



จัดเข้าวาระ... 12 เม.ย. 2548

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

200 หมู่ 4 อาคารจัสมิน อินเทอร์เน็ต ชั้น 27-28 อ.ปากเกร็ด ต.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี 11120
โทรศัพท์ 0 2831 4000 โทรสาร 0 2831 4004

สำนักงานคณะกรรมการรัฐมนตรี
จัดที่ 2088
วันที่ 7 เม.ย. 2548 13.13

ฉบับที่ ๗๖
ฉบับที่ 7 เม.ย. 2548
หน้า ๑๓.๒๕๔

ที่ สปสช.05 /4๖๙๙

๗ เมษายน 2548

เรื่อง ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548
(1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2547)

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี ที่ นร 0505/2945 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2546

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. บทสรุปสำหรับผู้บริหารผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2548 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2547) จำนวน 20 ชุด
2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2548 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2547) จำนวน 20 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรีได้แจ้งให้กระทรวง ทบวง กรม
ที่รับผิดชอบนโยบายที่สำคัญหรือที่เป็นเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล ให้รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน
เพื่อคณะกรรมการทราบเป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รวบรวมความก้าวหน้าการ
ดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและงานที่สำคัญๆ ของปีงบประมาณ 2548 ช่วงระหว่าง
วันที่ 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2547 รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1-2

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชัย เจริญรัตนกุล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๗๔/๖
คสช. ได้นำเสนอคณะกรรมการรัฐมนตรี
เมื่อวันที่ 12 เม.ย. 2548 ลงมติว่า
ทราบ (เพื่อเป็นข้อมูล)

จัดอยู่ในประเภทเรื่องที่ สนอคณะกรรมการรัฐมนตรีไว้โดยตรง

(นายรณวิทย์ เกษพิศกร)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารงานสาธารณสุขเขต ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

สำนักนโยบายและแผน

โทร. 0 2831 4000 ต่อ 8310

โทรสาร. 0 2831 4004

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. – 31 ธ.ค. 47)

.....

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ ข้อมูลการขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ ณ เดือน ธันวาคม 2547 พบว่า ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพรวมทั้งสิ้น 59.83 ล้านคน แยกเป็น ผู้มีสิทธิหลักประกันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 47.07 ล้านคน (ร้อยละ 75.07) สิทธิประกันสังคม 8.32 ล้านคน (ร้อยละ 13.26) สิทธิสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 4.28 ล้านคน (ร้อยละ 6.82) และมีหน่วยบริการสังกัดต่างๆ เป็นหน่วยบริการประจำทั้งสิ้น 1,104 แห่ง และจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารระหว่างวันที่ 23-29 ธันวาคม 2547 พบว่า ร้อยละ 85.2 มีความพึงพอใจต่อการรักษา การบริการของสถานพยาบาลโดยรวม ร้อยละ 75.1 มีความสะดวกในการเลือกใช้บริการสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเมื่อรัฐขยายให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมในโครงการฯ ร้อยละ 74.9 คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพดีขึ้นหลังจากมีโครงการฯ สำหรับความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องการขยายความคุ้มครองให้สามารถใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 79.4 เห็นว่าควรคุ้มครอง นอกจากนี้ ร้อยละ 52.1 เห็นว่าควรมีปรับปรุงการดำเนินการโดยมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มมาตรฐานการรักษาพยาบาล และควรให้คุณภาพของยามีมาตรฐานเดียวกัน (ร้อยละ 19.2) เป็นต้น

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพแก่อนุวัยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ได้มีการดำเนินการโครงการส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ(PCUในฝัน) เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนให้เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการ **โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (คสช)** เพื่อยกระดับมาตรฐานสถานอนามัยสู่การเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนคุณภาพต้นแบบ นอกจากนี้มีการเร่งรัดการ**พัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guideline: HSPG)** เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขในระยะยาว โดยมีการดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของภาวะหรือโรคที่จะจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเรียบร้อยแล้วและจะดำเนินการจัดทำแนวทางปฏิบัติต่อไป

การคุ้มครองสิทธิประชาชน มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อให้ความรู้ ข้อมูลเรื่องสิทธิประโยชน์และหน้าที่กับผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ คู่มือบัตรทอง สื่อวีซีดีเรื่องสิทธิประโยชน์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อสิ่งพิมพ์ คอลัมน์ “สายตรงบัตรทอง” ในนิตยสารคู่สร้างคู่สม คอลัมน์ประจำ “โฟกัสบัตรทอง” ในนิตยสารหมอชาวบ้าน ผลิตและเผยแพร่สารคดีทางสื่อโทรทัศน์ “รายการคลินิกบัตรทอง” ทางโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7 สารคดีสั้น “สร้างชีวิตใหม่กับ 30 บาท” เป็นต้น รวมถึงได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และความเคลื่อนไหวด้านหลักประกันสุขภาพผ่านรายการวิทยุคลื่นความถี่

ต่างๆ อาทิ คลื่น F.M. 89.5 MHz (Afternoon Bangkok), FM 90.0 MHz (ลูกทุ่งมหานคร), F.M. 90.5 MHz (วันสวย ฟ้าใส), F.M. 92.5 MHz (คลื่นสุขภาพ)

การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชน ในปีงบประมาณ 2548 เน้นปรับกระบวนการทัศน์แนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยจะมุ่งเน้นกิจกรรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชน ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมตรวจสอบ มีการสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชนต่างๆ โดยร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ เครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพ กลุ่มอาชีพต่างๆ (เครือข่ายผู้ให้บริการ รถรับจ้าง แท็กซี่ สามล้อ และสี่ล้อเล็ก และเครือข่ายศิลปินตลก) กลุ่มผู้รับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง) กลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายคนพิการ เครือข่ายเด็กและเยาวชน) เครือข่ายวิทยุชุมชน ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เครือข่ายกองทุนชุมชนและท้องถิ่น เป็นต้น

สถานการณ์รับเรื่องร้องเรียน การดำเนินการให้บริการตอบคำถาม และรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนทางสายด่วน 1330 จดหมาย จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และการมาติดต่อด้วยตนเอง สามารถให้บริการตอบคำถาม-รับเรื่องร้องเรียนในรอบ 3 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2548 จำนวนทั้งสิ้น 190,948 เรื่อง แยกเป็น การบริการเกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 184,552 เรื่อง (ร้อยละ 96.65) เรื่องร้องเรียน 7,862 เรื่อง (ร้อยละ 4.26) และเรื่องบริการ 3,984 (ร้อยละ 2.16) ตามลำดับ ในจำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมดสามารถดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จจำนวน 7,101 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90.44 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการดำเนินการแก้ไขเรื่องร้องเรียน 7 วัน

นอกจากนี้ยังมีการเตรียมการที่จะดำเนินการสำหรับการดำเนินการในช่วงไตรมาสต่อไป ในหลายๆ โครงการ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการงานทะเบียนครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร การจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพ “สามวัยห่างไกลโรค” การเตรียมการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านไวรัสเอชไอวี และหาพื้นที่นำร่องล้างไตวายเรื้อรัง และการปรับระบบการเงินสำหรับโครงการ 30 บาทให้มีความมั่นคงและยั่งยืนในระยะยาว โดยการใช้เงินจาก “ภาษีบาป” เป็นต้น

ผลการดำเนินงาน
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2548
(1 ต.ค. – 31 ธ.ค. 47)



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

National Health Security Office

อาคารจัสติน อินเทอร์เน็ต ชั้น 17, 27-28 เลขที่ 200 ถนนแจ้งวัฒนะ อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ 0-2831-4000 โทรสาร 0-2831-4004 www.nhso.go.th

บทที่ 1

ผลการดำเนินงานการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ผลการดำเนินงานการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปีงบประมาณ 2548 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรเงินทั้งสิ้น 40,789.952 ล้านบาท มีการจัดสรรไปยังหน่วยบริการแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 8,262.428 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 20.26 แยกเป็นจัดสรรรายการค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าเหมาจ่าย 8,219.640 ล้านบาท งบลงทุนเพื่อการทดแทน 42.00 ล้านบาท เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล 0.775 ล้านบาท และงบประมาณอื่นๆ ที่อยู่ในระหว่างดำเนินการจัดสรรงบประมาณ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ผลการจัดสรรงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2548

รายการค่าบริการทางการแพทย์	งบประมาณ (ล้านบาท)	จัดสรรแล้ว (ล้านบาท)	คิดเป็น (ร้อยละ)
1 ค่าเหมาจ่าย(OP+IP+PP)	30,530.792	8,219.640	26.92
2 บริการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	1,162.310	0.013	0.00
3 บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	4,675.560	-	-
4 บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	470.000	-	-
5 งบลงทุนเพื่อการทดแทน	3,609.600	42.000	1.16
6 งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	332.290	-	-
7 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	9.400	0.775	8.24
รวมงบประมาณ	40,789.952	8,262.428	20.26

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารการเงิน สปสช., 15 มกราคม 2548

หมายเหตุ ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2547

2. การบริหารงบลงทุนเพื่อการทดแทน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2547 ในการจัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนในวงเงิน 3,609.60 ล้านบาท โดยแยกเป็นรายการต่างๆ ดังนี้

- (1) งบลงทุนเพื่อการทดแทนของกระทรวงสาธารณสุข 3,075.30 ล้านบาท
- (2) งบลงทุนเพื่อการทดแทนของหน่วยบริการรัฐนอก สธ. 139.84 ล้านบาท
- (3) งบลงทุนภาคเอกชน 157.46 ล้านบาท
- (4) งบลงทุนเพื่อการทดแทนในบริการบริการตติยภูมิเฉพาะโรค 137 ล้านบาท
- (5) งบลงทุนเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในบริการตติยภูมิเฉพาะโรค 90 ล้านบาท

(6) งบลงทุนเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในบริการปฐมภูมิ 10 ล้านบาท

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนให้กับหน่วยงานต่างๆ ดังกล่าว ตามมติคณะกรรมการฯ โดยมีความคืบหน้าตามตาราง 2-3

ตาราง 2 ผลการบริหารจัดการงบลงทุน ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณ (1 ต.ค. – 31 ธ.ค. 47) มีผลการดำเนินงานดังนี้

หมวดเงิน	วงเงิน (ล้านบาท)	เบิกจ่าย แล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)
1) งบลงทุนฯ สำหรับหน่วย บริการกระทรวงสาธารณสุข	3,075.30		3,075.30*	3,075.30
2) งบลงทุนฯ สำหรับหน่วย บริการนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	139.84		-	139.84
3) งบลงทุนฯ สำหรับหน่วย บริการสังกัดเอกชน	157.46		-	157.46
4) งบลงทุนฯ สำหรับหน่วย บริการระดับตติยภูมิ	137.00		137.00	137.00
5) งบเพื่อพัฒนากุศลกรฯ ใน หน่วยบริการระดับตติยภูมิ	90.00		40.00	90.00
6) งบเพื่อพัฒนากุศลกรฯ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ	10.00		10.00	10.00
รวม	3,609.60	-	3,262.30	3,609.60
ร้อยละ	100.00	-	90.38	100.00

แหล่งข้อมูล : กลุ่มงานบริหารกองทุน สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สปสช., 18 มกราคม 2548

หมายเหตุ: *ช่วงอยู่ระหว่างดำเนินการหมายถึง อยู่ระหว่างการทำข้อตกลงการจ้างงาน(TOR) เพื่อก่อนหน้านี้ผูกพันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ก่อนการจัดสรรเงิน

ตาราง 3 ผลการจัดสรรงบบริหารจัดการงบประมาณหมวดอื่นๆ

หมวดเงิน	วงเงิน (ล้านบาท)	เบิกจ่ายแล้ว	คงเหลือ
งบบริหารจัดการ ปี 2548	174.00	82.00	92,000,000
ร้อยละ	100	47.13	52.87

แหล่งข้อมูล : กลุ่มงานบริหารกองทุน สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สปสช., 18 มกราคม 2548

3. การบริหารงบประมาณสำหรับบริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ปีงบประมาณ 2548

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอัตรา 10 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิมาตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 อย่างไรก็ตามเนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานการ

จัดบริการยังขาดความพร้อม ทำให้งบประมาณสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุไปหน่วยบริการในแต่ละปีใช้ไม่หมด (ในปีงบประมาณ 2546 และ 2548 จึงมีการจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้จำนวน 4 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิเพื่อใช้จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ) แม้ว่าจะได้มีการกั้นงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อใช้ในการลงทุนและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานแล้ว

เพื่อให้มีการเร่งรัดขยายโครงสร้างพื้นฐานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2547 จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมให้บริการเป็นหน่วยช่วยเหลือเบื้องต้น (first responder) โดยมอบให้ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขรับไปดำเนินงาน โดยกำหนดกรอบการบริหารงบประมาณทั้งหมดจำนวน 573 ล้านบาท (รวมจากที่เหลืจ่ายในปีงบประมาณ 2546 และ 2547) ดังนี้

- ค่าบริการการส่งผู้ป่วย = 299 ล้านบาท
- บริหารและพัฒนาระบบ = 274 ล้านบาท
 - 1) National Dispatch Center 147.05 ล้านบาท
 - 2) สำนักพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข 22 ล้านบาท
 - 3) เครือข่ายควบคุมพิษ 6.950 ล้านบาท
 - 4) อุปกรณ์กู้ชีพดับปล 15 ล้านบาท
 - 5) พัฒนาบุคลากร 83 ล้านบาท

บทที่ 2

ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ

1. ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2547 พบว่าประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพรวม 59.83 ล้านคน (ร้อยละ 95.42) แยกเป็น ผู้มีสิทธิหลักประกันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 47.07 ล้านคน (ร้อยละ 75.07) สิทธิประกันสังคม 8.32 ล้านคน (ร้อยละ 13.26) สิทธิสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 4.28 ล้านคน (ร้อยละ 6.82) เป็นต้น ปัจจุบันยังคงมีประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ 2.87 ล้านคน (ร้อยละ 4.58) และปัญหาความซ้ำซ้อนกับสิทธิของกองทุนอื่นยังคงมีอยู่ในระดับร้อยละ 0.12 (ตาราง 4)

ตาราง 4 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทสิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ 2547		ปีงบประมาณ 2548	
	ก.ย.47		ธ.ค.47	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
รวมมีหลักประกันสุขภาพ	59,770,365	95.48	59,832,675	95.42
· สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47,099,766	75.24	47,074,746	75.07
· สิทธิประกันสังคม	8,237,686	13.16	8,315,906	13.26
· สิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	4,266,661	6.82	4,275,444	6.82
· สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการ	102,253	0.16	102,059	0.16
· สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการการเมือง	67	0.00	69	0.00
· สิทธิคนไทยในต่างแดน	63,269	0.10	63,791	0.10
· สิทธิข้าราชการการเมือง	663	0.00	660	0.00
· ไม่มีหลักประกันสุขภาพ(รอตรวจสอบสิทธิ)	2,830,302	4.52	2,871,428	4.58
จำนวนประชาชนชาวไทยทั้งหมด	62,600,667	100.00	62,704,103	100.00
ร้อยละความซ้ำซ้อนสิทธิ	53,617	0.11	58,574	0.12

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช., ณ 15 มกราคม 2548 วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและแผน

ข้อมูลจากการขึ้นทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 47.07 ล้านคน แยกเป็นขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการสังกัดต่างๆ ได้แก่ สังกัดหน่วยบริการภาครัฐสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข 43.06 ล้านคน (ร้อยละ 91.5) สังกัดหน่วยบริการภาคเอกชน 1.96 ล้านคน (ร้อยละ 4.4) และหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2.05 (ร้อยละ 4.2) (ตาราง 5 และแผนภูมิ 1)

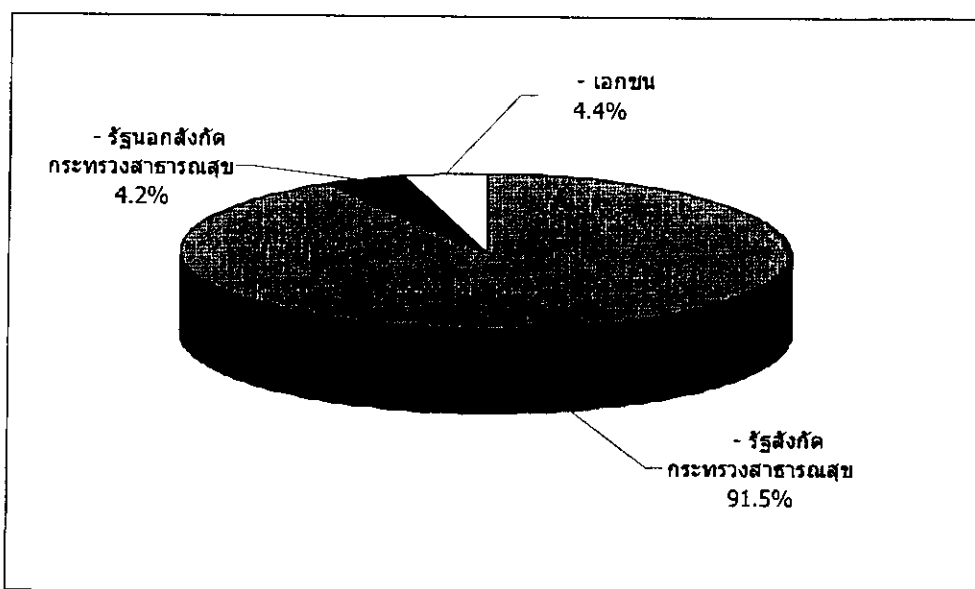
ตาราง 5 ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแยกตามสังกัดของหน่วยบริการ

สังกัดหน่วยบริการ	ก.ย.47	ธ.ค.47
- รัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	43,027,403	43,063,064
- รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1,930,199	1,958,151
- เอกชน	2,142,164	2,053,531
รวม	47,099,766	47,074,746

แหล่งข้อมูล สำนักงานบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช. ณ มกราคม 2548

วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและแผน , 8 กุมภาพันธ์ 2548

แผนภูมิ 1 สัดส่วนการขึ้นทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548



2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อมูล ณ วันที่ 15 มกราคม 2548 มีหน่วยบริการคู่สัญญาร่วมให้บริการทั้งสิ้น 1,104 แห่ง แยกเป็นหน่วยบริการสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 827 แห่ง (ร้อยละ 74.91) หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 112 แห่ง (ร้อยละ 10.14) และหน่วยบริการสังกัดเอกชน จำนวน 165 แห่ง (ร้อยละ 14.95) (ตาราง 6) สำหรับข้อมูลการใช้บริการ.....?

ตาราง 6 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทหน่วยบริการ	ปีงบประมาณ 2546		ปีงบประมาณ 2547		ปีงบประมาณ 2548	
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	822	83.79	818	74.70	824	74.64
- คลินิกชุมชนอบอุ่น(สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)	-	-	3	0.27	3	0.27
โรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข	71	7.24	72	6.58	72	6.52
- คลินิกชุมชนอบอุ่น(รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)	-	-	40	3.65	40	3.62
โรงพยาบาลเอกชน	88	8.97	73	20.86	65	5.89
- คลินิกชุมชนอบอุ่น(เอกชน)	-	-	89	8.13	100	9.06
รวมทั้งหมด	981	100.00	1,095	100.00	1,104	100.00

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารสถานสารสนเทศการประกัน สปสช., 15 มกราคม 2548

หมายเหตุ : นับจำนวนหน่วยบริการตามประเภทคู่สัญญาโรงพยาบาลและคลินิกชุมชนอบอุ่น

บทที่ 3

สถานการณ์คุณภาพบริการและการส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ

1. สถานการณ์คุณภาพบริการ

1.1 ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ได้จัดทำโครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) โดยสอบถามประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ มีประชาชนที่ตกเป็นตัวอย่างจำนวน 5,800 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 23-29 ธันวาคม 2547 ที่ผ่านมา โดยผลการสำรวจมีสาระสำคัญสรุป ดังนี้

1. ความสะดวกในการเลือกใช้บริการสถานพยาบาล ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.1 ของผู้ที่เคยใช้บริการ ระบุว่ามีความสะดวกขึ้นเมื่อรัฐขยายให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนอีกร้อยละ 24.9 ระบุว่ายังไม่สะดวก

2. คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.9 ของผู้ที่เคยใช้บริการ ระบุว่า คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพดีขึ้นหลังจากมีโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนอีกร้อยละ 24.1 ระบุว่าเหมือนเดิม และมีร้อยละ 1.0 เห็นว่าแย่ลง

3. มาตรฐานการรักษาพยาบาล ประชาชน ร้อยละ 45.9 ของผู้ที่เคยใช้บริการเห็นว่ายังไม่ได้มาตรฐานเดียวกับสวัสดิการประเภทอื่น ๆ เช่น สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ส่วนผู้ที่เห็นว่ามีความมาตรฐานเดียวกัน ร้อยละ 34.1 และผู้ที่ระบุว่าไม่แน่ใจ มีร้อยละ 20.0

4. ความพึงพอใจต่อการรักษาและบริการของสถานพยาบาลโดยรวม ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 ของผู้ที่เคยใช้บริการ ระบุว่ามีความพึงพอใจ และร้อยละ 14.8 ไม่พึงพอใจ

5. ค่าใช้จ่ายรายหัวต่อปีที่รัฐจ่ายให้โรงพยาบาล สถานพยาบาลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการฯ ประชาชน ร้อยละ 54.0 ของผู้ที่เคยใช้บริการ เห็นด้วยกับโรงพยาบาล/ สถานพยาบาลที่ระบุว่าค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ/น้อยเกินไป ส่วนผู้ที่ไม่เห็นด้วย มีร้อยละ 18.0 และไม่แน่ใจ ร้อยละ 28.0

6. ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนร้อยละ 65.4 เข้าใจว่าเป็นบัตรที่ใช้รักษาได้ทุกโรค และร้อยละ 34.6 เข้าใจว่ารักษาไม่ได้ทุกโรค

7. การขยายความคุ้มครองให้สามารถใช้จ่ายด้านไวรัสเฮปไอวีรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.4 ระบุว่าควรคุ้มครอง ร้อยละ 5.7 ระบุว่าไม่ควรคุ้มครอง อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนอีกร้อยละ 14.9 ที่ระบุว่าไม่แน่ใจ

8. การปรับปรุงสวัสดิการทางด้านสุขภาพ ประชาชนร้อยละ 55.1 เห็นว่ารัฐควรจัดให้มีกองทุนประกัน

สุขภาพเพียงกองทุนเดียว โดยรวมกองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ร้อยละ 23.4 เห็นว่าไม่ควร และยังมีผู้ที่ระบุว่ามีแนวโน้มถึงร้อยละ 21.5

9. ความสำเร็จของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรอบปี 2547 ประชาชนเห็นว่าประสบความสำเร็จในระดับมาก และปานกลางในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 45.0 และ ร้อยละ 48.0 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ระบุว่าประสบผลสำเร็จน้อย และไม่ประสบผลสำเร็จ มีเพียงร้อยละ 5.3 และร้อยละ 1.7

10. การปรับปรุงโครงการ ฯ มีประชาชน ร้อยละ 52.1 เห็นว่าควรมีปรับปรุง โดยให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ สถานพยาบาลควรมีมาตรฐานการรักษายาที่สูงกว่าเดิม ร้อยละ 30.2 คุณภาพของยาควรมีมาตรฐานเดียวกัน ร้อยละ 19.2 ควรรักษาได้ทุกโรครวมทั้งอุบัติเหตุ ร้อยละ 7.0 และควรได้รับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ ร้อยละ 7.0

1.2 สถานการณ์เรื่องร้องเรียน

สปสข.ได้ดำเนินการให้บริการตอบคำถามและรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน ทางสายด่วน 1330 จดหมายจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และการมาติดต่อด้วยตนเอง สามารถให้บริการตอบคำถาม-รับเรื่องร้องเรียนในรอบ 3 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2548 จำนวนทั้งสิ้น 190,948 เรื่อง แยกเป็น การบริการเกี่ยวกับบัตรทอง 184,552 เรื่อง (ร้อยละ 96.65) เรื่องร้องเรียน 7,862 เรื่อง (ร้อยละ 4.26) และเรื่องบริการ 3,984 (ร้อยละ 2.16) ตามลำดับ (ตาราง 7)

ตาราง 7 จำนวนการให้บริการสอบถามข้อมูลและรับเรื่องร้องเรียน ปีงบประมาณ 2548

ประเภท	จำนวน(เรื่อง)	ร้อยละ
1.เรื่องบริการเกี่ยวกับบัตรทอง	184,552	96.65
1.1 สอบถามทั่วไป	172,706	93.58
1.1.1 ประชาชน	169,094	97.91
-การทำบัตรทอง	154,630	91.45
-สิทธิประโยชน์	6,282	3.72
-วิธีการใช้สิทธิ	3,911	2.31
-อื่นๆ	4,271	2.53
1.1.2 หน่วยบริการ	3,612	2.09
1.2 เรื่องบริการ	3,984	2.16
1.3 เรื่องร้องเรียน	7,862	4.26
1.3.1 บัตรสนเท่ห์	11	0.14
1.3.2 สามารถดำเนินการต่อได้	7,851	99.86
1)การลงทะเบียนและออกบัตร	4,981	63.44
2)สิทธิไม่ตรงตามจริง	2,153	27.42
3)หาเตียง	168	2.14
4)มาตรา 57		
-หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	77	0.98

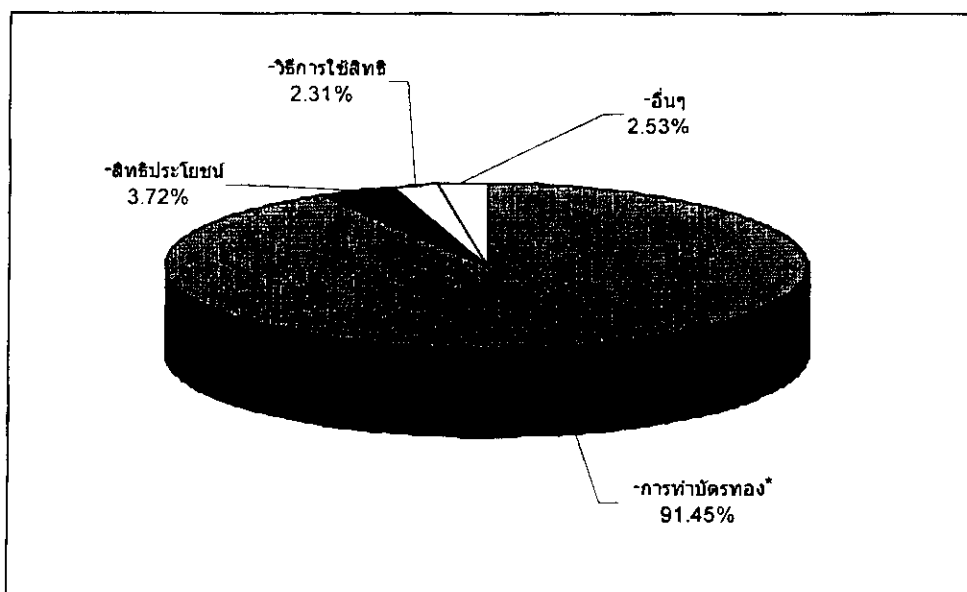
ประเภท	จำนวน(เรื่อง)	ร้อยละ
5)มาตรา 59		
-ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่ได้กำหนด	215	2.74
-การเรียกเก็บเงิน	113	1.44
-ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร	48	0.61
6)อื่นๆ	96	1.22
1.3.3 ดำเนินการแล้วเสร็จ	7,101	90.45
2.เรื่องบริการอื่นๆ	6,396	3.35
รวม	190,948	100.00

แหล่งข้อมูล สำนักบริการประชาชน สปสช., 10 มกราคม 2548

หมายเหตุ ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 20 ธันวาคม 2547

ช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 20 ธันวาคม 2547 ในปีงบประมาณ 2548 มีการให้บริการตอบคำถามจำนวน 172,706 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเกี่ยวข้องกับการสอบถามสถานที่ทำบัตรทอง วิธีการ/ขั้นตอนการลงทะเบียน การเปลี่ยนสิทธิ ตรวจสอบสิทธิ รวมถึงสอบถามที่ตั้งโทรศัพท์ วิธีการเลือกเครือข่ายหน่วยบริการต่างๆ เป็นต้น จำนวน 154,630 เรื่อง (ร้อยละ 89.53) รองลงมาเป็นการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การรับบริการสาธารณสุขของบัตรทอง จำนวน 6,282 เรื่อง (ร้อยละ 3.64) เป็นต้น (แผนภูมิ 2)

แผนภูมิ 2 สัดส่วนประเภทเรื่องสอบถามจากประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



แหล่งข้อมูล สำนักบริการประชาชน สปสช., 10 มกราคม 2548

หมายเหตุ ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 20 ธันวาคม 2547

*การทำบัตรทองเป็นคำถามที่เกี่ยวกับการสอบถามสถานที่ทำบัตรทอง วิธีการ/ขั้นตอนการลงทะเบียน การเปลี่ยนสิทธิ ตรวจสอบสิทธิ รวมถึงสอบถามที่ตั้ง โทรศัพท์ วิธีการเลือกเครือข่ายหน่วยบริการต่างๆ เป็นต้น

โดยคำถามส่วนใหญ่ที่ประชาชนสอบถาม ได้แก่

- ขอตรวจสอบสิทธิ
- เอกสาร/สถานที่ในการลงทะเบียนทำบัตร
- สอบถามเบอร์โทรศัพท์/ที่ตั้งของหน่วยบริการ
- สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป
- สิทธิประโยชน์ด้านพันธุกรรม
- สิทธิประโยชน์การเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ – เจ็บป่วยฉุกเฉิน
- สิทธิประโยชน์ด้านการฝากครรภ์ คลอดบุตร
- วิธีการไปใช้บริการกรณีอุบัติเหตุ
- สิทธิประโยชน์เรื่องการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาล
- อื่นๆ

สำหรับเรื่องร้องเรียน มีจำนวน 7,862 เรื่อง เป็นเรื่องร้องเรียนที่สามารถดำเนินการต่อได้ 7,851 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการลงทะเบียนและออกบัตร ร้อยละ 63.44 (4,981 เรื่อง) รองลงมาเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิไม่ตรงตามจริง ร้อยละ 27.42 (2,153 เรื่อง) ในจำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมดสามารถดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จจำนวน 7,101 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90.44 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการดำเนินการแก้ไขเรื่องร้องเรียน 7 วัน

หากแยกพิจารณาจัดกลุ่มการร้องเรียนตามมาตรา 57 มาตรา 58 มาตรา 59 แห่ง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พบว่าเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนดทั้งสิ้น 215 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 2.74 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด รองลงมาเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ หน่วยบริการเรียกเก็บเงิน หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร จำนวน 113 (1.44%), 77 (0.98%) และ 48 (0.61%) เรื่อง ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีบริการหาเตียงให้ผู้ป่วยกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯแล้วต้องย้ายเข้าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯเพื่อใช้สิทธิบัตรทอง จำนวน 168 ราย

1.3 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ปีงบประมาณ 2548

1.3.1 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการกรณีได้รับความเสียหายจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากผลการพิจารณาของอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2547 มีผู้ยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือ จำนวน 54 ราย โดยมีการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ จำนวน 35 ราย เป็นความเสียหายประเภทเสียชีวิต จำนวน 25 ราย ประเภทสูญเสียอวัยวะหรือพิการจำนวน 5 ราย ประเภท บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จำนวน 5 ราย รวมจำนวนเงินช่วยเหลือ 2,110,000 บาท และพิจารณาไม่จ่ายเงินช่วยเหลือฯ จำนวนทั้งสิ้น 16 ราย โดยผลการพิจารณาเนื่องด้วยไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับฯ ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 8 ราย การขึ้นเงิน 90 วัน จำนวน 4 ราย เป็นความเสียหายที่ได้รับเกิดก่อน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จะมีผลบังคับใช้ จำนวน 4 ราย

การพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้มีการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือสองเท่าและพิจารณาอุทธรณ์จำนวน 10 ราย ซึ่งมีผลการพิจารณา คือ พิจารณาจ่าย 2 เท่า จำนวน 3 ราย พิจารณาตั้งจ่ายเรื่องที่อุทธรณ์ 4 ราย และยกอุทธรณ์ 3 ราย

ตาราง 8 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.47)

รายการ	ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ จังหวัด		
	ราย	ร้อยละ	จ่ายเงินช่วยเหลือฯ
ผู้ยื่นคำร้อง	54	100.00	
จ่ายเงินช่วยเหลือฯ	35	64.81	2,110,000
- เสียชีวิต/ทุพพลภาพ	25	71.43	1,800,000
- สูญเสียอวัยวะ/พิการ	5	14.29	220,000
- บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	5	14.29	90,000
ไม่จ่ายเงินช่วยเหลือฯ	16	29.63	
- ขึ้นเกินกำหนด	4	25.00	-
- ความเสียหายเกิดก่อน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้	4	25.00	-
- ไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับฯ ¹	8	50.00	-
เสนอกรรมการควบคุมพิจารณาสองเท่า	3	5.56	
ผลการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข			
เสนอกรรมการควบคุมพิจารณาสองเท่าและการพิจารณาอุทธรณ์²	10		-
ผลการพิจารณาสั่งจ่ายสองเท่า	3		300,000
- เสียชีวิต/ทุพพลภาพ	1		160,000
- สูญเสียอวัยวะ/พิการ	1		100,000
- บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	1		40,000
ผลการพิจารณาสั่งจ่ายเรื่องอุทธรณ์	4		260,000
- เสียชีวิต/ทุพพลภาพ	4		260,000
- สูญเสียอวัยวะ/พิการ	-		-
- บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	-		-
ยกอุทธรณ์	3		
รวมทั้งสิ้น			2,670,000

แหล่งข้อมูล สำนักพัฒนาคุณภาพ สปสช., 15 มกราคม 2547

หมายเหตุ โอนเงินช่วยเหลือไปแล้วจำนวน 12 ราย เป็นเงิน 775,000 บาท นอกเหนือจากนั้นอยู่ระหว่างดำเนินการ

¹ ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2546

² เรื่องการพิจารณาอุทธรณ์ต่อเนื่องจากผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ จังหวัด

1.3.2 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการกรณีได้รับความเสียหายจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปีงบประมาณ 2548 ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ได้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจำนวน 9 ราย ซึ่งจากการพิจารณาของคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องและการพิจารณาอุทธรณ์ ไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2546 จำนวน 4 ราย และเข้าหลักเกณฑ์จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ทั้งสิ้น 5 ราย จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปแล้วรวมเป็นเงินจำนวน 38,000 บาท ซึ่งทั้งหมดเป็นความเสียหายประเภทบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับฯ ข้อ 4(3) สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้บริการจากการให้บริการทางการแพทย์

2. การส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพแก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อการยกระดับคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน มีผลการดำเนินงานในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2548 ดังนี้

2.1 การส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

โครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ (PCUในฝัน) เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2547 ซึ่งได้รับสมัครหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกประเภท ทั้งของรัฐ และเอกชน โดยมีหน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 1,451 แห่ง ที่ทำการประเมินตนเอง และจัดทำโครงการพัฒนาที่ต้องการขอรับการสนับสนุน และมีคณะทำงานวิชาการคัดเลือก โดยพิจารณาจากเอกสาร ตามเกณฑ์ คือ ความตั้งใจ ศักยภาพ วิสัยทัศน์ กรอบของแนวคิดอุดมการณ์ของการจัดบริการปฐมภูมิและความเป็นไปได้ของโครงการ ผลการคัดเลือกมีหน่วยบริการ 564 แห่ง (ร้อยละ 38.9) ได้รับการคัดเลือก ดังนี้ คือภาคเหนือ 129 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 192 แห่ง ภาคกลาง 181 แห่ง ภาคใต้ 57 แห่ง และกรุงเทพฯ 5 แห่ง

หน่วยบริการที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ จะมีการทำข้อตกลงเพื่อการสนับสนุนงบประมาณโดยเฉลี่ย 70,000 บาทต่อแห่ง (30,000 – 100,000 บาท) และมีการสนับสนุนทางวิชาการคือ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับภาค 4 ภาค เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ ที่เลี้ยงระดับจังหวัด ที่เลี้ยงภายนอก และผู้จัดการโครงการ ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปบทเรียน การพัฒนาและจัดระบบบริการปฐมภูมิของพื้นที่

2.2 โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสข)

สปสข.ร่วมมือกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระดับมาตรฐานสถานอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญในส่วนภูมิภาค ผลการดำเนินการในไตรมาสที่ 1 คือ การคัดเลือกสถานอนามัยเป้าหมาย จำนวน 800 แห่ง จาก 75 จังหวัด โดยเลือกจังหวัดละ 1 คู่สัญญา จำนวนละ 8-15 สถานีอนามัย โดยมีกิจกรรมหลัก 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 ด้านการบริการ (การจัดบริการสุขภาพในชุมชน การจัดบริการ

ในสถานพยาบาลเน้นการบริการแบบผสมผสาน การให้บริการอย่างต่อเนื่อง การให้บริการโดยแพทย์) หมวดที่ 2 ด้านบริหาร และ หมวดที่ 3 ด้านวิชาการ เพื่อนำสู่การพัฒนาสถานอนามัยสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนคุณภาพต้นแบบ

2.3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guideline: HSPG)

ตามความตกลงระหว่าง สปสช. กับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขในระยะยาว ซึ่งเป็นงานต่อเนื่องจากปี 2547 มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นที่ยอมรับจากวงการวิชาการสาธารณสุข และตั้งสำนักงานโครงการขึ้น ผลการดำเนินการในไตรมาสที่ 1 คือ การจัดลำดับความสำคัญของภาวะหรือโรค เพื่อช่วยในการคัดเลือกหัวข้อที่ต้องมีแนวทางเวชปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่มีการรวบรวมวิเคราะห์ และจัดเรียงลำดับ (ตาราง 9) จำนวน 100 ภาวะ/โรค โดยพิจารณาจากเกณฑ์ คือ

1. ปริมาณความต้องการบริการสูง (high volume) ได้จากการนำค่า Disability adjusted life years (DALYs) หรือปีสุขภาวะ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม ในการศึกษาภาระโรค คือ จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร และจำนวนปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ
2. ค่าใช้จ่ายสูง (high cost)
3. ความเสี่ยงสูง (high risk)
4. โรคที่ป้องกันได้ (preventable)
5. การบริการมีความหลากหลายสูง (high variation)

ตาราง 9 ผลการจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ ตัวอย่าง 10 อันดับแรก

ลำดับ	Disease / condition
1	HIV/AIDS
2	COPD (emphysema)
3	Stroke
4	Lower respiratory tract infections
5	Schizophrenia
6	Traffic accident
7	Other infectious disease / septicemia
8	Nephritis & nephrosis & renal failure
9	Cataracts
10	Asthma

บทที่ 4

การคุ้มครองสิทธิและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

1. นโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชน

ในปีงบประมาณ 2548 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบวิสัยทัศน์ คือ “ประชาชนทุกคนเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพ” และยุทธศาสตร์ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชนตามที่คณะอนุกรรมการฯ เสนอ ใน 4 ด้าน ได้แก่

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจในกรอบแนวคิดระบบหลักประกันสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างพลังเข้มแข็งให้กับประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายในการจัดการระบบสุขภาพตนเอง
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารระบบหลักประกันสุขภาพและกระบวนการร้องเรียน

ในช่วงไตรมาสที่ 1 คณะอนุกรรมการฯ ได้จัดการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการสนับสนุนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในระยะยาว ในวันที่ 13-14 พฤศจิกายน 2547 โดยมีการระดมความเห็นเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการสนับสนุนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชนทั้ง 4 ด้านที่สามารถปฏิบัติได้ทางปฏิบัติระยะยาว ทั้งนี้ได้มีการเน้นถึงการปรับกระบวนการทัศน์ในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ตรงกันทุกฝ่ายเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และแผนปฏิบัติการดังกล่าวจะเป็นกรอบในการจัดทำแผนงานและงบประมาณในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2548 - 2450

2. กิจกรรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชน

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ระดับการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้และร่วมตรวจสอบ มีการสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชนต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

2.1 เครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพและการดำเนินการขยายผลความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ

มีการแบ่งการดำเนินงานในภูมิภาคออกเป็น 8 ภูมิภาค โดยเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนที่เข้าร่วมในการส่งเสริมระบบหลักประกันสุขภาพเป็นกลุ่มที่ได้มีการรวมตัวกันในพื้นที่ต่างๆ เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เครือข่าย

ผู้สูงอายุ เครือข่ายผู้พิการ เครือข่ายเกษตรกรรม เครือข่ายเศรษฐกิจชุมชน กลุ่มออมสวัสดิการออมทรัพย์ เป็นต้น รวมถึงเครือข่ายต่างๆ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ในไตรมาสที่ 1 ได้มีการอบรมวิทยากรจำนวน 3 รุ่นๆ ละประมาณ 50 คน ซึ่งหากรวมกับที่ได้มีการอบรมไปแล้วในปีงบประมาณ 2547 จำนวน 22 รุ่นคิดเป็นจำนวนผู้เข้าอบรมทั้งสิ้นประมาณ 1,100 คน ซึ่งหลังจากอบรมได้มีกระบวนการในการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จนผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่สามารถไปถ่ายทอดความรู้ต่อระดับบุคคล และสามารถเป็นวิทยากรได้บางส่วน รวมทั้งมีข้อเสนอให้จัดทำทีมบุคคลภายนอกติดตามประเมินผลหลังการอบรม และเห็นควรมีการจัดกิจกรรมอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ปรับทัศนคติของอนุกรรมการระดับจังหวัดเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินการภารกิจของอนุกรรมการได้สำเร็จลุล่วงได้ดียิ่งขึ้น

2.2 กลุ่มอาชีพต่างๆ

ปัจจุบันกลุ่มอาชีพต่างๆ ที่ได้มีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ เครือข่ายผู้ให้บริการรถรับจ้าง แท็กซี่ สามล้อ และสี่ล้อเล็ก และเครือข่ายศิลปินตลก ซึ่งสามารถสรุปการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทั้ง 2 กลุ่มได้ ดังนี้

1) **เครือข่ายผู้ให้บริการรถรับจ้าง** ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เป็นผู้มีสิทธิบัตรทอง การดำเนินงานกับเครือข่ายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับสมาชิกของเครือข่าย เพื่อให้สามารถเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้กับสมาชิกอื่นๆ และประชาชนโดยทั่วไปได้ รวมถึงเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมร่วมกันกับองค์กรของเครือข่ายผู้ให้บริการรถรับจ้างและสปสข. ในการส่งเสริมระบบหลักประกันสุขภาพ กิจกรรมในช่วงไตรมาสที่ 1 คือ การสนับสนุนการจัดทำสื่อสติกเกอร์ติดรถแท็กซี่ การจัดทำ “แบบสอบถามความคิดเห็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยให้สมาชิกเครือข่ายและผู้โดยสารเป็นตอบแบบสอบถามนอกจากนี้ยังได้จัดเตรียมการอบรมวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพของเครือข่ายผู้ให้บริการรถรับจ้าง ซึ่งจะดำเนินการอบรมในเดือนมีนาคม 2548

2) **เครือข่ายศิลปินตลก สปสข.** ได้มีการประชุมหารือกับผู้แทนของทีมงานตลกแต่ละกลุ่มเพื่อประสานความร่วมมือในการเป็นเครือข่ายประชาสัมพันธ์ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเตรียมจัดทำเป็นเทปละครตลกออกเผยแพร่ทางโทรทัศน์ และร่วมจัดเวทีแสดงตลกเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพในงานต่างๆ

2.3 กลุ่มผู้รับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

1) **เครือข่ายผู้รับบริการรักษาโรคหัวใจ** มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นอาสาสมัครเครือข่ายใจสายใยรักมาตั้งแต่ปลายปี 2546 และมีการประสานงานร่วมกิจกรรมกับ สปสข.มาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยบริการและอาสาสมัครเครือข่ายในวันที่ 8 ตุลาคม 2547 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนร่วมคิดหาแนวทางดำเนินการเครือข่ายที่เหมาะสมต่อไป โดยการสร้างเครือข่ายโรคหัวใจในแต่ละภูมิภาคจะต้องร่วมมือกับศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทางโรคหัวใจทั่วประเทศ จำนวน 22 แห่ง ซึ่งได้มีการขอความร่วมมือจากผู้แทนแต่ละสถาบันร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความเห็นในเรื่อง การร่วมเป็นเครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะต่อไป นอกจากนี้ได้จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ในวงกว้าง โดยได้รับความร่วมมือจากคุณไพโรจน์ สวรริบุตร ซึ่งเป็นผู้รับบริการโรคหัวใจในระบบหลักประกันสุขภาพจัดทำเป็นวีซีดีสารคดีเรื่องการป่วยและการรักษาโรคหัวใจเพื่อเผยแพร่ต่อไป

2) **เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง** โดยภาพรวมการดำเนินงานกิจกรรมของเครือข่ายก่อนข้างมีความเข้มแข็ง เนื่องจากมีหลายกลุ่มที่ได้มีการรวมกลุ่มกันดำเนินงานกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาและป้องกันโรคมะเร็ง การเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีองค์กรเข้าร่วมกับเครือข่ายจำนวน 22 กลุ่ม ในแต่ละเดือนจะมีการประชุมเครือข่าย เพื่อรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานกิจกรรมของเครือข่าย และได้มีข้อสรุปจากเครือข่ายในการจัดทำเอกสารเครือข่ายเพื่อนมะเร็ง โดยฉบับแรกจะเผยแพร่ในเดือนมกราคม 2548 รวมทั้งได้จัดให้มีการอบรมอาสาสมัครเพื่อดูแลผู้ป่วยในสังคม รุ่นที่ 1 ในวันที่ 6-7 พฤศจิกายน 2547 นอกจากนี้เครือข่ายเพื่อนมะเร็งยังได้หารือกันเพื่อการก่อตั้งชมรมดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือชมรมฮอสปิซ (Hospice) และการร่วมจัดงานวันต่อต้านโรคมะเร็ง ในวันที่ 10 ธันวาคม 2547 ซึ่งแต่ละองค์กรได้นำเสนอกิจกรรมขององค์กรในงานด้วย

2.4 กลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งประกอบด้วยเครือข่ายกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1) **เครือข่ายผู้สูงอายุ** โดยภาพรวมการดำเนินงานกับเครือข่ายผู้สูงอายุมีความตื่นตัวและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ให้สามารถดูแลสุขภาพและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในหลักประกันสุขภาพในไตรมาสที่ 1 นี้ได้มีการประสานกับสหพันธ์ผู้สูงอายุกรุงเทพฯ และเครือข่ายผู้สูงอายุในปริมณฑล 16 ชมรม การเข้าร่วมการฝึกอบรมวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพเครือข่ายผู้สูงอายุ เพื่อการขยายผลความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ต่อไป ซึ่งสหพันธ์ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครได้จัดเวทีขยายผลสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพในพื้นที่เขตพระนครเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2547 โดยจะขยายผลในเขตอื่นๆ ในกรุงเทพฯ และภูมิภาคต่อไป

2) **เครือข่ายคนพิการ** มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

- การสัมมนาการสร้างเสริมสุขภาพคนหูหนวก 4 ภาค โดยสปสช.ได้สนับสนุนเอกสารข้อมูล และวิทยากรซึ่งทำให้ทราบปัญหาความต้องการเกี่ยวกับการใช้บริการของคนหูหนวกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบต่อไป

- การประชุมสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพให้แก่แกนนำเครือข่ายคนตาบอด โดยสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย ซึ่งได้ข้อเสนอให้มีการจัดทำเทปบันทึกเสียงเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพเพื่อเผยแพร่ให้แก่สมาชิก และการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนตาบอด เมื่อวันที่ 3-4 พฤศจิกายน 2547 โดยได้พิจารณาถึงการสร้างเครือข่ายและกลไกการประสานงานของคนตาบอดอย่างกว้างขวาง ตลอดจนให้มีการวิจัยการดูแลสร้างเสริมสุขภาพระหว่างหน่วยบริการและคนตาบอดเป็นโครงการนำร่องต่อไป นอกจากนี้ได้มีการประสานงานกับคณะกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายคนตาบอดเพื่อการดำเนินงานร่วมกันในระยะต่อไป

- การสนับสนุนให้มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพคนพิการ ร่วมกับสมาคมคนพิการ จ.นนทบุรี เพื่อเป็นศูนย์กลางเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ และประสานการรับเรื่องร้องเรียนและแก้ปัญหาเกี่ยวกับการรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพของคนพิการ ซึ่งทำให้ได้รับทราบข้อมูลความต้องการและปัญหาของคนพิการจากการรับบริการเพื่อการปรับปรุงพัฒนาต่อไป

3) เครือข่ายเด็กและเยาวชน

ภายหลังจากที่ได้มีการประสานกับเครือข่ายเด็กและเยาวชนในช่วงเดือนกันยายน 2547 ได้จัดให้มีการฝึกอบรมวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพเครือข่ายเด็กและเยาวชน และประชุมร่วมกับองค์กรด้านเด็กและเยาวชนเพื่อการดำเนินกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจในหลักประกันสุขภาพร่วมกันต่อไป จำนวนประมาณ 0 องค์กร

2.5 เครือข่ายวิทยุชุมชน

เพื่อให้เกิดช่องทางการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการ แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับชุมชนและท้องถิ่นผ่านสื่อภาคประชาชน โดยในช่วงไตรมาสที่ 1 นี้ได้จัดการอบรมวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพเพิ่มเติมให้แก่ผู้ประสานงานจุดปฏิบัติการวิทยุชุมชนภาคกลาง และภาคอื่นในบางพื้นที่ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมการอบรมในช่วงที่ผ่านมา นอกจากนี้ สหพันธ์วิทยุชุมชนแห่งชาติและเครือข่ายวิทยุชุมชน 7 ภูมิภาค รวมทั้งจุดปฏิบัติการวิทยุชุมชน 164 แห่งได้จัดทำโครงการที่จะดำเนินการกิจกรรมขยายผลในพื้นที่ต่อไป ซึ่งได้มีการประชุมและจัดทำสัญญาับจุดปฏิบัติการวิทยุชุมชนทั้ง 7 ภูมิภาคในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2547

2.6 ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นกลไกที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายประชาชน หน่วยบริการ องค์กรพัฒนาเอกชน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ต้นปี 2547 มีเครือข่ายและองค์กรชุมชนจำนวน 29 องค์กรที่ดำเนินงานศูนย์ประสานงานฯ ในปัจจุบัน โดยมีมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคเป็นที่ปรึกษา ในไตรมาสที่ 1 นี้กิจกรรมที่ได้ดำเนินการคือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และพัฒนาศักยภาพของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนทั้ง 29 ศูนย์ การวางแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ สำหรับกิจกรรมที่แต่ละศูนย์ได้ดำเนินการ เช่น การจัดประชุมเตรียมความพร้อมของทีมงานดำเนินการของศูนย์ และประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนต่างๆ รู้จักและมาใช้บริการที่ศูนย์ เริ่มมีการเผยแพร่ข้อมูล รับเรื่องราวร้องเรียน และเป็นตัวกลางในการช่วยแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยประสานกับหน่วยบริการและสำนักงานสาขา/ภูมิภาค และได้เชิญชวนให้คนในพื้นที่ที่ยังไม่มีบัตรทอง หรือมีสิทธิว่างไปลงทะเบียนตามสิทธิ และได้ร่วมจัดทำข้อเสนอการคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.7 เครือข่ายกองทุนชุมชนและท้องถิ่น

มีการประสานองค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการชุมชนได้เองในด้านต่างๆ รวมถึงสร้างความร่วมมือการดำเนินงานขององค์กรต่างๆ ในพื้นที่ทั้งองค์กรภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณาองค์กรภาคประชาชนที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ หรือมีความสนใจที่จะดำเนินการกองทุนสุขภาพชุมชนนำร่องในพื้นที่ของตน ตลอดจนกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกองทุนสุขภาพชุมชนนำร่องในเบื้องต้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือสนับสนุนการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ร่วมกับท้องถิ่นต่อไป จากการเริ่มดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน 2547 โดยการคัดเลือกองค์กรชุมชนที่พร้อมจะเข้าร่วมจำนวน 10 พื้นที่ เพื่อประสานความร่วมมือและดำเนินการรวบรวมข้อมูลมาพัฒนารูปแบบและจัดทำมาตรฐานกองทุนสุขภาพชุมชน และเป็นพื้นที่นำร่องในการ

ดำเนินงานสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกองทุนชุมชนกับท้องถิ่นในการสร้างหลักประกันสุขภาพต่อไป ผลการประเมินสถานการณ์หลังจากการเก็บข้อมูลองค์กรชุมชนดังกล่าวจำนวน 6 พื้นที่ทำให้ทราบว่า การร่วมมือกับชุมชนและท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีความเป็นไปได้ ซึ่งจะต้องเน้นความเป็นอิสระของชุมชนและท้องถิ่น ความเป็นธรรม โดยการเชื่อมประสานกันระหว่างรัฐและชุมชน/ท้องถิ่น แบ่งตามสิทธิและหน้าที่ของแต่ละฝ่าย ส่วนรูปแบบของความร่วมมือจะต้องมีความหลากหลายตามสภาพความพร้อมของชุมชน ท้องถิ่น เป็นความร่วมมือจากชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคีอื่นๆ และต้องสอดคล้องกับ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงต้องมีการบูรณาการกับโครงการอื่นๆที่ดำเนินการในพื้นที่เดียวกัน ในช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2547 มีการจัดทำข้อเสนอการดำเนินการของแต่ละพื้นที่ที่รวบรวมข้อมูลจากคณะทำงานศึกษาข้อมูลการดำเนินงานกองทุนสุขภาพชุมชน และได้มีการเตรียมพัฒนารูปแบบและหลักเกณฑ์ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นเพื่อดำเนินการในระยะต่อไป

2.8 ระบบข้อมูลเครือข่ายประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มีการหารือร่วมกับองค์กรต่างๆ ที่มีข้อมูลการประสานสนับสนุนองค์กรชุมชน เพื่อหาแนวทางในการจัดทำระบบฐานข้อมูลเครือข่ายภาคประชาชนที่ประสานเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ โดยช่วงแรกจะเป็นการประสานการสำรวจฐานข้อมูลองค์กรชุมชนของแต่ละองค์กรเครือข่ายก่อน เพื่อนำมาประกอบการออกแบบการจัดทำระบบฐานข้อมูลเครือข่ายภาคประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพต่อไป

2.9 การประเมินผลการมีส่วนร่วมของประชาชน

การประเมินผลการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ กำหนดกรอบและแนวทางการติดตามประเมินผลใน 2 ระดับคือ ระดับภาพรวมนโยบาย (กลไกทางการ) และระดับกิจกรรมย่อยต่างๆ ของเครือข่ายประชาชนที่ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพในปัจจุบัน โดยในไตรมาสที่ 1 นี้ ได้ประสานกับสำนักวิจัยและพัฒนา สถาบันพระปกเกล้า และคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำกรอบการประเมินผลดังกล่าวเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

2.10 การจัดเตรียมจัดงาน “หลอมรวมเครือข่าย...หลากหลายเพื่อหนึ่งเดียว : รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน”

มีการประสานและเตรียมการให้แต่ละเครือข่ายประชาชน หน่วยงานภาคีและหน่วยบริการร่วมจัดงานในส่วนต่างๆ ได้แก่ การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของแต่ละเครือข่าย การร่วมจัดนิทรรศการของเครือข่ายและหน่วยบริการ การร่วมแสดงศิลปวัฒนธรรมจากเครือข่าย รวมถึงการเตรียมงานในส่วนการประสานกับวิทยากร การบริหารจัดการทั่วไป และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การจัดงานซึ่งจัดระหว่างวันที่ 25-26 มกราคม 2548

3. งานด้านสารนิเทศประชาสัมพันธ์เพื่อการคุ้มครองสิทธิ

สปสช. มีการจัดทำโครงการ และงานสำคัญๆ เพื่อเป็นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน หน่วยบริการและผู้ให้บริการได้รับข่าวสารที่ทันเหตุการณ์ ดังนี้

4. โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิหน้าที่สู่ประชาชน

เพื่อให้ความรู้และข้อมูลสิทธิประโยชน์และหน้าที่กับผู้ถือบัตรทอง สปสช.จึงจัดทำโครงการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพสู่ประชาชน ได้แก่

- การผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ คู่มือบัตรทอง แผ่นพับ กำแพงข่าวบัตรทอง
- ผลิตสื่อวีซีดีเรื่องสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ละครสั้น 3 นาที ชุด “สามแยกสามสิบบาท”
- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อสิ่งพิมพ์ คอลัมน์ประจำ “สายตรงบัตรทอง” ในนิตยสารคู่สร้างคู่สม เป็นคอลัมน์ถาม-ตอบเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้ถือบัตรทอง โดยเผยแพร่ในนิตยสารคู่สร้างคู่สม คอลัมน์ประจำ “โฟกัสบัตรทอง” ในนิตยสารหมอชาวบ้าน
- ผลิตและเผยแพร่สารคดีทางสื่อโทรทัศน์ สารคดีคลินิกบัตรทอง รายการคลินิกบัตรทอง ออกอากาศทางโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7 ช่วงระหว่างเวลา 17.55 – 18.00
- สารคดีสั้น “สร้างชีวิตใหม่กับ 30 บาท” เป็นรายการสารคดีข่าวสั้น นำเสนอความก้าวหน้าของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีผลต่อประชาชนสาขาอาชีพต่างๆ และสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพออกอากาศทางโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7 ช่วงข่าวภาคค่ำ เวลา 20.00 น. (ก่อนรายการสะเทือนใจ) ทุกวันเสาร์-อาทิตย์
- ผลิตและเผยแพร่สารคดีสั้น และโฆษณาทางสื่อวิทยุ สปสช. ได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และความเคลื่อนไหวด้านหลักประกันสุขภาพผ่านรายการวิทยุจำนวน 10 รายการ คือ F.M. 89.5 MHz (Afternoon Bangkok), FM 90.0 MHz (ลูกทุ่งมหาชน), F.M. 90.5 MHz (วันสวย ฟ้าใส), F.M. 92.5 MHz (คลื่นสุขภาพ), F.M. 89.5 MHz, F.M. 100.5 MHz, F.M. 96.0 MHz (ร่วมด้วยช่วยกัน), AM. 819 KHz (คุยกับหมอ 30 บาท), A.M 1287 KHz (เสียงสวรรค์มุสลิม) และ FM. 91 MHz โดยนำเสนอในรูปแบบของสารคดีเชิงข่าว สารคดีสั้น และสปอตโฆษณา

5. โครงการข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์

โดย สปสช. ได้ดำเนินงานด้านการข่าวเพื่อการประชาสัมพันธ์ ทั้งในรูปแบบของการผลิตข่าวแจกเพื่อสื่อมวลชน การจัดแถลงข่าวและงานข่าวนอกสถานที่ โดยอยู่บนพื้นฐานการทำงานข่าวเชิงรุก และจัดให้มีกลไกการสื่อสารเพื่อตอบสนองต่อข่าวที่มีผลกระทบอย่างทันทั่วถึง กิจกรรมด้านข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ในช่วงที่ผ่านมา ข่าวสารจากสำนักสารนิเทศฯ ได้รับการเผยแพร่จำนวน 578 ครั้ง ทั้งในสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และทางอินเทอร์เน็ต

6. โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้ให้บริการโดยได้จัดทำเอกสารสิ่งพิมพ์ ดังนี้

- จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ “จุลสารก้าวใหม่” มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเคลื่อนไหวของระบบหลักประกันสุขภาพ สิทธิและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และเทคนิคการแพทย์
- สาร มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเคลื่อนไหว ข่าวสารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ให้บริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกระดับ
- จุลสารก้าวใหม่ฉบับพิเศษ “เจาะลึกมาตรา 41” มีเนื้อหาที่เน้นเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการกลไกและการดำเนินการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการสุขภาพ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรวิชาชีพสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- คู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งเน้นความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเอง โดยกลุ่มผู้ให้บริการสามารถถ่ายทอดไปสู่ประชาชนทั่วไป

7. เผยแพร่บทความผ่านสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ

- คอลัมน์ “ก้าวไปด้วยกัน” ในวารสารโรงพยาบาลชุมชน เป็นวารสารสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน
- คอลัมน์ “จับเข้าคุยกัน” ในวารสารหมออนามัย ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัย
- คอลัมน์ “ชีพร UC” ในวารสารคลินิก เป็นวารสารวิชาการทางการแพทย์ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรทางการแพทย์

8. การจัดทำวิทัศน์สำหรับผู้ให้บริการ ที่เกี่ยวข้องกับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Claim Center) เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจในหลักการและวิธีการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการขอรับเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ โดยผลิตเป็นวีซีดีต้นฉบับจำนวน 50 ชุดเพื่อใช้ในกิจกรรมการประชุมและการบรรยายของสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ

9. โครงการจัดทำระบบอัตลักษณ์องค์กร เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อกำหนดรูปแบบและวิธีการใช้สัญลักษณ์ต่างๆ ขององค์กรในสื่อที่ปรากฏต่อสายตาประเภทต่างๆ ทั้งในสื่อมวลชน ป้ายสัญลักษณ์ในและนอกอาคาร สื่อกลางแจ้ง สื่อสิ่งพิมพ์ เครื่องแบบพนักงาน ฯลฯ เพื่อสร้างภาพพจน์และมาตรฐานให้กับสัญลักษณ์ขององค์กรให้มีมาตรฐานเดียว กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการออกแบบและจัดวางระบบการใช้งาน

บทที่ 5

ก้าวต่อไปของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การจัดตั้งศูนย์บริการงานทะเบียนครอบครัว

ศูนย์บริการงานทะเบียนครอบครัว จะเป็นกลไกช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการลงทะเบียนขอมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเลือกหน่วยบริการ และบริการอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพได้มากขึ้น ปัจจุบันมีการจัดตั้งศูนย์บริการฯ ในแหล่งชุมชนต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้าบิ๊กซี 3 สาขา ได้แก่ ห้างสรรพสินค้าบิ๊กซีสาขาแฟชั่นไอซ์แลนด์ สาขาวงศ์สว่าง และสาขาหัวหมาก และสำนักงานเขต 17 แห่งของกรุงเทพมหานคร โดยมีแผนที่จะขยายไปทั่วพื้นที่ของกทม.ระยะต่อไป ศูนย์บริการฯ ในห้างสรรพสินค้าบิ๊กซีเปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 11.00 - 19.00 น. ขณะที่ศูนย์บริการฯ ที่สำนักงานเขตของกทม. จะเปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการ การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าประชาชนได้ขอลงทะเบียนสิทธิ การสอบถามข้อมูล และขอเปลี่ยนสถานพยาบาล ฯลฯ ประมาณ 10,000 คน และมีแนวโน้มว่าจะมีประชาชนมาใช้บริการที่ศูนย์บริการฯ มากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้แล้ว สปสช.ยังได้ร่วมเปิดให้ประชาชนลงทะเบียนขอบัตรทองได้ที่สถานีรถไฟฟ้ามหานคร ในโครงการจัดตั้งศูนย์บริการภาครัฐ (Government Center Service) ร่วมกับสถาบันส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี สำนักงาน ก.พ.ร.

2. การจัดโครงการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ “สามวัยห่างไกลโรค” พร้อมเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านไวรัสเอชไอวี และหาพื้นที่นำร่องล้างไตวายเรื้อรัง

โครงการ “สามวัยห่างไกลโรค” เป็นการประสานความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนประกันสุขภาพ ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง มีเป้าหมายคือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับประชาชนทั้งประเทศตามยุทธศาสตร์ “สร้างนำซ่อม” โดยในปีงบประมาณ 2548 จะเน้นในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็ก กลุ่มหนุ่มสาววัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ มีการจัดรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้และให้ความสำคัญกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จำเป็นในวันสำคัญต่างๆ ตลอดปี

2.1 กลุ่มเด็ก มีการตรวจคัดกรองโรคภัยร้ายตั้งแต่แรกเกิดเพื่อป้องกันโรคเอชไอวี ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การป้องกันโรคทางด้านพันธุกรรมโดยเน้นการเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ การสนับสนุนพัฒนาการของเด็ก การค้นหาการเจ็บป่วยและความพิการเบื้องต้น โดยการตรวจการได้ยิน การมองเห็นในกลุ่มเสี่ยง พร้อมๆ กับการขยายความครอบคลุมของบริการพื้นฐาน ได้แก่ การให้วัคซีน การจัดให้มีสมุดบันทึกการตรวจสุขภาพนักเรียน

2.2 กลุ่มหนุ่มสาววัยทำงาน เน้นการตรวจคัดกรองโรคมาเร็งปาล์มดลูกและมะเร็งเต้านม การให้คำปรึกษาด้านครอบครัว การวางแผนก่อนการแต่งงานเพื่อป้องกันเด็กที่จะเกิดมาไม่สมบูรณ์และไม่แข็งแรง การตรวจคัดกรองโรคเลือดธาลัสซีเมีย และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

2.3 กลุ่มผู้สูงอายุ การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง การใส่ฟันปลอมให้กับผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ จะมีการนำร่องการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ใน 3 พื้นที่ ได้แก่ อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการคัดเลือกพื้นที่เพื่อดำเนินการ คาดว่าภายในปี 2550 จะสามารถดำเนินการได้ทั่วประเทศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังมีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2548 ให้เพิ่มการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีกับผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุดสิทธิประโยชน์ในปีงบประมาณ 2549 ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาประมาณ 1 แสนราย

3. การปรับระบบการเงินสำหรับโครงการ 30 บาทให้มีความมั่นคงและยั่งยืนในระยะยาว โดยการใช้เงินจาก “ภาษีบาป”

เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดความยั่งยืนทางการเงิน สปสช. จึงเสนอให้มีการใช้เงินจากภาษีเหล้า บุหรี่ เพื่อใช้ในการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ได้มีการเสนอข้อเสนอดังกล่าวให้รัฐบาลพิจารณาและอยู่ระหว่างการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เหมาะสมและเป็นไปได้ต่อไป

4. โครงการสถานพยาบาลใกล้บ้านในพื้นที่ทั่วประเทศ 564 แห่ง

สปสช. จัดทำโครงการส่งเสริมคุณภาพสถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือ โครงการสถานพยาบาลปฐมภูมิในพื้นที่ (PCU ในพื้นที่) โดยคัดเลือกจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่สมัครเข้าร่วมเสนอโครงการ และพัฒนาหน่วยบริการให้เป็นไปตามที่คาดหวัง เพื่อเร่งพัฒนาคุณภาพบริการ ทั้งนี้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่สมัครเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 1,451 แห่ง คณะกรรมการได้พิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 564 แห่งจากทุกจังหวัดทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 38.9 โดยภาคเหนือมีอัตราการได้รับการคัดเลือกมากที่สุด ร้อยละ 42.7 (129 แห่ง) รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 39.8 (192 แห่ง) ภาคกลาง ร้อยละ 37.5 (186 แห่ง) และ ภาคใต้ ร้อยละ 33.3 (57 แห่ง) โดยจังหวัดที่มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าร่วมโครงการมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น 27 แห่ง รองลงมาคือ จังหวัด สระบุรี 24 แห่ง ชัยนาท 22 แห่ง และเชียงใหม่ 18 แห่ง และเมื่อแบ่งตามประเภทหน่วยบริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็น สถานีอนามัย ร้อยละ 79.4 (448 แห่ง) รองลงมา เป็น PCU ของโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 13.8 (78 แห่ง) PCU ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 3.5 (20 แห่ง) PCU ของโรงพยาบาลของรัฐอื่นๆ ร้อยละ 1.6 (9 แห่ง) และ PCU หน่วยบริการเอกชน ร้อยละ 1.6 (9 แห่ง)

โครงการนี้คาดว่าจะทำให้ประชาชนผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท เกิดความมั่นใจในหน่วยบริการใกล้บ้าน ลดปัญหาการใช้บริการข้ามขั้นตอน เมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็จะไปรักษาที่หน่วยบริการใกล้บ้านต่างๆ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการโดยไม่ต้องเดินทางไปแออัดรอคิวในโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากสามารถลดค่าใช้จ่ายของประชาชน นอกจากนี้ในภาพรวมเป็นการลดความแออัดของผู้รับบริการในสถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และส่งผลทำให้ประสิทธิภาพโดยรวมของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีขึ้นเรื่อยๆ.

บทที่ 6

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2548

ในปีงบประมาณ 2548 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรับปรุงหลักเกณฑ์การบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สามารถสะท้อนผลการให้บริการของหน่วยบริการต่างๆ ให้มากขึ้น ขณะเดียวกันก็คุ้มครองการเข้าถึงบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost services) สำหรับประชาชนผู้มีสิทธิ ทั้งนี้มีรายละเอียดวิธีการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. โครงสร้างงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2548

ตาราง 10 เปรียบเทียบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2546-2548

ประเภทบริการ	ปีงบประมาณ		
	2546	2547	2548
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	488.2	533.01
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	418.3	435.01
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	175	206	210
4. บริการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25	19.7	24.73
4.1 อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (ผู้ป่วยนอก)			0.74
4.2 อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินต่างกองทุนสาขา			14.37
4.3 ผู้มีสิทธิตามมาตรา 8			6.05
4.4 ทารกแรกเกิด (ต่างกองทุนสาขา)			3.57
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32	66.3	99.48
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	10	10	10
7. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.4	85	76.8
8. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร		10	7.07
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41		5	0.2
10. รวมงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาท/ประชากร)	1,202.4	1,308.5	1,396.3
11. รวมงบบริการรักษาพยาบาล (OP+IP) ที่กองทุนสาขาได้รับ (บาท/ประชากร)	877	906.50	968.02

หมายเหตุ รายการที่ 4, 5 และ 8 เป็นงบที่ตัดมาจากงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (รายการที่ 1 และ 2) เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของงบบริการรักษาพยาบาล รายการที่ 3 (งบ PP) จัดสรรตามจำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่

2. แนวทางการจัดสรรงบประมาณบริการรักษาพยาบาลให้กองทุนสาขา

งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวส่วนของบริการรักษาพยาบาล (บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน) จะจัดสรรให้แก่กองทุนสาขาตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร (age structure) ที่ลงทะเบียนกับกองทุนสาขานั้น เนื่องจากแต่ละกลุ่มอายุมีความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ กำหนดให้งบรักษาพยาบาลแต่ละกองทุนสาขาแตกต่างกันไม่เกิน $\pm 10\%$ (ยกเว้นกองทุนสาขาที่ดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ทหารเกณฑ์ นักศึกษา ฯลฯ ให้จัดสรรตามค่าที่คำนวณได้)

สำหรับพื้นที่ทุรกันดารจะจัดสรรให้อัตรา 7 บาทต่อประชากรหรือวงเงิน 329 ล้านบาท ทั้งนี้ใช้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในปีงบประมาณ 2547 เป็นเกณฑ์ในการจัดสรร³

ตาราง 11 น้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)						
	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 59	60 - 69
บริการผู้ป่วยนอก	0.639	0.380	0.378	0.241	0.670	1.679	3.541
บริการผู้ป่วยใน	0.535	0.370	0.439	0.565	0.841	1.892	3.724

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2546

3. การบริหารงบประมาณของกองทุนสาขา

สำนักงานสาขาจะบริหารงบประมาณการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในรูปแบบแยกงบประมาณบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (exclusive capitation) งบประมาณบริการผู้ป่วยนอกและงบประมาณบริการส่งเสริมป้องกัน จะจ่ายให้กับคู่สัญญาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (contracted unit for primary care-CUP) ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน งบประมาณบริการผู้ป่วยในจะบริหารที่กองทุนสาขาในรูปแบบ DRG with global budget โดยจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในเป็นรายงวด ทั้งนี้ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ “สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ” (สกส.) เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRG หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjusted relative weight-Adj.RW) รวม และแจ้งให้กองทุนสาขาทราบเพื่อใช้ในการบริหารต่อไป

หน่วยบริการคู่สัญญาภาคเอกชน สามารถเลือกที่จะรับการจัดสรรงบประมาณเหมาะสมจ่ายแบบรวมงบประมาณบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการส่งเสริมป้องกัน (inclusive capitation) หรือเหมาะสมจ่ายโดยไม่รวมงบประมาณบริการผู้ป่วยใน (exclusive capitation) ได้ตามความสมัครใจ

ในปีงบประมาณ 2548 จะไม่มีการการชดเชยหน่วยบริการต่างระดับที่มีต้นทุนการจัดบริการแตกต่างกัน (ด้วยการใช้น้ำหนัก 1.0, 1.4 และ 1.6) อีกต่อไป การจัดสรรงบประมาณบริการผู้ป่วยในของกองทุนสาขาจึงสามารถจัดสรรโดยใช้ข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์และวงเงิน (global budget) ที่มีอยู่ในวงเดิมนั้นๆ ได้ทันที

³ ในปีงบประมาณ 2547 กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณเป็นเบี้ยเลี้ยงเหมาะสมจ่าย ค่าตอบแทน บุคลากรสาธารณสุข และค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยบริการในพื้นที่ทุรกันดาร

4. การจ่ายเงินกรณีส่งต่อผู้ป่วย

4.1) การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการภายในกองทุนสาขา ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับปีงบประมาณ 2547 คือ คณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพจังหวัดสามารถกำหนดอัตราการจ่ายเงินตามความเหมาะสมได้

4.2) การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการต่างกองทุนสาขา

- กรณีผู้ป่วยนอก ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงแต่ไม่เกิน 700 บาทต่อครั้ง กรณีที่เป็นผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง (super-tertiary hospital) ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (รายชื่อหน่วยบริการความประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

- กรณีผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRG โดยให้ $1 \text{ Adj.RW} = 10,300$ บาท สำหรับหน่วยบริการทุกระดับ

- กรณีผู้ป่วยนอกให้หน่วยบริการตามจ่ายค่าใช้จ่ายผู้ป่วยส่งต่อเอง (กองทุนสาขาอาจกันเงินไว้เพื่อจ่ายแทนตามความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพจังหวัด) กรณีผู้ป่วยในให้กองทุนสาขาทำหน้าที่ตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยให้หักค่าใช้จ่ายดังกล่าวก่อนที่จะคำนวณจ่ายให้หน่วยบริการภายในกองทุนสาขาตามระบบ DRG with global budget

5. การจ่ายเงินกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

เนื่องจากประชาชนผู้มีสิทธิมีการเคลื่อนย้ายจากภูมิลำเนา ซึ่งเป็นที่ตั้งของหน่วยบริการที่เลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำในระยะเวลาสั้นๆ อยู่ตลอดเวลา และในช่วงเวลาดังกล่าวอาจเกิดการเจ็บป่วย (อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน-AE) ซึ่งไม่สามารถกลับมารับบริการที่หน่วยบริการหลักได้สะดวก จึงให้สามารถใช้บริการที่หน่วยบริการใดก็ได้ที่อยู่ใกล้ที่สุด กรณีที่เป็นการใช้บริการกับหน่วยบริการที่อยู่ในกองทุนสาขาเดียวกันให้เบิกจ่ายจากกองทุนสาขา ตามหลักเกณฑ์ที่คณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพจังหวัดกำหนด กรณีที่ใช้บริการกับหน่วยบริการต่างกองทุนสาขา ให้เบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ส่วนกลาง (เพื่อลดความไม่แน่ใจว่าหน่วยบริการประจำจะไม่ตามจ่าย) จากงบที่กันไว้ 24.73 บาทต่อประชากร โดยการเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยจะสามารถใช้บริการ (และหน่วยบริการมีสิทธิเบิกชดเชยค่าบริการ) ได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี

- กรณีผู้ป่วยนอก ให้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกองทุนสาขา คือ หน่วยบริการจะเบิกตามค่าใช้จ่ายจริงแต่มีเพดานสูงสุดไม่เกิน 700 บาทต่อครั้ง (fee-for-service with ceiling) ยกเว้นกรณีที่เป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิขั้นสูงให้เบิกตามค่าใช้จ่ายจริง (ไม่มีเพดานสูงสุด) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเปลี่ยนค่าที่เบิกดังกล่าวเป็นจำนวนเงินตามวงเงินที่ได้กันไว้ที่ส่วนกลาง

- กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบ DRG with global budget สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการทันทีเมื่อได้รับข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว โดยจ่ายให้ในอัตราคงที่จำนวนหนึ่ง ไม่ใช่เงินที่จะชดเชยทั้งหมด เงินส่วนที่เหลือจะจ่ายให้เมื่อครบงวด 3 เดือน (เพื่อเกลี้ยให้ผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละงวดได้รับค่าชดเชยใกล้เคียงกัน)

ในปีงบประมาณ 2548 ให้ทารกแรกเกิดที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเดิมเคยกำหนดให้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ส่วนกลางทุกราย ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเฉพาะรายที่มารดาเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่อยู่ต่างกองทุนสาขาเท่านั้น นอกนั้นให้ถือว่าเป็นผู้ป่วย

ลงทะเบียนใหม่ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการได้รับเงินจากเงินเหมาจ่ายรายหัวแทนการเบิกจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินจากส่วนกลาง ทั้งนี้การขอเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับทารกแรกคลอดทุกรายต้องมีข้อมูลเลขประจำตัว 13 หลักประกอบการขอเบิกด้วย สำหรับผู้มีสิทธิที่มาใช้บริการตามมาตรา 8 (ยังไม่ได้ลงทะเบียนและมาใช้บริการครั้งแรก) ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและให้หน่วยบริการมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ส่วนกลาง ในส่วนของงบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้จากการลงทะเบียนใหม่

6. การจ่ายเงินกรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

งบประมาณสำหรับการเงินจ่ายกรณีบริการค่าใช้จ่ายสูง (high cost care) จะแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

6.1 งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูง

หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยในที่มี DRG = > 4.0⁴ จะได้รับการจ่ายชดเชยตรงจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจ่ายเงินจะจ่ายตามระบบ DRG with global budget โดยค่า 1 Adj.RW ที่ใช้ในการคำนวณวงเงิน global budget เท่ากับ 10,300 บาท

6.2 งบประมาณสำหรับบริการค่าใช้จ่ายสูงเฉพาะบางรายการ (งบบริการค่าใช้จ่ายสูง 9 รายการเดิม)

รายการที่เป็นบริการรักษาผู้ป่วยในทั้งราย (treatment for specific diseases) ประกอบด้วย การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา (cancer with chemo and radio therapy) การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองด้วยการผ่าตัด (head injury with craniotomy) และผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัด (open heart surgery) จะจ่ายเงินตามระบบ DRG with global budget โดยค่า 1 Adj.RW ที่ใช้ในการคำนวณวงเงิน global budget เท่ากับ 10,300 บาท

รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของบริการรักษาผู้ป่วย (specific services or treatments) ประกอบด้วย การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งกรณีผู้ป่วยนอก การให้ยาการรักษาติดเชื้อราในสมอง (Cryptococcus Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV (ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) และการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (peritoneal and hemodialysis for acute renal failure) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกินราคาที่ สปสช. กำหนด และไม่เกินวงเงินที่ได้กันไว้บริหารที่ส่วนกลาง ทั้งนี้การเบิกค่าชดเชยดังกล่าวจะเป็นเบิกส่วนเพิ่ม (additional payment) ของการรักษาผู้ป่วยที่ยังสามารถเบิกจากกองทุนสาขาได้ตามระบบปกติ รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (instruments) ให้เรียกเก็บตามจริง สปสช. จะจ่ายตามจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนด ทั้งนี้ขึ้นกับวงเงินที่ได้กันไว้เพื่อจ่ายชดเชย

ทั้ง 6.1 และ 6.2 หน่วยบริการประจำหรือประชาชนผู้มีสิทธิไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนต่างที่เกิดขึ้น (ถ้ามี) ยกเว้นแต่จะมีการขอให้มีการให้บริการเกินสิทธิประโยชน์ โดยอัตราการจ่ายคำนวณมาจากค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการขอเบิกจากกองทุนในปีที่ผ่านมา ปรึบด้วย cost/charge ratio ซึ่งคาดว่าจะใกล้เคียงกับต้นทุนที่จัดบริการ ดังนั้นหากจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการไม่เกินจำนวนที่คาดประมาณไว้ ผู้ป่วยทุกรายน่าจะได้รับการชดเชยในอัตราที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม กรณีที่มีการให้บริการผู้ป่วยเกินจำนวนที่คาดประมาณไว้ (ซึ่งใช้เป็นฐานในการกันเงินไว้บริหารที่กองทุนส่วนกลาง) เพื่อป้องกันการปฏิเสธการให้บริการผู้ป่วย เบื้องต้นจึงกำหนดให้จ่ายจากวงเงินที่ได้กัน

⁴ ในปีงบประมาณ 2547 กำหนดให้เบิกบริการค่าใช้จ่ายสูงที่กองทุนส่วนกลางได้สำหรับผู้ป่วยในที่มี DRG = >3.0 และเป็นการเบิกแบบ DRG with global budget

ไว้บริหารที่ส่วนกลาง และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอเรื่องขอรับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากรัฐบาล เพื่อให้การบริการผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายในอัตราที่เหมาะสมต่อไป

7. การบริหารงบประมาณบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบบริการส่งเสริมป้องกัน)

งบสำหรับบริการส่งเสริมป้องกัน 210 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ 47 ล้านคนหรือคิดเป็นเงิน 9,870 ล้านบาท นั้น เป็นงบประมาณที่คำนวณบนพื้นฐานการจัดบริการให้กับประชาชนคนไทยทุกคน (63.4 ล้านคน⁵) ไม่ใช่สำหรับจัดบริการเฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น การจัดสรรงบให้กองทุนสาขา จึงต้องจัดสรรให้ตามจำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่นั้น หรือ จัดสรรให้ในอัตรา 155.68 บาทต่อประชากรในพื้นที่นั้น (ตาราง 3)

งบบริการส่งเสริมป้องกันนี้ ส่วนหนึ่งจะกันไว้บริหารที่ส่วนกลางด้วยเหตุผลหลายประการ

- 1) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุต่างๆ เนื่องจากการจัดซื้อรวมที่ส่วนกลางจะทำให้ได้ราคาต่อหน่วยที่ถูกลง
- 2) เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดหลายมาตรฐานในการดำเนินงาน เช่น กรณีสมุดบันทึกสุขภาพของกลุ่มประชากรเป้าหมายเฉพาะต่างๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการและพื้นที่ต่างๆ
- 3) เพื่อคุ้มครองการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่เป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ/หรือ มีหน่วยบริการที่สามารถให้บริการได้จำนวนจำกัด หากจัดสรรแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ อาจทำให้หน่วยบริการไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการได้ กรณีดังกล่าวได้แก่ การตรวจวินิจฉัยเพื่อคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย การตรวจ TSH (Thyroid Stimulating Hormone) และการให้บริการยาฝังคุมกำเนิด

⁵ ข้อมูลประชากรกลางปี 2547 ของกระทรวงมหาดไทย

ตาราง 12 ประเภทบริการและงบที่จะกันไว้บริหารที่ส่วนกลางประกอบด้วย

	วัตถุประสงค์	งบ (ล้านบาท)	วิธีบริหารจัดการ
วัคซีนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	(1)	655.9 (10.35 บาทต่อประชากร)	กรมควบคุมโรคจัดซื้อที่ส่วนกลางและจัดส่งให้หน่วยบริการผ่านสำนักควบคุมโรคเขต (สคร.) มีรายงานการเบิกจ่ายและการใช้วัคซีนเป็นข้อมูลสำหรับการควบคุมกำกับ
สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	(1) (2)	7.38 (0.12 บาทต่อประชากร)	กรมอนามัยจัดพิมพ์และจัดส่งให้หน่วยบริการต่างๆ ผ่านสำนักงานสาขา มีรายการการจัดส่ง
บันทึกการตรวจสุขภาพนักเรียน	(1) (2)	4.02 (0.06 บาทต่อประชากร)	กรมอนามัยจัดพิมพ์และจัดส่งให้โรงเรียนต่างๆ ผ่านสำนักงานสาขา
ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก	(1) (3)	20.54 (0.32 บาทต่อประชากร)	กรมอนามัยจัดซื้อและจัดส่งให้หน่วยบริการผ่านสำนักงานสาขา มีระบบรายงานและรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ยาฝังคุมกำเนิด	(1) (3)	26 (0.41 บาทต่อประชากร)	กรมอนามัยจัดซื้อและจัดส่งให้หน่วยบริการในจังหวัดเป้าหมายประมาณ 24 จังหวัด
การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย	(1) (3)	49.64 (0.78 บาทต่อประชากร)	กรมอนามัยจัดซื้ออุปกรณ์และน้ำยาที่ใช้ในการตรวจและจัดส่งให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจค่าบริการจัดให้ตามปริมาณงาน
การตรวจหาระดับ TSH	(1) (3)	81.5 (1.29 บาทต่อประชากร)	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จัดซื้อน้ำยาคัดกรองและตรวจยืนยัน การผลิตสารมาตรฐาน และจัดส่งให้ศูนย์วิจัยฯ
รวม		844.98 (13.33 บาทต่อประชากร)	สปสข. ทำข้อตกลงกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบเพื่อบริหารงบแต่ละรายการ โดยมีระบบข้อมูลรายงานความคืบหน้าเพื่อแจ้งคณะกรรมการทราบเป็นระยะๆ

บริการส่งเสริมป้องกันนี้ แยกเป็น 2 ประเภท คือ

1. บริการที่จัดในหน่วยบริการ (facility based services) ได้รับจัดสรรงบคิดเป็น 118.36 บาทต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่นั้น หักส่วนที่จะหักไว้บริหารที่ส่วนกลาง (ตามตารางที่ 3) 13.33 บาทต่อประชากรทั้งหมด จะเหลือเท่ากับ 105.03 บาทต่อประชากรทั้งหมด

2. บริการที่จัดในชุมชน (community based services) ได้รับจัดสรรงบคิดเป็น 37.32 บาทต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่นั้น

การจัดสรรงบส่งเสริมป้องกันให้กับหน่วยบริการจะดำเนินการดังนี้

1. งบบริการส่งเสริมป้องกันในชุมชน สำหรับประชากรทั้งหมด (37.32 บาท) จัดสรรให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก โดยแบ่งประชากรและพื้นที่รับผิดชอบตามความเหมาะสม ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพจังหวัดอาจพิจารณาจัดสรรประชากรและพื้นที่รับผิดชอบให้กับหน่วยบริการอื่น (หน่วยบริการรัฐนอกสังกัด สร. และเอกชน) ได้ตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงศักยภาพในการดำเนินงานของหน่วยบริการนั้นๆ ด้วย

2. งบบริการส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาล สำหรับประชากรผู้มีสิทธิ (105.03 บาท) จัดสรรให้หน่วยบริการตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิที่เลือกลงทะเบียน

3. งบบริการส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาล สำหรับประชากรอื่นๆ (105.03 บาท) พิจารณาจัดสรรให้หน่วยบริการตามปริมาณการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

.....