

คู่มือ

การดำเนินงาน

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ
ชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์

โครงการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพชนเผ่าพื้นเมือง
และกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ (พชช.)



คู่มือการดำเนินงาน ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ ชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์

จัดทำโดย

โครงการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ (พชช.)

คณะที่ปรึกษา

1. ภรณ์ ภูประเสริฐ
2. อรุณศรี อำพันธ์ศรี
3. สุมิตรชัย หัตถสาร
4. ประภาศิต ภาวะสิทธิ์
5. ดร.เคน แคมป์
6. ศักดิ์ดา แสนมี
7. อรพิน วิมลภูษิต
8. สุรรัตน์ ธรรมรรคา
9. สุภาพร ถิ่นวัฒนากุล

เรียบเรียง วิวัฒน์ ตามี

ออกแบบปกและรูปเล่ม ดอกไม้ สดุดีโอ

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2560

จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

สนับสนุนโดย



สำนักสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ติดต่อ



มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ (พชช.)

เลขที่ 76/52 หมู่บ้านคำหยาดฟ้า ตำบลสุเทพ

อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

E-mail : Hpt.mailgroup@gmail.com

wtamee@gmail.com

โทรศัพท์/โทรสาร : + 66 (0) 5206 0119

มือถือ : + 66 (0)8 8252 4790



คำนำ

คู่มือศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมือง และกลุ่มชาติพันธุ์เล่มนี้ ถือเป็นคู่มือในการจัดตั้งและกระบวนการทำงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ จัดทำขึ้นภายใต้การสนับสนุนของโครงการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพชนเผ่าพื้นเมือง และกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อย และชาติพันธุ์ (พชช.) โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนสุขภาพะกลุ่มประชากรเฉพาะ (สำนัก 9) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คู่มือนี้ได้จัดแบ่งเนื้อหาออกเป็น 5 บท และในแต่ละบทจะลำดับเนื้อหาเป็นหัวข้อย่อย เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมีเนื้อหาโดยสังเขปดังนี้ บทที่ 1 ว่าด้วยเรื่องสิทธิของประชาชน ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และต่อมาในบทที่ 2 ได้บอกเล่าถึงความเป็นมาของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ บทที่ 3 มารู้จักศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ว่าเป็นอย่างไร มีบทบาทและกรอบการทำงานอย่างไรบ้าง ซึ่งจะต่อเนื่องสู่บทที่ 4 ที่กล่าวถึง

มาตรฐานการดำเนินงานและการ
ประเมินผล “ศูนย์ประสานงานหลัก
ประกันสุขภาพภาคประชาชน” ว่า
ควรเป็นอย่างไร และสุดท้ายในบทที่ 5
จะแนะนำถึงขั้นตอนการดำเนินงาน
รับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหา
โดยมีแบบฟอร์มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
ในการรับเรื่องร้องเรียนและร้องทุกข์
เช่น แบบฟอร์มเขียนคำร้องขออุทธรณ์
กรณีไม่ผ่านการพิจารณา การขอรับ
การช่วยเหลือในระดับอนุกรรมการ
พิจารณาเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ
ม.41รวมถึงหมายเลขติดต่อ HOTLINE
สายด่วน ปรีक्षाข้อมูลด้านสิทธิ-
ประโยชน์ การบริการสุขภาพกรณี
ฉุกเฉินไว้ในภาคผนวก

ผู้เรียบเรียงขอขอบคุณคณะ
ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษา แนะนำ
การเขียนและเรียบเรียงคู่มือฉบับนี้
ขอขอบคุณสำนักสนับสนุนสุขภาวะ
กลุ่มประชากรเฉพาะ (สำนัก 9) สำนัก-
งานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุน
งบประมาณการจัดทำ โครงการฯ และ
การผลิตสื่อต่างๆ เพื่อใช้ประโยชน์ใน
งานสร้างเสริมสุขภาพชนเผ่าพื้นเมือง
และกลุ่มชาติพันธุ์มาอย่างต่อเนื่อง
ด้วยความเข้าใจ

นายวิวัฒน์ ตามี
มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อย
และชาติพันธุ์ (พชช.)

27 มีนาคม 2560

สารบัญ

บทที่ 1

สิทธิของประชาชนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

7

1. หลักการและเจตนารมณ์ 8
2. สิทธิของผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 8
3. สิทธิในการร้องเรียนเมื่อได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือเกิดความเสียหายการเข้ารับบริการสาธารณสุข 10
4. สิทธิในการได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล 10

บทที่ 2

ความเป็นมาของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ

35

1. ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ 36
2. ความเป็นมาของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน 37
3. วัตถุประสงค์การจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ 39
4. กรอบแนวทางการดำเนินงาน 41

บทที่ 3

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์

43

1. ความสำคัญ 44
2. เป้าหมาย 45
3. วัตถุประสงค์ 46
4. บทบาทภารกิจของศูนย์ประสานงานฯ 46
5. ขอบเขตการดำเนินงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน 47
6. ลักษณะโครงสร้างของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน 47
7. เกณฑ์การคัดเลือกศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน 48
8. แนวทางการดำเนินงานในพื้นที่ 49
9. การติดตามประเมินผลศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน 55

บทที่ 4**57**

มาตรฐานการดำเนินงานและการประเมินผล
“ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน”

1. คำนิยาม คำว่า “มาตรฐานการดำเนินงาน” **58**
2. มาตรฐานการดำเนินงานและวิธีการใช้ประโยชน์ **59**
3. การประเมินผลและพัฒนายกระดับคุณภาพมาตรฐาน **59**

บทที่ 5**69**

ขั้นตอนการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหา

1. Work Flow ขั้นตอนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน **70**
2. ระยะเวลาในการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน **71**
3. ประเภทบริการ **71**

ภาคผนวก**75**

1. แบบคำขอจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมือง
และกลุ่มชาติพันธุ์ **76**
2. แบบบันทึกเรื่องร้องเรียน **78**
3. บันทึกการให้คำแนะนำปรึกษา **80**
4. รายงานผลการให้บริการของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ **81**
5. หนังสือมอบอำนาจ **83**
6. แบบฟอร์มหนังสือ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพเครือข่าย **84**
7. แบบบันทึก : ขอรับเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นตามกฎหมาย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **86**
8. แบบบันทึก : ขออุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้อง
ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น **88**
9. ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง
สามารถร้องเรียนได้โดยสะดวก **90**
10. HOTLINE **90**
11. เอกสารอ้างอิง **94**



บทที่ 1

สิทธิของประชาชนตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ.2545

1. หลักการและเจตนารมณ์

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ในข้อ 51 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ”

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ข้อ 16 ระบุว่า “หลักประกันสุขภาพและความคุ้มครองด้านสุขภาพ จะต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะเศรษฐกิจ สังคม สถานภาพทางกาย ความพิการ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง” และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

2. สิทธิของผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 สิทธิเข้ารับการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

ประชาชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน (ม.5, 6, 7, 8, 18 (10), (13)) และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ (ม.26(7), ม.50(5), (8), (9))

2.2 สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐานและสะดวกในการเข้ารับบริการ

ในมาตรา 6 ระบุว่า บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่



บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เลขที่บัตร [redacted] เสียค่าธรรมเนียม 89 ห้ามขาย
ชื่อ [redacted] วันเกิด 22 ม.ค. 2523
เลขประจำตัวประชาชน [redacted]
หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว(1) / หน่วยบริการประจำพื้นที่(2)
(1) สอ.ค.บ้านฟ้า บ้านบุ่งน้ำเต้า หมู่ที่ 04
(2) รพช.บ้านหลวง
วันออกบัตร 28 มี.ค. 2551
วันหมดสิทธิ 22 ม.ค. 2583
นายวิชา สะสมทรัพย์
ผู้อำนวยการกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึง
ความสะดวกและความจำเป็นของบุคคล
เป็นสำคัญ

2.3 สิทธิที่ได้รับบริการสาธารณสุข ในกรณีฉุกเฉินที่สถานบริการอื่น ๆ ได้นอกเหนือจากหน่วยบริการที่ลง ทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว

ตามมาตรา 7 บุคคลที่ได้ลง
ทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการ
สาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำ
ของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิใน
เครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือ
จากหน่วยบริการประจำของตน หรือ
เครือข่ายบริการที่เกี่ยวข้องหรือส่งต่อ

เว้นแต่กรณีที่เกิดเหตุสมควร หรือกรณี
อุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้
บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจาก
สถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ตามที่คณะ
กรรมการกำหนดโดยคำนึงถึงความสะดวก
และความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิ
บริการ



3. สิทธิในการร้องเรียนเมื่อได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือเกิดความเสียหายการเข้ารับบริการสาธารณสุข

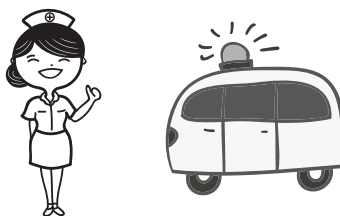
ประชาชนเข้ารับบริการสาธารณสุขแล้วไม่ได้รับบริการที่ดี หรือถูกละเมิดในระบบหลักประกันสุขภาพ ประชาชนสามารถร้องเรียนได้

การร้องเรียน หมายถึง การร้องเรียนตามมาตรา 57,59 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้แก่ เรื่องที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด

เรื่องร้องทุกข์ หมายถึง เรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน เรื่องขอความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ไม่ใช่ร้องเรียนตาม พ.ร.บ. เช่น การลงทะเบียนและออกบัตร สิทธิไม่ตรงตามจริง (สิทธิซ้ำซ้อน) เรื่องขอความอนุเคราะห์ ขอความช่วยเหลือ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ประชาชนย่อมสามารถใช้สิทธิในการร้องเรียน ร้องทุกข์เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้

4. สิทธิในการได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

แนวคิดสำคัญของการได้รับการช่วยเหลือเยียวยาเมื่อได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข คือ เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดความเสียหาย ซึ่งเป็นความเสียหายที่มีผู้กระทำผิด หรืออาจไม่มีผู้กระทำผิดก็ได้ หรือเหตุสุดวิสัย เป้าหมายเพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องที่ไม่จำเป็น และแนวคิดในอีกด้านคือมีกลไกในการประสานการให้ความช่วยเหลือทั้งที่อยู่ในระบบและที่เป็นอิสระจากผู้ให้บริการที่จะต้องเข้าถึงได้ง่ายและมีประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือ



4.1 ขั้นตอนการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
(สปสช.,2560, หน้า 11-12)

เงื่อนไขการขอเงินช่วยเหลือ
ตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่

เป็นผู้มีสิทธิตาม
พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ หรือไม่

มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือ
เบื้องต้น หรือไม่

ยื่นขอภายใน 1 ปี
นับแต่ทราบความเสียหายหรือไม่

เป็นหน่วยบริการ
ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพหรือไม่

ความเสียหายเข้าเกณฑ์
จ่ายเงินช่วยเหลือหรือไม่

ความเสียหายคืออะไร

ความเสียหายเกิดจาก
รักษาพยาบาล หรือ
เหตุสุดวิสัย
หรือพยาธิสภาพ

เข้าเกณฑ์

ไม่เข้าเกณฑ์

ควรจ่ายเงินช่วยเหลือ
เบื้องต้นเท่าไร

เป็นความเสียหายประเภทใด
ตามข้อ 6 ของข้อบังคับฯ

ความเสียหายสัมพันธ์
กับการรักษาพยาบาลเพียงใด

ผลกระทบต่อผู้เสียหาย

ในมาตรา 41¹ แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้สร้างกลไกประสานสัมพันธ์และเจรจาไกล่เกลี่ยระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ด้วยการจัดระบบช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในการเข้ารับบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ความเป็นไปได้ที่ผู้รับบริการอาจได้รับความเสียหายจากการรับบริการจากผู้ให้บริการ (แพทย์, พยาบาล) ได้ ทั้งนี้ อาจจะมีผู้กระทำผิด หรือเป็นความเสียหายที่ไม่มีผู้กระทำผิด แต่เป็นเหตุสุดวิสัยในการรักษาตามข้อบังคับฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยกำหนดให้ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” หมายความว่า เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมีต้องรอพิสูจน์ถูกผิด

จะเห็นว่าตามบทบัญญัติในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดดังกล่าว มีเจตนารมณ์ที่จะช่วยให้ผู้ที่ได้รับความเสียหาย หรือทายาทได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้นที่รวดเร็ว เป็นมาตรฐานทางศีลธรรม ซึ่งไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด และยังมีความมุ่งหวังในการลดความขัดแย้ง เพื่อการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการคงอยู่ต่อไป (สปสช., 2560 หน้า 2,3)

เมื่อพิจารณามาตรา 41 และมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกอบกับข้อบังคับฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลฯ ข้อ 4 ข้อ 5 ข้อ 6 และข้อ 7 แล้ว แบ่งการพิจารณาออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. มาตรา 41 ระบุว่า ให้คณะกรรมการกันจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่าย ให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

1. พิจารณาว่า การยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนี้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ มีประเด็นพิจารณาดังนี้

- 1.1 ผู้รับความเสียหายเป็นผู้รับบริการที่มีสิทธิตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หรือไม่
- 1.2 เป็นผู้ที่มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่
- 1.3 ผู้ยื่นคำร้องได้ยื่นคำร้องภายในระยะเวลา 1 ปีนับแต่ทราบความเสียหายหรือไม่
- 1.4 หน่วยบริการที่ให้บริการเป็นเหตุแห่งการร้องขอเงินช่วยเหลือนั้นเป็นหน่วยบริการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หรือไม่



2. พิจารณาว่า ความเสียหายนั้นเข้าหลักเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลหรือไม่ มีประเด็นพิจารณาดังนี้

- 2.1 ความเสียหายที่เป็นประเด็นแห่งการร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นคืออะไร
- 2.2 ความเสียหายนั้น เป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล หรือเป็นเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล หรือเป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรค ที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว



3. พิจารณาชี้ขาดว่า ควรให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเท่าไร มีประเด็นพิจารณา ดังนี้

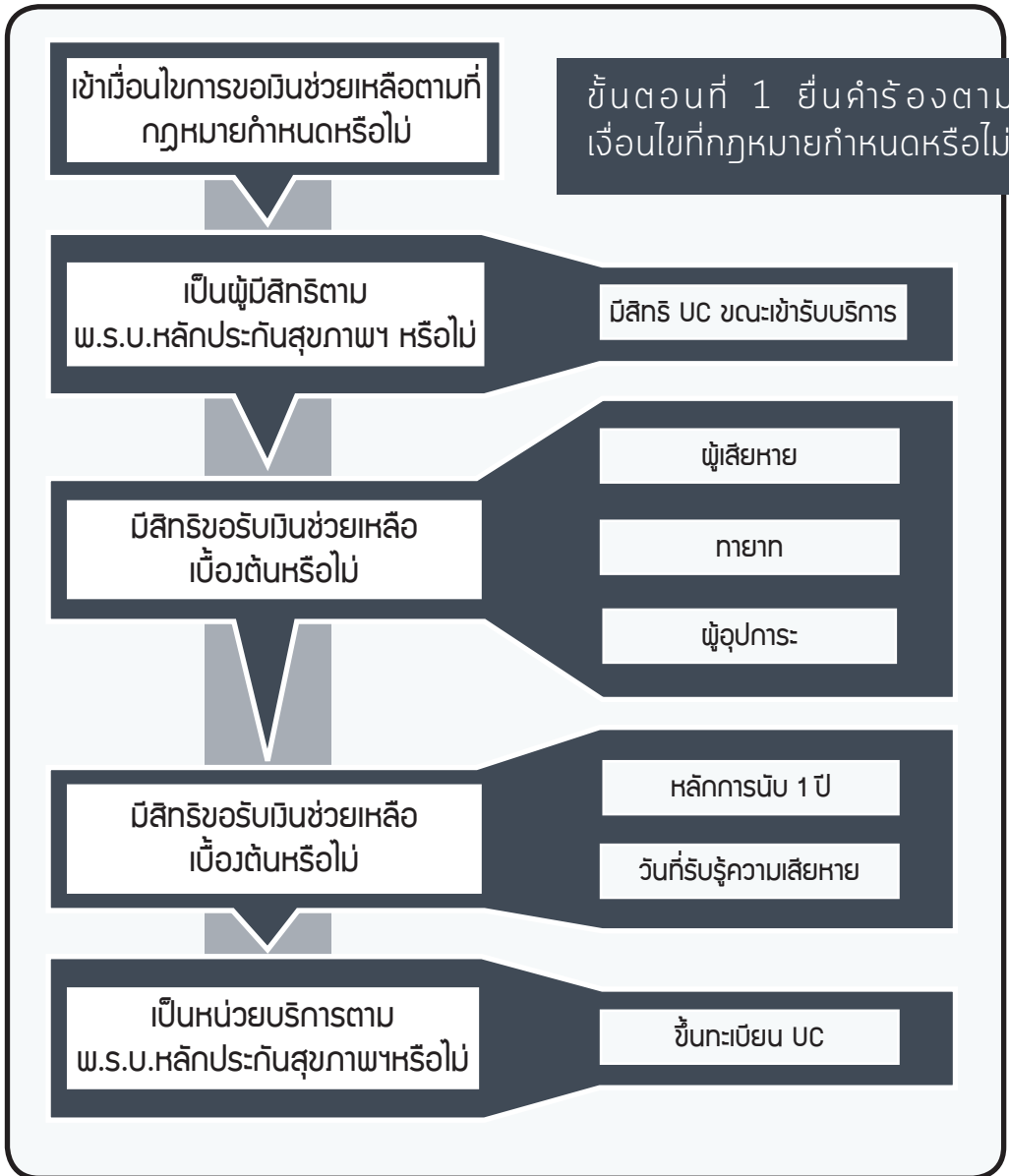
- 3.1 เป็นความเสียหายประเภทใด ตามข้อ 6 ของข้อบังคับ
- 3.2 ความเสียหายนั้นมีความสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด
- 3.3 ผลกระทบจากความเสียหายที่ได้รับมีมากน้อยเพียงไร





4.2 ขั้นตอนและแนวทางการประกอบการพิจารณา

ได้นำแนวคิดวินิจัยที่น่าสนใจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้



การใช้สิทธิขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ต้องเข้าเงื่อนไขตามที่ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ กำหนด จึงมีประเด็นที่ต้องพิจารณาดังนี้

ประเด็นที่ 1 : เป็นผู้รับบริการตามมาตรา 41 หรือไม่

ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ซึ่งจะเรียกร้องเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัตินี้ได้ ต้องเป็นผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และรวมถึงพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาที่กำหนดให้ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 เป็นต้นไป แต่ไม่ครอบคลุมถึงบุคคลต่อไปนี้

- (1) ผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม (เฉพาะตัว)
- (2) ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ
- (3) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐ หรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ
- (4) บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใด ที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (2) และ(3)

ประเด็นที่ 2 : เป็นผู้มิมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่

ข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้อ 7 กำหนดให้ ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น คือ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ทายาท หรือผู้อุปการะ (ผู้ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอื่นเข้ารับการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร) หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ แต่ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแม้หน่วยบริการจะมีสิทธิยื่นคำร้อง แต่ก็เป็นการยื่นคำร้องแทนผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ หน่วยบริการจึงไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ประเด็นที่ 3 : ยื่นคำร้องภายในระยะเวลา 1 ปี นับแต่ทราบความเสียหายหรือไม่

ข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ฯ ข้อ 7 กำหนดให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการที่ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับความเสียหาย

กรณีนี้จึงมีประเด็นที่ต้องพิจารณา 2 ประเด็น คือ (1) หลักเกณฑ์การนับเวลา 1 ปี และ (2) การกำหนดว่า วันใดเป็นวันที่ผู้ยื่นคำร้องรับทราบความเสียหาย²

ประเด็นที่ 4 : เป็นความเสียหายจากการรับบริการในหน่วยบริการหรือไม่

เป็นการพิจารณาตามข้อบังคับฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้อ 4 ที่กำหนดว่า “หน่วยบริการ” ที่ให้บริการอันเป็นเหตุแห่งการร้องขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ต้องเป็นหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หากไม่ใช่ ก็ไม่มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัตินี้ได้ โดยประเด็นนี้คณะกรรมการกฤษฎีกาได้เคยให้ความเห็นไว้³

ขั้นตอนที่ 2 : ความเสียหายเข้าหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่

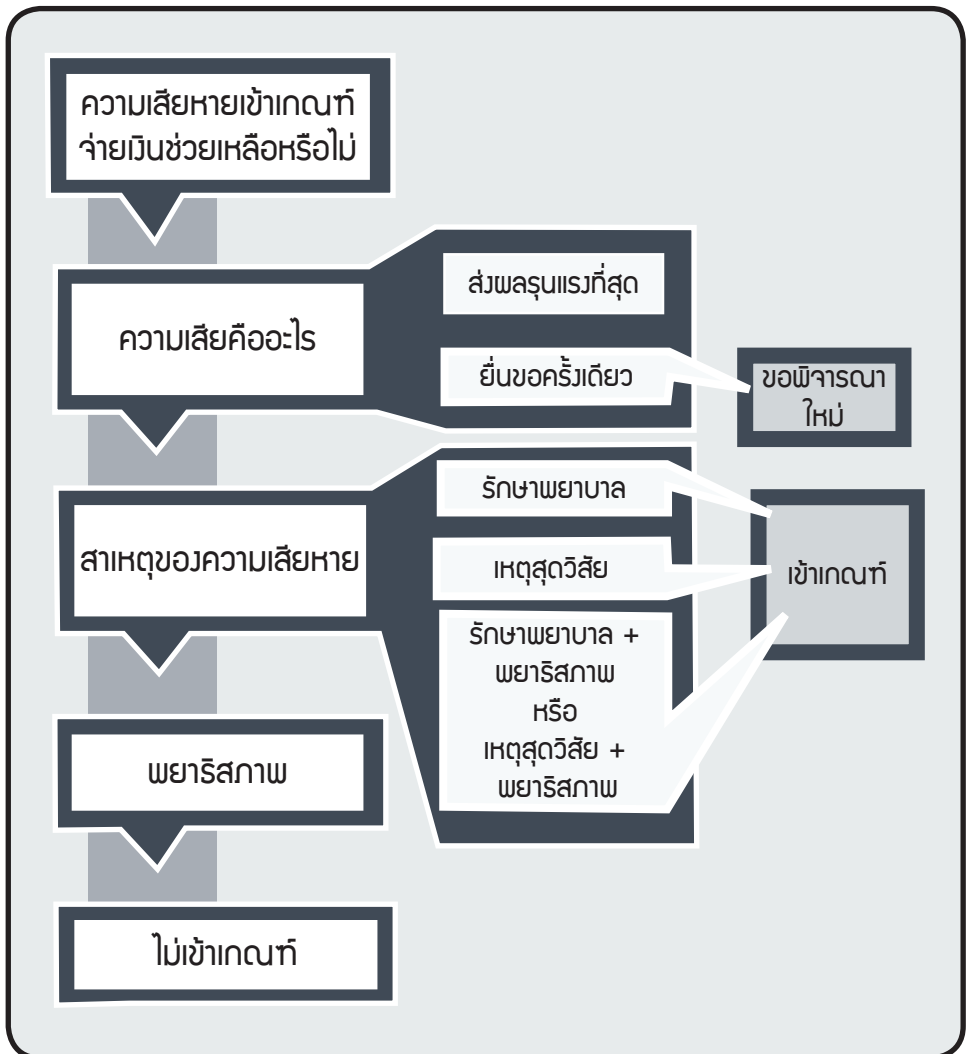
จากข้อบังคับฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ข้อ 4 กำหนดความหมายของการรักษาพยาบาลและหน่วยบริการ ไว้ดังนี้ “การรักษาพยาบาล” ที่ทำให้เกิดความเสียหายนั้น ให้หมายถึง “บริการสาธารณสุข” ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. (รายละเอียดใน สปสช., 2560 :หนังสือแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 หน้า 18,19)

3. (รายละเอียดใน สปสช., 2560 :หนังสือแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 หน้า 22)

พ.ศ.2545 อันได้แก่ บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการ การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ด้วย

ขั้นตอนที่ 1 : ขั้นตอนและกระบวนการพิจารณา (สปสช.,2560, หน้า 26)



“หน่วยบริการ” ที่ให้บริการอันเป็นเหตุแห่งการร้องขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ต้องเป็นหน่วยบริการตามมาตรา 3 แห่งกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งก็คือสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว



ดังนั้นความเสียหายที่จะเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ จึงต้องพิจารณาประเด็นข้อเท็จจริงก่อนว่า ความเสียหายที่ผู้ยื่นคำร้องกล่าวอ้างเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการหรือไม่

นอกจากนี้ ข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ข้อ 5 ยังกำหนดเงื่อนไขในการพิจารณาว่า ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับนี้ ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่ไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมชาติของโรคนั้นอยู่แล้ว

ดังนั้นจึงมีประเด็นพิจารณา รวมทั้งหลักการและแนวคำวินิจฉัยที่น่าสนใจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ในแต่ละประเด็นดังนี้



ประเด็นที่ 1 : ความเสียหายที่เป็นประเด็นแห่งการร้องขอรับ เงินช่วยเหลือเบื้องต้น คืออะไร

ผู้ยื่นคำร้องบางรายเขียนคำร้อง ระบุความเสียหายไม่ชัดเจน คณะอนุกรรมการจึงต้องพิจารณาว่า อะไรคือความเสียหายที่ร้องขอรับเงินช่วยเหลือ

เหตุที่เข้ารับบริการ	บริการที่ได้รับ	ผลเสียหายที่เกิดขึ้น
ต้องการคุมกำเนิดถาวร	ผ่าตัดทำหมัน	ตั้งครรภ์หลังทำหมัน
มีเนื้องอกที่มดลูก	ผ่าตัดมดลูก	มีอาการปวดสวามะไหล่ออก จากช่องคลอดหลังผ่าตัด
เจ็บครรภ์คลอด	เข้ารับบริการคลอด ทารก มีภาวะติดไหล่ นาน 4 นาที	ทารกขยับและยกแขน ไม่ได้
ปวดเข่า	ฉีดยาแก้ปวด	ขาอ่อนแรง

ประเด็นที่ 2 : พิจารณาว่า สาเหตุของความเสียหายเข้าเกณฑ์ การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่

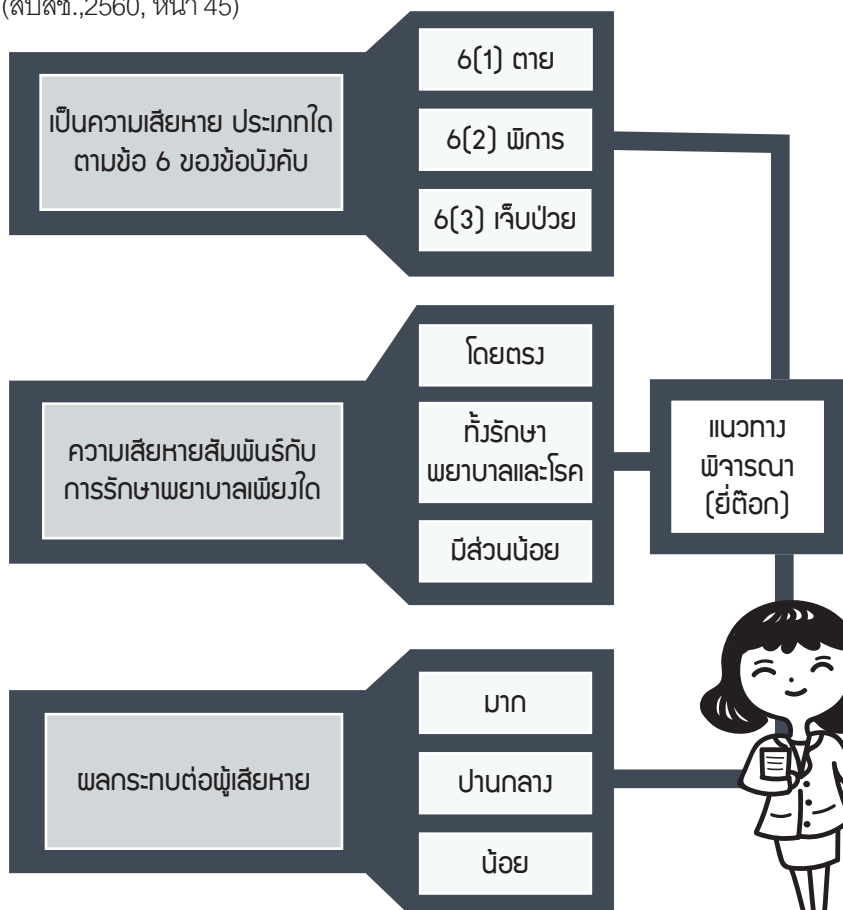
การพิจารณาประเด็นนี้ จำเป็นต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาชีพของผู้เชี่ยวชาญในการให้ความเห็นประกอบการตัดสินใจว่า ความเสียหายนั้นเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล หรือเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล หรือเป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว การจะจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ต้องเข้าลักษณะข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- ก. เป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
- ข. เป็นเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล

ค. เป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล หรือเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาลร่วมกับการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น แต่หากเป็นความเสียหายนั้นเป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรค ที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว ก็ไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 2 : ขั้นตอนและกระบวนการพิจารณาจ่ายเงิน

(สปสช.,2560, หน้า 45)





เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนที่ 2 ข้างต้นแล้วเห็นว่า ความเสียหายนั้นเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามข้อ 5 ของข้อบังคับฯ แล้ว การวินิจฉัยว่าจะจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมากน้อยเพียงไร ต้องจัดประเภทของความเสียหายที่ได้รับและกำหนดอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้อยู่ในประเภทความเสียหายนั้นตามข้อ 6 ของข้อบังคับฯ ซึ่งมีรายละเอียดประเภทความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ดังนี้

1. “เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร” หรือ เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท
2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท
3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท





กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และได้รับการดูแลตามมาตรฐานฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง (1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

กรณีความเสียหายไม่อาจจัดประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (1) (2) และ (3) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

กรณีที่ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ไม่อาจจัดเป็นความเสียหายประเภทใดประเภทหนึ่งใน 3 ประเภทที่กำหนด

ตามข้อ 6 ของข้อบังคับฯ ข้างต้นได้ ให้ส่งข้อเท็จจริงของความเสียหายซึ่งเป็นที่ยุติแล้ว ขอความเห็นจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อใช้อำนาจพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ตามความเหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป



ประเด็นพิจารณาที่ 3.1 : เป็นความเสียหายประเภทใด ตามข้อ 6 ของข้อบังคับฯ

คณะกรรมการ มาตรา 41 ต้องพิจารณาว่า ความเสียหายนั้นเป็นความเสียหายประเภทใด ตามข้อ 6(1) (2) หรือ (3) ของข้อบังคับฯ โดยจำเป็นต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาชีพของผู้เชี่ยวชาญมาประกอบการพิจารณา

ประเด็นพิจารณาที่ 3.2 : ความสัมพันธ์ของความเสียหายกับการรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาความเสียหายที่เป็นเหตุให้ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น มักพบว่าเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างการรักษาพยาบาล หรือเหตุสุดวิสัยในระหว่างการรักษาพยาบาลและพยาธิสภาพ หรืออาการแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่แล้ว ดังนั้นเพื่อความเป็นธรรมในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ได้รับความเสียหาย จึงต้องพิจารณาว่า ความเสียหายนั้นมีความสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจะจ่ายให้มากน้อยเท่าไร ขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ระหว่างความเสียหายนั้นกับการรักษาพยาบาล ซึ่งมีอยู่ 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความเสียหายสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย

ตัวอย่าง กรณี

- ผู้ป่วยไข้เลือดออก แต่ออกจากโรงพยาบาลด้วยถูกตัดขา เนื่องจากรถส่งประสาอุบัติเหตุขณะส่งตัวไปรักษาต่อ
- ทารกแรกเกิดได้รับบาดเจ็บจากกระเป๋าน้ำร้อนลวกขณะให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
- ผู้ป่วยติดเชื้อมากจากก๊อชตกค้างหลังคลอด
- ผู้ป่วยอ่อนแรงจากการฉีดยาเข้าสะโพก

ระดับที่ 2 ความเสียหายสัมพันธ์กับรักษาพยาบาล และสัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย

ตัวอย่างกรณี

- ➡ ผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาเดิมที่เคยได้รับเป็นประจำอยู่แล้ว
- ➡ ทารกแขนผิปกติจากภาวะคลอดติดไหล่ เนื่องจากเด็กตัวโต
- ➡ กรณีมารดาตกเลือดหลังคลอด
- ➡ ผู้ป่วยเกิดติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก
- ➡ ผู้ป่วยเกิดท่อปัสสาวะรั่วหลังผ่าตัดมดลูก

ระดับที่ 3 ความเสียหายบางส่วน(ส่วนน้อย) สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล

ตัวอย่างกรณี

- ➡ ทารกเสียชีวิตจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
- ➡ กรณีทำหมันแล้วตั้งครรภ์
- ➡ กรณีน้ำคร่ำอุดกั้นในปอดหลังคลอด
- ➡ กรณีเสียชีวิตจากอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุและอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว
- ➡ กรณีผู้ป่วยเบาหวานมีบาดแผลขนาดใหญ่จากอุบัติเหตุและหลังเข้ารับบริการแผลลุกลามรุนแรงขึ้น

ระดับที่ 4 เป็นความเสียหายที่เกิดจากพยาธิสภาพหรืออาการแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่แล้วและไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

กรณีตัวอย่าง

- ➡ ผู้ป่วยมีอาการแขนขาลีบ จากโรคทางพันธุกรรม
- ➡ ผู้ป่วยปวดท้อง ตรวจพบมะเร็งที่ตับ อาการทรุดลงรวดเร็วและเสียชีวิตในที่สุด
- ➡ ทารกมีอาการเหนื่อยหอบ ตัวเขียว หายใจหอบ ตรวจพบภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด



ประเด็นพิจารณาที่ 3 : ผลกระทบของความเสียหายที่ได้รับ

การพิจารณาความเสียหายจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นการพิจารณา วินิจฉัยโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาชีพพิจารณาถึงสาเหตุความเสียหาย หากความเสียหายที่ได้รับนั้นเกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว ประเด็นต่อไปที่ต้องพิจารณา คือ ผลกระทบจากความเสียหาย ที่ได้รับ ซึ่งเป็นการพิจารณาจากการข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ หรือทายาท หรือ ผู้อุปการะว่า ได้รับผลกระทบจากความเสียหายนั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

วิธีจำแนกระดับความรุนแรงของผลกระทบที่ผู้เสียหาย (รวมถึงทายาทและผู้อุปการะ) ได้รับในแต่ละประเภทความเสียหาย ตามข้อ 6 ของข้อบังคับฯ มี ดังนี้

ประเภทความเสียหายตาม ข้อ 6(1) จำแนกระดับความรุนแรงของ
ผลกระทบออกเป็น 3 ระดับ ตามลักษณะความเสียหาย คือ

1. เสียชีวิต
2. ทพพลภาพอย่างถาวร
3. เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลประทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต

ประเภทความเสียหายตาม ข้อ 6(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผล
กระทบต่อการดำเนินชีวิต จำแนกระดับความรุนแรงของผลกระทบออกเป็น 3 ระดับ

1. ระดับมาก
2. ระดับปานกลาง
3. ระดับน้อย

โดยการพิจารณาความรุนแรงดังกล่าว อาจพิจารณาจากความสามารถในการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน ความทุกข์ทรมาน การเป็นภาระดูแลของครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น



ประเภทความเสียหายตาม ข้อ 6(3) บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จำแนก
ระดับความรุนแรงของผลกระทบ ออกเป็น 3 ระดับ

1. ระดับมาก
2. ระดับปานกลาง
3. ระดับน้อย

โดยการพิจารณาความรุนแรงดังกล่าว อาจพิจารณาจากระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บนั้น การเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ เป็นต้น

ประเด็นพิจารณาที่ 4 : การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อ 6 ของข้อบังคับฯ เป็นการใช้ดุลพินิจในการกำหนดจำนวนเงิน ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด หรือในแต่ละกรณี ดังนั้นเพื่อให้การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่แตกต่างกันมากนัก คณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ จึงได้วางแนวทางการพิจารณา (ยี่ต็อก⁴) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในแต่ละความเสียหายแต่ละประเภทตามความสัมพันธ์ระหว่างความเสียหายกับการรักษาพยาบาล และตามระดับความรุนแรงของผลกระทบที่ได้รับดังนี้

4. ยี่ต็อก หรือ ยี่ต็อก หมายถึงหลักเกณฑ์การกำหนดอัตราโทษและจำนวนเงินหรือตัวเลขาความหมายที่จะจ่ายตามโทษที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการกำหนดขึ้นมาเพื่อให้ให้อนุมัติการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการด้านสาธารณสุขของไทยโดยไม่มีเกณฑ์

4.1 ประเภทความเสียหายตามข้อ 6(1) ของข้อบังคับฯ

เสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท



ประเภท 1 เสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท			
ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเสียหาย กับการรักษาพยาบาล	ระดับความรุนแรง ของผลกระทบต่อผู้เสียหาย		
	ตาย	ทุพพลภาพ	เรื้อรังรุนแรง พึ่งพาตลอด เวลา
ความเสียหายสัมพันธ์กับ การรักษาพยาบาล และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	400,000	400,000	320,000 - 360,000
ความเสียหายสัมพันธ์กับ การรักษาพยาบาล และสัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	360,000	320,000	280,000 - 320,000
ความเสียหายบางส่วนสัมพันธ์กับ การรักษาพยาบาล	320,000	280,000 - 320,000	240,000 - 280,000



4.2 ประเภทความเสียหายตามข้อ 6(2) ของข้อบังคับฯ

สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

ประเภท 2 สูญเสียอวัยวะ หรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท			
ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเสียหาย กับการรักษาพยาบาล	ระดับความรุนแรง ของผลกระทบต่อผู้เสียหาย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความเสียหายสัมพันธ์กับ การรักษาพยาบาล และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	240,000	216,000 - 240,000	100,000 - 216,000
ความเสียหายสัมพันธ์กับ การรักษาพยาบาล และสัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	216,000	192,000 - 216,000	100,000 - 192,000
ความเสียหายบางส่วน สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล	192,000	168,000 - 192,000	100,000 - 168,000

4.3 ประเภทความเสียหายตามข้อ 6(3) ของข้อบังคับ ฯ

บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ไม่เกิน 100,000 บาท



ประเภท 3 บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่เกิน 100,000			
ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเสียหาย กับการรักษาพยาบาล	ระดับความรุนแรง ของผลกระทบต่อผู้เสียหาย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความเสียหายสัมพันธ์กับ การรักษาพยาบาล และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	100,000	90,000 - 100,000	ไม่เกิน 80,000
ความเสียหายสัมพันธ์กับ การรักษาพยาบาล และสัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	90,000	80,000 - 90,000	ไม่เกิน 70,000
ความเสียหายบางส่วน สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล	80,000	70,000 - 80,000	ไม่เกิน 60,000



4.4 ความเสียหายกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์

ตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช. 03/ว 1022 ลงวันที่ 28 กันยายน 2555 แจ้งถึงแนวทางการพิจารณากรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์ว่า การเข้ารับบริการในกรณีคลอดบุตรและทารกเสียชีวิตในครรภ์ หลักเกณฑ์การพิจารณาเดิมในกรณีนี้เห็นว่า มารดาเป็นผู้เสียหายและทารกในครรภ์ยังไม่มีสภาพบุคคล การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ จึงพิจารณาเป็นกรณีผู้รับบริการรายเดียว แต่ต่อมาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 6/2555 เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2555 เห็นชอบให้ ขยายความครอบคลุมกรณีที่มีการฝากครรภ์ ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลของหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในประเภทความเสียหายกรณีเสียชีวิต

และเมื่อได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมอัตราและประเภทความเสียหาย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ยกเลิกข้อบังคับเดิม (พ.ศ.2549) และออกข้อบังคับฉบับใหม่ (พ.ศ.2555) จึงได้นำหลักเกณฑ์การพิจารณากรณีคลอดบุตรและทารกเสียชีวิตในครรภ์ตามที่มีมติไว้แล้วระบุไว้ในข้อบังคับ





จากการออกข้อบังคับดังกล่าว คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
บริการสาธารณสุข จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 9/2555 เมื่อวันที่ 20 กันยายน
2555 กำหนดแนวทางเพื่อพิจารณากรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์ให้มีความชัดเจนมาก
ยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้

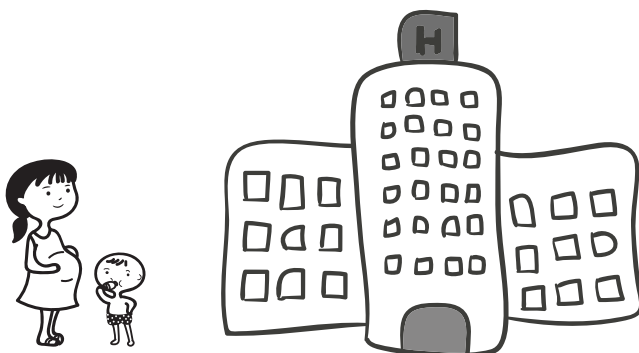
1. เกณฑ์การฝากครรภ์สม่ำเสมอต่อเนื่องและดูแลตามมาตรฐานการฝาก
ครรภ์พิจารณาจาก
 - 1.1 มีการละเลยการฝากครรภ์ตามนัดจนมีผลต่อทารกในครรภ์หรือไม่
 - 1.2 มีการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวง
สาธารณสุขและมีการบันทึกยกเว้น กรณีเหตุสุดวิสัยด้านระบบการ
แพทย์ที่ไม่สามารถเข้าถึงการฝากครรภ์ได้ ให้พิจารณาตามความ
เหมาะสมเป็นกรณีๆ ไป
2. เสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ หมายถึงขณะเข้ารับ
บริการทารกยังมีชีวิตอยู่ และเสียชีวิตในระหว่างรับบริการในหน่วยบริการ
3. กรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์ และมารดาเสียชีวิตหลังคลอด ได้พิจารณาจ่าย
ให้มารดาตามข้อบังคับเดิมไปแล้ว เมื่อมีข้อบังคับใหม่ ไม่ควรนำกรณี
ทารกเสียชีวิตในครรภ์มาพิจารณาอีก
4. หลักฐานกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์ พิจารณาจากสิทธิในการรักษา
พยาบาลของมารดาเป็นหลัก และหลักฐานการฝากครรภ์และเวชระเบียน
ของมารดา
5. กรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์เป็นความเสียหายที่เกิดแก่มารดา ซึ่งเป็นผู้รับ
บริการ หากทารกในครรภ์เป็นเด็กแฝด การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือจึง
ถือเป็นหนึ่งกรณีเท่านั้น

4.5 ความเสียหายกรณีคุมกำเนิดแล้วตั้งครรภ์

ตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.003/ว 1243 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2555 และหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.03/ว 0185 ลงวันที่ 11 กันยายน 2558 แจ้งแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีคุมกำเนิดแล้วตั้งครรภ์ ตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยถือว่าเป็นความเสียหายกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง เพื่อให้ประกอบการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ตารางสรุปการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อพิจารณา	ทำหมัน	คุมกำเนิดชั่วคราว
เหตุสุดวิสัย	60,000 บาท	30,000 บาท
ยุติการตั้งครรภ์	30,000 บาท	15,000 บาท
พิจารณาจากผลกระทบ ต่อร่างกายและเศรษฐกิจ (ดุลพินิจ)	จ่ายเพิ่มไม่เกิน 40,000 บาท	จ่ายเพิ่มไม่เกิน 20,000 บาท





บทที่ 2

ความเป็นมาของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ



1. ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 กล่าวถึงเรื่องการให้ความคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชนไว้ในมาตรา 50(5) ให้อำนาจคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ วิธีการพิจารณา รวมทั้งหลักเกณฑ์วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถแจ้งเรื่องร้องเรียน เพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องร้องเรียนที่เข้ามายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าจำนวนเรื่องที่เป็นการละเมิดสิทธิและเข้าข่ายความผิดตามพระราชบัญญัตินั้นมีจำนวนไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความไม่เข้าใจกัน สาเหตุจากความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลง ความไม่เข้าใจกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือญาติ จากการสื่อสารภาษาทางการแพทย์ และความคาดหวังที่ไม่ตรงกัน ส่งผลกระทบทำให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น จนทำให้เหนื่อยล้า ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นในสถานบริการหรือโรงพยาบาล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงเห็นว่า หากพัฒนาให้มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพขึ้นในหน่วยบริการ ทำหน้าที่คอยให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และคลี่คลายปัญหาความกังวลใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารทำความเข้าใจและขอความช่วยเหลือได้ง่ายกรณีเกิดปัญหาจากการให้บริการ ซึ่งสามารถลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้

ปี พ.ศ.2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงให้การสนับสนุนการพัฒนาศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาล นวัตกรรม 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่, โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ได้ขยายการสนับสนุนไปยัง รพ.ชุมชน (ขนาด 30 เตียงขึ้นไป) จนถึงปัจจุบันมีศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพทั้งหมดมากกว่า 800 แห่ง

2. ความเป็นมาของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน

สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่ปี 2547 โดยสนับสนุนให้มีส่วนร่วมการสร้างหลักประกันสุขภาพ ในรูปแบบศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เพื่อเป็นกลไกในการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องหลักประกันสุขภาพ รับเรื่องราวร้องทุกข์ปัญหาของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประสานงาน ทำความเข้าใจ แก้ไข หรือส่งต่อปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการส่งเสริมให้องค์กรชุมชน องค์กรประชาชน องค์กรเอกชน เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงาน และมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิประชาชน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภคและมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เป็นกลไกสนับสนุนกระบวนการทำงานและพัฒนาศักยภาพ



ในปี พ.ศ.2547 สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการสนับสนุนจัดตั้งศูนย์ประสานงานฯ 29 ศูนย์ ใน 21 จังหวัด และในปัจจุบันมีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชนทั่วประเทศ จำนวน 146 ศูนย์ ครอบคลุมใน 77 จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2558)

การดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถช่วยให้ประชาชนเข้าถึงรับรู้ถึงสิทธิหน้าที่ และการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ในการเข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ได้ทั้งเชิงรุกและการตั้งรับ เป็นการดำเนินงานที่มีกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อการเผยแพร่ข้อมูล สร้างความรู้ความเข้าใจ โดยประชาชนสู่ชุมชนด้วยตนเอง รับเรื่องร้องทุกข์ แก้ไขปัญหาเบื้องต้น เกิดความสัมพันธที่ดีกับผู้ให้บริการ

ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมคือ กลไกเครือข่ายประชาชนมีศักยภาพ เกิดความเข้มแข็ง สามารถเข้าร่วมเป็นกรรมการในการร่วมกำหนดนโยบายระดับประเทศ ระดับเขตและระดับจังหวัด รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และประสบการณ์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้เกิดแกนนำ ผู้แทนภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ตลอดจนการผลักดันสิทธิประโยชน์ เช่น โรคไต หัวใจ จิตเวช ปลูกถ่ายหัวใจ และการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี (นพ.วินัย สวัสดิวร, 2556)

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไปคือ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายประชาชนกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเข้มแข็ง สร้างกลไกให้เกิดการพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับนโยบาย ระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ สนับสนุนการมีส่วนร่วม เน้นการตอบสนองการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ชุมชนท้องถิ่น ให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยกลไกส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชนท้องถิ่น สร้างความร่วมมือในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งประชาชน วิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกัน โดยเชื่อมโยงแผนงานและงบประมาณในระดับท้องถิ่น (สุภาพร ถิ่นวัฒนา, 24 ก.พ.2556 : ประชาไท ออนไลน์)

3. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ

1. พัฒนารูปแบบการให้บริการข้อมูลสิทธิประโยชน์ ให้คำแนะนำในการใช้บริการรับเรื่องร้องเรียน ประสานงานแก้ไขปัญหาและคุ้มครองสิทธิให้แก่ผู้รับบริการ
2. ให้หน่วยบริการปรับระบบการให้บริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์และบริการที่เหมาะสม สามารถสร้างความพึงพอใจและลดปัญหาเรื่องร้องเรียนลดลง
3. สร้างความร่วมมือและประสานงานกันภายในหน่วยบริการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนต่างๆ
4. พัฒนางานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิในหน่วยบริการให้มีมาตรฐาน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงด้วยความมั่นใจ

แผนที่แสดงการจัดพื้นที่ในความรับผิดชอบของ สปสช. เขตทั้ง 13 เขต ครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ

เขต 1 เชียงใหม่

เชียงใหม่, เชียงราย, พะเยา,
แม่ฮ่องสอน, ลำปาง, ลำพูน, แพร่, น่าน

เขต 3 นครสวรรค์

นครสวรรค์, กำแพงเพชร,
ชัยนาท, พิจิตร, อุทัยธานี

เขต 4 สระบุรี

สระบุรี, อุทัยฯ, ลพบุรี, สิงห์บุรี, อ่างทอง,
ปทุมธานี, นนทบุรี, นครนายก

เขต 5 ราชบุรี

ราชบุรี, กาญจนบุรี, ประจวบคีรีขันธ์,
เพชรบุรี, สมุทรสงคราม, นครปฐม,
สุพรรณบุรี, สมุทรสาคร

เขต 11 สุราษฎร์ธานี

สุราษฎร์ธานี, กระบี่, ชุมพร,
นครศรีธรรมราช, พังงา, ภูเก็ต, ระนอง

เขต 12 สงขลา

สงขลา, ตรัง, นราธิวาส,
ปัตตานี, พัทลุง, ยะลา, สตูล

เขต 2 พิษณุโลก

พิษณุโลก, ตาก, เพชรบูรณ์,
สุโขทัย, อุตรดิตถ์

เขต 8 อุตรดิตถ์

อุตรดิตถ์, สกลนคร, นครพนม, หนองคาย, หนองบัวลำภู, เลย

เขต 7 ขอนแก่น

ขอนแก่น, กาฬสินธุ์, มหาสารคาม, ร้อยเอ็ด

เขต 10 อุบลราชธานี

อุบลราชธานี, มุกดาหาร,
ยโสธร, ศรีสะเกษ, อำนาจเจริญ

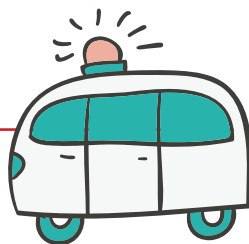
เขต 9 นครราชสีมา

นครราชสีมา, ชัยภูมิ, บุรีรัมย์, สุรินทร์

เขต 6 ระยอง

ระยอง, จันทบุรี, ฉะเชิงเทรา, ชลบุรี, ตราด,
สระแก้ว, ปราจีนบุรี, สมุทรปราการ

เขต 13
กรุงเทพมหานคร



4. กรอบแนวทางการดำเนินงาน

1. จัดตั้ง “ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ” ในบริเวณ OPD หรือบริเวณที่ประชาชนสามารถไปรับบริการได้โดยสะดวก กรณีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชนนั้น จัดตั้งที่ไหนก็ได้ที่มีสถานที่ตั้งชัดเจน พื้นที่เพียงพอสำหรับดำเนินงานบริการ โดยมีการตั้งป้ายชื่อศูนย์ประสานงานฯ และมีป้ายประชาสัมพันธ์การบริการที่ชัดเจน

2. มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ เป็นข้อกำหนดพื้นฐานดังนี้

- (1) ด้านกายภาพ
- (2) ด้านบุคลากร
- (3) ด้านการดำเนินงานแก้ปัญหา
- (4) ด้านระบบข้อมูล
- (5) ด้านการพัฒนางานบริการเชิงรุก

โดยเริ่มต้นจะต้องผ่านเกณฑ์ประเมินตามมาตรฐาน อย่างน้อย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 - 4 และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนผ่านเกณฑ์ประเมินตามมาตรฐานฯ ทั้ง 5 ด้าน (กรณีของหน่วยบริการ)

3. การประเมินผล (กรณีศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพของหน่วยบริการ)

- ➡ มีการประเมินผลสำเร็จการดำเนินงานโดยต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- ➡ มีการประเมินสรุปบทเรียน เพื่อนำไปพัฒนางานโดยประเมินผลการแก้ปัญหาเรื่องร้องเรียน ความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการ



บทที่ 3

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมือง
และกลุ่มชาติพันธุ์



1. ความสำคัญ

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์นั้นเป็นศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชนเชิงประเด็น จัดตั้งแห่งแรกเมื่อปี พ.ศ.2547 ในชื่อ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์) โดยศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชนพัฒนาชาวไทยภูเขา (ศอช.) ต่อมาประสบปัญหาการบริหารจัดการ จึงส่งมอบให้เครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง(คชส.) บริหารจัดการตั้งแต่นั้นปี พ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบัน

ปัจจุบันมีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์ที่เป็นทางการ จำนวน 5 แห่ง⁵ มีหน่วยรับเรื่องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) 1 แห่ง⁶ ได้จัดตั้งศูนย์ฯและผ่านกระบวนการฝึกอบรมแล้ว และอยู่ในระหว่างพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน จำนวน 11 แห่ง จัดตั้งปี พ.ศ.2558 และจะจัดตั้งขึ้นมาใหม่เป็นศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในระดับอำเภอ อีก 8 แห่ง ในปี พ.ศ.2560

5. ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์) อ.แม่สาย, ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์) อ.ขุนยวม, ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน-ชาติพันธุ์ อ.เมือง เชียงใหม่, ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์) อ.ปางมะผ้า แม่ฮ่องสอน และศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์) อ.เมืองเชียงราย (มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา)

6. ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน-ชาติพันธุ์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่

การดำเนินการขอจัดตั้งขยายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ในระยะต่อไป กลไกสนับสนุนและประสานงานหลัก คือ โครงการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ (พชช.) โดยดำเนินงานผ่านภาคีโครงการย่อย สมาคมศูนย์รวมการศึกษาและวัฒนธรรมของชาวไทยภูเขาในประเทศไทย (ศวท./IMPECT) ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายในการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ และมีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน-ชาติพันธุ์ และกลไกศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพกลไกภาค ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาระดับศักยภาพในการดำเนินงาน



2. เป้าหมาย

ชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์มีความเข้าใจเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีองค์ความรู้ สามารถดำเนินการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ประสานงาน เพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และกรณีส่งต่อ สามารถดำเนินกิจกรรมเผยแพร่ข้อมูล และถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนต่อในระดับพื้นที่ ประสานความร่วมมือกับศูนย์ประสานฯ ระดับจังหวัด สปสช. สาขาจังหวัด และเครือข่ายองค์กร ภาคีอื่นในระดับพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน องค์กรประชาชน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนต่อไป



3. วัตถุประสงค์

- 3.1 เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพ รวมถึงนำข้อมูลความคืบหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพไปถ่ายทอดต่อในระดับพื้นที่ ตามแผนกิจกรรมการดำเนินงานของโครงการที่เสนอ
- 3.2 ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีอื่นในระดับพื้นที่ และ สปสช. ส่วนกลาง/สาขาเขตพื้นที่/สาขาจังหวัด
- 3.3 ดำเนินการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้นและกรณีส่งต่อ
- 3.4 สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน องค์กรประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพและผลักดันเชิงนโยบาย
- 3.5 พัฒนาระบบฐานข้อมูล จัดทำข้อเสนอและความเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ร่วมผลักดันเชิงนโยบาย ระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

4. บทบาทภารกิจของศูนย์ประสานงานฯ

- 4.1 เผยแพร่ข้อมูล ความรู้ สร้างความเข้าใจ เรื่องหลักประกันสุขภาพ
- 4.2 รับเรื่องราวร้องทุกข์ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานแก้ไขปัญหา
- 4.3 ติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่
- 4.4 สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน/องค์กรประชาชนในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 4.5 จัดทำข้อเสนอและความเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ
- 4.6 สนับสนุนการมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงเครือข่ายประชาชน 9 ด้าน ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- 4.7 รายงานผลการทำกิจกรรมตามกรอบ ระยะเวลา และเงื่อนไข ตามที่สัญญา กำหนด

5. ขอบเขตการดำเนินงานศูนย์ประสานงาน หลักประกันสุขภาพประชาชน

- 5.1 เผยแพร่ข้อมูล ความรู้ สร้างความเข้าใจ ระบบหลักประกันสุขภาพ รวมถึงนำข้อมูลความคืบหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพไปถ่ายทอดต่อไปในระดับพื้นที่ด้วยการจัดกิจกรรมตามโครงการที่เสนอ
- 5.2 รับเรื่องร้องทุกข์ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานแก้ไขปัญหาจากการใช้บริการและติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่
- 5.3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน/องค์กรประชาชน ในการเชื่อมโยงเครือข่ายในระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 5.4 พัฒนาศักยภาพยกระดับการดำเนินกิจกรรมจากประสบการณ์ที่ผ่านมา
- 5.5 จัดทำข้อเสนอและความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ



6. ลักษณะโครงสร้างของศูนย์ประสานงาน หลักประกันสุขภาพประชาชน

- 6.1 เป็นศูนย์ที่ดำเนินการโดยภาคประชาชน ไม่อยู่ในหน่วยบริการ โรงพยาบาล สถานีอนามัย หรือหน่วยงานของภาครัฐทุกประเภท และอาจเป็นศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องจากกิจกรรมที่ดำเนินอยู่เดิม หรือเป็นศูนย์ที่ก่อตั้งใหม่ โดยมีลักษณะดังนี้
- 6.2 มีสถานที่หรือที่ตั้งชัดเจน
- 6.3 มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารศูนย์ประสานงาน โดยมีองค์ประกอบดังนี้
 - 1) ประธานกรรมการ
 - 2) รองประธาน (มีหรือไม่มีก็ได้)
 - 3) เภรัญญิก
 - 4) เลขานุการ



5) กรรมการ

6) เจ้าหน้าที่ดำเนินงานประสานงานและรับเรื่องร้องเรียน
ประกอบด้วย



6.1) ผู้ประสานงานศูนย์ประสานงาน

6.2) ฝ่ายข้อมูลและวิชาการ

6.3) อื่นๆ ตามความจำเป็น และตามศักยภาพของ
ศูนย์ประสานงาน

6.4 มีบุคลากรหรือองค์กรที่มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

6.5 บุคลากรที่ดำเนินงานมีความรู้ในเรื่องหลักประกันสุขภาพ

6.6 มีระบบบริหารการจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้



7. เกณฑ์การคัดเลือกศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

7.1 มีความพร้อม มีความรู้ความเข้าใจ และอยากจัดตั้งศูนย์ประสานงาน

7.2 มีสถานที่หรือที่ตั้งชัดเจน ที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าไปใช้บริการได้โดย
สะดวก

7.3 มีโครงสร้างของการดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ มิใช่การดำเนิน-
การโดยคนใดคนหนึ่ง เพียงคนเดียว

7.4 มีประสบการณ์ หรือเคยจัดกิจกรรมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือ
กิจกรรมอื่นๆ ที่มีลักษณะเชื่อมต่อการดำเนินกิจกรรมศูนย์อย่างน้อย 1 ปี

7.5 ผู้รับผิดชอบดำเนินการศูนย์เป็นที่ยอมรับของหน่วยบริการและประชาชน
ผู้รับบริการในพื้นที่

7.6 ดำเนินการโดยประชาชนในชุมชน หรือผู้ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนและมี
ความผูกพันกับชุมชนหรือองค์กรเอกชน (NGO)

8. แนวทางการดำเนินงานในพื้นที่



8.1 การเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ สร้างความเข้าใจ เรื่องหลักประกันสุขภาพ

วิธีการ

- 1) ลงพื้นที่และเคาะประตูบ้าน หมายความว่า ผู้ประสานงานหรือเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานฯ จะลงพื้นที่ในเขตบริการของตน เยี่ยมเยียนทุกครอบครัวเพื่อสอบถาม ให้คำปรึกษาและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพ การเข้ารับบริการสุขภาพ ร้องทุกข์กรณีได้รับผลกระทบจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
- 2) การทำหน้าที่เป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพในเวทีของภาคีเครือข่ายในแต่ละระดับ เช่น ระดับชุมชน ระดับตำบล จังหวัด ระดับเขต(ถ้าสามารถทำได้)
- 3) จัดเวทีเรื่องหลักประกันสุขภาพในชุมชน โดยขอให้พิจารณาในประเด็น
 - 3.1) เลือกเวลาที่เหมาะสมและสะดวกกับชาวบ้าน เช่น วันหยุด ตอนหัวค่ำ ก่อนหรือหลังข่าวหรือละครทีวี และใช้เวลาไม่นานมากเกินไป
 - 3.2) มีรูปแบบเวทีและกิจกรรมที่น่าสนใจ น่าติดตาม และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- 4) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางการสื่อสารประเภทต่างๆ เช่น จัดรายการวิทยุ หอกระจายข่าว เคเบิลท้องถิ่น จดหมายข่าว แผ่นพับ วารสารและหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น
- 5) จัดนิทรรศการเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ร่วมกับหน่วยบริการ





8.2 ให้คำแนะนำปรึกษา รับเรื่องร้องทุกข์ และประสานงาน แก้ไขปัญหา

ในหัวข้อนี้มีภารกิจ 3 เรื่อง คือ การให้คำแนะนำปรึกษาก่อนเกิดปัญหา รับเรื่องร้องทุกข์กรณีประชาชนเกิดปัญหาแล้ว จากนั้นประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงเพื่อแก้ไขปัญหา โดยมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 1) การให้คำแนะนำปรึกษา หรือตอบคำถามกรณีประชาชนที่เดือดร้อนต้องการทำความเข้าใจในประเด็นข้อสงสัย เช่น ประเภทกองทุนต่างๆ สิทธิประโยชน์ ขั้นตอนการขอรับความช่วยเหลือกรณีได้รับผลกระทบจากการรักษา ฯลฯ

หมายเหตุ : กรณีการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ประชาชนผู้รับบริการ ควรให้ข้อมูลตรงไปตรงมา หากไม่รู้หรือไม่แน่ใจก็บอกกับประชาชนผู้รับบริการไปโดยตรงว่าไม่รู้ หรือไม่แน่ใจ และแนะนำให้ไปปรึกษาใครต่อ

- 2) รับเรื่องร้องทุกข์ ประเด็นนี้สำคัญมาก คือก่อนจะทำหน้าที่รับเรื่องร้องทุกข์ได้ ก็ต้องผ่านการฝึกอบรมและมีความรู้ความเข้าใจ ขั้นตอนและกระบวนการให้ความช่วยเหลือพอสมควร โดยมีขั้นตอน วิธีการและกระบวนการดังต่อไปนี้

- 2.1) ตรวจสอบสิทธิีก่อนว่า ผู้ร้องมีสิทธิอะไร เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ หรือกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553

- 2.2) ตรวจสอบข้อเท็จจริงของข้อมูลการร้องเรียนว่าเกิดจากอะไร เช่น เกิดจากกรณีปัญหาการรักษาพยาบาลเรื่องอะไร กรณีหน่วยบริการไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

- 2.3) ลำดับเหตุการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุปัญหา

- 2.4) การให้ความช่วยเหลือ

- (1) กรณีผู้ร้องมีศักยภาพหรือพอช่วยเหลือตนเองได้ ศูนย์ประสานงานฯ ทำหน้าที่เพียงให้คำแนะนำ ชี้แนะช่องทางเพื่อให้ผู้ร้องเรียนดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

(2) กรณีผู้ร้องช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ศูนย์ประสานงานฯ จะทำหน้าที่ประสานแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ร้อง และให้ความช่วยเหลือตามสิทธิตามความเหมาะสม

4. การประสานให้ความช่วยเหลือ หรือกรณีส่งต่อ (กรณีไม่สามารถดำเนินการเองได้ หรือไม่สามารถทำให้เรื่องยุติได้)
 - 4.1) ส่งต่อไปให้กับศูนย์ประสานงานฯ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือมีประสบการณ์สูงกว่า
 - 4.2) หน่วยบริการ ทั้งหน่วยบริการที่ให้การตรวจรักษา หน่วยบริการต้นสังกัด และหน่วยบริการที่รับส่งต่อ
 - 4.3) สปสช.สาขาเขตพื้นที่ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) เพื่อยื่นคำร้องต่างๆ
 - 4.4) สปสช. ส่วนกลาง ในการยื่นคำร้องเพื่อขออุทธรณ์
 - 4.5) หน่วยงานและองค์กรอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สำนักงานบริการประชาชน 1330 / มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นต้น



8.3 ติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการในระดับพื้นที่

การจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์) เพื่อทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในเรื่องข้อมูลข่าวสารและการให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำปรึกษาหรือให้แก่ประชาชน การติดตามการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา ทำหน้าที่ประสานงานสร้างความร่วมมือกับหน่วยบริการและเครือข่ายภาคประชาชน 9 ด้าน และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมกับ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ อนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระดับเขตพื้นที่ อนุกรรมการควบคุมระดับจังหวัด (ม.41)

วิธีการติดตาม

การเข้าไปสังเกตการณ์ในสถานบริการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เห็นด้วยตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการจริงในสถานพยาบาล เราสามารถสุ่มถามผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจส่งผลทำให้บุคลากรในหน่วยบริการปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่ดีขึ้นได้



8.4 สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน/ องค์กรประชาชนในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

เช่น กิจกรรม ต่อไปนี้

- 1) การจัดเวทีในชุมชน และนำพาประชาชนที่ยังไม่มีบัตรทองไปขอขึ้นทะเบียนทำบัตรทอง
- 2) เปิดให้บริการประชาชนในการขอมีบัตร
- 3) จัดเวทีให้ความรู้ชุมชนในเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม กองทุนให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553
- 4) ประสานสร้างความร่วมมือและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงานร่วมกันในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน
- 5) ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล
- 6) จัดกระบวนการคัดเลือกและสนับสนุนให้แกนนำองค์กรเครือข่ายประชาชนเข้าร่วมเป็นกรรมการระดับเขตและระดับจังหวัด





8.5 การพัฒนาระบบฐานข้อมูล จัดทำข้อเสนอ

และความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ร่วมผลักดันเชิงนโยบาย

ข้อมูลตั้งต้นการทำงานหรือเรียกว่า ข้อมูลเส้นฐาน (Base Line Data) และฐานข้อมูล (DATA Base) เป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งต้น หรือข้อมูลเส้นฐาน Base Line Data ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

1.1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่จำเป็นต้องรู้และจะต้องเก็บรวบรวมไว้ เช่น ตัวเลขสถิติจำนวนประชากรเป้าหมายกลุ่มต่างๆ หมายถึง คนมีสัญชาติไทย และคนไร้สัญชาติที่รอการพิสูจน์สถานะบุคคลกลุ่มต่างๆ และกลุ่มบุคคลที่ตกหล่นจากการสำรวจและไม่ได้รับสิทธิในหลักประกันสุขภาพ เพื่อจะจำแนกกลุ่มสิทธิและการวางแผนให้ความช่วยเหลือแต่ละกลุ่มได้

1.2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้านสิทธิสถานะบุคคลและสิทธิด้านสุขภาพ ปัญหาการเข้าถึงสิทธิที่เป็นเงื่อนไขข้อจำกัดอะไรบ้าง อย่างไร ข้อมูลหน่วยงานต่างๆ จะเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจ วางแผนแก้ไขปัญหา แหล่งทรัพยากรและบุคลากรเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน ที่เราจำเป็นต้องรู้เพื่อขอความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

2) ระบบฐานข้อมูล (DATA Base) หมายถึง กลุ่มของข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน ถูกนำมาจัดเก็บที่เดียวกัน โดยข้อมูลอาจเก็บไว้ในแฟ้มข้อมูลเดียวกันหรือแยกเก็บหลายๆ แฟ้มข้อมูล แต่ต้องมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเพื่อประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูลในการจัดเก็บข้อมูลในระบบฐานข้อมูลสรุปประเด็นหลักๆ ได้ดังนี้

2.1) มีการใช้ข้อมูลร่วมกัน (data sharing)

2.2) ลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล (reduce data redundancy)

2.3) ข้อมูลมีความถูกต้องมากขึ้น (improved data integrity)

2.4) เพิ่มความปลอดภัยให้กับข้อมูล (increased security)

2.5) มีความเป็นอิสระของข้อมูล (data independency)

ระบบฐานข้อมูลมาจากข้อมูลที่เราได้จัดเก็บและนำมาดำเนินการจัดการให้เป็นระบบ เป็นหมวดหมู่ ในรูปแบบแฟ้มข้อมูล ในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อการสืบค้นนำไปใช้ประโยชน์ และพัฒนาต่อยอดได้ง่าย หรือนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะแก้ไขปัญหาต่อหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น และระดับนโยบาย



8.6 สนับสนุนการมีส่วนร่วมและการเชื่อมร้อยเครือข่าย ประชาชน 9 ด้าน ตาม พระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

เครือข่ายประชาชน 9 ด้าน ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 คือ งานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี ผู้สูงอายุ คนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ใช้แรงงาน ชุมชนแออัด เกษตรกร และงานด้านชนกลุ่มน้อย และอื่นๆ เช่น เครือข่ายผู้บริโภค เป็นต้น

เครือข่ายประชาชน 9 ด้าน ดังกล่าวนี้ ต่อมาได้มีการรวมตัวกันในนาม "เครือข่ายกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ" เพื่อดำเนินงานรณรงค์ปกป้องคุ้มครองสิทธิ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายให้แก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการชะลอ ยับยั้งกรณีสร้างปัญหาและผลกระทบกับประชาชน มีการจัดทำข้อเสนอนโยบายเพื่อพัฒนาระดับสิทธิในหลักประกันสุขภาพ หรือพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้มีความเท่าเทียมกัน

กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ การร่วมรณรงค์สิทธิหลักประกันสุขภาพในระดับชาติ ส่งผู้แทนไปร่วมประชุมกับเครือข่ายประชาชน 9 ด้าน ซึ่งมีการพบปะพูดคุยกันทุก 2-3 เดือนต่อครั้ง การส่งผู้แทนเครือข่ายไปร่วมเลือกตั้งและรับการเลือกตั้งเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล อนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด ระดับเขตพื้นที่ และกรรมการระดับชาติ

9. การติดตามประเมินผลศูนย์ประสานงาน หลักประกันสุขภาพประชาชน

การติดตามประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานฯ โดยเฉพาะศูนย์ประสานงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำเป็นต้องได้รับการประเมินเพื่อดูว่า ดำเนินงานเป็นอย่างไร สำเร็จหรือล้มเหลวอย่างไร จะได้หาทางแก้ไขปัญหาลำบากได้รวดเร็วทันเหตุการณ์ และยกระดับคุณภาพผลงานของศูนย์ประสานงานให้สูงขึ้นได้

สิ่งที่ควรพิจารณาในการออกแบบการประเมินผล จะต้องตอบให้ได้ว่า สิ่งแรกเราจะประเมินอะไร จะประเมินเมื่อไร ประเมินอย่างไร (เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ตีความ) โดยตัวเราเองหรือประเมินโดยบุคคลภายนอกช่วยประเมิน จะทำการสื่อสารการประเมินผลอย่างไร ผ่านช่องทางการสื่อสารอย่างไร (ธีรเดช ฉายอรุณ, 2559)

การติดตามประเมินผลดำเนินงาน โดย สปสช. ดำเนินงานโดย สปสช. สาขาเขตพื้นที่ และ สปสช. ส่วนกลาง ซึ่งอาจจะดำเนินการประเมินปีละครั้ง หรือทำในลักษณะสรุปบทเรียนการดำเนินงาน ประสานงานร่วมกับนักประเมินผลภายนอก ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อต้องปรับปรุงยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานฯ เป็นหลัก





บทที่ 4

มาตรฐานการดำเนินงานและการประเมินผล
“ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน”



1. คำนิยาม คำว่า “มาตรฐานการดำเนินงาน”

คำว่า “มาตรฐาน” ในคู่มือมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2556 หน้า 10) ระบุว่า หมายถึง รูปแบบการดำเนินงานให้บริการและรับเรื่องร้องเรียนที่หน่วยบริการ หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนควรดำเนินการได้ มีการให้คะแนนในแต่ละกิจกรรม โดยหน่วยงานที่ได้มาตรฐานต้องได้คะแนนรวมไม่น้อยกว่าที่กำหนด และมาตรฐานดังกล่าวนี้ อาจมีการปรับปรุงได้ทุก 1-3 ปีตามความเหมาะสม

มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านกายภาพ ด้านบุคลากร ด้านการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ด้านระบบข้อมูล และด้านการพัฒนางานบริการเชิงรุก ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อเมื่อมีการนำไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงาน โดยประเมินว่าการดำเนินงานปัจจุบันอยู่ตรงจุดไหน มีจุดอ่อนที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไรบ้าง ซึ่งการประเมินนี้สามารถดำเนินการโดยหน่วยงานเอง หรือผู้ที่มีหน้าที่ในการพัฒนาเข้าไปทำการประเมินก็ได้ ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์จุดที่มีปัญหาได้แล้วก็ได้นำมาวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

วิธีใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน 5 ด้าน จะเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อมีการนำไปใช้ในการพัฒนาหน่วยบริการ โดยประเมินว่าการดำเนินงานปัจจุบันอยู่ตรงจุดไหน มีจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไรบ้าง ซึ่งการประเมินนี้สามารถดำเนินการโดยหน่วยงานเอง หรือผู้ที่มีหน้าที่ในการพัฒนาเข้าไปทำการประเมินก็ได้ เมื่อวิเคราะห์จุดที่มีปัญหาได้แล้วก็ได้นำมาวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไปได้ (สปสช., 2556, หน้า 11)

สำหรับศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน ไม่ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐานการดำเนินงานที่ชัดเจนเหมือนหน่วยบริการ และการที่ประเมินว่ามีมาตรฐานฐานมากน้อยแค่ไหนอย่างไรว่านั้น ไม่สามารถทำได้ จึงใช้มาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ สปสช. เป็นแนวทางกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน

2. มาตรฐานการดำเนินงานและวิธีการใช้ประโยชน์

(สปสช.,2556,หน้า 13)

มาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ ในหน่วยบริการ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านกายภาพ ด้านบุคลากร ด้านการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ด้านระบบข้อมูลและด้านการพัฒนางานบริการเชิงรุก

วิธีการและขั้นตอนการใช้ประโยชน์ ระบุว่า

- 2.1 ประเมินศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพของหน่วยบริการ ในแต่ละด้านให้ครบทุกด้าน
- 2.2 ให้คะแนนตามแบบฟอร์ม
- 2.3 รวมคะแนนในแต่ละด้านว่าผ่านเกณฑ์หรือไม่
- 2.4 พิจารณาทุกด้าน โดยศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพที่มีมาตรฐานจะต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประเมินทั้ง 5 ด้าน

3. การประเมินผลและพัฒนาระดับคุณภาพมาตรฐาน

มาตรฐานการดำเนินงาน 5 ด้าน คือ ด้านกายภาพ ด้านบุคลากร ด้านการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ด้านระบบข้อมูลและด้านการพัฒนางานบริการเชิงรุก และแนวทางการประเมินผลแต่ละด้าน ดังมีรายละเอียดเนื้อหา มาตรฐาน เกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้

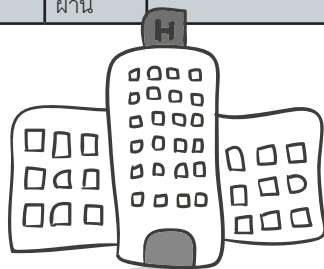


3.1 มาตรฐานด้านกายภาพ

รายการ	มาตรฐาน	เกณฑ์ มี/ ไม่มี	คะแนน มี=1,2* ไม่มี=0	หมายเหตุ
สถานที่รับ ประชาชน ที่มาติดต่อ	1. มีสถานที่ให้บริการรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นสัดส่วน สะดวก เพียงพอสำหรับผู้รับบริการ			มีครบทั้งสถานที่และป้ายชื่อ = 1 มีไม่ครบ = 0
	2. มีป้ายประชาสัมพันธ์บอกทางชัดเจน			
	3. มีโต๊ะ เก้าอี้ สำหรับพูดคุยหรือประชุมกันได้			
	4. มีโต๊ะและเก้าอี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ดำเนินงาน			
	5. มีมุมหรือชั้นวาง เพื่อวางเอกสารหรือติดโปสเตอร์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร			
อุปกรณ์	1. มีโทรศัพท์ โทรสารติดต่อประสานงาน			
	2. มีและใช้คอมพิวเตอร์ และ Internet (มีหรือไม่มีก็ได้) เพื่อสำหรับเก็บข้อมูลติดต่อสื่อสาร การจัดทำรายงานผลการดำเนินงานต่างๆ			
	3. มีแบบบันทึกเรื่องร้องเรียน (เป็นกระดาษ/โปรแกรม data center)			*ใช้ data Center = 2 ใช้กระดาษ = 1 ไม่มี = 0

3.1 มาตรฐานด้านกายภาพ (ต่อ)

รายการ	มาตรฐาน	เกณฑ์ มี/ ไม่มี	คะแนน มี=1,2* ไม่มี= 0	หมายเหตุ
เอกสารประกอบ การทำงาน	1. กฎระเบียบต่างๆ เกี่ยวกับ UC ที่เป็นปัจจุบัน (พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545, ข้อมูลเกี่ยวกับ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทำเนียบศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน ฯลฯ คู่มือเกี่ยวกับกองทุนให้สิทธิ (คินสิทธิ) ตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553			
	2. แผนภูมิการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน (Work flow)			อาจทำในรูปแบบของเอกสารใส่แฟ้ม
		คะแนนเต็ม 11	ได้ 8 คะแนนถือว่าผ่าน	



3.2 มาตรฐานด้านบุคลากร



รายการ	มาตรฐาน	เกณฑ์ มี/ ไม่มี	คะแนน มี=1,2* ไม่มี= 0	หมายเหตุ
บุคลากร	1. มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน และมีจำนวนเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน			
	2. ผู้ประสานงานมีความรู้และทักษะในการบริการและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด			
	3. ผู้ประสานงานต้องได้รับการอบรมความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพอย่างน้อย 4 หลักสูตรบังคับ			
	4. ผู้ประสานงานต้องได้รับการอบรมทักษะด้านการสื่อสาร/การบริการ/การจัดการความขัดแย้งหรือการเจรจาไกล่เกลี่ย (ตามหลักสูตร)			
		คะแนน เต็ม 4	ได้ 3 คะแนน ถือว่าผ่าน	



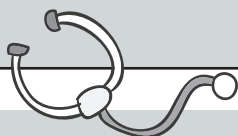
3.3 มาตรฐานการดำเนินงานแก้ไขปัญหา

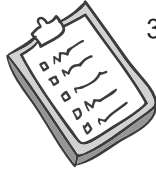
ก่อนที่ศูนย์ประสานงานจะดำเนินการแก้ไขปัญหาตามขั้นตอนและกระบวนการนั้น ควรมีการบริการให้แก่ผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้ (1) ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล (2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษา (3) ช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับบัตรทอง (4) รับเรื่องร้องเรียน และ (5) รับคำร้องกรณีมาตร 41

รายการ	มาตรฐาน	เกณฑ์ มี/ไม่มี	คะแนน มี=1,2* ไม่มี= 0	หมายเหตุ
การดำเนินงาน	มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้			
	1.รับและบันทึกเรื่องร้องเรียนตามแบบฟอร์มหรือโปรแกรมที่กำหนด			
	2.มีการตอบกลับผู้ร้องว่าได้รับเรื่องไว้แล้วภายใน 5 วันทำการ			
	3.ตรวจสอบข้อมูล/ข้อเท็จจริงและหลักฐาน			
	4.รวบรวมพยานหลักฐาน และพิจารณาเรื่องร้องเรียนเบื้องต้น ตาม ม.41,57,59			
	5.ประสานใกล้เคียง/แก้ปัญหาและให้ความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อให้ผู้ถูกละเมิดสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิ			
	6.ดำเนินการแก้ไขปัญหาให้แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด 30 วัน			
	7.มีการแจ้งผลการดำเนินงานแก่ผู้ร้องเรียนและผู้เกี่ยวข้อง			

3.3 มาตรฐานการดำเนินงานแก้ไขปัญหา (ต่อ)

รายการ	มาตรฐาน	เกณฑ์ มี/ไม่มี	คะแนน มี=1,2* ไม่มี= 0	หมายเหตุ
	8. มีการจัดตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการพิจารณาแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน เพื่อพิจารณาปัญหาเรื่องร้องเรียนที่มีความซับซ้อน และดำเนินการไกล่เกลี่ย (องค์ประกอบคณะทำงานให้พิจารณาตามความเหมาะสมของพื้นที่ มีคำสั่งแต่งตั้ง มีการสรุปผลการพิจารณาทุกครั้งและเก็บเป็นข้อมูล)			
	9. กรณีเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 57,59 ที่ไม่สามารถไกล่เกลี่ยได้ มีการส่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพิจารณาต่อไป			
	10. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้องเรียน) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
	11. กรณีรับเรื่อง มาตรฐาน 41/18 (4) ให้ประสานส่งต่อ ถึงผู้รับผิดชอบ/เกี่ยวข้อง ภายใน 30 วันทำการ เพื่อเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขต่อไป			
		คะแนน เต็ม 11	ได้ 8 คะแนน ถือว่าผ่าน	





3.4 มาตรฐานด้านระบบข้อมูล

รายการ	มาตรฐาน	เกณฑ์ มี/ไม่มี	คะแนน มี=1,2* ไม่มี= 0	หมายเหตุ
ข้อมูล	1. มีการบันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียนตามแบบฟอร์มหรือโปรแกรมที่กำหนดอย่างถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อสามารถนำไปวิเคราะห์ต่อได้			
	2. มีการจัดเก็บข้อมูล และแยกเรื่องชัดเจนสะดวกในการค้นหา			
	3. มีการนำข้อมูลเรื่องร้องเรียนมาสรุปวิเคราะห์และจัดทำรายงาน			
	4. มีการรายงานเสนอคณะกรรมการบริหารศูนย์ประสานงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพระบบบริการอย่างน้อย ทุก 3 - 6 เดือน			
	5. มีการเผยแพร่ผลการดำเนินงานให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
		คะแนน เต็ม 5	ได้ 4 คะแนน ถือว่าผ่าน	



3.5 มาตรฐานด้านการพัฒนางานบริการเชิงรุก

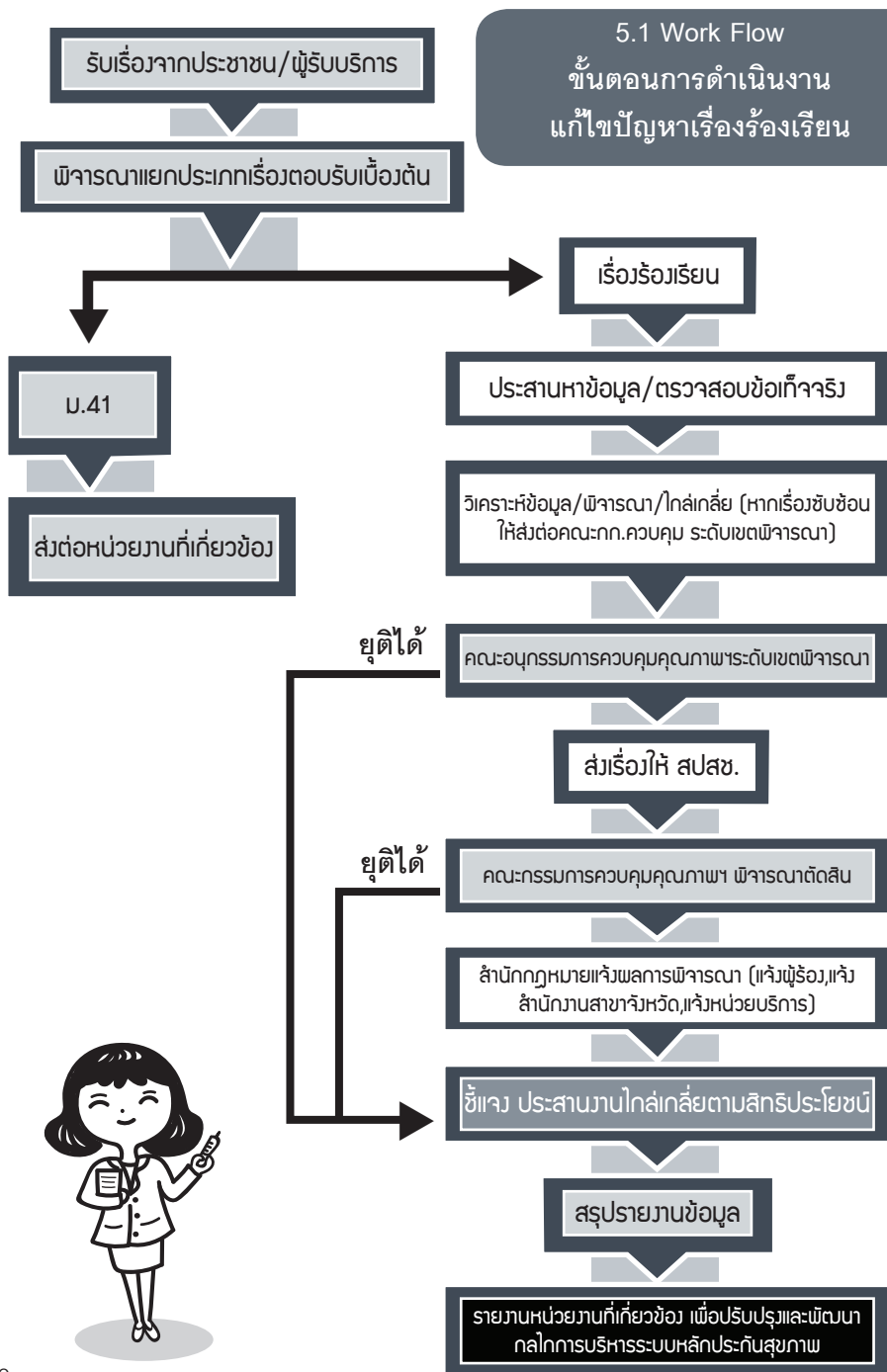
รายการ	มาตรฐาน	เกณฑ์ มี/ไม่มี	คะแนน มี=1,2* ไม่มี= 0	หมายเหตุ
การพัฒนา งานบริการ เชิงรุก	1. มีโครงการหรือกิจกรรมพัฒนาระบบ คุ้มครองสิทธิและการปกป้องคุ้มครอง สิทธิให้แก่ผู้รับบริการหรือชนเผ่าและ ชาติพันธุ์ในพื้นที่ดำเนินงาน			
	2. มีโครงการหรือกิจกรรมประชา- สัมพันธ์ศูนย์ประสานงาน และสิทธิ ประโยชน์หลักประกันสุขภาพ และ กองทุนให้สิทธิ(คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐาน ด้านสาธารณสุข ผ่านช่องทางการ สื่อสารต่างๆ เช่น วิทยุ แผ่นพับ			
	3. มีการพัฒนาระบบการให้บริการของ ศูนย์ประสานงานสม่ำเสมอ จากข้อมูล สะท้อนกลับจากผู้รับบริการ			
		คะแนน เต็ม 3	ได้ 2 คะแนน ถือว่าผ่าน	





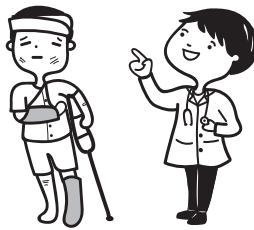
บทที่ 5

ขั้นตอนการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน
และการแก้ไขปัญหา



5.2 ระยะเวลาในการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน

- 1) การตอบกลับผู้ร้องเรียน ในกรณีที่ผู้ร้องมีได้มาติดต่อด้วยตนเอง ต้องมีการตอบรับเบื้องต้นว่าได้รับเรื่องไว้แล้ว โดยต้องตอบรับภายใน 5 วันทำการ
- 2) จำนวนวันที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนแล้วเสร็จ กำหนดไม่เกิน 30 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากประชาชน
- 3) การแก้ไขปัญหาแล้วเสร็จ หมายความว่าถึงวันที่ยุติเรื่อง ซึ่งจำแนกเป็นกรณีที่สามารถยุติเรื่องได้เอง ให้นับวันที่ยุติได้ หากเป็นกรณีที่ไม่สามารถยุติได้ ให้นับวันที่ส่งต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข



5.3 ประเภทบริการ

- 1) **สอบถาม** เรื่องที่ผู้รับบริการจะร้องเรียนและตรวจสอบสิทธิ เพื่อทราบข้อมูล
 - 1.1) ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ การลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการ
 - 1.2) สิทธิประโยชน์ต่างๆ และวิธีการรับบริการ
 - 1.3) สอบถามเกี่ยวกับโครงการเฉพาะ
 - 1.4) การรับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41
 - 1.5) สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการอื่นๆ
 - 1.6) สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย
 - 1.7) อื่นๆ เช่น ข้อมูลองค์กร ข้อมูลหน่วยบริการ



2) เรื่องร้องเรียน ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 อาทิ

2.1) มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข มาตรา 57

เรื่องเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาพยาบาล เช่น ตรวจวินิจฉัย การรักษา การให้ยา

2.2) ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร มาตรา 59

รอนาน บริการช้า สถานที่ไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่หน่วยบริการพูดจา ไม่สุภาพ ให้การต้อนรับไม่ดี หน่วยบริการอยู่ไกล

2.3) ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด มาตรา 59

ถูกปฏิเสธการใช้สิทธิ ปฏิเสธการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ปฏิเสธการส่งตัว ในกรณีเกินความสามารถในการรักษา

2.4) ถูกเรียกเก็บเงินที่ไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บจากผู้รับบริการ มาตรา 59

ถูกเรียกเก็บค่ารักษา ค่าวินิจฉัย ค่ายา ค่าอุปกรณ์ในการเข้ารับบริการ โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ

3) เรื่องร้องทุกข์

3.1) การบริหารจัดการทั่วไป เป็นเรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน ขอความช่วยเหลืออื่นที่ไม่ใช่เรื่องร้องเรียน ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เช่น การลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการ ลงทะเบียนแล้ว ไม่ได้รับสิทธิ สิทธิไม่ตรงตามจริง สิทธิซ้ำซ้อน สิทธิตกหล่น หรือกรณีขอความช่วยเหลือ ข้อเสนอแนะ ขอรับคำปรึกษา

3.2) สถานบริการปฏิเสธ 3 กองทุน เป็นเรื่องนโยบายลดความเหลื่อมล้ำ เข้าถึงการรักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยเข้ารับบริการเกณฑ์ถูกเงินตาม นโยบายในสถานบริการเอกชนนอกเครือข่าย 3 กองทุน

3.3) โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาของระบบประกันสังคม

3.4) โรงพยาบาลเอกชนไม่ใช่คู่สัญญาของระบบหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (บัตรทอง)

4) เรื่องที่ประสานงานส่งต่อ (Refer)

เรื่องที่ประสานส่งต่อ หาเตียงให้กับผู้ป่วยสิทธิต่างๆ ได้แก่ เข้ารพ.เอกชน
ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ เตียงเต็ม เกินศักยภาพ และประสานกลับต้นสังกัด

5) เรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41)

- ➡ ม. 41 เรื่องที่ประชาชนได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดย
ใช้สิทธิบัตรทอง และติดต่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ สปสช., สสจ.
หน่วยบริการ
-

6) เรื่องบริการ

- ➡ เรื่องที่ประชาชนติดต่อขอรับบริการ เช่น การลงทะเบียนบัตรทอง ที่
สปสช. แก่สิทธิผู้พิการ (ไม่นับว่าเป็นเรื่องร้องเรียน)





ທາດພູນວກ

1. แบบคำขอจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ ชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์

เขียนที่

วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน อายุปี

ในนามของ (หน่วยงาน ระบุชื่อ)หน่วยงานตั้งอยู่เลขที่หมู่ที่

ตรอก/ซอยถนนตำบลอำเภอ

จังหวัดรหัสไปรษณีย์โทรศัพท์ .+66-.....

โทรสาร .+66.....ขอจัดตั้งศูนย์ประสานงาน(หน่วยงานระบุชื่อ)

เป็นศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์ ในเครือข่ายชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1.(ชื่อหน่วยงาน)

เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการด้านการคุ้มครองสิทธิ โดยมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ซึ่งสามารถดำเนินการรับเรื่องร้องเรียนแก่บุคคลในเขตพื้นที่

2.หน่วยงานตามข้อ 1 ไม่เป็นหน่วยบริการ หรือไม่เป็นหน่วยงานต้นสังกัด หรือไม่เป็นหน่วยงานในสังกัดของหน่วยบริการและมีสถานที่ในการปฏิบัติงานอยู่แล้ว ซึ่งประชาชนสามารถมาใช้บริการได้โดยสะดวก

3.หน่วยงานตาม ข้อ 1 ได้ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับเรื่องร้องเรียนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ตั้งแต่วันที่เดือนพ.ศ.

4.หน่วยงานตาม ข้อ 1 มีเจ้าหน้าที่ซึ่งสามารถให้บริการแก่ผู้มาติดต่อได้ตลอดเวลาทำการของหน่วยงาน ตั้งแต่เวลาถึงและเจ้าหน้าที่นั้นเคยผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง วิธีการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน การประสานและเจรจาไกล่เกลี่ย จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสมาคมศูนย์รวมการศึกษาและวัฒนธรรมของชาวไทยภูเขาในประเทศไทย (ศวท./IMPECT) เมื่อวันที่

5. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดังต่อไปนี้ มาเพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- ☐ 5.1 หลักฐานการก่อตั้งหน่วยงาน
- ☐ 5.2 หนังสือรับรองหรือหนังสืออนุมัติให้ใช้สถานที่
- ☐ 5.3 ภาพถ่ายที่ตั้งของหน่วยงาน
- ☐ 5.4 หลักฐานการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน ข้อ 3
- ☐ 5.5 หลักฐานที่แสดงว่ามีเจ้าหน้าที่ซึ่งเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้ความรู้
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และวิธีการรับเรื่องร้องเรียน
- ☐ 5.6 รายชื่อเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน จำนวนคน ได้แก่
 - 1.
 - 2.

ลงชื่อ

()

ตำแหน่งในหน่วยงาน

2. แบบบันทึกเรื่องราวเรียน

เลขที่ปัญหา

วันที่รับแจ้ง เวลา

ข้อมูลการรับเรื่อง

ชื่อผู้แจ้ง

ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

ช่องทางรับเรื่อง ผู้รับเรื่อง

ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

อายุ ปี พ.ศ. สิทธิ

เลขที่บัตรประกันสุขภาพ

จังหวัดที่ลงทะเบียน

หน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการรับส่งต่อ

รายละเอียดเรื่องราวเรียน

ประเด็นเรื่องราวเรียน

.....

หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน จังหวัด

สรุปประเด็นร้องเรียน

.....

.....

.....

.....

สถานะของเรื่อง

สรุปยุติเรื่องร้องเรียน

.....

.....

.....

.....

วันที่ยุติจำนวนวันที่แก้ไขปัญหา.....วันทำการ.....

.....ผู้รายงาน/บันทึก

3. บันทึกการให้คำแนะนำปรึกษา

วัน/เดือน/ปี	ชื่อ-สกุล ที่อยู่ผู้สอบถาม	เรื่อง/ ประเด็น	คำตอบ/ คำแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล

4. รายงานผลการให้บริการของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

ศูนย์ประสานงานจังหวัด.....
วันที่เดือนพ.ศ. 25.....

1. ผลการให้บริการสอบถามข้อมูล

เรื่อง	จำนวน(เรื่อง)	ร้อยละ
1. การลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ		
2. สิทธิประโยชน์การรับบริการ		
3. วิธีการใช้บริการตามสิทธิ		
4. การตรวจสอบข้อมูลสิทธิ		
5. สอบถามเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการอื่น		
6. อื่นๆ		
รวม		

ต่อ ➤

รายงานผลการให้บริการของศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ(ต่อ)

2. การให้บริการรับเรื่องร้องเรียน

ประเด็น	จำนวน ทั้งหมด	ดำเนินการแล้ว เสร็จ		ดำเนินการแล้ว เสร็จภายใน 30 วันทำการ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41					
รวม					
2.เรื่องเกี่ยวกับคุณภาพบริการ					
1. มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข					
2. ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร					
3. ถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ					
4. ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด					
รวม					
3. เรื่องเกี่ยวกับการบริหารจัดการทั่วไป					
1. การลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ					
2. สิทธิไม่ตรงตามจริง (สิทธิซ้ำซ้อน)					
3. อื่นๆ (ขอความช่วยเหลือ, ข้อเสนอแนะฯ)					
รวม					
4. เรื่องร้องเรียนจากผู้ใช้สิทธิสวัสดิการอื่นๆ					
รวม					
รวมทั้งหมด					

5. หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

บัตรประชาชนเลขที่

ซึ่งเป็นผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

.....(ระบุชื่อหน่วยบริการ)

ขอมอบอำนาจให้

บัตรประชาชนเลขที่

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไป ภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้ากระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

6. แบบฟอร์มหนังสือ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพเครือข่าย

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพเครือข่าย

สำนักงานเลขที่

อำเภอ.....จังหวัด

วันที่

เรื่อง ขอให้ตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ลำดับเหตุการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุข ของ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนองค์กร
ประชาชนเครือข่ายต่างๆ ดำเนินงานโครงการศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ
ประชาชนนั้น

จากการดำเนินงาน ศูนย์ฯ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพและ
มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล

กรณีให้บริการแก่

โดยมีรายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

อาศัยความตามมาตรา 57 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2545 จึงใคร่ขอให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตรวจสอบมาตรฐานการให้
บริการของโรงพยาบาล

หรือรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อ
แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน เพื่อตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาล
ดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ และขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้
ความสำคัญต่อความคิดเห็นและข้อเสนอของภาคประชาชนมาโดยตลอด

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้ประสานงาน

7. แบบบันทึก : ขอรับเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้น
ตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขียนที่

วันที่เดือนพ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ

เรียน คณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มาตรา 41

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1)

2)

3)

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

อยู่บ้านเลขที่

โทรศัพท์อาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้น ตามกฎหมายหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 41 ของ ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/น.ส.

.....(ชื่อผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย)

ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น(ระบุความสัมพันธ์กับผู้ร้อง กรณีที่ผู้ร้องไม่ได้เป็นคนเดียวกับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย)

กับข้าพเจ้า รายละเอียดความเสียหาย ของ ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/น.ส.

.....(ชื่อผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย)มีดังนี้

เมื่อวันที่(วันที่เข้ารับบริการ) ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/น.ส.

(ชื่อผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย)ได้เข้ารับบริการที่(ชื่อหน่วย

บริการ)ตั้งอยู่ที่

ด้วยอาการ(บอกถึงเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล เล่าถึงเหตุการณ์และความเสียที่เกิดขึ้น รวมทั้ง
 ระบุความต้องการ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา
 ขอแสดงความนับถือ

(นาย/นาง/นางสาว)

ผู้ยื่นคำร้อง

8. แบบบันทึก : ขอบุทธผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

เขียนที่
วันที่เดือนพ.ศ.

เรื่อง ขอบุทธผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
เรียน ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขและ
คณะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.รูปถ่าย
2. หนังสือร้องเรียนของศูนย์ประสานงานประชาชน จังหวัด.....

อ้างถึง หนังสือเลขที่ วันที่เรื่อง แจ้งผลการวินิจฉัย
การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้าพเจ้าอายุปี
อยู่บ้านเลขที่
ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล
(ตามรายละเอียดที่แนบมาด้วย) และได้ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือเบื้องต้น
จากอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับการช่วยเหลือเบื้องต้นของจังหวัด
.....และทางคณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
จำนวนบาท ตามหนังสือเลขที่วันที่

ข้าพเจ้าเห็นว่า การให้ความช่วยเหลือข้างต้นไม่เป็นธรรมกับข้าพเจ้า เนื่องจาก
.....(บรรยายความเสียหายและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โดยอ้างเหตุผลประกอบ
ตัวอย่างเช่น ข้าพเจ้าได้รับความเสียหายถึงขั้นพิการ ขาด ทำให้มีผลต่อการทำงานและประกอบอาชีพของข้าพเจ้าที่เป็นผู้ที่หารายได้หลัก
ในการหาเลี้ยงครอบครัว และมีบุตรต้องดูแลจำนวน 2 คน ซึ่งในระยะเริ่มต้นและพักฟื้น ข้าพเจ้าไม่สามารถทำงานหนักได้ ทำให้เกิดปัญหา
และเป็นภาระกับครอบครัว).....

ข้าพเจ้า จึงเรียนมาเพื่อขออุทธรณ์ผลการวินิจฉัยในครั้งนี้ ของอนุกรรมการฯ
และใคร่ขอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ ฯ พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่
ความเสียหายของข้าพเจ้า จำนวนบาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป และขอขอบพระคุณเป็น
อย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้ได้รับความเสียหาย

9. ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง สามารถร้องเรียนได้โดยสะดวก

- ➡ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5)
- ➡ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
- ➡ Call Center 1330
- ➡ Web site 1330@nhso.go.th
- ➡ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต
- ➡ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาล
- ➡ หน่วยงานอื่นๆ (1111, ศูนย์ดำรงธรรม, ราชเลขาธิการ, สื่อ ฯลฯ)



10. HOTLINE

สายด่วน

1669

(บริการ 24 ชั่วโมง)



- ➔ ให้บริการ/ประสานข้อมูล กรณีขอรับบริการรถกู้ชีพ 1669
- ➔ ประสาน ให้คำปรึกษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- ➔ สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.niems.go.th

สายด่วน สปสช.

1

3

3

0

บริการข้อมูลสิทธิหลักประกันสุขภาพ

(บริการ 24 ชั่วโมง)



- ➔ บริการข้อมูล ให้คำปรึกษา การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ
- ➔ ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล
- ➔ รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์
- ➔ สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.nhso.go.th

สายด่วนกรมบัญชีกลาง

02-127-7000

บริการวัน-เวลาราชการ



- ➔ ให้บริการข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายสิทธิสวัสดิการข้าราชการ
- ➔ ตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาล/ตรวจสอบสิทธิข้าราชการ
- ➔ สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.cgd.go.th



สายด่วนประกันสังคม

1506

(บริการ 24 ชั่วโมง)

- ➔ ให้บริการข้อมูลสิทธิประกันสังคม
- ➔ ตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาล/ตรวจสอบสิทธิประกันสังคม
- ➔ สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.sso.go.th



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน. สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ร่วมกับมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, พิมพ์ครั้งที่ 1 ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลเจียฮั่ว, 2554
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.2550
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.).คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน.สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี, 2554
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). มาตรฐานการดำเนินงาน ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ.จัดพิมพ์โดย สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ, 2556
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). คู่มือการดำเนินงานหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5).พิมพ์เผยแพร่โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550

6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41,พิมพ์ครั้งที่ 2, 2560
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). กฎระเบียบที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. จัดพิมพ์โดยสำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับปรับปรุง 2557.จัดพิมพ์โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) กรุงเทพฯ, 2557
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). คู่มือบริหารบกกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปิงบประมาณ 2560 เล่ม 1, พิมพ์ครั้งที่ 1.ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2559
- 10.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). ความงดงาม 360 องศา ประชาพิจารณ์งานหลักประกันสุขภาพ,ห้างหุ้นส่วนจำกัดไอบีรินทร์, 2559



โครงการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพชนเผ่าพื้นเมือง
และกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ



มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ (พชช.)

สนับสนุนโดย



สำนักสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)