



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี
รับที่ 8254 (882)
วันที่ 30 พ.ย. 2548 13.27 น.

ที่ สปสช.05 / (๔๔๘๔)

30 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค”
ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. 47 - 30 ก.ย. 48)

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

จัดเข้าวาระ 6 ต.ค. 2548

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี ที่ นร 0505/2945 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2546

- สิ่งที่ส่งมาด้วย (1) บทสรุปสำหรับผู้บริหารผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. 47 - 30 ก.ย. 48) จำนวน 20 ชุด
(2) รายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท
ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. 47 - 30 ก.ย. 48)
จำนวน 20 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรีได้แจ้งให้กระทรวง ทบวง กรม
ที่รับผิดชอบนโยบายที่สำคัญหรือที่เป็นเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล ให้รายงานความก้าวหน้าของการ
ดำเนินงานเพื่อคณะกรรมการทราบเป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอรายงานความก้าวหน้า
ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และงานที่สำคัญๆ พร้อมปัญหาและ
อุปสรรคในการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค. 47 - 30 ก.ย. 48) รายละเอียดตาม
สิ่งที่ส่งมาด้วย (1) - (2)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ท 17/23
ได้นำเสนอคณะกรรมการรัฐมนตรี
เมื่อวันที่ - 6 ส.ค. 2548 ลงมติว่า
รับทราบ

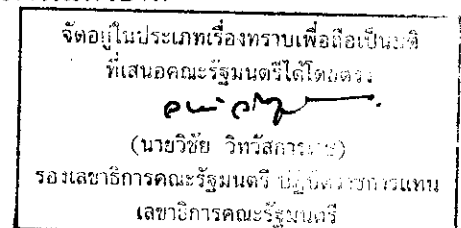
(นายพินิจ จารุสมบัติ)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักนโยบายและแผน

โทร 0 2831 4000 ต่อ 8310

โทรสาร 0 2831 4004



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

ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย ในปีงบประมาณ 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 60.45 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 96.25 จากประชากรทั้งสิ้น 63.15 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 47.34 ล้านคน สิทธิประกันสังคม 8.74 ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 4.15 ล้านคน หากเปรียบเทียบจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมระหว่างปีงบประมาณ 2547 กับ 2548 พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 1.25 และสิทธิเข้าซ้อนเหลือเพียงร้อยละ 0.033

การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปี 2548 ของผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีการให้บริการผู้ป่วยนอก 118.11 ล้านครั้ง จำนวน 41.01 ล้านคน การให้บริการผู้ป่วยใน 4.48 ล้านราย จำนวนวันนอน 17.63 ล้านวัน เมื่อเปรียบเทียบอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของประชาชนไทยระหว่างปีงบประมาณ 2547 กับ 2548 พบว่า ในปีงบประมาณ 2548 ประชาชนมีการใช้บริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 2.50 ครั้ง/คน/ปี (อัตราลดลงร้อยละ 1.57) อัตราการให้บริการผู้ป่วยใน เท่ากับ 0.095 ครั้ง/คน/ปี (อัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.26) โดยมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.67 (อัตราลดลงร้อยละ 0.19)

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เปรียบเทียบผลการประเมินโรงพยาบาลเมื่อปีงบประมาณ 2547 กับ ปี 2548 พบว่าโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA) อย่างครบถ้วน จำนวน 134 แห่ง (สัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.58) ผ่านการรับรองว่ามีการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 48 แห่ง (สัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.93) ผ่านการรับรองว่ามีระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล 615 แห่ง (สัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.03) และมีโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างการดำเนินการด้านระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลคงเหลือเพียง 170 แห่ง (สัดส่วนลดลงร้อยละ 16.54) โดยสรุปผลการดำเนินงานมีความก้าวหน้าที่ได้เห็นได้ชัดเจนคือ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ผ่านการรับรองว่ามีระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลแล้ว (บันไดขั้นที่ 1) และผ่านการรับรองขั้นที่ 2 (การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง) เพิ่มขึ้นมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา รวมทั้งจำนวนโรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนั้น งานด้านคุณภาพยังมีกิจกรรมสำคัญอื่นๆ อีก อาทิ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการบริการปฐมภูมิ การส่งเสริมการจัดการคุณภาพระบบยา เพื่อให้มีมาตรฐานและมีการที่มั่นใจสำหรับประชาชน รวมทั้งกิจกรรมที่สำคัญเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ การตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจหน่วยบริการ และการสร้างเครือข่ายกับหน่วยบริการ

ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากผลการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ปี 2548 ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 95.7 ซึ่งสูงกว่าปี 2547 ที่ผ่านมาร้อยละ 2.8 โดยมีข้อสังเกตประเด็นสำคัญเมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจระหว่างปี 2547 กับ 2548 พบว่า ประชาชนมีแนวโน้มความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการการรักษาพยาบาลในงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "สูงมากกว่า" ในปี 2547 เช่น ความพึงพอใจต่อคุณภาพของยาเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 4.5 การรักษาพยาบาลด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์

เพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 2.5 และพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่อื่นๆ เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 0.9 ส่วนความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 6.14 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2547 กับ 2548 คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมลดลงจากปีที่ผ่านมา ปีปัจจัยที่สร้างความกังวลใจมากที่สุด/มาก คือ การขาดแคลนอัตราค่าจ้าง ร้อยละ 75.9 รองลงมาคือปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.7 และข้อจำกัดของงบประมาณ ร้อยละ 71.9 ตามลำดับ นอกจากนี้สิ่งที่ตัวอย่างเห็นว่ามีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงานในการทำงานในระดับมากที่สุด/มาก คือความสุขในการทำงาน ร้อยละ 73.8 รองลงมาคือ โอกาสที่จะสร้างประโยชน์ให้แก่ประชาชน ร้อยละ 70.2 และ โอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ร้อยละ 69.8 ตามลำดับ

การดำเนินงานด้านการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548 จำนวนทั้งสิ้น 26,589 เรื่อง สามารถดำเนินการแล้วเสร็จ จำนวน 26,471 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 99.56 ส่วนเรื่องร้องเรียนตามพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 57 และมาตรา 59 มีเรื่องร้องเรียนทั้งหมด 1,800 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.77 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด คิดเป็นอัตราเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพเท่ากับ 1.52 ต่อแสนการใช้บริการ

การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในปีงบประมาณ 2548 ได้มีการช่วยเหลือผู้รับบริการจำนวน 160 ราย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 12.765 ล้านบาท แยกเป็น กรณีการเสียชีวิต/ทุพพลภาพมากที่สุด 116 ราย รองลงมาเป็นกรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง จำนวน 37 ราย และกรณีการสูญเสียอวัยวะ/พิการ จำนวน 26 ราย นอกจากนี้ได้มีจ่ายเงินช่วยเหลือผู้ให้บริการอีกจำนวน 46 ราย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 1.250 ล้านบาท เป็นกรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร 5 ราย บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง จำนวน 41 ราย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เร่งส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีในการประสานสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีของทุกฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้จัดหาบริการ ทั้งหมดนี้จะนำมาสู่ความพึงพอใจระบบหลักประกันสุขภาพร่วมกัน และให้เป็นหลักประกันสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและคุณภาพ เปิดโอกาสและมีกลไกสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพภาคประชาชนโดยสามารถสร้างเครือข่ายเพิ่มขึ้นกว่า 1,330 เครือข่าย เพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าไปมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งมีโครงการเปิดช่องทางใหม่ด้านลงทะเบียนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยประชาชนสามารถลงทะเบียนสิทธิกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 57 แห่งในพื้นที่ของจังหวัดต่างๆ ได้แก่ นนทบุรี จันทบุรี ขอนแก่น พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตรัง และพระนครศรีอยุธยา

นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถสร้างความครอบคลุมในการมีหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริง อาทิ โครงการพิเศษด้านส่งเสริมสุขภาพ(Vertical Program) เป็นการกระตุ้นการบริการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญซึ่งยังดำเนินการไม่ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน และโครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในด้วยระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และนำร่องการดำเนินการให้ผู้สิทธิไม่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้าสำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค โดยมีการปรับปรุงประสิทธิภาพระบบเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย และเป็นขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการ

ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

" 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค "

ปีงบประมาณ 2548

(1 ต.ค. 47 - 30 ก.ย. 48)



เลขที่ 200 หมู่ 4 อาคารจัสมิน อินเดอร์เนชั่นแนล ชั้น 17, 27-28

ถนนแจ้งวัฒนะ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ 0-2831-4000 โทรสาร 0-2831-4004

www.nhso.go.th

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ	1
1. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ	1
1.1 ความครอบคลุมการลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ	1
1.2 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ	2
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	3
บทที่ 2 การควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ	5
1. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ	5
1.1 การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	5
1.2 การส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ	5
2. การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ	7
2.1 การจัดทำเกณฑ์ตรวจเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ	7
2.2 การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ	7
2.3 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	8
2.4 การส่งเสริมการจัดการคุณภาพระบบยา	11
2.5 การจัดทาระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ	12
3. กิจกรรมที่สำคัญเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13
3.1 การตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจหน่วยบริการ	13
3.2 การสนับสนุนการทำงานร่วมกับหน่วยบริการ	13
4. ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	14
4.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2546-2548	14
4.2 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16
บทที่ 3 การคุ้มครองสิทธิ การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	
กรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	18
1. การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	18
1.1 การให้บริการสอบถามข้อมูล	18
1.2 การให้บริการรับเรื่องเรียน/เรื่องร้องทุกข์	19
2. การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้/รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20
2.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ	20
2.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	20

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี	22
1. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชน	22
1.1 สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน น่าน 29 แห่ง ใน 21 จังหวัด	22
1.2 การขยายผลสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายวิทยากรแกนนำ หลักประกันสุขภาพ	22
1.3 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย 9 ด้าน	23
1.4 การสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพ ผ่านเครือข่ายวิทยุชุมชน จำนวน 160 จุด ปฏิบัติการใน 6 ภูมิภาค และการจัดเวทีเผยแพร่หลักประกันสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น	23
1.5 การดำเนินกิจกรรมเพื่อเชื่อมร้อยเครือข่ายของเครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง	23
1.6 ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ "จาก 30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค"	23
1.7 การส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในภาวะวิกฤติช่วยเหลือผู้ประสบภัย สึนามิ 6 จังหวัดภาคใต้	24
2. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	24
3. การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรวิชาชีพ	26
บทที่ 5 การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	27
1. งบประมาณรายหัว	27
2. การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	28
3. การบริหารกองทุนย่อยของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	28
3.1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน	28
3.2 การบริหารจัดการงบประมาณการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	33
3.3 การบริหารจัดการงบลงทุนเพื่อการทดแทน	35
บทที่ 6 ผลงานเด่น ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาต่อไป	36
1. ผลงานเด่น	36
1.1 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)	36
1.2 โครงการรณรงค์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการเปลี่ยนค่านิยมโครงการจาก "30 บาทรักษาทุก โรค" เป็น "30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค"	37
1.3 โครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	38
1.4 ระบบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์	39
2. ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา	41
2.1 เอกภาพของโครงสร้างบริหารหลักประกันสุขภาพในส่วนภูมิภาค	41
2.2 ความพอเพียงของงบประมาณในการจัดบริการและงบประมาณบริหารจัดการ	41
2.3 ปัญหาการงบประมาณในการดูแลประชากรไร้สัญชาติ	42
2.4 ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนภาครัฐและผลกระทบต่อคุณภาพบริการ	42

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ผลการลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2547-2548	1
ตาราง 2 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547-2548	3
ตาราง 3 การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547-2548	4
ตาราง 4 ผลการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2547-2548	5
ตาราง 5 ภาวะ/โรค ที่มีแผนจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG)	9
ตาราง 6 ผลการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาตั้งแต่เดือน มกราคม 2543 - ธันวาคม 2547	12
ตาราง 7 ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546-2548	14
ตาราง 8 คะแนนความพึงพอใจผลของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากบุคลากรทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	16
ตาราง 9 การให้บริการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547-2548	18
ตาราง 10 การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547-2548	19
ตาราง 11 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการ รักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2547-2548	20
ตาราง 12 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2547-2548	21
ตาราง 13 ผลการจัดสรรงบค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2548	28
ตาราง 14 รายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (ด.ค.47-ส.ค.48)	29
ตาราง 15 รายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ด.ค.47-ส.ค.48)	30
ตาราง 16 รายงานการจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่าย สูงผู้ป่วยใน (ด.ค.47-ส.ค.48)	31
ตาราง 17 รายงานการจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ต่างสำนักงานสาขา ผู้ป่วยใน (ด.ค.47-ส.ค.48)	31
ตาราง 18 รายงานการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (ด.ค.47-มิ.ย.48)	32
ตาราง 19 รายงานการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โครงการแก้วตาดวงใจ (ด.ค.47-ส.ค.48)	32
ตาราง 20 การจัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนให้หน่วยบริการสังกัดต่างๆ ปีงบประมาณ 2548	35
ตาราง 21 ผลการประสานศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ปีงบประมาณ 2547-2548	36
ตาราง 22 งบประมาณบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2549	42

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ 1 ร้อยละของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกระบบเปรียบเทียบกับเป้าหมายปีงบประมาณ 2548	2
แผนภูมิ 2 ร้อยละความซ้ำซ้อนของสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548	2
แผนภูมิ 3 เปรียบเทียบผลการสำรวจความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546-2548	15
แผนภูมิ 4 งบประมาณรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2545-2549	27

บทที่ 1
ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ
และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

1. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

1.1 ความครอบคลุมการลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพ

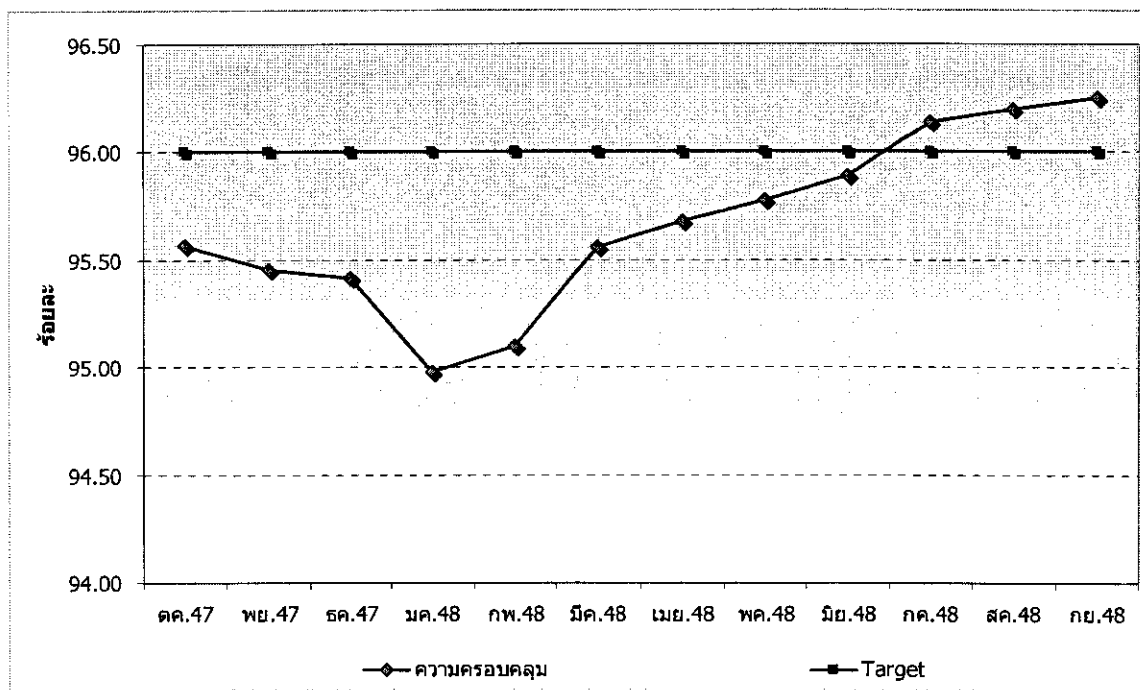
ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทยทุกคน พบว่า ประชาชนไทย มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 60.45 ล้านคน ความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 96.25 ของประชากรทั้งประเทศ (63.15 ล้านคน) โดยสามารถแยกสิทธิประกันสุขภาพเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า 47.34 ล้านคน สิทธิประกันสังคม 8.74 ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 4.15 ล้านคน หากเปรียบเทียบจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิในทุกระบบประกันสุขภาพปีงบประมาณ 2547 กับ 2548 พบมีอัตรา เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.25 โดยจำนวนประชากรที่มีสิทธิว่างซึ่งรอการตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนสิทธิลดลงร้อยละ 16.72 รวมถึงสิทธิซ้ำซ้อนเหลือเพียงร้อยละ 0.033 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ผลการลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2547-2548

ประเภท	ปีงบประมาณ		เพิ่ม (ลด) ร้อยละ
	2547	2548	
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47,099,766	47,343,401	0.52
สิทธิประกันสังคม	8,340,006	8,741,658	4.82
สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	4,266,661	4,150,924	(2.71)
สิทธิข้าราชการการเมือง	663	571	(13.88)
สิทธิคนไทยในต่างแดน	63,269	62,713	(0.88)
สิทธิทหารผ่านศึก	-	122,679	-
สิทธิครูเอกชน	-	95,158	-
สิทธิต่างด้าว	255,685	274,671	7.43
สิทธิว่าง	2,830,301	2,356,963	(16.72)
รวมประชากร	62,856,351	63,148,738	0.47
ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ			
คน	59,707,096	60,454,391	1.25
ร้อยละ	95.47	96.25	0.77
สิทธิซ้ำซ้อน			
คน	53,617	15,832	(70.47)
ร้อยละการซ้ำซ้อนของสิทธิ	0.11	0.033	(0.077)

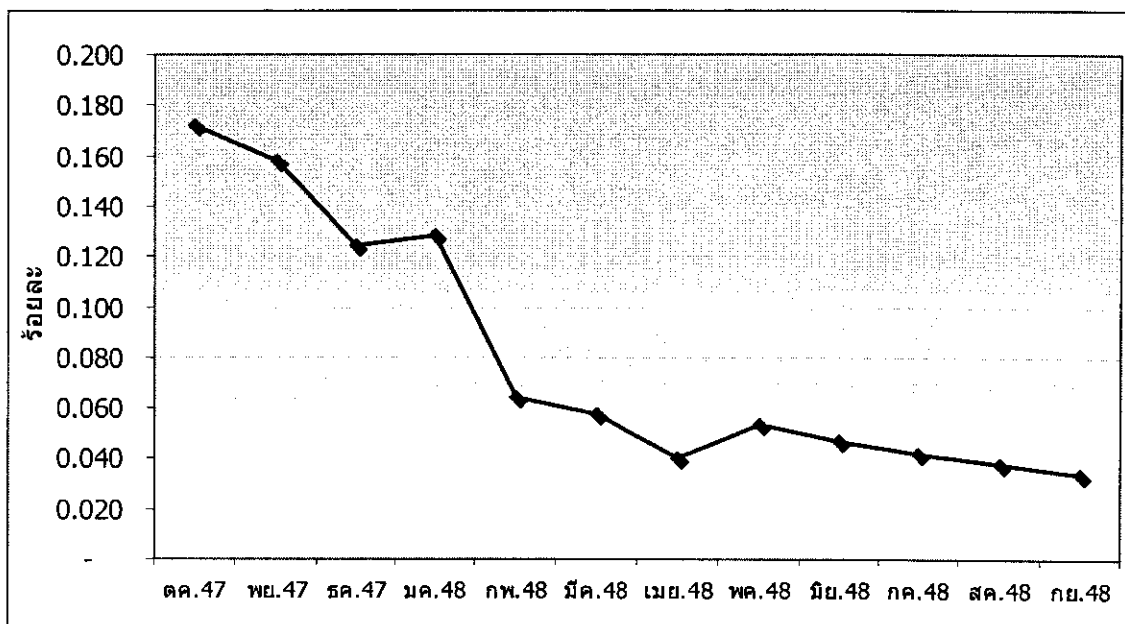
แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 ต.ค.48

แผนภูมิ 1 ร้อยละของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกระบบเปรียบเทียบกับเป้าหมายปีงบประมาณ 2548



แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 ต.ค.48

แผนภูมิ 2 ร้อยละความซ้ำซ้อนของสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548



แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 ต.ค.48

1.2 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ

หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีจำนวนหน่วยบริการทั้งสิ้น 1,110 แห่ง แยกเป็น หน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลจำนวน 962 แห่ง แยกเป็น โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข 825 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 74 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 63 แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 148 แห่ง ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นคลินิกในสังกัดของเอกชน 105 แห่ง รองลงมา คือ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2547-2548

ประเภทหน่วยบริการ	ปีงบประมาณ		เพิ่ม/(ลด) (ร้อยละ)
	2547	2548	
โรงพยาบาล			
-สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	818	825	0.86
-รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	74	74	0.00
-สังกัดเอกชน	71	63	(11.27)
รวมจำนวนโรงพยาบาล	963	962	(0.10)
คลินิกชุมชนอบอุ่น			
-สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	3	3	0.00
-รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	40	40	0.00
-สังกัดเอกชน	89	105	17.98
รวมจำนวนคลินิก	132	148	12.12
รวมทั้งสิ้น	1,095	1,110	1.37

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 ต.ค.48

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.1 การให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

การให้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2548 จากข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนในรายงาน สปสช. 0110 รง.5 และรายงาน 0110 รง.5 ของกระทรวงสาธารณสุข พบมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 118.11 ล้านครั้ง จำนวนผู้ป่วยนอก 41.01 ล้านราย อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก 2.50 ครั้ง/คน/ปี ผู้ป่วยในจำนวน 4.48 ล้านราย จำนวนวันนอน 17.63 ล้านวัน

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างปีงบประมาณ 2547 กับ 2548 นั้น พบว่า ในปีงบประมาณ 2548 ประชาชนมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 2.50 ครั้ง/คน/ปี (อัตราลดลง 0.04) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน เท่ากับ 0.095 ครั้ง/คน/ปี (อัตราเพิ่มขึ้น 0.003) โดยมีอัตราการใช้บริการต่อผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.67 (ลดลงร้อยละ 0.19) (ตาราง 3)

ตาราง 3 การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547-2548

รายการ		ปีงบประมาณ		เพิ่ม(ลด) ร้อยละ
		2547	2548	
จำนวนการรับบริการ	ผู้ป่วยนอก (ล้านคน)	39.66	41.01	3.40
	(ล้านครั้ง)	119.64	118.11	(-1.27)
	ผู้ป่วยใน (ล้านราย)	4.33	4.48	3.46
	(ล้านวัน)	16.83	17.63	4.75
อัตราการใช้บริการต่อประชากร	บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง/คน/ปี)	2.54	2.50	(1.57)
	บริการผู้ป่วยใน(ครั้ง/คน/ปี)	0.092	0.095	3.26
อัตราการส่งต่อ	อัตราการส่งต่อ (ร้อยละ)	1.86	1.67	(0.19)

หมายเหตุ : ประชากรกลางปีตัด ณ 1 ก.ค.48 โดยปีงบประมาณ 2547 เท่ากับ 47.02 ล้านคน ปีงบประมาณ 2548 เท่ากับ 47.28 ล้านคน

ที่มาของข้อมูล :

- ข้อมูลปีงบประมาณ 2547 คำนวณจากรายงาน 0110 รง.5 กระทรวงสาธารณสุข ณ 28 ต.ค.47 จากความครบถ้วนของข้อมูลร้อยละ 82.9 ได้ปรับให้เป็นร้อยละ 100 ของรายงานที่ควรได้รับทั้งหมด
- ข้อมูลปีงบประมาณ 2548 คำนวณจากรายงาน 0110 รง.5 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 26 ก.ย.48 ข้อมูลจากหน่วยบริการ 930 แห่ง ตัด ณ 26 กันยายน 48 จากรายงานผู้ป่วยนอกที่ได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 57.54 ส่วนผู้ป่วยในได้รับข้อมูลร้อยละ 66.39 ได้ปรับข้อมูลให้ครบร้อยละ 100

บทที่ 2

การควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ

1. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ

1.1 การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เปรียบเทียบผลการประเมินโรงพยาบาลเมื่อปีงบประมาณ 2547 กับ ปี 2548 พบว่าโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน **Hospital Accreditation (HA)** อย่างครบถ้วน จำนวน **134** แห่ง (สัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.58) ผ่านการรับรองว่ามีการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 48 แห่ง (สัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.93) ผ่านการรับรองว่ามีระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล 615 แห่ง (สัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.03) และมีโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างการดำเนินการด้านระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลคงเหลือเพียง 170 แห่ง (สัดส่วนลดลงร้อยละ 16.54) โดยสรุปผลการดำเนินงานมีความก้าวหน้าให้เห็นได้ชัดเจนคือ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ผ่านการรับรองว่ามีระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลแล้ว (บันไดขั้นที่ 1) และผ่านการรับรองขั้นที่ 2 (การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง) เพิ่มขึ้นเกินกว่าปีที่ผ่านมา รวมทั้งจำนวนโรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 4 ผลการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2547-2548

สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพ	ปีงบประมาณ 2547		ปีงบประมาณ 2548		เปลี่ยนแปลง สัดส่วนเพิ่ม (ลด)
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	ร้อยละ
ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน)	100	10.28	134	13.86	3.58
ผ่านการรับรองขั้นที่ 2 (การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง)	10	1.03	48	4.96	3.93
ผ่านการรับรองขั้นที่ 1 (การจัดระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง)	531	54.57	615	63.60	9.03
อยู่ระหว่างการพัฒนาขั้นที่ 1	332	34.12	170	17.58	(16.54)
รวม	973	100	967	100	

แหล่งข้อมูล สำนักพัฒนาคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 12 ต.ค. 48

1.2 การส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการ ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

1.2.1. โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)

สปสช. ได้สนับสนุนการพัฒนาโดยทำความเข้าใจความตกลงกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนายกระดับมาตรฐานสถานอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2547-2548 ผลการดำเนินงาน มีดังนี้

- 1) ประเมินผลการใช้คู่มือตรวจประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน โดยคณะทำงานของกรม

สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.

- 2) พัฒนาศักยภาพทีมวิทยากร (Quality Review Team-QRT) ระดับจังหวัดและสำนักงานสาขา จำนวน 300 คน เพื่อให้การสนับสนุนสถานีนอyman/ศูนย์สุขภาพชุมชนในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน
- 3) พัฒนาสถานีนอyman / ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 800 แห่ง (คัดเลือกสถานีนอyman/ศูนย์สุขภาพชุมชนตามแผนแม่บทที่จัดทำเมื่อปี 2546 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและ สปสช. ร่วมกันคัดเลือกเข้าโครงการ) ทั้งนี้โดยมี QRT สำนักงานสาขา จำนวน 300 คน ที่ผ่านการพัฒนาแล้วมาสนับสนุนการพัฒนา ผลการประเมินพบว่ามีสถานีนอyman/ศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 530 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 66.3

1.2.2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการบริการปฐมภูมิ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นชอบให้มีการจัดงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพ

บุคลากรในการจัดการบริการปฐมภูมิ โดยจัดสรรจากงบลงทุนเพื่อการทดแทน ปีงบประมาณ 2548 จำนวน 10 ล้านบาท มีคณะทำงานที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ มีความคืบหน้าดังนี้

- 1) จัดให้มีการประชุมบูรณาการแนวคิดหลักการในการพัฒนาบริการปฐมภูมิจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, สำนักงานโครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (สนับสนุนโดยสหภาพยุโรป), สถาบันพระบรมราชชนก และหน่วยงานจากบางพื้นที่ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 2) จัดทำแนวทางและหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการบริการปฐมภูมิโดยความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการฝึกอบรมบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 3) อบรมวิทยากรระดับเขต 12 เขตและกรุงเทพมหานคร จำนวน 130 คน (เขตละ 10 คน) เพื่อไปพัฒนาวิทยากรระดับจังหวัด/อำเภอตามแนวทาง/หลักสูตร โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่
- 4) การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมระดับเขตจำนวน 12 ศูนย์ เพื่อรองรับกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม โดยดำเนินการภายใต้ข้อตกลงร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. โดยทั้ง 12 ศูนย์กำลังดำเนินการฝึกอบรมวิทยากรระดับจังหวัดและอำเภอ ครอบคลุม 75 จังหวัด เป้าหมายจำนวน 1,800 คน

1.2.3. โครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ (PCU ในฝัน)

เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีพี่เลี้ยงระดับอำเภอ จังหวัด และนักวิชาการจากภายนอกเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนา เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีผลลัพธ์บริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ โครงการนี้ได้ร่วมกับมือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการพัฒนาและประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ PCU ในฝัน ทั้งนี้ได้คัดเลือกและสนับสนุนงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าร่วมโครงการ จำนวน 562 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัดทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐและเอกชน มีการอบรมเตรียมความพร้อมให้กับพี่เลี้ยงระดับจังหวัด จำนวน 200 คน ร่วมกับคณะทำงานนักวิชาการ (ทีมพี่เลี้ยงภายนอก) จำนวน 60 คน และสำนักงานสาขาในการเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการพัฒนา จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และรายงานผล ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งที่เข้าร่วม ดำเนินโครงการ ใกล้แล้วเสร็จ กำลังอยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูลและรายงานผล

1.2.4. โครงการพัฒนากลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

สปสช. ร่วมมือกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ในการพัฒนากลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดทำข้อเสนอทิศทางการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกัน สุขภาพ แผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เครื่องมือและแนวทาง/คู่มือการพัฒนา และตรวจประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ ผู้แทนหน่วยงาน/องค์กรภาคี ต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันจัดทำและเสนอ แผนแม่บท กลไกและแนวทางการพัฒนาและประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการ

2. การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ

2.1 การจัดทำเกณฑ์ตรวจเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

จัดทำเกณฑ์ แบบตรวจประเมิน และคำอธิบายแนวทางการตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับขึ้นทะเบียนใน 4 ประเภท คือ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ตามข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2547 และได้ประชุมชี้แจงกับสำนักงานสาขาในการดำเนินการตรวจประเมินสถานบริการ ทั้งภาครัฐและ เอกชนทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ในปีงบประมาณ 2549 นี้

2.2 การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ

2.2.1 การควบคุมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มีการออกตรวจเยี่ยมหน่วยบริการตามโครงการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ ของคณะกรรมการควบคุมฯ จำนวน 3 ครั้งคือ

- 1) จังหวัดกระบี่ ตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลอ่าวลึก ระหว่างวันที่ 17-18 กุมภาพันธ์ 2548
- 2) จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลเวชประสิทธิ์ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน วันที่ 19 -20 มีนาคม 2548
- 3) จังหวัดเชียงใหม่ตรวจเยี่ยม 4 หน่วยบริการคือ โรงพยาบาลรวมแพทย์ เชียงใหม่ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลช้างเผือก และโรงพยาบาลนครพิงค์

2.2.2 การควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช. ได้กำหนดเป้าหมายการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการในปีงบประมาณ 2548 จำนวน 27 จังหวัด คือ นนทบุรี สิงห์บุรี จันทบุรี ระยอง สมุทรสงคราม สมุทรสาครหนองบัวลำภู สมุทรปราการ จะเข้เกรา สระบุรี สกลนคร มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ตรัง ชัยภูมิ สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ อำนาจเจริญ สุราษฎร์ธานี ชุมพร สงขลา ลำปาง ลำพูน ดาก กระบี่ พิจิตร เชียงใหม่ และแม่ฮ่องสอน แบ่งเป็นหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลระดับต่างๆ จำนวน 55 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 55 แห่ง ณ สิ้นเดือนกันยายน 2548 ได้ทำการตรวจเยี่ยมครบ 27 จังหวัด มีสรุปผลการตรวจเยี่ยมดังนี้

- โรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 54 แห่ง จาก 27 จังหวัด ปัญหาที่พบในการตรวจเยี่ยมคือ

- สถานการณ์การพัฒนาที่ สปสช.มี ข้อมูลไม่ตรงกับข้อมูลในพื้นที่จริง
- ขาดแคลนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพ
- ทีมพัฒนาคุณภาพและความคุ้มค่ากับคุณภาพในจังหวัดยังขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างเพียงพอ
- หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนทั้งสิ้น 53 แห่ง จาก 27 จังหวัด พบว่า
 - แบบประเมินที่ใช้ในการประเมิน ศูนย์สุขภาพชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุขยากเกินไป และบุคลากรมีความเข้าใจในเกณฑ์ไม่ตรงกัน
 - ขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณ
 - ขาดการสนับสนุนจาก หน่วยบริการประจำ และ สำนักงานสาขาจังหวัด
 - สรุปข้อเสนอแนะของหน่วยบริการโดยเสนอให้ สปสช. ส่วนกลางหรือสาขาภูมิภาค สนับสนุนวิชาการด้าน quality controlling เสนอให้ สปสช. เสนอข้อมูลแก่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดสรรอัตราค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร อย่างเพียงพอ

2.2.3 การควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการดัดยภูมิเฉพาะด้าน ศูนย์มะเร็ง ศูนย์โรคหัวใจ และ ศูนย์อุบัติเหตุ มีผลงานที่แล้วเสร็จดังนี้

- การจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการดัดยภูมิเฉพาะด้าน
- การจัดทำเกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อลงทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะทางศัลยกรรมโรคหัวใจ โดยในปีงบประมาณ 2548 มีหน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมให้บริการดัดยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ ทั้งสิ้น 4 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์ลงทะเบียน 3 แห่ง กำลังอยู่ในระหว่างการสรุปผลการประเมิน 1 แห่ง
- การจัดทำเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อลงทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ระดับดัดยภูมิเฉพาะทางรังสีรักษา
- การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการดัดยภูมิเฉพาะด้านทั้งสิ้น 21 แห่งดังนี้คือ ศูนย์มะเร็ง 1 แห่ง ศูนย์โรคหัวใจ 8 แห่งและศูนย์อุบัติเหตุ 12 แห่ง

2.2.4 การสร้างเสริม/สนับสนุน รวมทั้งการกำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานที่กำหนด

เพื่อหาแนวทางการกำกับดูแลการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด / ภูมิภาค สปสช. ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ทั้งสิ้น 4 ครั้ง เพื่อจัดทำตัวชี้วัด (จำนวน 24 ตัวชี้วัด) และดำเนินการทดลองตัวชี้วัดดังกล่าวในพื้นที่ 5 จังหวัด 8 คือ จังหวัดสงขลา จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดตาก และจังหวัดกระบี่ ได้ผลสรุปตัวชี้วัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 7 ตัวชี้วัด และของโรงพยาบาล จำนวน 17 ตัวชี้วัด ทั้งนี้จะนำตัวชี้วัดดังกล่าวไปใช้เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องในปี 2549 ต่อไป

2.3 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2.3.1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG)

สปสช. ได้ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข (สวรส.) ดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข มีกำหนดระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่มิถุนายน 2547 – ธันวาคม 2548 ผลการดำเนินการ ณ กันยายน 2548 มีดังนี้ คือ

- 1) มีข้อมูลรายงานสรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของภาวะ/โรคที่มีความเสี่ยงสูง โรคที่มีปริมาณ

- บริการสูง โรคที่มีความหลากหลายในการรักษาสูงและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง จำนวน 100 โรค
- 2) มีฐานข้อมูลแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย และได้มีการเผยแพร่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ 100 ภาวะโรค
 - 3) ปัจจุบันอยู่ระหว่างการจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข 20 ภาวะโรค จาก 100 ภาวะ/โรค เพื่อเผยแพร่และทดลองใช้ในพื้นที่ 180 วัน ดังมีรายชื่อ 20 ภาวะ/โรค นำเสนอในตาราง 6 และต่อจากนั้นจึงประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข เพื่อสรุปรายงานผลต่อไป

ตาราง 5 ภาวะ/โรค ที่มีแผนจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG)

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

แหล่งข้อมูล : สำนักพัฒนาคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 ก.ย.48

ผลการดำเนินงาน ณ เดือนกันยายน 2548 พบว่า สามารถจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุขแล้วเสร็จ จำนวน 10 โรค คือ โรควิตกกังวล (anxiety) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) โรคปอดอักเสบในชุมชน (community-acquired pneumonia, CAP) โรคซึมเศร้า (depression) ภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (hypertension) ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIB) ภาวะ Septic shock (sepsis) วัณโรค(tuberculosis: TB) ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) และโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (thalassemia syndromes) เพื่อใช้ในปีงบประมาณ2549 ต่อไป

2.3.2 โครงการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เป็นการดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่ได้จากคณะผู้ตรวจเยี่ยมคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 10 เรื่อง ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคตับ มะเร็งปอด มะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลืองในเด็ก-ผู้ใหญ่ มะเร็งตับและถุงน้ำดี มะเร็งโพรงหลังจมูก มะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งจัดทำเสร็จเรียบร้อยแล้วจำนวน 2 เรื่องส่วนที่เหลือ 8 เรื่อง ได้ร่างข้อเสนอแล้ว อยู่ระหว่างการนำเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณา และจัดให้มีการส่งเสริมการนำแนวทางฯ สู่การปฏิบัติในปีงบประมาณ 2549 ต่อไป

2.3.3 โครงการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สปสช. ได้แต่งตั้งผู้ตรวจเยี่ยมจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะทางด้านโรคหัวใจในปี 2547 ผลการตรวจเยี่ยมค่อนข้างเป็นผลดี สปสช. จึงจัดให้มีการตรวจเยี่ยมต่อเนื่องในปี 2548 โดยกระจายพื้นที่การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการทั้งในภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์ในการตรวจเยี่ยม คือ

- 1) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่เหมาะสม
- 2) เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และความมั่นใจในการให้บริการแก่บุคคลากร ผู้ให้บริการ
- 3) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการถ่ายทอดความรู้ แก่บุคคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 4) เพื่อรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะการจัดการบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคคลากร และการสนับสนุนอื่นๆที่จำเป็น

ในปีงบประมาณ 2548 สปสช. ได้แต่งตั้งคณะผู้ตรวจเยี่ยมคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อกำหนดแบบตรวจประเมินคุณภาพและได้ตรวจเยี่ยมหน่วยบริการทั้งสิ้น จำนวน 6 จังหวัด รวม 8 แห่ง ผลการตรวจเยี่ยมพบว่า คุณภาพด้านการรักษาเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 86.72 และมีข้อเสนอว่าควรมีการพัฒนากระบวนการและแนวทางการตรวจประเมินให้มีคุณภาพตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและทัดเทียมกัน

2.3.4 โครงการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

มีการจัดทำคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจประเมินฯ และได้ส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาทั้ง 75 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) เพื่อดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสรุปผลการดำเนินการดังนี้

- 1) มีการแต่งตั้งคณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงระดับจังหวัด 63 จังหวัด
- 2) หน่วยบริการของ 63 จังหวัด ได้จัดทำแผนการตรวจสอบเวชระเบียนจังหวัดละ 250 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 84 จากเป้าหมาย 75 จังหวัด ทั้งนี้หน่วยบริการที่จะทำการตรวจสอบเวชระเบียนเป็นหน่วยบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ลงทะเบียนเป็นคู่สัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) การตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้ดำเนินการตรวจสอบใน 62 จังหวัดๆ ละ 250 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 82.67 ปัจจุบันกำลังอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการ

2.3.5 โครงการตรวจคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการด้านคลินิกโดยใช้แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข (Clinical audit โดยใช้ Health Service Practice Guidelines: HSPG)

เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการตรวจสวนหัวใจ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขด้านโรคหัวใจ ซึ่งได้ดำเนินการประชุมเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการตรวจสวนหัวใจ ไปแล้วทั้งสิ้นจำนวน 3 ครั้งโดยกำหนดให้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 เรื่อง ดังนี้

- 1) Electrophysiology Study (EP)
- 2) แนวทางในการขยายเส้นหัวใจไมตรัลด้วยบอลูน (PTMC)
- 3) Percutaneous Coronary Intervention
- 4) Percutaneous Transluminal Intervention

5) Pediatric Therapeutic Cardiac Catheterization Requirement

ขณะนี้อยู่ระหว่างการเรียบเรียงแนวทางการดูแลผู้ป่วย เมื่อเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์แล้วจะนำเสนอสมาคมแพทย์โรคหัวใจเพื่อรับการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปประกาศใช้ และหลังจากการประกาศใช้ คณะทำงานได้กำหนดแผนการออกติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 7 แห่ง

2.4 การส่งเสริมการจัดการคุณภาพระบบยา

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ส่งเสริมการจัดการคุณภาพระบบยา ดังนี้

2.4.1 การส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

สปสช. ได้ทำข้อตกลงความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 เพื่อปรับปรุงรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและการประชาสัมพันธ์ให้หน่วยบริการเห็นความสำคัญและใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานมีดังนี้

- 1) การรวบรวมข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาที่มีการเสนอขอเพิ่มจากหน่วยงานและภาคที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติใช้พิจารณาคัดเลือกรายการยาให้บรรจุหรือนำออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่
 - ยากลุ่ม plasma expanders
 - ยา dihydralazine injection
 - ยา diosmin + hesperidin
 - ยารักษาโรคฮีโมฟีเลีย (Plasma Factor VIII เข็มชั้น, Factor IX เข็มชั้น และ Factor IX Complex)
 - ยาที่องค์การอนามัยโลกได้ทบทวนเพิ่ม-ตัดออก จาก WHO Model list
- 2) การศึกษานำร่องเพื่อเสนอแนวทางการคัดเลือกยากลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในโรคที่ไม่พบบ่อย เช่น กรณีศึกษาที่ใช้รักษาโรคฮีโมฟีเลีย เพื่อได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ สำหรับการตัดสินใจเพื่อคัดเลือกยากลุ่มดังกล่าว ความคืบหน้าการดำเนินการคือ มีผลการรวบรวมข้อมูลประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยารักษาโรคฮีโมฟีเลีย และกำลังอยู่ในระหว่างการวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอ
- 3) การจัดทำเกณฑ์ในการคัดเลือกรายการยาจากสมุนไพรบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 4) การจัดประชุมสัมมนาเผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรสถานพยาบาลสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญา แนวคิด หลักการและวิธีการคัดเลือกยา เนื้อหาและเงื่อนไขต่างๆที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 ตลอดจนแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการด้านยา และสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในสถานพยาบาล แก่บุคลากรสถานบริการสาธารณสุขในโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยจัดการประชุมสัมมนาระดับภาค 4 ครั้ง มีผู้เข้าประชุมทั้งสิ้น 587 คน

2.4.2 การเฝ้าระวังคุณภาพยาในบริการปฐมภูมิ

สปสช.ได้ทำข้อตกลงความร่วมมือกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการตรวจสอบคุณภาพยาที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและประกันคุณภาพยาในบริการปฐมภูมิ ผลการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมาย มีดังนี้

- 1) คัดเลือกรายชื่อยา 10 รายการ ที่จะทำการตรวจสอบคุณภาพ จากรายชื่อยาที่มีใช้มากในโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้
 - Albendazole Tablet กลุ่มยาโรคติดเชื้อ
 - Cefdinir Capsule กลุ่มยาโรคติดเชื้อ
 - Clindamycin Injection กลุ่มยาโรคติดเชื้อ
 - Fluconazole Capsule กลุ่มยาโรคติดเชื้อ
 - Hyoscine-n-butyle Bromide Tablet กลุ่มยาโรกระบบทางเดินอาหาร
 - Ranitidine Tablet กลุ่มยาโรกระบบทางเดินอาหาร
 - Salbutamol Inhaler กลุ่มยาโรกระบบทางเดินหายใจ
 - Metformin Tablet กลุ่มยาโรคต่อมไร้ท่อ
 - Atorvastatin Tablet กลุ่มยาโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - Phenytoin Capsule กลุ่มยาโรกระบบประสาท
- 2) รวบรวมผลวิเคราะห์ที่มีอยู่ในช่วง 5 ปี ย้อนหลังของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในรายการยาที่ได้รับการคัดเลือกข้างต้น ดังนี้

ตาราง 6 ผลการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาตั้งแต่เดือน มกราคม 2543 - ธันวาคม 2547

รายชื่อยา	จำนวนผู้ผลิต	จำนวนตัวอย่าง	ผลการวิเคราะห์		หัวข้อการตรวจที่ไม่เข้ามาตรฐาน
			เข้ามาตรฐาน	ผิดมาตรฐาน	
Albendazole tablets	4	8	8	0	
Clindamycin phosphate injection	2	3	3	0	
Fluconazole capsules	4	5	5	0	
Hyoscine butylbromide tablets	11	21	20	1	ปริมาณด้วยาสาคัญ
Metformin hcl tablets.	5	8	8	0	
Phenytoin sodium capsules	6	62	32	30	Dissolution
Ranitidine tablets.	3	11	10	1	Chromatographic purity
Salbutamol spray	5	16	15	1	pH.

แหล่งข้อมูล : สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- 3) การสุ่มผลิตภัณฑ์ยาตามรายการดังกล่าว ให้ครอบคลุมทุกผู้ผลิตอย่างน้อย 3 รุ่นผลิตต่อหนึ่งทะเบียนยา ในโรงพยาบาลชุมชน 99 แห่งทั่วประเทศ (ขนาด 60 เตียงขึ้นไป) รวมจำนวนตัวอย่างยาทั้งสิ้น 609 ตัวอย่าง ส่งให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลการดำเนินงานขณะนี้อยู่ในระหว่างการตรวจวิเคราะห์ ซึ่งสามารถสรุปผลได้ในการรายงานครั้งต่อไป

2.5 การจัดทำระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

สปสช.ได้จัดทำระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (Hospital Profile) โดยร่วมมือกับสำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง ในการจัดทำข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการให้เป็นระบบข้อมูลชุดเดียวกัน ให้ทุกหน่วยบริการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพบันทึกลงในฐานข้อมูล ผลการดำเนินการ มีหน่วยบริการประจำเข้ามากรอกข้อมูลทาง website จำนวน 822 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81 การดำเนินการระยะต่อไป คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการกำกับติดตาม และการเผยแพร่ข้อมูลให้กับประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลของหน่วยบริการต่อไป

3. กิจกรรมที่สำคัญเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สปสช. ได้จัดทำโครงการสร้างสัมพันธภาพและความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในปี 2548 มีการดำเนินงานต่างๆ ดังนี้คือ

3.1 การตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจหน่วยบริการ

ได้ดำเนินการตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจหน่วยบริการจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

- ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจหน่วยบริการที่ได้รับผลกระทบจากกรณีชานาโมในพื้นที่จังหวัดกระบี่ พังงา ภูเก็ต วันที่ 31 มกราคม-2 กุมภาพันธ์ 2548 ผู้เข้าร่วมตรวจเยี่ยมคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้แทนองค์กรวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สมาคมทันตแพทย์ สภากายภาพบำบัด สภาเภสัชกรรม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมทั้งสิ้น จำนวน 16 คน
- ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจหน่วยบริการจังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา วันที่ 26-28 เมษายน 2548 ผู้เข้าร่วมตรวจเยี่ยม คือ ผู้แทนสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 คน และผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพจำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน
- ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจหน่วยบริการในจังหวัดสตูล สงขลา วันที่ 7-8 มิ.ย. 2548 ผู้เข้าร่วมตรวจเยี่ยมคือ ผู้แทนสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน และผู้แทนสปสช. จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 คน

3.2 การสนับสนุนการทำงานร่วมกับหน่วยบริการ

โดยดำเนินการจัดประชุมอบรมในเรื่องต่างๆ ให้กับผู้ให้บริการในหน่วยบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพดังนี้

- 1) เรื่องการเจรจาไกล่เกลี่ยโดยสันติวิธี ในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการ ดังนี้ คือ
 - โรงพยาบาลเขียงรายประชาชนเคระห์ 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
 - โรงพยาบาลสตูล วันที่ 18 สิงหาคม 2548 จำนวน 70 คน
 - โรงพยาบาลสิงห์บุรี วันที่ 24 สิงหาคม 2548 จำนวน 200 คน
 - โรงพยาบาลมหาสารคาม วันที่ 2 กันยายน 2548 จำนวน 270 คน
 - โรงพยาบาลนครพนม วันที่ 23 กันยายน 2548 จำนวน 450 คน

- โรงพยาบาลพัทลุง วันที่ 25 กันยายน 2548 จำนวน 200 คน
- 2) การประชุมเพื่อหามาตรการในการสนับสนุนค่าบริการ และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องโรคติดต่อ
กระฉกโดย สปสช. ร่วมกับราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย หัวหน้าภาควิชาจักษุ
วิทยา โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาล
บ้านแพ้ว และโรงพยาบาลเอกชน วันที่ 6 มิถุนายน 2548 จำนวน 12 คน
 - 3) ประชุมวิชาการกลไกการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรี
แพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ 10 มิถุนายน 2548 ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 226 คน

4 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2546-2548

ผลการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จาก 13 จังหวัดทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 2-26 มิถุนายน 2548 ของสำนักวิจัยเอแบค เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ (เอแบคโพลล์) พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 95.7 ซึ่งสูงกว่าปี 2547 ร้อยละ 2.8 (ตาราง 7)

เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจระหว่างปี 2547 กับ 2548 พบว่า ประชาชนมีแนวโน้มความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการการรักษาพยาบาลในงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "สูงมากกว่า" ในปี 2547 เช่น ความพึงพอใจต่อคุณภาพของยาเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 4.5 ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 2.5 และความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่อื่นๆ เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 0.9 เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจต่องานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวม (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) ในปี 2547 ประชาชนให้คะแนนความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ย 7.88 คะแนน ในขณะที่ปี 2548 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 8.18 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.3 คะแนน

ตาราง 7 ความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการรักษาพยาบาลในงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปี 2546-2548

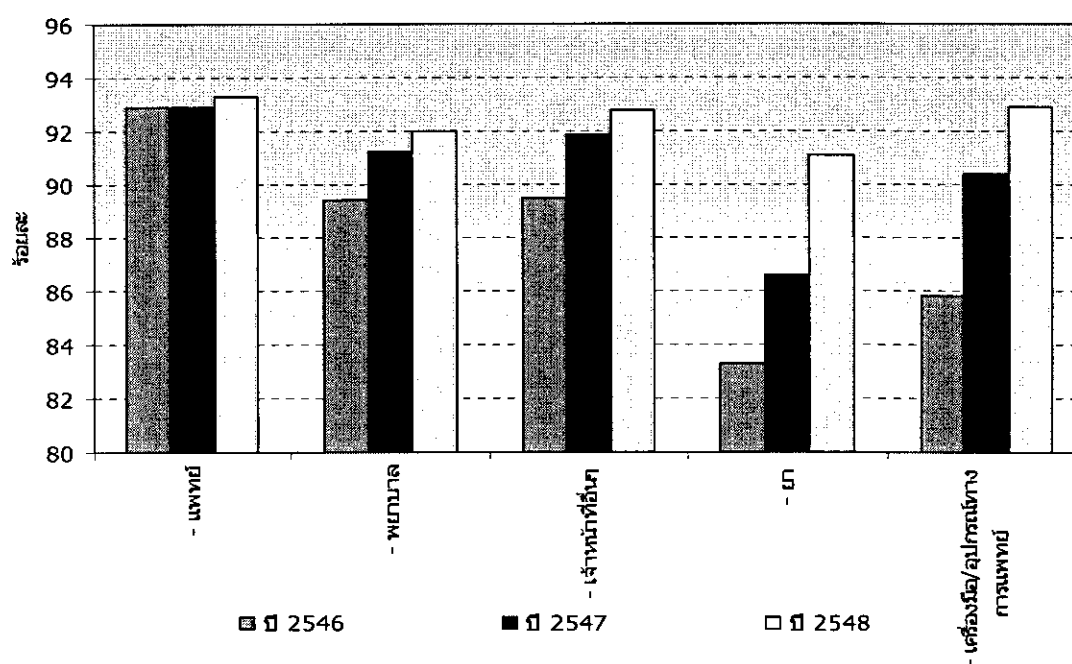
ประเด็น	ความพึงพอใจ (ร้อยละ) *			เปรียบเทียบ ปี 2547-2548 เพิ่ม(ลด)
	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	
ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	92.9	92.9	95.7	2.8
คุณภาพการให้บริการ				
- แพทย์	92.9	92.9	93.3	0.4
- พยาบาล	89.4	91.2	92.0	0.8
- เจ้าหน้าที่อื่นๆ	89.5	91.9	92.8	0.9
- ยา	83.3	86.6	91.1	4.5
- เครื่องมือ/อุปกรณ์ทาง การแพทย์	85.8	90.4	92.9	2.5

หมายเหตุ *ร้อยละของความพึงพอใจได้มาจากผลรวมร้อยละผู้ที่ตอบว่าพอใจและค่อนข้างพอใจ

สำรวจโดย : สำนักวิจัยเอแบค เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์(เอแบคโพลล์) ปี 2546 ดำเนินการสำรวจระหว่างวันที่ 21 พ.ค.- 30 มิ.ย.46

ปี 2547 ดำเนินการสำรวจระหว่างวันที่ 29 เม.ย - 30 มิ.ย.47 และปี 2548 ดำเนินการสำรวจระหว่างวันที่ 2 - 26 มิ.ย.48

แผนภูมิ 3 เปรียบเทียบผลการสำรวจความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของระบบหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปี 2546-2548



แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 10 ก.ย. 48

ความเห็นในเรื่องการมีส่วนร่วมกับโครงการ 30 บาท ประชาชนร้อยละ 44.3 มีความเห็นว่าโครงการ 30 บาทเปิดโอกาสให้ตนเองมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการ มากที่สุดคือ ร่วมพัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการ ร้อยละ 31.1, ร่วมเสนอแนะนโยบายการดำเนินงาน ร้อยละ 24.0 และความคุ้มค่าของบริการของหน่วยบริการ ร้อยละ 8.3 นอกจากนี้ใน ลักษณะที่อยากเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดคือ ร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ร้อยละ 34.6, ร่วมจัดหน่วยประสานงานรับเรื่องร้องเรียนและขอรับความช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากบริการร้อยละ 15.9 ,ร่วมเป็นเครือข่ายสร้างหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ

ข้อดีของโครงการ 30 บาท สามอันดับแรก คือ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 55.3, การช่วยเหลือคนยากจน ร้อยละ 16.6 และการเดินทางไปสถานพยาบาลสะดวกสบาย ร้อยละ 12.5

ข้อควรปรับปรุงของโครงการ 30 บาท สามอันดับแรกคือ ปรับปรุงเรื่องระยะเวลาในการรอตรวจ รอรับ ยา ร้อยละ 37.1 รองลงมาคือ ปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล คุณภาพยา อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ร้อยละ 18.7 และเปิดโอกาสให้ใช้บริการได้ทุกสถานพยาบาล ร้อยละ 13.4

4.2 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความเห็นของผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 จากกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในทุกสังกัดและทุกภูมิภาคจาก 13 จังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งสำรวจโดยสำนักวิจัยเอแบค เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์(เอแบคโพลล์) ระหว่างวันที่ 2-26 มิถุนายน 2548 นั้น พบว่า

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 6.14 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2547 กับ 2548 คะแนนความพึงพอใจในภาพรวม ลดลงจากปีที่ผ่านมา 0.08 คะแนน (ตาราง 8)

ตาราง 8 คะแนนความพึงพอใจผลของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากบุคลากรทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

ผลของงานสร้างหลักประกันสุขภาพต่อ	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	เปรียบเทียบ ปี 2547-2548 เพิ่ม(ลด)
ประชาชน	7.46	7.5	7.54	0.04
ผู้ให้บริการ	4.96	4.94	5.42	0.02
ภาพรวม	6.15	6.22	6.14	(0.08)

หมายเหตุ

ปี 2546 สำรวจโดยสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 31 ตุลาคม 2546

ปี 2547 สำรวจโดยสำนักวิจัยเอแบค เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์(เอแบคโพลล์) ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม 2547

ปี 2548 สำรวจโดยสำนักวิจัยเอแบค เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์(เอแบคโพลล์) ระหว่างวันที่ 2 - 26 มิ.ย.48

ปัจจัยที่สร้างความกังวลใจมากที่สุด/มาก คือ การขาดแคลนอัตราค่าจ้าง ร้อยละ 75.9 รองลงมาคือ ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.7 และข้อจำกัดของงบประมาณ ร้อยละ 71.9 นอกจากนี้สิ่งที่ตัวอย่างเห็นว่ามีส่วนสำคัญต่อการจูงใจในการทำงานในระดับมากที่สุด/มาก คือ ความสุขในการทำงาน ร้อยละ 73.8 รองลงมาคือ โอกาสที่จะสร้างประโยชน์ให้แก่ประชาชน ร้อยละ 70.2 และโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ร้อยละ 69.8

สิ่งที่ควรปรับปรุงเร่งด่วนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันดับแรกได้แก่ การปรับปรุงระบบงบประมาณให้เพียงพอเหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริงและรวดเร็ว ร้อยละ 21.5 รองลงมาคือ การประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและการใช้สิทธิในโครงการ 30 บาท ร้อยละ 15.1 และการปรับปรุงเรื่องสวัสดิการ ค่าตอบแทนแก่บุคลากร ร้อยละ 13.8

สิ่งที่บุคลากรต้องการ คือ ต้องการให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับสนุนค่าตอบแทนเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 68.9 ต้องการสนับสนุนกำลังคน ร้อยละ 62.6 และต้องการให้สนับสนุนเรื่องสวัสดิการ/สิทธิประโยชน์มากขึ้น ร้อยละ 61.4

บทที่ 3

การคุ้มครองสิทธิ การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการดำเนินงานการให้บริการตอบคำถามและรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนปี 2548 มีประชาชนติดต่อสอบถามและร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ อาทิ โทรศัพท์สายด่วน 1330 จดหมาย จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ โทรสาร หรือมาด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 - 30 กันยายน 2548 เป็นการให้บริการตอบคำถาม (รวมทั้งบริการโดยโทรศัพท์ระบบตอบรับอัตโนมัติ Interactive Voice Response หรือ IVR) 855,856 เรื่อง และการรับเรื่องร้องเรียน 27,299 เรื่อง

1.1 การให้บริการสอบถามข้อมูล

เรื่องสอบถามส่วนใหญ่ ยังเป็นคำถามเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพเช่น สถานที่ทำบัตร หลักฐานที่ใช้ในการทำบัตร จำนวน 744,610 เรื่อง (ร้อยละ 87.00) รองลงมาเป็นการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของบัตรทองเช่น สิทธิในการตรวจรักษาโรคต่างๆ ยาและเวชภัณฑ์ วัคซีน จำนวน 35,512 เรื่อง (ร้อยละ 4.15) (ตาราง 9)

หากเปรียบเทียบข้อมูลของปีงบประมาณ 2547-2548 นั้น ในภาพรวมของการสอบถามข้อมูลทั่วไป ประชาชนมีการใช้บริการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 66.84 เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปิดระบบการตอบรับบริการโดยโทรศัพท์ระบบตอบรับอัตโนมัติ Interactive Voice Response หรือ IVR) จำนวนกว่า 30 คู่สาย อีกทั้งมีจำนวนบุคลากรพร้อมให้บริการอย่างทั่วถึงและเพียงพอ

ตาราง 9 การให้บริการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547-2548

การสอบถามข้อมูลทั่วไป	ปีงบประมาณ				เปรียบเทียบ 2547 - 2548
	2547		2548		ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	เพิ่ม (ลด)
สอบถามทั่วไป	512,969	100	855,856	100.00	66.84
1. การทำบัตรทอง	447,815	87.30	744,610	87.00	66.28
2. สิทธิประโยชน์	18,393	3.59	35,512	4.15	93.07
3. วิธีการใช้สิทธิ	19,139	3.73	20,791	2.43	8.63
4. หน่วยบริการสอบถาม	17,387	3.39	24,255	2.83	39.50
5. โครงการรณรงค์พิเศษด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Vertical Program)	-	-	9,380	1.10	-
6. อื่นๆ	10,235	1.99	21,308	2.49	108.19

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 25 ก.ย. 48

1.2 การให้บริการรับเรื่องเรียน/เรื่องร้องทุกข์

ข้อมูลปีงบประมาณ 2548 นั้นมีจำนวนเรื่องร้องเรียน/เรื่องร้องทุกข์ทั้งสิ้น 27,299 เรื่อง แยกเป็นการร้องทุกข์ที่เกี่ยวกับการลงโทษเบียดเบียนและออกบัตรสูงสุด 15,389 เรื่อง (ร้อยละ 60.50) รองลงมาเป็นเรื่องสิทธิไม่ตรงตามจริง (มีสิทธิเข้าช้อนข้าราชการ ประกันสังคม ดิดสิทธิคนไทยในต่างประเทศ ครูเอกชน เป็นต้น) 8,335 เรื่อง (ร้อยละ 32.77) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2547 ที่ผ่านมานั้น จำนวนเรื่องร้องเรียนมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 101.33 (ตาราง 10)

หากพิจารณาเรื่องร้องเรียนตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 57 และ 59 มีเรื่องร้องเรียนทั้งหมด 1,864 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 6.83 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด) อัตราเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพเท่ากับ **1.58 ต่อแสนการใช้บริการ** (ปี 2548 การใช้บริการผู้ป่วยนอก 118.11 ล้านครั้ง) โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการไม่ได้รับการบริการตามสิทธิที่กำหนด จำนวน 845 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 45.33) ของเรื่องร้องเรียนตามมาตราทั้งหมด รองลงมาเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับหน่วยบริการเรียกเก็บเงิน หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร จำนวน 540 เรื่อง (ร้อยละ 28.97) 315 เรื่อง (ร้อยละ 16.90) และ 164 เรื่อง (8.80) ตามลำดับ

ด้านประสิทธิภาพการจัดการกับเรื่องร้องเรียนของปีงบประมาณ 2548 นั้น สามารถดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จ จำนวน 27,247 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 99.81 นอกเหนือจากนั้นเป็นเรื่องที่อยู่ระหว่างการจัดการ 52 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 0.19 ซึ่งเรื่องดังกล่าวหากไม่สามารถไกล่เกลี่ย/ยุติได้ จะมีดำเนินการส่งเรื่องต่อให้สำนักพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อนำเรื่องเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาต่อไป

ตาราง 10 การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547-2548

ประเด็น	ปีงบประมาณ				เปรียบเทียบ
	2547		2548		2547 - 2548
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	เพิ่ม (ลด) ร้อยละ
เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์	13,559	100	27,299	100	101.33
1. เรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57, 59	1,502	11.08	1,864	6.83	24.10
-ไม่ได้รับการบริการตามสิทธิที่กำหนด	612	40.75	845	45.33	38.07
-การเรียกเก็บเงิน	500	33.29	540	28.97	8.00
-หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	299	19.91	315	16.90	5.35
-ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร	91	6.05	164	8.80	80.22
2. เรื่องร้องทุกข์	12,057	88.92	25,435	93.17	110.96
-การลงโทษเบียดเบียนและออกบัตร	7,026	58.27	15,389	60.50	119.03
-สิทธิไม่ตรงตามจริง	4,188	34.74	8,335	32.77	99.02
-หาเตียง	474	3.93	1,169	4.60	146.62
-โครงการรณรงค์ (Vertical Program)	-	-	20	0.08	0.00
-อื่นๆ	369	3.06	522	2.05	41.46
3. อยู่ระหว่างดำเนินการ	372	2.74	52	0.19	(86.02)
4. เรื่องร้องเรียนดำเนินการแล้วเสร็จ	13,187	97.26	27,247	99.81	

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 25 ต.ค. 48

2. การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้/รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้/รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการช่วยเหลือทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของบุคคลดังกล่าว ข้อมูลเดือนตุลาคม 2547 – สิงหาคม 2548 นั้น พบว่า

2.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ

การดำเนินงานตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในปีงบประมาณ 2548 มีจำนวนผู้รับบริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลกับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นจำนวนทั้งสิ้น 218 ราย โดย 39 ราย ไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับในการรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น นอกนั้นเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพระดับจังหวัดพิจารณาแล้วให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ จำนวน 160 ราย ส่วนใหญ่เป็นกรณีการเสียชีวิต/ทุพพลภาพจำนวน 116 ราย รองลงมาเป็นกรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง จำนวน 37 ราย และกรณีการสูญเสียอวัยวะ/พิการ จำนวน 26 ราย

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้พิจารณาเห็นชอบเรื่องที่ขออุทธรณ์จำนวน 31 ราย และเห็นชอบการจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นสองเท่าจำนวน 28 ราย รวมจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 12.765 ล้านบาท (ตาราง 11)

ตาราง 11 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2547-2548

รายละเอียด		ปีงบประมาณ	
		2547	2548
รวมการขอรับเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น(ราย)		85	218
ผลการพิจารณาคำร้องของคณะกรรมการระดับจังหวัด	ไม่เข้าเกณฑ์ตามข้อบังคับ(ราย)	23	39
	เข้าหลักเกณฑ์(ราย)	62	179
	เสียชีวิต / ทุพพลภาพถาวร (ราย)	42	116
	สูญเสียอวัยวะ / พิการ (ราย)	9	26
	บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง (ราย)	11	37
ผลการพิจารณาโดยคณะกรรมการควบคุม	สองเท่า(ราย)	5	28
	อุทธรณ์(ราย)	12	31
จำนวนการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ(บาท)		4,525,000	12,765,000

แหล่งข้อมูล : สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 ต.ค. 48

2.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ

ข้อมูลรวมของปีงบประมาณ 2548 นั้น มีผู้ให้บริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งสิ้น 74 ราย ผลการพิจารณาคำร้องของคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องพบว่า ไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับ 28 ราย และพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ให้บริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายจำนวน 46 ราย เป็นจำนวน

เงินทั้งสิ้น 1.250 ล้านบาท แยกประเภทของการเสียหายเป็น 3 กรณี คือ เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร 5 ราย บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จำนวน 41 ราย (ตาราง 12)

ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายสามารถขออุทธรณ์กรณีไม่เห็นด้วยกับการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ หรือคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการเห็นควรส่งจ่ายมากกว่าอัตราจ่ายเงินที่ข้อบังคับกำหนด สามารถเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา ซึ่งในปีงบประมาณ 2548 นั้นได้มีการพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาดส่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีอุทธรณ์/จ่ายสองเท่าจำนวน 4 ราย

หากเปรียบเทียบข้อมูลในปีงบประมาณ 2547 กับ 2548 นั้น พบว่า ผู้ให้บริการได้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มสูงขึ้นกว่าปี 2547 ที่ผ่านมาเป็นจำนวน 58 ราย รวมถึงได้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มสูงขึ้นกว่า 1.05 ล้านบาท

ตาราง 12 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ
สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2547-2548

รายการ		ปีงบประมาณ		เพิ่ม(ลด) ร้อยละ
		2547	2548	
จำนวนการขอรับเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น (ราย)		16	74	58
ผลการพิจารณา คำร้องของ คณะกรรมการ วินิจฉัยคำร้อง	ไม่เข้าข่ายตามข้อบังคับ(ราย)	5	28	23
	เสียชีวิต / ทุพพลภาพถาวร (ราย)	1	5	4
	สูญเสียอวัยวะ / พิการ (ราย)	-	-	-
	บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง (ราย)	10	41	31
ผลการพิจารณาอุทธรณ์/สองเท่าโดยคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ราย)		2	4	2
รวมจำนวนเงินช่วยเหลือ		200,000	1,250,000	1,050,000

แหล่งข้อมูล : สำนักพัฒนาคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , 1 ต.ค.48

บทที่ 4

การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หลายมาตรา ได้กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายรูปแบบ ทั้งในส่วนของ การเป็นผู้มีสิทธิในการเข้ารับบริการ การบริหารจัดการ การตรวจสอบ และรับรองคุณภาพบริการ ที่ผ่านมาสํานักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมประชาชนในหลายรูปแบบ ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบสิทธิ ได้ร่วมกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าไปมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้นในอนาคต ทั้งนี้มีผลการดำเนินงานในปี 2548 ดังนี้

1. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชน

สํานักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดกลไกที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกระดับในรูปแบบที่หลากหลาย ตลอดจนมีการเปิดช่องทางเพื่อเผยแพร่ข้อมูลสร้างความรู้ความเข้าใจ และรับฟังความคิดเห็นสะท้อนกลับไปพร้อม ๆ กัน ปัจจุบันมีเครือข่ายประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมหลักประกันสุขภาพในส่วนองเครือข่ายประชาชน 9 ด้าน ตามมาตรา 13 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ เครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง เครือข่ายผู้ป่วยโรคไต เครือข่ายผู้ให้บริการรถรับจ้างสาธารณะ เครือข่ายวิทยุชุมชน เครือข่ายกองทุนสุขภาพชุมชน เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เครือข่ายวิทยากรแกนนำ เครือข่ายอาสาสมัครนิสิตนักศึกษา และเครือข่ายสภาแคทอลิก ทั้งสิ้นจำนวน 208 เครือข่ายที่ดำเนินงานในทุกระดับของพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

การสนับสนุนกิจกรรมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชนดังกล่าว มุ่งหวังการสร้างความรู้ความเข้าใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความรู้ความเข้มแข็งของเครือข่ายต่างๆ รวมถึงการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปด้วย เป้าหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การให้ประชาชนรู้และสามารถใช้สิทธิของตนเองในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของภาคประชาชนต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปีงบประมาณ 2548 กิจกรรมที่สนับสนุนประกอบด้วย

1.1 สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนนําร่อง 29 แห่ง ใน 21 จังหวัด

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน มีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพในชุมชน ประสานงานและแก้ไขปัญหามาจากการใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และจัดทำข้อเสนอความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ มีการสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพ เพื่อพิจารณาความพร้อมในการขยายให้มีศูนย์ในจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศต่อไป

1.2 การขยายผลสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพ

จากเครือข่ายประชาชนต่างๆ ที่ได้รับการอบรมแล้วกว่า 100 องค์กร ทำให้ประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ได้ทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ และสามารถใชสิทธิเข้ารับบริการได้อย่างถูกต้อง

1.3 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย 9 ด้าน

โดยทุกเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมระบบหลักประกันสุขภาพ และร่วมระดมความคิดเห็นในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของแต่ละเครือข่ายเพื่อเสนอต่อสำนักงานฯ โดยภาพรวมของข้อเสนอได้กล่าวถึงเรื่องความครอบคลุมประชากร สิทธิประโยชน์ การให้บริการ ระบบการเงินการคลัง และการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้ สปสช.ได้มีการติดตามข้อเสนอต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป โดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชน ได้ให้แนวทางและร่วมในการติดตามข้อเสนอต่อไปด้วย

นอกจากนี้ สปสช.ได้สนับสนุนให้เกิดการประสานงานระหว่างเครือข่ายต่างๆ เพื่อร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ บางเครือข่ายมีกิจกรรมขยายผลความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพในเครือข่ายและพื้นที่ ได้แก่ เครือข่ายเด็กและเยาวชน เครือข่ายคนพิการ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายชนกลุ่มน้อยเด็กและเยาวชน ทั้งนี้ในส่วนของเครือข่ายคนพิการ ได้มีการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายใต้งบประมาณปี 2548 และได้มีการเตรียมการดำเนินโครงการสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายผู้พิการด้านสุขภาพ ในปี 2549 ต่อไปด้วย

1.4 การสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพ ผ่านเครือข่ายวิทยุชุมชน จำนวน 160 จุดปฏิบัติการใน 6 ภูมิภาค และการจัดเวทีเผยแพร่หลักประกันสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น

มีการรวบรวมข้อมูลการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่ส่งให้หน่วยบริการและ สปสช.ทราบ รวมทั้งมีการติดตามสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของจุดปฏิบัติการวิทยุชุมชนโดยเครือข่ายวิทยุชุมชนระดับภาครวม 6 ภาค

1.5 การดำเนินกิจกรรมเพื่อเชื่อมร้อยเครือข่ายของเครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง

มีการสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง เพื่อเป็นอาสาสมัครดูแลส่งเสริมสุขภาพร่วมกับศูนย์เฉพาะทางโรคหัวใจและโรคมะเร็งทั้ง 22 แห่งทั่วประเทศ โดยสนับสนุนกิจกรรมของเครือข่ายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคมะเร็งร่วมกับหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการพัฒนาคุณภาพบริการในระยะต่อไป

1.6 ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ "จาก 30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค"

เครือข่ายประชาชนประกอบด้วย เครือข่ายคนขับรถสาธารณะ ได้เข้าร่วมในการรณรงค์ตรวจสุขภาพผู้ขับรถสาธารณะในกรุงเทพฯ จำนวน 1 แสนราย เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2548 มีผู้ขับรถสาธารณะในกรุงเทพฯ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพตามโครงการแล้ว จำนวนประมาณ 3,000 คน เครือข่ายคนพิการ ได้ร่วมในการรณรงค์ตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและจดทะเบียนคนพิการจำนวน 1 แสนราย เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น โดยโครงการดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2548 และจนสิ้นสุดปีงบประมาณ 2548 มีจำนวนคนพิการรายใหม่ที่จดทะเบียนคนพิการจำนวนประมาณ 20,000 คน เครือข่ายผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลและภูมิภาค ได้เข้าร่วมในการรณรงค์ตรวจสุขภาพช่องปากและใส่ฟันเทียม สปสช. ได้ดำเนินการโครงการจัดบริการด้านทันตกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เป็นผู้ดำเนินการตามโครงการฟันเทียมพระราชทานให้แก่ผู้สูงอายุ โดยตั้งเป้าหมายตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุ 100,000 ราย และทำฟันเทียม 30,000 ราย โดยได้ประสานชมรมผู้สูงอายุทุกจังหวัดเข้ารับบริการและร่วมกิจกรรมค้นหาผู้ด้อยโอกาสเพื่อรับบริการ

การดำเนินโครงการดังกล่าวได้เกิดการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมการขนส่งทางบก องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (ขสมก.) ด้วย

1.7 การส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในภาวะวิกฤติช่วยเหลือผู้ประสบภัย

สัณามิ 6 จังหวัดภาคใต้

โดยความร่วมมือกับอาสาสมัครนิสิต นักศึกษาปฏิบัติงานในพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำ ความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพ และช่วยฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยและชุมชนในพื้นที่ 6 จังหวัดภาคใต้ให้ กลับคืนสู่สภาพปกติ รวมทั้งส่งเสริมการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในระยะต่อไปโดยอาสาสมัครในกลุ่มนิสิต นักศึกษา ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันและการช่วยเหลือสังคม โดย สปสช. ได้ประสานความร่วมมือ กับสถาบันการศึกษาต่างๆ ทั่วประเทศ ในการให้นิสิตนักศึกษาได้ออกค่ายอาสาสมัคร เพื่อดำเนินงานตาม วัตถุประสงค์ดังกล่าว โดยรวมมีสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมในการดำเนินโครงการจำนวน 17 สถาบัน และองค์กร ในสถาบันการศึกษาจำนวน 5 องค์กร โดยมีนิสิต นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนประมาณ 4,000 คน ลง ปฏิบัติงานในพื้นที่รวมทั้งสิ้น 53 ชุมชนจำนวน 78 ค่าย ผลการดำเนินกิจกรรมสรุปว่า การจัดกิจกรรมเป็นไปตาม วัตถุประสงค์โดยมีการเผยแพร่ความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพจิตใจของประชาชนผู้ประสบภัยหรือ ประชาชนในพื้นที่ประสบภัย โดยเฉพาะในค่ายที่มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนเป็นระยะเวลานาน กลุ่มอาสาสมัครนิสิต นักศึกษาได้รับการพัฒนาโดยการเรียนรู้จากชุมชนอย่างชัดเจนในทุกด้าน เช่น ความเข้าใจต่อสภาพปัญหา ความ เดือดร้อนของประชาชนที่ประสบภัย ความเข้าใจต่อวิถีชีวิตของชาวบ้าน เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันชุมชนก็ได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครนิสิตนักศึกษา ทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร การตรวจสุขภาพ และเกิดความร่วมมือใน การดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถาบัน องค์กรต่างๆ ในพื้นที่ และประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ เยาวชนในท้องถิ่น ได้เรียนรู้การบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม กระตุ้นและส่งเสริมให้เยาวชนสนใจศึกษา ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างกระแส การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมในกลุ่มเยาวชนได้เป็นอย่างดี

2. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในด้านนโยบาย/บริหาร การมีส่วนร่วมในด้านการเงินและงบประมาณ การมีส่วนร่วมในการจัดบริการ สุขภาพในชุมชนและท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานบริการ ทั้งนี้เป็นไปตาม บทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 13(3) มาตรา18 (8) มาตรา 47 และมาตรา 48(4)

- 1) การมีส่วนร่วมในด้านนโยบาย/บริหาร โดยการเข้าร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด (กำหนด นโยบาย อนุมัติแผนการดำเนินงาน ควบคุมกำกับการทำงานระบบหลักประกันสุขภาพ)
- 2) การมีส่วนร่วมในด้านการเงินและงบประมาณ โดยร่วมสมทบเงินเพื่อใช้ในการบริหารและ การจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้มีจะดำเนินการร่วมไปกับการร่วม จัดบริการ (ตามข้อ 3)
- 3) การมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น ได้แก่
 - จัดบริการปฐมภูมิเสริมในพื้นที่ที่ขาดแคลน เช่น อำเภอ หรือกิ่งอำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาล หรือตำบลขนาดใหญ่ที่มีประชากรมาก มีการนำร่องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วม รับผิดชอบจัดบริการที่กิ่งอำเภอเกาะจันทร์ จ.ชลบุรี

- จัดบริการปฐมภูมิเสริมเพื่อลดความแออัดของสถานพยาบาลในเขตเมือง เช่น คลินิกชุมชนอบอุ่น ดำเนินการโดยท้องถิ่น หรือท้องถิ่นร่วมกับเอกชนหรือท้องถิ่นร่วมรัฐ เช่น อ.ชุมแสง จ.นครสวรรค์ ศูนย์สุขภาพชุมชน [PCU] อาจดำเนินการโดยโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือการรวมตัวของสถานอนามัยหลายๆแห่งจัดจ้างแพทย์พยาบาลปฏิบัติงาน โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณสมทบจากท้องถิ่น รูปแบบอื่นๆ เช่น คลินิกรัฐบาลและห้องยาชุมชนที่ อ.อุทัย จ.อยุธยา
- การจัดการอื่นเสริมจากชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การสมทบเงินเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยกรณีไถ่ขายเรือรังระยะสุดท้ายที่ต้องการล้างไตที่ อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร
- การสนับสนุนด้านการขาดแคลนบุคลากรในสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น การให้นักเรียนในท้องถิ่นเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาล และสาธารณสุขศาสตร์ โดยดำเนินการที่ อบต. น้ำพอง และ อบต. อื่นๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลในลักษณะไตรภาคี โดยใช้งบประมาณร่วมจากภาคประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบล และ สปสช. และบริหารโดยคณะกรรมการร่วมจากไตรภาคี เพื่อจัดการส่งเสริมป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น เช่น กรณีอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ อบต.ท่าโสม จ.ตราด เป็นต้น ในปี 2548 ได้มีการหารือร่วมกับสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องการร่วมบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ตามมาตรา 47 เพื่อขยายผลการดำเนินการให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นต่อไป
- การให้ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทำหน้าที่เป็นหน่วยดูแลและส่งต่อเบื้องต้น (First responder) ทั้งนี้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการพาหนะ และบุคลากร โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยและอุปกรณ์สื่อสาร ซึ่งได้มีการจัดซื้ออุปกรณ์ขนย้ายผู้ป่วยพื้นฐานให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีความพร้อมเข้าร่วมเป็นหน่วยปฏิบัติการแล้วจำนวน 1,500 ชุด และมีการอบรมและส่งมอบแล้ว จำนวน 950 แห่ง
- การลงทะเบียนประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการทดลองดำเนินการนำร่องภายใต้โครงการเปิดช่องทางใหม่การลงทะเบียนผู้มีสิทธิโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พื้นที่ของจังหวัดต่างๆ ได้แก่ นนทบุรี 6 แห่ง จันทบุรี 9 แห่ง ขอนแก่น 12 แห่ง พิษณุโลก 1 แห่ง อุตรดิตถ์ 2 แห่ง ตรัง 2 แห่ง และพระนครศรีอยุธยา 24 แห่ง รวมทั้งสิ้น 57 แห่ง รูปแบบการดำเนินงาน คือการให้สำนักงานเทศบาลนคร/เมือง/ตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นหน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร เพื่อเพิ่มช่องทางและอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในพื้นที่
- การวิจัยและพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในระบบหลักประกันสุขภาพ (Model Development) ใน 7 จังหวัด
 - โครงการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ มาตรา 47 (Model Development) เป็นโครงการที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมกับพื้นที่ที่ดำเนินงานในระดับพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ สงขลา เชียงราย อุตรดิตถ์ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น นครราชสีมา และพิษณุโลก ในขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินงาน

- โครงการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ (Retrospective Study) เป็นการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรประชาชนในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ในช่วงระยะก่อนการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยศึกษาในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก เลย นครราชสีมา ขอนแก่น พระนครศรีอยุธยา ภูเก็ต และสงขลา ซึ่งผลการศึกษาทำให้เห็นถึงกระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ คือ การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในระบบการจัดการที่เน้นการมีส่วนร่วมกระบวนการที่ได้รับการยอมรับจากไตรภาคี รูปแบบการสนับสนุน งบประมาณที่มากจากหลายภาคส่วน และการมีข้อตกลงร่วมกัน

4) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานบริการ โดยเข้าร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการและคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการระดับจังหวัด

โดยสรุปมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร่วมจัดบริการ, ร่วมสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์, สนับสนุนการผลิตบุคลากรสาธารณสุข, ร่วมปฏิบัติการกิจสำนักงานสาขา เช่น ลงทะเบียน ฯลฯ) ดังต่อไปนี้

- ระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 9 องค์การ
- ระดับเทศบาล จำนวน 323 องค์การ
- ระดับองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 794 องค์การ

3. การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรวิชาชีพ

มีการประสานความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ 4 องค์กร ได้แก่ ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมทันตแพทย์ และสมาคมโรคหลอดเลือดและหัวใจแห่งประเทศไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ เกิดความร่วมมือในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ รวมถึงการทราบแนวคิดของแต่ละชมรม ปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานของระบบในพื้นที่ทุกระดับ โดยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของแต่ละพื้นที่

นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาศักยภาพวิทยากรแกนนำชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เพื่อให้มีศักยภาพในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่สมาชิกและประชาชนในพื้นที่ดำเนินงานของแกนนำต่อไปได้ ซึ่งผลการอบรมมีวิทยากรแกนนำมีความรู้ความเข้าใจและเกิดความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรม โดยมีผู้เข้าอบรมทั้งสิ้น 120 คน

ในส่วนของการพัฒนารูปแบบระบบบริการ ได้มีการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบและแนวทางระบบบริการและการป้องกันการเกิดโรค 1 โรคคือโรคหลอดเลือดแดงและหัวใจ

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแต่ละภาคี นอกจากจะเป็นการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรและเครือข่ายในการดำเนินการเรื่องหลักประกันสุขภาพแล้วยังต้องพัฒนาให้เกิดการประสานงานในแต่ละเครือข่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในพื้นที่และส่วนกลาง การพัฒนาความร่วมมือเช่นนี้ได้มีให้เห็นบ้างแล้วในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพชุมชน และศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน และควรสนับสนุนให้ขยายกว้างขวางออกไป

บทที่ 5

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

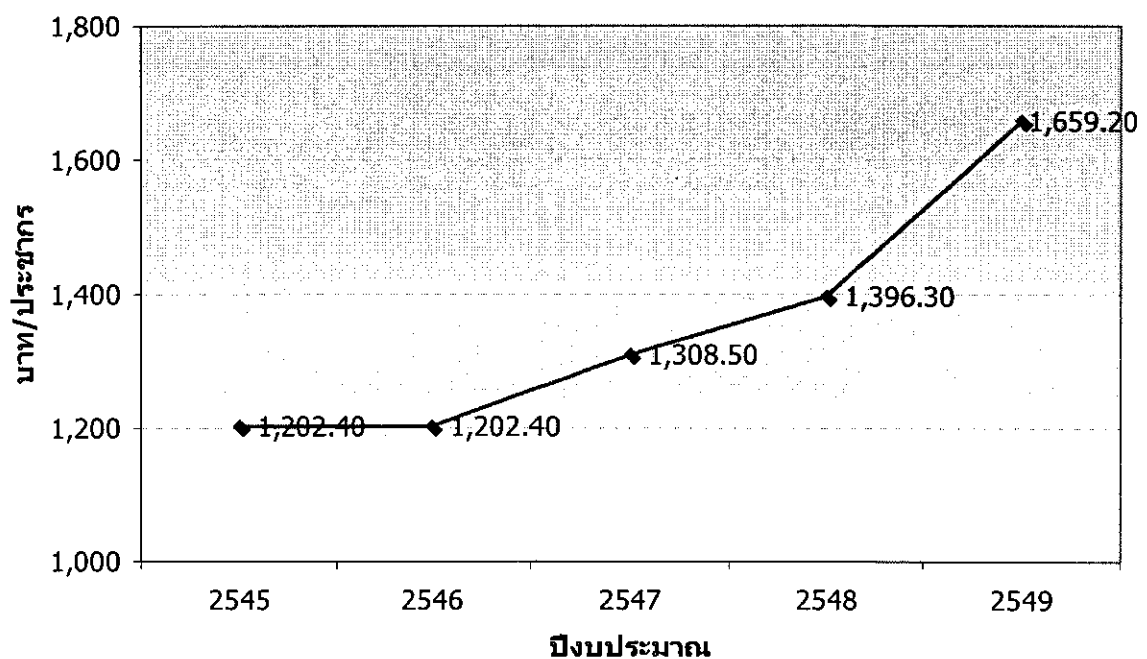
1. งบเหมาจ่ายรายหัว

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 ด้วยงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในอัตราเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อประชากร อัตราดังกล่าวมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จนในปีงบประมาณ 2549 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในอัตราเท่ากับ 1,659.20 บาทต่อประชากร ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังฯ ได้พัฒนาข้อเสนอการบริหารงบเหมาจ่ายรายหัวขึ้น โดยอาศัยข้อมูลการใช้บริการและค่าใช้จ่ายในปีที่ผ่านมา พร้อมปัญหาอุปสรรคที่พบอันเนื่องจากรูปแบบการบริหารงบในปีที่ผ่านมา โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาคือ

- เพื่อให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน
- เพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่จำเป็นต่อชีวิต และบริการที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง
- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย พิการหรือสูญเสียชีวิต

ทั้งนี้ในการพัฒนายึดหลักว่า งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่จังหวัดต่างๆ จะได้รับในปีงบประมาณ 2549 นั้นจะไม่น้อยกว่าปีที่ผ่านมา ขณะเดียวกันต้องกระตุ้นให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ

แผนภูมิ 4 งบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2545-2549



แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 10 ก.ย.48

2. การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2548 ในภาพรวมมีการจ่ายเงินไปสู่หน่วยบริการเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 37,274.33 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 91.16 แยกเป็นเงินเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และส่งเสริมป้องกัน 29,048.35 ล้านบาท บริการอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน 807.66 ล้านบาท บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง 3,361.13 ล้านบาท งบลงทุนเพื่อการทดแทน 3,528.223 ล้านบาท งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร 332.29 ล้านบาท (ตาราง 13)

ตาราง 13 ผลการจัดสรรงบค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2548

	รายการค่าบริการทางการแพทย์	งบประมาณ	จัดสรร	
		(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	ร้อยละ
1	ค่าเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และส่งเสริมป้องกัน	30,530.79	29,048.35	95.14
2	บริการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน	1,162.31	807.66	69.49
3	บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง	4,675.56	3,361.13	71.89
4	บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	-	-	-
	- บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	282.00	-	-
	- งบผู้พิการ	188.00	19.10	10.16
5	งบลงทุนเพื่อการทดแทน	3,609.60	3,528.22	97.75
6	งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	332.29	332.29	100.00
7	เงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯตามมาตรา 41	9.40	11.49	122.18
8	งบพิเศษการช่วยเหลือกรณี Tsunami	100.00	99.53	99.53
9	มาตรา 12	-	66.57	-
	รวมงบประมาณ	40,889.95	37,274.33	91.16

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการการเงิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 ก.ย. 48

3. การบริหารกองทุนย่อยของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์กรณีบริการป่วยในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน¹

ตั้งแต่ต้นเดือนตุลาคม 2547 - สิงหาคม 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้กับหน่วยบริการ กรณีผู้ป่วยนอกพิจารณาจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 - สิงหาคม 2548 จากยอดเบิกบานเงินที่ได้รับจัดสรร กรณีผู้ป่วยในได้พิจารณาจ่ายเงินชดเชยให้กับหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 - สิงหาคม 2548 ซึ่งเป็นการจ่ายเงินชดเชยล่วงหน้า (Quick Pay) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

¹ ข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลพึงจ่ายจากสำนักบริการการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 10 กรกฎาคม 2548

3.1.1 กรณีผู้ป่วยนอก

1) กรณีค่าใช้จ่ายสูง ได้พิจารณาจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่มีการเรียกเก็บฯ เป็นจำนวนเงิน 175.27 ล้านบาท จากข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบ 89,968 รายการ (ร้อยละ 98.49 ของ จำนวนการเรียกเก็บทั้งหมด 91,351 รายการ) โดยมีอัตราราคาชดเชยเทียบกับคะแนนเท่ากับ 1 บาทต่อคะแนน (ตาราง 14)

ตาราง 14 รายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (ต.ค.47-ส.ค.48)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		ยอดเหนี่ยวนำ เงินที่ได้รับ จัดสรร (ล้านบาท)	คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ				
ต.ค.47	6,511	6,122	94.03	22.06	12.75	1.00	12.75
พ.ย.47	8,164	7,750	94.93	22.06	16.49	1.00	16.49
ธ.ค.47	7,050	6,870	97.45	22.06	14.57	1.00	14.57
ม.ค.48	7,011	6,868	97.96	22.06	14.64	1.00	14.64
ก.พ.48	7,107	6,999	98.48	22.06	14.97	1.00	14.97
มี.ค.48	9,536	9,514	99.77	22.06	18.69	1.00	18.69
เม.ย.48	7,351	7,346	99.93	22.06	13.53	1.00	13.53
พ.ค.48	8,660	8,632	99.68	22.06	15.31	1.00	15.31
มิ.ย.48	9,200	9,171	99.68	22.06	17.21	1.00	17.21
ก.ค.48	8,478	8,451	99.68	22.06	15.69	1.00	15.69
ส.ค.48	12,283	12,245	99.69	22.06	21.42	1.00	21.42
รวม	91,351	89,968	98.30	242.71	175.27	1.00	175.27

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 15 ต.ค.48

2) กรณีอุบัติเหตุ จุกเงิน ได้จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่มีการเรียกเก็บฯ เป็นจำนวนเงิน 29.96 ล้านบาท สำหรับจำนวนที่ผ่านการตรวจสอบ 89,968 รายการ (ร้อยละ 96.99 จากจำนวนการเรียกเก็บ 92,763 รายการ) โดยมีอัตราราคาชดเชย เทียบกับคะแนนเท่ากับ 0.86 บาทต่อคะแนน (ตาราง 15)

ตาราง 15 รายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุจุกเงิน(ต.ค.47-ส.ค.48)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		ยอดเพดาน เงินที่ได้รับ จัดสรร (ล้านบาท)	คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ				
ต.ค.47	6,961	6,699	96.24	2.75	2.71	1.00	2.71
พ.ย.47	6,797	6,604	97.16	2.75	2.60	1.00	2.60
ธ.ค.47	7,196	7,069	98.24	2.75	3.01	0.92	2.74
ม.ค.48	8,948	8,781	98.13	2.75	3.02	0.91	2.74
ก.พ.48	8,367	8,161	97.54	2.75	3.18	0.87	2.73
มี.ค.48	8,571	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
มิ.ย.48	9,403	9,083	96.6	2.75	3.58	0.77	2.72
ก.ค. 48	9,206	8,891	96.58	2.75	3.72	0.74	2.75
ส.ค.-48	10,351	10,095	97.53	2.75	4.37	0.63	2.75
รวม	92,763	89,968	96.99	30.29	35.20	0.86	29.96

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 15 ต.ค.48

3.1.2 กรณีผู้ป่วยใน

1) กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการที่กำหนด และโรคที่มีค่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับหรือมากกว่า 4 ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ (ก่อนคำนวณอัตราจ่ายจริงตามยอดเพดานที่ได้รับจัดสรร) ใน อัตราประมาณการ 8,000 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ จำนวนรวม 398,225.82 หน่วย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 3,125.74 ล้านบาท ของข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ 99,185 ราย (ร้อยละ 93.89 จากจำนวนทั้งหมด 105,642 ราย) (ตาราง 16)

ตาราง 16 รายงานการจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง
ผู้ป่วยใน (ด.ค.47-ส.ค.48)

	เรียกเก็บ	เข้าเกณฑ์		ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับค่าตามวันนอน รวม	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
	(รายการ)	(รายการ)	(ร้อยละ)		
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
มิ.ย.48	10,343	9,807	94.82	40,043.7168	314.57
ก.ค.48	10,112	9,623	95.16	39,521.5108	309.81
ส.ค.48	10,695	10,135	94.76	42,717.4116	335.13
รวม	105,642	99,185	93.89	398,225.82	3,125.975

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 15 ต.ค.48

2) กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้พิจารณาจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ สำหรับผู้ป่วยใน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ก่อนคำนวณอัตราจ่ายจริงตามยอดเพดานที่ได้รับจัดสรร) ในอัตราประมาณการ 4,000 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ จำนวน 121,236.37 หน่วยเป็นเงิน 458.14 ล้านบาท สำหรับข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ 146,778 รายการ(ร้อยละ 67.27 จาก ที่ส่งมาขอรับการชดเชยทั้งหมด 218,196 ราย) (ตาราง 17)

ตาราง 17 รายงานการจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน ต่างสำนักงานสาขา ผู้ป่วยใน (ด.ค.47-ส.ค.48)

	เรียกเก็บ	เข้าเกณฑ์		ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับค่าตามวันนอน รวม	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
	(รายการ)	(รายการ)	(ร้อยละ)		
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
มิ.ย.48	16,128	14,625	90.68	11,934.93	45.37
ก.ค.48	15,684	14,245	90.83	11,906.90	45.24
ส.ค.48	16,461	14,827	90.07	12,274.14	46.64
รวม	218,196	146,778	67.27	121,236.37	458.14

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 15 ต.ค.48

3.1.3 กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียม

ข้อมูล ณ 30 สิงหาคม 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วย กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียม จำนวน 317.79 ล้านบาท สำหรับจำนวนการขอเบิกที่ผ่านการตรวจสอบ 90,330 รายการ (ร้อยละ 99.68 ของข้อมูลที่ส่งมาขอรับการชดเชยทั้งหมด 93,662 รายการ) โดยมีอัตราค่าชดเชยต่อคะแนน เท่ากับ 0.82 บาท ต่อคะแนน (ตาราง 18)

ตาราง 18 รายงานการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียม (ด.ค.47-ม.ย.48)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		ยอดเพดานเงินที่ ได้รับจัดสรร (ล้านบาท)	คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		จ่าย ชดเชย (รายการ)	ร้อยละ				
ด.ค.-ธ.ค.48	29,321	27,493	0.94	103.87	109.13	0.95	103.67
ม.ค.-มี.ค.48	29,694	29,176	0.98	106.22	131.92	0.81	105.53
เม.ย.-มิ.ย.48	34,637	33,651	0.97	108.72	155.00	0.70	108.50
รวม	93,662	90,330	0.96	318.81	396.14	0.82	317.79

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 15 ด.ค.48

นอกจากรายการอุปกรณอวัยวะเทียมได้มีการจัดสรรให้กับหน่วยบริการ 317.79 ล้านบาทแล้ว ยังได้มีการจัดสรรตามโครงการแก้วตาดวงใจเห็ดให้ 72 พรรษามหาราชินีดังรายละเอียดในหัวข้อที่จะกล่าวต่อไป ใน 3.1.4

3.1.4 กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียมโครงการแก้วตา ดวงใจ เห็ดให้ 72 พรรษามหาราชินี

เมื่อสิ้นเดือนสิงหาคม 2548 ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการกรณีอุปกรณและอวัยวะเทียมโครงการ แก้วตา ดวงใจ เห็ดให้ 72 พรรษามหาราชินี จำนวน 7.34 ล้านบาท สำหรับจำนวนการขอเบิกที่ผ่านการตรวจสอบ 7,324 รายการ (ร้อยละ 78.0 ของข้อมูลที่ส่งมาขอรับการชดเชยทั้งหมด 9,390 รายการ) (ตาราง 19)

ตาราง 19 รายงานการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียมโครงการแก้วตา ดวงใจ (ด.ค.47-ส.ค.48)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ		
ด.ค.-ธ.ค.47	5,008	4,676	0.93	4.69	4.69
ม.ค.-มี.ค.48	4,245	2,511	0.59	2.51	2.51
เม.ย.-ส.ค.48	137	137	1.00	0.14	0.14
รวม	9,390	7,324	0.78	7.34	7.34

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 15 ด.ค.48

3.2 การบริหารจัดการงบประมาณการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2547 ให้จัดสรรงบประมาณการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวน 4 บาทต่อประชากร หรือคิดเป็นงบประมาณ 188 ล้านบาท เพื่อจัดสิทธิประโยชน์และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่คนพิการ ให้ครอบคลุมสิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการ โดยแบ่งงบประมาณ ออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ร้อยละ 80 คิดเป็นงบประมาณ 150.4 ล้านบาท ใช้สนับสนุนการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยครอบคลุมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์สำหรับคนพิการ รวมถึงการค้นหาการตรวจประเมินเพื่อการจดทะเบียนคนพิการรายใหม่

ส่วนที่ 2 ร้อยละ 14 คิดเป็นงบประมาณ 26.2 ล้านบาท จัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการโดยมอบให้ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูฯ เป็นผู้ดำเนินการ

ส่วนที่ 3 ร้อยละ 6 คิดเป็นเงินประมาณ 11.4 ล้านบาท เป็นงบสนับสนุนการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการและผู้ดูแล

ทั้งนี้มีความคืบหน้าการใช้จ่ายงบประมาณของแต่ละส่วนพร้อมผลการดำเนินงานดังนี้

3.2.1 การตรวจประเมินและจดทะเบียนคนพิการรายใหม่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินโครงการรณรงค์ตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและจดทะเบียนคนพิการรายใหม่ (เป้าหมายจำนวนคนพิการรายใหม่ 100,000 ราย) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 31 ธันวาคม 2548 ในวงเงินงบประมาณ 30 ล้านบาท กำหนดค่าใช้จ่ายในการนำส่งและตรวจวินิจฉัยเพื่อการจดทะเบียนคนพิการรายใหม่ในอัตรา 300 บาทต่อราย แบ่งเป็น

- 175 บาท ให้แก่ผู้นำส่งคนพิการ เป็นค่าสนับสนุนการค้นหาและคำพาหะนำส่งคนพิการเข้ารับบริการตรวจประเมินความพิการ
- 100 บาท ให้แก่หน่วยบริการที่ตรวจวินิจฉัยเพื่อการจดทะเบียนคนพิการและออกใบรับรอง และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมกรณีมีรายละเอียดของความพิการที่จำเป็นต้องส่งต่อไปยังหน่วยบริการเฉพาะทางที่มีความพร้อม เพื่อตรวจประเมินและวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยแบ่งออกเป็น
 - 50 บาท ให้หน่วยบริการแรกที่รับตรวจวินิจฉัยและประเมินความพิการ
 - 50 บาท ให้หน่วยบริการเฉพาะทางที่รับส่งต่อ เพื่อตรวจประเมินความพิการหรือวินิจฉัยเพิ่มเติม
- 25 บาท สำหรับเป็นค่าบริหารจัดการในการดำเนินงานของสำนักงานสาขาจังหวัด

โดยผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมามีความคืบหน้าดังนี้

- 1) พิจารณาทบทวนเกณฑ์ประเมินความพิการทุกประเภทร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดทำคู่มือตรวจประเมิน/จดทะเบียนคนพิการและเผยแพร่ผู้เกี่ยวข้อง
- 3) ประสานความร่วมมือกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมจดทะเบียนคนพิการในพื้นที่
- 4) ประชุมชี้แจงสำนักงานหลักประกันสุขภาพจังหวัดทุกจังหวัดให้ทราบและร่วมดำเนินการ
- 5) จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศการจดทะเบียนคนพิการ เชื่อมโยงกับจังหวัด/หน่วยบริการ
- 6) จัดโควตาค้นหาคนพิการ ตามสัดส่วนประชากร และโอนงบประมาณดำเนินการตามโครงการงวด 1 (ในส่วนค่าบริหารจัดการ 25 บาท และค่าสนับสนุนการค้นหาและคำพาหะนำส่งคนพิการ 175 บาท) รวม 20 ล้านบาท ให้ทุกจังหวัด

- 7) คนพิการรายใหม่จดทะเบียนจำนวน 8,766 รายและจดทะเบียนตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 รวม 8,124 ราย (ณ 20 ก.ย.48)

3.2.2 การจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหน่วยบริการรูปแบบใหม่

เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และช่วยให้คนพิการในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น รวมทั้งกระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาและยกระดับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่นอกเหนือจากภาระงานปกติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้จัดทำแนวทางการสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 10 ล้านบาท ให้แก่หน่วยบริการ โดยเน้นที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย จำนวน 100 แห่งทั่วประเทศ ภายใต้กิจกรรมโครงการฯ ละ 1 แสนบาท โดยมีวิธีการขอรับการสนับสนุน ดังนี้

- หน่วยบริการเสนอโครงการผ่านสำนักงานสาขาจังหวัดพิจารณาครั้งกรอง
- สำนักงานสาขาจังหวัด พิจารณาคัดเลือกโครงการที่เสนอจากหน่วยบริการในจังหวัด 1-2 โครงการตามแนวทางที่กำหนดส่งให้ สปสช. พิจารณา รอบแรกภายใน 31 ธันวาคม 2548
- การสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนโครงการ
- หน่วยบริการรายงานผลการดำเนินงานต่อ สปสช.เมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมามีความคืบหน้าดังนี้
 - 1) จัดทำแนวทางการดำเนินการเพื่อการสนับสนุนงบประมาณ
 - 2) แจกเวียนแนวทางสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการในโครงการและสำนักงานสาขาจังหวัดรับทราบ
 - 3) ปัจจุบันมีโครงการที่ขอรับการสนับสนุนส่งมายัง สปสช.แล้ว รวม 7 โครงการ อยู่ระหว่างการพิจารณา

3.2.3 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ

หน่วยบริการสามารถเบิกชดเชยค่าบริการ และอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือคนพิการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามรายการและราคากลางที่กำหนด โดยตัดความซ้ำซ้อนกับรายการที่เบิกจากศูนย์สิทธิพรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ ภายใต้งบประมาณ 110.4 ล้านบาท

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมามีความคืบหน้าดังนี้

- 1) การจัดทำรายการกายอุปกรณ์และกำหนดราคากลาง
- 2) การเบิกชดเชยค่าบริการจากหน่วยบริการ ณ วันที่ 14 กันยายน 2548 จำนวน 31 แห่ง ผู้ป่วยนอก 629 ราย รวมเป็นเงิน 570,379 บาท (ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม48-ปัจจุบัน)

3.2.4 การจัดอุปกรณ์เครื่องช่วยให้แก่คนพิการโดยศูนย์สิทธิพร

ภายใต้งบประมาณ 26.4 ล้านบาท สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณจำนวน 20.4 ล้านบาทให้กับศูนย์สิทธิพร เพื่อสนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วยให้แก่คนพิการตามรายการที่ไม่ซ้ำซ้อนกับรายการของ สปสช. ในขณะเดียวกัน ได้ทดลองจัดบริการโดยใช้ระบบคูปอง เป็นจำนวนเงิน 6 ล้านบาท

โดยผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมามีความคืบหน้าดังนี้

- 1) ศูนย์สิทธิพรจัดทำรายการกายอุปกรณ์และราคากลาง
- 2) อยู่ระหว่างการทำข้อตกลงระหว่าง สปสช. กับ ศูนย์สิทธิพรเพื่อโอนงบประมาณ

3.2.5 การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้ดูแล

คณะกรรมการประสานสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการ ได้เห็นชอบแนวทางการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2548 ภายใต้งบประมาณ 9.4 ล้านบาท และต่อมาได้มีการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในส่วนคุ้มครองของผู้พิการทางสติปัญญามาให้เพิ่มเติมจำนวน 2 ล้านบาท รวมเป็นจำนวนเงิน 11.4 ล้านบาท

โดยผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมามีความคืบหน้า ดังนี้

- 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดส่งแนวทางการฝึกอบรมให้องค์กรคนพิการและหน่วยบริการทั่วประเทศเพื่อเสนอโครงการ
- 2) คณะกรรมการที่มีตัวแทนจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมพิจารณาโครงการตามแนวทางที่กำหนด
- 3) มีโครงการที่ขอรับการสนับสนุนจากองค์กรคนพิการต่างๆ ที่ได้มีการพิจารณาสนับสนุนแล้วรวม 8 โครงการ เป็นเงินงบประมาณ 4.6 ล้านบาท

3.3 การบริหารจัดการงบลงทุนเพื่อการทดแทน

งบลงทุนเพื่อการทดแทน ใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมหรือจัดหาครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง การเช่าอาคาร ฯลฯ สำหรับหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผลการดำเนินงานได้จัดสรรไปหน่วยบริการแล้วกว่า 3,528.20 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 97.74 ของภาพรวมในงบประมาณรวมของงบลงทุนเพื่อการทดแทน นอกจากนั้นอยู่ระหว่างการดำเนินการร้อยละ 2.26 (ตาราง 20)

ตาราง 20 การจัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนให้หน่วยบริการสังกัดต่างๆ ปีงบประมาณ 2548

ประเภทหน่วยบริการ	วงเงิน (ล้านบาท)	จัดสรรแล้ว (ล้านบาท)	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ (ล้านบาท)
1) หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	3,075.30	3,075.30	-
2) หน่วยบริการรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.	139.84	139.84	-
3) หน่วยบริการเอกชน	157.46	156.11	1.35
4) หน่วยบริการตติยภูมิ	137.00	137.00	-
5) งบเพื่อพัฒนาบุคลากรหน่วยบริการตติยภูมิ	90.00	10.29	79.71
6) งบเพื่อพัฒนาบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ	10.00	9.66	0.34
รวม	3,609.60	3,528.20	81.40
ร้อยละ	100.00	97.74	2.26

แหล่งข้อมูล: สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 ต.ค.48

บทที่ 6

ผลงานเด่น ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาต่อไป

1. ผลงานเด่น

1.1 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)

1.1.1 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องคอยควมรับการผ่าตัดเป็นเวลานานให้สามารถรับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น โดยรับข้อมูลผู้ป่วยที่คอยควมผ่าตัดหัวใจจากสถาบัน/โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร และดำเนินการประสานผู้ป่วยเพื่อเกลี้ยไปรับการผ่าตัดยังสถาบัน/โรงพยาบาลที่มีคิวสั้นกว่า

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548 ศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่คอยควมนานเกิน 3 เดือนจากสถาบัน/โรงพยาบาลต่างๆ รวม 307 ราย (ยกยอดมาจากปีงบประมาณ 2547 จำนวน 27 ราย) มีผู้ป่วยที่ตัดสินใจให้เกลี้ยคิวจำนวน 74 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้วจำนวน 14 ราย โดยอยู่ในขั้นตอนของการเตรียมการก่อนการผ่าตัด จำนวน 29 ราย (ตาราง 21)

ตาราง 21 ผลการประสานศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ปีงบประมาณ 2547-2548

การประสานส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ	ปีงบประมาณ			
	2547		2548	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1.ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจ	234	100.00	307	100.00
1.1 ผู้ป่วยที่ติดต่อไม่ได้	76	32.48	28	10.07
1.2 ผู้ป่วยที่ติดต่อได้	158	67.52	202	62.23
- ไม่ต้องการให้เกลี้ยคิวรอผ่าตัด	75	32.05	128	63.37
- ต้องการให้เกลี้ยคิวรอผ่าตัด	83	35.47	74	36.63
1.3 รอติดต่อกลับ	0	0	77	27.70
2.ผลการเกลี้ยคิวของผู้ป่วยที่ต้องการให้เกลี้ย	83	100.00	74	100.00
2.1 ผ่าตัดแล้ว	37	44.58	14	18.92
2.2 รพ.ที่รักษาเดิมเรียกกลับไปผ่าตัด	15	18.07	8	10.81
2.3 พิจารณาให้รักษาที่เดิม	3	3.61	22	29.73
2.4 ยกเลิก	1	1.20	1	1.35
2.5 รอผ่าตัด	27	32.53	29	39.19

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 ต.ค.48

หมายเหตุ : 1.ข้อมูลปีงบประมาณ 2547 เป็นข้อมูล 1 ม.ค.-30 ก.ย.47

2.ข้อมูลปีงบประมาณ 2548 เป็นข้อมูล 1 ต.ค.47- 30 ก.ย.48

1.1.2 การดำเนินงานศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ศูนย์ประสานการส่งต่อกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีการจัดหาโรงพยาบาลเข้าร่วมสำรองเตียงจำนวน 5 แห่ง ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น
- 2) โรงพยาบาลหัวเฉียว
- 3) โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
- 4) โรงพยาบาลบางนา 1
- 5) โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3
- 6) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

ผลดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548 (ข้อมูลวันที่ 1 ต.ค.47 – 20 ก.ย.48) ในส่วนของการบริการของสายด่วน 1330 ได้รับข้อมูลให้ช่วยประสานหาเตียงทั้งหมด 1,169 ราย แยกเป็นกรณีเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนไม่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 892 ราย กรณีโรงพยาบาลเตียงเต็ม จำนวน 122 ราย กรณีโรงพยาบาลรักษาไม่ได้ จำนวน 135 ราย กรณีโรงพยาบาลต้นสังกัดอยู่ต่างพื้นที่ จำนวน 6 ราย และเป็นกรณีผู้ป่วยมีสิทธิสวัสดิการอื่น จำนวน 14 ราย ซึ่งสามารถประสานหาเตียงได้ จำนวน 752 ราย (คิดเป็นร้อยละ 64.32) ซึ่งในจำนวนดังกล่าวนั้นเป็นการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมสำรองเตียง จำนวน 15 ราย (โรงพยาบาลเอกชน 1-5 ข้างต้นเริ่มดำเนินการเดือนมกราคม 2548 และ โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้เริ่มดำเนินการเดือนมีนาคม 2548)

นอกจากนั้น เป็นผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ จำนวน 165 ราย เสียชีวิตก่อนหาเตียงได้จำนวน 71 ราย ญาติเปลี่ยนใจเสียค่าใช้จ่ายเองจำนวน 99 ราย โรงพยาบาลที่รักษาสามารถรับรักษาต่อได้ จำนวน 68 ราย ญาติพากลับบ้าน/ไม่ย้าย จำนวน 9 ราย และไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ จำนวน 5 ราย

1.2 โครงการรณรงค์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการเปลี่ยนคำขวัญโครงการจาก "30 บาท รักษาทุกโรค" เป็น "30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค"

โครงการรณรงค์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เน้นกระตุ้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญและยังมีความครอบคลุมต่ำ โดยจัดทำเป็นโครงการพิเศษภายใต้ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงเกิดขึ้น ซึ่งได้แก่ โครงการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ไทรอยด์ซอร์โมน และงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล 80 พรรษา โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย PAP smear และ VIA โครงการตรวจสุขภาพประจำปีผู้ให้บริการรถสาธารณะ โครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับข้าราชการและผู้ประกันตน โครงการรณรงค์ตรวจประเมินความพึงพอใจเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและจดทะเบียนคนพิการ และโครงการเด็กไทยเฉลียวฉลาดประเทศชาติแข็งแรง ทั้งนี้มีการประชุมชี้แจงหน่วยบริการทุกแห่งในเดือนกรกฎาคม 2548 และจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2549

ในโอกาสเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปลี่ยนคำขวัญของโครงการหลักประกันสุขภาพจาก "30 บาทรักษาทุกโรค" เป็น "30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค" เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโครงการที่มีการเปลี่ยนไป

1.3 โครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

โดยเป็นความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสวัสดิการที่รัฐบาลจัดให้กับข้าราชการ ข้าราชการเกษียณและบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย และเป็นขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการ ที่ผ่านมา แม้ว่าผู้มีสิทธิจะค่อนข้างพึงพอใจกับสวัสดิการที่ได้รับ แต่พบว่ายังคงมีปัญหามางประการได้แก่

- (1) การที่ผู้มีสิทธิต้องจ่ายค่าบริการไปก่อนกรณีรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอก ก่อให้เกิดปัญหาสภาพคล่องทางการเงินแก่ข้าราชการชั้นผู้น้อยและครอบครัว ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังและต้องรักษาต่อเนื่อง
- (2) การเบิกจ่ายในระบบปัจจุบันมีต้นทุนในการดำเนินการเบิกจ่ายค่อนข้างสูง ประมาณ 100 บาท / ครั้งหรือต้องมีค่าใช้จ่ายในการนี้ประมาณ 400-500 ล้านบาท
- (3) การจำกัดให้มีสิทธิใช้บริการได้เฉพาะในโรงพยาบาลรัฐ ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการรับบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐมักแออัด คิวยาว และห้องพิเศษมักเต็มต้องรอคิวนาน
- (4) การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างต่อเนื่อง อัตราการเบิกจ่ายรักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปีละกว่าร้อยละ 10 และมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรสูงที่สุดในบรรดาโครงการประกันสุขภาพของรัฐ
- (5) การไม่ทราบจำนวนผู้มีสิทธิและไม่มีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ทำให้ยากในการวางแผนการควบคุมค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการและคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพ

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังซึ่งเป็นผู้ดูแลกองทุนได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว และได้มีความพยายามแก้ปัญหาโดยร่วมกับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) พัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในด้วยระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และนำร่องการดำเนินการให้ผู้สิทธิไม่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้าสำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค ซึ่งพบว่ามีความก้าวหน้าในการดำเนินการเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหาการขาดประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่มีหลายระบบและบริหารจัดการโดยหลายหน่วยงาน เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบ ความซ้ำซ้อนในการทำงานและสิทธิในบางกรณี จึงมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งรับผิดชอบบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ามาทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยกรมบัญชีกลางยังคงเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยมีการปรับปรุงประสิทธิภาพระบบเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

การดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา

การดำเนินการในระยะแรกเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2548 มีการร่วมมือกันพัฒนาระบบและจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้บริหารสถานพยาบาลในวันที่ 28 กันยายน 2548 ที่ Grand Hall 9 อิมแพค เมืองทองธานี รวมทั้งประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลให้ประชาชนทั่วไปและผู้มีสิทธิรับทราบโดยผ่านทางสื่อโทรทัศน์และสื่อสิ่งพิมพ์

ระบบบริหารใหม่เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 โดยมีการอำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิคือ ผู้มีสิทธิไม่ต้องจ่ายค่าบริการด้วยตนเองเมื่อไปรับบริการผู้ป่วยนอก โดยยื่นความจำนงให้โรงพยาบาลเป็นผู้เบิกค่าบริการแทน และรับบริการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยในโดยไม่ต้องใช้ใบรับรองสิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัด ซึ่งในระยะแรกนี้ผู้มีสิทธิที่สามารถใช้ระบบดังกล่าวได้แก่ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญที่เจ็บป่วยทุกชนิด และกลุ่มข้าราชการและผู้ใช้สิทธิในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคที่ต้องรับบริการต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยนอก (โดยมีใบรับรองของ

แพทย์) โรงพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด (รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป) ทุกแห่ง โดยมีแผนว่าโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศจะพร้อมให้บริการระบบใหม่ได้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2549 และการให้บริการจะสามารถครอบคลุมข้าราชการและบุคคลผู้มีสิทธิในครอบครัวทั้งหมดได้ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549 เป็นต้นไป

1.4 ระบบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์

การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ในปีงบประมาณ 2548 นั้นได้แบ่งลักษณะงานที่ดำเนินการตรวจสอบออกเป็น 3 งาน คือ

1) การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการจากเวชระเบียน และระบบการจัดทำข้อมูลการเบิกชดเชย ณ หน่วยบริการ

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการจากเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการของหน่วยบริการ และความถูกต้องของการจ่ายชดเชย โดยมีเป้าหมายการตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ จำนวน 50 แห่ง

ผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 – 30 กันยายน 2548 ได้ดำเนินการตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ จำนวน 44 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88 ของเป้าหมายที่กำหนด (50 แห่ง) และเวชระเบียนได้รับการตรวจสอบจำนวน 3,668 ฉบับ (ข้อมูล ปีงบประมาณ 2546 จำนวน 74 ฉบับ, ปีงบประมาณ 2547 จำนวน 2,699 ฉบับ ปีงบประมาณ 2548 จำนวน 897 ฉบับ) โดยได้ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน ณ หน่วยบริการในระดับต่างๆ ดังนี้

รพ.มหาวิทยาลัย	6 แห่ง	จำนวน 522 ฉบับ
โรงพยาบาลศูนย์(รพศ.)	20 แห่ง	จำนวน 1,645 ฉบับ
โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.)	14 แห่ง	จำนวน 1,215 ฉบับ
โรงพยาบาลชุมชน(รพช.)	2 แห่ง	จำนวน 170 ฉบับ
รพ.เอกชน	2 แห่ง	จำนวน 116 ฉบับ

จากการตรวจสอบเวชระเบียน ณ หน่วยบริการ พบว่ามีข้อผิดพลาดของเวชระเบียนที่ตรวจสอบเกินร้อยละ 50 ทุกแห่ง (พบข้อผิดพลาดของเวชระเบียน ค่าสุทธ้อยู่ 50.91 และ สูงสุดร้อยละ 100 เจลียพบข้อผิดพลาดร้อยละ 73.01) โดยข้อผิดพลาดที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการให้รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการผิดพลาดคิดเป็นร้อยละ 62.40 (ของเวชระเบียนที่ตรวจสอบ) และข้อผิดพลาดจากการสรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษาคิดเป็นร้อยละ 57.36 (ของเวชระเบียนที่ตรวจสอบ) ทั้งนี้จากการตรวจสอบเวชระเบียนพบว่า สาเหตุที่เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการให้รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการมีข้อผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดของการสรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ทำให้หลังจากการตรวจสอบแล้วพบว่า มีการเปลี่ยนกลุ่ม DRG จำนวน 1,280 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 47.80 (ของเวชระเบียนที่มีข้อผิดพลาด) และทำให้น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามจำนวนวันนอน (ค่า AdjRW) รวมของหน่วยบริการหลังการตรวจสอบลดลง จำนวน 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.82 (ของหน่วยบริการที่ไปตรวจสอบ) และ ค่า AdjRW รวมของหน่วยบริการหลังการตรวจสอบเพิ่มขึ้น จำนวน 19 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.18 (ของหน่วยบริการที่ไปตรวจสอบ) โดยส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการขนาดใหญ่ (โรงเรียนแพทย์ 3 แห่ง รพศ. 8 แห่ง รพท. 7 แห่ง รพ.เอกชน 1 แห่ง) จากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจึงมีผลต่อการจ่ายชดเชยของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 56.68 (ของเวชระเบียนที่มีข้อผิดพลาด)

2) การตรวจสอบเวชระเบียนในส่วนของการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการ (Coding Audit)

วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่หน่วยบริการส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เกณฑ์การสุ่มเลือกเวชระเบียนที่ต้องการตรวจสอบจำนวน 4,574 ฉบับ โดยแบ่งเป็น สุ่มเลือกโดยทั่วไป จำนวน 3,564 ฉบับ และผู้พิจารณาจ่ายเงินชดเชยให้ความเห็นว่าสมควรต้องตรวจสอบ จำนวน 1,010 ฉบับ

ผลการตรวจสอบพบว่า พบข้อผิดพลาดร้อยละ 72.50 โดยมีผลกระทบต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในคือ น้ำหนักสัมพัทธ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 53.18 และลดลงร้อยละ 46.82

3) การพัฒนาให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด เป็นหน่วยงานตรวจสอบเวชระเบียน (Coding Audit) ในเบื้องต้น

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบเวชระเบียน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาภูมิภาค/สาขาจังหวัด โดยกำหนดเป้าหมายให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทุกแห่งดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของหน่วยบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างน้อยแห่งละ 60 ฉบับ

กิจกรรมดำเนินงานประกอบด้วย

1) การจัดอบรมเรื่องการตรวจสอบเวชระเบียน (Medical Audit) ให้แก่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช. สาขาจังหวัด โดยใช้งบประมาณที่โอนให้ สปสช.สาขาจังหวัด ที่เป็นผู้จัดอบรม

2) กำหนดแนวทางการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาภูมิภาค / สาขาจังหวัด

3) จัดสรรงบประมาณค่าตอบแทนการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ 50 บาท ตามผลงานที่แจ้งให้ สปสช.ทราบตามกำหนดเวลา

ผลการดำเนินงาน ของปีงบประมาณ 2548 มีดังนี้

- การจัดอบรมเรื่องการตรวจสอบเวชระเบียน (Medical Audit) ให้แก่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช.สาขาจังหวัด ได้จัดอบรม 8 รุ่น 55 จังหวัด ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และเจ้าหน้าที่อื่นรวม 777 คน
- ติดตามผลการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ปีงบประมาณ 2547 เนื่องจากได้โอนเงินสนับสนุนในการดำเนินการและค่าตอบแทนในการตรวจสอบเวชระเบียนบางส่วนให้สาขา จากการติดตามการดำเนินงานพบว่า สปสช.สาขาจังหวัด ที่ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนและส่งผลการตรวจสอบให้ส่วนกลางแล้ว จำนวน 62 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.67 และดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 41,924 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 75.34 ของเป้าหมายที่ประมาณการให้ สปสช. สาขาจังหวัดดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 55,650 ฉบับ มี สปสช.สาขาจังหวัดที่ยังไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 17.33 สปสช.สาขาจังหวัดที่ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการรักษาของหน่วยบริการโดยการตรวจสอบจากเวชระเบียน จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.33

ติดตามผลการดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ปีงบประมาณ 2548 พบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ที่ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนและส่งผลการตรวจสอบให้ส่วนกลางแล้ว จำนวน 73 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.33 และดำเนินการ

ตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 68,647 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 128.12 ของเป้าหมายที่ประมาณการให้ สปสช.สาขา จังหวัดดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 53,580 ฉบับ มี สปสช.สาขาจังหวัดที่ยังไม่ได้ดำเนินการ ตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.67

2. ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา

ในปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมานั้น ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของการ ดำเนินงานหลักประกันสุขภาพสามารถสรุปเป็นประเด็นปัญหาสำคัญๆ ได้ดังนี้

2.1 เอกภาพของโครงสร้างบริหารหลักประกันสุขภาพในส่วนภูมิภาค

การบริหารนโยบายหลักประกันสุขภาพที่ผ่านมา เน้นกระจายอำนาจการบริหารให้สำนักงานสาขา (ปัจจุบันมอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขาจังหวัด) บริหาร โดยมีคณะอนุกรรมการ บริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกทางนโยบายในระดับพื้นที่

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า สำนักงานสาขาจังหวัดแต่ละแห่งมีแนวทางการบริหารจัดการที่ แตกต่างกันอย่างกว้างขวาง และหลายแห่งไม่ได้ดำเนินการตามแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัดมีการประชุมไม่สม่ำเสมอ บางจังหวัดไม่ได้มีการประชุมเลย กลไกต่างๆ ไม่ได้ทำหน้าที่ตามที่กำหนดไว้

ในปีงบประมาณ 2548 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบให้จัดตั้งสำนักงานสาขาเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นอีก 3 แห่ง รวมกับที่ได้จัดตั้งไว้เดิม 2 แห่ง (สำนักงานสาขาทม. และสำนักงานสาขาภูมิภาคขอนแก่น) รวมเป็น 5 แห่ง รวมทั้งได้อนุมัติแผนการจัดตั้ง สำนักงานสาขาเขตในส่วนเหลือ (อีก 8 แห่ง) ในปีงบประมาณ 2549 เพื่อเป็นกลไกบริหารสำคัญของระบบ หลักประกันสุขภาพในส่วนภูมิภาค ด้วยกลไกใหม่ที่กำลังจัดตั้งนี้คาดว่าจะช่วยทำให้ปัญหาความไม่เป็นเอกภาพ และประสิทธิภาพของการบริหารหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2548 กลไกดังกล่าวอยู่ในระยะจัดตั้งและเตรียมการ จึงยังไม่มีบทบาทที่เด่นชัดนักในระยะแรก

2.2 ความพอเพียงของงบประมาณในการจัดบริการและงบประมาณบริหารจัดการ

แม้ว่ารัฐบาลจะได้จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นมา แต่อัตราที่ได้รับจัดสรรยังไม่สอดคล้องกับต้นทุนการจัดบริการที่ ควรจะเป็น ประมาณว่าตั้งแต่เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานพยาบาลมีการขาดทุนสะสมต่อเนื่อง เนื่องจากได้รับจัดสรรงบประมาณไม่พอเพียงเป็นจำนวนกว่า 2 หมื่นล้านบาท ทำให้การพัฒนาสถานพยาบาลเกิด หยุดชะงักและเริ่มกระทบต่อคุณภาพบริการ เป็นที่น่ายินดีว่า ในที่สุดรัฐบาลตัดสินใจปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้ สอดคล้องกับต้นทุนและอัตราการใช้บริการจริง โดยเริ่มในปีงบประมาณ 2549 ทั้งนี้อัตราที่จัดสรรให้ในปีงบประมาณ 2549 เท่ากับ 1,659.20 บาทต่อประชากร

ขณะที่ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการจัดบริการได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น งบประมาณสำหรับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพได้ถูกปรับลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งๆ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติได้มีมติเห็นชอบให้มีการจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติม (สำนักสาขาเขต) สำหรับการบริหารระบบ หลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ทำให้รายจ่ายประจำมีสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับ การจัดสรร (ตาราง 22) ทำให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนาระบบและกลไกต่างๆ ในการบริหาร สถานการณ์ดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อระบบมากขึ้นหากในปีงบประมาณ 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้รับการ สนับสนุนงบบริหารจัดการเพิ่มเติม เพราะเป็นปีแรกที่สำนักงานสาขาเขตทุกแห่ง (13 แห่ง) เริ่มปฏิบัติงาน

ตาราง 22 งบประมาณบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2549

รายการ	ปีงบประมาณ			
	2546	2547	2548	2549
งบบริหารรวม (ล้านบาท)	1,600.000	1,021.323	625.001	644.943
งบรายจ่ายประจำ (ล้านบาท)	32.982	140.369	181.897	na
ร้อยละรายจ่ายประจำ (%)	2.06	13.74	29.10	

แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 15 ต.ค.48

หมายเหตุ : งบรายจ่ายประจำ ได้แก่

- 1.เงินเดือน ค่าจ้าง เงินประจำตำแหน่ง
- 2.ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาล ค่าช่วยการศึกษาบุตร เงินสมทบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เงินสงเคราะห์และสิทธิประโยชน์ ค่าสวัสดิการอื่นๆ
- 3.ค่าเช่าอาคารสถานที่ ค่าเช่ายานพาหนะ
- 4.ค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ ค่าไปรษณีย์

2.3 ปัญหาการงบประมาณในการดูแลประชากรไร้สัญชาติ

ปัจจุบันมีประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แต่ยังมีปัญหาเรื่องสัญชาติอีกกว่า 1 ล้านคน โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามพื้นที่ชายแดนและบนพื้นที่สูง บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพได้ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เนื่องจากไม่มีสัญชาติไทย อย่างไรก็ตาม เมื่อเจ็บป่วยและมีความจำเป็นต้องใช้บริการสุขภาพ บุคคลเหล่านี้จำนวนหนึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ จึงเป็นการของสถานพยาบาลรัฐในการดูแล และกระทบต่อสถานะเงินของสถานพยาบาลด้วย เนื่องจากต้องใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดแบ่งมาช่วยดูแลกลุ่มบุคคลดังกล่าว

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเมื่อ 17 มกราคม 2548 ให้ขยายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมบุคคลไร้สัญชาติดังกล่าว และเห็นควรเสนอให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ และจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ปัจจุบันเรื่องอยู่ระหว่างการพิจารณา หากได้รับความเห็นชอบจะช่วยลดภาระของสถานพยาบาลต่างๆ ได้มาก

2.4 ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนภาครัฐและผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

ในระยะ 3-4 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น (ผลจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) การขาดหลักประกันความมั่นคงทางอาชีพ (ผลการจากปฏิรูประบบราชการ) ความต้องการศึกษาต่อเฉพาะด้าน ความแตกต่างค่าตอบแทนในภาครัฐและเอกชน รวมทั้งการขยายตัวของภาคเอกชนที่เกิดจากเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว ผลกระทบคือ กำลังคนในภาครัฐลดลงขณะที่ภาระงานยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แม้ว่ารัฐบาลจะเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และตัดสินใจแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการเพิ่มการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาสำคัญเพิ่มขึ้น รวมทั้งเพิ่มค่าตอบแทนให้บุคลากรดังกล่าวเพื่อลดความแตกต่างกับค่าตอบแทนของภาคเอกชน แต่การแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามมาตรการดังกล่าวกว่าจะเป็นเห็นผลต้องใช้เวลา (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลิตบุคลากร) สิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญควบคู่กันไปคือ การมีมาตรการกระจายบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการ/ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีพัฒนาอย่างจริงจัง