



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

เลขที่ 200 หมู่ 4 อาคารจตุรมิน อินเทอร์เน็ตชั้นแนล ชั้น 27-28 ถ.แจ้งวัฒนะ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร. 0-2831-4000 โทรสาร 0-2831-4004

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
รับที่ 5784 คส 2
วันที่ 26 ส.ค. 2548
เวลาที่ 14.38.4

26 สิงหาคม 2548
เวลา 14.38.4

ที่ สปสช.05/ 10905

26 สิงหาคม 2548

เรื่อง ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. 47 - 30 มิ.ย. 48)

เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

จัดเข้าวาระ 30 ส.ค. 2548

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร 0505/2945 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2546

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. บทสรุปสำหรับผู้บริหารการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. 47 - 30 มิ.ย. 48) จำนวน 20 ชุด

2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

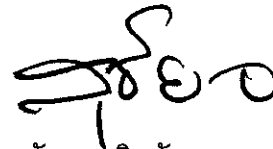
ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. 47 - 30 มิ.ย. 48) จำนวน 20 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้กระทรวง ทบวง กรม
ที่รับผิดชอบนโยบายที่สำคัญหรือที่เป็นเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล ให้รายงานความก้าวหน้าของการ
ดำเนินงาน เพื่อคณะรัฐมนตรีทราบเป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สรุปผลการดำเนินงานการ
สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. 47 - 30 มิ.ย. 48) ภายใต้
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1-2

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุชัย เจริญรัตนกุล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส.ม.ค. 16/16
ได้นำเสนอดังกล่าว

เมื่อวันที่ 30 ส.ค. 2548 ลงมติว่า

รับทราบ

สำนักนโยบายและแผน

โทร. 0 2831 4000 ต่อ 8310

โทรสาร. 0 2831 4004

จัดอยู่ในระบบเอกสารเพื่อติดต่อ
ที่เสนอคณะรัฐมนตรีได้โดยตรง
(นางโสมศรี สารสุทธิ)
รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47 – 30 มิ.ย.48)

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ ณ เดือนมิถุนายน 2548 พบว่า ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 60.16 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 95.89 (จากประชากรทั้งประเทศ 62.81 ล้านคน) โดยมีประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ใดๆ 2.58 ล้านคน ปัญหาความซ้ำซ้อนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากการดำเนินงานประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม ทำเนียบรัฐบาล กรมบัญชีกลาง และสำนักบริหารการทะเบียน ทำให้สามารถลดปัญหาความซ้ำซ้อนเกี่ยวกับสิทธิของกองทุนหลักประกันสุขภาพอื่น ทำให้ร้อยละของสิทธิซ้ำซ้อนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลดลงจากตอนต้นปีงบประมาณ (ร้อยละ 0.172) เหลือเพียงร้อยละ 0.047 เท่านั้น

การใช้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2548 จากข้อมูล รายงาน 0110 รง.5 ของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.0110 รง.5 ของสปสช. ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 – 30 มิถุนายน 2548 นั้น พบว่า มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 83.72 ล้านครั้ง บริการผู้ป่วยในจำนวน 3.24 ล้านราย จำนวนวันนอนผู้ป่วยในเท่ากับ 12.91 ล้านวัน โดยมีอัตราการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1.78 ครั้ง/คน/ปี และอัตราการนอนโรงพยาบาล (admission rate) เท่ากับ 0.07 ครั้ง/คน/ปี โดยมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 3.21

ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นการดำเนินงานเชิงรุกจากการต่อยอดโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ไปอีกขั้นหนึ่ง ภายใต้สโลแกนที่ว่า “30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค” โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญ คือ กลุ่มเด็ก สตรี วัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้พิการ เพื่อจัดบริการให้กับประชาชนคนไทยทุกคน ไม่ใช่เฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ซึ่งการบริการดังกล่าว ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้ที่หน่วยบริการทั้งรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรูปแบบการบริการเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย อาทิ ส่วนราชการต่างๆ องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน รวมถึงการให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ประชาชนอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง พร้อมทั้งการคำนึงถึงคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม โดยจากข้อมูล รายงาน 0110 รง.5 และ สปสช.0110 รง.5 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547-มิถุนายน 2548 นั้น พบว่า ประชาชนได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก อายุ 35 ปีขึ้นไป 0.94 ล้านคน การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 3.76 ล้านคน การบริการส่งเสริมด้านทันตกรรม 3.17 ล้านครั้ง การวางแผนครอบครัว 3.93 ล้านครั้ง และการเยี่ยมบ้าน 2.62 ล้านครอบครัว

การส่งเสริมและกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น สปสช.ได้เร่งดำเนินงานเพื่อให้หน่วยบริการต่างๆ มีคุณภาพเป็นที่ไว้วางใจและได้รับการยอมรับจากประชาชน โดยในปีงบประมาณ 2548 มีโครงการและงานสำคัญ อาทิ โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เพื่อพัฒนาระดับมาตรฐานสถานอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนมาตรฐาน โครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ (PCU ในฝัน) เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาด้านอย่างต่อเนื่อง โครงการพัฒนาข้อเสนอแนะกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อจัดทำข้อเสนอทิศทางการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นแผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โครงการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมิน

คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โครงการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โครงการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงการควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ศูนย์มะเร็ง ศูนย์โรคหัวใจ และศูนย์อุบัติเหตุ โดยมีการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนา ระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการช่วยเหลือทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการบรรเทาความเดือดร้อนจากการรักษาพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากข้อมูลเดือนตุลาคม 2546- 30 มิถุนายน 2548 นั้น พบว่า

- การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ภายใต้มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีผู้รับบริการยื่นคำร้อง 247 ราย คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพระดับจังหวัดได้พิจารณาให้จ่ายเงินช่วยเหลือฯ 194 ราย นอกจากนั้น คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้พิจารณาเห็นชอบเรื่องที่ขออุทธรณ์จำนวน 34 ราย และเห็นชอบจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นสองเท่าจำนวน 22 ราย รวมได้จ่ายเงินช่วยเหลือไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 13.34 ล้านบาท
- การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ มีผู้ยื่นคำร้อง 66 ราย ได้พิจารณาให้จ่ายเงินช่วยเหลือผู้ให้บริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายไปแล้ว 48 ราย เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 1.385 ล้านบาท

สถานการณ์และทิศทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพนั้น พบว่า มีเครือข่ายต่างๆได้เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นกว่า 300 องค์กร/เครือข่าย เพื่อร่วมกันดำเนินการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่สมาชิกขององค์กร/เครือข่ายที่อยู่ในภูมิภาคต่างๆ ทั้งในเมืองและชนบททั่วประเทศ เพื่อสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องหลักประกันสุขภาพเจาะลึกถึงกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนั้น ในช่วงของปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมาและกำลังดำเนินการขณะนี้ สปสช.ได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่สำคัญๆ อาทิ

- การพัฒนากลไกการจ่ายเงิน โดยการศึกษาต้นทุนมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ทราบข้อมูลต้นทุนที่ควรจะเป็นเปรียบเทียบกับงบประมาณที่จะได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ 2549 ทำให้สามารถปรับรูปแบบและเป้าหมายการจัดบริการในปีต่อไปให้เหมาะสมสอดคล้องกับงบที่ได้รับจัดสรรมากขึ้น
- การพัฒนากลไกการจ่ายเงิน โดยการศึกษาอัตราราคากลางของบางกลุ่มโรค เพื่อใช้ในการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการต่อไป โดยจัดทำข้อเสนอเป็น 2 ส่วนหลัก คือ การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และกำหนดราคากลางสำหรับโรคหรือการรักษาที่ต้องใช้เทคนิค ABC (activity based costing)
- การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรณรงค์เพื่อการเข้าถึงบริการเฉพาะ เพื่อประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครทุกสิทธิจะได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะด้านที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่หรือของตามภาวะเสี่ยงของประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง การตั้งหน่วยปฐมภูมิสายสัมพันธ์ครอบครัว การพัฒนาคลินิกสุขภาพเด็กดีหน่วย PCU การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็ก เป็นต้น

**ผลการดำเนินงาน
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2548
(1 ต.ค.47-30 มิ.ย.48)**



เลขที่ 200 หมู่ 4 อาคารจัสมิน อินเทอร์เน็ตชั้นแนล ชั้น 17, 27-28
ถนนแจ้งวัฒนะ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120
โทรศัพท์ 0-2831-4000 โทรสาร 0-2831-4004
www.nhso.go.th

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ	1
1. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ	1
1.1 ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพ	1
1.2 ความเข้าช้อนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2
1.3 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ	3
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	4
2.1 การให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	4
2.2 การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	4
บทที่ 2 การพัฒนา คุณภาพคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ	6
1. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ	6
1.1 การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	6
1.2 การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ	7
2. การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ	8
2.1 การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ	8
2.2 การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพบริการ	10
บทที่ 3 การคุ้มครองสิทธิและการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12
1. การคุ้มครองสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12
1.1 การให้บริการสอบถามข้อมูล	12
1.2 การให้บริการรับเรื่องราวร้องทุกข์	13
1.3 กิจกรรมที่สำคัญเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	14
2. การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	15
2.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ	15
2.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	15
บทที่ 4 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17
1. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาชน	17
2. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	18
3. การส่งเสริมและการมีส่วนร่วมขององค์กรวิชาชีพ	19
บทที่ 5 การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	20
1. ผลการจัดสรรงบค่าบริการทางการแพทย์	20
2. การบริหารงบค่าบริการทางการแพทย์	21
2.1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์ กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	21
2.2 การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์	24
2.3 งบลงทุนเพื่อการทดแทน	26

สารบัญ

หน้า

บทที่ 6 ผลงานเด่น	27
1. การพัฒนากลไกการจ่ายเงิน	27
1.1 การศึกษาดัชนีทุนมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	27
1.2 การพัฒนากลไกการจ่ายเงินอัตรากลางกลุ่มโรค	27
2. การดำเนินงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System-EMS)	29
3. ระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	31
3.1 โครงการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่ดำเนินเสร็จสิ้น	32
3.2 โครงการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่อยู่ดำเนินงาน	32
4. การพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545	34
5. การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)	35
5.1 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ	35
5.2 การดำเนินงานศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน	35

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ผลการขึ้นทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2548 (ต.ค.47-มิ.ย.48)	1
ตาราง 2 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3
ตาราง 3 การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47-30 มิ.ย.48)	4
ตาราง 4 การใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47-30 มิ.ย.48)	4
ตาราง 5 ผลการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2548	6
ตาราง 6 ผลการดำเนินงานด้านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแยกรายสังกัด เปรียบเทียบเดือนกันยายน 2547 เทียบกับเดือนมีนาคม 2548	7
ตาราง 7 จำนวนกลุ่มโรคที่มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG)	9
ตาราง 8 การให้บริการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47 ถึง 20 มิ.ย.48)	12
ตาราง 9 การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47 ถึง 20 มิ.ย.48)	13
ตาราง 10 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการ รักษาพยาบาล	15
ตาราง 11 ผลการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548 (ต.ค.47-มิ.ย.48)	16
ตาราง 12 การจัดสรรงบบริการทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47-30 มิ.ย.48)	20
ตาราง 13 รายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (ต.ค.47-พ.ค.48)	21
ตาราง 14 รายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ต.ค.47-พค.48)	22
ตาราง 15 รายงานการจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกรณีผู้ป่วยใน (ต.ค.47-พ.ค.48)	22
ตาราง 16 รายงานการจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ต่างสำนักงานสาขา ผู้ป่วยใน (ต.ค.47-พค.48)	23
ตาราง 17 รายงานการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (ต.ค.47-มิ.ค.48)	23
ตาราง 18 รายงานการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โครงการแก้วตาดวงใจ (ต.ค.47-มิ.ค.48)	24
ตาราง 19 การจัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนปีงบประมาณ 2548	26

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ 1 ผลการขึ้นทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เปรียบเทียบเป้าหมายปีงบประมาณ 2548 (ค.ค.47-มิ.ย.48)	2
แผนภูมิ 2 ร้อยละความซ้ำซ้อนของสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3
แผนภูมิ 3 โครงสร้างหลักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System-EMS)	29
แผนภูมิ 4 โครงสร้างงบดำเนินการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System-EMS) ปีงบประมาณ 2547-2548	30

บทที่ 1

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

1. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

1.1 ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพ

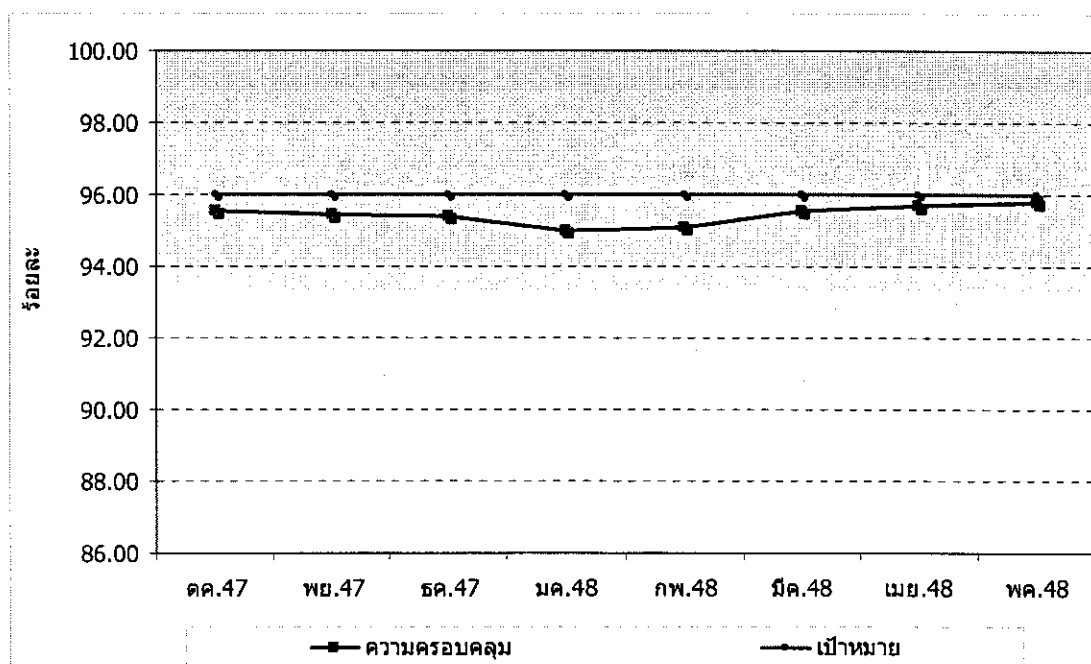
ในเดือนมิถุนายน 2548 พบว่า ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพรวมทั้งสิ้น 60.16 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเท่ากับร้อยละ 95.89 (จากประชากรทั้งประเทศ 62.81 ล้านคน) โดยปัจจุบันยังมีประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ 2.58 ล้านคน (ตาราง 1)

ตาราง 1 ผลการขึ้นทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2548
(ต.ค.47-มิ.ย.48)

ประเภทสิทธิ	ต.ค.47	พ.ย.47	ธ.ค.47	ม.ค.48	ก.พ.48	มี.ค.48	เม.ย.48	พ.ค.48	มิ.ย.48
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47,147,770	47,028,556	47,074,746	47,157,612	46,950,355	47,084,400	47,113,136	47,226,392	47,230,796
สิทธิประกันสังคม	8,377,702	8,398,083	8,418,034	8,070,600	8,158,215	8,365,615	8,449,362	8,464,866	8,532,617
สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ	4,309,370	4,282,106	4,275,444	4,320,179	4,227,107	4,217,495	4,200,682	4,192,765	4,179,213
สิทธิข้าราชการการเมือง/นักการเมือง	664	662	660	577	569	570	569	569	568
สิทธิคนไทยในต่างประเทศ	63,497	63,706	63,791	65,012	64,703	63,965	63,708	63,602	63,327
สิทธิทหารผ่านศึก	-	-	-	-	121,407	122,657	122,663	122,658	122,454
สิทธิครูเอกชน	-	-	-	-	95,615	95,592	95,538	95,496	95,397
ไม่มีสิทธิใดๆ	2,775,530	2,843,528	2,871,428	3,149,396	3,069,102	2,783,660	2,709,416	2,645,190	2,581,307
รวมประชากร	62,674,533	62,616,641	62,704,103	62,763,376	62,687,073	62,733,954	62,755,074	62,811,538	62,805,679
รวมผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ	59,835,506	59,709,407	59,768,884	59,548,968	59,553,268	59,886,329	59,981,950	60,102,746	60,161,045
%ความครอบคลุม	95.57	95.45	95.42	94.98	95.10	95.56	95.68	95.78	95.89
คนต่างด้าว	256,163	258,808	259,478	259,952	256,786	256,892	257,028	257,407	272,634
สิทธิเข้าซ้อน	0.172	0.158	0.124	0.128	0.064	0.057	0.040	0.053	0.047

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 ก.ค.48

**แผนภูมิ 1 ผลการขึ้นทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เปรียบเทียบเป้าหมายปีงบประมาณ 2548 (ต.ค.47-มิ.ย.48)**



แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 ก.ค.48

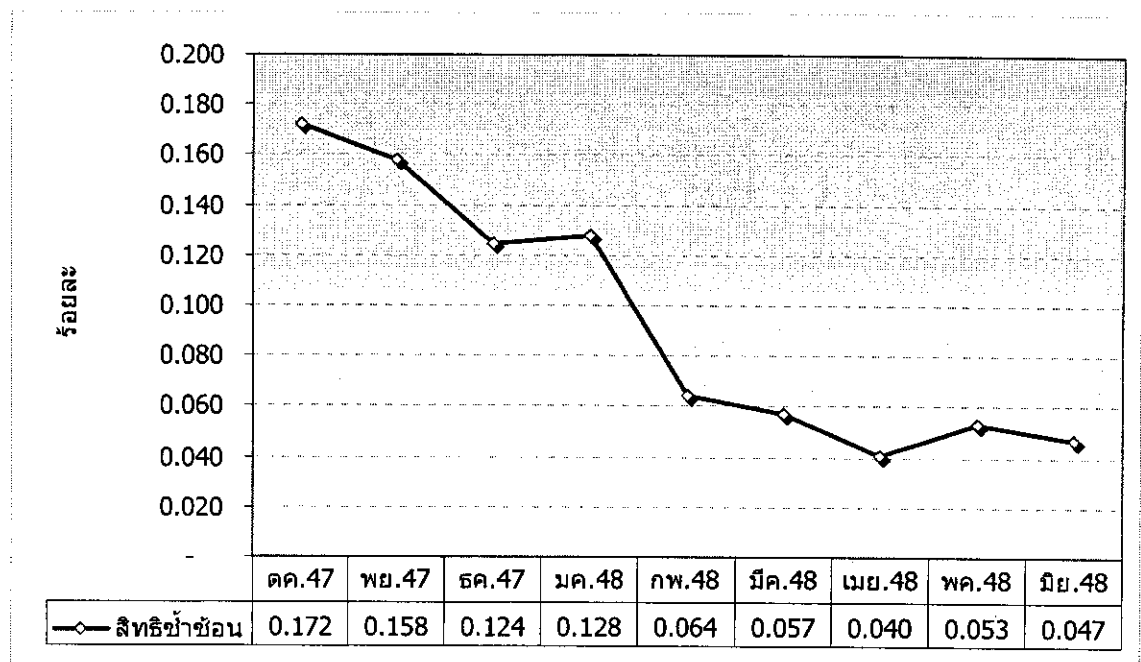
1.2 ความเข้าช้อนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัญหาความเข้าช้อนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากมีการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิประกันสังคม ได้ประสานกับสำนักงานประกันสังคมเพื่อปรับปรุงข้อมูลผู้มีสิทธิทุก 15 วัน ปรับเปลี่ยนระบบการเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบเดิมซึ่งใช้แผ่นซีดี เป็นการส่งผ่านระบบ FTP (file transfer protocol)
- ฐานข้อมูลข้าราชการพลเรือน พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐ มีการปรับปรุงฐานข้อมูลให้ครบถ้วนมากขึ้น โดยการประสานงานกับทำเนียบรัฐบาลและสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองเพื่อนำข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมาปรับปรุงฐานกลาง

ทั้งหมดทำให้สามารถลดปัญหาความเข้าช้อนเกี่ยวกับสิทธิของกองทุนหลักประกันสุขภาพอื่นได้เป็นอย่างดี ทำให้ร้อยละของสิทธิเข้าช้อนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลดลงจากตอนต้นปีงบประมาณ (ร้อยละ 0.172) เหลือเพียงร้อยละ 0.047 เท่านั้น (แผนภูมิ 2)

แผนภูมิ 2 ร้อยละความเข้าช้อนของสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 ก.ค.48

1.3 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ

หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีจำนวนหน่วยบริการทั้งสิ้น 1,107 แห่ง แยกเป็น หน่วยบริการที่เป็นประเภทคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 145 แห่ง และโรงพยาบาลจำนวน 962 แห่ง (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทหน่วยบริการ	ธ.ค.47 (แห่ง)	มี.ค.48 (แห่ง)	มิ.ย.48 (แห่ง)
โรงพยาบาล			
-สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	824	824	825
-รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	72	72	72
-สังกัดเอกชน	65	65	65
รวมจำนวนโรงพยาบาล	961	961	962
คลินิกชุมชนอบอุ่น			
-สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	3	3	3
-รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	40	40	40
-สังกัดเอกชน	100	99	102
รวมจำนวนคลินิก	143	142	145
รวมทั้งสิ้น	1,104	1,103	1,107

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 ก.ค.48

นอกจากนี้ ยังมีหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูงเฉพาะด้าน 3 ศูนย์กระจายในพื้นที่ทั้งประเทศเพื่อให้บริการรักษาพยาบาล คือ มีหน่วยบริการคู่สัญญาที่เป็นศูนย์โรคหัวใจ 21 แห่ง ศูนย์โรคเมะเร็ง 29 แห่ง และ ศูนย์อุบัติเหตุ 28 แห่ง

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.1 การให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

การให้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2548 จากข้อมูลรายงาน 0110 รง.5 ของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.0110 รง.5 ของสปสช. ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 – 30 มิถุนายน 2548 นั้น พบว่า มีการให้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 83.72 ล้านครั้ง บริการผู้ป่วยในจำนวน 3.24 ล้านราย จำนวนวันนอนผู้ป่วยในเท่ากับ 12.91 ล้านวัน โดยมีอัตราการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1.78 ครั้ง/คน/ปี และอัตราการนอนโรงพยาบาล (admission rate) เท่ากับ 0.07 ครั้ง/คน/ปี โดยมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 3.21 (ตาราง 3)

ตาราง 3 การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47-30 มิ.ย.48)

รายการ		จำนวน
จำนวนการรับบริการ	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	83,723,877
	ผู้ป่วยใน (ราย)	3,243,382
	วันนอนผู้ป่วยใน (วัน)	12,908,024
อัตราการให้บริการต่อประชากร	บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง/คน/ปี)	1.78
	บริการผู้ป่วยใน(ครั้ง/คน/ปี)	0.07
อัตราการส่งต่อ	อัตราการส่งต่อ (ร้อยละ)	3.21

หมายเหตุ เปรียบเทียบอัตราการให้บริการโดยใช้ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ มิ.ค.48 เท่ากับ 47,084,400 คน

ที่มาข้อมูล 1. รายงาน 0110 รง.5 กระทรวงสาธารณสุข ความครบถ้วนของข้อมูลของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่ากับร้อยละ 96.89 ได้ปรับให้เป็นร้อยละ 100
2. รายงาน สปสช.0110 รง.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความครบถ้วนของข้อมูลของหน่วยบริการรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชนเท่ากับร้อยละ 65.76 ได้ปรับให้เป็นร้อยละ 100

2.2 การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นบริการที่จัดให้กับประชาชนคนไทยทุกคน ไม่ใช่เฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น จากข้อมูลรายงาน 0110 รง.5 และ สปสช.0110 รง.5 พบว่า ประชาชนได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก อายุ 35 ปีขึ้นไป 0.94 ล้านคน การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 3.76 ล้านคน การบริการส่งเสริมด้านทันตกรรม 3.17 ล้านครั้ง การวางแผนครอบครัว 3.93 ล้านครั้ง และการเยี่ยมบ้าน 2.62 ล้านครอบครัว เป็นต้น (ตาราง 4)

ตาราง 4 การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47-30 มิ.ย.48)

รายการ		จำนวน
การตรวจมะเร็ง	การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (คน)	3,759,098
	การตรวจมะเร็งปากมดลูกสำหรับหญิงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (คน)	940,101
การวางแผนครอบครัว	การวางแผนครอบครัว (ครั้ง)	3,927,472
	การเยี่ยมบ้าน (ครอบครัว)	2,622,010

รายการ		จำนวน
ทันตกรรม	ทันตกรรมส่งเสริม (ครั้ง)	3,172,723
การได้รับวัคซีน	เด็กเล็ก DPT (ครั้ง)	1,578,863
	เด็กเล็ก BCG (ครั้ง)	401,350
	เด็กโต MMR (ครั้ง)	129,185
การตรวจสุขภาพ	เด็กเล็กตรวจสุขภาพ (คนใหม่ราย)	8,624,139
	เด็กโตตรวจสุขภาพ (คนใหม่ราย)	2,156,929
	ผู้ใหญ่ตรวจสุขภาพ (คนใหม่ราย)	4,887,811
ภาวะโภชนาการ	เด็กเล็ก - ขาด (คนใหม่ราย)	238,825
	- เกิน (คนใหม่ราย)	166,987
	เด็กโต - ขาด (คนใหม่ราย)	184,785
	- เกิน (คนใหม่ราย)	110,173
	ผู้ใหญ่ - ขาด (คนใหม่ราย)	188,107
	- เกิน (คนใหม่ราย)	447,257

- ที่มาข้อมูล 1. รายงาน 0110 รง.5 กระทรวงสาธารณสุข จากความครบถ้วนของข้อมูลของหน่วยบริการในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 96.89
2. รายงาน สปสช.0110 รง.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากความครบถ้วนของข้อมูลของ
หน่วยบริการรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน ร้อยละ 65.76

บทที่ 2

การพัฒนา ควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ

1. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ

1.1 การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เปรียบเทียบผลการประเมินโรงพยาบาลเมื่อ มี.ค. 48 กับ ก.ย.47 นั้น พบว่า โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA) อย่างครบถ้วน จำนวน 117 แห่ง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.00) ผ่านการรับรองว่ามีการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 40 แห่ง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 300.00) ผ่านการรับรองว่ามีระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล 565 แห่ง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.40) และมีโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล 250 แห่ง (ลดลงร้อยละ 24.70) โดยสรุปผลการดำเนินงานมีความก้าวหน้าที่ได้ชัดเจนคือ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ผ่านการรับรองว่ามีระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลแล้ว (บันไดขั้นที่ 1) และผ่านการรับรองขั้นที่ 2 (การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง) เพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา (ตาราง 5)

ตาราง 5 ผลการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2548

สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพ	ปีงบประมาณ 2547 ก.ย.47		ปีงบประมาณ 2548 มี.ค.48		เปลี่ยนแปลง เพิ่ม(ลด) ร้อยละ
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	
ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน)	100	10.28	117	12.04	17.00
ผ่านการรับรองขั้นที่ 2 (การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง)	10	1.03	40	4.12	300.00
ผ่านการรับรองขั้นที่ 1 (การจัดระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง)	531	54.57	565	58.13	6.40
อยู่ระหว่างการพัฒนาขั้นที่ 1	332	34.12	250	25.72	(24.70)
รวม	973	100	972	100	17.00

แหล่งข้อมูล สำนักพัฒนาคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 3 ก.ค. 48

ผลการดำเนินงานรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามสังกัดของโรงพยาบาล จะแสดงดังตารางที่ 6
ตาราง 6 ผลการดำเนินงานด้านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแยกรายสังกัด เปรียบเทียบเดือนกันยายน
 2547 เทียบกับเดือนมีนาคม 2548

สถานการณ์การพัฒนา คุณภาพ	สังกัด								
	กระทรวงสาธารณสุข			นอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข			เอกชน		
	ปี 47	ปี 48	เพิ่ม(ลด)	ปี 47	ปี 48	เพิ่ม(ลด)	ปี 47	ปี 48	เพิ่ม(ลด)
ผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล HA	85	85	-	14	22	36.36	1	10	90.00
ผ่านการรับรองขั้นที่ 2 (การ ประกันคุณภาพและพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง)	6	37	83.78	-	-	-	4	3 ¹	(33.33)
ผ่านการรับรองขั้นที่ 1 (การ จัดระบบเพื่อป้องกันความ เสี่ยง)	503	537	6.33	3	14	78.57	25	26	3.85
อยู่ระหว่างการพัฒนาขั้นที่ 1	219	165	(32.73)	67	42	(59.52)	34	41 ²	17.07
รวม	813	824		84	78		64	80	

แหล่งข้อมูล สำนักพัฒนาคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 3 ก.ค. 48

หมายเหตุ ¹ ลดลงเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ลาออกจากการเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกัน
 สุขภาพถ้วนหน้า

² เพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2 การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

การส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีคุณภาพนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการ
 ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

1) โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสข.)

สปสข. ได้สนับสนุนการพัฒนาโดยทำความเข้าใจความตกลงกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
 สาธารณสุข ในการพัฒนาระดับมาตรฐานสถานอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนมาตรฐานกระทรวง
 สาธารณสุข ปี 2547 - 2548 มีผลงานที่ดำเนินการเดือนมิถุนายน 2548 ดังนี้ คือ

การประเมินผลการใช้คู่มือตรวจประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน การประเมินผลการพัฒนา
 ทีมวิทยากรระดับจังหวัด (QRT) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน 800 แห่ง จำนวน
 800 คน การเสริมศักยภาพของ QRT จังหวัด ให้เป็นพี่เลี้ยงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 300 คน และ
 กำลังอยู่ระหว่างการขยายการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนอีกจำนวน 800 แห่ง และจะสรุปรายงานผลการประเมิน
 การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบต่อไป

2) โครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ (PCU ในฝัน)

เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีพี่เลี้ยง
 ระดับอำเภอและจังหวัดและนักวิชาการจากภายนอกเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนา เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ
 ผลลัพธ์บริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ โครงการนี้ได้ร่วมมือกับมือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการประเมินผลลัพธ์
 ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ PCU ในฝัน ทั้งนี้ได้คัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าร่วมโครงการ
 จำนวน 563 แห่ง มีการอบรมเตรียมความพร้อมให้กับพี่เลี้ยงระดับจังหวัด ร่วมกับคณะทำงานนักวิชาการ (ทีม
 พี่เลี้ยงภายนอก) และ สำนักงานสาขาในการเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการพัฒนา

3) โครงการพัฒนาข้อเสนอกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

โดยร่วมมือกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ในการดำเนินการพัฒนาข้อเสนอกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะเวลาดำเนินการ รวม 18 เดือน วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2548 ถึงวันที่ 12 สิงหาคม 2549 เพื่อจัดทำข้อเสนอทิศทางการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เครื่องมือและแนวทาง/คู่มือการพัฒนาและตรวจประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ข้อเสนอกลไก โครงสร้าง และการจัดตั้งองค์กรเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ บริการปฐมภูมิ

2. การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ

2.1 การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ

1) การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มีการออกตรวจเยี่ยมหน่วยบริการตามโครงการตรวจเยี่ยมศึกษาดูงานกลไกระบบคุณภาพและมาตรฐานระดับจังหวัดของคณะกรรมการควบคุมฯ จำนวน 3 ครั้งคือ

- จังหวัดกระบี่ ตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลอ่าวลึก ระหว่างวันที่ 17-18 กุมภาพันธ์ 2548
- จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลเวชประสิทธิ์ ศูนย์สุขภาพชุมชน วันที่ 19 -20 มีนาคม 2548 และ
- จังหวัดเชียงใหม่ตรวจเยี่ยม 4 หน่วยบริการคือ โรงพยาบาลรวมแพทย์ เชียงใหม่ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลช้างเผือก และโรงพยาบาลนครพิงค์

2) การควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป้าหมายการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการในปีงบประมาณ 2548 จำนวน 28 จังหวัด ปัจจุบันได้ตรวจเยี่ยมหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลระดับต่างๆ จำนวน 55 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 54 แห่งใน 14 จังหวัด คือ นนทบุรี สิงห์บุรี จันทบุรี ระยอง สมุทรสงคราม สมุทรสาคร หนองบัวลำภู สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา สระบุรี สกลนคร มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และตรัง

3) โครงการและกิจกรรมสำคัญ

- การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG) สปสช.ได้ร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข (สวรส.) ดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข มีกำหนดระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่มิถุนายน 2547 – ธันวาคม 2548 ผลการดำเนินการ ณ มิถุนายน 2548 มีดังนี้ คือ

- มีข้อมูลรายงานสรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของภาวะ/โรคที่มีความเสี่ยงสูง โรคที่มีปริมาณบริการสูง โรคที่มีความหลากหลายในการรักษาสูงและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง จำนวน 100 โรค
- ฐานข้อมูลแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย และได้มีการเผยแพร่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ 100 ภาวะโรค
- ขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข 20 ภาวะโรค จาก 100 ภาวะ/โรค เพื่อเผยแพร่และทดลองใช้ในพื้นที่ 180 วัน ดังนี้

รายชื่อ 20 ภาวะ/โรค (ตาราง 7) และต่อจากนั้นจึงประเมินผลการใช้
แนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข เพื่อสรุปรายงานผลต่อไป

ตาราง 7 จำนวนกลุ่มโรคที่มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG)

1. Anxiety	11. Heart failure
2. Asthma	12. Hyperlipidemia
3. Cataracts	13. Hypertension
4. COPD	14. Ischemic Stroke
5. Chronic Stable Angina	15. Peptic Ulcer
6. Community - Acquired pneumonia	16. Disease Schizophrenia
7. Depression	17. Sepsis
8. Diabetes Mellitus DM)	18. Tuberculosis (TB)
9. Diarrhea – Infectious	19. Contact Dermatitis
10. Epilepsy in Adults	20. Osteoporosis

แหล่งข้อมูล : สำนักพัฒนาคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , 8 ก.ค.48

- โครงการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เริ่มมีการแต่งตั้งผู้ตรวจเยี่ยมจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งในปี 2547 ผลการตรวจเยี่ยมค่อนข้างเป็นผลดี สปสข.จึงจัดให้มีการตรวจเยี่ยมต่อเนื่อง โดยกระจายพื้นที่การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการทั้งในภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์ในการตรวจเยี่ยม ดังนี้

- เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และความมั่นใจในการให้บริการแก่บุคลากร ผู้ให้บริการทุกระดับ
- เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการถ่ายทอดความรู้ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะ การจัดการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสนับสนุนอื่นๆที่จำเป็น

ในปีงบประมาณ 2548 สปสข. ได้แต่งตั้งคณะผู้ตรวจเยี่ยมคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง และได้จัดประชุมไปแล้ว 2 ครั้ง เพื่อกำหนดแบบตรวจประเมินคุณภาพ และแผนการตรวจเยี่ยมฯ ซึ่งมีกำหนดการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ จำนวน 6 แห่ง เริ่มเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2548

- โครงการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งนี้เป็นข้อเสนอแนะที่ได้จากคณะผู้ตรวจเยี่ยมคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยได้มีการประชุมประชุมผู้เกี่ยวข้องรวม 2 ครั้ง เพื่อร่วมกันพิจารณาแนวการจัดทำคู่มือดังกล่าว มีการรวบรวมข้อมูลจากแผนแม่บทการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ข้อมูลการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโรคมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของไทย การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคตับ มะเร็งปอด มะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลืองในเด็ก-ผู้ใหญ่ มะเร็งตับและถุงน้ำดี มะเร็งโพรงหลังจมูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งหลอดอาหาร และ

มะเร็งกระเพาะอาหาร กำหนดการจัดทำให้แล้วเสร็จในเดือนสิงหาคม 2548 นี้ เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นไป

- โครงการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยมีการจัดทำคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจประเมินฯ และได้ส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาทั้ง 75 จังหวัด เพื่อจะดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต และส่งผลการประเมินต่อไป

- โครงการตรวจคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการด้านคลินิกโดยใช้แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข (Medical audit โดยใช้ Health Service Practice Guidelines: HSPG) เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการตรวจสวนหัวใจ เพื่อให้ประชาชนได้รับการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขด้านโรคหัวใจ ซึ่งได้มีการประชุมติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ครั้ง และจะดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจต่อไป

- การควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ศูนย์มะเร็ง ศูนย์โรคหัวใจ และศูนย์อุบัติเหตุ มีผลงานที่แล้วเสร็จคือ การจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน และที่อยู่ระหว่างดำเนินการ คือ การจัดทำหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเพื่อรับรองการเข้าร่วมโครงการตติยภูมิเฉพาะด้านทั้งภาครัฐและเอกชน การจัดทำคู่มือหลักเกณฑ์การประเมินผลการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการ ตติยภูมิเฉพาะด้าน คือ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์โรคหัวใจ และศูนย์อุบัติเหตุ โดยการตรวจเยี่ยมและประเมินการขึ้นทะเบียน

2.2 การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพบริการ

การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพบริการ เป็นการดำเนินงานตามมาตรา 57 มาตรา 59 และมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยเป็นการสอบสวนหน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานในการให้บริการสาธารณสุข และผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร หรือตามสิทธิที่กำหนด

ผลการดำเนินงานตั้งแต่ตุลาคม 2547 - มิถุนายน 2548 มีเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพบริการทั้งสิ้น 16 ราย ดังนี้

- หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (ม.57) จำนวน 10 ราย
 - ไม่เกิดความเสียหาย 2 ราย
 - บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง 1 ราย
 - เสียอวัยวะ/พิการ 1 ราย
 - เสียชีวิต/ทุพพลภาพ 6 ราย
- หน่วยบริการให้บริการโดยผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนดหรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ (ม.59) 6 ราย
 - หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ 6 ราย

ผลการดำเนินการหาข้อเท็จจริง

- ประสานหน่วยบริการและผู้ร้องเรียนแล้วผู้ร้องขอยุติเรื่อง 2 ราย
- ไม่ใช่หน่วยบริการในโครงการ 1 ราย
- อยู่ระหว่างดำเนินการหาข้อเท็จจริง 2 ราย
- ข้อร้องเรียนมีมูล เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
พิจารณา 11 ราย

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณาดังนี้

- พิจารณาเสร็จสิ้น 1 ราย มติที่ประชุม คือ ดำเนินการตักเตือน (ม.58(1)) หน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการตามที่ถูกร้องเรียน และดำเนินการแจ้งหน่วยงานต้นสังกัด(ม.58(3)) ให้รับทราบผลการพิจารณา
- อยู่ระหว่างดำเนินการ 10 ราย

บทที่ 3

การคุ้มครองสิทธิและการช่วยเหลือเบื้องต้น

กรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การคุ้มครองสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1 การให้บริการสอบถามข้อมูล

ผลการดำเนินงานด้านการให้บริการตอบคำถามและรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน ทางสายด่วน 1330 ทางจดหมาย จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และการมาติดต่อด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2547 ถึง 20 มิ.ย.2548 ให้บริการตอบคำถามทั้งสิ้น 585,598 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

- สถานที่ทำบัตรทอง หลักฐานที่ใช้ในการทำบัตรทอง มีจำนวน 517,081 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 88.30
- สิทธิประโยชน์การรับบริการสาธารณสุขของบัตรทอง ได้แก่ การตรวจรักษาโรคต่างๆ ยาและเวชภัณฑ์ วัคซีน ฯลฯ จำนวน 22,348 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 3.82 ตามลำดับ

เปรียบเทียบจำนวนเรื่องที่ได้รับการสอบถามของประชาชนในไตรมาสที่ 2-3 ที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวิธีการใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลงร้อยละ 2.83 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้สิทธิบัตรทองเพิ่มมากขึ้น มีการประชาสัมพันธ์สื่อสิ่งพิมพ์ และโฆษณาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิ และวิธีการเข้าถึงบริการที่เพิ่มมากขึ้น แต่ในด้านการสอบถามที่ยังคงมีอัตราที่เพิ่มขึ้นค่อนข้างสูงคือ ประเด็นคำถามเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.38 รองลงมาคือ การทำบัตรทอง ร้อยละ 19.29 และประเด็นหน่วยบริการสอบถาม ร้อยละ 18.76 ตามลำดับ (ตาราง 8)

ตาราง 8 การให้บริการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47 ถึง 20 มิ.ย.48)

การสอบถามข้อมูล ทั่วไป	ไตรมาส 1 (Q1)	ไตรมาส 2 (Q2)	ไตรมาส 3 (Q3)	รวมทั้งสิ้น		เปรียบเทียบ Q2-Q3
	1 ต.ค.-20ธ.ค.47	21ธ.ค.47-20ธ.ค.48	21ธ.ค.-20มิ.ย.48	1 ต.ค.47-20 มิ.ย.48	ร้อยละ	ร้อยละ เพิ่ม(-ลด)
สอบถามทั่วไป	172,706	196,825	216,067	585,598	100	9.78
1 การทำบัตรทอง	154,630	165,281	197,170	517,081	88.30	19.29
2 สิทธิประโยชน์	6,282	7,004	9,062	22,348	3.82	29.38
3 วิธีการใช้สิทธิ	3,911	4,908	4,769	13,588	2.32	-2.83
4 หน่วยบริการ สอบถาม	3,612	4,073	4,837	12,522	2.14	18.76
5 อื่นๆ	4,271	15,559	229	20,059	3.43	-98.53

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 6 ก.ค. 48

1.2 การให้บริการรับเรื่องราวร้องทุกข์

เรื่องร้องเรียน มีจำนวน 22,843 เรื่อง เป็นเรื่องร้องเรียนที่มีข้อมูลครบถ้วนสามารถดำเนินการต่อไปได้ 22,733 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นประเด็นเกี่ยวกับการลงทะเบียนและออกบัตร 14,404 เรื่อง (ร้อยละ 63.36) รองลงมาเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการมีสิทธิไม่ตรงตามจริง (มีสิทธิเข้าเงื่อนไขราชการ และประกันสังคม) และต้องดำเนินการขอปลดสิทธิ คิดเป็นร้อยละ 5,893 เรื่อง (ร้อยละ 25.92) เรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57, 58 และ 59 จำนวน 1,326 เรื่อง (ร้อยละ 5.83)

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไตรมาสที่ 2-3 นั้นพบว่า เรื่องร้องเรียนในภาพรวมมีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่องโดยลดลงร้อยละ 41.10 เมื่อแยกประเภทของการร้องเรียนแล้ว ประเด็นการร้องเรียนเกี่ยวกับการลงทะเบียนและการออกบัตรลดลงมากที่สุดคือ ร้อยละ 59.65 รองลงมาเป็นการร้องเรียนต่อหน่วยบริการคือ ตามมาตรา 57 58 59 ลดลงร้อยละ 21.11 โดยในจำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมดสามารถดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จจำนวน 22,634 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 99.56 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมายกำหนดไว้ร้อยละ 95)

หากพิจารณาในกลุ่มการร้องเรียนตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 57 58 และ 59 ซึ่งมีเรื่องร้องเรียนทั้งหมด 1,326 เรื่อง พบว่าเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการไม่ได้รับการบริการตามสิทธิที่กำหนด 581 เรื่อง รองลงมาเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ หน่วยบริการเรียกเก็บเงิน หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร ตามลำดับ สำหรับเรื่องร้องเรียนที่เหลือที่ไม่สามารถยุติได้ จะดำเนินการนำเรื่องเข้าสู่กระบวนการของคณะกรรมการสอบสวนและการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขต่อไป (ตาราง 9)

ตาราง 9 การดำเนินงานรับเรื่องราวร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47 ถึง 20 มิ.ย.48)

ประเด็น	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	รวมทั้งสิ้น		เปรียบเทียบ ไตรมาส 2-3
	1 ต.ค.-20 ธ.ค.47	21ธ.ค.47-20 มิ.ค.48	21มิ.ค.-20 มิ.ย.48	1 ต.ค.47- 20มิ.ย.48	ร้อยละ	ร้อยละ เพิ่ม (-ลด)
เรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น	7,862	9,428	5,553	22,843	100	-41.10
1 บัตรสนเท่ห์	11	81	18	110	0.48	-77.78
2 สามารถดำเนินการต่อไปได้	7,851	9,347	5,535	22,733	99.52	-40.78
2.1 การลงทะเบียนและออกบัตร	4,981	6,714	2,709	14,404	63.36	-59.65
2.2 สิทธิไม่ตรงตามจริง	2,153	1,733	2,007	5,893	25.92	15.81
2.3 หาเตียง	168	269	313	750	3.30	16.36
2.4 อื่นๆ	96	143	121	360	1.58	-15.38
2.5 มาตรา 57, 58, 59	453	488	385	1,326	5.83	-21.11
-ไม่ได้รับการบริการตามสิทธิที่ได้กำหนด	215	212	154	581		-27.36
-การเรียกเก็บเงิน	113	140	140	393		0.00
-หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	77	86	60	223		-30.23
-ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร	48	50	31	129		-38.00
3. อยู่ระหว่างดำเนินการ	750	624	99			-84.13
4. เรื่องร้องเรียนดำเนินการแล้วเสร็จ	7,101	9,473	6,060	22,634	99.56	

ประเด็น	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	รวมทั้งสิ้น		เปรียบเทียบ ไตรมาส 2-3
	1 ต.ค.-20 ธ.ค.47	21ธ.ค.47-20 มิ.ค.48	21มิ.ค.-20 มิ.ย.48	1 ต.ค.47- 20มิ.ย.48	ร้อยละ	ร้อยละ เพิ่ม (-ลด)
5. ประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียน	90.45	96.37	99.56			3.31
เป้าหมายด้านการจัดการเรื่องร้องเรียน(ร้อยละ)	95.00	95.00	95.00			
ผลงานเทียบกับเป้าหมาย (สูง/-ต่ำ)	-4.79	1.44	4.80			

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 6 ก.ค. 48

1.3 กิจกรรมที่สำคัญเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สปสช.ได้จัดโครงการสร้างสัมพันธภาพ และความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีการดำเนินงานต่างๆ ดังนี้คือ

- การตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจหน่วยบริการได้ดำเนินการตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจหน่วยบริการจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้
 - ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจหน่วยบริการจังหวัด กรณีธรรมาภิบาลจังหวัด กระบี่ พังงา ภูเก็ต วันที่ 31 มกราคม – 2 กุมภาพันธ์ 2548 ผู้เข้าร่วมตรวจเยี่ยมคือคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ และผู้แทนองค์กรวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สมาคมทันตแพทย์ สภากายาบาล สภาเภสัชกรรม และสปสช. รวมทั้งสิ้น จำนวน 16 คน
 - ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจหน่วยบริการจังหวัดชายแดนใต้ นราธิวาส ปัตตานี และยะลา วันที่ 26-28 เมษายน 2548 ผู้เข้าร่วมตรวจเยี่ยม คือ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 คน สำนักงานหลักประกันสุขภาพจำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน
 - ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจหน่วยบริการจังหวัดสตูล สงขลา วันที่ 7-8 มิ.ย. 2548 ผู้เข้าร่วมตรวจเยี่ยมคือ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน สปสช. จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 คน
- การสร้างเครือข่ายกับหน่วยบริการ โดยดำเนินการจัดประชุมอบรมเรื่องการเจรจาไกล่เกลี่ยโดยสันติวิธี ในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการ ดังนี้ คือ
 - โรงพยาบาลเขียงรายประชาชนนครราชสีมา วันที่ 11-12 มกราคม 2548 จำนวน 210 คน
 - โรงพยาบาลหนองคาย วันที่ 9 มีนาคม 2548 จำนวน 232 คน
 - โรงพยาบาลสงขลา วันที่ 21 มีนาคม 2548 จำนวน 219 คน
 - โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี วันที่ 25 พฤษภาคม 48 จำนวน 287 คน
 - โรงพยาบาลสกลนคร วันที่ 29 มิถุนายน 2548 จำนวน 170 คน
- การประชุมเพื่อหามาตรการในการสนับสนุนค่าบริการและจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อจากโดยสปสช.ร่วมกับราชวิทยาลัยจุฬารักษ์แพทย์แห่งประเทศไทย หัวหน้าภาควิชาจุฬารักษ์วิทยา โรงพยาบาลรามารักษ์ดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลเอกชน วันที่ 6 มิถุนายน 2548 จำนวน 12 คน
- ประชุมวิชาการกลไกการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ 10 มิถุนายน 2548 ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 226 คน

2. การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามมาตรา 41 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จากข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2548 มีผู้รับบริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ทั้งสิ้น 247 ราย ผลการพิจารณาได้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือฯ จำนวน 194 ราย แยกเป็น

- การเสียชีวิต/ทุพพลภาพ จำนวน 130 ราย
- สูญเสียอวัยวะ/พิการ จำนวน 27 ราย
- บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง จำนวน 37 ราย

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้พิจารณาเห็นชอบเรื่องที่ขอลุทธิจำนวน 34 ราย และพิจารณาเห็นชอบจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นสองเท่าจำนวน 22 ราย รวมแล้วได้จ่ายเงินช่วยเหลือไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 13.34 ล้านบาท (ตาราง 10)

ตาราง 10 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ปีงบประมาณ	รวมการ ขอรับเงิน ช่วยเหลือ ทั้งสิ้น (ราย)	ผลการพิจารณาคำร้องของคณะกรรมการระดับจังหวัด					ผลการพิจารณาโดย คณะกรรมการ ควบคุมฯ		จำนวนเงิน (ล้านบาท)
		ไม่ เข้าเกณฑ์ ตาม ข้อบังคับ (ราย)	เข้าหลัก เกณฑ์ (ราย)	เสียชีวิต / ทุพ พลภาพ (ราย)	สูญเสีย อวัยวะ/ พิการ (ราย)	บาดเจ็บ/ เจ็บป่วย ต่อเนื่อง (ราย)	สองเท่า (ราย)	อุทธรณ์ (ราย)	
ปีงบประมาณ.2547	85	23	62	42	9	11	5	12	4.525
ปีงบประมาณ. 2548 (ม.ย.48)	162	30	132	88	18	26	17	22	8.815
รวมทั้งสิ้น	247	53	194	130	27	37	22	34	13.340

แหล่งข้อมูล สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 3 ก.ค.48

2.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการทางการแพทย์ จากเดือนตุลาคม 2546 – มิถุนายน 2548 มีผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งสิ้น 66 ราย และมีผลการพิจารณาดังนี้

- ไม่เข้าหลักเกณฑ์ จำนวน 18 ราย
- พิจารณาให้การจ่ายเงินช่วยเหลือผู้ให้บริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายไปแล้ว 48 ราย เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 1.385 ล้านบาท แยกเป็น
 - ประเภทเสียชีวิตตามข้อบังคับข้อ 4(1) จำนวน 6 ราย
 - ประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อ บังคับข้อ 4(3) จำนวน 42 ราย
 (ตาราง 11)

ตาราง 11 ผลการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2548 (ด.ค.46-มิ.ย.48)

รายการ	ปีงบประมาณ 2547 ด.ค.46-ก.ย.47		ปีงบประมาณ 2548 ด.ค.47-มิ.ย.48		รวม
	จำนวน (ราย)	คิดเป็น (ร้อยละ)	จำนวน (ราย)	คิดเป็น (ร้อยละ)	
ยื่นคำร้องทั้งสิ้น	16	100	50	100	66
ผลการพิจารณา					
• ไม่เข้าหลักเกณฑ์	5	31.25	13	26.00	18
• เข้าหลักเกณฑ์	11	68.75	37	74.00	48
○-เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร	1	9.09	5	13.51	6
○-สูญเสียอวัยวะ/พิการ	-	-	-	-	0
○-บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	10	90.91	32	86.49	42
จำนวนเงินช่วยเหลือ(ล้านบาท)	0.20		1.185		1.385

แหล่งข้อมูล สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 8 ก.ค.48

บทที่ 4

การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีประชาชน

การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ ดำเนินการตามแผนฯ ที่คณะอนุกรรมการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนพัฒนาขึ้น โดยปัจจุบันมีเครือข่ายประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 20 เครือข่ายใหญ่ ได้แก่ ภายใต้เครือข่ายประชาชนตามมาตรา 13 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 9 ด้าน เครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง เครือข่ายผู้ป่วยโรคไต เครือข่ายผู้ให้บริการรถรับจ้าง เครือข่ายวิทย์ชุมชน เครือข่ายกองทุนสุขภาพชุมชน เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เครือข่ายวิทยากรแกนนำ เครือข่ายเด็กและเยาวชน เครือข่ายอาสาสมัครนิสิตนักศึกษา และเครือข่ายสภาแคทอลิก

รวมทั้งกลุ่มเครือข่ายต่างๆ นั้นยังประกอบด้วยเครือข่ายย่อยๆ อีกจำนวน 208 เครือข่ายที่ดำเนินงานในทุกระดับของพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชนดังกล่าว มุ่งหวังการสร้างความรู้ความเข้าใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายต่างๆ รวมถึงการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปด้วย เป้าหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การให้ประชาชนรู้และสามารถใช้สิทธิของตนเองในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถูกต้อง และการมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของภาคประชาชนต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย

- การสรุปบทเรียนการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนทั้ง 29 แห่ง โดยมีแผนจะขยายศูนย์ประสานงานฯ ให้ครบทุกจังหวัด มีการประชุมร่วมกันระหว่างเครือข่ายศูนย์ประสานงานฯ และเครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพจากทุกภาค เพื่อให้ทราบบทบาทภารกิจ สร้างความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนร่วมแก้ไขปัญหารวมทั้งพิจารณาความพร้อมของศูนย์ในจังหวัดใหม่ที่จะจัดตั้งขึ้นต่อไป
- การขยายผลความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพ มีโครงการทั้งสิ้น 85 โครงการ ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว 47 โครงการ (ร้อยละ 59.25) ทำให้ประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ และสามารถใช้สิทธิเข้ารับบริการได้อย่างถูกต้อง
- การสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพ ผ่านเครือข่ายวิทย์ชุมชน จำนวน 130 จุด ปฏิบัติการใน 6 ภูมิภาค
- ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ “จาก 30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ของเครือข่ายประชาชน ได้แก่ เครือข่ายผู้ให้บริการรถรับจ้าง เพื่อเข้าร่วมในการรณรงค์ตรวจสุขภาพผู้ขับรถสาธารณะในกรุงเทพฯ เครือข่ายคนพิการเพื่อร่วมในการรณรงค์ตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและจดทะเบียนคนพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ เครือข่ายผู้สูงอายุเพื่อเข้า

ร่วมในการรณรงค์ตรวจสุขภาพช่องปากและใส่ฟันเทียม ซึ่งทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจสุขภาพ มีการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้มากขึ้น รวมทั้งยังเป็นการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมการขนส่งทางบก องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (ขสมก.) และบริษัทขนส่งจำกัด

- การดำเนินกิจกรรมเพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายของเครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจในการเป็นอาสาสมัครดูแลสุขภาพร่วมกับหน่วยบริการ โดยประสานความร่วมมือกับศูนย์เฉพาะทางโรคหัวใจทั้ง 22 แห่งทั่วประเทศ นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนกิจกรรมของเครือข่ายเพื่อนมะเร็งต่อเนื่อง โดยกำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับหน่วยบริการ การสร้างเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งในภาคกลาง และการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งใน 9 สถาบันการศึกษาภาคตะวันออก เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็ง และการพัฒนาคุณภาพบริการในระยะต่อไป

2. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 ได้มีการดำเนินงานในลักษณะของการสนับสนุนให้มีการศึกษาและพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสนับสนุนให้มีการศึกษาในหลายพื้นที่ จำนวน 7 จังหวัด 8 โครงการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอสลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ การผลิตบุคลากรเพื่อดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมระหว่าง อปท. สถาบันการศึกษา ชุมชน และเครือข่ายบริการสุขภาพ พื้นที่อำเภอ น้ำพอง และตำบลบัวเงิน จังหวัดขอนแก่น การพัฒนาการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมในการนำไปปรับใช้กับพื้นที่ต่อไป

การสนับสนุนในเรื่องการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ หรือ “กองทุนสุขภาพชุมชน” มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานอีกระดับหนึ่ง โดยมีการประสานกับองค์กรชุมชนและท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัดในพื้นที่นำร่อง 10 พื้นที่ เพื่อพัฒนารูปแบบความเป็นไปได้และหลักเกณฑ์ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยชุมชนและท้องถิ่น โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นๆในระยะต่อไป

นอกจากนี้ได้มีการประสานกับสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งการวางกรอบเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล เพื่อเตรียมการสำหรับการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2549 ต่อไป

โดยสรุปมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังต่อไปนี้

- ระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 9 องค์การ
- ระดับเทศบาล จำนวน 67 องค์การ
- ระดับองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 100 องค์การ

3. การส่งเสริมและการมีส่วนร่วมขององค์กรวิชาชีพ

ผลการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา มีการขยายการประสานงานกับกลุ่มและชมรมต่างๆ ที่มีฐานการดำเนินงานในพื้นที่ระดับจังหวัดและระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่เป็นการประสานงานกับองค์กรวิชาชีพเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเฉพาะโรค ในช่วงไตรมาสนี้ได้มีการประสานเพื่อให้เกิดการส่งเสริมให้องค์กรวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ โดยดำเนินงานร่วมกับองค์กรต่างๆ ดังนี้

- ชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย
- ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
- ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
- ชมรมแพทย์ชนบท

ประเด็นความร่วมมือจะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และพัฒนาข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามนโยบายสำคัญต่างๆ ได้แก่ การบริหารงบประมาณเสริมและป้องกันโรค ภารกิจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพสำนักงานเขต และสำนักงานสาขาจังหวัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพ โดยมีการจัดโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพขั้นสูงสำหรับผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้มีบุคลากรที่มีความพร้อมและศักยภาพในการพัฒนาระบบมากขึ้น

บทที่ 5

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ผลการจัดสรรงบประมาณบริการทางการแพทย์

การจัดสรรงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ในปีงบประมาณ 2548 ในภาพรวมมีการจัดสรรงบประมาณไปสู่หน่วยบริการเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 29,446.19 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 72.19 แยกเป็นค่าเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและส่งเสริมป้องกัน 22,942.48 ล้านบาท งบลงทุนเพื่อการทดแทน 3,450.84 ล้านบาท งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร 332.29 ล้านบาท บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง 2,253.07 ล้านบาท บริการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน 459.36 ล้านบาท (ตาราง 12)

ตาราง 12 การจัดสรรงบบริการทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47-30 มิ.ย.48)

	รายการค่าบริการทางการแพทย์	งบประมาณ (ล้านบาท)	จัดสรร (ล้านบาท)	คิดเป็น (ร้อยละ)
1	ค่าเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและส่งเสริมป้องกัน	30,530.79	22,942.48	75.15
2	บริการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน	1,162.31	459.36	39.52
3	บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง	4,675.56	2,253.07	48.19
4	บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	470.00	-	-
5	งบลงทุนเพื่อการทดแทน	3,609.60	3,450.84	95.60
6	งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	332.29	332.29	100.00
7	เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	9.40	8.15	86.70
	รวมงบประมาณ	40,789.95*	29,446.19	72.19
8	งบพิเศษ การช่วยเหลือกรณี Tsunami	100.00	68.86	68.86

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารการเงิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 3 ก.ค.48

หมายเหตุ *งบประมาณสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2548 ยังขาดงบประมาณอีก 4,993.332 ล้านบาท ซึ่งตามมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2547 เห็นชอบตามข้อเสนอของสำนักงบประมาณ ให้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 จาก 1,308.54 บาท ต่อประชากร เป็น 1,396.30 บาทต่อประชากร และหักเงินเดือนบุคลากรในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ร้อยละ 79 ด้วยเหตุนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงควรได้รับการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของสถานพยาบาลและเป็นไปตามมติของคณะรัฐมนตรี อย่างไรก็ตาม ขณะนี้อยู่ระหว่างการรอสำนักงบประมาณอนุมัติวงเงินดังกล่าว

2. การบริหารงบค่าบริการทางการแพทย์

2.1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์ กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน¹

จนถึงสิ้นเดือนพฤษภาคม สปสช.ได้จ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้กับหน่วยบริการ ดังนี้

2.1.1 กรณีผู้ป่วยนอก

1) กรณีค่าใช้จ่ายสูง ได้จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่มีการเรียกเก็บฯ เป็นจำนวนเงิน 120.95 ล้านบาท จากข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ 60,101 รายการ (ร้อยละ 97.90 ของจำนวนการเรียกเก็บทั้งหมด 61,390 รายการ) โดยมีอัตราราคาชดเชยเทียบกับคะแนนเท่ากับ 1.46 บาทต่อคะแนน (ตาราง 13)

ตาราง 13 รายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (ค.ค.47-พ.ค.48)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		ยอดเพดาน เงินที่ได้รับ จัดสรร (ล้านบาท)	คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ				
ค.ค.47	6,511	6,122	94.03	22.06	12.75	1.73	12.75
พ.ย.47	8,164	7,750	94.93	22.06	16.49	1.34	16.49
ธ.ค.47	7,050	6,870	97.45	22.06	14.57	1.51	14.57
ม.ค.48	7,011	6,868	97.96	22.06	14.64	1.51	14.64
ก.พ.48	7,107	6,999	98.48	22.06	14.97	1.47	14.97
มี.ค.48	9,536	9,514	99.77	22.06	18.69	1.18	18.69
เม.ย.48	7,351	7,346	99.93	22.06	13.53	1.63	13.53
พ.ค.48	8,660	8,632	99.68	22.06	15.31	1.44	15.31
รวม	61,390	60,101	97.90	176.52	120.95	1.46	120.95

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 ก.ค.48

2) กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่มีการเรียกเก็บฯ เป็นจำนวนเงิน 21.69 ล้านบาท สำหรับจำนวนการเรียกเก็บที่ผ่านการตรวจสอบ 61,844 รายการ (ร้อยละ 97.01 จากจำนวนการเรียกเก็บ 63,748 รายการ) โดยมีอัตราราคาชดเชย เทียบกับคะแนนเท่ากับ 0.89 บาทต่อคะแนน (ตาราง 14)

¹ ข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลพึงจ่ายจากสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 10 กรกฎาคม 2548

ตาราง 14 รายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ด.ค.47-พ.ค.48)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		ยอดเพดาน เงินที่ได้รับ จัดสรร	คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ	(ล้านบาท)			
ด.ค.47	6,952	6,690	96.23	2.75	2.68	1.16	2.68
พ.ย.47	6,781	6,588	97.15	2.75	2.6	1.21	2.6
ธ.ค.47	7,180	7,053	98.23	2.75	3	0.92	2.73
ม.ค.48	8,948	8,781	98.13	2.75	3.02	0.91	2.74
ก.พ.48	8,353	8,147	97.53	2.75	3.17	0.87	2.73
มี.ค.48	8,517	8,442	98.49	2.75	3.43	0.80	2.74
เม.ย.48	7,809	7,459	95.52	2.75	3.23	0.85	2.75
พ.ค.48	9,154	8,684	94.87	2.75	3.54	0.78	2.72
รวม	63,748	61,844	97.01	22.03	24.66	0.89	21.69

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,10 ก.ค.48

2.1.2 กรณีผู้ป่วยใน

1) กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการที่กำหนด และโรคที่มีค่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับและมากกว่า 4 ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ (ก่อนคำนวณอัตราจ่ายจริงตามยอดเพดานที่ได้รับจัดสรร) ในอัตราประมาณการ 8,000 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ จำนวนรวม 275,943.18 หน่วย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,166.23 ล้านบาท ของข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบ 69,620 ราย (ร้อยละ 93.46 จากจำนวนทั้งหมด 74,492 ราย) (ตาราง 15)

ตาราง 15 รายงานการจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่าย สูงกรณีผู้ป่วยใน (ด.ค.47-พ.ค.48)

	เรียกเก็บ	เข้าเกณฑ์		ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับค่า ตามวันนอนรวม	จ่ายชดเชย
	(รายการ)	(รายการ)	(ร้อยละ)		(ล้านบาท)
ด.ค.47	9,372	8,606	91.83	33,906.27	267.76
พ.ย.47	9,544	8,696	91.11	34,265.68	270.30
ธ.ค.47	9,063	8,526	94.07	33,176.60	261.55
ม.ค.48	9,302	8,785	94.44	34,974.76	276.11
ก.พ.48	8,813	8,273	93.87	33,280.64	259.35
มี.ค.48	10,144	9,525	93.90	37,179.75	290.47
เม.ย.48	8,871	8,302	93.59	32,981.43	257.21
พ.ค.48	9,383	8,907	94.93	36,178.06	283.48
รวม	74,492	69,620	93.46	275,943.18	2,166.23

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,10 ก.ค.48

2) กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ สำหรับผู้ป่วยในกรณี อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (ก่อนคำนวณอัตราจ่ายจริงตามยอดเพดานที่ได้รับจัดสรร) ในอัตราประมาณการ 4,000 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ จำนวน 85,120.40 หน่วยเป็นเงิน 320.88 ล้านบาท สำหรับข้อมูลที่

ผ่านการตรวจสอบ 103,081 รายการ (ร้อยละ 60.66 จาก ที่ส่งมาขอรับการชดเชยทั้งหมด 169,923 รายการ) (ตาราง 16)

ตาราง 16 รายงานการจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ต่างสำนักงานสาขา ผู้ป่วยใน (ด.ค.47-พ.ค.48)

	เรียกเก็บ	เข้าเกณฑ์		ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับค่าตามวันนอน รวม	จ่ายชดเชย
	(รายการ)	(รายการ)	(ร้อยละ)		(ล้านบาท)
ด.ค.47	27,134	13,307	49.04	10,500.84	40.07
พ.ย.47	39,877	12,750	31.97	10,494.06	39.29
ธ.ค.47	20,929	11,362	54.29	9,556.51	36.18
ม.ค.48	21,930	12,653	57.70	10,461.75	39.66
ก.พ.48	14,228	12,351	86.81	10,182.05	38.21
มี.ค.48	15,276	13,514	88.47	11,251.15	41.94
เม.ย.48	14,683	12,908	87.91	10,835.51	40.69
พ.ค.48	15,866	14,236	89.73	11,838.53	44.84
รวม	169,923	103,081	60.66	85,120.40	320.88

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 ก.ค.48

2.1.3 กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียม

เมื่อสิ้นเดือนมีนาคม 2548 สปสช.ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียม จำนวน 209.21 ล้านบาท สำหรับจำนวนการขอเบิกที่ผ่านการตรวจสอบ 56,669 รายการ (ร้อยละ 96.02 ของข้อมูล queส่งมาขอรับการชดเชยทั้งหมด 59,015 รายการ) โดยมีอัตราค่าชดเชยต่อคะแนนเท่ากับ 0.87 บาท ต่อคะแนน (ตาราง 17)

ตาราง 17 รายงานการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียม (ด.ค.47-มี.ค.48)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		ยอดเพดาน เงินที่ได้รับ จัดสรร (ล้านบาท)	คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ				
ด.ค.-ธ.ค.47	29,321	27,493	93.77	103.87	109.13	0.95	103.67
ม.ค.-มี.ค.48	29,694	29,176	98.26	106.22	131.92	0.81	105.53
รวม	59,015	56,669	96.02	210.08	241.04	0.87	209.21

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 ก.ค.48

2.1.4 กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียมโครงการแก้วตา ดวงใจ เทิดไท้ 72 พรรษา มหาราชินี

เมื่อสิ้นเดือนมีนาคม 2548 สปสช.ได้พิจารณาจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียมโครงการแก้วตา ดวงใจ เทิดไท้ 72 พรรษา มหาราชินี จำนวน 7.20 ล้านบาท สำหรับจำนวนการขอเบิกที่ผ่านการตรวจสอบ 7,187 รายการ (ร้อยละ 77.67 ของข้อมูล queส่งมาขอรับการชดเชยทั้งหมด 9,253 รายการ) (ตาราง 18)

ตาราง 18 รายงานการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียมโครงการแก้วตา
ดวงใจ (ต.ค.47-มี.ค.48)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ		
ต.ค.-ธ.ค.47	5,008	4,676	93.37	4.69	4.69
ม.ค.-มี.ค.48	4,245	2,511	59.15	2.51	2.51
รวม	9,253	7,187	77.67	7.20	7.20

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 ก.ค.48

2.2 การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์

การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ในปีงบประมาณ 2548 นั้นได้แบ่งลักษณะงานที่ดำเนินการตรวจสอบออกเป็น 3 งาน คือ

2.2.1 การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการจากเวชระเบียน และระบบการจัดทำข้อมูลการเบิกชดเชย ณ หน่วยบริการ

มีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการของหน่วยบริการ และตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายชดเชย โดยมีเป้าหมายตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ 50 แห่ง ผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ 1 ต.ค. 47 – 30 มี.ย. 48 ได้ดำเนินการตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ จำนวน 39 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78 ของเป้าหมายที่กำหนด (50 แห่ง) และเวชระเบียนได้รับการตรวจสอบ จำนวน 3,374 ฉบับ จากการตรวจสอบเวชระเบียน ณ หน่วยบริการ พบว่ามีข้อผิดพลาดของเวชระเบียนที่ตรวจสอบเกินร้อยละ 50 ทุกแห่ง (พบข้อผิดพลาดของเวชระเบียน ต่ำสุด ร้อยละ 53 และ สูงสุด ร้อยละ 100) โดยข้อผิดพลาดที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการให้รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการผิดพลาดคิดเป็นร้อยละ 64.14 (ของเวชระเบียนที่ตรวจสอบ) และข้อผิดพลาดจากการสรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษา คิดเป็นร้อยละ 56.12 (ของเวชระเบียนที่ตรวจสอบ) ทั้งนี้จากการตรวจสอบเวชระเบียนพบว่า การที่เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการให้รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการมีข้อผิดพลาดส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการสรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษามีข้อผิดพลาด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดกลุ่มกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ทำให้หลังจากการตรวจสอบแล้วพบว่า มีการเปลี่ยนกลุ่มกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำนวน 1,172 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 44.44 (ของเวชระเบียนที่มีข้อผิดพลาด) และทำให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามจำนวนวันนอน (ค่า AdjRW) รวมของหน่วยบริการ หลังการตรวจสอบลดลง จำนวน 22 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.41 (ของหน่วยบริการที่ไปตรวจสอบ) และ ค่า AdjRW รวมของหน่วยบริการหลังการตรวจสอบเพิ่มขึ้น จำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.59 (ของหน่วยบริการที่ไปตรวจสอบ) โดยส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการขนาดใหญ่ (โรงเรียนแพทย์ 3 แห่ง รพศ. 8 แห่ง รพท. 6 แห่ง) จากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจึงมีผลต่อการจ่ายชดเชยของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 41.72 (ของเวชระเบียนที่มีข้อผิดพลาด)

ในกรณีที่พบว่าหลังการตรวจสอบเวชระเบียนแล้วพบว่าค่า AdjRW มีการเปลี่ยน ทางสปสช.จะดำเนินการส่งข้อมูลผู้ป่วยทุกรายกลับให้ไปให้หน่วยบริการตรวจสอบและยืนยันผลการตรวจสอบ หากยืนยันผลการตรวจสอบจะดำเนินการต่อไป

1. กรณีที่ค่า AdjRW เพิ่มขึ้นหลังการตรวจสอบเวชระเบียนและเข้าเงื่อนไขที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายชดเชย ทางสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการจะจ่ายชดเชยเพิ่มให้แก่หน่วยบริการ
2. กรณีที่ค่า AdjRW ลดลงหลังการตรวจสอบเวชระเบียนและทาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการ ทางสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ จะเรียกเงินที่จ่ายเงิน(เงินที่จ่ายตามค่า AdjRW ก่อนการตรวจสอบ) คืนจากหน่วยบริการ
3. กรณีที่ตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่เข้าเงื่อนไขการจ่ายชดเชยของ สปสช. จะมีการเรียกเงินคืนจากหน่วยบริการ เนื่องจากได้มีจ่ายเงินชดเชยให้หน่วยบริการแล้ว

2.2.2 การตรวจสอบเวชระเบียนในส่วนของการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการ (Coding Audit)

มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่หน่วยบริการส่งให้ สปสช. โดยสุ่มเลือกเวชระเบียนที่ต้องการตรวจสอบจำนวน 4,574 ฉบับ โดยแบ่งเป็นสุ่มเลือกโดยทั่วไป จำนวน 3,564 ฉบับ และผู้พิจารณาจ่ายเงินชดเชยให้ความเห็นว่าสมควรต้องตรวจสอบ จำนวน 1,010 ฉบับ

ผลการตรวจสอบพบข้อผิดพลาดร้อยละ 72.50 โดยมีผลกระทบต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในคือ น้ำหนักสัมพัทธ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 53.18 และ ลดลงร้อยละ 46.82 ในการตรวจสอบเวชระเบียนในส่วนนี้ สปสช.จะนำผลการตรวจสอบไปใช้เป็นค่ากลางของประเทศเพื่อใช้เปรียบเทียบผลการตรวจสอบในระดับจังหวัด และใช้ผลการตรวจสอบในการประเมินคุณภาพในการให้รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการของหน่วยบริการ แต่ไม่นำมาใช้ในการปรับลดเงินจ่ายชดเชยยกเว้นกรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยจากสปสช. แล้ว หากผลการตรวจสอบพบว่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่เข้าเงื่อนไขการจ่ายชดเชยของ สปสช. ทางสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการจะดำเนินการดังเช่นการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการจากเวชระเบียน

2.2.3 การพัฒนาให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด เป็นหน่วยงานตรวจสอบเวชระเบียน (Coding Audit) ในเบื้องต้น

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบเวชระเบียน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาภูมิภาค/สาขาจังหวัด โดยกำหนดเป้าหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทุกแห่งดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของหน่วยบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างน้อยแห่งละ 60 ฉบับ

กิจกรรมดำเนินงานประกอบด้วย

- 1) การจัดอบรมเรื่องการตรวจสอบเวชระเบียน (Medical Audit) ให้แก่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช.สาขาจังหวัด โดยใช้งบประมาณที่โอนให้ สปสช.สาขาจังหวัด ที่เป็นผู้จัดอบรม
- 2) การกำหนดแนวทางการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาภูมิภาค/สาขาจังหวัด
- 3) การจัดสรรงบประมาณค่าตอบแทนการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ 50 บาท ตามผลงานที่แจ้งให้ สปสช.ทราบตามกำหนดเวลา

ผลการดำเนินงานในรอบ 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ มีดังนี้

- การจัดอบรมเรื่องการตรวจสอบเวชระเบียน (Medical Audit) ให้แก่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานสาขาจังหวัด จัดอบรม 8 รุ่น จาก 55 จังหวัด ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และเจ้าหน้าที่อื่น รวม 777 คน
- ติดตามผลการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานสาขา ปีงบประมาณ 2548 พบว่าสำนักงานสาขาจังหวัดที่มีการตรวจสอบเวชระเบียนและส่งผลการตรวจสอบให้ส่วนกลาง มีจำนวน 62 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.67 มีการตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 41,924 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 75.34 ของเป้าหมายที่ประมาณการให้สำนักงานสาขาดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 55,650 ฉบับ

มีสำนักงานสาขาที่ยังไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 19 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.33 ของสำนักงานสาขาทั้งหมด สำนักงานสาขาที่ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการรักษของหน่วยบริการโดยการตรวจสอบจากเวชระเบียน มีจำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.33

2.3 งบลงทุนเพื่อการทดแทน

งบลงทุนเพื่อการทดแทน เป็นงบประมาณเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมหรือจัดหาครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง การเช่าอาคาร ฯลฯ สำหรับหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีผลการดำเนินงานดังตาราง 19

ตาราง 19 การจัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนปีงบประมาณ 2548

ประเภท	วงเงิน (ล้านบาท)	จัดสรรแล้ว (ล้านบาท)	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ* (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)
1) งบลงทุนเพื่อการทดแทนหน่วยบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	3,075.30	3,073.90	-	-
2) งบลงทุนฯ เพื่อการทดแทนหน่วยบริการ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	139.84	139.84	-	-
3) งบลงทุนฯ หน่วยบริการเอกชน	157.46	113.60	43.86	-
4) งบลงทุนเพื่อทดแทนฯ ในตติยภูมิ	137.00	117.00	20.00	-
5) งบเพื่อพัฒนาบุคลากรฯ ตติยภูมิ	90.00	-	-	90.00
6) งบเพื่อพัฒนาบุคลากรฯ ปฐมภูมิ	10.00	6.50	3.50	-
รวม	3,609.60	3,450.84	67.36	90.00
ร้อยละ	100.00	85.24	9.51	5.25

แหล่งข้อมูล: สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 4 ก.ค.48

หมายเหตุ : อยู่ระหว่างดำเนินการหมายถึง อยู่ระหว่างการลงนามข้อตกลงและสัญญาให้งบลงทุนกับหน่วยบริการ

บทที่ 6 ผลงานเด่น

1. การพัฒนากลไกการจ่ายเงิน

1.1 การศึกษาต้นทุนมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายทั้งในด้านการเงินการคลัง โดยศึกษาต้นทุนกิจกรรมในมุมมองของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 84 หน่วยต้นทุนกิจกรรม แบ่งตามกลุ่มอายุ 9 กลุ่ม และบริการนอกสถานพยาบาล รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการให้บริการและข้อมูลด้านประชากร มาคำนวณต้นทุนต่อประชากรต่อปีที่มีองค์ประกอบของต้นทุน คือ ต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าวัสดุ โดยให้ความครอบคลุมของบริการร้อยละ 100

ผลการศึกษาดังกล่าว ต้นทุนต่อประชากรต่อปีของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ = 19.39 บาทต่อคนต่อปี, กลุ่มอายุ 0-2 ปี = 20.02 บาทต่อคนต่อปี, กลุ่มอายุ 3-5 ปี = 5.19 บาทต่อคนต่อปี, กลุ่มอายุ 6-12 ปี = 7.95 บาทต่อคนต่อปี, กลุ่มอายุ 13-18 ปี = 8.51 บาทต่อคนต่อปี, กลุ่มอายุ 19-24 ปี = 3.10 บาทต่อคนต่อปี, กลุ่มอายุ 25-34 ปี = 13.13 บาทต่อคนต่อปี, กลุ่มอายุ 35-59 ปี = 54.29 บาทต่อคนต่อปี, กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป = 32.41 บาทต่อคนต่อปี และต้นทุนค่าพาหนะเพื่อบริการนอกสถานพยาบาล = 6.91 บาทต่อคนต่อปี รวมเป็นต้นทุนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ไม่รวมต้นทุนการบริหารจัดการหรือต้นทุนทางอ้อม = 170.91 บาทต่อคนต่อปี (ชาย = 115.95 บาทต่อคนต่อปี, หญิง = 208.90 บาทต่อคนต่อปี และต้นทุนค่าวัสดุที่จัดสรรให้หน่วยบริการ = 1.00 บาทต่อคนต่อปี) คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรงร้อยละ 46.61 และต้นทุนค่าวัสดุร้อยละ 53.39 เมื่อนำต้นทุนต่อประชากรต่อปีมาคำนวณต้นทุนรวมที่ต้องใช้สำหรับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค = 10,289,255,093 บาทต่อปี (คำนวณจากฐานข้อมูลประชากรปี 2546)

ผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้ทราบข้อมูลต้นทุนที่ควรจะเป็นเปรียบเทียบกับงบประมาณที่จะได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ 2549 ทำให้สามารถปรับรูปแบบและเป้าหมายการให้บริการในปีต่อไปให้เหมาะสมสอดคล้องกับงบที่ได้รับจัดสรรมากขึ้น

1.2 การพัฒนากลไกการจ่ายเงินอัตรากลางกลุ่มโรค

คณะกรรมการการเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีมติให้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาราคากลางกลุ่มโรค โดยมีหน้าที่ในการกำหนดแนวทาง ดำเนินการจัดทำราคากลางกลุ่มโรคบางกลุ่ม และพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการใช้ราคากลางต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคณะทำงานฯ ได้พัฒนาข้อเสนอเป็น 2 ส่วนหลัก คือ การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรครวม และกำหนดราคากลางสำหรับโรคหรือการรักษาที่ต้องใช้เทคนิคขั้นสูง

- การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์นั้นพบว่า กลุ่มที่มีการชดเชยต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย ได้แก่ ผู้ป่วยเจาะคอ ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดหู-คอ-จมูก หัตถการของช่องอก ผ่าตัดหัวใจ มะเร็งกระเพาะอาหาร หัตถการของตับอ่อน และท่อน้ำดี การเปลี่ยนข้อสะโพก-ข้อเข่า ผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผ่าตัดต่อมไธสมอง ผ่าตัดมดลูก กลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาว การรักษาเชื้อรา และหัตถการของการบาดเจ็บ แต่ทั้งนี้ ยังไม่ได้พิจารณาการรักษากลุ่มเด็กแรกเกิดเนื่องจากยังมีข้อมูลน้ำหนักเด็กไม่ครบถ้วน

- การกำหนดราคากลางสำหรับโรคหรือการรักษาที่ต้องใช้เทคนิคขั้นสูงนั้น ได้วิเคราะห์ความแรงส่วนในการศึกษาจากจำนวนเงินที่ขาดทุนต่อราย และจำนวนเงินขาดทุนต่อ major diagnostic category (MDC) พบว่า โรคหรือหัตถการที่มีความต้องการหรือแรงส่วนในการปรับการชดเชย ได้แก่ กลุ่มมะเร็งโลหิตวิทยา และการผ่าตัดสมอง

วิธีการศึกษาต้นทุนนั้นประกอบด้วย การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost Analysis) โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2547 และการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรม (Activity-base Costing) พบว่า กลุ่มมะเร็งโลหิตวิทยาจะมีความผันแปรของการรักษาสูงมาก มีระยะของโรคและแนวทางการรักษาโรคแต่ละครั้งของการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันมาก จึงหาข้อสรุปโดยการคำนวณต้นทุนตามมาตรฐานการรักษา โดยมีการศึกษาใน 2 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มมะเร็งโลหิตวิทยาแบ่งเป็น 6 กลุ่ม คือ Acute Myeloid Leukemia (AML) Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) Chronic Myelogenous Leukemia (CML) Hodgkin 's disease Non-Hodgkin Lymphoma (NHL) และ Multiple Myeloma (MM) โดยงบประมาณทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยรูปแบบนี้ คาดการณ์ว่ามีประมาณ 641 รายต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่าย 599,104,481 บาทต่อปี และต้นทุนการวินิจฉัยแยกโรคก่อนเข้ารับการรักษาเท่ากับ 5,131,654 บาทต่อปี รวมเป็นต้นทุนทั้งหมด 604,236,135 บาทต่อปี
- 2) กลุ่มการผ่าตัดสมอง ได้จำแนกสาเหตุการผ่าตัดตามพยาธิสภาพของโรคได้เป็น Trauma, Abscess เนื้อสมอง, เส้นเลือดสมอง และ Epilepsy จากการศึกษาพบว่าตัวผลักดันต้นทุนที่สำคัญ คือ การใช้ CUSA และ Navigator ช่วยในการผ่าตัด ดังนั้นจึงศึกษาต้นทุนของการผ่าตัดสมองที่ใช้ CUSA และ/หรือ Navigator พบว่าต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ CUSA และ Navigator เท่ากับ 46,979.75 บาทต่อครั้งของการเข้ารับการรักษา (Admission) ในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาต้นทุนของหัตถการย่อยๆ อีก 2 ชนิด คือ การเปลี่ยนถ่ายเลือด ซึ่งมีต้นทุนเท่ากับ 31,463.20 บาทต่อครั้งของการเข้ารับการรักษา (Admission) ในโรงพยาบาล และหัตถการเอกซเรย์หลอดเลือดและรังสีร่วมรักษา (Interventional Radiology) พบว่า ต้นทุนมีความแตกต่างกันตามเทคนิคการทำ ซึ่งมีช่วงระหว่าง 1,973-194,513 บาทต่อครั้ง

สรุปรูปแบบการศึกษาราคากลางแบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก คือ การวิเคราะห์ Activity-base Costing สำหรับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ละระดับ มีศักยภาพในการรักษาไม่เท่ากัน แต่มีแนวทางการรักษาโรคที่ชัดเจน และการวิเคราะห์ต้นทุนโดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง เหมาะสำหรับการรักษาที่ไม่มีความแตกต่างของการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับมากนัก ทั้งนี้ คณะทำงานได้สรุปข้อเสนอต่อ สปสช.ดังนี้

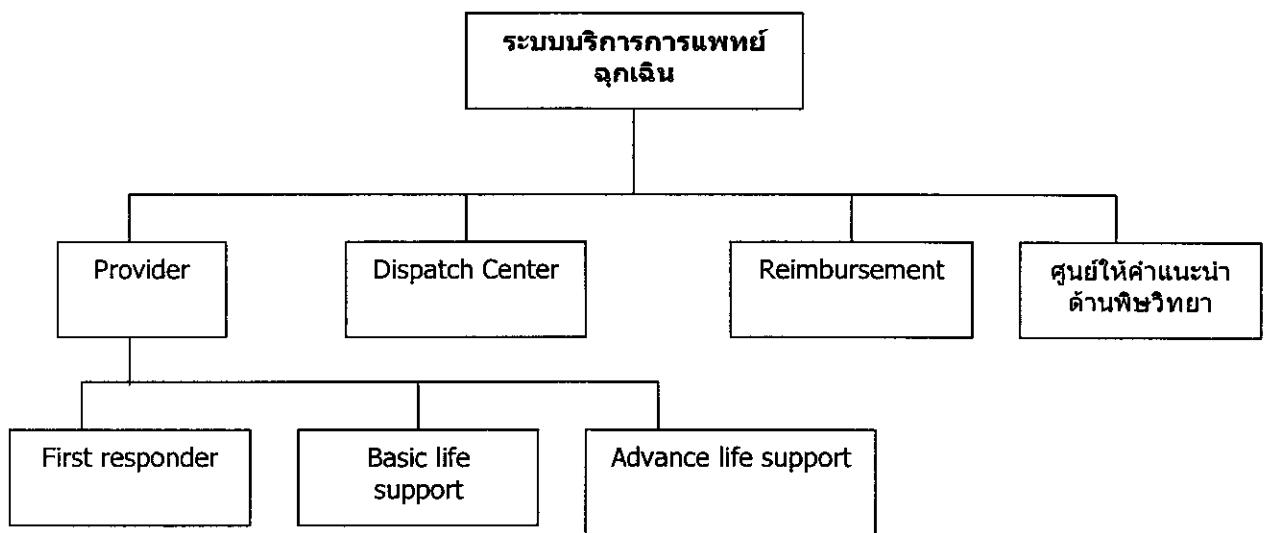
1. กำหนดให้มีการจ่ายแบบ Fee Schedule คือ กลุ่มมะเร็งโลหิตวิทยา ตามอัตราราคาที่ยสอดคล้องกับต้นทุนการรักษายาบาล ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่ชัดเจนก่อนกำหนดรูปแบบการรักษา โดยคณะกรรมการซึ่งมีแพทย์สาขาโลหิตวิทยาร่วมด้วย
2. กำหนดให้เหมาจ่ายด้วย DRG เหมือนเดิม แต่เพิ่มการชดเชยด้วยหัตถการขั้นสูง ได้แก่ การผ่าตัดสมองที่ใช้ CUSA และ/หรือ Navigator, การเปลี่ยนถ่ายเลือด, หัตถการเอกซเรย์ และรังสีร่วมรักษา, ยาต้านเชื้อราในสมอง (ไม่จำกัดชนิดเชื้อรา และการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วย), ยากลุ่มสร้างภูมิต้านทานโรค (Intravenous Immunoglobulin), และอุปกรณ์-อวัยวะเทียม (ปรับตามรายการของกรมบัญชีกลาง) ให้สอดคล้องกับต้นทุนบริการ

3. กลุ่มอื่นๆ ในค่าใช้จ่ายสูง 9 รายการ ให้คงกลไกการจ่ายเงินเดิมไว้ ได้แก่ การล้างไตหน้าท้อง และการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน

2. การดำเนินงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System-EMS)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical system-EMS) ครอบคลุมการให้บริการทางด้านสุขภาพก่อนถึงหน่วยบริการ รวมถึงบริการรับส่งผู้ป่วยจากที่พักหรือที่เกิดเหตุกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังหน่วยบริการ ทั้งนี้ไม่ครอบคลุมบริการรับส่งผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งหน่วยบริการสามารถใช้เงินที่ได้รับจากกองทุนสาขา (สำหรับการจัดบริการผู้ป่วยนอก/บริการผู้ป่วยใน) หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ EMS นั้นประกอบด้วยโครงสร้างหลัก (แผนภูมิ 3)

แผนภูมิ 3 โครงสร้างหลักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System-EMS)



แหล่งข้อมูล : สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 24 ก.ค. 48

- **Dispatch Center** ศูนย์ประสานการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำหน้าที่ประสานงานกรณีที่มีผู้ร้องขอความช่วยเหลือกรณีพบผู้ประสบอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยจะให้บริการคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การประสานข้อมูลไปยังผู้ให้บริการได้แก่หน่วยช่วยเหลือขั้นต้น (first responder) หรือหน่วยบริการระดับพื้นฐาน/ระดับสูง (basic/advance life support unit) เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปหน่วยบริการที่มีขีดความสามารถเหมาะสมที่อยู่ใกล้ที่สุด โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารคมนาคมพร้อมระบบติดตามตำแหน่ง (global positioning system: GPS) เมื่อมีการแจ้งเหตุทางโทรศัพท์จากประชาชนหรือผู้ป่วยทาง 1669 ผู้รับผิดชอบจะสั่งการให้ provider ออกไปรับและส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล กำหนดให้ Dispatch Center มีเพียงศูนย์เดียวเพื่อสั่งการทั่วประเทศ

- **Provider** หรือผู้ให้บริการซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ หน่วยช่วยเหลือขั้นต้น (First responder), หน่วยบริการระดับพื้นฐาน (Basic life support) และหน่วยบริการระดับสูง (Advance life support) แต่ละระดับมีบุคลากรที่มีความสามารถและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ต่างกัน องค์ประกอบหลักของผู้ให้บริการประกอบด้วยรถยนต์ตามข้อกำหนด บุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และระบบสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและศูนย์สั่งการ ปัจจุบันผู้ร่วมให้บริการประกอบด้วย โรงพยาบาลของรัฐ, โรงพยาบาลเอกชนที่

ขึ้นทะเบียน, มูลนิธิและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับศูนย์สั่งการ และขณะนี้มีการพัฒนา First responder ในระดับองค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีการจัดอบรม 1,500 ตำบลที่มีความพร้อมและสนับสนุนชุดอุปกรณ์ช่วยชีพขั้นพื้นฐาน

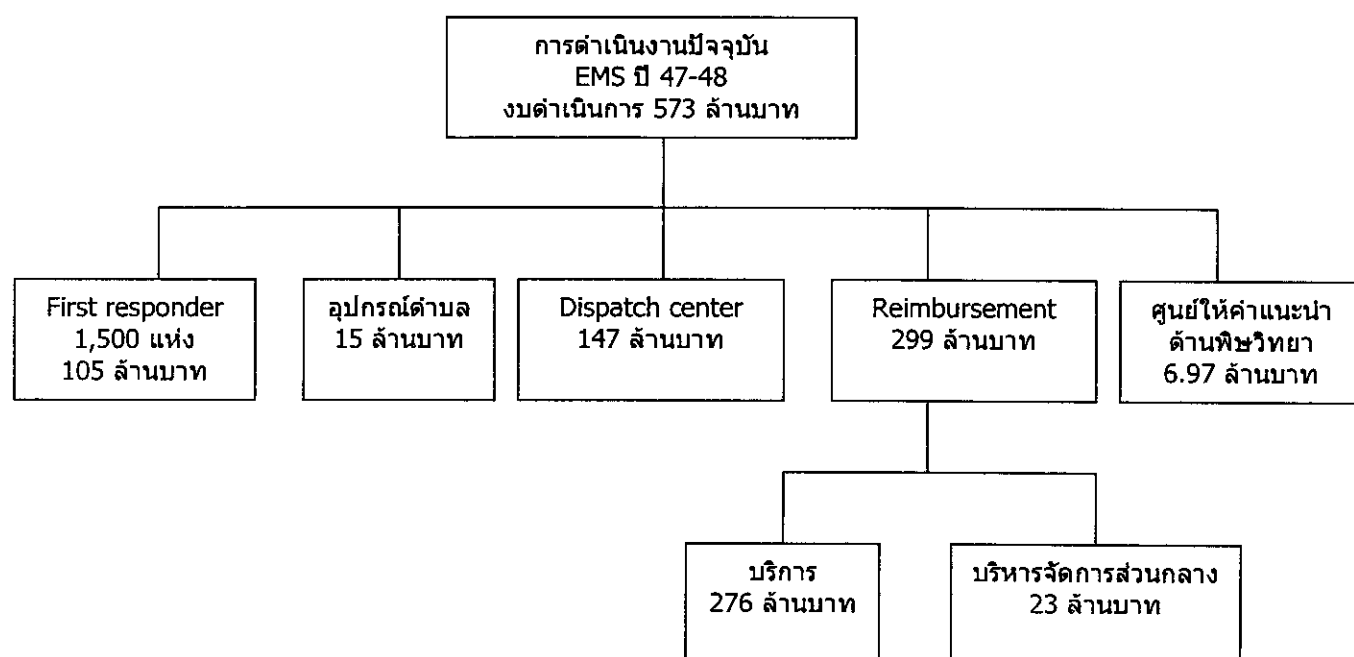
หน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีสิทธิได้รับเงินสนับสนุนการดูแลและรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยต้องดำเนินการตั้งแนวทางที่กำหนด

• **ระบบการเบิกชดเชยค่าบริการ (Reimbursement)** โดยเบิกจากงบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งไปยังสำนักงานสาขาจังหวัด การเบิกชดเชยค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านสำนักงานสาขาของจังหวัดนั้นไปยังผู้ให้บริการเป็นอัตราดังนี้

1. ในระดับ First responder จ่ายตามระยะทาง ไม่เกิน 350 บาท สำหรับ 10 กิโลเมตรแรก และต่อไปกิโลเมตรละไม่เกิน 10 บาท
2. ในระดับ Basic life support ได้รับไม่เกิน 500 บาท ต่อครั้ง
3. ในระดับ Advance life support ได้รับไม่เกิน 1,000 บาท กรณีไม่พบผู้ป่วยหรือเสียชีวิตจ่ายไม่เกินร้อยละ 30 ของอัตราข้างต้น

• **ศูนย์ให้คำแนะนำด้านพิษวิทยา** จัดตั้งขึ้นเพื่อป้องกันการเสียชีวิตและภาวะความพิการ โดยไม่สมควรจากการได้รับพิษของประชาชน ศูนย์ดังกล่าวดำเนินโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ด้วยความสนับสนุนจากสปสช. เพื่อให้บริการการให้คำปรึกษาให้กับประชาชนและโรงพยาบาลในการดูแลเมื่อได้รับสารพิษเบื้องต้น

แผนภูมิ 4 โครงสร้างงบดำเนินการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System-EMS) ปีงบประมาณ 2547-2548



แหล่งข้อมูล : สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 24 ก.ค.48

ที่ผ่านมามีงบประมาณที่จัดสรรให้สำหรับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีเงินเหลือจ่าย เนื่องจากผู้ให้บริการมีจำกัด ทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้ตามความต้องการ ซึ่งเป็นที่มาของการพัฒนา first responder ให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดย สปสช. ทำสัญญากับสำนักบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ฝึกอบรมให้ในวงเงิน 105 ล้านบาท ขณะนี้อยู่ระหว่างเตรียมการและสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยชีพขั้นพื้นฐานให้แก่อบต. หลังการฝึกอบรมชุดละ 10,000 บาท ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง

การดำเนินการจัดตั้ง Dispatch center ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการวางแผนร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. มีวงเงินไว้ดำเนินการ 147 ล้านบาท

ในส่วนของงบประมาณค่าบริการ ปัจจุบันได้จ่ายล่วงหน้าให้กับสำนักงานสาขา 76 จังหวัด เป็นเงิน 138 ล้านบาท เพื่อใช้จ่ายค่าบริการที่เกิดขึ้นและใช้จ่ายในการพัฒนาระบบ EMS ภายในจังหวัดตามประกาศและแนวทางจาก สปสช.

การดำเนินงานศูนย์ให้คำแนะนำด้านพิษวิทยา สปสช. ได้ทำสัญญากับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อให้บริการโดยให้บริการผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1330 ของ สปสช. โดย สปสช. จะโอนการสอบถามดังกล่าวตรงไปยังศูนย์พิษวิทยาของโรงพยาบาลรามาธิบดีเมื่อมีการปรึกษาเรื่องสารพิษ

โดยสรุปมีผลการดำเนินการดังนี้

1 การสนับสนุนเป็นค่าบริการให้กับ 76 จังหวัด เป็นจำนวน 50% ของวงเงินที่จังหวัดได้รับ (งบค่าบริการ 299,362,778 บาท คงเหลือ 154,770,278 บาท)

2 การสนับสนุนการดำเนินการตามข้อตกลงการพัฒนาระบบพิษสารสนเทศและบริการ ให้ค่าปรึกษาเพื่อการควบคุมพิษกับคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้วงเงิน 6,950,000 บาท

3 การสนับสนุนการดำเนินการตามข้อตกลงสำหรับพัฒนาบุคลากรและการพัฒนาระบบ ภายใต้โครงการ EMS ปี 2548 ภายใต้วงเงิน 105,000,000 บาท โดยแบ่งเป็น 4 งวด และได้จัดสรรไปแล้วเป็นเงิน 37,550,000 บาท

4 การสนับสนุนการจัดซื้ออุปกรณ์กู้ชีพตำบล 1,500 ชุด เพื่อบริการให้กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการดำเนินการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ที่ผ่านการอบรมอาสาสมัครปฐมพยาบาลองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ภายใต้วงเงิน 12,735,000 บาท

3. ระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

คณะทำงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร กำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพในเขตกรุงเทพฯ พัฒนา การบริการ อำนวยความสะดวก กำกับติดตาม บริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพในและนอกสถานพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ มีหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการประกอบด้วย โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิกชุมชนอบอุ่น รวมมากกว่า 150 แห่ง

ซึ่งการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพฯ นั้น แบ่งได้ 2 ส่วน ดังนี้

1) การบริการสร้างเสริมสุขภาพนอกหน่วยบริการ (community based PP services : PP นอกหน่วยบริการ)

เป็นการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่

- การสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนที่บ้าน
- การค้นหาและให้บริการผู้ป่วยอัมพาต พิการเรื้อรัง

- การให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ เด็ก วัยแรงงาน ผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไป

โดยมุ่งเน้นการให้บริการประชาชนอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เน้นความครอบคลุม ความทั่วถึง ความต่อเนื่องในการรับบริการ และมีการเชื่อมโยงระหว่างบริการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการ และบริการสร้างเสริมสุขภาพนอกหน่วยบริการโดยศูนย์ประสานงานเขตอนามัย การจัดให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง จัดบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัวและบริการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

2) บริการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการ (Facility based PP services : PP ในหน่วยบริการ)

ได้แก่ การจัดการบริการตรวจสุขภาพ พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน การสร้างเสริมคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การวางแผนครอบครัว การให้ยาต้านไวรัสเอดส์กรณีการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพใด ทั้งนี้เป็นบริการที่จัดในหน่วยบริการ

3.1 โครงการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่ดำเนินเสร็จสิ้น ได้แก่

โครงการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. สาขาท้องถิ่นกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นแม่แบบ กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการตรวจ Pap Smear คือ กลุ่มสตรีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ทุกสิทธิที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลรัฐ เอกชน และคลินิกเอกชน รวม 187 แห่ง ดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 - พฤษภาคม 2548 โดยมีสตรีที่ได้รับการตรวจ Pap Smear ทั้งหมด 8,818 ราย แยกเป็น อายุระหว่าง 35-60 ปี 7,217 ราย และอายุน้อยกว่า 35 ปีและมากกว่า 60 ปี 1,601 ราย ผลการตรวจที่ได้ พบว่า

- ผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก 207 ราย ซึ่งเป็นชนิด squamous ระยะก่อนเป็นมะเร็ง
- มะเร็งปากมดลูก 30 ราย

3.2 โครงการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่อยู่ดำเนินงาน

- โครงการการจัดตั้งหน่วยปฐมภูมิสายสัมพันธ์ครอบครัว

โดยสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีการจัดระบบการบริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ได้มาตรฐานให้แก่ชุมชนเพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อจัดตั้งศูนย์ให้การปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Call Center) โดยมีเป้าหมายในศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 64 แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 64 แห่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิสายสัมพันธ์ครอบครัวภายในระยะเวลา 3 ปี พร้อมทั้งให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความรู้และมีทักษะในการช่วยเหลือแม่ให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ โดยมีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนนมแม่ในชุมชน และมีศูนย์ให้การปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์ โดยมีผลการดำเนินงานระยะแรกดังนี้

- จัดทำหลักเกณฑ์การประเมิน และแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิสายสัมพันธ์ครอบครัว และจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิสายสัมพันธ์ครอบครัวตัวอย่างของศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 6 แห่ง
- ผูกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- จัดตั้งศูนย์ให้การปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์ในเขตกรุงเทพมหานคร- Call center นมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 02-3548333 ต่อ 5002 และ 02-3548945 - Call center นมแม่ โรงพยาบาลศิริราช 0-2419-7000 ต่อ 5995

• **โครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงพยาบาลที่ปรับบทบาทให้สมดุล ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และเพิ่มบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทำให้โรงพยาบาลเป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) นวัตกรรมโรงพยาบาลเป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน และการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน ซึ่งได้จัดทำข้อตกลงกับกรมอนามัย เพื่อดำเนินการให้แนวคิดการดำเนินงานและพัฒนาโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ทั้งภาครัฐและเอกชนปรับบทบาทเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป้าหมายโรงพยาบาลรัฐ 19 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 34 แห่งโดยให้ศูนย์อนามัยที่ 1 กรมอนามัยเป็นแม่แบบโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินงาน “โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ” คือ

- ศูนย์สุขภาพเขต 1 ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพเด็กแบบองค์รวม วัยรุ่นสดใสใส่ใจสุขภาพ สวมสมุนไพรรักษาในสถานที่ การพัฒนาคุณภาพและสนับสนุนการดำเนินงานครัวส่งเสริมสุขภาพ
- โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เน้นผูกอบรมทักษะทางสุขภาพให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นต้นแบบที่ดีทางสุขภาพให้กับผู้รับบริการ พัฒนาศูนย์สื่อสุขศึกษาและสร้างเครือข่ายสังคมเพื่อสุขภาพ

• **โครงการพัฒนาสุขภาพเด็กดีหน่วยศูนย์สุขภาพชุมชน**

มีวัตถุประสงค์เพื่อบุคลากรในคลินิกสุขภาพเด็กดี สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ หน่วยศูนย์สุขภาพชุมชนมีการระบบจัดการภายใน ที่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีแกนนำผู้เลี้ยงดูเด็กเห็นความสำคัญของคลินิกสุขภาพเด็กดีและสามารถจัดการ และแก้ปัญหาสุขภาพและการเลี้ยงดูเด็กที่พบบ่อย รวมทั้งแกนนำผู้เลี้ยงดูสามารถถ่ายทอดการจัดการปัญหาการเลี้ยงดูเด็ก สู่ชุมชนได้ โดยมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการพัฒนาสุขภาพเด็ก ดังนี้

- การประชุมวิชาการแพทย์-พยาบาล PCU
- การพัฒนาสื่อ “10 เรื่อง เลี้ยงลูกยอดฮิต...พิชิตได้” หนังสือรวม “10 เรื่อง เลี้ยงลูกยอดฮิตพิชิตได้”
- ประชาสัมพันธ์ “10 เรื่องเลี้ยงลูก ยอดฮิตพิชิตได้” ต่อเนื่อง ได้แก่
 - หนูน้อยหยอมนินย เรื่องใหญ่ที่ต้องแก้
 - เล่านิทานกันดีกว่า อย่าปล่อยให้ลูกติดทีวี
 - บ้าย..บ้าย ขวดนม ข้างไปโรคภัยตามมา
 - เบื่อข้าว เบื่อผัก รักขนมหวาน
 - เรื่องสำคัญของชีวิต : เก่ง ดี มีสุข
 - ผูกการขับถ่ายให้ลูกน้อย

- นำรู้เรื่องวัดขึ้น
 - อุบัติภัยแบบนี้ที่พบบ่อย
 - ชน..คือ ก้าวร้าว : รู้ทันและจัดการได้
 - เลี่ยงลูกอย่างไรไม่ผิดเพศ
- การพัฒนา PCU ต้นแบบ 6 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 ศูนย์บริการสาธารณสุข 36 ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

4. การพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

เพื่อให้การดำเนินการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12² แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ สปสช. โดยสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติได้และเพื่อพัฒนารูปแบบ/วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือบริษัทประกันภัย และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อการขยายโครงการไปยังหน่วยบริการอื่นๆ ทั่วประเทศ

กิจกรรมการดำเนินงานประกอบด้วย

- 1) จัดประชุมหารือแนวทางปฏิบัติร่วมกับกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ และบจก.กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และสมาคมประกันวินาศภัย เพื่อกำหนดเอกสาร/หลักฐาน สำหรับการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทน ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ในส่วนของคำรักษาพยาบาลระหว่าง สปสช. กับ กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือบริษัทประกันภัย และระหว่าง สปสช.กับหน่วยบริการ
- 2) จ้างบริษัทที่ปรึกษากฎหมาย เพื่อดำเนินงานตรวจสอบเอกสารที่หน่วยบริการส่งเบิก จัดส่งเอกสาร ติดตามผลการเรียกเก็บ และประสานงานกับกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย/บริษัทประกัน ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน
- 3) จัดเตรียมระบบการดำเนินงานและเอกสารคู่มือการดำเนินงาน ประชุมชี้แจงแก่หน่วยบริการนำร่อง และติดตามประสานงานเพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ทั้งทางโทรศัพท์และการเยี่ยมชม ณ หน่วยบริการ

2

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 บัญญัติไว้ว่า “ในกรณีที่ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้ เมื่อใดแล้วให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงาน และให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย แต่ไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อไป

ในกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัย หรือ บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด มีหน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อไปให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 ให้ถือเป็นการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ”

4) สปสช. ตรวจสอบเอกสารที่หน่วยบริการส่งเบิก สำรองจ่ายเงินให้หน่วยบริการ และส่งเอกสารเรียกเก็บจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย/บริษัทประกัน

5) จัดประชุมเพื่อสรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พื้นที่และระยะเวลาดำเนินงานนำร่องแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

- ระยะที่ 1 ได้แก่ หน่วยบริการในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร ระยะเวลา 5 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2548
- ระยะที่ 2 ได้แก่ หน่วยบริการในโครงการนำร่องระยะที่ 1 และเพิ่มเติม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน – 30 กันยายน 2548

ผลการดำเนินงานในช่วงระยะเวลา 6 เดือนของโครงการนำร่องฯ (1 ม.ค. – 30 มิ.ย.48) พบว่า หน่วยบริการขนาดเล็กหรือมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอจะได้รับประโยชน์จากโครงการนี้มาก เนื่องจากหน่วยบริการบางแห่งไม่เคยส่งเบิกจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือบริษัทประกันเลย สำหรับหน่วยบริการขนาดใหญ่หรือมีเจ้าหน้าที่มีประสบการณ์จะยังคงเบิกเองบางส่วน และส่งข้อมูลรายชื่อคาดว่าจะมีปัญหาหรือรายที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าค่าเสียหายเบื้องต้นมาให้ทาง สปสช.เป็นผู้เบิกให้ อย่างไรก็ตามปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ระบบที่วางไว้ยังคงใช้เอกสารหลักฐานจำนวนมาก ทำให้เป็นภาระในการจัดส่งและตรวจสอบ ซึ่งมีผลทำให้หน่วยบริการไม่สามารถจัดหาเอกสารที่จำเป็นต่อการเบิกจ่ายตามที่ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถกำหนดไว้ได้ จึงมีจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงไม่ได้รับการจ่ายชดเชยจำนวนมาก

ในรอบ 9 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีหน่วยบริการส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย จำนวน 842 ราย รวมเป็นเงิน 7.72 ล้านบาท ซึ่งทาง สปสช.ตรวจสอบและโอนเงินสำรองจ่ายให้แล้ว จำนวน 417 ราย รวมเป็นเงิน 1.97 ล้านบาท

ข้อเสนอแนะ/การพัฒนา คือ การปรับเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายจากการขอรับการชดเชยเป็นรายบุคคล ให้เป็นการโอนงบประมาณค่ารักษาพยาบาลในภาพรวมระหว่างกองทุน และปรับระบบการเบิกจ่ายให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระหว่างการพัฒนาโปรแกรม

5. การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)

5.1 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ

สปสช.ได้ดำเนินการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องคอยคิวรับการผ่าตัดเป็นเวลานานให้สามารถรับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น โดยรับข้อมูลผู้ป่วยที่คอยคิวผ่าตัดหัวใจจากสถาบัน/โรงพยาบาลดียวในเขตกรุงเทพมหานคร และดำเนินการประสานผู้ป่วยเพื่อเกลี้ยไปรับการผ่าตัดยังสถาบัน/โรงพยาบาลที่มีคิวสั้นกว่า

ผลการดำเนินงานในรอบ 9 เดือนที่ผ่านมาของปีงบประมาณ 2548 ศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่คอยคิวนานเกิน 3 เดือนจากสถาบัน/โรงพยาบาลต่างๆ รวม 301 ราย (ยกยอดมาจากปีงบประมาณ 2547 จำนวน 27 ราย) มีผู้ป่วยที่ตัดสินใจให้เกลี้ยคิวจำนวน 75 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้วจำนวน 9 ราย ที่เหลืออยู่ในขั้นตอนของการเตรียมการก่อนการผ่าตัด จำนวน 66 ราย

5.2 การดำเนินงานศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สำหรับการหาเตียงของศูนย์ประสานการส่งต่อกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีการจัดหาโรงพยาบาลเข้าร่วมสำรองเตียงจำนวน 5 แห่ง ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น
- 2) โรงพยาบาลหัวเฉียว
- 3) โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
- 4) โรงพยาบาลบางนา 1 และ
- 5) โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขุมวิท 3

ผลดำเนินงานในรอบ 9 เดือนที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2548 นั้น ในส่วนของการบริการของสายด่วน 1330 ได้รับข้อมูลให้ช่วยประสานหาเตียงทั้งหมด 750 ราย แยกเป็น กรณีโรงพยาบาลตามมาตรา 7 (รวมถึงโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการก่อนการประกาศใช้ระเบียบโรงพยาบาลตามมาตรา 7 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545) จำนวน 553 ราย กรณีโรงพยาบาลเตียงเต็ม จำนวน 99 ราย กรณีโรงพยาบาลรักษาไม่ได้ จำนวน 88 ราย กรณีโรงพยาบาลต้นสังกัดอยู่ต่างพื้นที่ จำนวน 5 ราย และเป็นกรณีผู้ป่วยมีสิทธิสวัสดิการอื่น จำนวน 5 ราย ซึ่งสามารถประสานหาเตียงได้ จำนวน 603 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80.40) ซึ่งในจำนวนดังกล่าวนั้นเป็นการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมสำรองเตียงจำนวน 14 ราย (โรงพยาบาลเอกชน 1-5 ข้างต้นเริ่มดำเนินการเดือนมกราคม 2548)

นอกจากนั้น เป็นผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ จำนวน 59 ราย เสียชีวิตก่อนหาเตียงได้จำนวน 31 ราย ญาติเปลี่ยนใจเสียค่าใช้จ่ายเองจำนวน 30 ราย โรงพยาบาลที่รักษาสามารถรับรักษาต่อได้ จำนวน 23 ราย ญาติพากลับบ้าน/ไม่ย้าย จำนวน 3 ราย และไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ จำนวน 1 ราย

.....