ที่ระเบียบกำหนด	ยังไม่ได้ก่อนนี้ผูกพัน โดยไม่ได้ขยาย เวลาและเป็นเงินเหลือจ่ายโดยไม่มี การขออนุมัติใช้เงิน และนำเงินค่า เสื่อมที่ได้รับไปฝากประจำ	1 พิจารณามูลค่าความเสียหาย และ ดำเนินการตาม พ.ร.บ.ความรับผิด ทางละเมิด เพื่อหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบใช้ ค่าเสียหายต่อไป 2 ตรวจสอบว่ามีการนำเงินกองทุน งบค่าเสื่อม ไปใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ นอกเหนือจากที่ ตรวจสอบพบ หากพบ ให้ดำเนินการ ตามข้อเสนอของ สตง.
12. กรณีปลอมแปลงเอกสารลายมือ ชื่อ และเอกสารในการเบิกจ่าย เงินกองทุน UC ของหน่วยบริการ	ร.พ. A จ. A พบว่า มีการปลอมแปลง เอกสารลายมือชื่อ และปลอมแปลง เอกสารประกอบการเบิกจ่าย ใน โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก กองทุน UC ปี 57-58 จำนวน 22 โครงการ เป็นเงิน x,xxx,xxx บาท โดย มิได้ดำเนินการจริง	เห็นควรให้ สปสช. ติดตามผลการ สืบสวนข้อเท็จจริงของคณะกรรมการ ตามคำสั่งจังหวัด A ที่ xxxxx/2558 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2558 หาก ปรากฏข้อเท็จจริงว่า กรณีเกิดความ เสียหายแก่กองทุน UC ให้พิจารณา มูลค่าเสียหายและเรียกคืนจากร.พ. A
13. กรณีเอกสารหลักฐานการจ่าย เงินกองทุน UC ของหน่วยบริการ สูญหาย	ร.พ. B ไม่มีเอกสารหลักฐาน ปี 57 ให้ตรวจสอบวงเงิน xxx,xxx,xxx บาท สตง. เห็นว่า กรณีดังกล่าวเป็นการ เบิกจ่ายเงินกองทุน UC โดยไม่มี หลักฐานการจ่าย	เห็นควรให้ สปสช. ติดตามผลการ สืบสวนข้อเท็จจริงของคณะกรรมการ ตามคำสั่ง ร.พ. B ที่ xxx/2558 ลง วันที่ 29 ตุลาคม 2558 หากปรากฏ ข้อเท็จจริงว่า กรณีดังกล่าวเกิดความ เสียหายแก่กองทุน UC ให้พิจารณา มูลค่าเสียหายและเรียกคืนจากร.พ. B แล้วรายงาน สตง.ทราบจนกว่าจะยุติ
14. การควบคุมภายใน	สปสช.มีการกำกับ ติดตาม และ ตรวจสอบการบริหารเงินกองทุน UC ของ สสจ./หน่วยบริการไม่เพียงพอ และขาดประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้มี การปฏิบัติไม่เป็นตามวัตถุประสงค์	เห็นควรให้ สปสช./สปสช.เขต ปรับปรุงแก้ไข และเพิ่มเติมวิธปฏิบัติ ในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล การบริหารจัดการและการใช้จ่าย เงินกองทุน UC ของหน่วยบริการ รวมทั้งปรับปรุงกิจกรรมลดความเสี่ยง

ข้อสังเกต	ข้อตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
	<p>หลักเกณฑ์ตามระเบียบกำหนด โดยมีตัวอย่างที่ รพ.ชัยภูมิ และ รพ.สตึก ซึ่ง สตง.เห็นว่า สปสช.และสปสช.เขต จะต้องให้ความสำคัญในการปรับปรุงแก้ไข และเพิ่มเติมด้านการกำกับติดตาม และตรวจสอบการบริหารเงินกองทุน UC ของหน่วยบริการ รวมถึง วางระบบการควบคุมภายใน</p>	
<p>15. การบัญชี</p>	<p>เพื่อป้องกันไม่ให้อำนาจบริหารนำเงินกองทุน UC ไปใช้จ่ายโดยไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ ควรกำหนดคู่มือบัญชีเงินโครงการ UC เพื่อให้หน่วยบริการใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการบันทึกบัญชี และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ พ.ร.บ.หลัก ประกัน</p> <p>สตง. เห็นควรให้ สปสช.พิจารณา ดำเนินการ ให้มีการหารือร่วมกันระหว่าง สปสช. สปสธ. และกรมบัญชีกลาง เพื่อกำหนดคู่มือการบันทึกบัญชีเงินโครงการ UC เพื่อให้หน่วยบริการใช้เป็นหลักเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกบัญชี และสามารถดำเนินโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน UC</p>	

สรุปข้อตรวจพบจากการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ด้านการเงิน บัญชี
และปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ของ สปสช. เขต งบบริหารและงบกองทุน

ด้าน	ประเด็นที่ตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
1. ด้านการจัดซื้อจัดจ้าง	1.1 ไม่มีการแต่งตั้งหัวหน้าเจ้าหน้าที่	แต่งตั้งหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เพื่อทำหน้าที่ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560
	1.2 การจัดทำรายงานการขอซื้อขอจ้างไม่ได้เสนอผ่านหัวหน้าเจ้าหน้าที่ (ระเบียบกระทรวง การคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ข้อ22 ที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่จัดทำรายงานขอซื้อหรือขอจ้าง เสนอหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ เพื่อขอความเห็นชอบ โดยเสนอผ่านหัวหน้าเจ้าหน้าที่)	ให้ปฏิบัติเป็นไปตามระเบียบฯ และเพิ่มความระมัดระวังในเรื่องดังกล่าว
	1.3 การบันทึกข้อมูลในระบบ e- Government Procurement (e-GP) บันทึกไม่เป็นปัจจุบัน เช่น ไม่บันทึกขั้นตอนการตรวจรับพัสดุ	เพิ่มความระมัดระวัง ในการบันทึกข้อมูลในระบบ e-GP ให้ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน
	1.4 วันที่ลงนามในสัญญาไม่สอดคล้องกับวันที่รับหลักประกันสัญญา	1. การแจ้งให้ผู้รับจ้างมาลงนามสัญญา หากประสานแล้วผู้รับจ้างจะใช้หลักประกันเป็นเงินสด ควรแจ้งให้มาลงนามก่อนกำหนด เวลาปิดบัญชี เพื่อจะได้ออกใบเสร็จรับเงินและนำเงินฝากธนาคารได้ทันที 2. ควรเพิ่มความระมัดระวังในเรื่องดังกล่าว โดยวันลงนามสัญญาและวันรับหลักประกันจะต้องเป็นวันเดียวกัน
2. ด้านการเงินและบัญชี - ทะเบียนคุมเงินทศรอง	2.1 การจัดทำทะเบียนคุมเงินทศรอง และทะเบียนคุมย่อยต่างๆ เช่น ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก รายงานเงินคงเหลือประจำวัน ไม่เป็นปัจจุบัน (ตามประกาศสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการมีเงินทศรองไว้ที่สำนักงานสาขา ข้อ 5 กำหนดวิธีการ	ขอให้ปฏิบัติให้เป็นไปตามประกาศของสำนักงานฯ ข้อ 5 และ ข้อ 10 โดยบันทึกทะเบียนคุมเงินทศรองเป็นประจำวันที่มีรายการรับ-จ่าย ให้เจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการ ตรวจสอบรายการเคลื่อนไหว ในทะเบียนคุมเงินทศรอง เป็นประจำวัน พร้อมทั้งจัดทำ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน เพื่อ

ด้าน	ประเด็นที่ตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
	บันทึกทะเบียนคุมเงินทรวง และข้อ 10 การตรวจ สอบกำหนด ให้มีการ แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อทำการ ตรวจสอบรายการเคลื่อนไหวใน ทะเบียนคุมเงินทรวงเป็นประจำทุก วัน)	เปรียบเทียบยอดกับเงินสดคงเหลือใน ทะเบียนคุมเงินทรวง
(กฎหมายเรื่องเงินยืมหลัก คือ ต้องยืม ไม่เกิน 15 วัน ที่ดูหลักๆ คือ ยืมเกิน ต้องส่งคืนภายใน 15 วัน ถ้ายืมเกิน 15 วันถือว่าจริงใจ)	2.2 การจัดทำทะเบียนคุมเงิน ทรวงรายวัน ไม่มีเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบรายการเคลื่อนไหวเป็น ประจำทุกวัน และเสนอผู้บริหาร ทราบ	ขอให้ปฏิบัติให้เป็นไปตามประกาศ ของสำนักงานฯ ข้อ 10 โดยเมื่อบันทึก ทะเบียนคุมเงินทรวงเป็นประจำทุก วันที่มีรายการรับ-จ่ายแล้ว ต้องให้ เจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมายจาก ผู้อำนวยการ ตรวจสอบรายการ เคลื่อนไหวในทะเบียนคุมเงินทรวง เป็นประจำทุกวัน และเสนอผู้บริหาร ทราบ
	2.3 ประมวลการยืมเงินสูงเกินไป ทำให้มีการคืนเงินสดเกินกว่าร้อยละ 20 เช่น ยืมเงินไปจัดประชุมจำนวน 33,980.-บาท ส่งใช้คืนเงินยืมเป็น ใบสำคัญ 9,776.-บาทและเงินสด 24,204.-บาท คิดเป็นร้อยละ 71.23 ของจำนวนเงินที่ยืม (ตามประกาศ สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพ แห่งชาติ เรื่อง วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการ ยืมเงินทรวง ข้อ 1(2) การประมวล การยืมเงิน ขอให้ใกล้เคียงกับจำนวน ที่จะใช้จ่ายจริงให้มากที่สุด)	การยืมเงินควรประมวลการให้ ใกล้เคียงกับจำนวนที่จำเป็นต้องใช้ จ่ายจริงและควรมีการตรวจ สอบ ความเหมาะสมของการยืมเงิน โดย อาจวิเคราะห์จากเหตุผลที่มีการชี้แจง ในการส่งคืนเงินเป็นข้อมูลประกอบใน การปรับปรุงประมวลการยืมเงิน เพื่อ มิให้มีเงินสดคงเหลือส่งคืนมาก กรณีมี เงินสดคงเหลือส่งคืนเกินกว่าร้อยละ 20 ควรแจ้งให้ผู้ยืมชี้แจงเหตุผล ประกอบทุกครั้ง
	2.4 มีการส่งใช้เงินยืมเกินกำหนด 15 วัน เช่น วันที่ 26 มกราคม 2560 ยืม เงินไปตรวจประเมินหน่วยบริการ จำนวน x,xxx.-บาท ครบกำหนด ส่งคืนในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2560 แต่ส่งใช้คืนวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2560 (ระเบียบคณะกรรมการหลัก ประกัน สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การเก็บรักษา และการใช้จ่ายเงินของสำนักงาน พ.ศ. 2560 ข้อ 22 กำหนดให้ผู้ยืมส่ง หลักฐานการขอใช้เงินและเงินเหลือ	การส่งใช้คืนเงินยืมควรกำกับให้ ผู้ยืมส่งใบสำคัญพร้อมกับเงินเหลือ จ่าย เพื่อหักล้างเงินยืมภายใน ระยะเวลา 15 วัน หลังจากสิ้นสุดการ ปฏิบัติงาน และควรกำหนดให้มีการ แจ้งเตือนผู้ยืมให้ส่งใช้คืนเงินยืมก่อน วันครบกำหนดสัญญา

ด้าน	ประเด็นที่ตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
	จ่าย (ถ้ามี) ภายใน 15 วันหลังจากสิ้นสุดการปฏิบัติงาน)	
	<p>2.5 ใบสำคัญ ที่ สปสช.เขต ส่งหลักฐานมาขอเบิกที่ส่วนกลาง มียอดค้างนาน เกินกว่า 1 เดือน อาจส่งผลให้เงินทรองของ สปสช. เขต ไม่เพียงพอต่อการใช้หมุนเวียน และหากใบสำคัญค้างนานอาจทำให้เอกสารสูญหายได้</p> <p>สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากเอกสารที่ สปสช.เขต. ส่งเบิกมาที่ส่วนกลางไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องอยู่ระหว่างรอ สปสช.เขตดำเนินการ แก้ไข เช่น เดือน มีนาคม 2561 มีใบสำคัญค้าง การเบิกจ่ายตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560- มกราคม 2561 จำนวน x,xxx,xxx.xx บาท</p>	กรณีมีใบสำคัญค้างจ่าย ที่ได้ส่งหลักฐานเบิกส่วนกลาง หากนานเกินกว่า 1 เดือน สปสช. เขตควรมีการติดตาม และหากพบว่ามีข้อผิดพลาด ควรเร่งแก้ไขให้ถูกต้อง หรือรีบดำเนินการจัดส่งเอกสารเพิ่มเติม
	<p>2.6 ทะเบียนคุมเงินประกันสัญญา จัดทำไม่เป็นปัจจุบันและไม่ได้บันทึกการจ่ายคืนเงินประกัน โดยมีเงินประกันสัญญาที่ครบกำหนดจ่ายคืนในปี งบประมาณ 2560 คงค้างจำนวน x,xxx.xx บาท</p>	ขอให้เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ จัดทำทะเบียนฯ ให้เป็นปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ในการควบคุม และแจ้งคู่สัญญาให้มารับเงินประกันสัญญาคืนโดยเร็ว
<p>3. การใช้จ่ายเงินเพื่อสนับสนุนโครงการ (งบบริหาร)</p> <p>- ลักษณะโครงการและการจัดทำสัญญา</p> <p>(ไม่ระบุรายละเอียดการส่งงาน การส่งมอบงาน ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ ทำให้ของใหม่มีคละ กรรมการตรวจรับชัดเจนแล้ว เพราะฉะนั้นตรวจรับต้องดูให้ดี พิจารณาโครงการก็เช่นกัน ต้องดูว่าหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจ่ายอัตราต้องมีกติกาในเขต มิฉะนั้นจะเป็นปัญหา</p> <p>บางเขตพอทำไปเรื่อยๆ จากเดิมมีการตรวจรับงานเป็นไม่มีมีการตรวจรับงานเพราะไปเปลี่ยนแบบฟอร์มเอง</p>	<p>3.1 กิจกรรมที่สนับสนุนเงิน ไม่มีข้อความที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยง กับอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน (ไม่อยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน) ตามมาตรา 26 (12) แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545</p> <p>3.2 ขอยกเลิกไม่ดำเนินโครงการ ข้อตกลงโดยไม่มีหลักฐาน (ยังไม่ได้เริ่มทำงาน)</p>	<p>- ขอให้ชี้แจงข้อมูลเพิ่มเติมที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยง กับหน้าที่ของสำนักงาน</p> <p>- การสนับสนุนเงินเพื่อดำเนินโครงการ การเขียนโครงการต้องแสดงถึงความเชื่อมโยงกับหน้าที่ของสำนักงาน และการมอบหมายงานต้องเป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์สนับสนุนค่าใช้จ่ายดำเนินงานที่สำนักงานมอบให้องค์กรอื่นทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน พ.ศ. 2560 ข้อ 3</p> <p>การยกเลิกข้อตกลง ต้องมีหลักฐานเป็นหนังสือและต้องพิจารณาว่าสำนักงาน เกิดความเสียหายหรือไม่</p>

ด้าน	ประเด็นที่ตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
<p>การขึ้นแบบฟอร์มใน ISO ไม่เกี่ยวกับหน่วยงานอื่นเพราะไม่มีหน่วยงานอื่นตรวจ ISO การสร้างแบบตรวจรับต่างหากจึงไม่เกี่ยวกัน)</p>	<p>3.3 กำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินงวดเดียว (100%) บางสัญญาเงื่อนไขการจ่ายเงิน ระบุเนื่องจากเป็นการดำเนินงานกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามแผนงานโครงการ/ไม่ระบุรายละเอียดสิ่งส่งมอบ แต่ระบุเหตุผลการจ่ายเงินงวดเดียวเนื่องจากเป็นโครงการภาครัฐ ที่มีกิจกรรมในระยะเวลาใกล้เคียงกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้กำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินให้เป็นไปตามประกาศ หลักเกณฑ์ สนับสนุนค่าใช้จ่ายดำเนินงานที่สำนักงานมอบให้องค์กรอื่นทำกิจการ ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน พ.ศ.2560 ข้อ 6 - กำหนดเงื่อนไขการส่งมอบผลงานให้สอดคล้องกับกิจกรรมหรือเป้าหมายของโครงการ หรืองวดเงินที่ได้รับ เพื่อลดความเสี่ยงที่คู่สัญญาจะไม่ส่งมอบผลงานตามเงื่อนไขโดยกำหนดให้ชัดเจน ตั้งแต่การเขียนโครงการ จนถึงเงื่อนไขการจ่ายเงิน รวมถึงสิ่งที่ผู้รับดำเนินงานตามโครงการต้องส่งมอบให้สำนักงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจรับงาน
	<p>3.3 กำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินงวดเดียว (100%) บางสัญญาเงื่อนไขการจ่ายเงิน ระบุเนื่องจากเป็นการดำเนินงานกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามแผนงานโครงการ/ไม่ระบุรายละเอียดสิ่งส่งมอบ แต่ระบุเหตุผลการจ่ายเงินงวดเดียวเนื่องจากเป็นโครงการภาครัฐที่มีกิจกรรมในระยะเวลาใกล้เคียงกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้กำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินให้เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์ สนับสนุนค่าใช้จ่ายดำเนินงานที่สำนักงานมอบให้องค์กรอื่นทำกิจการ ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน พ.ศ. 2560 ข้อ 6 - กำหนดเงื่อนไขการส่งมอบผลงานให้สอดคล้องกับกิจกรรมหรือเป้าหมายของโครงการ หรืองวดเงินที่ได้รับ เพื่อลดความเสี่ยงที่คู่สัญญาจะไม่ส่งมอบผลงานตามเงื่อนไขโดยกำหนดให้ชัดเจน ตั้งแต่การเขียนโครงการ จนถึงเงื่อนไขการจ่ายเงิน รวมถึง สิ่งที่ผู้รับดำเนินงานตามโครงการต้องส่งมอบให้สำนักงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจรับงาน

ด้าน	ประเด็นที่ตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
	3.5 ส่งมอบผลงาน ภายในเวลาที่กำหนด แต่รายละเอียดผลงานที่ส่งมอบบางกิจกรรมไม่ครบถ้วน ตามที่กำหนดไว้ในโครงการ คณะกรรมการตรวจรับงานแล้ว	แจ้งให้ผู้ดำเนินงานส่ง ผลงานเพิ่มเติมให้เป็นไปตามที่กำหนดในโครงการ เนื่องจากมีผลต่อเงินงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการ
	3.6 ส่งผลการดำเนินงานเกินเวลาแต่จัดกิจกรรมได้ครบ	ควรมีการวางระบบการกำกับติดตามผลงานให้ครบถ้วนและเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด
	3.7 ส่งมอบผลงานเกินเวลาและจัดกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด	ควรมีแผนการกำกับติดตามผลงาน เพื่อให้ได้ผลงานเป็นไปตามระยะเวลาและเป้าหมายที่กำหนด
	3.8 คณะกรรมการตรวจรับ ไม่ได้ตรวจสอบรายละเอียดผลงานเป็นรายกิจกรรมตามโครงการที่กำหนดก่อนตรวจรับงานเพื่อเบิกจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> - กำชับให้คณะกรรมการตรวจรับผลงาน ตรวจสอบราย ละเอียดผลงานให้ครบถ้วนทุกกิจกรรมก่อนส่งเบิกเงิน - ให้ติดตามผลงานให้ครบถ้วนและเพิ่มความระมัดระวังในเรื่องดังกล่าว
	3.9 คู่สัญญาแจ้งว่าในเงื่อนไขการจ่ายเงินสำนักงาน ไม่ได้ระบุสิ่งส่งมอบให้ชัดเจนว่าเมื่อครบกำหนดจะต้องส่งรายละเอียดใดบ้าง ทำให้รูปแบบการส่งผลงานไม่เหมือนกัน ส่งผลต่อการติดตามว่าโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ควรกำหนดให้ชัดเจน ตั้งแต่การเขียนโครงการ จนถึงเงื่อนไขการจ่ายเงินรวม ถึง สิ่งที่ได้รับดำเนินงานตามโครงการต้องส่งมอบให้สำนักงาน เมื่อสิ้นสุดโครงการ ซึ่งอาจทำเป็นแบบ ฟอรัมในการรายงาน เพื่อให้การส่งผลงานครบถ้วนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ง่ายต่อการตรวจรับงาน
	3.10 ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับงาน แต่ใช้แบบตรวจรับผลการดำเนินงานโครงการ โดยผู้เสนอขออนุมัติดำเนินงานโครงการ (PM) เป็นผู้ประเมิน	แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับงานตามประกาศหลักเกณฑ์สนับสนุนค่าใช้จ่ายดำเนินงานที่สำนักงานมอบให้องค์กรอื่นทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน พ.ศ. 2560 ข้อ 4.2 และให้คณะกรรมการตรวจรับงานให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนการจ่ายเงิน
4. การใช้จ่ายเงินกองทุน - บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	4.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุฯ กำหนดกลุ่มเป้าหมายอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ผลงานที่ส่ง มีบางรายการอายุไม่ตรงกับกลุ่ม เป้าหมายที่กำหนดไว้ใน	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจรับงานโครงการที่เกี่ยวกับคัดกรองที่กำหนดอายุของกลุ่ม เป้าหมายไว้ คณะกรรมการตรวจรับควรสุ่มตรวจสอบผลงานว่าเป็นไปตาม

ด้าน	ประเด็นที่ตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
(การคัดกรองที่ให้เงินไป สิ่งที่ต้องดูคือ เรื่องสิทธิ อายุที่กำหนด ให้ชัดเจนในโครงการติดตั้ง เพราะโครงการที่เกิดขึ้นเป็นโครงการของเขต แต่เขตให้ รพ.สต. ทำ เมื่อหน่วยบริการนำไปทำ เมื่อแต่ละ รพ.สต. key ข้อมูลของตัวเองมาส่ง จำนวนอายุตามเกณฑ์ที่ตั้งก็ไม่ได้ตามโครงการ สาเหตุเพราะ รพ.สต. คัดกรองสิทธิไม่ตรงพบว่ายังเป็นปัญหาอยู่)	โครงการ เช่น ผลงานที่ส่งมีอายุต่ำกว่า 60 ปี	กลุ่ม เป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และหากดำเนินการไม่ครบถ้วนตามกลุ่มเป้าหมายควรเรียกเงินคืนจากผู้ดำเนินงาน - การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการจัดทำโครงการเกี่ยวกับการคัดกรองควรมีข้อมูลประกอบการพิจารณาก่อนดำเนินการ
	4.2 โครงการตำบลต้นแบบ เพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุ ไม่พบในรายการหรือกิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 และสิ่งส่งมอบบางส่วนเป็นลักษณะของการทำถนนตัวอย่าง ติดป้ายสถิติการบาดเจ็บ ติดป้ายจุดเสี่ยง	ให้ชี้แจงข้อมูลเพิ่มเติมว่าโครงการดังกล่าวอยู่ในรายการหรือกิจกรรมใดตามเอกสารแนบ ท้ายของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 โดยขอให้พิจารณาทั้งโครงการและผลงานที่ส่งมอบประกอบด้วย
	4.3 โครงการจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กไทย ยุค 4.0 ฯ มีการอนุมัติให้ขยายเวลาเกินกว่าวงเงินที่ได้รับตามคำสั่งมอบอำนาจยังไม่จ่ายเงินงวดที่ 2 เนื่องจากการส่งมอบผลงานยังไม่ครบถ้วนตามเงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุน ข้อ 1 ส่งสรุปรายงานการได้รับยาของกลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่ม/ ข้อ 5 รายงานผลงานตามตัวชี้วัดโครงการและ สำนักการเงินและบัญชีกองทุนส่งคืนเอกสารเบิกจ่ายเพื่อแก้ไข จึงชะลอการจ่ายเงินไว้	ควรเพิ่มความระมัดระวังในเรื่องการพิจารณาอนุมัติโครงการให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 เช่น การจ่ายเงินค่าซื้อยา ควรจ่ายในลักษณะค่าบริการหรือกิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายประกาศฯ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจถูกหักทวงจากหน่วยงานภายนอก
- กองทุนเอดส์ - โครงการบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ปี 2560	4.4 มีการขอขยายเวลา บางสัญญาเกิดจากขั้นตอน ในการจัดทำเอกสารประกอบการเบิกจ่ายใช้ระยะเวลานาน เช่น ผ่านมติ สปสช. เม.ย. 60 จัดทำนิติกรรม มิ.ย. 60 โอนเงินงวดแรก ส.ค. 60	ควรมีการเตรียมการขั้นตอนต่างๆ ในการจัดทำเอกสารประกอบ การเบิกจ่าย เพื่อให้การโอนเงิน ให้กับผู้ดำเนินงานเร็วขึ้นและสามารถดำเนินการโครงการ เสร็จทันภายในปีงบประมาณ

ด้าน	ประเด็นที่ตรวจพบ	ข้อเสนอแนะ
(ในระบบ PDA ยังไม่ได้ตั้งการคัดกรอง AIDS คัดกรองโรคเรื้อรัง คัดกรองหลายโรคที่ตอนนี้เป็นกองทุนเฉพาะแล้ว ณ วันนี้ เมื่อกองทุนลูกต่างๆ ออกไปแล้ว มีการคัดกรองของมันเอง สิ่งที่ต้องระวัง คือ ถ้าจะมาตรวจว่าเข้าหรือไม่เข้าเอง โดยใช้ระบบตรวจ เพราะต้องชัดเจนว่าจาก PDA จะใช้ก็ควรเฉพาะ ไม่ใช่ UC เพราะถ้า UC ควรไปใช้งบส่วนไหนของมัน เพราะ สบสช. ขอมาย่างนั้น ถ้าเราต้องทำข้อมูลแล้วมาตรวจสอบเอง อันนั้นอันตราย โอกาสตรวจให้เจอ ต้องใช้กำลังพลจำนวนมาก)	4.5 บางสัญญา มีการขยายเวลา 2 ครั้ง โดยไม่ได้คำนึงระยะเวลาที่ปริมาณงานที่ยังไม่แล้วเสร็จ เช่น ครั้งที่ 1 จาก 30 กันยายน 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2560 ครั้งที่ 2 จาก 31 ธันวาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561	การพิจารณาอนุมัติให้ขยายเวลาดำเนินการ สบสช.เขต ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของระยะเวลาที่ปริมาณงานที่ยังไม่แล้วเสร็จ โดยอาจแจ้งให้คู่สัญญารายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการพร้อมกับหนังสือขอขยายเวลา เพื่อประกอบการพิจารณา
- งบค่าบริการที่จ่ายในลักษณะงบประมาณ ปี 2560 (การ key ไม่ครบในโปรแกรม ทำให้กำกับติดตามไม่ได้ ส่วนนี้ดูแลการกำกับติดตามโปรแกรม แต่จริงๆ ตัวโปรแกรมเป็นเครื่องมือตัวหนึ่งที่เราต้องลงไปติดตามด้วย)	4.6 จากการตรวจสอบการรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้าง ผ่านทาง Website ของ สบสช.(ระบบ รายงานการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม) พบว่ามีโครงการที่ดำเนินการแล้วบางส่วน/ยังไม่ดำเนินการใดๆ โดยไม่ทราบเหตุผลว่ายังไม่ดำเนินการ หรือ ได้ดำเนินการแล้วไม่บันทึกข้อมูล	ควรมีการกำกับติดตามการใช้จ่ายเงิน โดยให้หน่วยงานที่รับเงิน เมื่อจัดซื้อจัดจ้างแล้ว ให้บันทึกข้อมูล ในรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างผ่านทาง website ของ สบสช.ให้ครบถ้วนและมีการสุ่มลงพื้นที่เพื่อติดตามว่ามีค่าใช้จ่ายเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยอาจนำเสนอรายงานความก้าวหน้าในที่ประชุม อปสช.เป็นรายไตรมาส



สิ่งที่ผู้บริหารกองทุน CFO ต้องให้ความสำคัญ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ว่ามีความเสี่ยงใดบ้างที่เกิดขึ้นในการบริหารกองทุน โดยจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและการคาดการณ์ในอนาคต สิ่งที่คาดว่า CFO จะต้องพิจารณาและพึงระวังเพราะต้องทำงานร่วมกับหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

- การเบิกจ่ายเงินกองทุนนั้นล้วนมีเงื่อนไขของการจ่ายเงินกองทุน หรือ การสนับสนุนโครงการจากเงินกองทุน เช่น อายุ สิทธิบัตร หรืออื่นๆ จะต้องมีการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เบิกให้มีความถูกต้อง
- การเบิกจ่ายเงินค่าบริการของกองทุนที่เป็นกองทุนหลักและกองทุนที่จัดตั้งทีหลัง เช่น ค่าบริการกองทุนฟื้นฟู นอกหน่วยบริการกับกองทุน LTC/กองทุนโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ในกรณีของกองทุน PPA ที่เข้าซ้อนในการคัดกรองกับกองทุนเอดส์ กองทุนวัณโรค ฯลฯ ควรมีการจัดระเบียบให้การอธิบายไม่ซ้ำซ้อนกัน
- กองทุนที่ร่วมกับท้องถิ่นจัดตั้งนั้น อาจจะมีปัญหาเมื่อโอนเงินไปแล้ว ซึ่งจะประสบปัญหาเงินค้างในกองทุนเป็นจำนวนมาก เพราะอาจมีปัญหาที่เกี่ยวกับ กฎ ระเบียบการจ่ายเงิน เมื่อเข้าหน่วยบริการและท้องถิ่น เพราะระเบียบการของท้องถิ่นขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทย ซึ่งจะเป็นปัญหาใหญ่ตามมา ในแง่การเบิกจ่าย การปฏิบัติงานในพื้นที่
- การกำกับ ติดตาม และตรวจสอบการจัดซื้องบประมาณ ตั้งแต่โปรแกรมกำกับติดตามงบประมาณที่ไม่ครบถ้วน การรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างที่ไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งปัญหาในข้อนี้เป็นความยืดเยื้อเรื้อรังมาส์กระยะแล้ว
- การประเมินผลการบริหารกองทุน การประเมินความสำเร็จของกองทุน เมื่อเทียบกับการใช้เงินเป็นอย่างไร ซึ่งการดูตัวเลขผลงานนั้น มีความกังวลในหลายส่วน จึงต้องพิจารณาเรื่องนี้อย่างจริงจังมากขึ้น
- การตรวจสอบกระบวนการรับข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายหน่วยบริการ และ การโอนเงินให้หน่วยบริการในระบบ IT มีการตรวจมายน้อยเพียงไร
- การตรวจสอบการเขียนประกาศหลักเกณฑ์การบริหารกองทุนให้เป็นไปตามจริง

ความสำคัญของการกำกับติดตามและตรวจสอบการบริหารกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพ

การทำงานของ สปสช. จำเป็นต้องมีการกำกับ ติดตาม และตรวจสอบการบริหารเงินกองทุน UC เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และให้มีระบบที่มีมาตรฐานมากขึ้น โดยจากการประชุมร่วมกับ สตง. มติคณะกรรมการให้ทาง สตง.และกระทรวง ซึ่งจะให้สำนักตรวจสอบและทีม สปสช. ลงพื้นที่ตรวจสอบติดตามการใช้เงินกองทุน UC โดยเป็นไปตามมติคณะกรรมการฯ 7*7 คือ

1) มองกลุ่มตรวจสอบภายใน สปสช.และสำนักตรวจสอบ สปสช. ร่วมกันจัดทำแนวทางและดำเนินการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุน UC ระเบียบหรือ ประกาศที่เกี่ยวข้อง

2) ให้มีรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการฯ 7x7 ทุกไตรมาส

สำหรับความสำคัญของการกำกับนั้นเป็นสิ่งที่เราไม่ควรเพิกเฉย เพราะอย่างไรการบริหารของ สตง. ต่อ สปสช.ต้องถูกกำกับแน่นอน จึงควรวางแผนตั้งรับเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกัน ทำความเข้าใจกับ

วิธีการทำงานของเขา รูปแบบแนวทางของเขา เพราะลักษณะการทำงานของ สปสช. ในบางโครงการ ไม่ได้ดำเนินไปตามหลักการแนวทางของ สตง. เช่น เรื่องงานแผนไทย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เราต้องเตรียมตัวเพื่อการอธิบาย การตรวจสอบให้ได้ และยังคงรักษาประโยชน์ให้เกิดขึ้นแก่ประชาชน

การตรวจสอบการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนตรวจสอบ (ประจำปีงบประมาณ 2561)

การดำเนินงานที่ผ่านมาได้ประเมินความเสี่ยง และวางแผนการทำงานประกอบด้วย 5 เรื่อง ด้วยกัน คือ งานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การบริการผ่าตัดตาต่อกระจก การบริการผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม งานควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41

สำหรับแนวทางการดำเนินงานตามแนวทางกำกับ ติดตาม และตรวจสอบ จะพิจารณาองค์ประกอบ และมีขั้นตอนการทำงาน คือ

การบริหารจัดการ

- การจัดสรรงบประมาณ ซึ่งจะต้องคำนึงถึงงบประมาณในภาพรวม ตลอดจนการจัดสรรเพื่อการบริหารให้แหล่งที่มาของเงินและการใช้จ่ายเมื่อไปยังเขต
- การเบิกจ่าย ต้องเป็นไปตามกฎ กติกาที่วางไว้ เพื่อให้ทราบแนวทางการใช้จ่ายเงินว่าจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ได้
- งบประมาณ การทราบจำนวนเงิน ระเบียบ ประเภทการใช้
- ผลการเบิกจ่ายงบประมาณ ติดตามดูการใช้จ่ายว่าดำเนินการถูกต้องหรือไม่

ผลการดำเนินงาน

- บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการพิจารณาโดยดูวัตถุประสงค์เป็นตัวตั้ง เพื่อให้การทำงานมีแนวทางไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ของแต่ละกองทุนหรือไม่
- บรรลุตัวชี้วัด เป็นการประเมินผลระหว่างทาง ให้ทราบว่าในแต่ละระยะการทำงาน ได้บรรลุวัตถุประสงค์หรือสัมฤทธิ์ผลเพียงไร

กระบวนการควบคุมภายใน

กระบวนการนี้ สำนักตรวจสอบจะให้ความสำคัญมาก เพราะมีความเชื่อมโยงกับงานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งแนวทางการทำงานจะดูจากแผนงานของกองทุนนั้นเป็นหลัก ต้องทำความเข้าใจตั้งแต่การคำนวณงบประมาณ มองอย่างไรในการตั้งงบประมาณ มีพื้นฐานเบื้องหลังอย่างไร ใช้จำนวนประชากรวิเคราะห์เท่าไร อย่างไร

- ด้านสภาพแวดล้อมในการควบคุม พิจารณาโครงสร้างภายในองค์กร การสื่อสารของทีม ผู้บริหาร มีความเข้าใจและสื่อสารชัดเจนหรือไม่กับผู้ปฏิบัติงาน
- ด้านการบริหารความเสี่ยง จะมองเรื่องการประเมินความเสี่ยงขององค์กรหรือกิจกรรมนั้น ทีมทำงานได้คิดแผนรองรับอย่างไร
- ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นการให้ความสำคัญไปยังตัวแทนต่างๆ ในเขต มีการสื่อสารอย่างไร มีช่องว่างไหม การทำความเข้าใจร่วมกันเป็นอย่างไร

- ด้านการติดตามกำกับประเมิน ขั้นตอนนี้จะเป็นการทำงานของกระบวนการทั้งหมด มีหัวใจสำคัญเพื่อสร้างประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เพราะฉะนั้นระหว่างการทำงานการติดตามจะไม่ใช้ดำเนินไปเพื่อการจับผิด แต่เป็นการติดตามและประเมินเพื่อจะนำไปสู่ความสำเร็จ

สำหรับกรณีการทำงานของงานพื้นที่นั้น จะมีปัญหาเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณ เช่น อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ในบางเขตไม่เป็นไปตามแนวทาง ซึ่งต้องแก้ไขโดยวางแผนดำเนินงานตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อการกำหนดกรอบเงินอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และมีการติดตามเป็นระยะทุกงวดการจ่าย

การโอนเงินล่าช้า นั้น ก็เป็นอีกปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องแก้ไขเรื่องการส่งข้อมูลให้ทันตามรอบได้ สิ่งเหล่านี้จะถูกนำมาพิจารณาจากบริบทของงานนั้นๆ ไม่ใช่ใช้เกณฑ์ตายตัวเป็นหลัก หากแต่ต้องมีหลักยึดเพื่อการตรวจสอบที่ดีด้วย และต้องดูสิ่งหนุนเสริมที่จะสร้างประสิทธิภาพ เช่น ในด้านสารสนเทศและการสื่อสาร ไม่มีการส่งคืนข้อมูลบริการที่เกิดขึ้นจริงที่ใช้เป็นข้อมูลในการจ่ายค่าชดเชยจากวงเงินจากระดับเขต กลับมายังส่วนกลาง เพราะฉะนั้นต้องแก้ไขสิ่งนี้ เพื่อให้เห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ใช้ฐานข้อมูลเป็นแนวทางการขับเคลื่อนงาน ทั้งนี้หากการกำกับติดตามและประเมินผลขาดความต่อเนื่อง จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

นอกจากนี้งานกองทุนฟื้นฟู มีความเกี่ยวข้องกับงานในระดับจังหวัด ซึ่งแต่ละจังหวัดมีบริบทและศักยภาพที่แตกต่างกัน การหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่นทั้งหลาย นับเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่างานกำกับตรวจสอบ ไม่ใช่แค่ตามประเมิน หากแต่เป็นการนำผล จุดอ่อนต่างๆที่เกิดจากการประเมิน วางแผนสู่การแก้ไขได้จริง

สำหรับงานกำกับนั้นควรเป็นเรื่องที่ทำในทุกภาค ไม่ว่าจะเป็นระดับเขต ส่วนกลาง ส่วนงานต่างๆ ซึ่งกลไกเหล่านี้จะช่วยให้ระบบเดินไปได้อย่างรัดกุม ต้องทำงานร่วมกันจึงจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่มีส่วนใดที่ตกหล่นหรือบกพร่องไป ซึ่งอาจจะเป็งานที่ยากแต่หากเข้าใจกฎระเบียบ เข้าใจสถานการณ์ การทำงานจะดำเนินไปได้จริง การประเมินกองทุนต่างๆ นั้น ต้องทำทั้งกองทุนเก่าที่อาจจะมีคามนิ่ง เสถียรในบางระดับแล้วก็ตาม หากแต่ต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เพราะไม่มีอะไรตายตัว ในขณะที่กองทุนใหม่ๆ ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

สิ่งสำคัญในการทำงานประเมินต้องมีการบันทึก เพื่อนำผลไปสู่การแก้ไขได้ และจะกลายเป็นบทเรียนสะท้อนให้เห็นผลการทำงานที่ผ่านได้ชัดเจนขึ้นด้วย โดยสปสช.ต้องมีการทำงานอย่างจริงจัง มีระบบต่อเนื่องทั้งนี้ที่ผ่านมามีการพูดคุยกับ สดง.ตลอดเวลา ซึ่งถ้าเรามีความชัดเจน ก็สามารถอธิบายได้ และกลายเป็นจุดแข็งของ สปสช.ด้วย

แต่ทุกท่านอาจไม่ได้ทำงานตรวจสอบโดยตรง แต่สามารถเรียนรู้ได้ และต้องพัฒนาความรู้ ศึกษา กฎระเบียบต่างๆ ให้ชัดเจน ซึ่งเราควรมีความเป็นอิสระบางเรื่อง ไม่ใช่เป็นแนวทางการทำงานที่ยอมไปทุกเรื่อง เพราะลักษณะของ สปสช.ต้องมีความยืดหยุ่น และต้องเข้าใจสถานการณ์ บริบทที่แวดล้อมด้วย CFO จึงจำเป็นต้องเข้าใจงานตรวจสอบเป็นอย่างดี จำเป็นต้องสร้างความสมดุลระหว่างสองสิ่งนี้ให้เกิดขึ้นให้ได้