

การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพของไทย

(Consumer Protection System in Thai Health Insurance)

โดย

ดร. ยุพดี ศิริสินสุข

(Dr. Yupadee Sirisinsuk)

มีนาคม 2549

สนับสนุนโดย... สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อ	1
บทที่ 1 โครงการวิจัย: ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพของไทย	4
บทที่ 2 รายงานผลการศึกษา	7
• สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพในประเทศ	
• การประเมินผลการคุ้มครองสิทธิ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพ (Quick Survey)	
บทที่ 3 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพไทย	12
ภาคผนวก 1	
• เอกสารประกอบ 1	15
: สิทธิและระบบการคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบประกันสุขภาพ : ปัญหาและทางออก	
• เอกสารประกอบ 2	20
: สิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย	
• เอกสารประกอบ 3.1	25
: การประชุมกลุ่มผู้พิการเรื่อง สิทธิในการรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้พิการ	
• เอกสารประกอบ 3.2	
28 : การประชุมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เรื่อง สิทธิในการรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	
• เอกสารประกอบ 3.3	32
: รายงานการจัดเวทีระดมความคิดเห็นข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพของเครือข่ายแรงงานนอกระบบ	
• เอกสารประกอบหมายเลข 3.4	34
: สรุปความเห็นเรื่อง “สิทธิ”ในระบบหลักประกันสุขภาพ เครือข่ายองค์กรด้านผู้หญิง	
• เอกสารประกอบ 4	37
: ผลสรุปการประชุมเรื่องการประชุมบทบาทคณะกรรมการภาคประชาชนฯ	
• เอกสารประกอบ 5	40
: การมีส่วนร่วมและการริเริ่มจากภาคประชาชน	
• เอกสารประกอบ 6	43
: ผลการทบทวนเรื่องข้อมูลสำหรับผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ	
• เอกสารประกอบ 7	53
: ผลการประเมินการคุ้มครองสิทธิ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ	
• เอกสารประกอบ 8	65
: ผลสรุปข้อคิดเห็นต่อรายงานการวิจัย	

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้เสร็จสิ้นลงด้วยความสนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลและผู้แทนองค์กรรัฐและเอกชนในด้านต่างๆ ที่ทำงานพัฒนาเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริง อันได้แก่ ผู้ประสานงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ใน 21 จังหวัดทุกภูมิภาค กลุ่มศึกษาปัญหาของชาวเล กลุ่มศึกษาคนไร้บ้าน (คนเร่ร่อน) กลุ่มศึกษาชนกลุ่มน้อย ผู้แทนองค์กรดูแลเด็กที่ถูกทอดทิ้ง ผู้แทนกลุ่มผู้พิการ ผู้แทนกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้แทนกลุ่มแรงงานนอกระบบ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสถานพยาบาลตามเขตรอยต่อชายแดน ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นักวิชาการ และผู้แทนภาคประชาชนในกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

นอกจากนี้การวิจัยยังได้รับการอนุเคราะห์จากบุคคลต่างๆ ได้แก่ คุณสารี อ๋องสมหวัง คุณบาร์มี ชัยรัตน์ คุณระกาวิณ ลิขณะวานิชพันธ์ คุณต่อพงษ์ กุลกรรชิต ที่ช่วยดำเนินการให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากกลุ่มต่างๆ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ

และที่สำคัญอย่างยิ่งคือคุณสุรรัตน์ ตรีมรรคา ที่ช่วยประสานงานและจัดทำรายงานและร่วมนำเสนอผลการวิจัยและผู้ช่วยวิจัยในงานวิจัยนี้ที่รับผิดชอบในการประสานงานในการวิจัยนี้คือคุณรุจิ แสงแสง

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

(การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพไทย)

การพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคไม่เพียงแต่จะทำให้ประชาชนสามารถใช้บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น กลับจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในทางอ้อมได้อีกด้วย ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพของไทย และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบดังกล่าว โดยที่ระบบประกันสุขภาพที่ศึกษาประกอบด้วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาท รักษาทุกโรค) ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยมีกรอบการศึกษาเพื่อประเมินในเรื่องสิทธิของประชาชนใน 5 ด้านคือ สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ สิทธิในการได้รับบริการที่ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ สิทธิในการเข้าร่วมบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และสิทธิในการรับรู้ข้อมูลที่จำเป็น วิธีการศึกษาประกอบด้วย การประชุมอภิปรายกลุ่มผู้เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้แบบสอบถาม การศึกษาเชิงเอกสารเพื่อประมวลข้อมูลที่จำเป็นสำหรับประชาชนในระบบประกันสุขภาพ และได้มีการส่งผลการศึกษาเบื้องต้นไปยังผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพประจำจังหวัดเพื่อให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงรายงานฉบับสมบูรณ์ ในการศึกษาได้ผลที่สำคัญดังนี้ ยังพบว่ามีประชาชนที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพเนื่องจากไม่มีหลักฐานการแสดงสิทธิการเป็นคนไทย ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการและยาก่อนข้างน้อยโดยเฉพาะเมื่อจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพหรือยาที่มีราคาแพง ประชาชนกลุ่มเฉพาะได้แก่ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อHIV และผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้แรงงานนอกระบบทางการไม่ได้รับบริการที่ครบถ้วนตามที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ ระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นสำหรับประชาชนยังไม่เพียงพอ และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ในการศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญได้แก่

1. การเร่งตรวจสอบเพื่อหากกลุ่มคนที่ยังเข้าไม่ถึงระบบประกันสุขภาพเนื่องจากขาดหลักฐานแสดงสิทธิโดยรวมมือกับภาคประชาชนและองค์กรเอกชนในการค้นหากลุ่มคนดังกล่าว และในระหว่างนี้การให้บริการแก่คนเหล่านี้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จึงจำเป็นต้องมีการจัดสรรงบประมาณไปช่วยเหลือกลุ่มสถานพยาบาลเหล่านี้
2. เร่งการประเมินและพัฒนาสถานพยาบาลในทุกระดับทั้งของรัฐและเอกชน
3. ประชาชนต้องเข้าร่วมในการบริหารจัดการในทุกระดับ ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการระบบโดยทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการระดับท้องถิ่น เข้าร่วมในคณะกรรมการบริหารสถานพยาบาล การเป็นผู้ให้บริการโดยเฉพาะบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การติดตามตรวจสอบคุณภาพบริการ ความครบถ้วนของบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การจัดการข้อร้องเรียน การเผยแพร่ข้อมูลที่จำเป็นให้กับประชาชนโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ห่างไกล โดยรัฐสนับสนุนการรวมกลุ่มของประชาชนในชุมชนให้เป็นผู้ทำหน้าที่ดังกล่าว
4. ข้อมูลที่จำเป็นที่จะต้องเผยแพร่สู่ประชาชนได้แก่ ข้อมูลในการเลือกสถานพยาบาล ข้อมูลในการตัดสินใจรับบริการการแพทย์ และข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพและการใช้บริการที่ถูกต้อง

Abstract

(Consumer Protection System in Thai Health Insurance)

Consumer protection in health insurance system intends not only to facilitate the beneficiaries to efficiently utilize their health benefits but also to indirectly expedite the quality of care. The study aimed to summarize the existing situations and make the policy recommendation to improve the consumer protection system in health insurance system in Thailand that comprises three main health insurance schemes including National Health Security, Social Security and Civil Servant Medical Benefit Scheme. The scope of consumer protection system in the study has covered on five issues of people's rights as follows: the right to access to needed care through health insurance, the right to access to quality care, the right to access to complete benefit package, the right to participate in health insurance management and the right to access to necessary information. Focus group discussion, questionnaire survey and documental review were used for data collections. Focus group discussions were employed to collect the current situation of consumer protection in target groups as well as to suggest policy recommendation. The people's opinions toward health services quality under the National Health Security were collected by using questionnaire survey. The documental review was performed to gather the information needed for people to efficiently utilize health services in their health insurance schemes. Preliminary data was also sent to community representatives in Provincial Health Security Sub-committee to make comments before finalizing the report. The results show that there still have been several problems regarding the people's rights such as the problems of uninsured groups due to no ID Card, low people's confidence in quality of care and medications especially for high cost care and medications, the problems of specific groups of people who could not access to health benefit package such as the disability, patients living with HIV and AIDS and the informal sector workers, lack of or inadequate information database for general people, and low level of people participation in health insurance system. The crucial policy recommendations to strengthen the consumer protection system covered in the report are: 1) actively searching for uninsured groups by cooperating with civil groups or not for profit non-governmental organizations, and financial supporting to hospitals that are responsible for these uninsured; 2) accelerate the process of external accreditation in all levels of, and both public and private health facilities, 3) people have to participate in all levels including policy formulation, health insurance management by acting as local purchasers and hospital committee, service providers especially health promotion, monitoring service quality and the completeness of benefit package provided, managing complaint, and disseminating the essential information to people especially in the remote areas by getting financial support from the government to help people in communities to set up "Community Health Insurance Center"; 4) the essential information that needs to be widely distributed are composed of the information for selecting the hospital, the information for deciding whether or not to receive some controversial health services or second opinion and the information to increase basic knowledge about health insurance and health service utilization.

บทที่ 1

โครงการวิจัย: ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพของไทย (ภายใต้ชุดโครงการจัดทำข้อเสนอต่อการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

หลักการเหตุผล

รัฐธรรมนูญไทยกำหนดให้ประชาชนไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยกลวิธีที่สำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพคือการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรประชาชนและองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเท่าที่จะกระทำได้¹ การเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประชาชนดังเจตนารมณ์ข้างต้น มีการกำหนดในรูปข้อบัญญัติของกฎหมายเช่น การกำหนดสัดส่วนผู้แทนภาคประชาชน องค์กรท้องถิ่นและองค์กรเอกชนในคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันในพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การกำหนดสัดส่วนของผู้แทนผู้ประกันตนในคณะกรรมการประกันสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ในโครงสร้างการบริหารแล้วในกฎหมายยังกำหนดให้ต้องมีการสนับสนุนทั้งในด้านการพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนในด้านงบประมาณแก่ภาคประชาชนในการทำงานหนุนเสริมเพื่อให้ระบบเข้มแข็ง อย่างไรก็ตามการนำข้อกำหนดในกฎหมายไปปฏิบัติให้บรรลุนั้นยังมีข้อจำกัดอยู่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่การประมวลสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในระบบประกันสุขภาพต่างๆ โดยไม่มุ่งเน้นความสมบูรณ์รอบด้านของข้อมูลแต่จะนำเสนอกรณีศึกษาที่สะท้อนสภาพปัญหาอันเป็นการนำไปสู่ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) ประมวลสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย
- 2) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

กรอบประเด็นการศึกษา

กรอบการศึกษาในเรื่องสิทธิของประชาชนและการคุ้มครองสิทธิของประชาชนในโครงการประกันสุขภาพระบบต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้คือ

- 1) สิทธิและการคุ้มครองสิทธิประชาชนในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ในประเด็นต่อไปนี้
 - สิทธิในการเลือกหน่วยบริการ
 - สิทธิในการใช้บริการในกรณีฉุกเฉิน
 - สิทธิของผู้รับบริการในการร้องเรียนปัญหาจากการรับบริการในด้านต่าง ๆ เช่น การส่งต่อ คุณภาพการบริการและคุณภาพ การใช้จ่าย
 - สิทธิในการรับความช่วยเหลือของผู้ได้รับความเสียหายจากระบบบริการตาม มาตรา 41/ ทิศทางการพัฒนาระบบความช่วยเหลือในอนาคด
- 2) สิทธิในการเข้าถึงบริการของคนไทยที่ยังไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย
- 3) สิทธิในการได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

¹ รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52

- ชุดบริการที่ประชาชนกลุ่มเฉพาะต้องการแต่ยังไม่ได้รับการให้บริการที่สอดคล้อง
ได้แก่

- 1) กลุ่มแรงงานนอกระบบ/นิคมอุตสาหกรรม-สถานบริการไม่มีบริการเฉพาะให้
- 2) กลุ่มผู้พิการ
- 3) กลุ่มผู้ติดเชื้อ

4) สิทธิในการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากรูปธรรมการมีส่วนร่วมในระบบ
ประกันสุขภาพที่ชัดเจนถูกกำหนดในพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ.2545 ในการศึกษาวิจัยมุ่งศึกษา
รูปแบบที่มีการพัฒนาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยกำหนดกรอบการมีส่วนร่วมดังนี้

4.1 สิทธิในการกำหนดนโยบายและการควบคุมคุณภาพ : ระดับการมีส่วนร่วม/ ผลกระทบใน
นโยบาย

4.2 สิทธิในการบริหาร-บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ในฐานะ Local (Community as) Purchasers: purchase services for
community, quality monitoring

- ในฐานะ Providers: outpatient/ P&P/ whole package

4.3 สิทธิในการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการ

- รูปแบบต่างๆที่เกิดขึ้น: การจัดตั้งศูนย์ประสานงานประชาชน หลักประกัน
สุขภาพ การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ บริหารสถานพยาบาล

5) สิทธิในการรับรู้ข้อมูลของผู้บริโภค โดยเน้นข้อมูลที่เป็นต่อการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่

- ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเลือกหน่วยบริการประจำตัว ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานศักยภาพและ
ความสามารถของโรงพยาบาล(Hospital profiles) ข้อมูลบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ข้อมูลผล
การตรวจสอบสถานพยาบาล ข้อมูลการร้องเรียนสถานพยาบาล เป็นต้น
- ข้อมูลเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบประกันสุขภาพของประชาชน ได้แก่ข้อมูลการใช้สิทธิ
ต่างๆ สิทธิประโยชน์ การขอมีบัตร การร้องเรียนกรณีมีปัญหาในการรับบริการ
- ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกรับบริการจากหน่วยบริการประจำตัว ได้แก่ ข้อมูลที่เป็น
ทางเลือกในการรับบริการเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ (Second Opinion) เป็นต้น

วิธีการศึกษา

ในการกำหนดนโยบายเพื่อการคุ้มครองสิทธิของประชาชนในโครงการประกันสุขภาพระบบต่างๆ มีวิธีการศึกษา
แบ่งตามกรอบการศึกษาได้ดังนี้

1) สิทธิและการคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกัน

- วิธีการศึกษา โดยการทำการสำรวจแบบเร็ว (Quick Survey) ประเด็นการประเมินผลการคุ้มครองสิทธิ
โดยใช้แบบสอบถามไปสอบถามประชาชนใน 21 จังหวัด

2) สิทธิในการเข้าถึงบริการของคนไทยที่ยังไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย

- วิธีการศึกษาโดย

- 1) การทบทวนเอกสาร, การประมวลข้อมูลจากนักวิชาการ, กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับ
กลุ่มเป้าหมาย

- 2) สนทนากลุ่มเพื่อจัดทำข้อเสนอ
- 3) สิทธิในการได้รับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์
 - วิธีการศึกษา 1) การทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2) จัดประชุมเพื่อประเมินและจัดทำข้อเสนอโดยกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มแรงงานนอกระบบ ผู้พิการ
- 4) สิทธิในการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ
 - วิธีการศึกษา 1) การสนทนากลุ่มร่วมกับคณะกรรมการทั้งสองคณะ
 - 2) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง
 - 3) การประชุมจัดทำข้อเสนอของผู้เกี่ยวข้อง
- 5) สิทธิในการรับรู้ข้อมูลของผู้บริโภค โดยเน้นข้อมูลที่เป็นต่อการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่
 - วิธีการศึกษา 1) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง
 - 2) การประชุมจัดทำข้อเสนอของผู้เกี่ยวข้อง

การจัดทำข้อสรุป

หลังจากได้ข้อเสนอในทุกประเด็นแล้ว ได้มีการจัดส่งข้อเสนอเบื้องต้นที่ได้จากการวิจัยไปยังผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพประจำจังหวัดต่างๆที่มีรายชื่อจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 44 จังหวัด (จังหวัดที่เหลือไม่สามารถหารายชื่อได้) จำนวน 64 ท่าน ผู้แทนผู้ประกันตนในคณะกรรมการประกันสังคม 5 ท่าน เลขานุการสำนักงานประกันสังคม ผู้แทนกรมบัญชีกลาง นักวิชาการ 5 ท่านรวมทั้งสิ้น 75 ท่าน เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ก่อนการประมวลข้อเสนอของทุกประเด็นเพื่อจัดทำสรุปข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพ

บทที่ 2

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพในประเทศ

การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่หลายระบบในปัจจุบันมีความแตกต่างกันไป ในรายงานนี้มุ่งเน้นการทบทวนสถานการณ์การคุ้มครองผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพโดยย่อ เพื่อเป็นฐานในการนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่มุ่งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภคหรือผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนอันจะเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพต่อไป

- 1.1 สิทธิและการคุ้มครองสิทธิประชาชนในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ในทุกระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายให้สิทธิประชาชนภายใต้ระบบดังกล่าวที่คล้ายคลึงกัน แต่การได้รับสิทธิทางปฏิบัติมีความแตกต่างกัน ได้แก่
 - การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการประจำตัว การใช้สิทธิในการรับบริการที่ใดก็ได้ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังมีข้อจำกัดในการให้เลือกรักษาหรือในบางพื้นที่ยังไม่เปิดให้มีการเลือกสถานพยาบาลเลย ทำให้ประชาชนมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ เช่นประชาชนในพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัดนั้น แม้ในระดับนโยบายได้กำหนดให้ประชาชนในเขตรอยต่อจังหวัดสามารถเลือกหน่วยบริการประจำตัวข้ามเขตจังหวัดได้ แต่ในทางปฏิบัติประชาชนยังคงต้องเลือกสถานบริการในจังหวัดซึ่งเดินทางลำบากในการไปใช้บริการ เป็นต้น สำหรับในระบบประกันสังคมที่มีการดำเนินการมาก่อนและได้เปิดให้มีการเลือกสถานพยาบาลได้แต่ในทางปฏิบัติกลับยังพบว่าในสถานบริการบางแห่ง ผู้มีอำนาจในสถานประกอบการตัดสินใจแทนผู้ประกันตน ทำให้ประชาชนไม่มีสิทธิในการเลือกอย่างแท้จริง (เอกสารประกอบ 1 และ 8)
 - ในกรณีได้รับอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือมีเหตุสมควร กฎหมายให้สิทธิในการรับบริการที่ใดก็ได้ ในระบบประกันสังคม ผู้ประกันตนสามารถไปใช้บริการได้จริง แต่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงค่อนข้างจำกัดสิทธิในการใช้บริการเฉพาะในสถานพยาบาลที่มาขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น เนื่องจากระเบียบที่เปิดให้ประชาชนไปใช้บริการสถานพยาบาลอื่นๆได้นั้น มีการจำกัดวงเงินค่าใช้จ่ายไว้ทำให้ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองโดยไม่มีทางเลือก
 - สิทธิของผู้รับบริการในการร้องเรียนปัญหาจากการรับบริการ ในระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีข้อกำหนดชัดเจนในกฎหมายให้มีกลไกในการรับเรื่องร้องเรียนกรณีที่มีผู้สิทธิเกิดปัญหาในการรับบริการ ตั้งแต่การกำหนดโครงสร้างองค์กรที่รับเรื่องและพิจารณาข้อร้องเรียน ตลอดจนกระบวนการสอบสวนข้อเท็จจริง การอุทธรณ์ เป็นต้น แต่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ รัฐและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีกรมบัญชีกลางที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในทุกด้านแบบเบ็ดเสร็จ
 - สิทธิในการรับความช่วยเหลือของผู้ได้รับความเสียหายจากระบบบริการ จะมีเพียงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้นที่มีการกำหนดในพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในมาตรา 41 ทั้งนี้ได้มีการออกหลักเกณฑ์กำหนดลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหาย ค่าชดเชยที่จะได้รับในแต่ละกรณี โครงสร้างกรรมการในการพิจารณา การอุทธรณ์เมื่อผู้เสียหายไม่พอใจผลการพิจารณา เป็นต้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากกฎหมายเพิ่งเริ่มบังคับใช้ ทำให้ประชาชนทั่วไปยังไม่ทราบว่ามิสิทธิในการรับความ

ช่วยเหลือมากนัก สำหรับในระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ยังไม่มีข้อกำหนดดังกล่าว การร้องเรียนและการขอรับความช่วยเหลือต้องผ่านไปยังองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคอื่นๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

1.2 สิทธิในการเข้าถึงบริการของคนไทยที่ยังไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย

สำหรับบุคคลที่ยังไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิในการเป็นคนไทย ยังไม่สามารถได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการตามพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ถึงแม้ว่าในการร่างกฎหมายได้มีเจตนารมณ์ที่จะให้การคุ้มครองแก่บุคคลเหล่านี้ในฐานะที่เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ดังจะเห็นได้จากการระบุในกฎหมายที่ใช้คำว่า “บุคคล” แทนการใช้คำว่า “คนไทย” แต่เมื่อนำมาบังคับใช้ ได้มีการตีความเป็นไปเพื่อเฉพาะบุคคลที่มีบัตรแสดงสิทธิคนไทยเท่านั้นที่มีสิทธิได้รับบริการตามกฎหมาย ทั้งนี้ปัจจัยที่จำกัดสิทธิดังกล่าวเนื่องมาจากแนวคิดในเรื่องความมั่นคงของประเทศ ปัญหาด้านการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานประมาณ อย่างไรก็ตามการให้บริการแก่บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นสถานบริการต่างๆจึงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการโดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐเท่าที่ควร

นอกจากกลุ่มคนที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทยที่ทำให้เข้าไม่ถึงระบบประกันสุขภาพแล้วนั้น แม้จะเป็นคนไทย แต่เป็นกลุ่มคนที่ทำงานเร่ร่อน แรงงานย้ายถิ่น ก็มีปัญหาในการเข้าถึงระบบหลักประกันเช่นเดียวกันเนื่องจากไม่ทราบข้อมูลในการเปลี่ยนสถานพยาบาล หรือมีปัญหาไม่ยอมแสดงตัวเนื่องจากกลัวรัฐจับกุมเข้าสู่ศูนย์ควบคุมหรือศูนย์ฝึกอาชีพ (เอกสารประกอบ 2)

1.3 สิทธิในการได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และปัญหาการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมความต้องการทางสุขภาพ

การได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่ายังมีปัญหาโดยเฉพาะในกลุ่มผู้พิการ ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มผู้หญิง รวมทั้งการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคไต กลุ่มแรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพที่ก่อปัญหาสุขภาพตามมา (Occupational Health Hazards)

ปัญหาการไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ของกลุ่มผู้พิการ ได้แก่ การไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสม การไม่ได้รับบริการดูแลที่บ้านอย่างพอเพียง ความขาดแคลนกายอุปกรณ์ที่ควรมีในการดำรงชีวิต ตลอดจนปัญหาการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเงินในกรณีที่ไม่ได้ไปใช้บริการที่หน่วยบริการประจำตัว ทั้งๆที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ให้ผู้พิการสามารถใช้บริการที่ใดก็ได้แล้วก็ตาม (เอกสารประกอบ 3.1)

ปัญหาการไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ การที่สถานพยาบาลไม่จ่ายยาที่จำเป็นในการรักษา ไม่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเนื่องจากเรื่องค่าใช้จ่าย ปัญหาในด้านศักยภาพของสถานพยาบาลและแพทย์ผู้ให้การรักษาในการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และถึงแม้ว่าจะมีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้กับประชาชน แต่ประชาชนกลับไม่เข้ามารับบริการเนื่องจากต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าคนพามาส่ง เป็นต้น ดังในกรณีการตรวจ PCR เพื่อการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก เป็นต้น สำหรับในระบบประกันสังคม ผู้มีสิทธิต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองในกรณีผู้ประกันตนที่เกิดภาวะคือยาและต้องใช้ยาที่เกินมูลค่าเงินวงเงินที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการรัฐและพนักงานรัฐวิสาหกิจ พบว่าข้าราชการที่ติดเชื้อไปรับการรักษาในลักษณะคนไข้นอกที่ต้องมีระบบจ่ายก่อนแล้วทำเรื่องเบิกเงินคืนจากต้นสังกัดทำให้ข้าราชการไม่ยอมใช้สิทธิเบิก แต่ยอมจ่ายเงินเอง เนื่องจากกลัวเสี่ยงต่อการตกงานและปัญหาการยอมรับจากผู้ร่วมงาน (เอกสารประกอบ 3.2)

ปัญหาความไม่ครอบคลุมในเรื่องสิทธิประโยชน์สำหรับบุคคลบางกลุ่ม เช่นผู้ป่วยโรคไตที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการล้างไต หรือการเปลี่ยนถ่ายไต ทั้งๆที่หลักประกันสุขภาพมุ่งหมายให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน แต่ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนจากภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวกลับไม่ได้รับการคุ้มครอง นอกจากนี้สำหรับบุคคลบางกลุ่มเช่นกลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้หญิง ที่เกิดปัญหาสุขภาพที่แตกต่างจากกลุ่มคนทั่วไป กลับยังไม่มีการจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพดังกล่าว (เอกสารประกอบ 3.3 และ 3.4)

ในการรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐานนับว่าเป็นสิทธิประโยชน์ในการรับบริการในระบบประกันสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ปัญหาที่ประชาชนประสบอยู่ได้แก่ การรับบริการที่มีมาตรฐานแตกต่างกันในกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิต่างๆหรือต่างกับการรักษาที่จ่ายเงินเอง ปัญหาบุคลากรที่ไม่เพียงพอ หรือบุคลากรไม่ทุ่มเทให้กับงานจนทำให้คนไข้ต้องคอยนาน บุคลากรที่มีศักยภาพในการรักษาไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเขตห่างไกล หรือแม้กระทั่งไม่มีหน่วยบริการในบางพื้นที่ หรือหน่วยบริการที่มีมาตรฐานไม่เท่าเทียมกัน เนื่องจากการพัฒนาสถานบริการที่ผ่านมามุ่งเน้นเฉพาะในเขตเมือง ทำให้สถานบริการในเขตชนบทห่างไกลไม่ได้รับการพัฒนา ตลอดจนปัญหาเรื่องยาในแง่คุณภาพยา การไม่มียาจำเป็นในการรักษา การให้ยาน้อยจนต้องเดินทางมารักษาบ่อยครั้งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสถานบริการ โดยเฉพาะสถานบริการเอกชนที่ไม่มีการให้บริการเชิงรุกครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ (เอกสารประกอบ 8)

ในระบบสวัสดิการข้าราชการ พบว่าผู้ใช้บริการไม่สามารถตรวจสอบการวางแผนการรักษาและการใช้เวชภัณฑ์กับผู้ป่วย ในการคิดอัตราค่าบริการต่างๆไม่มีการเปิดเผย รวมทั้งกรณีขอเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากการใช้ห้องพิเศษ ไม่มีเกณฑ์มาตรฐานใดอ้างอิง (เอกสารประกอบ 8)

1.4 สิทธิในการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ ในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นการกำหนดให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในระบบที่สำคัญได้แก่

- สิทธิในการกำหนดนโยบายและการควบคุมคุณภาพ โดยในระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการกำหนดให้มีตัวแทนภาคประชาชนหรือตัวแทนผู้ประกันตนเข้าไปเป็นคณะกรรมการเพื่อกำหนดนโยบาย และพัฒนาระบบคุณภาพของการให้บริการทางสุขภาพ แต่บทบาทในการทำหน้าที่ดังกล่าวยังคงมีปัญหาอยู่บ้างเนื่องจาก ปัญหาในด้านสัดส่วนที่เป็นเพียงส่วนน้อยในคณะกรรมการ ปัญหาในด้านศักยภาพของกรรมการภาคประชาชนเพราะประเด็นการประชุมซึ่งบางครั้งเน้นเนื้อหาสาระที่ลงลึกในด้านเทคนิค มากกว่าการพัฒนาเชิงระบบ การขาดการตรวจสอบมติของกรรมการจากสาธารณชน ทำให้มีมติบางเรื่องไม่เอื้อต่อการคุ้มครองผู้มีสิทธิ (เอกสารประกอบ 4)
- สิทธิในการบริหาร-จัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการกำหนดเฉพาะในพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 เท่านั้นที่เปิดโอกาสให้ประชาชนโดยผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสำหรับคนในท้องถิ่นตนเองได้ โดยที่ในปัจจุบันการดำเนินการจริงยังอยู่ในระดับการศึกษาวิจัยและโครงการนำร่อง ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ความรู้ความเข้าใจและความพร้อมขององค์กรท้องถิ่นและองค์กรประชาชน การเกิดความขัดแย้งกับระบบเดิมที่สถานพยาบาลเป็นผู้บริหารและกำหนดการให้บริการ เป็นต้น
- สิทธิในการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการโดยประชาชน โดยที่ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มีการสนับสนุนให้เกิดกลไกที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของบริการ โดยในปัจจุบันทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชนขึ้นในพื้นที่ต่างๆ จำนวน 28 ศูนย์ ใน 22 จังหวัด โดยศูนย์เหล่านี้ทำหน้าที่ประสานงานให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบ

หลักประกันสุขภาพ ประสานให้เกิดการคุ้มครองสิทธิประชาชนตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและประสานงานกับสถานบริการเพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน

1.5 สิทธิในการรับรู้ข้อมูลของผู้บริโภค

ในการดำเนินการให้ข้อมูลต่อผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันนับว่ายังไม่มีคุณสมบัติเท่าใดนัก เนื่องจากความกังวลของผู้บริหารระบบในเรื่องที่ข้อมูลดังกล่าวจะไปกระทบและสร้างความไม่พอใจแก่สถานบริการทั้งของรัฐและเอกชน ซึ่งในปัจจุบันมีสถานพยาบาลของรัฐเป็นหลักในการให้บริการ และปัญหาการพัฒนาคุณภาพยังไม่ได้รับการแก้ไขมากนักเนื่องจากความจำกัดในเรื่องงบประมาณ แต่อย่างไรก็ตามผู้บริหารระบบประกันสุขภาพคงไม่อาจละเลยการให้ข้อมูลแก่ผู้มีสิทธิเนื่องจากการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนจะเป็นกลวิธีหลักที่จะทำให้เกิดการผลักดันระบบประกันสุขภาพที่ยั่งยืน ทั้งในเรื่องการสร้างแรงผลักดันทางการเมืองให้มีการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ การตรวจสอบคุณภาพสถานบริการอื่นจะนำไปสู่การเร่งปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการของสถานบริการต่างๆ (เอกสารประกอบ 5)

2. การประเมินผลการคุ้มครองสิทธิ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ (Quick Survey) (เอกสารประกอบ 7)

ในการประเมินผลการคุ้มครองสิทธิ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ คณะผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถาม และร่วมมือกับผู้ประสานงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จำนวน 28 ศูนย์ ใน 21 จังหวัดทั่วประเทศ

ในการศึกษานี้ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนโดยตรงด้วย โดยใช้แบบสำรวจสอบถามประชาชนที่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน 21 จังหวัด มีผู้ให้ข้อมูล 1,392 คน เป็นหญิงร้อยละ 57.3 เป็นชายร้อยละ 42.7 ผู้ให้ข้อมูลมากกว่าร้อยละ 52.6 อายุต่ำกว่า 40 ปี ระดับเศรษฐฐานะอยู่ในระดับต่ำ โดยเป็นกลุ่มคนที่มีรายได้ไม่พอเพียงร้อยละ 31.5 มีรายได้พอบ้างไม่พอบ้างร้อยละ 50.5 และพอเพียงเพียงร้อยละ 18.5 ด้านการศึกษามากกว่าครึ่งคือร้อยละ 61.7 เรียนจบป.6 หรือต่ำกว่าหรือไม่ได้เรียน สถานะก่อนการมีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 46.9 ไม่มีหลักประกันใดใด ร้อยละ 17.4 มีบัตร สปร. ร้อยละ 23.0 ซื่อบัตรประกันราคา 500บาท ร้อยละ 3.6 ซื่อบัตรเอกชน และร้อยละ 7.2 มีประกันสังคม การรับรู้เรื่องสิทธิเกี่ยวกับบัตรทอง(บัตรประกันสุขภาพ) มีร้อยละ 8.5 ไม่รู้ว่าเป็นบัตรทองชนิดใด และร้อยละ 25.0 ไม่รู้ว่ามีสิทธิอะไรบ้างในบัตรทอง แต่เหตุผลที่ไปใช้บัตรทองคือ ร้อยละ 74.9 เพราะจ่ายแค่ 30 บาท ร้อยละ 47 เพราะความสะดวก ระยะทางไปรับบริการ ร้อยละ 25.6 เพราะบริการดี และร้อยละ 17.0 เพราะคุณภาพการรักษาดี

ภาระอื่นๆที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการ คือค่าเดินทาง จากจำนวนผู้ให้ข้อมูล 960 คน ค่าเดินทางเฉลี่ย 51.25 บาท ค่าอาหารเฉลี่ย 94.8 บาท ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรับบริการจากสถานบริการส่วนใหญ่จ่าย 30 บาทคิดเป็นร้อยละ 84.8 ทั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดว่าค่าใช้จ่ายที่ให้กับสถานบริการคือ ร้อยละ 23.2 ไม่ทราบ ร้อยละ 62.1 เป็นค่าธรรมเนียมปกติ ร้อยละ 3.0 เป็นค่ารักษามากกว่าหนึ่งโรค ร้อยละ 4.8 เป็นค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ความเห็นต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ร้อยละ 9.1 เห็นว่าเป็นภาระมาก ร้อยละ 38.1 เห็นว่าเป็นภาระเล็กน้อย ร้อยละ 23.0 เห็นว่าไม่เป็นภาระ

การใช้สิทธิรับบริการนอกเขตมีจำนวนร้อยละ 15 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเคยใช้สิทธินอกเขต จากจำนวนนี้ ร้อยละ 42.3 ใช้สิทธินอกเขต 1 ครั้ง ร้อยละ 25.5 เคยใช้สิทธินอกเขต 2 ครั้ง หากใช้สิทธินอกเขตไม่ได้ ร้อยละ 32.2 ไปซื้อยาร้านยาแผนโบราณ ร้อยละ 31.2 ไปใช้สถานบริการอื่นแล้วจ่ายเงินเอง ร้อยละ 11.0 ขอรับการสงเคราะห์จากโรงพยาบาลนั้นๆ และร้อยละ 20.3 ได้ร้องเรียนไปยังศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 พึงพอใจต่อการให้บริการในด้านการแสดงออกของเจ้าหน้าที่ สถานที่ เวลาเปิดปิด ระเบียบขั้นตอนการใช้บริการ ส่วนบริการที่พบว่าประชาชนพึงพอใจน้อยได้แก่ การต้องคอยรับบริการนาน และการไปรับบริการนอกเวลา

ประชาชนมากกว่าร้อยละ 75 ให้ความเห็นว่าในด้านการเดินทางไปรับบริการ ณ หน่วยบริการที่กำหนด หรือหน่วยบริการที่ส่งต่อค่อนข้างสะดวก

สำหรับระดับความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ แม้ว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 เชื่อมั่นว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ แต่ก็พบว่ายังมีสัดส่วนประชาชนค่อนข้างสูงที่ไม่เชื่อมั่นในเรื่องคุณภาพบริการ (ร้อยละ 39.2) ไม่เชื่อมั่นว่าจะได้รับยาที่เหมาะสมถ้าจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีค่ารักษาสูงๆ (ร้อยละ 48.3) หรือต้องใช้จ่ายราคาแพง (ร้อยละ 58.4) ไม่เชื่อมั่นว่าจะได้รับบริการดีเหมือนคนที่จ่ายเงินเอง (ร้อยละ 57.9) หรือไม่เชื่อมั่นว่าเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินจะได้รับการรักษาที่ดี (ร้อยละ 51.6) ไม่เชื่อมั่นว่าจะได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม (ร้อยละ 44.8)

สำหรับความรู้เกี่ยวกับระบบร้องทุกข์สำหรับประชาชนนั้น ประชาชนร้อยละ 64 ไม่รู้ว่าต้องไปร้องทุกข์ที่ไหน ร้อยละ 15.4 รู้ว่าสามารถร้องทุกข์ที่สถานพยาบาลที่ใช้บริการอยู่ ร้อยละ 11.9 รู้ว่าร้องไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 4.5 รู้ว่าร้องทุกข์ไปที่กระทรวงสาธารณสุข โดยที่ประชาชนที่เคยใช้บริการร้องทุกข์ ทำการร้องทุกข์ผ่านไปยังสายด่วน 1330 ผู้นำชุมชน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ในพื้นที่ เรื่องที่เคยร้องทุกข์ได้แก่ ปัญหาการขึ้นทะเบียนบัตร เช่น หมายเลขบัตรไม่ตรงกัน การได้บัตรทองซ้ำ ปัญหาการรับบริการเช่น ความผิดพลาดในการตัดสินใจ การทำงานของพยาบาล การส่งต่อข้ามจังหวัด เป็นต้น หรือการขอข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนช่วยเหลือกรณีประสบปัญหาจากการรับบริการ

ในเรื่องเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดจากการบริการ ซึ่งสามารถได้รับการช่วยเหลือเยียวยาตามที่กฎหมายกำหนด ประชาชนร้อยละ 77.7 ไม่มีความรู้เรื่องนี้เลย ร้อยละ 22.3 ที่รู้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.8 ยังไม่เคยได้รับความเสียหายจากการบริการ ร้อยละ 3.2 เคยได้รับความเสียหาย มีผู้ที่เคยขอรับการช่วยเหลือร้อยละ 1.7 ผลจากการขอรับบริการช่วยเหลือนี้ ร้อยละ 38.5 ไม่พอใจ การให้บริการ ร้อยละ 61.5 พอใจ เรื่องที่ไม่พอใจ คือความล่าช้าในการช่วยเหลือ ร้อยละ 51.2 การตัดสินใจผิดพลาด ร้อยละ 8.8 ไม่มีการดำเนินการใดๆ ร้อยละ 27.8

กล่าวโดยสรุปคือ ประชาชนส่วนใหญ่ที่ทำการสำรวจเป็นผู้มีรายได้น้อย และเลือกใช้บริการหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) แม้จะมีภาระค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่าธรรมเนียม 30 บาทบ้าง แต่ก็ยังมีความพอใจ ทั้งนี้ ในการไปใช้บริการแต่ละครั้งมีการค่าใช้จ่ายอื่นนอกเหนือจากค่าธรรมเนียมคือค่าเดินทางและค่าอาหารซึ่งมีจำนวนสูงกว่าค่าธรรมเนียมและเมื่อรวมกันแล้วประชาชนมีภาระค่าใช้จ่ายที่มีผลกระทบกับรายได้ที่มีอยู่ เมื่อไปรับบริการตามสิทธิภายใต้การให้บริการหลักประกันสุขภาพก็ยังไม่มั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งในส่วนการให้บริการ ยา การส่งต่อ และบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน สิ่งที่เป็นจุดอ่อนของผู้รับบริการคือ ความรับรู้ต่างๆเกี่ยวกับสิทธิรับบริการ สิทธิในการร้องทุกข์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างช่องทาง รูปแบบ ที่หลากหลายในการสื่อสารข้อมูลให้ประชาชนเพื่อสร้างให้เกิดการรับรู้ ความมั่นใจและความสามารถในการขอรับบริการที่มีคุณภาพ

บทที่ 3

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

จากการศึกษาเพื่อประเมินการเข้าถึงสิทธิในด้านต่างๆ ได้แก่ สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ สิทธิในการได้รับบริการที่ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ สิทธิในการเข้าร่วมบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และสิทธิในการรับรู้ข้อมูลที่เป็น กลุ่มต่างๆ ที่ประสบกับปัญหาดังกล่าวได้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยดังนี้

3.1 กลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การแก้ปัญหาคนไม่ได้รับสิทธิ คนไทยที่ยังไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย (เอกสารประกอบ 2) ได้แก่

- 1) ทบทวนเรื่องการตีความ “บุคคล” ในมาตรา 3 ของพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าไม่ได้หมายความว่าเฉพาะผู้มีบัตรประชาชน หรือมีเลขประชาชน 13 หลักเท่านั้น ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายเพื่อคุ้มครองทุกคนในประเทศไทย
- 2) มีการจัดหางบประมาณเฉพาะหน้าสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวของผู้ยังไม่ได้รับสถานะบุคคลในประเทศ เพื่อจัดสรรให้สถานบริการที่ให้บริการกับคนกลุ่มนี้
- 3) สนับสนุนให้องค์กรเอกชน สถานสงเคราะห์เด็กของรัฐและเอกชน หรือกลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ไร้แรงงานนอกระบบ เป็นต้น ทำหน้าที่ในการสำรวจผู้ตกหล่น ผู้ขาดเอกสารแสดงสถานะบุคคล ดำเนินการช่วยเหลือให้ได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ

3.2 กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับบริการจริงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้แล้ว การแก้ปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ไม่ได้รับ (เอกสารประกอบ 3.1-3.4) ได้แก่

- 1) สนับสนุนให้เครือข่ายประชาชน เช่น ผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้หญิง ผู้ป่วยหัวใจ ผู้ป่วยมะเร็ง จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน” เพื่อทำหน้าที่กระจายข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิประโยชน์ ช่องทางการเข้าถึงบริการ กฎ ระเบียบต่างๆ การรักษาสีสิทธิ การร้องทุกข์ ในรูปแบบที่สอดคล้องกับเครือข่าย เพื่อให้เข้าใจและสามารถไปใช้บริการอย่างมั่นใจ
- 2) สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจเชิงบวกต่อผู้ให้บริการ ในการตระหนักและให้ความสำคัญกับประชาชนผู้รับบริการในการคุ้มครองสิทธิภายใต้ระบบหลักประกัน
 - การสร้างช่องทางให้คนเข้าถึงบริการ ตลอดจนการทำงานเชิงรุกไปในชุมชนเพื่อค้นหาผู้ที่สมควรได้ใช้สิทธิ แต่ไม่มั่นใจในการมารับบริการ หรือไม่รู้ข้อมูล เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยจากการทำงานอาชีพ
 - การจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการให้บริการผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบแยกเฉพาะ ให้กับหน่วยบริการโดยตรง เช่น เป็นกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูง(high cost) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการ
- 3) สนับสนุนประชาชนกลุ่มเฉพาะที่มีสิทธิประโยชน์แต่ยังไม่ได้รับการให้บริการที่สอดคล้องและเหมาะสม เช่น กลุ่มแรงงานนอกระบบ(ผู้รับงานไปทำที่บ้าน) แรงงานในระบบ(ในนิคมอุตสาหกรรมฯ) กลุ่มผู้หญิง รวมตัวกันเพื่อสรุปรายงานสถานการณ์สุขภาพของตนเองให้กับสถานบริการ เพื่อร่วมกันจัดหาบริการที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมป้องกันโรคจากการทำงาน การพัฒนาให้หมอในสถานบริการประจำมีความรู้ ความตระหนัก ในการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน มลภาวะจากการทำงาน รวมถึงการสร้างระบบส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกับโรคที่เกิดขึ้น

4) ส่งเสริมให้ระบบสวัสดิการข้าราชการ พัฒนาช่องทางให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นข้าราชการสามารถไปรับการรักษาต่อเนื่องโดยไม่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้า และมีระบบรักษาความลับ เมื่อต้องได้รับอนุมัติการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล จากหน่วยงาน

5) สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในระบบประกันสังคม ได้มีช่องทางในการแสดงความเห็นต่อการขยายสิทธิประโยชน์ ทั้งในรูปคณะกรรมการระหว่างกองทุน ลูกจ้าง นายจ้าง และนักวิชาการ รวมทั้งในการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบันที่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสในสูตรขั้นสอง(กรณีเกิดคือยาสูตรแรก) ต้องจ่ายเงินเองกรณีค่ายาเกินกว่า 5000 บาทในแต่ละเดือน ซึ่งเป็นการระงับของลูกจ้างโดยเฉพาะผู้มีค่าแรงไม่สูงมาก

6) สนับสนุน กลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีโอกาสแสดงตัวตนพร้อมกับยื่นข้อเสนอให้ทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุม ในเวทีรับฟังความเห็นประชาชน ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องจัดขึ้นทุกปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในแต่ละปี

3.3 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับประชาชน ฐานข้อมูลที่เป็นที่ตรงใจให้มีการจัดทำและเผยแพร่ให้กับประชาชนได้แก่

1) ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกสถานบริการ โดยเฉพาะในระบบที่ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการ เช่น ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ข้อมูลสำคัญ เช่นข้อมูลผลการตรวจสอบสถานพยาบาล ข้อมูลผลการดำเนินการกรณีมีการร้องเรียนสถานพยาบาล บัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข ภายใต้งฎหมาย ระเบียบ กฎกระทรวง ที่เกี่ยวข้อง ที่มีอยู่แล้วจัดทำเป็นภาษาง่ายๆ ใช้เป็นคู่มือประชาชนได้

2) ข้อมูลสร้างความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลการขึ้นทะเบียน ขอมิบัตร สิทธิประโยชน์ ช่องทางการร้องเรียน ข้อมูลสิทธิประโยชน์ ของประชาชนที่มีสภาพปัญหาแตกต่างกัน เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ

3) ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกใช้บริการ หรือเข้ารับบริการ โดยการจัดตั้งศูนย์ให้ข้อคิดเห็น (Second Opinion) สำหรับการรักษาโรค เพื่อให้ข้อมูลข้อดี ข้อเสียของทางเลือกการรักษา

3.4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ ข้อเสนอเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพได้แก่

1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

- การพัฒนาศักยภาพตัวแทนประชาชนที่เป็นกรรมการนโยบายที่มีอยู่แล้วของหลักประกันสุขภาพ และประกันสังคม ในด้านความรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบหลักประกัน เช่น เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ระบบคุณภาพและการรับรองคุณภาพ
- การดำเนินการคัดเลือกตัวแทนองค์กรเอกชนสาธารณสุข เพื่อเป็นกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ควรมีระบบที่รับประกันว่าเป็นตัวแทนจากภาคประชาชนจริง
- การสนับสนุนให้มีตัวแทนประชาชนเข้าร่วมเป็นกรรมการในระดับสถานบริการ เพื่อส่งเสริมผู้ให้บริการได้ตระหนักถึงสิทธิของประชาชนในระบบประกัน ก่อให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ปัญหาการเข้าถึงสิทธิของประชาชนผู้มีสิทธิ การพัฒนาคุณภาพสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่แล้วให้สอดคล้องกับสภาพของประชาชนในท้องถิ่น เช่น กลุ่มผู้พิการ แรงงานนอกระบบ กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มผู้หญิง เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมในการบริหาร การให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- องค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าร่วมเป็นองค์กรจัดซื้อบริการให้กับประชาชนในกลุ่ม หรือท้องถิ่นเอง เช่น สนับสนุนให้กองทุนสวัสดิการชุมชนของชาวบ้าน รับค่าใช้จ่ายรายหัวไปบริหารจัดการเอง รับผิดชอบตามจำนวนประชากรที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม ทั้งนี้ รวมทั้งการติดตามควบคุมคุณภาพ หน่วยบริการที่ให้บริการด้วย (Purchasers: purchase services for community, quality monitoring)
- เข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการ(Providers: outpatient/ P&P/ whole package) กองทุนสวัสดิการชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ใช้แรงงานนอกระบบ(รับงานทำที่บ้าน) กลุ่มผู้พิการแต่ละประเภท เข้าร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยรับงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวในส่วนส่งเสริมป้องกัน (P&P) หรือหากกลุ่มใดพร้อมสามารถเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิได้ เช่น การจัดตั้งคลินิกชุมชนอบอุ่น
- เข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการทางเลือก โดยสนับสนุนให้กลุ่มหมอพื้นบ้าน นักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ร่วมจัดบริการให้กับประชาชนในพื้นที่

3) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการ

- กลุ่มผู้พิการประเภทต่างๆ กลุ่มผู้หญิง กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ดำเนินการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนในชุมชน เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยแรกรับ การให้ข้อมูล คำปรึกษาเพื่อช่วยแก้ปัญหาเบื้องต้น การส่งต่อไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม รวมถึงการช่วยเหลือกรณีเกิดความเสียหายจากการรับบริการ ตามมาตรา 41 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่แต่ละกลุ่มประชาชนสามารถได้รับบริการ การสร้างความมั่นใจต่อการไปรับบริการ

3.5 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพสถานบริการ

- เนื่องจากคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับสัมผัสการมีงบประมาณที่เพียงพอและมีการจัดสรรให้กับสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมและทั่วถึง เพื่อให้เกิดการพัฒนาสถานบริการทั้งด้านบุคลากรและการจัดหาที่เพียงพอ โดยมุ่งเน้นการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอในเขตที่ห่างไกลและประชาชนเบาบางหรือเขตที่ประชาชนที่ยังไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทยไปรับบริการจำนวนมาก
- มุ่งเน้นการพัฒนาสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง โดยนำระบบการประเมินจากภายนอก เพื่อลดปัญหาสถานพยาบาลมีมาตรฐานแตกต่างกัน การให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานหรือให้บริการเกินจำเป็นหรือมีการเรียกเก็บเงินโดยไม่เหมาะสม

ภาคผนวก 1

เอกสารประกอบ 1

สิทธิและระบบการคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบประกันสุขภาพ : ปัญหาและทางออก

การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและระบบการคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบประกันสุขภาพ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2547 ณ ห้องชุมชนวรรณ โรงแรมริชมอนด์ โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 47 ท่าน เป็นผู้ประสานงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ใน 20 จังหวัดทุกภูมิภาค ซึ่งทำหน้าที่ให้ข้อมูลความรู้ สร้างความเข้าใจ ให้คำปรึกษา ตลอดจนรับเรื่องร้องทุกข์และประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นักวิชาการ และผู้แทนกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรรมการควบคุมคุณภาพและบริการสาธารณสุข

การประชุมช่วงเช้า เป็นการนำเสนอสถานการณ์ปัญหาของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ในระบบหลักประกันสุขภาพและระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง

1. การคุ้มครองสิทธิ

1.1 การเลือกหน่วยบริการ

- ประชาชนยังไม่สามารถเลือกหน่วยบริการได้จริง เพราะ
 - 1) มีข้อจำกัดว่าต้องเลือกเหมือนกันทั้งชุมชน / หมู่บ้าน
 - 2) ไม่มีหน่วยบริการให้เลือกได้จริง
- ถูกหน่วยบริการในเขตข่มขู่ว่า หากเลือกที่อื่นแล้วกลับมารักษาที่เดิมจะไม่ช่วยรักษา
- รพ.เอกชน ได้ชักชวนให้ชาวบ้านในชุมชนใกล้เคียงขึ้นทะเบียนกับตนเอง ทั้งที่โรงพยาบาลยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- ที่จังหวัดตราด ประชาชนสามารถใช้บริการในหน่วยบริการใดก็ได้ในระดับจังหวัด หรืออยากใช้สิทธิกับหน่วยบริการที่เคยใช้ก็ได้

ข้อเสนอ

- 1) ให้ประชาชนสามารถเลือกหน่วยบริการได้จริง โดยเฉพาะกรณีเขตรอยต่อของจังหวัด โดยไม่ต้องกำหนดให้เลือกทั้งชุมชน และเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เลือกเพิ่มทั้งทุติยภูมิ และตติยภูมิ
- 2) ให้ นพ. สสจ. ดำเนินการให้ประชาชนสามารถไปใช้บริการที่หน่วยบริการใดก็ได้ภายในจังหวัด เช่นเดียวกับที่จังหวัดตราด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการแข่งขันของบริการ
- 3) ให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการโดยภาคประชาชน และควรมีหน่วยบริการให้เลือกมากขึ้น เช่น คลินิก ร้านยา ชุมชน ในกรณีที่ในพื้นที่ไม่มีหน่วยบริการให้เลือก
- 4) เปิดเผยข้อมูลคุณภาพของหน่วยบริการ

1.2 สิทธิและการเข้าถึงบริการ

- ประชาชนผู้มีสิทธิแต่ยังไม่มียัตรทอง โดยเฉพาะคนในชุมชนแออัด เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น
 - 1) ชาวบ้านไม่ทราบสิทธิของตนเอง ไม่ทราบข้อมูลว่าจะต้องทำอะไร จึงจะได้สิทธิบัตรทอง

- 2) มีปัญหาในการตรวจสอบสิทธิ เช่น ตรวจสอบสถานภาพไม่ได้ เพราะย้ายไปอยู่จังหวัดหนึ่ง แต่ภูมิลำเนาอยู่อีกจังหวัดหนึ่งและพ่อแม่เสียชีวิตแล้ว
 - 3) ชาวบ้านบางกลุ่มไม่ใส่ใจเรื่องสิทธิของตนเอง
 - 4) มีความผิดพลาดของการตรวจสอบสิทธิ แล้วผู้ใช้บริการต้องรับภาระค่าใช้จ่าย
- มีปัญหาเรื่องยังไม่ได้บัตรของปัญหาแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ลงทะเบียน
 - ชาวไทยภูเขา ชาวไทยใหม่ ชนเผ่า พื้นที่เกาะต่าง ๆ ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรือการเข้าถึงเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก และเป็นภาระกับหน่วยบริการ
 - ผู้พิการไม่สามารถใช้สิทธิได้ทุกโรงพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนด และ มีการเรียกเก็บเงินหากไม่ได้ใช้หน่วยบริการของตนเอง

ข้อเสนอ

- 1) มีระบบสนับสนุนให้ชนเผ่า ชาวไทยใหม่ ชาวเล หรือประชาชนตามเกาะ ต่าง ๆ เข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม เช่น มีงบประมาณสนับสนุนให้มีพยาบาลให้บริการในชุมชน หรือสนับสนุนแพทย์ทางไกล
- 2) ให้มีกองทุนสำหรับคนที่ยังไม่มีเลข 13 หลักหรือมีบัตรคนละประเภท เช่น ชนเผ่า ชาวไทยใหม่ ชาวเล เป็นต้น
- 3) ให้คงสิทธิเดิมตามกฎหมายอื่น เช่น สิทธิของผู้พิการ / ทหารผ่านศึก / ผู้สูงอายุ และควรแจ้งสิทธิเฉพาะให้ชัดเจน
- 4) มีการกำหนดมาตรฐานระยะเวลาที่ต้องรอให้ชัดเจน เช่น การรอหาเตียง / ฟันปลอม เป็นต้น
- 5) ให้มีแพทย์ไปให้บริการที่สถานีอนามัยอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง

1.3 การได้รับบริการส่งต่อ

- มีปัญหาหน่วยบริการไม่ยอมส่งต่อ และไม่มีแพทย์มาดูแลอย่างเพียงพอ
- หน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าส่งต่อ (๑,๘๐๐ บาท)
- การทำบัตรส่งต่อต้องทำแต่ละครั้ง ทำให้เป็นภาระกับผู้ใช้บริการมาก เพราะขณะนี้หน่วยบริการส่วนใหญ่ให้ครั้งต่อครั้ง หรือมีอายุประมาณ 15 วัน

ข้อเสนอ

- 1) ควรมีสายด่วน / ศูนย์บริการ หรือมีหน่วยงานกลาง ซึ่งเป็นกรรมการร่วม ประกอบด้วยตัวแทนแพทย์ ทนายชาวบ้าน เพื่อเป็นกลไกการให้ความเห็นที่สอง ให้ประชาชนปรึกษาเรื่องการส่งต่อ ช่วยแก้ปัญหา ใกล้เกลี่ย และช่วยจัดการ
- 2) อายุใบส่งต่อ กรณีไม่ใช่โรคเรื้อรัง ควรมีอายุจนถึงสุดการรักษา หรือหากเป็นโรคเรื้อรัง ควรมีระยะเวลา 1 ปี
- 3) ควรพัฒนาหน่วยบริการใกล้บ้านให้มีคุณภาพมากขึ้น แทนที่จะส่งต่อทุกกรณี เช่น มีรายการยามากขึ้น พัฒนาอาสาสมัครชุมชน พยาบาลประจำชุมชน เป็นต้น
- 4) ควรมีการส่งต่อข้อมูลการรักษากลับไปให้ รพ. ต้นสังกัดได้รับทราบ
- 5) ต้องจัดทำมาตรฐานการรักษาแต่ละโรค แต่ละอาการให้ชัดเจน ว่าต้องรอดูอาการกี่วัน ต้องส่งต่อเมื่อไหร่
- 6) ส่งเสริมกลุ่มผู้ป่วยในการให้คำแนะนำและดูแลกันเอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง / กลุ่มผู้ติดเชื้อ

1.4 การได้รับบริการกรณีฉุกเฉิน หรือเหตุอันควร

- มีปัญหาเรื่องการตีความกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและเหตุอันสมควร ทำให้ประชาชนไม่สามารถใช้สิทธิได้ ถูกเรียกเก็บเงินเต็มจำนวน เช่น เจ็บป่วยขณะไปเยี่ยมญาติที่จังหวัดหนึ่ง แต่มีบัตรทองอีกจังหวัดหนึ่ง

ข้อเสนอ

- 1) กำหนดนิยามคำว่า “ฉุกเฉิน” และ “เหตุอันสมควร” ให้ชัดเจน เช่น เหตุอันสมควร ควรรวมถึงเมื่อไปนอกพื้นที่แล้วจำเป็นต้องใช้บริการทางการแพทย์
- 2) ไม่ควรจำกัดจำนวนครั้งในการใช้บริการฉุกเฉิน
- 3) สามารถใช้บริการที่ไหนก็ได้ทั่วประเทศ
- 4) ขณะนี้มีกองทุนฉุกเฉินในระดับจังหวัดในบางจังหวัดแล้ว สปสช. ต้องผลักดันให้มีทั่วประเทศ
- 5) ควรมีระบบการสำรองเตียงในกรณีฉุกเฉินที่รองรับผู้ป่วยที่ต้องการเตียงได้จริงในระบบหลักประกัน

1.5 การได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

- เครือข่ายหน่วยบริการ เช่น สถานีอนามัยไม่มียาใช้
- ถูกเรียกเก็บเงินจากการผ่าตัด / ค่ายานอกบัญชีหลักแห่งชาติ / ค่าตรวจมะเร็งปากมดลูก / ค่าบำรุง
- การรับบริการต้องรอนานมาก
- มีการละเมิดสิทธิ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อ เช่น การไม่เปิดเผยความลับของผู้ติดเชื้อ
- ได้รับบริการต่ำกว่ามาตรฐาน เช่น กรณีเป็นวัณโรคของกลุ่มผู้ติดเชื้อ / การไม่ส่งต่อ

ข้อเสนอ

- 1) ผู้ป่วยและญาติต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้แนวทางการรักษา และการตัดสินใจรับการรักษา
- 2) ให้มีมาตรฐานในการรักษาในระบบหลักประกันแบบต่าง ๆ เป็นแบบเดียวกัน เช่น การใช้ยา เป็นต้น
- 3) หน่วยบริการ ควรจะมีรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติตามความจำเป็นในการรักษาทั้งหมด หลีกเลี่ยงการใช้ยานอกบัญชียาหลัก หากจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง
- 4) ให้ความสำคัญและคำนึงถึงความเชี่ยวชาญของแพทย์ในห้องฉุกเฉิน
- 5) มีระบบการปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในกรณีผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ผู้ใช้แรงงาน

1.6 การร้องเรียนหน่วยบริการ

- ประชาชนไม่กล้าร้องเรียนหน่วยบริการ เพราะ
 - 1) กลัวผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เมื่อเข้ารับบริการครั้งต่อไป
 - 2) ผู้ร้องเรียนถูกสอบสวน (แทนที่จะสอบสวนผู้ถูกร้องเรียน)

ข้อเสนอ

- 1) ต้องมีศูนย์รับเรื่องร้องเรียนภาคประชาชนอย่างน้อยจังหวัดละ ๑ ศูนย์ โดยมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนร่วมเป็นกรรมการศูนย์ และมีบัตรแสดงตน
- 2) ให้เป็นนโยบายจากส่วนกลาง เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงการทำงานระหว่างอนุกรรมการควบคุมฯ และศูนย์รับเรื่องร้องเรียนภาคประชาชน
- 3) ต้องมีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางที่มีประสิทธิภาพและหลากหลาย เพื่อลดปัญหาความขัดแย้ง

1.7 การได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีความเสียหาย

- ชาวบ้านไม่รู้สิทธิ
- ไม่ได้รับการชดเชย เช่น กรณีการคลอดแล้วเสียชีวิต

ข้อเสนอ

- 1) สปสช. และ สสจ. ต้องรณรงค์ให้ชาวบ้านรู้เรื่องสิทธิทั้งหมดตามกฎหมายให้มากขึ้น
- 2) ขอให้แก้ไขระเบียบสามารถขอรับการขอชดเชยได้ภายในระยะเวลา 1 ปี
- 3) ขอให้เปิดเผยข้อมูลการใช้สิทธิตามมาตรา 41 ของประชาชน
- 4) ขอให้ สปสช. ช่วยประชาสัมพันธ์ศูนย์ประสานงานภาคประชาชนให้เป็นที่รับทราบมากขึ้น
- 5) ขอให้ สปสช. สนับสนุนเครื่องมือ เช่น แผ่นพับ เพื่อแนะนำศูนย์ประสานงานประชาชน

1.8 การได้รับสิทธิตามสิทธิเดิมที่กฎหมายอื่น ๆ บัญญัติ

- ไม่สามารถใช้สิทธิในโรงพยาบาลตามที่กำหนดในกฎหมาย โดยเฉพาะผู้พิการจะใช้ที่ไหนก็ได้
- มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ในการทำเรื่องเบิกประกันกับบุคคลที่ ๓ บางกรณีไม่สามารถเบิกเงินได้
- อสม. ไม่อยากทำประกันสังคม

ข้อเสนอ

- 1) โอนเงินจากพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ในส่วนของการรักษาพยาบาล ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่บริหารจัดการ
- 2) ประกันกับบุคคลที่ 3 ควรเป็นของหน่วยงานรัฐ แทนที่ให้เอกชนกำไรมากมาย
- 3) ขณะที่ยังไม่โอนเงิน หน่วยบริการควรทำหน้าที่ในการเรียกเก็บเงินจากกองทุนประกันภัยโดยตรง เพราะขณะนี้บริษัทประกันกำไรจากเรื่องนี้ถึงปีละ 3,674 ล้านบาท(รวมการบริหารจัดการ)
- 4) โดยหลักการประกันสังคมหรือสวัสดิการข้าราชการ ควรมีมาตรฐานเดียวกันในการรักษาพยาบาล กับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค)
- 5) ประกันสังคมไม่ควรดูแลเรื่องประกันสุขภาพ แต่ควรดูแลและให้ความสำคัญมากขึ้นเรื่องสวัสดิการของผู้ประกันตนในด้านอื่น ๆ
- 6) เบื้องต้น ควรเริ่มจากการเปิดโอกาสให้คนไข้ในประกันสังคมมีโอกาสเลือกจะใช้บริการสุขภาพในระบบใด

1.9 การมีส่วนร่วมของประชาชน

- การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ
 - สัดส่วนภาคประชาชนมีน้อย
 - การสรรหากรรมการภาคประชาชน ไม่มีการประกาศและยังไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมจริง
 - บทบาทหน้าที่ของกรรมการไม่ชัดเจน
 - อนุกรรมการบางจังหวัดไม่มีการเรียกประชุม

ข้อเสนอ

- 1) ให้มีอนุกรรมการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ
- 2) ในการสรรหากรรมการภาคประชาชน ให้องค์กรประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการคัดเลือกกันเอง
- 3) สัดส่วนกรรมการภาครัฐและภาคประชาชน ควรเป็น 50:50
- 4) ควรให้อนุกรรมการระดับจังหวัด มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระดับจังหวัดให้เป็นจริงมากขึ้น
- 5) ขอให้มีการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนที่เป็นกรรมการ / อนุกรรมการ
- 6) ขอให้กำหนดวาระการประชุมให้ชัดเจน อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง
- 7) ขอให้มีการเชื่อมโยงข้อมูล / ประสานงาน และประชาสัมพันธ์

- 8) เปิดโอกาสให้ผู้แทนองค์กรประชาชน เข้าร่วมประชุมกรรมการ / อนุกรรมการ เพื่อสังเกตการณ์และนำเสนอข้อมูล
- 9) ให้น่วยบริการเปิดโอกาสให้มีตัวแทนองค์กรประชาชนเข้าร่วมบริหารจัดการ
- 10) ขอให้มีการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมให้หลากหลายตามความพร้อม เช่น จัดสรรงบประมาณเสริมสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดงบประมาณเพิ่มเติม และสนับสนุนให้ประชาชนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

.....

สิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย

การประชุมเพื่อสรุปสภาพปัญหาและการกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2547 เวลา 9.00-14.00 น. ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 19 ท่าน เป็นผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กลุ่มศึกษาปัญหาของชาวเล กลุ่มศึกษาคนไร้บ้าน(คนเร่ร่อน) กลุ่มศึกษาชนกลุ่มน้อย ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสถานพยาบาลตามเขตรอยต่อชายแดน ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนองค์กรดูแลเด็กที่ถูกทอดทิ้ง นักวิชาการ และผู้แทนกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรรมการควบคุมคุณภาพและบริการสาธารณสุข

ที่ประชุมได้นำเสนอสถานการณ์ปัญหาและข้อเสนอ ดังนี้

สภาพปัญหา

ในการประชุมได้ประมวลสภาพปัญหาการเข้าถึงบริการอันเกิดจากกรณีการไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย โดยผู้แทนองค์กรต่างๆดังนี้

ก. กลุ่มประชาชนที่เข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ : ประเภท และปริมาณ

1. กลุ่มชาวเขา(บุคคลบนพื้นที่สูง) เนื่องจากปัญหาความมั่นคงของประเทศ รัฐได้มีการดำเนินการสำรวจเพื่อหาจำนวนคนเป้าหมายเพื่อการควบคุม โดยที่ผลการสำรวจจำนวนคนที่ไม่มีความต่อเนื่อง และหน่วยงานที่รับผิดชอบหลายหน่วยงานที่ไม่ได้มีการประสานงานอย่างดี และการสำรวจที่ขาดการครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทำให้ยอดจำนวนบุคคลที่มีการรายงานไม่สามารถสะท้อนความเป็นจริงได้⁽¹⁾ ดังนั้นผลสืบเนื่องดังกล่าวจึงกระทบต่อการให้สิทธิแก่คนเหล่านี้ในฐานะเป็นคนไทยที่รัฐให้การรับรองตามกฎหมาย และส่งผลต่อเนื่องมาถึงการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยประมาณการตัวเลขบุคคลในที่สูงที่ยังไม่เข้าถึงหลักประกันสุขภาพอยู่ที่ 377,677 คน⁽²⁾ ซึ่งเป็นตัวเลขที่รัฐผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว 1 ปี (จนถึงวันที่ 25 สิงหาคม 2548) แบ่งเป็นบุคคลที่ขอลงสัญชาติไทย 90,739 คน(ชาวเขาดั้งเดิมที่เกิดบนแผ่นดินไทย) บุคคลที่ขอสถานะคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย 66,911 คน(อพยพเข้ามาประเทศไทยก่อนวันที่ 3 ตุลาคม 2528) และบุคคลที่อพยพเข้ามาหลัง 3 ตุลาคม 2528 จำนวน 220,527 คน อย่างไรก็ตามฐานข้อมูลจำนวนบุคคลบนพื้นที่สูงจากการสำรวจโดยหน่วยงานรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ พบว่ามีความแตกต่างของข้อมูลอย่างมาก

ดังนั้นการประมาณการจำนวนบุคคลบนพื้นที่สูงที่ยังเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพจึงยังไม่สามารถกำหนดได้ชัดเจนเนื่องจากความต่างของการจัดเก็บข้อมูล รวมทั้งยังคงขึ้นกับนโยบายของรัฐว่าจะยึดหลักการในด้านความมั่นคงของประเทศหรือหลักการในเชิงสิทธิมนุษยชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของคนที่ไม่สามารถพิสูจน์ความเป็นคนไทยได้ในขณะนี้ เขาเหล่านั้นก็ควรมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

นอกจากปัญหาในการระบุจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพดังกล่าวแล้ว ในกลุ่มชาวเขายังพบปัญหาในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะการมีข้อกำหนดในการห้ามการออกจากพื้นที่ที่กำหนด เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยชาวเขาเหล่านี้จำเป็นต้องออกจากพื้นที่เพื่อไปรับการรักษาพยาบาล แม้ว่าสถานพยาบาลจะให้ทุนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแต่ชาวเขาเหล่านี้ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายนอกระบบเพื่อให้ตนสามารถผ่านพื้นที่เพื่อเข้ารับการรักษา แม้จะมีข้อกำหนดผ่อนผันให้แล้วก็ตาม

2. กลุ่มคนไร้บ้าน (คนเร่ร่อน) จากการนำเสนอของผู้แทนที่ทำงานกับกลุ่มคนไร้บ้านหรือคนเร่ร่อนเฉพาะที่อยู่ในเขตกทม. จำนวน 13 จุดใหญ่ๆ มีคนเร่ร่อนอยู่ประมาณ 1,500 คน ซึ่งน่าจะไม่สามารถคล้องกับข้อมูลของกรมประชาสงเคราะห์

ที่ทำการสำรวจทั่วประเทศพบว่ามีเพียง 5,000 คน ซึ่งสะท้อนปัญหาความไม่สมบูรณ์ของฐานข้อมูลจำนวนคน เช่นเดียวกับกลุ่มบุคคลในที่สูง

สำหรับปัญหาที่เชื่อมโยงกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ที่สำคัญได้แก่

- กลุ่มคนที่มีบัตรประชาชนแสดงสิทธิความเป็นคนไทย คนเหล่านี้ส่วนหนึ่งจะยังไม่สามารถทำบัตรทองได้เนื่องจากไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการทำบัตร เนื่องจากต้องเดินทางไปประกอบอาชีพในจังหวัดต่างๆ ตลอดเวลา และอีกส่วนหนึ่งแม้จะมีบัตรทองแต่ก็มีปัญหาในการใช้สิทธิเนื่องจากการย้ายถิ่นที่อยู่ตลอดเวลา
- กลุ่มคนที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นไทยเนื่องจากเร่ร่อนตั้งแต่เด็ก ไม่สามารถสืบหาข้อมูลจากญาติพี่น้องได้ทั้งที่เป็นคนไทย

จำนวนสัดส่วนของ 2 กลุ่มดังกล่าวยังไม่มีความชัดเจน จำเป็นต้องทำการสำรวจเชิงลึกอีกครั้ง ซึ่งก็เป็นปัญหาอีกเช่นกันในการสำรวจเนื่องจาก รัฐโดยกรมประชาสงเคราะห์ยังมีนโยบายที่จะจับคนเหล่านี้เข้าสู่ศูนย์ควบคุมหรือฝึกอาชีพ ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ไม่กล้าแสดงตนในการขอรับสิทธิใดๆ จากราชการ

3. กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ในกรณีกลุ่มแรงงานต่างด้าวทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมายและผู้ติดตามนั้น ประมาณตัวเลขทั้งสิ้น 2.22 ล้านคน⁽³⁾ เป็นแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตโดยถูกกฎหมายทั้งสิ้น 1.2 ล้านคน ผู้หนีภัยจากการสู้รบและได้รับอนุญาต 111,139 คน ที่เหลือไม่มาลงทะเบียน ประมาณ 800,000 คน หรือคิดเป็น 36.3% โดยที่สถานการณ์ปัญหาของกลุ่มคนต่างด้าวที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพมีดังนี้

3.1 กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มาลงทะเบียนทำงานในประเทศไทย ในกลุ่มนี้เนื่องจากกฎหมายบังคับให้ต้องทำการตรวจสุขภาพและซื้อประกันสุขภาพ รวมเป็นเงิน 1,900 บาทต่อคน โดยเงินดังกล่าวพบว่าส่วนใหญ่นายจ้างจะออกให้ก่อนแต่จะหักจากค่าแรงในภายหลัง โดยเงินดังกล่าวส่วนใหญ่จัดสรรให้กับสถานพยาบาลที่แรงงานต่างด้าวไปซื้อประกัน แต่ก็มีกรณีหักเงินบางส่วนเพื่อการเป็นค่าใช้จ่ายของส่วนกลาง(กระทรวงสาธารณสุข)ในการบริหารจัดการด้วย กลุ่มนี้จึงไม่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากนัก รวมทั้งสถานบริการที่ให้บริการกับคนกลุ่มนี้ก็ไม่ต้องรับภาระการให้บริการมากนัก

3.2 กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ไม่มาลงทะเบียนทำงานในประเทศไทยและกลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวที่มาลงทะเบียนทำงานในประเทศไทย กลุ่มนี้มักไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการให้การรักษ พบว่ามีบางพื้นที่ที่พยายามแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยการขายประกันสุขภาพของสถานพยาบาลในพื้นที่กับกลุ่มคนเหล่านี้เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลเอง แต่พื้นที่ส่วนใหญ่สถานพยาบาลยังคงต้องรับภาระในการให้บริการกับคนกลุ่มนี้เนื่องจากเป็นคนต่างด้าวที่ยากจนที่ไม่มีเงินซื้อประกันสุขภาพ รวมทั้งในระดับจังหวัดไม่มีนโยบายในเรื่องการขายประกันสุขภาพ

4. กลุ่มชาวเล ได้แก่กลุ่มที่ทำประมงดั้งเดิมที่อยู่ตามเกาะต่างๆ ตามภาคใต้ เช่นเกาะเหลา เกาะสุรินทร์ เป็นต้น ซึ่งมีอยู่ประมาณ 200-500 คน โดยที่ปัญหาของกลุ่มเหล่านี้คือความยากลำบากในการเข้าถึงบริการเนื่องจากเป็นพื้นที่เกาะการเดินทางเข้าถึงสถานบริการไม่สะดวก แต่ส่วนใหญ่จะมีบัตรประชาชนแล้ว

5. กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น ได้แก่ ผู้อพยพเชื้อสายไทยที่เคยอยู่ในดินแดนที่ครั้งหนึ่งเป็นของไทย เช่นที่เกาะกง ชายแดนพม่า แต่เมื่อดินแดนตกเป็นของต่างชาติ ชาวไทยเหล่านี้ไม่ได้อพยพกลับมายังดินแดนไทย จนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศเพื่อนบ้านจึงมีการอพยพกลับไทย ซึ่งมีบางส่วนที่ได้รับสัญชาติไทยแล้ว และเฉพาะที่อพยพจากเกาะกง มายังจังหวัดตราดยังคงมีปัญหาอยู่ประมาณ 4,939 คน⁽⁴⁾

6. เด็กที่ถูกทอดทิ้ง กลุ่มนี้ไม่มีปัญหาในเรื่องการมีบัตรแสดงสิทธิ แต่มีปัญหาในการเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เนื่องจาก ไม่ได้ใช้บริการจากสถานบริการที่มีชื่อในบัตรเนื่องจากเด็กได้มีการย้ายที่อยู่มาอยู่ในบ้านหรือศูนย์ที่ให้การพักพิง รวมทั้งมีการให้ข้อมูลว่าต้องจ่ายค่ารักษาเองกรณีพาเด็กไปรับวัคซีนป้องกันโรค ซึ่งอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

7. กลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือที่ถูกทอดทิ้งในชุมชนตามชนบท ผู้ป่วยที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อรัง คนเหล่านี้เป็นคนไทยแต่ไม่สามารถหาหลักฐานการแสดงสิทธิคนไทยได้เนื่องจากมีอายุมาก หรือป่วยจนจำข้อมูลในอดีตไม่ได้ ทำให้การติดตามข้อมูลทำไม่ได้ จำนวนตัวเลขไม่แน่ชัดนัก

นอกจากนี้ที่ประชุมได้มีการนำเสนอกลุ่มคนที่แม้จะมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งแล้วแต่ยังคงมีปัญหาในการเข้าถึงบริการได้แก่ กลุ่มพ่อแม่ของข้าราชการที่ถูกทอดทิ้ง ทำให้ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จริง กลุ่มข้าราชการและญาติที่มีฐานะยากจนที่ไม่มีเงินในการสำรองค่ารักษาพยาบาล หรือกลุ่มที่พ่อแม่ออกค่ารักษาพยาบาลไปก่อนและให้ลูกที่เป็นข้าราชการเบิกให้แต่ข้าราชการเหล่านี้ไม่ส่งเงินคืนให้พ่อแม่ กลุ่มคนที่เดิมมีสิทธิรักษาพยาบาลฟรีเนื่องจากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อสมัครเข้าทำงานเป็นลูกจ้างต้องเสียค่าใช้จ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม รับสิทธิรักษาพยาบาลไม่ต่างจากเดิม เป็นต้น

ข. ภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการแก่กลุ่มบุคคลที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย

1. กลุ่มสถานพยาบาลที่อยู่บริเวณชายแดน ตัวอย่าง กรณีข้อมูลของโรงพยาบาลที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการให้การรักษากับบุคคลที่ไม่ได้ลงทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณ 10,000 คน (รับขึ้นทะเบียน และได้รับงบประมาณ 50,000 คน)

2. ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีงบประมาณ 2546 ภาระค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลทั่วประเทศให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่แรงงานต่างด้าว มีมูลค่าสูงถึง 226,539,405 บาท⁽⁵⁾ โดยเป็นค่าใช้จ่ายในให้บริการผู้ป่วยใน 199,276,181 บาท และผู้ป่วยนอก 27,263,224 บาท โดยกลุ่มจังหวัดที่มีภาระสูงสุดได้แก่กลุ่มจังหวัดที่อยู่ตามตะเข็บชายแดนในภาคเหนือได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 136.8 ล้านบาท เชียงใหม่ 4.6 ล้านบาท เชียงราย 1.3 ล้านบาทและ จังหวัดในภาคตะวันตกได้แก่จังหวัดกาญจนบุรี 6.6 ล้านบาท สมุทรสาคร 3 ล้านบาท และ ราชบุรี 2 ล้านบาท อย่างไรก็ตามที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตกับตัวเลขภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวว่า ครอบคลุมเฉพาะภาระที่ให้กับแรงงานต่างด้าวเท่านั้นหรือไม่ หรือครอบคลุมภาระทั้งหมดที่ให้บริการแก่บุคคลประเภทอื่นๆด้วยที่ไม่มีบัตรแสดงสิทธิ เช่นบุคคลในพื้นที่สูง คนไทยพลัดถิ่น ถ้าเป็นการครอบคลุมเฉพาะในกรณีแรก ดังนั้นภาระของสถานพยาบาลน่าจะสูงกว่าที่รายงาน

จะเห็นได้ว่าภาระค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลมีในการให้บริการแก่กลุ่มคนที่ยังไม่มีสิทธิต่างๆนั้น จะมีภาระหนักเบาไม่เท่ากัน จากการให้ข้อมูลของสถานพยาบาลในพื้นที่ดังกล่าวและผู้เข้าร่วมประชุมพบว่า การแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวขึ้นกับ 1) นโยบายของจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขในการจัดสรรเงินช่วยเหลือพื้นที่ดังกล่าว ตัวอย่างเช่น การสนับสนุนเงินเป็นเบี้ยเลี้ยงให้กับบุคลากร ค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขเป็นต้น ซึ่งนโยบายดังกล่าวไม่แน่นอนขึ้นกับเกณฑ์การจัดสรรในแต่ละปี ซึ่งจะส่งผลต่อการอุดหนุนของสถานพยาบาลรวมทั้งการการดึงดูดให้บุคลากรคงอยู่ให้บริการในพื้นที่ดังกล่าว 2) ภาวะรายรับจากการให้บริการในพื้นที่ กรณีที่สถานพยาบาลที่มีผู้ประกันตน หรือแรงงานต่างด้าวมาจดทะเบียนจำนวนมาก มักจะไม่ประสบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายมากนัก เนื่องจากรายรับจากค่าหัวของผู้ประกันตน และแรงงานต่างด้าวสูงมาก

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

แนวคิดพื้นฐาน

การนำเสนอทางออกสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศไทยแต่ยังไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทยที่ออกให้โดยรัฐนั้นจำเป็นต้องแยกออกจากปัญหาความมั่นคงของประเทศ เนื่องจาก

- ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่พึงมีของคนทุกคน ไม่ว่าคนนั้นจะมีสัญชาติไทยหรือไม่ โดยหลักสิทธิมนุษยชนจึงจำเป็นที่รัฐไทยจะต้องให้ความคุ้มครอง ดังเช่นประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ

- การไม่ให้การคุ้มครองด้านสุขภาพแก่คนกลุ่มนี้ อาจก่อปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนไทยโดยรวมได้ โดยเฉพาะโรคติดต่อต่างๆ ที่นำเข้ามาโดยแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้มาลงทะเบียน

- ถึงแม้รัฐจะไม่ให้การรับรองแก่คนกลุ่มนี้ แต่การให้บริการแก่คนกลุ่มนี้เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงตกเป็นภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้องรับผิดชอบ โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่มีรายได้จากการให้บริการกับกลุ่มอื่นๆ ที่พอจะมาสับสนุน (Cross Subsidize) ทำให้ต้องนำงบประมาณสำหรับคนที่มิหลักประกันสุขภาพในโครงการ 30 บาท มาสนับสนุนแทน ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อความอยู่รอดของสถานพยาบาลในระยะยาว

- ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจที่นายจ้างหรือประเทศชาติได้รับจากแรงงานราคาถูกกลุ่มนี้ ไม่ว่าจะเป็นแรงงานที่ถูกหรือผิดกฎหมายก็ตาม รวมทั้งการเข้ามาอยู่ในประเทศ ย่อมต้องเสียภาษีทางอ้อมจากการซื้อสินค้าและบริการในประเทศ ดังนั้นจึงมีความชอบธรรมที่คนเหล่านี้จะได้รับการคุ้มครองในสิทธิพื้นฐานการรักษายาพยาบาล

ข้อเสนอในการปฏิบัติ

1. ต้องเร่งรัดระบบการสำรวจข้อมูลประชาชนในกลุ่มนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง และครอบคลุมทุกพื้นที่ โดย

1.1 มุ่งเน้นระบบการสำรวจเชิงรุก เช่นการสำรวจโดยกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับคนกลุ่มนี้

1.2 รัฐต้องไม่ตั้งข้อรังเกียจข้อมูลที่ได้ เพราะที่ผ่านมาข้อมูลจากภาครัฐที่รับผิดชอบมักไม่ตรงกับ ข้อมูลที่องค์กรพัฒนาเอกชนทำการสำรวจ ซึ่งทำให้ข้อมูลไม่ได้รับการยอมรับจากภาครัฐ

2. การตีความและ การแก้ไขระเบียบ ข้อบังคับหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนกลุ่มต่างๆ

2.1 ในการตีความผู้มีสิทธิตามพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งไม่ได้มีการระบุผู้มีสิทธิว่าจะต้องเป็นคนไทยเท่านั้น โดยที่เจตนารมณ์เมื่อครั้งที่มีการร่างกฎหมายฉบับนี้ ได้มีการระบุไว้ชัดเจนถึงสิทธิของบุคคลมิได้จำกัดอยู่ที่คนไทยเท่านั้น ดังนั้นการขยายขอบเขตการครอบคลุมผู้มีสิทธิจำเป็นต้องพิจารณาการตีความบุคคลในกฎหมายว่าครอบคลุมถึงคนในประเทศทั้งหมด

2.2 กรณีบุคคลในที่สูง ที่ต้องเดินทางออกนอกพื้นที่เพื่อรับการรักษาพยาบาล ควรจะได้มีการผ่อนผันที่เป็นจริง ไม่ใช่เป็นข้อกำหนดเฉพาะในกระดาษ แต่มีการเรียกเก็บเงินจากคนกลุ่มนี้ในทางปฏิบัติ

2.3 การขอลดสิทธิการรับการรักษาพยาบาลของบุคคลที่เป็นข้าราชการ หรือผู้ประกันตนตามพรบ. ประกันสังคม การปลดสิทธิดังกล่าวตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงทำไม่ได้ เนื่องจากกฎหมายไม่เปิดช่องให้ทำการสละสิทธิเป็นรายบุคคล แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงเป็นปัญหารายบุคคลที่ระบบแก้ปัญหาให้กับบุคคลเหล่านี้ไม่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ปัญหาโดยการแก้ไขกฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติโดยหน่วยงานที่เป็นผู้บริหารระบบหลักประกันที่เกี่ยวข้องเพื่อเปิดช่องให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการได้จริง

3. การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่บุคคลกลุ่มนี้ เพื่อลดปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล โดยจำเป็นต้องเร่งจัดเก็บข้อมูลภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลที่เป็นจริงและนำเสนอต่อรัฐบาลเพื่อขอจัดสรรงบประมาณเป็นการด่วน

สำหรับมาตรการระยะสั้นจำเป็นต้องมีการกำหนดเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เอื้อต่อการให้การช่วยเหลือสถานพยาบาลที่รับภาระดังกล่าว

4. การจัดระบบประกันสุขภาพพิเศษสำหรับผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวที่มลายูทะเบียนในปัจจุบัน เนื่องจากยังไม่มีระเบียบหรือนโยบายที่จะคุ้มครองคนเหล่านี้ให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ดังนั้นในระดับปฏิบัติจึงไม่มีความชัดเจนในการจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับคนกลุ่มนี้ ดังนั้นจึงควรมีนโยบายหรือระเบียบที่เปิดโอกาสให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการแก่บุคคลเหล่านี้มีสิทธิมาซื้อประกันสุขภาพได้ รวมทั้งไม่จำกัดความเป็นผู้ติดตามอยู่ที่ญาติสายตรงเท่านั้น ทุกคนที่เป็นผู้ติดตามควรมีสิทธิในการซื้อประกันดังกล่าว
5. มุ่งเน้นการใช้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระดับจังหวัด ตั้งแต่การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการสำรวจทั้งโดยภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับย่อมเป็นประโยชน์ต่อพื้นที่เองที่จะได้รับการสนับสนุน งบประมาณจากส่วนกลาง โดยเฉพาะกรณีสถานพยาบาล โดยนำเสนอปัญหาผ่านคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดให้เป็นผู้กระตุ้นให้จังหวัดเร่งดำเนินการ
6. เร่งทำความเข้าใจกับหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบดำเนินการต่อกลุ่มคนเหล่านี้ ได้แก่ สภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานทะเบียนราษฎร และสำนักงานประมาณ เพื่อปรับแนวคิดในการดำเนินการกับคนกลุ่มนี้และให้การสนับสนุนงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

1. ชวิวรรณ ยอดพุง และนรรธน์ อาชนิจกุล. ข้อมูลบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยในความดูแลของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน้า 232-236 ใน คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ? กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ กทม.: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
2. หนังสือด่วนที่สุด เลขที่ นร.0504/12575 สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ลงวันที่ 1 กันยายน 2547 เรื่อง การดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2546 ผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราว 1 ปี ของบุคคลในพื้นที่สูง และชุมชนบนพื้นที่สูง
3. อรพรรณ พงษ์พันธุ์ วิชาดา ไตรรัตน์ และงามจิ โลกเลื่อง. ระบบฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน หน้า 153 ใน คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ? กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ กทม.: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
4. มนตรี จงพูนผล และเสถียร ก่อเกียรติตระกูล. ระบบฐานข้อมูลประชากรในประเทศไทยของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย หน้า 51. ใน คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ? กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ กทม.: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
5. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานต่างด้าว โดยไม่คิดมูลค่า ปีงบประมาณ 2546 (ณ กันยายน 2546) รายงานการประมวลผลเบื้องต้นแรงงานต่างด้าว สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2546

.....

สิทธิในการรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ของผู้พิการ

การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ของเครือข่ายผู้พิการ เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2547 ห้อง 306 อาคารรัฐสภา 2 มีผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเป็นผู้พิการจากกลุ่มผู้พิการในจังหวัดต่าง ๆ รวม 35 ท่าน ซึ่งได้แลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาพร้อมข้อเสนอ สรุปได้ดังนี้

สรุปผลการประชุม

1. สภาพปัญหาทั่วไป

1.1 ปัญหาการเข้าถึงสถานพยาบาล (ทางกายภาพ)

- มีปัญหาในการเดินทาง โดยเฉพาะผู้พิการรุนแรงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- ขาดการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการ ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนคือ สถานีอนามัย ไม่มีทางลาด

1.2 ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

- การกระจายข้อมูลข่าวสารไม่ทั่วถึง
- เครื่องมือในการสื่อสารไม่เพียงพอและไม่ตอบสนองต่อผู้พิการแต่ละประเภท

1.3 ปัญหาการเข้าถึงบริการ

- บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถสื่อสารกับผู้พิการทางหู เพราะสถานพยาบาลไม่มีล่ามภาษามือ
- มีปัญหาความเจ็บป่วยซ้ำซ้อนทางร่างกาย เช่น แผลกดทับ ปัญหาสุขภาพในช่องปาก ปัญหาซ้ำซ้อนจากการใช้ยา

1.4 ปัญหาอื่น ๆ

- ปัญหาเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการ ซึ่งมีผู้พิการจำนวนมากที่ไม่สามารถจดทะเบียนผู้พิการได้ เนื่องจากแพทย์วินิจฉัยว่าไม่พิการ
- ถูกหลอกจากศูนย์บริการ Home Care ของเอกชน ที่ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จ้างมาดูแล เช่น ค่าใช้จ่ายแพงเกินไป ไม่คุ้มกับบริการที่ได้รับ / ทำงานไม่ครบกำหนด แต่ขอเงินที่จ่ายล่วงหน้าคืนไม่ได้

2. ปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ปัญหาการขึ้นทะเบียนและการใช้สิทธิ

- ไม่รู้ข้อมูลข่าวสาร จึงไม่ได้ขึ้นทะเบียนทำบัตรทอง
- ไม่สามารถใช้บัตรทอง “ท”
- ผู้พิการไม่สามารถใช้สิทธิได้ทุกโรงพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนด

2.2 ปัญหาการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

- มีปัญหาจากการบังคับใช้กฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการ ทำให้ผู้พิการไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับตามความจำเป็น เช่น ไม่สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลในทุก ร.พ. ทั่วประเทศได้และ มีการเรียกเก็บเงินหากไม่ได้ใช้หน่วยบริการของตนเอง
- อุปกรณ์จำเป็นที่ต้องใช้ประจำ เช่น สายสวน / ถุงปัสสาวะ ไม่สามารถขอสำรองไว้ได้ ทำให้ต้องไปรับเอง เป็นภาระทั้งเรื่องการเดินทางและค่าใช้จ่าย
- ช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพสั้นเกินไป ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร.พ. ก็ให้กลับบ้านโดยให้เหตุผลว่าเตียงเต็ม

- ขาดการให้ข้อมูลในการดูแลรักษาอุปกรณ์ และการป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น สายยาง
- ขาดการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะสำหรับผู้พิการผู้หญิง ซึ่งไม่ทราบว่าสามารถตั้งครรภ์ได้ จึงไม่ได้ป้องกันทำให้ทำให้มีปัญหาตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์
- ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และขาดคนดูแล จะไม่ได้รับความสะดวกในการรับบริการ เนื่องจากสถานพยาบาลไม่มีบุคลากรที่คอยดูแลช่วยเหลือ

2.3 ปัญหาคุณภาพบริการและการรักษา

- ผู้ให้บริการไม่ค่อยเต็มใจดูแลรักษา
- ผู้ให้บริการไม่พยายามเข้าใจผู้พิการทุกประเภท
- ปัญหาจากการสื่อสาร ทำให้การตรวจวินิจฉัย และการรักษาผิดพลาด

กรณีตัวอย่าง “นาย ก. เป็นผู้พิการระดับรุนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เกิดแผลกดทับบริเวณก้น และรักษาที่ร.พ. ประจำครอบครัว (หน่วยบริการอันดับ 1) มาเป็นระยะเวลานานพอสมควร รู้สึกว่าแผลตนเองไม่ดีขึ้น จึงขอคำปรึกษาจากแพทย์เพื่อขอพักรักษาตัวที่ ร.พ. ประจำครอบครัว แต่แพทย์ให้ยากลับไปทำแผลที่บ้าน เป็นแบบนี้มาเกือบปี จนเกิดความไม่แน่ใจ จึงขอคำปรึกษาไปยังหน่วยบริการอันดับที่ 2 ที่มีสิทธิอยู่ในบัตรทอง ซึ่งผลการตรวจก็เหมือนกับ ร.พ. ประจำครอบครัว แต่ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และค่าเดินทางเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็นคนพิการ มีบัตรประจำตัวคนพิการ จนกระทั่งได้ไปตรวจแผลกดทับที่ ร.พ. อื่น ซึ่งไม่ได้อยู่ในสิทธิบัตรทอง พบว่าคิดค่าธรรมเนียมในกระดุก ต้องรักษาทันที หากปล่อยไว้ต้องตัดขาทิ้ง”

3. ปัญหาจาก พรบ. พื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

- กองทุนฟื้นฟูฯ ได้รับงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาลเพียงเล็กน้อย ไม่เพียงพอ (ซึ่งปัจจุบัน สปสช.สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม)
- การขอรับกายอุปกรณ์ต่าง ๆ ต้องเดินทางมารับเอง ที่ศูนย์สิรินธร กรุงเทพฯ ซึ่งไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเสียเวลามาก

4. ข้อเสนอ ต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

- ให้มีการกระจายข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง โดยใช้รูปแบบและเครื่องมือการสื่อสารที่สอดคล้องกับผู้พิการทุกประเภท
- ควรมีการอบรมให้ความรู้กับคนพิการ ครอบครัว และชุมชน ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้พิการเอง และผู้พิการรุนแรงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ให้สถานพยาบาลทุกระดับจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้พิการ
- ให้จัดบริการเชิงรุก ทั้งการส่งเสริม ป้องกันและรักษา ให้แก่ผู้พิการทุกประเภทและทุกระดับความพิการ
- จัดให้มีบริการอนามัยเจริญพันธุ์
- พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้สำหรับหมอและบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความรู้และความเข้าใจคนพิการทุกประเภท
- ให้ สปสช. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีศูนย์บริการผู้พิการประจำในหน่วยบริการ เพื่อเป็นกลไกในการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการที่มาใช้บริการ
- พัฒนาระบบบริการ โดยสนับสนุนเรื่องมีส่วนร่วมของคนชุมชนในการดูแลกันเอง นำร่องในพื้นที่ที่มีความพร้อม

- สนับสนุนงบประมาณให้กับอาสาสมัครที่ดูแลผู้พิการระดับรุนแรง
- ให้ สปสช. จัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้แก่กลุ่มผู้พิการเป็นการเฉพาะต่อไป
- ให้มีการประสานสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ และใน พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อไม่ให้ผู้พิการเสียสิทธิเดิม

.....

สิทธิในการรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2547 ที่โรงแรมรอยัลโรส บางกะปิ กรุงเทพฯ มีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย / เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือ-ภาคกลาง-ภาคอีสาน-ภาคตะวันออก หน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ / องค์การหมอไร้พรมแดน และโครงการการเข้าถึงการรักษา รวมทั้งหมด 19 ท่าน ซึ่งได้แลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาพร้อมข้อเสนอ สรุปได้ดังนี้

สรุปผลการประชุม

1. ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพระบบต่างๆ

1.1 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ก) การเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ โดยมีตัวอย่างรูปธรรมปัญหาได้แก่

- โรงพยาบาลชุมชนไม่มียาจำเป็นสำรอง ต้องส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งต้องเดินทางไกลข้ามจังหวัด และไปบ่อยทุกอาทิตย์ เป็นภาระของผู้ป่วยในเรื่องความพร้อม ค่าเดินทาง กำลังใจที่ถดถอยเมื่อต้องเดินทางบ่อยๆ เช่นกรณี การติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวี ที่ทำให้ตาบอดได้ถ้าไม่ได้รับยา
- การหยุดการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น กรณีโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา เมื่อรักษาครบแล้ว มีแนวทางการปฏิบัติ(คู่มือ)ว่า ต้องให้ยาฟูลโคนาโซล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาเรื่องระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ด้วยการกินยาอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ไปจนกว่าระดับภูมิคุ้มกัน(ซีดี 4) สูงเกินกว่า 200 โรงพยาบาลหลายแห่งสั่งหยุดการรักษาเนื่องจากไม่มียาฟูลโคนาโซล
- ศักยภาพของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคบางโรคและ/หรือการให้การรักษาไม่เพียงพอ เช่น ผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งมักป่วยด้วยโรคฉี่หนู แต่เมื่อได้รับการรักษาไประยะเวลาสองถึงสามเดือน อาการไม่ดีขึ้น หมอไม่สามารถวินิจฉัย หรือค้นหาสาเหตุอื่นๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตโดยไม่สมควร เช่น การค้นหาเชื้อวัณโรคคือยา หรือ การติดเชื้อวัณโรคในอวัยวะภายในช่องท้อง หรือค้นหาว่าไม่ใช่วัณโรคอาจเป็น MAC (Mycobacterium Avium Complex) หรือวัณโรคเทียม ซึ่งต้องการความใส่ใจ ความชำนาญ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อแยกแยะโรค
- ขาดการให้บริการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพครบถ้วนและการรักษาความลับของผู้ป่วย จะพบว่ายังขาดการให้บริการคำปรึกษาที่มีคุณภาพเพียงพอทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ การดูแลรักษา การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส นอกจากนี้ยังขาดระบบที่มีการรักษาความลับของผู้ติดเชื้ออย่างดี ปัจจุบันการส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อไปยังหน่วยบริการระดับต่างๆ ยังไม่ได้รับการรักษาความลับเพียงพอ เช่น ส่งไปให้สถานีนามขย ให้อบต. โดยไม่แจ้งให้เจ้าตัวรับรู้ หรือให้การยินยอมก่อน

ข) สิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุม

- การตรวจวินิจฉัยตลอดจนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครบถ้วน ได้แก่ การตรวจระดับภูมิคุ้มกัน(ซีดี4) ก่อนการรักษาด้วยยาต้านฯ การให้ยาด้านไวรัสด้วยสูตรยาเบื้องต้นและสูตรสำรองกรณีคือยาสูตรเบื้องต้น การตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือด(Viral Load) เมื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัสไปแล้ว การตรวจหาเชื้อคือยากรณีรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วไม่ได้ผลเพื่อการปรับเปลี่ยนสูตรยาให้เหมาะสม

- การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดจากการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธีตรวจหาตัวเชื้อไวรัสโดยตรง(พีซีอาร์) ซึ่งจะช่วยให้ทราบผลได้เร็วขึ้น เป็นผลต่อการเริ่มป้องกันโรคฉวยโอกาสในเด็กได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตามมีกรณีจังหวัดน่านร้องขอให้มีการตรวจ กลับพบว่าเด็กที่มารดาติดเชื้อไม่ได้รับการตรวจ PCR เพื่อหาเชื้อ เพราะผู้ปกครองไม่ยอมพามาตรวจเนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ เองเช่นค่ารถ ค่าอาหาร ค่าคนพามา เป็นต้น
- การตรวจหาเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ผู้ที่ได้รับเชื้อเข้าถึงบริการได้เร็ว และถือเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อได้เมื่อสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อรู้ผลเลือดตนเองได้เร็วที่สุด เพื่อจะได้รับการดูแลรักษาและได้รู้ตนเองไม่ให้แพร่เชื้อเพิ่ม ที่ผ่านมามีคนจำนวนมากที่รับเชื้อแต่ไม่รู้ว่าติดเชื้อ เนื่องจากไม่มีแรงจูงใจให้ไปตรวจเลือด เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง
- ในส่วนการส่งเสริมและป้องกัน กรณีผู้หญิงติดเชื้อที่อายุต่ำกว่า 35 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการติดเชื้อมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน ควรจะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกฟรี แม้อายุต่ำกว่า 35 ปี
- การดูแลกรณีบุคคลที่โดนข่มขืนเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ในกรณีดังกล่าวบุคคลนั้นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น และได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเช่นเดียวกับกรณีบุคลากรการแพทย์ที่ได้รับอุบัติเหตุในการให้บริการ ค่าตรวจและค่ายาดังกล่าวควรได้รับการคุ้มครองตามมาตรฐานที่บุคลากรการแพทย์ได้รับ
- การตรวจเฝ้าผู้ติดเชื้อที่บ้าน เช่นเดียวกับการเฝ้าบ้านของผู้ป่วยเรื้อรัง
- การสนับสนุนถุงยางอนามัยเพื่อลดปัญหาการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพปรากฏว่าไม่มีการสนับสนุนถุงยางอนามัย

ค) การถูกเลือกปฏิบัติ

- การไปรับการตรวจรักษาฟัน ถูกขอร้องให้เป็นผู้รอรับบริการเป็นคนสุดท้ายแม้ว่าจะไปเข้าคิวเป็นลำดับต้นๆก็ตาม
- ผู้ติดเชื้อในระบบประกันสุขภาพต่างๆจะได้รับยาที่แตกต่างกัน เนื่องจากการที่โรงพยาบาลมีบัญชียาเฉพาะของแต่ละระบบประกัน เช่น กรณีคนไข้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกจากประกันสังคม หรือข้าราชการ

ง) ปัญหาอื่นๆ ได้แก่

- ผู้ติดเชื้อไม่ประสงค์จะลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่ใกล้บ้าน เนื่องจากไม่ยากเปิดตัวให้ชุมชนทราบว่าป่วย แต่ถูกบังคับให้เลือกใกล้บ้าน

1.2. ระบบประกันสังคมและข้าราชการ

ก) การเข้าถึงสิทธิประโยชน์

- กรณีข้าราชการที่ติดเชื้อไปรับการรักษาในลักษณะคนไข้นอกที่ต้องมีระบบจ่ายก่อนแล้วทำเรื่องเบิกเงิน คืนจากต้นสังกัดทำให้ข้าราชการ ไม่ยอมใช้สิทธิเบิก แต่ยอมจ่ายเงินเอง เนื่องจากกลัวเสี่ยงต่อการตกงานและปัญหาการยอมรับจากผู้ร่วมงาน

ข) สิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุม

- กรณีประกันสังคม ต้องมีการต้องร่วมจ่าย กรณีรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบเชื้อดื้อยา ที่ต้องเปลี่ยนสูตรยาเป็นสูตรสำรอง โดยระบุว่าหากราคากินกว่า 5,000 บาทต่อเดือน หรือการจ่ายค่าตรวจระดับภูมิคุ้มกัน(ซีดี4) ซึ่งประกันสังคมกำหนดเพดานให้ปีละ 2 ครั้งๆละไม่เกิน 500 บาท กรณีโรงพยาบาลในประกันสังคมเรียกเก็บค่าตรวจเกินกว่า 500 บาทเป็น 1,000 – 1,500 บาท ส่วนเกินผู้ประกันตนต้องจ่ายเอง เป็นภาระของผู้ประกันตน

2. ข้อเสนอ ต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

2.1 การพัฒนาคุณภาพของบริการในชุดสิทธิประโยชน์

- มีการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้ออย่างเป็นระบบ โดย
 - การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการทุกระดับ และระบบการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วย เพื่อให้มีบริการที่เพียงพอแก่ผู้ติดเชื้อ เช่นบริการการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การสำรองยา เหมือนการเตรียม Excellence Center อื่นๆ และให้มีกระจายอย่างน้อยเครือข่ายจังหวัดละ 1 แห่ง
 - การพัฒนาศักยภาพหมอให้มีความรู้และความมั่นใจในเรื่องการรักษา การวินิจฉัยโรคฉวยโอกาสต่างๆ โดยเฉพาะหมอในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่มีการโยกย้ายบ่อยๆ
- ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำของการให้บริการแก่คนไข้ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพต่างๆ โดยให้มีการรวมประกันด้านสุขภาพของทั้ง ๓ ระบบเป็นอันเดียว และมีการรวมระบบการรับบริการให้เป็นระบบเดียวกัน เช่น ใช้บัตรแสดงสิทธิเหมือนกัน แต่อาจไม่ได้เป็นการรวมเงินแต่ละกองทุน
- เสนอให้มีการจ้างองค์กรที่เชี่ยวชาญการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบครบวงจร (Contract Out) ตั้งแต่การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด การดูแลรักษาเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำ การป้องกันโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การสนับสนุนการกินยาต้านอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ โดยทำเป็นรูปแบบนำร่อง เป็นการพัฒนาระบบตั้งแต่คลินิกปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- ควรเพิ่มค่ายา ค่ารักษาให้กับโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ติดเชื้อ ในรูปแบบค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้โรงพยาบาลยินดีให้บริการหรือมีयरักษา โดยลดการส่งต่อลงได้ เพื่อลดปัญหากรณีโรคฉวยโอกาสที่มีค่ารักษาสูงและสถานพยาบาลปฏิเสธการให้การรักษา
- กรณีเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อต้องมีระบบการตรวจยืนยันหลังคลอดเรื่องการติดเชื้อไม่ว่าแม่จะรับแอสดที่หรือไม่รับ (โครงการลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก)
- จัดบริการให้การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เป็นมิตร และเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะสำหรับพนักงานบริการทางเพศทั้งหญิงและชาย
- จัดระบบบริการให้เท่าเทียม ไม่แยกกว่าใครติดเชื้อ ไม่ติดเชื้อ

2.2 ขยายชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุม

- กรณีการส่งเสริมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ต้องสนับสนุนถุงยางอนามัยให้โรงพยาบาลเพื่อกระจายให้ผู้ต้องการป้องกันตนเอง
- สนับสนุนให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counselling Testing : VCT) เพื่อให้คนที่มีโอกาสเสี่ยงได้มีช่องทางมาตรวจเลือด และทำให้สามารถเข้าถึงคนเหล่านี้ได้ผ่านบริการตรวจเลือด สามารถให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ขณะเดียวกันก็สามารถเข้าถึงผู้ติดเชื้อได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและการรักษาความลับของผู้ป่วย
- ค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้แก่ ค่าตรวจพีซีอาร์ , ค่าตรวจแอนติบอดี การเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน การเยี่ยมผู้กินยาต้านไวรัส เพื่อสนับสนุนการกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอควรอยู่ในงบการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
- กรณีถูกข่มขืน โรงพยาบาลควรมียาต้านไวรัส สำหรับให้กินป้องกัน อย่างน้อย 1 เดือน โดยมีสูตรการให้ยา เช่นเดียวกับกรณีที่ถูกฉีกรักษาทางแพทย์สัมผัสเชื้อในระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น ให้ยาต้านไวรัส สูตรกลุ่มเอ็นเอ็นอาร์ทีไอ 2 ตัวบวกพีไอ หรือ เอ็นอาร์ทีไอ 2 ตัวบวกเอฟฟาเวเรนซ์
- กรณีผู้ขายเสฟติดควรมีการส่งเสริมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มฉีดยา

- กรณีผู้หญิงติดเชื้อที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปีควรได้รับการคุ้มครองในเรื่องการตรวจป้องกันมะเร็งปากมดลูก

2.3 กรณีระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

- ควรยกเลิกเรื่องการให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินส่วนเกินจาก 5,000 บาท กรณีต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัสกรณีเชื้อดื้อยา หรือไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสูตรเบื้องต้นเนื่องจากไม่ใช่ความผิดของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษานั้นค่อนข้างสูง ซึ่งน่าจะขัดกับหลักการของหลักประกันสุขภาพที่จะมุ่งให้คนไข้เข้าถึงการรักษา
- ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพ และข้าราชการ ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อแบบครบวงจร ในมาตรฐานเดียวกัน และร่วมกันพัฒนาสูตรยาสำรอง กรณีคือยาสูตรแรก
- ยกเลิกระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าในการเข้ารับรักษาในฐานะคนไข้ นอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของ ข้าราชการให้เป็นการจ่ายเงินเช่นเดียวกับระบบประกันสังคม ที่จ่ายค่าใช้จ่ายตรงให้สถานพยาบาลที่คนไข้ไป ลงทะเบียนเลข ซึ่งทำให้ไม่ต้องมีการแสดงตนให้สถานที่ทำงานของผู้ป่วยทราบประวัติ

2.4 ข้อเสนออื่นๆ

- การหาแหล่งทุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชนโดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

.....

สิทธิในการรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ของเครือข่ายแรงงานนอกระบบ

การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของเครือข่ายแรงงานนอกระบบ ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2547 ณ โรงแรมสยามเบอเวอรี่ ถ. รัชดาภิเษก กรุงเทพฯ โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 54 ท่าน ประกอบด้วยสมาชิกเครือข่ายแรงงานนอกระบบ ทั้งภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคใต้ และภาคกลาง รวมทั้งกรุงเทพฯ นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการและผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ และกรรมการภาคประชาชนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรรมการควบคุมคุณภาพและบริการสาธารณสุข ซึ่งสรุปสาระสำคัญจากการประชุมได้ดังนี้

ปัญหาของแรงงานนอกระบบกับหลักประกันสุขภาพ

1) ด้าน สิทธิประโยชน์ ได้แก่

1.1 โรคที่เกิดจากการทำงานมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัย และมักจะได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

- เช่นคนทอผ้าที่เชียงใหม่ มักจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิแพ้
- โรคปวดหลัง หูดึง
- เอ็นเสื่อมจากการใช้กรรไกรในการทำงาน
- คนใช้มากเกินไปจนได้รับบริการไม่ดี

1.2 การใช้บริการในกรณีอุบัติเหตุมีความยุ่งยาก ไม่สามารถใช้บริการในกรณีฉุกเฉิน นอกเวลาราชการหรือวันหยุดราชการ

1.3 ไม่สามารถใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนได้

2) ด้านปัญหาคุณภาพการบริการ

2.1 ปัญหาเรื่องคุณภาพการรักษา คุณภาพการบริการ และคุณภาพยารักษาโรค

2.2 ผู้ใช้บริการไม่มีส่วนร่วมในการรักษาและป้องกันพยาบาลกับหน่วยบริการ เช่น ผู้ป่วยโรคจากการทำงาน

3) ด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ไม่มีการบริการข้อมูลและการอบรมเพื่อการส่งเสริม+ป้องกันโรคที่เกิดจากการทำงาน

4) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแรงงานนอกระบบ

4.1 ประชาชนหรือ อสม. ยังไม่ทราบข้อมูลเรื่องสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกัน และการขยายผลของข้อมูลให้กับเครือข่ายจะทำให้เกิดขึ้นจริงได้อย่างไร เช่น มีปัญหาระเบียบข้อจำกัด หรือเงื่อนไขของหน่วยบริการแล้วถูกเรียกเก็บเงิน การส่งต่อเสียค่าใช้จ่ายค่าพาหนะ จำนวน 600 - 1,800 บาท

4.2 ศูนย์ประสานงานหลักประกัน ยังขาดความเชี่ยวชาญและแม่นยำเรื่องข้อมูล

4.3 กองทุนสวัสดิการของชุมชน จะเชื่อมโยงกับการให้บริการ ในระบบหลักประกันอย่างไร

- การมีส่วนร่วมของประชาชน
- กองทุนชุมชน

ข้อเสนอ

1) ด้าน สิทธิประโยชน์

- 1.1 ให้นำผลการทางการแพทย์เข้าใจโรคจากการทำงานให้เพียงพอ
 - ให้มีการคัดกรองโรคหรือผู้ป่วยก่อนรับการรักษา
 - ให้ข้อมูลแพทย์หรือแพทย์จะต้องสอบถามว่า เรามีอาชีพอะไร
 - จะสนับสนุนให้เกิดศูนย์เฉพาะทาง
- 1.2 ต้องการข้อมูลในการให้บริการฉุกเฉิน
 - หน่วยบริการควรจะให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
 - สนับสนุนประชาชนตรวจสอบการให้บริการของหน่วยบริการ
- 1.3 โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกที่เข้าร่วมกับระบบหลักประกัน ควรตีประกาศให้ประชาชนทราบอย่างชัดเจนเห็นได้ชัด
 - เวลาให้บริการที่ชัดเจน
 - วิธีใช้บริการ

2) ด้านคุณภาพการบริการ

- 2.1 ขอให้มีการทดลองนำร่องการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ให้บริการกับหน่วยบริการ
- 2.2 ขอให้มีการแพทย์ทางเลือก แผนไทยในชุมชน

3) ด้านการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ

- 3.1 จัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคจากการทำงาน

4) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแรงงานนอกระบบ

- 4.1 การอบรมผู้นำกลุ่มอาชีพ ผู้นำชุมชนแกนนำกลุ่มต่างๆ อสม. เรื่องสิทธิประโยชน์ กลไกและช่องทางต่างๆ ในระบบหลักประกัน
 - การให้ข้อมูลเรื่องมาตรา 41 การชดเชยความเสียหายเบื้องต้น
- 4.2 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เป็นศูนย์ที่ดำเนินการโดยองค์กรประชาชน
 - ควรมีศูนย์ประชาชนอย่างน้อยทุกอำเภอ
- 4.3 สปสช. กำลังดำเนินการร่างแนวทางในการร่วมมือกัน
 - เสนอโครงการนำร่องเพื่อจัดบริการเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยมีการจัดสรรงบประมาณจากชุมชนร่วมกับสำนักงานหลักประกันแห่งชาติ(สปสช)
 - ร่วมกันซื้อบริการจากหน่วยบริการ

.....

สภาพปัญหาและข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของเครือข่ายองค์กรด้านผู้หญิง

การประชุมเพื่อรับฟังข้อมูลสภาพปัญหาและการกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพของเครือข่ายองค์กรด้านผู้หญิง เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2547 ที่ห้องประชุม คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชน ด้านเอดส์ (กพอ.) ถนนพหลโยธิน โดยมียุทธศาสตร์ที่ทำงานด้านผู้หญิงเข้าร่วมทั้งสิ้น 12 องค์กร ได้แก่ เครือข่ายพัฒนาสตรี จังหวัดหนองบัวลำภู / สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี / มูลนิธิผู้หญิง / องค์กรพัฒนาสตรีภาคอีสาน / มูลนิธิส่งเสริมความรู้เรื่องสุขภาพผู้หญิง / ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ / มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (กาญจนบุรี) / ประชาคมผู้หญิง 3 จังหวัดภาคใต้ และคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เป็นต้น ซึ่งสรุปผลการประชุมได้ดังนี้

สภาพปัญหา อุปสรรค ที่พบในระบบหลักประกันสุขภาพ

1. การเข้าถึงบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพ (บัตร 30 บาท)
 - 1.1 การใช้บริการฉุกเฉินต่างพื้นที่ นอกพื้นที่ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ เช่น เดินทางไปป่วยต่างจังหวัด ไม่สามารถรับบริการได้ (ข้อเท็จจริง คือสามารถรับบริการได้เสมอกรณีฉุกเฉิน แต่เนื่องจากผู้มีบัตร ไม่รู้เรื่องสิทธินี้ พอหน่วยบริการไม่ยอมรับก็ไม่สามารถรับได้)
 - 1.2 หน่วยบริการ ผู้ปฏิบัติงาน ไม่อธิบายให้ผู้มีสิทธิรับรู้อะไรที่ถูกต้อง เช่น กรณีฉุกเฉินต่างพื้นที่โรงพยาบาล มักอ้างว่าไม่ฉุกเฉินจริง ซึ่งตรงข้ามกับประชาชนผู้รับบริการที่รู้สึกตัวเองป่วยจริง ฉุกเฉินจริง การตีความเรื่องฉุกเฉิน ไม่อยู่ในมือประชาชน เช่น กรณีคลอดลูก อ้างว่าไม่ฉุกเฉิน แม้ว่าจะเจ็บท้องแล้ว ทางโรงพยาบาลอ้างว่าต้องมีหวั่นเด็กโผล่ออกมาก่อนจึงจะถือว่าฉุกเฉิน หรือกรณีเด็กอ่อน เด็กเล็ก ป่วยตอนดึก ก็อ้างว่าต้องไปเอาใบส่งตัวจากศูนย์สาธารณสุข หรืออนามัยมาก่อน ไม่ยอมรับรักษาให้
 - 1.3 โรงพยาบาลใกล้บ้านไม่ยอมรับขึ้นทะเบียนให้ เช่น โรงพยาบาลภูมิพล กรณีย้ายจากต่างจังหวัดมาอยู่ในบ้านพักฉุกเฉิน กรณีท้องไม่พร้อม หรือติดเอชไอวี อ้างว่าโควต้าเต็ม ให้ไปใช้ที่อื่น ที่เป็น รพ.เอกชน(บีแคร์) ซึ่งมักเรียกค่ารักษาพิเศษ บ่อยๆ
 - 1.4 ไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ เช่น ติดเชื้อเอชไอวี ปวดหัวมาก ส่งรักษาครั้งแรกได้รับแต่ยาแก้ปวด อาการไม่ดีขึ้นกลับไปอีกก็ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเหมือนเดิม ทั้งที่ได้ให้ข้อมูลเรื่องการติดเชื้อ และข้อสันนิษฐานว่าอาจจะเป็นการปวดเนื่องจากเชื้อราในเยื่อหุ้มสมอง แต่หมอไม่สนใจ ไม่ส่งต่อ ที่สุดต้องส่งต่อเอง จ่ายเงินเอง ไปบาราศฯ หมอเจาะน้ำไขสันหลัง พบว่าเป็นเชื้อรา จริง
 - 1.5 การไม่ให้บริการตามสิทธิประโยชน์กรณีเด็กทารกที่คลอด มีการเรียกเก็บเงินค่าบริบาลทารกหลังจากคลอดแล้ว ซึ่งรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์การคลอดอยู่แล้ว
 - 1.6 การให้ยาต้านไวรัสในแม่ตั้งครรภ์และติดเชื้อเอชไอวีมีการให้ยาเนวีราปีน(Nevirapine) ซึ่งมีอัตราการดื้อยาสูงมากแม้เพียงได้รับยาครั้งเดียว ไม่ควรนำมาเป็นมาตรฐานในการให้บริการในชุดสิทธิประโยชน์ของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะจะทำให้ผู้หญิงติดเชื้อเหล่านี้เสียโอกาสในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรเบื้องต้นที่รัฐบาลจัดหาให้ฟรีได้ เพราะคือยาเนวีราปีนซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในสูตรเบื้องต้น
2. บริการที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์
 - 2.1 กรณีผู้หญิงที่ถูกข่มขืน ไม่มียาด้านไวรัสเพื่อป้องกันเอชไอวี และไม่มียาคุมกำเนิด
ฉุกเฉินด้วย (มาตรฐาน คือตรวจหาเชื้อเอชไอวีทันทีด้วยวิธี PCR และเมื่อครบหนึ่งเดือนตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR อีกครั้ง)

- 2.2 การตรวจสุขภาพสำหรับผู้หญิง ทำไมไม่เปิดโอกาสให้มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกสำหรับ ผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง นอกเหนือจากให้เฉพาะผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เช่น ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุต่ำกว่า 35
- 2.3 บริการดูแลสุขภาพผู้หญิงครบวงจร ซึ่งมากกว่าการมีแผนกวางแผนครอบครัว แผนกแม่และเด็ก แผนกสูตินรีเวช ซึ่งขาดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การท้อง การแท้ง การคุมกำเนิด การตรวจคัดกรองโรคของอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งภายในภายนอกร่างกาย การป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์
- 2.4 การให้บริการสำหรับหญิงวัยสูงอายุ เช่น กรณีที่จำเป็นต้องได้รับฮอร์โมน ที่ผ่านการวินิจฉัยของแพทย์แล้ว หรือกรณีหญิงที่ต้องตัดมดลูก ตัดรังไข่
- 2.5 การให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การใช้ภาษาถิ่นของหญิงภาคใต้ หรือหญิงกลุ่มชาติพันธุ์ หญิงแรงงานอพยพ บางคนอ่านหนังสือไม่ได้ การออกเอกสารพิมพ์ไม่เป็นประโยชน์ ควรมีผู้ให้บริการที่พูดภาษาถิ่นได้ หรือมีล่ามอาสาสมัครที่เป็นชาวบ้านด้วยกัน
- 2.6 การฟอกไต กรณีไตวายเรื้อรัง

ข้อเสนอต่อการปรับปรุง ขุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. การจัดบริการที่เป็นมิตร ในรูปแบบศูนย์สุขภาพผู้หญิงในหน่วยบริการ ที่ครอบคลุมอนามัยเจริญพันธุ์ และคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายทั้งวัย(โดยเฉพาะทำให้วัยรุ่นหญิงรู้สึกเป็นมิตรที่จะเข้าไปใช้บริการ) ชาติพันธุ์ สถานะการติดเชื้อ วัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อ
 - 1.1 บริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีถุงยางอนามัยของหญิงและชายแจก
 - 1.2 ไม่บังคับตรวจเลือดผู้หญิงและเด็กสาวที่มาฝากครรภ์ จนกว่าจะได้รับบริการปรึกษา ก่อนตัดสินใจตรวจเลือด เป็นบริการปรึกษาที่ให้ข้อมูลทั้งผลดีผลกระทบบ เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ และต้องเป็นการตัดสินใจของผู้หญิง ไม่ใช่คู่สามี หรือผู้ปกครอง
 - 1.3 กรณีผู้หญิงที่ถูกข่มขืน รับประกันว่าได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวีแบบ PCR ทันทีที่ถึงโรงพยาบาล และเมื่อได้รับยาต้านไวรัสสำหรับป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีครบหนึ่งเดือน การได้รับยาต้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อเป็นเวลา 1 เดือน
 - 1.4 รับประกันการมีบริการปรึกษา สำหรับผู้ถูกข่มขืน อย่างต่อเนื่อง การตัดสินใจทำแท้งควรได้รับการปรึกษารวมถึงผู้ตั้งครรภ์ที่เป็นผู้พิการทางสมอง และการทำแท้งกรณีถูกข่มขืนควรมีขั้นตอนที่เร็ว ไม่ยืดเยื้อ หรือรอกระบวนการสอบสวน กระบวนการศาล เพราะทำให้การตั้งครรภ์นั้นเลยเวลาที่สามารถทำแท้งได้ เช่น ทำให้เร็วได้เมื่อถึงขั้นตอนเหลือเพียงเมื่อเจ้าตัวระบุว่าถูกข่มขืน กับเจ้าหน้าที่ให้บริการปรึกษา หรือเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์
 - 1.5 ยกเลิกการใช้เนวีราปิน ให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการดื้อยา แม้จะใช้เพียงครั้งเดียว ทั้งนี้เพราะในอนาคตแม่ที่ติดเชื้อและตั้งครรภ์ ในอนาคตจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะไม่สามารถรับยาสูตรแรกได้ เพราะตามแนวทางการรักษาระดับชาติ ยาสูตรแรกจะเป็นสูตรที่มีเนวีราปินเป็นองค์ประกอบหลักด้วย และในกรณีตั้งครรภ์สามารถเลือกใช้อื่น(เอแซดที)ได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้เนวีราปิน

- 1.6 พัฒนาระบบและบุคลากร ด้านให้บริการปรึกษา ปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้ให้บริการ การเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมจัดบริการ
- 1.7 การให้บริการผู้หญิงทุกกลุ่มโดยเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ใช้ยาเสพติด พนักงานบริการทางเพศ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 1.8 การจัดหาหมอผู้หญิงให้บริการ โดยเฉพาะในพื้นที่มุสลิม ที่มีความเชื่อว่าผู้หญิงไม่สามารถให้ผู้ชายได้เห็น หรือจับต้องเนื้อตัวร่างกายไม่ว่ากรณีใดๆ
2. การบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ
 - 2.1 การตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่ควรจำกัดเฉพาะเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป ควรเปิดให้ผู้หญิงที่มีประวัติมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ ผู้หญิงติดเชื้อ ที่อายุต่ำกว่า 35 ด้วย
 - 2.2 การให้บริการส่งเสริมสุขภาพเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การดูแลวัยะเพศทั้งภายนอกภายใน การป้องกันโรคต่างๆ โดยส่งเสริมให้เป็นการดำเนินการโดยองค์กรชุมชน เช่น องค์กรสตรีในพื้นที่ องค์กรผู้ติดเชื้อ องค์กรเยาวชน กองทุนสุขภาพชุมชน เป็นต้น
 - 2.3 การสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิประโยชน์ของประชาชน โดยเฉพาะผู้หญิง ที่ยังไม่รู้ว่ามีบริการส่งเสริมบริการตรวจสุขภาพอย่างไร การรับบริการมีอะไรบ้างที่เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย

.....

การประเมินบทบาทคณะกรรมการภาคประชาชน ต่อการกำหนดนโยบายและการควบคุมคุณภาพ

การประชุมเพื่อประเมินบทบาทของคณะกรรมการภาคประชาชนที่มีต่อการกำหนดนโยบายและการควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุขที่ให้กับประชาชน เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการเตรียมการสำหรับการได้มาและ การกำหนดบทบาทของคณะกรรมการภาคประชาชนในอนาคต ซึ่งจัดเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2547 ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้เข้าประชุมได้แก่ คณะกรรมการภาคประชาชนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขจำนวน 10 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ออกความเห็นในการประชุม 3 ท่าน และให้ออกความเห็นในลักษณะข้อเขียน 1 ท่าน โดยมีรายละเอียดจากการประชุม ดังนี้

I. สภาพปัญหาในการทำงานของคณะกรรมการ

สภาพปัญหาทั่วไปของการทำงานของคณะกรรมการได้รับผลกระทบส่วนหนึ่งจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งทำให้กลุ่มวิชาชีพถูกรีดถอนอำนาจการตัดสินใจให้บริการที่เคยมีอยู่เดิม เปลี่ยนเป็นระบบที่ให้สิทธิประชาชนเพิ่มขึ้น กลุ่มวิชาชีพกลับกลายเป็นเพียงผู้ให้บริการตามที่มีผู้จ้างหรือผู้ซื้อบริการให้กับประชาชน เท่านั้น ความรู้สึกดังกล่าวจึงส่งผลให้คณะกรรมการส่วนหนึ่งโดยเฉพาะผู้แทนวิชาชีพเกิดการต่อต้านและมองว่าประชาชนหวังเพียงเพื่อให้ได้รับสิทธิการบริการที่มากที่สุดโดยไม่คำนึงถึงความอยู่รอดของสถานพยาบาลหรือกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งส่งผลกระทบทำให้การทำงานของคณะกรรมการภาคประชาชน ทำได้ยากขึ้น อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์การทำงานสามารถแบ่งปัจจัยและสภาพปัญหาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ปัญหาภายนอก ได้แก่

1.1 การทำงานที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายหรือพันธกิจของคณะกรรมการ ทำให้การทำงานของคณะกรรมการโดยรวมไม่มีความคืบหน้ามากนัก ยังคงมุ่งเน้นการทำงานเพื่อรองรับงานประจำมากกว่าการทำงานพัฒนาเชิงระบบไม่ว่าจะเป็นด้านการกำหนดนโยบายหรือการพัฒนาคุณภาพให้เกิดขึ้น

1.2 สภาพการทำหน้าที่ของคณะกรรมการส่วนใหญ่ยังคงยึดติดกับการพิทักษ์ประโยชน์ของกลุ่มหรือองค์กรที่ตนเองสังกัด มากกว่าความพยายามที่จะยึดแนวคิดที่เป็นกลางและเป็นประโยชน์กับระบบหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังพบว่ากรรมการในลักษณะดังกล่าวมีอยู่ในสัดส่วนที่ค่อนข้างมากโดยเฉพาะในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ

1.3 ปัญหาระบบการประชุม เนื่องจากในการประชุมคณะกรรมการที่ไม่มีการกำหนดระเบียบหรือกติกาการประชุมและกติกางานของคณะกรรมการอย่างชัดเจน ทำให้พบปัญหาต่างๆเช่น

- บทบาทของประธานและการทำหน้าที่ของทีมงานเลขานุการ ยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก ทำให้การทำงานของคณะกรรมการโดยรวมไม่มีความคืบหน้ามากนัก มติการประชุมถูกละเมิดหรือเปลี่ยนแปลงโดยไม่ถูกต้อง ไม่ยอมรับในความคิดเห็นหรือข้อเสนอของคณะกรรมการ/ คณะทำงานที่เตรียมการมาทำให้เสียเวลาในการประชุมใหญ่มาก การบันทึกการประชุมไม่ชัดเจนในบางเรื่องทำให้เกิดการโต้แย้งข้อมติ เอกสารการประชุมไม่มีการส่งให้ทราบล่วงหน้าหรือส่งให้ไม่ครบหรือเอกสารที่ส่งไม่เหมือนกับเอกสารที่พิจารณาในที่ประชุม เป็นต้น
- ไม่มีระบบประเมินการทำงานของประธานและคณะกรรมการ หรือเมื่อการทำงานบกพร่องก็ไม่มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาถอดถอน ทำให้สถานการณ์การทำงานของคณะกรรมการไม่เป็นที่พอใจ (น่าเบื่อ) กรรมการบางส่วนไม่สนใจเข้าประชุม

1.4 คณะกรรมการบางส่วนพบว่ามีความคิดเห็นที่ขัดแย้งต่อแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นเรื่องสิทธิพื้นฐานของพลเมือง รวมทั้งปัญหา Conflict of interest ของคณะกรรมการบางท่าน ทำให้ข้อคิดเห็นที่มีการนำเสนอเบี่ยงเบนจากแนวคิดหรือหลักการที่ควรจะเป็น

1.5 คณะกรรมการมีพื้นฐานมาจากความเชี่ยวชาญเชิงเทคนิคมากกว่าแนวคิดในการพัฒนาเชิงระบบ จึงมีความจำกัดในการให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาเชิงระบบ

1.6 การที่ข้อมูลผลหรือมติการประชุมในประเด็นที่เกี่ยวกับผลกระทบต่อประชาชนไม่ได้ถูกสื่อสารถึงสาธารณชน ทำให้การตัดสินใจของกรรมการไม่ได้มีพื้นฐานตรงประโยชน์ประชาชนมากนัก

2. ปัญหาภายใน ได้แก่

2.1 คณะกรรมการภาคประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในเชิงเทคนิควิชาการ ทำให้ในบางครั้งติดตามการประชุมไม่ทันและไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นได้ นอกจากนี้ยังขาดการเตรียมการเพื่อให้พร้อมต่อการประชุม โดยเฉพาะประเด็นทางวิชาการ

2.2 สัดส่วนคณะกรรมการภาคประชาชนมีน้อย รวมทั้งการที่มีแนวคิดว่าการรวมในส่วนขององค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นส่วนของภาคประชาชนด้วย ซึ่งบทบาทของคณะกรรมการส่วนนี้อาจไม่สอดคล้องกับแนวคิดของภาคประชาชนนัก นอกจากนี้ผู้แทนองค์กรปกครองท้องถิ่นมักไม่ให้ความสำคัญกับการประชุมจึงไม่เข้าประชุม ทำให้ขาดแนวร่วมที่จะดำเนินการเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของภาคประชาชนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะในการประชุมที่ยังมีการยึดระบบโหวตอยู่มากกว่าความพยายามใช้เหตุผลในการตัดสินใจเพื่อส่วนรวม

2.3 การทำงานของคณะกรรมการภาคประชาชนขาดการเชื่อมโยงกับการพัฒนาเครือข่ายไปพร้อมๆกัน รวมทั้งขาดการสร้างฐานประชาชนที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ด้านองค์ประกอบกรรมการ: ที่มาและกระบวนการได้มา และสัดส่วน

1.1 กรรมการภาคประชาชน มีข้อเสนอดังนี้

- ให้มีการปรับเปลี่ยนจำนวนกรรมการภาคประชาชนให้มีสัดส่วนที่เท่าเทียมกับภาคส่วนอื่น โดยการแก้ไของค์ประกอบกรรมการทั้ง 2 ชุดในกฎหมาย

- เนื่องจากการเลือกผู้แทนภาคประชาชนมาจากการเลือกขององค์กรที่ทำงานในด้านต่างๆ 9 ด้าน มาคัดเลือกกันเอง ดังนั้นในการคัดเลือกครั้งหน้าเพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมการภาคประชาชนอย่างแท้จริงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อให้มีจุดแข็งเช่นเดียวกับกรรมการภาคประชาชนในสมัยนี้ ที่ได้มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องในการรณรงค์เรียกร้องระบบหลักประกันมาโดยตลอดก่อนการมีกฎหมาย ดังนั้นควรกำหนดหลักเกณฑ์หรือข้อบังคับในการกำหนดลักษณะองค์กรที่มีสิทธิมาคัดเลือกกรรมการต้องมาจากองค์กรที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องกับประชาชนอย่างแท้จริง ไม่เป็นองค์กรจัดตั้งเฉพาะกิจ และมีมาตรการที่จะมีการติดตามการทำงานขององค์กรเหล่านี้อย่างต่อเนื่องโดยสปสช.

- การสร้างเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อเป็นการเพิ่มตัวเลือกในการเข้ามาเป็นกรรมการภาคประชาชน เช่น เครือข่ายผู้ป่วย เครือข่ายประชาชนในจังหวัดต่างๆ เป็นต้น

1.2 กรรมการในส่วนอื่นๆ

- การได้มาซึ่งประธานในกรณีที่กฎหมายเปิดให้เลือกกันเอง และกรรมการผู้แทนองค์กรที่เลือกกันเอง ควรจะได้มีการเตรียมการกับเครือข่ายวิชาชีพที่เป็นพันธมิตร เช่น ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมเภสัชชนบท เป็นต้น

เพื่อให้ได้กรรมการที่เข้าใจและมีทัศนคติทางบวกกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีความสามารถในการทำ
หน้าที่ประธานและกรรมการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความสามารถในการพัฒนาเชิงระบบมากกว่ามุ่งการ
ทำงานเชิงเทคนิค

2. การสร้างแนวคิดการทำงานของคณะกรรมการโดยรวม จำเป็นต้องมีการเตรียมการ (Orientation) กรรมการใหม่ใน
ด้านแนวคิดการทำงานที่ต้องพึงยึดประโยชน์ของส่วนรวม มากกว่าการทำหน้าที่ปกป้องประโยชน์ของกลุ่มหรือ
องค์กร

3. การมุ่งเป้าหมายของกรรมการเพื่อพัฒนาระบบมากกว่าการทำงานรองรับงานประจำ และการเพิ่มประสิทธิภาพการ
ทำงานของคณะกรรมการ โดย

- การร่วมกันกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การทำงานให้สอดคล้องกับภารกิจหลักของคณะกรรมการตามที่
กฎหมายกำหนดให้เป็นจริง

- การทำให้คณะกรรมการโดยรวมเข้าใจเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพในการพัฒนา
ระบบมากกว่าเพียงการมุ่งพัฒนาเชิงเทคนิค

- ต้องมีระบบรายงาน (Feedback) การทำงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ให้กับคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพฯ ที่เป็นจริง

- การจัดทำระเบียบ กติกาสำหรับการประชุมและการทำงานของคณะกรรมการ การเปิดถอนประธานและ
กรรมการให้ชัดเจน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการดำเนินการประชุมและการดำเนินการตามมติที่ประชุม ตลอดจน
ควบคุมให้การทำงานของประธานและกรรมการเป็นไปตามกติกา

4. การกำหนดให้มีการจัดทำระบบประเมินการทำงานของคณะกรรมการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินจากภายนอก
เพื่อพัฒนาระบบการทำงานของคณะกรรมการ

5. ขยายพันธมิตร

- เร่งสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความเข้าใจร่วมต่อเป้าหมายการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพกับคณะกรรมการ
ในภาคส่วนอื่นๆ

- สร้างกลไกในการทำงานร่วมกับกรรมการอื่นๆ เช่นการทำงานร่วมกันในรูปอนุกรรมการหรือคณะทำงาน

- ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ โดยการจัดโครงการที่จะทำกิจกรรมในภาค
ส่วนอื่นได้มีโอกาสสัมผัสสถานการณ์ของภาคประชาชน ความเข้าใจต่อระบบหลักประกันที่กระทบต่อสุขภาพ
ประชาชน เช่นการดูงาน การปลูกฝังในสถาบันการศึกษา

6. การพัฒนาศักยภาพกรรมการภาคประชาชน เพื่อเป็นฐานในการให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาระบบหลักประกัน โดย

- การจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ
หลักประกัน เช่น เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ระบบคุณภาพและการรับรองคุณภาพสถานบริการ

- การประชุมเตรียมความพร้อมก่อนการประชุม ให้เท่าทัน

- มีการเชื่อมต่อหรือทำให้เกิดกลไกการทำงานกับคณะกรรมการภาคประชาชนในระดับจังหวัด และ
คณะกรรมการเครือข่ายที่เหลือนอกจากตัวแทน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้หญิง แรงงาน ผู้พิการ เป็นต้น เพื่อเป็นฐานที่มาของข้อมูล
ในการทำงานหรือการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่อประชาชน โดยอาจผ่านทางกลไกอนุกรรมการส่งเสริมและ
สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชนหรือสำนักงานสาขาของสปสข.

7. การเปิดข้อมูลสู่สาธารณะและการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มากขึ้นและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง
กับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น สิทธิประชาชน การอยู่รอดของสถานพยาบาล เป็นต้น

.....

การมีส่วนร่วมและการริเริ่มจากภาคประชาชนในระบบประกันสุขภาพ

การดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 รองรับนั้นปัจจุบันได้ดำเนินการมาแล้ว 3 ปี ได้ทำให้ประชาชนทุกคนได้มีหลักประกันและความมั่นใจในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต โดยไม่มีปัญหาอุปสรรคทางการเงินมาขัดขวางตามเจตนารมณ์ที่กฎหมายกำหนด การศึกษาวิจัยโดยนักวิชาการจากหลากหลายกลุ่ม ยืนยันว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพยายามให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระดับความพึงพอใจในการรับบริการของประชาชนโดยรวมจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม การศึกษาหลายชิ้นก็ยังชี้ให้เห็นว่ายังสามารถทำให้คุณภาพบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นได้โดยการสนับสนุนให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินการในทุกระดับ ตั้งแต่ การกำหนดความต้องการทางสุขภาพ การวางแผนการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการในชุมชน การติดตามคุณภาพการให้บริการ โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในคณะกรรมการของสถานพยาบาล และการมีระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ เป็นช่องทางในการสะท้อนปัญหาการให้บริการเพื่อการปรับปรุงบริการให้ดีขึ้น

งานวิจัยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานในกระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพ ประเมินความพร้อมของหน่วยงานที่ให้บริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนระดับล่างที่ได้รับบริการ

ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์ประชาชนที่มีบัตรทองจำนวน 2,500 คน และกลุ่มเฉพาะ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้อาศัยในชุมชนแออัด และผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล อีก 2,500 คน ใน 25 จังหวัด และการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร การสนทนากลุ่มของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการคู่สัญญา และการสนทนากลุ่มประชาชน ใน 10 จังหวัด ตลอดจนการจัดเวที 4 ภาค เพื่อรับฟังความคิดเห็นในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อค้นพบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

จากการศึกษาพบว่า ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งๆ ที่บทบัญญัติ มาตรา 18 (8), มาตรา 18 (9), และมาตรา 47 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติไว้ว่า เป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชนในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ตาม ดังนั้นประชาชนจึงยังไม่มีกลไกที่จะร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันให้สอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง

การไม่มีส่วนร่วมดังกล่าวยังพบได้ทั้งในเรื่องความรู้ข้อมูลของโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยประชาชนยังขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอีกมาก เช่น การจัดสรรงบประมาณ เรื่องสิทธิประโยชน์ ขั้นตอนในการรับบริการจากสถานบริการ ศักยภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล ระบบการส่งต่อคนไข้ และความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพยาที่ได้รับ เป็นต้น แม้ภาครัฐจะมีการจัดระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ในรูปแบบต่างๆ ผลการศึกษาชี้ว่า ระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ที่รัฐจัดขึ้นในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ การรับเรื่องแล้วไม่นำไปสู่การแก้ปัญหา ทั้งยังมีบางกรณีที่มีการปกป้องผู้ให้บริการ นอกจากนี้ประชาชนกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มประชาชนในพื้นที่

ห่างไกล และ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ยังขาดการมีส่วนร่วมในระบบ ประชาชนกลุ่มเฉพาะมีความต้องการบริการสุขภาพของแต่ละกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ จึงจำเป็นจะต้องรับฟังข้อมูลจากกลุ่มพิเศษต่างๆ ดังกล่าวด้วย

คณะผู้วิจัย ได้ค้นพบ ศักยภาพและความเคลื่อนไหวของภาคประชาชนโดยชุมชนท้องถิ่น ร่วมกันขับเคลื่อนภารกิจอันส่งผลต่อสุขภาพของชุมชน ในพื้นที่ศึกษาหลายพื้นที่ สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนภาคประชาชนในการจัดการตนเองในด้านสุขภาพ จะเห็นว่าแต่ละกรณีศึกษา ก็มีความแตกต่างตามเงื่อนไขและปัจจัยส่งเสริมของแต่ละท้องถิ่นก่อรูปขึ้น โดยความต้องการของชุมชน มิใช่เจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้กำหนด อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสนับสนุนให้ชุมชนดำเนินงานสร้างสุขภาพของตนเอง โดยแนวคิดชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community – based) เลย คณะผู้วิจัยเห็นว่า การสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการนั้น มีความจำเป็นต้องปรับกระบวนการสนับสนุนด้านกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบใหม่ ที่มองสุขภาพแบบองค์รวม คือ สุขภาวะ และต้องเสริมพลังประชาชน (Empowerment) ให้ชุมชนได้มีโอกาสจัดการตนเอง ด้วยทุนทางสังคมวัฒนธรรม โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและเอื้ออำนวย จึงจะสามารถนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน ทั้งตนเองและพอเพียง

ในการรับฟังความเห็นจากเวที4ภาคได้มีข้อเสนอที่สอดคล้องกันว่ามีความจำเป็นที่จะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการระบบเนื่องจากการรักษาสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า ประชาชนต้องการมีบทบาท ตั้งแต่การมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในทุกระดับ ทั้ง จังหวัด อำเภอ และตำบล การร่วมกำหนดนโยบาย และแผน การเป็นตัวกลางในการรับรู้ปัญหา รับรู้ข้อมูลจากประชาชน มีบทบาทในการตรวจสอบ การบริหารงบประมาณ ติดตามประเมินผลการบริหารงาน การร่วมบริหารบุคคล การรับเรื่องราวร้องทุกข์ของประชาชนด้านสาธารณสุข และการประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูลกับประชาชน

2. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ในเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

2.1 กลไกการมีส่วนร่วมใน “การบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพ”

กำหนดบทบาทของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพ ในรูปของคณะกรรมการระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด

2.2 กลไกการมีส่วนร่วมใน “การดำเนินการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพ” สร้างการมีส่วนร่วมใน “การดำเนินการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน” โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ/หรือองค์กรชุมชน ควรให้มีทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การดำเนินการสร้างสุขภาพของชุมชน การจัดหาบุคลากรเพื่อสนับสนุนการให้บริการ ในการศึกษาตัวอย่าง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณการจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนไปยังสถานพยาบาล การจัดงานผ้าป่าระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี การส่งนักเรียนในพื้นที่ไปเรียนพยาบาลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วให้กลับมาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สนับสนุนให้ชุมชนได้รวบรวมองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2.3 กลไกเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนสุขภาพระดับชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้เอง

2.4 กลไกการมีส่วนร่วมในการสร้างระบบร้องทุกข์ภาคประชาชน

สนับสนุนระบบร้องทุกข์โดยภาคประชาชนจัดขึ้นเอง ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการพิทักษ์สิทธิของประชาชนผู้เดือดร้อน เกิดความเป็นธรรม ทั้งฝ่ายผู้ให้และผู้รับบริการ แก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง และรวดเร็ว ทั้งยังจะเป็นการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน ไม่ใช่หาคนผิด โดยจะทำให้เกิดการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันการ ตลอดจนเป็นการป้องกันปัญหา

2.5 กลไกการมีส่วนร่วมในการรับและส่งต่อข้อมูลข่าวสาร

ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทันเหตุการณ์ ผ่านทางสื่อ ทั้งทางตรงและทางอ้อม หาช่องทางกระจายข้อมูลผ่านสื่อที่เข้าถึงประชาชน ไม่ใช่ส่งข้อมูลจากส่วนกลางด้วยรูปแบบเดียวทั้งหมด ลักษณะของสื่อประกอบด้วย การใช้สื่อชุมชน และสื่อพื้นบ้าน สื่อบุคคล การจัดเวที พูดคุยผ่านแกนนำ เป็นต้น

2.6 กลไกการมีส่วนร่วมของกลุ่มเฉพาะ

สร้างกระบวนการให้กลุ่มผู้มีสิทธิที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เข้ามาเสนอความต้องการ และความคิดเห็นในทางปฏิบัติ ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับลักษณะของแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ควรกำหนดให้มีผู้แทนของภาคส่วนเหล่านี้เป็นกรรมการของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับต่างๆ ด้วย

.....

ผลการทบทวนเรื่องข้อมูลสำหรับผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ และข้อเสนอเกี่ยวกับสิทธิในการรับรู้ข้อมูลในระบบประกันสุขภาพไทย

การคุ้มครองผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งสามารถกระทำได้โดยการทำให้ผู้มีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เท่าทันในการเข้าใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ตนเลือกเป็นสถานบริการประจำตัว ข้อมูลเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบประกันสุขภาพของประชาชน ตลอดจนข้อมูลประกอบการตัดสินใจเมื่อจำเป็นต้องเข้ารับบริการเมื่อมีปัญหาสุขภาพขึ้นมา ดังนั้นเอกสารนี้จึงมุ่งทบทวนประเด็นข้อมูลที่มีการนำเสนอให้กับผู้มีสิทธิที่ได้มีการดำเนินการจริงในต่างประเทศเพื่อเป็นฐานการพัฒนาการพัฒนาระบบข้อมูลที่ทำให้ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นข้อมูลที่ถ่ายทอดผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตเป็นหลัก โดยกรอบการนำเสนอประกอบด้วย แหล่งข้อมูลที่สำคัญในการเผยแพร่ข้อมูล ประเภทของข้อมูลที่ให้กับผู้บริโภค และการวิเคราะห์ผลกระทบของการให้ข้อมูลต่อผู้บริโภค และข้อเสนอสำหรับระบบข้อมูลเพื่อการคุ้มครองผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ

I. แหล่งข้อมูลที่สำคัญในการให้ข้อมูลกับผู้บริโภค

แหล่งข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเลือกเครือข่ายบริษัทประกันสุขภาพและสถานบริการบริการประจำตัวแพทย์ กระบวนการรักษาที่สำคัญได้แก่

1. ข้อมูลผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในหลายมลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการสำรวจผลความพึงพอใจของสมาชิก (Beneficiaries) ที่อยู่ในเครือข่ายบริษัทประกันสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานที่เรียกว่า “Consumer Assessment of Health Plan (CAHPS®)” (ภาคผนวก)
2. ข้อมูลการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริษัทประกันสุขภาพและสถานพยาบาลที่รายงานโดยหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพ สหรัฐอเมริกาได้มีหน่วยงานหลายแห่งที่ทำหน้าที่ในการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริษัทประกันสุขภาพและสถานพยาบาลที่ให้บริการในเครือข่ายดังกล่าว โดยที่หน่วยงานเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นองค์กรเอกชนที่ไม่หวังกำไรที่มีความอิสระในการทำหน้าที่ประเมินคุณภาพของบริการที่บริษัทประกันสุขภาพต่างๆ ได้ให้บริการแก่สมาชิกของตน ได้แก่ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)², The National Committee for Quality Assurance (NCQA)³, URAC Health Plan Accreditation⁴.

ในการประเมินคุณภาพดังกล่าวส่วนหนึ่งจะเป็นความสมัครใจของเครือข่ายบริษัทประกันสุขภาพเองเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคเชื่อมั่นและเลือกซื้อบริการจากบริษัทของตน อย่างไรก็ตามในบางมลรัฐมีการกำหนดในกฎหมายให้สถานพยาบาลต้องรายงานคุณภาพบริการให้กับสาธารณชน เช่นในรัฐแคลิฟอร์เนีย เพนซิลเวเนียและโอไฮโอ

3. ข้อมูลผลการประเมินระดับคุณภาพบริการของเครือข่ายบริษัทประกันสุขภาพโดยกลุ่มผู้บริโภคโดยการสนับสนุนของสถาบันการศึกษา โดยการทำงานร่วมกันขององค์กรผู้บริโภคและการสนับสนุนทางวิชาการจากการศึกษาวิจัยของสถาบันการศึกษา เช่น การให้ข้อมูลขององค์กรผู้บริโภค Consumer Union ซึ่งเป็นองค์กรอิสระ ไม่แสวงกำไร ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลที่เป็นกลางที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์และบริการต่าง ไม่เฉพาะทางด้านบริการการแพทย์แต่รวมถึงด้านอื่นๆเช่น ด้านการเงิน ด้านโภชนาการ เป็นต้น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก The Kaiser Family

Foundation สำหรับการนำเสนอแนะด้านบริการการแพทย์นั้น Consumer Union ได้รับการสนับสนุนข้อมูลจาก Health Policy Institute, Georgetown University⁵.

4. การให้ข้อมูลโดยสถาบันการศึกษา เช่น การให้ข้อมูลกับประชาชนในการรับบริการจากบริษัทประกันสุขภาพ โดย Georgetown University Health Policy Institute⁶ หรือการให้ข้อมูลทางเลือกการตัดสินใจรับบริการ (Second Opinion) โดย Karolinska Institute⁷

5. การให้ข้อมูลโดยหน่วยงานของรัฐ เนื่องจากในบางประเทศที่มีการแข่งขันในด้านการขายประกันสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งรายละเอียดของการคุ้มครองที่แตกต่าง เบี้ยประกันที่แตกต่างตามขอบเขตการคุ้มครอง และข้อมูลที่บริษัทประกันให้กับประชาชนอาจไม่เพียงพอหรือมีความซับซ้อนยากแก่การเข้าใจ ทำให้อาจเกิดการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ดูแลสวัสดิภาพของประชาชนจึงเข้ามาเป็นตัวกลางในการให้ข้อมูลกับสาธารณชน โดยที่หน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ดูแลสวัสดิภาพของประชาชนอาจมีความจำเพาะเรื่องสุขภาพหรือการดูแลในด้านอื่นๆด้วย เช่น Office of Personal management, The Federal Government's Human Resources Agency⁸ ที่ทำหน้าที่ทั้งในการดูแลสิทธิการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลางและสิทธิในด้านอื่นๆเช่นความก้าวหน้าในงาน หรือ Office of Financial and Insurance Services ของมลรัฐมิชิแกน⁹ ที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องประกันสุขภาพของประชาชนรวมทั้งให้คำแนะนำในด้านอื่นๆเช่น การเงินและการธนาคาร เป็นต้น

6. การให้ข้อมูลโดยบริษัทประกันสุขภาพและเครือข่าย ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการแข่งขันในการหาลูกค้าที่จะมาซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันสุขภาพของตน บริษัทจึงมีช่องทางต่างๆที่จะให้ข้อมูลคุณภาพของบริษัทและสถานพยาบาลในเครือเพื่อเป็นข้อมูลให้ลูกค้าตัดสินใจ เช่น การทำ website บริษัท Kaiser Permanente¹⁰ หรือ ซึ่งให้ข้อมูลด้านคุณภาพ รายละเอียดการให้บริการ การดูแลสมาชิก การแก้ปัญหาของสมาชิก โดยเสนอข้อมูลให้ทั้งสมาชิกในบริษัทประกันของตนและคนทั่วไป ทั้งในรูปข้อมูลทั่วไปของบริษัทหรือข้อมูลเฉพาะด้าน เช่น ใน website “The Consulting Room”¹¹ จะมีการนำเสนอข้อมูลอ้างอิงด้านสัลยกรรมความงาม เป็นต้น

7. การให้ข้อมูลโดยบริษัทเอกชน ในการนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับประชาชนเพื่อให้เกิดการใช้บริการทางสุขภาพจากบริษัทประกันและสถานพยาบาลในเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ บริษัทเอกชนได้จัดให้มีบริการต่างๆโดยเสียค่าใช้จ่ายตามประเภทบริการที่อยากได้ เช่น บริการของบริษัท Second Opinion Medical Service ที่ให้บริการในการตรวจสอบข้อมูลของแพทย์ การให้ข้อมูลทางเลือกในการวินิจฉัยอาการป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาล โดยคิดค่าบริการอยู่ระหว่าง 125 – 425 ดอลลาร์¹²

II. ประเภทของข้อมูลที่มีการนำเสนอให้ผู้บริโภคได้รับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ^{1,5, 13}

ขอบเขตของข้อมูลที่มีการนำเสนอแก่สาธารณชนที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการในระบบประกันสุขภาพได้แก่

1. ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเลือกบริษัทประกันสุขภาพ ข้อมูลที่สำคัญที่ประชาชนได้รับเพื่อประกอบการตัดสินใจได้แก่
 - เหตุผลความจำเป็นที่ประชาชนต้องใส่ใจเกี่ยวกับบริษัทประกันสุขภาพ เช่น การเลือกบริษัทประกันสุขภาพจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ทางเลือกของแพทย์หรือสถานพยาบาลที่จะมี สถานที่ที่จะไปรับบริการได้ โอกาสที่จะได้รับบริการสุขภาพยามที่ต้องการ คุณภาพบริการที่จะได้รับ หรือเงินที่ต้องจ่ายเพื่อให้ได้บริการ เป็นต้น
 - ประเภทของบริษัทประกันสุขภาพที่มีให้บริการและผลที่จะมีต่อบริการที่จะได้รับในแต่ละประเภท
 - ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการคุ้มครองโดยบริษัทประกัน หรือข้อมูลสิทธิประโยชน์ต่างๆ ประชาชนจำเป็นต้องได้รับทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการคุ้มครองภายใต้บริษัทประกันสุขภาพที่เลือก ได้แก่ บริการสุขภาพประเภท

ใดบ้างได้รับการคุ้มครอง เงื่อนไขใดไม่ได้รับการคุ้มครอง ระยะเวลาหลังทำประกันจนกว่าจะมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง กฎเกี่ยวกับการส่งต่อ การถูกเรียกเก็บเงินในกรณีใดบ้าง วงเงินสูงสุดที่ต้องเสีย เป็นต้น

- ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเลือกบริษัทประกันสุขภาพโดยอาศัยข้อมูลคุณภาพบริการจะทำได้อย่างไร โดยข้อมูลที่ให้กับประชาชนจะเป็นข้อมูลในระดับที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น ข้อมูลการประเมินโดยผู้บริโภคที่ทำโดยหน่วยงานรับรองคุณภาพต่างๆ, ข้อมูลการรับรองคุณภาพของบริษัทประกันสุขภาพและสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ทำโดยหน่วยงานรับรองคุณภาพอิสระ, รวมทั้งมีการให้คำแนะนำอื่นๆแก่ประชาชนเพื่อประกอบการตัดสินใจเช่น การพิจารณากรอบของสิทธิประโยชน์ว่าตรงตามความต้องการของตนและครอบครัวหรือไม่ เวลาและสถานที่ที่ไปรับบริการสะดวกหรือไม่ ค่าใช้จ่ายอยู่ในวงเงินที่รับได้หรือไม่ เป็นต้น
 - มีการให้ข้อมูลถึงแหล่งข้อมูลอื่นๆที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เพื่อประกอบการตัดสินใจ เช่น Agency for Health Care Policy and Research ที่ Web site: <http://www.ahrq.gov/consumer> หรือที่ American Association of Health Plans. ที่ Web site: <http://www.aahp.org> เป็นต้น
2. ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล ในการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลที่ได้คุณภาพ มาตรฐานนั้น ข้อมูลที่จำเป็นในการพิจารณาได้แก่
- ข้อมูลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่ดำเนินการรับรองโดยหน่วยงานอิสระ ดังได้กล่าวไว้ใน การรับรองบริษัทประกันสุขภาพ โดยถือว่าเป็นความสมัครใจของสถานพยาบาลเองที่จะให้เกิดการตรวจสอบคุณภาพ โดยที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกาเข้าร่วมการประเมิน โดยการประเมินจะประเมินในด้านบุคลากร อุปกรณ์ สถานที่ กระบวนการรักษาและผลสัมฤทธิ์ในการรักษาผู้ป่วย ถ้าสถานพยาบาลใดผ่านมาตรฐานก็จะได้รับการรับรอง และจะมีการตรวจสอบซ้ำทุกๆ 3 ปี
- ตัวอย่างการรายงานคุณภาพของสถานพยาบาลที่ JCAHO ได้ทำการรายงานและประชาชนสามารถขอรายงานดังกล่าวได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รายงานประกอบด้วย ระดับของผลการตรวจสอบ (มี 6 ระดับ ตั้งแต่ระดับต่ำสุดถึงสูงสุด) วันที่ตรวจสอบ ผลการประเมินในประเด็นสำคัญๆ ผลการติดตามตรวจสอบและการประเมินซ้ำ ประเด็นที่ต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ ผลการประเมินเปรียบเทียบกับผลการประเมินสถานพยาบาลอื่นๆในระดับประเทศ
- ตัวอย่างการรายงานข้อมูลคุณภาพบริการที่เครือข่ายบริษัทประกันสุขภาพและสถานพยาบาลที่ให้บริการในเครือข่ายดังกล่าว ได้แก่ Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)¹⁴ ที่จัดทำโดย NCQA โดยจะแสดงระดับของคุณภาพของบริการในกลุ่มอาการที่สำคัญๆ ได้แก่ การรักษาคนไข้หัวใจ คนไข้มะเร็งมดลูกและเต้านม คนไข้เบาหวาน การให้ภูมิคุ้มกันในเด็ก การรักษาผู้ป่วยโรคจิต การดูแลสตรีก่อนและหลังคลอด เป็นต้น โดยแสดงผลการเปรียบเทียบคุณภาพเป็นรายบริษัท เทียบกับระดับคุณภาพเฉลี่ยของทั้งหมด ซึ่งจะเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยใช้ในการเปรียบเทียบคุณภาพบริการของบริษัทต่างๆ และเป็นการกระตุ้นให้บริษัทประกันสุขภาพเหล่านี้มีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการ
- ข้อมูลคุณภาพสถานพยาบาลเทียบกับสถานพยาบาลอื่นในบริเวณใกล้เคียง ในบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดให้สถานพยาบาลรายงานคุณภาพของบริการสุขภาพให้กับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งได้มีการรายงานต่อสาธารณชนเพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบในการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลสำหรับประชาชน รวมทั้งมีความจำเป็นที่ต้องทราบมาตรการของสถานพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ เช่น มีระบบการติดตามผลสัมฤทธิ์ในการรักษาคนไข้หรือไม่ มีระบบการติดตามประเมินความพึงพอใจของคนไข้หรือไม่ เป็นต้น

- ข้อมูลศักยภาพของสถานพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพของตน การศึกษาเพื่อให้ทราบว่าศักยภาพของสถานพยาบาลสามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพของตนเองได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้จะมีระบบการส่งต่อสถานพยาบาลเครือข่ายอย่างไรบ้าง สะดวกแก่การเข้าถึงหรือไม่
 - ข้อมูลแหล่งข้อมูลในการสนับสนุนการเลือกสถานพยาบาล ได้แก่ การระบุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล เช่น website “Hospital Select” ที่ <http://www.hospitalselect.com>, หรือ website “All hospitals are not created equal” ที่ website: <http://www.thehealthpages.com> เป็นต้น
3. ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเลือกแพทย์ประจำตัว หรือแพทย์เฉพาะทางที่มี ในการเลือกแพทย์อาจมีข้อจำกัดได้ กรณีที่ได้มีการตัดสินใจเลือกบริษัทประกันสุขภาพแห่งหนึ่งแห่งใดไปแล้ว ดังนั้นในการมีเกณฑ์หรือข้อมูลในการเลือกแพทย์อาจจะเป็นประโยชน์ กรณีที่ประชาชนยังไม่ตัดสินใจเลือกบริษัทใดชัดเจนแต่มีหลายบริษัทเป็นตัวเลือก ดังนั้นการมีข้อมูลของแพทย์ผู้ให้บริการจะเป็นประโยชน์ต่อการเลือกบริษัทประกันสุขภาพ ข้อมูลประกอบการพิจารณาเลือกแพทย์ที่ต้องการได้แก่
- กำหนดความต้องการแพทย์ให้ตรงกับลักษณะปัญหาสุขภาพของตนเอง
 - การหารายชื่อแพทย์ที่ให้บริการในเครือข่ายที่จะเลือก
 - การตรวจสอบคุณภาพของแพทย์ได้จากฐานข้อมูลที่มีเช่น ที่ website: <http://www.docboard.org> โดยการเผยแพร่ข้อมูลโดย Administrators in Medicine (AIM) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระ ภายใต้การดูแลของ State Medical and Osteopathic Boards ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้ใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพของแพทย์และดูแลการประกอบวิชาชีพและแก้ปัญหากรณีผู้บริโภครู้ถูกผู้ประกอบวิชาชีพละเมิด
 - ขั้นตอนการศึกษาข้อมูลการให้บริการของแพทย์ที่สนใจโดยการสอบถามไปยังสำนักงานที่แพทย์ผู้นั้นให้บริการ การสอบถามแพทย์ถึงความสามารถของแพทย์ในการแก้ปัญหาค่าเงินของอาการป่วย หรือความต้องการทางการแพทย์ที่ต้องการว่าแพทย์สามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ นอกจากนี้บริการที่จะได้รับในกรณีที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างไร
4. ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ปัญหาที่สำคัญในการเข้ารับการรักษาของประชาชนได้แก่การได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็น การรักษาที่มีราคาแพงและบางครั้งมีอันตรายต่อชีวิต ดังนั้นข้อมูลที่มีให้กับประชาชนที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจรับบริการการรักษที่เหมาะสม ขั้นตอนการตรวจสอบการตัดสินใจให้การรักษาโดยแพทย์ว่าเหมาะสมหรือไม่ จะมีข้อมูลที่สำคัญเพื่อการตัดสินใจให้กับประชาชน ได้แก่
- ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพของตนเอง ได้แก่ อาการป่วยของตนเองเป็นอย่างไร (เริ่มต้นเมื่อไร ปัจจัยอะไรที่ทำให้อาการดีขึ้นหรือเลวลง ได้มีการใช้ยาอะไรบ้างของตนเอง) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบให้กับแพทย์ที่ทำการรักษาได้ครบถ้วน
 - ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น การที่แพทย์สั่งให้มีการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการนั้น พบว่าหลังการตรวจสอบบางประเภทเช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก 10-30% ของการตรวจที่ผิดพลาดว่า “ปกติ” ปรากฏว่าให้ผลผิดพลาดทำให้มีการรักษาที่ผิดพลาดหรือให้การรักษาที่ล่าช้าเกินไปได้ ดังนั้นในการตัดสินใจรับการตรวจสอบใดๆ ประชาชนจำเป็นต้องทราบวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ หลังการตรวจสอบนั้นจะได้ข้อมูลอะไรในการวินิจฉัย ข้อมูลที่ได้เที่ยงตรงเพียงใดในการให้คำตอบ การตรวจสอบที่แพทย์สั่งเป็นวิธีการเดียวที่จะให้คำตอบหรือไม่หรือมีวิธีอื่น ประโยชน์และโทษที่อาจจะเกิดขึ้น การเตรียม

ตัวเพื่อทำการทดสอบต้องทำอะไร(ต้องทำหรือหลีกเลี่ยงไม่ทำอะไร) ผลการทดสอบจะใช้เวลานานเท่าไร เมื่อทราบผลการตรวจสอบแล้วจะมีผลอย่างไร

นอกจากข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการตรวจสอบ ประชาชนยังจำเป็นต้องทราบไปถึงแหล่งหรือสถานที่ที่แพทย์ส่งไปตรวจสอบ ว่ามีข้อตกลงทางธุรกิจกับแพทย์ในลักษณะใดหรือเป็นนโยบายของบริษัท ประกันที่ส่งไปตรวจสอบ ทั้งนี้ห้องปฏิบัติการดังกล่าวจะต้องผ่านการรับรองมาตรฐาน โดยที่ประชาชนสามารถสอบถามได้ที่หน่วยงานที่รับผิดชอบเช่น College of American Pathologists หรือ ที่ JCAHO โดยมีภาระบบ website หรือเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยสะดวก เป็นต้น

- ข้อมูลเพื่อตัดสินใจถึงความจำเป็นที่ต้องการรักษาในขณะนั้นหรือไม่ ทางเลือกการรักษามีอะไรบ้าง ในการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์นั้น แนวทางการรักษาอาจมีความหลากหลายขึ้นกับปัญหาสุขภาพที่มี เช่น การให้ยาในการรักษา รผ่าตัด คำแนะนำในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้การบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย หรือแนวทางการรักษาทางเลือกอื่นๆเช่น การนวด การฝังเข็ม หรือแม้แต่การให้รอดูอาการก็ตาม ซึ่งกระบวนการรักษาต่างๆที่แพทย์แนะนำอาจมีบ้างที่ไม่มีผลการศึกษาชี้ชัดยืนยันถึงประสิทธิภาพการรักษาว่าเป็นทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุด ดังนั้นการใช้ข้อมูลของแนวทางการรักษามาตรฐาน (Clinical Practice Guideline) เป็นแนวทางที่มีข้อมูลและหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพของการรักษานั้นจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการตัดสินใจของทั้งแพทย์และประชาชน นอกจากนี้ประชาชนยังสามารถหาข้อมูลอื่นประกอบการตัดสินใจรับการรักษาได้เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

นอกจากนี้ข้อมูลที่สำคัญที่ประชาชนจำเป็นต้องศึกษาก่อนการตัดสินใจรับการรักษาใดๆได้แก่ ทางเลือกการรักษาอื่นๆหรือไม่ ประสิทธิภาพของการรักษาโดยวิธีนั้นๆเป็นอย่างไร ประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างไร หรือกรณีตัดสินใจไม่ทำการรักษาใดๆจะมีผลอย่างไร และเมื่อตัดสินใจรับการรักษาใดๆแล้ว มีความจำเป็นที่ต้องทราบถึงผลที่อาจจะตามมาหลังการรักษา เช่นอาการข้างเคียงต่างๆ หรือการเปลี่ยนแปลงของสภาพของโรคจะเป็นอย่างไร

5. ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ประกันตน ในกรณีที่เอกชนทำหน้าที่ในการให้ประกันสุขภาพ จะมีระเบียบหรือข้อบังคับโดยรัฐเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ประกันตน เช่น
 - สิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์หรือบริการที่จะได้รับก่อนการตัดสินใจสมัครเข้าเป็นสมาชิกในบริษัทประกันสุขภาพใด
 - สิทธิในการสมัครเข้าเป็นสมาชิกในบริษัทประกันสุขภาพใดก็ได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านอายุ สถานะทางสุขภาพ หรือค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพที่มี
 - ห้ามมิให้มีการให้ของตอบแทนหรือรางวัลในการชักจูงให้เข้าเป็นสมาชิกของบริษัทประกันสุขภาพ รวมทั้งห้ามมิให้มีการให้ของตอบแทนหรือรางวัลแก่สมาชิกเพื่อชักจูงผู้อื่นให้มาสมัครเป็นสมาชิก
 - กรณีที่สมาชิกต้องการยกเลิกการเป็นสมาชิก บริษัทต้องรับดำเนินการอย่างทันที ห้ามไม่ให้บริษัทประกันเหนี่ยวรั้งหรือโน้มน้าวให้อยู่ต่อหรือทำให้การยกเลิกล่าช้า
 - ห้ามมิให้บริษัทประกันสุขภาพชักจูงหรือกดดันให้สมาชิกยกเลิกกรมธรรม์ไม่ว่ากรณีใดๆโดยเฉพาะกรณีที่สมาชิกกำลังต้องการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นเช่น การผ่าตัดหัวใจ การเปลี่ยนอวัยวะ เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพง หรือใช้เงื่อนไขการให้บริการจำเป็นที่ล่าช้า หรือแจ้งเงื่อนไขว่าสามารถสมัครกลับเป็นสมาชิกได้ใหม่หลังการรับการรักษาที่มีราคาแพงจากที่อื่นแล้ว
 - กรณีการประกันเป็นหมู่คณะที่นายจ้างจัดให้ กฎหมายของบางรัฐ เช่น แคลิฟอร์เนีย ห้ามมิให้มีการปฏิเสธไม่รับทำประกันให้หรือเรียกเก็บเงินเพิ่มเติม เนื่องจากมีปัญาสุขภาพแตกต่างจากผู้อื่น (Nondiscrimination)

- มีการจำกัดไม่ให้บริษัทประกันสุขภาพทำการกำหนดข้อยกเว้นเงื่อนไขของโรคที่มีมาก่อนการประกันที่ไม่ครอบคลุม (Limit exclusion of preexisting conditions) รวมทั้งระยะเวลาก่อนที่การใช้สิทธิหลังการทำประกันอีกด้วย (Pre-existing condition exclusion period)
 - ห้ามมิให้บริษัทประกันสุขภาพไม่ต่อกรมธรรม์ เนื่องจากผู้ประกันตนเกิดปัญหาสุขภาพ (Guaranteed renewable)
6. ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา เมื่อมีการรับบริการจากบริษัทประกันหรือสถานพยาบาลย่อมอาจเกิดปัญหาต่างๆตามมาได้เช่น การไม่ได้รับสิทธิการรักษาตามที่กำหนดในกรมธรรม์ ปัญหาในการไปรับบริการจากสถานบริการที่กำหนด ทั้งอาจเกิดจากปัญหาการให้บริการที่ไม่เหมาะสมจากผู้ให้บริการ หรือการให้การรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน การถูกเรียกเก็บเงินที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น กระบวนการที่สำคัญที่จะคุ้มครองสิทธิของผู้ประกันตนคือ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการร้องเรียนทั้งในระบบการร้องเรียนภายในที่ดำเนินการโดยสถานพยาบาล (Health plan's internal appeal process) และขั้นตอนการร้องเรียนผ่านหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลมาตรฐานของสถานพยาบาล (State's external grievance procedure)
- 6.1 การร้องเรียนผ่านบริษัทประกันสุขภาพ รัฐจะเป็นผู้กำหนดคกคกในการรับและแก้ปัญหาข้อร้องเรียนจากผู้ประกันตน เช่น การกำหนดโครงสร้างการจัดการข้อร้องเรียน (รูปแบบของคณะกรรมการ) ขั้นตอนและวิธีการตรวจสอบข้อเท็จจริง กระบวนการโต้แย้งของคู่กรณี กำหนดเวลาที่ต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้น กำหนดเวลาที่ต้องร้องเรียนหลังเกิดเหตุ เป็นต้น สำหรับข้อมูลที่มีการเผยแพร่เกี่ยวกับกระบวนการรับเรื่องร้องเรียนผ่านทางบริษัทประกันได้แก่
- การเตรียมการสำหรับการร้องเรียนที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งหากแก้ปัญหาได้จะสามารถลดระยะเวลาและขั้นตอนความยุ่งยากที่ผู้ประกันตนจะได้รับ การร้องเรียนสามารถทำผ่านระบบบริการลูกค้าสัมพันธ์ โดยที่ผู้ร้องเรียนจำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น ใบเสร็จรับเงิน คำแนะนำจากแพทย์ที่ได้ปัญหาที่เกิดขึ้น หลังการติดต่อกับหน่วยงานที่รับผิดชอบแล้ว ต้องทำการบันทึกเบอร์โทรศัพท์หรือหน่วยงานที่ได้ไปประสานงาน วัน เวลา หรือบุคคลที่ได้ติดต่อประสานงาน รวมทั้งกำหนดการที่หน่วยงานดังกล่าวจะติดต่อกลับมา ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นหลักฐานที่จำเป็นเมื่อต้องมีการดำเนินการที่เป็นทางการในขั้นตอนต่อไป
 - การเตรียมการสำหรับการร้องเรียนที่เป็นทางการ ในกรณีที่การดำเนินการร้องเรียนที่ไม่เป็นทางการไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ประกันตนมีสิทธิที่จะร้องเรียนผ่านระบบที่เป็นทางการ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญคือ
 1. การจัดทำคำร้องเรียน โดยส่วนใหญ่บริษัทประกันจะให้ผู้ร้องเรียนทำคำร้องเรียนที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือบางแห่งอาจจะให้ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์ได้ก่อนและทำคำร้องที่เป็นลายลักษณ์อักษรตามมา โดยข้อมูลที่จำเป็นในการพิจารณาข้อร้องเรียนได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์ ประเภทหรือเลขที่กรมธรรม์ ปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การไม่ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์ สถานพยาบาลที่เกิดปัญหา ข้อเสนอแนะของแพทย์ให้การรักษาคำแนะนำในการส่งต่อ เป็นต้น
 2. การตรวจสอบโดยบริษัทประกันสุขภาพ ในระหว่างการตรวจสอบของบริษัทประกัน ผู้ร้องเรียนอาจจะได้รับการติดต่อเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ตรวจสอบหรืออาจจะไม่มีการติดต่อใดๆเลยจนเสร็จสิ้นกระบวนการตรวจสอบ การตรวจสอบจะกระทำโดยคณะกรรมการของบริษัทหรือสถานพยาบาล ซึ่งอาจมีองค์ประกอบแตกต่างกันไปเช่น แพทย์ ผู้บริโภค หรือผู้แทนของบริษัทประกัน เป็นต้น โดยการตรวจสอบจะมีกำหนดเวลาในการดำเนินการที่ชัดเจน เช่น ภายใน 30 วัน กรณีที่ยังไม่มีการให้บริการ หรือ 60 วันในกรณีที่มีการให้บริการไปแล้ว เมื่อผู้ร้องเรียนได้รับทราบผล ทางบริษัทประกันจะเปิดโอกาสให้ผู้ร้องเรียนมีสิทธิที่จะโต้แย้งไปยังกรรมการที่พิจารณาได้ ซึ่งบางครั้งอาจมีการทบทวนผลการพิจารณาได้ขึ้นกับมติของคณะกรรมการดังกล่าว

การที่ผู้ร้องเรียนจะได้แจ้งหรือไม่ได้แจ้งผลการพิจารณา จะไม่เป็นเงื่อนไขในการจำกัดสิทธิในการร้องเรียนขึ้นต่อไป

6.2 การร้องเรียนผ่านองค์กรรัฐที่รับผิดชอบดูแลมาตรฐานของบริษัทประกันสุขภาพ ข้อกำหนดในการร้องเรียนผ่านองค์กรภายนอกมักจะแตกต่างกันไปตามแต่ข้อกำหนดของแต่ละมลรัฐ ในสหรัฐอเมริกา รวมทั้งขึ้นกับประเภทของข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการร้องเรียนผ่านองค์กรภายนอกที่ดูแลมาตรฐานของการให้ประกันสุขภาพได้แก่

- ข้อกำหนดเกี่ยวกับผู้มีสิทธิร้องเรียน ในบางรัฐผู้ประกันตนที่ทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันสุขภาพทุกประเภทสามารถร้องเรียนได้ แต่ในบางรัฐมีการกำหนดประเภทของผู้ประกันตนที่มีสิทธิร้องเรียนเฉพาะที่ทำประกันกับบริษัทประกันสุขภาพบางประเภทเท่านั้น เช่น ประเภท Managed Care หรือ HMO เท่านั้น นอกเหนือจากนั้นผู้ประกันตนต้องไปร้องเรียนต่อศาลโดยตรง

- ประเภทของข้อร้องเรียนที่สามารถร้องเรียนได้ จะมีข้อกำหนดประเภทข้อร้องเรียนว่าต้องเกี่ยวข้องกับความเป็นทางแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพื้นฐาน เช่นข้อร้องเรียนบริษัทประกันที่ไม่ยินยอมจ่ายค่ารักษาบางประเภทที่แพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องให้การรักษา เป็นต้น

- เงื่อนไขในการร้องเรียน ผู้ร้องเรียนจำเป็นต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับเงื่อนไขเวลาในการร้องเรียนด้วยเช่นกัน เช่นบางมลรัฐจำเป็นต้องให้ขั้นตอนการพิจารณาภายในบริษัทประกันเสร็จสิ้นก่อนจึงจะมาร้องเรียนได้ หรือกรณีการได้รับการบริการไปแล้วจะมาร้องเรียนไม่ได้ เป็นต้น

- วิธีการร้องเรียน การยื่นข้อร้องเรียนสามารถทำได้โดยตรงที่หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบ เช่น State's Department of Insurance หรือผ่าน State Insurance Counseling and Assistance Program (ICA) สำหรับผู้ประกันตนที่อยู่ในระบบ Medicare program หรืออาจต้องผ่านข้อร้องเรียนมาจากบริษัทประกันสุขภาพ การพิจารณากระทำโดยหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบเองหรืออาจมีการว่าจ้างหน่วยงานภายนอกทำหน้าที่ตรวจสอบ ในการตรวจสอบส่วนมากมักไม่มีการเปิดรับฟังข้อมูลมากนัก แต่มีบ้างที่คณะกรรมการให้โอกาสผู้ร้องเรียนในการให้ข้อมูลโดยตรง ในการร้องเรียนนี้ผู้ร้องเรียนอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการนี้ประมาณ 25-50 ดอลลาร์

6.3 ข้อมูลแหล่งที่รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพ ในการทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงกระบวนการร้องเรียนได้ง่ายขึ้น ควรมีการระบุข้อมูลแหล่งของหน่วยงานที่สามารถดำเนินการรับข้อร้องเรียนที่กว้างขวางและสะดวกในการเข้าถึง ดังเช่น มลรัฐมิชิแกนระบุหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการรับร้องเรียนปัญหาสุขภาพไว้หลายหน่วยงาน เช่น The Department of Community Health, The Family Independence Agency, The Office of Financial and Insurance Services รวมทั้งมีการแบ่งแยกหน่วยงานที่รับเรื่องร้องเรียนตามปัญหาที่เกิดขึ้น เช่นปัญหากับสถานพยาบาล หรือปัญหากับบริษัทประกันสุขภาพ เป็นต้น¹⁵

III. Critical issues about Quality data disseminated directed to consumer

1. ความขัดแย้งทางวัฒนธรรม สังคมและความเชื่อ

- ผู้สูงอายุหรือคนที่มีระดับรายได้ต่ำมักเคยชินกับการรับข้อมูลโดยตรงจากแพทย์ผู้ให้การรักษา มากกว่าการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเองเพื่อประกอบการตัดสินใจ¹⁶
- ความยอมรับของแพทย์และสถานพยาบาล ในสังคมตะวันตกมีการยอมรับสิทธิของผู้บริโภคมากกว่าในสังคมตะวันออก รวมทั้งในลักษณะสังคมที่มีการแข่งขันทางการค้าสูง กลยุทธ์การให้ข้อมูลกับผู้บริโภคได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง มีความกังวลถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ให้โดยธุรกิจเอกชน หน่วยงานของรัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรผู้บริโภคหลายแห่งที่ดูแลเรื่อง

สุขภาพได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการเป็นแหล่งข้อมูลที่เป็นกลาง เป็นอิสระจากผลประโยชน์ที่ทับซ้อนเพื่อเป็นทางเลือกของข้อมูลสำหรับประชาชน

2. ความกังวลในเรื่องการเพิ่มทางเลือกของประชาชน

- ค่าใช้จ่ายที่อาจเพิ่มขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มที่ประชาชนจะเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงตามมา
- เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้น

3. ทำอย่างไรให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลให้มากขึ้น

ในปัจจุบันความกังวลที่เกรงว่าการทำให้ประชาชนมีความรู้มากขึ้นอาจมีผลเสียแทบไม่มีการตั้งคำถามกัน โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่คำถามที่มีการให้ความสำคัญในปัจจุบันคือประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากน้อยเพียงไร และจะมีวิธีการทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้เพิ่มขึ้นอย่างไร¹⁷

IV. ข้อเสนอข้อมูลสำหรับผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในการพัฒนาข้อมูลเพื่อให้เกิดการคุ้มครองผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยอาจมีความแตกต่างจากที่ดำเนินการในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีระบบประกันสุขภาพเอกชนเป็นหลัก ในขณะที่ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพโดยรัฐเป็นหลัก รวมทั้งสถานบริการส่วนใหญ่ก็เป็นสถานบริการรัฐ อย่างไรก็ตามความจำเป็นในการนำระบบข้อมูลที่ให้กับประชาชนโดยตรงมาเป็นเครื่องมือในการสร้างความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพทำให้เกิดการใช้ประโยชน์จากระบบอย่างถูกต้อง เหมาะสม หรือเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้ให้บริการ กับผู้จัดการระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งเป็นมาตรการเสริมให้เกิดการกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการอีกทางหนึ่งด้วย ข้อมูลสำคัญได้แก่

1. ข้อมูลเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบประกันสุขภาพของประชาชน ได้แก่
 - ข้อมูลขั้นตอนการใช้สิทธิต่างๆการขอมีบัตร
 - ข้อมูลสิทธิประโยชน์
 - ขั้นตอนและวิธีการการร้องเรียนกรณีมีปัญหาในการรับบริการ หน่วยงานรับผิดชอบ และวิธีการเข้าถึงหน่วยงานดังกล่าว
2. ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเลือกหน่วยบริการประจำตัว ได้แก่
 - ข้อมูลพื้นฐานศักยภาพและความสามารถของโรงพยาบาล(Hospital profiles)
 - ข้อมูลบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล
 - ข้อมูลผลการตรวจสอบสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพสถานบริการ
 - ข้อมูลการร้องเรียนสถานพยาบาลและผลการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน
3. ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรับบริการสุขภาพ ได้แก่
 - ข้อมูลที่เป็นทางเลือกในการรับบริการเมื่อต้องตัดสินใจรับบริการสุขภาพหรือเมื่อเกิดข้อขัดแย้งในกาแก้ปัญหาสุขภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (Second Opinion)

นอกจากการสร้างข้อมูลที่เป็นสำหรับผู้มีสิทธิแล้ว จำเป็นต้องมีหน่วยงานที่หลากหลายขึ้นมาทำหน้าที่ให้ข้อมูลที่ เป็นกลาง เชื่อถือได้ และปลอดจากผลประโยชน์ทางธุรกิจ มาทำหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ

ภาคผนวก

“Consumer Assessment of Health Plan (CAHPS®)”¹

แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อเครือข่ายบริษัทประกันสุขภาพซึ่งได้รับการพัฒนามาจากผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบการดูแลคุณภาพบริการสุขภาพระดับชาติ โดยได้รับเงินทุนสนับสนุนจาก The Agency for Health Care Policy and Research ของสหรัฐอเมริกา ประเด็นคำถามได้แก่

1. ผู้มีสิทธิได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นหรือไม่? โดยไม่ต้องรอคิวยาวหรือไม่?
2. ผู้มีสิทธิสามารถได้รับบริการจากแพทย์ที่จำเป็นต้องได้รับยากง่ายเพียงไร?
3. ผู้มีสิทธิสามารถได้รับบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยากง่ายเพียงไร?
4. แพทย์ที่ให้บริการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีสิทธิมากนักน้อยเพียงไร?
5. แพทย์ที่ให้บริการอธิบายข้อมูลที่จำเป็นมากนักน้อยเท่าไร?
6. บุคลากรอื่นๆที่ให้บริการ เช่น เจ้าหน้าที่ในด้านธุรการในสำนักงาน แผนกบริการผู้มีสิทธิ (Customer Service Department) ให้บริการสุขภาพและเป็นประโยชน์ต่อการรับบริการมากนักน้อยเพียงไร?
7. กระบวนการทางเอกสารยุ่งยากเพียงไรในการรับบริการ?
8. ผู้มีสิทธิประเมินภาพรวมของบริการที่ได้รับ แพทย์ที่ให้การรักษา หรือสถานพยาบาลที่เลือกเป็นอย่างไร?

เอกสารอ้างอิง

1. Office of Personal Management. [cited 2004 Nov 23] 2002. Your guide to choosing quality health care. [Online]. Available from: URL:<http://www.opm.gov/insure/health/quality/qnthplan.htm>
2. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. [cited 2004 Dec 3] 2004. A commitment to the safety and quality of health care. [Online]. Available from: URL: <http://www.jcaho.org/general+public/index.htm>.
3. The National Committee for Quality Assurance. [cited 2004 Dec 3] 2004. NCQA: Health choices. [Online]. Available from: URL: <http://www.healthchoices.org/>
4. URAC Health Plan Accreditation [cited 2004 Dec 3] 2004. Quality Online Health Communities You Can Trust. [Online]. Available from: URL:[http://webapps.urac.org/websiteaccreditation/Portal/Consumer/](http://webapps.urac.org/websiteaccreditation/Portal/Consumer/Index.asp) Index.asp
5. Consumer Union, Kaiser Family Foundation. [cited 2004 Nov 25] 2003 Mar 1. A consumer guide to handling disputes with your employer or private health plan, 2003 update. [Online]. Available from: URL:<http://www.kff.org/consumerguide>.
6. Georgetown University Health Policy Institute. [cited 2004 Dec 3] 2004. Consumer Guides for getting and keeping health insurance. [Online]. Available from: URL:<http://www.healthinsuranceinfo.net/>
7. Karolinska Institute. [cited 2004 Dec 8] 2004 Nov 15. Ask the Doctor & Second Opinion Services. [Online]. Available from: URL:<http://www.mic.ki.se/Diseases/askdoc.html>
8. Office of Personal management, The Federal Government’s Human Resources Agency, USA. [cited 2004 Nov 23] 2004. Federal Employees Health Benefits Program. [Online]. Available from: URL:<http://www.opm.gov/insure/health/index.asp>
9. Office of Financial and Insurance Services, Michigan state, USA. [cited 2004 Nov 23] 2004. Consumer services. ®. [Online]. Available from: URL:[http://michigan.gov/cis/0,1607,7-154-10555_12902---](http://michigan.gov/cis/0,1607,7-154-10555_12902---_00.html) _00.html

10. Kaiser Permanente. [cited 2004 Nov 23] 2004. Welcome to Kaiser Permanente®. [Online]. Available from:
URL: <http://www.kaiserpermanente.org/>
11. Consultingroom.com™Ltd. [cited 2004 Nov 23] 2004. Welcome to the Consulting Room™. [Online]. Available
from: URL: <http://www.consultingroom.com/Aesthetics/HomePage.asp>.
12. Second Opinion Medical Information Services, Florida. [cited 2004 Nov 23] 2004 Aug 23. A Second Opinion
Medical An Information & Physician Verification Service. [Online]. Available from: URL:
<http://www.physicians-background.com/>
13. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General and The Health Care Financing
Administration's Office of Managed Care. [cited 2004 Nov 11] 2004. What Medicare Beneficiaries Need to know
About Health Maintenance Organizations (HMO) Arrangements: Know Your Rights [Online]. Available from:
URL: <http://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/mbab.html>
14. Minnesota Department of health. [cited 2004 Dec 3] 2004 Sep 14. HEDIS® Reports Homepage. [Online]. Available
from: URL: <http://www.health.state.mn.us/divs/hpsc/mcs/hedishome.htm>
15. State of Michigan, USA. [cited 2004 Dec 3] 2004. Complaint Center. [Online]. Available from: URL:
http://michigan.gov/som/0,1607,7-192-29942_32326_32328---,00.html.
16. Centre for information behavior and the evaluation of research, City University, UK. [cited 2004 Dec 8] 2004
March. Digital consumer health information and advisory services in the UK: a user evaluation and sourcebook
[Online] Available from: URL: <http://ciber.soi.city.ac.uk/Summary%20Report%20260404.pdf>
17. Consumer Health Informatics Working Group, American Medical Informatics Association. USA. [cited 2004, Dec
12] 2004 September. Overcoming Barriers to Provide Consumer Health Information [Online] Available from:
URL: <http://www.amia.org/meetings/archive/F01/CHI/fchi.html>

ผลการสำรวจการคุ้มครองสิทธิ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลในการสำรวจ

จากการสำรวจใน 21 จังหวัดครั้งนี้ มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 1,392 คน เป็นหญิงร้อยละ 57.3 เป็นชายร้อยละ 42.7 ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 60.2 สมรสแล้ว ร้อยละ 25.5 ยังไม่สมรส

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 30.1) มีอายุต่ำกว่า 30 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 22.5) กลุ่มอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 21.2) กลุ่มอายุระหว่าง 51-60 (ร้อยละ 13.6) และมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 12.7

จากผู้ให้ข้อมูลเรื่องราวได้ จำนวน 1321 คน ประมาณครึ่งหนึ่งตอบว่าตนมีรายได้ที่พอบ้างไม่พอบ้าง ส่วนอีกร้อยละ 31.5 ตอบว่าตนมีรายได้ไม่พอเพียง มีเพียงร้อยละ 18.5 เท่านั้นที่รู้สึกว่ามีรายได้ในระดับที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การประเมินระดับรายได้ของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายได้	ความถี่	ร้อยละ
ไม่พอเพียง	416	31.5
พอบ้างไม่พอบ้าง	660	50.0
พอเพียง	245	18.5
ทั้งหมด	1321	100.0

ด้านการศึกษา มีผู้ให้ข้อมูล 1380 คน ในจำนวนนี้ 454 คน หรือประมาณร้อยละ 33 มีพื้นฐานการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รองลงมาคือกลุ่มที่จบประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 24) มีผู้จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 15.4 จบมัธยมศึกษาประมาณร้อยละ 11 จบปริญญาตรีประมาณร้อยละ 5 มีผู้จบการศึกษามากกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 0.4 และมีผู้ไม่ได้เรียน ร้อยละ 4.8

2. สิทธิและประสบการณ์การใช้สิทธิการรักษาพยาบาล

ก่อนการมีหลักประกันสุขภาพนั้น ผู้ให้ข้อมูลประมาณร้อยละ 47 ไม่มีหลักประกันใดใด ในขณะที่ร้อยละ 23 เคยซื้อบัตรประกันสุขภาพราคา 500 บาทจากกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 17.4 มีบัตร สปร. ร้อยละ 3.6 เคยใช้บริการประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชน และร้อยละ 7.2 เป็นผู้ถือบัตรประกันสังคม นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่าประมาณร้อยละ 5 ของผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่ยังไม่มีบัตรประชาชน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ประเภทบัตรประกันสุขภาพที่มี

การประกันสุขภาพก่อนมีบัตรทอง	ร้อยละ
ไม่มี	46.9
บัตรสุขภาพ ซื้อจากกระทรวงสาธารณสุข	23
บัตร สปร	17.4
ประกันสังคม	7.2

ประกันเอกชน	3.6
อื่นๆ	1.9

เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด(ตารางที่ 3)พบว่า จังหวัดที่มีผู้ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ ก่อนการมีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพ มากที่สุดได้แก่ ปทุมธานี (ร้อยละ 88.1) สมุทรสาคร (ร้อยละ 78.8) และชัยภูมิ (ร้อยละ 78.8)

พะเยา (ร้อยละ 14.6) ชัยภูมิ (ร้อยละ 13.5) และตราด (ร้อยละ 12) เป็นจังหวัดที่มีผู้เคยใช้บริการจากบริษัทประกันของเอกชนมากที่สุด ในขณะที่ลำปาง (ร้อยละ 91.8) สระแก้ว (ร้อยละ 63.9) และศรีสะเกษ (ร้อยละ 60.4) มีผู้ถือบัตรสุขภาพที่ซื้อจากกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด

จังหวัดที่มีผู้เคยถือบัตรสปร. มากที่สุดได้แก่ สงขลา (ร้อยละ 51) ขอนแก่น (ร้อยละ 40.7) พะเยา (ร้อยละ 35.4) เป็นผู้ถือบัตรประกันสังคมมากที่สุดที่จังหวัดนนทบุรี (ร้อยละ 20) สงขลา (ร้อยละ 18.4) และระยอง (ร้อยละ 14.9)

ตารางที่ 3 การมีประกันสุขภาพก่อนมีบัตรทอง ในแต่ละจังหวัด (ร้อยละ)

จังหวัด	ไม่มีประกันสุขภาพ	ประกันเอกชน	บัตร สปร.	บัตรสุขภาพ	ประกันสังคม	อื่นๆ
ลำปาง	4.1	0	2	91.8	2	0
เชียงราย	54.7	1.9	16	21.7	5.7	0
เชียงใหม่	47.4	3.5	10.5	21.1	7	10.5
พะเยา	29.2	14.6	35.4	20.8	0	0
พิษณุโลก	31.9	2.1	23.4	21.3	12.8	8.5
มหาสารคาม	63.2	0	7.9	26.3	0	2.6
ขอนแก่น	35.2	1.9	40.7	10.2	12	0
ศรีสะเกษ	20.8	0	18.8	60.4	0	0
ชัยภูมิ	78.8	13.5	1.9	1.9	0	3.8
กรุงเทพ	66.5	5.2	18.4	4.2	5.7	0
นนทบุรี	53.3	8.9	11.1	4.4	20	2.2
ปทุมธานี	88.1	4.8	0	0	4.8	2.4
สมุทรสาคร	78.8	1.9	9.6	0	7.7	1.9
สมุทรสงคราม	30.5	1.7	10.2	50.8	3.4	3.4
ระยอง	66.0	2.1	6.4	10.6	14.9	0
สระแก้ว	4.9	0	21.3	63.9	9.8	0
ตราด	58.0	12	8	20	0	2
สุราษฎร์ธานี	58.8	2	3.9	29.4	5.9	0
สงขลา	10.2	0	51	20.4	18.4	0
สตูล	32.7	0	22.4	28.6	12.2	4.1
ตรัง	30.6	0	16.3	36.7	6.1	10.2

3. การรับรู้เรื่องสิทธิเกี่ยวกับบัตรทอง (บัตรประกันสุขภาพ)

อย่างไรก็ตามเมื่อถามถึงชนิดของบัตรทองที่มี ผู้ให้ข้อมูลประมาณร้อยละ 9 ไม่ทราบว่าบัตรทองที่ใช้อยู่เป็นชนิดใด และในทุกๆ สักคน มีหนึ่งคนที่ไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิอะไรบ้างจากการเป็นผู้ถือบัตรทอง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการประกันสุขภาพจากบัตรทองเท่านั้น มีเพียงประมาณร้อยละ 7 เท่านั้นที่มีสิทธิอื่นๆ นอกจากสิทธิตามบัตรทอง

4. เหตุผลหลักที่ผู้ให้ข้อมูลไปใช้บัตรดังกล่าว

เหตุผลหลักสามอันดับแรกที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูล ใช้บริการบัตรประกันสุขภาพของรัฐ คือการเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาท (ประมาณร้อยละ 75) ความสะดวกและระยะทางไปรับบริการ (ร้อยละ 47) และอันดับที่สามได้แก่ การบริการที่ดี (ร้อยละ 25.6) น่าสังเกตว่าเรื่องของคุณภาพการรักษานั้นมีผู้เลือกตอบเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด (ตารางที่ 4) พบว่า การจ่ายแค่ 30 บาทยังเป็นเหตุผลหลักในการไปใช้บริการตามสิทธิบัตรทองในทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดสระแก้วที่ผู้ให้บริการให้เหตุผลด้านความสะดวก มากกว่าด้านค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ระยอง (ร้อยละ 98) ลำปาง (ร้อยละ 96) และศรีสะเกษ (ร้อยละ 95.8) เป็นจังหวัดที่มีผู้เลือกเหตุผลด้านค่าใช้จ่ายมากที่สุด

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างจังหวัดพบว่า ในสามจังหวัดต่อไปนี้ได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 88) ศรีสะเกษ (ร้อยละ 33.3) และกรุงเทพฯ (ร้อยละ 29.7) มีผู้ใช้สิทธิดังกล่าวด้วยเหตุผลด้านคุณภาพการรักษามากที่สุด ในขณะที่ไม่มีผู้ให้ข้อมูลจากระยอง สุราษฎร์ธานี และสงขลาเลือกเหตุผลนี้เลย

ในขณะเดียวกัน จังหวัดที่มีผู้ใช้สิทธิบัตรทองเพราะพอใจกับการให้บริการเป็นสามอันดับแรกได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 90) สระแก้ว (ร้อยละ 62.3) และ ปทุมธานี (ร้อยละ 44.2) โดยจังหวัดระยอง สุราษฎร์ธานี และตรังอยู่ในสามอันดับสุดท้าย

เหตุผลด้านความสะดวกในการเดินทาง เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกมากที่สุดใน สระแก้ว (ร้อยละ 93.4) ลำปาง (ร้อยละ 92) และสุราษฎร์ธานี (ร้อยละ 72.5) ในขณะที่ปทุมธานีมีผู้เลือกข้อนี้น้อยที่สุด (ร้อยละ 9.3) รองจากตราด (ร้อยละ 22) และมหาสารคาม (ร้อยละ 23.7)

ตารางที่ 4 สรุปเหตุผลที่ใช้สิทธิบัตรทอง รายจังหวัด (ร้อยละ)

จังหวัด	จ่ายแค่ 30 บาท/ ฟรี	การเดินทางสะดวก/ใกล้	การให้บริการดี	คุณภาพการรักษาดี
ลำปาง	96	92	90	88
เชียงราย	60.6	45.7	31.5	25.2
เชียงใหม่	61.2	35.8	11.9	10.4
พะเยา	66	28.3	20.8	13.2
พิจิตร โลก	72.3	38.3	12.8	4.3
มหาสารคาม	92.1	23.7	21.1	15.8
ขอนแก่น	80.7	55	26.6	21.1
ศรีสะเกษ	95.8	50	33.3	33.3
ชัยภูมิ	94.4	40.7	9.3	9.3
กรุงเทพ	75.8	59.4	38.8	29.7
นนทบุรี	71.1	28.9	15.6	17.8
ปทุมธานี	44.2	9.3	44.2	2.3
สมุทรสาคร	82.7	40.4	19.2	9.6
สมุทรสงคราม	78	44.1	6.8	1.7
ระยอง	98	26.5	0	0
สระแก้ว	73.8	93.4	62.3	8.2
ตราด	90	22	12	6
สุราษฎร์ธานี	84.3	72.5	2	0
สงขลา	61.2	26.5	12.2	0
สตูล	58.8	52.9	13.7	2
ตรัง	65.3	40.8	2	2

5. ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

5.1 ภาระอื่นๆที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการ

- ค่าเดินทาง

ค่าเดินทางเฉลี่ยที่ผู้มาใช้บริการบัตรทองจ่ายได้แก่ 42.59 บาท (คิดจากจำนวนผู้ตอบ 960 คน) ทั้งนี้ร้อยละ 43.54 เป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่เกิน 30 บาท ร้อยละ 49.89 เสียค่าใช้จ่ายระหว่าง 31 ถึง 170 บาท และมีผู้ที่เสียค่าเดินทางมากกว่า 170 บาท (ค่าแรงรายวันขั้นต่ำ) ร้อยละ 6.56

- ค่าอาหาร

ค่าอาหารเฉลี่ยที่ผู้มาใช้บริการบัตรทองจ่ายได้แก่ 91.14 บาท (คิดจากจำนวนผู้ตอบ 820 คน)

โดยร้อยละ 20 จ่ายค่าอาหารไม่เกิน 30 บาท ในขณะที่ร้อยละ 69 จ่ายค่าอาหาร ระหว่าง 31 ถึง 170 บาท และร้อยละ 11 จ่ายค่าอาหาร มากกว่า 170 บาท

5.2 ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรับบริการจากสถานบริการ

ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (ผู้ตอบแบบสอบถามข้อนี้ จำนวน 765 คน) ที่ผู้มาใช้บริการบัตรประกันสุขภาพจ่ายได้แก่ 54.91 บาท โดยที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 85 จ่ายค่ารักษาพยาบาล 30 บาท ร้อยละ 1.04 จ่ายระหว่าง 31 ถึง 170 บาท และประมาณร้อยละ 4 เสียค่ารักษาพยาบาล มากกว่า 170 บาท

การรับรู้เกี่ยวกับรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ให้กับสถานบริการนอกเหนือจาก 30 บาทเป็นดังนี้ ร้อยละ 23.2 ไม่ทราบว่าเงินที่ตนจ่ายไปนั้นเป็นค่าใช้จ่ายอะไร ประมาณร้อยละ 62 จ่ายค่าธรรมเนียมปกติ ร้อยละ 3 จ่ายค่ารักษามากกว่าหนึ่งโรค ร้อยละ 4.8 จ่ายค่ายานออกบัญชียาหลักแห่งชาติ และ

ประมาณร้อยละ 13 ของผู้รับบริการ เห็นว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจาก 30 บาทนั้นเป็นภาระมาก ร้อยละ 54.3 เห็นว่าเป็นภาระเล็กน้อย และร้อยละ 32.8 เห็นว่าไม่เป็นภาระ

6. การใช้สิทธิรับบริการนอกเขต

ร้อยละ 19.2 ของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1232 คน เคยใช้สิทธิในสถานบริการที่ไม่ได้กำหนดในบัตร โดยจากจำนวนนี้ ร้อยละ 42.3 เคยใช้สิทธินอกเขต 1 ครั้ง ร้อยละ 25.5 เคยใช้สิทธินอกเขต 2 ครั้ง สาเหตุหลักที่ผู้ถือบัตรทองสามารถรับบริการในสถานบริการนอกเขตได้นั้น ได้แก่การที่ทางโรงพยาบาลยินยอมให้ใช้ (ร้อยละ 87.3) และการที่ตนเองยังใช้สิทธิดังกล่าวไม่เกิน 2 ครั้ง

ส่วนสาเหตุอันดับแรกที่ไม่สามารถใช้สิทธินอกเขตได้นั้น ได้แก่การที่ผู้ถือบัตรไม่ทราบว่าตนเองสามารถใช้ได้ (ร้อยละ 67.7) และร้อยละ 20.8 ไม่สามารถใช้ได้เพราะได้ใช้สิทธิดังกล่าวเกินกว่า 2 ครั้งต่อปีแล้ว

ในกรณีที่ไม่สามารถใช้สิทธินอกเขตได้ ร้อยละ 32.2 ของผู้ถือบัตรพึ่งบริการจากร้านขายยา ร้อยละ 31.2 ใช้สถานบริการอื่นแล้วจ่ายเงินเอง ร้อยละ 11 ขอรับการสงเคราะห์จากโรงพยาบาลนั้นๆ และร้อยละ 20.3 ร้องเรียนไปยังศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์

เมื่อพิจารณาการใช้สถานพยาบาลที่ไม่ได้กำหนดในบัตร แยกตามจังหวัด (ตารางที่ 5) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัด สมุทรสงคราม เป็นกลุ่มที่เคยใช้สิทธินอกเขตมากที่สุด (ร้อยละ 90.9) รองลงมาได้แก่ ปทุมธานี (ร้อยละ 75) ตรัง (ร้อยละ 36) และพิษณุโลก (ร้อยละ 35.7)

ตารางที่ 5 การใช้สถานพยาบาลที่ไม่ได้กำหนดในบัตร แยกตามจังหวัด

จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ
ลำปาง	0	ปทุมธานี	75
เชียงราย	17.5	สมุทรสาคร	19.6
เชียงใหม่	16.9	สมุทรสงคราม	90.9
พะเยา	5.8	ระยอง	4.2
พิษณุโลก	35.7	สระแก้ว	8.5
มหาสารคาม	3.3	ตราด	6
ขอนแก่น	12.5	สุราษฎร์ธานี	12.5
ศรีสะเกษ	11.4	สงขลา	6.7
ชัยภูมิ	7.7	สตูล	24.4
กรุงเทพฯ	16.6	ตรัง	36
นนทบุรี	39		

7. ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลมีความพอใจมากที่สุดสามอันดับ ได้แก่ เรื่องของ สถานที่และสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ (ร้อยละ 80) รองลงมาได้แก่การให้บริการในกรณีเจ็บป่วยทั่วไป (ร้อยละ 71.6) และการแสดงออกในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 66.1) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในเรื่องของช่วงเวลาปิด/เปิด และระเบียบ ขั้นตอนการให้บริการกรณีเจ็บป่วยทั่วไป (ร้อยละ 61.9 เท่ากัน)

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลไม่พอใจมากที่สุดได้แก่ ระยะเวลารอ (ร้อยละ 30.8) การให้บริการนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 27.8) และระเบียบขั้นตอนการให้บริการในกรณีเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 20.6) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ตารางแสดงความพึงพอใจต่อการรับบริการ (ร้อยละ)

ความพึงพอใจ	พอใจ	ไม่พอใจ	เฉยๆ
การแสดงออกในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	66.1	14.3	19.6
สถานที่ สิ่งแวดล้อม	79.9	5.7	14.3
ระยะเวลาในการรอรับบริการ	52.5	30.8	16.7
เวลา ปิด / เปิด ให้บริการ	61.9	16.7	21.5
บริการที่ได้รับเมื่อใช้บัตรทองในกรณีเจ็บป่วยทั่วไป	71.6	13.6	14.8
ระเบียบ ขั้นตอน การให้บริการเมื่อใช้บัตรทอง	61.9	20.6	17.4
ในกรณีเจ็บป่วยทั่วไป			
บริการที่ได้รับเมื่อใช้บัตรทอง	49.6	27.8	22.7
ในกรณีเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ			
ระเบียบ ขั้นตอน การให้บริการเมื่อใช้บัตรทอง	49.8	26.8	23.5
ในกรณีเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ			

เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีอัตราความพึงพอใจสูงที่สุดในเรื่องการแสดง ออกของเจ้าหน้าที่ได้แก่ พิษณุโลก (ร้อยละ 87.2) ศิริสะเกษ (ร้อยละ 83.3) ลำปาง (ร้อยละ 82) ในขณะที่จังหวัดที่มีความพอใจต่ำสุดคือ สมุทรสงคราม (ร้อยละ 50) สระแก้ว (ร้อยละ 52.5) และตรัง (ร้อยละ 52.3)

ในด้านสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้น จังหวัดที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากที่สุดได้แก่ สระแก้ว (ร้อยละ 98.4) ลำปาง (ร้อยละ 96) และศิริสะเกษ (ร้อยละ 95.8) ส่วนจังหวัดที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดได้แก่ นนทบุรี (ร้อยละ 46.5) มหาสารคาม (ร้อยละ 54.1) และชัยภูมิ (ร้อยละ 63.5)

จังหวัดที่มีผู้พึงพอใจกับระยะเวลาในการรอมากที่สุดได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 86) ศิริสะเกษ (ร้อยละ 79.2) และ ปทุมธานี (ร้อยละ 79.1) ในขณะที่สมุทรสงคราม (ร้อยละ 14.3) ชัยภูมิ (ร้อยละ 18.9) และมหาสารคาม (ร้อยละ 23.7) เป็นสามจังหวัดที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

จังหวัดที่มีอัตราความพึงพอใจสูงที่สุดในเรื่องช่วงเวลาในการปิด/ เปิด ของสถานพยาบาลได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 96) ศิริสะเกษ (ร้อยละ 93.8) และสระแก้ว (ร้อยละ 91.8) ในขณะที่จังหวัดที่มีความพอใจในเรื่องนี้ต่ำที่สุดได้แก่ ชัยภูมิ (ร้อยละ 18.9) มหาสารคาม (ร้อยละ 26.3) และระยอง (ร้อยละ 38.8)

จังหวัดที่ผู้ใช้บริการบ่งชี้ว่าคุณภาพรู้สึกพอใจในบริการ กรณีเจ็บป่วยทั่วไปมากที่สุดสามจังหวัดได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 98) ศิริสะเกษ (ร้อยละ 93.8) และระยอง (ร้อยละ 85.4) ส่วนจังหวัดที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ชัยภูมิ (ร้อยละ 91.8) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 54.5) และนนทบุรี (ร้อยละ 56.1)

เมื่อพิจารณาด้านความพึงพอใจต่อระเบียบ ขั้นตอนต่างๆ ในการขอรับบริการพบว่าความพึงพอใจสูงสุดอยู่ที่ จังหวัด ลำปาง (ร้อยละ 96) ปทุมธานี (ร้อยละ 90.7) และ ศิริสะเกษ (ร้อยละ 89.4) และความพึงพอใจต่ำสุดอยู่ที่ ชัยภูมิ (ร้อยละ 19.2) มหาสารคาม (ร้อยละ 24.3) และนนทบุรี (ร้อยละ 34.9)

จังหวัดที่ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อการให้บริการที่ได้รับกรณีเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ มากที่สุดสามอันดับแรกได้แก่ ปทุมธานี (ร้อยละ 90.7) ลำปาง (ร้อยละ 85.7) และ ศิริสะเกษ (ร้อยละ 85.1) ส่วนจังหวัดที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุดได้แก่ ระยอง (ร้อยละ 14.6) ชัยภูมิ (ร้อยละ 17) และสระแก้ว (ร้อยละ 20)

ส่วนในด้านของระเบียบ ขั้นตอนในการขอรับบริการเมื่อเจ็บป่วยนอกเวลาราชการนั้น จังหวัดที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากที่สุดได้แก่ ปทุมธานี (ร้อยละ 93) ศิริสะเกษ (ร้อยละ 89.4) และลำปาง (ร้อยละ 83.7) จังหวัดที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดได้แก่ ระยอง (ร้อยละ 18.8) นนทบุรี (ร้อยละ 27.9) และสระแก้ว (ร้อยละ 28.8) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ตารางแสดงความพึงพอใจต่อการรับบริการแยกตามจังหวัด (ร้อยละ)

จังหวัด	การแสดงออก ของเจ้าหน้าที่	สถานที่ สิ่งแวดล้อม	ระยะเวลาที่รอรับ บริการ	เวลาปิด เปิด
ลำปาง	82	96	86	96
เชียงราย	61.6	76	44.3	77.7
เชียงใหม่	58.2	76.1	40.9	73.7
พะเยา	67.9	81.1	50.9	82.4
พิษณุโลก	87.2	71.1	76.1	61.7
มหาสารคาม	55.3	54.1	23.7	26.3
ขอนแก่น	73.6	81.1	68.2	58.9
ศรีสะเกษ	83.3	95.8	79.2	93.8
ชัยภูมิ	56.6	63.5	18.9	18.9
กรุงเทพ	76.1	87.2	62.4	39
นนทบุรี	53.5	46.5	55.8	47.6
ปทุมธานี	73.8	81.4	79.1	88.4
สมุทรสาคร	68.6	74	51	64.7
สมุทรสงคราม	50	91.1	14.3	75
ระยอง	66.7	85.4	41.7	38.8
สระแก้ว	52.5	98.4	31.1	91.8
ตราด	72	80	68	46
สุราษฎร์ธานี	54.9	70.6	49	64.7
สงขลา	55.1	77.6	51	57.1
สตูล	67.3	82.6	51.1	67.4
ตรัง	52.3	81.8	47.7	76.7

ตารางที่ 7 ตารางแสดงความพึงพอใจต่อการรับบริการแยกตามจังหวัด (ร้อยละ) (ต่อ)

จังหวัด	บริการ กรณี เจ็บป่วยทั่วไป	ระเบียบ ขั้นตอนกรณี เจ็บป่วยทั่วไป	บริการ กรณีเจ็บป่วย นอกเวลา	ระเบียบ ขั้นตอน กรณี เจ็บป่วยนอกเวลา
ลำปาง	98	96	85.7	83.7
เชียงราย	76.8	68	59.8	58.6
เชียงใหม่	76.4	61.8	57.1	58.9
พะเยา	68.6	60.8	58.8	56.9
พิจิตร	72.3	59.6	53.2	57.4
มหาสารคาม	63.2	24.3	28.9	28.9
ขอนแก่น	78.1	68.3	58.7	51
ศรีสะเกษ	93.8	89.4	85.1	89.4
ชัยภูมิ	53.8	19.2	17	30.2
กรุงเทพ	72.7	63.7	43	41
นนทบุรี	56.1	34.9	25.6	27.9
ปทุมธานี	81	95.2	90.7	93
สมุทรสาคร	58.8	66.7	46.9	46.9
สมุทรสงคราม	54.5	38.9	43.4	39.6
ระยอง	85.4	66.7	14.6	18.8
สระแก้ว	66.7	58.3	20	28.8
ตราด	80	64	42	38
สุราษฎร์ธานี	62.5	60	52	50
สงขลา	59.2	51	53.1	53.1
สตูล	75.6	68.9	58.1	55.8
ตรัง	54.5	65.1	58.1	59.5

8. ความเห็นต่อหน่วยบริการที่ตนเองได้ลงทะเบียนใช้สิทธิ

ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 14.5 เห็นว่าการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการที่กำหนด ยังไม่สะดวก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ใช้บริการในจังหวัดชัยภูมิ สงขลา และนนทบุรี ซึ่งมีผู้ใช้บริการที่เห็นว่าตนเองสามารถเดินทางได้สะดวกเพียงร้อยละ 51.9 ร้อยละ 55.1 และ ร้อยละ 55.8 ตามลำดับ)

ในภาพรวม ร้อยละ 22.6 เห็นว่าการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการที่รับส่งต่อนั้นยังไม่สะดวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของจังหวัดสมุทรสงคราม สมุทรสาคร และ สงขลา ที่มีผู้เห็นด้วยว่าการเดินทางไปยังสถานบริการที่ส่งต่อสะดวกเพียงร้อยละ 15.4 ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 56.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.8) ยังเห็นว่า ตนเองควรจะารู้ล่วงหน้าตั้งแต่ได้รับบัตรว่าจะถูกส่งไปที่ใด ในกรณีที่เจ็บป่วยรุนแรงและต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่าสถานพยาบาลที่ระบุในบัตร

ตารางที่ 8 การประเมินของผู้ตอบแบบสอบถามถึงความสะดวกในการเดินทาง

จังหวัด	เดินทางจากบ้านไป สถานพยาบาลสะดวก	เดินทางจากบ้านไป สถานพยาบาลที่ส่งต่อสะดวก	ได้รู้ล่วงหน้าว่าจะถูกส่งต่อไป ที่ใด กรณีเจ็บป่วยรุนแรง
ลำปาง	98	100	100
เชียงราย	82.7	77.6	92.8
เชียงใหม่	91.1	62.5	89.1
พะเยา	98	98	100
พิจิตรโลก	91.3	82.6	83
มหาสารคาม	78.4	83.3	86.5
ขอนแก่น	89.7	81.3	92.5
ศรีสะเกษ	95.8	87.5	87.5
ชัยภูมิ	51.9	76.9	84.6
กรุงเทพ	88.4	77.9	91.2
นนทบุรี	55.8	44.2	76.7
ปทุมธานี	92.9	95	92.5
สมุทรสาคร	80.4	55.6	90.2
สมุทรสงคราม	75.5	15.4	61.5
ระยอง	93.8	100	95.8
สระแก้ว	98.3	94.9	91.5
ตราด	92	88	98
สุราษฎร์ธานี	94.1	88.2	90
สงขลา	55.1	56.3	83.7
สตูล	88.6	74.4	86
ตรัง	90.7	85	97.7

9. ความเชื่อมั่นต่อบริการที่ได้รับเมื่อใช้สิทธิบัตรทอง

โดยภาพรวมแล้วผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพเกิน ร้อยละ 50 ในทุกๆด้าน ยกเว้นความเชื่อมั่นว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพเมื่อใช้บัตรทองในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือการได้รับการบริการเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่ไปโรงพยาบาลด้วยตนเองได้ และผู้มีบัตรทองจำนวนเกินครึ่งยังไม่แน่ใจว่าตนเองจะได้รับยา ถ้ายานั้นมีราคาแพง หรือจะได้รับการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ออกค่าใช้จ่ายเอง (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงความเชื่อมั่นต่อบริการที่จะได้รับ (ร้อยละ)

ความเชื่อมั่น	มั่นใจ	ไม่มั่นใจ
มีการให้บริการวัคซีนแก่เด็กทุกคนอย่างครบถ้วน	80	20
มีการสนับสนุนให้ชาวบ้านทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	78.1	21.9
มีการให้บริการวางแผนครอบครัวอย่างทั่วถึง	75.8	24.2
จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ	60.8	39.2
จะได้รับการตรวจและรักษาโรคเกี่ยวกับช่องปากและฟันอย่างเหมาะสม	60.4	39.6
จะใช้บัตรทองเมื่อป่วยฉุกเฉิน หรือได้รับอุบัติเหตุ	57	43
ได้รับการส่งต่อตามความจำเป็นและความสะดวกของผู้ป่วยและญาติ	55.5	44.5
เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการขั้นสูงที่เหมาะสม	55.2	44.8
จะได้รับยามากพอที่จะไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย	53.1	46.9
เมื่ออยู่รอดต่อจังหวัด ได้รับการส่งต่อข้ามเขตจังหวัด	52.6	47.4
จะได้รับรักษาแม้ค่ารักษาพยาบาลสูง	51.7	48.3
จะได้รับยาดีมีคุณภาพ	50.6	49.4
เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินและใช้บัตรทองจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ	48.4	51.6
มีบริการเยี่ยมบ้านคนที่ต้องการบริการแต่ไปโรงพยาบาลไม่ได้	47.6	52.4
จะได้รับบริการดีเหมือนคนที่จ่ายเงินเอง	42.1	57.9
จะได้รับยาเมื่อเจ็บป่วย แม้ยานั้นมีราคาแพง	41.6	58.4

10. ระบบร้องทุกข์สำหรับประชาชน

ในเรื่องเกี่ยวกับระบบร้องทุกข์สำหรับประชาชนนั้น ร้อยละ 64 ของผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่าจะร้องทุกข์ได้ที่ใดบ้าง ร้อยละ 15.4 ทราบว่าต้องร้องทุกข์ที่สถานพยาบาลที่ใช้บริการอยู่ ร้อยละ 11.9 ทราบว่าสามารถร้องทุกข์ได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 4.5 ทราบว่าต้องร้องไปที่กระทรวงสาธารณสุข ส่วนสถานที่อื่นๆที่ผู้ให้ข้อมูลเคยใช้บริการร้องทุกข์ คือสายด่วน 1330 ผู้นำชุมชน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ในพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 3.7 เคยร้องทุกข์ที่โรงพยาบาล โดยเรื่องที่เคยร้องทุกข์ได้แก่

- หมายเลขบัตรไม่ตรงกัน
- กองทุนช่วยเหลือ
- ความผิดพลาดในการตัดสินใจ
- การทำงานของพยาบาล
- ได้บัตรทองซ้ำ
- การส่งต่อข้ามจังหวัด

ในด้านความพึงพอใจต่อการร้องทุกข์ที่สถานพยาบาลนั้น ร้อยละ 14.3 พอใจ ร้อยละ 10.3 ไม่พอใจ ร้อยละ 7.4 รู้สึกเฉยๆ ร้อยละ 68 ไม่มีความเห็น

11. การได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความเสียหายจากการได้รับบริการ

การรับรู้เรื่องความช่วยเหลือเบื้องต้นที่พึงได้รับ

มีผู้ให้ข้อมูลถึงร้อยละ 77.7 ที่ไม่ทราบว่าตนเองสามารถได้รับการช่วยเหลือเยียวยาตามที่กฎหมายกำหนด ในกรณีที่เกิดความเสียหายจากการรับบริการ

ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.8) ยังไม่เคยได้รับความเสียหายจากการรับบริการ ร้อยละ 3.2 เคยได้รับความเสียหาย และมีผู้ที่เคยขอรับการช่วยเหลือร้อยละ 1.7 ผลจากการขอรับบริการช่วยเหลือนี้ ร้อยละ 38.5 ไม่พอใจกับการให้บริการ ร้อยละ 61.5 พอใจ โดยสาเหตุของความไม่พอใจได้แก่ ความล่าช้าในการช่วยเหลือ (ร้อยละ 51.2) การไม่ดำเนินการใดๆ (ร้อยละ 27.8) และ การตัดสินใจผิด (ร้อยละ 8.8)

อภิปรายสรุป

ประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้บริการหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ด้วยเหตุผลด้านค่าใช้จ่ายเป็นหลัก ส่วนภาระค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่าธรรมเนียม 30 บาท นั้นส่วนใหญ่ยังเห็นว่าเป็นภาระน้อยหรือไม่เป็นภาระ

แต่ในขณะเดียวกันมีประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่มั่นใจว่าจะได้รับการบริการทางการแพทย์ และยาที่มีคุณภาพทัดเทียมกับระบบอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือในกรณีที่ต้องรักษาด้วยยาที่มีราคาแพง

สิ่งที่ต้องปรับปรุงในส่วนของผู้ให้บริการได้แก่ คุณภาพการรักษา และการให้บริการ เวลาในการรอรับการรักษายาบาล การให้บริการและระเบียบขั้นตอนในกรณีเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ และเนื่องจากจุดอ่อนของผู้รับบริการ คือ การรับรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับสิทธิในการได้รับการบริการ สิทธิในการร้องทุกข์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างช่องทางรูปแบบ ที่หลากหลายในการสื่อสารข้อมูลให้ประชาชนทราบ เพื่อสร้างการรับรู้ และความมั่นใจ ในระบบประกันสุขภาพ ในการศึกษาได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนโดยตรงด้วย โดยใช้แบบสำรวจสอบถามประชาชนที่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน 21 จังหวัด มีผู้ให้ข้อมูล 1,392 คน เป็นหญิงร้อยละ 57.3 เป็นชายร้อยละ 42.7 ผู้ให้ข้อมูลมากกว่าร้อยละ 52.6 อายุต่ำกว่า 40 ปี ระดับเศรษฐฐานะอยู่ในระดับต่ำ โดยเป็นกลุ่มคนที่มีรายได้ไม่พอเพียงร้อยละ 31.5 มีรายได้พอบ้างไม่พอบ้างร้อยละ 50.5 และพอเพียงเพียงร้อยละ 18.5 ด้านการศึกษามากกว่าครึ่งคือร้อยละ 61.7 เรียนจบป.6 หรือต่ำกว่าหรือไม่ได้เรียน สถานะก่อนการมีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 46.9 ไม่มีหลักประกันใดใด ร้อยละ 17.4 มีบัตร สปร. ร้อยละ 23.0 ซื้อบัตรประกันราคา 500บาท ร้อยละ 3.6 ซื้อประกันเอกชน และร้อยละ 7.2 มีประกันสังคม การรับรู้เรื่องสิทธิเกี่ยวกับบัตรทอง(บัตรประกันสุขภาพ) มีร้อยละ 8.5 ไม่รู้ว่าเป็นบัตรทองชนิดใด และร้อยละ 25.0 ไม่รู้ว่ามีสิทธิอะไรบ้างในบัตรทอง แต่เหตุผลที่ไปใช้บัตรทองคือ ร้อยละ 74.9 เพราะจ่ายแค่ 30 บาท ร้อยละ 47 เพราะความสะดวกระยะทางไปรับบริการ ร้อยละ 25.6 เพราะบริการดี และร้อยละ 17.0 เพราะคุณภาพการรักษาดี

ภาระอื่นๆที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการ คือค่าเดินทาง จากจำนวนผู้ให้ข้อมูล 960 คน ค่าเดินทางเฉลี่ย 51.25 บาท ค่าอาหารเฉลี่ย 94.8 บาท ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรับบริการจากสถานบริการส่วนใหญ่จ่าย 30 บาทคิดเป็นร้อยละ 84.8 ทั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดว่าค่าใช้จ่ายที่ให้กับสถานบริการคือ ร้อยละ 23.2 ไม่ทราบ ร้อยละ 62.1 เป็นค่าธรรมเนียมปกติ ร้อยละ 3.0 เป็นค่ารักษามากกว่าหนึ่งโรค ร้อยละ 4.8 เป็นค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ความเห็นต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ร้อยละ 9.1 เห็นว่าเป็นภาระมาก ร้อยละ 38.1 เห็นว่าเป็นภาระเล็กน้อย ร้อยละ 23.0 เห็นว่าไม่เป็นภาระ

การใช้สิทธิรับบริการนอกเขตมีจำนวนร้อยละ 15 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเคยใช้สิทธินอกเขต จากจำนวนนี้ ร้อยละ 42.3 ใช้สิทธินอกเขต 1 ครั้ง ร้อยละ 25.5 เคยใช้สิทธินอกเขต 2 ครั้ง หากใช้สิทธินอกเขตไม่ได้ ร้อยละ 32.2 ไปซื้อยาร้านยาแทนร้อยละ 31.2 ไปใช้สถานบริการอื่นแล้วจ่ายเงินเอง ร้อยละ 11.0 ขอรับการสงเคราะห์จากโรงพยาบาลนั้นๆ และร้อยละ 20.3 ได้ร้องเรียนไปยังศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 พอใจต่อการให้บริการในด้านการแสดงออกของเจ้าหน้าที่ สถานที่ เวลาเปิดปิด ระเบียบขั้นตอนการให้บริการ ส่วนบริการที่พบว่าประชาชนพึงพอใจน้อยได้แก่ การต้องคอยรับบริการนาน และการไปรับบริการนอกเวลา

ประชาชนมากกว่าร้อยละ 75 ให้ความเห็นว่าในด้านการเดินทางไปรับบริการ ณ หน่วยบริการที่กำหนด หรือ หน่วยบริการที่ส่งต่อค่อนข้างสะดวก

สำหรับระดับความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ แม้ว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 เชื่อมั่นว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ แต่ก็พบว่ายังมีสัดส่วนประชาชนค่อนข้างสูงที่ไม่เชื่อมั่นในเรื่องคุณภาพบริการ (ร้อยละ 39.2) ไม่เชื่อมั่นว่าจะได้รับยาที่เหมาะสมถ้าจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีค่ารักษาสูงๆ (ร้อยละ 48.3) หรือต้องใช้ยาราคาแพง (ร้อยละ 58.4) ไม่เชื่อมั่นว่าจะได้รับบริการดีเหมือนคนที่จ่ายเงินเอง (ร้อยละ 57.9) หรือไม่เชื่อมั่นว่าเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินจะได้รับการรักษาที่ดี (ร้อยละ 51.6) ไม่เชื่อมั่นว่าจะได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม (ร้อยละ 44.8)

สำหรับความรู้เกี่ยวกับระบบร้องทุกข์สำหรับประชาชนนั้น ประชาชนร้อยละ 64 ไม่รู้ว่าต้องไปร้องทุกข์ที่ไหน ร้อยละ 15.4 รู้ว่าสามารถร้องทุกข์ที่สถานพยาบาลที่ใช้บริการอยู่ ร้อยละ 11.9 รู้ว่าร้องไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 4.5 รู้ว่าร้องทุกข์ไปที่กระทรวงสาธารณสุข โดยที่ประชาชนที่เคยใช้บริการร้องทุกข์ ทำการร้องทุกข์ผ่านไปยังสายด่วน 1330 ผู้นำชุมชน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ในพื้นที่ เรื่องที่เคยร้องทุกข์ได้แก่ ปัญหาการขึ้นทะเบียนบัตร เช่น หมายเลขบัตรไม่ตรงกัน การได้บัตรทองซ้ำ ปัญหาการรับบริการเช่น ความผิดพลาดในการตัดสินใจ การทำงานของพยาบาล การส่งต่อข้ามจังหวัด เป็นต้น หรือการขอข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนช่วยเหลือกรณีประสบปัญหาจากการรับบริการ

ในเรื่องเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดจากการบริการ ซึ่งสามารถได้รับการช่วยเหลือเยียวยาตามที่กฎหมายกำหนด ประชาชนร้อยละ 77.7 ไม่มีความรู้เรื่องนี้เลย ร้อยละ 22.3 ที่รู้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.8 ยังไม่เคยได้รับความเสียหายจากการบริการ ร้อยละ 3.2 เคยได้รับความเสียหาย มีผู้ที่เคยขอรับการช่วยเหลือร้อยละ 1.7 ผลจากการขอรับบริการช่วยเหลือนี้ ร้อยละ 38.5 ไม่พอใจ การให้บริการ ร้อยละ 61.5 พอใจ เรื่องที่ไม่พอใจ คือความล่าช้าในการช่วยเหลือ ร้อยละ 51.2 การตัดสินใจไม่ยุติธรรม ร้อยละ 8.8 ไม่มีการดำเนินการใดๆ ร้อยละ 27.8

ผลสรุปข้อคิดเห็นต่อรายงานการวิจัย เรื่องระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพไทย

ในการให้ข้อคิดเห็นต่อร่างผลรายงานการวิจัยฯ ผู้วิจัยได้จัดส่งร่างรายงานวิจัยฯ ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหมด 76 ท่าน แบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดต่างๆ 44 จังหวัด
รวมกรุงเทพมหานคร (จังหวัดที่เหลือไม่สามารถหารายชื่อได้) จำนวน 64 ท่าน
2. ผู้แทนผู้ประกันตนในคณะกรรมการประกันสังคม 5 ท่าน
3. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม 1 ท่าน
4. ผู้แทนกรมบัญชีกลาง 1 ท่าน
5. นักวิชาการ 5 ท่าน

โดยจัดส่งร่างรายงานฯ ไปทางไปรษณีย์เพื่อให้ข้อคิดเห็นตามแบบฟอร์มที่กำหนด และตอบกลับมาภายในเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้ตอบสามารถส่งความเห็นกลับมาทางไปรษณีย์ โทรสาร และทางอีเมลล์

ผลการตอบกลับพบว่า มีผู้ตอบกลับ 33 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 43.4 สรุปข้อคิดเห็นได้ดังนี้

1. อุปสรรคที่เกิดขึ้นกับประชาชนในระบบประกันสุขภาพ

1.1 กลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงระบบประกันสุขภาพ

- ครอบครัวผู้ใช้แรงงานที่เข้ามาในพื้นที่ ไม่สามารถเข้าถึงระบบนี้ได้ เพราะขาดการให้ข้อมูลในการย้ายสิทธิและเจ้าหน้าที่ไม่เน้นการค้นหาคนกลุ่มนี้ ไม่มีการสร้างระบบการให้ข้อมูลต่อผู้มีสิทธิ

1.2 กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับบริการจริงตามชุดสิทธิประโยชน์

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- เด็กที่มารดาติดเชื้อไม่ได้รับการตรวจ PCR เพื่อหาเชื้อ เพราะผู้ปกครองไม่ยอมพามาตรวจเนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ เองเช่นค่ารถ ค่าอาหาร ค่าคนพามา เป็นต้น
- ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับสิทธิบริการการแพทย์อย่างสะดวกและรวดเร็วเท่าที่ควรทั้งที่มี พรบ. ผู้สูงอายุ 2546 ประกาศใช้แล้ว
- นักเรียนในโครงการ 30 บาทไม่สามารถใช้สิทธิต่างจังหวัดได้
- ไม่สามารถใช้สิทธิที่สถานบริการอื่นในจังหวัด
- เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปไม่สามารถไปใช้บริการในวันเสาร์ อาทิตย์
- ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย ต้องไปรับใบส่งต่อที่สอ. และรพช. ก่อน จะมีปัญหามากในกรณีคนไข้ป่วยหนัก
- ผู้ให้บริการหลักเกี่ยวกับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์
- ภาคเอกชนไม่ได้ทำงานเชิงรุก
- ไม่ครอบคลุมการรักษาทุกโรค
- ไม่สามารถเลือกหน่วยบริการได้

ระบบประกันสังคม

- โรงงานบางแห่ง ยังคงมีการที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจ (นายจ้าง ฝ่ายบุคคลหรือฝ่ายจัดการ) เลือกสถาน
- บริการแทนผู้ประกันตน โดยไม่ให้ข้อมูลใด เป็นการตกลงโดยตรงกับสถานพยาบาล และโรงงาน
- สถานพยาบาล(บางแห่ง)ที่รับผู้ประกันตนให้การบริการที่ไม่ได้มาตรฐานตามสิทธิ
- นายจ้างพยายามให้ผู้ประกันตนไปใช้สิทธิตามโครงการประกันสังคมต่างๆที่เจ็บป่วยจากการทำงาน ต้องไปใช้เงินกองทุนเงินทดแทน

ระบบสวัสดิการข้าราชการ

- ผู้ใช้บริการไม่สามารถตรวจสอบการวางแผนการรักษาและการใช้เวชภัณฑ์ กับผู้ป่วย
- อัตราค่าบริการต่างๆไม่มีการเปิดเผย
- กรณีขอเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากการใช้ห้องพิเศษ ไม่มีเกณฑ์มาตรฐานใดอ้างอิง (เป็นเหมือนกันทั่วประเทศ)

1.3 ระบบฐานข้อมูลในระบบประกันสุขภาพ

- ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับประชาชนระดับอำเภอโดยเฉพาะในอำเภอที่ห่างไกล
- ข้อมูลที่ต้องการคือ ข้อมูลสิทธิประโยชน์ วิธีการร้องเรียนเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาใคร

1.4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบประกันสุขภาพ

- อนุกรรมการระดับจังหวัดยังไม่มีส่วนร่วมมากนักในการวางแผนดำเนินการระบบประกันสุขภาพในจังหวัด ทำหน้าที่เพียงรับทราบและอนุมัติโครงการ(กรรมการทรายาง)
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการรับผิดชอบการแก้ปัญหาของท้องถิ่น
- ประชาชนยังมีส่วนร่วมในการเป็นกรรมการชุดต่างๆน้อย

1.5 อื่นๆ

1.5.1 ปัญหาการให้บริการในระบบประกัน

- มีการเปรียบเทียบการประเมิน มาตรฐานหน่วยบริการหลัก และหน่วยบริการระดับ PCU ทำให้คุณภาพการบริการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยผู้รับบริการไม่รู้ในข้อนี้
- สถานบริการเอกชนในโครงการจุ่มบอเล็กไม่ให้บริการ/ โรงพยาบาลเอกชนให้บริการคนไข้ จนค่าใช้จ่ายเต็มสิทธิที่สามารถเบิกได้และไล่ให้คนไข้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลรัฐ
- โรงพยาบาลประจำจังหวัดมีผู้ใช้บริการหนาแน่น คิวรอนาน/ บุคลากรไม่เพียงพอ/ แพทย์ไม่มาตามเวลา ราชการ/ แพทย์เปิดคลินิกกันมาก (ข้อมูล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ บางที่รอไม่ไหว ไปหาหมอที่ดีกว่า)
- บางพื้นที่ในเขตอำเภอห่างไกลจากจังหวัดไม่มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ
- การให้บริการที่แตกต่างระหว่างคนไข้สวัสดิการราชการและโครงการ 30 บาท: การแยกการตรวจ, ยาที่ใช้
- แพทย์ในชนบทมีศักยภาพต่ำวินิจฉัยผิดพลาด/ บุคลากรคนเดียวกันให้บริการสองมาตรฐานขณะอยู่ในคลินิก-โรงพยาบาลเอกชน-โรงพยาบาลรัฐ/ บุคลากรไม่มีมนุษยสัมพันธ์ / ไม่มีความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพดีเท่าที่ควร จึงปฏิบัติต่อประชาชนเหมือนเดิมต่างๆที่ พรบ.๓๐ออกมาตั้งแต่ปี 2545
- สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลต่างอำเภอมีมาตรฐานแตกต่างกัน
- มียาจำเป็นน้อยหรือไม่มียาในสถานีอนามัย / มียาหมดอายุ ยาค่ากว่ามาตรฐาน / ให้น้อย ทำให้ต้องเดินทางมารักษาบ่อยครั้ง
- สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทำให้การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ขาดการแนะนำข้อมูลหลักประกันสุขภาพ/ ภาระการดูแลประชาชน(ความเสี่ยงจากการถูกทำร้ายและความเครียด)
- เอกสารหลักฐานในการเข้ารับบริการบางครั้งมีความยุ่งยาก

- มีการละเมิดสิทธิคนไข้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยไม่ปกปิดความลับของคนไข้

1.5.2 ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจของประชาชน

- ประชาชนในชนบทขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพทำให้ไม่รู้สิทธิของตนเอง
- ไม่มีศูนย์ให้คำปรึกษาแก้ปัญหาในระดับอำเภอ
- ไม่มีข้อมูลกระบวนการร้องเรียน / ไม่กล้าร้องเรียนจากอุปสรรคด้านภาษาและหวาดกลัวการถูกถามรายละเอียด

1.5.3 ปัญหาการขึ้นทะเบียน – การใช้สิทธิ

- ปัญหาการขึ้นทะเบียนของประชาชนใกล้เขตรอยต่อของจังหวัดต่อจังหวัด (สงสัยว่าเป็นเรื่องผลประโยชน์ของโรงพยาบาลหรือไม่)
- การทำบัตรล่าช้าและใช้เวลานานจึงจะสามารถย้ายจากที่อื่นมาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้
- กรณีบัตรหาย การออกบัตรใหม่ล่าช้า ทำให้ผู้ใช้บริการไม่สามารถใช้สิทธิได้

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพไทย

● หลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ในการรักษา ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงหลักการ ความเสมอภาค ความเท่าเทียมกันของบุคคลและคำนึงถึง ประเพณีและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

● งบประมาณ

- ควรเพิ่มงบประมาณรายหัวให้เพียงพอในโครงการหลักประกันสุขภาพ/ โดยเฉพาะพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- ควรมีงบประมาณต่อหัวของจังหวัดที่ห่างไกลและประชากรอยู่กระจ่าย(ประชากรเบาบาง) ในรูปแบบเฉพาะ ไม่อิงกับจังหวัดใหญ่เพื่อให้บุคลากรในพื้นที่ดังกล่าวไม่มีปัญหาด้านงบประมาณและมีกำลังใจในการทำงาน
- กำหนดให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมจ่ายในการใช้บริการตามสัดส่วน เช่น (รัฐ : ผู้ใช้บริการ) 70:30 หรือ 80 : 20 เป็นต้น
- ในระบบประกันสังคม ต้นทุนต่อหน่วยของหมวดเงินเดือน/งบลงทุนต่างๆ ที่นำมาใช้ในงานประกันสังคมของแต่ละสถานบริการที่เป็นภาครัฐ จะต้องมีการปรับคิดให้เป็นมาตรฐานการจัดการเช่นเดียวกับโครงการ 30 บาท เพื่อความโปร่งใส/ยุติธรรมกับผู้ประกันตน ซึ่งโครงการ 30 บาทคิดต้นทุนทุกอย่างรวมกันหมดแล้วจึงนำเงินมาจัดบริการให้ผู้รับประกัน ปัจจุบันหมวดเงินเดือน/งบลงทุนต่างไม่ได้นำมาคิด จึงทำให้ระบบประกันสังคมมีแต่กำไร แต่โครงการ30 บาทขาดทุนตลอดไป
- จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เพื่อรับสิทธิบริการการแพทย์เป็นกรณีพิเศษ
- ให้สำนักงานประกันสังคม สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเรื่องส่งเสริมสุขภาพ

● การพัฒนามาตรฐานบริการสาธารณสุข

- ควรมีแผนลดขั้นตอนการบริการ
- พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐานมากกว่าในปัจจุบัน/ มีแพทย์เฉพาะทางทุกจังหวัด และเป็นคนในพื้นที่จะดีมาก
- สร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรการแพทย์ทุกระดับ ในกรณีแพทย์จบใหม่ ควรมีการเพิ่มทักษะในการให้การดูแลคนไข้หรือมีแพทย์รุ่นพี่ในคำปรึกษา

- ปลุกฝังจรรยาบรรณบุคลากรการแพทย์ให้การรักษาคนไข้เท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นคนไข้ใช้สิทธิประเภทไหน
- การประเมินโรงพยาบาลควรมีกรรมการจากชุมชนร่วมด้วย
- ระบบสวัสดิการข้าราชการ จัดให้มีการประเมินจากองค์กรภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรรมการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น และการเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมกรณีการใช้ห้องพิเศษ/การกำหนด เกณฑ์ที่ไม่มีความมาตรฐานจากสถานบริการเพิ่มเติม จากระเบียบทางราชการที่กำหนดไว้
- **สิทธิประโยชน์**
 - ควรเพิ่มการคุ้มครองในทุกโรค
 - เพิ่มสิทธิประโยชน์ : ในด้านการตรวจสุขภาพประจำปี
 - : ให้แรงจูงใจแก่มารดาหรือผู้ปกครองเด็กที่มารดาติดเชื้อ (ค่าอาหาร ค่ารถ)
 - : จัดบริการรักษาโรคทั่วไปในวันเสาร์ อาทิตย์
- **ระบบข้อมูลและการให้ข้อมูลประชาชน**
 - ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบข้อมูลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลในทางที่ดีของโครงการที่เกิดขึ้นในทุกช่องทาง/ ผ่านทางช่องทางมัลติมีเดีย ปอเนาะและอื่นๆ
 - เสนอให้ อสม. ทำการสำรวจผู้ที่ตกสำรวจในระบบประกัน และมีค่าตอบแทนให้
 - จัดตั้งศูนย์การทำงานของศูนย์บริการโรคทั้งในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ/ จัดตั้งองค์กรอิสระของผู้บริโภค
- **การมีส่วนร่วมของประชาชน**
 - เพิ่มสัดส่วนกรรมการผู้แทนประชาชน / ควรให้ผู้แทนประชาชนในคณะกรรมการต่างๆในระดับจังหวัด มีบทบาทอย่างแท้จริง ไม่เป็นเพียงมารับรู้ในการประชุม
 - ควรมีคณะกรรมการมาจากประชาชนจริงๆและเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลโดยมีสัดส่วน 50:50 และเป็นผู้แทนจากชุมชนจริงๆ
 - ต้องประกาศรายชื่อผู้แทนประชาชนให้ชุมชนรับทราบ
 - รัฐต้องให้การสนับสนุนองค์กรประชาสังคมในพื้นที่ โดยจัดสรรงบประมาณและให้อำนาจประชาชนในการเจรจาต่อรองกับภาครัฐ(สถานพยาบาล) และจัดให้มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ด้านคุ้มครองผู้บริโภค
 - งบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพ ควรให้ชุมชนดำเนินการเอง
 - ต้องแก้ไขกฎหมายประกันสังคมเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหาร และตรวจสอบโครงการประกันสังคมอย่างแท้จริง เช่น การมีผู้แทนในคณะกรรมการ อนุกรรมการ ควรมีจากผู้มีความรู้ ความเข้าใจ มีความพร้อมอย่างชัดเจนไม่ใช่ตั้งจากองค์กรสหภาพแรงงาน องค์กรนายจ้างบางคนที่ไม่ได้จัดผู้มีความรู้
 - สำนักงานประกันสังคมควรเปิดให้มีการรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้ประกันตนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในทุกจังหวัด รวมทั้งเปิดเผยข้อสรุปและนโยบายการแก้ปัญหาให้สังคมรับทราบเพื่อติดตามตรวจสอบได้
- **การขึ้นทะเบียน**
 - ควรให้ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลได้
 - ควรเชิญนายอำเภอเป็นกรรมการเพื่อแก้ปัญหาทะเบียนราษฎรไม่ถูกต้อง แก้ปัญหาสิทธิว่าง
 - ส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการขึ้นทะเบียนสิทธิ
 - การต่ออายุบัตร ควรให้ต่อก่อนหมดอายุ เพราะได้รับบัตรซ้ำใช้บริการไม่กี่เดือนก็หมดอายุ

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- การดำเนินการผลักดันนโยบายควรทำกับภาคเอกชนด้วย
- สร้างระบบการประเมินจากภายนอก ให้เข้มแข็ง และมีมาตรฐานเดียวกัน ในทุกระบบการประกันสุขภาพ และสวัสดิการข้าราชการ แล้วทุกอย่างจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- จัดอบรมอนุกรรมการระดับจังหวัดให้เข้าใจบทบาทหน้าที่
- จัดทำคู่มือประกอบเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในระบบประกัน
- การประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบประกันสุขภาพต้องตั้งเป้าที่ประชาชนร้อยละ 75 พึงพอใจ และประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อระบบไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
- ข้อเสนอในการดำเนินการแก้ปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ยังไม่ได้ ต้องกำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน

4. รายชื่อผู้ให้ข้อคิดเห็น

1. นายทวีวัฒน์ ฤทธิ์อุทัย	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. สกลนคร
2. นายทรงศักดิ์ กระพี้สัดย	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ร้อยเอ็ด
3. นางสุภาพร อาสากิจ	ผู้ทรงคุณวุฒิอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ.บุรีรัมย์
4. นายวิรัตน์ สุขกุล	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. อำนาจเจริญ
5. นายกิตติณ มณีวงศ์	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. เชียงราย
6. นายเรืองศักดิ์ กุดวิเศษ	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. กาฬสินธุ์
7. นายอนุจันทร์ มหามะ	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. นครราชสีมา
8. นายชาญชัย อรุณ	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. นครศรีธรรมราช
9. นายเสถียร ศรีบุญเรือง	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. บุรีรัมย์
10. นายชำนาญ สรวมศิริ	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ฉะเชิงเทรา
11. นายทิวาโชค ทศไพรินทร์	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. พังงา
12. นายวรจักร วรรณศรี	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. นครพนม
13. นายคล่อง ชื่นอารมณ์	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. สตูล
14. นายจันทน์ ละอองแก้ว	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ยะลา
15. นายอุดร พรหมดี	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. มหาสารคาม
16. นายอุทัย ดันชัย	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ตรัง
17. นางนงนุช ชดเชย	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. นครราชสีมา
18. นายจรูญ คำปิ่นนา	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ลำพูน
19. นายสุริย นเมืองเอก	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. แพร่
20. นายสุพัทธ์ บุญนอม	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ยะลา
21. นายสุชา รัตนกรพิทักษ์	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. น่าน
22. นายนิมู มะกาเจ	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ยะลา
23. นางอำไพพรรณ กำลังมี	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ปราจีนบุรี
24. นายสุพงษ์ พรหมแท้	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. เพชรบูรณ์
25. ม.ล.พัชร์เพ็ญเพ็ญ ช่างกูร	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. นครราชสีมา
26. นายธรรมบุญ เสวตเวช	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ชุมพร

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 27. นายรัชฎา ประวรรณรัมย์ | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. บุรีรัมย์ |
| 28. นายญาณวัฒน์ ชันธิวิจารณ์ | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ลำพูน |
| 29. นายจันมี บุญจันทร์ | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. หนองคาย |
| 30. นางสาวเจี๊ยะรอเม้าะ เจ๊ะดีอราแม | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ปัตตานี |
| 31. นายบัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. กรุงเทพฯ |
| 32. นายนิพนธ์ พุทธิปรารักษ์ | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ตราด |
| 33. นายธนภพ เกียรติฉวีพรรณ | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จ. ฉะเชิงเทรา |