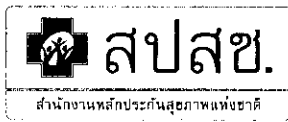


สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
รับที่ ๒๒๑๒ ๐๕๔
วันที่ 30 พ.ค. 2549 ๒๔



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

200 หมู่ 4 อาคารจัสตินอินเตอร์เนชั่นแนล ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ 11120 โทรศัพท์ 0 2831 4000 โทรสาร 0 2831 4004 www.nhso.go.th หรือ www.30baht.net

ที่ สปสช 05/00๖๒4/2549

6 มิ.ย. 2549

จัดเข้าวาระ

29 พฤษภาคม 2549

เรื่อง ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทช่วยคนไทย
ห่างไกลโรค” รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2549
(1 ตุลาคม 2548 – 31 มีนาคม 2549)

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี ที่ นร 0505/2945 ลงวันที่
5 มีนาคม 2546

- สิ่งที่ส่งมาด้วย (1) บทสรุปสำหรับผู้บริหารผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2549
(1 ตุลาคม 2548 – 31 มีนาคม 2549) จำนวน 20 ชุด
(2) รายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
“30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ
2549 (1 ตุลาคม 2548 – 31 มีนาคม 2549) จำนวน 20 เล่ม

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรีได้แจ้งให้กระทรวง
กรม ที่รับผิดชอบนโยบายที่สำคัญหรือที่เป็นเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล ให้รายงาน
ความก้าวหน้าของการดำเนินงานเพื่อคณะกรรมการรัฐมนตรีทราบเป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน นั้น

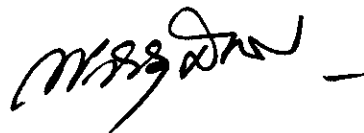
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอรายงานความก้าวหน้าผลการ
ดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค”

รอบ 6 เดือน...

รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2549 (1 ตุลาคม 2548 – 31 มีนาคม 2549) และงานที่สำคัญเพื่อการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพในปี 2549 รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (1) - (2)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายพินิจ จารุสมบัติ)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

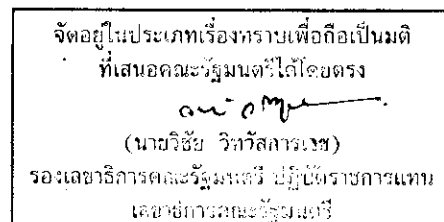
ร 5/5
กษ ๙ ได้นำเสนอคณะรัฐมนตรี
เมื่อวันที่ - 6 ส.ย. 2549 ลงมติว่า
รับทราบ

สำนักนโยบายและแผน

โทร 0 28314000 ต่อ 8210

โทรสาร 0 28314004

ผู้ประสานงาน ภัทรีภรณ์ ศรีเพ็ง



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "30 บาท ช่วยคนไทย
ห่างไกลโรค"

รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. 48 – 31 มี.ค. 49)

.....

ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2549 ณ เดือนมีนาคม 2549 พบว่า ประชาชนคนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิจำนวน 60.79 ล้านคน ความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 96.51 ของประชากรทั้งหมด (62.99 ล้านคน) มีอัตราความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.22 จากผลงานในไตรมาส 1 จำนวนประชากรที่มีสิทธิว่างซึ่งรอการตรวจสอบสิทธิ 2.20 ล้านคน ลดลง จากไตรมาส 1 ร้อยละ 5.81

ประชากรลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 47.60 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากไตรมาส 1 ร้อยละ 0.40 เป็นสิทธิประกันสุขภาพแบบเสียค่าธรรมเนียม จำนวน 22.77 ล้านคน และสิทธิประกันสุขภาพ แบบไม่เสียค่าธรรมเนียม จำนวน 24.83 ล้านคน หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน ไตรมาส 2 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,156 แห่ง เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก 12 แห่ง แยกเป็น โรงพยาบาลของรัฐสังกัด กระทรวงสาธารณสุข 828 แห่ง (ร้อยละ 71.63) โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 74 แห่ง (ร้อยละ 6.40) โรงพยาบาลเอกชน 60 แห่ง (ร้อยละ 5.19) และคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 194 แห่ง (ร้อยละ 16.78)

ในช่วง (มี.ย.-ธ.ค. 48) มีจังหวัดเข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งสิ้น 70 จังหวัด มี ผู้รับบริการทั้งสิ้น 453,174 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.74 ของเป้าหมายโครงการ (เป้าหมายการคัดกรอง 700,000 ราย) พบว่ามีผลผิดปกติจำนวน 5,092 ราย เป็นผู้ช่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น จำนวน 135 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.04ของจำนวนการอ่านสไลด์ทั้งหมด 324,286 ราย

ณ มีนาคม 2549 จำนวนหน่วยบริการที่มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA และมาตรฐาน ISO เพิ่มขึ้นเป็น 818 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.12 ของหน่วยบริการทั้งสิ้น 961 แห่ง ส่วนโครงการพัฒนาบัญชียาหลัก แห่งชาติได้มีการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ เพิ่มเติมรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) และเพิ่มบัญชียาสมุนไพร สำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อจัดทำสิทธิประโยชน์ด้านยาที่เหมาะสมต่อไป

สปสช. ได้จัดทำโครงการพัฒนาศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพเพื่อ ให้บริการข้อมูลสิทธิประโยชน์ แนะนำการใช้บริการ รับเรื่องร้องเรียน การแก้ปัญหาและคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการและหน่วยบริการ ให้มีมาตรฐาน จากผลการดำเนินงานพบว่า เรื่องร้องเรียนทุกเรื่องได้รับการตอบสนอง ภายใน 7 วันทำการ ร้อยละ 100.00 ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เรื่องร้องเรียนที่ได้รับการดำเนินการภายใน 30 วันทำการ ร้อยละ 83.24 และ เรื่องร้องเรียนที่ได้รับการดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จ ร้อยละ 92.87 ส่วนการแก้ไขปัญหาเรื่องการร้องทุกข์ ดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จ ร้อยละ 97.91 ส่วนการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการ ใช้บริการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2549 จนถึงปัจจุบัน ได้พิจารณาเห็นชอบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ทั้งหมด 189 ราย เป็นเงินทั้งสิ้น 14,47 ล้าน

บาท และจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข จำนวน 7 ราย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 119,000 บาท

ประชาชน ผู้รับบริการและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถรับทราบข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ในสื่อชนิดต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ Website ฯลฯ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชนในปัจจุบันมีเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินการทั้งสิ้น 15 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายเด็กหรือเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ เป็นต้น ได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่าย และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพ การป้องกันโรคในชุมชนและระดับตำบล การดูแลผู้พิการ – ผู้สูงอายุ

สปสข.ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคี สมาคมวิชาชีพ ร่วมกันกำหนดแนวทางการบริหารจัดการโรคค่าใช้จ่ายสูงและโรคเรื้อรังในด้านต่างๆ เพื่อการเข้าถึงบริการ และเพิ่มคุณภาพการรักษาที่ถูกต้อง ทันทีทันที่ ลดภาวะความแทรกซ้อน และความพิการ ผลการดำเนินงานโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะ (Disease Management) ในรอบ 6 เดือนแรก มีการดำเนินการการบริหารจัดการโรคเฉพาะ จำนวน 9 โรค โดยโรคที่มีการลงทะเบียนมากที่สุดเมื่อเทียบกับเป้าหมาย คือ โรคลมชัก (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (ร้อยละ 27.33) และการแก้ไขความผิดปกติแต่กำเนิด (ร้อยละ 11.90)

การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ (Patient Referral Coordinating Center) ที่ต้องคอยคิวรับการผ่าตัดเป็นเวลานานให้สามารถรับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น โดยรับข้อมูลผู้ป่วยที่คอยคิวผ่าตัดหัวใจจากสถาบัน/โรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ และดำเนินการประสานผู้ป่วยเพื่อเกลี้ยไปรับการผ่าตัดยังสถาบัน/โรงพยาบาลที่มีคิวสั้นกว่า ผลการดำเนินงานในช่วง ตุลาคม 2548 - มีนาคม 2549 พบว่าผู้ป่วยที่ต้องดำเนินการจำนวน 1,363 ราย (ร้อยละ 94.33) จากจำนวนทั้งหมด 1,445 ราย และได้ดำเนินการประสานแล้วจำนวน 551 ราย (ร้อยละ 40.43) ส่วนผู้ป่วยที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินการ 812 ราย (ร้อยละ 59.57) ส่วนศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถประสานหาเตียงสามารถหาเตียงได้ ร้อยละ 64.38 ที่เหลือได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น ขอเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือ เสียชีวิต เป็นต้น

โครงการที่สำคัญสำหรับข้าราชการคือโครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปัจจุบันมีความก้าวหน้าไปมากสามารถเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการเบิกแทนผู้มีสิทธิได้ เพื่อผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนเมื่อใช้บริการผู้ป่วยนอก และไม่ต้องใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัดเมื่อใช้บริการผู้ป่วยในได้ รวมทั้งสิ้น 978 แห่ง และคาดว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งมีความพร้อมให้บริการในระบบใหม่คือสามารถดำเนินการเบิกแทนผู้มีสิทธิได้ประมาณเดือนเมษายน 2549 เป็นต้นไป

การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าในภาพรวมมีการใช้เงินกองทุนฯ ไป ร้อยละ 43.45 โดยงบประมาณที่ใช้ไปมากที่สุดเมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับ ได้แก่ งบพื้นที่ทุรกันดาร (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นงบกองทุนเอดส์ (ร้อยละ 68.48) และงบเหมาจ่ายรายหัว (ร้อยละ 53.16) ตามลำดับ

ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
"30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค"
รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2549
(1 ต.ค. 48 – 31 มี.ค. 49)



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

ถนนแจ้งวัฒนะ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

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

www.nhso.go.th

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	1
1.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ	1
1.1.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ	1
1.1.2 หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549	2
1.2 การใช้บริการทางการแพทย์	2
1.2.1 การใช้บริการผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยในและส่งเสริมสุขภาพ	2
1.2.2 โครงการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3
1.2.3 การใช้บริการกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง	3
1.2.4 การใช้บริการกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน	4
บทที่ 2 การควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ	5
2.1 การส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ	5
2.1.1 การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	5
2.2 การควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการและเฝ้าระวังคุณภาพการบริการ	6
2.2.1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Practice Guidelines: HPG)	6
2.2.2 การศึกษาระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสาธารณสุข	6
2.2.3 โครงการประกันคุณภาพยาที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ	6
2.2.4 โครงการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ	7
บทที่ 3 การคุ้มครองสิทธิ การช่วยเหลือเบื้องต้น และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9
3.1 การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9
3.1.1 การพัฒนาระบบรับเรื่องร้องเรียน	9
3.1.2 การให้บริการสอบถามข้อมูลและรับเรื่องร้องเรียน	9
3.1.3 การสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ	12
3.1.4 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)	12
3.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการกรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	14
3.2.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ	14
3.2.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	14
3.3 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	15
3.3.1 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้รับบริการ	15
3.3.2 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้ให้บริการ	16
บทที่ 4 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี	17
4.1 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชน	17
4.1.1 การพัฒนาและขยายผลศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน	17
4.1.2 การสนับสนุนการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคนพิการ	18
4.1.3 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง 3 กลุ่ม	18
4.1.4 ความร่วมมือของเครือข่ายองค์กรประชาชนในการดำเนินโครงการ "จาก 30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค"	18
4.2 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	19
4.3 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรวิชาชีพ	19
บทที่ 5 การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	20
5.1 การบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	20
5.2 การบริหารกองทุนค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	20
5.2.1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์ กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง	20
ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549 รอบ 6 เดือน (1 ต.ค. 48 – 31 มี.ค. 49)	

5.2.2 การบริหารงบบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	22
5.2.3 การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์	23
5.3 การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์โครงการนำร่องตามมาตรา 12	24
บทที่ 6 ผลงานที่สำคัญ และงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ	25
6.1 ผลงานที่สำคัญ	25
6.1.1 โครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะ (Disease Management)	25
6.1.2 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)	27
6.2 การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในถึงงบประมาณ 2549	28
6.2.1 โครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	28

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแยกประเภทสิทธิ (ต.ค. - มี.ค.49)	1
ตาราง 2 จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแยกสังกัดของหน่วยบริการ (ต.ค.- มี.ค.49)	2
ตาราง 3 หน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	2
ตาราง 4 จำนวนหน่วยบริการแยกตามประเภทของมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ	5
ตาราง 5 ผลการตรวจตัวอย่างยาตามมาตรฐาน ดำเนินการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี 2549	7
ตาราง 6 การให้บริการสอบถามข้อมูล รับเรื่องร้องเรียน เรื่องร้องทุกข์และเรื่องบริการ (ต.ค.48 - มี.ค. 49)	9
ตาราง 7 การให้บริการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ต.ค.48 - มี.ค.49)	10
ตาราง 8 เรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ต.ค.48 - มี.ค.49)	11
ตาราง 9 การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต.ค.48 - มี.ค.49) ..	11
ตาราง 10 เรื่องร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค.48 ถึง 31 มี.ค.49)	12
.....	12
ตาราง 11การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต.ค.48 - มี.ค.49) ..	12
ตาราง 12 การประสานหาเตียงจำแนกตามสาเหตุ (ต.ค.48 - มี.ค. 49).....	13
ตาราง 13 ผลการดำเนินงานประสานหาเตียง (ต.ค.48 - มี.ค.49).....	14
ตาราง 14 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการ รักษาพยาบาล (ต.ค.48 - มี.ค. 49).....	14
ตาราง 15 จำนวนและประเภทการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์แยกตามเนื้อหา	15
ตาราง 16 จำนวนและประเภทการเผยแพร่สื่อสิ่งพิมพ์แยกตามเนื้อหา	15
ตาราง 17จำนวนและประเภทการผลิตและเผยแพร่ทางสื่อโทรทัศน์แยกตามเนื้อหา	16
ตาราง 18 จำนวนและประเภทการสื่อสารและประชาสัมพันธ์แยกตามเนื้อหา	16
ตาราง 19 การบริหารงบประมาณที่ได้รับจำแนกประเภทกองทุน ต.ค. 48 - มี.ค. 49	20
ตาราง 20 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (ต.ค.48- มี.ค.49)	20
ตาราง 21 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกรณีผู้ป่วยในตามรายการที่กำหนด.....	21
ตาราง 22 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกรณีผู้ป่วยใน (ต.ค.48-มี.ค.49)	21
ตาราง 23 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายสูง จ่ายเพิ่ม (ต.ค.48-มี.ค.49)....	22
ตาราง 24 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (ต.ค.48-มี.ค.49)	22
.....	22
ตาราง 25 การจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (ต.ค.48-มี.ค.49)	22
ตาราง 26 ผลการดำเนินงานตามโครงการนำร่องตามมาตรา 12 (ต.ค.48-มี.ค.49)	24
ตาราง 27 ผลการดำเนินงาน การบริหารผู้ป่วยโรคเฉพาะ ในรอบ 6 เดือน.....	25
ตาราง 28 การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ปีงบประมาณ 2549 (ต.ค.48 - มี.ค.49).....	27
ตาราง 29 ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญที่ลงทะเบียนแสดงความจำนงค์ให้โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลแทน	30
ตาราง 30 การสอบถามข้อมูลของผู้มีสิทธิและหน่วยบริการ ผ่าน Call Center 1330 สปสช.	30

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิ 1 จำนวนผู้รับบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง.....	3
แผนภูมิ 2 จำนวนผู้รับบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4
แผนภูมิ 3 ร้อยละข้อผิดพลาดที่พบจากการตรวจสอบเวชระเบียนหน่วยบริการ 29 แห่ง	23

บทที่ 1

ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ

1.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

1.1.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณ 2549 ณ เดือนมีนาคม 2549 พบว่าประชาชนคนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยสามารถครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิจำนวน 60.79 ล้านคน ความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 96.51 ของประชากรทั้งประเทศ (62.99 ล้านคน) มีอัตราความครอบคลุมเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.22 จากผลงานในไตรมาส 1 จำนวนประชากรที่มีสิทธิว่างซึ่งรอการตรวจสอบสิทธิ 2.22 ล้านคน ลดลงจากไตรมาส 1 ร้อยละ 5.81 (ตาราง 1)

ประชากรลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 47.60 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากไตรมาส 1 ร้อยละ 0.40 เป็นสิทธิประกันสุขภาพแบบเสียค่าธรรมเนียม จำนวน 22.77 ล้านคน และสิทธิประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม จำนวน 24.83 ล้านคน โดยลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 43.40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 91.17 หน่วยบริการของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2.11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.43 และหน่วยบริการสังกัดเอกชน จำนวน 2.09 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.40 (ตาราง 2)

ในภาพรวมการลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับไตรมาส 1 ร้อยละ 0.39 ลงทะเบียนกับหน่วยบริการของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.24 หน่วยบริการของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.17 และเอกชน เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.35 ตามลำดับ

ตาราง 1 จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแยกประเภทสิทธิ (ต.ค. - มี.ค. 49)

ลำดับ	ประเภท	ปีงบประมาณ 2549		เปรียบเทียบไตรมาส 1 กับไตรมาส 2 เพิ่ม(ลด) ร้อยละ
		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	
1	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47,411,063	47,598,678	0.40
	-แบบเสียค่าธรรมเนียม	22,652,066	22,770,147	0.52
	-แบบไม่เสียค่าธรรมเนียม	24,758,997	24,828,531	0.28
2	สิทธิประกันสังคม	8,794,286	8,813,139	0.21
3	สิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	4,139,731	4,106,679	-0.80
4	สิทธิข้าราชการการเมือง	565	564	-0.29
5	สิทธิทหารผ่านศึก	123,458	122,655	-0.65
6	สิทธิครูเอกชน	95,026	94,864	-0.17
7	บุคคลรอพิสูจน์สถานะ (เริ่ม มี.ค. 49)	ไม่มีข้อมูล	57,346	0.00
8	สิทธิว่าง	2,334,699	2,199,007	-5.81
9	รวมประชากร	62,898,828	62,992,932	0.15
10	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ คน(1+2+3+4+5+6+7) ร้อยละ (10/9x100)	60,564,129 96.29	60,793,925 96.51	0.38 0.22

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 25 เม.ย. 49

ตาราง 2 จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแยกสังกัดของหน่วยบริการ (ต.ค.- มี.ค.49)

ประเภทสังกัด	เปรียบเทียบรายไตรมาส				เปรียบเทียบ ไตรมาส 1 กับ ไตรมาส 2 เพิ่ม (ลด) ร้อยละ
	ไตรมาส 1	ร้อยละ	ไตรมาส 2	ร้อยละ	
ในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	43,293,534	91.32	43,395,872	91.17	0.24
นอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	2,073,572	4.37	2,109,732	4.43	1.71
เอกชน	2,043,957	4.31	2,093,075	4.40	2.35
รวม	47,411,063	100.00	47,598,678	100.00	0.39

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 25 เม.ย. 49

1.1.2 หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2549

หน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในไตรมาส 2 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,156 แห่ง เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก 12 แห่ง แยกเป็น โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 828 แห่ง (ร้อยละ 71.63) โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 74 แห่ง (ร้อยละ 6.40) โรงพยาบาลเอกชน 60 แห่ง (ร้อยละ 5.19) และคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 194 แห่ง (ร้อยละ 16.78) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคลินิกในสังกัดของเอกชน 115 แห่ง (ร้อยละ 59.28) รองลงมาคือ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 75 แห่ง (ร้อยละ 38.66) และกระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง (ร้อยละ 2.06) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 หน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต.ค.-31 มี.ค.49)

ประเภทหน่วยบริการ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ	ร้อยละ(ภาพรวม)
ในสังกัดสำนักงานปลัดฯ	828	86.07	71.63
ภาครัฐนอกกระทรวง	74	7.69	6.40
เอกชน	60	6.24	5.19
รวม	962	100.00	
คลินิกชุมชนอบอุ่น(เอกชน)	115	59.28	16.78
คลินิกชุมชนอบอุ่น-ศูนย์บริการสาธารณสุข(รัฐ นอก สธ.)	75	38.66	
คลินิกชุมชนอบอุ่น(สังกัด สธ.)	4	2.06	
รวม	194	100.00	
รวมทั้งหมด		1,156	

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 26 มี.ค.49

1.2 การใช้บริการทางการแพทย์

1.2.1 การใช้บริการผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยในและส่งเสริมสุขภาพ

ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก / บริการผู้ป่วยในและบริการส่งเสริมสุขภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จาก รายงานเพื่อติดตามและประเมินผล (0110 รง.5) ซึ่งรวบรวมจาก 2 แหล่งคือ สำนักงานสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ (สรส) สำหรับการให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. สำหรับโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงและเอกชน ปัจจุบันข้อมูลดังกล่าวอยู่ในระหว่างการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบรายงานและโปรแกรมรายงาน

1.2.2 โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มีจังหวัดที่รายงานยอดการคัดกรองในช่วง มิ.ย.-ธ.ค. 48 เพื่อเบิกจ่ายเงินกับ สปสช. รวม 70 จังหวัด รวมผู้ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นจำนวน 453,174 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.74 ของเป้าหมายของโครงการ (เป้าหมายการคัดกรอง 700,000 ราย) ส่วนร้อยละการคัดกรองเมื่อเทียบกับเป้าหมายของแต่ละจังหวัด พบว่าจังหวัดที่สามารถตรวจคัดกรองได้สูงสุดคือ จังหวัดกระบี่ (ร้อยละ 241) และต่ำสุดคือ จังหวัดมหาสารคาม (ร้อยละ 10) ในจำนวนนี้จังหวัดที่เกินเป้าหมาย ร้อยละ 50 ขึ้นไป 5 อันดับแรก ได้แก่ คือ จ.กระบี่ จ.นครราชสีมา จ.สุรินทร์ จ.น่าน และ จ.หนองคาย ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 50 ลงมา 5 อันดับแรก คือ จ.มหาสารคาม จ.ปทุมธานี จ.ตราด จ.สุโขทัย และ จ.อำนาจเจริญ ตามลำดับ

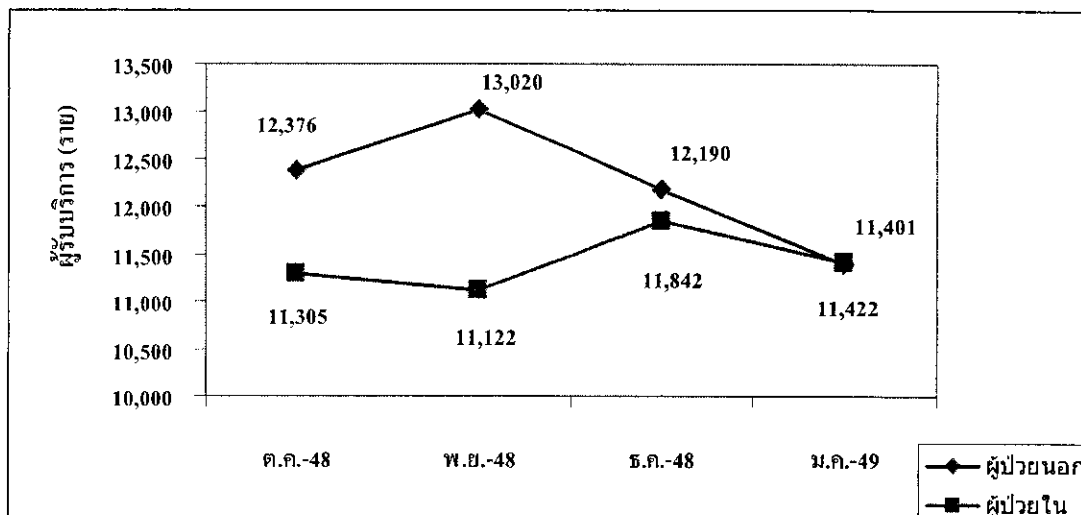
ทั้งนี้มียอดการอ่านสไลด์เป็นจำนวน 324,286 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.56 ของจำนวนการตรวจ (ที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินการ) พบผลผิดปกติจำนวน 5,092 ราย (ร้อยละ 1.57) ในกลุ่มที่พบผลผิดปกติพบเป็นว่ามีจำนวนที่พบเซลล์มะเร็งหรือเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น จำนวน 135 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.04 ของจำนวนการอ่านสไลด์ทั้งหมด

เมื่อคำนวณต้นทุนต่อหน่วย (ค่าคัดกรอง-อ่านผลและบริหารจัดการของจังหวัด) พบว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศอยู่ที่ 115.59 บาท โดยจังหวัดที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ จังหวัดชุมพร ปราจีนบุรี สุพรรณบุรี ฉะเชิงเทรา และตราด ตามลำดับโดยมีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 317.23, 230.44, 187.97, 178 และ 177.83 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำสุด 5 อันดับได้แก่ จังหวัดอุดรธานี ชัยภูมิ แพร่ ยโสธร และร้อยเอ็ดตามลำดับ โดยมีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 72.90, 79.29, 79.81, 80.44 และ 89.60 ตามลำดับ

1.2.3 การใช้บริการกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงตั้งแต่ ต.ค. 48 – ม.ค. 49¹ จำนวน 94,678 ราย พบเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 48,987 ราย ผู้ป่วยใน จำนวน 45,691 ราย จำนวนผู้ป่วยแต่ละเดือนแสดงใน (แผนภูมิ 1)

แผนภูมิ 1 จำนวนผู้รับบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง ต.ค. 2548- ม.ค. 2549



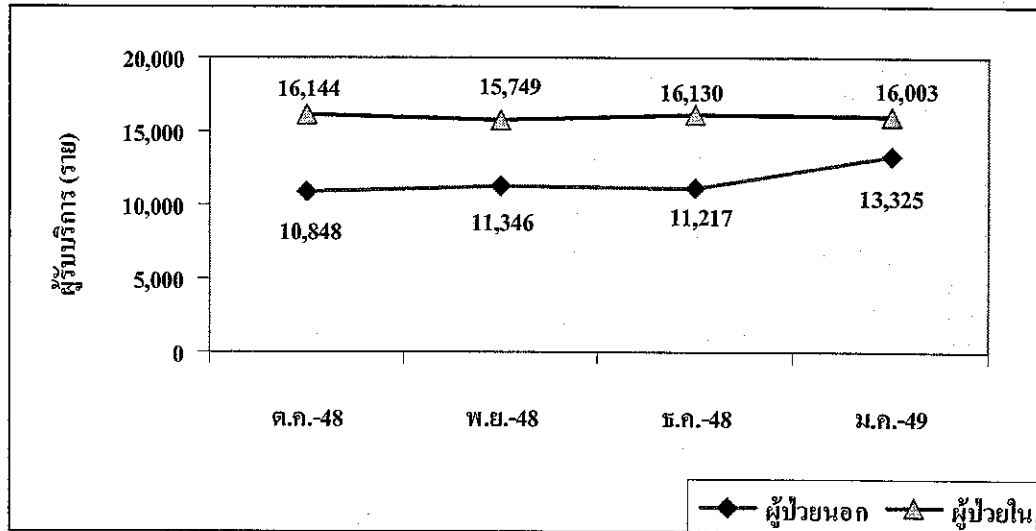
แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 1พ.ค.49

¹ กำหนดเวลา การจ่ายเงินชดเชยปี 49: หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากรพ.แล้ว หน่วยบริการจะต้องบันทึกและส่งให้ สกส. ภายใน 30 วัน และ สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการต้องใช้เวลา ตรวจสอบข้อมูล อีกประมาณ 30 วัน ฉะนั้น ผู้ป่วยในจำหน่ายในเดือน ม.ค.49 จะจ่ายชดเชย ไม่เกิน 20 มี.ค.49

1.2.4 การใช้บริการกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ ต.ค. 48 – ม.ค. 49 จำนวน 110,762 ราย พบเป็น
ผู้ป่วยนอก จำนวน 46,736 ราย ผู้ป่วยในจำนวน 64,026 ราย (แผนภูมิ 2)

แผนภูมิ 2 จำนวนผู้รับบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน



แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 เม.ย.49

บทที่ 2

การควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ

2.1 การส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ

2.1.1 การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนมีนาคม 2549 พบว่าจำนวนหน่วยบริการที่มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA และมาตรฐาน ISO เพิ่มขึ้นเป็น 818 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.12 ของหน่วยบริการทั้งสิ้น 961 แห่ง โดยโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาและประเมินคุณภาพชั้น 1 ชั้น 2 และผ่านการรับรองคุณภาพ มีจำนวนรวม 808 แห่ง (ร้อยละ 84.08) และโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9001 จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 6.35) ของหน่วยบริการทั้งหมด รายละเอียดจำนวนหน่วยบริการที่มีการพัฒนาในมาตรฐาน HA และจำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐาน ISO 9001 ทั้งระบบแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนหน่วยบริการแยกตามประเภทของมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ

กิจกรรม	ก.ย.-48		มี.ค.-49	
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
ผ่านการรับรองชั้นที่ 1 HA	615	63.60	574	59.73
ผ่านการรับรองชั้นที่ 1 HA และผ่าน ISO ทั้งระบบ	0	0.00	29	3.02
ผ่านการรับรองชั้นที่ 2 HA	48	4.96	48	4.99
ผ่านการรับรองชั้นที่ 2 HA และผ่าน ISO ทั้งระบบ	0	0.00	6	0.62
ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA	134	13.86	135	14.05
ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA และผ่าน ISO ทั้งระบบ	0	0.00	16	1.66
ผ่าน ISO ทั้งระบบ	0	0.00	10	1.04
หน่วยบริการทั้งสิ้น	967	100.00	961	100.00
รวมพัฒนาแล้ว	797	82.42	818	85.12
รวมอยู่ระหว่างการพัฒนา	170	17.58	143	14.88

แหล่งข้อมูล : สำนักพัฒนาระบบคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 27 เม.ย.49

ในปีงบประมาณ 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำโครงการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อเนื่องจากปี 2548 ดำเนินงานในระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 ได้ร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ดำเนินการในกิจกรรมหลัก ดังนี้

(1) การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ทีมที่ปรึกษา และทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของจังหวัด และกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลใน 31 จังหวัด

(2) การเยี่ยมสำรวจและประเมินคุณภาพหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพในชั้นที่ 1 (การจัดระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง) จำนวน 51 แห่ง

(3) การเยี่ยมสำรวจและประเมินคุณภาพหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในชั้นที่ 2 (การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง) จำนวน 22 แห่ง

2.2 การควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการและเฝ้าระวังคุณภาพการบริการ

2.2.1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข (Health Practice Guidelines: HPG)

สปสช.ได้ร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข มีกำหนดระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่มิถุนายน 2547 – มิถุนายน 2549 เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุขที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นที่ยอมรับจากองค์กรวิชาชีพ ผลการคัดเลือก HPG โดยคัดเลือกจาก 10 สภาวะ/โรคที่พบบ่อยในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ โดยสุ่มเลือกหน่วยบริการ 20 แห่ง ใน 5 จังหวัดครอบคลุมทุกภาคทั่วประเทศ ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ส่วนในปีงบประมาณ 2549 การดำเนินงานพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุข เพิ่มอีกจำนวน 5 สภาวะ/โรค ดังนี้

- (1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่(Acute Diarrhea)
- (2) โรคหอบหืด(Asthma)
- (3) ภาวะสมองเสื่อมในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ(Dementia)
- (4) โรคเบาหวาน(Diabetes mellitus)
- (5) โรคลมชัก(Epilepsy)

เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจัดพิมพ์เพื่อเผยแพร่ให้กับหน่วยบริการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

2.2.2 การศึกษาระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสาธารณสุข

สปสช.ร่วมกับสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(สวปก.) ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความเห็นที่สอง/ข้อมูลด้านสาธารณสุข รวมทั้งจัดให้มีการประชุมเพื่อขอข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำผลการดำเนินงานดังกล่าว ใช้ประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการของประชาชน ขณะนี้อยู่ระหว่างการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2.3 โครงการประกันคุณภาพยาที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ

สปสช. ร่วมมือกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดำเนินการประกันคุณภาพยาที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจในคุณภาพยาที่ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ผลการดำเนินงานมีดังนี้

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้คัดเลือกยาที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เติ่งขึ้นไป กรณีที่มีได้ระบุในตำรายาจำนวน 10 รายการ และสุ่มตัวอย่างยาจากผู้ผลิตต่างๆ จำนวน 208 ตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ โดยสำนักยาและวัตถุเสพติด ตามวิธีและเกณฑ์มาตรฐานกำหนดในตำรับยา USP28 /BP2004 หรือทะเบียน สรุปผลการตรวจสอบคุณภาพพบว่า มียา 7 รายการ จาก 10 รายการ ที่มีผลการตรวจเข้ามาตรฐานทุกตัวอย่าง อีก 3 รายการ คือ albendazole tablet, hyoscine butyl bromide coated tablet และ metformin tablet พบผิดมาตรฐานร้อยละ 76.31, 17.39 และ 2.32 ตามลำดับ โดย albendazole tablet และ metformin tablet สาเหตุเนื่องจากการละลายตัวของยา (dissolution) ส่วน hyoscine butyl bromide coated tablet สาเหตุเนื่องจากสารละลายตัว และ ปริมาณตัวยาสาคัญ รายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5 ผลการตรวจตัวอย่างยาตามมาตรฐาน ดำเนินการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี 2549

รายการยา	จำนวนตัวอย่าง	ผลการตรวจ		
		เข้ามาตรฐาน	ไม่เข้ามาตรฐาน	สาเหตุ
Albendazole Tablet	38	9 (23.69%)	29 (76.31%)	สาเหตุเนื่องจาก การละลายของ ตัวยา
Atorvastatin Tablet	3 ตัวอย่าง 3 รุ่นผลิต ของบริษัทต้นแบบ	3 (100%)	0	
Cefdinir Capsule	3 ตัวอย่าง 3 รุ่นผลิต ของบริษัทต้นแบบ	3 (100%)	0	
Clindamycin Injection	7	7 (100%)	0	
Fluconazole Capsule	16	16 (100%)	0	
Hyoscine butyl bromide coated Tablet	46	35 (82.61%)	8 (17.39%)	สาเหตุเนื่องจากสารละลายตัว 4 ตัวอย่างอีก 4 ตัวอย่างเนื่องจาก ปริมาณตัวยาสาคัญและสาร ละลายตัว
Metformin Tablet	43	42 (97.67%)	1 (2.33%)	สาเหตุเนื่องจากการละลายของ ตัวยา
Phenytoin Capsule	18	18 (100%)	0	
Ranitidine Tablet	24	24 (100%)	0	
Sabutamol Spray	13	13 (100%)	0	

แหล่งข้อมูล : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผลของการตรวจสอบพบยาที่ไม่ได้มาตรฐาน เมื่อนำไปตรวจสอบกับทะเบียนยาผู้ผลิต พบว่าไม่มีการกำหนดการทดสอบการละลายตัว จึงเสนอให้ผู้ผลิตพัฒนาปรับปรุงสูตรตำรับและกำหนดให้มีการทดสอบการละลายตัวตามเกณฑ์ที่กำหนดในตำรับยา

2.2.4 โครงการพัฒนายาหลักแห่งชาติ

สปสช. ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการพัฒนายาหลักแห่งชาติ ให้สามารถใช้เป็นบัญชียาอ้างอิงในระดับประเทศที่มีความเป็นพลวัตร สนองต่อการบริหารระบบยาของสถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐ/เอกชน และนำไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางในการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาที่เหมาะสมตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนการดำเนินการสร้างความเข้าใจในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้บริหาร ผู้ให้บริการและประชาชน ซึ่งผลการดำเนินงานมี ดังนี้

1. การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ

(1.1) เพิ่มเติมรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรคฮีโมฟีเลีย 4 รายการ พร้อมทั้งผลการศึกษานำร่องเพื่อเสนอแนวทางการคัดเลือกยากลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง โรคที่พบน้อย กรณีศึกษาฮีโมฟีเลีย รายการยาที่เพิ่มและเงื่อนไข มีดังนี้

- 1) Dextran in normal saline or dextrose ในบัญชีย ก (รายการยาสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ)
- 2) Factor VIII concentrated,dried ในบัญชีย จ (รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของหน่วยงานของรัฐ ที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ)
- 3) Factor IX concentrated ,dried ในบัญชีย จ
- 4) Factor IX complex concentrated ,dried ในบัญชีย จ

โดยรายการที่ 2-4 กำหนดให้เป็นยาที่ใช้ในการศึกษาในโครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดเวลา 18 เดือนเท่านั้น

(1.2) เพิ่มบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสมุนไพรตามบัญชินีเป็นรายการยาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่ 1 ตำรับยาแผนไทย หรือยาแผนโบราณ หรือ ยาสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้เดิม หรือตามตำรายาแผนไทย และยาแผนไทยประยุกต์ จำนวน 5 กลุ่มยา 11 รายการ

2) กลุ่มที่ 2 ยาพัฒนาจากสมุนไพร (ในรูปแบบสมัยใหม่) ได้แก่ ยาสมุนไพร แผนปัจจุบัน (ทั้งตำรับยาเดี่ยว และยาผสม)จำนวน 4 กลุ่มยา 9 รายการ

2. การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีกิจกรรม ดังนี้

(2.1) จัดทำ Website ที่มีเนื้อหาสำหรับผู้ให้บริการ นักวิชาการ หรือประชาชนทั่วไป ให้สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับบัญชียาหลักได้

(2.2) จัดทำและเผยแพร่หลักเกณฑ์และหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อสร้างความเข้าใจกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการพิจารณาคัดเลือกรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

(2.3) จัดประชุมสัมมนาเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ แก่บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ให้บริการ ทั้งนี้ผลการประเมินผล พบว่าเกิดการยอมรับและความเข้าใจต่อบัญชียาหลักเพิ่มมากขึ้น

บทที่ 3

การคุ้มครองสิทธิ การช่วยเหลือเบื้องต้น และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1.1 การพัฒนาระบบรับเรื่องร้องเรียน

สปสช. ได้จัดทำโครงการพัฒนาศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพนาร่องในหน่วยบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการข้อมูลสิทธิประโยชน์และคำแนะนำในการใช้บริการแก่ประชาชน รวมทั้งการรับเรื่องร้องเรียน การแก้ไขปัญหา และคุ้มครองสิทธิให้แก่ประชาชน ทำให้เกิดความร่วมมือและการประสานงานระหว่างประชาชนกับหน่วยบริการ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนต่างๆ อีกทั้งเกิดการพัฒนางานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิในหน่วยบริการให้มีมาตรฐาน ทั้งนี้มีหน่วยบริการที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการรวม 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก รพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา โดย สปสช.ได้จัดประชุมทำความเข้าใจและกำหนดกรอบการทำงานร่วมกัน และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ขณะนี้อยู่ในระหว่างการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

3.1.2 การให้บริการสอบถามข้อมูลและรับเรื่องร้องเรียน

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 31 มีนาคม 2549 มีการให้บริการสอบถามข้อมูลและรับเรื่องร้องเรียน จำนวน 457,273 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการสอบถามข้อมูล (รวมทั้งบริการโดยโทรศัพท์ระบบตอบรับอัตโนมัติ Interactive Voice Response หรือ IVR) 446,067 เรื่อง (ร้อยละ 97.55) เรื่องร้องเรียน 1,486 เรื่อง (ร้อยละ 0.32) เรื่องร้องทุกข์ 8,183 เรื่อง (ร้อยละ 1.79) และเรื่องบริการ 1,537 เรื่อง (ร้อยละ 0.34) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเรื่องที่ให้บริการในไตรมาสที่ 1-2 ที่ผ่านมามีพบว่าประชาชนขอรับบริการลดลงร้อยละ 7.93 (ตาราง 6)

ตาราง 6 การให้บริการสอบถามข้อมูล รับเรื่องร้องเรียน เรื่องร้องทุกข์และเรื่องบริการ (ต.ค.48 - มี.ค. 49)

ประเด็น	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	รวมทั้งสิ้น		เปรียบเทียบไตรมาส 1 กับ ไตรมาส 2
	ต.ค.- ธ.ค.48	ม.ค.- มี.ค.49	ต.ค.48 - มี.ค.49	ร้อยละ	ร้อยละเพิ่ม(-ลด)
1. สอบถามข้อมูล	233,027	213,040	446,067	97.55	-8.58
2. เรื่องร้องเรียน	761	725	1,486	0.32	-4.73
3. เรื่องร้องทุกข์	4,364	3,819	8,183	1.79	-12.49
4. เรื่องบริการ	873	664	1,537	0.34	-23.94
รวม	239,025	220,080	457,273	100	-7.93

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค. 49

(1) การให้บริการสอบถามข้อมูล

เรื่องสอบถามส่วนใหญ่ เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพ เช่น สถานที่ทำบัตร หลักฐานที่ใช้ในการลงทะเบียนทำบัตร มีจำนวน 373,633 เรื่อง (ร้อยละ 83.76) รองลงมาเป็นการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง เช่น สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล ยา เวชภัณฑ์ สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการส่งต่อเพื่อการรักษา จำนวน 23,078 เรื่อง (ร้อยละ 5.18) เมื่อเปรียบเทียบไตรมาสที่ 1-2 พบว่าเรื่องสอบถามผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อมูลลดลงร้อยละ 8.47 โดยเรื่องสอบถามเกี่ยวกับโครงการรณรงค์ (Vertical Program) ลดลงถึงร้อยละ 94.69 อาจเนื่องมาจากโครงการส่วนใหญ่ดำเนินงานมาไ้ระยะหนึ่ง และบางโครงการดำเนินงานเสร็จสิ้นแล้ว (ตาราง 7)

ตาราง 7 การให้บริการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต.ค.48 - มี.ค.49)

เรื่องสอบถามข้อมูล	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	รวมทั้งสิ้น		เปรียบเทียบ ไตรมาส 1 กับไตรมาส 2
	ต.ค.- ธ.ค. 48	ม.ค.- มี.ค. 49	ต.ค.48 - มี.ค.49	ร้อยละ	ร้อยละ เพิ่ม(-ลด)
1. การทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	193,342	180,291	373,633	83.76	-6.75
2. สิทธิประโยชน์การรับบริการสาธารณสุข	12,849	10,229	23,078	5.17	-20.39
3. วิธีการใช้บริการตามสิทธิ	7,829	7,953	15,782	3.54	1.58
4. หน่วยบริการสอบถาม	8,166	8,090	16,256	3.64	-0.93
5. โครงการรณรงค์ (Vertical Program)	2,882	153	3,035	0.68	-94.69
6. สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	1,519	408	1,927	0.43	-73.14
7. โครงการบริการผู้ป่วยติดเชื้อ HIV	101	114	215	0.05	12.87
8. อื่นๆ (ปรึกษาปัญหาสุขภาพ ที่ตั้ง สปสช. ฯลฯ)	6,339	5,802	12,141	2.72	-8.47
รวม	233,027	213,040	446,067	100	-8.58

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค. 49

(2) การให้บริการรับเรื่องเรียน²

ตั้งแต่ 1 ต.ค.48 ถึง 31 มี.ค.49 พบเรื่องร้องเรียนจำนวน 1,486 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด เช่น ถูกปฏิเสธการใช้สิทธิ ปฏิเสธการส่งตัว จำนวน 615 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 41.39 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด รองลงมาเป็นเรื่องถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ จำนวน 386 เรื่อง (ร้อยละ 25.98) เรื่องหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน จำนวน 283 เรื่อง (ร้อยละ 19.04) เรื่องไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร จำนวน 195 เรื่อง (ร้อยละ 13.12) และถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ 0.47) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเรื่องร้องเรียนในไตรมาสที่ 1-2 พบว่าจำนวนเรื่องลดลงร้อยละ 4.73 แต่เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า เรื่องหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานและเรื่องไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรมีจำนวนเรื่องเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.25 และร้อยละ 21.59 ตามลำดับ (ตาราง 8)

² หมายเหตุ : เรื่องร้องเรียน เป็นเรื่องร้องเรียนมาตรา 57,59 ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นเรื่องเกี่ยวกับหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาลในระยะเวลาอันสมควร

ตาราง 8 เรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ต.ค.48 - มี.ค.49)

เรื่องร้องเรียน	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	รวมทั้งสิ้น		เปรียบเทียบ ไตรมาส 1 กับ ไตรมาส 2 ร้อยละ เพิ่ม(-ลด)
	ต.ค.- ธ.ค.48	ม.ค.- มี.ค.49	ต.ค.48 - มี.ค.49	ร้อยละ	
1. หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	114	169	283	19.04	48.25
2. ไม่ได้ได้รับความสะดวกตามสมควร	88	107	195	13.12	21.59
3. ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ	215	171	386	25.98	-20.46
4. ถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด	4	3	7	0.47	-25
5. ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่ได้กำหนด	340	275	615	41.39	-19.12
รวม	761	725	1,486	100	-4.73

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค.49

เรื่องร้องเรียนทุกเรื่องได้รับการตอบสนอง (ตอบกลับผู้ร้องหรือผู้แจ้งเรื่อง) ภายใน 7 วันทำการ ทั้งนี้เรื่องร้องเรียนได้รับการดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จจำนวน 1,486 เรื่อง (ร้อยละ 100.00) มีเรื่องร้องเรียนที่ได้รับการดำเนินการภายใน 30 วันทำการจำนวน 1,237 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 83.24 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด ส่วนเรื่องร้องเรียนที่อยู่ระหว่างดำเนินการมีจำนวน 106 เรื่อง (ร้อยละ 7.13) สำหรับเรื่องร้องเรียนที่ไม่สามารถไกล่เกลี่ยยุติได้ จะส่งต่อให้สำนักพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อนำเรื่องเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานต่อไป รายละเอียด (ตาราง 9)

ตาราง 9 การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต.ค.48 - มี.ค.49)

การดำเนินการ	ต.ค.48 - มี.ค.49	
	จำนวน	ร้อยละ
เรื่องร้องเรียนทั้งหมด	1,486	100.00
- เรื่องร้องเรียนที่ได้รับการตอบสนองภายใน 7 วันทำการ	1,486	100.00
- เรื่องร้องเรียนที่ดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 30 วันทำการ	1,237	83.24
- อยู่ระหว่างดำเนินการ	106	7.13
- เรื่องร้องเรียนดำเนินการแล้วเสร็จ	1,380	92.87

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค.49

(3) การให้บริการรับเรื่องร้องทุกข์³

เรื่องร้องทุกข์มีจำนวน 8,183 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับสิทธิไม่ตรงตามจริง (สิทธิข้ามชนชาวยุทธ ประกันสังคม ดัดสิทธิคนไทยในต่างประเทศ ครูเอกชน เป็นต้น) จำนวน 6,126 เรื่อง (ร้อยละ 74.86) รองลงมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับการลงทะเบียนและออกบัตร จำนวน 1,588 เรื่อง (ร้อยละ 19.41) เมื่อเปรียบเทียบกับไตรมาส 1-2 พบว่าเรื่องร้องทุกข์ลดลงร้อยละ 12.49 (ตาราง 10)

³ หมายเหตุ : เรื่องร้องทุกข์ เป็นเรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน/เรื่องขอความช่วยเหลืออื่นๆที่ไม่ใช่เรื่องร้องเรียนตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เช่น การลงทะเบียนและออกบัตร สิทธิไม่ตรงตามจริง ขอความอนุเคราะห์/ขอความช่วยเหลือ ฯลฯ

ตาราง 10 เรื่องร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค.48 ถึง 31 มี.ค.49)

เรื่องร้องทุกข์	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	รวมทั้งสิ้น		เปรียบเทียบ ไตรมาส 1 กับไตรมาส 2 ร้อยละ เพิ่ม (-ลด)
	1 ต.ค.-31 ธ.ค.48	1 ม.ค.-31 มี.ค.49	1 ต.ค.48- 31 มี.ค.49	ร้อยละ	
1. การลงทะเบียนและออกบัตร	1,003	585	1,588	19.41	-41.67
2. สิทธิไม่ตรงตามจริง	3,180	2,946	6,126	74.86	-7.36
3. โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6	9	15	0.18	50
4. สิทธิสวัสดิการผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ	4	4	8	0.1	0
5. อื่นๆ	171	275	446	5.45	60.82
รวม	4,364	3,819	8,183	100	-12.49

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค. 49

เรื่องร้องทุกข์ที่ได้รับการดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จ มีจำนวน 8,012 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 97.91 และเป็นเรื่องที่อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน 171 เรื่อง (ร้อยละ 2.09) (ตาราง 11)

ตาราง 11 การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต.ค.48 - มี.ค.49)

การดำเนินการ	ต.ค.48 - มี.ค.49	
	จำนวน	ร้อยละ
เรื่องร้องทุกข์ทั้งหมด	8,183	100
- อยู่ระหว่างดำเนินการ	171	2.09
- เรื่องร้องทุกข์ดำเนินการแล้วเสร็จ	8,012	97.91

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค. 49

3.1.3 การสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ

ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพชั้น M ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากให้บริการรับลงทะเบียนทำบัตรประกันสุขภาพ รับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 จัดส่งเอกสารเผยแพร่ บริการพิมพ์บัตรทองแล้ว ยังได้จัดนิทรรศการกิจกรรมแนะนำความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพ และแนะนำศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ เนื่องในโอกาสวันเด็ก เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2549 ณ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพชั้น M ภายในงานมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 นิทรรศการแนะนำความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 ตอบปัญหาชิงรางวัลระบบหลักประกันสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 เล่นเกมส์

กิจกรรมที่ 4 ประกวดภาพระบายสี

โดยมีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรม และเข้าชมนิทรรศการ จำนวน 2,250 ราย

3.1.4 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)

การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

คณะทำงานส่งต่อผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ มีมติให้มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

1. เพิ่มโรงพยาบาลสำรองเตียงและสร้างมาตรฐานการจูงใจ โดย

- เพิ่มอัตราค่าจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เป็น น้ำหนักสัมพัทธ์ละ 15,000 บาท

- เปิดรับสมัคร รพ.ร่วมเป็นหน่วยบริการสำรองเตียงกรณี อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งภาครัฐและเอกชน
- จัดสรรโควตาให้ตามศักยภาพของหน่วยบริการสำรองเตียง โดยกำหนดจำนวนผู้ป่วยที่แน่นอน (ประมาณการจากตัวเลขผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา)

2. เพิ่มอัตราเตียงว่างของรพ.ในพื้นที่ เขตกรุงเทพฯ โดย

- จัดระบบประสานงานเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้กับรพ.ที่รับผู้ป่วยไปรักษาต่อ
- ส่งผู้ป่วยกลับคืนสังกัดหรือส่งไปรักษาต่อ รพ.ทุติยภูมิ
- ปรับอัตราค่าจ่ายปรับอัตราค่ารถส่งต่อ ผู้ป่วยกลับไปต้นสังกัดเพื่อจูงใจให้เกิดการรับกลับ
- ปรับข้อความหรือทำคำอธิบาย ความหมายของคำว่า “จนสิ้นสุดการรักษา” ในข้อบังคับ เช่น เมื่อพ้นภาวะอันตรายหรือพ้นภาวะวิกฤติ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าสามารถย้ายไปรักษาต่อยังต้นสังกัดหรือ รพ.ทุติยภูมิได้แล้ว

3. การประสานงานระหว่างสปสช.และหน่วยบริการ

- มีระบบ GIS ให้หน่วยบริการสามารถแจ้งข้อมูลจำนวนเตียงของตนเองที่เป็นปัจจุบัน / ใช้ในการวางแผนการประสานส่งต่อผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

ผลการดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 31 มีนาคม 2549 ศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วย อุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับเรื่องให้ช่วยประสานหาเตียงจำนวน 1,081 ราย ส่วนใหญ่เป็นกรณีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 789 ราย (ร้อยละ 72.99) รองลงมาเกินศักยภาพของโรงพยาบาลและเตียงเต็ม จำนวน 148 ราย และ 119 ราย ตามลำดับ (ตาราง 12)

ตาราง 12 การประสานหาเตียงจำแนกตามสาเหตุ (ต.ค.48 - มี.ค. 49)

สาเหตุการประสานหาเตียง	ต.ค.48 - มี.ค.49	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เข้าโรงพยาบาลเอกชนไม่เข้าร่วมโครงการ	789	72.99
2. โรงพยาบาลเตียงเต็ม	119	11.01
3. เกินศักยภาพโรงพยาบาลที่รักษาอยู่	148	13.69
4. หาเตียงผู้ป่วยมีสิทธิสวัสดิการอื่น	22	2.04
5. อื่นๆ	3	0.28
รวม	1,081	100

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค. 49

ศูนย์ฯ สามารถหาเตียงได้ จำนวน 696 ราย (ร้อยละ 64.38) ของจำนวนทั้งหมด 1,081 ราย โดยร้อยละ 88.79 ประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในโครงการ ในจำนวนนี้โรงพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 66.02 ที่เหลือคือ ประสานส่งกลับหน่วยบริการต้นสังกัด ร้อยละ 33.98

กรณีเตียงหาไม่ได้มีร้อยละ 35.53 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอาการดีขึ้น/กลับบ้าน ร้อยละ 34.11 ญาติไม่ย้าย ขอเสียค่าใช้จ่ายเอง ร้อยละ 20.83 เสียชีวิต ร้อยละ 17.97 รายละเอียด (ตาราง 13)

ตาราง 13 ผลการดำเนินงานประสานหาเตียง (ต.ค.48 – มี.ค.49)

ผลการดำเนินงาน	ต.ค.48 - มี.ค.49	
	จำนวน	ร้อยละ
1. หาเตียงได้	696	64.38
1.1 โรงพยาบาลร่วมสำรองเตียง	78	11.21
1.2 โรงพยาบาลในโครงการ	618	88.79
- โรงพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ	408	66.02
- กลับโรงพยาบาลต้นสังกัด	210	33.98
2. หาเตียงไม่ได้	384	35.53
2.1 อาการดีขึ้น/กลับบ้าน	131	34.11
2.2 เสียชีวิต	69	17.97
2.3 ญาติไม่ย้าย ขอเสียค่าใช้จ่ายเอง	80	20.83
2.4 รพ.ที่รักษาสามารถรักษาต่อได้	68	17.71
2.5 ญาติพากลับบ้าน	14	3.65
2.6 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้	7	1.82
2.7 ญาติพาไปรักษา รพ.เอกชนนอกโครงการ เสียค่าใช้จ่ายเอง	15	3.91
3. อยู่ระหว่างดำเนินการ	1	0.09
รวม	1,081	100.00

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค. 49

3.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ

มีผู้รับบริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลกับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 213 ราย อนุกรรมการระดับจังหวัด ได้พิจารณาแล้วเข้าหลักเกณฑ์ 189 ราย (ร้อยละ 88.73) และเห็นชอบการจ่ายเงินช่วยเหลือทั้งหมด เป็นเงิน 14.47 ล้านบาท โดยจ่ายตามหลักเกณฑ์ 9.15 ล้านบาท (ร้อยละ 63.24) เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อขออนุมัติจ่ายสองเท่าเป็นเงิน 4.08 ล้านบาท (ร้อยละ 28.19) และอุทธรณ์ เป็นเงิน 1.24 ล้านบาท (ร้อยละ 8.57) รายละเอียด (ตาราง 14)

ตาราง 14 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ต.ค.48 - มี.ค. 49)

รายละเอียด		จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(บาท)	ร้อยละ
ผลพิจารณาคำร้องของคณะกรรมการระดับจังหวัด	จำนวนผู้รับบริการยื่นคำร้อง	213	100.00		
	-ไม่เข้าเกณฑ์ตามข้อบังคับ	24	11.27		
	-เข้าหลักเกณฑ์	189	88.73		
	- เสียชีวิต /ทุพพลภาพ	104		9,153,500	63.24
	- สูญเสียอวัยวะ /พิการ	37			
	- บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	48			
ผลพิจารณาโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ ฯ	จ่ายสองเท่า	36	12.95	4,080,000	28.19
	อุทธรณ์	29	10.43	1,240,000	8.57
รวม		278	100.00	14,473,500	100.00

แหล่งข้อมูล : สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 1 พ.ค. 49

3.2.2 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ

ในรอบของ 6 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ให้บริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจำนวนทั้งสิ้น 21 ราย ผลการพิจารณาคำร้องของคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องพบไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับ 14 ราย และพิจารณา

จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ให้บริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายจำนวน 7 ราย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 119,000 บาท

3.3 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.3.1 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้รับบริการ

ตั้งแต่ 1 ต.ค. 48 – ปัจจุบัน ได้ประชาสัมพันธ์มุ่งกลุ่มผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ดังนี้

- 1) การผลิตสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่ รายละเอียด (ตาราง 15)

ตาราง 15 จำนวนและประเภทการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์แยกตามเนื้อหา

รายการ	เรื่อง	จำนวน
1.โปสเตอร์	- อุ่นใจยามฉุกเฉิน	25,000 ฉบับ
2. แผ่นพับ	- มารูจักหลักประกันสุขภาพ	100,000 ฉบับ
	- การป้องกันไฉววย	80,000 ฉบับ
3.หนังสือ	- กำแพงขาวบัตรทอง	61,500 ฉบับ
	- คู่มือผู้ถือบัตรทอง	1,000,000 ฉบับ
	- คู่มือการประชาสัมพันธ์	
4.โทรทัศน์	- โครงการ 30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค	4 จังหวัด
5. นิตยสาร	- โครงการ 30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค	ทุกสาขาเขต

แหล่งข้อมูล : สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 1 พ.ค. 49

- 2) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อสิ่งพิมพ์ รายละเอียด (ตาราง16)

ตาราง 16 จำนวนและประเภทการเผยแพร่สื่อสิ่งพิมพ์แยกตามเนื้อหา

ประเภทสื่อ	ชื่อ (สื่อ)	เรื่อง / วัตถุประสงค์	จำนวน
1.นิตยสาร	- คู่สร้างคู่สม	หมู่บ้านเบียมสุข กับ 30 บาท	รายปักษ์ 6 ตอน
	- หมอชาวบ้าน	โพกัสบัตรทอง	รายเดือน
2. หนังสือ	- กลเม็ดเคล็ดลับทำอย่างไรได้ไม่วาย		25,000 เล่ม
	- แนวทางปฏิบัติในการชะลอการเสื่อมของไต		
	- ไดอารี่ สำหรับผู้สูงอายุ		1 ครั้ง
3.วารสาร	- ประชาคมท้องถิ่น	สายด่วนบัตรทอง 1330	1 ครั้ง
4. หนังสือพิมพ์	- คม ชัด ลึก	เอกสารแทรก	1 ครั้ง
		ก้าวสู่ปีที่ 6 หลักประกันสุขภาพ	
		พัฒนาระบบเบิกจ่ายตรงในสวัสดิการ	
		30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค	
	- เดลินิวส์	ก้าวสู่ปีที่ 6 หลักประกันสุขภาพ	
	- มติชน	พัฒนาระบบเบิกจ่ายตรงในสวัสดิการ	
	- เนชั่นสุดสัปดาห์	พัฒนาระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการ	
5. วิทยุ	-	- เผยแพร่ข่าวสาร	29 ครั้ง
6. โทรทัศน์	-	- เผยแพร่ข่าวสาร	
7. web site	-	- เผยแพร่ข่าวสาร	
8. อื่น ๆ	- แอลงข่าว, โทรสาร	- เผยแพร่ข่าวสาร	

แหล่งข้อมูล : สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 1 พ.ค. 49

- 2) ผลิตและเผยแพร่สารคดีสั้นโฆษณาทางสื่อโทรทัศน์ รายละเอียด (ตาราง 17)

ตาราง 17จำนวนและประเภทการผลิตและเผยแพร่ทางสื่อโทรทัศน์แยกตามเนื้อหา

สถานีโทรทัศน์ / วิทยุ	รายการ	เรื่อง / วัตถุประสงค์	จำนวน
1. ช่อง 7	- สารคดีสั้น 1 นาทีครึ่ง เวลา 20.00 น.	สร้างชีวิตใหม่กับ 30 บาท	25 ตอน
2. ช่อง 9	- ค่ายค่ายข่าว วันเสาร์-อาทิตย์ เวลา 12.15 น. - ถึงลูกถึงคน วันศุกร์ เวลา 23.00 น.	30 บาทช่วยคนไทย ห่างไกลโรค	10 ตอน 10 ตอน
3. รวมด้วย ช่วยกัน (F.M. 96 MHz) 4. ทหารเรือ (F.M. 206.0, 93.0,88.5 MHz) 4. ทหารเรือ ภูมิภาค 18 สถานี 5.วิทยุแห่ง ประเทศไทย 67 สถานี	- สารคดีเชิงข่าว สารคดีสั้นและสเปด โฆษณา	เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และความเคลื่อนไหวด้าน หลักประกันสุขภาพ	

แหล่งข้อมูล : สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 1 พ.ค. 49

3.3.2 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์สู่กลุ่มผู้ให้บริการ

ตั้งแต่ต้น ปีงบประมาณ 2549 ถึงปัจจุบัน ได้ประชาสัมพันธ์มุ่งกลุ่มผู้ให้บริการ รายละเอียด (ตาราง 18)

ตาราง 18จำนวนและประเภทการสื่อสารและประชาสัมพันธ์แยกตามเนื้อหา

ประเภทสื่อ	ชื่อ (สื่อ)	เรื่อง / วัตถุประสงค์	จำนวน
1.จุลสาร	- จุลสารก้าวหน้าใหม่ - สปสช. สาร	สิทธิและหน้าที่ของบุคลากรที่ เกี่ยวข้องกับวิชาชีพสุขภาพ	150,000 ฉบับ 90,000 ฉบับ
2.วารสาร	- วารสารโรงพยาบาลชุมชน - วารสารหมออนามัย - วารสารคลินิก เป็นวิชาการทางการแพทย์	ก้าวไปด้วยกัน จับเข่าคุยกัน ชีพจร UC	ราย 2 เดือน ราย 2 เดือน รายเดือน
3. หนังสือ	- ด้วยรักและห่วง	คู่มือการทำงานกลุ่มวิชาชีพ แพทย์	4,000 เล่ม
4.วีดิทัศน์		หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อ เผยแพร่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ฯลฯ	1 ชุด และ สาขาเขตพื้นที่ ทุกแห่ง
4. อื่น ๆ	- โครงการจัดทำระบบอัตลักษณ์องค์กร	กำหนดรูปแบบและวิธีใช้ สัญลักษณ์ขององค์กรให้มี มาตรฐานเดียวกัน	

แหล่งข้อมูล : สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 1 พ.ค. 49

บทที่ 4

การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี

4.1 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชน

ปัจจุบันการดำเนินงานเน้นที่เครือข่ายองค์กรประชาชน จำนวน 15 เครือข่าย⁴ ประกอบด้วย

1. เครือข่ายเด็กหรือเยาวชน
2. เครือข่ายสตรี
3. เครือข่ายผู้สูงอายุ
4. เครือข่ายคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช
5. เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
6. เครือข่ายผู้ใช้แรงงาน
7. เครือข่ายชุมชนแออัด
8. เครือข่ายเกษตรกร
9. เครือข่ายชนกลุ่มน้อย
10. เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
11. เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง
12. เครือข่ายผู้ป่วยหัวใจ
13. เครือข่ายผู้ป่วยไต
14. เครือข่ายวิทยากรแกนนำหลักประกันสุขภาพ
15. เครือข่ายวิทยุชุมชน

สำหรับกิจกรรมในการส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินงานใน 5 ประเภทคือ

- กิจกรรมประเภทที่ 1 การพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ
- กิจกรรมประเภทที่ 2 การเผยแพร่ข้อมูลและสร้างความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพ
- กิจกรรมประเภทที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน
- กิจกรรมประเภทที่ 4 การอบรมอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ
- กิจกรรมประเภทที่ 5 การศึกษาแบบมีส่วนร่วมการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับตำบล

สรุปผลการดำเนินงานสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรประชาชนในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในส่วนที่มุ่งเน้น ดังนี้

4.1.1 การพัฒนาและขยายผลศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

เดิมในปี 2548 มีจำนวน 29 ศูนย์ ใน 21 จังหวัด ในปี 2549 มีการจัดตั้งเพิ่มขึ้นเป็น 73 ศูนย์ ใน 42 จังหวัด โดยศูนย์ประสานงานฯ มีบทบาทภารกิจในด้าน

⁴ เครือข่ายที่ 1 – 9 จัดเป็นกลุ่มองค์กรเอกชน 9 ด้านตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายที่ 11 – 13 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง

- การเผยแพร่ข้อมูลสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ
- การรับเรื่องร้องทุกข์ให้คำปรึกษา ประสานแก้ปัญหา
- การประสานงานองค์กรภาคี ขยายการมีส่วนร่วม
- การติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่
- การพัฒนาข้อเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพ

ผลการดำเนินงานพบว่า ทุกศูนย์ประสานงานฯ มีการดำเนินงานในด้านการเผยแพร่ข้อมูลและสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ การรับเรื่องร้องทุกข์ให้คำปรึกษา และประสานแก้ปัญหาอยู่ในระดับที่ดีมาก ส่วนภารกิจด้านอื่นๆ มีการดำเนินงานทุกศูนย์ประสานงานฯ แต่จัดอยู่ในระดับที่ต่างกันไปขึ้นอยู่กับศักยภาพ และพื้นที่การดำเนินงานของศูนย์ฯ นั้นๆ

4.1.2 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคนพิการ

การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคนพิการในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ มีการอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้พิการ โดยมีองค์กรที่ได้รับการสนับสนุน จำนวน 13 องค์กร นอกจากนี้เครือข่ายคนพิการยังได้ร่วมดำเนินงานในโครงการรณรงค์ตรวจประเมินเพื่อจดทะเบียนคนพิการรายใหม่ และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในด้านอื่นๆ เช่นการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้วยระบบทางเลือก (ระบบคุปอง) การพัฒนาระบบการเบิกชดเชยบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

4.1.3 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง 3 กลุ่ม

ส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายในกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง เครือข่ายผู้ป่วยโรคไต อย่างไรก็ดี เครือข่ายผู้ป่วยโรคไตยังให้ความสนใจในเรื่องหลักประกันสุขภาพมากนัก เนื่องจากเป็นเครือข่ายที่เริ่มมีรวมกลุ่มกัน ส่วนการพัฒนาระบบบริการในด้านอื่นๆ ได้แก่

- ศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด โดยแกนนำเครือข่ายเพื่อนมะเร็ง ทำให้เกิดการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภูมิภาค เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง และสำนักงาน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้มุ่งหวังให้มีอาสาสมัครที่มีคุณภาพเข้าร่วมในทีมรักษายาบาล มีหน่วยบริการทั้งในกรุงเทพและภูมิภาคต่างๆ จำนวน 19 แห่ง อยู่ระหว่างการพิจารณาสนับสนุนโครงการต่อไป
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตชีวันดารักษ์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย โดยนำองค์ความรู้ทางการแพทย์ วัฒนธรรม การแพทย์ทางเลือก มาประยุกต์เข้าด้วยกัน ทั้งนี้จะเริ่มพัฒนาในพื้นที่นำร่องที่เป็นพื้นที่ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 9 พื้นที่ ขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาารูปแบบ

4.1.4 ความร่วมมือของเครือข่ายองค์กรประชาชนในการดำเนินโครงการ “จาก 30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค”

มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสนับสนุนให้เครือข่ายองค์การประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ได้คัดเลือกพื้นที่ที่มีองค์กรประชาชนที่เข้มแข็งมาเป็นกรณีศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนตำบล(อบต.) และกองทุนสุขภาพชุมชน จำนวน 9 พื้นที่ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่

- กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ ต.ท่าโสม อ.เขาสมิง จ.ตราด
- กองทุนวันละ 1 บาท ต.น้ำขาว อ.จะนะ จ.สงขลา
- กองทุนสวัสดิการชุมชนวันละ 1 บาท อ.เถิน จ.ลำปาง

- เครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจชนาครหมู่บ้าน ด.บ้านปิ่น อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา
- กองทุนสุขภาพต.บึงคล้า อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์
- กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ศรีฐาน อ.ป่าดัว จ.ยโสธร
- กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ปลายโพงพาง อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม
- กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.คลองหิน อ.อ่าวลึก จ.กระบี่
- กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.บ้านหม้อ อ.เมือง จ.เพชรบุรี

4.2 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบให้สำนักงานดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพในระดับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) หรือเทศบาล โดยให้สนับสนุนให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ ปัจจุบันหลักเกณฑ์การดำเนินงานดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักเกณฑ์ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นรวมทั้งสถานบริการทางเลือก โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

2) เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการและกลุ่มผู้ประกอบการที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อย่างน้อยตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3) เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในท้องถิ่นหรือพื้นที่

ปัจจุบันมีองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) สมัครเข้าร่วมดำเนินการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 102 แห่ง

4.3 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรวิชาชีพ

การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรวิชาชีพ ยังคงมีการดำเนินงานร่วมกับ 3 องค์กร คือ ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมสาธารณสุขแห่งชาติ และชมรมทันตสาธารณสุข เพื่อร่วมกันพัฒนาและดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีการวางแผนในการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการประสานงานในพื้นที่ระหว่างองค์กรวิชาชีพ กับเครือข่ายองค์กรประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนและการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับตำบล

บทที่ 5

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1 การบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ในภาพรวมมีการใช้เงินกองทุนฯ ไป ร้อยละ 43.45 โดยงบประมาณที่ใช้ไปมากที่สุดเมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับ ได้แก่ งบพื้นที่ทุรกันดาร (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นงบกองทุนเอดส์ (ร้อยละ 68.48) และงบเหมาจ่ายรายหัว (ร้อยละ 53.16) ตามลำดับ รายละเอียด (ตาราง 19)

ตาราง 19 การบริหารงบประมาณที่ได้รับจำแนกประเภทกองทุน ด.ค. 48 – มี.ค. 49

กองทุน	งบประมาณที่ได้รับ	งบประมาณที่จัดสรรแล้ว	งบประมาณคงเหลือ	ร้อยละของงบประมาณที่ใช้ไป
งบพื้นที่ทุรกันดาร	334,250,000	334,250,000	-	100.00
งบกองทุนเอดส์	2,796,200,000	1,914,724,872	881,475,128	68.48
งบเหมาจ่ายรายหัว	33,064,841,378	17,576,308,988	15,488,532,390	53.16
งบช่วยเหลือ ม.41	25,307,500	11,708,500	13,599,000	46.26
งบลงทุนเพื่อทดแทน	6,171,687,500	2,370,343,129	3,801,344,371	38.41
งบค่าใช้จ่ายสูง	9,072,500,000	1,200,432,261	7,872,067,739	13.23
งบอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	2,486,342,500	216,810,126	2,269,532,374	8.72
งบการแพทย์ฉุกเฉิน	286,500,000	15,959,620	270,540,380	5.57
งบฟื้นฟูผู้พิการ	191,000,000	8,742,525	182,257,475	4.58
ผลรวมทั้งหมด	54,428,628,878	23,649,280,020	30,779,348,858	43.45

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการเงิน , 1 พ.ค.49

5.2 การบริหารกองทุนบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

5.2.1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์ กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง⁵

1. กรณีผู้ป่วยนอก

สปสช. ได้จ่ายชดเชยให้กับหน่วยการที่มีการเรียกเก็บฯ เป็นจำนวนเงิน 83.15 ล้านบาท จากข้อมูลผ่านการตรวจสอบ 48,963 รายการ (ร้อยละ 99.95 ของจำนวนการเรียกเก็บทั้งหมด 48,987 รายการ) โดยมีอัตราค่าชดเชยเทียบกับคะแนนเท่ากับ 1.91 บาทต่อคะแนน รายละเอียด (ตาราง 20)

ตาราง 20 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (ด.ค.48- มี.ค.49)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย(ล้านบาท) (จ่ายจริงไม่เกิน รายการเรียกเก็บ)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ			
ด.ค.48	12,376	12,368	99.94	20.80	1.83	20.80
พ.ย.48	13,020	13,015	99.96	22.09	1.79	22.09
ธ.ค.48	12,190	12,186	99.97	20.53	1.96	20.53
ม.ค.49	11,401	11,394	99.94	19.73	2.06	19.73
รวม	48,987	48,963	99.95	83.15	1.91	83.15

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 เม.ย.49

⁵ ข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลเพียงจ่ายจากสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 10 กรกฎาคม 2548

2. กรณีผู้ป่วยใน

1) กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการที่กำหนด ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ (ก่อนคำนวณอัตราจ่ายจริงตามยอดเหตุน้ำที่ได้รับจัดสรร) ในอัตราประมาณการ 8,000 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ จำนวนรวม 56,861.87 หน่วย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 454.89 ล้านบาท ของข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบ 23,208 ราย (ร้อยละ 91.21 จากจำนวนทั้งหมด 25,445 ราย) รายละเอียด (ตาราง 21)

ตาราง 21 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกรณีผู้ป่วยในตามรายการที่กำหนด (ด.ค.48-ม.ค.49)

เดือน	เรียกเก็บ	เข้าเกณฑ์		ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับค่า ตามวันนอนรวม	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
	(รายการ)	(รายการ)	(ร้อยละ)		
ด.ค.48	6,267	5,627	89.79	13,580.48	108.64
พ.ย.48	6,064	5,506	90.80	13,140.16	105.12
ธ.ค.48	6,607	6,235	94.37	15,950.00	127.60
ม.ค.49	6,507	5,840	89.75	14,191.22	113.53
รวม	25,445	23,208	91.21	56,861.87	454.89

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 เม.ย.49

2) กรณีโรคที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากับและมากกว่า 4 ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ (ก่อนคำนวณอัตราจ่ายจริงตามยอดเหตุน้ำที่ได้รับจัดสรร) ในอัตราประมาณการ 6,000 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ จำนวนรวม 112,432.74 หน่วย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 674.60 ล้านบาท ของข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบ 18,031 ราย (ร้อยละ 97.41 จากจำนวนทั้งหมด 18,510 ราย) รายละเอียด (ตาราง 22)

ตาราง 22 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกรณีผู้ป่วยใน (ด.ค.48-ม.ค.49)

เดือน	เรียกเก็บ	เข้าเกณฑ์		ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับค่า ตามวันนอนรวม	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
	(รายการ)	(รายการ)	(ร้อยละ)		
ด.ค.48	4,605	4,473	97.13	27,995.37	167.97
พ.ย.48	4,640	4,467	96.27	27,648.24	165.89
ธ.ค.48	4,790	4,649	97.06	28,918.71	173.51
ม.ค.49	4,475	4,442	99.26	27,870.43	167.22
รวม	18,510	18,031	97.41	112,432.74	674.60

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 เม.ย.49

3) กรณีค่าใช้จ่ายสูงแบบจ่ายเพิ่ม (Additional payment) สปสช.ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ กรณีค่าใช้จ่ายสูงแบบจ่ายเพิ่ม จำนวน 10.60 ล้านบาท สำหรับจำนวนการขอเบิกที่ผ่านมาการตรวจสอบ 1,316 รายการ (ร้อยละ 75.81 ของข้อมูลที่ผ่านมาขอรับการชดเชยทั้งหมด 1,736 รายการ) โดยมีอัตราค่าชดเชยต่อคะแนนเท่ากับ 1.91 บาท ต่อคะแนน รายละเอียด (ตาราง 23)

ตาราง 23 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายสูง จ่ายเพิ่ม (ต.ค.48-ม.ค.49)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย(ล้านบาท)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ			
ต.ค.48	433	361	83.37	2.84	1.83	2.84
พ.ย.48	418	312	74.64	2.60	1.79	2.60
ธ.ค.48	445	329	73.93	2.46	1.96	2.46
ม.ค.49	440	314	71.36	2.69	2.06	2.69
รวม	1,736	1,316	75.81	10.60	1.91	10.60

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,10 เมย.49

5.2.2 การบริหารงบบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1. กรณีผู้ป่วยนอก

กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน สปสช. ได้จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่มีการเรียกเก็บ เป็นจำนวนเงิน 24.96 ล้านบาท สำหรับจำนวนการเรียกเก็บที่ผ่านการตรวจสอบ 46,103 รายการ (ร้อยละ 98.65 จากจำนวนการเรียกเก็บ 46,736 รายการ) โดยมีอัตราราคาชดเชย เทียบกับคะแนนเท่ากับ 1.34 บาทต่อคะแนน (ตาราง 24)

ตาราง 24 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (ต.ค.48-ม.ค.49)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	ผลการตรวจสอบ		คะแนนรวม (ล้านคะแนน)	ค่าบาท: คะแนน	จ่ายชดเชย(ล้านบาท) (จ่ายจริงไม่เกิน รายการเรียกเก็บ)
		จ่ายชดเชย (รายการ)	ร้อยละ			
ต.ค.48	10,848	10,726	98.88	5.97	1.32	5.97
พ.ย.48	11,346	11,200	98.71	5.79	1.24	5.79
ธ.ค.48	11,217	11,010	98.15	6.18	1.42	6.18
ม.ค.49	13,325	13,167	98.81	7.02	1.39	7.02
รวม	46,736	46,103	98.65	24.96	1.34	24.96

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 เมย.49

2. กรณีผู้ป่วยใน

กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน สปสช. ได้จ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ (ก่อนคำนวณอัตราจ่ายจริงตามยอดเบิกจ่ายที่ได้รับจัดสรร) ในอัตราประมาณการ 4,000 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ จำนวนรวม 49,006.73 หน่วย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 196.03 ล้านบาท ของข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ 58,696 ราย (ร้อยละ 91.68 จากจำนวนทั้งหมด 64,026 ราย) (ตาราง 25)

ตาราง 25 การจ่ายชดเชยด้วยอัตราประมาณการ (Quick Pay) ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ต.ค.48-ม.ค.49)

เดือน	เรียกเก็บ (รายการ)	เข้าเกณฑ์		ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับค่า ตามวันนอนรวม	จ่ายชดเชย (ล้านบาท)
		(รายการ)	(ร้อยละ)		
ตค.48	16,144	14,593	90.39	12,289.74	49.16
พย.48	15,749	14,134	89.75	11,887.58	47.55
ธค.48	16,130	14,393	89.23	12,137.35	48.55
มค.49	16,003	15,576	97.33	12,692.06	50.77
รวม	64,026	58,696	91.68	49,006.73	196.03

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,10 เมย.49

5.2.3 การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์

สปสช. ได้พัฒนาระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการในกรณีค่าใช้จ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่าง กองทุนสาขา โดยใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งมาจากหน่วยบริการที่ต้องการเบิกชดเชยค่าบริการตามเงื่อนไขที่สปสช.กำหนด

- การตรวจสอบเวชระเบียนที่ได้รับการจ่ายชดเชย ณ หน่วยบริการ ทั้งในส่วนของการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการ (coding audit) และตรวจสอบการคิดค่ารักษาพยาบาล (billing audit)
- การพัฒนาทีมตรวจสอบเวชระเบียนของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ภูมิภาค

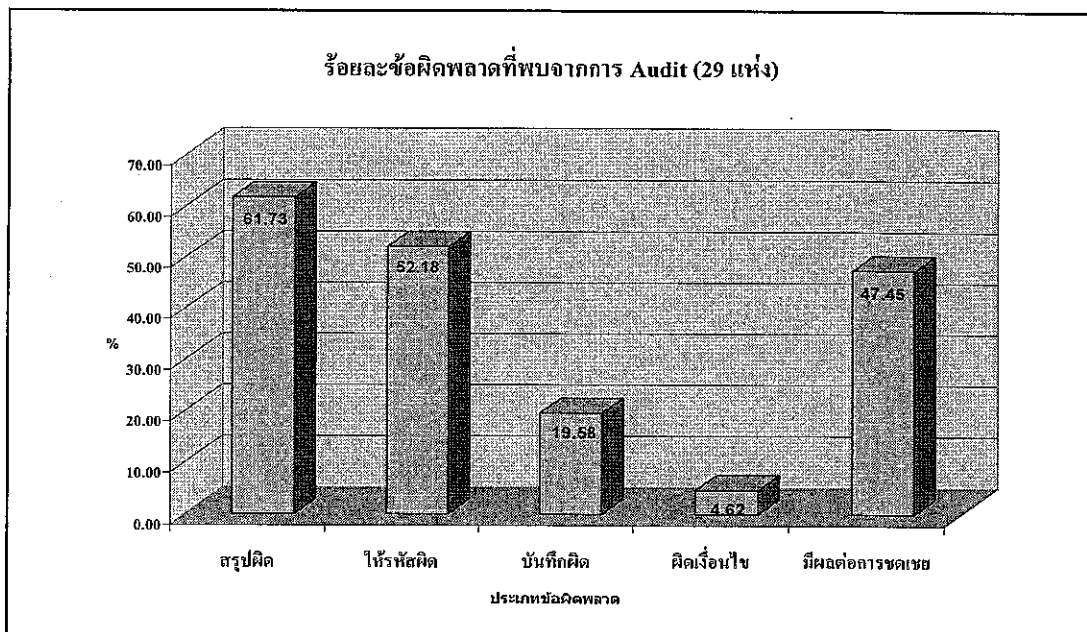
การพัฒนาระบบการตรวจสอบเวชระเบียน ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด

ผลการดำเนินงาน (ต.ค. 2548 – มี.ค. 2549)

1) การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ ในกรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายชดเชยค่าบริการในกรณี ค่าใช้จ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่างกองทุนสาขา

- ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ จำนวน 29 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58 ของเป้าหมาย โดยตรวจสอบเวชระเบียนจำนวน 1,905 ฉบับ
- ผลการตรวจสอบเวชระเบียนดังกล่าวพบว่ามีข้อผิดพลาดจำนวน 1,591 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.52 ของเวชระเบียนที่ตรวจสอบ
- ข้อผิดพลาดที่พบส่วนใหญ่เกิดจาก การสรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลจำนวน 1,176 ฉบับ (ร้อยละ 61.73 ของเวชระเบียนที่ตรวจสอบ) และการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการจำนวน 994 ฉบับ (ร้อยละ 52.18 ของเวชระเบียนที่ตรวจสอบ)
- เวชระเบียนที่ตรวจสอบพบข้อผิดพลาด ทำให้มีผลกระทบต่อกรจ่ายชดเชย จำนวน 755 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 47.45 ของเวชระเบียนที่ตรวจสอบพบข้อผิดพลาด

แผนภูมิ 3 ร้อยละข้อผิดพลาดที่พบจากการตรวจสอบเวชระเบียนหน่วยบริการ 29 แห่ง



แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 10 เม.ย. 49

ผลกระทบต่อค่า AdjRW หลังการตรวจสอบเวชระเบียนพบว่า ค่า AdjRW รวมลดลง 25 แห่ง (ร้อยละ 86.21) และ ค่า AdjRW รวมเพิ่มขึ้น 4 แห่ง (ร้อยละ 13.79)

2) การพัฒนาทีมตรวจสอบเวชระเบียนของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ ภูมิภาค

- ได้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจสอบเวชระเบียน ให้แก่ คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ภูมิภาค นครสวรรค์ เชียงใหม่ หาดใหญ่ และ สุราษฎร์ธานี
- ฝึกการตรวจสอบเวชระเบียน ณ หน่วยบริการ ให้แก่คณะกรรมการฯที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ

3) การพัฒนาระบบการตรวจสอบเวชระเบียน ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ดำเนินงานตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด และได้แจ้งแนวทางดังกล่าวให้ผู้รับผิดชอบทราบ ซึ่งขณะนี้ สปสช. สาขาจังหวัดหลายแห่งกำลังดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของหน่วยบริการในจังหวัด ทั้งนี้ได้กำหนดให้ สปสช.สาขาจังหวัด ส่งผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน รอบที่ 1 ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายในวันที่ 31 พ.ค. 2549

- จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบเวชระเบียน ของ สปสช.สาขาจังหวัด ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจำนวน 160 คน ในวันที่ 8 ก.พ. 2549
- พัฒนาโปรแกรมการสุ่มเลือกเวชระเบียนและบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียนในส่วนของ สปสช.สาขาจังหวัด

5.3 การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์โครงการนาร่องตามมาตรา 12

ผลการดำเนินงานโครงการนาร่องตามมาตรา 12 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2548-31 มีนาคม 2549 ที่ดำเนินการในพื้นที่นาร่องได้แก่ โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น เชียงใหม่ นครสวรรค์ รพ.ราชวิถี รพ. ภูมิพลอดุลยเดช และ รพ. นพรัตนราชธานี มีผลการดำเนินงานแสดงในตาราง 26

ตาราง 26 ผลการดำเนินงานตามโครงการนาร่องตามมาตรา 12 (ต.ค.48-ม.ค.49)

ระยะเวลาดำเนินการ	ต.ค. - ธ.ค. 48	ม.ค.- มี.ค. 49	ต.ค.48 - มี.ค.49
จำนวน รพ.ในโครงการ (แห่ง)	68	68	68
จำนวน รพ.ที่ส่งเบิก (แห่ง)	54	10	54
จำนวนที่เบิก (ราย)	1,111	144	1,255
จำนวนเงินที่เบิก (บาท)	13,198,312	941,944	14,140,256
หมายเหตุ	ไม่สำรองจ่าย	ไม่สำรองจ่าย	ไม่สำรองจ่าย

รวบรวมข้อมูล ณ วันที่ 17 เมษายน 2549

บทที่ 6

ผลงานที่สำคัญ และงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

6.1 ผลงานที่สำคัญ

6.1.1 โครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะ (Disease Management)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคี และสมาคมวิชาชีพ ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการบริหารจัดการโรคค่าใช้จ่ายสูงและโรคเรื้อรังในด้านต่างๆ ได้แก่ วิธีการจัดการบริการ การส่งต่อ แนวทางการดูแลรักษาหรือแนวเวชปฏิบัติ แนวทางการตรวจคัดกรอง การป้องกัน การฟื้นฟู ระบบการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ในแต่ละโรค และระบบการเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาลที่เหมาะสมกับต้นทุนการรักษาที่เกิดขึ้นจริง มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในโครงการนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และเพิ่มคุณภาพการรักษาที่ถูกต้อง ทันทีทันที่ ลดภาวะความแทรกซ้อน และความพิการ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคค่าใช้จ่ายสูงต่างๆอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการบริการโรคค่าใช้จ่ายสูงและโรคเรื้อรัง ที่ทันสมัยและได้มาตรฐานในระบบสุขภาพของประเทศไทย ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันความเสี่ยง การดูแลรักษาในหน่วยบริการ การฟื้นฟูดูแลหลังการรักษา รวมทั้งพัฒนาและสร้างสมรรถนะด้านองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับหน่วยบริการทั่วประเทศ รวมถึงพัฒนาระบบการจัดการด้านสารสนเทศ (clinical information system)

3. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการ การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (ค่าผ่าตัด ค่ายา รวมถึงค่าใช้จ่ายโดยรวมในการดูแลผู้ป่วย) รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการจัดการระบบบริการแก่ผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูงและโรคเรื้อรังซึ่งมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยคำนวณจากต้นทุนรวมรายผู้ป่วย สำหรับหน่วยบริการที่ให้การรักษานักป่วยในแต่ละระดับ โดยจ่ายตามผลการขึ้นทะเบียนและแผนการรักษา ที่กำหนด

ในรอบ 6 เดือนแรก มีการดำเนินการในผู้ป่วยจำนวน 9 โรค โดยโรคที่มีการลงทะเบียนมากที่สุดเมื่อเทียบกับเป้าหมาย คือ โรคลมชัก (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (ร้อยละ 27.33) และการแก้ไขความผิดปกติแต่กำเนิด (ร้อยละ 11.90) ร้อยละของโรคที่มีการลงทะเบียนต่ำสุดเมื่อเทียบกับเป้าหมาย คือ โรคหัวใจ (1.78) รองลงมาคือโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในผู้ใหญ่ (2.06) และโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ (2.91) รายละเอียด (ตาราง 27)

ตาราง 27 ผลการดำเนินงาน การบริหารผู้ป่วยโรคเฉพาะ ในรอบ 6 เดือน

โรค	จำนวนหน่วยบริการเป้าหมาย	เป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิ์ทั้งปี	ผู้มีสิทธิ์ที่ลงทะเบียนแล้ว	ร้อยละ
โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย	39 แห่ง	1500	410	27.33
โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัด	ศูนย์ผ่าตัดหัวใจ 4 ศูนย์/ หน่วยบริการรับส่งต่อ 19 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,460	26	1.78
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก	23 แห่ง	540	41	7.59
โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในเด็ก	23 แห่ง	75	7	9.33
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในผู้ใหญ่	31 แห่ง	1,702	35	2.06

โรค	จำนวนหน่วยบริการเป้าหมาย	เป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิทั้งปี	ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนแล้ว	ร้อยละ
โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่	31 แห่ง	2,406	70	2.91
การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแต่กำเนิดปากแหว่งเพดานโหว่ในเด็กเกิดใหม่ที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 เป็นต้นมา (โครงการยิ้มสวย เสียงใส เฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา)	42 แห่ง	4,000	476	11.90
โรคลมชักที่ต้องดูแลทางอายุรกรรมและรักษาด้วยการผ่าตัด เฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา พระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารี	ปี 2549 ดำเนินการร่วมกับมูลนิธิเทียนส่องใจเพื่อคนไข้โรคลมชัก	2400	2,400	100.00
	ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดอยู่ระหว่างดำเนินการลงทะเบียนและจัดชุดสิทธิประโยชน์อย่างครบวงจร หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ 1 แห่ง	400		
การผ่าตัดเปลี่ยนไตในรายไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนำร่อง	สถาบันนำร่อง 6 แห่ง	20	NA	0.00
โรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส	908 แห่ง	82,000 ราย	NA	0.00
ผ่าตัดตาต่อกระจกเพื่อป้องกันตาบอดในผู้สูงอายุ	ร่วมกับมูลนิธิ พอ.สว. มูลนิธิโรงพยาบาลมหาชน นครราชสีมา, มูลนิธิโรงพยาบาลบ้านแพ้ว, ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (พื้นที่ห่างไกล)	20,000	อยู่ระหว่างดำเนินการ	0.00

แหล่งข้อมูล : สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัญหาอุปสรรค

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ (Bureau of Disease Management) เพื่อบริหารกองทุนโรคค่าใช้จ่ายสูงและโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น แต่การเบิกจ่ายงบประมาณในส่วนนี้ยังมีน้อย เนื่องจากการบริหารจัดการโรค ต้องมีระยะเวลาในการเตรียมการหลายขั้นตอน เช่น มีการประชุมคณะทำงานหลายครั้งจึงมีรูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม รวมถึงมีการจัดทำคู่มือแนวเวชปฏิบัติต่างๆ คู่มือผู้ป่วย การจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อรองรับระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการชี้แจงทำความเข้าใจกับหน่วยบริการในระดับต่างๆ เกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคค่าใช้จ่ายสูงอย่างต่อเนื่อง การเตรียมการทั้งหมดใช้ระยะเวลาทำให้การดำเนินงานเกิดความล่าช้า

6.1.2 การดำเนินงานศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral Coordinating Center)

สปสข. ได้ดำเนินการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องคอยคิวรับการผ่าตัดเป็นเวลานานให้สามารถรับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น โดยรับข้อมูลผู้ป่วยที่คอยคิวผ่าตัดหัวใจจากสถาบัน/โรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ และดำเนินการประสานผู้ป่วยเพื่อเกลี้ยไประรับการผ่าตัดยังสถาบัน/โรงพยาบาลที่มีคิวสั้นกว่า

จากการประชุมคณะทำงานส่งต่อผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ได้มีมติให้ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังนี้

1. จัดทำการจำแนก (Classification) ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน
2. ให้มีการจ่ายเงินเพื่อเป็นแรงจูงใจให้กับโรงพยาบาลที่ทำการรักษา โดยใช้ศักยภาพของปีก่อนหน้าเป็นพื้นฐานในการเปรียบเทียบ (จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้ต้องไม่น้อยกว่ายอดที่เคยทำได้และส่วนเกินจ่ายเงินเพิ่มเพื่อเป็นแรงจูงใจ
3. จัดทำระบบลงทะเบียน (Register) ผู้ป่วยโรคหัวใจ
4. ปรับอัตราการจ่ายค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรคหัวใจให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง
5. จัดทำเป็นโครงการเฉลิมฉลองการครองศิริราชสมบัติ 60 ปี (เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเดิมก่อน)

ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 31 มีนาคม 2549 ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่คอยคิวนานเกิน 3 เดือนจากสถาบัน/โรงพยาบาลต่างๆ รวม ยังเหลือผู้ป่วยที่ต้องดำเนินการจำนวน 1,363 ราย (ร้อยละ 94.33) จากผู้ป่วยทั้งหมด 1,445 ราย เนื่องจากเสียชีวิต จำนวน 42 ราย ไม่มีที่อยู่ ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 40 ราย ได้ดำเนินการประสานแล้ว จำนวน 551 ราย (ร้อยละ 40.43) ส่วนผู้ป่วยที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินการ 812 ราย (ร้อยละ 59.57) รายละเอียด (ตาราง 28)

ตาราง 28 การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ปีงบประมาณ 2549 (ต.ค.48 - มี.ค.49)

การประสานส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ	ต.ค.48 - มี.ค.49	
	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจ	1,445	100
1. ผู้ป่วยที่ต้องดำเนินการ	1,363	94.32
1.1 ดำเนินการประสานแล้ว	551	40.43
1.1.1 ประสานแล้วทราบผล	73	13.25
1.1.1.1 ต้องการให้เกลี้ยคิว	41	
1.1.1.2 ไม่ต้องการให้เกลี้ยคิว	32	
- ผ่าตัดแล้ว	14	
- ขอรักษาที่เดิม	18	
1.1.2. รอตัดสินใจ	14	2.54
1.1.3 รอการติดต่อกลับ	408	74.05
1.1.4 ติดต่อไม่ได้	56	10.16
1.2 อยู่ระหว่างดำเนินการ	812	59.57
2. ตรวจสอบข้อมูลพบว่าเสียชีวิต	42	2.91
3. ไม่มีที่อยู่ ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	40	2.77

แหล่งข้อมูล : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 31 มี.ค. 49

6.2 การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณ 2549

6.2.1 โครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสวัสดิการที่รัฐบาลจัดให้กับข้าราชการ ข้าราชการเกษียณและบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยและเป็นขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการที่ผ่านมา แม้ว่าผู้มีสิทธิจะค่อนข้างพึงพอใจกับสวัสดิการที่ได้รับ แต่พบว่ายังคงมีปัญหาบางประการได้แก่

1. การที่ผู้มีสิทธิต้องจ่ายค่าบริการไปก่อนการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดปัญหาสภาพคล่องทางการเงินแก่ข้าราชการชั้นผู้น้อยและครอบครัว ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของ ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังและต้องรักษาต่อเนื่อง

2. การเบิกจ่ายในระบบปัจจุบันมีต้นทุนในการดำเนินการเบิกจ่ายค่อนข้างสูง ประมาณ 100 บาท/ครั้งหรือต้องมีค่าใช้จ่ายในการนี้ปีละกว่า 400-500 ล้านบาท

3. การจำกัดให้มีสิทธิใช้บริการได้เฉพาะในโรงพยาบาลรัฐ ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการรับบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐมักแออัด คิวยาว และห้องพิเศษมักเต็มต้องรอคิวนาน

4. การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างต่อเนื่อง อัตราการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปีละกว่าร้อยละ 10 และมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรสูงที่สุดในบรรดาโครงการประกันสุขภาพของรัฐ

5. การไม่ทราบจำนวนผู้มีสิทธิที่แน่นอนและไม่มีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิทำให้ยากต่อการวางแผนการควบคุมค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการและคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพ

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังซึ่งเป็นผู้ดูแลกองทุนได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงดำเนินการปฏิรูปโดยร่วมกับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ(สทส.) ในการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในด้วยระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และนำร่องดำเนินการให้ผู้สิทธิไม่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้าสำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง พบว่ามีความก้าวหน้าในการดำเนินการเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหาการขาดประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่มีหลายระบบและบริหารจัดการโดยหลายหน่วยงาน เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบ ความซ้ำซ้อนในการทำงานและสิทธิในบางกรณี จึงมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งรับผิดชอบบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ามาร่วมทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยกรมบัญชีกลางยังคงเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยมีการปรับปรุงประสิทธิภาพระบบเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2549 (ตุลาคม 2548 – มีนาคม 2549)

ด้านการบริหารจัดการระบบ

1. การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการเบิกแทนผู้มีสิทธิได้ เพื่อผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนเมื่อใช้บริการผู้ป่วยนอก และไม่ต้องใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัดเมื่อใช้บริการผู้ป่วยใน ได้ จัดอบรมโปรแกรมการเบิกจ่ายทางอิเล็กทรอนิกส์ให้แก่สถานพยาบาลของรัฐ ส่วนที่เพิ่มจากเดิมอีก 721 แห่ง เพื่อให้ครอบคลุมสถานพยาบาลของรัฐทุกระดับทั่วประเทศ (ดำเนินการโดย สปสช. และ สทส. ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2548 – มีนาคม 2549) มีผู้เข้าร่วม ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมอบรมทั้งสิ้น 721 แห่ง (ส่วนที่เพิ่มจากเดิมและส่วนที่อบรมซ้ำ) (รวมทั้งสิ้น 978 แห่ง)

1.2 การดำเนินการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายผ่าน สกส. หลังจากจากอบรมแล้ว โรงพยาบาลจะใช้เวลา 1-3 เดือนในการเตรียมความพร้อมของระบบเครือข่ายเพื่อดำเนินการเบิกแทนผู้มีสิทธิ ซึ่งคาดว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งมีความพร้อมให้บริการในระบบใหม่คือสามารถดำเนินการเบิกแทนผู้มีสิทธิได้ประมาณเดือนเมษายน 2549 เป็นต้นไป

1.3 สิ้นเดือนมีนาคม 2548 โรงพยาบาลที่ให้บริการเบิกแทนผู้มีสิทธิโดยส่งข้อมูลการเบิกจ่ายผ่าน สกส. มีจำนวน 660 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 67 ของโรงพยาบาลที่เข้าอบรมทั้งหมด

2. การปรับปรุงฐานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัวให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

กิจกรรมและผลการดำเนินงาน

1. สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช. พัฒนาโปรแกรมการตรวจสอบสิทธิ การปรับปรุงข้อมูลด้วยตนเอง และการบันทึกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงตามที่ได้รับอนุญาต

2. จัดอบรมโปรแกรมฐานข้อมูลผู้มีสิทธิแก่เจ้าหน้าที่คลังจังหวัด ส่วนราชการระดับกรม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแนะนำและตอบปัญหาการใช้งานโปรแกรมสำหรับหน่วยเบิกทั่วประเทศ (ดำเนินการโดย สปสช. และศูนย์เทคโนโลยีฯ กรมบัญชีกลาง ในช่วงวันที่ 19 - 23 ธันวาคม 2548 และวันที่ 2 มีนาคม 2549) มีจำนวนผู้เข้าอบรมทั่วประเทศทั้งสิ้น 994 คน ประกอบด้วย ส่วนราชการระดับกรม 499 คน สำนักงานคลังเขต คลังจังหวัด และคลังจังหวัด ณ อำเภอ รวม 189 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 156 คน เจ้าหน้าที่งานทะเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ สาขาจังหวัด 130 คน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง 20 คน

3. กรมบัญชีกลางโดยกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ...
กำกับติดตามการปรับปรุงฐานข้อมูลผู้มีสิทธิของหน่วยงานต้นสังกัดและหน่วยเบิกทั่วประเทศรวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการทั่วประเทศดำเนินการปรับปรุงข้อมูลของตนเอง ณ มีนาคม 2549 มีข้าราชการเข้ามาปรับปรุงข้อมูลตนเองทั้งสิ้น 130,296 ราย และหน่วยเบิกเข้าใช้โปรแกรม 4,017 แห่ง (การใช้งานโปรแกรมเริ่มเมื่อ 20 มกราคม

ผลลัพธ์ของโครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาล

เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้บริการรักษายาบาล ได้ดำเนินการให้ผู้รับเบี้ยหวัด / บำนาญที่เจ็บป่วยทุกโรค (รวมทั้งข้าราชการและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง และมีใบรับรองแพทย์) สามารถไปใช้บริการผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินค่ารักษายาบาลไปก่อน และใช้บริการผู้ป่วยในโดยไม่ต้องใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 โดยสามารถใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ (รพ.ศูนย์ และ รพ.ทั่วไป) และขยายจำนวนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับ คาดว่าในเดือนเมษายน 2549 ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการระบบใหม่ได้ในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ

จากการดำเนินการดังกล่าวมีจำนวนผู้รับเบี้ยหวัด / บำนาญมาใช้บริการรักษายาบาลโดยลงทะเบียนแสดงความจำนงเพื่อให้โรงพยาบาลเป็นผู้เบิกแทน มีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 39.4 ของผู้มีสิทธิทั้งหมด (322,786 คน) (ตาราง 29)

ตาราง 29 ผู้รับเบียดหัว/ปานาญที่ลงทะเบียนแสดงความจำนงให้โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลแทน

เดือน	การลงทะเบียน (ราย)		
	จำนวน	จำนวนสะสม	ร้อยละผู้มีสิทธิ (%)
ก่อน ต.ค. 48	17,670	17,670	5.5
ต.ค. 48	9,804	27,474	8.5
พ.ย. 48	22,239	49,713	15.4
ธ.ค. 48	19,334	69,047	21.4
ม.ค. 49	20,549	89,596	27.8
ก.พ. 49	19,102	108,698	33.7
มี.ค. 49	18,550	127,248	39.4

แหล่งข้อมูล : สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 27 เม.ย. 49

ด้านการบริการสอบถามข้อมูล

เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิ รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสอบถามข้อมูลของโครงการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งการร้องเรียนต่างๆ ได้ดำเนินการระหว่างกรมบัญชีกลาง และสำนักบริการประชาชน สปสช. ในการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบ รวมทั้งโปรแกรมการปรับปรุงข้อมูลตนเอง เพื่อเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารให้ผู้มีสิทธิและผู้เกี่ยวข้องสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยผ่านทาง Call Center 1330 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง นั้น

มีผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยบริการทั่วประเทศ ใช้บริการสอบถามข้อมูลผ่านระบบ Call Center 1330 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกเนื้อหาสูงสุดคือการตรวจสอบสิทธิ (ร้อยละ 28.65) รองลงมาคือ ตรวจสอบสถานพยาบาล (ร้อยละ 23.32) และ วิธีใช้บริการ (ร้อยละ 11.82) และต่ำสุดคือ การสอบถามจากหน่วยบริการ (ร้อยละ 2.18) (ตารางที่ 30)

ตาราง 30 การสอบถามข้อมูลของผู้มีสิทธิและหน่วยบริการ ผ่าน Call Center 1330 สปสช.

เนื้อหา1	2548			2549			ร้อยละ(ต.ค. 48-มี.ค.49)
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	
1.การตรวจสอบสิทธิ	309	105	56	16	20	32	28.65
2.ตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาล	278	74	46	14	9	17	23.32
3. วิธีการใช้บริการ	157	27	27	7	3	15	12.57
4. สิทธิประโยชน์	140	39	21	6	9	7	11.82
5.บุคคลผู้มีสิทธิในระบบจ่ายตรง	98	24	15	6	3	25	9.11
6.การสอบถามจากหน่วยบริการ	16	3	2	2	-	18	2.18
7.ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ (เริ่มโปรแกรม ม.ค.49)	-	-	-	5	37	114	8.31
8. อื่นๆ	27	15	1	7	3	23	4.05
ทั้งหมด	1,025	287	168	63	84	251	100.00

แหล่งข้อมูล : สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 27 เม.ย. 49