

Extra Billing

อะไรทำได้ ทำไม่ได้



Extra Billing

อะไรทำได้ ทำไม่ได้





Extra Billing

อะไรทำได้ ทำไม่ได้



ที่ปรึกษา

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

คณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับ

เพื่อรับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทีมบรรณาธิการ

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช.

สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สปสช.

สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สปสช.

สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช.

สำนักกฎหมาย สปสช.

จัดทำโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พิมพ์ครั้งที่ 1

E-Book เดือน สิงหาคม พ.ศ.2563

จัดพิมพ์โดย

.....



คำนำ

สิบแปดปีของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง เป็นหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ และบริหารจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพ ภายใต้หลักการ “เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข” หรือ “ดีช่วยป่วย รวยช่วยจน” เพื่อคุ้มครองประชาชนให้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย อย่างเท่าเทียม และปกป้องความเสี่ยงหรือภาวะวิกฤติทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

สถานการณ์ที่ผ่านมา พบปัญหาผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมในการใช้สิทธิที่ได้รับหรือถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ ที่เรียกว่า Extra Billing มีผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลต่อความล้มเหลวของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ตามความจำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ คือ 1) เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเรียกเก็บเงินของหน่วยบริการ 2) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหากรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ และ 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอมาตรการที่จะนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

การดำเนินการเรื่องนี้ ถือเป็นมาตรการในการช่วยคุ้มครองสิทธิของประชาชน และเป็นโอกาสที่ดีในการทบทวนสิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชยค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยไม่ถูกเรียกเก็บเงิน โดยคำนึงถึงความเพียงพอ เป็นธรรม ประสิทธิภาพ และยั่งยืน ตามข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ (SAFE)

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ประธานคณะกรรมการศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหา

กรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับ

เพื่อรับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

“Extra billing” อะไรทำได้ ทำไม่ได้

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ คือ 1) เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเรียกเก็บเงินของหน่วยบริการ 2) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหากรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ และ 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับมาตรการที่จะนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

เป้าหมายหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีประสิทธิภาพให้กับประชาชน และปกป้องครัวเรือนจากการเกิดวิกฤติทางการเงิน หรือต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ครอบคลุมบริการอย่างรอบด้าน โดยยกเว้นบริการบางอย่างที่ไม่คุ้มครอง เช่น บริการเพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ บริการที่เกินความจำเป็น การรักษาที่อยู่ระหว่างคันคว่ำทดลอง เป็นต้น และมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด

สิทธิของประชาชนและหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชน รวมทั้งการร่วมจ่าย กำหนดไว้ในมาตรา 5, 6, 7, 8 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 สิทธิของหน่วยบริการในการได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้ในมาตรา 38, 46, 18(4), 26(5) การคุ้มครองสิทธิของประชาชนที่ไม่ได้รับความสะดวกตามสิทธิ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนด สามารถร้องเรียนต่อสำนักงานให้มีการสอบสวนได้ เป็นไปตามมาตรา 59

ทั้งนี้เป็นไป ตามประกาศ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ



การที่ประชาชนประสบปัญหาถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ จะนำไปสู่ปัญหาหรือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและอาจก่อวิกฤตทางการเงินให้ประชาชน การที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ หรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด (Extra billing) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ไม่สามารถกระทำได้ และในต่างประเทศ เช่น เยอรมนี ญี่ปุ่น ห้ามเก็บ Extra billing ในระบบหลักประกันสุขภาพเช่นกัน

สถานการณ์ปัญหาที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากเรื่องราวร้องเรียนของประชาชนพบว่า ประเด็นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ หรือ Extra billing ประกอบด้วย การถูกเรียกเก็บเงินกรณี (1) ใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (2) รับบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (3) Lab และเวชภัณฑ์ (4) เข้ารับบริการนอกเวลาราชการ และ (5) บริการอื่นๆที่อยู่ในสิทธิและมีการกำหนดค่าบริการไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งกรณีอื่นๆ เช่น สิทธิว่าง เด็กแรกเกิด ไม่ตรงตามสิทธิ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน คนพิการทหารผ่านศึก พบผู้ประสบภัยจากรถ ค่าบริการกรณีขอใช้ห้องพิเศษ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่หน่วยบริการจะเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ และบางส่วนมีการให้ผู้มีสิทธิเขียนและลงนามหนังสือยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขของตนเอง

ยอดภูเขาน้ำแข็งที่ต้องเฝ้าระวังและแก้ไข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ เกิดขึ้นมากกว่าที่มีการร้องเรียน เนื่องจากจำนวนเรื่องที่มีการร้องเรียนเฉลี่ยปีละ 1,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 0.0006 ของจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ดังรายละเอียดในตาราง 1) ในขณะที่ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นในปี 2561 และ 2562 พบว่า กลุ่มเป้าหมายประมาณร้อยละ 3 ถูกเรียกเก็บเงินเมื่อไปใช้บริการสาธารณสุขครั้งสุดท้ายในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา¹

¹ รายงานผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2561 และ 2562 สำรวจโดยมหาวิทยาลัยสวนดุสิต และ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตามลำดับ

ตาราง 1 สรุปการเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากการรับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560, 2561, และ 2562 (9 เดือน)

ประเด็นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ	ปีงบประมาณ 2560		2561		2562 (9 เดือน)	
	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)
1. ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	127	380,861	73	1,251,332	57	1,232,612
2. Lab และเวชภัณฑ์	143	1,517,178	184	2,105,189	149	1,294,963
3. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน	333	6,700,752	402	5,586,997	230	6,160,499
4. การเข้ารับบริการนอกเวลาทำการ	221	318,893	236	1,512,557	85	55,096
5. บริการอื่นๆ ที่อยู่ในสิทธิ และมีการกำหนดค่าบริการไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งกรณีอื่นๆ เช่น สิทธิว่าง เด็กแรกเกิด ไม่ตรงตามสิทธิ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน คนพิการ ทหารผ่านศึก พ.ร.บ. ผู้ประสบภัย จากรถ ค่าบริการกรณีขอใช้ห้องพิเศษฯ	322	1,522,748	189	1,385,220	91	565,390
รวม	1,146	10,440,432	1,084	11,841,295	612	9,308,560

ที่มา: ระบบ Data Center สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช. ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

ความพยายามในการแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาตรการดำเนินการที่ผ่านมา สามารถแก้ปัญหาที่มีการร้องเรียนได้ส่วนหนึ่ง และประชาชนบางส่วนได้รับเงินที่ถูกเรียกเก็บคืน สรุปการดำเนินการโดยสังเขปดังนี้

ประเด็นที่ถูกเรียกเก็บเงิน	ความพยายามในการแก้ปัญหา
- ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	- ประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข กรณีรายการยาที่ประกาศเพิ่มเติมในบัญชียาหลักแห่งชาติ - กำหนดแนวทางปฏิบัติเรื่องการใชยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ



ประเด็นที่ถูกเรียกเก็บเงิน	ความพยายามในการแก้ปัญหา
- Lab และเวชภัณฑ์ - บริการอื่นๆที่อยู่ในสิทธิและมี การกำหนดค่าบริการไว้อย่าง ชัดเจน	• ชี้แจง/สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่หน่วยบริการเกี่ยวกับแนวทางการ ขอรับค่าใช้จ่ายประจำปี • ปรับปรุง/พัฒนารูปแบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ โดยเฉพาะ งบประมาณที่กันไว้ที่ส่วนกลาง (Central Reimbursement) สำหรับ ค่าบริการรายการเฉพาะ บริการที่ประกาศเพิ่มเติม ค่าอุปกรณ์และ อวัยวะเทียม
- การเจ็บป่วยฉุกเฉิน - การรับบริการนอกเวลาราชการ	• ประกาศหลักเกณฑ์ ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข และการเรียกเก็บค่าบริการ • ชักซ้อมความเข้าใจ และ สื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ • สนับสนุนการปฏิรูปห้องฉุกเฉินตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
ภาพรวม	• กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขการร้องเรียนเกี่ยวกับการเรียกเก็บ ค่าบริการ โดยออกหนังสือชักซ้อมความเข้าใจและแจ้งให้หน่วยบริการ ทราบและถือปฏิบัติ • ประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขและสิทธิในการไปรับ บริการสาธารณสุข • ตรวจสอบเรื่องร้องเรียน โกล่เกลี่ย สอบสวนและแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ หรือออกคำสั่งให้คืนเงิน แล้วแต่กรณี

อย่างไรก็ตาม การแก้ปัญหายังมีข้อจำกัดและการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงินยังคงมีอยู่ ซึ่งประชาชนยังมีการร้องเรียนต่อเนื่อง สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติหรือเข้าใจ ไม่ตรงกัน ข้อมูลไม่เพียงพอ ความไม่ชัดเจนของประกาศหรือแนวทางปฏิบัติต่างๆ รวมทั้งปัจจัยในเชิงระบบ เช่น ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างรวดเร็วส่งผลต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้น ความพยายามแก้ปัญหาบางอย่างยังส่งผลให้เกิดผลกระทบที่ไม่คาดหมาย เช่น การใช้หนังสือแสดงความ ยินยอม เป็นเหตุในการเรียกเก็บเงินจากผู้ใช้สิทธิ เป็นต้น

ข้อเสนอแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชน
ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ
(Extra Billing) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักการสำคัญ

1. การดำเนินการเรื่องนี้ ถือเป็นมาตรการในการช่วยคุ้มครองสิทธิของประชาชน และเป็นโอกาสที่ดีในการทบทวนสิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชยค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยไม่ถูกเรียกเก็บเงิน โดยคำนึงถึงความเพียงพอเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และยั่งยืน ตามข้อเสนอ SAFE
2. การรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ต้องไม่มี Extra billing ไม่ว่ากรณีใดๆ นั่นคือ หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากผู้มีสิทธิโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ หรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด
3. สร้างระบบให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ รับฟังความเห็นและคำนึงถึงประโยชน์ของทุกฝ่ายอย่างสมดุลและเป็นธรรม รวมทั้งการระงับประมาณ แนวปฏิบัติ คุณภาพ ประสิทธิภาพ และการคุ้มครองสิทธิ
4. ผู้มีสิทธิ อาจจ่ายค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพียง 3 กรณี คือ (1) การร่วมจ่ายค่าบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ตามอัตราและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ซึ่งเรียกว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (Cost sharing) ณ จุดรับบริการ (Copayment at point of service) (2) บริการที่เป็นข้อยกเว้น/ไม่คุ้มครอง (exclusion lists) และ (3) การไปใช้บริการข้ามขั้นตอนหรือไม่เป็นไปตามที่กำหนด

มาตรการแก้ไขและป้องกัน²

1. การแก้ไข

- 1.1 ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการไต่สวนนอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการใช้ inform consent ตามหนังสือที่ สปสช. 3.66/ว.458

² มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2563 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 เห็นชอบข้อเสนอ หลักการ การแก้ไข และการป้องกัน กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing) ตามที่เสนอ และมอบหมายคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ดำเนินการข้อ 1.2, 2.1 คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ดำเนินการข้อ 1.3, 2.2 และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการข้อ 1.1, 1.4, 2.3, 2.4, 2.5 ต่อไป



และ ว.6 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2562 เนื่องจากการนำแบบฟอร์มดังกล่าวไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ (extra billing) เพราะการรับรู้เรื่องยาของประชาชนมีอย่างจำกัด ยากที่จะตัดสินใจได้ในระยะเวลาอันสั้น³

- 1.2 ทำความชัดเจนเรื่องสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยทบทวนนโยบายมติคณะกรรมการ ระเบียบ/ประกาศที่เกี่ยวข้อง เพื่อทดแทนการอ้างอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544
- 1.3 ปรับปรุงระบบสนับสนุนทางการเงินอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดเงื่อนไขที่ทำให้เกิด Extra billing
- 1.4 ทำการซักซ้อมความเข้าใจกับหน่วยบริการและผู้มีสิทธิ ดังต่อไปนี้
 - 1.4.1 หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการเพิ่มเติมจากผู้รับบริการได้ ในกรณีดังนี้
 - 1.4.1.1 การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจ Lab และการใช้เวชภัณฑ์ กรณีที่ผู้ให้บริการเห็นสมควร
 - 1.4.1.2 การใช้ Lab และเวชภัณฑ์ ที่มีการเบิกจ่ายเพิ่มเติมในลักษณะเป็นค่าบริการ หรือรายการอุปกรณ์ตามที่กำหนด
 - 1.4.1.3 การรับบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกระดับ
 - 1.4.2 หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการ กรณีประชาชนเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชนสิทธิหลักประกันฯ โดยให้เรียกเก็บจาก สปสช. ตามประกาศคณะกรรมการฯ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ

2. การป้องกัน

- 2.1 เพิ่มความเข้มแข็งของระบบการพิจารณาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จำเป็น โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า ภาระงบประมาณ และเกณฑ์ต่างๆ ในการตัดสินใจประกาศกำหนด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยไม่ถูกเรียกเก็บเงิน
- 2.2 พัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยขับเคลื่อนการดำเนินการให้เกิดความเพียงพอ เป็นธรรม ประสิทธิภาพ และยั่งยืน ตามข้อเสนอ SAFE

³ สปสช. ส่งหนังสือยกเลิกแนวทางปฏิบัติดังกล่าว เวียนแจ้งไปยังต้นสังกัดหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกแห่งและผู้อำนวยการ สปสช.เขตทุกเขตแล้ว (หนังสือที่ สปสช. 3.66/ว 1927 และ สปสช.3.66/ว.0003 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2563) (รายละเอียดดังภาคผนวก 7)

- 2.3 กำกับติดตามสถานการณ์ปัญหา Extra billing เชิงรุก ผ่านระบบ Audit, Survey, Complaint management รวบรวมปัญหา และจัดการแก้ไขเชิงระบบ รวมทั้งดำเนินการตามกฎหมายอย่างเข้มงวด
- 2.4 สร้างกลไกให้เกิดกระบวนการสนทนายีสันทนาการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในทุกกระดับ เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
- 2.5 เผยแพร่ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของประชาชนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ประชาชนและผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา ชัดเจน เข้าใจง่าย เข้าถึงได้ในทุกช่องทาง

-สารบัญ-

ที่มาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการดำเนินการ และคำจำกัดความ	13
ส่วนที่ 1 แนวคิดพื้นฐาน	17
1.1 ข้อกำหนดตามกฎหมาย: พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545	18
1.2 สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	19
1.3 การถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing)	21
ส่วนที่ 2 สถานการณ์ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเก็บ (Extra billing)	25
2.1 ข้อมูลจากเรื่องร้องเรียนตามมาตรา	50
2.2 ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็น	52
2.3 สถานการณ์การใช้มาตรการควบคุมการเบิกจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: เหตุผลและแนวทางดำเนินการ	00
ส่วนที่ 3 บทวิเคราะห์ และ ข้อเสนอแนะทางดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ	57
3.1 บทวิเคราะห์	58
3.2 ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra Billing)	60
3.3 ข้อเสนอแนะทางการป้องกันและแก้ไขปัญหกรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บ ค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra Billing)	61

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1	ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม และรายการที่ยกเว้น	66
ภาคผนวก 2	การไปรับบริการสาธารณสุข	68
ภาคผนวก 3	การจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขแก่หน่วยบริการ	69
ภาคผนวก 4	แนวทางปฏิบัติเรื่องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	73
ภาคผนวก 5	ความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสร็จที่ 692/2548	75
ภาคผนวก 6	ข้อกฎหมาย / ประกาศ / ระเบียบที่เกี่ยวข้อง	76
ภาคผนวก 7	หนังสือแจ้งยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกรับการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	77
ภาคผนวก 8	คณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติม	81
ภาคผนวก 9	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 2/2563 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563	83



บทนำ

Extra Billing

อะไรทำได้ ทำไม่ได้⁴

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

เป้าหมายหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ คือการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีประสิทธิภาพให้กับประชาชน และปกป้องครัวเรือนจากการเกิดวิกฤติทางการเงิน หรือการที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการตามเจตนารมณ์และข้อกำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประชาชนไทยกว่า 48 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 73 ของประชาชนไทยทั้งหมด เป็นผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การที่ประชาชนประสบปัญหาถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงินโดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ อาจนำไปสู่ปัญหาหรือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2562 เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2562 จึงมีมติให้คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน รับไปพิจารณาศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ หรือ Extra billing เนื่องจากมีผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยคณะอนุกรรมการฯ ได้แต่งตั้งคณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ เพื่อศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ ข้อมูลสถานการณ์ และจัดทำข้อเสนอแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยคำนึงถึงหลักความชอบธรรมและความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

⁴ จัดทำโดยคณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับฯ (ภาคผนวก 8)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเรียกเก็บเงินของหน่วยบริการ
2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหากรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยบริการหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับมาตรการที่จะนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

อภิธานศัพท์

การเก็บเงินส่วนร่วมจ่าย (Cost Sharing) เป็นการร่วมจ่ายค่าบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพกรณีร่วมจ่ายหลังป่วย หรือ ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการ ณ จุดบริการ ประกอบด้วย 3 ประเภท ได้แก่

1. **ส่วนร่วมจ่าย (Copayment)** หมายถึง การร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดเป็นอัตราคงที่จำนวนหนึ่ง (อัตราตายตัว flat rate) ในแต่ละครั้งที่ไปรับบริการ
2. **ส่วนร่วมประกัน (Coinsurance)** หมายถึง การร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดเป็นสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่กำหนดเป็นอัตราร้อยละ (%) ของค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ
3. **ส่วนร่วมรับผิดชอบเบื้องต้นก่อนการคุ้มครอง (Deductibles)** หมายถึง การร่วมจ่าย โดยให้ผู้รับบริการร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเบื้องต้นในจำนวนคงที่ตามที่ตกลงกัน ก่อนการคุ้มครองส่วนเกินโดยผู้รับประกัน นั่นคือ ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นก่อนจำนวนหนึ่ง หลังจากนั้นผู้รับประกันจึงจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกิน

คำจำกัดความ

สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง สิทธิการรับบริการสาธารณสุขที่ประชาชนผู้มีสิทธิจะได้รับจากการใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งข้อกำหนดที่ส่งผลต่อการไปใช้สิทธิและการได้รับบริการสาธารณสุขของประชาชน ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด 2) วิธีการและขั้นตอนการไปใช้บริการตามที่คณะกรรมการกำหนด และ 3) วิธีการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการให้หน่วยบริการหรือสถานบริการที่จัดบริการให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

การที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing) ตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หมายถึง การที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ หรือ เรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด



การร่วมจ่ายค่าบริการ (Copayment) หมายถึง การกำหนดให้ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายค่าบริการ ณ จุดบริการ ด้วยจำนวนคงที่ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ และกระทรวงสาธารณสุขประกาศยกเว้นให้ผู้ป่วยไร้หรือบุคคลอื่น (รวม 21 กลุ่ม) ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ⁵

⁵ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การร่วมจ่ายค่าบริการ พ.ศ.2555 กำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการและได้รับยา ยกเว้น การเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ฉุกเฉินเร่งด่วน หรือ เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่มีระดับต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชน และ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ.2555 กำหนดให้บุคคล 21 กลุ่ม ไม่ต้องจ่ายค่าบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ส่วนที่ 1 แนวคิดพื้นฐาน



ส่วนที่ 1

แนวคิดพื้นฐาน

1.1 ข้อกำหนดตามกฎหมาย:

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

1.1.1 การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- **มาตรา 5** บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด
- **มาตรา 6, 7, 8** การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 มีขั้นตอนดังนี้
 - **มาตรา 6** ต้องยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำ เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ
 - **มาตรา 7** เมื่อลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยบริการอื่นที่ส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรืออุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้มีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด
 - **มาตรา 8** ผู้มีสิทธิตามมาตรา 5 ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการนั้นจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 6 และแจ้งให้สำนักงานทราบภายใน 30 วัน

1.1.2 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

- **มาตรา 38** กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นใน สปสช. มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ



- **มาตรา 18(4)** คณะกรรมการมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
- **มาตรา 26(5)** สปสช.มีหน้าที่จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
- **มาตรา 46** หน่วยบริการและเครือข่ายบริการ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

1.1.3 การร่วมจ่าย

- **มาตรา 5** วรรคสอง คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

1.1.4 การคุ้มครองประชาชน กรณีถูกเรียกเก็บเงิน

- **มาตรา 59** กำหนดว่า หากผู้รับบริการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ หรือ เรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด ให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวนได้

1.2 สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2.1 ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 กำหนดให้ผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์อย่างรอบด้าน โดยไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมถึงค่าอาหาร ค่าห้องสามัญ และค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยและผู้ทุพพลภาพ ซึ่งเป็นไปตามนิยาม “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ในมาตรา 3 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และมีการประกาศการบริการทางการแพทย์ที่ไม่คุ้มครอง⁶

⁶ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2544 และ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่อง การบริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิไม่ได้รับความคุ้มครอง ประกาศวันที่ 22 มิถุนายน 2544

⁷ การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2545 เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2545

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁷ เห็นชอบให้การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ใช้ระเบียบและประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปพลางก่อน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิและการจัดบริการ ซึ่งในปัจจุบันมีการประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมตามความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนและความพร้อมของระบบสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้ ค่าบริการและค่าใช้จ่ายของบริการทางการแพทย์ที่ไม่คุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย บริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน การรักษาที่อยู่ระหว่างคันคว่ำทดลอง บริการที่มีงบประมาณจากหน่วยงานอื่นจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ เป็นต้น (ดังรายละเอียดในภาคผนวก 1)

1.2.2 การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข

การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544 และมีการปรับปรุงเพิ่มเติมตามความจำเป็นของประชาชนและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ โดยกำหนดการไปรับบริการกรณีทั่วไป และกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน⁸ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก 2)

1.2.3 การจ่ายชดเชยค่าบริการสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 38 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ตามนิยามในมาตรา 3 หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่ (1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค (3) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ (4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ (5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ (6) ค่าทำคลอด (7) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ (8) ค่าบริบาลทารกแรกเกิด (9) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย (10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ (11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ และ (12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด ซึ่งขอบเขตค่าใช้จ่ายดังกล่าวครอบคลุมบริการสาธารณสุขรอบด้าน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดรูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้ระบบงบประมาณปลายปิด ตามหลักการเหมาจ่ายรายหัว (Closed-end budget with capitation basis payment method) โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวปรับตามโครงสร้างอายุ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคทั่วไป และจ่าย

⁸ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560



ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดาน สำหรับบริการผู้ป่วยใน (Capitation for OP and PP, DRGs with global budget for IP)

หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ประกาศในแต่ละปี เป็นไปตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาล คำนึงถึงหลักการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ (1) ความเป็นธรรมตาม Health need ของประชาชนและพื้นที่ดำเนินการ (2) ประสิทธิภาพและคุณภาพของผลงานบริการสาธารณสุข (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินการหลักประกันสุขภาพและการบริการสาธารณสุข และ (4) ประสิทธิภาพการบริหารค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข⁹ และกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ซึ่งจะแปลงไปเป็นคู่มือการบริหารกองทุนและคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการต่อไป (ดังรายละเอียดในภาคผนวก 3)

1.3 การถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing)

1.3.1 Extra Billing ไม่สามารถกระทำได้ภายใต้กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 การเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ หรือ Extra billing ไม่สามารถกระทำได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขครอบคลุมรอบด้าน ทั้งนี้ ยกเว้นบริการที่ไม่คุ้มครองบางรายการเท่านั้น (ดังรายละเอียดใน 1.2.1 และภาคผนวก 1) รวมทั้ง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการเท่านั้น และกระทรวงสาธารณสุขประกาศยกเว้นผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นรวม 21 กลุ่มที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

1.3.2 Cost sharing¹⁰ การร่วมจ่ายค่าบริการ ณ จุดบริการ ตามที่กฎหมายกำหนด

ตามมาตรา 5 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 คณะกรรมการประกาศกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา 30 บาท ณ จุดบริการ

⁹ กรอบและแนวคิดในการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในคราวประชุมพิจารณาข้อเสนอการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี

¹⁰ Cost sharing การร่วมจ่ายค่าบริการ ณ จุดรับบริการ (หลังป่วย) ประกอบด้วย 3 ประเภท ได้แก่ Copayment, Coinsurance, และ Deductibles ดังรายละเอียดในคำอธิบายศัพท์ หน้า 2

ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ หรือเรียกว่า Copayment at point of service รวมทั้ง กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกำหนดบุคคล 21 กลุ่ม ที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹¹ ดังนั้น การเรียกเก็บเงินร่วมจ่ายค่าบริการเกินกว่าอัตราที่กำหนด ไม่สามารถกระทำได้ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงประกาศดังกล่าว

ทั้งนี้ เพื่อให้การร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ณ จุดรับบริการ (Copayment at point of service) เป็นไปอย่างเหมาะสมและไม่เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการ คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹² ได้เสนอหลักการของการร่วมจ่าย ณ จุดรับบริการ ไว้ดังนี้

- 1) ต้องไม่มีการร่วมจ่ายในบริการที่มีผลกระทบต่อสาธารณะ (Externality) เช่น การให้วัคซีนการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาโรคระบาด เป็นต้น
- 2) ต้องมีระบบที่มีประสิทธิภาพในการดูแลให้เกิดความเป็นธรรม การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และไม่เป็นภาระทางการเงินจนกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน
- 3) ให้มีการร่วมจ่ายในกรณีที่เลือกใช้บริการที่มีความสะดวกพิเศษ เช่น คลินิกพิเศษ แพทย์เฉพาะบุคคล หรือห้องพิเศษ โดยจะต้องจ่ายทั้งค่าธรรมเนียมบริการพิเศษและค่าบริการทางการแพทย์ทั้งในและนอกสิทธิประโยชน์ และต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง เช่น ป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป มีทางเลือกตามระดับรายได้ และสามารถกลับไปใช้บริการตามระบบปกติได้โดยไม่ต้องร่วมจ่าย
- 4) ต้องมีกลไกป้องกันมิให้คนที่มียาได้สูง ดูดซับทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีจำกัด ไปจากคนกลุ่มอื่นๆ เช่น การกำหนดราคาการร่วมจ่ายที่ชัดเจน และ มีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด
- 5) ต้องมีระบบการกระจายเงินที่เก็บได้ ไปยังสถานพยาบาลอื่นๆอย่างเหมาะสม เพื่อมิให้ทรัพยากรกระจุกตัวอยู่เฉพาะพื้นที่ที่มีเศรษฐฐานะสูง

นอกจากนั้น ยังมีข้อเสนออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ควรมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$ และการกำหนดรูปแบบและวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลด้วยมาตรฐานเดียวกันในทุกประเภทและระดับบริการ เนื่องจากความเสมอภาคในการจ่ายชดเชยค่าบริการในแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ อาจช่วยลดความเสี่ยงที่หน่วยบริการจะเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมโดยไม่สิทธิที่จะเก็บ หรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนดได้

¹¹ อ้างแล้ว ตามเชิงอรรถ 1 หน้า 3

¹² คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (SAFE), กุมภาพันธ์ 2559.



1.3.3 ประสบการณ์ของระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศเกี่ยวกับ Extra billing¹³

ระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ มีการจัดการกรณี Extra billing ที่แตกต่างกัน ทั้งการห้ามไม่ให้มีการเก็บเพิ่มเติม อนุญาตให้เก็บได้บางส่วน หรือ อนุญาตให้เก็บเพิ่มเติมได้ ดังข้อมูลโดยสังเขปในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบการจัดการกรณี Extra billing ในต่างประเทศ

ประเทศ	เงื่อนไข	รายละเอียด
เยอรมัน	Prohibit	ห้ามเก็บ แต่ใช้การเจรจาจ่ายตกลงอัตราจ่ายแบบ Fee Schedule ผ่านระหว่าง Sickness fund กับ ตัวแทนหน่วยบริการ โดยกำหนดเป็นอัตราตามเขตพื้นที่ (regional schedule) และ การเหมาจ่ายรายหัวตามเขตพื้นที่ (regional capitation) ซึ่งกำหนดราคา (price setting) ตามค่าของ national relative value scale (RVS)* ที่กำหนดค่าคะแนน (point) ในการรักษาแต่ละประเภท ซึ่งต่างจากญี่ปุ่นที่เป็น คณะกรรมการจากฝ่ายต่างๆ และเป็นอัตราเดียวกันทั่วประเทศ
ญี่ปุ่น	Prohibit	ห้ามเก็บ แต่ใช้การเจรจาจ่ายตกลงอัตราจ่ายแบบ Fee schedule เท่านั้น ผ่าน คณะกรรมการร่วมจากฝ่ายต่างๆ แบบ third party committee ที่ดำเนินการโดย Central Social Insurance Medical Council (Chuikyo) ที่มีตัวแทนทั้งผู้จัดบริการ ผู้บริหารกองทุน และตัวแทนจากผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย และเศรษฐกิจ ยกเว้นการ บริการห้องพิเศษ และการอำนวยความสะดวก (amenities) อื่นๆ
ไต้หวัน	Partial	ส่วนใหญ่ห้ามเก็บ ยกเว้นอุปกรณ์ราคาสูง เช่น สายสวนหัวใจ อวัยวะเทียม เป็นต้น ที่อนุญาตให้ผู้ป่วยจ่ายส่วนต่างเอง

¹³ Thompson, Lawrence H. (1992). Health Care Spending Control: The Experiences of France, Germany & Japan. United States General Accounting Office. p. 41. ISBN 978-0-7881-0574-6.

Ikegami, Naoki, John Creighton Campbell (1996). Containing health care costs in Japan. University of Michigan Press. p. 10. ISBN 978-0472105380. The Canada Health Act.1984, c. 6, s. 1

Okma K.G.H et al. Six countries, Six Reform Models: The Healthcare Reform Experience of Israel, The Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland and Taiwan. Book, January 2010.

ประเทศ	เงื่อนไข	รายละเอียด
แคนาดา	Partial	มีการเก็บในบางพื้นที่ การเก็บ extra billing ทำให้เกิดการแบ่งแยกการบริการสุขภาพเป็น 2 ระดับที่เหลื่อมล้ำกัน จึงมีการออกกฎหมาย Canada Health Act (CHA) ในปี พ.ศ.2527 ให้มีการลงโทษทางการเงินแก่จังหวัดที่อนุญาตให้มีการเก็บเงิน Extra billing ทำให้ 5 จังหวัด ห้ามการเก็บแบบทั้งหมด แต่จังหวัดที่เหลือลดจำนวนการเก็บลง และ 2 จังหวัดไม่จำกัดการเก็บ จึงทำให้เกิดปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาข้ามจังหวัดที่มีเกณฑ์การเก็บเงิน Extra billing ที่ต่างกัน
สหรัฐอเมริกา (Medicaid & Medicare)	Partial	เป็นข้อห้ามเฉพาะบางมลรัฐ ส่วนรัฐที่อนุญาตนั้นพบมากในกรณีในห้องฉุกเฉิน และรพ.ที่เป็นผู้จัดบริการรายเดี่ยว (single provider) ส่วนผู้จัดบริการแบบกลุ่ม (network of providers) จะมีการเจรจากับผู้ซื้อเพื่อกำหนดอัตราค่าการจ่ายที่เป็นมาตรฐานร่วมกันจึงมีการเก็บ extra billing ที่น้อยกว่า
ฝรั่งเศส	Allow	สามารถเรียกเก็บได้ แต่ต้องแยกรายการให้ชัดเจน ซึ่งพบว่าแพทย์ประมาณร้อยละ 27 ที่มีการเรียกเก็บ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง และอยู่ในเขตเมือง

ส่วนที่ 2

สถานการณ์ประชาชน

ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ
โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเก็บ
(Extra billing)



ส่วนที่ 2

สถานการณ์ประชาชน

ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ

โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเก็บ (Extra billing)

2.1 ข้อมูลจากเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545¹⁴

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้องเรียนกรณีถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าบริการ ผ่านหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน สปสช.เขต และส่วนกลาง (สายด่วน 1330) และช่องทางอื่น เช่น ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

ประเด็นที่ประชาชนร้องเรียนว่าถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ ประกอบด้วย 5 เรื่องหลัก ได้แก่ (1) ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (2) Lab และเวชภัณฑ์ (3) การใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (4) การใช้บริการนอกเวลาทำการ (5) บริการอื่นๆที่อยู่ในสิทธิและมีการกำหนดค่าบริการไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งกรณีอื่นๆ เช่น สิทธิว่าง เด็กแรกเกิด ไม่ตรงตามสิทธิ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน คนพิการ ทหารผ่านศึก พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ ค่าบริการกรณีขอใช้ห้องพิเศษ เป็นต้น

ข้อมูลปี 2560, 2561, และ 2562 (9 เดือน) พบว่า มีจำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น 2,842 เรื่อง หรือร้อยละ 0.0006 ของจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกในแต่ละปีโดยเฉลี่ย และจำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บรวมทั้งสิ้น 31,590,287 บาท ดังรายละเอียดในตาราง 2

¹⁴ ข้อมูลจากระบบ Data Center สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช.

ตาราง 2 สรุปข้อมูลจากเรื่องร้องเรียน กรณีประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ ปีงบประมาณ 2560, 2561, และ 2562 (9 เดือน)

ประเด็นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ	ปีงบประมาณ 2560		2561		2562 (9 เดือน)	
	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)
1. ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	127	380,861	73	1,251,332	57	1,232,612
2. Lab และเวชภัณฑ์	143	1,517,178	184	2,105,189	149	1,294,963
3. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน	333	6,700,752	402	5,586,997	230	6,160,499
4. การเข้ารับบริการนอกเวลาทำการ	221	318,893	236	1,512,557	85	55,096
5. บริการอื่นๆ ที่อยู่ในสิทธิและมีกำหนดค่าบริการไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งกรณีอื่นๆ เช่น สิทธิว่าง เด็กแรกเกิด ไม่ตรงตามสิทธิ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน คนพิการ ทหารผ่านศึก พ.ร.บ. ผู้ประสบภัย จากรณี ค่าบริการกรณีขอใช้ห้องพิเศษฯ	322	1,522,748	189	1,385,220	91	565,390
รวม	1,146	10,440,432	1,084	11,841,295	612	9,308,560

โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียดสถานการณ์และการดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 ข้อ 19 (6) และที่มีการประกาศเพิ่มเติม

การร้องเรียนกรณีหน่วยบริการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย เกิดขึ้นมาตั้งแต่เริ่มดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขออกหนังสือแจ้งเรื่องการจ่ายยาให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ปี 2544¹⁵ และต่อมาในปี 2547 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁶ ออกหนังสือชักชวนความเข้าใจการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้หน่วยบริการพิจารณาใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลัก และการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติโดยมีเหตุผลสมควร ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการได้ เว้นแต่กรณีที่มีการร้องขอ

สถานการณ์เรื่องร้องเรียนการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน) พบว่า ผู้รับบริการร้องเรียนเรื่องการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการเป็นค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 257 เรื่อง เฉลี่ย 92 เรื่อง/ปี รายละเอียดดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ข้อร้องเรียน เรื่องประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน)

ปีงบประมาณ	จำนวน (เรื่อง)	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ (บาท)
2560	127	380,861
2561	73	1,251,332
2562 (9 เดือน)	57	1,232,612

ที่มา : ระบบ Data Center สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

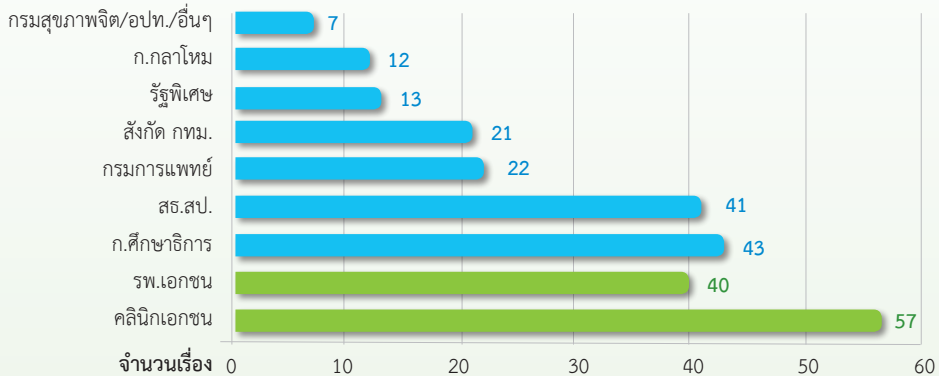
หากจำแนกตามสังกัด พบว่า เป็นหน่วยบริการภาครัฐจำนวน 160 เรื่อง (62.26%) และภาคเอกชน 97 เรื่อง (37.74%) หากจำแนกตามพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร 186 เรื่อง (72.37%) เขตปริมณฑล 38 เรื่อง (14.76%) และเขตอื่น 33 เรื่อง (12.84%) และหากจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคลินิกเอกชน 57 เรื่อง (22.18%) หน่วยบริการสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 43 เรื่อง (16.73%) และสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 41 เรื่อง (15.95%) (ดังแผนภาพที่ 1)

¹⁵ หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0223.13/ว 312 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2544

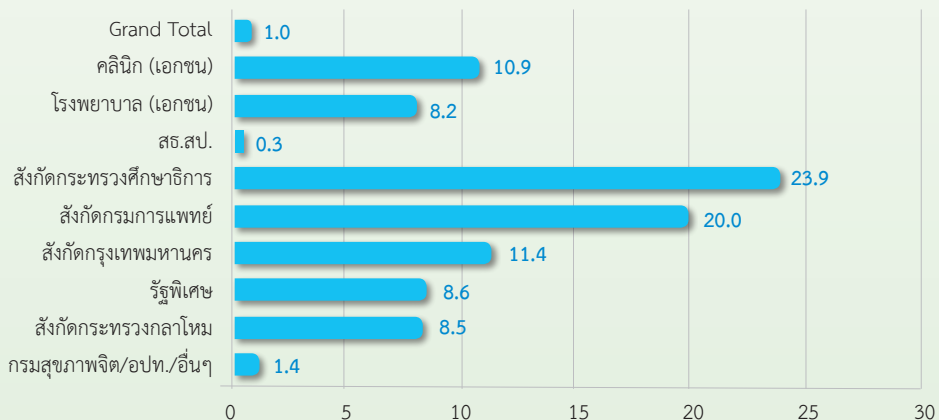
¹⁶ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช 03/ว 1146 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2474 และหนังสือตอบข้อหารือหรือข้อสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการกรณีใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

แผนภาพที่ 1 แสดงสถานการณ์ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณียานอภัยชียาหลัก
แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน) จำแนกตามประเภทและสังกัดหน่วยบริการที่เรียกเก็บ

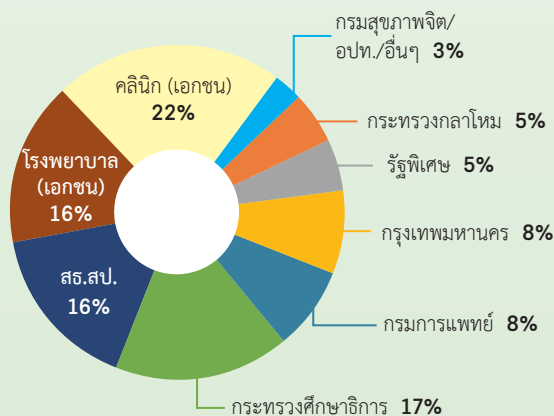
หน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย จำแนกประเภทหน่วยบริการและสังกัด



หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน: กรณียานอภัยชียาหลักแห่งชาติ



% เรื่องร้องเรียน:
กรณียานอภัยชียา
หลักแห่งชาติ



การดำเนินการที่ผ่านมา

(1) การที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บกรณีจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นไปตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือ หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ ซึ่งผู้รับบริการมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน

(2) ผลตรวจสอบเรื่องร้องเรียน 257 เรื่องในเบื้องต้น พบว่า มีมูลความจริง 171 เรื่อง ผู้ร้องเข้าใจผิด 65 เรื่อง จำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บ คิดเป็น 2,864,805 บาท (น้อยที่สุด 20 บาท มากที่สุด 672,153 บาท) จำนวนเงินที่ประชาชนได้รับคืน 510,016 บาท (น้อยที่สุด 30 บาท มากที่สุด 110,350 บาท)

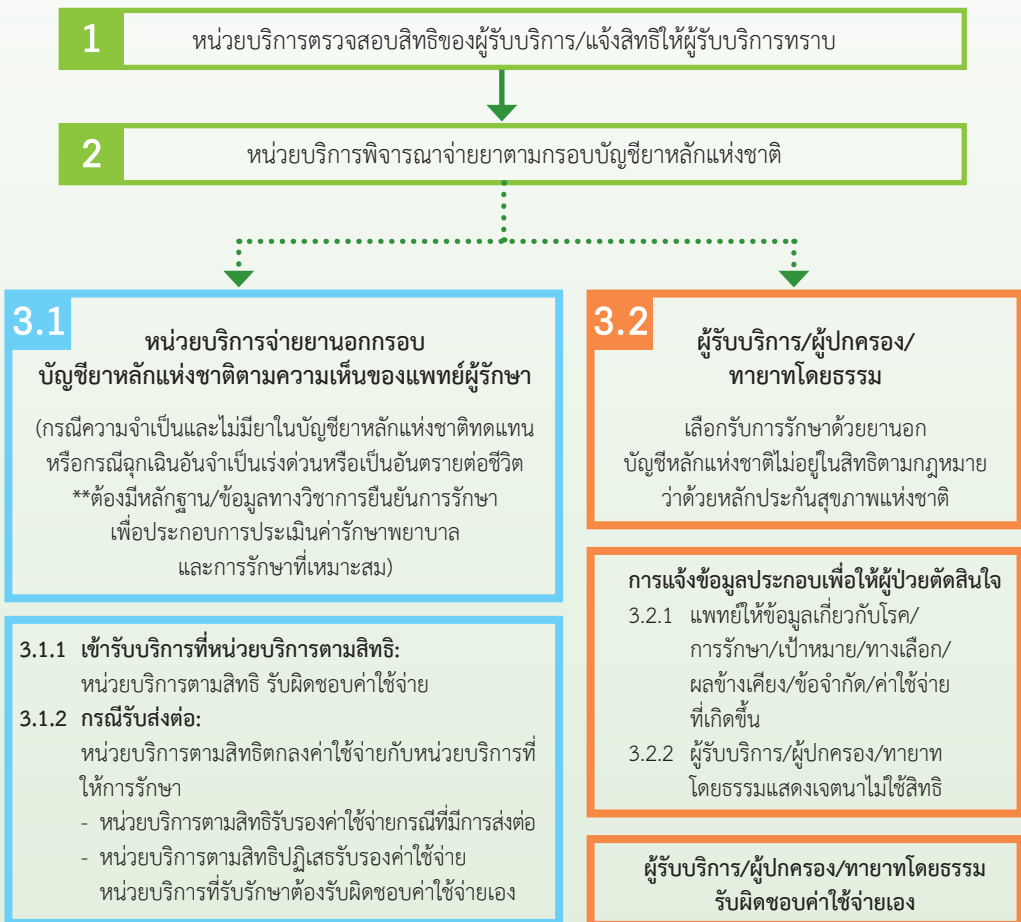
(3) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้พิจารณาเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการเกี่ยวกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และการเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบให้มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมในการเลือกรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁷ และมีมติเห็นชอบแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁸ ดังแสดงตามแผนภาพที่ 2 และสรุปรายละเอียดในภาคผนวก 4 ซึ่งสำนักงานได้ทำหนังสือแจ้งแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไปยังต้นสังกัดหน่วยบริการ และ สปสช.เขตทุกแห่ง เพื่อสื่อสารกับหน่วยบริการและกำกับติดตามการดำเนินการตามมติร่วมกับคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

¹⁷ มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 25 มกราคม 2561 และครั้งที่ 2/2562 วันที่ 28 มีนาคม 2562

¹⁸ มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2562 วันที่ 28 มีนาคม 2562

แผนภาพที่ 2 แสดงแนวทางปฏิบัติเรื่องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางปฏิบัติเรื่องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ผลจากการดำเนินการที่ผ่านมา พบประเด็นดังนี้

- (1) ผู้รับบริการและผู้ให้บริการยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอ เรื่องสิทธิที่ผู้รับบริการจะได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย
- (2) หน่วยบริการยังเรียกเก็บค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้เหตุผลว่าการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับต่ำกว่าต้นทุนการจัดบริการ

(3) หน่วยบริการไม่แจ้งข้อมูล หรือแจ้งข้อมูลให้ผู้รับบริการไม่ครบถ้วนเพียงพอต่อการเลือกบริการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(4) หน่วยบริการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า หากมีหนังสือแสดงความยินยอมแล้ว สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการได้ แม้จะเป็นยาที่แพทย์ให้ความเห็นว่ามี ความจำเป็นและไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติทดแทน

(5) คณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขากทมทพ และคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร¹⁹ มีข้อเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยขอให้มีคณะกรรมการพิจารณาความจำเป็นของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อลดความขัดแย้ง เสนอปรับแก้ไขถ้อยคำในแบบบันทึกความยินยอมเพื่อชัดเจนมากขึ้น และขอให้แนวทางนี้ไปปรับใช้เพิ่มเติมกับทางเลือกบริการอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์

อาจกล่าวได้ว่า การแก้ไขปัญหการถูกเรียกเก็บเงินเพิ่มเติม กรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้วยการกำหนดแนวทางปฏิบัติเรื่องการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ชัดเจน รวมทั้ง การให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมในการเลือกรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายนั้น มีข้อจำกัดในการดำเนินการ เช่น การพิจารณาความจำเป็นในการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การให้ข้อมูลไม่เพียงพอ ความไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติ และไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เนื่องจากหน่วยบริการยังคงเรียกเก็บค่าบริการ นอกจากนั้น ยังเกิดผลกระทบที่ไม่คาดหมาย คือ การใช้หนังสือแสดงความยินยอม เป็นเหตุในการเรียกเก็บเงินจากผู้ใช้สิทธิ

2.1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) และเวชภัณฑ์

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเวชภัณฑ์ โดยส่วนใหญ่จ่ายชดเชยเป็นเงินเพิ่มเติมจากระบบปกติ บางส่วนจ่ายเป็นอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ผ่านระบบ VMI เพื่อเพิ่มความมั่นใจด้านคุณภาพบริการหรือลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ รวมทั้งมีการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ระบุรายการ เงื่อนไขการใช้ และอัตราจ่าย สำหรับรายการอุปกรณ์แต่ละชนิดอย่างชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการ

¹⁹ ความเห็นและข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอเรื่องการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ต่อที่ประชุมคณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขากทมทพ และคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในเดือนพฤษภาคม 2562

สถานการณ์เรื่องร้องเรียน กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณี Lab และเวชภัณฑ์

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน) พบว่า ผู้รับบริการร้องเรียนเรื่องถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีค่าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา รวมทั้งหมด 476 เรื่อง เฉลี่ย 175 เรื่อง/ปี ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 ข้อร้องเรียนเรื่องประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีค่า Lab และเวชภัณฑ์ ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน)

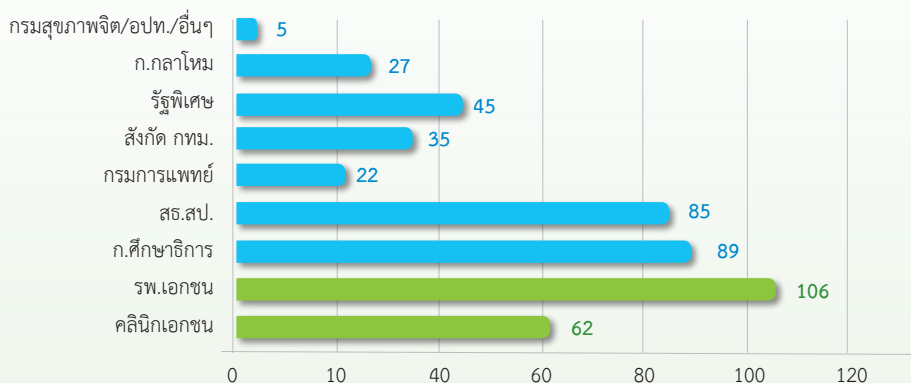
ประเด็นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์/Lab/ยา/เวชภัณฑ์	ปีงบประมาณ 2560		2561		2562 (9 เดือน)	
	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)	จำนวน (เรื่อง)	เงินที่เรียกเก็บ (บาท)
- เก็บเกินราคาที่ประกาศ - เก็บค่าอุปกรณ์ทั้งหมด - บริการที่ไม่มี - ไม่ตรงตาม Guideline	143	1,517,178	184	2,105,189	149	1,294,963

ที่มา : ระบบ Data Center สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

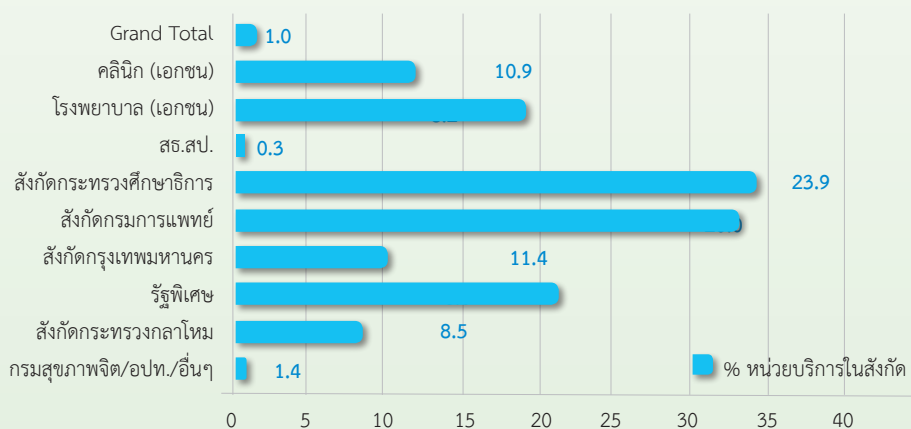
หากจำแนกตามประเภทหน่วยบริการและต้นสังกัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการเอกชน และต้นสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังรายละเอียดในแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 แสดงสถานการณ์ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีค่า Lab และเวชภัณฑ์ ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน) จำแนกตามประเภทและสังกัดหน่วยบริการที่เรียกเก็บ

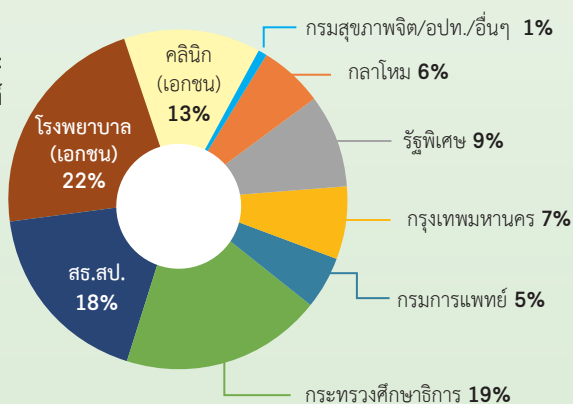
หน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย จำแนกประเภทหน่วยบริการและสังกัด



หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน: กรณีอุปกรณ์/เวชภัณฑ์



% เรื่องร้องเรียน:
กรณีอุปกรณ์/เวชภัณฑ์



การดำเนินการที่ผ่านมา

(1) การที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ กรณีค่าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เป็นไปตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 คือ หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ ซึ่งผู้รับบริการมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน

(2) ผลตรวจสอบเรื่องร้องเรียน 476 เรื่องในเบื้องต้น พบว่า มีมูลความจริง 336 เรื่อง ผู้ร้องเข้าใจผิด 115 เรื่อง จำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บ 4,917,330 บาท (น้อยที่สุด 70 บาท มากที่สุด 577,999 บาท) จำนวนเงินที่ประชาชนรับคืน 2,257,149 บาท (น้อยที่สุด 80 บาท มากที่สุด 477,999 บาท)

(3) การชี้แจงและสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่หน่วยบริการเกี่ยวกับแนวทางในการขอรับค่าใช้จ่ายประจำปี โดย สปสช.ส่วนกลาง และ สปสช.เขต และสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ

(4) สปสช.ตั้งคณะทำงานพิจารณาข้อเสนอรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่หน่วยบริการ ราชวิทยาลัย เครือข่ายผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องเสนอเข้าสู่การพิจารณาปรับปรุง/เพิ่มเติมในรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ โดยทำหน้าที่เสริมในกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างรวดเร็วที่ส่งผลให้ความต้องการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ใหม่ๆ มีมากขึ้น การจัดให้มีกลไกเพื่อรับข้อเสนอรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมเป็นการเฉพาะจากทุกภาคส่วน เพื่อประกอบการพิจารณาปรับปรุง/เพิ่มเติมรายการ เงื่อนไขการใช้ และการจ่ายชดเชยค่าบริการที่เหมาะสม รวมทั้งการสื่อสารทำความเข้าใจ การมีระบบกำกับติดตามการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมและการเบิกจ่าย รวมทั้งการเฝ้าระวังการเรียกเก็บเงินเพิ่มเติม อาจช่วยป้องกันหรือลดปัญหาการที่ประชาชนถูกเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมสำหรับกรณีนี้ได้

2.1.3 การใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นไปตามมาตรา 7 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560²⁰

²⁰ กรณีนี้ เป็นการถูกเรียกเก็บเงิน กรณีใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมถึง UCEP

สถานการณ์ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 – 2562 (9 เดือน) พบว่า ผู้รับบริการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีจำนวนทั้งสิ้น 965 เรื่อง เฉลี่ย 350 เรื่อง/ปี โดยยอดเงินที่ผู้รับบริการถูกเรียกเก็บมากที่สุด คือ 1,295,000 บาท ดังรายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อร้องเรียน เรื่องประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน)

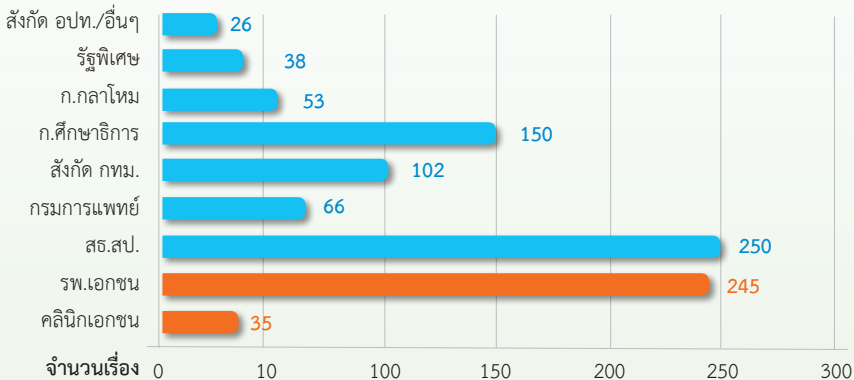
ปีงบประมาณ	จำนวน (เรื่อง)	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ (บาท)	จำนวนเงินน้อยสุดที่ถูกเรียกเก็บ (บาท)	จำนวนเงินมากที่สุดที่ถูกเรียกเก็บ (บาท)
2560	333	6,710,481.52	100	634,088.35
2561	402	5,586,997.14	100	460,000
2562 (9 เดือน)	230	6,160,498.63	30	1,295,000
รวม	965	18,457,977.29	30	1,295,000

ที่มา : ระบบ Data Center สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

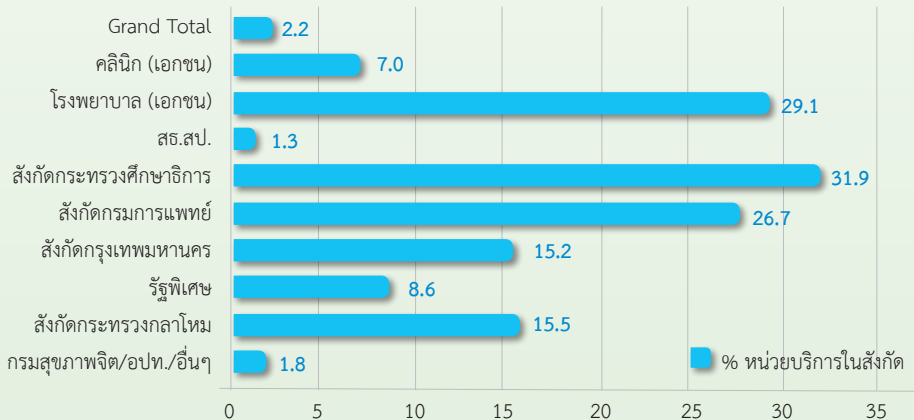
หากจำแนกตามสังกัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการภาครัฐ 685 เรื่อง (70.98%) และภาคเอกชน 280 เรื่อง (29.02%) หากจำแนกตามพื้นที่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร 496 เรื่อง (51.40 %) เขตปริมณฑล 314 เรื่อง (32.54 %) และเขตอื่นๆ 155 เรื่อง (16.06 %) และหากจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 250 เรื่อง (25.91 %) โรงพยาบาลเอกชน 245 เรื่อง (25.39 %) และหน่วยบริการสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 150 เรื่อง (15.54 %) รายละเอียดแสดงดังแผนภาพที่ 4

แผนภาพที่ 4 แสดงสถานการณ์ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน) จำแนกตามสังกัดและประเภทหน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

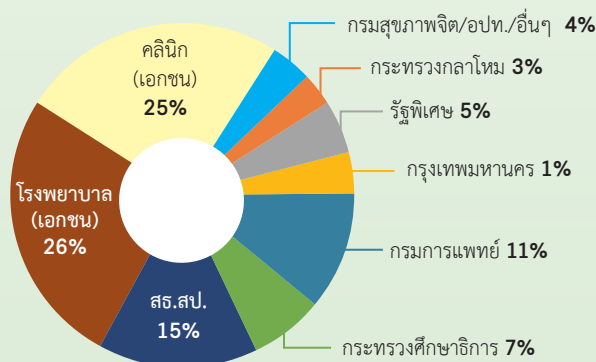
หน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย จำแนกประเภทหน่วยบริการและสังกัด



หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน: กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน



% เรื่องร้องเรียน:
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน



การดำเนินการที่ผ่านมา

(1) การที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ กรณีการใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งผู้รับบริการมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน

(2) ผลตรวจสอบเรื่องร้องเรียน 965 เรื่องในเบื้องต้น พบว่า มีมูลความจริง 616 เรื่อง (63.83%) และเป็นเรื่องและผู้ร้องเข้าใจผิด 313 เรื่อง (32.44%) อยู่ระหว่างดำเนินการ 36 เรื่อง (3.73%) และหน่วยบริการคืนเงินให้ผู้ป่วย จำนวน 5,336,286.26 บาท รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อร้องเรียน เรื่องประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และผลการตรวจสอบข้อมูล จำแนกรายปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน)

ปีงบประมาณ	จำนวน (เรื่อง)	อยู่ระหว่างดำเนินการ (เรื่อง)	ผู้ร้องเข้าใจผิด (เรื่อง)	มีมูลความจริง (เรื่อง)	หน่วยบริการคืนเงิน (บาท)
2560	333	-	149	184	1,521,555.20
2561	402	1	108	293	2,335,330.31
2562 (9 เดือน)	230	35	56	139	1,479,400.75
รวม	965	36	313	616	5,336,286.26

ที่มา : ระบบ Data Center สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

อาจกล่าวได้ว่า การที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงเป็นปัญหา และมาตรการดำเนินการที่ผ่านมายังไม่เพียงพอที่จะป้องกันหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ พิจารณาจากหน่วยบริการยังคงเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ และผู้รับบริการเองก็ยังไม่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องในการไปใช้สิทธิ ซึ่งพบว่าผู้ร้องเข้าใจผิดมากกว่าร้อยละ 30 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด ดังนั้น การสื่อสารทำความเข้าใจอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง อาจช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

2.1.4 การใช้บริการนอกเวลาราชการ

การใช้บริการนอกเวลา หากเป็นไปตามเหตุสมควร เป็นไปตามมาตรา 7 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560

สถานการณ์ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการใช้บริการนอกเวลาราชการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในช่วงที่หน่วยบริการในหลายพื้นที่มีการปิดประกาศแจ้งเก็บค่าบริการนอกเวลาราชการสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินซึ่งกำหนดอัตราค่าบริการที่แตกต่างกันตั้งแต่ 100-300 บาท ผนวกกับเรื่องร้องเรียนกรณีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อนอกเวลาราชการ (หน่วยบริการปฐมภูมิปิดทำการ) และถูกหน่วยบริการปฏิเสธการให้สิทธิหรือเรียกเก็บค่าบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 116 เรื่อง

การดำเนินการที่ผ่านมา

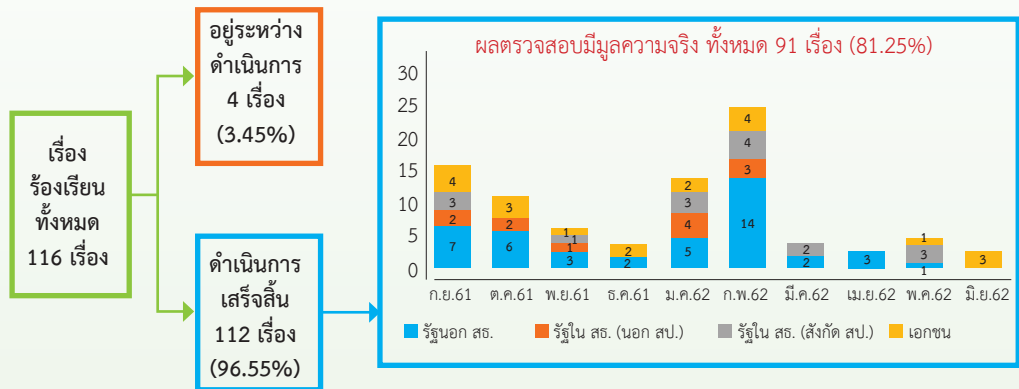
(1) การที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเก็บ กรณีรับบริการนอกเวลาราชการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประชาชนมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน

(2) การตรวจสอบเรื่องร้องเรียน มีจำนวน 116 เรื่อง ประสานไกล่เกลี่ยยุติเรื่องได้ 112 เรื่อง ผลการไกล่เกลี่ย พบว่า มีมูลความจริง 91 เรื่อง (81.25%) และเป็นเรื่องที่ผู้ร้องเรียนเข้าใจผิด 21 เรื่อง (18.75%) และอยู่ระหว่างดำเนินการ 4 เรื่อง

เมื่อพิจารณาแยกสังกัดและประเภทของหน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าบริการ กรณีประชาชนเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ เฉพาะกรณีที่มีมูลความจริง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 43 เรื่อง (47.25 %) หน่วยบริการเอกชน 20 เรื่อง (21.98 %) หน่วยบริการภาครัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 16 เรื่อง (17.58 %) ที่เหลือเป็นหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 12 เรื่อง (13.19 %) รายละเอียดตามแผนภาพที่ 5

แผนภาพที่ 5 ขอร้องเรียน เรื่องประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีรับบริการนอกเวลาราชการ และผลตรวจสอบมีมูลความจริง 91 เรื่อง ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562

เรื่องร้องเรียนถูกเรียกเก็บเงิน กรณีเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ วันที่ 1 ก.ย. 61 - 30 มิ.ย. 62



ที่มา : ระบบ Data Center สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

เรื่องร้องเรียนที่เป็นกรณีที่น่าสนใจและทำให้ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ จำนวน 21 เรื่อง พบว่า เกิดจากผู้ป่วยไม่ได้ไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิตามขั้นตอน เพราะเข้าใจผิดว่าหน่วยบริการปฐมภูมิปิดทำการแล้ว รวมทั้งการสื่อสารที่คลาดเคลื่อนระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ส่วนกรณีเรื่องร้องเรียนที่มีมูลความจริง จำนวน 91 เรื่อง พบว่า เหตุผลที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ คือ อาการเจ็บป่วยที่มารับบริการนอกเวลาทำการ ไม่เข้าข่ายกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา

(3) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศและ หนังสือ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขและการเรียกเก็บค่าบริการ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและคุ้มครองสิทธิการรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการของผู้มีสิทธิ²¹

(4) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้พิจารณาสถานการณ์เรื่องร้องเรียนการถูกเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการใช้บริการนอกเวลาราชการ²² และมีมติให้เสนอเรื่องดังกล่าวเป็น

²¹ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หนังสือ สปสช.เรื่องการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2549

หนังสือ สปสช.เรื่องการเข้ารับบริการกรณีหน่วยบริการประจำปิดทำการ พ.ศ.2555

หนังสือ สปสช.เรื่องตอบข้อหารือประเด็นหน่วยบริการคิดค่าบริการ พ.ศ.2560

²² การประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 6/2561 วันที่ 28 มิถุนายน 2561

วาระเร่งด่วนต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันฯ มีมติมอบหมายให้คณะทำงานกำหนดทิศทางและแนวทางการสร้างความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการหลักประกันฯ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ พิจารณาหลักการและทบทวนข้อมูลกรณีรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาทำการอย่างรอบด้าน²³ โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องร่วมหารือ และข้อสรุปร่วมกันของคณะทำงานฯ และผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ที่เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ²⁴ มีดังนี้

1) การจัดบริการสาธารณสุข ถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญและไม่ละเมิดสิทธิที่ประชาชนต้องได้รับ

2) การจัดบริการทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการต้องไม่ละเมิดสิทธิในการรับบริการของประชาชน กล่าวคือ ผู้มีสิทธิจะได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็น แม้บริการที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญพิเศษ รวมทั้งการมารับบริการนอกเวลาราชการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน

3) บริการนอกเวลาราชการของกระทรวงสาธารณสุขคลินิกพิเศษและคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ เพื่อลดความแออัดในเวลาราชการ เพิ่มทางเลือก และดำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบ โดยเป็นการจัดบริการคู่ขนานกับระบบปกติที่มีอยู่แล้ว คือ บริการฉุกเฉิน และบริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

4) เงื่อนไขการรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิที่กำหนดตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ไม่ขัดกับการจัดบริการนอกเวลาในรูปแบบคลินิกพิเศษและคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ จึงยังคงใช้ประกาศ ระเบียบ ข้อบังคับ ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยไม่ต้องมีการปรับแก้ไข

5) ขอให้สำนักกรณีร้องเรียนที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ เคยมีการตัดสินใจแล้ว มาวิเคราะห์เพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาในอนาคตต่อไป และขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขมีการติดตามผลและแก้ปัญหากรณีดังกล่าวร่วมกัน รวมทั้งสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ชัดเจนทั้งด้านประชาชนและหน่วยบริการ

(5) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ส่งหนังสือถึงหัวหน้าส่วนราชการต้นสังกัดเพื่อแจ้งมติคณะกรรมการและกตีกาการให้บริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อแจ้งเวียนชักชวนความเข้าใจกับหน่วยบริการในสังกัดต่อไป²⁵ และได้ผลิตสื่อเผยแพร่ให้ประชาชนและหน่วยบริการรับทราบ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการใช้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ดังแผนภาพที่ 6,7

²³ การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2561 วันที่ 2 กรกฎาคม 2561

²⁴ การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2562 วันที่ 8 สิงหาคม 2562

²⁵ หนังสือที่ สปสช.4.03/ว.874 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2561

แผนภาพที่ 6 สื่อประชาสัมพันธ์: การใช้สิทธิบัตรทองอย่างถูกต้อง 1) กรณีเจ็บป่วยทั่วไปไม่ฉุกเฉิน และ 2) ทางเลือกในการรับบริการของผู้ป่วยบัตรทอง

รู้ไว้...ใช้สิทธิบัตรทอง อย่างถูกต้อง

เมื่อเจ็บป่วยทั่วไป-ไม่ฉุกเฉิน ทั้งในเวลาและนอกเวลาทำการ

1

“กรณีเจ็บป่วยทั่วไป-ไม่ฉุกเฉิน”

เมื่อผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) เข้ารับการรักษา “ในเวลาทำการ” สามารถเข้ารับบริการที่ **หน่วยบริการปกติ (ทั่วไป/เฉพาะทาง) ตามสิทธิและขั้นตอนที่กำหนด** รวมทั้งสามารถเข้ารับบริการรักษา “ต่อเนื่อง” ที่ **คลินิกนอกเวลา** ตามข้อบ่งชี้ของแพทย์จะได้ตามสิทธิ ในขณะที่เดียวกันผู้เข้ารับบริการสามารถ**สมัครใจเลือกใช้บริการ “คลินิกนอกเวลา”** โดย **“เสียค่าใช้จ่าย”** เพิ่มขึ้นที่หน่วยบริการกำหนด

หากเข้ารับบริการ **“นอกเวลา”** ที่**คลินิกพิเศษเฉพาะทาง** ผู้ใช้สิทธิต้อง **“จ่ายส่วนเพิ่ม”** ด้วยตนเอง และในกรณี **“เจ็บป่วยทั่วไป-ไม่ฉุกเฉิน”** และไม่เข้ารับบริการที่โดยใช้ **“หน่วยบริการตามสิทธิ”** หรือ **“ไม่แจ้งความจำนงค์”** ใช้สิทธิบัตรทอง ก่อนเข้ารับบริการ **ผู้เข้ารับบริการต้องจ่ายค่าบริการเองทั้งหมด**

ปัจจุบันมีการจัดบริการ **“นอกเวลาทำการ”** ซึ่งเป็นการจัด**บริการคู่ขนาน** ทั้ง **“คลินิกนอกเวลา/พิเศษเฉพาะทางนอกเวลาทำการ”** เพื่อเป็นทางเลือกเพิ่มเติม และอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนทุกสิทธิซึ่ง **“ค่าบริการ”** จะเป็นการเก็บเพิ่มเติมจากสิทธิที่มี

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร สายด่วน สปสช. 1330 (ตลอด 24 ชม.)



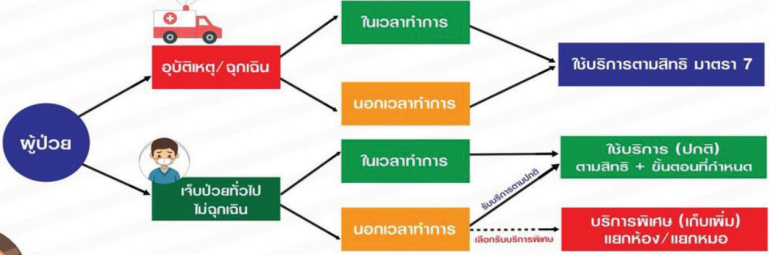


รู้ไว้...ใช้สิทธิบัตรทอง อย่างถูกต้อง

เมื่อเจ็บป่วยทั่วไป-ไม่ฉุกเฉิน ทั้งในเวลาและนอกเวลาทำการ

2

“ทางเลือกในการรับบริการของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง”



หมายเหตุ : มาตรา 7 ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 การมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการประจำหรือนีมีการส่งต่อ... เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควร อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน...

*กรณีเลือกรับบริการพิเศษ อาจถูกเก็บค่าใช้จ่ายพิเศษเพิ่มเติมที่หน่วยบริการกำหนด

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร สายด่วน สปสช. 1330 (ตลอด 24 ชม.)





แผนภาพที่ 7 สื่อประชาสัมพันธ์: ใครบ้างที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการสาธารณสุข

รู้ไว้...ใช้ สิทธิบัตรทอง อย่างถูกต้อง
เรื่อง “ค่าบริการสาธารณสุข”



ใครบ้าง? ที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการสาธารณสุข...

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การร่วมจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555 (ข้อ 2) กำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ ไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา **30 บาท** ได้แก่



บุคคลที่เข้ารับบริการ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค

บุคคลที่เข้ารับบริการ
กรณีเจ็บป่วย
ฉุกเฉินเร่งด่วน





บุคคลที่เข้ารับบริการ
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต
(UCEP)

บุคคลผู้ยากไร้ และบุคคลที่เข้ารับบริการ
ในหน่วยบริการที่มีระดับต่ำกว่า
โรงพยาบาลชุมชน





สาธารณสุข
ประเทศไทย

รวมทั้งบุคคลดังต่อไปนี้ ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จำนวน 21 ประเภท ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2

สแกน QR Code
เพื่ออ่านประกาศฯ



ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง บุคคลไม่ต้องจ่ายค่าบริการ
พ.ศ. 2555



ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง บุคคลไม่ต้องจ่ายค่าบริการ
(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

***ที่มาข้อมูล**

1. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การร่วมจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555 (ข้อ 2)
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

**หากมีข้อสงสัย สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
โทร สายด่วน สปสช. 1330 (ตลอด 24 ชม.)**

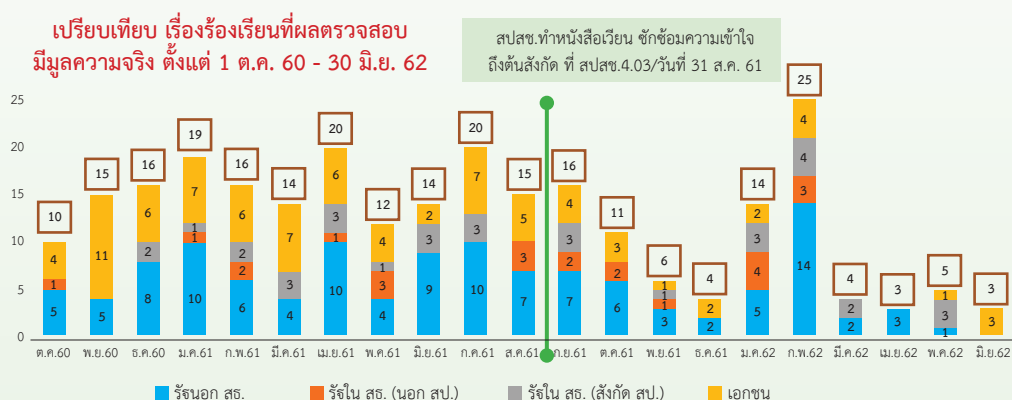


สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ



(6) การติดตามเรื่องร้องเรียน เรื่องประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการใช้บริการนอกเวลาราชการ ที่ผลตรวจสอบมีมูลความจริง จำแนกตามสังกัดและประเภทหน่วยบริการ รายละเอียดตามแผนภาพ 8

แผนภาพที่ 8 ข้อร้องเรียน เรื่องประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีการใช้บริการนอกเวลาราชการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการแจ้งหนังสือเวียนตามข้อ (5)



(7) ข้อมูลสะท้อนกลับภายหลังการทำหนังสือแจ้งมติคณะกรรมการฯ กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีใช้บริการนอกเวลาทำการ มีดังนี้

1) ยังพบเรื่องร้องเรียนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการนอกเวลาทำการ และหน่วยบริการบางแห่งปิดป้ายแจ้งเก็บค่าบริการนอกเวลาทำการต่อเนื่อง

2) สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข มีการประชุมหารือเรื่องการจัดบริการนอกเวลาราชการ²⁶ และมีมติดังนี้

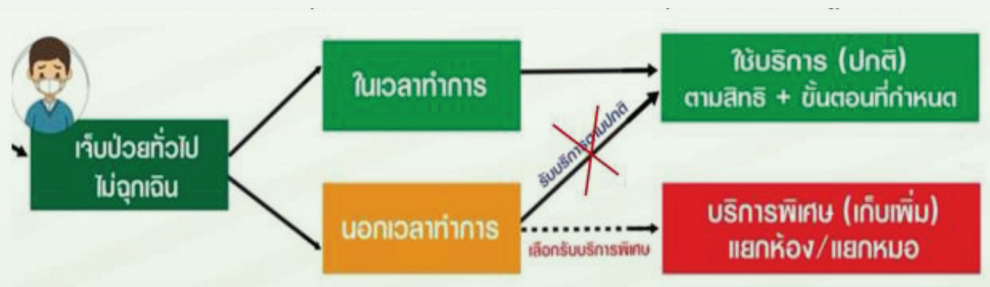
2.1) ให้หน่วยบริการแยกห้องบริการออกมาจากห้องฉุกเฉิน และให้มีกระบวนการคัดกรองแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อเข้ารับบริการฉุกเฉินที่ห้องฉุกเฉิน แยกจากผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตและเร่งด่วนได้รับการอย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยง ส่วนผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ฉุกเฉิน หากมารับบริการนอกเวลาราชการ ควรมารับบริการในเวลาราชการของวันถัดไป หรือหากต้องการมารับบริการคลินิกนอกเวลาราชการหรือคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ จะต้องชำระเงินตามอัตราที่กำหนด

²⁶ การประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การจัดบริการนอกเวลาราชการ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562

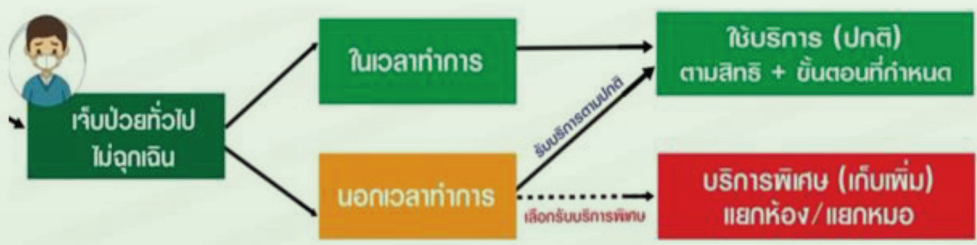
2.2) มอบผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ ชี้แจงมติที่ประชุมภายในเขต และถือปฏิบัติ

2.3) ให้ สปสช. นำมติที่ประชุมนี้เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปรับ Flowchart ข้อ 2 “ทางเลือกในการรับบริการของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง” โดยให้ตัด “ลูกศร” ผู้ป่วยทั่วไปไม่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการที่ให้ไปรับบริการปกติออก เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในทางปฏิบัติ และชี้แจงให้ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าใจและถือปฏิบัติต่อไป ดังรายละเอียดในแผนภาพที่ 9 (เปรียบเทียบกับทางเลือกในการรับบริการของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2561 ดังแสดงในแผนภาพที่ 10)

แผนภาพที่ 9 ข้อเสนอจากการประชุมสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562



แผนภาพที่ 10 ทางเลือกในการรับบริการของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 6 สิงหาคม 2561



หมายเหตุ: ข้อเสนอ 2.3 ยังไม่มีการดำเนินการใดๆ เนื่องจากอยู่ระหว่างการจัดทำข้อเสนอการดำเนินการตามนโยบาย “การปฏิรูปห้องฉุกเฉิน” ของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

อาจกล่าวได้ว่า การไปรับบริการนอกเวลาราชการ ยังคงมีมุมมองด้านสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่แตกต่างกันระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนผู้ใช้สิทธิ อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปห้องฉุกเฉินตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนอกเวลาราชการจะมีการแยกห้องบริการเป็น 2 ห้องชัดเจน คือห้องฉุกเฉินคุณภาพสำหรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ/เร่งด่วน และห้องฉุกเฉินทั่วไป รองรับบริการไปรับบริการนอกเวลาราชการของประชาชน ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศกำหนดสิทธิของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการเข้ารับบริการนอกเวลาราชการได้ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีเหตุสมควรอื่น และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็น²⁷ ซึ่งอาจช่วยลดปัญหาการเรียกเก็บเงินค่าบริการเพิ่มเติมกรณีการใช้บริการนอกเวลาราชการได้

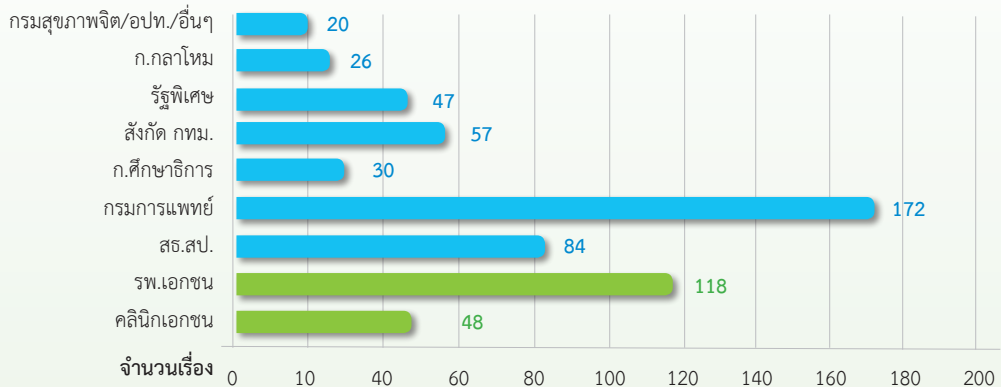
2.1.5 กรณีรับบริการอื่นๆที่อยู่ในสิทธิและมีการกำหนดค่าบริการไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งกรณีอื่นๆ

ประเด็นอื่นๆ ที่หน่วยบริการเรียกเก็บเงินจากประชาชน ได้แก่ เรื่องการมีสิทธิ (เช่น สิทธิว่าง สิทธิตามมติ เด็กแรกเกิด หรือไม่ตรงตามสิทธิ) การใช้สิทธิของคนพิการ ทหารผ่านศึก การเรียกเก็บค่าบริการ ค่าเอกสาร บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ ค่าบริการกรณีขอใช้ห้องพิเศษ เป็นต้น ข้อมูลการร้องเรียน ปีงบประมาณ 2560 – 2562 (9 เดือน) พบว่า ผู้รับบริการถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีอื่นๆข้างต้น มีจำนวนทั้งสิ้น 602 เรื่อง เฉลี่ย 210 เรื่อง/ปี หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน จำแนกตามสังกัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการของรัฐ 436 เรื่อง (72.43%) เป็นหน่วยบริการเอกชน 166 เรื่อง (27.57%) หากจำแนกตามพื้นที่ของหน่วยบริการ พบว่า เป็นหน่วยบริการในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร 326 เรื่อง (54.15%) เขตปริมณฑล 173 เรื่อง (28.74%) และเขตอื่นๆ 103 เรื่อง (17.11%) และหากจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 172 เรื่อง (28.57%) และรองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน 118 เรื่อง (19.60%) และหน่วยบริการสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 84 เรื่อง (13.95%) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังแผนภาพที่ 11

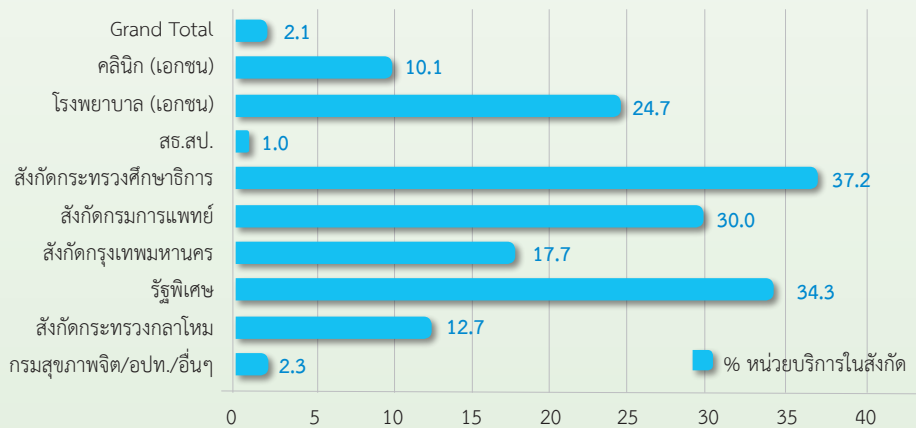
²⁷ มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11/2562 วันที่ 13 ตุลาคม 2562 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควร และอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ พ.ศ.2562 ประกาศ ณ วันที่ 2 ธันวาคม 2562

แผนภาพที่ 11 แสดงข้อร้องเรียน กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีอื่นๆ ปีงบประมาณ 2560-2562 (9 เดือน) จำแนกตามสังกัดและประเภทหน่วยบริการที่เรียกเก็บ

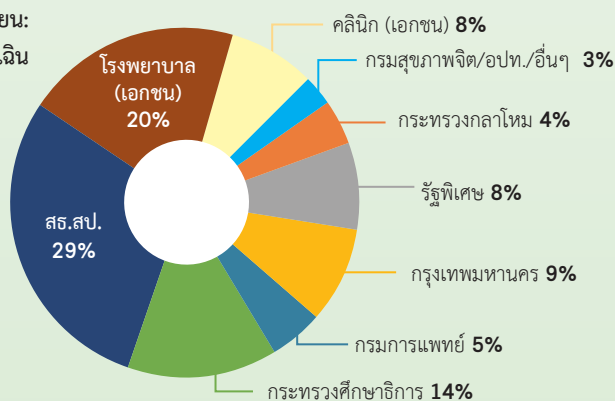
หน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย จำแนกประเภทหน่วยบริการและสังกัด



หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน: กรณีอื่นๆ



% ร้องเรียน:
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน



ผลการตรวจสอบเบื้องต้น พบว่า มีมูลความจริง 413 เรื่อง และผู้ร้องเข้าใจผิด 153 เรื่อง จำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บรวมทั้งสิ้น 3,465,358 บาท (จำนวนที่เรียกเก็บมากที่สุด คือ 383,376 บาท) และจำนวนเงินที่ประชาชนได้รับคืน ทั้งสิ้น 853,736 บาท (ได้เงินคืนมากที่สุด คือ 72,000 บาท)

ข้อค้นพบจากกระบวนการสอบสวนเรื่องร้องเรียนของประชาชนที่ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ ทั้ง 5 กรณีดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีทั้งการที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเก็บ และหลายกรณีพบว่าหน่วยบริการให้ผู้มีสิทธิเขียนและลงนามหนังสือยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขของตนเอง ซึ่งอาจกล่าวว่าเป็นการโน้มน้าวด้วยเงื่อนไขต่างๆ เพื่อให้ผู้มีสิทธิแสดงเจตนาสละสิทธิหรือไม่ใช้สิทธิของตน และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

สิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นสิทธิที่กฎหมายกำหนดรับรองไว้ บุคคลผู้มีสิทธิจะใช้สิทธิตามที่รัฐจัดให้หรือไม่ก็ได้ การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายดังกล่าว จึงเป็นการแสดงเจตนาโดยความสมัครใจ

หากมีการแสดงเจตนาสละการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยหรือญาติทำขึ้นโดยมิชอบด้วยกฎหมาย ย่อมไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่ต้องการให้รัฐจัดและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง จึงไม่มีผลผูกพันหรือยกขึ้นอ้างต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

กรณีที่มีการแสดงเจตนาสละการใช้สิทธิดังกล่าวเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย จะมีลักษณะเป็นการแสดงเจตนาไม่รับสิทธิตามกฎหมายต่อหน่วยบริการ ซึ่งจะมีผลผูกพันในลักษณะเป็นนิติกรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ส่วนการแสดงเจตนาจะมีผลบังคับหรือไม่เพียงใด ย่อมเป็นไปตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ.2540 และหากต่อมาผู้มีสิทธิต้องการกลับมาใช้สิทธิของตนตามที่กฎหมายกำหนดรับรองไว้ ย่อมสามารถกระทำได้ และมีผลตามกฎหมายในทันทีนับแต่เวลาที่ถอนการแสดงเจตนาไม่รับสิทธิตามกฎหมายเป็นต้นไป ²⁸ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก 5)

จากเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการสละสิทธิ ในชั้นสอบสวนและอุทธรณ์ พบว่าส่วนใหญ่มีมูลเหตุจาก

(1) หน่วยบริการไม่ตรวจสอบและแจ้งสิทธิที่ผู้มีสิทธิได้รับบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเก็บเงินจากผู้รับบริการ

²⁸ ความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสรีที่ 692/2548

(2) หน่วยบริการให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติ ลงชื่อรับทราบค่าใช้จ่าย (โดยประมาณ) และอ้างว่าการลงชื่อรับทราบค่าใช้จ่าย เป็นการแสดงเจตนาสละสิทธิหรือไม่ใช้สิทธิตามกฎหมาย และเก็บเงินจากผู้รับบริการ

(3) หน่วยบริการให้ผู้รับบริการพักในห้องพิเศษ และอ้างว่าการพักในห้องพิเศษเป็นการแสดงเจตนาสละสิทธิหรือไม่ใช้สิทธิตามกฎหมาย จึงเก็บเงินค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากผู้รับบริการ

ที่ผ่านมาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ²⁹ ได้กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขการร้องเรียนเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าบริการ และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหนังสือชักชวนความเข้าใจและแจ้งให้หน่วยบริการทราบและถือปฏิบัติ³⁰ สรุปความได้ดังนี้

(1) ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ หากพบว่า เป็นผู้มิสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ต้องแจ้งสิทธิให้ผู้รับบริการทราบ และห้ามเรียกเก็บเงินในการเข้ารับบริการตามสิทธิที่ผู้รับบริการจะได้รับ

(2) หากผู้รับบริการได้รับทราบสิทธิของตนแล้ว แต่ไม่ประสงค์จะใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย ให้ผู้รับบริการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ใช้สิทธิด้วยตนเองทั้งฉบับไว้เป็นหลักฐาน และหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้รับบริการจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำเป็นหนังสือ เนื่องจากเป็นสิทธิที่กฎหมายรองรับ

(3) การจัดให้ผู้รับบริการพักในห้องพิเศษ โดยมีใช้ความต้องการของผู้รับบริการ (ขณะที่หน่วยบริการมีเตียง/ห้องสามัญ ว่าง/เพียงพอ) ห้ามเก็บเงินจากผู้รับบริการ แต่หากผู้รับบริการแสดงความประสงค์จะพักในห้องพิเศษ ให้หน่วยบริการเก็บเงินเฉพาะค่าห้องพิเศษส่วนที่เกินจากห้อง/เตียงสามัญได้

ผลการสอบสวนกรณีตัวอย่างเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวกับการใช้สิทธิและสละสิทธิ ได้ข้อสรุปว่า การสละการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขที่กฎหมายกำหนดรับรองไว้ ต้องพิจารณาเจตนาที่แท้จริงของผู้มีสิทธิการตกลงใจจะใช้สิทธิหรือสละการใช้สิทธิโดยรับฟังข้อมูลที่หน่วยบริการให้ เป็นมูลเหตุจงใจให้ตัดสินใจ หากข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยบริการไม่เป็นไปตามสิทธิที่กฎหมายรับรอง การแสดงเจตนาที่ย่อมไม่มีผลผูกพันหรือยกขึ้นอ้างได้ แต่หากการแสดงเจตนาเป็นความประสงค์ขอรับบริการพิเศษกว่าสิทธิที่กฎหมายรับรอง หน่วยบริการก็มีสิทธิเรียกให้ผู้มีสิทธิรับผิดชอบค่าใช้จ่าย เฉพาะส่วนที่เกินจากสิทธิที่กฎหมายรับรองได้ ตามที่ผู้มีสิทธิแสดงเจตนาไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ แม้มีการแสดงเจตนาสละสิทธิหรือไม่ใช้สิทธิตามกฎหมายที่รับรองไว้ หากผู้มีสิทธิต้องการกลับมาใช้สิทธิของตน สามารถกระทำได้ตลอดเวลา และมีผลตามกฎหมายในทันที นับแต่เวลาที่ถอนการแสดงเจตนาไม่รับสิทธิตามกฎหมายเป็นต้นไป

²⁹ มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2551

³⁰ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.03/ว 196 ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2551

2.2 ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็น³¹

ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2561 และ 2562 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการและใช้สิทธิ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ ประมาณร้อยละ 3 ดังนี้

การสำรวจ ปี 2561 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 135 ราย หรือ 3.1% จากทั้งหมด 4,303 ราย ที่ไปใช้บริการและใช้สิทธิในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการในการไปใช้บริการครั้งล่าสุดที่โรงพยาบาลทั่วไป 48 คน (35.6%), โรงพยาบาลศูนย์ 33 คน (24.4%) และโรงพยาบาลเอกชน 14 คน (10.4%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สถานการณ์ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ: ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็น ปี 2561

รายการค่าใช้จ่ายที่เสียเพิ่มเติม (ไม่รวมค่าเดินทาง)	จำนวน	มูลค่าต่ำสุด	มูลค่าสูงสุด
• ค่ายา	68	50	5,000
• ค่าตรวจพิเศษ เช่น ส่องกล้อง, เอกซเรย์ CT MRI เป็นต้น	8	300	1,300
• ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์, ที่ตรวจครรภ์, ส่วนต่างอุปกรณ์ผ่าตัด เป็นต้น	4	50	10,000
• ค่าพิเศษแพทย์	2	180	400
• ค่าผ่าตัด	1	15,000	15,000
• ค่ากายภาพบำบัด	1	2,000	2,000
• ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าบริการนอกเวลา, ห้องพิเศษ, หมอพิเศษ, นวดแผนไทย, ล้างแผล, ทำแผล, ชูดินปืน, ตรวจสุขภาพ เป็นต้น	53	50	12,000

หมายเหตุ : แต่ละคนตอบได้มากกว่า 1 รายการ

³¹ ที่มา: รายงานผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี 2561 และ 2562 สำรวจโดยมหาวิทยาลัยสวนดุสิต และ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตามลำดับ

การสำรวจปี 2562 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 73 ราย หรือ 2.98% จากทั้งหมด 2,451 ราย ที่ไปใช้บริการและใช้สิทธิในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมในการไปใช้บริการครั้งสุดท้าย โดยจ่ายที่โรงพยาบาลทั่วไป 21 คน (28.7%), โรงพยาบาลชุมชน 20 คน (27.4%), โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 คน (10.9%) และโรงพยาบาลศูนย์ 5 คน (6.85%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สถานการณ์ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ: ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็น ปี 2562

ค่าใช้จ่าย	จำนวน	ร้อยละ	มูลค่าต่ำสุด	มูลค่าสูงสุด
ค่ายา	36	49.32	50	6,000
ค่าอุปกรณ์การแพทย์ (ข้อเช่า, อื่นๆ)	2	2.74	300	30,000
ค่าตรวจพิเศษ				
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	5	6.85	100	1,000
- เอกซเรย์	5	6.85	100	5,000
ค่าบริการ				
- ค่าทำการนอกเวลา	7	9.59	100	350
- ค่าผ่าตัด	4	5.48	4,000	50,000
- พิเศษแพทย์	4	5.48	50	10,000
- ค่าห้องพิเศษ	11	15.07	280	20,000
- ฟอกไต	2	2.74	-	1,500
- เลือด	1	1.37	-	1,900
- ฉีดยาตา	1	1.37	-	1,000

สถานการณ์ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ หากเปรียบเทียบข้อมูลที่มีการร้องเรียนเข้ามาในระบบ (ดังข้อ 2.1.1 – 2.1.5) คิดเป็นประมาณ 0.006% ของการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด) กับ ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็น (ดังข้อ 2.2) คิดเป็นประมาณ 3% ของกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมาก และอาจกล่าวได้ว่า ปัญหาการที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บที่รับรู้ผ่านการร้องเรียนมาตามมาตรา 59 และมีการดำเนินการแก้ไข เป็นเพียงจำนวนน้อยมากของปัญหาเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความคิดเห็น เปรียบเสมือนยอดปลายของภูเขาน้ำแข็งทั้งก้อนเท่านั้น

2.3 สถานการณ์การใช้มาตรการควบคุมการเบิกจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: เหตุผลและแนวทางดำเนินการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ บริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง กำหนดรูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขโดยจ่ายตามรายการบริการที่เรียกเก็บ (Fee for services: FFS) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related groups: DRGs) สำหรับบริการผู้ป่วยใน

งบประมาณค่ารักษายาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายหลังการใช้ระบบเบิกจ่ายตรง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นมา ผู้มีสิทธิสามารถไปรับบริการผู้ป่วยนอกโดยใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง คือไม่ต้องสำรองเงินไปก่อน จากข้อมูลพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุสำคัญคือการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง โดยเฉพาะการรักษาประเภผู้ป่วยนอก ซึ่งมีสัดส่วนการเบิกจ่ายสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด และส่งผลต่อภาระงบประมาณ

มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยเน้นควบคุมการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนี้

ระยะแรก กำหนดมาตรการดังนี้

- ปี 2541: การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ยาทั่วไป) ต้องได้รับความเห็นชอบและลงนามอนุมัติโดยคณะกรรมการแพทย์จำนวน 3 คนที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองประกอบการเบิกจ่าย³²
- การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง) ในการรักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ต้องมีการลงทะเบียนผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และต้องขออนุมัติก่อนการจ่ายยาเพื่อยืนยันการจ่ายตามข้อบ่งชี้ (Prior Authorization: PA) ประกอบด้วย 3 ระบบ ดังนี้³³

³² หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0526.5/ว 14 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2541 และ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0526.5/ว 65 และ 66 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2542

³³ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 68 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2549 (ยารักษาโรคมะเร็ง) , ที่ กค 0422.2/ว 431 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2552 (ยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์), และ ที่ กค 0422.2/ว 124 ลงวันที่ 2 เมษายน 2553 (ยารักษาโรคสะกดเจ็บ)



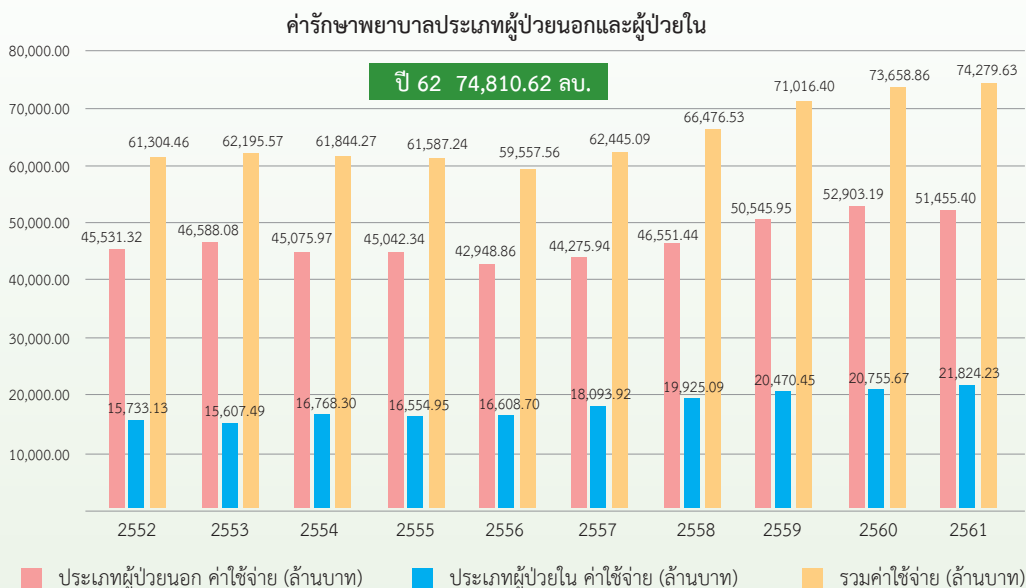
- ปี 2549:
 - OCPA (Oncology Prior Authorization) โปรแกรมลงทะเบียนยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับรักษาโรคมะเร็งชนิดมุ่งเป้า ประกอบด้วยยา 6 รายการ ได้แก่ Bivacizumab, Gefitinib, Erlotinib, Imatinib, Rituximab, และ Trastuzumab
- ปี 2553: (และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน)
 - RDPA (Rheumatoid Disease Prior Authorization) โปรแกรมลงทะเบียนยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด ประกอบด้วยยา 3 รายการ ได้แก่ Rituximab, Etanercept, และ Infliximab
 - DDPA (Dermatology Disease Prior Authorization) โปรแกรมลงทะเบียนยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลาง/รุนแรงมาก (Severe Psoriasis) ประกอบด้วยยา 2 รายการ ได้แก่ Etanercept และ Infliximab

หลังจากการดำเนินมาตรการในระยะแรก พบว่า มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างไม่สมเหตุผลและไม่ถูกต้อง โดยมีการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยานานแรก ไม่มีการระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือระบุเหตุผลไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามข้อมูลทางการแพทย์ ทำให้รายจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มสูงขึ้นมาก^{34,35} ดังรายละเอียดตามแผนภาพที่ 12

³⁴ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 111 ลงวันที่ 24 กันยายน 2555

³⁵ บทความ การควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ: ในสถานการณ์พิเศษ (ปีงบประมาณ 2553) ในรายงานประจำปี 2553 กรมบัญชีกลาง, หน้า 10 เข้าถึงได้ที่ <https://www.cgd.go.th/cs/internet/internet/รายงานประจำปี.html>

แผนภาพที่ 12 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552-2561



ที่มา: ข้อมูลการนำเสนอในการประชุมคณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติม เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2562, โดย นายรชตะ อุ่นสุข กองสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

มาตรการที่ดำเนินการในปัจจุบัน กรมบัญชีกลางได้ประกาศกำหนดมาตรการใหม่ เพื่อเพิ่มการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ดังนี้

- ปี 2556: การส่งใ้ยานนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ยาทั่วไป) จะเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษาคณะเดียว โดยให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติดังกล่าว เพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายทั้งเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จ โดยระบุเหตุผลอย่างใดอย่างหนึ่ง A-E³⁶ ดังนี้
 - A เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยา ที่สามารถใช้ได้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - B ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย แม้ว่าได้ใ้ยานในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
 - C ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใ้ยานนี้ ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

³⁶ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 111 ลงวันที่ 24 กันยายน 2555 (การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียา)

- D ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างสมบูรณ์ หรือ มีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอื่นที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
 - E ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
 - F ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)
- ปี 2561: ยารักษาโรคมะเร็งชนิดมุ่งเป้า แบ่งเป็น 3 บัญชี³⁷ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป ดังนี้
 - o List A (PA list) รายการยารักษาโรคมะเร็งที่อยู่ในระบบ PA ต้องลงทะเบียนผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และได้รับอนุมัติก่อนการใช้ยา ผ่านโปรแกรม OCPA (Oncology Prior Authorization) ปัจจุบันประกอบด้วยยา 19 รายการ ครอบคลุมผู้ป่วย 31 กลุ่มโรค
 - o List B (Inconvenient list) รายการยารักษาโรคมะเร็งและยาที่ให้เบิกได้ แต่ไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายตรง ผู้ป่วยต้องทดลองจ่ายและนำใบเสร็จไปเบิกจากต้นสังกัด ปัจจุบันประกอบด้วยยา 38 รายการ
 - o List C (Negative list) รายการยารักษาโรคมะเร็งชนิดมุ่งเป้าที่ห้ามเบิกในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นยาที่ขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่/ยาชีววัตถุใหม่ที่ขึ้นทะเบียนมายังตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ปัจจุบันประกอบด้วยยา 19 รายการ
 - โปรแกรม RDPA สำหรับการสั่งใช้ยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด 3 รายการ ได้แก่ Rituximab, Etanercept, และ Infliximab และ โปรแกรม DDPA สำหรับการสั่งใช้ยารักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลาง/รุนแรงมาก (Severe Psoriasis) 2 รายการ ได้แก่ Etanercept และ Infliximab ยังคงดำเนินการต่อเนื่องจากเดิม

สรุปได้ว่า เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและค่ารักษายาบาลในภาพรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่จ่ายชดเชยค่ารักษายาบาลตามรายการบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Fee for services: FFS) จึงมีการบริหารจัดการและกำกับดูแลการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา รวมทั้งการขออนุมัติก่อนการใช้ยา (Prior Authorization: PA) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริหารระบบ PA คือ ภาระงานและภาระงบประมาณที่ค่อนข้างสูงมาก และความต้องการใช้ยาใหม่ๆ ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่สามารถพิจารณาและอนุมัติยาได้ทั้งหมด

³⁷ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.2/ว 33, ว 34 ลงวันที่ 19 มกราคม 2561 (หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา และสิ่งที่ส่งมาด้วย 1,2,3), ที่ กค 0416.2/ว 424 ลงวันที่ 20 กันยายน 2561 (เพิ่มเติม), ที่ กค 0416.2/ว 85 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 และ ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.2/ว 340 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2562

ส่วนที่ 3

บทวิเคราะห์ และข้อเสนอ
แนวทางดำเนินการเพื่อป้องกัน
และแก้ไขปัญหากรณีประชาชน
ถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ
โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ



ส่วนที่ 3

บทวิเคราะห์ และข้อเสนอ

แนวทางดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไข

ปัญหากรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ

3.1 บทวิเคราะห์

สิทธิประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ผู้มีสิทธิไปลงทะเบียนและรับบริการตามขั้นตอนที่กำหนด³⁸ และอาจต้องร่วมจ่ายค่าบริการให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการตามที่คณะกรรมการกำหนด³⁹ ส่วนประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ครอบคลุมรอบด้านทั้งการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยประกาศรายการที่ยกเว้นหรือไม่ครอบคลุม⁴⁰ (Implicit comprehensive package with a few exclusion list หรือ Negative list approach)

การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะ 17 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม รวมทั้งสิทธิในการไปรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ เพิ่มเติมขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่า 20 ฉบับ รวมทั้งรายการยาใหม่ๆ ที่ประกาศเพิ่มเติมในบัญชียาหลักแห่งชาติ⁴¹ อาจกล่าวได้ว่า เป็นการเพิ่มรายการสิทธิประโยชน์ที่มีการประกาศชัดเจน (Explicit positive list) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือมีปัญหาการเข้าถึงบริการ พร้อมทั้งประกาศหลักเกณฑ์แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการ เพื่อสร้างความมั่นใจในการได้รับบริการของประชาชนและผู้ให้บริการจะได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการตามที่ประกาศกำหนด

³⁸ มาตรา 6, 7, 8 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560

³⁹ มาตรา 5 วรรคสอง ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

⁴⁰ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544

⁴¹ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข และ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช. <https://law.nhso.go.th/Site/Default.aspx>



บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ครอบคลุมยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ¹⁰ การร้องเรียนกรณีหน่วยบริการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย เกิดขึ้นมาตั้งแต่เริ่มดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขออกหนังสือแจ้งเรื่องการจ่ายยาให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ปี 2544⁴² และต่อมาในปี 2547 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกหนังสือชักชวนความเข้าใจการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ⁴³ โดยให้หน่วยบริการพิจารณาใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลัก และการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติโดยมีเหตุผลสมควร ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการได้ (เว้นแต่กรณีที่มีการร้องขอ) เนื่องจาก ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่ได้ถูกประกาศเป็น “รายการที่ยกเว้น” จึงถือว่าเป็นบริการที่ครอบคลุมและหน่วยบริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บ นอกจากนี้ หากจะนำระบบ Prior Authorization เช่นเดียวกับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาล มาปรับใช้ในการพิจารณาความจำเป็นและเหตุผลสมควรในการส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อแก้ปัญหาการถูกเรียกเก็บเงินค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ อาจไม่เหมาะสม เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและวิธีการจ่ายชดเชยค่าบริการที่แตกต่างกัน รวมทั้งภาระค่าบริหารจัดการจำนวนมากที่จะเกิดขึ้นจากการบริหารระบบ PA รองรับการให้บริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีจำนวนมากกว่าระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเกือบสิบเท่า

การจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข แม้ว่าจะระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้รูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการตามหลักการเหมาจ่ายรายหัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณของรัฐและควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมและเพียงพอ แต่ที่ผ่านมา มีการพัฒนารูปแบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการอย่างต่อเนื่อง⁴⁴ โดยเฉพาะงบประมาณที่กันไว้ที่ส่วนกลาง (Central Reimbursement) สำหรับจ่ายค่าบริการรายการเฉพาะหรือรายการที่ประกาศเพิ่มเติมเพื่อรองรับการเข้าถึงบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง บริการที่ยังเข้าถึงได้จำกัด และ บริการที่มีความจำเป็นหรือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เป็นต้น

การเรียกเก็บเงินจากประชาชนผู้มีสิทธิ ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และ ส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ครอบคลุมสิทธิประโยชน์รอบด้าน ยกเว้นบางรายการ

⁴² หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0223.13/ว 312 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2544

⁴³ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช 03/ว 1146 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2474 และหนังสือตอบข้อหารือหรือข้อสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการกรณีใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

⁴⁴ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ <https://law.nhso.go.th/Site/AdvanceSearchResult.aspx>

(exclusion list)⁴⁵ การจ่ายชดเชยค่าบริการปรับปรุงเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุ้มครองการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุม สรุปได้ว่า การที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยที่หน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing) ไม่สามารถกระทำได้ และหากหน่วยบริการเรียกเก็บเงินจากประชาชนโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ หรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด ผู้มีสิทธิสามารถร้องเรียนต่อสำนักงานให้มีการสอบสวนได้⁴⁶

3.2 ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการที่ประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra Billing)⁴⁷

ประชาชน

- 1) ขาดความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข ทั้งวิธีการไปใช้สิทธิและประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม
- 2) ไปรับบริการสาธารณสุขรายการที่ยกเว้น/ไม่ครอบคลุม
- 3) มีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เท่ากัน (Asymmetric information) ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน จึงมีแนวโน้มที่จะถูกโน้มน้าวให้เกิดความต้องการบริการสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น
- 4) มีความต้องการรับบริการสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น

หน่วยบริการ

- 2) ให้บริการที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 (มาตรฐาน ประสิทธิภาพ ประเภทและขอบเขตบริการ สาธารณสุขที่กำหนด) และเรียกเก็บค่าบริการ
- 3) เรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด
- 4) ขาดความเข้าใจในหน้าที่ของหน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 45 และ 46 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ

⁴⁵ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2544 และ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่อง การบริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิไม่ได้รับความคุ้มครอง ประกาศวันที่ 22 มิถุนายน 2544 โดยบริการบางรายการ คณะกรรมการได้ประกาศกำหนดเป็นรายการที่ครอบคลุมแล้วในภายหลัง

⁴⁶ มาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

⁴⁷ ประมวลจากการดำเนินงาน สถานการณ์ปัญหา และการร้องเรียน ทั้งนี้ ยังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกลไก/ระบบที่เกี่ยวข้อง

- 1) การกำหนดสิทธิประโยชน์ไม่ชัดเจน เกิดการตีความตามดุลยพินิจหรือมุมมองที่แตกต่างกันของผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ เช่น ประชาชนผู้มีสิทธิ ผู้ให้บริการ และหน่วยงานบริหารระบบฯ
- 2) การสื่อสาร สร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนไม่เพียงพอหรือไม่รอบด้าน
- 3) ข้อจำกัดในการกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ตามมาตรา 26 (8) และ 50 (2) แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ
- 4) ประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณ
- 5) รูปแบบและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการของแต่ละระบบที่แตกต่างกัน
- 6) ค่าใช้จ่ายที่สะท้อนต้นทุนบริการตามระดับบริการ
- 7) การยอมรับร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ

3.3 ข้อเสนอแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra Billing) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักการสำคัญ

1. การดำเนินการเรื่องนี้ ถือเป็นมาตรการในการช่วยคุ้มครองสิทธิของประชาชน และเป็นโอกาสที่ดีในการทบทวนสิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชยค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยไม่ถูกเรียกเก็บเงิน โดยคำนึงถึงความเพียงพอเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และยั่งยืน ตามข้อเสนอ SAFE
2. การรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ต้องไม่มี Extra billing ไม่ว่ากรณีใดๆ นั่นคือ หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากผู้มีสิทธิโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ หรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด
3. สร้างระบบให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ รับฟังความเห็นและคำนึงถึงประโยชน์ของทุกฝ่ายอย่างสมดุลและเป็นธรรม รวมทั้งการะงบประมาณ แนวปฏิบัติ คุณภาพ ประสิทธิภาพ และการคุ้มครองสิทธิ
4. ผู้มีสิทธิ อาจจ่ายค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพียง 3 กรณี คือ (1) การร่วมจ่ายค่าบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ตามอัตราและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ซึ่งเรียกว่าการมีส่วนร่วมจ่าย (Cost sharing) ณ จุดรับบริการ (Copayment at point of service) (2) บริการที่เป็นข้อยกเว้น/ไม่คุ้มครอง (exclusion lists) และ (3) การไปใช้บริการข้ามขั้นตอนหรือไม่เป็นไปตามที่กำหนด

มาตรการแก้ไขและป้องกัน⁴⁸

1. การแก้ไข

- 1.1 ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการใช้ inform consent ตามหนังสือที่ สปสช. 3.66/ว. 458 และ ว.6 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2562 เนื่องจากมีการนำแบบฟอร์มดังกล่าวไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ (extra billing) เพราะการรับรู้เรื่องยาของประชาชนมีอย่างจำกัด ยากที่จะตัดสินใจได้ในระยะเวลาอันสั้น⁴⁹
- 1.2 ทำความชัดเจนเรื่องสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยทบทวนนโยบายมติคณะกรรมการ ระเบียบ/ประกาศที่เกี่ยวข้อง เพื่อทดแทนการอ้างอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544
- 1.3 ปรับปรุงระบบสนับสนุนทางการเงินอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดเงื่อนไขที่ทำให้เกิด Extra billing
- 1.4 ทำการซักซ้อมความเข้าใจกับหน่วยบริการและผู้มีสิทธิ ดังต่อไปนี้
 - 1.4.1 หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการเพิ่มเติมจากผู้รับบริการได้ ในกรณีดังนี้
 - 1.4.1.1 การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจ Lab และการใช้เวชภัณฑ์กรณีที่ได้รับบริการเห็นสมควร
 - 1.4.1.2 การใช้ Lab และเวชภัณฑ์ ที่มีการเบิกจ่ายเพิ่มเติมในลักษณะเป็นค่าบริการหรือรายการอุปกรณ์ตามที่กำหนด
 - 1.4.1.3 การรับบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกระดับ
 - 1.4.2 หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการ กรณีประชาชนเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชนสิทธิหลักประกันฯ โดยให้เรียกเก็บจาก สปสช. ตามประกาศคณะกรรมการฯ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ

⁴⁸ มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2563 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 เห็นชอบข้อเสนอหลักการ การแก้ไข และการป้องกัน กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing) ตามที่เสนอ และมอบหมายคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ดำเนินการข้อ 1.2, 2.1 คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ดำเนินการข้อ 1.3, 2.2 และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการข้อ 1.1, 1.4, 2.3, 2.4, 2.5 ต่อไป

⁴⁹ สปสช. ส่งหนังสือยกเลิกแนวทางปฏิบัติดังกล่าว เวียนแจ้งไปยังต้นสังกัดหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกแห่งและผู้อำนวยการ สปสช.เขตทุกเขตแล้ว (หนังสือที่ สปสช. 3.66/ว 1927 และ สปสช.3.66/ว.0003 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2563) (รายละเอียดดังภาคผนวก 7)



2. การป้องกัน

- 2.1 เพิ่มความเข้มแข็งของระบบการพิจารณาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จำเป็น โดยคำนึงถึงคุณค่า ภาระงบประมาณ และเกณฑ์ต่างๆ ในการตัดสินใจประกาศกำหนด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยไม่ถูกเรียกเก็บเงิน
- 2.2 พัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยขับเคลื่อนการดำเนินการให้เกิดความเพียงพอ เป็นธรรม ประสิทธิภาพ และยั่งยืน ตามข้อเสนอ SAFE
- 2.3 กำกับติดตามสถานการณ์ปัญหา Extra billing เชิงรุก ผ่านระบบ Audit, Survey, Complaint management รวบรวมปัญหา และจัดการแก้ไขเชิงระบบ รวมทั้งดำเนินการตามกฎหมายอย่างเข้มงวด
- 2.4 สร้างกลไกให้เกิดกระบวนการสุนทรียสนทนาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในทุกระดับ เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
- 2.5 เผยแพร่ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของประชาชนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ประชาชนและผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา ชัดเจน เข้าใจง่าย เข้าถึงได้ในทุกช่องทาง

ภาคผนวก



ภาคผนวก 1:

ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข
ที่ครอบคลุม และรายการที่ยกเว้น⁵⁰

บริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม ได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย
ดังนี้

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรค⁵¹
- 2) การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงที่สุดการรักษา
ทั้งนี้ รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
- 3) การคลอดบุตร ไม่จำกัดจำนวนครั้ง⁵²
- 4) ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ
- 5) การถอนฟัน การอุดฟัน การชุดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาท
ฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
- 6) ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 7) การจัดส่งต่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
- 8) การบริการทางการแพทย์หรือค่าใช้จ่ายอื่น นอกจาก (1) - (7) ที่คณะกรรมการกำหนด

⁵⁰ อ้างอิงตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2544 และ ประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่อง การบริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิไม่ได้รับความคุ้มครอง ประกาศวันที่ 22 มิถุนายน
2544 และที่มีการประกาศกำหนดเพิ่มเติม

⁵¹ รายละเอียดตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข
(ฉบับที่ 10) พ.ศ.2559 และ (ฉบับที่ 11) พ.ศ.2560

⁵² ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 8) พ.ศ.
2558



บริการสาธารณสุขที่ไม่ครอบคลุม/ยกเว้น⁵³

- 1) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 2) การผสมเทียม
- 3) การกระทำใดๆเพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 4) การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคใดๆที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 5) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- 6) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อน/ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 7) การปลูกถ่ายอวัยวะ ยกเว้น การปลูกถ่ายไต ปลูกถ่ายตับในเด็ก ปลูกถ่ายหัวใจ ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (ในโรคที่กำหนด) และการปลูกถ่ายกระจกตา
- 8) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ยกเว้น บริการสารทดแทนยาเสพติดเมทาโดน (กรณีสมัครใจเข้ารับการรักษา)
- 9) อุบัติเหตุการประสาธน์จากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสาธน์จากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

⁵³ รายการยกเว้น ที่มีการประกาศครอบคลุมภายหลัง ประกอบด้วย ยาต้านไวรัสเอดส์ โรคจิตที่เป็นผู้ป่วยในเกิน 15 วัน การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และการปลูกถ่ายอวัยวะบางรายการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ.2548, 2551, 2554, 2555, และ 2556

ภาคผนวก 2:

การไปรับบริการสาธารณสุข

1) กรณีทั่วไป

ให้ผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ แล้วใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายส่งต่อวันแต่กรณีมีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2) กรณีอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน

ผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่

2.1) กรณีอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน (เจ็บป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามความรุนแรงเป็น เจ็บป่วยฉุกเฉิน เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต) ให้มีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการอื่นได้ และหน่วยบริการอื่นที่ให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณนั้นๆ

2.2) กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือกรณีที่มีเหตุสมควร ให้มีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นที่อยู่ใกล้ หรือเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็ว และสถานบริการอื่นที่ให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากสำนักงานตามที่กำหนด⁵⁴

⁵⁴ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560



ภาคผนวก 3:

การจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขแก่หน่วยบริการ

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดภายใต้แนวคิดหลักตามมาตรา 38 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 คือ เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายไม่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยมีการออกแบบรายละเอียดเพื่อให้หน่วยบริการมีแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม ดังนี้

1) การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข โดยออกแบบระบบการจ่ายเพื่อให้หน่วยบริการได้รับเงินค่าบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาระบบบริการในเขตพื้นที่และจัดบริการสุขภาพอย่างครบถ้วน คุ้มครองการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อข้ามพื้นที่ภายใต้ความรับผิดชอบของ สปสช.สาขาเขต และจ่ายเพิ่มเติมสำหรับค่าใช้จ่ายบางรายการ เพื่อมิให้เป็นข้อจำกัดของหน่วยบริการในการให้บริการแก่ประชาชน เช่น ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

2) การให้ประชาชนได้รับบริการต่อเนื่อง ครบถ้วนอย่างเป็นระบบ โดยเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดหรือชะลอความรุนแรงของโรค จึงให้มีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ ในโรค/บริการที่มีการเข้าถึงบริการได้น้อย มีความเร่งด่วน และมีความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

3) การเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากเป็นบริการที่จำเป็นและมีประสิทธิผลสูง จึงต้องมีการบริหารอุปสงค์และกระตุ้นให้มีการใช้บริการมากขึ้น การจ่ายงบประมาณทั้งหมดแบบเหมาจ่ายรายหัวให้หน่วยบริการโดยตรง ไม่สร้างแรงจูงใจเท่าที่ควร และในแต่ละพื้นที่มีปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เร่งด่วนแตกต่างกัน จึงจัดให้มีการจ่ายตามผลงานบริการและการจัดสรรให้กับ สปสช. เขต/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับบริการที่เป็นปัญหาเฉพาะของชุมชนพื้นที่

4) การสนับสนุนการจัดการบริการที่มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการเพื่อเพิ่มผลงานบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสร้างขวัญกำลังใจ แก่บุคลากร จึงมีการจัดเงินเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่เฉพาะ การจ่ายเงินเพิ่มเติมสำหรับ หน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน และการจ่ายชดเชยความเสียหายเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการ

5) การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการโดย ชุมชน

6) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้วยการสนับสนุนการบริหารแบบเขตสุขภาพ ลดขั้นตอนในการดำเนินงาน และการให้บริการที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ

อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการมีการพัฒนารูปแบบและ วิธีการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้รูปแบบวิธีการจ่ายแบบผสมผสานร่วมกันหลายวิธี ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม สอดคล้องและสนับสนุนส่งเสริมการจัดการบริการแต่ละประเภท ทั้งนี้ เพื่อกระตุ้นและเพิ่มประสิทธิภาพและ คุณภาพมาตรฐานการให้บริการ สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ เอื้อต่อการพัฒนาให้ เกิดบริการอย่างต่อเนื่อง เอื้อให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางการแพทย์ สนับสนุนให้เกิด บริการแบบองค์รวมและบูรณาการบริการ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในบริบทที่เหมาะสม ตลอดจนลดความซ้ำซ้อนของวิธีการจ่ายและการ จัดการข้อมูล

รูปแบบการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหลายรูปแบบ เช่น การจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การจ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้ บริการ หรือการจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ เป็นต้น ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำหน้าที่ในการกำหนด กำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลการใช้จ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ เป็นการ จ่ายตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงของหน่วยบริการ โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายฯ ของหน่วยบริการที่แตกต่างกันในแต่ละกรณี ตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละปีงบประมาณ และเป็นไปตาม มาตรการรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติกำหนด ประกอบด้วย



1) การจ่ายตามผลงานบริการ กรณีผู้ป่วยใน มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามความรับผิดชอบของ สปสช.เขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

2) การจ่ายตามผลงานบริการ กรณีบริการกรณีเฉพาะ เป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการที่มีการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะในภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติ จะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ อาจไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ผู้ให้บริการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยมีหลักเกณฑ์พิจารณา 4 ข้อ คือ

- (1) การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ/หรือ มีผู้ป่วยไม่มาก
- (2) ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)
- (3) ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย หรือบริการที่เป็นนโยบายสำคัญ
- (4) การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

เช่น ปีงบประมาณ 2563 บริการกรณีเฉพาะ มี 5 กลุ่ม ดังนี้ (ก) ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ข) เพิ่มความมั่นใจคุณภาพบริการ (ค) ลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ (ง) จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ (จ) ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

3) การจ่ายตามผลงานบริการ กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐาน เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนไทยทุกคนที่ได้รับบริการในหน่วยบริการ และ/หรือ นอกหน่วยบริการ

4) การจ่ายตามผลงานบริการ กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เป็นการจ่ายค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

5) การจ่ายตามผลงานบริการ สำหรับบริการการแพทย์แผนไทย เป็นการจ่ายค่าบริการการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิ

6) การจ่ายตามผลงานบริการ สำหรับบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการจ่ายค่าบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง สำหรับผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ

7) การจ่ายตามผลงานบริการ รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นการจ่ายค่าบริการบำบัดทดแทนไตครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายา และบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

อย่างไรก็ดี การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้ให้บริการ จำเป็นต้องได้รับการทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการปรับเปลี่ยนตามบริบทของสังคม



ภาคผนวก 4:

แนวทางปฏิบัติเรื่องการไต่สวนนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵⁵

สรุปแนวทางปฏิบัติเรื่องการไต่สวนนอกบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการและแจ้งสิทธิให้ผู้รับบริการทราบ
2. หน่วยบริการพิจารณาจ่ายยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 อ้างอิงตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 ซึ่งกำหนดให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ข้อ 19(6) ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. หากเป็นการเจ็บป่วยที่ครอบคลุมอยู่ในสิทธิประโยชน์แล้ว ควรพิจารณาจ่ายยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ เว้นแต่กรณีที่ผู้รับบริการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีใช้กรณีที่มีความจำเป็นและไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติทดแทน หรือมีใช้กรณีฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้เห็นชอบแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการและบันทึกความยินยอมของผู้รับบริการ ดังนี้

(ก) **แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการ** เรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

- (1) แบบบันทึกดังกล่าวเป็นตัวอย่างแนวทางปฏิบัติให้หน่วยบริการสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามระบบเอกสารของหน่วยบริการ โดยให้คงหลักการและข้อความสำคัญของแบบบันทึกดังกล่าว
- (2) การปฏิบัติต่อผู้รับบริการให้เป็นไปตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558
- (3) ขอบเขตการใช้แบบบันทึกความยินยอม: แบบบันทึกความยินยอมใช้ในการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายหลักประกัน

⁵⁵ มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 25 มกราคม 2561 และครั้งที่ 2/2562 วันที่ 28 มีนาคม 2562 ทั้งนี้ มีการยกเลิกแนวทางปฏิบัติดังกล่าวแล้ว ดังรายละเอียดในภาคผนวก 7

สุขภาพแห่งชาติที่ผู้รับบริการหรือผู้ปกครอง/ ทายาทโดยธรรมเลือกเอง โดยที่ไม่มีกรณีที่มีความจำเป็นและไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติทดแทน หรือมิใช่กรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต

- (4) แพทย์ผู้ให้การรักษาต้องให้ข้อมูลและอธิบายกับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครอง/ทายาท โดยธรรมจนเข้าใจ โดยให้มีโอกาสในการซักถาม และทวนสอบความเข้าใจก่อนลงนามตามหลักการการให้ข้อมูล และบันทึกความยินยอม (Informed Consent) ซึ่งต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้
 - Information: การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน เพียงพอ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ทั้งในด้าน ความปลอดภัยผลต่อการรักษา ผลข้างเคียง และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
 - Understanding: การทวนสอบความเข้าใจของผู้รับบริการ หรือผู้ปกครอง/ทายาท โดยธรรมจนเข้าใจถ่องแท้ก่อนตัดสินใจ
 - Voluntariness: การบันทึกความยินยอมด้วยความสมัครใจ
- (5) หน่วยบริการจัดทำเอกสารการให้ข้อมูล (Information Sheet) ที่ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผู้รับบริการหรือผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรมเลือกเอง ได้แก่ ชื่อยา ประโยชน์ ความเสี่ยง ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการใช้ยา ตามแผนการรักษา และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ตามแผนการรักษาที่แพทย์ให้ข้อมูลไว้เป็นเอกสารแนบพร้อมกับแบบบันทึกความยินยอม (หน่วยบริการสามารถปรับใช้รูปแบบการให้คำอธิบายข้อมูลตามรูปแบบของโรงพยาบาล เช่น QR code, YouTube เป็นต้น)
- (6) การลงนามแสดงเจตนาโดยผู้รับบริการ หรือผู้ปกครอง/ ทายาทโดยธรรม
- (7) หน่วยบริการจัดทำบันทึกความยินยอมการเลือกรับการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 ฉบับ โดยหน่วยบริการเก็บไว้ 1 ฉบับและมอบให้ผู้รับบริการ 1 ฉบับ
- (8) กรณีที่ผู้รับบริการ หรือผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรม หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา พิจารณาขอยกเลิกความยินยอมการขอใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่บันทึกไว้ในแบบบันทึกความยินยอม ก่อนที่จะครบตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ในเอกสารการให้ข้อมูล สามารถกระทำได้ และมีผลทันทีนับแต่วันที่ยกเลิกการให้ความยินยอม และเมื่อยกเลิกการขอใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติดังกล่าวแล้ว ให้ผู้รับบริการใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

(ข) บันทึกความยินยอมของผู้รับบริการในการเลือกรับการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ภาคผนวก 5:

ความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกา

เรื่องเสร็จที่ 692/2548

กรณีที่ผู้มีสิทธิมีการแสดงเจตนาสละการใช้สิทธิที่เป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย และผู้มีสิทธิต้องการกลับมาใช้สิทธิของตนตามที่กฎหมายกำหนดรับรองไว้ ย่อมสามารถกระทำได้ และมีผลตามกฎหมายในทันที นับแต่เวลาที่ถอนการแสดงเจตนาไม่รับสิทธิตามกฎหมายเป็นต้นไป

การแสดงเจตนาที่จะมีผลผูกพันตามความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกาดังกล่าว หมายถึงการกระทำที่โดยชอบด้วยกฎหมายและด้วยใจสมัคร มุ่งโดยตรงต่อการผูกนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคล เพื่อจะก่อให้เกิดเปลี่ยนแปลง โอน สงวน หรือระงับซึ่งสิทธิ การแสดงเจตนาด้วยเข้าใจความจริงไม่ถูกต้องในช่วงการแสดงเจตนา เป็นความนึกคิดของผู้แสดงเจตนาไม่ตรงกับความจริงที่เป็นอยู่ โดยผู้แสดงเจตนาไม่ทราบความจริงและ/หรือ ได้แสดงเจตนาออกมาโดยสำคัญผิด การแสดงเจตนาเช่นนี้ ย่อมไม่ผูกพันหรือยกขึ้นกล่าวอ้างได้

กรณีการแสดงเจตนาของผู้ป่วยหรือญาติที่จะสละการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข โดยการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มหนังสือไม่ประสงค์จะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่หน่วยบริการกำหนดขึ้น จะมีผลผูกพันบังคับได้หรือไม่ ต้องพิจารณาว่า เจตนาแท้จริงของผู้แสดงเจตนาเป็นอย่างไร ต้องการเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดหรือไม่ หรือต้องการเสียค่าใช้จ่ายเพียงบางส่วนเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิ หรือโดยสำคัญผิดว่า ตนเองไม่มีสิทธิเข้ารับบริการและต้องลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานเพื่อรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หรือเป็นการลงลายมือชื่อโดยไม่ได้อ่านข้อความในหนังสืออย่างละเอียด การสืบค้นเจตนาที่แท้จริงจะพิจารณาเพียงเจตนาที่แสดงออกเพียงการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มหนังสือที่หน่วยบริการกำหนดอย่างเดียวไม่ได้ เพราะอาจไม่ตรงกับเจตนาที่แท้จริง ซึ่งมีปรากฏบ่อยๆ ในเรื่องร้องเรียน ผู้มีสิทธิร้องเรียนขอคืนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บ แต่ขณะเดียวกันหน่วยบริการได้อ้างว่า ผู้รับบริการ และ/หรือญาติได้มีการลงลายมือชื่อในแบบหนังสือไม่ประสงค์จะใช้สิทธิ และยินดีเสียค่าใช้จ่ายเอง จึงเป็นประเด็นต้องตีความการแสดงเจตนา ที่มุ่งถึงเจตนาที่แท้จริง ยิ่งกว่าถ้อยคำสำนวนหรือตัวอักษร อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงเจตนาที่แท้จริงจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อผู้ตีความการแสดงเจตนาได้พิจารณาข้อเท็จจริงแวดล้อมประกอบแล้ว

ภาคผนวก 6:

ข้อกฎหมาย / ประกาศ / ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

- (1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
- (2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานด้านบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ลงวันที่ 12 มกราคม 2546
- (3) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การร่วมจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555
- (4) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ.2555
- (5) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2561
- (6) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- (7) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่อง การบริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิไม่ได้รับความคุ้มครอง
- (8) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- (9) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่อง การบริการทางการแพทย์แผนไทย
- (10) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ.2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- (11) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ พ.ศ.2556
- (12) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560
- (13) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2555



ภาคผนวก 7:

หนังสือแจ้งยกเลิกแนวทางปฏิบัติ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ซ. ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ " ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๑ ๔๐๐๐ โทรสาร ๐๒ ๑๔๓ ๔๗๓๐

ที่ สปสช. ๓.๖๖/๑.๑๙๒๗

๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ว.๔๕๔ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรียน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงยุติธรรม ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

อ้างถึง หนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ว.๔๕๔ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้มีมติเห็นชอบแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๒ และมอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหนังสือแจ้งไปยังต้นสังกัดหน่วยบริการเพื่อสื่อสารให้หน่วยบริการในสังกัดทราบและนำไปปฏิบัติ ตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ว.๔๕๔ เรื่องแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ตามสิ่งที่อ้างถึงนั้น

ภายหลังการดำเนินงานตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข สำนักงานได้มีการกำกับติดตามสถานการณ์การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วพบว่า

๑. ผู้รับบริการและผู้ให้บริการยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอเรื่องสิทธิที่ผู้รับบริการจะได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย
๒. หน่วยบริการไม่แจ้งข้อมูลหรือแจ้งข้อมูลให้ผู้รับบริการไม่ครบถ้วนเพียงพอต่อการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. หน่วยบริการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า หากมีหนังสือแสดงความยินยอมแล้ว สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการได้ แม้จะเป็นยาที่แพทย์ให้ความเห็นว่ามีความจำเป็นและไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติทดแทน
๔. หน่วยบริการบางแห่งยังเรียกเก็บค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้เหตุผลว่าการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับต่ำกว่าต้นทุนการจัดบริการ

/สำนักงาน...

สำนักงานได้เสนอข้อมูลสถานการณ์ และผลการดำเนินงานตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขต่อ “คณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคณะทำงานฯ ได้เสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และคณะกรรมการมีมติ “ให้ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๔๕๘ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒” และในการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ ๒/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ มีมติเห็นชอบ “ให้ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๔๕๘ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒” ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอแจ้ง “ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและแบบบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๔๕๘ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒” และขอความร่วมมือท่านโปรดสื่อสารไปยังหน่วยงานในสังกัดเพื่อทราบและนำไปปฏิบัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งหน่วยบริการในสังกัดด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายจักรกริช ใจศิริ)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สปสช.

โทรศัพท์ ๐๔๐ ๑๔๗ ๕๒๘๑ โทรสาร ๐๒ ๑๔๓ ๔๗๓๐

ผู้ประสานงาน : นางนฤมล ไชยรังสินันท์



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ “ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๕๑ ๕๐๐๐ โทรสาร ๐๒ ๕๕๓ ๔๗๓๐

ที่ สปสช. ๓.๖๖/๑.๐๐๐๓

๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๖ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกเขต

อ้างถึง หนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๖ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้มีมติเห็นชอบแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๒ และมอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหนังสือแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกเขตเพื่อสื่อสารให้คณะกรรมการและหน่วยบริการในพื้นที่ทราบและนำไปปฏิบัติ ตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๖ เรื่องแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ตามสิ่งที่อ้างถึงนั้น

ภายหลังการดำเนินงานตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข สำนักงานได้มีการกำกับติดตามสถานการณ์การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วพบว่า

๑. ผู้รับบริการและผู้ให้บริการยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอเรื่องสิทธิที่ผู้รับบริการจะได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย
๒. หน่วยบริการไม่แจ้งข้อมูลหรือแจ้งข้อมูลให้ผู้รับบริการไม่ครบถ้วนเพียงพอต่อการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. หน่วยบริการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า หากมีหนังสือแสดงความยินยอมแล้ว สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการได้ แม้จะเป็นยาที่แพทย์ให้ความเห็นว่ามีความจำเป็นและไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติทดแทน
๔. หน่วยบริการบางแห่งยังเรียกเก็บค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้เหตุผลว่าการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับต่ำกว่าต้นทุนการจัดบริการ

/สำนักงาน...

สำนักงานได้เสนอข้อมูลสถานการณ์ และผลการดำเนินงานตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขต่อ “คณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคณะทำงานฯ ได้เสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และคณะกรรมการมีมติ “ให้ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๖ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒” และในการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ ๒/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ มีมติเห็นชอบ “ให้ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๖ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒” ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอแจ้ง “ยกเลิกแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและแบบบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหนังสือที่ สปสช. ๓.๖๖/ ว.๖ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒” และขอความร่วมมือท่านโปรดสื่อสารไปยังคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่เพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการกำกับติดตามการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และโปรดสื่อสารไปยังหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อทราบ ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สื่อสารการยกเลิกแนวทางปฏิบัติไปยังต้นสังกัดหน่วยบริการเพื่อให้มีการสื่อสารไปยังหน่วยบริการรับทราบด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายจักรกริช ใจศิริ)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สปสช.

โทรศัพท์ ๐๔๐ ๑๔๗ ๕๒๘๑ โทรสาร ๐๒ ๑๔๓ ๔๗๓๐

ผู้ประสานงาน : นางนฤมล ไชยรังสินันท์



ภาคผนวก 8:

คณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกัน
และแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมฯ



คำสั่งคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

ที่ ๓ / ๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติม
จากสิทธิที่ได้รับ เพื่อรับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยที่เป็นการสมควรให้มีคณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชน
จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับเพื่อรับบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔.๒ (๗) แห่งคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๔/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบมติคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ คณะอนุกรรมการกำหนด
หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

๑. แต่งตั้งคณะทำงานศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีประชาชนจ่ายค่าบริการ
เพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับ เพื่อรับบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

- | | |
|---|-------------------|
| 1.1 นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ประธานคณะทำงาน |
| 1.2 รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย | รองประธานคณะทำงาน |
| 1.3 นายจิรวิทย์ สุขได้พึ่ง | คณะทำงาน |
| 1.4 นายประเวศ อรรถศุภผล | คณะทำงาน |
| 1.5 ผู้แทนเครือข่ายกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย | คณะทำงาน |
| 1.6 ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน | คณะทำงาน |
| 1.7 นายพิทักษ์พล บุญมาลิก | คณะทำงาน |
| 1.8 ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป | คณะทำงาน |
| 1.9 ผู้แทนเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบท | คณะทำงาน |
| 1.10 นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล | คณะทำงาน |
| 1.11 นายนิมิตร์ เขียนอุดม | คณะทำงาน |
| 1.12 นางสุภัทรา นาคะผิว | คณะทำงาน |
| 1.13 นางสาวชลล ศรทิตต์ | คณะทำงาน |
| 1.14 นายพีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ | คณะทำงาน |

1.15	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม	คณะทำงาน
1.16	ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	คณะทำงาน
1.17	ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	คณะทำงาน
1.18	ผู้แทนสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)	คณะทำงาน
1.19	ผู้แทนสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	คณะทำงาน
1.20	ผู้แทนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	คณะทำงาน
1.21	นายจเด็จ ธรรมธัชอารี	คณะทำงาน
1.22	ประธานกลุ่มภารกิจบริหารกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงาน
1.23	ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงาน
1.24	ผู้อำนวยการสำนักบริหารแผนและงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงานและ เลขานุการ
1.25	เจ้าหน้าที่สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

2. ให้คณะทำงานตาม 1. มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- 2.1 ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์กรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับเพื่อรับบริการสาธารณสุข
- 2.2 พัฒนาเกณฑ์การประเมิน และวิเคราะห์ผลกระทบในมิติต่างๆ กรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับเพื่อรับบริการสาธารณสุข
- 2.3 จัดทำข้อเสนอแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาการจัดการกรณีประชาชนจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากสิทธิที่ได้รับเพื่อรับบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคำนึงถึงหลักความชอบธรรม และความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2.4 ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นางดวงตา ตันโช)

ประธานคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์
การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน



ภาคผนวก 9:

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 2/2563
วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในคราวประชุมครั้งที่ 2/2563 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 14.00 – 17.00 น. ณ ห้องประชุมนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ สปสช. ได้พิจารณาข้อเสนอหลักการ การแก้ไข และการป้องกัน กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing) ดังนี้

ข้อเสนอ : หลักการ

1. การรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ต้องไม่มี Extra billing ไม่ว่ากรณีใดๆ
2. ผู้มีสิทธิ อาจจ่ายค่าบริการได้เพียง 3 กรณี คือ
 - 2.1 ร่วมจ่ายค่าบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ณ จุดรับบริการ ตามอัตราและ เงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันฯ ประกาศกำหนด
 - 2.2 บริการที่เป็นข้อยกเว้น/ไม่คุ้มครอง (exclusion lists)
 - 2.3 การไปใช้บริการข้ามขั้นตอน หรือไม่ปฏิบัติตามที่กำหนด
3. สร้างระบบ และกลไกให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ รับฟังความเห็น และคำนึงถึงประโยชน์ของทุกฝ่ายอย่างสมดุลและเป็นธรรม

ข้อเสนอ : การแก้ไข

1. มอบคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ทำความชัดเจนเรื่องสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยทบทวนนโยบาย มติ ระเบียบ/ประกาศที่เกี่ยวข้อง เพื่อทดแทนการอ้างอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544
2. ยกเลิกแนวทางปฏิบัติ เรื่องการใช้นายกฤษฎีกาหลักแห่งชาติดังกล่าวของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันฯ และการใช้ inform consent ตามหนังสือที่ สปสช. 3.66/ว.458 และ ว.6 ลงวันที่ 3 พ.ค.2562
3. มอบคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนดำเนินการปรับปรุงระบบสนับสนุนทางการเงินอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดเงื่อนไขที่ทำให้เกิด Extra billing
4. มอบ สปสช. ดำเนินการซักซ้อมความเข้าใจ หน่วยบริการและผู้มีสิทธิ ประเด็น

4.1 ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการเพิ่มเติมจากผู้รับบริการได้ ในกรณี

- ผู้ให้บริการเห็นสมควรให้ชื้อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจ Lab และการใช้เวชภัณฑ์
- การตรวจ Lab และใช้เวชภัณฑ์ ที่มีการเบิกจ่ายเพิ่มเติมในลักษณะเป็นค่าบริการหรือรายการอุปกรณ์ตามที่กำหนด
- การรับบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกระดับ

4.2 ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการกรณีเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันฯ โดยให้เรียกเก็บจาก สปสช. ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ

ข้อเสนอ : การป้องกัน

1. มอบคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขฯ เพิ่มความเข้มแข็งของระบบการพิจารณาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จำเป็น โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า ภาระงบประมาณ และเกณฑ์ต่างๆ ในการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยไม่ถูกเรียกเก็บเงิน

2. มอบคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน พัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยขับเคลื่อนการดำเนินการให้เกิดความเพียงพอเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และยั่งยืน ตามข้อเสนอ SAFE

3. มอบ สปสช.ดำเนินการ

3.1 กำกับติดตามสถานการณ์ปัญหา Extra billing เชิงรุก ผ่านระบบ Audit, Survey, Complaint management รวบรวมปัญหา และจัดการแก้ไขเชิงระบบ รวมทั้ง ดำเนินการตามกฎหมายอย่างเข้มงวด

3.2 สร้างกลไกให้เกิดกระบวนการสุนทรีสนทนาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในทุกระดับ เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

3.3 เผยแพร่ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของประชาชนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ประชาชนและผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา ชัดเจน เข้าใจง่าย เข้าถึงได้ในทุกช่องทาง



คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติดังนี้

1. เห็นชอบข้อเสนอหลักการ การแก้ไข และการป้องกัน กรณีประชาชนถูกหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยหน่วยบริการไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บ (Extra billing) โดยเพิ่มเติมหลักการตามที่กรรมการเสนอ ดังนี้

- 1) การดำเนินการเรื่องนี้เป็นมาตรการในการช่วยคุ้มครองสิทธิของประชาชน และเป็นโอกาสที่ดีในการทบทวนสิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชยค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยไม่ถูกเรียกเก็บเงิน โดยคำนึงถึงความเพียงพอ เป็นธรรม ประสิทธิภาพ และยั่งยืน ตามข้อเสนอ SAFE
- 2) การรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ต้องไม่มี Extra billing ไม่ว่ากรณีใดๆ
- 3) สร้างระบบและกลไก เพื่อให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ รับฟังความเห็น และคำนึงถึงประโยชน์ของทุกฝ่ายอย่างสมดุลและเป็นธรรม
- 4) ผู้มีสิทธิ อาจจ่ายค่าบริการได้เพียง 3 กรณี คือ
 - 4.1) ร่วมจ่ายค่าบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ณ จุดรับบริการ ตามอัตราและเงื่อนไขที่คณะกรรมการฯประกาศกำหนด
 - 4.2) บริการที่เป็นข้อยกเว้น/ไม่คุ้มครอง (exclusion lists)
 - 4.3) การไปใช้บริการข้ามขั้นตอน หรือไม่เป็นไปตามที่กำหนด

2. มอบ สปสช.จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานตามข้อเสนอ โดยรับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯไปพิจารณาดำเนินการต่อไป

3. รับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2,3,4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730 www.nhso.go.th



สแกนหรือพิมพ์ URL เพื่อดาวน์โหลด