สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่และกลไกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

กำกับคุณภาพมาตรฐานและคุ้มครองสิทธิในพื้นที่
ระบบหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน
ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

คู่มือ
คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่
และกลไกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

คู่มือ
คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่
และกลไกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2564

จำนวน 700 เล่ม

เผยแพร่โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 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

พิมพ์ที่ เค เอ็ม มาร์เก็ตติ้ง

ISBN 978 616 490059 2

กองบรรณาธิการ สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

สนับสนุนข้อมูลและเขียนโดย สายงานบริหารกองทุน
สายงานขับเคลื่อนโยบายและยุทธศาสตร์
กลุ่มภารกิจสื่อสารหลักประกันสุขภาพ
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการมีส่วนร่วมและคุ้มครองสิทธิ
กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

คำนำ

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นคณะกรรมการตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการกำกับและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมถึงการคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งนี้ด้วยบริบท ความจำเป็นด้านสุขภาพ รวมถึงประเด็นคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจแบบการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จึงเป็นกลไกสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานและการคุ้มครองสิทธิในระดับพื้นที่ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ขึ้น โดยมีองค์ประกอบที่หลากหลาย เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ ซึ่งเป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมและกำกับติดตามการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข และประชาชนได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายที่กำหนด โดยมีรูปแบบการทำงานที่เชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานร่วมกับกลไกต่าง ๆ ทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน และคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) เป็นต้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะแนวทางในการดำเนินงานการควบคุมกำกับและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานและการคุ้มครองสิทธิสำหรับคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และกลไกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและความท้าทายจากปัจจัยต่าง ๆ และสอดคล้องกับบทบาทภารกิจตามเจตนารมณ์ของกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรกฎาคม 2564

สารบัญ

บทที่ 1 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 13

1.1 แนะนำ "ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" 14

1.1.1 ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 14

1.1.2 ระบบการดูแลสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย 22

1.1.3 ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย และแนวคิดการซื้อบริการสุขภาพ 26

1.2 แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565) 31

1.3 โครงสร้างการบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 35

1.4 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทยสู่สากล 44

บทที่ 2 บทบาทภารกิจของคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ 49

2.1 ความเป็นมาของคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ 50

2.1.1 ความเป็นมา องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) 51

2.1.2 ความเป็นมา องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) 59

2.2 แนวทางและกลไกการจัดการคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ 66

2.2.1 กลไกการดำเนินงานและความเชื่อมโยงในระดับประเทศและระดับเขตพื้นที่ 66

2.2.2 กลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่ 73

2.2.3 ระบบข้อมูลคุณภาพบริการ 84

บทที่ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 93

3.1 ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข และการพัฒนาสิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุข 94

3.2 การจัดการคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 103

สารบัญ

3.3 กรอบแนวทางการจัดการคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกลไกที่เกี่ยวข้อง 113

3.4 การลงทะเบียน และการเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ 120

3.5 การรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 137

3.6 การดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีที่ผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41) 151

3.7 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 156

3.8 การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 171

3.9 ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ 179

บทที่ 4 สถานการณ์และผลการดำเนินงาน การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 191

4.1 ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ 192

4.1.1 การคลังด้านสุขภาพ 192

4.1.2 งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 198

4.2 ความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประชาชนไทย 204

4.3 การใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน 208

ภาคผนวก 211

ภาคผนวก 1 คำอธิบายศัพท์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 212

ภาคผนวก 2.1 ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ.2562 229

ภาคผนวก 2.2 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พ.ศ.2558 235

สารบัญ

ภาคผนวก 2.3	ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559	239
ภาคผนวก 2.4	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ	243
ภาคผนวก 2.5	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556	246
ภาคผนวก 2.6	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2562	248
ภาคผนวก 3.1	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ.2556	249
ภาคผนวก 3.2	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็น จากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558	252
ภาคผนวก 4.1	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2555	253
ภาคผนวก 4.2	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2557	257
ภาคผนวก 4.3	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2564	260
ภาคผนวก 4.4	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิ จากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2560	261
ภาคผนวก 4.5	ข้อบังคับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวน พ.ศ.2560	263

ภาคผนวก 4.6	ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2548	269
ภาคผนวก 4.7	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2564	271
ภาคผนวก 4.7	ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่น ที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน พ.ศ.2560	275
ภาคผนวก 4.8	ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่น ที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2557	278
ภาคผนวก 4.9	ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน	280
ภาคผนวก 4.10	FLOW กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	285

สารบัญภาพ

แผนภาพที่ 1	Universal Health Coverage Cube : UHC Cube	15
แผนภาพที่ 2	ผลการดำเนินงานของประเทศไทย ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี 2563	17
แผนภาพที่ 3	แสดงความเป็นมาก่อนมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	19
แผนภาพที่ 4	The WHO health system framework "6 Building Blocks of Health system"	22
แผนภาพที่ 5	แสดงรูปแบบการจ่าย (Payment Method) แต่ละประเภท	30
แผนภาพที่ 6	ความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565) กับบริบทที่เกี่ยวข้อง	32
แผนภาพที่ 7	แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565)	33
แผนภาพที่ 8	เป้าประสงค์ตามแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565)	34
แผนภาพที่ 9	ตัวชี้วัดตามเป้าประสงค์	34
แผนภาพที่ 10	โครงสร้างองค์กรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	37
แผนภาพที่ 11	กระบวนการทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	40
แผนภาพที่ 12	ขั้นตอนการให้บริการข้อมูลด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	41
แผนภาพที่ 13	การแบ่งพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 13 เขต และผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต	42
แผนภาพที่ 14	ความเป็นมาของคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่	50
แผนภาพที่ 15	ความสัมพันธ์ของคณะกรรมการระดับประเทศและคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่	67

สารบัญภาพ

แผนภาพที่ 16	กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ที่มีอยู่ในระดับเขตพื้นที่	73
แผนภาพที่ 17	บริบทพื้นฐานด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร	80
แผนภาพที่ 18	การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข และการคุ้มครองสิทธิ	89
แผนภาพที่ 19	กลยุทธ์การใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ	91
แผนภาพที่ 20	สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545 - 2563	98
แผนภาพที่ 21	กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	102
แผนภาพที่ 22	มิติคุณภาพกับระบบบริการสาธารณสุข	112
แผนภาพที่ 23	กลไกการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และการกำกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	115
แผนภาพที่ 24	กลไกการจัดการคุณภาพและมาตรฐานในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	119
แผนภาพที่ 25	วิธีการลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	122
แผนภาพที่ 26	รายละเอียดของเอกสารการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ (กรณีที่พักอาศัยตรงตามบัตรประชาชนและไม่ตรงตามบัตรประชาชน)	127
แผนภาพที่ 27	สถานที่ที่รับแจ้งเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ	128
แผนภาพที่ 28	โครงสร้างการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับต่างๆ และคณะกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	140
แผนภาพที่ 29	กรอบการดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	146
แผนภาพที่ 30	ขั้นตอนการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน	149
แผนภาพที่ 31	แผนการดำเนินงานคณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพ (ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)	160

สารบัญภาพ

แผนภาพที่ 32	แผนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิ และส่งเสริมการมีส่วนร่วม (ภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข)	161
แผนภาพที่ 33	ความเชื่อมโยงของกลไกในการรับเรื่องร้องเรียน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	166
แผนภาพที่ 34	แผนผังระบบข้อมูลงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	187
แผนภาพที่ 35	จำนวนและร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เทียบกับ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ปี 2537 - 2562	193
แผนภาพที่ 36	จำนวนและร้อยละรายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) เทียบกับ รายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) ปี 2537 - 2562	194
แผนภาพที่ 37	สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพของประเทศ จำแนกตามแหล่งที่มา (ภาครัฐ ภาคครัวเรือน และภาคเอกชน ไม่รวมครัวเรือน) ปี 2537 - 2562	195
แผนภาพที่ 38	ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2531 - 2562	196
แผนภาพที่ 39	ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน ภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2531 - 2562	197
แผนภาพที่ 40	จำนวนและร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เทียบกับงบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ 2546 - 2562	198
แผนภาพที่ 41	จำนวนและร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เทียบกับ งบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ 2546 - 2563	199
แผนภาพที่ 42	จำนวนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546 - 2563	200
แผนภาพที่ 43	งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ 2563	201

สารบัญภาพ

แผนภาพที่ 44	อัตราเหมาจ่ายรายหัว จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ 2546 - 2563	202
แผนภาพที่ 45	จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563	205
แผนภาพที่ 46	ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545-2563	206
แผนภาพที่ 47	สัดส่วนประชากรไทย จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563	207
แผนภาพที่ 48	จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546 - 2563	209

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบของประเทศไทย 25

ตารางที่ 2 แนวทางการดำเนินงานตามอำนาจและหน้าที่ของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) 54

ตารางที่ 3 ความเชื่อมโยงการทำงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ 68

ตารางที่ 4 ชุดข้อมูลคุณภาพและแหล่งที่มาของชุดข้อมูล 86

ตารางที่ 5 ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์ภาคี และภาคประชาชน 158

บทที่ 1

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1
แนะนำระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1.1 ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Concept of Universal Health Coverage)

ก. แนวคิดการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) มีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญคือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพตามความจำเป็น โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งในการให้สิทธิดังกล่าวนั้นจำเป็นต้องใช้กลไกทางการเงินการคลังจากแหล่งเงินภาครัฐ เพื่อปกป้องภาระทางการเงินของครัวเรือน และสร้างความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปกป้องคนจนที่อาจจะไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพที่มีราคาแพงได้

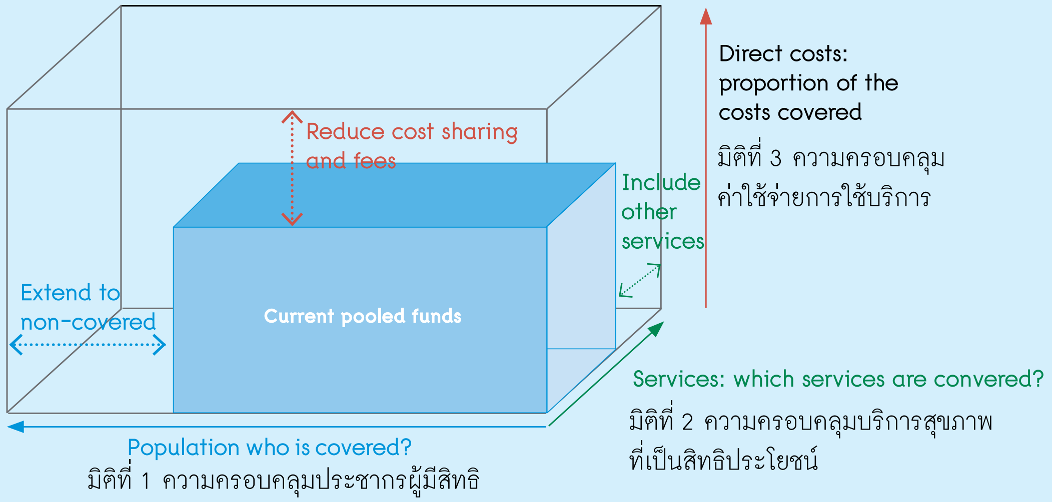
จากรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลก เรื่อง "หนทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" (The Path to Universal Coverage) ได้ระบุความสมบูรณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเปรียบเสมือนลูกบาศก์ (UHC Cube) ที่แสดงมิติในความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ (แผนภาพที่ 1)

1) **มิติที่ 1 ความครอบคลุมประชากร:** โดยเพิ่มความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ
2) **มิติที่ 2 ความครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิประโยชน์** โดยขยายขอบเขตและประเภทบริการสุขภาพที่อยู่ในสิทธิประโยชน์

3) **มิติที่ 3 ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ** โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพเมื่อไปใช้บริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชน ไม่ทำให้เกิดภาระทางการเงินจนต้องหลีกเลี่ยงการไปใช้บริการสุขภาพ

แผนภาพที่ 1

Universal Health Coverage Cube : UHC Cube



ที่มา: 1. WHO. Universal coverage-three dimensions [online]. [cited 2019 Feb 7; Available from: URL: https://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/]

2. รายงานค่าใช้จ่ายของครัวเรือนและความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข. วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า :

1) ความเสมอภาคกับบริการด้านสุขภาพ: ประชาชนผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการด้านสุขภาพพึงสมควรจะได้รับ
2) คุณภาพของบริการด้านสุขภาพ: การบริการมีคุณภาพที่จะให้แก่ผู้รับบริการ
3) การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน: ทำให้มั่นใจว่าค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพนั้นไม่ได้ทำให้คนที่ตกอยู่ในความเสี่ยงทางการเงิน หรือล้มละลายทางการเงิน

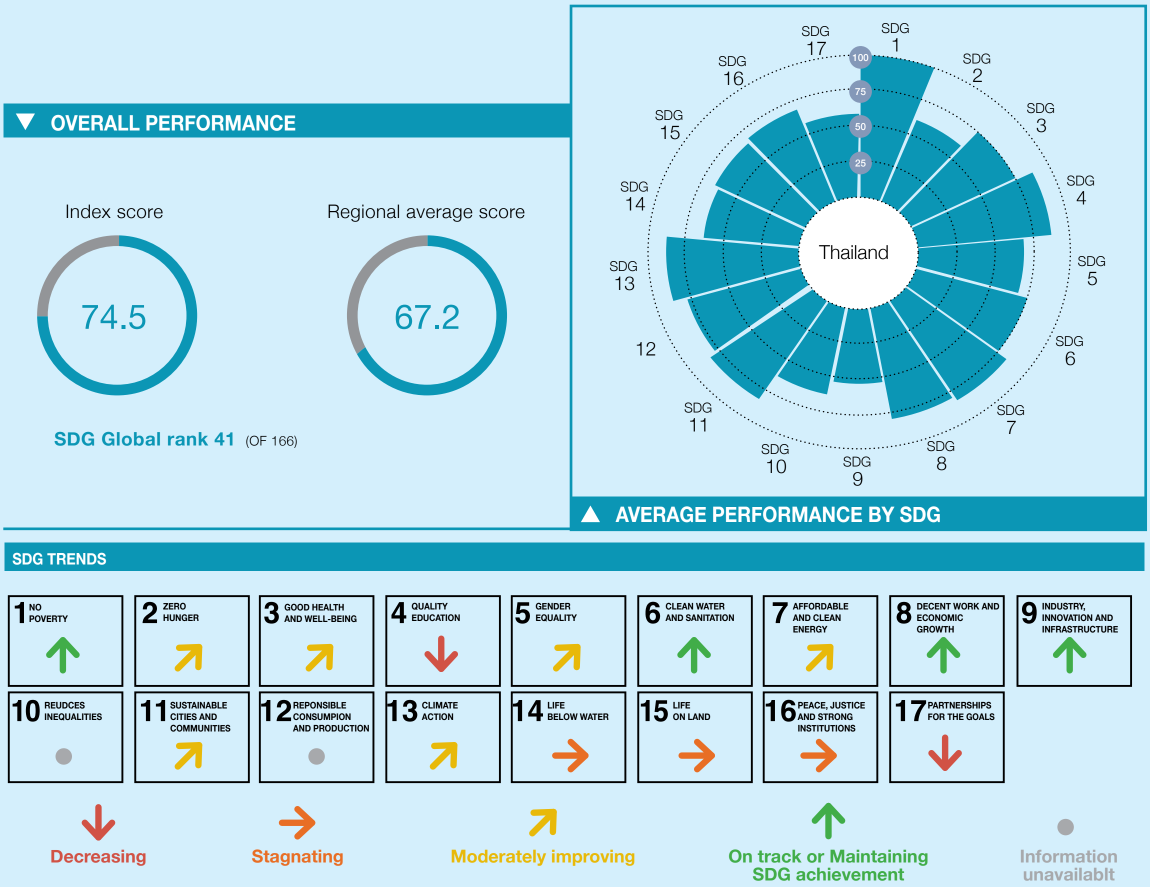
ค. การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG)

ภายหลังจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) สิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2558 องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ภายในปี พ.ศ. 2573 เพื่อให้สมาชิกใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ การศึกษาและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายการพัฒนา 17 เป้าหมาย 169 เป้าประสงค์ 244 ตัวชี้วัด และประเทศไทยในฐานะหนึ่งในประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ ได้ร่วมรับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยนายกรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2558

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานที่มีส่วนในการขับเคลื่อน เป้าหมายที่ 3 ในการสร้างหลักประกันสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนทุกช่วงวัย เป้าประสงค์ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางด้านการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ยาและวัคซีนที่จำเป็น ได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิผล และมีคุณภาพ

จาก Sustainable Development Report 2020 ; https://sdgindex.org/ พบว่าประเทศไทยมีภาพรวม index score เพิ่มขึ้น 73 ในปี 2562 เป็น 74.5 ในปี 2563 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในภูมิภาคเดียวกันที่ 67.2 สำหรับตัวชี้วัดที่ SDG 3: Good health and well-being อยู่ในขั้น moderately improving (แผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 2
ผลการดำเนินงานของประเทศไทยตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในปี 2563



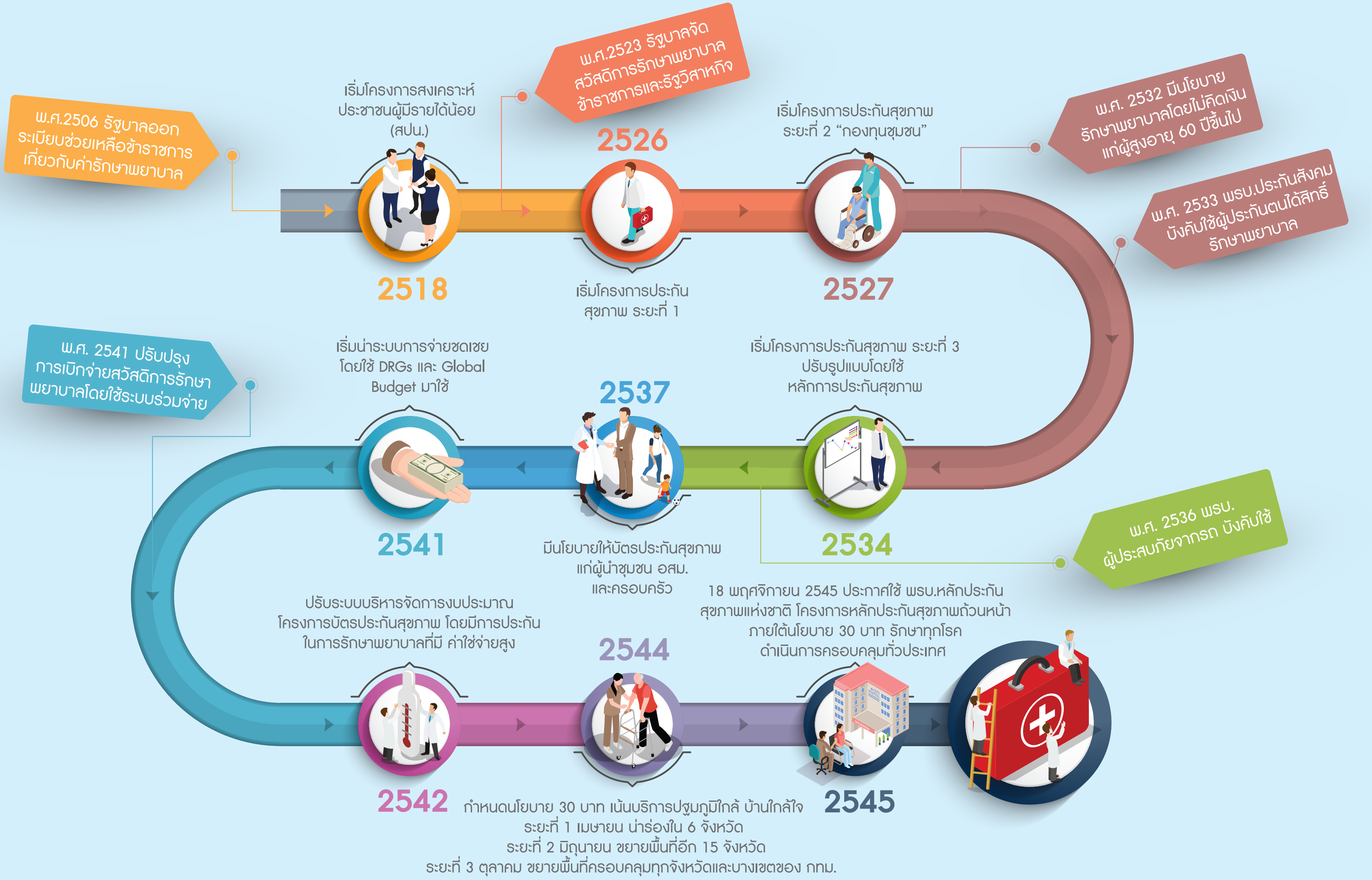
ที่มา: 1. *Sustainable Development Report 2020, page 444-445; https://sdgindex.org/*

2. *The full title of each SDG is available here: https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals*

ง. เส้นทางการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยมีความพยายามดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพ เพื่อคุ้มครองประชาชนอย่างถ้วนหน้า โดยในปี พ.ศ.2518 เริ่มครอบคลุมเฉพาะผู้มีรายได้น้อยและขยายการครอบคลุมจนสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ครอบคลุมคนไทยทุกคนในปี พ.ศ.2545 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐหลายระบบ เกิดขึ้นตามช่วงเวลาของการให้สิทธิแก่กลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่ม ได้แก่ ระบบหลัก 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ ยังมีระบบย่อยที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานและข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนเงินทดแทน ระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและประกันสุขภาพสำหรับคนที่รอพิสูจน์สถานะและสิทธิระบบประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว เป็นต้น

แผนภาพที่ 3
แสดงความเป็นมาก่อนมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545



เหตุการณ์สำคัญก่อนมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ. 2545	โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศ (กรุงเทพมหานคร ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั่วพื้นที่ในเดือนเมษายน 2545) และโดยทั่วไปรู้จักกันชื่อ "สิทธิ 30 บาท" หรือ "สิทธิบัตรทอง"
พ.ศ. 2544	รัฐบาลดำเนินการนโยบาย 30 รักษาทุกโรค เน้นบริการปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจ โดยจัดให้ประชาชนคนไทยมีหน่วยบริการประจำ และร่วมจ่ายค่าบริการครั้งละ 30 บาท ***ระยะที่ 1*** เดือนเมษายน นำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด คือ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ยโสธร พะเยา และยะลา ***ระยะที่ 2*** เดือนมิถุนายน ขยายพื้นที่อีก 15 จังหวัด ประกอบด้วย นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส ***ระยะที่ 3*** เดือนตุลาคม ขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด และบางเขตของกรุงเทพมหานคร (13 เขต)
พ.ศ. 2542	ปรับระบบบริหารจัดการงบประมาณของโครงการบัตรสุขภาพ และบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยมีการประกันขั้นที่ 2 (reinsurance) สำหรับบริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง
พ.ศ. 2541	- ปรับปรุงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ โดยใช้ระบบร่วมจ่าย (Co-Payment) กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยา และจำกัดการนอนรักษาตัวในห้องพิเศษ - การออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เปลี่ยนจากบัตรครอบครัวเป็นบัตรบุคคล และกำหนดการขึ้นทะเบียนโดยระบบคอมพิวเตอร์ นำระบบการชดเชยขั้นที่ 2 (reinsurance) มาใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วยการเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DGRs) และงบประมาณแบบ Global Budget
พ.ศ. 2537	- ยกเลิกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ตามประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (เปลี่ยนเป็นบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)) กำหนดหลักเกณฑ์คนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวรายได้ต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว - กำหนดนโยบายการให้บัตรประกันสุขภาพแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว - พระราชบัญญัติประกันสังคม ขยายการครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป
พ.ศ. 2536	พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 บังคับใช้ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่เกิดจากอุบัติเหตุการใช้รถ
พ.ศ. 2534	เริ่มโครงการประกันสุขภาพระยะที่ 3 ของกระทรวงสาธารณสุข ปรับรูปแบบโดยใช้หลักการประกันสุขภาพ

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ. 2533	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 บังคับใช้ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ผู้ประกันตนได้สิทธิรักษาพยาบาล
พ.ศ. 2532	รัฐบาลมีนโยบายรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
พ.ศ.2527	- ประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี บัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ฉบับที่ 2 กำหนดให้ผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา - เริ่มโครงการประกันสุขภาพระยะที่ 2 "กองทุนชุมชน" บัตรสุขภาพครอบครัวเพื่อส่งเสริมการสาธารณสุขมูลฐานและระบบส่งต่อ
พ.ศ.2526	เริ่มโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ เริ่มโครงการประกันสุขภาพระยะที่ 1 "กองทุนอนามัยแม่และเด็ก" ทดลองใช้กลไกด้านการคลังสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นหลัก นำร่องที่จังหวัดราชบุรี และขยายผลไปทั่วประเทศ
พ.ศ.2523	รัฐบาลจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ประกาศลงราชกิจจานุเบกษา
พ.ศ.2518	เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) บริการรักษาพยาบาลแบบไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ยากไร้
พ.ศ.2506	รัฐบาลออกระเบียบช่วยเหลือข้าราชการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่ถูกเรียกว่า "สิทธิบัตรทอง" หรือ "สิทธิ 30 บาท" เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ภายใต้การออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นวันเดียวกับการก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการขับเคลื่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าสำหรับคนไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อคุ้มครองให้ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธินั้น กล่าวคือ สามารถรับบริการโดยไม่ประสบกับภาวะล้มละลายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย กลุ่มเป้าหมายในความคุ้มครองของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ประชาชนชาวไทยที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิรักษาพยาบาลอื่นๆ จากรัฐ โดยเป็นสิทธิตามกฎหมาย (ข้อมูล ณ สิ้นปีงบประมาณ 2562 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ คือ 47.52 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 70.87 ของประชากรทั้งหมดจำนวน 67.25 ล้านคน [จากรายงานแสดงความคุ้มครองการลงทะเบียนผู้มีสิทธิผ่าน Website สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ณ วันที่ 11 ตุลาคม 2562)

จ. หลักการและแนวคิดพื้นฐานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

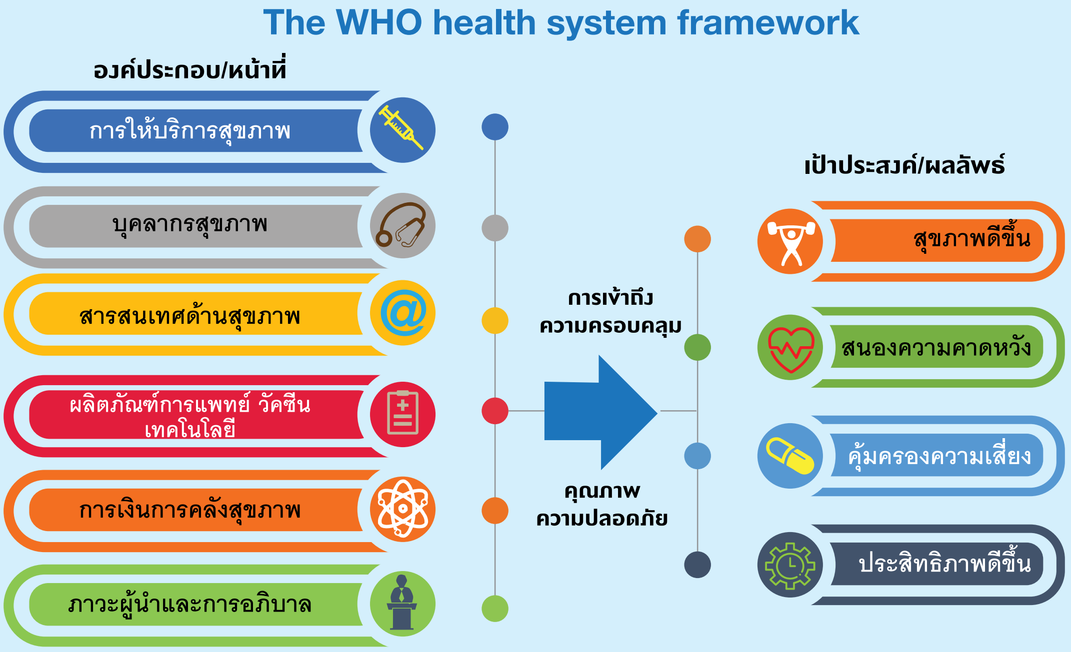
1) การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นไปตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Needs) ของประชาชน และพื้นที่ที่ดำเนินการ
2) การมีประสิทธิผลและคุณภาพของบริการสาธารณสุข ที่ประชาชนได้รับ
3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการร่วมดำเนินการหลักประกันสุขภาพ และการบริการสาธารณสุข
4) การบริหารค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.2 ระบบการดูแลสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ก. กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพ

The WHO Health System Framework ได้กล่าวถึงกรอบแนวคิดในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีความเท่าเทียม ทั่วถึง มีคุณภาพ ปลอดภัย และครอบคลุมประชาชนที่รับผิดชอบ โดยมีปัจจัยนำเข้าที่สำคัญอยู่ 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิด ได้แก่

แผนภาพที่ 4
The WHO health system framework "6 Building Blocks of Health system"



Source : WHO. Everybody business : Strengthening health system to improve health outcomes. WHO's frame-work for action. 2007, Geneva, World Health Organization.

หลักการขององค์การอนามัยโลกระบุว่า การลงทุนด้านสุขภาพควรที่จะมีการลงทุนพร้อมกันทั้งระบบ ตามหลักการ 6 Building Blocks of Health System คือ

1) การให้บริการสุขภาพหรือการออกแบบระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดประโยชน์ เพื่อที่บุคลากรวิชาชีพสามารถใช้เวลาในการดูแลและรักษาผู้ป่วยมากขึ้น
2) บุคลากรด้านสุขภาพ โดยให้มีการผลิตจำนวนบุคลากรที่มากเพียงพอกับความต้องการในระบบ ขณะเดียวกันต้องมีคุณภาพและมาตรฐานด้วย มีการวางแผนกระจายที่เหมาะสม โดยเฉพาะในส่วนของพื้นที่ขาดแคลน
3) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพซึ่งต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ และทันเวลา
4) วัคซีน ผลิตภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยมีการเข้าถึงอย่างเสมอภาคโดยต้องมีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิผล และความคุ้มค่า รวมทั้งมีการใช้งานอย่างสมเหตุสมผล
5) การเงินการคลังสุขภาพ ต้องมีการจัดหาเงินเพื่อการดูแลสุขภาพได้เพียงพอ และให้ความมั่นใจว่าประชาชนจะได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น โดยมีการคุ้มครองให้พ้นจากความยากจนหรือภาวะล้มละลายอันเกิดจากค่าบริการสุขภาพ
6) ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ ต้องมีการกำหนดนโยบายที่ดี ควบคู่ไปกับการบริหารงานมีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วม และมีกฎระเบียบที่เหมาะสม

ข. องค์ประกอบของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

(The WHO Health System Framework) ประกอบด้วย

1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การส่งมอบบริการ อัตรากำลังและการพัฒนาบุคลากร ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ การพัฒนายา วัคซีนและเทคโนโลยี การพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ และผู้นำและการอภิบาลระบบ
2) กระบวนการ ได้แก่ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ และความปลอดภัยผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ ความเป็นธรรม การตอบสนองความต้องการ การป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและการเงิน และการปรับประสิทธิภาพ

ค. ข้อจำกัดในระบบสุขภาพ

1) ด้านกองทุนสุขภาพ ได้แก่ ระบบและอัตราการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ และวิธีการใช้บริการแต่ละกองทุนสุขภาพ เป็นต้น
2) ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ความคาดหวังต่อการบริการ ความรู้ความเข้าใจเรื่องระบบบริการสาธารณสุข (ข้อจำกัดของระบบบริการ/ทรัพยากร) ความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และความมั่นใจในการใช้สิทธิ เป็นต้น
3) ด้านผู้ให้บริการ/ ระบบบริการ ได้แก่ ข้อจำกัดของระบบบริการ/ทรัพยากร พฤติกรรมการให้บริการ ความรู้ความเข้าใจในระบบบริการ ความรู้เรื่องสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายของหน่วยบริการ เป็นต้น

ง. ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

ในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพอยู่หลายระบบ ในที่นี้ขอกล่าวถึงเฉพาะระบบประกันสุขภาพหลัก ดังนี้

1) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดูแลคนที่มีสัญชาติไทยโดยใช้งบประมาณจากภาษีอากร ได้แก่ กลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน รับจ้าง ค้าขายส่วนตัว หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ
2) ระบบประกันสังคม ดูแลผู้ประกันตนซึ่งเป็นพนักงาน/กลุ่มลูกจ้างเอกชน ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม ใช้งบประมาณจากผู้ประกันตนสมทบร่วมกับนายจ้างและรัฐ
3) ระบบสวัสดิการข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ อันรวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์กรของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัวซึ่งได้รับความคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการหรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้น ใช้งบประมาณจากภาษีอากร

นอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพอื่นๆ เช่น ระบบประกันสุขภาพเอกชน ประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถ กองทุนทดแทนแรงงานกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น

ตารางที่ 1
เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบของประเทศไทย

ลักษณะ	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบประกันสังคม	ระบบสวัสดิการข้าราชการ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
กฎหมาย	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533	พระราชกฤษฎีกาสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2523
จำนวนผู้มีสิทธิ (ร้อยละโดยประมาณ)	47.30 ล้านคน[1] (ร้อยละ 71.04)	12.238 ล้านคน (ร้อยละ 18.47)	5.053 ล้านคน (ร้อยละ 7.63)
แหล่งเงิน	สิทธิขั้นพื้นฐาน	สมทบจาก 3 ฝ่าย ได้แก่ รัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง	สวัสดิการ
การให้บริการ	หน่วยบริการภาครัฐหรือหน่วยบริการภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการ	โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการ	โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งและโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งสำหรับการรักษาบางอย่าง
วิธีการจ่ายเงิน	เหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยมีการควบคุมงบประมาณภาพรวม	เหมาจ่ายรายหัวทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและจ่ายเพิ่มรายกรณี	การจ่ายตามรายการบริการสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

[1] *ข้อมูลสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2564*

1.1.3 ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย และแนวคิดการซื้อบริการสุขภาพ

ก. ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ประเภทและองค์ประกอบ

โรงพยาบาล (หรืออาจใช้ว่า สถานพยาบาล หรือ ศูนย์การแพทย์) เป็นสถานที่สำหรับการบริการทางด้านสุขภาพ โดยมักที่จะมุ่งเน้นทางด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ในประเทศไทยมีการให้บริการทั้งโรงพยาบาลภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งคลินิกที่เปิดบริการโดยทั่วไป

สถานพยาบาลภาครัฐ หมายถึง สถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ สภากาชาดและสถานพยาบาลอื่นซึ่งรัฐมนตรีประกาศกำหนด

สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง เป็นสถานพยาบาลที่จัดตั้งโดยเอกชน มีทั้งที่เป็นบริษัทจำกัด และบริษัทมหาชนจำกัด โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะด้าน เช่น โรงพยาบาลทางด้านโรคตา โรงพยาบาลทันตกรรม เป็นต้น บางโรงพยาบาลมีมากกว่าหนึ่งแห่งในกลุ่มบริษัทเดียวกัน ซึ่งต้องช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งอยู่ในสภาพอันตราย ให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด ต้องแสดงรายละเอียดอัตราค่ารักษาพยาบาล ค่ายา และเวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการอื่น

ระบบบริการสาธารณสุข (ทั้งของภาครัฐและเอกชน) ในประเทศไทยมีการจัดบริการหลักเป็น 3 ระดับ และบริการเฉพาะทาง ดังต่อไปนี้ :

1) **บริการปฐมภูมิ** เป็นบริการที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพพื้นฐานของประชาชน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน โดยไม่มีการบริการผู้ป่วยใน ตัวอย่างของสถานพยาบาล เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น
2) **บริการทุติยภูมิ** เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์เพิ่มขึ้นกว่าบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่ยังเน้นบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ไม่เน้นบริการแพทย์เฉพาะทาง สถานพยาบาลระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน

3) **บริการตติยภูมิ** เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์ซับซ้อนเพิ่มขึ้น และเน้นบริการเฉพาะทางสาขาหลักต่าง ๆ ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูตินรีเวชกรรม รวมทั้งบริการอนุสาขาของสาขาหลักต่าง ๆ สถานพยาบาลระดับนี้ (เช่น โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ โรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ) ส่วนใหญ่กระจายอยู่ในระดับจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

4) **หน่วยบริการแพทย์เฉพาะทาง** เป็นสถานพยาบาลที่เน้นการดูแลปัญหาการเจ็บป่วยเฉพาะด้าน (เช่น อายุรกรรมโรคหัวใจ ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมการบาดเจ็บ) รวมทั้งอาจมีการเรียนการสอน การฝึกอบรม และการวิจัย ในโรงเรียนแพทย์และสถาบันวิชาการต่างๆ

ข. แนวคิดการซื้อบริการสุขภาพเชิงกลยุทธ์ (Strategic Purchasing)

การซื้อบริการ (Purchasing) หมายถึง กระบวนการที่รับผิดชอบในการจัดหาบริการต่าง ๆ ตามความต้องการของลูกค้า ซึ่งในที่นี้หมายถึง ประชาชน หน่วยงาน หรือองค์กร ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรต่าง ๆ ใน Supply Chain เพื่อนำส่งให้แก่ลูกค้าได้ในเวลาที่กำหนด

เชิงกลยุทธ์ (Strategic) หมายถึง การพยายามไปให้ถึงวัตถุประสงค์ของนโยบาย มีแผนการโดยละเอียดที่มีขั้นตอนเพื่อให้สามารถประสบความสำเร็จตามนโยบาย

การซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Purchasing) หมายถึง การซื้อบริการที่มีการวางแผนการดำเนินงาน โดยพยายามไปให้ถึงวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย และเป็นไปตามเป้าหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 Goal : CSG คือ 1) ประชาชนเข้าถึงบริการ (Effective, Equitable and Responsive Coverage) 2) การเงินการคลังมั่นคง (SAFE Financing system) 3) ดำรงธรรมาภิบาล (Good Governance)

ค. รูปแบบการจ่าย (Payment Method)

รูปแบบการจ่ายเงินแต่ละอย่างมีผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการที่ตอบสนองต่อผู้ป่วย ความซับซ้อนในการบริหารจัดการ คุณภาพการบริการ กลไกการจ่ายเงินให้หน่วยบริการส่วนใหญ่จะผสมผสานการจ่ายในแต่ละรูปแบบ แต่ละบริการ หรือแต่ละโรค จะมีความต่างกันในการจ่าย ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการ โดยทั่วไปมี 8 วิธี ประกอบด้วย

1) **Line-Item Budget** เป็นการจัดสรรให้หน่วยบริการตามขนาด เช่น เงินเดือน ค่ายา ค่าเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น ไม่สนใจจำนวนบริการ โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้เงินมาก รพ.เล็ก ได้เงินน้อย ซึ่งการจัดสรรวิธีนี้จะกระตุ้นให้หน่วยบริการเกิดการขยายตัว มีแนวโน้มที่หน่วยบริการจะส่งต่อไม่รักษาเอง ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากงบประมาณไม่ยืดหยุ่น ไม่สอดคล้องกับรูปแบบการจัดบริการในปัจจุบัน

2) **Global Budget** หน่วยบริการจะได้รับเงินเป็นจำนวนแน่นอนสำหรับการให้บริการ งบประมาณมีความยืดหยุ่นในการใช้กว่าแบบ Line-Item Budget ซึ่งการจัดสรรวิธีนี้จะกระตุ้นให้หน่วยบริการ ลดการจัดบริการที่ไม่จำเป็น ทำให้มีแนวโน้มจะให้บริการน้อยกว่าความจำเป็น และไม่สอดคล้องกับรูปแบบการจัดบริการในปัจจุบัน

3) **Fee-for-Service** หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยตามปริมาณการให้บริการที่หน่วยบริการเรียกเก็บ เช่น โรงพยาบาลผ่าตัดต้อกระจก เปลี่ยนเลนส์ 15,000 บาท ก็จ่ายตามนั้น หรือเรียกว่า Volume-based payment ซึ่งวิธีนี้จะกระตุ้นให้เกิดการจัดบริการมากขึ้น เหมาะสำหรับการจ่ายชดเชยในบริการที่ต้องการกระตุ้นให้จัดบริการ เช่น บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง บริการที่มีผู้ให้บริการน้อย แต่ก็ทำให้เกิดการกระตุ้นให้เกิดการบริการที่เกินจำเป็น (Supply induced Demand) กรณีให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องเข้ารับบริการใหม่ หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งอาจมีแนวโน้มให้เกิดบริการที่ไม่มีคุณภาพ หรืออาจทำให้ถูกมองว่า บริการที่มีคุณภาพได้รับการชดเชยน้อยกว่าบริการที่ไม่มีคุณภาพ

4) **Capitation** หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการเป็นจำนวนแน่นอน หน่วยบริการมีแนวโน้มในการลดบริการที่ไม่จำเป็น ทำให้เกิดประสิทธิภาพ แต่อาจส่งผลให้เกิดมีการลงทะเบียนผู้ป่วยให้ได้จำนวนมากขึ้น อาจมีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิโดยพลการสูงขึ้น ข้อดีของวิธีนี้คือ มีความยืดหยุ่น และ

คาดประมาณรายรับ-รายจ่ายที่จะเกิดขึ้นได้ โรงพยาบาลมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง และเลือกลงทะเบียนเฉพาะผู้มีสุขภาพดีเข้าโครงการ และอาจพยายามลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งอาจส่งผลให้บริการไม่มีคุณภาพ

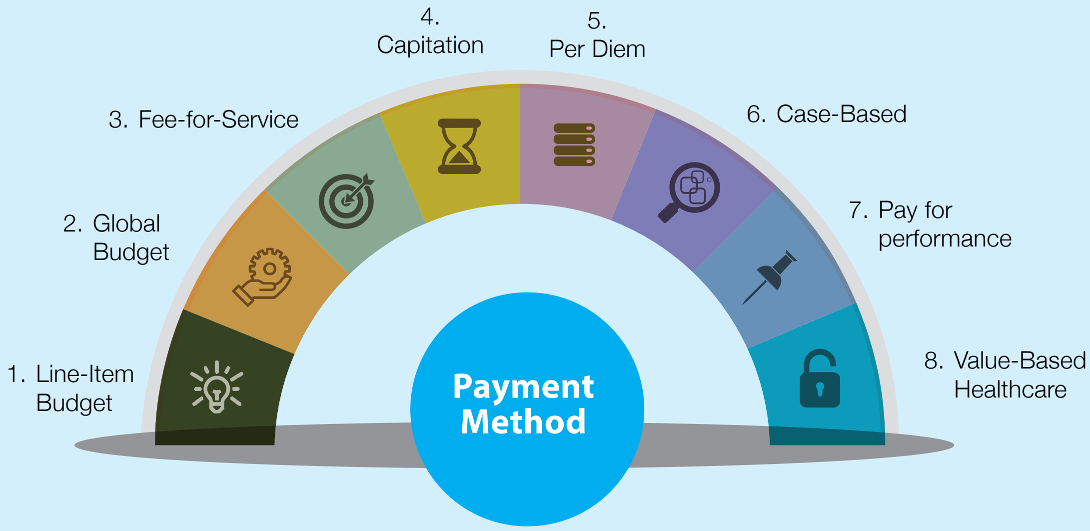
5) **Per Diem** หน่วยบริการจะได้รับชดเชยค่าบริการตามจำนวนวันนอนของผู้ป่วย รูปแบบนี้บริหารจัดการง่าย แต่อาจเป็นแรงจูงใจให้เกิดการนอนโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น

6) **Case-Based** หน่วยบริการได้รับการชดเชยตามโรคและหัตถการที่รักษาตามความจำเป็นจริง ไม่ขึ้นกับทรัพยากรที่ใช้ (จ่ายตาม DRG =ย่อมาจากคำว่า Diagnostic related group หรือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คือ ระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลอย่างหนึ่ง ที่อาศัยข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลัก โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนมาจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อบอกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลานอนในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และสิ้นเปลืองค่ารักษาหรือทรัพยากรใกล้เคียงกัน) ทำให้เกิดการบริการที่ไม่เกินความจำเป็น แต่การดำเนินการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ค่อนข้างยุ่งยากต้องรู้การให้รหัสโรค รหัสหัตถการที่ให้กับผู้ป่วย ข้อเสียของวิธีนี้คือ อาจเกิดการให้บริการเกินความจำเป็น เช่น ท้องเสีย ควรเป็นผู้ป่วยนอก แต่หน่วยบริการอาจจัดให้เป็นผู้ป่วยใน เพื่อได้รับเงินเพิ่ม เนื่องจากการบริการผู้ป่วยนอก เป็นเหมาจ่ายไม่ได้เงินเพิ่มเติม หรืออาจทำให้เกิดการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการเร็วเกินความจำเป็น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อผู้ป่วย

7) **Pay for performance** เป็นการจ่ายเงินผลงานตามเกณฑ์คุณภาพ ข้อดีคือ กระตุ้นให้หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ แต่ยังมีข้อถกเถียงกันในประเด็น ตัวชี้วัดอะไรที่บ่งบอกถึงคุณภาพที่หน่วยบริการทุกแห่งยอมรับ จะวัดความสำเร็จอย่างไรจึงจะเหมาะสม จะให้รางวัลกับใคร (หน่วยบริการหรือบุคลากร) และจะให้รางวัลมาก/น้อยแค่ไหน เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพไปในทางที่ดี ข้อเสียคือ อาจเป็นการลงโทษหากหน่วยบริการมีทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการบริการที่อาจส่งผลให้คุณภาพบริการไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะหน่วยบริการภาครัฐที่มีข้อจำกัดในการสรรหาทรัพยากร

8) **Value-Based Healthcare** เน้นเป้าประสงค์ของการจ่าย คือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่ใช่แค่ลดต้นทุน (การลดต้นทุนที่ดีที่สุด คือ การทำให้มีคุณภาพ)

แผนภาพที่ 5
รูปแบบการจ่าย (Payment Method) แต่ละประเภท



ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้แนวทางการบริหารงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขแบบงบประมาณปลายปิด มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เพิ่มเร็วเกินไป โดยจ่ายแบบ เหมาจ่ายรายหัว สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจ่ายตามคาดการณ์ โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับกรณีผู้ป่วยใน (จ่ายตาม DRG) อย่างไรก็ตามกลไกและรูปแบบการจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน ลดความเสี่ยงของหน่วยบริการ หรือเพิ่มคุณภาพบริการ เช่น การจ่ายตามรายการที่กำหนดเป็นการเฉพาะ การจ่ายตามผลงาน กรณีทำผลงานคุณภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Pay for performance) เป็นต้น

1.2

แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ.2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาและขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2545 โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงาน/ภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมียุทธศาสตร์เป็นกรอบแนวทางดำเนินงานตามความเห็นชอบของคณะกรรมการที่ผ่านมา เริ่มจากการจัดทำเส้นทางเดิน (Roadmap) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2546 – 2550 มียุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้นการสร้างความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนชาวไทยผ่านกลไกการมีส่วนร่วม การสร้างความรู้ความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ ทั้งประชาชน บุคลากรสาธารณสุข และผู้ให้บริการ ควบคู่กับการหนุนเสริมการจัดระบบบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก และทั่วถึง ยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2551 – 2554 เน้นการให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิของทุกฝ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการพัฒนาระบบบริหารจัดการภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้มแข็งมากขึ้น

ระยะที่ 3 พ.ศ. 2555 - 2559 มียุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เน้นทิศทางมุ่งสู่ความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น มีมุมมองด้านความครอบคลุมทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ (Ownership) และความสอดคล้องกลมกลืนกันในระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Harmonization) โดยเน้นสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และบุคลากรของระบบ

แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565) ถูกจัดทำขึ้นโดยพิจารณาบริบทและแนวโน้มสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กรอบนโยบายระดับชาติต่าง ๆ รวมถึงแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขและอื่น ๆ สถานการณ์และผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา (แผนภาพที่ 6) โดยกำหนดวิสัยทัศน์ "ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ด้วยความมั่นใจ" โดยมีเป้าประสงค์ 3 ข้อ คือ ประชาชนเข้าถึงบริการการเงินการคลังมั่นคง ดำรงธรรมาภิบาล และมี 5 แผนงานและตัวชี้วัดตามเป้าประสงค์ (แผนภาพที่ 7, 8, 9)

แผนภาพที่ 6

ความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565) กับบริบทที่เกี่ยวข้อง

แผนภาพที่ 7
แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565)

วิสัยทัศน์
“ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ”

เป้าประสงค์: ประชาชนเข้าถึงบริการ การเงินการคลังมั่นคง ดำรงธรรมาภิบาล

1) ประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective coverage)
2) การใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการสุขภาพของผู้มีสิทธิ (Compliance rate)
3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
4) รายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
5) รายจ่ายสุขภาพเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาล
6) ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
7) ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
8) ความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการทั้งสองคณะ
9) ความสำเร็จของการเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูง
10) ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานตามมาตรฐานการประเมินของประชาชน

แผนงานที่ 1 สร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ
มาตรการ:
1.1 เสริมสร้างให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ รับรู้ เข้าใจวิธีการใช้สิทธิ และไปใช้บริการเมื่อจำเป็น
1.2 จัดกลไกการค้นหากลุ่มเปราะบาง/ประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการ
1.3 เพิ่มกลไกการจัดการเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ เน้นสื่อสารเชิงรุก
1.4 ทบทวนประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ที่สอดคล้องตามความจำเป็นของกลุ่มเปราะบาง/บริการที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ

แผนงานที่ 2 สร้างความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐาน และความเพียงพอของบริการ
มาตรการ:
2.1 สร้างความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐาน ส่งเสริมกลไกการประกันคุณภาพหน่วยบริการ
2.2 สนับสนุนความเพียงพอของบริการและเหมาะสมสำหรับทุกกลุ่ม
2.3 สนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคทุกกลุ่มวัยที่เน้นชุมชนเป็นฐาน เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

แผนงานที่ 3 สร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพการบริหารกองทุน
มาตรการ:
3.1 ร่วมกับทุกภาคส่วนในการแสวงหาแหล่งเงินใหม่เพื่อความยั่งยืน
3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนฯ
3.3 สนับสนุนการสร้างความกลมกลืนของระบบประกันสุขภาพรัฐ (Encourage harmonization)

แผนงานที่ 4 สร้างความมั่นใจในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
มาตรการ:
4.1 ขยายการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ
4.2 จัดระบบ/กลไกการสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้เสีย/เครือข่ายต่างๆ
4.3 ปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปฯ ด้วยวิธีการและรูปแบบที่หลากหลาย
4.4 ร่วมมือกับกลไกหลักประกันสุขภาพระดับโลก (UHC in Global Health) ช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพในประเทศ

แผนงานที่ 5 สร้างความมั่นใจในธรรมาภิบาล
มาตรการ:
5.1 เพิ่มขีดความสามารถกลไกอภิบาลในระบบหลักประกันสุขภาพฯ สร้างชุมชนแห่งความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบ
5.2 สนับสนุนการจัดการองค์ความรู้และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ
5.3 มุ่งพัฒนาบุคลากร สปสช. ให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีความสุข
5.4 เพิ่มการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบให้ สปสช.เขต
5.5 ทบทวนระบบการบริหารจัดการต่างๆ ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

แผนภาพที่ 8

เป้าประสงค์ตามแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 - 2565)

วิสัยทัศน์

"ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ"

พันธกิจ

"พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วนและเป็นตัวแทนประชาชนในการจัดหาบริการที่มีคุณภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมตามความจำเป็น"

พันธกิจเฉพาะ

1) ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ด้วยความมั่นใจ และเสริมสร้างความเท่าเทียมกันในระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ
2) สนับสนุนการพัฒนาการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ทุกคนเข้าถึงได้ และเป็นที่พึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ
3) บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง
4) ดำเนินการให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า รวมทั้งส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยเน้นการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน
5) พัฒนาและจัดการระบบข้อมูลเชิงประจักษ์และองค์ความรู้ต่าง ๆ และใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

เป้าประสงค์ 3 ประการ (3 Goals of "CSG")

C : Effective, Equitable and Responsive Coverage ประชาชนเข้าถึงบริการ
S : SAFE Financing System การเงินการคลังมั่นคง
G : Good Governance ดำรงธรรมาภิบาล

แผนภาพที่ 9

ตัวชี้วัดตามเป้าประสงค์

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ 10 ตัวชี้วัด ภายในปี 2565

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย
ประชาชนเข้าถึงบริการ	1) ประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective coverage) เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามภายในปี 2565 2) ร้อยละการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกมากกว่าร้อยละ 80 และผู้ป่วยในมากกว่าร้อยละ 90 ภายในปี 2565 3) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และผู้ให้บริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ภายในปี 2565
การเงิน การคลัง มั่นคง	4) ร้อยละรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ อยู่ระหว่างร้อยละ 4.6 ถึง 5.0 ในปี 2565 5) ร้อยละรายจ่ายสุขภาพเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาล อยู่ระหว่างร้อยละ 17 ถึง 20 ในปี 2565 6) ร้อยละของครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) ไม่เกินร้อยละ 2.3 ในปี 2565 7) ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกิน 0.4 ในปี 2565
ดำรง ธรรมาภิบาล	8) ระดับความสำเร็จของความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานฯ เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามภายในเวลา 5 ปี 9) ร้อยละความสำเร็จของการเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูงไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 10) ร้อยละการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (Integrity and Transparency Assessment ITA) ตามมาตรฐานการประเมินของรัฐ (ปปช.) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ภายในปี 2565

1.3 โครงสร้างการบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

1.3.1 โครงสร้างองค์กร

โครงสร้างส่วนงานของสำนักงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง โครงสร้างงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2564 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2564 ประกอบด้วยส่วนงานขึ้นตรงเลขาธิการ ส่วนงานอื่นอีก 3 สายงาน และ 5 กลุ่มภารกิจ ดังต่อไปนี้

1) สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์
2) สายงานบริหารกองทุน
3) สายงานสนับสนุนองค์กร
4) กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
5) กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

6) กลุ่มภารกิจสนับสนุนการมีส่วนร่วมและคุ้มครองสิทธิ

7) กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

8) กลุ่มภารกิจสื่อสารหลักประกันสุขภาพ

สำนักงานสาขาและหน่วยปฏิบัติการเฉพาะกิจ รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่อเลขาธิการและให้สำนักตรวจสอบรับผิดชอบงานเลขานุการและขึ้นตรงต่อคณะอนุกรรมการตรวจสอบและรายงานต่อเลขาธิการตามระเบียบที่กำหนด

แผนภาพที่ 10

โครงสร้างองค์กรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.3.2 อำนาจหน้าที่และกระบวนการทำงาน

อำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่กำหนดไว้ใน มาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย

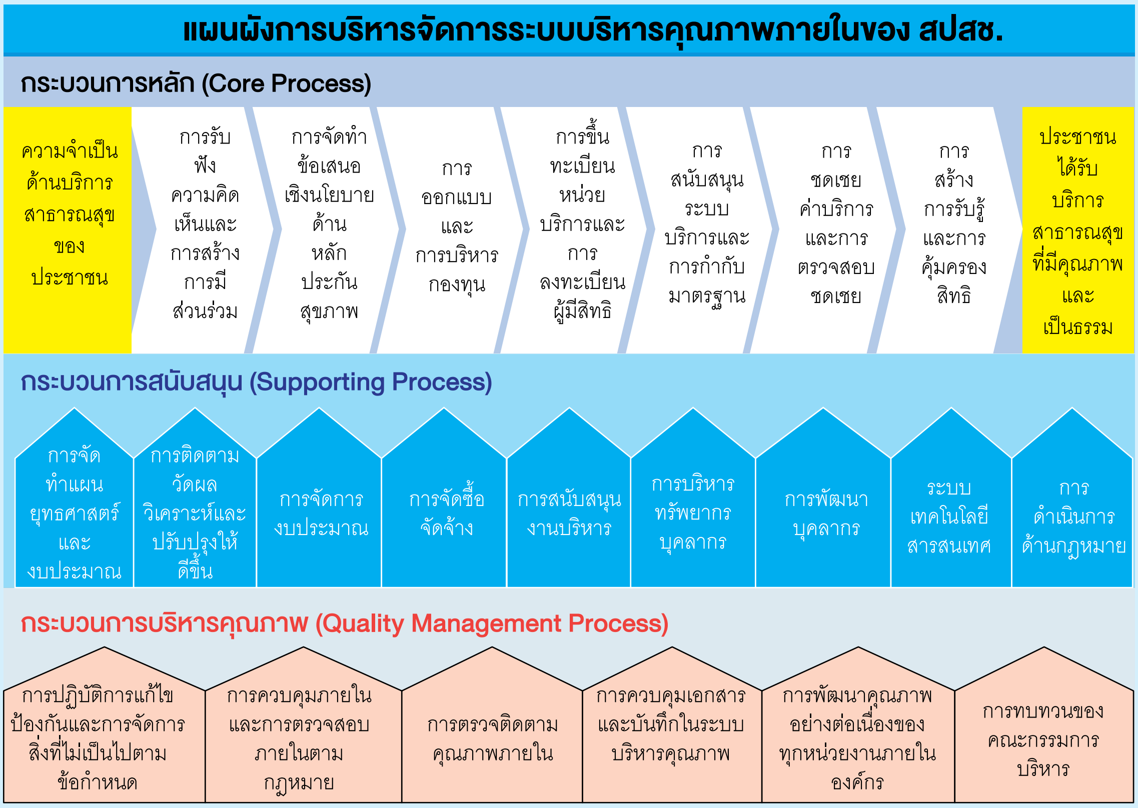
1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน
2) เก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข
3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้แก่ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 46
6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ
8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน
9) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่างๆ
10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใดๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน
11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน
12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และเผยแพร่ต่อสาธารณชน
14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มอบหมาย

การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามอำนาจหน้าที่ที่ระบุไว้ในมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังกล่าวข้างต้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดกระบวนการทำงาน 3 ระดับ ประกอบด้วย

1) กระบวนการหลัก (Core Process) เป็นการทำงานประสานเชื่อมโยงกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามพันธกิจของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ ให้ประชาชนได้รับบริการ สาธารณสุขที่มีคุณภาพและเป็นธรรมอย่างทั่วถึง
2) กระบวนการสนับสนุน (Supporting Process) เป็นกระบวนการทำงานที่เอื้อให้กระบวนการหลักดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและเหมาะสม โดยครอบคลุมกระบวนการที่สำคัญต่างๆ เช่น การจัดทำงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารทรัพยากรบุคคล และการติดตามประเมินผล
3) กระบวนการบริหารคุณภาพ (Quality Management Process) เป็นกระบวนการทำงานที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความยั่งยืนการดำเนินงานผ่านกระบวนการควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพ และการบริหารความเสี่ยงในลักษณะต่างๆ โดยความสัมพันธ์ของกระบวนการทำงานทั้งสาม ดังแผนภาพที่ 11

แผนภาพที่ 11
กระบวนการทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



เพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเต็มที่ตามพันธกิจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำระบบการให้บริการข้อมูลด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความครอบคลุม ทั้งข้อมูลทั่วไป การตรวจสอบสิทธิ การร้องเรียน/ร้องทุกข์ รวมถึงการติดต่อเจ้าหน้าที่ผ่านทางโทรศัพท์สายด่วน สปสช. 1330 (สายด่วน 24 ชั่วโมง) ดังแผนภาพที่ 12

แผนภาพที่ 12
ขั้นตอนการให้บริการข้อมูลด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ สปสช. ได้จัดโครงสร้างองค์กรรองรับการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ จำนวน 13 เขต ครอบคลุมทั่วประเทศ (แผนภาพที่ 13) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการสาธารณสุขทั้งรัฐ และเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อก้าวไปให้ถึงจุดมุ่งหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กร และเป้าหมายที่ตั้งไว้

แผนภาพที่ 13

การแบ่งพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ จำนวน 13 เขต และผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

โดยมีการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1-13 ดังนี้

1) เสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่
2) ขับเคลื่อนและพัฒนางานเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของประชาชนผู้มีสิทธิในเขตพื้นที่
3) ขับเคลื่อนและพัฒนางานเชิงรุกและหนุนเสริมการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่

4) สร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้มีสิทธิในเขตพื้นที่ ขับเคลื่อนกลไกการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างๆ ตอบสนองเชิงรุกเพื่อคุ้มครองสิทธิ วิเคราะห์และแก้ปัญหาการเข้าถึงสิทธิและข้อร้องเรียน ภายใต้กลไกคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่
5) เป็นกลไกหลักในการตรวจสอบการเบิกจ่าย ของหน่วยบริการในพื้นที่ให้ถูกต้อง
6) จัดหา ขับเคลื่อนและสนับสนุนให้มีหน่วยบริการในพื้นที่อย่างครอบคลุม กำกับติดตามและประเมินผลด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล บริหารกองทุนและการเข้าถึงบริการและคุณภาพมาตรฐาน ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิในเขตพื้นที่ตลอดจนมีระบบการคืนข้อมูลในยังหน่วยบริการได้ทันเวลา
7) นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่
8) ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

1.4
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทยสู่สากล

นับตั้งแต่ ทศวรรษ 1970 (พ.ศ. 2513 - 2523) ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากร สุขภาพ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศในการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน มีการเพิ่มงบประมาณ เพื่อขยายความครอบคลุมไปยังประชากรเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนกระทั่งสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ถึงแม้ว่า ในขณะนั้นประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรในระดับต่ำแต่รัฐบาลไทยได้ตัดสินใจในการเลือกใช้ภาษีทั่วไปสำหรับการดำเนินโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่มีการเก็บเงินสมทบจากสมาชิก 17 ปี ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม คือ การลดลงของค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจากครัวเรือน (out-of-pocket) การล้มละลาย ทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล (catastrophic health spending) และความยากจนลงจากค่ารักษาพยาบาล (medical impoverishment) โครงการนี้ยังช่วยลดความแตกต่างของการตายในเด็กระหว่างจังหวัดลงได้อย่างมาก นอกจากนี้ชุดสิทธิประโยชน์ เช่น ยาต้านไวรัส และการบำบัดทดแทนไต ยังช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยได้อีกมาก การออกแบบการบริหารจัดการกองทุนที่ดีส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่าย และสร้างความเท่าเทียม

หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน การลดความยากจนจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ ส่งผลให้ไทยได้รับการยอมรับจากนานาชาติ จากความสำเร็จนี้ ทำให้มีผู้บริหารระดับสูงขององค์กรระหว่างประเทศ และนานาชาติมาเยี่ยมชมการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพของไทย อาทิ นายทีโดรส อัดฮานอม ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เดินทางมาประเทศไทย เพื่อเยี่ยมชมการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้แสดงปาฐกฐาพิเศษ ในการประชุมนานาชาติ ปี 2561 Achieving universal health coverage: from the past to the future" ให้ทูตประเทศต่าง ๆ ประจำประเทศไทยและองค์กรระหว่างประเทศ ในการประชุม ณ กระทรวงการต่างประเทศ ตลอดจนได้ลงพื้นที่ ซอยพระเจน ชุมชนบ่อนไก่ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เยี่ยมบ้านผู้ป่วยล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยได้กล่าวชื่นชมไว้ว่า "ประเทศไทยได้พิสูจน์ ตลอดจนเป็นแรงบันดาลใจ และตัวอย่างของประเทศอื่น ๆ ว่าทุกประเทศสามารถจะบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนได้ และประเทศไม่ต้องร่ำรวยก็สามารถทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ อย่างเช่นที่ไทยได้ดำเนินการมาแล้ว องค์การอนามัยโลก พร้อมที่จะทำงานร่วมกับไทยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ไทยเป็นตัวอย่างของประเทศต่าง ๆ"

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศกลุ่มนโยบายต่างประเทศและสุขภาพโลก (Foreign Policy and Global Health : FPGH) ที่ผลักดันให้สหประชาชาติกำหนดให้วันที่ 12 ธันวาคม ของทุกปี เป็นวันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากล และผลักดันให้เกิดการจัดการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2563 ของการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 74 และจะร่วมกันรับรองในปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ขับเคลื่อนไปด้วยกันเพื่อสร้างโลกที่สุขภาพดีขึ้น" (Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world") ทั้งนี้ เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครนิวยอร์ก ได้ทำหน้าที่ร่วมกับเอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรจอร์เจียฯ ในฐานะผู้ประสานงานการเจรจาร่างปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังกล่าว

วันที่ 23 กันยายน 2562 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ร่วมกับผู้นำประเทศต่าง ๆ ได้เข้าร่วมการประชุมระดับสูงด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (High-level Meeting on Universal Health Coverage - HLM on UHC) ในห้วงการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญครั้งที่ 74 ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ นครนิวยอร์ก เพื่อย้ำเจตนารมณ์ทางการเมืองต่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2030 ควบคู่ไปกับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) ในโอกาสนี้ นายกรัฐมนตรีได้กล่าวถ้อยแถลงต่อที่ประชุม แบ่งปันประสบการณ์การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักการ 3 ประการ ได้แก่

1) **ความเท่าเทียม:** ให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมทั้งของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้เข้ารักษาในโรงพยาบาลเอกชนได้ 72 ชั่วโมงในกรณีฉุกเฉิน ก่อนที่จะส่งต่อให้โรงพยาบาลของรัฐต่อไป ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรค ซึ่งรวมถึงโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องมุ่งให้เกิดความเท่าเทียม ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมนี้ ไทยจะขยายสิทธิประโยชน์ให้รวมถึงการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง สานต่อความสำเร็จของโครงการในพระดำริของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ ทูตสันถวไมตรีของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติในการป้องกันเอชไอวีในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

2) **ประสิทธิภาพ:** รัฐบาลไทยมุ่งเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจัดสรรงบประมาณร้อยละ 15 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มการใช้งบประมาณจากภาษีสุราและยาสูบ และสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสุขภาพท้องถิ่น รวมไปถึงมาตรการทางการเงินสมัยใหม่ กองทุนเงินสะสมเพื่อดำเนินการใช้จ่ายงบประมาณให้คุ้มค่าต่อไป

3) การมีส่วนร่วม: หัวใจสำคัญที่ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความยั่งยืนคือการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นประชาชน ชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตามแนวทางประชารัฐ ให้ทุกฝ่ายรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เน้นการส่งเสริมบริการสุขภาพในระดับมูลฐานที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางเพื่อจะลดการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นอีกด้วย นายกรัฐมนตรียังได้ย้ำความมุ่งมั่นของรัฐบาลไทยในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ดียิ่งขึ้น และย้ำถึงความพร้อมในการแบ่งปันประสบการณ์ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยให้กับนานาชาติและร่วมมือประชาคมระหว่างประเทศ นายกรัฐมนตรีร่วมกับผู้นำรับรองปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผลลัพธ์ของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มคณะวันเดียวกันนี้และได้รับการรับรองอย่างเป็นทางในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 74 (United Nations General Assembly - UNGA) ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา

นอกจากนี้ไทยได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของความร่วมมือพหุภาคี ในสภาวะที่โลกกำลังประสบกับความท้าทายต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ภายใต้บริบทโลกดังกล่าว ไทยใช้แนวคิดหลักสำหรับการเป็นประธานอาเซียนของไทย คือ Advancing Partnership for Sustainability หรือ"ร่วมมือ ร่วมใจ ก้าวไกล ยั่งยืน" ซึ่งให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับ "ความร่วมมือแบบหุ้นส่วน" และ "ความยั่งยืน" โดยไทยได้เผยแพร่หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในฐานะแนวทางหนึ่งในการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางและยังได้แบ่งปันประสบการณ์ด้านการพัฒนาให้กับมิตรประเทศอื่น ๆ นอกจากนี้ยังได้แสดงความพร้อมของไทยในการส่งเสริมความร่วมมือแบบหุ้นส่วนกับประชาคมระหว่างประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

บทที่ 2

บทบาทภารกิจของ คณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

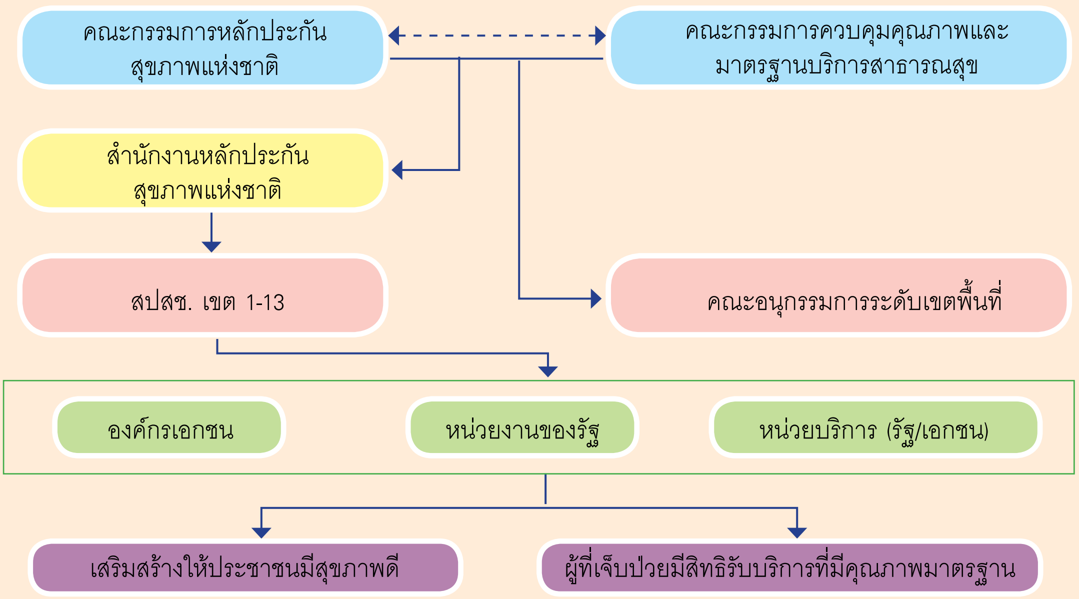
2.1

ความเป็นมา ของคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

คณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ ประกอบด้วย 2 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) (แผนภาพที่ 14)

แผนภาพที่ 14
ความเป็นมาของคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545



2.1.1 ความเป็นมา องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)

ก. ความเป็นมา

เนื่องจากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 6/2557 เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2557 ได้มีมติยกเลิกการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด ส่งผลให้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) จากคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด (เดิม) มาเป็นคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่

ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุข การควบคุมคุณภาพและการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระดับเขตพื้นที่ ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ออกประกาศ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2557 และประกาศเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 โดยประกาศ ดังกล่าวได้กำหนดองค์ประกอบ และอำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ไว้ดังต่อไปนี้

ข. องค์ประกอบ

1) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขตพื้นที่ 1-12

คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ 1 – 12 มีจำนวนเขตละ 26 คนประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพ อาชีพ หรือมีถิ่นที่อยู่ประจำ ในเขตพื้นที่นั้น ดังนี้

1) ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 คน
2) ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 คน
3) ผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน
4) ผู้แทนหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 1 คน
5) พนักงานอัยการ สังกัดสำนักงานคดีปกครองที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 1 คน
6) ผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง สาขาสูตินรีเวชกรรม สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม และสาขาจิตเวช ที่ได้รับมอบหมาย สาขาละ 1 คน
7) ผู้แทนสภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาวิชาชีพละ 1 คน
8) ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน 2 คน
9) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ประเภทละ 1 คน
10) ผู้แทนองค์กรเอกชน 9 ด้านตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 6 คน

2) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 27 คน ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพ อาชีพ หรือมีถิ่นที่อยู่ประจำ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

1) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 1 คน
2) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ หรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 1 คน
3) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 1 คน
4) ผู้แทนหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 1 คน
5) ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จำนวน 1 คน
6) ผู้แทนสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 1 คน

7) พนักงานอัยการ สังกัดสำนักงานคดีปกครองที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 1 คน
8) ผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง สาขาสูตินรีเวชกรรม สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม และสาขาจิตเวช ที่ได้รับมอบหมาย สาขาละ 1 คน
9) ผู้แทนสภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาวิชาชีพละ 1 คน
10) ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน 2 คน
11) ผู้แทนสำนักการแพทย์ จำนวน 1 คน
12) ผู้แทนสำนักอนามัย จำนวน 1 คน
13) ผู้แทนองค์กรเอกชน 9 ด้านตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 6 คน

ค. อำนาจและหน้าที่

1) นำข้อมูลการร้องเรียน ข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และข้อมูลอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบไปสรุป วิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไขและพัฒนากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนให้เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพหน่วยบริการในพื้นที่
2) ควบคุมและกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
3) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
4) ตรวจตราคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไข และติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน
5) ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

6) รายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี
7) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม
8) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ตารางที่ 2
แนวทางการดำเนินงานตามอำนาจและหน้าที่ของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)

ข้อ	อำนาจและหน้าที่	แนวทางการดำเนินงาน	ข้อมูลสนับสนุน
1	นำข้อมูลการร้องเรียนข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและข้อมูลอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบไปสรุป วิเคราะห์ปัญหาข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไขและพัฒนากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนให้เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพหน่วยบริการในพื้นที่	1) รับข้อมูลการร้องเรียน และข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและข้อมูลอื่นๆ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำมาวิเคราะห์ปัญหาในภาพรวม เสนอแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการ รวมทั้งผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในเขตพื้นที่ 2) สะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการ เพื่อวางแผนการป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการ 3) จัดทำเป็นรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทุก 6 เดือน 4) จัดให้มีการประชุมร่วมกันระหว่างคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) กับคณะอนุกรรมการหลักประกัน	1) ข้อมูลภาพรวมผลการพิจารณาคำร้องกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในเขตพื้นที่ มีแบบฟอร์มการรายงานสรุปวิเคราะห์ (ระบุสาเหตุ ข้อเสนอแนวทางการแก้ไขเบื้องต้น ข้อเสนอเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการ) 2) ข้อมูลคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 3) ข้อมูลเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57,59 และข้อมูลอื่น ๆ 4) ข้อมูลจากหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) 5) ข้อมูลจำนวนหน่วยรับเรื่องร้องเรียน ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ และศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่

ข้อ	อำนาจและหน้าที่	แนวทางการดำเนินงาน	ข้อมูลสนับสนุน
		สุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่อิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน รวมทั้งกลไกเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 5) ตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนและพัฒนาศักยภาพหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่อิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตาม มาตรา50(5) 6) พัฒนาศักยภาพและเชื่อมโยงกลไกการจัดการร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	
2	ควบคุม และกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	1) กำหนดประเด็นคุณภาพสำคัญที่เป็นความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Needs) หรือปัญหา (Problem base หรือ Area base) ในพื้นที่ 2) กำหนดแนวทางการควบคุมและกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ (การประเมินหน่วยบริการ การกำกับติดตามคุณภาพการให้บริการบริการสาธารณสุข การตรวจสอบชดเชยและคุณภาพบริการ	ชุดข้อมูลการกำกับติดตามคุณภาพประกอบด้วย - ข้อมูลผลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) - ข้อมูลหน่วยบริการในโปรแกรมข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Contracting Provider Profile: CPP) - ข้อมูลผลการให้บริการและเข้าถึงบริการ

ข้อ	อำนาจและหน้าที่	แนวทางการดำเนินงาน	ข้อมูลสนับสนุน
		(Audit) การรายงานผลต่อคณะกรรมการ/ผู้เกี่ยวข้อง) ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) เข้าร่วมประเมินหน่วยบริการ/เครือข่ายหน่วยบริการเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประเภทต่างๆ ตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนแต่ละประเภท	- ข้อมูลตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (Quality Outcome and Framework: QOF) - ข้อมูลการตรวจสอบชดเชยและคุณภาพบริการ (Audit) - ข้อมูลเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57, 59 - ข้อมูลคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41
3	กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	1) กำหนดประเด็นคุณภาพสำคัญที่เป็นความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Needs) หรือปัญหา (Problem base หรือ Area base) ในพื้นที่ 2) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐาน โดยการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กำหนดประเด็นคุณภาพและมาตรฐาน ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ เพื่อใช้ในการกำกับติดตาม ประเมินผล และกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการ	ชุดข้อมูลการกำกับติดตามคุณภาพบริการ (Quality Indicator: QI)
4	ตรวจตราคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไข	1) ตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ ตามจำเป็นโดยพิจารณาจากชุดข้อมูลการกำกับติดตามคุณภาพ (เน้นการตรวจเยี่ยมเชิงบวก ร่วมกับให้ข้อเสนอแนะ) 2) ติดตามประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการ	1) รายงานการตรวจเยี่ยม 2) รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)

ข้อ	อำนาจและหน้าที่	แนวทางการดำเนินงาน	ข้อมูลสนับสนุน
	และติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน	3) จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจตราและการควบคุมต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (รายงาน ทุก 6 เดือน)	
5	ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ	1) กำหนดช่องทางหรือกลวิธีในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลกับประชาชนในพื้นที่ 2) ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้เข้าใจเรื่องสิทธิและหน้าที่ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ช่องทางและหน่วยรับเรื่องร้องเรียน 3) ส่งเสริมหรือมอบหมายให้อนุกรรมการหรือภาคประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการของหน่วยบริการ / ร่วมตรวจเยี่ยม / ร่วมตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ /ร่วมรับฟังปัญหาและร่วมพัฒนาหน่วยบริการ	1) ข้อมูลการรับรู้เรื่องสิทธิของประชาชนจากสายด่วน สปสช. 1330, ผลการสำรวจความคิดเห็นและการรับฟังความเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2) ข้อมูลความรู้ด้านสิทธิข้อกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง 3) ข้อมูลหน่วยบริการในโปรแกรมข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Contracting Provider Profile: CPP)
6	รายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี	1) จัดทำรายงานจากคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ตามมาตรา 41 และผลวิเคราะห์ปัญหาในภาพรวม พร้อมข้อเสนอแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการ (รายงานทุก 6 เดือน)	1) รายงานคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการตามมาตรา 41 และผลวิเคราะห์ปัญหาในภาพรวม ข้อเสนอแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ 2) รายงานผลการตรวจเยี่ยม 3) รายงานผลการดำเนินงานภาพรวม

ข้อ	อำนาจและหน้าที่	แนวทางการดำเนินงาน	ข้อมูลสนับสนุน
		2) จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจตราและการควบคุมต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (รายงาน ทุก 6 เดือน) 3) จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานภาพรวม ปัญหาและอุปสรรคต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (รายงานประจำปี)	
7		แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยมอบหมายให้ปฏิบัติงานในภายใต้อำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการ	
8		ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้มอบหมาย	

2.1.2 ความเป็นมา องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)

ก. ความเป็นมา

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 1 – 12 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ดังนี้

1) มาตรา 20 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือที่คณะกรรมการมอบหมาย
2) มาตรา 22 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการแล้วแต่กรณีมีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ได้แก่

1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2558 เขต 1 – 12
2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) เขต 1 – 12 โดยมีองค์ประกอบที่เป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญที่จะร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการบูรณาการด้านสุขภาพกับภาคีทุกภาคส่วนในพื้นที่ผลักดันและขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในเขตพื้นที่ให้สอดคล้องกับปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ อันจะส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดีขึ้น โดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข. องค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการตามคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 1-12

องค์ประกอบและจำนวนของคณะอนุกรรมการตามคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่เขต 1 - 12 วาระปี พ.ศ. 2562 - 2566 ดังนี้

1) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในเขตที่รับผิดชอบ	ที่ปรึกษา
2) ผู้อำนวยการหน่วยบริการสังกัดมหาวิทยาลัยในเขตพื้นที่ (ถ้ามี)	ที่ปรึกษา
3) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่	รองประธาน
4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
5) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตพื้นที่จังหวัดละ 1 คน	อนุกรรมการ
6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปในเขตพื้นที่ จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่ จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
9) ผู้อำนวยการหน่วยบริการของรัฐนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี) จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
10) ผู้บริหารสถานบริการภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
11) ผู้แทนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50 (5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน หรือองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขหรือคุ้มครองผู้บริโภคในเขตพื้นที่ จังหวัดละ 1 คน	อนุกรรมการ
12) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ จำนวน 2 คน	อนุกรรมการ
13) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (1 คน เป็นประธานอนุกรรมการ)	อนุกรรมการ

14) รองผู้อำนวยการหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่ ซึ่งผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่มอบหมาย จำนวน 1 คน — อนุกรรมการและเลขานุการ

อำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) เขต 1 - 12

1) กำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงาน
2) กำหนดแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบลงทุน บริการผู้ป่วยใน งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น
3) กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วย และแบ่งพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น
4) สนับสนุนและกำกับการดำเนินงานของสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่กำหนด
5) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวกับงานหลักประกันสุขภาพในระดับอำเภอหรือจังหวัด หรือเขตพื้นที่ได้เท่าที่จำเป็น
6) อำนาจหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการและสำนักงานมอบหมาย โดยคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2558 มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับการแต่งตั้งใหม่อีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้ โดยเริ่มนับวาระตั้งแต่คณะอนุกรรมการได้รับการแต่งตั้ง ทั้งนี้สำนักงานเป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ 1 - 12

ค. องค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร วาระปี 2563 - 2567 โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์ในคณะกรรมการ	ประธานอนุกรรมการ
2) รองเลขาธิการ สปสช.ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมายในคณะกรรมการ	อนุกรรมการ
4) ผู้แทนสภาเภสัชกรรมในคณะกรรมการ	อนุกรรมการ
5) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นในคณะกรรมการ	อนุกรรมการ
6) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านชุมชนแออัดในคณะกรรมการ	อนุกรรมการ
7) นายพีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ	อนุกรรมการ
8) นางสาวศิวนุช สร้อยทอง ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประชากรกลุ่มเปราะบาง	อนุกรรมการ
9) นายชูศักดิ์ จันทยานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประชากรกลุ่มเปราะบาง	อนุกรรมการ
10) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
11) สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร จำนวนหนึ่งคน	อนุกรรมการ
12) อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
13) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 13	อนุกรรมการ
14) ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
15) ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
16) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช	อนุกรรมการ
17) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี	อนุกรรมการ
18) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
19) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	อนุกรรมการ
20) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ

21) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	อนุกรรมการ
22) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	อนุกรรมการ
23) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	อนุกรรมการ
24) นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ	อนุกรรมการ
25) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล	อนุกรรมการ
26) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง	อนุกรรมการ
27) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	อนุกรรมการ
28) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน	อนุกรรมการ
29) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
30) ผู้อำนวยการทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์	อนุกรรมการ
31) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวนสองคน	อนุกรรมการ
32) ผู้แทนศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
33) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
34) ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
35) ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 คน	อนุกรรมการ
36) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านเด็กหรือเยาวชน	อนุกรรมการ
37) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านสตรี	อนุกรรมการ
38) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านผู้สูงอายุ	อนุกรรมการ
39) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช	อนุกรรมการ
40) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	อนุกรรมการ
41) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านผู้ใช้แรงงาน	อนุกรรมการ
42) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านชุมชนแออัด	อนุกรรมการ
43) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านเกษตรกร	อนุกรรมการ
44) ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านชนกลุ่มน้อย	อนุกรรมการ
45) ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ และเลขานุการ

อำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร*

1) กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารงาน รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ นโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงาน
2) กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และวิธีการแบ่งพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการ
3) กำหนดแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเขตพื้นที่ เช่น งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นต้น ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
4) สนับสนุนและกำกับการดำเนินงานของสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่คณะกรรมการ หรือสำนักงานกำหนด
5) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวกับงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่เท่าที่จำเป็น
6) ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่คณะกรรมการและสำนักงานมอบหมาย

* การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2564 วันที่ 5 กรกฎาคม 2564 มีมติเห็นชอบการปรับโครงสร้างและระบบงานของ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) สปสช.เขต 13 กทม. โดยให้มีขนาดโครงสร้างที่กะทัดรัด มีส่วนร่วม และมีระบบบริหารจัดการผลประโยชน์ทับซ้อน (Potential Conflict Of Interest) อย่างชัดเจน

ง. บทบาทของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) ต่อการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่

บทบาท อปสข. ต่อการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มีแนวคิดหลักในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดยให้มีการบริหารวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global Budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)

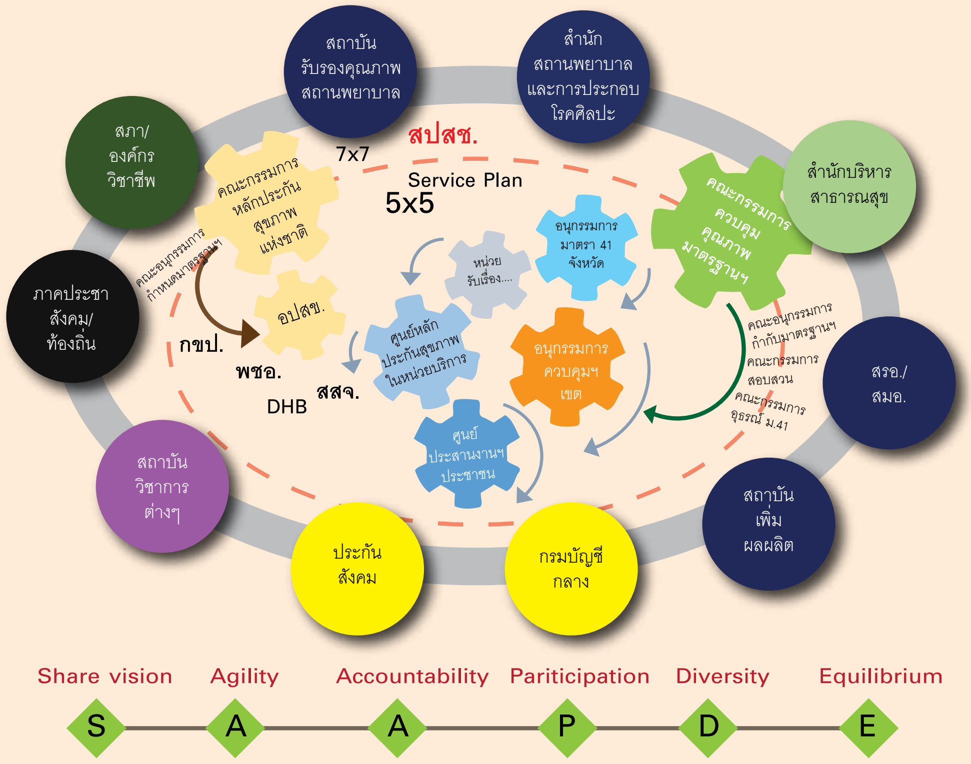
เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอ หรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม รายละเอียดตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณแต่ละปี ที่กำหนดไว้

2.2 แนวทางและกลไกการจัดการคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่

2.2.1 กลไกการดำเนินงานและความเชื่อมโยงในระดับประเทศและระดับเขตพื้นที่

การขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และบรรลุตามเป้าหมาย แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 – 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564 – 2565) จำเป็นต้องมีกลไกการขับเคลื่อนการปฏิบัติงานของส่วนกลางและเขตพื้นที่ที่สอดคล้องเชื่อมโยงและบูรณาการทำงานร่วมกัน โดยกลไกหลักในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ คือ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ 1 – 13 ที่รับนโยบายจากส่วนกลาง (คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) มาบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็น และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตามโครงสร้างความสัมพันธ์ของคณะกรรมการระดับประเทศและคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ (แผนภาพที่ 15)

แผนภาพที่ 15
ความสัมพันธ์ของคณะกรรมการระดับประเทศและคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่



คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 18 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นต้น

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นต้น

ตารางที่ 3
ความเชื่อมโยงการทำงานของคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
1. การกำหนดมาตรฐานการให้บริการ ประเภทขอบเขตบริการสาธารณสุข และการควบคุมส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ			
	มาตรา 18 (1) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนด มาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ	**มาตรา 50 (1)** ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการสาธารณสุขตามมาตรา 45 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	• ควบคุม และกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ • กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ • ตรวจตราคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน
	มาตรา 18 (3) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5	**มาตรา 50 (2)** กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพ และมาตรฐานในกรณีที่หน่วยบริการนั้น ๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5	
	มาตรา 18 (11) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน	**มาตรา 50 (3)** กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ	

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
2. การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			
• กำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ให้สอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงาน • กำหนดแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบลงทุน บริการผู้ป่วยในงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น • กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วย และแบ่งพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการเพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น	**มาตรา 18 (4)** กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน **มาตรา 18 (6)** ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40	**มาตรา 50 (4)** เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46	

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
3. การให้ความคุ้มครองผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดจากการรักษาพยาบาล			
	มาตรา 18 (7) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตาม มาตรา 51	**มาตรา 50 (5)** กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวก และเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน	• นำข้อมูลการร้องเรียน ข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และข้อมูลอื่นๆ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบไปสรุป วิเคราะห์ปัญหาข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไข และพัฒนากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนให้เหมาะสม รวมถึงพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพหน่วยบริการในเขตพื้นที่
		มาตรา 50 (8) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด	

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
4. การส่งเสริมบทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง/ภาคประชาชน			
	มาตรา 18 (8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47	**มาตรา 50 (7)** สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ	• ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
	มาตรา 18 (9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ในองค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไรดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่มาตรา 47	**มาตรา 50 (9)** สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข	

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
	มาตรา 18 (10) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข		
	มาตรา 18 (13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี		
5. การรายงานผลการดำเนินการ			
• สนับสนุนและกำกับการดำเนินงานของสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่กำหนด	**มาตรา 18 (12)** จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการแล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทน ราษฎรและวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ	**มาตรา 50 (6)** รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน	• รายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขทราบเป็นประจำทุกปี

2.2.2 กลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่

ก. กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่ ของ คณะ 1 - 12

กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่ ของ สปสช.เขต 1 - 12 สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย (แผนภาพที่ 16)

ส่วนที่ 1 กลไกขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ส่วนที่ 2 กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง

แผนภาพที่ 16
กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ที่มีอยู่ในระดับเขตพื้นที่

ส่วนที่ 1 กลไกขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย

1.1 คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) แต่งตั้งขึ้นตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำหน้าที่ในด้านการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ และติดตามกำกับการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่

1.2 คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) แต่งตั้งขึ้นตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ให้ทำหน้าที่ควบคุม และกำกับคุณภาพ และมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมถึงส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วม

1.3 คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด เป็นกลไกที่ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้งขึ้น มีหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

1.4 คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย เป็นกลไกที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถเหมาะสม จำนวน 5 - 7 คน กลไกนี้มีอำนาจหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณะและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 หมวด 5 ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

1.5 หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียน เพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ทั้งนี้ เจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ของมาตราดังกล่าว ก็เพื่อที่จะส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน องค์กรประชาชนได้มีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณสุขเท่าที่จะกระทำได้ ดังนั้นการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) จึงถือเป็นหน่วยงานที่เชื่อมโยงและประสานการคุ้มครองสิทธิของประชาชน มีบทบาทหน้าที่ในเผยแพร่สร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ประสาน ชี้แจงการรับเรื่องร้องเรียน ช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับบริการตามสิทธิ หรือประสาน ส่งต่อเรื่องร้องเรียนไปตามกระบวนการในระบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดไว้

1.6 ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นกลไกสำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ที่เริ่มต้นดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2547 มีบทบาทหน้าที่ในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ สร้างความเข้าใจ รับเรื่องร้องทุกข์ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานแก้ไขปัญหาการใช้บริการ ติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน องค์กรประชาชนในการจัดกิจกรรม การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพด้วยประสบการณ์ และองค์ความรู้ ความสามารถผู้แทนของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จึงถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) ซึ่งถือเป็นกลไกนโยบายที่สำคัญในระดับเขต

ส่วนที่ 2 กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่อื่น ประกอบด้วย

2.1 คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 เป็นกลไกที่มีหน้าที่ ดังนี้

1) กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและ

ประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชน และชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของรัฐและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

2) ดำเนินการหรือประสานงานให้เกิดการขับเคลื่อนตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ตามข้อ 1 ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตพื้นที่รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่
3) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ต่อหน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
4) ประสานงานกับ กขป. ในเขตพื้นที่อื่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
6) รายงานผลการดำเนินการต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

กลไกนี้มีการแบ่งพื้นที่ในการดำเนินงานเป็น 13 เขต สอดคล้องกับพื้นที่ในความรับผิดชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับพื้นที่ (อปสข.) โดยมีองค์ประกอบ คือ ผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานรัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ ภาคเอกชนและประชาสังคม โดยมีเลขานุการร่วมของ 4 หน่วยงานในพื้นที่เขต 1 – 12 ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในพื้นที่เขต 13 มอบหมายกรุงเทพมหานคร เป็นเลขานุการร่วมอีกหนึ่งหน่วยงาน

2.2 คณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงาน 5 x 5) เป็นคำสั่งที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1679/2558 ลงวันที่ 29 กันยายน 2558 โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน มีผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต เป็นประธานร่วม มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1) จัดทำข้อเสนอแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับเขต ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและตามแนวทางของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ ในการจัดทำข้อเสนอการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) จัดทำข้อเสนอในการพัฒนาระบบการรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ในการจัดทำแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการใช้ข้อมูลร่วมกันในระดับเขต
3) จัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระดับเขต
4) ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

2.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) (พชอ.) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชน โดยมีองค์ประกอบ คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ ผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ภาคเอกชนและประชาสังคม โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ

2.4 เขตบริการสุขภาพ มีทั้งหมด 12 เขต สอดคล้องกับเขตของ สปสช. จึงเป็นทั้งการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสปสช. ในการกระจายและบริหารงบประมาณสู่สถานบริการและเป็นทั้งการสร้างความร่วมมือในกลุ่มจังหวัดที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมป้องกันโรคและระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ขณะที่สถานบริการก็ควบคุมค่าใช้จ่ายได้สำเร็จ การช่วยเหลือและวางยุทธศาสตร์ร่วมกันยังเป็นกลไกผลักดันให้โรงพยาบาลแต่ละแห่ง

มีความเป็นเลิศเฉพาะด้านอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขาในพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป ซึ่งคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพมีผู้แทนหลายฝ่าย ทั้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น

2.5 คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 สาขา ได้แก่

1) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด
2) สาขาโรคมะเร็ง
3) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4) สาขาทารกแรกเกิด
5) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
6) สาขาสูติกรรม (แม่และเด็ก)
7) สาขาออร์โธปิดิกส์
8) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ
9) สาขาสุขภาพช่องปาก
10) สาขาไต
11) สาขาตา
12) สาขาโรคไม่ติดต่อ
13) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
14) สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
15) สาขาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
16) สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
17) สาขาศัลยกรรม
18) สาขายาเสพติด
19) สาขาอายุรกรรม

2.6 กลไกอื่น ๆ ได้แก่หน่วยงาน องค์กรทั้งในส่วนที่เป็นภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์วิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ภาควิชาการ เช่น มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา เป็นต้น และภาคประชาสังคม เช่น เครือข่าย 9 ด้าน สมาคม มูลนิธิและเครือข่ายด้านสุขภาพ และภาคเอกชนที่เข้ามาร่วมเป็นหน่วยบริการ เป็นต้น

ข. กลไกในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ภายหลังจากที่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการและในปีถัดมา (พ.ศ.2546) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มจัดตั้งสำนักงานสาขาแห่งแรกคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สปสช.กทม.) ทั้งนี้เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นท้องถิ่นพิเศษที่มีพระราชบัญญัติเป็นการเฉพาะ มีประชาชนอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากที่สุดและมีบริบทต่างๆ ที่ซับซ้อนท้าทายต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุข

กรุงเทพมหานคร เป็นเขตปกครองพิเศษมีบริบทที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องมาจากความเป็นเมืองหลวงและความเป็น "มหานคร" มีประชากรหนาแน่นที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทย โดยมีประชากรประมาณหนึ่งในหกของประชากรทั้งหมดของประเทศไทย จำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบได้หกจังหวัด แต่มีพื้นที่เพียงแค่หนึ่งในสามร้อยของพื้นที่ทั้งหมดของประเทศไทยเท่านั้น บริบทของกรุงเทพมหานครมีความเป็นชุมชนเขตเมืองกว่าเขตชนบท ประชากรมีการเคลื่อนย้ายสูงที่สุดและมีประชากรอยู่อาศัยหรือทำงานโดยที่ทะเบียนราษฎร์อยู่นอกกรุงเทพมหานครเป็นจำนวนมาก และประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพหลายสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุข (68 แห่ง) สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หน่วยบริการภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น (แผนภาพที่ 17)

แผนภาพที่ 17
บริบทพื้นฐานด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร

นอกจากนั้น **กรุงเทพมหานครยังมีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ คือ ไม่มี "สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด" มีเพียง "กรุงเทพมหานคร" ในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ดังนั้น สปสช.จึงได้จัดตั้ง** "สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)" ตั้งแต่ยุคแรกของการก่อตั้ง สปสช.ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแบ่งส่วนงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2546 โดยกำหนดบทบาทให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) มีหน้าที่หลักคือบริหารงานประกันสุขภาพและประสานเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ภารกิจที่สำคัญภารกิจหนึ่งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร คือ การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากการที่กรุงเทพมหานคร มีหน่วยบริการหลากหลายสังกัดทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และมีการส่งต่อออกนอกเขตกรุงเทพมหานครน้อยมาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จึงได้รับมอบอำนาจให้สามารถออกแบบการบริหารกองทุนตามสภาพปัญหาของพื้นที่ได้เอง ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้ระเบียบและแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด กองทุนที่บริหารจัดการภายใต้เขตกรุงเทพมหานคร เช่น กองทุนผู้ป่วยใน กองทุนผู้ป่วยนอก งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การแสวงหาความร่วมมือ เช่น การมีส่วนร่วมของกรุงเทพมหานคร ผ่านสำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ ที่ดูแลโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 9 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง ร่วมทำหน้าที่ "หน่วยบริการประจำ / หน่วยบริการรับส่งต่อ" รวมถึง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมอนามัยจำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์จำนวน 7 แห่ง โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น ๆ จำนวน 5 แห่ง และการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นอย่างมากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกทม.ให้ครอบคลุมทั้ง 50 เขตปกครอง คือ คลินิกชุมชนอบอุ่นและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งการบริหารจัดการต่าง ๆ จำเป็นต้องรองรับ/สอดคล้องกับการทำงานกับภาคเอกชนเป็นอย่างมาก

เครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศ สปสช. และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้พัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการรายบุคคลของผู้มาใช้บริการในหน่วยบริการกรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการใช้วางแผนและประเมินผลการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลไกการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่าง ๆ เพื่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารระดับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แก่

1) **คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อปสข.กทม.)** ซึ่งมีองค์ประกอบที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ คือ ผู้แทนจากหน่วยบริการภาครัฐสังกัดต่าง ๆ หน่วยบริการภาคเอกชน องค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ อปสข.จะมีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 2 เดือน กรณีมีข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานในพื้นที่อาจมีการประชุมทุกเดือนเพื่อแก้ปัญหาเชิงนโยบายและมีข้อเสนอแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ กทม. อย่างต่อเนื่อง มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงานตามภารกิจ ดังนี้

   1.1 คณะทำงานบริการกองทุน

   1.2 คณะทำงานพัฒนาระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

   1.3 คณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

   1.4 คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

   1.5 คณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและชายขอบ

   1.6 คณะทำงานพัฒนาระบบการตรวจสอบการดำเนินการของระบบสนับสนุนทางการเงินและคุณภาพระบบบริการ

   1.7 คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลหลักประกันสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

   1.8 คณะทำงานพัฒนาระบบการดำเนินงานการขึ้นทำเบียนหน่วยบริการและลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

   1.9 คณะทำงานติดตามประเมินผลการดำเนินการตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

2) **คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสาธารณสุขระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อคม.กทม.)** แต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นกลไกกำกับควบคุมมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ องค์ประกอบของคณะอนุกรรมการประกอบด้วยผู้แทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้แทนหน่วยบริการสังกัดมหาวิทยาลัย สังกัดกองทัพและตำรวจ สังกัดกรมการแพทย์ ผู้แทนหน่วยบริการส่วนท้องถิ่น (สำนักอนามัย สำนักการแพทย์) ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น ผู้แทนหน่วยบริการภาคเอกชน ผู้แทนสถานพยาบาล และสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภาคส่วนงานกฎหมาย พนักงานอัยการสังกัดคดีปกครอง ส่วนด้านวิชาการจากราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ สภาวิชาชีพต่าง ๆ และผู้แทนองค์กรเอกชน 9 ด้านตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) **คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรุงเทพมหานคร** เป็นคณะอนุกรรมการที่สนับสนุนให้งานคุ้มครองสิทธิเป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานและมีธรรมาภิบาล โดยมีหน้าที่พิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

นอกจากนี้ ยังมีการแต่งตั้งคณะทำงานด้านต่าง ๆ เป็นกลไกร่วมบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล

2.2.3 ระบบข้อมูลคุณภาพบริการ

สปสช. ได้มีการจัดทำระบบข้อมูลคุณภาพบริการเป็นรายงานนำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ ข้อมูลในระบบข้อมูลคุณภาพมีทั้งข้อมูลจากภายในและภายนอก สปสช. โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่

1) การเข้าถึงบริการและเท่าเทียมบริการสาธารณสุข
2) คุณภาพและมาตรฐานบริการ
3) ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล
4) การคุ้มครองสิทธิ

1. ข้อมูลเพื่อการกำกับคุณภาพและมาตรฐาน จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลเพื่อการกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ ได้แก่ ข้อมูลผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลผลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) และข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Contracting ProviderProfile) เป็นต้น

2) ข้อมูลเพื่อการกำกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่

2.1) ข้อมูลคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (มาตรา 41)

2.2) ข้อมูลเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57 และมาตรา 59

2.3) ผลลัพธ์การให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.4) ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

2.5) ผลการกำกับติดตามคุณภาพบริการโดยอาศัยตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (Quality Indicator: QI)

2.6) ผลการตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (Audit)

2.7) ข้อมูลจากการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการและข้อมูลจากผลสำรวจความคิดเห็นประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 4
ชุดข้อมูลคุณภาพและแหล่งที่มาของชุดข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพ	แหล่งที่มา
1. ผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	• สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต • สายงานบริหารกองทุน • สำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. • ระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Contracting Provider Profile: CPP)
2. ข้อมูลคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (มาตรา 41)	• สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด • สายด่วน สปสช.1330 • หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) • ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ • ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต • หน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่ สปสช. กำหนด
3. ข้อมูลเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57 ด้านมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และตามมาตรา 59 กรณีไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่ได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนด หรือหน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าบริการโดยไม่มีสิทธิหรือเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร	• สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต • สายด่วน สปสช.1330 • หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) • ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ • ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
4. ผลลัพธ์การให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	• หน่วยบริการ • กลุ่มภารกิจกำกับ ติดตาม ประเมินผล (M&E) • สายงานบริหารกองทุน (ตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ)

ข้อมูลคุณภาพ	แหล่งที่มา
5. ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	• หน่วยบริการ • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต • กระทรวงสาธารณสุข
6. ผลการกำกับติดตามคุณภาพบริการโดยอาศัยตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (Quality Indicator: QI)	• หน่วยบริการ • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต • กระทรวงสาธารณสุข
7. ผลตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (Audit)	• สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต • สายงานบริหารกองทุน (ตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ)

ค. การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการกำกับคุณภาพและมาตรฐานและคุ้มครองสิทธิ

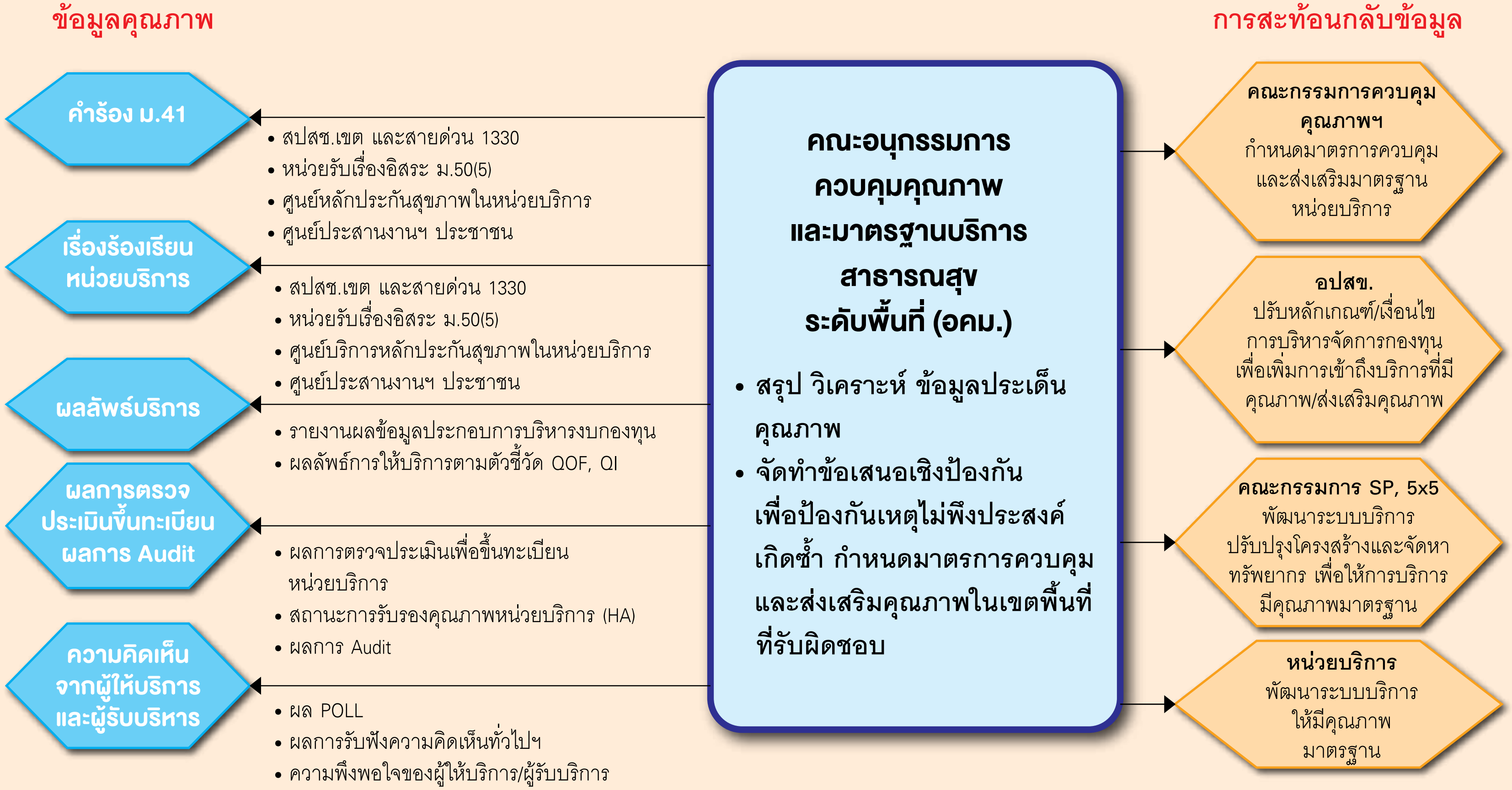
คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่เป็นเลขานุการตามกฎหมายกำหนด ซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ รวมถึงการสรุปรวบรวม สังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพในพื้นที่ จากข้อมูลคุณภาพข้างต้นแล้วจัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไข และนำรายงานต่อคณะอนุกรรมการ เพื่อวางแนวทางการป้องกันแก้ไขการเกิดซ้ำและให้สอดคล้องตามบริบทในพื้นที่ด้วย คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด

โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นเลขานุการ ทั้งนี้ การรับคำร้องและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายและหน่วยบริการที่ให้บริการ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลสู่กระบวนการพิจารณาและแจ้งผลผู้เกี่ยวข้องทราบ ข้อมูลดังกล่าวนี้ ประกอบด้วยเอกสารเวชระเบียนการรักษาผู้รับบริการจากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง แบบฟอร์มยื่นคำร้อง รายงานการประชุมและผลการพิจารณาระดับจังหวัด เป็นต้น เพื่อความเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน ข้อมูลคุณภาพนี้จำเป็นต้องได้รับการสังเคราะห์ วิเคราะห์ในประเด็นคุณภาพบริการและนำรายงานต่อคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) เพื่อดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ ดังกล่าวจำเป็นต้องจัดทำรายงานต่อ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ ทั้งนี้ ความเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ รายงานกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามลำดับและหากพื้นที่ใดพบว่ามีประเด็นด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการหรือสถิติเรื่องร้องเรียนสูง อาจพิจารณาการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการนั้นเพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรค ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสอดคล้องกับข้อจำกัดการให้บริการ ที่มีคุณภาพและมาตรฐานต่อไป (แผนภาพที่ 18)

แผนภาพที่ 18

การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขและการคุ้มครองสิทธิ



ง. กลยุทธ์การใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนี้ (แผนภาพที่ 19)

1) การเชื่อมโยงข้อมูลผลลัพธ์การให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ กับมาตรฐานหน่วยบริการและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และประเด็นด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เป็นปัญหาในพื้นที่
2) คัดเลือกประเด็นด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่พบบ่อยหรือมีความสำคัญในพื้นที่ หรือประเด็นคุณภาพบริการที่ทำให้เกิดผลกระทบทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
3) รวบรวมข้อมูล สังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูล ข้อจำกัด แยกรายประเด็น
4) ประชุมระดมสมอง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ เพื่อให้ได้ความเห็นและข้อเสนอแนะเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทแต่ละพื้นที่
5) ลำดับความสำคัญของปัญหา ให้เหมาะสมกับพื้นที่และสถานการณ์จริงในปัจจุบัน
6) จัดทำข้อเสนอแนวทางหรือมาตรการการเฝ้าระวังความเสี่ยง และการป้องกันปัญหาเกิดซ้ำด้านคุณภาพบริการ ในรูปแบบการพัฒนา ส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่เป็นรูปธรรมสามารถดำเนินการได้ภายใต้ข้อจำกัดทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยงาน คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สำหรับกำกับติดตามและประเมินผลและรายงานตามระบบต่อไป

แผนภาพที่ 19
กลยุทธ์การใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ

บทที่ 3

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1

ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข และการพัฒนาสิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุข

3.1.1 ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งบุคคลในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ดังนั้นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ บุคคลสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองสิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพอื่น ๆ จากรัฐ เช่น สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นๆจากรัฐ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อส่งเสริมให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทั่วถึง ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1.2 ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข

บริการสาธารณสุขที่อยู่ในประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขหรือชุดสิทธิประโยชน์ที่บุคคลมีสิทธิได้รับนั้น ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตทุกกรณี ใช้หลักการจัดชุดบริการเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Package) ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าทำคลอด ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ค่าบริบาลทารกแรกเกิด ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด นอกจากนั้น ยังได้กำหนด "บริการที่ไม่ครอบคลุม" (Exclusive List) ประกอบด้วย

1) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
2) การผสมเทียม
3) การแปลงเพศ
4) การกระทำการใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
5) การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
6) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
7) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ยกเว้นผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮโรอีนที่สมัครใจเข้ารับการรักษาและไม่ต้องโทษคดียาเสพติด ให้ได้รับสารทดแทนยาเสพติด (เมทาโดน) จากหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
8) การบาดเจ็บจากการประสบภัยจากรถ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย)

9) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นกรณีที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
10) การปลูกถ่ายอวัยวะ ยกเว้นการปลูกถ่ายไตเพื่อรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ที่มีภาวะตับวายจากท่อน้ำดีตีบตัน แต่กำเนิดหรือตับวายจากโรคอื่นๆ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามข้อบ่งใช้ และเงื่อนไขบริการที่กำหนด

3.1.3 สิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Benefit Package of Universal Coverage Scheme)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการพัฒนาปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายขอบเขตบริการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็น ตั้งแต่ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระยะที่ 1 (พ.ศ. 2546 - 2550) ถึงแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) ดังนี้

ในช่วงยุทธศาสตร์ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2546 - 2550) นอกจากสิทธิประโยชน์พื้นฐานแล้ว มีการพัฒนาสิทธิประโยชน์เพื่อให้เข้าถึงบริการในกลุ่มเฉพาะที่มีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการ เช่น การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพิ่มการเข้าถึงโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง อาทิ การผ่าตัดโรคหัวใจ ผ่าตัดต้อกระจก การเข้าถึงยาจำเป็นและราคาแพง

ยุทธศาสตร์ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2551 - 2554) เพิ่มสิทธิประโยชน์เพื่อให้เข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต บริการสารทดแทนยาเสพติด บริการบำบัดโรคจิตเวช ขยายสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพไปสู่คนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ยุทธศาสตร์ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559) เพิ่มสิทธิประโยชน์เพื่อให้เข้าถึงการปลูกถ่ายตับในเด็ก การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว/มะเร็งต่อมน้ำเหลือง บูรณาการรักษามะเร็งมาตรฐานเดียว

เพิ่มการเข้าถึงยา จ(2) อีก 4 รายการ การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส (ARV) โดยไม่จำกัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) การเลือกเปลี่ยนหน่วยบริการได้ 4 ครั้งต่อปี คลอดบุตรไม่จำกัดจำนวนครั้ง บูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

ยุทธศาสตร์ระยะที่ 4 (พ.ศ. 2560) และแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) เพิ่มสิทธิประโยชน์เพื่อให้เข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (PCC) วัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับนักเรียนหญิงชั้น ป.5 การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจคัดกรองและเพิ่มยารักษาไวรัสตับอักเสบซี ผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้ (ODS) ผ่าตัดส่องกล้องแผลเล็ก (MIS) วัคซีนรวม 5 ชนิด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ไวรัสตับอักเสบบี เยื่อหุ้มสมองอักเสบ วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงโรต้าไวรัสในเด็กทารก ดูแลผู้ป่วยโรคหายาก 24 โรคจากความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก ขยายความครอบคลุมบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังเพิ่มสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อลดความแออัดในหน่วยบริการและดำเนินตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) จากสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ได้แก่ รับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบัน จัดส่งยา/เวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยที่บ้านทางไปรษณีย์ บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Tele Health/Tele Medicine) บริการพยาบาลที่บ้าน กายภาพบำบัดที่บ้าน ตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ บริการเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น (แผนภาพที่ 20)

แผนภาพที่ 20
สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545-2563

ยุทธศาสตร์ ระยะที่ 1

2545
- คนไทยทุกคนมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และยาตามบัญชีหลักแห่งชาติ

2546
- ลดคิวผ่าตัดตาต้อกระจก

2547
- เพิ่มงบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- จัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ ระยะที่ 3

2554
- คัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

2555
- ปลูกถ่ายตับในเด็ก<18 ปี ที่มีภาวะท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิด
- ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
- เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน (EMCO)
- เปลี่ยนหน่วยบริการได้ 4 ครั้ง/ปี

2556
- ขยายความครอบคลุมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
- ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว/มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

2557
- ระบบเบิกจ่ายกลางของประเทศ (NCH)
- บูรณาการบริการรักษามะเร็งมาตรฐานเดียว
- งบเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการพื้นที่กันดารเสี่ยงภัย

2558
- เพิ่มการเข้าถึงบัญชียา จ(2) 4 รายการ ได้แก่ ยา Trastuzumab ในมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ยา Peginterferon ในผู้ป่วยติดเชื้อตับอักเสบซี สายพันธุ์ 2,3 สายพันธุ์ 1, 6 และที่ติดเชื้อเอชไอวี ยา Nilotinib และยา Dasatinib ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) โดยไม่จำกัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)
- คลอดบุตรไม่จำกัดจำนวนครั้ง

2559
- บูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (3 กองทุน)เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ
- ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM), สาวประเภทสอง (TG), พนักงานบริการชาย (MSW), พนักงานบริการหญิง (FSW), ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)
- ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (LTC)
- ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

2548

- ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยาต้านไวรัส, ตรวจ LAB, ให้คำปรึกษาตรวจเลือดแบบสมัครใจ, บริการถุงยางอนามัย)

2549

- จัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลหรือพื้นที่ร่วมกับอปท.
- จัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ
- บริการยาจำเป็นราคาแพง (ยา CL)

2550

- ลดคิวผ่าตัดหัวใจ (จาก 2 ปี เป็น 6 เดือน)
- บริการแพทย์แผนไทย
- เพิ่มการเข้าถึงโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

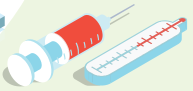
ยุทธศาสตร์ ระยะที่ 2

2551

- ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) เป็น 24 รายการ และเพิ่มผ่าตัดผ่านกล้อง (MIS) 3 รายการ
- ดูแลผู้ป่วยโรคหายาก (Rare Diseases) ใน 24 โรค
- เพิ่มการปลูกถ่าย Stem cell ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย
- เพิ่มวัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 2-6 เดือน (Rotavirus Vaccine)
- คัดกรองภาวะ Down Syndrome ในหญิงตั้งครรภ์อายุไม่เกิน 35 ปี
- คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA Test
- เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี เคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ 6-12 ปี
- ขยายความครอบคลุมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทุกสิทธิและทุกกลุ่มอายุ
- นำร่องบริการเคมีบำบัดที่บ้านผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
- นำร่องยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ในกลุ่มเสี่ยงสูง
- นำร่องล้างไตผ่านเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน จัดส่งยา/เวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์
- บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine)
- บริการพยาบาล/กายภาพบำบัดที่บ้าน ตรวจ LAB นอกหน่วยบริการ

2552

- บำบัดทดแทนไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ล้างไตผ่านช่องท้อง, ฟอกไต, ปลูกถ่ายไต)
- บริการสารทดแทนยาเสพติด (เมทาโดน)
- เพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงบัญชียา จ(2)
- ลดรอคิวผ่าตัดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ
- วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
- จัดตั้งหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ม.50(5)



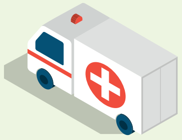
2553

- ขยายสิทธิ UC ในคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- เพิ่มการเข้าถึงยากำพร้า / ยาแพทย์แผนไทย ต่ออายุยา CL
- ขยายการบำบัดโรคทางจิตเวช โดยไม่จำกัดเวลารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี

2560

- ขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ประกาศนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมีสิทธิทุกที่" (UCEP) เริ่ม 1 เม.ย. 2560 ต่อยอดจากนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน



2561

- บริการระดับปฐมภูมิที่มีคลินิกหมอครอบครัว(PCC)
- เพิ่มวัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับนักเรียนหญิงชั้น ป. 5
- ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
- ตรวจคัดกรองและเพิ่มยารักษาไวรัสตับอักเสบซี
- ผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้

2562

- เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนและยา จ(2)
- วัคซีนรวม 5 ชนิด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ไวรัสตับอักเสบบี และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (DTP-HB-Hib)
- วัคซีนพิษสุนัขบ้า
- เพิ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี: Raltegravir ป้องกันถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
- เพิ่มยา Bevacizumab สำหรับโรคหลอดเลือดดำในจอตาอุดตัน
- เพิ่มสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 8 รายการในหญิงตั้งครรภ์และทารก

2563

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้ความสำคัญในการกำกับติดตามและพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อคุ้มครองการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และครัวเรือนไม่เกิดภาวะวิกฤติทางการเงิน จากการเจ็บป่วย โดยยึดหลักความโปร่งใส การมีส่วนร่วม และมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ ได้เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งภาคประชาชนจำนวน 9 กลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย, ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์, นักวิชาการด้านสาธารณสุข, ภาคอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์, กลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์, กลุ่มผู้ป่วย, ภาคประชาสังคม, ประชาชนทั่วไป และคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อพิจารณาเพิ่มหรือปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาและกระบวนการดังนี้ (แผนภาพที่ 22)

1) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1.1) เป็นข้อเสนอเรื่องยา หรือวัคซีน หรืออาหารเสริม (เนื่องจากอยู่ในกระบวนการพิจารณาของคณะอนุกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ)

1.2) เป็นข้อเสนอที่ขาดหลักฐานที่แสดงว่ามี Efficacy และ Accuracy

1.3) เคยมีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่เชื่อถือได้ และได้รับการพิจารณาในกระบวนการมาแล้ว และยังไม่มีข้อมูลที่ควรพิจารณาใหม่ หัวข้อปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่ผ่านการกลั่นกรองเบื้องต้นจะเข้าสู่กระบวนการทบทวนวรรณกรรมตามเกณฑ์คัดเลือกเพื่อให้คะแนนและจัดลำดับความสำคัญ

2) เกณฑ์คัดเลือก (Selection Criteria)

2.1) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Size of Population Affected by Disease or Health Problem)

2.2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Severity of Disease or Health Problem)

2.3) ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Effectiveness of Health Technology)

2.4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ และการกระจายเทคโนโลยี (Variation in Practice)

2.5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (Economic Impact on Household Expenditure)

2.6) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (Equity Ethical and Social Implication)

หัวข้อปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญตามเกณฑ์คัดเลือกข้างต้น จะเข้าสู่การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment, HTA) การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประสิทธิผลของความครอบคลุม (Effective Coverage) รวมทั้งความจำเป็นและผลกระทบเบื้องต้น

3) แนวทางการพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์

3.1 ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

3.2 มีแนวทางเวชปฏิบัติ

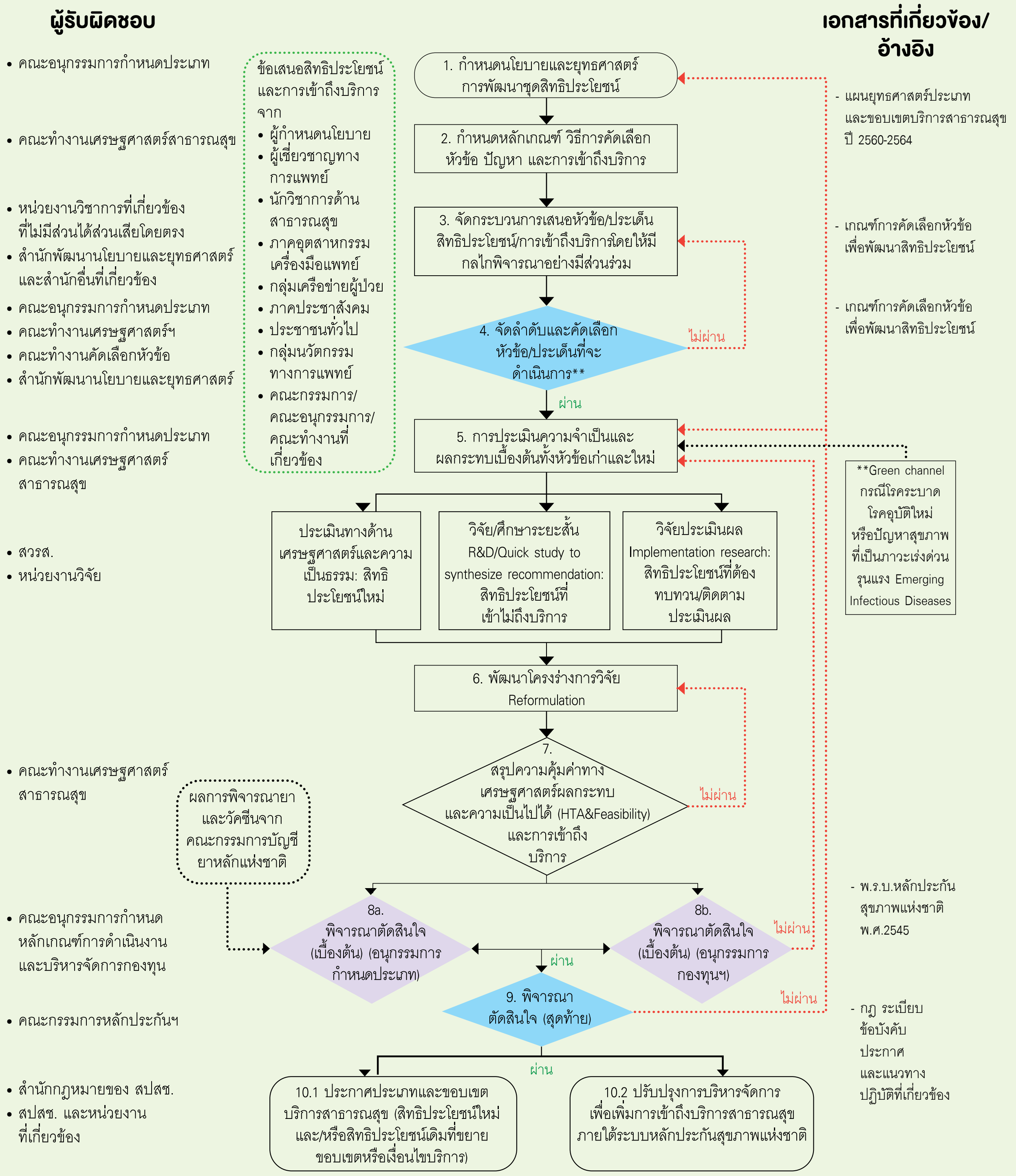
3.3 ความพร้อมของระบบบริการ

3.4 ภาระงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.5 ข้อพิจารณาความเป็นไปได้เชิงสังคมและจริยธรรม

ผลการประเมินที่เป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จะถูกนำเสนอเข้าสู่กระบวนการพิจารณาตัดสินใจของคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป (แผนภาพที่ 21)

แผนภาพที่ 21
กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



*** หมายถึง กรณีหัวข้อที่มีผลการวิจัยแล้วสามารถเข้าสู่กระบวนการพิจารณาในลำดับที่ 7 ได้เลย*

*** หมายถึง ในกรณีโรคระบาด โรคอุบัติใหม่หรือปัญหาสุขภาพที่เป็นภาระเร่งด่วนรุนแรง Emerging Infectionus Diseases สามารถเข้าสู่กระบวนการพิจารณาในลำดับที่ 5 การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเบื้องต้นได้เลย*

หมายเหตุ

- ปรับจากที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิต ครั้งที่ 3/2561 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561

- WI-151-01-005 กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 3 กันยายน 2561

3.2 การจัดการคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (มาตรา 18(1)) และกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ(มาตรา 44) โดยให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพและมาตรฐานและความเพียงพอของบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ออกข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ จำนวน 2 ฉบับประกอบด้วย

1) ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2548
2) ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558

3.2.1 มาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

ก. ประเภทของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564 ได้กำหนดมาตรฐานหน่วยบริการ โดยกำหนดนิยาม สถานบริการ หน่วยบริการและประเภทของหน่วยบริการ ไว้ดังนี้

สถานบริการ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชนและของสภากาชาดไทย หรือหน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม (ซึ่งในปัจจุบัน "ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) และศูนย์บริการคนพิการทั่วไป" ได้รับการประกาศเป็นสถานบริการที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม)

หน่วยบริการ หมายถึง สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1.1) หน่วยบริการประจำ หมายความว่า สถานบริการหรือเครือข่ายสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง และมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการไปรับการบริการสาธารณสุข

1.2) หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หมายความว่า สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

และได้กำหนดนิยาม **เครือข่ายหน่วยบริการ** หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกัน โดยประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ และหน่วยบริการปฐมภูมิ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ

ข. มาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะผู้จัดหาบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานให้แก่ประชาชน ได้มีการกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการ โดยจัดทำเป็น เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประเภทต่างๆ ซึ่งมีคณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบ เพื่อใช้ในการตรวจคุณสมบัติพื้นฐานของสถานบริการสาธารณสุขที่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเน้นปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก คือ ศักยภาพการจัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ) และการบริหารจัดการในองค์กร เพื่อใช้ประเมินสถานบริการแห่งใหม่ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประเมินสถานบริการที่เป็นหน่วยบริการเดิมในระบบเพื่อต่อสัญญาการเป็นหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียน มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการ จัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข (มาตรา 45) และมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ มีดังนี้

1) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564
2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2560
3) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พ.ศ. 2561

4) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ
5) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2559
6) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2559
7) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559
8) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation HSCT) พ.ศ. 2560
9) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561
10) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

ค. การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ เป็นการดำเนินการตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดให้มีการตรวจประเมินหน่วยบริการ โดยเป็นการตรวจคุณสมบัติของสถานบริการสาธารณสุขที่จะเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประเภทต่าง ๆ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นในการบริหารจัดการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะให้บริการแก่ประชาชน

ผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำปี สำนักงาน หน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ การวางแผนการจัดระบบบริการ โดยเชื่อมโยงกับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่าง ๆ

ง. สถานบริการหรือหน่วยบริการที่ต้องตรวจประเมิน

การตรวจประเมินหน่วยบริการตามประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน และดำเนินการในกรณีดังต่อไปนี้

1) สถานบริการที่ผ่านการพิจารณารับสมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการใหม่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) หน่วยบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงประเภทการขึ้นทะเบียน เช่น หน่วยบริการ ปฐมภูมิเพิ่มประเภทเป็นหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการประจำที่ขอขึ้นทะเบียนเพิ่มเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น
3) หน่วยบริการเดิมที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งภาครัฐและเอกชนจะได้รับการตรวจประเมินอย่างน้อยปีงบประมาณละ 1 ครั้ง เพื่อขึ้นทะเบียนต่อเนื่องในประเภทนั้น ๆ
4) หน่วยบริการที่เปลี่ยนผู้ประกอบกิจการหรือเปลี่ยนที่ตั้ง ต้องได้รับการตรวจประเมินเพื่อกำกับคุณภาพและมาตรฐานภายหลังการเปลี่ยนแปลง

จ. คณะตรวจประเมินหน่วยบริการ

คณะตรวจประเมินหน่วยบริการ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ประกอบด้วย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยบริการภาครัฐ และภาคเอกชนที่มีความรู้ประสบการณ์ในการให้บริการในหน่วยบริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาเพิ่มเติมองค์ประกอบคณะตรวจประเมิน จากผู้แทนภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน จากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) หรือคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ตามความเหมาะสม และ ต้องได้รับการชี้แจงเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินจากสำนักงานเพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์การตรวจประเมิน วิธีการตรวจและการแปรผลก่อนออกตรวจประเมินหน่วยบริการ

ฉ. การเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการและการตรวจประเมินหน่วยบริการ

1) กรณีหน่วยบริการเดิมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องได้รับการตรวจประเมินตามเกณฑ์ตรวจประเมิน อย่างน้อยปีงบประมาณละ 1 ครั้ง ด้วยการประเมินตนเองผ่านโปรแกรมการประเมินที่สำนักงานกำหนด หรือคณะกรรมการผู้ตรวจประเมิน ทั้งนี้ระยะเวลาในการตรวจประเมินหน่วยบริการประจำปี คือ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคมของทุกปี
2) กรณีหน่วยบริการใหม่ หรือ ที่มีการเปลี่ยนแปลงประเภทการขึ้นทะเบียน กรณีสถานบริการภาครัฐจะต้องได้รับการกำหนดรหัสสถานพยาบาล จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กรณีสถานบริการภาคเอกชนจะต้องได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลจาก สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข และกรณีร้านยาต้องเป็นร้านยาที่ขึ้นทะเบียนตามมาตรฐาน GPP ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สมัครเข้าร่วมโดยการยื่นแบบคำขอ/แจ้ง เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมเอกสาร ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ (สปสช.เขต) ที่อยู่ในพื้นที่ตั้งของสถานบริการนั้นๆ จากนั้น สปสข.เขต นำเรื่องเสนอให้ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) พิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะในการรับสมัครหน่วยบริการใหม่ โดยคำนึงถึงความพอเพียงของหน่วยบริการในจังหวัด ความหนาแน่นของผู้รับบริการในหน่วยบริการ และความสะดวก/ระยะทางในการเข้าถึงหน่วยบริการ หลังจากนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ จะประสานสถานบริการ และดำเนินการเข้าตรวจประเมินตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินของประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน สรุปผลและแจ้งหน่วยบริการรับทราบ กรณีหน่วยบริการผ่านการประเมิน สำนักงานจะจัดทำประกาศรายชื่อหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ

3.2.2 มาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้บริการสาธารณสุข หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (ข้อบังคับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ปี พ.ศ. 2548) โดยถือปฏิบัติโดยอนุโลมตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพสาธารณสุข หรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล เว้นแต่คณะกรรมการจะกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการเป็นอย่างอื่น

ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการกรณีเฉพาะ เป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบเพื่อการเข้าถึงระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่คุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยกำหนดเป็นแนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขร่วมกับ ราชวิทยาลัย สมาคม องค์กรวิชาชีพต่างๆ และจัดทำเป็น ประกาศแนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการเฉพาะเรื่องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะเป็นหลักเกณฑ์เงื่อนไขในดำเนินงานและบริหารจัดการสำหรับบริการกรณีเฉพาะ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย

1) คุณสมบัติของหน่วยบริการที่จะให้บริการ (ศักยภาพของหน่วยบริการ)
2) ขอบเขตและเป้าหมายของผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ
3) แนวทางและเงื่อนไขการให้บริการ (ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม)
4) การกำหนดอัตราและวิธีการรับค่าใช้จ่าย
5) การกำกับติดตามคุณภาพบริการ (Audit)

การกำหนดคุณสมบัติของหน่วยบริการที่จะให้บริการ (ศักยภาพของหน่วยบริการ) บริการนั้นต้องเป็นบริการที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ หรือหน่วยบริการในระบบมีจำนวนไม่เพียงพอ และต้องการควบคุมคุณภาพการบริการเป็นกรณีเฉพาะ ซึ่งหน่วยบริการที่จัดบริการดังกล่าวจะต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปด้วย

ก. มาตรฐานและคุณภาพในระบบบริการสาธารณสุขความหมายของ "มาตรฐาน" และ "คุณภาพ"

1) มาตรฐาน มาจากคำว่า "มาตร" หมายถึง วัด และคำว่า "ฐาน" หมายถึง ที่ตั้ง ดังนั้น มาตรฐาน หมายถึง สิ่งที่ถือเอาเป็นเกณฑ์ที่รับรองกันทั่วไป เป็นสิ่งที่วัดได้
2) คุณภาพ มาจากคำว่า "คุณ" หมายถึง ดี และคำว่า "ภาพ" มาจากคำว่า "ภาวะ" หมายถึง ความเป็น ดังนั้น คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคล หรือสิ่งของ เป็นสิ่งที่ "วัดไม่ได้"

ข. มิติคุณภาพ

การวัดคุณภาพสามารถวัดตามมิติต่างๆ ได้ดังนี้

1) Acceptability (เป็นที่ยอมรับ)
2) Accessibility (เข้าถึง มีบริการในสถานที่และเวลาที่เหมาะสม)
3) Appropriateness (ถูกต้องเหมาะสมทางวิชาการ)
4) Competency (ศักยภาพในการให้บริการ)
5) Continuity (ความต่อเนื่อง การประสานงาน)
6) Equity (ความเท่าเทียม)
7) Effectiveness (ผลลัพธ์ดี)
8) Efficiency (ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า)
9) Patient's Right and Dignity (พิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี)
10) Safety (มีความเสี่ยงน้อย)
11) Timeliness (ระยะเวลาที่เหมาะสม)

ค. การวัดคุณภาพบริการในระบบบริการสาธารณสุข

การวัดคุณภาพบริการในระบบสาธารณสุข สามารถวัดตามกระบวนตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์การให้บริการ (Output) โดยนำมิติคุณภาพมาวัดแต่ละกระบวนการได้ดังนี้ (แผนภาพที่ 22)

1) ปัจจัยนำเข้า (Input) มิติคุณภาพที่นำมาวัด ได้แก่ Competency (ศักยภาพในการให้บริการ) และ Accessibility (เข้าถึง มีบริการในสถานที่และเวลาที่เหมาะสม)
2) กระบวนการให้บริการ (Process) ตั้งแต่การเข้ารับบริการจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) มิติคุณภาพที่นำมาวัด ได้แก่ Appropriateness (ถูกต้องเหมาะสมทางวิชาการ), Continuity (ความต่อเนื่อง การประสานงาน), Patient's Right and Dignity (พิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี) และ Timeliness (ระยะเวลาที่เหมาะสม)
3) ผลลัพธ์การให้บริการ (Output) มิติคุณภาพที่นำมาวัด ได้แก่ Acceptability (เป็นที่ยอมรับ), Equity (ความเท่าเทียม), Effectiveness (ผลลัพธ์ดี,) Efficiency (ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า) และ Safety (มีความเสี่ยงน้อย)

แผนภาพที่ 22
มิติคุณภาพกับระบบบริการสาธารณสุข

INPUT

- **Competency**
  ศักยภาพในการให้บริการ
- **Assessibility**
  เข้าถึงบริการ มีบริการ
  ในสถานที่และเวลา
  ที่เหมาะสม

Process
(Assess-Plan-Care-Discharge)

- **Appropriateness**
  ถูกต้องเหมาะสมทางวิชาการ
- **Continuity**
  ความต่อเนื่อง/การประสานงาน
- **Patient's Right & dignity**
  พิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี
- **Timeliness**
  ระยะเวลาที่เหมาะสม

Output

- **Accepability**
  เป็นที่ยอมรับ
- **Equity**
  ความเท่าเทียม
- **Effectiveness**
  ผลลัพธ์ดี
- **Efficiency**
  ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า
- **Safety**
  มีความเสี่ยงน้อย

3.3 กรอบแนวทางการจัดการคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกลไกที่เกี่ยวข้อง

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายหลักเพื่อสร้างหลักประกันให้กับทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย ด้วยบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ประชาชนและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ระบุให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด

การจัดการคุณภาพและมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างเท่าเทียม โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย กลไกการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และการกำกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข โดยพิจารณาจากบทบาท อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยบริการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้ (แผนภาพที่ 23)

1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ ตามมาตรา 18(1)
2) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา 50 (1) – (10)
3) สำนักงานมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 26(8)
4) หน่วยบริการมีหน้าที่ตามมาตรา 45 (1) – (5)

แผนภาพที่ 23

กลไกการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และการกำกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ประชาชน

บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

หน่วยบริการให้บริการสาธารณสุข

1. ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ
2. ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน
3. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแล
4. รักษาความลับของผู้รับบริการ
5. จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กำหนดการมาตรฐานสาธารณสุข

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ...*

สปสช.

กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด

กำกับมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข/ควบคุมคุณภาพ

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

- ควบคุมมาตรฐาน และคุณภาพหน่วยบริการ
- กำกับดูแลการให้บริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน
- กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
- เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46
- กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการ ร้องเรียนละเมิดสิทธิจากการใช้บริการพิจารณา เรื่องร้องเรียนตามมาตรา 41
- รายงานผลการตรวจตราและควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนเพื่อพิจารณากรณีที่สำนักตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข
- ตักเตือน/ ปรับ กรณีหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด
- กำกับมาตรฐานหน่วยบริการในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสิทธิ

**ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2548*

ทั้งนี้กลไกการจัดการคุณภาพและมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (แผนภาพที่ 24)

1. การกำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข โดยคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต (คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตามมาตรา 18(3) และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ ที่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ

2. การกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข โดยคณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการทุกระดับและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 18(1) รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนด

3. การกำหนดหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุน โดยคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 18(4) รวมทั้งการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดความมั่นคงและความเป็นธรรม

4. การกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ โดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 45 (มาตรา 50(1)) การกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 (มาตรา 50(2)) รวมถึงการกำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 50(3) และการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา 50(8) ผ่านกลไกคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้แก่ คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ 13 เขต คณะอนุกรรมการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วม คณะกรรมการสอบสวนและคณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยมีกระบวนการกำกับคุณภาพและมาตรฐาน ได้แก่ การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ การกำหนดแนวทางการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในบริการหรือกลุ่มโรคที่มีความสำคัญหรือมีประเด็นด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้ข้อเสนอเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการและกำกับผลลัพธ์บริการ

5. การคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ โดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและควบคุมคุณภาพ ผ่านกลไกคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้แก่ คณะอนุกรรมการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการ คณะอนุกรรมการด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วม

6. หน้าที่ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2558 และตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามประกาศสำนักงาน และให้บริการสาธารณสุขตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามมาตรา 45 ดังนี้

(1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือกและผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

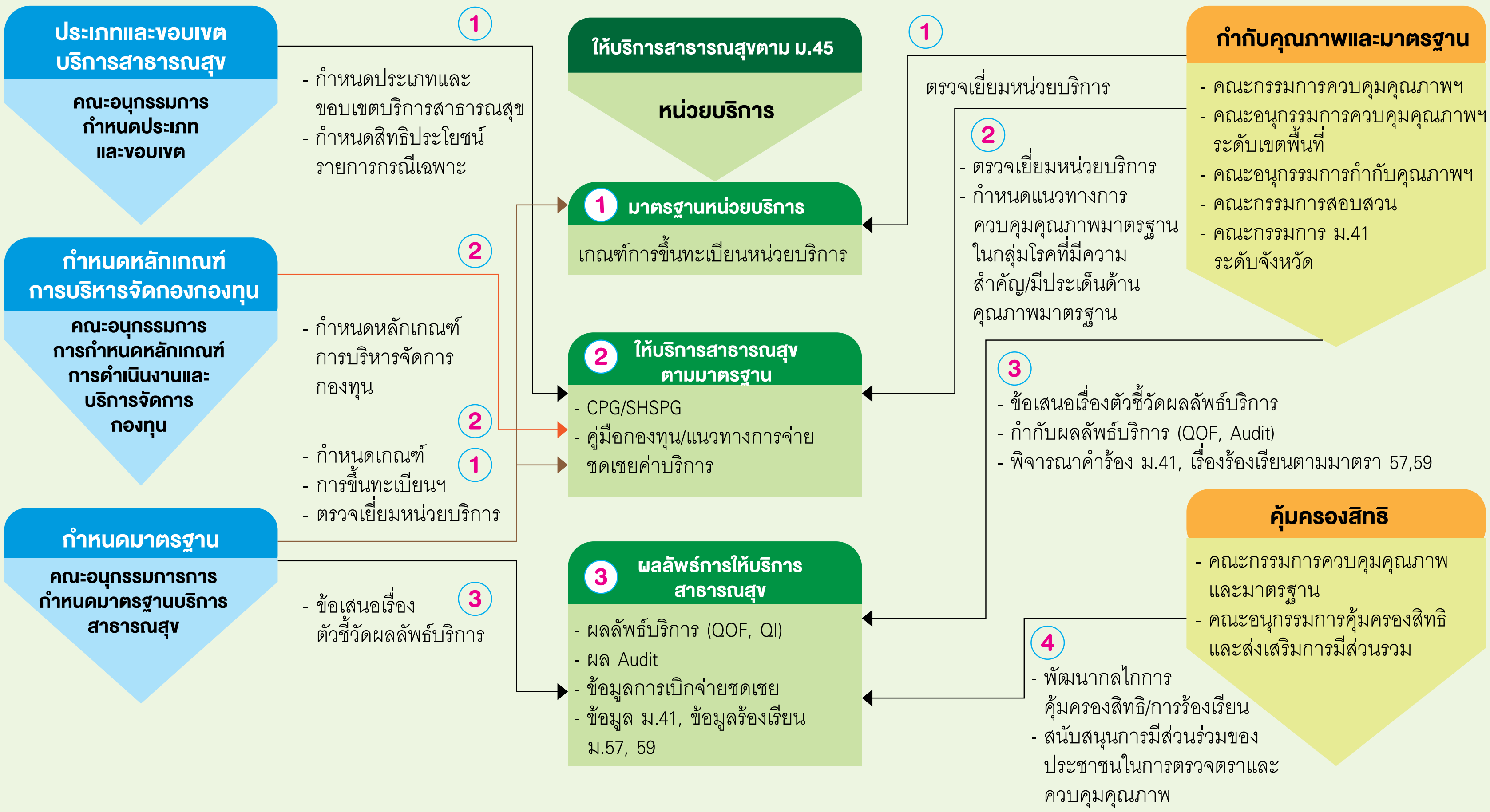
(3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคมแก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (1) และ (2) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนด

แผนภาพที่ 24

กลไกการจัดการคุณภาพและมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง



3.4

การลงทะเบียน และการเลือกหน่วยบริการการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

ก. การลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งตามมาตรา 6 กำหนดให้บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำของตน เพื่อมีหน่วยบริการประจำให้การดูแลสุขภาพอย่างผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น การดำเนินการเพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับการลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการประจำ จึงเป็นขั้นตอนสำคัญขั้นตอนหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิ ได้รับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตามหลักเกณฑ์และข้อบังคับที่กำหนด และเพิ่มความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประเทศ

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) เป็นบุคคลสัญชาติไทย*

2) มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยต้องมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

3) ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ ได้แก่

3.1) ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม

3.2) ข้าราชการ หรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท

3.3) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล

3.4) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ

3.5) คู่สมรส บุตร หรือ บิดา มารดา หรือ บุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล โดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (3.2) (3.3) (3.4)

3.6) ครูโรงเรียนเอกชน

3.7) ข้าราชการการเมือง เช่น นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการ รัฐมนตรีช่วยสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา และนายกเทศมนตรี ซึ่งรัฐได้จัดหาสวัสดิการ ด้านการรักษาพยาบาลให้อยู่แล้ว

3.8) ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ

---

* การประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2545 เป็นไปตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 โดยมาตรา 52 ได้บัญญัติให้ "ชนชาวไทย" ย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ดังนั้น การกำหนดให้ "บุคคล" มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงหมายถึง "บุคคลที่มีสัญชาติไทย" เพื่อให้สอดคล้องกับที่ระบุในรัฐธรรมนูญ (มาตรา 82 บัญญัติให้ รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง)

แผนภาพที่ 25
วิธีการลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)

ค. การเลือกหน่วยบริการประจำ

ผู้มีสิทธิที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน จะต้องเลือกหน่วยบริการเพื่อเป็นหน่วยบริการประจำของตน ซึ่งตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ พ.ศ. 2562 กำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่หรือตำบลหรืออำเภอที่ตนมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือที่ตนพักอาศัยอยู่จริง หรือที่อยู่ต่อเนื่อง เป็นหน่วยบริการประจำ โดยให้คำนึงถึงความสะดวกหรือความจำเป็นของตนเป็นสำคัญ การกำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอ ที่ตนพักอาศัยอยู่จริงและที่ตนเองสะดวก เป็นหน่วยบริการประจำก็เพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดในการจัดให้มี "หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ" ไว้สำหรับดูแลสุขภาพของผู้มีสิทธิ อย่างผสมผสานและต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้ผู้มีสิทธิต้องเลือกหน่วยบริการประจำตามรายการเครือข่ายหน่วยบริการที่สำนักงานกำหนดไว้การเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ เป็นการเลือกโดยความสมัครใจของประชาชน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกหน่วยบริการ ที่สามารถสนองตอบความต้องการของประชาชน โดยที่ไม่ส่งผลกระทบต่อระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นหัวใจของภารกิจในการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีกรอบแนวคิดในการเลือกหน่วยบริการประจำ ดังนี้

1) เพิ่มทางเลือกในการเลือกหน่วยบริการประจำให้กับประชาชน โดยเน้นหลักการเลือกหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ
2) คำนึงถึงความจำเป็นและความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการของประชาชน
3) ให้ประชาชนเลือกโดยเน้นหลักการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนำการรักษา
4) ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิและสนับสนุนให้ประชาชนไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
5) สนับสนุนให้คณะกรรมการท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการกำหนดรายการเครือข่ายหน่วยบริการที่ให้ประชาชนเลือก โดยเน้นหลักการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนำการรักษา

ง. การกำหนดจำนวนครั้งในการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำเรียบร้อยแล้ว หากมีความประสงค์จะขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ สามารถกระทำได้โดยยื่นแบบคำร้องเพื่อขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ พร้อมแสดงหลักฐานประกอบการลงทะเบียน เช่นเดียวกับการลงทะเบียนปกติได้ที่หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน แต่ต้องไม่เกิน 4 ครั้ง ในแต่ละปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่นับรวมครั้งแรกของการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำอันเนื่องมาจากการจัดแบ่งพื้นที่ในการดูแลประชากรใหม่ตามมติของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ อันเนื่องมาจากมีหน่วยบริการเข้าใหม่หรือหน่วยบริการลาออกจากโครงการ การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำตามโครงการโรงพยาบาลลดความแออัด และการลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครั้งแรกในกรณีที่หน่วยบริการประจำที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงทะเบียนแทนตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ตรงตามพื้นที่พักอาศัยอยู่จริง

การยื่นคำขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในระหว่างการรับบริการเป็นผู้ป่วยใน (Admit) จะมีผลให้เปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ ต่อเมื่อสิ้นสุดการรับบริการในหน่วยบริการ (Discharge) ในครั้งนั้นแล้วเท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากจะมีผลกระทบต่อการจ่ายค่าชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาในครั้งนั้น

จ. แนวทางปฏิบัติในการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

1) การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

1.1) การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ บุคคลใดประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้บุคคลนั้นยื่นแบบคำร้องขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ณ สำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด โดยให้เลือกหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอที่ตนมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านหรือหน่วยบริการในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอที่อยู่ต่อเนื่องโดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของตน

เป็นสำคัญ ในกรณีที่บุคคลใด มีถิ่นที่อยู่หรือที่พักอาศัยไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน บุคคลดังกล่าวอาจลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอที่ตนมีถิ่นที่อยู่ หรือพักอาศัยอยู่นั้นก็ได้

1.2) การเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ บุคคลที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว หากประสงค์จะเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ให้ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในข้อ 1.1) ทั้งนี้จะขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำได้ ไม่เกิน 4 ครั้งในแต่ละปีงบประมาณ การเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ ให้มีผลหลังจากสิ้นสุดการรับบริการในหน่วยบริการครั้งนั้นแล้ว

1.3) กรณีที่บุคคลใดมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยตรงกับบัตรประจำตัวประชาชน ให้แสดงหลักฐานเพื่ออ้างอิงตัวบุคคล ต่อเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน ดังนี้

(1) แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน หรือ

(2) กรณีลงทะเบียนแบบ E-FORM ให้ประชาชนแสดงบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) พร้อมแบบคำร้องลงทะเบียนที่กรอกและลงนามสมบูรณ์แล้ว หรือ

(3) แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) พร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง หรือ

(4) แสดงใบคัดสำเนาทะเบียนบ้าน ทร. 14/1 (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) ใช้สำหรับอ้างอิงตัวบุคคล ไม่สามารถอ้างอิงที่อยู่ตามทะเบียนบ้านได้ การอ้างอิงที่อยู่ให้ใช้หลักฐานอ้างอิงถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ หรือ

(5) แสดงใบคัดทะเบียนประวัติบุคคล ทร. 12 (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)

1.4) กรณีที่บุคคลใดมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยไม่ตรงกับบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ให้แสดงหลักฐานอย่างหนึ่งอย่างใด ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ดังนี้

(1) หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน

(2) หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน

(3) หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง

(4) เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก เป็นต้น ที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ

1.5) กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ หรือสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง และผู้รับมอบอำนาจแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน

แผนภาพที่ 26

รายละเอียดของเอกสารการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ (กรณีที่พักอาศัยตรงตามบัตรประชาชนและไม่ตรงตามบัตรประชาชน)

แผนภาพที่ 27
สถานที่ที่รับแจ้งเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

2) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 (สิทธิว่าง) อาจเข้ารับบริการสาธารณสุขครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ โดยหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิต้องจัดให้ผู้มีสิทธินั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ และแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบภายใน 30 วันนับแต่ให้บริการ ตามข้อกำหนดในมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทั้งนี้หน่วยบริการที่ให้บริการและลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิดังกล่าว ต้องเก็บแบบคำร้องลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานการขอลงทะเบียนของผู้มีสิทธิไว้เป็นหลักฐาน

3) สำนักงานอาจมีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนบุคคลได้ (ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ในกรณีดังต่อไปนี้

3.1) การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้มีสิทธิที่เป็นเด็กแรกเกิด

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง สิทธิของเด็กแรกเกิด ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2545 ได้กำหนดให้เด็กแรกเกิดมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ได้ตั้งแต่แรกเกิด และให้หน่วยบริการที่ให้บริการจัดให้เด็กแรกเกิดได้รับการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำด้วยนั้น เพื่อลดภาระหน่วยบริการและเพื่อให้เด็กแรกเกิดได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติในการประชุมครั้งที่ 8/2549 เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2549 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนเด็กแรกเกิด ที่ไม่มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้และยังไม่ได้รับการลงทะเบียน โดยดำเนินการลงทะเบียนแทนในเด็ก กลุ่มเด็กแรกเกิดที่มีมารดาเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมตามเงื่อนไขที่กำหนด หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยกำหนดลงทะเบียนแทนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2549 เป็นต้นมา

3.2) การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้หมดสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานรัฐต่าง ๆ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 8 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้ที่หมดสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานรัฐต่าง ๆ และยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อนตามเงื่อนไขที่กำหนด หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยกำหนดลงทะเบียนแทนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2554 เป็นต้นมา

3.3) การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้หมดสิทธิประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุมครั้งที่ 8/2554 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้หมดสิทธิประกันสังคมที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อนตามเงื่อนไขที่กำหนด หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) ซึ่งได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2554 เป็นต้นมา

3.4) กรณีหน่วยบริการประจำที่บุคคลได้ลงทะเบียนไว้แล้ว ถอนตัวหรือพ้นจากการเป็นหน่วยบริการประจำ

3.5) การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้ที่เข้ารับบริการและหน่วยบริการเบิกค่าใช้จ่ายตามมาตรา 8 แล้ว และตรวจสอบภายหลังพบว่าหน่วยบริการยังไม่ได้จัดให้ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 3/2558 เมื่อวันที่

2 มีนาคม 2558 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทน ผู้ที่เข้ารับบริการและหน่วยบริการเบิกค่าใช้จ่ายตามมาตรา 8 แล้ว และตรวจสอบภายหลังพบว่า หน่วยบริการยังไม่ได้จัดให้ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อนตามเงื่อนไขที่กำหนด หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยกำหนดลงทะเบียนแทนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 เป็นต้นมา

3.6) การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำแทนทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการแล้ว

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 5/2558 เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2558 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการแล้ว แต่เจ้าตัวยังไม่ได้เปลี่ยนหน่วยบริการกลับไปยังภูมิลำเนา โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อนตามเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการรับการดูแลสุขภาพและรับบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 เป็นต้นมา

3.7) การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำแทนผู้พำนักในราชทัณฑ์ที่พ้นโทษแล้ว

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 5/2558 เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2558 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้พำนักในราชทัณฑ์ที่พ้นโทษแล้ว แต่เจ้าตัวยังไม่ได้เปลี่ยนหน่วยบริการกลับไปยังภูมิลำเนา โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อนตามเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการรับการดูแลสุขภาพและรับบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 เป็นต้นมา

3.8) การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำแทนนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 5/2558 เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2558 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแล้ว แต่เจ้าตัวยังไม่ได้เปลี่ยนหน่วยบริการกลับไปยังภูมิลำเนา ทั้งนี้ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการรับการดูแลสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อน ตามเงื่อนไขที่กำหนด หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 เป็นต้นมา

3.9) กรณีบุคคลซึ่งยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำไปใช้สิทธิรับบริการที่สถานบริการอื่นตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธิรับบริการ กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้สำนักงานกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งเป็นบุคคล ซึ่งลงทะเบียนเลือกหน่วยประจำไว้แล้วนับแต่วันที่เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น

4) แนวทางการปรับปรุงสิทธิ

4.1) การปรับปรุงสิทธิ กรณีหมดสิทธิจากกองทุนอื่นให้เป็นผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 (สิทธิว่าง) เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.2) การปรับปรุงสิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือกรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 (สิทธิว่าง) ให้เป็นสิทธิกองทุนอื่น (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ครูเอกชน/หน่วยงานรัฐอื่นๆ) ในกรณีหน่วยงานนั้นยังไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลสิทธิอย่างต่อเนื่องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.3) การปรับปรุงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีมีสิทธิกองทุนอื่นเพียง 1 เดือน แล้วกลับมาเป็นสิทธิว่าง มติคณะทำงานบริหารระบบทะเบียน ครั้งที่ 1/2551 เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2550 มอบหมาย ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการคืนสิทธิให้ประชาชนได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่หน่วยบริการเดิม ในกรณีมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วเปลี่ยนเป็นสิทธิอื่นเพียง 1 เดือนกลับมาเป็นสิทธิว่าง เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2551

5) การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข

ตั้งแต่เริ่มดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นต้นมา ผู้มีสิทธิที่ได้รับการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว จะได้รับบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ซึ่งในบัตรจะระบุข้อมูลพื้นฐานของผู้มีสิทธิ และข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิพร้อมคำแนะนำการใช้บัตร เพื่อให้ผู้มีสิทธิใช้เป็นหลักฐานในการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยแสดงควบคู่กับบัตรประจำตัวประชาชน แต่เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล "คนไทย 1 ใบ ก็พอ" ที่ต้องการบูรณาการบัตรประจำตัวประชาชนกับบัตรที่ออกโดยส่วนราชการให้เป็นบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) เพียงใบเดียว เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้รับบริการต่าง ๆ จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้โดยไม่ต้องพกพาบัตรหลายใบ โดยที่บัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) จะมี Memory chip ที่สามารถบรรจุข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพกองทุนต่าง ๆ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสิทธิหน่วยงานรัฐอื่น โดยข้อมูลที่บรรจุอยู่ใน Memory chip จะถูกปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุกครั้ง เมื่อมีการอ่านข้อมูลจากบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) ผ่านเครื่องอ่านบัตร (Card Reader) ที่เชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต โดยข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพใน Memory chip จะถูกปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เมื่อมีการปรับปรุงข้อมูลสิทธิใน chip บัตรประจำตัวประชาชนจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของกรมการปกครอง ซึ่งข้อมูลสิทธิจะตรงกับข้อมูลสิทธิบน Website ตรวจสอบสิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักบริหาร

การทะเบียน (สน.บท.) กระทรวงมหาดไทย ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำ โครงการใช้บัตรประจำตัวประชาชนแทนบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติในการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยได้ดำเนินการเต็มพื้นที่ในทุกจังหวัด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 และมีแนวทางปฏิบัติหลัก ๆ สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ ดังนี้

1) แสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องยื่นบัตรทอง หรือ
2) แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) พร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง หรือ
3) แสดงใบคัดสำเนาทะเบียนบ้าน ทร. 14/1 (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) ใช้สำหรับอ้างอิงตัวบุคคลเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงที่อยู่ตามทะเบียนบ้านได้ และการอ้างอิงที่อยู่ให้ใช้หลักฐานอ้างอิงถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ หรือ
4) แสดงใบคัดทะเบียนประวัติบุคคล ทร. 12 (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)
5) บริหารจัดการความแออัดหน้าแผนกเวชระเบียน ในการตรวจสอบสิทธิประชาชน เมื่อประชาชนไม่ต้องแสดงบัตรทองแล้ว
6) บริหารจัดการให้ประชาชนจดจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำของตนเองได้ เนื่องจากบัตรประจำตัวประชาชนไม่ได้แสดงข้อมูลหน่วยบริการของประชาชน
7) ร่วมกับสำนักทะเบียนอำเภอหรือท้องถิ่นในการรณรงค์ จัดทำบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) ให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลจาก Smart Card ได้เต็มประสิทธิภาพ
8) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบล่วงหน้าอย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดทำป้าย "ที่นี่ยินดีรับบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ หรือ Smart Card แทนบัตรทอง" ไว้ที่หน่วยบริการ

6) การควบคุมคุณภาพการลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คุณภาพของการลงทะเบียน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิการลงทะเบียนอย่างมีคุณภาพโดยมีการให้คำแนะนำเรื่องสิทธิแก่ประชาชน มีการตรวจสอบสิทธิประชาชนก่อนการลงทะเบียน มีการให้ผู้ขอลงทะเบียนกรอกแบบคำร้องลงทะเบียน

พร้อมแสดงเอกสารหลักฐานตามที่กำหนดทุกราย จะมีผลให้การลงทะเบียนไม่มีการซ้ำซ้อนกับกองทุนอื่น หรือซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยบริการ และไม่มีการลงทะเบียนพลการ ซึ่งเป็นคุณภาพการลงทะเบียนที่พึงปรารถนา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงพัฒนาระบบทะเบียนโดยการกำหนดให้หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน และเจ้าหน้าที่ประจำ หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียนพร้อมบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน มีการกำหนดสิทธิในการเข้าใช้งานฐานข้อมูลกลางให้ตรงตามบทบาทหน้าที่ในการลงทะเบียน โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียนเป็นผู้ดูแลให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไข ควบคุมกำกับ การลงทะเบียนภายในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ หากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียนทุกคน ดำเนินการลงทะเบียนตามแนวทางและบทบาทหน้าที่ที่กำหนดอย่างเคร่งครัดและครบถ้วนแล้ว การลงทะเบียนย่อมมีคุณภาพตามคาดหวัง และสามารถลดการลงทะเบียนซ้ำซ้อน การลงทะเบียนพลการ และการร้องเรียนจากประชาชน

7) สถานการณ์การลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ณ เดือนกรกฎาคม 2562 มีผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) จำนวนทั้งสิ้น 47.59 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.04 ของประชากรทั้งประเทศ (66.99 ล้านคน) สำหรับความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประเทศ มีผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้แล้วทั้งสิ้น 66.48 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 99.94 ของประชากรทั้งประเทศ

8) การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ยังมีบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องสิทธิและสถานะในการพิสูจน์การเป็นผู้มีสัญชาติไทย จึงไม่ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ก่อนการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กลุ่มบุคคลดังกล่าวที่มีที่พักอาศัยที่ชัดเจน และอยู่ในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน รวมทั้งกลุ่มที่พำนักอยู่ในสถานควบคุมของทางราชการ จะได้รับสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แต่เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวไม่สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติได้ เนื่องจากไม่ได้มีสัญชาติไทยหรือมีปัญหาสถานะทางทะเบียน ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงเป็นภาระของหน่วยบริการที่ต้องให้การสงเคราะห์ ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากไม่มีงบประมาณจากภาครัฐสนับสนุน รวมทั้งภาระในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งหากละเว้นจะเกิดการแพร่กระจายของโรคได้

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงมีมติในการประชุมครั้งที่ 1/2548 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2548 เห็นชอบให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานาน หรือที่เกิดในประเทศไทย ที่ยังพิสูจน์สัญชาติไม่ได้และมีข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎรได้รับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ และในการประชุมครั้งที่ 16/2549 เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงยืนยันหลักการตามมติการประชุมครั้งที่ 1/2548 ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในการจัดสรรงบประมาณการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลกลุ่มดังกล่าวแล้ว ตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช. 05/03130 ลงวันที่ 13 พฤษภาคม 2552 ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 ได้อนุมัติให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิแล้วโดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ทั้งนี้เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2553 เป็นต้นมา

3.5 การรับเรื่องร้องเรียน และการคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ

3.5.1 แนวคิดในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามความจำเป็นและความสามารถของประชาชน และมีการจัดสวัสดิการให้กับประชาชนกลุ่มเฉพาะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ตลอดจนขยายการจัดบริการสาธารณสุขในหลายระดับ (ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง แต่เมื่อมีการสร้างหลักประกันสุขภาพในปี 2545 นอกจากยังคงเจตนารมณ์ของการให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพแล้ว ยังส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้นด้วย การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพัฒนาระบบบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีหลายรูปแบบเริ่มตั้งแต่การให้ความสำคัญกับเสียงสะท้อนกลับจากประชาชนผู้ใช้บริการ (Customer Feedback) การให้ประชาชนทำหน้าที่เป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน การร่วมเป็นคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการในระดับต่างๆ เพื่อร่วมกันสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนพึงพอใจและผู้ให้บริการมีความสุข

ในเรื่องการรับเรื่องร้องเรียนและการคุ้มครองสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีการระบุอยู่ในมาตรา 26 เรื่องอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

และมาตรา 50 เรื่องอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนด้วยเจตนารมณ์เพื่อนำเสียงสะท้อนเหล่านั้นมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการและยังเป็นกลวิธีเสริมในการกำกับดูแลหน่วยบริการอีกทางหนึ่งด้วย

ดังนั้นเพื่อให้การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนเป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดไว้ จึงดำเนินการด้วยแนวคิด ดังต่อไปนี้

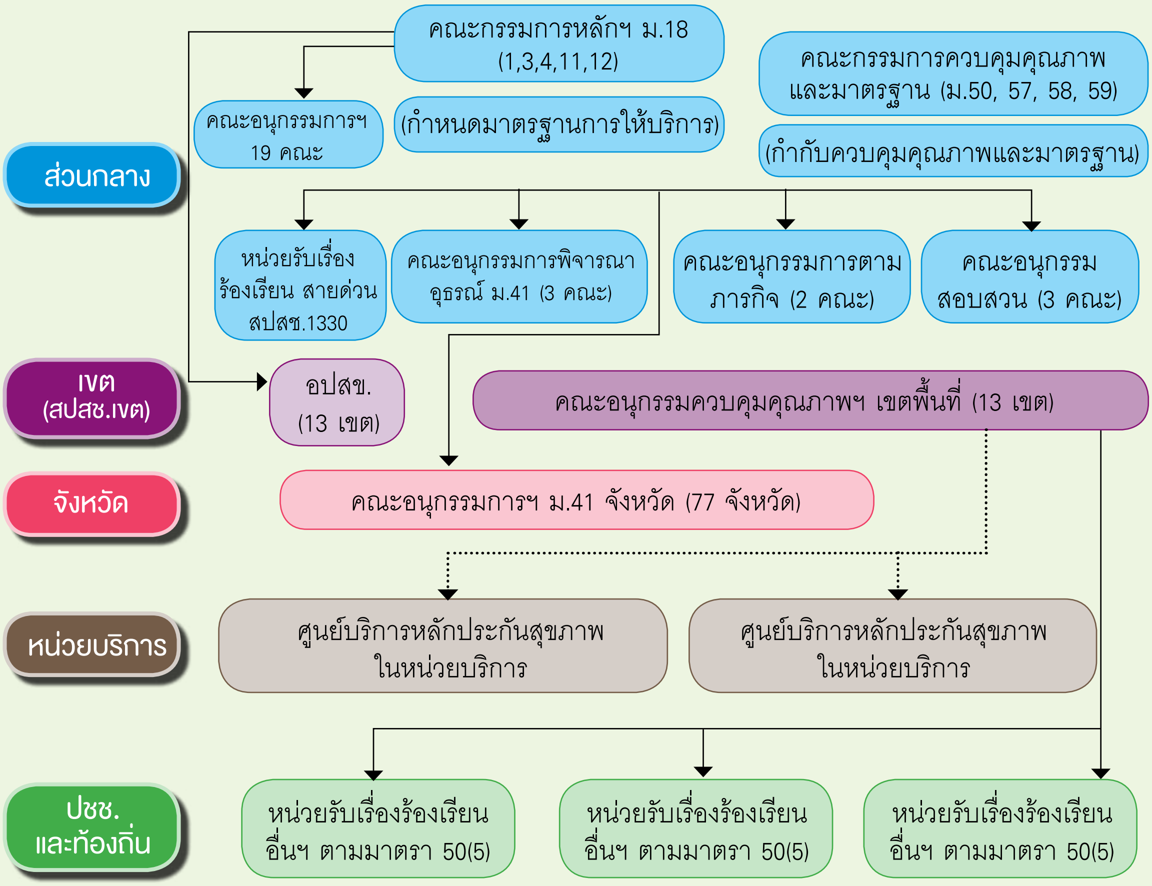
1) การรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนเป็นกลไกในการพิทักษ์สิทธิให้ประชาชนได้รับบริการตามที่กฎหมายกำหนดไว้
2) การรับเรื่องร้องเรียนทำให้หน่วยงานได้รับทราบปัญหาเรื่องคุณภาพและมาตรฐานของการบริการ หน่วยบริการสามารถนำไปพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
3) การจัดการเรื่องร้องเรียน นอกจากทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการแล้ว ยังเป็นการดำเนินการที่หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอีกทางหนึ่งด้วย
4) การจัดการเรื่องร้องเรียนด้วยการเจรจาไกล่เกลี่ย จะเสริมสร้างความเข้าใจ ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
5) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา กำกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ช่วยสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบข้อมูลตลอดจนเป็นการสร้างความเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน

3.5.2 โครงสร้างการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินงานภายใต้การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการ 2 คณะ คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่แตกต่างกัน แต่คณะกรรมการทั้ง 2 คณะ มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความชัดเจนและมีมาตรฐานยิ่งขึ้น ทั้งการกำหนดมาตรฐานประเภท และขอบเขต การให้บริการสาธารณสุข การจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริการสาธารณสุข การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการร้องเรียน การกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียน การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้การกำกับดูแลมีความทั่วถึง สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันสถานการณ์และมีความเหมาะสมกับพื้นที่ยังได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่จำนวน 13 แห่ง เพื่อทำหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ และนำข้อมูลการร้องเรียน ข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และข้อมูลอื่นๆในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบมาสรุปวิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข จัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไขพัฒนากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียน และพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ตามอำนาจหน้าที่ที่คณะกรรมการมอบหมาย ส่วนระดับจังหวัดจะมีคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยการช่วยเหลือดังกล่าวมีลักษณะเป็นการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น ไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข ระดับหน่วยบริการมีการจัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการขึ้น เพื่อให้บริการข้อมูลสิทธิประโยชน์ ให้คำแนะนำในการใช้บริการ รับเรื่องร้องเรียน ประสานแก้ไขปัญหาให้แก่ประชาชนผู้ใช้บริการและบุคลากรอื่นๆของหน่วยบริการ ตลอดจนการนำข้อมูลเรื่องร้องเรียนมาวิเคราะห์เพื่อการปรับปรุงบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระดับประชาชนและ

ท้องถิ่น จะมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) เพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน มีหน้าที่ในการเผยแพร่ สร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้คำปรึกษา ประสาน ชี้แจง รับเรื่องร้องเรียน ช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับบริการตามสิทธิ (แผนภาพที่ 28)

แผนภาพที่ 28
โครงสร้างการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับต่างๆ และคณะกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



3.5.3 หน้าที่และสิทธิที่ประชาชนและหน่วยบริการพึงปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนด

หากพิจารณาข้อกำหนดตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในหลายมาตรายังได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของประชาชนและหน่วยบริการที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้การสร้างหลักประกันสุขภาพ มีประสิทธิภาพ สามารถทวนสอบ ป้องปราม และร่วมมือกันเป็นพันธมิตร เพื่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขได้ ดังนี้

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 6 บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ

มาตรา 7 บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตน หรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวก และความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 8 ผู้ซึ่งมีสิทธิตามมาตรา 5 ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามมาตรา 6 และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 26 ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้น

จากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับความเสียหายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (1) และ (2) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในการให้บริการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนด

มาตรา 50 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

มาตรา 57 ในกรณีที่สำนักงานตรวจพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่งให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่พิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข อาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้ การสอบสวนต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาออกคำสั่งตามมาตรา 58 หรือมาตรา 59 แล้วแต่กรณี ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการสอบสวน

มาตรา 58 ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 57 ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง

(2) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง

มาใช้บังคับ และกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่งให้เลขาธิการมีอำนาจฟ้องต่อคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งใช้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมาย ก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

(3) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการและให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา 59 กรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากตน โดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควรให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน และให้นำความในมาตรา 57 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ได้กระทำตามที่ถูกร้องเรียน ให้เลขาธิการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่มีผลการสอบสวนดังกล่าว

ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการมีการกระทำตามที่ถูกร้องเรียน ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติต่อผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียนนั้น สำหรับกรณีร้องเรียนว่าหน่วยบริการไม่อำนวยความสะดวกหรือไม่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

(2) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืน และในกรณีที่ไม่มีการปฏิบัติตามคำสั่งให้นำความในมาตรา 58(2) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 60 ในกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการตามมาตรา 58 หรือมาตรา 59 เป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขาธิการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

(2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

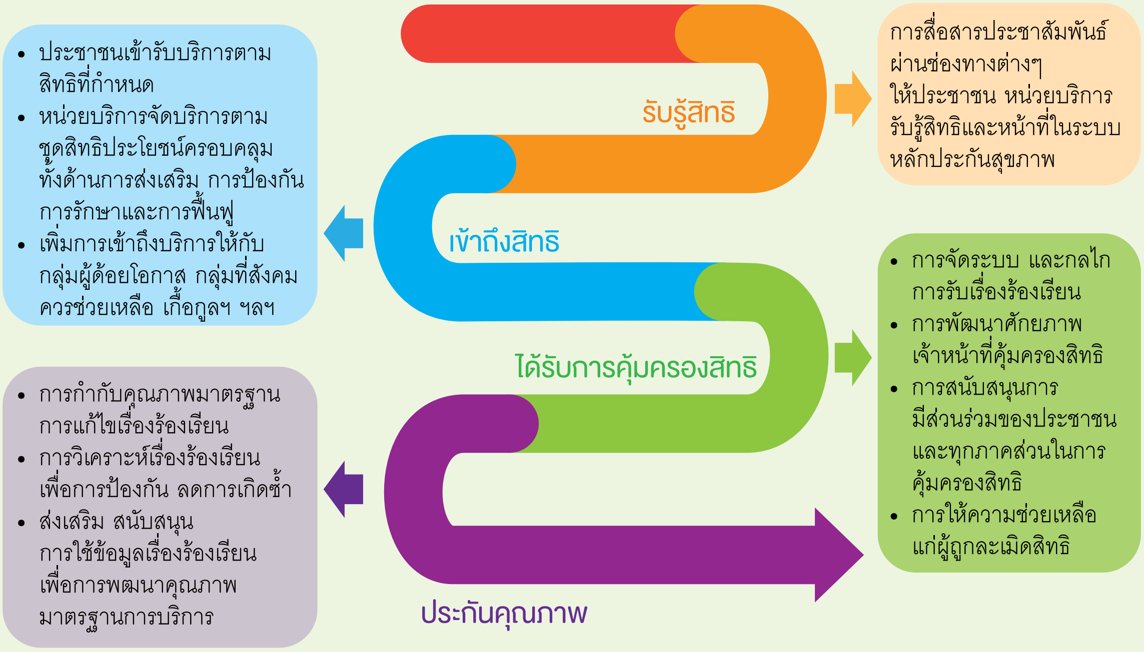
(4) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหา หรือข้อกล่าวโทษ ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ กฎ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

3.5.4 กรอบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ด้วยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) จึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริม การมีส่วนร่วมขึ้น ให้มีหน้าที่ในการพัฒนากลไกการรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้โดยสะดวก จัดทำข้อเสนอแนวทาง วิธีการและเงื่อนไขการจัดการเรื่องร้องเรียน การกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียน การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ ตลอดจนการพัฒนากลไกการไกล่เกลี่ย และการทำความเข้าใจระหว่างผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบจากการใช้บริการ โดยคณะอนุกรรมการได้กำหนดกรอบการดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แผนภาพที่ 29)

แผนภาพที่ 29

กรอบการดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



3.5.5 การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่มีความทันสมัยที่ให้ความสำคัญกับเสียงสะท้อนจากประชาชนผู้ใช้บริการเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เจตนารมณ์สำคัญคือ การนำเสียงสะท้อนนั้นมาเพื่อการปรับปรุงบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้ให้บริการได้รับทราบข้อมูลการให้บริการที่อาจเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ เพื่อหาแนวทางป้องกันหรือปรับปรุงการให้บริการ และการที่จะได้มาซึ่งเสียงสะท้อนดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีช่องทางการรับข้อมูล เรื่องร้องเรียน ที่หลากหลายและประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก

ช่องทางและเครือข่ายการรับเรื่องร้องเรียน

ช่องทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ ได้แก่

- สายด่วน สปสช. 1330 ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
- E-mail 1330 @ nhso.go.th
- Face book @NHSO.Thailand
- Face book ก้าวใหม่ สปสช.
- www.nhso.go.th
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต 13 เขต
- หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5)
- ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ
- ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

นอกจากนี้ ประชาชนยังสามารถร้องเรียนได้ที่หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรัฐ และเอกชน ที่มีการประสานงาน กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

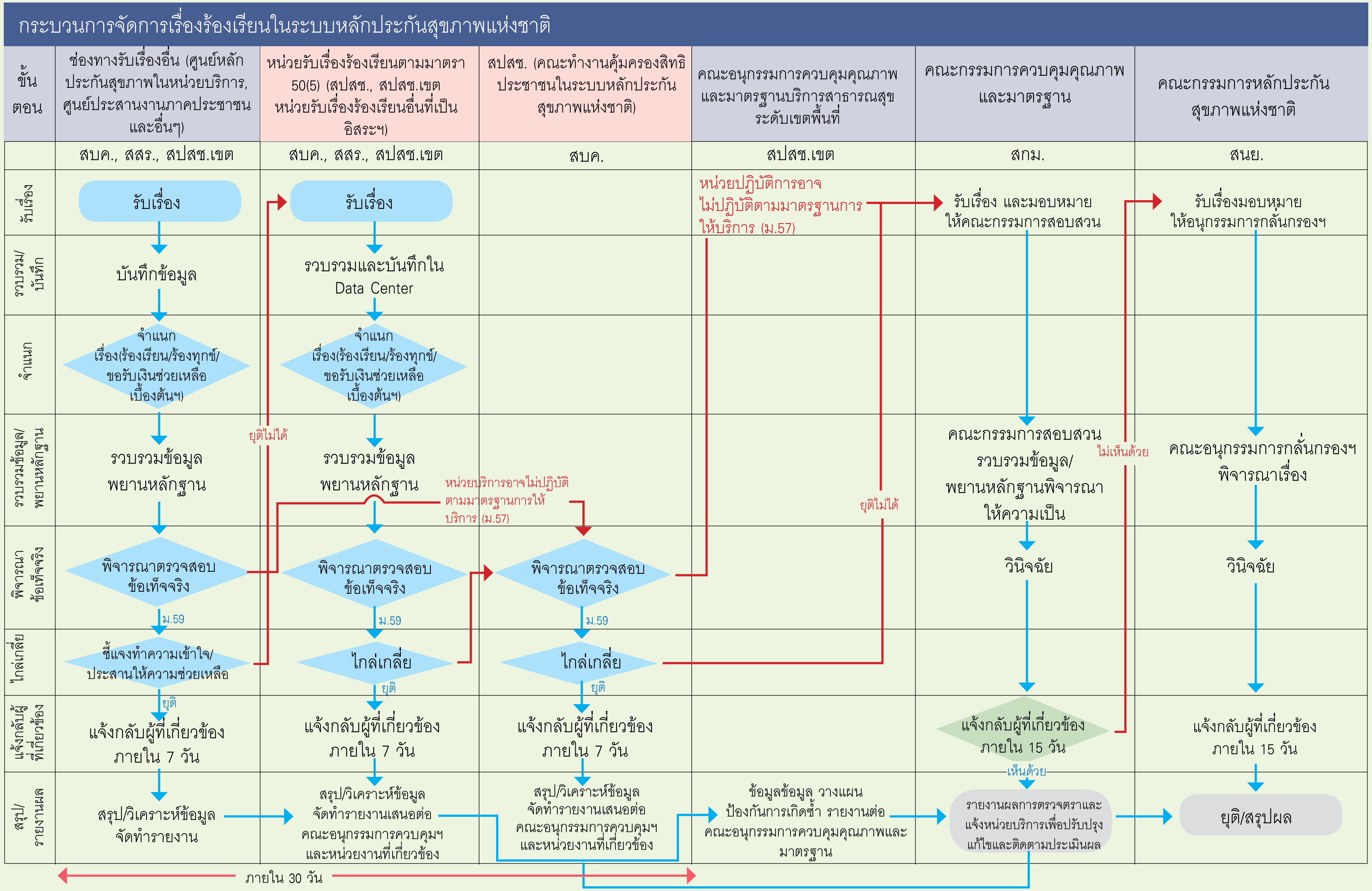
- กระทรวงสาธารณสุข
- สายด่วน 1111 / WWW.1111.go.th
- สำนักราชเลขาธิการ
- สำนักนายกรัฐมนตรี
- ศูนย์ดำรงธรรม
- สื่อต่างๆ

3.5.6 ขั้นตอนการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

งานรับเรื่องร้องเรียนเป็นงานบริการที่มีความหลากหลาย เรื่องที่เข้ามา มีทั้งกรณีที่เป็นเรื่องสอบถามทั่วไป เรื่องร้องเรียนที่สามารถประสาน-ชี้แจง ทำความเข้าใจได้ทันทีหรือแก้ไขปัญหาได้ในระยะสั้น ไปจนถึงเรื่องที่มีความซับซ้อนที่ต้องใช้เวลาในการประสานงาน ตรวจสอบข้อมูลและการพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบ ดังนั้นจึงได้กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน สำหรับเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนไว้ดังนี้ (แผนภาพที่ 30)

1) รับเรื่องที่เข้ามาตามช่องทางต่างๆ ทั้งทางโทรศัพท์ จดหมาย e-mail และจากหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งสื่อมวลชน และบันทึกในระบบโปรแกรม UniXcape ระบบบริการลูกค้าสัมพันธ์
2) ตอบรับเบื้องต้น เพื่อเป็นการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบว่าเรื่องที่ร้องเรียนเข้ามานั้นอยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไขอยู่
3) กรณีเรื่องร้องเรียน หน่วยรับเรื่องร้องเรียนจะประสานหาข้อมูล / ตรวจสอบข้อเท็จจริงจากผู้เกี่ยวข้องซึ่งจะประสานหาข้อมูลทางโทรศัพท์ กฎหมาย-เอกสาร / หนังสือราชการ / ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกหน่วยงาน
4) วิเคราะห์ข้อมูล / พิจารณา / ไกล่เกลี่ย โดยอ้างอิงตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กรณีที่ไกล่เกลี่ยแล้วยุติเรื่องไม่ได้หรือต้องการหารือเพิ่มเติม จะนำเรื่องเสนอคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
5) กรณีที่คณะทำงานที่เกี่ยวข้องยุติไม่ได้จะเสนอเรื่องต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาวินิจฉัยตัดสิน
6) ประสานงาน / แจ้งผลการพิจารณาแก่ผู้ร้องเรียน หน่วยบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยยึดหลักว่ารับเรื่องมาจากที่ใดต้องแจ้งกลับที่นั้น
7) สรุปและบันทึกโปรแกรม UniXcape ระบบบริการลูกค้าสัมพันธ์ รวบรวมข้อมูลที่ให้บริการรับเรื่องร้องเรียน เรื่องร้องทุกข์ รวมทั้งผลการดำเนินงาน นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จัดทำรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องและป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำอีก

แผนภาพที่ 30
ขั้นตอนการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน



3.5.7 ระบบข้อมูลเรื่องร้องเรียน

เจตนารมณ์ของการรับเรื่องร้องเรียนอีกประการหนึ่ง คือ การที่หน่วยบริการเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เรื่องร้องเรียนที่ได้รับและนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ และพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการบันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียนจึงมีความสำคัญ ปัจจุบันการบันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โปรแกรม UniXcape ระบบบริการลูกค้าสัมพันธ์ ซึ่งหน่วยรับเรื่องร้องเรียนสามารถบันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน ได้แก่ ข้อมูลที่เป็นประวัติของผู้รับบริการ ข้อมูลการรับบริการ หน่วยบริการ สถานที่เกิดเหตุวันและเวลาที่เกิดเหตุ รายละเอียดการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ผลการยุติเรื่องร้องเรียน และเมื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนเสร็จสิ้นแล้ว จึงสรุปประเด็นให้เรียบร้อย เพื่อจัดทำเป็นสถิติและรายงานผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกเดือน และนำเรื่องร้องเรียนที่ได้รับ เข้าสู่กระบวนการระบบคุณภาพของหน่วยบริการเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบต่อไป

3.5.8 คำจำกัดความของเรื่องร้องเรียน เรื่องร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ใน 4 ประเด็น ได้แก่

1) มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข (มาตรา 57)

2) ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร (มาตรา 59)

3) ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด (มาตรา 59)

4) ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเงินเกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59)

เรื่องร้องทุกข์ หมายถึง เรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน ไม่ได้รับความสะดวกจากการบริหารจัดการของสำนักงาน เรื่องขอความช่วยเหลืออื่น ที่ไม่ใช่เรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

3.6 การดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41)

มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้สิทธิแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) เป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจังหวัดละ 5 – 7 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ โดยให้ดำเนินการคัดเลือกตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการของคณะอนุกรรมการจังหวัดนั้น โดยอนุกรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับเลือกใหม่อีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระหากยังมิได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นใหม่ให้อนุกรรมการซึ่งพ้นตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าอนุกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานอนุกรรมการ

3.6.1 หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงิน

ตามมาตรา 41 กำหนดว่า "ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด" นั้น มีเจตนารมณ์มุ่งหวังเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยการช่วยเหลือดังกล่าวเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในอันที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นยังคงใช้ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติมมีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

1) ผู้รับบริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยต้องใช้สิทธิยื่นคำร้องภายใน 2 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย ทั้งนี้ ทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการมีสิทธิยื่นคำขอได้ด้วย

2) การยื่นคำร้องจะตามแบบที่ได้กำหนดไว้ หรือจะยื่นโดยเขียนเป็นหนังสือก็ได้ แต่ข้อความในหนังสือดังกล่าวอย่างน้อย ควรต้องระบุเรื่องดังต่อไปนี้
   1. ชื่อผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย
   2. ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข
   3. ชื่อของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุข
   4. วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหาย
   5. สถานที่ที่สามารถติดต่อกับผู้รับบริการหรือผู้ยื่นคำร้องได้โดยรวดเร็ว
   6. สถานภาพของผู้รับบริการ เช่น ภาระความรับผิดชอบ อาชีพ รายได้ หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาเงินช่วยเหลือตามเศรษฐานะของผู้รับบริการ

การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือทำได้ 2 วิธี คือ

(1) มายื่นคำร้องด้วยตัวเองที่หน่วยรับคำร้อง

(2) ส่งคำร้องทางไปรษณีย์ลงทะเบียนไปหน่วยงานข้างต้น ซึ่งการยื่นคำร้องโดยส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน จะถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นวันยื่นคำร้อง เพื่อประโยชน์ในการนับระยะเวลาในการใช้สิทธิยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี

3) หน่วยรับคำร้อง ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาทหรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่

(1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

(3) หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5)

(4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(5) หน่วยบริการ

(6) หน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

4) คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนผู้ให้บริการ ผู้แทนผู้รับบริการ และผู้ทรงคุณวุฒิ รวมจำนวน 5 – 7 คน จะทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และถ้าเห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือก็ต้องพิจารณาว่าควรจะจ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าใด ทั้งนี้ให้คำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐานะของผู้เสียหายด้วย และให้พิจารณาคำขอรับเงินช่วยเหลือให้เสร็จภายใน 30 วัน

5) ประเภทความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร (หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ (ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 100,000 บาทแต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนด (กรณีเสียชีวิต) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้นเช่นกัน กรณีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งได้ให้เป็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

6) เงื่อนไขการจ่ายเงิน ต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับ ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่มิใช่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว
7) การพิจารณาคำร้อง เมื่อคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด พิจารณาแล้วมีมติ ว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เลขานุการของคณะอนุกรรมการก็จะแจ้งมติให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ เพื่อดำเนินการจ่ายเงินให้แก่ผู้ยื่นคำร้องต่อไป
8) สิทธิอุทธรณ์ กรณีผู้ยื่นคำร้อง ที่ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด (1) กรณีที่ไม่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือ (2) กรณีที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดในแต่ละประเภท หรือ (3) กรณีเห็นว่าจัดประเภทของความเสียหายไม่ถูกต้อง มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยนั้น ซึ่งการยื่นอุทธรณ์ ผู้อุทธรณ์สามารถยื่นได้ ณ หน่วยงานที่ยื่นคำร้องตาม ข้อ 1.3 แล้วหน่วยงานดังกล่าวจะส่งเรื่องไปให้ สปสช. เพื่อเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาต่อไป
9) การพิจารณาอุทธรณ์ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขจะมอบหมายให้คณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงิน

ช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งแต่งตั้งไว้ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอุทธรณ์แยกตามประเภทการรับบริการนั้น เพื่อช่วยพิจารณาเสนอความเห็น และเมื่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้วินิจฉัยชี้ขาดแล้วให้เป็นที่สุด

10) ระยะเวลาในการพิจารณา ด้วยในข้อบังคับที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ได้เร่งรัดเวลาในการพิจารณาไว้ โดยให้การพิจารณาวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดกระทำให้แล้วเสร็จโดยเร็ว ทั้งนี้ ไม่เกิน 30 วัน ดังนั้น ฝ่ายเลขานุการจึงต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้การพิจารณาเสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด และเพื่อช่วยให้การพิจารณาวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด มีข้อมูลประกอบการพิจารณา และการพิจารณาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ฝ่ายเลขานุการควรมีการบันทึกผลการพิจารณาในโปรแกรมพิทักษ์สิทธิ http://callcenter.nhso.go.th/webks/ โดยฐานข้อมูลดังกล่าว ฝ่ายเลขานุการสามารถเข้าไปค้นหาผลการพิจารณากรณีที่มีความเสียหายในลักษณะเดียวกันของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดจังหวัดอื่นได้ ซึ่งจะทำให้การพิจารณาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

นอกจากนี้ เพื่อให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด หรือผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ใช้ดุลพินิจพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สำนักกฎหมาย ร่วมกับคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการจึงได้จัดทำ "แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มาตรา 41" ไว้เพื่อเป็นคู่มือในการดำเนินงานด้วย ซึ่งสามารถ Download ได้ที่ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช. http://law.nhso.go.th

3.7

การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เจตนารมณ์ของ **พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545** ตามที่กำหนดในหมายเหตุท้ายเล่มที่ว่า "………รัฐต้องจัดและส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ……." ดังนั้นในการนำกฎหมายมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม การดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นหลักการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือปฏิบัติมาโดยตลอดนับตั้งแต่เริ่มดำเนินงาน

การมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังทำให้การดำเนินงานในระบบหลักประกันประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปตามหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) กระบวนการมีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่การก่อร่างนโยบายจนถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงเป็นลักษณะเด่นของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการให้ข้อมูล ระดับการปรึกษาหารือรับฟังความคิดเห็น ระดับการวางแผนร่วมกัน ระดับสร้างความร่วมมือ ไปจนถึงขั้นสูงสุดคือการให้อำนาจแก่ประชาชน ซึ่งทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของหลักประกันสุขภาพ การเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในเชิงโครงสร้างจะเกิดขึ้นทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

ระดับนโยบาย คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดโยบายทั้งในระดับชาติ ระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายมาตรา 18 และ 48 กำหนดให้มีผู้แทนจากทุกภาคส่วนในคณะกรรมการระดับชาติ 2 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และในระดับพื้นที่ได้แก่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) หรือในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งเป็นคณะกรรมการในระดับตำบล การที่ทุกภาคส่วน ทั้งผู้แทนองค์กรภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพ หน่วยงาน นักวิชาการ นับได้ว่าเป็นการเข้ามาร่วมกำหนดนโยบาย แนวทาง และหลักเกณฑ์ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพิจารณาการดำเนินการ ตลอดจนช่วยปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการทุกระดับ การกำหนดนโยบายการดำเนินงานในทุกระดับของระบบจะประกอบด้วยความเห็นและการตัดสินใจร่วมจากทุกภาคส่วน สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และนับเป็นกฎหมายฉบับแรก ๆ ที่มีการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ระดับปฏิบัติการ สปสช. ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ บริหารกองทุนให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบ และปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย สปสช. จะทำงานร่วมกับองค์กรภาคีทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ การสร้าง ขยาย และพัฒนาเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ จนถึงการคุ้มครองสิทธิของประชาชนผ่านกลไกต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับบริการ และองค์กรภาคประชาชน เพื่อให้องค์กรภาคีมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ และประชาชนมีความเข้าใจ เข้าถึง และได้รับการคุ้มครองสิทธิ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาและขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมียุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2546 – 2560) หรือแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2561 – 2565) เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน โดยที่การส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์ภาคี และภาคประชาชน เป็นหนึ่งในกลยุทธ์หรือมาตรการมาโดยตลอด ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5
ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์ภาคี และภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
	ระยะที่ 1 พ.ศ. 2546 - 2550	ระยะที่ 2 พ.ศ. 2551 - 2554	ระยะที่ 3 พ.ศ. 2555 - 2559	ระยะที่ 4 พ.ศ. 2560 - 2565
ประเด็นสำคัญ	เน้นการสร้างความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทย ผ่านกลไกการมีส่วนร่วม พร้อมหนุนเสริมการจัดระบบบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกและทั่วถึง	เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้มแข็งมากขึ้น	เน้นความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ ครอบคลุมทุกคน บนผืนแผ่นดินไทย (Universal Coverage) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ (Ownership) สอดคล้องกลมกลืนกันในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Harmonization) สนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ	ให้ความสำคัญกับการมองความเชื่อมโยงของนโยบาย/เป้าหมายการพัฒนายุทธศาสตร์ชาติ การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การปฏิรูประบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพทั้งภายในและภายนอกประเทศ รวมทั้งยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ด้านการมีส่วนร่วม	ส่งเสริมสนับสนุนประชาชน องค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ	ทุกภาคีมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ	พัฒนากระบวนการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์/ปราศจากช่องว่างกับองค์กรด้านสุขภาพ/ภาคีทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน (Ownership)	สร้างความมั่นใจในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Ensure participation and ownership of all stakeholders)

ที่มา แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน 2564 - 2565)

ภายใต้แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน 2564 - 2565) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพ (ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วม (ภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข) ได้กำหนดแผนงาน มาตรการ และผลลัพธ์ เพื่อเป็นแนวทางให้ สปสช. และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ให้บริการ องค์กรวิชาชีพ นักวิชาการ และภาคีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนงานตามที่กำหนดไว้ ดังนี้

แผนภาพที่ 31
โครงสร้างการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับต่างๆ และคณะกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิสัยทัศน์: ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพ

พันธกิจ: สร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

เป้าประสงค์: เครือข่ายองค์กรประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และเข้ามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเข้มแข็ง

แผนงาน	**แผนงานที่ 1** สร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพฯ	**แผนงานที่ 2** พัฒนา สนับสนุน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนในการจัดบริการสาธารณสุข และกำกับติดตามประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น	**แผนงานที่ 2** พัฒนา สนับสนุน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนในการจัดบริการสาธารณสุข และกำกับติดตามประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น
มาตรการ	1. วิเคราะห์/ประเมินระดับการมีส่วนร่วม และกำหนดเป้าหมายงานของเครือข่ายประชาชน 9 ด้านให้ชัดเจน 2. จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพเครือข่ายประชาชนให้มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนอย่างมีเป้าหมาย 3. พัฒนา สนับสนุนการขับเคลื่อนงานภาคประชาชน พื้นที่ กทม.ให้เกิดประสิทธิผลตามบริบทพื้นที่ 4. สนับสนุนการใช้ข้อมูลสารสนเทศ/องค์กรความรู้แก่เครือข่ายประชาชนในการขับเคลื่อนและมีส่วนร่วมฝนระบบหลักประกัน เช่น การเขียนโครงการรายงานฯ การกำกับติดตามฯ 5. สนับสนุนและพัฒนาให้เครือข่ายองค์กรประชาชน และท้องถิ่น มีศักยภาพเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน PP&Rehad. ได้รวมถึงเพิ่มประเภทบริการที่เครือข่ายประชาชนสามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1. พัฒนาและขยายการมีส่วนร่วมประชาชนในการบริหารจัดการกองทุน โดยเฉพาะกองทุนฟื้นฟู (อบจ.) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ 2. ค้นหานวัตกรรมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาชนในระบบบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่ 3. พัฒนาและสนับสนุนเครือข่ายประชาชนและภาคีทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมการกำกับติดตามบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ 4. สนับสนุนการกำกับติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพพื้นที่ทุกกองทุน 5. สังเคราะห์ข้อมูล/จัดทำข้อเสนอพัฒนาการมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุนท้องถิ่นฯ	1. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน ให้เข้าร่วมดำเนินงานตามแผนที่กำหนดเป็นรูปธรรม 2. ปรับปรุง ระเบียบ แนวปฏิบัติ แบบฟอร์มต่างๆ ให้เอื้อต่อการทำงานของภาคีเครือข่าย 3. สนับสนุนข้อมูลวิชาการ องค์ความรู้และงบประมาณที่เหมาะสม สอดคล้องให้บรรลุเป้าหมาย 4. จัดทำ/อผยแพร่แนวทางสนับสนุนเครือข่ายประชาชนที่มีมาตรฐานเดียวกันแก่ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ 5. พัฒนามาตรการการทำงานแบบบูรณาการ และนำไปใช้สนับสนุนผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายได้สะดวกและประสิทธิภาพ
ผลลัพธ์	1. เครือข่ายองค์กร ปชช. มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันฯ ในทุกระดับอย่างเข้มแข็ง 2. เครือข่ายองค์กร ปชช. มีศักยภาพเข้าเป็นหน่วยบริการ ร่วมจัดบริการด้านส่งเสริมป้องกันโรค-ฟื้นฟูฯ ได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน 3. มีโครงการฯ ขององค์กรประชาชน ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น (กปท./อบจ.) เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 15	1. มีโครงสร้างการติดตามประเมินผลการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน ร่วมการประเมินติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ	1. มีระบบการสนับสนุนที่มีมาตรฐาน และเอื้ออำนวยให้มีการทำงานร่วมกันระหว่าง สปสช. กับองค์การภาคีทุกภาคส่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เช่น งบประมาณ เทคนิค วิชาการ องค์ความรู้)

หมายเหตุ ตามมติการประชุมคณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2563 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2563

แผนภาพที่ 32
โครงสร้างการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับต่างๆ และคณะกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**ประชาชนเข้าถึงและได้รับบริการ
สาธารณสุขที่มีมาตรฐาน**

พันธกิจ	**พัฒนากลไกคุ้มครองการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ**	
เป้าประสงค์	1. ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	2. องค์กรภาคีมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิ
แผนงาน	**แผนงานที่ 1** พัฒนาและส่งเสริมกลไกคุ้มครองสิทธิ	**แผนงานที่ 2** พัฒนาและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการคุ้มครองสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ
มาตรการ	1. เพิ่มช่องทางและรูปแบบในการคุ้มครองสิทธิให้ประชาชนรับรู้สิทธิ เข้าถึงสิทธิ และได้รับการคุ้มครองสิทธิ 2. พัฒนาและสนับสนุนระบบการคุ้มครองสิทธิให้เป็นมาตรฐาน 3. พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านการคุ้มครองสิทธิให้มีสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่และสามารถเป็นต้นแบบได้ 4. พัฒนาและสนับสนุนการใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการ	1. ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรภาคี ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ในการคุ้มครองสิทธิ 2. สร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่ายคุ้มครองสิทธิ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อช่วยกันขับเคลื่อนงานคุ้มครองสิทธิ 3. พัฒนาและสนับสนุนประชากรมีส่วนร่วมในการตรวจตราและควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
ผลลัพธ์/ผลผลิต	1. ประชาชนรับรู้สิทธิ เข้าถึงสิทธิและพิทักษ์สิทธิตนเองได้ 2. มีช่องทางและภาคีเครือข่ายในการคุ้มครองสิทธิที่ประชาชนเข้าถึงง่าย 3. บุคลากร องค์กร ด้านการกระตุ้นสิทธิมีศักยภาพและเป็นต้นแบบด้านการคุ้มครองสิทธิ 4. มีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการจากการคุ้มครองสิทธิ	ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านการคุ้มครองสิทธิ

หมายเหตุ : ตามมติการประชุมคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วม ครั้งที่ 3/2563 เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2563

ก. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมได้กำหนดระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมไว้ 5 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Inform) : การมีส่วนร่วมแบบตั้งรับ บุคคลหรือองค์กรภาคีได้รับข้อมูลข่าวสารทางเดียว เช่น การรับข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ เว็บไซต์ นิทรรศการต่าง ๆ จดหมายข่าว ทั้งนี้ข้อมูลนั้นอาจเป็นข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สื่อมวลชน

ระดับที่ 2 การรับฟังความคิดเห็น (Consult) : เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ การเสนอแนะปัญหาความต้องการ เช่น การแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอในการประชุมต่าง ๆ การประชุมรับฟังความคิดเห็นประจำปี การยื่นข้อเสนอต่อการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ หรือการสำรวจความคิดเห็น

ระดับที่ 3 ความร่วมมือ (Collaboration) : เป็นการดำเนินงานร่วมกันในระดับปฏิบัติการ ที่รวมถึงการร่วมวางแผนการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนา และ/หรือการบริหารจัดการระบบร่วมกันกับ สปสช. หรือองค์กรภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เช่น การมีบทบาทหน้าที่ในการสร้างการรับรู้ สร้างความรู้ความเข้าใจ การคุ้มครองสิทธิ การร่วมจัดบริการ

ระดับที่ 4 การร่วมตัดสินใจ ติดตาม ตรวจสอบ (Decision Follow up and Monitor) : การที่บุคคลหรือผู้แทนองค์กรภาคีได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การติดตาม และตรวจสอบการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น ร่วมเป็นผู้แทนในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ทั้งในระดับพื้นที่ และระดับประเทศ ผู้แทนคณะกรรมการของหน่วยบริการในระบบ มีบทบาทหรือทำหน้าที่ติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระดับที่ 5 การดูแลรักษาผลประโยชน์ (Protect) : การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผลประโยชน์ ปกป้องระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบได้ด้วยความมั่นใจ

ข. กระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้คำนิยามขององค์กรภาคประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ ไว้ว่า องค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ ไม่ว่าจะมีสถานะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ด้านพัฒนาสังคม คุ้มครองสิทธิ และไม่แสวงหาผลกำไร โดยองค์กรเหล่านี้ต้องมีสถานที่หรือที่ตั้งชัดเจน มีผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบดำเนินงานที่ชัดเจน มีโครงสร้างการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วม มีคณะกรรมการ ทีมงานชัดเจน มิใช่ดำเนินงานโดยคนใดคนหนึ่งเท่านั้น

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาชน จะดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมตามที่คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ได้กำหนดไว้ โดยกลวิธีที่สำนักงานใช้ในการบุกเบิกงานการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เริ่มจากการประสานเครือข่ายภาคประชาชนต่าง ๆ และเตรียมความพร้อมให้กับเครือข่ายเหล่านั้นในการสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้สามารถขยายผลให้แก่สมาชิกขององค์กรหรือเครือข่ายต่อไป รวมถึงการเชื่อมโยงองค์กรต่าง ๆ มาร่วมเป็นเครือข่ายในการส่งเสริมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพร่วมกัน เช่น การจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน 9 ด้าน ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือเครือข่ายที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น เครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็ง ไต เอชไอวี/เอดส์ คนพิการ ฮีโมฟีเลีย ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังและค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงกลุ่มเครือข่ายพลเมืองขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ หรือที่เรียกว่า Healthy Forum เครือข่ายผู้นำศาสนาหรือเครือข่ายพระสงฆ์ เครือข่ายวิทยุชุมชน เป็นต้น และให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามเป้าหมาย แผนงานที่มีการกำหนดร่วมกันระหว่างองค์กรภาคประชาชนกับสำนักงาน และ/หรือนักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง

ค. การดำเนินงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมเครือข่ายภาคประชาชน

ภาคประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ในหลายรูปแบบ หรือหลายประเด็น ซึ่งระบุไว้ในกฎหมายมาตรา 13(4) มาตรา 18(9) และ (13) มาตรา 47 มาตรา 48(8) มาตรา 50(5) (7) หรือในมาตราที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน ในมาตรา 26 สามารถมอบให้องค์กรอื่นดำเนินกิจกรรมแทนได้ เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบข้อมูลหน่วยบริการ สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ การอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน เป็นต้น ในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้เครือข่ายภาคประชาชนได้มีส่วนร่วม ในบางประเด็นอาจเป็นไปตามประกาศต่าง ๆ ที่คณะกรรมการ และสำนักงาน ได้กำหนดไว้

1) **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ผ่านกลไกขององค์ประกอบคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยมีหลักการสำคัญคือ การมีส่วนร่วมไม่ใช่เพียงการเป็นตัวแทนในกรรมการ แต่ต้องทำหน้าที่แทนประชาชนในทุกกลุ่ม ทุกเครือข่าย และต้องมีกระบวนการเชื่อมโยงเครือข่ายหรือพื้นที่ เพื่อการเชื่อมโยงจากนโยบายสู่การปฏิบัติและจากระดับปฏิบัติสู่การทำงานในเชิงนโยบาย

2) **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ปรัชญา เจตนารมณ์ และหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริหารจัดการระบบในด้านการเงินการคลัง แนวทางการดำเนินงานแต่ละกองทุนย่อย การบริหารจัดการงบประมาณ ล้วนแต่เป็นเรื่องสำคัญที่ภาคประชาชนจะเข้ามาร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานจะทำหน้าที่ในการสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่แกนนำเครือข่ายองค์กรประชาชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการมีส่วนร่วม และช่วยเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพและบทบาทหน้าที่ของประชาชนที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ ต่อไป

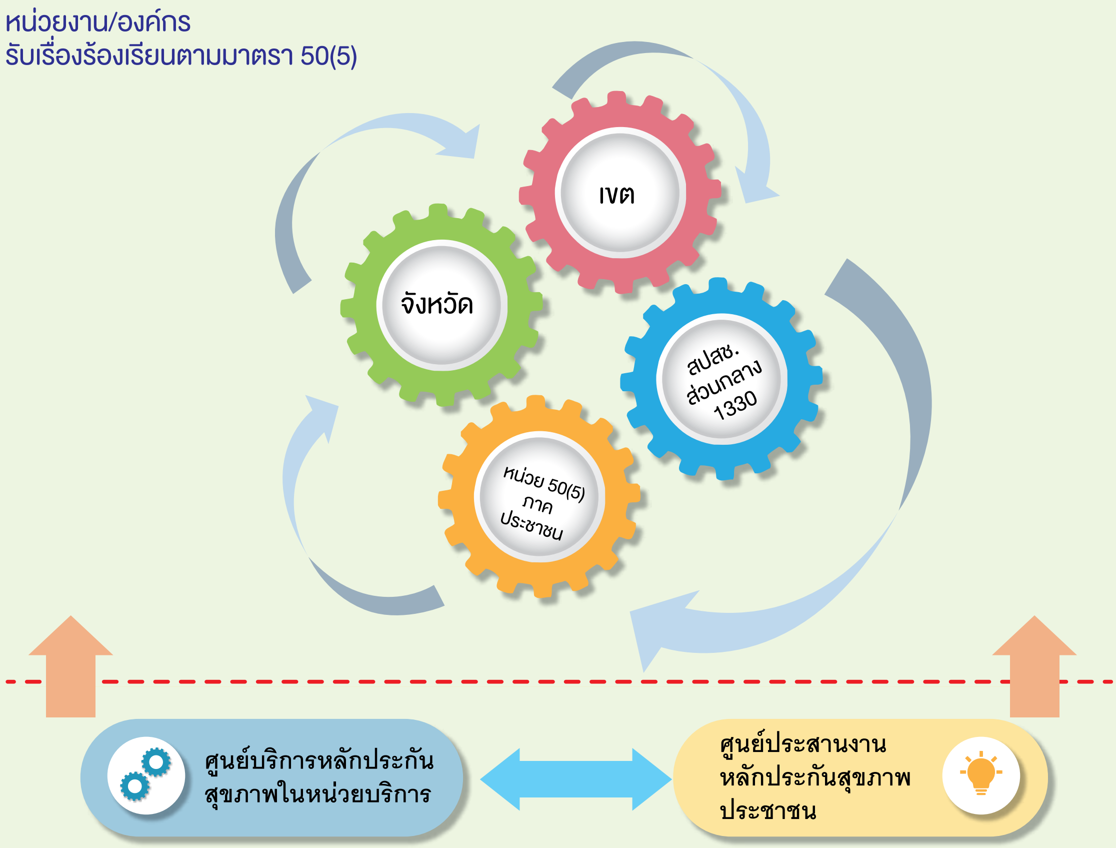
3) **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคุ้มครองสิทธิ**

3.1) การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนและจัดการเรื่องร้องเรียน ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน (เป็นการดำเนินงานตามมาตรา 50(5)) ซึ่งหน่วยงานที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจาก

ผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) จะต้องผ่านการพิจารณา และได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนและดำเนินงานตามประกาศของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยเป็นกลไกการรับและจัดการเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากหน่วยบริการ ในปัจจุบัน (กันยายน 2563) มีจำนวน 125 แห่ง ทั้งนี้หัวใจของการเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) คือการเป็นตัวกลางระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เมื่อไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กฎหมายหมายกำหนด สำนักงานมุ่งเน้นให้กลไกต่างๆ ในการรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิได้ทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจ แก้ไข เรื่องร้องทุกข์ และร้องเรียน และนำไปสู่การแก้ไขในเชิงระบบ

3.2) การมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น เครือข่ายผู้นำศาสนา/พระสงฆ์ ที่ได้รับการถวายความรู้ และร่วมกับ สปสช. ในการทำความเข้าใจเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพ และขยายความรู้ให้พระภิกษุสงฆ์ สามเณร ได้เข้าถึงระบบบริการ หรือการช่วยค้นหาประชาชนในชุมชน โดยเครือข่ายภาคประชาชนกลุ่มต่างๆ ให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านต่างๆ ทั้งนี้ในการดำเนินงานในพื้นที่มีกลไกการคุ้มครองสิทธิในหลายส่วน ได้แก่ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิ คือการเชื่อมโยงกลไกการดำเนินงานของทุกภาคส่วนให้เกิดความร่วมมือในพื้นที่ ทำให้ประชาชนผู้รับบริการได้มีความรู้ความเข้าใจ เมื่อถูกละเมิดสิทธิต้องได้รับการคุ้มครอง และสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน โดยการดำเนินงานจะต้องนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการอย่างเป็นระบบ

แผนภาพที่ 33
ความเชื่อมโยงของกลไกในการรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



4) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

การเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทนี้จะเป็นไปตามกฎหมาย มาตรา 50(5) การทำหน้าที่ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ มาตรา 50(7) ทั้งนี้ในรูปธรรมของการทำงาน เครือข่ายภาคประชาชนสามารถดำเนินการผ่านการจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เรื่องร้องเรียน และเสนอคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ในประเด็นที่เป็นปัญหาเรื่องคุณภาพและมาตรฐานในระดับเขต หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสาธารณสุขกำหนดเป็นประเด็นปัญหาระดับประเทศ

5) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบบริการและชุดสิทธิประโยชน์

ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เครือข่ายภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ และสิทธิประโยชน์ ผ่านการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ที่สำนักงานจัดเป็นประจำทุกปีตามที่กฎหมายกำหนดในมาตรา 18(13) ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่มาจากความต้องการของทุกฝ่าย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เช่น การให้ความคุ้มครองผู้ติดเชื้อ/เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (ยาต้านไวรัส เอชไอวี ตรวจทางห้องปฏิบัติการให้คำปรึกษา ตรวจเลือดแบบสมัครใจ ถุงยางอนามัย) การขยายบริการทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือการตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทั้งในส่วนภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึง หรือการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากกองทุน (PPA)

6) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

6.1) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ที่ดำเนินงานตามกฎหมายมาตรา 47 โดยภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ

กองทุน ในองค์ประกอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในท้องถิ่น ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน และผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) และการโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจาก กปท. เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามวัตถุประสงค์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) กำหนด และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

6.2) งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต เป็นงบประมาณดำเนินการที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพ ภายใต้สิทธิประโยชน์หรือประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ประชาชนมีสิทธิได้รับตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 โดยองค์กรภาคประชาชนสามารถจัดบริการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ในบางกิจกรรม เช่น การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้ความรู้ การสาธิตการค้นหา และการติดตามเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ต้องเสนอโครงการตามเงื่อนไข และได้รับการพิจารณาดำเนินโครงการจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)

7) **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ตาม มาตรา 3* แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดนิยามของ "บริการสาธารณสุข" และ "สถานบริการ" ซึ่งหนึ่งในสถานบริการคือ สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม พร้อมทั้งได้กำหนดสถานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพไว้ 3 ประเภท ได้แก่

---

* "บริการสาธารณสุข" หมายความว่า บริการด้านการแพทย์ ซึ่งต้องให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกตากฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

"สถานบริการ" หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาด หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่น ที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

(1) หน่วยบริการประจำ

(2) หน่วยบริการปฐมภูมิ

(3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

ดังนั้นองค์กรภาคประชาชนจึงสามารถมีส่วนร่วมในการจัดบริการได้ในหน่วยบริการประเภทที่ 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ในบริการประเภทการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของคนพิการ และการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ องค์กรภาคประชาชนที่ได้รับการประกาศเป็นองค์กรด้านแรกคือ องค์กรคนพิการ

ทั้งนี้ในการดำเนินการเรื่องนี้ องค์กรภาคประชาชน ควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านองค์กรและการให้บริการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) การสร้างความเข้าใจในแนวทางการเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลสาธารณสุขอื่น ตามมาตรา 3 ให้กับองค์กรภาคประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อร่วมกันพัฒนาบริการของภาคประชาชนให้มีรูปแบบบริการที่ชัดเจน
2) การสนับสนุน การสรุปถอดบทเรียน การให้บริการของภาคประชาชน ประเภทต่าง ๆ อาทิ งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค งานฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกันคัดเลือกประเด็นงานบริการ และพัฒนาบริการ ให้เป็นรูปแบบ/package รวมทั้งร่วมกันพัฒนาบริการโดยภาคประชาชนให้มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ
3) นำเสนอรูปแบบบริการ/Packageบริการชองประชาชน โดยองค์กรภาคประชาชนเข้าสู่กระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ และกระบวนการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการโดยองค์กรภาคประชาชน โดยจัดทำเป็นข้อเสนอของภาคประชาชนผ่านเวทีรับฟังความคิดเห็น หรือกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่าง ๆ

นอกจากนี้การคำเนินงานร่วมให้บริการในลักษณะของการได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือการคำเนินงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอคส์ ผ่านการคำเนินการของ "ศูนย์องค์รวม" ที่ให้บริการสาธารณสุขค้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอคส์เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนภาคประชาชนให้สามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่ในการเข้ามามีส่วนร่วมจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ การช่วยเหลือกันและกันในการจัดการด้านสุขภาพ และการคำเนินงานการมีส่วนร่วมค้านต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งบทเรียนที่ได้จากการคำเนินกิจกรรมเหล่านี้เป็นนวัตกรรมที่มีคุณค่าในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอันนำไปสู่การพัฒนาเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืนและเหมาะสม

การมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องในทุกระดับนี้ ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็น "การมีส่วนร่วมที่ประชาชนเป็นเจ้าของ" อย่างแท้จริง

3.8 การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.8.1. ที่มาและความสำคัญ

จากเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้ "...รัฐต้องจัดและส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ..." การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมกระบวนการหนึ่ง ที่ถูกกำหนดในพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องดำเนินงานดังปรากฏในมาตราต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

มาตรา 18 (10) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ "กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข"

มาตรา 18 (13) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ "จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการ รับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี"

มาตรา 46 ความว่า "หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด ...และหลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13) ก่อน"

สรุปความหมายตามเจตนารมณ์ของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ การกำหนดให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีการขับเคลื่อนและพัฒนาไปด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องด้วยประบวนการต่าง ๆ ทั้งนี้ในส่วนของการรับฟังความคิดเห็น ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้มีส่วนได้เสีย คือ ผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการโดยทั่วไป โดยกำหนดให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องจัดการประชุมรับฟังความคิดเห็นเป็นประจำทุกปีเพื่อนำความคิดเห็นที่ได้ มาปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานของบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนดให้มีการรับฟังความคิดเห็นนั้น จะต้องมีเรื่องเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินกองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการด้วยเสมอ

3.8.2. หลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

จากมาตรา 18 (10) ที่กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี คณะกรรมการจึงได้ดำเนินการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานดังกล่าว ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ. 2556 โดยมีวัตถุประสงค์ตามข้อบังคับ ในข้อ 4 ความว่า "ให้คณะกรรมการและสำนักงาน จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็น เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในประเด็นหรือปัญหาตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545" ทั้งนี้ โดยในข้อบังคับ ได้กำหนดประเด็นการรับฟังความคิดเห็นครอบคลุมการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทั้งฉบับ รวมถึง การกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ร่วมเสนอความคิดเห็น, วิธีการดำเนินงาน รวมทั้ง กำหนดกรอบระยะเวลาการดำเนินงาน และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการ

ดำเนินงานจัดรับฟังความคิดเห็นดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีการปรับปรุง แก้ไข ข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 2) โดยได้กำหนดกรอบระยะเวลาดำเนินการจัดรับฟังความคิดเห็น ประจำปี ให้มีการดำเนินงานภายในเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน และรายงานผลการรับฟังความเห็นต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมประจำเดือนสิงหาคมของทุกปี

3.8.3 กระบวนการรับฟังความคิดเห็น

ก. การกำหนดประเด็นการรับฟังความคิดเห็น

จาก มาตรา 18 (13) ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ "จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี" โดยสำนักงานได้นำหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการทั้งสองฉบับดังกล่าวเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ภายใต้การสนับสนุนและกำกับติดตามจาก "คณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็น" ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการที่ได้รับมอบหมายภารกิจทั้งในด้านการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็นจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อให้การดำเนินการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความครอบคลุมในทุกประเด็นตามที่กำหนดตามข้อบังคับฯ ในการดำเนินงานจัดรับฟังความคิดเห็นประจำปี จึงได้มีการกำหนดประเด็นการรับฟังความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความสะดวกในการเสนอความคิดเห็นของผู้เสนอในแต่ละกลุ่มเป้าหมายเป็น 7 ด้าน โดยความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็น ในแต่ละปีดังนี้

ด้านที่ 1 ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข
ด้านที่ 2 มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
ด้านที่ 3 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ด้านที่ 4 การบริหารจัดการสำนักงาน และประเด็นอื่น ๆ
ด้านที่ 5 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นและพื้นที่
ด้านที่ 6 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
ด้านที่ 7 การรับรู้และคุ้มครองสิทธิ

นอกจากนี้ ยังกำหนดให้มี คณะอนุกรรมการ อาจมีการกำหนดประเด็นการรับฟังความเห็นเพิ่มเติมในด้านที่ 8 (ประเด็นอื่นๆ) ตามสถานการณ์และบริบทความจำเป็นของการรับฟังความคิดเห็นในระดับเขตพื้นที่ อีกด้วย

ทั้งนี้ ในปี 2563 สำนักงานได้มีการจัดทำ นิยาม ขอบเขตของข้อเสนอในแต่ละด้าน โดยพิจารณาจากข้อกำหนดตามมาตราต่างๆ ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เพื่อให้สะดวกต่อการพิจารณาจำแนกข้อเสนอความคิดเห็นเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาและมอบหมายให้มีการดำเนินงานในแต่ละด้านอีกด้วย

ข. การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย

จากหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตามข้อบังคับฯ ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ร่วมเสนอความคิดเห็นไว้ดังนี้

1) ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนทั่วไป ทั้งที่มีหรือไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และทั้งที่เคยหรือไม่เคยใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2) ผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้ให้บริการจากหน่วยบริการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่าง ๆ (ผู้บริหารสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ให้ความเห็นในฐานะสถานพยาบาล และผู้แทนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขวิชาชีพต่าง ๆ เป็นผู้ให้ความคิดเห็นในฐานะบุคลากร
3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบจากการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คัดเลือกผู้แทนได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ โดยหมายรวมถึง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ
4) นักวิชาการ หมายถึง ผู้แทนจากสถาบันการศึกษา หน่วยงานวิชาการต่าง ๆ รวมถึงนักวิชาการอิสระที่มีความสนใจหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ ในทุกระดับ

นอกจากนี้ ในกระบวนการจัดรับฟังความคิดเห็น เพื่อให้มีองค์ประกอบครบถ้วน ทั้งผู้เสนอความเห็นและผู้รับฟังความเห็น ซึ่งมีหน้าที่ในการรับข้อเสนอความเห็น ไปพิจารณาเพื่อให้เกิดการดำเนินงานหรือการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งในระดับพื้นที่ ได้แก่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง และในระดับนโยบายระดับประเทศ ได้แก่ คณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็น ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจในข้อเสนอจากผู้เสนอความคิดเห็นโดยตรง เกิดความคิดเชื่อมโยงกับความเป็นจริงเมื่อต้องมีการพิจารณาดำเนินการในประเด็นต่างๆหรือในการประชุมพิจารณาข้อเสนอความคิดเห็นในการประชุมคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการ ในลำดับการดำเนินงานต่อไป

ค. การออกแบบรูปแบบและวิธีการรับฟังความคิดเห็น

หลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ. 2556 ได้กำหนดรูปแบบวิธีการรับฟังความคิดเห็นไว้อย่างกว้างขวาง ซึ่งในการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปสามารถใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือหลายวิธีผสมผสานกัน ดังนี้

1) การจัดกระบวนการเครือข่ายสุขภาพ
2) การประชาพิจารณ์ หรือวิธีการอื่นในทำนองเดียวกัน
3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ
4) การสนทนากลุ่มย่อย
5) การสัมภาษณ์รายบุคคล หรือทางโทรศัพท์
6) การเปิดให้แสดงความคิดเห็นทางไปรษณีย์ ทางโทรศัพท์ โทรสาร หรือทางระบบเครือข่ายสารสนเทศ
7) การเปิดโอกาสให้ประชาชนมารับฟังข้อมูลและแสดงความคิดเห็น

ทั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าถึงช่องทางหรือสามารถเสนอความเห็นได้อย่างกว้างขวาง ในการดำเนินการเปิดรับฟังความคิดเห็น จึงควรมีการประชาสัมพันธ์การเชิญชวนให้ผู้ร่วมแสดงความคิดเห็น สามารถทำได้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน เช่น การส่งหนังสือเชิญไปยังบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดให้มีประกาศในหนังสือพิมพ์รายวัน การเผยแพร่การเชิญใน Website ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การสื่อสารในระบบสื่อออนไลน์ทั้งระดับเขตพื้นที่และส่วนกลางหรือวิธีใดวิธีหนึ่งตามสมควร

ง. การสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการรับฟังและรับข้อเสนอความคิดเห็น

เพื่อให้การเสนอความคิดเห็นของผู้เสนอเป็นไปอย่างอิสระ แต่ยังคงอยู่ในกรอบประเด็นที่คณะกรรมการกำหนด การจัดกระบวนรับฟังความคิดเห็นจึงมีความจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการสื่อสารข้อมูล สร้างความรู้ความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแนวทางการเสนอข้อคิดเห็น การรวบรวม วิเคราะห์ข้อเสนอความคิดเห็น การพัฒนาข้อเสนอการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามข้อเสนอ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนข้อเสนอไปสู่การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม การสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการจัดรับฟังความคิดเห็นจากภาคส่วนต่าง ๆ จึงมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งส่วนกลางและเขตพื้นที่ สามารถตั้งทีมทำงาน คณะทำงาน หรือกลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบวนการรับฟังความคิดเห็นได้ตามสมควร

จ. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรับฟังความคิดเห็น

สำนักงาน ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานรับฟังความคิดเห็นประจำปี ทั้งในส่วนกลางและในภูมิภาค โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทั้ง 13 เขต เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเสนอข้อคิดเห็นได้อย่างครอบคลุม รวมทั้ง สามารถนำข้อเสนอความคิดเห็น ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่มาใช้ในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างตรงประเด็น โดยสำนักงานได้กำหนดแผนการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปประจำปี ภายใต้ความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็น และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานของสำนักงานส่วนกลางและสำนักงานเขตเป็นประจำทุกปี

ทั้งนี้ หลังจากที่มีการดำเนินงานรับฟังความคิดเห็น ตามแผนการดำเนินงานแล้ว สำนักงานและคณะทำงานหรือทีมทำงานที่เกี่ยวข้อง จะดำเนินการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลรับฟังความคิดเห็น จัดหมวดหมู่ ประเด็นตามที่คณะกรรมการกำหนด และดำเนินการดังนี้

1) ข้อเสนอความคิดเห็นที่รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับเขตของแต่ละสาขาเขต สำนักงานเขต จะนำมาวิเคราะห์แยกประเด็น โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในระดับเขต จะมีการนำเสนอให้การบริหารจัดการในระดับเขต โดย คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ทั้งนี้ ในส่วนข้อเสนอที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายในระดับประเทศ ก็จะมีการส่งมอบข้อเสนอสำนักงานส่วนกลาง เพื่อรวบรวมเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป
2) ข้อเสนอความคิดเห็นที่รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จากกระบวนการรับฟังความคิดเห็น โดยสำนักงานจะนำมาวิเคราะห์แยกประเด็น โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในระดับเขตและสามารถบริหารจัดการได้ระดับเขต จะดำเนินการนำส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่เพื่อพิจารณาดำเนินการ และในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายในระดับประเทศ จะมีการรวบรวมพร้อมด้วยข้อเสนอในประเด็นนโยบายระดับประเทศจากสำนักงานเขต เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป

ทั้งนี้ สำหรับข้อเสนอความคิดเห็น ในประเด็นนโยบายระดับประเทศทั้งที่รวบรวมได้จากสำนักงานเขตและส่วนกลาง สำนักงานได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนางานรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อทำหน้าที่กลั่นกรองประเด็นข้อเสนอในประเด็นต่างๆทั้ง 7 ด้าน โดยจัดทำสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปประจำปี เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็นและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกรอบระยะเวลาดำเนินงานตามข้อบังคับฯ ต่อไป

ฉ. การตอบสนองต่อข้อเสนอความคิดเห็น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นผู้รับเสนอข้อคิดเห็นจากผู้ให้และผู้รับบริการมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ พัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามบทบาทและหน้าที่ที่กฎหมายกำหนด โดยอาจพิจารณามอบให้คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการแต่งตั้งดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งจะนำประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานบริการสาธารณสุข ไปพิจารณาดำเนินการหรือมอบหมายให้คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมพิจารณาดำเนินการ ทั้งนี้ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการและอนุกรรมการทุกคณะ เป็นผู้สนับสนุนและดำเนินงานตามผลการพิจารณา

สำหรับข้อเสนอความคิดเห็นประจำปี ที่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการชุดต่างๆแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีการรายงานความก้าวหน้า หรือผลการตอบสนองต่อข้อเสนอความคิดเห็นต่อสาธารณะ เป็นประจำทุกไตรมาส โดยสามารถติดตามผลการดำเนินงานได้ทาง website สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตาม link https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTI5MA และในหน้าโปรแกรม Hearing Online ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ https://hearing.nhso.go.th/?redirect=True

ช. บทสรุป

การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นกลไกที่สำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผลจากการรับฟังความคิดเห็น ทำให้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่มาจากความต้องการของประชาชน มีการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ โดยสามารถสรุปการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบการบริหารจัดการต่าง ๆ ตามข้อเสนอจากการประชุมรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งจะมีอยู่ในสรุปรายงานผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นประจำทุกปี

3.9
ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์

ระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นั้น จัดทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการได้แก่

1) เพื่อการวางแผน และการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามภารกิจหลักของสำนักงาน
2) เพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์แก่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3) เพื่อการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้การจัดทำระบบฐานข้อมูลเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวนั้น ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีความจำเป็นต้องมีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลและฐานข้อมูลจากหน่วยบริการและหน่วยราชการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังสรุปในแผนผังระบบข้อมูลงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจำแนกประเภทของข้อมูลและฐานข้อมูลออกเป็น 5 หมวดหลัก ๆ ได้แก่ (แผนภาพที่ 35)

1) ระบบข้อมูลทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ เป็นระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้ฐานข้อมูลประชากรไทยจากสำนักบริหารการทะเบียน (สนบท.) สังกัดกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นฐานข้อมูลตั้งต้นที่ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลที่จำเป็น เพื่อระบุจำนวนประชากรทั้งหมด ประกอบกับข้อมูลและฐานข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพอื่น ๆ ของรัฐ เช่น

สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง รัฐวิสาหกิจต่าง ๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานราชการอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งกระทรวงต่างประเทศ เพื่อให้สามารถจำแนกประชากรผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่ระบุในมาตรา 5 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำหรับการลงทะเบียน และการให้บริการแก่ประชาชน ณ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ตามมาตรา 6 และ มาตรา 7 ต่อไป

2) ระบบข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และเอกชน และของสภากาชาดไทย สถานพยาบาลภาคเอกชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด สามารถยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเภทต่าง ๆ ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการรับส่งต่อ เป็นต้น แต่ทั้งนี้ สถานบริการที่จะขอขึ้นทะเบียนจำเป็นต้องผ่านการรับรองการตั้งสถานบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพที่ออกให้โดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้ในการอ้างอิงในการวิเคราะห์และจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการต่อไป

3) ระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แก่ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และดำเนินการจัดส่งเอกสาร ข้อมูลเพื่อการขอรับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยตรง หรือส่งผ่านหน่วยงานต้นสังกัดที่เกี่ยวข้อง ตามระเบียบและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลและฐานข้อมูลที่รวบรวมจาก หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ โดยจะถูกใช้เพื่อการบริหารการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ รวมถึงการวิเคราะห์และการวางแผนเพื่อการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป

เนื่องจากปริมาณของข้อมูล รูปแบบการให้บริการ และแนวทางการจ่ายชดเชยที่แตกต่างกัน ทำให้มีการจำแนกระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ ออกเป็นหลายส่วน ได้แก่ ระบบฐานข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ระบบฐานข้อมูลบริการผู้ป่วยใน ระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระบบฐานข้อมูลรายโรค หรือบริการเฉพาะ เป็นต้น

4) ระบบข้อมูลทางการเงินและการจ่ายชดเชย ข้อมูลและฐานข้อมูลที่รวบรวมจากหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะถูกประมวลผลเพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ตามระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการประมวลผลการจ่ายชดเชย จะถูกจัดเก็บเข้าระบบข้อมูลการเงินและการจ่ายชดเชย เพื่อการออกรายงานและการโอนเงินให้กับหน่วยบริการต่าง ๆ รวมทั้งการวิเคราะห์งบประมาณและผลงานการจ่ายชดเชยงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5) ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ระบบข้อมูล และฐานข้อมูลต่าง ๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะถูกวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อออกรายงานผลการดำเนินงาน และเผยแพร่แก่หน่วยบริการ นักวิชาการ หน่วยราชการต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ต้องไม่ขัดต่อระเบียบข้อบังคับ และกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่กำหนด เช่น ข้อมูลการให้บริการข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โปรแกรม หรือระบบงานเฉพาะของแต่ละส่วนงาน ผ่านระบบออนไลน์ในหน้า Web site ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (https://www.nhso.go.th/FrontEnd/Index.aspx) โดยมีข้อมูลบริการดังนี้

5.1) ข้อมูลสำหรับประชาชน

มีข้อมูลเผยแพร่สำหรับประชาชนทั่วไป ดังนี้

(1) การตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ

(2) แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิ

(3) ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ

(4) ความรู้ต่าง ๆ ได้แก่ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 10 เรื่องควรรู้ คู่มือใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับสำนักตรวจสอบ คำถามที่พบบ่อย สื่อประชาสัมพันธ์สำหรับคนหูหนวกและคนตาบอด

(5) ช่องทางแจ้งเรื่องร้องเรียน

(6) อื่น ๆ ได้แก่ โปรแกรมพยากรณ์สุขภาพ คำถามที่พบบ่อย

5.2) ข้อมูลสำหรับหน่วยบริการ

มีข้อมูลเผยแพร่สำหรับหน่วยบริการ ดังนี้

(1) ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยบริการ ได้แก่ ความหมายหน่วยบริการ การเข้า-ออกของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ

(2) บริการออนไลน์

(3) คุณภาพและมาตรฐาน

(4) การตรวจสอบคุณภาพการรักษา

(5) การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริหารกองทุนย่อย

(6) ข้อมูลวิชาการ ได้แก่ สถิติและรายงานซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับรายงานการลงทะเบียนประชาชน รายงานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สรุปรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพประจำปี

(7) เอกสารประกอบการชดเชยสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.3) ข้อมูลสำหรับเครือข่ายต่างๆ

มีข้อมูลเผยแพร่สำหรับเครือข่ายต่าง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

(1) ความเป็นมาของการดำเนินการด้านมีส่วนร่วม

(2) ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่าย ได้แก่ รายชื่อหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) รายชื่อเครือข่ายประชาชน 9 ด้าน รายชื่อเครือข่าย Healthy Forum ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เครือข่ายศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด มูลนิธิมิตรภาพบำบัด ทำเนียบเครือข่ายสหวิชาชีพ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ เครือข่ายสื่อท้องถิ่น และ เครือข่าย อสม.

5.4) สื่อสารองค์การ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการบริการข้อมูลในเรื่องดังต่อไปนี้

(1) ข่าวสารประชาสัมพันธ์

(2) NHSO Media แฟ้มภาพข่าว

(3) ข่าวสารสำหรับผู้พิการ

(4) ศูนย์ข้อมูลข่าวสารตาม พ.ร.บ.

(5) จัดซื้อ-จัดจ้าง

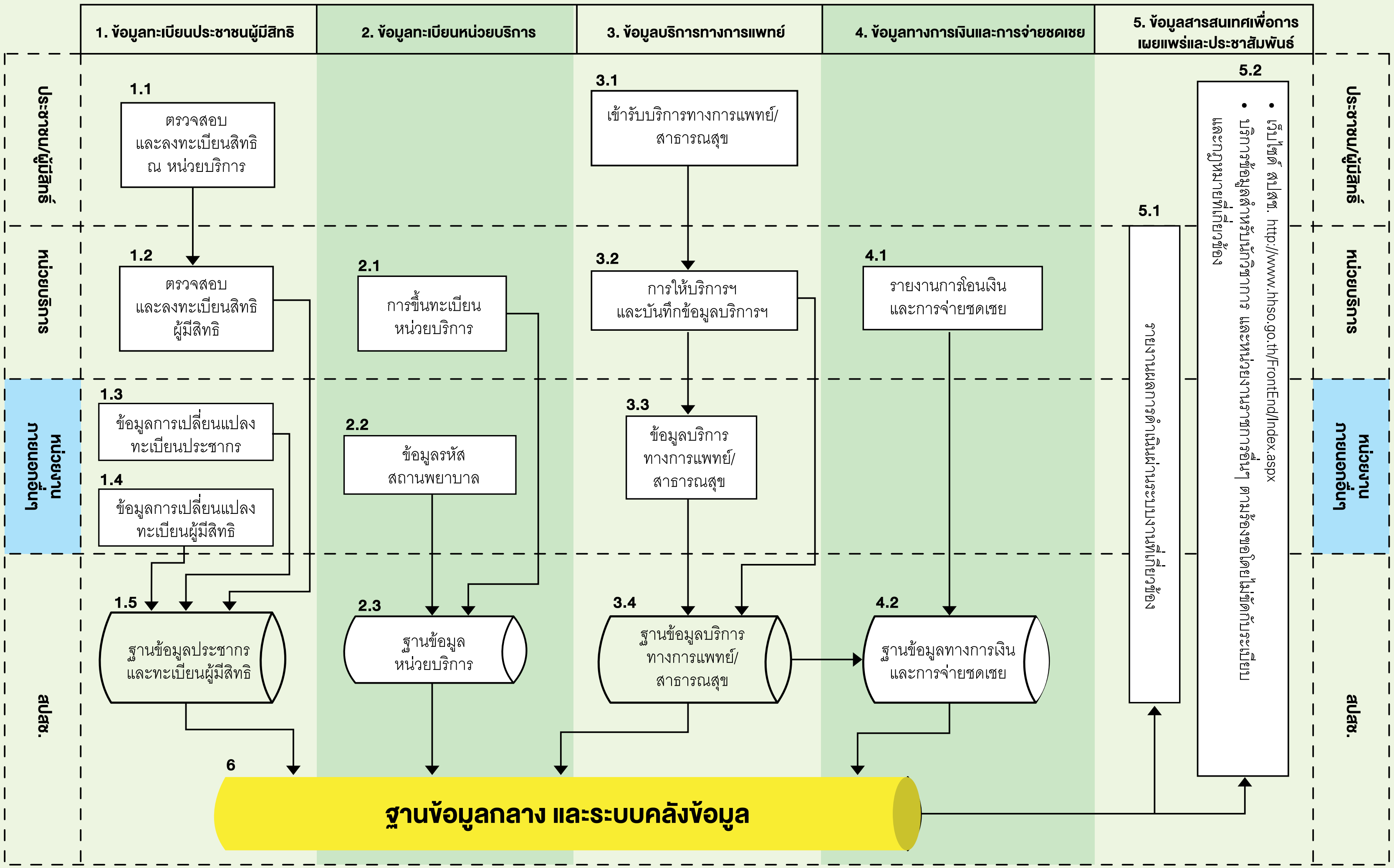
(6) ประกาศรับสมัครงาน

(7) ดาวน์โหลดเอกสาร

(8) เว็บบอร์ดสนทนา

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลข่าวสารที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เผยแพร่เกี่ยวกับประวัติความเป็นมาขององค์กร โครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร ให้กับประชาชนทั่วไปได้รับทราบอีกด้วย

แผนภาพที่ 34
แผนผังระบบข้อมูลงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



การดำเนินงานดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและการประมวลผลข้อมูลและฐานข้อมูลขนาดใหญ่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาระบบโปรแกรมประยุกต์เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลและฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ในกระบวนการเก็บรวบรวม รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป โดยที่ผ่านมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีความพยายามในการบูรณาการช่องทางการบันทึกและส่งข้อมูลในโครงการต่าง ๆ ให้สามารถใช้ร่วมกันให้มากที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงภาระในการบันทึกและส่งข้อมูลซ้ำซ้อนของหน่วยบริการ นอกจากนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลบริการสาธารณสุขที่ สปสช. เก็บรวบรวมได้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและสาธารณสุขของไทยต่อไป นักศึกษา นักวิชาการ และหน่วยงานราชการต่าง ๆ สามารถขอใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ โดยการทำหนังสือเพื่อขอใช้บริการข้อมูล โดยเรียนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่งผ่านตามสายการบังคับบัญชาตามลำดับ

ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอสงวนสิทธิในการพิจารณาการจัดทำข้อมูลหรือรายงาน ตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน โดยไม่ให้ขัดต่อระเบียบข้อบังคับ และกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเดือนตุลาคม 2562 มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาการใช้ประโยชน์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตอบสนองนโยบายประเทศไทย 4.0 ตามแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีที่มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนภาครัฐสู่การเป็นรัฐบาลดิจิตอล โดยมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการพัฒนาให้เกิดการใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ หรือ Big Data ด้านโครงสร้างข้อมูล การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและส่งเสริมให้เกิดการบริหารจัดการข้อมูลของภาครัฐ โดยการนำเทคโนโลยี Big Data เข้ามาช่วยในการบริหารจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อนำมาพัฒนาการบริการให้ตรงตามความต้องการของประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้เป็นหน่วยงานของรัฐ ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับประชาชนไทยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีอยู่

ประมาณ 48 ล้านคนทั่วประเทศ โดยมีสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมบริการสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีขนาดข้อมูลของการใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการรักษาส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 70 อยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรับผิดชอบดูแลข้อมูลสุขภาพของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การลงนามความร่วมมือกันจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) โดยเฉพาะมิติด้านสาธารณสุขการแพทย์ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

บทที่ 4

สถานการณ์และผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1
ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Financial Coverage)

4.1.1 การคลังด้านสุขภาพ

ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ แสดงถึงแหล่งการคลังซึ่งประกอบด้วย งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายของครัวเรือน ที่อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือนสามารถลงทุนด้านสุขภาพได้ในระยะยาว งบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงยาและเทคโนโลยีที่จำเป็น และป้องกันไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ดัชนีสำคัญที่ติดตามสถานการณ์แนวโน้มการใช้จ่ายด้านสุขภาพ และแสดงขนาดของทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งโดยภาครัฐและเอกชนของประชากรในประเทศ คือ

(1) รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.6 และไม่เกิน ร้อยละ 5

(2) รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure: GGHE) ต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General Government Expenditure: GGE) ต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 17 และไม่เกินร้อยละ 20

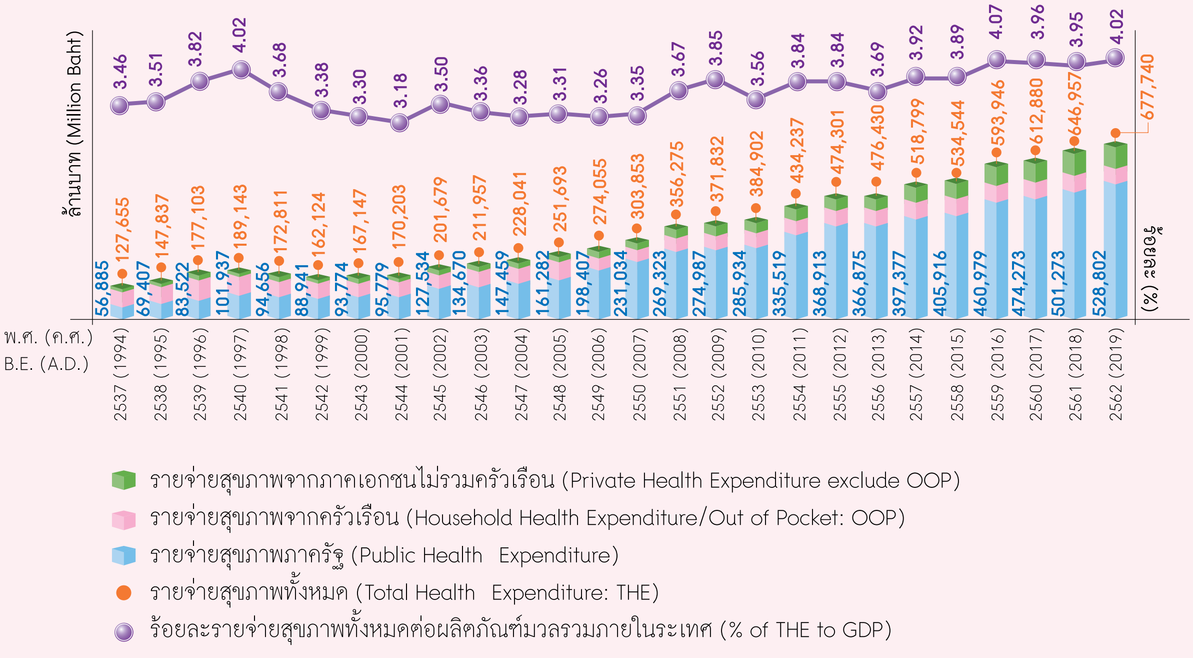
(3) ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) ไม่เกินร้อยละ 2.3

(4) ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกินร้อยละ 0.47

พบว่า รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 127,655 ล้านบาท ในปี 2537 เป็น 677,740 ล้านบาท ในปี 2562 โดยร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) อยู่ที่ร้อยละ 3.46 ในปี 2537 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 3.91 ในปี 2562 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมาย (แผนภาพที่ 35) ร้อยละรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 14.46 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 16.36 ในปี 2562 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย (แผนภาพที่ 36)

แผนภาพที่ 35

จำนวนและร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เทียบกับ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ปี 2537-2562



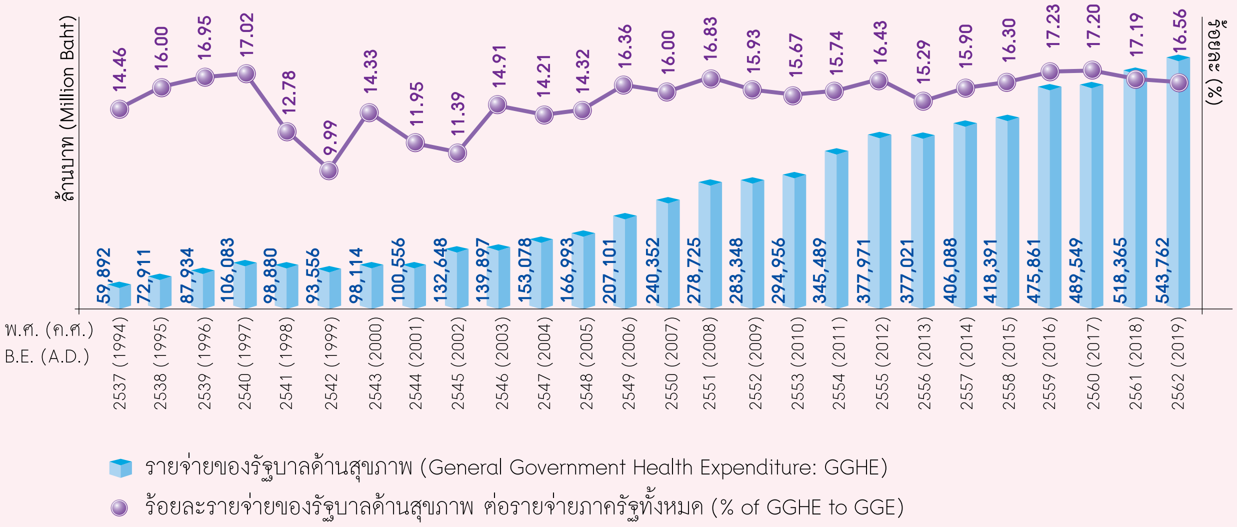
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2560-2562 เป็นการคาดประมาณจำนวนรายจ่ายด้านสุขภาพ

Note: Data of Total Health Expenditure in 2017-2019 use forecasted data

แผนภาพที่ 36

จำนวนและร้อยละรายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) เทียบกับ รายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) ปี 2537-2562



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข

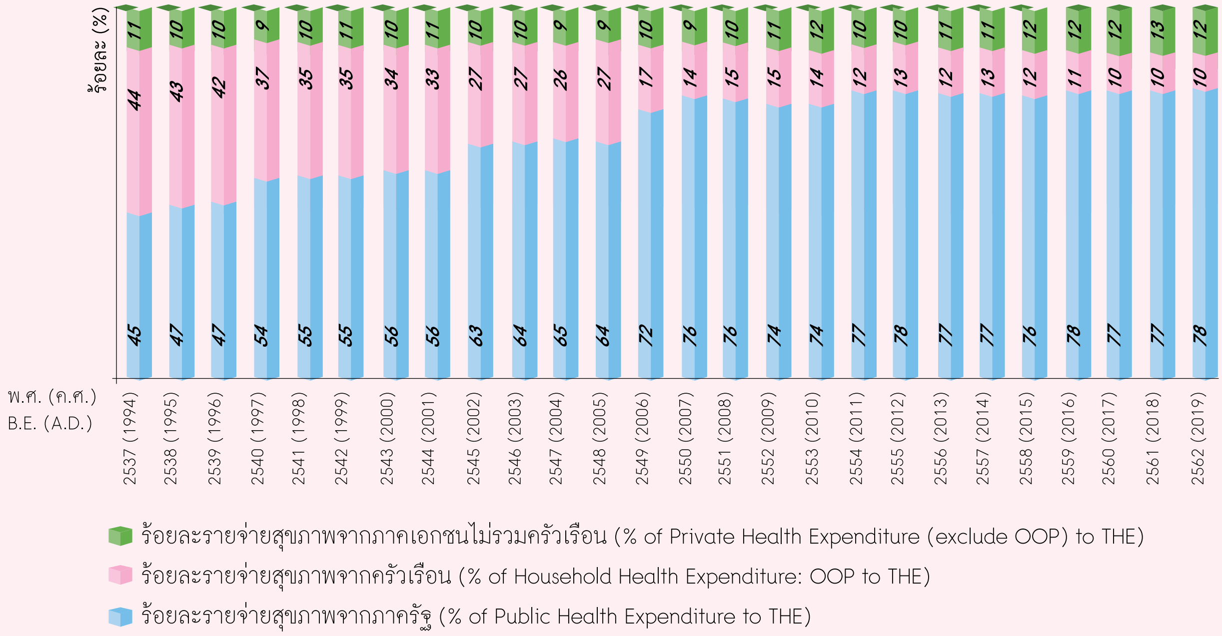
หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2560-2562 เป็นการคาดประมาณจำนวนรายจ่ายด้านสุขภาพ

Note: Data of Total Health Expenditure in 2017-2019 use forecasted data

เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐ (Public health expenditure) รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน (Household Health Expenditure/ Out of pocket: OOP) และรายจ่ายสุขภาพจากภาคเอกชนไม่รวมรายจ่ายจากครัวเรือน (Private health expenditure exclude OOP) พบว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 45 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 78 ในปี 2562 หรือเพิ่มขึ้นจาก 56,885 ล้านบาท เป็น 528,802 ล้านบาท ในทางกลับกันรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน (OOP) มีสัดส่วนที่ลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 44 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 10 ในปี 2562 (แผนภาพที่ 37)

แผนภาพที่ 37

สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพของประเทศ จำแนกตามแหล่งที่มา (ภาครัฐ ภาคครัวเรือน และภาคเอกชน ไม่รวมครัวเรือน) ปี 2537-2562



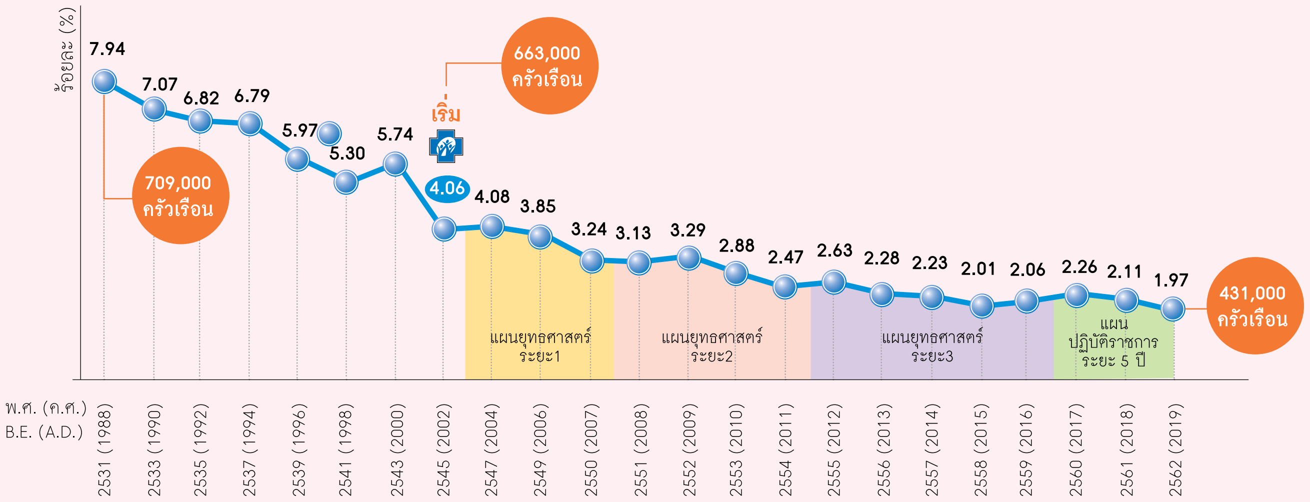
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2560-2562 เป็นการคาดประมาณจำนวนรายจ่ายด้านสุขภาพ

Note: Data of Total Health Expenditure in 2017-2019 use forecasted data

ส่วนดัชนีการลดภาระรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน (Household Health Expenditure) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure: รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนมากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน) มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จากร้อยละ 7.94 (7.1 แสนครัวเรือน) ในปี 2531 เหลือร้อยละ 2.26 (4.8 แสนครัวเรือน) ในปี 2560 เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2.3 (แผนภาพที่ 38) และครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment: ครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจน หลังจ่ายค่ารักษาพยาบาล) ลดลงจากร้อยละ 2.36 (2.5 แสนครัวเรือน) ในปี 2531 เหลือร้อยละ 0.24 (5.2 หมื่นครัวเรือน) ในปี 2560 เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 0.47 (แผนภาพที่ 39)

แผนภาพที่ 38
ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2531-2562



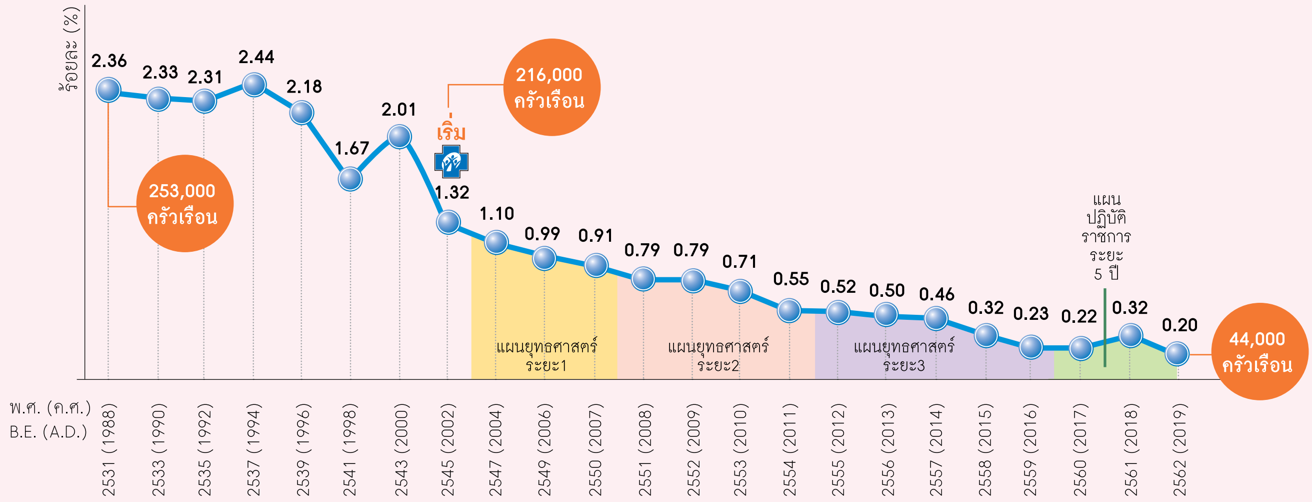
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2531-2562, วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1) คำนวณจาก ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน มากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

2) หลังปี พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (การใช้จ่ายของครัวเรือน) ทุกปี

แผนภาพที่ 39

ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2531-2562



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2531-2562, วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1) คำนวณจาก ครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน แต่ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาลครัวเรือนตกอยู่ใต้เส้นความยากจน

2) คำนวณใหม่ให้เป็นปัจจุบัน โดยใช้เส้นความยากจน (Poverty line) จากการสำรวจในแต่ละปี ของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

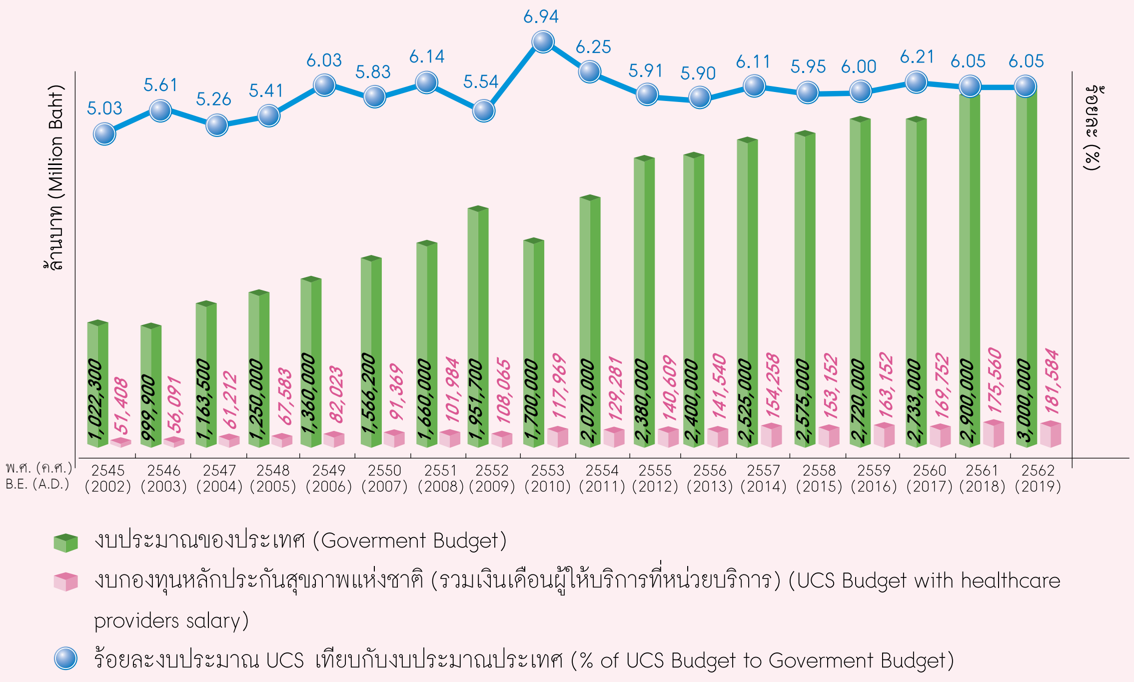
3) หลังปี พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (การใช้จ่ายของครัวเรือน) ทุกปี

4.1.2 งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สัดส่วนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเทียบกับงบประมาณของประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 - 2562 อยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อยู่ในช่วงร้อยละ 5.26 - 6.94 โดยในปี 2562 อยู่ที่ร้อยละ 6.05 (แผนภาพที่ 40)

แผนภาพที่ 40

จำนวนและร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เทียบกับ งบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ 2546-2562



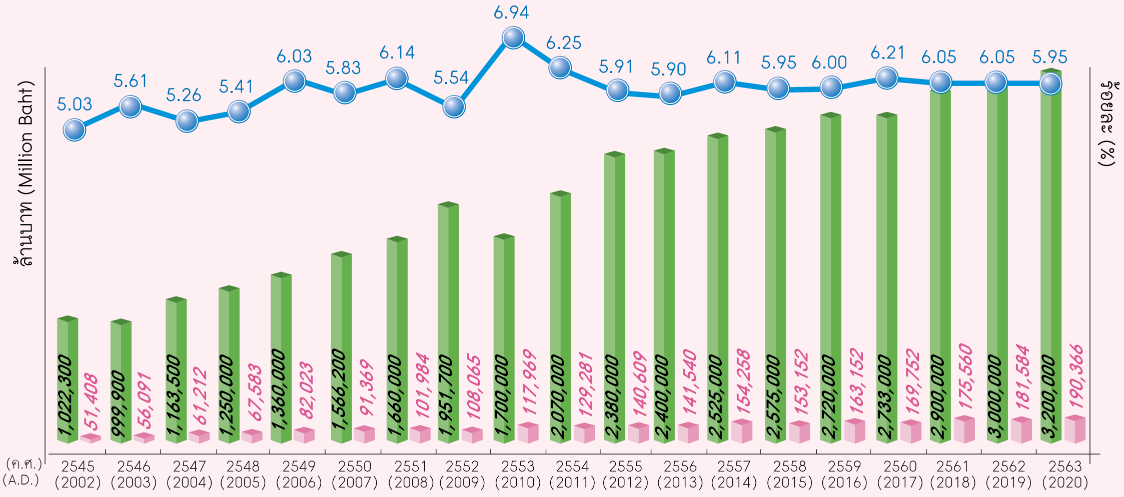
ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบกลางที่จัดสรรเพิ่มเติมในปี 2546-2549 จำนวน 5,000 ล้านบาท, 3,845.33 ล้านบาท, 4,993.33 ล้านบาท และ 14,761.83 ล้านบาท ตามลำดับ และในปี 2560-2561 ตามมติคณะรัฐมนตรี อนุมัติงบกลางเงินสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นเพื่อชดเชยการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3,979.41 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) และจำนวน 4,186.13 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) ตามลำดับ

สัดส่วนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเทียบกับงบประมาณของประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2563 อยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อยู่ในช่วงร้อยละ 5.26-6.94 โดยในปี 2563 อยู่ที่ร้อยละ 5.95 (แผนภาพที่ 41)

แผนภาพที่ 41

จำนวนและร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เทียบกับ งบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ 2546-2563



- งบประมาณของประเทศ (Goverment Budget)
- งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมเงินเดือนผู้ให้บริการที่หน่วยบริการ) (UCS Budget with healthcare providers salary)
- ร้อยละงบประมาณ UCS เทียบกับงบประมาณประเทศ (% of UCS Budget to Goverment Budget)

ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

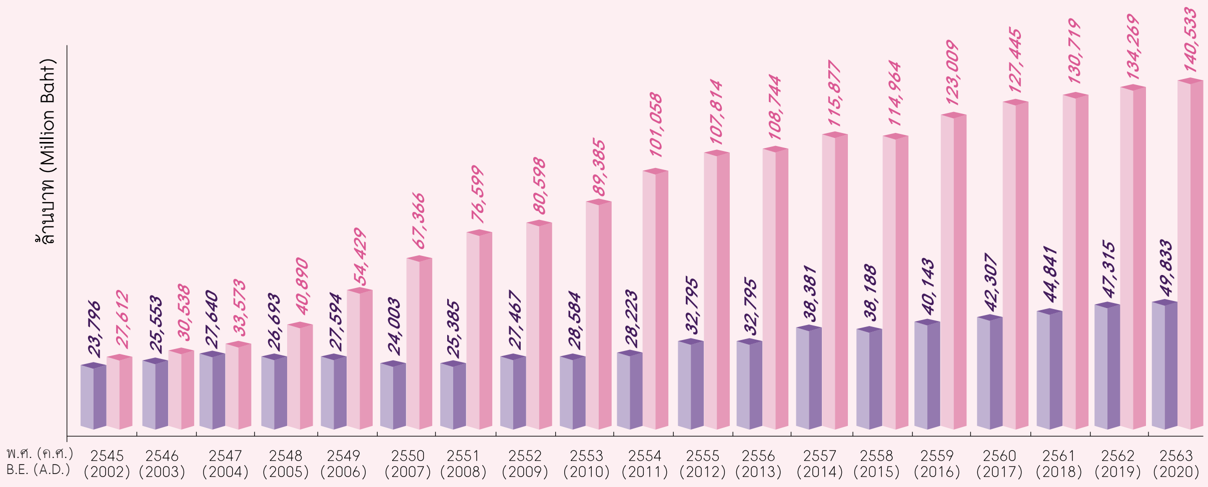
หมายเหตุ: 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับงบกลางที่จัดสรรเพิ่มเติมในปี 2546-2549 จำนวน 5,000 ล้านบาท, 3,845.33 ล้านบาท, 4,993.33 ล้านบาท และ 14,761.83 ล้านบาท ตามลำดับ และในปี 2560-2561 ตามมติคณะรัฐมนตรี อนุมัติงบกลางเงินสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นเพื่อชดเชยการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3,979.41 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) และจำนวน 4,186.13 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) ตามลำดับ

2) ปี 2563 ไม่นับรวมงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 2,282.088 ล้านบาท

ในปีงบประมาณ 2563 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 190,366 ล้านบาท สำหรับดูแลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 48.264 ล้านคน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ จำนวน 49,833 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2545 ประมาณ 2.09 เท่า และส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จำนวน 140,533 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2545 ประมาณ 5.09 เท่า (แผนภาพที่ 42) และงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตามรายการ (แผนภาพที่ 43)

แผนภาพที่ 42

จำนวนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2563



- เงินเดือนผู้ให้บริการที่หน่วยบริการ UCS (Salary of UCS healthcare provider)
- งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมเงินเดือนผู้ให้บริการที่หน่วยบริการ (UCS Budget exclude salary of healthcare providers)

ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับงบกลางที่จัดสรรเพิ่มเติมในปี 2546-2549 จำนวน 5,000 ล้านบาท, 3,845.33 ล้านบาท, 4,993.33 ล้านบาท และ 14,761.83 ล้านบาท ตามลำดับ และในปี 2560-2561 ตามมติคณะรัฐมนตรีอนุมัติงบกลางเงินสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นเพื่อชดเชยการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3,979.41 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) และจำนวน 4,186.13 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท)

2) หักเงินเดือน หมายถึง การคำนวณเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่ามีภาระเงินเดือนของบุคลากรเป็นเท่าใด โดยมีการทบทวนการหักเงินเดือนเป็นระยะ

3) ปี 2563 ไม่นับรวมงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) จำนวน 2,282.088 ล้านบาท

แผนภาพที่ 43

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ 2563

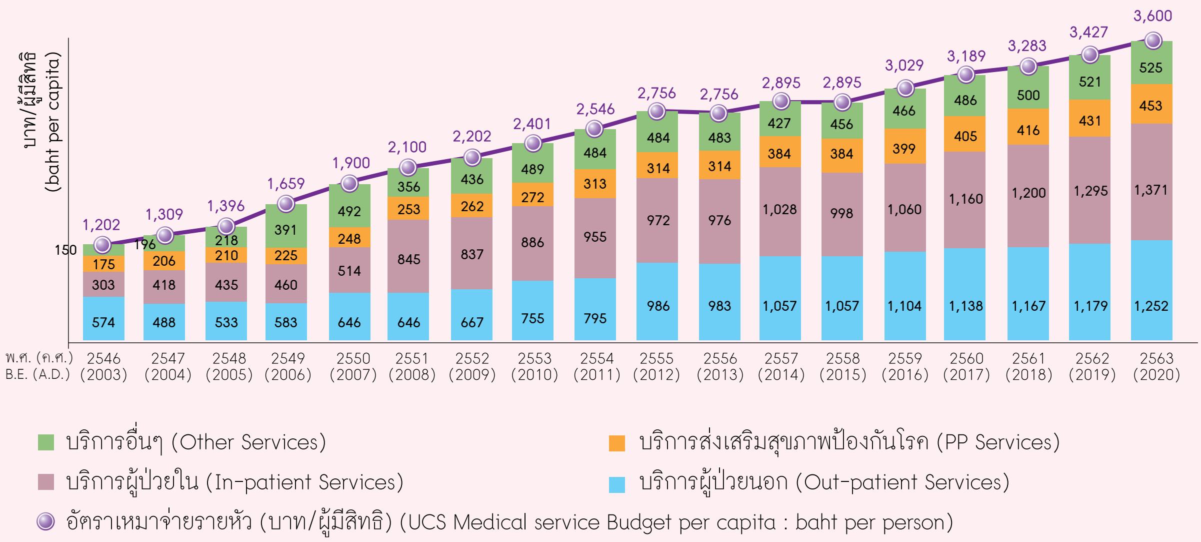
ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ 1) งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 166,445.23 ล้านบาท รวมเงินเดือนผู้ให้บริการหน่วยบริการภาครัฐในระบบ UC จำนวน 47,314.96 ล้านบาท สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 48.575 ล้านคน

2) ไม่นับรวมงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 2,282.088 ล้านบาท

สำหรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวในงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มจากอัตรา 1,202.40 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ ในปี 2546 เป็น 3,600 บาทต่อผู้มีสิทธิ ในปี 2563 หรือเพิ่มขึ้น 2.99 เท่า (แผนภาพที่ 44)

แผนภาพที่ 44
อัตราเหมาจ่ายรายหัว จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ 2546-2563



ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบกลางที่จัดสรรเพิ่มเติมในปี 2546-2549 จำนวน 5,000 ล้านบาท, 3,845.33 ล้านบาท, 4,993.33 ล้านบาท และ 14,761.83 ล้านบาท ตามลำดับ และในปี 2560-2561 ตามมติคณะรัฐมนตรี อนุมัติงบกลางเงินสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นเพื่อชดเชยการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3,979.41 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) และจำนวน 4,186.13 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) ตามลำดับ

2) บริการอื่นๆ นอกเหนือจาก บริการผู้ป่วยใน บริการผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ บริการกรณีเฉพาะ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการแพทย์แผนไทย งบค่าเสื่อม (งบลงทุน) บริการช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้รับบริการ และงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

3) ปี 2563 ไม่นับรวมงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 2,282.088 ล้านบาท

รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมนอกเหนืองบเหมาจ่ายรายหัว เพื่อจัดหาบริการสำหรับกลุ่มเฉพาะเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นประกอบด้วย บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ปีงบประมาณ 2549) บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ปีงบประมาณ 2552) บริการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ปีงบประมาณ 2553) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง กลุ่มพนักงานบริการชาย-หญิง และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด) บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (ปีงบประมาณ 2559) และบริการระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (ปีงบประมาณ 2561) ตามลำดับ ส่งผลให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเพิ่มสิทธิประโยชน์และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนได้มากยิ่งขึ้น

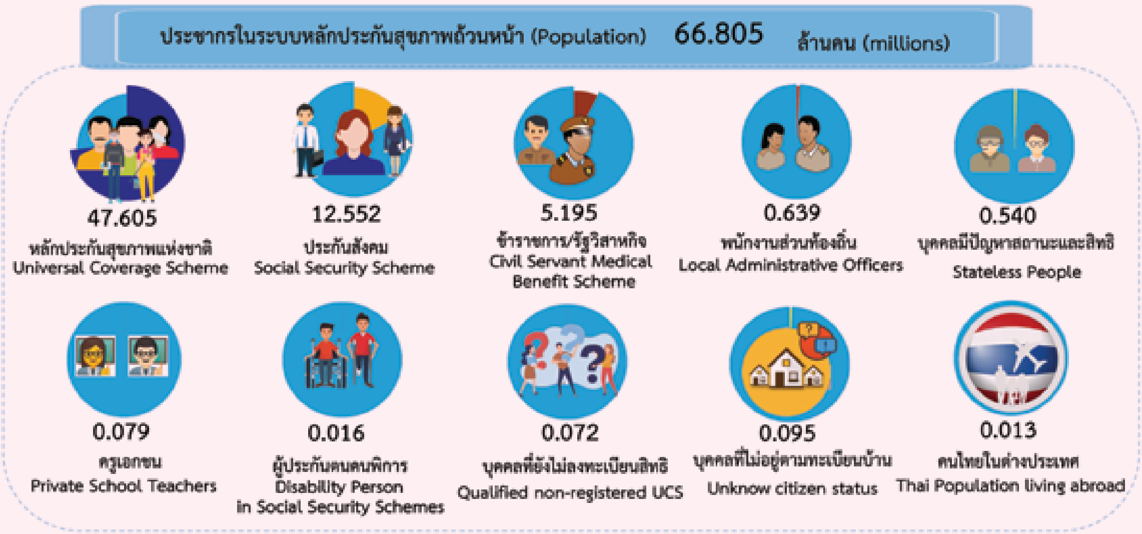
4.2
ความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประชาชนไทย

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วย สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ (รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน หน่วยงานที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะ เป็นต้น) ในปี 2562 ประชากรไทยผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งประเทศมี 66.564 ล้านคน ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66.508 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ร้อยละ 99.92 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 47.523 ล้านคน สิทธิประกันสังคม 12.584 ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 5.149 ล้านคน สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ 0.729 ล้านคน และสิทธิสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ 0.522 ล้านคน และความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ 99.88 (แผนภาพที่ 45 และแผนภาพที่ 46)

เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างอายุ จำแนกในแต่ละสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นเด็ก (อายุ 0-19 ปี) และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิประกันสังคมเป็นวัยแรงงาน (อายุ 25-49 ปี) ส่วนสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจกระจายในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอายุ 40 ปีขึ้นไป (แผนภาพที่ 47)

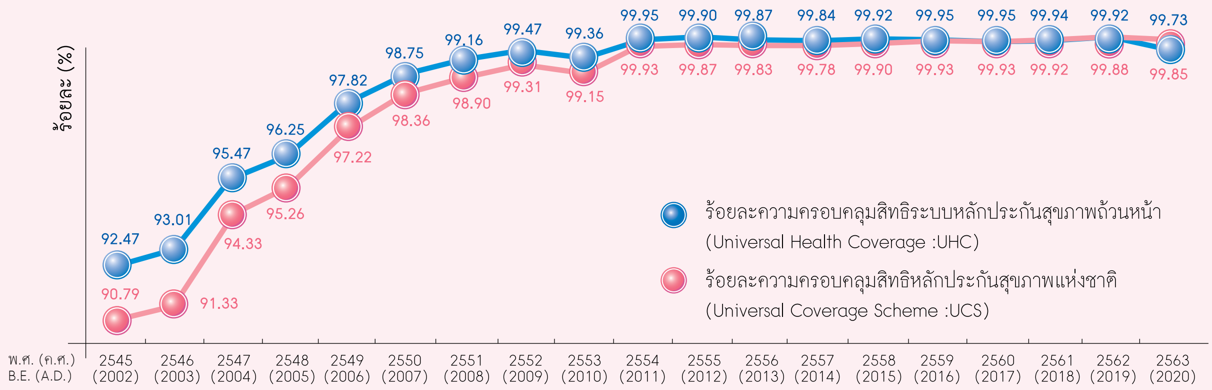
แผนภาพที่ 45

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563



ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ข้อมูล ณ สิงหาคม 2563

แผนภาพที่ 46
ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545–2563



ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ข้อมูล ณ สิงหาคม 2563

หมายเหตุ: 1) ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ในปี 2563 มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการคำนวณ

จากเดิม

จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ x 100

―――――――――――――――――――――――――

จำนวนผู้มีสิทธิUC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ

เปลี่ยนเป็น

จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ x 100

―――――――――――――――――――――――――

จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ + บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน + คนไทยในต่างประเทศ

2) ร้อยละความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS)

=

จำนวนผู้มีสิทธิ UC x 100

―――――――――――――――――――――――――

จำนวนผู้มีสิทธิ UC + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ

แผนภาพที่ 47

สัดส่วนประชากรไทย จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563

ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ข้อมูล ณ สิงหาคม 2563

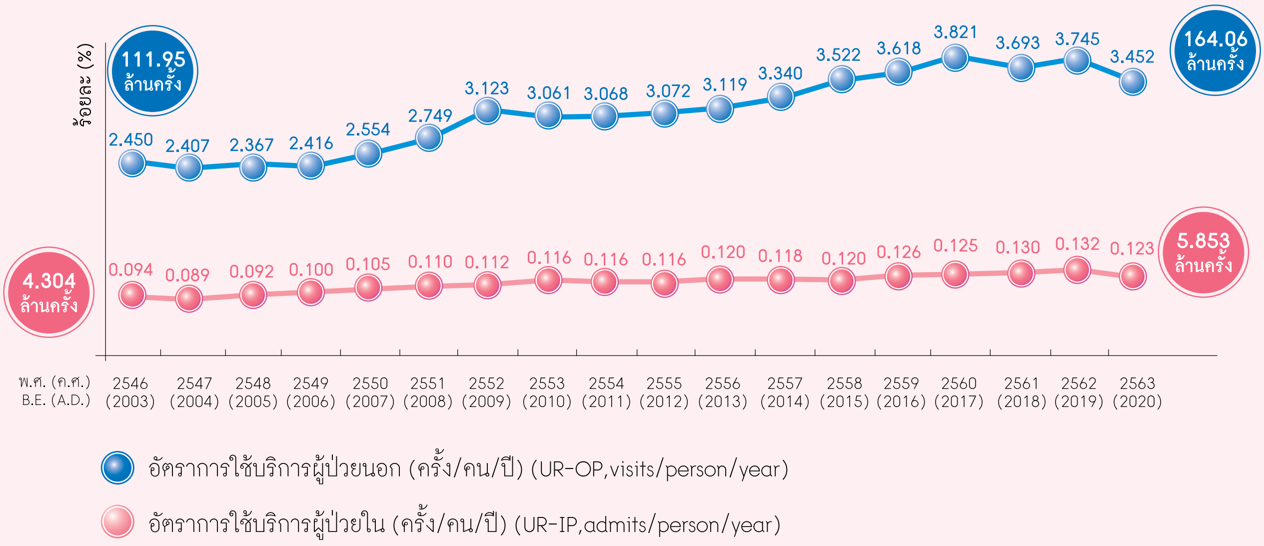
ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี ซึ่งเป็นการสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ จัดทำเป็นเอกสารรูปเล่ม และเอกสารให้ดาวน์โหลด โดยอนุกรรมการสามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เว็บไซต์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx

4.3 การใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้บริการผู้ป่วยนอก ระหว่างปีงบประมาณ 2546-2563 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ในปี 2546 เป็น 164.06 ล้านครั้ง ในปี 2563 โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจาก 2.450 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2546 เป็น 3.452 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2563

สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 4.304 ล้านครั้ง ในปี 2546 เป็น 5.853 ล้านครั้ง ในปี 2563 โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2546 เป็น 0.123 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2563 (แผนภาพที่ 48)

แผนภาพที่ 48
จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2563



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน รายบุคคล สิทธิ UC สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ณ 30 กันยายน 2563 โดยประมวลผลข้อมูล ณ 20 ธันวาคม 2563 (ผู้ป่วยใน) และ 9 มกราคม 2564 (ผู้ป่วยนอก) วิเคราะห์โดย สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.

หมายเหตุ:
1. *อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน*
2. *อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน*
3. *ผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจาก ช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2563 รัฐบาลประกาศมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) จากสถานการณ์ระบาดโควิด-19*

ภาคผนวก

คำอธิบายศัพท์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Accountability (อ่าน : อะ เค้า ทะ บิ ลิ ตี้) ภาระรับผิดชอบ หมายถึง การรับผิดชอบต่อผลการกระทำของตัวเอง มีความสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบ

Adj. RW (อ่าน : แอ๊ด จัสต์ - อาร์ ดับ บลิว : เป็นคำย่อมาจาก Adjusted Relative Weight อ่าน : แอ๊ด จัสต์ -รี เล ทีฟ - เวจท์) คือ การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามจำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล มีโรคหลายโรคที่แม้มีความซับซ้อนมาก แต่เมื่อนอนพักในโรงพยาบาลนานเกินกว่าค่าเฉลี่ยโดยทั่วไป ก็มักจะไม่ได้ใช้ทรัพยากร หรือยา หรือการผ่าตัดอะไรเพิ่มเติมอีกมาก ดังนั้นในการคำนวณ ถ้าหากพบจำนวนวันนอนของกลุ่มโรคเดียวกันยาวนานกว่าค่าเฉลี่ยมากเกินไป ก็จะมีการปรับค่า RW

AE (อ่าน : เออี : เป็นคำย่อมาจาก Accident and Emergency : แอ๊ค ซิ เด้นต์ - แอนด์ - อีเมอร์ เจน ซี่) หมายถึง บริการรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

Age adjusted capitation (อ่าน: เอจ - แอ๊ด จัสต์ - แค้ป ปิ เท ชั่น หรือ Diff. Cap. by age อ่าน : ดิ้ฟฟ์-แค้ป-บาย-เอจ) เป็นการจ่ายเงินงบประมาณให้แก่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบบเหมาจ่ายรายหัว ในอัตราที่แตกต่างกันตามสัดส่วนอายุของประชากร ในพื้นที่ที่รับดูแล การที่มีผู้สูงอายุและเด็กจำนวนมาก สะท้อนว่าจะต้องใช้ยา วัคซีน การฟื้นฟูสภาพร่างกายอื่นๆ ซึ่งใช้เงินจำนวนมาก "อายุประชากร" จึงเป็นตัวแปรที่สำคัญในการคำนวณเพื่อจ่ายงบประมาณแบบ Diff. Cap. แก่หน่วยบริการ

ANC (อ่าน : เอ เอน ซี ย่อมาจาก : Antenatal care: แอน ที เน ทอล - แคร์) การฝากครรภ์ คือการไปพบแพทย์/สูตินรีแพทย์หรือบุคคลากรทางสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์เพื่อดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยมีจุดมุ่งหมายให้มารดาและทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์มากที่สุด มารดาสามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย ทารกมีสุขภาพแข็งแรงดี และหากตรวจพบความผิดปกติระหว่างฝากครรภ์ แพทย์/บุคคลากรทางสาธารณสุขสามารถรักษาหรือให้คำแนะนำที่สมควรกับมารดาได้

Authorized system (อ่าน : ออ โท ไรซ์ - ซิส เต็ม) หมายถึง ระบบกำกับและอนุมัติ

CG (อ่าน ซีจี ย่อมาจาก Care Giver อ่านว่า แคร์ - กิฟ เวอร์) หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Clearing house (อ่าน : เคลีย ริ่ง - เฮ้าส์) หมายถึง การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน แทนหน่วยบริการประจำ

Co-payment (อ่าน : โค - เพย์ เม้นท์) คือ การให้ผู้เอาประกันต้องจ่ายค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการตามอัตราที่กำหนดไว้คงที่ในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขแต่ละครั้งนั้น ซึ่งอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ได้ ตัวอย่างเช่น ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระยะแรก ได้กำหนดให้ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุข ต้องจ่าย 30 บาทในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

Coverage (อ่าน : คอฟ เวอร์ เรจ) หมายถึง ความครอบคลุมของประชากรในด้านหลักประกันสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้ข้อแนะนำว่าการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีต้องมีใน 3 มิติ คือ

1) มิติด้านความกว้าง เช่น การคลอบคลุมประชากร (ประเทศไทยร้อยละ 99 ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
2) มิติด้านสถานะทางด้านสุขภาพของประชากร ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของประชากรในสังคมนั้น ตัวอย่างที่สำคัญเช่น อัตราการตายของแม่และเด็กอายุ 0-1 ปี หรืออายุขัยเฉลี่ยของประชากรในประเทศ
3) มิติด้านความลึก เช่น ชนิดของบริการที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างบริการในการให้บริการด้านสร้างเสริมป้องกันโรค ด้านการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การรักษาโรคที่มีคุณภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ครอบคลุม

CM (อ่าน : ซีเอ็ม ย่อมาจาก Care manager อ่านว่า แคร์ - เม แน เจอร์) หมายถึง ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

DHML (อ่าน : ดี เฮช เอ็ม แอล เป็นคำย่อมาจาก District Health System Management Learning : ดิส ตริก - เฮลท์ - ซิส เต็ม - แม เนจ เม้น - เลิน นิ่ง) หมายถึง การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพอำเภอ

DHS (อ่าน : ดี เฮช เอส เป็นคำย่อมาจาก District Health System : ดิส ตริก - เฮลท์ - ซิส เต็ม) คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อสุขภาวะของประชาชน

DMI (อ่าน : ดี เอ็ม ไอ : เป็นคำย่อมาจาก Diseases management initiative: ดี ซีส - แมเนจ เม้นต์ - อิน นิ เทีย ทีฟ) หมายถึง การบริหารจัดการโรคเฉพาะที่กำหนดเป็นรายโรค และให้การดูแลตลอดกระบวนการในการรักษาพยาบาล เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย โรคธาลัสซีเมีย โรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

DRG (อ่าน : ดี-อาร์-จี : เป็นคำย่อมาจาก Diagnostic Related Group : ได แอ๊ก โน้ส ติก - รี เลท เต็ด - กรุ๊ป) ภาษาไทยใช้คำว่า "กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม" การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิก และการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน และให้ค่าคะแนนว่าแต่ละกลุ่มโรคมีน้ำหนักคะแนนเท่าไหร่ โดยอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลัก โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน มาจัดกลุ่มผู้ป่วย เพื่อบอกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลานอนในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และสิ้นเปลืองค่ารักษาหรือทรัพยากรใกล้เคียงกัน

DRG with Global Budget (อ่าน : ดี อาร์ จี - วิท - โกล บอล - บัต เจต) หมายถึง วิธีคำนวณการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG Sum Adjusted RW อ่าน : ดีอาร์จี-ซัม-แอ๊ดจัสต์-อาร์ดับบลิว) ซึ่งเปรียบเทียบต้นทุนที่ใช้ในการรักษาพยาบาลตามประเภทกลุ่มโรค ผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน และจะต้องเบิกจ่ายในวงเงินงบประมาณที่กำหนดช่วงเวลางวดงบประมาณหนึ่ง เมื่อเอาค่าน้ำหนักคะแนนสัมพัทธ์รวมที่ปรับค่าแล้วของแต่ละหน่วยบริการ ในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น โรงพยาบาล ก. ช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ รักษาโรคแบบผู้ป่วยใน ผ่าตัดด้วย รวมออกมาเป็นค่า Sum Adjusted RW เท่ากับเท่าไหร่ โรงพยาบาล ข. ก็ใช้วิธีการคำนวณ ในช่วงระยะเวลาเดียวกันแบบเดียวกัน แล้วเอาไปเทียบกับงบประมาณที่มีไว้เป็นก้อนรวม (Global) สำหรับงวดนั้น จะได้เป็นจำนวนเงินให้แก่โรงพยาบาล ก. และโรงพยาบาล ข. .....ไปจนถึง โรงพยาบาลทั้งหมดที่มีอยู่ในเขต

E-claim (อ่าน อี - เคลม) หมายถึง โปรแกรมสำเร็จรูปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการรับข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน และบริการกรณีเฉพาะจากหน่วยบริการ และจะประมวลผลเพื่อการจ่ายเงินตามผลงานแก่หน่วยบริการ

Equality (อ่าน : อี ควอ ลิ ตี้) หมายถึง ความเท่าเทียม การที่บุคคลได้รับการจัดสรรทรัพยากรหรือได้รับการช่วยเหลือเหมือนกัน โดยมิได้คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลเลย ทำให้มีบุคคลบางคนเข้าไม่ถึงสิทธิเสรีภาพที่ตนควรจะได้รับ

Equity (อ่าน : อี ควิ ตี้) หมายถึง ความเสมอภาค ซึ่งถือว่าเป็นหลักพื้นฐานของศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ โดยต้องพิจารณาถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลก่อน ซึ่งถ้าหากบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันแล้วการจัดสรรทรัพยากรหรือการได้รับความช่วยเหลือย่อมแตกต่างกันไปด้วย เพื่อให้ทุกคนได้รับสิทธิเสรีภาพอย่างเสมอภาคกันอย่างทั่วถึง

HC (อ่าน : เฮชซี : เป็นคำย่อมาจาก High Cost : ไฮ - คอสต์) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการบริการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะหรือราคาแพง ตามรายการและเงื่อนไขที่กำหนด

HNA (อ่าน : เอ็ช-เอ็น-เอ เป็นคำย่อมาจาก Health Needs Assessments : เฮลท์ - นีด - แอส เซซ เม้นท์) คือ วิธีการหรือกระบวนการที่เป็นระบบในการทบทวนประเด็นปัญหาสุขภาพที่ประชากรหรือประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเผชิญอยู่ ดำเนินการโดยทีมซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระบวนการนี้นำไปสู่ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการจัดลำดับของประเด็นปัญหา และการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ/ความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ (คู่มือการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ, 2552)

INST (อ่าน : ไอ เอ็น เอส ที : เป็นคำย่อมาจาก Instruments : อิน สะ ทรู เม้นต์) หมายถึง รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการบำบัดรักษาโรค (บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) รายการ INST ที่ประกาศในคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพประจำปี หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้อีก ในอัตราที่ไม่สูงเกินกว่าที่กำหนดในประกาศและใช้โดยมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม

IP (อ่าน : ไอ พี : เป็นคำย่อมาจาก In Patient : อิน-เพ เที่ยนต์) หมายถึง ผู้ป่วยในหรือ คนไข้ที่มารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการและต้องนอนค้างคืนเพื่อรับการรักษา

IPHC (อ่าน : ไอพีเอชซี : เป็นคำย่อมาจาก In Patient High Cost : อิน - เพ เทียนต์ - ไฮจ์ - คอสต์) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการบริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยในที่มีลักษณะเฉพาะหรือราคาแพง ตัวอย่าง เช่น การผ่าตัด ตา หู จมูก ศัลยกรรมทั่วไป การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ การเจาะเลือดเพื่อพิสูจน์โรคหลายชนิด และการนอนในโรงพยาบาลโดยรักษาด้วยเครื่องฉายแสง การผ่าตัดที่ซับซ้อน รายการค่าใช้จ่ายสูงเหล่านี้ จึงต้องมีการคิดแยกรายการออกมา เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการชดเชยเงินที่เพียงพอ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม

Insurance benefits (อ่าน : อิน ชัว รันซ์ - เบน เน ฟิท) หมายถึง สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสมาชิกที่อยู่ในเครือข่ายสิทธิประโยชน์นั้นๆ พึงได้รับ

LTC (อ่าน : แอล ที ซี ย่อมาจาก Long Term care อ่าน ลอง - เทอม - แคร์) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ODS (อ่าน : โอ ดี เอส เป็นคำย่อมาจาก One day surgery : วัน - เดย์ - เซอร์ เจอ รี่) หมายถึง การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยใน และพักอยู่หน่วยบริการไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักค้างคืน

On Top (อ่าน : ออน-ทอป) หมายถึง งบค่าชดเชยบริการเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวตามปกติที่จ่ายให้แก่หน่วยบริการ เช่น งบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น

O&M (อ่านว่า โอ แอนด์ เอ็ม เป็นคำย่อมาจาก Orientation and Mobility: โอ เรน เต ชั่น - แอนด์ - มอ บิ ลิ ตี้) "การทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว" เป็นวิชาที่สอนให้คนตาบอดรู้จักใช้ประสาทสัมผัสที่เขามีอยู่ ซึ่งได้แก่ สายตาบางส่วน การฟังเสียง การสัมผัส การดมกลิ่น การชิมรส และประสบการณ์เดิม เพื่อทำให้เขาทราบว่า 1) ตัวเขาอยู่ที่ไหน 2) สถานที่และสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเขามีอะไรบ้าง 3) สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเขามีความสัมพันธ์กันอย่างไร 4) ตัวเขากับสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กันอย่างไร จึงเป็นการง่ายที่เขาจะเคลื่อนไหว หรือเดินโดยใช้ไม้เท้าขาวไปยังสถานที่ต่างๆ ที่เขาต้องการได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ สง่างาม และปลอดภัยได้ด้วยตนเอง

OP (อ่าน : โอ พี : เป็นคำย่อมาจาก Out Patient : เอ๊าต์-เพ เที่ยนต์) หมายถึง ผู้ป่วยนอก หรือคนไข้ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการไม่ต้องค้างคืน

OPAE (อ่าน : โอ พี เอ อี : เป็นคำย่อมาจาก Out Patient Accident and Emergency : เอ๊าต์ – เพ เที่ยนต์ – แอ๊ค ซิ เด้นต์ – แอนด์ – อี เมอร์ เจน ซี่) หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการรักษาพยาบาลจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

OPHC (อ่าน : โอ พี เอช ซี : เป็นคำย่อมาจาก Out Patient High Cost : เอ๊าต์ – เพ เที่ยนต์ – ไฮจ์ – คอสต์) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีลักษณะเฉพาะหรือราคาแพง

P&P (อ่าน : พี แอนด์ พี : เป็นคำย่อมาจาก Promotion and Prevention : โปร โม ชั่น – แอนด์ – พรี เว้น ชั่น) หมายถึง การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบุคคลและครอบครัว เช่น บริการวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ ทารกแรกเกิดและพัฒนาการของเด็ก บริการวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการเป็นโรค การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น โดยครอบคลุมบริการแก่ประชาชนคนไทยทุกคน ทุกสิทธิ ตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยการบริหารจัดการได้แยกเป็นประเภทบริการย่อย 5 รายการ ได้แก่

1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National Priority Program and Central Procurement อ่าน : พี แอนด์ พี – เน ชั่น นัล – ไพ ออ ริ ตี้ – แอนด์ – เซ็น ทรัล – โพ เคียว เม้นท์) หมายถึง การจัดการปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ การจัดบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ใหม่ยังจำเป็นต้องมีการนำร่องและบริหารจัดการในระดับประเทศ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของระบบก่อนที่จะขยายไปทั่วประเทศ งบส่วนนี้โดยส่วนใหญ่ใช้ในการจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานและวัคซีนไข้หวัดใหญ่ สนับสนุนการบริการโรคที่เป็นปัญหาระดับประเทศ เช่น TSH, Thalassemia, Child development, Teenage pregnancy เป็นต้น
2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน (P&P community อ่าน : พี แอนด์ พี – คอม มิว นิ ตี้) หมายถึง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินงานในชุมชน เป็นการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นหน่วยรับผิดชอบบริหารจัดการและดำเนินงานให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นไปตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18(8) และ (9) และมาตรา 47

3) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ (PPA : อ่าน พี พี เอ เป็นคำย่อมาจาก PP Area-Based : พี พี - แอ เรีย - เบส) หมายถึง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดสรรเพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะในระดับพื้นที่
4) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services อ่าน : พี แอนด์ พี - เบ สิค - เซอร์ วิส) หมายถึง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (รวมถึงบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน)
5) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

P4P (อ่าน : พี โฟร์ พี : เป็นคำย่อมาจาก Pay for Performance : เพย์ - ฟอร์ - เพอร์ ฟอร์ แมนซ์) หมายถึง งบที่จัดสรรให้หน่วยบริการรับส่งต่อตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการที่กำหนด หน่วยบริการจะได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มตามสัดส่วนคะแนนที่ได้ วิธีการจ่ายเงินแบบนี้จะจ่ายเมื่อ "มีผลงานแล้ว" ตามตัวชี้วัดที่ตกลงกัน หน่วยบริการที่มีผลงานก็จะได้เงินมาก ข้อดีคือจะทำให้เร่งผลิตผลงาน ข้อเสีย คือ หน่วยบริการที่มีความพร้อมพื้นฐานน้อยก็จะผลิตผลงานได้น้อยและได้รับเงินน้อยไปด้วย

Palliative Care (อ่าน พา ลิ เอ ทีฟ - แคร์) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านหรือระยะประคับประคอง เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะสุดท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการดูแลคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ "ตายดี"

Point System with Ceiling with Global Budget (อ่าน : พ้อยต์ - ซีส เต็ม - วิท - ซิล ลิ่ง - วิท - โกล บอล - บัด เจ็ต) หมายถึง การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการรูปแบบหนึ่งคล้ายกับ Point System with Global Budget จะแตกต่างตรงที่การให้คะแนนค่าบริการแต่ละเรื่องจะมีการกำหนดเพดานของคะแนนว่าไม่เกินเท่าไหร่ในบริการเรื่องนั้น ๆ เช่น ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทางการแพทย์ เนื่องจาก "ราคา" ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในพื้นที่ต่าง ๆ

ของประเทศแตกต่างกันมาก จึงต้องตกลงกันกำหนด "ค่าเพดาน หรือ Ceiling" ของการมาคิดแต้มคะแนนก่อน เพื่อไม่ให้เกิดการแกว่งตัวของการจัดสรรงบประมาณที่จะต้องจ่ายให้แก่กันมาก

Population-based (อ่าน ป็อบ ปู เล ชั่น - เบส) คือ การใช้ประชากรเป็นฐานในการคิด คำนวณ หรือทำวิจัย

Pre-authorization (อ่าน พรี-ออ โท ไรซ์ เซ ชั่น) หมายถึง กระบวนการตรวจสอบที่ทำก่อนรับผู้ใช้บริการไว้ในการดูแล

Provider-based (อ่าน : โพร ไว เดอร์ - เบส) คือ การให้หน่วยบริการหรือผู้ให้บริการเป็นฐานในการคิด คำนวณ หรือทำวิจัย

QOF (อ่าน : คิว โอ เอฟ : เป็นคำย่อมาจาก Quality and Outcome Framework : ควอ ลิ ตี้ -แอนด์ - เอ๊าท์ คัม - เฟรมเวิร์ค) คือ กรอบแนวคิดที่นำคุณภาพและผลลัพธ์ของการให้บริการมาเชื่อมโยงกับกลไกการเงิน เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของกลไกการจ่ายที่สะท้อนถึงสมรรถนะของการให้บริการที่สามารถให้บริการ จนกระทั่งบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ สามารถลดภาวะแทรกซ้อน สามารถทำให้เกิดความครอบคลุมของการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น

Risk-Pooling (อ่าน: ริส - พูล ลิ่ง) หมายถึง การรวบรวมความเสี่ยงที่ใช้ค่าเฉลี่ยไม่ว่าจะเป็น ตัวเลข งบประมาณ หรือค่าอื่นๆ ที่ได้มาจากประชากรทุกกลุ่มทั้งหมด เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือมีผู้ป่วยไม่มาก

UC (อ่าน : ยู ซี เป็นคำย่อมาจาก Universal Coverage : ยู นิ เวอร์ แซล - คอฟ เวอร์เรจ) หรือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้แก่คนในประเทศทุกคน

UCEP (อ่าน : ยู เซ็พ เป็นคำย่อมาจาก Universal Coverage for Emergency Patients : ยู นิ เวอร์ แซล - คอฟ เวอร์ เรจ - ฟอร์ - อี เมอร์ เจน ซี่ - พา เที่ยน) นโยบายรัฐบาล "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่" กรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญา 3 กองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษา

พยาบาลข้าราชการ) และในอนาคตจะขยายไปยังกองทุนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัย โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้ไม่เป็นอุปสรรคและความเสี่ยงของการดูแลรักษา โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ภายใน 72 ชั่วโมงหรือพ้นภาวะวิกฤต ผู้ที่จะใช้สิทธินี้ได้ต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามหลักเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) กำหนดกรณีกลุ่มอาการฉุกเฉินวิกฤต คือ หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรงหายใจติดขัด มีเสียงดัง ซึมลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม เจ็บหน้าอกเฉียบพลันรุนแรง แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด แบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด หรือมีอาการอื่นร่วมที่มีผลต่อการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

UHOSNET (อ่าน : ยู ฮอส เน็ท เป็นคำย่อมาจาก University Hospital Network : ยู นิ เวอร์ ซิ ตี้ - ฮอส พิ ทอล - เน็ต เวิร์ค) หมายถึง เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย โดยมีสถาบันที่เป็นสมาชิกก่อตั้ง ได้แก่ 1. โรงพยาบาลศิริราช 2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 3. โรงพยาบาลรามาธิบดี 4. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 5. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น 6. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 7. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 8. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล 9. โรงพยาบาลราชวิถี (วิทยาลัยแพทย์รังสิต) 10. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (มศว.) 11. ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยนเรศวร 12. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปัจจุบันมีสถาบันสมทบ ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันผลิตแพทย์เพิ่มกระทรวงสาธารณสุข สถาบันสมทบของสถาบันเจ้าภาพที่เป็นผู้จัดการประชุม และคณะแพทยศาสตร์แห่งใหม่ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด

Virtual account (อ่าน : เวอร์ ช่วล - แอค เค้าท์) หมายถึง บัญชีเสมือน ซึ่งเป็นการกันเงินค่าบริการผู้ป่วยไว้จำนวนหนึ่ง สำหรับหน่วยบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

กองทุนประกันสังคม หรือ ระบบประกันสังคม หมายถึง การสร้างหลักประกันในการดำรงชีวิตในกลุ่มของสมาชิกที่มีรายได้ และมีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม จุดประสงค์ของการทำประกันสังคม คือ เพื่อให้ผู้ประกันตนมีหลักประกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย การคลอดบุตร ทุพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน และให้ผู้ประกันตนได้รับการรักษาพยาบาล และได้รับการทดแทนรายได้อย่างต่อเนื่อง

กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ หรือ สวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการ คือ ค่าตอบแทนที่ทางราชการจัดให้แก่ราชการในฐานะที่เป็นสมาชิกขององค์กร เพื่อช่วยให้มีความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้ข้าราชการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบังเกิดประสิทธิผล โดยสวัสดิการของข้าราชการพลเรือนสามัญมีทั้งที่กำหนดให้เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน ดังนี้

1) การลา
2) เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
3) เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
4) เงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ
5) เครื่องราชอิสริยาภรณ์
6) บำเหน็จบำนาญ

การจ่ายตามปริมาณบริการ (Fee for Service อ่าน : ฟี - ฟอร์ - เซอร์ วิส) หมายถึง การเบิกจ่ายการบริการตามค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ บางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น กรณีผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและประกันสุขภาพภาคเอกชน บางกรณีเป็นเบิกเป็นสินไหมชดเชยจากผู้มีสิทธิโดยตรงกับต้นสังกัดหรือบริษัทประกันโดยตรง เช่น กรณีค่ายาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอกของสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ในหลายกรณีจะมีการกำหนดเพดานวงเงินสูงสุดที่จะให้คุ้มครองไว้ด้วย เช่น กรณีของความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ และประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นต้น

การจ่ายตามรายป่วยหรือประเภทความเจ็บป่วย (Case-based payment อ่าน : เคส - เบส - เพ เม้น) เป็นการจ่ายล่วงหน้าตามชนิดของการรักษาหรือโรคที่ให้บริการในครั้งหนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นการจ่ายตลอดช่วงของการดูแลจนเสร็จสิ้น เช่น การคลอดบุตร เป็นการจัดกลุ่มค่าใช้จ่ายปลีกย่อยของผู้ป่วยให้เป็นกลุ่มเดียวกัน และจ่ายในอัตรากลางเท่าเทียมกัน

การจ่ายเงินล่วงหน้า (Pre paid อ่าน : พรี-เพด) หมายถึง การจ่ายเงินล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการมีสภาพคล่องทางการเงินในการใช้จ่ายเพื่อบริการ เช่น การจัดสรรงบประมาณค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวงวดแรกไปล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการ การจ่ายเงินลักษณะนี้คล้ายคลึงกับการจ่ายเงินมัดจำ หรือเงินประเดิมในบริการทั่วไปนั้นเอง คือให้งบประมาณไปก่อน ตามการคำนวณว่าบริการสาธารณสุขในอนาคตคาดว่าจะให้บริการแก่ประชาชน เพื่อให้หน่วยบริการนั้น ๆ มีเงินสดไปใช้จัดบริการก่อน แล้วจึง

มาพิจารณากันในตอนกลางปีงบประมาณหรือปลายปีงบประมาณว่าได้ให้บริการจริงกับประชาชนมาก หรือน้อย หนัก หรือเบาประการใด ถ้าหากให้บริการจริงมากกว่าและรักษาอาการหนักกว่าที่จ่ายไปแล้ว ก็ต้องจ่ายเงินเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการ

การจ่ายเงินภายหลัง (Post paid อ่าน : โพส-เพด) หมายถึง การจ่ายเงินหลังจากเกิดการบริการจริงแล้วตามผลงาน/ข้อมูลที่ส่งมา

การคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนน (Point System with Global Budget (อ่าน : พ้อยต์ – ซีสต์ เต็ม – วิท – โกล บอล – บั๊ด เจ็ต) หมายถึง การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการรูปแบบหนึ่งซึ่งมีวิธีการคำนวณด้วยการให้คะแนนค่าบริการและใช้ผลรวมคะแนนทั้งหมดมาหารด้วยวงเงินงบประมาณคงที่ เพื่อจะได้ผลว่าจะจ่ายเงินกี่บาทต่อ 1 คะแนน การคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนน เช่น การจ่ายชดเชยผู้ป่วยนอกข้ามเขต กรณีฉุกเฉิน การไปใช้บริการของประชาชนไทยผู้มีสิทธิ มีความเป็นไปได้มากว่าอาจจะไปตรวจรักษาในต่างจังหวัดไกล ๆ จากจังหวัดที่ตนเองมีสิทธิในบัตรอยู่ ซึ่งอาจจะเพราะแพทย์นัด หรืออาจเพราะโรคฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามโรคก็มีมากแตกต่างกันไป กระบวนการรักษาก็ใช้เทคโนโลยี การชันสูตรโรค ยา และเครื่องมือหลากหลาย จึงมีการกำหนดเป็นค่าคะแนนร่วมกัน และกำหนดงบประมาณเป็นวงเงินรวมไว้ เมื่อให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกก็เริ่มแทนเป็นค่าคะแนนก่อน แล้วจึงเทียบเป็นบาทของงบประมาณที่จะต้องจ่ายให้แก่กัน

การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation อ่าน : แคป ปิ เท ชั่น) หมายถึง วิธีการจ่ายเงินที่เหมาจ่ายตามจำนวนประชากรที่มาลงทะเบียนกับหน่วยบริการ ซึ่งจะมีการกำหนดอัตราเหมาจ่ายต่อประชากรหนึ่งคน คูณกับจำนวนประชากรเป้าหมาย เหมาจ่ายเป็นรายปี

การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวปรับตามเงื่อนไข (Differential Capitation อ่าน : ดิ้ฟ เฟอร์ เร็นต์ เชี่ยล – แค้ป ปิเต ชั่น) เรียกสั้น ๆ ว่า Diff. Cap. (อ่าน : ดิ้ฟ – แค้ป) หมายถึง การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับค่ากลางให้ผลลัพธ์ออกมามากน้อยต่างกัน โดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน เช่น อายุของประชากร การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น จึงทำให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวแตกต่างกัน การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวเท่ากันหมดเป็นการไม่เป็นธรรมแก่จังหวัดที่มีสภาพแวดล้อมทั่วไปที่แตกต่างกัน จังหวัดที่มีผู้สูงอายุและเด็กที่มีอยู่จำนวนมาก หรือมีโรคเรื้อรังจำนวนมาก ก็ย่อมจะต้องใช้งบประมาณมากกว่า จึงมีการคำนวณงบประมาณจากค่าเหมาจ่ายรายหัวค่ากลางอีกครั้ง แต่ละจังหวัดจะมีค่า Diff. Cap. แตกต่างกัน

การตรวจสอบเวชระเบียน ชนิดของการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แบ่งออกเป็นเรื่องหลัก ๆ 4 แบบ คือ

1) Financial Audit (อ่าน : ไฟ แนน เชียล - ออดิต หรือบางครั้งเรียกว่า Billing Audit : บิลลิ่ง - ออ ดิต) หมายถึง การตรวจสอบทางด้านการเงิน โดยแบ่งการตรวจสอบออกได้เป็น 2 ส่วน คือ ตรวจสอบต้นทุน ว่ามีการใช้ทรัพยากรไปมากน้อยเพียงใด ทั้งอาคารสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการว่ามีการบันทึกเพื่อการเรียกเก็บครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ เรียกเก็บในราคาที่เหมาะสมหรือไม่ มีการเรียกเก็บในสิ่งที่ไม่ได้ทำหรือไม่ และเมื่อเรียกเก็บค่าบริการแล้ว สามารถเก็บค่าบริการได้จริงเท่าใด
2) Coding Audit (อ่าน : โค๊ด ดิ้ง - ออ ดิต) หมายถึง การตรวจสอบรหัสโรค รหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกลงคอมพิวเตอร์ เพื่อนำไปประมวลผลตามกลไกการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DRGs ว่าถูกต้องตามหลักการสากลการให้รหัสโรคและหัตถการหรือไม่
3) Quality Audit (อ่าน : ควอ ลิ ตี้ - ออ ดิต หรือบางครั้งเรียกว่า Clinical Audit : คลิ นิ คอล - ออ ดิต) หมายถึง การทบทวนกระบวนการดูแลผู้รับบริการทั้งหมดว่าเป็นไปอย่างถูกต้องหรือไม่ ตั้งแต่สิทธิของผู้รับบริการและจริยธรรม การประเมินสภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยโรค การให้การรักษา การติดตามความเปลี่ยนแปลงการให้ความรู้แก่ ผู้รับบริการและญาติ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเปรียบเทียบกับมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ยอมรับกันในวงการวิชาชีพ
4) Medical Record Audit (อ่าน : เมด ดิ คอล - เรค คอร์ด - ออ ดิต) หมายถึง การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis อ่าน : ฮี โม - ได อะ ไล ซิส หรือ HD อ่าน เอช ดี) หมายถึง การฟอกเลือดด้วยเครื่อง เพื่อบำบัดทดแทนไต ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis อ่าน : คอน ทิ นิว อัส - แอม บู ลาทอรี่ - เพอ ริ โต เนียล - ได อะ ไล ซิส หรือ CAPD อ่าน ซี เอ พี ดี) หมายถึง การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกและกลับไปทำเองได้ที่บ้าน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะจัดส่งน้ำยาล้างไตให้ถึงบ้าน

การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention อ่าน : ไพร มา รี่ - พรี เวน ชั่น) หรือการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีสุขภาพดีอยู่แล้ว ให้มีภาวะสุขภาพที่ดีให้นานที่สุด

การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention อ่าน เซ คัน ดา รี่ - พรี เวน ชั่น) เป็นการตรวจคัดกรองโรคที่เริ่มเกิดขึ้นแล้วในระยะแรก แต่ยังไม่มีอาการ เช่น การตรวจคัดกรองโรคประจำปี เพื่อให้การรักษาได้ทันที ก่อนที่จะเกิดพยาธิสภาพรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว

การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention อ่าน : เทอ เทีย รี่ - พรี เวน ชั่น) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่แม้จะเกิดพยาธิสภาพชัดเจนแล้ว แต่แพทย์ยังให้การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการ หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

กลไกกลางเพื่อการเบิกจ่ายบริการสาธารณสุข (National Clearing House อ่าน : เน ชั่น แนล - เคลีย ริ่ง - เฮ้าส์ หรือ NCH อ่าน เอ็น ซี เอช) หมายถึง การทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย และระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการ ทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW อ่าน : อาร์-ดับบลิว เป็นคำย่อมาจาก : Relative Weight : รี เล ทีฟ - เวจท์) หมายถึง เป็นค่าคะแนนของกลุ่มโรคแต่ละกลุ่มตามระบบ DRG ซึ่งค่าคะแนนนี้เป็นตัวเลขที่สามารถใช้เปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหนึ่งว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค และมีการใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์นี้เป็นตัวแทนภาวะความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วยได้ระดับหนึ่ง กลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนมากและที่ต้องมีผ่าตัดหัตถการด้วย ก็จะมี RW สูงมาก

เครือข่ายหน่วยบริการ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกัน โดยประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ อาจมีหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ ทั้งนี้เครือข่ายหน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด

งบประมาณยอดรวม (Global Budget อ่าน : โกล บอล - บัด เจ็ต) หมายถึง รูปแบบการสนับสนุนด้านการเงิน โดยใช้วิธีจัดสรรยอดเงินรวม มีเกณฑ์หรือข้อกำหนดเฉพาะที่จะใช้

ตัดสินว่า จะมอบให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลใช้จ่ายเงินยอดรวมนี้อย่างไร โดยไม่มีการเพิ่มเติมงบประมาณให้อีก หรือเรียกว่าเป็นการจัดสรรงบประมาณแบบมีเพดานกำหนดวงเงินที่ชัดเจน หรือแบบปลายปิด เนื่องจากงบประมาณที่รัฐให้มา เป็นงบประมาณรายปี มีข้อตกลงจำนวนเงินงบประมาณในจำนวนบาทที่แน่ชัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงต้องจัดให้แก่หน่วยบริการแบบปลายปิด ข้อดีคือการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของประเทศ ข้อเสียคือถ้าหน่วยบริการไม่บริหารต้นทุนให้เกิดประสิทธิภาพจะมีความเสี่ยงทางการเงิน

ช่องทางด่วน (Fast tract อ่าน ฟาสท์ - แทรค) เป็นการจัดบริการสำหรับโรคที่ต้องใช้ความรวดเร็วในการวินิจฉัย และรักษาอย่างเร่งด่วน มักเป็นโรคที่มีอัตราตายสูง หรือต้องใช้ความพร้อมของทีมบุคลากรทางการแพทย์และเทคโนโลยี

ทีมหมอครอบครัว (FCT อ่าน : เอฟ-ซี-ที ย่อมาจาก Family Care Team : แฟมมิลี่ ทีม) หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาล รวมถึงอาสาสมัคร (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกายครอบคลุมทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าใจ

บริการสาธารณสุข หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการพื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ประชากร UC/ประชากรสิทธิ UC หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม และสิทธิการรักษาพยาบาล หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสวัสดิการอย่างอื่นที่รัฐจัดให้

ประชากร สิทธิ Non UC (อ่าน : นอน ยู ซี เป็นคำย่อมาจาก Non Universal Coverage : นอน - ยู นิ เวอร์แซล - คอฟ เวอร์ เรจ) หมายถึง ประชาชนไทยที่ไม่ใช่สิทธิ UC ได้แก่ ข้าราชการรวมทั้งครอบครัวที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือลูกจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ครูเอกชน

รพศ. (ย่อมาจาก โรงพยาบาลศูนย์) คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีเครื่องไม้เครื่องมือพร้อม มีแพทย์เฉพาะทางเกือบทุกสาขา โรงพยาบาลนี้มักจะเป็นศูนย์กลาง ให้โรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการยุ่งยากซับซ้อนเพื่อรักษาต่อ มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลมากกว่า 500 เตียง ขึ้นไป

รพท. (ย่อมาจาก โรงพยาบาลทั่วไป) เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วไป หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาล จำนวนเตียง 120 - 500 เตียง รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common problem) ไม่ซับซ้อนมากนัก โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา

รพช. (ย่อมาจาก โรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาล จำนวนเตียงตั้งแต่ 10 -120 เตียง โดยเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ ใกล้ชิดกับชุมชนมากขึ้น มีภารกิจด้านงานส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล

รพ.สต. (ย่อมาจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) หรือเดิมเรียก สถานีอนามัย เป็นสถานพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ได้รับการยกฐานะจากสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ

ศูนย์แห่งความเป็นเลิศ (Excellent Center อ่านว่า เอ็กซ์ เซล เลนซ์ - เซ็น เตอร์) เป็นสถานบริการที่มีขีดความสามารถสูง เพื่อการดูแลโรคเฉพาะทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคที่มีอัตราการตายสูง เช่น ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์หัวใจ ศูนย์มะเร็ง เป็นต้น

สิทธิว่าง หมายถึง ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 ซึ่งอาจเกิดจากการปลดสิทธิจากกองทุนอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น หมดสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หมดสิทธิประกันสังคม กลุ่มเด็กแรกเกิด (อายุ 0 - 5 ปี) ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนรับสิทธิ กลุ่มทหารเกณฑ์ปลดประจำการ ผู้พำนักในราชทัณฑ์ที่พ้นโทษ

สถานบริการ หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชนและของสภากาชาดไทยหรือหน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายความว่า ส่วนงานหรือหน่วยงานภายในของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของรัฐ ที่มีกฎหมายหรือกฎกำหนดหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การหนึ่งการใด หรือเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยกฎหมายสถานพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขของเอกชนอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

หน่วยบริการ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และให้หมายความรวมถึงหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการของรัฐได้รับมาตรฐานและได้ขึ้นทะเบียนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ด้วย

หน่วยบริการประจำ หรือ CUP (อ่าน : คัพ : เป็นคำย่อมาจาก Contracting Unit for Primary Care : คอน แทร็ค ติ้ง - ยู นิต - ฟอร์ - ไพร มา รี่ - แคร์) หมายความว่า สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง และมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการไปรับการบริการสาธารณสุข ในกรณีที่เกินขีดความสามารถ ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำของตน ทั้งนี้ หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU (อ่าน : พีซียู : เป็นคำย่อมาจาก Primary Care Unit : อ่าน : ไพร มา รี่ - แคร์ - ยู นิต) หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าวสามารถ

ใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้ ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด จัดเป็น PCU แม่ข่าย และมี PCU เครือข่ายมาร่วมกันจัดบริการในตำบล ที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 1 แห่ง

หน่วยบริการรับส่งต่อ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะด้าน โดยผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อได้เมื่อได้รับการส่งต่อ หรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน ทั้งนี้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด

หน่วยบริการร่วมให้บริการ หมายความว่า สถานบริการที่จัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเฉพาะด้านตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด และได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการโดยมีข้อตกลงเป็นหนังสือกับหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้หน่วยบริการร่วมให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

หน่วยสำรองเตียง หมายถึง โรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมโครงการให้บริการเฉพาะบางโรคแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีข้อจำกัดในการให้บริการ เช่น โรคทางระบบสมอง โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ และปัญหาทารกแรกคลอดเป็นต้น

หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/อาสาสมัคร (อสม.)/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คนต่อหมอครอบครัว ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล

ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุข การควบคุมกำกับ และส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๒ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๒"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗

(๒) ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

(๓) ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงานสาขาเขตพื้นที่" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่

"อนุกรรมการ" หมายความว่า อนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่

"องค์กรเอกชน" หมายความว่า องค์กรทั้งที่เป็นและไม่เป็นนิติบุคคล ได้แก่ ชมรม กลุ่ม สมาคม มูลนิธิ หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนในด้านเด็กหรือเยาวชน ด้านสตรี ด้านผู้สูงอายุ ด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ด้านผู้ใช้แรงงาน ด้านชุมชนแออัด ด้านเกษตรกร ด้านชนกลุ่มน้อยในเขตพื้นที่นั้น ๆ

ข้อ ๕ ให้มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่เขต ๑ - ๑๒ ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพ อาชีพ หรือมีถิ่นที่อยู่ประจำในเขตพื้นที่นั้น ดังนี้

(๑) ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ คน
(๒) ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ คน
(๓) ผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑ คน
(๔) ผู้แทนหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน ๑ คน
(๕) พนักงานอัยการ สังกัดสำนักงานคดีปกครองที่ได้รับมอบหมาย จำนวน ๑ คน
(๖) ผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง สาขาสูตินรีเวชกรรม สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม และสาขาจิตเวชที่ได้รับมอบหมาย สาขาละ ๑ คน
(๗) ผู้แทนสภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาวิชาชีพละ ๑ คน
(๘) ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน ๒ คน
(๙) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ประเภทละ ๑ คน
(๑๐) ผู้แทนองค์กรเอกชน ๙ ด้านตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๖ คน

ข้อ ๖ ให้มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำรงตำแหน่ง หรือประกอบวิชาชีพ อาชีพ หรือมีถิ่นที่อยู่ประจำในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

(๑) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน ๑ คน

(๒) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ หรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน ๑ คน

(๓) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน ๑ คน

(๔) ผู้แทนหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน ๑ คน

(๕) ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จำนวน ๑ คน

(๖) ผู้แทนสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน ๑ คน

(๗) พนักงานอัยการ สังกัดสำนักงานคดีปกครองที่ได้รับมอบหมาย จำนวน ๑ คน

(๘) ผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง สาขาสูตินรีเวชกรรม สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม และสาขาจิตเวชที่ได้รับมอบหมาย สาขาละ ๑ คน

(๙) ผู้แทนสภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาวิชาชีพละ ๑ คน

(๑๐) ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน ๒ คน

(๑๑) ผู้แทนสำนักการแพทย์ จำนวน ๑ คน

(๑๒) ผู้แทนสำนักอนามัย จำนวน ๑ คน

(๑๓) ผู้แทนองค์กรเอกชน ๙ ด้านตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๖ คน

ข้อ ๗ ให้สำนักงานประสานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานอัยการสูงสุด ราชวิทยาลัย สภาวิชาชีพ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ให้ได้มาซึ่งอนุกรรมการตามข้อ ๕ (๑) (๕) (๖) และ (๗) และข้อ ๖ (๖) (๗) (๘) (๙) (๑๑) และ (๑๒)

ข้อ ๘ ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ยกเว้นสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดำเนินการดังนี้

(๑) ขอรายชื่อผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารหน่วยบริการภาคเอกชน ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ ในเขตพื้นที่ เพื่อให้มีการคัดเลือกกันเองเป็นอนุกรรมการตามข้อ ๕ (๒) (๓) (๔) และ (๘)

(๒) ประสานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ในโอกาสที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล แล้วแต่กรณี มีการประชุมเป็นประจำอยู่แล้ว เพื่อให้ได้มีโอกาสคัดเลือกกันเองเป็นผู้แทน และเพื่อให้ผู้แทนในแต่ละประเภทนั้นมีการคัดเลือกกันเองเป็นอนุกรรมการตามข้อ ๕ (๙)

ข้อ ๙ ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ขอรายชื่อผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารคลินิกชุมชนอบอุ่น ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ เพื่อให้มีการคัดเลือกกันเองเป็นอนุกรรมการตามข้อ ๖ (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) และ (๑๐)

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนองค์กรเอกชน ๙ ด้าน ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประสงค์ใช้สิทธิคัดเลือกอนุกรรมการ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียน ณ สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ที่องค์กรเอกชนนั้นตั้งอยู่ ซึ่งหากองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายด้าน ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกอนุกรรมการในงานด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น และให้แจ้งชื่อผู้แทนขององค์กรหนึ่งคนไว้ในคำขอขึ้นทะเบียน

องค์กรเอกชนที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ให้ถือว่าเป็นการขึ้นทะเบียนตามวรรคหนึ่ง

องค์กรเอกชนที่จะขึ้นทะเบียนต้องมีคุณสมบัติดังนี้

(๑) มีที่ตั้งองค์กรและรายชื่อกรรมการขององค์กร

(๒) เป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมในงานด้านที่ขอขึ้นทะเบียน มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี จนถึงวันยื่นคำขอขึ้นทะเบียน

(๓) มีรายงานผลการดำเนินงาน หรือเอกสาร หรือภาพถ่ายที่แสดงถึงกิจกรรมในงานด้านที่ขอขึ้นทะเบียน

(๔) มีสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคารหรือสมุดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ หรือหลักฐานการเงินอื่นในทำนองเดียวกัน

ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานในการขอขึ้นทะเบียนให้ครบถ้วน เพื่อประกาศรับขึ้นทะเบียนโดยเปิดเผย กรณีองค์กรเอกชนหรือบุคคลใดไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาคำขอขึ้นทะเบียน ให้มีสิทธิยื่นหนังสือคัดค้านต่อสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ประกาศขึ้นทะเบียน

ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ประชาสัมพันธ์และจัดให้มีการประชุมผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามวรรคหนึ่ง เพื่อคัดเลือกกันเองให้เหลือด้านละ ๑ คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน ๖ คน เพื่อเป็นอนุกรรมการ ตามข้อ ๕ (๑๐) หรือ ข้อ ๖ (๑๓)

ข้อ ๑๑ การคัดเลือกอนุกรรมการ ที่ต้องจัดให้มีการคัดเลือกกันเองตามประกาศนี้ ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่จัดทำบัญชีรายชื่อผู้แทนสำรอง จำนวน ๒ คน โดยผู้แทนสำรองต้องเป็นผู้ที่ได้คะแนนถัดจากผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการ

ข้อ ๑๒ เมื่อได้ผู้ได้รับการคัดเลือก เพื่อเป็นอนุกรรมการตามข้อ ๕ หรือข้อ ๖ ครบถ้วนแล้ว ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่เสนอรายชื่อต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการ

เมื่อมีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการตามข้อ ๕ และข้อ ๖ แล้วให้อนุกรรมการประชุมและเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานอนุกรรมการ

ให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ เป็นเลขานุการ และเจ้าหน้าที่ที่ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาเขตพื้นที่มอบหมาย ๑ คนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑๓ ให้อนุกรรมการมีวาระอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่แต่งตั้ง และอาจได้รับเลือกใหม่อีกได้แต่จะอยู่ในตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมิได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นใหม่ ให้อนุกรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่าอนุกรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกใหม่เข้ารับหน้าที่

กรณีอนุกรรมการพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่เสนอชื่อผู้แทนสำรองที่คัดเลือกไว้ตามข้อ ๑๑ ให้ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการแทน

ข้อ ๑๔ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามข้อ ๑๓ แล้ว ให้อนุกรรมการพ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๖) ย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพหรืออาชีพในเขตอื่น หรือย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยไปเขตอื่น

(๗) เป็นอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

ข้อ ๑๕ คณะอนุกรรมการตามข้อ ๕ และข้อ ๖ มีอำนาจและหน้าที่ ดังนี้

(๑) นำข้อมูลการร้องเรียน ข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และข้อมูลอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบไปสรุป วิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไข และพัฒนากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนให้เหมาะสม รวมถึงพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพของหน่วยบริการในเขตพื้นที่

(๒) ควบคุมและกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๓) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๔) ตรวจตราคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาะและมาตรฐาน

(๕) ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

(๖) รายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขทราบเป็นประจำทุกปี

(๗) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

(๘) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๖ ให้ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รักษาการตามประกาศนี้และมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ข้อ ๑๗ ให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ที่ได้รับการแต่งตั้งตามประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นคณะอนุกรรมการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายชาตรี บานชื่น)

ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่
พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงองค์ประกอบการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เพื่อให้การปฏิบัติภารกิจตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ และมาตรา ๒๖(๑๔) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๘ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการคัดเลือก และการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พ.ศ.๒๕๕๗

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงานสาขาเขตพื้นที่" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่

"องค์กรผู้บริโภค" หมายความว่า องค์กรเอกชนทั้งที่เป็นนิติบุคคลและไม่ได้เป็นนิติบุคคล เช่น ชมรม กลุ่ม สมาคม มูลนิธิ หรือหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และได้ดำเนินกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอยู่ในเขตพื้นที่หรือในจังหวัดแล้วแต่กรณี และมีผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน

"ผู้ทรงคุณวุฒิ" หมายความว่า ผู้มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ เช่น ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านกฎหมาย ด้านการเงินการคลัง ด้านบริหาร ด้านสื่อสารมวลชน ด้านปราชญ์ชาวบ้าน หรือด้านอื่นๆ

"คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ ให้มีคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ในทุกเขตพื้นที่ ยกเว้นเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยบุคคลในเขตพื้นที่ ดังนี้

(๑) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ ที่ปรึกษา

(๒) ผู้อำนวยการหน่วยบริการสังกัดมหาวิทยาลัยในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) ที่ปรึกษา

(๓) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่	รองประธานอนุกรรมการ
(๔) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
(๕) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือนายกเทศมนตรีหรือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตพื้นที่จังหวัดละ ๑ คน	อนุกรรมการ
(๖) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตพื้นที่ จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการ
(๗) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่ จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการ
(๘) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการ
(๙) ผู้อำนวยการหน่วยบริการของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการ
(๑๐) ผู้บริหารสถานบริการภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการ
(๑๑) ผู้แทนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระตามมาตรา ๕๐(๕)แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือศูนย์ประสานงานภาคประชาชนหรือองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขหรือคุ้มครองผู้บริโภคในเขตพื้นที่ จังหวัดละ ๑ คน	อนุกรรมการ
(๑๒) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ จำนวน ๒ คน	อนุกรรมการ
(๑๓) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ คน	อนุกรรมการ
(๑๔) รองผู้อำนวยการหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่มอบหมาย จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการและเลขานุการ

กรณีที่อนุกรรมการตาม (๓) - (๑๑) ไม่อาจเข้าประชุมได้ อาจมอบหมายให้ผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมเข้าประชุมในฐานะอนุกรรมการแทนได้

ข้อ ๔ ให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ดำเนินการหรือประสานกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งอนุกรรมการตามข้อ ๓ (๕) – (๑๓)

ข้อ ๕ เมื่อได้คณะอนุกรรมการตามข้อ ๓ แล้วให้สำนักงานออกคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ แล้วให้สำนักงานเขตพื้นที่จัดประชุมอนุกรรมการเพื่อคัดเลือกอนุกรรมการตามข้อ ๓ (๑๓) คนหนึ่งเป็นประธานอนุกรรมการ

ข้อ ๖ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) กำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ให้สอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงาน

(๒) กำหนดแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบลงทุน งบบริการผู้ป่วยใน งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น

(๓) กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและแบ่งพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น

(๔) สนับสนุนและกำกับการดำเนินงานของสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่กำหนด

(๕) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวกับงานหลักประกันสุขภาพในระดับอำเภอหรือจังหวัดหรือเขตพื้นที่ได้ เท่าที่จำเป็น

(๖) อำนาจหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการและสำนักงานมอบหมาย

ข้อ ๗ ให้อนุกรรมการตามข้อ ๓ (๕) – (๑๓) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ ๔ ปีและอาจได้รับการแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้ โดยให้เริ่มนับวาระตั้งแต่คณะอนุกรรมการได้รับการแต่งตั้งตามประกาศนี้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมิได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการตามข้อ ๓ ให้อนุกรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่าอนุกรรมการซึ่งแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ในกรณีที่อนุกรรมการที่มาจากการแต่งตั้งตามข้อ ๓ พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการแต่งตั้งอนุกรรมการแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่อนุกรรมการพ้นจากตำแหน่ง และให้ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทน อยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของผู้ซึ่งตนแทน เว้นแต่วาระของอนุกรรมการเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่แต่งตั้งอนุกรรมการแทนก็ได้ และในการนี้ให้คณะอนุกรรมการประกอบด้วย อนุกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ข้อ ๘ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามข้อ ๗ แล้ว ให้อนุกรรมการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ย้ายไปดำรงตำแหน่ง หรือไปประกอบวิชาชีพหรืออาชีพ ในเขตพื้นที่อื่นหรือจังหวัดอื่น แล้วแต่กรณี

(๔) คณะกรรมการมีมติให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

ข้อ ๙ ในระหว่างการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการตามประกาศนี้ ให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่าคณะอนุกรรมการตามประกาศนี้จะเข้ารับหน้าที่

ข้อ ๑๐ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยการประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการประชุมและปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกำหนดลักษณะหรือประเภทการมีส่วนได้เสียซึ่งกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้งให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุภาพแห่งชาติ จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๙ ให้ออกระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า "ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙"

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ยกเลิกระเบียบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๖

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"กรรมการ" หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการ

"ประธานกรรมการ" หมายความว่า ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการแต่งตั้งเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือที่คณะกรรมการมอบหมาย

"เลขานุการ" หมายความว่า เลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"ส่วนได้เสีย" หมายความรวมถึง ความขัดแย้งกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวม

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการ เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาในการปฏิบัติตามระเบียบนี้

การประชุม

ข้อ ๖ การประชุมคณะกรรมการ ถือเป็นการประชุมโดยเปิดเผย แต่ถ้าคณะกรรมการมีมติให้ประชุมลับก็ให้ประชุมลับ

การประชุมลับ ห้ามบุคคลที่มิใช่กรรมการเข้าฟังการประชุม เว้นแต่ผู้ที่ได้รับอนุญาตจากประธานในที่ประชุมเท่านั้น

ข้อ ๗ การประชุมคณะกรรมการตามปกติ จะมีขึ้นเมื่อใด ให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการหรือตามที่ประธานกรรมการเห็นสมควร

ข้อ ๘ การนัดประชุม ต้องทำเป็นหนังสือหรือเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์แจ้งให้ทราบล่วงหน้า เว้นแต่เมื่อได้บอกนัดในที่ประชุมแล้วและที่ประชุมมีมติว่าไม่ต้องทำหนังสือนัดประชุม

แต่ทั้งนี้ สำนักงานจะต้องส่งหนังสือนัดประชุม ไปยังผู้ที่มิได้มาประชุมในวันที่มีการบอกนัดด้วย

ข้อ ๙ กรรมการที่ประสงค์จะเสนอเรื่องเข้าเป็นวาระการประชุม ให้ส่งเรื่องให้เลขานุการล่วงหน้า กรณีเสนอเรื่องในระหว่างการประชุมให้เสนอได้ เมื่อได้รับความเห็นชอบจากประธานกรรมการหรือประธานในที่ประชุม

คณะอนุกรรมการที่ประสงค์จะเสนอเรื่องเป็นวาระการประชุม ให้ดำเนินการ ดังนี้

(๑) ส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการนโยบายยุทธศาสตร์ หรือคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการมอบหมายให้ทำหน้าที่ช่วยพิจารณา กลั่นกรอง ให้ความเห็น เพื่อความรอบคอบก่อนแล้วจึงส่งเรื่องให้เลขานุการบรรจุเป็นวาระการประชุม หรือ

(๒) แจ้งเหตุผลความจำเป็นและส่งเรื่องให้เลขานุการบรรจุเป็นวาระการประชุม

ให้เลขานุการร่วมกับประธานกรรมการ พิจารณาเรื่องที่ได้รับจากกรรมการตามวรรคหนึ่งหรือจากคณะอนุกรรมการตามวรรคสอง รวมกับเรื่องของสำนักงาน จัดเป็นระเบียบวาระการประชุม

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานส่งระเบียบวาระการประชุม และโดยปกติให้ส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกับหนังสือนัดประชุม เว้นแต่เป็นการประชุมเร่งด่วนหรือมีเหตุผลความจำเป็นไม่สามารถส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกับหนังสือนัดประชุม ให้สำนักงานจัดส่งเฉพาะระเบียบวาระการประชุมก็ได้

ข้อ ๑๑ การจัดระเบียบวาระการประชุม ให้สำนักงานจัดลำดับดังต่อไปนี้

(๑) เรื่องที่ประธานแจ้งต่อที่ประชุม
(๒) เรื่องรับรองรายงานการประชุม
(๓) เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว
(๔) เรื่องพิจารณา
(๕) เรื่องเพื่อทราบ
(๖) เรื่องอื่นๆ

ข้อ ๑๒ ให้เลขานุการตรวจสอบว่า กรรมการมาครบองค์ประชุมหรือไม่ แล้วเสนอให้ประธานกรรมการทราบ ถ้าหากไม่ครบองค์ประชุมและพ้นกำหนดเวลานัดประชุมสามสิบนาทีแล้ว ประธานกรรมการอาจสั่งให้เลื่อนการประชุมไปก็ได้

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ข้อ ๑๓ การประชุมคณะกรรมการ ต้องดำเนินการตามระเบียบวาระ เว้นแต่ประธานในที่ประชุมเห็นสมควรเป็นอย่างอื่น

ข้อ ๑๔ ประธานในที่ประชุม มีอำนาจปรึกษาที่ประชุมในปัญหาใดๆ สั่งพักการประชุม เลื่อนการประชุม หรือเลิกการประชุมได้ตามที่เห็นสมควร

ข้อ ๑๕ ก่อนที่เลขานุการจะเสนอรายงานการประชุมให้ที่ประชุมรับรอง ให้เลขานุการส่งรายงานการประชุมนั้นให้กรรมการพร้อมหนังสือนัดประชุม เว้นแต่เป็นการนัดประชุมเร่งด่วนหรือมีเหตุผลความจำเป็นให้สำนักงานแจกรายงานการประชุมในที่ประชุมก็ได้

กรรมการผู้ใดต้องการเปลี่ยนแปลง แก้ไขหรือเพิ่มเติมถ้อยคำหรือข้อความในรายงานการประชุมต้องได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุม

ข้อ ๑๖ ให้มีการรับรองรายงานการประชุมแต่ละครั้งในการประชุมครั้งถัดไป อย่างไรก็ตาม หากมีกรณีที่ต้องรับรองมติการประชุมเป็นเรื่องๆในการประชุมครั้งนั้น ให้สามารถกระทำได้ โดยเลขานุการเป็นผู้อ่าน พิมพ์ หรือแสดง ให้ที่ประชุมเห็น เพื่อให้ที่ประชุมพิจารณารับรองได้ในเรื่องนั้นๆ

หมวด ๒

การลงมติ

ข้อ ๑๗ การลงมติ ให้ประธานในที่ประชุมหรือเลขานุการ เป็นผู้สรุปประเด็นให้ที่ประชุมลงมติ

ข้อ ๑๘ มติที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่ง เป็นเสียงชี้ขาด

ข้อ ๑๙ การออกเสียงลงคะแนนเพื่อลงมติ โดยปกติให้กระทำโดยเปิดเผย แต่ถ้ากรรมการรวมกันไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามของกรรมการที่มาประชุม ขอให้ออกเสียงลงคะแนนลับ จึงให้ลงคะแนนลับ

ข้อ ๒๐ การออกเสียงลงคะแนนเพื่อลงมติในที่ประชุม ให้กระทำด้วยวิธีการดังนี้ คือ

(๑) กรณีการออกเสียงลงคะแนนโดยเปิดเผย ให้กระทำโดยการยกมือเหนือศีรษะ

(๒) กรณีการออกเสียงลงคะแนนลับ ให้กระทำโดยการเขียนลงในกระดาษ และตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

หมวด ๓
ลักษณะหรือประเภทการมีส่วนได้เสียของกรรมการ

ข้อ ๒๑ ในการประชุมคณะกรรมการ ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่กรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสีย กรรมการผู้นั้นมีหน้าที่ต้องแจ้งให้คณะกรรมการทราบ และมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้น แต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

ข้อ ๒๒ ลักษณะหรือประเภทของการมีส่วนได้เสียของกรรมการตามข้อ ๒๑ ได้แก่

(๑) เป็นเรื่องเกี่ยวกับกรรมการผู้นั้นโดยตรง

(๒) เป็นเรื่องเกี่ยวกับคู่หมั้นหรือคู่สมรสของกรรมการ

(๓) เป็นเรื่องเกี่ยวกับญาติของกรรมการ คือเป็นบุพการี ผู้สืบสันดาน พี่น้องหรือลูกพี่ลูกน้อง นับได้เพียงภายในสามชั้นหรือเป็นญาติเกี่ยวพันทางแต่งงานนับได้เพียงสองชั้น

(๔) เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่กรรมการผู้นั้นเป็นหรือเคยเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์หรือผู้แทนหรือตัวแทนบุคคลนั้น

(๕) เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่กรรมการผู้นั้นเป็นเจ้าหนี้ ลูกหนี้หรือนายจ้าง

(๖) ลักษณะหรือประเภทอื่นๆ ซึ่งมีสภาพร้ายแรง อันอาจทำให้การพิจารณาไม่เป็นกลาง หรือลักษณะหรือประเภทอื่นๆ ที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

ข้อ ๒๓ เมื่อมีการคัดค้านว่ากรรมการคนหนึ่งคนใด มีลักษณะหรือประเภทการมีส่วนได้เสียตามข้อ ๒๒ และข้อเท็จจริงยังไม่เป็นที่ยุติว่ามีส่วนได้เสียจริงหรือไม่ ให้คณะกรรมการพิจารณาเหตุคัดค้านนั้น ในการประชุมดังกล่าวกรรมการผู้ถูกคัดค้านเมื่อได้ชี้แจงข้อเท็จจริงและตอบข้อซักถามแล้ว ต้องออกจากที่ประชุม

ถ้ามีกรณีที่กรรมการผู้ถูกคัดค้านต้องออกจากที่ประชุม ให้ถือว่าคณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการทุกคนที่ไม่ถูกคัดค้าน

ถ้าที่ประชุมมีมติให้กรรมการผู้ถูกคัดค้านปฏิบัติหน้าที่ต่อไปด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าสองในสามของกรรมการที่ไม่ถูกคัดค้านซึ่งมาประชุม ให้กรรมการผู้นั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้ มติดังกล่าวให้กระทำโดยวิธีออกเสียงลงคะแนนลับ และให้ถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๙

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน้า ๖
เล่ม ๑๒๔ ตอนพิเศษ ๑๐๑ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๐

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงค่าเบี้ยประชุม และค่าใช้จ่ายในการเดินทางในการปฏิบัติหน้าที่ของอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ มาตรา ๒๓ และมาตรา ๕๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“อนุกรรมการ” หมายความว่า อนุกรรมการหรือกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง

“อนุกรรมการในส่วนกลาง” หมายความว่า อนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพในภาพรวม และให้หมายความรวมถึงอนุกรรมการอื่นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

“อนุกรรมการในระดับเขตพื้นที่” หมายความว่า อนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่

“อนุกรรมการในระดับจังหวัด” หมายความว่า อนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพในเขตจังหวัด

“การเดินทาง” หมายความว่า การเดินทางไปปฏิบัติงาน ประชุม สัมมนา หรือฝึกอบรมในราชอาณาจักร ทั้งนี้ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขาเป็นผู้ดำเนินการ หรือเป็นผู้ประสานงาน

ข้อ ๒ ค่าเบี้ยประชุม

(๑) ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในส่วนกลาง ได้รับเบี้ยประชุมครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกินเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท

(๒) ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในระดับเขตพื้นที่ ได้รับเบี้ยประชุมครั้งละ ๘๐๐ บาท แต่ไม่เกินเดือนละ ๔,๐๐๐ บาท

(๓) ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในระดับจังหวัด ได้รับเบี้ยประชุมครั้งละ ๕๐๐ บาท แต่ไม่เกินเดือนละ ๒,๕๐๐ บาท

ข้อ ๓ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

(๑) ค่าเบี้ยเลี้ยง ให้เบิกได้ในอัตราเหมาจ่าย โดยนับวันตามวันปฏิทิน ดังนี้

(ก) ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในส่วนกลาง และในระดับเขตพื้นที่ ไม่เกินวันละ ๔๐๐ บาท

(ข) ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในระดับจังหวัด ไม่เกินวันละ ๓๐๐ บาท

ในกรณีการเดินทางไปประชุมซึ่งมีสิทธิได้รับเบี้ยประชุม ให้งดเบิกค่าเบี้ยเลี้ยง

(๒) ค่าที่พัก ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการ เบิกได้เท่าที่จ่ายจริง และโดยประหยัด ตามความจำเป็นและเหมาะสม แต่ไม่เกินคืนละ ๑,๘๐๐ บาท

(๓) ค่าพาหนะ รวมถึงค่าเช่ายานพาหนะ ให้เบิกได้ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(ก) การเดินทางโดยเครื่องบิน ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการ เบิกได้ในชั้นประหยัด

(ข) การเดินทางโดยรถไฟ ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการ เบิกได้ประเภทรถนั่งนอนปรับอากาศชั้นหนึ่ง

(ค) การเดินทางโดยพาหนะประจำทาง รถรับจ้างหรือยานพาหนะประจำทางอื่น ๆ ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการ เบิกได้เท่าที่จ่ายจริง และโดยประหยัด

(ง) การเดินทางโดยรถส่วนตัว ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการ เบิกจ่ายเป็นเงินชดเชยค่าเชื้อเพลิง ในอัตรากิโลเมตรละ ๓ บาท หรือตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

ข้อ ๔ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานสาขา ดำเนินการเบิกจ่ายค่าเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางตามความเหมาะสมและประหยัด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงงบที่ได้รับอนุมัติหรือที่ได้รับการจัดสรร แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้

ข้อ ๕ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐

มงคล ณ สงขลา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๕๖

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมค่าเบี้ยประชุมของอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ มาตรา ๒๓ และมาตรา ๕๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๖ และมาตรา ๔๑ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรี เรื่อง การปรับปรุงหลักเกณฑ์การกำหนดอัตราเงินเดือนหลักเกณฑ์การกำหนดเบี้ยประชุมและการพัฒนาการดำเนินงานและการประเมินผลองค์การมหาชน เมื่อวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๔๗ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒ ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๒ ค่าเบี้ยประชุม

(๑) ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในส่วนกลาง ได้รับเบี้ยประชุม เป็นรายเดือนในอัตราดังนี้

(ก) ประธานอนุกรรมการ เดือนละ ๒,๕๐๐ บาท

(ข) อนุกรรมการ เดือนละ ๒,๐๐๐ บาท

(๒) ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในระดับเขตพื้นที่ ได้รับเบี้ยประชุม เป็นรายเดือนในอัตราดังนี้

(ก) ประธานอนุกรรมการ เดือนละ ๒,๐๐๐ บาท

(ข) อนุกรรมการ เดือนละ ๑,๖๐๐ บาท

(๓) ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในระดับจังหวัด ได้รับเบี้ยประชุม เป็นรายเดือนในอัตราดังนี้

(ก) ประธานอนุกรรมการ เดือนละ ๑,๒๕๐ บาท

(ข) อนุกรรมการ เดือนละ ๑,๐๐๐ บาท

การจ่ายเบี้ยประชุมตามวรรคหนึ่ง ให้จ่ายเฉพาะเดือนที่มีการประชุม และบุคคลนั้นได้เข้าร่วมประชุมด้วย

ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖
ประดิษฐ สินธวณรงค์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ของอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง มาตรา ๒๓ และมาตรา ๕๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๒"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒ แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราเบี้ยประชุม และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๒ ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการ ได้รับเบี้ยประชุมเป็นรายเดือนในอัตรา ดังนี้

(๑) ประธานอนุกรรมการ	เดือนละ	๓,๗๕๐	บาท
(๒) อนุกรรมการ	เดือนละ	๓,๐๐๐	บาท

การจ่ายเบี้ยประชุมตามวรรคหนึ่ง ให้จ่ายเฉพาะเดือนที่มีการประชุม และบุคคลนั้นได้เข้าร่วมประชุมด้วย"

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒
ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
พ.ศ. ๒๕๕๖

โดยที่สมควรกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘(๑๐) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๕๖ ให้ออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ. ๒๕๕๖”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน ” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้รับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้ให้บริการ” หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้มีส่วนได้เสีย” หมายความว่า บุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงาน ที่ได้รับผลกระทบหรืออาจได้รับผลกระทบจากการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ ให้คณะกรรมการและสำนักงาน จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในประเด็นหรือปัญหาตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ดังต่อไปนี้

(๑) ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

(๒) มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

(๓) การควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการและการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

(๔) การดำเนินการเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย

(ก) การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ข) การบริหารจัดการสำนักงาน

(ค) การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป เกี่ยวกับการเสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการ ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร และคำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ ในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ เพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ

(ง) การดำเนินงานหรือบริหารจัดการระบบและเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการกำหนดหลักเกณฑ์การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน องค์กรเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร

(จ) การพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตรา และการควบคุมกำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(ฉ) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

(ช) การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

(ซ) อัตราค่าบริการสาธารณสุขที่ต้องร่วมจ่ายในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการสาธารณสุข

(ฌ) การร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการและการพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว

(๕) ประเด็นหรือปัญหาอื่นที่คณะกรรมการเห็นสมควร

การกำหนดประเด็นหรือปัญหาที่จะรับฟังตามวรรคหนึ่ง ให้คณะกรรมการพิจารณาตามความจำเป็นและความเหมาะสมในแต่ละปี โดยอาจเลือกประเด็นหนึ่งประเด็นใดหรือหลายประเด็นร่วมกันก็ได้

ข้อ ๕ ผู้ร่วมเสนอความคิดเห็น อาจประกอบด้วยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหรือปัญหาที่กำหนดตามข้อ ๔ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้รับบริการ

(๒) ผู้ให้บริการ

(๓) ผู้มีส่วนได้เสีย

(๔) นักวิชาการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๖ การรับฟังความคิดเห็นอาจใช้วิธีหนึ่งวิธีใด หรือหลายวิธีดังต่อไปนี้

(๑) จัดกระบวนการเครือข่ายสุขภาพ

(๒) การประชาพิจารณ์ หรือวิธีการอื่นในทำนองเดียวกัน

(๓) การประชุมเชิงปฏิบัติการ

(๔) การสนทนากลุ่มย่อย

(๕) การสัมภาษณ์รายบุคคล

(๖) การเปิดให้แสดงความคิดเห็นทางไปรษณีย์ ทางโทรศัพท์ โทรสาร หรือทางระบบเครือข่ายสารสนเทศ

(๗) การเปิดโอกาสให้ประชาชนมารับฟังข้อมูลและแสดงความคิดเห็น

ข้อ ๗ การเชิญชวนผู้ร่วมเสนอความคิดเห็น อาจกระทำโดยวิธีการ ดังนี้

(๑) การส่งหนังสือเชิญชวนไปยังบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๒) จัดให้มีการประกาศในหนังสือพิมพ์รายวันไม่น้อยกว่า ๑ ฉบับ

(๓) เผยแพร่ในเว้ปไซต์ของสำนักงาน

(๔) วิธีอื่นใดที่คณะกรรมการเห็นสมควร

วิธีการเชิญชวนตามวรรคหนึ่งนั้น ให้สำนักงานพิจารณาตามความจำเป็นและความเหมาะสมเป็นกรณีไป โดยอาจเลือกวิธีหนึ่งวิธีใด หรือใช้หลายวิธีร่วมกันก็ได้

ข้อ ๘ ให้สำนักงานดำเนินการจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นตามข้อบังคับนี้ ภายในเดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน ของทุกปี และให้สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นต่อคณะกรรมการ ภายใน ๔๕ วันนับจากการรับฟังความคิดเห็นของทุกปีเสร็จสิ้นลง

ข้อ ๙ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการและมีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(นายประดิษฐ สินธวณรงค์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ(ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘(๑๐) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๘ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๘ ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ. ๒๕๕๖ และใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๘ ให้สำนักงานดำเนินการจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นตามข้อบังคับนี้ ภายในเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน และรายงานผลการรับฟังความคิดเห็นต่อคณะกรรมการ ในการประชุมประจำเดือนสิงหาคมของทุกปี”

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

(ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน้า ๖๗
เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๑๒๘ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๕

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นและสอดคล้องตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๗) และมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๖ และมาตรา ๔๑ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ประกอบกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้ เรียกว่า "ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕"

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๙

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

"การรักษาพยาบาล" หมายความว่า บริการสาธารณสุขตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

"หน่วยบริการ" หมายความว่า หน่วยบริการตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

"เงินช่วยเหลือเบื้องต้น" หมายความว่า เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมิต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด

"ผู้อุปการะ" หมายความว่า ผู้ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด

ข้อ ๕ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับนี้ ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่มิใช่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

ข้อ ๖ ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๒๔๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท

(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ ๓๗ สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง (๑) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (๑) (๒) และ (๓) ได้ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

ข้อ ๗ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการทายาทหรือผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๐ (๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายใน ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย

ข้อ ๘ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ มีจำนวน ๕ - ๗ คน ขึ้นทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามข้อบังคับนี้หรือไม่ และถ้าควรได้รับควรจะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐานะของผู้เสียหายด้วย

คณะอนุกรรมการมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในข้อ ๖

การพิจารณาวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการให้กระทำให้แล้วเสร็จโดยเร็ว ทั้งนี้ ไม่เกิน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับคำร้องขอ ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบ

ข้อ ๙ ให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใดที่ไม่มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจำนวน ๕ - ๗ คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการตามข้อ ๘ โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้องมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ๓ คน ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน โดยให้ดำเนินการคัดเลือกตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้นเป็นเลขานุการคณะอนุกรรมการ

ให้คณะอนุกรรมการ มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ ๒ ปี

เมื่อมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการแล้ว ให้เลขานุการเรียกประชุมคณะอนุกรรมการ เพื่อให้ที่ประชุมเลือกอนุกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานคณะอนุกรรมการ

ข้อ ๑๐ ในกรณีผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะของบุคคลดังกล่าว ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๖ หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือจัดประเภทของความเสียหายโดยไม่ถูกต้อง ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยยื่นที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๐ (๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย

ข้อ ๑๑ กรณีที่มีการอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาว่าเป็นไปตามเงื่อนไขการยื่นอุทธรณ์ตามข้อ ๑๐ หรือไม่ หากเป็นไปตามเงื่อนไขให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขวินิจฉัยชี้ขาด ดังนี้

(๑) สั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในข้อ ๖ หรือ

(๒) สั่งให้ยกอุทธรณ์

คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ให้เป็นที่สุด

ข้อ ๑๒ ให้คณะอนุกรรมการตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นคณะอนุกรรมการตามข้อบังคับนี้

ความเสียหายที่เกิดขึ้นก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ ให้พิจารณาตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๙ จนเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณา และความเสียหายที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไปให้พิจารณาตามข้อบังคับนี้

ข้อ ๑๓ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕
วิทยา บุรณศิริ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เนื่องจากมีการยกเลิกการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘(๗) และมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๗ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้ เรียกว่า "ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗"

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อ ๗ ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๗ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาทหรือผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่หน่วยบริการหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่หรือหน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายใน ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย"

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกข้อ ๙ ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๙ ให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรณีไม่มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจำนวน ๕ - ๗ คน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการตามข้อ ๘ โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้องมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ๓ คน ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน โดยให้ดำเนินการคัดเลือกตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการของคณะอนุกรรมการจังหวัดนั้น

ให้อนุกรรมการ มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ ๔ ปี และอาจได้รับเลือกใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคสาม หากยังมิได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นใหม่ ให้อนุกรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่าอนุกรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกใหม่เข้ารับหน้าที่

เมื่อมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการแล้ว ให้เลขานุการเรียกประชุมคณะอนุกรรมการ เพื่อให้ที่ประชุมเลือกอนุกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานคณะอนุกรรมการ"

ข้อ ๕ ให้เพิ่มเติมข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อ ๙/๑ ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕

"ข้อ ๙/๑ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามข้อ ๙ วรรคสามแล้วให้อนุกรรมการพ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) เป็นกรณีตามมาตรา ๑๖(๑)-(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

(๒) อนุกรรมการย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพหรืออาชีพในจังหวัดอื่น หรือย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยไปจังหวัดอื่น

(๓) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่แต่งตั้งอนุกรรมการพ้นจากตำแหน่ง"

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกข้อ ๑๐ ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๑๐ ผู้ยื่นคำร้องตามข้อ ๗ ที่ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๖ หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือจัดประเภทของความเสียหายโดยไม่ถูกต้อง ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ที่หน่วยบริการหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ หรือหน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย"

ข้อ ๗ ให้เพิ่มเติมข้อความต่อไปนี้เป็นข้อ ๑๒/๑ ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕

"ข้อ ๑๒/๑ กรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้คณะกรรมการควบคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาด

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการควบคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขให้ถือเป็นที่สุด"

ข้อ ๘ ให้อนุกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นอนุกรรมการตามข้อบังคับนี้

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพิจารณาคำร้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ มีอำนาจมอบให้หัวหน้าหน่วยงานหรือองค์กรอื่น เป็นเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการของคณะอนุกรรมการจังหวัดได้ตามความจำเป็น

ข้อ ๙ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗
ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้มีสิทธิสามารถยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๗) และมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๔ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า "ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๔"

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๗ แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๗ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่หน่วยบริการ หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๐ (๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ หรือหน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายใน ๒ ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย"

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๐ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า "ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐"

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้มีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

"ผู้ถูกละเมิดสิทธิ" หมายความว่า ผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

"ผู้ร้องเรียน" หมายความว่า ผู้ถูกละเมิดสิทธิหรือผู้แทน และให้หมายความรวมถึงผู้พบเห็นและอยู่ในเหตุการณ์การละเมิดสิทธิการใช้บริการสาธารณสุขของผู้ถูกละเมิดสิทธิด้วย

"เรื่องร้องเรียน" หมายความว่า เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิการใช้บริการสาธารณสุข

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

"หน่วยรับเรื่องร้องเรียน" หมายความว่า สำนักงาน หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขา แล้วแต่กรณี

"หน่วยบริการ" หมายความว่า หน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๕ ผู้ร้องเรียนมีสิทธิร้องเรียนหน่วยบริการต่อหน่วยรับเรื่องร้องเรียนโดยทำเป็นหนังสือหรือมาร้องเรียนด้วยตนเอง หรือร้องเรียนทางโทรศัพท์ หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

ข้อมูลการร้องเรียนตามวรรคหนึ่งประกอบด้วยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรสาร และข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียนหรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิ

ข้อ ๖ ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนมีหน้าที่ ดังนี้

(๑) รับและตรวจสอบเรื่องร้องเรียน

(๒) บันทึกข้อมูลการร้องเรียน และข้อเท็จจริงต่างๆ

(๓) รวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

(๔) ให้ข้อมูล ชี้แจงและแนะนำ ประสาน ไกล่เกลี่ย แก้ปัญหา และให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้น หากไม่สามารถยุติเรื่องได้ ให้ส่งเรื่องนั้นพร้อมทั้งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานเพื่อดำเนินการต่อไป

(๕) กรณีเรื่องร้องเรียนใดเป็นการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้ส่งเรื่องนั้นให้คณะอนุกรรมการที่มีหน้าที่พิจารณา

(๖) จัดทำรายงานข้อมูลการร้องเรียนเสนอคณะอนุกรรมการทุกเดือน

(๗) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะอนุกรรมการมอบหมาย

ข้อ ๗ กรณีที่หน่วยรับเรื่องร้องเรียนพบว่าเรื่องที่ได้รับอยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบ ให้ส่งเรื่องร้องเรียนนั้นให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินการ

ข้อ ๘ การดำเนินการตาม ข้อ ๖(๑) (๒) (๓) และ(๔) ต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้าดำเนินการยังไม่แล้วเสร็จ ให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานเหตุผลการดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณา

ข้อ ๙ ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนแจ้งผลการดำเนินการตามข้อ ๘ ต่อผู้ร้องเรียนและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นทราบภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่ดำเนินการแล้วเสร็จ

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามข้อบังคับนี้ และมีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายชาตรี บานชื่น)

ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ข้อบังคับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวน พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์และวิธีการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวน เพื่อให้การสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่ายมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้ออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า "ข้อบังคับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวน พ.ศ. ๒๕๖๐"

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวน พ.ศ. ๒๕๔๖

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

"เรื่องร้องเรียน" หมายความว่า

(ก) เรื่องที่ผู้รายงาน ตรวจพบว่าหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด

(ข) เรื่องที่ผู้รับบริการ ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการ

(ค) เรื่องที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(ง) เรื่องที่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร

"คู่กรณี" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้รับบริการแล้วแต่กรณี กับหน่วยบริการและให้หมายความรวมถึง บุคคลผู้เข้ามาสู่กระบวนการสอบสวนเนื่องจากถูกกระทบสิทธิในฐานะผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วย

"ผู้ร้องเรียน" หมายความถึง "ผู้ร้องเรียน" ตามข้อบังคับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐

"ผู้รายงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา ในกรณีที่ตรวจสอบพบว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือเป็นเรื่องที่ได้รับร้องเรียนจากผู้รับบริการเพื่อให้มีการสอบสวน ตามมาตรา ๕๙ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

"หน่วยบริการ" หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

"การสอบสวน" หมายความว่า การแสวงหาข้อเท็จจริงและหลักฐาน รวมทั้งการรวบรวมพยานหลักฐานและการดำเนินการทั้งหลายซึ่งคณะกรรมการสอบสวนได้กระทำไปตามอำนาจหน้าที่เพื่อจะทราบข้อเท็จจริงและรายละเอียดแห่งคดีในการพิสูจน์ความผิดตามความเหมาะสมในเรื่องนั้นๆ โดยไม่ต้องผูกพันอยู่กับคำขอหรือพยานหลักฐานของคู่กรณี

"คณะกรรมการสอบสวน" หมายความว่า คณะกรรมการสอบสวนที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ แต่งตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

"คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ" หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๔ เมื่อประธานกรรมการสอบสวน ได้รับเรื่องร้องเรียนจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ ให้ประธานกรรมการสอบสวนดำเนินการประชุม เพื่อพิจารณาและกำหนดประเด็นและแนวทางการสอบสวนโดยไม่ชักช้า

การประชุมคณะกรรมการสอบสวน ต้องมีกรรมการสอบสวนมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการสอบสวนทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการสอบสวน เป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการสอบสวนไม่มาประชุม หรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการสอบสวนที่มาประชุมเลือกกรรมการสอบสวนคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุม ออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงขาด

ในกรณีที่กรรมการสอบสวนผู้ใด มีความเห็นแตกต่างจากกรรมการสอบสวนเสียงข้างมากและต้องการให้บันทึกความเห็นที่แตกต่างไว้ ก็ให้กระทำได้

รายงานพร้อมความเห็นของคณะกรรมการสอบสวน ที่จะเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพให้เป็นไปตามข้อ ๑๘ (๖)

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการสอบสวน แจ้งเรื่องร้องเรียนและประเด็นความผิด ให้หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียนทราบ พร้อมแจ้งสิทธิ และหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาสอบสวนให้หน่วยบริการ ที่ถูกร้องเรียนทราบตามความจำเป็นแก่กรณี ว่าหน่วยบริการมีสิทธิได้ทราบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องเรียนทั้งหมดเท่าที่ไม่กระทบถึงกระบวนพิจารณาสอบสวนของคณะกรรมการ

สอบสวน เพื่อให้หน่วยบริการที่ถูกต้องเรียนมีโอกาสทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอในการโต้แย้งและแสดงพยานหลักฐานของตน

ในการแจ้งเรื่องร้องเรียนตามวรรคหนึ่ง ให้ประธานกรรมการสอบสวน แจ้งด้วยว่าหน่วยบริการมีสิทธิที่จะชี้แจงเรื่องร้องเรียนพร้อมแสดงพยานหลักฐาน ทั้งนี้ ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

ในการส่งสำเนาเรื่องร้องเรียนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการสอบสวนอาจให้ดุลพินิจที่จะไม่เปิดเผย ชื่อ ที่อยู่ผู้ร้องเรียน และข้อมูลอื่นๆ ที่ปรากฏในเรื่องก็ได้ แต่ทั้งนี้ต้องให้หน่วยบริการมีโอกาสทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอและมีโอกาสโต้แย้งแสดงหลักฐานที่จะแก้ข้อกล่าวหาได้

การส่งเรื่องร้องเรียนตามวรรคหนึ่ง ให้ส่งตามภูมิลำเนาของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ

ข้อ ๖ เมื่อได้แจ้งหน่วยบริการตามข้อ ๕ แล้ว ให้คณะกรรมการสอบสวนพิจารณารวบรวมพยานหลักฐานที่จำเป็นแก่การพิสูจน์ข้อเท็จจริงในการนี้รวมถึงการดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) แสวงหาข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง

(๒) รับฟังพยานหลักฐาน คำชี้แจงหรือความเห็นของคู่กรณี หรือของพยานบุคคล หรือพยานผู้เชี่ยวชาญที่คู่กรณีกล่าวอ้าง เว้นแต่คณะกรรมการสอบสวนเห็นว่าเป็นการกล่าวอ้างที่ไม่จำเป็น ฟุ่มเฟือย หรือประวิงเวลา

(๓) ขอข้อเท็จจริงหรือความเห็นเพิ่มเติมจากคู่กรณี พยานบุคคล หรือพยานผู้เชี่ยวชาญ

(๔) ขอให้ผู้ครอบครองเอกสารหรือวัตถุพยาน ส่งเอกสารหรือวัตถุพยานที่เกี่ยวข้อง

(๕) ออกไปตรวจสถานที่

(๖) ดำเนินการอื่นใด เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่คู่กรณี

คู่กรณี ต้องให้ความร่วมมือกับคณะกรรมการสอบสวนในการพิสูจน์ข้อเท็จจริง และมีหน้าที่ต้องแจ้งพยานหลักฐานที่ตนทราบแก่คณะกรรมการสอบสวน

ข้อ ๗ คู่กรณี มีสิทธิขอตรวจดูเอกสารที่จำเป็นต้องรู้เพื่อการโต้แย้งหรือชี้แจงหรือป้องกันสิทธิของตนได้

การตรวจดูเอกสาร ค่าใช้จ่ายในการตรวจดูเอกสาร หรือการจัดทำสำเนาเอกสารให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

คณะกรรมการสอบสวนอาจอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้คู่กรณีตรวจดูเอกสารหลักฐานได้ ทั้งนี้เป็นไปตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ.๒๕๓๙ และพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐

ข้อ ๘ คณะกรรมการสอบสวนมีอำนาจขยายเวลาการยื่นคำชี้แจงเรื่องร้องเรียนได้ตามที่เห็นสมควร หรือเมื่อได้รับการร้องขอจากหน่วยบริการ

ข้อ ๙ เมื่อคู่กรณี มาปรากฏตัวต่อคณะกรรมการสอบสวน ให้คณะกรรมการสอบสวนแจ้งเรื่องร้องเรียนและประเด็นที่จะสอบสวน พร้อมสิทธิและหน้าที่ในกระบวนพิจารณาให้คู่กรณีทราบตามความจำเป็นแล้วแต่กรณี

ข้อ ๑๐ คู่กรณีมีสิทธิมอบอำนาจให้บุคคลหนึ่งบุคคลใด ซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดแทนตนได้โดยทำเป็นหนังสือ เว้นแต่การกระทำนั้นเป็นเรื่องที่ต้องกระทำเองเป็นการเฉพาะตัวโดยแท้

ข้อ ๑๑ คู่กรณีมีสิทธินำทนายความหรือที่ปรึกษาของตน เข้าร่วมฟังกระบวนการสอบสวนได้ การใดที่ทนายความหรือที่ปรึกษาได้กระทำลงต่อหน้าคู่กรณีให้ถือว่าเป็นการกระทำของคู่กรณีเองเว้นแต่คู่กรณีจะได้คัดค้านเสียแต่ในขณะนั้น

ข้อ ๑๒ ในการพิจารณาทางการสอบสวน คณะกรรมการสอบสวนอาจตรวจสอบข้อเท็จจริงได้ตามความเหมาะสมในเรื่องนั้นๆ โดยไม่ต้องผูกพันอยู่กับคำร้องเรียน คำขอ คำชี้แจงหรือพยานหลักฐานของคู่กรณี

ข้อ ๑๓ คณะกรรมการสอบสวนอาจมอบหมายให้กรรมการสอบสวนคนหนึ่งคนใด หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไปรวบรวมพยานหลักฐานเฉพาะอย่างมาเสนอคณะกรรมการสอบสวนได้

ข้อ ๑๔ ในการดำเนินการสอบสวน คณะกรรมการสอบสวนถือเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และมีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ถ้อยคำ หรือส่งพยานลักฐานเพื่อประกอบการสอบสวนได้

การเรียกพยานบุคคลมาให้ถ้อยคำต้องมีกรรมการสอบสวนร่วมสอบปากคำไม่น้อยกว่า ๒ คน ทั้งนี้การบันทึกถ้อยคำ ให้เป็นไปตามแบบที่คณะกรรมการสอบสวนกำหนด

วิธีการและค่าใช้จ่าย ในการนำส่งพยานหลักฐานตามวรรคหนึ่งและในการเรียกพยานบุคคลมาให้ถ้อยคำให้เป็นดุลพินิจของประธานกรรมการสอบสวน ที่จะดำเนินการได้ ตามความจำเป็นและเหมาะสมแก่กรณีหากเห็นเป็นการสมควร โดยค่าใช้จ่ายในการนำส่งเอกสาร ค่าป่วยการและค่าพาหนะของพยานผู้นั้น ให้เบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๕ คณะกรรมการสอบสวนต้องดำเนินการสอบสวนให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ประธานกรรมการสอบสวนได้รับเรื่องกล่าวหา ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ ให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน ๓๐ วัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ เพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ข้อ ๑๖ ในการประชุมคณะกรรมการสอบสวน ถ้ามีข้อเท็จจริงเป็นที่ยุติว่ามีกรรมการสอบสวนผู้ใดมีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา กรรมการสอบสวนผู้นั้นมีหน้าที่ต้องแจ้งให้คณะกรรมการสอบสวนทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

ลักษณะหรือประเภทของการมีส่วนได้เสียของกรรมการสอบสวนได้แก่

(๑) เป็นเรื่องเกี่ยวกับกรรมการสอบสวนผู้นั้นโดยตรง

(๒) เป็นเรื่องเกี่ยวกับคู่หมั้นหรือคู่สมรสของกรรมการสอบสวน

(๓) เป็นเรื่องเกี่ยวกับญาติของกรรมการสอบสวน คือ บุพการี ผู้สืบสันดาน พี่น้องหรือลูกพี่ลูกน้องนับได้เพียงภายในสามชั้นหรือญาติเกี่ยวพันทางแต่งงานนับได้เพียงสองชั้น

(๔) เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่กรรมการสอบสวนผู้นั้นเป็นหรือเคยเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์หรือผู้แทนหรือตัวแทนบุคคลนั้น

(๕) เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่กรรมการสอบสวนผู้นั้นเป็นเจ้าหนี้ ลูกหนี้หรือนายจ้าง

(๖) ลักษณะหรือประเภทอื่นๆ ซึ่งมีสภาพร้ายแรงอันอาจทำให้การพิจารณาไม่เป็นกลาง หรือลักษณะหรือประเภทอื่นๆ ที่คณะกรรมการสอบสวนกำหนดเพิ่มเติม

ข้อ ๑๗ เมื่อมีการคัดค้านว่าคณะกรรมการสอบสวนคนหนึ่งคนใด มีลักษณะหรือประเภทการมีส่วนได้เสียและข้อเท็จจริงยังไม่เป็นที่ยุติว่ามีส่วนได้เสียหรือไม่ ให้คณะกรรมการสอบสวนพิจารณาสาเหตุคัดค้านนั้นในการประชุมดังกล่าว กรรมการสอบส่วนผู้ถูกคัดค้านเมื่อได้ชี้แจงข้อเท็จจริงและตอบข้อซักถามแล้ว ต้องออกจากที่ประชุม

ถ้าคณะกรรมการสอบสวนมีกรรมการผู้ถูกคัดค้าน ในระหว่างกรรมการผู้ถูกคัดค้านต้องออกจากที่ประชุมให้ถือว่าคณะกรรมการสอบสวนประกอบด้วยกรรมการทุกคนที่ไม่ถูกคัดค้าน

ถ้าที่ประชุมมีมติให้กรรมการสอบสวนผู้ถูกคัดค้านปฏิบัติหน้าที่ต่อไปด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าสองในสามของกรรมการสอบสวนที่ไม่ถูกคัดค้านซึ่งมาประชุม ให้กรรมการผู้นั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไป มติดังกล่าวให้กระทำโดยวิธีออกเสียงลงคะแนนลับ และให้ถือเป็นที่สุด

ข้อ ๑๘ ในรายงานสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวนอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญต่อไปนี้

(๑) วัน เดือน ปี ที่คณะกรรมการสอบสวน เสนอรายงานการสอบสวนพร้อมความเห็น

(๒) ชื่อ ที่อยู่ ของคู่กรณี

(๓) พฤติกรรมโดยย่อของหน่วยบริการที่ปรากฏในเรื่องร้องเรียน

(๔) พยานหลักฐานที่คณะกรรมการสอบสวนรวบรวมได้

(๕) ข้อเท็จจริงที่สอบสวนได้

(๖) ความเห็นของคณะกรรมการสอบสวนว่า

(ก) พฤติกรรมของหน่วยบริการที่ถูกร้องเรียนเข้าข่ายเป็นการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดตามมาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือเป็นกรณีผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร หรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จากหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้รับบริการโดยไม่มีสิทธิที่

จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ตามมาตรา ๕๙ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ตามที่ถูกร้องเรียนกล่าวหา หรือไม่อย่างไร

(ข) เสนอโทษตามมาตา ๕๘ มาตรา ๕๙ และมาตรา ๖๐ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพพิจารณาออกคำสั่ง

(๗) ลายมือชื่อของคณะกรรมการสอบสวน

ข้อ ๑๙ ในการเสนอรายงาน พร้อมความเห็นของคณะกรรมการสอบสวนต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ ให้เสนอพร้อมพยานหลักฐานทั้งปวง แต่หากมีความจำเป็นหรือเห็นเป็นการสมควรที่จะไม่ส่งพยานหลักฐานรายการใด ให้ระบุรายการพยานหลักฐานที่ไม่ได้ส่งไว้ในรายงานการสอบสวนด้วย

ข้อ ๒๐ วิธีปฏิบัติอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนซึ่งมิได้กำหนดไว้ในข้อบังคับนี้ให้ถือปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. ๒๕๓๙

ข้อ ๒๑ ข้อบังคับนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายชาตรี บานชื่น)

ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๔๘

....

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้คุณภาพและมาตรฐาน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘(๑) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๔๘ เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๔๘ ให้ออกข้อบังคับไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า "ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๔๘"

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

"มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข" หมายความว่า มาตรฐานเกี่ยวกับการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

"กฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข" หมายความว่า กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์ ทันตกรรม เภสัชกรรม กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ หรือ กฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่น ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๔ มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ให้ถือปฏิบัติโดยอนุโลม ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล แล้วแต่กรณี เว้นแต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ เป็นอย่างอื่น

ในกรณีที่กฎหมายตามวรรคหนึ่งไม่ได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขในเรื่องใดไว้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการเพิ่มเติมก็ได้

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๘

(นางสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน้า ๓๘
เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๑๔๔ ง ราชกิจจานุเบกษา ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้บุคคลผู้มีสิทธิได้ลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๔ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า "ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔"

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

"สถานบริการ" หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชนและของสภากาชาดไทย หรือหน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

"หน่วยบริการ" หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามข้อบังคับนี้

"หน่วยบริการประจำ" หมายความว่า สถานบริการ หรือเครือข่ายสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง และมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการให้บริการสาธารณสุข

"หน่วยบริการปฐมภูมิ" หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

"หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ" หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

"เครือข่ายหน่วยบริการ" หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกัน โดยประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิและได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ

"กองทุน" หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงานสาขา" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา

"คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ประเภทของหน่วยบริการที่รับขึ้นทะเบียนมี ๓ ประเภท ดังนี้

(๑) หน่วยบริการประจำ

(๒) หน่วยบริการปฐมภูมิ

(๓) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ สถานบริการอื่นนอกจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและของสภากาชาดไทยซึ่งประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อ ๕ ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานหรือสำนักงานสาขา

ข้อ ๗ ห้ามมิให้สำนักงานรับขึ้นทะเบียนสถานบริการที่ถูกยกเลิกหรือถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียนหรือมีลักษณะต้องห้ามอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลที่สำนักงานเคยบอกเลิกสัญญาให้บริการสาธารณสุขอันเนื่องจากการกระทำผิดตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลซึ่งเป็นนิติบุคคล มีกรรมการคนใดคนหนึ่งเคยเป็นกรรมการในนิติบุคคลผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบการสถานพยาบาลตาม (๑) รวมอยู่ด้วย

(๓) ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลของสถานพยาบาลที่กระทำผิดตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

กรณีตามวรรคหนึ่ง เมื่อครบระยะเวลา ๒ ปี นับแต่วันที่ถูกยกเลิกหรือถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียน หรือเมื่อคดีถึงที่สุด สำนักงานอาจพิจารณารับขึ้นทะเบียนก็ได้

ข้อ ๘ ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขา ตรวจประเมินสถานบริการที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนและสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและของสภากาชาดไทย ตามเกณฑ์การตรวจประเมินในข้อ ๕ วรรคสอง

สถานบริการที่ยื่นคำขอตามข้อ ๖ แล้วผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินตามวรรคหนึ่งให้สำนักงานพิจารณาประกาศรับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการแต่ละประเภท และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ

ข้อ ๙ หน่วยบริการปฐมภูมิอาจรวมกันเข้าเป็นกลุ่มตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด โดยขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขอย่างสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทั้งนี้ หน่วยบริการดังกล่าวต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบ

ข้อ ๑๐ หน่วยบริการประจำแต่ละหน่วยอาจเป็นแกนกลางในการรวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ต่อสำนักงานหรือสำนักงานสาขา

ให้สำนักงานพิจารณาประกาศรับขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามวรรคหนึ่ง และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ ทั้งนี้ การประกาศรับขึ้นทะเบียน ให้สำนักงานคำนึงถึงลักษณะทางภูมิศาสตร์ ศักยภาพของหน่วยบริการและความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน

เพื่อประโยชน์ในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ สำนักงานอาจประกาศกำหนดให้หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นเครือข่ายหน่วยบริการได้ตามที่เห็นสมควร

ข้อ ๑๑ หน่วยบริการต้องประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเป็นหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ทั้งนี้ ตามที่สำนักงานกำหนด

การประชาสัมพันธ์ของสำนักงานตามข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๒ ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขาดำเนินการผ่านสื่อมวลชน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนได้ทราบอย่างแพร่หลาย

ข้อ ๑๒ ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขาตรวจประเมินหน่วยบริการตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนในข้อ ๕ อย่างน้อยปีงบประมาณละหนึ่งครั้ง

ในกรณีที่ผลการตรวจประเมินพบว่า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขามีหนังสือแนะนำตักเตือนให้หน่วยบริการปฏิบัติตามเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขาตรวจประเมินอีกครั้งหนึ่ง หากผลการตรวจประเมินยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และเป็นกรณีที่มีผลโดยตรงต่อมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการอย่างชัดเจน ซึ่งหน่วยบริการไม่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ให้สำนักงานพิจารณาประกาศยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ

ข้อ ๑๓ ให้หน่วยบริการและเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นหน่วยบริการและเป็นเกณฑ์การตรวจประเมินตามข้อบังคับนี้ จนกว่าสำนักงานจะกำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนตามข้อบังคับนี้

ข้อ ๑๔ เพื่อให้การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ให้หน่วยบริการร่วมให้บริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้วตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘

เป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับนี้ด้วย โดยให้สำนักงานจัดประเภทหน่วยบริการให้เป็นไปตามข้อ ๕ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๑๕ บรรดากฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ คำสั่ง คู่มือ แนวปฏิบัติ หรือเอกสารอื่นใด ที่อ้างถึงหน่วยบริการร่วมให้บริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ให้หมายความถึง หน่วยบริการที่สำนักงานจัดประเภทหน่วยบริการตามข้อ ๑๔ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๑๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามข้อบังคับนี้ และมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔
อนุทิน ชาญวีรกูล
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน พ.ศ. ๒๕๖๐

....

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๐ ออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

(๒) ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

"หน่วยงาน" หมายความรวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน มูลนิธิ สมาคม ชมรม หรือการรวมกลุ่มในรูปแบบอื่นทั้งที่เป็นนิติบุคคล หรือไม่เป็นนิติบุคคล ซึ่งดำเนินงานด้านการคุ้มครองสิทธิ โดยมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร

"หน่วยรับเรื่องร้องเรียน" หมายความว่า หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขตพื้นที่

"คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ" หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ หน่วยงานใดที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน ให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนได้ที่สำนักงานเขต

ข้อ ๔ หน่วยงานที่จะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) ไม่เป็นหน่วยบริการ หรือไม่เป็นหน่วยงานต้นสังกัด หรือไม่เป็นหน่วยงานในสังกัดของหน่วยบริการ

(๒) มีสถานที่ปฏิบัติงานและประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวกและไม่ตั้งอยู่ในหน่วยบริการ

(๓) ต้องดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับเรื่องร้องเรียนมาแล้วไม่น้อยกว่าสองปี

(๔) มีผู้รับผิดชอบของหน่วยงานซึ่งสามารถให้บริการแก่ผู้มาติดต่อได้ตลอดเวลาทำการ และต้องเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและวิธีการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนที่สำนักงานหรือสำนักงานสาขาเขตเป็นผู้จัดอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพกำหนด

ข้อ ๕ ให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่ตรวจประเมินหน่วยงานที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตามคุณสมบัติที่กำหนดในข้อ ๔

การจะมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในพื้นที่มากน้อยเพียงใด ให้คำนึงถึงความเหมาะสมหรือข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย

กรณีที่คณะอนุกรรมการตรวจประเมินแล้วเห็นว่า หน่วยงานใดเหมาะสมที่จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพพิจารณาประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน

ข้อ ๖ ให้สำนักงานสาขาเขต ทำหน้าที่ตรวจประเมินหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเป็นประจำทุกปี และรายงานคณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพทราบ

ข้อ ๗ ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนทำหน้าที่ตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพกำหนด

ข้อ ๘ กรณีที่ตรวจพบว่า

(๑) หน่วยรับเรื่องร้องเรียนใดไม่ปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพกำหนด ให้คณะอนุกรรมการพิจารณาตักเตือน หรือเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพพิจารณาเพิกถอนการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน

(๒) หน่วยรับเรื่องร้องเรียนใดมีพฤติการณ์ไม่สุจริต หรือแสวงหาผลประโยชน์ ให้คณะอนุกรรมการเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพพิจารณาเพิกถอนการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน

ข้อ ๙ กรณีที่มีเหตุอันสมควรหรือมีเหตุอื่นใด ซึ่งทำให้ประชาชนไม่สามารถเสนอเรื่องร้องเรียนต่อหน่วยรับเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวก คณะกรรมการควบคุมคุณภาพอาจพิจารณาเพิกถอนการขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนนั้นเมื่อใดก็ได้

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานจัดทำแผนงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ข้อ ๑๑ กรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพให้เป็นที่สุด

ข้อ ๑๒ ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพประกาศให้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน และ ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามประกาศนี้

ข้อ ๑๓ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายแพทย์ชาตรี บานชื่น)

ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗

โดยที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ยกเลิกการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานสาขาแล้วนั้น จึงเป็นการสมควรปรับปรุงการทำหน้าที่ตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงกรณีไม่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ให้ออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑ วรรคสี่ ของประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขต

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕ ของประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๕ ให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่ตรวจประเมินหน่วยงานที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามลักษณะที่กำหนดในข้อ ๓ ทั้งนี้ การจะมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในพื้นที่มากน้อยเพียงใด ให้คำนึงถึงความเหมาะสมหรือข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย

กรณีที่คณะอนุกรรมการตรวจประเมินตามวรรคหนึ่งแล้วเห็นว่า หน่วยงานที่ใดเหมาะสมที่จะกำหนดเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาประกาศกำหนดเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน

ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ทำหน้าที่ตรวจประเมินหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเป็นประจำทุกปี และรายงานคณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขทราบ"

ข้อ ๓ ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะอนุกรรมการ และหน่วยงานได้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนไว้ที่สำนักงานสาขาแล้ว ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตทำหน้าที่ตรวจประเมิน และเสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนต่อไป

ข้อ ๔ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(นางประสบศรี อึ้งถาวร)

ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน พ.ศ. 2560 – 2564

โดย คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมฯของทุกภาคส่วน

ที่มา

- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2560-2564) ในการประชุม ครั้งที่ 11/2559 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2559 โดยมอบหมายให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบการดำเนินการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน ได้กำหนดให้คณะอนุกรรมการฯ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของคณะอนุกรรมการฯ ระยะ 4 ปี ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการฯได้ดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์ขอคณะอนุกรรมการฯโดยได้มีมติเห็นชอบต่อยุทธศาสตร์ดังกล่าว ในการประชุมคณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมฯ ครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560

ความสำคัญ

1. เจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีเหตุผลในการประกาศใช้ เพื่อรองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 52 ที่บัญญัติให้ชนชาวไทย มีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดย**ต้องเร่งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้** ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบบริการ โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะต้องดำเนินการ**โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน** เพื่อจัดการระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ [1]

2. วัตถุประสงค์การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติ ต้องการให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในระดับนโยบายและในระดับปฏิบัติการ ในขณะเดียวกัน ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของประชาชน องค์กรชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของชุมชน ด้วยการมีระบบบริหารจัดการ ที่สามารถทำให้เกิดการแก้ปัญหาด้านสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ รวมทั้ง การมีกลไกการคุ้มครองสิทธิประชาชน ซึ่งส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะและการเป็นเจ้าของระบบสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน

3. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้บัญญัติให้มีการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนผู้รับบริการทั่วไป ในหลายมาตรา ได้แก่ มาตราที่ 13(4) มาตรา 18(9) (10) (13) มาตรา 47 มาตรา 48 (8) และ มาตรา 50 (5) (7) (9) ซึ่งครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การควบคุมคุณภาพบริการ การรับฟังความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิประชาชนในการเข้ารับบริการในระบบ

---

[1] พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หน้า 28

4. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2560-2564) โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของคณะอนุกรรมการฯ ในยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความมั่นใจการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (*Ensure* participation and ownership of all stakeholders) ซึ่งประกอบด้วย 4 กลวิธี ได้แก่

4.1 Expand participation & ownership ขยายและเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ

4.2 Stakeholder relation จัดระบบ/กลไกในการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย/ภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง

4.3 Improve hearing process ปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปฯ โดยเพิ่มความสำคัญของ stakeholders กลุ่มต่างๆ

4.4 UHC in Global Health ร่วมกับกลไกนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับโลกช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพในประเทศ

5. สถานการณ์การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในระบบหลักประกันสุขภาพ ในรอบระยะเวลาที่ผ่านมา ยังมีลักษณะการดำเนินงาน ที่มีขอบเขตที่จำกัดเฉพาะในกลุ่มเครือข่าย หรือในพื้นที่ของตนเอง เช่น การมีส่วนร่วมของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) การมีส่วนร่วมภาคประชาสังคมในกองทุนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ป่วย องค์กรวิชาชีพหรือผู้ให้บริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ที่ยังขาดการประสานบูรณาการการทำงานร่วมกันที่เด่นชัด

ดังนั้น จึงมีความจำเป็น ที่จะต้องกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การด้านมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 25545 ต่อไป

<u>นิยาม</u>

- การมีส่วนร่วม (Participation) [2] หมายถึง <u>การที่ทุกภาคส่วน</u>ที่เกี่ยวข้อง ได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการหรือขั้นตอนต่างๆ ของดำเนินงาน ตั้งแต่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การร่วมแสดงทัศนะความคิดเห็น การร่วมเสนอปัญหาและความต้องการ การร่วมคิดวางแผน กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา การร่วมในกระบวนกา ตัดสินใจ การร่วมในการดำเนินการและการร่วมติดตามประเมินผลและตรวจสอบ รวมทั้ง การร่วมรับผลประโยชน์ จากการพัฒนานั้นๆ
- ทุกภาคส่วน หมายถึง ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย
  - ประชาชนทั่วไป ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
  - องค์กรภาคประชาสังคม (Civil Society) หมายถึง องค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ ไม่ว่าจะมีสถานะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ด้านพัฒนาสังคม ไม่แสวงหากำไรมาแบ่งปันกัน [3]

---

[2] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

[3] ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาองค์กรภาคประชาสังคม พ.ศ.2548

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ผู้ให้บริการ องค์กรวิชาชีพในระบบสาธารณสุข
- องค์กรภาคียุทธศาสตร์ ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการผลักดันนโยบาย หลักประกันสุขภาพ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย องค์กรอิสระด้านสุขภาพ เช่น สช.,สสส.สวรส.เป็นต้น
- เอกชน (Private party)
- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ หน่วยราชการต่างๆ นักวิชาการ สถาบันการศึกษา ฯลฯ

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน พ.ศ. 2560–2564

<u>วิสัยทัศน์ (VISION)</u>

ประชาชนทุกคน มีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพ

<u>พันธกิจ (MISSION)</u>

1. ส่งเสริม สนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ
2. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการมีส่วนร่วม
3. ส่งเสริมการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพ
4. พัฒนาความเป็นสถาบันขององค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพ

<u>กลยุทธ์และกลวิธีดำเนินการ</u>

Strategy 1 : ส่งเสริม สนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ (Engagement)

กลยุทธ์

1. สร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้เสีย ขยายหรือเชื่อมร้อยการดำเนินงานของเครือข่ายให้มีความเข้าใจกันยิ่งขึ้น **(Stakeholder relation)**[4] เช่น เครือข่ายผู้ให้บริการต่างๆ
2. ขยาย (Expand)และเพิ่มระดับ (Enhancement) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิม [5]
3. ค้นหา กลุ่ม เครือข่ายใหม่ ที่ยังไม่เข้ามามีส่วนร่วม สร้างความเข้าใจ พัฒนาแนวคิดด้านหลักประกันสุขภาพร่วม และสนับสนุนการเปิดพื้นที่ เวทีเพิ่มเติม
4. จัดหานวัตกรรมรูปแบบระบบบริการใหม่ๆ เพื่อรองรับการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือบริการ

---

[4] ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560–2564) ข้อ 4.2

[5] ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560–2564) ข้อ 4.1

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการมีส่วนร่วม (Knowledge Development)

กลยุทธ์

1) สร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ และสถาบันที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อทำการศึกษา วิจัย พัฒนา ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างความเป็นเจ้าของร่วม
2) สร้างร่วมมือระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานภายใน สปสช. เพื่อถอดบทเรียน หรือจัดก ความรู้จากประสบการณ์การทำงาน (Knowledge management)
3) ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ สร้างกรอบการทำงาน(Framework)หรือรูปแบบ(Model)การมีส่วนร่ ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูง มีธรรมาภิบาลและนำไปสู่ความยั่งยืนในอนาคต
4) พัฒนาศักยภาพ เสริมสมรรถนะ (Capacity Building) เพิ่มองค์ความรู้ให้กับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อ เช่น การสร้างความเข้มแข็งกลไกการติดตามประเมินคุณภาพบริการ และดำเนินการประเมินติดต ร่วมกัน [6]

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ส่งเสริมการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพ (Mechanism Development

กลยุทธ์

1) ส่งเสริม สนับสนุน กลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย ในการติดตาม ค้นหา การเข้าไม่ถึงสิทธิของประชาชนกลุ่มเปราะบาง [7]
2) ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างรูปธรรมข้อเสนอ จากเวทีรับฟังความคิดเห็น [8]
3) พัฒนาระบบและกลไกการสื่อสารระหว่างสปสช. และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่ว มากขึ้นกว่าเดิม เช่น นำร่องการใช้ระบบเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานของเครือข่าย
4) ส่งเสริม พัฒนาความรู้ ด้านกฎหมายหลักประกันสุขภาพ ให้กับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะใ ประเด็นที่จะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Law Developmer

---

[6] ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 5.2

[7] ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 1.2

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาความเป็นสถาบันของระบบหลักประกันสุขภาพ (Institutional Building)

กลยุทธ์

1) ส่งเสริม สร้างความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (sense of belonging, sense of ownership) แก่บุคลากร สปสช.และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีความตื่นตัวและมีส่วนร่วมต่อประเด็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญๆของระบบหลักประกัน
2) สร้างแรงจูงใจให้บุคลากร คณะกรรมการหลักฯ คณะกรรมการควบคุมฯ และผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ให้มีความผูกพัน มุ่งมั่น ทุ่มเท ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ[9]
3) พัฒนาแกนนำของภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อสืบทอดเจตนารมณ์ อุดมการณ์ของระบบหลักประกันสุขภาพให้ยั่งยืน
4) สนับสนุนให้มีการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการบริหารงานอย่างมีธรรมาภิบาล และมีประสิทธิภาพในการทำงาน [10]

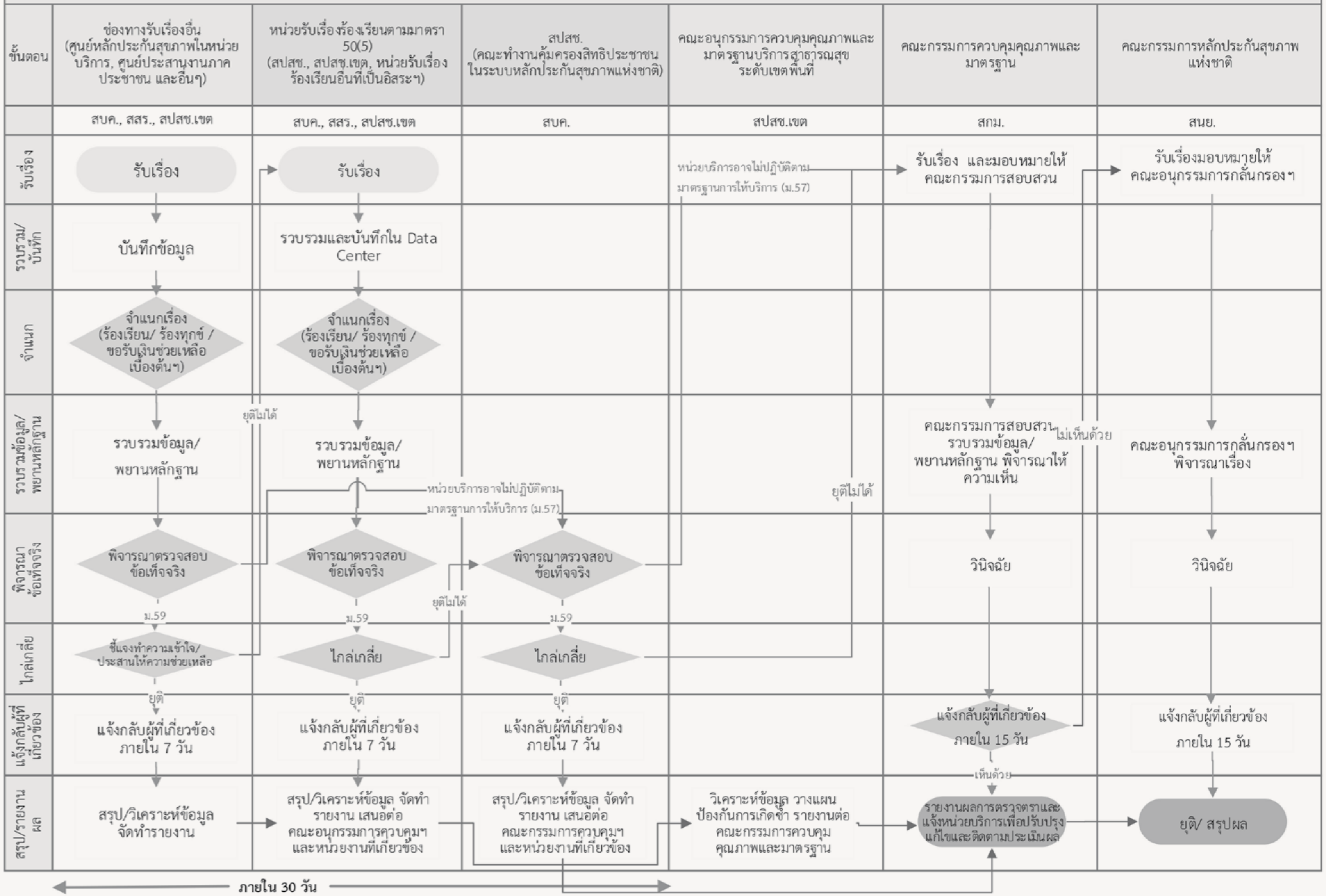
<u>ตัวชี้วัดสำคัญ (Indicators)</u>

1) หน่วยรับเรื่องร้องเรียนฯ ศูนย์ประสานงานฯ/หน่วยฯ50(5)มีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการหน่วยบริการ
2) มีความร่วมมือในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ
3) มีระเบียบหลักเกณฑ์ที่เอื้อและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคียุทธศาสตร์
4) มีหน่วยเรียนรู้ ระบบหลักประกันสุขภาพโดยองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง
5) มีรูปธรรมการดำเนินการ ที่สอดคล้องกับการรับฟังความคิดเห็น
6) มีผู้แทนหรือแกนนำคนรุ่นใหม่ ของภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

"การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) โดยใช้ 4 กลยุทธ์ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และ 16 กลวิธี รองรับการดำเนินงานตามกลยุทธ์"

[9] ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 5.1
[10] ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 5.5

กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ขั้นตอนการทำงาน

<u>ก.ขั้นตอนการรับเรื่อง จัดการและไกล่เกลี่ยเรื่องร้องเรียน</u>

1. ผู้รับบริการยื่นเรื่องร้องเรียนผ่านช่องทางการรับเรื่องได้แก่ โทรศัพท์ โทรสาร จดหมาย จดหมายอิเลคทรอนิกส์ (E-mail) เป็นต้น ไปยังหน่วยรับเรื่องร้องเรียน ดังนี้
   1.1 หน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5)
   1.2 ช่องทางรับเรื่องร้องเรียนอื่น ได้แก่ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ ศูนย์ประสานงานภาคประชาชน และอื่นๆ เป็นต้น
   หมายเหตุ กรณีที่หน่วยรับเรื่องร้องเรียนพบว่าเรื่องที่ได้รับอยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบ ให้ส่งเรื่องร้องเรียนนั้นให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่รับผิดชอบดำเนินการ
2. หน่วยรับเรื่องร้องเรียน จัดการเรื่องร้องเรียนภายใน 30 วันทำการ ตามขั้นตอนดังนี้
   2.1 ช่องทางรับเรื่องร้องเรียนอื่น จำแนกเรื่องเป็น 1) เรื่องร้องเรียน 2) เรื่องร้องทุกข์ หรือ 3) เรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แล้วจึงรวบรวมข้อมูลและพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง
      2.1.1 กรณีที่พบว่าผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนด หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่สิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) ดำเนินการให้ข้อมูล ชี้แจง แนะนำ ประสานให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น
         ก. กรณีที่ยุติเรื่องได้ แจ้งกลับผู้ที่เกี่ยวข้องภายใน 7 วันทำการ แล้วสรุป วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานเสนอต่อคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
         ข. กรณีที่ยุติเรื่องไม่ได้ ให้ส่งเรื่องนั้นพร้อมเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป
      2.1.2 กรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) ให้ส่งเรื่องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป
      2.1.3 กรณีที่พบว่าเป็นการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้ส่งเรื่องนั้นให้คณะอนุกรรมการที่มีหน้าที่พิจารณา
   2.2 หน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 รวบรวมและบันทึกข้อมูลในระบบ Data Center จำแนกเรื่องเป็น 1) เรื่องร้องเรียน 2) เรื่องร้องทุกข์ หรือ 3) เรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แล้วจึงรวบรวมข้อมูลและพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง
      2.2.1 กรณีที่พบว่าผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนด หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่สิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บ

เกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) ดำเนินการให้ข้อมูล ชี้แจงและแนะนำ ประสาน ไกล่เกลี่ย แก้ปัญหา และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น

ก. กรณีที่ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่องได้ แจ้งกลับผู้ที่เกี่ยวข้องภายใน 7 วันทำการ แล้วสรุป วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงาน เสนอต่อคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข. กรณีที่ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่องไม่ได้ ให้ส่งเรื่องนั้นพร้อมเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป

2.2.2 กรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) ให้ส่งเรื่องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป

2.2.3 กรณีที่พบว่าเป็นการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้ส่งเรื่องนั้นให้คณะอนุกรรมการที่มีหน้าที่พิจารณา

3. คณะทำงานคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับเรื่องกรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) และเรื่องร้องเรียนกรณีที่ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่องไม่ได้ จากหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) และช่องทางรับเรื่องร้องเรียนอื่น แล้วพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง

3.1.1 กรณีที่พบว่าผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนด หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่สิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) ดำเนินการไกล่เกลี่ย แก้ปัญหา และให้ความช่วยเหลือต่างๆ

ก. กรณีที่ยุติเรื่องได้ แจ้งกลับผู้ที่เกี่ยวข้องภายใน 7 วันทำการ แล้วสรุป วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำรายงาน เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข. กรณีที่ยุติเรื่องไม่ได้ ให้ส่งเรื่องนั้นพร้อมเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องไปยังคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อดำเนินการต่อไป

3.1.2 กรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) ให้ส่งเรื่องไปยังคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อดำเนินการมอบหมายคณะกรรมการสอบสวนพิจารณาต่อไป

หมายเหตุ การดำเนินการตั้งแต่ขั้นตอนการการรับเรื่อง จนถึงขั้นตอนการจัดการและไกล่เกลี่ยเรื่องร้องเรียน ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน ถ้าดำเนินการไม่แล้วเสร็จ ให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานผลการดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณา

ข.ขั้นตอนการพิจารณาและวินิจฉัยเรื่องร้องเรียน

๑. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รับเรื่องกรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) และเรื่องร้องเรียนกรณีที่ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่องไม่ได้ จากคณะทำงานคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วมอบหมายให้คณะกรรมการสอบสวนเพื่อรวบรวมข้อมูลพยานหลักฐาน พิจารณาให้ความเห็น เสนอรายงานความเห็นต่อต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อวินิจฉัย แล้วจึงแจ้งผลการวินิจฉัยกลับไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องภายใน 15 วัน
   1.1 กรณีผู้ร้องเรียน เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัย สำนักงานสรุปและจัดทำรายงาน
   1.2 กรณีผู้ร้องเรียน ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัย ให้อุทธรณ์ผลการวินิจฉัยต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อมอบหมายให้คณะอนุกรรมการกลั่นกรองกรณีอุทธรณ์ พิจารณากลั่นกรองกรณีอุทธรณ์คำสั่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 58 มาตรา 59 และมาตรา 61 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และเสนอรายงานความเห็นต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อวินิจฉัยอุทธรณ์ แล้วแจ้งกลับผู้ที่เกี่ยวข้อง

ค. ขั้นตอนการสรุป วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปรายงาน

๑. คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ รวบรวมข้อมูลผลการจัดการเรื่องร้องเรียนภายในพื้นที่ที่รับผิดชอบ สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนป้องกันการเกิดซ้ำ แล้วจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี

๒. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รายงานผลการตรวจตราต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแจ้งหน่วยบริการเพื่อปรับปรุงแก้ไข และติดตามประเมินผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 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