สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
รับที่ 1788 สธ.2
วันที่ - 9 มี.ค. 2549 เวลา

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

ลงวันที่
รับที่ - 9 มี.ค. 2549
เวลา

ที่ สปสช.05 / 9449

8 มีนาคม 2549

เรื่อง ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค" รอบ 3 เดือน ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 48)

เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี จัดเข้าวาระ 14 มี.ค. 2549

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร 0505/2945 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2546

สิ่งที่ส่งมาด้วย (1) บทสรุปสำหรับผู้บริหารผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รอบ 3 เดือน ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48) จำนวน 20 ชุด
(2) รายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค" รอบ 3 เดือน ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.48) จำนวน 20 เล่ม

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้กระทรวง ทบวง กรม ที่รับผิดชอบนโยบายที่สำคัญหรือที่เป็นเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล ให้รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานเพื่อคณะรัฐมนตรีทราบเป็นระยะ ๆ ทุก 3 เดือน นั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค" รอบ 3 เดือน ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 48) และงานที่สำคัญเพื่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในปี 2549 รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (1) - (2)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบต่อไป นพ.๙/10
สมช.ได้นำเสนอคณะรัฐมนตรี
ขอแสดงความนับถือ เมื่อวันที่ 14 มี.ค. 2549 ลงมติว่า
รับทราบ

(นายพินิจ จารุสมบัติ)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักนโยบายและแผน
โทร 0 2831 4000 ต่อ 8310
โทรสาร 0 2831 4004

จัดอยู่ในประเภทเรื่องทราบเพื่อถือเป็นมติที่เสนอคณะรัฐมนตรีได้โดยตรง
(นายวิชัย วิทวัสการเวช)
รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร : ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
"30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค"
รอบ 3 เดือน ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. – 31 ธ.ค. 48)

.....

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ 2549 ด้านความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพสามารถดำเนินการให้ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชาชนกว่า 60.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 96.32 ของประชากรทั้งประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในปี 2549 (ร้อยละ 97.5) นั้น พบว่าต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 1.18

หน่วยบริการคู่สัญญาปี 2549 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,114 แห่ง แยกเป็นหน่วยบริการสังกัดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของภาครัฐ/เอกชนจำนวน 961 แห่ง คลินิกชุมชนอบอุ่นกว่า 183 แห่ง นอกจากนั้น ยังมีหน่วยบริการรับส่งต่อในระดับตติยภูมิในการบริการรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินกว่า 78 ศูนย์ เข้าร่วมให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยมีการกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

ด้านการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการนั้น มีการดำเนินโครงการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นโครงการต่อเนื่องจากปี 2548 โดยได้ทำข้อตกลงความร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.) เร่งการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์ HA เพิ่มมากขึ้น โดยดำเนินการในกิจกรรมหลักด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลในจังหวัด จำนวน 31 จังหวัด

2) เยี่ยมสำรวจและประเมินคุณภาพหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพในขั้นที่ 1 (การจัดระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง) จำนวน 51 แห่ง

3) เยี่ยมสำรวจและประเมินคุณภาพหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขั้นที่ 2 (การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง) จำนวน 22 แห่ง

นอกจากนี้ งานด้านคุณภาพของปี 2549 ยังมีโครงการอื่น ๆ ที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น อาทิ *"โครงการพัฒนาข้อเสนอกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ"* โดยสปสช.ได้จัดจ้างมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อพัฒนาข้อเสนอกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นการประเมินเพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพื่อการรับรองเป็นหลัก เน้นการประเมินผลลัพธ์ การประเมินต้องเป็นการประเมินทั้งระบบ โดยแนวทางการพัฒนาต้องคำนึงถึงบริบทและความแตกต่างของพื้นที่ ซึ่งแผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้เวลา 6 ปี โดยแบ่งช่วงเป็น 3 ระยะในการพัฒนา และ *"การจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศและวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณภาพ"* มีการพัฒนาระบบข้อมูลด้านคุณภาพเพื่อการรองรับการดำเนินงานด้านการติดตาม กำกับมาตรฐานหน่วยบริการและการบริการ ได้แก่ ระบบทะเบียนฐานข้อมูลหน่วยบริการ การตรวจหน่วยบริการเพื่อการขึ้นทะเบียน ให้รองรับการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเฉพาะด้านในโครงการ Disease Management การจัดทำกรอบการวิเคราะห์สารสนเทศด้านคุณภาพ และการจัดระบบการจัดการข้อมูล เพื่อสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบมาใช้ในการติดตามตรวจสอบคุณภาพบริการ (Clinical Audit) และสรุปเป็นรายงานเพื่อการเฝ้าระวังคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในมาใช้ในการติดตามตรวจสอบคุณภาพบริการในโรคต่าง ๆ รวมถึง การจัดทำร่างตัวชี้วัดการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังด้านคุณภาพ

ช่วงระยะเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมาในปี 2549 มีความคืบหน้าในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประเด็นสำคัญ อาทิ ได้มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลบริการผู้ให้บริการ (provider center) ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ให้บริการอันเนื่องจากการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center) ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องคอยคิวรับการผ่าตัดเป็นเวลานานให้สามารถรับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น และศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินในการช่วยประสานงานหาเตียงให้ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากนั้น ในปีงบประมาณ 2549 นี้ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (excellent center) การจัดทำแผนแม่บทและพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาควบคุมกำกับคุณภาพโรงพยาบาล (Quality Audit Master Plan) การตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใน (clinical audit) ที่มุ่งตรวจประเมินคุณภาพบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการตรวจประเมินคุณภาพบริการระดับเขตพื้นที่ 5 ภาวะ/โรค (คือ ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ไข้เลือดออก หอบหืด ภาวะตกเลือดหลังคลอด การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) และงานที่สำคัญอีกงานหนึ่งคือ การดำเนินงานร่วมกับกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ในการร่วมกันพัฒนาและบริหารระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งมีการร่วมมือเป็นอย่างดี โดยงานสามารถดำเนินก้าวหน้าไปในทิศทางของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้

ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
"30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค"
รอบ 3 เดือน ปีงบประมาณ 2549
(1 ต.ค. – 31 ธ.ค. 48)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 200 หมู่ 4 อาคารจัสมิน อินเตอร์เนชั่นแนล 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 **1**

1.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ 1

1.2 หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549 3

บทที่ 2 การควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ **4**

2.1 การส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ 4

2.1.1 การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 4

2.1.2 โครงการพัฒนาข้อเสนอกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ 4

2.2 การควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการและเฝ้าระวังคุณภาพการบริการ 5

2.2.1 โครงการพัฒนาและประเมินผลเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ 5

2.2.2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย 6

2.2.3 โคงการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 6

2.2.4 การจัดทำแผนแม่บทและพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาควบคุมกำกับคุณภาพโรงพยาบาล (Quality Audit Master Plan) 6

2.2.5 การตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินคุณภาพหน่วยบริการที่รับส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทาง 8

2.2.6 การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ 8

2.2.7 การศึกษาระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสาธารณสุข เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการ ของประชาชน 9

2.2.8 การจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศและวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณภาพ 9

บทที่ 3 การคุ้มครองสิทธิ การช่วยเหลือเบื้องต้น และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า **10**

3.1 การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 10

3.1.1 การให้บริการสอบถามข้อมูล 10

3.1.2 การให้บริการรับเรื่องเรียน 11

3.1.3 การให้บริการเรื่องร้องทุกข์ 11

3.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการกรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 12

3.2.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ 12

3.2.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ 13

3.3 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 14

3.3.1 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้รับบริการ 14

3.3.2 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้ให้บริการ 16

สารบัญ

หน้า

บทที่ 4 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี **17**

4.1 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชน 17

4.1.1 การพัฒนาและขยายผลศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน 18

4.1.2 การขยายผลสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพ 18

4.1.3 การสนับสนุนการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรประชาชน 9 ด้าน ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 18

4.1.4 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง 3 กลุ่ม 19

4.1.5 ความร่วมมือของเครือข่ายองค์กรประชาชนในการดำเนินโครงการ "จาก 30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค" 19

4.2 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 19

4.3 การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรวิชาชีพ 20

บทที่ 5 การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **21**

5.1 การบริหารงบเหมาจ่ายรายหัว 21

5.2 การบริหารงบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2549 23

5.3 การบริหารกองทุนค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินต่างสำนักงานสาขา ปีงบประมาณ 2549 26

5.5 การบริหารงบคนพิการ ปีงบประมาณ 2549 29

5.6 การบริหารงบลงทุนเพื่อการทดแทน ปีงบประมาณ 2549 30

5.7 การบริหารกองทุน ผู้ประสบภัยจากรถภายใต้มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 31

บทที่ 6 ผลงานที่สำคัญ และงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ **33**

6.1 ผลงานที่สำคัญ 33

6.1.1 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center) 33

6.1.2 ศูนย์ข้อมูลผู้ให้บริการ (Provider Center) 34

6.2 การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณ 2549 34

6.2.1 โครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 34

6.2.2 การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (Excellent Center) ปีงบประมาณ 2549 36

6.2.3 โครงการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ (Clinical Audit for Quality of Care) 36

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแยกประเภทสิทธิ
ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48) 2

ตาราง 2 จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแยกรายสังกัดของหน่วยบริการ
ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. – 31 ธ.ค.48) 2

ตาราง 3 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2549 3

ตาราง 4 จำนวนหน่วยบริการการรับส่งต่อระดับตติยภูมิ ปีงบประมาณ 2549 3

ตาราง 5 แผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ 5

ตาราง 6 การให้บริการสอบถามข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48) 10

ตาราง 7 การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48) 11

ตาราง 8 การดำเนินงานรับเรื่องร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48) 12

ตาราง 9 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการ
รักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. – 31 ธ.ค.48) 13

ตาราง 10 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ
สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2549 14

ตาราง 11 เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2546-2549 22

ตาราง 12 ผลการดำเนินงานโครงการนำร่องมาตรา 12 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 31

ตาราง 13 จำนวนผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ลงทะเบียนแสดงความจำนงเพื่อให้โรงพยาบาลเป็นผู้เบิกค่า
รักษาพยาบาลแทน 35

ตาราง 14 การใช้บริการผู้ป่วยนอกผู้มีสิทธิตามระบบใหม่ (เดือนกันยายน 2548 - มกราคม2549) 35

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิ 1 งบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2545-2549 23

บทที่ 1
ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ

1.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณ 2549 ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2548 นั้น พบว่า ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยสามารถครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิจำนวน 60.61 ล้านคน ความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 96.32 ของประชากรทั้งประเทศ (62.92 ล้านคน) ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 1.18 (เป้าหมายปีงบประมาณ 2549 คือ ร้อยละ 97.5) จำนวนประชากรที่มีสิทธิว่างซึ่งรอการตรวจสอบสิทธิ 2.31 ล้านคน และร้อยละการซ้ำซ้อนของสิทธิลดลงเหลือเพียง 0.034 เท่านั้น (ตาราง 1)

ประชากรขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 47.44 ล้านคน เป็นสิทธิประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม จำนวน 22.66 ล้านคน และสิทธิประกันสุขภาพแบบเสียค่าธรรมเนียม จำนวน 24.79 ล้านคน โดยเป็นการขึ้นทะเบียนสิทธิในหน่วยบริการในสังกัดต่างๆ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 43.28 ล้านคน หน่วยบริการของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2.10 ล้านคน และหน่วยบริการสังกัดเอกชน จำนวน 2.06 ล้านคน

หากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรที่ขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับหน่วยบริการประเภทต่างๆ ระหว่างเดือนตุลาคม กับเดือนธันวาคม 2548 ที่ผ่านมา พบว่า มีสัดส่วนที่เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย โดยการขึ้นทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะลดลง (ลดลงร้อยละ 0.11) ส่วนการขึ้นทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.97 และร้อยละ 1.80 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 1. จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแยกประเภทสิทธิ

ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48)

ลำดับ	ประเภท	ปีงบประมาณ 2549		
		ตค48	พย48	ธค48
1	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47,376,381	47,412,089	47,444,719
	-แบบเสียค่าธรรมเนียม	22,646,575	22,651,967	22,657,657
	-แบบไม่เสียค่าธรรมเนียม	24,729,806	24,760,122	24,787,062
2	สิทธิประกันสังคม	8,782,820	8,788,198	8,811,839
3	สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	4,148,316	4,136,676	4,134,200
4	สิทธิข้าราชการการเมือง	566	566	564
5	สิทธิทหารผ่านศึก	123,726	123,214	123,434
6	สิทธิครูเอกชน	95,097	95,024	94,958
7	บุคคลรอพิสูจน์สถานะ	-	-	-
8	สิทธิว่าง	2,342,140	2,348,521	2,313,437
9	รวมประชากร	62,869,046	62,904,288	62,923,151
10	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ			
	คน(1+2+3+4+5+6+7)	60,526,906	60,555,767	60,609,714
	ร้อยละ (10/9x100)	96.27	96.27	96.32
11	สิทธิซ้ำซ้อน			
	คน	19,523	26,316	16,224
	ร้อยละการซ้ำซ้อนของสิทธิ	0.041	0.056	0.034

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 15 ม.ค. 49

ตาราง 2 จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแยกรายสังกัดของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. – 31 ธ.ค.48)

ประเภทสังกัด	ต.ค.48		พ.ย.48		ธ.ค.48		เปรียบเทียบเดือนต.ค.กับเดือน ธ.ค.48 เพิ่ม(ลด) ร้อยละ
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	43,327,933	91.45	43,273,311	91.27	43,279,358	91.22	(0.11)
นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	2,021,497	4.27	2,097,378	4.42	2,101,841	4.43	3.97
เอกชน	2,026,951	4.28	2,041,400	4.31	2,063,520	4.35	1.80
รวม	47,376,381	100.00	47,412,089	100.00	47,444,719	100.00	-

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 15 ม.ค. 49

1.2 หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549

หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีจำนวนหน่วยบริการทั้งสิ้น 1,114 แห่ง แยกเป็น หน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลจำนวน 961 แห่ง แยกเป็น โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 827 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 74 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 60 แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 183 แห่ง ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นคลินิกในสังกัดของเอกชน 114 แห่ง รองลงมา คือ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 66 แห่ง ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดของกรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549

ประเภทหน่วยบริการ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
โรงพยาบาล		
-สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	827	72.29
-รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	74	6.47
-สังกัดเอกชน	60	5.24
รวมจำนวนโรงพยาบาล	**961**	**84.00**
คลินิกชุมชนอบอุ่น		
-สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	3	0.26
-รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	66	5.77
-สังกัดเอกชน	114	9.97
รวมจำนวนคลินิก	**183**	**16.00**
รวมทั้งสิ้น	**1,144**	**100.00**

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 8 ธ.ค.48

นอกจากนั้น หน่วยบริการในเครือข่ายระบบหลักประกันสุขภาพมีระบบการรับส่งต่อระดับตติยภูมิเพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่ายและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดเครือข่ายและระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ระดับตติยภูมิเฉพาะด้านในปัจจุบันมีจำนวนรวม 78 ศูนย์ ซึ่งกระจายอยู่ในกรุงเทพมหานคร/ภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ (ตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนหน่วยบริการการรับส่งต่อระดับตติยภูมิ ปีงบประมาณ 2549

ประเภทหน่วยบริการระดับตติยภูมิ	จำนวน(แห่ง)
ศูนย์โรคหัวใจ	21
ศูนย์โรคมะเร็ง	29
ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	28
รวม	**78**

แหล่งข้อมูล : สำนักพัฒนาคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 8 ม.ค. 49

บทที่ 2
การควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ

2.1 การส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ

2.1.1 การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)จัดทำโครงการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อเนื่องจากปี 2548 ดำเนินงานในระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 โดยได้ทำข้อตกลงความร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดำเนินการในกิจกรรมหลัก ดังนี้

(1) สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ทีมที่ปรึกษา และทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของจังหวัด และกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลในจังหวัด จำนวน 31 จังหวัด

(2) เยี่ยมสำรวจและประเมินคุณภาพหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพในขั้นที่ 1 (การจัดระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง) จำนวน 51 แห่ง

(3) เยี่ยมสำรวจและประเมินคุณภาพหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขั้นที่ 2 (การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง) จำนวน 22 แห่ง

2.1.2 โครงการพัฒนาข้อเสนอกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

สปสช. ได้จัดจ้างมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อพัฒนาข้อเสนอกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดทำข้อเสนอทิศทางการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เครื่องมือและแนวทาง/คู่มือการพัฒนาและตรวจประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ข้อเสนอกลไก โครงสร้าง และจัดตั้งองค์กรเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอทิศทางการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

(1) เน้นการประเมินเพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพื่อการรับรองเป็นหลัก

(2) เน้นการประเมินผลลัพธ์ หรือคุณภาพของกระบวนการหลัก และการประเมินต้องเป็นการประเมินทั้งระบบ

(3) เกณฑ์และแนวทางการพัฒนาต้องคำนึงถึงบริบทและความแตกต่างของพื้นที่

(4) กลไกการพัฒนาและประกันคุณภาพ จะใช้ระบบเครือข่ายนักวิชาการสหสาขาร่วมกับผู้มีประสบการณ์บริการตรงในพื้นที่

(5) การพัฒนาและประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องคำนึงถึง บทบาทที่ดอบสนองต่อนโยบาย/ผู้บริหาร และบทบาทตามสถานการณ์จริงในพื้นที่และบริบทที่แตกต่างกันโดยใช้การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ กระบวนการ Benchmarking (เป็นกระบวนการประเมินภายใน) และการประเมินจากองค์กรภายนอก เป็นเครื่องมือของการพัฒนา

แผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (ตาราง 5)

ตาราง 5 แผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระยะ	หลักการดำเนินงาน
ระยะที่ 1	การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ และพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Quality assurance) mapping และ benchmarking หน่วยที่มีการพัฒนาแล้ว และพัฒนา KPI หลายชุดที่สอดคล้องกับบริบทหลัก (ปีที่ 1 - 2)
ระยะที่ 2	การดำเนินการ Quality accreditation (ปีที่ 3 - 4)
ระยะที่ 3	การดำเนินการ Institutional accreditation (ปีที่ 5 - 6)

โดยในปีที่ 1 ได้กำหนดแผนหลัก 4 แผน คือ แผนส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ แผนพัฒนามาตรฐานและเครื่องมือเพื่อการพัฒนาและประกันคุณภาพ แผนการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงและทีมผู้ประเมินภายนอก และแผนการดำเนินงานเพื่อประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอเพื่อการดำเนินการต่อไป

(1) การพัฒนาแผนแม่บทการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่การยอมรับและจัดทำเป็นแผนการปฏิบัติการ โดยการนำเสนอผลงานในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร สปสช.ได้รับทราบ/ให้ความเห็น/พิจารณาดำเนินการต่อและมีการจัดประชุมรับฟังความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/จัดทำแผนปฏิบัติการ

(2) การติดตามกำกับผลงาน โดยการติดตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบ จำนวน 20 แห่งร่วมกับเครือข่ายเรียนรู้พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในแต่ละภาค โดยสำนัก สพค.และ สปสช.เขต

2.2 การควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการและเฝ้าระวังคุณภาพการบริการ

การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2549 จะเน้นหนักในด้านการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการและการเฝ้าระวังคุณภาพบริการเพื่อให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมาตรฐานเดียวกันและเป็นที่ยอมรับจากประชาชนที่ใช้บริการ มีกิจกรรมต่างๆ ที่เริ่มดำเนินการเพื่อเป็นการพัฒนาระบบคุณภาพ ได้แก่

2.2.1 โครงการพัฒนาและประเมินผลเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

1) การประเมินผลเกณฑ์การขึ้นทะเบียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการตรวจ กระบวนการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของจังหวัด รวมถึงมีการประเมินผลเครื่องมือ แบบฟอร์มและแนวทางการตรวจประเมินหน่วยบริการ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในปี 2550

วิธีการประเมินผลใช้วิธีการประเมินผลเชิงระบบ (System evaluation) ทีมประเมินผลประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักพัฒนาสำนักงานสาขา สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขากทม. สำนักงานสาขาพื้นที่ (ขอนแก่น เชียงใหม่ นครสวรรค์ สงขลา) มีการประชุมทีมประเมินผลและผู้แทนจากสำนักงานสาขาจังหวัดบางจังหวัด เพื่อร่วมกันพิจารณาโครงร่างการประเมินผล วิธีการเก็บข้อมูล และการร่างแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลแบบต่างๆ

2) การจัดทำเกณฑ์การขึ้นทะเบียนใหม่ สำหรับหน่วยบริการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง (Cancer Center) และหน่วยบริการที่เข้าโครงการ disease management ในโรคมะเร็งโลหิตวิทยาในเด็ก

2.2.2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำบันทึกข้อตกลงกับสถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข (สวรส.) ดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข มีกำหนดระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่มิถุนายน 2547 – ธันวาคม 2548 โดยทาง สวรส.ได้ยื่นเสนอขอขยายเวลาการดำเนินงานไปจนถึงมิถุนายน 2549 เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุขที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นที่ยอมรับจากสภาและสมาคมวิชาชีพต่างๆ ผลการดำเนินงานอยู่ระหว่างการนำแนวปฏิบัติที่ได้จัดทำขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่

2.2.3 โครงการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การประชุมอนุกรรมการเพื่อควบคุมกำกับและจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อจัดทำแผนการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ เพื่อเผยแพร่และสนับสนุนให้มีการนำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย การกำหนดตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่ขอเข้าร่วมบริการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง รวมถึงการทบทวน แก้ไขเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง และแยกบริการแต่ละสาขาเพื่อเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้าร่วมบริการ การจัดสรรงบสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและระบบบริการ ได้แก่ ด้านค่าตอบแทน ด้านการพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากร ด้านครุภัณฑ์และการทดแทน ระบบข้อมูลและการลงทะเบียนผู้ป่วย และการพัฒนาระบบเครือข่ายและการส่งต่อและจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งในการดำเนินการพบปัญหาอุปสรรคในเรื่องคณะอนุกรรมการที่มีความซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนหน่วยบริการเช่นเดียวกัน

การประชุมคณะทำงานจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง พัฒนาระบบการประเมินและตรวจสอบคุณภาพการบริการผู้ป่วย และสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ได้จัดประชุม 1 ครั้ง เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินและตรวจสอบคุณภาพบริการ การดำเนินงานพบปัญหาอุปสรรคคือ สปสช.ขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งมาปฏิบัติงานเต็มเวลา และจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน

การประชุมคณะทำงานเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการส่งเสริมและพัฒนามีโดยการจัดประชุมเพื่อให้การรับรองคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ โรคมะเร็งรังไข่และโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2.4 การจัดทำแผนแม่บทและพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาควบคุมกำกับคุณภาพโรงพยาบาล (Quality Audit Master Plan)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมกับนายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อจัดทำข้อเสนอยุทธศาสตร์แผนแม่บทการกำกับติดตามและประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุขของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะ 5 ปี เพื่อเป็นต้นแบบของแนวทางในการพัฒนาระบบและกลไกตลอดจนแผนการดำเนินงานด้านการจัดการคุณภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทีมนักวิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาวิจัยงวดที่ 1 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2548 โดยเป็นรายงานข้อเสนอยุทธศาสตร์และแผนแม่บทการกำกับติดตามและประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุขของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาทบทวนประสบการณ์ภายในประเทศ โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญผู้ที่เกี่ยวข้อง และการค้นคว้าองค์ความรู้ ศึกษาประสบการณ์จากต่างประเทศ โดยสรุปคือ ภารกิจ

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต้องยึดหลักการในการกำหนดภารกิจของตนเองในด้านการจัดการคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

1) จุดมุ่งหมายสำคัญของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ได้ตามความจำเป็นทางสุขภาพอย่างเป็นธรรม

2) การปฏิบัติหน้าที่ของ สปสช. ในฐานะตัวแทนของประชาชนในการ "ซื้อ" หรือ "จัดให้มี" บริการสาธารณสุขในด้านต่างๆ สำหรับประชาชนผู้มีสิทธิในระบบ

3) การดำเนินการเชิงบวกเพื่อ "สร้าง" และ "ซ่อม" คุณภาพ ควบคู่ไปกับการดำเนินการสร้างระบบพื้นฐานเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

การให้บริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ น่าจะตั้งเป้าหมายด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่ประชาชนผู้มีสิทธิควรจะได้รับ ที่มีองค์ประกอบที่สำคัญครอบคลุมการดำเนินงานใน 6 ด้าน คือ

1) การเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (access to needed care หรือ effective care delivery)

2) ความปลอดภัยในการรับบริการ (safety)

3) มาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (standards and good governance)

4) การยอมรับจากผู้ใช้บริการ (acceptability)

5) สิทธิการได้รับทางเลือกและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (patient rights, choice and involvement)

6) ความต่อเนื่องของการได้รับการดูแลสุขภาพ (continuity)

แผนแม่บทด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะประกอบด้วย 5 แผนงานหลักต่อไปนี้

(1) แผนงานการศึกษาและติดตามความต้องการด้านสุขภาพและบริการ ประกอบด้วย การติดตามทบทวนสารสนเทศทางระบาดวิทยา การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสะท้อนภาวะของความเจ็บป่วยของประชาชนผู้มีสิทธิเป็นระยะ การศึกษาบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกับสุขภาพและความต้องการทางสุขภาพ การศึกษาความต้องการและประสบการณ์ของประชาชนอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ผ่านทางสื่อเวที สาธารณะ หรือการสำรวจชุมชน

(2) แผนงานด้านการเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยการพัฒนาระบบ กลไก และเครื่องมือเพื่อการเฝ้าระวัง และติดตามประเมินผลด้านคุณภาพ ได้แก่ เวทีการปรึกษาหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบบการวิเคราะห์ข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะของประชาชนผู้มีสิทธิ

การสำรวจประสบการณ์ของผู้ใช้บริการสาธารณสุข และการดูแลภายใต้เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย การสำรวจผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระบบการเฝ้าระวังผลการดำเนินงานของบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ ควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากระบบและกลไกในการรับรองคุณภาพ และพัฒนาระบบการตรวจประเมินและทบทวนการบริการของหน่วยบริการ ซึ่งควรดำเนินงานใน 2 ลักษณะคือ การทบทวนเวชระเบียน และการทบทวนกระบวนการดูแลสุขภาพ

(3) แผนงานด้านการพัฒนาและส่งเสริมมาตรฐานของการดูแลสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การประยุกต์ใช้แนวทางการให้การดูแลสุขภาพที่มีอยู่และเป็นที่ยอมรับ เช่น แนวทางจัดบริการสุขภาพบนพื้นฐานของทรัพยากร การส่งเสริม ประสานและ

เอื้ออำนวยให้เกิดการปรับปรุงบริการสาธารณสุข กิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การจัดแผนการจัดบริการกลุ่มผู้ป่วยรายโรค ระบบและกลไกในการประสานงานและติดตามการส่งต่อผู้ป่วย โดยให้มีศูนย์สารสนเทศในการรับรายงานการส่งต่อ รับการส่งต่อที่สามารถเชื่องโยงข้อมูล และติดตามสถานการณ์ส่งต่อของผู้ป่วยได้ทั้งในส่วนกลางและระดับสาขา ตลอดจนการส่งเสริมและจัดกิจกรรมการเทียบเคียงเพื่อการพัฒนา และสาธิตการปฏิบัติที่ดีที่สุด

(4) แผนงานด้านการพัฒนาระบบการจัดการเพื่อคุณภาพบริการสาธารณสุข ได้แก่ การจัดรูปแบบการทำสัญญาบริการสุขภาพบนพื้นฐานข้อกำหนดทางคุณภาพ น่าร่องกลไกการจ่ายเงินผู้ให้บริการตามผลการดำเนินงานกลไกทำงานคร่อมสายงานเชิงนโยบายเพื่อเชื่อมโยงการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพภายใน สปสช. และการพัฒนาระบบจัดการคุณภาพภายใน

(5) แผนงานด้านการเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้มีสิทธิ ประกอบด้วยกิจกรรมและโครงการพัฒนาระบบและกลไกในการกลั่นกรองข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับคุณภาพ ศูนย์สารสนเทศทางคุณภาพ ระบบการให้ข้อมูลด้านคุณภาพสู่ผู้บริโภคที่มีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อน เพื่อเป็นฐานในการกระจายข้อมูลการยกย่องหน่วยบริการที่สามารถให้บริการสาธารณสุขแต่ละประเภทที่กำหนดไว้เฉพาะ อย่างมีคุณภาพในระดับที่เป็นเป้าหมาย และการจัดให้มีเวทีผู้บริโภค

การปฏิบัติตามแผนแม่บทข้างต้น เมื่อสามารถกำหนดรูปธรรมของผลสัมฤทธิ์และการดำเนินการได้แล้ว จะสามารถกำหนดเครื่องชี้วัดของแผนงานด้านคุณภาพทั้งหมดตามหลัก balanced scorecards ได้ โดยมีกรอบแนวคิดครอบคลุม คุณภาพเชิงผลลัพธ์ (outcome quality) คุณภาพเชิงกระบวนการ (process quality) ปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือสร้างศักยภาพแก่ระบบ (enabling factors) และปัจจัยเสี่ยงต่อคุณภาพเชิงระบบ (system risk factor)

2.2.5 การตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินคุณภาพหน่วยบริการที่รับส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทาง

มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินขึ้นทะเบียนและตรวจเยี่ยมคุณภาพ โดยในต้นปีงบประมาณ 2549 นั้น มีการตรวจเยี่ยม 1 ครั้ง ณ ศูนย์มะเร็ง จังหวัดพิษณุโลก พบปัญหาอุปสรรคดังนี้คือ หน่วยบริการเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้านและผู้ตรวจประเมินจำเป็นต้องเป็นแพทย์เฉพาะทาง ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการจัดทำแผนการดำเนินงาน และหน่วยบริการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งมีหลายสาขา แต่เกณฑ์การตรวจประเมินที่ประกาศระบุเป็นด้านรังสีรักษา มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ ให้กำหนดแผนการตรวจประเมินเฉพาะหน่วยบริการที่ยื่นคำขอใหม่ในปีงบประมาณ 2549 และเสนอให้ปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์การตรวจ

2.2.6 การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ

การตรวจเยี่ยมเพื่อควบคุมกำกับหน่วยบริการของสปสช. นั้น มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพิ่มเติมจากปีงบประมาณ 2548 เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือการตรวจเยี่ยม ซึ่งสามารถกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2549 จะมีการจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยบริการให้มีความชัดเจน ครบถ้วน และสามารถเก็บข้อมูลได้ แยกเป็น ตัวชี้วัดสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 7 ตัวชี้วัด สำหรับโรงพยาบาล จำนวน 17 ตัวชี้วัด และเพิ่มเป็นภารกิจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด/เขตพื้นที่ มีการจัดทำคู่มือชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดและชี้แจงผู้ปฏิบัติต่อไป อีกทั้งมีการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน เพื่อประกอบการพิจารณาในการพัฒนาตัวชี้วัด โดยเป็นภาพรวมทั้งประเทศที่สามารถใช้ในตัวชี้วัดได้ 4 ตัวชี้วัด คือ

- อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมในเด็ก 0- 5 ปี เท่ากับ 9.47 :1,000 คน
- อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ เท่ากับ 141.45 :1,000 คน

- จำนวนวันนอนพักรักษาเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการแทรกซ้อน เท่ากับ 8 .55 :1,000 คน
- อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับ 9.13:1,000 คน

การตรวจเยี่ยมในปีงบประมาณ 2549 มีการจัดประชุมพิจารณาข้อมูลเพื่อคัดเลือกหน่วยบริการมีผู้เข้าประชุมเพื่อพิจารณาข้อมูลรายงาน 0110 รง 5 HOSPITAL PROFILE สถานการณ์การพัฒนา ตามมาตรฐาน HA / HCA / PCU ในฝัน จำนวน 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด ราชบุรี เพชรบุรี ปราจีนบุรี สระแก้ว ชลบุรี ปทุมธานี นครปฐม เลย นครพนม พังงา พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ยโสธร ศรีสะเกษ ซึ่งต้องเป็นจังหวัดที่ไม่เคยได้ตรวจเยี่ยมในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา อีกทั้งหน่วยบริการดังกล่าวต้องมีสถานการณ์การพัฒนา และความก้าวหน้าค่อนข้างน้อย

2.2.7 การศึกษาระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสาธารณสุข เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการ ของประชาชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ร่วมกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ดำเนินการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูล และข้อมูลด้านสาธารณสุข รวมทั้งจัดให้มีการประชุมเพื่อให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2548 ที่ผ่านมาและได้นำข้อเสนอแนะจากที่ประชุมไปปรับแก้ไข รวมทั้งการศึกษาเพิ่มเติม และได้รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์แล้ว ซึ่งผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจะนำเสนอผลการศึกษาแก่ที่ประชุม ซึ่งประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้รับทราบเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเพื่อการพัฒนาระบบ และกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสาธารณสุขของประชาชน ซึ่งมีกำหนดการประชุมระดมสมอง เรื่องการพัฒนาระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสาธารณสุข เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการสาธารณสุขของประชาชน ณ โรงแรมทีเค พาเลส ในวันที่ 26 มกราคม 2549

2.2.8 การจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศและวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณภาพ

ในปีงบประมาณ 2549 นั้น มีการพัฒนาระบบข้อมูลด้านคุณภาพเพื่อการรองรับการดำเนินงานด้านการติดตาม กำกับมาตรฐานหน่วยบริการและการบริการ ได้แก่

ระบบทะเบียนฐานข้อมูลหน่วยบริการ โดยอยู่ในระบบของโครงการ Data Center ของ สปสช. มีการทบทวนการจัดทำระบบสารสนเทศเรื่องการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ โดยปรับปรุงการกรอกข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Hospital Profile) และการตรวจหน่วยบริการเพื่อการขึ้นทะเบียน ให้รองรับการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเฉพาะด้านในโครงการ Disease Management

จัดทำกรอบการวิเคราะห์สารสนเทศด้านคุณภาพ และการจัดระบบการจัดการข้อมูล เพื่อสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ ในระบบมาใช้ในการติดตามตรวจสอบคุณภาพบริการ (Clinical Audit) และสรุปเป็นรายงานเพื่อการเฝ้าระวังคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในมาใช้ในการติดตามตรวจสอบคุณภาพบริการใน 5 โรค คือ CA cervix, Head Injury, Dengue Hemorrhagic Fever, Acute Myocardial Infraction, Post Partum Hemorrhage

จัดทำร่างตัวชี้วัดการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังด้านคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัด จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน และจากข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ

บทที่ 3
การคุ้มครองสิทธิ การช่วยเหลือเบื้องต้น และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการดำเนินงานการให้บริการตอบคำถามและรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน มีประชาชนติดต่อสอบถามและร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ อาทิ โทรศัพท์สายด่วน 1330 จดหมาย จดหมายอิเลคทรอนิกส์ โทรสาร หรือมาด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2548 เป็นการให้บริการสอบถามข้อมูล (รวมทั้งบริการโดยโทรศัพท์ระบบตอบรับอัตโนมัติ Interactive Voice Response หรือ IVR) 233,027 เรื่อง การรับเรื่องเรื่องร้องเรียน 741 เรื่อง และเรื่องร้องทุกข์ 4,385 เรื่อง

3.1.1 การให้บริการสอบถามข้อมูล

เรื่องสอบถามส่วนใหญ่ เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพ เช่น สถานที่ทำบัตร หลักฐานที่ใช้ในการทำบัตร จำนวน 193,342 เรื่อง (ร้อยละ 82.97) รองลงมาเป็นการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ เช่น สิทธิในการตรวจรักษาโรคต่างๆ ยาและเวชภัณฑ์ วัคซีน จำนวน 12,849 เรื่อง (ร้อยละ 5.51) ตามลำดับ (ตาราง 6)

ตาราง 6 การให้บริการสอบถามข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48)

การสอบถามข้อมูลทั่วไป	ปีงบประมาณ 2549 1 ต.ค.– 31 ธ.ค. 48	
	เรื่อง	ร้อยละ
รวมการสอบถามทั่วไป	233,027	100.00
1. การทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	193,342	82.97
2. สิทธิประโยชน์การรับบริการสาธารณสุข	12,849	5.51
3. วิธีการใช้บริการตามสิทธิ	7,829	3.36
4. หน่วยบริการสอบถาม	8,166	3.50
5. โครงการรณรงค์ (Vertical Program)	2,882	1.24
6. สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	1,519	0.65
7. โครงการบริการผู้ป่วยติดเชื้อ HIV	101	0.05
8. อื่นๆ (ปรึกษาปัญหาสุขภาพ ที่ตั้ง สปสช. ฯลฯ)	6,339	2.72

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 ธ.ค. 48

3.1.2 การให้บริการรับเรื่องเรียน

เรื่องร้องเรียนมีทั้งหมด 741 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด จำนวน 325 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 43.86 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด รองลงมาเป็นการร้องเรียนหน่วยบริการเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ จำนวน 211 เรื่อง (ร้อยละ 28.48) หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน จำนวน 116 เรื่อง (ร้อยละ 15.65) ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร จำนวน 85 เรื่อง (ร้อยละ 11.47) และถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 0.54)

เรื่องร้องเรียนที่ดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จมีจำนวน 670 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90.42 สำหรับเรื่องร้องเรียนที่ไม่สามารถไกล่เกลี่ย/ยุติได้ จะส่งต่อให้สำนักพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อนำเรื่องเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาต่อไป (ตาราง 7)

ตาราง 7 การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48)

ประเด็น	ปีงบประมาณ 2549 1 ต.ค.– 31 ธ.ค. 48	
	เรื่อง	ร้อยละ
1. เรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57, 59*	741	100.00
-ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่ได้กำหนด	325	43.86
-ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ	211	28.48
-ถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด	4	0.54
-หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	116	15.65
-ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร	85	11.47
2. อยู่ระหว่างดำเนินการ	71	9.58
3. เรื่องร้องเรียนดำเนินการแล้วเสร็จ	670	90.42

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 ธ.ค. 48

*หมายเหตุ : * เรื่องเรียนมาตรา 57, 59: เป็นเรื่องร้องเรียนตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เกี่ยวกับหน่วยร้องบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายจากการรักษาภายในระยะเวลาอันสมควร*

3.1.3 การให้บริการเรื่องร้องทุกข์

นอกจากระบบให้บริการสอบถามข้อมูล 1330 ที่เกี่ยวข้องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ยังมีบริการรับเรื่องร้องทุกข์ ซึ่งเรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน/เรื่องขอความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่ไม่ใช่เรื่องร้องเรียนตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เช่น สิทธิไม่ตรงตามจริง หาเตียง ขอความอนุเคราะห์/ขอความช่วยเหลือ ซึ่งในเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2548 ที่ผ่านมานั้น มีจำนวนทั้งสิ้นรวม 4,385 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับสิทธิไม่ตรงตามจริง (เช่น สิทธิซ้ำซ้อนข้าราชการ ประกันสังคม ติดสิทธิคนไทยในต่างประเทศ ครูเอกชน เป็นต้น) จำนวน 3,180 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 62.04) รองลงมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับการลงทะเบียนและออกบัตร จำนวน 1,003 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 19.56) ซึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จ จำนวน 4,280 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 97.97 (ตาราง 8)

ตาราง 8 การดำเนินงานรับเรื่องร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.48)

ประเด็น	ไตรมาส 1 1 ต.ค. – 31 ธ.ค. 48	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เรื่องร้องทุกข์*	**4,385**	**100.00**
-การลงทะเบียนและออกบัตร	1,003	22.87
-สิทธิไม่ตรงตามจริง	3,180	72.52
-โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	14	0.32
-สิทธิสวัสดิการผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ	4	0.09
-โครงการบริการผู้ป่วยติดเชื้อ HIV	12	0.28
-อื่นๆ	172	3.92
2. อยู่ระหว่างดำเนินการ	**89**	**2.03**
3. เรื่องร้องทุกข์ดำเนินการแล้วเสร็จ	**4,296**	**97.97**

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 ธ.ค. 48

หมายเหตุ : *เรื่องร้องทุกข์: หมายถึง เรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน/เรื่องขอความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ไม่ใช่เรื่องร้องเรียนตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เช่น การลงทะเบียนและออกบัตร สิทธิไม่ตรงตามจริง หาเตียง ขอความอนุเคราะห์/ขอความช่วยเหลือ ฯลฯ*

3.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการกรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ

การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือนร้อนของบุคคลที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากใช้บริการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลในช่วง 3 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2549 พบว่า

ในระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2548 มีผู้รับบริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลกับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 103 ราย ผลจากการพิจารณาของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด แบ่งเป็น

- ไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับในการรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ จำนวน 17 ราย
- เข้าหลักเกณฑ์ 86 ราย ผลการพิจารณาแยกเป็นการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ดังนี้
    - ประเภทการเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร จำนวน 50 ราย (เงินช่วยเหลือ 2.79 ล้านบาท)
    - ประเภทการสูญเสีย/พิการ 13 ราย (เงินช่วยเหลือ 0.345 ล้านบาท)
    - ประเภทการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง 23 ราย (เงินช่วยเหลือ 0.335 ล้านบาท)

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้พิจารณาเห็นชอบการจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นสองเท่าจำนวน 20 ราย(เงินช่วยเหลือ 2.29 ล้านบาท) และเรื่องที่ขออุทธรณ์จำนวน 12 ราย (เงินช่วยเหลือ 0.47 ล้านบาท) **รวมจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 6.23 ล้านบาท** (ตาราง 9)

ตาราง 9 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. – 31 ธ.ค.48)

รายละเอียด		จำนวน(ราย)	จำนวนเงิน (บาท)
ผลการพิจารณาค่าร้องของคณะอนุกรรมการฯระดับจังหวัด	จำนวนผู้รับบริการยื่นคำร้องทั้งสิ้น	103	
	-ไม่เข้าเกณฑ์ตามข้อบังคับ	17	
	-เข้าหลักเกณฑ์	86	
	- เสียชีวิต / ทุพลภาพถาวร	50	2,790,000
	- สูญเสียอวัยวะ /พิการ	13	345,000
	- บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	23	335,000
ผลการพิจารณาโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	จ่ายสองเท่า	20	2,290,000
	อุทธรณ์	12	470,000
รวม			6,230,000

แหล่งข้อมูล : สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 ม.ค. 49

ในปีงบประมาณ 2549 มีการปรับปรุงข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 นี้เป็นต้นไป การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมีดังนี้

1) ผู้ที่มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ ทายาท ผู้อุปการะ และหน่วยบริการที่ให้บริการ
2) ผู้มีสิทธิสามารถรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ ผู้รับบริการ ทายาท และผู้อุปการะ
3) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการมีอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มขึ้น ดังนี้
   - เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 200,000 บาท
   - สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 120,000 บาท
   - บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 50,000 บาท

3.2.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ

ข้อมูลในรอบของ 3 เดือนที่ผ่านมา ของปีงบประมาณ 2549 มีผู้ให้บริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจำนวนทั้งสิ้น 11 ราย ผลการพิจารณาคำร้องของคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้อง ไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับ 5 ราย และพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ให้บริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหาย จำนวน 6 ราย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 25,000 บาท ซึ่งทั้งหมดเป็นความเสียหายเป็นประเภทของการได้รับการบาดเจ็บ / เจ็บป่วยต่อเนื่อง (ตาราง 10)

ตาราง 10 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2549

เดือน	ยื่นคำร้อง (ราย)	ผลการพิจารณา		ประเภทของความเสียหาย					
		ไม่เข้าหลักเกณฑ์ (ราย)	เข้าหลักเกณฑ์ (ราย)	เสียชีวิต / ทุพลภาพถาวร		สูญเสียอวัยวะ / พิการ		บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	
	ราย	ราย	ราย	ราย	บาท	ราย	บาท	ราย	บาท
ตค. 48	6	4	2	-	-	-	-	2	2,000
พ.ย. 48	5	1	4	-	-	-	-	4	23,000
ธ.ค. 48	-	-	-	-	-	-	-	-	
รวม	**11**	**5**	**6**	**-**	**-**	**-**	**-**	**6**	**25,000**

แหล่งข้อมูล : สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , 15 ม.ค. 49

3.3 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.3.1 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้รับบริการ

เพื่อให้ความรู้ ข้อมูลสิทธิประโยชน์และหน้าที่กับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยในปีงบประมาณ 2549 นั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เน้นหนักงานด้านการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ และประชาสัมพันธ์งานหลักประกันสุขภาพเน้นหนักสู่กลุ่มประชาชนให้รับทราบอย่างทั่วถึง บนพื้นฐานการทำงานข่าวเชิงรุก และจัดให้มีกลไกการสื่อสารเพื่อตอบสนองต่อข่าวที่มีผลกระทบอย่างทันท่วงที ได้แก่

1) การผลิตสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่

- โปสเตอร์ "มารู้จักหลักประกันสุขภาพ"เพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประชาชนทั่วไปในเรื่องสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 25,000 แผ่น
- แผ่นพับ "สายด่วน 1330" เพื่อเผยแพร่ให้กับประชาชนทั่วไปรับทราบช่องทางการติดต่อสอบถามและคุ้มครองสิทธิหลักประกันสุขภาพ จำนวน 100,000 ฉบับ
- แผ่นพับ "ความดันโลหิตสูง สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง" เพื่อเผยแพร่ในกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมงานการนิทรรศการเนื่องในวันพ่อ 5 ธันวามหาราช ชื่องาน "รักตน รักษ์ไต" เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองหลีกเลี่ยงการป่วยด้วยโรคไต จำนวน 48,000 แผ่น
- กำแพงข่าวบัตรทอง เป็นสื่อสิ่งพิมพ์รายสองเดือนที่จัดส่งให้กับสถานพยาบาลและองค์กรท้องถิ่น และองค์กรเครือข่ายด้านหลักประกันสุขภาพเพื่อเผยแพร่ให้กับประชาชนในพื้นที่ จำนวน 80,000 ฉบับ ทุก 2 เดือน
- ชุดนิทรรศการ "งานส่งเสริมป้องกันโรค" เพื่อเผยแพร่ให้กับประชาชนทั่วไปรับทราบถึงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เน้นให้ประชาชนดูแลส่งเสริมสุขภาพ การ

ป้องกันโรค รวมทั้งการออกกำลังกาย ตลอดจนการสร้างความรู้ เรื่องสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง ช่องทางการใช้สิทธิอย่างถูกวิธี การปรึกษาหารือการใช้บริการ

2) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อสิ่งพิมพ์

- คอลัมน์ประจำ "หมู่บ้านเปี่ยมสุข กับ 30 บาท" ในนิตยสารคู่สร้างคู่สมเป็นคอลัมน์ถาม-ตอบ เรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้ถือบัตรทอง โดยเผยแพร่ในนิตยสารคู่สร้างคู่สม ซึ่งเป็นรายปักษ์ (ทุกวันที่ 10 และ 30) จำนวน 6 ตอน
- คอลัมน์ประจำ "โฟกัสบัตรทอง" ในนิตยสารหมอชาวบ้านเป็นคอลัมน์ให้ความรู้เรื่องสิทธิและหน้าที่ของผู้ถือบัตรทอง โดยเผยแพร่ในนิตยสารหมอชาวบ้าน (รายเดือน) ซึ่งได้เผยแพร่ไปแล้วจำนวน 3 ตอน
- คู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องโรคไต มุ่งเน้นความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเองโดยเฉพาะโรคไต โดยกลุ่มผู้ให้บริการสามารถถ่ายทอดไปสู่ประชาชนทั่วไปได้ ผลิต 40,000 เล่ม ส่งไปยังหน่วยบริการ 22 แห่งทั่วประเทศที่ร่วมโครงการ 5 ธันวามหาราช ชื่องาน "รักตน รักษ์ไต"

3) การผลิตและเผยแพร่สารคดีทางสื่อโทรทัศน์

- สารคดีคลินิกบัตรทอง รายการคลินิกบัตรทอง เป็นรายการสารคดีสั้น 1 นาที ออกอากาศทางโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7 ช่วงระหว่างเวลา 17.55 – 18.00 น. ทุกวันพุธ และพฤหัสบดี ก่อนรายการข่าวภาคค่ำ เป็นรายการที่ให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ผู้มีบัตรทองจะได้รับ และการดำเนินงานในโครงการต่างๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสารคดีออกอากาศในรายการดังกล่าว จำนวน 14 ตอน
- ละครสั้น 3 นาที ชุด "สามแยก สามสิบบาท" เป็นละครสั้นแนวตลกจำนวน 16 ตอน ที่ให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิและหน้าที่ของผู้ใช้บัตรทอง เผยแพร่ทางสถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสีช่อง 3 อสมท. ทุกเช้าวันเสาร์ – อาทิตย์ เวลา 07.00 น. ก่อนรายการเรื่องเล่าเสาร์อาทิตย์
- สารคดีสั้น "สร้างชีวิตใหม่กับ 30 บาท" เป็นรายการสารคดีข่าวสั้น ความยาว 1 นาทีครึ่ง นำเสนอความก้าวหน้าของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีผลต่อประชาชนสาขาอาชีพต่างๆ และสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพออกอากาศทางโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7 ช่วงข่าวภาคค่ำ เวลา 20.00 น. (ก่อนรายการสะเก็ดข่าว) ทุกวันเสาร์-อาทิตย์ โดยมีสารคดีออกอากาศในรายการดังกล่าวแล้วจำนวน. 27 ตอน
- สารคดีสั้น "ก้าวใหม่กับ 30 บาท" เป็นรายการสารคดีสั้น 2 นาที เพื่อให้การประชาสัมพันธ์งานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความต่อเนื่อง ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เผยแพร่ทางสถานีโทรทัศน์สีช่อง 3 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 10 ตอน

4) การผลิตและเผยแพร่สารคดีสั้นและโฆษณาทางสื่อวิทยุ

สปสช. ได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และความเคลื่อนไหวด้านหลักประกันสุขภาพผ่านรายการวิทยุ จำนวน รายการ ตามพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ คือ *พื้นที่ส่วนกลาง* สถานีวิทยุร่วมด้วยช่วยกัน F.M. 96 MHz สถานีวิทยุทหารเรือ (สทร.) FM 206.0 MHz FM 93.0 MHz F.M. 88.5 MHz *พื้นที่ส่วนภูมิภาค* เป็นเครือข่ายสถานีวิทยุทหารเรือ 18 สถานี เครือข่ายสถานี

วิทยุแห่งประเทศไทย 67 สถานี โดยนำเสนอในรูปแบบของสารคดีเชิงข่าว, สารคดีสั้น และสปอตโฆษณา

3.3.2 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้ให้บริการ

ปีงบประมาณ 2549 มุ่งเน้นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร กฎระเบียบ วิธีปฏิบัติรวมทั้งหลักเกณฑ์สิทธิประโยชน์ เพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มผู้ให้บริการในหน่วยบริการคู่สัญญาระดับต่างๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง มีการผลิตและจัดทำสื่อต่างๆ ดังนี้

1) การจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่
   - "จุลสารก้าวใหม่" มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเคลื่อนไหวของระบบหลักประกันสุขภาพ, สิทธิและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และ เทคนิคการแพทย์ จำนวนพิมพ์เดือนละ 50,000 ฉบับ รวม 150,000 ฉบับ
   - "สปสช. สาร" มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเคลื่อนไหว และข่าวสารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกระดับ จำนวนพิมพ์เดือนละ 30,000 ฉบับ รวม 90,000 ฉบับ
   - "คิดนอกกรอบ" มีเนื้อหาเกี่ยวกับผลการดำเนินงานนวัตกรรมด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีเด่น เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานที่มีความเป็นนวัตกรรมการ และเป็นการเชิดชูเกียรติผู้คิดค้นนวัตกรรมที่ได้รับรางวัล รวม 52 ตอน จำนวนพิมพ์ 18,000 ฉบับ มอบให้หน่วยบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน
2) การเผยแพร่บทความผ่านสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ
   - คอลัมน์ "ก้าวไปด้วยกัน" ในวารสารโรงพยาบาลชุมชน เป็นวารสารสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ราย 2 เดือน
   - คอลัมน์ "จับเข่าคุยกัน" ในวารสารหมออนามัย (ราย 2 เดือน) ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย
   - คอลัมน์ "ชีพจร UC" ในวารสารคลินิก (รายเดือน) เป็นวารสารวิชาการทางการแพทย์ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรทางการแพทย์
3) การจัดทำวีดีทัศน์สำหรับศูนย์บริการประกันสุขภาพ โดยได้จัดทำวีดีทัศน์ "ภารกิจเพื่อเพื่อนมนุษย์" เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจในหลักการและวิธีการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับผู้ให้บริการในศูนย์บริการประกันสุขภาพระดับจังหวัดทั่วประเทศ ให้เห็นความสำคัญของการเป็นผู้ให้บริการด้านการรับเรื่องราวร้องทุกข์เรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากประชาชน โดยผลิตเป็นวีซีดีต้นฉบับ จำนวน 50 ชุดเพื่อใช้ในกิจกรรมการประชุมและการบรรยายของสำนักบริการประชาชน
4) โครงการจัดทำระบบอัตลักษณ์องค์กร เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อกำหนดรูปแบบและวิธีการใช้สัญลักษณ์ต่างๆ ขององค์กรในสื่อที่ปรากฏต่อสายตาประเภทต่างๆ ทั้งในสื่อมวลชน ป้ายสัญลักษณ์ในและนอกอาคาร สื่อกลางแจ้ง สื่อสิ่งพิมพ์ เครื่องแบบพนักงาน ฯลฯ เพื่อสร้างภาพพจน์และมาตรฐานให้กับสัญลักษณ์ขององค์กรให้มีมาตรฐานเดียว กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการออกแบบและจัดวางระบบการใช้งาน

บทที่ 4
การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี

การดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีในปีงบประมาณ 2549 มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ประชาชน องค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ โดยส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดหาและจัดบริการด้านสุขภาพในท้องถิ่น องค์กรประชาชนมีบทบาทในการพัฒนาและร่วมบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ การคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนให้เข้าใจสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อให้สามารถใช้สิทธิได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมการสร้างเครือข่ายองค์กรประชาชน ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรวิชาชีพมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

การดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีในปีงบประมาณ 2549 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ 3 กลุ่ม ได้แก่ เครือข่ายองค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพ ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในเชิงนโยบายและการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ผลการดำเนินงานสามารถสรุปสถานการณ์การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีที่ส่งผลดีต่อการดำเนินงาน ได้แก่

1. กิจกรรมสนับสนุนให้ประชาชน องค์กรประชาชน และท้องถิ่นเข้าร่วมในการพัฒนาและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระยะ 2 ปี ที่ผ่านมาอย่างเป็นรูปธรรม
2. ประชาชน องค์กรประชาชน ท้องถิ่นและวิชาชีพ มีความสนใจ ตื่นตัวและมีศักยภาพในการมีส่วนร่วมพัฒนาและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น
3. ความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ชุมชนและท้องถิ่นในการส่งเสริมและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพมีมากขึ้น โดยเฉพาะในภูมิภาคต่างๆ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในพื้นที่ต่างๆ ในระยะที่ผ่านมาประชาชนและท้องถิ่นยังไม่สามารถมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพได้อย่างเต็มที่ รวมถึงในบางพื้นที่ยังมีความรู้ความเข้าใจทั้งสิทธิและหน้าที่ของประชาชนและท้องถิ่นในระบบหลักประกันสุขภาพไม่เพียงพอ ดังนั้นการดำเนินงานในเรื่องการสร้างความรู้ความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพยังเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอยู่ รวมทั้งการดำเนินงานเพื่อให้เครือข่ายองค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพ ได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและมีข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระยะต่อไป

4.1 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชน

การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรประชาชนได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ที่มีหลักการสำคัญคือ **"การมีส่วนร่วมที่ประชาชนเป็นเจ้าของ"** มีเครือข่ายองค์กรประชาชนกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ โดยในปี 2549 ได้กำหนดไว้จำนวน 15 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรประชาชน 9 ด้านตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เครือข่ายผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง เครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ และเครือข่ายผู้ป่วยโรคไต เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพ และเครือข่ายวิทยุชุมชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้และร่วมตรวจสอบผลการดำเนินงาน มีการสร้างระบบเชิงรุก

ของการมีส่วนร่วม โดยดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องหลักประกันสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรประชาชนต่างๆดังกล่าวในระดับชุมชนท้องถิ่น เป้าหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมให้ประชาชนได้รู้และสามารถใช้สิทธิของตนเองในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของภาคประชาชนต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการดำเนินงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของปีงบประมาณ 2549 สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

4.1.1 การพัฒนาและขยายผลศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ได้ดำเนินการพัฒนาและขยายผลให้เกิดศูนย์ประสานงานในพื้นที่ต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอีก 44 ศูนย์ฯ จากเดิมในปีงบประมาณ 2548 มีจำนวน 29 ศูนย์ฯ ใน 21 จังหวัด รวมเป็นจำนวน 73 ศูนย์ใน 42 จังหวัดศูนย์ฯ เหล่านี้จะมีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ความเข้าใจในเรื่องหลักประกันสุขภาพในชุมชนและท้องถิ่น ประสานงานและแก้ไขปัญหาจากการใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังดำเนินการสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และจัดทำข้อเสนอความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ โดยในไตรมาสที่ 1 ได้มีการสรุปบทเรียนการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานฯ ดังกล่าว และมีข้อเสนอในเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช.ได้มีสนับสนุนให้มีกลไกระดับภาครวม 7 ภาค ในการติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนทั้ง 73 ศูนย์ฯ ดังกล่าว

4.1.2 การขยายผลสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพ

การขยายผลสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2549 ยังคงมีการสนับสนุนให้เครือข่ายแกนนำองค์กรประชาชนต่างๆ ดำเนินการขยายผลการสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากพบว่าประชาชนในท้องถิ่นและพื้นที่ต่างๆ ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพไม่เพียงพอและทั่วถึง ซึ่งการดำเนินการขยายผลสร้างความรู้ความเข้าใจหลักประกันสุขภาพนี้ ถือเป็นการเตรียมความพร้อมให้ประชาชนเครือข่ายต่างๆสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระยะต่อไปด้วย

4.1.3 การสนับสนุนการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรประชาชน 9 ด้าน ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545

มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนงานการมีส่วนร่วมของแต่ละเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ การสร้างความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ของเครือข่าย และการสร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ทั้งนี้ หากนับจำนวนเครือข่ายที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในกิจกรรมในไตรมาสนี้มีจำนวน 6 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายเด็กและเยาวชน เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายผู้พิการ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เครือข่ายผู้ใช้แรงงาน และเครือข่ายเกษตร ซึ่งในปีงบประมาณ 2549 บางเครือข่ายยังคงต้องเร่งให้มีการพัฒนาศักยภาพและความรู้ความเข้าใจของระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่แกนนำของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง แต่ในบางเครือข่ายได้มีการติดตามความก้าวหน้าของข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่เครือข่ายองค์กรประชาชนได้เสนอไว้

4.1.4 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง 3 กลุ่ม

ได้แก่ เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง เครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ และเครือข่ายผู้ป่วยโรคไต กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ 1 จะเป็นกิจกรรมเช่นเดียวกับเครือข่ายองค์กรประชาชน 9 ด้านดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งได้มีการสรุปบทเรียนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อนมะเร็งในปี 2548 ทำให้ได้รับทราบผลการดำเนินงานของเครือข่าย และได้ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ให้บริการ เพื่อวางแผนการดำเนินงานของเครือข่ายในช่วงต่อไป โดยเฉพาะการจัดให้มีศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดในหน่วยบริการขึ้น นอกจากนี้ ได้เริ่มดำเนินการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ป่วยโรคไต เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ป่วยโรคไตในการสร้างรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคไตของตนเองและการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตลอดจนหาแนวทางการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับโรคไตในระบบหลักประกันสุขภาพร่วมกันระหว่าง สปสช. ผู้ให้บริการและผู้รับบริการรักษาโรคไต

4.1.5 ความร่วมมือของเครือข่ายองค์กรประชาชนในการดำเนินโครงการ "จาก 30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค"

- **เครือข่ายคนขับรถสาธารณะ** เพื่อให้เข้าร่วมในการรณรงค์ตรวจสุขภาพผู้ขับรถสาธารณะในกรุงเทพมหานคร เป้าหมาย 100,000 คน ซึ่งเมื่อสิ้นสุดโครงการ ฯ ในเดือนธันวาคม 2548 มีคนขับรถสาธารณะในกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการตรวจสุขภาพตามโครงการแล้วจำนวนทั้งสิ้น 12,642 ราย (คิดเป็นร้อยละ 12.64)
- **เครือข่ายคนพิการ** เพื่อให้ร่วมในการรณรงค์ตรวจประเมินและจดทะเบียนความพิการ ให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งสิทธิประโยชน์อื่นๆ ตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากขึ้น โดยกำหนดเป้าหมาย 100,000 ราย เมื่อสิ้นสุดโครงการ ฯ ในเดือนธันวาคม 2548 มีคนพิการได้รับการตรวจประเมินและจดทะเบียนคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพจำนวนประมาณ 82,000 คน (คิดเป็นร้อยละ 82.00)
- **เครือข่ายผู้สูงอายุ** เพื่อให้เข้าร่วมในการรณรงค์ตรวจสุขภาพช่องปากจำนวน 100,000 รายและใส่ฟันเทียมฐานพลาสติกจำนวน 30,000 ราย โดยร่วมมือกับกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการตามโครงการฟันเทียมพระราชทานให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้สูงอายุให้ความสนใจและเข้าร่วมโครงการฯ เป็นจำนวนมาก แต่ยังมีปัญหาด้านผู้ให้บริการที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุและต้องรอคิวนาน

4.2 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณ 2549 มีทิศทางในการดำเนินงานดังนี้

1. กำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบหลักประกันสุขภาพตามมาตรา 47 ใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ชัดเจนและประชาสัมพันธ์ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบ
2. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกภูมิภาคเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพและสร้างเครือข่ายหลักประกันสุขภาพในระดับชุมชนและท้องถิ่นอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ

3. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายประชาชนในการพัฒนาระบบบริการ และพัฒนาให้มีระบบอาสาสมัครส่งเสริมหลักประกันสุขภาพในชุมชนและท้องถิ่น
4. เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการเข้าถึงบริการในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่างๆ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน ผู้ใช้แรงงาน สตรี และการดูแลช่วยเหลือกันเองในกลุ่มและเครือข่าย โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. มีงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมพัฒนาและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ
6. มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนและท้องถิ่น

การมีส่วนร่วมของขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรา 47 ในไตรมาสที่ 1 ได้เริ่มดำเนินการให้เกิดเป็นรูปธรรมในเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ที่เป็นการร่วมบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระหว่าง อบต. กองทุนชุมชน สปสช. และหน่วยบริการในพื้นที่ โดยได้ประสานความร่วมมือกับสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และกรอบการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว เสนอต่อคณะอนุกรรมการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบต่อไป รวมถึงการเตรียมความพร้อมให้แก่ อบต. ทั่วประเทศให้ทราบแนวทางและเข้าร่วมดำเนินการโดยจะมีการนำร่องประมาณ 800 แห่งในปี 2549

4.3 การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรวิชาชีพ

การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรวิชาชีพ ได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมานั้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้องค์กรวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ และมีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ สปสช.ในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง และต่อเนื่องต่อไปนั้นจึงได้ประสานความร่วมมือและจัดประชุมร่วมกับองค์กรวิชาชีพ 3 องค์กร ได้แก่ ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ชมรมแพทย์ชนบท และชมรมทันตสาธารณสุขภูธร

โดยในเดือนตุลาคม 2549 ที่ผ่านมานั้นได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการนักศึกษาแพทย์จาก 12 สถาบันทั่วประเทศ เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่นักศึกษาแพทย์ที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา และผู้เข้ารับการอบรมสามารถออกไปปฏิบัติงานด้วยความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

บทที่ 5
การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1 การบริหารงบเหมาจ่ายรายหัว

ในปีงบประมาณ 2549 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตรา 1,659.20 บาทต่อประชากร คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังฯ ได้พัฒนาข้อเสนอการบริหารงบเหมาจ่ายรายหัวขึ้น โดยอาศัยข้อมูลการใช้บริการและค่าใช้จ่าย รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบอันเนื่องจากรูปแบบการบริหารงบในปีที่ผ่านมา โดยมีแนวคิดและหลักการในการพัฒนาดังนี้

- เพื่อให้กองทุนสาขาได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน
- ปกป้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญได้แก่ บริการกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และบริการที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง
- เพิ่มประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย พิการหรือสูญเสียชีวิต
- งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่กองทุนสาขาจังหวัดต่างๆ จะได้รับในปีงบประมาณ 2549 นั้น จะไม่น้อยกว่าปีที่ผ่านมา ขณะเดียวกันต้องกระตุ้นให้มีการเพิ่มประสิทธิผลการจัดบริการ

แนวทางการบริหารงบเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2549 นั้น แตกต่างจากปีที่ผ่านมาใน 4 ประเด็นที่สำคัญๆ คือ

1) การบริหารผู้ป่วยและระบบส่งต่อ (Disease management and managed referral system) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการจัดบริการและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องรับบริการต่อเนื่อง โดยจะเริ่มดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิต (Leukemia and lymphoma) ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางรายการ
2) การจ่ายตามผลงานและโบนัส ตามความครอบคลุมของบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (Performance based payment and bonus for better achieved coverage) โดยจ่ายค่าบริการตามปริมาณบริการและอัตราราคาที่กำหนด แก่หน่วยบริการที่ให้บริการกลุ่มนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Non-UC population: ผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ) และจ่ายเพิ่มให้กับหน่วยบริการคู่สัญญาในการให้บริการกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามความครอบคลุมของบริการที่จัด
3) การปกป้องผู้ป่วยที่ต้องการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost services) มีการแยกจ่ายค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมจากราคากลางกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เพื่อให้ราคาที่ชดเชยใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ (charge) โดยเพิ่มรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมและราคาที่จะจ่ายชดเชยเพื่อให้ใกล้เคียงกับระบบประกันสุขภาพอื่นๆ

4) ยกเลิกเพดาน 700 บาท/คะแนน ในการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อข้ามกองทุนจังหวัด และกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยให้เป็นราคา/คะแนนตามที่ใช้จริงเพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าเพดานดังกล่าว

ในภาพรวมอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2549 มีการจัดสรรสำหรับบริการประเภทต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 11 โดยบริการที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (90.5 บาท) งบลงทุนเพื่อการทดแทน (52 บาท) บริการผู้ป่วยนอก (52.10 บาท) บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (27.34 บาท) บริการผู้ป่วยนอก (25.34 บาท) และบริการส่งเสริมป้องกัน (15 บาท) ตามลำดับ

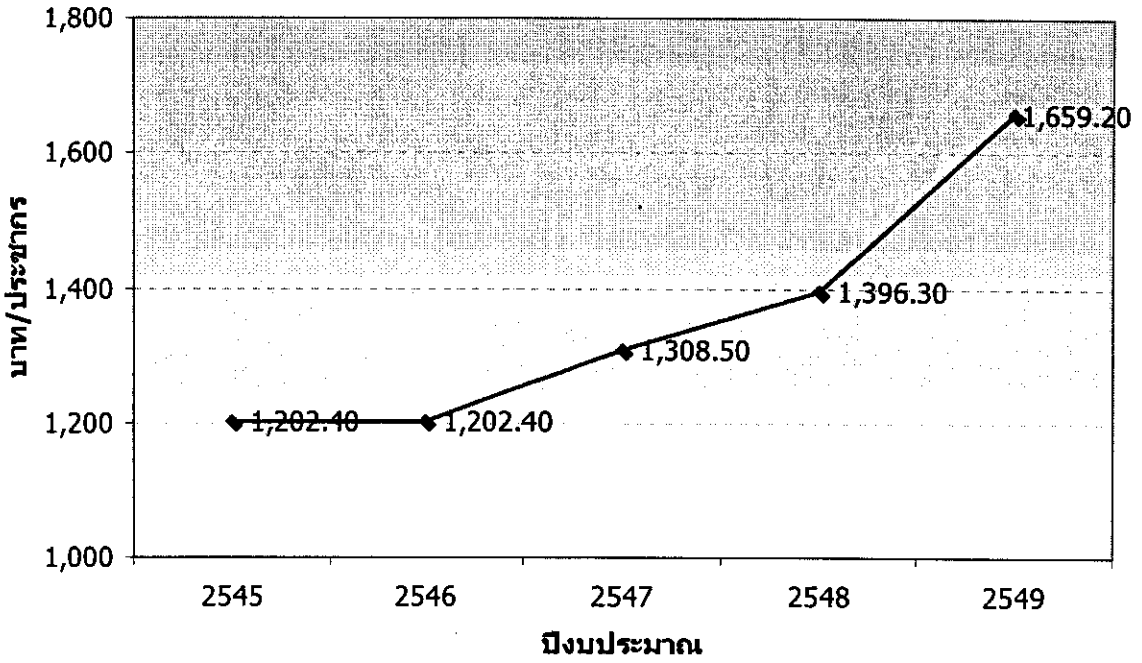
ตารางที่ 11. เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2546-2549

ประเภทบริการ	ปีงบประมาณ			
	2546	**2547**	**2548**	**2549**
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	488.2	533.01	585.11
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	418.3	435.01	460.35
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	175	206	210	224.89
4. บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25	19.7	24.73	52.07
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32	66.3	99.48	190.00
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	6	10	6	6
7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	4	-	4	4
8. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.4	85	76.8	129.25
9. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร		10	7.07	7.00
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41		5	0.2	0.52
รวมงบเหมาจ่ายรายหัว (บาท/ประชากร)	1,202.4	1,308.5	1,396.3	1,659.20

แห่งข้อมูล สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ : ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมวันที่ 26 กันยายน 2548

แผนภูมิ 1 งบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2545-2549



แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 10 ก.ย.48

5.2 การบริหารงบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2549

การบริหารงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549 มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนในทุกพื้นที่และภูมิภาคเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน มีการกระจายงบประมาณลงสู่พื้นที่อย่างเป็นธรรมและกระตุ้นให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่เหมาะสมในการให้บริการมากขึ้น โดยการจ่ายเงินตามผลงานและความครอบคลุมของการให้บริการ เพื่อให้เกิดการให้บริการได้อย่างแท้จริงและสามารถผลักดันให้มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2549 และได้มีการประชุมคณะกรรมการฯ แล้ว 1 ครั้ง มีข้อสรุปการบริหารงบประมาณ ปี 2549 ดังนี้

งบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปีงบประมาณ 2549 นี้ ได้รับจัดสรรมาทั้งสิ้น 10,738.28 ล้านบาท เป็นงบประมาณรวมเดือน (ซึ่งได้มาจากการใช้จำนวนประชากร 62.15 ล้านคนคูณ 172.78 บาท) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ

1) ส่วนที่ใช้ในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ เครื่องมือ และอุปกรณ์ในการดำเนินงานโดยหน่วยงานส่วนกลาง และการจัดทำโครงการระดับประเทศ (Vertical Program) โดยมีกิจกรรม/โครงการ ได้แก่ วัคซีน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ยาต้านไวรัส HIV ป้องกันแม่สู่ลูก ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย การตรวจหาระดับ TSH เกลือไอโอดีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กนักเรียน การทำสุหนัต

2) ส่วนของการจัดบริการในชุมชน (Community-based services) จัดสรรสำหรับการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการโดยหน่วยงานในพื้นที่ โดยมีข้อกำหนดว่ากิจกรรมในโครงการเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรในพื้นที่ ที่ไม่ซ้ำกับกิจกรรมที่ดำเนินการในหน่วยบริการอยู่แล้ว และไม่ซ้ำกับกิจกรรมหรือกลุ่มเป้าหมายที่มีการดำเนินการในภาพรวมทั่วประเทศ โดยมีเกณฑ์การจัดสรร

- <u>ส่วนที่ 1</u> วงเงินงบประมาณร้อยละ 90 แบ่งเป็น
    - งบประมาณส่วนของประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยบริการของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โอนให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นงวดพร้อมกับการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว
    - งบประมาณส่วนที่เหลือทั้งหมด (ส่วนของประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยบริการรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เอกชน และประชากรกลุ่มสิทธิอื่น) จะจัดสรรตามจำนวนประชากร และความยากง่ายในการดำเนินงาน ในสัดส่วน 70:30 คือ แบ่งงบประมาณจัดสรรให้กับทุกแห่งตามจำนวนประชากร ร้อยละ 70 และจัดเพิ่มให้กับหน่วยงานในพื้นที่ทุรกันดารและดำเนินงานลำบาก ร้อยละ 30 โดยในส่วนพื้นที่กรุงเทพมหานคร โอนไปที่ สปสช. สาขากรุงเทพมหานคร เพื่อจัดสรรตามสัญญา/ข้อตกลง ที่ทำกับหน่วยบริการ และในส่วนของพื้นที่ 75 จังหวัด โอนไปที่ สปสช. สาขาจังหวัดเพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิของแต่ละจังหวัด ทั้งนี้กำหนดให้แต่ละจังหวัดจัดทำโครงการและกำหนดเป้าหมายที่ดำเนินการตามปัญหาสาธารณสุขของประเทศ/จังหวัด ตามความเหมาะสมของแผนการดำเนินงานส่งให้ สปสช. เพื่อใช้ประเมินผลใน 9 เดือนแรก ซึ่งสปสช. จะมอบให้ สปสช.สาขาเขตพื้นที่เป็นผู้กำกับและประเมินผล โดยแบ่งการโอนออกเป็น 2 งวด ดังนี้
        - งวดที่ 1 งบประมาณ ร้อยละ 30 โอนภายในเดือนมกราคม 2549
        - งวดที่ 2 งบประมาณ ร้อยละ 60 โอนภายในเดือนมีนาคม 2549 (หลังจากจังหวัดส่งแผนการจัดบริการในชุมชน)
- <u>ส่วนที่ 2</u> วงเงินงบประมาณ ร้อยละ 10
    - จัดสรรให้ตามผลงานของจังหวัด เช่น การบรรลุเป้าหมายตามโครงการของจังหวัด ความสมบูรณ์ของแผน/การส่งรายงาน หรือกิจกรรมพิเศษ ซึ่งสปสช. จะมอบให้ สปสช.สาขาเขตพื้นที่เป็นผู้กำกับและประเมินผล

3) ส่วนของการบริการในหน่วยบริการ (Facility-based services) ในกลุ่มสิทธิต่างๆ คือ กลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม และกลุ่มผู้มีสวัสดิการข้าราชการ

- <u>กลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</u>
    - <u>ส่วนที่ 1</u> วงเงินงบประมาณร้อยละ 90 จัดสรรในรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัวเป็นงวด โดยโอนให้กับหน่วยบริการประจำของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนในจังหวัดตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิฯ และโอนให้กระทรวงสาธารณสุขตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้กำหนดให้แต่ละจังหวัดกำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุตามชุดสิทธิประโยชน์ให้แต่ละหน่วยบริการประจำ และ

ให้หน่วยบริการประจำจัดทำแผนดำเนินงานและรายงานผลการดำเนินงาน โดยมอบให้ สปสช.สาขาจังหวัดร่วมกับ สปสช.สาขาเขตพื้นที่เป็นผู้กำกับและประเมินผล

- ส่วนที่ 2 วงเงินงบประมาณร้อยละ 10 สำหรับประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดสรรให้แต่ละหน่วยบริการประจำที่สามารถดำเนินงานได้ตามความสำเร็จของแผนและเป้าหมายในส่วนที่1 หลังจากประเมินผลในรอบ 9 เดือนแรกแล้ว รวมทั้งความสมบูรณ์ของการส่งรายงาน หรือกิจกรรมพิเศษ

- กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม จะดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกำหนดกิจกรรมในการให้บริการเฉพาะตัวของผู้มีสิทธิ ดังนี้
  - กิจกรรมการออกหน่วยตรวจคัดกรองสุขภาพหาความเสี่ยงและให้คำแนะนำเบื้องต้น ดำเนินการปีละ 1 ครั้ง โดยกำหนดให้เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด กับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด ซึ่งต้องมีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และลงบันทึกตามแบบรายงานรายบุคคลที่ สปสช.กำหนด หากตรวจพบความเสี่ยงหรือโรคให้ส่งตัวไปรับการตรวจรักษาตามระบบประกันสังคมต่อไป
  - กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยง เป็นการดำเนินการเชิงรุก ซึ่งสปสช. มอบให้ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ ร่วมกับ สปสช. สาขาจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกันดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้หน่วยบริการหรือสถานบริการที่มีความพร้อมและสนใจทราบและแสดงความจำนงเข้าร่วมจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงนี้ โดยต้องเป็นโครงการที่เกิดขึ้นจากการพิจารณาร่วมกันของผู้ประกันตน สถานประกอบการ และหน่วยบริการ ซึ่งสามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมการออกหน่วยตรวจคัดกรองสุขภาพหาความเสี่ยงประกอบการพิจารณาได้
  - การบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้ประกันตนหญิงในกิจกรรมของการให้ยาเม็ดคุมกำเนิด การให้ยาฉีดคุมกำเนิด การให้ยาฝังคุมกำเนิด และการใส่ห่วงอนามัย (ไม่รวมการทำหมันเนื่องจากผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิจากกองทุนประกันสังคมแล้ว)
  - การรับฝากครรภ์ และการตรวจหลังคลอดกรณีที่เป็นผู้ประกันตน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนงบประมาณเฉพาะกรณีที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากประกันสังคม (จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน ใน 15 เดือน) โดยกำหนดให้ผู้ประกันตนดังกล่าวไปรับบริการ ณ หน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พร้อมทั้งแสดงเอกสารเพื่อยืนยันว่า ณ วันที่ไปรับบริการนั้นผู้ประกันตนยังไม่มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนประกันสังคมได้ โดยให้หน่วยบริการส่งเอกสารมาเบิกจ่ายจาก สปสช. ตามที่กำหนด

- <u>กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ</u> ดำเนินการคล้ายกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม ดังนี้
    - กิจกรรมการออกหน่วยตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาความเสี่ยงและให้คำแนะนำเบื้องต้นปีละ 1 ครั้ง เมื่อพบความเสี่ยงหรือโรคจะส่งตัวเพื่อการตรวจรักษาตามระบบสวัสดิการข้าราชการ ต่อไป
    - กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมออกหน่วยคัดกรองสุขภาพ ดำเนินการโดย สปสช.สาขาเขตพื้นที่ร่วมกับ สปสช.สาขาจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จัดโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับข้าราชการตามความสมัครใจ ตามรายละเอียดที่ สปสช.กำหนด

5.3 การบริหารกองทุนค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินต่างสำนักงานสาขา ปีงบประมาณ 2549

ในปีงบประมาณ 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับงบประมาณจัดสรรเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มเติมจากเดิมจาก 1,396.30 บาท ต่อหัวประชากร เพิ่มเป็น 1,659.20 บาทต่อหัวประชากร โดย สปสช. จะบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสำหรับกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินต่างสำนักงานสาขา และกรณีค่าใช้จ่ายสูงในรูปแบบกองทุนกลางของประเทศ รวมเป็นเงินทั้งสิ้นประมาณ 11,558.80 ล้านบาท (คำนวณจากประชากรผู้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: UC จำนวน 47.75 ล้านคน) ทั้งนี้ สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ได้บริหารกองทุนกลางนี้โดยแบ่งเป็น 10 กองทุนย่อย ภายใต้หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการในปีงบประมาณ 2549 ซึ่งเป็นการจ่ายชดเชยแบบปลายปิดภายใต้วงเงินงบประมาณ (Global budget) รายเดือน/รายไตรมาส และมีการกันเงินประมาณร้อยละ 5 สำหรับกรณีอุทธรณ์ผลการพิจารณาจ่ายชดเชย และกรณีหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลล่าช้ากว่ากำหนด

ผลการดำเนินงานของการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ช่วงตั้งแต่เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2548 ได้ปรับเปลี่ยนแนวทาง หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการเรียกเก็บเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของปีงบประมาณ 2549 ดังนี้

5.3.1 หลักการบริหารกองทุนค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินต่างสำนักงานสาขา ปีงบประมาณ 2549

ปีงบประมาณ 2549 นั้น มีการหักเงินไว้เพื่อบริหารจัดการที่ส่วนกลางสำหรับกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน เด็กแรกเกิด/สิทธิว่าง และกรณีค่าใช้จ่ายสูง โดยการบริหารเงินกองทุนกลางจะแบ่งเป็น 10 กองทุนย่อย ดังนี้

1) ค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยใน 3 รายการ (การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด/รังสีรักษา, การผ่าตัดหัวใจ และการผ่าตัดสมองเฉพาะที่มีการบาดเจ็บทางสมอง)

2) ค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยใน (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์: RW มากกว่าหรือเท่ากับ 4)

3) ค่าใช้จ่ายสูง จ่ายเพิ่มกรณีการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน การให้ยารักษาเชื้อราในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยนอกที่รักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด/รังสีรักษา (Additional)

4) ค่าอุปกรณ์/อวัยวะเทียม

5) โรคที่บริหารจัดการในโครงการพิเศษ (Disease management)

6) อุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอก

7) อุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยใน

8) สิทธิว่างผู้ป่วยใน

9) เด็กแรกเกิดผู้ป่วยใน

10) การใช้บริการตามมาตรา 7 และอื่น ๆ

5.3.2 หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ปีงบประมาณ 2549

ในปีงบประมาณ 2549 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขมีความครอบคลุมมากขึ้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องในทางปฏิบัติของปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมา คือ

1. <u>กรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามกองทุนสาขาจังหวัด</u> หน่วยบริการยังคงสามารถเบิกค่าใช้จ่ายทั้งหมดตลอดการรักษาจากกองทุนกลาง เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2548
2. <u>หลักเกณฑ์การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ</u> ปรับให้มีความเหมาะสมมากขึ้น หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนกลาง ได้ในกรณีดังต่อไปนี้

   2.1 สปสช.จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั้งราย ในการรักษาโรคดังต่อไปนี้

   - เคมีบำบัด/รังสีรักษา ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
   - การผ่าตัดสมอง เฉพาะที่มีการบาดเจ็บทางสมอง (Head injury)
   - การรักษาและการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด รวมถึง
     - การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
     - การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง
     - การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน/การแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวกรอ

   2.2 การรักษาผู้ป่วยในที่คำนวณได้ค่า RW เท่ากับ หรือมากกว่า 4 ขึ้นไป ถือว่าเป็นกรณีค่าใช้จ่ายสูง เบิกได้จากกองทุนกรณีค่าใช้จ่ายสูง

   2.3 การจ่ายชดเชยในลักษณะ**จ่ายเพิ่ม** (additional payment) แต่ไม่เกินเพดาน โดยจ่ายเป็นค่ายา/ค่าอุปกรณ์/ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา (ไม่รวมค่าตรวจ LAB) ในรายการรักษาผู้ป่วยใน ดังต่อไปนี้

   - การให้ยารักษาโรคเชื้อราในสมอง และ/หรือโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV สปสช.จ่ายเพิ่มให้ตามจริง แต่ไม่เกิน 15,000 บาท/admission
   - การฟอกไต/ล้างไต ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลารักษา ไม่เกิน 60 วัน สปสช.จ่ายเพิ่มให้ตามจริง แต่ไม่เกิน 2,000 บาท/ครั้งของการล้างไต

   2.4 การจ่ายชดเชยเป็นค่ายา/ค่าอุปกรณ์/ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา ผู้ป่วยนอก (ไม่รวมค่าตรวจ LAB) โดยจ่ายตาม ค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนด รายละเอียดดังนี้

   - เคมีบำบัด/รังสีรักษา ในผู้ป่วยมะเร็ง 4,000 บาท/ครั้ง
   - การให้ยารักษาโรคเชื้อราในสมอง และ/หรือโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV 3,000 บาท/ครั้ง

- การฟอกไต/ล้างไต ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลารักษา ไม่เกิน 60 วัน 2,000 บาท/ครั้งของการล้างไต
- การรักษาโดยใช้อุปกรณ์/อวัยวะเทียมภายในร่างกายมีการเพิ่มรายการตามบัญชีเดิมในปีงบประมาณ 2548 จากเดิม 53 รายการ เป็น 129 รายการ และบางรายการมีการปรับราคาให้สูงขึ้นเท่าของกรมบัญชีกลาง
- กรณีอื่น ๆ ที่สามารถเบิกได้จากกองทุนกลาง เช่น เด็กแรกคลอดตายก่อนการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลเอกชนให้การรักษาผู้มีสิทธิUC กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน (ตามมาตรา7) หญิงตั้งครรภ์สิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือนยังใช้สิทธิประกันสังคมไม่ได้กรณีคลอดบุตร เป็นต้น

3. <u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u> โดยในปีงบประมาณ 2549 คิดจ่ายตามผลการคำนวณตามเพดานวงเงินของแต่ละกองทุน (Global Budget) คือ
   3.1 *กรณีผู้ป่วยใน* คำนวณการจ่ายตาม DRG weighted global budget โดยใช้โปรแกรม DRGs Version 3 ซึ่งมีการพัฒนาตามความซับซ้อนของโรค ซึ่งจะมีความครอบคลุมและเป็นธรรมในการคิดคำนวณจ่ายเงินชดเชยมากขึ้น
   3.2 *กรณีผู้ป่วยนอก* คิดจ่ายเงินชดเชยตามผลการคำนวณตาม Point system with global budget
   3.3 *กรณีผู้ป่วยที่รักษาโดยใช้อุปกรณ์/อวัยวะเทียมภายในร่างกาย และกรณีรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่เป็นส่วนหนึ่งของบริการ* คิดจ่ายเงินชดเชยตามผลการคำนวณการตาม Point system with ceiling with global budget

5.4 การบริหารงบประมาณบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System-EMS) ปีงบประมาณ 2549

งบประมาณบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับจัดสรรมาทั้งสิ้น 286.5 ล้านบาท (ซึ่งได้มาจากการใช้จำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 47.75 ล้านคนคูณกับ 6 บาท) ซึ่งปีประมาณ 2549 นั้น มีการแยกประเภทของการบริหารงบประมาณออกเป็น 3 หมวด คือ

1. งบบริการ งบประมาณ 143.5 ล้านบาท เพื่อใช้เป็น
- ค่าตอบแทนการการรับส่งผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 130.0 ล้านบาท
- ตอบแทนค่าใช้จ่ายสูงในการรับส่งผู้ป่วยและเป็นงบกลางเพื่อการสนับสนุนในจังหวัดที่งบบริการทางการแพทย์ไม่พอเพียง 13.5 ล้านบาท

2. งบพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งบประมาณ 105.0 ล้านบาท
- งบประมาณเพื่อพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด 70.0 ล้านบาท
- งบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากร 15.0 ล้านบาท
- งบสนับสนุนอุปกรณ์ 20.0 ล้านบาท

3. งบสนับสนุนบริการ งบประมาณ 38.0 ล้านบาท
- งบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการส่วนกลาง 20.0 ล้านบาท
- งบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการส่วนเขตพื้นที่และจังหวัด 18.0 ล้านบาท

ผลการดำเนินงานในรอบ 3 เดือนของปีงบประมาณ 2549 ที่ผ่านมานั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่ศูนย์นเรนทร และได้มีการอบรมไปแล้ว ซึ่งเป็นการอบรมหลักสูตรต่างๆ ดังนี้

- การอบรมหลักสูตรการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ/ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นระดับตำบลจำนวน 15,000 คน
- การอบรมหลักสูตรการกู้ชีพพื้นฐานแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 5,000 คน
- การอบรมหลักสูตรการกู้ชีพขั้นสูงแก่แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ จำนวน 2,500 คน
- การอบรมหลักสูตรพนักงานเวชกรฉุกเฉินชั้นพื้นฐาน 110 ชั่วโมง จำนวน 630 คน
- การอบรมเวชปฏิบัติฉุกเฉินให้ศัลยแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ โดยมุ่งเน้น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส
- อีกทั้ง สปสช. สาขาเขตพื้นที่เริ่มจัดประชุมสัมมนาเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดโดยการเน้นระบบการสื่อสารของการแพทย์ฉุกเฉินให้กับ สปสช. สาขาจังหวัด

5.5 การบริหารงบคนพิการ ปีงบประมาณ 2549

การดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประจำปี 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการในเรื่องต่างๆ ดังนี้

5.5.1 การตรวจประเมินและจดทะเบียนคนพิการรายใหม่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินโครงการรณรงค์ตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและจดทะเบียนคนพิการรายใหม่ จำนวน 100,000 ราย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 31 ธันวาคม 2548 ในวงเงินงบงบประมาณ 30 ล้านบาท กำหนดค่าใช้จ่ายในการจดทะเบียนคนพิการรายใหม่ในอัตรา 300 บาทต่อราย โดยมีคนพิการเข้ารับการตรวจประเมินและจดทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการถึงสิ้นสุดโครงการเป็นจำนวน 83,957 ราย(ความสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 83.96) และมีคนพิการที่มีระดับความพิการที่สามารถจดทะเบียนตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 เป็นจำนวน 74,981 ราย

5.5.2 การจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหน่วยบริการรูปแบบใหม่

เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของหน่วยบริการและช่วยให้คนพิการในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น รวมทั้งกระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาและยกระดับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่นอกเหนือจากภาระงานปกติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำแนวทางการสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 10 ล้านบาท ให้แก่หน่วยบริการ โดยเน้นให้แก่ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย จำนวน 100 แห่งทั่วประเทศ ภายใต้กิจกรรมโครงการฯ ละ 1 แสนบาท ตามกำหนดระยะเวลาเสนอโครงการภายใน 31 ธันวาคม 2548 โดยมีหน่วยบริการให้ความสนใจเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณกว่า 130 โครงการ ซึ่งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการฯ ภายใต้คณะอนุกรรมการประสานสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการได้พิจารณาโครงการ

เพื่อให้การสนับสนุน เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2548 ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินงานจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการที่ได้รับการพิจารณาสนับสนุน

5.5.3 การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำแนวทางสนับสนุนการจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ซึ่งกำหนดให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเบิกชดเชยค่าบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จาก สปสช. ตามรายการและราคากลางที่กำหนด โดยตัดความซ้ำซ้อนกับรายการที่เบิกจากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ ภายใต้งบประมาณ 110.4 ล้านบาท ซึ่งพบว่ามีการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จากหน่วยบริการ เฉพาะในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน เป็นจำนวนเงิน 3,390,744 บาท

5.5.4 การจัดอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการโดยศูนย์สิรินธรและการพัฒนาระบบบริการในรูปแบบคูปอง

ภายใต้งบประมาณ 26.4 ล้านบาท สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรงบประมาณจำนวน 20.4 ล้านบาทให้กับศูนย์สิรินธร เพื่อสนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วยให้แก่คนพิการตามรายการที่ไม่ซ้ำซ้อนกับรายการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินการ ในขณะเดียวกันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประสานงานร่วมกับองค์กรคนพิการ นักวิชาการและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการทดลองจัดบริการโดยใช้ระบบคูปอง ภายใต้งบประมาณ 6 ล้านบาท ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างการกำหนดรูปแบบบริการ และประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการนำร่อง

5.6 การบริหารงบลงทุนเพื่อการทดแทน ปีงบประมาณ 2549

งบลงทุนเพื่อการทดแทนของงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549 มีวงเงินงบประมาณทั้งสิ้น 6,171.69 ล้านบาท (ซึ่งได้มาจากการใช้จำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 47.75 ล้านคนคูณกับ 129.25 บาท) ซึ่งแยกงบดังกล่าวออกเป็น 2 ประเภท คือ

5.6.1 **งบลงทุนเพื่อการบำรุงรักษาและทดแทนภาคเอกชน**

งบประมาณ 269.23 ล้านบาท แยกเป็น

1) การลงทุนเพื่อการบำรุงรักษาและทดแทนทั่วไป งบประมาณ 188.47 ล้านบาท มีการจัดสรรเป็นรายงวด ทั้งนี้มีเงื่อนไขคือ หน่วยบริการที่รับการจัดสรรจะต้องเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบสัญญา 1 ปี ซึ่งหากไม่ครบตามสัญญาดังกล่าวจะต้องถูกเรียกคืนงบประมาณ
2) การลงทุนเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ งบประมาณ 80.76 ล้านบาท ใช้ในการจัดหาครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง หน่วยบริการต้องคืนงบประมาณนี้ตามการเสื่อมราคาในกรณีที่ลาออกจากการเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา

5.6.2 **งบลงทุนเพื่อการบำรุงรักษาและทดแทนภาครัฐ**

จำนวน 5,902.46 ล้านบาท แยกเป็น

1) การลงทุนเพื่อการบำรุงรักษาและทดแทนทั่วไป จำนวน 4,131.95 ล้านบาท ใช้ในการจัดหาครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง วัสดุการแพทย์เพื่อทดแทนของเดิม
    - หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3,952.24 ล้านบาท

- หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 179.71 ล้านบาท

2) การลงทุนเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 1,770.51 ล้านบาท
   - การพัฒนาบริการปฐมภูมิ 1,062.3 ล้านบาท
   - หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 708.21 ล้านบาท

5.7 การบริหารกองทุน ผู้ประสบภัยจากรถภายใต้มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ตามมาตรา 12 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการกรณีผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สปสช. มีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนฯ ต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทผู้รับประกันภัยรถ หรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัดชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ สปสช.จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับข้อกฎหมาย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอรับค่าสินไหมทดแทนในส่วนของค่ารักษาพยาบาลที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย หรือตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่าย สามารถจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐานประกอบคำร้องขอรับค่าสินไหมทดแทนได้ถูกต้อง ครบถ้วน และเพื่อพัฒนารูปแบบ/วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือบริษัทประกันภัย และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีพื้นที่ระยะเวลา และผลการดำเนินงาน ดังนี้ (ตาราง 12)

ตาราง 12 ผลการดำเนินงานโครงการนำร่องมาตรา 12 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

โครงการนำร่อง	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3
พื้นที่ดำเนินการ	รพ.ในจังหวัดขอนแก่น และ รพ.ราชวิถี	รพ.ในจังหวัดขอนแก่น เชียงใหม่, นครสวรรค์ รพ.ราชวิถี, รพ.ภูมิพลอดุลยเดช และ รพ.นพรัตนราชธานี	รพ.ในจังหวัดขอนแก่น เชียงใหม่, นครสวรรค์ รพ.ราชวิถี, รพ.ภูมิพลอดุลยเดช และ รพ.นพรัตนราชธานี
จำนวน รพ. (แห่ง)	25	68	68
ระยะเวลาดำเนินการ	1 ม.ค. – 31 พ.ค.48	1 มิ.ย. – 30 ก.ย.48	1 ต.ค. – 31 ธ.ค.48
จำนวน รพ.ที่เบิก	22	55	54
จำนวนข้อมูล(ราย)	622	1,870	1,111
จำนวนเงิน(บาท)	5,123,810	22,508,116	13,198,312
หมายเหตุ	สปสช.สำรองจ่าย	สปสช.สำรองจ่าย	สปสช.งดสำรองจ่าย

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 ม.ค. 49

ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมานั้น สามารถสรุปโดยสังเขป ดังนี้

1. ในระยะสามเดือนแรกของปีงบประมาณ 2549 การดำเนินการเบิกจ่ายเงินชดเชยล่าช้า เนื่องจากความไม่ชัดเจนในแนวทาง เงื่อนไข ระเบียบการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ มีผลต่อเนื่องทำให้การเตรียมการรองรับระบบการรับ–ส่งข้อมูล และแนวทางการเรียกเก็บเงินชดเชยค่าบริการต้องล่าช้าไป

2. การจัดอบรมชี้แจงแนวทางการเบิกจ่ายชดเชยฯ และวิธีการรับส่งข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการล่าช้าไม่เป็นไปตามแผนงานไตรมาสที่หนึ่ง เนื่องจากภาคใต้ประสบปัญหาอุทกภัย จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการจัดอบรมได้ภายในเดือนธันวาคม 2548 จึงเลื่อนมาดำเนินการในวันที่ 10-12 มกราคม 2549 นี้

3. การตรวจสอบรายงานจ่ายเงินล่วงหน้าทำได้ตามกำหนด แต่หน่วยบริการยังไม่ได้รับเงินเนื่องจากสำนักบริหารการเงิน มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการโอนเงิน (ผ่านระบบ SAP)

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรา 12 จำแนกประเภทได้ดังนี้

ด้านหน่วยบริการ

- กรอกข้อมูลในชุดคำร้องฯ (แบบ บต. ,ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาล) ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง
- ใช้เอกสารชุดคำร้องฯ ไม่ถูกต้อง เช่น ใช้ชุดคำร้องฯ บต.4 ขอรับจากกองทุนฯ ที่ถูกต้องคือ บต.2
- ใช้หลักฐานประกอบคำร้องขอฯ ไม่ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด เช่น ขอรับจากกองทุนฯ ใช้บันทึกประจำวันรับแจ้งเป็นหลักฐาน ที่ถูกต้องคือ บันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี
- ไม่มีหลักฐานตามที่กฎหมายกำหนดใช้ประกอบการเบิกจ่าย เช่น หลักฐานแสดงตัวของผู้ประสบภัย
- ไม่แจ้งอุบัติเหตุ (Fax Claim) ให้บริษัททราบ หรือแจ้งอุบัติเหตุให้บริษัททราบ ภายหลังที่ผู้ประสบภัยกลับบ้านแล้ว (ภายหลัง 24 ชั่วโมง)
- ไม่ตรวจสอบเอกสารประกอบคำร้องให้ถูกต้องครบถ้วน เช่น สำเนาบันทึกประจำวัน

ด้านบริษัทประกันภัย

- เรียกร้องหลักฐานเกินกว่าที่ตกลงกับ สปสช. และเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด เช่น บันทึกประจำวัน กรมธรรม์ประกันภัย บัตรประจำตัวผู้ประสบภัย
- ไม่รับ Fax claim ของหน่วยบริการ ถ้าไม่มีสำเนาบันทึกประจำวัน และกรมธรรม์ประกันภัย
- ไม่ตอบกลับเมื่อได้รับ Fax claim ของหน่วยบริการ
- จ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ประสบภัยบางรายไม่ครบตามจำนวนที่เบิก โดยไม่ชี้แจงเหตุผล
- จ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ประสบภัยล่าช้า ไม่ตรงตามระยะเวลาที่นัด

บทที่ 6
ผลงานที่สำคัญ และงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

6.1 ผลงานที่สำคัญ

6.1.1 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างทันเวลาและมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการรอรับการรักษา และเพื่อการใช้ทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่า ในปีงบประมาณ 2549 นี้ มีการพัฒนาเรื่องสำคัญในการบริหารจัดการในเรื่องของการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัดหัวใจจากโรงพยาบาลต่าง ๆ โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ การจัดหาโรงพยาบาลเพื่อร่วมศูนย์สำรองเตียง และการจัดทำระบบ GIS เพื่อการส่งต่อให้ประสบผลสำเร็จสูงสุด

นอกจากนี้ยังได้มีโครงการจัดตั้ง **"ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ"** โดยนำร่องจัดตั้งนำร่องในหน่วยบริการ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ รพ.พระนครศรีอยุธยา รพ.พุทธชินราช รพ.นครพิงค์ รพ.ขอนแก่น รพ.อุดรธานี และรพ.สงขลานครินทร์ โดยใช้แนวคิดที่ว่า "เป็นศูนย์ให้บริการข้อมูล แก้ไขปัญหารับเรื่องร้องเรียนในหน่วยบริการ" วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการข้อมูล คำแนะนำ รับเรื่องร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ ให้เกิดความร่วมมือประสานงานภายในหน่วยบริการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา เกิดการพัฒนางานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิในหน่วยบริการให้มีมาตรฐาน

-การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้ดำเนินการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องคอยคิวรับการผ่าตัดเป็นเวลานานให้สามารถรับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น โดยรับข้อมูลผู้ป่วยที่คอยคิวผ่าตัดหัวใจจากสถาบัน/โรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ และดำเนินการประสานผู้ป่วยเพื่อเกลี่ยไปรับการผ่าตัดยังสถาบัน/โรงพยาบาลที่มีคิวสั้นกว่า ซึ่งได้มีการประสานกับหน่วยบริการและสถาบันต่างๆ ทั่วประเทศเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอคิวผ่าตัดนานเกิน 3 เดือน จำนวน 21 โรงพยาบาล โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจแล้วกว่า 179 ราย ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการติดตามรายชื่อผู้ป่วยเพื่อดำเนินการเกลี่ยคิวผ่าตัดต่อไป

-การการดำเนินงานศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน การหาเตียงของศูนย์ประสานการส่งต่อกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในช่วง 3 เดือนแรกที่ผ่านมานั้น สามารถดำเนินการช่วยประสานหาเตียงแก่ผู้ป่วยจำนวน 519 ราย แยกประเภทได้เป็น กรณีเข้ารักษาโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 395 ราย กรณีโรงพยาบาลเตียงเต็ม จำนวน 55 ราย กรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาล จำนวน 60 ราย และกรณีผู้ป่วยมีสิทธิสวัสดิการอื่น จำนวน 9 ราย **โดยสรุปสามารถประสานหาเตียงได้ จำนวน 337 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.93** ในจำนวนดังกล่าวนั้นเป็นการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสำรองเตียง จำนวน 11 ราย

นอกจากนั้น เป็นผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ จำนวน 58 ราย เสียชีวิตก่อนหาเตียงได้จำนวน 39 ราย ญาติเปลี่ยนใจเสียค่าใช้จ่ายเองจำนวน 50 ราย โรงพยาบาลที่รักษาสามารถรับรักษาต่อได้ จำนวน 29 ราย ญาติพากลับบ้าน/ไม่ย้าย จำนวน 5 ราย และไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ จำนวน 1 ราย

6.1.2 ศูนย์ข้อมูลผู้ให้บริการ (Provider Center)

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง **ศูนย์ข้อมูลผู้ให้บริการ (Provider Center)** เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ให้บริการอันเนื่องจากการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากที่ผ่านมาเมื่อผู้ให้บริการมีปัญหา หรือข้อซักถามกับสำนักงานฯ มักมีปัญหาการได้รับคำตอบล่าช้า ผู้ให้บริการไม่ทราบผู้รับผิดชอบในงานที่ต้องการติดต่อ โดยขณะนี้ได้เปิดช่องทางที่จัดไว้รับเรื่องจากผู้ให้บริการ คือ โทรศัพท์ E-mail จดหมาย/โทรสาร หรือมาติดต่อด้วยตนเอง โดยมีการจัดระบบเป้าหมายเพื่อตอบสนองเรื่องทันที/ภายใน 7 วัน และยุติเรื่องภายใน 30 วัน

6.2 การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณ 2549

6.2.1 โครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

จากการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ร่วมกับกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ(สกส.) ในการพัฒนาและบริหารระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยเริ่มมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2548 และได้มีการประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ฯแก่ผู้บริหารสถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศและมีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลให้ประชาชนทั่วไปและผู้มีสิทธิรับทราบโดยผ่านทางสื่อโทรทัศน์และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆแล้วนั้น ความคืบหน้าการดำเนินงานเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาและบริหารระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล (ในระยะเปลี่ยนผ่าน) กล่าวคือ

ด้านการบริหารจัดการระบบ ซึ่งระบบของข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นจะให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายผ่านไปที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ(สกส.) โดยในปีงบประมาณ 2549 มีการเร่งเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการเบิกแทนผู้มีสิทธิได้ เพื่อผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนเมื่อใช้บริการผู้ป่วยนอก และไม่ต้องใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัดเมื่อใช้บริการผู้ป่วยใน โดยมีการจัดอบรมโปรแกรมการเบิกจ่ายทางอิเลคทรอนิกส์ให้แก่สถานพยาบาลของรัฐส่วนที่เพิ่มจากเดิมอีก 636 แห่ง รวมทั้งสิ้นเป็น 978 แห่ง ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2548 – มกราคม 2549 ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมสถานพยาบาลของรัฐทุกระดับทั่วประเทศ โดยโรงพยาบาลอาจใช้เวลา 1 – 3 เดือนในการเตรียมความพร้อมของระบบเครือข่ายเพื่อดำเนินการเบิกแทนผู้มีสิทธิ ซึ่งคาดว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งมีความพร้อมให้บริการในระบบใหม่คือ สามารถดำเนินการเบิกแทนผู้มีสิทธิได้ประมาณเดือนเมษายน 2549 เป็นต้นไป

ด้านการปรับปรุงฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัวให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมบัญชีกลาง ในการพัฒนาโปรแกรมการตรวจสอบสิทธิ การปรับปรุงข้อมูลด้วยตนเองและการบันทึกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงตามที่ได้รับอนุญาต และการกำกับติดตามการปรับปรุงฐานข้อมูลผู้มีสิทธิของหน่วยงานต้นสังกัดและหน่วยเบิกทั่วประเทศ ซึ่งจัดอบรมโปรแกรมในช่วงวันที่ 19 – 23 ธันวาคม 2548 แก่เจ้าหน้าที่คลังจังหวัด ส่วนราชการระดับกรม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด จำนวน 864 คน แยกเป็น ส่วนราชการระดับกรม 499 คน สำนักงานคลังเขต คลังจังหวัด คลังจังหวัด ณ อำเภอ รวม 189 คน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด 156 คน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง 20 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแนะนำและตอบปัญหาการใช้งานโปรแกรมสำหรับหน่วยเบิกทั่วประเทศ

ด้านการบริการรักษาพยาบาลและอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญที่เจ็บป่วยทุกโรค (รวมทั้งข้าราชการและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง และมีใบรับรองแพทย์) สามารถไปใช้บริการผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน และใช้บริการผู้ป่วยในโดยไม่ต้องใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัด เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 โดยสามารถใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐได้ รวมทั้งสปสช.ได้เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารให้ผู้มีสิทธิและผู้เกี่ยวข้องสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยผ่านทางระบบ Call Center 1330 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ตาราง 13 จำนวนผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ลงทะเบียนแสดงความจำนงเพื่อให้โรงพยาบาลเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทน

เดือน	การลงทะเบียน		
	จำนวน (ราย)	จำนวนสะสม (ราย)	ร้อยละผู้มีสิทธิ (ร้อยละ)
ก่อนตุลาคม 48	17,670	17,670	5.4
ต.ค. 48	9,517	27,187	8.4
พ.ย. 48	21,239	48,426	14.9
ธ.ค. 48	18,495	66,921	20.6
ม.ค. 49	17,609	84,530	26.04

ที่มาของข้อมูล : สำนักกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.), 25 ม.ค. 49

จากตารางข้างต้น พบว่าจนถึงปัจจุบันผู้รับเบี้ยหวัด / บำนาญ ลงทะเบียนแสดงความจำนงเพื่อให้โรงพยาบาลเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทน คิดเป็นร้อยละ 26.04 ของผู้มีสิทธิทั้งหมด (324,650 คน)

ตาราง 14 การใช้บริการผู้ป่วยนอกผู้มีสิทธิตามระบบใหม่ (เดือนกันยายน 2548 - มกราคม2549)

เดือน	จำนวนครั้ง / จำนวนเงินในการรับบริการรักษาพยาบาล							
	ข้าราชการ		บำนาญ		พนักงานของรัฐ		รวม	
	ครั้ง	ล้านบาท	ครั้ง	ล้านบาท	ครั้ง	ล้านบาท	ครั้ง	ล้านบาท
ก.ย 48	41,934	110.92	17,811	53.71	119	0.2527	59,864	164.88
ต.ค 48	47,185	124.87	20,922	62.46	104	0.3255	68,211	187.65
พ.ย 48	59,777	157.78	33,417	90.96	125	0.2832	93,319	249.02
ธ.ค 48	68,240	179.88	44,016	115.04	140	0.2869	112,396	295.21
ม.ค 49	57,640	147.22	37,928	94.38	131	0.3551	95,699	241.96

ที่มาข้อมูล : สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ , 30 ม.ค. 49

6.2.2 การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (Excellent Center) ปีงบประมาณ 2549

การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (Excellent Center) เพื่อสร้างให้เกิดเครือข่ายบริการตติยภูมิ ที่สามารถให้บริการรักษาที่ซับซ้อน เชื่อมโยงแนวดิ่งแต่ละระดับ เชื่อมโยงแนวราบระหว่างหน่วยงานทุกสังกัดทั้งรัฐและเอกชนในพื้นที่ โดยแบ่งเป็น Cluster บริการ โดยการกระจายการลงทุนทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์ และ บุคลากรผู้เชี่ยวชาญไปในภูมิภาค ตามข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงง่าย ลดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ โดยให้มีการทำความตกลงร่วมมือกันในลักษณะพหุภาคี ภายใต้เงื่อนไขผลลัพธ์ด้านบริการ การลงทุน มาตรฐานการให้บริการ การส่งต่อ การรับส่งกลับ และการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ โดยการใช้งบประมาณจากงบลงทุนเพื่อการทดแทนของปีงบประมาณ 2549 เพื่อสนับสนุน

- ครุภัณฑ์ทดแทน ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บท และ Mega Project
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มประสบการณ์ พัฒนาศักยภาพของบุคคลากรและทีมสูงขึ้น
- ค่าตอบแทนบุคลากร ซึ่งมีการจ่ายตามภาระงานเพื่อให้บุคลากรดำรงอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ

แนวทางการพัฒนา/กิจกรรมสำคัญในปีงบประมาณ 2549 ได้มีการจัดระบบ/พัฒนาระบบเครือข่าย และระบบการรับส่งต่อระดับตติยภูมิเพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่ายและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดเครือข่ายและระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง/ผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ระดับตติยภูมิเฉพาะด้าน ในปัจจุบันมีจำนวนดังนี้ซึ่งกระจายอยู่ในกรุงเทพมหานคร/ภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ

- ศูนย์โรคหัวใจ จำนวน 21 แห่ง
- ศูนย์โรคมะเร็ง จำนวน 29 แห่ง
- ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 28 แห่ง

ซึ่งต้องเน้นการลงทุนและพัฒนาในส่วนภูมิภาคตามระบบ GIS โดยการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐ และสถานบริการเอกชน (Public Private Partnership) และ หน่วยบริการรับส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะด้านของเอกชน รวมถึงการพัฒนาระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง/หัวใจ/อุบัติเหตุ และการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guidelines: HSPG) เพื่อเข้าสู่การบริหารจัดการรายโรค (Disease Management) ต่อไป

6.2.3 โครงการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ (Clinical Audit for Quality of Care)

โครงการตรวจประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งในปีงบประมาณ 2549 นั้นเร่งพัฒนาระบบ/เครื่องมือการตรวจประเมินเวชระเบียนด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการภายในจังหวัด การพัฒนาผู้ตรวจประเมินระดับจังหวัด และ เขตพื้นที่ และการพัฒนาระบบการตรวจประเมินเวชระเบียนเพื่อการควบคุมกำกับคุณภาพบริการทั้งในระดับจังหวัด เขตพื้นที่ และส่วนกลาง

การดำเนินงานในปี 2549 นั้น เน้นหลักในเรื่อง

1) การตรวจประเมินคุณภาพบริการ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งดำเนินการตามแนวทาง/เครื่องมือเดิม ของปีงบประมาณ 2548 ใน 12 จังหวัดที่ยังไม่ได้ดำเนินการ และการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือการตรวจประเมินใหม่ ในปี 2549 เพื่อใช้ดำเนินการใน 76 จังหวัด ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2549 นี้
2) ตรวจประเมินคุณภาพบริการระดับเขตพื้นที่ 5 ภาวะ/โรค (คือ ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ไข้เลือดออก หอบหืด ภาวะตกเลือดหลังคลอด การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) โดยสุ่มเขตพื้นที่เลือกภาวะ / โรค โดยมีพัฒนาทีมผู้ตรวจประเมิน และพัฒนาให้หน่วยบริการประเมินตนเอง

.....