ข้อ 5

  คณะผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศอาศัยความรู้ที่ได้จากการประเมินครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงทศวรรษหน้าดังนี้

               1. ดำรงไว้และขยายการปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล เพื่อลดการจ่ายเมื่อไปใช้บริการ และป้องกันภาระค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ล้มละลายและยากจน โดยเฉพาะในบริบทที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของสถานพยาบาลภาคเอกชนและประกันสุขภาพเอกชน

               2. พัฒนาการผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพต่างๆ เพิ่มขึ้น เพื่อไม่ให้ผู้ให้บริการเลือกปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารระหว่างกองทุน และมีการเชื่อมต่อสิทธิจากสิทธิหนึ่งไปยังอีกสิทธิหนึ่งเมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิของสมาชิก อย่างน้อยต้องให้ระบบมีมาตรฐานเดียวกันในด้านสิทธิประโยชน์ ระบบข้อมูล วิธีจ่ายที่เป็นมาตรฐานและอัตราเดียวกัน ระบบการเรียกเก็บค่าบริการ และระบบตรวจสอบ มีการศึกษาหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละระบบเพื่อหาทางในการผสานลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

               3. ระบบการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการนั้นยังทำงานได้ไม่ดี (จากการที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการรายเดียวในชนบท) จึงจำเป็นต้องหาระบบใหม่ที่มีลักษณะเป็นพันธมิตรระยะยาวที่มีประสิทธิผลระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจัดการกับปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างพื้นที่ต่างๆ ควรศึกษาว่าระบบการซื้อและให้บริการในพื้นที่ลักษณะพันธมิตร (local commissioning)จะมีประสิทธิผลดีกว่าการให้จังหวัดซื้อบริการหรือไม่ โดยเฉพาะบริการปฐมภูมิ

               4. หาความสมดุลย์ระหว่างประสิทธิภาพเชิงขนาด (scale efficiency) กับศักยภาพในการสร้างความรับผิดชอบและการตอบสนองต่อประชาชนในกรณีกระจายอำนาจ แม้ภารกิจบางประการของ สปสช. จำเป็นต้องมีการรวมศูนย์ แต่ในระดับพื้นที่จำเป็นต้องมีความยืดหยุ่น และต่อรองระหว่างผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ เพื่อจัดการกับปัญหาอุปสรรคและความท้าทายต่างๆตลอดจนตกลงในวิธีการดำเนินงาน และสร้างความร่วมมือในการนำนโยบายไปสู่เป้าประสงค์

               5. พัฒนาศักยภาพของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอให้สามารถให้บริการได้อย่างรอบด้าน และพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ เสริมศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนานโยบายด้านกำลังคนเพื่อเพิ่มกำลังคนในระดับอำเภอ โดยเฉพาะการสร้างมาตรฐานของการให้ค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ต่างๆ แก่บุคลากรที่ว่าจ้างในพื้นที่

               6. กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นแกนนำและอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายกระจายและจัดสรรบุคลากรให้เป็นธรรมแก่พื้นที่ต่างๆ เนื่องจากเงินเดือนเป็นองค์ประกอบสำคัญในงบประมาณระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากบุคลากรมีการกระจายอย่างเป็นธรรมมากขึ้น จะทำให้การซื้อบริการอย่างมีกลยุทธ์มีประสิทธิผลมากขึ้น

               7. ลดการใช้บริการในโรงพยาบาลใหญ่โดยหาแนวทางใหม่ๆ เพิ่มการลงทุนในการป้องกันปฐมภูมิด้วยการให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น

               8. เพิ่มความเชื่อมั่นต่อระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเพิ่มความเข้มแข็งในการกำกับด้านคุณภาพบริการ พัฒนาระบบการบริหารโรงพยาบาลทุกระดับ ทำให้ผู้ให้บริการต้องรับผิดชอบและเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลของหน่วยบริการ และป้องกันการเรียกเก็บที่ไม่ถูกต้อง

               9. เพิ่มความเข้มแข็งของกลไกการอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยทำให้ระบบมีความเป็นตัวแทนมากขึ้น โปร่งใส รับผิดชอบต่อสังคมและสำคัญที่สุดคือป้องกันผลประโยชน์ที่ทับซ้อนของสมาชิกในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มบทบาทตัวแทนของภาคประชาสังคมและภาคชุมชน และแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่มิได้มาจากราชการเพิ่มขึ้นเพื่อให้การตัดสินใจต่างๆ อิงกับหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้นและป้องกันการแทรกแซงทางการเมือง

               10. พัฒนาศักยภาพองค์กรในการประเมินเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ข้อมูลในการซื้อบริการหรือเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ อันเป็นการเพิ่มผลตอบแทนต่อเม็ดเงินที่ใช้

               11. ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการผลิตข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนซึ่งเป็นตัวแทนระดับประเทศในด้านผลกระทบของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อครัวเรือน พัฒนาระบบการติดตามประเมินระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีประสิทธิผล พัฒนาระบบข้อมูลรายงานและฐานข้อมูลการใช้บริการให้มีความถูกต้องและใช้ได้ดีขึ้นในการบริหารระบบโดยเฉพาะข้อมูลด้านผลลัพธ์การให้บริการ พัฒนาตัวชี้วัดและมาตรวัดเทียบเคียงเพื่อประเมินคุณภาพบริการที่จัดแก่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงเทคโนโลยี และการป้องกันปฐมภูมิและทุติยภูมิของกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ

**กรอบแนวทางการบริหารจัดการงบหลักประกันสุขภาพ**   จากกรอบแนวทางการบริหารจัดการงบหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต  มีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. กำหนดหน่วยพันธะสัญญาหลัก คือ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต ที่กำหนดเป็น 12 เขตบริการสุขภาพที่จัดตามหลักเกณฑ์ความสำคัญในการให้บริการประชาชน แบบเบ็ดเสร็จ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิขั้นสูง
2. จัดสรรงบหลักประกันสุขภาพให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต (Contracting Unit For Regional Care)  ซึ่งจัดบริการเบ็ดเสร็จทุกระดับหน่วยบริการของจังหวัดภายในแต่ละเขตจานวน  12 เขต ตามรายหัวประชากรของเขต กำหนดให้หักเงินเดือนระดับเขต ซึ่งจะทำให้มีงบดำเนินการต่อหัวกรณีการจัดสรรหมวดค่าใช้จ่ายที่ยึดตามหัวประชากรไม่แตกต่างกัน
3. งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2555 ที่จัดสรรให้หน่วยบริการให้เป็นไปตามหมวดและวงเงินที่ได้รับสนับสนุนจากรัฐบาล เมื่อรับเข้ามาสู่เขตบริการสุขภาพแล้ว ให้บริหารจัดการในรูปแบบของหน่วยบริการที่สามารถแก้ปัญหาความขาดแคลนในระบบ และตอบสนองค่าใช้จ่ายที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการ ในขณะเดียวกันสามารถปรับเกลี่ยข้ามหมวด เพื่อให้งบประมาณของรัฐนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในภารกิจที่บริการจริงในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งสามารถตรวจสอบ และประเมินบนพื้นฐานข้อเท็จจริงที่ส่วนพื้นที่พิจารณาได้โดยถ่องแท้กว่าส่วนกลาง ทั้งนี้สำนักงานประกันสุขภาพเป็นผู้ตกลงตัวชี้วัดกับกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยนิติบุคคลของหน่วยบริการ แล้วพื้นที่บริการสุขภาพมีหน้าที่รับตัวชี้วัดไปวางแผนและจัดสรรค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องตามแผนงานจริงและผลงานจริงในพื้นที่ต่อไป
4. กำหนดกรอบสัดส่วนงบประมาณหลังจากได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนรับผิดชอบบริหารของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขตนั้น
5. กำหนดแนวทางการจัดสัดส่วนงบหลักประกันสุขภาพในเขต เพื่อบริหารตามศักยภาพการให้บริการ
6. กำหนดการจัดสรรค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการในพื้นที่เป็นไปตามความเห็นส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ให้จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายขั้นต้นให้สามารถบริการในสถานการณ์ปกติได้ก่อน แล้วงบส่วนที่เหลือนั้น จัดสรรตามผลงานที่กำหนด ซึ่งใช้ประมาณการค่าใช้จ่ายขั้นต่ำประจำปี 2553  ที่หน่วยบริการภายในโรงพยาบาลรายงานค่าใช้จ่ายรายเดือนตามระบบบัญชีในงบทดรอง มายังกลุ่มประกันสุขภาพ สป. ทั้งนี้เป็นกรอบวงเงินเบื้องต้นในขั้นตอนการจัดสรรจริง หากหน่วยงานที่พิจารณาว่า ไม่พอเพียง สามารถยื่นแผนค่าใช้จ่ายอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการบริหารสาธารณสุขเขตได้ โดยงบค่าใช้จ่ายขั้นต่ำภาพรวมของโรงพยาบาลทุกแห่งที่อยู่ในเขต สามารถนำไปเป็นกรอบวงเงินจัดสรรขั้นต้น เพื่อให้ดำเนินการให้บริการสุขภาพในระยะยาว หลังจากมีการจัดทำต้นทุนบริการการจัดค่าบริการทางการแพทย์เพื่อชดเชยให้หน่วยบริการ จะต้องใช้ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เป็นมาตรฐานต่อไป
7. โครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังสุขภาพในระดับเขต กำหนดให้มีโครงสร้างรองรับระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และระบบหลักประกันสุขภาพในระดับเขต
8. ด้านการบริหารนโยบายในระบบการเงินการคลังสุขภาพและหลักประกันสุขภาพโดยคณะกรรมการที่เป็นผู้บริหารระดับเขต ที่มีโครงสร้างกรรมการจากหน่วยบริหารและบริการระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์จากโครงสร้างหน้าที่ในการดำเนินการในปัจจุบัน ตรงกับบทบาทของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต ทั้งนี้เมื่อมีการปรับโครงสร้างระบบบริการเป็นเครือข่ายบริการ 12 เขต จะมีบางเขตมีผู้ตรวจราชการมากกว่า 1 ท่าน ให้เสนอผู้ตรวจราชการที่อาวุโสเป็นประธาน ผู้ตรวจท่านอื่นเป็นรองประธาน จัดตั้งตัวแทนหน่วยงานแต่ละระดับเข้ามาเป็นกรรมการอย่างมีดุลยภาพในการตัดสินใจ เสนอเป็นคำสั่งใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป
9. ด้านการพัฒนาและบริหารการเงินการคลัง โดยคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับเขต ที่คัดเลือกสาธารณสุขนิเทศ หรือผู้บริหารในพื้นที่ที่มีความสามารถบริหารทางการเงินเป็นประธาน นักวิชาการด้านการเงินการคลัง นักบัญชี และผู้มีความรู้ด้านการบริหารต้นทุนจากโรงพยาบาลและจังหวัดเข้ามาเป็นกรรมการ เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลัง และเสนอปัญหาการจัดสรร การแก้ไข พร้อมทั้งเสนอนโยบายแนวทางการบริหารการเงินกองทุนในรายละเอียดตามบริบทพื้นที่

          การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพ  การให้บริการทางการแพทย์ในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนนั้น  ประเทศต่าง ๆ  ก็จะพบปัญหาต่าง ๆ  เช่นเดียวกัน  ประเทศต่าง ๆ  พยายามหาวิธีการของระบบบริการทางการแพทยืที่ดี  เหมาะสม  เป็นธรรมและเสมอภาค  ประชาชนเข้าถึงบริการ  การบริการมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ  ใช้เงินและทรัพยากรอย่างคุ้มค่า  ดังตัวอย่าง ของประเทศเบลเยี่ยมจากบทความ “ บทเรียนจากเบลเยี่ยมยุติการทำกำไรของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน บนความเจ็บปวดของประชาชน ”  โดยมีเนื้อหาว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยต้องไม่ใช่สินค้าเพื่อแสวงหากำไร ปัจจุบันประเทศทุนนิยมเต็มรูปแบบ  เช่น ประเทศเบลเยี่ยมนั้น  ดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยสองระบบสำคัญ คือ ระบบคลินิคแพทย์เอกชน และระบบโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร   (สะท้อนการจัดการบนความสมดุลระหว่างการค้าเสรีแบบทุนนิยม และการดูแลสิทธิพื้นฐานในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างน้อย  1  ประเภท  ส่วนใหญ่อยู่ในระบบประกันสังคม ที่นี่มีแต่โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเท่านั้น โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนแบบแสวงหากำไรหน่วยงานบริการของราชการเกือบทั้งหมดได้รับการแปรรูปเป็นองค์กรเอกชนในกำกับของรัฐซึ่งบริหารแบบอิสระ หรือถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชน  ประเทศเบลเยี่ยมวางระบบให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร  คือ  มีกำไรได้ แต่กำไรนั้นหมุนเวียนในระบบ  เพื่อพัฒนาบริการเป็นหลัก  รวมทั้งการดูแลสวัสดิการ เงินเดือน โบนัสเจ้าหน้าที่ในอัตราที่รัฐกำกับเพดานไว้  นักลงทุนคนใดจะมาเปิดโรงพยาบาลเอกชนแบบแสวงหากำไร ก็เป็นสิทธิที่ทำได้ตามระบบทุนนิยม  แต่มั่นใจได้ว่าจะขาดทุนและต้องปิดตัวลง  เพราะเกือบทุกคนในประเทศอยู่ในระบบประกันสังคม  แม้ว่าผู้มีประกันตนย่อมมีเสรีภาพในการเลือกไปใช้บริการที่ใดก็ได้  แต่เมื่อต้องจ่ายเงินเอง ก็ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มี ใครเลือกไปใช้บริการในที่ที่ตนต้องเสียเงินอีก  ในที่สุดโรงพยาบาลเอกชนแบบหวังผลกำไรก็ทยอยปิดตัวลง  ระบบการแพทย์ในเบลเยี่ยมทั้งหมดนั้นแทบจะเรียกได้ว่า  เป็นระบบเอกชนที่มีจุดมุ่งหมายสาธารณะ  (private  system  for  public  purpose)  ด้วยระบบประกันสังคมตั้งกติกาในการบริหารเงินประกันสังคมที่มาจากผู้ประกันตน  นายจ้าง  และภาษีประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ  ด้วยการกระจายค่ารักษาแทนผู้ประกันตนให้กับโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรและในระดับคลินิกเอกชน  กลไกการกำกับด้วยมาตรการทางการเงินนั้น  เป็นกลไกหลักกลไกเดียวที่มีประสิทธิภาพการจัดการสูงสุดในประเทศทุนนิยม  โดยแนวคิดเรื่องสุขภาพ  และการศึกษานั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับคนทุกคนที่สามารถเข้าถึงได้โดยต้องไม่มีอุปสรรคโดยเฉพาะด้านการเงิน  โดยเท่าเทียมกัน  นี่คือการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และความเท่าเทียมกันตามรัฐธรรมนูญ