

คู่มือบริหารงาน หลักประกันสุขภาพระดับเขต

สำหรับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)



คู่มือบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต สำหรับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสว.)

ISBN

พิมพ์ครั้งที่ 1 พุทธศักราช 2562

จำนวน เล่ม

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

ออกแบบ นายวัฒนสินธุ์ สุวรรณานนท์

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
โทร. 0 2903 8257

คำนำ

นับแต่ปี 2545.....ปีที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ ปีที่เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูประบบการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายอยู่ที่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ด้วยความมั่นใจ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงินเป็นตัวขวางกั้น และไม่ล้มละลายด้วยภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมือนในอดีต ในระยะเริ่มต้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน แต่ด้วยบริบทที่มีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ การร่วมคิดร่วมทำ ร่วมตัดสินใจด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภายใต้อำนาจได้เปรียบ ข้อจำกัดเดียวกัน จึงเป็นกลไกสำคัญและก่อให้เกิดคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ หรือ อปสข. ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้รับการสรรหาอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ อันเป็นที่ยอมรับในพื้นที่ ทำให้เกิดการบูรณาการแผนงานด้านสุขภาพกับภาคีทุกภาคส่วนให้สอดคล้องกับปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการประชาชนที่ดีขึ้น ช่วยนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพประชาชนและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขก้าวหน้าไปอย่างดี

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การทำงานของคณะอนุกรรมการ มีแนวทางหลักไปในทิศทางเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้รวบรวมแนวคิด หลักการ แนวทางการปฏิบัติ รวมถึง ระเบียบ ประกาศ และคำสั่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในระดับเขตพื้นที่ เพื่อเป็นคู่มือการดำเนินงานตามบทบาทที่สำคัญ สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มีฉบับนี้จะสามารถใช้เป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และสนับสนุนการปฏิบัติงานตามภารกิจสำหรับ อปสข. อันจะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ” ตามแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ.2561-2565 ฉบับทบทวน (พ.ศ. 2563-2565) และตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ขอขอบคุณอนุกรรมการทุกท่านที่มีส่วนช่วยขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่จนสำเร็จ ส่งผลให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พฤศจิกายน 2562

Policy Dialogue

ระหว่าง

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ประธานอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)
และประธานอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (อคม.)



ความสำเร็จของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นจากการทำงานอย่างหนักตลอด 17 ปี ทำให้ UN ยกย่องให้ประเทศไทย เป็นประเทศต้นแบบการสร้างความหลักประกันสุขภาพให้กับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ผลการสำรวจประเทศที่มีระบบสุขภาพดีที่สุดในโลก ประจำปี 2562 พบว่าประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 6 ของโลกโดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น โครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข ประสิทธิภาพของบุคลากร ค่าใช้จ่ายในระบบ การเข้าถึงยาคุณภาพ รวมไปถึงความพร้อมของรัฐบาลในการจัดการระบบ แต่จุดเด่นของประเทศไทยอยู่ที่ การมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2562 ณ ห้องประชุม BB401 โรงแรมเซนทรา ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ ถ.แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ

รัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบบริการสาธารณสุข แต่ด้วยงบประมาณของประเทศที่มีอยู่จำกัด ส่งผลให้ไม่ได้รับงบประมาณตามที่เสนอ สปสช. เป็นองค์กรที่มีภารกิจในการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ดังนั้นต้องใช้งบประมาณที่ได้รับจากการจัดสรรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด



ปัจจุบัน สปสช. ได้กำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมเกือบทุกกลุ่มโรคแล้ว ทั้งโรคเรื้อรังและโรคหายาก และยังครอบคลุมไปยังประชาชนกลุ่มชายขอบ กลุ่มเปราะบาง แสดงถึงประสิทธิภาพของความครอบคลุม ทั้งนี้ทิศทางในอนาคตควรมุ่งเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับยกระดับคุณภาพบริการให้ได้ตามมาตรฐาน เช่น สร้างเสริมความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิ ห้องฉุกเฉินคุณภาพ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยหนุนเสริมระบบ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ และลดการขาดสภาพคล่องของโรงพยาบาล

แนวคิดของการทำงาน ต้องมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้ดีขึ้น ทั้งนี้ให้กำหนดเป้าหมายและแผนงาน (Framework) ที่เป็นความจำเป็น (Needs) และดำเนินการตามเป้าหมายและแผนงาน (Framework) ที่กำหนดไว้ แต่ต้องคำนึงว่าทุกอย่างอาจมีการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุง (Change & Improve) ตลอดเวลา ความครอบคลุมการบริการเป็นสิ่งสำคัญ แต่การที่จะทำอย่างไรให้คนไม่ป่วยก็สำคัญ **“Stay Healthy ดีกว่าป่วย”** โดยเฉพาะการทำให้คนหันมาดูแลสุขภาพของตนเอง

สารบัญ

บทที่ 1

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

● 1.1	แนะนำ “ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”	16
	1) ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	16
	2) ระบบการดูแลสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย	22
	3) ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย และแนวคิดการซื้อบริการสุขภาพ	25
	4) กลไกความเชื่อมโยงในการทำงานร่วมกัน ของคณะกรรมการระดับประเทศและคณะกรรมการ ระดับเขตพื้นที่	32
● 1.2	แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2563-2565)	40
● 1.3	โครงสร้างการบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	44
● 1.4	กลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่	52
● 1.5	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไทยสู่สากล	64

บทที่ 2

บทบาทภารกิจของคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

- 2.1 ความเป็นมา องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่
ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) 70
- 2.2 ความเป็นมา องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่
ของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ
สาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) 79

บทที่ 3

ความรู้เบื้องต้นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 3.1 ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข
และการพัฒนาสิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุข 95
- 3.2 การจัดการคุณภาพและมาตรฐานบริการ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 100
- 3.3 การลงทะเบียน และการเลือกหน่วยบริการ
หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ 111
- 3.4 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 127
- 3.5 การรับเรื่องร้องเรียน และการคุ้มครองสิทธิ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 141
- 3.6 ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ 157

บทที่ 4

สถานการณ์และผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 4.1 ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Financial Coverage) 166
- 4.2 ความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพ (Population coverage) และภาพรวมการใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 175

ภาคผนวก

- **ผนวก 1** คำศัพท์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 182
- **ผนวก 2** คำสั่ง หรือประกาศที่เกี่ยวข้องกับ อปสข. 201
- **ผนวก 3** ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน พ.ศ.2560-2564 215
- **ผนวก 4** ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 220
- **ผนวก 5** กฎ ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคุ้มครองสิทธิ และกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 224
- **ผนวก 6** ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน 246

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1.1	แสดง Universal Healthcare Coverage Cube : UHC Cube	17
แผนภาพที่ 1.2	แสดงความเป็นมาก่อนมี พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	18
แผนภาพที่ 1.3	แสดง The WHO health system framework “6 Building Blocks of Health system”	22
แผนภาพที่ 1.4	แสดงรูปแบบการจ่าย (Payment Method) แต่ละประเภท	28
แผนภาพที่ 1.5	แสดงภาพโครงสร้างความสัมพันธ์ของ คณะกรรมการระดับประเทศ และคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่	31
แผนภาพที่ 1.6	แสดงความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 กับบริบทที่เกี่ยวข้อง	41
แผนภาพที่ 1.7	แสดงโครงสร้างองค์กรสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	45
แผนภาพที่ 1.8	แสดงกระบวนการทำงานของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	48
แผนภาพที่ 1.9	แสดงขั้นตอนการให้บริการข้อมูล ด้านหลักประกันสุขภาพ	49
แผนภาพที่ 1.10	แสดงการแบ่งพื้นที่สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 13 เขต และผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต	50

แผนภาพที่ 1.11	แสดงภาพกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ที่มีอยู่ในระดับเขตพื้นที่	52
แผนภาพที่ 1.12	แสดงภาพประธานอนุกรรมการ หลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ของสปสช.เขต 1-13	53
แผนภาพที่ 1.13	แสดงบริบทพื้นฐานด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร	60
แผนภาพที่ 1.14	แสดงโครงสร้างของคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานของสปสช. เขต 13 กทม.	63
แผนภาพที่ 2.1	แสดงความเป็นมา ของคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่	71
แผนภาพที่ 2.2	แสดงองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการ หลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 1-12	72
แผนภาพที่ 2.3	แสดงองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการ หลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13	75
แผนภาพที่ 2.4	แสดงกลไกการกำหนดมาตรฐานการ ให้บริการสาธารณสุข และการกำกับคุณภาพมาตรฐาน การให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	88
แผนภาพที่ 2.5	แสดงกลไกการจัดการคุณภาพมาตรฐาน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามอำนาจหน้าที่ ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	92
แผนภาพที่ 3.1	แสดงเส้นทางการพัฒนาสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	94
แผนภาพที่ 3.2	แสดงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	99

แผนภาพที่ 3.3	แสดงความหมายของมาตรฐานและคุณภาพ	107
แผนภาพที่ 3.4	แสดงมิติของคุณภาพ	108
แผนภาพที่ 3.5	แสดงมิติคุณภาพกับระบบบริการสาธารณสุข	109
แผนภาพที่ 3.6	แสดงช่องว่าง (GAPs) ในคุณภาพบริการ	110
แผนภาพที่ 3.7	แสดงวิธีการลงทะเบียนสิทธิบัตรทอง (สปสช.)	113
แผนภาพที่ 3.8	แสดงรายละเอียดของเอกสารการ เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ (กรณีที่พักอาศัย ตรงตามบัตรประชาชนและไม่ตรงตามบัตรประชาชน)	117
แผนภาพที่ 3.9	แสดงสถานที่ที่รับแจ้งเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ	118
แผนภาพที่ 3.10	แสดงขั้นตอนการประชุมรับฟังความคิดเห็น โดยทั่วไปจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	135
แผนภาพที่ 3.11	แสดงความเชื่อมโยงของกลไกในการรับเรื่องร้องเรียน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	138
แผนภาพที่ 3.12	แสดงโครงสร้างการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับต่างๆ และคณะกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	144
แผนภาพที่ 3.13	แสดงกรอบการดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560-2564	150
แผนภาพที่ 3.14	แสดงขั้นตอนการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน	153
แผนภาพที่ 3.15	แสดงแผนผังระบบข้อมูลของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	156
แผนภาพที่ 4.1	แสดงงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ 2561	173
แผนภาพที่ 4.2	แสดงความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ของประเทศ และความครอบคลุมสิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2561	177
แผนภาพที่ 4.3	แสดงจำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบ ประกันสุขภาพของประเทศ ปีงบประมาณ 2561	177

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ปี พ.ศ. 253-2560	167
แผนภูมิที่ 2	สัดส่วนรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) ปี พ.ศ. 2537-2560	168
แผนภูมิที่ 3	ร้อยละของครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ปี พ.ศ. 2533-2560	169
แผนภูมิที่ 4	ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน ภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment) ปี พ.ศ. 2533-2560	170
แผนภูมิที่ 5	เปรียบเทียบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับงบประมาณของประเทศ ปีงบประมาณ 2546-2561	171
แผนภูมิที่ 6	งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2561	172
แผนภูมิที่ 7	อัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ 2546-2561	174
แผนภูมิที่ 8	สัดส่วนประชากรระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และสิทธิอื่นๆ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2561	178

แผนภูมิที่ 9	จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2561	179
แผนภูมิที่ 10	จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2561	179



บทที่ 1

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1 แนะนำระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป้าหมายหลักของระบบประกันสุขภาพ คือ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพตามความจำเป็นของประชาชน และปกป้องครัวเรือนจากการเกิดวิกฤติทางการเงิน หรือการที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

องค์การสหประชาชาติและประเทศต่างๆ มีความพยายามในการผลักดันการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ให้มีความยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Healthcare Coverage: UHC) มามากกว่า 10 ปี จนกระทั่งในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 สหประชาชาติก็ได้บรรลุข้อตกลงเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Post 2015 Sustainable Development Goals : SDGs) โดยในเป้าหมายข้อ 3.8 กำหนดให้ทุกประเทศบรรลุความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายในปี 2573

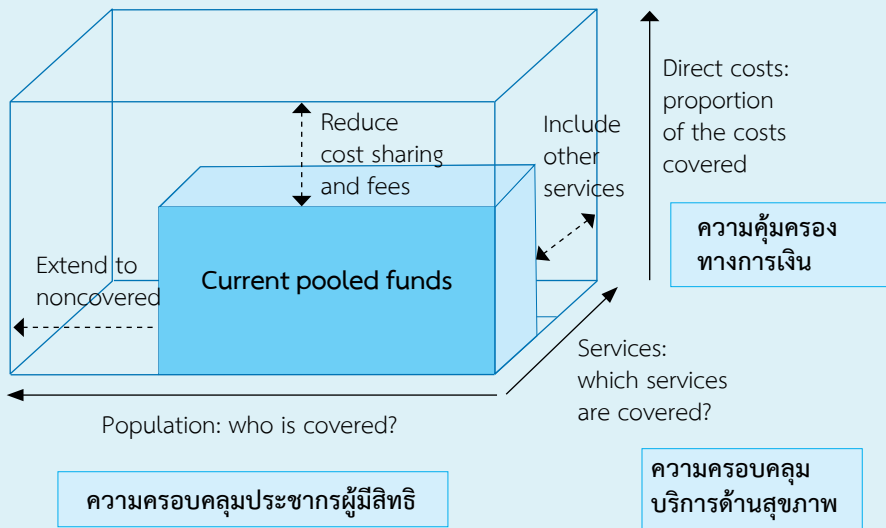
มิติของ UHC: มีสามมิติหลักๆ ซึ่งมิติเหล่านี้องค์การอนามัยโลก หรือ WHO (World health Organization) ได้จัดทำเป็นรูปภาพเรียกว่า “UHC Cube” ดังนี้

มิติที่ 1 ความครอบคลุมของประชากร: ขยายความครอบคลุมไปสู่ประชากรที่ยังไม่มีสิทธิ

มิติที่ 2 ความครอบคลุมบริการด้านสุขภาพ: ขยายการบริการสู่ประชากรที่ยังไม่มีสิทธิ

มิติที่ 3 ความคุ้มครองทางการเงิน: ลดค่าใช้จ่ายจากการรับบริการด้านสุขภาพ

แผนภาพที่ 1.1 แสดง Universal Healthcare Coverage Cube : UHC Cube



วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UHC:

- 1) ความเสมอภาคกับบริการด้านสุขภาพ: ประชาชนผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการด้านสุขภาพ พึงสมควรจะได้รับ
- 2) คุณภาพของบริการด้านสุขภาพ: การบริการมีคุณภาพที่จะให้แก่ผู้รับบริการ
- 3) การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน: ทำให้มั่นใจว่าค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพนั้น ไม่ได้ทำให้คนตกอยู่ในความเสี่ยงทางการเงิน หรือล้มละลายทางการเงิน

เส้นทางการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยมีความพยายามดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพ เพื่อคุ้มครองประชาชนอย่างถ้วนหน้า โดยเริ่มจากการครอบคลุมเฉพาะผู้มีรายได้น้อยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 และขยายการครอบคลุมจนสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ครอบคลุมคนไทยทุกคนในปี พ.ศ. 2545 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐหลายระบบ เกิดขึ้นตามช่วงเวลาของการให้สิทธิแก่กลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่ม ได้แก่ ระบบหลัก 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ ยังมีระบบย่อยที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานและข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนเงินทดแทน ระบบสวัสดิการด้านสุขภาพ และประกันสุขภาพสำหรับคนที่รอพิสูจน์สถานะและสิทธิ ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

แผนภาพที่ 1.2 แสดงความเป็นมาก่อนมี พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545



เหตุการณ์สำคัญก่อนมี พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ. 2545	โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศ (กรุงเทพฯ ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศในเดือนเมษายน 2545) และโดยทั่วไปรู้จักกันชื่อ “สิทธิ 30 บาท” หรือ “สิทธิบัตรทอง”
พ.ศ. 2544	<p>รัฐบาลดำเนินการนโยบาย 30 รักษาทุกโรค เน้นบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยจัดให้ประชาชนคนไทยมีหน่วยบริการประจำ และร่วมจ่ายค่าบริการครั้งละ 30 บาท</p> <p>ระยะที่ 1 เดือนเมษายน นำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด คือ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ยโสธร พะเยา และยะลา</p> <p>ระยะที่ 2 เดือนมิถุนายน ขยายพื้นที่อีก 15 จังหวัด ประกอบด้วย นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส</p> <p>ระยะที่ 3 เดือนตุลาคม ขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด และบางเขตของกรุงเทพมหานคร (13 เขต)</p>
พ.ศ. 2542	ปรับระบบบริหารจัดการงบประมาณของโครงการบัตรสุขภาพ และบัตร สปร. โดยมีการประกันชั้นที่ 2 (reinsurance) สำหรับบริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง
พ.ศ. 2541	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ โดยใช้ระบบร่วมจ่าย (Co-Payment) กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยา และจำกัดการนอนรักษาตัวในห้องพักพิเศษ - การออกบัตร สปร. เปลี่ยนจากบัตรครอบครัวเป็นบัตรบุคคล และกำหนดการขึ้นทะเบียนโดยระบบคอมพิวเตอร์ นำระบบการชดเชยชั้นที่ 2 (reinsurance) มาใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วยการเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DGRs) และงบประมาณแบบ Global Budget
พ.ศ. 2537	- ยกเลิกบัตร สปน. ตามประกาศระเบียบสำนักนายกฯ ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (เปลี่ยนเป็นบัตร สปร.) กำหนดหลักเกณฑ์คนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวรายได้ต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียว และออกบัตรเป็นรายครอบครัว

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดนโยบายการให้บัตรประกันสุขภาพแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัว - พ.ร.บ.ประกันสังคมฯ ขยายการครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป
พ.ศ. 2536	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 บังคับใช้ ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่เกิดจากอุบัติเหตุการใช้รถ
พ.ศ. 2534	เริ่มโครงการประกันสุขภาพระยะที่ 3 ของกระทรวงสาธารณสุข ปรับรูปแบบโดยใช้หลักการประกันสุขภาพ
พ.ศ. 2533	พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 บังคับใช้ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ผู้ประกันตนได้สิทธิรักษาพยาบาล
พ.ศ. 2532	รัฐบาลมีนโยบายรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
พ.ศ. 2530	ประกาศระเบียบสำนักนายกฯ บัตร สปน. ฉบับที่ 3 ให้กำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียว คือ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา
พ.ศ. 2527	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศระเบียบสำนักนายกฯ บัตร สปน. ฉบับที่ 2 กำหนดให้ผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา - เริ่มโครงการประกันสุขภาพระยะที่ 2 “กองทุนชุมชน” บัตรสุขภาพครอบครัวเพื่อส่งเสริมการสาธารณสุขมูลฐานและระบบส่งต่อ
พ.ศ. 2526	เริ่มโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ เริ่มโครงการประกันสุขภาพระยะที่ 1 “กองทุนอนามัยแม่และเด็ก” ทดลองใช้กลไกด้านการคลังสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นหลัก นำร่องที่จังหวัดราชบุรี และขยายผลไปทั่วประเทศ
พ.ศ. 2523	รัฐบาลจัดสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ประกาศลงราชกิจจานุเบกษา
พ.ศ. 2518	เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) บริการรักษาพยาบาลแบบไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ยากไร้
พ.ศ. 2506	รัฐบาลออกระเบียบช่วยเหลือข้าราชการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่ถูกรเรียกว่า “สิทธิบัตรทอง” หรือ “สิทธิ 30 บาท” เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ภายใต้การออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นวันเดียวกับการก่อตั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการขับเคลื่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าสำหรับคนไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ เพื่อคุ้มครองให้ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธิ นั้น กล่าวคือ สามารถรับบริการโดยไม่ประสบกับภาวะล้มละลายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย กลุ่มเป้าหมายในความคุ้มครองของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ประชาชนชาวไทยที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิรักษายาบาลอื่นๆ จากรัฐ โดยเป็นสิทธิตามกฎหมาย (ข้อมูล ณ สิ้นปีงบประมาณ 2562 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ คือ 47.52 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 70.87 ของประชากรทั้งหมดจำนวน 67.25 ล้านคน [จากรายงานแสดงความคุ้มครองการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ Website สปสช. วันที่ 11 ตุลาคม 2562])

หลักการและแนวคิดพื้นฐานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

2) ระบบการดูแลสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพ

The WHO Health System Framework ได้กล่าวถึงกรอบแนวคิดในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีความเท่าเทียม ทั้งถึง มีคุณภาพ ปลอดภัย และครอบคลุม ประชาชนที่รับผิดชอบ โดยมีปัจจัยนำเข้าที่สำคัญอยู่ 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิด ได้แก่

แผนภาพที่ 1.3 แสดง The WHO health system framework “6 Building Blocks of Health system”



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

หลักการขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า การลงทุนด้านสุขภาพควรที่จะมีการลงทุนพร้อมกันทั้งระบบ ตามหลักการ 6 Building Blocks of Health System คือ

1. การให้บริการสุขภาพหรือการออกแบบระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดประโยชน์ เพื่อที่บุคลากรวิชาชีพสามารถใช้เวลาในการดูแลและรักษาผู้ป่วยมากขึ้น

2. บุคลากรด้านสุขภาพ โดยให้มีการผลิตจำนวนบุคลากรที่มากเพียงพอกับความ ต้องการในระบบ ขณะเดียวกันต้องมีคุณภาพและมาตรฐานด้วย มีการวางแผนกระจาย ที่เหมาะสม โดยเฉพาะในส่วนของพื้นที่ขาดแคลน

3. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการสนับสนุนการบริการ ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ และทันเวลา

4. วัคซีน ผลิตภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยมีการเข้าถึงอย่างเสมอภาค โดยต้องมีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิผล และความคุ้มค่า รวมทั้งมีการใช้งาน อย่างสมเหตุสมผล

5. การเงินการคลังสุขภาพ ต้องมีการจัดหาเงินเพื่อการดูแลสุขภาพได้เพียงพอ และให้ความมั่นใจว่าประชาชนจะได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น โดยมีการ คัดกรองให้พ้นจากความยากจนหรือภาวะล้มละลายอันเกิดจากค่าบริการสุขภาพ

6. ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ ต้องมีการกำหนดนโยบายที่ดี ควบคู่ไปกับการ บริหารงานมีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วม และมีกฎระเบียบที่เหมาะสม

องค์ประกอบของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (The WHO Health System Framework) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การส่งมอบบริการ อัตรากำลังและการพัฒนาบุคลากร ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ การพัฒนาฯ วัคซีนและเทคโนโลยี การพัฒนาระบบการเงิน การคลังสุขภาพ และผู้นำและการอภิบาลระบบ

2. กระบวนการ ได้แก่ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ และความปลอดภัย ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ ความเป็นธรรม การตอบสนองความต้องการ การป้องกัน ความเสี่ยงด้านสังคมและการเงิน และการปรับประสิทธิภาพ

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

ความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ

	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบประกันสังคม	ระบบสวัสดิการข้าราชการ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
กฎหมาย	พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533	พระราชกฤษฎีกา สวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ (2523)
จำนวนผู้มีสิทธิ (ร้อยละโดยประมาณ)	47.59 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

	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบประกันสังคม	ระบบสวัสดิการข้าราชการ
การให้บริการ	หน่วยบริการภาครัฐ หรือหน่วยบริการภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการ	รพ.ของรัฐ หรือ รพ.เอกชนที่ขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการ	รพ.ของรัฐทุกแห่ง และ รพ.เอกชนบางแห่ง สำหรับการรักษางานบางอย่าง
วิธีการจ่ายเงิน	เหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยมีการควบคุมงบประมาณภาพรวม	เหมาจ่ายรายหัวทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และจ่ายเพิ่มรายกรณี	การจ่ายตามรายการบริการสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับบริการผู้ป่วยใน

ที่มา

¹ ข้อมูลสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล 30 กันยายน 2561 อ้างถึงในรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561

3) ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย และแนวคิดการซื้อบริการสุขภาพ

ก. ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ประเภทและองค์ประกอบ

โรงพยาบาล (หรืออาจใช้ว่า สถานพยาบาล หรือ ศูนย์การแพทย์) เป็นสถานที่สำหรับการบริการทางด้านสุขภาพ โดยมักที่จะมุ่งเน้นทางด้านการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ในประเทศไทยมีการให้บริการทั้งโรงพยาบาลภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งคลินิกที่เปิดบริการโดยทั่วไป

สถานพยาบาลภาครัฐ หมายถึง สถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ สภากาชาด และสถานพยาบาลอื่นซึ่งรัฐมนตรีประกาศกำหนด

สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง เป็นสถานพยาบาลที่จัดตั้งโดยเอกชน มีทั้งที่เป็นบริษัทจำกัด และบริษัทมหาชนจำกัด โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเป็นโรงพยาบาล เฉพาะด้าน เช่น โรงพยาบาลทางด้านโรคมตา โรงพยาบาลทันตกรรม เป็นต้น บางโรงพยาบาลมีมากกว่าหนึ่งแห่งในกลุ่มบริษัทเดียวกัน ซึ่งต้องช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วย ฉุกเฉินซึ่งอยู่ในสภาพอันตราย ให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ คณะรัฐมนตรีกำหนด ต้องแสดงรายละเอียดอัตราค่าบริการพยาบาล ค่ายา และเวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการอื่น

ระบบบริการสาธารณสุข (ทั้งของภาครัฐและเอกชน) ในประเทศไทยมีการจัด บริการหลักเป็น 3 ระดับ และบริการเฉพาะทาง ดังต่อไปนี้ :-

1. บริการปฐมภูมิ เป็นบริการที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพพื้นฐานของประชาชน ทั้ง ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน โดยไม่มีการบริการผู้ป่วยใน ตัวอย่างของสถานพยาบาล เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น

2. บริการทุติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นกว่าบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่ยังเน้น บริการเวชปฏิบัติทั่วไป ไม่เน้นบริการแพทย์เฉพาะทาง สถานพยาบาลระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน

3. บริการตติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์ ซับซ้อนเพิ่มขึ้น และเน้นบริการเฉพาะทางสาขาหลักต่างๆ ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูตินรีเวชกรรม รวมทั้งบริการอนุสาขาของสาขาหลักต่างๆ สถานพยาบาลระดับนี้ (เช่น โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขทั่วประเทศ โรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ต่างๆ) ส่วนใหญ่กระจาย อยู่ในระดับจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

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

ข. แนวคิดการซื้อบริการสุขภาพเชิงกลยุทธ์ (Strategic Purchasing)

การซื้อบริการ (Purchasing) หมายถึง กระบวนการที่รับผิดชอบในการจัดหาบริการต่างๆ ตามความต้องการของลูกค้า ซึ่งในที่นี้หมายถึง ประชาชน หน่วยงาน หรือองค์กร ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรต่างๆ ใน Supply Chain เพื่อนำส่งให้แก่ลูกค้าได้ในเวลาที่กำหนด

เชิงกลยุทธ์ (Strategic) หมายถึง การพยายามไปให้ถึงวัตถุประสงค์ของนโยบาย มีแผนการโดยละเอียดที่มีขั้นตอนเพื่อให้สามารถประสบความสำเร็จตามนโยบาย

การซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Purchasing) หมายถึง การซื้อบริการที่มีการวางแผนการดำเนินงาน โดยพยายามไปให้ถึงวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย และเป็นไปตามเป้าหมายของ สปสช. 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

แผนภาพที่ 1.4 แสดงรูปแบบการจ่าย (Payment Method) แต่ละประเภท



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

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

3) **Fee-for-Service** หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยตามปริมาณการให้บริการที่หน่วยบริการเรียกเก็บ เช่น รพ. ผ่าตัดต่อกระดูก 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 อาจมีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิโดยผลการสูงขึ้น ข้อดีของวิธีนี้คือ มีความยืดหยุ่น และคาดประมาณรายรับ-รายจ่ายที่จะเกิดขึ้นได้ รพ.มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง และเลือกลงทะเบียนเฉพาะผู้มีสุขภาพดีเข้าโครงการ และอาจพยายามลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งอาจส่งผลให้บริการไม่มีคุณภาพ

5) Per Diem หน่วยบริการจะได้รับชดเชยค่าบริการตามจำนวนวันนอนของผู้ป่วย รูปแบบนี้บริหารจัดการง่าย แต่อาจเป็นแรงจูงใจให้เกิดการนอน รพ.นานเกินความจำเป็น

6) Case-Based หน่วยบริการได้รับการชดเชยตามโรคและหัตถการที่รักษาตามความจำเป็นจริง ไม่ขึ้นกับทรัพยากรที่ใช้ (จ่ายตาม DRG = ย่อมาจากคำว่า Diagnostic related group หรือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คือ ระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่นอน รพ. อย่างหนึ่ง ที่อาศัยข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลัก โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนมาจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อบอกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลานอนในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และสิ้นเปลืองค่ารักษาหรือทรัพยากรใกล้เคียงกัน) ทำให้เกิดการบริการที่ไม่เกินความจำเป็น แต่การดำเนินการ DRG ค่อนข้างยุ่งยาก ต้องรู้การให้รหัสโรค รหัสหัตถการที่ให้กับผู้ป่วย ข้อเสียของวิธีนี้คือ อาจเกิดการให้บริการเกินความจำเป็น เช่น ท้องเสีย ควรเป็นผู้ป่วยนอก แต่หน่วยบริการอาจจัดให้เป็นผู้ป่วยใน เพื่อได้รับเงินเพิ่ม เนื่องจากการบริการผู้ป่วยนอก เป็นเหมาจ่ายไม่ได้เงินเพิ่มเติม หรืออาจทำให้เกิดการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการเร็วเกินความจำเป็น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อผู้ป่วย

7) Pay for performance เป็นการจ่ายเงินผลงานตามเกณฑ์คุณภาพ ข้อดีคือ กระตุ้นให้หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ แต่ยังมีข้อถกเถียงกันในประเด็น ตัวชี้วัดอะไรที่บ่งบอกถึงคุณภาพที่หน่วยบริการทุกแห่งยอมรับ จะวัดความ

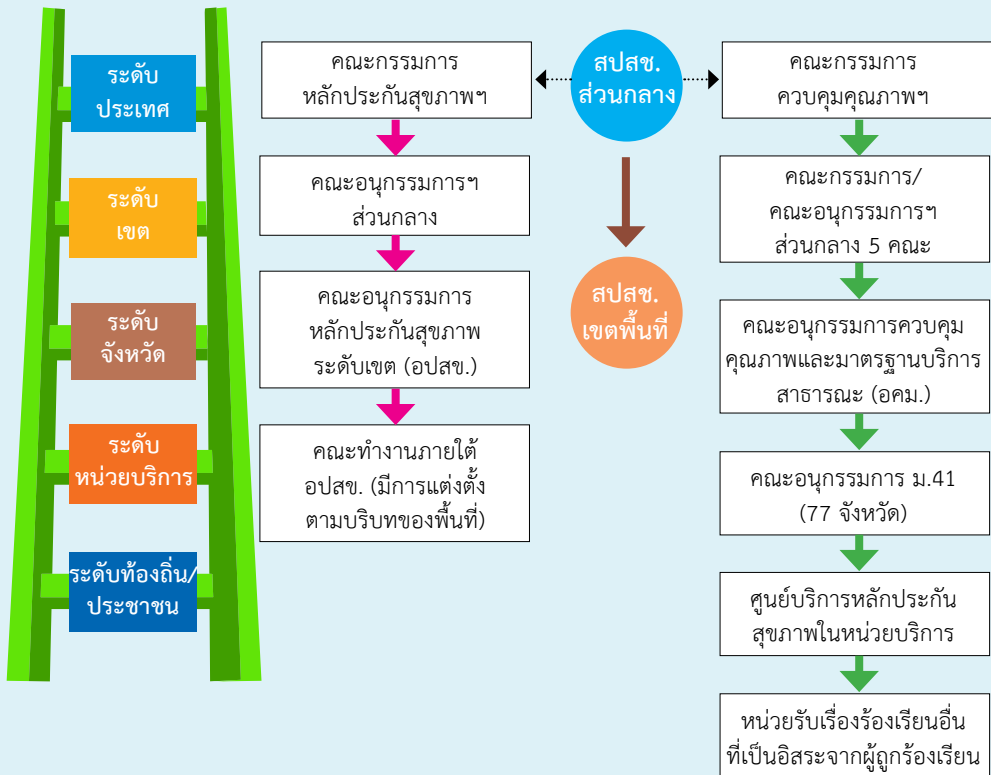
สำเร็จอย่างไรจึงจะเหมาะสม จะให้รางวัลกับใคร (หน่วยบริการหรือบุคลากร) และจะให้รางวัลมาก/น้อยแค่ไหน เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพไปในทางที่ดี ข้อเสียคือ อาจเป็นการลงโทษหากหน่วยบริการมีทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการบริการ ที่อาจส่งผลให้คุณภาพบริการไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะหน่วยบริการภาครัฐที่มีข้อจำกัดในการสรรหาทรัพยากร

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

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้แนวทางการบริหารงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขแบบงบประมาณปลายปิด มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เพิ่มเร็วเกินไป โดยจ่ายแบบ เหมาะจ่ายรายหัว สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจ่ายตามคาดการณ์ โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับกรณีผู้ป่วยใน (จ่ายตาม DRG) อย่างไรก็ตามกลไกและรูปแบบการจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน ลดความเสี่ยงของหน่วยบริการ หรือเพิ่มคุณภาพบริการ เช่น การจ่ายตามรายการที่กำหนด เป็นการเฉพาะ การจ่ายตามผลงาน กรณีทำผลงานคุณภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Pay for performance) เป็นต้น

แผนภาพที่ 1.5 แสดงภาพโครงสร้างความสัมพันธ์ของคณะกรรมการระดับประเทศ และคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่

โครงสร้างความสัมพันธ์ของคณะกรรมการระดับประเทศ และคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่



นอกจากนี้ มีคณะกรรมการอื่นๆ ที่เข้ามาช่วยสนับสนุนการดำเนินงานระดับเขตพื้นที่ร่วมกัน เช่น

- คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับเขต (คณะกรรมการ 5 x 5)
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)

4) กลไกความเชื่อมโยงในการทำงานร่วมกัน ของคณะกรรมการระดับ ประเทศและคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

การขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพฯ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และบรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560-2564) จำเป็นต้องมีกลไกการขับเคลื่อนการปฏิบัติงานของส่วนกลางและเขตพื้นที่ ที่สอดคล้องเชื่อมโยงและบูรณาการทำงานร่วมกัน (ดังแผนภาพที่ 1.5) โดยกลไกหลักในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ คือ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ 1-13 ที่รับนโยบายจากส่วนกลาง (คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) มาบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็น และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ เป็นต้น

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับ และส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ เป็นต้น

โดยกลไกการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ ของคณะกรรมการส่วนกลางและเขตพื้นที่ มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กันตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

ตารางแสดงความเชื่อมโยงการทำงานของคณะกรรมการ และคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่

คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพระดับ เขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
<p>1. การกำหนดมาตรฐานการให้บริการ ประเภทของเขตบริการสาธารณสุข และการควบคุมส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ</p> <p>มาตรา 18 (1) กำหนดมาตรฐานการให้บริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการและ กำหนดมาตรฐานในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>มาตรา 18 (3) กำหนดประเภทและขอบเขต ในการให้บริการสาธารณสุขที่ จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรง ชีวิต และอัตราค่าบริการ สาธารณสุขตามมาตรา 5</p>	<p>คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข</p> <p>มาตรา 50 (1) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วย บริการสาธารณสุขตามมาตรา 45 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545</p>	<p>ควบคุม และกำกับคุณภาพและ มาตรฐานหน่วยบริการและ เครือข่ายหน่วยบริการในเขต พื้นที่ที่รับผิดชอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> กำหนดมาตรการควบคุมและ ส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการและเครือข่าย หน่วยบริการ ในเขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบ ตรวจตราคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วย บริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการ และ หน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุง แก้ไขและติดตามประเมินผลใน เรื่องการปรับปรุงคุณภาพและ มาตรฐาน
<p>มาตรา 50 (2) กำกับดูแลการใช้บริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการใหม่ คุณภาพ และมาตรฐาน ในกรณีที่ หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้ บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการ สาธารณสุขตามมาตรา 5</p>	<p>มาตรา 50 (2) กำกับดูแลการใช้บริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการใหม่ คุณภาพ และมาตรฐาน ในกรณีที่ หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้ บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการ สาธารณสุขตามมาตรา 5</p>	

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
<p>คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)</p> <p>มาตรา 18 (11) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับภารกิจ โครงสร้างทางปกครองและ การเพิกถอนการขึ้นทะเบียน</p>	<p>คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ</p> <p>มาตรา 50 (3) กำหนดมาตรการควบคุมและ ส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยงานบริการและเครือข่าย หน่วยงานบริการ</p>	<p>คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการระดับเขตพื้นที่ (อคม.)</p>
<p>2. การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>		
<ul style="list-style-type: none"> กำหนดกรอบและแนวทาง การบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับนโยบาย และมติของคณะกรรมการ และสำนักงาน กำหนดแนวทาง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบลงทุน บริการผู้ป่วยใน งบส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค เป็นต้น 	<p>มาตรา 18 (4) กำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานและการบริหาร จัดการกองทุน</p>	<p>มาตรา 50 (4) เสนอแนะอัตราราคากลาง ของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการ เพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์ กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการ สาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ ตามมาตรา 46</p>
<ul style="list-style-type: none"> กำหนดแนวทาง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบลงทุน บริการผู้ป่วยใน งบส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค เป็นต้น 	<p>มาตรา 18 (6) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษา ทางการเงิน รวมทั้งการจัดหา ผลประโยชน์ตามมาตรา 40</p>	

คณะอนุกรรมการ
หลักประกันสุขภาพระดับ
เขตพื้นที่ (อปสข.)

คณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการควบคุมภาพ
และมาตรฐานบริการ
สาธารณสุข

คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสาธารณสุข
ระดับเขตพื้นที่ (อคม.)

- กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วย และแบ่งพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ ได้รับ ความสะดวก และเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น

3. การให้ความคุ้มครองผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

มาตรา 50 (5)

กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์ และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่

- นำข้อมูลการร้องเรียน ข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และข้อมูลอื่นๆ ในเขตพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบไปสรุปวิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงป้องกัน

คณะอนุกรรมการ
หลักประกันสุขภาพระดับ
เขตพื้นที่ (อปสข.)

คณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการ
สาธารณสุข

คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสาธารณสุข
ระดับเขตพื้นที่ (อคม.)

ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้
บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่อง
ร้องเรียนเพื่อให้ประชาชน
สามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้
โดยสะดวก และเป็นอิสระจาก
ผู้ถูกร้องเรียน

แก้ไข และพัฒนากลไกการ
จัดการเรื่องร้องเรียนให้เหมาะสม
รวมถึงพัฒนาระบบบริการให้
สอดคล้องกับสภาพหน่วยบริการ
ในพื้นที่

มาตรา 18 (7)

กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
เงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือ
เบื้องต้น ในกรณีที่ได้รับบริการได้
รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจาก
การรักษาพยาบาลโดยหา
ผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำ
ผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับ
ค่าเสียหายภายในระยะเวลา
อันสมควรตามมาตรา 51

มาตรา 50 (8)

จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความ
เสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษา
พยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้
หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่
ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหาย
ภายในระยะเวลาอันสมควรตาม
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
ที่คณะกรรมการกำหนด

คณะอนุกรรมการ หลักประกันสุขภาพระดับ เขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการ ระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
<p>4. การส่งเสริมบทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง/ภาคประชาชน</p> <p>มาตรา 18 (8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47</p>	<p>มาตรา 50 (7) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
<p>มาตรา 18 (9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ในองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับ</p>	<p>มาตรา 50 (9) สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข</p>	

คณะอนุกรรมการ
หลักประกันสุขภาพระดับ
เขตพื้นที่ (อปสข.)

คณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการ
สาธารณสุข

คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสาธารณสุข
ระดับเขตพื้นที่ (อคม.)

ท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตาม
ความพร้อม ความเหมาะสม
และความต้องการ โดยส่งเสริม
กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้าง
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้
แก่บุคคลในพื้นที่มาตรา 47

มาตรา 18 (10)

กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับ
การรับฟังความคิดเห็นจาก
ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุง
คุณภาพและมาตรฐานบริการ
สาธารณสุข

มาตรา 18 (13)

จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการ
รับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจาก
ผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็น
ประจำทุกปี

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคค.)
<p>5. การรายงานผลการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุนและกำกับกำกับการดำเนินงานของสำนักงานเขตพื้นที่ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางการกำหนด 	<p>มาตรา 18 (12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการแล้วรายงานต่อ คณะรัฐมนตรี สมาชิกแทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ</p>	<p>มาตรา 50 (6) รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย หน่วยบริการต่อคณะกรรมการพร้อมทั้งแจ้งหน่วยงานบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • รายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขทราบเป็นประจำทุกปี

แผนปฏิบัติการราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ.2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ.2563-2565)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาและขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2545 โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงาน/ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมียุทธศาสตร์เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานตามความเห็นชอบของคณะกรรมการฯ ที่ผ่านมา เริ่มจากการจัดทำเส้นทางเดิน (Roadmap) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 พ.ศ. 2546-2550 มียุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้นการสร้างความปลอดภัยด้านหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนชาวไทยผ่านกลไกการมีส่วนร่วม การสร้างความรู้ความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ ทั้งประชาชน บุคลากรสาธารณสุข และผู้ให้บริการ ควบคู่กับการหนุนเสริมการจัดระบบบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก และทั่วถึง ยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 พ.ศ. 2551-2554 เน้นการให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิของทุกฝ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการพัฒนากระบวนการจัดการภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้มแข็งมากขึ้น และระยะที่ 3 พ.ศ. 2555-2559 มียุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นทิศทางมุ่งสู่ความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น มีมุมมองด้านความครอบคลุมทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ (Ownership) และความสอดคล้องกลมกลืนกันในระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Harmonization) โดยเน้นสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ และบุคลากรของระบบ

แผนปฏิบัติการราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2563-2565) ถูกจัดทำขึ้นโดยพิจารณาบริบท

และแนวโน้มสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กรอบนโยบายระดับชาติต่างๆ รวมถึงแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์ และผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา โดยมีกรอบความคิดดังนี้

แผนภาพที่ 1.6 แสดงความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2563-2565) กับบริบทที่เกี่ยวข้อง



วิสัยทัศน์

“ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย
ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่าง
ถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ”

เป้าประสงค์ ประชาชนเข้าถึงบริการ การเงินการคลังมั่นคง ดำรงธรรมาภิบาล

- 1) ประสิทธิภาพของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective coverage)
- 2) การใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการสุขภาพของผู้มีสิทธิ (Compliance rate)
- 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
- 4) รายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
- 5) รายจ่ายสุขภาพเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาล
- 6) คริวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
- 7) คริวเรือนที่ต้องกลายเป็นคริวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
- 8) ความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการทั้งสองคณะ
- 9) ความสำเร็จของการเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูง
- 10) ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานตามมาตรฐานการประเมินของ ปชช.

แผนงานที่ 1

สร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ

แผนงานที่ 2

สร้างความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐานและความเพียงพอของบริการ

แผนงานที่ 3

สร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพการบริหารกองทุน

แผนงานที่ 4

สร้างความมั่นใจในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

แผนงานที่ 5

สร้างความมั่นใจในธรรมาภิบาล

มาตรการ

- 1.1 เสริมสร้างให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ รับรู้ เข้าใจวิธีการใช้สิทธิ และไปใช้บริการเมื่อจำเป็น
- 1.2 จัดกลไกการค้นหากลุ่มเปราะบาง/ประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการ
- 1.3 เพิ่มกลไกการจัดการเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการเน้นสื่อสารเชิงรุก
- 1.4 ทบทวนประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องตามความจำเป็นของกลุ่มเปราะบาง/บริการที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ

มาตรการ

- 2.1 สร้างความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐาน ส่งเสริมกลไกการประกันคุณภาพหน่วยบริการ
- 2.2 สนับสนุนความเพียงพอของบริการและเหมาะสมสำหรับทุกกลุ่ม
- 2.3 สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคทุกกลุ่มวัย ที่เน้นชุมชนเป็นฐาน เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

มาตรการ

- 3.1 ร่วมกับทุกภาคส่วนในคุณภาพมาตรฐาน ส่งเสริมกลไกการประกันคุณภาพหน่วยบริการ
- 3.2 สนับสนุนความเพียงพอของบริการและเหมาะสมสำหรับทุกกลุ่ม
- 3.3 สนับสนุนสร้างความปลอดภัยของระบบประกันสุขภาพรัฐ (Encourage harmonization)

มาตรการ

- 4.1 ขยายการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ
- 4.2 จัดระบบ/กลไกการสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้เสีย/เครือข่ายต่างๆ
- 4.3 ปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป ด้วยวิธีการและรูปแบบที่หลากหลาย
- 4.4 ร่วมมือกับกลไกหลักประกันสุขภาพระดับโลก (UHC in Global Health) ช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพในประเทศ

มาตรการ

- 5.1 เพิ่มขีดความสามารถกลไกอภิมหาในระบหลักประกันสุขภาพฯ สร้างชุมชนแห่งความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกัน
- 5.2 สนับสนุนการจัดการองค์ความรู้และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ
- 5.3 มุ่งพัฒนาบุคลากร สปสช. ให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีคุณสุข
- 5.4 เพิ่มการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบให้ สปสช. เขต
- 5.5 ทบทวนระบบการบริหารจัดการต่างๆ ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ 3 ประการ

3 Goals of “CSG”

ประชาชนเข้าถึงบริการ
Effective, Equitable and
Responsive Coverage






การธนาคารคลังมั่นคง
SAFE Financing
System



ดำรงธรรมาภิบาล
Good
Governance



10 ตัวชี้วัดเป้าประสงค์

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย
<p>ประชาชนเข้าถึงบริการ</p> 	<ol style="list-style-type: none"> ประสิทธิภาพของครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ¹⁶ (Effective coverage) เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าหนึ่งในสาม ภายในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกมากกว่าร้อยละ 80 และผู้ป่วยในมากกว่าร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และผู้ให้บริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ภายในปี พ.ศ. 2564
<p>การธนาคารคลังมั่นคง</p> 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ อยู่ระหว่างร้อยละ 4.6 ถึง 5.0 ในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละรายจ่ายสุขภาพเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาล อยู่ระหว่างร้อยละ 17 ถึง 20 ในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละของครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ไม่เกินร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกิน 0.4 ในปี พ.ศ. 2564
<p>ดำรงธรรมาภิบาล</p> 	<ol style="list-style-type: none"> ระดับความสำเร็จของความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานฯ เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามภายใน 5 ปี ร้อยละความสำเร็จของการเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80¹⁷ ร้อยละการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (Integrity and Transparency Assessment (ITA) ตามมาตรฐานการประเมินของรัฐ (ปท.) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2564

โครงสร้างการบริหารของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

โครงสร้างองค์กร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดโครงสร้างองค์กรเป็น 5 กลุ่มภารกิจ และมี 2 หน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อเลขาธิการฯ โดยเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง โครงสร้างและอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2555 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแบ่งส่วนงาน การกำหนดตำแหน่ง การจัดระบบงาน และการมอบอำนาจภายในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2561 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ประกอบด้วย

1) กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล (Cluster 1) รับผิดชอบภารกิจด้านการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านการบริหารแผนและงบประมาณ ด้านสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ด้านหลักประกันสุขภาพระหว่างประเทศ

2) กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน (Cluster 2) รับผิดชอบภารกิจด้านบริหารงานทะเบียน ด้านบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ด้านตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ด้านการเงินและบัญชีกองทุน

3) กลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ (Cluster 3) รับผิดชอบภารกิจด้านสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน ด้านสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ด้านสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ ด้านสนับสนุนระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ด้านสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์

4) กลุ่มภารกิจระบบสนับสนุน (Cluster 4) รับผิดชอบภารกิจด้านบริหารทั่วไป ด้านกฎหมาย ด้านการเงินและบัญชีบริหารของสำนักงาน ด้านบริหารสารสนเทศการประกัน ด้านบริหารทรัพยากรบุคคลและพัฒนางานองค์กร

5) กลุ่มภารกิจงานสาขาเขตและการมีส่วนร่วม (Cluster 5) รับผิดชอบภารกิจด้านส่งเสริมการมีส่วนร่วม ด้านบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ด้านประชาสัมพันธ์และสื่อสารสังคม ด้านสนับสนุนและประสานงานสำนักงานสาขาเขต

6) หน่วยงานขึ้นตรงเลขาธิการ ประกอบด้วย สำนักเลขาธิการและประชาสัมพันธ์ และสำนักตรวจสอบ

แผนภาพที่ 1.7 แสดงโครงสร้างองค์กรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา :ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแบ่งส่วนงานฯ ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2561

อำนาจหน้าที่และกระบวนการทำงาน

อำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่กำหนดไว้ใน มาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย

1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

2) เก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข

3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้แก่ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 46

6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

9) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่างๆ

10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใดๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน

11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน

12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน

13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน

14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็น
อำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มอบหมาย

โดยมีโครงสร้างผู้บริหารของสำนักงาน ดังนี้



การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามอำนาจหน้าที่ที่ระบุไว้ในมาตรา 26 แห่ง
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังกล่าวข้างต้น สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดกระบวนการทำงาน 3 ระดับ ประกอบด้วย

(1) กระบวนการหลัก (Core Process) เป็นการทำงานประสานเชื่อมโยง
กันของกลุ่มภารกิจต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามพันธกิจของระบบหลักประกันสุขภาพแห่ง
ชาติ คือ ให้ประชาชนได้รับบริการ สาธารณสุขที่มีคุณภาพและเป็นธรรมอย่างทั่วถึง

(2) กระบวนการสนับสนุน (Supporting Process) เป็นกระบวนการทำงานที่เอื้อให้กระบวนการหลักดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและเหมาะสม โดยครอบคลุมกระบวนการที่สำคัญต่างๆ เช่น การจัดทำงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารทรัพยากรบุคคล และการติดตามประเมินผล

(3) กระบวนการบริหารคุณภาพ (Quality Management Process) เป็นกระบวนการทำงาน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความยั่งยืนการดำเนินงานผ่านกระบวนการควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพ และการบริหารความเสี่ยงในลักษณะต่างๆ โดยความสัมพันธ์ของกระบวนการทำงานทั้งสาม ดังแผนภาพที่ 12

แผนภาพที่ 1.8 แสดงกระบวนการทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



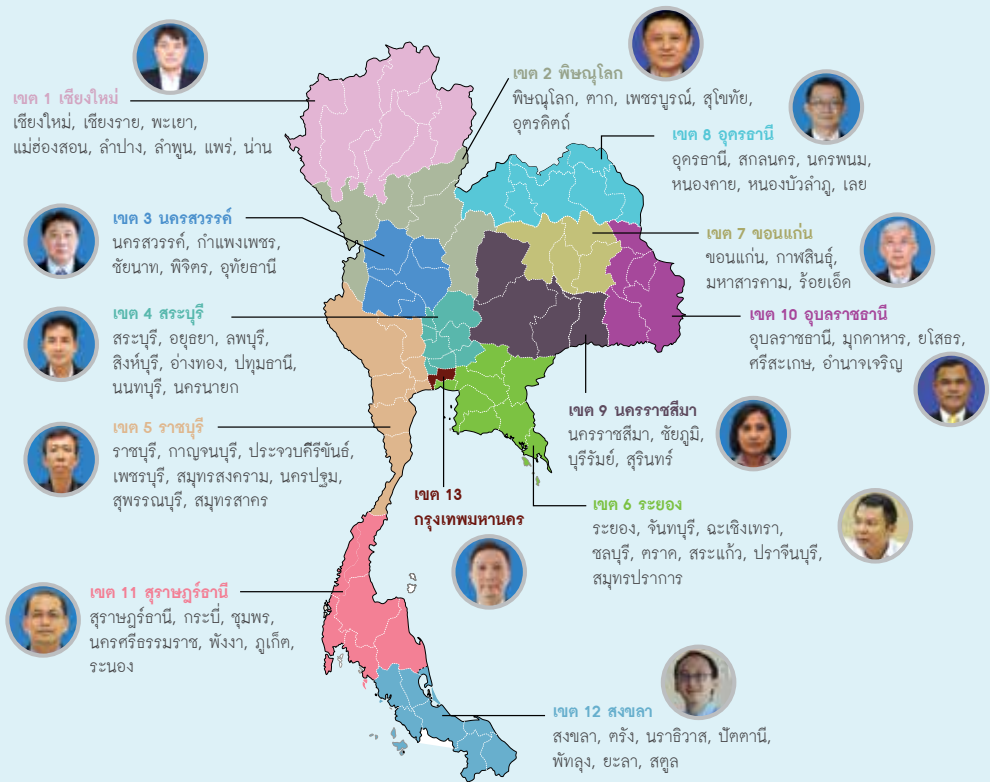
นอกจากนี้ เพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเต็มที่ตามพันธกิจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำระบบการให้บริการข้อมูลด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความครอบคลุม ทั้งข้อมูลทั่วไป การตรวจสอบสิทธิ การร้องเรียน/ร้องทุกข์ รวมถึงการติดต่อเจ้าหน้าที่ผ่านทางโทรศัพท์เบอร์ 1330 (สายด่วน 24 ชั่วโมง) ดังแผนภาพที่ 13

แผนภาพที่ 1.9 แสดงขั้นตอนการให้บริการข้อมูลด้านหลักประกันสุขภาพ



นอกจากนี้ สปสช. ได้จัดโครงสร้างองค์กรรองรับการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต จำนวน 13 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ (ดังแผนภาพที่ 14) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการสาธารณสุขทั้งรัฐ และเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อก้าวไปถึงจุดมุ่งหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กร และเป้าหมายที่ตั้งไว้

แผนภาพที่ 1.10 แสดงการแบ่งพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 13 เขต และผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต



โดยมีการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1-13 ดังนี้

- 1) บริหารจัดการงบกองทุนในความรับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล
- 2) บริหารจัดการให้ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพและสิทธิอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง
- 3) ค้ำครองสิทธิและส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบให้เข้าใจถึงสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 4) สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพกำหนด
- 5) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรประชาชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 6) พัฒนาระบบสารสนเทศด้านหลักประกันสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองภารกิจอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ทันเวลา โดยสอดคล้องกับแผนแม่บทของ สปสช.
- 7) ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

1.4 กลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่

แบ่งออกเป็น 2 หัวข้อ คือ

1.4.1 กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่ ของ สปสช.เขต 1-12

1.4.2 กลไกในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.4.1 กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่ ของ สปสช.เขต 1-12

แผนภาพที่ 1.11 แสดงภาพกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ที่มีอยู่ในระดับเขตพื้นที่



กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่ ของ สปสช.เขต 1-12 สามารถ
จำแนกออกได้เป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

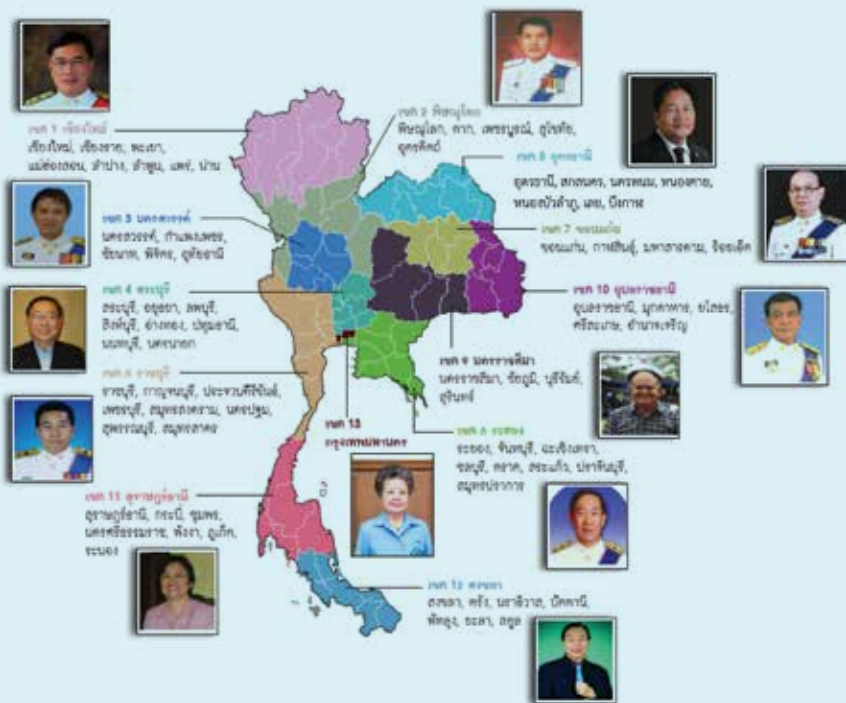
ส่วนที่ 1 กลไกขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ตาม
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ส่วนที่ 2 กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 กลไกขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย

1.1 คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) แต่งตั้งขึ้นตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำหน้าที่ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ และติดตามกำกับการดำเนินงานของ สปสช.เขต ซึ่งมีประธานอนุกรรมการ ดังแผนภาพที่ 1.12

แผนภาพที่ 1.12 แสดงภาพประธานอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต 1-13



1.2 คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขตพื้นที่ (อคม.) แต่งตั้งขึ้นตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ให้ทำหน้าที่ควบคุม และกำกับคุณภาพ และมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ รวมถึงส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วม

1.3 คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ระดับจังหวัด (อนุฯ ม.41) เป็นกลไกที่ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้งขึ้น มีหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

1.4 คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย เป็นกลไกที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถเหมาะสม จำนวน 5-7 คน กลไกนี้มีอำนาจหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 หมวด 5 ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

1.5 หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 50(5) กำหนดให้มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนดังกล่าวเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ทั้งนี้เจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ของมาตราดังกล่าว ก็เพื่อที่จะส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน องค์กรประชาชนได้มีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณสุขเท่าที่จะกระทำได้ ดังนั้นการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) จึงถือเป็นหน่วยเชื่อมประสานการคุ้มครองสิทธิของประชาชนที่มีบทบาทหน้าที่ในเผยแพร่สร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ประสาน ชี้แจง การรับเรื่องร้องเรียน ช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับ

บริการตามสิทธิ หรือประสาน ส่งต่อเรื่องร้องเรียนไปตามกระบวนการในระบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดไว้

1.6 ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นกลไกสำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ที่เริ่มต้นดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2547 มีบทบาทหน้าที่ในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ สร้างความเข้าใจ รับเรื่องร้องทุกข์ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานแก้ไขปัญหาการใช้บริการ ติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน องค์กรประชาชนในการจัดกิจกรรม การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยประสบการณ์ และองค์ความรู้ความสามารถของผู้แทนของศูนย์ประสานงานฯ จึงถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของ อปสข. ซึ่งถือเป็นกลไกนโยบายที่สำคัญในระดับเขต

ส่วนที่ 2 กลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

2.1 คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 เป็นกลไกที่มีหน้าที่ รวม 6 ประการ ได้แก่

(1) กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชน และชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของรัฐและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

(2) ดำเนินการหรือประสานงานให้เกิดการขับเคลื่อนตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ตาม (1) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตพื้นที่รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่

(3) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ต่อหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

(4) ประสานงานกับ กขป. ในเขตพื้นที่อื่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

(5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

(6) รายงานผลการดำเนินการต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

กลไกนี้มีการแบ่งพื้นที่ในการดำเนินงานเป็น 13 เขต สอดคล้องกับพื้นที่ในความรับผิดชอบของ อปสข. โดยมีองค์ประกอบ คือ ผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานรัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพภาคเอกชนและประชาสังคม 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 4 ประการ ประกอบด้วย

(1) จัดทำข้อเสนอแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับเขต ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและตามแนวทางของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ ในการจัดทำข้อเสนอการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) จัดทำข้อเสนอในการพัฒนาระบบการรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ในการจัดทำแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการใช้ข้อมูลร่วมกันในระดับเขต

(3) จัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระดับเขต

(4) ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

2.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) (พชอ.) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สสส. สปสช. มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชน โดยมีองค์ประกอบ คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ ผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ภาคเอกชนและประชาสังคม เป็นกรรมการ โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ

2.4 เขตบริการสุขภาพ มีทั้งหมด 12 เขต สอดคล้องกับเขตของ สปสช. จึงเป็นทั้งการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสปสช. ในการกระจายและบริหารงบประมาณสู่สถานบริการ และเป็นทั้งการสร้างความร่วมมือในกลุ่มจังหวัดที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมป้องกันโรค และระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ขณะที่สถานบริการก็ควบคุมค่าใช้จ่ายได้สำเร็จ การช่วยเหลือและวางยุทธศาสตร์ร่วมกันยังเป็นกลไกผลักดันให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความเป็นเลิศเฉพาะด้านอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขาในพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป ซึ่งคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพมีผู้แทนหลายฝ่าย ทั้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น

2.5 คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวง

สาธารณสุข จำนวน 19 สาขา ได้แก่

- (1) สาขาโรคหัวใจ
- (2) สาขาโรคมะเร็ง
- (3) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- (4) สาขาทารกแรกเกิด
- (5) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
- (6) สาขาสูติกรรม
- (7) สาขาออร์โธปิดิกส์
- (8) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ
- (9) สาขาสุขภาพช่องปาก
- (10) สาขาไต
- (11) สาขาดตา
- (12) สาขาโรคไม่ติดต่อ
- (13) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
- (14) สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
- (15) สาขาการพัฒนาระบบบริการเพื่อใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- (16) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน และการดูแล

แบบประคับประคอง

- (17) สาขาศัลยกรรม
- (18) สาขายาเสพติด
- (19) สาขาอายุรกรรม

2.6 กลไกอื่นๆ ได้แก่ หน่วยงาน องค์กรทั้งในส่วนที่เป็นภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์วิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ภาควิชาการ เช่น มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา เป็นต้น และภาคประชาสังคม เช่น เครือข่าย 9 ด้าน สมาคม มูลนิธิและเครือข่ายด้านสุขภาพ และภาคเอกชนที่เข้ามา ร่วมเป็นหน่วยบริการ เป็นต้น

1.4.2 กลไกในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

บริบท สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช. เขต 13 กทม.)

ภายหลังจากที่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการ และในปีถัดมา (พ.ศ. 2546) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มจัดตั้งสำนักงานสาขาแห่งแรกคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สปสช. เขต 13 กทม.) ทั้งนี้เพราะกรุงเทพมหานครเป็นท้องถิ่นพิเศษที่มีพระราชบัญญัติเป็นการเฉพาะมีประชาชนอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากที่สุด และมีบริบทต่าง ๆ ที่ซับซ้อนท้าทายต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุข

กรุงเทพมหานคร เป็นเขตปกครองพิเศษมีบริบทที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากจากความเป็นเมืองหลวงและความเป็น “มหานคร” มีประชากรหนาแน่นที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทย โดยมีประชากรประมาณหนึ่งในหกของประชากรทั้งหมดของประเทศ จำนวนประชากรในกทม.เทียบได้หกจังหวัดแต่มีพื้นที่เพียงแค่นึ่งในสามร้อยของพื้นที่ทั้งหมดของประเทศเท่านั้น บริบทของกทม.มีความเป็นชุมชนเขตเมืองกว่าเขตชนบท ประชากรมีการเคลื่อนย้ายสูงที่สุดและมีประชากรอยู่อาศัยหรือทำงานโดยที่ทะเบียนราษฎร์อยู่นอกกรุงเทพมหานครเป็นจำนวนมาก และประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

กรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลายสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุข (68 แห่ง) สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หน่วยบริการภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น

คุณลักษณะเฉพาะของกรุงเทพมหานคร

แผนภาพที่ 1.13 แสดงบริบทพื้นฐานด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร



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) มีหน้าที่หลักคือบริหารงานประกันสุขภาพและประสานเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

ภารกิจที่สำคัญภารกิจหนึ่งของ สปสช. เขต 13 กทม. คือ การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากการศึกษาที่กรุงเทพมหานคร มีหน่วย

บริการหลากหลายสังกัดทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และมีการส่งต่อออกนอกเขต กรุงเทพมหานครน้อยมาก สปสช. เขต 13 กทม. จึงได้รับมอบอำนาจให้สามารถ ออกแบบการบริหารกองทุนตามสภาพปัญหาของพื้นที่ได้เอง ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้ ระเบียบและแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด กองทุนที่ บริหารจัดการภายใต้ สปสช. เขต 13 กทม. เช่น กองทุนผู้ป่วยใน กองทุนผู้ป่วยนอก ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การแสวงหาความร่วมมือ เช่น การมีส่วนร่วมของกรุงเทพมหานคร ผ่านสำนัก อนามัยและสำนักการแพทย์ ที่ดูแลโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 9 แห่ง และ ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง ร่วมทำหน้าที่ “หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการ รับส่งต่อ” รวมถึง รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง รพ.สังกัด กรมอนามัย 1 แห่ง รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง รพ.ที่เป็นโรงเรียนแพทย์ 7 แห่ง รพ.รัฐสังกัดอื่นๆ 5 แห่ง และการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เขตพื้นที่ กทม. มี หน่วยบริการภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นอย่างมากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของ ประชาชนกทม.ให้ครอบคลุมทั้ง 50 เขตปกครอง คือ คลินิกชุมชนอบอุ่น (ประมาณ) 169 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 18 แห่ง ซึ่งการบริหารจัดการต่างๆ จำเป็นต้อง รองรับ/สอดคล้องกับการทำงานกับภาคเอกชน

เครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพ มหานคร คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศ สปสช. และ สปสช. เขต 13 กทม. ได้พัฒนา ระบบข้อมูลการให้บริการรายบุคคลของผู้มาใช้บริการในหน่วยบริการกรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการใช้วางแผนและประเมินผลการ บริหาร ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลไกการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่กรุงเทพ มหานคร ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานต่างๆ เพื่อการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในการบริหารงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

1) คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อปสช. เขต 13 กทม.) แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี หน้าที่บริหารนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ กทม. ทั้งการบริหาร งบประมาณ และการบริหารระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ประธาน อปสช. จะ

แต่งตั้งจากที่ปรึกษาด้านประกันสุขภาพของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประธาน อปสข.กทม.ท่านแรก คือ นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก ซึ่งทำหน้าที่อยู่สองสมัยๆ ละ 4 ปี มีผู้อำนวยการ สปสช. เขต 13 กทม. เป็นเลขานุการอนุกรรมการ ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยบริการภาครัฐสังกัดต่างๆ หน่วยบริการภาคเอกชน องค์กรภาคีเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อปสข.จะมีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 2 เดือน กรณีมีข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานในพื้นที่อาจมีการประชุมทุกเดือนเพื่อแก้ปัญหาเชิงนโยบาย และมีข้อเสนอแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ กทม.อย่างต่อเนื่อง

ประธาน อปสข.กทม.ท่านปัจจุบันคือ ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์ ซึ่งประธาน อปสข. เขต 13 กทม. ทั้งสองท่านล้วนเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับของคณะกรรมการฯ ทำให้ อปสข.กทม. มีผลงานจากการบริหารนโยบายอย่างต่อเนื่อง และตลอดระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ของ อปสข. เขต 13 กทม. อนุกรรมการมีส่วนร่วมในการมาร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอประมาณร้อยละ 85 รวมทั้งการออกแบบการบริหารระบบฯ อย่างมีประสิทธิภาพโดย อปสข. จะมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อการกลั่นกรองและจัดทำข้อเสนอเบื้องต้นก่อนนำไป อปสข.พิจารณา

2) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อคม. เขต 13 กทม.) แต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นกลไกกำกับควบคุมมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ องค์กรประกอบของคณะอนุกรรมการฯ ประกอบด้วยภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้แทนหน่วยบริการสังกัดมหาวิทยาลัย สังกัดกองทัพและตำรวจ สังกัดกรมการแพทย์ ผู้แทนหน่วยบริการส่วนท้องถิ่น (สำนักอนามัย สำนักงานแพทย์) ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน ภาคส่วนของผู้กำกับหน่วยบริการ ได้แก่ ผู้แทนสถานพยาบาล และสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภาคส่วนงานกฎหมาย ผู้แทนพนักงานอัยการ สังกัดกรมคดีปกครอง ภาคส่วนวิชาการจากราชวิทยาลัยต่างๆ ภาคส่วนสภาวิชาชีพ และผู้แทนองค์กรเอกชน 9 ด้านตามกฎหมายว่าด้วยพระราช-

บัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประธาน อคม. เขต 13 กทม. ท่านปัจจุบันคือ ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณแพทย์หญิงวิบูลพรรณ ฐิตะดิลก

3) คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นคณะอนุกรรมการที่สนับสนุนให้งานคุ้มครองสิทธิเป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานและมีธรรมาภิบาล โดยมีหน้าที่พิจารณากรณีคำร้องเกี่ยวกับการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ **ประธาน คณะอนุกรรมการฯ ท่านปัจจุบันคือ แพทย์หญิงศิริวัฒน์ มโนธรรม**

นอกจากนี้ ยังมีการแต่งตั้งคณะทำงานด้านต่างๆ เป็นกลไกร่วมบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล

แผนภาพที่ 1.14 แสดงโครงสร้างของคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน ของสปสช. เขต 13 กทม.



นับตั้งแต่ ทศวรรษ 1970 (พ.ศ. 2513-2523) ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศในการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน มีการเพิ่มงบประมาณ เพื่อขยายความครอบคลุมไปยังประชากรเป้าหมายกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนกระทั่งสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ถึงแม้ว่า ในขณะนั้นประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรในระดับต่ำ แต่รัฐบาลไทยได้ตัดสินใจในการเลือกใช้ภาษีทั่วไปสำหรับการดำเนินโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่มีการเก็บเงินสมทบจากสมาชิก 17 ปี ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นอย่างป็นรูปธรรม คือ การลดลงของค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจากกระเป๋าเงิน (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 และนานาชาติ มาเยี่ยมชมการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพของไทย อาทิ นายทีโดรส อัดฮานอม ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เดินทางมาประเทศไทยเพื่อเยี่ยมชมการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้แสดงปาถกฐาพิเศษ ในการประชุมนานาชาติ ปี 2561 “Achieving universal health coverage: from the past to

the future” ให้ทุกประเทศต่างๆ ประจำประเทศไทยและองค์การระหว่างประเทศ ในการประชุม ณ กระทรวงการต่างประเทศ ตลอดจนได้ลงพื้นที่ ซอยพระเจน ชุมชน บ่อนไก่ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยได้กล่าวชื่นชมไว้ว่า “ประเทศไทยได้พิสูจน์ ตลอดจนเป็นแรงบันดาลใจ และตัวอย่างของประเทศอื่นๆ ว่าทุกประเทศสามารถจะบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนได้ และประเทศไม่ต้องร่ำรวยก็สามารถทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ อย่างเช่นที่ไทยได้ดำเนินการมาแล้ว องค์การอนามัยโลก พร้อมทั้งจะทำงานร่วมกับไทยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ไทยเป็นตัวอย่างของประเทศต่างๆ”

ไทยเป็นหนึ่งในประเทศกลุ่มนโยบายต่างประเทศและสุขภาพโลก (Foreign Policy and Global Health: FPGH) ที่ผลักดันให้สหประชาชาติกำหนดให้วันที่ 12 ธันวาคมของทุกปี เป็นวันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากล และผลักดันให้เกิดการจัดการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 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 ร่วมกับผู้นำประเทศต่างๆ ได้เข้าร่วมการประชุมระดับสูงด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (High-level Meeting on Universal Health Coverage-HLM on UHC) ในห้วงการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 74 ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ นครนิวยอร์ก เพื่อย้ำเจตนารมณ์ทางการเมืองต่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2030 ควบคู่ไปกับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

(Sustainable Development Goals–SDGs) ในโอกาสนี้ นายกรัฐมนตรีได้กล่าว ถ้อยแถลงต่อที่ประชุมฯ แบ่งปันประสบการณ์การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักการ 3 ประการ ได้แก่

(1) ความเท่าเทียม ให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมทั้งของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนได้ 72 ชั่วโมงในกรณีฉุกเฉิน ก่อนที่จะส่งต่อไปให้โรงพยาบาลของรัฐต่อไป ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรคซึ่งรวมถึงโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องมุ่งให้เกิดความเท่าเทียมไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมนี้ ไทยจะขยายสิทธิประโยชน์ให้รวมถึงการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง สานต่อความสำเร็จของโครงการในพระดำริของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ ทูตสันถวไมตรีของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติในการป้องกันเอชไอวีในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

(2) ประสิทธิภาพ รัฐบาลไทยมุ่งเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจัดสรรงบประมาณร้อยละ 15 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มการใช้งบประมาณจากภาษีสุราและยาสูบ และสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสุขภาพท้องถิ่น รวมไปถึงมาตรการทางการเงินสมัยใหม่ กองทุนเงินสะสม เพื่อดำเนินการใช้จ่ายงบประมาณให้คุ้มค่าต่อไป

(3) การมีส่วนร่วมหัวใจ สำคัญที่ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความยั่งยืนคือการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นประชาชน ชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตามแนวทางประชารัฐ ให้ทุกฝ่ายรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เน้นการส่งเสริมบริการสุขภาพในระดับมูลฐานที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางเพื่อจะลดการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นอีกด้วย

นายกรัฐมนตรียังได้ย้ำความมุ่งมั่นของรัฐบาลไทยในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ดียิ่งขึ้น และย้ำถึงความพร้อมในการแบ่งปันประสบการณ์ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยให้กับนานาชาติและร่วมมือประชาคมระหว่างประเทศ นายกรัฐมนตรีร่วมกับผู้นำรับรองปฏิญญาทางการเมือง

ของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฯ เป็นผลลัพธ์ของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มคณะวันเดียวกันนี้ และได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการเป็นทางในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 74 (United Nations General Assembly-UNGA) ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา

นอกจากนี้ไทยได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของความร่วมมือพหุภาคี ในสภาวะที่โลกกำลังประสบกับความท้าทายต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ภายใต้บริบทโลกดังกล่าว ไทยใช้แนวคิดหลักสำหรับการเป็นประธานอาเซียนของไทย คือ Advancing Partnership for Sustainability หรือ “ร่วมมือร่วมใจ ก้าวไกล ยั่งยืน” ซึ่งให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับ “ความร่วมมือแบบหุ้นส่วน” และ “ความยั่งยืน” โดยไทยได้เผยแพร่หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในฐานะแนวทางหนึ่งในการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และยังได้แบ่งปันประสบการณ์ด้านการพัฒนาให้กับมิตรประเทศอื่นๆ นอกจากนี้ยังได้แสดงความพร้อมของไทยในการส่งเสริมความร่วมมือแบบหุ้นส่วนกับประชาคมระหว่างประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

บทที่ 2
บทบาทภารกิจของ
คณะอนุกรรมการ
ระดับเขตพื้นที่





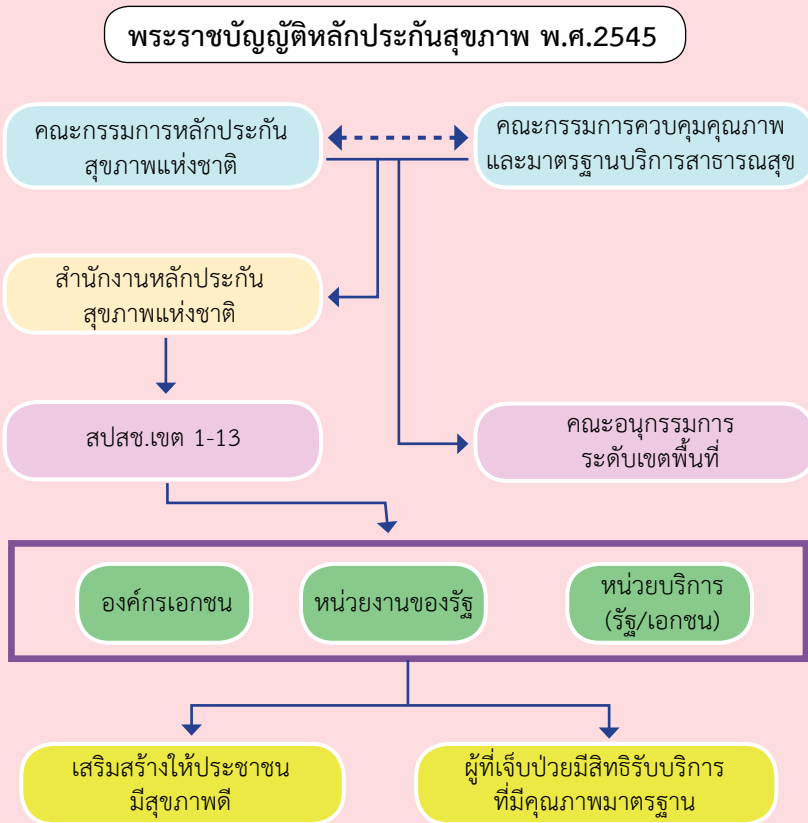
บทที่ 2

บทบาทภารกิจของ คณะกรรมการ ระดับเขตพื้นที่

ความเป็นมาของคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่

คณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ ประกอบด้วย 2 คณะ ได้แก่ คณะ
อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และคณะกรรมการควบคุม
คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ซึ่งมีที่มาตามแผนภาพ
ดังนี้

รูปภาพที่ 2.1 แสดงความเป็นมาของคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่



2.1 ความเป็นมา องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)

ก. คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 1 - 12 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ดังนี้

(1) มาตรา 20 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือที่คณะกรรมการมอบหมาย

(2) มาตรา 22 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการแล้วแต่กรณีมีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้อง มีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ มีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2558 โดยมีองค์ประกอบที่เป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญที่จะร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการบูรณาการด้านสุขภาพกับภาคีทุกภาคส่วนในพื้นที่ ผลักดันและขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในเขตพื้นที่ให้สอดคล้องกับปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ อันจะส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดีขึ้น โดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

แผนภาพที่ 2.2 แสดงองค์ประกอบและจำนวนของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) เขต 1-12



องค์ประกอบและจำนวนของคณะอนุกรรมการตามคำสั่งแต่งตั้งคณะ
อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 1-12 วาระปี 2562-2566

- 1) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ในเขตที่รับผิดชอบ ที่ปรึกษา
- 2) ผู้อำนวยการหน่วยบริการสังกัดมหาวิทยาลัย
ในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) ที่ปรึกษา
- 3) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สาขาเขตพื้นที่ รองประธาน
- 4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่ อนุกรรมการ
- 5) นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด หรือ
นายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล อนุกรรมการ
ในเขตพื้นที่จังหวัดละ 1 คน
- 6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป อนุกรรมการ
ในเขตพื้นที่ จำนวน 1 คน
- 7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่ อนุกรรมการ
จำนวน 1 คน
- 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อนุกรรมการ
ในเขตพื้นที่ จำนวน 1 คน
- 9) ผู้อำนวยการหน่วยบริการของรัฐ อนุกรรมการ
นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี) จำนวน 1 คน
- 10) ผู้บริหารสถานบริการภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียน อนุกรรมการ
เป็นหน่วยบริการในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) จำนวน 1 คน
- 11) ผู้แทนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ อนุกรรมการ
ตามมาตรา 50 (5) แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
หรือศูนย์ประสานงานภาคประชาชน
หรือองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุข
หรือคุ้มครองผู้บริโภคในเขตพื้นที่ จังหวัดละ 1 คน

- | | |
|---|----------------------------|
| 12) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่
จำนวน 2 คน | อนุกรรมการ |
| 13) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน
(1 คน เป็นประธานอนุกรรมการ) | อนุกรรมการ |
| 14) รองผู้อำนวยการหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการ
หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งผู้อำนวยการสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่มอบหมาย
จำนวน 1 คน | อนุกรรมการ
และเลขานุการ |

อำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 1-12 (อปสข.)

- 1) กำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ให้สอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงาน
- 2) กำหนดแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบลงทุน บริการผู้ป่วยใน งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น
- 3) กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วย และแบ่งพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น
- 4) สนับสนุนและกำกับการดำเนินงานของสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่กำหนด
- 5) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวกับงานหลักประกันสุขภาพในระดับอำเภอหรือจังหวัด หรือเขตพื้นที่ได้เท่าที่จำเป็น
- 6) อำนาจหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการและสำนักงานมอบหมาย

โดยคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2558 มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับการแต่งตั้งใหม่อีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

โดยเริ่มนับวาระตั้งแต่คณะอนุกรรมการได้รับการแต่งตั้ง ทั้งนี้สำนักงานเป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพพระด๑ดับเขตพื้นที่ 1-12

ข. คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพพระด๑ดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพพระด๑ดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร โดยมีองค์ประกอบด๑งนี้

แผนภาพที่ 2.3 แสดงองค์ประกอบและจำนวนของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพพระด๑ดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร



องค์ประกอบและจำนวนของคณะอนุกรรมการตามคำสั่งแต่งตั้งคณะ
อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร วาระปี 2559 - 2562

- | | |
|---|----------------------|
| 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ
ในคณะกรรมการ | ประธาน
อนุกรรมการ |
| 2) รองเลขาธิการ สปสช.ที่ได้รับมอบหมาย | รองประธาน |
| 3) อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน | รองประธาน |
| 4) ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร | อนุกรรมการ |
| 5) ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร | อนุกรรมการ |
| 6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช | อนุกรรมการ |
| 7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี | อนุกรรมการ |
| 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี | อนุกรรมการ |
| 9) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | อนุกรรมการ |
| 10) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี | อนุกรรมการ |
| 11) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | อนุกรรมการ |
| 12) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | อนุกรรมการ |
| 13) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า | อนุกรรมการ |
| 14) นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ | อนุกรรมการ |
| 15) คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช | อนุกรรมการ |
| 16) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง | อนุกรรมการ |
| 17) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ | อนุกรรมการ |
| 18) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน | อนุกรรมการ |
| 19) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน | อนุกรรมการ |
| 20) ผู้อำนวยการทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ | อนุกรรมการ |
| 21) นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 22) พลอากาศตรี อิทธิพร คณะเจริญ | อนุกรรมการ |
| 23) ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค | อนุกรรมการ |

- | | |
|--|----------------------------|
| 24) ผู้แทนศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
จำนวน 1 คน | อนุกรรมการ |
| 25) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
จำนวน 1 คน | อนุกรรมการ |
| 26) ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ
กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 คน | อนุกรรมการ |
| 27) ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร
จำนวน 1 คน | อนุกรรมการ |
| 28) ผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
จำนวน 1 คน | อนุกรรมการ |
| 29) ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเด็กและสตรี
จำนวน 1 คน | อนุกรรมการ |
| 30) ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านอื่นๆ จำนวน 1 คน | อนุกรรมการ
และเลขานุการ |
| 31) ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร | |

อำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

1) กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารงาน รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ นโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงาน

2) กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และวิธีการแบ่งพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการ

3) กำหนดแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเขตพื้นที่ เช่น งบประมาณสุขภาพและป้องกันโรค งบประมาณบูรณาการทางการแพทย์ เป็นต้น ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด

- 4) สนับสนุนและกำกับการทำงานของสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่คณะกรรมการ หรือสำนักงานกำหนด
- 5) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวกับงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่เท่าที่จำเป็น
- 6) ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่คณะกรรมการและสำนักงานมอบหมาย

**บทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)
ต่อการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่**

บทบาท อปสข. ต่อการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มีแนวคิดหลักในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดยให้มีการบริหารวงเงินแบบมีเพดานระดับเขต ตามความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global Budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอ หรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม รายละเอียดตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ และคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณแต่ละปี ที่กำหนดไว้

2.2

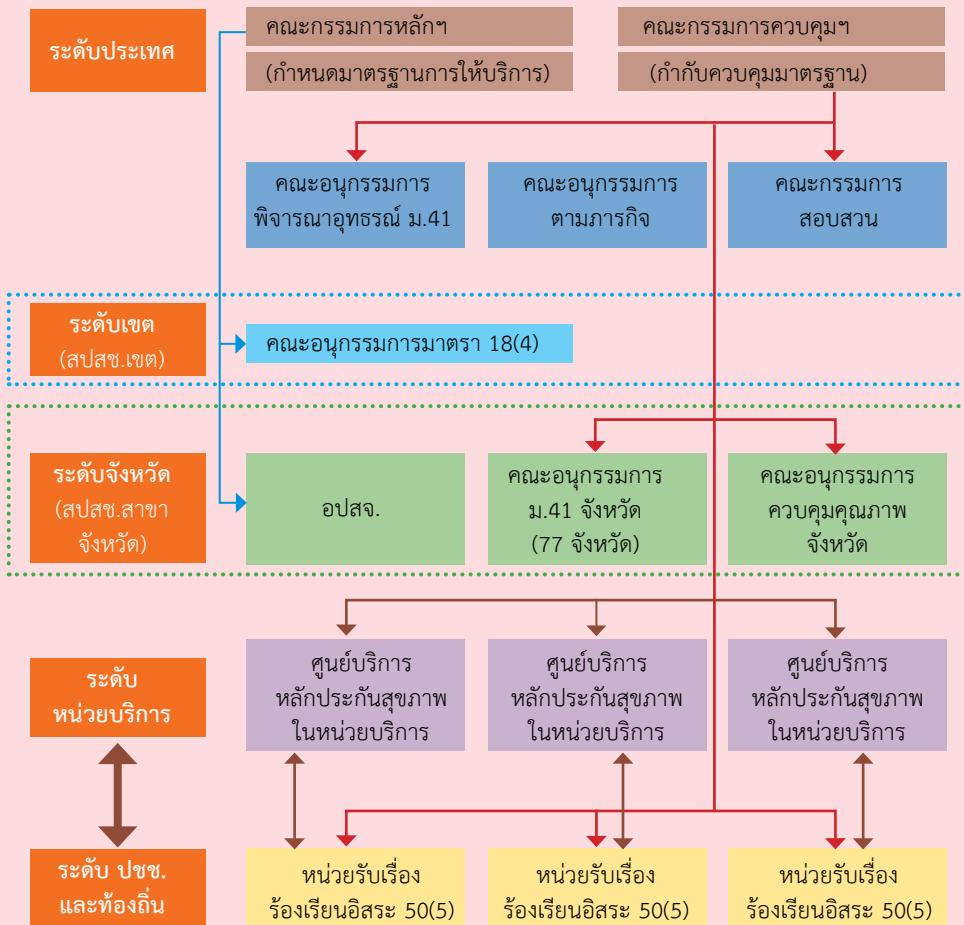
ความเป็นมา องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ ของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)

ที่มาและสถานการณ์

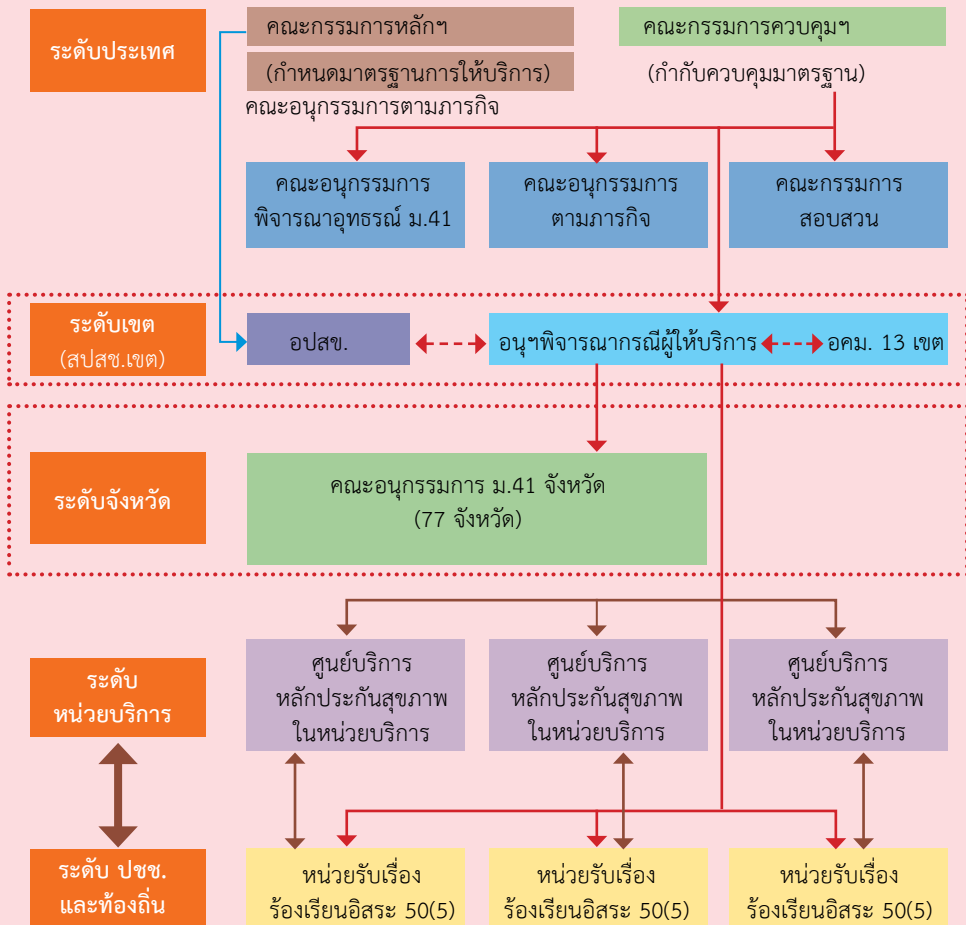
กลไกการดำเนินงานด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการแต่ละระดับในอดีตและปัจจุบันมีการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนด จากระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด หน่วยบริการและประชาชน โดยมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 50 มอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานให้คณะอนุกรรมการตามภารกิจทั้งส่วนกลาง เขตและจังหวัด

การดำเนินงานของสาขาจังหวัดตั้งแต่ปี 2546 ซึ่งมีผลการดำเนินงานร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์หลายส่วนในระดับจังหวัด แต่ก็พบว่ายังมีจุดอ่อนและปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานในพื้นที่อยู่บ้าง และมีผลกระทบจากนโยบายบางประการ ส่งผลให้สำนักงานสาขาในขณะนั้น ไม่สามารถดำเนินงานต่อไปได้ ดังนั้น ที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6/2557 เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2557 มีมติเห็นชอบในหลักการแยกบทบาท ผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการออกจากกัน โดยให้ยกเลิกประกาศและคำสั่ง ที่ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสำนักงานสาขาจังหวัดของสปสช. และยกเลิกบัญชี 6 ของสปสช. สาขาจังหวัด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 และมอบให้ สปสช.เขต รองรับการกิจเพิ่มเติมและพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อไม่ให้กระทบต่อระบบบริการและประชาชนในพื้นที่

กลไกการดำเนินงานด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการแต่ละระดับ (เดิม)



กลไกการดำเนินงานด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการแต่ละระดับ (ปัจจุบัน)



สถานการณ์ปัจจุบันของการดำเนินงานภายหลังการประกาศฯ ยกเลิกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสำนักงานสาขา มีการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องหลายส่วนที่ได้รับผลกระทบ ดังนี้

1) ด้านการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

1.1) มีประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการคัดเลือกและแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2557 ฉบับที่ 1 เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2557 โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ เป็นเลขานุการและสนับสนุนภารกิจ และได้มีการปรับปรุงประกาศฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

1.2) ผลการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ได้มีการดำเนินงานและประสานความร่วมมือร่วมกับกลไกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานและคุ้มครองสิทธิ เช่น การตรวจประเมินชั้นทะเบียนและตรวจประจำปี ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการในพื้นที่ที่มีเรื่องร้องเรียนหรือปัญหาเกิดขึ้น และจัดทำแผนโครงการร่วมกับหน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการ ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจการรับรู้สิทธิการรับบริการของประชาชนร่วมกับกลไกในระดับพื้นที่ เช่น คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการระดับเขต (5x5) คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) คณะกรรมการพัฒนาแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในการกำกับติดตามคุณภาพบริการ มีการกำกับติดตามในกลุ่มโรคหรือบริการที่สำคัญในพื้นที่ โดยร่วมเป็นคณะทำงาน

1.3) ประเด็นความเห็นและข้อเสนอจากการประชุมที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลไกระดับจังหวัดมีส่วนร่วมน้อยในการกำกับคุณภาพและมาตรฐาน และการเชื่อมโยงข้อมูลคุณภาพในระดับจังหวัดลดลง

2) ด้านการจัดการเรื่องร้องเรียนในพื้นที่

2.1) มีการดำเนินงานรับเรื่องและแก้ไขเรื่องร้องเรียน คຸ້ມครองสิทธิ ซึ่งดำเนินงานในรูปแบบคณะทำงานภายใต้การแต่งตั้งของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เช่น การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเพื่อการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาพร้อมกับหน่วยบริการโดยวิธี Root Cause Analysis

2.2) ผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่โดยมีการแต่งตั้ง คณะทำงานจัดการเรื่องร้องเรียน และป้องกันปัญหาเกิดซ้ำในพื้นที่ ซึ่งมีขั้นตอนการจัดการเรื่องร้องเรียน มีการกำกับติดตามประเมินผลต่อเนื่อง เช่น ตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ

2.3) ประเด็นความเห็นและข้อเสนอจากการประชุมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การบูรณาการงานและเชื่อมโยงของกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนระดับจังหวัดยังมีน้อย

3) การพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการตาม มาตรา 41

การสนับสนุนภารกิจคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการตามมาตรา 41 ยังคงเดิมที่ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นฝ่ายเลขานุการอนุกรรมการ เพื่อการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในการสนับสนุนภารกิจ ซึ่งมีการประสานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ร่วมกับสปสช.เขต

การดำเนินงานของสปสช.เน้นการสร้างกระบวนการรับรู้ ความเข้าใจ ให้กับคณะอนุกรรมการและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับพื้นที่ต่อเนื่องทุกปี เช่น สัมมนา 4 ภาค ในประเด็นการดำเนินงานตามแนวทางการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ตามข้อบังคับและกฎหมายกำหนด

ประเด็นที่พบจากการดำเนินงานในระดับจังหวัด พบว่า การประสานและเชื่อมโยงงานตามมาตรา 41 ยังมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการสนับสนุนภารกิจของคณะอนุกรรมการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสปสช.เขต

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.)

ตามประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

2.2.1 องค์ประกอบของ อคม. เขต 1-12 จำนวนเขตละ 26 คน ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพ อาชีพ หรือมีถิ่นที่อยู่ประจำ ในเขตพื้นที่นั้น ดังนี้

- 1) ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 2) ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 คน
- 3) ผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน
- 4) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จำนวน 1 คน
- 5) ผู้แทนพนักงานอัยการ สังกัดสำนักงานคดีปกครอง จำนวน 1 คน
- 6) ผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง สาขาสูตินรีเวชกรรม สาขา ศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม และสาขาจิตเวช สาขาละ 1 คน
- 7) ผู้แทนสภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาวิชาชีพละ 1 คน
- 8) ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะ จำนวน 2 คน
- 9) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงานละ 1 คน
- 10) ผู้แทนองค์กรเอกชน 9 ด้านตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 6 คน

2.2.2 องค์ประกอบของ อคม. เขต 13 กรุงเทพมหานคร จำนวน 27 คน ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพ หรือมีถิ่นที่อยู่ประจำ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

- 1) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 1 คน
- 2) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ หรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 1 คน

- 3) ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 1 คน
- 4) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จำนวน 1 คน
- 5) ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จำนวน 1 คน
- 6) ผู้แทนสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 1 คน
- 7) ผู้แทนพนักงานอัยการ สังกัดสำนักงานคดีปกครอง จำนวน 1 คน
- 8) ผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง สาขาสูตินรีเวชกรรม สาขา ศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม และสาขาจิตเวช สาขาละ 1 คน
- 9) ผู้แทนสภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภา กายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาวิชาชีพละ 1 คน
- 10) ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะ จำนวน 2 คน
- 11) ผู้แทนสำนักการแพทย์ จำนวน 1 คน
- 12) ผู้แทนสำนักอนามัย จำนวน 1 คน
- 13) ผู้แทนองค์กรเอกชน 9 ด้านตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ จำนวน 6 คน

2.2.3 อำนาจหน้าที่ ดังนี้

- 1) นำข้อมูลการร้องเรียน ข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และข้อมูลอื่นๆ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบไปสรุป วิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัดของระบบ การให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไข และพัฒนาหลักการ จัดการเรื่องร้องเรียนให้เหมาะสม รวมถึงพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพ หน่วยบริการในเขตพื้นที่
- 2) ควบคุม และกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วย บริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- 3) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

4) ตรวจตราคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการ และหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน

5) ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

6) รายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขทราบเป็นประจำทุกปี

7) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

8) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

2.2.4 กรอบแนวทางการจัดการคุณภาพมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกลไกที่เกี่ยวข้อง

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายหลักเพื่อสร้างหลักประกันให้กับคนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย ด้วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ประชาชนและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบุให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด

การจัดการคุณภาพมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายและทิศทางการจัดการคุณภาพระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเท่าเทียม โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย กลไกการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และการกำกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข โดยพิจารณาจากบทบาท อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยบริการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้ (รูปภาพที่ 2.4 แสดงกลไกการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และการกำกับคุณภาพมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545)

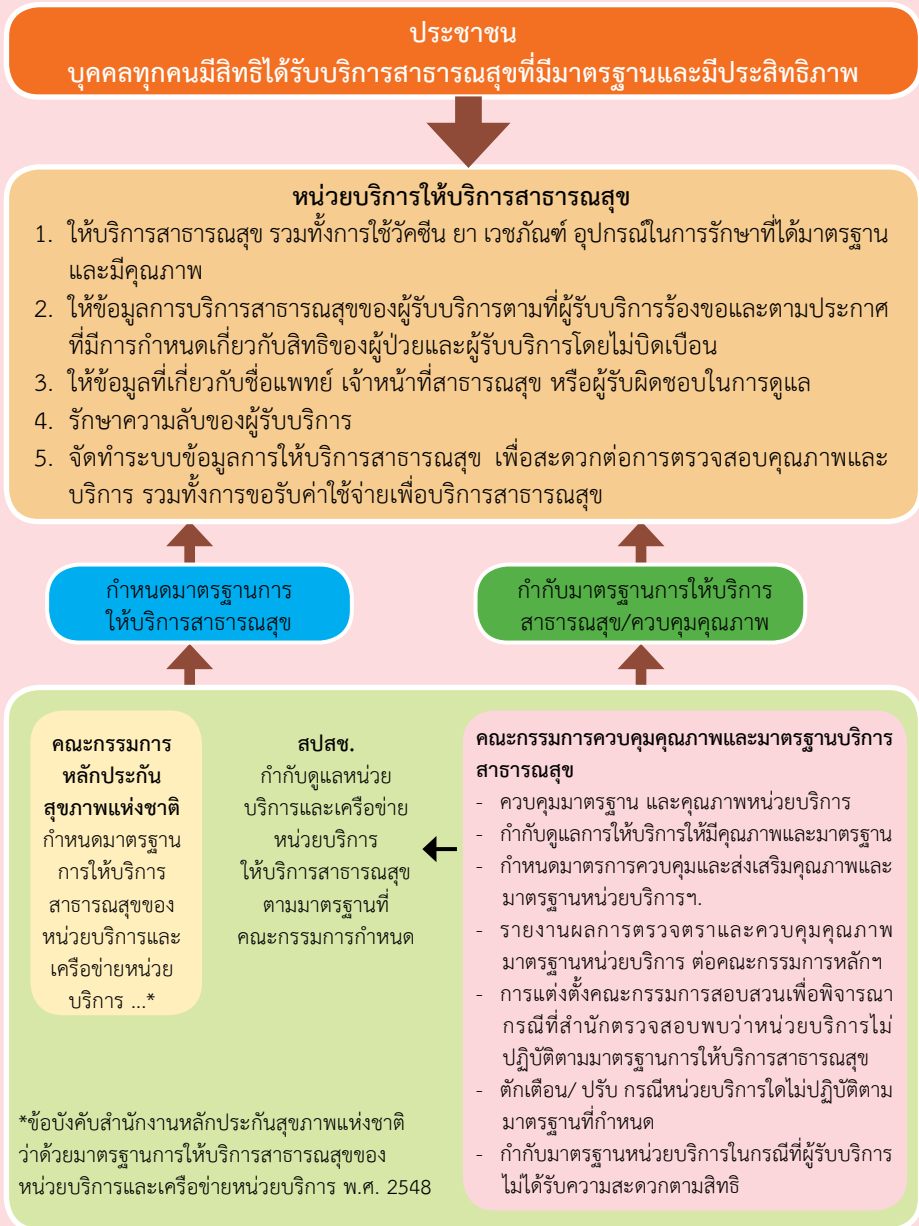
1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ ตามมาตรา 18(1)

2) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 50 (1) – (10)

3) สำนักงานมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 26(8)

4) หน่วยบริการมีหน้าที่ตามมาตรา 45 (1) – (5)

รูปภาพที่ 2.4 แสดงกลไกการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และการกำกับคุณภาพมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545



ทั้งนี้กลไกการจัดการคุณภาพมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (รูปภาพที่ 2.5 แสดงกลไกการจัดการคุณภาพมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง)

ก. การกำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข โดย คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต (คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตามมาตรา 18(3) และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ที่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ

ข. การกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข โดยคณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการทุกระดับและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา 18(1) รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนด

ค. การกำหนดหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุน โดยคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน (คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 18(4) รวมทั้งการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดความมั่นคง และความเป็นธรรม

ง. การกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
โดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 45 (มาตรา 50(1)) การกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนของบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 (มาตรา 50(2)) รวมถึงการกำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 50(3) และการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา 50(8) ผ่านกลไกคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้แก่ คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ 13 เขต คณะอนุกรรมการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการ คณะอนุกรรมการด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วม คณะกรรมการสอบสวนและคณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยมีกระบวนการกำกับคุณภาพมาตรฐาน ได้แก่ การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ การกำหนดแนวทางการควบคุมคุณภาพมาตรฐานในกลุ่มโรคที่มีความสำคัญหรือมีประเด็นด้านคุณภาพมาตรฐานการให้ข้อเสนอเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการและกำกับผลลัพธ์บริการ

จ. การคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ โดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและควบคุมคุณภาพผ่านกลไกคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ

และมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้แก่ คณะอนุกรรมการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการ คณะอนุกรรมการด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วม

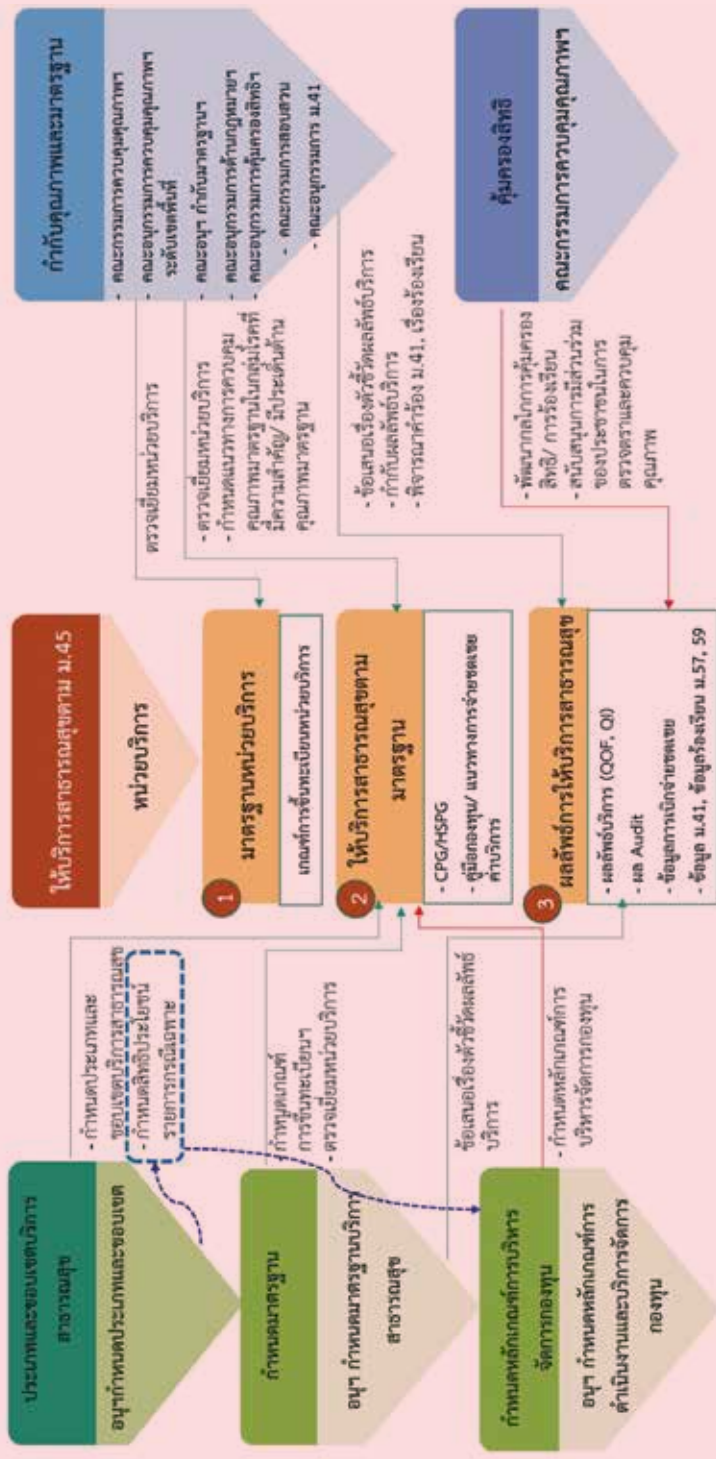
ฉ. หน้าที่ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 และ และตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ตามประกาศสำนักงาน และให้บริการสาธารณสุขตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามมาตรา 45 ตามขอบเขตดังนี้

(1) ให้บริการสาธารณสุขตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขตามที่คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต (คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) กำหนด

(2) ให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ตามที่คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการกำหนด

(3) จัดทำระบบข้อมูลและผลลัพธ์การให้บริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนด

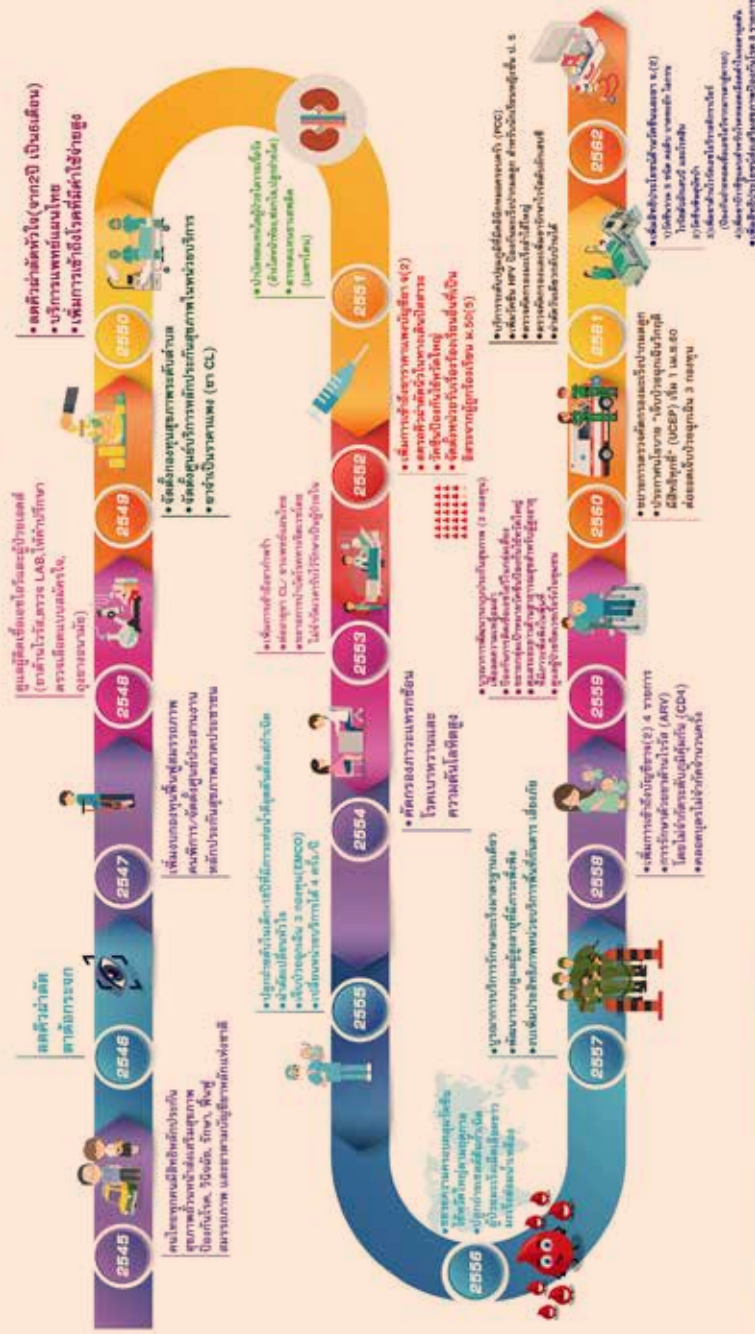
รูปภาพที่ 2.5 แสดงกลไกการจัดการคุณภาพมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ



บทที่ 3
ความรู้เบื้องต้น
ในระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

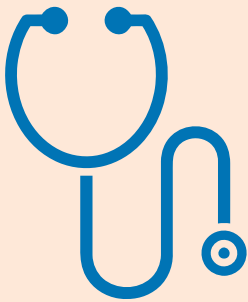


เส้นทางหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก้าวสู่ปีที่ 17 ความมั่นคงด้านสุขภาพเพื่อคนไทย



19 พฤศจิกายน 2561
สปสช. ก้าวสู่ปีที่ 17





บทที่ 3 ความรู้เบื้องต้น ในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

3.1

ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข และการพัฒนาสิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุข

ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งบุคคลในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ดังนั้นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ บุคคลสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองสิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพอื่นๆ จากรัฐ เช่น สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือสวัสดิการรักษายาพยาบาลอื่นๆ จากรัฐ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อส่งเสริมให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทั่วถึง ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ประชากรเป้าหมายมีสิทธิได้รับ

บริการสาธารณสุขที่อยู่ในประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขหรือชุดสิทธิประโยชน์ที่บุคคลมีสิทธิได้รับนั้น ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทุกกรณี ใช้หลักการจัดชุดบริการเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Package) ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าทำคลอด ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ค่าบริหารทารกแรกเกิด ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด นอกจากนี้ ยังได้กำหนด “บริการที่ไม่ครอบคลุม” (Exclusive List) ประกอบด้วย

1. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
2. การผสมเทียม
3. การแปลงเพศ
4. การกระทำการใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
5. การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
6. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
7. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ยกเว้น ผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮอร์โอินที่สมัครใจเข้ารับการรักษาและไม่ต้องโทษคดียาเสพติด ให้ได้รับสารทดแทนยาเสพติด (เมทาโดน) จากหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
8. การบาดเจ็บจากการประสพภัยจากรถ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ (เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย)

9. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นกรณีที่ต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

10. การปลูกถ่ายอวัยวะ ยกเว้นการปลูกถ่ายไตเพื่อรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ที่มีภาวะตับวายจากท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากโรคอื่นๆ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามข้อบ่งชี้ และเงื่อนไขบริการที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้ความสำคัญในการกำกับติดตามและพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ที่ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อคุ้มครองการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และครัวเรือนไม่เกิดภาวะวิกฤติทางการเงินจากการเจ็บป่วย โดยยึดหลักความโปร่งใส การมีส่วนร่วม และมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ ได้เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ รวมทั้งภาคประชาชน จำนวน 9 กลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ นักวิชาการด้านสาธารณสุข ภาคอุตสาหกรรม เครื่องมือแพทย์ กลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วย ภาคประชาสังคม ประชาชนทั่วไป และคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อพิจารณาเพิ่มหรือปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาและกระบวนการ ดังนี้

1) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1.1) เป็นข้อเสนอเรื่องยา หรือวัคซีน หรืออาหารเสริม (เนื่องจากอยู่ในกระบวนการพิจารณาของคณะอนุกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ)

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) ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (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 ประสิทธิภาพของความครอบคลุม (Effective Coverage) รวมทั้งความจำเป็นและผลกระทบเบื้องต้น

3) แนวทางการพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์

3.1) ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

3.2) มีแนวทางเวชปฏิบัติ

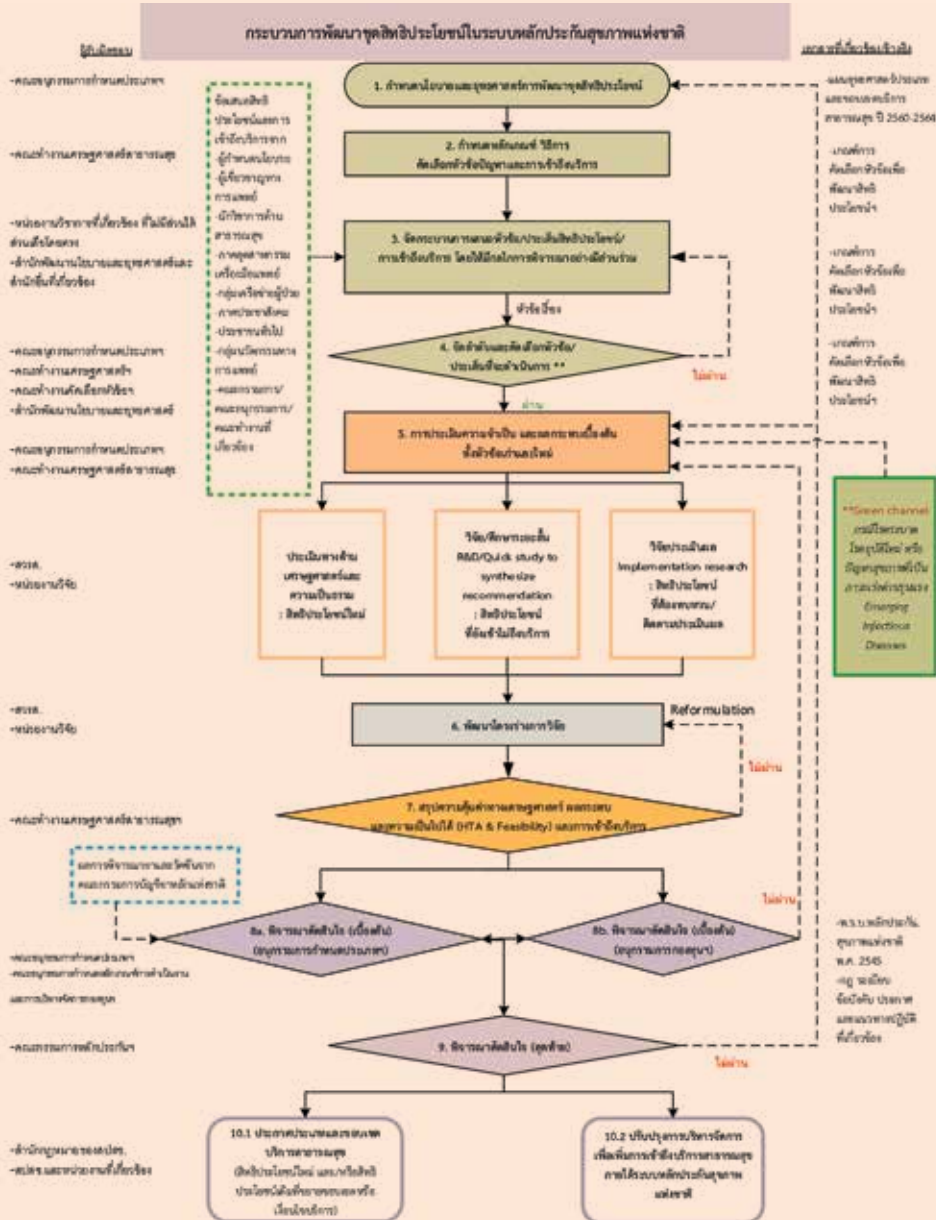
3.3) ความพร้อมของระบบบริการ

3.4) ภาระงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.5) ข้อพิจารณาความเป็นไปได้เชิงสังคมและจริยธรรม

ผลการประเมินฯ ที่เป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จะถูกนำเสนอเข้าสู่กระบวนการพิจารณา ตัดสินใจของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป ดังแผนภาพที่ 3.2 แสดงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนภาพที่ 3.2 แสดงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



** หมายถึง กรณีที่ข้อวินิจฉัยการวินิจฉัยสุขภาพของผู้ขอรับบริการทางการแพทย์ในข้อที่ 7, ไม่ผ่าน
 *** หมายถึง ไม่รวมถึงรายการ โรคภูมิแพ้ หรือโรคสุขภาพจิตที่กรมส่งเสริมสุขภาพ (Immunology Infectious Diseases) สามารถเป็นผู้ประเมินการพิจารณาข้อวินิจฉัยที่ 5, การประเมินของข้อวินิจฉัย และผลของข้อวินิจฉัยได้เอง
 หมายเหตุ : ปีที่รายงานให้ทราบและเหตุการณ์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยให้มีวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพถ้วนหน้าตามแผนการพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 5-2561 ถึงปี 8 พฤษภาคม 2561

การจัดการคุณภาพและมาตรฐานบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (มาตรา 18(1)) และกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (มาตรา 44) โดยให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐานและความเพียงพอของบริการสาธารณสุข ให้ประชาชนเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ออกข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ จำนวน 2 ฉบับ ประกอบด้วย

1) ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2548

2) ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558

3.2.1 มาตรฐานหน่วยบริการ

1) ประเภทของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 ได้กำหนดมาตรฐานหน่วยบริการ โดยกำหนดนิยาม สถานบริการ หน่วยบริการ และประเภทของหน่วยบริการ ไว้ดังนี้

สถานบริการ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชนและของ สภากาชาดไทยหรือหน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการ

สาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม (ซึ่งในปัจจุบัน “ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1)” ได้รับการประกาศ เป็นสถานบริการที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม)

หน่วยบริการ หมายถึง สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1.1) หน่วยบริการประจำ หมายความว่า สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง และมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการสาธารณสุขในกรณีที่เกิดขีดความสามารถ ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำของตน ทั้งนี้หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

1.2) หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าวสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้ ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิมิสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด

1.3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หมายความว่า สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะด้าน โดยผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อได้เมื่อได้รับการส่งต่อหรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน ทั้งนี้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

1.4) หน่วยบริการร่วมให้บริการ หมายความว่า สถานบริการที่จัดบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิเฉพาะด้านตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด และได้ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ โดยมีข้อตกลงเป็นหนังสือกับหน่วยบริการประจำหรือ สำนักงานในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้หน่วยบริการร่วมให้บริการมีสิทธิ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่ คณะกรรมการกำหนด

และได้กำหนดนิยาม **เครือข่ายหน่วยบริการ** หมายความว่า หน่วยบริการที่ รวมตัวกัน โดยประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลางรวมตัวกับ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจมีหน่วยบริการร่วมให้ บริการเข้าร่วมก็ได้ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงาน ประกาศ ทั้งนี้เครือข่ายหน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจาก หน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด

2) มาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะผู้จัดทําบริการสาธารณสุขที่มี คุณภาพและมาตรฐานให้แก่ประชาชน ได้มีการกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการ โดย จัดทําเป็น **เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประเภทต่างๆ** ซึ่งมีคณะกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายบริการ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความ เห็นชอบ เพื่อใช้ในการตรวจคุณสมบัติพื้นฐานของสถานบริการสาธารณสุขที่เข้าสู่ระบบ หลักประกันสุขภาพ โดยเน้นปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก คือ ศักยภาพการจัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ) และการบริหารจัดการใน องค์กร เพื่อใช้ประเมินสถานบริการแห่งใหม่ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประเมินสถานบริการที่เป็นหน่วยบริการเดิม ในระบบเพื่อต่อสัญญาการเป็นหน่วยบริการ ทั้งนี้หน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียน มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการ จัดทำข้อมูลการให้บริการ สาธารณสุข (มาตรา 45) และมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศฯ **เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีการ ประกาศใช้ในปัจจุบัน ได้แก่**

- (1) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2560
- (2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561
- (3) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พ.ศ. 2561
- (4) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ระดับตติยภูมิเฉพาะทาง ศัลยกรรมหัวใจ
- (5) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2559
- (6) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ 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

ทั้งนี้ในการกำหนดให้มีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน และการกำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน มีหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ประกอบด้วย 1) หน่วยบริการที่มีในระบอบไม่เพียงพอ 2) มีเครือข่ายบริการที่สามารถส่งต่อ/รับกลับ 3) เป็นบริการที่สามารถเบิกจ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4) มีการออกแบบระบบการจ่ายเป็นการเฉพาะเพื่อกระตุ้นการเข้าถึงบริการและกำกับคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ

3) การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ เป็นการดำเนินการตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดให้มีการตรวจประเมินหน่วยบริการ โดยเป็นการตรวจคุณสมบัติของสถานบริการสาธารณสุขที่จะเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประเภทต่างๆ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นในการบริหารจัดการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จะให้บริการแก่ประชาชน

ผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำปี สำนักงาน หน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ การวางแผนการจัดระบบบริการ โดยเชื่อมโยงกับการสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรต่างๆ

3.1) สถานบริการหรือหน่วยบริการที่ต้องตรวจประเมิน

การตรวจประเมินหน่วยบริการตามประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน และดำเนินการในกรณีดังต่อไปนี้

(1) สถานบริการที่ผ่านการพิจารณารับสมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการใหม่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) หน่วยบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงประเภทการขึ้นทะเบียน เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มประเภทเป็นหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการประจำที่ขอขึ้นทะเบียนเพิ่มเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น

(3) หน่วยบริการเดิมที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จะได้รับการตรวจประเมินอย่างน้อยปีงบประมาณละ 1 ครั้ง เพื่อขึ้นทะเบียนต่อเนื่องในประเภทนั้นๆ

(4) หน่วยบริการที่เปลี่ยนผู้ประกอบการหรือเปลี่ยนที่ตั้ง ต้องได้รับการตรวจประเมินเพื่อกำกับคุณภาพมาตรฐานภายหลังการเปลี่ยนแปลง

3.2) คณะตรวจประเมินหน่วยบริการ

คณะตรวจประเมินหน่วยบริการ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจาก สปสช. ส่วนกลาง/สปสช. เขต ประกอบด้วย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในหน่วยบริการภาครัฐ และภาคเอกชนที่มีความรู้ประสบการณ์ในการให้บริการ ในหน่วยบริการ ทั้งนี้สำนักงานอาจพิจารณาเพิ่มเติมองค์ประกอบคณะตรวจประเมิน จากผู้แทนภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน จากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ ระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) หรือคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ สาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ตามความเหมาะสม และต้องได้รับการชี้แจงเกณฑ์ และแนวทางการตรวจประเมินจากสำนักงานเพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์การตรวจ ประเมินฯ วิธีการตรวจและการแปรผล ก่อนออกตรวจประเมินหน่วยบริการ

3.3) การเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการและการตรวจประเมินหน่วยบริการ

กรณีหน่วยบริการเดิมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องได้รับการตรวจประเมินตามเกณฑ์ตรวจประเมินฯ อย่างน้อยปีงบประมาณละ 1 ครั้ง ด้วยการประเมินตนเองผ่านโปรแกรมการประเมินที่สำนักงานกำหนด หรือคณะกรรมการ ผู้ตรวจประเมิน ทั้งนี้ระยะเวลาในการตรวจประเมินหน่วยบริการประจำปี คือ ระหว่าง เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม ของทุกปี

กรณีหน่วยบริการใหม่ หรือ ที่มีการเปลี่ยนแปลงประเภทการขึ้นทะเบียน กรณีสถานบริการภาครัฐจะต้องได้รับการกำหนดรหัสสถานพยาบาล จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กรณีสถานบริการภาคเอกชนจะต้องได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลจาก สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข และกรณีร้านยาต้องเป็นร้านยาที่ขึ้นทะเบียนตาม มาตรฐาน GPP ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สมัครเข้าร่วมโดยการ

ยื่นแบบคำขอ/แจ้ง เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมเอกสาร ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) ที่อยู่ในพื้นที่ตั้งของสถานบริการนั้นๆ จากนั้น สปสช.เขต นำเรื่องเสนอให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) พิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะในการรับสมัครหน่วยบริการใหม่ โดยคำนึงถึงความพอเพียงของหน่วยบริการในจังหวัด ความหนาแน่นของผู้รับบริการในหน่วยบริการ และความสะดวก/ระยะทางในการเข้าถึงหน่วยบริการ หลังจากนั้น สปสช.เขต จะประสานสถานบริการเพื่อดำเนินการเข้าตรวจประเมินตามเกณฑ์ และแนวทางการตรวจประเมินของประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน สรุปผลและแจ้งหน่วยบริการรับทราบ กรณีหน่วยบริการผ่านการประเมิน สำนักงานจะจัดทำประกาศรายชื่อหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ

3.2.2 มาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้บริการสาธารณสุข หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (ข้อบังคับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ปี พ.ศ. 2548) โดยถือปฏิบัติโดยอนุโลมตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพสาธารณสุข หรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล เว้นแต่คณะกรรมการจะกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการเป็นอย่างอื่น

ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการกรณีเฉพาะเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบเพื่อการเข้าถึงระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่คุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยกำหนด

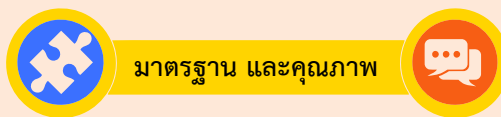
เป็นแนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขร่วมกับ ราชวิทยาลัย/สมาคม/องค์กรวิชาชีพต่างๆ และจัดทำเป็น *ประกาศแนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการเฉพาะเรื่องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* ซึ่งจะเป็นหลักเกณฑ์ เงื่อนไขในดำเนินงานและบริหารจัดการสำหรับบริการกรณีเฉพาะ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย

- คุณสมบัติของหน่วยบริการที่จะให้บริการ (ศักยภาพของหน่วยบริการ)
- ขอบเขตและเป้าหมายของผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ
- แนวทางและเงื่อนไขการให้บริการ (ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม)
- การกำหนดอัตราและวิธีการรับค่าใช้จ่าย
- การกำกับติดตามคุณภาพบริการ (Audit)

การกำหนดคุณสมบัติของหน่วยบริการที่จะให้บริการ (ศักยภาพของหน่วยบริการ) บริการนั้นต้องเป็นบริการที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ หรือหน่วยบริการในระบบมีจำนวนไม่เพียงพอ และต้องการควบคุมคุณภาพการบริการเป็นกรณีเฉพาะ ซึ่งหน่วยบริการที่จัดบริการดังกล่าวจะต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปด้วย

3.2.3 มาตรฐานและคุณภาพในระบบบริการสาธารณสุข

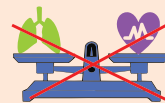
แผนภาพที่ 3.3 แสดงความหมายของมาตรฐานและคุณภาพ



มาตรฐาน มาจากคำว่า “มาตร” หมายถึง วัด และคำว่า “ฐาน” หมายถึง ที่ตั้ง ดังนั้น มาตรฐาน หมายถึง สิ่งที่อยู่เอาเป็นเกณฑ์ที่รับรองกันทั่วไป เป็นสิ่งที่ “วัดได้”



คุณภาพ มาจากคำว่า “คุณ” หมายถึง ดี และคำว่า “ภาพ” (ภาวะ) หมายถึง ความเป็น ดังนั้น คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคล หรือสิ่งของ เป็นสิ่งที่ “วัดไม่ได้”



1) มิติของคุณภาพ ได้แก่

- (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)

แผนภาพที่ 3.4 แสดงมิติของคุณภาพ



2) มิติคุณภาพกับระบบบริการสาธารณสุข

(1) Input (ปัจจัยนำเข้า) ได้แก่ Competency (ศักยภาพในการให้บริการ) และ Accessibility (เข้าถึง มีบริการในสถานที่และเวลาที่เหมาะสม)

(2) Process (กระบวนการให้บริการ ตั้งแต่การเข้ารับบริการจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ได้แก่ Appropriateness (ถูกต้องเหมาะสมทางวิชาการ) Continuity (ความต่อเนื่อง การประสานงาน) Patient's Right and Dignity (พิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี) และ Timeliness (ระยะเวลาที่เหมาะสม)

(3) Output (ผลลัพธ์การให้บริการ) ได้แก่ Acceptability (เป็นที่ยอมรับ), Equity (ความเท่าเทียม) Effectiveness (ผลลัพธ์ดี) Efficiency (ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า) และ Safety (มีความเสี่ยงน้อย)

แผนภาพที่ 3.5 แสดงมิติคุณภาพกับระบบบริการสาธารณสุข

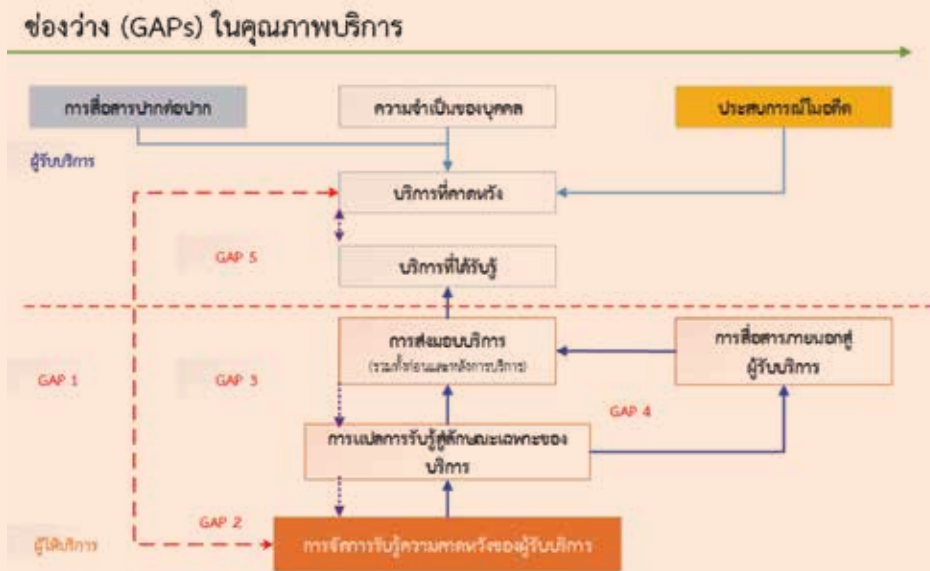


3) ช่องว่าง (GAPs) ในคุณภาพบริการ ดังนี้

(1) ช่องว่างในคุณภาพบริการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้แก่ การจัดการรับรู้ความคาดหวังของผู้รับบริการโดยผู้ให้บริการ กับ บริการที่คาดหวังของผู้รับบริการ (ที่มาจากการสื่อสารปากต่อปาก ความจำเป็นของบุคคล และประสบการณ์ในอดีต) (GAP 1)

- (2) ช่องว่างในคุณภาพบริการของผู้ให้บริการ ได้แก่
- 2.1 การแปลการรับรู้สู่ลักษณะเฉพาะของบริการ กับ การจัดการรับรู้ความคาดหวังของผู้รับบริการ (GAP 2)
 - 2.2 การส่งมอบบริการรวมทั้งก่อนและหลังการบริการ กับ การแปลการรับรู้สู่ลักษณะเฉพาะของบริการ (GAP 3)
 - 2.3 การสื่อสารภายนอกสู่ผู้รับบริการ กับ การส่งมอบบริการ (GAP 4)
- (3) ช่องว่างในคุณภาพบริการของผู้รับบริการ คือ บริการที่คาดหวังกับบริการที่ได้รับรู้ (GAP 5)

แผนภาพที่ 3.6 แสดงช่องว่าง (GAPs) ในคุณภาพบริการ



3.3 การลงทะเบียน และการเลือกหน่วยบริการ หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย¹
2. มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยต้องมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย
3. ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ ได้แก่

¹ การประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นไปตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 โดยมาตรา 52 ได้บัญญัติให้ “คนไทย” ย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ดังนั้น การกำหนดให้ “บุคคล” มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงหมายถึง “บุคคลที่มีสัญชาติไทย” เพื่อให้สอดคล้องกับที่ระบุในรัฐธรรมนูญ (มาตรา 82 บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง)

- 3.1 ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม
- 3.2 ข้าราชการ หรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท
- 3.3 พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล
- 3.4 พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ
- 3.5 คู่สมรส บุตร หรือ บิดา มารดา หรือ บุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (3.2) (3.3) (3.4)
- 3.6 ครูโรงเรียนเอกชน
- 3.7 ข้าราชการการเมือง เช่น นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการ รัฐมนตรีช่วย สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา และนายกเทศมนตรี ซึ่งรัฐได้จัดหาสวัสดิการ ด้านการรักษาพยาบาลให้อยู่แล้ว
- 3.8 ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ

หมายเหตุ คนไทยที่กำลังอาศัยอยู่ในต่างประเทศติดต่อกันมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป (ข้อมูลจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง) หรือผู้ที่ลงทะเบียนเลือกตั้งในต่างประเทศ (ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย) จะสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ต่อเมื่อเดินทางกลับมาอาศัยอยู่ในประเทศไทยแล้ว เนื่องจากรัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบุคคลกลุ่มดังกล่าวในขณะที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ

แผนภาพที่ 3.7 แสดงวิธีการลงทะเบียนสิทธิบัตรทอง (สปสช.)



การเลือกหน่วยบริการประจำ

ผู้มีสิทธิที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน จะต้องเลือกหน่วยบริการเพื่อเป็นหน่วยบริการประจำของตน ซึ่งตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ พ.ศ. 2562 กำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ หรือตำบล หรืออำเภอที่ตนมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือที่ตนพักอาศัยอยู่จริง หรือที่อยู่ต่อเนื่อง เป็นหน่วยบริการประจำ โดยให้คำนึงถึงความสะดวกหรือความจำเป็นของตนเป็นสำคัญ การกำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกหน่วยบริการ ที่อยู่ในพื้นที่

ตำบลหรืออำเภอ ที่ตนพักอาศัยอยู่จริงและที่ตนเองสะดวก เป็นหน่วยบริการประจำ ก็เพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดในการจัดให้มี “หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ” ไว้สำหรับดูแลสุขภาพของผู้มีสิทธิอย่างผสมผสานและต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้ผู้มีสิทธิต้องเลือกหน่วยบริการประจำตามรายการเครือข่ายหน่วยบริการที่สำนักงานกำหนดไว้

การเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ เป็นการเลือกโดยความสมัครใจของประชาชน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกหน่วยบริการ ที่สามารถสนองตอบความต้องการของประชาชน โดยที่ไม่ส่งผลกระทบต่อระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นหัวใจของภารกิจในการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีกรอบแนวคิดในการเลือกหน่วยบริการประจำ ดังนี้

(1) เพิ่มทางเลือกในการเลือกหน่วยบริการประจำให้กับประชาชน โดยเน้นหลักการเลือกหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

(2) คำนึงถึงความจำเป็นและความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการของประชาชน

(3) ให้ประชาชนเลือกโดยเน้นหลักการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนำการรักษา

(4) ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิและสนับสนุนให้ประชาชนไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

(5) สนับสนุนให้คณะกรรมการท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการกำหนดรายการเครือข่ายหน่วยบริการที่ให้ประชาชนเลือก โดยเน้นหลักการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนำการรักษา

การกำหนดจำนวนครั้งในการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำเรียบร้อยแล้ว หากมีความประสงค์จะขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ สามารถกระทำได้โดยยื่นแบบคำร้องเพื่อขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ พร้อมแสดงหลักฐานประกอบการลงทะเบียน เช่นเดียวกับการลงทะเบียนปกติได้ที่หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน แต่ต้องไม่เกิน 4 ครั้ง ในแต่ละปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่นับรวมครั้งแรกของการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำอันเนื่องมาจากการจัดแบ่งพื้นที่

ในการดูแลประชากรใหม่ตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ อันเนื่องมาจากมีหน่วยบริการเข้าใหม่หรือหน่วยบริการลาออกจากโครงการ การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำตามโครงการโรงพยาบาลลดความแออัด และการลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครั้งแรกในกรณีที่หน่วยบริการประจำที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลดลงทะเบียนแทนตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ตรงตามพื้นที่พักอาศัยอยู่จริง

การยื่นคำขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในระหว่างการรับบริการเป็นผู้ป่วยใน (Admit) จะมีผลให้เปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ ต่อเมื่อสิ้นสุดการรับบริการในหน่วยบริการ (Discharge) ในครั้งนั้นแล้วเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากจะมีผลกระทบต่อการจ่ายค่าชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาในครั้งนั้น

แนวทางปฏิบัติในการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

1. การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

1.1 การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ บุคคลใดประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้บุคคลนั้นยื่นแบบคำร้องขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ณ สำนักงาน หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด โดยให้เลือกหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ตำบล หรืออำเภอที่ตนมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือหน่วยบริการในพื้นที่ตำบล หรืออำเภอที่อยู่ต่อเนื่องโดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของตนเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใด มีถิ่นที่อยู่หรือที่พักอาศัยไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน บุคคลดังกล่าวอาจลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการในพื้นที่ตำบล หรืออำเภอที่ตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่นั้นก็ได้

1.2 การเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ บุคคลที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว หากประสงค์จะเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ให้

ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในข้อ 1.1 ทั้งนี้จะขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำได้ไม่เกิน 4 ครั้ง ในแต่ละปีงบประมาณ

การเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ ให้มีผลหลังจากสิ้นสุดการรับบริการในหน่วยบริการครั้งนั้นแล้ว

หลักฐานการอ้างอิงตัวบุคคลและหลักฐานประกอบการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ดังนี้

1.3 กรณีที่บุคคลใดมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยตรงกับบัตรประจำตัวประชาชน ให้แสดงหลักฐานเพื่ออ้างอิงตัวบุคคล ต่อเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับค่าลงทะเบียน ดังนี้

(1) แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน หรือ

(2) กรณีลงทะเบียนแบบ E-FORM ให้ประชาชนแสดงบัตรประจำตัวประชาชนแบบอนเนกประสงค์ (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 หรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ให้แสดงหลักฐานอย่างหนึ่งอย่างใด ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้

- หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน
- หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน
- หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง

- เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณสุขโรค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก เป็นต้น ที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ

1.5 กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ หรือสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจพร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง และผู้รับมอบอำนาจแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน

แผนภาพที่ 3.8 แสดงรายละเอียดของเอกสารการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ (กรณีที่พักอาศัยตรงตามบัตรประชาชนและไม่ตรงตามบัตรประชาชน)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(สิทธิบัตรทอง)

กรณีพักอาศัยตรง ตามที่อยู่ในบัตรประชาชน

หลักฐานที่ต้องใช้ในการยื่น ได้แก่

- บัตรประจำตัวประชาชนที่มีเลข 13 หลัก
- กรณีเป็นเด็กเล็กให้ใช้ "สูติบัตร" (ใบเกิด)

กรณีพักอาศัยไม่ตรง ตามที่อยู่ในบัตรประชาชน

ต้องใช้หลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เพิ่มเติม

- หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงของเจ้าบ้าน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าบ้าน
- หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้นำชุมชน
- หนังสือรับรองจากผู้นำจ้างหรือนายจ้าง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้นำจ้าง/ผู้รับจ้าง
- เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าประปา ค่าไฟฟ้า หรือสัญญาเช่าที่มีชื่อตนเองที่แสดงว่าตนเอง มีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยในพื้นที่นั้นๆ
- ทะเบียนบ้านของผู้ลงทะเบียน

หมายเหตุ : กรณีให้ผู้อื่นไปลงทะเบียนแทน ต้องเพิ่มหนังสือมอบอำนาจ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจด้วย

สายด่วน สปสช. 1330 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสิทธิของคนไทยตามกฎหมาย
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนภาพที่ 3.9 แสดงสถานที่ที่รับแจ้งเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

สปสข.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(สิทธิบัตรทอง)

ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้

4

ครั้ง/ปีงบประมาณ

สถานที่ติดต่อลงทะเบียน
ผู้ที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร
ติดต่อ สำนักงานเขต 19 เขต ในวันเวลาราชการ

ผู้ที่พักอาศัยในต่างจังหวัด
ติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
หรือโรงพยาบาลรัฐใกล้บ้าน ในวันเวลาราชการ

หน่วยบริการ
หมายถึง โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข
สถานพยาบาลของเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สายด่วน สปสข. 1330
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสิทธิของคนไทยตามกฎหมาย

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

3. สำนักงานอาจมีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนบุคคลได้

(ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ในกรณีดังต่อไปนี้

3.1) การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้มีสิทธิที่เป็นเด็กแรกเกิด ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง สิทธิของเด็กแรกเกิด ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2545 ได้กำหนดให้เด็กแรกเกิดมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ ได้ตั้งแต่แรกเกิด และให้หน่วยบริการที่ให้บริการจัดให้เด็กแรกเกิดได้รับการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำด้วยนั้น เพื่อลดภาระหน่วยบริการและเพื่อให้เด็กแรกเกิด ได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติในการประชุมครั้งที่ 8/2549 เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2549 ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทน เด็กแรกเกิด ที่ไม่มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้และยังไม่ได้รับการลงทะเบียน โดยดำเนินการ ลงทะเบียนแทนในเด็ก กลุ่มเด็กแรกเกิดที่มีมารดาเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ตามเงื่อนไขที่กำหนด หากผู้มีสิทธิ ไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้ง การเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยกำหนด ลงทะเบียนแทนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2549 เป็นต้นมา

3.2) การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้หมดสิทธิเบิกค่ารักษา พยาบาลของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงาน รัฐต่างๆ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 8 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียน เลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้หมดสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานรัฐต่างๆ และยังไม่ ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อนตาม เงื่อนไขที่กำหนด หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยน หน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อ

ปีงบประมาณ) 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 หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยกำหนดลงทะเบียนแทนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 เป็นต้นมา

3.6) การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำแทนทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่

5/2558 เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2558 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการแล้วแต่เจ้าตัวยังไม่ได้เปลี่ยนหน่วยบริการกลับไปยังภูมิลำเนา โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อนตามเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการรับการดูแลสุขภาพและรับบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2558 เป็นต้นมา

3.7) การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำแทนผู้พำนักในราชทัณฑ์ที่พ้นโทษแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 5/2558 เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2558 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนผู้พำนักในราชทัณฑ์ที่พ้นโทษแล้วแต่เจ้าตัวยังไม่ได้เปลี่ยนหน่วยบริการกลับไปยังภูมิลำเนา โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อนตามเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการรับการดูแลสุขภาพและรับบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2558 เป็นต้นมา

3.8) การลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำแทนนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 5/2558 เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2558 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแล้วแต่เจ้าตัวยังไม่ได้เปลี่ยนหน่วยบริการกลับไปยังภูมิลำเนา ทั้งนี้ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีสิทธิในการรับการดูแลสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ

ประจำให้ผู้มีสิทธิเป็นการชั่วคราวก่อน ตามเงื่อนไขที่กำหนด หากผู้มีสิทธิไม่พอใจหน่วยบริการประจำที่เลือกให้ ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้โดยไม่นับครั้งการเปลี่ยน (ปกติเปลี่ยนแปลงได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ) โดยได้เริ่มดำเนินการลงทะเบียนแทนตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2558 เป็นต้นมา

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

แนวทางการปรับปรุงสิทธิ

1) การปรับปรุงสิทธิ กรณีหมดสิทธิจากกองทุนอื่นให้เป็นผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 (สิทธิว่าง) เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

3) การปรับปรุงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีมีสิทธิกองทุนอื่นเพียง 1 เดือนแล้วกลับมาเป็นสิทธิว่าง มติคณะทำงานบริหารระบบทะเบียน ครั้งที่ 1/2551 เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2550 มอบหมาย ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการคืนสิทธิให้ประชาชนได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่หน่วยบริการเดิม ในกรณีมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วเปลี่ยนเป็นสิทธิอื่นเพียง 1 เดือนกลับมาเป็นสิทธิว่าง เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551

การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข

ตั้งแต่เริ่มดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นต้นมา ผู้มีสิทธิที่ได้รับการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว จะได้รับบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ซึ่งในบัตรจะระบุข้อมูลพื้นฐานของผู้มีสิทธิ และข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิพร้อมคำแนะนำการใช้บัตร เพื่อให้ผู้มีสิทธิใช้เป็นหลักฐานในการเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยแสดงควบคู่กับบัตรประจำตัวประชาชน แต่เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล “คนไทย 1 ใบ ก็พอ” ที่ต้องการบูรณาการบัตรประจำตัวประชาชนกับบัตรที่ออกโดยส่วนราชการ ให้เป็นบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) เพียงใบเดียว เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้รับบริการต่างๆ จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้โดยไม่ต้องพกพาบัตรหลายใบ โดยที่บัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) จะมี Memory chip ที่สามารถบรรจุข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพกองทุนต่างๆ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสิทธิหน่วยงานรัฐอื่น โดยข้อมูลที่บรรจุอยู่ใน Memory chip จะถูกปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุกครั้ง เมื่อมีการอ่านข้อมูลจากบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) ผ่านเครื่องอ่านบัตร (Card Reader) ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต โดยข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพใน Memory chip จะถูกปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เมื่อมีการปรับปรุงข้อมูลสิทธิใน chip บัตรประจำตัวประชาชนจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง ซึ่งข้อมูลสิทธิจะตรงกับข้อมูลสิทธิบน Website ตรวจสอบสิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักบริหารการทะเบียน (สน.บท.) กระทรวงมหาดไทย ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำ **โครงการใช้บัตรประจำตัวประชาชนแทนบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ** ในการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยได้ดำเนินการเต็มพื้นที่ในทุกจังหวัด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 และมีแนวทางปฏิบัติหลักๆ สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ ดังนี้

1) แสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องยื่นบัตรทอง หรือ

2) แสดงสูติบัตร (กรณีได้กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) พร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง หรือ

3) แสดงใบคัดสำเนาทะเบียนบ้าน ทร. 14/1 (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) ใช้สำหรับอ้างอิงตัวบุคคลเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงที่อยู่ตามทะเบียนบ้านได้ และการอ้างอิงที่อยู่ให้ใช้หลักฐานอ้างอิงถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ หรือ

4) แสดงใบคัดทะเบียนประวัติบุคคล ทร. 12 (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)

5) บริหารจัดการความแออัดหน้าแผนกเวชระเบียน ในการตรวจสอบสิทธิประชาชนเมื่อประชาชนไม่ต้องแสดงบัตรทองแล้ว

6) บริหารจัดการให้ประชาชนจดจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำของตนเองได้ เนื่องจากบัตรประจำตัวประชาชนไม่ได้แสดงข้อมูลหน่วยบริการของประชาชน

7) ร่วมกับสำนักทะเบียนอำเภอหรือท้องถิ่นในการรณรงค์ จัดทำบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) ให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลจาก Smart Card ได้เต็มประสิทธิภาพ

8) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบล่วงหน้าอย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดทำป้าย “ที่ยินดีรับบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ หรือ Smart Card แทนบัตรทอง” ไว้ที่หน่วยบริการ

การควบคุมคุณภาพการลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คุณภาพของการลงทะเบียน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ การลงทะเบียนอย่างมีคุณภาพโดยมีการให้คำแนะนำเรื่องสิทธิแก่ประชาชน มีการตรวจสอบสิทธิประชาชนก่อนการลงทะเบียน มีการให้ผู้ลงทะเบียนกรอกแบบคำร้องลงทะเบียน พร้อมแสดงเอกสารหลักฐานตามที่กำหนดทุกราย จะมี

ผลให้การลงทะเบียนไม่มีการซ้ำซ้อนกับกองทุนอื่น หรือซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยบริการ และไม่มีการลงทะเบียนผลการ ซึ่งเป็นคุณภาพการลงทะเบียนที่พึงปรารถนา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงพัฒนาระบบทะเบียนโดยการกำหนดให้หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน พร้อมบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน มีการกำหนดสิทธิในการเข้าใช้งานฐานข้อมูลกลางให้ตรงตามบทบาทหน้าที่ในการลงทะเบียน โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียนเป็นผู้ดูแล ให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไข ควบคุมกำกับ การลงทะเบียน ภายในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งนี้หากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียนทุกคน ดำเนินการลงทะเบียนตามแนวทางและบทบาทหน้าที่ที่กำหนดอย่างเคร่งครัด และครบถ้วนแล้ว การลงทะเบียนย่อมมีคุณภาพตามคาดหวัง และสามารถลดการลงทะเบียนซ้ำซ้อน การลงทะเบียนผลการ และการร้องเรียนจากประชาชน

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

การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ยังมีบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องสิทธิและสถานะในการพิสูจน์การเป็นผู้มีสัญชาติไทย จึงไม่ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ก่อนการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กลุ่มบุคคลดังกล่าวที่มีที่พักอาศัยที่ชัดเจน และอยู่ในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน รวมทั้งกลุ่มที่พำนักอยู่ในสถานควบคุมของทางราชการ จะได้รับสิทธิตามระเบียบ

สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แต่เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวไม่สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เนื่องจากไม่ได้มีสัญชาติไทยหรือมีปัญหาสถานะทางทะเบียน ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงเป็นภาระของหน่วยบริการที่ต้องให้การส่งเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล 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) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิแล้ว โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ทั้งนี้เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2553 เป็นต้นมา

3.4 การสนับสนุนการมีส่วนร่วม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามที่กำหนดในหมายเหตุท้ายเล่มที่ว่า “.....รัฐต้องจัดและส่งเสริมการให้บริการ สาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยเมืองคร่ำคร่ำกับดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาค ประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ.....” ดังนั้นในการนำกฎหมายมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม การดำเนินงานในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วน ซึ่งเป็นหลักการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือปฏิบัติมา โดยตลอดนับตั้งแต่เริ่มดำเนินงาน

การมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ และยังทำให้การดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) กระบวนการ มีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่การก่อร่างนโยบาย จนถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงเป็นลักษณะ เด่นของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามา มีส่วนร่วมในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการให้ข้อมูล ระดับการปรึกษาหารือรับฟังความ คิดเห็น ระดับการวางแผนร่วมกัน ระดับสร้างความร่วมมือ ไปจนถึงขั้นสูงสุดคือ การให้อำนาจแก่ประชาชน ซึ่งทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของหลักประกัน สุขภาพ การเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในเชิงโครงสร้าง จะเกิดขึ้นทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ

ระดับนโยบาย คือ การร่วมในการกำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติ ระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายมาตรา 18 และ 48 กำหนดให้มีคณะกรรมการในระดับชาติ 2 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุม คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และในระดับพื้นที่ ได้แก่ คณะอนุกรรมการ หลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และ คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) หรือในการบริหารกองทุน

หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทุกภาคส่วน และภาคประชาชนได้ เข้ามาร่วมกำหนดและพิจารณาการดำเนินการ ตลอดจนช่วยปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคณะกรรมการในระดับชาติ และระดับพื้นที่ได้ ช่วยกำหนดแนวทาง และหลักเกณฑ์ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือนโยบายการบริหารของแต่ละพื้นที่ จะเห็นได้ว่าการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน ในทุกระดับของระบบ จะประกอบด้วยความเห็นและการตัดสินใจร่วมจากทุกภาคส่วน สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และนับเป็น กฎหมายฉบับแรกๆ ที่มีการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่รวมถึงการให้ ความสำคัญของภาคประชาชนในองค์ประกอบทุกระดับด้วย

ระดับปฏิบัติการ สปสช. ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ ชุดต่างๆ บริหารกองทุนให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ และปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คณะกรรมการมอบหมาย สปสช. จะทำงานร่วมกับองค์กรภาคีทั้งในส่วนกลางและ ส่วนภูมิภาคตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ การสร้าง ขยาย และพัฒนาเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ จนถึงการคุ้มครอง สิทธิของประชาชนผ่านกลไกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ผู้รับบริการ และองค์กรภาคประชาชน เพื่อให้้องค์กรภาคีมีส่วนร่วมในการ พัฒนาระบบ และประชาชนมีความเข้าใจ เข้าถึง และได้รับการคุ้มครองสิทธิ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาและขับเคลื่อนระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมี ยุทธศาสตร์เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน โดยที่การ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี และภาคประชาชน เป็นประเด็นยุทธศาสตร์หรือ กลยุทธ์ในทุกวาระคณะกรรมการ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
ประเด็นสำคัญ	ระยะที่ 1 พ.ศ. 2546 - 2550	ระยะที่ 2 พ.ศ. 2551 - 2554	ระยะที่ 3 พ.ศ. 2555 - 2559	
	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 4 พ.ศ. 2560 - 2565	
	เน้นการสร้าง ความครอบคลุมด้านหลัก ประกันสุขภาพให้กับคนไทย ผ่านกลไกการมีส่วนร่วม พร้อมหนุนเสริม การจัด ระบบบริการที่ประชาชน เข้าถึงได้สะดวกและทั่วถึง	เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารงบประมาณ โดยการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน รวมถึง การคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนาระบบการ บริหารจัดการภายในของ สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติให้เข้มแข็ง มากขึ้น	เน้นความยั่งยืนของระบบ หลักประกันสุขภาพ ครอบคลุม ทุกคน บนพื้นฐานคนไทย (Universal Coverage) ทุก ภาคส่วนมีส่วนร่วมและเป็น เจ้าของ (Ownership) สอดคล้องกลมกลืนกันในระบบ ประกันสุขภาพภาครัฐ (Harmonization) สนับสนุน ระบบบริการ ปฐมภูมิ	ให้ความสำคัญกับการมอง ความเชื่อมโยงของนโยบาย/ เป้าหมายการพัฒนา ยุทธศาสตร์ชาติ การปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข การปฏิรูประบบสุขภาพและ ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง ภายในและภายนอกประเทศ ร่วมพ่วงยุทธศาสตร์ที่ เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ ด้านการมี ส่วนร่วม	ส่งเสริมสนับสนุนประชาชน องค์กรประชาชน องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นให้มี ส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ การพัฒนาระบบหลัก ประกันสุขภาพ	ทุกภาคมีส่วนร่วมในการ บริหารจัดการและพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพ	พัฒนากระบวนการทำงานร่วม กันอย่างสร้างสรรค์/ปราศจาก ช่องว่างกับองค์กรด้านสุขภาพ/ ภาคีทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่ การเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน (Ownership)	สร้างความมั่นใจในการมีส่วน ร่วมของทุกภาคส่วน (Ensure participation and ownership of all stakeholders)

ที่มา แผนปฏิบัติการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน 2563 - 2565)

ภายใต้แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ฉบับทบทวน 2563 - 2565) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน ได้กำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นกลยุทธ์ แนวทางให้ สปสช. และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ให้บริการ องค์กรวิชาชีพ นักวิชาการ และภาคีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ ไว้ดังนี้

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบอบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน พ.ศ. 2560 – 2564

Motto : “การมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ หลักประกันยั่งยืน”

4 ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วม /16 กลวิธีรองรับการดำเนินงาน

วิสัยทัศน์ (VISION) : ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพ

พันธกิจ

1. ส่งเสริม สนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบฯ
2. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการมีส่วนร่วม
3. ส่งเสริมการพัฒนาภาคีการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพ
4. พัฒนาความเป็นสถาบันขององค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนระบบฯ หลักประกันสุขภาพ

<p>Strategy 1 : Engagement ส่งเสริม สนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ</p> <p>1.1 สร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้เสีย ขยายหรือเชื่อมโยงการดำเนินงานของเครือข่าย ให้มีความเข้าใจกันยิ่งขึ้น (Stakeholder relation) เช่น เครือข่ายผู้ให้บริการต่าง ๆ S.4.2</p> <p>1.2 ขยาย(Expand)และเพิ่มระดับของภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิม S.4.1</p> <p>1.3 ค้นหา กลุ่ม เครือข่ายใหม่ ที่ยังไม่เข้าใจ พัฒนาแนวคิดร่วม และเปิดพื้นที่เวทีเพิ่มเติม</p> <p>1.4 จัดหาวัสดุกรรมรูปแบบระบบบริการใหม่ เพื่อรองรับการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ</p>	<p>Strategy 2 : Knowledge Development ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการมีส่วนร่วม</p> <p>2.1 สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภาควิชาการ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย พัฒนาคำรู้เกี่ยวกับความร่วมมือ และการสร้างความเป็นเจ้าของร่วม</p> <p>2.2 สร้างร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อถอดบทเรียนหรือจัดการความรู้จากประสบการณ์การทำงาน (Knowledge management)</p> <p>2.3 ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ สร้างกรอบการทำงาน(Framework) หรือรูปแบบ (Model) การมีส่วนร่วมที่นำไปสู่ความยั่งยืนในอนาคต</p> <p>2.4 พัฒนาศักยภาพ เสริมสมรรถนะ (Capacity Building) เพิ่มองค์ความรู้ให้กับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น การสร้างความเข้มแข็งกลไกการติดตามประเมินคุณภาพบริการ และดำเนินการประเมินติดตามร่วมกัน S.5.2</p>	<p>Strategy 3 : Mechanism Development ส่งเสริมการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพ</p> <p>3.1 ส่งเสริม สนับสนุน กลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย ในการติดตาม ค้นหา การเข้าถึงเสียงสิทธิของประชาชน กลุ่มประชาชน S.1.2</p> <p>3.2 ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างรูปธรรมข้อเสนอ จากเวทีรับฟังความคิดเห็น S.4.3</p> <p>3.3 พัฒนาระบบและกลไกการสื่อสารระหว่างสปสข. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น นำร่องการแชร์ระบบเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานของเครือข่าย S.5.1</p> <p>3.4 ส่งเสริมพัฒนาความรู้ ด้านกฎหมาย หลักประกันสุขภาพ ให้กับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในประเด็นที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกัน (Law Development)</p>	<p>Strategy 4 : Institutional Building พัฒนาความเป็นสถาบันของระบบหลักประกันสุขภาพ</p> <p>4.1 ส่งเสริม สร้างความรู้ความเข้าใจของ (Sense of belonging, Sense of ownership) แก่บุคลากรสปสข. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4.2 สร้างแรงจูงใจให้บุคลากร คณะกรรมการหลักฯ คณะกรรมการควบคุมฯ และผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ให้ความสำคัญกับสุขภาพ S.5.1</p> <p>4.3 พัฒนาแกนนำของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสืบทอดเจตนารมณ์อุดมการณ์ของระบบหลักประกันสุขภาพให้ยั่งยืน</p> <p>4.4 สนับสนุนให้มีการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพในการทำงาน S.5.5</p>
---	--	---	--

และในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมได้กำหนดระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมไว้ 5 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Inform): การมีส่วนร่วมแบบตั้งรับ บุคคลหรือองค์กรภาคีได้รับข้อมูลข่าวสารทางเดียว เช่น การรับข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เว็บไซต์ นิทรรศการต่างๆ จดหมายข่าว ทั้งนี้ข้อมูลนั้นอาจเป็นข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สื่อมวลชน

ระดับที่ 2 การรับฟังความคิดเห็น (Consult): เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ การเสนอแนะ ปัญหาความต้องการ เช่น การแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอในการประชุมต่างๆ การประชุมรับฟังความคิดเห็นประจำปี การยื่นข้อเสนอดต่อการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ หรือการสำรวจความคิดเห็น

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

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

ระดับที่ 5 การดูแลรักษาผลประโยชน์ (Protect): การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผลประโยชน์ ปกป้องระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบได้ด้วยคามมั่นใจ

กระบวนการรับฟังความคิดเห็น

มาตรา 18 (10) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดหลักการในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบและสิทธิการรักษาพยาบาลผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป โดยกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นจากแพทย์ พยาบาล หรือ ผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ และประชาชนผู้รับบริการรักษาพยาบาลทุกปี เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ กระบวนการรับฟังความคิดเห็นนี้เป็น “จุดแข็ง” ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะเป็นกระบวนการสร้างอุดมการณ์ “การเป็นเจ้าของร่วมกัน” (Ownership) ผลักดันให้เกิดความรู้สึกอยากพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ดีขึ้น

การดำเนินการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ จะต้องดำเนินการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ. 2556 โดยมุ่งเน้นเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในประเด็นหรือปัญหาตามพระราชบัญญัติ เช่น ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต มาตรฐานและการให้บริการสาธารณสุข การควบคุมและส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการ การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินงานเกี่ยวกับกองทุนให้มีประสิทธิภาพหรือประเด็นปัญหาเฉพาะที่คณะกรรมการกำหนด เป็นต้น และรายละเอียดต่างๆ เพื่อกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานรับฟังความคิดเห็นให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และมีการออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 ซึ่งแก้ไขหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หลังจากนั้นทำให้รูปแบบการรับฟังความคิดเห็นมีกลไกเดียวกันทุกปี

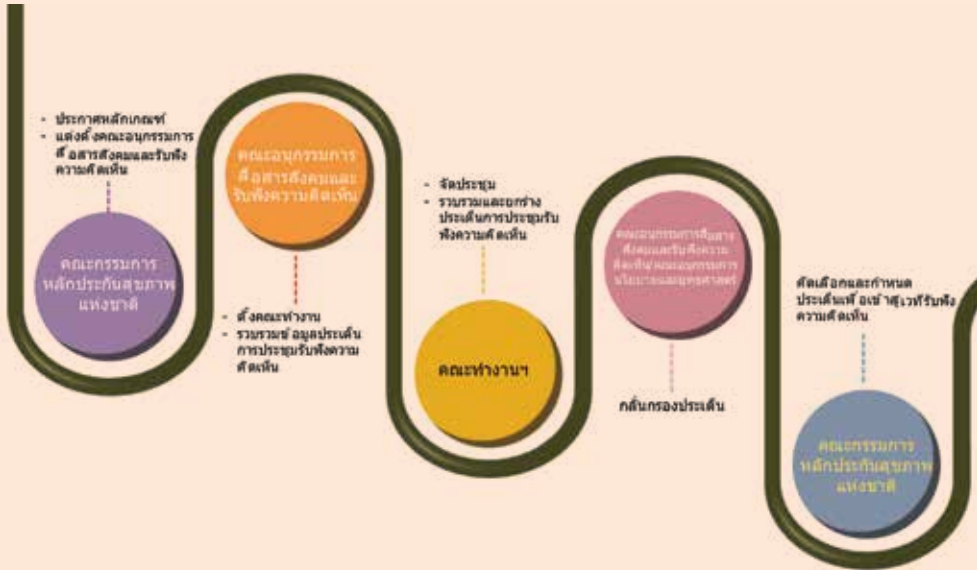
กระบวนการรับฟังความคิดเห็นในปัจจุบันนั้น เริ่มจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศหลักเกณฑ์รับฟังความคิดเห็น และแต่งตั้งอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็น โดยอนุกรรมการชุดนี้ทำหน้าที่

ยกร่างประเด็นเพื่อรับฟังความคิดเห็นของแต่ละปี เพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณา ขั้นตอนการยกร่างประเด็นเพื่อรับฟังความคิดเห็นนั้นจะทำการจัดประชุมระดมความเห็นจากภาคส่วนต่างๆ อันได้แก่ ผู้แทนจากบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้แทนจากภาครัฐ ผู้แทนภาคประชาชน ซึ่งประเด็นในการรับฟังความคิดเห็นจะแตกต่างกันไปในแต่ละปี

การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจะแยกเป็นเวทีระดับเขต 13 เขตทั่วประเทศ และเวทีส่วนกลางระดับประเทศที่กรุงเทพมหานคร สำหรับเวทีการรับฟังความคิดเห็นระดับเขต แต่ละเขตจะมีคณะทำงานออกแบบเวทีรับฟังความคิดเห็นให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และเป็นผู้คัดเลือกผู้มีส่วนได้เสียที่จะให้ความเห็นในแต่ละประเด็นโดยกลุ่มเป้าหมายในการรับฟังความคิดเห็นจะต้องมีความหลากหลายครอบคลุมถึงผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้รับบริการ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลังจากนั้นจะให้ อปสข. และ อคม. ร่วมเป็นเจ้าภาพในการรับฟังความคิดเห็นเพื่อรับฟังปัญหาและประเด็นจากเวทีที่เสนอแนะเข้ามา ทั้งนี้เขตอาจออกแบบเวทีรับฟังความคิดเห็นย่อยก็เวทีก็ได้ตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ ซึ่งผลที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นนี้หากเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระดับพื้นที่ สามารถนำไปดำเนินการแก้ไขทันที โดยการเสนอให้ อปสข. อคม. หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต พิจารณาตามอำนาจหน้าที่ ถ้าหากเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระดับนโยบาย ส่วนกลางจะส่งต่อความเห็นไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป

หลังจากได้ข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นจากเขตต่างๆ แล้ว จะมีการแยกข้อเสนอนี้ออกเป็นส่วนๆ คือ ส่วนที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระยะเวลาอันสั้น (Quick Win) เพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาทันที และในส่วนที่เป็นการแก้ไขปัญหาระยะยาวนั้นจะมีการตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหา โดยสามารถสรุปขั้นตอนการประชุมรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการดังรูปภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 3.10 แสดงขั้นตอนการประชุมรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ



กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน จะดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ตามที่คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการในระดับประเทศได้กำหนดไว้ โดยกลวิธีที่สำนักงานใช้ในการบุกเบิกงานการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เริ่มจากการประสานเครือข่ายภาคประชาชนต่างๆ และเตรียมความพร้อมให้กับเครือข่ายเหล่านั้นในการสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้สามารถขยายผลให้แก่สมาชิกขององค์กรหรือเครือข่ายต่อไป รวมถึงการเชื่อมโยงองค์กรต่างๆ มาร่วมเป็นเครือข่ายในการส่งเสริมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพร่วมกัน เช่น การจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน 9 ด้าน ตามที่กำหนดใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือเครือข่ายที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น เครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็ง ไต เอชไอวี/เอดส์ คนพิการ ฮีโมฟีเลีย ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังและค่าใช้จ่ายสูง รวมถึง

กลุ่มเครือข่ายพลเมืองขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ หรือที่เรียกว่า Healthy Forum เครือข่ายผู้นำศาสนา เครือข่ายวิทยุชุมชน เป็นต้น และให้การสนับสนุนแผนงาน โครงการส่งเสริมหลักประกันสุขภาพตามเป้าหมาย และแผนการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างเครือข่ายภาคประชาชนกับสำนักงาน

การดำเนินงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมเครือข่ายภาคประชาชน

ภาคประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและบริหารระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ในหลายรูปแบบ หรือหลายประเด็น ซึ่งระบุไว้ใน กฎหมายมาตรา 13(4) มาตรา 18(9) (13) มาตรา 47 มาตรา 48(8) มาตรา 50(5) (7) หรือในมาตราที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ของสำนักงานในมาตรา 26 สามารถมอบให้ องค์กรอื่นดำเนินกิจกรรมแทนได้ เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบข้อมูล หน่วยบริการ สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ การอำนวยความสะดวก ในการเสนอเรื่องร้องเรียน เป็นต้น ในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ เครือข่ายภาคประชาชนได้มีส่วนร่วม ในบางประเด็นอาจเป็นไปตามประกาศต่างๆ ที่ คณะกรรมการ และสำนักงานได้กำหนดไว้

1) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ผ่านกลไกขององค์ประกอบคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ในระดับ ประเทศและระดับพื้นที่ โดยมีหลักการสำคัญคือ การมีส่วนร่วมไม่ใช่เพียงการเป็น ตัวแทนในกรรมการ แต่ต้องทำหน้าที่แทนประชาชนในทุกกลุ่ม ทุกเครือข่าย และต้อง มีกระบวนการเชื่อมโยงเครือข่ายหรือพื้นที่ เพื่อการเชื่อมโยงจากนโยบายสู่การปฏิบัติ และจากระดับปฏิบัติสู่การทำงานในเชิงนโยบาย

2) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างความรู้ความเข้าใจระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรัชญา เจตนารมณ์ และหลักการของระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ การบริหารจัดการระบบในด้านการเงินการคลัง แนวทางการดำเนินงานแต่ละกองทุนย่อย การบริหารจัดการงบประมาณ ล้วนแต่เป็นเรื่องสำคัญที่ ภาคประชาชนจะเข้ามาร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานจะทำ หน้าที่ในการสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่แกนนำเครือข่ายองค์กรประชาชน เพื่อให้

มีความรู้ความเข้าใจในการมีส่วนร่วม และช่วยเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ของประชาชนที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพต่อไป

3) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคุ้มครองสิทธิ

3.1 การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนและจัดการเรื่องร้องเรียน ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน (เป็นการดำเนินงานตามมาตรา 50(5)) ซึ่งหน่วยงานที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นๆ จะต้องผ่านการพิจารณา และได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนและดำเนินงานตามประกาศของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยเป็นกลไกการรับและจัดการเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากหน่วยบริการ ในปีปัจจุบัน (กันยายน 2562) มีจำนวน 129 แห่ง ทั้งนี้หัวใจของการเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นๆ คือการเป็นตัวกลางระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เมื่อไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด สำนักงานมุ่งเน้นให้กลไกต่างๆ ในการรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิ ได้ทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจ แก้ไข เรื่องร้องทุกข์ร้องเรียน และนำไปสู่การแก้ไขในเชิงระบบ

3.2 การมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น เครือข่ายผู้นำศาสนา/พระสงฆ์ ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ และร่วมกับ สปสช. ในการทำความเข้าใจเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพ และขยายความรู้ให้พระภิกษุสงฆ์ สามเณร ได้เข้าถึงระบบบริการ หรือการช่วยค้นหาประชาชนในชุมชนโดยเครือข่ายภาคประชาชนกลุ่มต่างๆ ให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ และสวัสดิการด้านต่างๆ

การเชื่อมโยงกลไกการรับเรื่องร้องเรียน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนภาพที่ 3.11 แสดงความเชื่อมโยงของกลไกในการรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงาน/องค์กร
รับเรื่องร้องเรียน
ตามมาตรา 50(5)



4) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข การเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทนี้จะเป็นไปตามกฎหมาย มาตรา 50(5) การทำหน้าที่ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน มาตรา 50(7) การตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ทั้งนี้ในรูปธรรมของการทำงาน เครือข่ายภาคประชาชนสามารถดำเนินการผ่านเรื่องร้องเรียน การจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เรื่องร้องเรียน และเสนอ อคม. ในประเด็นที่เป็นปัญหาเรื่องคุณภาพและมาตรฐานในระดับเขต หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ เมื่อเป็นประเด็นการปัญหาระดับประเทศ

5) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบและชุดสิทธิประโยชน์ การรักษาพยาบาลผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เครือข่ายภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ และสิทธิประโยชน์ผ่านการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ที่สำนักงานจัดเป็นประจำทุกปีตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่มาจากความต้องการของทุกฝ่าย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เช่น การให้ความคุ้มครองผู้ติดเชื้อ/เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (ยาด้านไวรัสเอชไอวี ตรวจทางห้องปฏิบัติการให้คำปรึกษา ตรวจเลือดแบบสมัครใจ ฤงยางอนามัย) การขยายบริการทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือ การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทั้งในส่วนภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึง

6) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

6.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ที่ดำเนินงานตามกฎหมายมาตรา 47 โดยภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการกองทุน ในองค์ประกอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในท้องถิ่น ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน และผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน และการเสนอ

โครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจาก กปท. เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามวัตถุประสงค์ที่ กปท. กำหนด และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

6.2 งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต เครือข่ายภาคประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพ ภายใต้สิทธิประโยชน์หรือประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ประชาชนมีสิทธิได้รับตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 โดยเครือข่ายภาคประชาชนสามารถเสนอขอรับงบประมาณสนับสนุนที่ อปสข. เป็นผู้พิจารณาอนุมัติ

อปสข. ได้สนับสนุนภาคประชาชนให้สามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่ในการเข้ามามีส่วนร่วมจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรับเรื่องร้องทุกข์ การช่วยเหลือกันและกันในการจัดการด้านสุขภาพ และการดำเนินงานการมีส่วนร่วมด้านต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งบทเรียนที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมเหล่านี้เป็นนวัตกรรมที่มีค่าในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอันนำไปสู่การพัฒนาเพื่อให้ ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืนและเหมาะสม

การมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องในทุกระดับนี้ ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็น “การมีส่วนร่วมที่ประชาชนเป็นเจ้าของ” อย่างแท้จริง

3.5 การรับเรื่องร้องเรียน และการคุ้มครองสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวคิดในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

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

ในเรื่องการรับเรื่องร้องเรียนและการคุ้มครองสิทธิตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีการระบุอยู่ในมาตรา 26 เรื่องอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐาน ที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน และมาตรา 50 เรื่องอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

ด้วยเจตนารมณ์เพื่อนำเสียงสะท้อนเหล่านั้นมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐาน การให้บริการและยังเป็นกลวิธีเสริมในการกำกับดูแลหน่วยบริการอีกทางหนึ่งด้วย ดังนั้นเพื่อให้การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนเป็นไปตามเจตนารมณ์แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดไว้ จึงดำเนินการ ด้วยแนวคิด ดังต่อไปนี้

- การรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนเป็นกลไกในการพิทักษ์สิทธิให้ประชาชน ได้รับบริการตามที่กฎหมายกำหนดไว้
- การรับเรื่องร้องเรียนทำให้หน่วยงานได้รับทราบปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐาน ของการบริการ หน่วยบริการสามารถนำไปพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ยิ่งขึ้น
- การจัดการเรื่องร้องเรียน นอกจากทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการแล้ว ยังเป็นการดำเนินการที่หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับ บริการอีกทางหนึ่งด้วย
- การจัดการเรื่องร้องเรียนด้วยการเจรจาไกล่เกลี่ย จะเสริมสร้างความเข้าใจ ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสร้างความ สัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา กำกับคุณภาพ มาตรฐานการบริการสาธารณสุข ช่วยสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ ประชาชนรับทราบข้อมูล ตลอดจนเป็นการสร้างความเป็นเจ้าของระบบ ร่วมกัน

โครงสร้างการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินงานภายใต้การบริหารจัดการ โดย คณะกรรมการ 2 คณะ คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่แตกต่างกัน แต่คณะกรรมการ ทั้ง 2 คณะ มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติมีความชัดเจนและมีมาตรฐานยิ่งขึ้น ทั้งการกำหนดมาตรฐาน ประเภท และขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข การจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริการสาธารณสุข การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการร้องเรียน การกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียน การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อให้การกำกับดูแลมีความทั่วถึง สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันสถานการณ์ และมีความเหมาะสมกับพื้นที่ ยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่จำนวน 13 เขต เพื่อทำหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ และนำข้อมูลการร้องเรียน ข้อมูลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และข้อมูลอื่นๆ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบมาสรุป วิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข จัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไข พัฒนากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียน และพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ ตามอำนาจหน้าที่ที่คณะกรรมการมอบหมาย ส่วนระดับจังหวัดจะมีคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (อนุฯ มาตรา 41) เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยการช่วยเหลือดังกล่าวมีลักษณะเป็นการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น ไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข ระดับหน่วยบริการมีการจัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการขึ้น เพื่อให้บริการข้อมูลสิทธิประโยชน์ ให้คำแนะนำในการใช้บริการ รับเรื่องร้องเรียน ประสานแก้ไขปัญหาให้แก่ประชาชนผู้ใช้บริการและบุคลากรอื่นๆ ของหน่วยบริการ ตลอดจนการนำข้อมูลเรื่องร้องเรียนมาวิเคราะห์ เพื่อการปรับปรุงบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระดับประชาชนและท้องถิ่น จะมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) เพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน มีหน้าที่ในการเผยแพร่ สร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้คำปรึกษา ประสาน ชี้แจง รับเรื่องร้องเรียน ช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับบริการตามสิทธิ

รูปภาพที่ 3.12 แสดงโครงสร้างการจัดการเรื่องร้องเรียนในระดับต่างๆ และ คณะกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



หน้าที่และสิทธิที่ประชาชนและหน่วยบริการพึงปฏิบัติ ตามกฎหมายที่กำหนด

หากพิจารณาข้อกำหนดตามพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในหลายมาตรายังได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของประชาชนและหน่วยบริการที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้การสร้างหลักประกันสุขภาพ มีประสิทธิภาพ สามารถทวนสอบ ป้องปราม และร่วมมือกันเป็นพันธมิตรเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขได้ ดังนี้

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 6 บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ

มาตรา 7 บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริกาะนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

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

มาตรา 26 ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับความเสียหายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอ และตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

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

(5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา 50 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

มาตรา 57 ในกรณีที่สำนักงานตรวจพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน อาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังไม่แล้วเสร็จอีกให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน พิจารณาออกคำสั่งตาม มาตรา 58 หรือมาตรา 59 แล้วแต่กรณี ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจาก คณะกรรมการสอบสวน

มาตรา 58 ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 57 ปรากฏว่าหน่วยบริการใด ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (1) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง
- (2) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทาง ปกครองเป็นจำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำผิดแต่ละครั้ง และให้นำ บทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทาง ปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่งให้ เลขาธิการมีอำนาจฟ้องต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในกรณีถ้าศาล ปกครองเห็นว่าคำสั่งใช้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจ พิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระ ค่าปรับได้

(3) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาด ข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบ ในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำ ผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา 59 กรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือ ตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากตนโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกิน กว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษา พยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อ สำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน และให้นำความในมาตรา 57 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ได้กระทำตามที่ถูกร้องเรียน ให้ เลขาธิการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่มีการสอบสวนดังกล่าว

ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการมีการกระทำตามที่ผู้ร้องเรียน ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติตามผู้ร้องเรียนให้เหมาะสม หรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียนนั้น สำหรับกรณีร้องเรียนว่าหน่วยบริการ ไม่อำนวยความสะดวกหรือไม่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

(2) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละห้าต่อปีนับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืน และในกรณีที่ไม่มี การปฏิบัติตามคำสั่งให้ นำความในมาตรา 58(2) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 60 ในกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการตามมาตรา 58 หรือ มาตรา 59 เป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขาธิการรายงาน ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

(2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อ พิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหาร ของหน่วยบริการในกรณีที่ เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

(4) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจัยชี้ขาดข้อ กล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบ ในการกระทำของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิด เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

กฎ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ดูที่ภาคผนวก 4

กรอบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560 – 2564

ด้วยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) จึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วมขึ้น ให้มีหน้าที่ในการพัฒนา กลไกการรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้โดยสะดวก จัดทำข้อเสนอแนวทาง วิธีการและเงื่อนไขการจัดการเรื่องร้องเรียน การกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียน การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ ตลอดจนการพัฒนา กลไกการไกล่เกลี่ยและการทำความเข้าใจระหว่างผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบจากการใช้บริการ โดยคณะอนุกรรมการฯ ได้กำหนดกรอบการดำเนินงาน คุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560 – 2564 ดังแผนภาพที่ 3.13

แผนภาพที่ 3.13 แสดงกรอบการดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560 – 2564

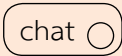


การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่มีความทันสมัยที่ให้ความสำคัญกับเสียงสะท้อนจากประชาชนผู้ใช้บริการเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เจตนารมณ์สำคัญคือ การนำเสียงสะท้อนนั้นมาเพื่อการปรับปรุงบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้ให้บริการได้รับทราบข้อมูลการให้บริการที่อาจเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ เพื่อหาแนวทางป้องกันหรือปรับปรุงการให้บริการ และการที่จะได้มาซึ่งเสียงสะท้อนดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์การรับข้อมูล 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 เมนู ติดต่อเรา icon 
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต 13 เขต
- หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5)
- ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ
- ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

นอกจากนี้ ประชาชนยังสามารถร้องเรียนได้ที่หน่วยงานต่างๆ ทั้งรัฐ และเอกชน ที่มีการประสานงาน กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

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

ขั้นตอนการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

งานรับเรื่องร้องเรียนเป็นงานบริการที่มีความหลากหลาย เรื่องที่เข้ามามีทั้งกรณีที่เป็นเรื่องสอบถามทั่วไป เรื่องร้องเรียนที่สามารถประสาน-ชี้แจง ทำความเข้าใจได้ทันทีหรือแก้ไขปัญหาได้ในระยะสั้น ไปจนถึงเรื่องที่มีความซับซ้อนที่ต้องใช้เวลาในการประสานงาน ตรวจสอบข้อมูลและการพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบ ดังนั้นจึงได้กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน สำหรับเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนไว้ดังนี้

1) รับเรื่องที่เข้ามาตามช่องทางต่างๆ ทั้งทางโทรศัพท์ จดหมาย e-mail บุคคล จากหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งสื่อมวลชน และบันทึกในระบบ Data Center ระบบร้องเรียน

2) ตอบรับเบื้องต้น เพื่อเป็นการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบว่าเรื่องที่ร้องเรียนเข้ามานั้นอยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไขอยู่

3) กรณีเรื่องร้องเรียน หน่วยรับเรื่องร้องเรียนจะประสานหาข้อมูล/ตรวจสอบข้อเท็จจริง จากผู้เกี่ยวข้องซึ่งจะประสานหาข้อมูลทางโทรศัพท์ กฎหมาย-เอกสาร/หนังสือราชการ/ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกหน่วยงาน

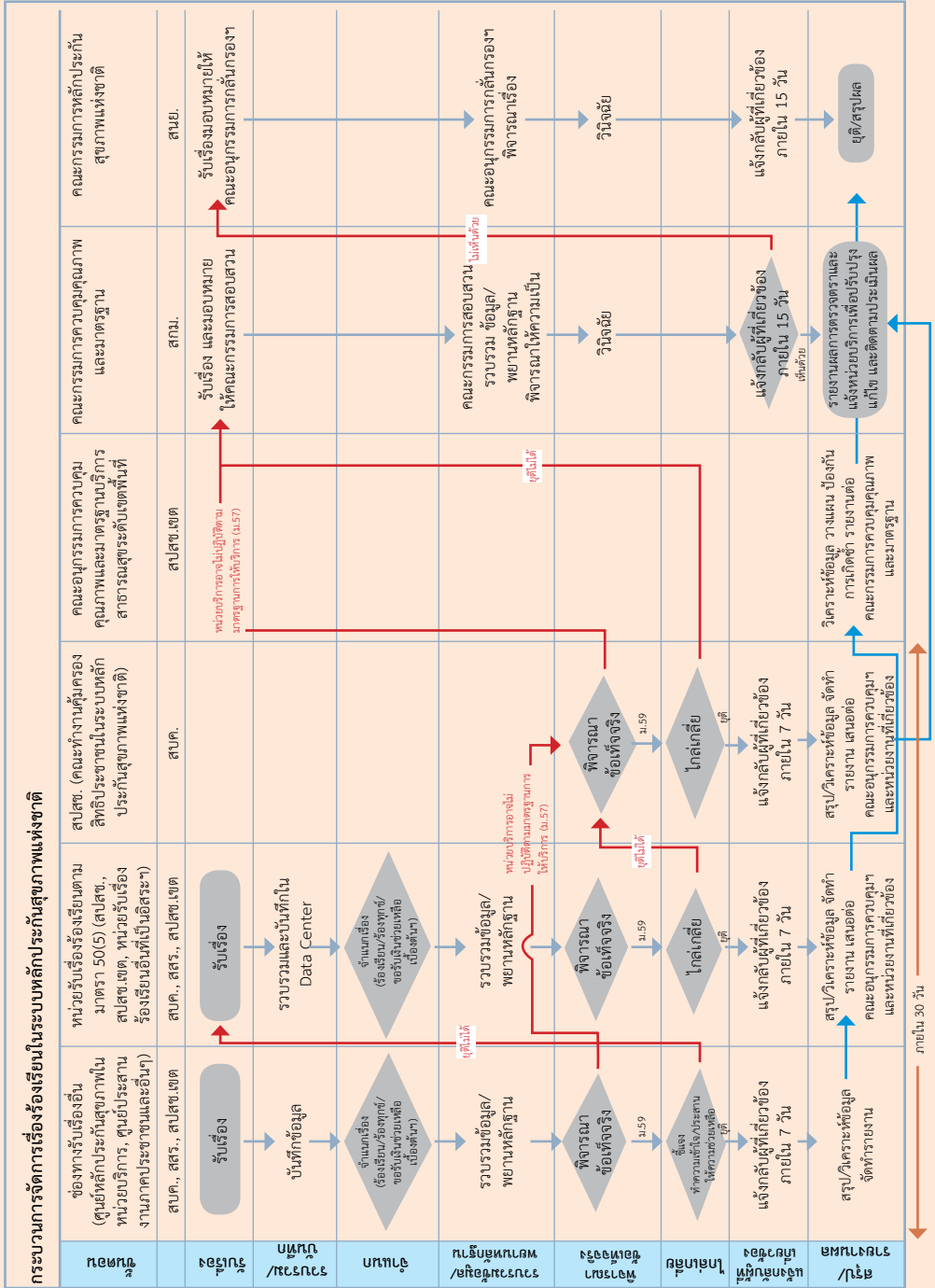
4) วิเคราะห์ข้อมูล/พิจารณา/ใกล้เคียง โดยอ้างอิงตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กรณีที่ใกล้เคียงแล้วยุติเรื่องไม่ได้หรือต้องการหารือเพิ่มเติม จะนำเรื่องเสนอคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

5) กรณีที่คณะทำงานที่เกี่ยวข้องยุติไม่ได้จะเสนอเรื่องต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาวินิจฉัยตัดสิน

6) ประสานงาน/แจ้งผลการพิจารณาแก่ผู้ร้องเรียน หน่วยบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยยึดหลักกว่ารับเรื่องมาจากที่ใดต้องแจ้งกลับที่นั้น

7) สรุปและบันทึกข้อมูลในระบบ Data Center รวบรวมข้อมูลที่ให้บริการรับเรื่องร้องเรียน เรื่องร้องทุกข์ รวมทั้งผลการดำเนินงาน นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จัดทำรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องและป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำอีก

แผนภาพที่ 3.14 แสดงขั้นตอนการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน



ระบบข้อมูลเรื่องร้องเรียน

เจตนารมณ์ของการรับเรื่องร้องเรียนอีกประการหนึ่ง คือ การที่หน่วยบริการเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เรื่องร้องเรียนที่ได้รับและนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำกับผู้ป่วยรายอื่นๆ และพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการบันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียนจึงมีความสำคัญ ปัจจุบันการบันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้ ระบบ Data Center ระบบ 7 เรื่องร้องเรียน ซึ่งหน่วยรับเรื่องร้องเรียนสามารถบันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน ได้แก่ ข้อมูลที่เป็นประวัติของผู้รับบริการ ข้อมูลการรับบริการ หน่วยบริการ สถานที่เกิดเหตุ วันและเวลาที่เกิดเหตุ รายละเอียดการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ผลการยุติเรื่องร้องเรียน และเมื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนเสร็จสิ้นแล้ว จึงสรุปประเด็นให้เรียบร้อย เพื่อจัดทำเป็นสถิติและรายงานผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกเดือน และนำเรื่องร้องเรียนที่ได้รับ เข้าสู่กระบวนการระบบคุณภาพของหน่วยบริการเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบต่อไป

คำจำกัดความของเรื่องร้องเรียน เรื่องร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องร้องเรียนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ใน 4 ประเด็น ได้แก่

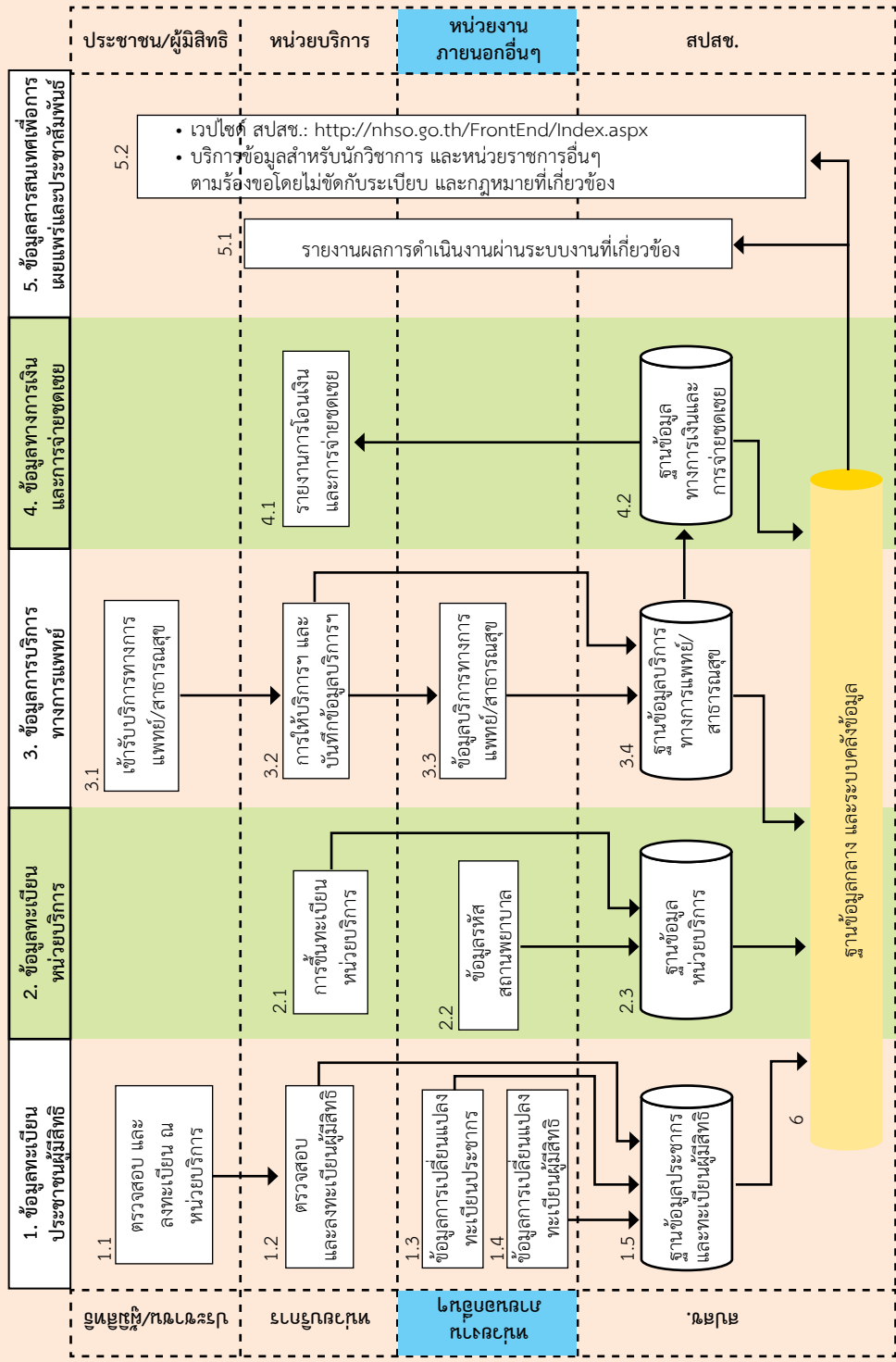
- มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข (มาตรา 57)
- ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร (มาตรา 59)
- ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด (มาตรา 59)
- ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเงินเกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59)

เรื่องร้องทุกข์ หมายถึง เรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน ไม่ได้รับความสะดวกจากการบริหารจัดการของสำนักงาน เรื่องขอความช่วยเหลืออื่น ที่ไม่ใช่เรื่องร้องเรียนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

บทบาทของอปสข.ต่อการคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ

เมื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการแก้ไขเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ต่างๆ เสร็จสิ้นแล้ว ต้องมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์แยกประเด็นปัญหาอย่างเป็นระบบและนำเสนอให้ผู้บริหาร คณะอนุกรรมการ หรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณา ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือมีการบริหารจัดการ ที่ทำให้เกิดการพัฒนา ทั้งในระดับหน่วยงาน หน่วยบริการ กลุ่มเฉพาะ ระดับพื้นที่ ระดับเขต สามารถเสนอเข้ามาที่สำนักงานได้ ทั้งนี้จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาบางอย่างเกิดจากกระบวนการทำงาน เมื่อมีการทบทวนหรือพัฒนากระบวนการก็สามารถแก้ไขหรือลดปัญหาได้ ปัญหาบางอย่างต้องเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาในเชิงของการบริหารจัดการ ทั้งงบประมาณ ระบบบริการ การจัดเครือข่ายบริการ เพื่อให้การจัดการบริการมีคุณภาพมีประสิทธิภาพและตอบสนองความจำเป็นในพื้นที่ได้ ดังนั้นด้วยบทบาทและหน้าที่ของ อปสข. ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ จึงนับได้ว่ามีความสำคัญในการคุ้มครองสิทธิประชาชนในพื้นที่ด้วยเช่นกัน กล่าวคือ อปสข.สามารถนำเรื่องร้องเรียนมาเป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณาการบริหารจัดการเพื่อออกแบบการจัดระบบบริการ การจัดเครือข่ายบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมกับพื้นที่ต่อไป

แผนภาพที่ 3.15 แสดงแผนผังระบบข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



3.6

ระบบข้อมูลสารสนเทศ
เพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์

ระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นั้น จัดทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการได้แก่

1. เพื่อการวางแผน และการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามภารกิจหลักของสำนักงาน
2. เพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์แก่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ
3. เพื่อการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้การจัดทำระบบฐานข้อมูลเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ ทำให้ สปสช. มีความจำเป็นต้องมีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลและฐานข้อมูลจากหน่วยบริการ และหน่วยราชการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังสรุปในแผนผังระบบข้อมูลงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจำแนกประเภทของข้อมูลและฐานข้อมูลออกเป็น 5 หมวดหลักๆ ได้แก่

1) ระบบข้อมูลทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ เป็นระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้ฐานข้อมูลประชากรไทยจากสำนักบริหารการทะเบียน (สน.บพ.) สังกัดกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นฐานข้อมูลตั้งต้นที่ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลที่จำเป็น เพื่อระบุจำนวนประชากรทั้งหมด (ตามแผนภาพที่ 3.15 กรอบที่ 1.3) ประกอบกับข้อมูลและฐานข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ ของรัฐ (ตามแผนภาพที่ 3.15 กรอบที่ 1.4) เช่น สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง รัฐวิสาหกิจต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานราชการอื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งกระทรวงต่างประเทศ เพื่อให้สามารถจำแนกประชากรผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่ระบุในมาตรา 5 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำหรับการลงทะเบียน และการให้บริการแก่ประชาชน ณ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ตามมาตรา 6 และ มาตรา 7 ต่อไป

2) ระบบข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และ เอกชน และของสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลภาคเอกชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สามารถยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเภทต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยร่วมให้บริการ และหน่วยบริการรับส่งต่อ เป็นต้น แต่ทั้งนี้ สถานบริการที่จะขอขึ้นทะเบียนจำเป็นต้องผ่านการรับรองการตั้งสถานบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ (ตามแผนภาพที่ 3.15 กรอบที่ 2.2) ที่ออกให้โดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้ในการอ้างอิงในการวิเคราะห์และจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการต่อไป

3) ระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แก่ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และดำเนินการจัดส่งเอกสาร ข้อมูลเพื่อการขอรับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ให้กับ สปสช. โดยตรง หรือส่งผ่านหน่วยงานต้นสังกัดที่เกี่ยวข้อง ตามระเบียบและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ตามแผนภาพที่ 3.15 กรอบที่ 3.3) ซึ่งข้อมูลและฐานข้อมูลที่รวบรวมจาก หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ตามแผนภาพที่ 3.15 โดยจะถูกใช้เพื่อการบริหารการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ รวมถึงการวิเคราะห์และการวางแผนเพื่อการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป

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

4) ระบบข้อมูลทางการเงินและการจ่ายชดเชย ข้อมูลและฐานข้อมูลที่รวบรวมจากหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนภาพที่ 3.15 จะถูกประมวลผลเพื่อการจ่ายชดเชย

ค่าบริการทางการแพทย์ ตามระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการประมวลผลการจ่ายชดเชย จะถูกจัดเก็บเข้าระบบข้อมูลการเงินและการจ่ายชดเชย เพื่อการออกรายงาน และการโอนเงินให้กับหน่วยบริการต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์งบประมาณและผลการจ่ายชดเชยของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5) ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ระบบข้อมูลและฐานข้อมูลต่างๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะถูกวิเคราะห์และประมวลผล เพื่อออกรายงานผลการดำเนินงาน และเผยแพร่แก่หน่วยบริการ นักวิชาการ หน่วยราชการต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ต้องไม่ขัดต่อระเบียบข้อบังคับ และกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผ่านช่องทางต่างๆ ที่กำหนด เช่น ข้อมูลการให้บริการ ข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โปรแกรม หรือระบบงานเฉพาะของแต่ละส่วนงาน ผ่านระบบออนไลน์ในหน้า Website ของ สปสช. (<https://www.nhso.go.th/FrontEnd/Index.aspx>) โดยมีข้อมูลบริการดังนี้

ข้อมูลสำหรับภาคประชาชน



มีข้อมูลเผยแพร่สำหรับประชาชนทั่วไป ดังนี้

1. การตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ
2. แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิ
3. ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ
4. ความรู้ต่างๆ ได้แก่ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ 10 เรื่องควรรู้ คู่มือใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับสำนักตรวจสอบ คำถามที่พบบ่อย สื่อประชาสัมพันธ์สำหรับคนหูหนวกและคนตาบอด
5. ช่องทางแจ้งเรื่องร้องเรียน
6. อื่นๆ ได้แก่ โปรแกรมพยากรณ์สุขภาพ คำถามที่พบบ่อย

ข้อมูลสำหรับหน่วยบริการ



มีข้อมูลเผยแพร่สำหรับหน่วยบริการ ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยบริการ ได้แก่ ความหมายหน่วยบริการ ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ การเข้า-ออกของหน่วยบริการในระบบฯ
2. ข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพการรักษา (Clinical Audit)
3. การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริหารกองทุนย่อย และการบริหารจัดการรายโรค (Vertical Program)

4. เอกสารประกอบการชดเชยสิทธิ UC

5. ข้อมูลวิชาการ ได้แก่ สถิติและรายงานซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับรายงานการลงทะเบียนประชาชน รายงานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สรุปรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพประจำปี

6. บริการ Online เช่น งานชดเชย ระบบ Data Center เป็นต้น

ข้อมูลสำหรับเครือข่ายต่างๆ



มีข้อมูลเผยแพร่สำหรับเครือข่ายต่าง ของ สปสช. ดังนี้

1. ความเป็นมาของการดำเนินการด้านมีส่วนร่วม
2. ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่าย ได้แก่ รายชื่อหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) รายชื่อเครือข่ายประชาชน 9 ด้าน รายชื่อเครือข่าย Healthy Forum ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ทำเนียบเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย อสม.

บริการด้านข้อมูลต่างๆ



สปสช. มีการบริการข้อมูลในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลระบบเบิกจ่ายสิทธิ อปท.
2. ข้อมูลระบบยาและเวชภัณฑ์
3. ข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
4. ศูนย์บริการสารสนเทศการประกันสุขภาพ (NHSO UC information) ประกอบไปด้วยข้อมูลจำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละความครอบคลุมสิทธิฯ จำแนกรายเขต
5. ข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย ห้องสมุด สปสช. สื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารประกอบการประชุม

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลข่าวสารที่ สปสช. เผยแพร่เกี่ยวกับประวัติความเป็นมาขององค์กร โครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร ให้กับประชาชนทั่วไปได้รับทราบอีกด้วย



การดำเนินงานดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและการประมวลผลข้อมูลและฐานข้อมูลขนาดใหญ่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาระบบโปรแกรมประยุกต์เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลและฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ในกระบวนการเก็บรวบรวม รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป โดยที่ผ่านมา สปสช. ได้มีความพยายามในการบูรณาการช่องทางการบันทึกและส่งข้อมูลในโครงการต่างๆ ให้สามารถใช้งานร่วมกันให้มากที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงภาระในการบันทึกและส่งข้อมูลซ้ำซ้อนของหน่วยบริการ นอกจากนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลบริการสาธารณสุขที่ สปสช. เก็บรวบรวมได้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและสาธารณสุขของไทยต่อไป นักศึกษา นักวิชาการ และหน่วยงานราชการต่างๆ สามารถขอใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ โดยการทำหนังสือเพื่อขอใช้บริการข้อมูล โดยเรียนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่งผ่านตามสายการบังคับบัญชาตามลำดับ ทั้งนี้ สปสช. ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาการจัด

ทำข้อมูลหรือรายงาน ตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน โดยไม่ให้ขัดต่อระเบียบ
ข้อบังคับ และ กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

เดือนตุลาคม 2562 มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาการ
ใช้ประโยชน์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัล
เพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตบ
สนองนโยบายประเทศไทย 4.0 ตามแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีที่มีเป้าหมายในการปรับ
เปลี่ยนภาครัฐสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล โดยมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการ
พัฒนาให้เกิดการใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ หรือ Big Data ด้านโครงสร้างข้อมูล การจัดการ
ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และส่งเสริมให้เกิดการบริหารจัดการข้อมูลของภาครัฐ
โดยการนำเทคโนโลยี Big Data เข้ามาช่วยในการบริหารจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ
ทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อนำมาพัฒนาการบริการให้
ตรงตามความต้องการของประชาชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้เป็นหน่วยงานของรัฐภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี
ว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับประชาชนไทยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีอยู่ประมาณ 48 ล้านคน
ทั่วประเทศ โดยมีสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมบริการสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค การรักษา รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีขนาดข้อมูลของการ
ใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ข้อมูลการให้บริการทั้งหมด เพิ่มขึ้นจาก
ปี 2552 จำนวน 7,633,672 รายการ เป็น 184,021,364 รายการในปี 2562 จะเห็น
ได้ว่าข้อมูลบริการสุขภาพด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการรักษา ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ
70 อยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรับผิดชอบดูแลข้อมูลสุขภาพของ
ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การลงนามความร่วมมือกันจะเป็นการ
ส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) โดยเฉพาะมิติด้าน
สาธารณสุข การแพทย์ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำไปสู่การเพิ่ม
ประสิทธิภาพการรักษายาบาลและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคุณภาพชีวิตของ
ประชาชน

บทที่ 4
สถานการณ์
และผลการดำเนินงาน
ของระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ





บทที่ 4

สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน ของระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

4.1

ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Financial Coverage)

4.1.1 การคลังด้านสุขภาพ

ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ หมายถึง แหล่งการคลัง ประกอบด้วย งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือน สามารถลงทุนด้านสุขภาพได้ในระยะยาว งบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพรวมถึงยาและเทคโนโลยีที่จำเป็น และป้องกันไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ดัชนีสำคัญที่ใช้เป็นหลักฐานในการติดตามสถานการณ์ แนวโน้มการใช้จ่ายด้านสุขภาพ และแสดงขนาดของทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งโดยภาครัฐและเอกชนด้านสุขภาพของประชากรในประเทศ คือ

(1) รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Total Health Expenditure: THE) ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.6 ไม่เกินร้อยละ 5

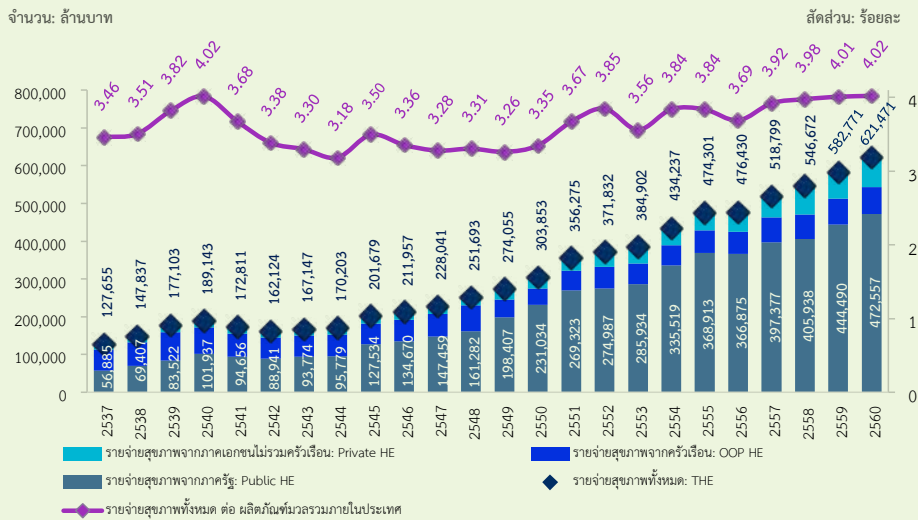
(2) รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure: GGHE) ต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General Government Expenditure: GGE) ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 17 ไม่เกินร้อยละ 20

(3) อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงิน จากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ไม่เกินร้อยละ 2.3

(4) ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment) ไม่เกินร้อยละ 0.47

จากผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา พบว่ารายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 127,655 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 621,471 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2560 เมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) อยู่ระหว่างร้อยละ 3.18 - 4.02 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมาย (แผนภูมิที่ 1) และรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่รายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) อยู่ระหว่างร้อยละ 9.50 - 16.92 ยังต่ำกว่าเป้าหมายเช่นกัน (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 1 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ปี พ.ศ. 2537-2560



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2559-2560 เป็นการคาดประมาณจำนวนรายจ่ายด้านสุขภาพ

แผนภูมิที่ 2 สัดส่วนรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) ปี พ.ศ. 2537-2560

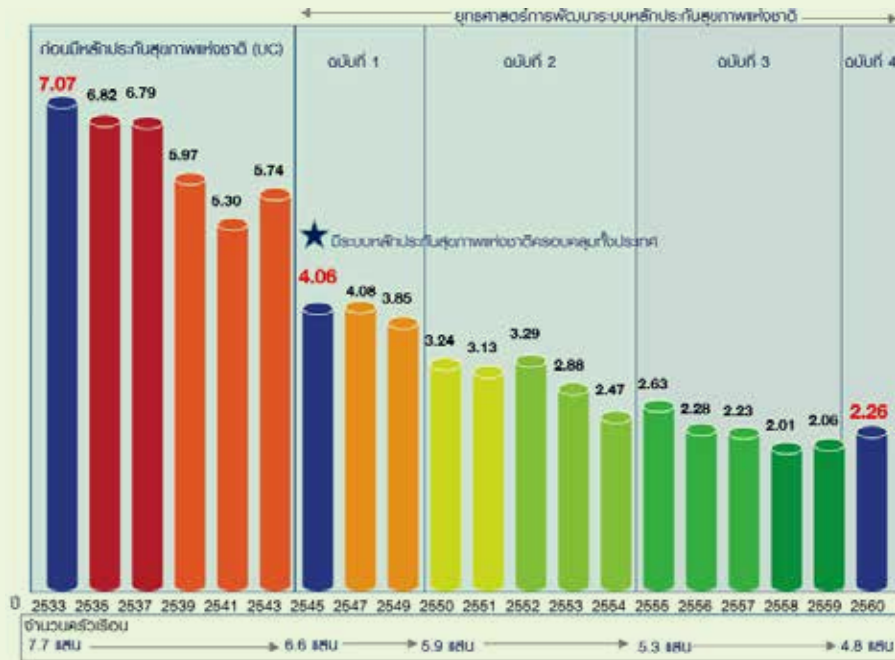


ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2559-2560 เป็นการคาดประมาณจำนวนรายจ่ายด้านสุขภาพ

ส่วนดัชนีการลดภาระรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน (Household Health Expenditure) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure: รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนมากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน) มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จากร้อยละ 7.07 (7.7 แสนครัวเรือน) ในปี 2533 เหลือร้อยละ 2.26 (4.8 แสนครัวเรือน) ในปี 2560 เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2.3 (แผนภูมิที่ 3) และครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment: ครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนหลังจ่ายค่ารักษาพยาบาล) ลดลงจากร้อยละ 2.34 (2.5 แสนครัวเรือน) ในปี 2533 เหลือร้อยละ 0.24 (5.2 หมื่นครัวเรือน) ในปี 2560 เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 0.47 (แผนภูมิที่ 4)

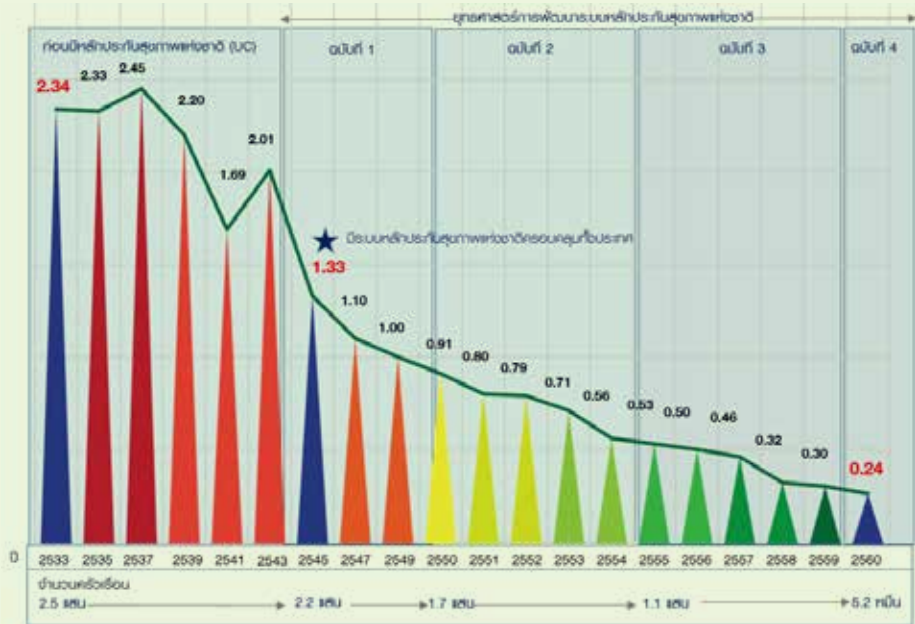
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ปี พ.ศ. 2533-2560



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2533-2560, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

- หมายเหตุ:
- 1) จำนวนจาก ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน มากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน
 - 2) หลังปี พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (การใช้จ่ายครัวเรือน) ทุกปี

แผนภูมิที่ 4 ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment) ปี พ.ศ. 2533-2560



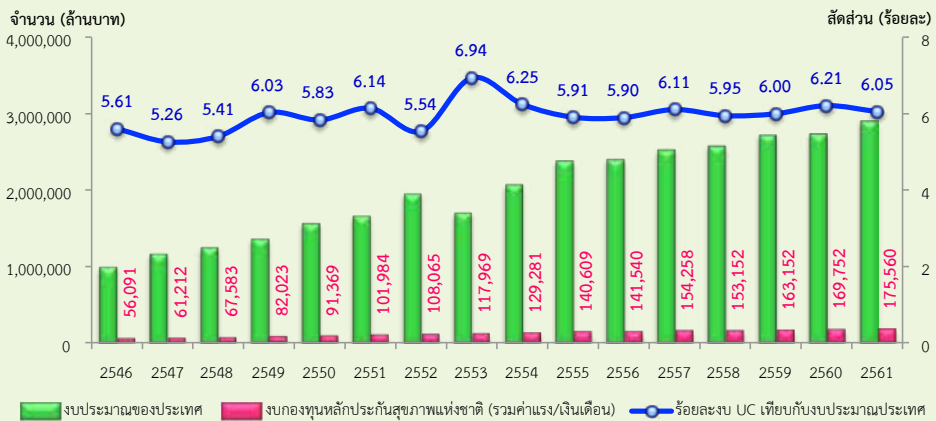
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2533-2560, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลีมีวัฒนานนท์

- หมายเหตุ:
- 1) จำนวนจาก ครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน แต่ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล ครัวเรือนตกอยู่ใต้เส้นความยากจน
 - 2) จำนวนใหม่ให้เป็นปัจจุบัน โดยใช้เส้นความยากจน (Poverty line) จากการสำรวจในแต่ละปีของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 - 3) หลังปี พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (การใช้จ่ายของครัวเรือน) ทุกปี
 - 4) ปี 2560 จำนวนจากเส้นความยากจนปี 2559 ปรับค่าด้วยด้วย Customer Price Index: CPI ของปี 2560

4.1.2 งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สัดส่วนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเทียบกับงบประมาณของประเทศตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2561 อยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือในช่วงร้อยละ 5.26-6.94 (แผนภูมิที่ 5)

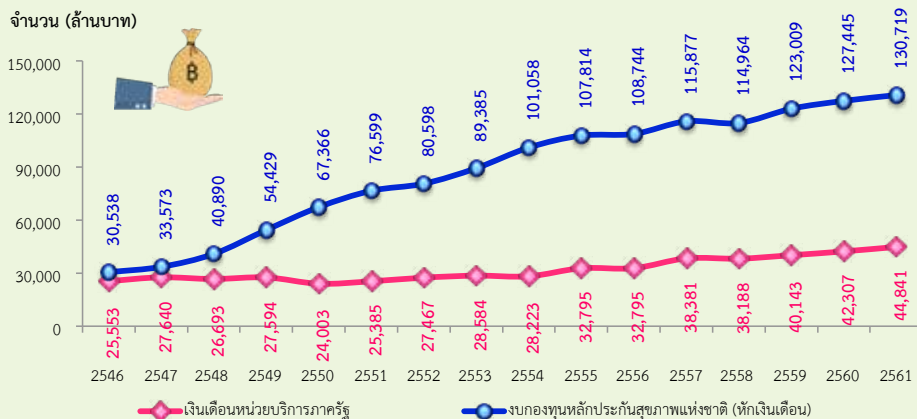
แผนภูมิที่ 5 เปรียบเทียบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับงบประมาณของประเทศ ปีงบประมาณ 2546-2561



ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 หมายเหตุ : กองทุนฯ ได้รับงบกลางที่จัดสรรเพิ่มเติมในปี 2546-2549 จำนวน 5,000 ล้านบาท 3,845.3 ล้านบาท 4,993.33 ล้านบาท และ 14,761.83 ล้านบาท ตามลำดับ และในปี 2560-2561 ตามมติคณะรัฐมนตรีอนุมัติงบกลางเงินสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นเพื่อชดเชยการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 3,979.41 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) และจำนวน 4,186.13 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) ตามลำดับ

ในปีงบประมาณ 2561 งบประมาณกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งสิ้น 175,560 ล้านบาท สำหรับดูแลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 48.797 ล้านคน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ จำนวน 44,841 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2545 ประมาณ 1.88 เท่า และส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จำนวน 130,719 ล้านบาท เพิ่มขึ้น จากปี 2545 ประมาณ 5.90 เท่า (แผนภูมิที่ 6) (แผนภาพที่ 4.1)

แผนภูมิที่ 6 งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2561

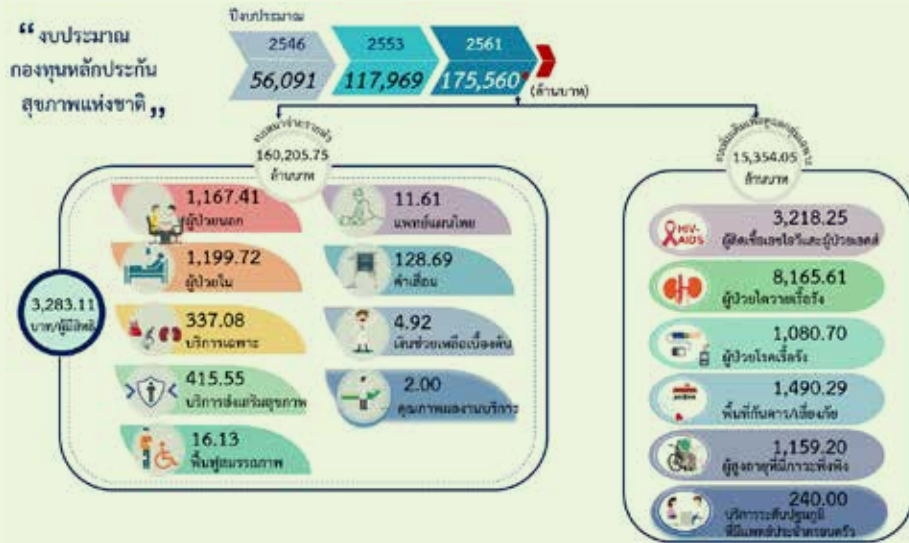


ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1) กองทุนฯ 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)

2) หักเงินเดือน หมายถึง การคำนวณเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่ามีภาระเงินเดือนของบุคลากรเป็นเท่าใด โดยมีการทบทวนการหักเงินเดือนเป็นระยะ

แผนภาพที่ 4.1 แสดงงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ 2561



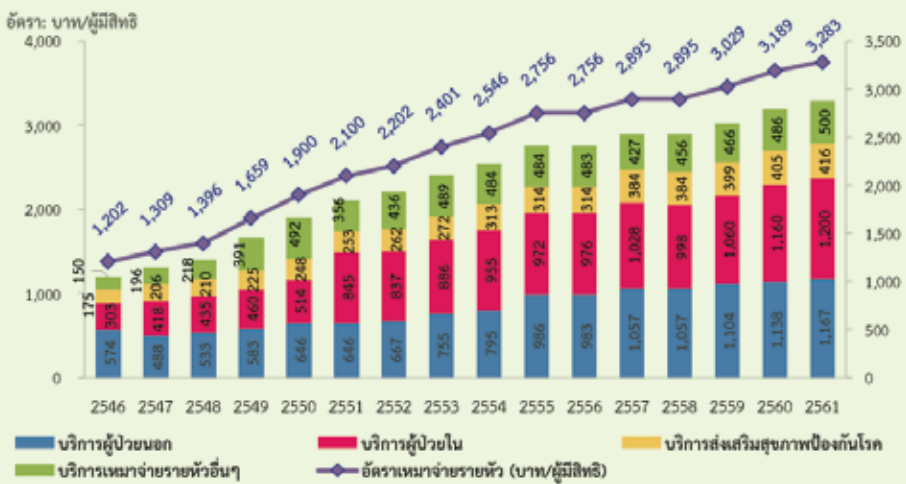
ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 48,797 ล้านคน ในปีงบประมาณ 2561

หมายเหตุ: งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 175,559.80 ล้านบาท ยอดรวมเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐจำนวน 44,840.54 ล้านบาท และงบกลางเงินสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อชดเชยการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4,186.13 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท)

อัตราเหมาจ่ายรายหัวในงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มจากอัตรา 1,202.40 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ ในปี 2546 เป็น 3,283.11 บาทต่อผู้มีสิทธิ ในปี 2561 หรือเพิ่มขึ้น 2.73 เท่า (แผนภูมิที่ 7) ส่งผลให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเพิ่มสิทธิประโยชน์และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนได้มากยิ่งขึ้นโดยในปีงบประมาณ 2549, 2552, 2553, 2559 และปี 2561 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมนอกเหนืองบเหมาจ่ายรายหัว เพื่อจัดหาบริการสำหรับกลุ่มเฉพาะประกอบด้วย บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บริการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บริการป้องกัน

การติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง กลุ่มพนักงานบริการชาย-หญิง และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด) บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และบริการระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 7 อัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ 2546-2561



ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- หมายเหตุ: 1) กองทุนฯ 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 บำบัดเสื่อม (งบลงทุน) บริการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ และงบจ่ายเพิ่มตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

4.2 ความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพ (Population Coverage) และภาพรวมการใช้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.2.1 ความครอบคลุมสิทธิ

ระบบหลักประกันด้านสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ (รัฐวิสาหกิจ อปท. องค์กรมหาชน หน่วยงานที่มี พ.ร.บ. เฉพาะ)

ในปี 2561 ประชากรไทยผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน 66.2452 ล้านคน ลงทะเบียนสิทธิในระบบประกันสุขภาพ จำนวน 66.2058 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ (Universal Health Coverage: UHC) ร้อยละ 99.94 สำหรับประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47.8420 ล้านคน มีผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47.8027 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ 99.92 (แผนภาพที่ 4.2 และแผนภาพที่ 4.3)

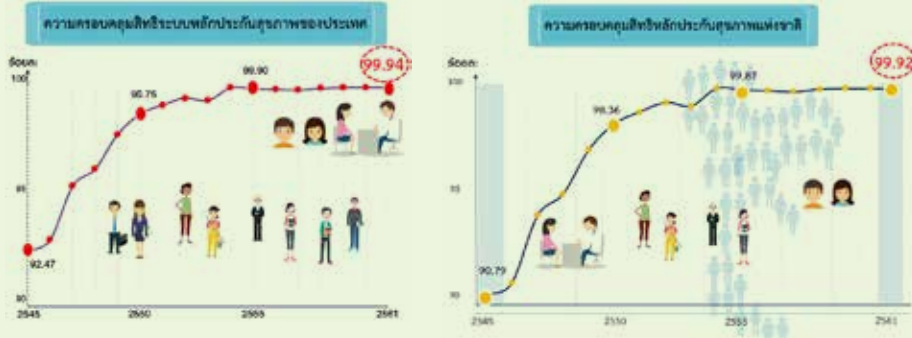
ซึ่งพบว่ายังมีประชากรที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (มาตรา 6 ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) จำนวน 39,351 คน คิดเป็นร้อยละ 0.06 ประกอบด้วยกลุ่มเด็กแรกเกิด คนที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยน สิทธิ คนไทยไร้สถานะหรือรอพิสูจน์สิทธิ์ โดยไม่นับรวมบุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) จำนวน 107,442 คน คนไทยในต่างประเทศ 14,045 คน และคนต่างด้าว 411,528 คน เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างอายุ จำแนกในแต่ละสิทธิหลักประกันสุขภาพ พบว่า สิทธิหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติส่วนใหญ่เป็นเด็ก (อายุ 0-19 ปี) และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิประกันสังคมเป็นวัยแรงงาน (อายุ 25-49 ปี) ส่วนสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ กระจายในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอายุ 40 ปีขึ้นไป (แผนภูมิที่ 8)

ถึงแม้ว่าความครอบคลุมสิทธิการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่จำเป็นของ บัตรทองจะสูงถึงร้อยละ 99.92 หรือครอบคลุมประชากรถึง 47.8 ล้านคน หรือ ร้อยละ 72 ของประชากรไทย แต่พบว่ามีประชากรบางกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ สุขภาพ อาทิ ผู้ต้องขังในเรือนจำ พระภิกษุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ และกลุ่ม ชนเผ่าซึ่งเป็นประชากรในพื้นที่ห่างไกล

ดังนั้น แผนปฏิบัติการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 – 2565 (ฉบับทบทวน 2563 - 2565) จึงมุ่งเน้นประสานความร่วมมือ กับภาคส่วนต่างๆ อาทิเช่น

- การลงทะเบียนโดยอัตโนมัติสำหรับผู้ต้องขังให้ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล ในเรือนจำเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการฯ และจับคู่ระหว่าง เรือนจำกับหน่วยบริการเพื่อดูแลรักษาผู้ต้องขัง ตลอดจนสนับสนุนการ ตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคติดต่อที่แพร่กระจายได้ง่ายในเรือนจำ เช่น วัณโรค
- การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยสำรวจเลขทะเบียนประจำตัวประชาชน 13 หลัก พร้อมลงทะเบียนสิทธิให้กับพระภิกษุสงฆ์ที่จำวัดในพื้นที่
- การบูรณาการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกิด ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีผู้ดูแลระบบการดูแล ผู้สูงอายุ (Care Manager) และอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ (Care Worker) ทีมหมอบรรเทา (Family Care Team) ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หรือสามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น
- การประสานเพื่อดำเนินการค้นหาผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียน และพัฒนา ระบบฐานข้อมูลให้ครอบคลุมผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียนให้สามารถเข้า ถึงสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมสำหรับกลุ่มคนไทยไร้สิทธิ หรือไร้สถานะ เช่น ชนเผ่า ชาวเล ที่อยู่ในประเทศไทยมานานแต่ไม่มีเลข 13 หลักให้ได้รับ สิทธิบัตรทอง

แผนภาพที่ 4.2 แสดงความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2561



ที่มา : สำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

- หมายเหตุ
- 1) ประชากรไทยทั้งหมด ไม่นับรวมบุคคลที่รอนิยามสิทธิ คนไทยในต่างประเทศ และคนต่างด้าว
 - 2) ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ (Universal Health Coverage: UHC)

$$= \frac{\text{สิทธิ UC ที่ลงทะเบียน} + \text{สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น} + \text{บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ} \times 100}{\text{จำนวนประชากรไทยทั้งหมด}}$$
 - 3) ร้อยละความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS)

$$= \frac{\text{สิทธิ UC ที่ลงทะเบียน} \times 100}{\text{สิทธิ UC ที่ลงทะเบียน} + \text{บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ}}$$

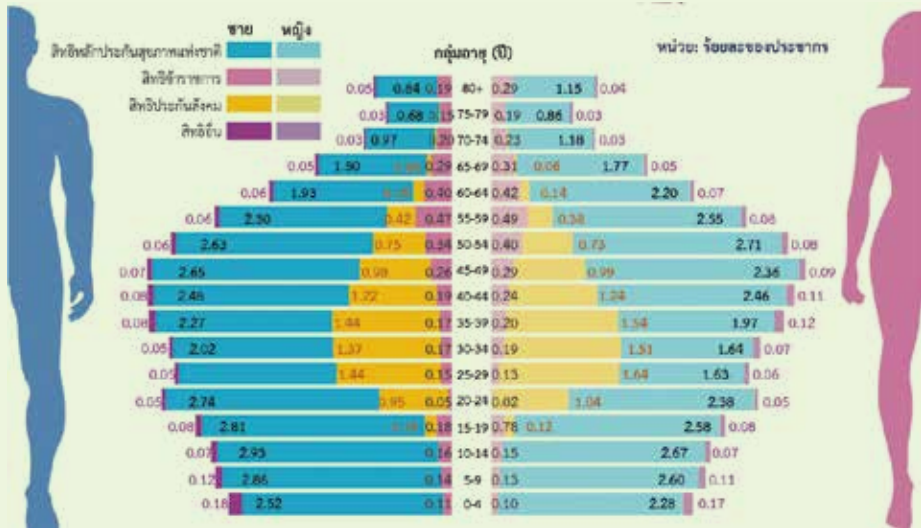
แผนภาพที่ 4.3 แสดงจำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบประกันสุขภาพของประเทศ ปีงบประมาณ 2561



ที่มา : สำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

- หมายเหตุ:
- 1) หมายถึง ประชากรทั้งหมดไม่นับรวมบุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอนิยามสิทธิ) คนไทยในต่างประเทศและคนต่างด้าว
 - 2) หมายถึง บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และครูเอกชน

แผนภูมิที่ 8 สัดส่วนประชากรระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และสิทธิอื่นๆ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2561

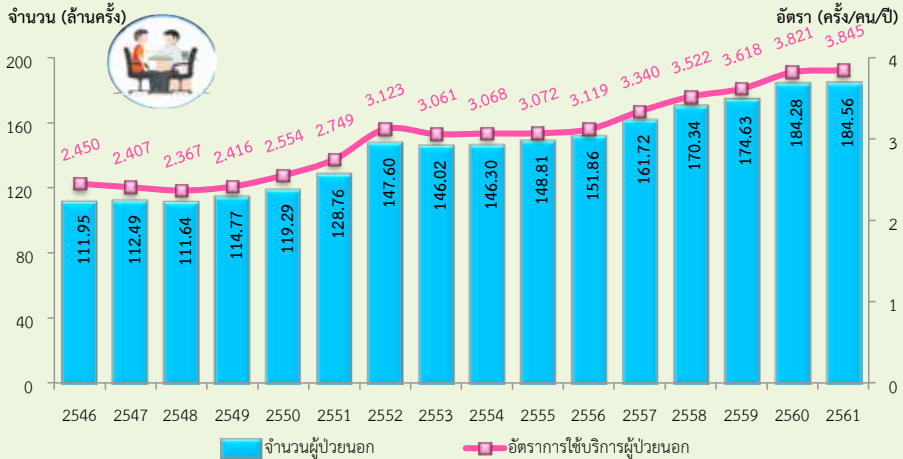


ที่มา : สำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

4.2.2 ภาพรวมการใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน)

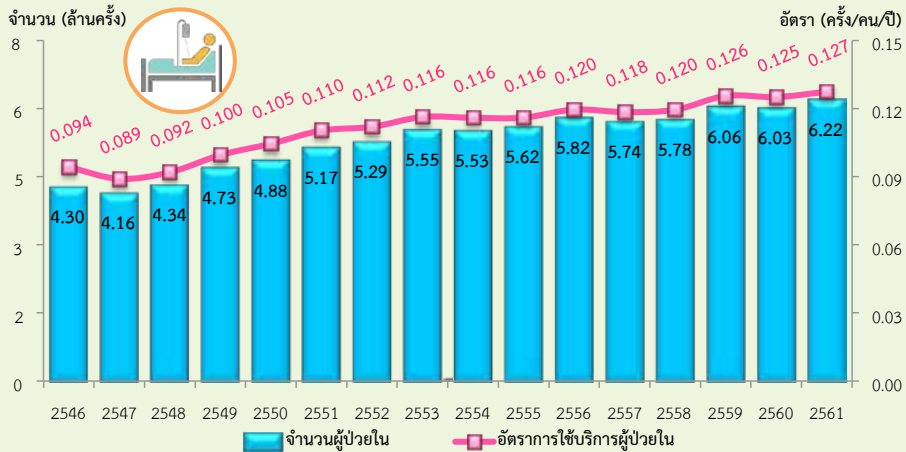
การใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (Out-patients and In-patients Utilization) การใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ 2549 – 2561 พบว่าจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ในปี 2546 เป็น 184.56 ล้านครั้ง ในปี 2561 โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจาก 2.450 ครั้งต่อคนต่อปี (ปี 2546) เป็น 3.845 ครั้งต่อคนต่อปี (ปี 2561) (ในปี 2561 การใช้บริการผู้ป่วยนอก ไม่รวมบริการแพทย์แผนไทย และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็น 3.74 ครั้งต่อคนต่อปี) (แผนภูมิที่ 9)

แผนภูมิที่ 9 จำนวนและอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2561



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก รายบุคคล สิทธิ UC สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปี 2561
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2561 วิเคราะห์โดย สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.

แผนภูมิที่ 10 จำนวนและอัตราการให้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2561



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน รายบุคคล สิทธิ UC สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปี 2561
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2561 วิเคราะห์โดย สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.

สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 4.304 ล้านครั้ง ในปี 2546 เป็น 6.220 ล้านครั้ง ในปี 2561 โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้งต่อคนต่อปี (ปี 2546) เป็น 0.127 ครั้งต่อคนต่อปี (ปี 2561) (แผนภูมิที่ 10)

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

הכנת



ภาคผนวก 1

คำอธิบายศัพท์ หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

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

Adj. RW (อ่าน แอ็ด จัสต์ - อาร์ ดับ บลิว: เป็นคำย่อมาจาก Adjusted Relative Weight อ่าน แอ็ด จัสต์ - รี เล ทีฟ - เวจท์) คือ การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามจำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล มีโรคหลายโรคที่แม้มีความซับซ้อนมาก แต่เมื่อนอนพักในโรงพยาบาลนานเกินกว่าค่าเฉลี่ยโดยทั่วไป ก็มักจะไม่ได้ใช้ทรัพยากรหรือยา หรือการผ่าตัดอะไรเพิ่มเติมอีกมากนัก ดังนั้นในการคำนวณ ถ้าหากพบจำนวนวันนอนของกลุ่มโรคเดียวกันยาวนานกว่าค่าเฉลี่ยมากเกินไป ก็จะมีการปรับค่า RW

AE (อ่าน เออี: เป็นคำย่อมาจาก Accident and Emergency: แอ็คซิเด็นต์ - แอนด์ - อี เมอร์ เจน ซี่) หมายถึง บริการรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

Age adjusted capitation (อ่าน เอจ - แอ็ด จัสต์ - แคป ปี เท ชันหรือ Diff. Cap. by age อ่าน ดีฟฟ์-แคป-บาย-เอจ) เป็นการจ่ายเงินงบประมาณให้แก่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวในอัตราที่แตกต่างกันตามสัดส่วนอายุของประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การที่มีผู้สูงอายุและเด็กจำนวนมาก สะท้อนว่าจะต้องใช้ยา วัคซีน การฟื้นฟูสภาพร่างกายอื่นๆ ซึ่งใช้เงินจำนวนมาก “อายุประชากร” จึงเป็นตัวแปรที่สำคัญในการคำนวณเพื่อจ่ายงบประมาณแบบ Diff. Cap. แก่หน่วยบริการ

ANC (อ่านว่า เอ เอน ซี ย่อมาจาก Antenatal care: แอน ที เน ทอล - แคร้) การฝากครรภ์ คือการไปพบแพทย์/สูตินรีแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข อย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์เพื่อดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยมีจุดมุ่งหมายให้มารดาและทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์มากที่สุด มารดาสามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย ทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงดี และหากตรวจพบความผิดปกติระหว่างฝากครรภ์ แพทย์/บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถรักษาหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับมารดาได้

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

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

Clearing house (อ่าน เคลีย ริง - เฮ้าส์) หมายถึง การที่ สปสช. ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน แทนหน่วยบริการประจำ

Co-payment (อ่าน โค - เพย์ เม้นท์) คือ การให้ผู้เอาประกันต้องจ่ายค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการตามอัตราที่กำหนดไว้คงที่ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขในครั้งนั้น ซึ่งอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ได้ ตัวอย่างเช่น ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระยะแรก ได้กำหนดให้ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องจ่าย 30 บาทในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

Coverage (อ่าน คอฟ เวอร์ เรจ) หมายถึง ความครอบคลุมของประชากรในด้านหลักประกันสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้ข้อแนะนำว่าการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดี ต้องมีใน 3 มิติ คือ 1) มิติด้านความกว้าง เช่น การครอบคลุมประชากร (ประเทศไทยร้อยละ 99 ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 2) มิติด้านสถานะทางด้านสุขภาพของประชากร ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของประชากรในสังคมนั้น ตัวอย่างที่สำคัญเช่น อัตราการตายของแม่และเด็กอายุ 0-1 ปี หรือ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในประเทศ 3) มิติด้านความลึก เช่น ชนิดของบริการที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างการให้บริการด้านสร้างเสริมป้องกันโรค 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 ตรีก - เฮลท์ – ซิส เต็ม – แม เนจ แม้น – เลิน นิง) หมายถึง การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพอำเภอ

DHS (อ่าน ดี เฮช เอส เป็นคำย่อมาจาก District Health System: ดิส ตรีก – เฮลท์ – ซิส เต็ม) คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ โดยมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อสุขภาพของประชาชน

DMI (อ่าน ดี เอ็ม ไอ เป็นคำย่อมาจาก Diseases management initiative: ดี ซีส – แม เนจ แม้นต์ – อิน นิ เทีย ทีพ) หมายถึง การบริหารจัดการโรคเฉพาะที่กำหนดเป็นรายโรค และให้การดูแลตลอดกระบวนการในการรักษาพยาบาล เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย โรคธาลัสซีเมีย โรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

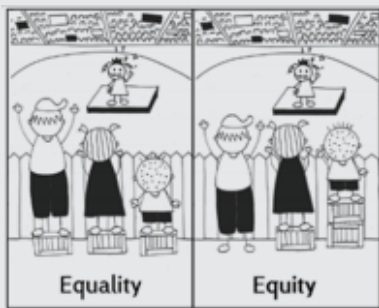
DRG (อ่าน ดี-อาร์-จี เป็นคำย่อมาจาก Diagnostic Related Group: ได แอ็ก โนส์ ดิก – รี เลท เต็ด - กรุป) ภาษาไทยใช้คำว่า “กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม” การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิก และการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล ใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน และให้ค่าคะแนนว่าแต่ละกลุ่มโรคนี้น้ำหนักคะแนนเท่าไร โดยอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลัก โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน มาจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อบอกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลาอนในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และสิ้นเปลืองค่ารักษาหรือทรัพยากรใกล้เคียงกัน

DRG with Global Budget (อ่าน ดี อาร์ จี – วิท – โกล บอล – บัต เจต) หมายถึงวิธีคำนวณการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG Sum Adjusted RW อ่าน ดีอาร์จี-ซัม-แอดจัสต์-อาร์ดับบลิว) ซึ่งเปรียบเทียบต้นทุนที่ใช้ในการรักษาพยาบาลตามประเภทกลุ่มโรคผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน และจะต้องเบิกจ่ายในวงเงินงบประมาณที่กำหนดช่วงกลางวงงบประมาณหนึ่ง เมื่อเอาค่าน้ำหนักคะแนนสัมพัทธ์รวม ที่ปรับค่าแล้วของแต่ละหน่วยบริการ ในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น โรงพยาบาล ก. ช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ รักษา

โรคแบบผู้ป่วยใน ผ่าตัดด้วย รวมออกมาเป็นค่า Sum Adjusted RW เท่ากับเท่าไร โรงพยาบาล ข. ก็ใช้วิธีการคำนวณ ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน แบบเดียวกัน แล้วเอาไปเทียบกับงบประมาณที่มีไว้เป็นก้อนรวม (Global) สำหรับงวดนั้น จะได้เป็นจำนวนเงินให้แก่ โรงพยาบาล ก. และโรงพยาบาล ข.ไปจนถึง โรงพยาบาลทั้งหมดที่มีอยู่ในเขต

E-claim (อ่าน อี - เคลม) หมายถึง โปรแกรมสำเร็จรูปที่สปสช. พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการรับข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน และบริการกรณีเฉพาะ จากหน่วยบริการ และจะประมวลผลเพื่อการจ่ายเงินตามผลงานแก่หน่วยบริการ

Equality (อ่าน อี ควอ ลิ ตี) หมายถึง ความเท่าเทียม การที่บุคคลได้รับการจัดสรรทรัพยากรหรือได้รับการช่วยเหลือเหมือนกัน โดยมีได้คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลเลยทำให้มีบุคคลบางคนเข้าไม่ถึงสิทธิเสรีภาพที่ตนควรจะได้รับ



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

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

HNA (อ่านว่า เอช-เอ็น-เอ เป็นคำย่อมาจาก Health Needs Assessments: เฮลท์ - นีด - แอส เซส เม้นท์) คือ วิธีการหรือกระบวนการที่เป็นระบบในการทบทวน

ประเด็นปัญหาสุขภาพที่ประชากรหรือประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเผชิญอยู่ ดำเนินการ โดยทีมซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น กระบวนการนี้นำไปสู่ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการจัดลำดับของประเด็น ปัญหา และการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ/ความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ (คู่มือการประเมินความจำเป็น ด้านสุขภาพ, 2552)

INST (อ่าน ไอ เอ็น เอส ที เป็นคำย่อมาจาก Instruments: อิน สะ ทรุ เม้นต์) หมายถึง รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการบำบัดรักษา โรค (บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) รายการ INST ที่ประกาศในคู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพประจำปี หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้อีก ในอัตราที่ไม่สูงเกินกว่าที่กำหนดในประกาศ และใช้โดยมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม

IP (อ่าน ไอ พี เป็นคำย่อมาจาก In Patient: อิน-เพ เทียนต์) หมายถึง ผู้ป่วยใน หรือ คนไข้ที่มารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการและต้องนอนค้างคืน เพื่อรับการรักษา

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 และการนอน ในโรงพยาบาลโดยรักษาด้วยเครื่องฉายแสง การผ่าตัดที่ซับซ้อน รายการค่าใช้จ่ายสูง เหล่านี้ จึงต้องมีการคิดแยกรายการออกมา เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการชดเชยเงินที่ เพียงพอ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม

Insurance benefits (อ่าน อิน ซัว รันซ์ - เบน เน ฟิท) หมายถึง สิทธิ ประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสมาชิกที่อยู่ในเครือข่ายสิทธิประโยชน์ นั้นๆ พึงได้รับ

LTC (อ่าน แอล ที ซี ย่อมาจาก Long Term care อ่าน ลอง - เทอม - แคร์) หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความ ช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสอับเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือ

ตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ODS (อ่าน โอ ดี เอส เป็นคำย่อมาจาก One day surgery วัน – เดย์ – เซอร์ เจอ รี) 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 ซัน – แอนด์ – มอ บิ ลิตี) “การทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว” เป็นวิชาที่สอนให้คนตาบอดรู้จักใช้ประสาทสัมผัสที่เขามีอยู่ ซึ่งได้แก่ สายตาบางส่วน การฟังเสียง การสัมผัส การดมกลิ่น การชิมรส และประสบการณ์เดิม เพื่อให้เขาทราบว่า 1) ตัวเขาอยู่ที่ไหน 2) สถานที่และสิ่งต่างๆ รอบตัวเขามีอะไรบ้าง 3) สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเขามีความสัมพันธ์กันอย่างไร 4) ตัวเขากับสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กันอย่างไร จึงเป็นการง่ายที่เขาจะเคลื่อนไหว หรือเดินโดยใช้ไม้เท้าขาว ไปยังสถานที่ต่างๆที่เขาต้องการได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ สง่างาม และปลอดภัยได้ด้วยตนเอง

OP (อ่าน โอ พี เป็นคำย่อมาจาก Out Patient: เอาต์-เพ เทียนต์) หมายถึง ผู้ป่วยนอก หรือคนไข้ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการไม่ต้องค้างคืน

OPAE (อ่าน โอ พี เอ อี เป็นคำย่อมาจาก Out Patient Accident and Emergency: เอาต์ – เพ เทียนต์ – แอ็ค ชิ เด็นต์ – แอนด์ – อี เมอร์ เจน ซี) หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการรักษาพยาบาลจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

OPHC (อ่าน โอ พี เอช ซี : เป็นคำย่อมาจาก Out Patient High Cost: เอ้าต์ - เพ ที่ยันต์ - ไฮจ์ - คอสต์) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีลักษณะเฉพาะหรือราคาแพง

P&P (อ่าน พี แอนด์ พี เป็นคำย่อมาจาก Promotion and Prevention: โปร โม ชัน - แอนด์ - พีริ เว้น ชัน) หมายถึง การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบุคคลและครอบครัว เช่น บริการวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ ทารกแรกเกิดและพัฒนาการของเด็ก บริการวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการเป็นโรค การดูแลสุขภาพ ช่องปาก เป็นต้น โดยครอบคลุมบริการแก่ประชาชนคนไทยทุกคน ทุกสิทธิ ตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยการบริหารจัดการได้แยกเป็นประเภทบริการย่อย 5 รายการ ได้แก่

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National Priority Program and Central Procurement อ่าน พี แอนด์ พี - เน ชัน นัล - ไพ ออ ริ ตี้ - แอนด์ - เซ็น ทรัล - โท เคียว เม้นท์) หมายถึงการจัดการปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศการจัดการบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ใหม่ยังจำเป็นต้องมีการนำร่องและบริหารจัดการในระดับประเทศเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของระบบก่อนที่จะขยายไปทั่วประเทศ งบประมาณนี้โดยส่วนใหญ่ ใช้ในการจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานและวัคซีนไขหวัดใหญ่สนับสนุนการ บริการโรคที่เป็นปัญหา ระดับประเทศ เช่น TSH, Thalassemia, Child development, Teenage pregnancy เป็นต้น

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน (P&P community อ่าน พี แอนด์ พี - คอม มิว นิตี) หมายถึง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินงานในชุมชน เป็นการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นหน่วยรับผิดชอบบริหารจัดการและดำเนินงานให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นไปตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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 ลิค - เซอร์ วิส) หมายถึง บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามชุด สิทธิประโยชน์ (รวมถึงบริการทันตกรรม ส่งเสริมป้องกัน)

5. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

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

Palliative Care (อ่าน พา ลิ เอ ทีฟ - แคร์) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านหรือระยะประคับประคอง เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะสุดท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ 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 จะแตกต่างตรงที่การให้คะแนนค่าบริการแต่ละเรื่องจะมีการกำหนดเพดานของคะแนนว่าไม่เกิน

เท่าไรในบริการเรื่องนั้นๆ เช่น ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทางการแพทย์ เนื่องจาก “ราคา” ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศแตกต่างกันมาก จึงต้องตกลงกันกำหนด “ค่าเพดาน หรือ Ceiling” ของการมาคิดแต่้มคะแนนก่อน เพื่อไม่ให้เกิดการแก่งตัวของการจัดสรรงบประมาณที่จะต้องจ่ายให้แก่กันมาก

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

Pre-authorization (อ่าน ฟรี-ออ โท ไรซ์ เซ ซัน) หมายถึง กระบวนการตรวจสอบที่ทำก่อนรับผู้ให้บริการไว้ในกาดูแล

Provider-based (อ่าน โพร ไว เดอร์ - เบส) คือ การให้หน่วยบริการหรือผู้ให้บริการ เป็นฐานในการคิด คำนวณ หรือทำวิจัย

QOF (อ่าน คิว โอ เอฟ เป็นคำย่อมาจาก Quality and Outcome Framework: คิว ลี ดี – แอนด์ - เอ้าท์ คัม - เฟรมเวิร์ค) คือ กรอบแนวคิดที่นำคุณภาพและผลลัพธ์ของการให้บริการมาเชื่อมโยงกับกลไกการเงิน เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของกลไกการจ่ายที่สะท้อนถึงสมรรถนะของการให้บริการ ที่สามารถให้บริการจนกระทั่งบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ สามารถลดภาวะแทรกซ้อน สามารถทำให้เกิดความครอบคลุมของการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น

Risk-Pooling (อ่าน ริส – พูล ลิ่ง) หมายถึง การรวบรวมความเสี่ยงที่ใช้ค่าเฉลี่ยไม่ว่าจะเป็น ตัวเลข งบประมาณ หรือค่าอื่นๆ ที่ได้มาจากประชากรทุกกลุ่มทั้งหมดเพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือมีผู้ป่วยไม่มาก

UC (อ่านว่า ยู ซี เป็นคำย่อมาจาก Universal Coverage: ยู นิ เวอร์ แชล – คอฟ เวอร์ เรจ) หรือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้แก่คนในประเทศทุกคน

UCEP (อ่านว่า ยู เซ็พ เป็นคำย่อมาจาก Universal Coverage for Emergency Patients: ยู นิ เวอร์ แชล – คอฟ เวอร์ เรจ – ฟอร์ – อี เมอร์ เจน ซี – พา เทียน) นโยบายรัฐบาล “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” กรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญา 3 กองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,

กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) และในอนาคตจะขยายไปยังกองทุนต่างๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม ไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัยโดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษายาบาล เพื่อให้ไม่เป็นอุปสรรคและความเสี่ยงของการดูแลรักษา โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายภายใน 72 ชั่วโมงหรือพ้นภาวะวิกฤต ผู้ที่จะใช้สิทธินี้ได้ต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามหลักเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) กำหนดกรณีกลุ่มอาการฉุกเฉินวิกฤต คือ หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง ซึมลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด แบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด หรือมีอาการอื่นร่วม ที่มีผลต่อการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

UHOSNET (อ่านว่า ยู ฮอส เน็ต เป็นคำย่อมาจาก University Hospital Network: ยู นิ เวอร์ ซิตี - 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 (วิทยาลัยแพทยรังสิต)
10. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (มศว.)
11. ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยนเรศวร
12. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปัจจุบันมีสถาบันสมทบ ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันผลิตแพทย์เพิ่มกระทรวงสาธารณสุข สถาบันสมทบของสถาบันเจ้าภาพที่เป็นผู้จัดการประชุม และคณะแพทยศาสตร์แห่งใหม่ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด

Virtual account (อ่าน เวอร์ ชัวล - แอค เค๊าท์) หมายถึง บัญชีเสมือน ซึ่งเป็นการกันเงินค่าบริการผู้ป่วยไว้จำนวนหนึ่ง สำหรับหน่วยบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

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

กองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ หรือ สวัสดิการข้าราชการสวัสดิการ คือ ค่าตอบแทนที่ทางราชการจัดให้แก่ราชการในฐานะที่เป็นสมาชิกขององค์กร เพื่อช่วยให้มีความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้ข้าราชการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบังเกิดประสิทธิผล โดยสวัสดิการของข้าราชการพลเรือนสามัญมีทั้งที่กำหนดให้เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน ดังนี้

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

การจ่ายตามปริมาณบริการ (Fee for Service อ่าน ฟี – ฟอว์ – เซอร์ วิส) หมายถึง การเบิกจ่ายค่าบริการตามค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ บางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น กรณีผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและประกันสุขภาพภาคเอกชน บางกรณีเป็นเบิกเป็นสินไหมชดเชยจากผู้มีสิทธิโดยตรงกับต้นสังกัดหรือบริษัทประกันโดยตรง เช่น กรณีค่ายาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอกของสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ในหลายกรณีจะมีการกำหนดเพดานวงเงินสูงสุดที่จะให้คุ้มครองไว้ด้วย เช่น กรณีของความคุ้มครองตาม พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ และประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นต้น

การจ่ายตามรายป่วยหรือประเภทความเจ็บป่วย (Case-based payment อ่าน : เคส – เบส – เพ เม้น) เป็นการจ่ายล่วงหน้าตามชนิดของการรักษาหรือโรคที่ให้

บริการในครั้งหนึ่งๆ หรืออาจเป็นการจ่ายตลอดช่วงของการดูแลจนเสร็จสิ้น เช่น การคลอดบุตร เป็นการจัดกลุ่มค่าใช้จ่ายปลีกย่อยของผู้ป่วยให้เป็นกลุ่มเดียวกัน และจ่ายในอัตรากลางเท่าเทียมกัน

การจ่ายเงินล่วงหน้า (Pre paid อ่าน ฟรี-เพด) หมายถึง การจ่ายเงินล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการมีสภาพคล่องทางการเงินในการใช้จ่ายเพื่อบริการ เช่น การจัดสรรงบประมาณค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวงวดแรกไปล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการ การจ่ายเงินลักษณะนี้คล้ายคลึงกับการจ่ายเงินมัดจำ หรือเงินประเดิมในบริการทั่วไป คือให้งบประมาณไปก่อน ตามการคำนวณว่าบริการสาธารณสุขในอนาคตคาดว่าจะให้บริการแก่ประชาชน เพื่อให้หน่วยบริการนั้นๆ มีเงินสดไปใช้จ่ายบริการก่อน แล้วจึงมาพิจารณากันในตอนกลางปีงบประมาณหรือปลายปีงบประมาณว่าได้ให้บริการจริงกับประชาชนมาก หรือน้อย หนัก หรือเบาประการใด ถ้าหากให้บริการจริงมากกว่าและรักษาอาการหนักกว่าที่จ่ายไปแล้ว ก็ต้องจ่ายเงินเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการ

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

การคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนน (Point System with Global Budget (อ่าน พ้อยต์ - ซิสต์ เต็ม - วิท - โกล บอล - บัด เจ็ต) หมายถึง การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีวิธีการคำนวณด้วยการให้คะแนนค่าบริการและใช้ผลรวมคะแนนทั้งหมดมาหารด้วยวงเงินงบประมาณคงที่ เพื่อจะได้ผลว่าจะจ่ายเงินกี่บาทต่อ 1 คะแนน การคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนน เช่น การจ่ายชดเชยผู้ป่วยนอกข้ามเขตกรณีฉุกเฉิน การไปใช้บริการของประชาชนไทยผู้มีสิทธิ มีความเป็นไปได้มากกว่าอาจจะไปตรวจรักษาในต่างจังหวัดไกลๆ จากจังหวัดที่ตนเองมีสิทธิในบัตรอยู่ ซึ่งอาจจะเพราะแพทย์นัด หรืออาจเพราะโรคฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามโรครักษาที่แตกต่างกันไป กระบวนการรักษาก็ใช้เทคโนโลยี การชั้นสูตรโรค ยา และเครื่องมือหลากหลาย จึงมีการกำหนดเป็นค่าคะแนนร่วมกัน และกำหนดงบประมาณเป็นวงเงินรวมไว้ เมื่อให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกก็เริ่มแทนเป็นค่าคะแนนก่อน แล้วจึงเทียบเป็นบาทของงบประมาณที่จะต้องจ่ายให้แก่กัน

การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation อ่าน แคป พี เท ซัน) หมายถึง วิธีการจ่ายเงินที่เหมาจ่ายตามจำนวนประชากรที่มาลงทะเบียนกับหน่วยบริการ ซึ่งจะมีการกำหนดอัตราเหมาจ่ายต่อประชากรหนึ่งคน คูณกับจำนวนประชากร เป้าหมาย เหมาจ่ายเป็นรายปี

การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวปรับตามเงื่อนไข (Differential Capitation อ่าน ดีฟ เฟอร์ เร็นต์ เชียล - แคป ปีเต ซัน) เรียกสั้นๆ ว่า Diff. Cap. (อ่าน ดีฟ - แคป) หมายถึง การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับค่ากลางให้ผลลัพธ์ออกมาเล็กน้อยต่างกัน โดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน เช่น อายุของประชากร การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น จึงทำให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวแตกต่างกัน การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวเท่ากันหมดเป็นการไม่เป็นธรรมแก่จังหวัดที่มีสภาพแวดล้อมทั่วไปที่แตกต่างกัน จังหวัดที่มีผู้สูงอายุและเด็กที่มีอยู่จำนวนมาก หรือมีโรคเรื้อรังจำนวนมาก ก็ย่อมจะต้องใช้งบประมาณมากกว่า จึงมีการคำนวณงบประมาณจากค่าเหมาจ่ายรายหัวค่ากลางอีกครั้ง แต่ละจังหวัดจะมีค่า Diff. Cap. แตกต่างกันไป

การตรวจสอบเวชระเบียน ชนิดของการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช. แบ่งออกเป็นเรื่องหลักๆ 4 แบบ คือ

1) Financial Audit (อ่าน ไฟ แนน เชียล - ออดิต หรือบางครั้งเรียกว่า Billing Audit: บิล ลิง - ออ ดิต) หมายถึง การตรวจสอบทางการเงินโดย แบ่งการตรวจสอบออกได้เป็น 2 ส่วน คือ ตรวจสอบต้นทุน ว่ามีการใช้ทรัพยากรไปมากน้อยเพียงใด ทั้งอาคารสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการว่ามีการบันทึกเพื่อการเรียกเก็บครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ เรียกเก็บในราคาที่เหมาะสมหรือไม่ มีการเรียกเก็บในสิ่งที่ไม่ได้ทำหรือไม่ และเมื่อเรียกเก็บค่าบริการแล้ว สามารถเก็บค่าบริการได้จริงเท่าใด

2) Coding Audit (อ่าน โค้ด ดิง - ออ ดิต) หมายถึง การตรวจสอบรหัสโรครหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกลงคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปประมวลผลตามกลไกการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DRGs ว่าถูกต้องตามหลักการสากลการให้รหัสโรคและหัตถการหรือไม่

3) Quality Audit (อ่าน ควอ ลิ ตี้ - ออ ดิต หรือบางครั้งเรียกว่า Clinical Audit: คลิ นิ คอล - ออ ดิต) การทบทวนกระบวนการดูแลผู้รับบริการทั้งหมด ว่าเป็นไปอย่างถูกต้องหรือไม่ ตั้งแต่สิทธิของผู้รับบริการและจริยธรรม การประเมินสภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยโรค การให้การรักษา การติดตามความเปลี่ยนแปลง การให้ความรู้แก่ ผู้รับบริการและญาติ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเปรียบเทียบกับมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ยอมรับกันในวงการวิชาชีพ

4) Medical Record Audit (อ่าน เมด ดี คอล - เรค คอร์ด - ออ ดิต) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน

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 ที นิว อัส - แอม บู ลาทอรี - เพอ ริ โต เนียล - ได อะ ไล ซิส หรือ CAPD อ่าน ซี เอ พี ดี) หมายถึง การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกและกลับไปทำเองได้ที่บ้าน โดย สปสช.จะจัดส่งน้ำยาล้างไตให้ถึงบ้าน

การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention อ่าน ไพริ มา รี - ไพริ เวน ชั่น) หรือการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่มิสุขภาพดีอยู่แล้ว ให้มีภาวะสุขภาพที่ดีให้นานที่สุด

การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention อ่าน เซ คัน ดารี - ไพริ เวน ชั่น) เป็นการตรวจ คัดกรองโรคที่เริ่มเกิดขึ้นแล้วในระยะแรก แต่ยังไม่มีอาการ เช่นการตรวจคัดกรองโรคประจำปี เพื่อให้การรักษาได้ทันที ก่อนที่จะเกิดพยาธิสภาพรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว

การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention อ่าน เทอ เทีย รี - ไพริ เวน ชั่น) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่แม้จะเกิดพยาธิสภาพชัดเจนแล้ว แต่แพทย์ยังให้การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการ หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

กลไกกลางเพื่อการเบิกจ่ายบริการสาธารณสุข (National Clearing House อ่าน เน ชั่น แนนล - เคลีย ริง - เฮ้าส์ หรือ NCH อ่าน เอ็น ซี เอช) หมายถึง การทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย และระบบข้อมูลบริการ

สาธารณสุขจากหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW อ่าน อาร์-ดับบลิว เป็นคำย่อมาจาก Relative Weight: รี เล ทีฟ - เวจท์) หมายถึง เป็นค่าคะแนนของกลุ่มโรคแต่ละกลุ่มตามระบบ DRG ซึ่งค่าคะแนนนี้เป็นตัวเลขที่สามารถใช้เปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหนึ่ง ว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค และมีการใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์นี้เป็นตัวแทนภาวะความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วยได้ระดับหนึ่ง กลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนมาก และที่ต้องมีผ่าตัดหัตถการด้วย ก็จะมี RW สูงมาก

เครือข่ายหน่วยบริการ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกัน โดยประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจมีหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ ทั้งนี้เครือข่ายหน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด

งบประมาณยอดรวม (Global Budget อ่าน โกล บอล - บัด เจ็ด) หมายถึง รูปแบบการสนับสนุนด้านการเงิน โดยใช้วิธีจัดสรรยอดเงินรวม มีเกณฑ์หรือข้อกำหนดเฉพาะที่จะใช้ตัดสินว่า จะมอบให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลใช้จ่ายเงินยอดรวมนี้อย่างไร โดยไม่มีการเพิ่มเติมงบประมาณให้อีก หรือเรียกว่าเป็นการจัดสรรงบประมาณแบบมีเพดานกำหนดวงเงินที่ชัดเจนหรือแบบปลายปิด เนื่องจากงบประมาณที่รัฐให้มา เป็นงบประมาณรายปี มีข้อตกลงจำนวนเงินงบประมาณในจำนวนบาทที่แน่ชัด สบสข. จึงต้องจัดให้แก่หน่วยบริการแบบปลายปิด ข้อดีคือการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายรักษายาพยาบาลของประเทศ ข้อเสียคือถ้าหน่วยบริการไม่บริหารต้นทุนให้เกิดประสิทธิภาพจะมีความเสี่ยงทางการเงิน

ช่องทางด่วน (Fast tract อ่าน ฟาสท์ - แทรค) เป็นการจัดบริการสำหรับโรคที่ต้องใช้ความรวดเร็วในการวินิจฉัย และรักษาอย่างเร่งด่วน มักเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง หรือ ต้องใช้ความพร้อมของทีมบุคลากรทางการแพทย์ และเทคโนโลยี

ทีมหมอครอบครัว (FCT อ่าน เอฟ-ซี-ที ย่อมาจาก Family Care Team: แฟมมีลี ทีม) หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์และการ

สาธารณสุข ทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาล รวมถึง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหา ด้านกายครอบคลุมทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าใจ

บริการสาธารณสุข หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ประชากร UC/ประชากรสิทธิ UC หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย ประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสวัสดิการอย่างอื่น ที่รัฐจัดให้

ประชากร สิทธิ Non UC (อ่านว่า 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 มีเครื่องมือเครื่องมือพร้อม มีแพทย์เฉพาะทางเกือบทุกสาขา โรงพยาบาลนี้มักจะเป็นศูนย์กลางให้ โรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการยุ่งยากซับซ้อนมาเพื่อรักษาต่อ 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 งานควบคุม ป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ

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 (0-5 ปี) ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนรับสิทธิ กลุ่มทหารเกณฑ์ ปลดประจำการ ผู้พำนักในราชทัณฑ์ที่พ้นโทษ

สถานบริการ หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพหรือหน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายความว่า ส่วนงานหรือหน่วยงานภายในของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของรัฐ ที่มีกฎหมายหรือกฎกำหนดหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การหนึ่งการใด หรือเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นที่คณะกรรมการฯ กำหนด

สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยกฎหมายสถานพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขของเอกชนอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

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

หน่วยบริการประจำ หรือ CUP (อ่านว่า คัพ เป็นคำย่อมาจาก Contracting Unit for Primary Care: คอน แทร็ค ดิง – ยู นิต – ฟอร์ – ไพร์ มา รี – แคร้) หมายความว่า สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง และมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการสาธารณสุขในกรณีที่เกิดขีดความสามารถ ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำของตน ทั้งนี้หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU (อ่าน พิชียู เป็นคำย่อมาจาก Primary Care Unit: อ่าน ไพร์ มา รี – แคร้ – ยู นิต) หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าวสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้ ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด

จัดเป็น PCU แม่ข่าย และมี PCU เครือข่ายมาร่วมกันจัดบริการในตำบล ที่มีโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 1 แห่ง

หน่วยบริการรับส่งต่อ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ซึ่งสามารถ จัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะด้าน โดยผู้มีสิทธิสามารถใช้ บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อได้เมื่อได้รับการส่งต่อหรือได้รับความ เห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน ทั้งนี้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ มีสิทธิ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่ คณะกรรมการกำหนด

หน่วยบริการร่วมให้บริการ หมายความว่า สถานบริการที่จัดบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิเฉพาะด้าน ตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด และได้ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ โดยมีข้อตกลงเป็นหนังสือกับหน่วยบริการประจำหรือ สำนักงาน ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้หน่วยบริการร่วมให้บริการมีสิทธิ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่ คณะกรรมการกำหนด

หน่วยสำรองเตียง หมายถึง โรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมโครงการให้บริการเฉพาะ บางโรคแก่ผู้ป่วย UC ที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีข้อจำกัดในการให้บริการ เช่น โรคทางระบบสมอง โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ และ ปัญหาทารกแรกคลอด เป็นต้น

หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรขึ้นไปปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ที่รับผิดชอบ ของ รพ.สต./อสม./ท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดยรับผิดชอบประชากร ประมาณ 1,250 - 2,500 คน/หมอครอบครัว ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล

ภาคผนวก 2



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่
พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงองค์ประกอบ การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เพื่อให้การปฏิบัติภารกิจตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มอบหมาย ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ และมาตรา ๒๖(๑๔) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๘ 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 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และได้ดำเนินกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอยู่ในเขตพื้นที่หรือในจังหวัดแล้วแต่กรณี และมีผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน

“ผู้ทรงคุณวุฒิ” หมายความว่า ผู้มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ เช่น ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ด้านกฎหมาย ด้านการเงินการคลัง ด้านบริหาร ด้านสื่อสารมวลชน ด้านปราชญ์ชาวบ้าน หรือด้านอื่นๆ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ ให้มีคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ในทุกเขตพื้นที่ ยกเว้นเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยบุคคลในเขตพื้นที่ ดังนี้

- | | |
|---|-----------|
| (๑) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ | ที่ปรึกษา |
| (๒) ผู้อำนวยการหน่วยบริการสังกัดมหาวิทยาลัยในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) | ที่ปรึกษา |

(๓) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่	รองประธาน อนุกรรมการ
(๔) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
(๕) นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดหรือนายกเทศมนตรีหรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล 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) ผู้อำนวยการหน่วยบริการของรัฐนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุขในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการ
(๑๐) ผู้บริหารสถานบริการภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการในเขตพื้นที่ (ถ้ามี) จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการ
(๑๑) ผู้แทนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระตามมาตรา ๕๐(๕)แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือศูนย์ประสานงาน ภาคประชาชนหรือองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขหรือ คุ้มครองผู้บริโภคในเขตพื้นที่ จังหวัดละ ๑ คน	อนุกรรมการ
(๑๒) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ จำนวน ๒ คน	อนุกรรมการ
(๑๓) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ คน	อนุกรรมการ
(๑๔) รองผู้อำนวยการหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่ ซึ่งผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่มอบหมาย จำนวน ๑ คน	อนุกรรมการ และเลขานุการ

กรณีทีอนุกรรมการตาม (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) กำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงาน

(๒) กำหนดแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบลงทุน งบบริการผู้ป่วยใน งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น

(๓) กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และแบ่งพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น

(๔) สนับสนุนและกำกับการดำเนินงานของสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามกรอบและแนวทางที่กำหนด

(๕) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานหลักประกันสุขภาพในระดับอำเภอหรือจังหวัด หรือเขตพื้นที่ได้ เท่าที่จำเป็น

(๖) อำนาจหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการและสำนักงานมอบหมาย

ข้อ ๗ ให้อนุกรรมการตามข้อ ๓ (๕) - (๑๓) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ ๔ ปีและอาจได้รับการแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้ โดยให้เริ่มนับวาระตั้งแต่ คณะอนุกรรมการได้รับการแต่งตั้งตามประกาศนี้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมิได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการตามข้อ ๓ ให้อนุกรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่าอนุกรรมการซึ่งแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ในกรณีที่อนุกรรมการที่มาจากการแต่งตั้งตามข้อ ๓ พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการแต่งตั้งอนุกรรมการแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่อนุกรรมการพ้นจากตำแหน่ง และให้ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทน อยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของผู้ซึ่งตนแทน เว้นแต่ วาระของอนุกรรมการเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่แต่งตั้งอนุกรรมการแทนก็ได้ และในการนี้ให้ คณะอนุกรรมการประกอบด้วย อนุกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ข้อ ๘ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามข้อ ๗ แล้ว ให้อนุกรรมการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ย้ายไปดำรงตำแหน่ง หรือไปประกอบวิชาชีพหรืออาชีพ ในเขตพื้นที่อื่นหรือ จังหวัดอื่น แล้วแต่กรณี

(๔) คณะกรรมการมีมติให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

ข้อ ๙ ในระหว่างการแต่งตั้งคณะกรรมการตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่าคณะกรรมการตามประกาศนี้จะเข้ารับหน้าที่

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 วิธีการประชุมและปฏิบัติงานของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกำหนดลักษณะหรือประเภทการมีส่วนได้เสียซึ่ง กรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้งให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้มีมติในการประชุม ครั้งที่ ๖/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๙ ให้ออกระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย การประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ยกเลิกระเบียบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการประชุมและการ ปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๖

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการ

“ประธานกรรมการ” หมายความว่า ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณอนุกรรมการ” หมายความว่า คณอนุกรรมการที่คณะกรรมการแต่งตั้งเพื่อให้ ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือที่คณะกรรมการ มอบหมาย

“เลขานุการ” หมายความว่า เลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ส่วนได้เสีย” หมายความว่า รวมถึง ความขัดแย้งกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและ ผลประโยชน์ส่วนรวม

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการ เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาด ปัญหาในการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวด ๑ การประชุม

ข้อ ๖ การประชุมคณะกรรมการ ถือเป็นการประชุมโดยเปิดเผย แต่ถ้าคณะกรรมการมีมติให้ประชุมลับก็ให้ประชุมลับ

การประชุมลับ ห้ามบุคคลที่มีใช้กรรมการเข้าฟังการประชุม เว้นแต่ผู้ที่ได้รับอนุญาตจากประธานในที่ประชุมเท่านั้น

ข้อ ๗ การประชุมคณะกรรมการตามปกติ จะมีขึ้นเมื่อใด ให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการหรือตามที่ประธานกรรมการเห็นสมควร

ข้อ ๘ การนัดประชุม ต้องทำเป็นหนังสือหรือเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์แจ้งให้ทราบล่วงหน้า เว้นแต่เมื่อได้บอกนัดในที่ประชุมแล้วและที่ประชุมมีมติว่าไม่ต้องทำหนังสือนัดประชุม

แต่ทั้งนี้ สำนักงานจะต้องส่งหนังสือนัดประชุม ไปยังผู้ที่มีได้มาประชุมในวันที่มีการบอกนัดด้วย

ข้อ ๙ กรรมการที่ประสงค์จะเสนอเรื่องเข้าเป็นวาระการประชุม ให้ส่งเรื่องให้เลขานุการล่วงหน้า กรณีเสนอเรื่องในระหว่างการประชุมให้เสนอได้ เมื่อได้รับความเห็นชอบจากประธานกรรมการหรือประธานในที่ประชุม

คณะอนุกรรมการที่ประสงค์จะเสนอเรื่องเป็นวาระการประชุม ให้ดำเนินการ ดังนี้

(๑) ส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการนโยบายยุทธศาสตร์ หรือคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการมอบหมายให้ทำหน้าที่ช่วยพิจารณา กลั่นกรอง ให้ความเห็น เพื่อความรอบคอบก่อน แล้วจึงส่งเรื่องให้เลขานุการบรรจุเป็นวาระการประชุม 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 ถ้าหากไม่ครบองค์ประชุมและพ้นกำหนดเวลานัดประชุมสามสัปดาห์แล้ว ประธานกรรมการอาจสั่งให้เลื่อนการประชุมไปก็ได้

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ข้อ ๑๓ การประชุมคณะกรรมการ ต้องดำเนินการตามระเบียบวาระ เว้นแต่ประธานในที่ประชุมเห็นสมควรเป็นอย่างอื่น

ข้อ ๑๔ ประธานในที่ประชุม มีอำนาจปรึกษาที่ประชุมในปัญหาใดๆ สั่งพักการประชุม เลื่อนการประชุม หรือเลิกการประชุมได้ตามที่เห็นสมควร

ข้อ ๑๕ ก่อนที่เลขานุการจะเสนอรายงานการประชุมให้ที่ประชุมรับรอง ให้เลขานุการส่งรายงานการประชุมนั้นให้กรรมการพร้อมหนังสือนัดประชุม เว้นแต่เป็นการนัดประชุมเร่งด่วนหรือมีเหตุผลความจำเป็นให้สำนักงานแจ้งรายงานการประชุมในที่ประชุมก็ได้

กรรมการผู้ใดต้องการเปลี่ยนแปลง แก้ไขหรือเพิ่มเติมถ้อยคำหรือข้อความในรายงานการประชุมต้องได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุม

ข้อ ๑๖ ให้มีการรับรองรายงานการประชุมแต่ละครั้งในการประชุมครั้งถัดไป อย่างไรก็ตาม หากมีกรณีที่ต้องรับรองมติการประชุมเป็นเรื่องๆ ในการประชุมครั้งนั้น ให้สามารถกระทำได้ โดยเลขานุการเป็นผู้อ่าน ทิมพ์ 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) เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่กรรมการผู้นั้นเป็นเจ้าของ 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

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของอนุกรรมการ

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงค่าเบี้ยประชุม และค่าใช้จ่ายในการเดินทางในการปฏิบัติหน้าที่ของอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ มาตรา ๒๑ และมาตรา ๕๑ 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 หรือฝึกอบรม ในราชอาณาจักร 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

ในการเดินทางไปประชุมซึ่งมีสิทธิได้รับเบี้ยประชุม ให้งดเบิกค่าเบี้ยเลี้ยง

(๒) ค่าที่พัก ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการ เบิกได้เท่าที่จ่ายจริง และโดยประหยัด คำนวณความเป็นและเหมาะสม 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 เบิกจ่ายเป็นเงินสดเช่ค่าเชื้อเพลิง ในอัตรากิโลเมตรละ ๓ บาท หรือตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

หน้า ๘

เล่ม ๑๒๔ ตอนพิเศษ ๑๐๑ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๐

ข้อ ๔ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานสาขา ดำเนินการเบิกจ่าย ค่าเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางตามความเหมาะสมและประหยัด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงงบที่ได้รับอนุมัติหรือที่ได้รับการจัดสรร แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้

ข้อ ๕ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

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 การปรับปรุงหลักเกณฑ์การกำหนดอัตราเงินเดือนหลักเกณฑ์การกำหนดเบี้ยประชุม และการพัฒนาการดำเนินงานและการประเมินผลองค์กรมหาชน 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

หน้า ๗

เล่ม ๑๓๐ ตอนพิเศษ ๑๙๐ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๖

(๓) ให้ประธานอนุกรรมการและอนุกรรมการในระดับจังหวัด ได้รับเบี้ยประชุม เป็นรายเดือน ในอัตราดังนี้

(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 อัตราเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ของอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง 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 ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

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

ภาคผนวก 3

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน พ.ศ. 2560 – 2564

โดย คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมฯ ของทุกภาคส่วน

ที่มา

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

ความสำคัญ

1. เจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีเหตุผลในการประกาศใช้ เพื่อรองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 52 ที่บัญญัติให้ชนชาวไทย มีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยต้องเร่งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบบริการ โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะต้องดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ¹

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

3. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้บัญญัติให้มีการมีส่วนร่วมของ องค์กรชุมชน 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) โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการกิจของคณะกรรมการฯ ในยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความมั่นใจการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Ensure participation and ownership of all stakeholders) ซึ่งประกอบด้วย 4 กลวิธี ได้แก่

- 4.1 Expand participation & ownership ขยายและเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบของภาคยุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ
- 4.2 Stakeholder relation จัดระบบ/กลไกในการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย/ภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง
- 4.3 Improve hearing process ปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป โดยเพิ่มความสำคัญของ stakeholders กลุ่มต่างๆ
- 4.4 UHC in Global Health ร่วมกับกลไกนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับโลก ช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพในประเทศ

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

ดังนั้น จึงมีความจำเป็น ที่จะต้องกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงานมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 25545 ต่อไป

นิยาม

- การมีส่วนร่วม (Participation)² หมายถึง การที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการหรือขั้นตอนต่างๆ ของดำเนินงาน ตั้งแต่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การร่วมแสดงทัศนคติ ความคิดเห็น การร่วมเสนอปัญหาและความต้องการ การร่วมคิดวางแผน กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา การร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การร่วมในการดำเนินการและการร่วมติดตามประเมินผลและตรวจสอบ รวมทั้ง การร่วมรับผลประโยชน์ จากการพัฒนานั้นๆ
- ทุกภาคส่วน หมายถึง ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย
 - ประชาชนทั่วไป ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - องค์กรภาคประชาสังคม (Civil Society) หมายถึง องค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ ไม่ว่าจะมีส่วนสถานะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ด้านพัฒนาสังคม ไม่แสวงหากำไรมาแบ่งปันกัน³

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

³ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนางานองค์กรภาคประชาสังคม 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 หน่วยงานราชการต่างๆ นักวิชาการ สถาบันการศึกษา ฯลฯ

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน พ.ศ. 2560–2564

วิสัยทัศน์ (VISION)

ประชาชนทุกคน มีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพ

พันธกิจ (MISSION)

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

กลยุทธ์และกลวิธีดำเนินการ

Strategy 1 : ส่งเสริม สนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ
(Engagement)

กลยุทธ์

1. สร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้เสีย ขยายหรือเชื่อมร้อยการดำเนินงานของเครือข่าย ให้มีความเข้าใจกันยิ่งขึ้น (Stakeholder relation)⁴ เช่น เครือข่ายผู้ให้บริการต่างๆ
2. ขยาย (Expand) และเพิ่มระดับ (Enhancement) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิม⁵
3. ค้นหา กลุ่ม เครือข่ายใหม่ ที่ยังไม่เข้ามามีส่วนร่วม สร้างความเข้าใจ พัฒนาแนวคิดด้านหลักประกันสุขภาพร่วม และสนับสนุนการเปิดพื้นที่ เวทีเพิ่มเติม
4. จัดทรวัดกรรรมรูปแบบระบบบริการใหม่ๆ 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 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างความ เป็นเจ้าของร่วม
- 2) สร้างร่วมมือระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานภายใน สปสช. เพื่อถอดบทเรียน หรือจัดการ ความรู้จากประสบการณ์การทำงาน (Knowledge management)
- 3) ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ สร้างกรอบการทำงาน(Framework)หรือรูปแบบ(Model)การมีส่วนร่วม ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูง มีธรรมาภิบาลและนำไปสู่ความยั่งยืนในอนาคต
- 4) พัฒนาศักยภาพ เสริมสมรรถนะ (Capacity Building) เพิ่มองค์ความรู้ให้กับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น การสร้างความเข้มแข็งกลไกการติดตามประเมินคุณภาพบริการ และดำเนินการประเมินติดตาม ร่วมกัน⁶

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ส่งเสริมการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพ (Mechanism Development)

กลยุทธ์

- 1) ส่งเสริม สนับสนุน กลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย ในการติดตาม ค้นหา การเข้าไม่ถึงสิทธิของ ประชาชนกลุ่มเปราะบาง⁷
- 2) ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างรูปธรรมข้อเสนอ จากเวทีรับฟังความคิดเห็น⁸
- 3) พัฒนาระบบและกลไกการสื่อสารระหว่างสปสช. และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม มากขึ้นกว่าเดิม เช่น นำร่องการใช้ระบบเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานของเครือข่าย
- 4) ส่งเสริม พัฒนาความรู้ ด้านกฎหมายหลักประกันสุขภาพ ให้กับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะใน ประเด็นที่จะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Law Development)

⁶ ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 5.2

⁷ ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 1.2

⁸ ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 4.3

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาความเป็นสถาบันของระบบหลักประกันสุขภาพ (Institutional Building) กลยุทธ์

- 1) ส่งเสริม สร้างความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (sense of belonging, sense of ownership) แก่บุคลากร สปสข. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีความตื่นตัวและมีส่วนร่วมต่อประเด็นการเปลี่ยนแปลง สำคัญๆ ของระบบหลักประกัน
- 2) สร้างแรงจูงใจให้บุคลากร คณะกรรมการหลักฯ คณะกรรมการควบคุมฯ และผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ให้มีความผูกพัน มุ่งมั่น ท่วมเท ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ⁹
- 3) พัฒนาแกนนำของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสืบทอดเจตนารมณ์ อุดมการณ์ของระบบหลักประกันสุขภาพให้ยั่งยืน
- 4) สนับสนุนให้มีการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการบริหารงานอย่างมีธรรมาภิบาล และมีประสิทธิภาพในการทำงาน¹⁰

ตัวชี้วัดสำคัญ (Indicators)

- 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 รองรับการทำงานตามกลยุทธ์”

⁹ ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 5.1

¹⁰ ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560 – 2564) ข้อ 5.5

ภาคผนวก 4



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 ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

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) การควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

(๔) การดำเนินการเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย

(ก) การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ข) การบริหารจัดการสำนักงาน

(ค) การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป เกี่ยวกับการเสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการ ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร และคำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ ในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ เพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ

(ง) การดำเนินงานหรือบริหารจัดการระบบและเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการกำหนดหลักเกณฑ์การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน องค์กรเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร

(จ) การพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตรา และการควบคุม กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(ฉ) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากรักษาพยาบาล

(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 หรือทางระบบ

เครือข่ายสารสนเทศ

(๗) การเปิดโอกาสให้ประชาชนมารับฟังข้อมูลและแสดงความคิดเห็น

ข้อ ๗ การเชิญชวนผู้ร่วมเสนอความคิดเห็น อาจกระทำโดยวิธีการ ดังนี้

(๑) การส่งหนังสือเชิญชวนไปยังบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๒) จัดให้มีการประกาศในหนังสือพิมพ์รายวันไม่น้อยกว่า ๑ ฉบับ

(๓) เผยแพร่ในเว็บไซต์ของสำนักงาน

(๔) วิธีอื่นใดที่คณะกรรมการเห็นสมควร

วิธีการเชิญชวนตามวรรคหนึ่งนั้น ให้สำนักงานพิจารณาตามความจำเป็นและความเหมาะสมเป็นกรณีไป โดยอาจเลือกวิธีหนึ่งวิธีใด หรือใช้หลายวิธีร่วมกันก็ได้

ข้อ ๘ ให้สำนักงานดำเนินการจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นตามข้อบังคับนี้ ภายในเดือน มกราคม ถึง เดือนมิถุนายน ของทุกปี และให้สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นต่อคณะกรรมการ ภายใน ๔๕ วันนับจากการรับฟังความคิดเห็นของทุกปีเสร็จสิ้นลง

ข้อ ๙ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการและมีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖



(นายประดิษฐ์ 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 ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จิ. น.

(ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก 5

หน้า ๒๗

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 วิธีการ และเงื่อนไข 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 เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการพิสูจน์อุกษิต

“ผู้อุปการะ” หมายความว่า ผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร

หน้า ๖๘

เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๑๒๘ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๕

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด

ข้อ ๕ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับนี้ ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่มิใช่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

ข้อ ๖ ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๒๕๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท

(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ ๓๗ สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง (๑) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (๑) (๒) และ (๓) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

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

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

คณะอนุกรรมการมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในข้อ ๖

การพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการให้กระทำไปแล้วเสร็จโดยเร็ว ทั้งนี้ ไม่เกิน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับคำร้องขอ ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบ

ข้อ ๙ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใดที่ไม่มี คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสม จำนวน ๕ - ๗ คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้ง เป็นคณะกรรมการตามข้อ ๘ โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้องมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ๓ คน ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน โดยให้ดำเนินการคัดเลือกตาม วิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น เป็นเลขานุการคณะกรรมการ

ให้คณะกรรมการ มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ ๒ ปี

เมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรมการแล้ว ให้เลขานุการเรียกประชุมคณะกรรมการ เพื่อให้ที่ประชุม เลือกรับรองกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ

ข้อ ๑๐ ในกรณีผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะของบุคคลดังกล่าว ไม่เห็นด้วยกับ ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๖ หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือจัดประเภทของความเสียหายโดยไม่ถูกต้อง ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยยื่นที่สำนักงานสาขาของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๐ (๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย

ข้อ ๑๑ กรณีที่มีการอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการ ให้สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติพิจารณาว่าเป็นไปตามเงื่อนไขการยื่นอุทธรณ์ตามข้อ ๑๐ หรือไม่ หากเป็นไปตาม เงื่อนไขให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขวินิจฉัยชี้ขาด ดังนี้

(๑) สั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในข้อ ๖ หรือ

(๒) สั่งให้ยกอุทธรณ์

คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ให้เป็นที่สุด

ข้อ ๑๒ ให้คณะกรรมการตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นคณะกรรมการตามข้อบังคับนี้

หน้า ๗๐

เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๑๒๘ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๕

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 เนื่องจากมีกรณียกเลิกการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด

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 ทยายาทหรือผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่หน่วยบริการ หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่หรือหน่วยงาน หรือองค์กรอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายใน ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย”

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

“ข้อ ๙ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรณีไม่มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจำนวน ๕-๗ คน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ ตามข้อ ๘ โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้องมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ๓ คน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน โดยให้ดำเนินการคัดเลือกตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการของคณะกรรมการจังหวัดนั้น

ให้อนุกรรมการ มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ ๔ ปี และอาจได้รับเลือกใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคสาม หากยังมีได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นใหม่ ให้อนุกรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่าอนุกรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกใหม่เข้ารับหน้าที่

เมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรมการแล้ว ให้เลขานุการเรียกประชุมคณะกรรมการ เพื่อให้ที่ประชุมเลือกอนุกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ”

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. ๒๕๕๕

(๒) อนุกรรมการย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพหรืออาชีพในจังหวัดอื่น หรือย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยไปจังหวัดอื่น

(๓) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่แต่งตั้งอนุกรรมการพ้นจากตำแหน่ง”

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

“ข้อ ๑๐ ผู้ยื่นคำร้องตามข้อ ๗ ที่ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการที่ส่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๖ หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือจัดประเภทของความเสียหายโดยไม่ถูกต้อง ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ที่หน่วยบริการหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ หรือหน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย”

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

“ข้อ ๑๒/๑ กรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาด

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขให้ถือเป็นที่สุด”

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

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพิจารณาคำร้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ มีอำนาจมอบให้หัวหน้าหน่วยงานหรือองค์กรอื่น เป็นเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการของคณะกรรมการจังหวัดได้ตามความจำเป็น

ข้อ ๙ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการร้องเรียนของ
ผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ
สาธารณสุข ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๐ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ.
๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้มีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา
เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการและเงื่อนไข การร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“ผู้ถูกละเมิดสิทธิ” หมายความว่า ผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุขตาม
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“ผู้ร้องเรียน” หมายความว่า ผู้ถูกละเมิดสิทธิหรือผู้แทน และให้หมายความรวมถึง
ผู้พบเห็นและอยู่ในเหตุการณ์การละเมิดสิทธิการให้บริการสาธารณสุขของผู้ถูกละเมิดสิทธิด้วย

“เรื่องร้องเรียน” หมายความว่า เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิการให้บริการ
สาธารณสุข

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
บริการสาธารณสุข

“หน่วยรับเรื่องร้องเรียน” หมายความว่า สำนักงาน หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่น
ซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงาน
สาขา แล้วแต่กรณี

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๕ ผู้ร้องเรียนมีสิทธิร้องเรียนหน่วยบริการต่อหน่วยรับเรื่องร้องเรียนโดยทำเป็น
หนังสือหรือมาร้องเรียนด้วยตนเอง หรือร้องเรียนทางโทรศัพท์ หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

ข้อมูลการร้องเรียนตามวรรคหนึ่งประกอบด้วยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถ
ติดต่อได้ เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรสาร และข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียนหรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้องกับ
เรื่องร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิ

ข้อ ๖ ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนมีหน้าที่ ดังนี้

(๑) รับและตรวจสอบเรื่องร้องเรียน

(๒) บันทึกข้อมูลการร้องเรียน และข้อเท็จจริงต่างๆ

(๓) รวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

(๔) ให้ข้อมูล ชี้แจงและแนะนำ ประสาน ใกล้เคียง แก้ปัญหา และให้ความ
ช่วยเหลือในเบื้องต้น หากไม่สามารถยุติเรื่องได้ ให้ส่งเรื่องนั้นพร้อมทั้งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้อง
ให้สำนักงานเพื่อดำเนินการต่อไป

(๕) กรณีเรื่องร้องเรียนใดเป็นการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้ส่งเรื่องนั้น
ให้คณะอนุกรรมการที่มีหน้าที่พิจารณา

(๖) จัดทำรายงานข้อมูลการร้องเรียนเสนอคณะอนุกรรมการทุกเดือน

(๗) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะอนุกรรมการมอบหมาย

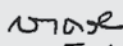
ข้อ ๗ กรณีที่หน่วยรับเรื่องร้องเรียนพบว่าเรื่องที่ได้รับอยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบ ให้ส่ง
เรื่องร้องเรียนนั้นให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินการ

ข้อ ๘ การดำเนินการตาม ข้อ ๖(๑) (๒) (๓) และ(๔) ต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายใน
สามสิบวัน ถ้าดำเนินการยังไม่แล้วเสร็จ ให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายัง
ดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานเหตุผลการดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้คณะกรรมการควบคุม
คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณา

ข้อ ๙ ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนแจ้งผลการดำเนินการตามข้อ ๘ ต่อผู้ร้องเรียนและ
หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นทราบภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่ดำเนินการแล้วเสร็จ

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามข้อบังคับนี้
และมีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายชาติรี บานชื่น)

ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข



ข้อบังคับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวน
พ.ศ. ๒๕๕๖

โดยที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ มาตรา ๕๑ และมาตรา ๕๘ กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน เพื่อทำหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็น กรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบพบว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข หรือกรณีที่ผู้รับบริการร้องเรียนต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีการสอบสวน

ฉะนั้นเพื่อให้การสอบสวนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความเป็นธรรมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ และครั้งที่ ๘/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๖ ให้ออกข้อบังคับไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวน พ.ศ. ๒๕๕๖

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

“เรื่องร้องเรียน” หมายความว่า

(ก) เรื่องที่ผู้รายงาน ตรวจสอบว่าหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด

(ข) เรื่องที่ผู้รับบริการ ไม่ได้ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการ

(ค) เรื่องที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(ง) เรื่องที่ผู้รับบริการ ไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร

“คู่มือ” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี กับหน่วยบริการ และให้หมายความรวมถึง บุคคลผู้เข้ามาสู่กระบวนการสอบสวนเนื่องจากถูก กระหนาบสิทธิในฐานะผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วย

“ผู้ร้องเรียน” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการให้บริการ สาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และให้หมายความรวมถึง บิดา มารดา บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย ผู้สืบสันดาน สามีหรือภรรยาในความคิดที่ผู้รับบริการถูกละเมิดสิทธิอาศัยหรือ บาดเจ็บจนไม่สามารถจัดการเองได้ หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาล ในกรณีที่ผู้รับบริการถูก ละเมิดสิทธิเป็นผู้เยาว์ ผู้ไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

“ผู้รายงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขา ในกรณีที่ ตรวจสอบพบว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการ ให้บริการสาธารณสุข ตามมาตรา ๕๗ แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือ เป็นเรื่องที่ได้รับร้องเรียนจากผู้รับบริการเพื่อให้มีการสอบสวน ตามมาตรา ๕๘ แห่ง พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“การสอบสวน” หมายความว่า การแสวงหาข้อเท็จจริงและหลักฐาน รวมทั้งการ รวบรวมพยานหลักฐานและการดำเนินการทั้งหลายซึ่งคณะกรรมการสอบสวน ได้กระทำไปตามอำนาจหน้าที่ เพื่อจะทราบข้อเท็จจริงและรายละเอียดแห่งคดีในการพิสูจน์ความผิดตามความเหมาะสมในเรื่องนั้น ๆ โดย ไม่ต้องผูกพันอยู่กับคำขอหรือพยานหลักฐานของคู่กรณี

“คณะกรรมการสอบสวน” หมายความว่า คณะกรรมการสอบสวนที่คณะกรรมการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข แต่งตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“ประธานคณะกรรมการสอบสวน” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับแต่งตั้งจาก คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ

“คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ” หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๔ เมื่อประธานคณะกรรมการสอบสวน ได้รับเรื่องร้องเรียนจากคณะกรรมการควบคุม คุณภาพ ให้ประธานคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการประชุม เพื่อพิจารณาและกำหนดประเด็นและ แนวทางการสอบสวนโดยไม่ชักช้า

การประชุมคณะกรรมการสอบสวน ต้องมีกรรมการสอบสวนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการสอบสวนทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานคณะกรรมการสอบสวน เป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานคณะกรรมการสอบสวนไม่มาประชุม หรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการสอบสวนที่มาประชุมเลือกกรรมการสอบสวนคนหนึ่ง เป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุม ให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุม ออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ในกรณีที่กรรมการสอบสวนผู้ใด มีความเห็นแตกต่างจากกรรมการสอบสวนเสียงข้างมาก และต้องการให้บันทึกความเห็นที่แตกต่างไว้ ก็ให้กระทำได้

รายงานพร้อมความเห็นของคณะกรรมการสอบสวน ที่จะเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ ให้เป็นไปตาม ข้อ ๑๗ (๖)

ข้อ ๕ ให้ประธานคณะกรรมการสอบสวน แจ้งเรื่องร้องเรียนและประเด็นความคิด ให้หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียนทราบ พร้อมแจ้งสิทธิ และหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาสอบสวนให้หน่วยบริการ ผู้ร้องเรียนทราบความจำเป็นแก่กรณี ว่าหน่วยบริการมีสิทธิได้รับทราบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องเรียนทั้งหมดเท่าที่ไม่กระทบถึงกระบวนการพิจารณาสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวน เพื่อให้หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียนมีโอกาสทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอ ในการโต้แย้งและแสดงหลักฐานของตน

ในการแจ้งเรื่องร้องเรียนตามวรรคหนึ่ง ให้ประธานคณะกรรมการสอบสวน แจ้งด้วยว่า หน่วยบริการมีสิทธิที่จะชี้แจงเรื่องร้องเรียนพร้อมแสดงพยานหลักฐาน ทั้งนี้ ภายในสิบห้าวัน นับแต่วันที่ ได้รับแจ้ง

ในการส่งสำเนาเรื่องร้องเรียนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการสอบสวนอาจใช้ดุลพินิจที่จะไม่เปิดเผยชื่อ ที่อยู่ผู้ร้องเรียน และข้อมูลอื่นๆ ที่ปรากฏในเรื่องก็ได้ แต่ทั้งนี้ต้องให้หน่วยบริการมีโอกาสทราบข้อเท็จจริงอย่างเพียงพอและมีโอกาสโต้แย้งแสดงหลักฐานที่จะแก้ข้อกล่าวหาได้

การส่งเรื่องร้องเรียนตามวรรคหนึ่ง ให้ส่งคามูมิสถานของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ

ข้อ ๖ เมื่อได้แจ้งหน่วยบริการตามข้อ ๕ แล้ว ให้คณะกรรมการสอบสวนพิจารณารวบรวมพยานหลักฐานที่จำเป็นแก่การพิสูจน์ข้อเท็จจริง ในการนี้ให้รวมถึงการดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) แสวงหาข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง

(๒) รับฟังพยานหลักฐาน คำชี้แจงหรือความเห็นของคู่กรณี หรือของพยานบุคคล หรือพยานผู้เชี่ยวชาญที่ถูกรณีกกล่าวอ้าง เว้นแต่คณะกรรมการสอบสวนเห็นว่าเป็นการกล่าวอ้างที่ไม่จำเป็น ฟุ่มเฟือย หรือประวิงเวลา

ผู้เชี่ยวชาญ

(๓) ขอข้อเท็จจริงหรือความเห็นเพิ่มเติมจากคู่กรณี พยานบุคคล หรือพยาน

(๔) ขอให้ผู้ครอบครองเอกสารหรือวัตถุพยาน ส่งเอกสารหรือ วัตถุพยานที่เกี่ยวข้อง

(๕) ออกไปตรวจสอบสถานที่

(๖) ดำเนินการอื่นใด เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่คู่กรณี

คู่กรณี ต้องให้ความร่วมมือกับคณะกรรมการสอบสวนในการพิสูจน์ข้อเท็จจริง และมีหน้าที่ต้องแจ้งพยานหลักฐานที่ตนทราบแก่คณะกรรมการสอบสวน

ข้อ ๑ คู่กรณี มีสิทธิขอตรวจเอกสารที่จำเป็นต้องรู้เพื่อการโต้แย้งหรือชี้แจงหรือป้องกันสิทธิของตนได้

การตรวจดูเอกสาร ค่าใช้จ่ายในการตรวจดูเอกสาร หรือการจัดทำสำเนาเอกสารให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

คณะกรรมการสอบสวนอาจอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้คู่กรณีตรวจดูเอกสารหลักฐานได้ ทั้งนี้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. ๒๕๑๘ และพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐

ข้อ ๘ คณะกรรมการสอบสวนมีอำนาจขยายเวลาการยื่นคำชี้แจงเรื่องร้องเรียนได้ตามที่เห็นสมควร หรือเมื่อได้รับการร้องขอจากหน่วยบริการ

ข้อ ๙ เมื่อคู่กรณี มาปรากฏตัวต่อคณะกรรมการสอบสวน ให้คณะกรรมการสอบสวน แจ้งเรื่องร้องเรียนและประเด็นที่จะสอบสวน พร้อมสิทธิและหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาให้คู่กรณีทราบตามความจำเป็นแล้วแต่กรณี

ข้อ ๑๐ คู่กรณีมีสิทธิมอบอำนาจให้บุคคลหนึ่งบุคคลใด ซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดแทนตนได้ โดยทำเป็นหนังสือ เว้นแต่การกระทำนั้นเป็นเรื่องที่ต้องกระทำเองเป็นการเฉพาะตัวโดยแท้

ข้อ ๑๑ คู่กรณีมีสิทธินำทนายความหรือที่ปรึกษาของตน เข้าร่วมรับฟังกระบวนการสอบสวนได้

กรณีทนายความหรือที่ปรึกษา ได้กระทำลงต่อหน้าคู่กรณีให้ถือว่าเป็นการกระทำของคู่กรณีเอง เว้นแต่คู่กรณีจะโต้คัดค้านเสียในขณะนั้น

ข้อ ๑๒ ในการพิจารณาทางสอบสวน คณะกรรมการสอบสวนอาจตรวจสอบข้อเท็จจริงได้ตามความเหมาะสมในเรื่องนั้นๆ โดยไม่ต้องผูกพันอยู่กับคำร้องเรียน คำขอ คำชี้แจงหรือพยานหลักฐานของคู่กรณี

ข้อ ๑๓ คณะกรรมการสอบสวนอาจมอบหมายให้กรรมการสอบสวนคนหนึ่งคนใด หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไปรวบรวมพยานหลักฐานเฉพาะอย่าง มาเสนอคณะกรรมการสอบสวนก็ได้

ข้อ ๑๔ ในการดำเนินการสอบสวน คณะกรรมการสอบสวนถือเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และมีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครื่องหมายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่ มีชื่อชื่อมีหนังสือแจ้งข้อเท็จจริง มาให้ถ้อยคำ หรือส่งพยานหลักฐานเพื่อประกอบการสอบสวนได้

การเรียกพยานบุคคล มาให้ถ้อยคำต้องมีกรรมการสอบสวนร่วมสอบปากคำไม่น้อยกว่า ๒ คน ทั้งมีการบันทึกถ้อยคำให้เป็นไปตามแบบที่คณะกรรมการสอบสวนกำหนด

วิธีการและค่าใช้จ่าย ในการนำส่งพยานหลักฐานตามวรรคหนึ่งและในการเรียกพยานบุคคลมาให้ถ้อยคำ ให้เป็นดุลพินิจของประธานคณะกรรมการสอบสวน ที่จะดำเนินการได้ ตามความจำเป็น และเหมาะสมแก่กรณี หากเห็นเป็นการสมควร โดยค่าใช้จ่ายในการนำส่งเอกสาร ค่าพาหนะและค่าพาหนะของพยานผู้นั้น ให้เบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

ข้อ ๑๖ ในการประชุมคณะกรรมการสอบสวน ถ้ามีข้อเท็จจริงเป็นที่ยุติว่ามีกรรมการสอบสวนผู้ใดมีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา กรรมการสอบสวนผู้นั้นมีหน้าที่ต้องแจ้งให้คณะกรรมการสอบสวนทราบ และมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้น แต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

ลักษณะหรือประเภทของการมีส่วนได้เสียของกรรมการสอบสวนได้แก่

- (๑) เป็นเรื่องเกี่ยวกับกรรมการสอบสวนผู้นั้นโดยตรง
- (๒) เป็นเรื่องเกี่ยวกับคู่หมั้นหรือคู่สมรสของกรรมการสอบสวน
- (๓) เป็นเรื่องเกี่ยวกับญาติของกรรมการสอบสวนคือเป็นบุพการี ผู้สืบสันดาน พี่น้อง หรือลูกพี่ลูกน้องนับได้เพียงภายในสามชั้นหรือเป็นญาติเกี่ยวพันทางแต่งงานนับได้เพียงสองชั้น
- (๔) เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่กรรมการสอบสวนผู้นั้นเป็นหรือเคยเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้แทนหรือตัวแทนบุคคลนั้น
- (๕) เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่กรรมการสอบสวนผู้นั้นเป็นเจ้าหน้าที่ ลูกหนี้หรือนายจ้าง
- (๖) ลักษณะหรือประเภทอื่นๆ ซึ่งมีสภาพร้ายแรงอันอาจทำให้การพิจารณาไม่เป็นกลาง หรือลักษณะหรือประเภทอื่นๆ ที่คณะกรรมการสอบสวนกำหนดเพิ่มเติม

ข้อ ๑๗ เมื่อมีการคัดค้านว่ากรรมการสอบสวน ตนคนหนึ่งคนใด มีลักษณะหรือประเภทการมีส่วนได้เสีย และข้อเท็จจริงยังไม่เป็นที่ยุติว่ามีส่วนได้เสียหรือไม่ ให้คณะกรรมการสอบสวนพิจารณาเหตุคัดค้านนั้นในการประชุมดังกล่าว กรรมการสอบสวนผู้ถูกคัดค้านเมื่อได้รับแจ้งข้อเท็จจริงและตอบข้อซักถามแล้ว ต้องออกจากที่ประชุม

ถ้าคณะกรรมการสอบสวนมีกรรมการผู้ถูกคัดค้าน ในระหว่างกรรมการผู้ถูกคัดค้านต้องออกจากที่ประชุม ให้ถือว่าคณะกรรมการสอบสวนประกอบด้วยกรรมการทุกคนที่ไม่ถูกคัดค้าน

ถ้าที่ประชุมมีมติให้กรรมการสอบสวนผู้ถูกคัดค้านปฏิบัติหน้าที่ต่อไปด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าสองในสามของกรรมการสอบสวนที่ไม่ถูกคัดค้านซึ่งมาประชุม ให้กรรมการผู้นั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้ มติดังกล่าวให้กระทำโดยวิธีออกเสียงลงคะแนนลับ และให้ถือเป็นที่สุด

ข้อ ๑๘ ในรายงานการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวนอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญต่อไปนี้

(๑) วัน เดือน ปี ที่คณะกรรมการสอบสวน เสนอรายงานการสอบสวนพร้อมความเห็น

(๒) ชื่อ ที่อยู่ ของผู้กรณี

(๓) พฤติกรรมโดยย่อของหน่วยบริการที่ปรากฏในเรื่องร้องเรียน

(๔) พยานหลักฐานที่คณะกรรมการการสอบสวนรวบรวมได้

(๕) ข้อเท็จจริงที่สอบสวนได้

(๖) ความเห็นของคณะกรรมการสอบสวนว่า

(ก) พฤติกรรมของหน่วยบริการที่ถูกร้องเรียนเข้าข่ายเป็นการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดตามมาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือเป็นกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร หรือตามที่พึงจะได้รับบริการสาธารณสุข ที่กำหนดตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จากหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ หรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ตามมาตรา ๕๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ตามที่ถูกร้องเรียนกล่าวหา หรือ ไม่อย่างไร

(ข) เสนอโทษตามมาตรา ๕๘ มาตรา ๕๙ และมาตรา ๖๐ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ พิจารณาออกคำสั่ง

(๗) ลายมือชื่อของคณะกรรมการสอบสวน

ข้อ ๑๘ ในการเสนอรายงาน พร้อมความเห็นของคณะกรรมการสอบสวนต่อ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ ให้เสนอพร้อมพยานหลักฐานที่ฟัง แต่หากมีความจำเป็นหรือเห็นเป็นการ สมควรที่จะไม่ส่งพยานหลักฐานรายการใด ให้ระบุรายการพยานหลักฐานที่มีได้ส่งไว้ในรายงานการ สอบสวนด้วย

ข้อ ๒๐ วิธีปฏิบัติอันใดที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนซึ่งมิได้กำหนดไว้ในข้อบังคับนี้ ให้ ถือปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. ๒๕๓๕

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖



(นายเชษฐาธิ กาญจนพิทักษ์)

ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ

และมาตรฐานบริการสาธารณสุข



ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้คุณภาพและมาตรฐาน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘(๑) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๕๘ ให้ออกข้อบังคับไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

“มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข” หมายความว่า มาตรฐานเกี่ยวกับการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต... ทั้งนี้ให้รวมถึงการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

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

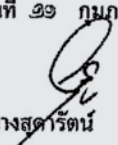
ข้อ ๔ มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ให้ถือปฏิบัติโดยอนุโลม ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล แล้วแต่กรณี เว้นแต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ เป็นอย่างอื่น

๒/ใน....

ในกรณีที่ถูกหมายตามวรรคหนึ่งไม่ได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขในเรื่องใดไว้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการเพิ่มเติมก็ได้

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘

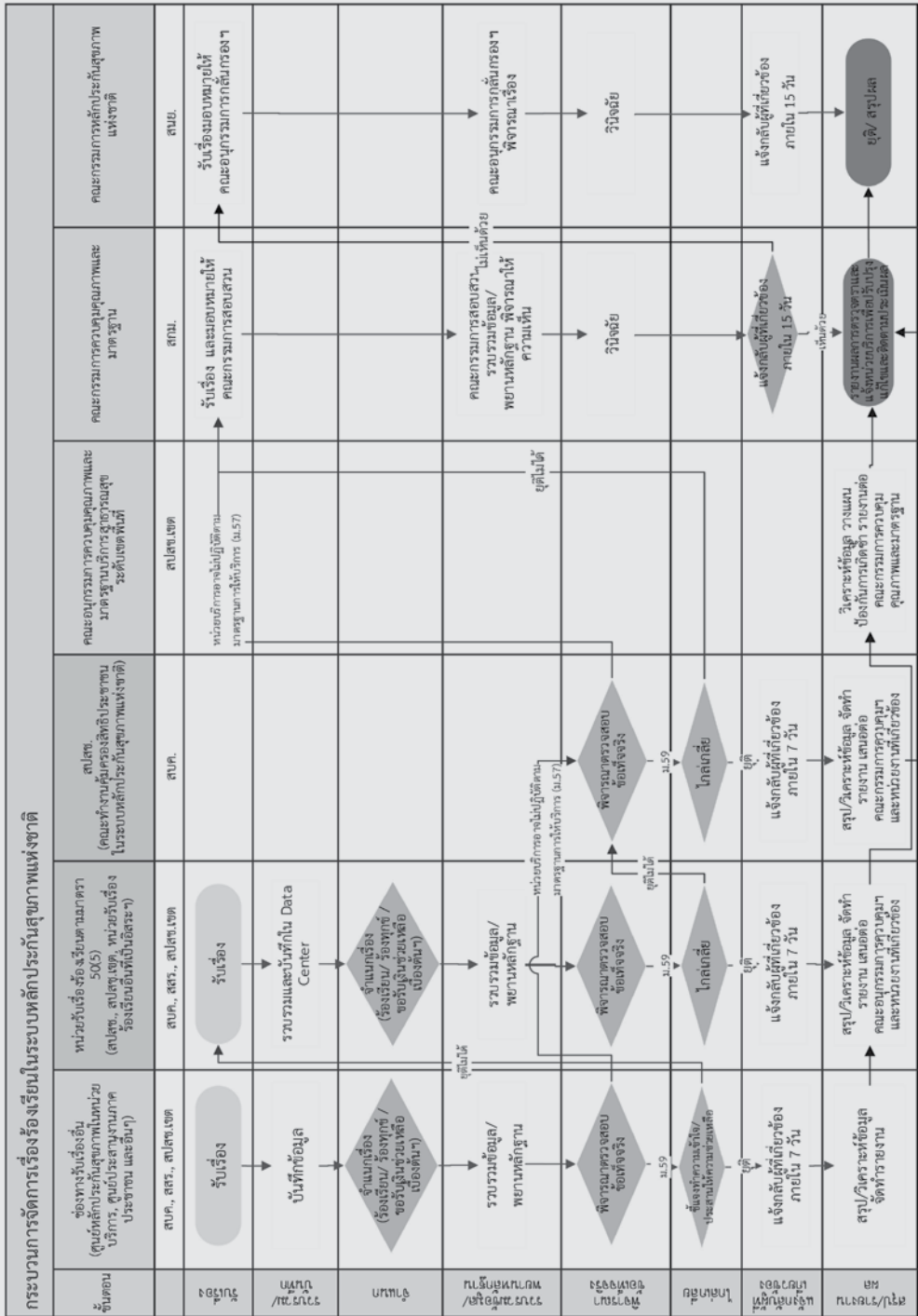


(นางสดารัตน์ เกษราพันธุ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กระบวนการจัดการเรื่องราวเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขั้นตอนการทำงาน

ก. ขั้นตอนการรับเรื่อง จัดการและไกล่เกลี่ยเรื่องร้องเรียน

1. ผู้รับบริการยื่นเรื่องร้องเรียนผ่านช่องทางการรับเรื่องได้แก่ โทรศัพท์ โทรสาร จดหมาย จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (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 ให้ส่งเรื่องร้องเรียนนั้น ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่รับผิดชอบดำเนินการ
2. หน่วยรับเรื่องร้องเรียน จัดการเรื่องร้องเรียนภายใน 30 วันทำการ ตามขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 ช่องทางรับเรื่องร้องเรียนอื่น จำแนกรื่องเป็น 1) เรื่องร้องเรียน 2) เรื่องร้องทุกข์ หรือ 3) เรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แล้วจึงรวบรวมข้อมูลและพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง
 - 2.1.1 กรณีที่พบว่าผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการ สาธารณสุขที่กำหนด หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่สิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) ดำเนินการให้ข้อมูล ชี้แจง แนะนำ ประสานให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น
 - ก. กรณีที่ยุติเรื่องได้ แจ้งกลับผู้ที่เกี่ยวข้องภายใน 7 วันทำการ แล้วสรุป วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ข. กรณีที่ยุติเรื่องไม่ได้ ให้ส่งเรื่องนั้นพร้อมเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป
 - 2.1.2 กรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) ให้ส่งเรื่องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป
 - 2.1.3 กรณีที่พบว่าเป็นการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้ส่งเรื่องนั้นให้คณะกรรมการ ที่มีหน้าที่พิจารณา
 - 2.2 หน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 รวบรวมและบันทึกข้อมูลในระบบ Data Center จำแนกรื่องเป็น 1) เรื่องร้องเรียน 2) เรื่องร้องทุกข์ หรือ 3) เรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แล้วจึงรวบรวมข้อมูลและพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง
 - 2.2.1 กรณีที่พบว่าผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการ สาธารณสุขที่กำหนด หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่สิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บ

เกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) ดำเนินการให้ข้อมูล ชี้แจงและแนะนำ ประสาน
ไกล่เกลี่ย แก้ปัญหา และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น

ก. กรณีที่ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่องได้ แจ้งกลับผู้ที่เกี่ยวข้องภายใน 7 วันทำการ แล้วสรุป วิเคราะห์
ข้อมูล และจัดทำรายงาน เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
บริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข. กรณีที่ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่องไม่ได้ ให้ส่งเรื่องนั้นพร้อมเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้อง
ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป

2.2.2 กรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด
(มาตรา 57) ให้ส่งเรื่องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบ
ข้อเท็จจริงต่อไป

2.2.3 กรณีที่พบว่าเป็นการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้ส่งเรื่องนั้นให้คณะกรรมการ
ที่มีหน้าที่พิจารณา

3. คณะทำงานคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ รับเรื่องกรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด
(มาตรา 57) และเรื่องร้องเรียนกรณีที่ไกล่เกลี่ย ยุติเรื่องไม่ได้ จากหน่วยรับเรื่องร้องเรียน
ตามมาตรา 50(5) และช่องทางรับเรื่องร้องเรียนอื่น แล้วพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง

3.1.1 กรณีที่พบว่าผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับการ
สาธารณสุขที่กำหนด หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่สิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บ
เกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) ดำเนินการไกล่เกลี่ย แก้ปัญหา และให้ความช่วยเหลือ
ต่างๆ

ก. กรณีที่ยุติเรื่องได้ แจ้งกลับผู้ที่เกี่ยวข้องภายใน 7 วันทำการ แล้วสรุป วิเคราะห์ข้อมูล
จัดทำรายงาน เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข. กรณีที่ยุติเรื่องไม่ได้ ให้ส่งเรื่องนั้นพร้อมเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องไปยัง
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อดำเนินการต่อไป

3.1.2 กรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด
(มาตรา 57) ให้ส่งเรื่องไปยังคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
บริการสาธารณสุข เพื่อดำเนินการมอบหมายคณะกรรมการสอบสวนพิจารณาต่อไป

หมายเหตุ การดำเนินการตั้งแต่ขั้นตอนการการรับเรื่อง จนถึงขั้นตอนการจัดการและไกล่เกลี่ย
เรื่องร้องเรียน ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน ถ้าดำเนินการไม่แล้วเสร็จ ให้ขยายเวลา
ออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานผลการดำเนินการ
ไม่แล้วเสร็จให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณา

๑. ขั้นตอนการพิจารณาและวินิจฉัยเรื่องร้องเรียน

๑. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รับเรื่องกรณีที่พบว่าหน่วยบริการอาจไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) และเรื่องร้องเรียนกรณีที่ไม่ได้แก่คดี ยุติเรื่องไม่ได้ จากคณะทำงานคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วมอบหมายให้คณะกรรมการสอบสวนเพื่อรวบรวมข้อมูลพยานหลักฐาน พิจารณาให้ความเห็น เสนอรายงานความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อวินิจฉัย แล้วจึงแจ้งผลการวินิจฉัยกลับไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องภายใน 15 วัน
 - 1.1 กรณีผู้ร้องเรียน เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัย สำนักงานสรุปและจัดทำรายงาน
 - 1.2 กรณีผู้ร้องเรียน ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัย ให้อุทธรณ์ผลการวินิจฉัยต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อมอบหมายให้คณะอนุกรรมการถ่วงดุลกรณีอุทธรณ์ พิจารณากลับกรณีอุทธรณ์คำสั่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 58 มาตรา 59 และมาตรา 61 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และเสนอรายงานความเห็นต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อวินิจฉัยอุทธรณ์ แล้วแจ้งกลับผู้ที่เกี่ยวข้อง

๒. ขั้นตอนการสรุป วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปรายงาน

๑. คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ รวบรวมข้อมูลผลการจัดการเรื่องร้องเรียนภายในพื้นที่ที่รับผิดชอบ สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนป้องกันเกิดซ้ำ แล้วจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี
๒. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รายงานผลการตรวจตราต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแจ้งหน่วยบริการเพื่อปรับปรุงแก้ไข และติดตามประเมินผล

ภาคผนวก 6



ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

โดยที่กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณสุขเท่าที่จะกระทำได้ และสมควรกำหนดให้มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพิ่มเติม เพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๐(๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๔ แห่งข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จึงมีมติในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ ให้ออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“หน่วยงาน” หมายความว่า รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน มูลนิธิ สมาคม ชมรม หรือการรวมกลุ่มในรูปแบบอื่นทั้งที่เป็นนิติบุคคล หรือไม่เป็นนิติบุคคล ซึ่งดำเนินงานด้านการคุ้มครองสิทธิ โดยมีวัตถุประสงค์ที่ใช้เป็นการแสวงหาผลกำไร

“หน่วยรับเรื่องร้องเรียน” หมายความว่า หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

“สำนักงานสาขา” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต หรือสาขาจังหวัด

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับจังหวัด

ข้อ ๒ หน่วยงานใดที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน ให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนได้ที่สำนักงานสาขา

ข้อ ๓ หน่วยรับเรื่องร้องเรียน ต้องมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

(๑) ไม่เป็นหน่วยบริการ หรือไม่เป็นหน่วยงานต้นสังกัด หรือไม่เป็นหน่วยงานในสังกัดของหน่วยบริการ

(๒) มีสถานที่ในการปฏิบัติงานอยู่แล้วและประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก และไม่ตั้งอยู่ในหน่วยบริการ

(๓) จะต้องดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับเรื่องร้องเรียนมากกว่า ไม่น้อยกว่า สองปี

(๔) มีผู้รับผิดชอบของหน่วยงานซึ่งสามารถให้บริการแก่ผู้มาติดต่อได้ ตลอดเวลาทำการ และต้องเป็นผู้เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และวิธีการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งคณะกรรมการควบคุม คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้จัด อบรม

ข้อ ๔ ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียน มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) รับและบันทึกเรื่องร้องเรียน

(๒) ตรวจสอบข้อมูล ข้อเท็จจริงและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

(๓) ประสานงาน ชี้แจง ทำความเข้าใจ และให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อให้ ผู้ร้องเรียนได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิ หากผู้ร้องเรียนยังไม่พอใจให้ส่งเรื่องร้องเรียนพร้อม เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการที่อยู่จังหวัดเดียวกับหน่วยบริการที่ถูกร้องเรียนพิจารณา ต่อไป ทั้งนี้ ขอให้สรุปผลการดำเนินงานรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุขเป็นประจำทุกเดือน ตามแบบรายงานที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและ มาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนด

(๔) จัดทำรายงานเกี่ยวกับข้อมูลการร้องเรียนเสนอคณะกรรมการและ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขอย่างน้อยปีละครั้ง ตามแบบ รายงานที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนด

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ข้อ ๕ ให้คณะกรรมการทำหน้าที่ตรวจประเมินหน่วยงานที่ยื่นคำขอขึ้น ทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามลักษณะที่กำหนดในข้อ ๓ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความ เหมาะสมหรือข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย

กรณีที่คณะกรรมการเห็นว่าหน่วยงานใดเหมาะสมที่จะกำหนดเป็นหน่วยรับ เรื่องร้องเรียนให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อ พิจารณา และหากคณะกรรมการดังกล่าวเห็นด้วยกับผลการตรวจประเมินนั้น ก็ให้คณะกรรมการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขประกาศกำหนดเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนต่อไป

คณะกรรมการต้องดำเนินการตรวจประเมินหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเป็นประจำ ทุกปี ในการนี้อาจมอบให้สำนักงานสาขาดำเนินการตรวจประเมินแทนก็ได้

ข้อ ๖ กรณีที่คณะกรรมการตรวจสอบพบว่า

(๑) หน่วยรับเรื่องร้องเรียนไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดในประกาศนี้ ให้คณะกรรมการพิจารณาพักงานหรือเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาเพื่อพักถอนการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน

(๒) หน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่มีพฤติกรรมไม่สุจริตหรือแสวงหาผลประโยชน์ ให้คณะกรรมการเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาพักถอนการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน

ข้อ ๗ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอาจได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ภายใต้แผนงบประมาณที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ

ข้อ ๘ ในกรณีที่มีเหตุอันสมควรหรือมีเหตุอื่นใด ซึ่งทำให้ประชาชนไม่สามารถเสนอเรื่องร้องเรียนต่อหน่วยรับเรื่องร้องเรียนใดได้โดยสะดวก คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขอาจพิจารณาพักถอนการขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนนั้นในเวลาใด ๆ ก็ได้

ข้อ ๙ ในกรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขให้เป็นที่สิ้นสุด

ข้อ ๑๐ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายเอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์)

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 วรคสี่ 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 การจะมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในพื้นที่ที่มากน้อยเพียงใด ให้คำนึงถึงความเหมาะสมหรือข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย

กรณีที่คณะอนุกรรมการตรวจประเมินตามวรรคหนึ่งแล้วเห็นว่า หน่วยงานที่ใดเหมาะสมที่จะกำหนดเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาประกาศกำหนดเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียน

ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ทำหน้าที่ตรวจประเมินหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเป็นประจำทุกปี และรายงานคณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขทราบ”

ข้อ ๓ ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการ และหน่วยงานได้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนไว้ที่สำนักงานสาขาแล้ว ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตทำหน้าที่ตรวจประเมิน และเสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนต่อไป

ข้อ ๔ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗



(นางประสพศรี อึ้งถาวร)

ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

บรรณานุกรม

- กลุ่มพัฒนาระบบค่าตอบแทน. สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูลของข้าราชการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; (ม.ป.ป) [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ocsc.go.th/compensation/สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล>
- กลุ่มดิจิทัล. ข่าวเด่นการแพทย์ฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.niems.go.th/th/View/ContentDetails.aspx?CatelId=108&ContentId=25600403104332489>
- โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สหพัฒนไพศาล; 2552.
- นพ. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. PARADIGM SHIFT IN HEALTH CARE [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oocities.org/thaifammed/paradigm.htm>
- ภาควิชาเวชศาสตร์และเวชกรรมสังคม. แผนกลยุทธ์ด้านการเรียนการสอน การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/preventive/dept_news_detail.asp?n_id=37&dept_id=17
- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงประนอม บุพศิริ. การฝากครรภ์ (Antenatal care) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: (มปป.) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://haamor.com/th/การฝากครรภ์/>
- สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทยสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช; 2559.
- สุรจิต สุนทรธรรม, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สัมฤทธิ์ ศรีธีารังสวัสดิ์, จเด็จ ธรรมธัชอารี, สิรินาถ นิภาพร และคณะ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2555.

- สำนักสนับสนุนและประสานงานเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2558.
- สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ และกลไกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2561.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และเอกสารสำคัญประกอบการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2560.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ:
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2562.
- สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2559. กรุงเทพฯ: สิทธิโชค พรินต์ติ้ง; 2558.

Moving together to build a healthier world



The UN High-Level Meeting (UN HLM) on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York

สายด่วน สปสช.

1 3 3 0

บริการข้อมูลด้านหลักประกันสุขภาพ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



www.nhso.go.th