

แผนแม่บทบูรณาการ พัฒนาระบบประกันสุขภาพ

ระยะต้น (พ.ศ. 2561 - 2564)

ระยะปานกลาง/ระยะยาว

(พ.ศ. 2565 - 2579)



การพัฒนาที่ยั่งยืน

(SDGs : Goal 3)



รัฐธรรมนูญแห่ง
ราชอาณาจักรไทย



แผนฯ 12



ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ
ระยะ 20 ปี



ร่าง พรบ.สร้างควม
กลมกลืนในระบบ
หลักประกันสุขภาพภาครัฐ



คณะกรรมการปฏิรูป
ระบบสาธารณสุข



คำแถลงนโยบาย
ของคณะรัฐมนตรี



แผนพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ 12



ข้อเสนอ
การคลังสุขภาพ
เพื่อความยั่งยืน



คสช.



คณะกรรมการ
ขับเคลื่อนการปฏิรูป
ระบบประเทศ



แนวทางการขับเคลื่อน
และปฏิรูประบบ
สาธารณสุข



ธรมนูญว่าด้วยระบบ
สุขภาพแห่งชาติ

คณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

ภายใต้คณะกรรมการพิจารณาการจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ คณะที่ 3 องค์ประกอบ 3.2 การพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

เป้าประสงค์ของการบูรณาการ

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ
มีความยั่งยืน ประสิทธิภาพ เป็นธรรม และสอดคล้อง
กลมกลืนกัน ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียม

KPI

1



อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการ
ผู้ป่วยในแต่ละระบบ
แตกต่างกันไม่เกิน

2.3%

2



THE : GDP

≤5.0%

3



GGHE : GGE

≤20%

4



รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วย
โครงสร้างอายุของแต่ละระบบ
มีค่าต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกิน

10%

THE : Total Health Expenditure (รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด)

GGHE : General Government Health Expenditure (รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ)

KPI ที่ 4 : ภายใต้เงื่อนไขที่ต้องมีสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง สำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกระบบ

GDP : Gross Domestic Product (ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ)

GGE : General Government Expenditure (รายจ่ายของรัฐบาล)

ยุทธศาสตร์แผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

1 การพัฒนาเพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน



2 การพัฒนาเพื่อสร้างความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และความยั่งยืนด้านการเงินการคลังในระบบประกันสุขภาพ



3 การพัฒนาเพื่อสร้างความกลมกลืนของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ



ตัวชี้วัด

1. ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีหลักประกันสุขภาพ
2. มีชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง สำหรับระบบประกันฯ
3. ความแตกต่างในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิผล (Effective coverage) ของประชาชนผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุนลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 10

1. อัตราเพิ่มของงบประมาณของระบบประกันสุขภาพ (หลังการคลังหลักจากระบบภาษี) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยอย่างน้อยร้อยละ 4.2 ต่อปี จากกรอบงบประมาณในปีก่อนหน้า หรือไม่น้อยกว่าอัตราเพิ่มของงบประมาณแผ่นดิน
2. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุน มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยไม่เกิน ร้อยละ 10

1. ระดับความสำเร็จของการบูรณาการระบบการบริหารจัดการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างระบบประกันสุขภาพตามยุทธวิธี 3.1-3.10

ยุทธวิธี

- 1.1 จัดทำ Road map ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ สำหรับคนต่างด้าวและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- 1.2 พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิทุกระบบ มีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับ และส่งต่อ/ส่งกลับอย่างเหมาะสม
- 1.3 พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง สำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกระบบ ผ่านกลไกกลางที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- 1.4 สนับสนุนการจัดหาบริการตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง ให้มีความสอดคล้องกลมกลืนและมีมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- 1.5 พัฒนามาตรการ/กลไกมาตรฐาน ที่จะทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- 1.6 สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้/การวิจัยและพัฒนา เพื่อตอบโจทย์ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ

- 2.1 พัฒนาความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันของระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิผู้ไปประชาชนที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ/ตกหล่น
- 2.2 พัฒนาแนวทางการประมาณการค่าบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก/กลาง และจัดทำข้อเสนองบประมาณที่เพียงพอโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์
- 2.3 จัดให้มีกลไกร่วมในการกลั่นกรองกรอบงบประมาณของทุกหน่วยงานผู้รับประกัน ก่อนเสนอความเห็นต่อ ครม.
- 2.4 แสวงหาแนวทางเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิ ทั้งภายในและระหว่างระบบประกันสุขภาพ
- 2.5 จัดให้มีกลไกให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณา เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ และร่วมแก้ไขหากไม่ได้รับบทที่เพียงพอ
- 2.6 สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้/การวิจัยและพัฒนา เพื่อตอบโจทย์ด้านการเงินการคลังของระบบประกันสุขภาพ

- 3.1 พัฒนารูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายชดเชยค่าบริการ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Payment mechanism)
- 3.2 พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Claiming system)
- 3.3 สนับสนุนการบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง (Information) เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน
- 3.4 สร้างความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบกำกับติดตามประเมินผล และใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (M&E and Evidence informed)
- 3.5 เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 3.6 บูรณาการระบบการคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการและผู้ให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- 3.7 บูรณาการจัดทำข้อเสนอของบริหารจัดการของหน่วยงานผู้รับประกันแต่ละระบบให้มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน
- 3.8 พัฒนากลไกการต่อรองราคา ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเทคโนโลยีร่วมกัน
- 3.9 บูรณาการกระบวนการรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ (Hearing process) เพื่อนำข้อเสนอไปพัฒนาระบบในภาพรวม
- 3.10 สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้/การวิจัยและพัฒนาด้านประสิทธิภาพและความกลมกลืนของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

แนวคิดพื้นฐาน



การคุ้มครองการเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขที่มีคุณภาพ



ปกป้องครัวเรือนจากการล้มละลาย
หลังการจ่ายค่ารักษาพยาบาล



สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มี
สุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพ
สำหรับทุกคนในทุกวัย

ผลสำเร็จที่สำคัญ (Success/Achievement)



เพิ่มการเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขที่จำเป็น
(Improved access to
essential health service)



ปกป้องประชาชนจาก
ความเสี่ยงทางการเงิน
(Financial risk protection)



การลดช่องว่างด้านสุขภาพ
(Health gain and reduce gap)

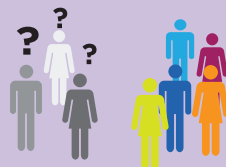


ผลทางเศรษฐกิจ
(Economic impact)

ความท้าทาย (Challenges)



การจัดการแบบแยกส่วน
(Disintegration)



ประชาชนบางส่วน
ยังไม่ได้รับความครอบคลุม
ประกันสุขภาพ



คุณภาพบริการ
กับความขัดแย้ง



ความไม่เสมอภาค



ภาระทางการเงินของรัฐ
และความยั่งยืนทาง
การเงินของระบบ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



1. หน่วยงานผู้รับประกัน หรือหน่วยงานที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ
ภาครัฐทุกระดับ เช่น กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, สำนักงานประกันสังคม
กระทรวงแรงงาน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข,
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กรุงเทพมหานคร,
หน่วยงานรัฐวิสาหกิจต่างๆ ฯลฯ
2. หน่วยงานที่บริหารระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน
3. หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, หน่วยงานวิชาการ, องค์กรภาคประชาชน ฯลฯ