02258820

รายงาน
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ประจำปีงบประมาณ 2557

สิทธิ ในการรับบริการสาธารณสุข

- บริการสร้างเสริมสุขภาพ
- ป้องกันโรค
- รักษาพยาบาล
- บริการฟื้นฟูสภาพ

ทั้งนี้ตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด

ใบแทรกแก้คำผิด
สำหรับรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ 2557

****

หน้า 7 แผนภูมิที่ 3

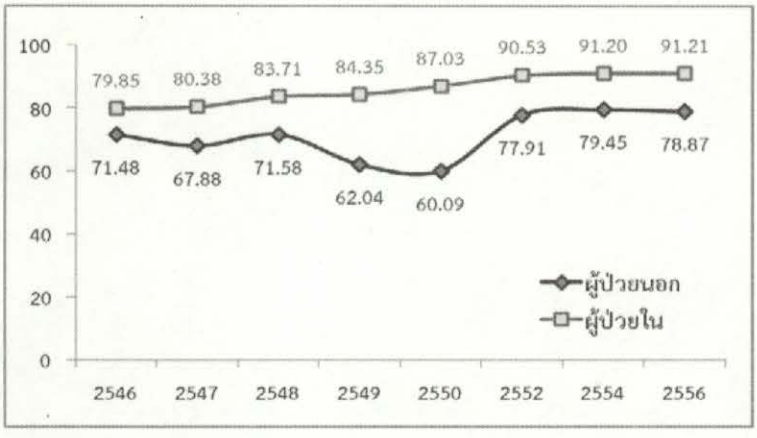
แก้ไขเป็น

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ปี 2557 ข้อมูล ณ 30 ก.ย. 2557, วิเคราะห์โดย สำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ สปสช.

หน้า 8 แผนภูมิที่ 5 และหน้า 45 แผนภูมิที่ 12

แก้ไขเป็น

อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปี 2546-2550, 2552, 2554, 2556



ที่มา: ข้อมูลผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปีงบประมาณ 2546-2550, 2552, 2554, 2556 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

หมายเหตุ: ข้อมูลปีงบประมาณ 2551, 2553, 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติไม่มีการสำรวจ

หน้า 38 แผนภูมิที่ 9

แก้ไขเป็น

หมายเหตุ: 1) หักเงินเดือน หมายถึง การคำนวณเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่ามีภาระเงินเดือนของบุคลากรเป็นเท่าใด โดยมีการทบทวนการหักเงินเดือนเป็นระยะดังนี้

- หน่วยบริการสังกัด สป. ในปีงบประมาณ 2547 และ 2550

- หน่วยบริการรัฐอื่น นอก สป.สธ. ในปีงบประมาณ 2547 และ 2554

2) งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หักเงิน เดือน) ปี 2546-2549 รวมงบกลาง

รายงาน

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประจำปีงบประมาณ 2557

สารจาก
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุข เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมของประชาชนทุกคน โดยได้มีการประกาศเป็นนโยบายสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง และทุกองค์ประกอบ ทั้งด้านระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ด้านบุคลากร ด้านข้อมูลสารสนเทศ ด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ และด้านการเงินการคลัง

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังด้านสาธารณสุข ความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเป็นหนึ่งตัวอย่างที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวยังคงมีภารกิจที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องและบริหารจัดการให้ดียิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนและระบบสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ โดยต้องเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในทุกระดับ การบูรณาการระบบประกันสุขภาพภาครัฐ และการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือเป็นพิเศษ หรือกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ตามความจำเป็น ทั้งนี้ เพื่อมุ่งสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกช่วงชีวิต พร้อมๆ กับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนของระบบการคุ้มครองความมั่นคงด้านสุขภาพสำหรับคนไทยต่อไป

ในปี 2557 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เร่งรัดการดำเนินการที่สำคัญหลายด้าน เช่น 1) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นภายในเขตพื้นที่ และสนับสนุนหน่วยบริการในการจัดระบบบริการครบวงจรที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 2) การบูรณาการระบบประกันสุขภาพภาครัฐ เพื่อมุ่งสู่การสร้างความเสมอภาคด้านสุขภาพระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน และจัดระบบบริหารจัดการให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน 3) สนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อคุ้มครองบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น การพัฒนาต่อเนื่องด้านสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เช่น การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง 4) การพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มอื่นๆ ที่ได้รับการดูแลด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ เช่น ข้าราชการ และพนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 5) การพัฒนาระบบสนับสนุนอื่นๆ ที่รองรับการจัดการด้านหลักประกันสุขภาพ เช่น ระบบการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) เป็นต้น

ความสำเร็จดังกล่าวเกิดขึ้นจากการสนับสนุน และความร่วมมือของทุกภาคส่วน ผมขอขอบคุณท่านผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และท่านผู้บริหารกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ท่านผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล/โรงพยาบาลทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล และมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามที่จำเป็นได้อย่างต่อเนื่อง และมีความเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ยังมีปัญหาในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ในโอกาสนี้ ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ทุกภาคส่วนจะให้การสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และร่วมเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนต่อไป และขออวยพรให้ทุกท่านตลอดจนครอบครัวประสบแต่ความสุขความเจริญโดยทั่วกัน

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ รัชตะ รัชตะนาวิน)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารจาก
ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ในปีงบประมาณ 2557 เป็นปีที่ 3 ของการทำงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้มีการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดจากการบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา เพื่อต่อยอดในการพัฒนางานด้านควบคุม กำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐานตามบทบาทหน้าที่ ที่กำหนดตามมาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

เมื่อกลางปี 2557 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ยกเลิกการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานสาขาจังหวัด ส่งผลกระทบกับภารกิจและบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบโดยตรง แต่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้เตรียมการรองรับเพื่อแก้ไขสถานการณ์ เพื่อไม่ให้มีผลกระทบกับประชาชน โดยบริหารจัดการให้อนุกรรมการในระดับจังหวัดทั้งสองคณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด และคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง ในส่วนของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดได้ปรับเปลี่ยนใหม่เป็นระดับเขตพื้นที่ ซึ่งได้เร่งรัดให้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ ทั้ง 13 เขต โดยมีการเตรียมความพร้อมวางกรอบนโยบาย รวมถึงแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ที่ได้รับการแต่งตั้งใหม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย และเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ สำหรับการดำเนินงาน ตามมาตรา 41 นั้น คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเห็นว่าที่ผ่านมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถดำเนินงานได้เป็นอย่างดี และเป็นกลไกที่สามารถแก้ไขปัญหาให้หน่วยบริการในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว จึงเห็นชอบที่จะให้ดำเนินการที่ระดับจังหวัดเหมือนเดิม โดยมีข้อเสนอให้ สปสช.มอบภารกิจตามมาตรา 41 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการต่อ สปสช.จึงได้ประสานการทำภารกิจดังกล่าวไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะต้นสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และต่อมารับทราบว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยินดีรับมอบภารกิจ ตามมาตรา 41 ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มาตรา 41 เหมือนเดิม ทั้งนี้ ได้เพิ่มบทบาทหน้าที่ให้คณะอนุกรรมการทั้งสองคณะประสานการทำงานร่วมกัน โดยคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่รับข้อมูลผลการพิจารณาคำร้องกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ไปสรุป วิเคราะห์ ข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไขให้สอดคล้องกับสภาพของหน่วยบริการในเขตพื้นที่

ในการนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการทั้งในส่วนกลาง ระดับเขตพื้นที่และระดับจังหวัด รวมทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้สนับสนุนการทำงานเป็นอย่างดียิ่ง ทั้งนี้ ก็เพื่อประโยชน์สุขของทุกคนที่อาศัยบนผืนแผ่นดินไทย

(รศ.พญ.ประสบศรี อึ้งถาวร)

ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

สารจาก
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตลอดระยะเวลา 12 ปี ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ร่วมมือกับพันธมิตรด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยภาคผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน เครือข่ายภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) รวมถึงหน่วยงานวิชาการ ดังเช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAPP) เป็นต้น ที่ร่วมกันพัฒนาปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ก้าวหน้าจนเป็นแบบอย่างเป็นสถานที่ศึกษาดูงานสำหรับต่างประเทศในภูมิภาคเอเชีย รวมถึงประเทศในแถบอาฟริกาและตะวันออกกลาง จนเกิดการยอมรับในแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในระยะเวลาที่ผ่านมา สปสช. ได้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์และขยายสิทธิประโยชน์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนชาวไทยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย เช่น การขยายสิทธิประโยชน์ในการปลูกถ่ายไต เพื่อการบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มเติมจากการล้างช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการบริการยาต้านไวรัสกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ทันที โดยไม่จำกัดว่าจะมีค่า CD4 อยู่ในระดับใด รวมถึงการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ทุกคน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในสถานบริบาลและสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานของ สปสช. ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ มุ่งเน้นการบริหารจัดการที่สร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยผู้เข้ารับบริการด้านสาธารณสุข การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพและการบริการสาธารณสุข ทำให้ สปสช. ได้รับรางวัลการบริหารเงินทุนหมุนเวียนดีเด่นต่อเนื่องมาตลอดระยะเวลา 6 ปี ซึ่งเป็นการรับประกันถึงความมีประสิทธิภาพในการบริหารเงินกองทุน

การก้าวสู่ปีที่ 13 เป็นความท้าทายเป็นอย่างมากของการจัดการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพราะบริบทของสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนไป การเผชิญกับปัญหาผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง การจัดการที่ยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งข้อจำกัดในเรื่องต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยกลไกและความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการจัดการ และผมหวังว่าข้อจำกัดต่างๆ จะหมดไปเพราะทุกภาคส่วนทำงานด้วยความรู้สึกที่เป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกัน

(นายวินัย สวัสดิวร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

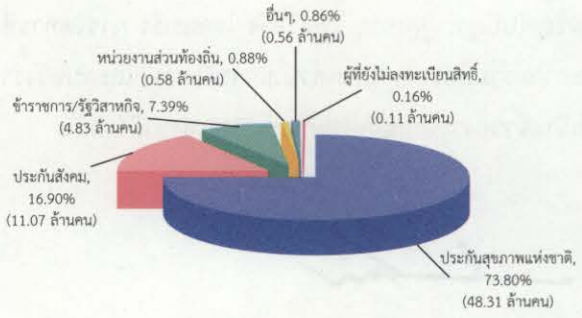
เป้าประสงค์หลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) คือ การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคน โดยมีข้อบ่งชี้ที่บ่งบอกความสำเร็จ ได้แก่ การเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ การคุ้มครองสิทธิ การชดเชยเยียวยาผลกระทบจากบริการสุขภาพ และการลดภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนซึ่งจะช่วยการปกป้องครัวเรือนล้มละลายหรือความยากจนอันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาล **ปีงบประมาณ 2557 เป็นปีที่ 12** ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า

1. การเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

1.1 ความครอบคลุม

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาจากระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐอื่น เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งของการเพิ่มความเป็นธรรม พบว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชาชนไทย เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 71.00 ในปีงบประมาณ 2544 เป็นร้อยละ 99.84 ในปีงบประมาณ 2557 โดยสัดส่วนของสิทธิ UCS คิดเป็นร้อยละ 73.80, สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 16.90 และสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 7.39 (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 สัดส่วนประชาชนไทยจำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปี 2557



ที่มา : สำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ณ ก.ย. 2557

1.2 การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

มีข้อบ่งชี้ว่าประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยนอกมีการใช้บริการเพิ่มขึ้นจากปี 2546 ร้อยละ 29.5 จากอัตรา 2.45 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2546 เป็น 3.17 ครั้ง/คน/ปี ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.6 จากอัตรา 0.094 ครั้ง/คน/ปี เป็น 0.117 ครั้ง/คน/ปี (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ในสิทธิ UCS ปี 2546-2557

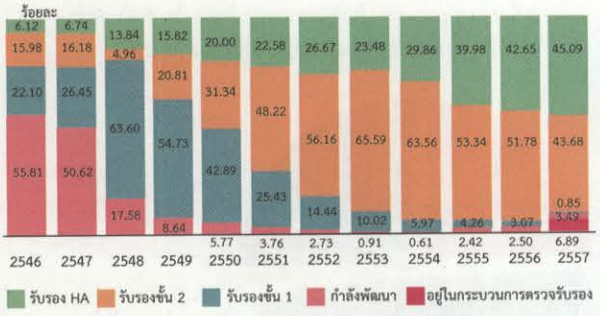
ที่มา : 1) ข้อมูลผู้ป่วยนอก ปี 2546-2552 จาก 0110 รง 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, วิเคราะห์โดยสำนักแผนและประเมินผล สปสช.

2) ฐานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยในรายบุคคลสิทธิ UC ปี 2553 - 2556 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2556, วิเคราะห์โดยสำนักแผนและประเมินผล สปสช.

3) ปี 2557 เป็นข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล สิทธิ UC 10 เดือน สำนักสารสนเทศการประกัน ณ พ.ย. 2557, วิเคราะห์โดยสำนักแผนและประเมินผล สปสช.

โดย สปสช.ได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation: HA) ปี 2557 หน่วยบริการรับส่งต่อได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 6.12 (ปี 2546) เป็นร้อยละ 45.09 (ปี 2557) (แผนภูมิที่ 3)

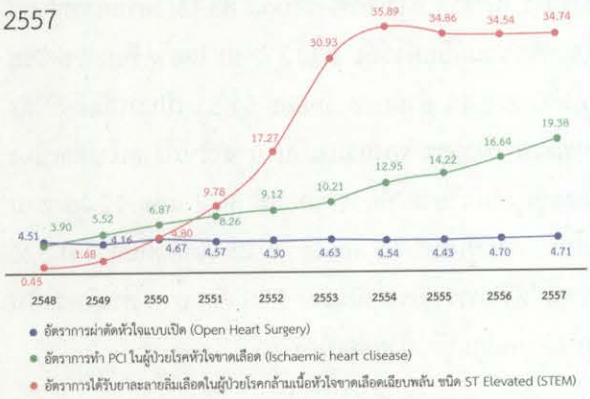
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของ รพ.ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามขั้นการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ปี 2546-2557



ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ปี 2556 ข้อมูล ณ 30 ก.ย. 2556, วิเคราะห์โดย สำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ สปสช.

กรณีการเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดยเฉพาะการเข้าถึงหัตถการในกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง เช่น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ยังมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทั้งในด้านจำนวนและการกระจาย พบว่าอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST Elevated (STEMI) และอัตราการทำ PCI ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคนั้นๆ 100 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 0.45 (ปี 2548) เป็น 34.74 (ปี 2557) และร้อยละ 3.90 (ปี 2548) เป็น 19.38 (ปี 2557) ตามลำดับ ส่วนอัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) พบว่ามีแนวโน้มอยู่ในช่วง ร้อยละ 4.51- 4.71

แผนภูมิที่ 4 อัตราการเข้าถึงหัตถการโรคหัวใจปี 2548-2557



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP e-claim) ปีงบประมาณ 2548 - 2557 สำนักสารสนทศการประกัน ข้อมูล ณ ก.ย. 57 ประมวลผล ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

ส่วนผลการเข้าถึงบริการ ตามเป้าหมายการจัดสรรงบประมาณ จำแนกตามประเภทบริการ ส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แผนผลการรับบริการผู้ป่วยสิทธิ UCS ปี 2557

รายการ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (คน)	188,000	190,342	101.25
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับบริการบำบัดทดแทนไต (คน)	35,429	36,519	103.08
3. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง - ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (secondary prevention) (คน)	2,726,800	3,149,023	115.48
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ - การเบิกอุปกรณ์ (คน) - การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (ครั้ง)	46,880 194,985	41,553 183,483	88.64 94.10
5. บริการแพทย์แผนไทย - บริการแผนไทยนวดอบประคบ (ครั้ง) - บริการฟื้นฟูแม่ก่อน และหลังคลอด (ครั้ง)	3,341,000 24,169	4,648,944 35,612	139.15 147.35
6. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (ราย)	3,400,000	3,179,991	93.53
7. ผู้ป่วยที่ใช้ยาตามบัญชี จ (2) (ราย)	14,153	12,963	91.59
8. ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เช่น ยากำพร้า (รายการ/ราย)	20/4,790	18/5,432	90.0/ 113.40
9. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel (ราย)	128,938	182,432	141.49

ที่มา: ข้อมูล OP, IP สปสช.

1.3 การใช้สิทธิของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการใช้บริการสุขภาพ

อัตราการใช้สิทธิของประชาชนเมื่อไปใช้บริการสุขภาพในสถานบริการ ก็เป็นอีกข้อบ่งชี้หนึ่งที่จะบอกว่าประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น หลังจากการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2556 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ภาพรวมพบ

ว่าแนวโน้มของการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น โดย อัตราการใช้สิทธิแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.85 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 91.21 ส่วนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.48 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 78.87 เช่นกัน (แผนภูมิ 5)

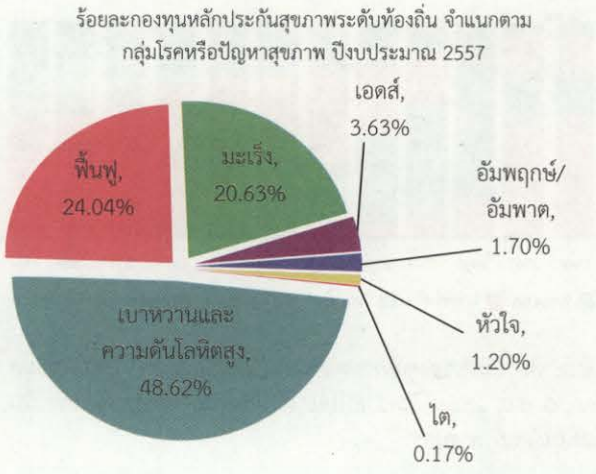
แผนภูมิที่ 5 อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในปี 2547-2550, 2552, 2554, 2556

ที่มา: ข้อมูลผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปีงบประมาณ 2546-2550, 2552, 2554, 2556 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์
หมายเหตุ: ข้อมูลปีงบประมาณ 2551, 2553, 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติไม่มีการสำรวจ

2. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี 2557 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. และเทศบาล) เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 99.78 (7,759 แห่งจาก 7,776 แห่ง) ซึ่งอปท. สมทบเงิน 990 ล้านบาท โดยร้อยละ 48.62 ดำเนินกิจกรรมการดูแลประชาชนในกลุ่มโรคหรือปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ และโรคมะเร็ง ร้อยละ 24.04 และ 20.63 ตามลำดับ (แผนภูมิ 7)

แผนภูมิที่ 6 ร้อยละกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำแนกตามกิจกรรมที่ดำเนินการ ปี 2557



3. การคุ้มครองสิทธิ

เพื่อลดข้อจำกัดในการใช้บริการ สปสช.ได้เปิดช่องทางให้บริการสอบถามข้อมูล ร้องเรียนและร้องทุกข์ผ่านโทรศัพท์สายด่วน 1330 จดหมาย โทรสาร Email หรือมาติดต่อด้วยตนเอง ปี 2557 มีใช้บริการจำนวน 598,117 เรื่อง แบ่งเป็นการสอบถามข้อมูล 583,260 เรื่อง รับเรื่องร้องเรียน 3,828 เรื่อง (ร้อยละ 97.67 ได้รับการแก้ไขภายใน 30 วันทำการ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่ได้รับบริการตามสิทธิ การไม่ได้รับความสะดวกในการใช้บริการ การถูกเรียกเก็บค่าบริการและการปฏิบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐานตามลำดับ) และรับเรื่องร้องทุกข์ จำนวน 11,029 เรื่อง (สิทธิไม่ตรงตามจริง การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ)

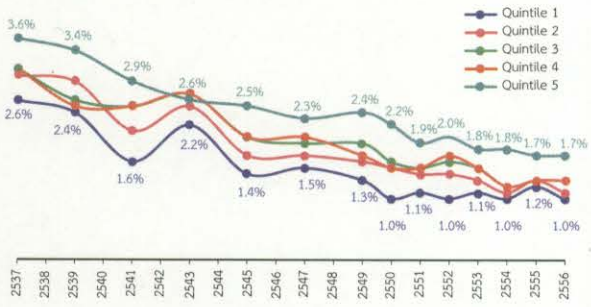
การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ เพื่อชดเชยกรณีที่ความเสียหายเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (มาตรา 41) พบว่าร้อยละ 83.73 ได้รับการชดเชย (จากจำนวนผู้ยื่นคำร้อง 1,112 ราย) โดยได้รับการชดเชยทั้งสิ้น 218.44 ล้านบาท ร้อยละ 51.53 เป็นกรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร รองลงมาเป็น บาดเจ็บ/บาดเจ็บต่อเนื่องและสูญเสียอวัยวะ/พิการ ร้อยละ 36.2 และ 12.46 ตามลำดับ ส่วนผู้ให้บริการ ร้อยละ 79.85 (จากผู้ยื่นคำร้อง 526 ราย) ได้รับการชดเชย เป็นเงิน 5.19 ล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นกรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง

4. การลดภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน ซึ่งจะช่วยปกป้องครัวเรือนจากการล้มละลายหรือยากจนอันเนื่องมาจากภาระค่ารักษาพยาบาล

การลดภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนเป็นข้อบ่งชี้อีกประการหนึ่งในการสะท้อนความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ระดับหนึ่ง ซึ่งจากการวิเคราะห์ ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน เมื่อเทียบกับรายจ่ายโดยรวมของครัวเรือน ระหว่างกลุ่มประชาชนที่มีเศรษฐานะที่แตกต่างกัน โดยคำนวณจากสัดส่วนรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน ต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมของครัวเรือน พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในประชาชนกลุ่มที่ยากจนที่สุด (Quintile ที่ 1) มีแนวโน้มที่ลดลงจากร้อยละ 2.6 ในปีงบประมาณ 2537 เหลือร้อยละ 1.0 ในปีงบประมาณ 2556 ในขณะที่กลุ่มรวยที่สุด (Quintile ที่ 5) ลดลงจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เหลือร้อยละ 1.7 (แผนภูมิ 7)

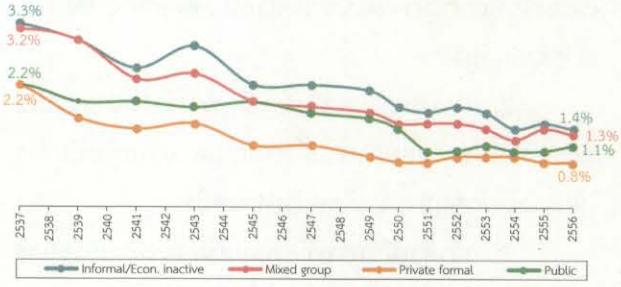
หากจำแนกตามภาคการจ้างงาน พบว่าภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ (Informal/Economically inactive) ซึ่งหมายถึงกลุ่มคนที่เคยอยู่ในระบบ สปร. โครงการบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ในช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มคนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงหลัง พบว่า ลดลงอย่างชัดเจนเช่นกัน จากร้อยละ 3.3 ในปี 2537 เหลือร้อยละ 1.4 ในปี 2556 (แผนภูมิ 8)

แผนภูมิที่ 7 ร้อยละรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน จำแนกเศรษฐานะ ปี 2537-2556



ที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2537-2556, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์
หมายเหตุ : 1) ตั้งแต่ปี 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ทุกปี (ก่อนปี 2549 สำรวจทุก 2 ปี)
2) คำนวณจากอัตราส่วนระหว่างรายจ่ายด้านสุขภาพด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

แผนภูมิที่ 8 ร้อยละรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามภาคการจ้างงาน ปี 2537-2556



ที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2537-2556, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์
หมายเหตุ :1) ตั้งแต่ปี 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ทุกปี (ก่อนปี 2549 สำรวจทุก 2 ปี)
2) คำนวณจากอัตราส่วนระหว่างรายจ่ายด้านสุขภาพด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

5. ความพึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ

ผลสำรวจความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2557 พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจร้อยละ 94.54 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการร้อยละ 64.42 (แผนภูมิ 9)

แผนภูมิที่ 9 ร้อยละ (คะแนน) ความพึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ ปี 2546-2557

ที่มา: ผลการสำรวจความพึงพอใจ ปี 2546-2556 สำรวจโดยศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน, ปี 2557 สำรวจโดยศูนย์สำรวจความคิดเห็น "นิด้าโพล" สำรวจ ก.ค.-ก.ย. 2557

6. ปัญหาอุปสรรค

1. การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดด้วยข้อจำกัดและความจำเป็นด้านงบประมาณของประเทศส่งผลให้ไม่ได้รับงบประมาณเพิ่มในขณะที่ต้นทุนบริการเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีการปรับเพิ่มค่าแรง ประกอบกับต้องเตรียมการดำเนินการให้รองรับปัญหาไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

3. การดำเนินการเพื่อตอบสนองนโยบายรัฐบาลภายใต้โครงการเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกพื้นที่ ฟรีทุกสิทธิ

ที่ผ่านมาพบว่ายังขาดกลไกและมาตรการที่มีประสิทธิผล ซึ่งต้องได้ความร่วมมือในการดำเนินการ จากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองท้องถิ่น ตลอดจนกฎระเบียบ ซึ่งล้วนเป็นปัญหาและความท้าทายที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

7. ความท้าทายและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ผลการการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังพบว่า

1. ยังมีความเลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ (ทั้งการจัดให้มีระบบบริการ และการกระจายของบุคลากร) ที่มีความจำเป็นต้องมีการ

- เสริมสร้างการจัดการศักยภาพเครือข่ายบริการเฉพาะประเด็นที่เป็นปัญหา/ภาระของระบบ และส่งต่ออย่างไร้รอยต่อในเขตพื้นที่ เช่น การดูแลโรคค่าใช้จ่ายสูง (มะเร็ง โรคหัวใจ เจ็บป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้สูงอายุ)
- การสะท้อนผลการเข้าถึงบริการ และประสิทธิผลบริการระหว่างพื้นที่
- การกระจายอำนาจ ให้มีความเป็นอิสระ โดยท้องถิ่น และชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและผลิตภาพการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ

2. การดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระบบประกันสุขภาพ

ผลงานเด่น

1. การดำเนินการเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ในปีงบประมาณ 2557 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดช ทรงลงพระปรมาภิไธย ในพระราชกฤษฎีกา "กำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคล ในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545" พ.ศ. 2556 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556 สปสช.ได้ดำเนินการพัฒนา เพื่อลดปัญหาการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับข้าราชการ/ พนักงานส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1) ระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยแก่หน่วยบริการ

2) ระบบให้ความช่วยเหลือสถานพยาบาล

3) ระบบการคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ และระบบสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการเข้ารับบริการ และการจัดการข้อร้องเรียน

4) การจ่ายชดเชยค่าบริการ

5) ชี้แจงหน่วยบริการและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ

6) ออกแบบระบบการตรวจสอบ (Audit)

7) เตรียมความพร้อมของ สปสช. เขตพื้นที่

8) ระบบการเฝ้าระวัง และติดตามแก้ไขปัญหา ภายหลังดำเนินการเพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพ

9) อบรม "การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล และสวัสดิการอื่น ให้กับนายทะเบียนและเจ้าหน้าที่ทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น" เพื่อให้สามารถดำเนินงานและแก้ปัญหาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ระบบใบเสร็จ รวมถึงเข้าใจในหลักเกณฑ์การจ่ายตามระเบียบในแนวทางเดียวกัน

10) ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการเบิกด้วยระบบใบเสร็จผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

11) จัดทำเวปไซต์ http://portal.nhso.go.th/lgo เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ รายงานผลการดำเนินงาน แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการ เอกสารสำคัญ คำถามที่พบบ่อย และช่องทางติดต่อ สปสช.

ผลงานเด่น

ผลการดำเนินการ

รายการ	หน่วยนับ	ผลงาน
1. ระบบทะเบียนสิทธิ		
➢ จำนวน อปท.	แห่ง	7,851
➢ จำนวนข้าราชการ อปท. ที่ลงทะเบียน	คน	702,939
➢ จำนวนข้าราชการ อปท. ที่เบิกจ่ายตรง	คน	426,580
2. การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ		
➢ จำนวนการเบิกจ่ายตรงแบบบริการผู้ป่วยนอก	ครั้ง	1,345,957
➢ จำนวนการเบิกจ่ายตรงแบบบริการผู้ป่วยใน	ครั้ง	67,966
➢ จำนวนเงินที่เบิกจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	บาท	2,730,770,736
➢ จำนวนการเบิกจ่ายด้วยใบเสร็จแบบบริการผู้ป่วยนอก	ครั้ง	196,856
➢ จำนวนการเบิกจ่ายด้วยใบเสร็จแบบบริการผู้ป่วยใน	ครั้ง	1,445
➢ จำนวนเงินที่เบิกจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	บาท	298,982,863
➢ จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดล้างไต	คน	1,408
➢ จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดล้างไต	ครั้ง	90,980
➢ จำนวนเงินที่เบิกจ่ายฟอกเลือดล้างไต	บาท	234,953,198
➢ จำนวนผู้ป่วยที่รับยากระตุ้นเม็ดเลือดกรณีไตวายเรื้อรัง	คน	666
3. การคุ้มครองผู้รับบริการ		
3.1 สอบถามข้อมูล		
➢ ประชาชน	เรื่อง	7,510
➢ นายทะเบียน	เรื่อง	4,494
➢ ผู้ให้บริการ	เรื่อง	1,312
3.2 การร้องทุกข์ (ประสานแก้ไขปัญหาความไม่สะดวกในการใช้สิทธิ)	เรื่อง	287

** หมายเหตุ ข้อมูล ณ ก.ย.2557*

2. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ 3 กองทุน

2.1 ระบบการเบิกจ่ายกลางของประเทศ (National Clearing House)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มอบหมายให้ สปสช.ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลด้านบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ในการบริหารการเรียกเก็บ (Claim center) ค่าบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลต่างๆ สำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว รวมทั้งผู้ประกันตน ข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่สมัครใจ เพื่อให้มีองค์กรหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านการซื้อบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Healthcare Purchaser) และมีองค์กรหรือหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบข้อมูลทางด้านสุขภาพของประเทศ (National Health Information) สปสช. ได้ดำเนินการ 1) การวางแผนการดำเนินงาน และออกแบบพัฒนาระบบ 2) ประสานการดำเนินการร่วมกับ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง เพื่อหารือแนวทางการทำงานร่วมกันในการให้ สปสช.ทำหน้าที่เป็น NCH (สิทธิประโยชน์ การจ่ายชดเชย ธุรกรรมการเบิกจ่าย ระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล มาตรฐานข้อมูล (Standard dataset) การชี้แจงสถานพยาบาล) ในปี 2557 สปสช. ได้รับการรับข้อมูลจากสถานพยาบาลสิทธิข้าราชการ จำนวน 859 แห่ง พบว่า มีผู้มารับบริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น 7,089,711 ครั้ง (ผู้ป่วยนอก 6,920,769 ครั้ง และผู้ป่วยใน 168,942 ครั้ง) และทำการชดเชยสุทธิสิทธิข้าราชการ จำนวน 5,757.31 ล้านบาท (ผู้ป่วยนอกจำนวน 1,211,045 คน วงเงินชดเชย 4,185.62 ล้านบาท และผู้ป่วยใน 120,743 คน วงเงินชดเชย 1,571.69 ล้านบาท

2.2 การบูรณาการโรคมะเร็งมาตรฐานเดียวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอความเห็นต่อเลขา ครม.เรื่อง “รักษามะเร็งมาตรฐานเดียว” โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักรับข้อเสนอร่วมกับหน่วยงานอื่นรวมทั้ง สปสช. ซึ่งได้ดำเนินการ

1) ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการโรคมะเร็งร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเตรียมข้อมูลด้านวิชาการ

2) รับฟังความเห็นเรื่อง แนวทางการเบิกจ่ายโรคมะเร็ง ปีงบประมาณ 2558 แนวทางการลงทะเบียน (Cancer Payment Registry) เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และการประกาศรายการและราคายาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

3) หารือแนวทางการบูรณาการมะเร็งร่วมกัน 7 เรื่อง ได้แก่การประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมป้องกัน การคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การทำฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง การจ่ายชดเชยค่าบริการ

4) เตรียมการลงนามความร่วมมือ 3 กองทุน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม เรื่องการบูรณาการมาตรฐานการรักษาโรคมะเร็งเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

2.3 การบูรณาการและการสร้างเอกภาพของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ กรณี "เจ็บป่วยฉุกเฉิน ถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ ใกล้ที่ไหน ไปที่นั่น

เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า รวมถึงได้รับการส่งต่อไปรับบริการศักยภาพสูงขึ้นกรณีจำเป็น" ปีงบประมาณ 2557 ได้ดำเนินการ

1) ปรับปรุงรูปแบบและอัตราการจ่ายชดเชยบริการ EMCO ในรูปแบบ DRG plus & DRG for emergency และพัฒนาระบบ Pre-Authorized

2) (ร่าง) ประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง

3) การแจ้งการเข้ารับบริการของผู้ป่วยวิกฤตและการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล พ.ศ. 2557 สาระสำคัญของร่างประกาศคือ การกำหนดให้สถานพยาบาลเอกชนต้องไม่เรียกเก็บเงินผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผลการดำเนินการ พบว่า มีโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่ายกองทุน ได้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผ่านโปรแกรม EMCO (Emergency Claim Online) ร้อยละ 69.7 (246 แห่งจากจำนวน 353 แห่ง) โดยมีสัดส่วนการเข้ารับบริการตามพื้นที่ตั้งของสถานพยาบาลเอกชนในเขตต่างจังหวัดร้อยละ 44.65 ในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 44.44) และปริมณฑล (ร้อยละ 10.91) มีการส่งเบิกชดเชยจำนวน 48,855 คน (57,562 ครั้ง) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในจำนวน 52,366 ครั้ง (ร้อยละ 91) ผู้ป่วยนอกจำนวน 5,196 ครั้ง (ร้อยละ 9) โดยจ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์จำนวนทั้งสิ้น 35,029 ราย เป็นเงิน 805.09 ล้านบาท

3. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เนื่องจากประเทศไทยมีแนวโน้มของจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุเองก็มีอายุยืนยาวขึ้น สิ่งที่ตามมาคือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมักเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังอันจะนำมาซึ่งปัญหาภาวะทุพลภาพและมีภาวะพึ่งพิงตามมา ปัจจุบันเรามีผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคน ในจำนวนนี้ มีประมาณ 70,000 คนที่นอนติดเตียง และมีอีกประมาณ 170,000 คนที่ต้องอยู่ติดบ้าน ไม่สามารถไปไหนมาไหนตามลำพังได้ ส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแลและค่าใช้จ่ายทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมของครัวเรือนและในภาพรวมของประเทศให้เพิ่มสูงขึ้น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อ

1) วางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปี พ.ศ. 2557-2561 และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ แล้ว โดยเน้นบ้านและชุมชนเป็นฐานในการดูแล มีท้องถิ่น (กองทุนตำบล) เป็นเจ้าภาพหลัก และขับเคลื่อน

ด้วยการสนับสนุนของสถานพยาบาลในพื้นที่ เป้าหมายหลักของการพัฒนา คือ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2) พัฒนาเครื่องมือการคัดกรอง ประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อจัดกลุ่มและจัดบริการดูแลได้อย่างเหมาะสม

3) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์บริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมด้านบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม

4) นำร่องการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน 11 พื้นที่ เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบ กลไก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการจัดบริการอย่างเป็นระบบได้แก่ 1) อ.หางดง จ.เชียงใหม่ 2) อ.วัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก 3) อ.ธวัชบุรี จ.ร้อยเอ็ด 4) อ.จักราช จ.นครราชสีมา 5) อ.ประทิว จ.ชุมพร 6) อ.บางกล่ำ จ.สงขลา 7) อบต.ดอนแก้ว จ.เชียงใหม่ 8) เทศบาลตำบลบางสีทอง จ.นนทบุรี 9) เทศบาลนครรังสิต จ.ปทุมธานี 10) เทศบาลเมืองมหาสารคาม จ.มหาสารคาม และ11) เทศบาลตำบลปริก จ.สงขลา

5) ศึกษาวิจัยชุดโครงการเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

- การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะเน้นการศึกษาเครื่องมือในการประเมิน Health & Social need Care รวมถึง ชุดสิทธิประโยชน์บริการ และต้นทุนการบริการในแต่ละ Package ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุ
- การถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ที่เน้นศึกษาและถอดบทเรียนในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อศึกษาปัจจัย กลไก รูปแบบการดำเนินงาน เพื่อเป็นแนวทางในการขยายผลการนำร่องดำเนินงานในระยะถัดไป
- การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อศึกษาระบบข้อมูล การบันทึก จัดเก็บ และประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ รวมถึงโอกาสในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่
- การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม Care manager และ Care worker ในชุมชน เพื่อให้มีหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน เพื่อการบริการที่มีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุ

สารบัญ

สารจากประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค

สารจากประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ง

สารจากเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ช

ผลงานเด่น ฎ

สารบัญ ณ

สารบัญแผนภูมิ ด

สารบัญตาราง น

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1

1. กรอบแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3
2. การคลังสุขภาพ และงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 7
   - 2.1. การคลังสุขภาพในภาพรวม 7
   - 2.2. งบประมาณการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 8
3. การเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และภาระรายจ่ายสุขภาพของประชาชน 13
   - 3.1. การเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 13
   - 3.2. ภาระรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน 17
4. หน่วยบริการสุขภาพ และคุณภาพของผู้ให้บริการสุขภาพ 19
   - 4.1. หน่วยบริการสุขภาพ 19
   - 4.2. การรับรองและประเมินคุณภาพของหน่วยบริการ 20
5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ 23
   - 5.1. แผนผลการดำเนินงานตามเป้าหมายงบประมาณ 23
   - 5.2. การประเมินการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ คุณภาพ และผลลัพธ์บริการ 27
     - 5.2.1. การเข้าถึงบริการ 27
     - 5.2.2. การเข้าถึงบริการที่จำเป็น 29
     - 5.2.3. ประสิทธิภาพการจัดบริการ 42
     - 5.2.4. คุณภาพ และผลลัพธ์บริการ 44
6. การคุ้มครองสิทธิ การตอบสนองต่อความต้องการ การชดเชยเยียวยา และการมีส่วนร่วม 48

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **55**

1. ลักษณะองค์กร ที่ตั้ง โครงสร้างการบริหาร และแผนยุทธศาสตร์ 57
2. การบริหารงบกองทุนและงบบริหาร 62
3. ผลการประเมินการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) 73
4. ปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย 75

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข **77**

1. รายนามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 79
2. รายนามคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 82
3. ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 84
4. ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 98

ภาคผนวก **109**

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	มิติของการขยายความครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3
แผนภูมิที่ 2	ความสมดุลระหว่าง 4 มิติของสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ	4
แผนภูมิที่ 3	ความสัมพันธ์และบทบาทของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับผู้ให้บริการและประชาชน	5
แผนภูมิที่ 4	กรอบแนวคิดการนำเสนอผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน	6
แผนภูมิที่ 5	สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ปี พ.ศ. 2537-2555	7
แผนภูมิที่ 6	สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ และเอกชนของประเทศ ปี พ.ศ. 2537-2555	8
แผนภูมิที่ 7	รายจ่ายสุขภาพรวม ปี พ.ศ. 2537-2555	8
แผนภูมิที่ 8	เปรียบเทียบงบประมาณของประเทศกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2557	9
แผนภูมิที่ 9	จำนวนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับ ปีงบประมาณ 2545-2557	9
แผนภูมิที่ 10	ร้อยละความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย ปีงบประมาณ 2545-2557	13
แผนภูมิที่ 11	สัดส่วนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิอื่นๆ จำแนกตามเพศและอายุ ปีงบประมาณ 2557	14
แผนภูมิที่ 12	อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปี 2547-2550, 2552, 2554 และ 2556	15
แผนภูมิที่ 13	ร้อยละของเหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการเมื่อมีการใช้บริการจำแนกตามประเภทของการใช้บริการสุขภาพปีงบประมาณ 2556	15
แผนภูมิที่ 14	สัดส่วนการเลือกใช้บริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2556 เมื่อเจ็บป่วย (กรณีไม่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาล)	16
แผนภูมิที่ 15	สัดส่วนการเลือกใช้บริการในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คิดเฉพาะเมื่อมีการเลือกใช้บริการที่หน่วยบริการ) ปี 2556	17
แผนภูมิที่ 16	ร้อยละรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน จำแนกเศรษฐานะ ปี 2537-2556	17

แผนภูมิที่ 17 ร้อยละรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามภาคการจ้างงาน ปี 2537-2556 18

แผนภูมิที่ 18 ร้อยละของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกขั้นการรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA ปีงบประมาณ 2546-2557 20

แผนภูมิที่ 19 ร้อยละของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกขั้นการรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA และสปสช.เขต ปีงบประมาณ 2557 21

แผนภูมิที่ 20 ร้อยละของผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามต้นสังกัดของ หน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2556 22

แผนภูมิที่ 21 ร้อยละของผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2556 22

แผนภูมิที่ 22 จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2557 27

แผนภูมิที่ 23 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2546-2557 28

แผนภูมิที่ 24 จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2557 28

แผนภูมิที่ 25 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2547-2557 29

แผนภูมิที่ 26 อัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ (PCI) และละลายลิ่มเลือด ปีงบประมาณ 2548-2557 29

แผนภูมิที่ 27 จำนวนและอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปีงบประมาณ 2548-2557 30

แผนภูมิที่ 28 อัตราการเข้าถึงบริการเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเทียบกับอัตราชุก ปีงบประมาณ 2553-2557 30

แผนภูมิที่ 29 ร้อยละของการตรวจหาระดับ HbA1c, Lipid profile, จอประสาทตา และเท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปีงบประมาณ 2553-2557 31

แผนภูมิที่ 30 ร้อยละของการได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2553-2557 31

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 31 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปีงบประมาณ 2553-2557 32

แผนภูมิที่ 32 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 2553-2557 32

แผนภูมิที่ 33 ร้อยละการพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2554-2557 32

แผนภูมิที่ 34 ร้อยละการพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2553-2557 32

แผนภูมิที่ 35 อัตราการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อน ด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2552-2557 33

แผนภูมิที่ 36 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามประเภทการใช้บริการ ปีงบประมาณ 2557 34

แผนภูมิที่ 37 สถานการณ์เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 34

แผนภูมิที่ 38 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังนับยาต้านไวรัส 12 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2557 34

แผนภูมิที่ 39 จำนวนบริการผ่าตัดต้อกระจก ปีงบประมาณ 2550-2557 36

แผนภูมิที่ 40 สัดส่วนคนพิการ จำแนกตามประเภทความพิการ ปีงบประมาณ 2557 38

แผนภูมิที่ 41 จำนวนผู้พิการที่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ปีงบประมาณ 2552-2557 38

แผนภูมิที่ 42 จำนวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ปีงบประมาณ 2552-2557 38

แผนภูมิที่ 43 ผลลัพธ์ทางคลินิก ของการได้รับเซรุ่มและยาต้านพิษ ปีงบประมาณ 2557 41

แผนภูมิที่ 44 อัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับหัตถการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และอัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในด้วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำ PCI สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2548-2557 45

แผนภูมิที่ 45 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care sensitivity condition: ACSC) สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2548-2557 46

แผนภูมิที่ 46 อัตราป่วยตายของผู้ป่วยในสิทธิ UC จำแนกกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2548-2557 46

แผนภูมิที่ 47 จำนวนและร้อยละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.และเทศบาล) ที่เข้าร่วมกองทุนหลักประกัน 48

แผนภูมิที่ 48 จำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำแนกแหล่งงบประมาณ ปีงบประมาณ 2549-2556 48

แผนภูมิที่ 49 สัดส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำแนกตามตามกิจกรรมการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2557 48

แผนภูมิที่ 50 จำนวนเรื่องร้องเรียน จำแนกประเด็นคุณภาพบริการ ปีงบประมาณ 2546-2557 50

แผนภูมิที่ 51 ร้อยละและคะแนนความพึงพอใจของประชาชนผู้เคยใช้บริการและผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546-2557 53

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม ปีงบประมาณ 2546-2557	11
ตารางที่ 2	งบเหมาจ่ายรายหัว จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ 2557	12
ตารางที่ 3	จำนวนประชากรไทยจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2548-2557	14
ตารางที่ 4	จำนวนหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557	19
ตารางที่ 5	จำนวนหน่วยบริการประจำที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกประเภทและสังกัดของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2550-2557	19
ตารางที่ 6	สัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2557	21
ตารางที่ 7	แผน/ผลการดำเนินงานการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557	23
ตารางที่ 8	การใช้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2556 -2557	35
ตารางที่ 9	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2557	36
ตารางที่ 10	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าถึงยา จ (2) ปีงบประมาณ 2552-2557	39
ตารางที่ 11	จำนวนผู้ป่วยใช้ยากำพร้าและยาต้านพิษ จำแนกตาม สปสช. เขต ปีงบประมาณ 2557	40
ตารางที่ 12	จำนวนมูลค่ายาที่รัฐประหยัดได้ ปีงบประมาณ 2553-2557	41
ตารางที่ 13	วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2549-2557	42
ตารางที่ 14	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยในที่ปรับแล้ว จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2549-2557	43
ตารางที่ 15	สัดส่วนผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) น้อยกว่า 0.5 จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2549-2557	43
ตารางที่ 16	อัตราการผ่าตัดท้องคลอด สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2548-2557	44
ตารางที่ 17	อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่าย จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2549-2557	44

ตารางที่ 18	จำนวนการให้บริการสอบถามข้อมูล รับเรื่องร้องเรียน และเรื่องร้องทุกข์ ปีงบประมาณ 2551-2557	49
ตารางที่ 19	จำนวนการสอบถามข้อมูลของประชาชน จำแนกประเด็นคำถาม ปีงบประมาณ 2551-2557	49
ตารางที่ 20	จำนวนการสอบถามข้อมูลของผู้ให้บริการ จำแนกประเด็นคำถาม ปีงบประมาณ 2551-2557	50
ตารางที่ 21	จำนวนและร้อยละเรื่องร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขภายใน 30 วันทำการ ปีงบประมาณ 2554-2557	51
ตารางที่ 22	การให้บริการรับเรื่องร้องทุกข์ จำแนกตามประเภทเรื่องร้องทุกข์ ปีงบประมาณ 2551-2557	51
ตารางที่ 23	จำนวนผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหาย จากการรักษาพยาบาลและการให้บริการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2552-2557	52
ตารางที่ 24	สัดส่วนงบบริหารและงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550-2557	62
ตารางที่ 25	ผลการประเมินผลการดำเนินงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557	73
ตารางที่ 26	งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558	84
ตารางที่ 27	งบบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558	86
ตารางที่ 28	ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ปีงบประมาณ 2557	98
ตารางที่ 29	ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 จำแนกตามประเภทความเสียหาย ข้อบังคับฯ ปีงบประมาณ 2557	99
ตารางที่ 30	ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ2557	99
ตารางที่ 31	ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 จำแนกตามแผนกที่เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2557	99
ตารางที่ 32	กรณีอุทธรณ์คำร้องที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2557	100
ตารางที่ 33	หน่วยงานที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นตามมาตรา 50 (5) ปีงบประมาณ 2557	102
ตารางที่ 34	จำนวนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2557	103
ตารางที่ 35	จำนวนเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ปีงบประมาณ 2557	104

หน้าว่าง

ส่วนที่ 1

ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า

- กรอบแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การคลังสุขภาพ และงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การมีสิทธิ การใช้สิทธิ และภาระรายจ่ายสุขภาพของประชาชน
- หน่วยบริการสุขภาพ และคุณภาพของผู้ให้บริการสุขภาพ
- การเข้าถึงบริการสุขภาพ
- การคุ้มครองสิทธิ การตอบสนองต่อความต้องการ การชดเชยเยียวยา

- 1 -
กรอบแนวคิด การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอบแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญคือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งในการให้สิทธิดังกล่าวแก่ประชาชน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องใช้กลไกทางการเงินการคลัง โดยแหล่งเงินส่วนใหญ่จะต้องมาจากภาครัฐ เพื่อเป็นการปกป้องภาระทางการเงินของครัวเรือน และเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเป็นการปกป้องคนจน ที่อาจจะไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพที่มีราคาแพงได้ ทั้งนี้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือการขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนและบริการสุขภาพ ประกอบด้วยการขยายขอบเขตของหลักประกันสุขภาพใน 3 มิติ ได้แก่

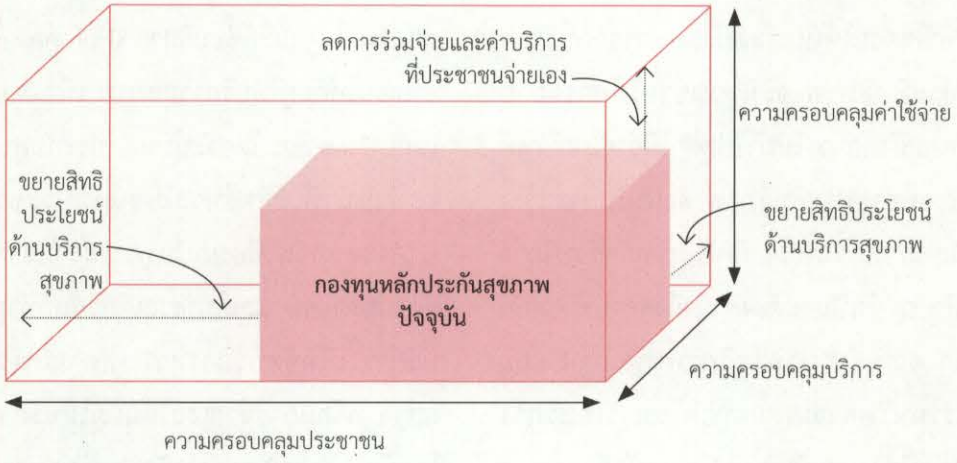
1) การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชน (Covered population)

2) การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบริการสุขภาพ (Covered services)

3) การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Covered costs)

ดังนั้นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงควรคำนึงถึงการขยายความครอบคลุมทั้ง 3 มิติ เนื่องจาก ในการปกป้องภาระรายจ่ายทางด้านสุขภาพของประชาชนนั้น นอกจากการให้สิทธิแก่ประชาชนแล้ว สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมโดยหลักประกันสุขภาพ ก็มีความสำคัญในการปกป้องคุ้มครองประชาชนเช่นกัน รวมถึงความครอบคลุมในด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งหมดว่าเป็นการจ่ายจากระบบหลักประกันสุขภาพหรือจ่ายจากกระเป๋าของประชาชนเอง (Out-of-pocket)

แผนภูมิที่ 1 มิติของการขยายความครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ที่มา: World health report 2010, WHO

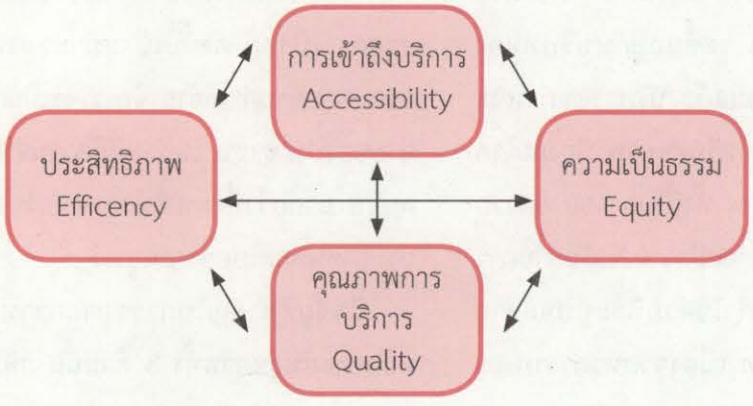
องค์การอนามัยโลก ได้เสนอมิติของการขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ 3 มิติ ครอบคลุมทั้งในมิติประชาชน มิติบริการสุขภาพ และมิติค่าใช้จ่ายสุขภาพ (แผนภูมิที่ 1) โดยภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ ควรที่จะมีความครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายคือ 100% ของประชาชนในประเทศ ในขณะที่ความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพ จะหมายถึงการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการ โดยเน้นไปที่บริการที่จำเป็น และบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งนี้เพื่อปกป้องคนจน ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการที่มีความจำเป็นและมีราคาแพงได้ อย่างไรก็ตาม ขอบเขตของบริการสุขภาพ จะขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ แต่ในภาพรวมแล้ว บริการสุขภาพจะครอบคลุมตั้งแต่ บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ในการขยายความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์กับการขยายความครอบคลุมของค่าใช้จ่ายที่ระบบจะจ่ายสำหรับบริการแต่ละประเภท เนื่องจากหากระบบจะจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมดของบริการสุขภาพทุกประเภทค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อระบบก็อาจจะสูง และปรากฏการณ์ที่มักจะพบว่าเป็นปัญหาคือ ปัญหาการรอคอยการรับบริการ (waiting list) หลายประเทศจึงใช้กลไกการร่วมจ่าย (copayment) ในการควบคุมฝั่งผู้ใช้บริการ ซึ่งหมายความว่า ความครอบคลุมในด้านค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพนั้น จะไม่เป็น 100% ดังนั้นในทางปฏิบัติ จึงเป็นเรื่องยากที่จะสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ ได้อย่างสมบูรณ์ แม้แต่กระทั่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งหมายความว่ามีบริการสุขภาพบางส่วน ที่ประชาชนยังคงต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าอยู่ ดังนั้นเป้าหมายของการขยายความครอบคลุมด้านค่าใช้จ่าย จึงควรจะเป็นการลดภาระการจ่ายของประชาชน ในส่วนที่มีความจำเป็นเพื่อปกป้องคนจน มากกว่าที่จะทำให้การจ่ายเงินจากกระเป๋าของประชาชนหมดไปอย่างสมบูรณ์

ปัจจัยที่สำคัญในการขยายความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ด้านนั้น ก็คือการเพิ่มเงินใน

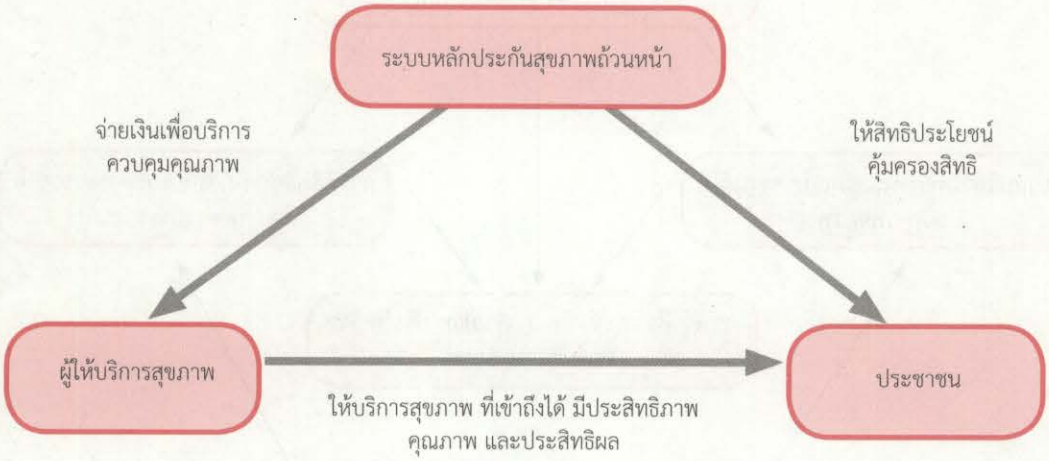
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ครอบคลุมประชาชน บริการ และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ดี การควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม และการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้การขยายความครอบคลุมดังกล่าว ไม่นำไปสู่ค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงจนเกินไป จนขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสำคัญ จำเป็นจะต้องคำนึงถึงความสมดุลกับประเด็นอื่นๆ อาทิเช่น ประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเป็นธรรมหรือความเสมอภาคในการใช้บริการสุขภาพด้วย เนื่องจากการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ จะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงขึ้น ปริมาณบริการที่มากขึ้น จนอาจจะกระทบต่อคุณภาพบริการ และการให้บริการอาจจะไม่ทั่วถึงประชาชนทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกันได้ ดังนั้นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงควรให้ความสำคัญกับการรักษาสมดุลระหว่าง 4 มิติของสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

ในการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากจะเป็นการใช้กลไกทางการเงินเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนแล้ว ระบบหลักประกันสุขภาพยังสร้างความสัมพันธ์แบบใหม่ในระบบบริการสุขภาพ ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ที่ทำหน้าที่จ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำหน้าที่ให้สิทธิประโยชน์กับประชาชนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อปกป้องภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชน และในขณะเดียวกันก็ทำการจัดหาผู้ให้บริการ เพื่อจัดบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ดังกล่าว พร้อมการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการตามเงื่อนไข โดยผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะจัดบริการสุขภาพตามที่ได้ตกลงกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ การจัดบริการสุขภาพและการให้บริการสุขภาพของผู้ให้บริการ ก็จะต้องมีความเหมาะสมทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ คุณภาพ และประสิทธิผล อันจะนำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของประชาชน นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ยังมีหน้าที่ให้ความคุ้มครองสิทธิสำหรับประชาชน ตอบสนองต่อความต้องการ ชดเชยเยียวยาผลกระทบจากบริการสุขภาพและสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชน

แผนภูมิที่ 2 ความสมดุลระหว่าง 4 มิติของสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ



แผนภูมิที่ 3 ความสัมพันธ์และบทบาทของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับผู้ให้บริการและประชาชน

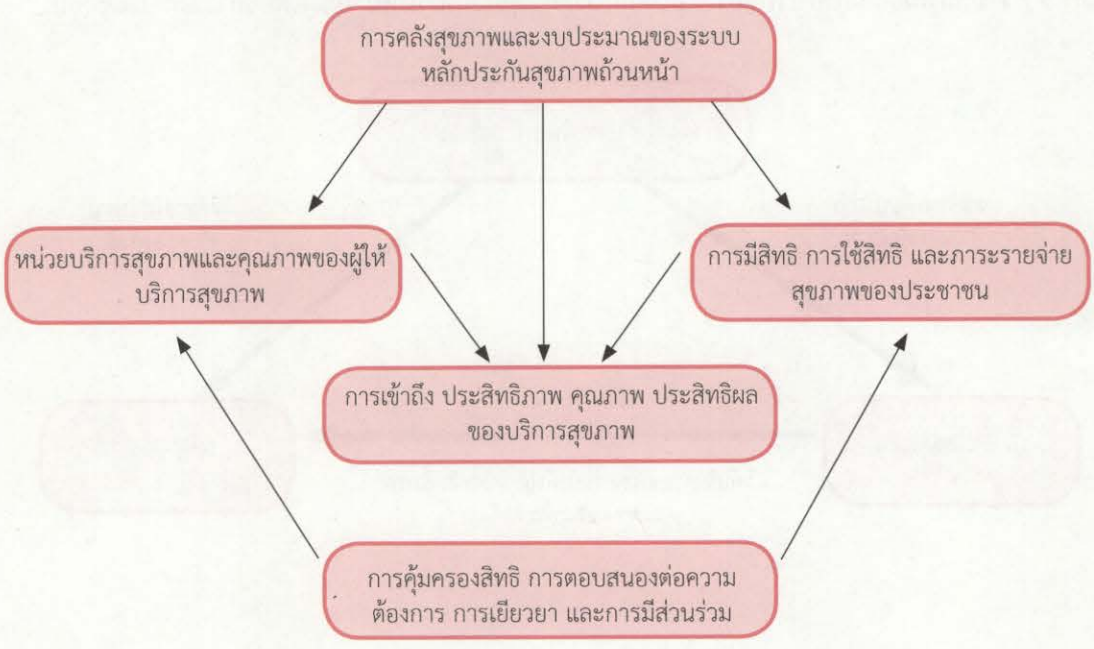


จากกรอบแนวคิดดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งต้นจากการสร้างระบบการเงินการคลังเพื่อบริการสุขภาพ ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นของการให้สิทธิประโยชน์สำหรับประชาชน ทั้งในด้านความครอบคลุมประชาชน ความครอบคลุมบริการ และความครอบคลุมค่าใช้จ่ายของบริการ นอกจากนี้การจัดการการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังเป็นปัจจัยด้านทรัพยากรที่สำคัญสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ ในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชน ภายใต้สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการจ่ายเงินที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพของบริการ คุณภาพของบริการ และประสิทธิผลของบริการสุขภาพที่ดี โดยมีกลไกคุ้มครองสิทธิ ชดเชยเยียวยา และการสร้างความมีส่วนร่วม เป็นกลไกสนับสนุน

ในการนำเสนอผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวข้างต้น โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 5 ส่วน (แผนภูมิที่ 4) ได้แก่

- การคลังสุขภาพ และงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การมีสิทธิ การใช้สิทธิ และภาระรายจ่ายสุขภาพของประชาชน
- หน่วยบริการสุขภาพ และคุณภาพของผู้ให้บริการสุขภาพ
- การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ คุณภาพ และประสิทธิผลของบริการสุขภาพ
- การคุ้มครองสิทธิ การตอบสนองต่อความต้องการ การชดเชยเยียวยา และการมีส่วนร่วม

แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดการนำเสนอผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน



กรอบแนวคิดในการนำเสนอผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มต้นจากการคลังสุขภาพและงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นกลไกหลักในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ใช้ขับเคลื่อนให้เกิดระบบบริการสุขภาพ โดยการมีงบประมาณที่เพียงพอและการจัดสรรอย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การขยายสิทธิประโยชน์กับประชาชน และเมื่อประชาชนมีการใช้สิทธิของตนเองในการไปใช้บริการสุขภาพ ก็จะช่วยลดภาระรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนลง ถือเป็นการปกป้องครัวเรือนจากปัญหาทางการเงินอันเนื่องมาจากการใช้บริการสุขภาพ และทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าไปช่วยสนับสนุนให้มีหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านกลไกการซื้อบริการสุขภาพ เพื่อให้มีหน่วยบริการสุขภาพที่มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น ประกอบกับกลไกการพัฒนาศักยภาพและการควบคุมคุณภาพ เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพมีคุณภาพและศักยภาพที่เพียงพอในการให้บริการ และจากการที่ประชาชนมีสิทธิและใช้สิทธิ และหน่วยบริการสุขภาพมีความพร้อม ก็จะเกิดผลคือการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้น โดยคำนึงถึงประเด็นประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเป็นธรรม และประสิทธิผล ควบคู่กันไป อันจะเป็นการรักษาสมดุลของระบบบริการสุขภาพที่ดี และส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนในที่สุด และสำหรับส่วนสุดท้ายคือกลไกการคุ้มครองสิทธิ การตอบสนองต่อความต้องการ การชดเชยเยียวยาผลกระทบ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ซึ่งเป็นกลไกสนับสนุนเพื่อการพิทักษ์สิทธิ และการแสดงความรับผิดชอบต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อให้สามารถใช้บริการและให้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

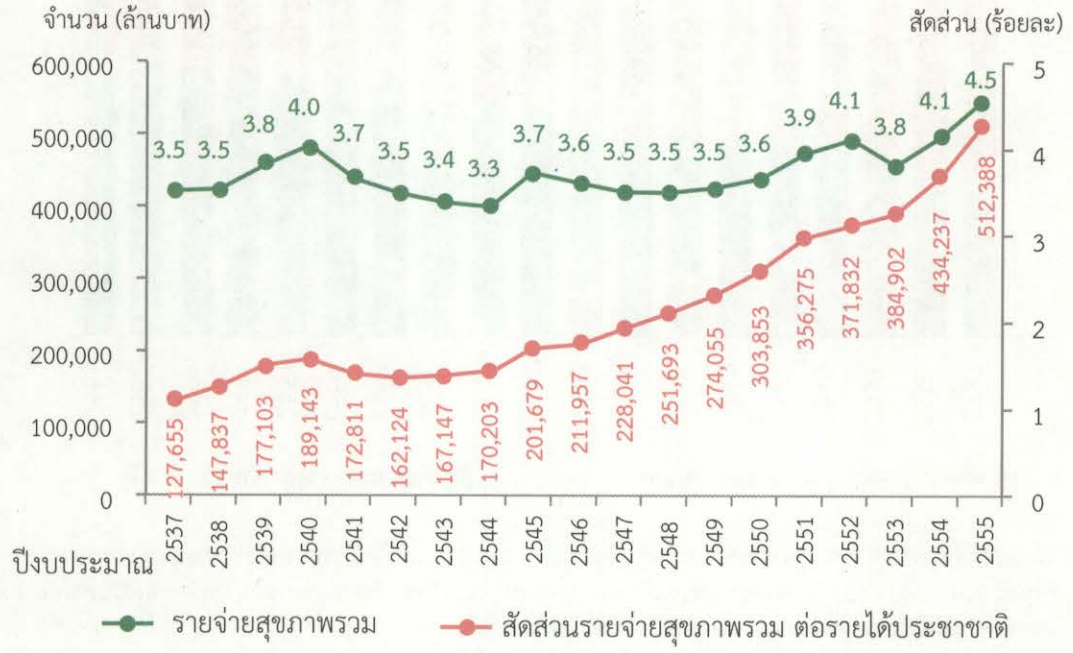
- 2 -
การคลังสุขภาพ และงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การคลังสุขภาพ และงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 การคลังสุขภาพในภาพรวม

การคลังสุขภาพในภาพรวม นับว่ามีความเกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างมาก เนื่องจากในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการปกป้องภาระรายจ่ายของประชาชนนั้น ภาครัฐจะต้องเข้ามารับผิดชอบรายจ่ายสุขภาพนั้นแทนประชาชน และหากการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่รัดกุมเพียงพอ รายจ่ายสุขภาพก็จะเพิ่มสูงขึ้นจนอาจจะมากเกินไป และกลายเป็นภาระรายจ่ายของภาครัฐตามมา ดังนั้นในการลงทุนของรัฐเพื่อแบกรับภาระรายจ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการขยายความครอบคลุมประชาชน การขยายประเภทบริการ และความครอบคลุมค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละประเภทนั้น รัฐจะต้องมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน โดยที่ผ่านมามีการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account-NHA) ซึ่งเป็นดัชนีแสดงขนาดของทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งโดยภาครัฐและเอกชนต่อสุขภาพของประชากรในประเทศ แสดงภาระของครัวเรือนเปรียบเทียบกับรัฐบาล และสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรหรือรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ประชาชาติ และแสดงให้เห็นว่าประเทศหนึ่งๆ ได้ใช้ทรัพยากรของตนไปสู่กิจกรรมด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร หากคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ประชาชาติ (GDP) จะพบว่ารายจ่ายสุขภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 3.5 ในปี พ.ศ. 2537 ร้อยละ 4.0 ในปีงบประมาณ 2540 ปีที่เกิดวิกฤต “ต้มยำกุ้ง” สัดส่วนดังกล่าวลดลงเรื่อยๆ จนเป็นร้อยละ 3.3 ในปีงบประมาณ 2544 เนื่องจากอัตราการเจริญเติบโตของรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าอัตราการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวม และค่อยๆเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2551-2554 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 3.5 -4.5 โดยมีแนวโน้มที่ค่อนข้างคงที่หรือขึ้นลงในช่วงแคบๆ และถึงแม้ว่าจะมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ 2545 แต่ก็ไม่ได้ทำให้อัตราส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP นั้นเพิ่มสูงขึ้นแต่อย่างใด (แผนภูมิที่ 5) แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่า

แผนภูมิที่ 5 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ปี พ.ศ. 2537 - 2555



ที่มา : บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2555 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ : ข้อมูลปี พ.ศ. 2551-2553 มีการปรับปรุงข้อมูลใหม่จากหลายหน่วยงาน เช่น ข้อมูลของหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรไม่แสวงหากำไรให้บริการครัวเรือน และช่วยเหลือจากต่างประเทศ เป็นต้น

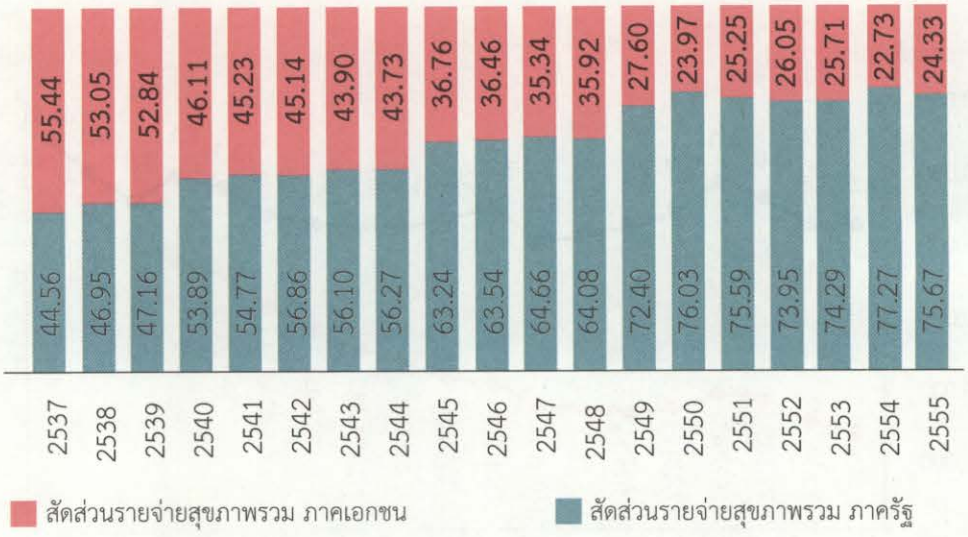
รายจ่ายสุขภาพ หากคิดเป็นยอดรายจ่ายทั้งหมดแล้วจะเพิ่มสูงขึ้น จาก 1.27 แสนล้านบาทในปีงบประมาณ 2537 เป็น 5.12 แสนล้านบาทในปีงบประมาณ 2555 ก็ตาม แต่อัตราการเพิ่มดังกล่าว ก็อยู่ในระดับเดียวกับอัตราการเพิ่มของ GDP ของประเทศ และยังคงสามารถรักษารายจ่ายสุขภาพต่อ GDP ไว้ได้ระดับที่ค่อนข้างต่ำ

หากเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพ โดยแบ่งเป็นภาครัฐและภาคเอกชนรวมครัวเรือนแล้ว จะพบว่าสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2537 ที่ภาครัฐมีสัดส่วนรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.56 เป็นร้อยละ 75.67 ในปีงบประมาณ 2555 (แผนภูมิที่ 6)

รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี ของราคาปีปัจจุบันระหว่าง ปีงบประมาณ 2537-2555 มีแนวโน้มทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง กล่าวคือรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีเพิ่มขึ้นโดยตลอด จาก 2,160 บาทในปีงบประมาณ 2537 เป็น 3,110 บาทในปี 2540 จากนั้นลดลงเนื่องจากประเทศประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ดี รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีได้เพิ่มขึ้นเป็น 7,949 บาท ในปีงบประมาณ 2555[1] (แผนภูมิที่ 7)

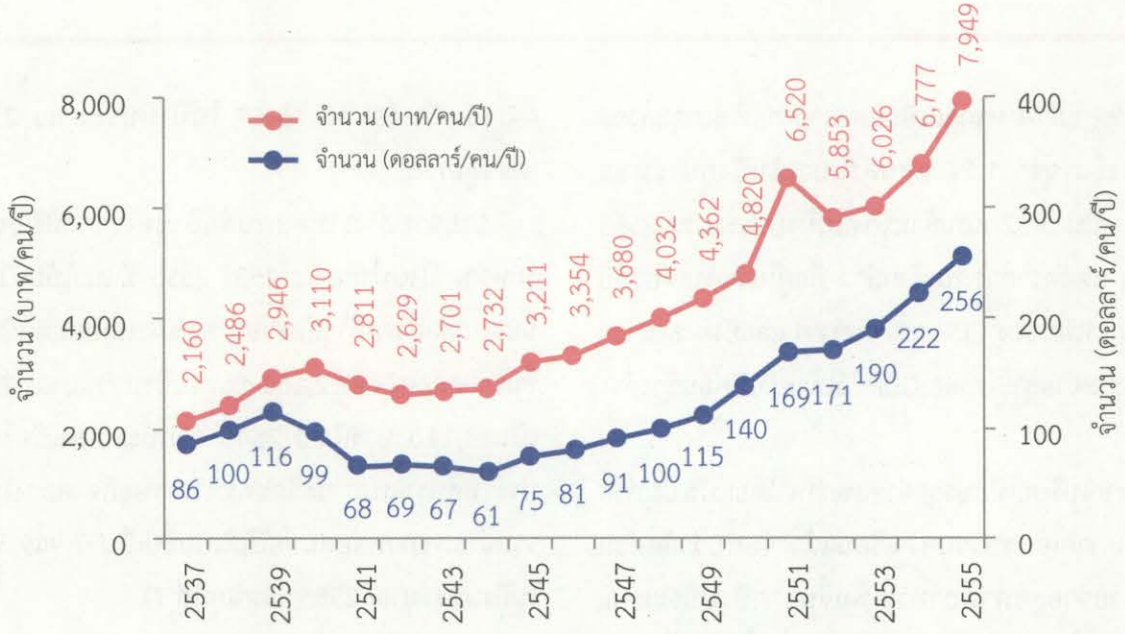
[1] บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2555

แผนภูมิที่ 6 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ และเอกชนของประเทศ ปี พ.ศ. 2537-2555



ที่มา : บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2555 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ : ข้อมูลปี พ.ศ. 2551-2553 มีการปรับปรุงข้อมูลใหม่จากหลายหน่วยงาน เช่น ข้อมูลของหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรไม่แสวงหากำไรให้บริการครัวเรือน และช่วยเหลือจากต่างประเทศ เป็นต้น

แผนภูมิที่ 7 รายจ่ายสุขภาพรวม ปี พ.ศ. 2537-2555

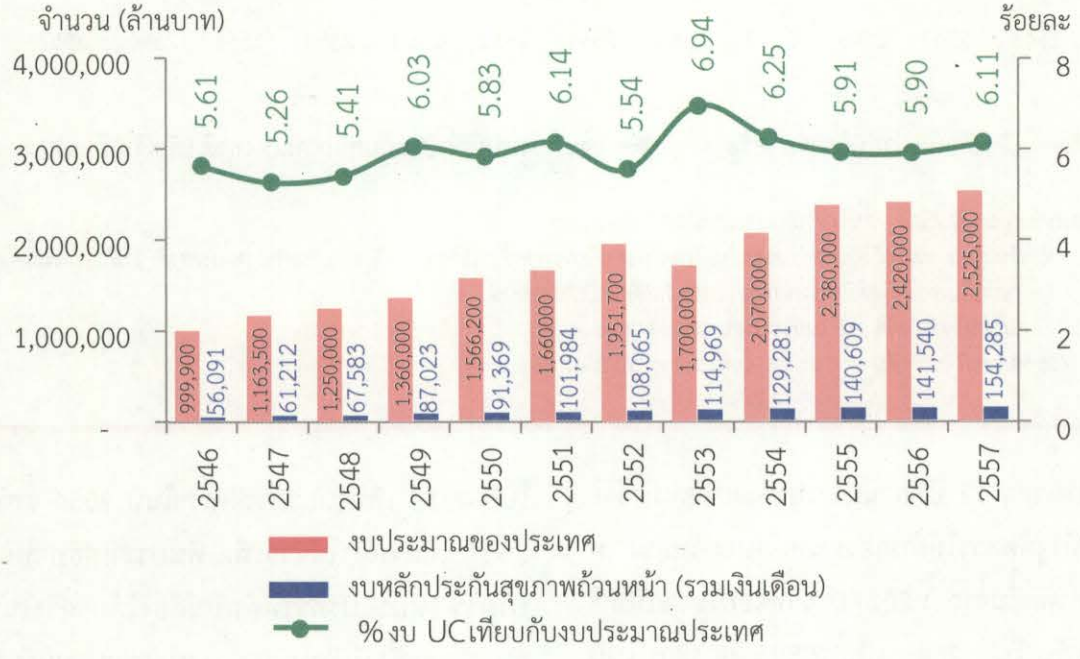


ที่มา : บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2555 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ : 1) ข้อมูลปี พ.ศ. 2551-2553 มีการปรับปรุงข้อมูลใหม่จากหลายหน่วยงาน เช่น ข้อมูลของหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรไม่แสวงหากำไรให้บริการครัวเรือน และช่วยเหลือจากต่างประเทศ เป็นต้น
2) อัตราแลกเปลี่ยนแต่ละปี

2.2 งบประมาณการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สัดส่วนของงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเทียบกับงบประมาณโดยรวมของประเทศ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 5.25-6.94 ระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557 ซึ่งอยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งหมายความว่า งบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของงบประมาณโดยรวมของประเทศ ยกเว้นปีงบประมาณ 2553 ที่งบประมาณของประเทศลดลงจากปีงบประมาณ 2552 ทำให้สัดส่วนของงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเป็นร้อยละ 6.94 (แผนภูมิที่ 8)

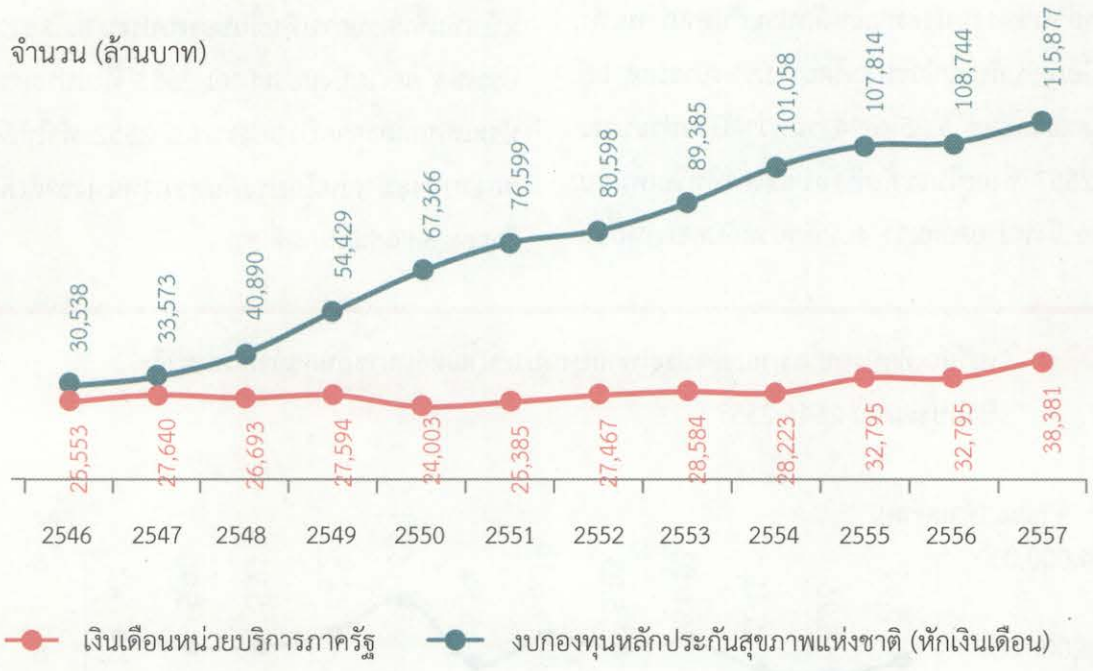
แผนภูมิที่ 8 เปรียบเทียบงบประมาณของประเทศกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2557



ที่มา: ข้อมูลงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546 - 2557 สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลักๆ คือ เงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ และงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ อยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่ ประมาณ 2.3-3.3 หมื่นล้านบาทต่อปี โดยในช่วงแรกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี 2545-2547) สัดส่วนที่เป็นเงินเดือน มีสัดส่วนใกล้เคียงกับงบกองทุน แต่หลังจากปีงบประมาณ 2548 งบกองทุนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 3.8 เท่า ของงบเงินเดือนในปีงบประมาณ 2557 (แผนภูมิที่ 9) ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงการประมาณการเงินเดือนบุคลากรภาครัฐที่ให้บริการประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 9 จำนวนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับ ปีงบประมาณ 2546-2557



ที่มา: ข้อมูลงบกองทุนฯ ปี 2546 - 2557สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: หักเงินเดือน หมายถึง การคำนวณเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่ามีภาระเงินเดือนของบุคลากรเป็นเท่าใด โดยมีการทบทวนการหักเงินเดือนเป็นระยะดังนี้

1. หน่วยบริการสังกัด สป. ในปีงบประมาณ 2547 และ 2550

2. หน่วยบริการรัฐอื่น นอก สป.สธ. ในปีงบประมาณ 2547 และ 2554

ในช่วงเวลา 12 ปีที่ผ่านมา งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ที่รัฐจัดสรรให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้นจาก 1,202.40 บาทต่อประชากรสิทธิหลักประกัน ในปี 2545 เป็น 2,895.09 บาท ในปี 2557 หรือเพิ่มมากกว่า 1 เท่าตัว ทำให้สามารถให้สิทธิประโยชน์และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะค่าบริการสำหรับผู้ป่วยใน และงบสำหรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริหารจัดการเฉพาะโรค โดยในปี 2549 เพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่องบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี 2552 เพิ่มสิทธิประโยชน์บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ในปี 2553 เพิ่มงบบริการจิตเวชในปี 2554 และในปี 2557 เพิ่มงบค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ (หน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย) และงบค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) (ตารางที่ 1)

ในปีงบประมาณ 2557 ได้รับการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 2,895.09 บาท/ผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน 48.852 ล้านคน โดยแบ่งเป็น 9 หมวด ตามประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม ปีงบประมาณ 2545-2557

รายการ	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	45,934.25	51,091.23	57,367.06	62,589.27	64,464.97	87,513.45	97,601.70	103,551.25	113,438.11	122,222.38	133,186.41	133,495.04	141,430.92
1.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	22,138.45	25,538.40	29,727.54	35,896.62	36,870.60	63,510.79	72,216.40	76,083.85	84,853.88	93,999.41	100,391.13	100,699.76	103,049.63*
1.2 เงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ	23,795.80	25,552.83	27,639.52	26,692.65	27,594.37	24,002.66	25,385.30	27,467.40	28,584.23	28,222.98	32,795.28	32,795.28	38,381.29
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		-	-	-	2,796.20	3,855.60	4,382.40	2,983.77	2,770.85	2,997.74	2,940.06	3,276.83	2,947.00
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง		-	-	-	-	-	-	1,530.07	1,455.44	3,226.55	3,857.89	4,357.79	5,178.80
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง		-	-	-	-	-	-	-	304.59	630.60	437.90	410.09	801.24
5. บริการจิตเวช		-	-	-	-	-	-	-	-	203.62	187.14	-	-
6. ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ (หน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	900.00
7. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,000.00
รวมทั้งสิ้น	45,934.25	51,091.23	57,367.06	62,589.27	67,261.17	91,369.05	101,984.10	108,065.09	117,969.00	129,280.89	140,609.40	141,539.75	154,257.97
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริหารภาครัฐ)	22,138.45	25,538.40	29,727.54	35,896.62	39,666.80	67,366.39	76,598.80	80,597.69	89,384.77	101,057.91	107,814.12	108,744.46	115,876.67
อัตราเหมาจ่ายรายหัว(เฉพาะงบเหมาจ่าย)	1,202.40	1,202.40	1,308.50	1,396.30	1,659.20	1,899.69	2,100.00	2,202.00	2,401.33	2,546.48	2,755.60	2,755.60	2,895.09
งบ UC ต่อหัวประชากร (ทุกรายการ)	1,142.39	1,219.37	1,307.40	1,437.93	1,717.76	1,983.44	2,194.29	2,297.99	2,497.24	2,693.54	2,909.18	2,921.66	3,157.66
% เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัว	-	0.00%	8.82%	6.71%	18.83%	14.49%	10.54%	4.86%	9.05%	6.04%	8.21%	0.00%	5.06%

ที่มา: ข้อมูลงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546 - 2557 สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

**หมายเหตุ: รวมที่ขอใช้งบคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 ก.ย. 2555 จำนวน 700 ล้านบาท มาใช้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับปีงบประมาณ 2557*

ตารางที่ 2 อัตราเหมาจ่ายรายหัว จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ 2557

จำนวน (บาท: ผู้มีสิทธิ)

ประเภทบริการ	
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,056.96
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,027.94
3. บริการกรณีเฉพาะ	271.33
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	383.61
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	14.95
6. บริการการแพทย์แผนไทย	8.19
7. ค่าเสื่อม	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ (มาตรา 41)	3.32
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ	0.10
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	**2,895.09**

ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารสุขของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2557

- 3 -

การเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการและภาระรายจ่ายสุขภาพของประชาชน

การเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และภาระรายจ่ายสุขภาพของประชาชน

เป้าประสงค์หลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคน โดยมีข้อบ่งชี้ที่บ่งบอกความสำเร็จ 3 ประการ ได้แก่ การเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การลดภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน เพื่อปกป้องครัวเรือนจากการล้มละลายและความยากจนอันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาล ซึ่ง 12 ปี ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า

3.1 การเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

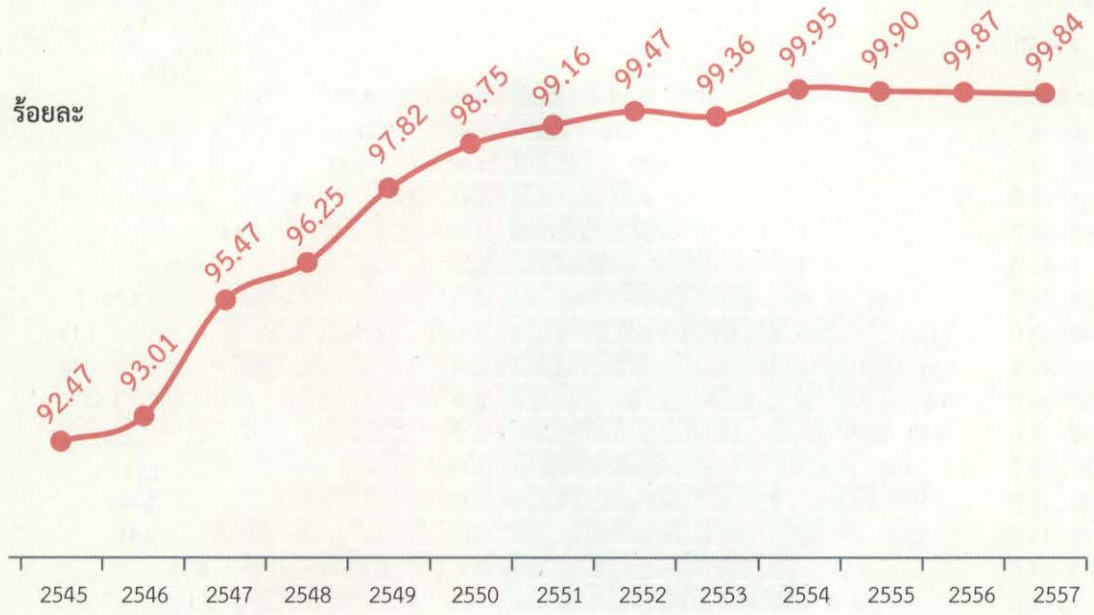
3.1.1 ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาจากระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐอื่น เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งของการเพิ่มความเป็นธรรม พบว่า ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 71.00 ในปีงบประมาณ 2544 เป็นร้อยละ 99.84 ในปีงบประมาณ 2557 (แผนภูมิที่ 10) ทั้งนี้ไม่นับรวมบุคคลที่รอพิสูจน์สถานะ คนไทยในต่างประเทศ และคนต่างด้าว

ในปีงบประมาณ 2557 ประชาชนไทยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 48.31 ล้านคน (ร้อยละ 73.80) สิทธิประกันสังคม จำนวน 11.07 ล้านคน (ร้อยละ 16.90) ในขณะที่สิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ มีจำนวน 4.84 ล้านคน (ร้อยละ 7.39) โดยมีประชาชนที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิประมาณ 0.11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.16 ของจำนวนประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ และมีบุคคลที่รอพิสูจน์สถานะประมาณ 0.21 ล้านคน (ตารางที่ 3)

สำหรับโครงสร้างอายุประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเทียบกับสิทธิอื่น พบว่า สัดส่วนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเด็กในช่วงอายุ 10-19 ปี และผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ส่วนสิทธิอื่นสัดส่วนประชาการส่วนใหญ่เป็นช่วงวัยแรงงาน อายุ 20-54 ปี (แผนภูมิที่ 11)

แผนภูมิที่ 10 ร้อยละความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย ปีงบประมาณ 2545-2557



ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน ณ ก.ย. 2557 สปสช.

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรไทยจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2548-2557

(หน่วย : ล้านคน)

ประเภทสิทธิ	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
ประกันสุขภาพแห่งชาติ	47.34	47.54	46.67	46.95	47.56	47.73	48.12	48.62	48.61	48.31
ประกันสังคม	8.74	9.20	9.58	9.84	9.62	9.90	10.17	10.33	10.77	11.07
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.15	4.06	5.13	5.00	4.96	4.92	4.96	4.97	4.98	4.84
พนักงานส่วนท้องถิ่น	-	-	-	-	-	-	-	-	0.10	0.58
อื่นๆ [1]	0.22	0.23	0.24	0.24	0.23	0.52	0.64	0.61	0.49	0.56
ผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ	2.36	1.36	0.78	0.52	0.33	0.41	0.03	0.06	0.08	0.11
รวมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ	62.81	62.39	62.41	62.55	62.70	63.47	63.92	64.59	65.04	65.46
บุคคลรอพิสูจน์สถานะ [2]	0.00	0.45	0.90	1.16	1.44	1.35	1.20	0.79	0.62	0.21
คนไทยในต่างประเทศ [3]	0.06	0.06	0.06	0.06	0.01	0.02	0.02	0.01	0.02	0.02
คนต่างด้าว	0.27	0.28	0.30	0.31	0.32	0.18	0.11	0.11	0.12	0.19
รวมประชากรอื่นๆ	0.34	0.80	1.25	1.52	1.78	1.54	1.32	0.91	0.77	0.42
รวมประชากรทั้งหมด	63.15	63.19	63.66	64.07	64.47	65.01	65.24	65.50	65.75	65.88

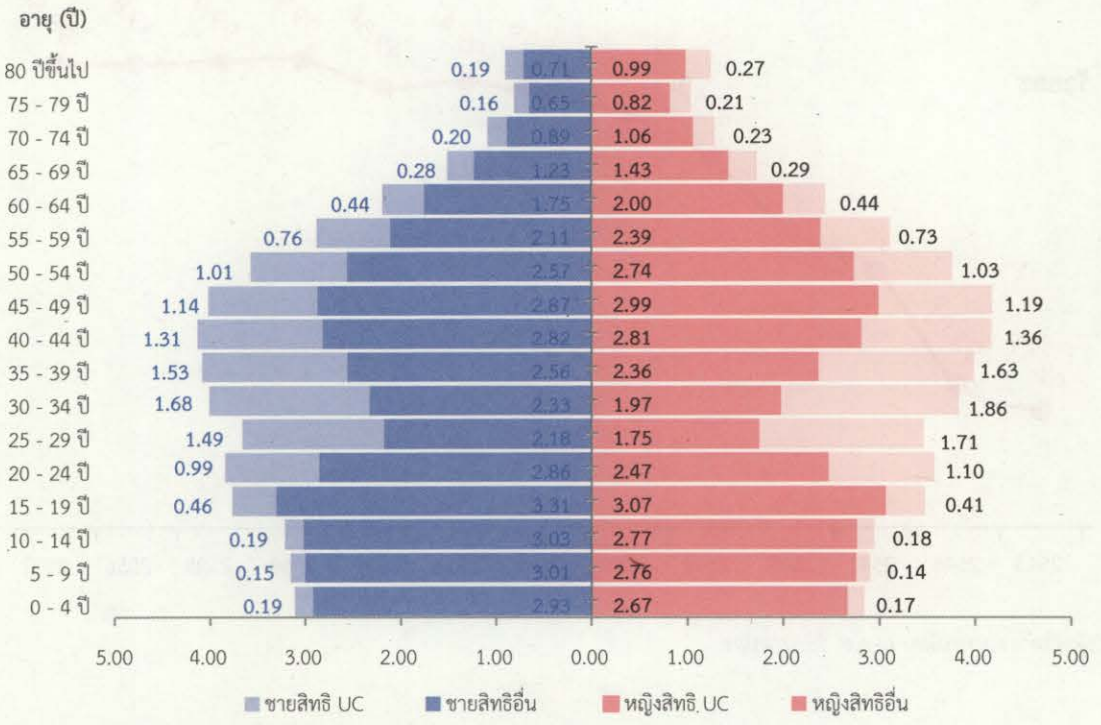
หมายเหตุ: 1) ได้แก่ ข้าราชการการเมือง ทหารผ่านศึก ครูเอกชน และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

2) ได้แก่ บุคคลที่ตาย หายสาบสูญ/ไม่พบตัวตน เลขบัตรประชาชนซ้ำซ้อน สิทธิคนไทยในต่างประเทศ รหัสบัตรประชาชนไม่ถูกต้อง ย้ายไปจังหวัดอื่น และคนต่างด้าว

3) ข้อมูลจากสำนักทะเบียนราษฎร์ ซึ่งอาจต่ำกว่าข้อมูลของศูนย์ประสานงานการเลือกตั้งนอกราชอาณาจักรสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองและสัญชาติ (สตม.) ในการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร 3 ก.ค. 2554 ผู้มีสิทธิลงทะเบียนจำนวน 146,132 คน

ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน ณ ก.ย. 2557 สปสช.

แผนภูมิที่ 11 สัดส่วนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิอื่นๆ จำแนกตามเพศและอายุ ปีงบประมาณ 2557



ที่มา: สำนักสารสนเทศการประกัน ณ ก.ย. 2557 สปสช.

3.1.2 การใช้สิทธิของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการใช้บริการสุขภาพ

อัตราการใช้สิทธิของประชาชนเมื่อไปใช้บริการสุขภาพในสถานบริการ ก็เป็นอีกข้อบ่งชี้หนึ่งที่จะบอกว่าประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น หลังจากการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2556 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ภาพรวมพบว่าแนวโน้มของการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น โดย อัตราการใช้สิทธิแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.85 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 91.21 ส่วนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.48 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 78.87 เช่นกัน (แผนภูมิที่ 12) ส่วนเหตุผลที่ประชาชนไม่ใช้สิทธิสวัสดิการเมื่อรับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการ 3 อันดับแรกของแต่ละด้าน คือ เหตุผลการไม่ใช้สิทธิในการไปใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (เจ็บป่วยเล็กน้อย ช้ารอนาน ไม่สะดวกเวลาทำการ) ผู้ป่วยใน (ช้ารอนาน แพทย์วินิจฉัยไม่เก่ง สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม) และด้านการส่งเสริมสุขภาพ คือช้ารอนาน สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม) (แผนภูมิที่ 13)

แผนภูมิที่ 12 อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปี 2546-2550, 2552, 2554, 2556

ที่มา: ข้อมูลผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปีงบประมาณ 2546-2550, 2552, 2554, 2556 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์
หมายเหตุ: ข้อมูลปีงบประมาณ 2551, 2553, 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติไม่มีการสำรวจ

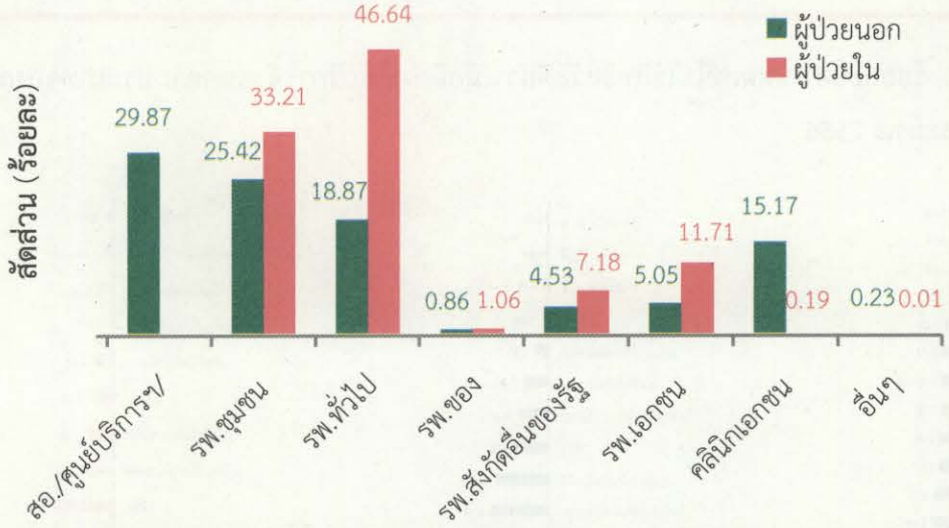
แผนภูมิที่ 13 ร้อยละของเหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการเมื่อมีการใช้บริการจำแนกตามประเภทของการใช้บริการสุขภาพปีงบประมาณ 2556

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2556, วิเคราะห์โดยสำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.
หมายเหตุ: ปี 2556 คำนวณอัตราการใช้สิทธิ UC เฉพาะผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในหน่วยบริการครั้งสุดท้าย

แผนภูมิที่ 14 สัดส่วนการเลือกใช้บริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2556 เมื่อเจ็บป่วย (กรณีไม่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาล)

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2556, วิเคราะห์โดยสำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.
หมายเหตุ: ปี 2556 คำนวณอัตราการใช้สิทธิ UC เฉพาะผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในหน่วยบริการครั้งสุดท้าย

แผนภูมิที่ 15 สัดส่วนการเลือกใช้บริการในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คิดเฉพาะเมื่อมีการเลือกใช้บริการที่หน่วยบริการ) ปี 2556



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2556, วิเคราะห์โดยสำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.
หมายเหตุ: ปี 2556 คำนวณอัตราการใช้สิทธิ UC เฉพาะผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในหน่วยบริการครั้งสุดท้าย

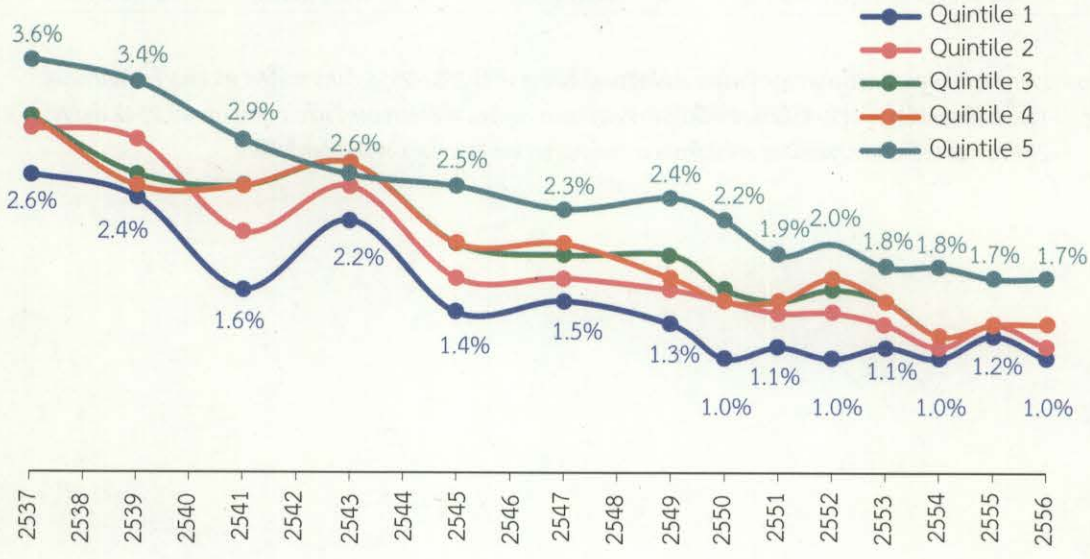
สำหรับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อตนเองเจ็บป่วยกรณีไม่ได้นอนโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 23.22 ประชาชนยังเลือกที่จะซื้อยาแผนปัจจุบันรับประทานเอง รองลงมา คือ สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 22.55 และ ร้อยละ 19.20 ตามลำดับ

(แผนภูมิที่ 15) และเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะการใช้บริการที่หน่วยบริการ จะพบว่า กรณีผู้ป่วยนอกประชาชนจะใช้บริการที่สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขสูงที่สุด ร้อยละ 29.87 รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 25.42 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 18.87 และคลินิกเอกชน ร้อยละ 15.17 ตามลำดับ ในขณะที่กรณีที่ต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.64 เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 33.21 และโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 11.71 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 16) ดังนั้นการเลือกใช้บริการในหน่วยบริการที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เข้าร่วม จะส่งผลต่ออัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมได้

3.2 ภาระรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน

การลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเป็นข้อบ่งชี้อีกประการหนึ่งในการสะท้อนความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยคำนวณจากสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขาภาพของครัวเรือนที่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล เทียบกับรายจ่ายโดยรวมของครัวเรือน ระหว่างกลุ่มประชาชนที่มีเศรษฐานะที่แตกต่างกันโดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) Quintile ที่ 1 สะท้อนประชาชนกลุ่มที่ยากจนที่สุด ส่วน Quintile ที่ 5 สะท้อนประชาชนกลุ่มที่รวยที่สุด พบว่า ประชาชนทุกกลุ่มมีภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มที่ยากจนที่สุด (Quintile ที่ 1) มีแนวโน้มที่ลดลงจากร้อยละ 2.6 ในปีงบประมาณ 2537 เหลือร้อยละ 1.0 ในปีงบประมาณ 2556 ในขณะที่กลุ่มรวยที่สุด (Quintile ที่ 10) ลดลงจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เหลือร้อยละ 1.7 (แผนภูมิที่ 16)

แผนภูมิที่ 16 ร้อยละรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน จำแนกเศรษฐานะ ปี 2537-2556



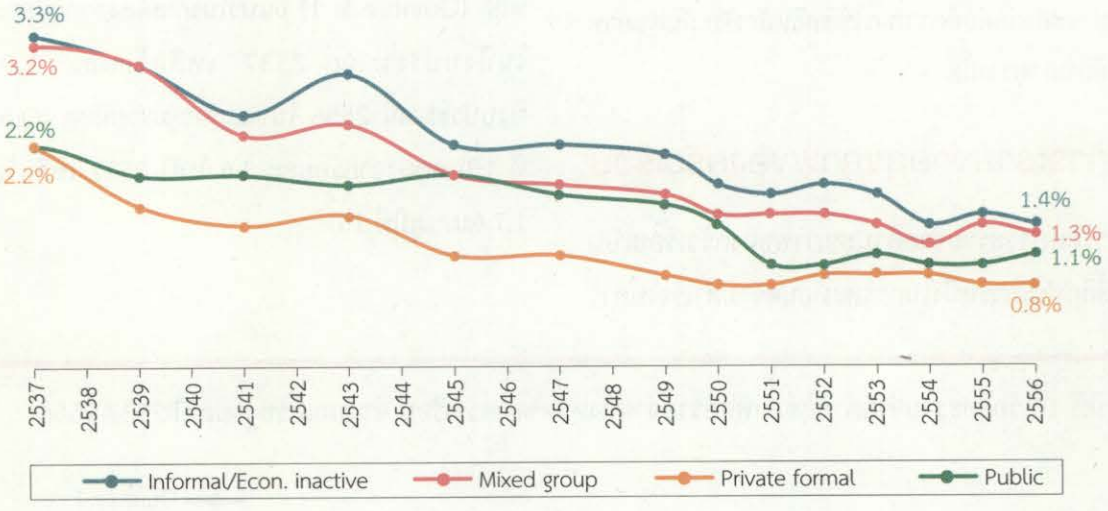
ที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2537-2556, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

หมายเหตุ : 1) ตั้งแต่ปี 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ทุกปี (ก่อนปี 2549 สำรวจทุก 2 ปี)

2) คำนวณจากอัตราส่วนระหว่างรายจ่ายด้านสุขภาพด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

หากพิจารณาจำแนกตามภาคการจ้างงาน ซึ่งประกอบด้วย ภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ (Informal/economically inactive) ซึ่งหมายถึงกลุ่มคนที่เคยอยู่ในระบบ สปร. โครงการบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ในช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มคนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงหลัง ภาค Public formal (สิทธิข้าราชการ) ภาค Private formal (สิทธิประกันสังคม) และ ภาค Mixed group (ภาคการจ้างงานที่ยังไม่สามารถจำแนกกลุ่มได้) พบว่า ทุกภาคการจ้างงานมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ ต่อรายจ่ายของครัวเรือนทั้งหมดลดลง โดยเฉพาะภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ (Informal/economically inactive) พบว่า ลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ 3.3 ในปี 2537 เหลือร้อยละ 1.4 ในปี 2556 (แผนภูมิที่ 17)

แผนภูมิที่ 17 จำนวนครัวเรือนที่ยากจนจากภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ จำแนกตามภาคการจ้างงาน ปี 2537-2556



ที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2537-2556, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

หมายเหตุ : 1) ตั้งแต่ปี 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ทุกปี (ก่อนปี 2549 สำรวจทุก 2 ปี)

2) คำนวณจากอัตราส่วนระหว่างรายจ่ายด้านสุขภาพด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

- 4 -

หน่วยบริการสุขภาพ และคุณภาพของผู้ให้บริการสุขภาพ

หน่วยบริการสุขภาพ และคุณภาพของผู้ให้บริการสุขภาพ

4.1 หน่วยบริการสุขภาพ

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพกับประชาชนในการไปใช้บริการสุขภาพแล้ว หัวใจสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ก็คือ การจัดหาหน่วยบริการสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพกับประชาชนผู้มีสิทธิ โดยหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิมีทั้งสิ้น 11,511 แห่ง โดยร้อยละ 94.69 เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการประจำ มีทั้งสิ้น 1,212 แห่ง โดยร้อยละ 72.44 อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน ร้อยละ 19.47 สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อมีจำนวน 1,069 แห่ง อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 84.19 อยู่ในสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 8.98 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557

ประเภทสังกัด	หน่วยบริการปฐมภูมิ		หน่วยบริการประจำ		หน่วยบริการรับส่งต่อ	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	10,900	94.69	878	72.44	900	84.19
นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	170	1.48	85	7.01	96	8.98
เอกชน	255	2.22	236	19.47	69	6.45
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	186	1.62	13	1.07	4	0.41
รวม	11,511	100	1,212	100	1,069	100

ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน ณ ก.ย. 2557 สปสช.

และภาพรวมหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกสังกัดและประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนจาก 1,199 แห่ง ในปี 2550 เป็น 1,212 แห่ง ในปี 2557 ยกเว้น โรงพยาบาลเอกชนที่ลดลงจาก 60 แห่ง ในปี 2550 เหลือเพียง 36 แห่ง ในปี 2557 แต่คลินิกชุมชนอบอุ่นของเอกชนเพิ่มขึ้นจาก 152 แห่ง ในปี 2550 เป็น 200 แห่ง ในปี 2557 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนหน่วยบริการประจำที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกประเภทและสังกัดของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2550-2557

ประเภทหน่วยบริการและสังกัด (แห่ง)	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	834	849	839	844	850	855	858	878
- โรงพยาบาล	830	836	830	831	831	832	834	845
- สอ./คลินิกชุมชนอบอุ่น	4	13	9	13	19	23	24	33
ภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข	153	155	83	81	83	83	84	85
- โรงพยาบาลและเครือข่าย	73	75	72	75	76	75	77	77
- สอ./คลินิกชุมชนอบอุ่น	80	80	11	6	7	8	7	8
เอกชน	212	205	217	218	211	227	229	236
- โรงพยาบาลและเครือข่าย	60	55	50	49	44	40	38	36
- สอ./คลินิกชุมชนอบอุ่น	152	150	167	169	167	187	191	200
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	-	-	10	12	14	15	15	13
- โรงพยาบาล			10	2	2	3	3	4
- สอ./คลินิกชุมชนอบอุ่น			-	10	12	12	12	9
ภาพรวม	1,199	1,209	1,149	1,155	1,158	1,180	1,186	1,212
- โรงพยาบาลและเครือข่าย	963	966	962	957	953	950	952	962
- สอ./คลินิกชุมชนอบอุ่น	236	243	187	198	205	230	234	250

ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน ณ ก.ย. 2557 สปสช.

4.2 การรับรองและประเมินคุณภาพของหน่วยบริการ

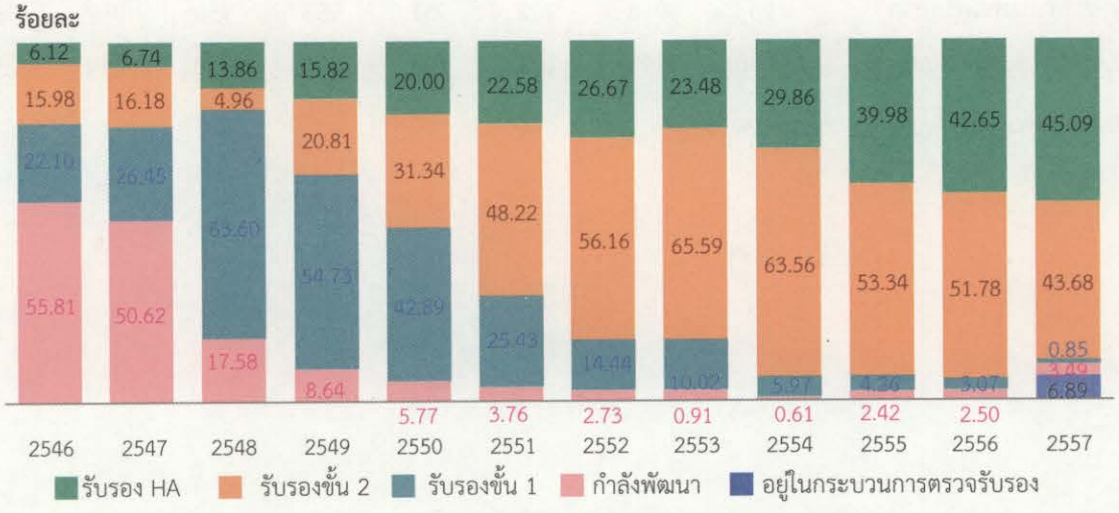
สปสช.ได้ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation: HA) เป็นกระบวนการหลักในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2557 หน่วยบริการรับการส่งต่อ ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นร้อยละ 45.09 และร้อยละ 43.68 ผ่านการรับรองในขั้นที่ 2 โดยโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพตาม HA และที่ผ่านการรับรองขั้นที่ 2 รวมกันเท่ากับร้อยละ 94.43 (แผนภูมิที่ 18) แสดงถึงคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเขต 12 สงขลา มีสัดส่วนของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA มากที่สุด (ร้อยละ 66.28) รองลงมาคือ เขต 2 พิษณุโลก (ร้อยละ 63.46) และ เขต 7 ขอนแก่น (ร้อยละ 60.81) ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 19)

และผลการตรวจประเมินศักยภาพหน่วยบริการเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่จะให้บริการกับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินแบบครบถ้วน ร้อยละ 16.38, 55.61, 6.64 และผ่านแบบมีเงื่อนไข ร้อยละ 80.10, 44.14 และ 92.42 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

เมื่อจำแนกตามต้นสังกัดของหน่วยบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกสำนักงานปลัดกระทรวง มีสัดส่วนการผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนสูงที่สุด แต่สำหรับหน่วยบริการรับการส่งต่อ พบว่าหน่วยบริการรัฐพิเศษผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนมากที่สุด (แผนภูมิที่ 20)

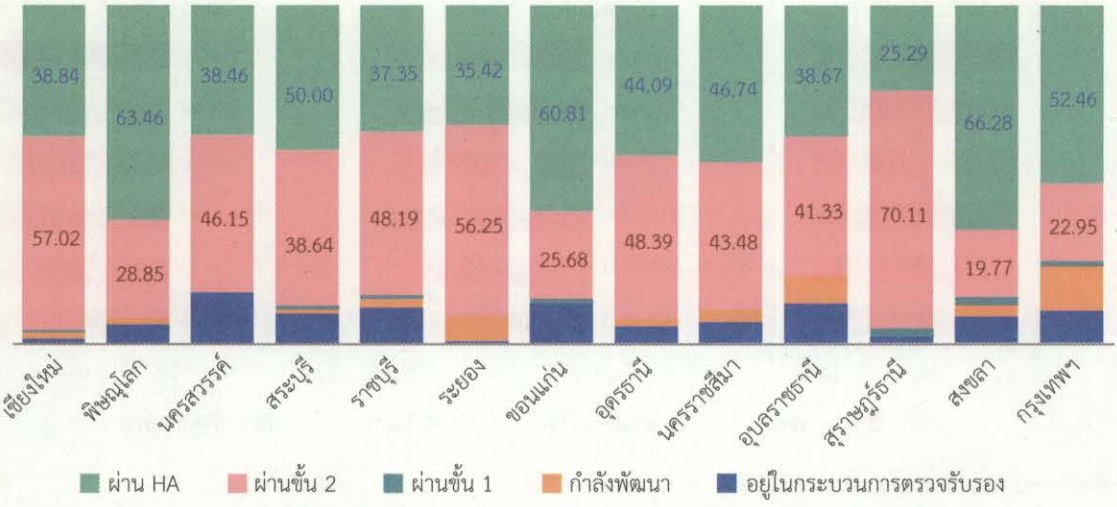
เมื่อจำแนกตามเขต พบว่าสปสช.เขต 13 กทม. มีสัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการรับส่งต่อผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนมากที่สุด ส่วนหน่วยบริการประจำ เขต 1 เชียงใหม่ ผ่านเกณฑ์มากที่สุด (แผนภูมิที่ 21)

แผนภูมิที่ 18 ร้อยละของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกขั้นการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ปีงบประมาณ 2546-2557



ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ปีงบประมาณ 2557 ข้อมูล ณ 30 ก.ย. 2557, วิเคราะห์โดยสำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ สปสช.

แผนภูมิที่ 19 ร้อยละของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกขั้นการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA และสปสช.เขต ปีงบประมาณ 2557



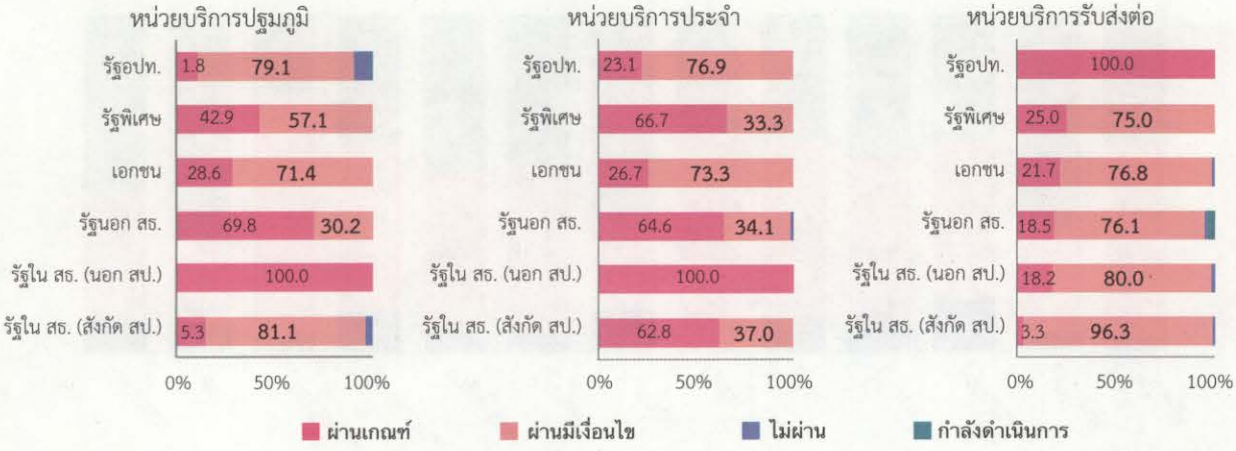
ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ปีงบประมาณ 2557 ข้อมูล ณ 30 ก.ย. 2557, วิเคราะห์โดยสำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ สปสช.

ตารางที่ 6 สัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2557

ผลการประเมิน	หน่วยบริการปฐมภูมิ		หน่วยบริการประจำ		หน่วยบริการรับส่งต่อ	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์	1,885	16.38	674	55.61	71	6.64
ผ่านแบบมีเงื่อนไข	9,220	80.10	535	44.14	988	92.42
ไม่ผ่าน	405	3.52	3	0.25	6	0.56
กำลังดำเนินการ	1	0.01	0	0.00	4	0.37
รวม	11,511	100	1,212	100	1,069	100

ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน ณ ก.ย. 2557 สปสช.

แผนภูมิที่ 20 ร้อยละของผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามต้นสังกัดของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2557



ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน ณ ก.ย. 2557 สปสช.

หมายเหตุ: 1) รัฐ อปท. หมายถึง สถานบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

2) รัฐพิเศษ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสภากาชาด และโรงพยาบาล (หน่วยราชการอิสระ)

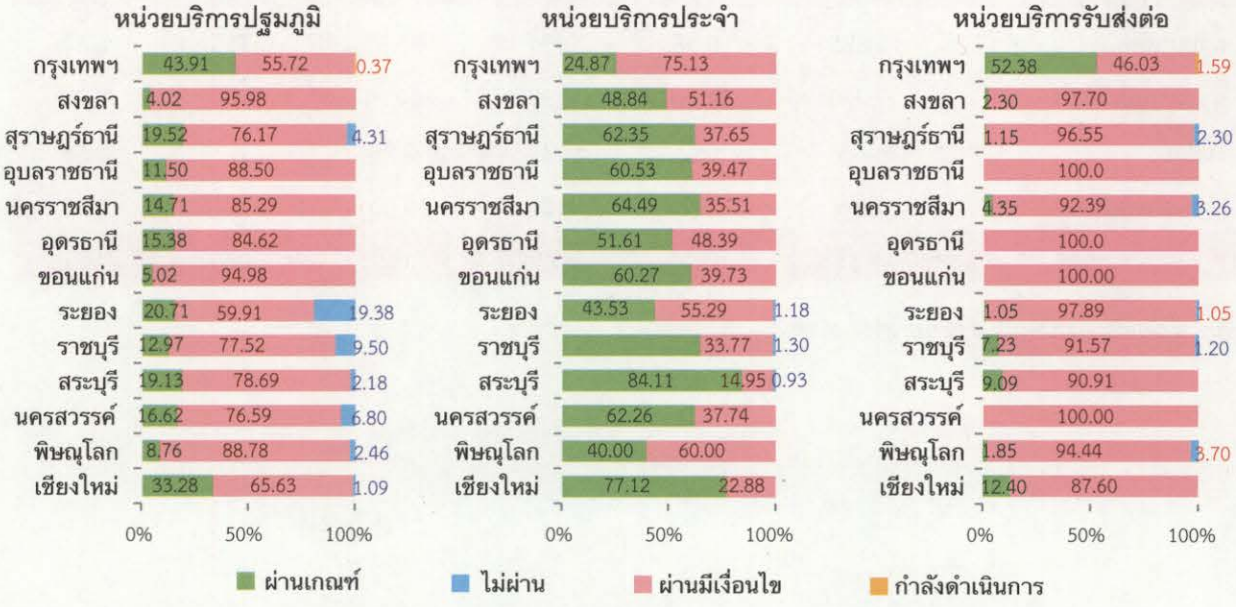
3) เอกชน หมายถึง โรงพยาบาล (เอกชน) และคลินิก (เอกชน)

4) รัฐนอก สธ. หมายถึง สังกัดกรุงเทพมหานคร, สังกัดกระทรวงกลาโหม, สังกัดกระทรวงยุติธรรม, สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ, สังกัดกระทรวงมหาดไทย / สำนักงานตำรวจแห่งชาติ,

5) รัฐใน สธ. (นอก สป.สธ.) หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

6) รัฐใน สธ. (สังกัด สป.) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.), โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.), โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) / โรงพยาบาลยุพราช (รพร.), สถานีอนามัย (สอ.), คลินิกชุมชนอบอุ่น และศูนย์สุขภาพชุมชน (ในสังกัด สป.สธ.)

แผนภูมิที่ 21 ร้อยละของผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2557



ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน ณ ก.ย. 2557 สปสช.

- 5 -
การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.1 แผนผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย

แผนผลการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แผน/ผลการดำเนินงานการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมายตามที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
จำนวนประชากรเป้าหมาย				
- ประชากรไทยทั้งหมด (ผลงาน ณ ก.ย.57)	คน	64,871,000	65,841,300	101.50
- ประชากรสิทธิ UC (ผลงาน ณ ก.ย.57)	คน	48,852,000	48,411,833	99.10
1. งบบริการเหมาจ่ายรายหัว				
1.1 บริการผู้ป่วยนอก				
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก	ครั้ง/คน/ปี	3.35	3.17	94.63
- จำนวนบริการผู้ป่วยนอก	ครั้ง	163,584,973	153,605,794	93.90
1.2 บริการผู้ป่วยใน				
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน	ครั้ง/คน/ปี	0.115	0.117	101.74
- จำนวนบริการผู้ป่วยใน	ครั้ง	5,617,980	5,682,749	101.15
- น้ำหนักสัมพัทธ์รวมของความซับซ้อนของบริการผู้ป่วยใน (sumAdj.RW)		5,617,980	6,565,058	116.86

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมายตามที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
- ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไป รับบริการที่หน่วยบริการอื่น	ครั้ง	222,005	228,800	103.06
1.3 บริการกรณีเฉพาะ				
1.3.1 การให้บริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น				
- จำนวนบริการผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินกรณีใช้บริการข้ามจังหวัดที่ลงทะเบียน (ครั้ง)	ครั้ง	963,369	1,214,928	126.11
- จำนวนผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน/กรณีทารกแรกเกิดทุกราย (ผู้ป่วยใน)	ครั้ง	677,808	614,651	90.68
- จำนวนผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ที่เข้ารับบริการครั้งแรก	ราย	36,024	15,825	43.93
- จำนวนบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัดหรือบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่มี รพ. UHOSNET ตั้งอยู่ (OP refer) รวมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ	ครั้ง	836,927	925,057	110.53
- จำนวนบริการที่มีการเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ	ครั้ง	222,005	228,800	103.06
1.3.2 เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพผลงานบริการ				
- จำนวนการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure)	ครั้ง	27,174	16,526	60.82
- จำนวนการให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis)	ราย	5,611	5,590	99.63
- จำนวนผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track)	ราย	1,445	2,100	145.33
- จำนวนการได้รับยาละลายลิ่มเลือดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track)	ราย	4,121	3,921	95.15
- จำนวนการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้ป่วยนอก	ครั้ง	355,230	404,955	114.00
- จำนวนการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก	ครั้ง	119,425	159,357	133.44

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมายตามที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
- จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่รักษาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy)	ครั้ง	12,062	4,391	36.40
- จำนวนผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	ราย	106,950	102,984	96.29
- จำนวนบริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดตัดปากแหว่ง/เพดานโหว่	ราย	384	276	71.88
1.3.3 ลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการกรณีบริการเฉพาะ				
- จำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)	ชิ้น	1,067,251	1,518,786	142.31
- จำนวนการดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)	ราย	1,353	1,366	100.96
- จำนวนการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)	ราย	105	47	44.76
- จำนวนการจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal transplant)	ราย	400	400	100.00
- จำนวนการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplant)	ราย	40	7	17.50
- จำนวนการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ (Liver transplant) ในเด็ก	ราย	80	15	18.75
- จำนวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation)	ราย	30	41	136.67
1.3.4 กำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด				
- จำนวนบริการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธุ์ฝิ่นที่สมัครใจ	ราย	4,138	4,082	98.65
- จำนวนการใช้ยาตามบัญชี จ (๒) จำแนกตามรายการยา	ราย	14,153	12,963	91.59
- จำนวนการใช้ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่นๆ เช่น ยากำพร้า	รายการ/ราย	20/4,790	18/5,432	90.00/113.40

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมายตามที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ใช้สิทธิ Compulsory licencing (Clopidogrel)	ราย	128,938	182,432	141.49
1.3.5 บริการที่ต้องบริหารจัดการแบบเฉพาะโรค				
- จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (Tuerculosis)	ราย	51,180	54,886	107.24
- จำนวนบริการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ยามอร์ฟีน)	ราย	5,961	9,477	158.98
1.4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค				
- กลุ่มเป้าหมาเฉพาะ (วัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล)	ราย	3,400,000	3,179,991	93.53
1.5 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่				
- จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.และเทศบาล) ที่เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	แห่ง	7,776	7,759	99.78
- จำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	ล้านบาท	990	990	100.00
- เงินโอนจาก สปสช.	ล้านบาท	2,560	2,560	100.00
1.6 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์				
- จำนวนคนพิการจำแนกตามประเภทความพิการและการรับบริการ	คน	1,185,240	1,127,097	95.09
- จำนวนการเบิกอุปกรณ์	คน	46,880	41,553	88.64
- จำนวนคนพิการทางการเห็นได้รับการฝึกทักษะ O&M	คน	5,358	3,727	69.56
- จำนวนกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด ที่มีการบริหารจัดการและส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	จังหวัด	34	34	100.00
1.7 บริการแพทย์แผนไทย				
- จำนวนบริการแผนไทย นวด อบ ประคบ	ครั้ง	3,341,000	4,648,944	139.15
- จำนวนบริการฟื้นฟูแม่ก่อนและหลังคลอด	ครั้ง	24,169	35,612	147.35
- จำนวนหน่วยบริการที่เป็นศูนย์บริการด้านการแพทย์แผนไทยและมีแพทย์แผนไทยประจำมีการ certify ระดับหน่วยบริการประจำ	แห่ง	590	606	102.71

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมายตามที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
1.8 การช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา 41				
- จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41	คน	903	931	103.10
- จำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น	คน	514	420	81.71
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์				
- จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (ตามข้อบ่งชี้ที่ระบุในแนวทางการรักษา)	คน	188,000	190,342	101.25
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง				
- จำนวนผู้ป่วย CKD ที่ได้รับบริการบำบัดทดแทนไต	คน	35,429	36,519	103.08
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง				
- จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (secondary prevention)	คน	2,726,800	3,149,023	115.48

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ ก.ย. 2557

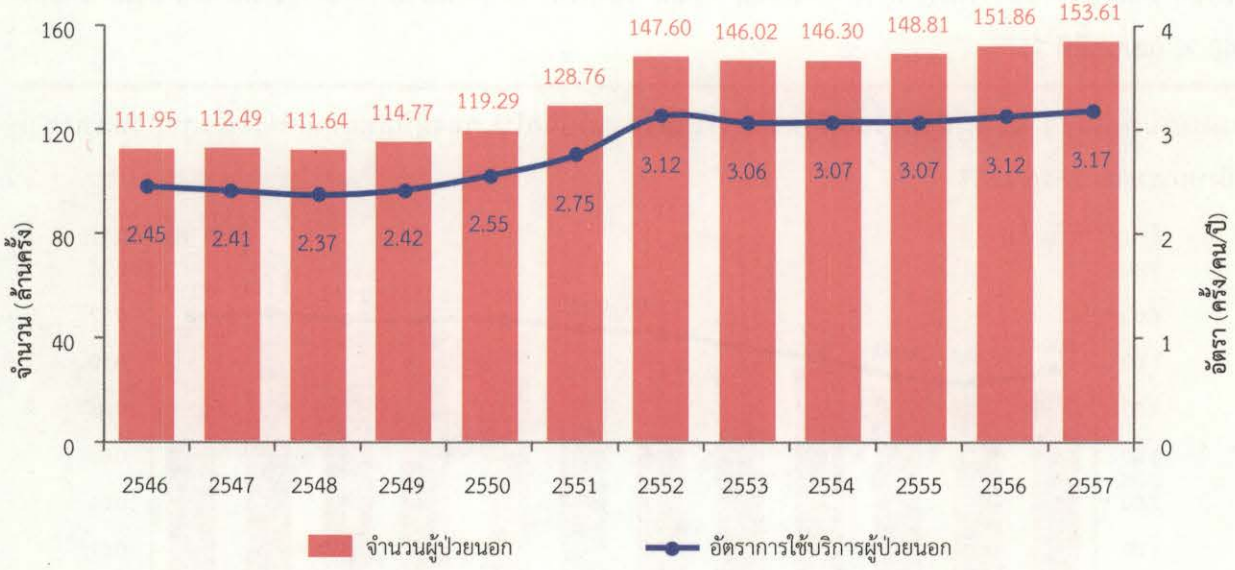
5.2 การประเมินการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ คุณภาพ และผลลัพธ์บริการ

5.2.1 การเข้าถึงบริการ

การใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากข้อมูลการใช้บริการระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557 พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง (ปี 2546) เป็น 153.61 ล้านครั้ง (ปี 2557) อัตราการใช้บริการ เพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้ง/คน/ปี (ปี 2546) เป็น 3.17 ครั้ง/คน/ปี (ปี 2557) (แผนภูมิที่ 22)

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 33.24 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 46.49 ในปี 2557 รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจาก ร้อยละ 32.00 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 35.19 ในปี 2557 และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.83 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 13.26 ในปี 2547 และพบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกเอกชนมีสัดส่วนลดลงเป็นอย่างมากจากร้อยละ 17.56 ในปี 2546 เหลือเพียงร้อยละ 1.34 ในปี 2557 (แผนภูมิที่ 23)

แผนภูมิที่ 22 จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2557

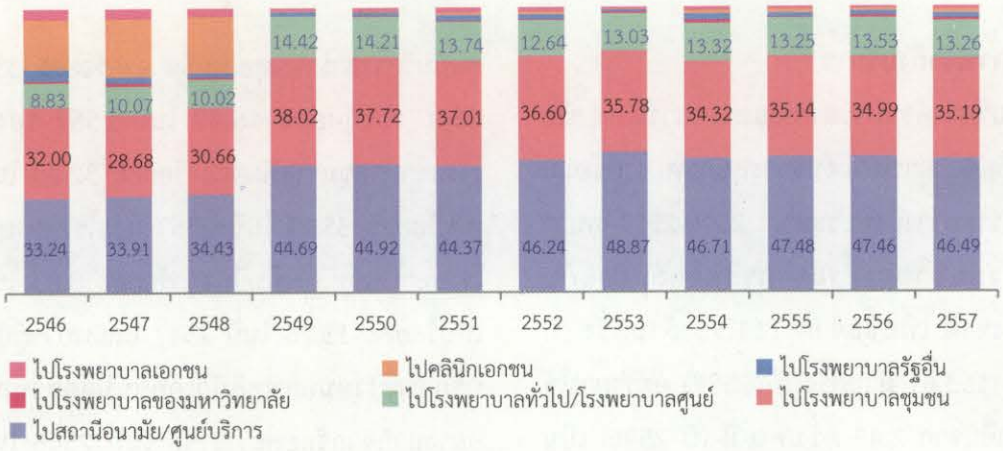


ที่มา : *1) ข้อมูลผู้ป่วยนอก ปี 2546-2552 จาก 0110 รง 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.*

2) ฐานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยนอกรายบุคคลสิทธิ UC ปี 2553 - 2556 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2556, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

3) ปี 2557 เป็นข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล สิทธิ UC 10 เดือน สำนักสารสนเทศการประกัน ณ พ.ย. 2557, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

แผนภูมิที่ 23 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2546-2557



ที่มา : 1) ปีงบประมาณ 2546-2548 จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัยครัวเรือน สำนักงานสถิติ

2) ข้อมูลผู้ป่วยนอก ปี 2549-2552 จาก 0110 รง 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

3) ฐานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยนอกรายบุคคลสิทธิ UC ปี 2553 - 2556 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2556, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

4) ปี 2557 เป็นข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล สิทธิ UC 10 เดือน สำนักสารสนเทศการประกัน ณ พ.ย. 2557, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

สำหรับบริการผู้ป่วยใน พบว่า เพิ่มขึ้นจาก 4.30 ล้านครั้ง (ปี 2546) เป็น 5.68 ล้านครั้ง (ปี 2557) อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2546 เป็น 0.117 ในปี 2557 (แผนภูมิที่ 24) และร้อยละ 47.07 ประชาชนเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 40.90 (แผนภูมิที่ 25)

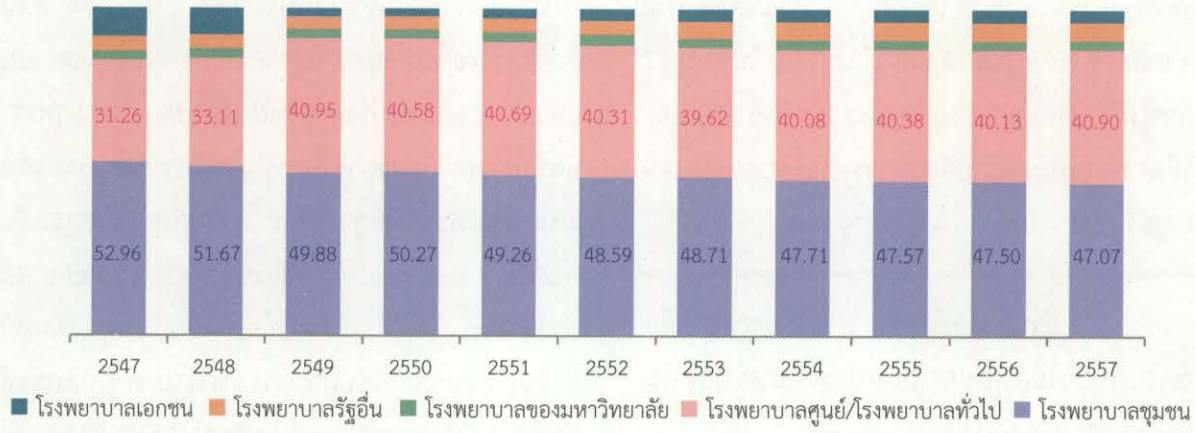
แผนภูมิที่ 24 จำนวนผู้ป่วยในและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2557

ที่มา : 1) ข้อมูลผู้ป่วยนอก ปี 2546-2552 จาก 0110 รง 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

2) ฐานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยในรายบุคคลสิทธิ UC ปี 2553 - 2556 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2556, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

3) ฐานข้อมูล seamless ปี 2557 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2557, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

แผนภูมิที่ 25 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2547-2557



ที่มา : 1) ปีงบประมาณ 2547-2548 จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัยครัวเรือน สำนักงานสถิติ

2) ข้อมูลผู้ป่วยนอก ปี 2549-2552 จาก 0110 รง 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

3) ฐานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยในรายบุคคลสิทธิ UC ปี 2553-2556 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2556, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

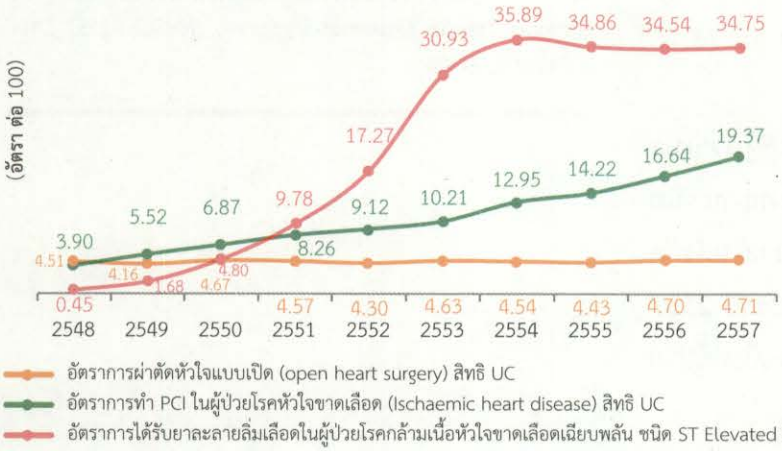
4) ฐานข้อมูล seamless ปี 2557 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2557, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

5.2.2 การเข้าถึงบริการที่จำเป็น

1) โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นกลุ่มโรคที่ยังมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านปริมาณและการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในปีงบประมาณ 2557 พบว่าอัตราการเข้าถึงหัตถการที่จำเป็นในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอัตราการทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) และจำนวนผู้ป่วยได้รับการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (infusion of thrombolytic) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI) เพิ่มขึ้นจากอัตรา 3.90 และ 0.45 ในปี 2548 เป็น 19.37 และ 34.75 ในปี 2557 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 26)

แผนภูมิที่ 26 อัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ (PCI) และละลายลิ่มเลือด ปีงบประมาณ 2548-2557



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2548-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

สำหรับผู้ป่วยโรคสมองตีบหรืออุดตัน (Cere-bral infarction) พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพิ่มขึ้นจากอัตรา 0.05 ในปี 2548 เป็น 3.93 ในปี 2557 ซึ่งการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่หมาะสมจะทำให้ลดความพิการและอัตราการตายได้อย่างชัดเจน (แผนภูมิที่ 27)

แผนภูมิที่ 27 จำนวนและอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปีงบประมาณ 2548-2557

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2548-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

2) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

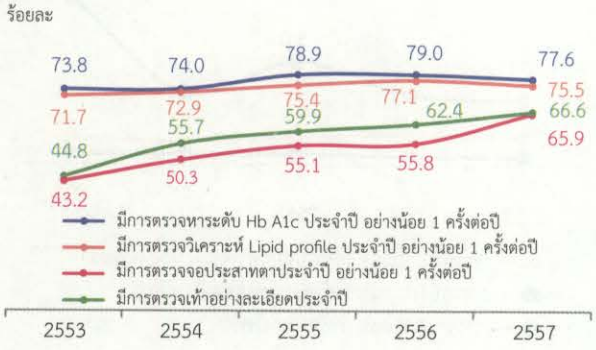
อัตราการเข้าถึงบริการเบาหวานเทียบกับอัตราชุก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2557 พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 71.33 (ปี 2553) เป็นร้อยละ 97.93 (ปี 2557) และอัตราการเข้าถึงบริการความดันโลหิตสูง จาก ร้อยละ 44.35 (ปี 2553) เป็นร้อยละ 73.16 (ปี 2557) (แผนภูมิที่ 28)

และจากการวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2553-2557 โดยประเมินการดูแลรักษา ผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รพช. รพท. รพศ. และรพ.ในสังกัดกรุงเทพมหานคร) โดยเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทย์ศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการที่จำเป็นในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การการตรวจหาระดับ HbA1c, Lipid profile, Albumin หรือ Protein, จอประสาทตา และเท้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (แผนภูมิที่ 29) ส่วนการได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2553-2556 ก็มีแนวโน้มการเข้าถึงเพิ่มขึ้นเช่นกัน (แผนภูมิที่ 31)

แผนภูมิที่ 28 อัตราการเข้าถึงบริการเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเทียบกับอัตราชุก ปีงบประมาณ 2553-2557

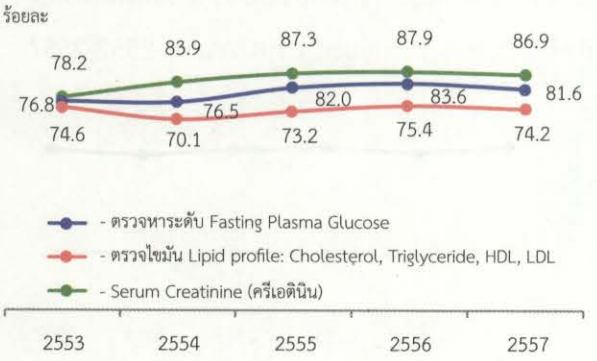
ที่มา: ฐาน OP/PP Individual, IP, OPAE ณ 20 ก.ย. 2557, วิเคราะห์โดย แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรัง และโรคเฉพาะ สำนักสนับสนุนดครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สปสช.
หมายเหตุ : อัตราความชุกของการเกิดโรคตามผลสำรวจของ National Health Examination Survey (NHSE) ปี2552 DM= 6.9%, HT= 21.4%

แผนภูมิที่ 29 ร้อยละของการตรวจหาระดับ HbA1c, Lipid profile, จอประสาทตา และเท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปีงบประมาณ 2553-2557



ที่มา : รายงานวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของ รพ.ในสังกัด สธ. และสังกัด กทม. ปีงบประมาณ 2553-2557, MedResNet

แผนภูมิที่ 30 ร้อยละของการได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2553-2557

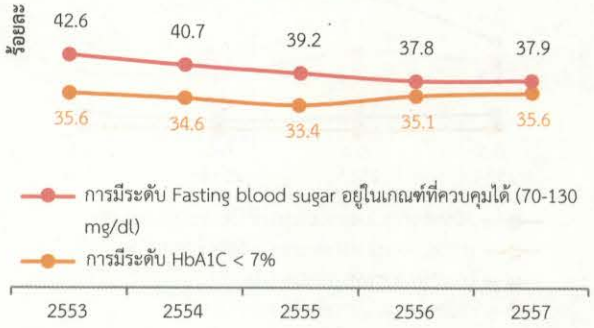


ที่มา : รายงานวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของ รพ.ในสังกัด สธ. และสังกัด กทม. ปีงบประมาณ 2553-2557, MedResNet

ประสิทธิผลการบริการ การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นเครื่องสะท้อนประสิทธิผล และคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอกที่ต้องการควบคุมอาการของโรคเรื้อรังให้อยู่ในระดับที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดการกำเริบจนต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล และจากรายงานวิจัยประเมินผลของ MedResNet พบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ โดยเฉพาะผล HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 อยู่ในช่วง 33.4 – 35.6 (แผนภูมิที่ 31)

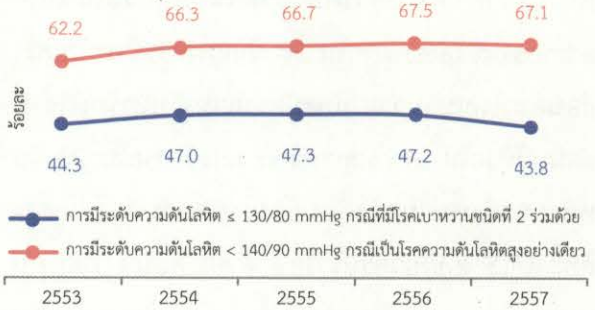
สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (การมีระดับความดันโลหิต ≤ 130/80 mmHg กรณีที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมด้วย) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 62.2 ในปี 2553 เป็น ร้อยละ 67.1 ในปี 2557 กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว (ระดับความดันโลหิต < 140/90 mmHg) พบว่าสามารถควบคุมได้ดี เช่นกัน (แผนภูมิที่ 32)

แผนภูมิที่ 31 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปีงบประมาณ 2553-2557



ที่มา : รายงานวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของ รพ.ในสังกัด สธ. และสังกัด กทม. ปีงบประมาณ 2553-2557, MedResNet

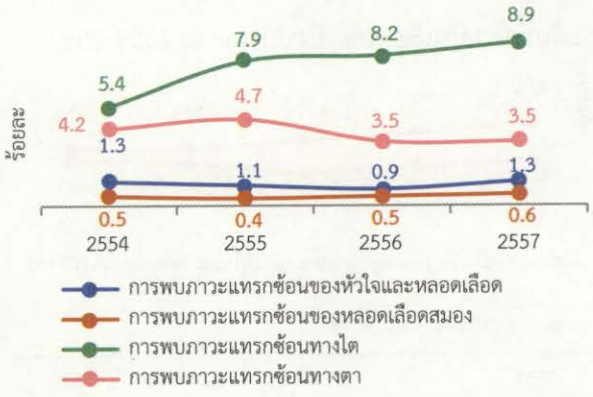
แผนภูมิที่ 32 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 2553-2557



ที่มา : รายงานวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของ รพ.ในสังกัด สธ. และสังกัด กทม. ปีงบประมาณ 2553-2557, MedResNet

สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา หลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มคงที่และลดลง ยกเว้นภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 5.4 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 (แผนภูมิที่ 33) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางไตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (แผนภูมิที่ 34)

แผนภูมิที่ 33 ร้อยละการพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2554-2557



ทีมา: รายงานวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของ รพ.ในสังกัด สธ. และสังกัด กทม. ปีงบประมาณ 2553-2557, MedResNet

ด้านผลลัพธ์บริการ จากข้อมูลบริการของ สปสช. พบ อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อนด้วยโรคเบาหวาน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อนด้วยโรคความดันโลหิตสูง สิทธิ UCS ต่อผู้ป่วยรับไว้รักษาด้วยโรคนั้นๆ 100 คน พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 9.27 – 9.75, และ 2.98 – 3.36 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 35)

แผนภูมิที่ 34 ร้อยละการพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2553-2557

ที่มา : รายงานวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของ รพ.ในสังกัด สธ. และสังกัด กทม. ปีงบประมาณ 2553-2557, MedResNet

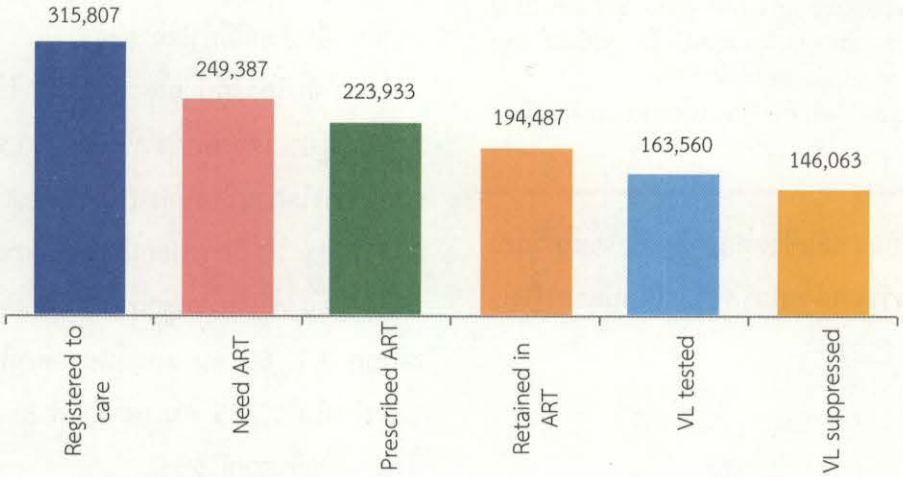
แผนภูมิที่ 35 อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อนด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2552-2557

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2552-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ มิ.ย. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

3) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

สปสช. สนับสนุน ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการในการดูแลสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2557 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ลงทะเบียนเข้ารับบริการ จำนวน 315,656 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ จำนวน 223,933 คน คิดเป็นร้อยละ 89.79 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในเกณฑ์รับยาต้านไวรัสฯ (249,387 คน) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังคงอยู่ในระบบการดูแลรักษา ณ 30 ก.ย. 2557 ร้อยละ 86.85 ได้รับการตรวจหาปริมาณไวรัสจำนวน 163,560 คน (ร้อยละ 84.10) ของผู้ป่วยเอดส์ที่ยังคงอยู่ในระบบดูแลรักษา และผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีระดับไวรัส < 50 copies/ml จำนวน 146,063 (ร้อยละ 89.30) ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและตรวจ VL (แผนภูมิที่ 36)

แผนภูมิที่ 36 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามประเภทการใช้บริการ ปีงบประมาณ 2557



ที่มา : ระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (National AIDS Program : NAP Plus) ณ 7 ธ.ค. 2557, วิเคราะห์โดยแผนงานสนับสนุนบริการเอดส์วัณโรค สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สปสช.

หมายเหตุ : Registered to care หมายถึง มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ลงทะเบียนเข้ารับบริการ จำนวน 315,807 คน

: Need ART หมายถึง มีผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในเกณฑ์รับยาต้านไวรัสฯ จำนวน 249,387 คน (ร้อยละ 78.97)

: Prescribed ART หมายถึง ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ จำนวน 223,933 คน (ร้อยละ 89.79)

: Retained in ART หมายถึง มีผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ยังคงอยู่ในระบบการดูแลรักษา ณ 30 กันยายน 2557 จำนวน 194,487 คน (ร้อยละ 86.85)

: VL tested หมายถึง ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ตรวจหาปริมาณไวรัสฯ จำนวน 163,560 คน (ร้อยละ 84.10)

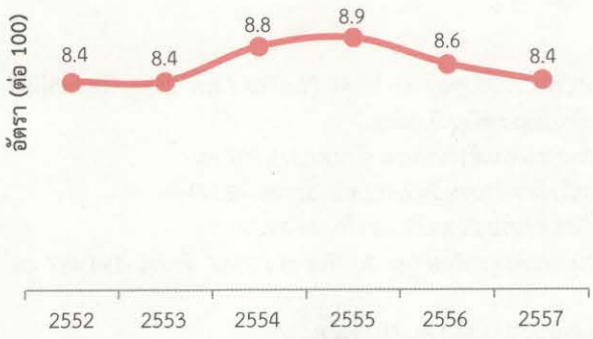
: VL suppressed หมายถึง ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับไวรัส < 50 copies/ml จำนวน 146,063 คน (ร้อยละ 89.30)

จากการติดตามผลการเข้าถึงระบบการดูแลรักษา พบว่า ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ถึงร้อยละ 48 ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรงมาก (CD4 < 100 cell/mm3) สะท้อนถึงการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาช้า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการแพร่กระจายเชื้อ จึงควรมีมาตรการ/การประชาสัมพันธ์ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาให้เร็วขึ้น (แผนภูมิที่ 37) และเมื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลระบบการดูแลรักษา พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังได้รับยา 12 เดือนแรก มีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 8.4 (แผนภูมิที่ 38)

แผนภูมิที่ 37 สถานการณ์เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปีงบประมาณ 2551-2557

ที่มา : ระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (National AIDS Program : NAP Plus) ณ 7 ธ.ค. 2557, วิเคราะห์โดย แผนงานสนับสนุนบริการเอดส์วัณโรค สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สปสช.
หมายเหตุ: เป็นข้อมูลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ (เฉพาะผู้ใหญ่) ตามระดับของ CD4

แผนภูมิที่ 38 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังรับยาต้านไวรัส 12 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2552-2557



ที่มา : ระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (National AIDS Program : NAP Plus) ณ 7 ธ.ค. 2557, วิเคราะห์โดย แผนงานสนับสนุนบริการเอดส์วัณโรค สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สปสช.

4) ไตวายเรื้อรัง

สปสช. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสิทธิ UCS ครอบคลุมค่าบริการ ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยยังคงนโยบาย PD First Policy อย่างต่อเนื่อง การบริการทดแทนด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD จะมีการเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีความพร้อมจนกว่าจะได้รับบริการปลูกถ่ายไต ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การใช้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งหมด 36,519 คน โดยใช้บริการล้างไตผ่านช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD) 20,370 คน ใช้บริการฟอกเลือด (Hemodialysis: HD) 14,796 คน ใช้บริการปลูกถ่ายไต (Kindey Transplantation: KT) 88 คน และรับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต 1,265 คน (ตารางที่ 8) โดยภาพรวมมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2556

5) ต้อกระจก

ในปีงบประมาณ 2557 ประชากรสิทธิ UCS ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 159,357 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 116.41 เมื่อเทียบกับเป้าหมาย (จำนวน 136,892 ราย) (แผนภูมิที่ 39) โดยเป็นการผ่าตัดกระจกระยะ Blinding จำนวน 45,963 ครั้ง (ร้อยละ 28.84)

ตารางที่ 8 การใช้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2556 -2557

(หน่วย : คน)

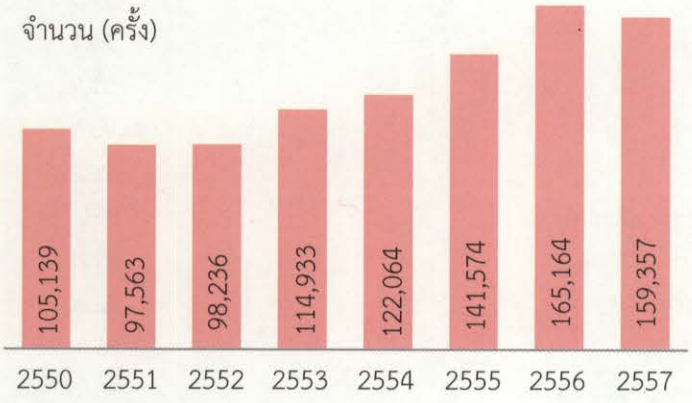
ประเภทบริการ	ปี 2556	ปี 2557
1) การใช้บริการล้างไตผ่านช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD)	14,225	20,370
ผู้ป่วยเก่า	7,407	10,748
ผู้ป่วยใหม่	5,554	7,816
ผู้ป่วย HD ที่เปลี่ยนมารักษาด้วยวิธี PD / ผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไต	1,264	1,806
ผู้ป่วยเสียชีวิต	3,233	3,817
2) การใช้บริการฟอกเลือด (Hemodialysis: HD)	10,368	14,796
ผู้ป่วยเก่า	6,606	8,668
ผู้ป่วยใหม่	2,868	5,363
ผู้ป่วย PD ที่เปลี่ยนมารักษาด้วยวิธี HD /ผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไต	894	765
ผู้ป่วยเสียชีวิต	1,426	1,742
3) การใช้บริการปลูกถ่ายไต (Kindey Transplantation: KT)	86	88
ผู้ป่วยใหม่	86	88
ผู้ป่วยเสียชีวิต	3	8
4) การใช้บริการรับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต	1,197	1,265
ผู้ป่วยเก่า	998	1,068
ผู้ป่วยใหม่	199	197
ผู้ป่วยเสียชีวิต	24	19

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยไตวายระยะเรื้อรัง ปี 2556-2557 สำนักสารสนเทศการปรกัน, วิเคราะห์โดย แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคไตวาย สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ และสำนักแผนและประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: 1) ภายในปีงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถเปลี่ยนวิธีการรักษาได้

2) จำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการไม่นับรวมผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพื่อลดการนับซ้ำ

แผนภูมิที่ 39 จำนวนบริการผ่าตัดต้อกระจก ปีงบประมาณ 2550 -2557



ที่มา : ฐานข้อมูล IP-eclaim ณ 31 ต.ค. 2557, วิเคราะห์โดย แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรค สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สปสช.

6) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถือเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยประชาชนสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงเพิ่มสัดส่วนงบประมาณสนับสนุนระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จาก 175.00 บาทต่อประชากร ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 383.61 บาทต่อประชากร ในปีงบประมาณ 2557 ซึ่งเพิ่มถึง 2.19 เท่าในระยะเวลา 12 ปี จากผลการการดำเนินงานการส่งเสริมและป้องกันโรค พบว่า งานด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคส่วนใหญ่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2557

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ผลงาน (ร้อยละ)
1. บริการอนามัยสตรี และเด็ก		
1.1	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ [1]	58.08
1.2	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ [2]	55.84
1.3	การตรวจสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์[2]	82.66
1.4	คัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงมีครรภ์ [2]	85.26
1.5	อัตราส่วนมารดาตาย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน.[1]	20.90
1.6	อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด สิทธิ UC [2]	26.16
1.7	อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม[2]	9.47
1.8	อัตรารับบริการของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี สิทธิ UC (อัตราต่อพันหญิงวัยรุ่นอาย 15-19 ปี)[2]	75.17
1.9	อัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี สิทธิ UC (อัตราต่อพันหญิงวัยรุ่นอาย 15-19 ปี)[2]	46.09
2. บริการอนามัยเด็ก		
2.1	อัตราตายทารกต่อการเกิดมีชีพพันคน [1]	6.60
2.2	อัตราการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนกรณีพบว่าผิดปกติ [8]	94.45
2.3	อัตราการได้รับวัคซีนพื้นฐาน [7]	
	- BCG	100
	- MMR/MR	98.7
	- DTP3/OPV3	99.4
	- HB3	99.4
	- DTP4/OPV4	97.8
	- JE2	96.1
	- JE3	91.9
	- MMR (ป.1)	93.8
	- dT (ป.6)	96.2
2.4	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ [2]	80.00
2.5	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย[1]	93.28
2.6	เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก [5]	72.90
2.7	เด็กนักเรียนชั้น ป.1 เคลือบหลุมร่องฟัน[5]	30.36
2.8	เด็กนักเรียนชั้น ป.1 บริการแบบสมบูรณ์ Comprehensive care[5]	16.89

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ผลงาน (ร้อยละ)
2.9	การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงในเด็กปฐมวัย	
	- การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงในเด็กปฐมวัย (6-12 ขวบ) (ไม่รวม กทม.) [2]	53.56
	- ภาวะอ้วนของเด็ก 6-12 ปี [1]	9.5
3. บริการวัยทำงานและผู้สูงอายุ		
3.1	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 5 ปี [4]	79.74
3.2	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า [2]	
	- อายุ 30 - 59 ปี	44.31
	- อายุ 60 ปีขึ้นไป	54.83
3.3	การตรวจคัดกรองเบาหวาน[2]	
	- อายุ 30 - 59 ปี	74.86
	- อายุ 60 ปีขึ้นไป	53.65
3.4	ความดันโลหิตสูง[2]	
	- อายุ 30 - 59 ปี	67.22
	- อายุ 60 ปีขึ้นไป	47.83
3.5	การให้บริการฟันเทียมผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป [6]	76.90
3.6	บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล [2]	88.35

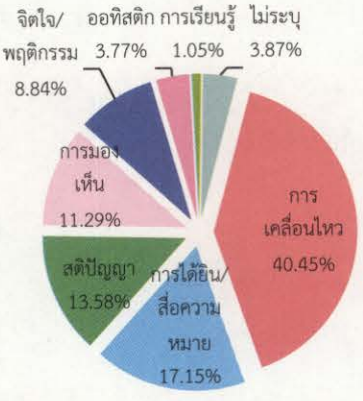
ที่มา: 1) สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ณ ก.ย. 2557
2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3) ผลงานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการปี2557 จาก http://ppitem.nhso.go.th/PPI/ ณ ธ.ค. 2557
4) รายงานสถิติโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็ง จาก http://122.155.167.188/ ณ ม.ค. 2558
5) สรุปจากรายงานกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2557
6) รายงานการให้บริการฟันเทียม ปี 2557 จาก http://nakhonsawan.nhso.go.th/denture/denture1.php. ประมวลผล ณ 8 ม.ค. 2558
7) National Immunization Program, Thailand ปี 2556
8) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

7) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

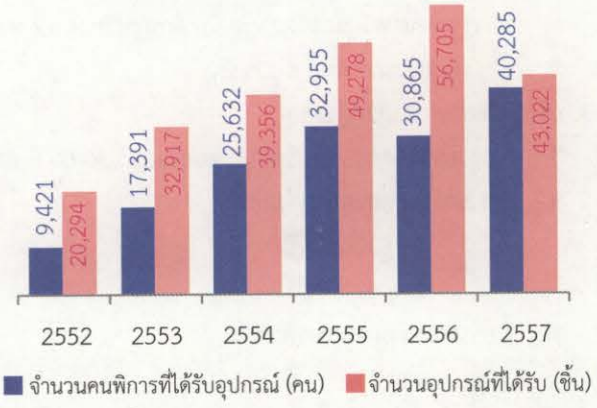
จำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนสะสมมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 361,472 คน (ปี 2548) เป็น 1,122,262 คน (ปี 2557) และเมื่อแบ่งตามประเภทความพิการ พบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 40.45 รองลงมา คือ ผู้พิการการได้ยินหรือสื่อความหมาย และสติปัญญา ร้อยละ 17.15 และร้อยละ 13.58 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 40) การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการการให้การสนับสนุนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากจำนวน 9,421 คน/20,294 ชิ้น ในปี 2552 เป็น 40,285 คน/ 43,022 ชิ้น ในปี 2557 (แผนภูมิที่ 41) โดยคนพิการทางการได้ยินได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง จำนวน 7,859 คน/ 8,167 เครื่อง คนพิการทางการเห็นได้รับไม้เท้าสำหรับคนตาบอด จำนวน 1,355 คน/ 1,355 ชิ้น คนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้รับแขนเทียม-ขาเทียม จำนวน 13,876 คน/ 14,561 ชิ้น และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการอื่นๆ จำนวน 17,195 คน/ 18,939 ชิ้น

สำหรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีจำนวนผู้ได้รับบริการทั้งสิ้น 534,233 คน/1,836,315 ครั้ง (แผนภูมิที่ 42) โดยคนพิการได้รับบริการฟื้นฟูฯ 151,782 คน/ 547,674 ครั้ง ผู้สูงอายุได้รับบริการฟื้นฟูฯ 170,201 คน/ 560,882 ครั้ง และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูฯ จำนวน 212,250 คน/ 727,759 ครั้ง นอกจากนี้คนพิการทางการเห็นยังได้รับการฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility) จำนวน 3,154 คน

แผนภูมิที่ 40 สัดส่วนคนพิการ จำแนกตามประเภทความพิการ ปีงบประมาณ 2557

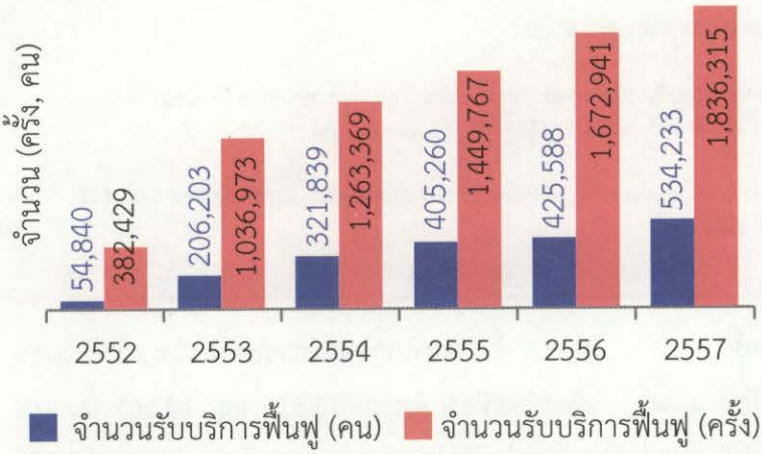


แผนภูมิที่ 41 จำนวนผู้พิการที่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ปีงบประมาณ 2552-2557



ที่มา: โปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ 30 ก.ย. 2557, วิเคราะห์โดย แผนงานสนับสนุนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ สปสช.
หมายเหตุ: ประเภทความพิการจำแนกจากฐานข้อมูลผู้พิการ โดย 1 คนอาจมีประเภทความพิการได้ว่ากว่า 1 ประเภท

แผนภูมิที่ 42 จำนวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรภภาพ ปีงบประมาณ 2552-2557



ที่มา: โปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ 30 ก.ย. 2557, วิเคราะห์โดย แผนงานสนับสนุนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ สปสช.

8) บริการยาและเวชภัณฑ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา วางระบบการเข้าถึงยาและการชดเชยยา ระบบการจัดเก็บข้อมูลคุณภาพด้านยา รวมถึงการจัดให้มีระบบการตรวจสอบการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาราคาสูงตามความจำเป็นโดยไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและหน่วยบริการ ดังนี้

การชดเชยยาที่มีปัญหาการเข้าถึงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ยาบัญชี จ (2) ในปีงบประมาณ 2557 ได้เพิ่มสิทธิประโยชน์ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็น 14 รายการ ซึ่งจะมีเงื่อนไขการสั่งยาตามข้อบ่งชี้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และหน่วยบริการตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ (2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ป่วยใหม่ที่เข้าถึงยาแต่ละปีเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าถึงยา จ (2) ปีงบประมาณ 2552-2557

รายการยา	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1. Letrozole	-	1,558	2,629	1,330	1,382	2,282
2. Docetaxel	321	527	879	1,439	1,447	2,892
3. IVIG	271	679	901	1,059	1,318	1,307
4. Boulinum toxin type A	102	313	704	690	677	790
5. Leuprorelin	146	145	281	200	204	200
6. Lamphothericin B	5	68	139	134	133	198
7. Verteporfin	-	9	30	22	61	-
8. Bevacixumab	-	-	-	-	2,694	3,908
9. Voriconajzole	-	-	-	-	216	470
10. Thyrotropin alpha	-	-	-	-	21	25
11. Peginterferon	-	-	-	-	559	771
12. ATG	-	-	-	-	56	100
13. Linesolid	-	-	-	-	4	16
14. Imiglucerase	-	-	-	-	5	4
รวม	845	3,299	5,563	4,874	8,777	12,963

ที่มา: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ สปสช.
หมายเหตุ: รายการยาลำดับที่ 8-14 เริ่มเพิ่มเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2556

2. ยากำพร้าและยาต้านพิษ (Orphan and Antidote drug) โดยเริ่มต้นที่ยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ เพื่อแก้ปัญหายากพร้าทั้งระบบตั้งแต่การจัดหายา การกระจายยาไปยังแหล่งสำรอง การกระจายยาทั่วประเทศ โดยบริหารจัดการผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม ปี 2557 ได้ขยายสิทธิประโยชน์ครอบคลุมยากำพร้าและยาต้านพิษ ที่มีความจำเป็นจำนวน 17 รายการ ประกอบด้วย ยา Dimercaprol inj., Sodium nitrite inj., SOdium thiosulfate inj., Methelene blue inj., Succimer cap.(DMSA), Diptheria antitoxin, Botulinium antitoxin, Calcium disodium edentate, Digoxn specific antibody fragment, เซรุ่มต้านพิษงู, เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้, เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา, เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ, เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา, เซรุ่มรวมระบบเลือด (Polyvalent antivenum for hematotoxin), เซรุ่มรวมระบบประสาท (Polyvalent antivenum for neurotoxin), และ Esmolol inj. ปี 2557 มีผู้ป่วยที่เบิกใช้ยาจำนวน 5,432 ราย (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ป่วยใช้ยากำพร้าและยาต้านพิษ จำแนกตาม สปสช. เขต ปีงบประมาณ 2557

สปสช. เขต	จำนวนผู้ป่วยที่เบิกใช้		
	ยาต้านพิษ (Antidote)	เซรุ่ม	รวม
เขต 1 เชียงใหม่	22	376	398
เขต 2 พิษณุโลก	7	155	162
เขต 3 นครสวรรค์	16	98	114
เขต 4 สระบุรี	11	219	230
เขต 5 ราชบุรี	11	972	983
เขต 6 ระยอง	28	577	605
เขต 7 ขอนแก่น	10	33	43
เขต 8 อุดรธานี	91	168	259
เขต 9 นครราชสีมา	44	252	296
เขต 10 อุบลราชธานี	12	134	146
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	26	446	472
เขต 12 สงขลา	81	1,498	1,579
เขต 13 กรุงเทพฯ	107	38	145
รวม	**466**	**4,966**	**5,432**

ที่มา: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ สปสช.

ประสิทธิผลการดำเนินการ

1. การควบคุมต้นทุนยา (Cost containment) ในปีงบประมาณ 2557 สามารถประหยัดงบประมาณรัฐได้ถึง 7,209.31 ล้านบาท (ตารางที่ 12)

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) จากการติดตามประสิทธิผลการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่ม โดยสมาคมพิษวิทยาคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับยา พบว่า ประสิทธิผลการรักษาของเซรุ่ม และยากลุ่มยากำพร้าและยาต้านพิษ ทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยไม่มีรอยโรคถึง ร้อยละ 94.29 และ 87.50 ในขณะที่ความรุนแรงของการได้รับพิษขณะเข้ารับการรักษา (Initial severity) ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ Moderate คือ ร้อยละ 74.29 และ 62.50 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 43)

ตารางที่ 12 จำนวนมูลค่ายาที่รัฐประหยัดได้ ปีงบประมาณ 2553-2557

งบประมาณ	มูลค่ายาที่ประหยัดได้					รวมทั้งสิ้น
	ARV Non CL*	ARV CL**	จ (2) และยา Clopidogrel ***	วัคซีนไข้หวัดใหญ่****	เซรุ่ม*****	
2553	311,768,680	866,282,286	108,014,711	-	-	1,286,065,677
2554	625,511,700	1,732,833,511	1,738,476,361	-	-	4,096,821,571
2555	1,032,528,666	2,318,995,360	1,172,558,860	65,668,964	-	4,589,751,850
2556	1,531,090,725	2,377,051,300	1,429,000,342	95,052,500	55,368,760	5,487,563,627
2557	1,827,692,222	2,870,030,790	2,382,318,247	105,750,000	23,518,810	7,209,310,069

ที่มา: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ สปสช.

*หมายเหตุ: 1) *มูลค่าประหยัด เมื่อใช้ราคาปี 52 เป็นปีฐาน*

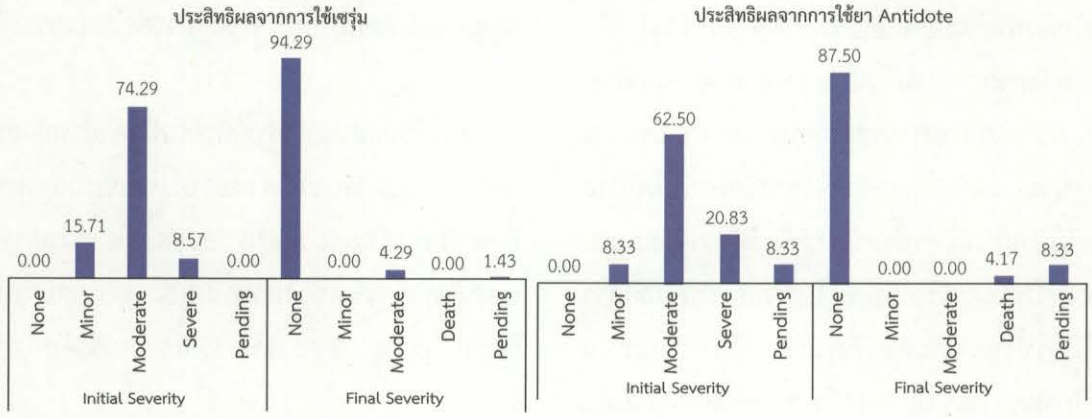
*2) **มูลค่าประหยัด เมื่อใช้ราคายาต้นแบบก่อนการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (CL) เป็นปีฐาน*

*3) ***มูลค่าประหยัด เมื่อใช้ราคายาต้นแบบก่อนเข้าโครงการ จ2 และ ประกาศ CL ยา Clopidogrel เป็นปีฐาน*

*4) ****มูลค่าประหยัด เมื่อใช้ราคาปี 54 เป็นปีฐาน*

*5) *****มูลค่าประหยัดเมื่อใช้มูลค่าการจัดซื้อยาของ รพ. ผ่านสถานเสาวภา สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม ก่อนเริ่มโครงการเป็นปีฐาน*

แผนภูมิที่ 43 ผลลัพธ์ทางคลินิก ของการได้รับเซรุ่มและยาต้านพิษ ปีงบประมาณ 2557



ที่มา: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ สปสช.

5.2.3 ประสิทธิภาพการจัดบริการ

วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นเครื่องสะท้อนประสิทธิภาพของการรักษาแบบผู้ป่วยใน หากมีวันนอนที่นานขึ้นก็จะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ 2548–2557 พบว่า วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในอยู่ระหว่าง 4.07-4.23 วัน มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ โดยในปีงบประมาณ 2557 วันนอนของโรงพยาบาลรัฐนอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีวันนอนเฉลี่ยนานที่สุด (11.94 วัน) ลดลงจากปีงบประมาณ 2548 (14.78 วัน) รองลงมา คือ โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย (7.25 วัน) โดยโรงพยาบาลเอกชนมีวันนอนเฉลี่ยเพียง 2.99 วัน ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน นั้นมีแนวโน้มวันนอนเฉลี่ยค่อนข้างคงที่ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2548-2557

ประเภทหน่วยบริการ	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
รพศ.	5.24	5.12	5.04	4.92	4.88	4.85	4.89	4.91	4.89	4.96
รพท.	4.54	4.48	4.43	4.32	4.32	4.39	4.45	4.51	4.49	4.33
รพช.	2.91	2.92	2.92	2.92	2.95	2.99	3.05	3.09	3.07	3.04
รัฐใน สธ.(นอก สป.)	14.78	15.00	14.59	13.79	13.70	12.82	12.74	12.70	12.57	11.94
รัฐนอก สธ.	7.21	7.12	6.88	6.39	6.16	5.84	5.82	5.97	5.85	5.62
รพ.สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	9.62	9.24	8.97	8.52	8.17	7.95	7.82	7.68	7.34	7.25
รพ.เอกชน	4.13	3.98	4.13	3.81	3.43	3.27	3.07	2.99	2.89	2.99
ภาพรวมประเทศ	4.27	4.23	4.19	4.11	4.07	4.09	4.15	4.17	4.14	4.17

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2548-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

เมื่อวิเคราะห์ CaseMix Index: CMI) ซึ่งหมายถึงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (Relative Weight: RW) หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) สามารถจะสะท้อนระดับความรุนแรงของโรค ผ่านการใช้ทรัพยากรเพื่อการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยที่ผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำอาจจะหมายถึงความจำเป็นในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่สูงกว่า เป็นการสะท้อนประสิทธิภาพของระบบบริการ ในส่วนของการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

จากข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิ UCS พบว่า ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (Adj.CMI) ผู้ป่วยในที่ปรับแล้ว โดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (เมื่อคำนวณโดยใช้ DRG version 5) โดยเพิ่มจาก 0.81 ในปีงบประมาณ 2549 เป็น 1.16 ในปีงบประมาณ 2557 และเกือบทุกประเภทโรงพยาบาลมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงขึ้น แต่ควรเทียบเคียงกับ CMI ของสถานพยาบาลในระดับเดียวกันหรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีศักยภาพสอดคล้องกับระดับบริการต่อไป (ตารางที่ 14)

สำหรับสัดส่วนการรับผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์น้อยกว่า 0.5 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.70 รองลงมาคือ โรงพยาบาลรัฐนอกสัดกัดกระทรวงสาธาณสุข โรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 36.72 และ 35.63 ตามลำดับ (ตารางที่ 15)

ส่วนอัตราการผ่าตัดท้องคลอดสิทธิ UCS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 18.17 ในปีงบประมาณ 2548 เป็น 29.40 ในปีงบประมาณ 2557 ซึ่งบ่งชี้สถานการณ์การเลือกวิธีการคลอด จะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตาม และเมื่อจำแนกตามประเภทหน่วยบริการพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกประเภทหน่วยบริการ (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 14 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยในที่ปรับแล้ว จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2549 -2557

ประเภทหน่วยบริการ	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
รพศ.	1.19	1.32	1.45	1.49	1.55	1.61	1.67	1.71	1.80
รพท.	0.88	0.99	1.04	1.10	1.16	1.21	1.24	1.26	1.31
รพช.	0.47	0.52	0.52	0.54	0.56	0.58	0.60	0.62	0.64
รัฐใน สธ.(นอก สป.)	1.70	1.88	2.03	1.84	1.93	1.95	1.95	1.97	1.99
รัฐนอก สธ.	1.23	1.18	1.34	1.25	1.30	1.37	1.42	1.43	1.52
รพ.สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	2.61	2.60	2.75	2.58	2.64	2.66	2.66	2.73	2.75
รพ.เอกชน	0.91	1.05	1.14	1.20	1.33	1.34	1.36	1.43	1.53
รวม	0.81	0.88	0.94	0.96	1.01	1.05	1.08	1.10	1.16

ที่มา : 1) ข้อมูลผู้ป่วยนอก ปี 2549-2552 จาก 0110 รง 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

2) ฐานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยในรายบุคคลสิทธิ UC ปี 2553 - 2556 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2556, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

3) ฐานข้อมูล seamless ปี 2557 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ค. 2557, วิเคราะห์โดย สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยในที่ปรับแล้ว (Adj.CMI) วิเคราะห์โดยใช้ DRG version 5

ตารางที่ 15 สัดส่วนผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) น้อยกว่า 0.5 จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2549-2557

ประเภทหน่วยบริการ	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
รพศ.	19.24	19.22	18.32	31.11	30.61	29.98	28.74	28.21	28.06	26.32
รพท.	25.52	25.19	24.79	42.20	41.45	39.83	37.98	37.42	37.63	35.63
รพช.	36.24	35.86	34.77	60.82	58.83	56.53	53.92	54.63	56.78	53.70
รัฐใน สธ.(นอก สป.)	11.29	12.32	10.14	16.97	18.43	19.79	19.97	20.43	20.45	20.42
รัฐนอก สธ.	19.85	19.60	20.30	39.83	41.63	42.20	39.60	38.54	37.67	36.72
รพ.สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	5.94	6.14	7.35	15.18	15.63	16.58	16.55	16.43	15.18	15.18
รพ.เอกชน	25.74	27.78	24.44	42.66	37.82	31.56	28.64	27.96	29.69	30.05
รวม	28.39	28.11	27.27	47.18	45.98	44.10	41.88	41.89	42.83	40.46

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2549-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

ตารางที่ 16 อัตราการผ่าตัดท้องคลอด สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2548-2557

ประเภทหน่วยบริการ	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
รพศ.	34.50	36.89	38.20	39.76	40.62	40.98	42.20	41.91	43.88	44.80
รพท.	31.36	34.30	35.56	36.55	37.72	38.97	40.64	41.96	43.72	43.93
รพช.	6.61	7.29	7.94	7.92	8.20	8.97	10.16	10.88	11.99	9.09
รัฐในสธ.(นอก สป.)	25.70	26.28	25.81	25.46	27.92	28.73	28.75	29.41	29.13	30.93
รัฐนอก สธ.	22.61	24.56	24.77	26.94	26.27	27.07	28.57	29.19	31.14	29.77
รพ.สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	26.35	29.65	31.77	35.09	33.77	37.95	39.63	37.17	38.82	40.37
รพ.เอกชน	23.21	26.22	29.95	29.52	33.52	34.80	37.25	39.36	41.24	46.28
ภาพรวม	18.20	20.20	21.06	21.90	22.80	23.70	25.32	25.95	27.58	29.04

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2548-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

5.2.4 คุณภาพ และผลลัพธ์บริการ

ในด้านคุณภาพและผลลัพธ์บริการของผู้ป่วยใน ใช้อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่าย สะท้อนคุณภาพการรักษาผู้ป่วยใน หรือผลการรักษาครั้งก่อน ปีงบประมาณ 2557 มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) อยู่ที่ร้อยละ 14.98 สูงสุดอยู่ที่โรงพยาบาลสังกัด สธ. นอก สป. รองลงมาคือ โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 23.38, 22.06 และ 17.65 ตามลำดับ (ตารางที่ 17)

ส่วนอัตราการไม่พึงประสงค์จากบริการ (Adverse event) เป็นประเด็นคุณภาพบริการ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความผิดพลาดของการรักษา ความล่าช้าของการวินิจฉัยและรักษา หรือเกิดจากขั้นตอนการบริการบางขั้นตอน พบว่า อัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery และอัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ของผู้ป่วยที่ได้ทำ PCI สิทธิ UCS ปีงบประมาณ 2548-2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่น เช่น การรับบริการล่าช้า และ/หรือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้วย รวมถึงความยุ่งยากซับซ้อนตามพยาธิสภาพของโรคด้วย (แผนภูมิที่ 44)

ตารางที่ 17 อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่าย จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2548-2557

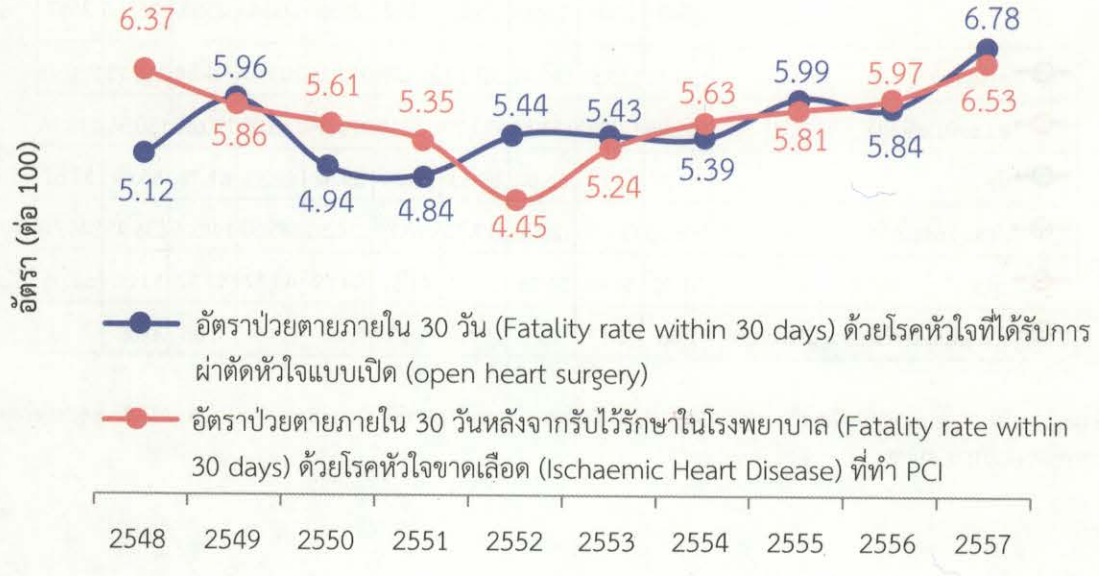
ประเภทหน่วยบริการ	2548	2549	2549	2550	2552	2553	2554	2555	2556	2557
รพศ.	13.98	14.28	14.73	15.14	14.95	15.11	15.52	16.22	16.99	17.65
รพท.	11.29	11.58	11.94	12.37	12.00	12.85	12.99	13.32	13.58	13.86
รพช.	11.99	11.41	11.52	11.79	11.75	11.90	12.50	12.56	12.42	13.75
รัฐในสธ.(นอก สป.)	17.17	17.85	20.68	23.09	23.71	23.71	21.87	21.86	22.71	23.38
รัฐนอก สธ.	9.72	10.22	10.16	9.95	10.21	10.29	10.76	11.03	11.58	12.22
รพ.สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	21.89	21.96	21.33	21.85	21.85	22.70	22.39	22.50	22.70	22.06
รพ.เอกชน	12.68	12.83	13.36	13.49	14.03	15.80	13.94	12.54	13.22	14.44
ภาพรวมประเทศ	12.04	12.42	12.70	13.10	13.07	15.42	13.70	13.86	14.08	14.98

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2548-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช

หมายเหตุ : 1) ใช้ข้อมูลที่จำหน่ายเป็น improve เพื่อดูคุณภาพการวางแผนการจำหน่าย

2) ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วย plan หรือ unplanned จากข้อมูลผู้ป่วยใน (IP) ได้ เพราะการมา adm ครั้งที่ 2 อาจนัดมาทำหัตถการต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 44 อัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับหัตถการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และอัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาใน ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำ PCI สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2548-2557

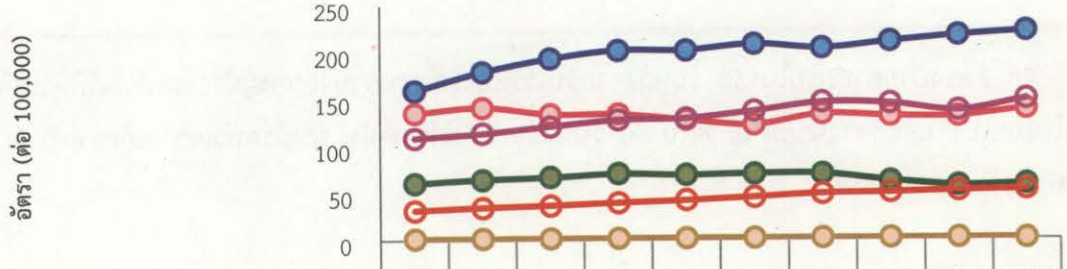


ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2549-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ มี.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

เมื่อพิจารณาอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care sensitivity condition: ACSC) ซึ่งเป็นการสะท้อน และเชื่อมโยงให้เห็นตั้งแต่ผลงานบริการไปจนถึงประสิทธิภาพคุณภาพของบริการ ประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยนอกที่ต้องการควบคุมอาการของโรคเรื้อรังให้อยู่ในระดับที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการกำเริบของอาการจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหืด โรคปอดอุดกั้น โรคลมชัก และโรคหัวใจล้มเหลมที่มีภาวะน้ำท่วมปอด เป็นต้น

และจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิ UCS ตั้งแต่ 2548 – 2557 พบว่า ในภาพรวมอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อแสนประชากรสิทธิ UCS ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากปีงบประมาณ 2548 และเริ่มมีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2552 ยกเว้นในกลุ่มโรคเบาหวานที่มีอัตรารับไว้ในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเพิ่มตลอด แสดงถึงปัญหาที่ต้องการการควบคุมอาการของโรคให้ดีขึ้นในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (แผนภูมิที่ 45)

แผนภูมิที่ 45 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care sensitivity condition: ACSC) สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2548- 2557

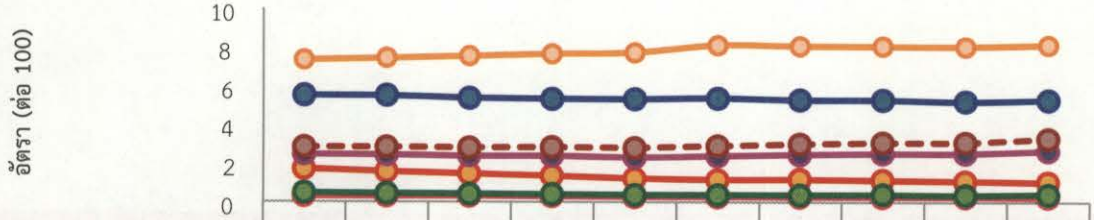


	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
เบาหวาน	158.70	178.56	192.47	201.27	201.24	207.51	203.07	209.88	216.13	220.45
ความดันโลหิตสูง	135.05	141.02	133.54	133.39	127.18	121.84	133.03	130.60	130.38	138.16
หืด	60.27	63.88	66.07	69.63	68.24	69.52	69.33	61.79	56.49	57.67
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	108.50	113.20	120.55	127.26	128.79	136.33	145.37	144.05	136.43	148.38
ลมชัก	31.60	34.44	36.48	39.21	41.52	44.79	48.37	49.32	51.08	52.05
หัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำถ่วมปอด	1.08	1.17	1.23	1.24	1.28	1.08	1.03	0.85	0.88	0.73

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2548-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

ในด้านผลลัพธ์สุขภาพของบริการผู้ป่วยใน อัตราป่วยตายในโรงพยาบาล (Case fatality Rate/Ratio) ความรุนแรงของโรค เป็นดัชนีวัดความรุนแรงของโรคที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพ และคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาล การจัดบริการสุขภาพ และการเฝ้าระวังโรคในเขตพื้นที่ จากข้อมูลผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2548-2557 พบว่า อัตราป่วยตายของประชากรสิทธิ UC ปี 2548-2557 อยู่ในช่วงร้อยละ 2.79- 3.26 ผู้สูงอายุมีอัตราป่วยตายสูงสุดร้อยละ 8.14 (แผนภูมิที่ 46)

แผนภูมิที่ 46 อัตราป่วยตายของผู้ป่วยในสิทธิ UC จำแนกกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2548 - 2557



	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
น้อยกว่า 1 ปี	1.70	1.55	1.44	1.33	1.21	1.14	1.15	1.11	1.07	1.01
1-4 ปี	0.29	0.28	0.29	0.27	0.26	0.26	0.25	0.25	0.25	0.23
5-14 ปี	0.44	0.42	0.40	0.38	0.36	0.36	0.36	0.37	0.34	0.40
15-59 ปี	2.42	2.41	2.35	2.36	2.29	2.36	2.44	2.49	2.50	2.64
60-69 ปี	5.48	5.48	5.37	5.33	5.32	5.37	5.28	5.28	5.20	5.29
70 ปีขึ้นไป	7.32	7.42	7.53	7.65	7.73	8.11	8.07	8.06	8.05	8.14
ภาพรวมประเทศ	2.81	2.82	2.79	2.81	2.79	2.88	3.01	3.07	3.08	3.26

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP-research) ปีงบประมาณ 2548-2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ประมวลผล ณ ม.ค. 2558, วิเคราะห์โดย สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สปสช.

หมายเหตุ: อัตราป่วยตายอายุน้อยกว่า 1 ปี ไม่รวมรหัส Z380

หน้าว่าง

- 6 -

การคุ้มครองสิทธิ การตอบสนองต่อความต้องการ การชดเชยเยียวยา และการมีส่วนร่วม

การคุ้มครองสิทธิ การตอบสนองต่อความต้องการ การชดเชยเยียวยา และการมีส่วนร่วม

6.1 การมีส่วนร่วมจากท้องถิ่น

การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น เป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น จากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการร่วมสมทบงบประมาณเพื่อการดำเนินงานในท้องถิ่น ในรูปแบบของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมย์ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47

ในปีงบประมาณ 2557 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำนวน 7,759 แห่ง (ร้อยละ 99.78) ของ อบต.และเทศบาลทั่วประเทศ 7,776 แห่ง (แผนภูมิที่ 47)

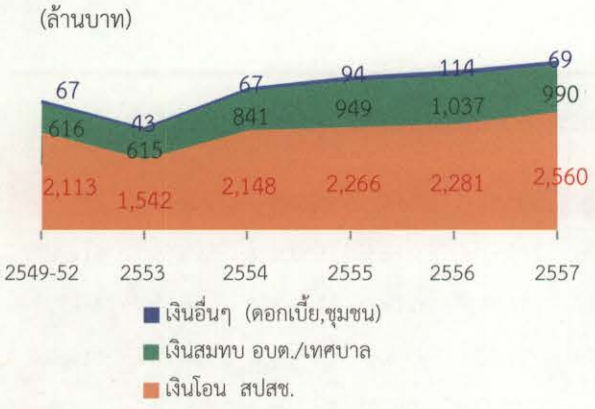
และมีงบประมาณดำเนินงานหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นเงิน 3,619 ล้านบาท (รวมดอกเบี้ย) จากงบประมาณ 3 แหล่ง ได้แก่ เงินค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2,560 ล้านบาท (ร้อยละ 70.74) เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 990 ล้านบาท (ร้อยละ 27.36) และเงินสมทบจากชุมชนและอื่นๆ 69 ล้านบาท (ร้อยละ 1.91) (แผนภูมิที่ 48) เพื่อใช้สนับสนุนให้ท้องถิ่น/ชุมชน/ประชาชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

สำหรับงบประมาณส่วนใหญ่ใช้ไปเพื่อสนับสนุนประชาชนและชุมชนดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพกลุ่มโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.62 รองลงมาคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และโรคมะเร็ง ร้อยละ 24.04 และ 20.63 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 49)

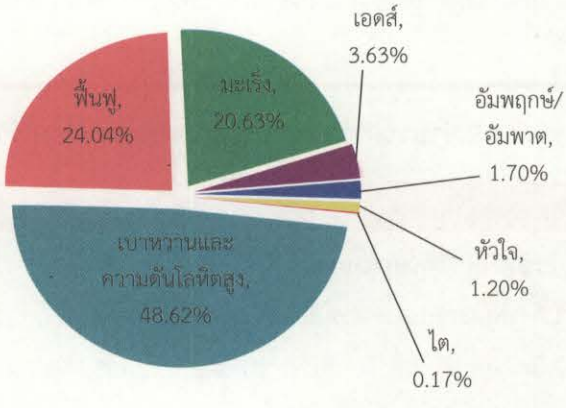
แผนภูมิที่ 47 จำนวนและร้อยละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.และเทศบาล) ที่เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2549-2557

ที่มา: ข้อมูลระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปีงบประมาณ 2549-2557, วิเคราะห์โดยแผนงานสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ สปสช.

แผนภูมิที่ 48 จำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำแนกแหล่งงบประมาณ ปีงบประมาณ 2549-2557



แผนภูมิที่ 49 สัดส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำแนกตามตามกิจกรรมการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2557



ที่มา: ข้อมูลระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปีงบประมาณ 2549-2557, วิเคราะห์โดยแผนงานสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ สปสช.

6.2. การคุ้มครองสิทธิ

เพื่อคุ้มครองสิทธิประชาชนและลดข้อจำกัดในการใช้บริการ สปสช. ได้เปิดช่องทางการให้บริการสอบถามข้อมูล ร้องเรียน และร้องทุกข์ ผ่านโทรศัพท์สายด่วน สปสช. 1330 จดหมาย โทรสาร E-mail หรือมาติดต่อด้วยตนเอง ในปีงบประมาณ 2557 มีการใช้บริการจำนวน 598,117 เรื่อง แบ่งเป็นการสอบถามข้อมูล จำนวน 583,260 เรื่อง รับเรื่องร้องเรียน จำนวน 3,828 เรื่อง และรับเรื่องร้องทุกข์ จำนวน 11,029 เรื่อง (ตารางที่ 18)

6.2.1 การให้บริการสอบถามข้อมูล

ผลงานการให้บริการสอบถามข้อมูลในปีงบประมาณ 2557 ประชาชนสอบถามข้อมูล จำนวน 541,309 เรื่อง การสอบถามเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง ขอให้ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ สิทธิและวิธีใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข และการลงทะเบียนและการเลือกหน่วยบริการ ตามลำดับ (ตารางที่ 19) สำหรับการสอบถามข้อมูลของผู้ให้บริการ จำนวน 41,951 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องขอให้ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ การลงทะเบียนและการเลือกหน่วยบริการ และสิทธิประโยชน์การรับบริการสาธารณสุข ตามลำดับ (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 18 จำนวนการให้บริการสอบถามข้อมูล รับเรื่องร้องเรียน และเรื่องร้องทุกข์ ปีงบประมาณ 2551-2557

ข้อมูลการบริการ (เรื่อง)	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1. เรื่องสอบถามข้อมูล	852,003	769,082	808,793	729,320	607,050	612,510	583,260
- ประชาชนสอบถาม	755,261	728,927	777,798	697,325	570,220	574,777	541,309
- ผู้ให้บริการสอบถาม	96,742	40,155	30,995	31,995	36,830	37,733	41,951
2. เรื่องร้องเรียน	4,239	4,298	4,186	4,386	4,370	4,420	3,828
3. เรื่องเรื่องร้องทุกข์	19,419	10,107	6,184	5,756	6,324	6,616	11,029
รวม	875,661	783,487	819,163	739,462	617,744	623,546	598,117

ที่มา: โปรแกรมพิทักษ์สิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปีงบประมาณ 2551-2557, วิเคราะห์โดย สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช.

ตารางที่ 19 จำนวนการสอบถามข้อมูลของประชาชน จำแนกประเด็นคำถาม ปีงบประมาณ 2551-2557

จำนวนการสอบถามข้อมูลของประชาชน (เรื่อง)	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	750,755	724,026	772,527	690,350	559,946	557,690	512,490
1.1 การลงทะเบียนและการเลือกหน่วยบริการ	247,367	221,877	241,394	208,775	141,399	136,596	94,798
1.2 สิทธิและวิธีใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข	93,354	101,749	103,606	93,629	93,426	117,989	114,362
1.3 การรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	182	185	264	262	196	259	301
1.4 ขอให้ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ	355,652	345,038	355,539	323,876	264,993	244,245	244,111
1.5 ข้อมูลหน่วยบริการ	18,579	22,829	34,578	29,008	19,156	19,106	15,793
1.6 ข้อมูลองค์กร	1,889	1,811	1,913	2,027	2,180	3,076	3,869

จำนวนการสอบถามข้อมูลของประชาชน (เรื่อง)	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1.7 อื่นๆ(ข่าวประชาสัมพันธ์ ข้อมูลหน่วยงานอื่น ติดตามเรื่อง ฯลฯ)	33,732	30,537	35,233	32,773	35,017	29,060	28,935
1.8 นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน : EMCO	-	-	-	-	3,579	7,359	10,321
2. สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	874	653	635	681	2,497	5,290	5,350
3. สิทธิประกันสังคม	3,632	4,248	4,636	6,294	7,777	11,285	12,175
4. สิทธิ อปท.	-	-	-	-		512	11,294
รวม	755,261	728,927	777,798	697,325	570,220	574,777	541,309

ที่มา: ข้อมูลคุ้มครองสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปีงบประมาณ 2551-2557, วิเคราะห์โดย สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช.

หมายเหตุ :1) สปสช.เริ่มนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน 1 เม.ย. 2555

2) สปสช.เริ่มนโยบายสิทธิสวัสดิการ อปท. เริ่ม 1 ต.ค. 2557

ตารางที่ 20 จำนวนการสอบถามข้อมูลของผู้ให้บริการ จำแนกประเด็นคำถาม ปีงบประมาณ 2551-2557

จำนวนการสอบถามข้อมูลของผู้ให้บริการ (เรื่อง)	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	95,663	39,625	30,523	31,376	35,649	36,407	33,586
1.1 การลงทะเบียนและการเลือกหน่วยบริการ	6,862	2,781	2,264	2,584	2,276	2,333	4,239
1.2 สิทธิประโยชน์การรับบริการสาธารณสุข	6,104	3,541	4,326	4,065	4,846	4,354	3,407
1.3 วิธีการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	2,503	1,328	1,211	1,092	1,074	491	637
1.4 การรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	24	12	20	18	28	27	27
1.5 การรับเงินชดเชยเบื้องต้นตามมาตรา 18(4)	98	48	28	22	21	22	79
1.6 ขอให้ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ	49,265	19,051	12,121	12,415	17,064	18,988	15,605
1.7 ข้อมูลหน่วยบริการ	771	338	522	489	447	415	433
1.8 ข้อมูลองค์กร	867	583	455	400	436	444	651
1.9 อื่นๆ (ข่าวประชาสัมพันธ์ข้อมูลหน่วยงานอื่น ฯลฯ)	29,169	11,943	9,576	10,291	8,361	9,025	8,118
1.10 นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน : EMCO	-	-	-		1,096	308	390
2. สิทธิข้าราชการ	436	203	161	223	534	555	1,476
3. สิทธิประกันสังคม	643	327	311	396	647	678	775
4. สิทธิ อปท.	-	-	-	-	-	93	6,114
รวม	96,742	40,155	30,995	31,995	36,830	37,733	41,951

ที่มา: ข้อมูลคุ้มครองสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปีงบประมาณ 2551-2557, วิเคราะห์โดย สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช.

หมายเหตุ :1) สปสช.เริ่มนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน 1 เม.ย. 2555

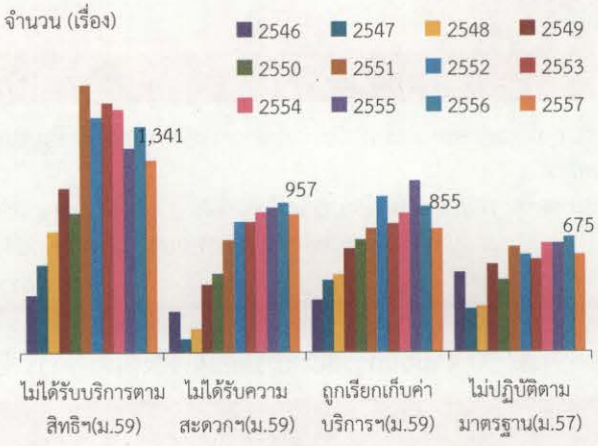
2) สปสช.เริ่มนโยบายสิทธิสวัสดิการ อปท. เริ่ม 1 ต.ค. 2557

6.2.2 การรับเรื่องร้องเรียน

เป็นกลไกการคุ้มครองสิทธิของประชาชนผู้รับบริการ เพื่อให้ประชาชนมีช่องทางในการแจ้งปัญหาที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ ช่วยให้เกิดความกระจ่างในการใช้บริการและเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น แม้อาจจะไม่ใช่ความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และมาจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน

ในปีงบประมาณ 2557 จำนวนเรื่องร้องเรียนในด้านคุณภาพบริการ มีจำนวน 3,828 เรื่อง ส่วนใหญ่การร้องเรียนเรื่องไม่ได้รับบริการตามสิทธิ จำนวน 1,341 เรื่อง รองลงมาคือ การไม่ได้รับความสะดวกในการใช้บริการ จำนวน 957 เรื่อง การถูกเรียกเก็บค่าบริการ จำนวน 855 เรื่อง และการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน จำนวน 675 เรื่อง ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 50) ทั้งนี้เรื่องร้องเรียนร้อยละ 97.67 ได้รับการดำเนินการแก้ไขภายใน 30 วันทำการ (ตารางที่ 21) แสดงถึงประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการใช้บริการของประชาชนผู้รับบริการ

แผนภูมิที่ 50 จำนวนเรื่องร้องเรียน จำแนกประเด็นคุณภาพบริการ ปีงบประมาณ 2546-2557



ที่มา: ข้อมูลคุ้มครองสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกันปีงบประมาณ 2546-2556, วิเคราะห์โดย สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช.

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละเรื่องร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขภายใน 30 วันทำการ ปีงบประมาณ 2554-2557

รายการ	2554	2555	2556	2557
1. เรื่องร้องเรียนทั้งหมด	4,386	4,370	4,420	3,828
2. เรื่องร้องเรียนดำเนินการแล้วเสร็จ	4,267	4,173	4,133	3,346
3. เรื่องร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขภายใน 30 วัน	4,104	4,102	4,051	3,268
4. เรื่องร้องเรียนที่อยู่ระหว่างดำเนินการที่ยังไม่ครบ 30 วัน	119	143	248	482
5. ร้อยละเรื่องร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขภายใน 30 วันทำการ	96.18	97.04	97.10	97.67

ที่มา: ข้อมูลคุ้มครองสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปีงบประมาณ 2546-2556, วิเคราะห์โดย สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช.

หมายเหตุ: การวิเคราะห์ผลดำเนินการ ตามที่ตกลงกับ TRIS ปี 54 สูตรคำนวณ =เรื่องร้องเรียน (ม.57, 59) ดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 30 วันทำการ X 100/ (เรื่องร้องเรียนทั้งหมด - เรื่องร้องเรียนที่อยู่ระหว่างดำเนินการที่ยังไม่ครบ 30 วันทำการ)

6.2.3 การให้บริการรับเรื่องร้องทุกข์

เรื่องร้องทุกข์ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นเรื่อง สิทธิไม่ตรงตามจริง จำนวน 7,343 เรื่อง รองลงมา เป็นเรื่องขอความช่วยเหลือ 1,040 เรื่อง และเรื่องการลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการ 767 เรื่อง ตามลำดับ ส่วนเรื่องร้องทุกข์ของสิทธิข้าราชการและประกันสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 การให้บริการรับเรื่องร้องทุกข์ จำแนกตามประเภทเรื่องร้องทุกข์ ปีงบประมาณ 2551-2557

จำนวนเรื่องร้องทุกข์ (เรื่อง)	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	19,392	10,083	6,169	5,742	5,773	6,012	10,100
1.1 การลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการ	1,518	1,077	175	786	737	779	767
1.2 สิทธิไม่ตรงตามจริง	16,151	7,496	3,496	3,789	3,330	3,373	7,343
1.3 ขอความช่วยเหลือ	998	900	1,084	1,134	1,252	991	1,040
1.4 ปรึกษา/เสนอแนะ	598	504	460	380	351	504	464
1.5 สถานบริการอื่นปฏิเสธการใช้สิทธิมาตรา 7	17	10	8	8	5	-	-
1.6 สถานบริการอื่นปฏิเสธการใช้สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน : EMCO	-	-	-	-	288	362	224
อื่นๆ (ตามผลการพิจารณา ฯ)	110	96	31	-	-	3	262
2. สิทธิข้าราชการ	10	8	8	4	477	499	510
3. สิทธิประกันสังคม	17	16	7	10	74	105	100
4. สิทธิ อปท.	-	-	-	-	-	-	319
รวม	19,419	10,107	6,184	5,756	6,324	6,616	11,029

ที่มา: ข้อมูลคุ้มครองสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปีงบประมาณ 2551-2557, วิเคราะห์โดย สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สปสช.

หมายเหตุ : 1) สปสช.เริ่มนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน 1 เม.ย. 2555

2) สปสช.เริ่มนโยบายสิทธิสวัสดิการ อปท. เริ่ม 1 ต.ค. 2557

6.2.4 การช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

เพื่อชดเชยกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (มาตรา 41) ในปีงบประมาณ 2557 ผู้รับบริการยื่นคำร้องจำนวน 1,112 ราย ได้รับการชดเชย 931 ราย ร้อยละ 83.73 ของผู้ยื่นคำร้อง และได้รับเงินชดเชยทั้งสิ้น 218.44 ล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นกรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร 478 ราย (ร้อยละ 51.35) เป็นเงิน 166.35 ล้านบาท รองลงมาคือ บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง 337 ราย (ร้อยละ 36.20) เป็นเงิน 23.87 ล้านบาท และสูญเสียอวัยวะ/พิการ 116 ราย (ร้อยละ 12.46) เป็นเงิน 24.63 ล้านบาท

สำหรับผู้ให้บริการยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 526 ราย โดยได้รับการชดเชย 420 ราย (ร้อยละ 79.85) เป็นเงิน 5.19 ล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นกรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง 415 ราย เป็นเงิน 3.83 ล้านบาท สูญเสียอวัยวะ/พิการ และเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรเพียง 5 ราย เป็นเงิน 1.27 ล้านบาท (ตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 จำนวนผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลและการให้บริการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2552-2557

	รายการ	2552		2553		2554		2555		2556		2557	
		จำนวน (ราย)	จำนวนเงินจ่ายชดเชย (บาท)	จำนวน (ราย)	จำนวนเงินจ่ายชดเชย (บาท)	จำนวน (ราย)	จำนวนเงินจ่ายชดเชย (บาท)	จำนวน (ราย)	จำนวนเงินจ่ายชดเชย (บาท)	จำนวน (ราย)	จำนวนเงินจ่ายชดเชย (บาท)	จำนวน (ราย)	จำนวนเงินจ่ายชดเชย (บาท)
ผู้รับบริการ	1. ผู้รับบริการผู้ยื่นคำร้อง	810		876		965		951		1,182		1,112	
	2 .ผู้รับบริการได้รับชดเชย	660		704		783		834		995		931	
	2.1 เสียชีวิต / ทุพลภาพถาวร	344	54,515,000	361	58,450,000	401	66,162,000	401	69,360,000	533	149,926,000	478	166,370,000
	2.2 สูญเสียอวัยวะ/พิการ	97	10,200,000	139	14,480,000	141	15,097,000	140	15,250,000	125	20,311,200	116	24,631,800
	2.3 บาดเจ็บ / เจ็บป่วยต่อเนื่อง	219	7,808,000	204	7,790,000	241	9,007,330	293	11,254,000	337	17,936,100	337	23,875,000
	3. กรณีอุทธรณ์		700,000		1,200,000		1,940,000		2,763,000		3,402,000		3,562,400
	รวม	660	73,223,000	704	81,920,000	783	92,206,330	834	98,627,000	995	191,575,300	931	218,439,200
ผู้ให้บริการ	1. ผู้ให้บริการผู้ยื่นคำร้อง	725		840		625		624		532		526	
	2. ผู้ให้ริการได้รับชดเชย	664		686		505		511		454		420	
	2.1 เสียชีวิต / ทุพลภาพถาวร	3	600,000	-	-	2	400,000	3	550,000	2	400,000	3	1,000,000
	2.2 สูญเสียอวัยวะ / พิการ	1	120,000	1	70,000	-	-	-	-	4	390,000	2	270,000
	2.3 บาดเจ็บ / เจ็บป่วยต่อเนื่อง	660	6,135,200	685	4,875,950	503	3,811,050	508	3,944,200	448	3,578,050	415	3,829,100
	3. กรณีอุทธรณ์		27,000		50,000		161,000		10,000		2,000		100,000
	รวม	664	6,882,200	686	4,995,950	505	4,372,050	511	4,504,200	454	4,370,050	420	5,199,100

ที่มา: โปรแกรมพิทักษ์สิทธิ ปี 2552 – 2557 สำนักสารสนเทศการประกัน ณ ก.ย. 2557, วิเคราะห์โดย สำนักกฎหมาย สปสช.

หมายเหตุ: คณะกรรมการหลักประกันประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศใช้ข้อบังคับฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีและเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2555

6.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ 2557 พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจ ร้อยละ 94.54 ของประชาชนที่เคยใช้บริการ โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 83.01 ในปีงบประมาณ 2546 และมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 8.86 ในขณะที่ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ อยู่ที่ร้อยละ 64.42 และมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 6.93 (แผนภูมิที่ 51) ในภาพรวมแสดงว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่สูงกว่าผู้ให้บริการ ทั้งนี้อาจจะเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถให้บริการได้ตรงกับความคาดหวังของประชาชนได้เป็นอย่างดี ในขณะที่การจัดการบางอย่างที่ส่งผลต่อผู้ให้บริการ อาจจะยังไม่ตรงกับความคาดหวังของผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนหนึ่งต้องมีการเจรจาต่อรองให้ได้วิธีการที่เหมาะสมที่สุด แต่ก็ควรจะตั้งอยู่บนหลักการที่ยึดผลประโยชน์ของประชาชนผู้รับบริการเป็นหลักในการตัดสินใจ

แผนภูมิที่ 51 ร้อยละและคะแนนความพึงพอใจของประชาชนผู้เคยใช้บริการและผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546-2557

ที่มา: 1) ปี 2546-2556 สำรวจโดยศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (สำรวจ พ.ค.-มิ.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

หมายเหตุ : ร้อยละของความพึงพอใจได้จากผลรวมร้อยละผู้ที่ตอบว่าพึงพอใจและพึงพอใจมาก

หน้าว่าง

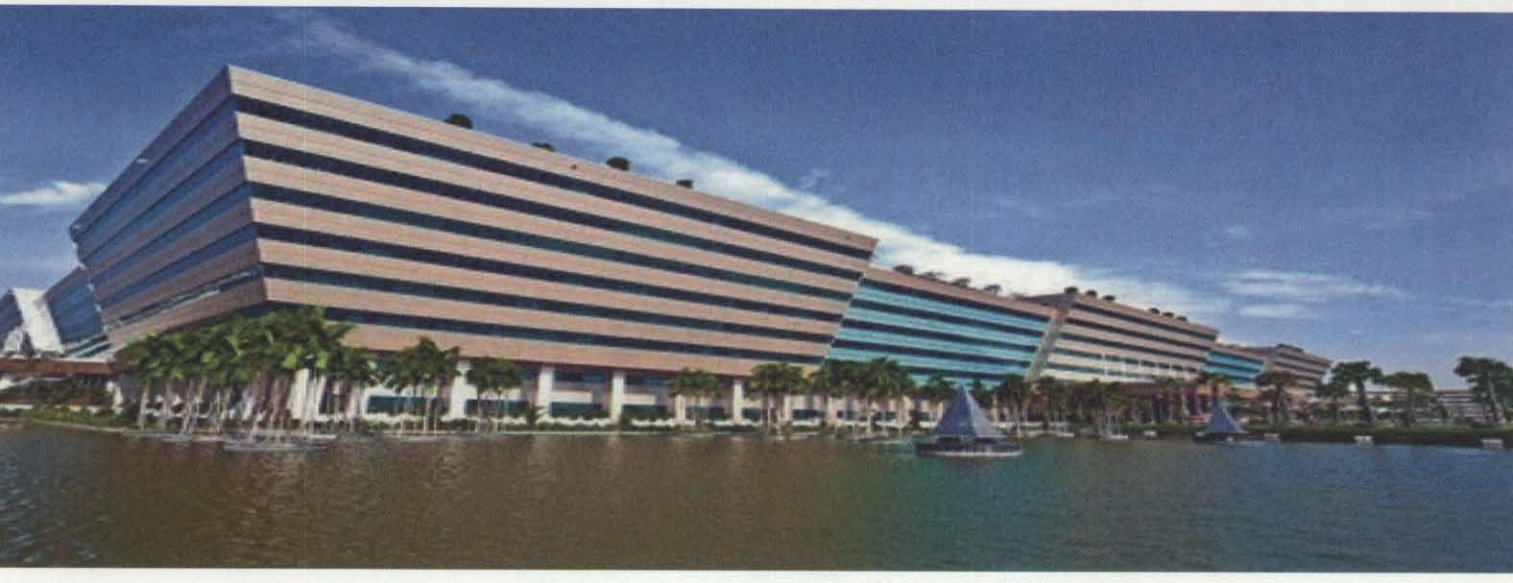
ส่วนที่ 2

การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ลักษณะองค์กร ที่ตั้ง โครงสร้างการบริหาร และแผนยุทธศาสตร์
- การบริหารงบกองทุนและงบบริหาร
- ผลการประเมินการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI)
- ปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

- 1 -

ลักษณะองค์กร ที่ตั้ง โครงสร้างการบริหาร และแผนยุทธศาสตร์

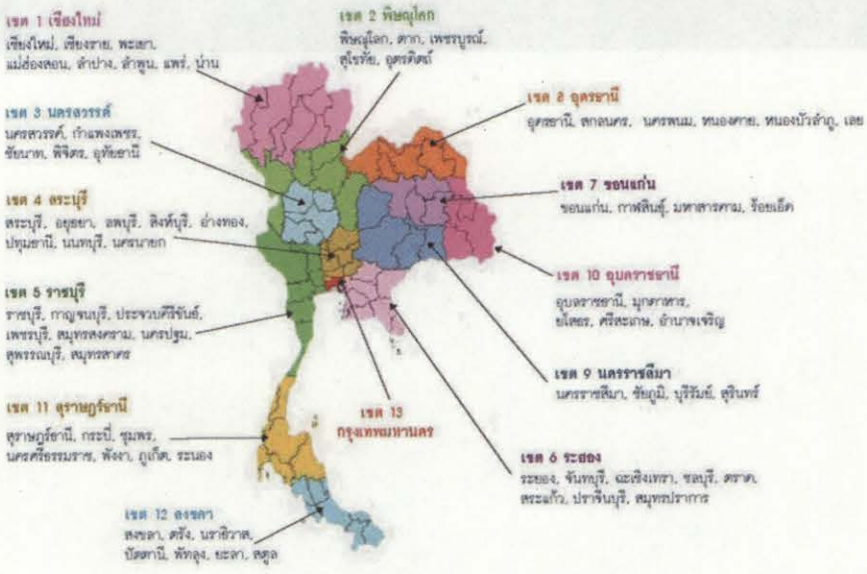


ลักษณะองค์กร ที่ตั้ง โครงสร้างการบริหาร และแผนยุทธศาสตร์

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

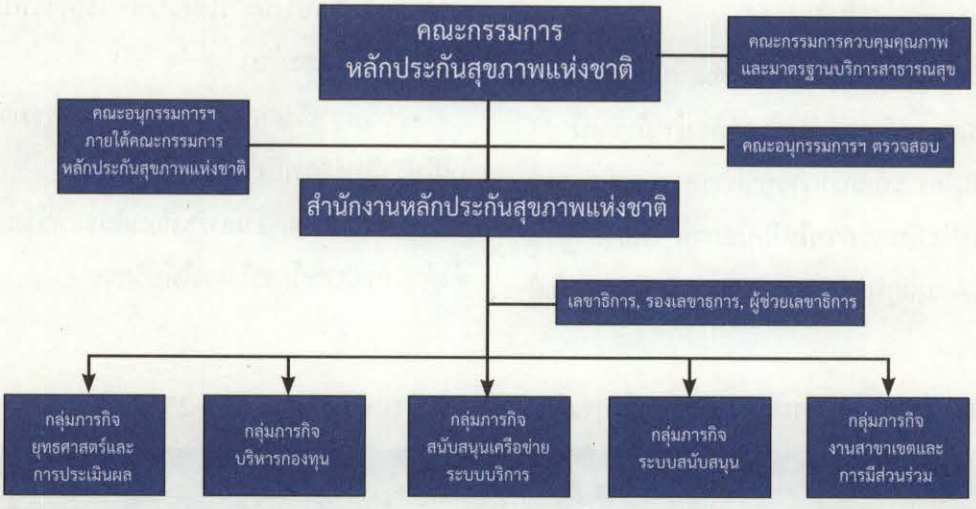
บทบาทหลักในการสร้างและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคน (ยกเว้นผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้) ได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

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

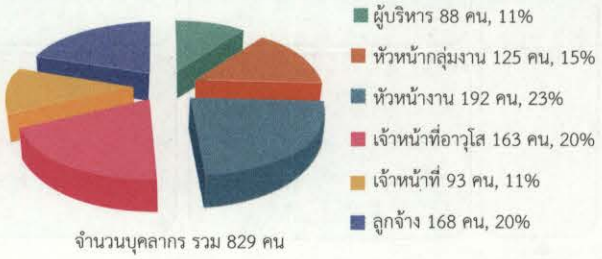


โครงสร้างการบริหาร

ผังการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



บุคลากร
สปสช. มีการแบ่งกลุ่มบุคลากรออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารระดับสูง กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และมีการจัดจ้างพนักงานโครงการสัญญาจ้างปีต่อปี



จำนวนบุคลากร รวม 829 คน

วิสัยทัศน์

"ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ด้วยความมั่นใจ"

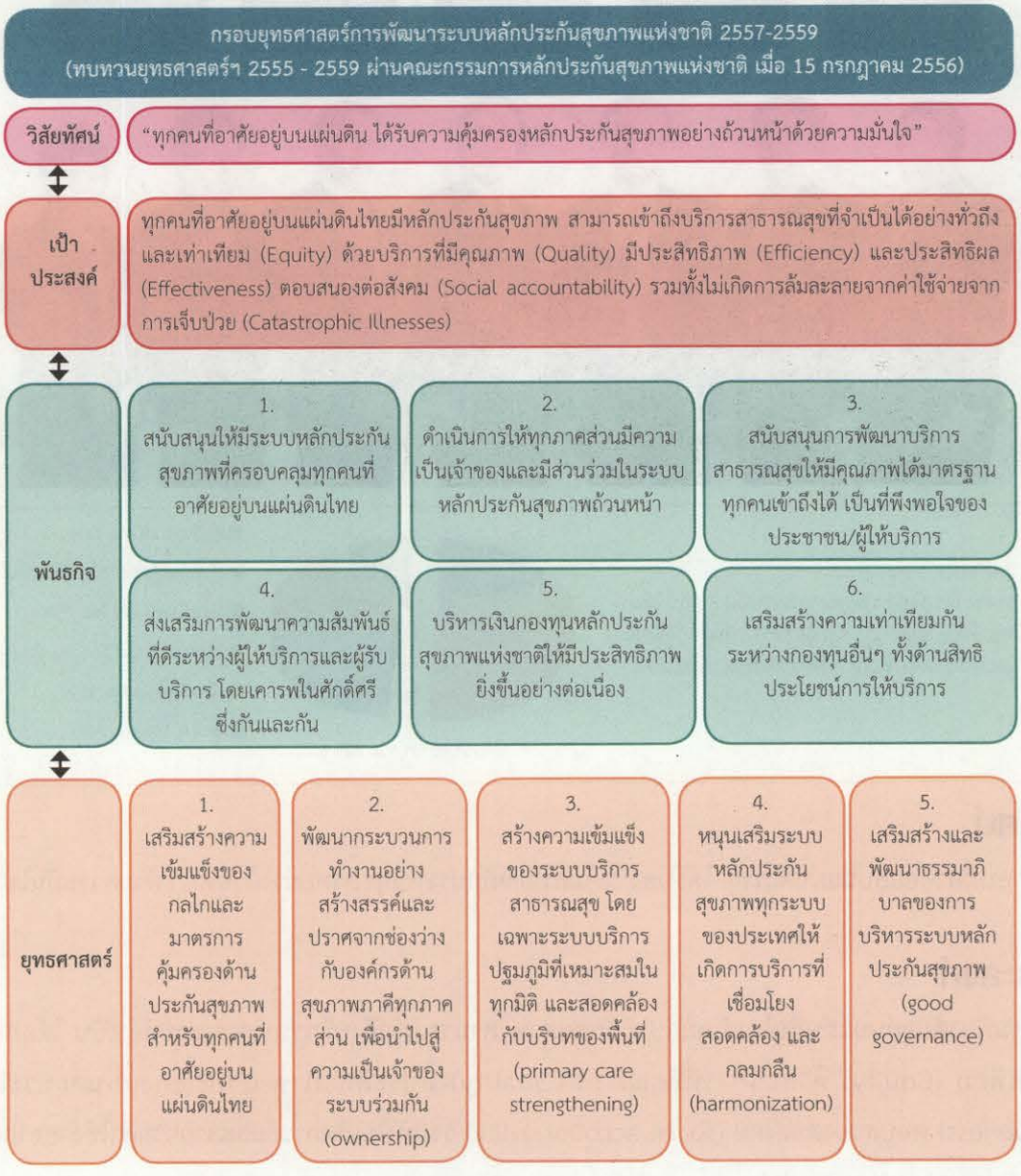
เป้าประสงค์

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

พันธกิจ

- สนับสนุนให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย
- ดำเนินการให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า
- สนับสนุนการพัฒนาการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ทุกคนเข้าถึงได้ และเป็นที่พึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ
- ส่งเสริมการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยเน้นการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน
- บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- เสริมสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างกองทุนอื่นๆ ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ การให้บริการ

กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557-2559



ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

1) เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกและมาตรการคุ้มครองด้านประกันสุขภาพสำหรับทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย

(1.1) สนับสนุนและพัฒนากลไกให้เกิดความคุ้มครองด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ

(1.2) ประสาน และพัฒนากลไกให้เกิดความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีหลักประกันภาครัฐอื่นๆ (กองทุนขนาดเล็ก เช่น อปท. รัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระ เป็นต้น)

(1.3) สนับสนุนและพัฒนากลไกการสื่อสารประชาสัมพันธ์และคุ้มครองสิทธิ เพื่อให้ประชาชนและผู้ให้บริการได้รับรู้ข้อมูลด้านสิทธิ หน้าที่ และได้รับความคุ้มครองในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสมครอบคลุม

2) พัฒนากระบวนการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ และปราศจากช่องว่างกับองค์กรด้านสุขภาพ/ภาคีทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่ความเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน (ownership)

(2.1) พัฒนากระบวนการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ และปราศจากช่องว่างกับองค์กรด้านสุขภาพ/ภาคีทุกภาคส่วน

(2.2) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในด้านหลักประกันสุขภาพอย่างเพียงพอ ให้แก่องค์กรภาคีทุกภาคส่วน ทั้งในระดับบุคคล สถาบันและเครือข่าย

(2.3) สนับสนุนและจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, องค์กร,เครือข่ายภาคประชาชน ภาคเอกชนและองค์กรสาธารณะประโยชน์อื่นๆ มีส่วนร่วมในการบริหารและดำเนินงานในระดับเขตและพื้นที่

(2.4) เสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ด้วยการบริการดุจญาติมิตร และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (primary care strengthening)

(3.1) สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ตามความจำเป็นด้านสุขภาพในทุกระดับ

(3.2) ส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนานวตกรรมงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) เพื่อขยายความครอบคลุมการบริการอย่างเท่าเทียม

(3.3) สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความมีศักดิ์ศรีของผู้ให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้ศักยภาพและความร่วมมือในพื้นที่

(3.4) พัฒนาระบบ กลไก และเครือข่าย เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชนตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ถึงระบบบริการตติยภูมิ (Tertiary care) สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการในระบบสาธารณสุขของประเทศ ในทุกระดับอย่างครบวงจรแบบไร้รอยต่อ

(3.5) สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง

4) หนุนเสริมระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศ ให้เกิดการบริการที่เชื่อมโยง สอดคล้องและกลมกลืนกัน (harmonization)

(4.1) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ [Benefit package] บนฐานข้อมูลโดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่าในภาพรวม ร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ [Service delivery] ที่เน้นความเหมาะสม ความเท่าเทียมกันในสิทธิประโยชน์หลัก ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (effective coverage)

(4.2) ศึกษาระบบ แนวทาง และ/หรือประสบการณ์การระดมทรัพยากรเพื่อการจัดบริการที่มีความเหมาะสม คุ้มค่า และนำมาพิจารณาใช้ประโยชน์ในอนาคต

(4.3) สนับสนุนและพัฒนากลไกการเงินการคลัง [Financial mechanism] ที่ได้มาตรฐานและประสานเชื่อมโยงกัน

(4.4) พัฒนาการบริหารจัดการ และการเชื่อมโยงระบบข้อมูล สารสนเทศ ด้านสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อให้เกิด National Standard Data Set และใช้ประโยชน์ร่วมกัน

5) เสริมสร้างและพัฒนาธรรมาภิบาลของการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ (good governance)

(5.1) พัฒนาการบริหารกองทุนและงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในด้านธรรมาภิบาล

(5.2) สนับสนุนการกระจายอำนาจ ควบคู่กับการพัฒนาระบบการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลโดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcome) อย่างต่อเนื่อง

(5.3) ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในด้านความรู้ความสามารถในงาน รวมทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม เพื่อเป็นกลไกในการอภิบาลระบบในระดับชาติ

(5.4) พัฒนา สปสช. ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นแหล่งศึกษา และแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

- 2 -
การบริหารงบกองทุนและงบบริหาร

การบริหารงบกองทุนและงบบริหาร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีภารกิจบริหารจัดการภายใต้นโยบายที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แบ่งการบริหารงบประมาณออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นงบประมาณสำหรับสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ รวมทั้งการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการที่ไม่เหมาะสม

2. งบประมาณบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการ และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

สัดส่วนงบบริหารสำหรับบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550–2557 ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 สัดส่วนงบบริหารและงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550–2557

(หน่วย : ล้านบาท)

งบที่ได้รับ	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
งบกองทุน (รวมเงินเดือน)	91,369.05	101,984.10	108,065.09	117,969.00	129,280.89	140,609.40	141,539.75	154,257.98
งบบริหาร	810.96	807.65	936.75	858.46	961.30	1,099.80	1,209.12	1,442.19
ร้อยละ (สัดส่วนงบบริหารต่องบกองทุน)	0.89	0.79	0.87	0.73	0.74	0.78	0.86	0.93

ที่มา: สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

ในปีงบประมาณ 2557 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนจากรัฐบาล วงเงิน 115,176.674 ล้านบาท (ไม่รวมเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ) ประกอบด้วย 1) งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 102,349.633 ล้านบาท 2) งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2,946.997 ล้านบาท 3) งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 5,178.804 ล้านบาท 4) งบบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง 801.240 ล้านบาท 5) งบค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ 900.000 ล้านบาท และ 6) งบค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 3,000.000 ล้านบาท

ผลการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 30 กันยายน 2557 เบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่จัดสรรให้หน่วยบริการ จำนวน 115,238.344 ล้านบาท ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 102,411.303 ล้านบาท[2]
2. ค่าใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2,946.997 ล้านบาท
3. ค่าใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 5,178.804 ล้านบาท
4. ค่าใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพื่อควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง 801.240 ล้านบาท
5. ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ 900.000 ล้านบาท
6. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 3,000.000 ล้านบาท

โดยมีรายได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร 183.575 ล้านบาท รายได้ค่าบริการทางการแพทย์ ปี 2556 รับคืน 140.582 ล้านบาท รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน 157.155 ล้านบาท และรายได้อื่น 8.443 ล้านบาท จึงทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายรวม จำนวน 428.085 ล้านบาท รายละเอียดตามงบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 ทั้งนี้ งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังอยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

ส่วนผลการบริหารงบบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรายได้รวม 1,531,724,997.40 บาท ประกอบด้วย รายได้จากงบประมาณ 1,442,185,400 บาท และรายได้อื่น 89,539,597.40 บาท โดยจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร 513,443,886.39 บาท ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน 729,860,950.84 บาท ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย 124,219,362.86 บาท และค่าใช้จ่ายไม่ได้เกิดจากการดำเนินการ 380,150.68 บาท ซึ่งทำให้รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่าย 163,820,646.63 บาท ณ วันที่ 30 กันยายน 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีภาระผูกพันที่เกิดจากสัญญาจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและบริการอื่นๆ จำนวน 62 ชุด เป็นเงิน 47,718,407.80 บาท และภาระผูกพันที่เกิดจากค่าบริหารจัดการกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานท้องถิ่น เป็นเงิน 34,552,000 บาท

[2] ข้อสังเกตุ ผลการเบิกจ่ายรวมรายได้จากแหล่งอื่น

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงฐานะการเงิน
ณ วันที่ 30 กันยายน 2557

หน่วย : บาท

	หมายเหตุ	2557	2556	เพิ่ม/ลดร้อยละ
สินทรัพย์				
สินทรัพย์หมุนเวียน				
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	4	4,097,544,745.55	6,461,269,255.96	(36.58) %
ลูกหนี้ระยะสั้น	5	3,120,472,253.71	776,919,863.10	301.65 %
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน	6	130,966,245.78	237,487,747.15	(44.85) %
รายได้ค้างรับ	7	3,912,215.11	4,926,844.77	(20.59) %
เงินลงทุนระยะสั้น	8	476,874,850.09	465,862,761.36	2.36 %
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		**7,829,770,310.24**	**7,946,466,472.34**	**(1.47) %**
รวมสินทรัพย์		**7,829,770,310.24**	**7,946,466,472.34**	**(1.47) %**
หนี้สิน				
หนี้สินหมุนเวียน				
เจ้าหนี้ระยะสั้น	9	781,363,789.79	326,469,431.95	139.34 %
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขค้างจ่าย	10	1,668,487,239.02	429,025,126.32	288.90 %
ประมาณการหนี้สินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	11	1,988,488,642.01	2,930,296,013.80	(32.14) %
เงินรับฝากค่ารักษาฯ-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	12	753,095,098.76	-	100%
เงินประกันสัญญาหน่วยบริการ	13	23,000,600.00	19,962,885.50	15.22 %
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	14	16,031,215.21	11,235,526.52	42.68 %
รวมหนี้สินหมุนเวียน		**5,230,466,584.79**	**3,716,988,984.09**	**40.72 %**
หนี้สินไม่หมุนเวียน				
เงินประกันหน่วยบริการ-ระยะยาว		-	74,729.45	(100) %
กองทุนสำรองกรณีฉุกเฉิน	15	930,785,549.23	908,072,162.32	2.50 %
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน		**930,785,549.23**	**908,146,891.77**	**2.49 %**
รวมหนี้สิน		**6,161,252,134.02**	**4,625,135,875.86**	**33.21 %**
สินทรัพย์สุทธิ		**1,668,518,176.22**	**3,321,330,596.48**	**(49.76) %**

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงฐานะการเงิน
ณ วันที่ 30 กันยายน 2557

	หมายเหตุ	2557	2556	หน่วย : บาท เพิ่ม/ลดร้อยละ
สินทรัพย์สุทธิ				
ทุนรับโอนตามมาตรา 69	16	419,483,824.03	419,483,824.03	-
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	17	1,249,034,352.19	2,901,846,772.45	(56.96) %
รวมสินทรัพย์สุทธิ		1,668,518,176.22	3,321,330,596.48	(49.76) %

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

ลงชื่อ.....

(นายวินัย สวัสดิวร)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ.....

(นางสาวนิรมล เห็นประเสริฐ)
ผู้อำนวยการสำนักการเงินและบัญชีกองทุน

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (3)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2557

หน่วย : บาท

	หมายเหตุ	2557	2556	เพิ่ม/ลดร้อยละ
รายได้จากการดำเนินงาน				
รายได้จากงบประมาณ	18	115,176,674,000.00	108,744,461,000.00	5.91 %
รายได้ดอกเบี้ย		183,575,391.38	214,366,887.63	(14.36) %
รายได้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีก่อนรับคืน		140,581,753.05	87,876,997.38	59.98 %
รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน		157,154,772.37	219,381,604.18	(28.36) %
รายได้อื่น		8,442,618.99	1,378,250.40	512.56 %
รวมรายได้จากการดำเนินงาน		115,666,428,535.79	109,267,464,739.59	5.86 %
ค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน				
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	18	115,238,343,760.00	108,651,224,392.00	6.06 %
ค่าใช้จ่ายอื่น		50.00	9,376,050.00	(100.00) %
รวมค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน		115,238,343,810.00	108,660,600,442.00	6.05 %
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ		428,084,725.79	606,864,297.59	(29.46) %

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

ลงชื่อ.....

(นายวินัย สวัสดิวร)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ.....

(นางสาวนิรมล เห็นประเสริฐ)
ผู้อำนวยการสำนักการเงินและบัญชีกองทุน

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบกระแสเงินสด
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2557

หน่วย : บาท

	2557	2556
กระแสเงินสดจากกิจกรรมดำเนินงาน		
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่าย	428,084,725.79	606,864,297.59
รายการปรับกระทบยอดเป็นเงินสดสุทธิจากกิจกรรมดำเนินงาน		
สินทรัพย์ดำเนินงาน (เพิ่มขึ้น) ลดลง		
ลูกหนี้ระยะสั้น	(2,343,552,390.61)	(372,361,328.61)
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน	106,521,501.37	(237,487,747.15)
รายได้ค้างรับ	1,014,629.66	202,841.48
เงินลงทุนระยะสั้น	(11,012,088.73)	(11,859,612.14)
หนี้สินดำเนินงาน เพิ่มขึ้น (ลดลง)		
เจ้าหนี้	454,894,357.84	164,554,150.34
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขค้างจ่าย	1,239,462,112.70	(183,361,483.55)
ประมาณการหนี้สิน	(941,807,371.79)	33,223,700.81
เงินรับฝากค่ารักษาฯ-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	753,095,098.76	-
เงินประกันสัญญาหน่วยบริการ	3,037,714.50	(719,251.56)
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	4,795,688.69	1,351,567.09
เงินประกันหน่วยบริการ-ระยะยาว	(74,729.45)	(1,447,517.43)
กองทุนสำรองกลางมีเหตุฉุกเฉิน	22,713,386.91	162,127,856.71
ผลสะสมจากการปรับปรุงบัญชีรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	(2,080,897,146.05)	101,136,954.03
กระแสเงินสดสุทธิจากกิจกรรมดำเนินงาน	(2,363,724,510.41)	262,224,427.61
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดเพิ่มขึ้น (ลดลง) สุทธิ	(2,363,724,510.41)	262,224,427.61
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดคงเหลือ ณ วันต้นงวด	6,461,269,255.96	6,199,044,828.35
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดคงเหลือ ณ วันปลายงวด	4,097,544,745.55	6,461,269,255.96

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

งบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2557

(หน่วย:บาท)

	หมายเหตุ	2557	2556
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	3	410,363,160.82	299,734,178.99
เงินลงทุนระยะสั้น	4	53,602,141.31	52,428,598.41
ลูกหนี้	5	23,683,853.40	4,098,021.50
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	6	1,728,360.95	807,987.06
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		489,377,516.48	357,068,785.96
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
อุปกรณ์-สุทธิ	7	188,334,053.04	189,573,738.48
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน-สุทธิ	8	105,341,831.51	59,729,091.65
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น	9	2,204,842.00	691,330.00
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		295,880,726.55	249,994,160.13
รวมสินทรัพย์		785,258,243.03	607,062,946.09
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
เจ้าหนี้การค้า		77,258,756.21	40,384,309.61
เจ้าหนี้ระหว่างกัน		51,953,608.59	34,674,122.16
เจ้าหนี้อื่น		34,882.00	1,022,415.25
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	10	66,045,049.82	125,842,514.97
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	11	53,800,669.34	23,054,292.61
รวมหนี้สินหมุนเวียน		249,092,965.96	224,977,654.60
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
รายได้จากการรับบริจาครอการรับรู้	12	42,495,449.84	54,213,560.86
หนี้สินภายใต้สัญญาเช่าการเงิน			
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน		42,495,449.84	54,213,560.86
รวมหนี้สิน		291,588,415.80	279,191,215.46
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		493,669,827.23	327,871,730.63

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจงานแผ่นดิน

งบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2)

2

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2557

หน่วย:บาท

	หมายเหตุ	2557	2556
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
ทุน	14	248,595,506.76	248,595,506.76
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสมยกมาต้นงวด		81,253,673.84	92,280,107.93
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิงวดปัจจุบัน		163,820,646.63	(13,003,884.06)
รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		493,669,827.23	327,871,730.63

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

.....

(นายวินัย สวัสดิวร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

.....

(นางสาวนิรมล เห็นประเสริฐ)

ผู้อำนวยการสำนักการเงินและบัญชีกองทุน

รักษาการผู้อำนวยการสำนักการเงินและบัญชีบริหาร

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจงานแผ่นดิน

3

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2557

(หน่วย:บาท)

	หมายเหตุ	2557	2556
รายได้จากการดำเนินงาน			
รายได้จากงบประมาณ	15	1,442,185,400.00	1,209,120,300.00
รายได้จากเงินรับบริจาค	16	11,744,901.02	13,316,611.80
รายได้อื่น	17	77,794,696.38	23,099,745.93
รวมรายได้จากการดำเนินงาน		1,531,724,997.40	1,245,536,657.73
ค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน			
ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร	18	513,443,886.39	472,209,394.93
ค่าใช้สอย	19	668,846,319.61	592,934,326.04
ค่าวัสดุ	20	20,191,377.68	17,664,846.25
ค่าสาธารณูปโภค	21	40,823,253.55	47,660,681.00
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	22	124,219,362.86	125,703,652.12
ค่าใช้จ่ายอื่น	23	380,150.68	2,367,641.45
รวมค่าใช้จ่าย		1,367,904,350.77	1,258,540,541.79
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ		163,820,646.63	(13,003,884.06)

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจงานแผ่นดิน

งบการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4)

4

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบกระแสเงินสด
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2557

หน่วย:บาท

	2557	2556
กระแสเงินสดจากกิจกรรมดำเนินงาน		
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	163,820,646.63	(13,003,884.06)
รายการปรับปรุงยอดสะสมโดยตรง	1,977,449.97	80,555.75
รายการปรับกระทบรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายเป็นเงินสดรับ(จ่าย)		
จากการดำเนินงาน		
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	124,219,362.86	125,703,652.12
ขาดทุน/บริจาคสินทรัพย์ถาวร	181,952.92	2,284,272.01
สินทรัพย์ดำเนินงาน (เพิ่มขึ้น) ลดลง		
ลูกหนี้	(19,585,831.90)	1,072,863.17
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	(920,373.89)	3,720,753.63
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น	(1,513,512.00)	
หนี้สินดำเนินงานเพิ่มขึ้น (ลดลง)		
เจ้าหนี้การค้า	36,874,446.60	(13,304,209.39)
เจ้าหนี้ระหว่างกัน	17,279,486.43	3,884,409.24
เจ้าหนี้อื่น	(987,533.25)	1,022,415.25
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	(59,797,465.15)	69,824,036.59
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	30,746,376.73	(11,828,564.77)
รายได้รอการรับรู้	(11,718,111.02)	(11,946,629.51)
หนี้สินตามสัญญาเช่าการเงิน	-	(253,872.00)
กระแสเงินสดสุทธิ(ใช้ไปใน) กิจกรรมดำเนินงาน	280,576,894.93	157,255,798.03

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจงานแผ่นดิน

5

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบกระแสเงินสด (ต่อ)

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2557

หน่วย:บาท

	2557	2556
กระแสเงินสดจากกิจกรรมการลงทุน		
เงินสดรับ :		-
รวมเงินสดรับ	-	-
เงินสดจ่าย :		
เงินสดจ่ายในการซื้อสินทรัพย์ถาวร	(85,094,744.54)	(61,999,794.09)
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน-สุทธิ	(83,679,625.66)	(40,291,077.73)
เงินลงทุนระยะสั้น	(1,173,542.90)	(1,272,616.52)
รวมเงินสดจ่ายจากกิจกรรมลงทุน	(169,947,913.10)	(103,563,488.34)
กระแสเงินสดสุทธิจากกิจกรรมลงทุน	(169,947,913.10)	(103,563,488.34)
กระแสเงินสดจากกิจกรรมจัดหาเงิน		
เงินสดรับบริจาครอการรับรู้		-
กระแสเงินสดจากกิจกรรมจัดหาเงิน	-	-
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดเพิ่มขึ้น (ลดลง)สุทธิ	110,628,981.83	53,692,309.69
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดคงเหลือ ณ วันต้นงวด	299,734,178.99	246,041,869.30
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดคงเหลือ ณ วันปลายงวด	410,363,160.82	299,734,178.99

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

หมายเหตุ: อยู่ในระหว่างการตรวจสอบงบการเงินของสำนักงานตรวจงานแผ่นดิน

- 3 -
ผลการประเมินการปฏิบัติงาน ตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI)

ผลการประเมินการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI)

การดำเนินการประเมินผลการบริหารกองทุนหมุนเวียน ประจำปี 2557 โดยกรมบัญชีกลาง และบริษัทที่ปรึกษา FPRI Advisory กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดกรอบการประเมินผลการดำเนินงาน 4 ด้าน มีดังนี้

1. ด้านการเงิน
2. ด้านปฏิบัติการ
3. การสนองประโยชน์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
4. การบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียน

โดยแบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน จากผลการประเมิน สปสช. ได้คะแนนรวม 4.8484 คะแนน (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 ผลการประเมินการปฏิบัติงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557

ลำดับ	เกณฑ์วัดผลการดำเนินงาน	ระดับคะแนน
1	ผลการดำเนินงานด้านการเงิน (12%)	
1.1	การเบิกจ่ายตามแผนและการรายงานทางการเงิน	
	1.1.1 ร้อยละการเบิกจ่ายภาพรวมที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับแผนการเบิกจ่ายภาพรวมประจำปีงบประมาณ 2557	5.0000
	1.1.2 การบันทึกข้อมูลทางการเงินในระบบฐานข้อมูลเงินนอกงบประมาณ (CFO) ประจำปีงบประมาณ 2557 ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไปให้กรมบัญชีกลาง	5.0000
	1.1.3 การจัดส่งรายงานการรับและการใช้จ่ายเงินฯ ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญฯ มาตรา 170 ให้กรมบัญชีกลาง	5.0000

ลำดับ	เกณฑ์วัดผลการดำเนินงาน	ระดับคะแนน
1.2	การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ	
	1.2.1 อัตราการเบิกจ่ายงบบริหารจัดการตามแผนที่กำหนด	5.0000
	12.2 อัตราการเบิกจ่ายวงเงินกองทุนเหมาจ่ายรายหัวที่ได้เบิกจ่ายและก่อหนี้ผูกพันให้แก่หน่วยบริการเป็นไปตามแผนและระยะเวลาที่กำหนด	5.0000
	1.2.3 อัตราการเบิกจ่ายวงเงินกองทุนสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่ได้เบิกจ่ายจริงให้แก่หน่วยบริการ	5.0000
2	ผลการดำเนินงานด้านปฏิบัติการ (40%)	
2.1	มาตรฐานของหน่วยบริการ	
	2.1.1 ร้อยละโรงพยาบาล UC ที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานในขั้น HA	5.0000
	2.1.2 เขตพื้นที่ (สปสช.) มีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายบริการที่ครบวงจร	5.0000
2.2	อปท. ที่ร่วมดำเนินการในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและพื้นที่ปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
	2.2.1 ร้อยละของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีกิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน ในระดับ Verbal Screening	5.0000
	2.2.2 ร้อยละของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้สูงอายุหรือ คนพิการในชุมชน	5.0000
2.3	ร้อยละของประชาชนที่มีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแลถึงบ้าน	5.0000
2.4	ร้อยละของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพที่เมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพด้วยสาเหตุด้านคุณภาพบริการ	5.0000
2.5	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค	5.0000
2.6	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค	5.0000
2.7	อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค	5.0000
2.8	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัส ที่ยังมีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลา 12 เดือนหลังเริ่มรับยา	5.0000
2.9	ร้อยละความสำเร็จของกิจกรรมในการดำเนินการร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน	5.0000
3	การสนองประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (23%)	
3.1	การสำรวจความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	
	3.1.1 ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของบุคลากรในหน่วยบริการ	1.8000
	3.1.2 ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน	5.0000
	3.1.3 ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง	5.0000

ลำดับ	เกณฑ์วัดผลการดำเนินงาน	ระดับคะแนน
3.2	ร้อยละของหน่วยบริการขนาด 30-59 เตียงที่มีการจัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ	5.0000
3.3	การดำเนินงานของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ	
	3.3.1 ร้อยละของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการที่มีแผนงาน/โครงการในการปรับปรุงแก้ไข/พัฒนาระบบการให้บริการ	5.0000
	3.3.2 ร้อยละของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการที่จัดตั้งในปีบัญชี 2555 มีการทำ Self-Assessment เรื่องการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด	5.0000
3.4	ร้อยละของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนมาตรา 50 (5) สามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	5.0000
3.5	ความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผนพัฒนาความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของบุคลากรในหน่วยบริการ	5.0000
4	การบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียน (25%)	
4.1	บทบาทของคณะกรรมการทุนหมุนเวียน	5.0000
4.2	การบริหารความเสี่ยง	4.5714
4.3	การควบคุมภายใน	5.0000
4.4	การตรวจสอบภายใน	5.0000
4.5	การบริหารจัดการสารสนเทศ	5.0000
4.6	การบริหารทรัพยากรบุคคล	5.0000

ที่มา: กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตารางแสดงผลการประเมินปีบัญชี 2557 (ต.ค. 2556 - ก.ย. 2557)

- 3 -
ปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

ปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

4.1 การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมาก

เจตนารมณ์ของการมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อต้องการให้ประชาชนคนไทยมีสิทธิในการเข้ารับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย การกำหนดมาตรฐานในการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการออกแบบเพื่อให้มีกลไกในการดูแลงบประมาณสำหรับค่าบริการสุขภาพ และทำหน้าที่จัดหาบริการที่มีคุณภาพให้กับประชาชน รวมถึงกำหนดประเภท และขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต การสร้างสมดุลระหว่างผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และผู้ให้บริการ (Provider) โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดต่อประชาชนและระบบสุขภาพโดยรวม

การบริหารกองทุนฯ ที่ผ่านมาพบว่าด้วยข้อจำกัดและความจำเป็นด้านงบประมาณของประเทศ ส่งผลให้ได้รับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ได้รับไม่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ต้นทุนการบริการเพิ่มขึ้น มีการปรับเพิ่มขึ้นของค่าแรงขั้นต่ำ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้ยังคงประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน จึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรการ กลไกเพื่อลดต้นทุนการบริการในส่วนอื่นโดยยังคงเน้นบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง คู่ขนานกับความพยายามเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ และการเสนองบประมาณบนฐานด้านวิชาการและข้อมูลเชิงประจักษ์ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ

เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับประชาชนคนไทยได้อย่างยั่งยืน ไม่สามารถดำเนินการใหบรรลุวัตถุประสงค์ได้เพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง มีความจำเป็นต้องประสานความร่วมมือ แลกเปลี่ยนข้อมูล แนวคิด และวิธีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ความสำคัญ และเน้นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ภายใต้ทิศทางสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันมาโดยตลอด และเป็นทิศทางสำคัญสำหรับการดำเนินงานในระยะต่อไป

การดำเนินงานเพื่อตอบสนองนโยบายรัฐบาลภายใต้โครงการเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกพื้นที่ ฟรีทุกสิทธิ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายจากอดีตรัฐบาลให้รับผิดชอบในการบริหารจัดการสำรองจ่ายชดเชยค่าบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใต้

โครงการ “เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ ใกล้ที่ไหนไปที่นั่น โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย” การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ายังขาดกลไกและมาตรการที่มีประสิทธิผลในการดำเนินงานตามนโยบาย ความพร้อมของการดำเนินงานทั้งในด้านกฎระเบียบเพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากสถานพยาบาลเอกชน นอกระบบหลักประกันสุขภาพ ไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายกับประชาชนผู้รับบริการ และด้านบทบาทภารกิจของหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบงานตามกฎหมาย ซึ่งส่วนหนึ่งกำหนดให้เป็นบทบาทภารกิจของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีบทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน

นอกจากนี้ ระบบส่งต่อเพื่อรับบริการภายหลังพ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งมีหลักเกณฑ์ แนวทางที่แตกต่างกันของแต่ระบบประกันสุขภาพ ก็มีความสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาให้เกิดความครอบคลุม และเท่าเทียม สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นความท้าทายที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไข จัดการอย่างเป็นระบบต่อไป

การวางยุทธศาสตร์และนโยบายเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ผลกระทบจากสังคมผู้สูงอายุส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นทั้งในระดับครัวเรือนและระดับประเทศ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบายที่ชัดเจนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ผลกระทบจากสังคมผู้สูงอายุต่อการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพคือ สัดส่วนภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุจากการมีอายุที่ยืนยาวขึ้น การมีโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดจึงมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลก่อนเป็นลำดับแรก ประสบการณ์จากหลายประเทศพบว่า การออกแบบการดูแลโดยใช้ชุมชน ครอบครัวเป็นฐาน เป็นรูปแบบที่เหมาะสมและก่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบโดยเฉพาะด้านงบประมาณในอนาคตได้ ประเด็นความท้าทายที่สำคัญคือ การจำแนก ภารกิจบทบาท รวมถึงการบูรณาการการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีการดำเนินงานโดยหลากหลายกระทรวง ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาเศรษฐกิจและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และอีกหลากหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สสส. สวรส. เป็นต้น

การขยายขอบเขตสิทธิการรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 9 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ตามมาตรา 9 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดขอบเขตสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลดังต่อไปนี้ ให้ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้

1. ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ

2. พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ

3. บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลข้อ 1. และ 2.

ปี 2557 ที่ผ่าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการตามมาตรา 9 โดยรับผิดชอบในการบริหารกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลให้แก่พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยรวมศูนย์การเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่ส่วนกลางตามหลักการ Pooling risk เพื่อป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงในกองทุนที่มีขนาดเล็ก การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นประสบการณ์และบทเรียนในการพิสูจน์หลักการข้างต้นเพื่อนำไปสู่การขยายผลในอนาคต

หน้าว่าง

ส่วนที่ 3

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

- รายนามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- รายนามคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
- ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

- 1 -

รายนามคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายนามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.	นายประดิษฐ ศ.รัชตะ	สินธวณรงค์ รัชตะนาวิน	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ถึง พ.ค. 57) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (เริ่ม ก.ย. 57)	ประธาน กรรมการ
2.	นายจรัล	ตฤณวุฒิพงษ์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข	กรรมการ
3.	นายคณิศ	แสงสุพรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลัง	กรรมการ
4.	ศ.เกียรติคุณสมศรี	เผ่าสวัสดิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ	กรรมการ
5.	นายพินิจ	หิรัญโชติ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
6.	นายณรงค์ศักดิ์	อังคะสุวพลา	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย	กรรมการ
7.	พล.อ.ต.อิทธพร	คณะเจริญ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์	กรรมการ
8.	นายเสงี่ยม	บุญจันทร์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย	กรรมการ
9.	นายณรงค์	สหเมธาพัฒน์	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
10.	นายจรินทร์	จักกะพาก	รองปลัดกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
11.	นายอาทิตย์ นายปกรณ์ นายจิรศักดิ์ นางอำมร นางพรรณี	อิสโม อมรชีวิน สุคนธชาติ เชาวลิต ศรียุทธศักดิ์	รองปลัดกระทรวงแรงงาน (ถึง มิ.ย. 56) รองปลัดกระทรวงแรงงาน (ก.ค.-ก.ย.56) เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม (ก.ย.56) เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม (ก.ย.56-ก.ย57) รองปลัดกระทรวงแรงงาน (เริ่ม ต.ค.57)	กรรมการ กรรมการ กรรมการ กรรมการ กรรมการ
12.	พลตรีกอบปัญญา พลโทธีรยุทธ พลโทบุณยรักษ์	วงศ์วิเศษกิจ ศศิประภา พูลชัย	แทนปลัดกระทรวงกลาโหม (ถึง ก.ย.56) แทนปลัดกระทรวงกลาโหม (ต.ค. 56-ต.ค.57) แทนปลัดกระทรวงกลาโหม (เริ่ม ต.ค.57)	กรรมการ กรรมการ กรรมการ
13.	นายสมบัติ นางสุทธศรี	สุวรรณพิทักษ์ วงศ์สมาน	รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (ถึง ก.ย.56) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (เริ่ม ต.ค.56)	กรรมการ กรรมการ

14.	นายบุญนริศร์ นางอุรวี	สุวรรณพูล เงารุ่งเรือง	ผู้ตรวจราชการกระทรวงพาณิชย์ (ถึง ก.ย.56) รองปลัดกระทรวงพาณิชย์ (เริ่ม ต.ค.56)	กรรมการ กรรมการ
15.	นางสาวสุภา นางพงษ์ภาณุ	ปิยะจิตติ เศวตรุนทร์	รองปลัดกระทรวงการคลัง (ถึง พ.ค.56) รองปลัดกระทรวงการคลัง (เริ่ม มิ.ย.56)	กรรมการ กรรมการ
16.	นายสมศักดิ์	โชติรัตนะศิริ	ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	กรรมการ
17.	นายอำนาจ	กุสลานันท์	ผู้แทนแพทยสภา	กรรมการ
18.	นายศิริชัย นายธรณินทร์	ชูประวัติ จรัสจรุงเกียรติ	ผู้แทนทันตแพทยสภา (ถึง ก.พ.56) ผู้แทนทันตแพทยสภา (เริ่ม มี.ค.56)	กรรมการ
19.	รศ.กิตติ	พิทักษ์นิตินันท์	ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
20.	รศ.สุจิตรา รศ.ดร.ทัศนา	เหลืองอมรเลิศ บุญทอง	ผู้แทนสภาการพยาบาล (ถึง พ.ค.57) ผู้แทนสภาการพยาบาล (เริ่ม มิ.ย.57)	กรรมการ กรรมการ
21.	นายเอื้อชาติ	กาญจนพิทักษ์	ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
22.	นายอิทธิพล	คุณปลื้ม	ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น	กรรมการ
23.	นายวรวิทย์	บุรณศิริ	ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด	กรรมการ
24.	นายพิพัฒน์ นายกิตติศักดิ์	พันมา คณาสวัสดิ์	ผู้แทนเทศบาล ผู้แทนเทศบาล (เริ่ม มี.ค.57)	กรรมการ กรรมการ
25.	นายศานิต นายกฤษต์ นายสุรกิจ	กล้าแท้ แก้วรัตน์ สุวรรณแกม	ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล (เริ่ม ก.พ.54-ก.ย.57) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล (เริ่ม พ.ย.56-ส.ค.57) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล (เริ่ม ก.ย.57)	กรรมการ กรรมการ กรรมการ
26.	นายวิชัย	โชควิวัฒน	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านผู้สูงอายุ	กรรมการ
27.	นายชูศักดิ์	จันทยานนท์	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านคนพิการและจิตเวช	กรรมการ
28.	นางสาวบุญยืน นางสาวสารี	ศิริธรรม อ่องสมหวัง	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านเกษตรกร ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านเกษตรกร (เริ่ม พ.ค.57)	กรรมการ กรรมการ
29.	นางสุนทรี	เซ่งกิ่ง	ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านผู้ใช้แรงงาน	กรรมการ
30.	นายนิมิตร์	เทียนอุดม	ผู้แท ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น	กรรมการ
31.	นายวินัย	สวัสดิวร	เลขาธิการ สปสช.	เลขานุการ

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

2. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวง และประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

3. กำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5

4. กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการถอดถอนเลขาธิการตามมาตรา 31 และกำหนดคุณสมบัติ หรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการตามมาตรา 32

6. ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40

7. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41

8. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

9. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินการและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

10. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

11. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

12. จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

13. จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

14. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

- 2 -

รายนามคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข

รายนามคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข

1.	นพ.ปัญญา	กีรติหัตถยากร	ที่ปรึกษาคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน	ประธานกรรมการ
2.	รศ.พญ.ประสบศรี	อึ้งถาวร	ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
3.	นพ.สุพรรณ	ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
4.	นพ.ไพศาล	ดั่นคุ้ม	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
5.	นพ.อนุวัฒน์	ศุภชุติกุล	ผู้แทนสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	กรรมการ
6.	ทพ.อาคม	ประดิษฐสุวรรณ	ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
7.	ศ.เกียรติคุณ ดร.นพ. สมศักดิ์	โล่ห์เลขา	ผู้แทนแพทยสภา	กรรมการ
8.	ดร.กฤษดา	แสวงดี	ผู้แทนสภาการพยาบาล	กรรมการ
9.	ผศ.(พิเศษ)ทพ.ไพศาล	กังวลกิจ	ผู้แทนทันตแพทยสภา	กรรมการ
10.	ภก.อำนวย	พฤกษ์ภาคภูมิ	ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
11.	นายเจษฎา	อนุจารี	ผู้แทนสภาทนายความ	กรรมการ
12.	นพ.พงษ์พัฒน์	ปธานวนิช	ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
13.	นายวิจัย	อัมราลิขิต	ผู้แทนเทศบาล	กรรมการ
14.	นายไพบูลย์	อุปัติศฤงค์	ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด	กรรมการ
15.	ดร.ภัทรพล	จำปารัตน์	ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล	กรรมการ
16.	นพ.สุรินทร์	กู้เจริญประสิทธิ์	ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น	กรรมการ
17	นางกรรณิกา	ปัญญาอมรวัฒน์	ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์	กรรมการ

18.	ทพ.กมล	เศรษฐ์ชัยยันต์	ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม	กรรมการ
19.	ภก.อภิชาต	เพ่งเรืองโรจนชัย	ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม	กรรมการ
20.	ศ คลินิก พญ.วิบูลพรรณ	ฐิตะดิลก	ผู้แทนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
21.	รศ.นพ.วัชรพงศ์	พุทธิสวัสดิ์	ผู้แทนราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
22.	ศ.นพ.ธานินทร์	อินทรกำธรชัย	ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
23.	ผศ.ดร.กานดา	ชัยภิญโญ	ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด	กรรมการ
24.	นางโฉมยงค์	บุตรราช	ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากิจกรรมบำบัด	กรรมการ
25	นางรัตนา	ถิ่นนัยธร	ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย	กรรมการ
26.	นายวีรพงษ์	เกรียงสินยศ	ผู้แทนองค์กรเอกชนงานด้านเกษตรกร	กรรมการ
27.	นางสุภาพร	ถิ่นวัฒนากูล	ผู้แทนองค์กรเอกชนงานด้านเด็กหรือเยาวชน	กรรมการ
28.	ผศ.ภญ.ดร.ยุพดี	ศิริสินสุข	ผู้แทนองค์กรเอกชนงานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น	กรรมการ
29.	นายจอน	อึ๊งภากรณ์	ผู้แทนองค์กรเอกชนงานด้านชุมชนแออัด	กรรมการ
30.	นายสุมิตรชัย	หัตถสาร	ผู้แทนองค์กรเอกชนงานด้านชนกลุ่มน้อย	กรรมการ
31.	พลตรี ผศ.นพ.กิฎาพล	วัฒนกูล	ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
32.	ศ.นพ.รณชัย	คงสกนธ์	ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาจิตเวช	กรรมการ
33.	นางรุจิรางค์	วรรณ์ธนาทัศน์	ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการแพทย์แผนไทย	กรรมการ
34.	นายสมใจ	โตศุกลวรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
35.	นพ.ชาตรี	บานชื่น	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
36.	นพ.ยุทธ	โพธารามิก	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
37.	นายวินัย	สวัสดิวร	เลขาธิการ สปสช.	เลขานุการ

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 45
2. กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5
3. กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
4. เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46

5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

6. รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน

7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

8. จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

9. สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

- 3 -
ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปีพุทธศักราช 2557 เป็นปีที่ 12 ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการฯ ยังคงไว้ซึ่งความมุ่งมั่น และเน้นผลประโยชน์ของประชาชนและภาพรวมของประเทศ ภายใต้หลักการแยกระหว่างผู้จัดหาบริการสาธารณสุข และผู้ให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้มาซึ่งบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก ปลอดภัย และไม่เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว

เป็นที่ทราบว่า ได้เกิดเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนหลายด้าน เช่น ความไม่สงบจากสถานการณ์ชุมนุมทางการเมือง ในช่วงต้นปีที่ผ่านมา ทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนหลายราย และการเกิดเหตุภัยพิบัติแผ่นดินไหวขนาด 6.3 ริกเตอร์ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ซึ่งมีศูนย์กลางที่จังหวัดเชียงราย ทำให้หน่วยบริการในพื้นที่ได้รับความเสียหายต่อโครงสร้างตัวอาคาร และสิ่งปลูกสร้าง และต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2557

1. การบริหารงบประมาณ

1.1 การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดโยบายการจัดทำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558 ประกอบด้วย 6 รายการ (**ตารางที่ 26**)

ตารางที่ 26 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1.บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	102,530.724
1.2 ค่าแรงของหน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	38,188.021
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	2,811.901
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	5,247.224
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	908.987
5. ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ (หน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย)	464.804
6. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)	3,000.000
รวมทั้งสิ้น	**153,151.661**
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ)	**114,963.640**

ประเด็นสำคัญสำหรับการบริหารจัดการงบกองทุน ปี 2558

1. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2558 ไม่ครอบคลุมต้นทุนค่าแรงลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยบริการ ในส่วนที่ปรับเพิ่มกรณีค่าแรงขั้นต่ำ 300 บาทต่อวัน และกรณีปริญญาตรีไม่ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน และค่าแรงที่จะเพิ่มขึ้นจากการปรับลูกจ้างชั่วคราวเป็นพนักงานข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุข

2. การได้รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวเท่าปีที่ผ่านมาและไม่ได้รับงบประมาณตามเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้ ดังนั้น

2.1 ต้องเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน โดยต้องการดำเนินการมาตรการต่างๆ ที่ช่วยลดต้นทุนการบริการให้ใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมา

2.2 ต้องเพิ่มประสิทธิภาพที่ระดับหน่วยบริการ เพื่อควบคุมต้นทุนบริการให้เหมาะสม

3. กรณีที่จำนวนบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ ทั้งที่มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนและหน่วยบริการแล้ว ให้ใช้เงินคงเหลือตามระบบบัญชีเงินกองทุนรายการ “รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม” มาจ่ายได้ และ/หรือ ให้ยกยอดผลงานบริการไปใช้ค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณถัดไป และ/หรือ ให้ของบประมาณเพิ่มเติมในปีถัดไป

แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนปี 2558

1. ทบทวนราคากลาง โดยเฉพาะรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค เด็กแรกเกิดปกติ

2. การต่อรองราคายา เช่น ยาต้านไวรัสฯ ยาตามบัญชี จ (2) ยาเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดสำหรับผู้ป่วยล้างไต น้ำยาล้างไต เป็นต้น

3. การบริหารจัดการการสำรองยา เช่น น้ำยาล้างไตแบบ CAPD

4. ขยายขอบเขตและเพิ่มเป้าหมายการตรวจสอบการจ่าย (Claim audit)

นอกจากนี้ คณะกรรมการได้พิจารณามาตรการกำกับติดตามการใช้งบค่าเสื่อม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการให้เป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการในระบบประกันสุขภาพ จึงมีมติเห็นชอบการปรับนิยาม และกรอบระยะเวลาในการดำเนินการค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ดังนี้

1. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(ค่าเสื่อม) หมายถึง เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยเป็นการลงทุนเพื่อการทดแทนส่วนขาด และซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างที่เสื่อมสภาพ หรือถดถอย หรือเสียหายจนไม่สามารถใช้งานได้ดังเดิม

2. เห็นชอบกรอบระยะเวลาในการดำเนินการดังนี้

2.1 งบปี 2558 ให้ สปสช. และผู้ที่เกี่ยวข้องเร่งรัดดำเนินการจัดสรรเงินให้แล้วเสร็จภายในปีงบประมาณ 2558 หากมีความจำเป็นไม่สามารถจัดสรรได้ทัน ให้ขออนุมัติคณะกรรมการหลักฯ ในการขยายเวลาในการจัดสรรให้หน่วยบริการ

2.2 การก่อหนี้ผูกพัน หากหน่วยบริการที่ได้รับโอนเงินค่าเสื่อมแล้วให้เร่งรัดดำเนินการหรือก่อหนี้ผูกพันให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี หากมีความจำเป็นไม่สามารถดำเนินการหรือก่อหนี้ผูกพันได้ทันภายในปีงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ต้องขออนุมัติขยายเวลาดำเนินการต่อคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการที่อนุมัติแผนในแต่ละระดับก่อนสิ้นปีงบประมาณโดยให้ขยายเวลาได้อีก 1 ปีงบประมาณ

2.3 เมื่อก่อหนี้ผูกพันไปแล้ว การใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามที่ระบุในสัญญา

3. เห็นชอบการเปลี่ยนแปลงรายการ/มีเงินเหลือจ่าย ดังนี้

3.1 การอนุมัติเปลี่ยนแปลงรายการ และ/หรือการใช้วงเงินเหลือจ่ายในส่วนที่จัดสรรระดับหน่วยบริการให้แจ้ง สปสช.เขต เพื่อพิจารณาตามมติ อปสข. หรือ คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการที่ อปสข. มอบอำนาจ

3.2 การอนุมัติเปลี่ยนแปลงรายการ และ/หรือการใช้วงเงินเหลือจ่ายในส่วนของวงเงินระดับประเทศ/เขต/จังหวัด ให้เป็นไปตามมติเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง

การช่วยเหลือหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ที่ได้รับผลกระทบจากความแตกต่างของตัวเลขเงินเดือนเทียบกับฐานระบบ GFMIS ปี 2557

สืบเนื่องจากการที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ได้มีมติเห็นชอบการปรับลดค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สธ.ปีงบประมาณ 2557 ให้ใช้ข้อมูลค่าแรงจากระบบ GFMIS ของสำนักงบประมาณ/กรมบัญชีกลาง ณ สิงหาคม 2557 เป็นข้อมูลอ้างอิง และจากการดำเนินงานพบว่ามี 24 จังหวัดที่ถูกปรับลดค่าแรงฯ มากกว่าระบบ GFMIS คณะกรรมการฯได้พิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาให้กับจังหวัดที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว โดยมีมติเห็นชอบแนวทางการช่วยเหลือหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ที่ได้รับผลกระทบจากความแตกต่างของตัวเลขเงินเดือนเทียบกับฐานระบบ GFMIS ปี 2557 โดยให้สำรองจ่ายงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ประชากรที่ไม่ใช่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (NON UC) เฉพาะส่วนที่เป็นรายรับของ สป.สธ. ไม่เกินร้อยละ 25 (จำนวน 287.84 ล้านบาท)

1.2 งบบริหารจัดการ สปสช. ปี 2558

วัตถุประสงค์หลักของงบบริหารจัดการเพื่อเป็นค่าใช้ตามในการพัฒนางานและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555 – 2559 (ตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 งบบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558

รายการ	งบประมาณ (หน่วย: ล้านบาท)
1. งบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1,427.10
2. งบบริหารจัดการจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	60.90
3. งบบริหารจัดการจากกรมบัญชีกลาง	35.00
4. งบบริหารจัดการจากสำนักงานประกันสังคม	20.00
รวมทั้งสิ้น	**1,543.00**

2. กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบและประกาศต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

เพื่อดำเนินการตามมาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบ ร่างข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ.2556 โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญในการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปให้มีประสิทธิภาพ และจากการดำเนินการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการประจำปี 2557 มีข้อเสนอโดยสรุปดังนี้

1. ด้านประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (มาตรา 3 และมาตรา 18(3))

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ตัวอย่างเช่น

1.1 เพิ่ม/ขยายสิทธิประโยชน์ ได้แก่

(1) เพิ่มสิทธิการคลอดจากเดิมจำกัดเพียง 2 ครั้ง เป็น 3 ครั้งหรือไม่จำกัดจำนวนครั้ง

(2) การตรวจสุขภาพประจำปี/การตรวจคัดกรอง เช่น ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ

(3) ขยายสิทธิการรักษาสำหรับคนไทยที่ต้องรอพิสูจน์สถานะ คนไร้รัฐ และคนต่างด้าว

(4) การเข้าถึงยานอกบัญชียาหลักที่จำเป็นทุกกลุ่มโรค ตามแผนการรักษาของแพทย์

(5) เพิ่มการรักษาแพทย์ทางเลือก ที่ผ่านการรับรองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.2 ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ ได้แก่

(1) สามารถเปลี่ยนสิทธิการรักษาได้ทันที และเลือกหน่วยบริการได้ทุกระดับ

(2) ยกเลิกการเก็บค่ารักษา 30 บาท

2. ด้านมาตรฐานบริการสาธารณสุข (มาตรา 3, มาตรา 18 (1), มาตรา 44-47, มาตรา 45, มาตรา 50 (1) (3) และมาตรา 57-62)

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ตัวอย่างเช่น

2.1 การกำหนดมาตรฐานบริการ

(1) กำหนดมาตรฐานกลางในการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาและการส่งเสริม/ป้องกันโรค

(2) มี CPG/แนวทางในการตรวจวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วยทุกโรค

(3) มีมาตรฐานหน่วยบริการแต่ละระดับเหมือนกันทั่วประเทศ

2.2 การควบคุมและกำกับคุณภาพ

(1) การควบคุมกำกับดูแลหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

(2) ปรับปรุงหลักเกณฑ์ การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำปี

3. ด้านการบริหารจัดการสำนักงาน (มาตรา 19 และมาตรา 24-37)

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ตัวอย่างเช่น

3.1 ผลักดันข้อเสนอการบริหารนโยบายใหม่ เช่น การมีกองทุนผู้สูงอายุ กองทุนคนไร้สิทธิ/รอพิสูจน์สถานะ และการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯท้องถิ่นในกรุงเทพมหานคร

3.2 การปรับปรุงประกาศ ระเบียบ เช่น ทบทวนการออกระเบียบ ประกาศเฉพาะที่ไม่สอดคล้องกับระเบียบหลัก และให้สำนักงานการตรวจสอบเงินแผ่นดินเข้ามามีส่วนร่วม

3.3 ข้อเสนอเกี่ยวกับอนุกรรมการ

(1) มีอนุกรรมการกำหนดสิทธิประโยชน์ระดับเขต

(2) อนุกรรมการ มาตรา 41 ปรับเป็นระดับเขต โดยประสานกับจังหวัด

3.4 การพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรม ให้มีความเสถียร และประมวลผลได้ครอบคลุมมากขึ้น

4. ด้านการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 18(13), มาตรา 38-43), มาตรา 46, มาตรา 3 และมาตรา 50(4))

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ตัวอย่างเช่น

4.1 การปรับหลักเกณฑ์ ตามมาตรา 46 (2) ในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร ควรจัดสรรงบประมาณ โดยแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว

4.2 ควรมีเงินกันระดับเขต เพื่อตามจ่ายการส่งต่อข้ามเขต ในกรณีการวินิจฉัยราคาแพง และยาราคาแพง

4.3 ควรยกเลิกการจ่ายภาระงานค่าตอบแทนเพื่อไม่ให้เกิดความแตกแยกในองค์กร

4.4 สปสช. ควรจัดตั้งกองทุนการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ โดยให้มีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.5 ยังคงมีการคิดต้นทุนงบค่าเสื่อมไว้ในงบเหมาจ่ายรายหัว แต่เสนอควรการจัดสรรงบประมาณลงหน่วยบริการโดยตรง และให้เพิ่มไปในค่าชดเชยบริการสาธารณสุข

4.6 ขยายนิยาม งบค่าเสื่อม งบสร้างเสริมและป้องกันโรคให้สอดคล้องและครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ตามที่สำนักงานการตรวจสอบเงินแผ่นดินแนะนำ

5. การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ (มาตรา 18(8) และมาตรา 18(9))

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ตัวอย่างเช่น

5.1 ทบทวนโครงสร้างคณะกรรมการกองทุนฯ

- การสรรหาคณะกรรมการกองทุน ให้มีความโปร่งใส มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

5.2 เพิ่มสนับสนุนงบประมาณ เช่น จาก 45 บาท เป็น 100 บาท

5.3 ปรับประกาศ ระเบียบ การใช้งบประมาณ

- กรณีมีการตรวจสอบพบข้อทุจริตหรือข้อบกพร่องจาก สตง. ควรให้มีกรรมการร่วมจาก 3 ฝ่ายในพื้นที่ (สปสช. สตง. และคณะกรรมการกองทุน) ในการวินิจฉัยและชี้ขาด

5.4 ควรมีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ท้องถิ่นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

5.5 ตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลระดับเขต จังหวัด อำเภอ โดยมีแนวทางการกำกับติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน และควรมีสนับสนุนงบประมาณ

6. ด้านการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (มาตรา 18(9)) และมาตรา 50(9))

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ตัวอย่างเช่น

6.1 การมีส่วนร่วมในคณะกรรมการชุดต่างๆ ทุกระดับ ได้แก่ ประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ

6.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ

(1) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น ชุมชนจัดการตนเอง

(2) พัฒนาการดำเนินงานของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นๆ มาตรา(50(5)) และศูนย์ประสานงานฯภาคประชาชน

6.3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้านควบคุมกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

- ร่วมเป็นกรรมการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ /พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ

6.4 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพภาคประชาชน

- ส่งเสริมให้เกิดการขยายเครือข่ายประชาชน 9 ด้าน อย่างเป็นรูปธรรม

7. ด้านการรับรู้และคุ้มครองสิทธิ (มาตรา 18(7), มาตรา 50(8), มาตรา 18(4), มาตรา 50(5) และ มาตรา 50(9))

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา ตัวอย่างเช่น

7.1 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการฯ (มาตรา 41)

(1) ให้ครอบคลุมความเสียหายในหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) เพิ่มระยะเวลาในการยื่นคำร้อง/การยื่นอุทธรณ์ผลวินิจฉัย

7.2 การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการฯ (มาตรา 18(4)

- ให้ครอบคลุมถึงผู้ให้บริการอื่นๆ เช่น นักศึกษาฝึกงาน อาสาสมัคร/จิตอาสา

7.3 การร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ ฯ (มาตรา 50(5)

- มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนฯ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง และครอบคลุมถึงระดับอำเภอ

7.4 ควรขยายความคุ้มครองการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีเกิดความเสียหายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ให้ครอบคลุมทุกสิทธิ

8. ข้อเสนอเพิ่มเติม ในเวทีระดับประเทศ

ข้อเสนอบทบาทใหม่ของ สปสช. หลังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ได้เป็นสาขาจังหวัด เพื่อพิจารณา

8.1 ยังจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการในลักษณะสาขาจังหวัด แต่ควรมีการออกแบบการทำงานร่วมกัน

8.2 ในหลักการควรมีการจัดการทุกระดับเป็นของตนเอง

8.3 ระยะเปลี่ยนผ่าน ให้เขตดำเนินการเหมือนเขตกรุงเทพมหานครและอนาคตขยายเป็นเขตย่อย

8.4 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมดำเนินการ

8.5 ให้หน่วยงานภายนอกหรือ Outsource ที่เหมาะสมเป็นผู้ดำเนินการ

8.6 ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) เป็นกลไกดำเนินการด้านการคุ้มครองสิทธิและรับเรื่องร้องเรียน

8.7 ควรมีเวทีมาหารือร่วมกันโดยเร่งด่วน ว่า “หากไม่มี สปสช.สาขาจังหวัดจะเกิดผลกระทบกับประชาชนอย่างไร” สำหรับภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้อง

2.2 ประกาศแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่

สืบเนื่องจากปรับปรุงโครงสร้างของสำนักงานที่ผ่านมา ส่งผลให้ประกาศแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่

ฉบับที่ใช้อยู่ในบางส่วนไม่สอดคล้องกับโครงสร้างปัจจุบัน ทำให้เกิดความไม่สะดวกกรณีหน่วยบริการสอบถาม หรือขอหลักฐานเพื่อยืนยันการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ก่อนการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ในหน่วยบริการ คณะกรรมการฯจึงได้มีมติเห็นชอบให้ สปสช.ดำเนินการเสนอคำแนะนำต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามร่างประกาศแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่

2.3 หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามมาตรา 18(4) มาตรา 41 และมาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการ ได้มีมติเห็นชอบการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงาน อปท.และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

2.4 (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2556

ตามความในมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดว่า “เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

คณะกรรมการ จึงได้มีมติยืนยันเห็นชอบประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2556

2.5 ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐ และรายการเงินสนับสนุนกิจการภาครัฐ

เพื่อให้แผนงาน โครงการใช้จ่ายเงินสนับสนุนกิจการภาครัฐ มีระเบียบและหลักเกณฑ์รองรับ รวมทั้งมีการดำเนินการอย่างโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ คณะกรรมการจึงได้มีมติเห็นชอบ ร่างระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการพัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัย การอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบและเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรและหน่วยงานในระบบงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมสาธารณประโยชน์อื่นๆ

2.6 ร่างระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2557

คณะกรรมการ ได้มีมติเห็นชอบร่างระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2557 เพื่อให้การดำเนินงานด้านงบประมาณ เป็นไปอย่างถูกต้อง

และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ที่เสนอให้มีระเบียบเกี่ยวกับการงบประมาณเพื่อใช้ในการบริหารเงินงบประมาณของกองทุน

2.7 การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สืบเนื่องจากคณะอนุกรรมการต่างๆ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการแต่งตั้งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2555 และได้ดำเนินการตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายมาเป็นเวลา 2 ปี ประกอบกับข้อเสนอในการปรับปรุงองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการเพื่อให้เกิดความเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในปีงบประมาณ 2557 คณะกรรมการจึงได้มีมติเห็นชอบองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 15 คณะ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ลงนามในคำสั่งแต่งตั้ง

3. การประชาสัมพันธ์และคุ้มครองสิทธิ

3.1 การพิจารณาวินิจฉัยกรณีอุทธรณ์คำสั่งของคณะกรรมการควบคุมและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ในปี 2556 คณะกรรมการ ได้พิจารณาวินิจฉัยกรณีอุทธรณ์มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ตามมาตรา 57 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ 3 กรณี ได้แก่

1. กรณีอุทธรณ์ระหว่างนายสมบูรณ์ พงศ์-วัฒนธรรม (บุตร) ผู้อุทธรณ์กับโรงพยาบาลราชวิถี โดยคณะกรรมการได้มีมติให้รับอุทธรณ์ และมอบให้คณะอนุกรรมการกลั่นกรองกรณีอุทธรณ์พิจารณาตามคำอุทธรณ์ สำหรับเรื่องการคืนเงินให้พิจารณาตามสิทธิประโยชน์ โดยประธานฯจะประสานกับโรงพยาบาลราชวิถีให้พิจารณาเยียวยาค่ารักษาด้วย

2. กรณีอุทธรณ์คำสั่งของคณะอนุกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่ายกรณีโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยคณะกรรมการได้มีมติให้ สปสช. เรียกเงินคืนตามจำนวนที่เรียกเก็บเกินจริง และหักค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ในอัตรา 0.5 เท่า

3. กรณีอุทธรณ์คำสั่งของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข กรณีโรงพยาบาลบางบัวทอง โดยมีเห็นชอบให้ตักเตือนโรงพยาบาลบางบัวทองปฏิบัติให้ถูกต้อง ตามมาตรา 58 (1) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

3.2 งานด้านประชาสัมพันธ์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2558

คณะกรรมการได้มีมติรับทราบแผนประชาสัมพันธ์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2558 โดยมียุทธศาสตร์การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ปี 2556 - 2559 ซึ่งมีวิสัยทัศน์ ได้แก่ ประชาชนและผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจในหน้าที่และสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม และมีพันธกิจ หลัก 3 ด้านได้แก่ 1) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ประชาชน 2) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ผู้ให้บริการ และ 3) เสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรและระบบหลักประกันสุขภาพต่อทุกภาคส่วน

4. การพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ

ในปี 2557 คณะกรรมการฯได้สนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อคุ้มครองบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น ดังนี้

4.1 การพัฒนาสิทธิประโยชน์

จากการดำเนินงานในช่วงหลายปีที่ผ่านมา คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบหลักการให้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลักเหมือนเดิม และให้นำรายการยาที่ผ่านการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มประกาศเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพ และให้มีผลในวันถัดไปหลังจากวันที่คณะกรรมการมีมติเห็นชอบโดยไม่ต้องรอประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม

สำหรับในปี 2557 คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบให้รายการยาบัญชี จ.2 จำนวน 4 รายการ ประกอบด้วย 1) ยา Trastuzumab ในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมระยะเริ่มต้น 2) ยา Peginterferon ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อตับอักเสบซีสายพันธ์ 1, 6, 2 และ 3 และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และมี co-infection ของไวรัสตับอักเสบซีร่วมด้วย 3) ยา Nilotinib และ 4) ยา Dasatinib ในผู้ป่วยกลุ่ม CML เป็นสิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่ต้องรอประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม

4.2 การพัฒนาระบบบริการ

4.2.1 การพัฒนาระบบการจ่ายเงินภายใต้โครงการ EMCO

คณะกรรมการ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อประชาชนและระบบ จึงได้เห็นชอบในหลักการให้มีการดำเนินการตามระบบที่ปรับใหม่ทั้งเรื่องการบริหารระบบ และมาตรการกำกับให้เป็นไปตามนโยบาย ตามที่เสนอตั้งแต่ 1 เมษายน 2557 และเห็นชอบการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะในโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกการอภิบาลระบบร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพัฒนาข้อเสนอต่างๆ จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ติดตามกำกับการดำเนินงานการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

4.2.2 การบริหารจัดการและการชดเชยค่าบริการรักษาพยาบาล กรณีเหตุความไม่สงบทางการเมือง

สืบเนื่องจากเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมืองซึ่งก่อให้เกิดความไม่สงบในช่วงที่ผ่านมา มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนหลายราย ผู้บาดเจ็บบางส่วนไปรับบริการยังหน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บางส่วนไม่เข้าข่ายเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิตจึงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และมีบางส่วนไม่สามารถรับย้ายเข้าในโรงพยาบาลในระบบได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาล

เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนดังกล่าวของประชาชน คณะกรรมการจึงเห็นชอบให้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการในกรณีฉุกเฉิน กรณีโรคระบาดหรือภัยพิบัติ พ.ศ. 2555 ครอบคลุมผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุความไม่สงบทางการเมืองด้วย

4.2.3 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

ในปี 2556 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป้าประสงค์คือ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มี

ขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์ 6 ด้าน ได้แก่

1) การคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน โดยดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ และนำไปใช้คัดกรองและประเมินผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่อง รวมถึงพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยนเรศวร

2) การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน เพื่อการส่งเสริมป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการดำเนินโครงการนำร่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใน 11 พื้นที่ 9 จังหวัด โดยแบ่งการดำเนินงานขับเคลื่อนหลักเป็น 2 รูปแบบ คือ กลไกระดับอำเภอ (District Health System: DHS) จำนวน 6 แห่ง และกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำนวน 5 แห่ง

3) การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้มีความยั่งยืนของงบประมาณที่จะสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงอยู่ระหว่างการเสนอขอตั้งหมวดเงินค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนระดับตำบล/อำเภอ โดยเป็นการสมทบร่วมกันระหว่าง สปสช. และท้องถิ่นในปีงบประมาณ 2559 ส่วนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ได้มีการพัฒนาชุดกิจกรรมบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว โดยครอบคลุมทั้งกิจกรรมบริการด้านสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม ทั้งนี้ อยู่ระหว่างการนำไปทดลองจัดบริการในพื้นที่นำร่อง

4) การพัฒนากำลังคนเพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน มีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้ช่วยผู้ดูแล (Care worker) และหลักสูตรผู้จัดการการดูแล (Care manager) พร้อมทั้งดำเนินการจัดอบรมหลักสูตร Care worker ในพื้นที่ และจัดอบรม Care manager ที่ส่วนกลาง ให้กับพื้นที่นำร่อง 11 แห่ง 9 จังหวัด เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดย สปสช. ร่วมกับ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งภายหลังการอบรมได้มีการติดตามและประเมินผลหลักสูตรโดยหน่วยงานภายนอก โดยอยู่ระหว่างดำเนินการ

5) การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล มีการดำเนินงานชุดโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยมีทีมวิชาการ เรียกว่า PIU (Project Implement Unit) ทำหน้าที่ติดตามประเมินผลและสนับสนุนทางวิชาการให้กับพื้นที่นำร่อง และจัดทำรายงานข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

6) การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ/ มาตรฐาน และการบริหารจัดการ โดย สปสช. ได้ปรับปรุงประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งประกาศมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2556 และมีการจัดทำคู่มือสนับสนุนส่งเสริมศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และคนพิการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากนี้มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย อยู่ระหว่างจัดทำ (ร่าง) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการส่งเสริมสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เสนอกระทรวงมหาดไทยและคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อลดข้อจำกัดการใช้งบประมาณส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.2.4 การปรับปรุงข้อบังคับฯว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

สืบเนื่องจากในปัจจุบัน สถานการณ์ด้านสุขภาพมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงต้องการบริการในรูปแบบที่หลากหลายและตอบสนองต่อปัญหาและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป รวมทั้งในปัจจุบันสถานบริการภาครัฐและเอกชนมีรูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มทางเลือกในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน และสามารถเข้าถึงบริการได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งตอบสนองความจำเป็นได้ตามบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขต กทม. และเขตเมืองใหญ่ นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีรูปแบบบริการใหม่ๆ เข้าร่วมจัดบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงนิยาม และข้อบังคับฯ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป คณะกรรมการจึงได้มีมติเห็นชอบการปรับปรุงข้อบังคับการขึ้นทะเบียน หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ โดยเห็นชอบการปรับนิยามหน่วยบริการปฐมภูมิ การปรับนิยามหน่วยบริการรับการส่งต่อ และการปรับนิยามหน่วยร่วมให้ บริการ

4.2.5 การดำเนินงานโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรังขึ้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับบริการให้ได้มาตรฐาน โดยมีกลไกการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาและกำกับทิศทางการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับปี 2557 คณะกรรมการได้ให้ความสำคัญและติดตามการดำเนินงานการบริหารจัดการโรคเรื้อรังในระยะต่อไป ที่มุ่งสู่กระบวนการพัฒนาระบบบริการ เน้นการประเมินคุณภาพผลลัพธ์บริการมากขึ้น ขยายการพัฒนาครอบคลุมโรคเรื้อรังอื่นๆ ขยายผลจากการพัฒนาหน่วยบริการเชื่อมโยงสู่การพัฒนาในระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน พัฒนาการดูแลรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ ขยายผลไปสู่ระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงเพิ่มการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขจากหน่วยงานภาคส่วนอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกับระบบบริการของรัฐ

5. การมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของระบบ

การพัฒนาระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานและลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สืบเนื่องจากตามมาตรา 9 วรรค 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขสำหรับบุคคลตามพระราชบัญญัตินี้ได้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการฯ ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรับบริการอย่างมีคุณภาพ สะดวก รวดเร็ว ทั้งการบูรณาการสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพต่างๆ อย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐานเดียวกัน

คณะกรรมการ ได้ให้ความสำคัญในการติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานและลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความคืบหน้าการดำเนินงานในประเด็นที่สำคัญต่างๆ เช่น ระบบทะเบียนและฐาน

ข้อมูลผู้มีสิทธิ ระบบการเบิกจ่ายเพื่อชดเชยตามสิทธิประโยชน์ ระบบการตรวจสอบเวชระเบียน ระบบการคุ้มครองสิทธิและรับเรื่องร้องเรียน การติดตามประเมินสถานะสุขภาพ และระบบรายงานแผนพัฒนางานโดยใช้งบบริหารจัดการ ร้อยละ 1.5 รวมถึงวงเงินค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการปี 2557

6. การบริหารจัดการระบบงานและองค์กร

6.1 การประเมินผลตามตัวชี้วัดร่วมระหว่าง สปสช.- กสธ.

สืบเนื่องจากในปี 2556 ที่ผ่านมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานฯ โดยใช้ผลการประเมินจากชุดตัวชี้วัดของกรมบัญชีกลาง (โดยบริษัท FPRI) ร้อยละ 80 ร่วมกับผลการประเมินด้าน Health Outcome ซึ่งเป็นตัวชี้วัดร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะอนุกรรมการประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกร้อยละ 20

สำหรับในปี 2557 คณะกรรมการ ได้มีมติเห็นชอบผลการประเมินตามตัวชี้วัดร่วมระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556 ที่มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 86.6667 และเห็นชอบชุดตัวชี้วัดด้าน Health Outcome ระหว่าง สปสช.ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขสำหรับปี 2557 จำนวน 23 ตัวชี้วัด เพื่อประกอบการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในสัดส่วนร้อยละ 20 โดยจัดกลุ่มตัวชี้วัดเพื่อให้สามารถประเมินได้ โดยใช้ข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพ หรือข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขตามความจำเป็น

6.2 ประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการ สปสช.

คณะกรรมการ ได้มีมติเห็นชอบผลการประเมินการปฏิบัติงานของเลขาธิการ สปสช.รอบปีที่ 1 ครั้งที่ 2 (6 เดือนหลัง) พร้อมอนุมัติค่าตอบแทนพิเศษตามผลการปฏิบัติงานในช่วงเวลาดังกล่าวตามเกณฑ์ที่กำหนด และเห็นชอบให้ปรับระยะเวลาการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการ สปสช.จากปีละ 2 ครั้ง (ทุก 6 เดือน) เป็นปีละครั้ง โดยมีแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการ สปสช.ในปีที่ 2 วาระที่ 2 ดำเนินการ 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 การติดตามความก้าวหน้า ช่วงครึ่งปี โดยการรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการตามตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของเลขาธิการ เมื่อสิ้นเดือนมีนาคม 2557 และครั้งที่ 2 การประเมินผลการดำเนินงาน ปีที่ 2 วาระที่ 2 โดยการประเมินผลรอบต่อไปเมื่อสิ้นเดือนกันยายน 2557 ตามกรอบและวิธีการประเมินที่ใช้ในปีแรก มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ และการถ่วงน้ำหนักดังนี้

- ความสัมฤทธิ์ผลในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 60)
- ผลการประเมินโดยกรมบัญชีกลาง (ร้อยละ20)
- ผลการประเมินสมรรถนะ 360 องศา (ร้อยละ 20)

6.3 ผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2556

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 18(12) กำหนดให้คณะกรรมการมีหน้าที่รายงานผลงาน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานฯ ต่อคณะรัฐมนตรี และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ นอกจากนี้ มาตรา 26(13) กำหนดให้สำนักงานฯ จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงาน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการฯเผยแพร่ต่อสาธารณชน

คณะกรรมการได้รับทราบสรุปผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2556 โดยเน้นผลงานที่สำคัญ ประกอบด้วย ความครอบคลุม การเข้าถึงบริการ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข การคุ้มครองสิทธิ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการริเริ่มหรือพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆ

6.4 บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด

สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้กำหนดหลักการในการแยก ผู้ซื้อผู้จัดบริการด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพออกจากกัน และจากข้อเสนอของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินในการให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาทบทวนการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำหน้าที่ สปสช.สาขาจังหวัด รวมถึงข้อเสนอของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการยกเลิกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็น สปสช.สาขาจังหวัด และยกเลิกการจัดสรรเงินผ่านบัญชี 6 นั้น

คณะกรรมการ ได้มีการพิจารณาบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด และมีมติเห็นชอบหลักการในการแยกบทบาทผู้จัดหาบริการและผู้ให้บริการสาธารณสุข โดยยกเลิกการให้ สสจ. เป็นสาขาจังหวัด และยกเลิกบัญชี 6 ของสาขาจังหวัด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 โดยให้ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. พัฒนาการทำงานร่วมกันโดยยึดประโยชน์สุขของประชาชนเป็นเป้าหมาย ทั้งนี้ในส่วนของการดำเนินงาน ได้มอบหมายให้ สปสช.เตรียมความพร้อมและเพิ่มศักยภาพของ สปสช.เขต เพื่อรองรับภารกิจเพิ่มเติม และพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกัน โดยไม่ให้กระทบต่อระบบบริการและประชาชนในพื้นที่

จากนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบแนวทางการดำเนินงานหลังจากไม่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นสาขาจังหวัดของ สปสช. ในประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. เห็นชอบกลไกการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ดังนี้

1.1 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41) ระดับจังหวัด (คณะเดิม) เป็นผู้พิจารณา โดยขอเปลี่ยนแปลงเฉพาะตำแหน่งเลขานุการ จาก “ผอ.สปสช. สาขาจังหวัด” เป็น “นพ. สาธารณสุขจังหวัด”ซึ่งต้องแก้ไขข้อบังคับฯ มาตรา 41

1.2 เห็นชอบร่างข้อบังคับฯ มาตรา 41 และให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 เป็นต้นไป

1.3 มอบให้ สปสช.ออกประกาศ ให้ สปสช.เขตมีเงินทดรองเพิ่มเติมเพื่อจ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นได้อีก ไม่เกินเขตละ 5 ล้านบาท โดยใช้เงินกำไรสะสม เพื่อให้สามารถจ่ายเงินเยียวยาได้อย่างรวดเร็ว

2. เห็นชอบการมอบหมายให้ สปสช. เขต ดำเนินการแทน สำนักงานสาขาจังหวัด ดังนี้

2.1 ให้คงโครงสร้างของ อปสช. โดยปรับอนุกรรมการเฉพาะตำแหน่ง “ผอ.สปสช.สาขาจังหวัด” เปลี่ยนเป็น “นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด” เป็นอนุกรรมการแทน

2.2 เพิ่มบทบาทของ อปสช.ในกรณีหากมีความจำเป็นให้สามารถแต่งตั้งคณะทำงานในระดับอำเภอหรือจังหวัด เพื่อดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามภารกิจได้

2.3 เห็นชอบร่างประกาศฯ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการคัดเลือกและการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2557

3. เห็นชอบแนวทางการบริหารงบประมาณของสำนักงานสาขาจังหวัด ดังนี้

3.1 อนุมัติให้ อปสข. หรือ คณะทำงานที่ อปสข. มอบหมาย จัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัญชี 6) ที่ได้รับมาก่อนปี 2557 และในปี 2557 โดยจัดสรรให้กับหน่วยบริการ ภายใต้วัตถุประสงค์ตามมาตรา 38 ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยจัดสรรให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 มีนาคม 2558 หรือตามภาระผูกพัน

3.2 อนุมัติให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้เงินบริหารตามประกาศเรื่องการใช้จ่ายเงินในการบริหารและการจัดการของสำนักงานสาขาจังหวัด (บัญชี 7) สำหรับดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดได้จนถึง 30 กันยายน 2558

3.3 อนุมัติให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีอำนาจในการเบิกจ่ายตาม 3.1 และ 3.2

3.4 กำหนดให้ปิดบัญชีเงิน 1.และ 2.ภายในวันที่ 30 กันยายน 2558

3.5 เห็นชอบและมอบให้ สปสช. ออกประกาศตาม ข้อ 3.1-3.4 ข้างต้น

4. อนุมัติให้ สปสช.เพิ่มกรอบอัตรากำลังระดับเจ้าหน้าที่ที่มีความอาวุโส เพื่อประสานงานและสนับสนุนงานจังหวัดละ 1 คนให้ สปสช.เขต

7. การดำเนินงานด้านอื่นๆ

7.1 การประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ สปสช.

คณะกรรมการ ได้รับทราบความคืบหน้าการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ สปสช. ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งได้มีการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2557 ได้มีการประชุมร่วมกันจำนวน 2 ครั้ง เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2557 และวันที่ 16 ตุลาคม 2557 เพื่อพัฒนาความร่วมมือไปสู่การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีทิศทางที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นสำคัญได้แก่พัฒนาระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน การบูรณาการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การบูรณาการสิทธิประโยชน์ด้านบริการฟื้นฟูและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ การบูรณาการการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การพัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพบริการ (Audit) การเพิ่มการเข้าถึงยาที่จำเป็นของคนไทย การถอดบทเรียนจากประสบการณ์จากการศึกษาดูงานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประเทศเบลเยี่ยม และความคาดหวังของกองทุนประกันสุขภาพรัฐต่อบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน National Data Clearing House

7.2 แนวทางการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในช่วงปลายปีงบประมาณ 2557 ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล โดยคณะรัฐมนตรีชุดใหม่เข้าบริหารราชการ ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงนโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุข 10 ข้อ ครอบคลุมการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรของรัฐที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอีก 9 องค์กร รวมทั้งสภาวิชาชีพด้านสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้เสนอแนวทางการดำเนินงาน การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยจัดทำแนวทางการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว

ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ การจัดทำแผนการดำเนินงานเน้นหนักในนโยบายที่เกี่ยวข้องโดยตรง 5 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและชนบท 2) การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ทุกกองทุนมีความกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียว (harmonization) 3) การให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามนโยบาย "ใช้บริการได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ" 4) การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะสุดท้าย (Palliative care) และ 5) การสร้างเสริมสุขภาพ และจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามกลุ่มวัย และเห็นชอบให้ สปสช. สนับสนุนงบประมาณ/ดำเนินงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมผลักดันการดำเนินงานตามนโยบาย เช่น โครงการตามแนวพระราชดำริฯ ความปลอดภัยของผู้ป่วย เครือข่ายบริการและระบบส่งต่อ ระบบดูแลประชาชนที่ต้องการดูแลเฉพาะ และการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

- 4 -

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ตามมาตรา 50 (1) - (10) ในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

สรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพอสังเขปดังนี้

1. การพิจารณาเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 57 และมาตรา 59

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน จำนวน 2 คณะ มีหน้าที่ดำเนินการสอบสวนหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด (มาตรา 57) จำนวน 4 เรื่อง กรณีผู้รับบริการร้องเรียนว่าไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนด (มาตรา 59) จำนวน 4 เรื่อง โดยมีมติยกข้อร้องเรียน มาตรา 57 4 เรื่อง และให้คืนเงินค่าบริการพร้อมดอกเบี้ย มาตรา 59 (2) 4 เรื่อง

2. การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอ รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีผู้ยื่นคำร้องภายในจังหวัด กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตเป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจังหวัดละ 5-7 คน เพื่อให้คณะกรรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการ โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้อง

มาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กันมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในระดับจังหวัด ได้พิจารณากรณีอุทธรณ์คำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯระดับจังหวัด จำนวน 1,112 ราย จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 218,439,200 บาท (ตารางที่ 28-ตารางที่ 32)

ตารางที่ 28 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ปีงบประมาณ 2557

รวมคำร้อง	ไม่เข้าเกณฑ์	เข้าเกณฑ์ (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	พิการ (ราย)	บาดเจ็บ (ราย)	อุทธรณ์ (ราย)	ผลรวมการพิจารณาจ่าย (บาท)
1,112	181	931	478	116	337	112	218,439,200

ที่มา: สำนักกฎหมาย/รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ตารางที่ 29 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 จำแนกตามประเภทความเสียหาย ข้อบังคับฯ ปีงบประมาณ 2557

ประเภทความเสียหาย	ข้อบังคับปี 49	ข้อบังคับปี 50	รวม	ร้อยละ
เสียชีวิต	4	474	478	43.00
พิการ	2	113	115	10.30
บาดเจ็บ	1	336	337	30.30
ไม่เข้าเกณฑ์	1	181	182	16.40
รวม	8	1,104	1,112	100

ที่มา : สำนักกฎหมาย/รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ตารางที่ 30 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2557

เขต	คำร้อง (ราย)	ค่าเฉลี่ยต่อจังหวัด	จำนวนเงิน (บาท)
1 เชียงใหม่ (8 จังหวัด)	135	17	22,694,400
2 พิษณุโลก (5 จังหวัด)	69	14	13,127,600
3 นครสวรรค (5 จังหวัด)	66	13	11,856,600
4 สระบุรี (8 จังหวัด)	68	9	13,708,000
5 ราชบุรี (8 จังหวัด)	100	13	20,933,600
6 ระยอง (8 จังหวัด)	85	11	16,452,000
7 ขอนแก่น (5 จังหวัด)	128	26	24,598,600
8 อุดรธานี (7 จังหวัด)	113	16	21,851,600

เขต	คำร้อง (ราย)	ค่าเฉลี่ยต่อจังหวัด	จำนวนเงิน (บาท)
9 นครราชสีมา (4 จังหวัด)	81	20	16,877,200
10 อุบลราชธานี (5 จังหวัด)	106	21	22,574,000
11 สุราษฎร์ธานี (7 จังหวัด)	46	7	11,329,600
12 สงขลา (7 จังหวัด)	75	11	13,914,000
13 กรุงเทพมหานคร	40	40	8,522,000
รวม	**1,112**	-	**218,439,200**

ที่มา : สำนักกฎหมาย/รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ตารางที่ 31 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 จำแนกตามแผนกที่เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2557

แผนก	คำร้อง	ไม่เข้าเกณฑ์	เข้าเกณฑ์	(1)	(2)	(3)	อุทธรณ์	จำนวนเงิน (บาท)
อายุรกรรม	137	40	97	82	4	11	20	30,323,000
สูติกรรม (มารดา)	125	18	107	53	18	36	13	25,251,600
สูติกรรม (ทารก)	285	41	244	158	44	42	12	65,606,800
นรีเวชกรรม	23	2	21	5	1	15	2	3,299,000
ทำหมัน	94	3	91	-	-	91	3	6,777,000
ศัลยกรรม	185	27	158	87	15	56	26	38,273,200
ศัลยกรรมกระดูก	40	8	32	7	11	14	5	5,639,800
กุมาร	136	30	106	64	4	38	21	25,511,000
แพ้ยา	15	-	15	8	2	5	2	3,797,600
ทันตกรรม	9	3	6	1	-	5	1	650,000
จักษุ	23	5	18	-	16	2	2	3,393,200
หู คอ จมูก	2	-	2	1	-	1	1	500,000
จิตเวช	7	1	6	3	1	2	2	1,382,000
ผู้ป่วยนอก	31	3	28	9	-	19	2	4,401,000
รวม	1,112	181 (16.3%)	931 (83.7%)	478 (51.3%)	116 (12.5%)	337 (36.2%)	112 (12%)	214,805,200

ที่มา : สำนักกฎหมาย/รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ตารางที่ 32 กรณีอุทธรณ์คำร้องที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2557

ปีงบประมาณ	อุทธรณ์	ยกอุทธรณ์	เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินความเสียหายตามข้อบังคับฯ			ผลรวมการพิจารณาจ่ายกรณีอุทธรณ์ (บาท)
			6(1)	6(2)	6(3)	
2557	108	84	9	9	6	3,562,400

ที่มา: รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

การประกาศใช้ข้อบังคับฯว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 2)

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานได้จัดทำข้อเสนอแก้ไขข้อบังคับ เนื่องจากมีการยกเลิกการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2557 เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 9/2557 เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2557 สรุปสาระสำคัญที่แตกต่างจากเดิม 5 ประเด็น สรุปดังนี้

1. คณะอนุกรรมการฯ มาตรา 41 และการเสนอชื่อ ปรับให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ เป็นผู้เสนอชื่อ

"ข้อ 9 ให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ กรณีไม่มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจำนวน 5-7 คน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการตามข้อ 8 โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้องมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชน ผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กันโดยให้ดำเนินการคัดเลือกตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ฯลฯ

2. วาระการดำรงตำแหน่ง เห็นชอบให้อยู่ในวาระคราวละ 4 ปี (เดิมวาระคราวละ 2 ปี)

"ข้อ 9 วรรคสาม ให้อนุกรรมการ มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับเลือกใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งตามวาระเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้"

3. เลขานุการของคณะอนุกรรมการมาตรา 41 ผอ.สปสช.เขต หรือผู้ที่ สปสช.มอบหมายเป็นเลขานุการ อาจมอบให้หัวหน้าหน่วยงานหรือองค์กรอื่น

"ข้อ 9 วรรคสอง ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการของอนุกรรมการจังหวัดนั้น

4. หน่วยรับคำร้องและอุทธรณ์ เสนอให้เพิ่มหน่วยงานรับคำร้องและยื่นอุทธรณ์

"ข้อ 7 ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาทหรือผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่หน่วยบริการหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50 (5) แห่งพระราช

บัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่หรือหน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย"

5. การวินิจฉัยปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติตามข้อบังคับฯ เสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาด

"ข้อ 12/1 กรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขให้ถือเป็นที่สุด"

3. การดำเนินการเกี่ยวกับหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระตามมาตรา 50 (5)

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ออกประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2552 เพื่อเป็นศูนย์คุ้มครองสิทธิซึ่งมีบทบาทหลักในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ ทำให้ประชาชนได้รับความรู้ มีความเข้าใจในการใช้สิทธิ ให้ประชาชนได้รับสิทธิอันพึงมีพึงได้อย่างเป็นอิสระ เป็นการเพิ่มช่องทางให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้สะดวกมากขึ้น เนื่องจากมีการยกเลิกการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2557 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 9/2557 ภายใต้ภารกิจเดิมให้อนุกรรมการฯ ระดับจังหวัดทำหน้าที่ตรวจประเมินขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนฯ ตามมาตรา 50 (5)

มติที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข สรุปดังนี้

1. เห็นชอบในหลักการให้สปสช.เขตทำหน้าที่ตรวจประเมินหน่วยงานที่ยื่นขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนฯ ตามมาตรา 50 (5) ที่สปสช.จังหวัด/เขตไว้แล้ว จำนวน 21 แห่งในพื้นที่ 19 จังหวัด และเสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาอนุมัติขึ้นทะเบียนฯ เป็นบทเฉพาะกาล (ระยะสั้น)

2. เห็นชอบให้แก้ไขประกาศฯเรื่องหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยรับเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) เพื่อให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตทำหน้าที่ตรวจประเมินฯ และเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาอนุมัติขึ้นทะเบียน (ระยะยาว)

3. การตรวจประเมินประจำปีให้เป็นหน้าที่ของสปสช.เขต และรายงานคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขต และคณะกรรมการควบคุมภาพและมาตรฐานทราบ

4. การทบทวนแก้ไขแบบรายงานประจำเดือน/แบบรายงานประจำปี/การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานให้คณะอนุกรรมการฯ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พิจารณาก่อนเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในปีงบประมาณ 2557 มีหน่วยงานที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นตามมาตรา 50(5) ซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้พิจารณาอนุมัติและออกประกาศฯ จำนวน 28 แห่ง (ตารางที่ 33)

สำหรับหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน มีจำนวนทั้งสิ้น 81 แห่ง (ตารางที่ 34) มีรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ จำนวนทั้งสิ้น 873 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร (มาตรา 59) จำนวน 214 เรื่อง รองลงมาคือ กรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ม.41) และมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข (ม.57) ตามลำดับ (ตารางที่ 35)

ตารางที่ 33 หน่วยงานที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นตามมาตรา 50(5) ปีงบประมาณ 2557

สปสช.เขต	จำนวน (แห่ง)	องค์กรที่ขอขึ้นทะเบียน
1. เชียงใหม่	1	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดลำพูน เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. พิษณุโลก	1	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดสุโขทัย
3. นครสวรรค์	1	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดอุทัยธานี
4. สระบุรี	8	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดลพบุรี เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดลพบุรี ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดสิงห์บุรี ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดอ่างทอง ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดอยุธยา ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดนนทบุรี ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดปทุมธานี ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดปทุมธานี เครือข่ายหญิงเพื่อสุขภาพภาคกลาง
5. ระยอง	4	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดชลบุรี ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดสระแก้ว ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดจันทบุรี
8. อุดรธานี	1	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดหนองบัวลำภู
10. อุบลราชธานี	4	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ เครือข่ายสตรีและเยาวชน ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดยโสธร
11. สุราษฎร์ธานี	3	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดชุมพร ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดภูเก็ต ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
12. สงขลา	2	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จังหวัดปัตตานี ศูนย์ประสานงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดยะลา

สปสช.เขต	จำนวน (แห่ง)	องค์กรที่ขอขึ้นทะเบียน
13. กรุงเทพมหานคร	3	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เขตตลิ่งชัน-ภาษีเจริญ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (เครือข่ายชุมชนแออัด) เขตบางนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน โซนเจ้าพระยา จังหวัดกรุงเทพมหานคร
รวม	**28**	

ที่มา : สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม/รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ตารางที่ 34 จำนวนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2557

เขต	จำนวน (แห่ง)	จังหวัดที่มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นๆ	จังหวัดที่ไม่มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นๆ
1 เชียงใหม่	14	เชียงใหม่ พะเยา เชียงราย ลำปาง แพร่ ลำพูน	แม่ฮ่องสอน น่าน
2 พิษณุโลก	3	เพชรบูรณ์ พิษณุโลก สุโขทัย	อุตรดิตถ์ ตาก
3 นครสวรรค์	5	พิจิตร นครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท อุทัยธานี	
4 สระบุรี	10	สระบุรี นครนายก สิงหบุรี ลพบุรี อ่างทอง อยุธยา นนทบุรี ปทุมธานี	
5 ราชบุรี	8	สมุทรสงคราม สมุทรสาคร กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม	
6 ระยอง	8	สมุทรปราการ ตราด ระยอง ฉะเชิงเทรา ชลบุรี สระแก้ว ปราจีนบุรี จันทบุรี	
7 ขอนแก่น	3	ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด	มหาสารคาม
8 อุดรธานี	2	อุดรธานี หนองบัวลำภู	สกลนคร หนองคาย นครพนม เลย บึงกาฬ
9 นครราชสีมา	1	สุรินทร์	นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์
10 อุบลราชธานี	4	ยโสธร อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
11 สุราษฎร์ฯ	3	สุราษฎร์ธานี ชุมพร ภูเก็ต	นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ พังงา
12 สงขลา	5	ตรัง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา	พัทลุง นราธิวาส

เขต	จำนวน (แห่ง)	จังหวัดที่มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นฯ	จังหวัดที่ไม่มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นฯ
13 กทม.	15	15 ศูนย์ฯ ได้แก่ สายไหม/บางเขน/หลักสี่/ดอนเมือง/ดุสิต/ราชเทวี/ราษฎร์บูรณะ/ทุ่งครุ/ลาดกระบัง/ประเวศ/สะพานสูง/คันนายาว/มีนบุรี/คลองสามวา/เครือข่ายชุมนุมสหกรณ์เขตบึงกุ่ม/เครือข่ายแรงงานนอกระบบ/ลาดกระบัง/เครือข่ายแรงงานนอกระบบ/หนองจอก/เครือข่ายชุมชนแออัดเขตบางนา/โซนเจ้าพระยา/เขตภาษีเจริญ/ตลิ่งชัน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	6 ศูนย์ฯ ได้แก่ เขตบางกะปิ/บึงกุ่ม/วังทองหลาง/จตุจักร/ลาดพร้าว/บางซื่อ/พญาไท/สัมพันธ์วงศ์/ปทุมวัน/ป้อมปราม/พระนคร/เครือข่ายชุมชนใต้สะพาน
รวม	81		**ขาด 20 จังหวัด และ 12 เขต (กทม)**

ที่มา : สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม/รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ตารางที่ 35 จำนวนเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ปีงบประมาณ 2557

ประเด็นร้องเรียน	จำนวน	ร้อยละ
กรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ม.41)	69	7.90
มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข (ม.57)	69	7.90
ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร (ม.59)	214	24.51
เรียกเก็บเงิน (ม.59)	33	3.78
ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ (ม.59)	3	0.34
ให้ความช่วยเหลืออื่นๆ	485	55.56
รวม	873	100

ที่มา : สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม/รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

นอกจากนี้ยังมีภาระกิจอื่นที่ต้องดำเนินงาน ตามแผนการปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2557 ดังนี้

มีโครงสร้างตามกฎหมายเป็นไปตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 50 (5) สำนักงานให้ความสำคัญ เป็นตัวชี้วัดขององค์กรและสิ่งส่งมอบงานให้เลขาธิการ

มีแผนการดำเนินงานเชิงรุก เกิดศูนย์บริการและช่วยเหลือผู้ทุกข์ยากในพื้นที่ให้เข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ (ผ่านยุทธศาสตร์ขององค์กร ปี 56-59 ของสำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม และสปสช ชัดเจน)

มีบทเรียนและประสบการณ์ที่สามารถเปลี่ยนภาพลักษณ์ความไม่เข้าใจระหว่างหน่วยรับเรื่องร้องเรียนฯ กับหน่วยบริการที่เป็นมิตรภาพและกัลยาณมิตรต่อกัน (มีเวทีถอดบทเรียน แลกเปลี่ยน ข้อมูล)

เกิดกระบวนการเสริมความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่มีความสำคัญต่อการเจรจาต่อรองและไกล่เกลี่ยระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (เวทีพัฒนาศักยภาพ, การประชุม cluster งานเดียวกัน)

เป็นรูปธรรมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เกิดกระบวนการทำงานร่วมในลักษณะเครือข่ายเป็นการเสริมพลัง สร้างกำลังใจและทักษะการทำงาน (แผนงานจัดเวทีทุกระดับ แผนงานลงพื้นที่)

เป็นการทำงานเชิงรุกสามารถที่จะช่วยลดปัญหาและอุปสรรคการบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ได้ (ข้อมูลคืนจากหน่วย 50(5) ข้อมูลจำนวนข่าวลบผ่านสื่อมวลชน อื่นๆ

เป็นการดำเนินงานที่มีกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (การประชาพิจารณ์ประจำปี)

และมีการสำรวจครั้งแรกในการบริหารจัดการการเข้าร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็นของหน่วยเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) 61 แห่ง (ในขณะนั้น) พบว่ามีหน่วยรับเรื่องฯ 50(5) มีบทบาทและเข้าร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็น 55 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 90.16) เพื่อวิเคราะห์บทบาทเชิงรุกและคุณภาพของคนทำงานเพื่อการวางแผนปี 2558 -2559

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ขององค์กรที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ขององค์กรที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน พัฒนาการบริหารจัดการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน รุ่นที่ 6 ในวันที่ 28-29 กรกฎาคม 2557 ผู้เข้าร่วมการอบรมทั้งสิ้น 95 คน จาก 64 หน่วยงาน

4. การดำเนินงานเกี่ยวกับคณะอนุกรรมการระดับเขต/จังหวัด

4.1 คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่

จากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 6/2557 วันที่ 7 พฤษภาคม 2557 มีมติให้ยกเลิกการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด ซึ่งมีผลกระทบต่อคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นฝ่ายเลขานุการ ดังนั้นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีหน้าที่ในการควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในการควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการในภาพรวมทั้งประเทศจึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ให้ดำเนินการแทนโดยได้ออกประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2557 เมื่อวันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2557 โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(1) รับข้อมูลผลการพิจารณาคำร้องกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในเขตพื้นที่ สรุป วิเคราะห์ ข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำรายงานข้อเสนอเชิงป้องกันแก้ไข ให้สอดคล้องกับสภาพของหน่วยบริการในเขตพื้นที่

(2) ควบคุมและกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา 50(1) และ (2) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

(3) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 50(3) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

(4) พิจารณาเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนดตามมาตรา 50(5)

(5) รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน ตามมาตรา 50(6) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

(6) ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนตามมาตรา 50(7) และ (9) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

(7) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

เพื่อให้การควบคุมคุณภาพและการส่งเสริมมาตรฐานหน่วยบริการในระดับเขตพื้นที่ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบกับข้อ 11 ของประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2557 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 11/2557 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2557 จึงได้ออกคำสั่งเรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ และให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ ที่ได้รับการแต่งตั้งมีวาระการดำรงตำแหน่งและอำนาจหน้าที่ ตามประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ. 2557 และให้มีการประชุมคัดเลือกกันเองเพื่อให้อนุกรรมการคนใดคนหนึ่ง เป็นประธานอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในแต่ละเขตพื้นที่

เมื่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ จำนวน 13 เขต เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตามบทบาทและภารกิจที่ได้รับมอบนโยบาย ได้มีจัดการประชุมเตรียมความพร้อมของคณะอนุกรรมการคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ที่ได้รับการแต่งตั้งใหม่ ได้รับทราบบทบาทหน้าที่และภารกิจที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งแนวทางในการดำเนินงานจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และมีความรู้ความเข้าใจในกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งสามารถปรับวิธีคิดต่อกระบวนการควบคุม กำกับคุณภาพและมาตรฐานโดยดำเนินการเป็นแนวทางเดียวกันได้ ในโอกาสต่อไป

4.2 คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ในปีงบประมาณ 2557 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานได้ออกคำสั่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด เนื่องจากครบวาระการดำรงตำแหน่ง ดังนี้

1. คำสั่งฯ ที่ 19/2557 ลงวันที่ 9 เมษายน 2557 (จังหวัดประจวบคีรีขันธ์)

2. คำสั่งฯ ที่ 40/2557 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2557 (จังหวัดบึงกาฬ)

5. การรายงานความเห็นประกอบข้อเสนองบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2558

เพื่อประกอบการจัดทำคำขอรับงบประมาณของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อคณะรัฐมนตรี ตามมาตรา 39 วรรคท้าย ในการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 3/2557 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2557 สปสช.ได้จัดทำข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558 เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาให้ความเห็น ซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานได้มีมติเห็นชอบในหลักการกับข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558 ทั้งรายละเอียดและจำนวนเงิน โดยมีความเห็นและข้อเสนอแนะดังนี้

1. ในการจัดทำงบกองทุนฯ ทั้งขาขึ้นและขาลง เสนอให้แต่ละรายการมีจำนวนเงินตรงกัน โดยไม่ตัดงบประมาณออกไป

2. หากมีปัญหาในการเปลี่ยนรัฐบาล ให้ใช้กรอบแนวทางเดิมตามที่มีความเห็นดังกล่าว

3. งบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน เสนอให้จัดบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาสังคมในปัจจุบัน เช่น การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และปลอดภัยของเด็กและเยาวชน การเตรียมการก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

สำหรับข้อเสนอที่ต้องดำเนินการต่อและบริหารงบกองทุนฯในปีต่อไป สรุปดังนี้

1. เนื่องจากปัญหาด้านกฎหมายมีผลกระทบด้านสุขภาพของผู้เยาว์ ควรเสนอให้องค์กรที่ดูแลด้านนโยบายร่วมกันผลักดันให้มีการแก้ไขกฎหมายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น สิทธิในการทำแท้ง การให้ความยินยอม

2. เสนอให้มีผู้แทนในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเข้าไปมีส่วนร่วมในการพิจารณาวางหลักเกณฑ์ในการเรียงลำดับความสำคัญของโรคหรือกลุ่มโรค และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการบริหารจัดการงบประมาณทั้งขาขึ้นและขาลงในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ

6. การรายงานแนวทางการบริหารจัดการบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2557

สปสช. รายงานความก้าวหน้าการบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2557 และนำข้อเสนอเพื่อการปรับข้อบังคับและเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฉบับใหม่ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน รวมถึงการสร้างคุณค่าและยอมรับบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทั้งที่หน่วยบริการและดูแลสุขภาพถึงบ้าน กรณีเมื่อเกินความขีดสามารถสามารถปรึกษาและประสานการส่งต่อ - ส่งกลับให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงประชาชน

มีความเชื่อมั่นและเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นที่แรกเพื่อส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งได้

ในการนี้ ได้เสนอแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กรอบแนวคิดงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและบริการปฐมภูมิ 2557/กรอบการบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ปี 2557 /ความก้าวหน้าการปรับข้อบังคับและเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผล งานบริการปฐมภูมิ ปี 2557 รวมถึงสรุปความก้าวหน้างบ QOF สถานการณ์และความจะเป็น/แนวคิดการจัดประเภทของหน่วยบริการ ในการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 3/2557 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2557 สปสช. ได้ เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาให้ความเห็น ซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานได้มีมติรับทราบ โดยมีความเห็นและข้อเสนอแนะดังนี้

1. เสนอให้เลือกตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพที่จำเป็นและพัฒนาให้สอดคล้องกับนโยบายระดับ ประเทศและบริบทของพื้นที่ และสามารถปฏิบัติได้จริง

2. เสนอให้ประสานท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่

3. เสนอให้สปสช.ประสานและใช้ข้อมูลด้านคุ้มครองสิทธิจากท้องถิ่นมากขึ้น

7. การบริหารงบกองทุนฯปีงบประมาณ 2557 ที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

สปสช. รายงานการบริหารงบกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2557 ที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของหน่วยบริการรับการส่งต่อ และส่งเสริมให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และนำข้อเสนอเพื่อการปรับข้อบังคับและเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฉบับใหม่ รายงานการใช้งบบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขต วงเงินไม่เกิน 20 บาท ต่อผู้มีสิทธิ มีการบริหารจัดการระดับเขต โดยผ่านความเห็นชอบของอปสช. ในการกำหนดวงเงิน และเกณฑ์คุณภาพ รวมถึงประมวลผลงานตามเกณฑ์คุณภาพในเดือนมิถุนายน และจัดสรรงบประมาณตามผลงานให้เสร็จไม่เกินเดือนกันยายน 2557 สรุปรวมเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 กลุ่มที่ใช้ในแต่ละเขต กลุ่ม 1 มาตรฐานโรงพยาบาล, กลุ่ม 2 ผลงานบริการเครือข่ายการดูแลกลุ่มโรคที่เป็นปัญหา (หัวใจ, หลอดเลือดสมอง, มะเร็ง, ทารกแรกเกิด, จิตเวช), กลุ่ม 3 ผลการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการและส่งต่อผู้ป่วย ในการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 4/2557 เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2557 สปสช.ได้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาให้ความเห็น ซึ่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานได้มีมติรับทราบ โดยมีความเห็นและข้อเสนอแนะดังนี้

1. เสนอให้มีการกำหนดตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพซึ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการที่ผู้ป่วยสมควรได้รับและเข้าถึงบริการ

2. ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพหลายตัวไม่สะท้อนคุณภาพ นอกจากเสนอให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต 1 - 13 พิจารณาแล้ว ในโอกาสเดียวกันควรเสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ

3. เสนอให้ สปสช.ติดตามการกำหนด/กำกับตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพของหน่วยบริการ ซึ่งมีโครงสร้างการทำงานอยู่ในหลายสำนัก/กลุ่มภารกิจ มาเสนอให้ที่ประชุมทราบอย่างต่อเนื่อง

เสนอให้สปสช.แต่งตั้งผู้แทนในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเข้าไปมีส่วนร่วมในการพิจารณากำหนดตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพในคราวต่อไป

หน้าว่าง

ภาคผนวก

คำนิยามศัพท์ตัวชี้วัดในรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2556

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
1	วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย (Length of Stay) สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง ผลรวมจำนวนวันนอนผู้ป่วยใน สิทธิ UC ตัวหาร จำนวนครั้งการบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC **หน่วยนับ** : วัน ต่อ ครั้ง
2	อัตราป่วยตาย (Fatality rate) ของผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิตในโรงพยาบาล (dischт=8,9) ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษานโรงพยาบาลทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : คน ต่อ จำนวนผู้ป่วยที่สิทธิ UC รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน
3	อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่ายครั้งก่อน สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อน (dischт=1) ตัวหาร : จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และมีสถานะจำหน่ายเป็น improve (dischт = 1) ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : ครั้ง ต่อ จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดสิทธิ UC ที่จำหน่ายด้วย improve 100 ครั้ง
4	อัตราการผ่าท้องคลอด สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : มารดาที่มาคลอดบุตร สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยวิธีผ่าท้องคลอด Single delivery by C/S (O82-) หรือ Multiple delivery all by C/S (O842) และมีหัตถการผ่าท้องคลอด, [pdx=(O82 or O842) and (procedure= 740-744 or 7499)] or [sdx= (O82 or O842) and (procedure= 740-744 or 7499)] สิทธิ UC ตังหาร : จำนวนหญิงที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล สิทธิ UC (pdx = O80-O84 or sdx = O80-O84) ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : คน ต่อ หญิงสิทธิ UC ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล 100 คน
5	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคลมชัก สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคลมชัก (pdx= G40-G41) ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UC ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UC 100,000 คน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
6	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจล้มเหลว-น้ำท่วมปอด สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจล้มเหลว-น้ำท่วมปอด (HF-PE) (I50 และ J81 โดยไม่รวมหัตถการดังต่อไปนี้ "33.6, 35, 36, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98") ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UC ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UC 100000 คน
7	อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST Elevated (STEMI) สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI : I210-I213,I22-) และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Injection or infusion of thrombolytic agent : 9910), (pdx = I210-I213 or I220-I229) and (Procedure = 9910) หมายเหตุ :รวมผลบริการฉีดยาละลายลิ่มเลือดที่แผนกผู้ป่วยนอกจากฐาน OP e-claim แล้ว ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดST-elevation (STEMI), (pdx = I210-I213 or I220-I229) ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST Elevated (STEMI) สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน
8	อัตราการทำ PCI ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC 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 ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart diseases) (pdx = I20-I25) **หน่วยนับ** : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
9	อัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจและได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) 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) ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจ (pdx= I05-I09 or I20-I28 or I30-I52 or Q20-Q26 or I01 or I11 or I13 or M303 or P29) ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหัวใจสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน
10	อัตราป่วยตายภายใน 30 วัน (Fatality rate within 30 days) ด้วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) และเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบา, [(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 หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากข้อมูลแจ้งตาย ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (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 UC 100 คน
11	อัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease) ที่ทำ PCI สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Diseases) ที่ทำ PCI ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode) : เงื่อนไข (pdx = I20-I25) และ (death_date - dateadm <= 30 days) หมายเหตุ ยืนยันการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากข้อมูลแจ้งตาย ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Diseases) ที่ทำ PCI ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode) : เงื่อนไข (pdx = I20-I25) **หน่วยนับ** : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Diseases) ที่ทำ PCI สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
12	อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction) สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Injection or infusion of thrombolytic agent : 9910), (pdx = I630-I639) and (Procedure = 9910) ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (pdx = I630-I639) ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : คน ต่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน
13	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 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] ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน ณ สิ้นเวลาที่รายงาน, (popUC and age=15-124) **หน่วยนับ** : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป 100000 คน
14	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ15 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] ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยนับ** : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป 100000 คน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	นิยาม/สูตรคำนวณ/หน่วยนับ
15	อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อนด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวานทุกชนิด ภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่ายครั้งก่อน, (pdx = E100-E149 within 28 days after D/C) OR ((pdx= E162) and (sdx= E10-E14 within 28 days after D/C)) OR ((pdx= E160) and (sdx=E10-E14 within 28 days after D/C)) OR ((pdx= E160) and (sdx=Y423 within 28 days after D/C)) and age =15-124 ตัวหาร : จำนวนครั้งของผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน และมีสถานะจำหน่ายเป็น improve ในช่วงเวลาเดียวกัน, [(pdx = E100-E149) or (pdx= E162 and (sdx=E10-E14)) or (pdx= E160 and (sdx=Y423))] and (discht = 1) age =15-124 **หน่วยนับ :** ครั้ง ต่อ จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไปที่จำหน่ายด้วย improve 100 ครั้ง
16	อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อนด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ซ้ำภายใน 28 วัน หลังการจำหน่ายครั้งก่อน, [pdx = I10-I15 or I674 within 28 days after D/C] OR [(pdx= I60-I62) and (sdx≠ S00-T98)) and (sdx= I10-I15 or I674) within 28 days after D/C] OR [(pdx =H350) within 28 days after D/C] and discht=1 and age =15-124 ตัวหาร : จำนวนครั้งของผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และมีสถานะการจำหน่ายเป็น improve ในช่วงเวลาเดียวกัน, ((pdx = I10-I15 or I674) or ((pdx= I60-I62) and (sdx≠ S00-T98) and (sdx= I10-I15 or I674)) or ((pdx =H350))) and (discht = 1) age =15-124 **หน่วยนับ :** ครั้ง ต่อ จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่จำหน่ายด้วย improve 100 ครั้ง
17	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคหืด อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหอบหืดในผู้ใหญ่ สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป, (pdx = J45-J46 and age =15-124) ตัวหาร : จำนวนประชากร สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน ณ สิ้นเวลาที่รายงาน, (popUC and age=15-124) **หน่วยนับ** : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป 100000 คน
18	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC	**สูตรคำนวณ** ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป, (pdx = J44 and age =15-124) ตัวหาร : จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน ณ สิ้นเวลาที่รายงาน, (popUC and age=15-124) **หน่วยนับ** : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป 100000 คน

"โทร" สายด่วน สปสช. **1330**

- บริการข้อมูลให้คำปรึกษา การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท
- ตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาล
- รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์
- ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการรักษา

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
"ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550"
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9830
www.nhso.go.th

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐" ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๑ ๔๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๙๗๓๐ www.nhso.go.th

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
รับที่ ปฏิบัติหน้าที่
สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
เลขรับ ๔๙๕๓
วันที่ ๑๑ ส.ค. 2558
๑๑.๐๑

ที่ สปสช. ๑.๕๔ / ๐๐๒๗๐

๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗)

เรียน เลขาธิการวุฒิสภา

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗) จำนวน ๗๐๐ เล่ม

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๑๘ (๑๒) ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่ปีงบประมาณ และมาตรา ๒๖ (๑) กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน และตามมาตรา ๓๑ กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารกิจการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกตำแหน่ง นั้น

บัดนี้ ได้มีการจัดตั้งสภานิติบัญญัติแห่งชาติตามมาตรา ๖ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช ๒๕๕๗ ซึ่งบัญญัติให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติทำหน้าที่สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา และรัฐสภา ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอเสนอรายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สำคัญพร้อมปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗) ต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตามมาตรา ๑๘ (๑๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ บัญญัติไว้ต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเสนอสภานิติบัญญัติแห่งชาติต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป
รับที่ ๗๖๙/๒๕๕๘ วันที่ ๑๑ ส.ค. ๕๘
เวลา ๑๕.๐๗ ส่ง ฉบับ

กลุ่มงานนิติการ
รับที่ ๒๗๒/(๗)/๒๕๕๘
วันที่ ๑๑ ส.ค. ๕๘
เวลา ๑๕.๑๐ น.
สำนักการประชุม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
รับที่ ๗๖๙/๒๕๕๘
วันที่ ๑๑ ส.ค. ๕๘
เวลา ๑๕.๐๗ น.