**รายงานฉบับสมบูรณ์**

# “การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม”

**ยุพา วงศ์ไชย**
**สุพร กระจ่างพืช**
**ศศิชา ว.บาลิการ์**

**คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

**โครงการนี้ได้รับทุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย**
**(เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)**

**กันยายน 2551**

# กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยโครงการ “คุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม” สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความสนับสนุนเอื้อเฟื้อจากบุคคล กลุ่มบุคคล นักวิชาการ หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ผู้บริหารระดับนโยบายและนักวิชาการที่กรุณาให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทย์สภา นายแพทย์พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นายแพทย์เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข นายแพทย์ถาวร สกุลพานิชย์ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษประจำสำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ นายมนัส แจ่มเวหา รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง คุณวิริยา พูนคำ ผู้อำนวยการกลุ่มงานสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ คุณสุพัชรี มีครุฑ ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม และรองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุฒม์ ศรีรัตนบัลล์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ขอนแก่น และสงขลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ ผู้อำนวยการกองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ สงขลา ขอนแก่น และสมุทรปราการ คุณสารี อ๋องสมหวัง มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค ดร.ยุพดี สิริสินสุข คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ท่านอื่นๆ ที่มิได้กล่าวถึงในที่นี้ ตลอดจนผู้รวบรวมข้อมูลภาคสนามได้แก่ คุณกรรณิการ์ เจียมจรัสรังษี คุณเยาวเรศ คำมะนาด คุณศศิธร พรมกะจิน คุณสุกุญญา ปฐมระวี คุณนนทพร เรืองณรงค์ คุณเกษมศิริ นันทเวชสันติ คุณวรภัทร แสงแก้ว คุณศิริพรรณ ศรีวัฒนพรชัย คุณมาลี รุจิราณันท์ คุณสุคนธ์ทิพย์ บุญทา คุณกนกทิพย์ มาลัยศรี และผู้เข้าร่วมเวทีสาธารณะตามโครงการคุ้มครองผู้บริโภคฯ เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ.2550 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกๆ ท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ศาสตราจารย์ยุพา วงศ์ไชย

กันยายน 2551

# คำนำ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเป็นมาตรการหนึ่งในการสร้างความมั่นคงทางสังคม หลักใหญ่เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคฯ ประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพหลายฉบับ รวมทั้งกำหนดกลไกให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ร่วมรับผิดชอบและผลักดันนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคให้เกิดผลในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตามยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติหลายประการ อาทิ แนวทางปฏิบัติตามนโยบาย ความทับซ้อนของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โครงสร้างของกลไกการดำเนินงาน การกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ดำเนินงาน การสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ การเข้าไม่ถึงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนผู้บริโภค เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อประสิทธิภาพประสิทธิผลการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ

การศึกษาตามโครงการการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วยชุดโครงการ 3 โครงการ คือ โครงการหลักที่กล่าว และ 2 โครงการย่อย คือ โครงการการจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค และโครงการกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คณะผู้วิจัยคาดหวังว่าการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของไทย เพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพต่อไป

ศาสตราจารย์ยุพา วงศ์ไชย
กันยายน 2551

# บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษา "การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม" มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อทบทวนสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภค ในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ (การศึกษาครั้งนี้เลือกทบทวนประเทศสหรัฐอเมริกา อาฟริกาใต้ และประเทศกานา) (2) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของกลไก กระบวนการการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลัก (ในที่นี้คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ) และ (3) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ผู้แทนวิชาชีพ นักวิชาการ ผู้แทนองค์กรและเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค การจัดเวทีสาธารณะและกรณีศึกษา และการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 3,015 ราย ในกรุงเทพฯและปริมณฑล กับอีก 11 จังหวัดใน 4 ภาค

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

## 1. สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภค

### 1.1) สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย

สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบหลักมีความแตกต่างกันในด้านกลไก/ กระบวนการการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิตามกฎหมายของแต่ละระบบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทั้งสิทธิการเข้าถึงและการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่ได้มาตรฐาน สิทธิรับบริการสาธารณสุขกรณีฉุกเฉินจากสถานพยาบาลอื่นนอกเหนือจากสถานพยาบาลประจำตัว สิทธิร้องเรียนและได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข สิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุข และสิทธิมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ

- **ด้านการเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ**

พบว่า การที่**งบประมาณเฉลี่ยต่อหัวไม่เท่ากัน** ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทเดิม) ได้รับ 2,100 บาท (พ.ศ.2551) ระบบประกันสังคมได้รับ 2,198.65 บาท (พ.ศ.2551) และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจได้รับ 4,000 บาท (พ.ศ. 2549) และได้รับ 6,000 บาท (พ.ศ.2551) ได้ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ นอกจากนี้ในด้านสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพที่สำคัญนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ระบบประกันสังคมไม่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจคุ้มครองถึงกรณีเจ็บป่วยเฉียบพลันเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉินและการตรวจสุขภาพบางกรณี

- **สิทธิด้านการเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน**

ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นของรัฐ มีผู้รับบริการจำนวนมากไม่สมดุลกับบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์

ผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเลือกสถานพยาบาลเอกชน เนื่องจากเชื่อมั่นการบริการมากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ

ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจเลือกรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ แต่ไม่มีสิทธิรับบริการจากสถานพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินสามารถรับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนนอกเหนือจากสถานพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้ต้องมีคำรับรองจากแพทย์ของสถานพยาบาลนั้นๆ

- **สิทธิด้านการรับบริการจากสถานพยาบาลอื่นกรณีฉุกเฉิน**

ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมมีสิทธิรับบริการจากสถานพยาบาลอื่นนอกเหนือจากสถานพยาบาลประจำตัว กรณีฉุกเฉินทั้งนี้มีเงื่อนไขว่า ต้องเป็นไปตามข้อกำหนดของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้อกำหนดของคณะกรรมการการแพทย์สำหรับระบบประกันสังคม

ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีสิทธิได้รับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนได้กรณีฉุกเฉินโดยมีเงื่อนไขว่าต้องมีคำรับรองจากแพทย์ผู้ให้บริการของสถานพยาบาลนั้นๆ ว่าหากไม่ดำเนินการรักษาพยาบาลอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ทั้งนี้ผู้มีสิทธิสามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 12 วัน ภายในวงเงิน 3,000 บาท

- **สิทธิด้านการร้องเรียนและการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข**

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดสิทธิการร้องเรียนและการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนกลไก กระบวนการบริหารจัดการ เมื่อเกิดความเสียหายจากบริการสาธารณสุขไว้ชัดเจน

ระบบประกันสังคม กฎหมายประกันสังคม พ.ศ.2533 และฉบับปรับปรุงแก้ไข มิได้กำหนดสิทธิเรื่องนี้ไว้ แต่กำหนดกลไก บริหารจัดการไว้หลายกลไกด้วยกัน ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สายด่วนประกันสังคม คณะกรรมการการแพทย์ เป็นต้น โดยมีระบบการร้องเรียนและการชดเชยความเสียหายที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดกลไก การอุทธรณ์ กรณีที่ผู้ประกันตนและสถานพยาบาลไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

สำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ กฎหมายมิได้กำหนดสิทธิการร้องเรียนและการได้รับความช่วยเหลือ เมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข แต่มีกรมบัญชีกลางเป็นกลไกในการประสานงานกับหน่วยงานเพื่อแจ้งให้ทราบ เพื่อมิให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่ถูกร้องเรียนจากผู้มีสิทธิของระบบ และส่งต่อเรื่องร้องเรียนให้กับหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลของรัฐที่ถูกร้องเรียน ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิในระบบนี้ต้องอาศัยกระบวนการทางศาลเมื่อประสบปัญหาจากการรับบริการสาธารณสุข

- **สิทธิด้านการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุข**

พบว่ามีกฎหมายหลายฉบับ ได้กำหนดสิทธิการได้รับทราบข้อมูลของผู้บริโภคไว้ อาทิ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นต้น อีกทั้งกฎหมายยังกำหนดกลไกในการควบคุมตรวจสอบให้เกิดผลในทางปฏิบัติ แต่จากการศึกษานี้พบว่า ประชาชน (ผู้บริโภค) ส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงข้อมูล และไม่ตระหนักถึงสิทธิตามกฎหมาย**ของ**ตนเอง ที่สำคัญทั้งผู้ให้และผู้รับบริการยังขาดการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน กล่าวคือมีช่องว่างการสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับผู้ปฏิบัติ การเลือกให้ข้อมูลกับผู้รับบริการเนื่องจากเกรงว่าจะนำข้อมูลไปใช้ในการฟ้องร้องเมื่อไม่พอใจผู้ให้บริการ (รายละเอียดศึกษาได้จากโครงการ "การจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค" ซึ่งเป็นชุดโครงการย่อยของโครงการ "การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม"นี้)

- **สิทธิด้านการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ**

สิทธิการมีส่วนร่วมบริหารจัดการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง) ในระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่ามีกฎหมายกำหนดสิทธิเรื่องนี้ไว้ใน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการมีส่วนร่วมอยู่ในรูปของคณะกรรมการระดับชาติและระดับพื้นที่ ระบบประกันสังคมมีส่วนร่วมในรูปของคณะกรรมการระดับชาติ โดยมีตัวแทนฝ่ายลูกจ้าง นายจ้าง และภาครัฐ แต่ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งสองระบบ ยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจไม่พบการมีส่วนร่วมในส่วนของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจแต่อย่างใด

### 1.2) สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในต่างประเทศ

การทบทวนสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในต่างประเทศในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดไว้ 3 ประเทศด้วยกัน คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอาฟริกาใต้ และประเทศกานา (การคัดเลือกประเทศจะคัดเลือกจากประเทศที่เป็นประชาธิปไตย แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ประเทศที่เจริญกว่าไทย เจริญเท่าไทย และเจริญน้อยกว่าไทย) การศึกษาประเทศเหล่านี้เป็น

การศึกษาเพื่อหารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งเปิดให้มีการร้องเรียนและการให้ข้อมูลผู้บริโภค สรุปดังนี้

**สหรัฐอเมริกา** มีระบบสุขภาพ 2 ระบบใหญ่คือ ระบบเมดิแคร์ (Medicare) ซึ่งเป็นประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและประกันสุขภาพสำหรับคนพิการโดยไม่จำกัดอายุ กับระบบเมดิเคด (Medicaid) ซึ่งเป็นประกันสุขภาพสำหรับคนยากจน ทั้งสองโครงการนี้มีผู้ใช้บริการ 80 ล้านคน ในขณะที่ประเทศนี้มีประชากรประมาณ 300 ล้านคน

ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาคือ ความไม่ครอบคลุมและไม่เท่าเทียมในด้านสิทธิการรับบริการ การถูกปฏิเสธบริการรักษาพยาบาล ประชากรส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงบริการ (ไม่มีประกันสุขภาพ) มีความพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายและลดต้นทุนการบริการ ทำให้เกิดความกดดันในระบบอย่างมาก เมื่อผู้บริโภคถูกปฏิเสธสิทธิรับบริการ ก็มีสิทธิร้องเรียนและมีสิทธิอุทธรณ์เมื่อไม่ได้รับค่ารักษาพยาบาลหรือได้รับไม่เท่ากับค่ารักษาที่ควรจะได้ โดยมีกลไกการจัดการ ได้แก่ ผู้พิพากษาชั้นต้น คณะกรรมาธิการอุทธรณ์ของโครงการที่กล่าวมาแล้ว และศาลของรัฐ เป็นกลไกสุดท้าย ทั้งนี้ในการดำเนินการ ผู้ร้องเรียนสามารถขอรับความช่วยเหลือจากผู้รับฟังเรื่องร้องทุกข์ (Ombudsman) ได้ จึงนับว่าเป็นจุดแข็งในการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

**อาฟริกาใต้** มีระบบสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐอยู่ 2 รูปแบบ คือ แบบปฐมภูมิและโรงพยาบาล โดยแบบปฐมภูมิ จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับการวางแผนการบริการ ระดับควบคุมและตรวจสอบบริการสาธารณสุขมีกลไกด้านกฎหมายคือรัฐธรรมนูญ กำหนดสิทธิประชาชนในการรับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและไม่ถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาล (มีกฎบัตรรับรองสิทธิของประชาชนที่กล่าว) นอกจากนี้ยังมีกลไกรองรับในการกระจายอำนาจการบริการสาธารณสุขสู่ชุมชนคือกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ และเมื่อประชาชนมีปัญหาจากการรับบริการทางการแพทย์ก็มีสิทธิร้องทุกข์ นอกจากมีกฎหมายกำหนดสิทธิแล้วยังมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยด้วย

นอกจาก 2 ระบบที่กล่าวมาแล้ว ประเทศนี้ยังมีระบบประกันสังคมแบบสมัครใจและอยู่ระหว่างการศึกษาเพื่อขยายระบบประกันสังคมแบบบังคับต่อไป

**ประเทศกานา** ในระยะเริ่มแรกประเทศนี้มีระบบประกันสุขภาพผ่านชุมชน ที่เรียกว่าองค์กรสุขภาพตำบล ซึ่งยังครอบคลุมผู้ใช้บริการเพียงส่วนน้อย ประชาชนส่วนใหญ่ยังถูกละเลย คนยากจนถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาล ต่อมามีกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกบังคับให้ประชาชนทุกคนในประเทศเป็นสมาชิกของระบบประกันสุขภาพชุมชนหรือระบบประกันสุขภาพเอกชนอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่รัฐสนับสนุนงบประมาณเฉพาะประกันสุขภาพชุมชนเท่านั้น ในการดำเนินการคุ้มครองประชาชนจะมีกลไกระดับชาติคือ กรรมาธิการประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานบริการ ซึ่งการบริการ

ค่อนข้างครอบคลุมบริการทางการแพทย์ทั้งที่เป็นแพทย์ทั่วไปและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ บริการผู้ป่วยในและบริการต่างๆ ทางสุขภาพ

**สรุปบทเรียนสำคัญที่น่าจะนำมาพิจารณาใช้ได้ในประเทศไทย**

เป็นความจริงอย่างยิ่งที่เราจะยอมรับกันได้ สิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมแต่ละสังคมมีวิวัฒนาการมาจากปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เป็นเช่นนั้น ที่ในแต่ละสังคมจะต่างกัน สรุปบทเรียนของสามประเทศที่มีความแตกต่างกันไม่สามารถจะนำมาใช้ในสังคมอื่นได้ทั้งหมด แต่สิ่งซึ่งน่าสนใจที่ผู้ศึกษาเห็นว่าน่าจะนำมาพิจารณาประยุกต์ใช้กับสังคมไทย มีดังนี้

(1) ความเป็นไปของระบบคุ้มครองผู้บริโภคนั้นจะต้องมองในองค์รวมที่ประกอบด้วยนโยบายที่ดี กลไกที่เข้มแข็ง และการบริการที่ครอบคลุมทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพประสิทธิภาพและผู้ได้รับและเสียประโยชน์มีส่วนร่วมในระบบอย่างเต็มที่แท้จริง

(2) การที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมได้ดี มีเงื่อนไขสำคัญคือจะต้องมีความเข้าใจและตระหนักในเรื่องนั้น สิ่งนี้มาจากการได้รับความรู้ ความเข้าใจที่มากพอ ที่จะพิทักษ์สิทธิของตนได้ กระบวนการให้ข้อมูลให้การศึกษานั้นต้องทำอย่างต่อเนื่อง แทรกไปในกระบวนการจัดการศึกษาของประเทศนั้นๆ

(3) การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เห็นได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกานา ซึ่งเป็นประเทศเล็กๆ เป็นเรื่องที่น่าสนใจในประเทศไทยมีชุมชนที่เข้มแข็งอยู่มาก หากผลักดันเรื่องนี้อย่างจริงจังน่าจะเป็นผลให้การคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพประสิทธิผลยิ่งขึ้น

(4) นโยบายที่มุ่งเน้นเฉพาะลงไปในเรื่องของสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทยมีพร้อมเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ แต่ขาดสิ่งสำคัญ คือการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งเกือบทุกประเทศจะมีแล้วทั้งสิ้น การขาดเช่นนี้ มีผลต่อระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

(5) การมีผู้ตรวจการ (Ombudsman) ที่ทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์ของผู้ป่วยในทุกประเทศน่าจะมีประโยชน์ สำหรับประเทศไทยแล้ว การเลือกสรรบุคคลที่สังคมไว้ใจ และรัฐเห็นด้วย ให้ทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์และดำเนินการต่อไป สามารถดำเนินการไปได้อย่างอิสระ การจัดตั้งสำนักงานย่อยๆ ที่รัฐให้ค่าใช้จ่าย และสามารถรับบริจาคได้ อาจจะเริ่มต้นในระดับภาค จังหวัด และอำเภอ ตามลำดับ ที่มาของสำนักงานผู้ตรวจการใช้วิธีการสรรหา และมอบอำนาจแบบสำนักงานเลือกตั้ง ซึ่งจะเป็นไปได้และสอดคล้องกับการบริหารราชการของประเทศ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ ปี 2542 ด้วย

## 2. ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของกลไกกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค

### 2.1) ประสิทธิภาพของกลไกกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค

ตามนิยามเชิงปฏิบัติการของการศึกษาครั้งนี้ ประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย การมีการดำเนินการตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2545 กฎหมายประกันสังคม พ.ศ.2533และฉบับแก้ไข พ.ศ.2537 กฎหมายว่าด้วยสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ กล่าวคือ

ในด้านการให้ข้อมูล การจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการดำเนินการข้างต้นต้องมีการกำหนดและใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง)

กฎหมายของระบบหลักประกันสุขภาพสองระบบหลักคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคมได้กำหนดกลไกในการจัดการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคไว้ชัดเจนทั้งในระดับชาติ ระดับภาค ระดับจังหวัดและระดับองค์กร ยกเว้นระบบประกันสังคมที่มีเพียง 2 ระดับคือระดับชาติและระดับภาค ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ กฎหมายกำหนดให้กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นกลไกระดับชาติ แต่หน้าที่หลักมีเพียงการควบคุม ตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น มิได้กำหนดหน้าที่ในการควบคุมตรวจสอบการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคของระบบแต่อย่างใด กรณีผู้มีสิทธิมีปัญหาจากการรับบริการสาธารณสุข กลไกที่กล่าว (กรมบัญชีกลาง) มีหน้าที่เพียงการประสานงานและส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาต่อไป ทั้งนี้ นอกเหนือจากกลไกที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีกลไกภาคเอกชนในรูปขององค์กรและภาคีคุ้มครองผู้บริโภคด้วย

แม้กฎหมายจะกำหนดกลไกขับเคลื่อนการการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบไว้ชัดเจน เพื่อขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้บริโภคของระบบให้เกิดผลจริงในทางปฏิบัติแต่ยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพตามความหมายที่กล่าวข้างต้น ทั้งในด้านนโยบาย โครงสร้างของกลไกดำเนินงานตามกฎหมายและตามนโยบาย กระบวนการทำงานที่เกิดผลในทางปฏิบัติและกระบวนการสร้างสำนึก กล่าวคือ

2.1.1) **นโยบาย**หลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบมีความชัดเจนเนื่องจากมีกฎหมายรองรับ แต่มีปัญหาทางปฏิบัติ อาทิ แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ตลอดจนเกิดช่องว่างการสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับผู้ปฏิบัติ (ศึกษารายละเอียดได้จากโครงการ “การจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค”) และเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเมื่อเกิดข้อผิดพลาดทางการรักษา แพทย์ถูกฟ้องร้องมากขึ้น เกิดความเครียดขาดขวัญกำลังใจ ส่วนผู้รับบริการก็มีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการ เรียกร้องสิทธิและใช้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ศึกษาได้จากโครงการ “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ”) นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องความไม่เพียงพอและความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ ฯลฯ) ซึ่งเป็นอุปสรรคทำให้โรงพยาบาลต้องควบคุมค่าใช้จ่ายต่างๆ ส่งผลต่อการให้บริการ ปัญหาด้านกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องทับซ้อนกัน รวมทั้งกฎหมายยังกำหนดแต่สิทธิผู้บริโภค ไม่กำหนดหน้าที่ผู้บริโภค นอกจากนี้ยังมีปัญหาตามที่กล่าวในด้าน “สิทธิผู้บริโภค” ของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ อันเนื่องมาจากกฎหมายของแต่ละระบบมีข้อกำหนดที่แตกต่างกันนั่นเอง

2.1.2) **โครงสร้างของกลไกการดำเนินงานตามกฎหมายและนโยบาย** ในระบบหลักประกันสุขภาพ 2 ระบบหลัก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม มีการกำหนดโครงสร้างกลไกดำเนินงานตามกฎหมายและนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคฯ ในรูปของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการทั้งในระดับชาติและพื้นที่ โดยกำหนดองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายไว้ชัดเจน ทั้งอำนาจหน้าที่บริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง การจัดสรรทรัพยากร การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ อำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการรับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้น และหรือชดเชยความเสียหาย ตลอดจนการอุทธรณ์ สำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ขาดความชัดเจนในเรื่องโครงสร้างของกลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของระบบ

แม้จะมีการกำหนดโครงสร้างของกลไกดำเนินงานตามกฎหมายและนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้บริโภคที่กล่าวข้างต้นก็ตาม จากการศึกษาพบว่า ยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติเกี่ยวกับโครงสร้างของกลไกดำเนินงาน ที่มีความทับซ้อนในเรื่องบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อให้เกิดอคติต่อกัน

สำหรับการมีส่วนร่วม แม้จะมีโครงสร้างกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ในรูปของคณะกรรมการ และอนุกรรมการดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข พบว่าการมีส่วนร่วมในระดับนโยบายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีตัวแทนองค์กรเอกชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการจำนวนมาก แต่ตัวแทนประชาชนที่แท้จริงกลับมีจำนวนน้อย ในขณะที่ระดับพื้นที่ เช่น ศูนย์หลักประกันสุขภาพประชาชนจะมีปัญหาเกี่ยวกับการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่เข้าใจเจตนาของมาตรา 41 ตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เท่าที่ควร ทั้งนี้มิใช่ว่าจะหาใครผิดใครถูกแต่เป็นการหาทางออกเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น และที่สำคัญยังไม่ยอมรับกลไกในรูปคณะกรรมการศูนย์หลักประกันสุขภาพประชาชนซึ่งมักถูกมองว่าเข้าข้างประชาชน

สำหรับระบบประกันสังคมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะมีส่วนร่วมในรูปของคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการอุทธรณ์ และคณะอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัด ประกอบด้วยตัวแทนลูกจ้าง นายจ้างและตัวแทนรัฐบาล ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่ลูกจ้างไม่รู้จักตัวแทนเหล่านั้น องค์กรแรงงานส่วนใหญ่ยังไม่มีสิทธิคัดเลือกผู้แทนของตนเองอย่างแท้จริงในการเข้าร่วมบริหารงานประกันสังคม ร่วมตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสังคม การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบจริงจัง (ศึกษารายระเอียดได้จากโครงการ “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ”)

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีกลไกรับผิดชอบคือ กรมบัญชีกลางจะเชิญตัวแทนจากส่วนราชการต่างๆ และตัวแทนจากสมาคมลูกจ้างประจำร่วมประชุมระดมความคิดเห็น

2.1.3) **กระบวนการทำงานที่เกิดผลจริงในทางปฏิบัติ** ในเงื่อนไขสำคัญของกระบวนการทำงานขับเคลื่อนกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคต้องครอบคลุมภารกิจหลัก 5 ประการ ประการแรกคือ มีมาตรการป้องกันปัญหาทุกอย่างในระบบ ในที่นี้หมายถึงการศึกษาวิจัยค้นคว้า ติดตามพลวัตรของการละเมิดละเลยสิทธิ การคาดคะเนปริมาณความซับซ้อนของปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะปัญหา ในส่วนของผู้ละเมิดและผู้ถูกละเมิด การทำงานด้านนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ทันท่วงที และการวางแผนเตรียมการ ประการที่สองมีการเฝ้าระวังปัญหาที่น่าเชื่อว่าจะเกิดขึ้น ประการที่สามมีกระบวนการให้ข้อมูลให้การศึกษา ปลุกจิตสำนึกแก่ประชาชนทุกคนและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย อาจถึงขั้นให้มีกระบวนการเสริมแรง (รูปธรรมเรื่องนี้ศึกษาได้จากโครงการ “การจัดกลไกการให้ข้อมูล”) ประการที่สี่ มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) เมื่อมีปัญหาข้อพิพาทเกิดขึ้นสำหรับกลุ่มคนที่พิทักษ์สิทธิตนเองไม่ได้ รูปธรรมเรื่องนี้คือ การร้องเรียนและการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นและหรือการชดเชยความเสียหาย กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคสามระบบหลักที่มุ่งเน้นศึกษาครั้งนี้ ยังมีความไม่สมบูรณ์ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือ “ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล” (Medical errors) เป็นตัวอย่างสำคัญที่ยกมาในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลไกกระบวนการที่จะป้องกัน แก้ไขพัฒนาความผิดพลาดทางการรักษาที่ทำให้เกิดการร้องเรียน ตลอดจนการมีมาตรการป้องกันปัญหาที่จะเกิดซ้ำ

ประการสุดท้ายคือ การบังคับใช้กฎหมายที่เกิดผลจริงในทางปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ซึ่งการศึกษาพบว่า การพัฒนานโยบาย การปรับปรุงกฎหมายและมาตรการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคโดยรวมยังมีข้อจำกัดที่ควรมีการทบทวนและผลักดันให้เกิดผลเป็นรูปธรรมตามมาตรา 61 และมาตรา 81 ตามรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.2550

## 2.2 ประสิทธิผลของกลไก กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค

ตามนิยามเชิงปฏิบัติการของการศึกษานี้ได้กำหนดองค์ประกอบของประสิทธิผลไว้ 3 ประเด็นคือ การบรรลุเป้าหมายการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงพอใจ

2.2.1) **การบรรลุเป้าหมายการคุ้มครองผู้บริโภค** ดังได้กล่าวไว้ในนิยามเชิงปฏิบัติการว่า ผู้บริโภค หมายถึง ผู้มีสิทธิรับบริการสาธารณสุขใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในด้านต่างๆ ดังได้กล่าวไว้แล้วตอนต้น ดังนั้นการบรรลุเป้าหมายการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพจึงหมายถึงการบริหารจัดการให้ผู้บริโภคของ 3 ระบบได้รับสิทธิต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ

ตามกฎหมายของแต่ละระบบ และตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และ 2550 อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

จากการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการเพื่อการดังกล่าวยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการทบทวนทั้งในเรื่อง (1) การเข้าถึงและได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ทั่วถึง มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล (2) สิทธิเลือกสถานพยาบาลประจำตัวที่ได้มาตรฐาน (3) สิทธิร้องเรียนและได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น (4) สิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข (5) สิทธิมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกลไก กระบวนการบริหารจัดการมีปัญหาในทางปฏิบัติทั้งในด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติ ด้านโครงสร้างของกลไก กระบวนการดำเนินงานตามนโยบายและตามกฎหมาย ด้านกระบวนการทำงานให้เกิดผลจริงในทางปฏิบัติและกระบวนการสร้างสำนึกผู้บริโภค (ผู้รับบริการ) และผู้ให้บริการให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น (รูปธรรมของกลไก กระบวนการดำเนินงานศึกษาได้จากโครงการ กลไก กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ กับโครงการการจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นชุดโครงการของโครงการคุ้มครองผู้บริโภคฯ)

2.2.2) **ผู้ให้บริการพึงพอใจ** ตามนิยามเชิงปฏิบัติการหมายถึง ผู้ให้บริการยินดี พอใจ เต็มใจที่สามารถอำนวยความเป็นธรรมให้ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม เป็นธรรมตามความเป็นจริงของสภาพและสถานการณ์ของบริการสุขภาพภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพบว่า ประเด็นความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียงตามเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) อาจมิได้หมายความว่าทุกคนต้องได้ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยากได้จากระบบสุขภาพโดยเท่าเทียมหรือเท่ากัน ซึ่งอาจไม่ใช่ “พอประมาณ” และไม่สามารถเป็นไปได้ภายใต้ข้อจำกัดตามความเป็นจริงของระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่น่าจะหมายถึง การที่ทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ได้มาตรฐานตามความจำเป็นทางสุขภาพและข้อบ่งชี้ทางวิชาการ ในประเด็นนี้จะเห็นได้จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นบริการที่ผู้บริโภคไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทำให้มีการใช้บริการในระบบนี้มากขึ้นโดยไม่จำเป็น เป็นการเพิ่มภาระกับผู้ให้บริการซึ่งมีผู้ใช้บริการเกินกำลังอยู่แล้ว โดยเฉพาะในสถานพยาบาลของรัฐ ขณะเดียวกันปริมาณผู้ให้บริการโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลไม่เพียงพอและสมดุลกับผู้มารับบริการ ในขณะที่ผู้รับบริการมักคาดหวังสูงต่อสถานพยาบาลในการรับบริการ เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวังภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ ที่กล่าว จึงทำให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการนำไปสู่การร้องเรียน นอกจากนี้ยังพบว่ากฎหมายหลักประกันสุขภาพมุ่งคุ้มครองแต่ผู้รับบริการไม่คุ้มครองผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสียหายจากการให้บริการตลอดจนไม่มีกฎหมายฉบับใดกำหนดหน้าที่ของผู้รับบริการ (ผู้บริโภค) กำหนดแต่สิทธิผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้จักแต่สิทธิที่จะได้รับไม่รู้จักหน้าที่ของ

ตนเองสร้างความกดดัน ความเครียด ต่อผู้ให้บริการ เมื่อมีการร้องเรียนส่งผลถึงการให้บริการเพื่อบรรลุเป้าหมายการคุ้มครองผู้บริโภคในประเด็นต่างๆที่กล่าวข้างต้น

2.2.3) **ผู้รับบริการพึงพอใจ** ตามความหมายของนิยามเชิงปฏิบัติการหมายถึงผู้รับบริการมีความยินดีหรือเต็มใจเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เป็นธรรมตามความเป็นจริงของสภาพและสถานการณ์ภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพบว่าผู้รับบริการ (ผู้บริโภค) ยังเข้าไม่ถึงข้อมูล ขาดการรับรู้ ขาดการตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ ตลอดจนขาดความตระหนักในการปกป้องสิทธิของตนเอง รวมทั้งไม่รู้ถึงข้อจำกัดของระบบว่ามีสิ่งใดที่จะไม่ได้รับ ทำให้คาดหวังต่อระบบหลักประกันสุขภาพที่ตนมีสิทธิสูง เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวังจึงไม่พอใจนำไปสู่การร้องเรียนและหรือฟ้องร้องซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น

ด้านความพึงพอใจต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการและด้านความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากกรณีตัวอย่างชี้ให้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นจากผลการบังคับใช้กฎหมายไม่สามารถทดแทนความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ การต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย แต่ความใส่ใจอย่างจริงจังและต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่กับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกดีและมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป

**จากประเด็นปัญหาที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพดังนี้**

1. ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบและแนวทางปฏิบัติตามนโยบายที่เป็นอุปสรรคในการทำงานดังปรากฏในการศึกษาชุดนี้ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลระบบหลักประกันสุขภาพ

2. ปรับปรุงหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก ให้มีความเท่าเทียมหรือใกล้เคียงกันในประเด็นต่างๆ

- สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน เพื่อแก้ปัญหาสิทธิซ้ำซ้อน
- การเลือกสถานพยาบาลประจำตัวที่มีมาตรฐาน
- กลไก/กระบวนการบริหารจัดการในเรื่องการร้องเรียน การช่วยเหลือเบื้องต้น การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระดับ

3. เพิ่มสาระสำคัญของการปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของทั้ง 3 ระบบ เพื่อลดปัญหาการให้บริการในลักษณะสองหรือสามมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาความเสมอภาคของระบบหลักประกัน ตลอดจนเพิ่มสาระสำคัญในกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้มีเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วย

4. ต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังตามสาระสำคัญในมาตรา 61 และ 81 ของรัฐธรรมนูญปี 2550 ซึ่งกำหนดไว้ดังนี้

มาตรา 61 สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองในการได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง และมีสิทธิร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขเยียวยาความเสียหาย รวมทั้งมีสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค

ให้มีองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระจากหน่วยงานของรัฐ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภค ทำหน้าที่ให้ความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาของหน่วยงานของรัฐในการตราและการบังคับใช้กฎหมายและกฎ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งตรวจสอบและรายงานการกระทำหรือละเลยการกระทำอันเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ให้รัฐสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการขององค์การอิสระดังกล่าวด้วย

มาตรา 81 กำหนดว่ารัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านกฎหมายและการยุติธรรม ดังต่อไปนี้

1) ดูแลให้มีการปฏิบัติและบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เป็นธรรม และทั่วถึง ส่งเสริมการให้ความช่วยเหลือและให้ความรู้ทางกฎหมายแก่ประชาชน และจัดระบบงานราชการและงานของรัฐอย่างอื่น ในกระบวนการยุติธรรมให้มีประสิทธิภาพ โดยให้ประชาชนและองค์กรวิชาชีพมีส่วนร่วมในกระบวนการยุติธรรม และการช่วยเหลือประชาชนทางกฎหมาย

2) คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลให้พ้นจากการล่วงละเมิด ทั้งโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐและโดยบุคคลอื่น และต้องอำนวยความยุติธรรมแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน

3) จัดให้มีกฎหมายเพื่อจัดตั้งองค์กรเพื่อการปฏิรูปกฎหมายที่ดำเนินการเป็นอิสระ เพื่อปรับปรุงและพัฒนากฎหมายของประเทศ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ โดยต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกฎหมายนั้นประกอบด้วย

4) จัดให้มีกฎหมายเพื่อจัดตั้งองค์กรเพื่อการปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมที่ดำเนินการเป็นอิสระ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม

5) สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชนที่ให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย

ทั้งนี้ การดำเนินการอย่างจริงจัง จะมีผลให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคเกิดขึ้นอย่างจริงจัง (ผู้บริโภคจะเข้มแข็งและดำเนินการอย่างอิสระจะเป็นนโยบายที่สามารถสร้างความเข้มแข็งขององค์การคุ้มครองผู้บริโภคได้)

5. ในปัจจุบันรัฐให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง มีชุมชนจำนวนไม่น้อยที่มีศักยภาพสูง จึงเป็นไปได้อย่างยิ่งที่จะมีผู้ตรวจการ (Ombudsman) ด้านคุ้มครอง

ผู้บริโภคที่ภาคประชาชนเลือกสรรมา แล้วรัฐแต่งตั้งและมอบอำนาจให้รับเรื่องราวร้องทุกข์และดำเนินงานพิทักษ์สิทธิผู้เสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยมีลักษณะเป็นองค์การอิสระมีตัวแทนของประชาชน ตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนของรัฐเป็นกรรมการ

6. กลไกการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคควรจะมีงานเฝ้าระวัง เป็นส่วนหนึ่งนอกเหนือจากการคุ้มครองสิทธิการร้องเรียน เพื่อให้ระบบการคุ้มครองมีความสมบูรณ์ทั้งในส่วนนโยบายและระดับปฏิบัติ

7. เพื่อสร้างการตระหนักรู้ในความสำคัญในการปกป้องพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคของตนเองให้ได้ผล ควรเพิ่มช่องทางให้ข้อมูล ความรู้และความเข้าใจผ่านหลักสูตรการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ ตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงอุดมศึกษา ตลอดจนทำให้เป็นรูปแบบการศึกษาตลอดชีวิต

8. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุของการผิดพลาดทางการรักษา (ที่เป็นต้นตอของการร้องเรียน) อย่างเป็นองค์รวมที่ชี้ชัดว่า มาจากปัญหาทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากปัญหาการบริหารจัดการ จากผู้ให้บริการรวมทั้งทัศนคติของผู้รับบริการให้มีความเข้าใจและยอมรับว่า การร้องเรียน เรียกค่าเสียหาย ต้องมีเหตุผล

9. ควรผลิตนักพิทักษ์สิทธิคุ้มครองผู้บริโภคระดับมืออาชีพที่มีความรู้ ความสนใจเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค มีจิตที่พร้อมรับใช้บริการประชาชน โดยให้เพียงพอและมีคุณภาพ เพื่อให้ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

## Executive Summary

The study "the proper consumer protection in health insurance system in Thailand" has three objectives *(1) to review the current situation of consumer protection in health insurance system both in Thailand and abroad (2) to study effectiveness and efficiency of existing consumer protection processes in three health insurance schemes (i.e., public health insurance for low-income population, social security, and public health insurance for government employees) and (3) to find suggestions to improve consumer protection in health insurance systems in Thailand.*

The study utilized both quantitative and qualitative methods which included in-depth interviews of executives at policy and implementation levels, professionals, academicians, and representatives from consumer protection agencies and network; public hearings; case studies; and a survey from 3,015 participants in Bangkok metropolitan and four regions which included 11 provinces. The results are as follow.

**1. The current situations**

**1.1 The current situation of consumer protection in health insurance systems in Thailand**

There are differences in consumer protection among three health insurance schemes. These differences are shown in below table.

| | Public health insurance for low-income population | Social security | Public health insurance for government employees |
|---|---|---|---|
| Accessibility and quality of public health services | • Budget of 2,100 Baht per capita 2008.<br>• Integrated health care. | • Budget of 1,600 Baht per capita in 2006.<br>• Exclude health promotion and prevention. | • Budget of 4,000 Baht in 2006 and 6,000 Baht in 2008.<br>• Covered short and long term illnesses, accidents, and some types of check ups. |
| Rights to choose health care providers | • Recipients must register their service units and primary health care providers, which mostly are public hospitals. They do not have enough personnel to meet patients' demands. | • Recipients must register health care providers contracted with social security administration. Most recipients choose private hospitals because of their perceived superior quality of services. | • Recipients may choose to receive services from any government hospitals – no private hospitals are allowed except in cases of emergency. |
| Rights to complain and receive assistance and | • The National Health Insurance Act of 2002 and the National Health Act of 2007 clearly specified the | • The Social Security Act of 1990 and its amendments did not specify consumer rights. It did, however, | • No laws determining employee rights to complain and receive compensation payments. The Central |

| | | | |
|---|---|---|---|
| compensation payments from public health services | rights to complain and receive assistance, and processes and procedures of managing compensation payments from public health services. | provide different venues for complaints such as Office of Social Security Administration, Social Security Hotline, and Medical Board, along with clear processes for grievances and compensation payments. | Budget Office coordinates with health care providers and government offices. Grievances are handled through courts. |

Various laws guarantee consumer rights to receive public health information, such as the Consumer Protection Act of 1979, the Information and News Act of 1997, the National Health Insurance Act of 2002, and the National Health Act of 2007. They also specify monitoring system. This study found, however, that consumers could not access to accurate information and did not know their rights guaranteed by laws. There was a communication gap between policy and implementation levels because of fear of complaints to upper echelons.

The rights to participate in health insurance management system are granted by the related laws mentioned above and the Protection of Compensation Claimants in Public Health Services Act of 2007. The insurance scheme for low-income populations has committees formed at national and local levels. The social security scheme has a national committee working with representatives from employees, employers, and government. However, their collaboration was still limited. Under government employees' scheme, there was no participation from its recipients.

1.2 **The current situations of consumer protection in health insurance system in other countries**

This study's literature review included three countries representing different levels of development: the United States of America, South Africa, and Ghana. The review was aimed to find best practices of consumer protection in health insurance system.

***The United States*** – There are two main state-funded health insurance schemes: Medicare (covered elderly aged 65 and up and people with disabilities) and Medicaid (covered low-income families). Both schemes covered 80 millions people, out of 300 millions populations. Major problems of the United States' health insurance system include the uninsured, inequality of receiving services, and rising health care costs. Consumer protection process is clearly defined where consumers may file grievances and appeals through program administration and administrative courts when refused payments or underpaid. In addition, they may ask for assistance from a designated ombudsman. This clearly defined process is considered strength of the U.S. system.

***South Africa*** – Its Constitution guaranteed rights for receiving public health services through Consumer Bill of Rights, which also includes responsibilities of consumers. Its citizens are encouraged to participate in planning and monitoring processes of public health services. In addition, national health laws demand decentralization of public health services to communities. Consumers may file grievances

through various channels. Recently, the country has implemented a voluntary social security system which will be converted to a mandatory system.

*Ghana* – In the past, its citizens had health insurances through local communities which covered only a small portion of populations. Many people were neglected and refused treatments. Recently, the country has implemented a universal health insurance system where all citizens must be insured through either local community plans or private insurance. The state only subsidizes the former, however. Consumer protection mechanisms are at the national level through a committee that monitors quality and standards of services.

## 2. Efficiency and effectiveness of consumer protection processes in health insurance system in Thailand

### *2.1 Efficiency*

Both public health insurance for low-income populations and social security schemes include consumer protection mechanisms. The former has clear processes at national, regional, provincial, and organizational levels, while the latter national and regional levels. The government employees' scheme only has national level mechanism which was the Central Budget Office's monitoring reimbursement issues and escalading complaints to other agencies. In private sector, there are consumer protection agencies and networks that assist consumers in general.

Even though several laws clearly guaranteed consumer protection, there were various problems at the implementation level. Besides a communication gap mentioned above, there were tensions between health care providers and patients regarding medical errors. Patients have higher expectations from treatments and demand more rights and services, especially low-income populations. Medical personnel are sued more and thus stressed. In addition, health care providers are experiencing budget and personnel shortage and unfair resource allocation. They have to cut costs which affect quality of health services. In addition, different laws guaranteed different rights, but did not define responsibilities of consumers. At a policy level, complicated structure of consumer protection created duplication of roles and thus conflicts among various agencies such as the Ministry of Public Health and Office of National Health Insurance.

Although there is a mechanism of consumer participation through various committees, its implementation needs improvement. Under low-income populations' scheme, there were more representatives from private sector than consumers. Local communities could not collaborate with health care providers because they lacked understanding of the laws. Under social security scheme, employees could not select their own representatives and did not know their representatives. Under government employees' scheme, the Central Budget Office needs to invite representatives from government offices and from government employee associations.

Proper consumer protection processes should cover five sets of activities as follow. Medical errors were an example in this study where these processes may be beneficial when all sets of activities are utilized.

1. Prevention – study nature of consumer rights violations, collect data, anticipate and prepare for problems, and develop new policies
2. Monitoring – monitor expected problems closely
3. Information dissemination – educate, motivate, and empower consumers

4. Advocacy – establish complaints and grievance processes, and provide assistance and compensation payments
5. Fair law enforcement – enforce existing consumer protection laws fairly and ethically

2.2 Effectiveness

*2.2.1 Consumer protection provision* – There were different problems that must be carefully examined, including accessibility, quality of care, coverage, effectiveness, efficiency, rights to choose primary health care providers, rights to complain and receive assistance, rights to receive public health information, and rights to participate in health insurance management. Various processes must be restructured: policy implementation, law enforcement, consumer awareness and education, grievances and appeals, and information dissemination.

*2.2.2 Health care provider satisfaction* – Health care providers are under scrutiny especially under low-income scheme. They have a shortage of staff and resources while their patients have high expectations. This creates conflicts and complaints. The laws only protect consumers, but not health care providers, and neglect responsibilities of consumers. They demand their rights, but did not know their responsibilities. Therefore, health care providers are under a tremendous pressure and stress. Equal treatment should not mean that consumers receive all treatments they wish. Rather, they have equal access to basic necessary treatments.

*2.2.3 Consumer satisfaction* – Consumers could not access to public health information, were not aware of their rights and how to protect them, did not understand limitations of health systems, therefore had unrealistically high expectations which led to complaints and lawsuits. Sincerity from officers and continuity of assistance made consumers feel satisfied and motivated, however.

***3. Based on results from this study, several suggestions to improve effectiveness and efficiency of consumer protection in health insurance system in Thailand are chosen. They are presented as follow.***

1. Revise laws, regulations, and guidelines that hinder implementation.
2. Make various aspects such as consumer rights, grievances, information dissemination, and true participation in health insurance systems in three major health insurance schemes consistent.
3. Improve reimbursement processes to lessen level of discriminated services
4. Include responsibilities of consumers in related laws.
5. Enforce consumer protection laws to empower consumers and their networks
6. Institutionalize independent ombudsman services in local communities to assist consumers.
7. Add monitoring component to consumer protection processes.
8. Add channels for information dissemination, including formal and informal education from kindergarten to higher education, and life long learning.
9. Analyze true causes of medical errors and solutions to reduce grievances and lawsuits, which could include personnel shortage, management, and consumers' understandings of health care service limitations.
10. Develop professional consumer rights activists who are educated, competent, and motivated to help consumers and improve effectiveness and efficiency of consumer protection processes.

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| **กิตติกรรมประกาศ** | |
| **คำนำ** | |
| **บทสรุปสำหรับผู้บริหาร** | (1) |
| Executive Summary | (13) |
| **สารบัญ** | (17) |
| **สารบัญตาราง** | (19) |
| **สารบัญแผนภูมิ** | (20) |
| **บทที่ 1 บทนำ** | |
| 1.1 หลักการและเหตุผล | 1 |
| 1.2 ความสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภค | 1 |
| 1.3 วัตถุประสงค์ | 4 |
| 1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา | 4 |
| 1.5 ขอบเขตการศึกษา | 8 |
| 1.6 ข้อจำกัดในการศึกษา | 9 |
| **บทที่ 2 แนวคิด ผลงานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบการคุ้มครองผู้บริโภค และสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภค** | |
| 2.1 แนวคิดเรื่องสิทธิผู้บริโภค | 10 |
| 2.2 กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย | 10 |
| 2.3 แนวคิดธรรมาภิบาล | 19 |
| 2.4 แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง | 21 |
| 2.5 แนวคิดการเสริมสร้างพลังสร้างผู้บริโภค | 24 |
| 2.6 แนวคิดการมีส่วนร่วม | 26 |
| 2.7 สังคมโลกกับประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค | 30 |
| 2.8 Best Bractice การคุ้มครองผู้บริโภคต่างประเทศ | 36 |
| 2.9 การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพความปลอดภัยของผู้ประกันตน | 56 |
| 2.10 สถานการณ์การคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย | 68 |
| 2.11 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 80 |
| 2.12 กรอบแนวคิดการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่ดี | 90 |

# สารบัญ (ต่อ)


| | หน้า |
|---|---|
| **บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา** | |
| 3.1 วิธีการศึกษา | 91 |
| 3.2 เครื่องมือในการศึกษา | 95 |
| 3.3 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ | 95 |
| 3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล | 96 |
| 3.5 การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล | 96 |
| **บทที่ 4 ผลการศึกษาและการอภิปรายผล** | |
| 4.1 ข้อค้นพบเบื้องต้นจากการทบทวนระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพต่างประเทศ | 97 |
| 4.2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง | 97 |
| 4.3 กลไก กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย และต่างประเทศ | 107 |
| 4.4 ผลการศึกษาและการอภิปรายผล | 111 |
| **บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** | 132 |
| **บรรณานุกรม** | 142 |
| **ภาคผนวก** | |
| ผนวก 1 สรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ | 149 |
| ผนวก 2 แบบสอบถามโครงการวิจัย การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม | 153 |
| ผนวก 3 ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้บริหาร/นักวิชาการโครงการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม | 157 |
| ผนวก 4 รายชื่อผู้ที่ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก | 158 |

**สารบัญตาราง**


| ตารางที่ | | หน้า |
|---|---|---|
| 2.1 | ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศและสิทธิประโยชน์ที่สำคัญ | 69 |
| 2.2 | จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแยกประเภทสิทธิ ปีงบประมาณ 2549 | 72 |
| 2.3 | การให้บริการสอบถามข้อมูลรับเรื่องร้องเรียน เรื่องร้องทุกข์และเรื่องบริการ ปีงบประมาณ 2548-2549 | 75 |
| 2.4 | เรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548-2549 | 76 |
| 3.1 | กลุ่มตัวอย่างของการสำรวจความคิดเห็นผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพฯ | 94 |
| 4.1 | จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของบัตร | 98 |
| 4.2 | จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระบบหลักประกันสุขภาพ | 99 |
| 4.3 | จำนวน ร้อยละข้อมูลพื้นฐานอาชีพและรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง | 100 |
| 4.4 | จำนวน ร้อยละข้อมูลพื้นฐานสถานที่พักอาศัย | 101 |
| 4.5 | จำนวน ร้อยละข้อมูลพื้นฐานประเภทผู้ป่วย โรคประจำตัวและสถานพยาบาลที่ไปใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ | 101 |
| 4.6 | จำนวน ร้อยละความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพ | 102 |
| 4.7 | จำนวน ร้อยละความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในระบบหลักประกันสุขภาพ | 103 |
| 4.8 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นการให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐ | 103 |
| 4.9 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการ | 104 |
| 4.10 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นปัญหาการใช้บริการตามสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ | 105 |
| 4.11 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานแนวทางการมีส่วนร่วมต่อการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่ควรดำเนินการ | 106 |
| 4.12 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับนโยบายและการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพ | 106 |

**สารบัญแผนภูมิ**


| **แผนภูมิที่** | **หน้า** |
|---|---|
| 2.1 แสดงระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen Uphoff | 28 |
| 2.2 แสดงระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน | 29 |
| 2.3 ความผิดพลาดทางการรักษา-สาเหตุ ปัญหาและแนวทางป้องกัน | 67 |

# บทที่ 1
# บทนำ

## 1.1 หลักการและเหตุผล

**การคุ้มครองผู้บริโภค** คือกระบวนการปกป้อง พิทักษ์สิทธิ ช่วยเหลือป้องกัน ให้ผู้บริโภคที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการซื้อสินค้าหรือบริการ ซึ่งกระบวนการจะทำได้ทั้งองค์กรรัฐ องค์การ และบุคคล ตลอดจนผู้บริโภคก็ต้องคุ้มครองตนเองด้วย คำถามคือ ทำไมเราต้องคุ้มครอง เราจะคุ้มครองอะไร เราจะคุ้มครองเมื่อไร เราคุ้มครองสิทธิ์ใช่หรือไม่ ระบบที่ดีของระบบการคุ้มครองจะเป็นอย่างไร องค์ประกอบของการคุ้มครอง มีอะไรบ้าง ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบควรมีอะไรบ้าง สิ่งที่ต้องคุ้มครองเพราะผู้บริโภคเดือดร้อน ถูกกระทำ เพราะมีพลังไม่เท่ากันของผู้กระทำและถูกกระทำใช่หรือไม่ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าเกิดความผิดพลาดและความเสียหายขึ้นมากน้อยเพียงใด

การคุ้มครองจะเด่นชัดเมื่อมีข้อปัญหา หรืออาจจะเรียกได้ว่าเป็นข้อพิพาท รูปธรรมของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาและจำเป็นต้องมีการดำเนินการในเรื่องคุ้มครองผู้บริโภค ตัวอย่างเช่น การแปลความหมายที่ผิดๆ ในสาระสำคัญ การไม่บอกสาระสำคัญที่ผู้บริโภคควรทราบ เช่น การไม่บอกให้ผู้บริโภคทราบถึงการดำเนินของโรคและผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล เพื่อผู้บริโภคใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ การแจ้งคุณสมบัติของสินค้าบริการที่ไม่เป็นความจริงและเกินความจริง บอกว่าสินค้าและบริการนั้นเป็นของใหม่ ของจริงแต่ความจริงมิได้เป็นเช่นนั้น โฆษณาสินค้าและบริการโดยที่มิได้ตั้งใจจะขาย โฆษณาสินค้าบริการโดยปราศจากหลักการ ปราศจากเหตุผลที่ประชาชนต้องรู้ บอกข้อมูลไม่จริงซึ่งเป็นประโยชน์ต่อลูกค้าในการเปรียบเทียบกับสินค้ารายอื่น ฯลฯ

## 1.2 ความสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภค

การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นมาตรการหนึ่งในการสร้างความมั่นคงทางสังคมที่รัฐจะจัดให้แก่ประชาชนทั้งประเทศ เป็นส่วนหนึ่งของการคุ้มครองทางสังคมที่สำคัญ เป็นเครื่องมือที่สร้างความเป็นธรรมให้แก่ประชาชนทุกคนในสังคม เมื่อเราจะถามว่าประเทศใดมีระบบการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นอย่างไร สิ่งที่เป็นรูปธรรมที่เราจะมองเห็นได้ชัด คือ การมีกฎหมายที่แสดงถึงเจตนารมณ์ของรัฐบาลของประเทศนั้นๆหรือไม่ เราไม่อาจสรุปได้ว่าประเทศที่พัฒนาหรือประเทศที่ร่ำรวย จะมีระบบการคุ้มครองผู้บริโภคดีกว่าประเทศที่กำลังพัฒนาและยากจน เมื่อมีกฎหมายมีนโยบายที่ชัดแจ้งแล้ว ต้องมีกลไกการดำเนินการ ทั้งกลไกทางกฎหมาย ที่บังคับใช้กฎหมายที่กำหนดไว้ให้เป็นจริงและมีทั้งกลไกการเงินการคลังที่จะเอื้อให้กลไกการบริหารจัดการดำเนินการไปได้ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการไม่ดำเนินการตามนั้น ทั้งการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายข้อบังคับ มีการเสียหายเกิดขึ้น ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคนั้นต้องมีกลไกต่างๆ ดำเนินการให้ผู้ได้รับความเสียหายได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาค เท่าเทียม เป็นธรรม ทั่วถึง

และกลไกดังกล่าวต้องมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีธรรมาภิบาลและระบบที่ดี จะต้องมีการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียของระบบนั้น การคุ้มครองผู้บริโภคจะต้องครอบคลุมคนทุกคนในสังคม แต่จะมีคนบางกลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น คนที่ไม่รู้หนังสือ คนที่เป็นคนยากจน ไม่เคยได้รับข้อมูลที่ควรทราบที่ได้รับผลกระทบ ที่จะต้องมีการเฝ้าระวัง การเสริมพลังและการพิทักษ์สิทธิ์ที่เป็นมาตรการพิเศษเฉพาะสำหรับคนกลุ่มนี้ ในเรื่องของการแพทย์การร้องเรียนของประชาชนมายังแพทยสภา พ.ศ.2531-2549 มีเรื่องร้องเรียน 2,726 เรื่อง สาเหตุร้องมากที่สุด คือ ไม่รักษามาตรฐาน 1,500 ราย (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ, 2550) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อมวลชนทำให้เห็นแนวโน้มความรุนแรงของปัญหามากขึ้น และทำให้การเผชิญหน้าระหว่างประชาชนกับบุคลากรทางการแพทย์ ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย- สหภาพยุโรป, 2550)

**สถานการณ์การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย**

การให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพถือเป็นมาตรการหนึ่งในการสร้างความมั่นคงทางสังคม (Social Security) ที่รัฐจะต้องเข้ามาบริหารจัดการให้แก่ประชาชน สำหรับประเทศไทยมาตรการในการให้ความคุ้มครองทางด้านสุขภาพซึ่งครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal Coverage) เริ่มเกิดขึ้นอย่างเต็มรูปแบบในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาโดยผ่านกลไกการจัดการซึ่งแตกต่างกันไปตามกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระบบใหญ่ คือ (1) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มดำเนินการทั่วประเทศ เมื่อปี 2545 (2) ระบบประกันสังคม ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2533 โดยคุ้มครองเฉพาะกำลังแรงงานที่อยู่ในระบบการทำงาน (3) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ นอกจากนี้ยังมีระบบสุขภาพย่อยๆ ที่อยู่ภายใต้บริบทของสังคมไทย ซึ่งได้แก่ การประกันการเจ็บป่วย/ อุบัติเหตุของภาคเอกชน และการคุ้มครองการประสบอันตรายจากรถ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 การคุ้มครองผู้พิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2535 การคุ้มครองกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ภายใต้พระราชบัญญัติเงินทดแทนพ.ศ. 2537 ซึ่งเป็นกฎหมายที่บังคับให้นายจ้างต้องให้สวัสดิการในด้านนี้แก่ลูกจ้าง ทั้งนี้ ภายใต้การคุ้มครองสุขภาพใน 3 ระบบหลัก ได้มีการพัฒนามาโดยตลอดทั้งในรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดำเนินงานให้ครอบคลุมกับประชาชน การเพิ่มสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย ทั้งนี้จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549 พบว่าประชาชนชาวไทย 62.92 ล้านคน มีหลักประกันสุขภาพภายใต้ 3 ระบบหลัก รวมทั้งสิ้น 61.03 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 97.82 ของประชากรทั้งประเทศที่เหลืออีกจำนวน 1.35 ล้านคน เป็นประชากรที่มีสิทธิว่าง

**สถานการณ์ปัญหาของการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ**

ผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์การเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ตลอดจนการได้รับข้อมูลการ

บริการสุขภาพของผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังไม่ได้ความสะดวกในการรับรู้ข้อมูลการบริการสุขภาพ และสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของ 3 ระบบหลักยังมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสิทธิในการเลือกหน่วยบริการ สิทธิในการใช้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สิทธิในการร้องเรียนปัญหาบริการสิทธิในการได้รับชดเชย ฯลฯ นอกจากนี้ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้รับบริการยังคงขาดการรับรู้ เข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ กฎ ระเบียบ แนวทางปฏิบัติ เช่น การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ การใช้สิทธิกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น ทั้งนี้ จากการทบทวนสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบสุขภาพของประเทศไทยโดยคณะผู้วิจัย อาจกล่าวได้ว่า ยังไม่สามารถเข้าถึงหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ จะเห็นได้ว่ามีการร้องเรียนของผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมามากขึ้น กล่าวคือ มีการร้องเรียนเกี่ยวกับการไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่ได้กำหนด ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ไม่ได้รับความสะดวกสบายตามสมควร สำหรับช่องทางการร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ จะมีความแตกต่างกัน ซึ่งตามกฎหมายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมมีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน ในขณะที่ระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการมิได้กำหนดเกี่ยวกับการร้องเรียนและหรือร้องทุกข์ไว้ เมื่อพิจารณาถึงสิทธิประโยชน์ทั้ง 3 ระบบ มีความใกล้เคียงกัน ส่วนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม สปสช.ได้สนับสนุนงบประมาณให้กับ สำนักงานประกันสังคม (สปส.) เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้กับลูกจ้างในสถานประกอบการอยู่แล้ว ส่วนของระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการดูเหมือนสิทธิมากกว่านั้น เป็นเพราะวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน จึงทำให้ดูเหมือนมีสิทธิมากที่สุด การไปใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน 2 ระบบแรก สามารถใช้สิทธิได้ตามที่ระบุไว้ในบัตร ยกเว้นระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการจะสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเอกชนได้ ในกรณีที่แพทย์ต้องรับรองว่าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วย จึงจะใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเอกชนได้ นอกจากนี้ในรอบปีที่ผ่านมา ได้ปรากฏข่าวทางสื่อมวลชนเกี่ยวกับคนไข้หรือญาติ ต้องขึ้นโรงขึ้นศาล ฟ้องร้องแพทย์หรือร้องขอความเป็นธรรมกรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล จนทำให้ได้รับความสูญเสียด้านร่างกาย เช่น พิการ ความสูญเสียทางครอบครัว สร้างความเสียใจ โดยไม่ได้รับคำอธิบายถึงสาเหตุที่เกิดขึ้น ในขณะเดียวกันเมื่อขอเวชระเบียน หลักฐานสำคัญในการรักษา กลับกลายเป็นเรื่องยากเย็น เมื่อไม่ได้รับความกระจ่าง จึงเกิดการฟ้องร้องในที่สุด

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวข้างต้น จึงทำให้เกิดคำถามว่าเกิดอะไรขึ้น ในระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบสุขภาพของประเทศไทยมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านใด ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น เช่น การบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพ หรือการให้ข้อมูลถึงสิทธิประโยชน์พื้นฐานของผู้บริโภค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล สาเหตุที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ช่องทางการร้องเรียนและหรือร้องทุกข์ และหรือร้องขอความเป็นธรรม การ

ได้รับความช่วยเหลือเยียวยา เมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ การกำหนดและใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำ

คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงกลไก กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี ชีวิตพอเพียง สังคมสันติสุข ทั้งนี้สังคมจะสันติสุขได้ ชุมชนต้องเข้มแข็ง ซึ่งชุมชนเข้มแข็งก็คือฐานของเศรษฐกิจพอเพียง ในขณะเดียวกันทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ (ประเวศ วะสี, 2549, น. 32)

## 1.3 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทบทวน สถานการณ์ การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ/กลไกการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก เพื่อมุ่งไปสู่นโยบายหลักประกันสุขภาพ ความเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง มาตรฐาน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ

3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

## 1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

1. **ระบบหลักประกันสุขภาพ** หมายถึง ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ การคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่รวมถึงการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. **ผู้บริโภค** หมายถึง ประชาชนที่ไปใช้บริการสาธารณสุขที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก ได้แก่ พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พ.ศ.2545

3. **การคุ้มครองผู้บริโภค** หมายถึง การพิทักษ์และปกป้องสิทธิของผู้รับบริการสาธารณสุขที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก ได้แก่ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ.2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พ.ศ.2545 ให้เข้าถึงและได้รับบริการที่มีมาตรฐานตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดใน 3 ระบบหลักในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- การให้ข้อมูล
- การจัดการเรื่องร้องเรียนและการชดเชยความเสียหาย
- มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นซ้ำ
- การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพ

4. **การพิทักษ์สิทธิ** หมายถึง การเป็นตัวแทนเพื่อปกป้องและคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้บริโภค (ยุพา วงศ์ไชย อ้างถึงใน สารานุกรมทางสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, 2542, น. 24)

5. **การชดเชย** หมายถึง สิทธิในการได้รับเงินช่วยเหลือตามพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ.2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

6. **การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม** หมายถึง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งด้านกลไกและกระบวนการในประเด็นของการให้ข้อมูลข่าวสาร การจัดการเรื่องร้องเรียนและการชดเชยความเสียหาย มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ

6.1 **ประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภค** หมายถึง มีการดำเนินการให้ข้อมูลและการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ.2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการ

- กำหนดและใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำ
- การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพทุกระดับ

6.2 **ประสิทธิผลการคุ้มครองผู้บริโภค** หมายถึง การดำเนินการในเรื่องการให้ข้อมูล การจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเกิดผลดำเนินการในประเด็น

- ตามเป้าหมายที่กำหนด
- ผู้ให้บริการพึงพอใจ
- ผู้รับบริการพึงพอใจ

6.3 **ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของมาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำ** หมายถึง การกำหนดและปรับปรุงและใช้แนวทางบริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

- มาตรการด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ
- มาตรการด้านการเงิน
- มาตรการด้านกองทุนคุ้มครองและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการให้และรับบริการอย่างครอบคลุมทุกสิทธิ (3 ระบบ)
- มาตรการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการและครอบครัว
- มาตรการควบคุมมาตรฐานการบริการสาธารณสุข
- มาตรการส่งเสริมจิตบริการ (Service Mind)
- การสร้างกติกากลางที่ยืดหยุ่นในทุกสิทธิ (3 ระบบ)
- มาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน

6.4 **ประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้น** หมายถึง การดำเนินการตามขั้นตอน วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ การมีและการใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำของกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งการมีการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ

6.5 **ประสิทธิผลการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้น** หมายถึง ผลการดำเนินงานในด้านการจัดการการร้องเรียน และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงสูง

6.6 **ผู้ให้บริการพึงพอใจ** หมายถึง ผู้ให้บริการในระบบสาธารณสุข หน่วยบริการสาธารณสุข มีความยินดี พอใจ เต็มใจที่สามารถอำนวยความเป็นธรรมให้ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม เป็นธรรมตามความเป็นจริงของสภาพและสถานการณ์ของการบริการสาธารณสุขภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลักและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

6.7 **ผู้รับบริการพึงพอใจ** หมายถึง ผู้รับบริการในระบบสาธารณสุข มีความยินดีหรือเต็มใจเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เป็นธรรมตามความเป็นจริงของสภาพและสถานการณ์ของการบริการสาธารณสุขภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลักและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

6.8 **กลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพ** หมายถึง ลักษณะการให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและตามกฎหมายกำหนดไว้ทั้ง 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ การบริหารจัดการและการดำเนินงานให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพ

ในที่นี้หมายถึงกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพของสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ใน 3 ขั้นตอน ได้แก่

- ก่อนการรักษาพยาบาล (ต้นน้ำ)
- ระหว่างการรักษาพยาบาล (กลางน้ำ)
- เมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาล (ปลายน้ำ)

6.9 **กระบวนการการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพ** หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้บริการ การบริหารจัดการข้อมูล และการดำเนินงานการให้ข้อมูล ในที่นี้หมายถึง ขั้นตอนการให้ข้อมูล

- ก่อนการรักษาพยาบาล (ต้นน้ำ) หมายถึง การที่สถานบริการมีขั้นตอนการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียน ข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล การดำเนินการเมื่อไม่ได้รับบริการตามสิทธิ การมีเวลาเพียงพอในการให้ข้อมูล การไม่ถูกแซงคิวรอตรวจ
- ระหว่างการรักษาพยาบาล (กลางน้ำ) หมายถึง การที่สถานบริการมีขั้นตอนการให้ข้อมูลต่อผู้ใช้บริการ ได้แก่ ข้อมูลการได้รับสิทธิตามบัตร ข้อมูลการไม่ได้รับสิทธิตามบัตร ข้อมูลการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลขั้นตอนการคุ้มครองสิทธิผู้เสียหาย/ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง
- เมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาล (ปลายน้ำ) หมายถึง การที่สถานบริการมีขั้นตอนการให้ข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลการถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น ข้อมูลที่ต้องการในการร้องเรียน กรณีที่มีปัญหาการได้รับบริการไม่ดี

6.10 **ประสิทธิภาพของกระบวนการการให้ข้อมูลระบบหลักประกันสุขภาพ** หมายถึง การบริหารจัดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์พื้นฐานตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และกฎหมายอื่น การจัดการเรื่องร้องเรียนและการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การกำหนดและใช้มาตรการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดซ้ำ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ

ในที่นี้ประสิทธิภาพของกระบวนการการให้ข้อมูล หมายถึง สถานบริการมีการบริหารจัดการระบบการให้ข้อมูลชัดเจน มีการบริหารจัดการด้านความเสี่ยง มีเจ้าหน้าที่ที่ให้ข้อมูล และมีเวลาเพียงพอต่อการให้ข้อมูลระบบหลักประกันสุขภาพ

6.11 **ประสิทธิผลของกระบวนการการให้ข้อมูล** หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นไปตามมาตรา 45 (2)-(5) ของพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

6.12 **ความพึงพอใจของประชาชน** หมายถึง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มาใช้บริการหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ รู้สึกพอใจ ชื่นชม ยินดีที่ได้รับทราบ (รู้/เข้าใจ) ถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในระบบสาธารณสุข ขั้นตอนการให้บริการสาธารณสุข ช่องทางการให้ข้อมูลจากความเสียหายที่เกิดจากการใช้บริการหลักประกันสุขภาพ

6.13 **ความเป็นธรรม** หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบโดยผู้รับบริการต้องไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ภายใต้การมีอคติของผู้ให้บริการ

7. **ความเสียหาย** หมายถึง ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการสาธารณสุขในประเด็นต่อไปนี้

- การไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ
- การไม่ได้รับบริการที่มีมาตรฐาน
- การไม่ได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 พ.ร.บ. ประกันสังคม 2533 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยระเบียบการรักษาพยาบาลที่กำหนด
- หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนดหรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร (มาตรา 59 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545)

8. **การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ** หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ให้ และผู้รับบริการ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระดับ

9. **การเฝ้าระวัง** หมายถึง ระบบและกลไกที่สร้างขึ้นเพื่อติดตามสถานการณ์หนึ่งเพื่อใช้ในการวางแผน ควบคุมป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นหรือนำไปใช้เพื่อการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

## 1.5 ขอบเขตการศึกษา

1. ศึกษาทบทวนสถานการณ์ การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ศึกษากลไก กระบวนการ การคุ้มครองผู้รับบริการหรือผู้บริโภคในระบบสุขภาพที่ควรจะเป็นหรือเหมาะสมสำหรับประเทศไทย ตลอดจนการจัดระบบป้องกันความเสียหายไม่ให้มีขึ้นอีก

## 1.6 ข้อจำกัดในการศึกษา

1. พบว่ามีการศึกษาเรื่องนี้น้อยมากในประเทศไทย จำเป็นต้องศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศ

2. วัฒนธรรมของคนไทยที่มีความเกรงใจ ไม่ให้ความเห็นและข้อมูลตามความเป็นจริง

3. ระหว่างดำเนินโครงการมีการเปลี่ยนแปลงในด้านนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องบ่อยครั้งมีผลให้คณะวิจัยต้องมาทบทวนเนื้อหาสาระสำคัญของข้อมูลที่เกี่ยวข้องบ่อยครั้งสร้างความยุ่งยากต่อการดำเนินงานของคณะวิจัยในหลายๆ ด้าน

# บทที่ 2
# แนวคิด ผลงานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบการคุ้มครองผู้บริโภค และสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภค

## 2.1 แนวคิดเรื่องสิทธิผู้บริโภค

สิทธิผู้บริโภคเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินการด้านคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยต่างเล็งเห็นความสำคัญของการปกป้องสิทธิของผู้บริโภค อาทิ สหรัฐอเมริกา ได้ประกาศสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้บริโภค (Consumer Bill of Right) เมื่อมีนาคม 1962 ไว้ 4 ประการ คือ

1. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย (The Right of Safety)
2. สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (The Right to be Informed)
3. สิทธิที่จะเลือกสินค้าและบริการ (The Right to Choose)
4. สิทธิที่จะได้รับฟังการร้องเรียน (The Right to Heard)

สำหรับประเทศไทย การคุ้มครองผู้บริโภค ในระยะแรกๆ รัฐบาลพยายามที่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการที่จะคุ้มครองผู้บริโภคจากการประกอบกิจการ การผลิตและการซื้อขายสินค้า หรือ บริการโดยการออกกฎหมายแก้ปัญหาเป็นกรณีๆ ไป ต่อมาในปี 2512 การคุ้มครองผู้บริโภคได้ขยายกว้างขวางขึ้น โดยภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากเห็นความจำเป็นของการรวมพลังคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรเอกชนแรก คือ สภาสตรีแห่งชาติในพระบรมราชินูปถัมภ์ ได้ติดต่อประสานงานกับสหพันธ์องค์การผู้บริโภคระหว่างประเทศ (International Organization of Unions IOCU) และเข้าเป็นสมาชิกของสหพันธ์ เมื่อ พ.ศ. 2517 ซึ่งสหพันธ์ฯ ได้กำหนดสิทธิผู้บริโภคไว้ 8 ประการ คือ 1) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย 2) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร 3) สิทธิที่จะซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคในราคายุติธรรม 4) สิทธิที่จะร้องเรียนเพื่อความเป็นธรรม 5) สิทธิที่จะได้รับชดใช้ค่าเสียหาย 6) สิทธิที่จะได้รับบริโภคศึกษา 7) สิทธิที่จะได้รับความจำเป็นพื้นฐาน 8) สิทธิที่จะได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด

## 2.2 กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย

จากการทบทวนกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กล่าวได้ว่า ประเทศไทยมีกฎหมายที่กำหนดการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภค ในระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมในประเด็นการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ที่ได้มาตรฐาน เป็นธรรม ทั่วถึง เสมอภาค การร้องเรียน/ ร้องทุกข์ และได้รับความช่วยเหลือ และหรือชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข การได้รับทราบข้อมูลที่ชัดเจน และเพียงพอ (เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ขั้นตอนการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการร้องเรียน/ ร้องทุกข์ การ

ช่วยเหลือ และหรือได้รับชดเชยความเสียหาย และการพิจารณาเรื่องร้องเรียน/ ร้องทุกข์) ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

1. สิทธิการเข้าถึงและการได้รับบริการสาธารณสุข ตามสิทธิประโยชน์ที่ได้มาตรฐาน ได้กำหนดไว้มีประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

- บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และมีสิทธิได้รับบริการจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา51)

- บุคคลมีสิทธิที่จะอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ และสิทธิได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา (มาตรา 5 พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2541 ได้ให้ความหมายคำว่า “สัญญา” หมายถึง ความตกลงระหว่างผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ กับผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบการ) ตลอดจนมีสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ (พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522)

- สิทธิเข้าถึงบริการ และได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน สะดวกในการเข้ารับบริการ สิทธิได้รับบริการกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่นได้นอกเหนือจากหน่วยบริการที่ลงทะเบียน เป็นหน่วยประจำตัว สิทธิในฐานะผู้ยากไร้ในการได้รับบริการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (มาตรา 5 มาตรา 6 และมาตรา 7 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545)

- สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครอง (สาระสำคัญประการหนึ่งในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550)

จะเห็นได้ว่ากฎหมายมิได้ให้ความคุ้มครองผู้รับบริการสาธารณสุขในฐานะผู้บริโภคแต่เพียงฝ่ายเดียว ยังกำหนดให้ความคุ้มครองผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วย ทั้งนี้ ผู้ให้บริการจะต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้รับบริการหรือญาติของผู้รับบริการก่อนให้บริการสาธารณสุข ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน

นอกจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่กำหนดการเข้าถึงบริการและรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน เป็นธรรม ทั่วถึง เสมอภาค มีคุณภาพ และในส่วนของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และปรับปรุงฉบับที่ 2 พ.ศ.2537 ตลอดจนประกาศการเพิ่มสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน พ.ศ.2550 ได้กำหนดการคุ้มครองผู้ประกันตนในฐานะผู้บริโภคไว้ในเรื่องของสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากกองทุนประกันสังคมในกรณีต่างๆ ได้แก่ ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทุพพลภาพหรือตายอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน (มาตรา 54-79)

สำหรับพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มิได้กำหนดในเรื่องการเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ที่ได้มาตรฐาน เป็นธรรม ทั่วถึง เสมอภาค มีคุณภาพไว้แต่อย่างใด คงกำหนดแต่เพียงการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัวของผู้มีสิทธิในระบบนี้เท่านั้น อย่างไรก็ตามมีความก้าวหน้าในเรื่องสิทธิการได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ กล่าวคือ กรมบัญชีกลางจัดให้มีระบบการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ โดยผู้มีสิทธิตามระบบนี้ต้องลงทะเบียนเลือกสถานบริการจึงจะใช้ระบบเบิกจ่ายตรงได้ (นธีรัตน์ ธรรมโรจน์, 2550)

2. <u>สิทธิการร้องเรียน/ ร้องทุกข์ การได้รับความช่วยเหลือ การได้รับชดเชยเมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข</u>

กฎหมายที่กำหนดสิทธิของผู้บริโภคในเรื่องร้องเรียน/ ร้องทุกข์ ไว้โดยตรง คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มีสาระสำคัญ ๆ ดังนี้

- บุคคลย่อมมีสิทธิเสนอเรื่องราวร้องทุกข์ และได้รับแจ้งผลการพิจารณาในเวลาอันรวดเร็ว (มาตรา 61 ตามรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.2540 และมาตรา59 ตามรัฐธรรมนูญฯพ.ศ.2550)

- ประชาชนในฐานะผู้บริโภค เมื่อถูกละเมิดสิทธิ เสรีภาพ สามารถยกบทบัญญัติรัฐธรรมนูญเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้ (มาตรา 28 ตามรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.2540)

- บุคคลมีสิทธิฟ้องหน่วยราชการ หน่วยงานรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคลให้รับผิดเนื่องจากการกระทำ หรือ ละเว้นการกระทำของข้าราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานนั้น (มาตรา60 รัฐธรรมนูญฯพ.ศ.2550))

- ผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อนหรือความเสียหายกรณีถูกละเมิดสิทธิจากผู้ให้บริการ สามารถร้องทุกข์ได้ (พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522)

- เมื่อไม่ได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานหรือเกิดความเสียหาย หรือถูกละเมิดสิทธิจากการรับบริการหรือใช้บริการสาธารณสุข มีสิทธิร้องเรียนได้ (มาตรา 59 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545) และมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือเยียวยา (มาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545) กรณีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้ชำระค่าปรับทางปกครอง จำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท (มาตรา 58 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545)

สำหรับ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 มิได้กำหนดสิทธิของผู้ประกันตนในฐานะผู้บริโภคในเรื่องการร้องเรียนไว้ แต่กำหนดกลไกการอุทธรณ์ ตามมาตรา 85 (1) กรณีนายจ้างผู้ประกันตน หรือ บุคคลอื่นไม่พอใจคำสั่งของเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม หรือของพนักงานเจ้าหน้าที่มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ได้ภายในสามสิบวันนับแต่วันได้รับแจ้งคำสั่ง

นอกจากกลไกอุทธรณ์แล้ว ยังกำหนดกลไกกำหนดโทษ (มาตรา 92) กรณีที่บุคคลไม่ให้ถ้อยคำ ไม่ส่งเอกสารหลักฐาน ข้อมูลที่จำเป็นตามคำสั่งของคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการแพทย์ คณะกรรมการอุทธรณ์ ฯลฯ มีโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ

เช่นเดียวกับ พ.ร.บ.ประกันสังคม สำหรับพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มิได้กำหนดสิทธิของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ในเรื่องการร้องเรียน/ ร้องทุกข์ การได้รับความช่วยเหลือ การได้รับชดเชยความเสียหายกรณีใช้บริการสาธารณสุขไว้แต่อย่างใด

3. <u>สิทธิการได้รับทราบข้อมูล สิทธิของผู้บริโภคในเรื่องการได้รับตารางข้อมูล</u>
มีกฎหมายกำหนดสิทธิไว้ 5 ฉบับ มีสาระสำคัญ ดังนี้

- มาตรา56 รัฐธรรมนูญฯพ.ศ.2550

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือราชการส่วนท้องถิ่นก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตหรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับตนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาเรื่องดังกล่าว

- มาตรา4 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคพ.ศ.2522

สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องเพียงพอ

- พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540

ประชาชนในฐานะผู้บริโภค มีสิทธิที่จะได้รู้ (right to know) เพื่อความโปร่งใสตรวจสอบได้ เป็นธรรมในการพิทักษ์สิทธิ สร้างความไว้วางใจ นำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างจริงใจของประชาชน

- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการสาธารณสุข

- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

มาตรา 8 การแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการประกอบการตัดสินใจที่จะรับหรือไม่รับบริการ

4. <u>สิทธิการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ</u>

สิทธิของผู้บริโภคในการมีส่วนร่วม บริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ มีกฎหมายและระเบียบได้กำหนดไว้ หลายฉบับ (6 ฉบับ) มีสาระสำคัญ ดังนี้

- บุคคลย่อมมีสิทธิมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการปฏิบัติราชการทางปกครองอันมีผลกระทบสิทธิเสรีภาพของตน(มาตรา58 รัฐธรรมนูญฯพ.ศ. 2550)

- ให้มีตัวแทนผู้บริโภคมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค ผ่านการเป็นกรรมการในองค์กรอิสระ ในการเสนอความเห็นเพื่อออกกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค (มาตรา 57 วรรคหนึ่ง แห่งพ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522)

- การมีส่วนร่วมของเอกชนในรูปของสมาคมที่มีวัตถุประสงค์คุ้มครองผู้บริโภค (พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522)

- ให้มีการสร้างประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วม ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น (ที่เห็นเป็นรูปธรรมคือ “ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน” 72 ศูนย์ 43 จังหวัด (ตามมาตรา 47 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545)

- ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตรา ควบคุม กำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (มาตรา 50 (7) พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545)

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วม บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคในรูปของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และองค์ประกอบอิสระ (มาตรา 13 (4) และมาตรา 48 (8) พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545)

- มุ่งเน้นสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมดำเนินงาน ของประชาชน มีกระบวนการตรวจสอบ ติดตาม สนับสนุนให้การดำเนินการ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543)

- ให้มีผู้แทนภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเลือกกันเองสิบสามคนเป็นกรรมการในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 13 (10) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550)

- จัดให้มีสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้เพื่อเสนอนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือ เฉพาะประเด็น (มาตรา 40 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550)

การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค หรือ ปกป้องสิทธิผู้บริโภคตามกฎหมายที่กล่าวข้างต้นยังมีกลไกขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมาย ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค โดยกลไกที่กล่าวมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ในประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

1.องค์กรเพื่อการคุ้มครองที่เป็นอิสระจากหน่วยงานของรัฐทำหน้าที่ตามมาตรา 61 ตามรัฐธรรมนูญฯพ.ศ.2550 มีหน้าที่ให้ความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาของหน่วยงานของรัฐในการตราและการบังคับใช้กฎหมายและกฎให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆเพื่อ

คุ้มครองรวมทั้งการตรวจสอบและรายงานการกระทำหรือละเลยการกระทำอันเป็นการคุ้มครอง ทั้งนี้ให้รัฐสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการขององค์กรอิสระดังกล่าวด้วย

2. ผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 244 ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 กล่าวคือ พิจารณาและสอบสวนหาข้อเท็จจริง ตามคำร้องเรียน ในกรณีการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย หรือ ปฏิบัตินอกเหนืออำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของข้าราชการ พนักงาน หรือ ลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น และในกรณีการปฏิบัติ หรือละเลยไม่ปฏิบัติหน้าที่ของข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่นที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ร้องเรียนหรือประชาชน โดยไม่เป็นธรรม ไม่ว่าการนั้นจะชอบหรือไม่ชอบด้วยอำนาจหน้าที่ก็ตาม รวมทั้งการตรวจสอบการละเลยการปฏิบัติหน้าที่ หรือการปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ชอบด้วยกฎหมายขององค์กรตามรัฐธรรมนูญและองค์กรในกระบวนการยุติธรรม ทั้งนี้ไม่รวมถึงการพิจารณาพิพากษาอรรถคดีของศาล ตลอดจนกรณีอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ นอกจากนี้ มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองและเจ้าหน้าที่ของรัฐตามมาตรา 279 วรรคสาม และมาตรา 280 ตลอดจนติดตามประเมินผล และจัดทำข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญ รวมตลอดถึงข้อพิจารณาเพื่อแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่เห็นว่าจำเป็น รวมทั้ง รายงานผลการตรวจสอบและผลการปฏิบัติหน้าที่ พร้อมข้อสังเกตต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา ทุกปี ทั้งนี้ให้ประกาศรายงานดังกล่าวในราชกิจจานุเบกษา และเปิดเผยต่อสาธารณะ

3. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 257 ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 กล่าวคือ ตรวจสอบ และรายงานการกระทำหรือการละเลยการกระทำอันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน หรือไม่เป็นไปตามพันธกรณีระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี และเสนอมาตรการการแก้ไขที่เหมาะสมต่อบุคคลหรือหน่วยงานที่กระทำ หรือ ละเลยการกระทำดังกล่าว เพื่อดำเนินการในกรณีที่ปรากฏว่าไม่มีการดำเนินการตามที่เสนอ ให้รายงานต่อรัฐสภา เพื่อดำเนินการต่อไป นอกจากนี้มีอำนาจหน้าที่เสนอเรื่องพร้อมด้วยความเห็นต่อศาลรัฐธรรมนูญในกรณีที่เห็นชอบตามที่มีผู้ร้องเรียนว่า บทบัญญัติแห่งกฎหมายใดกระทบต่อสิทธิมนุษยชน และมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยวิธีพิจารณาของศาลรัฐธรรมนูญ ตลอดจนเสนอเรื่องพร้อมด้วยความเห็นต่อศาลปกครอง ในกรณีที่เห็นชอบตามที่มีผู้ร้องเรียนว่า กฎ คำสั่ง หรือ การกระทำอื่นใดในทางปกครองกระทบต่อสิทธิมนุษยชนและมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ หรือ กฎหมาย ทั้งนี้ ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครอง และวิธีพิจารณาคดีปกครอง รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่ฟ้องคดีต่อศาลยุติธรรมแทนผู้เสียหายเมื่อได้รับการร้องขอจากผู้เสียหาย และเป็นกรณีที่เห็นสมควรเพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีอำนาจหน้าที่เสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมาย และกฎต่อรัฐสภา หรือ คณะรัฐมนตรี

เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ตลอดจนส่งเสริมการศึกษาวิจัยและการเผยแพร่ความรู้ด้านสิทธิมนุษยชน รวมทั้งส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยราชการ องค์การเอกชน และองค์การอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน และมีอำนาจหน้าที่จัดทำรายงานประจำปีเพื่อประเมินสถานการณ์ด้านสิทธิมนุษยชนภายในประเทศ และเสนอต่อรัฐสภา และมีอำนาจหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

4) คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 21 พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 และมาตรา 9 พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2541 อาทิ

- เสนอเรื่องให้นายกรัฐมนตรีพิจารณาออกคำสั่งเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กรณีมีความจำเป็นหรือเพื่อประโยชน์แก่ผู้บริโภคโดยส่วนรวม กรณีที่เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามกฎหมายยังมิได้ดำเนินการออกคำสั่งเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคภายใน 90 วัน นอกจากนี้ มีอำนาจหน้าที่เสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรี เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค ดำเนินคดีเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิผู้บริโภค

5) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค มีอำนาจหน้าที่ตาม มาตรา 20 ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 เกี่ยวกับ ติดตาม สอดส่อง พฤติการณ์ของผู้ประกอบการที่มีการกระทำใดๆ ที่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิของผู้บริโภค รวมทั้งการจัดให้มีการทดสอบหรือพิสูจน์สินค้า หรือ บริการใดๆ ที่เห็นสมควรตามความจำเป็นเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค ตลอดจนการประสานงานกับส่วนราชการ หรือหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุม ส่งเสริม หรือกำหนดมาตรฐานของสินค้าหรือบริการ

6) สมาคมที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สมาคมที่มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภค หรือต่อต้านการแข่งขันอันไม่เป็นธรรมทางการค้า อาจยื่นคำขอให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภครับรอง (มาตรา 40 ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522) เพื่อให้สมาคมมีสิทธิและอำนาจฟ้องดำเนินคดีเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้บริโภค และมีอำนาจฟ้องเรียกค่าเสียหายแทนสมาชิกสมาคมได้ ถ้ามีหนังสือมอบหมายให้เรียกค่าเสียหายแทนสมาชิกของสมาคม (มาตรา 41 ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522)

7) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 13 และมาตรา 41 ที่สำคัญ อาทิ กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข กำหนดมาตรการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้และผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

8) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 26 และมาตรา 42 ที่สำคัญ ได้แก่ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการบริหารสาธารณสุข จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ จัดให้ประชาชนมีหน่วยบริการ

ประจำและการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

9 ) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 50 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน กำหนดมาตรการ ควบคุม และส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

10) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 25 ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่สำคัญๆ อาทิ จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เสนอแนะให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ

11) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 27 ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้แก่ ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาล และหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เกิดการทำงานร่วมกัน ทั้งในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ

12) คณะกรรมการคุ้มครองผู้รับบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ที่สำคัญๆ อาทิ ควบคุม กำกับ ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานสาธารณสุข (มาตรา 15) พิจารณาตัดสิน กรณีขอสำเนาเวชระเบียน หรือ สำเนาเอกสารทางสาธารณสุขที่มีข้อมูลเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล กรณีสถานพยาบาลปฏิเสธที่จะให้สำเนาดังกล่าว (มาตรา 14) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานการบริหารจัดการ กองทุนชดเชยความเสียหายอันเนื่องมาจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 21 (6))

13) คณะกรรมการไต่สวนและไกล่เกลี่ยคดีพิพาท มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 21 แห่ง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้รับบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ ไกล่เกลี่ยคดีพิพาทตามที่คู่พิพาทฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งร้องขอไต่สวนข้อเท็จจริง และร้องขอพยานเอกสาร และคำให้การของพยานที่เกี่ยวข้องในคดีพิพาท ให้ความเห็นชอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าชดเชยความเสียหายแก่ผู้รับบริการ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข จ่ายเงินชดเชยความเสียหายแก่ผู้รับบริการ กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการบริหารจัดการกองทุนและการจ่ายเงินจากกองทุนชดเชย

14) คณะกรรมการประกันสังคม มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 9 แห่ง พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ.2533 ที่สำคัญ ได้แก่ เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบาย และมาตรการในการประกันสังคม ตาม พ.ร.บ.ให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการตราพระราชกฤษฎีกาออกกฎกระทรวง ระเบียบต่างๆ เพื่อดำเนินการตาม พ.ร.บ.นี้ วางระเบียบโดยความเห็นชอบ

ของกระทรวงการคลังเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินของกองทุนประกันสังคม

- คณะกรรมการการแพทย์ มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 15 แห่ง พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 ที่สำคัญ ๆ ได้แก่ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการประกันสังคมเกี่ยวกับการดำเนินงานการให้บริการทางการแพทย์ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการประกันสังคมเกี่ยวกับการออกกฎกระทรวง ให้คำปรึกษาและแนะนำในทางการแพทย์ต่อคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการอุทธรณ์และสำนักงานประกันสังคม กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

- คณะกรรมการอุทธรณ์ มีอำนาจหน้าที่ตาม มาตรา 87 แห่ง พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 ได้แก่ พิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์

15) <u>คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ</u> ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 กำหนดให้มีคณะกรรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ มีอำนาจหน้าที่เป็นผู้ควบคุมดูแลและผลักดันให้หน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐปฏิบัติให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติ ได้แก่

- สอดส่องดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐและหน่วยงานของรัฐในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ อำนาจหน้าที่จึงครอบคลุมทั้งการคอยดูแลความผิดพลาดและการแนะนำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง

- ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือพนักงานของรัฐเกี่ยวกับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ตามที่ได้รับคำขอ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐที่ประสงค์ปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมายสามารถขอคำปรึกษาได้เสมอ

- เสนอแนะในการตราพระราชกฤษฎีกาและการออกกฎกระทรวง หรือระเบียบของคณะรัฐมนตรีตามพระราชบัญญัตินี้

- พิจารณาให้ความเห็นในเรื่องที่มีการร้องเรียนตามพระราชบัญญัติ เช่น การดำเนินการโดยล่าช้า หรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควร ทั้งนี้ เพื่อที่คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ อาจมีความเห็นให้หน่วยงานของรัฐปฏิบัติการอยู่ในมาตรฐานที่เป็นไปตามกฎหมาย

นอกจากองค์กรขับเคลื่อนกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ ระเบียบฯ ที่กล่าวมาแล้ว ยังมีภาคีคุ้มครองผู้บริโภคภาคเอกชน และประชาชนอีกหลายภาคีด้วยกัน ที่จะเป็นพลังขับเคลื่อนให้ผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้รับการปกป้องพิทักษ์สิทธิการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ อาทิ สภาผู้บริโภคเกิดขึ้น เมื่อ 24 เมษายน พ.ศ.2548 ซึ่งมีมติสำคัญ 2 ประการ คือ ให้เร่งออกกฎหมาย เพื่อจัดตั้งองค์กรอิสระ เพื่อผู้บริโภคตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 57 และให้บริการปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้มี “เครือข่ายผู้ได้รับความเสียหาย

ทางการแพทย์" และ "โครงการคุ้มครองผู้บริโภค" (คคส. สนับสนุนโดย สสส. โครงการที่ส่งเสริมความเข้มแข็งภาคประชาสังคมด้านคุ้มครองผู้บริโภค (จดหมายข่าว คคส. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน หน้า 2, พ.ศ. 548)

กล่าวโดยสรุป กลไกด้านกฎหมายในประเทศไทยที่กำหนดการคุ้มครอง หรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก ครอบคลุมประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภคทั้ง 4 ประเด็น ที่กล่าว และที่สำคัญรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.2550 มาตรา 81กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านกฎหมายได้แก่การดูแลให้มีการปฏิบัติและการบังคับใช้ให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างถูกต้องรวดเร็ว เป็นธรรม ทั่วถึง คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลให้พ้นจากการล่วงละเมิดทั้งโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐและโดยบุคคลอื่น จะต้องอำนวยความยุติธรรมแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียม กับจัดให้มีกฎหมายเพื่อจัดตั้งองค์กรเพื่อการปฏิรูปกฎหมายที่ดำเนินการเป็นอิสระเพื่อปรับปรุงและพัฒนากฎหมายของประเทศรวมทั้งปรับปรุงกฎหมายให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญโดยต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกฎหมายนั้นประกอบด้วย

สรุปได้ว่าประเทศไทยมีกลไกกฎหมายที่กำหนดเรื่องการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิของผู้บริโภค ครอบคลุมสิทธิในการเข้าถึง (Access) บริการสาธารณสุขและการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วกัน เท่าเทียม เสมอภาคและมีคุณภาพ สิทธิในการร้องเรียน/และหรือการร้องทุกข์ และการช่วยเหลือ และหรือชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุข สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลที่ชัดเจน และเพียงพอเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ขั้นตอนการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการร้องเรียนตลอดจนผลการพิจารณาเรื่องร้องเรียนและหรือร้องทุกข์ สิทธิในการมีส่วนร่วมการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนมีกลไกขับเคลื่อนตามกฎหมายที่กล่าว รวมทั้งองค์กรและภาคีคุ้มครองภาคเอกชนเพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายเกิดผลในทางปฏิบัติในการคุ้มครอง หรือปกป้องสิทธิผู้บริโภค อย่างไรก็ตามการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในประเด็นต่างๆ ข้างต้น จะเกิดผลในทางปฏิบัติหรือไม่มากน้อยเพียงใด สิ่งสำคัญจะต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้บริโภคเองด้วย ในอันที่จะรับรู้ถึงสิทธิตามกฎหมายของตนเองและมีความตระหนักที่จะปกป้องสิทธิของตนเอง มิให้ถูกละเมิดหรือเมื่อถูกละเมิดแล้วรู้ถึงวิธีการที่จะปกป้องสิทธิของตนเอง

## 2.3 แนวคิดธรรมาภิบาล

**ขัตติยา กรรณสูต** (2549 อ้างในทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และ จตุรงค์ บุณยรัตนสุนทร, 2550) กล่าวถึง ภาคราชการได้เริ่มดำเนินการใช้แนวคิดธรรมาภิบาลขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ.2542 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ.2542) โดยระเบียบนี้มีผลใช้บังคับกับหน่วยงานของรัฐตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม เป็นต้นมา ซึ่งระเบียบนี้กำหนดให้ทุกหน่วยงาน

ของรัฐ ดำเนินการบริหารจัดการโดยยึดหลักการ 6 ประการได้แก่ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบและหลักความคุ้มค่า โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) **หลักนิติธรรม** ได้แก่ การตรากฎหมาย กฎข้อบังคับต่างๆ ให้ทันสมัยและเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของคนในสังคมและสังคมยินยอมพร้อมใจปฏิบัติตามกฎหมาย กฎข้อบังคับเหล่านั้น โดยถือว่าเป็นการปกครองภายใต้กฎหมายมิใช่ตามอำเภอใจหรืออำนาจของตัวบุคคล

2) **หลักคุณธรรม** ได้แก่ การยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม โดยรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐยึดถือหลักนี้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นตัวอย่างแก่สังคมและส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาตนเองไปพร้อมกัน เพื่อให้คนไทยมีความซื่อสัตย์จริงใจ ขยัน อดทน มีระเบียบวินัยประกอบอาชีพสุจริตจนเป็นนิสัยประจำชาติ

3) **หลักความโปร่งใส** ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กรทุกวงการให้มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ได้สะดวกและมีกระบวนการให้ประชาชนตรวจสอบความถูกต้องได้ชัดเจน

4) **หลักการมีส่วนร่วม** ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และเสนอความเห็นในการตัดสินใจปัญหาสำคัญของประเทศ ไม่ว่าด้วยการแจ้งความเห็น การไต่สวนสาธารณะ การประชาพิจารณ์ การแสดงประชามติ หรืออื่นๆ

5) **หลักความรับผิดชอบ** ได้แก่ การตระหนักในสิทธิหน้าที่ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม การใส่ใจปัญหาสาธารณะของบ้านเมืองและกระตือรือร้นในการแก้ปัญหาตลอดจนเคารพในความเห็นที่แตกต่างกัน

6) **หลักความคุ้มค่า** ได้แก่ การบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวมโดยรณรงค์ให้คนไทยมีความประหยัด ใช้ของอย่างมีคุณค่า สร้างสรรค์สินค้า บริการที่มีคุณภาพสามารถแข่งขันได้ในเวทีโลกและรักษาพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติให้สมบูรณ์ยั่งยืนสำหรับภาคเอกชนและภาคประชาสังคม การสร้างธรรมาภิบาล (Good Governance) ให้เกิดขึ้นนั้นยังไม่มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง รวมทั้งประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างดีพอ จึงทำให้กลไกการตรวจสอบและการกำกับดูแลการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิด Good Governance ขึ้น

แนวคิดธรรมาภิบาลเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการบริหารจัดการองค์กร โดยยึดหลักการ 6 ประการ ได้แก่ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบและหลักความคุ้มค่า เพื่อให้สอดคล้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงสร้างความโปร่งใส การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันและระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การสร้างการมีส่วนร่วมให้ประชาชนร่วมรับรู้และเสนอ

ความเห็นในการปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพให้เหมาะสม และหลักความคุ้มค่าที่ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล

## 2.4 แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง

แนวคิดหลักในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติเชื่อมโยงระหว่างปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพและยึดหลักสุขภาพดีมาจากสังคมดี คือสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข โดยถือว่าสุขภาพดีของทุกคนเป็นศีลธรรมขั้นพื้นฐานของสังคม

ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง : ทิศทางในช่วงแผนฯ 10

แนวคิดหลักประการแรก : จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียงมีหลักการสำคัญ 7 ประการ คือ ยึดทางสายกลาง, มีความสมดุลพอดี, รู้จักพอประมาณ, การมีเหตุมีผล, มีระบบภูมิคุ้มกัน, รู้เท่าทันโลก, มีคุณธรรมและจริยธรรม

หลักการสำคัญทั้ง 7 ประการนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาให้รอบคอบเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ ดังนี้

1. เน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่แต่ละระดับโดยเทคโนโลยีที่เหมาะสม

2. การตัดสินใจด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับจะต้องคิดอย่างรอบคอบและให้เหมาะสมตามอัตภาพ รู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผล โดยเฉพาะการลงทุนที่จะต้องใช้การกู้เงิน

3. ต้องเน้นการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ไม่ก้าวกระโดดไปใช้เทคโนโลยีที่สูงเกินไป ควรพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีที่มีพื้นฐานจากภูมิปัญญาไทยเพื่อสร้างความยั่งยืน

4. หลักทางสายกลางและความสมบูรณ์พอดีอาจประยุกต์ด้านการสุขภาพที่จะต้องมีบูรณาการอย่างสมดุลระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ

5. ระบบสุขภาพจะต้องเป็นระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากผลกระทบทั้งจากภายนอก ได้แก่ กระแสโลกาภิวัตน์ ทุนนิยมโลกและการค้าเสรีและผลกระทบจากภายใน ได้แก่ นโยบายและการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจสังคม การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภาวะความเจ็บป่วย โดยมีการนำวิชาการต่างๆ มาใช้อย่างรอบรู้และรอบคอบ

6. ระบบสุขภาพต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ เพราะความพอเพียง หมายถึง การที่มีความพอมี ความโลภน้อย เมื่อโลภน้อยก็เบียดเบียนคนอื่นน้อย ถ้าประเทศมีความคิดว่าทำอะไรต้องพอเพียง หมายความว่า พอประมาณ ซื่อตรง ไม่โลภอย่างมากคนเราก็อาจจะเป็นสุข การพอเพียงเป็นรากฐานสำคัญของระบบธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

**คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพพอเพียง**

- มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและระดับชุมชน

- มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลัง เพื่อสุขภาพในทุกระดับ เช่น การรู้จักระมัดระวังเรื่องค่าใช้จ่าย ซื้อหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์

- มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง

- บูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

- มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ

- มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

ในสังคมที่ดีคนเจ็บป่วยน้อยและหายเร็ว เพราะสังคมที่พัฒนาอย่างมีดุลยภาพมีภัยที่คุกคามต่อสุขภาวะน้อย และสุขภาพของทุกคนได้รับการดูแลรักษาอย่างทั่วถึงและเพียงพอ สุขภาวะของทุกคนไม่ว่าจะเป็นมิติทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ จึงเป็นผลลัพธ์มาจากระบบสังคมจนกล่าวได้ว่า สุขภาพดีเป็นผลมาจากสังคมที่ดี คือ สังคมที่เป็นธรรม เอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน ไม่กดขี่ หรือเอารัดเอาเปรียบ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์เสมอกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่นและธรรมชาติ

โรคและปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นจากความแตกต่างและความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ในขณะที่โรคความเจ็บป่วยและความทุกข์ กระจายจุกตัวหนาแน่นในหมู่คนจนคนทุกข์ยากและคนที่ถูกเอาเปรียบทางสังคม ทรัพยากรสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็น บุคลากรสุขภาพ สถานพยาบาล หรืองบประมาณทางการแพทย์ กลับกระจุกตัวอยู่ในหมู่คนรวยในเมืองใหญ่ และในลักษณะที่คนยากคนจนเข้าถึงได้ยาก การแก้ไขปัญหาสุขภาพและการสร้างสังคมที่เป็นธรรม หรือสังคมแห่งสุขภาวะ จึงเป็นสิ่งหนึ่งอย่างเดียวกันแยกไม่ออก แต่การสร้างสังคมแห่งสุขภาวะต้องการมากกว่าการจัดทรัพยากรที่เป็นธรรม

เพราะหากปราศจากทัศนะใหม่ที่เข้าใจชีวิตที่เป็นหนึ่งเดียวกันของมนุษย์ ทรัพยากรก็ไม่เคยเพียงพอต่อความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุดของสังคมได้ สังคมที่ดีจึงไม่เพียงแต่ต้องมีความเป็นธรรมและเท่าเทียมกัน แต่ยังเป็นสังคมที่รู้จักความพอเพียง เอื้ออาทรต่อกัน เคารพความแตกต่างและมีความอดทนอดกลั้นต่อความขัดแย้ง ต้องร่วมกันขับเคลื่อนให้สังคมทุกระดับเกิดการเรียนรู้และการปรับวิถีทัศน์ในระดับรากฐานเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันติและการสร้างสังคมแห่งสันติภาพอันจะเป็นฐานรากให้กับสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน

**นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์** (2549) ได้อัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาพิจารณาปรับใช้ในด้านสุขภาพ ภายใต้หัวข้อ “สุขภาพพอเพียง” ดังนี้

ความพอประมาณ กล่าวว่า ความพอประมาณเกี่ยวกับจิต หากจิตมีความประมาณเบื้องต้น สิ่งดีๆ อื่นๆ จะตามมา โดยกล่าวถึงปรัชญาในด้านสุขภาพ 2 ระดับด้วยกัน

- ระดับสุขภาพ : เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เจริญขึ้นเรื่อยๆ หากไม่รู้จักปรับใช้ตามปรัชญา "พอประมาณ" ในที่สุดจะนำมาซึ่งความยุ่งยาก ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและข้อถกเถียงถึงความเหมาะสมในการที่จะให้ผู้ป่วย "ตาย" หรือ "อยู่" ต่อไป ซึ่งเป็นประเด็นด้านจริยธรรมทางด้านการแพทย์

- ระดับปัจเจก ปรัชญาความพอประมาณ มีความสำคัญมาก ทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ฯลฯ หรือ กลุ่มผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโดยตรงหรือญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง หากตั้งจิตของความพอประมาณทั้งผู้ให้กับผู้รับบริการจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ทั้งสองฝ่ายซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ในระบบสุขภาพ ปัจจุบันอยู่ในสภาพดีผู้ให้บริการจะให้บริการด้วยวิชาความรู้ที่ดีที่สุด ถูกต้องตามหลักวิชาการมากที่สุด ผลตามมาได้รับการยอมรับนับถือมากขึ้น ภาคภูมิใจมากขึ้น มีความสุขมากขึ้น ในด้านผู้รับบริการจะไม่คาดหวังจนเกินจริงว่าเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์สามารถรักษาตนเองหรือญาติให้หายได้ จะต้องไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น

<u>ความมีเหตุผล</u> ได้ยกตัวอย่าง เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในที่ต่างๆ อย่างมีเหตุมีผล ว่าการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในประเทศไทยไม่มีการระดมการใช้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ ตัวอย่างที่เห็นชัดเจน คือ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ต้องรอคิวเป็นเวลานานกว่าจะได้ผ่าตัด ในเรื่องของเศรษฐกิจพอเพียงมีการพูดถึงการประสานงานและหลักการที่ดีของฝ่ายต่างๆ ในการพัฒนาไว้ว่า "ปัญหาทุกอย่าง มีทางที่จะแก้ไขได้ แก้คนเดียวไม่ได้ ก็ช่วยกันคิด ช่วยกันแก้ หลายๆ คน หลายๆ ทาง ด้วยความร่วมมือปรองดองกัน...."

ความมีเหตุผล หรือ ความพอเพียงมิได้ปฏิเสธความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี แต่เป็นการให้ใช้เทคโนโลยี ใช้เทคโนโลยีอย่างฉลาด เป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น

<u>การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว</u> พิจารณา 2 ระดับ

ระดับปัจเจกบุคคล การเตรียมสุขภาพให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ จะเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีที่สุด ก็คือ การสร้างสุขภาพที่ดีนั่นเอง (กาย จิตใจ) และการมีพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่เหมาะสม เช่น การไม่ขับรถเร็ว การลดละเลิกการสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เป็นต้น

ระดับระบบ วัสดุและเวชภัณฑ์ ทางด้านการแพทย์ทั่วไป ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการพึ่งพาการนำจากต่างประเทศ หากเกิดการขาดแคลนจากต่างประเทศ จะกระทบต่อระบบการให้การรักษาสุขภาพอย่างมาก ภูมิคุ้มกันด้านนี้ของประเทศไทยยังอยู่ในระดับอ่อนแอ พึ่งตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องฟื้นฟูภูมิปัญญาไทยขนานใหญ่ เพื่อสามารถยืนหยัดอยู่ในกระแสโลกาภิวัตน์ได้อย่างมั่นคง

<u>เงื่อนไขที่จะเกิดขึ้นได้</u> เศรษฐกิจพอเพียงจะเกิดขึ้นได้ต้องมีเงื่อนไข ดังนี้

- ความรอบรู้ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ทั้งในด้านระบบหรือในด้านความแม่นยำเที่ยงตรงในการให้บริการรักษาพยาบาลต่อบุคคล หรือในเรื่องสภาพแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น เชื้อโรค

- ความตระหนักในคุณธรรม ตระหนักในจรรยาบรรณวิชาชีพ เชิงคุณธรรมที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ประกอบอาชีพการให้บริการในระบบสุขภาพ ความซื่อสัตย์สุจริต อดทน ความเพียร จะทำให้เกิดการบริการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยที่ดีที่สุดการตระหนักในคุณธรรม รวมไปถึงการมีธรรมาภิบาล โดยยึดหลัก 6 ประการ คือ ความซื่อสัตย์สุจริต ความเปิดเผยโปร่งใส ความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ ความชอบธรรมและยุติธรรม ควรมีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมถึงควรมีคุณธรรมจริยธรรมในการบริหารระบบสุขภาพของผู้เกี่ยวข้อง ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

## 2.5 แนวคิดการเสริมสร้างพลังสร้างผู้บริโภค

ในความหมายที่กว้างที่สุด การสร้างเสริมพลัง (empowerment) หมายถึงกระบวนการเพิ่มพูนพลังอำนาจ (empower) ทั้งด้านความเป็นส่วนตัว ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการเมือง เพื่อว่าบุคคล กลุ่ม ครอบครัว และชุมชนนั้นๆ จะได้ดำเนินการใดๆ เพื่อที่จะปรับปรุงสถานการณ์ของเขาเหล่านั้นให้ดีขึ้น (Gutierrez, 1992, p. 1) ความหมายนี้ เมื่อนำไปใช้ในที่ต่างๆ มีการอธิบายที่มีจุดเน้นต่างกันไป นักสังคมสงเคราะห์ จะเน้นที่บุคคล กลุ่ม ครอบครัว ชุมชนที่ถูกกีดกันบั่นทอนอำนาจต่างๆ ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น โดยโครงสร้างสังคม โดยการเลือกปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์จะพยายามสร้างกระบวนการที่ทำให้อำนาจให้คืนมา สิ่งที่ชี้ความสำเร็จของกระบวนการ ได้แก่ อำนาจในการตัดสินใจ อำนาจในการเลือกกับบริการ เป็นต้น นั่นหมายความว่า กระบวนการสามารถทำได้ทั้งทุกระดับ และกลยุทธของการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ มีทั้งการจัดระบบใหม่ มีทั้งการปรับปรุงการบริหารจัดการ มีทั้งเสนอและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายเพื่อให้เกิดผลในระดับกว้าง ที่นิยมทำกันคือ การชี้ให้เห็นปัญหา การสร้างความตระหนัก ในสภาพการณ์นั้นๆ กลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลัง มุ่งสร้างความเข้มแข็ง ความยืดหยุ่น (Fresiliency) และการได้รับทรัพยากร จุดหมายสูงสุดของการสร้างเสริมพลังอยู่ที่ความเป็นธรรมในสังคม การเสริมพลัง เราจะคุ้นเคยกับคำว่า การพึ่งตนเอง การอยู่ได้ด้วยตนเอง การปฏิบัติอย่างเป็นธรรมไม่แบ่งแยกกีดกัน เป็นต้น

การเสริมสร้างพลัง เป็นกระบวนการของการกระทำของสังคม (social action process) ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน สามารถควบคุมตนเอง หรือความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตน ชุมชน และสังคมได้ ดังนั้น คำว่า “การเสริมสร้างพลัง” จึงมิได้หมายถึง การมีพลังเพื่อไปครอบงำหรือบังคับผู้อื่น แต่เป็นพลังที่จะกระทำร่วมกับผู้อื่นในการก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง (Downie, et al., 1991, p. 3 ; Wallerstein & Bernstein, 1988, p. 198 อ้างถึงใน ต้องจิตต์ กาญจนโนมัย, 2540, น. 34)

การเสริมสร้างพลังจึงเป็นได้ทั้งกระบวนการ (process) และเป็นผลลัพธ์ (outcome) ที่ว่าเป็นกระบวนการคือ การเกิดพลังนั้นต้องเริ่มจากบุคคลและชุมชนตระหนักในปัญหา และเห็นความสำคัญของปัญหา จึงรวมตัวกันขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน แบ่งปันอำนาจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้วิธีการปฏิบัติ (action) และการสะท้อนกลับ (reflection) เพื่อให้เกิดความรู้สึกนึกคิด (conciousness) มองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาและได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ส่วนการสร้างพลังมีการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งพอที่จะควบคุมตนเอง จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้ดำเนินชีวิตไปในทางที่ถูกต้อง และประเมินได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่ม (Simons - Morton & Davis Crump, 1996, pp. 290-292)

**กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง และ สมบัติ เหสกุล** (2547, น. 3) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคว่า คือ การทำให้ผู้บริโภคมีอำนาจ ทำให้ผู้บริโภคเกิดความสามารถและเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บริโภคสามารถเข้าร่วม สามารถตัดสินใจ และจัดการกับปัญหาจากการบริโภค ได้รับโอกาสที่จะรู้เท่าทันต่อการใช้สินค้าและบริการต่างๆ โดยที่หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่สนับสนุนและส่งเสริม

นอกจากนี้แล้ว การเสริมสร้างพลังผู้บริโภคยังตั้งอยู่บนความเชื่อพื้นฐานที่ว่าประชาชน ผู้บริโภคมีศักดิ์ศรี มีสิทธิที่จะเลือกใช้สินค้าหรือบริการ มีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากการเลือกใช้สินค้าหรือบริการ และมีพลังในการดูแลปกป้องสิทธิของตนได้ ถ้าได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความร่วมมือร่วมใจจากภาคส่วนต่างๆ ซึ่งจะทำให้ประชาชนผู้บริโภคสามารถยกระดับความสามารถของตนเองที่จะเรียกร้องสินค้า ตลอดจนบริการสาธารณะและปกป้องสิทธิของตนเองในเวทีการเมืองที่กว้างขวางและสูงกว่าระดับชุมชน อีกทั้งเป็นการพัฒนาสิทธิของผู้บริโภคที่เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคเอง

นอกจากนี้แล้วในงานบริการด้านสุขภาพจิตยังได้ให้ความหมายของ Consumer empowerment ไว้ว่าหมายถึง การเปลี่ยนความความสมดุลในอำนาจของผู้ให้บริการ (ซึ่งแต่เดิมเป็นผู้มีอำนาจ) ไปยังผู้บริโภค (ซึ่งแต่เดิมไร้อำนาจ) เป็นการตอกย้ำให้ตระหนักว่าคนที่ป่วยเป็นโรคจิต/ป่วยทางจิตก็เป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคม ซึ่งสามารถเป็นผู้กระทำสิ่งต่างๆ ในสังคมที่จะมีผลต่อตัวเขาเอง ดังนั้นการปฏิบัติการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังจึงมีหลากหลาย

การเสริมสร้างพลังสามารถอธิบายถึงความแตกต่างกัน 3 ระดับดังนี้คือ (Israel, et al., 1997, pp. 152-153)

1. ระดับบุคคล หรือการเสริมสร้างพลังในระดับจิตใจ

หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจกับปัญหา และฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การสร้างพลังในระดับนี้ทำให้บุคคลรู้สึก

ตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีอำนาจในการควบคุมตนเอง ให้ดำเนินชีวิตไปในทางที่ตนเองเลือก ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อม และความสามารถนี้จะแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับคุณภาพและประสิทธิภาพที่ไม่เท่าเทียมกันของบุคคล

2. ระดับองค์กร

การเสริมสร้างพลังจะเกิดขึ้นได้ในองค์กรที่มีการบริหารแบบประชาธิปไตย ซึ่งสมาชิกมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และพลังอำนาจระหว่างกัน แล้วร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ โดยควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อิทธิพลต่อองค์กร

3. ระดับชุมชน

หมายถึง การที่บุคคลและองค์กรร่วมมือกันในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงสิ่งที่เป็นปัญหา และจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน

ส่วนประกอบส่วนบุคคลของการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคก็คือ การพัฒนาในเรื่องการมีความมั่นใจในตนเองวุฒิภาวะ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจในชีวิต และการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การใช้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างพลังจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการมีค่าในตนเอง เกียรติภูมิแห่งตน การตัดสินใจด้วยตนเอง การยึดถือตนเอง รวมถึงการที่สามารถฟื้นฟูผู้ป่วยหรือผู้บริโภคขึ้นมาได้

การเสริมสร้างพลังผู้บริโภคยังเชื่อมโยงกับการปรับปรุงการบริการด้านการรักษาและบริการด้านการฟื้นฟูผู้บริโภคจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าขึ้นกว่าเดิมซึ่งจะทำให้เขาสามารถเข้ารับการอบรมฝึกอาชีพต่อไป รวมถึงทำให้เขาเข้าไปทำงานและจัดการชีวิตของเขาเอง การเสริมสร้างพลังยังเป็นการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในชุมชน (ถ้าความป่วยทางจิตได้รับการบำบัดจนหาย ปมด้อยและการแบ่งแยกในเรื่องนี้ก็ลดลง แล้วสังคมก็จะเปิดกว้างให้ผู้บริโภคหรือผู้ป่วยมีโอกาสทำงานและใช้ชีวิตอย่างอิสระต่อไปอีกด้วย)

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลัง คือ กระบวนการที่ทำให้ปัจเจกชน กลุ่ม หรือชุมชนมีความสามารถ มีอำนาจในการดำเนินชีวิต หรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ได้ โดยต้องทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ รวมทั้งเกิดความตระหนัก และลงมือปฏิบัติการสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น มีคุณค่าในตนเอง กลุ่มหรือชุมชน

## 2.6 แนวคิดการมีส่วนร่วม

แม้ว่าเรื่องการมีส่วนร่วมจะเป็นหลักที่สำคัญประการหนึ่งในแนวคิดธรรมาภิบาลก็ตาม แต่การแยกเรื่องการมีส่วนร่วมเป็นอีกแนวคิดหนึ่งก็ยังเป็นเรื่องที่จำเป็นเพราะแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมกำลังได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกในศตวรรษนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีการปกครองในระบอบประชาธิปไตยต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายต่างๆ รวมทั้งการบริหารประเทศ

แนวคิด “การมีส่วนร่วม” ได้ถูกอธิบายในหลายมิติทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก ความหมายในเชิงกว้างซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่ใช่การมีส่วนร่วมที่แท้จริงให้ความหมายของ

การมีส่วนร่วมว่า “คือการให้ประชาชนเข้ามาร่วมโครงการพัฒนาของภาครัฐ” ซึ่งมักจะเริ่มจากการมารับทราบว่ารัฐหรือหน่วยงานของรัฐมีโครงการพัฒนาอะไร ประชาชนต้องทำอะไร และจะได้รับประโยชน์อะไร การให้ความหมายอย่างกว้างๆ เช่นนี้ ประชาชนเป็นเพียง “ตัวประกอบ” รัฐหรือข้าราชการยังคงเป็น “พระเอก” ที่เป็นผู้กำหนดทิศทางหรือความเป็นไปของการพัฒนา ประชาชนมีหน้าที่มารับทราบและเข้าร่วมตามทิศทางที่รัฐคิด และวางแผนไว้เรียบร้อยแล้ว

ส่วนความหมายในเชิงลึก การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการที่ประชาชนเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในการพัฒนา ประชาชนจะต้องร่วมตั้งแต่ คิด ตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการ ติดตามประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ การให้ความหมายดังกล่าวจะทำให้ประชาชนมิใช่ “ตัวประกอบ” แต่มีสถานภาพ มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับภาครัฐที่จะร่วมขับเคลื่อนสังคม และประเทศชาติให้เป็นไปในทิศทางที่ปรารถนาร่วมกัน

International Association for Public Participation (อ้างถึงใน ถวิลวดี บุรีกุล, 2550) ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. **การให้ข้อมูลข่าวสาร** ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่จะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ

2. **การรับฟังความคิดเห็น** เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่างๆ

3. **การเกี่ยวข้อง** เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูล ความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการกำหนดนโยบาย

4. **ความร่วมมือ** เป็นการให้กลุ่มประชาชนมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

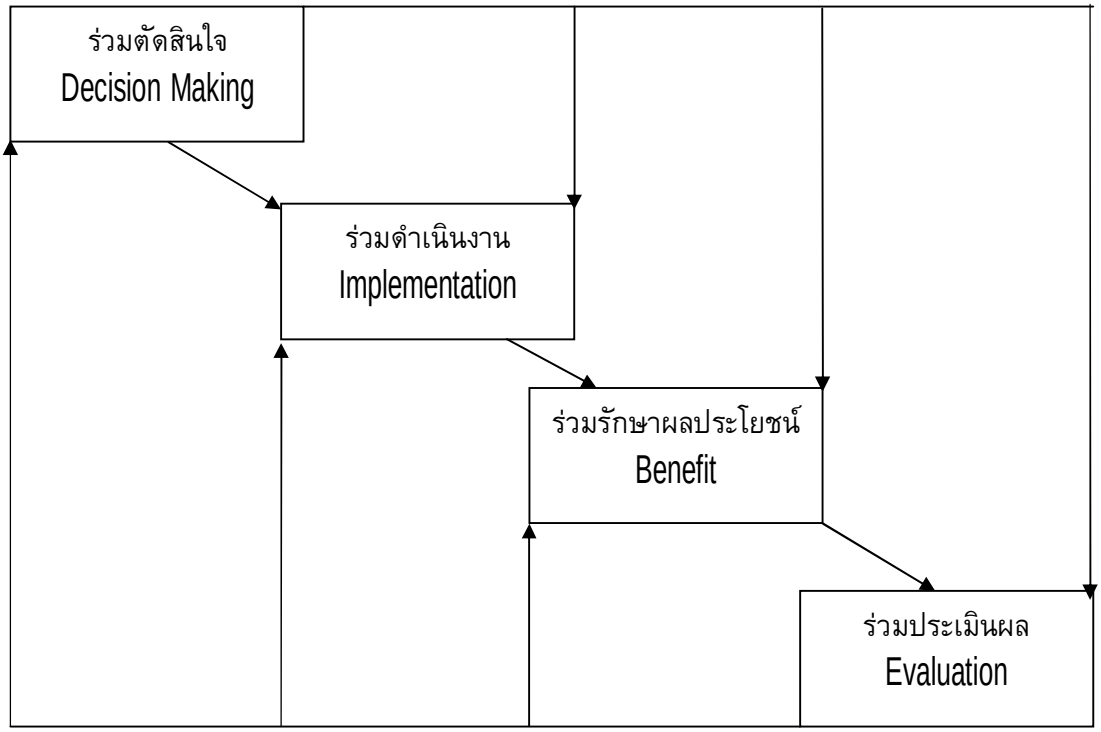
5. **การเสริมอำนาจแก่ประชาชน** เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ

ในภาคราชการ การส่งเสริมการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ถือได้ว่าเป็นเงื่อนไข และเป็นกุญแจดอกสำคัญของความสำเร็จของการพัฒนาระบบราชการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน และเอื้อต่อประโยชน์สุขของประชาชน เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุน และส่งเสริมให้ระบบราชการมีพลังในการพัฒนาประเทศอย่างสร้างสรรค์ อันเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาระบบราชการยุคใหม่ที่เป็นราชการระบบเปิด

Cohen & Uphoff (1980, p. 219-222 อ้างถึงใน ถวิลวดี บุรีกุล, 2550) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) (2) การมี

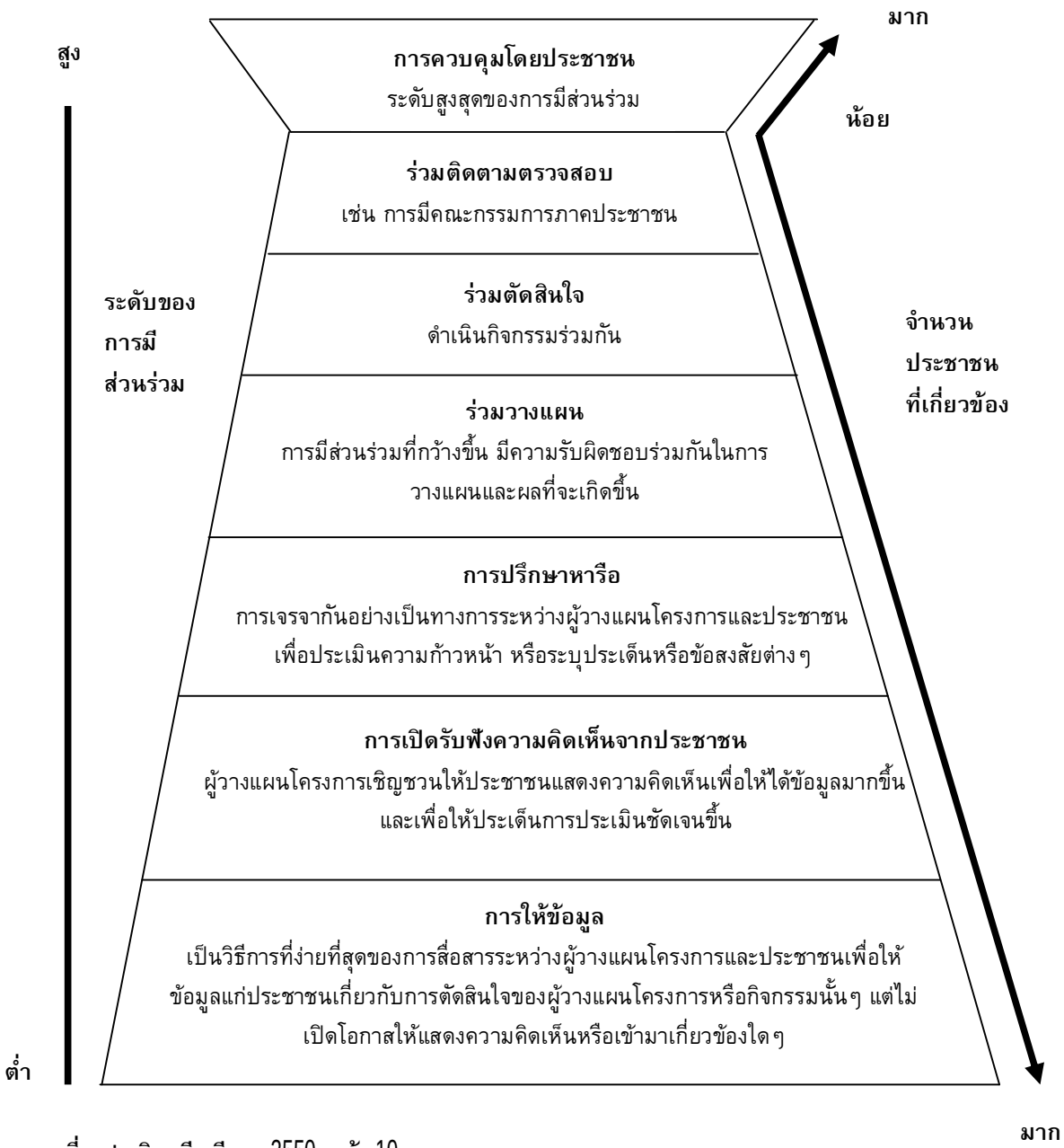
ส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) (3) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ (Benefit) (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งสรุปเป็นแผนภูมิเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังแผนภูมิที่ 2.1

**แผนภูมิที่** 2.1
**แสดงระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ** Cohen Uphoff




ถ้าประชาชนมีส่วนร่วมมากรัฐบาลก็มีอำนาจน้อยลง ในทางกลับกันถ้าประชาชนมีส่วนร่วมน้อย รัฐบาลก็จะมีอำนาจมาก แต่เป็นอำนาจที่ไม่มั่นคง วิธีการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ และความละเอียดอ่อนของการแบ่งเป็นสำคัญ ถวิลวดี บุรีกุล (2550, 7-9) แบ่งลำดับขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาสูงสุดออกเป็น 7 ระดับ ดังแผนภูมิที่ 2.2

**แผนภูมิที่ 2.2**
**แสดงระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน**




**ที่มา : ถวิลวดี บุรีกุล , 2550, หน้า 10**

จำนวนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับระดับการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวนประชาชนที่เข้าร่วมจะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงเพียงใด จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่ (1) ระดับการให้ข้อมูล

(2) ระดับการเปิดรับฟังความคิดเห็น (3) ระดับการปรึกษาหารือ (4) ระดับการวางแผนร่วมกัน (5) ระดับการร่วมปฏิบัติ (6) ระดับร่วมติดตามตรวจสอบ (7) ระดับการควบคุมโดยประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญในการสร้างสังคมที่มีความเป็นประชาธิปไตย ช่วยส่งเสริมธรรมาภิบาล ช่วยให้การบริหารงานมีความโปร่งใส นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของประชาชนยังเป็นการสร้างความมั่นใจว่าเสียงของประชาชนจะมีคนรับฟัง รวมทั้งความต้องการหรือความปรารถนาของประชาชนจะได้รับการตอบสนอง

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง การได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อให้เกิดการพัฒนา เข้าไปมีบทบาทในขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรมทั้งในด้านการกำหนดความต้องการการวางแผน การตัดสินใจ การบริหารจัดการ การควบคุม การใช้และการกระจายทรัพยากรการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการจัดสรรผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น โดยมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโครงการ การมีส่วนร่วมดังกล่าว อาจจะมีทั้งด้านทรัพยากรแรงงาน และความคิดเห็น ความรู้ ความสามารถ ซึ่งผู้มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกรับผิดชอบและผูกพันต่อกระบวนการ ซึ่งจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร

## 2.7 สังคมโลกกับประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค

ในการประชุมของกรรมการผู้คุ้มครองผู้บริโภคระดับสหภาพยุโรป (European Consumer Consultative Group Meeting) เมื่อ 22 กันยายน 2547 Pavel Telika กรรมการคนหนึ่งได้เสนอความเห็น ในการประชุมว่า การคุ้มครองผู้บริโภคนั้น หลักใหญ่ต้องส่งเสริมสิทธิของผู้บริโภคให้มีสิ่งที่ควรได้รับอย่างเป็นธรรม และมีความเป็นอยู่ที่ดี สหภาพยุโรปก็ได้มีการออกกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคควรจะได้รับการคุ้มครองในเรื่อง 10 เรื่อง คือ

(1) ซื้ออะไรก็ได้ ซื้อเมื่อไรก็ได้
(2) ถ้าซื้อมาแล้วใช้ไม่ได้ก็เอาไปคืนเขา
(3) ต้องมีรายละเอียดในสินค้าทั้งอาหารและสิ่งอื่นๆ
(4) ผู้บริโภคควรจะทราบว่ารับประทานอะไรเข้าไป (เพราะมีป้ายบอก)
(5) สัญญา (contracts) จะต้องเป็นธรรมกับผู้บริโภค
(6) ในบางครั้งผู้บริโภคเปลี่ยนใจได้
(7) การทำให้มีการเปรียบเทียบราคาได้ง่ายๆ เช่น บอกว่าของนี้มีปริมาณเท่าไรให้ชัดเจน
(8) ไม่ควรทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด (Misled)
(9) ผู้บริโภคควรได้รับการคุ้มครองตลอดเวลาแม้กระทั่งในระหว่างวันหยุด (Holiday)
(10) เมื่อมีปัญหาข้อโต้แย้ง จะต้องมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

ในการประชุมครั้งนี้ Pavel Telika ยังได้ระบุว่า นโยบายจะไม่มีวันเห็นผลหากว่าองค์การคุ้มครองผู้บริโภคที่ไม่เข้มแข็ง ความเข้มแข็งอยู่ที่การ“เสริมแรงพลังอำนาจ” (Empower) ให้แก่ผู้บริโภคซึ่งจะทำได้โดยการสร้างศักยภาพให้แก่องค์กร เช่น ให้ทุนแก่องค์กรซึ่งเน้นการให้การศึกษา ฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น

**1. วิวัฒนาการของระบบคุ้มครองผู้บริโภค**

แนวทางการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น Norbert Reich ได้กล่าวถึงแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคโดยใช้แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ในยุคต่างๆ ที่มีการพัฒนากันมา เขากล่าวว่า ในตอนต้นๆ ช่วงปี 1900-1950 แนวทางการคุ้มครองผู้บริโภค เรียกว่า Pre-interventionist คือ เน้นเรื่องการให้ข้อมูลด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และเน้นเรื่องส่งเสริมการแข่งขันของผู้ผลิตสินค้าโดยที่รัฐไม่เข้าไปแทรกแซงมากนัก ในช่วงปี 1970 เขาเรียกว่า ช่วง Interventionist ซึ่งรัฐควบคุมอย่างมากโดยออกกฎหมายเพื่อปกป้องผู้บริโภค ส่วนในช่วงที่ 3 หลังจากปี 1980 เป็นต้นมา เป็นการผสมระหว่างแนวทางดำเนินการในช่วงที่ 1 และ 2 ที่เขาเรียกว่า Post intervention คือทั้งให้ข้อมูลกับผู้บริโภค และทั้งออกและปรับปรุงกฎหมายนโยบายและข้อกำหนดต่างๆ ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค

**2. ขอบเขตของการคุ้มครองผู้บริโภค**

ขอบเขตการคุ้มครองผู้บริโภค โดยทั่วไปก็จะประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบริการ ด้านการเงินธนาคาร ด้านสินค้าสาธารณูปโภค ด้านการบริการลูกค้าหลังการขาย และด้านบริการการแพทย์และสาธารณสุข และเงื่อนไขสำคัญอีกอันหนึ่งคือการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคจะต้องมีเงินทุนสนับสนุนพอเพียงที่จะดำเนินงานได้อย่างอิสระ (http://www.ofe.hu/rende) มิต้องพึ่งพาบุคคลหรือองค์การที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในทางคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ไม่รับเงินโฆษณาจากบริษัทธุรกิจที่มีเรื่องราวมีปัญหากับผู้บริโภคอยู่

สหภาพยุโรปมีความสนใจในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค มีการตั้งองค์กรที่ดูแลและประสานงานในเรื่องนี้ ในองค์การเหล่านั้น คือ NUO'S Consumer Protection Centre ซึ่งทำงานในระดับนานาชาติด้วย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่า การทำงานกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคจะประสบความสำเร็จจะต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจ (Collaboration) ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ผู้ออกกฎหมายผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีอำนาจในการบริหารองค์กรที่ทำหน้าที่คุ้มครองผลประโยชน์ และองค์กรด้านเศรษฐกิจ

**3. ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคจะต้องประกอบภาระงานที่สำคัญ** คือ

3.1 มีการดำเนินการทางกฎหมาย/ นโยบาย อย่างสมบูรณ์จึงสามารถปฏิบัติได้

3.2.มีการกำหนดสิทธิผู้บริโภคขั้นพื้นฐานในระดับกฎหมายหลักของประเทศในระดับกฎหมายรัฐธรรมนูญ

3.3 ในระดับการปฏิบัติตามกฎหมาย/ นโยบาย นั้นต้อง มีหลักการที่ว่าให้ความสำคัญ/ความสนใจ (preference) แก่บุคคลที่อ่อนแอ หรือตัวแทนของกลุ่มคนที่อ่อนแอให้โอกาสที่จะได้รับสิทธิ ให้โอกาสที่จะแสดงความคิดเห็น

3.4 ต้องมีการคุ้มครองอย่างจริงจัง (Strong protection) สำหรับผู้บริโภคที่ไม่มีทางต่อสู้คดี (defenceless consumer) ในการต่อสู้กับผู้มีอำนาจ หรือนายทุนธุรกิจที่มีอำนาจเหนือกว่า

3.5 จะต้องมีการปกป้องคุ้มครองสิทธิ์การแสดงความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องของการคุ้มครองผู้บริโภค

**4. กลไกการคุ้มครองผู้บริโภค**

ในกลไกที่ทำหน้าที่จัดการให้คนเชื่อถือ ปฏิบัติตามองค์กรที่ทำหน้าที่แก้ปัญหาข้อพิพาท ควรจะเป็นองค์การที่มีลักษณะเป็นกลาง และต้องเป็นตัวแทนของผู้บริโภคที่ไม่มีทางต่อสู้ในการ "...ให้การศึกษาในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคนี้ควรจะให้การศึกษาผู้บริโภคตั้งแต่อนุบาลจนถึงมหาวิทยาลัย ควรมีการอบรมครูให้มีความรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับมหาวิทยาลัยทีเดียว และควรจะมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องในการให้ข้อมูล เรื่องสำคัญที่สุดเห็นจะเป็นเรื่องของการรณรงค์เผยแพร่ นอกจากนั้นกระบวนการคุ้มครองจะต้องเป็นอิสระ ปลอดการโฆษณาในสื่อทุกชนิด มีการตรวจสอบคุณภาพสินค้าบริการ ซึ่งรัฐจะสนับสนุนให้องค์การเอกชนดำเนินการได้

**นโยบาย** คือแนวทางปฏิบัติ ที่มองเห็นชัดและสำคัญที่สุด มองเห็นก่อน คือ กฎหมาย จะต้องระบุแนวคิด ความเชื่อของผู้ออกกฎหมายนั้น นโยบายที่ดีต้องเป็นที่เข้าใจและยอมรับของผู้มีอำนาจที่มี ความมุ่งมั่น (Political willl) สูงพอที่จะทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจและผลักดันนโยบาย นั้นๆ ในนโยบายต้องมีการระบุชัดเจนว่าใครคือผู้ได้รับสิทธิ ได้รับประโยชน์อย่างชัดเจน ต้องระบุว่าใครคือคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการ จะต้องบอกลักษณะของกลไกดำเนินการตามนโยบายในรูปกลไกประเภทใดก็แล้วแต่ จะต้องระบุโทษของผู้ริดรอนสิทธิ และที่มาของนโยบายนั้นต้องมาจากกระบวนการที่ดีที่มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากมีการกำหนดนโยบายแล้ว ต้องมีกลไกการบริหารจัดการอย่างพอเพียง และมีประสิทธิภาพประสิทธิผลด้วย ชัดเจน เป็นธรรม ครอบคลุมสาระสำคัญที่มาจากหลักการที่เหมาะสม นำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในนโยบาย และที่สำคัญมีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ นโยบายที่ดีจะต้องสามารถสร้างกลไกที่ดีไปสู่การบริการได้

ในนโยบายที่ดีของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น Thierry Bourgoiguic ได้ให้ความเห็นในบทความเรื่อง Characteristics of Consumer Law ว่า ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคจะต้อง (1) จัดการศึกษาให้ข้อมูล และให้บริการ ให้คำปรึกษาแก่ผู้บริโภคให้เข้าใจสิทธิและหน้าที่ในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค (2) ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับเรื่องสัญญาการชดใช้ค่าเสียหาย การควบคุมการแข่งขันกันในตลาดซึ่งจะมีผลต่อความเป็นธรรมแก่ผู้บริโภค ซึ่งมาจากความไม่สมบูรณ์ในระบบการคุ้มครองผู้บริโภค (3) ต้อง

หาหนทางและกำหนดโครงสร้างที่จะเอื้อต่อการใช้สิทธิของผู้บริโภคทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขและปรับปรุงกฎหมายต่างๆ (4) ต้องมีการสร้างแรงจูงใจช่วยเหลือให้ผู้บริโภค หาหนทางและกลไกในการรวมตัวกันสร้างตัวแทนผู้บริโภคในทุกระดับอย่างมีประสิทธิผลส่วน Michael Ferry ซึ่งเป็นทนายความได้เขียนไว้ในบทความเรื่อง "Theory vs Practice กับ Consumer Law : An Advocate's Prespective ใน Journal of Consumer Policy : 1991-1992; 14.3 หน้า 317 กล่าวถึงกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคที่ดี จะต้องเอื้อให้ภาคเอกชนใช้ร่วมได้ มิใช่ออกมาเพื่อเพียงให้หน่วยงานของรัฐใช้เท่านั้น ต้องระบุการควบคุมการดำเนินการต่างๆ และบังคับให้มีการเปิดเผยข้อมูลที่สำคัญที่ประชาชนควรจะทราบ ต้องระบุการใช้ค่าเสียหาย ต้องสามารถบังคับให้ผู้ละเมิดสิทธิผู้บริโภคหยุดดำเนินการได้ ผู้บริโภคที่ได้รับการเสียหายต้องสามารถเรียกร้องค่าจ้างทนายความในกรณีที่ชนะคดีความนั้นได้ และต้องอยู่บนพื้นฐานของความยุติธรรมและเมตตาธรรมด้วย

กลไกของระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

**กลไก** คือเครื่องมือที่จะนำไปสู่การดำเนินการตามนโยบายที่กำหนด สัมพันธ์กับแนวคิด นโยบาย และกระบวนการให้บริการ และการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเต็มที่ กลไกการบริหารจัดการที่สำคัญที่สุดนั้น จะเป็นรูปองค์การ เป็นคณะกรรมการ หรือเป็นบุคคลที่รับผิดชอบ เช่น ในบางประเทศมีบุคคลที่ได้รับมอบหมาย เรียกว่า ผู้ตรวจการ (Ombudsman) ด้านการคุมครองผู้บริโภคที่ได้รับมอบหมายจากรัฐ เราสามารถแบ่งกลไกเป็นแบ่งตามระดับ ระดับสากล ระดับชาติ ระดับภาค ระดับท้องถิ่น แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์ คือกลไกเป็นทางการ –ไม่เป็นทางการ (กลไกประชาชน) แบ่งตามกฎหมาย กลไกราชการ –กระทรวง-กรม-กอง แบ่งตามขนาด -องค์การ/คณะกรรมการ/บุคคล หรือแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย แบ่งตามประเภทบริการ ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งในรายละเอียดมีข้อดีข้อเสียที่ต่างกัน จะต้องมีการเลือกว่ากลไกประเภทใดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศ ของชุมชนนั้น

กลไกที่ดีที่สุดเป็นอย่างไร ไม่มีผู้ใดตอบได้แต่จะตอบกันเพียงว่า เหมาะสมที่สุดกับสถานการณ์นั้น นโยบายนั้น และงานที่ต้องทำนั้นๆ และความพร้อมของผู้มีส่วนได้เสีย กลไกจะเป็นแบบใดก็แล้วแต่ กลไกที่ดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคที่เน้นที่ผู้ป่วยมีหลายแบบที่กล่าวข้างต้น บางประเทศเป็นกรรมการชุมชนทำหน้าที่ดูแลคนในชุมชนของตนเอง บางประเทศเน้นนักวิชาการที่ได้รับการยอมรับจากชุมชน/สังคม

แต่ถ้าเป็นกลไกทางการต้องมีโครงสร้างชัดเจน/องค์ประกอบชัดเจน ต้องง่ายต่อการปฏิบัติ ในกลไกต้องระบุ อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ ชัดเจน ว่าใครทำอะไร อย่างไร ต้องสร้างความเป็นธรรมแก่ทุกคนถ้วนหน้าตามแนวคิด มุ่งไปสู่จุดหมายสูงสุด เช่น universal coverage กลไกต้องเอื้อต่อและต้องสร้างบริการที่มีมาตรฐานครบถ้วนหากเป็นเรื่องระบบสาธารณสุขต้องสามารถดำเนินการตามแนวคิดสุขภาพที่สมบูรณ์ครบวงจร (comprehensive) ที่ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

(ต้องมีบูรณาการทั้งแนวตั้งและแนวนอน/ต้องเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วม ต้องเอื้อต่อการมีธรรมภิบาล ที่ครอบคลุมโปร่งใส ตรวจสอบได้ คุ้มค่า หลักนิติธรรม (มีส่วนร่วม) สนองตอบกระแสความต้องการของสังคม สุขภาพพอเพียง)

ไม่ว่าจะเป็นกลไกแบบใด ประเภทใด ระดับใด ต้องนำไปสู่จุดหมายของที่กล่าวมาแล้วคือเสมอภาค/ เท่าเทียม/มาตรฐาน/ทั่วถึง/เป็นธรรม/มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีธรรมาภิบาล สนองตอบกระแสความต้องการของสังคม หากเป็นประเทศไทยในยุคนี้ ต้องมุ่งสูจุดหมายที่เรียกว่า ด้วยสุขภาพพอเพียง กลไกที่กำหนด จะต้องประกอบด้วย ผู้ให้บริการมีความรู้ ทักษะ ทัศนคติที่ดีให้บริการอย่างมีสำนึกมีจิตบริการ ให้บริการอย่างเสมอภาค/เท่าเทียม/ มาตรฐาน/ทั่วถึง/เป็นธรรม เช่นกัน หากเป็นรูปคณะกรรมการต้องประกอบด้วยผู้คนที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างของกระบวนการร้องเรียนและกระบวนการให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในชุดการศึกษาในโครงการนี้ จะเน้นแสดงภาพให้เห็นว่ารูปธรรมของกลไกการดำเนินงานตามนโยบายเป็นอย่างไร

กลไกการบริหารจัดการต้องสอดคล้องกับกลไกทางกฎหมาย/การเงินการคลังและเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจการคลังของประเทศ เหมาะกับวัฒนธรรมการดำรงชีวิตของกลุ่มเป้าหมายเหมาะสมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้ความเข้าใจ หวงแหนสิทธิของตน ตลอดจนเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระบวนการ .....และเงื่อนไขสำคัญของการขับเคลื่อนกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ที่ต้องสร้างกลไกและองค์การรวมคนทำงาน ด้านสิทธิประโยชน์ของผู้บริโภคให้เป็นล่ำเป็นสันเป็นกระบวนการที่แน่นหนากว่าที่เป็นอยู่ (ศ.จรัญ ภักดีธนากุล, 2550)

**5. ระบบคุ้มครองผู้บริโภคต้องสร้างภาระงานอะไรบ้าง**

ในวรรณกรรมที่พบ จะเห็นว่านักคิดมองถึงภาระงานในระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีขอบเขตงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ปรากฏในนโยบายและกลไกการดำเนินงานจะต้องครอบคลุมภารกิจหลักที่สัมพันธ์ต่อเนื่องกันดังนี้

5.1 **มีมาตรการการป้องกันปัญหาทุกอย่างในระบบ** ในที่นี้หมายถึงการศึกษาวิจัยค้นคว้าติดตามพลวัตรของการละเมิดละเลยสิทธิผู้บริโภค การคาดคะเนปริมาณความซับซ้อนของปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะปัญหาไม่ว่าจะเป็นส่วนของผู้ละเมิด ผู้ถูกละเมิด การทำงานด้านนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ทันท่วงที การวางแผนเตรียมการ เป็นต้น

5.2 **มีการเฝ้าระวัง** เมื่อมีเหตุที่น่าเชื่อว่าปัญหาจะเกิดขึ้น ต้องมีการเฝ้าระวัง รูปธรรมในที่นี้ ตัวอย่างเช่น ในมลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการประกาศรายชื่อโรงพยาบาลที่มีความผิดพลาดในการรักษา ให้ประชาชนทราบ มาตรการนี้ดูจะรุนแรง ไม่อาจจะนำมาใช้ในประเทศไทยได้ แต่ถ้าเราจะนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้บริโภคในประเทศไทย อาจจะทำโดยมีการประกาศสดุดีโรงพยาบาล สถานพยาบาลที่มีคุณภาพในเรื่องใส่ใจ

ผู้บริโภค ปลอดจากการร้องเรียน ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาล สถานพยาบาลอื่นๆ ก็ต้องปรับตัวเพื่อสร้างชื่อเสียงบ้าง เป็นต้น

5.3 **มีกระบวนการให้ข้อมูล** ให้การศึกษา ปลุกจิตสำนึกให้แก่ประชาชนทุกคน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายที่ขาดโอกาสในการรับรู้ ขาดความเข้าใจ เป็นกลุ่มที่เสียงต่อการถูกเอารัดเอาเปรียบ อาจจะต้องถึงขั้นที่ทางวิชาการเรียกว่ามีกระบวนการเสริมแรง (empower) สำหรับผู้ขาดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในสิทธิของตนเอง ให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะเกิดการเรียนรู้และรวมตัวกันอย่างเข้มแข็งมีพลังอำนาจที่จะปกป้องสิทธิของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ..... “ปัจจุบันประชาชนยังรวมกันไม่ติด ยังไม่ตระหนักรู้ถึงสิทธิประโยชน์ของตนเอง”... (ศ.จรัญ ภักดีธนากุล, 2550) หลักการของระบบคุ้มครองผู้บริโภคจะต้องให้ความสนใจต่อผู้เสียเปรียบ ผู้อ่อนด้อยในสังคม เช่นผู้เรียนหนังสือน้อย ผู้ยากจนไม่สามารถเรียกร้องสิทธิ์ได้ด้วยตัวเองระบบต้องให้มีกระบวนการเสริมแรงเป็นพิเศษด้วย

5.4 เมื่อมีปัญหาข้อพิพาทเกิดขึ้น สำหรับคนกลุ่มที่พิทักษ์สิทธิตนเองไม่ได้ เช่น กลุ่มที่กล่าวมาแล้ว จะต้อง**มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์** (Advocacy) ให้ผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มที่เสียเปรียบในสังคมนี้ได้รับความเป็นธรรมตามสิทธิที่มี ผู้บริโภคส่วนนี้ยังขาดข้อมูลความรู้ ขาดทรัพยากรที่จะดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง ขาดความตระหนักในปัญหาทั่วไปและปัญหาสลับซับซ้อน อ่อนแอ ขาดอำนาจต่อรองปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้บริโภคที่ตื่นตัวใช้สิทธิอันพึงมีพึงได้ของตนเอง ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้บริโภคและองค์กรผู้บริโภค ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2550) รูปธรรมในเรื่องนี้คือการร้องเรียนและการได้รับการชดเชยค่าเสียหาย เป็นการยากที่ผู้ป่วยจะต่อสู้กับโรงพยาบาล ลูกค้าจะต่อสู้กับเจ้าของโรงงาน เจ้าของกิจการ

5.5 **มาตรการต่าง ๆ ที่กำหนดต้องบังคับใช้ได้** ตามนโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมมิใช่เขียนไว้โดยมิได้มีการปฏิบัติ การพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคโดยรวมยังมีข้อจำกัด (สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค 42 จังหวัด, 2550)

**โดยสรุปการคุ้มครองผู้บริโภคที่ดีจะต้องมีลักษณะและเงื่อนไขสำคัญ ดังนี้**

**ลักษณะการคุ้มครองผู้บริโภคที่ดี**

1. ระบบต้องมีนโยบายที่สร้างความเป็นธรรมแก่ผู้บริโภคจริงๆ
2. ระบบต้องสร้างกลไกการทำงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันมีคุณภาพมีประสิทธิภาพ
3. นโยบายและกลไกนั้นสร้างบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ไม่เลือกปฏิบัติ
4. ระบบการคุ้มครองมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล
5. ระบบต้องมีการบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล

6. มีความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมาย
7. มีความตระหนักรับรู้ในความสำคัญของประชาชนผู้ต้องได้รับการคุ้มครอง

สิทธิดังกล่าวในที่นี้ หมายถึงสิทธิผู้บริโภคเมื่อยามเจ็บป่วยไปรับการรักษา มีทรัพยากรในการดำเนินการพอเพียงที่จะดำเนินการอย่างคล่องตัว และเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาหน่วยงานที่สร้างปัญหาให้แก่ระบบ ดังเช่นองค์ประกอบของ The National Coordinating Council of Medical Error Reporting and Prevention ประกอบด้วยตัวแทนของสภาผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริการวมอยู่ด้วย นอกเหนือตัวแทนสมาคมแพทย์ สมาคมเภสัชกร และอื่นๆ เป็นต้น (www.nccmerp.org.)

**เงื่อนไขสำคัญของระบบการคุ้มครองผู้บริโภค**

จากวรรณกรรมที่นักวิจัยศึกษาทบทวนทั้งหมด สรุปได้ว่า การคุ้มครองผู้บริโภคที่ดีที่เหมาะสมมีเงื่อนไขที่สำคัญคือ

1. มีนโยบายที่สมบูรณ์ เหมาะสม ทั้งการเตรียมการด้านการป้องกัน การเฝ้าระวัง การแก้ปัญหา และระบุกระบวนการลงโทษผู้กระทำผิดตามกฎหมาย

2. มีโครงสร้างของกลไกดำเนินงานตามกฎหมายนโยบายที่กำหนด ทั้งกลไกการเงินการคลัง กลไกทางกฎหมาย และกลไกการบริหารจัดการ มีการดำเนินการตามที่นโยบายกฎหมายกำหนด

3. มีกระบวนการทำงานให้บริการ จะเป็นในรูปใดก็แล้วแต่สถานการณ์นั้นๆ และทำให้เกิดผลจริงในทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและมีขอบเขตการทำงานครอบคลุมความจำเป็นของระบบงาน(การป้องกัน การเฝ้าระวัง การเสริมพลังด้วยความรู้ การพิทักษ์สิทธิ์เมื่อมีปัญหาข้อพิพาท การบังคับใช้กฎหมายที่ทำได้จริง

4. มีกระบวนการสร้างสำนึก ความเข้าใจของประชาชน ทั้งประชาชนทั่วไปทั้งสังคมและประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ถูกละเมิดสิทธิตามกฎหมายเพื่อให้มีการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของผู้มีส่วนได้เสีย

## 2.8 Best Practice **การคุ้มครองผู้บริโภคต่างประเทศ**

ในการเลือกประเทศตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มี 3 ประเทศ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาสิ่งที่น่าศึกษาของประเทศนั้นๆ ตามผลการศึกษาจากวรรณกรรมที่นักวิจัยเห็นและยอมรับว่า ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในหลักประกันสุขภาพ ควรจะเป็นไปในแนวทางใด ประเด็นของกฎหมายชัดเจน กลไกนี้เหมาะสม องค์ประกอบของบริการครอบคลุมนโยบาย/กฎหมายของประเทศนั้นๆ มีอยู่ องค์ประกอบของบริการจะต้องสมบูรณ์ในเรื่องของการเฝ้าระวังการป้องกันปัญหาที่จะเกิด และเมื่อมีความจำเป็น ปัญหาเกิดขึ้น ประชาชนมีสิทธิร้องเรียนเรียกร้องหาความเป็นธรรม กลไกย่อยหลักนี้ก็มีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน และระบบที่อยู่ใน

อุดมคตินี้จะต้องมีการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งหมายรวมถึง บุคคล กลุ่ม ชุมชน ประชาสังคม ที่เป็นส่วนสำคัญของสังคมนั้นๆ

จากบทสรุปแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้สรุปมาแล้ว คณะผู้วิจัยได้พิจารณาค้นหาสาระสำคัญของ Best Practice ที่จะนำมาพิจารณาใช้ พบว่า 3 ประเทศ ซึ่งเป็นประเทศที่ใหญ่กว่า เท่าเทียมกัน และเล็กกว่าประเทศไทย แต่มีโครงสร้างการเมืองการปกครอง การบริหาร ที่ไม่ต่างจากประเทศไทยมาก คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา อาฟริกาใต้ และประเทศกานา

(1) **ประเทศสหรัฐอเมริกา**

ประเทศสหรัฐอเมริกามีประชากรประมาณ 300 ล้านคน (Country Watch, 2007c) เป็นระบบเศรษฐกิจที่ใหญ่ที่สุดและก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากที่สุดในโลก มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีข่าวสารและนวัตกรรมทางเทคโนโลยีที่นำสมัย ช่วงปี คศ.1991 ถึง 2000 สหรัฐอเมริกามีการขยายตัวทางเศรษฐกิจยาวนานที่สุดในประวัติศาสตร์ แต่การขยายตัวก็จบลงเมื่อปี คศ. 2001 ยิ่งไปกว่านั้น การถูกโจมตีโดยผู้ก่อการร้ายเมื่อวันที่ 11 กันยายน ปี คศ. 2001 ทำให้เศรษฐกิจแย่ลงมากขึ้น ในทางเศรษฐกิจ ประเทศสหรัฐอเมริกาประสบปัญหาการขาดดุลย์ทางการค้าเนื่องมาจากการเพิ่มการบริโภคและราคาน้ำมันอย่างรวดเร็ว

ประเทศสหรัฐอเมริกาประกอบไปด้วย 50 รัฐ ซึ่งอยู่ภายใต้ระบอบประชาธิปไตยแบบมีรัฐธรรมนูญ เป็นประเทศที่มีระบอบประชาธิปไตยที่แข็งแรง โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุข สหรัฐอเมริกามีสองสภา คือ สภาคองเกรส และวุฒิสภา ประกอบไปด้วยสองพรรคใหญ่ คือ เดโมแครต และรีพับบลิกัน ประเทศสหรัฐอเมริกามีความมั่นคงทางการเมืองสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่น

ถึงแม้ว่าสหรัฐอเมริกาจะเป็นหนึ่งในประเทศที่รวยที่สุดในโลก แต่ก็ยังเป็นประเทศที่มีอัตราความยากจนที่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วประเทศอื่น ปัญหาสังคมต่างๆ เช่น ความยากจน การว่างงาน คนเร่ร่อน และความอดอยากหิวโหย ยังมีความสำคัญในสังคมเช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนา

ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีความสลับซับซ้อนมาก (Turner, 2002) ซึ่งประกอบไปด้วยองค์กรเกี่ยวข้องหลายฝ่าย ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน รัฐบาลและ non-profit องค์กรสุขภาพภาครัฐและเอกชน คลินิกเอกชนและรัฐบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกคนจนและอื่นๆ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาแบ่งได้เป็นสองส่วนเกือบเท่าๆ กันระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยรวมเป็นจำนวน 13.2 เปอร์เซ็นต์ของ Gross Domestic Product (GDP) ในปี ค.ศ. 2000 ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพส่วนใหญ่มากจากภาษี โดยจ่ายผ่านโครงการสุขภาพของรัฐบาล ประกันสุขภาพภาคเอกชนส่วนใหญ่ได้รับผ่านการจ้างงาน ซึ่งทั้งลูกจ้างและนายจ้างร่วมกันจ่ายเบี้ยประกัน องค์กรกุศลต่างๆ ก็มีส่วนในการเงินสนับสนุนโรงพยาบาลและคลินิกด้วย

โครงการสุขภาพภาครัฐมีสองโครงการใหญ่ๆ คือ เมดิแคร์ (Medicare) และเมดิเคด (Medicaid) ทั้งสองถูกจัดตั้งในปี ค.ศ.1965 เมดิแคร์ เป็นระบบประกันสุขภาพของประชาชนที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป และคนพิการโดยไม่จำกัดอายุ เมดิเคด คือ โครงการประกันสุขภาพสำหรับคนยากจน ทั้งสองโครงการนี้มีผู้รับบริการประมาณ 80 ล้านคน โครงการเมดิแคร์มีผู้สูงอายุซึ่งต้องทำงานในช่วงระยะเวลาหนึ่งก่อนเข้าร่วมใช้บริการประมาณ 35 ล้านคน และคนพิการซึ่งต้องได้รับเงินสนับสนุนคนพิการภายใต้ระบบประกันสังคมอย่างน้อย 2 ปีก่อนหน้าประมาณ 5 ล้านคน ค่าใช้จ่ายในโครงการได้มาจากหลายแห่งคือ ภาษีจากประชาชนที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน เบี้ยประกันจากผู้รับบริการและเงินงบประมาณทั่วไป เมดิแคร์จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลต่อสถานบริการสุขภาพต่างๆ ที่ผู้รับบริการไปรับการรักษาพยาบาล

ปัญหาที่มีอยู่คือ ระบบเมดิแคร์ไม่สามารถครอบคลุมบริการทางสุขภาพได้อย่างครบถ้วน ยาบางอย่างหรือวิธีการรักษาใหม่ๆ ก็ไม่ครอบคลุมภายใต้เมดิแคร์ ค่าใช้จ่ายที่เป็นจำนวนมาก เช่น nursing home ก็ไม่ครอบคลุม ซึ่งทำให้ผู้รับบริการต้องออกเงินควักเนื้อเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ เมดิแคร์พยายามควบคุมราคาค่ารักษาพยาบาลอย่างมากโดยการกำหนดกระบวนการต่างๆ มากมาย ดังจะเห็นได้จากเอกสารเกี่ยวกับกฎ ระเบียบ ของเมดิแคร์ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 11,000 หน้า เมดิแคร์ยังพยายามลดต้นทุนของการบริการโดยการลดการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการ ทำให้แพทย์ต่างลดการตรวจผู้ป่วยที่ใช้บริการเมดิแคร์ ลดเวลาที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้ และลดบริการในรูปแบบอื่นๆ อีกด้วย

องค์กรจัดการเมดิแคร์ ได้รายงานกับสภาคองเกรส ว่า เมดิแคร์จะประสบสภาวะล้มละลายในปี ค.ศ.2030 เมื่อคาดการณ์ว่าจำนวนผู้รับบริการเมดิแคร์ จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าตัว ภาษีและเบี้ยประกันที่สนับสนุนโครงการเมดิแคร์อยู่ในปัจจุบันจะไม่เพียงพอกับจำนวน baby boomers ที่เริ่มเกษียณอายุมากขึ้นทุกปี

โครงการเมดิเคด เป็นโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนยากจน มีผู้รับบริการประมาณ 40 ล้านคน ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐ รัฐบาลมลรัฐมีอำนาจในการกำหนดรายละเอียดโครงการในรัฐของตน ซึ่งทำให้รายละเอียดของการประกันสุขภาพภายใต้เมดิเคดแตกต่างกันมากในแต่ละรัฐ ซึ่งรวมถึงการมีสิทธิเข้าใช้บริการ บริการที่ครอบคลุมและจำนวนเงินที่สถานบริการจะได้รับจากเมดิเคด

เนื่องจากนักการเมืองท้องถิ่นพยายามเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการเมดิเคด เพื่อให้ได้รับคะแนนเสียงจากคนยากจน ทำให้โครงการต้องควบคุมต้นทุนอย่างระมัดระวัง โดยการลดการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้สถานบริการซึ่งต่ำกว่าราคาตลาดมาก ด้วยสาเหตุนี้ผู้ป่วยที่ใช้เมดิเคดไม่สามารถหาสถานบริการสุขภาพเอกชนที่ยอมรักษาตนได้ ทำให้ต้องเข้ารักษาในห้องฉุกเฉิน ซึ่งสถานบริการถูกบังคับตามกฎหมายให้บริการรักษากับทุกคนที่เข้ามา อาจกล่าวได้ว่าผู้รับบริการเมดิเคดมีทางเลือกบริการสุขภาพที่จำกัด

ถึงแม้ว่าเมดิเคด ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อบริการคนจนที่มิใช่คนชรา แต่เงินจำนวนมากถึง 46 เปอร์เซ็นต์ของเมดิเคดกลับจ่ายให้กับ nursing home สำหรับผู้รับบริการเมดิแคร์ที่ยากจน ทั้งนี้ เพราะเมดิแคร์ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายของ nursing home

ในปี 2000 ประชากรประมาณ 200 ล้านคน หรือ 72 เปอร์เซ็นต์ ได้รับประกันสุขภาพจากภาคเอกชน 64 เปอร์เซ็นต์ ของประชากร หรือ 177 ล้านคน ได้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนผ่านการจ้างงาน เหตุที่ประกันสุขภาพแบบนี้ได้รับความนิยมเพราะเบี้ยประกันสุขภาพที่จ่ายโดยลูกจ้างและนายจ้างได้รับการยกเว้นภาษีจากรัฐบาล

ช่วงก่อนทศวรรษ 1980s บริษัทประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกา จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ผู้ใช้บริการต้องจ่าย ผู้ใช้บริการสามารถเลือกสถานบริการสุขภาพที่ใดก็ได้ แต่วิธีนี้หมดความนิยมไปเพราะค่ารักษาพยาบาลได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสถานบริการไม่จำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ช่วงหลัง บริษัทประกันสุขภาพได้เปลี่ยนเป็นแบบ managed care นั่นคือ บริษัทประกันจัดการกับต้นทุนการรักษาพยาบาลโดยใช้วิธีหลายรูปแบบ ได้แก่ ผู้ใช้บริการต้องได้รับอนุญาตจากบริษัทประกันก่อนได้รับการรักษา ผู้ใช้บริการต้องรับบริการจากสถานบริการที่อยู่ในเครือข่าย ซึ่งให้ส่วนลดค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกันผู้ใช้บริการต้องจ่ายเงินส่วนหนึ่งในการรับบริการ และผู้ใช้บริการต้องออกเงินเองเพิ่มเป็นจำนวนมาก ถ้าใช้บริการกับสถานบริการที่อยู่นอกเครือข่าย ประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ ของลูกจ้างในสหรัฐอเมริกา และผู้อยู่ในความอุปถัมภ์ใช้บริการ managed care ดังกล่าว

จำนวนประชากรที่ไม่มีประกันสุขภาพในปี 2001 มีประมาณ 41 ล้านคน เพราะประกันสุขภาพภาคเอกชนส่วนใหญ่มาจากการจ้างงาน ทำให้คนงานที่อยู่ในระหว่างหางานและครอบครัวไม่มีประกันสุขภาพ คนงานโดยประมาณ 13 ล้านคนเปลี่ยนสถานะการจ้างงานในแต่ละเดือน ลักษณะของประชากรที่ไม่มีประกันสุขภาพ ได้แก่ ชนกลุ่มน้อยโดยเฉพาะผู้อพยพจากอเมริกาใต้ ผู้มีรายได้น้อยแต่มากกว่าเกณฑ์ความยากจนที่กำหนดโดยรัฐบาล กลุ่มคนอายุระหว่าง 18 ถึง 24 ปี คนงานที่ทำงานในภาคบริการ เช่น โรงแรมหรือร้านขายปลีก คนงานและครอบครัวที่ไม่มีประกันสุขภาพที่ทำงานหรือไม่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ และคนงานที่อยู่ระหว่างหางาน ทั้งนี้ ลูกจ้างของบริษัทเล็กและเจ้าของธุรกิจขนาดเล็กก็ไม่สามารถจ่ายค่าประกันได้ มีเพียง 40 เปอร์เซ็นต์ของธุรกิจขนาดเล็กที่สามารถจัดประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างได้ ทั้งนี้ เพราะประกันสุขภาพมีต้นทุนสูงและธุรกิจขนาดเล็กไม่สามารถหาประกันสุขภาพที่ราคาย่อมเยาอย่างบริษัทใหญ่ๆ ได้ หนึ่งในสามของคนที่ไม่มีประกันสุขภาพเป็นเจ้าของธุรกิจ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะออกกฎหมายให้เจ้าของธุรกิจนำเบี้ยประกันไปหักภาษีได้ แต่ก็เป็นจำนวนเล็กน้อยเพราะเจ้าของธุรกิจจ่ายภาษีอัตราที่ต่ำกว่าลูกจ้างมาก

จะเห็นได้ว่าปัญหาใหญ่ๆ ในระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกายังมีอยู่มาก ได้แก่ ปัญหาของคนที่ไม่มีประกันสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวข้างต้น ทั้งนี้ ทำให้เกิดผลกระทบกับคนทั้งประเทศ คนกลุ่มนี้จะรอไปเข้ารับการรักษาก็ต่อเมื่อเจ็บป่วยอย่างรุนแรงแล้วเท่านั้น

ทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าเมื่อเข้ารักษาพยาบาลแต่เนิ่นๆ เมื่อคนกลุ่มนี้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ รัฐบาลก็ต้องรับภาระไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ทำให้เป็นภาระกับผู้เสียภาษีคนอื่นๆ ด้วย นอกจากนี้ คนกลุ่มนี้อาจประสบผลเสียระยะยาว จากการไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีอีกด้วย

ต้นทุนของการรักษาพยาบาลได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งภาครัฐและเอกชนต่างพากันลดต้นทุนของการบริการสุขภาพ ทำให้รัฐบาลต้องเพิ่มภาษีและตัดงบประมาณด้านอื่น สาเหตุสำคัญของการล้มละลายของคนอเมริกัน คือ ค่ารักษาพยาบาลที่มีอย่างมากมาย อย่างไรก็ตามปัญหานี้อาจแก้ได้โดยการมีประกันสุขภาพที่ดี

เทคโนโลยีการแพทย์ และยาได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ผู้รับบริการสุขภาพต่างอยากได้รับการบริการโดยเทคโนโลยีล่าสุด ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการและบริษัทประกันต้องการควบคุมต้นทุนในการบริการ ทำให้เกิดความกดดันในระบบอย่างเพิ่มขึ้นมาก

ระบบประกันสุขภาพมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นด้วย กระบวนการควบคุมต้นทุนการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้ให้บริการซึ่งรวมถึงแพทย์ พยาบาล และโรงพยาบาลต้องประสบกับงานด้านเอกสารที่เพิ่มมากขึ้นทุกขณะ ทำให้มีเวลากับผู้ป่วยน้อยลง ซึ่งถือเป็นภาระที่เพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดความไม่มีประสิทธิผลในระบบบริการสุขภาพ

ผู้รับบริการเมดิแคร์ที่ถูกปฏิเสธบริการรักษาพยาบาล ถูกปฏิเสธค่ารักษาพยาบาลซึ่งควรจะได้รับ ผู้รับบริการสามารถร้องเรียนได้ (Center for Medicare & Medicaid Services, 2007b) การร้องเรียนแบ่งเป็นสามแบบตามแบบแผนที่ผู้รับบริการเลือก

- บริการประกันสุขภาพแบบผ่านรัฐบาล

ถ้าผู้ใช้บริการคิดว่าเมดิแคร์ควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือจ่ายมากกว่าที่ได้รับ ผู้รับบริการสามารถยื่นอุทธรณ์กับโครงการเมดิแคร์ได้ ผู้รับบริการควรขอข้อมูลที่เกี่ยวกับรายการค่ารักษาพยาบาลจากแพทย์ หรือผู้ให้บริการรักษาพยาบาล เพื่อสนับสนุนคำร้องของตน สิทธิในการยื่นอุทธรณ์ของผู้รับบริการได้ถูกแจกแจงไว้ในด้านหลังของใบแสดงรายงานค่ารักษา ซึ่งส่งไปให้ผู้รับบริการทางไปรษณีย์ ในใบแสดงนั้นยังอธิบายเหตุผลในการปฏิเสธค่ารักษาพยาบาลและขั้นตอนในการยื่นร้องคำอุทธรณ์อีกด้วย

- บริการประกันสุขภาพแบบผ่านบริษัทเอกชนอื่นๆ

ถ้าผู้รับบริการประกันสุขภาพผ่านบริษัทประกันเอกชนถูกปฏิเสธค่ารักษาพยาบาล ปฏิเสธการรักษา หรือหยุดให้การรักษา ซึ่งผู้รับบริการคิดว่าบริษัทควรจะให้บริการหรือจ่ายค่ารักษา ผู้รับบริการสามารถยื่นอุทธรณ์กับบริษัทประกันสุขภาพนั้นๆ ถ้าผู้รับบริการคิดว่าไม่สามารถรอการอุทธรณ์ได้ ทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ผู้รับบริการสามารถขอให้บริษัทตัดสินใจอย่างรวดเร็วได้ ในกรณีนี้บริษัทประกันต้องให้คำตอบกับผู้ใช้บริการภายใน 72 ชั่วโมง

บริษัทประกันต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการอุทธรณ์ในรูปของข้อเขียน เมื่อผู้รับบริการยื่นคำอุทธรณ์แล้ว บริษัทจะต้องทบทวนข้อเรียกร้องนั้นๆ ถ้าบริษัทประกันตัดสินใจไม่เข้าข้างผู้รับบริการ คำอุทธรณ์นั้นจะถูกตรวจสอบโดยองค์กรอิสระ ซึ่งขึ้นกับเมดิแคร์ ผู้รับบริการสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับการอุทธรณ์ประเภทนี้จากคู่มือสมาชิกเมดิแคร์ หรือจากบริษัทประกันนั้นๆ

- บริการประกันสุขภาพแบบคุ้มครองค่ายาเท่านั้น

ผู้รับบริการสามารถยื่นคำอุทธรณ์กับบริษัทประกันได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้รับบริการถูกปฏิเสธการให้ยา ถูกปฏิเสธการจ่ายค่ายา หรือถูกระงับการจ่ายยาที่ผู้รับบริการได้ใช้อยู่ก่อนหน้า บริษัทประกันต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการยื่นอุทธรณ์ต่อผู้รับบริการในรูปข้อเขียน

ถ้าผู้รับบริการยื่นอุทธรณ์แบบปกติ บริษัทประกันต้องให้คำตอบต่อผู้รับบริการภายใน 7 วัน หลังจากที่ได้รับคำอุทธรณ์ หากว่าผู้รับบริการหรือแพทย์ของผู้รับบริการคิดว่าสุขภาพของผู้รับบริการจะถูกกระทบกระเทือนโดยการรอถึง 7 วัน ผู้รับบริการหรือแพทย์ของผู้รับบริการสามารถขอให้บริษัทประกันตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ซึ่งบริษัทประกันต้องให้คำตอบภายใน 72 ชั่วโมง หากบริษัทประกันจะอนุมัติยานั้นๆ

หลังจากยื่นคำอุทธรณ์แล้ว บริษัทประกันจะทบทวนคำอุทธรณ์ หากบริษัทประกันไม่เห็นด้วยกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการสามารถยื่นคำอุทธรณ์กับองค์กรอิสระที่ขึ้นกับเมดิแคร์ ผู้รับบริการสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับการยื่นอุทธรณ์ในคู่มือสมาชิกและจากบริษัทประกันเช่นเดียวกัน

ถ้าผู้รับบริการยังไม่พอใจ ก็สามารถยื่นคำอุทธรณ์ต่อผู้พิพากษาชั้นต้น (administrative law judge) ได้แต่จำนวนเงินที่ถูกปฏิเสธต้องมากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ ถ้าผู้พิพากษาชั้นต้นตัดสินเข้าข้างบริษัทประกัน ผู้รับบริการสามารถยื่นคำอุทธรณ์ต่อคณะกรรมาธิการอุทธรณ์ของเมดิแคร์ (Medicare Appeals Council) ได้ ขั้นตอนสุดท้ายของการอุทธรณ์คือ ศาลของรัฐ (Federal court) ขั้นตอนนี้ก็มีกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำของจำนวนเงินที่ยื่นอุทธรณ์เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ หากผู้รับบริการมีความไม่พอใจเกี่ยวกับบริษัทประกัน ซึ่งไม่เกี่ยวกับค่ารักษาผู้รับบริการสามารถยื่นคำร้องกับเมดิแคร์ได้ เช่น ผู้รับบริการไม่สามารถติดต่อบริษัทประกันทางโทรศัพท์อย่างสะดวก เป็นต้น

สำหรับผู้รับบริการประกันสุขภาพที่ใช้บริการในโรงพยาบาลควรได้รับเอกสารที่เรียกว่าข้อความสำคัญจากเมดิแคร์ ซึ่งอธิบายสิทธิต่างๆ ของผู้รับบริการในโรงพยาบาล ถ้าผู้รับบริการไม่ได้รับเอกสารนี้ ผู้รับบริการควรขอจากโรงพยาบาล เอกสารนี้นอกจากอธิบายสิทธิต่างๆ ในโรงพยาบาล ยังรวมถึงบริการรักษาพยาบาลหลังจากผู้รับบริการออกจากโรงพยาบาลไปแล้วอีกด้วย นอกจากนั้นยังอธิบายกระบวนการร้องเรียนถ้าผู้รับบริการ

คิดว่าสถานให้บริการสั่งให้ผู้รับบริการกลับบ้านเร็วกว่าที่ควร ถ้าผู้รับบริการมีคำถามเกี่ยวกับสิทธิต่างๆในโรงพยาบาล ผู้รับบริการสามารถโทรศัพท์ถามได้ที่เมดิแคร์ ถ้าผู้รับบริการร้องขอให้องค์กรปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement Organization) ทบทวนคำอุทธรณ์ของตน ผู้รับบริการอาจได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลฟรีระหว่างการทบทวนคำอุทธรณ์ โรงพยาบาลไม่สามารถสั่งให้ผู้รับบริการกลับบ้านก่อนที่องค์กรปรับปรุงคุณภาพตัดสินคำอุทธรณ์ได้

ผู้รับบริการเมดิแคร์สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้รับฟังเรื่องร้องทุกข์เมดิแคร์ (ombudsman) ได้ (Center for Medicare and Medicaid Services, 2007a) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับเมดิแคร์ วิธีการใช้สิทธิต่างๆ การยื่นอุทธรณ์และการคุ้มครองผู้รับบริการ ทั้งนี้ผู้รับฟังเรื่องร้องทุกข์อาจแจกแจงประเด็นเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาและขอบเขตการประกัน แต่ผู้รับฟังเรื่องร้องทุกข์ไม่สามารถช่วยร้องขอเพิ่มการจ่ายค่ารักษา หรือเพิ่มขอบเขตการรับประกันได้ ผู้รับฟังเรื่องร้องทุกข์ยังมีหน้าที่เสนอรายงานการปรับปรุงระบบเมดิแคร์ให้กับสภาคองเกรส

### (2) ประเทศอาฟริกาใต้

ประเทศอาฟริกาใต้เป็นประเทศที่มีรายได้ระดับกลาง (Country Watch, 2007b) มีประชากรประมาณ 49 ล้านคน มีทรัพยากรทางธรรมชาติมากมาย เป็นประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจที่ใหญ่ที่สุดในทวีปอาฟริกา โดยมีภาคการเงินและการอุตสาหกรรมที่มั่นคง ประเทศนี้มีประวัติของการแบ่งแยกผิวพรรณในอดีต โดยที่ฝรั่งผิวขาวส่วนน้อยมีสิทธิและฐานันดรเหนือกว่าชาวอาฟริกันท้องถิ่นอย่างมาก เมื่อการแบ่งแยกผิวถูกประกาศยกเลิกให้หมดไปในปี ค.ศ. 1994 รัฐบาลได้เร่งปรับปรุงระบบเศรษฐกิจและการเมืองหลายด้าน แต่ประเทศอาฟริกาใต้ก็ยังมีปัญหาสังคมและเศรษฐกิจมากมาย เช่น ความยากจน การกระจายรายได้อย่างเท่าเทียม การโกงชาติ ปัญหาโรคเอดส์ระบาด อาชญากรรม การศึกษา เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่าประเทศอาฟริกาใต้อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการพัฒนาประเทศ

ในยุคแบ่งแยกผิวก่อนปี ค.ศ. 1994 นั้น (Kirigia et al., 2005) ระบบสาธารณสุขได้ถูกแบ่งแยกเช่นกัน นั่นคือ ฝรั่งผิวขาวในเมืองได้รับบริการสาธารณสุขที่ดีกว่าชาวอาฟริกันท้องถิ่นที่อยู่ในท้องถิ่นธุรกันดาร ระบบสาธารณสุขเต็มไปด้วยความไร้ประสิทธิภาพและไร้ความเท่าเทียม ระบบไม่สามารถปรับปรุงสุขภาพของคนส่วนใหญ่ในประเทศได้ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางการแพทย์ที่จำเป็น และไม่สามารถรับรองความคุ้มครองทางสังคมต่อประชาชนที่ประสบกับค่ารักษาที่มากมายได้ นอกจากนั้น การรักษาพยาบาลขั้นปฐมภูมิก็ถูกทอดทิ้งมาอย่างยาวนานและไม่มีความเท่าเทียมในประเทศ ในบางจังหวัดที่ยากจนบริการรักษาพยาบาลปฐมภูมิแทบไม่มีให้กับประชาชนส่วนใหญ่ของจังหวัดเลย

รัฐบาลอาฟริกาใต้ได้รับนโยบายการรักษาพยาบาลปฐมภูมิในปี ค.ศ.1994 (Cullinam, 2006) ซึ่งรวมถึงการพัฒนาชุมชนและการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน การ

บริการ การควบคุมและตรวจสอบบริการทางสาธารณสุข ประชาชนสามารถรับบริการทางสุขภาพได้ในชุมชนที่ตนอยู่ นอกจากนี้รัฐธรรมนูญใหม่แห่งปี ค.ศ.1997 ยังระบุอย่างชัดเจนว่าประชาชนมีสิทธิได้รับบริการทางสุขภาพอย่างทั่วถึง และไม่ถูกปฏิเสธบริการในกรณีฉุกเฉิน ในปี ค.ศ.2004 รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการกระจายอำนาจในการบริการสาธารณสุขไปสู่ชุมชน พ.ร.บ.ได้แบ่งประเทศออกเป็น 53 เขตสุขภาพ เพื่อให้แต่ละเขตครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง

ระบบสาธารณสุขในอาฟริกาใต้ ถูกแบ่งเป็นสองระบบ คือ ระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิและระบบโรงพยาบาล ระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิส่วนใหญ่ให้บริการโดยพยาบาล แพทย์อาจมาตรวจเป็นครั้งคราว ระบบนี้มีสถานบริการสองระดับ คือ คลินิกซึ่งไม่มีเตียงรับผู้ป่วยในและเปิดเพียงวันละ 8 ชั่วโมง และศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งสามารถรับผู้ป่วยได้แต่ไม่มีห้องผ่าตัดและเปิดตลอดเวลา ถ้าหน่วยงานในระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิไม่สามารถหาทางรักษาผู้ป่วยได้ หน่วยงานนั้นต้องส่งผู้ป่วยเข้าในระบบโรงพยาบาล

สิ่งที่น่าชื่นชม คือ ตั้งแต่มีการกระจายอำนาจการบริการสู่ท้องถิ่นในทศวรรษที่ผ่านมา มี 1300 คลินิกถูกสร้างขึ้นใหม่ และ 250 คลินิกที่มีอยู่เดิม ได้รับการปรับปรุงยกระดับทำให้ประชาชนในท้องถิ่นมีสถานบริการสาธารณสุขที่ดีขึ้น นอกจากนั้นกรมสุขภาพยังกำหนดมาตรฐานของคลินิกที่สามารถวัดได้อย่างชัดเจน เช่น คลินิคจะต้องให้บริการการรักษาพยาบาลปฐมภูมิอย่างสมบูรณ์อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 5 วัน คลินิคจะต้องได้รับการตรวจสอบอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้งเพื่อสนับสนุนพนักงาน ตรวจสอบคุณภาพและสำรวจความต้องการทั่วไป และความต้องการเร่งด่วน คลินิกจะต้องมีระบบการตรวจสอบคุณภาพอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง คลินิกจะต้องสำรวจความรู้สึกของสมาชิกในชุมชน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและแบบสอบถามอย่างน้อยปีละสองครั้ง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม สถานให้บริการในระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิก็ยังไม่มีทรัพยากรที่เพียงพอในการให้บริการอย่างตรงตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ปัญหาที่ใหญ่ที่สุด คือการขาดแคลนพยาบาล นอกจากนี้ปัญหาโรคเอดส์ระบาดที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วยังเพิ่มความกดดันให้กับสถานบริการในระบบนี้มากยิ่งขึ้น เมื่อสถานบริการในระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิไม่สามารถรับมือกับผู้ป่วยที่มีมากได้ สถานบริการเหล่านี้ก็ส่งผู้ป่วยขึ้นไปสู่ระบบโรงพยาบาลทั้งๆ ที่ผู้ป่วยเหล่านั้น ควรจะได้รับการรักษาในระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการขัดกับการกระจายอำนาจให้กับสถานบริการสุขภาพชุมชน

ระบบโรงพยาบาลแบ่งออกเป็นโรงพยาบาลชุมชน หรือระดับหนึ่ง โรงพยาบาลเขตหรือระดับสอง และโรงพยาบาลระดับสาม ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับประเทศ ระบบโรงพยาบาลได้ผ่านการปรับปรุงยกระดับโดยปรับปรุงโรงพยาบาลการบริการและคุณภาพ นอกจากนั้น เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีตัวชี้วัดใดในการวัดคุณภาพของโรงพยาบาล กรมสุขภาพยังได้กำหนด ตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับใช้ในการวัดผลและบริหารโรงพยาบาลอีกด้วย รวมเป็น 19 ตัวชี้วัด ระบบโรงพยาบาลก็ต้องมีการกระจายอำนาจไปสู่

โรงพยาบาลชุมชนเช่นเดียวกัน นอกจากนั้น จังหวัดต่างๆ ยังได้สั่งให้โรงพยาบาลในจังหวัดขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมาธิการรับรองวิทยฐานะของบริการทางสุขภาพแห่งอาฟริกาใต้อีกด้วย คณะกรรมาธิการนี้เป็นองค์กรอิสระที่มีหน้าที่พัฒนาและบังคับใช้มาตรฐานบริการของสถานบริการทางสุขภาพในประเทศ

ปัญหาสำคัญที่พบในระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิก็สามารถพบได้ในระบบโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน นั่นคือ ปัญหาขาดแคลนแพทย์และพยาบาล และปัญหาการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โรงพยาบาลต่างๆ ไม่สามารถให้บริการกับผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง นอกจากนั้น ระบบโรงพยาบาลยังไม่มีมาตรฐานที่แน่ชัดเท่าที่ควร ไม่เหมือนกับสถานพยาบาลในระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิ รัฐบาลอยู่ในระหว่างการปรับปรุงแก้ไขมาตรฐานของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

รัฐบาลอาฟริกาใต้คุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคโดยรับรองสิทธิในการรับบริการสุขภาพ โดยได้เพิ่มเติมในรัฐธรรมนูญเมื่อปี 1996 *(Department of Health of South Africa, 2007b)* และเพื่อปฏิบัติตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขของอาฟริกาใต้จึงกำหนดกฎบัตรรับรองสิทธิของผู้ป่วย (The Patients' Rights Charter) ให้มีสิทธิได้รับสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและดีต่อสุขภาพ

ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนปลอดภัยและดีต่อสุขภาพกายและจิต ซึ่งรวมไปถึง น้ำประปา สุขาภิบาล ระบบกำจัดน้ำเสีย การป้องกันจากภัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษหรือการติดเชื้อ

(2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับนโยบาย

ทุกคนมีสิทธิร่วมในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง

(3) สิทธิเข้ารับบริการสุขภาพ

ทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการทางสุขภาพต่างๆ ซึ่งรวมถึง

- ได้รับการรักษาฉุกเฉินที่สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง โดยสถานบริการสุขภาพต้องเปิดรับผู้ป่วยไม่ว่าจะมีเงินจ่ายหรือไม่
- การรักษาและพักฟื้นที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้เกี่ยวกับการรักษาและผลที่ตามมา
- การจัดหาบริการเพื่อผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งได้แก่ ทารก เด็ก หญิงตั้งครรภ์ คนชรา คนพิการ ผู้ป่วยที่อยู่ในความเจ็บปวด ผู้ป่วยโรคเอดส์
- การให้คำปรึกษาโดยปราศจากการแบ่งแยก การบังคับ หรือการใช้ความรุนแรง ในเรื่องเกี่ยวกับการสืบพันธุ์ มะเร็งหรือโรคเอดส์
- การรักษาระยะสุดท้าย (palliative care) ที่ไม่แพงและมีประสิทธิผลในกรณีของโรคที่ไม่สามารถรักษาได้

- การแสดงอารมณ์ที่ดีจากผู้ให้บริการทางสุขภาพซึ่งแสดงออกถึงความสุภาพ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความอดทน การเอาใจใส่

- ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่รวมไปถึงบริการทางสุขภาพที่มีวิธีการใช้บริการดังกล่าวในทางที่ดีที่สุด นอกจากนั้น ข้อมูลดังกล่าวควรอยู่ในภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้

(4) ความรู้เกี่ยวกับประกันสุขภาพหรือความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษา

สมาชิกของระบบประกันสุขภาพหรือระบบการสงเคราะห์ทางสุขภาพมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประกัน หรือ การสงเคราะห์นั้นๆ และยังสามารถท้าทายการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับการประกันหรือการสงเคราะห์ซึ่งมีผลกระทบต่อสมาชิก

(5) ทางเลือกต่างๆ ของบริการทางสุขภาพ

ประชาชนมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการหรือสถานบริการทางสุขภาพที่ตนต้องการ โดยมีข้อแม้ว่าทางเลือกนั้นไม่ขัดกับมาตรฐานทางจริยธรรมของผู้ให้บริการหรือสถานบริการนั้นๆ และทางเลือกนั้นตรงกับนโยบายของการให้บริการ

(6) การได้รับการรักษาจากผู้ให้บริการทางสุขภาพที่มีชื่อเสียงเรียงนามชัดเจน

ทุกคนมีสิทธิที่จะรู้จักผู้ให้บริการสุขภาพ และได้รับบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการที่มีป้ายชื่ออย่างชัดเจน

(7) การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว (Confidentiality and privacy)

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงการรักษาจะถูกเปิดเผยได้ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยเท่านั้น ยกเว้นในกรณีที่ระบุในกฎหมายหรือกรณีที่ได้รับหมายศาล

(8) การยินยอมอย่างมีความรู้แจ้ง

ทุกคนมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนที่ถูกต้องและสมบูรณ์ก่อนที่จะตัดสินใจ ข้อมูลดังกล่าวรวมถึงการวินิจฉัยโรค การรักษาที่ถูกเลือกและค่ารักษา

(9) การปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษา การปฏิเสธต้องเป็นทางวาจาหรือข้อเขียน แต่การปฏิเสธนั้นจะต้องไม่เป็นโทษกับผู้อื่น

(10) การได้รับความเห็นที่สอง (second opinion)

ทุกคนมีสิทธิได้รับความเห็นที่สองจากผู้ให้บริการสุขภาพที่ตนเลือกเมื่อเรียกร้อง

(11) ความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล

ผู้ให้บริการหรือสถานบริการทางสุขภาพที่รักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกจะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

(12) การร้องทุกข์เกี่ยวกับบริการสุขภาพ

ทุกคนมีสิทธิร้องทุกข์เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ ข้อร้องทุกข์ได้รับการไต่สวน และได้รับคำตอบจากการไต่สวน

นอกจากนี้ ประเทศอาฟริกาใต้ยังกำหนดความรับผิดชอบของผู้ป่วย ที่ต้องมีกับสถานบริการสุขภาพ ซึ่งต้องปิดประกาศให้ผู้ป่วยเห็นอย่างชัดเจน ความรับผิดชอบดังกล่าวมีดังนี้

- ให้ผู้บริการบอกสาเหตุการตายแก่ญาติผู้รับบริการ
- ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือการพักฟื้นที่กำหนดให้
- สอบถามเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและจัดหาค่ารักษา
- เก็บรักษาประวัติเกี่ยวกับสุขภาพของตนที่มี
- รักษาสุขภาพตนเอง
- รักษาและป้องกันสิ่งแวดล้อม
- เคารพสิทธิของผู้ป่วยคนอื่นและของผู้ให้บริการทางสุขภาพ
- ใช้ระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและไม่ใช้ในทางผิด
- มีความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพในท้องถิ่นของตนว่าบริการอะไรบ้าง
- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค การรักษา การพักฟื้น และการให้คำปรึกษา

กฎบัตรรับรองสิทธิของผู้ป่วยและความรับผิดชอบของผู้ป่วยดังกล่าว จะต้องแสดงให้เห็นชัดเจนที่ทางเข้าของสถานบริการสุขภาพเป็นภาษาท้องถิ่น (Department of Health of South Africa, 2007a) นอกจากนั้น สถานบริการจะต้องแสดงชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้มีความรับผิดชอบของสถานบริการนั้นๆ อย่างชัดเจนด้วย

ผู้ป่วยสามารถร้องทุกข์กับหน่วยงานต่างๆ (International Marketing Council of South Africa, 2007b) ขึ้นอยู่กับองค์การที่เกี่ยวข้อง สำหรับหน่วยงานที่รับเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับบริการทางสุขภาพ มีดังนี้

Ÿ คณะกรรมาธิการองค์กรรักษาพยาบาล (Council of Medical Schemes)

คณะกรรมาธิการดังกล่าวถูกจัดตั้งโดยรัฐบาลเพื่อป้องกันผลประโยชน์ของประชาชนและสมาชิกภายใต้แบบแผนการรักษาต่างๆ ประชาชนสามารถร้องทุกข์และติดตามผลของเรื่องร้องทุกข์ได้ทางเวปไซต์ นอกจากนี้ คณะกรรมาธิการยังจัดให้มีเบอร์โทรศัพท์และอีเมล์สำหรับเรื่องร้องทุกข์โดยเฉพาะด้วย อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะร้องทุกข์กับคณะกรรมาธิการได้ สมาชิกต้องผ่านกระบวนการร้องทุกข์ภายในขององค์กร นั้นๆ ก่อน

Ÿ คณะกรรมาธิการวิชาชีพทางสุขภาพแห่งอาฟริกาใต้

คณะกรรมาธิการนี้ถูกจัดตั้งตามกฎหมายเพื่อสร้างและรักษามาตรฐานของบริการทางสุขภาพในประเทศผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพทุกคนต้องจดทะเบียนกับคณะกรรมาธิการนี้ คณะกรรมาธิการมีสิทธิลงโทษสมาชิกซึ่งถูกร้องเรียน แต่คณะกรรมาธิการไม่รับเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับโรงพยาบาล โดยขั้นตอนการร้องเรียนมีดังนี้ (Adele Van Der Walt Inc., 2007)

- เรื่องร้องเรียนต้องเป็นในรูปข้อเขียนและส่งไปที่สำนักทะเบียนของคณะกรรมาธิการ

- ผู้ร้องเรียนต้องลงลายเซ็นในเรื่องร้องเรียน

- คณะกรรมาธิการอาจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

- ผู้ถูกร้องเรียนจะต้องส่งคำอธิบายเหตุการณ์เกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนพร้อมทั้งเอกสารประกอบให้กับคณะกรรมาธิการ

- คณะกรรมการตรวจสอบเบื้องต้นตัดสินใจว่าเรื่องร้องเรียนสมควรมีการตรวจสอบเพิ่มเติมหรือไม่ ถ้าไม่ เรื่องร้องเรียนถือว่าสิ้นสุด

- ถ้าเรื่องร้องเรียนควรมีการสอบสวนเพิ่มเติม คณะกรรมาธิการจะสอบสวนเพิ่ม พร้อมทั้งส่งเอกสารเกี่ยวกับข้อกล่าวหาให้ผู้ถูกร้องเรียนนั้น

Ÿ กรมสุขภาพ (International Marketing Council of South Africa, 2007b)

ผู้ป่วยสามารถส่งข้อร้องทุกข์เกี่ยวกับโรงพยาบาลต่างๆ ไปได้ที่กรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

Ÿ สมาคมโรงพยาบาลแห่งอาฟริกาใต้

เรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชน สามารถส่งไปได้ที่สมาคมโรงพยาบาลแห่งอาฟริกาใต้ ซึ่งเป็นองค์กรปกครองตนเอง ผู้ป่วยสามารถร้องทุกข์ได้ทางโทรศัพท์หรือทางเวปไซต์

Ÿ คณะกรรมาธิการพยาบาลแห่งอาฟริกาใต้

คณะกรรมาธิการนี้ถูกจัดตั้งตามกฎหมายเพื่อสร้างและรักษามาตรฐานของพยาบาลในประเทศอาฟริกาใต้ นอกจากนี้ คณะกรรมาธิการยังสอบสวนเรื่องร้องทุกข์ต่างๆ เกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาลอีกด้วย

Ÿ ผู้รับฟังเรื่องร้องทุกข์ด้านทันตกรรม (Dental Ombudsman)

ผู้รับฟังมีหน้าที่รับเรื่องร้องทุกข์และตอบคำถามเกี่ยวกับการรักษาด้านทันตกรรมและค่ารักษาพยาบาล

Ÿ สมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านสายตาและประกอบแว่นแห่งอาฟริกาใต้

สมาคมจะช่วยเกี่ยวกับเรื่องร้องทุกข์ที่กล่าวหาสมาชิกของสมาคม

โดยรวม ประเทศอาฟริกาใต้ ไม่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (International Marketing Council of South Africa, 2007a) ประเทศนี้ได้อาศัยประกันสุขภาพของภาคเอกชนโดยส่วนใหญ่มาเป็นเวลามากกว่า 100 ปี (Soderlund & Hansl, 2000) ในภาคเอกชนส่วนใหญ่ลูกจ้างและนายจ้างแบ่งกันจ่ายเบี้ยประกัน ซึ่งมีทั้งประกันแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ทางเลือกของประกันสุขภาพจากภาคเอกชนมีหลายแบบ ตั้งแต่แบบพื้นฐานไปจนถึงแบบครอบคลุมทุกอย่าง ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนถูกควบคุมดูแลโดยพระราชบัญญัติองค์กรการแพทย์ ปี ค.ศ. 1967 (Medical Schemes Act)

ในปี ค.ศ.1998 (Kirigia et al., 2005) รัฐบาลอาฟริกาใต้ได้ออกพระราชบัญญัติองค์กรประกันสุขภาพ (Medical Insurance Schemes Act) เพื่อควบคุมระบบประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จุดมุ่งหมายของพระราชบัญญัตินี้ คือ เพิ่มจำนวนของผู้ใช้ประกันสุขภาพ เพื่อปรับปรุงการให้เงินสนับสนุนต่อองค์กรประกันสุขภาพ และเพื่อลดการกันกลุ่มความเสี่ยงสูงให้ออกนอกระบบประกัน เช่น กลุ่มคนชรา เพื่อป้องกันมิให้โรงพยาบาลละทิ้งสมาชิกประกันสุขภาพ โดยกำหนดให้องค์กรประกันทุกแบบครอบคลุมบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย และเพื่อรับรองการจำกัดค่ารักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิผล

การจัดสรรประกันสุขภาพโดยภาครัฐมีน้อยมาก สัดส่วนของประชาชนในประเทศมีประกันสุขภาพกับ 146 องค์กรประกันสุขภาพในปี 2001 มีประมาณ 7 ล้านคน หรือน้อยกว่า 20 เปอร์เซ็นต์

รัฐบาลเองก็อยากให้มี Social health insurance (McIntyre, Gilson & Mutyambizi, 2005) เรื่องนี้เป็นที่ถกเถียงในคณะรัฐบาลมาตั้งแต่ปีช่วงทศวรรษ 1990s ทั้งนี้เพื่อเป็นการควบคุมต้นทุนของการประกันสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ในระบบเอกชนและเพื่อให้ลดความไม่เท่าเทียมในระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยที่บังคับให้ลูกจ้างทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ แต่องค์กรประกันสุขภาพต่างๆ ก็กลัวว่าจะทำให้ความเสี่ยงจากลูกจ้างรายได้น้อยมีมากขึ้น ทำให้เกิดภาระทางการเงินกับองค์กรเพิ่มมากขึ้น องค์กรเหล่านี้กำลังล็อบบี้ให้รัฐบาลให้เงินอุดหนุนหากมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา

ก่อนที่รัฐบาลอาฟริกาใต้จะเสนอให้มี social health insurance รัฐบาลพยายามเพิ่มการควบคุมระบบประกันสังคมที่มีอยู่แล้ว ให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ก่อน เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ก่อนที่จะนำไปสู่ปฏิบัติการระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ การเตรียมการดังกล่าวมี 3 ขั้นตอน คือ

1. การปรับปรุงเงินอุดหนุนที่เกี่ยวกับความเสี่ยง ขั้นตอนนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเมื่อปี ค.ศ.2005 โดยการจัดตั้งกองทุนเพื่อปรับความเสี่ยง กองทุนนี้จะโอนทรัพยากรจากองค์กรประกันสังคมที่มีความเสี่ยงน้อยไปสู่องค์กรที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ หญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยารักษา ขั้นตอนนี้จะถูกปฏิบัติการอย่างเต็มรูปแบบในปี ค.ศ.2007

2. การอุดหนุนเงินระหว่างกลุ่มรายได้ ขั้นตอนนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ แต่คาดว่า การเอาเบี้ยประกันสุขภาพไปลดหย่อนภาษีจะถูกยกเลิก เพราะทำให้คนรวยได้รับการลดหย่อนภาษีมากกว่าคนจน อีกทั้งภาษีที่ได้รับการลดหย่อนนี้เป็นจำนวนมากกว่าที่รัฐบาลใช้จ่ายในงบประมาณเกี่ยวกับสุขภาพ ข้อเสนอที่มีอยู่ตอนนี้ คือ ให้รัฐบาลออกเงินอุดหนุนต่อหัวเป็นจำนวนที่เท่ากัน ผู้ใช้บริการที่ไม่มีประกันจะได้รับส่วนลดค่าบริการเท่ากับจำนวนนั้น ส่วนผู้ใช้บริการที่มีประกันสุขภาพจะได้รับส่วนลดในเบี้ยประกันเท่ากับจำนวนนั้นๆ

3. การแนะนำ social health insurance ซึ่งบังคับให้ประชาชนบางกลุ่มต้องมีประกันสุขภาพ เช่น กลุ่มลูกจ้างในระบบ กลุ่มข้าราชการ สำหรับกลุ่มลูกจ้างรายได้ต่ำที่ไม่มีประกันสุขภาพในขณะนี้นั้น รัฐบาลกำลังศึกษาหาหนทางในการให้บริการประกันสุขภาพแบบบังคับอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

อย่างไรก็ตาม การแนะนำ social health insurance ก็ยังเป็นประเด็นถกเถียงอยู่และยังต้องมีการศึกษาวิจัยและวางแผนอย่างมาก

หลังจากพระราชบัญญัติองค์กรประกันสุขภาพ (Kirigia et al., 2005) ปรากฏว่าสัดส่วนของประชาชนในประเทศอาฟริกาใต้ที่มีประกันสุขภาพมิได้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การวิจัยในกลุ่มผู้หญิงในประเทศอาฟริกาใต้ พบว่า ปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระทบทางบวกต่อการเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพ ปัจจัยนั้น ได้แก่ รายได้ การศึกษา อายุ สถานะสมรส นิสัยการสูบบุหรี่ เป็นต้น ข้อแนะนำในระดับนโยบายในการสนับสนุนให้ผู้หญิงเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพมากขึ้นก็คือ มุ่งเน้นในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ ลดอัตราการว่างงานและส่งเสริมให้ผู้หญิงได้งานที่มีรายได้ดี อีกทั้งเพิ่มการศึกษาในระดับมัธยมให้กับประชาชนของประเทศ

การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลเริ่มบังคับให้ผู้ใช้จ่ายเงินเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้นทุนในการรักษาพยาบาลได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (International Marketing Council of South Africa, 2007a) ทั้งนี้มาจากราคายา อุปกรณ์การแพทย์และค่าตัวแพทย์ ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่ค่ารักษาพยาบาลจะมากกว่ากำหนดที่ระบบสงเคราะห์ที่มีให้ การสงเคราะห์ส่วนใหญ่กำหนดขอบเขตค่ารักษาพยาบาลในหลายหมวดหมู่ ซึ่งไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมด

### (3 ) ประเทศกาน่า

กาน่ามีประชากรประมาณ 21 ล้านคน *(Country Watch, 2007a)* เป็นประเทศที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยทรัพยากรทางธรรมชาติ ในทวีปอาฟริกา ทรัพยากรที่มี ได้แก่ ทองคำ เพชร ไม้สัก และโกโก้ กาน่าเป็นประเทศเกษตรกรรมโดยส่งออกโกโก้และผลิตภัณฑ์แปรรูป ทองคำ และไม้สักเป็นหลัก ตั้งแต่ทศวรรษ 1980s ประเทศกาน่ามีเศรษฐกิจที่ค่อนข้างรุ่งเรือง เมื่อเทียบกับประเทศใกล้เคียงในทวีปอาฟริกา อัตราการขยายเศรษฐกิจอยู่ที่ 4.5 เปอร์เซ็นต์ ภาวะความยากจนลดลงจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่ยากจนเหลือประมาณ 35 เปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้เนื่องมาจากการปฏิรูปทางเศรษฐกิจ ซึ่งประเทศกาน่า ได้ร่วมมือกับองค์กรต่างชาติหลายองค์การ เช่น World Bank และ IMF มาตรการปรับปรุงเศรษฐกิจรวมถึง การลดค่าเงิน การยกเลิกการควบคุมราคา การเปิดเสรีต่อการค้า และการลงทุน มาตรการเหล่านี้ทำให้ประเทศกาน่าแข่งขันกับประเทศอื่นๆ ได้ เศรษฐกิจฟื้นฟูมากขึ้นหลังจากปี ค.ศ.2000 เนื่องจากการบริหารเศรษฐกิจมหภาคที่ดีขึ้น และปัจจัยภายนอกประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม สภาพเศรษฐกิจมหภาคโดยรวมก็ยังอ่อนแอ ทั้งนี้เนื่องจากว่าประเทศกาน่ามีสินค้าส่งออกเพียงไม่กี่

ประเภท เมื่อราคาสินค้าส่งออกที่ผันผวน จึงทำให้ระบบเศรษฐกิจแปรปรวนและไม่มั่นคงเท่าที่ควร

หลังจากได้ประกาศเป็นอิสรภาพแล้วในทศวรรษ 1970s ประเทศกาน่าประสบกับความไม่มั่นคงทางการเมืองอย่างมาก ซึ่งเห็นได้จากการคอรัปชั่นและปฏิวัติโดยกองทัพที่มีอยู่เนืองๆ แต่เมื่อสิบปีที่ผ่านมา การเมืองของประเทศกาน่า ถือได้ว่าพัฒนาให้เป็นประชาธิปไตยมากยิ่งขึ้น กระบวนการการเมืองที่ถูกปรับปรุงทำให้เกิดความเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างที่ได้กล่าวมาแล้ว

ประเทศกาน่าเป็นประเทศแรกในทวีปอาฟริกาที่อาสาเข้าร่วมและได้รับเลือกให้ถูกตรวจสอบโดย New Partnership of Africa's Development เพื่อสนับสนุนให้เกิดความโปร่งใส ในระบบปกครองในประเทศต่างๆ ในทวีปอาฟริกา การเข้าร่วมในครั้งนี้ถือเป็นก้าวสำคัญของประเทศในการปรับปรุงการปกครองทั้งทางการเมืองและทางเศรษฐกิจ และสนับสนุนให้เกิดความโปร่งใสของสถาบันต่างๆ ในประเทศ อันจะนำไปสู่การได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรต่างชาติ หรือจากประเทศพัฒนาแล้ว

ถึงแม้ว่าประเทศกาน่าจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจและการเมืองในระยะหลัง ปัญหาทางสังคมก็ยังมีอยู่มาก สิทธิมนุษยชนยังถูกละเมิด ปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ประชาชนยังมีการศึกษาน้อยหรือไม่มีเลย โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง ปัญหาความยากจนยังมีอยู่มาก กล่าวได้ว่าประเทศกาน่าเป็นหนึ่งในประเทศที่ยากจนที่สุดในโลก (Asante, Zwi & Ho, 2006) โรคภัยต่างๆ เช่น เบาหวานและโรคหัวใจมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สาเหตุของการตายหลักๆ มาจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความยากจน โดยเฉพาะมาลาเรียและวัณโรค

รัฐบาลกาน่าได้ร่วมมือกับผู้บริจาค (donors) ต่างๆ ในการปรับปรุงสุขภาพของประชาชนในทศวรรษที่ผ่านมา แต่ก็ยังประสบกับปัญหาหลายอย่าง โดยเฉพาะการให้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างมากที่สุดและการจัดสรรเงินอย่างเหมาะสม ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้เพิ่มงบประมาณในด้านสุขภาพ จาก 5.7 เปอร์เซ็นต์ ในปี ค.ศ.2000 เป็น 7 เปอร์เซ็นต์ ในปี ค.ศ. 2004 งบประมาณที่ใช้จ่ายในด้านนี้ก็ยังถือว่ายังต่ำอยู่มากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ปัญหาหนึ่งในด้านงบประมาณ คือ การจัดสรรเงินงบประมาณขึ้นอยู่กับจำนวนเงินงบประมาณ ในปีที่ผ่านๆ มา ซึ่งมิได้มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการของประชาชนที่แท้จริงแต่อย่างใด

ในช่วงหลังประกาศอิสรภาพในช่วงทศวรรษ 1970s ประเทศกาน่า ได้มีการประกันสุขภาพผ่านชุมชน (Sulzbach, Garshong & Owusu-Banahene, 2005) หรือที่เรียกว่า องค์กรสุขภาพตำบล (Mutual Health Organizations) อย่างไรก็ตาม องค์กรเหล่านี้ก็ครอบคลุมผู้ใช้บริการ ได้เป็นสัดส่วนน้อย ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ถูกละเลย ประชาชนที่ไม่มีประกันสุขภาพต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าก่อนได้รับการรักษา ทำให้คนยากจนมากมายถูกปฏิเสธการรักษา โดยรวมการใช้บริการด้านสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจน รัฐบาลขณะนั้นจึงยกเว้นค่ารักษากับประชากรบางกลุ่ม คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หญิงมี

ครรภ์ คนชราอายุมากกว่า 70 ปี คนจนและผู้ป่วยบางโรค แต่การรับการยกเว้นถูกจัดทำในระดับตำบล ซึ่งไม่มีรูปแบบที่ตรงกัน สถานบริการด้านสุขภาพแยกแยะคนมีเงินกับคนยากจนโดยไม่มีมาตรฐานที่ชัดแจ้ง ทำให้ผู้ป่วยที่ควรได้รับการยกเว้นไม่ได้รับยกเว้น ปัญหานี้ทำให้รัฐบาลกาน่าประกาศความตั้งใจในการยกเลิกระบบจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า และคิดหาทางเลือกในการสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสามารถครอบคลุมประชากรในประเทศอย่างทั่วถึง

ระยะหลัง รัฐบาลกาน่าได้ให้ความสำคัญกับการจัดสรรทรัพยากรที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบอิงความต้องการของประชาชนโดยเฉพาะความต้องการของคนจนเป็นหลัก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ (Asante, Zwi, & Ho, 2006) ซึ่งถูกบริหารโดยศูนย์งบประมาณและบริหารกลาง (Budget and Management Centres) เพื่อปกป้องบริการต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดเงินงบประมาณในการปฏิบัติการ ศูนย์กลางเหล่านี้ถูกจัดตั้งขึ้นในทุกระดับของระบบสาธารณสุขเพื่อบริหารงบประมาณอย่างเป็นอิสระ ศูนย์กลางเหล่านี้ถูกตรวจสอบการอนุมัติและบริหารเงินงบประมาณอย่างเคร่งครัด และศูนย์กลางเหล่านี้มีหน้าที่ตรวจสอบให้แน่ใจว่าเงินงบประมาณถูกใช้จ่ายไปในด้านที่ตรงกับนโยบายลดความยากจนแห่งชาติ และการสนับสนุนความเท่าเทียมในสังคมอีกด้วย รัฐบาลกาน่ายังได้จัดสรรเงินจำนวนหนึ่งจากเงินทุนบรรเทาหนี้สินที่ได้รับจาก World Bank และ IMF เพื่อสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนคนยากจนเป็นหลักอีกด้วย ถึงแม้รัฐบาลจะพยายามช่วยเหลือโครงการด้านสุขภาพมากขึ้น ความพยายามของรัฐบาลก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชนในประเทศ ประเทศกาน่ายังต้องเร่งปรับปรุงด้านต่างๆ กล่าวคือการเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในเขตทุรกันดาร การสร้างระบบที่เน้นการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน และการบริหารระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

รัฐบาลกาน่ากำหนดจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพหลายอย่างภายใต้ Vision 2020 ได้แก่ ลดอัตราการตายของทารกและเด็ก การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ประชาชนแวดล้อมไปด้วยโรคติดต่ออย่างมีประสิทธิผล (Osei, et al., 2005) ในปี ค.ศ.1995 รัฐบาลได้ริเริ่มกลยุทธ์ด้านสุขภาพระยะปานกลาง (Medium Term Health Strategy) โดยมีจุดประสงค์ ดังนี้ (1)เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ (2) เพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล (3)เพื่อเพิ่มประสิทธิผล เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพในภาครัฐและภาคเอกชน และเพื่อปรับปรุงการให้จัดสรรเงินทุนด้านสุขภาพ โดยเน้นการกระจายอำนาจไปสู่ระบบสาธารณสุขท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านการจัดสรรเงินงบประมาณองค์กรสุขภาพตำบล (District Health Administrations) ได้บริหารเงินงบประมาณของตนโดยตรง (Asante, Zwi, & Ho, 2006)

ในปี ค.ศ. 2002 (Ghana Macroeconomics and Health Initiatve [GMHI], 2005) รัฐบาลกาน่าขานรับข้อเรียกร้องของ World Health Organization ในการเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยการจัดตั้ง โครงการริเริ่มด้านเศรษฐกิจมหภาคกับสุขภาพ (Ghana Macroeconomics and

Health Initiative) จุดมุ่งหมายของโครงการ ได้แก่ เพื่อสนับสนุนการเพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพ เพื่อปรับปรุงการกำหนดความต้องการเร่งด่วนด้านสุขภาพ และเพื่อสร้างการจัดสรรทรัพยากรเกี่ยวกับบริการสุขภาพจากส่วนกลาง ไปสู่ท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิผล ทั้งนี้โครงการดำเนินการอยู่ในกรอบของการลดความยากจนและการพัฒนาด้านเศรษฐกิจมหภาค โครงการนี้บริหารโดยคณะกรรมการวางแผนพัฒนาชาติ (National Development Planning Committee) และประสานงานกับองค์กรต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย World Bank, WHO, UNDP, UNICEF และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

โครงการริเริ่มดังกล่าว ได้เสนอรายงานที่รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่างๆ และรายงานอื่นๆ เข้าด้วยกัน รายงานนี้ประเมินทางเลือกของกลยุทธ์และประมาณการค่าใช้จ่ายในการลงทุนด้านสุขภาพที่จะยกระดับสถานะสุขภาพของประเทศ ลดความยากจน และส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจในระยะเวลาที่สั้นที่สุด รายงานนี้ถูกใช้ในการปรับปรุงโครงการด้านสุขภาพตามกลยุทธลดความยากจนในกาน่า (Ghana Poverty Reduction Strategy) อีกทั้งยังป้อนข้อมูลให้กับแผนโครงการของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้น ชุมชนต่างๆ ก็ได้ขอใช้ข้อมูลจากรายงานนี้ในการขอความร่วมมือและขอทรัพยากรเกี่ยวกับบริการสุขภาพ ทั้งนี้ประเด็นหลักๆ ที่นำเสนอในรายงาน มีดังนี้

- ให้หลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและการพัฒนาประเทศ ความเสียหายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากสุขภาพที่ไม่ดีในประเทศกาน่า คิดเป็นประมาณ 6.4 เปอร์เซ็นต์ของ Gross National Product (GNP) ต่อปี

- กำหนดเป้าหมายนโยบายกลยุทธ์ลดความยากจนและกลยุทธ์ด้านสุขภาพระยะปานกลางในการให้บริการที่จำเป็นต่อคนยากจนในระดับชุมชน โดยการเพิ่มการเข้ารับบริการทางสุขภาพและลดความไม่เท่าเทียมในภูมิภาค

- นำเสนอข้อมูลทางสุขภาพโดยรวมของประเทศ เช่น สิบอันดับความต้องการเร่งด่วนด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบสำคัญกับสถานะทางสุขภาพของประเทศ ความก้าวหน้าในการลดความยากจน และสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจ โครงการปฏิบัติการกลุ่มชนที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และขอบเขตการให้บริการ ซึ่งมุ่งเน้นปัญหาของการเข้าถึงบริการที่มีจำกัดโดยเฉพาะในถิ่นทุรกันดาร นอกจากนั้น น้ำประปาและสุขาภิบาลที่เข้าถึงได้ก็เป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพของประชาชนอีกด้วย

- กำหนดแผนการขยายโครงการเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงโครงการด้านสุขภาพที่เร่งด่วน การวางแผนและบริการสุขภาพชุมชน และการสร้างเสริมระบบสุขภาพโดยการสร้างทรัพยากรมนุษย์และการมีน้ำดื่มที่สะอาดรวมทั้งการมีสุขาภิบาลที่ดี แผนการเหล่านี้จะส่งผลให้ได้บรรลุเป้าหมายต่างๆ ทางสุขภาพและลดความยากจนได้อีกด้วย

● คำนวณปริมาณทรัพยากรด้านสุขภาพที่ต้องใช้ โดยแบ่งเป็นสองระยะ คือ ระยะขยายอย่างช้าซึ่งตั้งเป้าไว้ในปี 2007 และระยะขยายอย่างเร็วภายในปี 2015 นอกจากนั้นยังได้เสนอแนะถึงแหล่งเงินทุนสนับสนุนที่สามารถนำมาใช้ได้อีกด้วย

● วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่างๆ และรูปแบบการให้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพทางเลือกสำหรับเงินสนับสนุนต่างๆ ซึ่งได้แก่ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดสรรทรัพยากรในประเทศ การใช้เงินลดหนี้สินจาก World Bank/ IMF และการขอเงินบริจาคเพิ่มจากประเทศและองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ

รัฐบาลกาน่าได้ตัดสินใจเกี่ยวกับประกันสุขภาพแบบสังคมที่ถือได้ว่ากล้าหาญชาญชัยมากที่สุดในทวีปอาฟริกา (McIntyre, Gilson & Mutyambizi, 2005) นั่นคือ การจัดตั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จุดมุ่งหมายของการแนะนำประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็เพื่อหลีกเลี่ยงระบบการจ่ายเงินแบบควักเนื้อ ซึ่งสร้างปัญหาความไม่เท่าเทียมในระบบอย่างมากมาย เพราะคนยากจนไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้และ อีกทั้งยังเนื่องมาจากการที่คนยากจนไม่ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act) ถูกออกเป็นกฎหมายเมื่อปี ค.ศ. 2003 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะรวม social health insurance จากประกันสุขภาพของลูกจ้างในระบบกับองค์กรประกันสุขภาพของชุมชน รัฐบาลให้คำมั่นสัญญาในการครอบคลุมประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ก็ตระหนักดีว่าการสร้างขอบเขตนั้นต้องดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป จุดมุ่งหมายของรัฐบาลคือ เพิ่มขอบเขตการครอบคลุมประกันสุขภาพให้ได้ 60 เปอร์เซ็นต์ของประชาชนในชาติภายใน 10 ปีหลังการเริ่มต้นของประกันสุขภาพแบบบังคับ

รูปแบบประกันสังคมแห่งชาติ จะเป็นแบบชุมชน กล่าวคือแต่ละชุมชนจะมีองค์กรการประกันสุขภาพของตนเอง พ.ร.บ.บังคับให้แต่ละชุมชนจัดตั้งองค์กรขึ้นมา (Sulzbach, Garshong & Owusu - Banahene, 2005) ซึ่งเริ่มตั้งแต่สรรหาทรัพยากรมนุษย์ กระจายข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร และลงมือปฏิบัติการในชุมชน องค์กรประกันสุขภาพชุมชนเหล่านี้จะเปิดรับแต่สมาชิกในชุมชนตนเองเท่านั้น

พ.ร.บ.ประกันสุขภาพแห่งชาติบังคับให้ประชาชนทุกคนในประเทศเข้าเป็นสมาชิกกับระบบประกันสุขภาพชุมชน หรือระบบประกันสุขภาพเอกชนอย่างใดอย่างหนึ่ง (McIntyre, Gilson, & Mutyambizi, 2005) แต่เงินอุดหนุนจากรัฐบาลจะจ่ายให้กับระบบประกันสุขภาพชุมชนเท่านั้น ลูกจ้างในระบบจะได้รับประกันสุขภาพผ่านนายจ้าง โดยเบี้ยประกันจะถูกหักจากเงินเดือนและส่งไปที่กองทุนประกันสังคมและประกันแห่งชาติ (Social Security and National Insurance Trust) ลูกจ้างนอกระบบหรือคนว่างงานสามารถจ่ายเบี้ยประกันโดยตรงได้ที่องค์กรประกันสุขภาพของชุมชน เบี้ยประกันถูกกำหนดไว้ที่ 8 ดอลล่าร์สหรัฐต่อผู้ใหญ่ที่ยากจนต่อปี 20 ดอลล่าร์สำหรับกลุ่มรายได้ปานกลาง และ 53 ดอลล่าร์สำหรับกลุ่มรายได้สูง ผู้ใหญ่แต่ละคนในครัวเรือนและเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อยู่ในความดูแลของครัวเรือนจะต้อง

สมัครเป็นสมาชิกในระบบประกันสุขภาพชุมชน สำหรับคนยากจนกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Fund) จะออกเบี้ยประกันให้ทั้งหมด

กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับเงินสนับสนุนมาจากหลายแห่ง ได้แก่ การเพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่มที่เก็บจากสินค้าและบริการทุกชนิด 2.5 เปอร์เซ็นต์ การหักเงินเดือน 2.5 เปอร์เซ็นต์จากลูกจ้างในระบบดังที่กล่าวมาแล้ว เงินงบประมาณจากรัฐบาล และเงินบริจาคจากประเทศต่างๆ หรือองค์กรระหว่างประเทศ รัฐบาลคาดว่า 80 เปอร์เซ็นต์ของกองทุนจะมาจากภาษีมูลค่าเพิ่มและการหักเงินเดือนของลูกจ้างในระบบ (Sulzbach, Garshong & Owusu-Banahene, 2005) จากนั้น กองทุนจะจัดแบ่งเงินทุนไปให้กับองค์กรประกันสุขภาพชุมชนต่างๆ (McIntyre, Gilson & Mutyambizi, 2005) อาจกล่าวได้ว่า กองทุนให้เงินสนับสนุนกับองค์กรประกันสุขภาพที่มีคนยากจนมาก ทั้งนี้เพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่มีรายได้น้อย

ผลประโยชน์ (Benefits) ของระบบประกันแห่งชาติค่อนข้างครอบคลุม ซึ่งรวมถึงการพบแพทย์ทั่วไปและผู้เชี่ยวชาญบริการผู้ป่วยใน บริการทันตกรรม บริการด้านสายตา และบริการฝากครรภ์ บริการที่ไม่รวม ได้แก่ เครื่องมือต่างๆ อวัยวะเทียม ศัลยกรรม การล้างไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตแบบเรื้อรัง บริการช่วยมีบุตร การเปลี่ยนอวัยวะ ยาที่ไม่อยู่ในรายการยาจำเป็นที่กำหนดไว้ และหรือห้องวีไอพี สมาชิกสามารถรับบริการที่ครอบคลุมได้จากสถานบริการที่ได้รับรองวิทยฐานะ

มีการจัดตั้งคณะกรรมาธิการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Council) โดยมีความรับผิดชอบ ได้แก่ รับจดทะเบียนและกำหนดกฎ ระเบียบขององค์กรประกันสุขภาพต่างๆ รับรองวิทยฐานะสถานบริการสุขภาพและตรวจสอบผลงานของสถานบริการเหล่านั้น ให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับกระทู้ที่เกี่ยวกับประกันสุขภาพ แก้ปัญหาจากเรื่องร้องเรียนที่เกิดจากองค์กรประกันสุขภาพ สมาชิก หรือ สถานบริการต่างๆ พัฒนานโยบายเกี่ยวกับประกันสุขภาพเพื่อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข และ บริหารกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในขณะนี้ รัฐบาลประเทศกาน่ายังต้องขบคิดรายละเอียดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอีกมาก แต่รัฐบาลก็ถือได้ว่าสร้างความก้าวหน้าให้กับปฏิบัติการประกันสุขภาพอย่างมาก ประเด็นที่เกี่ยวกับประกันสุขภาพแห่งชาติยังมีให้พิจารณาอีกมาก

ประเด็นแรก คือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติถูกมองว่าเป็นทางเลือกในการให้เงินสนับสนุน แต่มิใช่การเพิ่มเงินสนับสนุน เงินงบประมาณจากรัฐบาลแทนที่จะถูกส่งไปที่กระทรวงสาธารณสุข ก็ถูกส่งไปที่กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบใหม่นี้ดีกว่าระบบเดิมเพราะเป็นการลดความเสี่ยงของประชาชน นอกจากนั้น เป็นที่คาดกันว่าการให้เงินสนับสนุนคนจนนั้นดีกว่าระบบเก่า กล่าวคือ ในระบบใหม่คนยากจนจะลงทะเบียนที่ชุมชนล่วงหน้าแทนที่จะไปลงทะเบียนที่สถานบริการสุขภาพ ทำให้สถานบริการไม่สามารถแบ่งแยก หรือกีดกันระหว่างคนจนกับคนมีเงิน เพราะทุกคนต่างมีบัตรประกันสุขภาพเหมือนกันหมด ทำให้เกิดความเท่าเทียมในการรับบริการ

ประเด็นที่สอง องค์กรประกันสุขภาพชุมชนต่างๆ ตระหนกตกใจว่าจะถูกยกเลิกไปหลังจากรัฐบาลจัดตั้งประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะทั้งสองระบบมีการจัดการที่คล้ายกันมาก พ.ร.บ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ระบุว่าแบบแผนประกันสังคมชุมชนสามารถดำเนินการได้ตามปกติ แต่ไม่อาจได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลได้ ดังนั้น รัฐบาลกำลังคิดหาทางรวมองค์กรประกันสุขภาพชุมชนเข้ากับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้นว่ากำหนดให้เป็นส่วนย่อยของระบบใหญ่

ประเด็นต่อมา ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและผู้บริจาคเงินจากประเทศและองค์กรต่างๆ และยังเป็นสัญญาที่รัฐบาลให้ไว้กับประชาชนก่อนการเลือกตั้งอีกด้วย ในตอนแรก ผู้ให้เงินบริจาคทั้งหลายวิตกเกี่ยวกับความเป็นไปได้ และเป้าหมายของความปรารถนาในการจัดตั้งประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะนี้ ทั้งรัฐบาลและผู้ให้เงินบริจาคได้ทุ่มการสนับสนุนให้กับปฏิบัติการสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้สำเร็จผลในที่สุด

หน่วยงานบริการสุขภาพ (Ghana Health Service) กระทรวงสาธารณสุขของประเทศกาน่า มีหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพต่างๆ ในประเทศ (Ghana Health Service, 2006) หน่วยนี้มีส่วนร่วมในการแนะนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติหลายด้าน โดยเฉพาะในการให้จัดสรรการบริการ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสถานบริการสุขภาพกับผู้ใช้บริการ เนื่องจากหน่วยนี้เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ หน่วยบริการสุขภาพยังได้มีบทบาทในการพัฒนาและปฏิบัติการกลยุทธ์เพื่อให้การดำเนินงานของประกันสุขภาพเป็นไปได้อย่างเรียบร้อย แผนการปฏิบัติการและโครงการปฏิบัติงานได้ถูกกำหนดขึ้นเพื่อนำไปใช้กลยุทธในการปรับปรุงการลงทะเบียนกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและการเพิ่มศักยภาพของสถานให้บริการได้ถูกนำมาใช้ อีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญของหน่วยงานคือ การให้ความรู้กับชุมชนเกี่ยวกับประกันสุขภาพแห่งชาติและการช่วยประชาชน หาวิธีต่างๆ ในชุมชนของตนในการจ่ายเบี้ยประกัน

จากรายงานประจำปีของหน่วยงานบริการสุขภาพในปี ค.ศ. 2005 พบว่าสัดส่วนของประชากรที่ลงทะเบียนกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีเพียงแค่ 15.8 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ ในจำนวนผู้ที่ลงทะเบียนนั้น เพียงแค่ 6.8 เปอร์เซ็นต์ของประชากรได้รับบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งทำให้แสดงสิทธิในการเข้ารับบริการสุขภาพได้จำนวนประชากรที่ลงทะเบียนนั้นสามารถแบ่งได้เป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้ คนยากจน 20 เปอร์เซ็นต์ คนชราอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป 7 เปอร์เซ็นต์ เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี 44 เปอร์เซ็นต์ ผู้ได้รับบำนาญ 1 เปอร์เซ็นต์ ลูกจ้างนอกระบบ 16 เปอร์เซ็นต์ และลูกจ้างที่จ่ายเงินผ่านกองทุนประกันสังคมและประกันแห่งชาติ

จะเห็นว่าจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ได้ทบทวนมาหลายเรื่องหลายอย่าง จะพบได้จากประเทศที่กล่าวมาแล้ว และคณะผู้วิจัยจะนำเสนอในส่วนของข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมในตอนท้าย

**2.9 การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ : ความปลอดภัยของผู้ประกันตน -สิทธิผู้ป่วย...ความผิดพลาดทางการรักษา...การให้ข้อมูลและการร้องเรียน - ตัวชี้วัดคุณภาพระบบการคุ้มครองผู้บริโภค**

จุดหมายสูงสุดของระบบคุ้มครองผู้บริโภคทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ที่ ต้องมีบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกด้าน ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภัยพิบัติ (Catastrophnic) ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ต้องมีความครอบคลุมทางสุขภาพ (Health Coverage) ซึ่งจะต้องอยู่ในภาวะที่ผู้บริโภคทุกคนมีความสามารถจ่ายได้ กลุ่มคนที่ป่วยหนัก (Vunerable group) ต้องได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษ คนที่เจ็บป่วยน้อยก็ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วย ผู้บริโภคต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาและการศึกษาค้นคว้าวิจัยด้วย

สิ่งที่สำคัญสำหรับการประยุกต์หลักการคุ้มครองผู้บริโภคคือ เราต้องเข้าใจและยอมรับว่าสิทธิผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์รวมทั้งคณะเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีความไว้ใจจึงได้มาขอรับบริการ และบริการเป็นความเป็นความตายของผู้ป่วย แต่สิทธิผู้บริโภคเป็นความสัมพันธ์ระหว่างลูกค้ากับนักธุรกิจเจ้าของกิจการที่เป็นเจ้าของสินค้าและบริการ

ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคครอบคลุมการให้บริการทางแพทย์และสาธารณสุข เราก็ต้องทำความเข้าใจว่า มีสถานการณ์อะไรที่จะต้องคุ้มครอง ในการศึกษานี้จะเน้นลงไปที่การไม่เคารพสิทธิ์ผู้ป่วย ทำการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้ว ระบบการคุ้มครองก็ต้องเกิดขึ้น เราจะคุ้มครองอะไร คุ้มครองใคร และเมื่อใดก่อนที่จะก้าวไปในรายละเอียด จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยที่เป็นจุดหมายสูงสุดของการคุ้มครองและจะพิจารณาว่าการคุ้มครองสิทธิจะทำอย่างไร

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะใช้เรื่องการร้องเรียนและการให้ข้อมูลซึ่งเป็นวิธีการสำคัญในระบบการคุ้มครองผู้บริโภค และเป็นรูปธรรมประกอบการศึกษา ซึ่งก่อนที่จะทำความเข้าใจเรื่องการร้องเรียน และการให้ข้อมูล โดยมองว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้บริโภคประเภทหนึ่งและมีสิทธิผู้ป่วยที่เป็นนโยบายของประเทศ สิ่งที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องการคือ ความปลอดภัย แต่เมื่อไม่ได้เป็นไปตามนั้น เกิดความผิดพลาดทางการรักษา (Medical errors) ไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ความเสียหายเกิดขึ้น เช่น ตายโดยที่ไม่ควรตาย พิการโดยที่ไม่ควรจะพิการ จึงมีการร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้นักวิจัยมีความเชื่อว่า ความผิดพลาดทางการรักษา มีสาเหตุทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ แต่สามารถป้องกันและแก้ไขบรรเทาได้ หากมีการให้ข้อมูล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างพอเพียง พอที่จะเข้าใจว่าตนเองก็มีส่วนร่วมสร้างปัญหาและแก้ไขปัญหาความผิดพลาดด้วย และมีความเข้าใจว่า สาเหตุความผิดพลาดมาจากอะไร ควรจะร้องเรียนหรือไม่ มิใช่มองแต่เพียงผิวเผิน และสรุปว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการและคณะผู้ให้บริการเท่านั้น

- **สิทธิผู้ป่วยในสังคมโลก-สิทธิ และความรับผิดชอบต้องไปพร้อมกัน**

**สิทธิผู้ป่วย**เป็นเรื่องสำคัญระดับโลก มีรายงานว่าเมื่อปี 2002 WHO ได้มีข้อตกลงกับประเทศสมาชิกได้ก่อตั้ง World Health Assembly Resolution on Patient Safety ด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า ประเทศพัฒนา มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ที่ได้รับอันตรายจากการผิดพลาดการรักษา ในประเทศกำลังพัฒนามีจำนวนมากกว่า 20 เท่าของประเทศที่พัฒนาแล้ว.....เครื่องมือแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนากว่าครึ่งใช้ไม่ได้ หรือบางส่วนใช้ไม่ได้ หรือบางทีก็ใช้ไม่เป็น ทำให้การวิเคราะห์การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ในบางประเทศเข็มฉีดยาไม่มีการฆ่าเชื้อ...ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และความสูญเสียทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศมีถึง 6-29 พันล้านเหรียญสหรัฐ (www:who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index/en/I ndex.htm-7/6/2550) ประชาชนทั่วโลกให้ความสนใจในเรื่องนี้ มีการพูดถึงเรื่องสิทธิผู้ป่วย มีการระดมความร่วมมือกันระหว่างองค์การภาครัฐและเอกชนทุกระดับในการให้การศึกษาและพิทักษ์สิทธิ์คนไข้ในรูปต่างๆ กัน จากรายงานต่างๆ จะพบว่ามีองค์การต่างๆ ที่ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ตลอดจนการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางการแพทย์

สิทธิผู้ป่วยในประเทศต่างๆ มีความแตกต่างกันตามสภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของประเทศนั้นๆ ในบางประเทศก้าวหน้ามาก เช่น ในสหรัฐอเมริกา ในเรื่องสิทธิรับรู้ข้อมูลมากกว่าคนในประเทศอื่น คือมีสิทธิ์รู้กระทั่งว่าแพทย์ที่รักษาตนเองนั้น มีความรู้ประสบการณ์อะไร เป็นต้น หรือในฮ่องกงที่มีฐานะต่างจากประเทศอื่น มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยกว้างขวาง เท่ากับประเทศที่พัฒนาอื่นๆ ทีเดียว และมีข้อดีที่แตกต่างน่าสนใจ คือมีการระบุหน้าที่รับผิดชอบของคนไข้ด้วย นอกเหนือจากสิทธิที่มีอยู่คือ 1. สิทธิที่จะได้รับการรักษาอย่างมีมาตรฐานด้วยความใส่ใจและมีคุณภาพ 2. สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการและค่ารักษาบริการ สภาวะของอาการของการเจ็บป่วยการวิเคราะห์คาดคะเนโรค(prognosis) แนวทางรักษาต่างๆ และความเสี่ยงในแต่ละแนวทางการรักษา รู้ชื่อยา รู้ว่าแพทย์มีความรู้และประสบการณ์อะไร 3. สิทธิในการเลือกบริการ จะรักษาหรือไม่รักษา จะได้รับทราบว่า ถ้าไม่รักษาแล้วจะเป็นอย่างไร สิทธิที่จะมีความเห็นจากผู้รักษาคนอื่นในรูป second openion สิทธิที่จะตัดสินใจว่ามีส่วนร่วมในการวิจัยของแพทย์หรือไม่ 4. สิทธิในความเป็นส่วนตัว สิทธิในการเก็บความลับของตนเองไม่เปิดเผย และ 5. สิทธิที่จะร้องเรียนในช่องทางที่เปิดไว้อย่างรวดเร็วในทุกสถานพยาบาลที่มีเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ (patient relations officer) ซึ่งคนไข้จะร้องเรียนด้วยวาจาก่อนได้ การร้องเรียนด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษรจะได้รับการตรวจสอบและดำเนินการต่อด้วยผู้ที่เหมาะสม ผู้ร้องเรียนจะได้รับ subsantive reply ในทุกกรณีในระยะเวลาที่เหมาะสม และแจ้งว่าได้ทำอะไรไปแล้วบ้างในการร้องเรียนแต่ละเรื่อง

ในเรื่องความรับผิดชอบของผู้ป่วย มีการระบุว่า 1. ผู้ป่วยจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการรักษามากที่สุดเท่าที่จะมากได้เกี่ยวกับสภาพอาการในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย การแพ้และอื่นๆ ที่จำเป็น 2. ต้องปฏิบัติตามกระบวนการรักษาอย่างเคร่งครัด เช่น การใช้ยาที่ให้ 3. ต้องมีความเกรงใจคนไข้คนอื่นและผู้ให้การรักษาปฏิบัติตามกฎของสถานพยาบาล

4. ไม่ควรถาม ไม่ควรขอให้ผู้ให้บริการให้ข้อมูล คำรับรอง เอกสารที่ไม่ถูกต้อง และ 5. ไม่ควรใช้ทรัพยากรทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น (http://www.ha.org.hk/charter/pceng.htm)

เรื่องความรับผิดชอบของผู้ป่วยนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า น่าจะมีการคิดกันในระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ว่าเมื่อใดที่ควรมีการร้องเรียนทำได้ง่าย และมีประสิทธิภาพจะต้องพิจารณาเรื่องหน้าที่รับผิดชอบของผู้ป่วยพร้อมกันไปด้วย เพราะความร่วมมือกับผู้ป่วยมีส่วนที่ทำให้ความผิดพลาดทางการรักษาเกิดขึ้นได้

ความผิดพลาดทางการรักษา (Medical errors) มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้เกิดการตายจำนวนมาก ในการศึกษาปี 1999 คนไข้ตายด้วยเหตุนี้ถึง 98,000 คนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งสูงกว่าการตายด้วยมะเร็งเต้านม อุบัติเหตุรถยนต์ หรือแม้กระทั่งเอดส์ ในสหราชอาณาจักร คนไข้ร้อยละ 10 ทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ออกมาในทางที่ตรงกันข้าม ระหว่างรักษาพยาบาล ในแคนาดาและนิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย มีอยู่ประมาณร้อยละ 16.6 Sir Liam Donaldson กล่าวว่า....ในประเทศที่กำลังพัฒนา ไม่มีตัวเลขที่บ่งบอกชัดเจน หากแต่มีรายงาน WHO รายงานว่า เครื่องไม้เครื่องมือทางการแพทย์ ร้อยละ 50 ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 77 ของบันทึกรายงานการรักษาพยาบาลไม่เป็นความจริง (counterfiet) และใช้ยาที่มิได้มาตรฐาน ทำให้คนไข้ในประเทศกำลังพัฒนาเหล่านั้นเป็นล้านๆคนต้องตาย ต้องพิการ ด้วยการให้วัคซีน ให้เลือดที่ไม่ถูกต้อง ด้วยยาที่ไม่มีคุณภาพ ด้วยเวชภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย ด้วยการควบคุมการติดเชื้อ (infection) ทำได้ไม่เพียงพอ ประกอบกับระบบการรักษา กระบวนการรักษาที่ไม่ดีพอ เขายังกล่าวว่า แม้บุคลากรทางการแพทย์ระมัดระวังแล้วก็ตาม แต่ก็ป้องกันได้ในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาเรื้อรังนี้ก็มาจากระบบและขั้นตอนการรักษา ตัวอย่างเช่น คนไข้ตายเพราะให้ยาผิด ที่ผิดเพราะอ่านใบสั่งยาของหมอที่เขียน อ่านยาก หรือการรายงานผลด้วยเครื่องอีเล็กโทรนิคส์ แต่เครื่องอีเล็กโทรนิคส์ไม่มีมาตรฐาน เป็นต้น ความห่วงใยนี้ ทำให้ PANO WHO ทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานที่เรียกว่า World Affairs for Patient Safety โดยความร่วมมือของรัฐมนตรีสาธารณสุขประเทศต่างๆ ร่วมกันคิดหาทางให้ความปลอดภัยแก่คนไข้ เริ่มจากการประชุมระดมความคิด วิจัย หาหนทางร่วมกันเพื่อสร้าง แนวทางแก้ไข ป้องกัน มิได้เน้นที่การลงโทษผู้ใด (Sir Liam Donaldson Patient Safety : Do No Harm, Prospectives in Health,The Magazine of Pan American Health Organization, Volume 10 Number 12005) WWW.paho.org/English/D/PIN/Number 21_last.htm 25/4/2550

ในปี ค.ศ. 1999 Institute of Medicine ของสหรัฐอเมริกาได้เผยแพร่งานฉบับสำคัญเรื่อง To Err is Human (ความผิดพลาดของมนุษย์เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้) สรุปว่า แต่ละปีมีคนอเมริกันต้องเสียชีวิตเนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์ 44,000-98,000 คน มากกว่าการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะ ทำให้รัฐบาลต้องใช้จ่ายไปกับผลอันไม่พึงประสงค์ปีละ 17-29 ล้านเหรียญฯ อีกทั้งยังส่อเค้าจะเป็นปัญหาใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ (กระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย – สหภาพยุโรป) Health Care Reform Project, 2550 Institute of Safe Medication Practice ISMP ที่เป็นองค์กรอิสระไม่หวังผล

กำไรได้รวบรวมสาเหตุของความผิดพลาดการรักษาที่มาจากการใช้ยาผิดเป็นส่วนใหญ่ได้มีการวิเคราะห์สาเหตุ และดำเนินการต่างๆ ดังนี้

- ปี ค.ศ. 1992 ออกรายการโทรทัศน์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดในการให้ยาซึ่งทำให้เกิดการตาย ทำให้ประชาชนตื่นตัวเกี่ยวกับประเด็นนี้และพยายามป้องกันปัญหามากขึ้น
- ปี ค.ศ. 1994 จัดการประชุมระดับโลกในเรื่องความผิดพลาดในการให้ยา โดยมีผู้เชี่ยวชาญและเภสัชกรจากนานาชาติประมาณ 100 คนเข้าร่วม
- ปี ค.ศ. 1999 ร่วมมือกับสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาในโครงการระดับชาติ ในการช่วยเหลือให้โรงพยาบาลต่างๆ ตรวจสอบและปรับปรุงความปลอดภัยในการให้ยา โดยแถลงข่าวร่วมกับประธานาธิบดีเกี่ยวกับโครงการดังกล่าว
- ปี ค.ศ. 1999 เข้าร่วมการเสวนานโยบายระดับชาติเพื่อสรรหาวิธีการรายงานความผิดพลาดต่างๆ พบกับสมาชิกรัฐสภาเพื่อให้การเกี่ยวกับความผิดพลาดในการให้ยาทำให้ผ่านกฎหมายในการป้องกันข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยและความผิดพลาดในปี ค.ศ. 2005
- ปี ค.ศ. 2000 ตีพิมพ์รายงานความผิดพลาดในวงการบริการสุขภาพ ถือว่าเป็นตัวอย่าง ในการรายงานสำหรับองค์การบริการสุขภาพ
- ปี ค.ศ. 2002 ให้การต่อองค์การอาหารและยาเรื่องการปิดฉลากยาโดยใช้บาร์โค้ด และยังเสนอรายงานเกี่ยวกับการใช้บาร์โค้ดในฉลากยาอีกด้วย http://www.ismp.org/about/ merpimpact.asp 19/4/2550

- **การป้องกัน/การลดความผิดพลาดทางการรักษาทำได้อย่างไร**

คนส่วนใหญ่เชื่อว่าความผิดพลาดทางการรักษามาจากยา เช่น ให้ยาผิดขนาดหรือประเภท จากการผ่าตัด เช่น ตัดขาผิดข้าง แต่ในความจริงประเภทของความผิดพลาดมีหลายอย่าง ซึ่งรวมถึงการวินิจฉัยโรคที่ผิด เช่น การใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่ผิด การแปลผลการทดลองผิด เครื่องมือบกพร่อง เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจแบตเตอร์รี่หมด การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อจากอากาศหลังการผ่าตัด ความผิดพลาดจากการให้เลือด เช่น ให้เลือดผิดกลุ่มการเข้าใจคำสั่งผิด เช่น การให้อาหารที่มีเกลือผสมทั้งที่หมอสั่งห้าม

มีการวิจัยพบว่าความผิดพลาดทางการรักษาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ จากการวิจัยหนึ่งด้านนี้พบว่า 70 เปอร์เซ็นต์ สามารถป้องกันได้ 6 เปอร์เซ็นต์ อาจป้องกันได้ และ 24 เปอร์เซ็นต์ ป้องกันไม่ได้ อีกงานวิจัยหนึ่งในรัฐโคโลราโดและยูท่า พบว่าร้อยละ 54 ของความผิดพลาดจากการผ่าตัดสามารถป้องกันได้ การป้องกันในระบบอาจมีหลายวิธี เช่น การใช้เทคโนโลยี เช่นคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันความสับสนจากการอ่านลายมือผู้ให้บริการสุขภาพ

การไม่ใช้ชื่อยาและกล่องยาที่คล้ายกัน และการจัดให้มีการรักษาที่เป็นมาตรฐานโดยหลีกเลี่ยงการใช้ความจำเป็นหลัก เป็นต้น http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm

Michelle Meadows ได้กล่าวไว้ในบทความเรื่อง How the FDA is working to improve medication safety and what you can do to help? เขาบอกว่า การลดอัตราการผิดพลาดในส่วนที่เกี่ยวกับยา FDA ของสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้คนไข้และญาติ

- ต้องรู้จักประเภทของความผิดพลาด จากรายงานด้านความผิดพลาดด้านยาจากปี 1993 ถึง 1998 พบว่าสาเหตุของความผิดพลาดที่ทำให้เกิดการตายมีดังนี้ ให้ยาผิดขนาน 41 เปอร์เซ็นต์ ให้ยาผิดประเภท 16 เปอร์เซ็นต์ บริโภคยาผิดทาง 16 เปอร์เซ็นต์ ส่วนสาเหตุความผิดพลาดด้านยาทั่วไปที่สำคัญคือ การขาดความรู้ 44 เปอร์เซ็นต์ และการสื่อสารผิดๆ 16 เปอร์เซ็นต์ ความผิดพลาดเกินกว่าครึ่งเกิดกับผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี คนชรามีความเสี่ยงมากเพราะส่วนใหญ่บริโภคยาหลายประเภทพร้อมกัน เด็กก็มีความเสี่ยงสูงเพราะขนานยาส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับน้ำหนักของเด็ก ทำให้ต้องระมัดระวังในการคำนวณน้ำหนัก
- สอบถามว่ายาที่ได้รับนั้นคืออะไรและเพื่ออะไร อาจขอให้แพทย์เขียนจุดประสงค์ของยาไว้ที่ฉลากเพื่อไม่ให้สับสนชื่อยา
- สอบถามวิธีการใช้ยาและรายละเอียดต่างๆ ให้แน่ใจ เช่น กินก่อนหรือหลังอาหาร ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น อ่านฉลากยาก่อนใช้ทุกครั้งเพราะอาจสับสนได้ อาจให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเตือนความจำในการบริโภคยา
- เก็บชื่อของยาที่บริโภคทุกประเภทไว้ในที่เดียวกัน และบอกแพทย์ให้ครบถ้วน ทั้งนี้ รวมถึงยาที่หาซื้อได้ทั่วไป ยาสมุนไพร ยาบำรุง วิตามิน ยาถ่าย ยานอนหลับ ยาคุมกำเนิด ยาเหล่านี้อาจมีผลกระทบกับยาที่แพทย์จะสั่งได้ ควรบอกแพทย์ให้รู้ว่าแพ้ยาอะไรบ้าง อีกด้วย
- ถ้ามีข้อสงสัยใดๆ ก็ควรถาม ไม่เก็บคำถามไว้ในใจ คอยระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ยาเปลี่ยนสี เป็นต้น (http://www.fda.gov/fdac/features/2003/303_meds.html)

การป้องกันความผิดพลาดทางการรักษาในทัศนะของซูซาน เซอริแดน รองประธานกลุ่มสร้างเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เน้นถึงความสำคัญของการรวมประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความผิดพลาดทางการรักษาในการสร้างเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเชื่อว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพควรตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเหล่านั้น และหาทางเพื่อให้ผู้ป่วยรายงานความผิดพลาดนั้น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด กลุ่มนี้มีโครงการปฏิบัติงานดังนี้

- รณรงค์ไปทั่วโลกในเรื่องการติดเชื้อในสถานพยาบาล
- จัดประเภทของความปลอดภัยของผู้ป่วยและรายงานความผิดพลาด

- สนับสนุนวิจัยด้านนี้ โดยเฉพาะการวิจัยหาข้อมูลในประเทศกำลังพัฒนาเพื่อเปรียบเทียบ
- เสาะหาและกระจายข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการที่เป็นตัวอย่างที่ดีด้านการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย
- สร้างระบบการรายงานและการเรียนรู้จากความผิดพลาดทางการรักษาและบทเรียนที่เกือบผิดพลาด เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของความผิดพลาดและสร้างบทเรียนในการป้องกัน
- หาทางให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกับกลุ่ม เพื่อที่สถานพยาบาลจะได้เรียนรู้จากพวกเขา (http://www.ops-oms.org/English/DD/PIN/ptoday03_nov04.htm)

มีการเก็บข้อมูลความผิดพลาดทางการรักษาในหน่วยพยาบาลปฐมภูมิในปี ค.ศ. 2001 จากหลายประเทศ ได้แก่ แคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา พบว่า แพทย์ในแต่ละประเทศมีอัตราความผิดพลาดที่เกิดจากระบบที่บกพร่อง จากความไม่รู้จากห้องทดลอง และจากยาพอๆ กัน อัตราการเจ็บป่วยที่เกิดจากความผิดพลาดของแพทย์ในแคนาดาเป็น 39.3 เปอร์เซ็นต์ ส่วนประเทศอื่นๆ มีแค่ 29.3 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ในแคนาดาคิดว่าความผิดพลาดที่รุนแรงคิดเป็น 5.8 เปอร์เซ็นต์ของความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แต่ในประเทศอื่นๆ แพทย์คิดว่าเป็น 7.1 เปอร์เซ็นต์ ผลที่เกิดจากความผิดพลาดของแพทย์ในประเทศอื่นๆ คือการเข้าโรงพยาบาลและการตาย แต่ผลลัพธ์เหล่านั้นไม่มีในรายงานจากแพทย์ในประเทศแคนาดา (http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1472958) เมื่อเกิดความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาลขึ้นมา ผู้ป่วยมักคิดว่าเป็นความผิดของแพทย์อย่างเดียวเท่านั้นหลายครั้ง ความผิดพลาดเกิดจากระบบที่ไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้ ความผิดพลาดดังกล่าวอาจแบ่งได้เป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

(1) **ความยากลำบากขั้นพื้นฐานในทางการแพทย์**

การให้การรักษาพยาบาลเป็นเรื่องยากลำบากอยู่แล้ว บางครั้งความผิดพลาดจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงมิได้ เนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความเป็นไปไม่ได้ที่จะให้การรักษาที่ถูกต้องทุกประการในเมื่อมีเวลากับคนไข้แค่น้อยนิด หรือความเป็นไปไม่ได้ที่แพทย์จะสามารถรับรู้ข่าวสารใหม่ๆ ทุกอย่างในวงการแพทย์

(2) **ปัญหาทั่วไปในระบบการแพทย์**

ปัญหาต่างๆ ในวงการแพทย์ก็มีอยู่มาก บางอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บางอย่างก็ป้องกันได้ ปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ ปัญหาการกระจายทรัพยากร สุขภาพทั้งบุคลการสาธารณสุขและสถานพยาบาล มีความไม่เหมาะสม ไม่เป็นธรรม ส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในแต่ละภูมิภาคยังมีความแตกต่าง (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย และจิตปราณี วาศวิท, 2547) นอกจากนี้ยังส่งผลให้แพทย์และพยาบาลทำงานหนักเกินความสามารถ การตามเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ไม่ทัน การไม่รายงานความผิดพลาดเพราะกลัวจะถูกฟ้อง การสั่งตรวจซ้ำแล้วซ้ำเล่าเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกฟ้อง ซึ่งอาจจะสร้างปัญหาขึ้นมาใหม่

(3) **ความผิดพลาดของแพทย์** แพทย์ก็เป็นมนุษย์ซึ่งสามารถทำผิดพลาดได้เหมือนผู้อื่น ถึงแม้แพทย์มือดีที่สุดก็ยังทำผิดพลาดได้ บางคนมีลายมือที่อ่านยากมาก ทำให้ผู้อื่นอ่านคำสั่งแพทย์ผิด บางคนก็ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(4) **ความผิดของผู้ป่วย** ผู้ป่วยก็มีส่วนในการทำให้เกิดความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาลได้ ผู้ป่วยควรรู้ว่าตนเองมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่น คนไข้บอกอาการหรือให้ข้อมูลไม่หมดเพราะอายหรือคิดว่าไม่สำคัญ มาหาหมอสายเกินไปเพราะไม่อยากเสียค่ารักษา ไม่บอกว่าใช้ยาอย่างอื่นอยู่ก่อนหน้า ไม่บอกว่าใช้ยานอกระบบหรือยาเสพติด อ่านฉลากยาผิด ไม่บอกความผิดพลาดของตนเช่นลืมกินยา หลอกลวงแพทย์เพื่อผลประโยชน์ของตน เช่น ต้องการได้ยานอนหลับ หรือต้องการหนีงาน

(5) **ความผิดของเภสัชกร** เภสัชกรก็อาจทำผิดพลาดได้โดยให้ตัวยาผิด ให้ยาผิดขนาด หรืออธิบายการใช้ยาผิดๆ

(6) **ความผิดที่เกิดขึ้นในห้องทดลอง** ความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นจากห้องทดลองได้ เช่น สลับตัวอย่างเลือดกับผู้ป่วยคนอื่น การรั่วไหลของสารแปลกปลอมในห้องทดลอง โอกาสผิดพลาดที่มีอยู่ในการทดลองแต่ละชนิดซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ การอ่านผลการทดลองผิด

(7) **ความผิดพลาดจากบริษัทยา** บริษัทยาก็อาจมีส่วนในความผิดพลาดทางการแพทย์ เช่น การตั้งชื่อยาที่ใกล้เคียงกันทำให้สับสน การทดสอบผลข้างเคียงของยาอย่างไม่รอบคอบ

(8) **ความผิดพลาดของโรงพยาบาล** โรงพยาบาลก็มีความผิดพลาดที่สามารถเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น การติดเชื้อของผู้ป่วยที่มาอยู่รวมในที่เดียวกัน การให้ยาผิดประเภทหรือขนาดความผิดพลาดระหว่างการผ่าตัด เช่นผ่าตัดผิดคนหรือผิดที่ (http://www.wrongdiagnosis.com/mistakes/causes.htm)

**นายแพทย์ลูเซียน ลีพี** อาจารย์คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยฮาวาร์ด ในฐานะตัวแทนของคณะกรรมการคุณภาพการรักษาพยาบาล สถาบันการแพทย์สหรัฐอเมริกา ได้ให้การต่อหน้าวุฒิสภาสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 2000 โดยกล่าวว่า ..ความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาลเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการตาย คิดเป็นอัตราการตายหนึ่งแสนคน จากผู้ป่วยหนึ่งล้านคน ซึ่งมากกว่าอุบัติเหตุ มะเร็งเต้านม หรือโรคเอดส์ ทำให้ต้องมีการปรับปรุงเรื่องนี้อย่างมาก ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลคนใดที่อยากจะทำร้ายผู้ป่วย บุคคลากรเหล่านี้พยายามอย่างมากในการรักษามาตรฐานในการให้บริการรักษาพยาบาลกับคนไข้ ความรับผิดชอบของแพทย์พยาบาลจึงเป็นที่เพ่งเล็ง แต่ในความเป็นจริงสาเหตุของความผิดพลาดทางการแพทย์ส่วนน้อยมากจากความเลินเล่อหรือการขาดความพยายาม แต่ส่วนใหญ่มาจากระบบที่บกพร่อง ทำให้เกิดกระบวนการและสภาวะที่ทำให้คนทำผิดพลาด การป้องกันความผิดพลาดทำได้โดยจัดระบบที่ทำให้เกิดความผิดพลาดได้ยากและทำสิ่งที่ถูกต้องได้ง่าย อุตสาหกรรมอื่นๆ ที่ต้องมีความปลอดภัยสูง เช่น การบิน โรงงานสารเคมี

โรงงานนิวเคลียร์ ได้เรียนรู้เรื่องนี้มานานแล้ว นอกเหนือไปจากการอบรมด้านความปลอดภัย และการกำหนดมาตรฐานสูง อุตสาหกรรมเหล่านี้ยังเน้นปรับปรุงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบกับผลงาน เช่น ระยะเวลาทำงาน ปริมาณงาน สภาพที่ทำงาน ความสัมพันธ์ในทีมงาน และการวางระบบงานที่ทำให้การทำผิดพลาดยากขึ้น กล่าวคือ อุตสาหกรรมเหล่านี้สร้างความปลอดภัยโดยการออกแบบที่ดี การรักษาพยาบาลก็ควรทำอย่างเดียวกัน นอกจากนี้ ระบบที่ลงโทษบุคคลเมื่อทำผิดทำให้บุคคลากรรายงานความผิดพลาดก็ต่อเมื่อปิดบังไม่ได้เท่านั้น ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับระบบที่บกพร่องและไม่สามารถสร้างระบบที่ปลอดภัยมากขึ้น ทำให้ไม่มีใครเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

สถาบันการแพทย์เรียกร้องให้ผู้นำองค์การรวมตัวกันเพื่อลดความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาลโดยการให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเป็นอันดับหนึ่ง สร้างระบบที่ไม่ลงโทษบุคคลเพียงอย่างเดียว และยกเครื่องการออกแบบทุกระบบที่มีความรับผิดชอบในเรื่องนี้อย่างขนาน ใหญ่ ส่วนใหญ่ตกอยู่ที่สถาบันให้บริการรักษาพยาบาล แต่รัฐบาลก็มีส่วนสนับสนุนได้ สองทางที่ทำได้คือ 1) การสร้างศูนย์กลางความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 2) การจัดสร้างระบบรายงานความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล ศูนย์กลางความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องได้รับงบประมาณจากรัฐบาลในการนำร่องสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เป็นเรื่องสำคัญระดับชาติเพื่อเป็นตัวอย่างให้กับสถาบันบริการสุขภาพต่างๆ เป็นศูนย์รวมกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยองค์กรต่างๆ ออกแบบระบบเพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมหลักสี่กิจกรรมดังนี้

(1) **การตั้งเป้าหมาย** ในเมื่อประเทศไม่มีเป้าหมายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย องค์กรต่างๆ ก็ไม่สามารถรู้ได้ว่าควรจะส่งเสริมความปลอดภัยมากน้อยเพียงใด ดังนั้น เป้าหมายด้านความปลอดภัยควรถูกกำหนดเพื่อให้เป็นมาตรฐานระดับชาติ

(2) **การวิจัยและพัฒนา** ทฤษฎีด้านความปลอดภัยที่มีอยู่ยังขาดการวิจัยในด้านการนำไปใช้ภาคสนาม รัฐบาลควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อค้นหาการนำทฤษฎีไปปฏิบัติในหน่วยต่างๆ เช่น ห้องผ่าตัด ห้องจ่ายยา ห้องฉุกเฉิน หน่วยเก็บข้อมูลผู้ป่วย เป็นต้น การพัฒนากระบวนการและวิธีปฏิบัติที่ได้ประสิทธิภาพควรถูกเผยแพร่ให้องค์กรต่างๆ ได้นำไปใช้ งบประมาณด้านวิจัยและพัฒนาควรจัดสรรในปริมาณมากเพราะความต้องการด้านนี้ยังมีอยู่มาก ที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ ถือว่าเป็นกลไกหนึ่งที่มุ่งหวังจะแก้ปัญหาระบบสุขภาพ คือ ความไม่เท่าเทียม (in-equity) การขาดประสิทธิภาพ (inefficiency) ในด้านการจัดสรรทรัพยากรและปัญหาคุณภาพในการให้บริการ (lack of quality in services) (วิทยากุลสมบูรณ์, อุษาวดี มาลีวงศ์, 2548)

(3) **การศึกษาและการให้ข้อมูล** อุปสรรคสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยหนึ่งคือการไม่ใช้ความรู้ในการป้องกันความผิดพลาดที่มีอยู่แล้วให้เป็นประโยชน์อย่างสูงสุด ดังนั้น การให้การศึกษากับแพทย์ พยาบาล ผู้จัดการโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญ ศูนย์กลางความปลอดภัยของผู้ป่วยควรจัดให้มีการอบรมเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากรของสถานบริการ

สุขภาพ เกี่ยวกับการบริการและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพรวมไปถึงความคาดหวังที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ (วศิน ฑีฆาวาณิช และคณะ, 2546) นอกจากนั้น การให้ข้อมูลในการป้องกันความผิดพลาดแก่ผู้ป่วยก็สำคัญเช่นเดียวกันอีกด้วย

(4) **การประเมินผล** ศูนย์กลางความปลอดภัยของผู้ป่วยควรจัดสรรการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลด้านความปลอดภัยจากหน่วยงานต่างๆในประเทศ เพื่อดูแลความก้าวหน้าในด้านนี้ในระดับชาติ ศูนย์กลางจะเสนอรายงานประจำปีต่อรัฐบาล ซึ่งรวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

การสร้างระบบรายงานความผิดพลาดทางการรักษาควรมีสองระบบ คือ ระบบบังคับและระบบอาสาสมัคร ระบบบังคับจะรวบรวมข้อมูลภาพรวมโดยรัฐและองค์กรจัดมาตรฐานการบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้องค์การบริการสุขภาพรับผิดชอบต่อความปลอดภัย เพื่อเรียนรู้จากความผิดพลาด และเพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลที่แท้จริง ประเภทของข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานจะถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐานระดับชาติ ทั้งนี้การรายงานอย่างเดียวก็ไม่เพียงพอ จะต้องมีการติดตามเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและลงมือแก้ไขระบบที่บกพร่องด้วย ส่วนระบบอาสาสมัครจะเก็บข้อมูลย่อยในระดับองค์กรซึ่งเหมาะกับองค์กรแต่ละประเภท เพื่อให้องค์กรต่างๆ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลในการเพิ่มความปลอดภัย (http://www.apa.org/ppo/issues/sleape.html)

- **สาเหตุของความผิดพลาดทางการรักษา -เกิดแล้ว จะผ่านเลยไปหรือ ?**

ผู้บริโภคทุกคนมีสิทธิได้รับกระบวนการที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ และสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ ซึ่งรวมถึง ระบบการตรวจสอบภายในที่รอบคอบและระบบตรวจสอบภายนอกที่เป็นอิสระ ระบบร้องเรียนภายในควรรวมถึง การได้รับแจ้งอย่างทันท่วงทีเมื่อมีการตัดสินใจปฏิเสธ ลด หรือเลิกบริการหรือการจ่ายค่าบริการ รวมทั้งยังต้องมีคำอธิบายต่อการตัดสินใจนั้นๆ และกระบวนการในการยื่นอุทธรณ์ด้วย

- การตอบรับต่อคำร้องเรียนที่ทันท่วงที รวมถึงคำร้องเรียนเร่งด่วนที่เกี่ยวกับกรณีฉุกเฉิน ซึ่งให้ตรงกับมาตรฐานของเมดิแคร์ของสหรัฐอเมริกากำหนด ภายใน 72 ชั่วโมง
- การตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญที่รู้เรื่องเกี่ยวกับการรักษา แต่มิใช่ผู้ที่สั่งการรักษา
- การแจ้งการตัดสินคำอุทธรณ์ต้องเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งรวมถึงคำอธิบายเหตุผลและวิธีที่ผู้บริโภคจะสามารถอุทธรณ์ต่อองค์กรภายนอก
- กระบวนการที่สมเหตุสมผลในการแก้ไขคำร้องเรียน เช่น ระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการ เวลาเปิดทำการ มารยาทของผู้รับร้องเรียน และสถานที่ที่มีเพียงพอ

ระบบการร้องเรียน/อุทธรณ์ภายนอกควรจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ให้ผู้บริโภคใช้ต่อเมื่อผ่านกระบวนการร้องเรียนภายในแล้ว ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน

- รับเรื่องที่ผู้บริโภคถูกปฏิเสธ ลด หรือเลิกให้การรักษาหรือจ่ายค่ารักษา ซึ่งรวมถึงการรักษาที่อยู่ในขั้นการวิจัยหรือทดลอง ถูกตัดสินว่าการรักษาไม่จำเป็นและแพงเกินไป หรือเมื่อสุขภาพหรือชีวิตของผู้บริโภคถูกคุกคาม

- ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญที่รู้เรื่องการรักษาดีและไม่มีผลประโยชน์ขัดแย้ง ไม่ควรเป็นผู้ที่สั่งการรักษานั้นๆ

- มีมาตรฐานที่ตัดสินจากหลักฐานและเป็นกลาง

- การตอบรับต่อคำร้องเรียนที่ทันท่วงที รวมถึงคำร้องเรียนเร่งด่วนที่เกี่ยวกับกรณีฉุกเฉิน ซึ่งให้ตรงกับมาตรฐาน เช่น ภายใน 72 ชั่วโมง

ผู้บริโภคบริการสุขภาพก็เหมือนกับผู้บริโภคบริการอื่น กล่าวคือ มีความกังวลเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ แต่ที่ไม่เหมือนกับผู้บริโภคประเภทอื่นก็คือ ผู้บริโภคบริการทางสุขภาพมีความเป็นความตายและคุณภาพชีวิตของตนมาเกี่ยวข้อง ฉะนั้น การจัดการกับคำร้องเรียนจากผู้บริโภคประเภทนี้มีผลกระทบที่สำคัญต่อคุณภาพของบริการและต่อความพอใจของผู้บริโภคและสถาบันให้บริการนั้นๆ กระบวนการแก้ไขคำร้องเรียนด้านบริการสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพมีจุดมุ่งหมายหลายอย่าง (1) กระบวนการตรวจสอบภายในและภายนอกที่ดีจะทำให้ผู้บริโภคได้รับบริการที่ทันเวลาซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่ดีอย่างมากที่สุด (2) กระบวนการเหล่านี้สามารถเชื่อมโยงการสื่อสารระหว่างผู้บริโภค ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องได้ และยังให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาที่มีประสิทธิผลและความต้องการของผู้บริโภคต่อทุกฝ่าย (3) เป็นโอกาสที่ผู้บริโภคได้มาบอกเล่าเรื่องราวของตนต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจในเรื่องที่มีผลกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของสถาบันที่ให้บริการได้

- **กระบวนการปรับปรุงการร้องเรียน** ที่ดีสนับสนุนการแก้ปัญหาของผู้บริโภคและสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล กระบวนการเหล่านี้ควรเป็นกระบวนการที่ทันเวลา เป็นธรรมต่อทุกฝ่าย บริหารได้ง่าย เป็นกลาง น่าเชื่อถือ เข้าหาได้ง่าย เข้าใจได้ง่าย ประหยัด ใช้ทรัพยากรน้อย และได้รับการตรวจสอบคุณภาพกระบวนการร้องเรียนและอุทธรณ์ ไม่ควรก้าวก่ายการสื่อสารระหว่างผู้บริโภคและผู้ให้บริการสุขภาพ หากทั้งสองฝ่ายตกลงลดหรือเลิกการบริการ กระบวนการต่างๆ ก็ไม่ควรทำต่อไป นอกจากนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพที่ช่วยเหลือผู้บริโภคในการร้องเรียนหรืออุทธรณ์ไม่ควรถูกกีดกันหรือ แก้แค้น เช่นเดียวกับผู้บริโภคที่ร้องเรียนหรืออุทธรณ์

- **ความรับผิดชอบของผู้บริโภค-ทุนที่สำคัญสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในระบบคุ้มครองผู้บริโภค**

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบรักษาพยาบาลที่ปกป้องสิทธิของผู้บริโภค ผู้บริโภคต้องมีความรับผิดชอบด้วย การให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลของตนทำให้ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางการรักษาจะทำให้ปรับปรุงคุณภาพและประหยัดทรัพยากร

ความรับผิดชอบของผู้บริโภคดังกล่าวนั้นคือ รับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง เช่น ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เข้าร่วมตัดสินใจในแผนการการรักษาตนกับแพทย์ ทำตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและแจ้งความต้องการของตนให้แพทย์ทราบ ใช้ระบบร้องเรียนและอุทธรณ์เมื่อมีปัญหา ไม่จงใจแพร่กระจายเชื้อโรค เข้าใจความเสี่ยงและข้อจำกัดของการรักษาพยาบาล รวมทั้งข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เข้าใจว่าผู้ให้บริการจำเป็นต้องให้การรักษาที่มีคุณภาพและเท่าเทียมกันกับผู้อื่น เรียนรู้รายละเอียดเกี่ยวกับประกันสุขภาพของตนและใช้ให้เป็น เคารพผู้ป่วยอื่นและเจ้าหน้าที่ พยายามจ่ายค่ารักษาเท่าที่ทำได้ ปฏิบัติตามกฎของประกันสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ และรัฐบาลแจ้งให้ผู้มีอำนาจทราบเกี่ยวกับการทำผิดหรือคดโกง(http://www.hcqualitycommission.gov/final/append_a.html#chpt7)

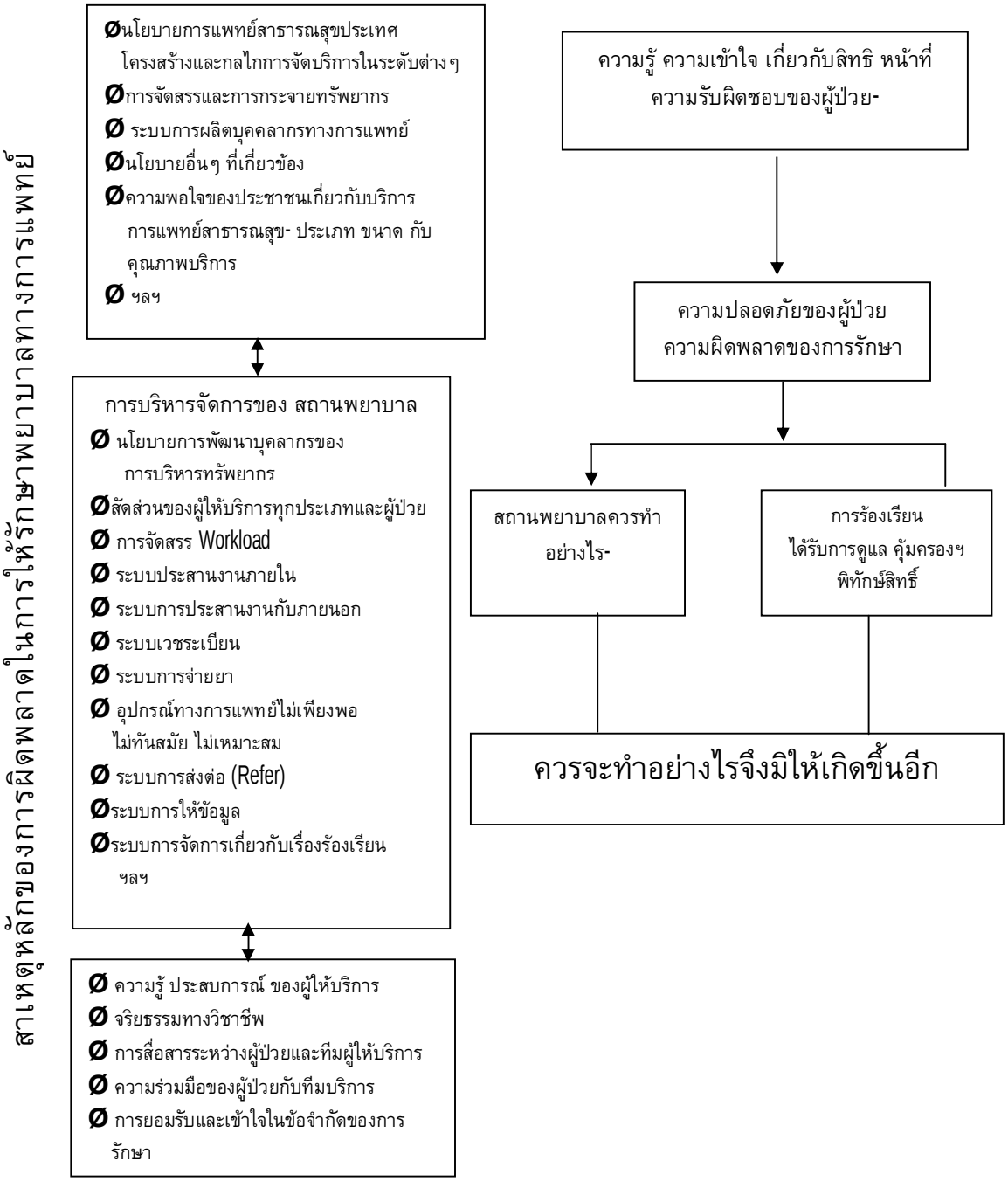
คำถามต่อไปคือ **ความผิดพลาดทางการรักษาป้องกันและแก้ไขได้หรือไม่** มีการยอมรับกันว่าบางอย่างแก้ไขได้ บางอย่างแก้ไขได้ง่าย บางอย่างก็แก้ไขไม่ได้เลย เพราะการมองสาเหตุของการผิดพลาดนั้น หากวิเคราะห์กันอย่างเป็นองค์รวมก็เป็นดังที่กล่าวมาแล้ว จะพบว่า สาเหตุที่สำคัญและแก้ไขยากคือสาเหตุที่เป็นเรื่องสุดวิสัยของแพทย์พยาบาล

"การปรับปรุงนโยบายการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ให้เหมาะสม มิให้แพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขไม่ต้องใช้เวลาตรวจคนไข้อย่างเร่งรีบ ขณะนี้แพทย์ 1 คน เฉลี่ยดูแลผู้ป่วยถึง 100 คนต่อวัน มีเวลาตรวจผู้ป่วยคนละไม่ถึง 4 นาที ไม่มีเวลาอธิบาย หรือแนะนำการรักษา เมื่อเกิดปัญหาจึงมีการร้องเรียน และฟ้องเรียกค่าเสียหาย" (นพ.วัลลภ ไทยเหนือ, 2550) ดังนั้นการบริหารจัดการสถานพยาบาลทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจำแนกบุคลากร ทำงานให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของภาวะผู้ป่วย งานบางเรื่องจะพัฒนาผู้ช่วยแพทย์มาทำแทนโดยการควบคุมกำกับของแพทย์ระดับอาวุโสขึ้นไป การบริหารทรัพยากรในหน่วยบริการอย่างคุ้มค่า คุ้มทุน การปรับปรุงหลักสูตรการผลิตแพทย์ให้มีแพทย์ที่มีคุณธรรม ให้ประกอบอาชีพด้วยความระมัดระวัง เป็นประเด็นที่ต้องคิดกันอย่างจริงจัง และการตรวจตราคุณภาพเป็นวิธีการหนึ่ง แต่ในทัศนะของนักวิจัยมองเห็นว่า ไม่ว่าการผิดพลาดจะเกิดขึ้นเมื่อไรจะต้องมีธงกำหนดไว้ชัดเจนว่าจะไม่เกิดขึ้น

**การร้องเรียน** เป็นกลไกสำคัญหนึ่งของระบบคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ระบบสมบูรณ์ดังที่กล่าวมาแล้ว การร้องเรียนจะมีเมื่อมีความผิดพลาดในการรักษา ในรายละเอียดเรื่องการร้องเรียน จะอยู่ในโครงการย่อยที่เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม จากการทบทวนเอกสาร และสังเกตความเป็นมา คณะผู้วิจัยมองว่า การมองปัญหาความผิดพลาดทางการรักษามองสาเหตุหลักเพียงอย่างเดียวคือที่ผู้ให้บริการ และการป้องกันแก้ไขก็เน้นไปที่จุดนั้นเท่านั้น เป็นการมองปัญหาไม่รอบด้าน ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจว่าความผิดพลาดนั้น เป็นเหตุสุดวิสัย เพราะไม่มีความรู้ความเข้าใจว่าสาเหตุมาจากอะไร สมควรร้องเรียนหรือไม่ ดังที่มีคำกล่าวว่า.... "ประชาชนยังไม่มีแนวคิดตรวจสอบบริการเพื่อการร้องเรียน ยังไม่มีการรวมตัวเพื่อการพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค" (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลาภยิ่ง, 2546)

**คณะผู้วิจัยเชื่อว่า หากวิเคราะห์ปัญหาความผิดพลาดทางการรักษาได้ทุกแง่ทุกมุม แบบองค์รวม ที่มองทั้งระบบสาธารณสุขของประเทศ ที่มีอิทธิพลมาจากฐานะเศรษฐกิจการคลัง การกระจายทรัพยากร มองไปที่การบริหารจัดการของสถานพยาบาลที่ได้รับผลตามไปด้วย ประกอบกับความไม่ร่วมมือในการรักษาของคนไข้ ความผิดพลาดทางการรักษาก็ต้องเกิดขึ้น ในขณะเดียวกัน ความผิดพลาดทางการรักษาต้องได้รับการเยียวยา และมีการเฝ้าระวังป้องกันมิให้เกิดขึ้น ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างไรเสีย การร้องเรียนเพื่อชดใช้ค่าเสียหาย เป็นสิทธิของผู้ป่วยและหรือญาติที่มีสิทธิตามหลักการคุ้มครองผู้บริโภค**

**แผนภูมิที่ 2.3 ความผิดพลาดทางการรักษา-สาเหตุ ปัญหา และแนวทางป้องกัน**



## 2.10 สถานการณ์การคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น "สิทธิผู้บริโภค" เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดำเนินงาน

จากการทบทวน กลไกด้านกฎหมายและองค์กรบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กล่าวได้ว่าประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดถึงสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพไว้หลายประการ ได้แก่

1. สิทธิการเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ
2. สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐานและสะดวกในการเข้ารับบริการ
3. สิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินที่สถานบริการอื่นๆ ได้นอกเหนือจากหน่วยบริการที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว
4. สิทธิในการร้องเรียนเมื่อไม่ได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน หรือเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข
5. สิทธิได้รับการช่วยเหลือเยียวยาเมื่อมีความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข
6. สิทธิได้รับทราบข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพ
   - สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ
   - ขั้นตอนการรักษาพยาบาล
   - ช่องทางการร้องเรียน
   - ขั้นตอนการพิจารณา
   - ผลการพิจารณา
7. สิทธิในการมีส่วนร่วมบริหารจัดการและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

จากการทบทวนกฎหมาย ผลงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่กล่าวข้างต้น พบว่าสถานการณ์การคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ ตามประเด็นต่างๆ ข้างต้นมีดังนี้

### Ÿ สิทธิการเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลักอยู่ 3 ระบบหลัก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ระบบประกันสังคม (SSS) และระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ (CSMBS) ระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบอยู่ในการกำกับดูแลของหน่วยงานของรัฐคนละหน่วยงาน ได้รับงบประมาณเฉลี่ยต่อหัวไม่เท่ากัน สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพต่างกันในบางประการ ดังตารางที่ 2.1

**ตารางที่ 2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศและสิทธิประโยชน์ที่สำคัญ**

| *ระบบหลักประกันสุขภาพ* | *หน่วยงานผู้รับผิดชอบ* | *งบประมาณเฉลี่ยต่อหัวในปี 2551* | *สิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพที่สำคัญ* |
|---|---|---|---|
| ***หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*** *(30 บาทรักษาทุกโรค)* | *สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* | *2,100 บาท* | *เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ มีสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค* |
| ***ประกันสังคม*** | *สำนักงานประกันสังคม* | *2,198.65 บาท* | *เป็นสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน) คุ้มครองกรณีเจ็บป่วยที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการทำงาน ไม่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค* |
| ***สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ*** | *กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง* | *6,000 บาท* | *เน้นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลทั้งในกรณีเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจสุขภาพบางกรณี* |

***ที่มา : ข้อมูลในปีงบประมาณ 2550 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม,กรมบัญชีกลาง.***

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นระบบใหญ่ที่สุด ที่ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนกว่า 48 ล้านคน โดยความมุ่งหมายของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้แสดงเจตจำนงและเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนคนไทย ว่าเป็นไปเพื่อให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานได้อย่างเป็นธรรม ภายใต้ระบบที่มีประสิทธิภาพและได้รับความคุ้มครองตามสมควร (เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ : นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง, 2549)

งบประมาณที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณแผ่นดินที่ได้รับจัดสรรจากรัฐสภา อย่างไรก็ตามจากการทบทวนผลงานวิชาการและงานวิจัยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่าวงเงินที่ได้รับจัดสรรยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นมาโดยตลอด ยังไม่สามารถหาแนวทางการจัดสรรงบประมาณไปสู่หน่วยงานและหน่วยบริการต่างๆ ได้อย่างลงตัว และต้องมีการจัดตั้งกองทุนสำรอง (Contingency fund หรือที่มักเรียกกันว่า “เงิน CF”) ติดต่อกันมาหลายปีเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง (เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549 นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง)

หน่วยบริการในระบบ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาล ได้รับเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ใช้บริการเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close-ended payment) เช่น การเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าแก่หน่วยบริการเป็นรายหัว (Capitation payment) หรือการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เรียกกันสั้นๆ ว่า DRG โดยจำกัดงบประมาณรวมไว้ในแต่ละช่วงเวลา (Global budget) วิธีการจ่ายเหล่านี้จะมีประโยชน์ที่ช่วยการควบคุมค่าใช้จ่ายในภาพรวม ซึ่งในทางทฤษฎีจะช่วยกระตุ้นให้หน่วยบริการปรับปรุงการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและบริหารจัดการ แต่ก็ทำให้หน่วยบริการต้องเป็นผู้รับภาระความเสี่ยงหากเกิดการขาดทุนจากการให้บริการแก่ประชาชนเกือบทั้งหมด หากผู้ป่วยมากและต้องใช้ค่ารักษาพยาบาลมากกว่าที่หน่วยงานที่รับผิดชอบประเมินไว้ล่วงหน้า (เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง, 2549)

การให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งเน้นและพัฒนาการให้บริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิ (Primary care) เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ และสร้างเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นไปสู่หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ประชาชนผู้มีสิทธิต้องลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เรียกกันอย่างย่อๆ ว่า พีซียู (PCU) และโดยหลักการประชาชนจะไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อน ซึ่งมุ่งหวังให้เกิดการบริการแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ซึ่งหน่วยบริการและโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ

สำหรับระบบประกันสังคมเป็นระบบที่ดูแลลูกจ้างภาคเอกชน ซึ่งนายจ้างและลูกจ้างต้องมาลงทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม พร้อมทั้งจ่ายเงินสมทบให้กับกองทุน โดยมีรัฐบาลจ่ายเงินสมทบร่วมด้วยในสัดส่วนที่ตกลงกันไว้ ผู้ประกันตนจะสามารถเลือกลงทะเบียนและไปใช้บริการกับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักและเครือข่ายบริการที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคมไว้ โดยโรงพยาบาลคู่สัญญาจะได้รับเงินเหมาจ่ายล่วงหน้าเป็นรายหัวต่อคนต่อปีในการดูแลผู้ป่วย ที่ผ่านมาถ้ามีโรงพยาบาลเอกชนเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาในพื้นที่ผู้ประกันตนมักนิยมไปลงทะเบียนกับโรงพยาบาลเอกชนด้วยความเชื่อว่า บริการดีกว่าโรงพยาบาลของรัฐ วิธีการเหมาจ่ายรายหัวทำให้เกิดความเสี่ยงด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอีกหลายชิ้น พบว่าผู้ประกันตนมีความเห็นว่าได้รับการปฏิบัติไม่ทัดเทียมกับผู้ป่วยประเภทอื่น และมีปัญหาคุณภาพยา (อัญชนา ณ ระนอง และคณะ, น. 69, 2545) และกรณีของการไม่ให้การรักษา หรือผลักดันผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ไปสู่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระบบประกันสังคม (เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ : นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง, 2549)

แม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบการแพทย์ และมีการขยายบริการสุขภาพ การตรวจรักษาทางการแพทย์อย่างกว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการเร่งรัดพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานของโรงพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานอย่างครบถ้วน (Hospital Accreditation-HA) จำนวน 134 แห่ง ในปี 2548 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.58 จากปี 2547 แต่การรับบริการทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องสร้างความทุกข์

ยากแก่ประชาชนผู้บริโภค สถานพยาบาลภาครัฐเป็นบริการที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่ใช้บริการ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีราคาแพง คงมีผู้บริโภคส่วนหนึ่งเท่านั้นที่เข้าถึงบริการ การมีผู้ใช้บริการมากขึ้นจากการให้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติยิ่งทำให้คุณภาพบริการด้อยลง การสำรวจความเห็นต่อบริการที่ได้รับจากนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค) ปัญหาสำคัญที่สุดคือ ความรู้สึกไม่เท่าเทียมกัน ระหว่างผู้ใช้บัตรทองกับผู้ไม่ใช้บัตรทอง รองลงมาคือ คุณภาพยา รวมทั้งการปรับปรุงเรื่องการรอคอยนาน และคุณภาพการรักษา (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554)

ความรู้สึกไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ใช้บัตรทองกับผู้ไม่ใช้บัตรทองเกี่ยวกับคุณภาพการรักษาพยาบาล ได้มีผู้ศึกษาเรื่องนี้พบว่า สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากจุดอ่อนของระบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) กล่าวคือ การให้บริการนั้นขาดคุณภาพ เพราะเป็นการมุ่งแสวงหากำไรและปฏิเสธการให้บริการที่ควรจะให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ศึกษาวิเคราะห์ว่าเหตุการณ์ดังกล่าวไม่น่าจะเกิดขึ้นกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสถานบริการส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะในระดับอำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยจะไม่ค้ากำไร ตรงกันข้ามกับระบบประกันสังคม สถานบริการหรือสถานพยาบาลครึ่งหนึ่งเป็นภาคเอกชนอาจมีพฤติกรรมที่กล่าว (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร - ภูษิต ประกอบสาย, 2547)

สำหรับระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มีกลไกมากำหนด กำกับ ควบคุมมาตรฐานและคุณภาพของการให้บริการสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการ สะท้อนถึงความเป็นธรรม มีแต่กลไกตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินเท่านั้น อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลปฐมภูมิซึ่งส่วนใหญ่เป็นของรัฐ เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญต่อไป ในด้านคุณภาพบริการ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดร.ยุพดี ศิริสินสุข (2549) พบว่าประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการ และคุณภาพของยาค่อนข้างน้อย

ประเด็นของความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้วยหลักความพอประมาณ ตามหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียง ซึ่งเป็นเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) นั้นอาจมิได้หมายความว่า ทุกคนต้องได้ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยากได้จากระบบสุขภาพโดยเท่าเทียม หรือเท่ากัน ซึ่งอาจไม่ใช่ “พอประมาณ” และไม่สามารถเป็นไปได้ภายใต้ข้อจำกัดตามความเป็นจริงของระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่น่าจะหมายถึงการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำเป็นที่ได้มาตรฐาน ตามความจำเป็นทางสุขภาพ และข้อบ่งชี้ทางวิชาการ อีกทั้งสังคมมีการกระจายการรับภาระดังกล่าวไปสู่สมาชิกอย่างเป็นธรรม (เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ : นโยบายศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง, 2549)

กล่าวโดยสรุป การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สะท้อนถึงความเป็นธรรม และการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพของผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ยังมีความไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตปราณี วาศวิท และคณะ (2547)

ที่พบว่าประชาชนโดยรวมของทุกภาคร้อยละ 49 มีความเห็นว่า มาตรฐานการรักษาพยาบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่ได้มาตรฐานเดียวกันกับระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของคณะวิจัยเกี่ยวกับประเด็น คุณภาพการให้บริการ ในด้านคุณภาพยาไม่ดี อุปกรณ์ทางการรักษาไม่ได้มาตรฐาน เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น รถนอนไม่เพียงพอ ไม่มีความปลอดภัยในการใช้บริการ ประชาชนในฐานะผู้บริโภคเห็นด้วย

**Ÿ สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน**

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนผู้มีสิทธิต้องไปลงทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ ในขณะที่ระบบประกันสังคม ผู้ประกันตนสามารถลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมใดก็ได้ บางครั้งในพื้นที่หากมีโรงพยาบาลเอกชนเป็นคู่สัญญา ผู้ประกันตนมักจะเลือกสถานพยาบาลเอกชน ด้วยเชื่อมั่นว่าคุณภาพบริการดีกว่าสถานพยาบาลของรัฐ ดังที่กล่าวไว้ในตอนต้น สำหรับระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจมีความเป็นอิสระสูงในการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลใดก็ได้ ป่วยเท่าใดก็ได้ แต่สิทธิเลือกสถานพยาบาลเอกชนมีข้อจำกัด เฉพาะกรณีฉุกเฉิน โดยต้องมีคำรับรองของแพทย์ผู้รักษาของสถานพยาบาลเอกชนนั้นๆ ว่าจำเป็นต้องได้รับบริการเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 12 วัน ภายในวงเงิน 3,000 บาท นอกจากนี้ในปัจจุบัน มีการพัฒนาของระบบสวัสดิการแก่ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ผู้ที่จะใช้สิทธิระบบนี้ต้องลงทะเบียนเลือกสถานบริการที่เข้าร่วมโครงการนี้ก่อน (นธีรัตน์ ธรรมโรจน์, เอกสารโรเนียว, 29 มกราคม 2550)

**ตารางที่ 2.2 จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแยกประเภทสิทธิ ปีงบประมาณ 2549**

| *ประเภท* | *ปีงบประมาณ* | | |
|---|---|---|---|
| | *2548* | *2549* | *เพิ่ม (ลด) ร้อยละ* |
| *1. สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า* | *47,343.401* | *47,542,982* | *0.42* |
| *( สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)* | | | |
| *- แบบเสียค่าธรรมเนียม* | *22,668,654* | *22,573,799* | *0.42* |
| *- แบบไม่เสียค่าธรรมเนียม* | *24,674,747* | *24,969,183* | *1.19* |
| *2. สิทธิประกันสังคม* | *8,741,658* | *9,200,443* | *5.25* |
| *3. สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ* | *4,150,924* | *4,061,220* | *2.16* |
| *4. สิทธิข้าราชการการเมือง* | *571* | *0* | *-100* |
| *5. สิทธิทหารผ่านศึก* | *122,679* | *122,347* | *-0.27* |
| *6. สิทธิครูเอกชน* | *95,158* | *109,758* | *15.34* |

| *ประเภท* | *ปีงบประมาณ* | | |
|---|---|---|---|
| | *2548* | *2549* | *เพิ่ม (ลด) ร้อยละ* |
| *7. บุคคลรอพิสูจน์สถานะ* | *-* | *453,740* | *-* |
| *8. สิทธิว่าง* | *2,356,963* | *1,357,460* | *-42.41* |
| ***รวมประชากร*** | *62,811,354* | *62,394,210* | *-0.66* |
| *ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ* | | | |
| *คน (1+2+3+4+5+67)* | *60,454,391* | *61,036,750* | *0.96* |
| *ร้อยละ (10/9*100)* | *96.25* | *97.82* | *1.96* |

***ที่มา : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, รายงานประจำปี 2549***

**Ÿ สิทธิได้รับบริการสาธารณสุขกรณีฉุกเฉิน ณ สถานบริการอื่นได้นอกเหนือจากสถานบริการที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยประจำตัว**

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้ผู้บริโภคมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ กฎหมายกำหนดให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ ทั้งนี้กรณีมีเหตุสมควรต้องได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำก่อน

สำหรับกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องมีการแจ้งหน่วยบริการประจำทันทีภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อรับย้ายและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดหลัง 72 ชั่วโมงแรก

ระบบประกันสังคม กรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตราย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และมีความจำเป็นทำให้ไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดให้สำหรับผู้ประกันตนนั้น เมื่อผู้ประกันตนเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ตามความจำเป็นหากเข้าโรงพยาบาลของรัฐ กรณีเข้ารักษา ณ โรงพยาบาลเอกชน สามารถเบิกได้ตามอัตราที่กำหนด โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งและกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ประกันตนสามารถขอรับบริการทางการแพทย์คืนได้ทั้งประเภทผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประเภทละไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2541 ได้กำหนดสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาล จากสถานพยาบาลเอกชนเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติภัย หรือมีความจำเป็นรีบด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต และกำหนดให้บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หากประสบอุบัติเหตุ หรืออุบัติภัยในคราวเดียวกับผู้มีสิทธิซึ่งได้เสียชีวิตลง

ในปัจจุบันการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์และครื่องมือแพทย์ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย รวมทั้งขาดหน่วยงานรับผิดชอบประสานการปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินยังไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น

**Ÿ สิทธิในการร้องเรียนเมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข**

ประชาชนในฐานะผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ กฎหมายกำหนดให้มีสิทธิร้องเรียน หรือร้องทุกข์เมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขได้

สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายกำหนดช่องทาง และกลไกการร้องเรียนไว้ชัดเจนเมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข โดยกำหนดไว้ในมาตรา 59 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ให้ร้องเรียนต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหน่วยรับเรื่องโดยตรง คือ “สำนักบริการประชาชน” นอกจากช่องทางร้องเรียนที่กล่าวแล้ว ยังมีช่องทางการร้องเรียนอื่นๆ อีกได้แก่ แพทยสภา สถานบริการที่ผู้บริโภคไปรับบริการ สื่อมวลชน สายด่วนบัตรทอง

กลไกจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยหน่วยรับเรื่องร้องเรียน สำหรับในส่วนกลางคือสำนักบริการประชาชน ในต่างจังหวัดคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผลการดำเนินงานการคุ้มครองสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2548-2549 พบว่ามีเรื่องสอบถามข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 818,528 ราย ซึ่งลดลงจากปี 2548 คิดเป็นร้อยละ 4.36 รองลงมาเป็นเรื่องร้องทุกข์ จำนวน 15,294 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.81 เรื่องบริการ จำนวน 8,095 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.96 และเรื่องร้องเรียน จำนวน 2,945 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.35 ดังตารางที่ 2.3

**ตารางที่ 2.3 การให้บริการสอบถามข้อมูล รับเรื่องร้องเรียนเรื่องร้องทุกข์และเรื่องบริการ ปีงบประมาณ 2548-2549**

| *เรื่องสอบถามข้อมูล* | *ปีงบประมาณ 2548* | *ปีงบประมาณ 2549* | *เปรียบเทียบ 2548-2549 เพิ่ม (ลด)* |
|---|---|---|---|
| | *จำนวน (ร้อยละ)* | *จำนวน (ร้อยละ)* | *จำนวน (ร้อยละ)* |
| *1. เรื่องสอบถามข้อมูล* | *855,856 (95.61)* | *818,528 (81.69)* | *(4.36)* |
| *2. เรื่องร้องเรียน* | *1,864 (0.21)* | *2,945 (0.35)* | *57.99* |
| *3. เรื่องร้องทุกข์* | *24,726 (2.71)* | *15,294 (1.81)* | *(36.94)* |
| *4. เรื่องบริการ* | *13,166 (1.47)* | *8,095 (0.96)* | *(38.52)* |
| *รวม* | *895,152 (100.0)* | *844,862 (100.0)* | *(5.62)* |

***ที่มา : สำนักบริการประชาชน สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, รายงานประจำปี 2549***

**การไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่ได้กำหนดไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

ผลการดำเนินงานของสำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2548-2549 พบเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 2,945 เรื่อง โดยร้อยละ 39.02 เป็นปัญหาเกี่ยวกับการไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด เช่น ถูกปฏิเสธการใช้สิทธิ ปฏิเสธการส่งตัว รองลงมาร้อยละ 24.07 เป็นปัญหาถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ ร้อยละ 20.54 เป็นปัญหาหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และร้อยละ 0.41 หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด ซึ่งประเด็นการร้องเรียนมาตรา 57 มาตรา 59 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นเรื่องที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนดหรือไม่ได้รับค่าเสียหายจากการรักษาภายในระยะเวลาอันสมควร ดังตารางที่ 2.4

**ตารางที่ 2.4 เรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548-2549**

| *เรื่องร้องเรียน* | *ปีงบประมาณ 2548* | *ปีงบประมาณ 2549* | *เปรียบเทียบ 2548-2549 เพิ่ม (ลด)* |
|---|---|---|---|
| | *จำนวน (ร้อยละ)* | *จำนวน (ร้อยละ)* | *จำนวน (ร้อยละ)* |
| *1. ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่ได้กำหนด* | *845 (45.33)* | *1,149 (39.02)* | *35.98* |
| *2.ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ* | *532 (28.54)* | *709 (24.07)* | *33.27* |
| *3. หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน* | *315 (16.90)* | *605 (20.54)* | *92.06* |
| *4.ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร (ราย)* | *164 (8.80)* | *470 (15.96)* | *186.59* |
| *5. ถูกเรียกเก็บค่าบริการเกินกว่าที่กำหนด* | *8 (0.43)* | *12 (0.41)* | *50.00* |
| ***รวม*** | *1,864 (100)* | *2,945 (100)* | *57.99* |

***ที่มา : สำนักบริการประชาชน สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, รายงานประจำปี 2549***

จากตารางกล่าวได้ว่า ข้อมูลการใช้บริการและคุณภาพบริการของสถานบริการของรัฐสอดคล้องกับผลการศึกษาของคณะวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าไม่ได้รับความสะดวกในการรับบริการอย่างเพียงพอ และเวชภัณฑ์กับสิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ (ค่าเฉลี่ย 2.46 และ 2.59 ตามลำดับ) ไม่มีความปลอดภัยในการใช้บริการ (ค่าเฉลี่ย 2.42) คุณภาพไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 0.94) และเครื่องมือแพทย์ไม่ได้มาตรฐาน (ค่าเฉลี่ย 0.94)

ในระบบประกันสังคม มีสถิติการร้องเรียนปี 2548 ของผู้ประกันตน จำนวน 8.4 ล้านราย ดังนี้

1. ข้อร้องเรียนเชิงบริหาร จำนวน 142 ราย คิดเป็น 1.7 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย

2. ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ จำนวน 362 ราย คิดเป็น 4.3 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย

3. ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน จำนวน 440 ราย คิดเป็น 5.2 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย

**รวม 994 ราย คิดเป็น 11.2 รายต่อผู้ประกันตน 1 แสนราย**

โดยมีสาระสำคัญของการร้องเรียน ดังนี้

**ข้อร้องเรียนเชิงบริหารจัดการ** เป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงถูกหักเงินค่าบริการทางการแพทย์ เก็บเงินจากผู้ประกันตนทั้งที่สิทธิประโยชน์ครอบคลุมอยู่แล้ว ผู้ประกันตนใช้สิทธิพิเศษอื่นนอกเหนือสิทธิประโยชน์

**ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ** เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการไม่สุภาพ ไม่เอาใจใส่และไม่สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ประกันตน มีความบกพร่องในการสื่อสาร ระหว่างเจ้าหน้าที่ (แพทย์ พยาบาล และทีมงาน) ของสถานพยาบาลกับผู้ประกันตน หรือญาติ และผู้ประกันตนเข้าใจผิดเรื่องการให้บริการของโรงพยาบาล

**ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน** เป็นกรณีเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคไม่ได้ หรือไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ประกันตน เป็นเหตุให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนใจไปรักษาที่อื่น นอกจากนี้สถานบริการยังเลี่ยงการรักษากรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีเจตนาปฏิเสธการรักษา หรือเลือกปฏิบัติ การรักษาไม่ได้มาตรฐานเป็นเหตุให้ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหาย ตลอดจนผู้ประกันตนเข้าใจผิดเรื่องการรักษาพยาบาล และการดำเนินของโรค (ข้อมูลการร้องเรียนทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม, 2548)

สำหรับ**ระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ** มีการจัดช่องทางการให้ข้อมูลสายด่วน ศูนย์รับแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์ 1689 ซึ่งอยู่ในความดูแลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง แต่ไม่มีช่องทางและระบบการให้ข้อมูลกับข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจโดยตรงเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในสถานพยาบาลจะใช้ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ของ 2 ระบบแรกเป็นช่องทางการประสานงานให้กับผู้ร้องเรียน

อย่างไรก็ตามมีกรณีการร้องเรียนทางสื่อมวลชนของข้าราชการบำนาญ ที่ถูกปฏิเสธสิทธิข้าราชการ โดยให้ไปใช้สิทธิในระบบประกันสังคม กรณีที่ปลดเกษียณแล้วไปปฏิบัติงานเป็นพนักงาน ในภาคเอกชน ซึ่งต้องใช้สิทธิในระบบประกันสังคมเท่านั้น

เรื่องการร้องเรียน นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขกล่าวในการสัมมนาผู้บริหารสาธารณสุขทั่วประเทศ (มติชน 17 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ปีที่ 30 ฉบับที่ 10721) ว่า “ขณะนี้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลมีมากขึ้น เป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิตความเจ็บป่วย เพิ่มจากช่วง 10 ปีก่อนที่มีปีละ 50 เรื่อง เป็นปีละ 300 เรื่อง ข้อมูลจากแพทย์สภา ตั้งแต่ปี 2531-2549 มีเรื่องร้องเรียน จำนวน 2,726 เรื่อง เฉลี่ยปีละ 151 เรื่อง สาเหตุร้องเรียนมากที่สุด คือ ไม่รักษามาตรฐาน 1,500 ราย โฆษณาประกอบวิชาชีพของแพทย์ 350 ราย ค่ารักษาพยาบาลแพง 238 ราย” ระหว่าง ปี 2531- ปัจจุบัน มีคดีฟ้องร้องแพทย์เพื่อเรียกค่าชดเชย เข้าสู่ศาลยุติธรรม 22 คดี สาเหตุที่ฟ้องคดีมากเป็นอันดับ 1 ได้แก่ ผลแทรกซ้อนร้ายแรง รองลงมาเป็นความบกพร่องของแพทย์ การได้รับข้อมูลไม่พอความคาดหวังต่อผลสำเร็จสูง ขณะนี้มีแพทย์ทั่วประเทศ 33,946 คน อยู่ใน กทม. และปริมณฑล 16,574 คน อยู่ในต่างจังหวัด 14,372 คน โดยแพทย์ 1 คน ต้องรับผิดชอบประชากรเกือบ 5,000 คน ผู้ป่วยเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกแต่ละวันมากถึง 1,000 คน บางแห่งมากถึง

2,000 คน ขณะนี้แพทย์ 1 คน โดยเฉลี่ยต้องดูแลผู้ป่วยถึง 100 คน/วัน มีเวลาตรวจผู้ป่วยคนละไม่ถึง 4 นาที ไม่มีเวลาอธิบายหรือแนะนำการรักษาเมื่อเกิดปัญหาจึงมีการร้องเรียนและฟ้องเรียกค่าเสียหาย

ในเรื่องการร้องเรียนของผู้บริโภค เมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับความผิดพลาดของการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นประเด็นหลักในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชนในฐานะผู้บริโภค พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าเกิดจากผู้ให้บริการไม่อธิบายการรักษาให้เข้าใจ ผู้รับบริการไม่ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง ความไม่พร้อมด้านเครื่องมือทางการแพทย์ จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

**Ÿ สิทธิได้รับการช่วยเหลือเยียวยาเมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข**

กรณีผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหาย จากการใช้บริการสาธารณสุข กฎหมายกำหนดสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือเยียวยา โดยกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้น จากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และมาตรา 42 กำหนดว่า กรณีที่หาผู้กระทำผิดได้ แต่ผู้รับบริการยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ตามมาตรา 41 เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้ และ พ.ร.บ.นี้ ของมาตรา 41 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นมาตรการทางศีลธรรม (ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด) บรรเทาความเดือดร้อน (เน้นความรวดเร็ว) ลดความขัดแย้ง

องค์กรในการพิจารณาคำร้องตามกฎหมายฉบับนี้ กำหนดให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการหรือทายาท ซึ่งคณะอนุกรรมการที่กล่าว ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ

นอกจากกลไกการดำเนินการเยียวยาช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายดังกล่าวแล้ว กฎหมายยังกำหนดกลไกการอุทธรณ์ไว้ด้วย กล่าวคือ กรณีที่ผู้รับบริการที่ได้รับค่าเสียหายไม่พอใจ ผลการวินิจฉัยให้ยื่นอุทธรณ์ ได้ภายใน 30 วัน ในส่วนกลางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนภูมิภาคอุทธรณ์ได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**Ÿ สิทธิได้รับทราบข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพ**

(สิทธิประโยชน์ ขั้นตอนการรักษาพยาบาล ช่องทางการร้องเรียน ขั้นตอนการพิจารณา และการแจ้งผลการพิจารณาข้อร้องเรียน)

สิทธิได้รับทราบข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 กำหนดไว้ว่าเป็นสิทธิที่จะได้รู้ (right to know) ทั้งนี้เพื่อความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นธรรมในการปกป้องพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค ซึ่งในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 กำหนดว่า ข้อมูลข่าวสารที่จะได้รู้จะต้องเป็นข้อมูลข่าวสารที่ระบุคุณภาพของสินค้าหรือบริการอย่างถูกต้องและเพียงพอ ในส่วนของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้รับบริการสาธารณสุข พ.ศ.2550 กำหนดไว้ว่า ผู้ให้บริการจะต้องแจ้งข้อมูล หรือเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการสาธารณสุข

สิทธิได้รับข้อมูลที่กล่าวข้างต้น ประเทศไทยมีกลไกตามกฎหมาย ในการกำกับควบคุม ตรวจสอบ ผลักดันให้เป็นไปตามกฎหมาย ได้แก่ คณะกรรมการและสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน คณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 คณะกรรมการและสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 คณะกรรมการและสำนักงานคุ้มครองผู้รับบริการสาธารณสุข คณะกรรมการและสำนักงานประกันสังคมและคณะกรรมการการแพทย์ คณะกรรมการและสำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร นอกจากองค์กร หน่วยงานต่างๆตามกฎหมายที่กล่าวแล้ว ยังมีองค์กรผู้บริโภคภาคเอกชนและประชาชนที่จะเป็นพลังขับเคลื่อนให้ผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบหลักได้รับการปกป้องพิทักษ์สิทธ์ในการรับบริการสาธาณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ได้แก่ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สภาผู้บริโภค (ก่อตั้งเมื่อ ปี 2548 โดยมีมติให้เร่งออกกฎหมายเพื่อจัดตั้งองค์กรอิสระ เพื่อผู้บริโภคตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ 2540 มาตรา 57 และให้มีการปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค) เครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ และโครงการคุ้มครองผู้บริโภค (คคส, สนับสนุนโดย สสส.) (จดหมายข่าว คคส. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2548 หน้า 2)

จากการทบทวนเอกสารด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการรับทราบข้อมูลของผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้รับบริการไม่ทราบสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาช่วยเหลือเมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขมากนัก (รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าร้อยละ 40 ได้รับข้อมูลเป็นครั้งคราว และมีถึงร้อยละ 50.8 ที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ส่วนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางและขั้นตอนการร้องเรียน พบว่า ร้อยละ 44.1ได้รับเป็นครั้งคราว และที่ไม่เคยได้รับร้อยละ 45.9

**Ÿ สิทธิการมีส่วนร่วมบริหารจัดการและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ**

กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดให้ประชาชน เอกชน ในฐานะผู้บริโภคมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับท้องถิ่น/พื้นที่ โดยผ่านการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในระดับนโยบายผ่านกลไกคณะกรรมการต่างๆ และผู้แทนองค์กรอิสระในการเสนอแนะการกำหนดนโยบายและการออกกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ ระเบียบต่างๆ ที่เป็นการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภค สำหรับในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ที่เห็นเป็นรูปธรรม ได้แก่ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนและสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น ซึ่งการมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ จะดำเนินการในรูปของการมีส่วนร่วมในเรื่องของการเสนอแนะเพื่อกำหนดนโยบายการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภค การบริหารการเงินในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ การตรวจตรา ควบคุม กำกับหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

สำหรับระบบประกันสังคม การมีส่วนร่วมของผู้ประกันตนในฐานะผู้บริโภคจะมีส่วนร่วมโดยผ่านกลไกของสหภาพแรงงาน คณะกรรมการการประกันสังคม และคณะอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัดทุกจังหวัดและคณะอนุกรรมการอื่นๆอีกหลายคณะ ซึ่งจะมีผู้แทนของลูกจ้างรับผิดชอบร่วมอยู่เกือบทุกคณะ

แม้ว่ากฎหมายจะได้กำหนดสิทธิการมีส่วนร่วมใน การบริหารจัดการและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไว้ ดังที่ได้กล่าวก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ประชาชนในฐานะผู้บริโภคกลับมีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงกฎระเบียบที่คุ้มครองผู้บริโภค ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับมากถึงร้อยละ 53.5 และให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน ในระดับมากถึงร้อยละ 55.6 และให้มีการสนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้ ในระดับมากถึงร้อยละ 60.4

**โดยสรุป สถานการณ์การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลักดังกล่าว ยังมีประเด็นที่จะต้องได้รับการพิจารณาทบทวน เพื่อปรับปรุง แก้ไข เช่น เรื่องกฎหมาย กฎ ระเบียบ เกี่ยวกับกลไกและกระบวนการบริหารจัดการที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน นอกจากนี้ มาตรฐานและคุณภาพด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ในการตระหนักรู้และปกป้องสิทธิของตนเองยังไม่มากพอ**

## 2.11 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**วิโรจน์ และ อัญชนา ณ ระนอง** (2549) วิจัยพบว่า หลังโครงการ 30 บาท มีความชัดเจนในเรื่องสิทธิด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น / ประชาชนแทบทุกพื้นที่ไม่มั่นใจเรื่องคุณภาพ/ ความเสี่ยงด้านคุณภาพ พบว่า บุคลากรและคุณภาพบุคลากรไม่เพียงพอ/ งบประมาณไม่เพียงพอ

**เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, นพ.** (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) สาธารณสุขจังหวัดเลย กล่าวว่า ปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนยังคงมีอยู่โดยมีความเหลื่อมล้ำในการกระจายแพทย์ ระหว่างเมืองถึงชนบท เกิดจากการจัดสรรแพทย์ตามพื้นที่ตามโครงสร้างของมหาดไทย ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป มีสัดส่วนประชากรร้อยละ 26 แต่กลับมีแพทย์ร้อยละ 69 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีประชากรร้อยละ 74 มีแพทย์ร้อยละ 31 เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการกระจายทรัพยากรที่ไม่เหมาะสมในระดับภาค เช่น ภาคกลาง บริเวณจังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม นครปฐมมีประชากร 2,388, 742 คน มีโรงพยาบาล 7 แห่ง แต่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บริเวณจังหวัดสุรินทร์ ศรีสะเกษ มีประชากรถึง 2,826,922 คน กลับมีโรงพยาบาลเพียง 2 แห่ง สำหรับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ พบว่า ประชากรในจังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม เดินทาง 14-20 กม. ก็มาถึงโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ขณะที่ประชากรกว่า 2 ล้านคน ในจังหวัดสุรินทร์ ศรีสะเกษ แม่ฮ่องสอน และหนองคาย ต้องเดินทาง 100-200 กม. จึงจะถึงโรงพยาบาล

ข้อเสนอ หากจะปฏิรูปโครงการ 30 บาท เสนอให้แก้เรื่องเงินเป็นอันดับแรก โดยจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ เพื่อประสิทธิภาพในการกระจายทรัพยากรและคุณภาพในการให้บริการ

**พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, นพ.** (2548) กล่าวว่า พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ทำให้สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับคนไทยได้รับการคุ้มครองอย่างจริงจัง ในแง่ของความเป็นธรรม และความทั่วถึงในการเข้าถึงบริการ

คาดว่าเมื่อเพิ่มงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ใช้สิทธิ 30 บาท ในปี 2549 เป็น 1,659.20 บาท น่าจะช่วยลดช่องว่างความแตกต่างระหว่างสิทธิของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบให้น้อยลง

ความเท่าเทียมของการใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างคนเมืองกับชนบท ยังเป็นเรื่องต้องแก้ไข เพราะยังมีปัญหาทั้งการกระจายของทรัพยากร และความเท่าเทียมในการให้บริการ

ประสิทธิภาพของระบบ วิธีการบริหารงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ทำให้ระบบสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี

ประเด็น "คุณภาพบริการ" ผลการสำรวจของเอแบคโพลล์ครั้งหลังสุดในปี 2548 เทียบกับที่ทำไว้เมื่อปี 2543 พบว่า ประชาชนพึงพอใจบริการที่ได้รับ ในระดับสูงแต่เพิ่มไม่มากนัก ขณะเดียวกันประเด็นรูปธรรม คือ การร้องเรียนผ่านกลไกต่างๆ รวมถึงสื่อมวลชนค่อนข้างมาก แสดงให้เห็นว่า "ปัญหาเรื่องคุณภาพบริการและความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพบริการนั้น ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย ดร.ยุพดี ศิริสินสุข ที่วิเคราะห์ในมุมมองการคุ้มครองผู้บริโภคว่า นอกจากความไม่เชื่อมั่นในคุณภาพแล้ว ยังมีประเด็นที่ต้องแก้ไขอีกอย่างน้อย 4 ด้าน คือ การเข้าไม่ถึงสิทธิในกลุ่มคนที่ไม่มีหลักฐานแสดง

สิทธิ กลุ่มผู้มีความจำเป็นเฉพาะบางกลุ่มยังไม่ได้รับการคุ้มครอง ระบบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นยังไม่เพียงพอ และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนยังอยู่ในระดับต่ำ

**ศรีประภา เพชรมีศรี สุวดี แก้วอินทร์สรวล รัตนา เลี้ยวสกุล** ( 2547) พบว่า "สมัชชาสุขภาพเป็นกลไกที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

**น.พ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์** กล่าวถึง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพกับการควบคุมมาตรฐานบริการสาธารณสุขว่าประเด็นที่ควรให้ความสนใจในการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ คือ มีการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม (Risk management) ผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิทธิผู้ป่วย รวมถึงแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในแต่ละหัวข้อ มีการสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ต่อผู้ป่วยและญาติ (www.ram.hosp.co.th)

**สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง** (2546) ศึกษาการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน พบว่าความยั่งยืนของโครงการขึ้นอยู่กับปัจจัยการเมือง และเศรษฐกิจเป็นหลัก หลายกลุ่มเห็นว่าโครงการนี้ ควรจัดให้เฉพาะกลุ่ม แทนที่จะเป็นสิทธิของพลเมือง ไม่มั่นใจการคลังของโครงการ เนื่องจากพึ่งพางบประมาณของรัฐเป็นหลัก มีปัญหาการดำเนินงานเนื่องมาจากหลายสาเหตุ อาทิ การสอดแทรกของข้าราชการประจำ ขาดระบบสนับสนุน การสะสมงาน การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางไม่เหมาะสม ที่สำคัญมีปัญหาด้านศักยภาพการบริหารจัดการทั้งในระดับจังหวัดและเครือข่าย ต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และองค์กรทุกด้าน นอกจากนั้นโครงสร้างองค์กรยังไม่เหมาะสม หากแยกบทบาทการซื้อออกจากการให้บริการจะทำให้การบริหารจัดการมีประสิทธิผลมากขึ้น

Nittayaramphong et al (1993) ศึกษาพบว่าโรงพยาบาลของรัฐให้บริการที่ไม่ตรงกับความจำเป็นมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสาเหตุดังกล่าวอาจมาจากการเข้าไม่ถึงสถานพยาบาลที่เหมาะสม (เลือกผิดที่) ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีประสบการณ์หรือขาดข้อมูลสารสนเทศในการเลือกสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม เหตุการณ์เช่นนี้สะท้อนประสิทธิภาพที่ต่ำในการใช้ทรัพยากรสุขภาพและงบประมาณในโครงการประกันสังคม

ไม่ปรากฏผู้ศึกษา ประสบการณ์การปฏิรูปของประเทศเกาหลีใต้ในประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ: แพทย์พื้นบ้าน พบว่าหน่วยงานที่เป็นตัวแทน ผู้บริโภคและมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค ได้แก่ Consumer Protection Board ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาล มีการจัดองค์กรที่ประกอบด้วย หน้าที่รับผิดชอบแต่ละหน่วยงานชัดเจน เช่น การค้นหาประเด็นที่เป็นปัญหาต่อผู้บริโภคด้วยการทำสำรวจ มีหน่วยงานให้ความช่วยเหลือผู้บริโภคหากมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ตลอดจนมีคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากภายนอกร่วมด้วย ซึ่งน่าเชื่อว่าจะสามารถสร้างความโปร่งใสได้ในระดับหนึ่ง Consumer Protection Board ยังทำข้อเสนอเชิง

นโยบายให้แก่หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการผลักดันด้านนโยบาย แต่ประเทศเกาหลีใต้ยังไม่มีกลไก หรือกระบวนการที่สนับสนุนให้ตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ และกลุ่มผู้บริโภคเข้าไปเกี่ยวข้องในขั้นตอนการตัดสินใจนโยบาย (policy decision making process)

**สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์** (2549) ศึกษาความเป็นธรรมการได้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) พบว่าการใช้บริการผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้สูงอายุมีความเป็นธรรมโดยขึ้นกับปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลัก และสถานบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญต่อสัมฤทธิ์ผลนี้ อย่างไรก็ตามคุณภาพบริการของสถานบริการปฐมภูมิเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญที่จะต้องศึกษาต่อไป นอกจากนี้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านกายภาพ (physical access) เป็นสิ่งที่ต้องแก้ไขต่อไป (ไม่สะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน)

**ระพีพรรณ คลองสุข และคณะ** (2546) ศึกษาถึงทัศนคติของกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขต่อการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม (2546) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อวัตถุประสงค์ของโครงการ และเห็นว่ากรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินควรจัดให้อยู่ในสิทธิประโยชน์คุ้มครอง และการจัดสรรงบประมาณ และภาระหน้าที่ของแต่ละกลุ่มยังไม่มีความเหมาะสม

**จิตปราณี วงศ์วิท วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ**(ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์): ศึกษาเรื่องอนามัยและสวัสดิการของคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพก้าวหน้าตอนที่ ๑ เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย พบว่า หลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถครอบคลุมประชากร 47.7 ล้านคน หรือร้อยละ 74.7 ของประชากรทั้งประเทศให้มีหลักประกันการรักษาพยาบาล ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะว่ารัฐควรให้การสนับสนุนทรัพยากรทั้งงบประมาณและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอให้สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งควรมีมาตรการดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันใดๆ ได้รับสวัสดิการเช่นเดียวกับบุคคลอื่น

**วศิน ทีฆวาณิช และคณะ** (2546) ศึกษาเรื่องความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพจังหวัดพิจิตรมีความคาดหวังมากเกี่ยวกับการสร้างความมั่นใจ และความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ ความน่าเชื่อถือของการบริการ การตอบสนองผู้ใช้บริการ ความเห็นอกเห็นใจ สถานที่ให้บริการมีความสะดวกสบายสูงสุด การได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว การแสดงความเป็นกันเองและความเห็นอกเห็นใจของเจ้าหน้าที่

**อรทัย เขียวเจริญ และปรีดา แต้อารักษ์** (2547) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากต่อการบริการของสถานพยาบาล

ในภาพรวม (ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยและโรงพยาบาล) ซึ่งผู้ศึกษามีความเห็นว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพบริการของสถานพยาบาล องค์กรและหน่วยงานต่างๆ

**วิทยา กุลสมบูรณ์ และ อุษาวดี มาลีวงศ์** (2548) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ : กรณีศึกษาคลีนิกรัฐบาล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้ศึกษากล่าวว่า การพัฒนาหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ถือเป็นกลไกสำคัญในการแก้ปัญหาความไม่เท่าเทียม การขาดประสิทธิภาพในด้านการจัดสรรทรัพยากร และคุณภาพในการให้บริการในระบบสุขภาพ ซึ่งการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผู้ศึกษาเสนอว่า กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดบทบาทความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนให้ชัดเจน รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพต้องมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้บรรลุผล

**วินัย ลีสมิทธิ์ และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย** (2546) ศึกษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการปฏิรูปสุขภาพในประเทศไทย : ทางเลือกสำหรับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองท้องถิ่น พบว่าการถ่ายโอนองค์กรด้านสาธารณสุขต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง ระบบข้อมูลรายงานของประเทศไทยไม่สมบูรณ์ ข้อมูลสำรวจจึงมีความสำคัญ รวมทั้งปัจจัยทางการเงิน คุณภาพ และประสิทธิภาพการบริการ

**วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ภูษิต ประคองสาย และจิตปราณี ทศวิท** (2547) ศึกษาวิจัยการตัดสินใจในเชิงนโยบายและสิ่งท้าทายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าปัจจัยสำคัญการเคลื่อนไหวของประชาชน ปัจจัยเกื้อหนุนด้านสุขภาพ ได้แก่ การขยายระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ การมีศักยภาพที่เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเสนอทางเลือกในการกำหนดนโยบายสุขภาพที่สมเหตุสมผล รวมทั้งความต่อเนื่องในการวิจัยเชิงพัฒนาของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค - เคเอสซี อินเตอร์เนตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ** (2549) สำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ส่วนใหญ่ไม่รู้จักสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเพียงส่วนน้อยที่รู้จัก และคิดว่าสปสช. มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลรักษาสุขภาพประชาชน ในการรับรู้สิทธิประโยชน์ของตนเอง พบว่าส่วนใหญ่รับรู้ในประเด็นการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดตามวัย การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การอุดฟัน การขูดหินปูน การถอนฟัน แต่กลับมีการรับรู้ต่ำเกี่ยวกับสิทธิไม่ครอบคลุม ได้แก่ การเรียกรถพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายกรณีฉุกเฉิน การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากโครงการ 30 บาทเมื่อได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ตอบว่าสิทธิไม่ครอบคลุมร้อยละ 52.5 และ 55.0 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังมีเพียงส่วนน้อยที่คิดจะร้องเรียนเมื่อได้รับความเสียหาย (ร้อยละ

27.0) และจากประสบการณ์การร้องเรียนผ่านสายด่วนบัตรทอง ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. และเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ ในด้านความพอใจต่อคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่ คุณภาพการให้บริการด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ ความสะดวกในการใช้บริการที่สถานพยาบาล ความสะดวกในการเดินทางจากร้านค้าสถานพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่พอใจ(ร้อยละ 90) ส่วนความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการด้านยามีร้อยละ 86.8 ในด้านความเสมอภาคในการรับบริการ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.4) เห็นว่าระดับบริการที่ได้รับพอๆ กัน เมื่อเทียบกับสิทธิอื่นได้แก่ ความรวดเร็วในการรอรับการตรวจรักษา จำนวนยา ชนิด/ประเภทยาที่ได้รับ ส่วนระยะเวลาที่ผู้ใช้บริการอยากบอกเล่าสิ่งต่างๆ แก่แพทย์ และระยะเวลาที่แพทย์อธิบาย หรือ ให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการเพียงพอ

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเตอร์เนตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ** (2549) สำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่มีต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการรับรู้ถึงสิทธิของตนเองในการขอรับความช่วยเหลือเบื้องต้นจากความเสียหายที่เกิดขึ้นกับตนเอง กรณีให้บริการผู้ป่วยบัตรทอง

ในด้านประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในโครงการ 30 บาท มากที่สุด คือรู้ว่าประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ไม่เข้าใจระเบียบ ขั้นตอนการใช้บริการ งบประมาณไม่เพียงพอกับรายจ่าย ขาดแคลนยา อุปกรณ์การแพทย์ และระเบียบขั้นตอนต่างๆ ยุ่งยากซับซ้อน

สำหรับความเห็นเกี่ยวกับการร้องเรียนมีทั้งเห็นว่า ปริมาณลดลงและเพิ่มขึ้นในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ด้วยเหตุผลที่ลดลงเนื่องจากมีการให้ความรู้ ความเข้าใจในระบบการให้บริการแก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น มีการปรับปรุงระบบงานที่ให้บริการ ส่วนเหตุผลที่ปริมาณการร้องเรียนเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ ตระหนักเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น ประชาชนยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจระบบการให้บริการ มีการเปิดช่องทางให้ผู้ป่วยร้องเรียนเพิ่มขึ้น สามารถร้องเรียนได้สะดวกขึ้น

**ผศ.ดร.อัญชนา ณ ระนอง และ ศรชัย เตรียมวรกุล** (2545) ศึกษาเรื่อง การดำเนินการและปรับตัวของโครงการติดตามประเมินผลการจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-2545)

การศึกษาพบว่า กองทุนประกันสังคมใช้ระบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) ในการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ไปสู่สถานพยาบาลหลัก เป็นวิธีที่ง่ายต่อการบริหารจัดการประหยัดค่าใช้จ่ายในการบริหาร ผู้ให้งบประมาณสามารถทราบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายให้สถานพยาบาลล่วงหน้า สำนักงานประกันสังคมได้พัฒนาวิธีการ และอัตราการเหมาจ่ายของกองทุนประกันสังคมที่ให้แก่สถานพยาบาลตามลำดับ วิธีการที่กล่าวไว้ไม่ได้คำนึงว่าผู้ประกันตนผู้นั้นจะเจ็บป่วยหรือไม่ หรือเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ประสบการณ์จากหลาย

ประเทศที่ใช้ พบว่า การให้บริการทางการแพทย์อาจจะต่ำและคุณภาพการบริการอาจจะต่ำด้วย กองทุนประกันสังคมได้ปรับปรุงระบบการจ่ายเงินให้สร้างแรงจูงใจอื่นๆ เพื่อแก้ไข ข้อเสียของระบบเหมาจ่ายรายหัวคือ ให้จ่ายตามปริมาณการใช้บริการ นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลและมีการตรวจสอบสถานพยาบาลด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษางานวิจัยหลายชิ้น พบว่าผู้ประกันตนมีความเห็นว่าได้รับการปฏิบัติไม่ทัดเทียมกับผู้ป่วยประเภทอื่นและมีปัญหาคุณภาพยา เป็นต้น

การให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนรวมถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมมีการปรับเปลี่ยนตามสภาวะเศรษฐกิจและฐานะของกองทุน ในด้านการพัฒนากฎเกณฑ์คุณภาพการให้บริการทางการแพทย์โดยกำหนด 11 มาตรฐานของสถานพยาบาล ซึ่งในการปฏิบัติมีเงื่อนไขบางประการที่ไม่สามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เช่น มาตรฐานของโรงพยาบาล รวมทั้งคุณภาพการให้บริการจะถูกใช้กับโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐเข้าสู่โครงการตามมติคณะรัฐมนตรี และเป็นสถานพยาบาลในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอยู่แล้ว (ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนที่สมัครเข้ามาเป็นสถานพยาบาลหลักในภายหลัง)

**นิภา ศรีอนันต์** (2545) ศึกษาระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจตามโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-2545) ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีอัตราเพิ่มต่อปีเฉลี่ย 14 % ในขณะที่จำนวนข้าราชการและผู้ใช้มีสิทธิมิได้เพิ่มขึ้นมากนัก ประสิทธิภาพของระบบขาดการควบคุมตรวจสอบการเบิกจ่ายให้รัดกุม มีการใช้สิทธิอย่างไม่ประหยัด อัตราการเข้ารับบริการของผู้ได้สิทธิสูงกว่าประชาชนทั่วไป จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของข้าราชการเฉลี่ย 13 วัน ข้าราชการบำนาญ 19 วัน ในขณะที่ประชาชนทั่วไปนอนโรงพยาบาลได้เพียง 3-5 วัน มีการวิเคราะห์ว่ามาจากทัศนคติของข้าราชการมองว่า การใช้สิทธิในสวัสดิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอันพึงมีพึงได้ กรมบัญชีกลาง ในการหาแนวทางลดค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเริ่มอย่างจริงจัง หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 โดยให้ผู้มีสิทธิร่วมจ่ายค่ายานอกบัญชีหลัก ในปี 2541 ผลคือ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในช่วงแรก หลังจากนั้นในครึ่งปีหลังของ 2542 ค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้ง เนื่องจากมาตรการต่างๆ เหล่านี้ยังเป็นเพียงการปรับระเบียบการเบิกจ่ายเท่านั้น ยังไม่เป็นผลไปถึงการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา หรือการสั่งจ่ายยา

ด้วยแรงกดดันจากงบประมาณค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะเศรษฐกิจถดถอย และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเกินจริง กรมบัญชีกลางมีแผนการปฏิรูประบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการระยะยาว โดยได้นำข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้วมาเป็นแนวทางปฏิรูประบบสวัสดิการฯ มีสาระสำคัญ คือ การตกลงอัตราการซื้อขายล่วงหน้ากับสถานพยาบาล ให้มีการจำกัดเพดานงบประมาณยอดรวมโดยใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยใน และการเหมาจ่ายอัตรารายหัว

สำหรับผู้ป่วยนอก โดยแผนการดำเนินโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการซึ่งจะดำเนินการเต็มรูปแบบในปี 2547 และในปีงบประมาณ 2545 นี้ กรมบัญชีกลางกำลังเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบโดยแบ่งงานออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นงานที่กรมบัญชีกลางทำเอง คือ การจัดทำฐานข้อมูลข้าราชการและผู้มีสิทธิ์โดยการเชื่อมโยงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์จากกระทรวงมหาดไทย และสำรวจผู้มีสิทธิ์ในครอบครัวราชการ ส่วนที่สอง เป็นงานพัฒนาระบบการเบิกจ่ายที่กรมบัญชีกลางมอบหมายให้หน่วยงานภายนอกรับไปพัฒนาระบบ คือ การทำบัญชีรายการยา ราคาที่เบิกได้สำหรับสวัสดิการข้าราชการ พร้อมๆ กับพัฒนาระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้เพดานงบประมาณโดยใช้ DRG และการพัฒนาระบบการตรวจสอบ (Medical Audit )

แนวทางการปฏิรูปสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการกับแนวทางการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีทางเลือกจากข้อเสนอจากคณะทำงานของ สวรส.(2544) ในการสร้างหลักประกันถ้วนหน้าโดยการขยายระบบสวัสดิการให้มีความครอบคลุมมากขึ้น การจัดระบบหลักประกันถ้วนหน้ากองทุนเดียว หรือหลายกองทุนก็ตาม (ขณะนี้ยังไม่มีข้อสรุปถึงแนวทางที่ชัดเจน) แต่ยังมีแนวทางที่สอดคล้องกัน ถึงแม้ว่าขณะนี้กรมบัญชีกลางยังยืนยันจะดำเนินการดูแลระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการด้วยตัวเองต่อไป ตามหลักเกณฑ์ในพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 สิทธิประโยชน์ของโครงการสวัสดิการปัจจุบันมีจุดเด่นที่ครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งครอบคลุมไปถึงบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรจำนวนทั้งสิ้น 7 ล้านคน หรือร้อยละ 11 ของจำนวนประชากรทั่วประเทศ ดังนั้นโอกาสในการขยายความครอบคลุมออกไปอีกเป็นไปได้ยาก เพียงแต่ต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิเพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนของกลุ่มเป้าหมายในหลักประกันต่างๆ พัฒนากลไกการเบิกจ่ายการตรวจสอบคุณภาพของระบบให้รัดกุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งก็สอดคล้องกับงานของกรมบัญชีกลางที่กำลังดำเนินการพัฒนาระบบเหล่านี้เพื่อเตรียมการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในปี 2547

ทางด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งนำหลักเกณฑ์ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 ไปเป็นกรอบการจัดสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน แต่เนื่องจากรัฐวิสาหกิจในแต่ละแห่งมีศักยภาพทางการเงินแตกต่างกัน รัฐวิสาหกิจส่วนหนึ่งสามารถหารายได้เอง ไม่จำเป็นต้องพึ่งงบประมาณจากรัฐ สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจะมีความหลากหลาย ถ้าจะรวมระบบสวัสดิการของรัฐวิสาหกิจเข้ามาในกองทุนหลักประกันสุขภาพยังมีอุปสรรคด้านความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่พนักงานรัฐวิสาหกิจที่จะต้องปรับลดความเหลื่อมล้ำลงอย่างมาก

การศึกษาของนิภา ศรีอนันต์ ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า

การปฏิรูประบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการโดยเฉพาะการปฏิรูประบบการจ่ายเงินมีความจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะการเบิกจ่ายด้วยวิธี fee for service ยังไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ที่ผ่านมามีความพยายามควบคุมค่าใช้จ่าย โดยการจำกัดและตัดสิทธิประโยชน์เพื่อลดค่าใช้จ่ายในปี 2541ซึ่งได้ผลในช่วงสั้นๆ เพราะหลังจากนำมาตรการมาใช้แล้ว ค่าใช้จ่ายลดลงเพียงชั่วคราวเท่านั้น หลังจากนั้นยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากเรื่องค่าใช้จ่ายแล้ว ปัญหาการใช้สิทธิ์ซ้ำซ้อนกับโครงการ 30 บาท และประกันสังคมจะไม่หมดไป สาเหตุที่ผู้มีสิทธิ์ในระบบสวัสดิการยังคงต้องการสิทธิอื่นๆ ก็เพราะระบบอื่นมีสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างออกไป เช่น การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกไม่จำเป็นต้องสำรองจ่ายไปก่อน และ ตัวอย่างเช่น โครงการประกันสังคมและ 30 บาท ผู้มีสิทธิ์สามารถเข้าไปรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนได้

แนวทางการแก้ไขปัญหา การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินมีความจำเป็นต้องรีบดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพราะถ้าสามารถปฏิรูประบบการจ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิก็สามารถเข้าไปรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนได้ และไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกไปก่อน และกำหนดสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของครอบครัวผู้มีสิทธิต้องไม่น้อยไปกว่าสิทธิประโยชน์จากระบบประกันสังคม หรือโครงการ 30 บาท มาตรการนี้จะช่วยแก้ปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนลงได้ และช่วยประหยัดให้รัฐหรือสำนักงานประกันสังคมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสองต่อ ถ้าสามารถแก้หรือถ้ายังแยกกองทุน ถ้ามีราชการหรือครอบครัวไปทำประกันสังคมควรโอนเบี้ยประกันสังคมของข้าราชการหรือครอบครัวมาให้กองทุนสวัสดิการเพื่อให้ไม่มีการจ่ายซ้ำซ้อนเกิดขึ้น

**ทางเลือกด้านองค์กรและการรวมกองทุนจากข้อเสนอของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สวรส.** (2544) ได้เสนอทางเลือกไว้ คือ กองทุนแรกขยายจากกองทุนประกันสังคมปัจจุบันให้ครอบคลุมถึงข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐอื่นๆ รวมภรรยาและบุตรของผู้ประกันด้วย และกองทุนที่สองครอบคลุมคนทั้งประเทศที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง

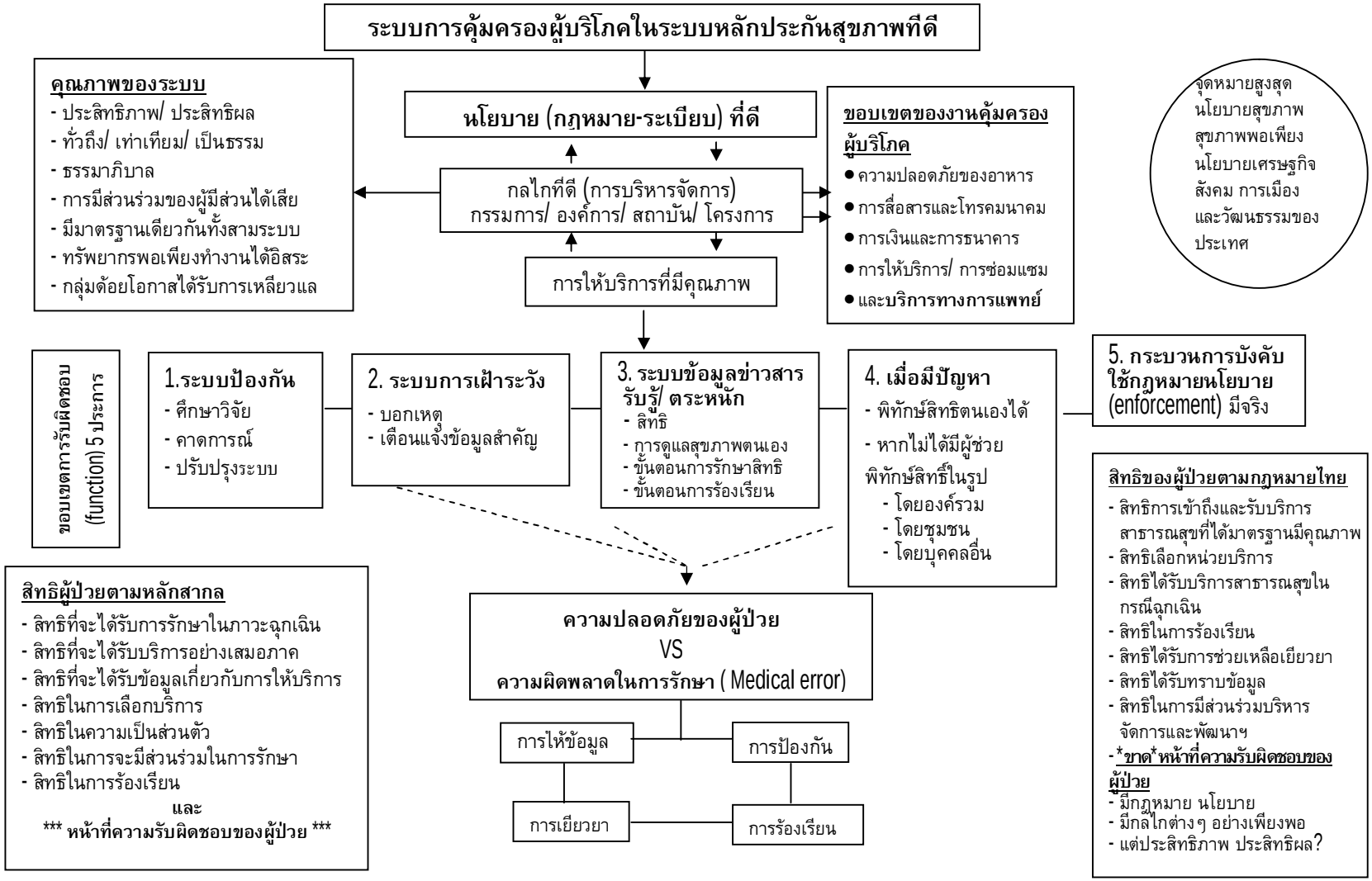
**ยุพดี ศิริสินสุข และ จิราพา ลิ้มปานานนท์** (2548) ศึกษาเรื่อง การร้องเรียนจากผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านศูนย์บริการประกันสุขภาพ) ผลการศึกษาพบว่า คำถามและข้อร้องเรียนที่ได้รับทั้งสิ้น 65,369 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ศูนย์จะต้องดำเนินการแก้ปัญหา สำหรับข้อร้องเรียนอื่นๆ ได้แก่ มาตรฐานการรักษาพยาบาลของสถานบริการ การออกเอกสาร การเรียกเก็บเงินไม่เหมาะสม การใช้สิทธิตามบัตรในชุดสิทธิประโยชน์ การละเมิดสิทธิ

**สำนักงานสถิติแห่งชาติ** (2549) สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ประเด็นมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ในภาพรวมยังไม่ได้มาตรฐานเช่นเดียวกัน ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการ

รักษาพยาบาลของข้าราชการและประกันสังคม (ร้อยละ 49.0) และมีข้อเสนอว่าควรปรับปรุงมาตรฐานคุณภาพของยา มาตรฐานการรักษาพยาบาลควรเท่าเทียมกัน ทุกสวัสดิการ และควรเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดคณะผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีดังนี้

## 2.12 กรอบแนวคิดการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่ดี



# บทที่ 3
# ระเบียบวิธีการศึกษา

## 3.1 วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) การวิจัยภาคสนาม และการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1.1 **การวิจัยเอกสาร** ประกอบด้วย

1) **การทบทวนกฎหมาย/ระเบียบ** ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540/พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และ พ.ศ. 2537 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2541 (ฉบับที่ 7) ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2545

2) **การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง** ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2550-2554) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 3 (2542) เรื่องชนิดหรือประเภทของการรักษาพยาบาล การบริการอื่นของสถานพยาบาลและสิทธิผู้ป่วยซึ่งผู้รับอนุญาตจะต้องแสดงตามมาตรา 32 (3) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นทั่วไประดับจังหวัด ประจำปี 2549 ตามมาตรา 18 (13) ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 คู่มือนายจ้างของศูนย์สารนิเทศ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน แนวทางการดำเนินงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน พ.ศ.2549

3) **แนวคิดที่เกี่ยวข้อง** เช่น แนวคิดการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumers'right –protection) แนวคิดการพิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy) แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) แนวคิดธรรมาภิบาล (Goodgovernance) แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง แนวคิดสิทธิผู้ป่วย ความปลอดภัยผู้ป่วย และความผิดพลาดในการรักษา

4) **ศึกษาภาพรวมของกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศต่าง ๆ** ว่ามีแนวโน้มเป็นอย่างไร เลือกศึกษา Best Practice ในประเทศต่าง ๆ โดยพิจารณาจากความสำเร็จของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ จากประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศที่ด้อยพัฒนาอย่างละ 1 ประเทศโดยมีประเด็นศึกษาดังนี้

- รูปแบบเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง
- นโยบายสาธารณสุข
- หลักประกันสุขภาพ
- กลไก ทางการบริหารจัดการ กลไกทางการเงินการคลัง และกลไกทางกฎหมาย
- สภาพ ความไม่สมบูรณ์ ปัญหาของกระบวนการให้บริการในระบบประกันสุขภาพ
- กระบวนการกลไกการดำเนินงานระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่น่าจะนำมาเป็นบทเรียนของประเทศไทย

การศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วยประเทศสหรัฐอเมริกา อาฟริกาใต้และประเทศกานา โดยมีเหตุผลการเลือกศึกษา ดังนี้

ความหมายของ Best Practice คือ ตัวอย่างที่ประสบความเสร็จที่ศึกษาเพื่อนำมาเป็นตัวอย่างคำถามคือ จะเลือกอย่างไร ผู้วิจัยมีคำตอบคือเลือกที่เป็นไปได้สำหรับประเทศไทยและแบ่งประเทศต่างๆ ออกเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคมการเมืองที่ใกล้เคียง เช่น เป็นประเทศประชาธิปไตย 3 กลุ่มคือ ประเทศที่เจริญกว่าเรา เท่ากับและเจริญน้อยกว่าประเทศไทย และผลการศึกษาประเทศเหล่านี้ก็เพื่อหารูปแบบการคุ้มครองที่เหมาะสม ที่มีเรื่องการร้องเรียน การให้ข้อมูลฯ

**ประเทศสหรัฐอเมริกา** เป็นประเทศใหญ่กว่าประเทศไทยมาก มิใช่ว่าการแพทย์สาธารณสุขจะดีกว่า แท้จริงมีปัญหามาก แต่ในเรื่องระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนของผู้ประกันตนนั้น มีองค์ประกอบที่ดี มีนโยบายที่ดี มีกฎหมายที่ชัดเจน มีกลไกการทำงานที่มีการกระจายอำนาจ มีส่วนร่วมของประชาชนที่มิใช่ภาครัฐ มีการกระตือรือร้นของประชาชน และใช้สิทธิผู้บริโภคเต็มที่ในส่วนการให้ข้อมูลและการร้องเรียนก็มีกลไกที่ชัดมีขั้นตอนที่ระบุว่าต้องทำอย่างไร และบอกถึงขนาดว่าควรใช้เวลาเท่าไร เรียกว่ามีประสิทธิภาพประสิทธิผลในเรื่องผู้ป่วย มีทั้งสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย รวมทั้งมีผู้ตรวจการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

**ประเทศกานา** ประเทศเล็กกว่ามาก เจริญน้อยกว่าประเทศไทยมากมีทรัพยากรน้อยไม่เคยพอ แต่ก็พยายามที่จะคุ้มครองผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วย บทเรียนสำคัญของกานาคือการที่รัฐมอบหมายให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ตั้งแต่การรวมตัวกันซื้อประกันร่วมกันในชุมชน การรวมทุนฯลฯ

**ส่วนประเทศอาฟริกาใต้** นั้นถือว่าระดับการพัฒนากลไกใกล้เคียงกับประเทศไทย สิ่งที่น่าสนใจเรียนรู้คือการบริหารอย่างรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลางแต่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในนโยบายอย่างเต็มที่ ทั้งสามประเทศคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และมีเจตจำนงในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ให้ความสนใจในเรื่องสิทธิในการร้องเรียน

3.1.2 **การวิจัยเชิงคุณภาพ** ประกอบด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและผู้ให้บริการหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลัก จำนวน 59 ท่าน และการสอบถามผู้เข้าร่วมเสวนาเวทีสาธารณะ โดยกำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย 5 ประเด็น ดังนี้

1) นโยบายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ มีความเหมาะสมและชัดเจนมากน้อยเพียงใด

2) กลไกและกระบวนการบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ ซึ่งได้แก่

- การร้องเรียนและชดเชยความเสียหาย
- การให้ข้อมูล

3) ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพได้มาตรฐานและครอบคลุมเพียงพอหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- เข้าถึงและรับบริการที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ
- เลือกหน่วยบริการประจำตัวที่ได้มาตรฐาน สะดวกในการเข้ารับบริการ
- สิทธิได้รับบริการกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่น
- สิทธิร้องเรียนและได้รับการเยียวยา เมื่อรับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข
- สิทธิได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุข
- สิทธิมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ

4) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพ ได้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในระดับนโยบาย ระดับพื้นที่/ท้องถิ่นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

5) แนวทางการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ควรเป็นอย่างไร

**ประเด็นคำถามผู้เข้าร่วมเสวนาเวทีสาธารณะ**

- จะทำอย่างไรให้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบมีมาตรฐานเดียวกัน
- จะทำอย่างไรให้สังคมมองว่า ความผิดพลาดการรักษา (medical errors) ที่เป็นสาเหตุการร้องเรียนทางการแพทย์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการคุ้มครองผู้บริโภคในหลักประกันสุขภาพ เป็นปัญหาของสังคม และระบบที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันแก้ไข และป้องกันปัญหานี้รวมทั้งผู้ป่วยด้วย
- จะทำอย่างไรให้ประชาชนผู้มีส่วนได้เสีย (ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง) ได้รับรู้ เข้าใจ ตระหนักในสิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย เพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

**3.1.3 การวิจัยเชิงปริมาณ**

ประชากรศึกษา ประกอบด้วยผู้รับบริการของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลักที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลในพื้นที่การศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) กับประชากรศึกษาที่มารับบริการและสมัครใจ ให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนผู้ร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบคือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบประกันสังคมต่อระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการได้ 12 ต่อ 2 ต่อ 1 รวม 3,020 ราย โดยรวบรวมข้อมูลได้ 3,015 รายดังรายละเอียดปรากฏตามตารางกลุ่มตัวอย่างท้ายนี้

**ตารางที่ 3.1**

**กลุ่มตัวอย่างของการสำรวจความคิดเห็นผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบจำแนกตามภาคและจังหวัด**

| *ภาค* | *จังหวัด* | *ระบบประกันสุขภาพ* | *ระบบประกันสังคม* | *ระบบสวัสดิการข้าราชการ* | *รวม* |
|---|---|---|---|---|---|
| *กรุงเทพและปริมณฑล* | *กทม.* | *220* | *37* | *19* | *276* |
| | *นนทบุรี* | *220* | *37* | *18* | *275* |
| | *ปทุมธานี* | *220* | *37* | *18* | *275* |
| *ภาคกลาง* | *สมุทรปราการ* | *220* | *37* | *19* | *276* |
| | *ชลบุรี* | *219* | *37* | *18* | *274* |
| *ภาคเหนือ* | *เชียงใหม่* | *220* | *37* | *18* | *275* |
| | *เพชรบูรณ์* | *219* | *36* | *18* | *273* |
| *ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* | *ขอนแก่น* | *220* | *37* | *18* | *275* |
| | *นครราชสีมา* | *219* | *36* | *18* | *273* |
| *ภาคใต้* | *นครศรีธรรมราช* | *220* | *37* | *18* | *275* |
| | *สงขลา* | *219* | *36* | *18* | *273* |
| *รวม* | | *2,416* | *404* | *200* | *3,020* |
| *สัดส่วน* | | *12* | *2* | *1* | *15* |

***(คัดเลือกจากจังหวัดที่มีการร้องเรียนตามมาตรา 57,59 และการร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพและจำนวนข้อร้องเรียนการบริการทางการแพทย์ ในระบบประกันสังคมที่กระจายตามภาคต่าง ๆ)***

**พื้นที่ในการศึกษา** คัดเลือกจากรายงานสำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2549 และรายงานของกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม ข้อมูลปี 2548 จึงได้จังหวัดที่มีการร้องเรียนตามมาตรา 57,59 และการร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพ และจำนวนข้อร้องเรียนการบริการทาง

การแพทย์ในระบบประกันสังคมที่กระจายตามภาคต่างๆ ประกอบกับการเป็นเขตพื้นที่ของ สปสช.และสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เลือกสุ่มจากกรุงเทพฯและปริมณฑล และรวม 4 ภาค 11 จังหวัด ได้แก่

1) กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี
2) ภาคกลาง ได้แก่ สมุทรปราการ ชลบุรี
3) ภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ เพชรบูรณ์
4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ขอนแก่น นครราชสีมา
5) ภาคใต้ ได้แก่ นครศรีธรรมราช สงขลา

## 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. **การวิจัยเชิงปริมาณ** เป็นการศึกษาโดยการสำรวจข้อมูลของการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสำรวจการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม

## 3.3 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสำรวจการคุ้มครองผู้บริโภค เมื่อสร้างแบบสำรวจเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสำรวจให้หัวหน้าชุดโครงการและผู้ร่วมวิจัยในชุดโครงการเดียวกันร่วมกันตรวจสอบความเหมาะสมและถูกต้องแล้วนำมาปรับปรุงครั้งที่ 1 หลังจากนั้นได้ให้นักวิจัยภาคสนามซึ่งผ่านการชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามและวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้อย่างชัดเจน นำแบบสำรวจที่ได้ปรับปรุงครั้งที่ 1 จำนวน 45 ชุดไปทำการทดสอบในภาคสนามกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลประจำจังหวัดสมุทรสาครที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแต่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากรกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่าแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7 และพบว่าแบบสำรวจดังกล่าว มีคำถามจำนวนมากและเป็นคำถามที่ยากต่อการทำความเข้าใจของผู้ตอบแบบสำรวจจำเป็นที่จะต้องปรับคำถามให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำผลจากการทดสอบมาปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลจริง

2. **แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการโดยตรง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและนักวิชาการ** ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในชุดโครงการใหญ่เพื่อให้ประเด็นการสัมภาษณ์มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแบบสัมภาษณ์ในชุดโครงการเดียวกัน หลังจากนั้นเสนอหัวหน้าชุดโครงการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ แล้วจึงนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

อย่างไรก็ดีเมื่อนำแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารและนักวิชาการที่ได้สร้างขึ้นในครั้งแรกไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว พบว่าแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวมีประเด็นคำถามมากเกินไปและไม่เหมาะสมสำหรับผู้บริหารและนักวิชาการ จึงได้ปรับปรุงแบบในเชิงนโยบายและการบริหารที่สั้นและกระชับมากขึ้น

3. **กรณีศึกษา**

3.1 คัดเลือกนักวิจัยภาคสนามที่มีความเหมาะสมที่มีความรู้ความสามารถชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยและแนวทางการจัดทำกรณีศึกษา

3.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดของกรณีศึกษาสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

3.3 นักวิจัยภาคสนามเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาและสถานที่ที่ได้นัดหมาย

3.4 สังเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานกรณีศึกษาส่งให้นักวิจัยพิจารณา

3.5 ตรวจสอบคุณภาพรายงานกรณีศึกษาและปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม

## 3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรับแบบสอบถามกลับคืนมา คณะผู้ศึกษาจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยด้านสังคมศาสตร์(Statistic Package for Social Science : SPSS ) โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ (Percentage)
2. การหาค่าเฉลี่ยของน้ำหนักทัศนะของประชากรของคำตอบแต่ละข้อในคำถาม โดยการหาค่ามัชฌิมเลขคณิต (Mean)
3. การหาค่ากระจายของข้อคำตอบโดยการหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

## 3.5 การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเอกสาร การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ รวมทั้งผลการศึกษาของโครงการย่อย 2 โครงการเข้าด้วยกันภายใต้กรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ข้างต้น**โดยนำเสนอผลการศึกษาแบบพรรณาประกอบตารางผลการศึกษา**

# บทที่ 4
## ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาตามโครงการ การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อค้นพบเบื้องต้นจากการทบทวนระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบจากการทบทวนเอกสาร (ศึกษาจากบทที่ 2)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 กลไก กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยและต่างประเทศ

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล

## 4.1 ข้อค้นพบเบื้องต้นจากการทบทวนระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบจากการทบทวนเอกสาร (ศึกษาจากบทที่ 2)

## 4.2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยเชิงปริมาณได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,015 ราย ผลการวิจัยมีดังนี้

### 4.2.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

**ประเภทของบัตรหลักประกันสุขภาพ**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.6 ใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 14.2 ใช้สิทธิบัตรประกันสังคม พื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 27.6 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพฯ นนทบุรีและปทุมธานี รองลงมาคือ ร้อยละ 18.2 อย่างละเท่าๆ กันของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในภาคเหนือ (เชียงใหม่ ,เพชรบูรณ์) ภาคกลาง (สมุทรปราการ, ชลบุรี) และภาคใต้ (นครศรีธรรมราช,สงขลา) และร้อยละ 17.8 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (นครราชสีมา,ขอนแก่น (ตารางที่ 4.1)

**ตารางที่** 4.1

**จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของบัตร**

| *จังหวัด* | *บัตรประกันสุขภาพ* | *บัตรประกันสังคม* | *ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ* | *รวม* |
|---|---|---|---|---|
| ***ภาคเหนือ*** | | | | |
| *เชียงใหม่* | *7.2* | *1.2* | *0.6* | *9.1* |
| | *(220)* | *(37)* | *(19)* | *(276)* |
| *เพชรบูรณ์* | *6.9* | *1.0* | *0.9* | *9.0* |
| | *(211)* | *(33)* | *(28)* | *(272)* |
| ***เขตปริมณฑล*** | | | | |
| *กรุงเทพ ฯ* | *7.2* | *1.2* | *0.6* | *9.1* |
| | *(218)* | *(38)* | *(19)* | *(275)* |
| *นนทบุรี* | *7.1* | *1.3* | *0.6* | *9.1* |
| | *(216)* | *(42)* | *(18)* | *(276)* |
| *ปทุมธานี* | *7.3* | *1.2* | *0.6* | *9.2* |
| | *(223)* | *(37)* | *(19)* | *(279)* |
| ***ภาคกลาง*** | | | | |
| *สมุทรปราการ* | *7.2* | *1.2* | *0.6* | *9.1* |
| | *(220)* | *(37)* | *(19)* | *(276)* |
| *ชลบุรี* | *6.7* | *1.1* | *1.0* | *9.0* |
| | *(205)* | *(36)* | *(33)* | *(274)* |
| ***ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*** | | | | |
| *นครราชสีมา* | *7.1* | *1.3* | *0.5* | *9.0* |
| | *(215)* | *(41)* | *(17)* | *(273)* |
| *ปขอนแก่น* | *5.6* | *1.8* | *1.1* | *8.7* |
| | *(171)* | *(56)* | *(36)* | *(263)* |
| ***ภาคใต้*** | | | | |
| *นครศรีธรรมราช* | *7.3* | *1.2* | *0.5* | *9.1* |
| | *(221)* | *(37)* | *(17)* | *(275)* |
| *สงขลา* | *7.2* | *1.1* | *0.6* | *9.1* |
| | *(220)* | *(35)* | *(21)* | *(276)* |
| *รวม* | *77.6* | *14.2* | *8.1* | *100.0* |
| | *(2,340)* | *(429)* | *(246)* | *(3,015)* |

**คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.7 เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส พบว่า สมรส โสดและเป็นหม้าย (ร้อยละ 54.3, 36.2, 4.7) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษาและสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 34.8, 31.0, 2.1) (ตารางที่ 4.2)

**ตารางที่ 4.2**
**จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระบบหลักประกันสุขภาพ**

| *ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง* | *จำนวน (3,015 ราย)* | *ร้อยละ* |
|---|---|---|
| ***เพศ** (N = 3,015)* | | |
| *- ชาย* | *1,155* | *38.3* |
| *- หญิง* | *1,860* | *61.7* |
| ***ศาสนา** (N=2,970)* | | |
| *- พุทธ* | *2,882* | *96.7* |
| *- คริสต์* | *26* | *0.9* |
| *- อิสลาม* | *71* | *2.4* |
| ***สถานภาพสมรส** (N = 2,955)* | | |
| *- โสด* | *1,071* | *36.2* |
| *- สมรส* | *1,605* | *54.3* |
| *- หม้าย* | *140* | *4.7* |
| *- หย่า* | *81* | *2.7* |
| *- แยกกันอยู่* | *58* | *2.0* |
| ***ระดับการศึกษา** (N = 2,907)* | | |
| *- ไม่ได้เรียน* | *101* | *3.5* |
| *- ประถมศึกษา* | *901* | *31.0* |
| *- มัธยมศึกษา* | *1,014* | *34.8* |
| *- ปริญญาตรี* | *831* | *28.6* |
| *- สูงกว่าปริญญาตรี* | *60* | *2.1* |

**อาชีพและรายได้** พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ไม่ได้ทำงาน ค้าขาย เกษตรกรรม/ประมง/เลี้ยงสัตว์ (ร้อยละ 27.4,18.8 ,11.2,10.9) ร้อยละ 8.1ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการ และร้อยละ 7.7 มีอาชีพเป็นลูกจ้างในโรงงาน/สถานบริการ

รายได้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ไม่มีรายได้และน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 26.6, 25.7) และร้อยละ 9.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-

20,000 บาท รายได้สูงสุดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 160,000 บาท รายได้ต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 200 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 6,300 บาท ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพยังเป็นกลุ่มที่มีอาชีพและรายได้น้อย ข้อสังเกตของผลการศึกษาที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้กับกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 4.3)

**ตารางที่ 4.3**
**จำนวน ร้อยละข้อมูลพื้นฐานอาชีพและรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง**

| *ข้อมูลพื้นฐาน* | *จำนวน* | *ร้อยละ* |
|---|---|---|
| ***อาชีพ** (N = 2,940)* | | |
| *- รับจ้างทั่วไป* | *805* | *27.4* |
| *- ไม่ได้ทำงาน* | *553* | *18.8* |
| *- ค้าขาย* | *329* | *11.2* |
| *- เกษตรกรรม/ ประมง/ เลี้ยงสัตว์* | *321* | *10.9* |
| *- รับราชการ* | *238* | *8.1* |
| *- ลูกจ้างในโรงงาน/ ในสถานบริการ* | *226* | *7.7* |
| *- ธุรกิจ/ ธุรกิจส่วนตัว* | *217* | *7.4* |
| *- นักศึกษา* | *171* | *5.8* |
| *- พนักงานรัฐวิสาหกิจ* | *70* | *2.4* |
| *- แม่บ้าน* | *7* | *0.2* |
| *- อื่น ๆ* | *3* | *0.1* |
| ***รายได้** (N = 3,015)* | | |
| *ไม่มีรายได้* | *802* | *26.6* |
| *น้อยกว่า 5,000 บาท* | *775* | *25.7* |
| *5,001-10,000 บาท* | *990* | *32.7* |
| *10,001-20,000 บาท* | *292* | *9.7* |
| *20,001-30,000 บาท* | *105* | *3.5* |
| *30,001-40,000 บาท* | *32* | *1.1* |
| *มากกว่า40,000 บาทขึ้นไป* | *19* | *0.6* |
| *รวม* | *3,015* | *100.0* |

Max = 160,000 บาท, Min=200 บาท , $\overline{X}$ =6,300 บาท

**สถานที่พักอาศัย**

สถานที่พักอาศัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลถึงร้อยละ 47.1 รองลงมาร้อยละ 43.6 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และร้อยละ 9.3 อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 4.4)

**ตารางที่ 4.4**
**จำนวน และร้อยละข้อมูลพื้นฐานสถานที่พักอาศัย**

| *ข้อมูลพื้นฐาน* | *จำนวน* | *ร้อยละ* |
|---|---|---|
| *สถานที่พักอาศัย (N = 2,959)* | | |
| *- นอกเขตเทศบาล* | *1,395* | *47.1* |
| *- ในเขตเทศบาล* | *1,289* | *43.6* |
| *- กรุงเทพมหานคร* | *351* | *9.3* |

**ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ**

**ประเภทผู้ป่วย**

ประเภทผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน (ร้อยละ 75.0, 25.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.0 ไม่มีโรคประจำตัว

**สถานพยาบาลที่ไปใช้สิทธิ**

กลุ่มตัวอย่างไปใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพตามพื้นที่ที่ระบุในบัตรโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัย (ร้อยละ 47.5, 18.5 และ 7.5) (ตารางที่ 4.5)

**ตารางที่ 4.5**
**จำนวน และร้อยละข้อมูลพื้นฐานประเภทผู้ป่วย โรคประจำตัว**
**และสถานพยาบาลที่ไปใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ**

| *ข้อมูลพื้นฐาน* | *จำนวน* | *ร้อยละ* |
|---|---|---|
| *ประเภทผู้ป่วย (N = 2,683)* | | |
| *- ผู้ป่วยนอก* | *2,011* | *75.0* |
| *- ผู้ป่วยใน* | *672* | *25.0* |
| *โรคประจำตัว (N = 2,941)* | | |
| *- ไม่มี* | *2,266* | *77.0* |
| *- มี* | *675* | *23.0* |

**ตารางที่** 4.5 (ต่อ)

| *ข้อมูลพื้นฐาน* | *จำนวน* | *ร้อยละ* |
|---|---|---|
| *สถานพยาบาลที่ไปใช้สิทธิ (N = 2,979)* | | |
| *- โรงพยาบาลจังหวัด* | *1,415* | *47.5* |
| *- โรงพยาบาลอำเภอ* | *552* | *18.5* |
| *- สถานีอนามัย* | *222* | *7.5* |
| *- โรงพยาบาลเอกชน* | *168* | *5.6* |
| *- คลินิก* | *29* | *1.0* |
| *- อื่นๆ ระบุ ไม่แน่นอน* | *593* | *19.9* |

**ความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ**

**- ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยทั่วไป** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรู้ถูกต้องว่า สถานพยาบาลไม่มีสิทธิปฏิเสธผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 86.8) และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นด้านสุขภาพของตนเองจากผู้ให้บริการอื่นได้ (ร้อยละ 84.1) ข้อสังเกตพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้มากในประเด็น การเข้ารับบริการรักษาพยาบาลตามที่ระบุไว้ในบัตรเท่านั้นและการมีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานพยาบาลได้ (ร้อยละ 76.2, 71.8) (ตารางที่ 4.6)

**ตารางที่** 4.6

**จำนวน และร้อยละความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพ** (3 ระบบหลัก)

| *สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยทั่วไป* | *ใช่* | *ไม่ใช่* |
|---|---|---|
| *- เมื่อท่านไปขอใช้บริการ สถานพยาบาลไม่มีสิทธิปฏิเสธท่าน* | *86.8 (2,523)* | *13.2 (385)* |
| *- การมีสิทธิที่จะขอความเห็นด้านสุขภาพของท่านจากผู้ให้บริการอื่นได้* | *84.1 (2,437)* | *15.9 (462)* |
| *- การเข้ารับบริการรักษาพยาบาลตามที่ระบุไว้ในบัตรเท่านั้น* | *76.2 (2,219)* | *23.8 (693)* |
| *- การมีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานพยาบาลได้* | *71.8 (2,090)* | *28.2 (821)* |

**- ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องว่ากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยสามารถได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ณ สถานพยาบาลใดก็ได้ (ร้อยละ 85.2) (ตารางที่ 4.7)

**ตารางที่** 4.7
**จำนวน และร้อยละความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล**
**กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในระบบหลักประกันสุขภาพ** (3 ระบบหลัก)

| *สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน* | *ใช่* | *ไม่ใช่* |
|---|---|---|
| *- ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ณ สถานพยาบาลใดก็ได้* | *85.2 (2,479)* | *14.8 (431)* |

**4.2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการ/คุณภาพการให้บริการและปัญหาการใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ**

**- ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐในปัจจุบัน**

จากการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐในปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยในระดับปานกลางเกี่ยวกับบริการที่ได้รับตรงกับสิทธิที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.24) รองลงไปเป็นบริการตรงกับอาการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย 3.20) ไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ (ค่าเฉลี่ย 3.06) และบริการที่ได้รับรวดเร็ว (ค่าเฉลี่ย 2.83) (ตารางที่ 4.8)

**ตารางที่** 4.8
**จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็น**
**การให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐ**

| *การให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐปัจจุบัน* | *ระดับการเห็นด้วย* | | | | $\overline{X}$ | *S.D.* | *การแปลผล* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *มาก* | *ปานกลาง* | *น้อย* | *ไม่เห็นด้วย* | | | |
| *บริการที่ได้รับตรงกับสิทธิที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพ* | *39.0 (1,135)* | *48.2 (1,400)* | *10.7 (312)* | *2.1 (60)* | *3.24* | *0.72* | *มาก* |
| *บริการตรงกับอาการเจ็บป่วยของท่าน* | *33.8 (986)* | *53.9 (1,572)* | *10.7 (313)* | *1.6 (48)* | *3.20* | *0.69* | *มาก* |
| *ไปใช้บริการที่ไหนก็ได้* | *38.3 (1,116)* | *37.8 (1,101)* | *15.7 (457)* | *8.1 (237)* | *3.06* | *0.93* | *มาก* |
| *บริการรวดเร็ว* | *23.3 (681)* | *44.2 (1,294)* | *25.1 (735)* | *7.5 (219)* | *2.83* | *0.87* | *ปานกลาง* |

**- ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของรัฐในปัจจุบัน**

ในด้านคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐในปัจจุบันพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับคุณภาพในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ในระดับปานกลาง ความเอาใจใส่ของผู้

ให้บริการดี (ค่าเฉลี่ย 2.89) ความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการบัตรหลักประกันสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 2.73) เวชภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ (ค่าเฉลี่ย 2.46:2.59) ไม่มีความปลอดภัยในการให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 2.42) คุณภาพยาไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 0.94) และเครื่องมือแพทย์ไม่ได้มาตรฐาน (ค่าเฉลี่ย 0.94) (ตารางที่ 4.9)

**ตารางที่ 4.9**
**จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการ**

| *คุณภาพการให้บริการ* | *ระดับการเห็นด้วย* | | | | $\overline{X}$ | *S.D.* | *การแปลผล* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *มาก* 4 | *ปานกลาง* 3 | *น้อย* 2 | *ไม่เห็นด้วย* 1 | | | |
| - *คุณภาพยาไม่ดี* | *12.2 (354)* | *41.9 (1,217)* | *26.6 (774)* | *19.4 (563)* | *2.47* | *0.94* | *ปานกลาง* |
| - *อุปกรณ์ทางการรักษาไม่ได้มาตรฐาน (เครื่องมือแพทย์)* | *11.2 (326)* | *41.7 (1,215)* | *26.4 (768)* | *20.7* | *2.43* | *0.94* | *ปานกลาง* |
| - *เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ* | *11.7 (340)* | *41.5 (1,203)* | *28.0 (811)* | *18.8 (544)* | *2.46* | *0.93* | *ปานกลาง* |
| - *ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการดี* | *22.2 (648)* | *50.0 (1,462)* | *22.4 (654)* | *5.4 (158)* | *2.89* | *0.81* | *ปานกลาง* |
| - *สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น รถนั่ง ฯลฯ ไม่เพียงพอ* | *15.7 (457)* | *42.3 (1,231)* | *27.4 (796)* | *14.6 (426)* | *2.59* | *0.92* | *ปานกลาง* |
| - *ไม่มีความปลอดภัยในการใช้บริการ* | *10.5 (302)* | *40.6 (1,168)* | *29.6 (852)* | *19.3 (554)* | *2.42* | *0.92* | *ปานกลาง* |
| - *ความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการบัตรหลักประกันสุขภาพ* | *16.4 (400)* | *54.3 (1,326)* | *15.0 (365)* | *14.3 (349)* | *2.73* | *0.90* | *ปานกลาง* |

**- ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการใช้บริการตามสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพใน 3 ระบบหลัก**

จากการศึกษาถึงปัญหาการใช้บริการตามสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเห็นด้วยในระดับปานกลางเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ต่อไปนี้ การขาดข้อมูลในการใช้บริการบัตรหลักประกันสุขาพ (ค่าเฉลี่ย 2.66) การขาดหลักฐานที่แสดงการใช้สิทธิในบัตรหลักประกันสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 2.38) การไม่ได้มาตามระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย

(ค่าเฉลี่ย 2.34) และการไม่พบชื่อผู้รับบริการในฐานข้อมูลของสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.16) (ตารางที่ 4.10)

**ตารางที่** 4.10

**จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็น**

**ปัญหาการใช้บริการตามสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ** (3 ระบบหลัก)

| *ปัญหาการใช้บริการตามสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ* | *ระดับปัญหา* | | | | $\overline{X}$ | *S.D.* | *การแปลผล* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *มาก* | *ปานกลาง* | *น้อย* | *ไม่เห็นด้วย* | | | |
| *การขาดข้อมูลในการใช้บริการในบัตรหลักประกันสุขภาพ* | *20.1 (587)* | *44.2 (1,290)* | *17.4 (508)* | *18.3 (534)* | *2.66* | *0.99* | *ปานกลาง* |
| *การขาดหลักฐานที่แสดงการใช้สิทธิในบัตรหลักประกันสุขภาพ* | *12.3 (358)* | *40.2 (1,173)* | *21.2 (619)* | *26.4 (770)* | *2.38* | *1.01* | *ปานกลาง* |
| *การไม่พบชื่อผู้รับบริการในฐานข้อมูลของสถานพยาบาล* | *8.6 (252)* | *31.3 (911)* | *27.7 (807)* | *32.4 (944)* | *2.16* | *0.98* | *ปานกลาง* |
| *การไม่ได้มาตามระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย* | *14.4 (418)* | *34.2 (995)* | *22.8 (664)* | *28.6 (833)* | *2.34* | *1.04* | *ปานกลาง* |

### 4.2.3 ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมต่อการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่ควรดำเนินการ

จากการศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นด้วยในระดับมากเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมปรับปรุงคุณภาพบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.44) การจัดระบบการให้ข้อมูลกับผู้มีสิทธิว่าง (ค่าเฉลี่ย 2.40) การเสนอความเห็นเพื่อปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการร้องเรียนและการชดเชย (ค่าเฉลี่ย 2.38)การพิจารณาปรับปรุงการบริหารของสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.36) และการเสนอความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 2.23) (ตารางที่ 4.11)

**ตารางที่ 4.11**
**จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แนวทางการมีส่วนร่วมต่อการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่ควรดำเนินการ**

| *การมีส่วนร่วมต่อการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่ควรดำเนินการ* | *ระดับการเห็นด้วย* | | | $\overline{X}$ | *S.D.* | *การแปลผล* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *มาก* | *ปานกลาง* | *น้อย* | | | |
| *การปรับปรุงคุณภาพบริการ* | *51.5 (1,406)* | *40.6 (1,109)* | *7.9 (217)* | *2.44* | *0.64* | *มาก* |
| *การจัดระบบการให้ข้อมูลใหม่กับผู้ที่มีสิทธิว่าง* | *48.4 (1,321)* | *42.7 (1,166)* | *8.9 (242)* | *2.40* | *0.64* | *มาก* |
| *การเสนอความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงหลักเกณฑ์เงื่อนไข วิธีการ การร้องเรียนและการชดเชย* | *47.8 (1,298)* | *41.9 (1,136)* | *10.3 (279)* | *2.38* | *0.66* | *มาก* |
| *การพิจารณา ปรับปรุงการบริหารของสถานพยาบาล* | *46.0 (1,255)* | *43.9 (1,198)* | *10.1 (275)* | *2.36* | *0.66* | *มาก* |
| *การเสนอความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ* | *45.1 (1,231)* | *44.7 (1,219)* | *10.3 (280)* | *2.23* | *0.69* | *ปานกลาง* |

### 4.2.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพ

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวทางการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพทั้งหมด เห็นด้วยในระดับมาก ในเรื่องของการปรับปรุง กฎระเบียบที่คุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพและการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอกับสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.52) ส่วนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการทำงานกับการปรับปรุงนโยบายหลักประกันสุขภาพใกล้เคียงกัน (ค่าเฉลี่ย 2.48 และ 2.49) (ตารางที่ 4.12)

**ตารางที่ 4.12**
**จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับนโยบายและการบริการจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพ**

| *แนวทางของนโยบาย* | *ระดับการเห็นด้วย* | | | $\overline{X}$ | *S.D.* | *การแปลผล* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *มาก* | *ปานกลาง* | *น้อย* | | | |
| *ควรปรับปรุงและแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน* | *55.6 (1,516)* | *36.9 (1,006)* | *7.5 (205)* | *2.48* | *0.63* | *มาก* |
| *ควรจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอกับสถานพยาบาล* | *58.3 (1,592)* | *35.0 (955)* | *6.7 (182)* | *2.52* | *0.62* | *มาก* |
| *ควรปรับปรุงนโยบายหลักประกันสุขภาพ* | *54.9 (1,499)* | *39.0 (1,065)* | *6.0 (165)* | *2.49* | *0.61* | *มาก* |
| *ควรปรับปรุงกฎระเบียบที่คุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ* | *53.5 (1,461)* | *40.8 (1,114)* | *5.8 (158)* | *2.52* | *0.60* | *มาก* |

## 4.3 กลไก กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยและต่างประเทศ

| *กลไก/กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค* | *ประเทศไทย* | *สหรัฐอเมริกา* | *สาธารณรัฐอาฟริกาใต้* | *กานา* |
|---|---|---|---|---|
| | 1) มีกฎหมาย กำหนดถึง "สิทธิ" ของผู้บริโภคทั่วไปและผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ | 1) มีองค์กรเกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบสุขภาพหลายองค์กร ทั้งภาครัฐ และเอกชน มีโครงการสุขภาพภาครัฐ<br>- เมดิแคร์ (ระบบประกันสุขภาพของผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป) และคนพิการ (ไม่จำกัดอายุ)<br>- เมดิเคด (ระบบประกันสุขภาพคนยากจน) ไม่ครอบคลุมการบริการสุขภาพแก่ประชาชน<br>ทั้ง 2 โครงการ ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่มากจากภาษี โดยจ่ายผ่านโครงการสุขภาพของรัฐบาล | 1) มีระบบสุขภาพ 2 ระบบ คือ<br>1. ระบบรักษาพยาบาลปฐมภูมิมีสถานพยาบาล 2 ระดับ คือ<br>- คลินิก<br>- ศูนย์สุขภาพชุมชน<br>2. ระบบโรงพยาบาลมี 2 ระดับคือ<br>- โรงพยาบาลชุมชน (ระดับหนึ่ง)<br>- โรงพยาบาลเขต (ระดับสอง และระดับสาม) | 1) มีคณะกรรมการวางแผนพัฒนาชาติ ประสานงานกับองค์กรต่างๆ |
| | 2) มีระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศรองรับกฎหมาย | 2) มีการประกันสุขภาพภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ ได้รับผ่านการจ้างงาน ซึ่งทั้งลูกจ้างและนายจ้างร่วมจ่ายเบี้ยประกัน และมีองค์กรกุศลช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่าย ของโรงพยาบาลและคลีนิก | 2) มีกฎหมายรัฐธรรมนูญคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในการรับบริการสุขภาพมีกฎหมายองค์กรสุขภาพเพื่อควบคุมระบบประกัน | 2) มีองค์กรสุขภาพตำบลเป็นกลไกสำคัญในการประกันสุขภาพผ่านชุมชน แต่ครอบคลุมผู้ใช้บริการส่วนน้อย มีผลทำให้คนยากจนมากมายถูกปฏิเสธการรักษา |

| *กลไก/กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค* | *ประเทศไทย* | *สหรัฐอเมริกา* | *สาธารณรัฐอาฟริกาใต้* | *กานา* |
|---|---|---|---|---|
| | | | สุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค | |
| | 3) มีองค์กรตามกฎหมาย และองค์กรภาคเอกชนขับเคลื่อนการคุ้มครอง หรือปกป้องสิทธิผู้บริโภค กลไก คุ้มครองข้างต้นมีในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคม แต่ไม่มีในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 3) มีหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนของผู้ใช้บริการในระบบ เมดิแคร์ ที่ถูกปฏิเสธบริการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธค่ารักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับ | 3) มีองค์กรตามกฎหมายขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น กระทรวงสาธารณสุข | 3) รัฐจึงจำเป็นต้องคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพบางกลุ่ม ได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี ขึ้นไป คนจนและผู้ป่วยบางโรค |
| | 4) มีการกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการให้บริการสาธารณสุข ตามกฎหมายของแต่ละระบบ (ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบ-ประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ) | 4) มีหน่วยรับเรื่องอุทธรณ์ของผู้ใช้บริการ กรณีผู้ใช้บริการคิดว่าโครงการเมดิแคร์ ควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ควรจะได้ | 4) มีองค์กรภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับนโยบายด้านสุขภาพ | 4) มีศูนย์บริหารงบประมาณด้านสุขภาพทุกระดับของระบบสาธารณสุขเพื่อปกป้องบริการต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดงบประมาณในการปฏิบัติการ |
| | 5) มีการกำกับ ติดตามตรวจสอบการดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ที่กำหนดสำหรับระดับนโยบายรับบริการ โดยองค์กรตามกฎหมาย ได้แก่ คณะกรรมการ อนุกรรมการ ส่วนในระดับดำเนินการ | | 5) มีการกำหนดกฎบัตรรับรองสิทธิของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น สิทธิอยู่ในสิ่งแวดล้อมปลอดภัยและดีต่อสุขภาพ สิทธิมีส่วนร่วมตัดสินใจระดับ | 5) มีระบบตรวจสอบการอนุมัติและการบริหารงบประมาณอย่างเคร่งครัด |

| *กลไก/กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค* | *ประเทศไทย* | *สหรัฐอเมริกา* | *สาธารณรัฐอาฟริกาใต้* | *กานา* |
|---|---|---|---|---|
| | โดยศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน องค์กรภาคเอกชนและประชาชน ได้แก่ สมาคมที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตามกฎหมาย เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค สมัชชาสุขภาพ เป็นต้น | | นโยบาย สิทธิการเข้ารับบริการสุขภาพ ฯลฯ | |
| | 6) มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ กระบวนการที่กล่าวมีในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคม แต่ไม่มีในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ | | 6) มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ (คณะกรรมาธิการ องค์กรรักษาพยาบาล สมาคมโรงพยาบาลฯลฯ) | 6) มีการกำหนดกลยุทธ ด้านสุขภาพระยะปานกลางเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และบริการที่มีคุณภาพ |
| | | | 7) มีเงื่อนไขหลักเกณฑ์ กำหนดในการไต่สวน ข้อร้องเรียน และผลการพิจารณาข้อไต่สวน | 7) กำหนดนโยบายกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นในด้านการบริหารงบประมาณด้วยตนเอง (องค์กรสุขภาพตำบล) |
| | | | 8) มีการกำหนดความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่ต้องมีต่อ | 8) ปี ค.ศ.2005 มีการจัดตั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อหลีกเลี่ยง |

| *กลไก/กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค* | *ประเทศไทย* | *สหรัฐอเมริกา* | *สาธารณรัฐอาฟริกาใต้* | *กานา* |
|---|---|---|---|---|
| | | | สถานพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ซึ่งต้องปิดประกาศให้ผู้ป่วยเห็นอย่างชัดเจน | ความไม่เท่าเทียมของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งระบบจะเป็นแบบชุมชน ซึ่งกฎหมายกำหนดให้แต่ละชุมชนจัดตั้งองค์กรประกันสุขภาพของตนเอง |
| | | | | 9) มีกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติบังคับให้ประชาชนทุกคนในประเทศเข้าเป็นสมาชิก กับ “ระบบประกันสุขภาพชุมชน” หรือ “ระบบประกันสุขภาพเอกชน” อย่างใดอย่างหนึ่ง รัฐสนับสนุนงบประมาณเฉพาะระบบประกันสุขภาพชุมชนเท่านั้น |

## 4.4 ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

จากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการทบทวนสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยและต่างประเทศ กล่าวได้ว่า การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นกระบวนการปกป้องพิทักษ์สิทธิช่วยเหลือให้ผู้บริโภคที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการซื้อสินค้าหรือบริการ ซึ่งกระบวนการจะกระทำได้ทางรัฐ เอกชน ประชาชน รวมทั้งการคุ้มครองหรือปกป้องตนเองของผู้บริโภคด้วย และการดำเนินการคุ้มครองหรือปกป้องผู้บริโภคนั้น สิทธิผู้บริโภคเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินการ ซึ่งหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยต่างเห็นความสำคัญของการปกป้องสิทธิของผู้บริโภค

สำหรับสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักทั้งกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรงและที่เกี่ยวข้องได้กำหนดสิทธิผู้บริโภคไว้หลายประการ ได้แก่ *สิทธิการเข้าถึงและการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน สิทธิร้องเรียนและได้รับความช่วยเหลือ และหรือชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข สิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสาธารณสุข และสิทธิการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ* ซึ่งในการศึกษาตามโครงการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม มุ่งเน้นศึกษาถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของกลไกกระบวนการบริหารจัดการเพื่อการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิในการร้องเรียนและการได้รับความช่วยเหลือเยียวยา กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข การคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข และการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิที่จะมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก (ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ) โดยโครงการนี้จะมีอีก 2 โครงการย่อยซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสมบูรณ์ของระบบ คือ “โครงการกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” และ “โครงการการจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค”

การนำเสนอผลการศึกษาโครงการหลัก ”โครงการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม” ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาและอภิปรายผลภายใต้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกลไกกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคของระบบ การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งกำหนดเงื่อนไขสำคัญของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคไว้ 4 ประการดังที่กล่าวมาในบทที่ 2 ดังนี้

1) มีนโยบายที่สมบูรณ์ เหมาะสมชัดเจน ทั้งการเตรียมการด้านการป้องกันปัญหาทุกอย่างในระบบ มีการเฝ้าระวังปัญหาที่จะเกิดขึ้น มีการแจ้งข่าวสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบ มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์ มีการบังคับใช้กฎหมายและดำเนินการตามนโยบายที่เกิดผลในทางปฏิบัติ 2) มีโครงสร้างของกลไกดำเนินงานตามกฎหมายและตามนโยบายที่กำหนดทั้งกลไกการเงินการคลัง กลไกทางกฎหมาย กลไกบริหารจัดการเพื่อให้เกิดผลในการนำนโยบาย

ไปปฏิบัติ 3) มีกระบวนการทำงานที่เกิดผลจริงในทางปฏิบัติ 4) มีกระบวนการสร้างสำนึกประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ถูกละเมิดสิทธิ รวมทั้งกระบวนการสร้างสำนึกสังคมโดยรวม

**1. นโยบายการคุ้มครองผู้บริโภค**

นโยบายคือแนวทางปฏิบัติซึ่งนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคจะต้องมีความเหมาะสม ชัดเจน สามารถสร้างกลไกที่ดี นำไปสู่การปฏิบัติเกิดผลในการคุ้มครองได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้จะต้องเป็นที่ยอมรับของผู้มีอำนาจหน้าที่ ที่มี Political will ที่จะต้องตัดสินใจและผลักดันนโยบายนั้นๆ รวมทั้งต้องระบุผู้รับผิดชอบดำเนินการตามนโยบาย นอกจากนี้จะต้องระบุในนโยบายให้ชัดเจนว่าใครคือผู้ได้รับสิทธิ ได้รับประโยชน์ รวมทั้งระบุโทษของผู้ลิดรอนสิทธิ ตลอดจนระบุที่มาของนโยบายที่สำคัญ นโยบายต้องมาจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีนโยบายที่จะปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคที่เห็นเด่นชัดมาตั้งแต่มีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคเมื่อ พ.ศ.2522 นอกจากนี้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และ พ.ศ.2550 มีการกำหนดถึงสิทธิ และการคุ้มครองสิทธิของประชาชน ทั้งการคุ้มครองสิทธิทั่วไป และการคุ้มครองสิทธิในระบบบริการสาธารณสุข ที่สำคัญเมื่อมีกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยเจตนารมณ์ของกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพให้ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เสมอภาค เท่าเทียม สำหรับในระบบประกันสังคมได้มีกฎหมายประกันสังคมฉบับแรกเมื่อ พ.ศ.2533 ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองผู้ประกันตน ซึ่งเป็นผู้ใช้แรงงาน กรณีเมื่อเจ็บป่วยที่มิได้มีสาเหตุมาจากการทำงานให้ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ได้มีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ให้ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ทั้งในกรณีเจ็บป่วยเฉียบพลันเรื้อรังและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามสิทธิที่กำหนด

นโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคมต่างกำหนดกลไกตามกฎหมายในการควบคุม กำกับ ผลักดันขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดผลทางปฏิบัติในการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เท่าเทียม เสมอภาค นอกจากนี้ยังมีกลไกขับเคลื่อนภาคเอกชนในรูปขององค์กรและภาคีคุ้มครองผู้บริโภค การบังคับใช้นโยบายของกฎหมายเกิดผลในทางปฏิบัติยกเว้นระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่กฎหมายมิได้กำหนดกลไกในการควบคุม กำกับ ขับเคลื่อนการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจให้ได้รับบริการที่กล่าวข้างต้น คงมีแต่กลไกควบคุม กำกับ การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น อย่างไรก็ตามในระบบนี้ ยังมีสายด่วนให้ผู้บริโภคได้ร้องทุกข์เมื่อได้รับความเสียหายหรือไม่เป็นธรรมจากการรับบริการสาธารณสุข (สายด่วน 1689)

แม้จะมีกลไกกำหนดการคุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่กล่าวแล้วแต่จากการศึกษาพบว่ายังมีปัญหาในทางปฏิบัติของนโยบายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ จากการศึกษาถึงแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับนโยบายและการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเห็นด้วยในระดับมากที่จะให้ปรับปรุงกฎระเบียบที่คุ้มครองผู้บริโภค (ค่าเฉลี่ย 2.52) การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอกับสถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 2.52) การปรับปรุงนโยบายหลักประกันสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 2.49) การปรับปรุงและแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบ ทั้งอุปสรรคในการทำงาน (ค่าเฉลี่ย 2.48) ตารางที่ 4.12

การศึกษาเชิงปริมาณดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารระดับนโยบายของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง แพทยสภา คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และการรวบรวมความคิดเห็นจากเวทีสาธารณะ การสัมมนาผู้เกี่ยวข้องตามโครงการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม ณ โรงแรมมิราเคิล เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 7 กันยายน พ.ศ.2550 พบว่า นโยบายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งระบบ มีความชัดเจน เพราะมีกฎหมายรองรับ แต่มีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักมีข้อขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กล่าวคือ เมื่อมีข้อผิดพลาดทางการรักษา แพทย์ถูกฟ้องมากขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการปฏิบัติงานและขาดขวัญกำลังใจ นอกจากนี้ ผู้ป่วยเรียกร้องสิทธิและใช้บริการมากขึ้น เพราะเป็นบริการที่ให้เปล่า แต่รัฐจ่ายรายหัวให้โรงพยาบาลไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้แพทย์ต้องทำงานหนักและโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น ส่วนระบบประกันสังคมมักมีปัญหาที่โรงพยาบาลคู่สัญญาเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าข้อตกลงและการรักษาไม่ได้มาตรฐาน ฯลฯ เป็นต้น สำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการมีปัญหาในกรณีที่ข้าราชการไปทำงานในหน่วยงานภาคเอกชน จะใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการไม่ได้ เพราะพระราชกฤษฎีกาการเบิกค่ารักษาพยาบาล กำหนดว่าถ้าข้าราชการมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นได้ ให้เบิกจากหน่วยงานนั้น นอกจากนี้ ข้าราชการไม่มีสิทธิรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้น ในกรณีฉุกเฉินซึ่งแพทย์ต้องให้การรับรองว่าอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต นอกจากผู้บริหารในระดับนโยบายแล้วยังมีความคิดเห็นของผู้บริหารในระดับผู้ให้บริการ (ปฏิบัติ) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขจังหวัด ศูนย์หลักประกันสุขภาพประชาชน ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบวิธีการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ที่ว่านโยบายชัดเจนแต่มีปัญหาในทางปฏิบัติ ดังนี้

นโยบายการคุ้มครอง ใน 3 ระบบหลัก ไม่มีระบบใดที่กำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน เหมาะสม ทำให้การคุ้มครองผู้บริโภคมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีแนวคิดของระบบรวมทั้งกฎหมายที่แตกต่างกัน ทำให้มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านนโยบายและคุณภาพการบริการ โดยมีความเห็นเพิ่มเติมว่า นโยบายกลไกที่ดีต้องทำให้ผู้ให้บริการสามารถทำหน้าที่ของตนอย่างดีที่สุดโดยตนเองไม่เป็นทุกข์ ส่วนผู้รับบริการพึงพอใจและต้องรู้สิทธิของตน (นพ.พิเชฏฐ ลีละพันธ์เมธา ผอ.สปสช.เขตพื้นที่ (ขอนแก่น))

นอกจากที่กล่าวข้างต้นแล้วมีผู้ให้สัมภาษณ์บางท่าน มีความเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายที่จะให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์ที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ว่าทั้งสามระบบมีกฎหมายกำหนดสิทธิประโยชน์ไว้ชัดเจน อีกทั้งมีกลไกควบคุมกำกับดูแลให้ประชาชนได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ ดังนี้

1) การเข้าถึงบริการ ซึ่งในทุกระบบมีนโยบายที่ชัดเจนที่จะให้กลุ่มประชาชนในสิทธิต่างๆ ได้เข้าถึงบริการ แต่ในความเป็นจริงการเข้าถึงบริการของกลุ่ม 30 บาท อาจมีข้อจำกัด เพราะเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ ซึ่งในระดับนโยบายมีความพยายามที่จะแก้ไขเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ แต่ประเด็นนี้จะเกี่ยวข้องกับการกระจายทรัพยากรซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดของประเทศ และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ ของประเทศหลายระบบ ทำให้ไม่ว่าจะดำเนินการอย่างไรก็จะยังคงมีประชาชนที่แม้อาจได้รับบัตรแต่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ ส่วนประกันสังคมและข้าราชการไม่ค่อยมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ เพราะเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีโอกาสสูงอยู่แล้ว

2) การควบคุมกำกับดูแลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ได้มีนโยบายและกฎหมายที่กำหนดการคุ้มครองประชาชนในเรื่องนี้แรงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกฎหมายเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งได้ผ่านรัฐสภา เป็นที่เรียบร้อยแล้ว รวมทั้งมีกระแสสังคม นโยบายทั้งในระดับกระทรวง กรม แต่การพัฒนาคุณภาพยังเป็นสิ่งที่ให้สถานบริการต่างๆ ทำโดยสมัครใจและเป็นเรื่องที่สถานพยาบาลต้องใช้งบประมาณของตนเอง ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของมาตรการเรื่องนี้ แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพในทางวิชาการอาจดีขึ้น แต่ข้อจำกัดด้านงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร จากระบบจะเป็นอุปสรรค ทำให้โรงพยาบาลควบคุมค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบคุณภาพ

3) การทำให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์ตามสิทธิในแต่ละกองทุนกำหนดไว้ชัด กองทุน 30 บาทจะเป็นกองทุนที่ประชาชนได้รับประโยชน์มากที่สุด รองลงมาคือประกันสังคม ข้าราชการกลายเป็นกลุ่มที่ได้รับสิทธิประโยชน์น้อยสุดที่จะได้รับการดูแลด้านการคุ้มครอง และด้านสิทธิประโยชน์ ข้อสรุปเชิงนโยบาย คือ มีการคุ้มครองประชาชน มีนโยบายชัดเจน แต่มีอุปสรรคทางปฏิบัติที่สำคัญจะเกี่ยวข้องกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิชาการบางท่าน ที่ว่า นโยบายคุ้มครองระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการไม่สมดุลกัน งบประมาณไม่เพียงพอ จึงต้องคำนึงถึงการคุ้มครองผู้ให้บริการด้วย จึงจะทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการดี นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บริหารระดับ

ปฏิบัติที่ว่า กฎหมาย/ นโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นสิทธิผู้รับบริการมากกว่าผู้ให้บริการ รัฐกำกับผู้ให้บริการมากไปจนทำให้ภาระไปตกอยู่ที่ผู้ให้บริการเพียงฝ่ายเดียว ส่งผลให้การให้บริการกับผู้รับบริการไม่สมดุลกัน ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการมีความทุกข์ความเครียด สำหรับระบบประกันสังคม ผู้ประกันตน และสำนักงานประกันสังคมมีการปรับตัวและการพัฒนาองค์กรน้อย นโยบายไม่ยืดหยุ่น ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการ เป็นไปในลักษณะเข้าถึงยาก ขั้นตอนดำเนินการยุ่งยาก เช่น การเบิกอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีขั้นตอนหลายขั้นตอน ยกตัวอย่างกรณี คนไข้กระดูกหัก สำนักงานประกันสังคมต้องขอฟิล์มเอกซเรย์ ไปดูก่อนว่ากระดูกหักกี่ชี่ แล้วจึงให้เบิกอุปกรณ์ตามจำนวนนั้น นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมยังไม่ค่อยรับข้อมูลเพื่อการปรับปรุงการทำงานมากนัก หากจะนำกรณีศึกษาของ “บุญน้อย” กับสิทธิในกองทุนเงินทดแทนที่ตกลงมาจากกองแป้งมันแล้วตายในขณะปฏิบัติงานเกือบไม่ได้รับการชดเชยใด ๆ หากภรรยาไม่ได้ต่อสู้เรียกร้องความเป็นธรรมมาเป็นบทเรียนให้สำนักงานประกันสังคมได้ทบทวนแนวทางวินิจฉัยความเสียหายของผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพด้วยจิตวิญญาณของความมีเมตตาธรรมต่อมนุษย์ร่วมโลก มากกว่าการยึดติดกับกฎหมายโดยไม่ยืดหยุ่น น่าจะมีผลให้การร้องเรียนลดน้อยลงได้

โดยสรุป นโยบายคุ้มครองผู้บริโภค ยังไม่ชัดเจน เหมาะสม มีปัญหาในทางปฏิบัติ ส่งผลถึงความไม่เท่าเทียมในการคุ้มครองสิทธิ ด้วยเงื่อนไขที่แตกต่างกันในแต่ละระบบ

นอกจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้บริหารในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และกลุ่มนักวิชาการที่กล่าวแล้ว ยังมีความคิดเห็นบางส่วนที่ได้จากผู้เข้าร่วมเสวนาบางส่วน “การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ” เมื่อวันศุกร์ที่ 7 กันยายน พ.ศ.2550 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ โดยในส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบาย มีดังนี้

การกำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาความรู้ผู้ให้บริการต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันมีนโยบายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างแพทย์ผู้มีประสบการณ์แต่ไม่ทันสมัย กับแพทย์ที่ขาดประสบการณ์ แต่มีความทันสมัย สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ผู้อื่น (ผู้ให้บริการ) ก็มีสิทธิ ในฐานะผู้บริโภคเช่นกัน และทุกคนต้องมีหน้าที่ที่ต้องทำให้ดีที่สุด สร้างความรู้ ความเข้าใจ แก่ประชาชนและผู้ป่วย เกี่ยวกับ “การรู้จักดูแลตนเอง” และมิให้มีความคาดหวังสูงต่อบริการรักษาพยาบาลจนเกินไป ในขณะเดียวกันควรมีนโยบายในการกำหนดขอบเขตมาตรฐานการทำงานของผู้ให้บริการ มิให้แบกภาระงานหนักเกินไป ควรมีการประชุมระดับชาติกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ โดยนำข้อผิดพลาดเป็นหัวข้อหลักในการประชุม สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการประสานงาน ประสานความร่วมมือให้เกิดประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ พิจารณากำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและพื้นที่ เช่น ไม่ควรมีนโยบายลดแพทย์ พยาบาล แต่ควรผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น จัดสรรงบประมาณ และอุปกรณ์ตลอดจนเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานอย่างทันสมัยเพียงพอ

ควรมีนโยบายกำหนดให้ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ มีกฎหมายฉบับเดียวกัน สิทธิประโยชน์เท่ากัน มีระบบบริหารจัดการเดียวกัน (ข้อมูลข่าวสาร การจ่ายเงินตาม DRG คณะกรรมการระดับนโยบายร่วม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน) มีระบบบริการเท่าเทียมกัน โดยใช้มาตรฐานที่เหมาะสมที่สุด ทั้งนี้ จะต้องทำความเข้าใจผู้มีสิทธิแต่ละระบบ กำหนดให้โรงพยาบาลที่ได้รับรางวัลด้าน Best Practice เป็นรูปแบบ และพิจารณาหามาตรฐานกลางโดยดูว่า ระบบใดผู้บริโภคพึงพอใจที่สุด และผลักดันเรื่องสิทธิของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นนโยบายของทุกพรรคการเมือง

กล่าวโดยสรุป นโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ ในภาพรวมยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติ ทั้งในด้านการกำหนดแนวทางปฏิบัติ การกำหนดมาตรฐานการบริการ การจัดสรรทรัพยากร การสร้างความตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ การประสานงานประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเตรียมระบบป้องกันความผิดพลาดทางการรักษา การเตรียมระบบป้องกันความผิดพลาดซ้ำ เหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ส่งผลต่อการให้บริการเกิดความผิดพลาดทางการรักษา นำไปสู่การร้องเรียน ข้อค้นพบจากการศึกษาที่กล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณที่รวมรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายและการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในฐานะผู้บริโภค มีความเห็นด้วยในระดับมาก เกี่ยวกับการให้มีการปรับปรุงกฎ ระเบียบที่คุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอกับสถานพยาบาล การปรับปรุงนโยบายหลักประกันสุขภาพ และการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน (ค่าเฉลี่ย 2.52, 2.52, 2.49 และ 2.48 ตามลำดับ : ตารางที่ 1.14) ซึ่งนโยบายที่มีความสมบูรณ์ นั้น ควรจะต้องมีระบบการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ด้วยการศึกษาความเป็นไปได้ของนโยบาย พิจารณากำหนดทางเลือกสำหรับแนวทางปฏิบัติของนโยบายที่เหมาะสม ในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกัน ในวิถีการดำรงชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม โดยให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่มีส่วนร่วมในการกำหนดและเลือกทางเลือก มีกระบวนการกำหนดนโยบายที่มีความโปร่งใส ประชาชนมีส่วนร่วม และกำหนดความรับผิดชอบ มีระบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนที่ประสบผลสำเร็จในทางปฏิบัติ มีการศึกษาวิจัย ติดตามประเมินผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ และนำผลมาปรับปรุงแก้ไข พัฒนานโยบาย ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น มีการกำหนดมาตรการป้องกันปัญหา หรือความเสียหายที่จะเกิดซ้ำ เช่น กำหนดกติกาสังคมที่ชัดเจนในการให้ข้อมูลข่าวสาร มาตรการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มาตรการส่งเสริมจิตบริการ (Service Mind) การสร้างกติกากลางที่ยืดหยุ่น ทุกสิทธิใน 3 ระบบ เป็นต้น มีกระบวนการสร้างความตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ของประชาชนในฐานะผู้บริโภค ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ถึงระดับกลุ่มประชาสังคม มีมาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย / นโยบายให้เกิดผลในทางปฏิบัติ เช่น มีระบบติดตามตรวจสอบ และการให้คุณให้โทษในการดำเนินงาน มีระบบเฝ้าระวังด้วยการสร้างกลไกเพื่อติดตามสถานการณ์และนำข้อมูล

ที่ได้มาวางแผน ควบคุม ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นและเป็นการลดปัจจัยเสี่ยง (สังคม คุณคณากรสกุล, ไม่ระบุ พ.ศ.)

**2. โครงสร้างของกลไกการดำเนินงานตามนโยบาย ทั้งในด้านการเงินการคลัง การบริหารจัดการ**

เนื่องจากการศึกษากลไก/กระบวนการการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพตามโครงการนี้ มุ่งเน้นการศึกษาเฉพาะกลไก/ กระบวนการบริหารจัดการ ในด้านการร้องเรียน การได้รับความช่วยเหลือ กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข การบริหารจัดการด้านการให้ข้อมูล การบริหารจัดการด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ดังนั้นการนำเสนอผลและการอภิปรายผลในที่นี้จึงมีขอบเขตตามประเด็นที่กล่าวข้างต้น

นอกจากการกำหนดนโยบายที่สมบูรณ์เหมาะสมชัดเจนที่กล่าวแล้วนั้นต้องมีกลไกการบริหารจัดการอย่างพอเพียงมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ชัดเจน เป็นธรรม ครอบคลุมสาระสำคัญที่มาจากหลักการที่เหมาะสมนำไปปฏิบัติได้ และต้องสอดคล้องกับกลไกทางกฎหมาย การเงินการคลัง และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจการคลังของประเทศกับวัฒนธรรมการดำรงชีวิตของผู้บริโภค เหมาะสมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้ความเข้าใจหวงแหนสิทธิของตน ตลอดจนเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระบวนการ

กลไกที่ดีที่สุดเป็นอย่างไร ไม่มีผู้ใดตอบได้แต่จะตอบกันเพียงว่าเหมาะสมที่สุดกับสถานการณ์นั้น นโยบายนั้น งานนั้น และความพร้อมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ถ้าเป็นกลไกทางการต้องมีโครงสร้างและองค์ประกอบชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ ในกลไกต้องระบุอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบชัดเจนว่าใครทำอะไร อย่างไร ต้องสร้างความเป็นธรรมแก่ทุกคนถ้วนหน้าตามแนวคิด Universal coverage และเอื้อต่อการบริการที่มีมาตรฐานครบถ้วน หากเป็นเรื่องระบบสาธารณสุขต้องสามารถดำเนินการตามแนวคิดสุขภาพที่สมบูรณ์ครบวงจร (Coprehensive) ที่ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดโรค การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

ไม่ว่าจะเป็นกลไกแบบใด ระดับใด ต้องนำไปสู่จุดหมาย คือ เสมอภาค เท่าเทียม มาตรฐาน ทั่วถึง เป็นธรรม การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีธรรมาภิบาลสนองตอบกระแสความต้องการของสังคม หากเป็นประเทศไทยในยุคนี้ต้องมุ่งสู่จุดหมายที่เรียกว่า “สุขภาพพอเพียง” กลไกที่กำหนดจะต้องประกอบด้วยผู้ให้บริการที่มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติที่ดีให้บริการอย่างมีจิตสำนึก มีจิตบริการและให้บริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียม มาตรฐาน ทั่วถึงเป็นธรรม โครงสร้างของกลไกดำเนินงานตามนโยบายบริหารจัดการให้เกิดการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเหมาะสมจะเป็นอย่างไร จะพบตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมจากโครงการ “กลไกและกระบวนการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบ

หลักประกันสุขภาพ" และโครงการ "การจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค" ซึ่งเป็นชุดโครงการย่อยของโครงการที่ศึกษาครั้งนี้

**โครงสร้างกลไกการดำเนินตามนโยบายการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภค**

จากการทบทวนกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 และแก้ไขเพิ่มเติม พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 และแก้ไขเพิ่มเติม พบว่ามีการกำหนดโครงสร้างของกลไกดำเนินงานตามนโยบายการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในรูปของคณะกรรมการและอนุกรรมการที่คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่แต่งตั้งตามกฎหมาย โดยกำหนดองค์ประกอบ/และอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการและอนุกรรมการไว้อย่างชัดเจน ทั้งอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง การจัดสรรทรัพยากร การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ อำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการรับคำร้อง การพิจารณาคำร้องและการอุทธรณ์ และที่สำคัญองค์ประกอบของคณะกรรมการจะประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ตัวแทนวิชาชีพ ได้แก่ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการผู้แทนส่วนท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรเอกชน ผู้แทนประกอบอาชีพด้านสาธารณสุข (ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สมาคมโรงพยาบาลเอกชน) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์

นอกจากนี้ยังได้มีการจัดตั้งกลไกบริหารที่สำคัญคือ การจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบในการดำเนินงาน รวมทั้งมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ ที่ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังใช้โครงสร้างองค์กรเดิมที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนมีการจัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาล ซึ่ง สปสช. สนับสนุนให้สถานพยาบาลมีช่องทางการจัดการกับปัญหาการร้องเรียน โดยศูนย์บริการพื้นที่ จะเป็นเสมือน Customer Service รับเรื่องร้องเรียนของทุกสิทธิ (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ) เพื่อคลี่คลายปัญหาก่อนที่ปัญหาจะทวีความรุนแรงขึ้น มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน กลไกการบริหารที่กล่าวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากศูนย์ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบสนับสนุนแล้วยังมีศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขจะใช้ชื่อ ศูนย์ไกล่เกลี่ยเรื่องร้องทุกข์ ศูนย์ที่กล่าวถึงทั้ง 2 ศูนย์มีเป้าหมายให้ผู้รับบริการหรือผู้บริโภคในระบบเข้าถึงบริการได้มากที่สุด ซึ่งถือเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบที่สำคัญประการหนึ่ง

ระบบประกันสังคม ตามกฎหมายประกันสังคม พ.ศ.2533 ได้กำหนดโครงสร้างของกลไก ดำเนินงานตามนโยบายคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคของระบบหรือผู้ประกันตน ในรูปของคณะกรรมการ อนุกรรมการที่คณะกรรมการแต่งตั้งตามกฎหมาย ได้แก่ คณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการการแพทย์ คณะกรรมการอุทธรณ์ โดยฉพาะคณะกรรมการประกันสังคม ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่สำคัญเกี่ยวกับการเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการในการประกันสังคม มีองค์ประกอบของคณะกรรมการที่ประกอบด้วย 3 ฝ่าย คือ ตัวแทนฝ่ายนายจ้าง ตัวแทนลูกจ้าง (ผู้ประกันตน) และตัวแทนฝ่ายรัฐบาล กรณีที่ผู้ประกันตนมีปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล ที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ผู้ประกันตนสามารถร้องเรียนผ่านสำนักงานประกันสังคมจังหวัดนั้นๆ ก็จะตรวจสอบและส่งเรื่องให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณาวินิจฉัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการประกันสังคม หากผู้ประกันตนไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์มีสิทธินำคดีไปสู่ศาลแรงงานได้ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งคำวินิจฉัย ถ้าผู้ประกันตนไม่นำคดีไปสู่ศาลภายในกำหนดให้คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์เป็นที่สุด

สำหรับโครงสร้างของกลไกดำเนินงานตามนโยบายของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามกฎหมายพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 และที่แก้ไขกำหนดให้กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นผู้รับผิดชอบจัดการระบบเกี่ยวกับการควบคุม ตรวจสอบ การเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิของระบบ แต่ระบบนี้ยังขาดความชัดเจนในการพัฒนาระบบขาดกลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจน

นอกจากกลไกการดำเนินงานตามนโยบายคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบที่กล่าวแล้ว ยังมีกลไกที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบอีก ได้แก่ สำนักงานแพทยสภา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กองการประกอบโรคศิลป์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สภาคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากกลไกที่กล่าวแล้วยังมีกลไกภาคเอกชนในรูปของสมาคมที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ โครงการคุ้มครองผู้บริโภค (คคส.สนับสนุนโดย สสส. เป็นโครงการที่ส่งเสริมความเข้มแข็งภาคประชาสังคมด้านคุ้มครองผู้บริโภค (จดหมายข่าวคคส.ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน หน้า 2 พ.ศ.2548))

อย่างไรก็ตามแม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบจะได้กำหนดโครงสร้างของกลไก ดำเนินงานตามนโยบายเพื่อการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในระบบอย่างชัดเจนทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ดังได้กล่าวมาแล้วก็ตาม แต่จากการศึกษาพบว่ายังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติเกี่ยวกับประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล การบริหารจัดการด้านความซ้ำซ้อนในบทบาทหน้าที่ การประชาคม การร้องเรียน การช่วยเหลือเบื้องต้น การชดเชย

ความเสียหาย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพ (ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้อง) ดังนี้

**การกำหนดบทบาทหน้าที่** จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับนโยบายทั้งภาครัฐและเอกชนที่กล่าวมาแล้วในประเด็นคำถามที่ว่า "กลไกและกระบวนการบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่" พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการบริหารคล่องตัวมากกว่าอีก 2 ระบบ เนื่องจากมิได้เป็นส่วนราชการซึ่งมีกฎระเบียบ ข้อบังคับ ขั้นตอนมากมาย อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ แต่มีปัญหาในด้านความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อให้เกิดความรู้สึกมือคติต่อกัน

**ประสิทธิภาพ/ ประสิทธิผลของการบริหารจัดการด้านงบประมาณ/การร้องเรียน/และการช่วยเหลือเบื้องต้นและหรือ/ ชดเชยความเสียหายในแง่ประสิทธิภาพ** พบว่า ผู้บริหารจากสำนักพัฒนาระบบบริหารสุขภาพ มีความเห็นว่า กลไก กระบวนการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพโดยรวมไม่สร้างทางเลือกให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การพยายามให้มีประสิทธิภาพโดยการควบคุมค่าใช้จ่าย ทำให้ประสิทธิภาพแย่ลง แต่ถ้ามองลึกๆ เงินในระบบที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ ใน 3 ระบบสัมพันธ์กัน ภาพรวมเงินในระบบลดลง ในขณะที่ความต้องการบริการไม่มีที่สิ้นสุด สิทธิประโยชน์ได้รับการขยายออกไปเรื่อยๆ โดยไม่พิจารณาอย่างรอบด้าน ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพประสบความยากลำบากมีปัญหาต่อประสิทธิภาพ จากแนวโน้มของสถานการณ์การร้องเรียนและเรียกร้องค่าชดเชยที่มีมากขึ้น จะทำให้เงินของกองทุนมีปัญหาได้ โชดดีที่ได้รับการจัดการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 1 และงบประมาณต่อหัวของประชากรเพิ่มขึ้นแต่ต้องระวังปัญหาในอนาคต

สำหรับระบบประกันสังคมและข้าราชการ มีความเห็นว่าไม่มีผู้ดูแล เรื่องร้องเรียนและชดเชยค่าเสียหายโดยเฉพาะมีปัญหาสถานพยาบาล จะพิจารณาไม่เป็นธรรมกับผู้บริโภคทั้ง 2 ระบบ ควรให้กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมเข้ามาจัดการในประเด็นนี้อย่างจริงจัง ในเรื่องบริหารจัดการของระบบนี้ (นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, สัมภาษณ์, 14 กันยายน 2550) มีความเห็นว่า มีจุดอ่อนที่ผู้ประกันตนมักนำญาติ พี่น้องมาสมัครด้วย นอกจากนี้มักไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่มีชื่อเสียง โดยขอยาราคาแพงและนำมาเบิกกับโรงพยาบาลคู่สัญญาซึ่งโรงพยาบาลไม่มีสิทธิปฏิเสธ พร้อมเสนอใช้แก้ปัญหา คือ ควรแก้ไขระเบียบให้ใช้ยาในบัญชีหลักเท่านั้น สำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีจุดอ่อนที่ราชการไม่มีสิทธิรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินซึ่งแพทย์ต้องลงนามรับรอง นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการมีสิทธิหลายสิทธิ นอกจากสิทธิในระบบนี้ตามกฎหมายให้ใช้สิทธิอื่นก่อน โดยเสนอว่าควรแก้ไขกฎหมายให้มีสิทธิเลือกว่าจะใช้สิทธิใด

**ประสิทธิภาพ/ ประสิทธิผลการบริหารจัดการด้านงบประมาณ**

**ดร.ยุพดี สิริสินสุข** (สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2550) มีความเห็นว่างบประมาณบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพไม่เพียงพอ ในระดับโรงพยาบาลต้องรับภาระดูแลผู้บริโภคส่วนที่ไม่มีบัตรด้วย ลำพังงบประมาณที่ได้รับเพื่อบริการผู้บริโภคที่มีบัตรได้รับน้อยอยู่แล้ว ควรมีการบริหารจัดการเรื่องของกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ**นพ.สมศักดิ์ โลห์เลขา** (สัมภาษณ์, 14 กันยายน 2550) ที่ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนมักเข้าถึงบริการมากที่สุดเพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่คุณภาพที่ได้รับค่อนข้างจำกัด เพราะติดขัดที่งบประมาณ รัฐจ่ายรายหัวให้ไม่เพียงพอ ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกค่ารักษาพยาบาล ในต่างประเทศคิดเป็นอัตราร้อยละ เช่น ผู้ป่วยร่วมจ่ายด้วย 20 % เป็นต้น นอกจากนี้ ความคิดเห็นเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอ ที่กล่าวยังสอดคล้องกับเอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549 เรื่อง นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง ที่ว่า วงเงินที่ได้รับจัดสรรอยู่ในระดับต่ำกว่าที่ควรจะเป็นมาโดยตลอด ยังไม่สามารถหาแนวทางการจัดสรรงบประมาณไปสู่หน่วยงานและหน่วยบริการต่างๆ ได้อย่างลงตัว และต้องมีการจัดตั้งกองทุนสำรอง (Contingency fund) ติดต่อมาหลายปี เพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง

**พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ** (สัมภาษณ์, 22 ตุลาคม 2550) มีความเห็นว่าสถานการณ์การร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพในช่วงปี 2547-2548 มีการร้องเรียนมาก ทั้งนี้ เนื่องจาก สโลแกน “30 บาทรักษาทุกโรค” ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการมีความคาดหวังว่าเมื่อเป็นโรคแล้วไปโรงพยาบาล จะหายทุกโรค เมื่อไม่เป็นไปตามสโลแกนจึงเกิดปัญหา ปัจจุบันมีศูนย์รับเรื่องร้องเรียน มีการกลั่นกรองคำร้องเรียนก่อน ทำให้ข้อร้องเรียนได้เคลียร์ไปบ้างในระดับหนึ่ง ปัจจุบันการร้องเรียนของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ายังมีอยู่บ้าง ซึ่งเกิดจากประชาชนไม่รู้ถึงสิทธิของตนในเรื่องใหม่ๆ เช่น การล้างไต การรักษาผู้ป่วยเอดส์ ที่ยังมีเงื่อนไขบางอย่างอยู่บ้าง

**นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์** (สัมภาษณ์, 16 ตุลาคม 2550) กฎหมายหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 มาตรา 41 กำหนดการช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ ซึ่งผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองอยู่แล้ว แต่มาตรา 42 ไม่เห็นด้วย ทำให้ผู้ให้บริการขาดขวัญกำลังใจ

ระบบประกันสังคม ขึ้นอยู่กับกลไก / กระบวนการของระบบ

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มีช่องทางการร้องเรียน ต้องร้องเรียนผ่านสื่อมวลชน กรมบัญชีกลางซึ่งรับผิดชอบระบบนี้ควบคุมในเรื่องเบิกจ่ายเงินเท่านั้น ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นว่า การบริหารจัดการทุกประเด็นต้องอาศัยองค์ความรู้

**พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ** (สัมภาษณ์, 22 ตุลาคม 2550) มีความเห็นสอดคล้องกับ เรืองรอง ดีผดุง เกี่ยวกับการบริหารจัดการของระบบประกันสังคมว่าทำได้ดี ผู้ประกันตน

เข้าถึงการร้องเรียน แต่ พญ.กฤติยา มีความเห็นว่าการชดเชยความเสียหายไม่มีประสิทธิผล เช่น กองทุนเงินทดแทนฯ มีการชดเชยเงินที่ล่าช้า กรณีจำนวนเงินมากกว่า 50,000 บาท ผู้ประกันตนจะต้องสำรองจ่ายไปก่อน

ผู้เข้าร่วมเสวนาเวทีสาธารณะ เมื่อ 7 กันยายน 2550 มีข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมเสวนาในด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพโดยภาพรวมว่า ควรมีระบบบริหารจัดการระบบเดียวกัน เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับมาตรฐานเดียวกัน พร้อมให้ข้อคิดว่า ควรศึกษาความเป็นไปได้ก่อนสร้างกลไกบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามอาจเป็นภาระหนักแก่รัฐบาลในด้านงบประมาณ ซึ่งต้องดูแลผู้บริโภค 60 ล้านคน ลำพังระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องดูแลผู้บริโภค 47 ล้านคน เป็นภาระหนักอยู่แล้วในด้านบริหารจัดการ

**ประสิทธิภาพ/ ประสิทธิผลการบริหารจัดการด้านการให้ข้อมูล**

จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ, ไม่ปรากฏวันที่สัมภาษณ์) มีความเห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม มีระบบการให้ข้อมูลค่อนข้างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณของโครงการ “การจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค” พบว่า ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดช่องทางกลไกการบริหารจัดการและการดำเนินงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคชัดเจน สำหรับระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจต้องเสาะแสวงหาเอาเอง ข้าราชการเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลน้อยที่สุดเพราะไม่มีผู้รับผิดชอบ ในเชิงภาพรวมของระบบหากปล่อยไปเช่นนี้ข้าราชการจะกลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์**นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์** (สัมภาษณ์, 16 ตุลาคม 2550) มีความเห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพโดยรวม ผู้บริโภคยังเข้าไม่ถึงข้อมูลเท่าที่ควร ซึ่งมีสาเหตุ 3 ประการ คือ 1. อยู่ที่การศึกษาของผู้บริโภค คือ รู้แต่สิทธิของตนเองแต่ไม่รู้หน้าที่ 2. วัฒนธรรมไทย คนไทยรักความสบาย ง่ายๆ ไม่ค่อยคำนึงถึงความปลอดภัยในการป้องกันในเรื่องความเสียหายที่จะเกิดขึ้น เช่น ไม่อยากสอบถามจากผู้ให้บริการเกี่ยวกับการรับประทานยา ปัจจุบันแพทย์มีเวลาน้อยที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย 3. ช่องทางของข้อมูลถูกบิดเบือน โดยมีข้อคิดเห็นว่า การบริหารจัดการทุกประเด็นต้องอาศัยองค์ความรู้ ประเด็นความไม่รู้ของผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังเช่นกรณีศึกษา “ชีวิตของลุงสมัครป่วยเป็นโรคเบาหวานจนพิการ” ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค สาเหตุของโรค ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมและการดำรงชีวิต ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการได้ ประกอบกับการไม่รู้จักดูแลตนเอง ดังนั้นการให้บริการรักษาพยาบาลต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกเหนือจากการมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลด้วยยาแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งน่าจะมีผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเรื้อรังลดลง เป็นการประหยัดงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นอย่างดี

ผู้เข้าร่วมเสวนาบางส่วน จากเวทีสาธารณะตามโครงการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อ 7 กันยายน พ.ศ.2550 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น เขตหลักสี่ มีความเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่จะให้ทุกคนยอมรับว่าความผิดพลาดจากการรักษาเป็นปัญหาของสังคมและระบบ และมีหน้าที่ช่วยกันแก้ไขว่า ควรสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยว่า ผู้อื่นก็มีสิทธิ มิใช่แต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่มีสิทธิ รวมทั้งสร้างความเข้าใจกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ผู้ป่วย/ ผู้บริโภค) ว่าทุกคนต่างมีหน้าที่ ต้องทำหน้าที่ให้ดีที่สุดอยู่แล้ว ต้องสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในด้านสื่อมวลชนต้องนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้อง และให้ความสำคัญกับระบบสื่อสารโดยบรรจุไว้ในหลักสูตรการศึกษา มีการสรุปเรื่องร้องเรียน ข้อพิจารณาเรื่องร้องเรียนไว้ในหน่วยงานเดียวกัน และประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบ รณรงค์สร้างความเข้าใจกับประชาชนโดยสม่ำเสมอเพื่อลดการร้องเรียน และไม่ควรปฏิเสธการให้เวชระเบียนเมื่อมีการร้องขอจากผู้ป่วย

**ดร. ลือชัย ศรีเงินยวง** (สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2550) มีความเห็นว่า ระบบการฟ้องร้องเป็นระบบที่หาคนผิด พอมีการทำความผิดจะมีการปิดบังข้อมูล เปลี่ยนแปลงข้อมูล ท้ายสุดก็เข้าไม่ถึงข้อมูลเพราะแต่ละวิชาชีพมีความซับซ้อนทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้คนนอกเข้าไม่ถึง นอกจากนี้ควรให้ข้อเท็จจริงกับคนไข้ (ผู้บริโภค) ซึ่งยังไม่ทราบว่าในด้านความผิดพลาดเป็นปัญหาของระบบไม่ใช่ปัญหาของบุคคล การให้บริการคนไข้จำนวนมาก หมอทำงานหนัก โอกาสพลาดง่าย

**คุณสารี อ๋องสมหวัง** (สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2550) มีความเห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพ มีกลไกอยู่มาก การให้ข้อมูลเลือกที่จะให้ข้อมูลบางอย่าง บอกเป็นบางเรื่อง ไม่เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูล เช่น ขณะนี้ คนยังไม่รู้เลยว่าระบบประกันสุขภาพสามารถเรียกค่าชดเชยการได้รับบริการได้ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2550) ที่มีความเห็นการให้ข้อมูลดีจะช่วยให้การร้องเรียนลดลง สปสช.จะให้ข้อมูลที่เป็นเชิงบวก แต่ไม่บอกว่าอะไรไม่สามารถให้ได้ การให้ข้อมูลที่ดีต้องให้ทั้งสองด้าน บอกเงื่อนไขที่ไม่ได้ด้วย

ข้อค้นพบจากโครงการย่อย “การจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค” พบว่า ระบบประกันสังคมมีการให้ข้อมูลดี แต่ไม่มีรายละเอียดการให้ข้อมูล แต่สิ่งที่ประชาชนได้ มีช่องทางและระบบการร้องเรียนและชดเชยความเสียหายที่ชัดเจน ให้ผู้ประกันตนร้องเรียนได้เมื่อไม่พอใจ ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ประชาชนและหน่วยงานไม่ทราบการให้ข้อมูล สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับน้อย ทุกขั้นตอนของบัตรหลักประกันสุขภาพ

โดยสรุปข้อค้นพบของโครงการ การจัดกลไกให้ข้อมูลในด้านประสิทธิภาพของกลไก กระบวนการบริหารจัดการการให้ข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม มีการจัดกลไกหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบตามกฎหมายกำหนด มีกลไก องค์กร

หลักที่กำหนดภารกิจ มีการบริหารจัดการระบบฐานข้อมูล ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการให้ข้อมูลต่ำที่สุด ขาดกลไกการบริหารจัดการเชิงระบบ แต่มีการบริหารจัดการเฉพาะด้านการเงินเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณของรัฐเป็นหลัก

ในด้านประสิทธิผลของกลไกกระบวนการให้ข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า ประชาชน (ผู้รับบริการ) มีความพึงพอใจระบบหลักประกันสุขภาพระดับมาก

**ประสิทธิภาพ/ ประสิทธิผล การบริหารจัดการด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน**

**ดร.ยุพดี สิริสินสุข** (สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2550) มีความเห็นด้านการมีส่วนร่วมว่า กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดโครงสร้างไว้ว่า จะต้องมีภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ ความสำเร็จยังไม่เกิด จะต้องใช้เวลาแต่ก็พอมีลู่ทางที่จะเป็นไปได้

**พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ** (สัมภาษณ์ 22 ตุลาคม 2550) มีความเห็นว่า ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีส่วนร่วมมากกว่าระบบอื่น มีโครงการต่างๆ มากมาย สำหรับระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการมีส่วนร่วมน้อยมาก การเสนอนโยบายต่างๆ ก็ทำกันเองโดยไม่มีญาติของข้าราชการเข้าร่วมด้วย ในด้านระบบประกันสังคม ระบบนี้ยึดลูกจ้างเป็นสำคัญ แต่ไม่ได้สะท้อนความต้องการของลูกจ้างอย่างจริงจังซักเท่าไหร่

**คุณเรืองรอง ดีผดุง** (สัมภาษณ์, 9 ตุลาคม 2550) มีความเห็นเฉพาะระบบประกันสังคมว่า การมีส่วนร่วมในระบบ จะมีในระดับตัวแทนลูกจ้าง ตัวแทนนายจ้าง คณะกรรมการจังหวัด ส่วนในระดับท้องถิ่นไม่พบการมีส่วนร่วม

**นพ.พิเชฏฐ ลีละพันธ์เมธา ผอ.สปสช.เขตพื้นที่ (ขอนแก่น)** แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อสร้างระบบถ่วงดุล ระหว่างผลได้ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน โดยกลไกการดำเนินงานได้กำหนดให้มีผู้แทนของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้ทรงคุณวุฒิในรูปคณะกรรมการ นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งเสริมให้มีกลไกภาคประชาชน ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการเข้าถึงข้อมูล และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับบริการเป็นการป้องกันการกระทบกระทั่ง และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ยังมีความเห็นว่าการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารอย่างเป็นธรรมแก่ผู้ร้องเรียนและผู้เสียหาย รวมทั้งผู้ให้บริการ โดยยึดหลักกฎหมาย มีความโปร่งใสโดยอัตโนมัติ คุ้มค่า เพราะลดค่าใช้จ่ายของทุกฝ่าย ไม่ต้องมีค่าจ้างทนาย ได้มีโอกาสบำเพ็ญประโยชน์

**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า** (สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2550) มีความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนว่า ไม่สามารถร่วมได้ การมีส่วนร่วมมีอยู่ในองค์กรของกรรมการในระดับชาติ ทำให้ไม่มีส่วนร่วมทุกคน (การมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง) ขึ้นอยู่กับความเป็นไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ**นพ.ชลิต ทองประยูร ผู้บริหารโรงพยาบาลสมุทรปราการ** (สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2550) ที่ว่า การมีส่วนร่วมในระดับโรงพยาบาลไม่มี คงมีแต่ระดับคณะอนุกรรมการแต่ไม่มีส่วนร่วมมากนัก อาจเป็นเพราะไม่เข้าใจ เช่น คำศัพท์ทางแพทย์ ส่วนใหญ่นั่งฟังไม่มีส่วนร่วม ในทำนองเดียวกัน ความเห็นของ**คุณเรืองรอง ดีผดุง** (สัมภาษณ์, 9 ตุลาคม 2550) เห็นว่า การมีส่วนร่วมจะมีในระดับคณะกรรมการ เช่น ระบบประกันสังคม จะมีส่วนร่วมในระดับตัวแทนลูกจ้าง นายจ้าง คณะกรรมการจังหวัด

**คุณไพจิตร เรืองศรีมั่น คุณประจวบ พิทอง และคุณวสันต์ หรี่สมวงศ์** (สัมภาษณ์ 5 ตุลาคม 2550) ในด้านการมีส่วนร่วม หากมีการร้องเรียนทางเราจะเข้าไป แต่ไม่ได้รับความสำคัญเท่าใดนัก แต่ก็ได้พยายามทำให้ดีที่สุด หมออาจคิดว่าเรื่องการร้องเรียนต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจเป็นความเข้าใจไม่ตรงกัน ระหว่างผู้ป่วยกับข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาล

**นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์** (สัมภาษณ์, 16 ตุลาคม 2550) มีความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบ ว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควร เช่น ในประเด็นของการรักษาพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลกับผู้ให้บริการ การสอบถามผู้ให้บริการเมื่อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล วิธีการรับประทานยา (เป็นหน้าที่ของผู้บริโภค) การมีส่วนร่วมในประเด็นของการจัดสรรทรัพยากร เช่น การจัดสรรแพทย์ ไม่ควรพิจารณาแต่เพียงปริมาณที่เพียงพอต่อผู้บริโภค แต่ควรคำนึงถึงการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะทำให้แพทย์สามารถอยู่ได้ และทำงานได้ คือ มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ทีมงาน ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพของท้องถิ่น ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติ ควรมีส่วนสะท้อนข้อเท็จจริง ที่สำคัญการจัดสรรไม่ควรใช้ระบบเส้นสาย (ระบบอุปถัมภ์)

ผู้บริหารระดับนโยบาย สัมภาษณ์ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (3 กันยายน 2550) นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (แทน เลขาธิการ สปสช. 3 กันยายน 2550) คุณสุพัชรี มีครุฑ (แทน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม 10 กันยายน 2550) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (12 กันยายน 2550) นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (14 กันยายน 2550 เวลา 10.00 น.) คุณมนัส แจ่มเวหา (14 กันยายน 2550 เวลา 14.00 น.) นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ (20 กันยายน 2550 เวลา 11.00 น.) มีความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพ สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

ระดับนโยบายมีตัวแทนขององค์กรเอกชน เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการจำนวนมาก แต่ตัวแทนจากประชาชนที่แท้จริงกลับมีจำนวนน้อย ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน มีศูนย์หลักประกันสุขภาพประชาชนจำนวนถึง 72 ศูนย์ มักจะขอสิทธิเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีสายด่วน 1330 ในทางปฏิบัติมักจะถูกแทรกแซงจากการเมือง ทำให้ทำงานด้วยความลำบากใจ

ระดับนโยบาย คณะกรรมการมีบทบาทมากไป ทำให้ไม่ได้ดูภาพรวมในระดับชาติ มีข้อขัดแย้งกัน ระดับท้องถิ่นมักมีปัญหาในเรื่องการประสานงาน

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในระบบประกันสังคมในรูปคณะกรรมการประกันสังคม ประกอบด้วย ตัวแทนลูกจ้าง ตัวแทนนายจ้าง ตัวแทนจากฝ่ายรัฐบาล ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข และตัวแทนจากสำนักงบประมาณ ฝ่ายละ 5 คน

ส่วนระบบสวัสดิการข้าราชการเวลาแก้ไขกฎหมาย กรมบัญชีกลางจะเชิญตัวแทนจากส่วนราชการต่างๆ และตัวแทนจากสมาคมลูกจ้างประจำร่วมประชุมระดมความคิดเห็น

**3. มีกระบวนการทำงานที่เกิดผลจริงทางปฏิบัติ**

เงื่อนไขสำคัญของกระบวนการทำงานขับเคลื่อน กลไกการคุ้มครองผู้บริโภค ต้องครอบคลุมภารกิจหลัก ดังนี้

1. มีมาตรการการป้องกันปัญหาทุกอย่างในระบบ ในที่นี้หมายถึงการศึกษาวิจัยค้นคว้าติดตามพลวัตรของการละเมิดละเลยสิทธิ การคาดคะเนปริมาณความซับซ้อนของปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะปัญหาไม่ว่าจะเป็นส่วนของผู้ละเมิด ผู้ถูกละเมิด การทำงานด้านนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ทันท่วงที การวางแผนเตรียมการ เป็นต้น

2. มีการเฝ้าระวัง เมื่อมีเหตุที่น่าเชื่อว่าปัญหาจะเกิดขึ้น ต้องมีการเฝ้าระวัง รูปธรรมในที่นี้ ตัวอย่างเช่นในมลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการประกาศรายชื่อโรงพยาบาลที่มีความผิดพลาดในการรักษาให้ประชาชนทราบ มาตรการนี้ดูจะรุนแรง ไม่อาจจะนำมาใช้ในประเทศไทยได้ แต่ถ้าเราจะนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้บริโภคในประเทศไทย อาจจะทำโดยมีการประกาศสดุดีโรงพยาบาล สถานพยาบาลที่มีคุณภาพในเชิงการใส่ใจผู้บริโภค ปลอดจากการร้องเรียน ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาล สถานพยาบาลอื่นก็ต้องปรับตัว เพื่อสร้างชื่อเสียงบ้าง เป็นต้น

3. มีกระบวนการให้ข้อมูล ให้การศึกษา ปลุกจิตสำนึกให้แก่ประชาชนทุกคน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายที่ขาดโอกาสในการรับรู้ ขาดความเข้าใจ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการถูกเอารัดเอาเปรียบ อาจจะต้องถึงขั้นที่ทางวิชาการเรียกว่า มีกระบวนการเสริมแรง (empower) สำหรับผู้ขาดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในสิทธิของตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะเกิดการเรียนรู้และรวมตัวกันอย่างเข้มแข็งมีพลังอำนาจที่จะปกป้องสิทธิของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ปัจจุบันประชาชนยังรวมกันไม่ติด ยังไม่ตระหนักรู้ถึงสิทธิประโยชน์ของตนเอง (ศ.จรัญ ภักดีธนากุล, 2550)

4. เมื่อมีปัญหาข้อพิพาทเกิดขึ้น สำหรับคนกลุ่มที่พิทักษ์สิทธิตนเองไม่ได้ มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy) ให้ผู้บริโภคเล็กๆ ได้รับความเป็นธรรมตามสิทธิที่มี ผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูล ความรู้ ความตระหนักในปัญหาทั่วไป และปัญหาสลับซับซ้อนอ่อนแอ ขาดอำนาจต่อรองปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้บริโภคที่ตื่นตัวใช้สิทธิอันพึงมีพึงได้ของตนเองยัง

ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้บริโภคและองค์กรผู้บริโภค ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2550)

รูปธรรมในเรื่องนี้ คือ การร้องเรียนและการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น และหรือการชดเชยค่าเสียหาย เป็นการยากที่ผู้ป่วยจะต่อสู้กับโรงพยาบาล ลูกค้าจะต่อสู้กับเจ้าของโรงงาน เจ้าของกิจการต้องสร้างกลไก และองค์กรรวมคนทำงานด้านสิทธิประโยชน์ของผู้บริโภคให้เป็นล่ำเป็นสัน เป็นกระบวนการทำงานที่แน่นหนากว่าที่เป็นอยู่ (ศ.จรัญ ภักดีธนากุล, 2550)

ในการศึกษานี้ เน้นที่กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มีอยู่ในประเทศไทย คือ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบสวัสดิการข้าราชการ ใน 3 ระบบนั้นยังมีความไม่สมบูรณ์ ดังได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 ในการศึกษานี้ พบว่า สาเหตุประการสำคัญหนึ่งคือความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล เป็นตัวอย่างสำคัญที่จะยกมาในการศึกษาครั้งนี้ คือกลไกกระบวนการที่จะป้องกัน แก้ไข พัฒนาความผิดพลาดทางการรักษา medical errors ที่ทำให้เกิดการร้องเรียน

5. มาตรการต่างๆ ที่กำหนดต้องบังคับใช้ได้ตามนโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม มิใช่เขียนไว้โดยมิได้มีการปฏิบัติ การพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคโดยรวมยังมีข้อจำกัด (สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค 42 จังหวัด, 2550)

สหภาพยุโรปมีความสนใจในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค มีการตั้งองค์กรที่ดูแลและประสานงานในเรื่องนี้ หรือในองค์การเหล่านี้ คือ NUO's Consumer Protection Centre ซึ่งทำงานในระดับนานาชาติด้วย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่ากระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคจะทำงานประสบความสำเร็จจะต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจ (Collaboration) ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ผู้ออกกฎหมายกำหนดนโยบาย ผู้มีอำนาจในการบริหารองค์กร ที่ทำหน้าที่คุ้มครองผลประโยชน์

นอกจากเงื่อนไขสำคัญของการขับเคลื่อน กลไกการคุ้มครองผู้บริโภค ที่กล่าวแล้วข้างต้น สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ สิทธิของผู้บริโภคในการเข้าถึงและได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เท่าเทียม เสมอภาค ภายใต้แนวคิดที่ว่า "คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ" จะลดฟ้องแพทย์ได้ (ประเวศ วะสี, 2550) ซึ่งจะก่อประโยชน์ 4 ด้าน เพิ่มขึ้น และปรับลดลง 2 ด้าน คือ

1. เพิ่มความสุขของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งการให้บริการด้วยความเป็นมนุษย์ เอาหัวใจนำหน้าการให้บริการจะก่อให้เกิดความกล้าหาญ แม้คนไข้จะแน่นแต่หากสนใจความเป็นมนุษย์จะมีการไต่ถามทุกข์สุขกัน แต่หากใช้ความรู้นำหน้าจะเกิดความกลัว กลัวว่าตัวเองจะไม่รู้ ดังนั้นต้องใช้ใจนำ หลังจากนั้นจะมีความรู้ตามมาเอง

2. เกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพ คิดค้นสิ่งดีๆ เพื่อการรักษาดูแลคนไข้ เช่น คิดเครื่องพลิกตัวคนไข้อัมพาต

3. คุณภาพการให้บริการเพิ่มขึ้น ความปลอดภัยของคนไข้เพิ่มขึ้น

4. โรคจะหายง่ายขึ้นจากท่าทีความใส่ใจของแพทย์ พยาบาล ซึ่งคนไข้อยากเล่าเรื่องการเจ็บป่วยของตนให้หมอฟัง ซึ่งหากหมอรับฟังคนไข้ รักษาด้วยยาแบบเดียวกัน วิธีการรักษาเดียวกัน แต่ท่าทีของหมอต่างกัน การหายจากโรคของคนไข้ก็ต่างกัน มีงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า โรคร้อยละ 20 หายจากการใช้ยา ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่อีกร้อยละ 80 หายจากปัจจัยอื่นๆ เช่น หายเอง หายเพราะพอใจผู้ให้การรักษา

ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่า 2 ประการที่จะลดลงเมื่อมีหัวใจความเป็นมนุษย์ในการให้บริการ คือ 1. ค่าใช้จ่ายทางอุปกรณ์การแพทย์ ลดการใช้เครื่องมือแพทย์บางชิ้น เพราะผลของคุณภาพการให้บริการด้วยใจ 2. ลดการฟ้องร้องแพทย์ ฟ้องร้องโรงพยาบาล เนื่องจากคนไข้และแพทย์มีความสัมพันธ์กันด้วยใจเหมือนคนในครอบครัว มีน้ำใจให้กันจะไม่มีการฟ้องร้อง

**นพ.มงคล ณ สงขลา** ( รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข, 2550) บรรยายพิเศษเรื่อง “แนวทางพัฒนาสังคมอยู่ดีเป็นสุข” แนะให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการด้วยใจ สอดคล้องกับแนวคิดหลักในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ครั้งที่ 8 คือ คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ หากฟื้นสิ่งดีงามเหล่านี้ ซึ่งถือว่า จิตอาสากลับคืนมา เชื่อว่า การฟ้องร้องแพทย์จะลดลง

ข้อค้นพบจากการศึกษา ตามโครงการย่อย “กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน และการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพเกี่ยวกับกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในสถานพยาบาลมีศูนย์รับเรื่องร้องเรียน มีผู้แสดงความคิดเห็น ซึ่งผู้มารับบริการสามารถร้องเรียนผ่านจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขไปจนถึงสำนักนายกรัฐมนตรี ในเบื้องต้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะให้ความยุติธรรมทั้ง 2 ฝ่าย เนื่องจากเห็นว่าไม่มีฝ่ายไหนเจตนาให้เกิดปัญหา แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะต้องมีระบบป้องกันความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีก ส่วนในเรื่องระยะเวลาดำเนินการแก้ปัญหาจนยุติเรื่องทุกสถานพยาบาลจะกำหนดกรอบเวลาไว้อย่างชัดเจนเพื่อประสิทธิภาพของงาน

สำหรับความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือการชดเชยโดยที่ไม่ต้องมีการไต่สวนทำให้คู่กรณีรู้สึกแย่ โดยเฉพาะผู้ที่ตกเป็นจำเลย ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถร้องเรียนได้ง่าย แต่ผู้ถูกร้องจะรู้สึกแย่มาก ในด้านความรู้สึกแย่ของผู้ถูกร้องที่กล่าว สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ (นพ.พิเชฏฐ ลีละพันธ์เมธา ผอ.สปสช.เขตพื้นที่ (ขอนแก่น)) ที่กล่าวว่า เวลามีความเสียหายเกิดขึ้น มักจะมุ่งเป้าไปที่แพทย์ แพทย์จะวิตกกังวล รู้สึกว่าไม่ได้รับความไว้วางใจ ทำให้แพทย์หมดกำลังใจและจะไม่ทำงานเต็มที่ โดยจะระวังการรักษามากขึ้น แพทย์หันไปทำงานเชิงธุรกิจเพื่อหารายได้ เห็นเงินสำคัญมากขึ้น (ตามกระแสทุนนิยมซึ่งขัดกับปรัชญาวิชาชีพแพทย์ที่ถูกอบรมสั่งสอนมา) สิ่งนี้เป็นบรรยากาศที่น่าวิตกกังวล

**4. มีกระบวนการสร้างสำนึกแก่ประชาชนเป้าหมาย (ผู้บริโภค) และประชาชนทั่วไป**

จากการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยรู้ข่าวสารข้อมูลทางการแพทย์ ข้อจำกัดต่างๆ ตลอดจนสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่พึงได้

(นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, สัมภาษณ์, 14 กันยายน 2550) สอดคล้องกับความคิดเห็นที่ว่า ปัจจุบันประชาชนยังเข้าไม่ถึงข้อมูล (นพ.จิรุตม์ รัตนบัลล์, อ้างแล้ว) และยังไม่รู้ว่าการให้บริการคนไข้จำนวนมาก ยิ่งหมอทำงานหนัก คนไข้มากหมอก็ยิ่งพลาดง่าย (รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง, อ้างแล้ว) โดยเฉพาะกฎหมายปัจจุบันพูดถึงแต่สิทธิผู้บริโภคแต่ไม่มีการพูดถึงหน้าที่ของผู้บริโภค ทำให้มีการร้องเรียนมากยิ่งขึ้น หน้าที่ผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ คือ ต้องมีหน้าที่ดูแลตนเองด้วย อย่างไรก็ตามข้อค้นพบจากการศึกษาของโครงการ "การจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค" พบว่า การให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมากเพียงพอ แต่เป็นการให้ข้อมูลดีแต่ไม่ยอมบอกว่าประชาชนต้องทำอะไร (หน้าที่ของผู้บริโภค) ทำให้ระบบมีคนมาใช้สิทธิอย่างไม่ถูกต้อง เนื่องจากประชาชนไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร รู้แต่เพียงว่าตนได้รับสิทธิอะไร (พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ,อ้างแล้ว) การให้ข้อมูลดีจะช่วยให้การร้องเรียนลดลง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ข้อมูลที่เป็นเชิงบวกแต่ไม่บอกว่าอะไรที่ไม่สามารถให้ได้ การให้ข้อมูลที่ดีต้องให้ข้อมูลทั้ง 2 ด้าน บอกเงื่อนไขที่ไม่ได้ด้วย (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, อ้างแล้ว )ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ว่าผู้ให้บริการส่วนหนึ่งเลือกให้ข้อมูลที่จำเป็นกับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากเกรงว่าจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการฟ้องร้องเมื่อเกิดปัญหาและไม่พอใจ สำหรับระบบประกันสังคม การให้ข้อมูลตามความเห็นของนักวิชาการของสำนักงานประกันสังคม ยังไม่น่าพึงพอใจเนื่องจากประชาชนยังไม่รู้สิทธิของตนว่าเงินที่ส่งสมทบกองทุนประกันสังคมนำไปทำอะไรบ้าง หากรู้ว่ามีเพียง 0.88 ส่วนนำไปเป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนที่เหลือเก็บไว้สำหรับผู้ประกันตนยามชราจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งลงไปได้ (เรืองรอง ดีผดุง,อ้างแล้ว)

จากผลการศึกษาถึงกระบวนการทำงานเพื่อขับเคลื่อนกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่พบว่า ผู้บริโภค (ประชาชน) ไม่รู้หน้าที่ รู้แต่สิทธิที่จะได้ เข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารที่กล่าวข้างต้นนั้น จำเป็นต้องมีกระบวนการสร้างสำนึกด้วยการเสริมสร้างพลังผู้บริโภคตามความหมายที่กล่าวไว้ในหัวข้อ แนวคิดของโครงการนี้ว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคล กลุ่มหรือชุมชนมีความสามารถ มีอำนาจ ในการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ได้ โดยต้องทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ รวมทั้งเกิดความตระหนัก และลงมือปฏิบัติการสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น มีคุณค่าในตนเอง กลุ่มหรือชุมชน

กล่าวโดยสรุปเงื่อนไขสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในด้านนโยบาย โครงสร้างของกลไกดำเนินการตามนโยบายและกฎหมาย กระบวนการทำงานและกระบวนการสร้างสำนึก จากการศึกษาพบว่า ประเทศไทยมีนโยบายคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 2 ระบบหลัก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคมชัดเจน เนื่องจากมีกฎหมาย และแต่ละระบบได้กำหนดสิทธิของผู้บริโภคไว้มากมายหลายประการ ทั้งสิทธิในการเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพประสิทธิภาพ เท่าเทียม เสมอภาคเป็นธรรม สิทธิที่จะร้องเรียนและได้รับความช่วยเหลือ

เบื้องต้นและหรือได้รับชดเชยความเสียหาย (ระบบประกันสังคมไม่มี) สิทธิได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข สิทธิมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ สิทธิเลือกสถานพยาบาลประจำตัวที่ได้มาตรฐาน สิทธิได้รับบริการกรณีฉุกเฉินที่โรงพยาบาล รวมทั้งมีการกำหนดโครงสร้างของกลไก กระบวนการขับเคลื่อน (ทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่และภาคประชาชน) อื่น ที่มิใช่โรงพยาบาลประจำตัว สำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มีกลไกรับผิดชอบที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า มีปัญหาในทางปฏิบัติทั้งในเรื่องการกำหนดบทบาท หน้าที่กลไกรับผิดชอบ ซ้ำซ้อนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะการมีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคมากมาย มีการทับซ้อนคาบเกี่ยวระหว่างกฎหมายหลายฉบับ มีผลในการแย่งกันทำ หรือไม่มีผู้รับผิดชอบ (เกี่ยงกัน) กฎหมายกำหนดแต่สิทธิผู้บริโภคแต่ไม่กำหนดหน้าที่ผู้บริโภค การกำหนดงบประมาณให้สถานพยาบาลเป็นรายหัวที่ไม่เพียงพอรองรับผู้บริโภค การกำหนดนโยบายให้กลุ่มประชาชน (ผู้บริโภค) ตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพได้เข้าถึงบริการ แต่ในความเป็นจริงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจมีข้อจำกัดเพราะเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่และเกี่ยวข้องกับประเด็นการกระจายทรัพยากรซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดของประเทศ และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ ของประเทศ หลายระบบซึ่งทำให้ยังคงมีประชาชนที่แม้จะได้รับบัตรแต่ยังเข้าไม่ถึงบริการ

สำหรับ ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการของข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีปัญหาในประเด็นถูกปฏิเสธสิทธิจากโรงพยาบาลคู่สัญญา ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลเอกชน ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ มักมีปัญหาเกี่ยวกับไม่มีสิทธิเลือกรับบริการสถานพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินและปัญหามีหลายสิทธิ จะถูกปฏิเสธสิทธิระบบราชการให้ใช้สิทธิอื่นก่อน

นอกจากนี้ด้านกระบวนการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคที่เกิดผลจริงในทางปฏิบัติ พบว่าประเทศไทยแม้จะมีกลไกกฎหมายกำหนดสิทธิผู้บริโภคไว้มากมายดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติไม่เกิดผลในการบังคับใช้ เนื่องจากกฎหมายบางฉบับไม่มีกฎหมายลูกรองรับ ในขณะเดียวกัน องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคเอกชน ภาคประชาชนยังไม่มีกฎหมายรองรับการทำงานที่เป็นอิสระอย่างแท้จริง ในขณะเดียวกันประชาชน (ผู้บริโภค) ในปัจจุบันยังเข้าไม่ถึงข้อมูล ขาดการรับรู้หรือตระหนักในการที่จะปกป้องสิทธิของตนเอง รวมทั้งประชาชนรู้แต่สิทธิแต่ไม่รู้หน้าที่ว่าต้องทำอะไร เพื่อการคุ้มครองสิทธิของตนเอง และไม่รู้ถึงข้อจำกัดของระบบว่ามีสิ่งใดที่ตนจะไม่ได้รับ ทำให้มีความคาดหวังต่อระบบหลักประกันสุขภาพที่ตนมีสิทธิสูง เมื่อไม่ได้เป็นไปตามความคาดหวังก็ไม่พึงพอใจ และนำไปสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้อง

ดังนั้นการกำหนดนโยบายที่สมบูรณ์ชัดเจน เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง การกำหนดโครงสร้างของกลไกดำเนินงานตามนโยบายตามกฎหมายที่คำนึงถึงความเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์และพื้นที่ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการบริหารจัดการที่นำหลักธรรมาภิบาล ได้แก่ ความรับผิดชอบ หลักจริยธรรม การจัดการการเงิน การงบประมาณด้วยความเป็นธรรมโปร่งใส ตรวจสอบได้ การตัดสินใจตามกฎเกณฑ์ที่ดี การตัดสินใจที่เป็นที่

รับรู้ของทุกฝ่ายโปร่งใสตรวจสอบได้ การวางแผนกลยุทธ์ และหลักการจัดการความเสี่ยงที่ดี (ศ.ดร.ชาติชาย ณ เชียงใหม่) เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ทั้งนี้การกำหนดกลไกบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพที่ยึดหลัก “ความพอเพียง” ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีคุณธรรม และจริยธรรม เป็นองค์ประกอบสำคัญ ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญของธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

# บทที่ 5
# บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษา “การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม”เป็นการวิจัยที่ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ รวมทั้งผู้แทนเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ตัวแทนวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ กับการจัดเวทีสาธารณะและกรณีศึกษา รวมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่าง 3,015 รายในกรุงเทพฯและปริมณฑล และ 4 ภาครวม 11 จังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ เพื่อทบทวนสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ 3 ประเทศ เป็นประเทศที่เจริญกว่าประเทศไทย คือ สหรัฐอเมริกา ที่เจริญเท่ากับประเทศไทยคืออาฟริกาใต้ และเจริญน้อยกว่าประเทศไทยคือประเทศกานา ประการที่สองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกลไก กระบวนการการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก(ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ) รูปธรรมของประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของกลไกกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคจะพบได้จากการศึกษา 2 โครงการย่อย ซึ่งอยู่ในชุดของโครงการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม คือ โครงการ “กลไกและกระบวนการการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ” และโครงการ “การจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค”ประการที่สาม เพื่อเสนอแนวทางพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

**1. สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย**

1.1) **สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย** สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก มีความแตกต่างกันในด้านสิทธิตามกฎหมายของแต่ละระบบ ทั้งสิทธิการเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ กล่าวคือได้รับงบประมาณเฉลี่ยต่อหัวไม่เท่ากัน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2,100 บาท ในปี 2551 ระบบประกันสังคม 2,198.65 บาท (พ.ศ.2551) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ 6,000 บาท ในด้านสิทธิประโยชน์ ด้านบริการสุขภาพที่สำคัญ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมการดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ระบบประกันสังคมไม่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่วนระบบสวัสดิการฯของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ คุ้มครองกรณีเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉิน การตรวจสุขภาพบางกรณี ความแตกต่างในด้านสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัว ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องลงทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นของรัฐ ส่วนผู้ที่มีสิทธิในระบบประกันสังคมเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงาน

ประกันสังคมใดก็ได้ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเลือกสถานพยาบาลเอกชนด้วยเชื่อมั่นว่า คุณภาพบริการดีกว่าสถานพยาบาลของรัฐ สำหรับผู้มีสิทธิระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีข้อจำกัดในการเลือกโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขกรณีฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาลอื่นได้ นอกเหนือจากสถานบริการประจำตัว แต่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 12 วันภายในวงเงิน 3,000 บาท ทั้งนี้จะต้องมีคำรับรองจากแพทย์ผู้ดำเนินการรักษาว่าหากไม่ดำเนินการรักษาอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลอื่นได้กรณีฉุกเฉิน ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามข้อกำหนดของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคณะกรรมการการแพทย์สำหรับระบบประกันสังคม

**สิทธิในการร้องเรียนและการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น** กฎหมายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดสิทธิเรื่องการร้องเรียน และการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนกลไกการบริหารจัดการเรื่องที่กล่าว เมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขไว้ชัดเจน สำหรับระบบประกันสังคมกฎหมายมิได้กำหนดสิทธิที่กล่าว แต่กำหนดกลไกการอุทธรณ์กรณีที่ผู้ประกันตนและสถานพยาบาลไม่พอใจการวินิจฉัยของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง สำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ กฎหมายมิได้กำหนดสิทธิและกลไกบริหารจัดการเรื่องนี้ไว้แต่อย่างใดเมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข มีกรมบัญชีกลางเป็นกลไกประสานงานแจ้งหน่วยงานมิให้เบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่ถูกร้องเรียน และส่งต่อเรื่องร้องเรียนให้กับหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลกรณีที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่ถูกร้องเรียน

**สิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุข** มีกฎหมายกำหนดสิทธิของผู้บริโภคไว้หลายฉบับ อาทิ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นต้น กฎหมายที่กล่าวกำหนดกลไกในการกำกับ ควบคุม ตรวจสอบ ผลักดันให้เป็นไปตามกฎหมาย จากการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่าผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงข้อมูลโดยเฉพาะความตระหนักในสิทธิตามกฎหมายที่สำคัญทั้งผู้ให้และผู้รับบริการยังขาดการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนรายละเอียดศึกษาจากโครงการ “การจัดกลไกการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภค”

**สิทธิการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ** มีกฎหมายกำหนดสิทธิด้านนี้ไว้หลายฉบับ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 แต่จากการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพพบว่า ผู้บริโภคยังไม่มีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกัน

สุขภาพเท่าที่ควร แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพจะกำหนดให้มีส่วนร่วมในรูปคณะกรรมการระดับชาติ และในระดับพื้นที่มีศูนย์หลักประกันสุขภาพประชาชนก็ตาม ส่วนในระบบประกันสังคมจะมีส่วนร่วมในรูปของคณะกรรมการในระดับชาติในรูปคณะกรรมการประกันสังคม คือตัวแทนฝ่ายลูกจ้าง ตัวแทนฝ่ายนายจ้าง สำหรับตัวแทนฝ่ายลูกจ้างส่วนใหญ่ลูกจ้างไม่ได้มีส่วนร่วมเลือกตัวแทนของตนเอง ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ /พนักงานรัฐวิสาหกิจกลไกรับผิดชอบคือกรมบัญชีกลางจะเชิญผู้แทนของหน่วยงานราชการต่างๆและผู้แทนสมาคมลูกจ้างประจำร่วมประชุมระดมความคิดเห็นซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในระดับนโยบาย

1.2) **สถานการณ์คุ้มครองผู้บริโภคในต่างประเทศ**

จากการทบทวนวรรณกรรม คณะผู้วิจัยได้พิจารณาค้นหาสาระสำคัญของ Best Practice ที่จะนำมาพิจารณา 3 ประเทศคือ ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศใหญ่กว่าประเทศไทย อาฟริกาใต้ เท่าเทียมกับประเทศไทย และประเทศกานาเล็กกว่าประเทศไทย

**สหรัฐอเมริกา** มีประชากร 300 ล้านคน มีระบบเศรษฐกิจที่ใหญ่ที่สุดในโลกและก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากที่สุดในโลก มีระบบสุขภาพภาครัฐ 2 โครงการใหญ่ๆคือ เมดิแคร์ (Medicare) และเมดิเคด (Medicaid) เมดิแคร์เป็นระบบประกันสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและของคนพิการโดยไม่จำกัดอายุ เมดิเคดเป็นโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนยากจนทั้งสองโครงการมีผู้ใช้บริการ (ผู้บริโภค) ประมาณ 80 ล้านคน

ระบบเมดิแคร์ ไม่สามารถครอบคลุมบริการสุขภาพได้อย่างครบถ้วน ทั้งในด้านวิธีการรักษาและยา รวมทั้งNursing home ในขณะเดียวกันพยายามควบคุมราคาค่ารักษาพยาบาล ลดต้นทุนการบริการโดยการลดการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการ มีผลให้แพทย์ลดการตรวจผู้ป่วยที่ใช้บริการและลดเวลาที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ภาษีและเบี้ยประกันที่สนับสนุนโครงการไม่เพียงพอ สำหรับโครงการเมดิเคดซึ่งมีผู้ใช้บริการ 40 คน เป็นโครงการร่วมระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐ รัฐบาลมลรัฐมีอำนาจในการกำหนดรายละเอียดโครงการในรัฐของตน ทำให้รายละเอียดของการประกันสุขภาพแต่ละมลรัฐแตกต่างกัน ทั้งในด้านสิทธิเข้าใช้บริการ บริการที่ครอบคลุม จำนวนเงินที่จะได้รับ

จะเห็นได้ว่าปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา คือความไม่ครอบคลุมและไม่เท่าเทียมในด้านสิทธิการรับบริการ การถูกปฏิเสธบริการรักษาพยาบาล ประชากรส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงบริการ (ไม่มีประกันสุขภาพ) ความพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายและลดต้นทุนการบริการเกิดความกดดันในระบบอย่างมาก อย่างไรก็ตามผู้ใช้บริการมีสิทธิร้องเรียนเมื่อถูกปฏิเสธบริการรักษาพยาบาล และมีสิทธิอุทธรณ์เมื่อไม่ได้รับค่ารักษาพยาบาลหรือได้รับไม่เท่ากับที่ควรจะได้จากโครงการ และหากยังไม่พอใจอีกสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อผู้พิพากษาชั้นต้นได้และหากผู้พิพากษาชั้นต้นตัดสินเข้าข้างบริษัทประกันผู้ใช้บริการสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมาธิการอุทธรณ์ของโครงการเมดิแคร์ได้ ขั้นตอนสุดท้ายของการอุทธรณ์คือ ศาลของรัฐ ซึ่งในการดำเนินการต่างๆ ผู้ใช้บริการสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้รับฟังเรื่องร้องทุกข์ (Ombudsman)ได้

**อาฟริกาใต้** เป็นประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง มีประชากรประมาณ 49 ล้านคน มีทรัพยากรทางธรรมชาติมากมาย มีระบบเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในทวีปอาฟริกา มีระบบสุขภาพ 2 แบบ คือแบบปฐมภูมิและแบบโรงพยาบาล โดยแบบปฐมภูมิมีการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการบริการ ควบคุมและตรวจสอบบริการสาธารณสุข ที่สำคัญมีกฎหมายรัฐธรรมนูญกำหนดสิทธิประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและไม่ถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาล มีกฎหมายสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นแนวทางกระจายอำนาจการบริการสาธารณสุขสู่ชุมชน มีกฎบัตรรับรองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวกับสุขภาพและการเข้ารับบริการสุขภาพหลายประการ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับนโยบาย ตลอดจนมีสิทธิร้องทุกข์เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่สำคัญ ประเทศอาฟริกาใต้ยังกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยด้วย

นอกจากระบบสุขภาพ 2 ระบบที่ดำเนินการโดยรัฐแล้ว ยังมีระบบประกันสังคมแบบสมัครใจ และอยู่ระหว่างการศึกษาเพื่อจัดให้มีระบบประกันสังคมแบบบังคับ

**กาน่า** มีประชากรประมาณ 21 ล้านคน เป็นประเทศที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยทรัพยากรธรรมชาติ ในระยะแรกๆมีระบบประกันสุขภาพผ่านชุมชนหรือที่เรียกว่า องค์กรสุขภาพตำบล แต่ยังครอบคลุมผู้ใช้บริการเพียงส่วนน้อย ประชาชนส่วนใหญ่ถูกละเลย คนยากจนส่วนมากถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาล ต่อมามีกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกบังคับให้ประชาชนทุกคนในประเทศเข้าเป็นสมาชิกกับระบบประกันสุขภาพชุมชน หรือระบบประกันสุขภาพเอกชนอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่รัฐจะอุดหนุนงบประมาณเฉพาะระบบประกันสุขภาพชุมชนเท่านั้น โดยงบประมาณสนับสนุนผ่านกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ มีกลไกควบคุม กำกับ ตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานบริการคือ กรรมาธิการประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันแห่งชาติค่อนข้างครอบคลุมบริการทางการแพทย์ทั้งทั่วไปและผู้เชี่ยวชาญบริการผู้ป่วยใน และบริการต่างๆทางสุขภาพ

**<u>สรุปบทเรียนสำคัญที่น่าจะนำมาพิจารณาใช้ได้ในประเทศไทย</u>**

เป็นความจริงอย่างยิ่งที่เราจะยอมรับกันได้ สิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมแต่ละสังคมวิวัฒนาการมาจากปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เป็นเช่นนั้น ที่ในแต่ละสังคมจะต่างกัน สรุปบทเรียนของสามประเทศที่มีความแตกต่างกันไม่สามารถจะนำมาใช้ในสังคมอื่นได้ทั้งหมด แต่สิ่งซึ่งน่าสนใจที่ผู้ศึกษาเห็นว่าน่าจะนำมาพิจารณาประยุกต์ใช้กับสังคมไทย ดังนี้

(1) ความเป็นไปของระบบคุ้มครองผู้บริโภคนั้นจะต้องมองในองค์รวมที่ประกอบด้วยนโยบายที่ดี กลไกที่เข้มแข็ง และการบริการที่ครอบคลุมทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และผู้ได้รับและเสียประโยชน์มีส่วนร่วมในระบบอย่างเต็มที่แท้จริง

(2) การที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมได้ดี มีเงื่อนไขสำคัญคือจะต้องมีความเข้าใจและตระหนักในเรื่องนั้น สิ่งนี้มาจากการได้รับความรู้ ความเข้าใจที่มากพอ ที่จะพิทักษ์สิทธิของตนได้ กระบวนการให้ข้อมูลให้การศึกษานั้นต้องทำอย่างต่อเนื่อง แทรกไปในกระบวนการจัดการศึกษาของประเทศนั้นๆ

(3) การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เห็นได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกานา ซึ่งเป็นประเทศเล็กๆ เป็นเรื่องที่น่าสนใจในประเทศไทยมีชุมชนที่เข้มแข็งอยู่มากหากผลักดันเรื่องนี้อย่างจริงจังน่าจะเป็นผลให้การคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพประสิทธิผลยิ่งขึ้น

(4) นโยบายที่มุ่งเน้นเฉพาะลงไปในเรื่องของสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทยมีพร้อมเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ แต่ขาดสิ่งสำคัญ คือการระบุ หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งเกือบทุกประเทศจะมีแล้วทั้งสิ้น การขาดเช่นนี้ มีผลต่อระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

(5) การมีผู้ตรวจการ(Ombudsman)ที่ทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์ในเรื่องราวของผู้ป่วย ในทุกประเทศน่าจะมีประโยชน์ สำหรับประเทศไทย การเลือกสรรบุคคลที่สังคมไว้ใจและรัฐเห็นด้วย ให้ทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์ และดำเนินการต่อไป สามรถดำเนินการไปได้อย่างอิสระ การจัดตั้งสำนักงานย่อยๆที่รัฐให้ค่าใช้จ่าย และสามารถรับบริจาคได้ ซึ่งอาจจะเริ่มต้นในระดับภาค จังหวัด และอำเภอ ตามลำดับ ที่มาของสำนักงานผู้ตรวจการใช้วิธีการสรรหา และมอบอำนาจแบบสำนักงานเลือกตั้ง จะเป็นไปได้จะสอดคล้องกับการบริหารราชการของประเทศไทย ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจเมื่อปี 2542 ด้วย

**2.ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล กลไกกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค**

**ประสิทธิภาพของกลไกกระบวนการการคุ้มครองผู้บริโภค**

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุมทั้งระดับชาติ ระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับองค์กร ส่วนระบบประกันสังคม มีกลไกการจัดการระดับชาติและระดับภาค สำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเป็นกลไกระดับชาติ ไม่มีกลไกระดับภาค ระดับจังหวัดและระดับองค์กร นอกจากนี้ยังมีกลไกนอกเหนือจากที่กล่าวของ 3 ระบบที่กล่าวแล้วยังมีกลไก การจัดการที่มิได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา เป็นต้น

โดยภาพรวมของประสิทธิภาพของกลไกกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค ในประเด็นการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการตามกฎหมายของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระดับ การกำหนดมาตรการป้องกันปัญหาที่จะเกิดซ้ำ ยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติ ทั้งในด้านบทบาทหน้าที่โครงสร้างของผู้ให้บริการ การบังคับใช้กฎหมาย แนวทางปฏิบัติ การบริหารจัดการ มาตรฐานการบริการ การจัดสรรทรัพยากร การสร้างความตระหนักถึงสิทธิ และหน้าที่ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติอย่างแท้จริง การประสานงาน ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเตรียมระบบ

ป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดซ้ำ กล่าวคือในด้านนโยบายแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน มีช่องว่างระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับผู้ปฏิบัติในด้านการสื่อสาร ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเมื่อเกิดข้อผิดพลาดทางการรักษา แพทย์ถูกฟ้องร้องมากขึ้น เกิดความเครียด ขาดขวัญกำลังใจ ในส่วนผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการ มีการเรียกร้องสิทธิและใช้บริการมากขึ้นโดยเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องความไม่เพียงพอและไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรซึ่งเป็นอุปสรรคทำให้โรงพยาบาลควบคุมค่าใช้จ่ายต่างๆ ส่งผลต่อการให้บริการ ปัญหาความทับซ้อนของกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีผลต่อความทับซ้อนของบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีกฎหมายฉบับใดกำหนดหน้าที่ของผู้บริโภคกำหนดแต่สิทธิที่จะได้ กฎหมายให้ความคุ้มครองผู้บริโภคฝ่ายเดียวไม่คุ้มครองผู้ให้บริการ ความแตกต่างในด้านสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบอันเนื่องมาจากข้อกำหนดที่แตกต่างกันของกฎหมายในแต่ละระบบ

ในด้านโครงสร้างของกลไกการดำเนินงานตามนโยบายและกฎหมาย ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมมีกลไกขับเคลื่อนการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิผู้บริโภคในรูปของคณะกรรมการและอนุกรรมการทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่โดยกำหนดองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายไว้ชัดเจนในด้านการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง การจัดสรรทรัพยากร การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ การรับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นและหรือชดเชยความเสียหาย ตลอดจนการอุทธรณ์ สำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการฯ ขาดความชัดเจนในเรื่องโครงสร้างของกลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

แม้จะมีการกำหนดโครงสร้างของกลไกการดำเนินงานตามนโยบายและกฎหมายเพื่อขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้บริโภคที่กล่าวข้างต้นก็ตาม จากการศึกษาพบว่ายังมีปัญหาในทางปฏิบัติได้แก่ความทับซ้อนของโครงสร้าง ด้านบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลต่อกระบวนการทำงานที่เกิดผลในทางปฏิบัติ ในด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แม้ว่าโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพสองระบบจะกำหนดการมีส่วนร่วมในรูปของคณะกรรมการคณะอนุกรรมการทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ก็ตาม จากการศึกษาพบว่ายังไม่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง กล่าวคือในระดับนโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีตัวแทนองค์กรเอกชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการจำนวนมาก แต่ตัวแทนประชาชนที่แท้จริงกลับมีจำนวนน้อย ในขณะที่ระดับพื้นที่ เช่น ศูนย์หลักประกันสุขภาพประชาชนต้องการมีส่วนร่วมแต่ไม่ได้รับความร่วมมือสนับสนุนอย่างเต็มที่ มีปัญหาในด้านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลและองค์กรบริหารส่วนตำบล เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจเจตนาของมาตรา 41 ตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เท่าที่ควร ว่ามิใช่หาใครผิดใครถูกแต่เป็นการหาทางออกเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นที่สำคัญยังไม่ยอมรับกลไกในรูปคณะกรรมการศูนย์ฯ มักถูกมองว่าเข้าข้างประชาชน สำหรับระบบประกันสังคมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในรูปคณะกรรมการ

ประกันสังคม คณะอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัด คณะกรรมการอุทธรณ์ ประกอบด้วย ตัวแทนลูกจ้าง นายจ้าง ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ในทางปฏิบัติสำหรับตัวแทนลูกจ้างส่วนใหญ่ไม่รู้จักตัวแทนเหล่านั้น องค์กรแรงงานส่วนใหญ่ยังไม่มีสิทธิคัดเลือกผู้แทนของตนเองอย่างแท้จริงให้เข้าร่วมบริหารงานประกันสังคม ร่วมตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพบริการของสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสังคมยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบจริงจัง ในส่วนของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการฯ กรมบัญชีกลางซึ่งเป็นกลไกรับผิดชอบบริหารจัดการระบบจะเชิญตัวแทนจากส่วนราชการต่างๆและตัวแทนจากสมาคมลูกจ้างประจำร่วมประชุมระดมความคิดเห็น

**กระบวนการทำงานที่เกิดผลจริงในทางปฏิบัติ**

เงื่อนไขสำคัญของกระบวนการทำงานขับเคลื่อนกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคต้องครอบคลุมภารกิจหลักๆ 5 ประการ ประการแรกมีมาตรการป้องกันปัญหาทุกอย่างในระบบ ประการที่สองมีการเฝ้าระวังปัญหาที่น่าเชื่อว่าจะเกิดขึ้น ประการที่สามมีกระบวนการให้ข้อมูลให้การศึกษา ปลุกจิตสำนึกแก่ประชาชนอาจถึงขั้นให้มีกระบวนการเสริมแรง ประการที่สี่มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ (advocacy) เมื่อมีปัญหาข้อพิพาทเกิดขึ้นสำหรับกลุ่มคนที่พิทักษ์สิทธิตนเองไม่ได้ และประการสุดท้ายคือการบังคับใช้กฎหมายที่เกิดผลจริงในทางปฏิบัติ ทุกภารกิจที่กล่าวยังมีความไม่สมบูรณ์ ของกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งจะเห็นได้จากกรณีที่สำคัญประการหนึ่งคือความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล (medical errors) เป็นตัวอย่างสำคัญที่ยกมาในการศึกษาครั้งนี้ (ศึกษารายระเอียดจากโครงการกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ)

**ประสิทธิผลของกลไก กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค**

ในด้านการบรรลุเป้าหมายของการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งในที่นี้คือการบริหารจัดการให้ผู้บริโภคของระบบหลักประกันสุขภาพสามระบบหลักได้เข้าถึงสิทธิต่างๆ ตามกฎหมายของแต่ละระบบกำหนดไว้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากการศึกษาถึงการคุ้มครองผู้บริโภคในสามระบบหลัก ยังไม่อาจกล่าวได้ว่าบรรลุเป้าหมายที่กล่าว ทั้งนี้เนื่องจากกลไกกระบวนการบริหารจัดการมีปัญหาในทางปฏิบัติ ทั้งในด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติ กล่าวคือ แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน มีช่องว่างการสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ อีกทั้งโครงสร้างของกลไกกระบวนการดำเนินงานตามนโยบายและกฎหมายมีการทับซ้อนของกฎหมายและบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดสรรทรัพยากรไม่เป็นธรรมและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพของพื้นที่ บุคลากรไม่เพียงพอและไม่สมดุลกับผู้รับบริการ เป็นต้น

ในด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบว่า ยังเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญพิจารณาทบทวนทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร การมีจำนวนผู้รับบริการมากเกินกำลัง การขาดขวัญกำลังใจเกรงถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องส่งผลต่อการให้บริการ และหากพิจารณาตามนิยามเชิงปฏิบัติการของการศึกษาครั้งนี้ ถึงความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่สามารถอำนวย

ความเป็นธรรมให้ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ตามความเป็นจริงของสภาพและสถานการณ์ของบริการสาธารณสุข ภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพสามระบบหลักและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นประเด็นที่จะต้องพิจารณาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียงตามเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯฉบับที่10 (พ.ศ. 2550-2554) อาจมิได้หมายความว่าทุกคนต้องได้ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยากได้จากระบบสุขภาพโดยเท่าเทียมหรือเท่ากัน ซึ่งอาจไม่ใช่พอประมาณและไม่สามารถเป็นไปได้ภายใต้ข้อจำกัดตามความเป็นจริงของระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่น่าจะหมายถึงการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ได้มาตรฐาน ตามความจำเป็นทางสุขภาพและข้อบ่งชี้ทางวิชาการ ในประเด็นนี้จะเห็นได้จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นบริการที่ผู้บริโภคไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายทำให้มีการใช้บริการมากโดยไม่จำเป็น เป็นการเพิ่มภาระกับผู้ให้บริการซึ่งมีผู้มารับบริการเกินกำลังอยู่แล้วโดยเฉพาะในสถานพยาบาลของรัฐ ในขณะเดียวกันปริมาณผู้ให้บริการโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลไม่เพียงพอและไม่สมดุลกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการมักคาดหวังสูงต่อสถานพยาบาลเมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวังภายใต้ข้อจำกัดของผู้ให้บริการที่กล่าว ทำให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการนำไปสู่การร้องเรียน ในขณะที่กฎหมายหลักประกันสุขภาพมุ่งคุ้มครองแต่ผู้รับบริการไม่คุ้มครองผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขยิ่งไปกว่านั้นไม่มีกฎหมายฉบับใดกำหนดหน้าที่ของผู้รับบริการกำหนดแต่สิทธิผู้รับบริการทำให้ผู้รับบริการรู้จักแต่สิทธิที่จะได้รับไม่รู้จักหน้าที่ของตนเอง สร้างความกดดันให้กับผู้ให้บริการและเมื่อมีปัญหาร้องเรียนสร้างความทุกข์ ความเครียด ขาดขวัญกำลังใจส่งผลต่อการให้บริการเพื่อบรรลุเป้าหมายของการคุ้มครองผู้บริโภค

ในระบบประกันสังคมนักวิชาการของสำนักงานประกันสังคมเห็นว่าการให้ข้อมูลของระบบประกันสังคมยังไม่น่าพึงพอใจ เนื่องจากผู้ประกันตนยังไม่รับรู้สิทธิของตนเองจากการส่งเงินสมทบว่ามีเพียง 0.88 ส่วนเท่านั้นที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน นอกนั้นเก็บไว้ให้ผู้ประกันตนเมื่อทุพลภาพ ตาย คลอดบุตร ชราภาพและว่างงาน หากผู้ประกันตนรู้ถึงที่มาที่ไปของเงินที่จ่ายน่าจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งลงไปได้

ส่วนความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ทั้งในด้าน “พฤติกรรมของผู้ให้บริการ” กระบวนการจัดการกรณีร้องเรียนของหลักประกันสุขภาพและของสถานพยาบาล ช่องทางการร้องเรียน ความรวดเร็วในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม พบว่าช่องทางสายด่วน 1330 และ1506 ตอบสนองผู้รับบริการได้เสมอเป็นอย่างดี

สำหรับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการให้ข้อมูล ผลการศึกษา มีความพึงพอใจการให้ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพ(ภาพรวม 3 ระบบ)อยู่ในระดับมาก ในขณะเดียวกันจากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม มีระบบการให้ข้อมูลค่อนข้างชัดเจน แต่ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ กลับพบว่า ผู้บริโภคต้องเสาะ

แสวงหาเอาเอง ข้าราชการเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลน้อยที่สุด เพราะไม่มีผู้รับผิดชอบ นับเป็นระบบที่มีการพัฒนากลไกบริหารจัดการและการดำเนินการให้ข้อมูลที่มีความก้าวหน้าน้อยที่สุด โดยภาพรวมของหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ประชาชน (ผู้บริโภค) ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลเท่าที่ควรทั้งนี้เนื่องจากการศึกษา(รู้สิทธิที่จะได้แต่ไม่รู้หน้าที่) และเนื่องมาจากวัฒนธรรมไทย คนไทยรักความสบายง่ายๆ ไม่คำนึงถึงการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้น และสาเหตุอีกประการหนึ่งเนื่องจากช่องทางของข้อมูลถูกบิดเบือน ตลอดจนขาดความตระหนักที่จะปกป้องสิทธิของตนเอง รวมทั้งไม่รู้ถึงข้อจำกัดของระบบ ทำให้คาดหวังสูง เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวังจึงไม่พอใจ ไปสู่การร้องเรียนและหรือฟ้องร้องซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เหล่านี้เป็นการสะท้อนถึงผู้รับบริการยังไม่พึงพอใจ

ด้านความพึงพอใจต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการและด้านความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากกรณีตัวอย่างชี้ให้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นจากผลการบังคับใช้กฎหมายไม่สามารถทดแทนความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ การต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย แต่ความใส่ใจอย่างจริงจังและต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ กับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกดีและมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป

จากสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่กล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมดังนี้

1. ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบและแนวทางปฏิบัติตามนโยบายที่เป็นอุปสรรคในการทำงานดังปรากฏในการศึกษาชุดนี้เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. ปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก ให้มีความเท่าเทียมหรือใกล้เคียงกันในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน
- การเลือกสถานพยาบาลประจำตัวที่มีมาตรฐาน
- กลไก/กระบวนการบริหารจัดการในเรื่องการร้องเรียน การช่วยเหลือเบื้องต้น การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระดับ
- ปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของทั้ง 3 ระบบ เพื่อลดปัญหาการให้บริการในลักษณะสองหรือสามมาตรฐาน ซึ่งน่าจะช่วยแก้ปัญหาความเสมอภาคของระบบหลักประกันสุขภาพได้ในเบื้องต้น

3. เพิ่มสาระสำคัญของกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้มีเรื่องหน้าที่<u>ความรับผิดชอบของผู้ป่วย</u>

4. ต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังตามสาระสำคัญในมาตรา61และ 81 ของรัฐธรรมนูญปี 2550 จะมีผลให้การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคเกิดขึ้นอย่าง

จริงจัง ผู้บริโภคจะเข้มแข็งและดำเนินการอย่างอิสระจะเป็นนโยบายที่สามารถสร้างความเข้มแข็งขององค์การคุ้มครองผู้บริโภคได้

5. ในปัจจุบันรัฐให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง มีชุมชนจำนวนไม่น้อยที่มีศักยภาพสูง เป็นไปได้อย่างยิ่งที่จะมีผู้ตรวจการ (Ombudsman) ด้านคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนเลือกสรรมา ที่รัฐแต่งตั้งและมอบอำนาจให้รับเรื่องราวร้องทุกข์และดำเนินงานพิทักษ์สิทธิ์ผู้เสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยเป็นองค์การอิสระ มีตัวแทนของประชาชน ตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนของรัฐเป็นกรรมการ

6. กลไกการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคควรจะมีงานเฝ้าระวัง เป็นส่วนหนึ่งนอกเหนือจากการคุ้มครองสิทธิ์การร้องเรียน เพื่อให้ระบบการคุ้มครองมีความสมบูรณ์ทั้งในส่วนนโยบายและระดับปฏิบัติ

7. เพื่อสร้างการตระหนักรู้ในความสำคัญในการปกป้องพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคของตนเองให้ได้ผล ควรเพิ่มช่องทางให้ข้อมูล ความรู้และความเข้าใจผ่านหลักสูตรการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ ตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงอุดมศึกษา ตลอดจนทำให้เป็นรูปแบบการศึกษาตลอดชีวิต

8. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุของการผิดพลาดทางการรักษา(ที่เป็นต้นตอของการร้องเรียน) อย่างเป็นองค์รวมที่ชี้ชัดว่า มาจากปัญหาทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากปัญหาการบริหารจัดการ จากผู้ให้บริการรวมทั้งผู้รับบริการด้วย เพื่อความเข้าใจและยอมรับว่า การร้องเรียน เรียกค่าเสียหาย ต้องมีเหตุผล

9. ควรผลิตนักพิทักษ์สิทธิคุ้มครองผู้บริโภคระดับมืออาชีพที่มีความรู้ความสนใจเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค มีจิตที่พร้อมรับใช้บริการประชาชน โดยให้เพียงพอและมีคุณภาพเพื่อให้ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

# บรรณานุกรม

## ภาษาไทย


กระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่** 10 (**พ.ศ.**2550-2554).

กองการแพทย์, สำนักงานประกันสังคม. **ข้อมูลการร้องเรียนทางการแพทย์**, 2548.

ขัตติยา กรรณสูต (2549). **ธรรมาภิบาลในสังคมไทย**. เอกสารประกอบการสอนวิชา SA 6233 ทุนทางสังคม ธรรมาภิบาล และประชาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (อัดสำเนา)

โครงการคุ้มครองผู้บริโภค (คคส.). จดหมายข่าว คคส.ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน หน้า 2, 2548.

จิตปราณี วาศวิท, กัญจนา ดิษยาธิคม, นงรัตน์ โอปนพันธ์. **อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่** 1 **เรื่อง การเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพและการใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพของคนไทย**. จาก http://pubnet.moph.go.th.

จิรุฒน์ ศรีรัตนบัลล์, รศ.นพ. **ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**, หน้า 69, 2548.

เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และ สุธีร์ ศุภนิตย์. **โครงการแผนแม่บทกระทรวงพาณิชย์ พ.ศ.** 2540-2549 **"การคุ้มครองผู้บริโภค."** ฝ่ายการวิจัยเศรษฐกิจรายสาขา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2541.

นธีรัตน์ ธรรมโรจน์. **ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล สำหรับข้าราชการพนักงาน รัฐวิสาหกิจ**. หน้า 1-4, 29 มกราคม 2550. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

นิภา ศรีอนันต์. **ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ**, 2545.

บวร เจริญพาณิชย์กุล, นพ. **หมกเม็ดใน "พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ."** ข้อความคัดลอกมาจาก มติชนฉบับวันที่ 6 สิงหาคม 2545.

ประเวศ วะสี. **ศ.นพ.ประเวศ แนะคืนหัวใจให้ระบบสุขภาพลดฟ้องแพทย์ได้**. www.komchadluek.met/2007/03/15/l00198494.phh?news id =98494, คมชัดลึก 15 มีนาคม 2550

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข,นพ. 3 **ปี หลักประกันสุขภาพกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข**. มติชนรายวัน วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2548 ปีที่ 28 ฉบับที่ 10128.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, กาญจนา เกียรติธนาพันธ์ และ จเด็จ ธรรมรัชอารี. **ความเต็มใจที่จะจ่ายและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ**. จาก http://pubnet.moph.go.th.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, นพ. **3 ปี หลักประกันสุขภาพกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.** โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข Thai – European Union Cooperation for Health, Health Care ReformProject (HCRP). มติชนรายวัน 20 ธันวาคม พ.ศ.2548 ปีที่ 28 ฉบับที่ 10128.

**พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.** 2540

**พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.** 2522

**พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.** 2533 /ฉบับปรับปรุง **พ.ศ.**2537

**พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.** 2545.

**พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.** 2550

**พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พ.ศ.**2541 (ฉบับที่ 7)

**พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.**2550

ยุพดี ศิริสินสุข และ จิราพร ลิ้มปานานนท์. **การร้องเรียนจากผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.** จาก http://pubnet.moph.go.th/tichj.

**รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.**2540 **และ พ.ศ.**2550.

**ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.**2545.

ระพีพรรณ ฉลองสุข, ดารณี บุญช่วยเหลือ, เบญจภา ทรัพย์ไพศาล, สุภาภรณ์ ชนะ, สุวัสสา ลิ้มสัจจาพาณิชย์ และ อุมาพร ประสานศรี. **ทัศนคติของกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขต่อการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม.** จาก http://pubnet.moph.go.th

วศิน ฑีฆวานิช, ผ่องพรรณ ธีระวัฒนศักดิ์ และ จิรยุทธ์ คงพุ่ม. **ความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิจิตร.** จาก http://pubnet..moph.go.th.

วัลลภ ไทยเหนือ, นพ. (รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข). **ข้อมูลร้องเรียนปี** 2531-2549. มติชน วันที่ 17 กรกฎาคม 2550 ปีที่ 30 ฉบับที่ 10221.

วิทยา กุลสมบูรณ์ และ อุษาวดี มาลีวงศ์. **กระบวนการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ : กรณีศึกษาคลินิกรัฐบาล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**, 2548.

วิทยา กุลสมบูรณ์, ผศ.ดร. (หัวหน้าโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัช-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). **สิทธิผู้บริโภคเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา.** จาก www.thaihealthconsumer.org.

วิทยา กุลสมบูรณ์, ผศ.ดร. (ผู้จัดการแผนงานคุ้มครองผู้บริโภค). **ปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภคไทย**. จดหมายข่าว คคส. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2548).

วินัย ลีสมิทธ์ และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการปฏิรูปสุขภาพในประเทศไทย : ทางเลือกสำหรับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. จาก http://pubnet.moph.go.th.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย และ จิตปราณี วาศวิท. **ปัจจัยในการตัดสินใจเชิงนโยบายและสิ่งท้าทายของนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. จาก http://pubnet.moph.go.th.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. **ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย**. ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,หน้า 32-46, 2544.

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย,ดิเรก ปัทมสิริสัฒน์,สุกัลยา คงสวัสดิ์. **ความเป็นธรรมทางสุขภาพระดับครัวเรือน**, 2547.

สปสช. **ประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2549**.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. **จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง**. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. **ความเป็นธรรมการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บผู้ป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)** จาก http://pubnet.moph.go.th.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง. **การบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพในระยะหนึ่งปีแรก**. จาก http://pubnet.moph.go.th.

สังคม คุณคณากรสกุล.**สาระน่ารู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม**. จาก www.social warning.net

สาธารณสุข : สสส: สวปก.: สปรส. **นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง**. เอกสารวิชาการการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2549.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค)**, 2549.

สำนักงานสถิตแห่งชาติ. **ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2549**.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน : ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ : นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง**, 2549.

หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 29 มกราคม 2550 หน้า 13.

หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2550 ปีที่ 30 ฉบับที่ 10558. **สวรส. สำรวจผู้ใช้ประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบได้รับบริการไม่ทั่วถึง.** จาก http://www.matichon.co.th/matichon/matichon_detail.php?s_tag=01life07050250&. (8 กุมภาพันธ์ 2550)

หนังสือพิมพ์ข่าวสด. วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ.2549 ปีที่ 16 ฉบับที่ 5875. **คดีพิพาทหมอ-คนไข้ ความเชื่อมั่นต่อแพทย์ที่เปลี่ยนไป**.

อัญชนา ณ ระนอง และ ศรชัย เตรียมารกุล.**การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม**, 2545.

อรทัย เขียงเจริญ และปรีดา แต้อารักษ์. **ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิษณุโลก**. จาก http://pubnet.moph.go.th.

เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์, นพ. **พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพกับการควบคุมมาตรฐานบริการสาธารณสุข**. จาก www:ram.hosp.co.th.

อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. **พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย**. ในเอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ภาคที่ 1 การดำเนินงานระดับนโยบาย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, หน้า 5-62, 2547.

**สัมภาษณ์**

กฤติยา ศรีประเสริฐ, พญ. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, สัมภาษณ์. 22 ตุลาคม 2550.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นพ. สัมภาษณ์. 16 ตุลาคม 2550.

ชาญวิทย์ ทระเทพ, สัมภาษณ์. ไม่ปรากฏวันที่สัมภาษณ์.

ชลิต ทองประยูร, นพ. ผู้บริหารโรงพยาบาลสมุทรปราการ, สัมภาษณ์ 30 สิงหาคม 2550.

ถาวร สกุลพาณิชย์, นพ. รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2550.

ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2550.

พิเชฏฐ ลีละพันธ์เมธา, นพ. สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, ไม่ปรากฏวันที่สัมภาษณ์.

ไพจิตร เรืองศรีมั่น, ประจวบ พิทอง และ วสันต์ หรี่สมวงศ์, มูลนิธิศุนิมิตแห่งประเทศไทย, สัมภาษณ์, 5 ตุลาคม 2550.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, นพ. ผู้อำนวยการถสาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2550.

มนัส แจ่มเวหา. รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง, สัมภาษณ์, 14 กันยายน 2550

ยุพดี สิริสินสุข. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2550.

เรืองรอง ดีผดุง. ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม, สัมภาษณ์, 9 ตุลาคม 2550.

ลือชัย ศรีเงินยวง, มหาวิทยาลัยมหิดล, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2550.

สมศักดิ์ โลห์เลขา, นพ. นายกแพทยสภา, สัมภาษณ์. 14 กันยายน 2550.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นพ. เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สัมภาษณ์, 12 กันยายน 2550.

สารี อ่องสมหวัง, สำนักงานสิทธิมนุษยชน, สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2550.

สุพัชรี มีครุฑ, ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์, สัมภาษณ์, 10 กันยายน 2550.

เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์, นพ. ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 20 กันยายน 2550.

**ภาษาอังกฤษ**

Adele Van Der Walt Inc. (2007). *Complaint procedure.* Retrieved April 5, 2007 from http://www.medicallaw.co.za/complaint_procedure.HTML.

Asante, A. D., Zwi, A. B., Ho, M. T. (2006). Getting by on credit: How district health managers in Ghana cope with the untimely release of funds. *BMC Health Services Research, 6*(105). Retrieved April 7, 2007, from http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6105.

Country Watch. (2007a). *Country review – Ghana.* Retrieved April 7, 2007, from www.countrywatch.com.

Country Watch. (2007b). *Country review – South Africa.* Retrieved April 7, 2007, from www.countrywatch.com.

Country Watch. (2007c). *Country review – United States.* Retrieved April 7, 2007, from www.countrywatch.com.

Cullinan, K. (2006). *Health services in South Africa: A basic introduction*. Retrieved April 5, 2007 from http://www.health-e.org.za/resources/Health_services_briefing_doc.doc.

Center for Medicare and Medicaid Services, U.S. Department of Health and Human Services. (2007a). *How Medicare's beneficiary ombudsman is working for you.* Retrieved April 5, 2007, from http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11173.pdf.

Center for Medicare & Medicaid Services, U. S. Department of Health and Human Services. (2007b). *Medicare Appeals and Grievances*. Retrieved April 5, 2007, from http://www.medicare.gov/basics/appeals.asp.

Department of Health of South Africa. (2007a). *The patients' rights charter – service description* . Retrieved April 5, 2007 from http://www.doh.gov.za/docs/policy/norms/part1b.html.

Department of Health of South Africa. (2007b). *The patients' rights charter*. Retrieved April 5, 2007 from http://www.doh.gov.za/docs/legislation/patientsright/chartere.html.

International Marketing Council of South Africa. (2007a). *Health FAQ*. Retrieved April 5, 2007 from http://www.safrica.info/public_services/citizens/health/healthfaq.htm.

International Marketing Council of South Africa. (2007b). *Medical aid and health complaints*. Retrieved April 5, 2007 from http://www.safrica.info/public_services/citizens/health/complaints.htm.

Kirigia, J. M., Sambo, L. G., Nganda, B., Mwabu, G. M., Chatora, R., & Mwase, T. (2005). Determinants of health insurance ownership among South African women. *BMC Health Services Research, 5*(17). Retrieved April 5, 2007, from http://www.biomedcentral.com/1472-6963/1517.

Osei, D., d'Almeida, S. George, M. O., Kirigia, J. M., Mensah, A. O., & Kainyu, L. H. (2005). Technical efficiency of public district hospitals and health centres in Ghana: A pilot study. *Cost Effectiveness and Resource Allocation, 3*(9). Retrived April 7, 2007, from http://www.resource-allocation.com/content/3/1/9.

McIntyre, D., Gilson, L., & Mutyambizi, V. (2005). *Promoting equitable health care financing in the African context: Current challenges and future prospects* (EQUINET Discussion Paper Number 27). Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET).

Michael Ferry, Theory vs Practice in Consumer Law: An Advocate's Perspective, Journal of Consumer Policy,1991-1992;ABI/IBFORM Global,pg317

Norbert Reich, Diverse Approaches to Consumer Protection Philosophy, Journal of Consumer Policy:1991-1992,14,ABI/INFORM Global pg.257.

Ghana Macroeconomics and Health Initiative. (2005). *Scaling-up health investments for better health, economic growth and accelerated poverty reduction.* WHO Document Production Services: Geneva, Switzerland.

Ghana Health Service. (2006). *2005 annual report.* Ghana Health Service, Ministry of Health: Ghana.

Ron Perterson, The Patients' Complaints System in New Zeland, Health Affairs-Volume 21, Number 3 pg.70

Sulzbach, S., & Garshong, B., & Owusu-Banahene, G. (2005). *Evaluating the effects of the National Health Insurance Act in Ghana: Baseline report.* Partners in Health ReformPlus, Abt Associates, Inc.: Bethesda, MD.

Soderlund, N., & Hansl, B. (2000). Health insurance in South Africa: An empirical analysis of trends in risk-pooling and efficiency following deregulation. *Health Policy and Planning, 15* (4), 378-385.

Turner, G. M. (2002). The profile of the health sector in the United States. *Phamacoeconomics, 20 Suppl*(3), 31-45.

Thierry Bourgoignie, Characteristice of Consumer Law, Journal of Consumer Policy,1991-1992;ABI/IBFORM Global,pg293

http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm

http://www.apa.org/ppo/issues/sleape.html

www.bmg.com/cgi/reprint/331/7525/1100 pdf

www.Books.nap.edu/catalog/9728.html, To Err is Human:Building safer Human System

http://www.europa.eu.int/comm/consumer

http://www.fda.gov/fdac/features/2003/303_meds.html

http://www.hcqualitycommission.gov/final/appnd_a.html#chpt7

http://www.ismp.org/about/merpimpact.asp 19/4/2550

http://:www// proquest.umi.com/pqdweb?index=53&sid=5srchmode=1&vinst=PROD&f

www.opsi.gov.uk/si/si2004/20041768.htm

http://www.NCC MERP.org/council/council1996-09-04.html

www.paho.org/English/DD/PIN/Number21_last.htm

http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1472958

http://www.ops-oms.org/English/DD/PIN/ptoday03_nov04.htm

http://www.ismp.org/about/merpimpact.asp 19/4/2550

WWW.paho.org/English/DD/PIN/Number21_last.htm

http://www.wrongdiagnosis.com/mistakes/causes.htm

# สรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ดังนี้

## 1. นโยบายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ มีความเหมาะสมชัดเจนมากน้อยเพียงใด

นโยบายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ มีความชัดเจน เพราะมีกฎหมายรองรับ แต่มีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักมีข้อขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กล่าวคือ เมื่อมีข้อผิดพลาดทางการรักษา แพทย์ถูกฟ้องมากขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการปฏิบัติงานและขาดขวัญกำลังใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยเรียกร้องสิทธิและใช้บริการมากขึ้น เพราะเป็นบริการที่ให้เปล่า แต่รัฐจ่ายรายหัวให้โรงพยาบาลไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้แพทย์ต้องทำงานหนักและโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น ส่วนระบบประกันสังคมมักมีปัญหาที่โรงพยาบาลคู่สัญญาเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าข้อตกลงและการรักษาไม่ได้มาตรฐาน ฯลฯ เป็นต้น สำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการมีปัญหาในกรณีที่ข้าราชการไปทำงานในหน่วยงานภาคเอกชน จะใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการไม่ได้ เพราะพระราช-กฤษฎีกาการเบิกค่ารักษาพยาบาล กำหนดว่าถ้าข้าราชการมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นได้ ให้เบิกจากหน่วยงานนั้น นอกจากนี้ ข้าราชการไม่มีสิทธิรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้น ในกรณีฉุกเฉินซึ่งแพทย์ต้องให้การรับรองว่าอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

## 2. กลไกและกระบวนการบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการบริหารจัดการคล่องตัวมากกว่าระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการ เพราะมิได้เป็นหน่วยงานราชการ ซึ่งมีกฎระเบียบข้อบังคับและขั้นตอนมากมาย แต่มีปัญหาในเรื่องความซับซ้อนของบทบาทหน้าที่ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีอคติต่อกัน

## 3. ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพได้มาตรฐานและครอบคลุมเพียงพอหรือไม่

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพมีจำนวนมากจน บางครั้งเกิดปัญหาซ้ำซ้อนและมีปัญหาในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 บางมาตราขาดความชัดเจน เช่น มาตรา 18 (1) ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ใช้ดุลยพินิจมากเกินไปเพราะสังคม

ของความนึกคิดและสังคมของความเป็นจริงมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และอาชีพของแต่ละคน และมาตรา 38 มีรายละเอียดด้านการปฏิบัติวิชาชีพไม่ชัดเจน ทำให้คณะกรรมการฯ ทำงานด้วยความยากลำบาก นอกจากนี้ มาตรา 42 ที่ได้กำหนดว่าในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ..... เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้ เป็นเหตุให้แพทย์ปฏิบัติงานด้วยความวิตกกังวล จึงทำหน้าที่เท่าที่จำเป็น ส่วนใหญ่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า ย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยส่วนรวม รวมทั้งมาตรา 50 (5) วรรคสุดท้าย ที่กำหนดให้มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ร้องเรียน แต่ในทางปฏิบัติมีเพียงแห่งเดียวที่สามารถดำเนินการได้ คือ พัทยา เพราะใช้เงินงบประมาณส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นแม่แบบให้จังหวัดอื่นดำเนินการต่อไป ทั้งนี้ เพราะรัฐมิได้จัดสรรงบประมาณให้ นอกจากนี้ มาตรา 50 (9) กำหนดให้มีการพัฒนาระบบเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการ แต่ในทางปฏิบัติหน่วยงานมิได้ให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ประชาชนในเรื่องข้อจำกัดและขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูง เมื่อไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง เกิดการผิดพลาดในการรักษาขึ้น จึงเกิดการร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์ผู้รักษา สำหรับพระราชกฤษฎีกาเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ พ.ศ.2523 มีปัญหาในกรณีที่ข้าราชการไปทำงานในหน่วยงานภาคเอกชน จะต้องเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานนั้น ทำให้มีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวของข้าราชการผู้นั้นด้วย เพราะเป็นสิทธิเฉพาะผู้ประกันตนเท่านั้น

**4. <u>ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่/ ท้องถิ่น หรือไม่ มากน้อยเพียงใด</u>**

ในระดับนโยบายประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของคณะกรรมการ มีตัวแทนขององค์กรเอกชนเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการจำนวนมาก เพราะมีการจัดตั้งองค์กรเอกชนเล็กๆ จำนวนมาก แต่ตัวแทนจากประชาชนที่แท้จริงกลับมีจำนวนน้อย ในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีศูนย์หลักประกันสุขภาพประชาชนจำนวนถึง 75 ศูนย์ มีการประชุมเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากประชาชนทุกปี ผลปรากฏว่าประชาชนมักจะขอสิทธิเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีสายด่วน 1330 เพื่อรับการร้องเรียนจากประชาชน ในทางปฏิบัติมักจะถูกแทรกแซงจากการเมือง ทำให้ทำงานด้วยความลำบากใจ

การมีส่วนร่วมในระดับนโยบาย คณะกรรมการมีบทบาทมากไป ทำให้ไม่ได้ดูภาพรวมในระดับชาติ บางครั้งมีข้อขัดแย้งกัน ส่วนในระดับพื้นที่และระดับท้องถิ่นมักมีปัญหาในเรื่องการประสานงาน

สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในระบบประกันสังคมจะดำเนินการในรูปคณะกรรมการประกันสังคม ประกอบด้วย ตัวแทนลูกจ้าง ตัวแทนนายจ้าง ตัวแทนจากฝ่ายรัฐบาล (ปลัดกระทรวงแรงงาน) ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข และตัวแทนจากสำนักงบประมาณ ฝ่ายละ 5 คน

ส่วนระบบสวัสดิการข้าราชการเวลามีการแก้ไขกฎหมาย กรมบัญชีกลางจะเชิญตัวแทนจากส่วนราชการต่างๆ ทุกหน่วยงานและตัวแทนจากสมาคมลูกจ้างประจำแห่งประเทศไทยมาร่วมประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นด้วย

5. **<u>แนวทางการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ควรเป็นอย่างไร</u>**

5.1 การที่จะนำระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ มารวมกันและมีหน่วยงานรับผิดชอบดูแลโดยตรง เพื่อความเป็นเอกภาพและมีมาตรฐานเดียวกัน คงมีความเป็นไปได้ยาก ทั้งนี้เพราะแต่ละระบบมีจำนวนผู้บริโภค กฎหมาย กฎ ระเบียบต่างๆ แตกต่างกัน กล่าวคือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนผู้บริโภคประมาณ 48 ล้านคน ระบบประกันสังคมมีจำนวนผู้บริโภคประมาณ 9 ล้านคน และระบบสวัสดิการข้าราชการมีข้าราชการและครอบครัวประมาณ 5.7 ล้านคน ถ้าจะให้ผู้บริโภคทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน ผู้บริโภคแต่ละกลุ่มจะต้องได้รับสิทธิไม่ต่ำกว่าสิทธิที่เคยได้รับ ดังนั้น กลุ่มที่จะต้องได้รับการปรับให้ได้รับสิทธิเพิ่มคือ กลุ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งรัฐบาลจะต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ในทางปฏิบัติจึงมีความเป็นไปได้ค่อนข้างยาก

ดังนั้นแนวทางการพัฒนาที่จะมีความเป็นไปได้ก็คือ ควรมีการประสานนโยบายและการบริหารการจัดการ ร่วมมือกันในการปฏิบัติงาน เช่น สับเปลี่ยนหมุนเวียนบุคลากรไปให้บริการที่สถานบริการต่างๆ โดยใช้มาตรฐานเดียวกันและมีการประชุมร่วมกันสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ

5.2 ควรมีการจำแนกแจกแจงบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ชัดเจนเพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อนกัน อันจะเป็นสาเหตุเกิดอคติต่อกัน

นอกจากนี้ ควรปรับปรุงโครงสร้างและระบบบริหารการจัดการที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ลดขั้นตอนของงานตลอดจนวางตัวบุคคลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน รวมทั้งมีการกระจายอำนาจ/ งาน และทรัพยากรที่เป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล เพราะทรัพยากรส่วนใหญ่มักจะกระจุกตัวอยู่ในส่วนกลาง เป็นเหตุให้ผู้รับบริการนิยมเดินทางเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองหรือในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เพื่อให้การปฏิบัติงานคล่องตัวและรวดเร็ว ซึ่งเป็นการแก้ที่ต้นเหตุของปัญหา

5.3 ควรมีการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบเพื่อให้ประชาชนรับรู้สิทธิและเกิดความตระหนักในการรักษาสิทธิ ตลอดจนปรับเปลี่ยนทัศนคติที่เหมาะสม เช่น การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจากแพทย์ที่จบการศึกษาแล้วแทนที่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จากนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ฝึกหัดที่ขาดความชำนาญ และยังต้องเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษา รวมทั้งทัศนคติที่ต้องการให้แพทย์จ่ายยาจำนวนมากเกินความจำเป็น และควรปลูกฝังให้ประชาชนมีจิตสำนึกด้านสุขภาพ รู้จักดูแลสุขภาพของตัวเอง และควรมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วย โดยคิดเป็นอัตราร้อยละ เป็นการประหยัดงบประมาณของรัฐ และลดภาระงานของโรงพยาบาลด้วย นอกจากนี้ โรงพยาบาลต้องให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ประชาชนในเรื่องข้อจำกัดและขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อไม่ให้ประชาชนมีความคาดหวังสูงและเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การร้องเรียนและการฟ้องร้องในกรณีที่เกิดการผิดพลาดทางการรักษาขึ้น

5.4 ควรสร้างจิตสำนึกให้แพทย์เน้นการรักษาคนมากกว่าการรักษาโรค โดยลดความทุกข์ของผู้ป่วยมากกว่าเน้นเรื่องผลประโยชน์ เช่น การสั่งยาเกินความจำเป็น และแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเดือดร้อนและได้รับความเสียหาย ซึ่งแพทยสภาควรมีบทบาทให้เข้มแข็งมากขึ้น และโรงพยาบาลใหนที่ได้รับการร้องเรียนบ่อยครั้งควรขึ้นบัญชีดำไว้

5.5 ควรมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่แยกต่างหากจากหน่วยให้บริการโดยมีภาระงานและบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีสำนักงานต่างหาก มีเจ้าหน้าที่ประจำและรับเงินเดือนประจำ เพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

5.6 กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพมีจำนวนมาก บางครั้งเกิดปัญหาซ้ำซ้อนและมีปัญหาในทางปฏิบัติ หน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบทั้ง 3 ระบบ ควรร่วมมือกันแก้ปัญหาโดยมีการสังคยนา กฎหมายทั้งระบบ นอกจากนี้ควรมีการเสนอแก้กฎหมายที่มีปัญหาในทางปฏิบัติต่างๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น

---

Record #.....……

ID……

# แบบสอบถาม

# โครงการวิจัย การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม

**คำชี้แจงแบบสอบถาม**

- **ผู้ตอบแบบสอบถามคือผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ**
- **แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน**
  - **ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม**
  - **ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ**
  - **ส่วนที่ 3 กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ**
- **กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ให้ครบทั้ง 3 ส่วน**
- **ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่านจะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยการแปลผลในภาพรวม**
- **ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับไม่นำไปเปิดเผยในที่ใดในสถานะส่วนบุคคล**


**สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)**

**คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

**สถานที่ติดต่อ**: ห้อง 511 คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ กรุงเทพฯ 10200

โทรศัพท์/โทรสาร 02-6132517 **มือถือ** 084-6430437


**สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น**

| | |
|---|---|
| จังหวัด..... | Prov |
| ภาค • เหนือ , ตะวันออกเฉียงเหนือ *f* กลาง „ ใต้ | Region |
| ประเภทบัตร | Type |
| • บัตรประกันสุขภาพ | |
| , บัตรประกันสังคม | |
| *f* บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | |
| วันที่เก็บข้อมูล วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2550 | Date |
| เจ้าหน้าที่ผู้เก็บข้อมูล ..... | Intv |

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

**กรุณาใส่เครื่องหมาย O ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริง**

| คำถาม | คำตอบ | รหัส |
|---|---|---|
| 1. เพศ | • ชาย , หญิง | Gen |
| 2. อายุ | .....ปี | Age |
| 3.ประเภทผู้ป่วย | • ผู้ป่วยนอก , ผู้ป่วยใน | Case |
| 4. สถานภาพสมรส | • โสด , สมรส<br>f หม้าย „ หย่า … แยกกันอยู่ | Status |
| 5. ระดับการศึกษาสูงสุด | • ไม่ได้เรียน , ประถมศึกษา<br>f มัธยมศึกษา „ ปริญญาตรี … สูงกว่าปริญญาตรี | Edu |
| 6. อาชีพ | • ไม่ได้ทำงาน<br>, เกษตรกรรม/ประมง/เลี้ยงสัตว์<br>f ค้าขาย<br>m ธุรกิจ/ธุรกิจส่วนตัว<br>n รับจ้างทั่วไป<br>o ผู้ใช้แรงงานในโรงงาน/ในสถานบริการ<br>‡ รับราชการ<br>ˆ พนักงานรัฐวิสาหกิจ<br>‰ อื่นๆ ระบุ..... | Occp |
| 7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน จำนวน | .....บาท/เดือน | Income |
| 8. ท่านนับถือศาสนา | • พุทธ , คริสต์ f อิสลาม<br>m อื่นๆ ระบุ..... | Religion |
| 9. สถานที่พักอาศัยของท่านอยู่ที่ใด | • ในเขตเทศบาล , นอกเขตเทศบาล<br>f กรุงเทพมหานคร | Area |
| 10. สถานพยาบาลที่ท่านสามารถไปใช้สิทธิได้ | • โรงพยาบาลจังหวัด , โรงพยาบาลอำเภอ<br>f สถานีอนามัย m โรงพยาบาลเอกชน<br>n คลินิก o อื่นๆ ระบุ..... | Hosp |
| 11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ | • ไม่มี<br>, มี (โปรดระบุโรค)..... | Disease |

**1.2 ความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ**

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย **O** ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

| 1.สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ | • ใช่ | , ไม่ใช่ | รหัส |
|---|---|---|---|
| **1.1 สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยทั่วไป** | | | |
| ก. ท่านสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลตามที่ระบุไว้ในบัตรเท่านั้น | | | Right1 |
| ข. เมื่อท่านไปขอใช้บริการ สถานพยาบาลไม่มีสิทธิปฏิเสธท่าน | | | Right2 |
| ค. ท่านมีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานพยาบาลได้ | | | Right3 |
| ง. ท่านมีสิทธิที่จะขอความเห็นด้านสุขภาพของท่านจากผู้ให้บริการอื่นได้ | | | Right4 |
| **1.2 สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน** | | | |
| ก.ท่านได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ณ.สถานพยาบาลใดก็ได้ | | | Right5 |

| 2. การให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐปัจจุบัน | ระดับการเห็นด้วย มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่เห็นด้วย | รหัส |
|---|---|---|---|---|---|
| ก. ไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ | | | | | Serv1 |
| ข.บริการรวดเร็ว | | | | | Serv2 |
| ค. บริการตรงกับอาการเจ็บป่วยของท่าน | | | | | Serv3 |
| ง. บริการที่ได้รับตรงกับสิทธิที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพ | | | | | Serv4 |
| จ. คุณภาพบริการ | | | | | |
| - คุณภาพยาไม่ดี | | | | | Serv5 |
| -อุปกรณ์ทางการรักษาไม่ได้มาตรฐาน (เครื่องมือแพทย์) | | | | | Serv6 |
| -เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ | | | | | Serv7 |
| - ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการดี | | | | | Serv8 |
| - สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น รถนั่งฯลฯ ไม่เพียงพอ | | | | | Serv9 |
| - ไม่มีความปลอดภัยในการใช้บริการ | | | | | Serv10 |
| | ระดับปัญหา | | | | |
| 3. ปัญหาในการใช้บริการตามสิทธิในบัตรหลักประกันสุขภาพ | มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่มีปัญหา | |
| ก. ขาดข้อมูลในการใช้บริการในบัตรหลักประกันสุขภาพ | | | | | Prob1 |
| ข. ขาดหลักฐานที่แสดงการใช้สิทธิในบัตรหลักประกันสุขภาพ | | | | | Prob2 |
| ค.ไม่พบชื่อผู้รับบริการในฐานข้อมูลของสถานพยาบาล | | | | | Prob3 |
| ง. ไม่ได้มาตามระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย | | | | | Prob4 |
| 4. ความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการในบัตรหลักประกันสุขภาพ | | | | | Satis |

1.3 ท่านเห็นว่าแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพควรเป็นอย่างไร

| แนวทาง | ระดับการเห็นด้วย มาก | ปานกลาง | น้อย | รหัส |
|---|---|---|---|---|
| 1.3.1 แนวทางที่ควรดำเนินการ | | | | |
| ก. การให้ความรู้ที่ถูกต้องต่อการใช้บริการหลักประกันสุขภาพ | | | | Direct1 |
| ข. การประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาล | | | | Direct2 |
| ค. การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ | | | | Direct3 |
| ง. การสื่อสารหลายช่องทางกับผู้ใช้บริการ | | | | Direct4 |
| จ. การประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว | | | | Direct5 |
| ฉ. การปรับปรุงนโยบายหลักประกันสุขภาพ | | | | Direct6 |
| ช. การปรับปรุงกฎระเบียบที่คุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ | | | | Direct7 |
| ซ. การปรับปรุงวิธีการบริการของสถานพยาบาล | | | | Direct8 |
| ฌ. การแจ้งผลการพิจารณาการร้องเรียน | | | | Direct9 |
| ญ. การสร้างระบบสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารการคุ้มครองในหลักประกันสุขภาพ | | | | Direct10 |
| ฏ. การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอกับสถานพยาบาล | | | | Direct11 |
| ฏ. การปรับปรุงและแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน | | | | Direct12 |
| ฐ. การสนับสนุนให้ผู้บริโภคสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้ | | | | Direct13 |
| ฑ. ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมป้องกันแก้ไขความผิดพลาดในการให้บริการได้ | | | | Direct14 |
| 1.3.2 การมีส่วนร่วมต่อการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพได้แก่<br>ก. การเป็นตัวแทนขององค์กรอิสระด้านผู้บริโภค | | | | |

| แนวทาง | ระดับการเห็นด้วย | | | รหัส |
|---|---|---|---|---|
| | มาก | ปานกลาง | น้อย | |
| ข. การเป็นคณะกรรมการในระบบหลักประกันสุขภาพ | | | | Direct15 |
| ค. การเสนอความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ | | | | Direct16 |
| ง. การพิจารณา ปรับปรุงการบริหารของสถานพยาบาล | | | | Direct17 |
| จ. การปรับปรุงคุณภาพบริการ | | | | Direct18 |
| ฉ. การจัดระบบการให้ข้อมูลใหม่กับผู้ที่มีสิทธิว่าง | | | | Direct19 |
| ช. การเสนอความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ การร้องเรียนและการชดเชย | | | | Direct20 |

1.4 **ข้อเสนอแนะอื่น ๆเพิ่มเติม**

……
……

**ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านสละเวลาอันมีค่าของท่านกรุณาตอบแบบสอบถามฉบับนี้**

**คณะผู้วิจัย**

**ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้บริหาร/นักวิชาการ**
**โครงการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม**

---

1. นโยบายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ มีความเหมาะสมและชัดเจนมากน้อยเพียงใด
2. กลไกและกระบวนการบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่
    2.1 การร้องเรียนและชดเชยความเสียหาย
    2.2 การให้ข้อมูล
3. ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพได้มาตรฐานและครอบคลุมเพียงพอหรือไม่
    -เข้าถึงและรับบริการที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ
    -เลือกหน่วยบริการประจำตัวที่ได้มาตรฐาน สะดวกในการเข้ารับบริการ
    -สิทธิได้รับบริการกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่น
    -สิทธิร้องเรียนและได้รับการเยียวยา เมื่อรับความเสียหาจากการใช้บริการสาธารณสุข
    -สิทธิได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุข
    -สิทธิมีส่วนร่วมบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพ
4. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพ ได้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในระดับนโยบาย ระดับพื้นที่/ท้องถิ่นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
5. แนวทางการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ควรเป็นอย่างไร

**รายชื่อผู้ที่ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก**

| ระดับ/พื้นที่ | ชื่อ-สกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 1)***ผู้กำหนดนโยบาย*** *(6)* | 1.นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ | ผู้เชี่ยวชาญพิเศษประจำสำนักนโยบายและแผน (สปสช.) |
| | 2.คุณสุพัชรี มีครุฑ | ผอ.กองประสานการแพทย์ฯ สำนักงานประกันสังคม |
| | 3.คุณมนัส แจ่มเวหา | รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง |
| | 4.นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | ผอ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) |
| | 5.นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ | เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ |
| | 6.นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ | ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข |
| | *คุณชื่นสุข กฤกษ์งาม | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) |
| | *คุณวิริยา พูนคำ | กลุ่มงานสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง |
| **2)นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง**(5) | 7.ดร.ยุพดี ศิริสินสุข | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| | 8.คุณเรืองรอง ดีผดุง | ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม |
| | 9.รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| | 10.นพ.จิรุฒม์ ศรีรัตนบัลล์ | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันฯ คณะแพทย์ศาสตร์ |
| | 11.คุณบัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ | นักวิชาการประกันสังคม มูลนิธิอารมณ์พงศ์พงัน |
| **3)ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ**(1) | 12.นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา | นายกแพทยสภา |
| **4)ตัวแทนองค์กรผู้บริโภค**(1) | 13.คุณสารี อ่องสมหวัง | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |

| ระดับ/พื้นที่ | ชื่อ-สกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 5)**ผู้บริหารหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ** (13) | 14.คุณเพ็ญศรี ไตรรัตน์ | ผอ.การกองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม |
| | 15.นายแพทย์พิเชฏฐ ลีละพันธ์เมธา | ผอ.สปสช.เขตพื้นที่(ขอนแก่น) |
| | 16.นพ.อมร รอดคล้าย | ผอ. สปสช.เขตพื้นที่(สงขลา) |
| | 17.นพ.ชัชวาลย์ ศิรินิรันดร์ | ผอ.รพ.นครพิงค์ |
| | 18.นายแพทย์วิทยา จารุพูนผล | ผอ.รพ.ขอนแก่น |
| | 19.นายแพทย์ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล | ผอ.รพ.พระนั่งเกล้า |
| | 20.นายแพทย์บุญเติม ตันสุรัตน์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |
| | 21.คุณนิรมล กีรติสิทธิกุล | ประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ |
| | 22.นพ.ชลิต ทองประยูร | รองผอ.รพ. สมุทรปราการ |
| | 23.นพ.เริงศักดิ์ ลี่ธนาภรณ์ | รองผอ.รพ.สงขลานครินทร์ |
| | 24.พ.ญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ | ศูนย์ประกันสุขภาพ รพ.พระนั่งเกล้า |
| | 25.พญ.จรรยาภรณ์ รัตนโกศล | นายแพทย์ 8 ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภค รพ.ขอนแก่น |
| | 26.นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ | ผอ.สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 6) **ผู้ให้บริการโดยตรง** (13) | 27.นายแพทย์ยลศิลป์ สุชนวนิช | ศูนย์บริการสารสนเทศการประกันสุขภาพ (สปสช.) |
| | 28.คุณกุลเศขร์ ลิมปิยากร | กลุ่มงานสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง |
| | 29.คุณกรรณิการ์ เจียมจรัสรังษี | นักสังคมสงเคราะห์ รพ.นครพิงค์ |
| | 30.คุณฉวีวรรณ มหิทธิพงศ์ | ศูนย์ประกันสุขภาพ(ศปส.) รพ.นครพิงค์ |
| | 31.คุณธัญญาภาพ ไชยพูน | ศปส. รพ.นครพิงค์ |
| | *คุณรจนา ชุมชน | ศปส. รพ.นครพิงค์ |
| | *คุณปิยะเรศ โกมาศ | ศปส. รพ.นครพิงค์ |
| | *คุณยุวดี อุดมผล | ศปส. รพ.นครพิงค์ |

| ระดับ/พื้นที่ | ชื่อ-สกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| | 32.คุณสมนึก กิ่งกาญจนาธร | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ |
| | 33.คุณเยาวเรศ คำมะนาด | นักสังคมสงเคราะห์ รพ.ขอนแก่น |
| | 34.คุณสุพิพัฒน์ พระยาลอ | ศูนย์ประกันสุขภาพ (ศปส.)รพ. ขอนแก่น |
| | *คุณจรรยาภรณ์ รัตนโกศล | ศปส.รพ.ขอนแก่น |
| | *คุณจาฎุปัจน์ พงษ์ธีรมิตร | ศปส.รพ.ขอนแก่น |
| | *คุณทิพอุษา คำพันธ์ | ศปส.รพ.ขอนแก่น |
| | 35.คุณณัฐนันท์ ศรีกฤษณะรัตน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| | *คุณฉวีวรรณ ลอศิริกุล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| | *คุณนภาพร ธีระตันติกานนท์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| | 36.คุณศศิธร พรมกะจิน | นักสังคมสงเคราะห์ รพ.สมุทรปราการ |
| | 37.คุณกิจสกล หุตะแพทย์ | สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สมุทรปราการ |
| | 38.คุณสุกุญญา ปฐมระวี | นักสังคมสงเคราะห์ รพ.สงขลานครินทร์ |
| | 39.คุณพิชยา ศรเลิศล่ำวาณิช | ศปส.รพ.สงขลานครินทร์ |
| | *คุณโสภิคา มาวา | ศปส.รพ.สงขลานครินทร์ |
| | *คุณนิธินาถ ศิริเวช | ศปส.รพ.สงขลานครินทร์ |
| | *คุณเสาวณิต พรหมจรรย์ | ศปส.รพ.สงขลานครินทร์ |
| | *คุณประสิทธิ์ สวัสดี | ศปส.รพ.สงขลานครินทร์ |
| **7. เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน(15)** | 40.คุณนวพร คมชัย | จังหวัดเชียงใหม่ |
| | 41.คุณเทียนศิริ แสงแก้ว | จังหวัดเชียงใหม่ |
| | 42.คุณดวงเดือน คำไชย | จังหวัดเชียงใหม่ |
| | 43.คุณเสาวลักษณ์ ชัยชนะ | จังหวัดเชียงใหม่ |
| | 44.คุณปฏิวัติ เฉลิมชาติ | จังหวัดขอนแก่น |
| | 45.คุณนพพร ภูมิสวัสดิ์ | จังหวัดขอนแก่น |
| | 46.คุณวสันต์ หรี่สมวงศ์ | จังหวัดสมุทรปราการ |

| ระดับ/พื้นที่ | ชื่อ-สกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| | 47.คุณไพจิตร เรืองศรีมั่น | จังหวัดสมุทรปราการ |
| | 48.คุณจุฑา สังขชาติ | จังหวัดสงขลา |
| | 49.คุณประจวบ พิทอง | จังหวัดสงขลา |
| | 50.คุณสมจิต ฟุ้งทศธรรม | จังหวัดสงขลา |
| | 51.คุณชโลม เกตุจินดา | จังหวัดสงขลา |
| | 52.คุณอัญชิษฐา พรหมอินทร์ | จังหวัดสงขลา |
| | 53.คุณพันทิพย์ สุวรรณวงศ์ | จังหวัดสงขลา |
| | 54.คุณอารมณ์ มุณี | จังหวัดสงขลา |
| **8.ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กรณีศึกษา** (5) | 55.ครอบครัวของนายสุข | จังหวัดเชียงใหม่ |
| | 56.ครอบครัวของนางทิพอุษา | จังหวัดขอนแก่น |
| | 57.ครอบครัวของนายสมัคร | จังหวัดเพชรบูรณ์ |
| | 58.ครอบครัวของนายโชคดี | จังหวัดสมุทรปราการ |
| | 59.ครอบครัวของนายบุญน้อย | กรุงเทพมหานคร |

* เข้าร่วมสัมภาษณ์