



NHSO
**Annual
Report**
for
2016



Message from the Chair of the National Health Security Board

The Thai government has made improving the quality of life for all citizens through health system strengthening a priority. We aim to give Thai people access to quality services and financial risk protection – two main aims of the 2016-2030 Sustainable Development Goals (SDGs).

The Universal Health Coverage (UHC) is one of the primary policies to improve efficiency in health financing under the principle of “less suffering translates to more happiness” and “the strong strengthens the weak; the wealthy enriches the poor”. Although achieving UHC for Thailand has been internationally recognized as a role model for other developing countries, continuous development and better management for the benefit of the citizens and the health system as a whole are still important missions. The mission to improve the Thai citizens’ quality of life whilst being able to control long-term health expenditure for sustainable health security is complex. It includes improving efficiency in administration and resource management and improving accessibility to quality health care at every level with the involvement of all relevant sectors. People should have the right to standard quality services at all levels especially those who currently lack access, while still optimizing health spending to sustain long-term health protection.

In 2016, the National Health Security Board focused on expanding cooperation and collaboration between the Ministry of Public



Health, as the main provider of the National Health Insurance System, and the NHSO as a service provider to affect a more mutual support. Also, accelerated the important progresses, which were:

1) Improving efficiency in health security fund management, the development of compensation schemes, and the continued efforts to address the problem of managing service units funds;

2) Coordinating government health insurances to improve equity and efficiency in the health system through the development of EMCO;

3) Continued development of current healthcare services including long-term care for dependent elderly and improvement of disease prevention. These should be reflected in both new and existing benefit packages in order to give added accessibility and efficiency of the healthcare system;

4) Promoting consumer rights protection in the health security system for beneficiaries of other small government health insurance schemes such as management of the central database of health care registration. Also, providing the information, registration and administration of complaints; and

5) Developing support systems for improved universal health coverage by revising guidelines for the annual general meetings, updating to announcements, notifications, regulations and orders to be consistent; In order to accommodate changes in recruiting and screening the Secretary-General of the National Security Service for the term of office.

The achievements made so far have been successful due mainly to good support and collaboration with stakeholders and other alliances. I would like to thank both executives and staff from the Ministry of Public Health (MoPH), other related ministries, National Health Security Board, health facilities and hospitals both government and private, health professional institutes, local administrative organizations, civil society, and other related organizations including the NHSO for their involvement in universal health coverage development and support in the implementation of the government's universal health coverage policy. As a result, citizens are ensured an accessible standard quality of care; health equity; and benefit packages that cover more of the targeted groups, especially the disadvantaged.

I hope that all stakeholders and other alliances continue to give their support, involvement, and be a part of universal health coverage development, as they have done in the past, thus increasing the benefits granted to our citizens. I also wish you and your family all the best of happiness.



(Clinical Prof. Emeritus Piyasakol Sakolsatyadorn, MD)

Minister of Public Health

Chair of the National Health Security Board

Message from the Chair of the National Health Security Board

The Year 2016 sees the commencement of phase 4 (2016-2019) by The Health Service Standard and Quality Control Board. The operation of The Health Service Standard and Quality Control Board during phase 4, founded on Section 50 of the National Health Security Act, 2002, is still in progress and is. The Health Service Standard and Quality Control Board under phase 3 reviewed the framework guideline implementation, the goal of which was to provide people with access to quality health services. The goals of phase 4 are:

- 1) Set the direction and strategy for service quality and standards;
- 2) Strengthen the management mechanisms for service standards and quality at a regional level;
- 3) Create partnerships within all sectors to maintain the quality of service and standards;
- 4) Build awareness and understanding among providers to reduce conflict; and
- 5) Develop the quality of services and standards through information technology.

To assist the Health Service Standard and Quality Control Board in implementing Phase 4, a subcommittee on Protection of Rights and Promotion of Participation and the Legal Subcommittee on Basic Payments and Compliance were formed under The Health Service Standard and Quality Control Board. It has an important role in proposing and developing



mechanisms for controlling the quality and standards of service units and networks for the protection of rights in the national health insurance system in every sector. It must review and comment on the legal issues related to financial matters, as well as the standardization of service units to improve service quality of service units and service networks.

In relation to quality control and service standards at the regional level, the Health Service Standard and Quality Control Board have been appointed to serve for another term. The Health Service Standard and Quality Control Board play an important role in supervising and monitoring the provision of services in the National health insurance system both in terms of standard and quality of services provided. This methodology integrates the various mechanisms in this area, for example, a new subcommittee for the preliminary ruling of the 77 provinces has been appointed to replace the existing one. An independent body has been formed to review and process issues and complaints outside of the other parties involved. There are Health service centers in service units for public health coordination including the subcommittee on health coverage area (OPC).

The Health Service Standard and Quality Control Board in phase 4 will focus on the development of new and existing partnerships with professional organizations, associations, related organizations and the individual consumer. Such collaborations contribute to the wellbeing of the all involved and ensure system retains its quality and sustainability.

My thanks and continued supports go to members of The Health Service Standard and Quality Control Board, members of working groups and subcommittees at central, regional, and provincial levels, other related stakeholders, and the National Health Security Office for their continued involvement in our goal to benefit the people of Thailand in accordance with the National Health Security Act BE 2002



(Dr. Chatree Banchuen)
Chairman of the Health Service Standard
and Quality Control Board

Message from the Secretary-General of the National Health Security Office

On November 19th, 2002 the National Health Security Act came into effect, introducing Universal Health Coverage in Thailand. From that day Thai people who, previously, had been ineligible for medical treatment or social security subsequently had access to universal health insurance.

The first phase focused on the establishment of rights and giving the public service units. The early work has been focusing on achieving these goals continues today. The NHSO has since expanded its coverage to more than 99.93% of the population. However, Comparing the number of people exercising their rights in 2015 to in 2003, it was found that in-patients increased more than seven points from 79.85% to 87.58%, while outpatient usage increased by only four points from 71.48% to 75.30%.

In addition to public access to health services, medical expenses causing Thai households financial hardship has decreased from 5.74% in 2003 to 2.01% in 2015. Another relevant figure from surveys is the percentage of households suffering poverty due to prohibitively expensive medical treatment which decreased from 2.01% in 2003 to only 0.34% in 2015.

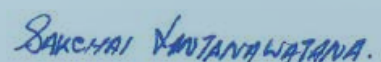


Patients requiring organ transplants or those with very high medical costs from chronic diseases such as CKD and HIV who previously had very limited access to services currently have substantially more options available to them.

Due to budget constraints on the National Health Security Fund and the national budget minimization, the NHSO has sought to increase the efficiency of fund management through various measures. One such successful measure has been the administration of medicines and supplies covering some of the more expensive and problematic items. Results from 2012-2015 showed savings of more than 30,000 million baht.

Furthermore, the NHSO takes into consideration the contributions and recommendations of the various sectors involved in public healthcare. One channel the NHSO operates is the NHSO Hotline 1330 which currently has 1400 lines. Average service statistics in 2016 showed that the majority (74.79%.) of inquiries, and complaints were resolved within 25 days.

This annual health coverage report includes the results and statistical data from the National Health Security Office, under the jurisdiction of the National Health Security Board. The surveys were conducted by the National Bureau of Statistics and the National Health Insurance Service database. Hopefully, it will also be helpful to those who are interested in studying the implementation process and to give an insight into the obstacles and challenges that need to be overcome during health insurance system development.



(Dr.Sakchai Kanjanawatana)
Secretary-General
National Health Security Office

Executive Summary

The National Health Security Office (NHSO) was established under the 2002 National Health Security Act. Section 24 stipulates that NHSO be a government agency, fall under the jurisdiction and supervision of the Minister of Public Health, and serve as the administrative body of the National Health Security Board and the Health Service Standard and Quality Control Board.

The vision that “every Thai citizen in the Kingdom of Thailand is assured of access to quality care without undue financial hardship” can

be achieved by the careful development of a comprehensive benefit package of quality that can be accessed by everyone without undue financial hardship. This achievement rests on multi-stakeholder collaboration and partnership founded on trust, respect and compassion.

The budget is government subsidized. It is used to support and promote public health services for the 48.79 million people eligible for the universal coverage scheme.

1. Capitation budget

1.1 Health service:	THB	107,629.76	million
1.2 Salary for health workers:	THB	40,143.14	million
1.3 Total:	THB	147,772.90	million
The per capita rate (including salary) is	THB	3,028.94	

2. Budget for specialized care

2.1 HIV and AIDS:	THB	3,011.90	million
2.2 Renal replacement therapy:	THB	6,318.10	million
2.3 NCD	THB	959.00	million
2.4 LTC	THB	600.00	million

3. Budget for remote and hardship areas

3.1 Three southern border provinces	THB	1,490.29	million
3.2 Health workforce	THB	3,000.00	million

Total (1+2+3): THB 163,152.18 million (6.0% of the national budget). The administrative budget (excluding salaries) accounts for THB 123,009.04 million. The budget for the central office and 13 branch offices was THB 1,414.09 million (0.87% of the Universal Coverage Fund)

The 2016 performance of the Universal Coverage Scheme (UCS) is briefly summarized as follows:

1. Population coverage

65.81 million Thais are eligible for health insurance (as of 30 September 2016), of which 65.78 million (99.95%) are registered beneficiaries of one of the three schemes.

Of the 48.37 million eligible for the UCS, 48.33 million are registered. The 0.03 million are as yet to register (0.05%) while 0.13 million people awaiting confirmation.

2. Healthcare Providers

Healthcare units registered under the UCS consist of:

- 2.1. 11,565 primary care units (94.36% are under the Ministry of Public Health);
- 2.2. 1,301 service units (68.95% under the Ministry of Public Health; 18.52% private); and
- 2.3. 1,109 referral units (84.58% under the Ministry of Public Health, 8.21% otherwise)

3. Access to care

3.1. Basic services under the capitated budget

- **Outpatient services amount to 173.23 million episodes at 3.589 times per person per year**
- **Inpatient services amount to 5.78 million episode at 0.120 times per person per year.**

• **Specific services**

- Emergency services outside the referral network 1.30 million cases
- 3895 in 3955 STEMI and 2889 in 2901 stroke patients can access thrombolytic drugs, respectively. 154,561 cataract patients lens replacement. 78388 tuberculosis patients received care. 10755 terminal patients receive palliative care.

• **Access to expensive drugs including orphan drugs and antidotes via the VMI**

- 34,434 patients can access high-cost drugs. 7,141 patients can access orphan drugs and antidotes. 232,052 patients can access compulsory-licensing agent (clopidogrel).

• **Vaccination** 2,369,796 people in the target group receive the flu vaccine

• **Disability**

- Of the 1,183,474 registered disabled persons, 32,997 are provided with assisted disability aids (34,670 equipments), while 264,008 persons receive rehabilitative care (764,438 times). The 332,635 elderly and 424177 patients receive rehabilitative care. The 2399 visually impaired receive orientation and mobility training.

Executive Summary

- **Thai traditional medicine.** There are 1,713,769 recipients of the traditional Thai herbal massage; 35,855 women receive post-partum; and 3,067,295 patients are prescribed herbal medicines.

3.2. Specialized care

- **HIV and AIDS** There are 270,993 HIV-infected patients (94.52%) receiving antiretroviral therapy. 234,834 people receive antiretroviral treatment (86.66%). 172,095 patients (73.28% of those receiving therapy) have viral load less than 1,000 copies/ml.
- **Renal replacement therapy** 45,629 patients receive renal replacement therapy: 24,056 for CAPD; 24,056 for HD; 4,626 for EPO; 172 for KT; and 1,527 for KTI
- **Diabetes mellitus and hypertension** 3,603,840 DM patients undergo screening for DM complications. 1,702,378 patients suffer from diabetes and hypertension; and 1,901,462 have only hypertension.
- **Dependent elderly** There is an integrated program for the 80,826 dependent elderly (of the 100,000 targeted). 889 primary care units and 1,752 community health funds are involved.

4. Service quality

The NHSO collaborates with the Hospital Accreditation Institute to ensure the continuous improvement of services through the Hospital Accreditation (HA) system. Of the 1,060 referrals, 992 are accredited (93.58%); 585 (55.19%) are at step-2 and 11 (1.04%) are at step-1.

5. Protection

5.1. Protection of rights

Both consumers and service providers have various channels for inquiries, complaints, and referrals. These include the 1330 Hotline, letters, fax, e-mail or direct contact. In FY2016 there are 579,338 contacts.

- 1) 560,293 inquiries from consumers (526,092) and service providers (34,201);
- 2) 4,405 general complaints
- 3) 11,035 care-related complaints related to care; and
- 4) 3,605 referral coordination.

5.2. Compensation

Of the 1,069 petitioners, 885 (82.79%) were compensated and received THB212.952 million.

5.3. Participation of civil societies

To support the establishment of a network of civil societies in the UHC, there are 818 facilitation centers and 146 coordination centers in 146 health facilities across 77 provinces.

Furthermore, there are 115 independent complaints units spread over 76 provinces to ensure fair judgements, as stipulated in Article 50 (5).

6. Participation from non-health sectors

7,755 local administrative organizations (99.73% out of 7,776) contribute to the local health insurance fund. This amounts to THB1,214 million for public health activities aimed at the most vulnerable such as schoolchildren, the elderly and working-age groups.

7. Satisfaction of consumers and health-care providers

The survey received very positive feedback from beneficiaries. Their satisfaction level was 89.50% (average satisfaction score 8.95), while that of service providers was 70.00% (average satisfaction score 7.00). The satisfaction of partner agencies was 79.60% (average satisfaction score 7.96).

8. Problems, obstacles and challenges for the UCS implementation

8.1. Problems and obstacles

- Management of the UCS fund that allows the beneficiaries to continue receiving essential and quality care;
- Increasing demand for health services due to the demographic shift towards the ageing society;
- Health problems arising from behavioral choices and beliefs; and

- Oversight by the State Auditing Office and the Government Budget Expending Monitoring and Reviewing Committee.

8.2. Challenges

- Seek other sources of revenue to ensure financing sustainability;
- Harmonize disparate health schemes to ensure fair and equitable access to needed care;
- Foster better understanding between health providers and insurers;
- Increase access to care for the vulnerable groups; and
- Increase availability of care for avoidable or preventable illnesses.

Highlight activities

1. Development of a dependent elderly care system.

Between 2014 and 2015, the National Health Security Board appointed a subcommittee. The goal was to, between 2014 and 2018, develop and establish a long-term care strategy for the dependent elderly, which included setting up a management system and the development of tools for screening and evaluation, service activities, allocation of human resources for elderly care in the community (care givers) and managing long-term care in community (Care management). Regulations, standards and management guidelines were established and a scheme was piloted to aid families and communities in 11 areas in 9 provinces with the emphasis on integrating health services and social services at a grassroots level (District/Villages/Families). This operation is supported by providing local administrations with assistance from the primary care unit network.

In 2016, an agreement was signed between the Ministry of Public Health, the National Health Security Office, the Municipal League of Thailand, and the Subdistrict Administrative Organization Association of Thailand as a driving force in “a combined effort to understand the needs of the dependent elderly”. A committee was

established to develop a set of benefits and compensation rates for public health services and to focus on a long-term care system for the dependent elderly. An announcement was made by the National Health Security Council (No.2) in FY2016 defining the criteria by which local administrative organizations should operate and manage local health insurance funds, effective from January 4, 2016. Local administrations together with the district health insurance offices in 13 districts have successfully implemented pilot schemes for the long-term care of the dependent elderly. The Barthel ADL index was used as an assess for the elderly who were dependent for their daily needs by 1,752 local administrative organizations. In 2016, care plans and provisions of public health services to aid the dependent elderly assisted 80,826 (of the 100,000 targeted) people in 64,660 households, of which 16,166 were bedridden. The cost of services provided was 404.130 million baht. Primary care units in each area provided 889 public health care services (each service unit receives a budget of Baht 100,000 each, totaling THB88.9 million for service and academic development, in addition to service compensation).

2. Management enhancement, financing, human resources and health information to support health reform.

In order to effectively maintain and manage the National Health Security Fund, several subcommittees have been set up by the Ministry of Public Health (MoPH). These include the National Committee on Universal Coverage Fund Allocation for hospitals affiliated with the MoPH (7x7), the Regional Committee on Universal Coverage Fund Allocation for hospitals affiliated with the MoPH (5x5) and the Monitoring and Evaluation committee on Universal Coverage Fund Management. Their responsibilities are to ensure the guidelines for the management of the National Health Security Fund are followed, and to track progress and success rates, working together on five issues: working mechanisms, finance, shared services, information management and ensuring quality of service. The National Health Security Fund's spending, under the MoPH, for health services in FY2015 and FY2016 laid down budget

guidelines for the allocation of minimum revenues for outpatient (OP) services, inpatient services (IP) and disease prevention services, PP-non-UC (PP), shared pay management for IP, OP and PP payment systems, and minimum unit requirements including adjusting for compensation and a limit for service units that serve people in a remote area, high risk and the 3 southern border provinces. Detailed guidelines have been proposed to help manage the National Health Security Fund in FY2017. The development of data collection systems ensure information sharing and fund management at national and district levels of the public health service. The type and scope of health promotion, disease prevention services (PP), covering other rights (Non-UC), integration of service plans to improve service, and access and quality problems of service systems are being considered along.

List of Tables

A message from the Chair of the National Health Security Board	2
A message from the Chairman of the Health Service Standard and Quality Control Board	4
A message from the Secretary-General of the National Health Security Office.....	6
Executive Summary	7
Highlight activities	11
Table of contents	13
List of Figures	15
List of Tables	17
Part 1	18
Improving Universal Health Coverage Overview	18
1. The concept of Universal Health Coverage	18
2. Health Financing and Budgeting for Universal Health Coverage	21
2.1 Overview of National Health Expenditures	21
2.2 The Universal Coverage Scheme's budgeting	23
2.3 National Health Security Fund allocation	25
3. Improving coverage and household expenditure for health care.....	26
3.1 Improving equity in health service accessibility	27
3.2 Household's Burden on Health expenditures.....	31
4. Healthcare Service Provision and Accreditation	33
4.1 Healthcare Service Provision.....	33
4.2 Quality Audit and Hospital Accreditation	34
5. Accessibility, Efficiency, Quality and Effectiveness of the Healthcare System	62
5.1 Medical and public health services for national health insurance holders.....	62
5.2 Evaluating service access, quality performance, and service results.....	65
5.2.1 Out-patient and In-patient Services	65
5.2.2 Disease management and vertical program.....	68
5.2.3 Health service efficiency	84
5.2.4 Quality and service outcome	88
6. Consumers' Rights Protection and Stakeholder Participation.....	92
6.1. Promoting local community participation	92
6.2. Consumer Rights Protection.....	69
6.3. Satisfaction of consumers and health care providers	71

List of Figures

- Figure 1 Three dimensions to consider when moving towards universal coverage
- Figure 2 Four dimensions of effective outcomes in healthcare system
- Figure 3 Relationships of key stakeholders in universal health coverage
- Figure 4 Framework to represent the Annual Report for the UHC
- Figure 5 Thai National Health Expenditure, FY 1994 – 2013
- Figure 6 National Health Expenditure ratio between government and private sectors, FY 1994-2013
- Figure 7 Government budget for the UCS and ratio to the overall government budget, FY 2003-2016
- Figure 8 National Health Expenditure, FY 2003-2016
- Figure 9 Proportions of the population using UCS or other government health schemes classified by gender and age group FY 2016
- Figure 10 Exercise Ratio of National Health Warrantee When using outpatient services and patients in 2003-2015
- Figure 11 Reasons for not utilizing a UCS benefit package when accessing health services, FY 2015
- Figure 12 Choices consumers made when they were sick and did not admit themselves to hospital, FY2015
- Figure 13 Percentage of households experiencing financial crisis due to medical expenses. 1997-2015
- Figure 14 Percentage of households experiencing impoverishment due to medical expenses. 1997-2015
- Figure 15 UCS registered hospitals percentages classified by level of accreditation (HA) FY 2003-2016
- Figure 16 UCS registered hospitals percentage classified by level of accreditation and by the NHSO Region in FY 2016
- Figure 17 Results of hospital assessment classified by type of service unit FY2016
- Figure 18 Hospital assessment results as percentages classified by type of service unit and jurisdiction FY2016
- Figure 19 The number of out-patient visits and utilization rate per person per year of the UCS, FY 2006-2016
- Figure 20 Out-patient services usage as a percentage, classified by type of health facilities. FY 2006-2016
- Figure 21 In-patient services under the UCS, FY 2006-2016
- Figure 22 In-patient services under the UCS classified by hospital types FY 2006-2016
- Figure 23 The rate of heart procedures performed on heart disease patients under the UCS for patients 15 years and over. FY 2005-2016
- Figure 24 Accessibility to thrombolytic treatment for cerebral infarction patients aged 15 years and older under the UCS scheme FY 2005-2016
- Figure 25 Accessibility to secondary prevention of DM and HT FY 2016
- Figure 26 Secondary prevention services for hypertensive patients. FY 2016

List of Figures

- Figure 27 Re-admission within 28 days of a previous discharge for DM and HT patients 15 years and over, under the UCS FY 2011-2016
- Figure 28 Healthcare service for HIV/AIDS patients in FY 2016
- Figure 29 Proportion of new HIV/AIDS patients and CD4-eligible patients (CD4 cell level/mm3) FY 2009-2016
- Figure 30 Cataract Surgery classified by vision FY 2013 – 2016
- Figure 31 Disabled people registered to the UCS FY 2005 – 2016
- Figure 32 Disabled people registered to the UCS classified by types of disability FY 2016
- Figure 33 Average length of stay (LOS) classified by types and affiliations of hospitals, FY 2006-2016
- Figure 34 Adjusted CMI of in-patient services under the UCS, FY 2006 -2016
- Figure 35 Percentage of admissions in the UCS having RW<0.5 classified by types and affiliation of hospitals FY 2006-2016
- Figure 36 Cesarean section rates under the UCS classified by hospital types
- Figure 37 Re-admission within 28 days of a previous discharge of patients under the UCS classified by type and affiliation of hospitals, FY 2006-2016
- Figure 38 Fatality rates within 30 days of the last admission in heart disease patients receiving open heart surgery or PCI procedures, FY 2006-2016
- Figure 39 UCS Admission rates of chronic disease ACSC FY 2006- 2016
- Figure 40 Fatality rate of patients under the UCS classified by age groups, FY 2006-2016
- Figure 41 Fatality rate of patients under the UCS classified by age groupsThe number of complaints concerning quality of care classified by issues,FY 2012-2016
- Figure 42 The number of local administrative organizations co-funding community health funds.
- Figure 43 Contribution to local health insurance fund Catergorised by source. FY 2012-2016
- Figure 44 Proportion of local health insurance fund Classified by target group. FY 2016
- Figure 45 Consumers' and providers' satisfaction scores, FY 2003-2016
- Figure 46 Public Satisfaction and service providers for the FY 2003-2016.
- Figure 47 Number of state agencies Classified by type of service. 2016
- Figure 48 Results of feedback from consumers and service providers FY2016
- Figure 49 Application Form Classified by department. FY 2016
- Figure 50 Application Form Classified by type of service unit. FY 2016

List of Tables

- Table 1 National Health Security Fund Statements Classified by FY 2012-2016
- Table 2 Capitation budget classification, FY 2016
- Table 3 National Health Security Fund budget allocation FY 2016
- Table 4 The Population of Thailand classified by health insurance status, FY 2012-2016
- Table 5 The number of registered hospitals & percentages under the UCS, FY 2016
- Table 6 Results of hospital assessment classified by type of registration, FY 2016
- Table 7 The NHSO key performance indices, FY 2016
- Table 8 The number of CKD patients accessing Renal Replacement Therapy classified by method of RRT, FY2013-2016
- Table 9 Percentage of Health Promotion and Disease Prevention Classified by age group FY 2015-2016
- Table 10 Access to assistive devices Classified by Equipment Received FY 2014-2016
- Table 11 Rehabilitation Services Classified by service type FY 2014-2016
- Table 12 Rehabilitation Services Classified by Type of Rehabilitation FY 2014-2016
- Table 13 Thai Traditional Medicine FY 2012-2016
- Table 14 Drug Interactions (2) Classified by Drug List FY 2012-2016
- Table 15 Patients treated with orphan drugs and antidotes FY2013-2016
- Table 16 Value of government budget saved from central management on specific drugs, FY2010 – 2016
- Table 17 Number of inquiries, complaints related to general management, complaints related to quality of care, and referral issues serviced, FY 2012-2016
- Table 18 The number of inquiries from consumers classified by callers and issues, FY2011-2016
- Table 19 Inquiries from providers classified by schemes and issues FY 2012-2016
- Table 20 Number and percentage of complaints resolved within 25 working days FY 2012-2016
- Table 21 Service for complaints Classified by rights FY 2012-2016
- Table 22 Number of referrals classified by schemes & reasons, FY2010-2015
- Table 23 Consumers & providers and preliminary assistance due to their damages from health service
- Table 24 Approved government budgets for the UCS fund and the NHSO administrative fund, FY 2009–2016
- Table 25 Key performance indices of the NHSO in FY2015 FY 2016
- Table 26 National Health Security Fund 2017
- Table 27 Management Budget of the National Health Security Office 2017
- Table 28 Complaints Classified by complaints and complaints channels. FY 2016
- Table 29 Complaints Classified by complaints and the NHSO. FY 2016
- Table 30 An increase in the number of complaints received independently from the complainant. FY 2009 - 2016

List of Tables

- Table 31 Situation of Complaints Requested by Complaints Agencies Independent of Complaints FY 2016
- Table 32 Situation of Complaints Requested by Complaints Agencies Independent of Complaints FY 2009 - 2016
- Table 33 Number of requests for assistance in the event of damage to the service recipient. Classified by the results of the FY 2004 – 2016

PART 1



Improving Universal Health Coverage Overview

1. The Concept of Universal Health Coverage
2. Health Financing and Budgeting for Universal Health Coverage
3. Improving Coverage and Household expenditure for Health Care
4. Healthcare Service Provision and Accreditation
5. Accessibility, Efficiency, Quality and Effectiveness of the Healthcare System
6. Consumers' Rights Protection and Stakeholder Participation

1. The concept of Universal Health Coverage

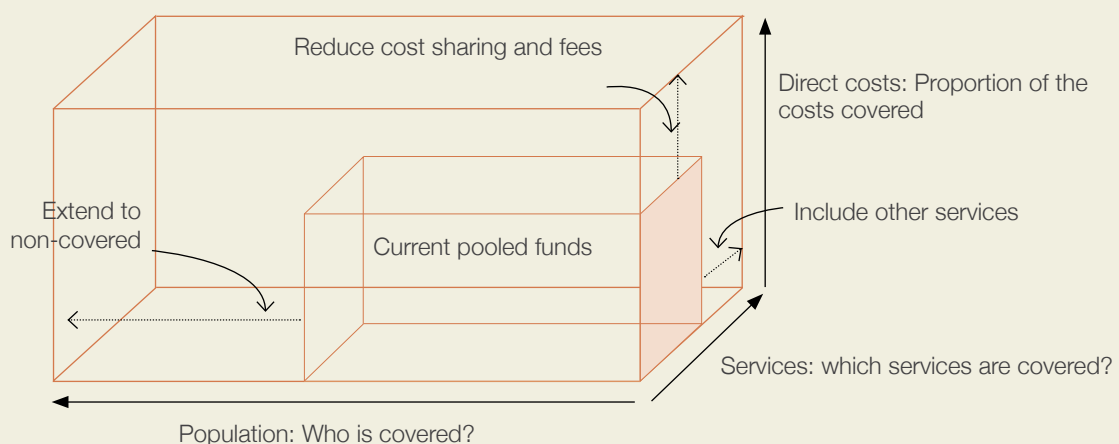
The basic concept of Universal Health Coverage (UHC) is to extend health coverage to the entire population, allowing citizens access to health services when needed without financial barriers. Health financing systems are important mechanisms for equity building, especially to promote universal health coverage and thus removing or reducing financial risks and barriers when accessing health services. Universal Health Coverage needs to extend coverage in at least 3 dimensions (Figure 1) shown below:

- 1) Expansion of health insurance system to cover the public.
- 2) Expansion of health insurance system to cover health services.
- 3) Expansion of health insurance system to cover health costs.

According to the World Health Organization (WHO), these proposed three dimensions need to be considered when moving towards universal coverage. The desirable target is 100% of

population in the country covered; every social group. Whereas covered service means service benefit packages focusing on essential services up to, and high cost services to protect the poor from high expenditure. The benefit packages will vary depending on the socio-economic situation of each country, however desirable universal health coverage should, at a minimum, include services for health promotion, disease prevention, curative care, and rehabilitation. However, extending health service coverage in one direction will invariably affect the coverage of the other dimensions. One of the obvious problems is long waiting lists. Therefore, some services may not be covered or, in many countries, require co-payment by service users, that means the covered cost in UHC is not 100%, some people will still have to pay out of their own pockets, for some services.. It is difficult to cover 100% of the 3 dimensions even for developed countries. The target of extending covered cost should be “minimizing people’s expenditure for essential

Figure 1 Three dimensions to consider when moving towards universal coverage



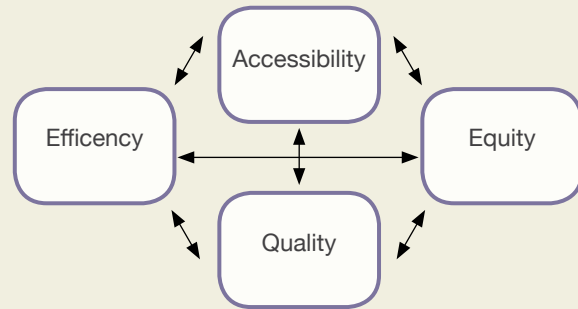
Source: World health report 2010. WHO

services, to protect the poor” rather than “trying to eradicate people’s out-of-pocket payments altogether”.

Extending coverage in any or all of the 3 dimensions requires increased expenditure. However, to keep running a minimum cost is also of great importance. Therefore, funds have to be allocated to benefit the system most efficiently. There are other factors to take into consideration when expanding accessibility, such as quality, and equity in health service usage. The extension of accessibility will also cause an increase in workload which affects quality of service and may affect equality among certain groups of people. Therefore, moving to UHC needs to adjust the balance among at least 4 dimensions of effective outcomes in healthcare system (Figure 2) to prevent negative impacts to the overall health service system

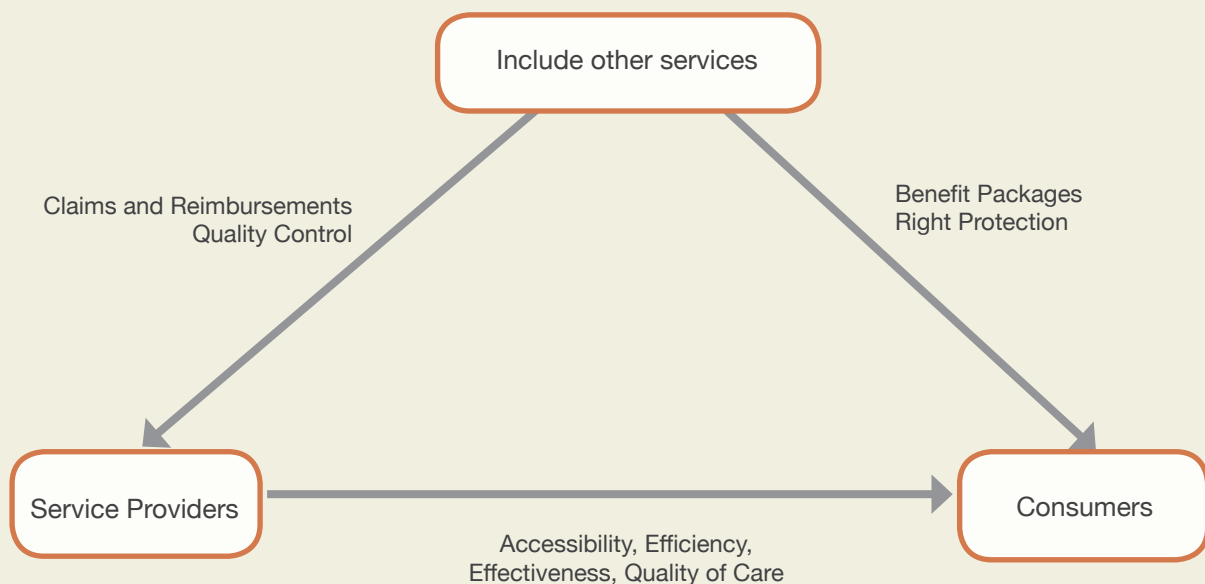
Moving towards full implementation of universal health coverage does not consist of only financial mechanisms to extend health coverage but by also promoting new relationships within

Figure 2 Four dimensions of effective outcomes in healthcare system



the key stakeholders of the system. The key stakeholders of universal health coverage include purchasers, service providers, and consumers. The roles of the purchasers are reimbursing health care cost to service providers in accordance with service agreements, preparing optimal benefit packages to promote effective outcomes, removing financial risks from the beneficiaries, and ensuring appropriate distribution of services between regions. Furthermore, consumer rights protection and stakeholder participation are also important to ensure a good relationship with stakeholders. This relationship is summarized in Figure 3

Figure 3 Relationships of key stakeholders in universal health coverage



The above concepts create the framework for improving UHC. It has been divided into the following 5 linked sections; as represented in Figure 4

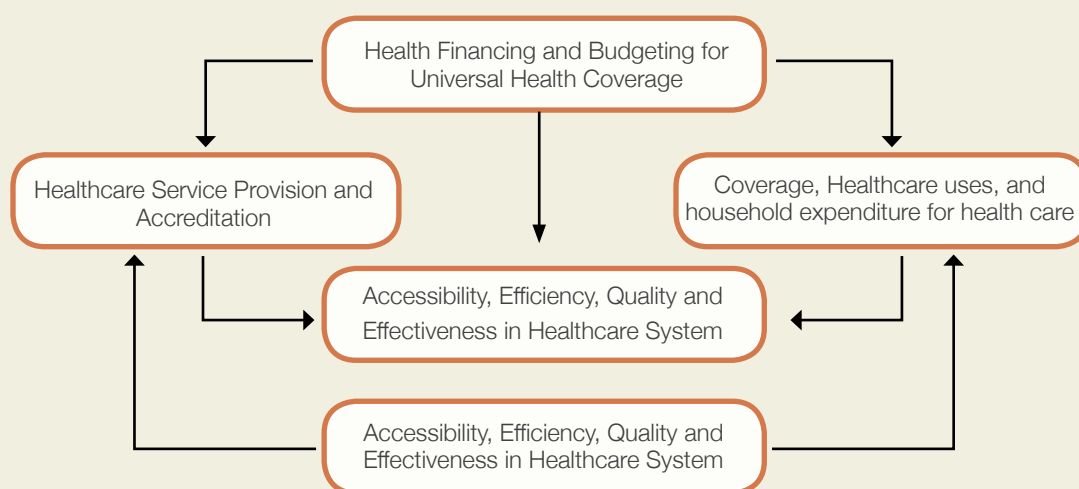
1. Health Financing and Budgeting for Universal Health Coverage
2. Coverage, Healthcare uses, and household expenditure for health care

3. Healthcare Service Provision and Accreditation

4. Accessibility, Efficiency, Quality and Effectiveness in Healthcare System

5. Consumers' Right Protection and Stakeholder Participation

Figure 4 Framework to represent the Annual Report for the UHC



The conceptual framework for the implementation of national health insurance starts with the financial health and budgeting of the National Health Security System. The main mechanism for building a national health insurance is an adequate budget which is correctly allocated to optimize the use of health services. This, by extension, benefits those exercising their right to public health services. It helps to reduce health expenditure of the household and protects them from financial problems caused by use of health services, thus making access to health services better. It also allows the National Health Security System to support health service through the mechanism of purchasing health services and making

essential health services readily available. This combination of potential development and quality control mechanisms allows health service units to maintain adequate standards and quality of service for when people exercise their rights. It is always important to take into consideration the issues of efficiency, quality, fairness and effectiveness to produce the right balance within a health service system. Lastly, the system has to include a protection mechanism that covers both its service providers and the consumers. These protections and subsequent punishments or wrongdoing compensations are prerequisites for both service providers and the consumers' confidence in the system.

2. Health Financing and Budgeting for Universal Health Coverage

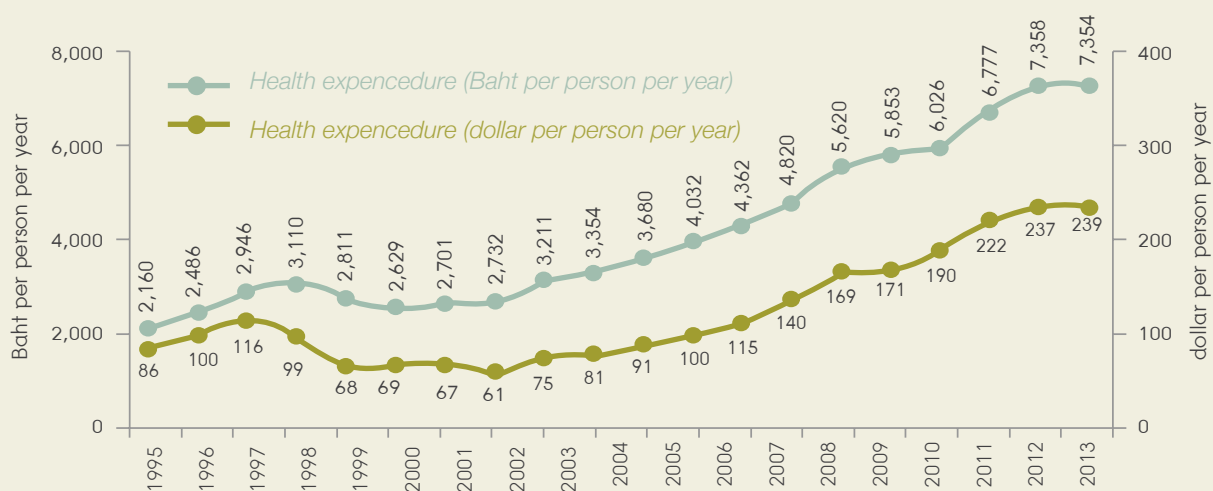
2.1 Overview of National Health Expenditures

The introduction of national health insurance schemes brings some obstacles and problems. The government has to take responsibility for health expenditures. The health care system funds have to be well managed, otherwise it will impact the coverage and services which available by the system. To expand public coverage and services, the government has to increase the budget and/or collaborate with the private sector. To this end, the National Health Account (NHA), which is the index of the resources used by both the public and private sectors for the health of the population, has been established. It indicates the burden of household and government spending, including the proportion of health expenditure per capita or health expenditure per national income.

Health financing policies are important mechanisms, for universal health coverage (UHC) implementation, to protect households from financial risk. The government is an important part of the UHC, so the careful management for sustainable implementation is needed.

Health expenditure per capita per year between 1994 and 2013 increased and decreased. The annual per capita health expenditure increased from THB2,160 in 1994 to THB3,110 in 1997 and then reduced due to the country's economic crisis. After 2002, with the introduction of Thailand's national health insurance scheme, health expenditure per person per year increased to THB 7,354 by 2013 (Figure 5)

Figure 5 Thai National Health Expenditure, FY 1994 – 2013

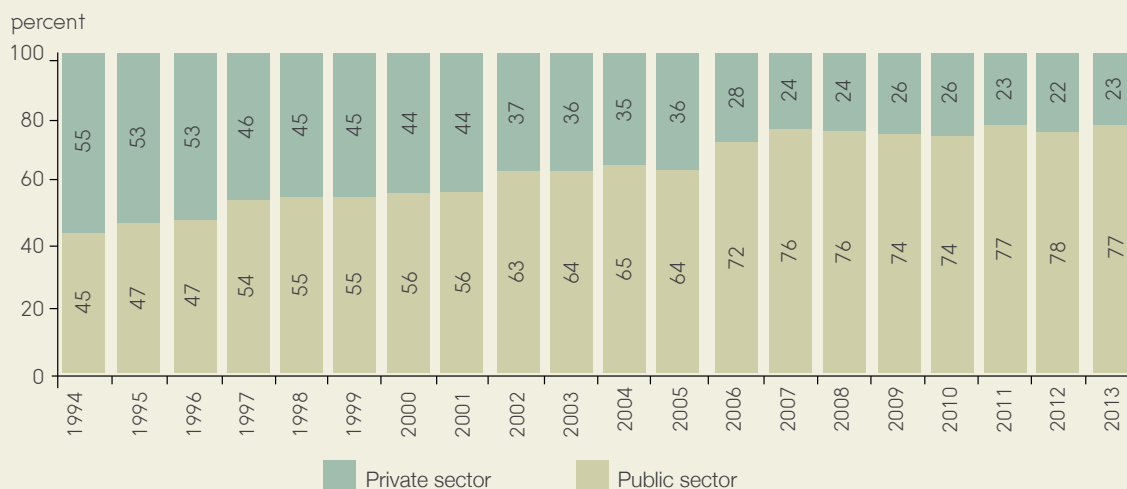


Source: Thai National Health Account FY2013, International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health, Thailand

Health expenditure is divided into public and private sectors. The proportion of public health

expenditure increased from 1994, from 45% to 77% in 2013 (Figure 6)

Figure 6 National Health Expenditure ratio between government and private sectors, FY 1994-2013



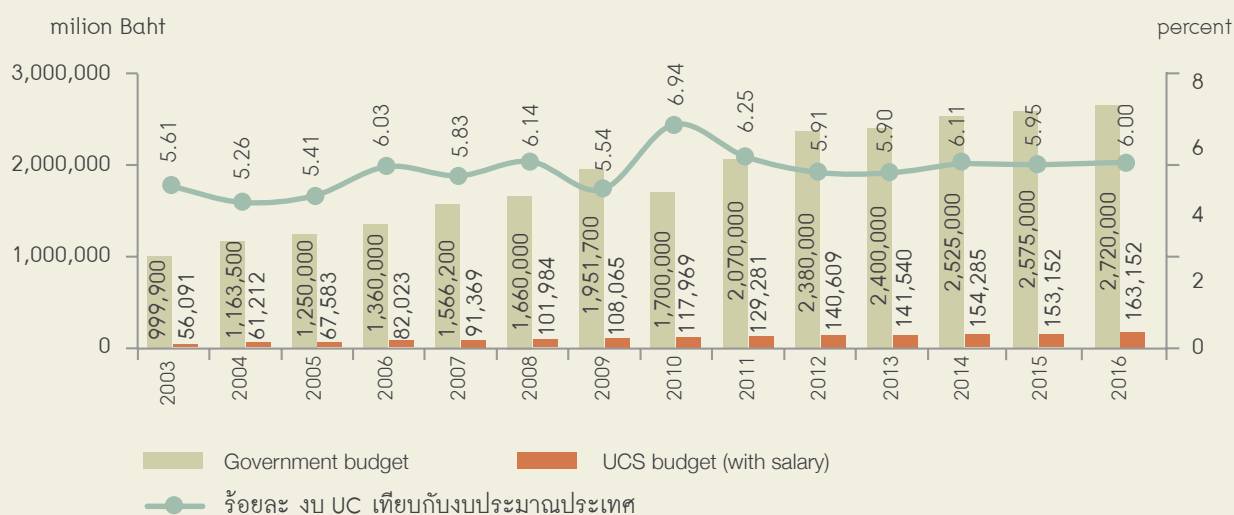
Source: National Health Account FY2013, International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health, Thailand

2.2 The Universal Coverage Scheme's budgeting

All budgets for implementing the UHC in Thailand through the Universal Coverage Scheme (UCS) have been subsidized by the government. The proportion of UCS Budget compared to the national budget was between 5.26%-6.94%

(2003-2016). For most years, the UCS budget has increased in relative to overall government spending except in 2010 when the national budget decreased, but the UCS Budget increased to 6.94% (Figure 7)

Figure 7 Government budget for the UCS and ratio to the overall government budget, FY 2003-2016



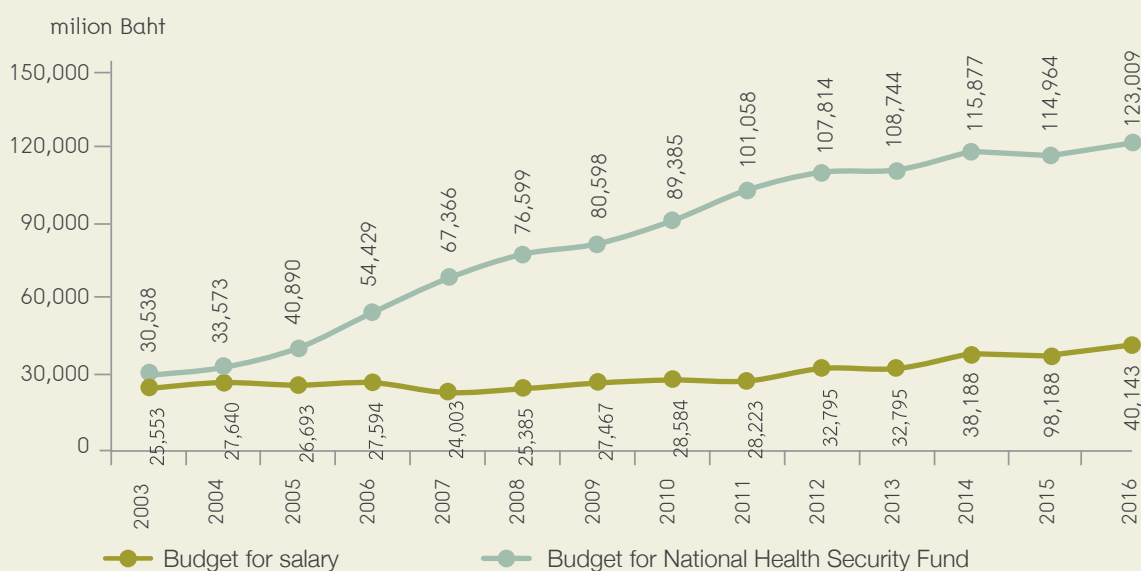
Source: National Health Account FY2003-2016, International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health, Thailand

Note: 2003-2006 were allocated additional budget of 5,000 million baht, 3,845.33 million baht, 4,993.33 million baht and 14,761.83 million baht respectively.

The UCS budget includes the salaries of health staff under the Office of The Permanent Secretary, the Ministry of Public Health (MOPH) since FY2002. The total amount of these salaries has ranged from THB2.6-THB3.2 billion per year. However, the percentage of the salaries has

decreased from 45.6% in FY2003 to 24.93% in FY2015. The net budget for the UCS after government salary deductions has increased from THB30.538 billion in FY2003 to THB114.964 billion in FY2016, about 3.06 times of the salary as shown in figure 8

Figure 8 National Health Expenditure, FY 2003-2016



Source: Bureau of Plan and Evaluation, NHSO

Note: The rate for salary deduction from the national health security budget has been reviewed a few times since UHC implementation as follows:

1. Revisions for health staffs under the office of permanent secretary, MOPH were done in FY2004 and FY2007.
2. Revisions for health staffs under other affiliated departments or ministries were done in FY2004 and FY2011.
3. During FY2003 - 2006, central budgets of the government were added in the amount of THB 5,000 mil., THB3,845.33 mil., THB4,993.33 mil., and THB14,761.83 mil., respectively. The reason for the additional budgets included increasing in capitation rate or the number of beneficiaries.

Over the past 13 years, the net UCS budget for general health services has increased from THB1,202.40 per capita in 2002 to THB3,028.94 in 2016, an increase of 2.5 times. This has created greater benefit for both consumers and providers. In 2006, 2009, 2010 and 2016; many other services saw increased support including HIV and AIDS services, Chronic Kidney Failure, the prevention and treatment of chronic diseases (diabetes and hypertension), and the dependent elderly.

In the FY 2016, the National Health Security Office continued to support and promote people's right to access health services. For the 48.79 million people eligible for national health insurance, the budget was 123,009.04 million baht (excluding public sector health insurance of 40,143.14 million baht) (Table 1).

The amount of 3,028.94 baht per capita was allocated to national health insurance, covering 7 types of services (Table 2).

Table 1 National Health Security Funds Report by Item FY2012-2016

Unit: Million Baht

List	2012*	2013	2014	2015	2016
1. Medical Services flat rate /per person	133,186.41	133,495.04	141,430.92	140,718.75	147,772.90
1.1 Expenses for medical services	100,391.13	100,699.76	103,049.63*	102,530.72	107,629.76
1.2 Wages of public service units in the national health insurance system.	32,795.28	32,795.28	38,381.29	38,188.02	40,143.14
2. Services for HIV Infection and AIDS patients	2,940.06	3,276.83	2,947.00	2,811.90	3,011.90
3. Chronic Kidney Failure patients services	3,857.89	4,357.79	5,178.80	5,247.22	6,318.10
4. Chronic Disease Control and Treatment services	437.90	410.09	801.24	908.99	959.00
5. Psychiatric Services	187.14	-	-	-	-
6. Additional costs For service units in a remote area. Risk Area and 3 Southern Border Provinces	-	-	900.00	464.80	1,490.29
7. Compensation for Human Resources in Public Health (Service Unit under the Ministry of Public Health)	-	-	3,000.00	3,000.00	3,000.00
8. Health Services for the Dependent Elderly	-	-	-	-	600.00
Total	140,609.40	141,539.75	154,257.97	153,151.66	163,152.18
National Health Security Fund (Excluding government service fee.)	107,814.12	108,744.46	115,876.67	114,963.64	123,009.04
Capitation budget (Expenses for medical services)	2,755.60	2,755.60	2,895.09	2,895.09	3,028.94

Source: *Announcement of the National Health Security Council on Criteria for the Implementation and Management of the National Health Security Fund for those who have the right to health insurance.*

Note: **Including the request for the National Health Security Fund Balance Sheet as of 30 September 2012 amounting to Baht 700 million. FY 2014*

Table 2 Capitation budget classification, FY 2016

Services	Capitation rate (Baht/head)
1. General out-patient services	1,103.92
2. In-patient services	1,060.14
3. Specific vertical programs, e.g., high cost care, disease management programs, OP refer out of province	305.29
4. Health promotion and disease prevention for all Thai citizens (UCS and other government schemes)	398.60
5. Rehabilitation medical services	16.13
5. Rehabilitation medical services	10.77
7. Depreciation cost for building and medical investment in registered hospitals	128.69
8. compensation budget to consumer for losses from health services in accordance with Section 41 of the Act	5.40
9. compensation budget to health provider for losses from health services in accordance with to Section 41 of the Act	-*
Total	3,028.94

Source: The NHSB announcement on Operation guideline for UCS budget management, FY2016

2.3 National Health Security Fund allocation

In the FY 2016 the National Health Fund allocated 122,881.24 (99.90%) of its THB123,009.04 million budget (Table 3).

Table 3 National Health Security Fund budget allocation FY 2016

List	Budget Received ¹ (million baht)	Budget Paid ² (million baht)	Budget Percentage Paid
1. Medical Services flat rate/per person for medical services	107,629.76	107,738.83	100.10
2. Service charge for HIV infection and AIDS patients	3,011.90	2,571.83	85.39
3. Service charge for patients with chronic renal failure.	6,318.10	6,627.03	104.89
4. Service charge for prevention, treatment and treatment of chronic diseases.	959.00	960.14	100.12
5. Additional charges for service units in a risk, remote area and 3 Southern Border Provinces	1,490.29	1,490.29	100.00
6. Compensation for Human Resources in Public Health (Department of Health Services, Ministry of Public Health)	3,000.00	3,000.00	100.00
7. Health Services for the Dependent Elderly	600.00	493.13	82.19
Included budget	123,009.04	122,881.24	99.90

Source: 1) National Health Security Board Notification on Criteria for the Implementation and Management of National Health Security Fund For those who have the right to health insurance FY 2016.

2) National Health Security Fund Report FY 2016 as of September 30, 2016.

3. Improving coverage and household expenditure for health care

The main goal of national health insurance is to create equitable access to essential services for all Thais. Since its introduction 14 years ago, the indicators of its success include an increased fairness in access to quality health care services, the reduction of household medical expenses and protections given to prevent households from suffering financial crisis or bankruptcy due to medical expenses.

3.1 Improving equity in health service accessibility

3.1.1 Universal Health Coverage situation

Universal Health Coverage (UHC) covering the whole of Thai society is one indication of improved equity in health service accessibility. In the past decade, UHC in Thailand increased dramatically from 71.00% in FY2001 to 99.95% in FY2016. As of September 30, 2016, 65.71 million of the 65.81 million people eligible for

health insurance were registered in the system. Of the 48.37 million people eligible for national health insurance, 48.33 million people have registered for the right to health coverage. (Universal Coverage Scheme: UCS) the equivalent of 99.93%. Approx. 0.030 million people or 0.05% were still not registered and about 0.13 million people were waiting for status confirmation. (Table 4)

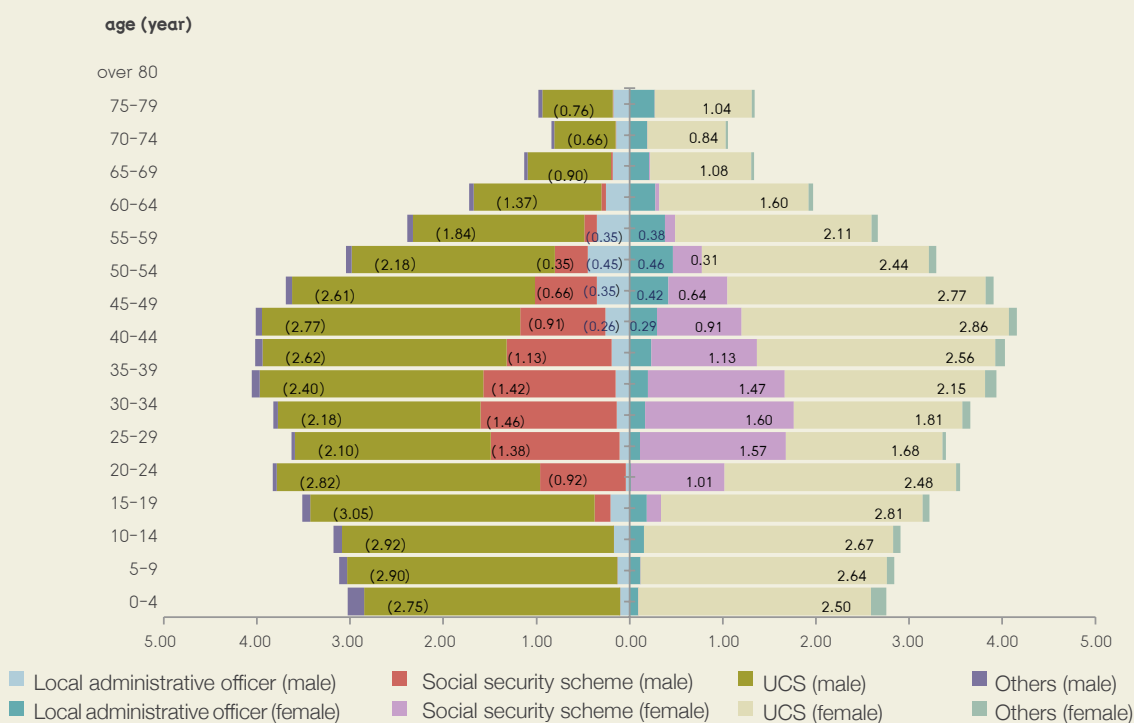
When comparing proportions of population utilizing UCS or other government health insurance schemes, classified by gender and age group, the findings showed that most of the UCS patients were children and elderly (0-19 years-old and people over 58 years old) while most of the other schemes were being utilized by the working aged group 25-49 years old. Government and civil servants' rights are distributed in all age groups, especially 40 years old. (Figure 9)

Table 4 The Population of Thailand classified by health insurance status, FY 2012-2016

Order	Category	2012	2013	2014	2015	2016
1	National Health Security (UCS)	48,620,104	48,612,007	48,312,428	48,336,321	48,330,473
2	Social Security (SSS)	10,327,129	10,689,260	11,065,325	11,266,495	11,630,205
3	Civil servant/state enterprise (OFC)	4,967,575	4,878,258	4,837,927	4,836,208	4,742,823
4	Local employee (LGO)		99,780	578,525	611,982	615,157
5	Person with status issues (STP)	343,583	413,549	489,275	400,333	384,592
6	Private teacher (VPT)	102,834	100,265	72,159	78,387	73,683
7	Veterans (VET)	164,027	163,684	-	-	-
8	Qualified non-registered UCS	65,113	81,983	105,184	50,148	34,584
9	Total number of coverage (1+2+3+4+5+6+7+8)	64,590,365	65,038,786	65,460,823	65,579,874	65,811,517
10	Total number of UCS (1+2+3+4+5+6+7)	64,525,252	64,956,803	65,355,639	65,529,726	65,776,933
11	Total number of those entitled to health insurance (1+8)	48,685,217	48,693,990	48,417,612	48,386,469	48,365,057
12	Percentage of coverage (10/ 9*100)	99.90	99.87	99.84	99.92	99.95
13	Percentage of UCS (1/11*100)	99.87	99.83	99.78	99.90	99.93
14	Unknown citizen status (Waits for confirmation) *	791,008	624,552	214,382	140,760	125,945
15	Thais living abroad (FRG) **	15,641	15,733	17,119	16,889	15,967
16	Foreigner (NRD)	106,941	124,871	192,379	218,701	324,689
17	Foreigner with insurance (NRH)	-	-	-	94	86
18	Total of others (14+15+16+17)	913,590	765,156	423,880	376,444	466,687
19	Total population	65,503,955	65,803,942	65,884,703	65,956,318	66,278,204

Source: Bureau of Registration Administration, NHSO, September, 2016

Figure 9 Proportions of the population using UCS or other government health schemes classified by gender and age group FY 2016



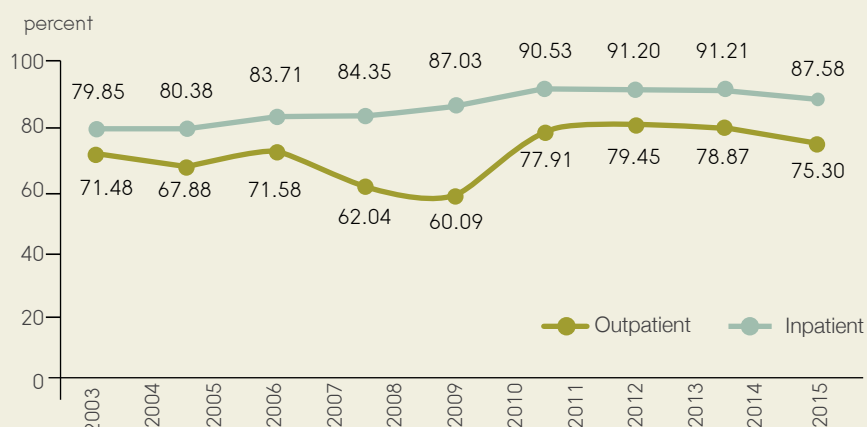
Source: Bureau of Registration Administration, NHSO, September, 2016

3.1.2 How patients accessed Healthcare via the Universal Coverage Scheme

According to the health and welfare survey by the National Statistics Office in 2015, analyzed by Prof. Supon Limwattananonta of Khon Kaen University, The amount of UCS beneficiaries

accessing out-patient services (OPS) and in-patient services (IPS) had both increased. The results in Figure 10 show that the percentage of UCS beneficiaries accessing out-patient and in-patient services in FY2015 were 75.30% and 87.58%, respectively.

Figure 10 Utilization of out-patient services and in-patient services, 2003-2015



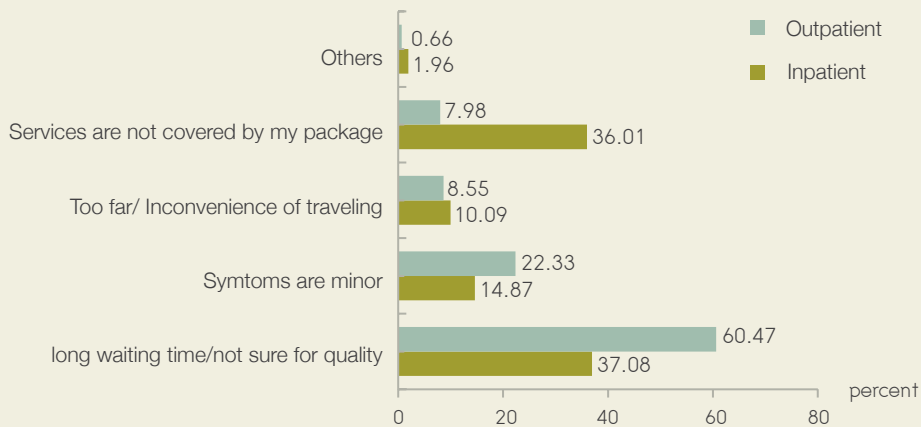
Source: Health and welfare survey, National Statistics Office, analyzed by Associate Prof. Supon Limwattananonta of Khon Kaen University

Note: There was no survey in 2008, 2010, 2012, and 2014.

In order to achieve full UHC implementation, it is important that the beneficiaries are not only covered by related government health insurance schemes but also are reimbursed for health services in accordance with their benefit packages. However, a health and welfare survey by National Statistics Office in 2015 found that some beneficiaries did not utilize their benefit packages and were willing to pay out of pocket for services. The top three reasons for not using

out-patient services were “symptoms are minor”, “long waiting time”, and “inconvenience during office hours”, respectively. The top three reasons for not using in-patient services were “long waiting time”, “unreliable or absent diagnosis”, and “services are not covered by my benefit package.” The most common reasons in health promotion services were “long waiting time”, and “service not covered by benefit package.” As shown in Figure 11

Figure 11 Reasons for not utilizing a UCS benefit package when accessing health services, FY 2015

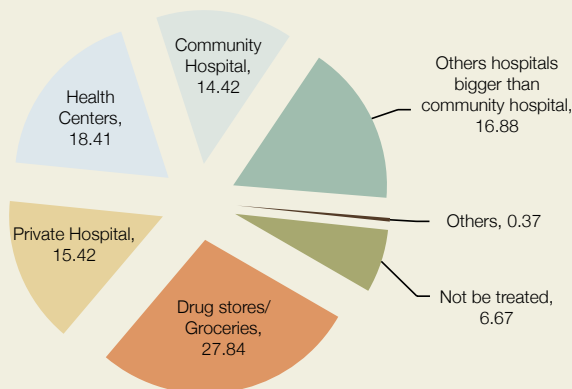


Source: Health and welfare survey 2015, National Statistics Office.
Analyzed by Bureau of Executive Information Administration, NHSO.

According to the same survey, the chosen alternative options of consumers when they were sick and did not admit themselves to hospital were “drug stores” (27.84%), “private hospitals”

(15.42%), “health promotion hospitals or health centers” (18.41%), and “community hospitals” (14.42%), respectively as shown in Figure 12

Figure 12 Choices consumers made when they were, FY2015



Source: Health and welfare survey, National Statistics Office, 2015
Analyzed by Bureau of Plan and Policy, NHSO

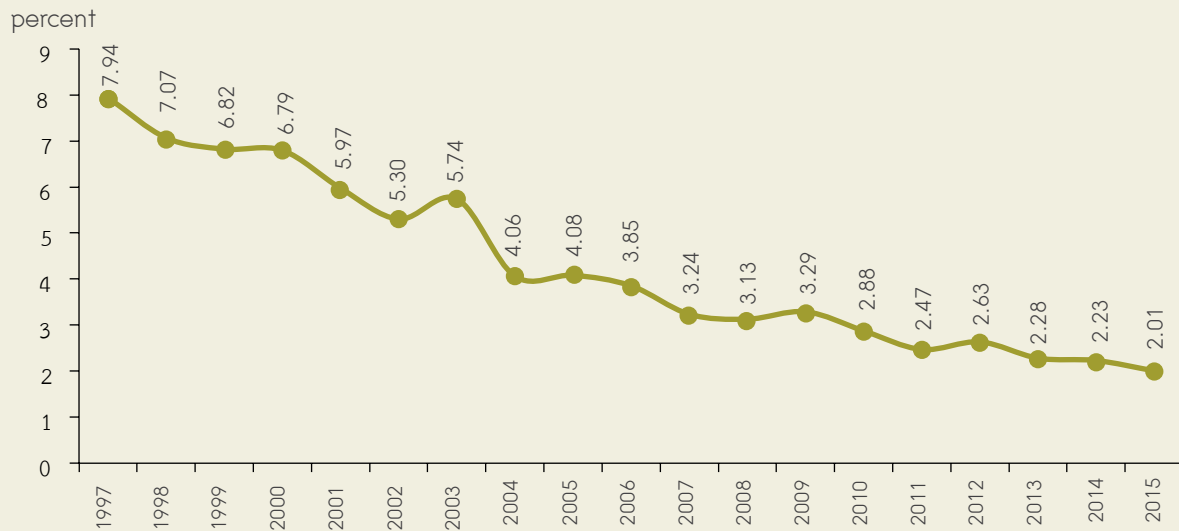
3.2 Household's Burden on Health expenditures

Health financing means the managing of resources, i.e. the budget, contributions and health expenditure of a household. In the long run, governments and households can invest in health and prevent households from experiencing financial crisis or even bankruptcy due to medical expenses. Therefore, reducing the burden of a household's medical expenses reflects the success of national health insurance. Based on the committee's recommendations, the National Health Security System mobilizes resources for sustainability¹ set for 2022. Incidences of household bankruptcy from medical expenses should not exceed the current level (2013) of 2.3% of all households. The incidences of households

that have suffered hardship after the payment of medical expenses should not be more than the current level (2013) of 0.47% of all households. Based on data analysis, socio-economic surveys of households by the National Statistical Office found which households suffered financial crisis from medical expenses. By analyzing the health expenditures of more than 10% of all households, it was shown to decline fourfold from 7.94% in 1997 to 2.01% in 2015 (Figure 13). Households that suffered hardship due to medical expenses, having dropped below the poverty line after the payment of medical expenses to 2.36% in 1997, went down to 0.34% in 2015 (Figure 14).

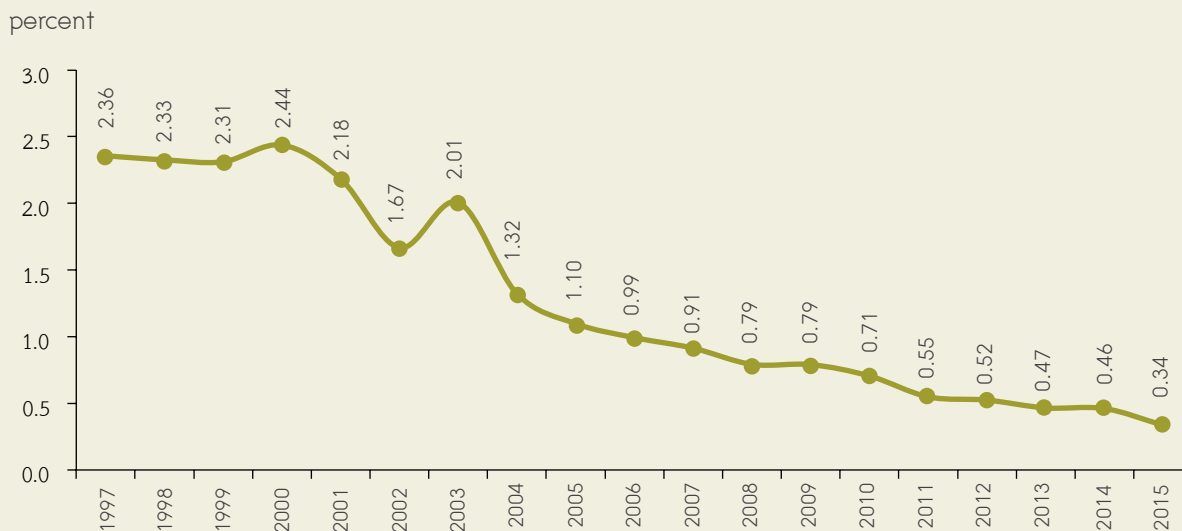
¹ Ordinance of the Ministry of Public Health No. 1020/2015 dated June 24, 2015, appointing a committee to develop guidelines for mobilization of resources for the sustainability of the national health insurance system, according to the order of the Prime Minister, date April 20, 2015; to study and synthesize proposals for sustainable resource mobilization and resource management in an effective and equitable health insurance system. Mr. Ammar Siam Vala is the consultant. and Mr. Suwit Wichepholprasert is the chairman (Source: The Committee for Guidelines for Raising Resources for the Sustainability of National Health Security System. Health Financing Proposals for sustainability of National Health Security System, Targets, Indicators and Goals, Nonthaburi; Pages 1-3.)

Figure 13 Percentage of households experiencing financial crisis due to medical expenses: 1997-2015



Source: Supon Limwattananonta analyzed from Household socio-economic survey of the National Statistics Office, FY1988 – 2015
 Note: 1) Household health expenditure is more than 10% of total expenditures.
 2) Since 2006, the National Statistical Office has been surveying the socio-economic situation of households every year (before 2006 surveyed every 2 years)

Figure 14 Percentage of households experiencing impoverishment due to medical expenses. 1997-2015



Source: Supon Limwattananonta analyzed from Household socio-economic survey of the National Statistics Office, FY1988 – 2015
 Note: 1) 2015 uses the poverty line 2004 as the base year to measure poverty. Consumer price index (CPI)
 2) Since 2006, the National Statistical Office has been surveying the socio-economic situation of households every year (before 2006 surveyed every 2 years)

4. Healthcare Service Provision and Accreditation

4.1 Healthcare Service Provision

In moving to the universal health coverage, besides providing health benefit packages, providing qualified health care units for beneficiaries is an essential factor. Another important factor is assisting people exercise their health insurance rights.

To help provide care services in to eligible individuals in FY2016 registered hospitals under

the UCS are classified into three categories: primary care facilities, main contracting units, and referral units. Most of the providers and hospitals were affiliated to the Ministry of Public Health: 94.36% of the 11,565 primary care facilities; 68.95% of the 1,301 main contracting units; and 83.95% of 983 referral hospitals (Table 5)

Table 5 The number of registered hospitals & percentages under the UCS, FY 2016

Types of hospitals Affiliation	Primary care units		Main contracting units		Referral hospitals			Total	
	Units	%	Units	%	Capitation	Non-Capitation	%	Units	%
Ministry of Public Health	10,913	94.36	897	68.95	862	76	84.58	11,056	92.97
Other gov. affiliations	95	0.82	74	5.69	69	22	8.21	143	1.20
Private	263	2.27	241	18.52	39	28	6.04	300	2.52
Local Administrative org.	294	2.54	89	6.84	13	0	1.17	393	3.30
Total	11,565	100	1,301	100	983	126	100	11,892	100

Source: Bureau of Registration Administration, NHSO, September 2016

Note: 1) Number of service units counted by type registered service. One service unit can register more than one type.
2) Capitation is a payment arrangement for health care service providers

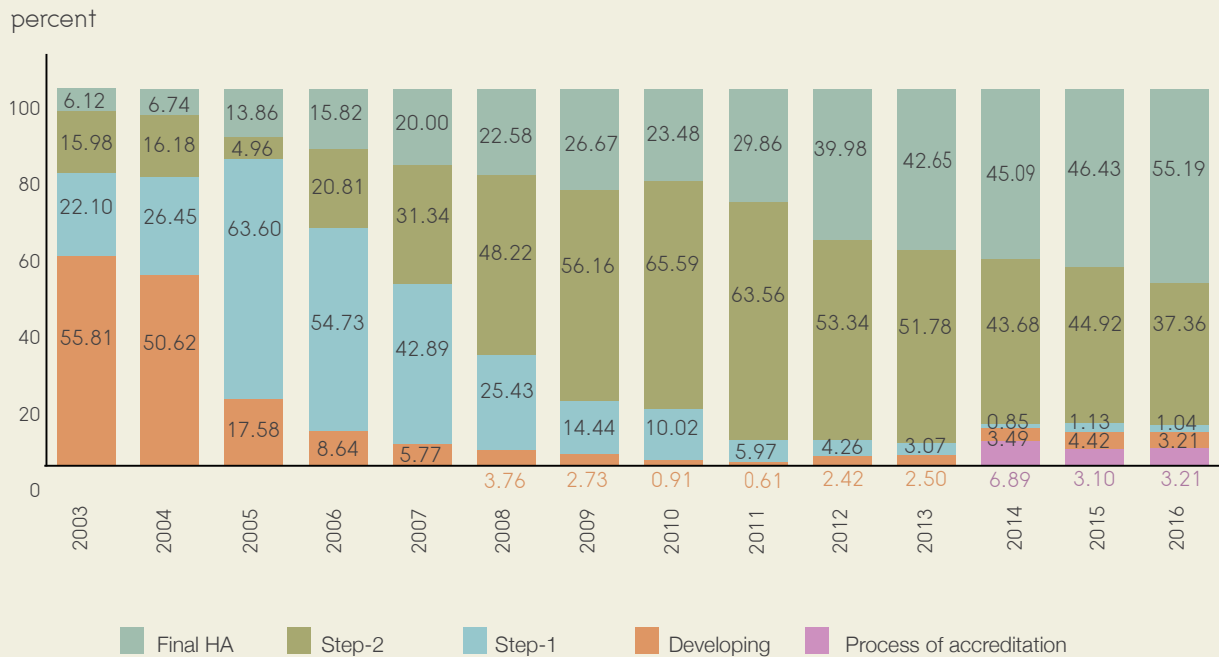
4.2 Quality Audit and Hospital Accreditation

4.2.1 Quality Assurance for Service Units

The NHSO has continued to promote quality and improvement for its main contractors and referral hospitals by supporting the hospital accreditation (HA) processes. During FY 2016 of the 1060 referrals received for quality assurance 992 HAs (93.58%) were given. 585 (55.19%) certified quality and 396 (37.36%) for quality

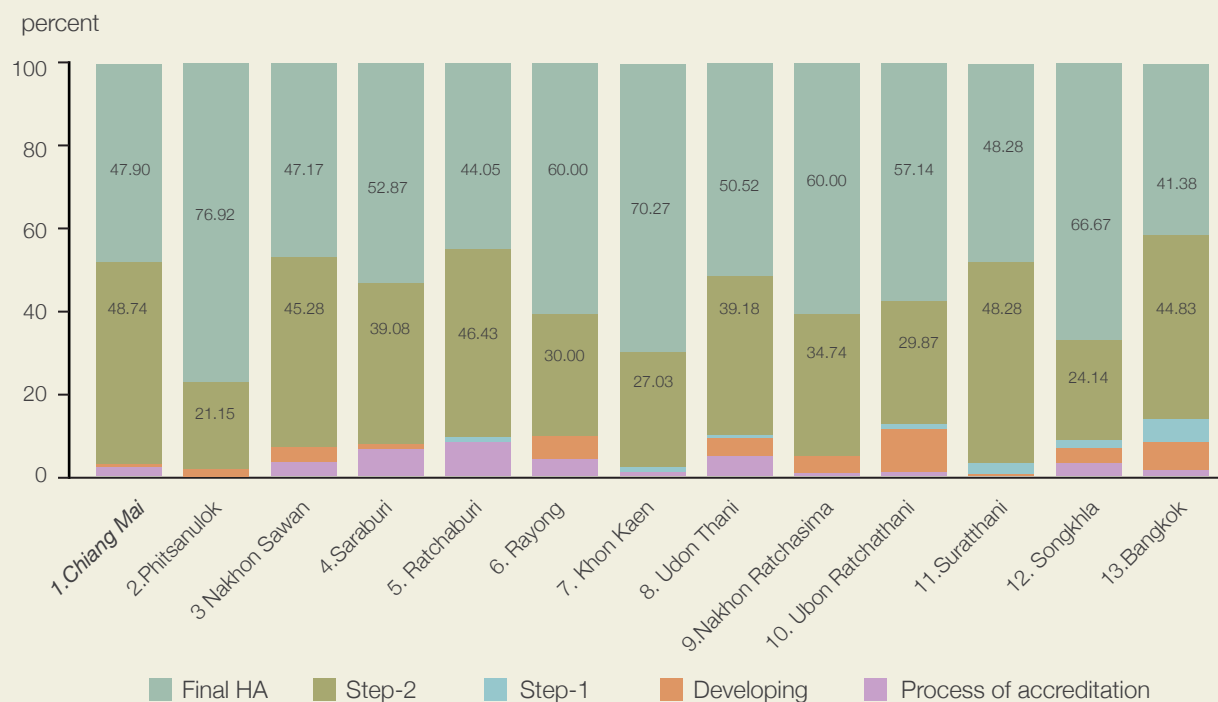
assurance. In addition, 34 (3.21%) were in the process of accreditation (Figure 15). When classified by NHSO region, the UCS registered hospitals in FY2015 with the highest proportion of accredited hospitals were in Region 2 Phitsanulok, followed by Khon Kaen (70.27%) and Songkhla (12.6%) (Figure 16)

Figure 15 UCS registered hospitals percentages classified by level of hospital accreditation (HA): FY 2003-2016



Source: The Healthcare Accreditation Institute, as of September 30, 2016, analyzed by Bureau of Quality and Health Outcome Monitoring, NHSO

Figure 16 UCS registered hospitals percentage classified by level of accreditation and by region in FY 2016



Source: The Healthcare Accreditation Institute, as of September 30, 2016, analyzed by Bureau of Quality and Health Outcome Monitoring, NHSO.

4.2.2 Service Unit Assessment

In order to guarantee an acceptable standard of quality from health care units, hospital assessments were performed. The evaluations are divided into categories based on the type of registration. The FY2016 outcomes, based on the type of service unit meeting the required criteria (either conditionally or unconditionally), were 97.13%, 99.92% and 96.55% respectively (Table 6).

When affiliation of the hospitals is considered, the primary care units and the main contractor hospitals under the Ministry of Public Health and the other government affiliation passed more than other types of affiliations. However, more referral hospitals under other government affiliations

passed than ones under the Ministry of Public Health. Details of the assessment classified by hospital's affiliation are shown in Figure 17

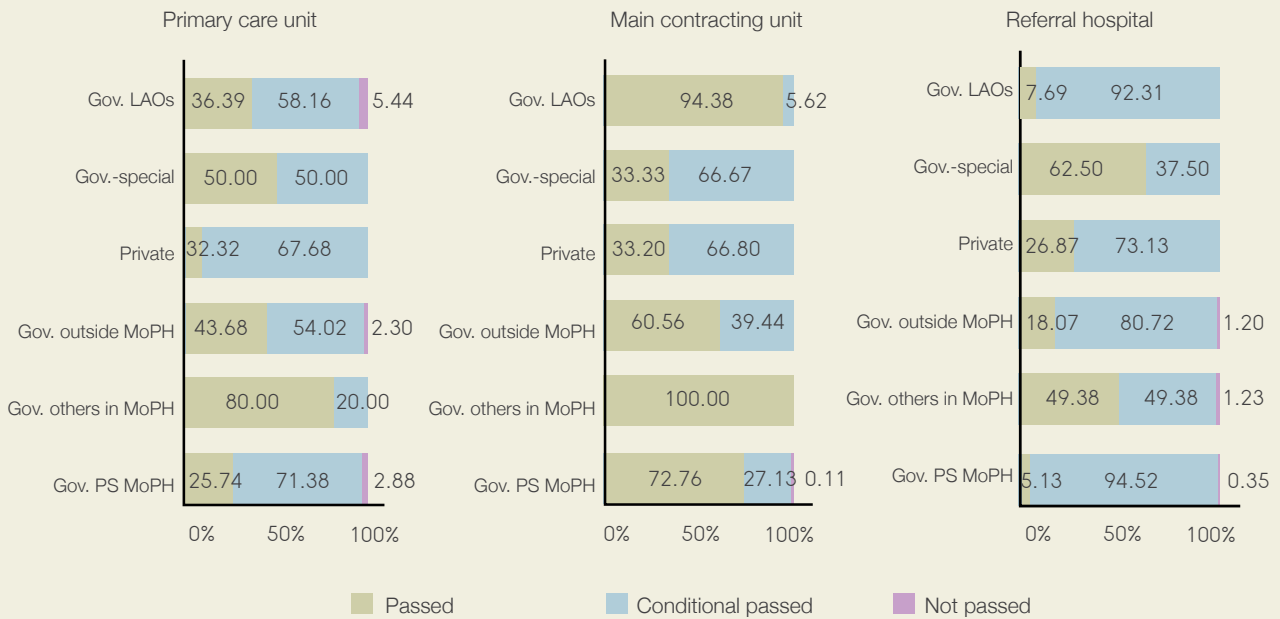
When hospitals' locations classified by the NHSO regions are considered, the primary care units and the referral hospitals located in the NHSO Region 13 (Bangkok) passed more often than other regions. The main contractor hospitals located in the NHSO region 4 (Saraburi) passed more than other regions. Overall, it was found that the main contractor hospitals in every region, except the NHSO region 8 (Udon Thani), passed in a higher proportion than primary care units and referral hospitals. Details of these results are shown in (Figure 18).

Table 6 Results of hospital assessment classified by level types, FY 2016

Results	Types of hospitals		Primary care units		Main contracting units		Referral hospitals	
	Units	%	Units	%	Units	%	Units	%
Passed	3,046	26.34	862	66.26	123	11.09		
Passed with conditions	8,187	70.79	438	33.67	981	88.46		
Not passed	332	2.87	1	0.07	5	0.45		
Total	11,565	100.00	1,301	100.00	1,109	100.00		

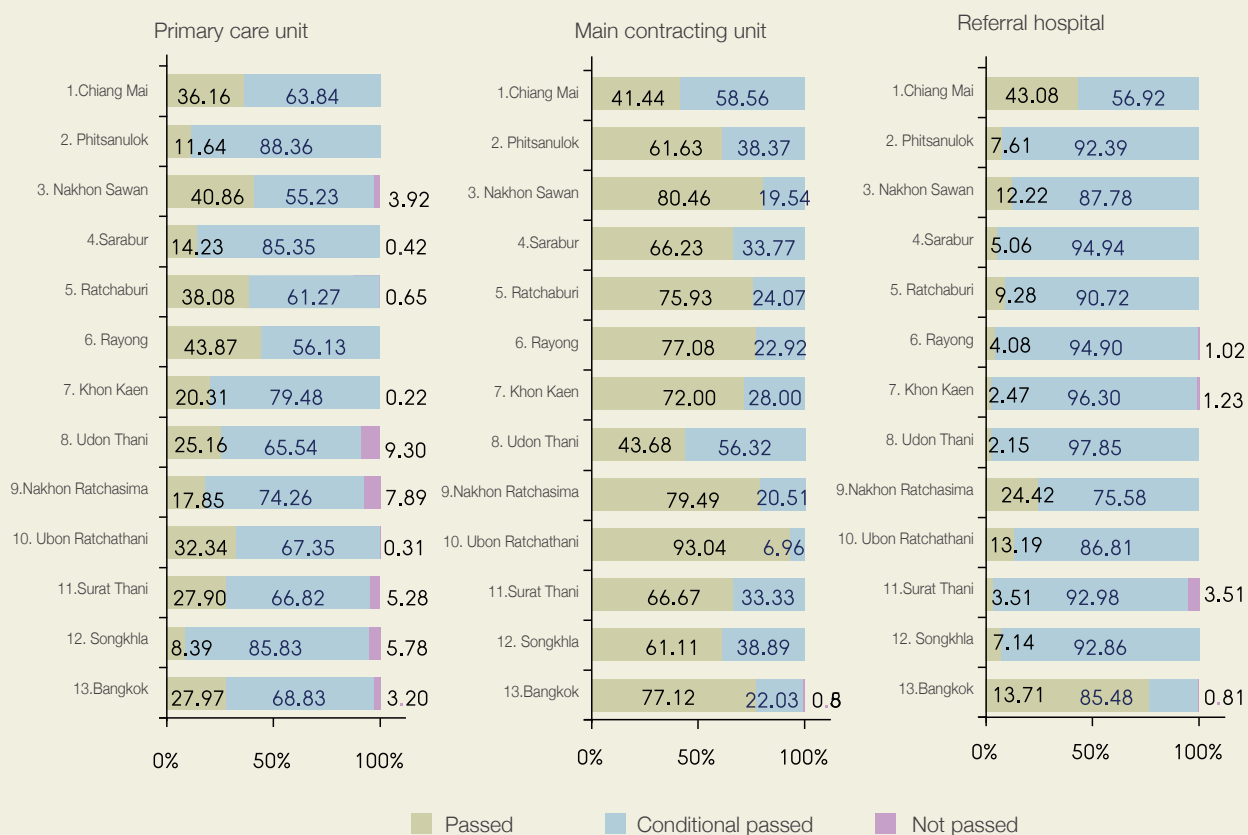
Source: Bureau of Registration Administration, NHSO, September 2016

Figure 17 Results of hospital assessment classified by type of service unit, FY 2016



Source: Bureau of Registration Administration, NHSO, September 2016

Figure 18 Hospital assessment results as percentages classified by type of service unit and jurisdiction FY 2016



Source: Bureau of Registration Administration, NHSO, September 2016

5. Accessibility, Efficiency, Quality and Effectiveness of the Healthcare System

5.1 Medical and public health services for national health

Key performance indices (KPIs) of the UCS management were set in several dimensions. Details of FY2016 goals and performance for each KPI are described in Table 7.

Table 7 NHSO key performance indices, FY 2016

KPIs	Units	Target (according to budget allocation)	Output	Performance (% of output)
Targeted population ¹				
- Thai citizens (Sept.2015)	Person	65,323,148	65,776,933	100.69
- UCS beneficiaries (Sept.2015)	Person	48,787,000	48,330,473	99.06
1. Out-patient services (OP)				
- total OP visits	Visits	154,796,161	173,228,285	111.91
- utilization rate	Visits/ person/year	3.170	3.589	113.21
2. In-patient services (IP)				
- total admissions	Admissions	5,726,787	5,781,554	100.96
- utilization rate	Admissions /person/yr.	0.117	0.120	102.56
3. Disease management or vertical programs				
3.1 Accident and Emergency (AE)				
- AE in hospitals located outside their registered province, and service outside registered hospital in disabled people	Visits	900,550	1,304,801	144.89
- Birth delivery in new SSS less than 3 months of contribution (IP)	Visits	619,454	581,435	93.86
- number of non-registered UCS accessing to service in the first time	visits	15,666	9,397	59.98
- OP refer out of province or OP refer within province where having university hospital in province	Visits	269,829	320,987	118.96
- referred cases with transportation cost	Visits	221,437	225,438	101.81

KPIs	Units	Target (according to budget allocation)	Output	Performance (% of output)
3.2 confidence in quality of care improvement				
- Number of dialysis/hemodialysis In case of acute renal failure (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) ³	Visits	27,077	38,391	141.78
- Medicinal treatment for opportunistic infections (Cryptococcal meningitis & Cytomegalovirus retinitis) in HIV-patients: Cytomegalovirus retinitis) ³	Visits	5,620	3,654	65.02
- Stroke fast track ³	visits	2,267	2,901	127.97
- ST-elevated Myocardial Infarction fast track or STEMI fast track ³	visits	1,813	3,955	218.15
- cataract surgery	Visits	112,200	154,561	137.75
- Laser treatment for diabetic retinopathy ³	Visits	12,075	9,578	79.32
- Orthodontics services for cleft lip and cleft palate ⁵	Cases	274	1,277	466.06
3.3 financial risk of healthcare providers reducing				
- Hemophilia ³	Cases	1,487	1,158	77.87
- Hyperbaric oxygen therapy in Decompression sickness ³	Cases	40	11	27.50
- Corneal transplantation ⁶	Cases	390	306	78.46
- Heart transplantation ⁷	Cases	51	78	152.94
- Liver transplantation in children ⁷	Cases	138	189	136.96
- Hematopoietic stem cell transplantation	Cases	24	22	91.67
3.4 Services required closed monitoring				
- Methadone maintenance treatment (MMT) in drug addicts ³	Cases	2,428	6,308	259.80
- Essential, high-cost drug (E(2) category drug list of the NLEM)	Cases	22,448	34,434	153.39
- Orphan drugs	Cases	5,216	7,141	136.91
- Compulsory Licensing: CL(Clopidogrel) ⁸	Cases	179,200	232,052	129.49
3.5 Disease management or vertical programs				
- Transfusion-dependent thalassemia : TDT ⁹	Cases	2,820	11,940	423.40
- Tuberculosis ¹⁰	Cases	56,900	78,388	137.76
- Morphine treatment in palliative cases ⁵	Cases	11,490	10,755	93.60
4. Health promotion and prevention				
- Seasoning influenza vaccines ¹¹	Cases	3,154,507	2,369,796	75.12

KPIs	Units	Target (according to budget allocation)	Output	Performance (% of output)
5. Rehabilitation ¹²				
- disables	Cases	1,148,668	1,183,474	103.03
- instruments for disables	Cases	44,349	32,997	74.40
- rehabilitation services for disables	Cases	187,800	264,008	140.58
- rehabilitation services for elderly	Cases	243,787	332,635	136.44
- rehabilitation services for others	Cases	308,060	424,117	137.67
- rehabilitation Services for disabled persons	Cases	6,294	8,301	131.89
- Orientation and Mobility (O&M) for disables	Cases	3,430	2,399	69.94
6. Thai Traditional Medicine Service				
- Massage, hot compress, herbal stream	Visits	4,975,371	4,217,406	84.77
- post-partum care	Cases	35,576	35,855	100.78
- prescribing herbal medicines in national essential drug list	Visits	4,414,819	4,826,880	109.33
7. Preliminary Assistance to Service Providers ¹³				
- Preliminary compensations in accordance with section 41 of the Act	Cases	1,142	885	77.50

- Source:
- 1) Office of the National Statistical Office, as of September 30, 2016.
 - 2) Outpatient Services Information - Individuals UCS Rights Administration Bureau of Insurance Information, analyzed by the Bureau of Plan and Budget Administration. As of September 30, 2016, processed as of January 2017.
 - 3) M & E for Payment (H0401) Information and Evaluation Center for Health Care Information as of September 30, 2016, processed as of December 14, 2016.
 - 4) OP reference database, e-claim, Information Management Office, HOSP. Data as of August 31, 2016 (11 month data) processed as of November 2016.
 - 5) Office of Administration, Allocation and Compensation of NHSO. Data as of September 30, 2016, processed as of November 2016.
 - 6) Bureau of Quality and Standard Support Services, as of September 30, 2016, processed as of November 2016.
 - 7) Program Support for Kidney Disease Rehabilitation Services Data as of September 30, 2016 Processing as of December 2016
 - 8) The Office of Drug and Alcohol Information Services Support as of September 30, 2016.
 - 9) Database of Health Promotion and Disease Prevention Services by Primary Health Service Support Center. Data as of September 30, 2016, processed as of December 2016.
 - 10) TB Information System (TB Data HUB) is an analysis of the TB and HIV-infected service plan. Data as of September 30, 2016, processed as of November 2016.
 - 11) Reported data 43. Ministry of Public Health file, as analyzed by the Office of Primary Care Systems Support, as of September 30, 2016, processed as of January 2017.
 - 12) Record-keeping programs for disabled persons and rehabilitation services. Bureau of Insurance Information Administration, Analytical Bureau of Community Health Services, NHS. Data as of September 30, 2016, processed as of December 2016.
 - 13) Bureau of Insurance Information Administration, Analyzed by The National Institute of Standards and Technology Information as of September 30, 2016

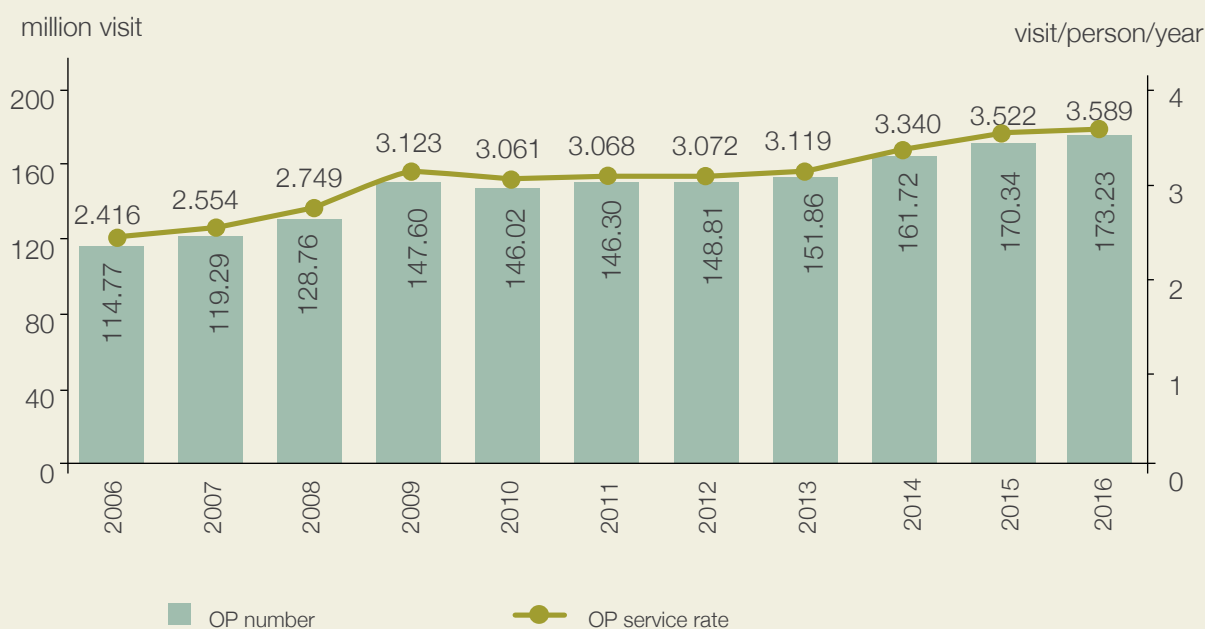
5.2. Evaluating service access, quality performance, and service results.

5.0.1 Out-patient and In-patient Services

Out-patient (OP) services are the preferred mode of services of a majority of people so it can be a strong indicator to the overall use of health-care services. It was expected that accessing OP services would increase with the implementation

of UHC. Data between FY2006 and FY2016 has shown that the number people using OP services under the UCS increased from 114.77 million visits or 2.416 visit/person/year in FY2006 to 173.23 million visits or 3.589 visit/person/year in FY2016, as shown in Figure 19

Figure 19 The number of out-patient visits and utilization rate per person per year of the UCS, FY 2006-2016

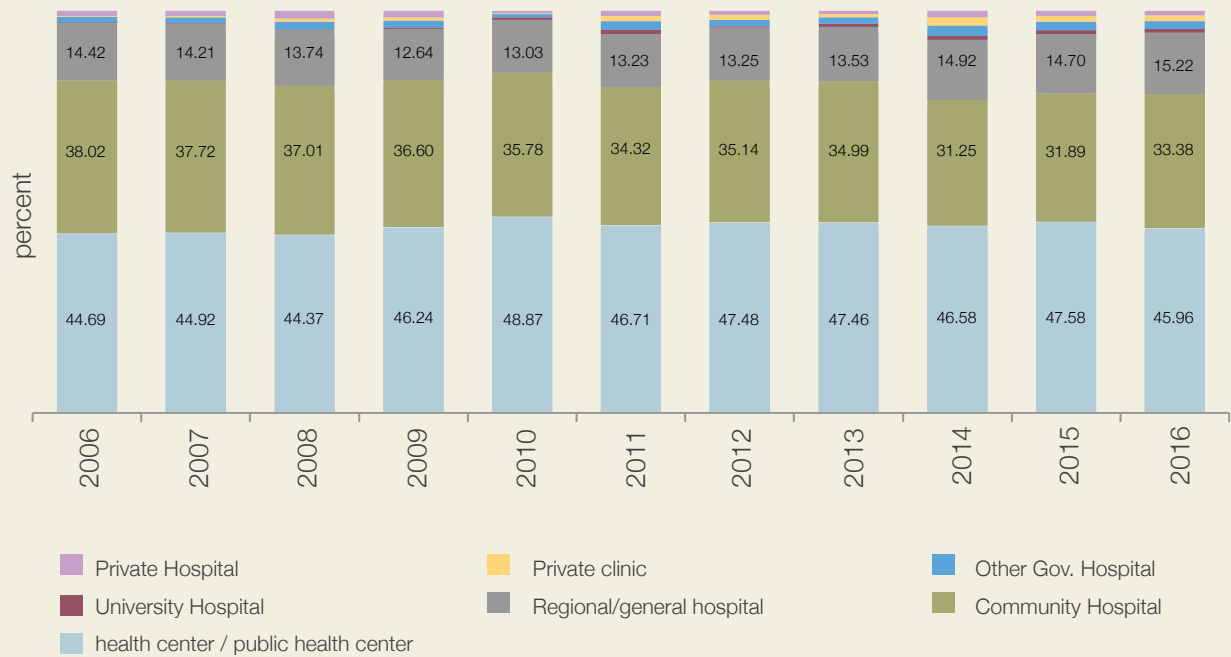


Source: 1) Out-patient data of FY2006-2009 are from 0110RP5 Report, Ministry of Public Health
 2) Compensation Database Outpatient Individuals' Rights UCS 2010 - 2013 Office of Administrative Allocation and Compensation for Services as of December 2013, Analysis by the Office of Planning and Budget, NHSO
 3) Outpatient Services Information Individual UCS Rights 2014-2016 Bureau of Insurance Information Administration, as of January 2017, Analysis by the Office of Planning and Budget, NHSO.

Data shows that a majority of patients received outpatient services. At the health centers or public health centers, utilization increased from 44.69% in 2006 to 47.58% in 2015 then went down in 2016. At community hospitals, utilization

dropped from 38.02% in 2006 to 33.38% in 2016. At General Hospital/Hospital Center, utilization slightly increased from 14.42% in 2006 to 15.22% in 2016. (Figure 20)

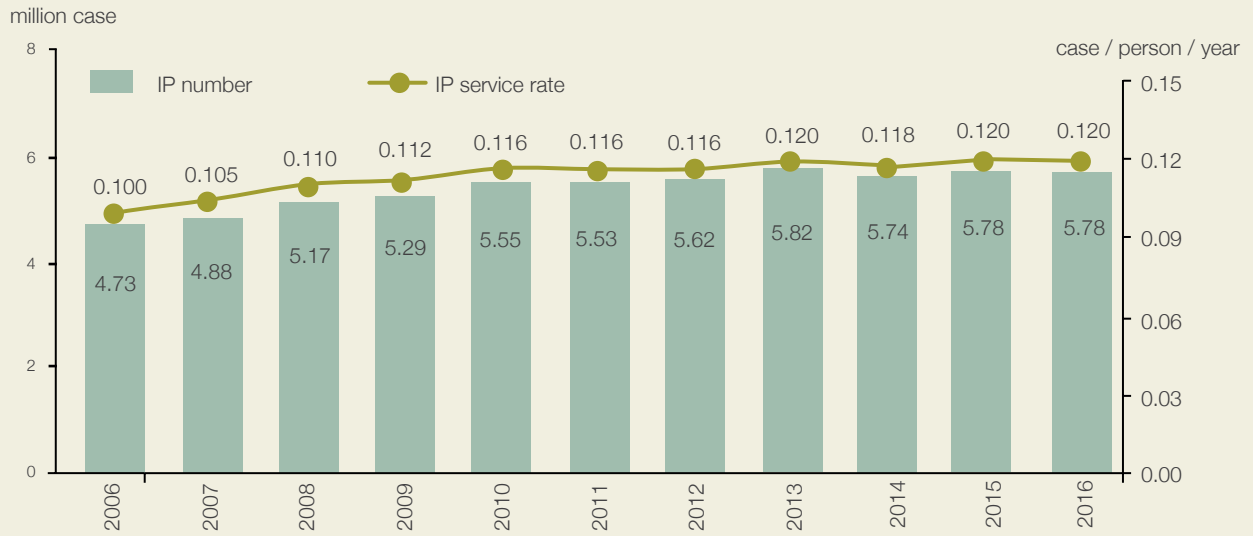
Figure 20 Out-patient services usage as a percentage, classified by type of health facilities. FY 2006-2016



Source: 1) Out-patient data of FY2006-2009 are from 0110RP5 Report, Ministry of Public Health
 2) Compensation Database Outpatient Individuals' Rights UCS 2010 - 2013 Office of Administrative Allocation and Compensation for Services as of December 2013, Analysis by the Office of Planning and Budget, NHSO
 3) Outpatient Services Information Individual UCS Rights 2014-2016 Bureau of Insurance Information Administration, as of January 2017, Analysis by the Office of Planning and Budget, NHSO.

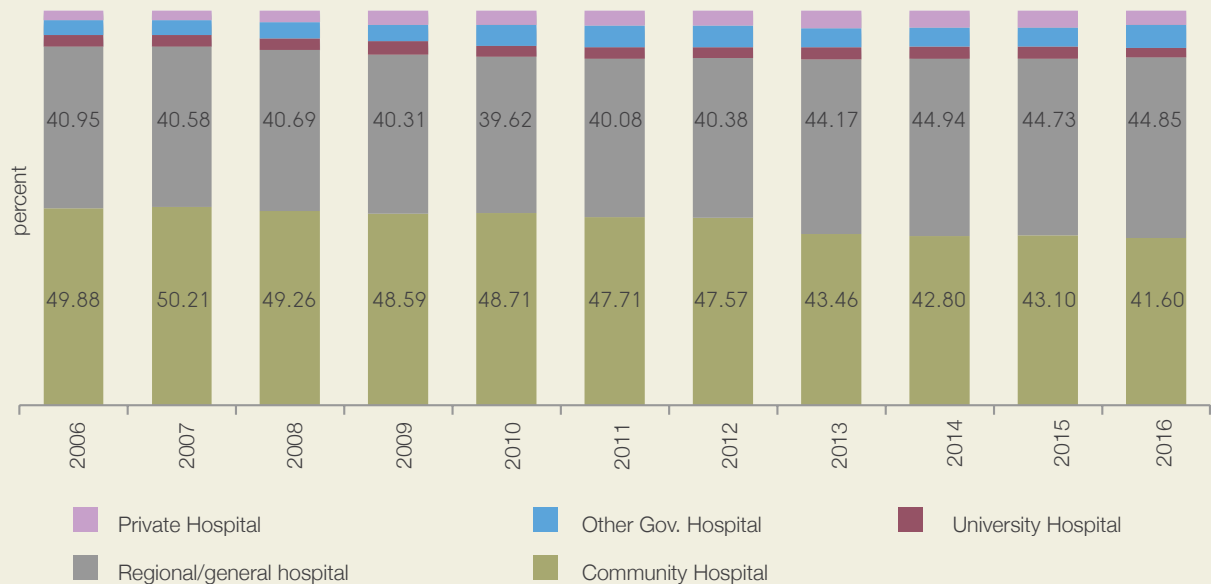
For Inpatient Services, the number increased from 4.73 million in 2006 to 5.78 million in 2016. The rate of inpatient services increased from 0.100 per person per year 2006 to 0.120 per person per year in 2016 (Figure 21). In 2016, 44.85% of respondents opted for general hospital/general hospital services, followed by community hospitals 41.60% (Figure 22).

Figure 21 Inpatient services under the UCS, FY 2006-2016



Source: 1) In-patient data of FY2006-2009 are from 0110RP5 Report, Ministry of Public Health
 2) UCS Annual Subsidized Compensation Scheme 2010 - 2012 Office of Administrative Reimbursement and Allocation Service December 2013, Analysis by the Office of Administrative and Budget Administration,
 3) Inpatient Services Information, UCS Rights, 2013-2015, Office of Insurance Information Management, March 2016, Analysis by the Office of Administrative and Budget Administration,
 4) Inpatient Services Information, UCS Rights, 2016, Office of Insurance Information Management, February 2017, analyzed by the Office of Administrative and Budget Administration,

Figure 22 In-patient services under the UCS classified by hospital types FY 2006-2016



Source: 1) In-patient data of FY2006-2009 are from 0110RP5 Report, Ministry of Public Health
 2) UCS Annual Subsidized Compensation Scheme 2010 - 2012 Office of Administrative Reimbursement and Allocation Service December 2013, Analysis by the Office of Administrative and Budget Administration,
 3) Inpatient Services Information, UCS Rights, 2013-2015, Office of Insurance Information Management, March 2016, Analysis by the Office of Administrative and Budget Administration,
 4) Inpatient Services Information, UCS Rights, 2016, Office of Insurance Information Management, February 2017, analyzed by the Office of Administrative and Budget Administration.

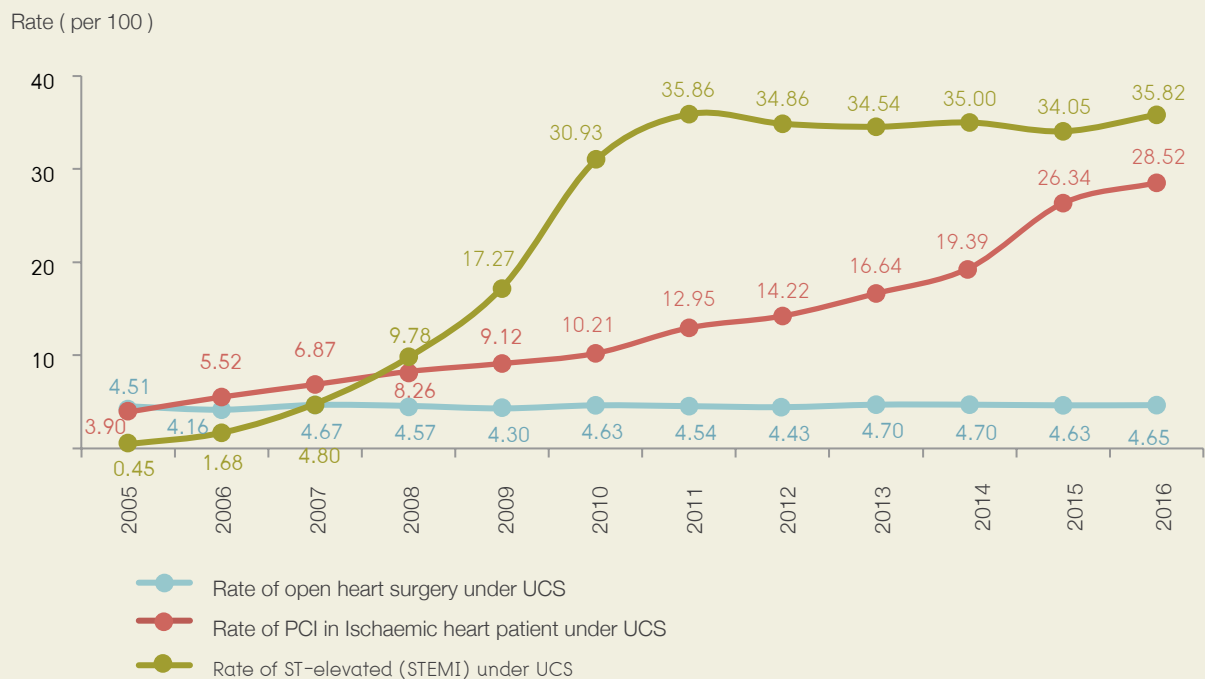
5.2.2 Disease management and vertical program

1) Cardiovascular diseases

One of the limitations when requiring access to health services for heart and cardiovascular diseases is a lack of specialists in terms of availability and distribution. Yet access to essential cardiovascular procedures is increasing, especially

for cardiac catheterization. Percutaneous Coronary Intervention (PCI) for patients with Ischemic heart disease and infusion of thrombolytic therapy in ST-elevated acute myocardial infarction (STEMI) increased from 3.90% and 0.45% in 2005 to 28.52% and 35.82% in 2016, respectively. Open heart surgery is likely to be between 4.16-4.70% (Figure 23).

Figure 23 The rate of heart procedures for UCS patients ages 15 years and older: FY 2005-2016



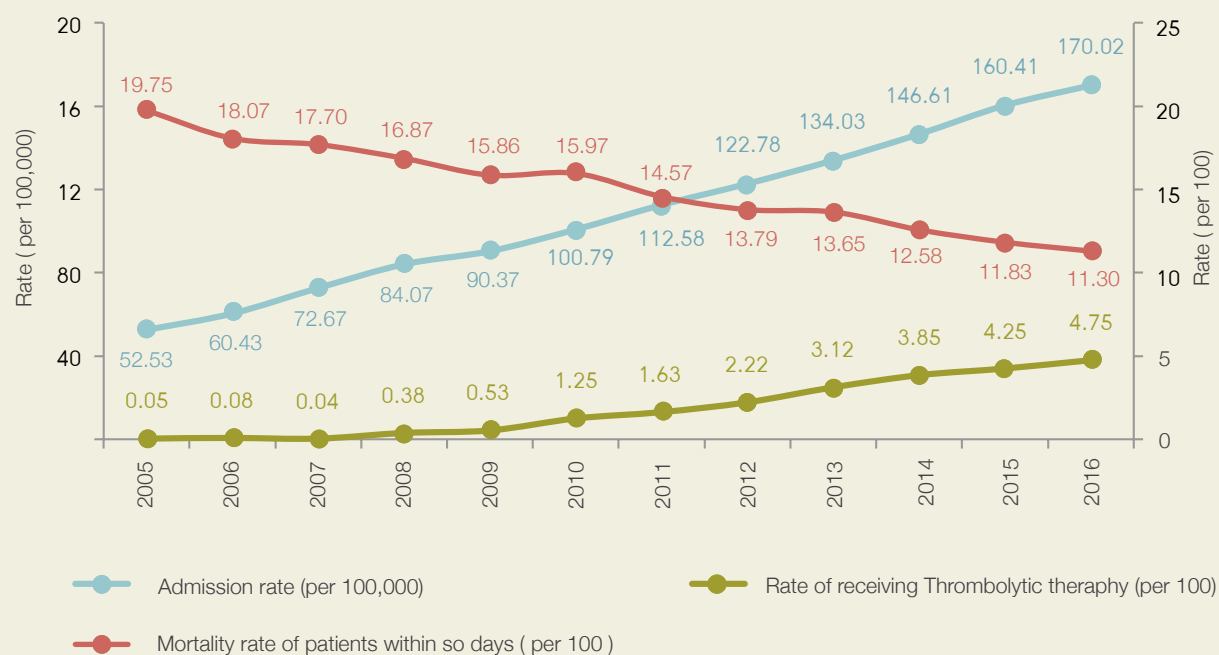
Source: *NHSO Health Service Indicator: H0301 Information as of September 30, 2016*
As of November 30, 2016, analyzed by the Bureau of Information and Evaluation of Health Care.

2) Heart disease

The number of people dying from heart disease is increasing every year. Even for those that survive a large majority are left disabled later, resulting in lower quality of life. These produces expense to both the family and the country. Stroke patients need to be treated promptly. For patients with Cerebral infarction in FY 2016, accessing hospital services there was a significant upward trend from a rate of 52.53 per 100,000 in 2005

to 170.02 in 2016. Patients receiving thrombolytic therapy increased from 0.05% in 2005 to 4.75% in 2016. This resulted in the mortality within 30 days after hospitalization declining from 19.75% in 2005 to 11.30% in 2016. Hence, fast access to medical services and efficient treatment of thrombocytopenic purpura has decreased both disability and mortality (Figure 24).

Figure 24 Accessibility to thrombolytic treatment for cerebral infarction for UCS patients aged 15 years and older: FY 2005-2016



Source: NHSO Health Service Indicator: H0301, Information as of September 30, 2016, November 30, 2016, analyzed by the Bureau of Information and Evaluation of Health Care

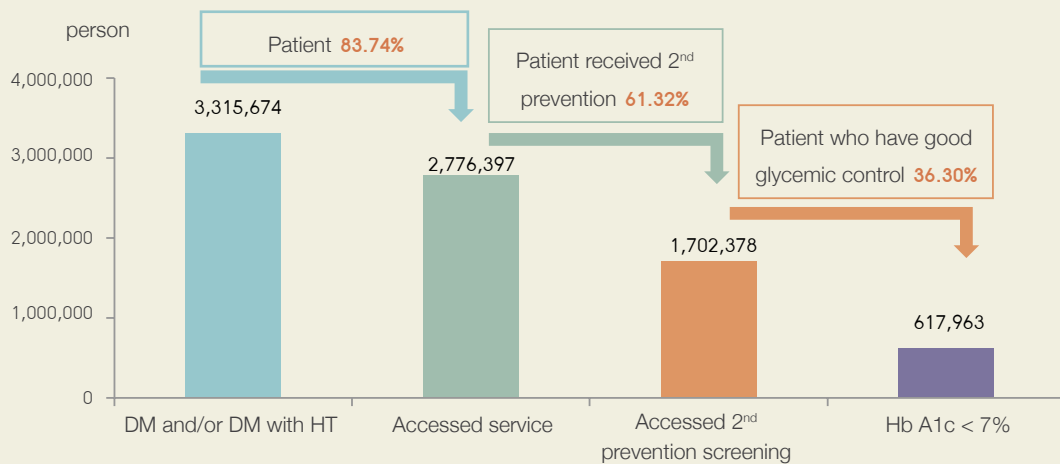
3) Diabetes Mellitus and Hypertension

Diabetes Mellitus (DM) and Hypertension (HT) are preventable conditions however, prevention is also required. Prevention and treatment of the diseases can reduce the burden on the patient, their family, and society as a whole in the long term. In FY2015, the NHSO was allocated a budget of THB909.2 million to screen patients with complications resulting from these diseases (Secondary prevention). A total number of 3,603,840 people (128.24% of the targeted amount 2,810,300), with

(1) Access to 2nd prevention services (HbA1c, lipid profile, micro albuminuria, retinal detachment and foot exams at least once a year). Of those, 61.32% were diabetic and/or hypertensive patients (1,702,378 from 2,776,397), of which 36.30% were found to have good glycemic control. HbA1c <7%) (Figure 25)

(2) Access to 2nd prevention services (Fasting Plasma Glucose, Lipid Profile, and Urinalysis at least once a year). Of those, 53.31% were hypertensive patients (1,901,462 out of 3,553,376) of which 64.60% were found to have good blood pressure control. (Blood pressure level <140/90 mmHg) (Figure 26)

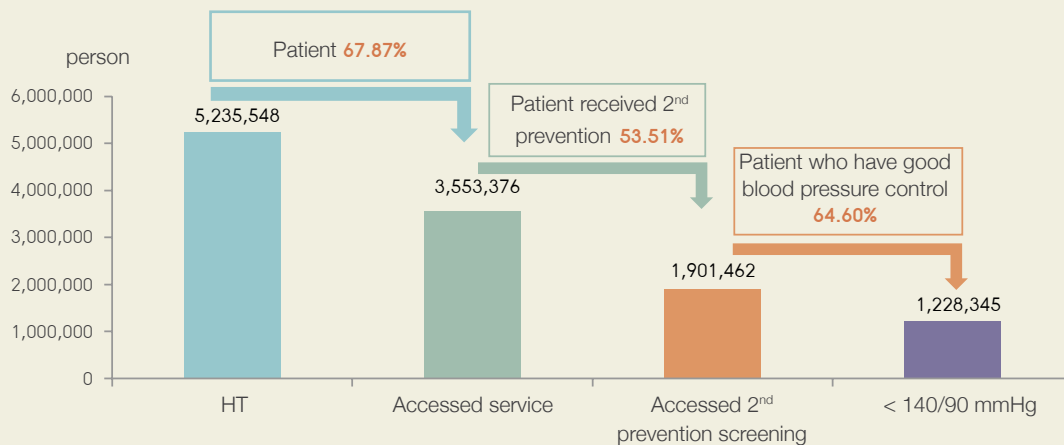
Figure 25 Accessibility to secondary prevention for DM and HT FY2016



Source: Diabetes and high blood pressure Information that can access to services in 2016, Bureau of Insurance Information Administration, Analyzed by the Program Support for Chronic Disease and Specific Disease Services and the plan and budget of the NHSO.

- Note:
- 1) The incidence of diabetes in the 15-year-old population was 8.9% (based on a survey of Thai population health by physical examination No. 5: NHES V; Information as of October 11, 2016)
 - 2) Access to 2nd prevention (calculated from the number of patients with diabetes and/or uncomplicated hypertension multiplied by percentage of patients receiving second prevention) and good glycemic control. (HbA1c <7%). Data from the Diabetes Care Assessment Report 2 and/Hypertension 2015: MedResNet

Figure 26 Secondary prevention services for inpatients with hypertension. FY 2016



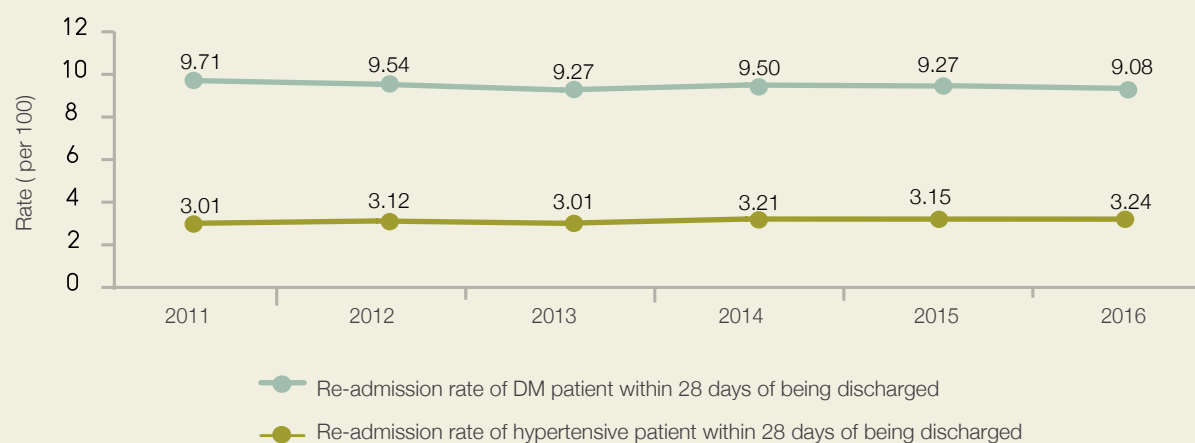
Source: Diabetes and high blood pressure Information that can access to services in 2016, Bureau of Insurance Information Administration, Analyzed by the Program Support for Chronic Disease and Specific Disease Services and the plan and budget of the NHSO.

- Note:
- 1) The incidence of diabetes in the 15-year-old population was 8.9% (based on a survey of Thai population health by physical examination No. 5: NHES V; Information as of October 11, 2016)
 - 2) Access to 2nd prevention (calculated from the number of patients with uncomplicated hypertension multiplied by percentage of patients receiving 2nd prevention) and good blood pressure control. (Blood pressure <140/90 mmHg). Data from the Diabetes Care Assessment Report 2 and/Hypertension 2015: MedResNet

Re-admission within 28 days of being discharged is another indicator that reflects quality of IP care or effectiveness of the last treatment. Under the UCS patients, aged 15 years and older requiring further treatment within 28

days had decreased slightly from 9.71% in FY2011 to 8.8% in FY2015 for DM patients and from 3.01% in FY2011 to 2.97% in FY2015 for HT patients, as shown in Figure 27.

Figure 27 Re-admission within 28 days of a previous discharge for DM and HT patients 15 years and over: FY 2011-2016



Source: NHSO Health Service Indicator: H0301), September 30, 2016

November 30, 2016, analyzed by the Bureau of Information and Evaluation of Health Care

Note: 1) Use updated status information to see the quality of the distribution plan.

2) Cannot distinguish planned or unplanned patients from inpatient data (IP) because the second admit may be scheduled for continuous procedure

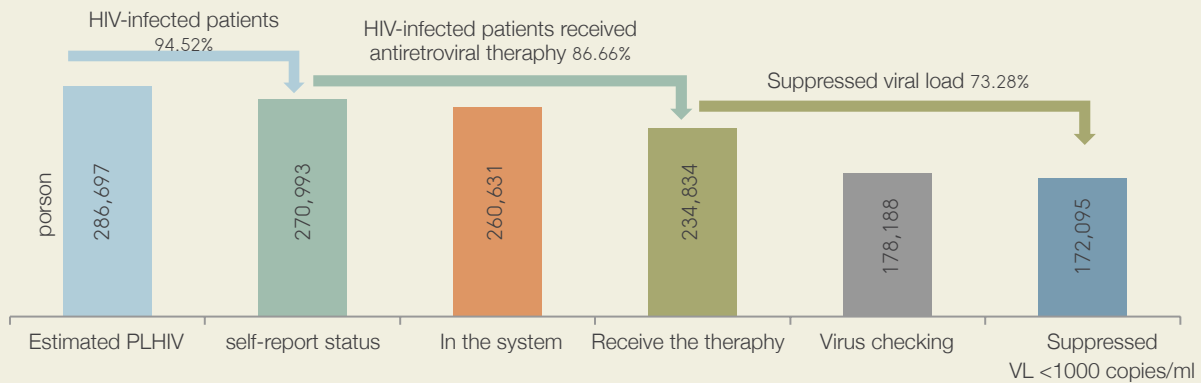
4) HIV/AIDS services

NHSO has consistently supported access to healthcare services for HIV/AIDS patients. In FY2016 a budget of THB3,011,901 million was allocated, targeted at 211,100 people.

Through to FY 2019, Thailand has set the goal of ending the country's AIDS problem, it is called Fast-Track-Targets 2020 or 90-90-90. This means 90% have been checked for infection,

90% of HIV-infected patients have received antiretroviral therapy, and 90% of antiretroviral users have suppressed viral load (Suppressed: VL <1000 copies/ml). Also 94.52% of HIV infected and AIDS patients had self-reported status, 86.66% HIV-infected patients received antiretroviral therapy and 73.28% of antiretroviral recipients the virus was suppressed. (Figure 28)

Figure 28 Healthcare service for HIV/AIDS patients in FY 2016

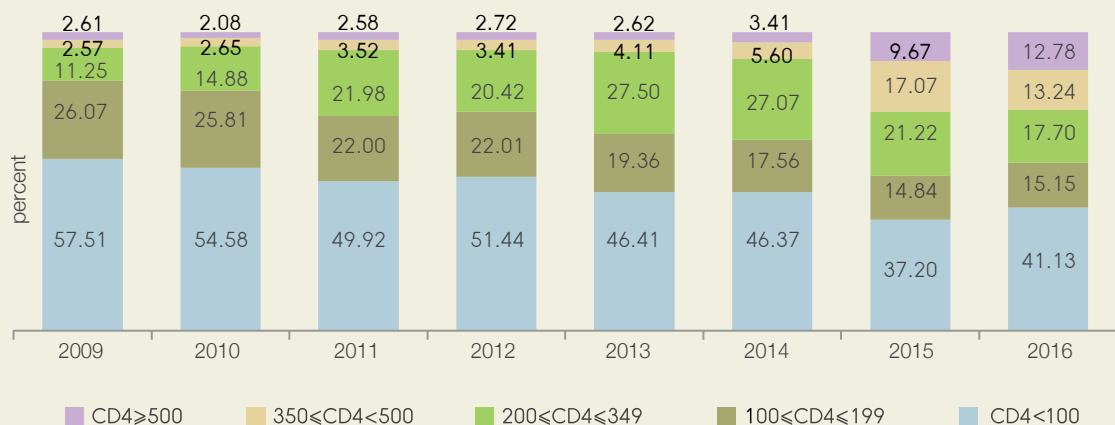


Source: 1) Information Services Report on results, treatment and follow-up of HIV/AIDS patients. Data as of September 30, 2016. Processed as of October 7, 2016. The program supports the TB and HIV services.
 2) Estimated PLHIV is estimated by the Centers for Disease Control and Prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
 3) 2016 change of viral load criteria in HIV-infected patients with antiretroviral therapy for 12 months with undetected viral load <50 copies/ml. (Suppressed: VL <1000 copies/ml)

According to data released by provider follow-up services, there was an evident that a delay in accessing health services was the main cause of death. All patients entering the system under the UCS are tested and classified, based on CD4 level to ascertain the severity of their condition before being enrolled for ART. The number of new cases with severe immune deficiency (CD4 < 100 cell/mm³) enrolled into the program have continued to decrease slightly from 57.51% in 2009 to 41.13% in 2016. Patients with

impaired immunity (CD4 >= 500 cells/mm³) has increased from 2.61% in 2009 to 12.78% in 2016. This is consistent with the policy of extending access to antiretroviral drugs. Diagnosed HIV positive patients should receive antiretroviral treatment regardless of CD4 level, have access to HIV counseling and testing services at least twice per year to determine the status of infection. All information is logged to ensure that care is received faster, and to reduce the risk of the disease spreading (Figure 29).

Figure 29 Proportion of new HIV/AIDS patients and CD4-eligible patients (CD4 cell level/mm³) FY 2009-2016



Source: Information Services Report on results, treatment and follow-up of HIV/AIDS patients. Data as of September 30, 2016. Processed as of October 7, 2016. The program supports the TB and HIV services.

5) Chronic Kidney Diseases

The NHSO has approved additional funds for Renal Replacement Therapy, which is a costly treatment that exceeds the average household budget. Financial barriers because of the excessive cost of treatment and after-care as well as a limitation of suitable service facilities have affected necessary patient care. The NHSO, therefore, has undertaken to address this issue not only through their benefit packages but also by supporting related health system developments. In order to promote quality of care, quality of life, and health outcome, kidney

replacement therapy, i.e., peritoneal dialysis for end-stage chronic kidney diseases has been included in the UCS benefit packages under the “PD first” policy since FY2008.

In FY2016, the budget allocation was THB6,318.10 million for 44,411 patients. There were 45,629 patients with chronic kidney disease receiving continuous dialysis (CAPD), and 24,056 hemodialysis patients (HD). 15,248 people were treated with hemodialysis, Only 4,626 EPO (HD Self-pay) blood transfusions and 172 kidney transplant recipients. (Table 8)

Table 8 Renal Replacement Therapy In patients with chronic renal failure FY 2013 –2016

Service	2013	2014	2015	2016
1) Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD)	14,225	18,284	21,513	24,056
- Old	7,407	10,748	13,817	16,490
- New	5,554	7,169	7,320	7,224
- Changed from other RRT methods	1,264	367	376	342
- Dead	3,233	4,066	4,590	4,991
- Patients who change treatment/cure/non-follow-up	244	401	433	1,372
2) Hemodialysis: HD	7,855	10,525	13,223	15,248
- Old	5,250	6,676	9,011	11,518
- New	2,071	2,513	2,680	2,754
- Changed from other RRT methods	534	1,336	1,532	976
- Dead	995	1,484	1,669	1,678
- Patients who change treatment/cure/non-follow-up	184	30	36	71
3) Hemodialysis Self Pay: HD Self-pay)	2,513	3,389	4,067	4,626
- Old	1,356	1,992	2,529	3,112
- New	797	1,365	1,488	1,472
- Changed from other RRT methods	360	32	50	42
- Dead	431	715	816	846
- Patients who change treatment/cure/non-follow-up	90	145	139	237
4) Kidney Transplantation: KT	86	182	182	172
- New	86	182	182	172
- Dead	3	9	15	103

Service	2013	2014	2015	2016
5) Kidney Transplantation Immunosuppressive Drug: KTI)	1,197	1,292	1,418	1,527
- Old	998	1,068	1,186	1,300
- New	199	224	232	227
- Dead	24	65	83	35
- Patients who change treatment/cure/non-follow-up	105	41	35	26
Total	25,876	33,672	40,403	45,629

Source: Chronic kidney disease management data, NHSO (September 2016)

Note: 1) Patients may change RRT method in accordance with their medical indications

2) The number of patients accessing RRT services does not include the number of dead patients.

3) Hemodialysis Hemodialysis (HD) is a hemodialysis service in patients with end-stage renal disease that meets the criteria set by the fund. Hemodialysis Red Blood Cell (EPO) and Management Cost

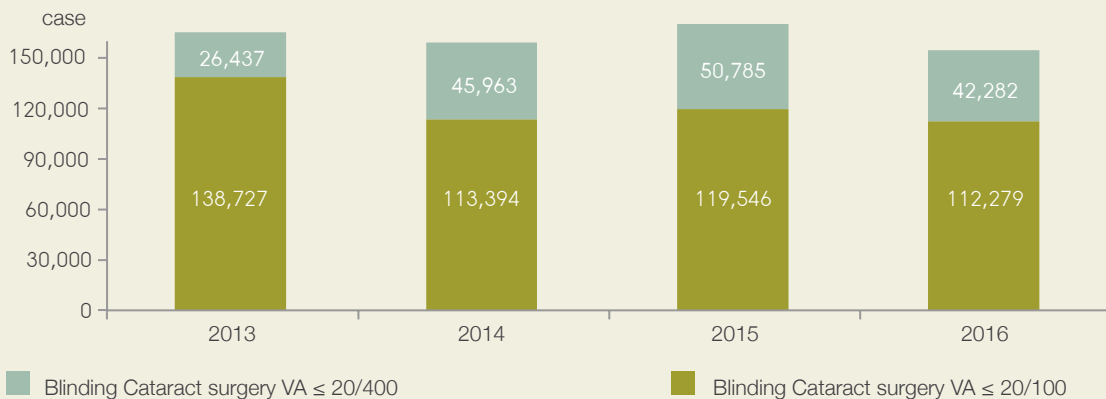
4) HD self pay is the only hemodialysis (EPO) blood donation service in the last decade.

6) Health services for Cataract surgery

In FY 2016, UCS patients underwent cataract surgery 154,561 cases or 137.75% (target

112,200 cases), 27.36% (42,282 cases). Blinding Cataract surgery (eye level VA worse or equal to 20/400) (Figure 30)

Figure 30 Cataract Surgery classified by vision FY 2013 – 2016



Source: 1) FY 2013-2014 data analyzed by the supportive programs for chronic and specific diseases.

2) FY 2015-2016 from the M & E for Payment (H0401) Report. Information and Evaluation Center for Healthcare Information as of September 30, 2016, processed as of December 14, 2016.

7) Psychiatric services in the community.

In the FY2016, NHSO was given an additional budget of THB 49.80 million to ensure that chronic psychiatric patients, such as those who suffer from schizophrenia, in the community are monitored and given continuous care, a better

quality of life and can return to normal life in society. Services are operated by a hospital network consisting of psychiatric hospitals. These primary care units in the community have provided care for 8,300 chronic psychiatric patients.

8) Health services for dependent elderly people.

In FY 2016, national health insurance system spent THB600 million on health care for the dependent elderly. The target was 100,000 people found by 1752 local administrative were evaluated by family doctors, using the Barthel ADL index, who developed and provided individualized care plans. The 80,826 elderly dependents in 64,660 households, of which 16,166 were bedridden were cared for by 889 primary care units.

9) Health Promotion and Disease Prevention

The Health promotion and disease prevention policy are important strategies of the UHC that helps curtail illness from preventable diseases and prolongs quality of life through healthier life choices. The importance of this strategy, which covers both the healthy and the sick, lead the National Health Security board to increase its budget for health promotion and disease prevention from THB175.00 per person in FY 2003 to 398.60 baht per person in FY 2016. This is an increase of 2.28 times in 14 years (Table 9).

Table 9 Percentage of Health Promotion and Disease Prevention Classified by age group FY 2015-2016

No.	Indicators	Outcomes(%)	
		2015	2016
1. Maternal care			
1.1	Rate of pregnancies attended the first visit of ANC within the first 12 weeks. ¹ (60% target)	57.10	53.24
1.2	Rate of pregnancies attended at least 5 times for antenatal care during pregnancy ² (60% target)	51.10	47.31
1.3	Percentage of oral health examination of pregnant women ²	-	77.00
1.4	Percentage of women after childbirth and taken care of 3 times. ¹ (65% target)	-	53.73
1.5	Primary screening for Thalassemia in pregnant women ²	92.97	95.00
1.6	Maternal mortality rate (target no more than 15%)	27.50	26.63
	Maternal mortality rate UCS Rights ²	28.07	31.14
1.7	The incidence of hypoxia of baby during labor. UCS Rights ²	26.51	25.66
1.8	Percentage of low birth weight (<2,500 grams) in UCS Rights ²	10.27	10.55
1.9	Mortality rate of infants per 1,000 live births UCS Rights ²	6.92	6.46
1.10	Birth delivery rate of teenage pregnancy, age 15-19 years, UCS (per 1000 girls aged 15-19 years) ¹ (42% target)	43.11	41.75
1.11	Birth delivery rate of teenage pregnancy, age 15-19 years, UCS (per 1000 girls aged 15-19 years) UCS Rights ²	43.44	41.03

No.	Indicators	Outcomes(%)	
		2015	2016
2. Child health			
2.1	Fundamental Vaccinations 4		
	- BCG (newborn)	100.00	100.00
	- MMR1 (9-12 months)	98.70	98.70
	- DTP3/OPV3 (6 months)	99.40	99.40
	- HBV3 (6 months)	99.40	99.40
	- DTP4/OPV4 (18 months)	97.80	97.80
	- JE2 (12-18 months)	96.10	96.10
	- JE3 (2 years)	91.90	91.90
	- MMR2 (4-6 years)	93.80	93.80
	- DT5 (11-12 years)	96.20	96.20
2.2	Rate of confirmation in thyroid hormone deficiency 4	85.96	89.00
2.3	Children age 0-5 years grow properly 1 (80% target)	81.50	91.94
2.4	Weighing and height measurement in early childhood (6-12 years) ²	-	57.35
2.5	Students with weight issues 1 (10% target)	-	12.92
3. Workforces and elderly care			
3.1	CA cervix screening rate at least once within 5 years, women aged 30-60 years old 5	69.00	69.50
3.2	Depression screening rate 2		
	• Aged 30-59 years old	55.51	34.00
	• Aged 60 years or older	84.08	60.00
3.3	DM screening rate 2		
	• Aged 30-59 years old	81.71	64.70
	• Aged 60 years or older	74.92	81.60
3.4	Hypertension screening rate 2		
	• Aged 30-59 years old	82.90	78.90
	• Aged 60 years or older	77.85	90.40
3.5	Denture service in elderly group aged 60 years and older 6 ⁶ (2015 targets: 35,000 people in 2016: 33,390 people)	101.19	99.52
3.6	Seasonal influenza vaccines in risk groups ² (2015 targets: 2,831,998 people in 2016: 3,154,507 people)	78.47	75.12

Source: 1) Health statistics, Bureau of policy and strategy, Ministry of Public Health, September 2016

2) National Health Security Office, September 30, 2016.

3) National Immunization Program, Thailand 2013.

4) Department of Medical Sciences, September 30, 2016.

5) Cervix Cancer screening report, National Cancer Institute, 2016, <http://122.155.167.188/December, 2016>

6) Denture service report 2016, <http://nakhonsawan.nhso.go.th/denture/denture1.php>, September 30, 2016.

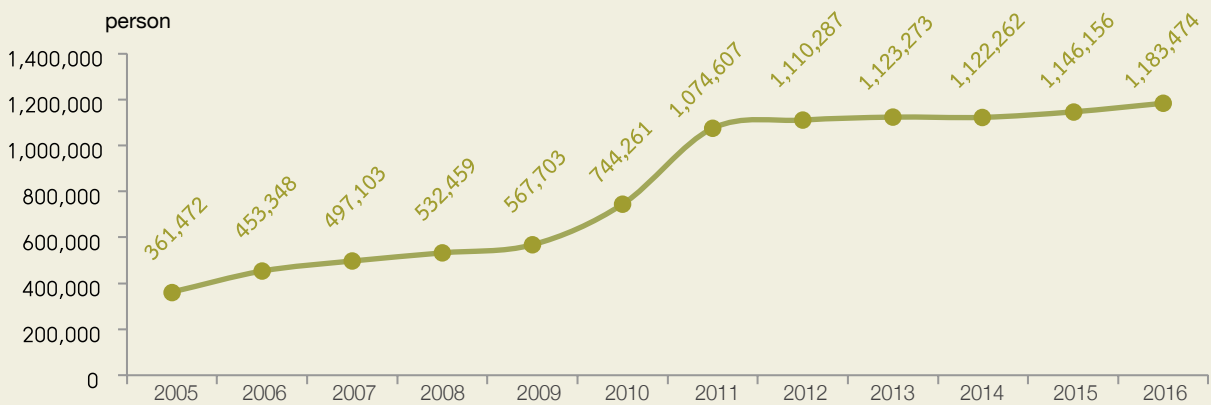
10) Medical Rehabilitation Services

The accumulative number of disabled people registered to the UCS increased from 361,472 cases in FY2005 to 1,183,474 in FY2016 (Figure 31). Statistics for disabled people classified by types of disability (Figure 32) shows that most have physical disabilities (41.12%), deaf and hard of hearing (17.87%) and with intellectual disabilities (14.81%) There were

32,997 of 34,670 people categorized as handicapped (Table 10).

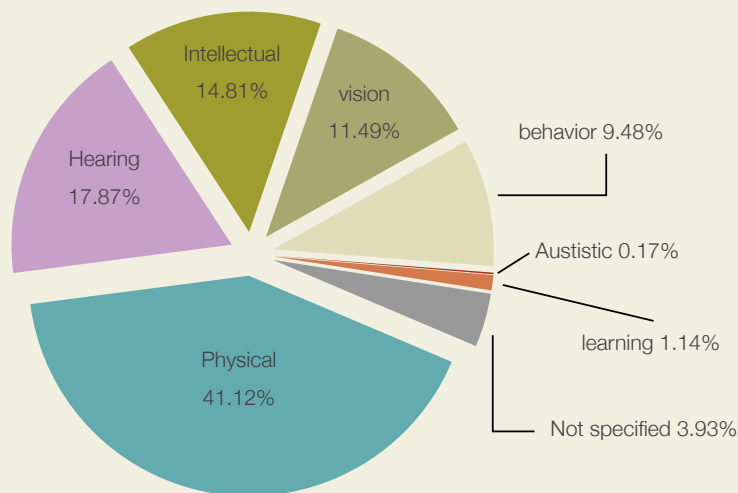
The demand for rehabilitation services has increased steadily. Below they are classified by type of service recipient (disabled, elderly, patients who need rehabilitation) (Table 11) and types of disability services (physical therapy, psychotherapy, behavioral therapy, etc.) (Table 12)

Figure 31 Disabled people registered to UCS FY 2005 – 2016



Source: Disability Access Information and Rehabilitation Services as of September 30, 2016, as analyzed by the Office of Community Health Service Support, as of December 2016

Figure 32 Disabled people registered to the UCS classified by types of disability FY 2016



Source: Claim data for rehabilitation services and instruments, NHSO, December 2016.

Note: A disabled person can have more than one type of disability.

Table 10 Access to assistive devices Classified by equipment received. FY 2014-2016

Aids for the disabled	2014		2015		2016	
	cases	Pieces	cases	Pieces	cases	Pieces
Physical Disabilities; artificial limb	13,091	15,123	8,037	8,102	8,087	8,281
Hearing impaired; hearing aid	7,774	8,165	5,806	6,096	8,824	9,167
Visual Impairment; Stick for the blind	1,352	1,352	856	856	670	670
Other aids	17,880	30,842	14,169	15,076	15,416	16,552
Total	40,097	55,482	28,868	30,130	32,997	34,670

Source: Disability Access Information and Rehabilitation Services as of September 30, 2016, as analyzed by the Office of Community Health Service Support, the NHSO as of December 2016.

Table 11 Rehabilitation Services Classified by type of service. FY 2014-2016

Type of service	2014		2015		2016	
	People	Times	People	Times	People	Times
Disabled	189,017	656,900	232,827	649,699	264,008	764,438
Elderly people	179,762	614,438	238,090	679,319	332,635	982,114
Patients need to be rehabilitated	227,946	764,920	317,210	926,667	424,117	1,234,396
Disabled people with Paralysis	-	-	-	-	8,301	40,043
Total	596,725	2,036,258	788,127	2,255,685	1,029,061	3,020,991

Source: Disability Access Information and Rehabilitation Services as of September 30, 2016, as analyzed by the Office of Community Health Service Support, the NHSO as of December 2016.

Table 12 Rehabilitation Services Classified by Type of Rehabilitation FY 2014-2016

Type of service	2014		2015		2016	
	People	Times	People	Times	People	Times
Physical Therapy	381,810	1,391,837	494,632	1,586,250	625,727	2,070,430
Psychotherapy	95,326	254,667	153,400	302,216	213,739	442,868
Behavior Therapy	39,010	127,952	47,710	109,972	55,619	125,393
Occupational Therapy	36,717	153,484	41,087	154,905	49,929	187,192
Hearing Rehabilitation	12,396	20,994	14,057	19,040	21,015	27,968
Early Intervention	15,398	47,118	17,608	40,054	27,293	69,267
Visual Rehabilitation	7,841	14,757	6,704	8,410	13,658	20,227
Assessment of Speech Problems	7,307	24,178	10,106	31,952	10,914	34,594
Phebol Block	485	835	387	450	467	610
Total	596,290	2,035,822	785,691	2,253,249	1,018,361	2,978,549

Source: Disability Access Information and Rehabilitation Services as of September 30, 2016, as analyzed by the Office of Community Health Service Support, the NHSO as of December 2016.

11) Thai Traditional Medicine Services (TTM) services; allowing people an alternative medical option. During FY 2016, Thai Traditional Medicine was used by 7,080,709 persons/12,330,479 times (Table 13).

Alongside the use of modern medicine, the NHSO has also continued to promote and support expanding Thai Traditional Medicine

Table 13 Thai Traditional Medicine FY 2012-2016

FY	2012		2013		2014		2015		2016	
	No. People	No. Times	No. People	No. Times	No. People	No. Times	No. People	No. Times	No. People	No. Times
1. Traditional Thai Medicine (Herbal massage)	1,282,170	5,248,946	1,649,820	4,017,170	1,857,430	4,648,944	1,800,551	4,477,501	1,713,769	4,217,406
2. Maternity rehabilitation services after childbirth	15,982	53,814	26,725	93,335	35,612	134,100	35,668	132,161	35,855	133,594
3. Herbal Medicine Service	2,882,338	4,124,220	4,926,678	7,509,526	4,929,835	7,517,170	6,258,561	9,950,144	5,331,085	7,979,479
- In the main national medicine account	1,452,759	2,210,164	2,587,407	4,161,154	2,590,896	4,169,217	3,618,412	6,089,216	3,067,295	4,826,880
- Excludes herbal medicine. National Primary Drug Offices	1,429,579	1,914,056	2,339,271	3,348,372	2,338,939	3,347,953	2,640,149	3,860,928	2,263,790	3,152,599
Included Services Of all Thai Traditional Medical	4,180,490	9,426,980	6,603,223	11,620,031	6,822,877	12,300,214	8,094,780	14,559,806	7,080,709	12,330,479
All Thai Traditional Medical (Excludes herbal medicine. National Primary Drug Offices)	2,750,911	7,512,924	4,263,952	8,271,659	4,483,938	8,952,261	5,454,631	10,698,878	4,816,919	9,177,880

Source: 1) FY 2012-2014 Information from the OP/PP individual data, e-claim analysis by the Office of Primary Care Services
 2) FY 2015-2016 Information from Fund Management Support Report (M & E for Payment: H0401), Information and evaluation of health outcomes. September 30, 2016. Processed as of December 14, 2016
 Note: Thai Traditional Medical Services Only in the NHSO area 1-12 (excluding area 13)

12) Pharmaceuticals and Medical Instruments

The NHSO in collaboration with the Food and Drug Administration (FDA) of the MoPH has continued to promote system development for claims and administration, as well as drug usages in order to improve accessibility to the necessary high cost drugs. In FY2015, there were two groups of drugs separately managed to promote accessibility, i.e. essential, high-cost drugs category of the national list of essential medicines (NLEM)), and orphan drugs and antidotes.

1. In FY2016, there were 17 items of drugs under the high-cost category list. Conditions needed in prescribing these drugs including specification of patients, authorized doctors and

developed hospitals. The number of new patients accessed to the drugs in the high-cost category had continually increased since FY2012, (Table 14).

2. Orphan drugs and Antidotes To solve the whole system orphan drugs since the drug supply, distribution of drugs to the reserve, and distribution of drugs throughout the country; the drugs were managed via the VMI system of the Pharmaceutical Organization. In FY 2016, there was one additional benefit, Diphenhydramine inj. (Table 15).

Since the year 2010, the government has been able to save THB35,863.35 million on drug costs (Table 16).

Table 14 The number of new patients accessing high-cost drugs from the national list of essential medicines FY 2012-2016

List	2012	2013	2014	2015	2016
1. Letrozole	1,330	1,382	2,282	2,452	3,042
2. Docetaxel	1,439	1,447	2,892	1,684	2,768
3. IVIG	1,059	1,318	1,307	1,267	1,513
4. Botulinum toxin type A	690	677	690	750	1,115
5. Leuprorelin	200	204	200	242	265
6. Liposomal Amphotericin B	134	133	198	212	190
7. Verteporfin	22	61	-	-	-
8. Bevacizumab	-	2,694	3,908	4,535	6,979
9. Voriconazole	-	216	470	444	374
10. Thyrotropin alpha	-	21	25	67	77
11. Peginterferon	-	559	771	1,869	1,817
12. ATG	-	56	100	105	137
13. Linezolid	-	4	16	17	13
14. Imiglucerase	-	5	4	5	6
15. Trastuzumab	-	-	-	352	791
16. Nilotinib	-	-	-	519	169
17. Dasatinib	-	-	-	42	73
Total	4,874	8,777	12,863	14,562	19,329

Source: Bureau of Medicines Medical Supplies and Vaccines Management, NHSO

Note: 1) Item 8 – 14 were included in the benefit package since FY2013

2) Item 15 – 17 were included in the benefit package since FY2015

3) Only new E(2) patients are admitted

Table 15 Number of patients treated with orphan drugs and antidotes FY 2013-2016

List	2013	2014	2015	2016
1. Sodium nitrite inj.	32	7	7	17
2. Sodium thiosulfate 25% inj.	32	16	8	33
3. Succimer cap. (DMSA)	15	1	1	6
4. Methylene blue inj.	59	14	31	69
5. Glucagon kit	3	2	0	0
6. Dimercaprol inj. (British Anti-Lewisite; BAL)	3	11	5	4
7. Digoxin-specific antibody fragments	2	1	1	4
8. Sodium Calcium edetate (Calcium disodium edetate) (Ca Na ₂ EDTA)	11	15	7	18
9. Botulinium antitoxin	3	5	2	0
10. Diphtheria antitoxin	240	105	51	94
11. Esmolol inj.	18	21	25	42
12. Polyvalent antivenum for hematotoxin)	92	509	691	1,041
13. Polyvalent antivenum for neurotoxin)	31	98	159	208
14. Green Pit Viper antivenin	355	1,754	1,952	2,227
15. Malayan Pit Viper antivenin	337	2,239	2,007	2,498
16. Russell's Viper antivenin	13	156	165	165
17. Cobra antivenin	126	521	577	672
18. Malayan Krait antivenin	9	30	19	13
19. Diphenhydramine inj.	-	-	-	30
Total	1,381	5,505	5,708	7,141

Source: Bureau of Medicines Medical Supplies and Vaccines Management, NHSO
September 30, 2016

Table 16 Government budget saved from central management on specific drugs FY 2010-2016

FY	Value of saved budget					Total
	ARV Non CL ¹	ARV CL ²	E (2) and Clopidogrel ³	Influenza vaccines ⁴	Serums ⁵	
2010	311,768,680	866,282,286	108,014,711	-	-	1,286,065,677
2011	625,511,700	1,732,833,511	1,738,476,361	-	-	4,096,821,572
2012	1,032,528,666	2,318,995,360	1,172,558,860	65,668,964	-	4,589,751,850
2013	1,531,090,725	2,377,051,300	1,429,000,342	95,052,500	55,368,760	5,487,563,627
2014	1,827,692,222	2,870,030,790	2,382,318,247	105,750,000	23,518,810	7,209,310,069
2015	1,562,743,030	3,748,425,392	588,033,199	33,236,250	39,167,500	5,971,605,371
2016	1,680,223,293	2,655,555,463	2,886,455,372	-	-	7,222,234,128

Source: Bureau of Medicines and Medical Supplies Management, NHSO

Note: 1.) calculated based on budget spent in FY2009

2.) calculated based on drug price before compulsory licensing (CL) announced by the government

3.) calculated based on drug price before having vertical program on E(2) category list and before CL on Clopidogrel

4.) calculated based on budget spent in FY2012

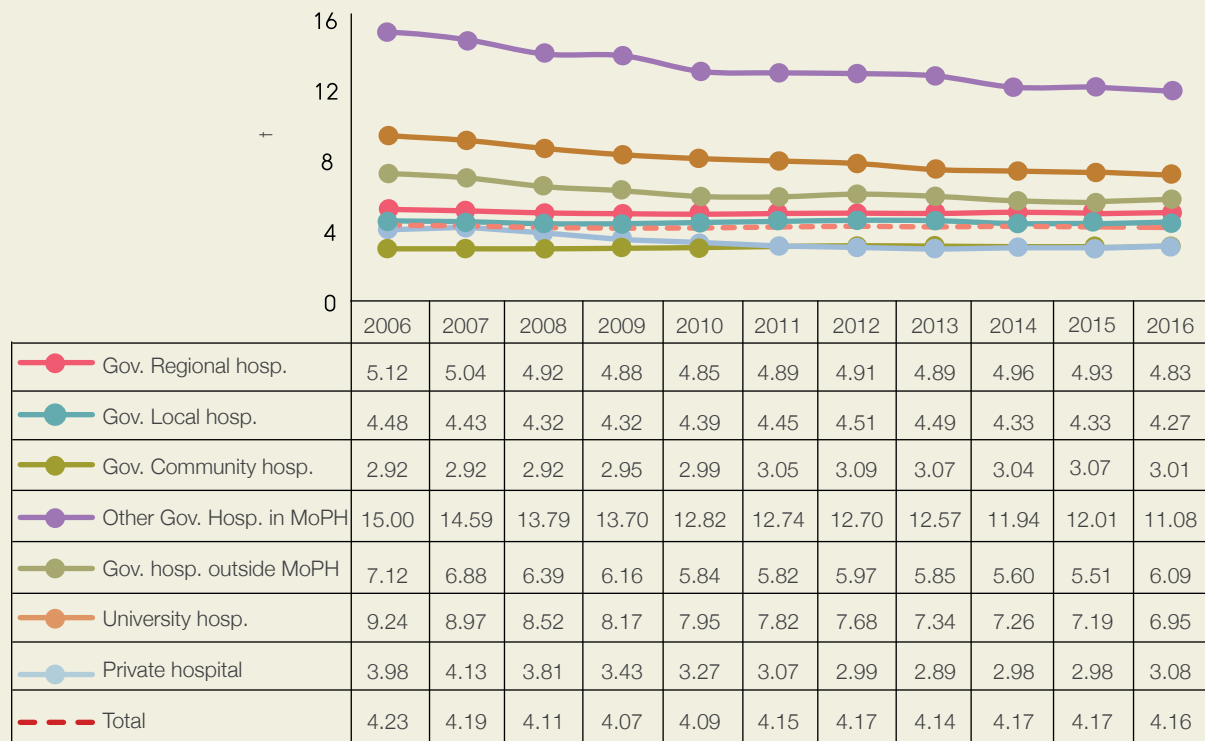
5.) calculated based on value of serums that hospitals paid to the Queen Saovabha Memorial Institute (producer of serums under the Thai Red Cross Society) and the Government Pharmaceutical Office (GPO) before having vertical program on serums under the UCS

1.1.3 Health service efficiency

The average length of stay (LOS) is one of the indicators reflecting effectiveness of IP services, as a longer LOS consumes more resources. The average LOS for patients under the UCS during FY2006-2016 fluctuated between 4.07 and 4.23 days. Classifying by types and affiliation of hospitals, in FY2016, hospitals with high average

LOS were other government hospitals (not under the office of permanent secretary/OPS) in Ministry of Public Health (MoPH) with 11.08 days (decreasing from 15 days in 2006), university hospitals with 6.95 days, other government hospitals outside MOPH with 3.08 days, and regional hospitals with 3.01 days per admission, as shown in Figure 33.

Figure 33 Average length of stay (LOS) classified by types and affiliations of hospitals, FY 2006-2016



Source: In-patient data, NHSO, January 2017.

Case Mix Index (CMI) is an indicator for measuring severity of diseases calculated from Relative Weight (RW) or Adjusted Relative Weight (AdjRW) of all IP cases within a specific period of time to reflect effectiveness of service system. Admission may be more necessary in patients with higher RW or AdjRW.

Calculated with DRG application version 5, Adj.CMI of IP service under the UCS had increased from 0.81 in 2006 to 1.24 in 2016. This increasing pattern would still be true if classified by types and affiliation of hospitals, as shown in Figure 34.

Figure 34 Adjusted CMI of in-patient services under the UCS, FY 2006 -2016

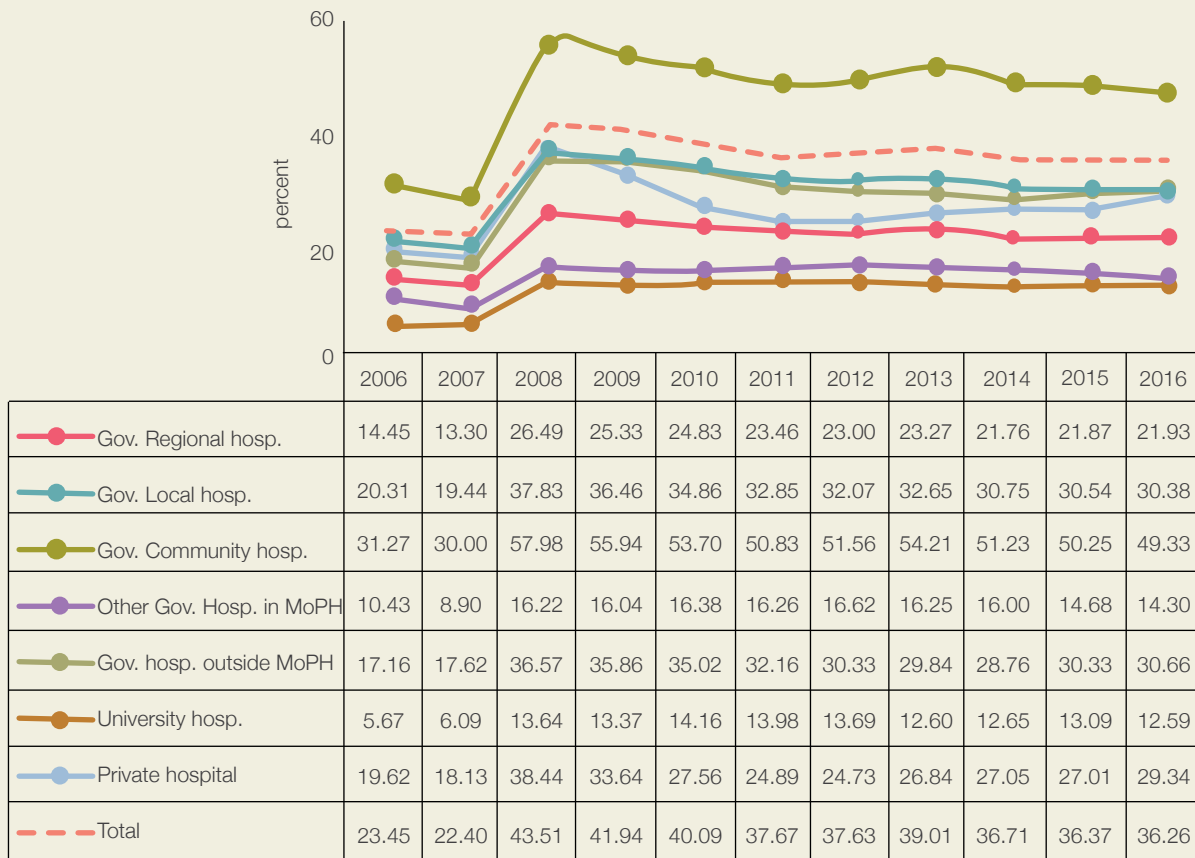


Source: In-patient data, NHSO, January 2017

Relative weight (RW) refers to the average resources required for DRG treatment versus the average cost of patient treatment. For patients with a low relative weight (RW), the severity of the disease and the need for hospitalization is low.

In cases of admission having less severity with a Relative Weight (RW) less than 0.5 in FY2016, most cases (49.33%) were admitted at district hospitals, an increase from 31.27% of cases in 2006. Next highest were other government hospitals not under the MOPH (30.66%), and general hospitals (30.38%) (Figure 35).

Figure 35 Percentage of UCS admissions having RW<0.5 classified by types and affiliation of hospitals FY 2006-2016



Source: Inpatient Information (IP-Research) FY 2006-2016 Information Security Administration, January 2017, NHSO.

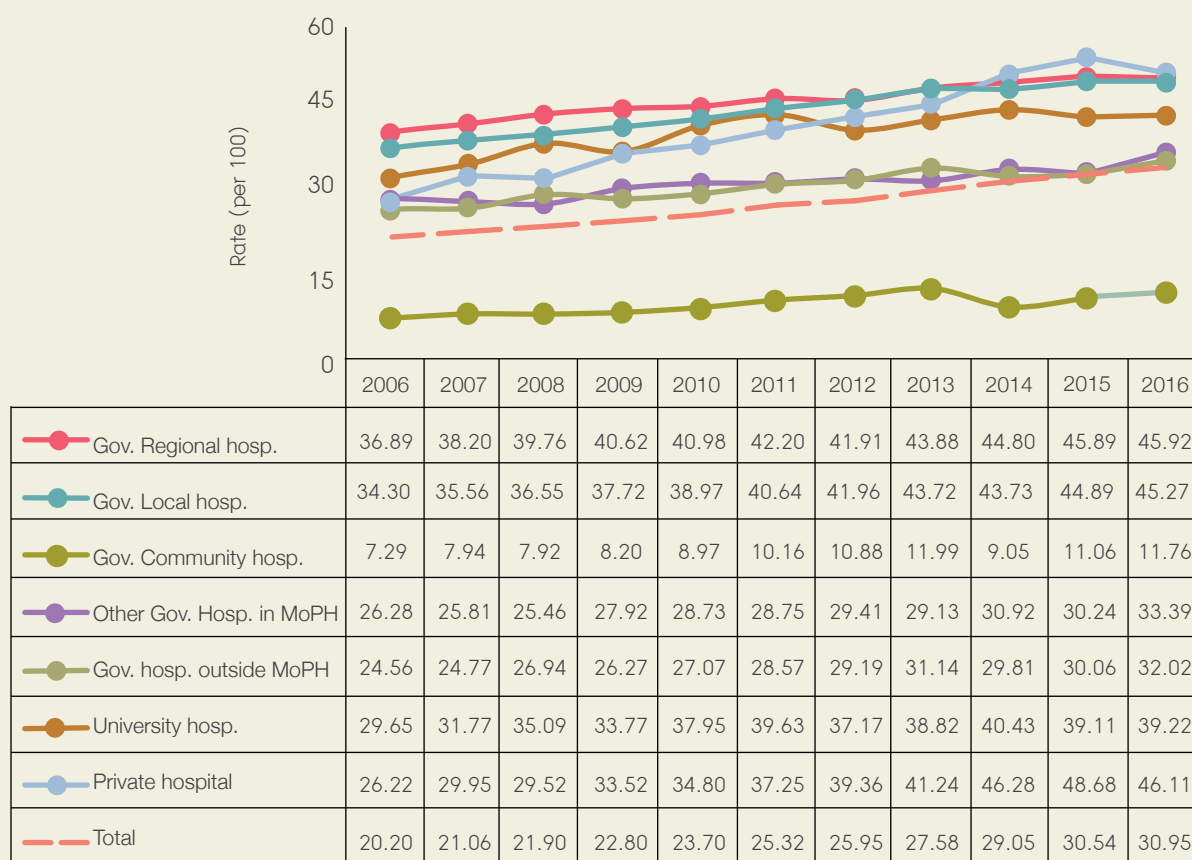
Note: 1) Exclude Z380 code (well-being)

2) In 2008, DRG changed from Ver. 3 to 4; in 2012, it was changed to Ver. 5

Cesarean section requires more resources and the costs are higher than natural childbirth. The percentage of cesarean sections, under the UCS, increased from 20.20% in FY2006 to

30.95% in FY2016; this pattern was also over all classifications, types and affiliation of hospitals, as shown in Figure 36. This shows that elective cesarean section delivery exists.

Figure 36 Cesarean sections (UCS) classified by hospital types FY 2006-2016



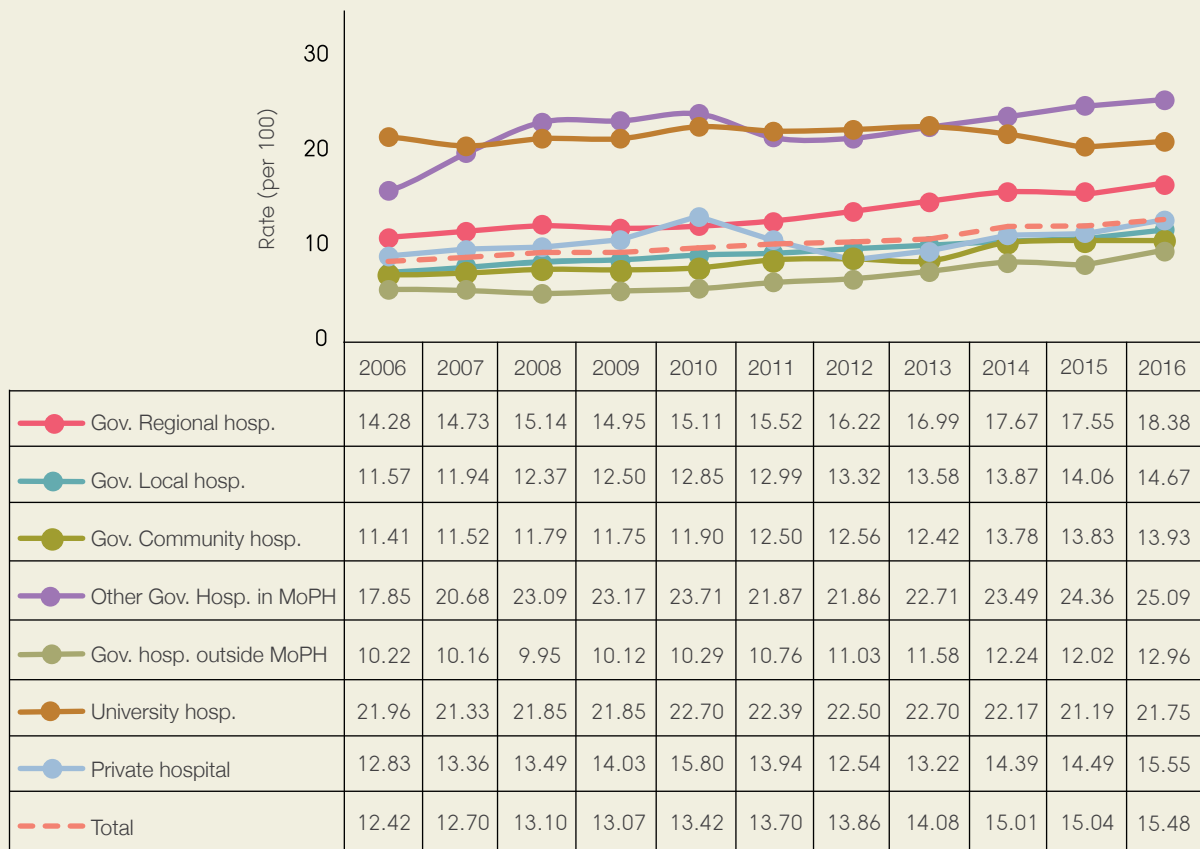
Source: In-patient data, NHSO, January 2017

5.2.4 Quality and service outcome

Re-admission within 28 days of a previous discharge is another indicator reflecting quality of IP care or effectiveness of the last treatment. In FY2016, the average re-admission rate was

15.48%. The highest re-admission rates were in hospitals outside the MoPH with 25.09%, next highest were university hospitals and regional hospitals with 21.75% and 18.38 respectively. (Figure 37)

Figure 37 Re-admission within 28 days for patients under the UCS classified by type and affiliation of hospitals, FY 2006-2016



Source: In-patient data, NHSO, January 2016

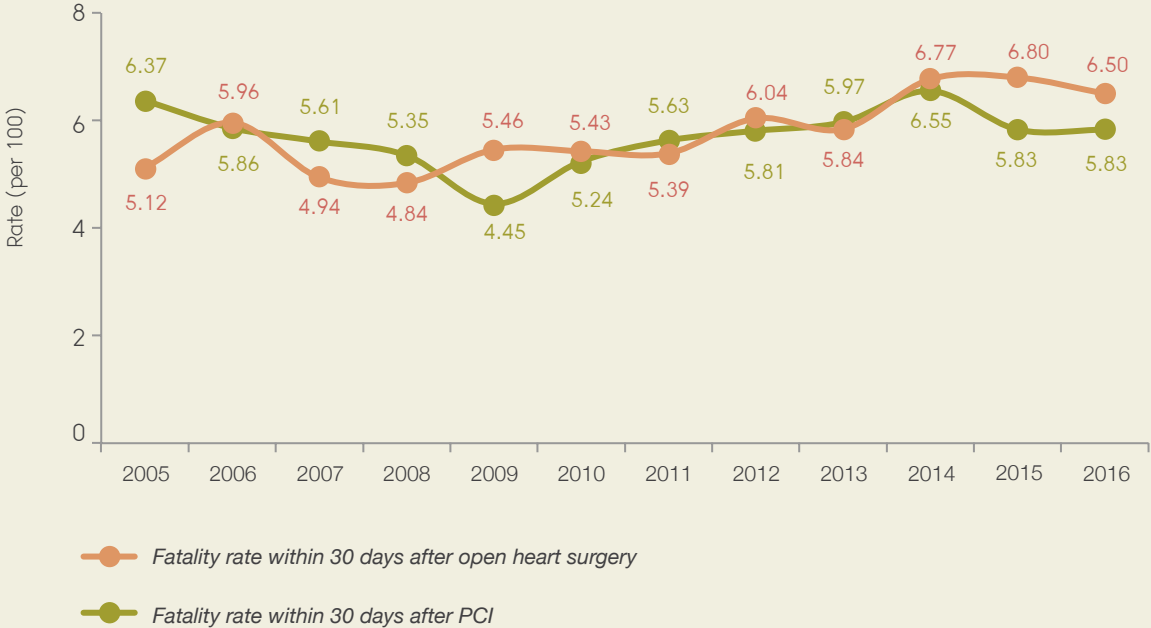
Note: 1) In-patient data where discharge type "improved" on last admission was selected.

2) Planned or unplanned admissions cannot be classified. Therefore, the second admission may be planned for follow-up treatment.

Adverse effects that occur from errors during treatment, and/or delays in diagnosis or treatment can evaluate the quality of care. Fatality rate within 30 days of treatment is one of the indicators that reflect quality of care in a health system. Figure 38 shows fatality rates within 30 days of their last admission in heart disease patients

receiving open heart surgery or PCI procedures during FY2006-2016. Fatality rates within 30 days of their last admission in both treatments remained relatively stable which reflects service quality. However, there are other contributing factors such as delays, behaviors and “disease-related” complications.

Figure 38 Fatality rates within 30 days last admission in patients receiving open heart surgery or PCI procedures, FY 2006-2016

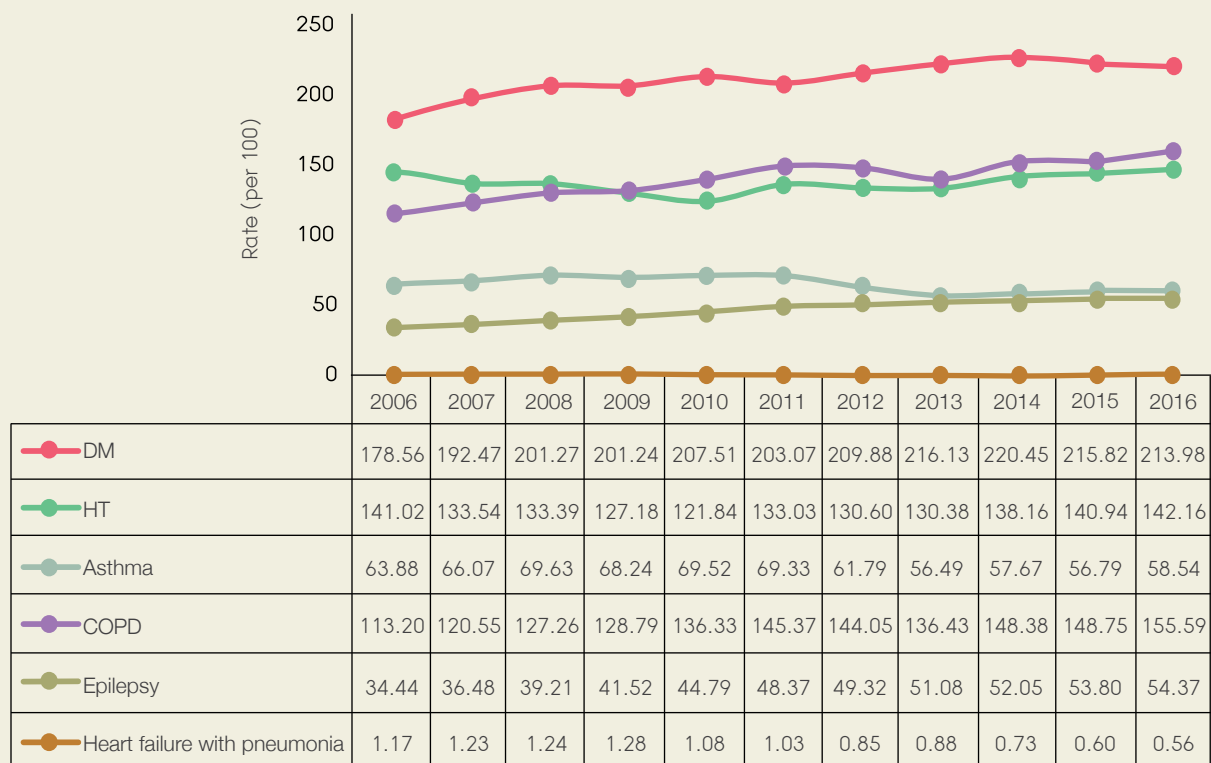


Source: 1) NHSO Health Service Indicator (H0301), 30 September 2016 Bureau of Insurance Information Management 30 November 2016, Analysis by Health Information and Evaluation Office, NHSO.
 2) Inpatient Information (IP-Research) FY 2006-2016 . January 2017, Analysis by the Office of Information and Evaluation Health Results NHSO.

Admission rate of patients with ACSC (Ambulatory care sensitivity condition: ACSC) is one of the indicators that reflect efficiency and effectiveness of services. Providers at OPD should control symptoms of chronic diseases to prevent admissions from complications. The diseases under the ACSC group include DM, hypertension, asthma, chronic obstructive pulmonary diseases (COPD), epilepsy, and heart

failure with pulmonary emphysema condition. By analyzing data of the UCS from FY2006 to FY2016, it has been found that admission rates of DM, COPD and epilepsy tended to increase, but the rates of asthma and heart failure with pulmonary emphysema conditions tended to decrease, and the rate of HT tended to be stable (Figure 39).

Figure 39 UCS Admission rates of chronic disease ACSC FY 2006- 2016

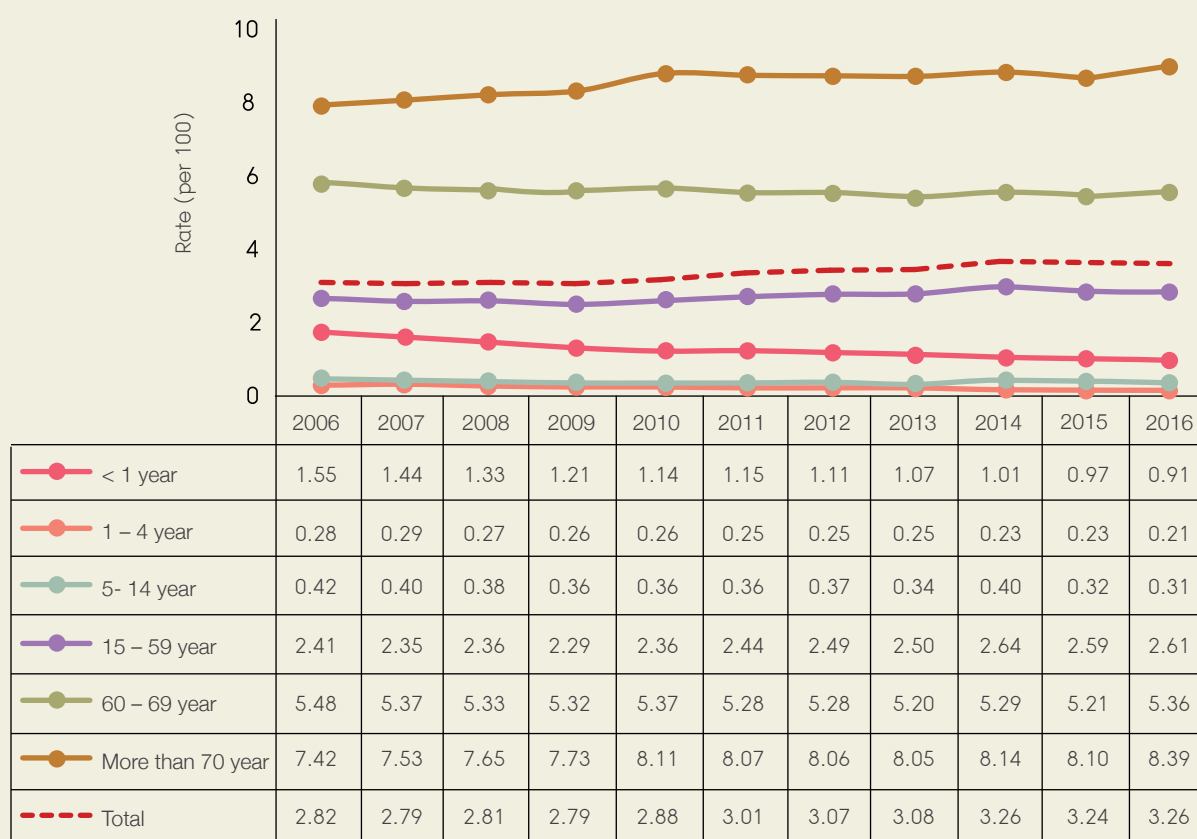


Source: 1) NHSO Health Service Indicator: H0301) September 2016.
 2) Inpatient Information (IP-research) FY 2006-2016 Bureau of Information and Insurance, January 2017, analyzed by the Office of Information and Evaluation of Health NHSO.

For overall outcome of IP services, fatality rates in hospitals are not only an indicator of disease severity, but also one that reflects efficiency, quality of care and disease monitoring in the catchment area. Figure 40 shows fatality rates in hospitals of patients under the UCS during

FY2006-2016. This rate increased from 2.79% in FY2006 to 3.60% in FY2016. However, in FY2016, most of the deaths were the elderly aged 70 years and older (8.59%) and the elderly aged 60-69 years (5.36%)

Figure 40 Fatality rate of patients under the UCS classified by age groups, FY 2006-2016



Source: *Inpatient Information (IP-research) FY2006-2016 Bureau of Information and Insurance, January 2017, analyzed by the Office of Information and Evaluation of Health NHSO*

Note: *Patient fatality less than 1 year excluded Z380 (well-being)*

6. Consumers' Rights Protection and Stakeholder Participation

6.1 Promoting local community participation

To protect the consumer's rights regarding the use of and access to health services, the NHSO had opened various channels for inquiries, complaints, and coordination through hotlines (call 1330), letters, fax, e-mail, or direct contact. In the FY2016, there were 579,338 cases divided into

- 1) 560,293 inquiries, 526,092 items by consumers and 34,201 by service providers;
- 2) 4,405 complaints related to general management;
- 3) 11,035 complaints related to quality of care; and
- 4) 3,605 referral issues (Table 17)

Table 17 Number of inquiries or complaints related to management, quality of care, and referral issues serviced, FY 2012-2016

Service Type	2013	2014	2015	2016	2017
1. Inquiries (cases)	607,050	612,510	583,260	467,190	560,293
- from consumers	570,220	574,777	541,309	432,915	526,092
- from providers	36,830	37,733	41,951	34,275	34,201
2. Complaints related to general management (cases)	4,370	4,420	3,828	4,269	4,405
3. Complaints related to quality of care (cases)	6,514	6,616	11,029	14,025	11,035
4. Referral issues (persons)	4,980	3,653	3,090	3,117	3,605
Total	622,914	627,199	601,207	488,601	579,338

Source: Consumer rights protection data, NHSO, 30 September 2016

6.1.1 Inquiries

Inquiries from consumers

In the FY2016, the total number of inquiries was 526,092 of which 504,239 (95.85%) concerned UCS. There were 256,760 (50.92%)

inquiries about their rights; 100,393 (19.91%) about registration and service unit selection; and 85,933 (17.04%) about how to access services (Table 18).

Table 18 Consumer inquiries classified by callers and issues, FY 2012-2016

Callers & Issues	2012	2013	2014	2015	2016
1. Consumers in UCS	559,946	557,690	512,490	410,140	504,239
1.1 Registration & choosing provider	141,399	136,596	94,798	85,267	100,393
1.2 Benefit package & accessing to it	93,426	117,989	114,362	89,808	85,933
1.3 Early payment for damage from health service in accordance with section 41 of the act	196	259	301	239	261
1.4 Health insurance status confirmation	264,993	244,245	244,111	179,920	256,760
1.5 Hospital information	19,156	19,106	15,793	14,790	16,471
1.6 Organization information	2,180	3,076	3,869	2,352	2,987
1.7 Emergency Medical Claim for All	3,579	7,359	10,321	6,535	11,368
1.8 Others (news, other organizations, follow-up cases, etc.)	35,017	29,060	28,935	31,229	30,066
2. Consumers in CSMBS	2,497	5,290	5,350	4,082	3,743
3. Consumers in SSS	7,777	11,285	12,175	14,440	10,622
4. Consumers in Local Administrative Organization Scheme (LAOS)	-	512	11,294	4,253	7,488
Total	570,220	574,777	541,309	432,915	526,092

Source: Consumer rights protection data, NHSO, 30 September 2016

Note: 1) NHSO Starts 3 Emergency Funds Policy April 1, 2012

2) NHSO Starts Local Social Policy October 1, 2014

Inquiries from providers

In FY2016, the total number of inquiries from providers was 34,201 of which 30,898 (90.34%) concerned UCS. Of these 9,895 (33.53%) concerned data verification; 11,243 (36.39%)

concerned general inquiries such as relevant news, matters of other organizations; and 3,396 (12.93%) concerned registration and facility selection (Table 19).

Table 19 Inquiries from providers classified by schemes and issues FY 2012-2016

Schemes and Issues	2012	2013	2014	2015	2016
1. Providers in UCS	35,649	36,407	33,586	29,515	30,898
1.1 Registration & choosing provider	2,276	2,333	4,239	5,088	3,996
1.2 Benefit package	4,846	4,354	3,407	3,296	3,750
1.3 Receiving refund	1,074	491	637	665	736
1.4 Early payment for damage from health service in accordance with section 41 of the act	28	27	27	29	22
1.5 Early payment for damage from health service in accordance with section 18(4) of the act	21	22	79	18	38
1.6 Health insurance status confirmation	17,064	18,988	15,605	9,895	11,243
1.7 Hospital information	447	415	433	409	448
1.8 Organization information	436	444	651	482	523
1.9 Emergency Medical Claim for All	1,096	308	390	367	460
1.10 Others (news, other organizations, follow-up cases, etc.)	8,361	9,025	8,118	9,266	9,682
2. Providers in CSMBS	534	555	1,476	1,207	1,071
3. Providers in SSS	647	678	775	1,014	899
4. Providers in LAOS	-	93	6,114	2,539	1,333
Total	36,830	37,733	41,951	34,275	34,201

Source: Consumer rights protection data, NHSO, 30 September 2016

Note: 1) NHSO Starts 3 Emergency Funds Policy April 1, 2012

2) NHSO Starts Local Social Policy October 1, 2014

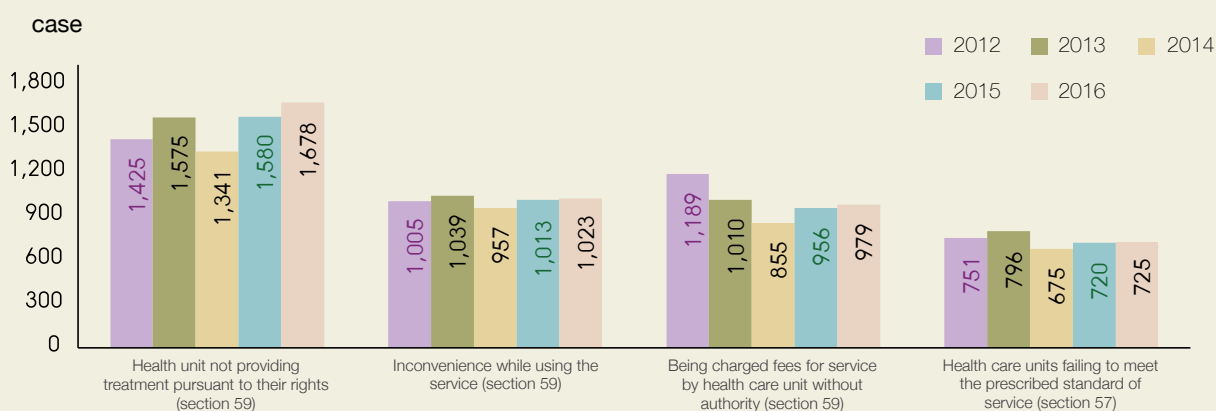
6.1.2 Complaints services

Receiving and responding to complaints are mechanisms of consumer rights protection that provide channels for solving problems between consumers and providers and improving the system.

In the FY2016, the NHSO had received 4,405 complaints. Of these, 1,678 (38.09%) complaints were about “health unit not providing treatment pursuant to their rights” (section 59) 1,023

(23.22%) were about “inconvenience while using the service”; 979 (22.22%) were about “being charged fees for service by health care unit without authority”; and 725 (16.46%) were about “health care units failing to meet the prescribed standard of service” (section 57) (Figure 41). The number of complaints resolved was 3834, of which 3,062 (74.79%) were resolved within 25 working days (Table 20).

Figure 41 The number of complaints concerning quality of care classified by issues, FY 2012-2016



Source: Consumer rights protection data, NHSO, 30 September 2016

Table 20 Number and percentage of complaints resolved within 25 working days FY 2012-2016

Complaints	2012*	2013*	2014*	2015**	2016**
1. Total	4,370	4,420	3,828	4,269	4,405
2. Already been executed	4,173	4,133	3,346	3,585	3,834
2.1 Already been executed within 25 days	4,102	4,051	3,268	2,862	3,062
2.2 Being in the process more than 25 days	71	82	78	723	772
3. Complaint pending	197	287	482	684	571
3.1 The complaint is still pending in 25 days	143	248	482	404	311
3.2 complaint pending in excess more than 25 days	54	39	0	280	260
4 Already been executed within 25 days	97.04	97.10	97.67	74.05	74.79

Source: Consumer rights protection data, NHSO, 30 September 2016

Note: 1) * Year 2011-2014 Percentage of amended complaints = $\frac{\text{Recipes (M 57, 59) Completed within 30 business days}}{\text{all complaints - pending complaints that are less than 30 business days}} \times 100$

2) ** Year 2015-2016 Percentage of complaints that have been corrected. Formula = $\frac{\text{Complaint (M 57, M 59) Completed within 25 working days}}{\text{all complaints - pending complaints not yet 25 working days}} \times 100$

6.1.3 Petition

In the FY2016, NHSO had received 11,035 petitions. Of these, 10,722 petitions (97.16%) concerned UCS; 8,053 petitions (75.11%)

concerned consumer rights issues; 961 petitions (8.96%) concerned requests for assistance,; and 808 petitions (7.54%) concerned registration and service unit selection (Table 21).

Table 21 Service for complaints Classified by rights FY 2012-2016

Complaints	2012	2013	2014	2015	2016
1. UCS	5,963	6,012	10,100	13,408	10,722
1.1 registration and selecting service unit	737	779	767	1,340	808
1.2 having right status problem	3,330	3,373	7,343	8,474	8,053
1.3 asking for help	1,252	991	1,040	1,604	961
1.4 consult/recommend	351	504	464	834	371
1.5 being refused to use EMCO service	288	362	224	209	262
1.6 etc.	5	3	262	947	267
2. CSMBS	477	499	510	312	140
3. SSS	74	105	100	158	78
4. LAOs	-	-	319	147	95
Total	6,514	6,616	11,029	14,025	11,035

Source: Consumer rights protection data, NHSO, 30 September 2016

Note: 1) NHSO Starts 3 Emergency Funds Policy April 1, 2012

2) NHSO Starts Local Social Policy October 1, 2014

6.1.4 Patient Referral Service

In FY2016, the coordination center for referring accident & emergency cases had received 3,605 patient referral requests. Of these 3,340 (92.65%) were in UCS; 2,483 (74.34%) were from private hospitals outside EMCO; and 600 cases (17.96%) were from

undercompetency service units. This center also coordinated referral patients in other schemes and patients without health insurance. Reasons for terminating some referral cases: patients were better; they want to go home; they died; and they changed their decision. (Table 22)

Table 22 Number of referrals classified by schemes & reasons, FY 2012-2016

Schemes & Reasons for referral	2012	2013	2014	2015	2016
1. Refer to UCS	4,538	3,255	2,832	2,891	3,340
1.1 being in private hospitals outside EMCO service	3,588	2,537	2,215	2,177	2,483
1.2 no bed	211	140	120	120	171
1.3 not enough competency	644	505	447	516	600
1.4 want to go back to contracting unit	95	73	50	78	86
2. Refer to CSMBS	297	263	184	144	199
3. Refer to SSS	80	64	34	51	34
4. Refer to LAOs	-	-	17	10	4
5. Etc.	65	71	23	21	28
Total	4,980	3,653	3,090	3,117	3,605

Source: Consumer rights protection data, NHSO, 30 September 2016

Note: 1) NHSO Starts 3 Emergency Funds Policy April 1, 2012

2) NHSO Starts Local Social Policy October 1, 2014

6.1.5 Compensation and Healthcare service negligence.

Section 41 of the National Health Security Act concerns the payment of preliminary aid in cases where a beneficiary is injured by medical treatment, provided by a service unit where no wrongdoer is identified, or where the wrongdoer is identified but the beneficiary has not received compensation within a reasonable period of time.

In FY2016, of the 1,069 complaints lodged, 885 (82.79%) people received compensation, totaling THB212.95 million. Of these cases, 457 (51.64%) were compensated an amount totaling THB162.34 million because of death or permanent disability; 310 (35.03%) were compensated THB 21.66 million for injury or continuing illness; and 118 (13.33%) were compensated THB25.86 million for loss of organ or partial disability (Table 23)

Table 23 Consumers & providers and preliminary assistance due to their damages from health service FY 2012-2016

Cases	2012		2013		2014		2015		2016	
	cases	THB	cases	THB	cases	THB	cases	THB	cases	THB
1 Lodging petition	951		1,182		1,112		1,045		1,069	
2 Receiving compensation	834		995		931		824		885	
2.1 death/complete disability	401	69,360,000	533	149,926,000	478	166,370,000	442	157,188,000	457	162,344,000
2.2 organ loss/partial disability	140	15,250,000	125	20,311,200	116	24,631,800	105	22,878,800	118	25,856,000
2.3 injury/continuing illness	293	11,254,000	337	17,936,100	337	23,875,000	277	20,061,500	310	21,658,500
3. Being in appeal	88	2,763,000	98	3,402,000	112	3,562,400	82	2,801,000	102	3,093,500
Total	834	98,627,000	995	191,575,300	931	218,439,200	824	202,929,300	885	212,952,000

Source: Consumer rights protection data, NHSO, September 30, 2016

6.2 Consumer Rights Protection

6.2.1 Promoting local community participation

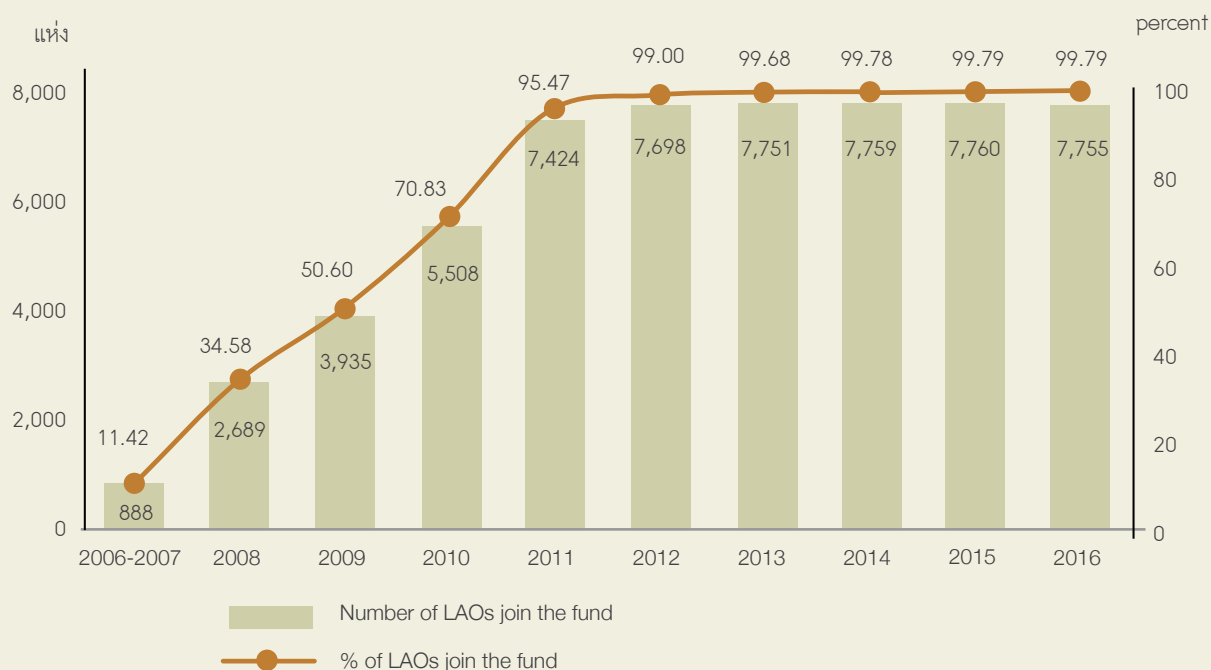
Promoting local community participation is one of the key mechanisms, in accordance with Section 47 of the National Health Security Act, to respond to health needs of a local community by including local community in the decision making and co-funding of health-related programs. The number of Local Administrative Organizations/ LAOs (Sub district Administrative Organizations/ SAOs and Sub district Municipalities/ SMs) co-funding in community health security funds has increased from 888 sub districts (11.42%) in FY2006 to 7,755 sub districts or 99.79% of all local administrative organizations, as shown in figure 42. The community health security funds were set up to promote health related activities suitable for the health needs of

each community. Consumers and related organizations in each of the communities were not only contributing financially to the community health security funds but also engaging in the related decision-making processes.

The budget for local health coverage is THB3,824 million (including interest) that came from three main sources: NHSO, Local Administrative Organizations, and others (such as interest, consumers and the community). THB2,575 million (67.34%), THB1,214 million (31.75%) and THB35 million (0.92%), respectively (Figure 43).

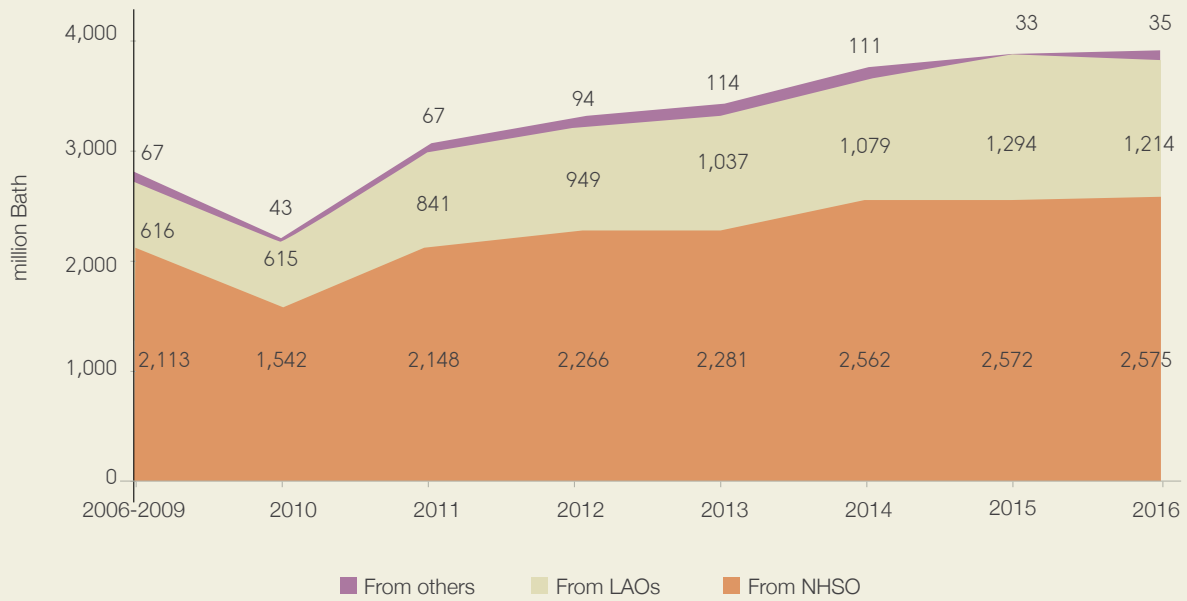
Classified by target groups, a budget of 32.96% was used for people most at risk. The budgets for the youth, the elderly, and the working age were 14.49%, 11.59% and 10.74%, respectively (Figure 44).

Figure 42 Number of local administrative organizations co-funding community health funds. FY 2006-2016



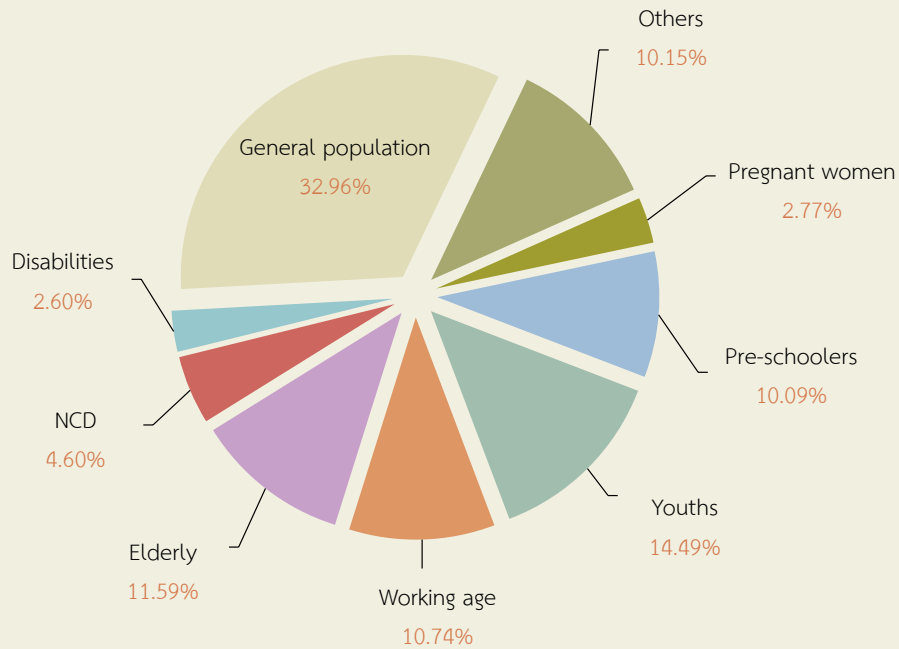
Source: Information on health insurance systems at the local or regional level. Bureau of Information Management Information Security, September 30, 2016, analyzed by Bureau of Community Health Service Support, NHSO.

Figure 43 Contribution to local health insurance fund, categorized by source. FY 2006-2016



Source: Information on health insurance systems at the local or regional level. Bureau of Information Management Information Security, September 30, 2016, analyzed by Bureau of Community Health Service Support, NHSO.

Figure 44 Proportion of local health insurance fund, classified by target group. FY 2016



Source: Information on health insurance systems at the local or regional level. Bureau of Information Management Information Security, September 30, 2016, analyzed by Bureau of Community Health Service Support, NHSO.

6.2.1 Participation of network partners Establishment of a network of rights protection in the national health insurance system

1) There are 818 health centers in the NHSO, 98 in general hospitals and 720 in community hospitals operated by service personnel.

2) There are coordination Centers for Public Health in 146 locations across 77 provinces. They form a partnership operating under a joint development strategy and management for the protection of rights. These foster the development

of quality standards for public health services; creates partnerships; and links to public sector partners, local government and professional organizations.

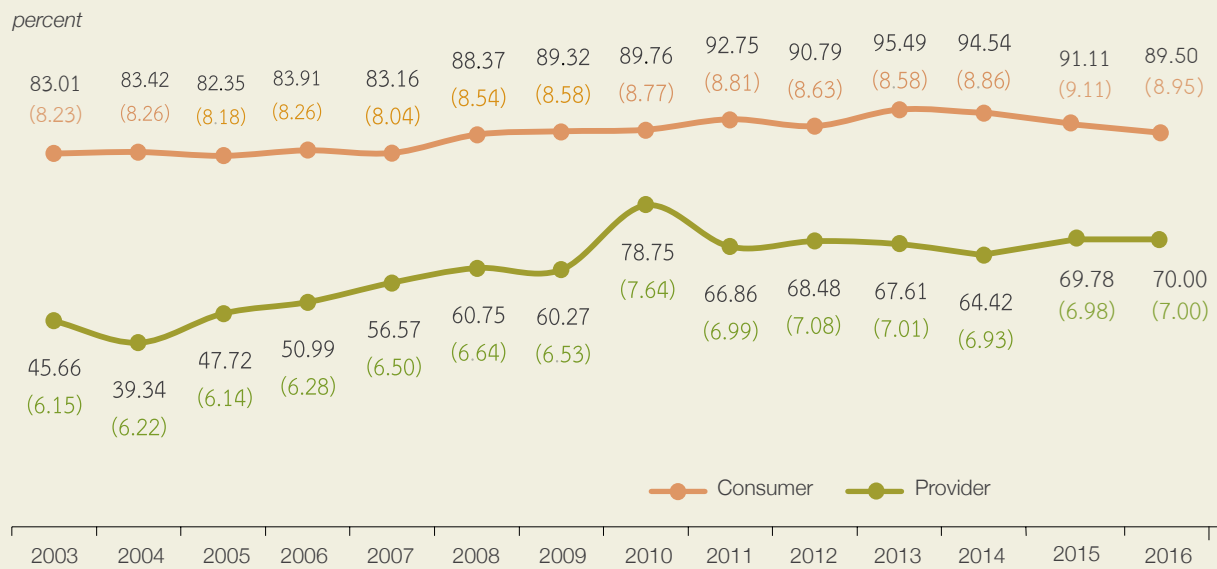
3) There are 115 Complaints units, independent of the complainant under Section 50(5), 76 provinces nationwide (Except Mae Hong Son Province). This collaboration between the public sector and the National Health Security Office is an important channel for the protection of the rights of the people and provides basic assistance to the recipient.

6.3 Satisfaction of consumers and health care providers

Each year the surveys are taken to assess satisfaction levels of both UCS consumers and healthcare providers. Results indicated that the satisfaction level of consumers increased from 8.23 out of 10 (83.01%) in the FY2003 to 8.95 (89.50%) in FY2016. During the same period providers scores rose from 6.15 (45.66%) to 7.00 (70.00%) (Figure 45). There may be several factors that affect why UCS consumer satisfaction

levels were higher than those of providers. However, from these results can be surmise that, although the UCS implementation is doing well at accommodating the needs of consumers, some areas of management need improving in order to better satisfy the providers. Whatever the changes, the benefit of the consumer must always come first.

Figure 45 Consumers' and providers' satisfaction scores, FY 2003-2016



Source: 1) FY2003 – 2013: Satisfaction survey report, Academic Network for Community Happiness Observation and Research (ANCHOR), Assumption University of Thailand (May-Jun 2003, Apr-Jun 2004, Jun 2005, May-June 2006, Jun-Jul. 2007-2008, Aug-Sep 2009-2010, September 9-25, 2011, Aug-Sep 2012, Aug-Sep 2013)
 2) FY2014, Satisfaction survey report, NIDA poll, National Institute of Development Administration, Thailand
 3) Year 2015-2016 Surveying by the Institute for Social and Economic Sciences, Dhurakij Pundit University, May-August 2015, April-July 2016

Note: 1) Percentage of satisfaction in 2003-2014 based on TRIS's evaluation criteria, calculated from respondents rated at 7-10 points.
 2) Percentage of Satisfaction in 2015-2016, based on FPRI's criteria, calculated from respondents who rated their satisfaction at all grades (1-10 points).

ส่วนที่ 2



การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ลักษณะองค์กร ที่ตั้ง โครงสร้างการบริหาร และแผนยุทธศาสตร์
2. การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559
4. ปัญหาอุปสรรค และความท้าทาย

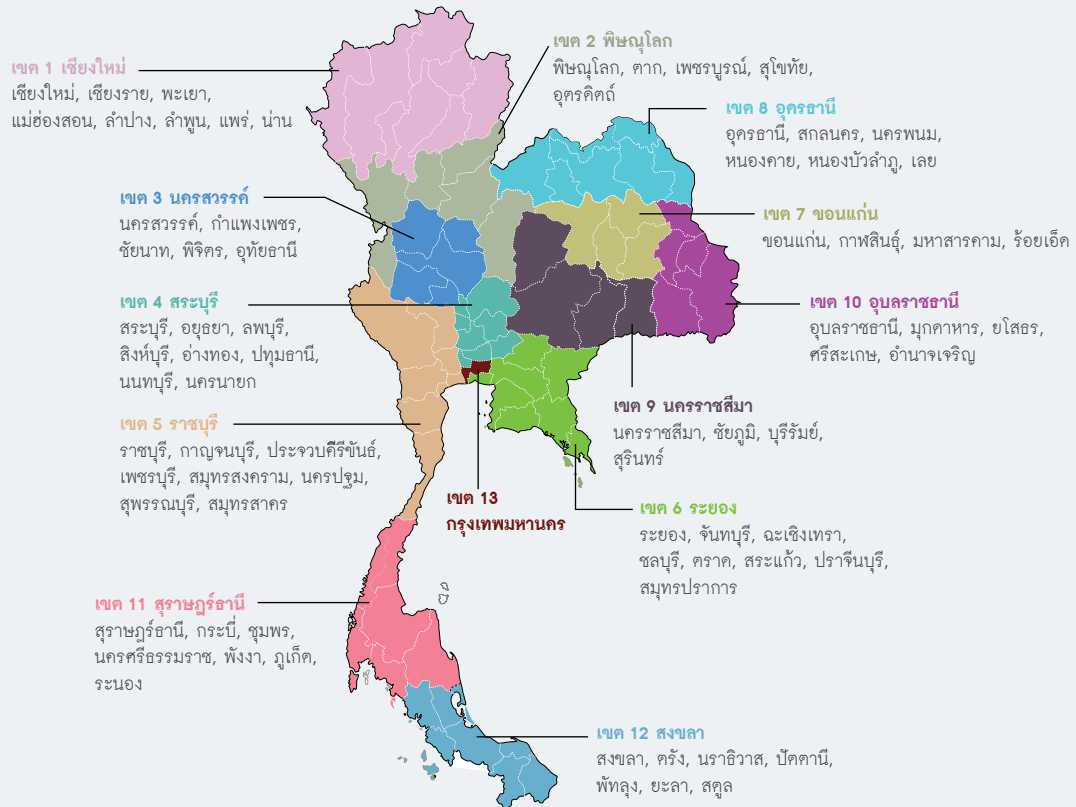
1. ลักษณะองค์กร ที่ตั้ง โครงสร้างการบริหาร และแผนยุทธศาสตร์



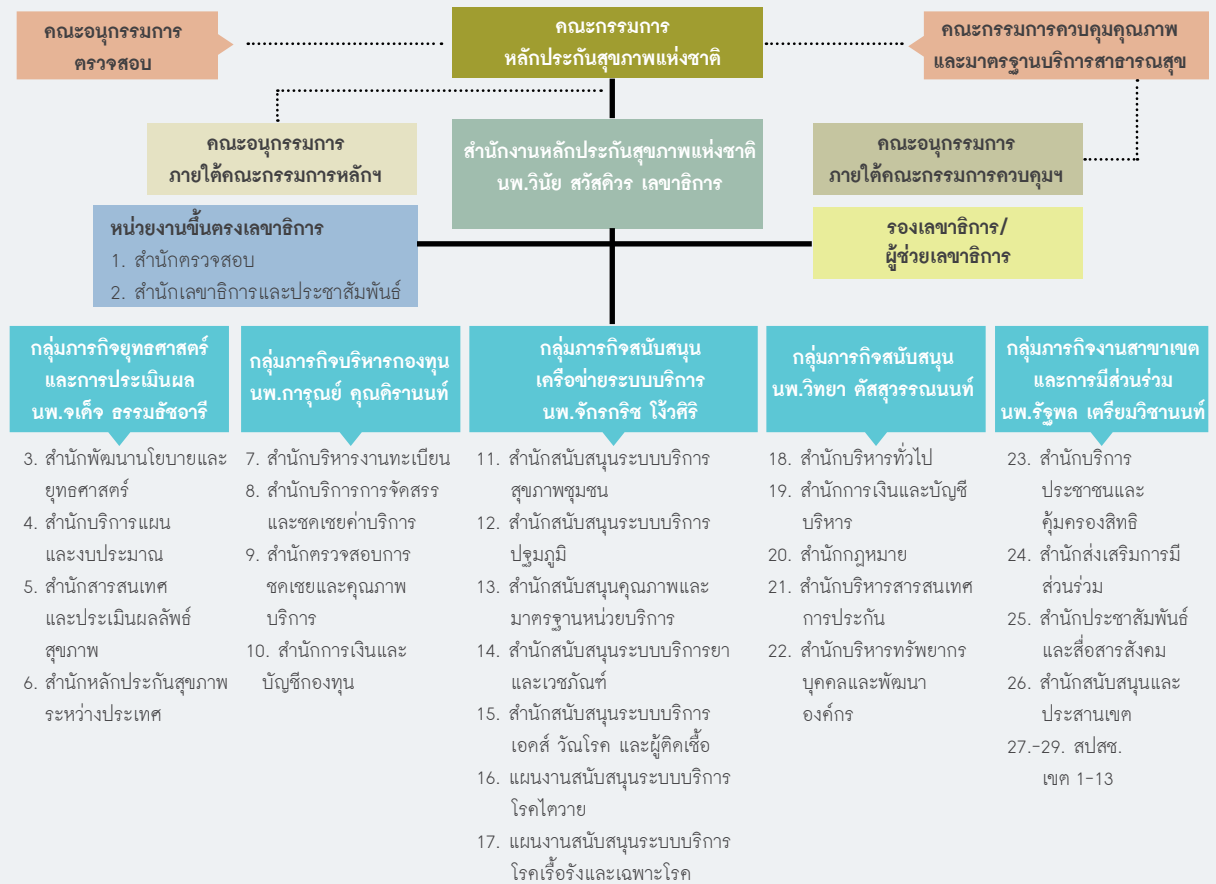
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมาตรา 24 กำหนดให้ สปสช. เป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้กำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

บทบาทหลักในการสร้างและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคน (ยกเว้นผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้) ได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่ที่ ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2552" และสำนักงานสาขาเขต 13 แห่งทั่วประเทศ ดังนี้



โครงสร้างการบริหาร





รักษาการเลขาธิการ
ส.ป.ศ.
**นพ.ศักดิ์ชัย
กาญจนวัฒนา**
รองเลขาธิการ



**นพ.จเด็จ
ธรรมธัชอารี**
รองเลขาธิการ



**นพ.ชูชัย
ศรชานี**
รองเลขาธิการ



**นพ.วิทยา
ตันสุวรรณนนท์**
รองเลขาธิการ



**นพ.ประจักษ์วิช
เลืบนาค**
รองเลขาธิการ



นพ.จักรกริช ไ้วศิริ
ผู้ช่วยเลขาธิการ



ทพ.อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้ช่วยเลขาธิการ



นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข
ผู้ช่วยเลขาธิการ

ประธานกลุ่มภารกิจ



นางสาววิทิตรี กรีทอง
ผู้อำนวยการอาวุโส
ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์
และการประเมินผล



นพ.การุณย์ คุณศิริรานนท์
ผู้อำนวยการอาวุโส
ประธานกลุ่มภารกิจบริหารกองทุน



นพ.จักรกริช ไ้วศิริ
ผู้ช่วยเลขาธิการ
ประธานกลุ่มภารกิจสนับสนุน
เครือข่ายระบบบริการ



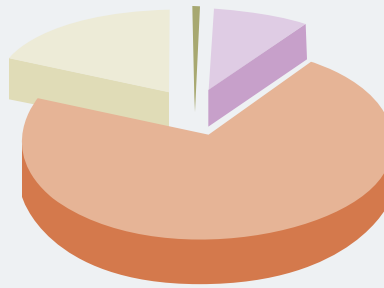
นพ.สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล
ผู้อำนวยการอาวุโส
ประธานกลุ่มภารกิจระบบ
สนับสนุน



นพ.รัฐพล เครียมวิชานนท์
ผู้อำนวยการอาวุโส
ประธานกลุ่มภารกิจงานสาขาเขต
และการมีส่วนร่วม

บุคลากร

สปสช. มีการแบ่งกลุ่มบุคลากรออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารระดับสูง กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ปฏิบัติงานและมีการจัดจ้างพนักงานโครงการสัญญาจ้างปีต่อปี



- ผู้บริหารระดับสูง 7 คน, 1%
- ผู้บริหาร 85 คน, 10%
- ผู้ปฏิบัติงาน 613 คน, 70%
- พนักงานโครงการสัญญาจ้าง 171 คน, 19%

วิสัยทัศน์

"ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ด้วยความมั่นใจ"

เป้าประสงค์

ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยมีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (Equity) ด้วยบริการที่มีคุณภาพ (Quality) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) ตอบสนองต่อสังคม (social accountability) รวมทั้งไม่เกิดการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย (Catastrophic illnesses)

พันธกิจ

1. สนับสนุนให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย
2. ดำเนินการให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า
3. สนับสนุนการพัฒนาการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ทุกคนเข้าถึงได้ และเป็นที่ยังพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ
4. ส่งเสริมการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยเน้นการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน
5. บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

6. เสริมสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างกองทุนอื่นๆ ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ การให้บริการ

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกและมาตรการคุ้มครองด้านประกันสุขภาพสำหรับทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย

1.1) พัฒนากลไก และสนับสนุนให้เกิดความคุ้มครองด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม

1.2) สนับสนุนให้เกิดความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีหลักประกันภาครัฐอื่นๆ อยู่แล้ว แต่เป็นกองทุนขนาดเล็ก หรือให้ความคุ้มครองเพียงบางส่วน

1.3) พัฒนากลไกการสื่อสารประชาสัมพันธ์และคุ้มครองสิทธิ เพื่อให้ประชาชนและผู้ให้บริการได้รับรู้ข้อมูลด้านสิทธิ หน้าที่ และได้รับความคุ้มครองในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม ครอบคลุม

2. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ และปราศจากช่องว่างกับองค์กรด้านสุขภาพ ภาคีทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่ความเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน (ownership)

กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557-2559



2.1) มุ่งเน้นการดำเนินงานร่วมกับองค์กรด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนงานหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข

2.2) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในค่านหลักประกันสุขภาพอย่างเพียงพอ ให้แก่องค์กรภาคีทุกภาคส่วน ทั้งในระดับบุคคล สถาบันและเครือข่าย

2.3) สนับสนุนและจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเครือข่ายภาคประชาชน ภาคเอกชน องค์กรสาธารณะประโยชน์อื่นๆ มีส่วนร่วมในการบริหารและดำเนินงานในระดับเขตและพื้นที่

2.4) เสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การบริการคุณาภิมิตร และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3. สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (primary care strengthening)

3.1) สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุขได้ทุกระดับโดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ

3.2) ศึกษาและพัฒนานวัตกรรม เพื่อสนับสนุนงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) เพื่อขยายความ ครอบคลุมการบริการอย่างเท่าเทียม

3.3) สนับสนุนการสร้างความรู้คุณค่าและศักดิ์ศรี ของผู้ให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนการ พัฒนากำลังคนโดยใช้ศักยภาพและความร่วมมือในพื้นที่

3.4) พัฒนาระบบ กลไก และเครือข่าย เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชนตั้งแต่ ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ถึงระบบบริการ ตติยภูมิ (Tertiary care) สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบ บริการในระบบสาธารณสุขของประเทศ ในทุกระดับอย่าง ครบวงจรแบบไร้รอยต่อ

3.5) สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิโดยองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน โดยเฉพาะในพื้นที่ เขตเมือง

4. หนุนเสริมระบบหลักประกันสุขภาพทุกระดับของ ประเทศ ให้เกิดการบริการที่เชื่อมโยง สอดคล้อง และ กลมกลืนกัน (harmonization)

4.1) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit package) บนฐานข้อมูลโดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า ร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service delivery) ที่เน้น ความเหมาะสม จนเกิดความเท่าเทียมกัน ในสิทธิ ประโยชน์ขั้นพื้นฐาน และประชาชนเข้าถึงบริการอย่างมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (effective coverage)

4.2) ศึกษาและแนวทางการระดมทรัพยากร เพื่อการจัดบริการ และนำมาพิจารณาใช้ประโยชน์ ใน อนาคต

4.3) สนับสนุนและพัฒนากลไกการเงินการคลัง (Financial mechanism) ที่ได้มาตรฐานและประสาน เชื่อมโยงกัน

4.4) พัฒนาคือความเชื่อมโยงระบบการบริหารจัดการ ระบบข้อมูล งานธุรกรรม และอื่นๆ ในระบบหลักประกัน สุขภาพต่างๆ เพื่อให้เกิด National Standard Data Set และใช้ประโยชน์ร่วมกัน

5. เสริมสร้างและพัฒนาธรรมาภิบาลของการบริหาร ระบบหลักประกันสุขภาพ (good governance)

5.1) พัฒนาการบริหารกองทุนและงานในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในด้านธรรมาภิบาล

5.2) สนับสนุนการกระจายอำนาจ ควบคู่กับการ พัฒนาระบบการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลโดย เฉพาะผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcome) อย่าง ต่อเนื่อง

5.3) ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน ระบบหลักประกันสุขภาพ ด้านความรู้ความสามารถในงาน และด้านจริยธรรม เพื่อเป็นกลไกในการอภิบาลระบบใน ระดับชาติ

5.4) พัฒนา สปสช. ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นแหล่งศึกษา แลกเปลี่ยนความรู้ด้านการสร้างหลัก ประกันสุขภาพทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

2. การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และขบวนการจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีภารกิจบริหารจัดการภายใต้นโยบายที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แบ่งการบริหารงบประมาณออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นงบประมาณสำหรับสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ รวมทั้งการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาการจัดบริการ

สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอ หรือมีการกระจายหน่วยบริการที่ไม่เหมาะสม

2. งบประมาณบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการ และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

สัดส่วนงบประมาณสำหรับบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552–2559 ดังแสดงตารางที่ 24

ตารางที่ 24 สัดส่วนงบบริหารและงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2552–2559

(หน่วย : ล้านบาท)

งบที่ได้รับ	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
งบกองทุน (รวม เงินเคื่อน)	108,065.09	117,969.00	129,280.89	140,609.40	141,539.75	154,257.98	153,151.66	163,152.18
งบบริหาร	936.75	858.46	961.30	1,099.80	1,209.12	1,442.19	1,427.10	1,414.09
ร้อยละ (งบบริหาร ต่อ งบกองทุน)	0.87	0.73	0.74	0.78	0.86	0.93	0.93	0.87

ที่มา: สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.

ในปีงบประมาณ 2559 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนจากรัฐบาล รายได้งบประมาณ จำนวน 126,644.79 ล้านบาท แบ่งเป็น งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หักเงินเคื่อน) จำนวน 123,009.04 ล้านบาท ประกอบด้วย

1) งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 107,629.76 ล้านบาท

2) งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3,011.90 ล้านบาท

3) งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 6,318.10 ล้านบาท

4) งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 959.00 ล้านบาท

5) งบค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ 1,490.29 ล้านบาท

6) งบค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 3,000.00 ล้านบาท

7) งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 600.00 ล้านบาท

และเงินรายได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3,635.74 ล้านบาท

ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 มีการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ให้หน่วยบริการ รวมทั้งสิ้นจำนวน 126,514.45 ล้านบาท ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 107,738.83 ล้านบาท

2. ค่าใช้จ่ายการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ 2,571.83 ล้านบาท

3. ค่าใช้จ่ายการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 6,627.03 ล้านบาท

4. ค่าใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพื่อควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 960.14 ล้านบาท

5. ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ 1,490.29 ล้านบาท

6. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 3,000.00 ล้านบาท

7. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 493.13 ล้านบาท

8. ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3,633.21 ล้านบาท

และมีรายรับจากการดำเนินงานอื่น ได้แก่ รายได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร 142.80 ล้านบาท รายได้ค่าบริการทางการแพทย์ปีก่อนรับคืน 172.73 ล้านบาท รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน 13.30 ล้านบาท และรายได้อื่น 1.94 ล้านบาท จึงทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายรวมจำนวน 461.10 ล้านบาท

สำหรับผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรายได้รวม 1,534.07 ล้านบาท ประกอบด้วย รายได้จากงบประมาณ 1,414.09 ล้านบาท และรายได้อื่น 119.98 ล้านบาท ส่วนค่าใช้จ่ายรวม 1,582.14 ล้านบาท โดยจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร 575.18 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน 826.64 ล้านบาท ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย 180.30 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินการ 0.02 ล้านบาท ซึ่งทำให้รายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย 48.07 ล้านบาท ทั้งนี้ งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังอยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2559

	หมายเหตุ	หน่วย : บาท		
		2559	2558	เพิ่ม/ลดร้อยละ
สินทรัพย์				
สินทรัพย์หมุนเวียน				
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	5	7,863,488,433.92	7,172,945,976.00	9.63 %
ลูกหนี้ระยะสั้น	6	717,241,661.87	1,298,708,181.62	(44.77) %
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน	7	52,313,794.45	47,567,051.80	9.98 %
สินค้าคงเหลือ	8	2,150,603,609.10	2,191,264,524.89	(1.86) %
ดอกเบี้ยค้างรับ	9	3,589,654.91	3,863,920.51	(7.10) %
เงินลงทุนระยะสั้น	10	491,727,048.29	484,658,418.06	1.46 %
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		11,278,964,202.54	11,199,008,072.88	0.71 %
รวมสินทรัพย์		11,278,964,202.54	11,199,008,072.88	0.71 %
หนี้สิน				
หนี้สินหมุนเวียน				
เจ้าหนี้ระยะสั้น	11	5,066,794,727.99	737,428,191.86	587.09 %
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขค้างจ่าย	12	405,282,600.92	1,326,726,884.17	(69.45) %
ประมาณการหนี้สินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข		-	4,121,622,661.97	(100.00) %
เงินประกันสัญญาหน่วยบริการ	13	21,538,932.40	25,735,525.95	(16.31) %
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	14	12,453,537.72	17,714,418.75	(29.70) %
รวมหนี้สินหมุนเวียน		5,506,069,799.03	6,229,227,682.70	(11.61) %
หนี้สินไม่หมุนเวียน				
กองทุนสำรองกรณีฉุกเฉิน	15	947,634,451.25	938,387,251.25	0.99 %
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน		947,634,451.25	938,387,251.25	0.99 %
รวมหนี้สิน		6,453,704,250.28	7,167,614,933.95	(9.96) %
สินทรัพย์สุทธิ		4,825,259,952.26	4,031,393,138.93	19.69 %

หมายเหตุ : อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
งบแสดงฐานะการเงิน				
ณ วันที่ 30 กันยายน 2559				
	หมายเหตุ	หน่วย : บาท		
		2559	2558	เพิ่ม/ลดร้อยละ
สินทรัพย์สุทธิ				
ทุนรับโอนตามมาตรา 69	16	419,483,824.03	419,483,824.03	-
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม				
- ปรับปรุงรายการสินค้าคงเหลือ	17	2,231,419,000.72	2,191,264,524.89	1.83 %
- ปรับปรุงรายการอื่น	18	2,174,357,127.51	1,420,644,790.01	53.05 %
รวมสินทรัพย์สุทธิ		<u>4,825,259,952.26</u>	<u>4,031,393,138.93</u>	<u>19.69 %</u>

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

ลงชื่อ.....
 (นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
 รองเลขาธิการ รักษาการแทน
 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิรมล เห็นประเสริฐ)
 ผู้อำนวยการสำนักงานการเงินและบัญชีกองทุน

หมายเหตุ : อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (3)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2559

หมายเหตุ	หน่วย : บาท		เพิ่ม/ลดร้อยละ	
	2559	2558		
รายได้จากการดำเนินงาน				
รายได้จากงบประมาณ ม.39 (1)	19	123,009,043,500.00	114,963,640,000.00	7.00 %
รายได้จาก อปท. ม.39 (2)	19	3,635,743,100.00	5,061,950,000.00	(28.18) %
รายได้ดอกเบี้ย		142,796,482.91	142,683,268.02	0.08 %
รายได้ค่าบริการสาธารณสุขปีก่อนรับคืน		172,727,656.80	79,757,266.25	116.57 %
รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน		13,301,187.00	23,547,238.07	(43.51) %
รายได้อื่น		1,940,368.58	32,981,777.34	(94.12) %
รวมรายได้จากการดำเนินงาน		126,975,552,295.29	120,304,559,549.68	5.55 %
ค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน				
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	20	122,881,245,034.14	115,159,403,319.90	6.71 %
ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของ อปท.		3,633,209,094.70	5,061,950,000.00	(28.23) %
รวมค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน		126,514,454,128.84	120,221,353,319.90	5.23 %
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ		461,098,166.45	83,206,229.78	454.16 %

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

ลงชื่อ.....
(นายศักดิ์ชัย ภาณุจนวนัดนา)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ.....
(นางสาวนิรมล เห็นประเสริฐ)
ผู้อำนวยการสำนักการเงินและบัญชีกองทุน

หมายเหตุ : อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบกระแสเงินสด
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2559

	2559	หน่วย : บาท 2558
กระแสเงินสดจากกิจกรรมดำเนินงาน		
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่าย	461,098,166.45	83,206,229.78
รายการปรับกระทบยอดเป็นเงินสดสุทธิจากกิจกรรมดำเนินงาน		
สินทรัพย์ดำเนินงาน (เพิ่มขึ้น) ลดลง		
ลูกหนี้ระยะสั้น	581,466,519.75	1,821,764,072.09
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน	(4,746,742.65)	83,399,193.98
สินค้าคงเหลือ	40,660,915.79	(2,191,264,524.89)
รายได้ค้างรับ	274,265.60	48,294.60
หนี้สินดำเนินงาน เพิ่มขึ้น (ลดลง)		
เจ้าหนี้	4,329,366,536.13	(43,935,597.93)
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขค้างจ่าย	(921,444,283.25)	(341,760,354.85)
ประมาณการหนี้สิน	(4,121,622,661.97)	2,133,134,019.96
เงินรับฝากคำรักษา-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	(753,095,098.76)
เงินประกันสัญญาหน่วยบริการ	(4,196,593.55)	2,734,925.95
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	(5,260,881.03)	1,683,203.54
กองทุนสำรองกลางมีเหตุฉุกเฉิน	9,247,200.00	7,601,702.02
ผลสะสมจากการปรับปรุงบัญชีรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	332,768,646.88	2,279,668,732.93
กระแสเงินสดสุทธิจากกิจกรรมดำเนินงาน	<u>697,611,088.15</u>	<u>3,083,184,798.42</u>
กระแสเงินสดจากกิจกรรมจากการลงทุน		
เงินลงทุนระยะสั้น (เพิ่มขึ้น) ลดลง	(7,068,630.23)	(7,783,567.97)
กระแสเงินสดสุทธิจากกิจกรรมการลงทุน	<u>(7,068,630.23)</u>	<u>(7,783,567.97)</u>
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดเพิ่มขึ้น (ลดลง) สุทธิ	690,542,457.92	3,075,401,230.45
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดคงเหลือ ณ วันต้นงวด	<u>7,172,945,976.00</u>	<u>4,097,544,745.55</u>
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดคงเหลือ ณ วันปลายงวด	<u>7,863,488,433.92</u>	<u>7,172,945,976.00</u>

หมายเหตุ : อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (5)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2559

	ทุน	รายได้สูง/ (ต่ำ) กว่า ค่าใช้จ่ายสะสม	องค์ประกอบ อื่นของ สินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน	หน่วย : บาท รวมสินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2557 - ตามที่รายงานไว้เดิม	419,483,824.03	1,249,034,352.19	-	1,668,518,176.22
ผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาดปีก่อน (รายการอื่น)		88,404,208.04		88,404,208.04
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2557 - หลังการปรับปรุง	419,483,824.03	1,337,438,560.23	-	1,756,922,384.26
รายการปรับปรุงสินค้าคงเหลือ		2,191,264,524.89		2,191,264,524.89
รายได้สูง/ (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	-	83,206,229.78	-	83,206,229.78
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2558	419,483,824.03	3,611,909,314.90	-	4,031,393,138.93
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 - ตามที่รายงานไว้เดิม	419,483,824.03	3,611,909,314.90	-	4,031,393,138.93
ผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาดปีก่อน	-	292,614,171.05	-	292,614,171.05
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 - หลังการปรับปรุง	419,483,824.03	3,904,523,485.95	-	4,324,007,309.98
รายการปรับปรุงสินค้าคงเหลือ	-	40,154,475.83	-	40,154,475.83
รายได้สูง/ (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	-	461,098,166.45	-	461,098,166.45
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 - หลังการปรับปรุง	419,483,824.03	4,405,776,128.23	-	4,825,259,952.26

หมายเหตุ : อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2559

(หน่วย:บาท)

	หมายเหตุ	2559	2558
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	5	349,223,551.94	332,215,099.66
ลูกหนี้ระยะสั้น	6	9,393,330.94	9,436,296.50
เงินลงทุนระยะสั้น	7	55,174,570.47	54,436,193.76
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	8	2,689,583.30	3,593,590.92
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		416,481,036.65	399,681,180.84
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
อุปกรณ์	9	149,510,876.01	198,681,623.55
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน	10	89,934,404.40	115,659,836.36
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น	11	2,204,842.00	2,204,842.00
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		241,650,122.41	316,546,301.91
รวมสินทรัพย์		658,131,159.06	716,227,482.75
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
เจ้าหนี้ระยะสั้น	12	158,938,788.16	133,759,542.19
เงินรับฝากระยะสั้น	13	38,277,545.72	60,610,453.37
รวมหนี้สินหมุนเวียน		197,216,333.88	194,369,995.56
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
หนี้สินไม่หมุนเวียนอื่น	14	22,747,395.04	35,618,430.99
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน		22,747,395.04	35,618,430.99
รวมหนี้สิน		219,963,728.92	229,988,426.55
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		438,167,430.14	486,239,056.20

หมายเหตุ: อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

Oh Lo

งบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2559

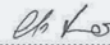
	หมายเหตุ	2559	หน่วย:บาท 2558
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
ทุน	16	248,595,506.76	248,595,506.76
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม		237,643,549.44	236,995,057.79
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิงวดปัจจุบัน		(48,071,626.06)	648,491.65
รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		<u>438,167,430.14</u>	<u>486,239,056.20</u>

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้



(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
รักษาการแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



(นางสาววิภาวี ชินพีระเสถียร)

ผู้อำนวยการสำนักการเงินและบัญชีบริหาร

หมายเหตุ: อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (3)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2559

		(หน่วย:บาท)	
	หมายเหตุ	2559	2558
รายได้			
รายได้จากงบประมาณ	17	1,414,093,000.00	1,427,100,000.00
รายได้จากการบริจาค	18	12,918,325.73	13,357,770.01
รายได้อื่น	19	107,059,042.87	153,694,149.53
รวมรายได้		<u>1,534,070,368.60</u>	<u>1,594,151,919.54</u>
ค่าใช้จ่าย			
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	20	575,182,918.71	502,906,190.25
ค่าใช้จ่าย	21	757,530,723.20	836,645,854.26
ค่าวัสดุ	22	18,695,706.84	23,176,632.09
ค่าสาธารณูปโภค	23	50,408,938.34	48,328,878.81
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	24	180,298,978.17	182,395,596.35
ค่าใช้จ่ายอื่น	25	24,729.40	50,276.13
รวมค่าใช้จ่าย		<u>1,582,141,994.66</u>	<u>1,593,503,427.89</u>
รายได้สูง(ต่ำกว่า)ค่าใช้จ่ายก่อนต้นทุนทางการเงิน		<u>(48,071,626.06)</u>	<u>648,491.65</u>
ต้นทุนทางการเงิน		-	-
รายได้สูง(ต่ำกว่า)ค่าใช้จ่ายก่อนต้นทุนทางการเงิน		<u>(48,071,626.06)</u>	<u>648,491.65</u>

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

หมายเหตุ: อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
งบกระแสเงินสด		
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2559		
	หน่วย:บาท	
	2559	2558
กระแสเงินสดจากกิจกรรมดำเนินงาน		
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	(48,071,626.06)	648,491.65
รายการปรับปรุงยอดสะสมโดยตรง	-	(1,430,384.56)
รายการปรับกระทบรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายเป็นเงินสดรับ(จ่าย)	-	
จากการดำเนินงาน		
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	180,298,978.17	182,395,596.35
สินทรัพย์ดำเนินงาน (เพิ่มขึ้น) ลดลง		
ลูกหนี้	42,965.56	14,247,556.90
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	904,007.62	(1,714,835.19)
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น	-	-
หนี้สินดำเนินงานเพิ่มขึ้น (ลดลง)		
เจ้าหนี้ระยะสั้น	25,179,245.97	(61,532,754.43)
เงินรับฝากระยะสั้น	(22,332,907.65)	6,809,784.03
หนี้สินไม่หมุนเวียนอื่น	(12,871,035.95)	(6,877,018.85)
กระแสเงินสดสุทธิ(ใช้ไป)ใน) กิจกรรมดำเนินงาน	<u>123,149,627.66</u>	<u>132,546,435.90</u>
กระแสเงินสดจากกิจกรรมการลงทุน		
เงินสดรับ :		-
รวมเงินสดรับ	<u>-</u>	<u>-</u>
เงินสดจ่าย :		
เงินสดจ่ายในการซื้อสินทรัพย์ถาวร	(46,595,851.75)	(111,119,004.28)
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน-สุทธิ	(58,806,946.92)	(98,741,440.33)
เงินลงทุนระยะสั้น	(738,376.71)	(834,052.45)
รวมเงินสดจ่ายจากกิจกรรมลงทุน	<u>(106,141,175.38)</u>	<u>(210,694,497.06)</u>
กระแสเงินสดสุทธิจากกิจกรรมลงทุน	<u>(106,141,175.38)</u>	<u>(210,694,497.06)</u>
กระแสเงินสดจากกิจกรรมจัดหาเงิน		
เงินสดรับบริจาคการรับรู้	<u>-</u>	<u>-</u>
กระแสเงินสดจากกิจกรรมจัดหาเงิน	<u>-</u>	<u>-</u>
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดเพิ่มขึ้น (ลดลง)สุทธิ	17,008,452.28	(78,148,061.16)
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดคงเหลือ ณ วันต้นงวด	332,215,099.66	410,363,160.82
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดคงเหลือ ณ วันปลายงวด	<u>349,223,551.94</u>	<u>332,215,099.66</u>
หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้		

หมายเหตุ: อยู่ระหว่างการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (5)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2559

หมายเหตุ	ทุน	รายได้ สูง/ต่ำกว่า ค่าใช้จ่ายสะสม	องค์ประกอบ	
			อื่นของ สินทรัพย์ สุทธิ/ส่วนทุน	รวม สินทรัพย์ สุทธิ/ ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 ตามที่รายงานไว้เดิม	248,595,506.76	237,643,549.44	-	486,239,056.20
ผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาดปีก่อน	-	-	-	-
ผลสะสมของการเปลี่ยนแปลงนโยบายบัญชี	-	-	-	-
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 หลังปรับปรุง	248,595,506.76	237,643,549.44	-	486,239,056.20
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสุทธิ ปี 2559				
การเปลี่ยนแปลงทำให้ทุนเพิ่ม/ลด	-	-	-	-
รายได้สูง(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	-	(48,071,626.06)	-	(48,071,626.06)
กำไร/ขาดทุนจากการปรับมูลค่าเงินลงทุน	-	-	-	-
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 หลังปรับปรุง	248,595,506.76	189,571,923.38	-	438,167,430.14

3. การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559

การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหมุนเวียน ประจำปี 2559 โดยกรมบัญชีกลาง และบริษัทที่ปรึกษา บริษัท ทริส คอร์ปอเรชั่น จำกัด กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดกรอบการประเมินผลการดำเนินงาน 4 ด้าน มีดังนี้

1. ด้านการเงิน
 2. ด้านการสนองประโยชน์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 3. ด้านปฏิบัติการ
 4. ด้านการบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียน
- โดยแบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ คะแนนเต็ม 5 คะแนน จากผลการประเมิน สปสช. ได้ 4.7758 คะแนน (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 ผลการประเมินผลการดำเนินงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	ระดับคะแนน
1	ด้านการเงิน (ร้อยละ 1)	5.0000
1.1	อัตราการเบิกจ่ายวงเงินกองทุนเหมาจ่ายรายหัวที่ได้เบิกจ่ายและก่อนนี้ผูกพันให้แก่หน่วยบริการเป็นไปตามแผนและระยะเวลาที่กำหนด	5.0000
2	ด้านการสนองประโยชน์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ร้อยละ 30)	4.6533
2.1	การสำรวจความพึงพอใจ	
	2.1.1 ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประชาชน	5.0000
	2.1.2 ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขององค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง	2.9200
2.2	สัดส่วนของโรงพยาบาล UC ที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานในชั้น HA	5.0000
2.3	ร้อยละของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนมาตรา 50(5) สามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	5.0000
2.4	การพัฒนาความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของบุคลากรในหน่วยบริการ	
	2.4.1 ระดับความสำเร็จของข้อตกลงในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	5.0000
	2.4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารจัดการสารสนเทศ โดยบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Disease Management Information System : DMIS)	5.0000
	2.4.3 ระดับความสำเร็จของจำนวนประเด็น จากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปประจำปีได้รับการตอบสนอง	5.0000

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	ระดับคะแนน
3	ค่านปฏิบัติการ (ร้อยละ 39)	5.0000
3.1	การดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล/กระทรวงการคลัง	
	3.1.1 การเบิกจ่ายเงินตามแผนการเบิกจ่ายที่ได้รับอนุมัติ	
	1) ร้อยละการเบิกจ่ายงบลงทุนที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับแผนการเบิกจ่ายงบลงทุนประจำปีงบประมาณ 2559	-
	2) ร้อยละการเบิกจ่ายภาพรวมที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับแผนการเบิกจ่ายภาพรวมประจำปีงบประมาณ 2559	5.0000
	3.1.2 การรายงานการรับจ่าย และการใช้จ่ายเงินรายได้ ที่ไม่ต้องนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน	5.0000
	3.1.3 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล/กระทรวงการคลัง	-
3.2	หน่วยบริการขนาด 10-59 เตียง ที่มีการจัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
	3.2.1 ร้อยละของหน่วยบริการขนาด 10-29 เตียง ที่จัดตั้งศูนย์บริการฯ	5.0000
	3.2.2 ร้อยละของหน่วยบริการขนาด 30-59 เตียง ที่จัดตั้งศูนย์บริการฯ	5.0000
3.3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมดำเนินการในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
	3.3.1 ร้อยละของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีกิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนในระดับ Verbal Screening	5.0000
	3.3.2 ร้อยละของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน	5.0000
3.4	ร้อยละของประชาชนที่มีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแลถึงบ้าน	5.0000
3.5	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคไตที่ต้องรับบริการบำบัดทดแทนไต เทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค	5.0000
3.6	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับ Viral load < 50 copies/ml ในรอบ 12 เดือน	5.0000
3.7	ร้อยละของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ ในหน่วยบริการขนาด 30-59 เตียง มีการทำ Self-Assessment เรื่องการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด	5.0000
3.8	ความสำเร็จของกิจกรรมในการดำเนินการร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน	5.0000
3.9	ร้อยละของการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนแล้วเสร็จภายใน 25 วันทำการ	5.0000
4	ค่านการบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียน (ร้อยละ 30)	4.5995
4.1	บทบาทคณะกรรมการทุนหมุนเวียน	3.9867
4.2	การบริหารความเสี่ยง	5.0000
4.3	การควบคุมภายใน	4.6600
4.4	การตรวจสอบภายใน	5.0000
4.5	การบริหารจัดการสารสนเทศ	5.0000
4.6	การบริหารทรัพยากรบุคคล	3.9500

ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีบัญชี 2559 (ฉบับเบื้องต้น)

4. ปัญหาอุปสรรค และความท้าทาย

การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะต่อไป มีสถานการณ์และปัจจัยการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายประการทั้งภายในและภายนอกประเทศ เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก ปี 2559-2573 (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่เน้นการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และกำหนดเป้าหมายที่ 3 มุ่งสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย, ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่อยู่ระหว่างรอประกาศใช้ มีการกำหนดเรื่องการปฏิรูปประเทศ ตามมาตรา 258 (4) กำหนดให้ดำเนินการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน, นโยบายรัฐบาล กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มุ่งบรรลุวิสัยทัศน์ให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยการส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต และการทำให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการทางสังคมที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง ถูกกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ภายใต้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และการสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

นอกจากนั้น ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การเป็นสังคมผู้สูงอายุ คราวเรือนมีขนาดลดลง มีความหลากหลาย และยังมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรทุกช่วงวัย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ที่ชะลอตัวลง มีข้อจำกัดของการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการลงทุนด้านสาธารณสุขในระยะยาว และแม้สถานการณ์ความยากจนมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้และความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ของคนในสังคม นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เทคโนโลยี ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และระบาดวิทยาการเกิดโรค มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพในอนาคตเช่นกัน

ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องอาศัยความร่วมมือและการสนับสนุนจากทั้งรัฐบาล ผู้กำหนดนโยบาย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข หน่วยงานและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งผู้ให้บริการ องค์กรวิชาชีพ องค์กรเอกชน ภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความยั่งยืน

แม้ว่าการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความสำเร็จในระดับหนึ่งและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติจนเป็นที่กล่าวถึงและได้รับความสนใจให้เป็นที่ยกย่องจากหลายประเทศทั่วโลก อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกดังกล่าวข้างต้น ย่อมมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มากนักน้อย ซึ่งอาจสรุปความท้าทายของการดำเนินงานที่ต้องให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนงานระยะต่อไป ดังต่อไปนี้

1. การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ การบริหารจัดการที่เน้นประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่า โดยใช้ข้อมูลวิชาการเชิงประจักษ์ในการพัฒนากลไก วิธีการบริหารจัดการ และการตัดสินใจเชิงนโยบายต่างๆ รวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผล และการแสวงหาแหล่งเงิน

อื่นเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานในระยะต่อไป เพื่อความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

2. การสร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการร่วมพัฒนา บริหารจัดการ และเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพไปด้วยกัน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ

3. การคุ้มครองการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะบางกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ตามความจำเป็น เช่น กลุ่มคนเปราะบาง หรือกลุ่มอื่นๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็น เช่น ชนชั้นกลางในเขตเมือง กลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขัง คนไร้บ้าน เป็นต้น

4. การใช้ภูมิปัญญาและการแพทย์แผนไทยควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นเรื่องที่ได้ผลในบางพื้นที่ ยังเป็นประเด็นหลักที่ต้องให้ความสำคัญและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อขยายผลการดำเนินการต่อไป

5. การขยายความเข้มแข็งของการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เพื่อลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้

6. ความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันของประชาชนที่มีสิทธิแตกต่างกัน ซึ่งนโยบายรัฐบาล กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) รวมทั้งร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่อยู่ระหว่างรอประกาศใช้ ได้กำหนดกรอบเป้าหมายและเจตนารมณ์ในการสร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในสังคม ดังนั้น การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ จึงเป็นนโยบายสำคัญที่จะมีการขับเคลื่อนจากภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นการท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

7. สังคมผู้สูงอายุ คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2564 ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากร (complete aged society) หน่วยงานและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้อง มีนโยบายและเตรียมความพร้อมการจัดการและระบบบริการ รวมทั้งงบประมาณรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้

8. การตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) และหน่วยตรวจสอบต่างๆ ทำให้สำนักงานต้องเพิ่มความเข้มแข็งของกลไกตรวจสอบภายในและกลไกอภิบาลระบบในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการ ทบทวนกฎระเบียบ/ข้อบังคับ/ประกาศ/คำสั่งต่างๆ ให้รองรับการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในขณะเดียวกัน ก็สอดคล้องกับกฎหมาย/ระเบียบอื่นๆ ฯลฯ ที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกัน เพื่อดำรงหลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการขององค์กร

ส่วนที่ 3



ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

1. รายงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
3. ผลการดำเนินงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผลการดำเนินงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

1. ราชานามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลำดับ	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่ง	
1.	ศ.คลินิกเกียรติคุณ ปิยะสกล	สกลสัทยาทร	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ก.พ.59-ต.ค.59)	ประธาน กรรมการ
2.	นายจรัล	ตฤณวุฒิพงษ์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
3.	นางชুমศรี	พจนปรีชา	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลัง (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
4.	ศ.เกียรติคุณ สมศรี	เฝ้าสวัสดิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
5.	นายพินิจ	หิรัญโชติ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ทางเลือก (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
6.	นายณรงค์ศักดิ์	อังคะสุวพลา	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
7.	ผศ.จิตติ	มงคลชัยอรัญญา	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์ (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
8.	นายสมใจ	โตศกุลวรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
9.	นายโสภณ	เมฆอน	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
10.	นายสุทธิพงษ์	จุลเจริญ	แทนปลัดกระทรวงมหาดไทย (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
11.	นายสุรเดช	วลีอิทธิกุล	แทนปลัดกระทรวงแรงงาน (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
12.	พลตรีท่าแฉ้วน	พิศาลพงศ์	แทนปลัดกระทรวงกลาโหม (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
13.	นายธนู	ขวัญเกษ	แทนปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
14.	นายชัยณรงค์	ไชโย	แทนปลัดกระทรวงพาณิชย์ (ก.พ.59-ก.ย.59)	กรรมการ
	นายอิทธิพงศ์	คุณากรบดินทร์	(ต.ค.59)	
15.	นางสาวชุนหจิต	สังข์ใหม่	แทนปลัดกระทรวงการคลัง (ก.พ.59-ก.ย.59)	กรรมการ
	นางสาวพรวิไล	เกษมรัชย์	(ต.ค.59)	
16.	นายโกวิท	มีกรรณา	แทนผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ (ก.พ.59-ก.ย.59)	กรรมการ
	นายเฉลิมพล	เพ็ญสุตร	(ต.ค.59)	
17.	รศ.ประสพศรี	อึ้งถาวร	ผู้แทนแพทยสภา (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
18.	พลโทพิศาล	เทพสิทธา	ผู้แทนทันตแพทยสภา (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
19.	รศ.(พิเศษ)กิตติ	พิทักษ์นิตินันท์	ผู้แทนสภาเภสัชกรรม (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
20.	รศ.ทัศนาศ	บุญทอง	ผู้แทนสภาการพยาบาล (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
21.	นายพงษ์พัฒน์	ปธานวนิช	ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
22.	นางวันทนี	วัฒนนะ	ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
23.	นายศราวุธ	สันตินันตรักษ์	ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
24.	นายธีรวุฒิ	กลินทุสม	ผู้แทนเทศบาล (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
25.	นายสุรกิจ	สุวรรณแกม	ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
26.	นายสุวิทย์	วิบูลผลประเสริฐ	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านผู้สูงอายุ (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
27.	นางสาวกรรณิการ์	กิติเวชกุล	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านชุมชนแออัด (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ

ลำดับ	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่ง	
28.	นางสาวสารี	อ่องสมหวัง	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านเกษตรกร (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
29.	นางสุนทรี	เซ่งกิ่ง	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านผู้ใช้แรงงาน (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
30.	ผศ.ยุพดี	ศิริสินสุข	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านผู้คิดเชื้อเอชไอวี (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
31.	เลขาธิการ สปสช.		เลขานุการคณะกรรมการฯ (ก.พ.59-ก.ย.59)	เลขานุการ

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

2. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวง และประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

3. กำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5

4. กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการถอดถอนเลขาธิการตามมาตรา 31 และกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการตามมาตรา 32

6. ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40

7. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41

8. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลัก

ประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

9. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหากำไร ดำเนินการและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

10. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

11. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

12. จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

13. จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

14. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

2. ราชานามคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่ง	
1.	นพ.ชาติตรี	บานชื่น	ผู้ทรงคุณวุฒิสภานิติบัญญัติ (ก.พ.59-ค.ค.59)	ประธานกรรมการ
2.	นพ.สุพรรณ	ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์ (ก.พ.59-ก.ย.59)	กรรมการ
	นพ.ธีรพล	โตพันธานนท์	(ค.ค.59)	
3.	นพ.บุญชัย	สมบูรณ์สุข	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (ก.พ.59-ก.ย.59)	กรรมการ
	นพ.วันชัย	สัตยาวิชัย	(ค.ค.59)	
4.	นพ.กิตติพันธ์	อนรรฆมณี	ผู้แทนสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
5.	ทพ.อาคม	ประคิษฐสุวรรณ	ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
6.	นพ.อำนาจ	กุศลนันท์	ผู้แทนแพทยสภา (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
7.	รศ.พรจันทร์	สุวรรณชาติ	ผู้แทนสภาการพยาบาล (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
8.	ทพ.จิรศักดิ์	ทิพย์สุนทร	ผู้แทนทันตแพทยสภา (ก.พ.59-มี.ค.59)	กรรมการ
	ทพ.ธงชัย	วชิรโรจน์ไพศาล	(เม.ย.59-ค.ค.59)	
9.	ภญ.วรรณคดี	ศรีสุพรรณ	ผู้แทนสภาเภสัชกรรม (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
10.	นายสุนทร	พยัคฆ์	ผู้แทนสภาทนายความ (ก.พ.59-ก.ย.59)	กรรมการ
	ว่าที่พันตรีสมบัติ	วงศ์กำแหง	(ค.ค.59)	
11.	นพ.เอื้อชาติ	กาญจนพิทักษ์	ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
12.	นพ.วรวุฒิ	ชีวะอิสระกุล	ผู้แทนเทศบาล (ก.พ.59-พ.ค.59)	กรรมการ
	นายธีระกิจ	หวิงมุกดากุล	(มี.ย.-ค.ค.59)	
13.	นายวราวิทย์	บุรณศิริ	ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
14.	นายประคิษฐ์	จันทร์แจ่มใส	ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
15.	นายวีระวัฒน์	คำชาย	ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น (ก.พ.59-มี.ย.59)	กรรมการ
16.	ดร.ราศรี	สินะกุล	ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
17.	ทพ.กมล	เศรษฐ์ชัยยันต์	ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
18.	ภก.อภิชาติ	เฟื่องเรืองโรจนชัย	ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
19.	ศ.นพ.ภิเศก	ลุมพิกานนท์	ผู้แทนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
20.	รศ.นพ.วัชรพงศ์	พุทธิสวัสดิ์	ผู้แทนราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
21.	ศ.นพ.อมร	ลีลารัตน์	ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
22.	ศ.เกียรติคุณ ดร.นพ.สมศักดิ์	โล่ห์เลขา	ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
23.	นางสมใจ	ลือวิเศษไพบูลย์	ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
24.	นางศิริรัตน์	ลีกานนท์สกุล	ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์ (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
25.	นางพรรณณี	หรรษ์โพธิ์	ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ
26.	นางสุภาพร	ดิ้นวัฒนากุล	ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานด้านเด็กหรือเยาวชน) (ก.พ.59-ค.ค.59)	กรรมการ

ลำดับ	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่ง	
27.	ดร.กฤตยา	อาชาวนิจกุล	ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานค้ำยันสตรี) (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
28.	นพ.วิชัย	โชควิวัฒน์	ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานค้ำยันผู้สูงอายุ) (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
29.	นางสาวสุภัทรา	นาคะผิว	ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานค้ำยันโรคเรื้อรัง) (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
30.	นายวิวัฒน์	ตามี	ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานค้ำยันชนกลุ่มน้อย) (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
31.	ผศ.พญ.สายพิน	หัตถ์รัตน์	ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันวิชาชีพศัลยกรรม (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
32.	นพ.พงศธร	เนตราคม	ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันจิตเวช (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
33.	นายวีรพงษ์	เกรียงสินยศ	ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันการแพทย์แผนไทย (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
34.	นายจิรวิทย์	สุขไค้พงษ์	ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันอื่น (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
35.	ร.ต.อ.จิรสวัสดิ์	สุรฤทธิธำรง	ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันอื่น (ก.พ.59-ต.ค.59)	กรรมการ
36.	เลขาธิการ สปสช.		เลขานุการคณะกรรมการฯ (ก.พ.59-ต.ค.59)	เลขานุการ

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา 45
2. กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีนี้หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5
3. กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
4. เสนอแนะอัตราค่ากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46
5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

6. รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน

7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

8. จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

9. สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

3. ผลการดำเนินงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปี 2559 ปีที่ 14 ของการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย และเป็นปีเริ่มต้นของการปฏิบัติภารกิจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชุดใหม่ ที่มีวาระตำแหน่งคราวละ 4 ปี โดยเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2559 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างสะดวก ปลอดภัย และไม่เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้วิสัยทัศน์ "ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ"

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และเลขาธิการ สปสช. ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการ ได้พิจารณากำหนดนโยบายเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพและทิศทางการพัฒนางานต่างๆ ให้มีทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีการประชุมอย่างต่อเนื่องเพื่อพิจารณาประเด็นสำคัญต่างๆ โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ผ่านกลไกและระบบบริหารจัดการ สปสช. รวมทั้งการติดตามประเมินผล การสร้างหลักประกันสุขภาพและการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ

ในปีงบประมาณ 2559 สามารถสรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย

1. การบริหารงบประมาณ

2. การจัดทำ/ปรับปรุง คำสั่ง ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559

3. การคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. การพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขและระบบบริการ

5. การบริหารจัดการระบบงานและองค์กร

6. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ

7. การดำเนินงานด้านอื่นๆ

1. การบริหารงบประมาณ

1.1 การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560

คณะกรรมการได้จัดทำคำของบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเป็นประจำทุกปีงบประมาณ การบริหารจัดการงบประมาณใช้หลักการการเงินการคลังรวมหมู่และการเฉลี่ยความเสี่ยง ที่เรียกว่า "เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข" หรือ "ศิช่วยป่วย รวยช่วยจน" ภายในกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน และประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น

ปีงบประมาณ 2560 คณะกรรมการได้จัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งสิ้น 165,773.01 ล้านบาท (รวมค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐ) ประกอบด้วยรายการต่างๆ (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	109,463.44
1.2 ค่าแรงของหน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	42,307.23
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,122.41
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	7,529.24
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	960.41
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.29
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	900.00
รวมทั้งสิ้น	165,773.01
ค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐ	42,307.23
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ)	123,465.78

การบริหารจัดการกองทุนในปีงบประมาณ 2559 มีการประสานการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่าง สปสช. และ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน ภายใต้ความร่วมมือของคณะกรรมการต่างๆ เช่น คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (7x7) และคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (5x5) และคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการปรับปรุงแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมี นายแพทย์ชาติรี บานชื่น เป็นประธาน

นอกจากนั้น คณะกรรมการได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับหน่วยบริการจากการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า มีบริการหรือผลงานเกินเป้าหมาย ได้แก่ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวประเภทบริการ

กรณีเฉพาะ ซึ่งเป็นการบริหารการจ่ายในลักษณะปลายเปิด ด้วยการกำหนดคราจ่ายแต่ไม่ได้ควบคุมจำนวนการให้บริการ ส่งผลให้งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ คณะกรรมการได้พิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และหน่วยบริการสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง โดยอนุมัติกรอบการใช้แหล่งงบประมาณของ สปสช. และให้ สปสช. ดำเนินการของบกลางสำหรับจ่ายชดเชยค่าบริการส่วนที่เกิน และให้ปรับปรุงข้อมูลค่าบริการค้างจ่ายให้เป็นปัจจุบัน

1.2 งบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560

เพื่อสนับสนุนให้การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการได้จัดทำข้อเสนอของบริหารจัดการสำนักงาน

(แยกส่วนจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามที่กฎหมายกำหนด) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการโครงการต่างๆ รวมทั้งค่าสาธารณูปโภคพื้นฐาน ค่าตอบแทน

บุคลากร และสนับสนุนการดำเนินงานอื่นๆ โดยงบบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560 ได้รับการจัดสรรทั้งสิ้น 1,441.57 ล้านบาท (ตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 งบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560

แหล่ง/หมวดงบประมาณ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. งบบริหาร สปสช. ปี 2560	1,441.57
1.1 ค่าใช้จ่ายบุคลากร	570.78
1.2 ค่าใช้จ่ายดำเนินงาน	826.85
1.3 ค่าใช้จ่ายลงทุน (ครุภัณฑ์สำนักงาน/คอมพิวเตอร์)	43.94
2. งบบริหาร สปสช. เหลือจ่ายจากปีก่อน (งานยุทธศาสตร์)	19.65
3. งบประมาณจากแหล่งอื่นที่ได้รับจากการเก็บค่าบริการในการดำเนินกิจการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (งานยุทธศาสตร์) (ตัวเลขประมาณการ)	103.16
รวมทั้งสิ้น	1,564.38

2. การจัดทำ/ปรับปรุง คำสั่ง ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

2.1 การแต่งตั้ง/ปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการดำเนินการตามมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติ หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย คณะกรรมการฯ จึงได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชุดใหม่ จำนวน 11 คณะ ตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 2/2559 ณ วันที่ 7 เมษายน 2559 เพื่อปฏิบัติหน้าที่จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ เฉพาะด้าน ติดตามผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ และรายงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อ

นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาต่อไป ซึ่งเสมือนมีกระบวนการ PDCA ผ่านกลไกคณะกรรมการในแต่ละด้านที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจของคณะกรรมการ

ในระหว่างปี 2559 มีอนุกรรมการบางท่านเกษียณอายุราชการ คณะกรรมการเล็งเห็นถึงความสำคัญ เนื่องจากยังเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการร่วมสนับสนุนการพัฒนาบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้เชิญเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติม ตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 10/2559 ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2559

2.2 การปรับปรุงระเบียบ/ประกาศ/ข้อบังคับภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ วิธีการประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น ซึ่งเป็นการดำเนินการตามความในมาตรา 17 และมาตรา 18 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามใน "ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559" และประกาศใช้ ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2559

2.3 ข้อเสนอการแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จากสถานการณ์/ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระบบสาธารณสุข ส่งผลต่อการขับเคลื่อนจากภาคส่วนต่างๆ ให้มีการปรับปรุง/แก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการเสนอแก้ไขกฎหมายดังกล่าว จึงได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ รวบรวมข้อเสนอการแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จากคณะกรรมการชุดต่างๆ และกลั่นกรองเสนอคณะกรรมการหลักประกันฯ เพื่อประกอบการพิจารณาจัดทำข้อเสนอการแก้ไขกฎหมายดังกล่าว เสนอเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติต่อไป

2.4 การมอบอำนาจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเลขาธิการ สปสช. ดำเนินคดีแทน

ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสถานะเป็น "เจ้าหน้าที่ของรัฐ" ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 ซึ่ง

มีอำนาจในการออกกฎ คำสั่ง หรือมติที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในบางกรณี

การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ถูกฟ้องคดีต่อศาลปกครองหลายคดี โดยเป็นคดีที่เกี่ยวข้องกับการออกกฎการดำเนินการที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งวิธีปฏิบัติที่ผ่านมาคณะกรรมการได้มอบอำนาจให้ประธานกรรมการเป็นผู้มีอำนาจดำเนินคดีแทน ทั้งนี้เพื่อให้กระบวนการดำเนินคดีเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ประกอบกับคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้ให้ความเห็นว่าการคณะกรรมการสามารถมอบอำนาจให้กรรมการหรือข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง ของหน่วยงานในสังกัด หรือพนักงานอัยการดำเนินคดีแทนได้

คณะกรรมการจึงมีมติในการประชุมครั้งที่ 2/2559 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 เห็นชอบการมอบอำนาจให้ประธานกรรมการ หรือเลขาธิการ สปสช. ฟ้องคดีหรือดำเนินคดีปกครองแทนคณะกรรมการ และการมอบอำนาจ ให้ผู้รับมอบอำนาจมีอำนาจมอบอำนาจช่วงให้บุคคลอื่นฟ้องคดีหรือดำเนินคดีแทนได้ด้วย ทั้งนี้ไม่เกิน 1 ระดับ

3. การคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1 การพิจารณาวินิจฉัยกรณีอุทธรณ์คำสั่งของคณะกรรมการควบคุมและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

คณะกรรมการได้พิจารณาวินิจฉัยกรณีอุทธรณ์มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ตามมาตรา 57 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระหว่าง พลโทพิชัย รอดเรืองศรี (ผู้ร้องเรียน) และโรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ โดยเห็นชอบให้มีคำสั่งคัดเตือนโรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะปฏิบัติให้ถูกต้อง ตามมาตรา 58(1) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2545 ทั้งนี้ ให้พิจารณานำพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง ซึ่งเป็นกฎหมายกลางมาบังคับใช้อ้างอิงในส่วนของกฎกติกาที่ยังไม่ชัดเจนโดยอนุโลม เพื่อให้ขั้นตอนในกระบวนการการออกคำสั่งทางปกครองมีความถูกต้องและครบถ้วน

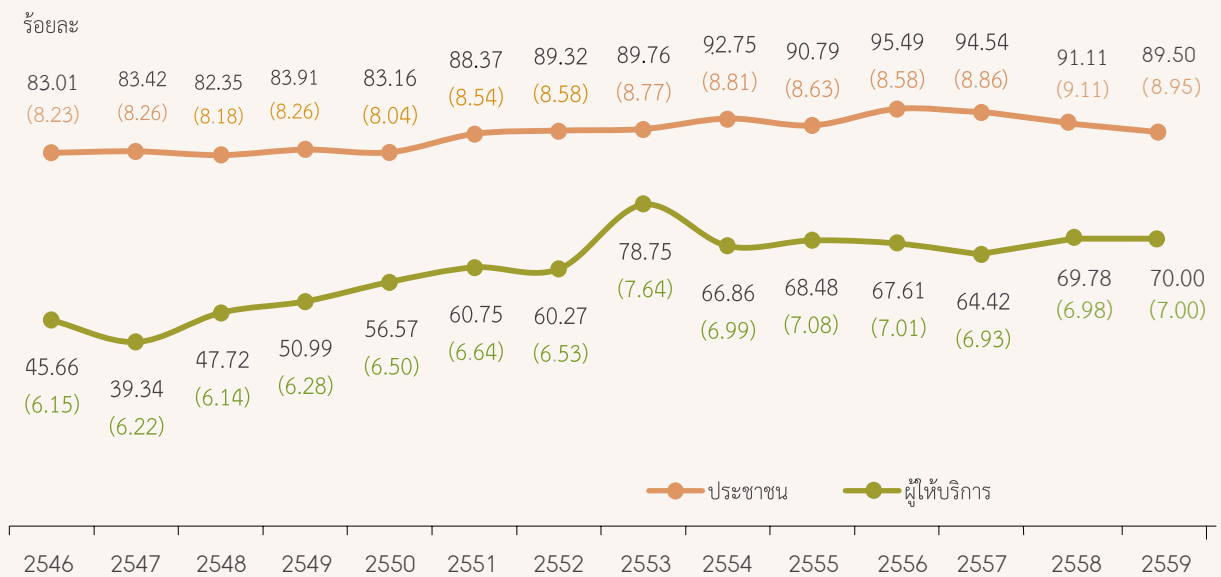
3.2 การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน และผู้ให้บริการ ต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง สปสช. ได้ประสานสถาบันวิจัยสังคมและเศรษฐกิจ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตฯ ดำเนินการ

สำรวจความคิดเห็นของประชาชน และผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2559 โดยดำเนินการสำรวจในระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2559

ผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวม พบว่าประชาชน และผู้ให้บริการ มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 8.95 และ 7.00 คะแนนตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) พบว่า คะแนนความพึงพอใจของประชาชนในปี 2558 และ 2559 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99) (แผนภูมิที่ 46)

แผนภูมิที่ 46 ความพึงพอใจของประชาชน และผู้ให้บริการ ปีงบประมาณ 2546-2559



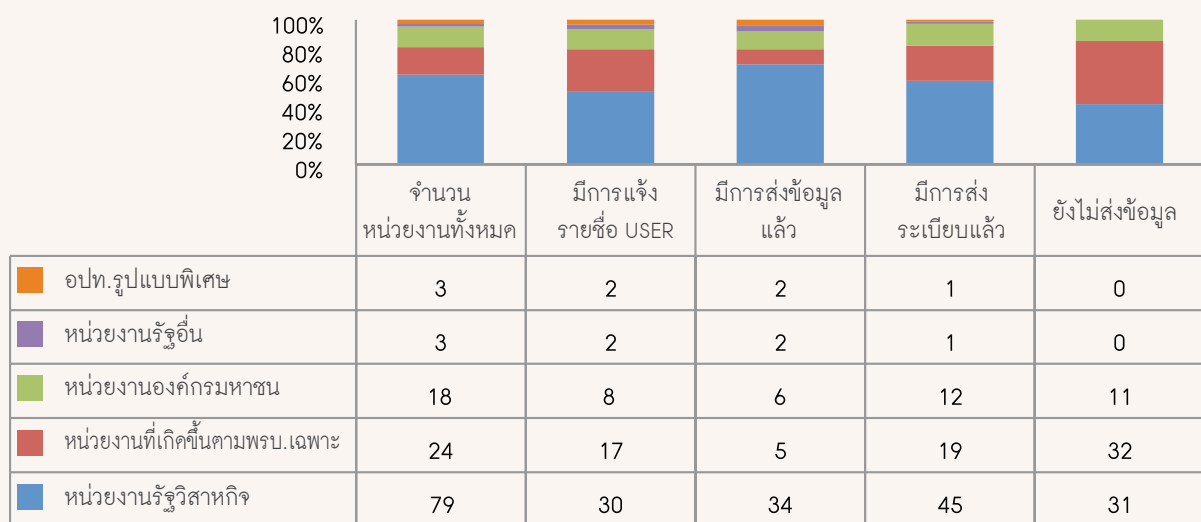
- ที่มา: 1) ปี 2546-2556 สำรวจโดยศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (สำรวจ พ.ศ.-ม.ย. 2546, เม.ย.-มิ.ย. 2547, มิ.ย. 2548, พ.ค.-มิ.ย. 2549, มิ.ย.-ก.ค. 2550-2551, ส.ค.-ก.ย. 2552-2553, 9-25 ก.ย. 2554, ส.ค.-ก.ย. 2555, ส.ค.-ก.ย. 2556)
- 2) ปี 2557 สำรวจโดยศูนย์สำรวจความคิดเห็น "นิด้าโพล" สำรวจ ก.ค.-ก.ย. 2557
- 3) ปี 2558-2559 สำรวจโดยสถาบันวิจัยสังคมและเศรษฐกิจ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตฯ สำรวจ พ.ค.-ส.ค. 2558, เม.ย.-ก.ค. 2559
- หมายเหตุ: 1) ค่าร้อยละความพึงพอใจ ในปี 2546-2557 ตามเกณฑ์การประเมินของ TRIS โดยคำนวณจาก ผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้คะแนนความพึงพอใจ ตั้งแต่ระดับ 7-10 คะแนน
- 2) ค่าร้อยละความพึงพอใจ ในปี 2558-2559 ตามเกณฑ์การประเมินของ FPRI โดยคำนวณจาก ผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้คะแนนความพึงพอใจในทุกระดับคะแนน (1-10 คะแนน)

3.3 การทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน (National Beneficiary Registration Center: NBRC)

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2559 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 ได้เห็นชอบการแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานดังกล่าว เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2559 ซึ่งเป็นการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2558 ในการให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน (National Beneficiary Registration Center) และ สปสช. ได้รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานดังกล่าวให้คณะกรรมการได้รับทราบเป็นระยะ

ข้อมูล ณ สิ้นเดือนสิงหาคม 2559 มีหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ เข้าร่วมดำเนินงานจำนวน 128 แห่ง มีหน่วยงานที่ส่งระเบียบสวัสดิการรักษายาบาลแล้ว จำนวน 79 แห่ง (ร้อยละ 61.7) และมีหน่วยงานที่เริ่มส่งข้อมูลผู้มีสิทธิเพื่อจัดทำ/ปรับปรุงฐานข้อมูลลงทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันแล้วจำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 38.3) มีทะเบียนผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลหน่วยงานภาครัฐฯ เพิ่มขึ้นจาก 235,412 คน ในเดือนกรกฎาคม เป็นจำนวน 424,954 คน ในเดือนสิงหาคม จำแนกเป็นบุคลากรภาครัฐฯ 224,322 คน (ร้อยละ 52.8) และบุคคลในครอบครัว 200,632 คน (ร้อยละ 47.2) ซึ่งจะมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและดำเนินการแก้ไขปรับปรุงร่วมกัน เพื่อให้สามารถเริ่มต้นจัดทำฐานข้อมูลสิทธิรักษาพยาบาลของบุคลากรหน่วยงานรัฐฯ ระยะเวลาแรกได้ภายในเดือนพฤศจิกายน 2559 (แผนภูมิที่ 47)

แผนภูมิที่ 47 จำนวนหน่วยงานรัฐฯ จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปี 2559



4. การพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขและระบบบริการ

คณะกรรมการฯ ได้สนับสนุนการพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขและระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุ้มครองให้ประชาชนได้รับสิทธิและเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ดังนี้

4.1 นโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ สิทธิ" (EMCO)

จากนโยบายที่ประสงค์ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติทุกคนทุกสิทธิสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนนอก ระบบ (EMCO) ได้โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิและไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า รวมถึงได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่มีศักยภาพสูงขึ้นกรณีจำเป็น ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 เป็นต้นมา ตามนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ สิทธิ" ซึ่งคณะกรรมการให้ความสำคัญกับนโยบายดังกล่าว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วทันการณ์และบรรเทาความเดือดร้อนจากภาระค่ารักษาพยาบาล โดยได้มีมติเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2559 เห็นชอบให้ สปสช.ปรับกลไกและอัตราจ่ายค่าบริการ EMCO เป็น Fee Schedule ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเสนอ รวมถึง ปรับปรุงระเบียบที่เกี่ยวข้องให้รองรับการเข้าถึงบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (EMCO) สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการฯ ได้มีมติเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2559 มอบ สปสช. เสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเห็นชอบให้ สปสช. ทำหน้าที่สำรองจ่ายกรณีการให้บริการผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบายดังกล่าวให้กับกองทุนหรือหน่วยงานอื่น ซึ่ง สปสช. ได้เสนอเรื่องไปยังสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีแล้ว และอยู่ระหว่างประสานหรือทำความเข้าใจกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีข้อสังเกต และเตรียมเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง

4.2 การยืมพัสดุ กรณียืมยาและเวชภัณฑ์จากองค์การเภสัชกรรม

คณะกรรมการฯ ได้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดหา ยาและเวชภัณฑ์ที่สำคัญ ได้แก่ ยาบัญญัติ จ(2) วัคซีน ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาต้านวัณโรค และน้ำยาล้างไต เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและลดภาระเสี่ยงของโรงพยาบาล

การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ในกระบวนการจัดหา ยาดังกล่าว อาจมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องยืมยาจาก องค์การเภสัชกรรมมาใช้ก่อนเป็นการชั่วคราว ซึ่งมีสาเหตุจากความล่าช้าของกระบวนการจัดซื้อยาซึ่งต้องเป็นไปตามข้อบังคับว่าด้วยการพัสดุฯ หรือการได้รับจัดสรรงบประมาณไม่สอดคล้องตามแผนงานที่ประมาณการไว้ จึงมีความจำเป็นต้องยืมยาและเวชภัณฑ์มาใช้ก่อนเป็นการชั่วคราว และจัดซื้อคืนให้แก่องค์การเภสัชกรรมเมื่อได้รับโอนงบประมาณแล้ว

คณะกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาข้อมูลและให้ความเห็นอย่างรอบด้านต่อประเด็นดังกล่าว และได้มีมติเห็นชอบ อนุมัติในหลักการให้สำนักงานมีอำนาจในการยืมยาและเวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์จากองค์การเภสัชกรรมได้เท่าที่จำเป็นในกรณีเร่งด่วน โดยคำนึงถึงปริมาณ ชนิด ราคา กระบวนการของการยืม และให้เร่งรัดการจัดหาให้ทันสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ และจัดทำรายงานการยืมยาที่มีรายละเอียดต่างๆ พร้อมเหตุผลความจำเป็น รวมถึงอนุมัติให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับว่าด้วยการพัสดุฯ เพื่อให้มีเรื่องการยืมพัสดุ ยา เวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วย

4.3 กรณีหน่วยบริการ ขอให้ สปสช. จ่ายค่าชดเชยการให้บริการสาธารณสุขกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปี 2553-2559

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อด้านทันตกรรม ได้มีหนังสือถึง สปสช. เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2557 ขอเบิกค่าชดเชยการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วย ปี 2553-2554 จำนวน 44 ราย เป็นเงิน 664,489 บาท สปสช. ได้ปฏิเสธการจ่ายเนื่องจากโรงพยาบาลทันตกรรมไม่ได้ส่งข้อมูลการให้บริการฯ เพื่อขอเบิกจ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนด ภายใน 360 วันนับแต่จำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามมาตรการรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมติคณะกรรมการเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2551 และประกาศเกี่ยวกับมาตรการรักษาวินัย กรณีหน่วยบริการส่งข้อมูลไม่ทันใน 360 วัน ถือว่าไม่ประสงค์ขอรับค่าใช้จ่าย

จากนั้นโรงพยาบาลทันตกรรม ได้ยื่นเรื่องต่ออัยการว่าต่างคดี ซึ่งอัยการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การจ่ายและเงื่อนไขการจ่าย เป็นอำนาจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 18(4) และมาตรา 46 จึงให้โรงพยาบาลส่งเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณา ขอเบิกค่าชดเชยฯ เป็นกรณีพิเศษ ซึ่งคณะกรรมการได้มีการพิจารณาอย่างรอบคอบ และมีมติเห็นชอบร่วมกันว่า ไม่สามารถจ่ายค่าชดเชยดังกล่าวได้ โดยยืนยันการกำหนดวันปีครบข้อมูลการแจ้งหนี้ ตาม "มาตรการวินัยในการเรียกเก็บค่าบริการ..." ซึ่งกำหนดว่ากรณีข้อมูลที่ไม่ทันภายในกำหนด 360 วัน ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

5. การบริหารจัดการระบบงานและองค์กร

คณะกรรมการ มีการพิจารณาคัดสินใจและสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านต่างๆ

5.1 การรับทราบประเด็นท้าทายการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งภารกิจตามกฎหมาย

ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งแรกของคณะกรรมการชุดใหม่

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีภารกิจในการสร้างหลักประกันให้กับคนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย ด้วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ประชาชนและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

ในการประชุมครั้งที่ 2/2559 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 ซึ่งเป็นการประชุมครั้งแรกคณะกรรมการฯ ได้รับทราบประเด็นความก้าวหน้าการดำเนินงานและประเด็นท้าทายที่สำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่ สปสช. เสนอ รวมทั้งผลการดำเนินงานตามภารกิจตามกฎหมายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นสำคัญต่างๆ เช่น ความครอบคลุมสิทธิประกันสุขภาพของคนไทย อัตรการารใช้บริการและการเข้าถึงบริการที่สำคัญ เป็นต้น รวมถึงข้อเสนอร่างกรอบแนวทางการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะต่อไป เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

5.2 การสรรหาเลขาธิการ สปสช.

สืบเนื่องจากสัญญาจ้างเลขาธิการ สปสช. (นายวินัย สวัสดิ์ศิริ) ให้ทำหน้าที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 4 ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ 16 พฤษภาคม 2555 และสิ้นสุดในวันที่ 15 พฤษภาคม 2559 เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการทำหน้าที่บริหารองค์กร คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติในการประชุมวันที่ 4 เมษายน 2559 เห็นชอบให้มีกระบวนการสรรหาเลขาธิการ สปสช. โดยแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาเลขาธิการ สปสช. ซึ่งมีนายเสรี ตู้จินดา เป็นประธาน

คณะกรรมการสรรหาเลขาธิการฯ ได้สรรหาผู้สมัครเพื่อรับการคัดเลือกและแต่งตั้งเป็นเลขาธิการ สปสช. และเสนอคณะกรรมการในการประชุมครั้งที่ 7/2559 เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2559 โดยมีมติยังไม่รับรองด้วยคะแนนเสียงส่วนใหญ่ หลังจากนั้นได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาเลขาธิการ สปสช. ชุดใหม่ โดยมี รศ.ต่อตระกูล ยมนาค เป็นประธาน เพื่อสรรหาผู้สมัครเพื่อรับการคัดเลือกและแต่งตั้งเป็นเลขาธิการ สปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาต่อไป

5.3 การแต่งตั้งรักษาการแทนเลขาธิการ สปสช.

สืบเนื่องจากมาตรา 34 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้คณะกรรมการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทนเลขาธิการ โดยให้ผู้รักษาการแทนมีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับเลขาธิการ และเพื่อให้การบริหารจัดการสำนักงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบในการแต่งตั้งผู้รักษาการแทนเลขาธิการ โดยแต่งตั้งนายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เป็นผู้รักษาการแทนเลขาธิการ สปสช.

5.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560-2564)

การประชุมคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2559 มีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อให้สำนักงานมียุทธศาสตร์ฯ เป็นกรอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง

และสอดคล้องกับกรอบคิดพื้นฐานและเป้าหมายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้วิสัยทัศน์ "ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ" มี "3 เป้าหมาย 10 ตัวชี้วัดที่ต้องการบรรลุ โดยใช้ 5 กลยุทธ์สร้างความมั่นใจ และ 19 กลวิธีรองรับการดำเนินงานตามกลยุทธ์"

การจัดทำยุทธศาสตร์ฉบับนี้ ได้ผ่านกระบวนการทบทวน/พัฒนาข้อมูลวิชาการเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ อย่างรอบคอบ ได้แก่ การทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การประชุมหารือผู้เชี่ยวชาญภายนอกเพื่อสะท้อนมุมมองต่อการดำเนินงาน สปสช. การจัดเวทีวิชาการเพื่อจัดทำข้อมูลเชิงประจักษ์และระดมสมองจัดทำข้อเสนอประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในแต่ละด้าน การรวบรวมข้อเสนอแนะประเด็นยุทธศาสตร์จากการรับฟังความเห็นทั่วไป ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้มีส่วนร่วมในเวทีต่างๆ อย่างต่อเนื่องและให้ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อทิศทางและยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การร่วมระดมสมองเพื่อปรึกษาหารือและให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญสำหรับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นฯ และการประชุม Retreat and Reflection ระหว่างคณะกรรมการทั้งสองคณะ และผู้บริหาร สปสช. เพื่อทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมา กำหนดทิศทางการทำงาน และพิจารณาร่างยุทธศาสตร์ เมื่อวันที่ 3-4 กันยายน 2559 ณ โรงแรม ที ชิก ไฟว์ จ.ชลบุรี



6. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ

6.1 การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นภารกิจที่สำคัญด้านหนึ่งของคณะกรรมการตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้ให้ดำเนินการเป็นประจำทุกปี ตาม มาตรา 18(10) และ (13) รวมทั้งมาตรา 46 วรรค 2 ระบุว่าหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18(13) ก่อน

คณะกรรมการได้อนุมัติแผนปฏิบัติการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นฯ ประจำปี 2559 โดยมีขอบเขตเนื้อหาที่ ต้องขอรับฟังความเห็นทั่วไป 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

1) ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

2) มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วย บริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

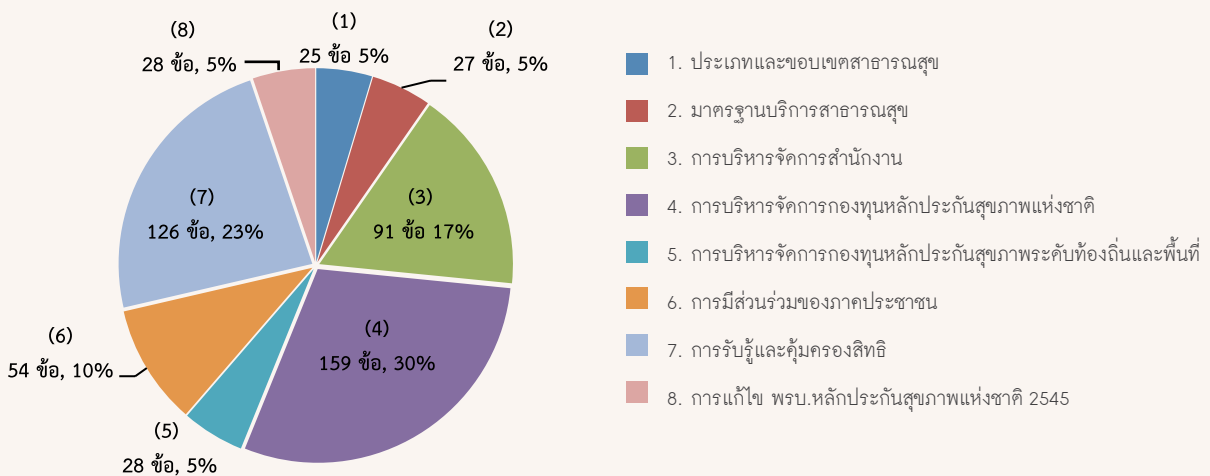
3) การควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการและการกำกับ มาตรฐานหน่วยบริการ

4) การดำเนินการเกี่ยวกับระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

5) ประเด็นหรือปัญหาอื่นๆ ที่คณะกรรมการ เห็นสมควร

คณะกรรมการให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการ รับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งระดับเขตและระดับประเทศ ผลการรับฟังความคิดเห็น ทั่วไป ประจำปี 2559 ได้รับข้อเสนอทั้งสิ้น 538 ข้อ ใน 8 ด้าน โดยสรุปดังแผนภูมิที่ 48

แผนภูมิที่ 48 ผลการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ระดับประเทศและระดับเขต ปีงบประมาณ 2559



คณะกรรมการได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และสำนักงานฯ นำข้อเสนอที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นฯ ไปประกอบการพิจารณาคำเนินการตามความ

เหมาะสม โดยมีการนำข้อเสนอเข้าสู่การพิจารณา กลั่นกรอง และดำเนินการผ่านวิธีและกลไกต่างๆ เช่น การปรับปรุงการบริหารจัดการด้านต่างๆ การพัฒนาประเภท และขอบเขตบริการสาธารณสุข การศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

เพื่อประกอบการพิจารณาในการประกาศเป็นนโยบาย หรือพัฒนาระบบต่อไป เป็นต้น รวมทั้งมีการรายงานความ คืบหน้าการดำเนินการเป็นประจำทุกปี

6.2 การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลัก ประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

คณะกรรมการ ได้เห็นชอบให้จัดทำประกาศ คณะกรรมการ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน ให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 เพื่อให้รองรับงบประมาณและการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการแพทย์ โดยเพิ่ม คำนิยาม การได้รับงบประมาณ การใช้จ่ายงบประมาณ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตั้ง คณะอนุกรรมการฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้ง การปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณ 600 ล้านบาทรองรับ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการแพทย์โดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน

6.3 การดำเนินงานร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.

เพื่อให้การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร่วม ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เป็นไปด้วย ความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการติดตาม และประเมินผลการปรับปรุงแนวทางการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559 โดยมีนายชาติริ บานชื่น เป็นประธาน ได้รายงานความคืบหน้าการ ดำเนินงานร่วมกันของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ให้คณะกรรมการได้รับทราบ ซึ่งคณะกรรมการ ได้มีความเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินการเพื่อให้มี ความชัดเจนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงให้ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

7. การดำเนินงานด้านอื่นๆ

คณะกรรมการและสำนักงานฯ ได้มีโอกาสส่งเสริม กระบวนการกำกับดูแลที่ดี และความโปร่งใสในการปฏิบัติ งาน ทั้งจากภายในและภายนอก เนื่องจากได้มีการตรวจสอบ การดำเนินงานของคณะกรรมการฯ และ สปสช.จาก หน่วยงานต่างๆ จากภายนอก ซึ่งคณะกรรมการได้ให้ความ ร่วมมืออย่างเต็มที่ในการชี้แจงข้อมูลรายละเอียดและ ข้อเท็จจริงต่างๆ เช่น การดำเนินการตามผลการตรวจสอบ งบการเงินงบบริหาร พ.ศ. 2557 ของ สปสช. ตามข้อเสนอ แนะของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน จำนวน 13 ประเด็น เพื่อให้สำนักงานฯ ดำเนินการทบทวน/แก้ไข ซึ่ง สปสช.ได้ดำเนินการทบทวน/แก้ไขตามข้อเสนอแนะ ดังกล่าว พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดข้อเท็จจริงในแต่ละ ประเด็น เสนอต่อคณะกรรมการรับทราบและให้ข้อเสนอ แนะเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานด้านต่างๆ เป็นไป อย่างถูกต้องและพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ได้รับรอง รายงานงบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2557 ซึ่งเป็นการดำเนินการตาม มาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ที่กำหนดให้ "ภายในสามเดือนนับแต่วันสิ้นปี งบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้ คณะกรรมการเสนองบดุลและรายงานการรับจ่ายเงิน ของกองทุนในปีที่ล่วงมา ซึ่งสำนักงานการตรวจเงิน แผ่นดินตรวจสอบรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ และให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอ ต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา"

4. ผลการดำเนินงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขโดยมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 50(1)-(10) ในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยมีสำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ ซึ่งเป็นหน่วยงานในกลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการและสนับสนุนภารกิจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขตามอำนาจหน้าที่

ในปีงบประมาณ 2559 ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

1.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการตามภารกิจภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ได้ออกคำสั่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่ 2/2559 ลงวันที่ 11 เมษายน 2559 แต่งตั้งคณะกรรมการตามภารกิจ 3 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการ คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วม และคณะอนุกรรมการด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณา

จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ ซึ่งคณะอนุกรรมการตามภารกิจภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการจัดทำข้อเสนอและพัฒนากลไกในการควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายบริการ การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ให้ข้อเสนอในการพัฒนาระบบข้อมูลคุณภาพบริการสาธารณสุขและการศึกษาทบทวนและให้ความเห็นในประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

1.2 การเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการและคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ได้พิจารณาผู้แทนกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการและคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1) คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ 2) คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต 3) คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน 4) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน 5) คณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ 6) คณะทำงานประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์

1.3 กลไกการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการ

จัดให้มีกลไกการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการ ในประเด็นที่พบว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) และกรณีที่ได้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนด หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด (มาตรา 59) โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน 2 คณะ ตามคำสั่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่ 4/2559 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2559 มีหน้าที่ดำเนินการสอบสวนเรื่องที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง ข้อกฎหมาย และข้อพิจารณา และเสนอเรื่องดังกล่าวพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาคำไป

โดยในปีงบประมาณ 2559 ได้พิจารณาจำนวนทั้งสิ้น 11 เรื่อง

1) กรณีหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) จำนวน 5 เรื่อง

1.1) การกระทำโดยไม่เจตนา มีคำสั่งตักเตือนปฏิบัติให้ถูกต้อง ตามมาตรา 58(1) จำนวน 2 เรื่อง

1.2) การกระทำโดยไม่เจตนา มีคำสั่งตักเตือนปฏิบัติให้ถูกต้อง และแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ตามมาตรา 58(1) และมาตรา 58(3) จำนวน 1 เรื่อง

1.3) การกระทำโดยไม่เจตนา มีคำสั่งตักเตือนให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง และเป็นกรกระทำที่เกิดซ้ำหลายครั้ง ตามมาตรา 58(1) และ มาตรา 60 จำนวน 1 เรื่อง

1.4) ยกข้อร้องเรียน จำนวน 1 เรื่อง

2) กรณีผู้รับบริการร้องเรียนว่าไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่

กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) จำนวน 5 เรื่อง และมีคำสั่งให้หน่วยบริการคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้รับบริการ

3) หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) และหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) จำนวน 1 เรื่อง การกระทำโดยไม่เจตนา มีคำสั่งตักเตือนให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง ตามมาตรา 58(1) และให้หน่วยบริการคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้รับบริการ จำนวน 1 เรื่อง

2. การกำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

ได้กำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงาน และมีข้อเสนอเพื่อกำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

2.1 คณะอนุกรรมการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการ ภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้กำหนดกรอบแนวทางการควบคุมกำกับและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุข กำหนดเป็นกลยุทธ์หลัก 4 ข้อ

1) การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ โดยให้สอดคล้องกับ Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข กลวิธีการดำเนินงานคือการกำหนดแนวทางการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ / การให้บริการสาธารณสุข และส่งเสริม

คุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ ในกลุ่มโรคที่มีความสำคัญหรือที่เป็นปัญหา (Tertiary care/high risk/high burden)

2) การส่งเสริมและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้กลไกระบบ ข้อมูลและตัวชี้วัดคุณภาพบริการสาธารณสุข กลไกวิธีการดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลคุณภาพบริการ เพื่อใช้ในการกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐานบริการ การให้ข้อเสนอการจัดทำตัวชี้วัดคุณภาพ (Quality Indicator) กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ วิเคราะห์และสะท้อนผลลัพธ์ กลับไปยังหน่วยบริการรับทราบผ่านคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เพื่อปรับปรุงพัฒนาต่อไป

3) พัฒนาและสนับสนุนให้หน่วยบริการทุกแห่งมี Self-Regulation ในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการ กลไกวิธีการดำเนินงาน ได้แก่ การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลเรื่องร้องเรียน ข้อมูลคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 เพื่อการแก้ไขปรับปรุงระบบการบริการในหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน การกำหนดช่องทางเข้าถึงข้อมูลแก่หน่วยบริการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ติดตามประเมินผล และสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ โดยมอบให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ระดับเขตพื้นที่ เป็นกลไกในการขับเคลื่อนกลยุทธ์

4) การพัฒนากลไกการควบคุมกำกับคุณภาพระดับเขตพื้นที่ กลไกวิธีการดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานการดำเนินงาน การพัฒนาศกยภาพและการกำกับติดตามผลการดำเนินงานของกลไกการควบคุมกำกับคุณภาพระดับเขตพื้นที่ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ ให้ปฏิบัติหน้าที่ต่อ มีอำนาจและหน้าที่ตามประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ พ.ศ. 2557 และมีการจัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตามอำนาจและหน้าที่ ดังนี้

4.1) ประชุมซักซ้อมความเข้าใจและหารือแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2559 ณ โรงแรมทีเค พลาซ่า กรุงเทพฯ กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบงานเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ งานคุ้มครองสิทธิ งานรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41) และงานการมีส่วนร่วม โดยวัตถุประสงค์เพื่อรับทราบสถานการณ์ของกลไกการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับพื้นที่ ทบทวนอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ระดับเขตพื้นที่ ข้อจำกัดในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ และแนวทางการพัฒนาศกยภาพ

4.2) ประชุมเตรียมความพร้อมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ "คุณภาพและมาตรฐานที่ยั่งยืน" ในวันที่ 14-15 กรกฎาคม 2559 ณ โรงแรมอมารี คอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ กลุ่มเป้าหมาย คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ ทั้ง 13 เขต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ที่ได้รับการแต่งตั้งใหม่ ได้รับทราบและแนวทางการดำเนินงานตามอำนาจและหน้าที่ ตามประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ พ.ศ. 2557 รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจในกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน

และรับทราบทิศทางและนโยบายการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการกำกับคุณภาพและมาตรฐานในระดับพื้นที่ต่อไป

2.2 มีข้อเสนอและมติในการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อการควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ โดยให้ทำหนังสือแจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เพื่อสอบถามข้อเท็จจริงและหาสาเหตุเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ

3. เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรค

3.1 ความเห็นต่อการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG: Thai Diagnosis Related Groups) version 6 ของศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้รับทราบและให้ความเห็น ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลต่างๆ และเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลบริการผู้ป่วยในของประเทศไทย โดยให้ความเห็นว่า ควรมีการนำเสนอผลกระทบต่อหน่วยบริการในระบบ โดยการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG: Thai Diagnosis Related Groups) version 6 ไปจำลองข้อมูลย้อนหลัง และเมื่อพัฒนาเสร็จสิ้นควรกำหนดระยะเวลาและการประกาศใช้พร้อมกันทั้ง 3 กองทุน (กองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

3.2 ความเห็นต่อข้อเสนอของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560

ตามมาตรา 39 วรรคท้ายแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำคำของบประมาณเสนอต่อคณะรัฐมนตรีโดยพิจารณาประกอบด้วย รายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีมติเห็นชอบในหลักการ โดยมีความเห็นเพื่อประกอบการจัดทำคำของบประมาณต่อคณะรัฐมนตรี

1) ขอให้เพิ่มกรณีผลการให้บริการเกินเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณเป็นเงื่อนไขของการขอเพิ่มเติมนระหว่างปี นอกจากจำนวนประชากรที่เพิ่มมากกว่าที่ตั้งไว้ เช่น ผลการบริการผู้ป่วยใน

2) ขอให้พิจารณาให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพโดยเพิ่มงบการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และให้ความสำคัญในการเร่งรัดผลการดำเนินงานบริการให้ได้เพิ่มขึ้น

4. การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีการพิจารณาเรื่องร้องเรียน

การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีการพิจารณาเรื่องร้องเรียนรวมถึงหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

4.1 การทบทวนบทบาทคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เรื่อง การพิจารณาเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการ และปรับปรุงขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน

คณะกรรมการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้มีข้อเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานให้ทบทวนและแก้ไขอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ ตามประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2557 ข้อ 5(4) การพิจารณาเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข กำหนดตามมาตรา 50(5) ว่าควรเน้นเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนในภาพรวม และการสร้างความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ และใกล้เกลี่ยเรื่องร้องเรียนในพื้นที่ ซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีมติมอบหมายให้คณะกรรมการค่านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการนำข้อเสนอไปพิจารณา ซึ่งอยู่ในระหว่างการทบทวนข้อเสนอ

4.2 การดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 57 และ 59

ตามมาตรา 50(5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ปัจจุบันมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียน ที่ดำเนินงานตามมาตรา 50(5) ได้แก่ 1) สายด่วน สปสช. 1330 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตทั้ง 13 เขต และ 3) หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน และช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนอื่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ

ในปีงบประมาณ 2559 จำนวนเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57 และมาตรา 59 ที่ได้รับแจ้งเรื่องผ่านช่องทางต่างๆ ดังตารางที่ 28 และตารางที่ 29

ตารางที่ 28 ปริมาณเรื่องร้องเรียน จำแนกตามประเด็นการร้องเรียนและช่องทางรับเรื่องร้องเรียน ปีงบประมาณ 2559

ประเด็นการร้องเรียน	ช่องทางรับเรื่องร้องเรียน (เรื่อง)					รวม (ร้อยละ)
	สายด่วน 1330	สปสช. สาขาเขต	หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน	สสจ.	ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ	
1. มาตรฐานการให้บริการ สาธารณสุข (มาตรา 57)	720	9	21	-	5	755 (16.43)
2. ไม่ได้รับความสะดวกรวม สมควร(มาตรา 59)	1,013	15	21	3	89	1,141 (24.83)
3. ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ (มาตรา 59)	973	16	8	-	10	1,007 (21.92)
4. ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด (มาตรา 59)	1,653	31	3	-	5	1,692 (36.82)
รวมทั้งรวม	4,359	71	53	3	109	4,595 (100)

ตารางที่ 29 ปริมาณเรื่องร้องเรียน จำแนกตามประเด็นการร้องเรียนและสปสช.เขต ปีงบประมาณ 2559

สปสช.เขต	ประเด็นการร้องเรียน (เรื่อง)				รวมทั้งรวม (เรื่อง)	
	มาตรฐานการให้บริการ สาธารณสุข (ม. 57)	ไม่ได้รับความสะดวกรวม สมควร (ม.59)	ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ (ม.59)	ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด (ม.59)	จำนวน	ร้อยละ
1 เชียงใหม่	14	31	25	37	107	2.33
2 พิษณุโลก	13	13	4	15	45	0.98
3 นครสวรรค์	8	8	10	12	38	0.83
4 สระบุรี	72	87	117	176	452	9.84
5 ราชบุรี	38	89	54	72	253	5.51
6 ระยอง	51	85	88	111	335	7.29
7 ขอนแก่น	10	15	13	19	57	1.24
8 อุดรธานี	12	14	8	18	52	1.13
9 นครราชสีมา	17	26	19	10	72	1.57
10.อุบลราชธานี	10	11	4	7	32	0.70
11.สุราษฎร์ธานี	6	17	19	33	75	1.62
12 สงขลา	7	7	18	24	56	1.21
13 กรุงเทพฯ	497	738	628	1,158	3,021	65.75
รวมทั้งรวม	755	1,141	1,007	1,692	4,595	100.00

4.3 การดำเนินการเกี่ยวกับหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระตามมาตรา 50(5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปีงบประมาณ 2559 หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

ตามประกาศ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จำนวน 115 แห่ง ใน 76 จังหวัดทั่วประเทศ (ตารางที่ 30) และสถานการณ์การรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน (ตารางที่ 31 และตารางที่ 32)

ตารางที่ 30 การเพิ่มขึ้นของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ปีงบประมาณ 2552 - 2559

ปี	จำนวนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นฯ	จำนวนจังหวัด
2552	1	1
2553	16	12
2554	24	18
2555	2	1
2556	10	2
2557	28	23
2558	25	1
2559	9	3
รวม	115	76

การดำเนินงานหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ถือเป็นการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี โดยเฉพาะภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการด้านการคุ้มครองสิทธิให้กับประชาชนผู้รับบริการ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ 1) มีการรับเรื่องร้องเรียน 2) มีการบันทึกเรื่องร้องเรียน 3) มีกระบวนการตรวจสอบ แก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน 4) จัดทำรายงานเกี่ยวกับข้อมูลการร้องเรียน ที่กำหนดตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงาน 112 แห่ง หรือร้อยละ 99.12 โดยบทบาทในการตรวจสอบข้อมูล แก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน ได้แก่ การดำเนินการประสานชี้แจง ทำความเข้าใจ และให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ร้องเรียนได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิ หรือส่งเรื่องร้องเรียนตามกระบวนการแก้ไขต่อไป

การพัฒนาศักยภาพ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

- 1) ด้านความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Understanding) : บทบาทหน้าที่ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน สิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 2) ด้านทักษะ (Skill) : การรับเรื่องร้องทุกข์ร้องเรียน การบันทึกข้อมูล การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูล
- 3) ด้านกระบวนการทำงาน (Process) : ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระฯ กับ เครือข่ายองค์กรประชาชนด้วยกันเอง หน่วยบริการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระบวนการทำงานร่วมกับศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการรับเรื่องร้องเรียนเช่นเดียวกัน

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

- 1) การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัญหาเรื่องร้องเรียนและนำไปสู่การมีความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- 2) การคุ้มครองสิทธิประชาชน เป็นกลไกที่ช่วยเหลือให้ประชาชนได้รับบริการตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด ในขณะที่เดียวกันก็จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
- 3) การสร้างความเข้าใจและสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- 4) การร่วมพัฒนาระบบจัดการเรื่องร้องเรียน อันนำไปสู่การร่วมแก้ไขปัญหาการร้องเรียน และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข
- 5) การป้องกันการถูกละเมิดสิทธิ เป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการคุ้มครองสิทธิของประชาชน

ตารางที่ 31 สถานการณ์การรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ปีงบประมาณ 2559

ประเภทเรื่อง	จำนวนเรื่อง	ร้อยละ
1. มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข (ม.57)	42	3.54
2. ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร (ม.59)	53	4.47
3. ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บเงิน (ม.59)	22	1.85
4. ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด (ม.59)	4	0.34
5. กรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ม.41)	29	2.44
6. การให้ความช่วยเหลืออื่น	1,037	87.37
รวมทั้งสิ้น	1,187	100.00

ตารางที่ 32 สถานการณ์การรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ปีงบประมาณ 2552 - 2559

ปีงบประมาณ	จำนวนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นๆ	ประเภท (เรื่อง)						รวม
		มาตรฐานการให้บริการฯ (ม.57)	ไม่ได้รับความสะดวก (ม.59)	ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิ (ม.59)	ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ (ม.59)	กรณีได้รับความเสียหาย (ม.41)	การให้ความช่วยเหลืออื่น	
2552	1	-	-	-	-	-	-	-
2553	17	16	6	5	-	16	2	45
2554	41	33	45	17	-	16	56	167
2555	43	104	86	33	-	50	64	337
2556	53	77	99	39	-	64	32	311
2557	81	69	214	33	3	69	488	876
2558	106	49	46	27	8	64	940	1,134
2559	115	42	53	22	4	29	1,037	1,187
รวมทั้งหมด		390	549	176	15	308	2,619	4,057
ร้อยละ		9.61	13.53	4.34	0.37	7.59	64.56	100.00

5. การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล (ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545)

ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามคำสั่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่ 2/2559 ลงวันที่ 11 เมษายน 2559 มีหน้าที่ดำเนินการพิจารณาอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามที่ได้รับมอบหมายแล้วเสนอ

ความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาวินิจฉัย ซึ่งในระดับจังหวัด มีมติให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดชุดเดิมสมัยวาระที่ 3 ให้ปฏิบัติหน้าที่ต่อ และต่อมาในเดือนตุลาคม 2559 ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดให้ปฏิบัติหน้าที่แทนคณะกรรมการชุดเดิมที่ครบวาระการดำรงตำแหน่ง

ผลการดำเนินงานภาพรวมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 – 2559 ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล จำแนกตามผลการพิจารณา ปีงบประมาณ 2547 – 2559

ปีงบประมาณ	ยื่นคำร้อง (ราย)	ไม่เข้าเกณฑ์ (ราย)	เข้าเกณฑ์ (ราย)				อุทธรณ์ (ราย)	จำนวนเงิน (บาท)
			รวม	เสียชีวิต/ ทุพพลภาพถาวร (ประเภท 1)	สูญเสีย อวัยวะ/พิการ (ประเภท 2)	บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง (ประเภท 3)		
2547	99	26	73	49	11	13	12	4,865,000
2548	221	43	178	113	29	36	32	12,815,000
2549	443	72	371	215	71	85	60	36,653,500
2550	511	78	433	239	74	120	59	52,177,535
2551	658	108	550	303	73	174	74	64,858,148
2552	810	150	660	344	97	219	67	73,223,000
2553	876	172	704	361	139	204	72	81,920,000
2554	965	182	783	401	141	241	114	92,206,330
2555	951	117	834	401	140	293	88	98,527,000
2556	1,182	187	995	533	125	337	98	191,575,300
2557	1,112	181	931	478	116	337	112	218,439,200
2558	1,045	221	824	442	105	277	82	202,929,300
2559	1,069	184	885	457	118	310	102	212,952,000

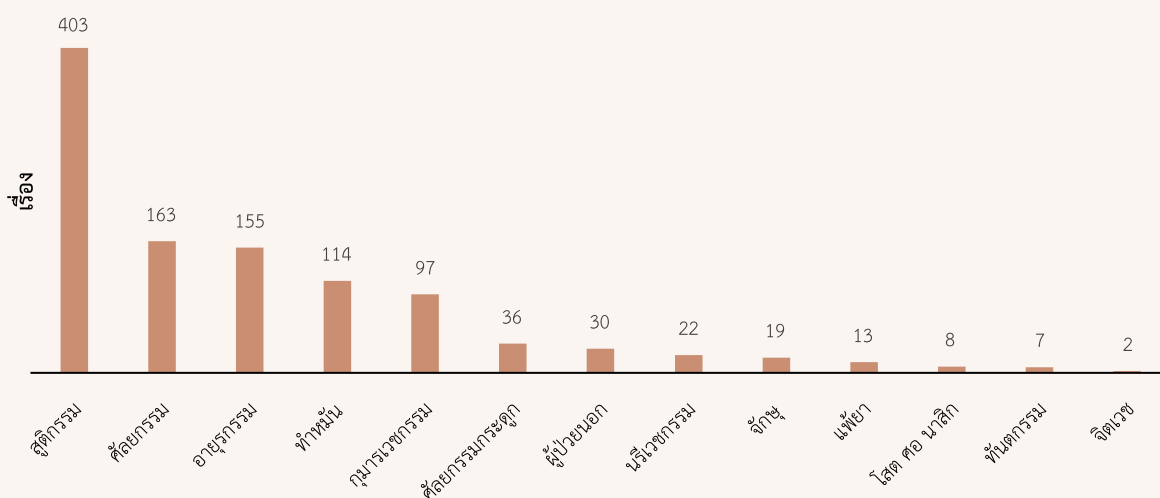
ปีงบประมาณ 2559 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41) สรุปผลการดำเนินการดังนี้

- 1) จำนวนงบประมาณที่จ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา 41
 - 1.1) เงินกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 จำนวน 212,952,000 บาท จากงบประมาณตั้งต้น 263,449,800 บาท คงเหลือ 50,497,000 บาท
 - 1.2) เงินกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 (สิทธิ อปท.) จำนวน 1,580,000 บาท จากงบประมาณตั้งต้น 4,000,000 บาท คงเหลือ 2,420,000 บาท
- 2) ข้อมูลคำร้องที่ยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวนทั้งสิ้น 1,069 ราย (เข้าเกณฑ์การพิจารณา จำนวน 885 ราย ไม่เข้าเกณฑ์ จำนวน 184 ราย) เป็นผลการพิจารณาของ

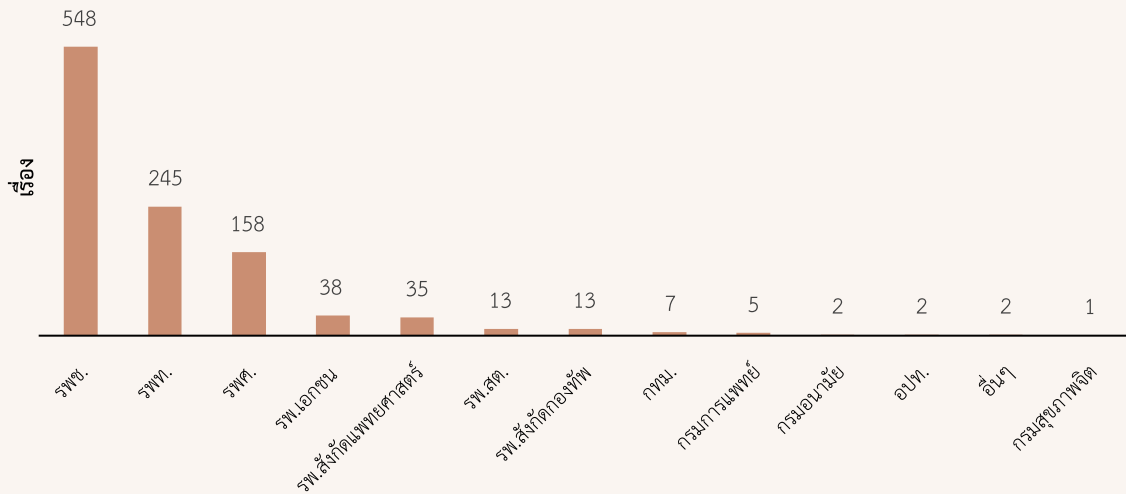
คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 75 จังหวัด จังหวัดที่ไม่ได้รับรายงานว่ามี การพิจารณาคำร้องจำนวน 2 จังหวัด คือ แม่ฮ่องสอน และตาก

- 3) ข้อมูลคำร้องอุทธรณ์ผลการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวนทั้งสิ้น 102 ราย ผลการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
 - 3.1) มีมติให้ยกอุทธรณ์ จำนวน 69 ราย
 - 3.2) มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม จำนวน 30 ราย
- 4) จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำแนกตามแผนกที่เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2559 (แผนภูมิที่ 49)
- 5) จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2559 (แผนภูมิที่ 50)

แผนภูมิที่ 49 จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำแนกตามแผนกที่เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2559



แผนภูมิที่ 50 จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2559



6. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือกฎหมายอื่นกำหนด

การเข้าร่วมให้ความเห็นและข้อเสนอต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560-2564

- 1) การประชุมปรึกษาหารือและให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญสำหรับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560-2564 ในวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ จ.กรุงเทพฯ

- 2) การประชุม Retreat คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อรับฟังความเห็นและข้อเสนอแนะต่อประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญสำหรับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560-2564 ในวันที่ 3-4 กันยายน 2559 ณ โรงแรม ทีซิกตี้ไฟว์ จ.ชลบุรี

ภาคผนวก

คำนิยามศัพท์ตัวชี้วัดในรายงาน
การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
1	วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย (Length of Stay) สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : ผลรวมจำนวนวันนอนผู้ป่วยใน สิทธิ UCS ตัวหาร : จำนวนครั้งการบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UCS หน่วยนับ : วัน ต่อ ครั้ง
2	อัตราป่วยตาย (Fatality rate) ของผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิตในโรงพยาบาล (discht=8,9) ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยนับ : คน ต่อ จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน
3	อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อน สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อน (discht=1) ตัวหาร : จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และมีสถานะจำหน่ายเป็น improve (discht = 1) ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยนับ : ครั้ง ต่อ จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ที่จำหน่ายด้วยสถานะ improve 100 ครั้ง
4	อัตราการผ่าตัดคลอด สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนหญิงที่มาคลอดบุตร สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยวิธีผ่าตัดคลอด Single delivery by C/S (O82-) หรือ Multiple delivery all by C/S (O842) และมีหัตถการผ่าตัดคลอด, [pdx=(O82 or O842) and (procedure=740-744 or 7499)] or [sdx= (O82 or O842) and (procedure= 740-744 or 7499)] สิทธิ UCS ตัวหาร : จำนวนหญิงที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล สิทธิ UCS (pdx = O80-O84 or sdx = O80-O84) ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยนับ : คน ต่อ จำนวนหญิงสิทธิ UCS ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล 100 คน
5	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคลมชัก สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคลมชัก (pdx= G40-G41) ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UCS ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยนับ : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UCS 100,000 คน
6	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจล้มเหลว-น้ำท่วมปอด สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจล้มเหลว-น้ำท่วมปอด (HF-PE) (I50 และ J81 โดยไม่รวมหัตถการดังต่อไปนี้ «33.6, 35, 36, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98") ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UCS ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยนับ : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UCS 100,000 คน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
7	อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST Elevated (STEMI) สิทธิ UCS	<p>สูตรคำนวณ</p> <p>ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI : I-210I213,I-22) และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Injection or infusion of thrombolytic agent : 9910), (pdx = I-210I213 or I-220I229) and (Procedure = 9910)</p> <p>หมายเหตุ : รวมผลบริการฉีดยาละลายลิ่มเลือดที่แผนกผู้ป่วยนอกจากฐาน OP e-claim แล้ว</p> <p>ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI), (pdx = I-210I213 or I-220I229) ในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>หน่วยนับ : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevated (STEMI) สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน</p>
8	อัตราการทำ PCI ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) สิทธิ UCS	<p>สูตรคำนวณ</p> <p>ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart diseases : I20-I25) และได้ทำหัตถการ PCI ตามที่ expert ระบุ ดังนี้ Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy (0066) ร่วมกับจำนวนของ Vessel/ตำแหน่งที่ทำหัตถการ (0040-0044) หรือทำ Insertion of non-drug-eluting stent (3606) หรือ Insertion of Drug-eluting stent (3607) หรือใส่ Stent (0045-0048), [(pdx = I20-I25) and (Procedure = (0066 and 0040-0048) or 3601-3602 or 3605-3607 or 3609)] หมายเหตุ : บางหน่วยบริการให้รหัส ICD 9 CM v2005 คือ 3601, 3602, 3605, 3609</p> <p>ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart diseases) (pdx = I20-I25)</p> <p>หน่วยนับ : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน</p>
9	อัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) สิทธิ UCS	<p>สูตรคำนวณ</p> <p>ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจและได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery)</p> <p>หมายเหตุ : รหัสโรคและหัตถการ open heart surgery ตามที่ expert ระบุ, (pdx = I05-I09 or I20-I28 or I30-I52 or Q20-Q26 or I01 or I11 or I13 or M303 or P29) and (Procedure = open heart)</p> <p>ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจ (pdx= I05-I09 or I20-I28 or I30-I52 or Q20-Q26 or I01 or I11 or I13 or M303 or P29) ในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>หน่วยนับ : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหัวใจ สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน</p>

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
10	อัตราการตายภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ด้วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด หัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจ ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) และเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล, [(pdx= I05-I09 or I20-I28 or I30-I52 or Q20-Q26 or I01 or I11 or I13 or M303 or P29) and (Procedure = open heart) and (death_date - dateadm ≤30 days)] หมายเหตุ : ยืนยันการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจาก ข้อมูลแจ้งตาย ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็น โรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) (pdx= I05-I09 or I20-I28 or I30-I52 or Q20-Q26 or I01 or I11 or I13 or M303 or P29) and (Procedure = open heart) ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยนับ : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน
11	อัตราการตายภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease) ที่ทำ PCI สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Diseases) ที่ทำ PCI และเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้ รักษาในโรงพยาบาล: เจ็อนไซ (pdx = I20-I25) และ (death_date - dateadm ≤ 30 days) หมายเหตุ ยืนยันการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจาก ข้อมูลแจ้งตาย ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Diseases) ที่ทำ PCI ในช่วงเวลาเดียวกัน : เจ็อนไซ (pdx = I20-I25) หน่วยนับ : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Diseases) ที่ทำ PCI สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล 100 คน
12	อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน (Cerebral infarction) สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรค หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Injection or infusion of thrombolytic agent : 9910), (pdx = I630-I639) and (Procedure = 9910) ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรค หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (pdx = I630-I639) ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยนับ : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล 100 คน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
13	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UCS	<p>สูตรคำนวณ</p> <p>ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย</p> <p>1) เบาหวานทุกชนิด 2) โรคหลัก Hypoglycaemia, unspecified และมีโรคร่วมเป็นเบาหวาน 3) โรคหลักเป็น Drug-induced hypoglycaemia without coma มีโรคร่วมเป็นเบาหวาน 4) โรคหลักเป็น Drug-induced hypoglycaemia without coma ไม่ระบุโรคร่วมเป็นเบาหวาน แต่ระบุสาเหตุจากยาเบาหวาน, [(pdx E10-E14) OR (pdx = E162 and sdx= E10-E14) OR (pdx = E160 and sdx = E10-E14) OR (pdx = E160 AND sdx=Y423)] and [age =15-124]</p> <p>ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน (popUC and age=15-124)</p> <p>หน่วยนับ : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป 100,000 คน</p>
14	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UCS	<p>สูตรคำนวณ</p> <p>ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 1) ความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง 2) โรคหลอดเลือดสมอง ชนิด Haemorrhage และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และโรคร่วมไม่ใช่อุบัติเหตุ 3) Hypertensive retinopathy (H350) , [(pdx = I10-I15, I674) OR (pdx= I60-I62 and (sdx= I10-I15, I674 and sdx≠ S00-T98)) OR (pdx =H350)] and [age ≥15]</p> <p>ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>หน่วยนับ : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป 100,000 คน</p>
15	อัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ด้วยโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UCS	<p>สูตรคำนวณ</p> <p>ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป และเสียชีวิต ภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล, [(pdx = E100-E149) OR (pdx= E160 or E162 and sdx=E10-E14) OR (pdx= E160 and sdx=Y423)] and age =15-124 and (death_date - dateadm ≤ 30 days) หมายเหตุ : ยืนยันการเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากข้อมูลแจ้งตาย</p> <p>ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน, [(pdx = E100-E149) OR (pdx= E160 or E162 and sdx=E10-E14) OR (pdx= E160 and sdx=Y423)] and age =15-124)</p> <p>หน่วยนับ : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน สิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน</p>

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
16	อัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป และเสียชีวิต ภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล, age=15-124 and $[(pdx = I10-I15 \text{ or } I674)]$ or $[(pdx = I60-I62) \text{ and } (sdx \neq S00-T98) \text{ and } (sdx = I10-I15 \text{ or } I674)]$ or $[(pdx = H350)]$ AND (death_date - dateadm \leq 30 days) หมายถึง: ยืนยันการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากข้อมูลแจ้งตาย ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UCS ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน, (popUC and age=15-124) หน่วยนับ : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน
17	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคหืด อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหอบหืดในผู้ใหญ่, (pdx = J45-J46 and age =15-124) ตัวหาร : จำนวนประชากร สิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน ณ สิ้นเวลาที่รายงาน, (popUC and age=15-124) หน่วยนับ : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป 100,000 คน
18	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UCS	สูตรคำนวณ ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป, (pdx = J44 and age =15-124) ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน (popUC and age=15-124) หน่วยนับ : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UCS อายุ 15 ปีขึ้นไป 100,000 คน

รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559

พิมพ์ครั้งที่ 1	มีนาคม 2560
จำนวน	2,500 เล่ม
เผยแพร่โดย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550" ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730 www.nhso.go.th
ศิลปกรรม	วัฒนสินธุ์ สุวรรตานนท์
พิมพ์ที่	บริษัท เอปิช อินเทอร์เน็ตจ๊อป จำกัด
ISBN	978-616-7859-67-5

UHC is the basic right for all Thai citizens that:

- Be able to access to health benefit package
- Have Thai nationality and Thai ID number
- Are not under other health schemes



National Health Security Office (NHSO)

"The Government Complex" Building B, 2-4 Floor

120 Moo 3 Chaengwattana Road, Lak Si District, Bangkok 10210 Thailand

Tel 662 141 4000 (Office hours)

Fax 662 143 9730-1

Website : www.nhso.go.th