

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7

**รายงานการประชุม**  
**คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร**  
**ครั้งที่ ๑๐ / ๒๕๖๖ ในวันอังคารที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.**  
**ณ ห้องประชุม ๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร**  
**และ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ระบบ zoom conference)**

**๑. รายชื่ออนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์**

|     |                              |   |                  |
|-----|------------------------------|---|------------------|
| ๑.  | นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ   | คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  | ประธานอนุกรรมการ |
| ๒.  | พล.อ.นพ.เอกจิต ช่างหล่อ      | คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  | อนุกรรมการ       |
| ๓.  | ภก.ปรีชา พันธุ์ดีเวช         | คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  | อนุกรรมการ       |
| ๔.  | ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์  | ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่   | อนุกรรมการ       |
| ๕.  | รศ.คลินิกพญ.วารุณี จินารัตน์ | ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่   | อนุกรรมการ       |
| ๖.  | นายศุยมล ศรีสุขวัฒนา         | ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่   |                  |
| ๗.  | นพ.สุนทร สุนทรชาติ           | ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร  | อนุกรรมการ       |
| ๘.  | ผศ.พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ    | ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่๑๓ กรุงเทพมหานคร  | อนุกรรมการ       |
| ๙.  | ผศ.นพ.สนั่น วิสุทธีศักดิ์ชัย | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช  | อนุกรรมการ       |
| ๑๐. | น.อ.จตุรงค์ ตันติมงคลสุข     | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า   | อนุกรรมการ       |
| ๑๑. | นายวิชาญ มีนชัยนันท์         | ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร  | อนุกรรมการ       |
| ๑๒. | น.ส.กชนุช แสงแดลง            | ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตาพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่  | อนุกรรมการ       |
| ๑๓. | นางประจวบ ทิทอง              | ผู้แทนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ ตาม ม.๕๐ (๕) ในพื้นที่                                   | อนุกรรมการ       |
| ๑๔. | น.ส.อรนุช เลิศกุลดิลก        | ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่ | อนุกรรมการ       |
| ๑๕. | นายวันเสาร์ ไชยกุล           | ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช  | อนุกรรมการ       |
| ๑๖. | นายสมชาย กระจ่างแสง          | ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่ | อนุกรรมการ       |
| ๑๗. | นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว         | ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่ | อนุกรรมการ       |

|                              |   |            |
|------------------------------|---|------------|
| ๑๘. น.ส.วรรณภา แก้วชาติ      | ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่ | อนุกรรมการ |
| ๑๙. นางวิศัลย์สิริ ตันตระกูล | ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับกรุงเทพมหานคร   | อนุกรรมการ |

1 **๒. รายชื่ออนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม ๑**

|                                  |  |                            |
|----------------------------------|--|----------------------------|
| ๑. พญ.ลลิตยา กองคำ               | รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | รองประธานอนุกรรมการ        |
| ๒. ดร.พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง | ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์                     | อนุกรรมการ                 |
| ๓. ดร.ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยั้งยง     | ผู้อำนวยการเขต สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร    | อนุกรรมการ<br>และเลขานุการ |

2 **๓. รายชื่ออนุกรรมการที่ลาประชุม**

|                               |  |           |
|-------------------------------|--|-----------|
| ๑. นพ.ปรีดา แต่อารักษ์        | ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่                | ติดภารกิจ |
| ๒. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์      | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี              | ติดภารกิจ |
| ๓. พล.ต.นพ.เหรียญทอง แน่นหนา  | ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร | ติดภารกิจ |
| ๔. ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์         | คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ       | ติดภารกิจ |
| ๕. นพ.วัฒน์ชัย มิ่งบรระเจตสุข | ผู้อำนวยการทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์     | ติดภารกิจ |

3 **๔. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม ๑**

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| ๑. นางเบญจมาศ เลิศชาคร              | ผู้ช่วยเลขาธิการประจำส่วนงาน                          |  |
| ๒. น.ส.อมวาศรี เปาอินทร์            | ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร           |  |
| ๓. น.ส.ภัทรมกร กาญจน์ภาส            | ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร           |  |
| ๔. นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ | ผู้อำนวยการกอง สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร              |  |
| ๕. นางบุญสิงห์ มีมะโน               | ผู้จัดการกอง สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร               |  |
| ๖. นางชาลีมาศ ตันสุเทพวีรวงศ์       | นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร |  |
| ๗. น.ส.อุษณา รัตนภรณ์พิศิษฐ์        | ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร       |  |
| ๘. นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา          | ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร       |  |
| ๙. นางพรนาวิ ทิมเกิด                | ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร       |  |
| ๑๐. น.ส.รุ่งระวี สุขแสงศรี          | นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร |  |
| ๑๑. นายเศรษฐธัญญา ม่วงศิริ          | นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร |  |

๑๒. นายสุปรีชา ครอบบัวบาน                      นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๓. น.ส.สุธัญญา กรกมลชัยกุล                      นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๔. น.ส.นรมณ แก้วกาหลง                      นักบริหารงานหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

## 1 ๕. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

๑. น.ส.พิมพ์สา ศรีเมือง                      รองผู้อำนวยการฝ่ายจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
๒. น.ส.รจิต แซ่หลิม                      ผู้จัดการกอง ฝ่ายฝ่ายจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
๓. นายแพทย์พงศ์ภัก อารียาภินันท์                      นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้แทนผอ.รพ.ทันตสถานรพ.ราชทัณฑ์
๔. นางดวงกมล โกวิทวิบูล                      หัวหน้างานสิทธิประกันสุขภาพ รพ.ศิริราช
๕. นายแพทย์ธีรวิทย์ วีรวรรณ                      ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย
๖. นายแพทย์พินัย ล้วนเลิศ                      ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น
๗. ว่าที่รต.หญิงรัชฎาภรณ์ ราชแผน                      ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น
๘. นางอนงค์ โรจน์กุลชัย                      ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น
๙. นางจิราพร สร้อยมุกดา                      ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น

2

3 เปิดประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

4

5

6 ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

7 ประธานฯ กล่าวเปิดการประชุม และกล่าวถึงการประชุม Retreat ที่ผ่านมาเป็นการสร้างความสัมพันธ์

8 ใกล้ชิดกัน รู้จักกันของคณะกรรมการฯและคณะทำงานภายใต้สปสช. โดยหากมีการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจะ

9 ทำให้เกิดTrust มากขึ้น

10

11

## 1 ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม

2

3 สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓  
4 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๙ / ๒๕๖๖ ในวันอังคารที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ ให้คณะอนุกรรมการฯ ทุกท่านตรวจสอบ และไม่มี  
5 คณะอนุกรรมการฯ แจ้งแก้ไขมายังเลขานุการ

### 6 มติที่ประชุม

7 รับรองรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่  
8 ๙ / ๒๕๖๖ ในวันอังคารที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖

9

10

11

## 12 ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

13

14 - ไม่มี

15

## 16 ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อทราบ

17 ๔.๑ สรุปรายงานการจัดประชุมขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของ อปสข.และ อคม. พื้นที่กทม.  
18 (Retreat) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

19 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้จัดประชุมขับเคลื่อนระบบหลักประกัน  
20 สุขภาพแห่งชาติ ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร (อปสข.) และ  
21 คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร (อคม.)  
22 ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (Retreat) ในระหว่างวันที่ ๑๓-๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ เดอะคาวาลิคาซ่า รีสอร์ท (The Cavalli  
23 Casa Resort) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

24 โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุม รวมทั้งสิ้น ๑๑๔ คน ประกอบด้วย อปสข. อคม. คณะทำงานภายใต้อปสข.  
25 ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น ผู้แทนสถาบันส่งเสริมการวิเคราะห์และบริหารข้อมูลขนาดใหญ่ภาครัฐ (BDi) ผู้บริหารและ  
26 เจ้าหน้าที่ สปสข./สปสข.กทม.

27 สำนักงานฯ ได้สรุปรายงานการจัดประชุมขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของ อปสข.และ อคม.  
28 พื้นที่กทม.(Retreat) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ดังนี้

### 29 ๑. หลักการประชุมร่วมกัน

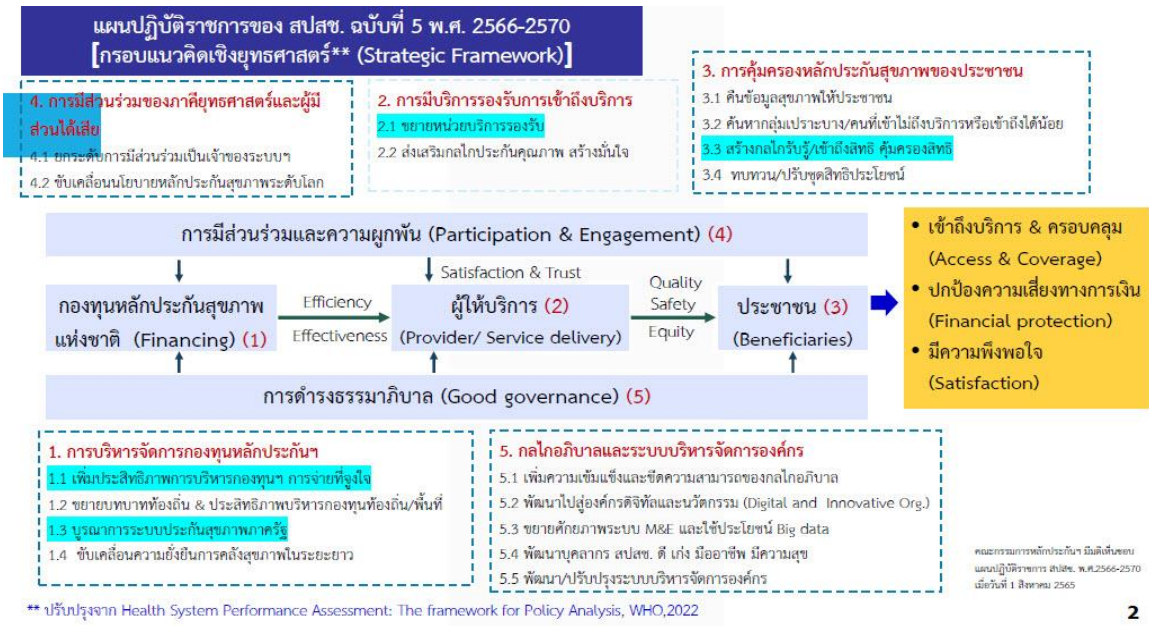
30 นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ ประธานคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต  
31 ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้กล่าวถึงการร่วมประชุมเพื่อเสนอขับเคลื่อนงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกันของทุก  
32 ภาคส่วน เน้นหลัก “การเมืองคือกลไกและกระบวนการในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรส่วนกลาง  
33 ต้องทำให้มีความเท่าเทียม และประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้ระบบธรรมาภิบาล” โดยใช้หลักการแนวคิดของท่าน  
34 มหาตมะ คานธี “The world has enough for everyone's need but not enough for everyone's

1 **greed”** และ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่กล่าวว่า “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน  
 2 เป็นที่สองประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง ลาก ทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ตัวท่านเองถ้าท่านทรง  
 3 ธรรมแห่งอาชีพ ไว้ให้บริสุทธิ์”เป็นหลักคิดในการประชุมร่วมกัน

4  
 5  
 6  
 7  
 8

**๒.ทิศทาง/นโยบายการขับเคลื่อนงานระบบหลักประกันสุขภาพ ปี ๒๕๖๗ ดังนี้**

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี เลขาธิการสปสช. นำเสนอทิศทาง/นโยบายการขับเคลื่อนงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๗ ดังนี้



9

**เป้าหมาย**

สปสช.จัดกลไกให้ข้อมูล ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก กับประชาชน/หน่วยบริการ

๑. ประชาชนได้รับประโยชน์ สะดวก รวดเร็ว
๒. หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนงบประมาณ/จ่ายชดเชยค่าบริการ เร็วขึ้น
๓. ใช้ระบบ AI ตรวจสอบก่อนจ่าย

**ปัจจัยความสำเร็จ**

๑. การบูรณาการระบบข้อมูล และมี standard data set
๒. การเชื่อมข้อมูลทุกระบบ ได้อย่างคล่องตัว
๓. หน่วยบริการ ส่งข้อมูลบริการ/ข้อมูล เบิกจ่ายรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน

20

1 เป้าหมาย

2 ๑. อำนาจความสะดวกราชชน

3 **แผนปฏิบัติการราชการ ๓.๓ สร้างกลไกรับรู้/เข้าถึงสิทธิคุ้มครองสิทธิ**

4 ๑.๑ ใช้สายด่วน ๑๓๓๐

- 5 ๑) เพิ่มคู่สาย สายด่วน ๑๓๓๐ ให้บริการประชาชน ๒๔/๗ สามารถสอบถามบริการ แจ้งปัญหา ขอรับการ
- 6 ช่วยเหลือ ช่วยนัดหมายบริการ นัดคิว นัดแพทย์ออนไลน์ ยืนยันตัวตน รับบริการร้านยาใกล้บ้าน ตรวจ
- 7 Lab ที่บ้าน รับบริการกายภาพบำบัด หรือการพยาบาลที่คลินิกใกล้บ้าน หรือ บริการทางไกล
- 8 (Telemedicine) โดยมีระบบตรวจสอบเชื่อมต่อระบบ สปสช. ทันที
- 9 ๒) เพิ่มอาสาสมัคร เช่น พยาบาลเกษียณ/ คนพิการ ร่วมให้บริการประชาชน
- 10 ๓) จัดเจ้าหน้าที่ ๒๔/๗ ตอบกลับช่องทางสื่อสารอื่นๆ เช่น Line @NHSO TraffyFondue Facebook
- 11 Tiktok
- 12 ๔) เพิ่มคู่สาย ๑๓๓๐ ให้บริการหน่วยบริการสามารถสอบถามข้อมูล การตรวจสอบสิทธิ เชื่อมโยงบริการ
- 13 การขอ Claim code ตรวจสอบการจ่ายเงิน และสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

14 **แผนปฏิบัติการราชการ ๒.๑ ขยายหน่วยบริการรองรับ : เน้นบริการในชุมชน**

15 ๑.๒ จัดหา/เพิ่มหน่วยบริการและอื่นๆในระบบ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค (หารือร่วมกับสภาวิชาชีพ)



16

17

18 ๒. อำนาจความสะดวกรหน่วยบริการ

**หน่วยบริการ**  
ส่งข้อมูลบริการ/ ระบบข้อมูล  
ที่มีการเชื่อมโยงกัน  
ทุกระบบแล้ว

**1. หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยเร็วขึ้น** 1.1 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุนฯ การจ่ายที่รวดเร็ว

1. บริการผู้ป่วย ในพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) จะได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้า
2. กรณีผู้ป่วยไปที่ไหนก็ได้ บริการผู้ป่วยนอกพื้นที่ (non catchment area) จะได้รับการจ่ายชดเชย ค่าบริการ ใน 3 วัน (หน่วยบริการส่งข้อมูลเข้าระบบ หลังจากให้บริการภายใน 24 ชม.)
3. บริการผู้ป่วยใน เบิกจ่ายตามระบบปกติ และได้รับการจ่ายชดเชยทุก 7-14 วัน
4. บริการเชิงรุกในชุมชน ตามการออกให้บริการในพื้นที่

**2. สนับสนุนงบประมาณให้ประชาชน ทุกสิทธิ ได้แก่**

- 1) วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก
- 2) สถานชีวาภิบาล & LTC
- 3) จัดเวชเริ่ร้งในชุมชน
- 4) P&P โดยเฉพาะการให้บริการตามพื้นที่ในชุมชน
- 5) กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น

1.3 บูรณาการระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

19

20

21

### ๓.สถานการณ์ภาพรวม ระบบหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอสถานการณ์ภาพรวม ระบบหลักประกันสุขภาพ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ดังนี้

#### ๑) ข้อมูลจำนวนประชากร ในกรุงเทพมหานคร

- ประชากรทั้งหมด ประมาณ ๗,๖๒๗,๒๒๘ คน เป็นประชากร สิทธิ UC จำนวน ๓,๕๑๒,๓๑๑ คน และสิทธิ Non UC จำนวน ๔,๑๑๔,๙๑๗ คน คาดว่า มีประชากรแฝง ประมาณ ๒.๗ ล้านคน (เป็นสิทธิ UC ประมาณ ๗ แสนคน)

- โดยประชากร สิทธิ UC จำนวน ๓,๕๑๒,๓๑๑ คน แบ่งเป็น รูปแบบโมเดล ๑,๒,๔ ,๕.๓ จัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวตามประชากร ประมาณ ๙.๖๕ แสนคน และ รูปแบบโมเดล ๕ จำนวน Global budget ตามประชากร และจ่ายชดเชยตามรายการบริการ ประมาณ ๒.๕ ล้านคน

#### ๒) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

- หน่วยบริการปฐมภูมิ ๓๖๕ แห่ง : ศบส. ๖๙ แห่ง คลินิกชุมชนอบอุ่น ๒๘๗ แห่ง หน่วยปฐมภูมิภาครัฐ ๙ แห่ง
  - สัดส่วน หน่วยบริการปฐมภูมิต่อ ปชก.UC = ๑ : ๙,๖๐๐ คน
- หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน ๙๕๑ แห่ง: รักษานยา ๗๓๕ แห่ง คลินิกเวชกรรม ๑๓๒ แห่ง คลินิกทันตกรรม ๔๒ แห่ง คลินิกกายภาพบำบัด ๑๐ แห่ง คลินิกพยาบาล ๑๑ แห่ง คลินิกเทคนิคการแพทย์ ๑๙ แห่ง คลินิกแพทย์แผนไทย ๒ แห่ง
  - สัดส่วน หน่วยบริการปฐมภูมิต่อปชก.Model ๕ = ๑.๗,๒๐๐ คน
  - แต่ยังมีบางเขตที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงพอ
- หน่วยบริการรับส่งต่อ ๓๒ แห่ง (รัฐ ๒๔ แห่ง, เอกชน ๘ แห่ง)
  - ๒๕ เขต มีรพ.รับส่งต่อสิทธิ UC ๓๒ แห่ง
  - ๒๕ เขต ไม่มีรพ.รับส่งต่อสิทธิ UC

### สถานการณ์ปัญหาสำคัญ ในระบบหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

#### สถานการณ์ที่ ๑ การเข้าถึงบริการและการครอบคลุมบริการต่ำกว่าทั่วประเทศ

##### ๑.๑ บริการผู้ป่วยนอก กรณี Model ๕

- อัตราการใช้บริการ OP กทม ๒.๖ ครั้ง/คน/ปี
- ในขณะที่ระดับประเทศ ๓.๕ ครั้ง/คน/ปี
- คิดเป็น ๐.๗ เท่า

##### ๑.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- ปชก.ไทยทุกสิทธิ ในกทม. ๗.๖๒ ล้าน เข้าถึงบริการ PP ๒.๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๓๑

เมื่อเทียบเฉพาะรายการ PP FS ระดับประเทศปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒๒ รายการ กรุงเทพมหานครเข้าถึงตามเป้าหมาย

๖ รายการ ในขณะที่ระดับประเทศ เข้าถึงเป้าหมาย ๑๒ รายการ

- การเข้าถึงต่ำ การขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายช้า รวมทั้งกลุ่มเปราะบาง/กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง
- ขาดฐานข้อมูลประชากรในชุมชน ส่งผลให้การทำกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนไม่ครอบคลุม และงบบudgetเหลือคือนกองทุน



1 สถานการณ์ที่ ๒ ความไม่สมดุลของงบประมาณ OP P&P

2 งบบริการผู้ป่วยนอก (OP)

- 3 • เขตกรุงเทพมหานครได้รับจัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอก มากกว่าระดับประเทศ งบประมาณร้อยละ ๕
- 4 • งบบริการผู้ป่วยนอก (OP) ส่วนใหญ่ขาดดุล ยกเว้นช่วงโควิดที่มีการใช้บริการ OP ปกติต่ำ ทำให้มีงบ
- 5 คงเหลือเทคินให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้อัตราขาดเซชโดยรวมมากกว่า point ละ ๑ บาท
- 6 • สถานการณ์การใช้บริการปี ๖๖ หลังจากสถานการณ์โรคโควิดเข้าสู่ภาวะปกติ จำนวนครั้งบริการผู้ป่วย
- 7 นอกเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้งบประมาณ (Global budget) ปี ๖๖ ไม่เพียงพอ
- 8 • การจ่ายชดเชย OPFS ค่าเฉลี่ย ๓ ปี (ปี๖๔-๖๖) = ๑.๓๘ บาท/point
- 9

| ปีงบประมาณ                 | ๒๕๖๔     | ๒๕๖๕     | ๒๕๖๖     |
|----------------------------|----------|----------|----------|
| อัตราเหมาจ่าย OP ( ประเทศ) | ๑,๒๗๙.๓๑ | ๑,๓๐๕.๐๗ | ๑,๓๔๔.๔๐ |
| อัตราเหมาจ่าย OP (กทม.)    | ๑,๓๓๑.๐๙ | ๑,๓๗๒.๐๐ | ๑,๔๑๒.๕๓ |

10

| ปี พ.ศ. | จำนวนครั้ง |           | ร้อยละบริการ |          | จำนวนชดเชย    |                |               | ร้อยละชดเชย |          |
|---------|------------|-----------|--------------|----------|---------------|----------------|---------------|-------------|----------|
|         | OP FS      | OP Refer  | OP FS        | OP Refer | OP FS         | เงินGB คงเหลือ | OP Refer      | OP FS       | OP Refer |
| 2564    | 1,167,078  | 466,618   | 71.44        | 28.56    | 484,034,709   | 326,023,666    | 605,433,465   | 57.23       | 42.77    |
| 2565    | 1,769,821  | 942,260   | 65.26        | 34.74    | 828,523,179   | 616,101,660    | 1,173,696,885 | 55.17       | 44.83    |
| 2566    | 3,477,049  | 1,814,707 | 65.71        | 34.29    | 1,173,978,060 | 0              | 2,114,292,904 | 35.70       | 64.30    |

11

12

| ปี พ.ศ. | 2564 | 2565 | 2566   |
|---------|------|------|--------|
|         | 1.68 | 1.8  | ~ 0.55 |

13

14

15 งบสร้างเสริมสุขภาพฯ (P&P)

16

- มีงบคงเหลือ ส่งคืนกองทุน ทุกปี

17

- ปี ๖๖ เฉพาะงบ PP UC

18

ต้องส่งคืน ๕๙๒ ล้านบาท

19

- ยังไม่นับรวมงบPP Non-UC ปี ๖๖

20

ที่ไม่ได้รับจัดสรร อีก ๙๕๕ ล้านบาท

21

- หากรวมงบ PP non UC ในปี ๖๖ จะเหลือคืนกว่า ๑,๕๔๖ ล้านบาท

22 สถานการณ์ที่ ๓ การเข้ารับบริการผู้ป่วยใน เขต กทม.

23

- โดยทั่วไป ประชาชนเข้าถึงบริการผู้ป่วยใน แต่ยังพบความไม่เพียงพอของรพ.รับส่งต่อ ทำให้ สปสช.ต้องจัด

24

เครือข่ายพิเศษ ให้ ๑๓๓๐ ทำหน้าที่ประสานการส่งต่อให้กับประชาชน รวมทั้งทำหน้าที่ประสานเตียงในกทม.

25

- รพ.ในกทม. รับผู้ป่วยใน บัตร กทม.ร้อยละ ๗๓ ขณะที่บัตรนอก กทม. ร้อยละ ๒๗

26

- ปชก.สิทธิบัตรทอง ต้องลงทะเบียนสิทธิเครือข่ายรูปแบบใหม่ (๑๓๓๐) จำนวน ๓๕,๒๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑ ของ

27

ปชก.UC กทม ทั้งหมด

28

- ๑๓๓๐ ต้องประสานเตียงรองรับ ผป.ในกทม. โดยเฉพาะกรณีวิกฤต(UCEP), อื่นๆ รวม จำนวน ๑๐,๓๗๐

29

admission คิดเป็น ร้อยละ ๓.๑๔ ของจำนวน admission ทั้งหมด



1 **ความท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร**

2 ๑. การเข้าถึงบริการและการครอบคลุมบริการ OP และ PP ต่ำกว่าทั่วประเทศ

3 ๒. ความไม่สมดุลของงบOP และPP

4 ๓. ความไม่เพียงพอของหน่วยบริการทุกระดับ โดยเฉพาะรพ.รับส่งต่อ

5 **โดยมีโจทย์ในการระดมสมอง ดังนี้**

6 **๑. OP Model ๕**

7 **๑.๑ การบริหารเครือข่ายหน่วยบริการ**

8 ๑.๑.๑ ใช้โมเดล ๕.๑ เหมือนเดิม (ศบส.เป็นประจำ คลินิกเป็นปฐมภูมิ)

9 ๑.๑.๒ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมตัวกันเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๓ จัดทะเบียนเป็นนิติบุคคล  
10 ทำสัญญากับสปสช. และทำหน้าที่บริหารเครือข่ายกันเอง

11 ๑.๑.๓ ยกเลิก Model ๕ ปรับเป็นModel ๑ ให้ รพ.รับส่งต่อ เป็นหน่วยบริการประจำและดูแลหน่วยบริการ  
12 ปฐมภูมิ

13 **๑.๒ ปรับระบบการจัดสรรงบประมาณ**

14 ๑.๒.๑ กรณีโมเดล ๕.๑ คิดPoint รวมกันทั้ง OP FS และ OP Refer

15 ๑.๒.๒ ปรับ Payment คิดการจ่าย เป็น Per visits ตามแนวทงนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว-จ่ายPer visit

16

17 **๒. การเพิ่มการเข้าถึงบริการ P&P**

18 ๒.๑ บริการเยี่ยมบ้าน จัดทำแฟ้มข้อมูลรายบุคคลและครอบครัว เพื่อประเมินความเสี่ยงและค้นหา  
19 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

20 ๒.๒ ปรับPayment อย่างไร จึงจะกระตุ้นให้เกิดการเข้าถึงบริการ

21 ๒.๓ การใช้เงิน กปท.

22 ๒.๔ เครือข่ายจะทำงานร่วมกันอย่างไร ให้เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย

23 **๓. แนวทางการจัดให้มีหน่วยบริการทุกระดับให้เพียงพอ**

24 ๓.๑ เพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ

25 ๓.๒ เพิ่มหน่วยบริการรับส่งต่อ

26 ๓.๓ ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างรพ. และหน่วยบริการปฐมภูมิ

27 **สรุปผลการประชุมกลุ่มและระดมสมอง ดังนี้**

28 - วันจันทร์ที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ได้มีการแบ่งกลุ่มระดมสมองตามโจทย์ ๔ ประเด็นพร้อมทั้งจัด  
29 กิจกรรมกลุ่ม world café

30 - วันอังคารที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ผู้แทนแต่ละกลุ่มนำเสนอประเด็นตามโจทย์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม  
31 ทั้งหมดอภิปรายและหาข้อสรุปร่วมกัน โดยมีข้อเสนอและข้อสรุปร่วมกัน ดังนี้

32 **กลุ่ม ๑ : การบริหารเครือข่ายหน่วยบริการ**

33 **โจทย์** ๑. ใช้โมเดล ๕.๑ เหมือนเดิม(ศบส.เป็นประจำ คลินิกเป็นปฐมภูมิ)

34 ๒. ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมตัวกันเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๓ จัดทะเบียนเป็นนิติบุคคลทำ  
35 สัญญากับสปสช. และทำหน้าที่บริหารเครือข่ายกันเอง

36 ๓. ยกเลิก Model ๕ ปรับเป็นModel ๑ ให้ รพ.รับส่งต่อ เป็นหน่วยบริการประจำและดูแลหน่วยบริการ  
37 ปฐมภูมิ

- 1 ประธาน นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิฯ
- 2 นำเสนอโดย นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิฯ
- 3

| ข้อเสนอ  | ข้อสรุป   |
|--|---|
| <p>๑.สนับสนุนการจัดบริการแบบเครือข่ายที่มีโรงพยาบาลรับส่งต่อ หน่วยบริการประจำเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นและ หน่วยบริการประเภทอื่น และทำงานร่วมกับภาคประชาชน เพื่อให้เกิดบริการที่ต่อเนื่อง และประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น</p>   | <p>ให้นำเสนอในออปสข.โดยการIntegrated ข้อมูลร่วมกับกลุ่มอื่น เช่นการจัดประชุมคลินิกให้สม่ำเสมอ</p> |
| <p>๒.เน้นการให้บริการหลักในระดับปฐมภูมิ และลดการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• พัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานการให้บริการในปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของประชาชน</li> <li>• กำหนดมาตรฐานการส่งต่อให้เหมาะสม (ส่งต่อและส่งกลับเมื่อจำเป็น)</li> <li>• เพิ่มศักยภาพ ศบส./คลินิกให้เป็น Polyclinic/super PCU มีแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่จำเป็น</li> <li>• ศึกษาเรื่อง “การรับส่งต่อ” ให้รอบด้าน เช่น ข้อมูลการใช้บริการ ปัญหาการส่งต่อ/ส่งกลับ มุมมองของผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ</li> </ul> |   |
| <p>๓.ควรพัฒนากลไกการทำงานร่วมกันในเครือข่ายหน่วยบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กำหนดรูปแบบการทำงานที่ชัดเจน เช่น การประชุมร่วมกัน วางบทบาทของแต่ละหน่วยงาน</li> <li>• มีมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ Area manager กำกับกรให้บริการของลูกข่าย</li> <li>• ใช้ทรัพยากรบางอย่างร่วมกัน เช่น การหมุนเวียนเตียงระหว่างโรงพยาบาลรามาธิบดี/โรงพยาบาลสงฆ์</li> </ul>  |   |
| <p>๔.ควรมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ที่ใช้ประกอบการดูแลที่ต่อเนื่อง และสะท้อนปัญหาการรับบริการได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและลดความซ้ำซ้อนการให้บริการ</li> <li>• ข้อมูลเพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ในระดับ PCU, Area manager, และ Health zoning manager</li> </ul>   |   |
| <p>๕.ควรมีการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุที่งบประมาณไม่เพียงพอ แต่ประชาชนยังเข้าถึงบริการน้อย เช่น มีต้นทุนบริการสูง ผู้ป่วยใช้บริการมาก หรือให้บริการไม่มีประสิทธิภาพ</p>   |   |

| ข้อเสนอ  | ข้อสรุป |
|--|---------|
| <p>๖. ควรปรับการจัดสรรงบประมาณ โดยใช้การจ่ายแบบผสมผสาน มีการดูแลต่อเนื่อง และให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>จ่าย Capitation ที่ปรับน้ำหนักตามจำนวนผู้ป่วยเรื้อรัง และประเมินผลการทำงานเพื่อเป็นฐานในการคำนวณงบประมาณในปีถัดไป</li> <li>จ่าย Fee schedule ในบริการผู้ป่วย acute อื่นๆ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลรับส่งต่อ</li> </ul> |         |
| <p>๗. ควรมีกกลไกอื่นนอกเหนือกลไกทางการเงิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>การเพิ่มความรู้/ความเข้าใจเรื่องวิธีการให้บริการให้กับประชาชน</li> <li>มีกลไกกำกับคุณภาพการให้บริการ พฤติกรรมบริการ การเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ</li> <li>สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> </ul>  |         |
| <p>๘. ควรพัฒนาการให้บริการกลุ่มประชากรเปราะบาง เพิ่มเป็นการเฉพาะ เช่น ารรับส่งผู้ป่วยพิการ/ติดเตียง เพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มคนไทยไร้สิทธิ</p>  |         |

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7

## กลุ่ม ๒ : ปรับระบบการจัดสรรงบประมาณ

โจทย์ ๑. กรณีโมเดล ๕.๑ คิด Point รวมกันทั้ง OP FS และ OP Refer

๒. ปรับ Payment คิดการจ่ายเป็น Per visits ตามแนวทางนโยบายฯ บัตรประชาชนใบเดียว-จ่าย Per visit

ประธาน นพ.ดุสิต ขำชัยภูมิ รองเลขาธิการสปสช.

นำเสนอโดย นายธวัชชัย เรืองโรจน์ ผู้ช่วยเลขาธิการสปสช.

| ข้อเสนอ   | ข้อสรุป  |
|---|--|
| ๑. เห็นด้วยกับรูปแบบการจัดเครือข่ายบริการผู้ป่วยนอก โมเดล ๕   | ๑. ให้ สปส.เป็นหน่วยบริการประจำ กำกับดูแลหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย โดยให้ไปจัดตั้งกลไกที่ทำให้เกิดเอกภาพในเครือข่าย  |
| <p>๒. เสนอให้มีการปรับรูปแบบการจ่าย</p> <p>๒.๑ การคำนวณจ่าย global budget</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>รวมกันทุกกรณีด้วยระบบ Point System : OP ปฐมภูมิ และ OP Refer</li> <li>การันตีรพ.รับส่งต่อ ๑ บาท/point เหมือนเดิม</li> <li>แยก global budget ระหว่าง สปส. กับคลินิก</li> <li>แยก global budget ของ OP-refer กับ OP ปฐมภูมิ ตั้งเพดานวงเงินต่อ visit กรณี OP-Refer เช่น เกินกว่า ๑,๖๐๐ บาท ให้เบิกจากภาพรวมประเทศ</li> </ul> | <p>๒. แยก global budget ระหว่าง สปส. กับคลินิก หากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ารูปแบบการให้บริการแตกต่างกัน (ให้สปสช. ทำการบ้านและนำเสนอในการประชุม สปสช. ในครั้งต่อไป)</p> <p>๓. การแยก global budget ของ OP-refer กับ OP ปฐมภูมิ ยังไม่ตกลง ให้ไปเจรจาต่อ นำเข้าคณะทำงานฯ วิเคราะห์ข้อมูลฯ (นพ.สนั่น ประธาน)</p> <p>๔. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลบริการ OPFS และ OP Refer โดยเสนอให้ นพ.สนั่น เป็นประธาน มีผู้แทน สปสช. และคลินิก ๒ ท่าน</p> <p>นพ..เอกจิต, นักวิชาการอิสระ, GBDI, สปสช.(เลขานุการ)</p> <p>๕. การันตีรพ.รับส่งต่อ ๑ บาท/point เหมือนเดิม</p> |

| ข้อเสนอ  | ข้อสรุป  |
|--|--|
| <p>๒.๒ ปรับ Payment Per visit ตามแนวทางนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นด้วย เนื่องจากยังไม่มีเกณฑ์การจ่ายที่ชัดเจน การกำกับมาตรฐานการให้บริการยังไม่เป็นรูปธรรม</li> <li>- มีโอกาสเกิดการ Split visit เสนอให้มีระบบและมีส่วนร่วมในการกำกับติดตามการเบิกจ่าย</li> <li>- ประชาชนอาจมีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการที่เหมาะสมกับโรคกรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง</li> </ul>   | <p>๖.ให้ทำความเข้าใจเรื่องอัตราการจ่าย และมาตรการป้องกันการ split visit</p>  |
| <p>๒.๓ การจ่ายแบบเหมาจ่ายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิบางส่วนเป็น Fixed cost และที่เหลือจ่ายแบบ Fee schedule ภายใต้ Global budget</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มี Fixed cost เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ เช่น ๑๐ บาท/ประชากร, ๓๐๐,๐๐๐-๔๕๐,๐๐๐ บาท/เดือน</li> <li>- จำนวนประชากรที่ลงทะเบียนของแต่ละคลินิกมีความหลากหลาย อาจได้ Fix cost ไม่เพียงพอ</li> <li>- อัตราการจ่าย OP-FS อาจจะลดลงไม่ถึง ๑ บาท/point</li> </ul>                                      | <p>รับข้อเสนอ Fixed cost ไว้ แล้วไปเจรจาต่อ (ไม่นำเข้าอปสข.)</p>   |
| <p>๒.๔ การจ่ายแบบเหมาจ่ายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ๔๐% (Fix cost + บริการ NCDs) และ ๖๐% จ่าย OP-refer/OP ปฐมภูมิ ตามผลงานบริการแบบ Fee schedule ภายใต้ global budget</p>  |  |
| <p>ประเด็นอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณไม่เพียงพอ : รัฐทางงบประมาณเพิ่มเติม , มีการ Co Payment ,บริหารงบประมาณรวม ๓ กองทุน</li> <li>- การจัดซื้อยาผ่าน GPO</li> <li>- การ Bundle Payment กรณีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</li> <li>- กลไก Incentive กรณีไม่ป่วย</li> <li>- สร้าง Health literacy ให้ประชาชน เพื่อเข้ารับบริการตามหน่วยบริการแต่ละระดับตามอาการที่เจ็บป่วย</li> <li>- การคืนข้อมูลการให้บริการเชิงวิเคราะห์ให้กับหน่วยบริการ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้มีกลไกการจัดซื้อยาพร้อม (เช่น คลินิก,ศบส รวมตัวกันเองซื้อยาพร้อม)</li> <li>• ให้จัดระบบ Bundle Payment ทั้ง OPFS และ OP refer</li> <li>• กลไก Incentive กรณีไม่ป่วย</li> </ul> |

1

2

3 **กลุ่ม ๓ : การทำอย่างไรให้เพิ่มการเข้าถึงบริการ P&P**4 **โจทย์**5 ๓.๑ สสำรวจชุมชน บริการเยี่ยมบ้าน จัดทำแฟ้มข้อมูลรายบุคคลและครอบครัว เพื่อประเมินความเสี่ยงและค้นหา  
6 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และLTC

7 ๓.๒ ปรับPayment อย่างไร จึงจะกระตุ้นให้เกิดการเข้าถึงบริการ

8 ๓.๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

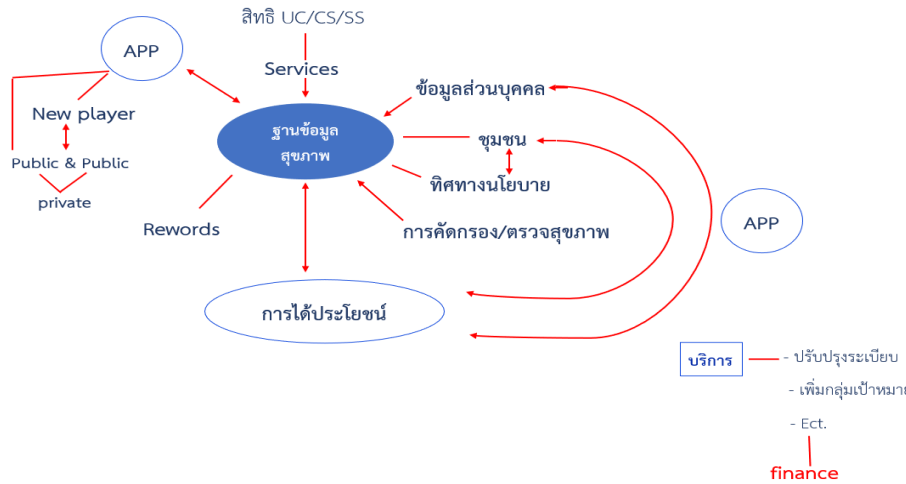
9 ๓.๔ เครือข่ายจะทำงานร่วมกันอย่างไร ให้เพิ่มการเข้าถึงบริการของปชก.กลุ่มเป้าหมาย

10

11

- 1 ประธาน นพ.สุนทร สุนทรชาติ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย
- 2 นำเสนอโดย นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงาน
- 3 กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 4

การเข้าถึงบริการ P&P



5  
6

| ข้อเสนอ  | ข้อสรุป   |
|--|---|
| <p>ปรับPayment อย่างไร จึงจะกระตุ้นให้เกิดการเข้าถึงบริการ</p> <p>๑. บริการP&amp;Pที่บ้าน/ชุมชน เป็นแบบ Capitation โดยการกำหนดเป้าหมายผลงานบริการ เพื่อให้หน่วยบริการมีงบประมาณในการบริหารจัดการในการเตรียมความพร้อมในการให้บริการ</p> <p>๒. ควรมีค่าชดเชย Health Survey</p> <p>๓. ควรทบทวนอัตราค่าชดเชยบริการไม่คุ้มต้นทุนสำหรับหน่วยบริการภาคเอกชน : เยี่ยมบ้าน Fit Test</p> <p>๔. การจ่ายชดเชยบริการP&amp;Pแบบอัตราคงที่ ตามผลงานที่ผ่านมา และกำหนดผลงานที่หน่วยบริการต้องดำเนินการ</p>   | <p>๑. ให้มีกลไกทางการเงินที่เชื่อมโยงระหว่างงบ P&amp;P service กับกบท.ให้เกิดระบบข้อมูลที่สมบูรณ์ และให้เกิดบริการP&amp;Pในชุมชนที่เข้มแข็งและเป็นไปในทางเดียวกัน</p> <p>๒. ให้สปสข.เร่งพัฒนาระบบITที่สนับสนุนการดำเนินงานPPโดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้เสร็จใน ๓ เดือนพร้อมพัฒนาอบรมผู้ใช้ และขอให้ BDIสนับสนุนข้อมูลในการวิเคราะห์</p> <p>๓. ขอให้สสส.สนับสนุนเป็นCatalystสนับสนุนข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล สนับสนุนในการทำงานในชุมชน</p> |
| <p>การเพิ่มการเข้าถึงบริการP&amp;P</p> <p>๑.หารูปแบบการจัดการระบบบริการแบบใหม่ ที่ทำให้ประชาชนเข้าถึง เช่น การใช้เทคโนโลยีช่วยในการเข้ารับบริการ : Application</p> <p>๒.การสร้างการรับรู้สิทธิบริการ P&amp;P : การประชาสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย การสื่อสารที่ทำให้ประชาชนรู้และเข้าใจบริการP&amp;Pได้ง่าย หน่วยบริการที่ประชาชนรับบริการได้ การจัดรณรงค์บริการP&amp;Pเป็นรายการ</p> <p>๓.การดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้ง กาย จิต ปัญญา สังคม และระบบการเบิกจ่ายงบที่สอดคล้องกับบริการ</p> <p>๔.รูปแบบบริการสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น อาคารสูง ประชากรแฝง กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้ทำงานกลางคืน : มีจุดคัดกรอง</p> <p>๕. รูปแบบบริการแบบ P&amp;P Anywhere</p> |   |

| ข้อเสนอ   | ข้อสรุป |
|---|---------|
| <p>๖.บริการ P&amp;P ในกลุ่มวัยทำงาน &gt;&gt; เชิงรุก สถานประกอบการ ทำเป็นนโยบายตรวจสุขภาพประจำปี ทบทวนสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๗. การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในกทม.และภาคีเครือข่ายประชาสังคม เช่น สนอ. สำนักพัฒนา ภาคประชาชนในการวางแผนและการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกัน</p> <p>๘. การขยายบริการให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการได้ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก เช่น บริการอนามัยเจริญพันธุ์ การยุติการตั้งครรภ์</p> <p>๙. การเพิ่มรูปแบบการบริการใหม่ๆที่สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนดูแลตัวเอง เช่น การให้ Reward ประชาชนที่ดูแลส่งเสริมสุขภาพตัวเองได้ดี ส่งเสริมการประเมินสุขภาพ/ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นด้วยตัวเอง</p> <p>๑๐. การเพิ่มรายการบริการคัดกรองสุขภาพ ที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน เช่น การคัดกรองและให้คำปรึกษาสุขภาพจิตในเด็กนักเรียน</p>  |         |
| <p><b>เครือข่ายจะทำงานร่วมกันอย่างไร ให้เพิ่มการเข้าถึงบริการของปชก. กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p>๑. การบริหารจัดการระบบบริการแบบการมีส่วนร่วมในการจัดบริการPP ของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ : ผู้นำชุมชน อสส.</p> <p>๒. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในการช่วยจัดบริการPPในชุมชน การใช้เทคโนโลยีในการบริการและเก็บข้อมูลสุขภาพประชาชน</p>   |         |
| <p><b>สำรวจชุมชน บริการเยี่ยมบ้าน จัดทำแฟ้มข้อมูลรายบุคคลและครอบครัว เพื่อประเมินความเสี่ยงและค้นหาปชก.กลุ่มเป้าหมาย และLTC</b></p> <p>๑.จัดทำระบบการเก็บฐานข้อมูล สุขภาพประชาชน ชุมชน กทม.ในระบบดิจิทัล และการคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>๒. การบูรณาการการจัดการข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และ การทำ Mapping กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๓. การคืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคลให้กับประชาชน : Personal Health Record</p> <p>๔. การใช้ข้อมูลสุขภาพจากการบริการคัดกรอง/การตรวจสุขภาพประจำปี</p> <p>๕. การมีการทบทวนและปรับการจัดสรรพื้นที่ ปชก.เป้าหมาย ให้หน่วยบริการได้รับเป้าหมายในการจัดบริการ</p> <p>๖. มีระบบประมวลผลข้อมูลสุขภาพรายบุคคล และจัดโปรแกรมตรวจสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพเสนอให้ประชาชนเป็นรายบุคคล</p> <p>๗. กำหนดวัตถุประสงค์ ชุดข้อมูลที่จำเป็น เพื่อออกแบบวิธีการจัดเก็บข้อมูลที่เหมาะสม เช่น HS Appที่ใช้รับเรื่องร้องเรียน ผลการตรวจสุขภาพของประชาชน การรับบริการด้านสาธารณสุข</p> |         |

| ข้อเสนอ  | ข้อสรุป |
|--|---------|
| <p><b>กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร</b></p> <p>๑. ขับเคลื่อนโครงการตามนโยบาย</p> <p>โครงการเฉลิมพระเกียรติ ๗๒ พรรษา : แว่นตาผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพพระสงฆ์ โครงการตามนโยบายกรุงเทพมหานคร แผนขับเคลื่อนสุขภาพของคน กทม.</p> <p>๒. การสร้างความเข้าใจร่วม การประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้หลักเกณฑ์กระบวนการสนับสนุนโครงการจากกองทุน กทม. ให้ภาคี เครือข่าย ได้รับความรู้</p> <p>๓. มีการกำหนดทิศทางการสนับสนุนการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของประชาชน ปัญหา ความต้องการของประชาชน ชุมชน &gt;&gt; โดยมีการจัดทำแผนสุขภาพระดับเขตพื้นที่</p> <p>๔. การปรับปรุงระเบียบเพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินการโครงการของผู้ดำเนินงาน : ค่าบริหารจัดการ.</p> <p>๕. ระบบที่เลี้ยงในการเขียนโครงการ</p> <p>๖. เพิ่มกลุ่มเป้าหมายใหม่ ในการของบดำเนินการโครงการ เช่น สถานศึกษา</p> <p>๗. ทำต้นแบบโครงการที่สนับสนุนจากกองทุน กทม. ที่เป็น Good practice เป็นตัวอย่างให้ชุมชน/หน่วยงานอื่นๆ</p> |         |

1

2 **กลุ่ม ๔ : แนวทางการจัดให้มีหน่วยบริการทุกระดับให้เพียงพอ**3 **โจทย์** ๑. เพิ่มปฐมภูมิ

4 ๒. เพิ่ม รพ.รับส่งต่อ

5 ๓. ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างรพ. และหน่วยบริการปฐมภูมิ

6 **ประธาน** พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์7 **นำเสนอโดย** นายแพทย์สมเกียรติ อัครโรจน์พงษ์ ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์8 **สำนักการแพทย์**

| ข้อเสนอ  | ข้อสรุป   |
|--|---|
| <p><b>เพิ่มปฐมภูมิ</b></p> <p>๑. การใช้กลไกบริการอื่นเข้ามาเสริมบริการ เช่น Telemed สถานชิวาภิบาล บริการเยี่ยมบ้าน ร้านยา และหน่วยบริการระดับชุมชน (ตามมาตรา ๓)</p> <p>๒. เพิ่มบริการแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนจีน</p> <p>๓. เพิ่มแรงจูงใจให้คลินิกชุมชนอบอุ่นอยู่ในระบบ เช่น อัตราการจ่ายที่เหมาะสม ลดภาษีป้าย ภาษีโรงเรือน</p> <p><b>ยกระดับ</b></p> <p>๑. ยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีความพร้อมให้เป็น Super PCU เพื่อลดการเข้ารับบริการยังโรงพยาบาล และปรับกลไกการจ่ายเงิน (Quick Win)</p> <p>๒. ยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีความพร้อมให้เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน (มีเตียงรับดูแลประมาณ ๑๐ เตียง) และกระจายบริการปฐมภูมิไปที่คลินิกชุมชนอบอุ่น</p> | <p>๑. หน่วยบริการปฐมภูมิลงทะเบียนให้เต็มศักยภาพ เช่น การถ่ายโอนประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับศบส.หรือรพ. มาที่คลินิก</p> <p>๒. สนับสนุนให้มีการจัดตั้ง Super PCU ทั้งคลินิก และศบส. และให้มีการพิจารณารูปแบบการจ่ายที่เหมาะสม</p> <p>๓. ให้มีระบบที่ประชาชนสิทธิประกันสังคม, ราชการ, หลักประกันสุขภาพอื่นๆ โดยเฉพาะกองทุนคืนสิทธิ stateless มารับบริการได้ และมีรูปแบบการจ่ายที่เหมาะสม</p> <p>๔. ทบทวนอัตราขาดเขตกรณีไม่เดล ๑,๒ และ ๔ (๑๖๐ บาท) ระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขกับโรงพยาบาลภาครัฐ โดยให้เจรจากับโรงพยาบาล(ไม่ต้องเอาเข้าอปสข.)</p> <p>๕. กรณีนอกเวลาทำการของศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชน</p> |



| ข้อเสนอ   | ข้อสรุป  |
|---|--|
| <p>๓. กรณีนอกเวลาทำการของศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชน</p> <p>๔. เพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลรับส่งต่อ เช่น รูปแบบ Tele consult และจ้างแพทย์เฉพาะทางและบูรณาการความร่วมมือของเครือข่าย Bangkok Health Zoning ๗ โซน โดยใช้กลไกการเงิน</p> <p>๕. เพิ่มบทบาทของศูนย์บริการสาธารณสุขให้เป็นผู้กำกับคุณภาพในการดูแลคลินิกชุมชนอบอุ่นภายในเครือข่าย โดยใช้กลไกการเงิน</p> <p>๖. ทบทวนอัตราขาดเซกกรณีโมเดล ๑,๒ และ ๔ (๑๖๐ บาท) ระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขกับโรงพยาบาลภาครัฐ</p>   |  |
| <p><b>เพิ่มรับส่งต่อ</b></p> <p>๑. สร้างแรงจูงใจให้กับโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมบริการ (เรียนรู้จากสถานการณ์ช่วง Covid-๑๙ เช่น เพิ่มอัตราจ่ายชดเชยหรือมาตรการทางภาษี)</p> <p>๒. เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลรับส่งต่อ โดยเฉพาะเตียงอายุรกรรม ICU ,NICU,หัวใจ , อุบัติเหตุ และมีการส่งต่อจากต่างจังหวัด (ข้อมูลจากสายด่วน ๑๓๓๐)</p> <p>๓. นโยบาย ๕๐ รพ. ๕๐ เขต จัดลำดับความต้องการโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีความจำเป็นก่อน กำหนดเป็น Phasing (อาจไม่จำเป็นต้องมีโรงพยาบาลในทุกเขต แต่รพ.มีเตียงให้เพียงพอสำหรับประชาชนสิทธิ UC และประชาชนเดินทางสะดวก โดยเฉพาะ ๒๕ เขตที่ไม่มี รพ. UC)</p> <p>๔. จัดระบบโรงพยาบาลประจำเขต โดยใช้โรงพยาบาลเอกชนนอกระบบ ร่วมพัฒนาระบบการส่งต่อ และส่งกลับ (Refer back)</p> <p>๕. ส่งเสริมนโยบายลดความแออัด ลดการใช้เตียงของโรงพยาบาล โดยใช้บริการ Home Ward , Telemed , Home Visit , Nursing Home หรือสถานชีวาภิบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่นอนนาน/พระสงฆ์อาพาธ เพื่อช่วยลดการใช้เตียงในโรงพยาบาล</p> <p>๖. ทบทวนโรงพยาบาล/แพทย์ที่ดำเนินการสถานพยาบาลที่ติด Blacklist</p> <p>๗. โรงพยาบาลให้บริการที่มีมาตรฐานในแต่ละกลุ่มโรคเหมือนกัน (CPG) เพื่อให้ ประชาชนมั่นใจในการเข้ารับบริการ</p> <p>๘. สนับสนุนนโยบายลดความแออัดของโรงพยาบาล กระจายประชากรออกมายังคลินิกชุมชนอบอุ่น</p> <p>๙. สนับสนุนนโยบายการร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาเชิงระบบ</p> <p>๑๐. IP Anywhere ให้ใช้บริการเฉพาะโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ</p> | <p>๑.ขยายโรงพยาบาลรับส่งต่อใน กทม.โดย</p> <p>๑.๑ขยายรพ.ของรัฐ</p> <p>๑.๒เพิ่มจำนวนรพ.เอกชน เป็นรพ.รับส่งต่อ</p> <p>๒.IP Anywhere ให้ใช้บริการเฉพาะโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ</p> <p>๓. ลดความแออัดของหน่วยบริการโดยใช้บริการรูปแบบ virtual clinic /hospital เช่น health station</p> |

| ข้อเสนอ   | ข้อสรุป  |
|---|--|
| <p><b>ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างรพ.และหน่วยบริการปฐมภูมิ</b></p> <p>๑. พัฒนา Health Link ข้อมูลในรูปแบบ Sandbox เพื่อเป็นโมเดล Bangkok Health Zoning เพื่อสนับสนุนการส่งต่อภายในเครือข่าย</p> <p>๒. ขยายการเชื่อมโยง E-Referral ให้ครอบคลุมหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ</p> <p>๓. ลดการใช้โปรแกรมที่หลากหลาย/เปลี่ยนแปลงโปรแกรมบ่อย เนื่องจากส่งผลให้การเชื่อมโยงข้อมูลเป็นไปได้อย่าง (กำหนดโปรแกรมที่ใช้)</p> <p>๔. กำหนดระเบียบ ข้อสั่งการ กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการจัดการรวมศูนย์ส่งข้อมูล (PDPA)</p> <p>๕. เพิ่มคุณภาพข้อมูลในการเชื่อมต่อ (การอบรม ให้ความรู้เรื่องรหัสโรค)</p> <p>๖. นำเทคโนโลยี เช่น AI ช่วยวิเคราะห์ความเพียงพอ ตำแหน่งที่เหมาะสมในการตั้งคลินิกชุมชนอบอุ่น และการกระจายตัวของหน่วยบริการ</p> | <p>๑. กำหนดให้มีกฎหมายที่เปลี่ยนจากระบบสมัครใจในการให้แชร์ข้อมูล(Opt-in) เป็นระบบปฏิเสธที่ไม่ให้แชร์ (Opt-out)</p> <p>๒. ข้อเสนอแนะลำดับที่ ๑-๖ เป็นข้อเสริมให้เกิดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างรพ.และหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> |

1

2

3 **กลุ่ม ๕ ข้อเสนอการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง**4 **โจทย์**

๑. พระสงฆ์ : ทะเบียนพระสงฆ์ สถานะสุขภาพ การเข้าถึงสิทธิและบริการ
๒. คนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน และอยู่ในทะเบียนบ้านกลาง : ได้รับการค้นหาช่วยเหลือ นำเข้าสู่ระบบการเข้าถึงสิทธิ UCและบริการได้
๓. คนพิการและผู้สูงอายุที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ : เด็กพิการในสถานสงเคราะห์ การเข้าถึงบริการ P&Pคนพิการและผู้สูงอายุ )
๔. กลุ่มผู้ต้องขังเด็ดขาด : ได้รับการลงทะเบียนตรง CUP เป็นรพ.ราชทัณฑ์ และ เพิ่มการเข้าถึงบริการ PP
๕. กลุ่มคนไร้บ้าน : เข้าถึงสิทธิ UC และบริการได้ ( ไร้บ้านหน้าใหม่หลังสถานการณ์โควิด เด็กที่หลุดจากระบบการศึกษา )

13 **ประธาน** นายอนรรฆ พิทักษ์ธานิน(ปร.คทง.เปราะบาง/นักวิจัยสถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)14 **นำเสนอโดย** นางสาววรรณ แก้วชาติ (คทง.เปราะบาง/ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านชุมชนแออัด)

15

16

17

| ข้อเสนอ  | ข้อสรุป  |
|--|--|
| <p><b>พระสงฆ์</b><br/> <b>เป้าหมาย</b> ผลักดันและบูรณาการโครงการเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับพระสงฆ์<br/> <b>ตัวชี้วัด</b> มีชุดสิทธิประโยชน์สำหรับพระสงฆ์และระบบการจ่ายชดเชยที่จูงใจหน่วยบริการในการจัดบริการ<br/> <b>ปี ๒๕๖๗</b><br/> - เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของพระสงฆ์ สามเณร ทุกสิทธิ ทุกบริการ (PP IP OP)<br/> - กรณีพระสงฆ์ สามเณรที่ไม่ใช่ไทย และมีปัญหาสถานะทางทะเบียน แนะนำให้ซื้อบัตรบริการสุขภาพ</p>  |  |
| <p><b>กลุ่มคนไร้บ้าน (กลุ่มคนที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะหรือศูนย์พักคนไร้บ้านของภาครัฐและภาคประชาสังคม)</b><br/> <b>เป้าหมาย</b> : สามารถเข้าถึงสิทธิ UC และบริการได้<br/> <b>ตัวชี้วัด</b> ๑. การเข้าถึงสิทธิ UC และบริการสุขภาพพื้นฐานร้อยละ ๖๐ ของกลุ่มคนไร้บ้านที่เข้าสู่กระบวนการ<br/> ๒. เพิ่มจุด Drop in เป็น ๓ จุด คือ ตรอกสาเก ใต้สะพานสมเด็จพระปิ่นเกล้า สนามหลวง (ลานพระแม่ธรณีบีบมวยผม)<br/> <b>ปี ๒๕๖๗</b> เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนด</p>   |  |
| <p><b>คนมีปัญหามาตราทางทะเบียน / คนไทยตกหล่น</b><br/> <b>เป้าหมาย</b> (กลุ่มที่ตกหล่นจากทะเบียนราษฎร / มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านกลาง/ถูกจำหน่ายรายการทะเบียนราษฎร) : ได้รับการค้นหา ช่วยเหลือ และนำเข้าสู่ระบบจนสามารถเข้าถึงสิทธิ UC และบริการได้<br/> <b>ตัวชี้วัด</b> ๑. ขยายพื้นที่นำร่องเพิ่ม ๒ กลุ่มเขต (๑๗ เขต)<br/> ๒. จำนวนกลุ่มเป้าหมายคนไทยที่มีปัญหามาตราทางทะเบียนที่เข้ากระบวนการแก้ไขปัญหาสามารถได้รับการช่วยเหลือให้เข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือระบบสวัสดิการสุขภาพ ขยายผลติดตามให้ครบร้อยละ ๑๐๐ (ร้อยละ ๘๐ ปี ๒๕๖๖)</p> |  |
| <p><b>กลุ่มที่ ๑ คนมีปัญหามาตราทางทะเบียน / คนไทยตกหล่น แบ่งเป็น ๒ รูปแบบ</b><br/> <b>๑.การค้นหากลุ่มเป้าหมาย และนำเข้าสู่ระบบ</b><br/> ๑.๑ เสนอให้มีกระบวนการช่วยเหลือ นำเข้าสู่ระบบการส่งต่อ จากหน่วยงานภาครัฐไม่ใช่ภาคปชช.อย่างเดียว<br/> ๑.๒ เมื่ออบรม ผู้นำชุมชนแล้ว ส่งต่อหน่วย ๕๐(๕) ให้การช่วยเหลือนำเข้าสู่ระบบ<br/> ๑.๓ อบรมเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตทะเบียน ยังดำเนินการต่อ และมีระบบการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>  | <p>มอบ สปสช กทม ทำหนังสือขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน อาทิ รพ. ศบส. และคลินิก ให้บุคคลที่มีปัญหามาตราทางทะเบียน / คนไทยตกหล่น ได้เข้าสู่ระบบการพิสูจน์สถานะทางทะเบียน และเข้าถึงบริการสาธารณสุข</p> |

| ข้อเสนอ   | ข้อสรุป   |
|---|---|
| <p>๑.๔ ดำเนินการเป็นกลุ่มเขต / set ระบบกลุ่มเขตร่วมกับสำนักทะเบียน ก.มหาดไทย ก.พม. ฯลฯ / ทำงานกับ ศบส. อสส. เป็นเครือข่าย</p> <p>๑.๕ เสนอให้มีการยื่นคำร้องเอกสาร กลุ่มเป้าหมาย ภายใน ๑ เดือน</p> <p>๑.๖ สนับสนุนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าระบบ ขึ้นเป็น เลข ๐ ไว้ก่อน และต้องประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อำนวยความสะดวก ลดขั้นตอนยุ่งยาก เข้าถึงสิทธิสุขภาพ</p> <p>๑.๗ ดำเนินการขยายพื้นที่ ๒ โซน</p> <p>๑. ธนบุรีเหนือฯ (ภาษีเจริญ) พื้นที่ราชพิพัฒน์</p> <p>๒. กรุงเทพตะวันออก (สวนหลวง ประเวศ) พื้นที่ รพ.สิรินธร</p> <p><b>กลุ่มที่ ๒ คนในทะเบียนบ้านกลาง อาทิ ชุมชนถูกไล่ที่ ฯลฯ</b></p> <p>๑. เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักทะเบียน กทม. ก.พม. ก.มหาดไทย มีหนังสือสั่งการไม่ลือคสิทธิสวัสดิการต่างๆ</p> <p>๒. ควรมีทะเบียนบ้านรองรับ ไม่ให้ปชช.ต้องหาทะเบียนบ้านเอง</p> <p>๓. ควรขยายระยะเวลา ๑๘๐ วัน เป็น ๑ ปี ในการย้ายชื่อเข้าทะเบียนบ้าน ไม่หลุดไปทะเบียนบ้านกลาง</p> |   |
| <p><b>ผู้ต้องขัง</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> ได้รับการลงทะเบียนตรง CUP เป็น รพ.ราชทัณฑ์ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p><b>ตัวชี้วัด</b> การติดตามการลงทะเบียนอย่างต่อเนื่องให้ได้ ร้อยละ ๗๐</p> <p><b>ข้อเสนอ</b></p> <p>- บริการ LTC เสนอรพ.ราชทัณฑ์ ขอรับบ กบท., PPA</p> <p>ผู้ต้องขัง ตกหล่นไม่มีเลข ๑๓ หลัก จำนวน ๖๐ กว่าราย อายุ ๑๘-๖๐ ปี ใช้วิธีสแกนลายนิ้วมือ</p> <p>หน่วยงานที่ดูแล นิติวิทย์ หรือ ส.ทะเบียน เพื่อการ Authen พิสูจน์ตัวตน</p>  | <p>มอบ สปสช กทม ประสานงานกับทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ในการเพิ่มการเข้าถึงงานสร้างเสริมสุขภาพ LTC ในเรือนจำ และการขอรับงบประมาณ กบท.ผ่านทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์</p> |
| <p><b>กลุ่มคนพิการและผู้สูงอายุที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> สนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของคนพิการและผู้สูงอายุที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ</p> <p><b>ตัวชี้วัด</b> คนพิการและผู้สูงอายุที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้าบริการสุขภาพได้ ร้อยละ ๑๐๐ (ร้อยละ ๑๐๐ คือคนที่เข้ามาในระบบ)</p> <p><b>การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗</b></p> <p>เสนอให้มี family folder เข้าถึงบริการสุขภาพ และผ้าอ้อม ต้องมีการ survey</p> <p>เก็บข้อมูลผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ทั้งในชุมชนจัดตั้ง ไม่จัดตั้ง</p> <p>- เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจเรื่องแนวทาง และเกณฑ์การรับผ้าอ้อม ไม่ตรงกัน</p>  | <p>มอบคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการนำประเด็นที่เกี่ยวข้องไปหารือร่วมกับภาคีเครือข่าย</p>                           |

1  
2 **มติที่ประชุม**

3       **รับทราบ**

4  
5  
6 **ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา**

7  
8 **ระเบียบวาระที่ ๕.๑ ข้อเสนอในการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของ อปสข.และ อคม. พื้นที่**  
9 **กทม.(Retreat) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗**

10  
11       ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้จัดประชุมขับเคลื่อนระบบ  
12 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร  
13 (อปสข.) และ คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓  
14 กรุงเทพมหานคร (อคม.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (Retreat) ในระหว่างวันที่ ๑๓-๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖  
15 ณ เดอะคาวาลิคาซ่า รีสอร์ท (The Cavalli Casa Resort) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

16       ที่ประชุม มีข้อสรุปในการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ใน  
17 ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ดังนี้

18  
19 **ประเด็นการพิจารณา**

20       เสนอคณะอนุกรรมการฯ เพื่อพิจารณาเห็นชอบข้อเสนอในการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
21 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ดังนี้

22 **๑. เห็นชอบตามข้อเสนอการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร**  
23 **ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ใน ๕ ประเด็น ตามที่เสนอ โดยให้มีหลักการ ดังนี้**

24       **๑.๑ การบริหารเครือข่ายและการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก**

25       ๑.๑.๑ ให้คงรูปแบบการจัดเครือข่ายบริการผู้ป่วยนอก โมเดล ๕ โดยให้ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการ  
26 ประจำ กำกับดูแลหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย โดยให้อปสข.กทม.ร่วมกับสำนักอนามัยพิจารณาจัดตั้งกลไกในรูปคณะทำงานฯ  
27 ที่ทำให้เกิดเอกภาพในเครือข่ายและให้มีการประชุมเป็นการประจำไม่ต่ำกว่า ๒ เดือนครั้งโดยให้ผู้อำนวยการศูนย์บริการ  
28 สาธารณสุข และ ผู้แทนคลินิกปฐมภูมิในแต่ละเครือข่ายเป็นประธานร่วมกัน และให้บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุขและ  
29 ผู้แทนคลินิกปฐมภูมิเป็นเลขานุการร่วมกัน ทั้งนี้ให้สปสข.จัดหานักวิชาการไปติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของ  
30 คณะทำงานฯ

31       ๑.๑.๒ ให้มีกลไกการวิเคราะห์รายละเอียดการจ่ายชดเชยค่าบริการ (Payment Mechanism) โดยการจัดตั้ง  
32 คณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยนอก ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้มีตัวแทนของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อ  
33 นักวิชาการ และสปสข.เป็นคณะทำงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลในการเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายหรือระบบสนับสนุน  
34 ทางการเงินให้กับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และรับส่งต่อ

1 **๑.๒ การเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค**

2 ๑.๒.๑ ให้มีกลไกทางการเงินที่เชื่อมโยงระหว่างบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P service) กับงบกองทุน  
3 หลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร(กปท.) ให้เกิดระบบข้อมูลที่สมบูรณ์ และให้เกิดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน  
4 โรคในชุมชนที่เข้มแข็งและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง  
5 เสริมสุขภาพ (สสส.)

6 ๑.๒.๒ ให้สปสข.เร่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ที่สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน  
7 โรค โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้เสร็จใน ๓ เดือน ทั้งการสำรวจสถานะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน (Health Survey)  
8 เยี่ยมบ้าน(Home visit) และงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ( Home Health Care) และเชื่อมโยงกับระบบ HIS ของ  
9 คลินิก และระบบ E claim ด้วย

10 ๑.๒.๓ ให้มีการกำหนดอัตราและรูปแบบการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการสำรวจครัวเรือนที่มีการดำเนินการเป็น  
11 การประจำ

12 ๑.๒.๔ สปสข.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก ๒-๓ เดือน

13 **๑.๓ การจัดให้มีหน่วยบริการทุกระดับให้เพียงพอ**

14 ๑.๓.๑ เพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิและ ยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีความพร้อมให้  
15 เป็น Super PCU โดยให้สปสข.พัฒนาระบบและอัตราการเบิกจ่ายที่เป็นการเฉพาะ

16 ๑.๓.๒ เพิ่มหน่วยบริการรับส่งต่อตามนโยบาย ๕๐ รพ. ๕๐ เขต

17 ๑.๓.๓ สนับสนุนระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างรพ.และหน่วยบริการปฐมภูมิ (Sharing of personal health  
18 record) โดยพิจารณาใช้ระบบHealth link ของ BDI หรือระบบอื่นตามความเหมาะสม โดยให้คณะทำงานพัฒนาระบบบริการ  
19 ทุกๆ ดำเนินการร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิฯด้วย

20 **๑.๔ เพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง**

21 ๑.๔.๑ มอบสปสข.เขต ๑๓ กทม. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน อาทิ  
22 โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิก ให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน / คนไทยตกหล่น ได้เข้าสู่  
23 ระบบการพิสูจน์สถานะทางทะเบียน และเข้าถึงบริการสาธารณสุข

24 ๑.๔.๒ มอบสปสข.เขต ๑๓ กทม. ประสานงานกับทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ในการเพิ่มการเข้าถึง  
25 งานสร้างเสริมสุขภาพ LTC ในเรือนจำ และการขอรับงบประมาณ กปท.ผ่านทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

26  
27 ๒. มอบสปสข.เขต ๑๓ กทม. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก  
28 การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และมอบคณะทำงานฯเร่ง  
29 ดำเนินการตามข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดสรรและจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริม  
30 สุขภาพและป้องกัน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เสนอต่ออปสข. ดังนี้

31  
32 (ร่าง) คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพ  
33 และป้องกันโรคในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร  
34 โดยมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ดังนี้

## 1 องค์ประกอบ

- |    |   |                  |
|----|---|------------------|
| 2  | ๑. พล.อ.นพ.เอกจิต ช่างหล่อ                                      | ที่ปรึกษา        |
| 3  | ๒. ผศ.นพ.สนั่น วิสุทธีศักดิ์ชัย                                 | ประธาน           |
| 4  | ๓. พญ.สุพัตรา ศรีวัฒนชชากร                                      | คณะทำงาน         |
| 5  | ๔. นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์                                     | คณะทำงาน         |
| 6  | ๕. ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักงานามัยหรือผู้แทน | คณะทำงาน         |
| 7  | ๖. ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น ๒ ท่าน                               | คณะทำงาน         |
| 8  | ๗. ผู้อำนวยการสถาบันข้อมูลขนาดใหญ่ (องค์การมหาชน) หรือผู้แทน    | คณะทำงาน         |
| 9  | ๘. ผู้อำนวยการฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ สปสช.        | คณะทำงาน         |
| 10 | ๙. ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม สปสช.เขต ๑๓ กทม.    | เลขานุการ        |
| 11 | ๑๐. ผู้แทนจากฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ สปสช.         | ผู้ช่วยเลขานุการ |

## 12 บทบาทหน้าที่

- 13 ๑. ศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพและ
- 14 ป้องกันโรคในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร
- 15 ๒. ให้ข้อเสนอแนะต่อการวางแผน และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วย
- 16 บริการ ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในเขต
- 17 พื้นที่ กรุงเทพมหานคร กรณีการตรวจสอบก่อนและหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข
- 18 ๓. ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เกี่ยวกับหลักเกณฑ์การบริหารกองทุน และประเด็นที่เกี่ยวข้อง กรณีข้อมูล
- 19 การเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่
- 20 กรุงเทพมหานคร ต่อคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
- 21 ๔. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

## 23 มติที่ประชุม

- 24 ๑. เห็นชอบตามข้อเสนอการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 25 ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ตามที่เสนอ ดังนี้
- 26 ๑.๑ การบริหารเครือข่ายและการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก
- 27 ๑.๑.๑ ให้คงรูปแบบการจัดเครือข่ายบริการผู้ป่วยนอก โมเดล ๕ โดยให้ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็น
- 28 หน่วยบริการประจำ กำกับดูแลหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย โดยให้อปสช.กทม.ร่วมกับสำนักอนามัยพิจารณาจัดตั้ง
- 29 กลไกในรูปคณะทำงานฯที่ทำให้เกิดเอกภาพในเครือข่ายและให้มีการประชุมเป็นการประจำไม่ต่ำกว่า ๒ เดือนครั้ง
- 30 โดยให้ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข และ ผู้แทนคลินิกปฐมภูมิในแต่ละเครือข่ายเป็นประธานร่วมกัน และ
- 31 ให้บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้แทนคลินิกปฐมภูมิเป็นเลขานุการร่วมกัน ทั้งนี้ให้สปสช.จัดหา
- 32 นักวิชาการไปติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานฯ
- 33 ๑.๑.๒ ให้มีกลไกการวิเคราะห์รายละเอียดการจ่ายชดเชยค่าบริการ (Payment Mechanism) โดยการ
- 34 จัดตั้งคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยนอก ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้มีตัวแทนของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วย
- 35 บริการรับส่งต่อ นักวิชาการ และสปสช.เป็นคณะทำงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลในการเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการ
- 36 เบิกจ่ายหรือระบบสนับสนุนทางการเงินให้กับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และรับส่งต่อ



- 1            ๑.๒ การเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 2            ๑.๒.๑ ให้มีกลไกทางการเงินที่เชื่อมโยงระหว่างบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P service) กับ
- 3            บกกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร(กปท.) ให้เกิดระบบข้อมูลที่สมบูรณ์ และให้เกิดบริการสร้างเสริม
- 4            สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนที่เข้มแข็งและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงาน
- 5            กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 6            ๑.๒.๒ ให้สปสช.เร่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ที่สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
- 7            และป้องกันโรค โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้เสร็จใน ๓ เดือน ทั้งการสำรวจสภาวะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน
- 8            (Health Survey) เยี่ยมบ้าน(Home visit) และงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ( Home Health Care) และ
- 9            เชื่อมโยงกับระบบ HIS ของคลินิก และระบบ E claim ด้วย
- 10           ๑.๒.๓ ให้มีการกำหนดอัตราและรูปแบบการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการสำรวจครัวเรือนที่มีการ
- 11           ดำเนินการเป็นการประจำ
- 12           ๑.๒.๔ สปสช.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก ๒-๓ เดือน
- 13           ๑.๓ การจัดให้มีหน่วยบริการทุกระดับให้เพียงพอ
- 14           ๑.๓.๑ เพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิและ ยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีความ
- 15           พร้อมให้เป็น Super PCU โดยให้สปสช.พัฒนาระบบและอัตราค่าบริการเบิกจ่ายที่เป็นการเฉพาะ
- 16           ๑.๓.๒ เพิ่มหน่วยบริการรับส่งต่อตามนโยบาย ๕๐ รพ. ๕๐ เขต
- 17           ๑.๓.๓ สนับสนุนระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างรพ.และหน่วยบริการปฐมภูมิ (Sharing of personal
- 18           health record) โดยพิจารณาใช้ระบบHealth link ของ BDI หรือระบบอื่นตามความเหมาะสม โดยให้คณะทำงาน
- 19           พัฒนาระบบบริการทุติย ดำเนินการร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิฯด้วย
- 20           ๑.๔ เพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง
- 21           ๑.๔.๑ มอบสปสช.เขต ๑๓ กทม. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน อาทิ
- 22           โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิก ให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน / คนไทยตกหล่น ได้เข้าสู่
- 23           ระบบการพิสูจน์สถานะทางทะเบียน และเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- 24           ๑.๔.๒ มอบสปสช.เขต ๑๓ กทม. ประสานงานกับทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ในการเพิ่มการเข้าถึง
- 25           งานสร้างเสริมสุขภาพ LTC ในเรือนจำ และการขอรับงบประมาณ กปท.ผ่านทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
- 26           ๑.๕ มอบสปสช.เขต ๑๓ กทม. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการ
- 27           ผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และมอบคณะทำงานฯ
- 28           เร่งดำเนินการตามข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดสรรและจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริม
- 29           สุขภาพและป้องกันในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร เสนอต่ออปสช.
- 30           ๒. มอบสปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร วางแผนปฏิบัติการ (Action Plan) กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ชัดเจน
- 31           และนำเสนอในระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับ เขตพื้นที่ เขต ๑๓
- 32           กรุงเทพมหานคร เดือนธันวาคม ๒๕๖๖
- 33           ๓. มอบสปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนฯ พร้อมทั้งรายงานความคืบหน้า
- 34           ต่อที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับ เขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ทุกเดือน
- 35           ๔. มอบคณะทำงานภายใต้อปสช.ทุกคณะดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้อง
- 36           ๕. รับรองมติที่ประชุมและให้ดำเนินการได้ทันที
- 37

1 ระเบียบวาระที่ ๕.๒ ข้อเสนอหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้าน  
2 และชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

### 3 ความเป็นมา

4 ๑. มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร  
5 ครั้งที่ ๘/๒๕๖๖ วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๖ ให้สปสช.กทม.ไปพัฒนากลไกสนับสนุนทางการเงินให้เกิดHealth  
6 survey เพื่อให้สามารถจัดบริการP&Pเชิงรุก ได้ดีขึ้น

7 ๒. มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่  
8 ๙/๒๕๖๖ วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ รับทราบรายงานการจัดทำข้อเสนอปรับแก้ไข(ร่าง) ประกาศสำนักงาน  
9 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและ  
10 ป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๖ (ฉบับที่๓)

11 ๓. ผลสรุปการประชุมประชุมขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของ อปสช.และ อคม. พื้นที่  
12 กทม.(Retreat) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เสนอให้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

13 ๓.๑ ให้มีกลไกทางการเงินที่เชื่อมโยงระหว่างบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P service) กับงบ  
14 กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร(กปท.) ให้เกิดระบบข้อมูลที่สมบูรณ์ และให้เกิดบริการสร้างเสริม  
15 สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนที่เข้มแข็งและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงาน  
16 กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

17 ๓.๒ ให้สปสช.เร่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ที่สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน  
18 โรค โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้เสร็จใน ๓ เดือน ทั้งการสำรวจสถานะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน (Health Survey)  
19 เยี่ยมบ้าน(Home visit) และงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ( Home Health Care) และเชื่อมโยงกับระบบ HIS ของ  
20 คลินิก และระบบ E claim ด้วย

21 ๓.๓ ให้มีการกำหนดอัตราและรูปแบบการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการสำรวจครัวเรือนที่มีการดำเนินการเป็น  
22 การประจำ

23 ๓.๔ สปสช.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก ๒-๓ เดือน

### 24 ประเด็นการพิจารณา

25 ข้อเสนอ หลักเกณฑ์เงื่อนไขการบริการและการจ่ายชดเชยบริการสร้างเสริมและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชน  
26 เพื่อเสนอปรับประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี  
27 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๖ (ฉบับที่๓)  
28 ในรายการบริการสร้างเสริมและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชน

### 29 บริการสร้างเสริมและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชน

#### 30 กลุ่มเป้าหมายของหน่วยบริการ

31 คนไทยที่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลักทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่ที่หน่วยบริการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ  
32 ดูแลสุขภาพประชาชน

#### 33 คุณสมบัติของหน่วยบริการ

34 ๑. เป็นหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามพรบ.สุขภาพ  
35 ปฐมภูมิ และมีความมีความพร้อมในการจัดบริการเยี่ยมบ้าน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

36 ๒. หน่วยบริการได้รับมอบหมายพื้นที่และประชาชากรให้รับผิดชอบ

37

### ขั้นตอนการให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชน

รายงาน  
FM-7.71

สำรวจครอบครัว / ชุมชน : Health

จัดทำทะเบียน จำแนกกลุ่มเป้าหมาย

- 1
- 2
- 3
- 4

ห้ามทำซ้ำ

1 **กิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายการบริการ**

- 2 ๑. **สำรวจสภาวะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน/บุคคล และ คัดกรองสุขภาพตามกลุ่มวัย**  
 3 ๑.๑ **สำรวจและประเมินสภาวะสุขภาพ ระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล**  
 4 ๑.๒ **คัดกรองสุขภาพตามกลุ่มวัย**  
 5 ๑.๓ **จัดทำFamily Folder และแผนการดูแลสุขภาพ**  
 6 ๑.๔ **จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย แผนการดูแลสุขภาพและระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการตาม**

7 **ความจำเป็นของแต่ละบุคคล**

8 **๒. บริการเยี่ยมบ้าน**

- 9 ๒.๑ **บริการเยี่ยมบ้าน ประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ โดยเน้น ๕**

10 **กลุ่มเป้าหมาย**

- 11 - **กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด**  
 12 - **เด็กแรกเกิดถึงอายุ ๕ ปี**  
 13 - **ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป**  
 14 - **กลุ่มเปราะบาง ได้แก่ คนพิการ และพระสงฆ์**  
 15 - **กลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคติดต่อ มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมเสี่ยง**

16 ๒.๒ **บริการเยี่ยมบ้านกลุ่มที่มีความจำเป็นโดยทีมสหวิชาชีพ โดยลงเยี่ยมดูแลตาม แผนการดูแล**  
 17 **รายบุคคล เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องมีการติดตามดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน**

18 **เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยบริการ**

19 **จ่ายตามรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค( P&P Fee Schedule)**

| ลำดับที่ | รายการบริการ   | อัตราชดเชย<br>บริการ                             | เงื่อนไข  | หมายเหตุ  |
|----------|--|--|---|---|
| ๑        | <b>สำรวจสภาวะสุขภาพ<br/>ครอบครัว/ชุมชน<br/>และคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น<br/>ตามกลุ่มวัย</b>                                       | <b>๑๐๐ บาท ต่อ<br/>คน</b>                        | <b>๑ ครั้งต่อ ๓ปี</b>   | <b>รายการที่เสนอ<br/>เพิ่มเติม</b>                        |
| ๒        | <b>บริการเยี่ยมบ้าน</b><br>- <b>กลุ่มเสี่ยง</b><br>- <b>กลุ่มที่มีความจำเป็นต้อง<br/>ได้รับการดูแลที่บ้านโดยสห<br/>วิชาชีพ</b> | <b>๑๕๐ บาทต่อครั้ง</b><br><b>๕๐๐ บาทต่อครั้ง</b> | <b>ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อ<br/>เดือน และไม่เกิน<br/>๑๐ ครั้งต่อคนต่อปี</b> | <b>อยู่ในรายการ<br/>P&amp;P Fee<br/>Schedule<br/>เดิม</b> |

20

21 **มติที่ประชุม**

22 ๑. **เห็นชอบอัตราการจ่ายตามรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค( P&P Fee Schedule) สำรวจ**  
 23 **สภาวะสุขภาพครอบครัว/ชุมชนและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นตามกลุ่มวัย อัตราชดเชย ๑๐๐ บาทต่อคน**  
 24 **ต่อ ๓ ปี**

25 ๒. **มอบสปสช.เขต ๑๓ กทม.เร่งดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป**

26 ๓. **รับรองมติในที่ประชุมและให้ดำเนินการทันที**

1 ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

2 ๖.๑ วาระอื่นๆ

3 ๖.๑.๑ ข้อเสนอจากผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่นมีความห่วงกังวลการดำเนินงานตามสัญญาบริการฯกับสปสช.

4 มติที่ประชุม

- 5 - ให้สปสช.ไปพิจารณาการดำเนินการตามสัญญาบริการฯกับหน่วยบริการให้ถูกต้อง

6  
7 ๖.๑.๒ ข้อเสนอจากผู้แทนคลินิกให้พิจารณาการจ่ายค่าบริการตาม Point system เหมือนกันทั้งคลินิกและรพ.  
8 รับส่งต่อ

9 มติที่ประชุม

- 10 - มอบให้คณะทำงานฯพิจารณาและนำเสนอต่ออปสช.ในครั้งต่อไป

11  
12 ๖.๑.๓ ข้อเสนอจากผู้แทนคลินิกขอแก้ไขรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่  
13 เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๙ / ๒๕๖๖ ในวันอังคารที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ โดยขอแก้ไขมติที่ประชุมข้อที่ ๒  
14 ของวาระที่ ๓.๑ รายงานความก้าวหน้าการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณี Model ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
15 ในการประชุม

- 16 - ขอแก้ไขมติที่ประชุมในข้อที่ ๒ ดังนี้ “มีผู้เห็นด้วยจำนวน ๒ ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ปรีดา เต๋ออารักษ์ และ  
17 นายแพทย์สุนทร สุนทรชาติ และ ผู้คัดค้านไม่เห็นด้วยกับทางเลือกที่ ๑ จำนวน ๔ ท่าน ได้แก่ ผศ.แพทย์หญิงปฐมพร ศิริ  
18 ประภาศิริ ดร.แพทย์หญิงเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และ นายวิชาญ มีนชัยนันท์ จึงไม่  
19 สามารถระบุได้ว่าเป็นเสียงส่วนใหญ่เลือกทางเลือกที่ ๑”

20  
21 มติที่ประชุม

- 22 - มอบทีมเลขานุการรับข้อเสนอจากผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น ให้ทีมเลขานุการไปถอดเทปบันทึกการประชุมโดย  
23 ละเอียด และหากไม่ตรงตามถ้อยความในที่ประชุมขอให้ทีมเลขานุการปรับรายงานการประชุมให้ตรงตามเทป  
24 บันทึกการประชุม  
25 - รับรองมติในที่ประชุม ให้ดำเนินการได้ทันที

26  
27

## 1 ๖.๒ กำหนดการประชุมอปสข. กทม. ครั้งต่อไป

| ครั้งที่ประชุม | ว.ด.ป ที่ประชุม                                      | สถานที่ |
|----------------|--|---------|
| ๑๐/๒๕๖๖        | วันอังคารที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖<br>เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๒.๐๐น. |         |

2

## 3 ปิดประชุม เวลา ๑๑.๐๐ น.

4

5

นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้จัดรายงานการประชุม  
ผู้จัดการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

6

7

8

นางสาวภัทรภร กาญจนินาส ผู้ตรวจรายงานการประชุม  
ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

9

10

11

ดร.ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ผู้ทนายรายงานการประชุม  
ผู้อำนวยการเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กทม.

12

13