

ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน
ของโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ

Grievance Systems in Public Health Insurance Schemes

รายงานวิจัยเล่มที่ 4
โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่สอง (2546-47)

หัวหน้าโครงการ
ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง

คณะผู้วิจัย
ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง
รศ.ดร.อัญชญา ณ ระนอง
นิภา ศรีอนันต์

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

ตุลาคม 2547
แก้ไขปรับปรุง มีนาคม 2548

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรง
กับความเห็นของสถาบันต้นสังกัด และมีใช้ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สวรส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

Abstract

This study explore grievance and compensation systems in the major public health insurance schemes, namely the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), the Social Security Scheme (SSS), the 30 Baht Scheme, and the Compulsory Car Accident Insurance Scheme.

The Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) has practically no grievance or compensation systems. However, its fee-for-service payment scheme coupled with eligible members' rights to choose their (usually public) providers help making the scheme less susceptible to substandard care experienced in other schemes that pay providers mainly on capitation basis.

The Social Security Scheme (SSS) was the first public health insurance scheme that set up a formal grievance system. The grievances are usually sent to the SS's medical committee. If the committee decides that the provider is at fault, it will also recommend the penalty. The penalty ranges from warning, probation, reducing the ceiling number of insured patients, to termination of contract. However, the vast majority of grievances were lifted on the ground that they were caused by miscommunications or patients' misunderstandings.

Since its inception, the 30 Baht Scheme placed a lot of emphasis on the grievance channel to counter the public presumption that the scheme would only be second rate. Initially, the providers themselves were supposed to provide grievance channels within the facility. In addition, a significant number of grievances went to the provincial public health offices or directly to the Ministry of Public Health. After the National Health Security Act was enacted, the National Health Security Office (NHSO) appointed the provincial public health offices to act as its agents to handle grievances. The NHSO also has its own central unit to handle grievances that are filed directly to the Office. Grievances that could not be settled locally would eventually go to the subcommittee that appointed by the Standard Setting and Quality Control Committee.

The 30 Baht Scheme also introduces a new compensation scheme to deal with cases of medical mishaps (that occur to patients or providers) and malpractices. The compensation—dubbed as “initial relief fund,” could be made without proof of negligence or liability and does not limit the claimants' rights to seek for additional compensation elsewhere, including through the tort system. The compensating amounts are roughly the same as in the Compulsory Car Accident Insurance Scheme.

Although the intention of such a compensation scheme is to provide relief/settlement that would curb the increasing trend of medical malpractice suits, medical associations view it as a vehicle that would lead to more lawsuits (or at least complaints) and have fought vigorously against it. Thus far, there is no convincing evidence to disprove either claim. As a result of the fighting, the scheme is now equipped with regulations that, if strictly interpreted, would allow only compensation to substandard or malpractice cases. In practice, however, many (provincial) compensation subcommittees still use the regulation's ambiguity to interpret it in such a way that they could provide compensation to some other cases based on humanitarian reasons.

The Compulsory Car Accident Insurance Scheme is private insurance based and is therefore using the same grievance and arbitrator systems as present in other private insurance schemes.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการนี้ศึกษากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพที่สำคัญๆ ในประเทศไทย รวมทั้งการพัฒนามาตรการและกลไกการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นระบบที่สร้างขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกในการเบิกจ่ายเงินตามสิทธิมากกว่าที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานผู้ซื้อบริการประกันสุขภาพจากสถานพยาบาลแทนข้าราชการ ดังนั้น กลไกการดำเนินงานจึงเน้นไปที่การดูแลตรวจสอบเรื่องการเบิกจ่ายเงิน โดยไม่มีกลไกในการควบคุมคุณภาพของบริการหรือการจัดการกับปัญหาและการร้องเรียน ที่ผ่านมามีปัญหาเรื่องคุณภาพของบริการและการร้องเรียนอาจจะไม่ได้เป็นปัญหากับโครงการสวัสดิการข้าราชการมากเท่ากับโครงการอื่น เพราะโครงการนี้ใช้กลไกการเก็บค่ารักษายาบาลแบบ fee for service ซึ่งทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการให้การรักษแก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิดีกว่าในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ แต่กลไกดังกล่าวก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีปัญหาคุณภาพของการให้บริการ ในปัจจุบัน โครงการสวัสดิการข้าราชการกำลังพยายามปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของโครงการ ซึ่งจะทำให้กลไกการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการมีความคล้ายคลึงกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ มากขึ้น ทำให้มีเหตุผลที่สมควรพัฒนาระบบการจัดการกับเรื่องร้องเรียนสำหรับโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการควบคู่ไปกับการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินด้วย

โครงการประกันสังคมดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537 พบว่า ทั้งสองฉบับไม่ได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการร้องเรียน แต่โครงการประกันสังคมเป็นโครงการประกันสุขภาพโครงการแรกที่เริ่มมีระบบการรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งจะถูกเสนอที่ผ่านไปยังคณะกรรมการแพทย์ดำเนินการสอบสวนและตัดสิน รวมไปถึงเสนอบทลงโทษสถานพยาบาลในกรณีที่คณะกรรมการแพทย์ตัดสินว่าสถานพยาบาลเป็นฝ่ายผิด ที่ผ่านมา ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการทางการแพทย์ที่ตัดสินว่ากรณีการร้องเรียนเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ประกันตนมีจำนวนมากกว่ากรณีที่คณะกรรมการทางการแพทย์วินิจฉัยว่าความผิดพลาดเกิดจากฝ่ายสถานพยาบาลค่อนข้างมาก (และมีแนวโน้มเพิ่มอย่างรวดเร็วกว่าด้วย)

สำนักงานประกันสังคมมีเครื่องมือหลักที่ใช้สำหรับลงโทษสถานพยาบาลที่ไม่ทำตามเงื่อนไข คือ โควตาจำนวนผู้ประกันตน ซึ่งใช้ทั้งในการลงโทษและจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วย ทั้งนี้ โควตาจำนวนผู้ประกันตนเป็นตัวกำหนดรายได้พื้นฐานของสถานพยาบาลจากโครงการประกันสังคม การทำโทษจะเริ่มจากการว่ากล่าวตักเตือน การภาคทัณฑ์โรงพยาบาลและแพทย์ผู้รักษา 1 ปี ตัดโควตาผู้ประกันตน/ห้ามแพทย์ที่เกี่ยวข้องรักษาผู้ประกันตน/ส่งเรื่องให้แพทย์สภาพิจารณาดำเนินการทางจริยธรรม ไปจนถึงเมื่อมีความผิดที่

รุนแรง ก็จะเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณายกเลิกสัญญา ในช่วงปี 2541-44 มีสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับการต่อสัญญาแทบทุกปี แต่มีจำนวนลดลงในระหว่างปี 2543-44 และไม่มีการลงทะเบียนสถานในปี 2545-46 ในขณะที่มีการลงทะเบียนสถานพยาบาลโดยการลดศักยภาพจำนวนมากขึ้นในระหว่างปี 2543-44 และลดลงในปี 2545-46

โครงการ 30 บาท ให้ความสำคัญและขยายช่องทางของการร้องเรียนเป็นอย่างมาก โดยคาดหวังว่าการเปิดช่องทางการร้องเรียนน่าจะมีส่วนช่วยในการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล แต่ก็ส่งผลทำให้บุคลากรจำนวนมากไม่พอใจทั้งนโยบายการขยายช่องทางการร้องเรียนและวิธีการจัดการกับการร้องเรียนของโครงการฯ รวมไปถึง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ที่บุคลากรจำนวนมากเชื่อว่าการมีมาตรา 41 และ 42 ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการร้องเรียนหรือฟ้องร้องมากขึ้น

เมื่อโครงการ 30 บาท เริ่มดำเนินการในปี 2544 ได้ตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องราวร้องทุกข์โดยตรง คือ ศูนย์บริการประกันสุขภาพ ภายใต้สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากหน่วยงานที่ให้บริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้มีการตั้งสำนักงานบริการประชาชน ขึ้นมาทำหน้าที่รับเรื่องการร้องทุกข์ในส่วนกลางโดยตรง สำหรับการร้องเรียนจากส่วนภูมิภาค สปสช. ขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเครือข่ายรับเรื่องร้องทุกข์ ซึ่งโดยโครงสร้างการบริหารงานอาจมีปัญหาลดประสิทธิภาพขั้นตอนในระดับหนึ่ง เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทหลักที่เป็นหัวหน้าของผู้ให้บริการ

เมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้นในส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมักจะพยายามไกล่เกลี่ยก่อน ถ้าไม่ได้ข้อยุติในพื้นที่จึงจะส่งเรื่องต่อมาที่ส่วนกลาง ประชาชนสามารถสอบถามหรือร้องเรียนมายังสำนักบริการประชาชนที่ส่วนกลางโดยตรง ซึ่งสำนักบริการประชาชนจะทำหน้าที่ประสานไกล่เกลี่ยด้วย แต่ถ้าเป็นการร้องทุกข์เกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการจะนำเรื่องไปดำเนินการตรวจสอบหาข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสอบสวนที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานต่อไป ในปี 2545 และ 2546 จำนวนเรื่องร้องเรียนโดยตรงที่สำนักบริการประชาชนระหว่างเพิ่มขึ้นหนึ่งเท่าตัว จาก 1,815 ราย เป็น 3,688 ราย (ข้อมูลนี้ไม่รวมการร้องเรียนไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ)

การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ตาม ม.41 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 มีการดำเนินการในสองระดับคือ ในระดับจังหวัดและที่ส่วนกลาง โดยอิง “ข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความ

เสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2546” และ “ข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2546” ทั้งสองข้อบังคับกำหนดยอดเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้เท่ากัน (จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 80,000 บาทในกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร ไม่เกิน 50,000 บาทในกรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ และไม่เกิน 20,000 บาทในกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง) การวินิจฉัยว่าจะจ่ายเงินหรือไม่และจำนวนเท่าใดในกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายขึ้นกับคณะกรรมการหรือคณะกรรมการระดับจังหวัด ส่วนในกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายนั้น ขึ้นกับคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องที่ตั้งโดยเลขาธิการ สปสช. ผู้เสียหายหรือญาติ (หรือคณะกรรมการ/คณะกรรมการที่เห็นว่าควรจ่ายเงินช่วยเหลือในอัตราที่สูงกว่าที่กำหนดไว้ข้างต้น) สามารถอุทธรณ์มาที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายสามารถอุทธรณ์มาที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งทั้งสองคณะมีอำนาจในการสั่งจ่ายเงินช่วยเหลือในวงเงินไม่เกินสองเท่าของวงเงินที่กำหนดข้างต้น สำหรับเงื่อนไขในการจ่ายเงินในกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายนั้น ข้อบังคับของ สปสช. ระบุข้อยกเว้นเอาไว้คือ “จะต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติหรือรักษาโรคตามมาตรฐาน”

ในปี 2546 ก็มีกรณีร้องเรียนตามมาตรา 41 ส่งเข้ามาจำนวนหนึ่ง แต่ไม่มีกรณีที่มีการตัดสินใจพิจารณาเสร็จสิ้นในปี 2546 สำหรับผลการตัดสินใจเรื่องร้องเรียนที่ส่งเข้ามาในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2547 นั้น พิจารณาให้ความช่วยเหลือ 40 รายจาก 56 ราย โดย 26 รายเป็นกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร ในส่วนของผู้ให้บริการนั้น ในปีงบประมาณ 2547 มีผู้ให้บริการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 16 ราย คณะกรรมการฯ ได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 10 ราย รายละ 20,000 บาท ผู้ที่ขอรับการช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นพยาบาล และสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายมากที่สุดคือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ขณะส่งต่อผู้ป่วย

ในการพิจารณาของคณะกรรมการในระดับจังหวัดนั้น มีทั้งกรณีที่พิจารณาตามข้อบังคับอย่างเข้มงวด ทำให้มีการตัดสินใจไม่จ่ายเงินช่วยเหลือในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นจากการรักษาตามมาตรฐาน เช่นกรณีแพ้ยา แต่ในหลายจังหวัด คณะกรรมการตีความข้อบังคับแบบหลวมๆ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ รวมทั้งเหตุผลในด้านมนุษยธรรมและเศรษฐฐานะของผู้เสียหายประกอบด้วย แต่จากกรณีตัวอย่างที่นำเสนอรายละเอียดในการประชุมสัมมนาที่จัดโดย สปสช. เมื่อเดือนกรกฎาคม 2547 ก็เห็นแนวโน้มที่มีการตัดสินใจจ่ายเงินช่วยเหลือให้ผู้เสียหายทุกรายในกรณีที่คณะกรรมการเห็นว่าเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ แต่ในกรณีที่ไม่ชัดเจนว่าความเสียหายดังกล่าวเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ จำนวนเงินช่วยเหลือก็มี

แนวโน้มที่จะต่ำกว่า ทั้งๆ ที่ในบางกรณีมีความเสียหายที่พอเปรียบเทียบกันได้ (เช่น กรณีแขนหรือขาข้างหนึ่งใช้การไม่ได้)

ในขณะที่เรามีตัวอย่างว่าการมีกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 มีส่วนช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องในบางกรณีได้จริง และมีส่วนช่วยบรรเทาความเดือดร้อนหรือลดภาระของผู้ให้บริการ (เช่น ทำให้ไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยด้วยตัวเอง หรือเรียกรายได้จากเพื่อนร่วมงานมาช่วยจ่าย) แต่ตัวอย่างเหล่านี้ก็ไม่ได้เป็นข้อพิสูจน์ว่าการมีกองทุนในลักษณะดังกล่าวจะมีผลในการช่วยลดการฟ้องร้องในระยะยาวตามที่กลุ่มผู้สนับสนุนเชื่อ (และอ้างสถิติจำนวนเรื่องร้องเรียนที่แพทยสภาลดลงในปี 2546 จากที่เคยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นข้อสนับสนุน) หรือจะกลายเป็นสัญญาณชักนำให้เกิดการฟ้องร้องมากขึ้นตามที่ผู้ให้บริการจำนวนมากกลัว แต่ผลที่เริ่มเห็นได้ในระยะสั้นก็คือการกำหนดวงเงินความช่วยเหลือเอาไว้ในทางต่ำ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะต้องการลดกระแสความกดดันจากผู้ให้บริการบางกลุ่มนั้น ส่งผลไปถึงวงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะในทางการเมืองแล้วเป็นเรื่องยากที่ผู้ที่รับผิดชอบจะสามารถออกข้อบังคับซึ่งมีนัยว่าชีวิตของผู้ให้บริการมีค่ามากกว่าผู้รับบริการ

อีกประเด็นที่อาจกลายมาเป็นปัญหาของการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 สำหรับผู้รับบริการ ก็คือข้อบังคับที่เขียนเอาไว้เข้มงวดเกินไป ซึ่งทำให้ถ้าปฏิบัติตามข้อบังคับแบบตรงตามลายลักษณ์อักษรแล้ว เงินช่วยเหลือนี้จะจ่ายได้เฉพาะในกรณีที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ผิดเท่านั้น (เช่น ไม่รักษามาตรฐาน) แต่จะไม่สามารถจ่ายในกรณีแพทย์ที่รุนแรงทราบว่าการจ่ายยานั้นเป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งข้อบังคับดังกล่าวน่าจะขัดกับเจตนารมณ์ของการมีมาตรา 41 ซึ่งกำหนดให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ไม่มีผู้กระทำผิดเอาไว้ด้วย และถ้ามีแนวโน้มที่การตัดสินใจจ่ายหรือไม่จ่ายเงิน และยอดเงินที่ตัดสินใจจ่าย มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนกับการที่ผู้ให้บริการเป็นฝ่ายผิดหรือไม่แล้ว ในที่สุดแล้วผลการตัดสินใจของคณะกรรมการและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องก็จะกลายเป็นสัญญาณที่ผู้เสียหายบางส่วนจะนำไปใช้ในการฟ้องร้องตามที่ฝ่ายผู้ให้บริการที่ไม่ต้องการให้มีมาตรานี้กลัวว่าจะเกิดขึ้น

สำหรับการดำเนินการในส่วนของ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคจากกรณ พ.ศ. 2535 นั้น อาศัยกฎหมายบังคับให้เจ้าของพาหนะต่างๆ ทำประกันความเสียหายต่อชีวิตและการรักษาพยาบาลของบุคคลที่สาม กับบริษัทประกันเอกชน และจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถที่บริหารงานโดยกรมการประกันภัยมารองรับในกรณีที่อยู่นอกเหนือความรับผิดชอบของบริษัทประกัน หรือกรณีบริษัทประกันปฏิเสธการจ่ายเงินหรือจ่ายให้ไม่ครบหรือล่าช้า ซึ่งผู้ประสบภัยหรือทายาทสามารถแจ้งที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ที่กรมการประกันภัย หรือที่สำนักงานประกันภัยภูมิภาค สำนักงานพาณิชย์จังหวัด พ.ร.บ. นี้กำหนดให้กองทุนฯจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความผิด ดังนั้น โดยปกติแล้วจะไม่มีพิพาทระหว่าง

ผู้ประสพภัยกับกองทุนฯ สำหรับค่าเสียหายส่วนเกินจากค่าเสียหายเบื้องต้น (และความเสียหายต่อทรัพย์สิน) ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของกองทุน แต่เป็นภาระของผู้ละเมิดหรือบริษัทประกันภัย ซึ่งกรณีพิพาทดังกล่าวจะตัดสินโดยกระบวนการตัดสินข้อพิพาทในเรื่องกรรมธรรม์ประกันภัยทั่วไป (ซึ่งกรรมการประกันภัยมักจะทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ยในกรณีเหล่านั้นด้วย) และถ้ายังไม่ได้ข้อยุติ ก็สามารถส่งเรื่องร้องเรียนไปยังคณะอนุญาโตตุลาการหรือกระบวนการทางศาลพิจารณาชี้ขาด

สารบัญ

หน้า

Abstract	3
บทสรุปสำหรับ	5
สารบัญ	11
สารบัญตาราง	12
สารบัญรูปภาพ	13
สารบัญกรอบ	13
โครงการสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการ	16
โครงการประกันสังคม	17
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	31
พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ป่วยจากโรค พ.ศ. 2535	54
ข้อพิจารณา	55
บรรณานุกรม	57
ภาคผนวก 1 ตารางกำหนดโทษของสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์สำนักงานประกันสังคม	59
ภาคผนวก 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Quality Indicator) ของโครงการประกันสังคม ..	62

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนข้อร้องเรียนทางการแพทย์ของโครงการประกันสังคม ปี 2539-254619
ตารางที่ 2	ตัวอย่างการพิจารณาร้องเรียนโดยคณะกรรมการแพทย์ของโครงการประกันสังคม21
ตารางที่ 3	สถิติการลงทะเบียนสถานพยาบาลโครงการประกันสังคม ปี 2541-2546 (ไม่รวมกรณีว่ากล่าวตักเตือน/ภาคทัณฑ์) 29
ตารางที่ 4	ผลการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ปี 2543-2546 30
ตารางที่ 5	เรื่องที่ประชาชนสอบถามและร้องเรียนโดยตรงไปยัง สปสช. (ไม่รวมกรณีการร้องเรียนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัด) ปี 2545 – 2546 34
ตารางที่ 6	ตัวอย่างเรื่องร้องเรียนในโครงการ 30 บาท ที่ได้รับการแก้ไขเบื้องต้น โดยสำนักงานบริการประชาชน สปสช. 45
ตารางที่ 7	เรื่องร้องเรียนที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน..... 47
ตารางที่ 8	จำนวนเรื่องร้องเรียนที่ส่งเข้ามาที่คณะกรรมการฯ ตามมาตรา 41 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพฯ49

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1	จำนวนกรณีการร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการวินิจฉัยของ คณะกรรมการการแพทย์ของกองทุนประกันสังคม ในระหว่างปี 2541-2546	20
รูปที่ 2	ผลการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม จำแนกตามมาตรฐานปี 2544-2546.....	31
รูปที่ 3	จำนวนเรื่องร้องเรียนมาที่แพทยสภา พ.ศ. 2531-46	53

สารบัญกรอบ

หน้า

กรอบที่ 1	เรื่องร้องเรียนของโครงการ 30 บาท ที่ร้องเรียนมาที่สำนักงานบริการประชาชนโดยตรง	35
-----------	---	----

ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ

วิโรจน์ ณ ระนอง¹

อัญชณา ณ ระนอง²

และ นิภา ศรีอนันต์³

ประเด็นเรื่องคุณภาพของบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน และมีเรื่องของความไม่แน่นอน (uncertainty) หรือความเสี่ยง (risk) ในด้านผลการรักษา และฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมักมีข้อมูลข่าวสารที่ไม่เท่าเทียมกัน (asymmetric information) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนทำให้เกิดผลการรักษา (outcome) ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นมาได้ ซึ่งมีทั้งกรณีที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยไปจนถึงกรณีที่เกิดจากความบกพร่องของผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีผลอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจนกลายเป็นกรณีพิพาทของคู่กรณี ก็ทำให้ต้องมีการกำหนดกลไกในการตัดสินกรณีเหล่านั้น ซึ่งกลไกเหล่านี้เป็นสิ่งที่มาตั้งแต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ประกันสุขภาพ

เมื่อมีระบบประกันสุขภาพ (รวมไปถึงในกรณีที่มีหน่วยงานอื่น (third party) เป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันหรือค่าบริการแทน) ก็ทำให้มีประเด็นปัญหาเรื่องคุณภาพมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากกลไกการจ่ายเงินมีผลต่อพฤติกรรมของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น ผู้รับบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยตนเองอาจต้องการบริการที่เกินความจำเป็น หรือผู้ให้บริการที่ได้รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวอาจจะพยายามให้บริการให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ จนในบางกรณีอาจเป็นบริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

นอกจากผลกระทบโดยตรงจากแรงจูงใจทางการเงินแล้ว การที่แต่ละฝ่ายมีข้อมูลที่ไม่เท่ากัน ก็เป็นอีกปัจจัยที่มีส่วนทำให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่แน่ใจเกี่ยวกับแรงจูงใจของอีกฝ่ายหนึ่ง (เช่น แพทย์ที่ตรวจคนไข้ประกันสังคมจำนวนมากเชื่อว่าคนไข้ที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ไม่ได้ป่วยจริงหรือไม่ได้ป่วยมาก แต่มาพบแพทย์เพราะต้องการใบรับรองแพทย์ไปประกอบกับการลาหยุดงาน ในขณะที่ผู้มีสิทธิประกันสังคมหรือ 30 บาทก็ไม่แน่ใจว่าผู้ให้บริการและสถานพยาบาลจะพยายามเลือกวิธีการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานหรือไม่) และทั้งสองฝ่าย (ซึ่งมีข้อมูลอีกฝ่ายหนึ่งน้อยกว่า

¹ ผู้เชี่ยวชาญอาวุโส และนักวิจัยอาวุโส สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) 565 ซอยเทพศิลา ถนนรามคำแหง แขวง/เขตวังทองหลาง กทม. 10310 โทรศัพท์ 02-718-5460 ต่อ 338 โทรสาร 02-718-5461 E-mail: virojtdri@yahoo.com หรือ naranong@econ.yale.edu

² รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) และผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ จังหวัดชลบุรี e-mail: anchana@nida.nida.ac.th

³ นักวิจัยอาวุโส สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

ตนเอง) มักจะตีความพฤติกรรมและแรงจูงใจของอีกฝ่ายหนึ่งจากสัญญาณต่างๆ ซึ่งในบางกรณีเป็นการตีความที่ผิดไปจากความเป็นจริง

ในอดีตนั้น การร้องเรียนและการฟ้องร้องส่วนใหญ่จะไปที่แพทยสภาหรือศาล ซึ่งที่ผ่านมาสถิติการร้องเรียนและฟ้องร้องในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ไม่สูงนักเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของการใช้บริการ (ถึงแม้ว่าในระยะประมาณห้าปีที่ผ่านมา จะมีจำนวนการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นมาก แต่ก็เป็นการเพิ่มจากฐานที่ต่ำ) สาเหตุหนึ่งที่มีการร้องเรียนและการฟ้องร้องที่ต่ำก็เพราะการฟ้องร้องนั้นเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องใช้เวลาและทรัพยากรค่อนข้างมาก ส่วนการร้องเรียนนั้น ก็เป็นเรื่องที่ทำได้ยากเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ที่ต้องการร้องเรียนจะต้องหาทางเสาะหาช่องทางการร้องเรียนเอาเอง

ตั้งแต่มีโครงการประกันสังคม ซึ่งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ซื้อบริการ (purchaser ซึ่งในกรณีนี้คือสำนักงานประกันสังคม) แยกออกจากหน่วยงานที่ให้บริการ (provider ซึ่งได้แก่สถานพยาบาล) ก็ค่อยๆ มีการพัฒนากลไกและช่องทางที่ผู้รับบริการสามารถร้องเรียนได้ แต่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ได้เน้นถึงบทบาทของกลไกนี้มากนัก การร้องเรียนกลายมาเป็นประเด็นสำคัญหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท ซึ่งบังคับให้สถานพยาบาลเปิดช่องทางการร้องเรียนขึ้นมาในสถานพยาบาล⁴

รายงานนี้เป็นการศึกษาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพที่สำคัญๆ ในประเทศไทย อันได้แก่ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โครงการประกันสังคม โครงการ 30 บาท และ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคจากกรรท พ.ศ. 2535 โดยพิจารณาการพัฒนากลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพแต่ละระบบ รวมทั้งการพัฒนามาตรการและกลไกการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

1. โครงการสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลข้าราชการ

โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นระบบที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นกลไกในการเบิกจ่ายเงินตามสิทธิมากกว่าที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานผู้ซื้อบริการประกันสุขภาพจากสถานพยาบาลแทนข้าราชการ ดังนั้น กลไกการดำเนินงานของสวัสดิการข้าราชการจึงเน้นไปที่การดูแลตรวจสอบเรื่องการเบิกจ่ายเงิน โดยไม่มีกลไกในการควบคุมคุณภาพของบริการหรือการจัดการกับปัญหาและการร้องเรียนแต่อย่างใด ในระยะสองปีที่ผ่านมา กรมบัญชีกลางได้พยายามปฏิรูปกลไกการเบิกจ่ายโดยให้สำนักงานกลางสารสนเทศเพื่อสุขภาพ (สทส.) เข้ามาดูแลระบบการเบิกจ่ายเงิน รวมทั้งได้ตั้งคณะทำงานขึ้นมา

⁴ ในขณะเดียวกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและส่วนกลางเองก็รับเรื่องร้องเรียนด้วย และเป็นที่ยอมรับกันชัดว่าในช่วงปีแรกของโครงการ 30 บาทนั้น ส่วนกลางให้ความสำคัญกับเรื่องร้องเรียนอย่างมาก โดยถึงกับตั้งเป้าหมายว่าจะติดตามเรื่องร้องเรียนทุก case ที่ร้องเรียนมาที่ส่วนกลาง

ปฏิรูประบบการเบิกจ่ายยา แต่การปฏิรูปในทั้งสองกรณีไม่ได้ก้าวล่วงไปถึงการควบคุม/ตรวจสอบคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลหรือการจัดการกับปัญหาและการร้องเรียนแต่อย่างใด

ในแง่หนึ่ง ปัญหาเรื่องคุณภาพของบริการและการร้องเรียนอาจจะไม่ได้เป็นปัญหากับโครงการสวัสดิการข้าราชการมากเท่ากับโครงการอื่น เนื่องจากที่ผ่านมานั้น การเก็บค่ารักษาพยาบาลในโครงการนี้ใช้กลไกแบบ fee for service ซึ่งทำให้สถานพยาบาลมักมีแรงจูงใจในการให้การรักษแก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิดีกว่าในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ อยู่แล้ว แต่กลไกดังกล่าวก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีปัญหาคุณภาพของการให้บริการ

การที่กรมบัญชีกลางไม่มีระบบในการจัดการเรื่องร้องเรียน เมื่อมีการร้องเรียนหรือร้องทุกข์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ใช้สิทธิกับสถานพยาบาล ในกรณีที่การรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรได้รับ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ได้ให้อำนาจกระทรวงการคลังมีอำนาจในการดำเนินการแยกเป็น 2 กรณี คือ กรณีโรงพยาบาลเอกชน กระทรวงการคลังมีอำนาจแจ้งชื่อสถานพยาบาลนั้นๆ แก่ส่วนราชการต่างๆ ทราบ เพื่อไม่ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลนั้นอีกต่อไป ยกเว้นกรณีที่ผู้ใช้สิทธิจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนั้นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว มาตรการทำนองนี้ถูกนำมาใช้กับกรณีทุจริตในการเบิกจ่ายเงินเสียมากกว่า

สำหรับในส่วนของสถานพยาบาลของรัฐนั้น กรมบัญชีกลางไม่มีอำนาจที่จะดำเนินการใดๆ นอกจากส่งเรื่องร้องเรียนนั้นต่อไปยังหน่วยงานที่ต้นสังกัดที่กำกับดูแลโดยตรง เช่น ถ้าสถานพยาบาลนั้นอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขก็จะส่งเรื่องให้กระทรวงสาธารณสุข หรือถ้าเป็นโรงพยาบาลที่มีคณะแพทย์ก็ต้องส่งเรื่องไปยังทบวงมหาวิทยาลัยให้ดำเนินการต่อไป

ในปัจจุบัน โครงการสวัสดิการข้าราชการกำลังพยายามปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของโครงการ ซึ่งถ้าทำตามแนวทางที่คณะที่ปรึกษากระทรวงการคลังทำงานก็จะทำให้กลไกการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการมีความคล้ายคลึงกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ มากขึ้น (เช่น การนำ DRG มาใช้กับผู้ป่วยใน และการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก⁵) ทำให้มีเหตุผลที่สมควรพัฒนาระบบการจัดการกับเรื่องร้องเรียนสำหรับโครงการสวัสดิการรักษายาของข้าราชการควบคู่ไปกับการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินด้วย

2. โครงการประกันสังคม

โครงการประกันสังคมดำเนินการมานานกว่าสิบปี ภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537 พบว่า ทั้งสองฉบับไม่ได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการร้องเรียน ไม่

⁵ ถึงแม้ว่าจะยังคงมีระบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ต่างไปจากโครงการอื่นก็ตาม

ว่าจะเป็นกรณีที่มีความบกพร่องในการให้การรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่เข้าโครงการ ไม่ได้มาตรฐาน หรือมีเหตุให้ต้องร้องเรียนจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล

สิ่งที่ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ระบุเอาไว้คือ ให้นายจ้าง ผู้ประกันตน หรือบุคคลอื่นใด มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์กรณีไม่พอใจในคำสั่งของเลขาธิการหรือเจ้าหน้าที่ได้ภายใน 30 วัน ถ้าผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ให้มีสิทธินำคดีขึ้นสู่ศาลแรงงานหลังจากนั้น 30 วัน

ในทำนองเดียวกัน พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537 ให้สิทธินายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิไม่พอใจคำสั่ง คำวินิจฉัย หรือการประเมินเงินสมทบของพนักงานเจ้าหน้าที่ มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการได้ภายใน 30 วัน และในกรณีที่ผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ ก็มีสิทธินำคดีไปสู่ศาลแรงงานภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับคำวินิจฉัย

ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน

ในการจัดการกับการร้องเรียนต่างๆ นั้น สำนักงานประกันสังคมเปิดช่องให้ผู้ประกันตน นายจ้าง และสถานพยาบาล ร้องเรียนเกี่ยวกับการให้และการรับบริการทางการแพทย์ต่อสำนักงานประกันสังคมได้หลายทาง เช่น ร้องเรียนที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด เขตพื้นที่ และที่กองการประสานการแพทย์ (ที่สำนักงานประกันสังคม)

สำหรับขั้นตอนการพิจารณาข้อร้องเรียนนั้น เมื่อสำนักงานประกันสังคมได้รับเรื่องร้องเรียนบริการทางการแพทย์ จะหาทางไกล่เกลี่ยในขั้นต้นระหว่างผู้ประกันตนกับสถานพยาบาล ในกรณีที่เรื่องการร้องเรียนนั้นๆ ไม่สามารถไกล่เกลี่ยกันได้ และเป็นข้อร้องเรียนที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ทางสำนักงานก็จะตัดสินใจตามระเบียบของสำนักงานฯ แต่ถ้าเป็นข้อร้องเรียนที่ต้องใช้ความเห็นทางการแพทย์ประกอบการพิจารณา หน่วยงานที่รับผิดชอบจะส่งเรื่องไปหาหรือคณะกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์ ซึ่งจะส่งความเห็นเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้ตัดสิน แต่ในกรณีที่คณะกรรมการไม่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ก็ส่งเรื่องไปขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกก่อน และในกรณีที่โรคมีความซับซ้อนและมีความเห็นที่แตกต่างกันในคณะกรรมการแพทย์ คณะกรรมการแพทย์มักจะมิตีให้ส่งเรื่องไปให้ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องพิจารณาก่อน (สุรเดช 2547) เมื่อคณะกรรมการแพทย์ตัดสินแล้ว ก็จะส่งเรื่องไปขอความเห็นขอต่อเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วจะให้ความเห็นชอบ และโดยทั่วไปแล้วถือเป็นที่สุด (ยกเว้นจะมีการอุทธรณ์หรือนำเรื่องขึ้นสู่ศาลแรงงาน แต่มีกรณีเหล่านั้นค่อนข้างน้อย)

สถานการณ์การร้องเรียน

สำนักงานประกันสังคม แบ่งประเภทของการร้องเรียนที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสังคม เป็น 4 ประเภทตามลักษณะการร้องเรียน ได้แก่ การร้องเรียนเรื่องยา การร้องเรียนเรื่องมาตรฐานการรักษา การร้องเรียนการเลือกปฏิบัติของโรงพยาบาลต่อผู้ใช้สิทธิประกันตน และการร้องเรียนเรื่องการให้บริการ จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา โครงการประกันสังคมถูกร้องเรียนมากเรื่องมาตรฐานการรักษามากที่สุด และข้อร้องเรียนในด้านการบริการก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2544-46 ในขณะที่การร้องเรียนในเรื่องยาและการถูกเลือกปฏิบัติลดลงในระหว่างปี 2541-44 แต่เพิ่มกลับขึ้นมาในช่วงปี 2644-46 (แต่ก็อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าในช่วงก่อนปี 2541)

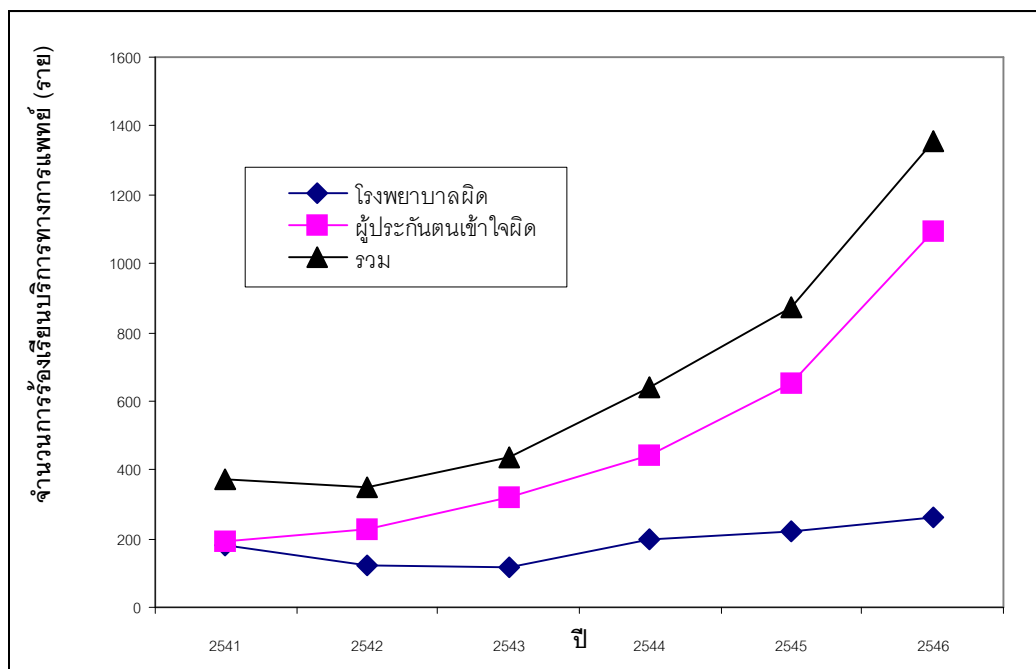
ตารางที่ 1 จำนวนข้อร้องเรียนทางการแพทย์ของโครงการประกันสังคม ปี 2539-2546

ประเภทข้อร้องเรียน	จำนวนข้อร้องเรียน (ราย)							
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
1. เรื่องยา	343	554	240	142	32	38	104	220
2. มาตรฐานการรักษา เช่น ประสิทธิภาพในการรักษา รักษาไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการแพทย์	62	158	370	350	335	419	452	473
3. โรงพยาบาลเลือกปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคม	664	343	282	-	129	115	96	137
4. การบริการไม่ดี ไม่ดูแลเอาใจใส่ พุดจาไม่สุภาพ	-	21	44	25	112	66	220	491
รวม	1,069	1,076	936	517	608	638	872	1,321

ที่มา : กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม มกราคม 2547

สำหรับเรื่องที่ผ่านมาไปถึงคณะกรรมการแพทย์นั้น คณะกรรมการแพทย์จะดำเนินการสอบและตัดสิน รวมไปถึงเสนอบทลงโทษสถานพยาบาลในกรณีที่คณะกรรมการแพทย์ตัดสินว่าสถานพยาบาลเป็นฝ่ายผิด ซึ่งที่ผ่านมา นั้น ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการทางการแพทย์ที่ตัดสินว่ากรณีการร้องเรียนเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ประกันตน มีจำนวนมากกว่ากรณีที่คณะกรรมการทางการแพทย์วินิจฉัยว่าความผิดพลาดเกิดจากฝ่ายสถานพยาบาลค่อนข้างมาก (และมีแนวโน้มเพิ่มอย่างรวดเร็วกว่าด้วย ดูรูปที่ 1)

รูปที่ 1 จำนวนกรณีการร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการวินิจฉัยของ
คณะกรรมการการแพทย์ของกองทุนประกันสังคม ในระหว่างปี 2541-2546



ที่มา : กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 2 เป็นการสรุปกรณีตัวอย่างที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแพทย์และได้
ข้อยุติเรียบร้อยแล้ว จากหนังสือ “รวมเรื่องเล่าจากกองประสานการแพทย์” ซึ่งกองประสาน
การแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม ได้รวบรวมเรื่องร้องเรียนจำนวน 18 กรณี
มาเป็นกรณีตัวอย่าง ทั้งนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องที่กองประสานการแพทย์ฯ ระบุว่าเรื่องที่คัดเลือกมา
ประกอบด้วยกรณีที่ค่อนข้างรุนแรง (ซึ่งเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก) ประกอบกับเรื่องร้องเรียนที่เกิดขึ้นทั่วไป
ที่สามารถสะท้อนความหลากหลายทั้งที่เกิดจากความผิดพลาดของสถานพยาบาล และความ
เข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้ประกันตน

อย่างไรก็ตาม การตัดสินโดยคณะกรรมการแพทย์ (และการตัดสินโดยคณะกรรมการที่
ประกอบด้วยแพทย์ล้วนๆ ในองค์กรอื่น) ก็ถูกวิจารณ์จากบางฝ่ายว่าอาจมองข้ามมุมมองด้านอื่นๆ
ที่นอกเหนือจากมุมมองที่เฉพาะเจาะจงด้านการแพทย์ หรือในบางกรณีอาจจะมีความเห็นไม่
เอียงไปในทางผู้ให้บริการ⁶

⁶ ดูข้อวิจารณ์ทำนองนี้จากงานวิจัยของ สารี และคณะ (2542) ในโครงการวิจัยชุด “15 กรณีศึกษา ว่าด้วยทุกข์
กับระบบบริการสุขภาพ”

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการพิจารณาร้องเรียนโดยคณะกรรมการแพทย์ของโครงการประกันสังคม

เรื่องร้องเรียน	ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์	ข้อยุติ
1. ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยและปวดหัว เข้ารับการรักษาที่ รพ.ตามสิทธิ ครั้งแรกหมอบอกเป็นไข้หวัดธรรมดาให้ยามาทาน แต่อาการแย่งต้องเข้าโรงพยาบาลอีกครั้ง หมอตรวจพบว่าเป็นไข้เลือดออก และยังมีอาการน้ำท่วมปอดและหัวใจขยาย ต้องเจาะปอดชั่วคราวระบายน้ำ และย้ายเข้าไปนอนห้อง ไอซียู ญาติผู้ป่วยต้องการย้ายไปโรงพยาบาลศิริราช แต่โรงพยาบาลตามสิทธิระบุว่าจะไม่รับผิดชอบถ้าเกิดปัญหา ในที่สุดผู้ป่วยเสียชีวิต	กรณีนี้เป็นการเตือนผู้ให้บริการให้ตระหนักว่าโรคไข้เลือดออก บ่อยครั้งมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิต โรคนี้ต้องการการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยควรอยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการเพิ่มความเสี่ยงของอาการเลือดออก เช่น การเจาะปอดและท้อง เป็นเรื่องที่ต้องคิดอย่างรอบคอบ ระวังอาการแทรกซ้อน	กรณีนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องชดใช้ แต่เนื่องจากมีผลให้ผู้ประกันตนเสียชีวิต คณะกรรมการแพทย์พิจารณาแล้วเป็นเรื่องมาตรฐานการรักษาจะต้องพิจารณาตามบทกำหนดโทษสถานพยาบาลพร้อมทั้งส่งเรื่องสู่แพทยสภาเพื่อดำเนินการต่อไป
2. ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางถนนถูกพาส่งรพ.ที่อยู่ใกล้ที่สุด แพทย์พบว่ามีกระดูกซี่โครงและเข่าแตก และที่สำคัญเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ทำให้แพทย์ต้องทำการผ่าตัดรักษาทันที โดยไม่ส่งรพ.ตามสิทธิที่อยู่ห่างไปไม่ถึง 2 กม. เมื่อคู่กรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับรับผิดชอบค่ารักษาส่วนเกินจาก พรบ.ประกันสังคม และ พรบ.ประกันภัยจากรถรพ.ตามสิทธิปฏิเสธความรับผิดชอบโดยให้เหตุผลว่าน่าจะย้ายผู้ป่วยมาผ่าตัดสมองตั้งแต่แรก หรือหากจำเป็นต้องผ่าตัดสมองก็ควรชะลอการผ่าตัดไปก่อน	การผ่าตัดทั้งสมองและหัวเข่าในคราวเดียวกันดีกับคนไข้เพราะดมยาเพียงครั้งเดียว	มีมติให้โรงพยาบาลตามสิทธิรับผิดชอบค่ารักษาส่วนเกินให้แก่ผู้ประกันตน
3. ผู้ป่วยไปคลอดลูกคนที่ 2 ที่ รพ.รัฐเพราะค่าใช้จ่ายถูกกว่าที่ รพ.ตามสิทธิ แต่การผ่าตัดคลอดครั้งนี้ผู้ป่วยตกเลือดมากและช็อคหลังผ่าตัด ต้องดมดลูก เย็บซ่อมกระเพาะปัสสาวะ หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการชา แขนขาอ่อนแรง มีอาการทางจิต กลายเป็นเจ้าหญิงนิทรา สามีขอย้ายมาที่ รพ.ตามสิทธิ หมอไม่ยืนยันว่าจะรักษาได้สามีจึงย้ายผู้ป่วยไป รพ.ในกรุงเทพฯ หลังจากนั้นสามีทำเรื่องขอเบิกประโยชน์ทดแทนค่ารักษา แต่ รพ.ตามสิทธิปฏิเสธเพราะผู้ป่วยไม่ได้มารักษาที่ตนตั้งแต่แรก	ความบกพร่องอยู่ที่โรงพยาบาลที่ทำการผ่าตัด เพราะการฝังตัวของรกรายนี้เป็นชนิดฝังลึกเข้าไปถึงชั้นกล้ามเนื้อดลูก มีโอกาสเสี่ยงสูงมากที่คนไข้จะตกเลือดหลังคลอดปกติควรดมดลูกทุกรายเพราะยากจะแก้ไขภาวะตกเลือด	หากจะวินิจฉัยให้โรงพยาบาลตามสิทธิต้องรับผิดชอบต่อค่ารักษาจำนวนมากภายหลังย่อมไม่ยุติธรรม จึงส่งเรื่องให้แพทยสภาพิจารณาการรักษาที่โรงพยาบาลที่สองว่าได้มาตรฐานหรือไม่

เรื่องร้องเรียน	ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์	ข้อยุติ
4.ผู้ป่วยปวดท้องมากเข้ารพ.ตามสิทธิ 7.30 น. พบว่าหมอสงสัยเป็นโรคกระเพาะ จี้ดยาให้ 1 เข็ม ให้อาการปวดดีขึ้น ตามหมอสั่งมาดูอีกครั้งพบว่าไม่ได้ตั้งอีกเสบต้องเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากยังไม่มีห้องผ่าตัดว่าง ต้องรอป่วย ผู้ป่วยตัดสินใจย้ายรพ.ใกล้เคียงเพราะปวดท้องมาก ในตอนบ่ายจึงได้รับการผ่าตัดซึ่งหมอบอกว่าได้ตั้งแต่ต้องใช้เวลารักษานานขึ้น ผู้ป่วยเรียกให้ รพ.ตามสิทธิรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น	สองฝ่ายมีส่วนทำให้เกิดปัญหา ด้านหมอไม่ชี้แจงให้ผู้ป่วยคลายความกังวล และคนไข้ก็ใจร้อนไม่ฟังเหตุผล เพราะการรอผ่าตัดอาจเป็นเพราะมีคนไข้ที่ต้องผ่าตัดด่วนหรือมีบุคลากรจำกัด และหากไม่ฉุกเฉินจริงๆ การรอเวลาให้กระเพาะว่างก่อนก็เป็นการปลอดภัยในการดมยาสลบ และเหตุที่ได้ตั้งแต่เป็นเพราะการผ่าตัด ไม่ใช่เพราะรอนานตามคนไข้เข้าใจ	
5.ผู้ป่วยท้องได้ 2 เดือนแล้วยังไม่ได้ฝากท้องที่ไหน เมื่อมีอาการตกเลือดผู้ป่วยจึงเข้ารพ.เครือข่ายของ รพ.ตามสิทธิ และได้รับการตรวจภายใน พบว่ามีเลือดออกในช่องคลอดและไม่พบอาการผิดปกติอย่างอื่น หมอสรุปว่าผู้ป่วยแท้งจึงให้มาชูดมลูกในวันรุ่งขึ้น ระหว่างทางกลับบ้านเกิดการตกเลือดอีกครั้ง ผู้ป่วยจึงแวะเข้ารพ.อีกแห่ง ซึ่งหมอตระหนักว่าเป็นแท้งคุกคาม ซึ่งอาจจะแท้งหรือไม่แท้งก็ได้ พบเลือดออกที่ด้านใต้รัก ทารกยังมีชีวิตอยู่ จึงจัดยาระงับการแท้งให้ ให้อา และนัดให้มาช้ดยา ผู้ป่วยไม่กล้ากลับไปรักษาที่รพ.ตามสิทธิ	กรณีนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการสื่อสาร การแนะนำทำความเข้าใจกัน การตรวจเพิ่มเติมอันเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	โรงพยาบาลตามสิทธิต้องตามไปรับผิดชอบค่ารักษา
6.ผู้ป่วยถูกเศษไม้กระเด็นเข้าตา ไปหาหมอที่ รพ.ตามสิทธิ ผู้ป่วยรับการตรวจจากหมอทั่วไปถึง 3 ครั้ง ไม่ได้พบหมอตา หลังจากไปรักษาอาการจะหนักขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งผู้ป่วยปวดตาอย่างรุนแรง น้ำตาไหลไม่หยุด จึงได้ตามจักษุแพทย์มาตรวจ ให้อาใหม่แต่ออาการยังแย่ลง หมอตานแนะนำให้ส่งตัวไปรพ.ศูนย์ แต่ไม่ทันการณ้รักษา เมื่อไปถึงรพ.ศูนย์ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้ออย่างรุนแรง ต้องผ่าตัดควักลูกตาข้างนั้นออก	เป็นกรณีตัวอย่างให้ตระหนักถึงความจำเป็นของระบบการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่มีประสิทธิภาพโดยไม่คำนึงถึงต้นทุนการรักษาแต่ด้านเดียว ในด้านผู้ป่วยเองเมื่อได้รับบาดเจ็บที่ตา ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญ เมื่อรักษาแล้ว 1-2 วันไม่หายก็ควรรีบกลับไปพบแพทย์ถึงแม้จะยังไม่ถึงเวลานัด	โรงพยาบาลตามสิทธิถูกพิจารณาให้ได้รับโทษสูงสุดของการรักษาไม่ได้มาตรฐาน และคณะกรรมการแพทย์ส่งเรื่องให้แพทย์สภาพิจารณาต่อไป

เรื่องร้องเรียน	ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์	ข้อยุติ
7. ผู้ป่วยมอเตอร์ไซค์ล้มหมดสติ ถูกนำส่งโรงพยาบาลตามสิทธิ เข้ารักษาในห้องไอซียู เมื่อฟื้นแล้วพูดจำเรื่อง จำความได้ และหมอตระกูลไม่พบอาการผิดปกติ และให้ย้ายออกจากห้องไอซียู แต่ผ่านไป 2 ชม. ผู้ป่วยเกิดอาการจุกแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกและมีอาการหนักขึ้นจนต้องปั๊มหัวใจ หมอมาตรวจอีกครั้งพบว่ามีอาการที่ปอดแต่อาการทางสมองปกติญาติขอย้ายแต่หมอบอกอาจไปตายกลางทาง สุดท้ายหมอบอกว่าไม่มีโอกาสรอดแล้ว ญาติจำใจเซ็นชื่อสละสิทธิย้ายไปโรงพยาบาลแห่งใหม่ซึ่งไม่สามารถรักษาได้และสรุปการตายว่าเกิดจากเลือดคั่งในสมอง และสมองบวม ซึ่งขัดกับที่โรงพยาบาลแรกบอก	การที่ผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมองออกมาไม่พบความผิดปกติ ทำให้ล้มตระหนักว่าผู้ป่วยได้รับความรุนแรงที่ศีรษะรุนแรงถึงสลบ แต่ได้รับการรักษาจากแพทย์โดยคำสั่งทางโทรศัพท์เป็นส่วนใหญ่ ผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมองไม่ได้บอกอะไรมาก เมื่อขาดการสังเกตอาการใกล้ชิด โรคที่ความรุนแรงขึ้นกว่าอาการจะชัดก็รักษาไม่ทัน	คณะกรรมการแพทย์ให้โรงพยาบาลตามสิทธิรับผิดชอบค่ารักษาของโรงพยาบาลที่ 2 พร้อมโทษสูงสุดของการรักษาไม่ได้มาตรฐาน และส่งเรื่องให้แพทยสภาดำเนินการต่อไป
8. ผู้ป่วยสูบบุหรี่จัด และมีโรคประจำตัวหลายโรค เมื่อหายใจไม่ออกจนหมดสติ ถูกพาส่ง รพ.โรงเรียนแพทย์ที่อยู่ใกล้ พร้อมทั้งแจ้ง รพ.ตามสิทธิ ผู้ป่วยมีอาการปอดบวม ช็อค ระบบหายใจล้มเหลว รพ.ตามสิทธิส่งแพทย์และทีมงานมาประเมินผลร่วมกับแพทย์ที่รักษาเพื่อทำการย้ายผู้ป่วย แต่ลูกชายไม่ยินยอม เพราะผู้ป่วยอาการหนัก และยอมลงชื่อสละสิทธิประกันสังคม หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ลูกชายผู้ป่วยได้ขอให้ รพ.ตามสิทธิรับผิดชอบค่ารักษาแทนการย้ายผู้ป่วยกลับไปรักษาเอง	จากการพิจารณาหนังสือของโรงเรียนแพทย์ให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การเคลื่อนย้ายอาจทำได้ถ้ามีเครื่องมือและบุคลากรที่เหมาะสม แต่ก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การที่ รพ.ตามสิทธิส่งทีมแพทย์และเครื่องมือมาเป็นการกระทำที่ถูกต้องและ รพ.ก็มีศักยภาพที่จะรักษาได้ การที่ญาติปฏิเสธการรักษาจาก รพ.ตามสิทธิที่ผู้ประกันเลือกจึงไม่ถูกต้อง	คณะกรรมการแพทย์จึงให้ญาติผู้ประกันตนเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาในส่วนที่เกินสิทธิการรักษากรณีฉุกเฉิน
9. ผู้ป่วยเข้าพบหมอที่ รพ. ตามสิทธิเพราะถ่ายอุจจาระเป็นสีดำนาน 4-6 ครั้ง หมอส่งเจาะเลือดตรวจแล้วให้เข้ามาดูอีกรอบ หลังจากเจาะเลือดคนไข้เป็นลม มารดาขอให้ผู้ป่วยพบหมอทันที แต่พยาบาลแจ้งว่าต้องรอผลตรวจเลือดก่อน มารดาจึงพาผู้ป่วยย้ายไปโรงพยาบาลอื่น การตรวจเลือดและเอกซเรย์พบว่ามียาเลือดออกบริเวณลำไส้เล็กต้องนอนให้เลือด 2 วัน หลังจากนั้นมารดาต้องการย้ายผู้ป่วยกลับมาที่ รพ. ตามสิทธิ	การพิจารณาเห็นว่าญาติใจร้อนไม่ยอมอยู่รักษา ความจริงหมอตระกูลพบโรคแล้ว รอผลยืนยันเท่านั้น ในขณะเดียวกันพยาบาลก็ควรเฉลียวใจว่าคนไข้ช็อคเป็นลมควรเอาใจใส่ให้มากกว่านี้	คณะกรรมการแพทย์ดำเนินการตัดเคสในโรงพยาบาลตามสิทธิเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ดีให้แก่ผู้ประกันตน

เรื่องร้องเรียน	ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์	ข้อยุติ
10. ผู้ป่วยกินยาโรคกระเพาะมา 4 ปี ครั้นนี้ปวดท้องมากจนต้องเข้า รพ.ตามสิทธิถึง 2 ครั้งในช่วง 2 สัปดาห์ แต่หมอก็ให้ยาโรคกระเพาะเหมือนเคย หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้น เริ่มถ่ายเป็นเลือด อาเจียนและมีจ้ำเลือด เวียนศีรษะ เบลอ หมอสรุปว่าเป็นอาการสับสนของจิตควรพบจิตแพทย์ หมอคนใหม่บอกว่านอนไม่พอ ผู้ป่วยจึงตัดสินใจไป รพ.แห่งที่ 2 ถึง 2 ครั้ง ครั้งแรกบอกว่าเป็นโรคกระเพาะ แต่ครั้งที่สองคนไข้ติดมากหมดสติจะเลือกและพบความเข้มข้นของเลือดต่ำมาก หมอแนะนำให้กลับไป รพ.ตามสิทธิเพราะค่าใช้จ่ายสูง รพ.ตามสิทธิให้ยาบำรุงเลือดกลับบ้านไปทาน จากนั้นผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้น จึงเข้า รพ.ที่ 2 และตรวจพบว่าเป็นมะเร็งในกระเพาะอาหารระยะแพร่กระจายต้องผ่าตัด หลังผ่าตัดอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น จึงกลับไปรักษาที่ รพ.ตามสิทธิเพราะค่าใช้จ่ายสูง สุดท้ายผู้ป่วยมีอาการเลือดออกในสมองจากภาวะเลือดไม่แข็งตัวจึงไม่สามารถผ่าตัดได้ และเสียชีวิตในที่สุด	กรณีนี้เป็นอุทธรณ์ให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงการมองปัญหาผู้ป่วยโดยองค์รวมรอบด้าน และละเอียดรอบคอบ มิใช่มุ่งไปที่ประเด็นหนึ่งจนมองไม่เห็นปัญหาหรือสาเหตุอื่น แม้ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การตรวจพบโดยเร็วก็ช่วยให้ญาติและผู้ป่วยทำใจได้เร็ว	สถานพยาบาลบกพร่องเรื่องมาตรฐานการรักษาจะต้องถูกดำเนินการตามบทลงโทษ
11. ภรรยาผู้ป่วยเห็นผู้ป่วยนอนสลับข้างๆ มีกระปุกเปล่าของยาพาราเซตามอล 2 กระปุก จึงคิดว่าผู้ป่วยกินยาเข้าไปหมดจึงรีบพาไปโรงพยาบาลเมื่อแพทย์ทราบเรื่องและตรวจอาการพบว่าปกติจึงสรุปว่าเป็นพิษจากการได้รับยาเกินขนาด จึงล้างกระเพาะพร้อมให้ยาด้านพิษ เมื่อผู้ป่วยฟื้นบอกว่าหลังดื่มเหล้ารู้สึกปวดหัวจึงกินยาไปประมาณ 10 เม็ด หมอว่าเป็นเพราะภรรยาให้ประวัติไม่ดีทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการล้างท้อง ทั้งที่ผลเลือดพบว่าระดับพิษยาไม่ถึงขั้นเป็นอันตราย และเรียกเก็บค่ารักษาโดยระบุว่าเหตุฉุกเฉินทำร้ายตนเอง ซึ่งไม่อยู่ในความคุ้มครอง	เพื่อพิจารณาข้อมูลรายละเอียดไม่พบเหตุของการจงใจทำร้ายตัวเองอันไม่มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ตามมาตรา 61 ของกฎหมายประกันสังคม และโรงพยาบาลได้ให้การรักษาตามสมควรเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ไม่น่าจะส่งผลให้เกิดความเสียหาย ที่ถุกนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา สถานพยาบาลในโครงการมีหน้าที่ให้การรักษอย่างเต็มความสามารถ หากข้อสงสัยว่าการรักษานั้นๆอยู่ในสิทธิหรือไม่เป็นหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้วินิจฉัย	คณะกรรมการแพทย์มีมติให้โรงพยาบาลตามสิทธิคืนเงินค่ารักษา

เรื่องร้องเรียน	ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์	ข้อยุติ
12. ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างขอเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิฯ จาก รพ.เดิมมาเป็น รพ.ใกล้บ้าน ยังไม่ทันได้รับสิทธิผู้ป่วยเป็นลมหายใจไม่ออกต้องนำส่งโรงพยาบาลเมื่อตรวจพบว่า มีหินปูนเกาะที่ตับต้องผ่าตัด ผู้ป่วยจึงขอไปเคลียร์งานและกลับมาพบหมออีกครั้ง พร้อมยื่นบัตรประกันสังคมเพื่อใช้สิทธิ์ ปรากฏว่าหมอกลับมบอกว่าอาการของผู้ป่วยไม่ ต้องผ่าตัดเพราะมีความเสี่ยงในการผ่าตัดมากจึงให้กินยาไปเรื่อยๆ แต่อาการผู้ป่วยไม่ ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงสงสัยว่าเป็นเพราะใช้บัตรประกันสังคมจึงทำให้หมอไม่ผ่าตัดให้ จึงเลิก ใช้ ผ่านไป 2 เดือนอาการหนักขึ้นจนต้องส่ง รพ.ของรัฐ หมอพบว่ามีความดันสูง และ อาจมีภาวะหัวใจล้มเหลว เอกซเรย์พบหินปูนที่ตับและกระบังลมหย่อนจึงผ่าตัดให้ หลังจากนั้นผู้ป่วยอาการดีขึ้น	แพทย์ทราบว่าคนไข้มีอาการผิดปกติ สมควรได้รับการ ผ่าตัดแต่ยังประวิงเวลา จนคนไข้มีอาการรุนแรง เห็นได้ชัดถึงการให้บริการทางการแพทย์สองมาตรฐาน	ให้โรงพยาบาลตามสิทธิให้การรักษารับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรัฐให้แก่ผู้ประกันตน
13. ผู้ป่วยมีอาการเต้านมซ้ายขยายผิดปกติและมีน้ำขาวๆ ไหลออกมา จึงไป รพ.ตาม สิทธิ ครั้งแรก แพทย์ให้ยามากิน ครั้งที่ 2 มีการเอาน้ำนมไปตรวจเชื้อและนัดมาใหม่ แต่ผู้ป่วยไม่เคยได้พบแพทย์ตามที่นัดอีก ผู้ป่วยจึงไป รพ.รัฐ ซึ่งตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง เต้านมต้องผ่าตัดและทำเคมีบำบัด ซึ่งหมอแนะนำให้กลับไป รพ.ตามสิทธิเพื่อขอ หนังสือรับรองค่าใช้จ่ายเพราะค่าใช้จ่ายสูง และทราบว่า รพ.ตามสิทธิไม่สามารถรักษา ได้ แต่ รพ.ตามสิทธิไม่ออกหนังสือให้โดยชี้แจงว่าการรักษาของรพ.รัฐเป็นคนละแนว กันและแนะนำให้ไปขอเป็นคนไข้ของ รพ.รัฐ นั้น ขณะนั้นเป็นช่วงเลิกรพ.ตาม สิทธิประจำปี ผู้ป่วยจึงขอเปลี่ยน รพ.ตามสิทธิมาเป็น รพ.รัฐแห่งใหม่ และได้รับการ รักษาจนอาการดีขึ้น	สำนักประกันสังคมได้ดำเนินการขอสำเนาเวชระเบียน ประวัติการรักษาของโรงพยาบาลตามสิทธิแห่งแรกมา ตรวจสอบ พบข้อมูลในเวชระเบียนขัดแย้งกับข้อมูลของ คนไข้ มีการลบและเปลี่ยนแปลงเวชระเบียนหลายแห่ง	โรงพยาบาลตามสิทธิรักษาไม่ได้มาตรฐาน และหลีกเลี่ยงการรักษา อีกทั้งลบและ เปลี่ยนแปลงเวชระเบียนจึงให้รับผิดชอบ ค่ารักษาให้แก่คนไข้และส่งเรื่องถึง แพทย์สภา สุดท้ายโรงพยาบาลแห่งนั้นถูก สั่งให้ปิดสถานพยาบาลด้วยความผิดหลาย ข้อหาและหลายกรณี

เรื่องร้องเรียน	ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์	ข้อยุติ
14. ผู้ป่วยมีอาการหอบหลังจากการดำน้ำ จนวันที่ 3 มีอาการหนักขึ้นและตัวร้อน จึงไปหาหมอซึ่งไม่พบเชื้อโรคแต่อย่างใด วันต่อมายังมีอาการอยู่จึงไปพบแพทย์ที่ รพ. ตามสิทธิ พบว่ามีความดันสูง หมอบอกว่าเป็นไมเกรน จึงให้ยาไปกิน ผู้ป่วยได้ปรึกษาเรื่องหอบหืดจึงได้ยาเพิ่มเติม 2 วันต่อมา มีอาการรุนแรงขึ้น หมอบอกว่าไม่เป็นอะไร แต่ผู้ป่วยขอให้หมอตรวจร่างกาย ก็ไม่พบความผิดปกติ ต่อมาอาการมากขึ้น จึงไปหาหมอใหม่และได้รับตัวเข้ารับการรักษา ซึ่งก็ไม่ได้ตรวจอะไรเลยและให้ออกจากโรงพยาบาลโดยนัดมาตรวจอีก 1 เดือน เมื่อคนไข้ปวดจนทนไม่ไหวภรรยาของเขาจึงให้ไปรักษาโรงพยาบาลแห่งที่สอง ซึ่งพบว่ามียาเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วย ต้องรับการผ่าตัดแต่เครื่องมือของโรงพยาบาลนี้ไม่พร้อมจึงส่งตัวไปที่โรงพยาบาลแห่งที่สาม เมื่อเอกซเรย์สมองพบว่ามียาเลือดในสมองโป่งพองและแตกมีเลือดออกอยู่ภายใต้เยื่อหุ้มสมอง เมื่อผ่าตัดแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ	กรณีของรายนี้ลักษณะอาการบ่งชี้ว่าเป็นเส้นเลือดในสมองแตก แต่โรงพยาบาลตามสิทธิมุ่งแต่ประเด็นไมเกรน และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในขณะที่มีความดันโลหิตสูง โดยมีได้ทำการตรวจวิเคราะห์หาสาเหตุ	โรงพยาบาลตามสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง รวมทั้งค่าเอกซเรย์สมองคอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลตามสิทธิซึ่งคนไข้ถูกเรียกเก็บค่ารักษาเพราะอาการของเขามีข้อบ่งชี้ที่จะต้องได้รับการตรวจเช่นนั้น
15. ผู้ป่วยรกล้มมีอาการคางบวมและปวดมาก ตรวจพบว่ากระดูกขากรรไกรล่างซ้ายหัก หมอศัลยกรรมให้ผู้ป่วยเลือกวิธีรักษาได้ 2 วิธี คือการมัดพันด้วยลวดมัดพันและการผ่าตัดใส่เหล็กและสกรูยึดซึ่งจะหายเร็วกว่าวิธีแรก ผู้ป่วยเลือกวิธีหลัง หมอจึงให้ผู้ป่วยเตรียมการผ่าตัด ผ่านไป 4 ชม. พยาบาลเดินมาบอกว่าอุปกรณ์ไม่พร้อมจะให้การผ่าตัด และถ้าพร้อมเมื่อไหร่โทร.ไปบอก เมื่อกลับไปนอนบ้านได้ 2-3 ชม. รู้สึกปวดระบม กินยาแก้ปวดก็ไม่หาย จึงไปหาหมออีกโรงพยาบาลหนึ่ง ซึ่งหมอที่ รพ. นี้ได้ทำการผ่าตัดให้เลยพร้อมทำการผ่าตัดใส่เหล็กและสกรูตามด้วยการใช้ลวดมัดพัน ผู้ป่วยนอนรักษาสิบกว่าวันก็กลับบ้าน และมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ	ในขณะที่โรงพยาบาลไม่พร้อมที่จะผ่าตัด ก็ควรให้การรักษาเบื้องต้นไปก่อน แต่ในกรณีนี้ไม่มีแผนการรักษาที่ชัดเจน (ผู้ป่วยบอกว่า รพ. จะโทรศัพท์ไปบอกเมื่ออุปกรณ์พร้อม แต่ในขณะที่เวชระเบียนบันทึกว่าให้ผู้ป่วย โทรศัพท์มาสอบถามเรื่องอุปกรณ์ว่ามาหรือยัง)	โรงพยาบาลตามบัตรฯ ต้องรับผิดชอบค่ารักษาที่โรงพยาบาลแห่งที่ 2 ให้คนไข้

เรื่องร้องเรียน	ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์	ข้อยุติ
16.ผู้ป่วยสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านมจึงไปพบแพทย์ ซึ่งแพทย์ตรวจพบก้อนเนื้อคล้ายชีส และนัดให้มาผ่าในอีก 5 สัปดาห์ เมื่อผ่าตัดแล้วนำไปตรวจพบว่าเป็นเนื้องอกธรรมดา หลังจากนั้นอีกไม่กี่วัน ผู้ป่วยรู้สึกวาก่อนเนื้อแข็งที่เคยคลำได้ยังอยู่และมีลักษณะแข็งเป็นไต โตกว่าเดิมอีกทั้งมีอาการเจ็บด้วยจึงไปหาหมอคนเดิม หมอสงสัยว่าเป็นมะเร็ง นัดให้มาเจาะชิ้นเนื้อเพื่อตรวจในอีก 2 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยร้อนใจจึงไปหาหมอที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และตรวจพบว่าเป็นมะเร็งแน่นอน ผู้ป่วยจึงกลับไป รพ.เดิมเพื่อขอในส่งตัวและรับผิดชอบค่ารักษาในการที่จะรับการผ่าตัดที่สถาบันมะเร็ง แต่ รพ.ปฏิเสธ และให้ผู้ป่วยกลับมารักษายัง รพ.เดิม ผู้ป่วยจึงตัดสินใจรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง	กรณีนี้ พบก้อนเนื้องอกขนาด 4.5 ซม. ซึ่งถือว่าใหญ่พอสมควรน่าจะสามารถตรวจพบได้ชัดเจน หรือหากไม่มั่นใจก็ควรส่งตรวจ Mammogram เพื่อช่วยในการวินิจฉัย การผ่าตัดครั้งแรกคงเลือกไม่ถูกก่อน เมื่อผลตรวจ 2 ครั้งไม่ตรงกัน ประกอบกับผ่าตัดไปครั้งหนึ่งแล้วไม่หาย ย่อมทำให้ผู้ป่วยไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาล และหากผู้ป่วยยังคงรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ แนวทางการรักษาที่ถูกต้องก็จะเป็นแนวทางเดียวกับที่ผู้ประกันตนได้รับจากสถาบันมะเร็งฯ	โรงพยาบาลตามสิทธิฯ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
17. ผู้ป่วยเคยประสบอุบัติเหตุทำให้กระดูกต้นขาของผู้ป่วยหักต้องผ่าตัดใส่เหล็กไว้ ปัจจุบันมีอาการเจ็บ จึงไปหาหมอที่ รพ.ตามสิทธิ หมอบอกว่ากล้ามเนื้ออักเสบจึงฉีดยาฆ่าเชื้อและให้ยาแก้อักเสบ แต่ยังไม่หายจึงกลับไปหาหมออีกเพื่อขอให้หมอเอกซเรย์ให้ หมอบอกว่าสงสัยกระดูกอักเสบ และให้ผู้ป่วยไปเอาประวัติที่ รพ.เดิมที่เคยรักษามาให้ แต่ผู้ป่วยคิดว่าคงไปเอาไม่ได้จึงไม่ไป 2 เดือนต่อมาบริเวณต้นขาที่บวมแดงบริเวณเล็ก ๆ มีหนองออกมา มีกลิ่นเหม็น ผู้ป่วยจึงไปหาหมอที่รพ. ตามสิทธิ หมอบอกว่าแผลอักเสบแต่ไม่ใช่เพราะกระดูกอักเสบเพราะอยู่คนละตำแหน่งกัน หมอจะคว้านหนองออกให้และจ่ายยาแก้ปวดเพิ่มให้ ผู้ป่วยทนอยู่ 1 เดือนจึงไปหาหมอที่รพ.เดิมเมื่อ 7 ปีก่อนในกรุงเทพฯ หมอบอกว่ากระดูกอักเสบที่มีการอักเสบจะต้องผ่าตัดเอาเหล็กและกระดูกออกพร้อมระบายหนองให้จึงจะหาย ผู้ป่วยจึงรักษาที่นั่นไม่นานหลังจากการรักษาแผลหายและขาใช้งานได้ตามปกติ	กรณีพบว่าการทำการรักษา รพ.ตามสิทธิให้การรักษารูปแบบประวิงเวลา เพราะจากอาการและผลการตรวจสามารถพิจารณาการรักษาได้โดยไม่ต้องให้ผู้ประกันตนไปขอประวัติ และฟิล์มเก่าจาก รพ.ต่างจังหวัดมาให้ดู และเมื่อรับการรักษาหลายครั้งอาการไม่ดีขึ้นย่อมทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการรักษาของแพทย์ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยหนีไปรับการรักษาที่อื่นๆ ซึ่งก็ทำให้ผู้ประกันตนหายจากอาการป่วยได้	กรณีนี้ โรงพยาบาลตามสิทธิฯ จึงสมควรรับผิดชอบค่ารักษาให้ผู้ประกันตน

เรื่องร้องเรียน	ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์	ข้อยุติ
18. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ รพ.ตามสิทธิ หมอบอกว่าเป็นความดันโลหิตสูง ให้ยาไปทานและนัดมาตรวจอีกครั้ง ต่อมาผู้ป่วยมีอาการใจสั่นและตาพร่าฟาง หมอว่าเป็นความดันโลหิตสูงและท้องอืด และให้ยาแก้โรคกระเพาะมาทาน เดือนที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกแน่นท้อง ปวดบริเวณลิ้นปี่ และมาให้หมอดตรวจอีกครั้ง หมอไม่พอใจ ผู้ป่วยจึงไม่กล้ามารักษาอีก ผ่านไป 1 เดือนผู้ป่วยมีอาการชูบและท้องอืด จึงพาไปรักษาที่ รพ.เดิม หมอบอกว่าเป็นมะเร็งที่ต่อมหมวกไตระยะสุดท้าย จากนั้นไม่นานผู้ป่วยก็เสียชีวิต		โรงพยาบาลบกพร่องเรื่องมาตรฐานการรักษา ต้องดำเนินการตามบทลงโทษสถานพยาบาลที่กำหนดไว้

ที่มา: สรุปความจากเอกสาร สำนักงานประกันสังคม. ไม่ระบุปี. รวมเรื่องเล่าจากกองประสานการแพทย์ฯ.

การลงโทษ

สำนักงานประกันสังคมมีเครื่องมือหลักที่ใช้สำหรับลงโทษสถานพยาบาลที่ไม่ทำตามเงื่อนไข คือ โควตาจำนวนผู้ประกันตน ซึ่งใช้ทั้งในการลงโทษและจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วย ทั้งนี้ โควตาจำนวนผู้ประกันตนเป็นตัวกำหนดรายได้พื้นฐานของสถานพยาบาลจากโครงการประกันสังคม

ในปี 2544 คณะกรรมการการแพทย์ได้กำหนดบทลงโทษสำหรับสถานพยาบาลที่ถูกร้องเรียน และพิสูจน์ได้ว่ามีความผิดจริง กำหนดตามความรุนแรงจาก ระดับ A ถึง D การทำโทษจะเริ่มจากการ ว่ากล่าวตักเตือน การภาคทัณฑ์โรงพยาบาลและแพทย์ผู้รักษา 1 ปี ตัดโควตาผู้ประกันตน/ห้ามแพทย์ที่เกี่ยวข้องรักษาผู้ประกันตน/ส่งเรื่องให้แพทย์สภาพิจารณาดำเนินการทางจริยธรรม ไปจนถึงเมื่อมีความผิดที่รุนแรง ก็จะเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณายกเลิกสัญญา (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 1)

เมื่อพิจารณาจากสถิติการลงโทษสถานพยาบาลในระหว่างปี 2541-2546 พบว่าในช่วงปี 2541-2544 มีสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับการต่อสัญญาแทบทุกปี แต่มีจำนวนลดลงในระหว่างปี 2543-2544 และไม่มีการลงโทษสถานในปี 2545-2546 ในขณะที่มีการลงโทษสถานพยาบาลโดยการลดศักยภาพจำนวนมากขึ้นในระหว่างปี 2543-2544 และลดลงในปี 2545-2546 (ดูตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สถิติการลงโทษสถานพยาบาลโครงการประกันสังคม ปี 2541-2546
(ไม่รวมกรณีว่ากล่าวตักเตือน/ภาคทัณฑ์)

ปี	ลดศักยภาพ	ไม่ต่อสัญญา
2541	3	4
2542	1	5
2543	14	1
2544	16	1
2545	2	ไม่มี
2546	7	ไม่มี

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม

กลไกการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาล

การถูกร้องเรียนและวิพากษ์วิจารณ์ถึงคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์ในแง่ลบในระยะแรกทำให้ในปี 2538 สำนักงานประกันสังคมได้สร้างกลไกต่างๆเพื่อควบคุมและกำกับคุณภาพสถานพยาบาลในโครงการควบคู่ไปกับการปรับปรุงระบบการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม นอกเหนือจากเหมาจ่าย (สูตรเลข 2547) หลังจากนั้นสำนักงานประกันสังคมพยายามคัดกรองสถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการ โดยมีแบบตรวจประเมินมาตรฐานตนเองของสถานพยาบาลใหม่ก่อนรับเข้าโครงการ ในปี 2539 ตั้งคณะที่ปรึกษาทางการแพทย์เพื่อติดตามและประเมินคุณภาพสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อตรวจประเมินประจำปี และมีการจ้างที่ปรึกษาทางด้านเภสัชกรรม ในปี 2544 เนื่องจากการถูกร้องเรียนเรื่องยาเข้ามาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีเครื่องชี้วัดเพื่อประเมินคุณภาพสถานพยาบาลในด้านการดูแลทางคลินิก การบริการ และการจัดการ (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 2)

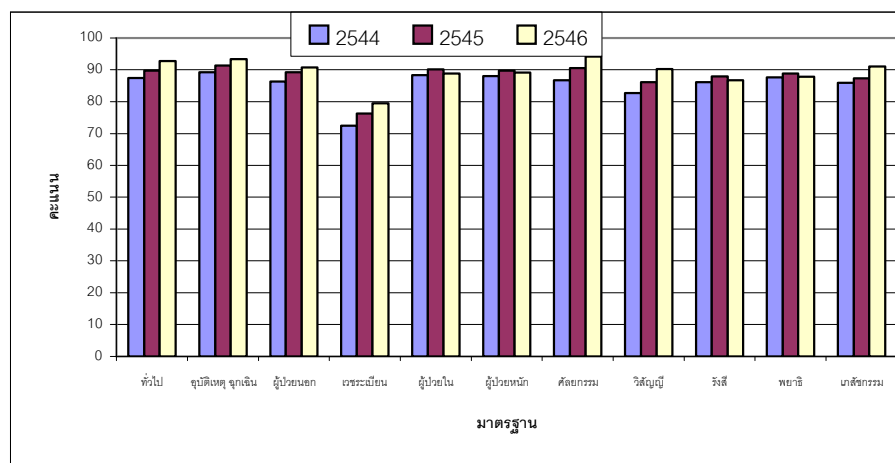
เครื่องมือการตรวจประเมินของคณะที่ปรึกษาเน้นการประเมินและการพัฒนาตาม 11 มาตรฐานที่กำหนดไว้ในประกาศของสำนักงานประกันสังคม เช่น มาตรฐานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหนัก เวชระเบียน มาตรฐานศัลยกรรม วิสัญญี รังสีวิทยา พยาธิวิทยา และมาตรฐานเภสัชกรรม มาประกอบกับมาตรฐานทั่วไป โดยรายงานผลการประเมินเป็นคะแนน แต่ละมาตรฐานสถานพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ 80 เปอร์เซนต์ ซึ่งมีสถานพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 ที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวนี้ (ดูตารางที่ 4) โดยสถานพยาบาลส่วนมากมักผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้นมาตรฐานด้านเวชระเบียน (ดูรูปที่ 2) และมักเป็นสถานพยาบาลของรัฐที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ สาเหตุที่พบมาจากจำนวนคนไข้มีจำนวนมาก การเขียนรายละเอียดของแพทย์ผู้ตรวจไม่ชัดเจนหรือละเอียดไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาติดตาม สำหรับโรงพยาบาลเอกชนมักเป็นไปตามเกณฑ์

ตารางที่ 4 ผลการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ปี 2543-2546

	2543	2544	2545	2546
สูงกว่า 80% (แห่ง)	184 (75.4%)	222 (85.0%)	239 (89.2%)	247 (92.16%)
ต่ำกว่า 80% (แห่ง)	60 (24.6%)	39 (15.0%)	29 (10.82%)	21 (7.84)%
รวม	244	261	268	268

ที่มา : กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม

รูปที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม จำแนกตาม
มาตรฐานปี 2544-2546



ที่มา : กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม

3. โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

ตั้งแต่เมื่อโครงการ 30 บาท เริ่มดำเนินการในหกจังหวัดนำร่องในเดือนเมษายน 2544 ทางโครงการได้ตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องราวร้องทุกข์โดยตรง คือ ศูนย์บริการประกันสุขภาพ ภายใต้สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ภายหลังจากที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีหน่วยงานรับเรื่องราวร้องเรียนที่เป็นอิสระ จากหน่วยงานที่ให้บริการ ที่ส่วนกลางจึงได้มีการตั้งสำนักงานบริการประชาชน ขึ้นมาทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์ในส่วนกลางโดยตรง สำหรับการร้องเรียนจากส่วนภูมิภาค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นเครือข่ายรับเรื่องราวร้องทุกข์ แต่โดยโครงสร้างการบริหารงานนั้น อาจจะมีปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทหลักที่เป็นหัวหน้าของผู้ให้บริการ และในขณะที่ สปสช. เองได้ริเริ่มจะขยายสำนักงานสาขาออกไปในระดับภาค (ซึ่งปัจจุบันขยายออกไปสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือแล้ว) แต่เป้าหมายหลักของการตั้งสำนักงานสาขาก็คือเป็นงานด้านอื่นมากกว่างานด้านการรับเรื่องราวร้องทุกข์⁷

⁷ สำนักงานสาขากรุงเทพมหานครเองก็ไม่ได้ทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์ งานหลักจะทำด้านการทะเบียน เช่น การออกบัตร จอกลิขสิทธิ์ เป็นต้น

พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในหมวดการกำกับ มาตรฐานหน่วยบริการ กำหนดเอาไว้ว่า เมื่อตรวจพบหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการที่กำหนดไว้ ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา ออกคำสั่ง และถ้าผลการสอบสวนระบุว่าหน่วยบริการนั้นๆ ดำเนินการไม่ถูกต้องสามารถดำเนินการลงโทษตามระดับความรุนแรง ซึ่งจะเริ่มจากการออกหนังสือเตือน จ่ายค่าปรับไปจนถึงการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียน ตัวอย่างเช่น ถ้าเป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งตักเตือนเป็นหนังสือในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับ กรณีมีเจตนากระทำผิดให้หน่วยบริการนั้นๆ จ่ายค่าปรับตามที่กำหนด ถ้าหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิหรือเก็บเกินอัตราที่กำหนดจะถูกออกคำสั่งเป็นหนังสือให้คืนเงินพร้อมดอกเบี้ย และถ้าเป็นกรณีหน่วยบริการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้งจะสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ยังต้องแจ้งต่อรัฐมนตรีเพื่อให้ดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหาร กรณีการกระทำผิดนั้นๆ เป็นหน่วยบริการของรัฐ และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสอบสวนและวินัยจัดชี้ขาด กล่าวโทษผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งให้มีการดำเนินการทางวินัยด้วยถ้าเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ

ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน

สำนักบริการประชาชนเปิดช่องให้ประชาชนร้องเรียนใน 2 ช่องทางคือ ในระดับพื้นที่ ประชาชนสามารถส่งเรื่องร้องเรียนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งในปัจจุบันทาง สปสช. ขอให้ทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขาของสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ของ สปสช. ด้วย (สำนักพัฒนาคุณภาพบริการไม่ได้มีอำนาจสั่งการโดยตรงแต่เป็นการขอความร่วมมือให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการสรุปและส่งเรื่องร้องทุกข์ทั้งหมดมายังส่วนกลางเป็นประจำทุกเดือน) ซึ่งเมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมักจะพยายามไกล่เกลี่ยก่อน แต่ถ้าไม่สามารถไกล่เกลี่ยให้ได้ข้อยุติในพื้นที่ ก็จะส่งเรื่องต่อมาที่ส่วนกลาง อีกทางหนึ่งประชาชนสามารถสอบถามหรือแจ้งเรื่องร้องทุกข์มายังสำนักบริการประชาชนที่ส่วนกลางโดยตรง ซึ่งทางสำนักงานบริการประชาชนทำหน้าที่ตอบคำถามทั่วไปในโครงการ 30 บาท (เช่น ให้คำปรึกษาแนะนำ ชี้แจงสิทธิประโยชน์ผู้รับบริการ และให้ข้อมูล) เป็นหลัก สำหรับส่วนที่เป็นเรื่องร้องเรียนนั้น เมื่อสำนักงานบริการประชาชนได้รับเรื่องร้องเรียน ถ้าเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อมูลได้ทันที ก็จะให้ข้อมูลในเบื้องต้นไปก่อน แต่ถ้าเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ทันที ก็จะประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาข้อมูลมาตอบข้อร้องเรียนนั้นๆ นอกจากนี้ สำนักบริการประชาชนจะทำหน้าที่ประสานไกล่เกลี่ยด้วย แต่ถ้าเป็นการร้องทุกข์เกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ สำนักพัฒนาคุณภาพ

บริการจะนำเรื่องไปดำเนินการตรวจสอบหาข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ
สอบสวนที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานต่อไป

สถานการณ์การร้องเรียน

สถิติการร้องเรียนและการสอบถามเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท ที่รวบรวมโดยสำนักงานบริการ
ประชาชน ตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการนำร่องจนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2546 (ดูตารางที่ 5) จำนวนการ
สอบถามและร้องเรียนโดยตรงไปยังสำนักบริการประชาชนระหว่างปี 2545 และ 2546 เพิ่มขึ้นจาก
45,065 ราย เป็น 62,425 (เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 37) แต่เฉพาะเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่ง
เท่าตัวจาก 1,815 ราย เป็น 3,688 ราย (แต่ข้อมูลส่วนนี้ไม่รวมการร้องเรียนไปที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดทั่วประเทศ) โดยเรื่องที่ประชาชนสอบถามมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการทำบัตรทอง
สำหรับการร้องเรียนมีเป็นจำนวนมาก แต่ส่วนหนึ่งเป็นการร้องเรียนในประเด็นซ้ำกัน สำนักงานบริการ
ประชาชนจึงได้จัดกลุ่มเรื่องร้องเรียนออกเป็น 6 กลุ่ม เพื่อให้ง่ายต่อการจัดการ หรือส่งเรื่องต่อไปยัง
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การให้บริการ การให้การรักษา การเรียกเก็บเงิน การออกบัตรและการขึ้น
ทะเบียน สิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ และอื่นๆ (ดูกรอบที่ 1) และกลุ่มที่ถูกร้องเรียนมากเป็นเรื่อง
มาตรฐาน/วิธีการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล และการถูกเรียกเก็บเงินจาก
สถานพยาบาล

**ตารางที่ 5 เรื่องที่ประชาชนสอบถามและร้องเรียนโดยตรงไปยัง สปสช. (ไม่รวมกรณีการ
ร้องเรียนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัด) ปี 2545-2546**

	1 ต.ค.44-30 ก.ย.45		1 ต.ค.45-30 ก.ย.46		เพิ่ม/ลด	
	รวม (ราย)	ร้อยละ	รวม (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เรื่องสอบถาม						
- เกี่ยวกับการทำบัตร	25,457	60.14	41,030	70.91	15,573	61.17
- เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์	4,558	10.77	4,072	7.04	- 486	- 10.66
- วิธีการไปใช้บริการตามสิทธิ	5,220	12.33	4,904	8.48	- 316	- 6.05
- ข้อเสนอทั่วไป	7,095	16.76	7,853	13.57	758	10.68
รวม	42,330	100.00	57,859	100.00	15,529	36.69
เรื่องร้องเรียน						
เฉพาะเรื่องร้องเรียน	1,815	67.32	3,688	80.95	1,873	103.20
- การให้บริการ	163	8.98	48	1.30	- 115	- 70.55
- การให้การรักษา	692	38.13	556	15.08	- 136	- 19.65
- การเรียกเก็บเงิน	563	31.02	368	9.98	- 195	- 34.64
- การออกบัตรและการขึ้นทะเบียน	135	7.44	2,010	54.50	1,875	1,388.89
- สิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ	262	14.44	359	9.73	97	37.02
- อื่นๆ	-	-	347	9.41	347	-
บัตรสนเท่ห์	881	32.68	868	19.05	- 13	- 1.48
รวมเรื่องร้องเรียน+บัตรสนเท่ห์	2,696	100.00	4,556	100.00	1,860	68.99
รวมสอบถามและร้องเรียน	45,026.00		62,415.00		17,389	38.62

หมายเหตุ : สถิติในตารางรวบรวมเฉพาะการสอบถามและร้องเรียนโดยตรงมาที่สำนักบริการประชาชนเท่านั้น
ที่มา : สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรอบที่ 1 เรื่องร้องเรียนของโครงการ 30 บาท ที่ร้องเรียนมาที่สำนักงานบริการประชาชนโดยตรง

เรื่องร้องเรียนเหล่านี้สำนักงานบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวบรวมจากการร้องเรียนของประชาชนโดยตรงเข้ามายังสำนักงานบริการประชาชนตั้งแต่เมื่อเริ่มโครงการ 30 บาท (เมษายน 2544) จนถึงปัจจุบัน โดยจัดกลุ่มการร้องเรียนออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ การให้บริการ การให้การรักษา การเรียกเก็บเงิน การออกบัตรและการขึ้นทะเบียน สิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ และอื่นๆ ซึ่งแต่ละเรื่องการร้องเรียนอาจมีสถิติการร้องเรียนเข้ามามากกว่า 1 ครั้ง

1. การให้บริการ

- แพทย์พูดจาไม่สุภาพกับญาติและผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแสดงกิริยาไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- รอคิวการตรวจรักษานาน
- เจ้าหน้าที่ให้บริการไม่เท่าเทียมกับผู้ป่วยที่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง
- ผู้ป่วยไม่ได้รับความสะดวกในการรับบริการ
- ผู้ป่วยไม่ได้รับความสะดวกในการติดต่อกับ รพ.

2. การให้การรักษา

- รพ.จ่ายยาโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยเดือนละ 2 ครั้ง โดยให้ยาเพียงครั้งละ 10 เม็ด เมื่อไปรับยาที่ต้องกินในช่วง 10 วันที่เหลือ ก็ถูกปฏิเสธ
- รพ. ปฏิเสธการรับฝากครรภ์ และเลื่อนนัดออกไปอีก 1 สัปดาห์
- รพ.ปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วยเส้นเลือดขาด และอาการเส้นเลือดในสมองแตก ทั้งที่ไม่มีแพทย์รักษา
- รพ.จะให้ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกและเป็นอัมพาต กลับบ้านทั้งที่อาการยังไม่ดีขึ้น
- ผู้ป่วยปวดทวารไปรักษาที่ รพ.ต้นสังกัดแพทย์แจ้งว่าไม่เป็นอะไร แต่ปัจจุบันมีอาการปวดมาก
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการออกไปส่งตัวให้ผู้ป่วยนัดตรวจรักษาต่อเนื่อง
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการเปลี่ยนเลนส์ให้ผู้ป่วยต้อกระจก
- ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเข้ารักษาที่ รพ.ต้นสังกัด 2 ครั้ง แล้วอาการไม่ดีขึ้นปัจจุบันมารักษาที่กรุงเทพมหานครและต้องการให้โรงพยาบาลต้นสังกัดส่งตัวมาเพื่อใช้สิทธิบัตรทอง
- ผู้ป่วยทำการผ่าตัดต่อกระดูกที่โรงพยาบาลต้นสังกัดแต่อาการไม่ดีขึ้น
- ผู้ป่วยมีแผลกดทับทางโรงพยาบาลต้นสังกัดปฏิเสธการรักษาแจ้งว่าใช้งบประมาณมาก

-ผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต้นสังกัดแพทย์แจ้งว่าต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางในกทม. แต่ไม่ทำการส่งตัวให้

-ผู้ป่วยเป็นเนื้องอกที่รังไข่ได้รับการส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดถึงเดือนกันยายน 2546 แต่แพทย์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดไม่มีการนัดผู้ป่วยดูอาการ

-แพทย์โรงพยาบาลตามสิทธิ์ให้ยาผู้ป่วยเกินขนาดทำให้ผู้ป่วยต้องล้างท้อง

-มีอาการน้ำท่วมปอด Admit แต่อาการยังไม่ดีขึ้นแพทย์จะให้กลับบ้าน

-รพ.ต้นสังกัดไม่ออกใบส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาโรคกระเพาะ โดยบอกว่ายาแพง

-แพทย์เลื่อนนัดผู้ป่วยโรคตาต่อกระจก ให้รอนาน 3 เดือน ยังไม่ได้รับการรักษา

-แพทย์รักษาโรค Cyst ในช่องท้อง ให้ยามากินแล้วอาการเจ็บป่วยไม่หาย

-ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพตรวจสอบการให้การรักษารอง รพ.นากลาง จ.หนองบัวลำภู เนื่องจากมีผู้ป่วยไปคลอดบุตรแล้วเสียชีวิต

-ป่วยเป็นโรคกระดูกทับเส้นประสาท รพ.ไม่บอกผลการรักษาให้ทำกายภาพบำบัดแล้วให้กลับบ้าน

-รพ.ต้นสังกัดไม่ออกใบส่งตัวผู้ป่วยโรคคอหอยสาก ทั้งที่เดิมเคยส่งให้ตลอด

-รพ.ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยโรคเส้นเลือดขาดที่ลูกอัมพาต และให้ย้ายไปรักษาที่อื่น

-แพทย์ให้ผู้ป่วยโรคกระเพาะตีบกลับบ้าน ทั้งที่ยังอาเจียน ไม่มีแรง กินอะไรไม่ได้

-แพทย์ไม่ให้ความสนใจผู้ป่วยโรคหัวใจ และชักงูใจรักษาที่คลินิกของตนข้างนอกโรงพยาบาล จนผู้ป่วยเสียชีวิต

-แพทย์ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยอาการเวียนศีรษะ อาเจียน อ่อนเพลียไม่มีแรง โดยให้เหตุผลว่าเป็นแพทย์เฉพาะทาง ตา หู คอ จมูก

-รพ.ให้ผู้ป่วยโรคสมองอ่อนแรงไปซื้อยาทานเองแล้วมาเบิกเงินคืนที่ รพ.แต่ผู้ป่วยไม่สะดวกเนื่องจากต้องทานยาประจำ

-ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจากกรณีบาดเจ็บตามตัวและมีการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ แพทย์ทำแผลภายนอกให้แต่ยังไม่ผ่าตัดสมองและให้ผู้ป่วยรอเนื่องจากไม่มีแพทย์

-เข้ารับการรักษาโรคลมชักและโรคทางสมองแพทย์สั่งยาให้แต่ห้องจ่ายยาจัดยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง

-ผู้ป่วยถูกส่งตัวมารักษาอาการเป็นลมหมดสติ แพทย์สั่งยาทานให้กลับไปกินที่บ้านโดยไม่ตรวจอาการ

-ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและวัณโรค เข้าออกรพ.หลายครั้งแต่แพทย์ไม่ให้ Admit

-รพ.ปฏิเสธการรักษาอาการด้านสายตา และบอกว่าไม่สามารถรักษาได้คงต้องปล่อยให้ตา

มองไม่เห็น

- รพ.ไม่ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อและบอกว่าต้องรอให้อาการป่วยมากขึ้น จึงจะส่งตัวให้
- เข้ารักษาอาการท้องเสียต่อเนื่อง แพทย์ให้ตรวจเลือดหาเชื้อ HIV ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจมาก

เพราะต้องการรักษาอาการท้องเสีย

- แพทย์รักษาโรคถุงน้ำดีอุดตันแล้วอาการไม่มีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรักษาที่อื่นโดยเสียเงินเอง
- รพ.ส่งตัวผู้ป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีไข้ขึ้นสูงแล้วเสียชีวิต
- แพทย์ไม่จ่ายยารักษาโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง และเขียนในสั่งยาให้ผู้ป่วยซื้อกินเอง
- ผู้ป่วยไปรักษาโรคหัวใจเจ้าหน้าที่แจ้งว่าต้องมาวันอาทิตย์ จึงจะมีแพทย์มาและให้ยามากินแต่

ไม่เหมือนยาเดิมที่เคยได้รับ

- ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องไปพบแพทย์ แพทย์ให้การรักษาไม่เหมาะสม
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อ
- ผู้ป่วยมีอาการท้องบวม/ปัสสาวะเป็นเลือด/แน่นหน้าอก เหนื่อยหอบไปพบแพทย์หลายครั้งแต่

อาการไม่ดีขึ้น

- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อไปรับยาต่อเนื่อง
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการทำ MRI ให้ผู้ป่วย
- ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV รักษาภาวะแทรกซ้อนแพทย์ให้ Admit 2 วันแต่อาการยังไม่ดีขึ้น แต่แพทย์

ให้กลับบ้าน

- แพทย์ไม่แนะนำเรื่องการดูแลแผลให้ผู้ป่วย
- แพทย์ผ่าตัดหัวสะพานอกอก ทำให้ผู้ป่วยเดินไม่ได้
- รพ.ต้นสังกัดไม่รักษาผู้ป่วยไร้รัฐวาระ
- พยาบาลปฏิเสธการให้ออกซิเจน ให้ผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน
- แพทย์ไม่ฉีดวัคซีนให้ผู้ป่วยตั้งครรภ์ 5 เดือน
- พยาบาลปฏิเสธการดูดหินปูนให้ผู้ป่วย
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการส่งรพมารับผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน
- รพ.ไม่รักษาแผนนำบริเวณขาหนีบ ผู้ป่วยทนความเจ็บป่วยไม่ไหวทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต
- แพทย์จ่ายยาหมดอายุให้ผู้ป่วยรับประทาน
- ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์แต่ได้รับการดูแลไม่เหมาะสมทำให้นบุตรในครรภ์เสียชีวิต
- รพ.ให้การดูแลรักษาไม่เหมาะสม

- รพ.เลื่อนนัดผู้ป่วยเนื่องจากแพทย์ไปเมืองนอก
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธรับผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อ
- รพ.ต้นสังกัดวินิจฉัยโรคไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง
- รพ.ปฏิเสธการรักษาเนื่องจาก Web ไปขึ้นสิทธิ์ที่อื่น
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธผู้ป่วยในการคลอดบุตรเนื่องจากไปฝากครรภ์ที่อื่น
- รพ.ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดตาโดยแจ้งว่าไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
- รพ.ปฏิเสธการผ่าตัดให้ผู้ป่วยเนื่องจากในสมอง
- ผู้ป่วยเป็นผีในสมองพอทำการผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้
- รพ.ปฏิเสธการใส่ถุง Colostomy bag ให้ผู้ป่วย
- รพ.ปฏิเสธการการตรวจร่างกายให้ผู้ป่วยเพื่อไปออกสมุดผู้พิการ

3. การเรียกเก็บเงิน

- รพ.เรียกเก็บเงินค่ายาฉีดแก้ปวดท้อง
- รพ.เรียกเก็บเงินผู้ป่วยที่รักษาอาการกระดูกหัก 835 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินค่ากระดูกสะโพกเทียมที่แพทย์สั่งมาจากต่างประเทศ
- รพ.เรียกเก็บเงินผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก แล้วใช้สิทธิ์ฉุกเฉินต่างพื้นที่
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าเสื้อเกาะพยุงหลัง
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าคลอดบุตร
- รพ.เรียกเก็บเงินผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินเนื่องจากไม่ได้นำบัตรทองติดตัวมา
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าอุปกรณ์และค่าผ้าพันแผล
- รพ.เรียกเก็บเงินรักษาจากผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน Admit แล้วเสียชีวิตจึงเอาศพออกจากรพ.ได้
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าเจาะเลือด
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าธรรมเนียม 30 บาทผู้ป่วยที่มีสมุดคนพิการ
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าคลอดบุตรกรณีฉุกเฉิน
- เข้ารับรักษาอาการสายตาเอียง แพทย์ให้ตรวจวัดสายตาแล้วเรียกเก็บเงิน 100 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าเลนส์แก้วตาเทียม 6,000 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินค่ารักษาผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ประมาณ 200,000 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินกรณีผู้ป่วยตัวเกร็ง พูดไม่ได้ เข้ารักษาฉุกเฉินแล้วเสียชีวิต 7,200 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับรักษาอาการไข้ จำนวน 175 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินกรณีผู้ป่วยเป็นลม จำนวน 3,434 บาท

- รพ.เรียกเก็บเงินผู้ป่วยถูกไฟฟ้าช็อตแล้วตกจากกระเบื้อง จำนวน 59,000 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าห้องพักผู้ป่วยที่เข้ารักษาโรคมะเร็งกล่องเสียงวันละ 720 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินกรณีผู้ป่วยถูกยิงประมาณ 1,000 บาท และให้นำใบเสร็จไปเบิกคืนที่รพ.ต้นสังกัด
- รพ.เรียกเก็บเงินก่อนส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาโรคนี้ จำนวน 13,000 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจากรถ ก่อนส่งกลับต้นสังกัดจำนวน 20,000 บาท
- เข้ารักษาโรคหัวใจและมีน้ำมูก แพทย์ให้ยามากินแล้วเรียกเก็บเงิน 60 บาท
- เข้ารักษาอาการอาเจียนเป็นเลือด รพ.เรียกเก็บเงินค่ายา 4,900 บาท
- ผู้ป่วยเป็นแผลติดเชื้อเข้ารักษารพ.ไม่ได้ระบุในบัตร แล้วแจ้งรพ.ต้นสังกัดเพื่อย้ายกลับมารักษารพ.ให้ผู้ป่วยจ่ายค่ารถพยาบาลในการเดินทางกลับมารักษาเอง
- เข้ารักษาอาการปวดหัวข้างเดียว รพ.เรียกเก็บเงินค่ายาและค่า x-ray จำนวน 640 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าผ่าตัดหัวใจจำนวน 80,000 บาท
- รพ.ให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายเงินค่าผ่าตัดหัวใจจำนวน 65,000 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินค่ารักษาโรคไส้ติ่งอักเสบ
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าอุปกรณ์ผู้ป่วยผ่าตัดคอเพื่อใส่เหล็ก
- รพ.เรียกเก็บเงินค่ารักษาผู้ป่วยที่ดำเนินการขึ้นทะเบียนแล้ว แต่ยังไม่มีการจองสิทธิ์
- ผู้ป่วยไปใช้บริการที่ระบุในบัตรถูกเรียกเก็บเงิน 170 บาท
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าผ่าตัดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- รพ.เรียกเก็บเงินค่า Tube
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าคลอดบุตร กรณีสิทธิใน Web ไปขึ้นที่อื่น
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าฉีดวัคซีนเข็มสองอีกเสบ
- รพ.เรียกเก็บเงินค่ายาขับเหล็ก
- รพ.เรียกเก็บเงินผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน/อุบัติเหตุจากรถ
- รพ.ต้นสังกัดเรียกเก็บเงินกรณีผู้ป่วย Admit ICU
- แพทย์เรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ครบ 9 เดือนโดยอ้างว่าเป็นค่าดูแลพิเศษ
- รพ.เรียกเก็บเงินเนื่องจาก Web ไปขึ้นสิทธิที่อื่น
- รพ.เรียกเก็บเงินผู้ป่วยได้รับการส่งตัวมารักษาต่อ
- รพ.เรียกเก็บเงินค่ารถมารับผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน
- สอ.เรียกเก็บเงินค่าทำบัตรทอง

- รพ.เรียกเก็บเงินค่าธรรมเนียม 30 บาท 2 ครั้งในการรักษาวันเดียวกัน
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าดูอบ
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าผ่าตัดซี่ท
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าธรรมเนียม 2 ครั้งในการรักษาวันเดียวกัน
- รพ.เรียกเก็บเงินค่าทำ MRI

4. การออกบัตรและการขึ้นทะเบียน

- ได้รับบัตรทองพอไปใช้บริการเช็ค Web ไม่ตรงกับบัตรระบุ
- ได้รับบัตรทองพอไม่ใช้บริการไม่พบสิทธิใน Web
- บัตรทองหมดอายุ ไปขอแก้ไขเพื่อใช้สิทธิ์ต่อ รพ.ไม่รับรองสิทธิให้
- ย้ายทะเบียนบ้านมาทำบัตรวันที่ 23 มิ.ย. 46 แล้วนัดมารับบัตร 14 ส.ค. 46
- ขอปลดสิทธิข้าราชการรัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม/คนไทยในต่างประเทศ เพื่อทำบัตรทอง
- รพ.ปฏิเสธการทำบัตรให้เด็กแรกเกิด
- รพ.ปฏิเสธการทำบัตรของกรณีให้เจ้าบ้านรับรองสิทธิ
- ติดต่อทำบัตรนาน 6 เดือน ยังไม่ได้รับบัตร
- ไปติดต่อทำบัตรทอง เจ้าหน้าที่ให้รอ 3 เดือน จึงมารับบัตร
- ผู้ป่วยไปขึ้นทะเบียนทำบัตรนานแล้วแต่ยังไม่ได้รับบัตรพอไปใช้บริการ ต้องไปรับใบรับรองสิทธิทุกครั้งี่ สอ.

5. สิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ

- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการรับผิดชอบสิทธิหลัง 72 ชั่วโมงของผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิกรณีเลขประจำตัวประชาชนในบัตรทองไม่ตรงกับสูติบัตร
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาเด็กหอทิศติค
- ทางรพ.ต้นสังกัดแจ้งกับผู้ป่วยว่าการใส่ฟันปลอมไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิกรณีฉุกเฉินแจ้งว่ามีสิทธิประกันสังคม
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองกรณีไม่มีนาย ต.สารประกอบการใช้บัตรทองตัวจริงมาแสดง
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการใช้สิทธิกรณีฉุกเฉินเนื่องจากเช็ค Web ขึ้นสิทธิ รพ.ในพื้นที่ทะเบียนบ้านเดิม
- ผู้ป่วยเข้ารักษากรณีฉุกเฉินพอเช็ค Web ไม่พบสิทธิจึงไปติดต่อขึ้นทะเบียนทำบัตรแต่ทางรพ.แจ้งว่ายังไม่สามารถใช้สิทธิได้

- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา เนื่องจากมานานอกเวลา
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการใช้สิทธิผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุเนื่องจากมีประกันโรงเรียน
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองเพื่อฉีดฮอโมน
- รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการรับรองสิทธิเด็กแรกเกิดคลอดฉุกเฉินต่างพื้นที่ และมีความจำเป็นต้อง

รักษาต่อ

-รพ.ต้นสังกัดปฏิเสธการรับรองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อมทอลซินเป็นพิษแล้วเข้ารักษา รพ.อื่น โดยบอกว่าไม่เคยมีประวัติการรักษาของผู้ป่วย

- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาโรคไ้ตั้งอีกเสบ
- แพทย์ปฏิเสธการออกไปรับรองแพทย์ กรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กนักเรียนจำเป็นต้องมีนาย ต.สาร ลาป่วยเพื่อยื่นทางโรงเรียน

- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองผ่าตัด Cyst และบอกว่าเป็นการผ่าตัดเพื่อความสวยงาม
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองรักษาผู้ป่วยหกล้มกระดูกแตก
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองรักษาผู้ป่วยเป็นแผลกดทับต้องให้อาหารทางสายผ่านช่องท้อง
- นำประวัติการรักษาเดิมมาขอรับยา Tieman แพทย์แจ้งว่าไม่อยู่ในความคุ้มครองของบัตรทอง
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาต่อหลัง พรบ.
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิเนื่องจาก Web ว่าง
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาเนื่องจากบัตรหมดอายุ
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคไทรอยด์
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิฉุกเฉิน
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทอง ผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินโดยแจ้งว่าต้องมารักษาในเวลา 08.00-16.00 น.

- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองในการคลอดบุตร
- รพ.ปฏิเสธการใช้สิทธิบัตรทองในการคลอดบุตรโดยแจ้งว่าติดสิทธิ์ประกันสังคม

6. อื่นๆ

- ขอความช่วยเหลือเรื่องหาเตียงเคลื่อนย้าย เด็กแรกเกิดมีอาการปากแห้ง เพดานโหว่ เพื่อไปรักษาใน รพ.ที่มีเครื่องมือ
- ประชาชน จ.บุรีรัมย์ขอความช่วยเหลือให้สามารถใช้สิทธิบัตรทองรักษาโรคแผลติดเชื้อที่บริเวณขา
- รักษาโรคหัวใจและโรคปอดติดเชื้อ โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง แต่เมื่อมีค่าใช้จ่ายมากขึ้นจะ

ขอความช่วยเหลือใช้สิทธิบัตรทอง

- ขอความช่วยเหลือในการหาเตียงให้ผู้ป่วยที่ส่งตัวมารักษาโรคเนื้องอกในสมอง เนื่องจากเมื่อมาถึง รพ.ที่รับรักษาต่อเตียงเต็ม

- เจ้าหน้าที่ รพ.ปรึกษาเรื่องการใช้สิทธิของผู้ป่วยที่ไม่มีบัตรทองและบัตรประชาชน มีแต่สำเนาทะเบียนบ้าน

- ญาติผู้ป่วยปรึกษากรณีน้องสาวทำงาน มศว.ประสานมิตรค่าใช้จ่ายส่วนเกินใช้สิทธิบัตรทองได้หรือไม่

- ประสบอุบัติเหตุเข้าฉุกเฉิน / อุบัติเหตุ รพ.นาย ต.ชนไม่เข้าร่วมโครงการขอความช่วยเหลือในการหาเตียงเพื่อรักษาต่อ

- ผู้ป่วยถือบัตรทองต่างจังหวัดแต่มาผ่าตัดไส้ติ่งที่ จ.นนทบุรี ขอความช่วยเหลือเรื่องการใช้สิทธิบัตรทองในการผ่าตัด

- ผู้ป่วยเป็นคนจีนต่างด้าว แต่ไม่มีสมุดคู่มือคนต่างด้าว ปรึกษาเรื่องการทำบัตรทอง

- เจ้าหน้าที่ รพ.ขอความช่วยเหลือในการประสานกับ สสจ.เรื่องการจองสิทธิให้ผู้ป่วย

- ทางรพ.ซึ่งจัดทำหนังสือปรึกษากรณีผู้ป่วยไม่เคารพคำวินิจฉัยของแพทย์ว่า ควรจำดำเนินการอย่างไรดี

- ผู้ป่วยขอคำแนะนำเรื่องการใช้สิทธิบัตรทองในกรณีที่ย้ายทะเบียนบ้านจาก จ. สงขลา มาอยู่ทะเบียนบ้านที่กรุงเทพมหานคร และมีความจำเป็นต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง

- ขอความช่วยเหลือในการขึ้นทะเบียนทำบัตรทองกรณีถูกสวมบัตรประชาชน

- ขอความช่วยเหลือในการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกรณีได้รับบัตรทองและไปใช้บริการไม่พบสิทธิบน Web

- นายแพทย์ท่านหนึ่งโทรมาปรึกษากรณี ภรรยาท้องบุตรคนที่ 4 ไม่สามารถใช้สิทธิเบิกกับสวัสดิการข้าราชการได้จะใช้สิทธิบัตรทองได้หรือไม่

- ผู้ป่วยได้รับสิทธิบัตรทองต่างจังหวัดได้มาอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมา 10 กว่าปี รักษาที่รพ.ในกรุงเทพมหานครโดยเสียค่าใช้จ่ายเองปัจจุบันมีความจำเป็นต้องผ่าตัดขอความช่วยเหลือเรื่องสิทธิในการรักษา

- ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและตับแข็งขอความช่วยเหลือในการประสานกับ รพ.ต้นสังกัดเพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่ รพ.เดิมที่มีประวัติการรักษา

- ผู้ป่วยได้ขึ้นทะเบียนทำบัตรเมื่อวันที่ 6/5/46 เมื่อเช็ค Web ยังไม่พบสิทธิแต่ผู้ป่วยมีความ

จำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่องจึงขอความช่วยเหลือเรื่องสิทธิการรักษา

- ปรีกษาเรื่องการขึ้นทะเบียนทำบัตร กรณีย้ายที่อยู่แต่มาได้ย้ายทะเบียนบ้าน
- ขอความช่วยเหลือ กรณีบัตรทองหมดสิทธิเข้ารักษา รพ.นาย ต.ชนไม่ร่วมโครงการ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 70,000 บาท
- ปรีกษาเรื่องการใช้สิทธิ พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ กับการใช้สิทธิบัตรทอง
- ปรีกษากรณี รพ.ต้นสังกัดส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อ แต่เมื่อเช็คสิทธิพบว่า เป็นของ รพ.อื่นจึงต้องการทราบว่า รพ.ไหนจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- ปรีกษาการเปลี่ยนบัตรผู้สูงอายุเป็นบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท
- ปรีกษาเกี่ยวกับการใช้บัตรทหารผ่านศึกกับบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท
- รพ.ต้นสังกัดประสานให้ช่วยเหลือ ย้ายผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารักษาฉุกเฉินใน รพ.ที่ไม่ระบุในบัตร
- ประชาชนชมเชยโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคว่าทำให้ตนเองได้รับการผ่าตัดโรคเรื้อรัง (ไม่ระบุโรค) ที่เป็นมาประมาณ 10 ปี โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและทำให้ตนเองพ้นจากความทุกข์ทรมาน
- ผู้ป่วยขออุดหนุนรับเงินคืนจำนวน 8,600 บาท กรณีมีอาการหัวใจหยุดเต้นเข้ารับรักษาใน รพ.นาย ต.ชนไม่เข้าร่วมโครงการ
- ผู้ป่วยร้องเรียนขอใช้สิทธิบัตรทองต่อจากสวัสดิการของครูนาย ต.ชนที่ได้รับปีละ 20,000 บาท เนื่องจากป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก
- รพ.นาย ต.ชนไม่เข้าร่วมโครงการ ประสานให้ช่วยเหลือ ย้ายผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบไปรักษาต่อในรพ.ที่เข้าร่วมโครงการ
- ผู้ป่วยขอความอนุเคราะห์เรื่องยาต้าน HIV
- ผู้ป่วยมีบุตรทำงานธนาคารออมสิน ปัจจุบันป่วยมีค่าใช้จ่ายสูงจึงขอความช่วยเหลือในการรักษา
- เจ้าหน้าที่ รพ.ปรีกษากรณีผู้ป่วยมีสิทธิประกันสังคมแต่ส่งเงินไม่ครบ 7 เดือน จะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตร จะมีแนวทางแก้ไขอย่างไร
- ปรีกษากรณีผู้ป่วยสูงอายุเข้ารักษากรณีข้ามขั้นตอน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงเกือบแสน อยากทราบว่า มีสิทธิพิเศษในการชดเชยค่ารักษาพยาบาลหรือไม่

- ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรเพียง 5,000 บาท/ปี จึงขอความช่วยเหลือในการรักษา
- ผู้ป่วยขอปรึกษากรณีได้รับการส่งตัวไป X-Ray แล้วต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง
- ผู้ป่วยมีบุตรทำงานบริษัท ทศท คอร์ปอเรชั่น จำกัด สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เพียงครั้งเดียว จึงขอความช่วยเหลือในการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาต่อ
- ขอให้ตรวจสอบมาตรฐานเรื่องการให้บริการด้านการรักษาของ รพ.
- ผู้ป่วยได้รับบัตรทองไปใช้บริการ Web ขึ้นสิทธิที่ รพ.อื่นขอความช่วยเหลือเรื่องการลงทะเบียนบัตรทองใบใหม่
- ผู้ป่วยเป็นผู้พิการขาขาด ตามองไม่เห็นไม่มีรายได้ ขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาตา
- ขอความช่วยเหลือในการประสานงานกับ รพ.ต้นสังกัดเรื่องเขียนใบส่งตัวให้สามารถใช้ได้หลายครั้ง
- ผู้ป่วยสอบถามกรณีใช้สิทธิบัตรทองในวันหยุดราชการ พร้อมทั้งความหมายกรณีฉุกเฉินของแพทย์
- ผู้ป่วยขอปรึกษากรณีสิทธิว่างมีความจำเป็นต้องใช้สิทธิต้องทำอะไร
- ผู้ป่วยถูกพักรักษาการซึ่งระหว่างนั้นเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งใน Web ติดสิทธิราชการ จึงขอความช่วยเหลือในเรื่องค่ารักษา
- ผู้ป่วยใช้สิทธิฉุกเฉินนอกพื้นที่ครบ 2 ครั้งแล้ว ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 3 จึงขอความช่วยเหลือเรื่องการใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาต่อ
- ผู้ป่วยตาขวา ตามองไม่เห็น มีความจำเป็นต้องฉีดยาเข็มละ 5,000 บาท แต่ไม่มีเงินจึงขอความช่วยเหลือในเรื่องค่ารักษา
- ขอให้ตรวจสอบ รพ.เนื่องจากให้ผู้ป่วยซื้อยาทานเอง
- ขอความช่วยเหลือในการประสานกับ รพ.ต้นสังกัดเพื่อส่งตัวผู้ป่วยกรณีกรณีคลอด
- ขอให้เตือน รพ.หรือสถานีนอกราชการเรื่องการตรวจรักษาไม่ละเอียด
- ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและภูมิแพ้ทำการรักษาแล้วหลายครั้งแต่อาการไม่ดีขึ้น ไม่มีรายได้ จึงขอ

ความช่วยเหลือในการรักษาให้หาย

ที่มา: ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2547)

สำหรับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับกฎ ระเบียบ การเรียกเก็บเงิน และปัญหาอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษาพยาบาล เมื่อสำนักบริการประชาชนรับเรื่องมาแล้ว ก็จะพยายามประสาน ใกล้เคียง เพื่อหาข้อสรุปให้ได้ในเบื้องต้น ดังเช่นกรณีตัวอย่างที่นำเสนอในตารางที่ 6 แต่ในกรณีที่การร้องเรียนเป็นเรื่องเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษา สำนักพัฒนาคุณภาพบริการจะส่งเรื่องให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อตั้งคณะกรรมการสอบสวนหาข้อเท็จจริง (ดูตัวอย่างและผลการพิจารณากรณีเหล่านั้นในตารางที่ 7)

**ตารางที่ 6 ตัวอย่างเรื่องร้องเรียนในโครงการ 30 บาท ที่ได้รับการใกล้เคียงเบื้องต้น
โดยสำนักงานบริการประชาชน สปสช.**

ประเด็นการร้องเรียน	การพิจารณา/ดำเนินการ	ข้อสรุป/ ข้อยุติ
1. ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องไส้ติ่งไปพบแพทย์ที่ รพ.ตามสิทธิโดยนำบัตรทองใบเดิม บัตรออก 29มกราคม 2545 และใบทางบัตรที่นำไปเลือกไว้(เพราะยังไม่ได้บัตรและไม่แน่ใจว่าได้สิทธิหรือไม่)เข้าไปตั้งแต่16.00น.นอนรอผ่าตัดก่อนโดยแพทย์ให้น้ำเกลือบรรเทาอาการปวดก่อนจนถึงเวลา22.00น.มีcase ชุกเฉินเข้ามาแพทย์จึงไปดู case นั้นก่อนผู้ป่วยจะไป รพ. แห่งที่สองแทน โดยตอนคิดค่าใช้จ่ายแพทย์แจ้งว่าบัตรประชาชนผู้ป่วยหมดอายุแล้ว ไม่สามารถใช้สิทธิได้ จึงเรียกเก็บค่ายาเสียค่ารพพยาบาลไป รพ. แห่งที่ 2	ผู้ป่วยมีสิทธิบัตรทองระบุ รพ. ดังกล่าวเป็น รพ. เป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว การกำหนดให้ผู้ป่วยแสดงบัตรประชาชนในการขอใช้สิทธิบัตรทองเพื่อยืนยันตัวตนบุคคลมิใช่เพื่อการทำนิติกรรมใดๆ ดังนั้นการที่บัตรประชาชนหมดอายุจึงไม่ได้หมายถึงการหมดสิทธิบัตรทอง	ให้ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทองได้และให้ รพ. คืนเงินที่เรียกเก็บแก่ผู้ป่วย

ประเด็นการร้องเรียน	การพิจารณา/ดำเนินการ	ข้อสรุป/ ข้อยุติ
2. ผู้ป่วยเป็นไข้ไปรักษาที่รพ.ตามสิทธิ ได้ยื่นบัตรทองและก็สมุดประจำตัวคนพิการซึ่งมีรูปถ่ายติดอยู่ด้วยแต่ไม่ได้ยื่นบัตรประชาชน เพราะว่าไม่มีบัตรเนื่องจากเป็นผู้พิการทางสมองและได้เคยไปติดต่อที่เขตเพื่อทำบัตรประชาชน แล้วทางสำนักงานเขตบอกว่าไม่ต้องทำทางคลินิกได้เรียกเก็บเงิน 320 โดยอ้างผู้ป่วยไม่มีบัตรประชาชน	สปสช. แจ้งว่ากรณีคนพิการสามารถใช้สมุดคนพิการคู่กับบัตรทองได้	ทางคลินิกยินดีคืนเงินให้กับผู้ป่วย
3. คนไข้ถูกทำร้ายร่างกายเข้ารับการรักษาตัวที่ รพ. ตามสิทธิ โดยยื่นบัตรทองแต่ใช้ไม่ได้โรงพยาบาลแจ้งว่าผู้ป่วยเป็นสิทธิว่าง และไม่มีคำแนะนำใดๆ ไม่ยอมรักษา ถ้าไม่จ่ายเงิน คนไข้ต้องอาศัยเพื่อนบ้านจ่ายให้ก่อน จำนวนเงิน 16,614 บาท	ผู้ป่วยเข้ารับบริการในช่วงที่ตนเองไม่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดรองรับ จึงให้ใช้สิทธิบัตรทองได้	สปสช. ทำหนังสือแจ้งให้ รพ.คืนเงินที่เรียกเก็บไปทั้งหมดแก่คนไข้ หลังจากนั้นคนไข้รายนี้ได้มายื่นเอกสารขอทำบัตรทองอีกครั้งเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
4.ผู้ป่วยมีสิทธิบัตรทองอยู่ที่ รพ. แห่งที่ 1 ถูกส่งตัวไป รพ. แห่งที่ 2 โดยใบส่งตัวไม่ได้ระบุว่าให้เก็บเงินค่ารักษาที่ไหน	คนไข้ถูกส่งตัวไปเพื่อรักษาโรคเลือด คนไข้ไม่มีไข้ เล่นได้	สรุปได้ว่าไม่ใช่กรณีฉุกเฉินแต่เป็นกรณีที่โรงพยาบาลต้นสังกัดออกใบส่งตัวโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้โรงพยาบาลใช้ใบส่งตัวที่มีอยู่เดิม โดยหมายเหตุว่ามีการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเรียกเก็บเงินมาที่สำนักงานฯ

ที่มา: สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พฤษภาคม 2547

ตารางที่ 7 เรื่องร้องเรียนที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ประเด็นร้องเรียน	ผลการพิจารณา
1.ไม่ได้มาตรฐาน บุคลากรไม่ครบ สถานที่ไม่สะอาด	คณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำครอบครัวได้ตรวจประเมิน และโรงพยาบาล มีการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ถือว่าได้มาตรฐานตาม เกณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ปฏิเสธการรักษา ให้ ยาน้อย ถูกเรียกเก็บค่าบริการ	ตกเตือนเป็นหนังสือไปยังโรงพยาบาลให้ปฏิบัติต่อ ผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมและถูกต้องตามสิทธิ
3. ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ ได้รับบาดเจ็บที่หน้าและขา โรงพยาบาลไม่รับ ทำการรักษาโดยทันทีเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถูกตัด ขา	รพ. ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษา ให้มีคำสั่ง ตกเตือนโรงพยาบาลให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการ ให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดดูแลแจ้งแพทย์สภา เพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจัยชี้ขาดข้อ กล่าวโทษผู้ประกอบการวิชาชีพ
4. ผู้ป่วยเข้ารับรักษาด้วยโรคอัมพฤกษ์ ความดัน โลหิตสูง เบาหวาน ไม่ได้รับความสะดวก ต้อง จ้างคนมาเฝ้าผู้ป่วยเอง และให้ผู้ปวยนอนรวม กับผู้ป่วยเด็กทำให้พักผ่อนไม่ได้	หน่วยบริการได้อำนวยความสะดวกตามมาตรฐาน แล้ว โดยจัดให้มีบุคลากร และโครงสร้างตาม เกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิอยู่ แล้ว
5. ตั้งครรภ์ ไปตรวจเพราะลูกไม่เดิน แต่แพทย์ให้ กลับบ้านเพราะตรวจแล้วหัวใจเต้นปกติ นัดมา ตรวจใหม่พบว่าหัวใจเต้นน้อยลง จึงส่งตัวไปอีก รพ. หนึ่ง เมื่อไปถึงแพทย์บอกว่าเด็กเสียชีวิต แล้ว	การเสียชีวิตของเด็กไม่เกี่ยวกับการรักษาของ แพทย์เพราะสภาพศพเด็กมีผิวหนังลอกเปื่อย แสดงว่าน่าจะเสียชีวิตแล้วไม่น้อยกว่า 7 วันแล้ว
6. ผู้ป่วยเข้ารับรักษาโดยการส่งตัวจาก โรงพยาบาลแรก ด้วยโรคลำไส้โป่งพอง แต่ โรงพยาบาลที่รับส่งตัวทำการผ่าตัดไตออกโดย ไม่ได้แจ้งให้ญาติทราบ	การรักษาของโรงพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน การให้บริการแล้ว แต่ไม่ได้มาตรฐานกรณีไม่แจ้ง ข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาให้ทราบ ก่อน ให้มีคำสั่งเตือนโรงพยาบาลให้ปฏิบัติโดย ถูกต้อง

ที่มา: สำนักพัฒนาบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พฤษภาคม 2547

การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ตาม ม.41 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ตาม ม.41 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีการดำเนินการในสองระดับคือ ในระดับจังหวัดและที่ส่วนกลาง โดยอิง “ข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2546” ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 11 พ.ค. 2546 พร้อมกับ “ข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2546” โดยทั้งสองข้อบังคับกำหนดยอดเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้เท่ากันคือ

(๑) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 80,000 บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 50,000 บาท

(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 20,000 บาท

เป็นที่น่าสังเกตว่าเพดานของยอดเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ตั้งไว้ไม่เกิน 80,000 บาทในกรณีที่เสียชีวิตนั้น เท่ากับเงินชดเชยให้ผู้เสียชีวิตในกรณีของกองทุนคุ้มครองผู้ประกอบการ ซึ่งการวินิจฉัยว่าจะจ่ายเงินหรือไม่และจำนวนเท่าใดในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ขึ้นกับคณะกรรมการ (หรือ คณะอนุกรรมการระดับจังหวัด) ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (ซึ่งตั้งขึ้นภายใต้ พรบ. หลักประกันสุขภาพฯ) ส่วนในกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายนั้น ขึ้นกับคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องที่ตั้งโดยเลขาธิการ สปสช. ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้เสียหายหรือญาติไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ และ/หรือ คณะอนุกรรมการหรือคณะกรรมการที่ตัดสินใจเห็นว่าควรจ่ายเงินช่วยเหลือในอัตราที่สูงกว่าที่กำหนดไว้ข้างต้น ก็สามารถอุทธรณ์มาที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (ในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย) หรือคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ในกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย) ซึ่งทั้งสองคณะมีอำนาจในการสั่งจ่ายเงินช่วยเหลือในวงเงินไม่เกินสองเท่าของวงเงินที่กำหนดข้างต้น

สำหรับเงื่อนไขในการจ่ายเงินในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายนั้น ข้อบังคับข้อ 4 ระบุข้อยกเว้นเอาไว้สามประการคือ “จะต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติหรือรักษาโรคตามมาตรฐาน”

การดำเนินการตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา

หลังจากที่ สปสช. ได้ออกข้อบังคับทั้งสองฉบับขึ้นมาในเดือนพฤษภาคม 2546 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการฯ และในแต่ละจังหวัดก็มีการตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด จำนวน 5-7 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 3 คน และตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการฝ่ายละเท่าๆ กัน ทั้งนี้ หลายจังหวัดมักเลือกผู้ทรงคุณวุฒิจากข้าราชการบำนาญ (ทั้งสายสาธารณสุขและสายอื่นๆ) และนักวิชาการ

ในปี 2546 ก็มีกรณีร้องเรียนตามมาตรา 41 ส่งเข้ามาจำนวนหนึ่ง แต่เนื่องจากการตั้งคณะกรรมการและการพิจารณาของคณะกรรมการใช้เวลาหลายเดือน จึงไม่มีกรณีที่มีการตัดสินพิจารณาเสร็จสิ้นในปี 2546 เลย สำหรับผลการตัดสินเรื่องร้องเรียนที่ส่งเข้ามาในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2547 นั้น ได้สรุปไว้ในตารางที่ 8 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 8 จำนวนเรื่องร้องเรียนที่ส่งเข้ามาที่คณะกรรมการฯ ตามมาตรา 41 ของพรบ. หลักประกันสุขภาพฯ

เดือนที่ รับเรื่อง	จำนวน กรณีที่ ร้องเรียน	จำนวนกรณีที่ คณะกรรมการ ตัดสินว่าไม่เข้า หลักเกณฑ์ที่จะ จ่ายเงินช่วยเหลือ	จำนวนกรณีที่คณะกรรมการตัดสินให้จ่ายเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้นตาม ม.41				
			รวมทุก ประเภท	ประเภท 1 (เสียชีวิต/ ทุพพลภาพ ถาวร)	ประเภท 2 (สูญเสีย อวัยวะ/ พิการ)	ประเภท 3 (บาดเจ็บ/ เจ็บป่วย ต่อเนื่อง)	
มค.	4	0	4	2	0	2	
กพ.	8	2	6	3	1	2	
มีค.	9	3	6	5	1	0	
เมย.	8	4	4	2	1	1	
พค.	14	2	12	7	4	1	
มิย.	13	5	8	7	1	0	
รวม	56	16	40	26	8	6	

ที่มา: สปสช. (กันยายน 2547)

ในการพิจารณาของคณะกรรมการในระดับจังหวัดนั้น มีทั้งกรณีที่พิจารณาตามข้อบังคับอย่างเข้มงวด ทำให้มีการตัดสินไม่จ่ายเงินช่วยเหลือในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นจากการรักษาตามมาตรฐาน เช่นกรณีไข้หวัดใหญ่ (รวมทั้งกรณีที่คณะกรรมการมีความเห็นใจผู้เสียหายมาก และนำเงินส่วนตัวหรือเบี้ยประชุมมาบริจาคให้เป็นการส่วนตัว) แต่ในหลายจังหวัด คณะกรรมการ

ตีความข้อบังคับข้อ 4 แบบหลวมๆ เช่น ตีความว่าในกรณีที่ไม่ชัดเจนว่าความเสียหายที่เกิดขึ้น “เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติหรือรักษาโรคตามมาตรฐาน” หรือไม่ ก็จะได้ความโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ รวมทั้งเหตุผลในด้านมนุษยธรรมและเศรษฐกิจของผู้เสียหายประกอบด้วย

ในด้านการดำเนินการช่วยเหลือผู้ให้บริการนั้น ในปีงบประมาณ 2547 มีผู้ให้บริการยื่นความจำนงขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข จำนวน 16 ราย ซึ่งทั้ง 16 รายเป็นผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 10 ราย รายละ 20,000 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2 แสนบาท ส่วนอีก 6 รายไม่เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือ โดยผู้ที่ขอรับการช่วยเหลือพบว่าส่วนใหญ่เป็นวิชาชีพพยาบาล และสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายมากที่สุดคือกรณีประสูติเหตุทางรถยนต์ขณะส่งต่อผู้ป่วยเป็นเหตุให้ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ซึ่งตามข้อบังคับกำหนดเอาไว้ว่าจะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 20,000 บาท

กรณีตัวอย่างที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือของผู้รับบริการ

กาฬสินธุ์

กรณีผู้รับบริการมาคลอดที่โรงพยาบาลอำเภอ เด็กคลอดท่าก้น และทีมคลอดได้พยายามช่วยคลอดจนสำเร็จ แต่พบว่าเด็กแขนซ้ายหัก คณะอนุกรรมการวินิจฉัยฯ ประจำจังหวัดวินิจฉัยว่าเป็นเหตุสุดวิสัย และจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นจำนวน 10,000 บาท

จันทบุรี

กรณีผู้รับบริการมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด เด็กคลอดปกติ แต่ผู้ป่วยมีอาการตกเลือดมากหลังคลอด และเสียชีวิตในเวลาต่อมา คณะอนุกรรมการฯ วินิจฉัยว่าเกิดจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจาก Amniotic Fluid เป็นเหตุสุดวิสัยที่มีอัตราตายสูง จึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือแก่ทายาทเป็นจำนวน 80,000 บาท

ชลบุรี

กรณีผู้รับบริการที่โรงพยาบาลอำเภอ เนื่องจากมีอาการจุกแน่นหน้าอก ได้รับการฉีดยาแล้วเดินทางกลับบ้าน ขณะเดินทางเกิดอาการหมดสติ จึงพากลับไปโรงพยาบาลอีกครั้งและเสียชีวิตในเวลาต่อมา คณะอนุกรรมการฯ ได้วินิจฉัยว่าเป็นเหตุสุดวิสัย จึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ทายาทเป็นจำนวน 80,000 บาท

เชียงราย

กรณีผู้รับบริการมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลอำเภอ แล้วปรากฏว่าทารกเสียชีวิตระหว่างการทำคลอด แพทย์ลงความเห็นว่าคุณลักษณะเป็นเด็ก dysmaturity เกิดจากแม่อายุมาก เส้นเลือดที่นำอาหารจากรกไปสู่เด็กแข็งตัวทำให้ทารกได้รับอาหารไม่เพียงพอ และเจริญในครรภ์ไม่สมบูรณ์ มีภาวะเสี่ยงสูงในการตายคลอด คณะอนุกรรมการฯ วินิจฉัยว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค ไม่เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ขอนแก่น

กรณีผู้รับบริการมีปัญหาตาซ้ายมองไม่เห็น ได้รับการผ่าตัดเอาลูกตาออกและส่งชิ้นเนื้อตรวจ พบว่าเป็นความพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดแพทย์แนะนำให้ใส่ลูกตาปลอมแต่ในโรงพยาบาลแห่งนั้นไม่มี มารดาเด็กจึงไปร้องเรียนที่มูลนิธิแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ คณะอนุกรรมการฯ วินิจฉัยว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค และแพทย์ได้วินิจฉัยและรักษาโรคตามมาตรฐานการรักษา จึงไม่เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ที่มา: สปสช. (มีนาคม 2547)

เมื่อพิจารณาจากกรณีตัวอย่างการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่มีการนำมาเสนอรายละเอียดในการประชุมสัมมนาที่จัดโดย สปสช. เมื่อเดือนกรกฎาคม 2547 ก็เห็นแนวโน้มที่มีการตัดสินใจให้จ่ายเงินช่วยเหลือให้ผู้เสียหายทุกรายในกรณีที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการ (เช่น ความพิการที่เกิดจากการฉีดยาหรือการใช้เข็มช่วยคลอด) ในขณะที่ถึงแม้ว่าในบางจังหวัดจะมีการชดเชยให้ผู้เสียหายในกรณีที่ “ไม่ชัดเจน” ว่าความเสียหายดังกล่าว “เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติหรือรักษาโรคตามมาตรฐาน” หรือไม่นั้น จำนวนยอดเงินชดเชยในกรณีหลังก็มีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าทั้งๆ ที่ในบางกรณีมีความเสียหายที่พอเปรียบเทียบกันได้ (เช่น กรณีที่แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งใช้การไม่ได้)

ในขณะที่เราสามารถสรุปจากกรณีตัวอย่างต่างๆ ที่มีการนำมาเสนอว่าการมีกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 มีส่วนช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องในบางกรณีได้จริง (จากคำสัมภาษณ์ของผู้เสียหายบางท่านซึ่งระบุว่าได้เปลี่ยนใจจากการที่คิดจะฟ้องมาเป็นไม่ฟ้อง) และมีส่วนช่วยลดภาระหรือบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ให้บริการ (เช่น ทำให้ไม่ต้องรับภาระจ่ายเงินชดเชยด้วยตัวเอง หรือเรียกกันมาช่วยจ่าย) แต่ตัวอย่างเหล่านี้ก็ไม่ได้เป็น “ข้อพิสูจน์” ว่าการมีกองทุนในลักษณะดังกล่าวจะมีผลในการช่วยลดการฟ้องร้องในระยะยาวตามที่กลุ่มผู้สนับสนุนเชื่อ (และบางท่านอ้างสถิติจำนวนเรื่องร้องเรียนที่แพทยสภาลดลงในปี 2546 จากที่เคยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁸ เป็นข้อสนับสนุน) หรือจะกลายเป็นสัญญาณชักนำให้เกิดการฟ้องร้องมากขึ้นตามที่ผู้ให้บริการจำนวนมากกลัว

⁸ รูปที่ 3 ประกอบ

รูปที่ 3 จำนวนเรื่องร้องเรียนมาที่แพทยสภา พ.ศ. 2531-46



ที่มา: แพทยสภา (สิงหาคม 2547)

แต่ผลที่เริ่มเห็นได้ในระยะสั้นก็คือ การกำหนดวงเงินความช่วยเหลือเอาไว้ในทางต่ำ (จากที่เคยพูดถึงวงเงินเป็นแสนบาท⁹) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะต้องการลดกระแสค่านาตราจากผู้ให้บริการบางกลุ่ม ส่งผลไปถึงวงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการ (ซึ่งกำหนดไว้เท่ากับค่าบริการ) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งทำให้มีเสียงบ่นจากแพทย์หลายรายว่าการกำหนดวงเงินช่วยเหลือแพทย์ในระดับดังกล่าวเป็นการตีค่าของแพทย์ที่ต่ำเกินไป¹⁰ แต่ในทางการเมืองแล้วเป็นเรื่องยากที่ผู้รับผิดชอบ (ทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายปฏิบัติการ) จะสามารถออกข้อบังคับซึ่งมีนัยว่าชีวิตของผู้ให้บริการมีค่ามากกว่าผู้รับบริการ

อีกประเด็นที่อาจกลายเป็นปัญหาของการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 สำหรับผู้รับบริการก็คือข้อบังคับที่เขียนเอาไว้เข้มงวดเกินไป ซึ่งทำให้ถ้าปฏิบัติตามข้อบังคับแบบตรง

⁹ จนผู้ให้บริการหลายคนที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรานี้นำมาประชันประชันว่าเป็นรายการ “จ่าย 30 บาท ได้ลุ้นเงินแสน” แต่จากกรณีตัวอย่างบางกรณีที่เกิดขึ้นจริงนั้น จะเห็นได้ว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องนั้น เงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่กำหนดไว้ไม่เกิน 20,000 บาทนั้น ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรับภาระเพิ่มขึ้นมาก

¹⁰ ในความจริงแล้ว ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายสามารถขอรับความช่วยเหลือจากราชการและ/หรือต้นสังกัดได้

ตามลายลักษณ์อักษรแล้ว เงินช่วยเหลือนี้จะจ่ายได้เฉพาะในกรณีที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ผิดเท่านั้น (เช่น ไม่รักษามาตรฐาน) แต่จะไม่สามารถจ่ายในกรณีแพ้ยาที่รุนแรง (เช่น กรณี anaphylaxis shock และ Steven-Johnson Syndrome) ตรงที่การจ่ายยานั้นเป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งข้อบังคับดังกล่าวน่าจะขัดกับเจตนารมณ์ของการมีมาตรา 41 (ซึ่งกำหนดให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ไม่มีผู้กระทำผิด หรือ no-fault liability compensation เอาไว้ด้วย) และถ้ามีแนวโน้มที่การตัดสินใจจ่ายหรือไม่จ่ายเงิน และยอดเงินที่ตัดสินให้จ่าย มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนกับการที่ผู้ให้บริการเป็นฝ่ายผิดหรือไม่แล้ว ในที่สุดแล้วผลการตัดสินของคณะกรรมการและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องก็จะกลายเป็นสัญญาณที่ผู้เสียหายบางส่วนจะนำไปใช้ในการฟ้องร้องตามที่ฝ่ายผู้ให้บริการที่ไม่ต้องการให้มีมาตรานี้กลัวว่า จะเกิดขึ้น ที่ผ่านมานั้น คณะอนุกรรมการในหลายจังหวัดจะมีแนวโน้มที่จะใช้สามัญสำนึกในการ ตีความข้อบังคับข้อนี้อย่างหลวมๆ และพิจารณาให้ความช่วยเหลือในกรณีเหล่านี้จำนวนหนึ่ง แต่การ มีข้อบังคับที่ขัดกับเจตนารมณ์ของกฎหมายนั้น ไม่น่าจะเป็นสิ่งที่ควรคงเอาไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ คำนึงถึงความเป็นไปได้ที่การทำตามข้อบังคับดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเสียหายกับระบบในอนาคต ได้¹¹

4. พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้ประภัยจากรถ พ.ศ. 2535

การดำเนินการของ พ.ร.บ.คຸ່ມครองผู้ประภัยจากรถ พ.ศ. 2535 นั้น ใช้การออกกฎหมาย มาบังคับให้เจ้าของพาหนะต่างๆ ต้องทำประกันความเสียหายต่อชีวิตและการรักษาพยาบาลของ บุคคลที่สาม แต่ในการดำเนินการนั้น ใช้บริษัทประกันเอกชนเป็นหลัก แต่มีการจัดตั้งกองทุนทดแทน ผู้ประภัยจากรถที่บริหารงานโดยกรมการประกันภัยมารองรับในกรณีที่ไม่มีปัญหาทำให้ไม่มีบริษัท ประกันภัยที่มารับผิดชอบ หรือในกรณีที่บริษัทประกันปฏิเสธการจ่ายเงินหรือจ่ายให้ไม่ครบ ซึ่งกรณี เหล่านี้อาจเกิดจากเจ้าของรถไม่ได้ทำประกัน รถถูกเปลี่ยนมือโดยผิดกฎหมายขณะเกิดเหตุ รถไม่มี ประกันและไม่ปรากฏเจ้าของ ไม่ทราบรถคันใดก่อเหตุ หรือยังอยู่ในกระบวนการพิสูจน์ความผิด หรือ บริษัทประกันปฏิเสธการจ่ายเงินหรือจ่ายให้ไม่ครบ เป็นต้น

ในกรณีที่บริษัทประกันที่ต้องรับผิดชอบ แต่บริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ ผู้ประภัย หรือจ่ายไม่ครบตามจำนวนที่ต้องจ่าย ผู้ประภัยหรือทายาทโดยชอบธรรมมีสิทธิ เรียกร้องค่าเสียหายได้ โดยแจ้งที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน สำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประภัย กรมการ ประกันภัย หรือสำนักงานประกันภัยภูมิภาค สำนักงานพาณิชย์จังหวัด หรือสถานที่ที่นายทะเบียน กำหนด โดยกรณีพิพาทดังกล่าวถือเป็นคดีแพ่งระหว่างคู่กรณีที่เป็นบริษัทประกันเอกชนและ

¹¹ ในช่วงที่ปรับแก้ร่างงานนี้ ผู้บริหาร สปสช. ได้ออกมาแถลงว่าจะดำเนินการแก้ไขข้อบังคับข้อนี้

ผู้ประสบภัย ซึ่งในกรณีเหล่านั้น พ.ร.บ. นี้กำหนดให้กองทุนฯจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความผิด ดังนั้น โดยปกติจะไม่มีการพิพาทระหว่างผู้ประสบภัยกับกองทุนฯ สำหรับค่าเสียหายส่วนเกินจากค่าเสียหายเบื้องต้น (รวมทั้งความเสียหายต่อทรัพย์สิน) ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของกองทุนฯ แต่เป็นภาระของผู้ละเมิดหรือบริษัทประกันภัยตามผลการพิสูจน์ ซึ่งถ้ามีกรณีพิพาทในเรื่องดังกล่าว ก็จะตัดสินโดยกระบวนการที่เหมือนกับการตัดสินข้อพิพาทในเรื่องกรรมกรรมประกันภัยทั่วไป ซึ่งในกรณีเหล่านั้น กรรมการประกันภัยมักจะทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ย และถ้าการไกล่เกลี่ยยังไม่ได้ข้อยุติ สามารถส่งเรื่องร้องเรียนไปยังคณะอนุญาโตตุลาการหรือกระบวนการทางศาลพิจารณาชี้ขาด

ประเด็นที่เป็นกรณีพิพาทในส่วนที่เกี่ยวกับ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มักเป็นเรื่องจำนวนเงิน และข้อถกเถียงว่าผู้ร้องเรียนได้สิทธิตาม พ.ร.บ.นี้หรือไม่ ที่ผ่านมาผู้ประสบภัยมักพบปัญหาในการขอรับเงินทดแทนหลังเกิดอุบัติเหตุ ยุ่งยาก ติดเงื่อนไขในทางปฏิบัติหลายอย่าง การประวิงการจ่ายเงินด้วยมาตรการต่างๆ มีการเรียกร้องเอกสารหลักฐานจำนวนมากเกินกว่าที่ พ.ร.บ. กำหนด และส่วนหนึ่งมาจากผู้ประสบภัยขาดเอกสารสำคัญ ทำให้ในทางปฏิบัติต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน (พ.ร.บ. กำหนดให้ไม่เกิน 7 วัน) ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้สิทธิผู้ประสบภัยจำนวนหนึ่งจึงเลือกที่จะไปใช้สิทธิอื่นที่สะดวกกว่า เช่น ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ (ศรชัย 2545) ในทางกลับกัน การเรียกเงินทดแทนโดยทุจริตก็ยังมีอยู่ไม่น้อย โดยหลายฝ่ายร่วมมือกันฉ้อโกงบริษัท เช่น อุบัติเหตุที่มีผู้รับบาดเจ็บเล็กน้อยก็มีการทำหลักฐานการรักษายาบาลให้มากเกินจริง เพื่อจะเรียกเก็บเงินให้ได้เต็มหรือเกือบเต็มจำนวนค่าเสียหายเบื้องต้นที่บริษัทประกันต้องจ่ายทำให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างสถานพยาบาลกับบริษัทประกัน หรือกองทุนฯ (วิฑูรย์ 2546)

ในกรณีเหล่านี้ กฎหมายได้กำหนดบทลงโทษสำหรับบริษัทประกันภัยหรือเจ้าของรถประวิงการจ่ายหรือปฏิเสธการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยจนเป็นเหตุให้กองทุนฯ ต้องจ่ายแทนสำนักทะเบียนได้กำหนดโทษให้บริษัทประกันหรือเจ้าของรถต้องจ่ายเพิ่มอีกร้อยละ 20 นอกเหนือจากค่าเสียหายเบื้องต้นที่ต้องจ่ายคืนกองทุนฯ สำหรับสถานพยาบาลที่มีการทุจริตในการเบิกค่ารักษายาบาลนั้น ยังไม่มีมาตรการหรือบทลงโทษที่ชัดเจน ที่ผ่านมาผู้บริหารกองทุนฯ ระบุว่ามักจะใช้วิธีเจรจา ถ้าไม่ได้ผลจึงจะส่งเรื่องไปยังหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลนั้นๆ

5. ข้อพิจารณา

ระบบการร้องเรียนในโครงการประกันสุขภาพเริ่มเกิดขึ้นในโครงการประกันสังคม และมีบทบาทมากขึ้นเมื่อมีโครงการ 30 บาท ซึ่งแม้ว่าจะไม่ได้แยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการอย่าง

ชัดเจนเท่ากับโครงการประกันสังคม แต่โครงการ 30 บาทให้ความสำคัญและขยายช่องทางของการร้องเรียนเป็นอย่างมาก เพราะต้องการรักษาชื่อเสียงของโครงการในสถานการณ์ที่ถูกหลายฝ่ายคาดการณ์เอาไว้ล่วงหน้าว่าจะมีบริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานเป็นจำนวนมาก

แม้ว่าที่ผ่านมาแล้ว การที่ผู้บริหารโครงการให้ความสำคัญกับการเปิดช่องทางการร้องเรียน น่าจะมีส่วนช่วยในการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ให้บริการแทบทุกราย ไม่อยากถูกร้องเรียน จึงไม่แปลกที่บุคลากรจำนวนมากจะไม่พอใจกับนโยบายการขยายช่องทางของการร้องเรียนและวิธีการจัดการกับการร้องเรียนของโครงการ 30 บาท และความไม่พอใจนี้ลามไปถึง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ที่บุคลากรจำนวนมากเชื่อว่ากรณีมาตรา 41 และ 42 ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการร้องเรียนหรือฟ้องร้องมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาแล้ว การจัดการกับเรื่องร้องเรียนในแต่ละระดับ (และในแต่ละโครงการ)ค่อนข้างจะคล้ายคลึงกัน ในโครงการ 30 บาทนั้น สถานพยาบาลมักจะพยายามใกล้เคียงให้เรื่องจบ และหลีกเลี่ยงการรายงานไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเองก็มักจะพยายามใกล้เคียงและหลีกเลี่ยงการรายงานมาที่ส่วนกลาง และที่ส่วนกลางเอง (ไม่ว่าจะเป็นโครงการ 30 บาท หรือโครงการประกันสังคม) ก็มักจะไม่นำรายงานข้อมูลเหล่านี้ต่อสาธารณะ (ยกเว้นกรณีที่เกิดเป็นข่าวเสียก่อน) แม้ว่าการใกล้เคียงปัญหาที่สถานพยาบาล (หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เองจะมีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และน่าจะเป็นประโยชน์กับทุกฝ่ายมากกว่าในกรณีที่ไม่มีกระบวนการใกล้เคียงเลย แต่การที่โครงการ 30 บาทยังคงให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ (provider) รับเรื่องร้องเรียนเองนั้น ย่อมก่อให้เกิด conflict of interest ในระดับหนึ่ง ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม¹² ถ้าผู้บริหารโครงการเชื่อว่าการร้องเรียนจะเป็นมาตรการหนึ่งในไม่กี่มาตรการที่จะสามารถนำมาตรวจสอบและคานอำนาจกับระบบบริการที่จ่ายเงินให้สถานพยาบาลล่วงหน้าโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว

แน่นอนว่า ทางออกของปัญหานี้คงไม่ใช่การที่แยกหน้าที่ (split) ทุกอย่างออกจากกัน แต่ควรมีกกลไกบางส่วนที่เป็นอิสระจากสถานพยาบาลที่ชัดเจน (มากกว่าการมอบบทบาท “สำนักงานสาขา” เป็นบทบาทที่สองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ประสบปัญหาที่มีช่องทางที่เป็น

¹² ในกรณีเหล่านี้ เมื่อสอบถามผู้ที่รับผิดชอบถึงรายละเอียดของเรื่องร้องเรียนในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแทบทุกระดับก็มักจะให้คำตอบว่ากรณีร้องเรียนส่วนใหญ่เกิดจากความไม่เข้าใจหรือความเข้าใจผิดของผู้ร้องเรียนเอง (ซึ่งแม้ว่าคำตอบนี้อาจจะเป็นความจริง แต่ก็มักจะพบว่าเจ้าหน้าที่มักจะหลีกเลี่ยงที่จะให้ข้อมูลกรณีที่ไม่ใช่ความเข้าใจผิดของผู้ร้องเรียนด้วยเช่นกัน)

professional ที่เป็นที่เชื่อถือและพึงพิงได้ โดยไม่จำเป็นต้องหาช่องทางลัดไปพึ่งนักการเมือง (หรือแม้กระทั่งสื่อ) ซึ่งในหลายกรณีอาจจะทำให้ปัญหามีความรุนแรงขึ้นก็เป็นได้

ปัญหาอีกประการหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 สำหรับผู้รับบริการก็คือข้อบังคับที่เขียนเอาไว้เข้มงวดเกินไป ซึ่งทำให้ถ้าปฏิบัติตามข้อบังคับแบบตรงตามลายลักษณ์อักษรแล้ว เงินช่วยเหลือนี้จะจ่ายได้เฉพาะในกรณีที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ผิดเท่านั้น (เช่น ไม่รักษามาตรฐาน) แต่จะไม่สามารถจ่ายในกรณีที่แพทย์ที่รุนแรง (ทราบว่าการจ่ายยานั้นเป็นไปตามมาตรฐาน) ซึ่งข้อบังคับดังกล่าวน่าจะขัดกับเจตนารมณ์ของการมีมาตรานี้ (ซึ่งกำหนดให้ช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ไม่มีผู้กระทำผิด หรือ no-fault liability compensation เอาไว้ด้วย) และถ้ามีแนวโน้มที่การตัดสินใจให้จ่ายหรือไม่จ่ายเงิน และยอดเงินที่ตัดสินใจให้จ่าย มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนกับการที่ผู้ให้บริการเป็นฝ่ายผิดหรือไม่แล้ว ในที่สุดแล้วผลการตัดสินใจของคณะกรรมการและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องก็จะกลายเป็นสัญญาณที่ผู้เสียหายบางส่วนจะนำไปใช้ในการฟ้องร้องตามที่ฝ่ายผู้ให้บริการที่ไม่ต้องการให้มีมาตรานี้กลัวว่าจะเกิดขึ้น

5. บรรณานุกรม

เชิดชัย มีคำ. ไม่ระบุปี. คู่มือการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง.

ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ. 2547. สถานการณ์เรื่องร้องเรียนของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546 . กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ. ศ. 2535.

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537.

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2547. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประเด็นที่น่าสนใจ. เอกสารวิชาการงานสัมมนาประจำปีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (เล่มที่ 1). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญญา ณ ระนอง ศรชัย เตรียมวรกุล และศศิวิทย์ วงษ์มณฑา. 2548. “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546” (ฉบับแก้ไขปรับปรุง มีนาคม 2548). รายงาน

เล่มที่ 1 โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47) กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ศรชัย เตรียมวรกุล. 2545. การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากกรณีในส่วนของการประกันสุขภาพ. โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สวริ อ่องสมหวัง และคณะ. 2542. โครงการวิจัยชุด “15 กรณีศึกษา ว่าด้วยทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ” (ตีพิมพ์เป็นหนังสือ 3 เล่ม ชุด “ทุกข์ผู้ป่วย”). กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.

สำนักงานประกันสังคม. ไม่ระบุปี (2547?). *รวมเรื่องเล่าจากกองประสานการแพทย์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สุรเดช วลีอิทธิกุล. 2547. “การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม”. *กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศ*. เอกสารวิชาการงานสัมมนาประจำปีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (เล่มที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข .

อัญชนา ณ ระนอง และ ศรชัย เตรียมวรกุล. 2545. *การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม*. โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

**ภาคผนวก 1 ตารางกำหนดโทษของสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ สำนักงาน
ประกันสังคม**

ประเภทข้อร้องเรียน	A	B	C	D
1. ข้อร้องเรียนเชิงบริหาร 1.1 โฆษณาหรือจูงใจให้รับบริการและหรือเลือกสถานพยาบาลแบบไม่ถูกต้อง 1.2 ไม่ให้ความร่วมมือในการขอข้อมูล 1.3 ค้างชำระหนี้ค่ารักษาในการส่งไปรักษาต่อเนื่อง 1.4 ไม่ปฏิบัติตามข้อสั่งการจึงถูกหักค่าบริการทางการแพทย์ 1.5 ไม่จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์และหรือเปลี่ยนยา 1.6 เรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตนทั้งที่สิทธิประโยชน์ครอบคลุมอยู่แล้ว 1.7 เปลี่ยนแปลงและหรือตัดแปลงเอกสาร แต่งเติมหรือทำลายข้อมูลหลักฐาน 1.8 อื่นๆ...	1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 1 2	3 3 3 3 3 2	
2. ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมกรรมการบริการ (1:1000 =1) 2.1 ไม่สุภาพ ไม่เอาใจใส่ ไม่สร้างความมั่นใจให้ผู้ประกันตน 2.2 มีความบกพร่องในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ /แพทย์/พยาบาล ของ โรงพยาบาลกับผู้ประกันตนและหรือญาติ 2.3 อื่นๆ...	1 1			
3. ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน 3.1 วินิจฉัยโรคไม่ได้ หรือไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ประกันตน ทำให้ไปรับ การรักษาโรงพยาบาลอื่น แต่เป็นกรณีโรคที่ไม่รุนแรงหรือฉุกเฉิน สามารถ กลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามบัตรฯ ได้ 3.2 หลีกเลียงการรักษากรณีไม่ฉุกเฉิน มีเจตนาปฏิเสธการรักษา หรือเลือกปฏิบัติ 3.3 หลีกเลียงการรักษากรณีฉุกเฉิน 3.4 รักษาไม่ได้มาตรฐานเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายต่อผู้ประกันตน 3.5 รักษาไม่ได้มาตรฐานจนเป็นผลให้พิการ/เสียชีวิต	1	2 1 1 1	* * * *	

หมายเหตุ : หมายเลข 1, 2 และ 3 หมายถึง เมื่อสถานพยาบาลทำผิด 1 ครั้งจะถูกตัดเตือน ทำผิดครั้งที่ 2 จะถูก
 ภาคทัณฑ์ เมื่อทำผิดครั้งที่ 3 จะถูกตัดจำนวนผู้ประกันตน และเมื่อทำผิดครั้งต่อไป (*) จะเสนอระดับ
 ความรุนแรงให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณาในกรณีตัดศักยภาพหรือยกเลิกสัญญา

การกำหนดโทษของสถานพยาบาลเพื่อเป็นมาตรการในการควบคุมจำนวนข้อร้องเรียน ดังนี้

1. A ให้ว่ากล่าวตักเตือนโรงพยาบาลและแพทย์ผู้รักษา / ผู้เกี่ยวข้อง
2. B ให้ภาคทัณฑ์โรงพยาบาลและแพทย์ผู้รักษา / ผู้เกี่ยวข้อง กำหนด 1 ปี หลังการวินิจฉัย
3. C ให้ตัดจำนวนผู้ประกันตน ห้ามแพทย์ผู้เกี่ยวข้องดูแลผู้ประกันตน ส่งเรื่องให้แพทยสภาพิจารณาดำเนินการทางจริยธรรมแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง
4. D เสนอกรรมการการแพทย์เพื่อพิจารณายกเลิกสัญญา

กรณีที่โรงพยาบาลมีความผิดหลายกรณีให้พิจารณาระดับสูงสุด โดยเพิ่มการลดศักยภาพแต่ถ้าปฏิบัติไม่ดีจนเกิดความเสียหายร้ายแรงจะเสนอคณะกรรมการการแพทย์เพื่อพิจารณายกเลิกสัญญา

คำอธิบายท้ายตารางกำหนดโทษ

1. ข้อร้องเรียนเชิงบริหาร
 - 1.1 เช่น โฆษณาจูงใจให้เลือกสถานพยาบาลของตน ซึ่งสำนักงานฯ พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้องตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
 - 1.2 เช่น ไม่ยินยอมให้ข้อมูลเวชระเบียน ยึดหรือถ่วงเวลาให้ข้อมูลเวชระเบียน
 - 1.3 กรณีสำนักงานฯ มีคำสั่งให้จ่ายเงินค่ารักษา แก่โรงพยาบาลที่รับช่วงการให้บริการทางการแพทย์ (supra contractor, subcontractor) แล้วโรงพยาบาลไม่ดำเนินการตามกำหนดเวลา
 - 1.4 กรณีสำนักงานฯ มีคำสั่งให้รับผิดชอบค่ารักษาของผู้ประกันตน แต่โรงพยาบาลไม่ดำเนินการตามคำวินิจฉัย จึงถูกหักเงินเหมาจ่ายเพื่อชำระค่ารักษาให้ผู้ประกันตน
 - 1.5 ห้องยาไม่จ่ายตามที่แพทย์สั่งหรือเปลี่ยนเป็นยาอื่นจ่ายให้ผู้ประกันตน โดยอ้างว่าสิทธิประกันสังคมไม่ครอบคลุมหรือเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการจ่ายยา
 - 1.6 เรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตนทั้ง ๆ ที่เป็นบริการซึ่งอยู่ในความครอบคลุมของสิทธิประกันสังคม / อ้างว่าเป็นโรคยกเว้น / อ้างว่าเป็นยานอกบัญชี หรือแนะนำให้ผู้ประกันตนไปซื้อยาเอง
 - 1.7 เปลี่ยนแปลง และ / หรือดัดแปลงเอกสาร แต่งเติม ทำลายหลักฐานข้อมูลในเวชระเบียน
2. ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ

- 2.1 เช่นแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพูด หรือแสดงกิริยาไม่สุภาพ ไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่ดูแล รอคอยรักษานานมาก ไม่มีแพทย์ไปตรวจรักษา ขณะเป็นผู้ป่วยใน
- 2.2 หมายถึงการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ประกันตน หรือญาติกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกคนที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ได้มีการวางแผนการรักษาในเวชระเบียน แต่ญาติและผู้ป่วยไม่ทราบ จึงขอย้ายไปรักษาที่อื่น

ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ ให้กำหนดตามจำนวนครั้งของการกระทำผิด เป็นสัดส่วนกับจำนวนการใช้บริการของผู้ประกันตนในความรับผิดชอบ โดยคิดเป็นสัดส่วนของความผิดต่อ 1,000 ครั้ง ของการตรวจรักษาผู้ประกันตนที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้คณะกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์จะเป็นผู้นำเสนอการลงโทษตามความรุนแรงของพฤติกรรม

3. ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน

3.1 อาทิเช่น

- 3.1.1 นัดวันผ่าตัดห่างจากวันที่วินิจฉัยได้นานเกินความเหมาะสม หรือเลื่อนนัดโดยไม่มีเหตุผล
- 3.1.2 เมื่อใช้สิทธิประกันสังคม ต้องรออนุมัติจากผู้บริหารโดยไม่มีกำหนดระยะเวลา แต่ถ้าให้บริการแบบชำระเงินเองจะส่งตรวจพิเศษหรือนัดผ่าตัดโดยเร็ว
- 3.2 เช่น วินิจฉัยว่าตั้งครุฑนอกมดลูก แต่โรงพยาบาลให้รอผ่าผ่าตัด
- 3.3 คือการรักษาไม่ได้มาตรฐานที่ดีที่ถูกต้องตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ / คณะกรรมการแพทย์ / ราชวิทยาลัย / แพทยสภา จนมีผลทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น เช่น ผู้ประกันตนไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลตามบัตร หลายครั้ง แต่แพทย์ตรวจวินิจฉัยไม่ละเอียด ไม่ส่งตรวจเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline) จึงวินิจฉัยผิดพลาดหรือล่าช้าจนทำให้ผู้ประกันตนมีอาการมากขึ้น แล้วตัดสินใจไปรับบริการยังโรงพยาบาลอื่นโดยเสียค่าใช้จ่ายเองหรือผู้ประกันตนมีอาการที่สมควรจะรับตัวไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน แต่กลับตรวจรักษาแล้วให้กลับไปรับประทานที่บ้าน เป็นต้น

- 3.4 คือแพทย์ให้การรักษาไม่ได้มาตรฐานตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ / คณะกรรมการแพทย์ / ราชวิทยาลัย / แพทยสภา จนเป็นเหตุให้ผู้ประกันตนพิการหรือเสียชีวิต

ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน จะพิจารณาตามความรุนแรงของความเสียหายโดยไม่ต้องพิจารณาจำนวนครั้งของการบริการแก่ผู้ประกันตนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

ภาคผนวก 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Quality Indicator) ของโครงการ ประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดเครื่องชี้วัดเพื่อคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 27 เครื่องชี้วัด เพื่อใช้ประเมินคุณภาพใน 3 ด้าน ดังนี้

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพของการให้บริการดูแลทางคลินิก (Hospital Quality Indicator) สำหรับผู้ป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยประกันสังคม

- 1) อัตราการตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- 2) อัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากการตรวจรักษา
- 3) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 4) อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา
- 5) อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด
- 6) อัตราการส่งตรวจจากการรังสีซ้ำ
- 7) อัตราการส่งตรวจชิ้นเนื้อซ้ำ
- 8) อัตราการผ่าตัดซ้ำในการอยู่โรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
- 9) อัตราการกลับมารักษาที่หน่วยฉุกเฉินหลังจากการจำหน่าย 72 ชั่วโมง
- 10) อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยนอกภายใน 7 วัน โดยแพทย์ไม่ได้นัด
- 11) อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 ชั่วโมง โดยไม่ได้วางแผน
- 12) จำนวน clinical practice guideline
- 13) ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

2. เครื่องชี้วัดคุณภาพการบริการ (Service Quality Indicators) สำหรับผู้ป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยประกันสังคม

1. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก
2. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน
3. ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่ห้องในการนัดผ่าตัด
4. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการนัดตรวจพิเศษ

5. อัตราผู้ป่วยนอกที่กลับโดยไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์
6. อัตราผู้ป่วยนอกที่ใช้เวลารับบริการรวมนาน 4 ชั่วโมง
7. จำนวนครั้งของการรายงานเหตุการณ์
8. อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
9. อัตราการไม่สมัครใจอยู่ของผู้ป่วยนอก
10. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก
11. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน

3. เครื่องชี้วัดคุณภาพของการจัดการ (Management Quality Indicators)

1. อัตราการครองเตียง
2. อัตราการพัฒนาบุคลากร
3. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์

ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน ของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ

รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 4
โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่สอง (2546-47)

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ

Thailand Development Research Institute Foundation