



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนา

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร: เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ





สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงาน

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร: เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

และ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สาขาเขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)

การประชุมเชิงปฏิบัติการ

การจัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ

เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร: เขตพื้นที่พิเศษครั้งที่ 1

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561 ณ ห้องประชุมวายุภักษ์ 7 ชั้น 5

โรงแรมเซ็นทารา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ถนนแจ้งวัฒนะ

เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

...เขตสุขภาพพิเศษ กทม...

“ประชาชนในกทม.และหน่วยบริการได้อะไร”

ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขดีขึ้น สะดวกขึ้น

ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

หน่วยบริการได้รับการชดเชยการดูแลประชาชนอย่างเหมาะสม

มีผลลัพธ์ด้านการบริการและด้านระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

คำนำ

สืบเนื่องจากการประชุมหารือของหน่วยบริการภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในการประชุมครั้งที่ 2/2560 วันที่ 8 ธันวาคม 2560 จากประเด็นปัญหาปีงบประมาณ 2560 อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในลดลงส่งผลให้หน่วยบริการภาคเอกชนในกรุงเทพมหานครขอถอนตัวออกจากระบบฯ ส่งผลกระทบต่อจำนวนหน่วยบริการรับส่งต่อไม่เพียงพอ นอกเหนือจากมติข้อเสนอเรื่องการเงินการคลัง ที่ประชุมได้มีมติให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกรุงเทพมหานครจัดทำข้อเสนอการเป็นเขตพิเศษของกรุงเทพมหานครว่า “กทม. มีบริบทที่แตกต่างจากเขตอื่น เรื่องอะไร จะพิเศษเรื่องอะไร และจะเกิดอะไรที่ดีขึ้นจากการเป็นเขตพิเศษรวมถึงมีข้อเสียอะไร”

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สปลช.กทม.) จึงได้จัดดำเนินการจัดประชุมเพื่อจัดทำข้อเสนอ “เขตพื้นที่พิเศษ” จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรก วันที่ 18 มกราคม 2561 สปลช.กทม. จัดประชุมหารือรูปแบบ “เขตพิเศษ” ร่วมกับกรุงเทพมหานคร และต่อมาในครั้งที่สอง วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561 สปลช.และกรุงเทพมหานคร จัดประชุมวิชาการในรูปแบบของการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการจัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร : เขตพื้นที่พิเศษ ผู้ร่วมประชุม ประกอบด้วย ประธานคณะอนุกรรมการรวมทั้งคณะทำงานฯ ชุดต่างๆ ภายใต้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร รพ.มหาวิทยาลัย รพ.รัฐต่างๆ รพ.เอกชนและคลินิกเอกชน รวมทั้งยังมีผู้แทนภาคประชาชนด้วย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้มีโอกาสรับเชิญเข้าร่วมในกระบวนการดังกล่าวของกรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่เสนอสรุปผลงานวิชาการและสังเคราะห์ความรู้ความคิดเห็นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการมาเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อเอกสาร ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร : เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ” ฉบับนี้ซึ่งเป็นเอกสารเพื่อเตรียมนำเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครต่อไป โดยเนื้อหาได้คำนึงถึงปัจจัยต่างๆ อย่างครอบคลุมรอบด้าน ได้แก่ การดูแลประชากรทั้งปวงในกรุงเทพมหานครกว่าแปดล้านคน การเชื่อมโยงภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นพิเศษที่มีกฎหมายเฉพาะ บทบาทการบริหารการเงินและอื่นๆ ของสปลช. บทบาทของหน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชน บทบาทการเสริมคุณภาพชีวิตของสสส. การบริหารองค์กรภาครัฐแบบใหม่ ฯลฯ โดยหวังว่ามาตรการที่เสนอทั้งสามด้าน 16 ข้อ น่าจะสามารถประยุกต์ไปดำเนินการ ให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร : เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

มีนาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	1
ข้อแตกต่างระหว่าง เขต 13 (กทม.) กับ 12 เขตสุขภาพ	4
ที่มาของการจัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร: เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ	6
รูปแบบ แนวทาง และระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจและการบริหารราชการท้องถิ่นพิเศษ	7
สรุปข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร : เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ	18
 ภาคผนวก	
รายชื่อผู้ร่วมประชุม วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561	22
รายชื่อผู้ร่วมประชุม วันที่ 18 มกราคม 2561	25
ข้อเสนอจากการประชุมร่วมกันระหว่างกรุงเทพมหานครและสปสช.กทม.วันที่ 18 มกราคม 2561	27
ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตกทม. (กลุ่มที่ 1) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561	30
ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตกทม. (กลุ่มที่ 2) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561	33
ข้อเสนอการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กลุ่มที่ 3) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561	35
ข้อเสนอการบริหารจัดการกองทุนสำนักงานสาขากทม. (กลุ่มที่ 4) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561	37
รายชื่อคณะผู้จัดทำรายงาน	41

บทสรุปผู้บริหาร

รายงาน “ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร: เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ” ฉบับนี้ เป็นการสังเคราะห์ความรู้ความคิดเห็นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร : เขตพื้นที่พิเศษ ในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561 ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ผู้ร่วมประชุม ประกอบด้วย คณะทำงานภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น ผู้แทนภาคประชาชน ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้บริหาร บุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

จากการประชุมดังกล่าวสามารถสรุป “ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร : เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ” ได้เป็น “ข้อเสนอ 3 ด้าน 16 มาตรการ” คือ ด้านอภิบาลระบบสุขภาพ ด้านการเงินการคลัง และด้านระบบบริการ ดังนี้

1. ขอให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในกรุงเทพมหานคร (กขป.เขต 13) เป็นกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ถือเป็น Area Health board รองรับ/เชื่อมโยงกับ National Health Board ทั้งนี้ขอให้ใช้แนวคิดประชารัฐและหลักการ Public Private Partnership ร่วมด้วย
2. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority ซึ่งรับผิดชอบเรื่องสุขภาพทุกพื้นที่รวมถึงกรุงเทพมหานครทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับกรุงเทพมหานคร (Bangkok Metropolitan Administration: BMA) ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจรับผิดชอบดำเนินการกิจการทุกประเภทรวมทั้งด้านสาธารณสุขภายใต้พระราชบัญญัติกรุงเทพมหานคร
3. เสริมสร้างกลไกความร่วมมือให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ทั้งระหว่างกทม. (BMA) กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นไปด้วยดีในช่วง 2ปีที่ผ่านมา เช่น การหารือร่วมกันจัดการข้อมูลร่วมกันกับสปสช. และระหว่าง สปสช. กับกทม. (BMA) ซึ่งมีกลไกความร่วมมือผ่าน อปสช.กทม.และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตกรุงเทพมหานคร และความเห็นจากความร่วมมือเหล่านี้สามารถส่งข้อเสนอต่างๆ ไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหรือคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
4. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข มอบอำนาจเพิ่มเติมให้ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.(ศบส.) ดังเช่นการมอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในภูมิภาค เช่น การอนุญาต/ต่ออายุ/การตรวจคุณภาพสถานพยาบาลเอกชนในกทม.
5. ขอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ของกทม.ทำงานร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขต เพื่อให้มีกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มเติมจากการบริการได้ภายใต้บริบทแต่ละเขตของกทม. เช่น การส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน คนตาบอดสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยใช้ไม้เท้าขาว การส่งเสริมการออกกำลังกาย
6. สนับสนุนให้มีระบบแพทย์ใช้ทุน พยาบาลใช้ทุน เพื่อไปทำงานใน remote area และสาขาที่จำเป็นซึ่งปัจจุบันมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชเริ่มดำเนินการแล้ว
7. ขอให้มีการศึกษาวิจัยพิจารณารูปแบบสหการการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะเป็นนิติบุคคลของกทม. (BMA) จะสามารถเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานต่างๆ ในกทม. ได้อย่างคล่องตัวกว่าราชการและมีความชัดเจนกว่าในการประสานงานเพื่อให้เป็นทางเลือกดำเนินการต่อไปในอนาคต โดยมีตัวอย่างการศึกษา

ของศ.ดร.สุพล นิธิไกรพนธ์ จากความต้องการของกระทรวงคมนาคม กรณี สหการ ขสมก. (โครงการศึกษาความเหมาะสมในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและแผนการดำเนินงานในการโอนกิจการขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพให้ กรุงเทพมหานคร โดย สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)

8. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบอำนาจให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สปสช.กทม.) ในการบริหารจัดการและบริหารงบประมาณอย่างเป็นพิเศษ ได้แก่

- สามารถเปลี่ยนเงินข้ามประเภท ทั้งนี้โดยไม่กระทบวัตถุประสงค์การเข้าถึง/ความครอบคลุมของการบริการแต่ละประเภท เช่น เมื่อส่งเสริมการเข้าถึงรวมทั้งการจัดบริการเชิงรุกสำหรับการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion Prevention: PP) ได้เต็มที่แล้วจะสามารถเปลี่ยนเงินที่เหลือไปสนับสนุนการบริการผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยในเฉพาะกรณีที่เป็น

- ปรับเปลี่ยนค่าเสื่อมไปเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอกค่าบริการผู้ป่วยในให้สอดคล้องกับภาระการบริการ
- ปรับปรุงการชดเชยบริการเด็กทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นประชากรยังไม่มีที่อยู่ขณะแรกเกิด แต่ส่วนใหญ่มาเกิดที่รพ.พื้นที่ในกทม. ให้เป็นภาระการชดเชยของกองทุนสปสช. ระดับประเทศและไม่ใช้ภาระของกองทุนเขตใดเขตหนึ่ง รวมทั้งไม่ใช้ภาระการชดเชยของกองทุนสปสช.เขตกทม.ด้วย

- ปรับปรุงการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก ให้ชดเชยด้วย fee schedule โดยเริ่มต้นรองรับบริการฉุกเฉินและรองรับการบริการที่เกินความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่ง fee schedule จะกำหนดทั้งมาตรฐานการบริการเงื่อนไขการบริการและอัตราชดเชย

9. ส่งเสริมการขยายการบริการภาครัฐให้เล็ก/ลดภาระ โดยยกเลิกการนำตัวเลขค่าแรงมาหักจากค่าชดเชยบริการของหน่วยบริการภาครัฐในกทม. ซึ่งปัจจุบันมีการหักค่าแรงมากน้อยตามปริมาณบริการ (ปี 2561 จำนวนที่นำมาหักคือ 1,042 ล้านบาท)

10. มุ่งบกลาง hardship สำหรับ remote area ของกทม.เพื่อพัฒนาหน่วยบริการภาครัฐหรือมีการจูงใจให้เอกชนตัดสินใจลงทุนบริการ

11. ขอให้กรุงเทพมหานคร (BMA) สนับสนุนเงินเพื่อการสาธารณสุขเพิ่มเติมเช่นเดียวกับกรณีการสนับสนุนการศึกษา

12. ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนงบประมาณแก่คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) เพื่อจะได้บูรณาการงานกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตกรุงเทพมหานครขับเคลื่อนให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ (Health literacy) เกิดพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปกับการบริการ PP เช่น รณรงค์ลดความอ้วนควบคู่ไปกับการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพื่อให้มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีจำนวนลดน้อยลงและผู้ป่วยเบาหวานลด/เลิกการใช้ยาได้ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ/คนพิการ การส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งที่บ้านที่ทำงาน คนตาบอดสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยใช้ไม้เท้าขาว การส่งเสริมการออกกำลังกาย

13. ขอให้พัฒนา สปสช.เขตกทม. ให้มีขีดความสามารถในการทำหน้าที่ในการคำนวณงบฯขึ้นเองจนถึงการกระจายงบฯลงทุกประเภท

14. กำหนดให้มีโรงพยาบาลประจำเขตปกครองของกทม.เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการผู้ป่วยในสำหรับประชาชนในพื้นที่นั้นๆและเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีมติคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนรองรับรวมทั้งขอให้ BMA ให้การสนับสนุน/อุดหนุนภารกิจตามความรับผิดชอบโดยอาจกำหนดความรับผิดชอบต่อ catchment citizen เช่น ตัวอย่าง UCEP ซึ่งแบ่งเป็น 9 โซนรับผิดชอบชัดเจน

สำหรับกรณีทั่วไป อปสข. กทม.เคยมีการแบ่งเป็น 14 กลุ่มเขต (โซน) ซึ่งอาจนำมาพิจารณาใช้ในการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบได้

15. กำหนดนโยบายรัฐและเอกชนร่วมมือเป็นหนึ่งเดียวในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค (PP) เพื่อจัดบริการ PP ให้ครอบคลุมมากขึ้น ได้แก่ การปรับระเบียบให้ภาคเอกชน เช่น รพ. เอกชน คลินิกเอกชน ร้านยาคุณภาพ สามารถจัดบริการเชิงรุกในสถานประกอบการและเบิกได้ การจัดสิทธิประโยชน์ PP ให้เชื่อมโยงกับประกันสังคม การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้สิทธิ PP การพัฒนารายละเอียดและเงื่อนไขสำหรับหน่วยบริการที่รับ OP ประกันสังคมต้องรับให้บริการ PP ด้วย

16. เพิ่มหน่วยบริการในลักษณะ Primary Care Cluster (PCC) ให้ครอบคลุม 50 เขตปกครองภายในกทม. โดย BMA สนับสนุนเช่นเดียวกับที่สนับสนุนการศึกษา ทั้งนี้ในการเพิ่มบุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุขนั้น ควรถอดบทเรียนจากกรณีการมีนักจิตวิทยาคลินิกในศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเริ่มต้นจากการให้สปสข.กทม. ซื้อบริการจากสถาบันราชานุกูล

ข้อแตกต่างระหว่าง เขต 13 (กทม.) กับ 12 เขตสุขภาพ

หลักการ	12 เขตสุขภาพ	เขต 13 (กทม.)
1. ข้อกำหนดจากรัฐบาล	เขตปกติ	เป็นเขตปกครองพิเศษของประเทศ เป็น “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบพิเศษ และมี พระราชบัญญัติระเบียบบริหาร ราชการกรุงเทพมหานคร
2. ลักษณะทางภูมิศาสตร์	ประกอบด้วยจังหวัด ต่างๆ 4-9 จังหวัดในแต่ละ เขต	เป็นเขตที่มีจังหวัดเดียว แต่แบ่งเป็น 6 โซน จำนวนประชากรแต่ละโซน เทียบเคียงระดับจังหวัด เช่น โซน กรุงเทพมหานคร มีประชากร 8 แสน เทียบเท่าจังหวัดลำปาง นครพนม ลพบุรี กาญจนบุรี ดังนั้น 6 โซน เทียบเท่า 6 จังหวัด ประชากรแต่ละโซน อาจมีความแตกต่างกันใน ด้านต่างๆ
3. ประชาชนในกทม.ทุกสิทธิ	แต่ละเขต มีประชากร ทุกสิทธิ เขตละ ประมาณ 4-5 ล้านคน	ประชากรทุกสิทธิ 8,081,472 คน ซึ่งเป็นประชากรทะเบียนราษฎร 5,986,722 คน (จากปี 2560) และประชากรที่มีสิทธิ UC ในกทม. คิดเป็นประมาณ 48% ของผู้มีสิทธิ รักษาพยาบาลในกทม.ทั้งหมด
4. ผู้บริหารสูงสุด	ผู้ว่าราชการจังหวัด มา จากการแต่งตั้ง	ผู้ว่า กทม. มาจากการเลือกตั้งและมีระบบสภาทม.
5. การปกครอง	ข้าราชการกระทรวง สาธารณสุขขึ้นกับก.พ. ใช้พรบ. ข้าราชการพลเรือน แผนงานมาจาก นโยบาย สธ.	ข้าราชการกทม.ขึ้นกับกทม. ใช้ พรบ. ข้าราชการกทม. ผ่านสภา กทม. นโยบายมาจากผู้ว่ากทม.

หลักการ	12 เขตสุขภาพ	เขต 13 (กทม.)
6.งบประมาณ	จัดสรรจากรัฐบาล	จัดสรรจากภาษีท้องถิ่นของกทม. เช่น ภาษีป้าย ภาษีโรงเรือน งบที่ได้รับจากรัฐบาลส่วนใหญ่เป็น งบด้านการศึกษา
7.จำนวนหน่วยบริการในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	รวม 12 เขต ประมาณ 900 รพ. และหน่วย บริการปฐมภูมิ ประมาณ 10,000 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นรพ.ใน สังกัดกระทรวง สาธารณสุข	กทม. มีหน่วยบริการหลายสังกัด 1. รพ. มหาวิทยาลัย 2. รพ. สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 3. รพ. สังกัดกลาโหม 4. รพ. สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (BMA 9 แห่ง) 5. รพ. เอกชน 6. คลินิกเอกชน 7. ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (68 แห่ง)
8.การบริการปฐมภูมิ	มีโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.)	มีศูนย์บริการสาธารณสุข/ คลินิกเอกชน
9.ชุมชนสัมพันธ์	การบริการดูแลง่าย เพราะความสัมพันธ์ของ คน ต่างจังหวัดดีกว่า บริการโดย รพ.สต.	การประชาสัมพันธ์ในชุมชนยังไม่ ทั่วถึงและมีคนหลายประเภท บริการโดยศูนย์บริการสาธารณสุข
10.ประสิทธิภาพของรพ.	ตามการพัฒนาระบบ Service Plans	สูง ส่วนใหญ่เข้ามารักษา ในกทม. ด้วยโรคร้าย ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง
11.ค่าใช้จ่าย	ต่างจังหวัดค่าใช้จ่ายถูก กว่ากทม.	สูงกว่าต่างจังหวัด

ที่มาของการจัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร : เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ

ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์

ประธานอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

(อปสข.เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

สืบเนื่องจากการประชุมหารือของหน่วยบริการภาคเอกชนในระบบ UC กทม. ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 8 ธันวาคม 2560 โดยมีศ.คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ได้มีมติเห็นชอบให้ สปสข. และกรุงเทพมหานครจัดทำข้อเสนอการเป็น “เขตพิเศษ” ของกรุงเทพมหานครเพื่อนำเสนอในวาระการประชุมครั้งต่อไปในเดือนมีนาคม 2561 และต่อมามติที่ประชุม คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อปสข.กทม.) ครั้งที่ 9/2560 วันที่ 26 ธันวาคม 2560 เห็นชอบแนวทางการจัดทำข้อเสนอการเป็น “เขตพิเศษ” ดังนี้

1. ให้สปสข.กทม. จัดประชุมหารือรูปแบบร่วมกับกรุงเทพมหานครในเดือนมกราคม 2561
2. จัดประชุมวิชาการคณะทำงานชุดต่างๆภายใต้อปสข.กทม. เพื่อจัดทำรายละเอียดข้อเสนอ “เขตพิเศษ” ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2561
3. นำเสนอ “ร่างข้อเสนอเขตพื้นที่พิเศษ” ต่ออปสข.กทม. เดือนกุมภาพันธ์ 2561
4. นำเสนอ “ข้อเสนอเขตพื้นที่พิเศษ” ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการประชุมหารือของหน่วยบริการภาคเอกชนในระบบ UC กทม. ครั้งที่ 3 ในเดือนมีนาคม 2561

จึงเป็นที่มาของการจัดประชุมวิชาการในวันนี้ โดยมีนักวิชาการและคณะทำงาน 4 คณะ ได้แก่

- 1) คณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตกทม.
- 2) คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตกทม.
- 3) คณะทำงานพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 4) คณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขา กรุงเทพมหานคร (CFO) ระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร: เขตพื้นที่พิเศษ

รูปแบบ แนวทาง และระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผศ.นพ.วินัย สีสmith
ที่ปรึกษาสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

1. Area Health Paradigm

ความเป็นมาของเขตสุขภาพเริ่มขึ้นก่อนปีค.ศ.1991 โดยประเทศอังกฤษจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) เพราะงบประมาณมีจำกัดได้จัดตั้งระบบสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ซึ่งแยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกันเขตสุขภาพรับบทบาทบริหารจัดการบริการและการคลังสุขภาพ ถือเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ (health system reform) และจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) แนวคิดเขตสุขภาพแพร่ไปสู่ประเทศนิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย แนวคิดเขตสุขภาพกำหนดให้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (area health board) ขึ้นเพื่อบริหารและอภิบาลระบบ (governance) โดยหวังว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพคุณภาพและสร้างความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ อังกฤษได้ปรับเขตสุขภาพให้เกิดการบูรณาการมีบริการผสมผสานทั้งบริการส่วนบุคคลการสาธารณสุขและบริการสังคมให้ใกล้ชิดผู้รับบริการมีการซื้อและจัดบริการระดับพื้นที่ (locality purchasing and provision) เรียกว่าเป็นการกำหนดให้ทำ commissioning โดยคณะกรรมการที่มีอิสระบริหารจัดการเขตสุขภาพ แนวคิดเขตสุขภาพยังแพร่กระจายไปสู่กลุ่มประเทศนอร์ดิกที่มีการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทด้านสุขภาพจึงเป็นบทบาทสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวคิดเขตสุขภาพจึงได้ถูกนำไปพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศประเทศนอร์ดิกอย่างชัดเจน โดยนอร์ดิกปฏิรูประบบสุขภาพจากเดิมที่เป็นบทบาทสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมานานเปลี่ยนแปลงการกระจายอำนาจเดิมเป็นสู่การกระจายอำนาจให้กลุ่มคณะกรรมการอิสระในกำกับของรัฐ ส่วนสวีเดนได้รวมเขตบริการของอปท.มาเป็นจัดเขตสุขภาพโดยอปท.หลายๆแห่งมารวมกันในเขตสุขภาพเดียวกัน เห็นได้ชัดเจนว่าเขตสุขภาพมีการพัฒนาจากแนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการแบบ Integrated Health Services ร่วมกับแนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการอภิบาลระบบ (system governance) แนวคิดเขตสุขภาพยังแพร่กระจายไปสู่ประเทศระบบประกันสังคมอย่างเช่นประเทศเกาหลีได้กำหนดให้จัดระบบบริการและการส่งต่อให้เป็นเขตพื้นที่การแพทย์ปฐมภูมิกับเขตพื้นที่การแพทย์ตติยภูมิ

สำหรับประเทศไทย เขตสุขภาพ คือ ระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยมีพื้นที่และประชากรรับผิดชอบชัดเจนมีระบบซื้อและจัดบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ และจัดบริการผสมผสานทั้งส่วนบุคคล (Personal Care) โรงพยาบาล (Hospital Care) การสาธารณสุข (Public Health) และสังคม (Social Care)

2. แนวคิดการดำเนินงานเขตสุขภาพ

แนวคิดพื้นฐานสำคัญ 3 ประการที่ประกอบกันสำหรับการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่หรือที่เรียกว่า เขตสุขภาพ คือ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (health care decentralization) การอภิบาลระบบ (system governance) และการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) ทั้ง 3 แนวคิด มีรายละเอียด ดังนี้

1) การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีความหมายเข้าใจแตกต่างกันเป็นทั้งเป้าหมาย (end) และกลวิธี (mechanism) การกระจายอำนาจมีความหมายว่า “เป็นการโอนอำนาจการวางแผนการตัดสินใจและการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมรัฐจากระดับชาติสู่องค์กรหรือหน่วยงานที่อยู่ระดับต่ำกว่ารวมถึงการโอนอำนาจจากข้าราชการรัฐ

สู่คณะกรรมการอิสระและยังหมายความว่ารัฐยอมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจนถึงกำกับดูแลเพื่อจะบรรลุสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าโดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการเมืองและการจัดสรรทรัพยากรที่ดี” ความหมายของการกระจายอำนาจมุ่งเน้นที่กระจายอำนาจด้านกระบวนการ (functional decentralization) มากกว่าการกระจายอำนาจเชิงภูมิศาสตร์แบบการปกครอง (areal decentralization)

การกระจายอำนาจมีหลายรูปแบบที่พบได้ในการดำเนินงานเขตสุขภาพพบได้ 2 รูปแบบคือการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เรียกว่า Devolution และการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรอิสระในกำกับของรัฐ (semi-autonomous body) รูปแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพหรือบอร์ดที่ชื่อว่า Delegation หรือเป็นระบบเขตสุขภาพเรียกชื่อเจาะจงว่า Regionalization Devolution เป็นการกระจายอำนาจเชิงแนวดิ่ง (vertical decentralization) ออกนอกภาครัฐเดิมไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ Delegation หรือ Regionalization นั้นยังคงอยู่ในองค์กรเดิมแต่กระจายอำนาจเชิงระนาบ (horizontal decentralization) สายบังคับบัญชาจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นการประสานงานแทนการสั่งการแบบบังคับบัญชาสายตรง ซึ่งต่างกับรูปแบบ Deconcentration ที่เป็นการกระจายอำนาจแก่หน่วยงานในสังกัดตนเองเชิงแนวดิ่ง (vertical decentralization) ดังเช่น กระทรวงสาธารณสุขเองที่มอบอำนาจให้แก่หน่วยงานเช่นโรงพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิมยังคงเป็นการกระจายอำนาจรูปแบบ Deconcentration เพราะอำนาจการตัดสินใจยังคงดำรงในกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนรูปแบบ Privatization นั้นเป็นการขายโอนให้เอกชนดำเนินการซึ่งอังกฤษเป็นประเทศแรกที่ได้นำมาใช้กับหน่วยงานรัฐบางหน่วยงานเพื่อลดภาระการดูแลแต่สำหรับระบบสุขภาพที่พบบ่อยได้แก่การจ้างเอกชนดำเนินการในบริการที่เป็นลักษณะสนับสนุนเช่นการจ้างทำอาหารและซักரிดโดยภาคเอกชนหรือที่เรียกว่า contract out หรือ out-source

3. ข้อดีข้อเสียของระบบเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ สามารถสร้างข้อดีแก่ระบบสุขภาพหลายประการ คือ ในด้านการบริการสามารถจัดบริการแก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกบริการแบบบูรณาการตั้งแต่บริการส่วนบุคคล เช่น การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น บริการโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและในการสาธารณสุขโดยเฉพาะการป้องกันโรคระบาดและภัยพิบัติรวมทั้งบริการสังคมที่สนับสนุนเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น การดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ การบริการที่จัดในเขตสุขภาพสามารถสะท้อนความต้องการประชาชนเพราะการจัดบริการใกล้ชิดประชาชนใช้ปัญหาในพื้นที่เป็นตัวตั้ง การจัดบริการที่มีในเขตสุขภาพจะทำให้ประชาชนเข้าใจและมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ที่ครอบคลุมทุกคนเขตสุขภาพที่มีคณะกรรมการดูแลจะสามารถวางแผนการบริการและการคลังได้จึงควบคุมค่าใช้จ่ายและต้นทุนบริการได้ดีขึ้นคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มคนในพื้นที่ย่อมตอบสนองและมีพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชนในพื้นที่มากกว่าส่วนกลางเพราะมาจากการเลือกตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพมีอิสระทำให้มีความยืดหยุ่นและการปรับตัวของการทำงานได้ดีกว่าเนื่องจากไม่ต้องถูกกำกับอย่างเข้มงวดด้วยระเบียบราชการที่ขั้นตอนซับซ้อน การวางแผนในเขตพื้นที่สามารถนำข้อมูลที่มีจริงมาดำเนินการและการร่วมมือจากฝ่ายต่างๆทำให้เกิดการนำข้อมูลมาประสานและตรวจทานความแม่นยำได้ดีขึ้นโดยเฉพาะไม่มีการนำข้อมูลไปแย่งชิงงบประมาณรายได้จึงไม่มีการกีดกันการเข้าถึงข้อมูล การจัดสรรงบประมาณในเขตสุขภาพลดการแย่งชิงทรัพยากรทำให้ลดความขัดแย้งทางการเงินได้มากเนื่องจากระบบเขตสุขภาพเน้นกระบวนการจัดบริการที่มีผลลัพธ์ชัดเจนจึงสร้างกระบวนการติดตามกำกับประเมินผลที่ต้องมีตัวชี้วัดการทำงานและผลลัพธ์การบริการตามพันธะสัญญาที่ผู้จ่ายค่าบริการทำกับผู้จัดบริการ

ขณะเดียวกันระบบเขตสุขภาพก็มีข้อเสียหลายประการ เช่น การจัดการเขตสุขภาพต้องการความรู้ความเข้าใจและผู้มีความเชี่ยวชาญในการเป็นตัวแทนคณะกรรมการเขตสุขภาพซึ่งหาได้ยากในเขตพื้นที่ห่างไกลและยากจนในชนบทเขตสุขภาพจึงเป็นการจัดการระดับพื้นที่ซึ่งมีการเมืองท้องถิ่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นปัจจัยทางการเมืองระดับพื้นที่จึงมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานและพัฒนาสูงมากอาจเป็นโอกาสให้การเมืองท้องถิ่นใช้เป็นฐานเสียงและเกิดการแทรกแซงได้ระดับพื้นที่หากไม่มีการอภิบาลระบบที่ดี

การจัดบริการในพื้นที่ที่ขาดแคลนทรัพยากรสุขภาพและสถานบริการที่จำกัดรวมทั้งการแทรกแซงด้วยผู้มีอิทธิพลท้องถิ่นอาจสร้างระบบผูกขาดและการรวมศูนย์อำนาจในเขตสุขภาพ การที่เขตสุขภาพมีอิสระในการดำเนินงานและคณะกรรมการเป็นองค์กรอิสระจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพอ่อนแอลงสายบังคับบัญชาเปลี่ยนแปลงไปนโยบายที่กำหนดอาจไม่ได้รับการตอบสนองเช่นเดิมซึ่งเป็นข้อกังวลของส่วนกลางที่จะกระจายอำนาจแก่เขตสุขภาพว่าเพียงไรจึงจะเหมาะสม เขตสุขภาพที่แยกการจัดการจะมีสภาพเหมือนการกระจายอำนาจแก่อปท. ที่สร้างการกีดกันบริการข้ามเขตและรอยต่ออาจเกิดปัญหาบริการที่ไม่สะดวกเพราะเขตสุขภาพยังอิงการแบ่งตามภูมิศาสตร์ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับสภาพการเดินทางเพื่อรับบริการเป็นปัญหาทางการบริการที่ไม่สามารถรับบริการใกล้เคียงได้ตามที่ควรจะเป็นหากพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางฐานะความร่ำรวยย่อมสร้างความไม่เท่าเทียมทางการบริการแก่ประชาชนที่อยู่ใกล้เคียงหรือรอยต่อ เขตสุขภาพที่ติดต่อกันจำนวนเขตสุขภาพที่มากเกินไปจนอาจเป็นภาระการจัดการที่ไม่เกิดการประหยัดต่อขนาด ยิ่งประชาชนรับผิดชอบจำนวนน้อยย่อมกระทบสภาพการคลังสุขภาพเพราะงบประมาณที่ได้รับเป็นการจ่ายรายหัวประชาชนซึ่งจำนวนหากน้อยเกินไปย่อมสร้างปัญหางบประมาณที่ไม่เพียงพอ เขตสุขภาพ ประกอบด้วย ภาครัฐ เอกชน อปท. และประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วม กลุ่มต่างๆย่อมมีวิสัยทัศน์พันธกิจที่แตกต่างกันตามบริบทขององค์กรที่สังกัดการสร้างแนวร่วมและพันธมิตรในการดำเนินงานเขตสุขภาพต้องการความร่วมมือประสานงานที่สูงมากย่อมเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญ หากเกิดความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้อง เขตสุขภาพภาพรวมจึงต้องการเงื่อนไขการจัดสรรทรัพยากรที่กระจายอย่างเป็นธรรมซึ่งเป็นปัญหาสำคัญเพราะการกระจายบุคลากรทางการแพทย์เขตชนบทย่อมขาดแคลนมากกว่าเขตเมือง หากการจัดตั้งเขตสุขภาพไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการจัดสรรงบประมาณและกระจายบุคลากรให้เกิดความเท่าเทียมกันทั้งประเทศเขตสุขภาพที่ขาดแคลนย่อมไม่สามารถประสบผลสำเร็จเขตสุขภาพที่งบประมาณน้อยบุคลากรน้อยย่อมประสบปัญหาการบริการที่ไม่ครอบคลุมและคุณภาพไม่ดี เขตสุขภาพต้องการระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดีแม่นยำและเป็นปัจจุบันสำหรับวางแผนดำเนินการและพัฒนาซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ หากระบบข้อมูลไม่ดีเพราะจะส่งผลให้การวางแผนดำเนินงานและพัฒนาระบบสุขภาพล้มเหลวเช่นการควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของระบบเขตสุขภาพ

ข้อดี	ข้อเสีย
• บริการสุขภาพบูรณาการทั้งบริการส่วนบุคคล โรงพยาบาลสาธารณสุขและสังคม • ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ • เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ดี • ควบคุมต้นทุนค่าบริการได้ดี • เพิ่มพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชน	• ผู้รู้ความเชี่ยวชาญสูงหายากในพื้นที่ยากจนและห่างไกล • มีปัจจัยทางการเมืองท้องถิ่นมาเกี่ยวข้อง • เปิดโอกาสให้รวมศูนย์ในพื้นที่แบบผูกขาดการบริการ • ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่อ่อนแอลง • เกิดการกีดกันบริการระหว่างเขตสุขภาพ • สร้างความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ยากจนและร่ำรวย

ข้อดี	ข้อเสีย
• สร้างการปรับตัวและยืดหยุ่นในการจัดการ • ระบบสารสนเทศมีการประสานงานมากขึ้น • เพิ่มการประสานงานระบบส่งต่อ • ระบบการคลังสุขภาพไม่แย่งชิงทรัพยากร • การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพชัดเจนเพราะมีตัวชี้วัดที่กำหนดได้ชัด	• ไม่ประหยัดต่อขนาดหากจำนวนเขตสุขภาพมากเกินไป • ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายมากขึ้น • ต้องมีระบบกระจายทรัพยากรที่ดี • ต้องการระบบข้อมูลที่ดีมากในการติดตามประเมินผล

4. Area Health Development Strategies and Performance KPI

ปัจจัยที่มีสามารถนำมาเป็นตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาเขตสุขภาพ ได้แก่ 1) Local politics and Leadership ปัจจัยทางการเมืองท้องถิ่น โดยเฉพาะการสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพต้องอาศัยปัจจัยทางการเมืองทั้งในส่วนสาธารณสุขและนอกส่วนสาธารณสุขร่วมกัน ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญในการชักจูงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้มีความเข้าใจยอมรับและร่วมดำเนินงาน 2) Policy Implementation and Decentralized Authority กระบวนการเปลี่ยนแปลงนโยบายเขตสุขภาพสู่การปฏิบัติ ที่สามารถตอบคำถามว่าประชาชนได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากเขตสุขภาพซึ่งเกิดจากการแปลงนโยบายที่กำหนดไปสู่การดำเนินงานในพื้นที่ 3) Governance and NPM การกำหนดแนวทางอภิบาลระบบที่ต้องการการพิจารณาหาตัวชี้วัดที่เหมาะสมและสามารถใช้วัดผลลัพธ์ที่ต้องการได้จริง โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนและการแสดงถึงพันธะ ความรับผิดชอบที่มีต่อประชาชนในพื้นที่ การจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการเขตสุขภาพที่สร้างประสิทธิภาพและคุณภาพโดยเน้นการนำกลไกตลาดและอำนาจการซื้อบริการมาสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพบริการที่แท้จริงในพื้นที่เขตสุขภาพ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ยังรวมถึงการกระจายอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่สปสข. หรือกระทรวงสาธารณสุขมอบแก่หน่วยงานระดับพื้นที่โดยเฉพาะสปสข. สาขาเขตในการซื้อบริการและจัดการระบบการออกแบบระบบบริการระดับพื้นที่ให้สามารถตอบสนองความต้องการประชาชนที่แท้จริงรวมทั้งการออกแบบระบบส่งต่อและการติดตามประเมินผลด้านคุณภาพบริการเพราะเป็นปัจจัยที่กระทบประชาชนโดยตรงตั้งแต่การเข้าถึงบริการความเท่าเทียมของบริการที่จัดตั้งและคุณภาพบริการที่ได้รับหลังการเกิดเขตสุขภาพซึ่งการติดตามประเมินผลจะต้องอาศัยระบบข้อมูลที่ดี 4) Financing and Health resource management ปัจจัยระบบการคลังสุขภาพ 5) Monitoring and Evaluation Design การติดตามประเมินผลโดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการข้อมูลสารสนเทศ 6) Health Services Design ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของเขตสุขภาพ

5. ข้อจำกัดของ สปสข.สาขากทม.

พื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่เขตสุขภาพที่มีสปสข.สาขากทม.เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชนในกทม. และสำนักงานสาขามีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแยกออกมาจากสปสข.ส่วนกลางชัดเจน สปสข.สาขากทม. มีคณะกรรมการที่จัดตั้งเข้ามาร่วมให้คำปรึกษาการดำเนินงานนับว่าเป็นจุดแข็งการซื้อบริการในพื้นที่กทม. เพราะสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นๆและสะท้อนปัญหาสุขภาพที่แท้จริง อย่างไรก็ตามสปสข.สาขากทม. ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน เช่น Area and number of population : too large กทม.มีประชากรที่รับผิดชอบจำนวนมากเกินกว่าสปสข.สาขากทม.จะดูแลได้อย่างทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นจุดอ่อนของการซื้อบริการในพื้นที่กทม. Health system : too complex , service network : insufficient, PCU : mal-

distribution, Referral system : poor coordinated, Admission beds : inadequate การซื้อบริการของ สปสช.สาขาทม.ที่ผ่านมาไม่สามารถสร้างกลไกตลาดได้ดีเพราะขาดเครือข่ายบริการที่จำนวนมากพอสำหรับ เข้ามาแข่งขันการจัดบริการและภาคเอกชนก็ไม่มีแรงจูงใจที่จะให้เข้าร่วมจัดบริการเพราะค่าบริการต่อหัว ประชากรไม่มากพอจะสร้างแรงจูงใจ พื้นที่กทม.มีสถานบริการเอกชนที่ขนาดใหญ่หลายแห่งประชาชนมีจำนวน มากและไม่นิยมการเข้ารับบริการภาครัฐหากเลือกได้โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้ระดับกลางหรือสูง สถานบริการ ภาครัฐเองก็ไม่เพียงพอที่จะให้บริการเพราะผู้รับบริการแออัดอย่างมาก หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นของสำนัก อนามัย กรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่และไม่ได้มีความสนใจหรือกระตุ้นที่จะเข้ามาสร้างการแข่งขันหรือมี แรงจูงใจให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นภาคเอกชนที่ไม่มีความต้องการที่จะ มาร่วมแข่งขันบริการเพราะประชาชนพร้อมที่จะจ่ายค่าบริการด้วยตนเอง การเข้าถึงบริการที่ไม่สะดวกเพราะ การเดินทางที่จราจรคับคั่งรถติดและการเข้ารับบริการที่แออัด นอกจากนั้นยังมีประเด็น health policy : uncertain, conflict of interest/local politics : local voters/board committee : lack of local expertise

การกระจายอำนาจและการบริหารราชการท้องถิ่นพิเศษ

ศ.ดร.สุรพล นิติไกรพจน์

นายกสภามหาวิทยาลัยวชิราวุธวิทยาลัย

นพ.พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นพ.วีระพันธ์ ลิขณะกุล

ผู้อำนวยการสปสช.เขตกทม.

บริบท สปสช. เขตกทม.(นพ.วีระพันธ์ ลิขณะกุล)

ภายหลังจากที่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการ และในปีถัดมา (พ.ศ. 2546) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มจัดตั้งสำนักงานสาขาแห่งแรกคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สปสช.กทม.) ทั้งนี้เพราะกรุงเทพมหานครเป็นท้องถิ่นพิเศษที่มีพระราชบัญญัติเป็นการเฉพาะ มีประชาชนอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากที่สุด และมีบริบทต่างๆ ที่ซับซ้อน ทำลายต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุข

กรุงเทพมหานคร เป็นเขตปกครองพิเศษมีบริบทที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากความเป็นเมืองหลวงและความเป็น “มหานคร” มีประชากรหนาแน่นที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทย โดยมีประชากรประมาณหนึ่งในหกของประชากรทั้งหมดของประเทศไทย จำนวนประชากรในกทม. เทียบได้กับจังหวัดแต่มีพื้นที่เพียงหนึ่งในสามร้อยของพื้นที่ทั้งหมดของประเทศไทยเท่านั้น บริบทของกทม. มีความเป็นชุมชนเขตเมืองกว่าเขตชนบท ประชากรมีการเคลื่อนย้ายสูงที่สุดและมีประชากรอยู่อาศัยหรือทำงานโดยที่ทะเบียนราษฎรอยู่นอกกรุงเทพมหานครเป็นจำนวนมาก และประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

นอกจากนั้น กรุงเทพมหานครยังมีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ คือ ไม่มี “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด” มีเพียง “กรุงเทพมหานคร” ในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ดังนั้น สปสช. จึงได้จัดตั้ง “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)” ตั้งแต่ยุคแรกของการก่อตั้งสปสช. ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการแบ่งส่วนงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2546 โดยกำหนดบทบาทให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) มีหน้าที่หลักคือ บริหารงานประกันสุขภาพและประสานเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ภารกิจที่สำคัญภารกิจหนึ่งของ สปสช.กทม. คือ การบริหารกองทุนจากการที่กรุงเทพมหานคร มีหน่วยบริการหลากหลายสังกัดทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และมีการส่งต่อออกนอกเขตกรุงเทพมหานครน้อยมาก สปสช.กทม. จึงได้รับมอบอำนาจให้สามารถออกแบบการบริหารกองทุนตามสภาพปัญหาของพื้นที่ได้เอง ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้ระเบียบและแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด กองทุนที่บริหารจัดการภายใต้เขตกรุงเทพมหานคร เช่น กองทุนผู้ป่วยใน กองทุนผู้ป่วยนอก งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การแสวงหาความร่วมมือ เช่น การมีส่วนร่วมของกรุงเทพมหานคร ผ่านสำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ ที่ดูแลโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 9 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง ร่วมทำหน้าที่ “หน่วยบริการประจำ / หน่วยบริการรับส่งต่อ” รวมถึง รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง

รพ.สังกัดกรมอนามัย 1 แห่ง รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง รพ.ร. แพทย์ 7 แห่ง รพ.รัฐสังกัดอื่นๆ 5 แห่ง และ การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เขตพื้นที่กทม.มีหน่วยบริการภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นอย่างมากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกทม.ให้ครอบคลุมทั้ง 50 เขตปกครอง คือ คลินิกชุมชนอบอุ่น 169 แห่ง และ โรงพยาบาลเอกชน 18 แห่ง ซึ่งการบริหารจัดการต่างๆจำเป็นต้องรองรับ/สอดคล้องกับการทำงานกับภาคเอกชน เป็นอย่างมาก

เครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศ สปสช.และสปสช.กทม. ได้พัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการรายบุคคลของผู้มาใช้บริการในหน่วยบริการ กรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการใช้วางแผนและประเมินผลการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ภาพรวมการเข้าถึงบริการปีงบประมาณ 2560 ผู้ใช้บริการทั้งหมด 1,890,044 คน แบ่งเป็น 1) บริการผู้ป่วยนอก (OP) 1,107,840 คน คิดเป็น 7.19 ล้านครั้ง 2) บริการผู้ป่วยใน (IP) 156,623 คน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) 1,326,881 คน คิดเป็น 3.79 ล้านครั้ง

สถานการณ์ปัญหาที่พบในปัจจุบัน กรณีผู้ป่วยนอก เช่น 1) การเบิกจ่ายเงินกองทุนแบบ fee for service ทำให้ไม่สามารถควบคุมรายจ่ายได้ในกองทุน OP Refer, OP พิการ 2) รูปแบบการบริหารกองทุน OP Refer แบบเครือข่ายและคลินิกเดียวมีความยุ่งยากในการ clearing house และกองทุน OP Refer คลินิกเดียวจำนวน 160 บาท/ปชก. ไม่เพียงพอต้องหักเงินเพิ่มขึ้นทุกปี 3) ภาระการตรวจ Pre audit และ Post audit มีปริมาณมาก ทำให้ตรวจไม่ทันรอบ ส่วนสถานการณ์กรณีผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2560 เช่น 1) งบ IP รวมค่าบริการเด็กแรกเกิดทั้งหมด ซึ่งเขตได้รับงบประมาณน้อยกว่าผลงานทำให้กระทบต่อวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต 2) ผลงานบริการเด็กแรกเกิดมีจำนวนสูงสุด ร้อยละ 13 อยู่ที่เขตกทม. 3) อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในลดลงมีผลกระทบให้เกิดสถานการณ์หน่วยบริการภาคเอกชนขอถอนตัวออกจากระบบ 4) จำนวนหน่วยบริการรับส่งต่อไม่เพียงพอ 5) จำนวนเตียงไม่เพียงพอเนื่องจากต้องรับทุกสิทธิและรับส่งต่อจากนอกเขต ส่วนสถานการณ์กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า 1) การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบ UC 33% 2) ไม่มีข้อมูลสถานะสุขภาพของคนกรุงเทพ 3) ผลงานให้บริการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณ ลดลง 4) สภาพสังคมเมืองลักษณะที่อยู่อาศัยทำให้การจัดบริการเชิงรุกในบางพื้นที่ทำได้ยาก 5) กฎหมายกฎระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานบริการของหน่วยบริการและมีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณ

เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษและอปท.พิเศษ : กรุงเทพมหานคร (นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์)

การกระจายหน้าที่สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (Bangkok Metropolitan: BMA) ยึดหลักการกระจายอำนาจ คือ การบริหารจัดการคล่องตัวอิสระ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และ ประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่ง กทม. มีพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่ กทม. เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2560 ซึ่งจัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรุงเทพมหานคร (กทม.) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 13 กทม. พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพกทม. ต้องให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เชื่อมโยงระบบข้อมูลและการดำเนินงานต่างๆ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพ

เพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พช.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม ซึ่งนายทวีศักดิ์ เลิศประพันธ์ รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร กล่าวว่า กทม. ตั้งเป้าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพฯ : ภายในปี 2575 คนกรุงเทพฯ จะปลอดโรคยอดฮิตของคนเมือง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ปัญหาสุขภาพจิต ทั้งการฆ่าตัวตาย ความเครียด โรคซึมเศร้า มีอาหารปลอดภัยสำหรับการบริโภค และมีความปลอดภัยทางถนน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเมืองที่มีฐานการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิ เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

จากผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า ผู้ชายในกทม. มีภาวะอ้วนสูงสุด ขณะที่ผู้หญิงมีสัดส่วนไม่ต่างกับผู้หญิงในภูมิภาคอื่นๆ คนกทม. บริโภคผักและผลไม้เพียงพอต่อวันเพียง 22% ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุดรองจากภาคเหนือ 13% ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ 23% และโรคเบาหวานอยู่ที่ 8%

การประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว เห็นว่าควรมี 4 แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพกทม. เพื่อเห็นภาพรวมของปัญหาสุขภาพคนกทม. สำหรับจัดทำแผนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพจริง 2) การมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่กระจายตัวครอบคลุมเขตพื้นที่ 3) การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพทั้งการบริโภคผักผลไม้ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ออกกำลังกายน้อย ส่งผลให้เกิด NCD 4) การลดอุบัติเหตุทางถนน

จากงานวิจัยเรื่อง การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร โดย รศ.ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส. ผลการศึกษาเบื้องต้น พบว่ากทม. ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับ 1) ระบบข้อมูล ระบบจัดเก็บข้อมูลยังไม่เชื่อมต่อกัน (มีทั้ง medical record ที่เป็นข้อมูลของ hospital setting และระบบข้อมูลของ health record ที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการสาธารณสุข) ยังแยกเครื่องแยกคน แยกชนิดข้อมูล วัตถุประสงค์ของการเก็บและใช้ข้อมูลไม่ตรงกัน เช่น เก็บเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหารหรือเพื่อการกำกับประเมินคุณภาพ 2) ระเบียบการเงิน : ระเบียบที่ต้องใช้หน่วยงานภายในของกทม. ระเบียบการจ่ายเงินให้คนทำงานที่ช่วยทำกิจกรรมหลายอย่างแต่รับได้อย่างเดียว การไม่มีระเบียบในการใช้เงินบางกิจกรรมบริการ การมี พรบ.การแพทย์ปฐมภูมิ อาจเป็นโอกาสในการแก้ปัญหาเรื่องระเบียบการเงิน 3) รูปแบบการจัดบริการหน่วยบริการเอกชนในเครือข่ายสามารถทำ PP ได้สะดวกกว่าศูนย์บริการสาธารณสุข มีเวลาทำการเชิงรุกในวันเสาร์ อาทิตย์ มีการคัดกรองได้กว้างขวาง (เข้าถึงประชากรแฝง ตามบ้านเช่า อพาร์ทเมนต์)

ภาพรวมโดยสรุป กทม. เป็นเขตพิเศษ ที่มีฐานประชากรมาใช้บริการหลากหลาย (ตามการทำงาน / ตามที่อยู่อาศัย / คนต่างด้าว / นักท่องเที่ยว) กทม. มีประเด็นแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย เช่น ระบบบริการและการบริหาร การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งในภูมิภาคมีระบบแพทย์ใช้ทุนและโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทที่ทำให้ขณะนี้แนวโน้มการผลิตมีเพียงพอ แต่ยังคงมีประเด็นในเรื่องของการกระจายความไม่เป็นธรรม กทม. ไม่มีพ.ส.สาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบดูแลทั้งจังหวัดเป็นกลไกบริหารงานและมีโครงสร้างสถานพยาบาลและคนของตัวเอง ดังนั้น กลไกสหการการสาธารณสุขกทม. อาจพอเป็นทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาดังกล่าวได้

กลไกที่น่าจะช่วยให้ ได้แก่ การที่เดิมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพให้มีการตั้งกองทุนท้องถิ่น แต่กองทุนสุขภาพ 50 เขตในกทม. เพิ่งจะเริ่มมี ซึ่งจะสามารถเชื่อมโยงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อทำงาน PP ในพื้นที่ได้

การอภิบาลระบบที่ต้องการในระยะยาว คือ “สหการสาธารณสุข กทม.” เพื่อเป็นหน่วยงาน counterpart กับกทม.(BMA) เพื่อเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานต่างๆในกทม. ปัจจุบันมีแต่รูปแบบคณะกรรมการ แต่ไม่มีหน่วยงานจัดการเป็นการเฉพาะ เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนหน่วยปฐมภูมิอื่นๆและระบบส่งต่อ, พัฒนารูปแบบบริการ เช่น การบริการเวลาราชการ การบริการระดับพรีเมียม ฯลฯ สนับสนุนเรื่องกำลังคนทั้งการเพิ่มและการพัฒนาให้มีพนักงานสหการเข้าไปในระบบบริการ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆ เพื่อดำเนินการ ทั้งนี้มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 เรื่องเกี่ยวกับ “สหการ” ได้แก่ 1) แนวทางการจัดตั้งสหการในประเทศไทย และ 2) การจัดทำบริการสาธารณะท้องถิ่นในประเทศไทย : ศึกษาจากปัญหาที่เกิดขึ้น ในกรณีเทศบาลและกรุงเทพมหานคร

รูปแบบสหการสาธารณสุขกทม.นั้นอ้างอิงจาก พรบ.กทม. มาตรา 89 (16) ซึ่งกำหนดให้ กทม. มีอำนาจหน้าที่ดำเนินกิจการในเขตกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับการสาธารณสุขการอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล และมาตรา 95 ระบุว่า ถ้ากิจการใดอยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ของกรุงเทพมหานคร กทม. อาจดำเนินการนั้นร่วมกับส่วนราชการหน่วยงานของรัฐรัฐวิสาหกิจหรือราชการส่วนท้องถิ่นอื่นได้โดยจัดตั้งเป็น องค์การเรียกว่าสหการมีฐานะเป็นนิติบุคคลและมีคณะกรรมการบริหารการจัดตั้งสหการจะกระทำได้โดยตราเป็น พระราชกฤษฎีกา

เขตกทม. เป็นเขตพิเศษ จริงหรือไม่ (ศ.ดร.สุพล นิตไกรพจน์)

เขตพิเศษ เขตกทม.มีอะไรสะท้อนความเป็นพิเศษกว่าที่อื่นๆ สะท้อนความเป็นมหานคร หากมุ่งประเด็น เขตพื้นที่กทม. มี BMA ที่มีความเป็นอิสระ มีงบประมาณมาก มีกิจกรรมเกี่ยวกับชีวิตคน มีผู้ว่าราชการกทม. มีการไฟฟ้านครหลวง การประปานครหลวง มีองค์การขนส่งมวลชน เป็นการเฉพาะ การบริหารงานของตำรวจ นครบาล แยกจัดการไม่เหมือนกับจังหวัดอื่นๆ เขตกทม.จึงมีความสำคัญพิเศษ ต้องมีระบบบริหารจัดการแบบ พิเศษจากที่อื่นๆ และหากมุ่งประเด็นระบบงานสาธารณสุข งานแตกต่างจากที่อื่นๆ เขตทั้ง 12 เขตและจังหวัด ที่ดูแลผ่าน สสจ. เขตอื่นอาจจะทำงานง่ายกว่ากทม. โครงสร้างและการทำงานของเขตอื่นที่เป็นอยู่จึงตอบโจทย์ได้ ตามจำนวนประชากร แต่กทม.จำเป็นต้องมีโครงสร้างและวิธีการทำงานที่พิเศษกว่าที่อื่นๆ

เมื่อคำตอบตอบว่า กทม. เป็นเขตพิเศษ คนกทม.มีรายได้สูงกว่าจังหวัดอื่นๆ มีทางเลือกสถานพยาบาล มากกว่าจังหวัดอื่นๆ มีปัญหาในการจัดการและต้องการความเป็นพิเศษในการจัดการ หาก สปสช.เขตกทม. ขอร้องอำนาจในการวางหลักเกณฑ์ในการรักษาหรือกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น รพ.เอกชน (ไม่ใช่ขอให้สมัครใจเข้าร่วม หรือถอนตัวเมื่อไรก็ได้) หรือรักษาหรือกับรพ.ร.แพทย์ หรือรักษากับ BMA ก็อาจพบกับปัญหาในวิธีการทำงาน เนื่องจาก BMA มีความเป็นอิสระ (sensitive กับอำนาจรัฐ) เห็นได้ชัดจากกรณีน้ำท่วมกทม. (การตัดสินใจระหว่าง ผู้ว่าราชการกทม.กับนายกรัฐมนตรี) ดังนั้นการเสนอนโยบายควรคำนึง “อย่าพูดเรื่องยากเกินกว่าจะทำได้ และเป็นประเด็นนโยบายทางการเมือง” ตัวอย่างเช่น ประเด็น co-payment ซึ่งสปสช.เขตกทม.ควรคิดจากกรอบอำนาจ กฎหมายของสปสช. ไม่ควรไปเกี่ยวพันกับเรื่องทีนอกขอบเขต เช่น การจัดทำมาตรฐาน ซึ่งเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุข สปสช.เขตกทม.ควรมุ่งเน้นเรื่องการบริหารจัดการและการบริหารงบประมาณ หากจะให้ กทม. เป็นเขตพิเศษ ต้องคิดรายได้ ขอบเขต อำนาจ และกฎหมายที่สามารถทำได้ภายใต้ พรบ. สปสช. คือการบริหาร จัดการทางการเงิน เงินที่ส่งมาจาก สปสช. (เงินที่สปสช.เขตกทม.ได้รับ) และเงินที่สปสช.เขต กทม. จะจ่าย ออกไป ขอร้องอำนาจในการบริหารงบประมาณอย่างอิสระ โดยให้บอร์ดสปสช.มอบอำนาจให้สปสช.เขตกทม. เช่น เมื่อเงินเหลือไม่ต้องคืน (บนความพิเศษของพื้นที่) โดยหาระเบียบ ข้อบังคับ กฎเกณฑ์ รองรับบนความจริง เพื่อให้สปสช.เขตกทม. สามารถบริหารจัดการได้เอง ทั้งเงินที่จ่ายและเงินที่รับมา (ซึ่งมีเงินมากพอในการบริหาร)

และไม่ควรใช้กติกาเดียวกับอีก 12 เขต เพราะคนไทยที่อยู่ในเขตนครหลวง มีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงกว่าคนที่อยู่ในภูมิภาค ซึ่งในพื้นที่ภูมิภาค มีรพ.เอกชนน้อยกว่า มีความซับซ้อนของระบบส่งต่อน้อยกว่า มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ราคาสูง น้อยกว่า ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการน้อยกว่า และการสั่งตรวจในกรณี defensive medicine น้อยกว่า ดังนั้น สปสช.เขตกทม. ขอควร Authority จากบอร์ด สปสช. ในการคุยกับ กทม. เองในการตกลง (counter part) และอะไรก็ตามที่ สปสช.เขตกทม. ทำความตกลงกับ BMA ขอให้ผูกพันกับบอร์ด สปสช. ด้วย อาจเป็นตัวอย่างของการจัดการบนความเป็นเขตพิเศษ

ส่วนประเด็นสหการเคยวิจัยไว้ในโครงการศึกษาความเหมาะสมในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และแผนการดำเนินงานในการโอนกิจการขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพให้กรุงเทพมหานคร เป็นงานวิจัยเสนอต่อกระทรวงคมนาคม ปี 2540 และได้รับรางวัลผลงานวิจัยดีเยี่ยมสาขานิติศาสตร์ ประจำปี 2541 จากสภาวิจัยแห่งชาติ งานวิจัยดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอภาพทั่วไปและการวิเคราะห์การดำเนินกิจการขนส่งมวลชนโดยองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (ขสมก.) และพิจารณาหารูปแบบที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในการโอนกิจการ ขสมก.ไปยังกทม. ผลการศึกษา พบว่า การจัดตั้งสหการขนส่งมวลชนกรุงเทพขึ้นตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2528 มาตรา 95 โดยกำหนดให้สหการขนส่งมวลชนกรุงเทพรับโอนพนักงานขสมก. ทั้งหมด การจัดโครงการลาออกโดยสมัครใจของพนักงานเพื่อให้สิทธิการรับค่าตอบแทนที่สูงจากองค์กร มีระบบการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน ใช้โครงสร้างบริหารคล้ายกับที่เป็นอยู่ใน ขสมก. สำหรับการจัดระบบการเดินรถ โดยให้โครงสร้างพื้นฐานในการเดินรถมารวมอยู่ในระบบและองค์กรเดียวกัน ใช้แนวทางการจัดวางระบบบัญชีขององค์กรใหม่ที่จะต้องมีการระบบบัญชีต้นทุนค่าผันระการให้บริการเชิงสังคม นอกจากบัญชีดำเนินการปกติของสหการ การจัดระบบประกันภัยตนเองของสหการขนส่งมวลชนกรุงเทพ ข้อเสนอแนะ คือ ควรโอนกิจการ ขสมก.ให้แก่อกรุงเทพมหานครโดยเร็ว เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจและการปกครองตนเองของส่วนท้องถิ่น แต่ปัจจุบันผ่านมานานหลายปีแล้วก็ไม่ได้มีการดำเนินการดังกล่าวในรูปแบบของสหการ

กรณีดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การกระจายอำนาจโดยให้ออกมาในรูปแบบของนิติบุคคลมิได้ทำได้โดยง่าย กทม.มีรูปแบบพิเศษในการบริหารซึ่งปัจจุบันมีเพียงรัฐวิสาหกิจแห่งเดียวที่สามารถออกมาได้คือบริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด เดิมใช้ชื่อว่า บริษัท สหสามัคคีค้าสัตว์ จำกัด ได้จดทะเบียนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เป็นนิติบุคคลประเภทบริษัทจำกัด เมื่อปี2498 ซึ่งการที่กรุงเทพมหานครถือหุ้นในบริษัทเกินกว่าร้อยละห้าสิบดังกล่าว ทำให้การดำเนินงานทั้งปวงของบริษัทอยู่ในอำนาจควบคุมหรือกำกับของกรุงเทพมหานครไม่ต่างจากรัฐวิสาหกิจของรัฐบาลที่จัดตั้งเป็นบริษัทที่ถือเป็นวิสาหกิจของรัฐ เพียงแต่บริษัทที่กรุงเทพมหานครหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นจัดตั้งไม่มีชื่อเรียกตามกฎหมายดังเช่นรัฐวิสาหกิจที่มีชื่อเรียกตามพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ.2502 เท่านั้น จึงถือว่าบริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด เป็นวิสาหกิจของกรุงเทพมหานคร ส่วนมหาวิทยาลัยวชิราวุธราช มีพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2553 มีสาระสำคัญคือ กำหนดให้จัดตั้งมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เป็นสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของกรุงเทพมหานครมีฐานะเป็นนิติบุคคลที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และกฎหมายว่าด้วยการ ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม และไม่ใช่วิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณและกฎหมายอื่น โดยให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลโดยทั่วไปซึ่งกิจการของมหาวิทยาลัย

อาจกล่าวได้ว่า ทั้งบริษัทกรุงเทพมหานครและมหาวิทยาลัยวชิราวุธราช เกิดจากนโยบายและผู้นำ มีภาวะเข้มแข็งมาก ซึ่งอาจเกิดได้ยากในภาวะปัจจุบัน ดังนั้น แนวคิดสหการเป็นแนวทางที่เป็นไปได้ในทางกฎหมายพอมีทางเป็นไปได้ แต่อาจเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ ดังนั้น วิธีที่ดีที่สุดขณะนี้คือแนวทางพระราชรัฐ ให้มีการคุยกัน

ทุกฝ่าย วางหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินอุดหนุนเครือข่ายบริการและอื่นๆที่คล่องตัว โดยทำภายใต้กรอบกฎหมายของ สปสช.อย่างไรก็ตาม“แนวคิดสหการ การสาธารณสุข กทม.” หลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมีการหารือกัน แต่อาจ ตัดระเบียบของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นสังกัดดูแลกทม. ทางออกน่าจะทำออกมาในรูปแบบของพระราชรัฐ โดยให้สปสช. เป็นผู้ริเริ่ม

ส่วนประเด็นเรื่องความแตกต่างของ กทม. กับต่างจังหวัดเรื่องกำลังคน ปีนี้ กทม.จะเริ่มมีแพทย์ใช้ทุน ประมาณ 10 คน และปีหน้าพยายามทำให้ได้ 30 คน และวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ก็มีการผลิตพยาบาล ให้กทม. ประมาณ 160 คนในปี 60 โดยคัดคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่

ข้อเสนอเพิ่มเติมจากผู้อภิปรายและผู้ร่วมประชุม

1) การปรับเรื่องกฎหมาย ในส่วนของภูมิภาคอำนาจจะอยู่ที่สสจ. แต่กทม.ไม่มีสสจ. จึงดำเนินการได้เพียง บางเรื่องเท่านั้น ดังนั้นจะอย่างไรให้กทม.ดำเนินการได้บนความเป็นพิเศษของนครหลวง ที่มีผู้ว่าราชการมาจากการเลือกตั้ง ภายใต้กระทรวงมหาดไทย จึงต้องแตกต่างและอาศัยวิธีการบริหารจัดการแบบพิเศษโดย

- ถ้าส่วนไหนที่มีกฎหมายเดิมและมีเจ้าของอาจจะไม่ยุ่ง หรือถ้ามีการปรับก็ต้องมีการพูดคุยกัน
- หากมีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คว้ามึงงบประมาณส่วนไหนที่สามารถทำได้และเอื้อต่อการเกิด ประโยชน์ต่อประชาชน หาทางออกในแต่ละระยะ และในประเด็นที่เป็นไปได้ก่อน

2) กระทรวงสาธารณสุข/กรุงเทพมหานคร สนับสนุนให้รพ.จัดระบบบริการตาม catchment area เช่น การทำหน้าที่เป็น รพ.ประจำเขต ให้มี accountability อาจจะให้ออกเป็น มติกรม.จัด catchment area (รพ.ประจำเขต) ให้โรงพยาบาลในเขตต่างๆ ของกทม.ดูแลประชากรในเขตที่รับผิดชอบ เป็นโรงพยาบาลประจำเขต เช่น ให้รพ.ตำรวจ เป็นรพ.ประจำเขตที่ดูแลเขตพื้นที่ปทุมวัน เป็นต้น ถ้าไม่มีโรงพยาบาลในภาครัฐ ก็อาจให้ โรงพยาบาลเอกชนเป็นโรงพยาบาลประจำพื้นที่ และดึงทุกภาคส่วนเกี่ยวข้องมามีส่วนร่วม ร่วมระดมทรัพยากร (ทั้งคนและเงิน) ในการทำงานและต้องมี Unit ที่ดูแลอย่างจริงจังในระยะยาว ต้องผลักดันให้มี unit of command ไม่ว่าจะเป็น สหการ หรือกรุงเทพมหานคร

3) เริ่มดำเนินการโดยใช้แนวทางพระราชรัฐ

4) อื่นๆ เช่น อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณ โดยให้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง สร้างความเชื่อมั่นให้หน่วยบริการเอกชน เช่น คลินิกชุมชนอบอุ่นขอให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถทำงาน นอกพื้นที่ที่รับผิดชอบของคลินิกได้โดยเฉพาะงาน PP, Health literacy ต้องทำให้เกิดขึ้นได้จริง การคิดค่าเสื่อม ราคาต้องสะท้อนความเป็นจริง พัฒนาระบบความเชื่อมโยงของข้อมูล เช่น ข้อมูลของผู้ที่พักอาศัยในคอนโด ทำอย่างไรให้มีการส่งข้อมูลมายังส่วนกลาง การเชื่อมโยงแพทย์ในคลินิกชุมชนอบอุ่นในเครือข่ายทั้งภาครัฐและ เอกชน รวมถึงบุคลากรส่วนขาด เช่น การจ้างแพทย์ดูแลบริการฝากครรภ์ (ANC) อย่างต่อเนื่องความเชื่อมโยงของ เครื่องมือทางการแพทย์

สรุปข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร: เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ

1. ข้อเสนอด้านการอภิบาลระบบ

1.1 ขอให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในกรุงเทพมหานคร (กขป.เขต 13) เป็นกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ถือเป็น Area Health board รองรับ/เชื่อมโยงกับ National Health Board ทั้งนี้ขอให้ใช้แนวคิดประชารัฐและหลักการ Public Private Partnership ร่วมด้วย

1.2 ขอให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority ซึ่งรับผิดชอบเรื่องสุขภาพทุกพื้นที่รวมถึงกรุงเทพมหานครทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับกรุงเทพมหานคร (Bangkok Metropolitan Administration: BMA) ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจรับผิดชอบดำเนินการกิจการทุกประเภทรวมทั้งด้านสาธารณสุขภายใต้พระราชบัญญัติกรุงเทพมหานคร

1.3 เสริมสร้างกลไกความร่วมมือให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นทั้งระหว่างกทม.(BMA) กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นไปด้วยดีในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา เช่น การหารือร่วมกันจัดการข้อมูลร่วมกันกับสปสช. และระหว่างสปสช. กับกทม. (BMA) ซึ่งมีกลไกความร่วมมือผ่านอปสช.กทม.และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และความเห็นจากความร่วมมือเหล่านี้สามารถส่งข้อเสนอต่างๆ ไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหรือคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในกรุงเทพมหานคร

1.4 ขอให้กระทรวงสาธารณสุข มอบอำนาจเพิ่มเติมให้ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. (ศบส.) ดังเช่นการมอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในภูมิภาค เช่น การอนุญาต/ต่ออายุ/การตรวจคุณภาพสถานพยาบาลเอกชนในกทม.

1.5 ขอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ของกทม.ทำงานร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครทั้ง 50เขต เพื่อให้มีกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มเติมจากการบริการได้ภายใต้บริบทแต่ละเขตของกทม. เช่น การส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งที่บ้านและที่ทำงานคนตาบอดสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยใช้ไม้เท้าขาว การส่งเสริมการออกกำลังกาย

1.6 สนับสนุนให้มีระบบแพทย์ใช้ทุน พยาบาลใช้ทุน เพื่อไปทำงานใน remote area และสาขาที่จำเป็น ซึ่งปัจจุบันมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชเริ่มดำเนินการแล้ว

1.7 ขอให้มีการศึกษาวิจัยพิจารณารูปแบบสหการการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะเป็นนิติบุคคลของ กทม. (BMA) จะสามารถเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานต่างๆในกทม. ได้อย่างคล่องตัวกว่าราชการและมีความชัดเจนกว่าในการประสานงานเพื่อให้เป็นทางเลือกดำเนินการต่อไปในอนาคต โดยมีตัวอย่างการศึกษาของศ.ดร.สุพล นิตไกรพจน์ จากความต้องการของกระทรวงคมนาคม กรณี สหการขสมก.

(โครงการศึกษาความเหมาะสมในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและแผนการดำเนินงานในการโอนกิจการขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพให้ กรุงเทพมหานคร โดย สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)

2. ข้อเสนอด้านการเงิน

2.1 ด้านการบริหารการเงินของ สปสช.กทม.

ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบอำนาจให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สปสช.กทม.) ในการบริหารจัดการและบริหารงบประมาณอย่างเป็นพิเศษ ได้แก่

- สามารถเกลี่ยเงินข้ามประเภททั้งนี้โดยไม่กระทบวัตถุประสงค์การเข้าถึง/ความครอบคลุมของการบริการแต่ละประเภท เช่น เมื่อส่งเสริมการเข้าถึงรวมทั้งการจัดบริการเชิงรุกสำหรับการบริการ PP ได้เต็มที่แล้วจะสามารถเกลี่ยเงินที่เหลือไปสนับสนุนการบริการผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยในเฉพาะกรณีที่เป็น
- ปรับเกลี่ยค่าเสื่อมไปเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอกค่าบริการผู้ป่วยในให้สอดคล้องกับภาระการบริการ
- ปรับปรุงการชดเชยบริการเด็กทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นประชากรยังไม่มีที่อยู่ขณะแรกเกิด แต่ส่วนใหญ่มาเกิดที่รพ.พื้นที่ในกทม. ให้เป็นภาระการชดเชยของกองทุนสปสช. ระดับประเทศและไม่ใชภาระของกองทุนเขตใดเขตหนึ่ง รวมทั้งไม่ใช่ภาระการชดเชยของกองทุนสปสช.เขตกทม. ด้วย
- ปรับปรุงการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก ให้ชดเชยด้วย fee schedule โดยเริ่มต้นรองรับบริการฉุกเฉินและรองรับการบริการที่เกินความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่ง fee schedule จะกำหนดทั้งมาตรฐานการบริการเงื่อนไขการบริการและอัตราชดเชย

2.2 ส่งเสริมการขยายการบริการภาครัฐให้เล็ก/ลดภาระ โดยยกเลิกการนำตัวเลขค่าแรงมาหักจากค่าชดเชยบริการของหน่วยบริการภาครัฐในกทม. ซึ่งปัจจุบันมีการหักค่าแรงมากน้อยตามปริมาณบริการ (ปี 2561 จำนวนที่นำมาหักคือ 1,042 ล้านบาท)

2.3 มีงบกลาง hardship สำหรับ remote area ของกทม.เพื่อพัฒนาหน่วยบริการภาครัฐหรือมีการจูงใจให้เอกชนตัดสินใจลงทุนบริการ

2.4 ขอให้กรุงเทพมหานคร (BMA) สนับสนุนเงินเพื่อการสาธารณสุขเพิ่มเติมเช่นเดียวกับกรณีการสนับสนุนการศึกษา

2.5 ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนงบประมาณแก่คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) เพื่อจะได้บูรณาการงานกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตกรุงเทพมหานครขับเคลื่อนให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ (Health literacy) เกิดพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปกับการบริการ PP เช่น ณรงค์ลดความอ้วนควบคู่ไปกับการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีจำนวนลดน้อยลงและผู้ป่วยเบาหวานลด/เลิกการใช้ยาได้ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ/คนพิการ การส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งที่บ้านที่ทำงาน คนตาบอดสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยใช้ไม้เท้าขาว การส่งเสริมการออกกำลังกาย

2.6 ขอให้พัฒนา สปสช.เขตกทม. ให้มีขีดความสามารถในการทำหน้าที่ในการคำนวณงบฯขึ้นเองจนถึงการกระจายงบฯลงทุกประเภท

3. ข้อเสนอด้านระบบบริการ

3.1 กำหนดให้มีโรงพยาบาลประจำเขตปกครองของกทม. เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการผู้ป่วยในสำหรับประชาชนในพื้นที่นั้นๆ และเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีมติคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนรองรับรวมทั้งขอให้ BMA ให้การสนับสนุน/อุดหนุนภารกิจตามความรับผิดชอบ โดยอาจกำหนดความรับผิดชอบต่อ catchment citizen เช่น ตัวอย่าง UCEP ซึ่งแบ่งเป็น 9 โซนรับผิดชอบชัดเจนสำหรับกรณีทั่วไปอปสข. กทม.เคยมีการแบ่งเป็น 14 กลุ่มเขต (โซน) ซึ่งอาจนำมาพิจารณาใช้ในการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบได้

3.2 กำหนดนโยบายรัฐและเอกชนร่วมมือเป็นหนึ่งเดียวในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค (PP) เพื่อจัดบริการ PP ให้ครอบคลุมมากขึ้น ได้แก่ การปรับระเบียบให้รพ.เอกชน สามารถจัดบริการเชิงรุกในสถานประกอบการและเบิกได้ การจัดสิทธิประโยชน์ PP ให้เชื่อมโยงกับประกันสังคม การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้สิทธิ PP การพัฒนารายละเอียดและเงื่อนไขสำหรับหน่วยบริการที่รับ OP ประกันสังคมต้องรับให้บริการ PP ด้วย

3.3 เพิ่มหน่วยบริการในลักษณะ Primary Care Cluster (PCC) ให้ครอบคลุม 50 เขตปกครองภายในกทม. โดย BMA สนับสนุนเช่นเดียวกับที่สนับสนุนการศึกษา ทั้งนี้ในการเพิ่มบุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุขนั้น ควรถอดบทเรียนจากกรณีการมีนักจิตวิทยาคลินิกในศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเริ่มต้นจากการให้สปสข.กทม. ซื้อบริการจากสถานบันราชานุกุล

ภาคผนวก

ประชุมวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561

ณ โรงแรมเซนทรา บายเซนทารา ศูนย์ราชการฯ แจ้งวัฒนะ

1	ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรีเผ่าสวัสดิ์	ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2	ศ.คลินิกเกียรติคุณ พญ.วิบูลพรรณ จิตะติลก	ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานเขตกรุงเทพมหานคร
3	พญ.วันทนี วัฒนะ	รองปลัดกรุงเทพมหานคร
4	นพ.ประจักษ์วิช เล็บนาค	รองเลขาธิการสสข.
5	นพ.การุณย์ คุณศิริานนท์	รองเลขาธิการสสข.
6	นพ.รัฐพล เตรียมวิชานนท์	ผู้ช่วยเลขาธิการสสข.
7	พล.ต.ต.นพ.ทรงชัยสิมะโรจน์	ประธานคณะทำงานกองทุนสาขากรุงเทพมหานคร
8	นพ.สุรินทร์ กุ๊เจียประสิทธิ์	ประธานคณะทำงานพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
9	พล.ร.ต.นพ.โสภณ รัตนสุมาวงศ์	ประธานคณะทำงานตรวจประเมินหน่วยบริการทม.
10	นพ.ชาลี วชิรศรีสุนทรา	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
11	นพ.ชวินทร์ ศิรินาค	ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
12	นพ.วงวัฒน์ ลีวลักษณ์	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
13	นพ.สุนทร สุนทรชาติ	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
14	พญ.ภาวิณี รุ่งทนต์กิจ	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
15	นพ.ธีรวิทย์ วีวรรณ	ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 56 ทับเจริญ
16	นพ.พินัย ล้วนเลิศ	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
17	นพ.โชคชัย งามไทรทอง	ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 29 ช่วง นูชนคร
18	นพ.เมธิพนธ์ ชาดะเมธิกุล	ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย
19	นส.วาณีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล	ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย
20	นพ.สมชาย ตรีทิพย์สถิตย์	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย
21	นางสาวลักขณ์ บุญรงค์	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
22	นพ.พิสิฐ ศรีประเสริฐ	ผู้ตรวจราชการ เขต 13 กระทรวงสาธารณสุข
23	นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
24	นพ.อากาศ พัฒนเรืองไล	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
25	นางศิรินทร สนธิศิริกฤตย์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
26	นางนิตติรัตน์ พูลสวัสดิ์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
27	พญ.จิตรา อยู่ประเสริฐ	โรงพยาบาลเลิดสิน
28	นอ.นพ.นภ ตูจินดา	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

29	นายชูศักดิ์ จันทยานนท์	อปสข.กทม.
30	คุณแววดาว เขียวเกษม	อปสข.กทม.
31	นางชุลีพร ดั่งฉิม	อปสข.กทม.
32	นายแพทย์ศักดิ์ดา เมืองคำ	คลินิกชุมชนอบอุ่น
33	นายแพทย์ประพจน์ เกตวรากาศ	อปสข.กทม.
34	ผศ.สนั่น วิสุทธศักดิ์ชัย	โรงพยาบาลศิริราช
35	พ.ต.อ.ตฤกฤต กลั้มพากร	นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ
36	พ.อ.หญิงอุษา ตันติแพทยางกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
37	น.อ.จตุรงค์ ตันติมงคลสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
38	นพ.ณัฐพล สันตระกูล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
39	พญ.ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
40	นพ.ธาราทิพย์ วนาวณิชย์กุล	โรงพยาบาลเพชรเกษม2
41	นพ.จอมศักดิ์ สุรกิจบวร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรเกษม 2
42	นพ.เพชรพงษ์ กำจรกิจการ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโรอุทิศ
43	นพ.กมลรัชฎ์ จงธนากร	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
44	นพ.กมล ศรีจันทิก	โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ
45	นส.ยุพียง แห่งเชาวนิช	ประธานมูลนิธิอินมแม่แห่งประเทศไทย
46	นายบุญส่ง ระหว่างบ้าน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
47	นพ.จิรัตน์ ตั้งจิตวงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 13
48	นพ.สุภกิจ ฉัตรไชยาเลิศ	โรงพยาบาลกลาง
49	นางดวงดาว เพชรคง	โรงพยาบาลกลาง
50	นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ	ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
51	นพ.ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต
52	นพ.ยุทธศักดิ์ ธนะธนิต	ผู้อำนวยการนวมินทร์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
53	นพ.กมลรัชฎ์ จงธนากร	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
54	นางกรวิทย์ ตันตระกูล	ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข
55	นพ.วีระกิตต์ หาญปริพรรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชทัณฑ์
56	นพ.ณรงฤทธิ์ มัศยาอาานนท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี
57	นพ.ชัยยศ เด่นอริยะกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
58	นพ.เกรียงไกร ตั้งจิตธมณศักดิ์ดา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบัง กทม.
59	นพ.ยลชัย จงจิระศิริ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร
60	นพ.ศรชัย วีรมนชัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน
61	นางปิยวรรณ คำพันธ์	โรงพยาบาลเลิดสิน

62	นพ.พงษ์ศักดิ์ ศรีมุกสิกโพธิ์	คลินิกชุมชนอบอุ่น
63	พญ.นันทวัน ช่อมทอง	คลินิกชุมชนอบอุ่น
64	นพ.พัฒน์ โชติวิทยาพงษ์	คลินิกชุมชนอบอุ่น
65	นายศุภวัฒน์ รักซ้อน	คลินิกชุมชนอบอุ่น
66	นส.วณิษาภา อุลลศรี	รพ.ราชพิพัฒน์
67	นส.มณีคุณ สมานธิ	รพ.ราชพิพัฒน์
68	นพ.ชัยศ เสี่ยงประเสริฐกิจ	รพ.ตากสิน
69	พญ.ทัศนีย์ จันทร์น้อย	ที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุนฯ
70	ผศ.ดร.อังสนา บุญธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
71	ผศ.ดร.เกสร สำเภาทอง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
72	นส.ภาคกร สายพันธ์	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
73	นางธัญหทัย จันทะโยธา	สถาบันราชานุกูล
74	พญ.กฤตยา ศรีประเสริฐ	ผู้อำนวยการอาวุโส สปสช.
75	นางเบญจมาศ เลิศชาคร	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
76	นางอัญชลี หอมหวาน	สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สปสช.
77	นายธวัชชัย เรืองโรจน์	สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สปสช.
78	นพ.ปริญญญา ชมวงษ์	สปสช.กทม.
79	นางสุพิศ จันทะพิงค์	สปสช.กทม.
80	นายประเทือง เผ่าดิษฐ์	สปสช.กทม.
81	นส.อมวาศรี เปาอินทร์	สปสช.กทม.
82	นางบุญส่ง ชิวเรืองโรจน์	สปสช.กทม.
83	นางกฤตพร จันคณา	สปสช.กทม.
84	นางบุญสิงห์ มีมะโน	สปสช.กทม.
85	นส.ภัทรภร กาญจนโณภาส	สปสช.กทม.
86	นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรรค์	สปสช.กทม.
87	นางภัทรภร ธนัญญา	สปสช.กทม.
88	นางวิภารัตน์ ศิริผลหลาย	สปสช.กทม.
89	นางพรนาวิ ทิมเกิด	สปสช.กทม.
90	นส.อภิวรรณ พลอยฉาย	สปสช.กทม.
91	นายชชล มงคลชู	สปสช.กทม.
92	นายกฤษณ์ สมานัตต์	สปสช.กทม.
93	นส.สุธัญญา กรกมลชัยกุล	สปสช.กทม.

รายชื่อผู้ร่วมประชุมวันที่ 18 มกราคม 2561

ณ โรงแรม เดอะทวิน ทาวเวอร์ ถนนรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

- | | |
|--|--|
| 1. นายแพทย์ชาลี วชิรศรีสุนทร | ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ |
| 2. นายแพทย์วงวัฒน์ ลีวลักษณ์ | รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 3. นางสาวชรัญญา อมรวงศ์ | สำนักการแพทย์ |
| 4. แพทย์หญิงภาวิณี รุ่งทนต์กิจ | ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข |
| 5. นายแพทย์พนัย ล้วนเลิศ | สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 6. นางสาวลักษณ์ บุญณรงค์ | สำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข |
| 7. แพทย์หญิงสุภาพร กรลักษณ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง |
| 8. นายแพทย์สุภกิจ ฉัตรไชยาฤกษ์ | โรงพยาบาลกลาง |
| 9. นายแพทย์กมลรัชฎ์ จงธนากร | โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ |
| 10. แพทย์หญิงสิรินดา เวทยะเวทิน | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน |
| 11. นางศิริรัตน์ ชูช่วย | โรงพยาบาลตากสิน |
| 12. นายแพทย์ณัฐพล สันตระกูล | คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 13. นายแพทย์วิศิษฐ์ แซ่ลื้อ | โรงพยาบาลสิรินธร |
| 14. นายแพทย์เกรียงไกร ตั้งจิตรมณีกิตดา | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร |
| 15. พ.จ.อ. ยงยุทธ เจริญผล | โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร |
| 16. นายแพทย์ชัยยศ เด่นอริยะกุล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี |
| 17. นางมะณี ฉาสนิ | โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี |
| 18. นายแพทย์เพชรพงษ์ กำจรกิจการ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต |
| 19. นายแพทย์กมล ศรีจันทิก | โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต |
| 20. นางณัฐพร จันท | โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต |
| 21. นางวรรณดี พลอินทร์ | โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ |
| 22. คุณกนกพร พลธร | โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ |
| 23. คุณศรีนทิพย์ เอี่ยมอารมณ์ | โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ |
| 24. นายแพทย์ประจักษ์วิช เล็บนาค | รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 25. นายแพทย์วีระพันธ์ สีนะกุล | ผู้อำนวยการ สปสช. เขต 13 กทม. |
| 26. นายแพทย์ปริญญญา ชมวงษ์ | รองผู้อำนวยการ สปสช. เขต 13 กทม. |
| 27. นางสาวบุษกร สุรรังสรรค์ | ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช. เขต 13 กทม. |
| 28. นางกฤตพร จันคณา | สปสช. เขต 13 กทม. |

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| 29. นางวิภารัตน์ ศิริผลหลาย | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 30. นางสาวอมวาศรี เปาอินทร์ | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 31. นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 32. นางสาวภัทรภร กาญจนภาส | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 33. นางบุญสิงห์ มีมะโน | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 34. นางภัทรภร ธนัญญา | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 35. นางสาวกรภัทรณ์ บัวสังข์ | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 36. นายชชล มงคลชู | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 37. นายกฤษณ์ สมานัตต์ | สปสช. เขต 13 กทม. |
| 38. นางสาวสุธัญญา กรกมลชัยกุล | สปสช. เขต 13 กทม. |

ข้อเสนอจากการประชุมร่วมกันระหว่างกรุงเทพมหานครและสปสช.กทม.“แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร : เขตสุขภาพพื้นที่พิเศษ” 18 มกราคม 2561

นพ.วีระพันธ์ สิทธินะกุล ผู้อำนวยการสปสช.กทม. นำเสนอเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับกลุ่ม 4 กลุ่มก่อนดำเนินการอภิปราย

วันที่ 18 มกราคม 2561 ณ โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครและสปสช.กทม.ได้ร่วมกันประชุมหารือเพื่อพิจารณาแนวทางการกำหนดให้ กทม.เป็นเขตพื้นที่พิเศษ ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย นพ.ชาลี วชิรศรีสุนทรา ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ นายแพทย์วงษ์วัฒน์ ลีวัณลักษณ์ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย นพ.ประจักษ์วิช เล็บนาค รองเลขาธิการสปสช. ผู้อำนวยการและผู้บริหารโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ทุกแห่งและผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ในช่วงแรก นพ.วีระพันธ์ สิทธินะกุล นำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของผลการดำเนินการหลักประกันสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และประเด็นที่แตกต่างจากเขตสุขภาพพื้นที่อื่นๆ หลังจากนั้นจึงได้เปิดการอภิปรายเพื่อจัดทำข้อเสนอเบื้องต้น ที่ประชุมได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวาง สรุปได้ดังนี้

ความต่าง (what)	Evidences (what)	ข้อเสนอมาตรการ (how)
กรุงเทพมหานครเป็นเขตปกครองพิเศษของประเทศไทย มีได้มีสถานะเป็นจังหวัด เป็น “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ” และมีแห่งเดียว (BMA Data center)	-ประชาชนที่มีสิทธิรักษาในกทม. (ทุกสิทธิ) มีประมาณ 8 ล้านคน -สัดส่วนจำนวนประชากร UC กทม. และต่างจังหวัด (เทียบกับจำนวนผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลในจังหวัดอื่นๆ) กทม. ประมาณ 48% ภูมิภาค ประมาณ 70-90%	
จำนวนประชากรในแต่ละโซน เทียบเคียงระดับจังหวัด 6 จังหวัด	โซนกรุงเทพมหานคร ประชากร 8 แสนคน เทียบเท่า ลำปาง นครพนม ลพบุรี กาญจนบุรี ดังนั้น 6 โซน เทียบเท่า 6 จังหวัด ประชากรแต่ละโซน อาจมีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ	1. การบริหารจัดการที่อาจแตกต่างกันในแต่ละโซน 2. การคำนวณงบประมาณต่างๆที่คิดระดับจังหวัด
มีประชากร migrant มีจำนวนมาก ที่มาลงทะเบียนสิทธิ uc กทม. และมีการใช้บริการตามสิทธิ	ทะเบียนราษฎร 6 ล้าน คาดว่ามาอยู่จริง 8-10 ล้าน) อันดับ 1 สมุทรปราการ นนทบุรี ร้อยเอ็ด	กติกาลงทะเบียนสิทธิ UC
เตียงเต็ม ภาระการให้บริการรพ.รัฐในกทม.	-รพ.รัฐ รับดูแลประชากรทั้งประเทศ -เตียงรองรับประชากรทุกสิทธิ จำนวนเตียงรพ.ทุกแห่งในกทม. ประมาณ 30,000เตียง เตียงรพ. UC = 16,000 เตียง แต่รองรับประชากร	หามาตรการแบ่งเตียงจากรพ.non UC มารองรับประชากร UC

ความต่าง (what)	Evidences (what)	ข้อเสนอมาตรการ (how)
	ทุกสิทธิ (ข้อมูลการพิจารณาอัตราการครองเตียงไม่สมบูรณ์ เนื่องจากมีแต่ข้อมูลวันนอนของสิทธิ uc และหน่วยบริการไม่ได้กำหนดว่า เตียงทั้งหมดรองรับแต่ละสิทธิจำนวนเท่าไร)	
-ระบบบริการไม่สามารถรองรับชก. ที่ใช้สิทธิในกทม.ที่มีมากขึ้น -อัตราการใช้บริการเพิ่มมากขึ้นกว่าค่าใช้จ่ายที่ได้รับ -หน่วยบริการเกือบทั้งหมด มีเครือข่ายหน่วยบริการมีมากกว่า 1 เครือข่าย -รพ.รับส่งต่อมีจำนวนน้อย ทำให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำและรับส่งต่อซับซ้อน ข้ามเขต ข้ามโซน ไม่สะดวก	-จำนวนหน่วยบริการภาคเอกชน มากกว่าภาครัฐ โดยเฉพาะหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ -หน่วยบริการบางโซนการกระจายตัวไม่ดี หน่วยบริการรับส่งต่อไม่เพียงพอ -เครือข่ายหน่วยบริการกทม.มีประมาณ 700 เครือข่าย	-หาหน่วยบริการเพิ่ม -หางบประมาณเพิ่มเติม
remote area ที่ยังมีหน่วยบริการกระจายตัวไม่ถึงถึง เช่น เขตหนองจอก บางขุนเทียน	Remote area เช่น เขตที่มีหน่วยบริการกระจายตัวไม่ดี เช่น เขตหนองจอก ลาดกระบัง	remote area ควรมี hardship ด้วย
- งบประมาณสำหรับปชก. UC -การให้อำนาจอปสข. ในการบริหารงบกองทุน uc แต่ละรายการ -งบประมาณบางกองทุนไม่เพียงพอ เช่น IP OP -บริการ IP บางรายการย้ายจาก CR มาอยู่ในกองทุนกทม.ส่งผลกระทบต่องบประมาณ -งบกองทุน uc บางรายการ กทม. ไม่ได้รับเหมือนต่างจังหวัด ได้แก่ งบ hardship	-การบริหารกองทุน uc ภายใต้อำนาจอปสข. ตามที่กำหนดในประกาศฯ แต่ไม่ได้ทั้งหมดของทุกรายการ -อัตราชดเชยค่าบริการ IP ลดลง -หน่วยบริการอัตราจัดสรร OP CAP ไม่สะท้อนต้นทุน - OP Cap ได้ตาม age adjust กทม. ได้เกินค่าเฉลี่ย แต่ไม่ได้สูงสุด -CR ของสปสช.กทม. หน่วยบริการในกทม.มีสัดส่วนการใช้เงินสูงสุด -IP รวมเด็กแรกเกิดที่มาคลอดสูงสุดใน กทม. (เดิม กทม.มีสัดส่วนการใช้ CR เด็กแรกเกิดสูงสุด) ทำให้อัตราจ่าย IP ลดลง รพ.เอกชนลาออก	1. ที่มาของเงินเหมือนเดิม แต่นำเงินทุกรายการมาบริหารจัดการเองทั้งหมด 11 แถว โดย commit ผลงาน และมอบให้คณะทำงานต่างๆ ไปหาวิธีดำเนินการให้ได้ผลงาน 2. ที่มาของเงิน ให้มีค่า K สำหรับเขตพิเศษด้วย 3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขอ งบประมาณจากสำนักงบประมาณเพิ่มเติม และนำเงินมาแชร์ร่วมกันเพื่อให้บริการคนกทม.ทั้งหมด 4. มอบอำนาจและหน้าที่ ให้กทม. เป็น autonomy ในการคำนวณงบฯ ขึ้นเอง จนถึงการกระจายงบฯลงทุกประเภท 5. เหมือนเดิมแต่นำเงิน op pp มา รวมกัน 6. การเพิ่มเงินบางเรื่องอาจไม่ใช่

ความต่าง (what)	Evidences (what)	ข้อเสนอมาตรการ (how)
		คำตอบที่จะทำให้ผลงานบริการเพิ่มมากขึ้นเช่น pp น่าจะใช้วิธีการอื่น 7 นำเด็กแรกเกิดกลับไปเป็น CR เหมือนเดิม 8. นำร่องจ่ายอัตราพิเศษที่สะท้อนต้นทุน เฉพาะบางรายการที่มี CMI สูงๆ หรือมีค่าใช้จ่ายสูงที่กทม.ทำได้ที่ ศักยภาพพ. ตจว.ยังทำไม่ได้ (ยังทำไม่ได้ทั้งหมด ต้องเลือกเรื่องมาทำ) 9. remote area ในกทม.ควรได้รับงบhardship 10. Copayment x% เหมือนกันทั้งสามกองทุน เช่น ขรก.ตจว.ที่มารักษาในรพ.กทม. ต้องร่วมจ่าย x% ยกเว้นในกลุ่มที่มีบัตรคนจน

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตกทม. (กลุ่มที่ 1) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตกทม.

ข้อมูลเบื้องต้นนำเข้าที่ประชุม ได้แก่ 1) กองทุนท้องถิ่น : กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร 2) ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ / เขต 3) ร่างพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.

กองทุนท้องถิ่น : กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

- เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ หรือสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้บุคคลในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในพื้นที่
- มีคณะกรรมการ 3 ชุด
 - คณะกรรมการกองทุน
 - ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นประธาน
 - รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสำนักอนามัย เป็น เลขานุการ
 - คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
 - ผู้อำนวยการเขต เป็นประธาน
 - หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและการบริหารทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย เป็นเลขานุการ
 - คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร
 - ปลัดกรุงเทพมหานคร เป็นประธาน
 - ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย เป็นเลขานุการ

ร่าง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ / เขต

- เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการทำงานร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป”

- ข้อ 15 ในกรุงเทพมหานคร ให้แต่ละเขตมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชช.” โดยมี ปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้น เป็นที่ปรึกษา
- ให้ พชช. ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินยี่สิบสองคนซึ่งผู้อำนวยการเขต แต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้
- ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน ผู้แทนภาคเอกชนในเขต จำนวนไม่เกินหกคน ผู้แทนภาคประชาชนในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการ และเลขานุการ และให้หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

ร่าง พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.

- มาตรา 258 ข. (5) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้กำหนดให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศโดยให้มี ระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้นสมควรมีกฎหมายเพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติดังกล่าว โดยการจัดสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นระบบ ด้วยการมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐานด้วยกันทุกคน จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้
- “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการ ประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ
- “คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น เลขานุการ กรรมการอื่นๆ ได้แก่ ปลัดกระทรวงการมห. ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมบัญชีกลาง เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ (รัฐและเอกชน) ผู้แทนสม. อสส. สสจ. สสอ.

การอภิปรายประเด็น“ประชาชนทบท.ได้อะไรจากการเป็น “เขตพิเศษ”

1.ทิศทาง สถานการณ์ ประเด็นปัญหา

1. คณะกรรมการที่กำลังจะเกิดขึ้นตามร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพชช. อาจช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการดีขึ้น
2. ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการจัดระบบบริการ P&P เช่นฐานข้อมูลการลงทะเบียนประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ
3. รพ.รับส่งต่อไม่เพียงพอทำให้เพิ่มคลินิกชุมชนอบอุ่นให้ครอบคลุมพื้นที่ไม่ได้
4. หน่วยบริการภาคเอกชนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการน้อยลง

5. งบ OP ที่ไม่เพียงพออัตราการใช้บริการ OP ต่ำ
6. คลินิกเอกชนไม่มีเงินอุดหนุนและการดำเนินงานมีต้นทุนสูงกว่าคลินิกเอกชนที่อยู่ต่างจังหวัด และ
ค่าจ้างแพทย์สูงในกทม. รวมถึงทัศนคติของประชาชนในการเข้ารับบริการในกรุงเทพมหานคร
7. OP Refer ขาดทุนเกิดจากการเรียกเก็บในระบบ
8. ต้นทุนการรักษาสูงจาก defensive medicine

2. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1. สร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการฯ พช. และกองทุนท้องถิ่น
2. กองทุนท้องถิ่น: การบริหารควรมีความแตกต่างในแต่ละเขต
3. ใช้หลักการ “ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้” แก้ปัญหาด้านการเงินการคลัง (ค่าใช้จ่าย OP ในกทม. สูงกว่า
จังหวัดอื่น, OP refer ขาดทุน)
4. ศึกษาต้นทุนเพื่อกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยที่เหมาะสมหรือรูปแบบ copayment หรือ
co-insurance หรือ Premium
5. หารือกับผู้บริหาร กทม. ในการสนับสนุนงบประมาณ (subsidize) และกทม. ขอไม่ให้หักเงินเดือน
6. เพิ่มงบประมาณและควรมีค่า K
7. ควบคุมรายจ่าย OP refer โดยทำให้เป็นกองทุนปลายปิด (Global budget)
8. เพิ่มรายได้โดยหารูปแบบ super PCU (Non-profit Organization) เช่น ศูนย์แพทย์พัฒนารับส่งต่อ
เฉพาะผู้ป่วย OP
9. พัฒนา Center Lab ทำงานร่วมระหว่างรัฐและเอกชน

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตกทม. (กลุ่มที่ 2)

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561

คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตกทม.

การอภิปรายประเด็น “ประชาชนกทม.ได้อะไรจากการเป็น “เขตพิเศษ”

ทิศทาง/ความแตกต่าง/สภาพปัญหา	ข้อเสนอ
1. การรับและการส่ง มีสถานการณ์วิกฤตเนื่องจาก รพ.เอกชนลาออกในเดือนเมษายนทำให้เกิดปัญหาภาระหนักในภาครัฐรับภาระหนัก ควรหาทางเร่งแก้ไข เพื่อให้โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สามารถดำเนินการต่อไปได้	ต้องหามาตรการเร่งด่วน ให้หน่วยบริการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง - การแก้ปัญหาระยะสั้น การจ่ายค่าชดเชยให้เพียงพอเพื่อจูงใจในหน่วยเอกชนไม่ลาออก - จัดระบบภาษีเพื่อให้จุใจภาคเอกชนมีการลงทุนหรือใช้รูปแบบประชารัฐร่วมกัน - ขยายการรับบริจาคเงินจากประชาชนสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ - ลดหย่อนภาษีเงินได้ของรพ.เอกชน UC 5-10 ปีนี้ - ลดหย่อนภาษีอุปกรณ์การแพทย์ที่มีการนำเข้า - สร้างความร่วมมือระหว่างรพ.เอกชนให้เป็นเครือข่ายร่วมกัน
2. การจัดการโครงสร้างทางการเงิน เรื่องนี้ต้องใช้เวลา ควรแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หากมีงบประมาณเพิ่มเติมในระบบเพียงพอจะทำให้หน่วยบริการทำงานต่อไปได้	เสนอให้มีการ Copayment หรือประกันสุขภาพเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม
3. งบประมาณมีจำกัด โดยแบ่งกระจายไปตามเขตต่างๆ เท่ากัน การมีเขตพิเศษอาจเป็นทางออกให้กับเขตกทม. เนื่องจากมีรูปแบบพื้นที่ ประชากร ต่างจากพื้นที่อื่นปัจจุบันพบว่า เงิน IP น้อยลง สาเหตุเกิดจากมีการนำ New bornออกจาก CR	- ควรกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาล, สปสช. กทม. และผู้รับบริการ กทม. ได้รับประโยชน์ - ต้องแก้ไขที่ระบบการจ่ายเงิน Adjust RW ที่เป็นธรรมกับหน่วยบริการและหน่วยบริการอยู่ได้ ควรคำนึงถึงการส่งกลับรพ.ที่มีศักยภาพที่ต่ำกว่าด้วยการดูแลคนไข้ระดับหนึ่งที่สามารถส่งกลับไปยังรพ.ต้นสังกัดด้วย
4. การส่งต่อจากทุติยภูมิ ไปสู่ตติยภูมิ การ Investigate กับค่ายาแตกต่างกัน อาจจะมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่าง รพ.เอกชน	การแชร์ทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลทุติยภูมิกับโรงพยาบาลเอกชน เพื่อประหยัดงบประมาณได้
5. สร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนเข้าร่วมในระบบบริการ	ภาครัฐสนับสนุนสถานที่ กำลังคน - มีการลดหย่อนภาษีเงินได้ - สถานพยาบาลสามารถลดภาษีเงินได้ของสถานพยาบาล

ทิศทาง/ความแตกต่าง/สภาพปัญหา	ข้อเสนอ
	- ลดภาษีการนำเข้าของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อลดต้นทุน - สร้างคลินิกประชารัฐ - ให้รพ.เอกชนสามารถสร้างมูลนิธิ - สร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลเอกชน ใช้ทรัพยากรร่วม - One City One Hospital one CPU
6. การดูแลคนไข้ระดับหนึ่ง หากโรงพยาบาลต้นสังกัดสามารถดูแลได้ ก็ให้มีการ refer กลับไป	ต้องมีการทำความเข้าใจระหว่างคนไข้ และญาติให้ชัดเจน
7. การดูแลผู้ป่วย Intermediate care เมื่อมีการออกจากโรงพยาบาล	สร้างโมเดลให้มีเงินกองกลาง ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถดูตัวอย่างจาก home care และ รพ.เจริญกรุง
8. การส่งให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่สถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ	การประสานงานร่วมกันระหว่าง สปสช. ขอให้ภาครัฐมีการส่งเสริมการดูแลให้เทียบเท่ากับ BOI เพื่อแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาล
9. การใช้สิทธิประกันส่วนบุคคลกับระบบ UC และระบบสุขภาพเสริมแบบต่างๆ	ควรใช้กลไกประกันสุขภาพส่วนบุคคลกับบัตรทอง เพื่อลดภาระของประชาชนโดยคณะกรรมการต้องมีการพิจารณา กำหนดให้เป็นรูปธรรมสำหรับกรณีด้วย
10. อัตราค่าบริการ Doctor Fee ของแพทย์	ให้มีการกำหนดเป็นราคากลางร่วมกัน
11. การเป็นเขตพิเศษสามารถทำได้ ซึ่งตัวอย่างมีอยู่แล้วขณะนี้ คือ กรมแพทย์ทหารเรือ กรมทหารอากาศ	บริหารจัดการได้อยู่ที่บอร์ด สปสช.ให้อำนาจในการจัดการเกลี่ยงบประมาณ ทั้ง OP,IP ค่าเสื่อม และอื่นๆ
12. ระบบการเชื่อมต่อ it ยังไม่มีการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง	สนับสนุนให้เอกชนลงทุน โดยผ่านกลไก BOI/EEC ในพื้นที่กทม. จัดตั้งรพ. Hospice Care (คล้าย Nursing Home) มีสถานบริการอีกแบบมารองรับผู้ป่วย มีต้นทุนในการให้บริการไม่สูง ทางรัฐบาลให้การสนับสนุน ส่งเสริมจัดตั้งในเขตกทม. ที่มีจน.ผู้สูงอายุกับผู้พิการเพิ่มขึ้น
13. รพ.สังกัดกรมการแพทย์มีการบริหารจัดการการครองเตียงโดยใช้ Application และใช้ทรัพยากรร่วมกัน	ให้มีระบบบริหารเตียงให้ชัดเจนขึ้น รพ.นพรัตนฯมีการเพิ่มศักยภาพในการรับ Refer รพ.ทั่วไปด้วย และมีการสร้างรพ.เพิ่มเติม คือ รพ.ราชวิถี 2
14. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังย้ายเข้าพื้นที่กทม. เพื่อรักษา	ไม่แนะนำให้คนไข้ย้ายสิทธิ ควรใช้ระบบส่งต่อระหว่างเขตตามปกติ

ข้อเสนอการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กลุ่มที่ 3) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561

คณะทำงานพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

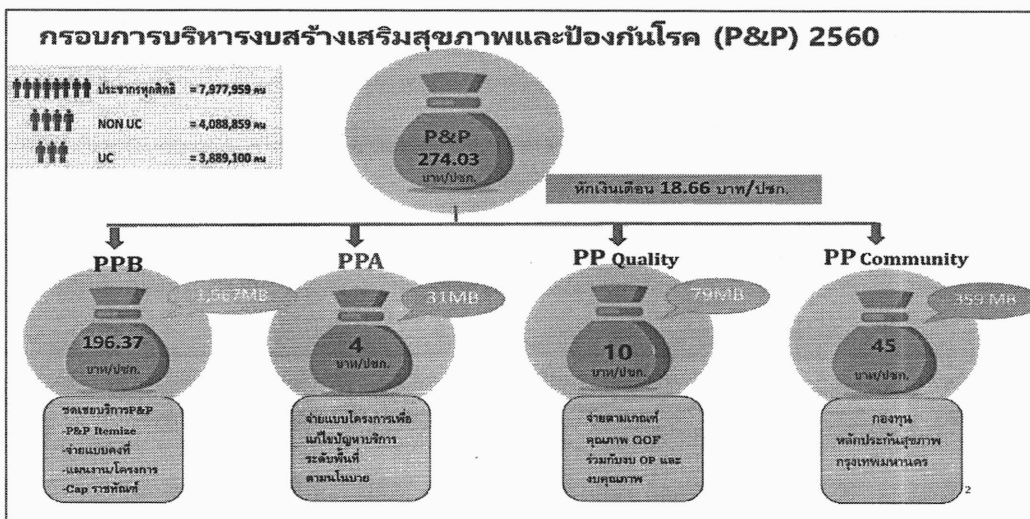
ข้อมูลเบื้องต้นนำเข้าที่ประชุม ได้แก่ กรอบการบริหารและแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(P&P)เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครปีงบประมาณ 2561 และสถานการณ์ปัจจุบัน

สรุปสถานการณ์ปัจจุบัน

1. การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 61.9% (ในระบบUC)
2. ไม่มีข้อมูลสถานะสุขภาพของคนกรุงเทพฯ
3. ผลงานให้บริการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณ
4. สภาพสังคมเมือง ลักษณะที่อยู่อาศัย ทำให้การจัดบริการเชิงรุกในบางพื้นที่ทำได้ยาก
5. กฎหมาย กฎระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานบริการของหน่วยบริการและมีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณ

กรอบการบริหารและแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(P&P)เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครปีงบประมาณ 2561

การบริหารงบประมาณโดยอ้างอิงตามประกาศการบริหารกองทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



แนวคิดการบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2561

- การเพิ่มการเข้าถึงบริการและคุณภาพการบริการ
 - การปรับเปลี่ยนกิจกรรมบริการ P&P ให้ครอบคลุม
 - บริหารจัดการให้เกิดการบริการเชิงรุกในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ
 - การกำกับ ติดตาม ผลงานและคุณภาพการบริการ

การอภิปรายประเด็น “ประชาชนกทม.ได้อะไรจากการเป็น “เขตพิเศษ”

1. ทิศทาง/ความแตกต่าง/สภาพปัญหา

1. การให้บริการ PPB มีงบประมาณเหลือ เข้าถึงน้อย (61.9%)
2. ไม่มีฐานข้อมูลการให้บริการPP กลางของกรุงเทพมหานคร
3. ข้อจำกัดในการให้บริการเชิงรุกของคลินิกเอกชน
4. ไม่มีการวางแผนร่วมกันในการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้าน PPในแต่ละกองทุน เช่น UC และประกันสังคม

2. ข้อเสนอการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบเขตพิเศษ

เป้าหมาย เพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกรุงเทพมหานคร ทุกสิทธิ (single and excellence)

1. เพิ่มการบริการเชิงรุก
2. ปรับระเบียบให้โรงพยาบาลเอกชนเชิงรุกเข้าสถานประกอบการและเบิกได้
3. ประกาศของสปสช. ต้องสอดคล้องกับการดำเนินงานและเบิกจ่าย
4. เพิ่มกิจกรรมรณรงค์ เช่น กลุ่ม taxi
5. จัดสิทธิประโยชน์PPไม่ให้ซ้ำซ้อนกับประกันสังคม
6. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้สิทธิ PP
7. เงื่อนไขให้หน่วยบริการที่รับ OP ประกันสังคมต้องรับให้บริการ PP ด้วย
8. ต้องมีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมควบคุมโรค ให้กับทุกหน่วยบริการ ทุกระดับ รวมคลินิกเอกชน
9. เสนอให้ออกข้อบัญญัติ/กฎหมาย ให้รายงานจำนวนข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของสถานพยาบาล นิติบุคคลของหมู่บ้าน คอนโดมิเนียม เช่น ประวัติการได้ได้รับวัคซีน
10. ให้มีการจัดpackage กิจกรรมให้เป็นมาตรฐานเดียวกันใน 3 สิทธิ (ประกันสุขภาพ ประกันสังคมและข้าราชการ)
11. ปรับแก้ พรบ.หลักประกันสุขภาพให้มีส่วนของการควบคุมโรคด้วย
12. งบPPที่เหลือจากการดำเนินการให้บริการสามารถปรับเกลี้ยไปใช้ในงบกองทุนที่มีงบประมาณไม่เพียงพอให้การบริการจัดการในพื้นที่ เช่น OP/IP

เป้าหมาย ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและกระจายสู่หน่วยบริการ หน่วยงาน

- 13.เสนอให้มีการกระตุ้นให้หน่วยบริการหรือหน่วยงาน เช่นมหาวิทยาลัย ร่วมดำเนินงาน PPA

ข้อเสนอการบริหารจัดการกองทุนสำนักงานสาขากรุงเทพมหานคร (กลุ่มที่ 4)

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561

คณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขากรุงเทพมหานคร

การอภิปรายประเด็น “ประชาชนกทม.ได้อะไรจากการเป็น “เขตพิเศษ”

ประเด็นการใช้จ่ายเงิน

- แนวทางในการศึกษา เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้จ่ายเงิน เสนอแบ่งเป็น 2 ระยะ
 - ระยะสั้น : การมี พรบ. เฉพาะ เพื่อที่จะสามารถทำงานได้ ซึ่งมาตรา 89 มี catchment area ที่ชัดเจน แล้ว แต่ต้องจัดการในเรื่อง
 - การกำกับกับการย้ายถิ่นที่อยู่
 - ทำคล้ายเดิมที่มี unit อยู่แล้วในเรื่องของเงินให้สามารถจ่ายได้เพียงพอมากขึ้นโดยการจ่ายตามต้นทุนของกทม.
 - ดูแล population เดิมของ รพ.
 - ระยะยาว : การศึกษากฎหมาย และระเบียบข้อบังคับต่างๆ พัฒนาให้เกิดโมเดลที่เหมาะสม
- การจัดตั้ง กทม.เป็นเขตพิเศษแล้วให้ทำอะไร จะทำอะไร และส่วนกลางจะให้ได้หรือไม่ ต้องพิจารณา
 - ประเด็นเรื่องของเงิน ทั้งจาก OP, IP ที่จะต้องเสนอขอสนับสนุนเพิ่ม เนื่องจากที่ได้รับอยู่ไม่เพียงพอ โดยอาจจะตั้งเสนอตั้งแต่เข้า และมากกว่าเขตอื่น (เนื่องจากต้นทุนของกทม.จะสูงกว่าเขตอื่น) ทั้งนี้จะต้องมีคำอธิบายถึงความต่างจากเขตอื่นๆ โดยอาศัยข้อมูลเพื่อเสนอประกอบกับการเสนอขอเงินสนับสนุนเพิ่มเติมดังกล่าว โดยอาจจะต้องอาศัย
 - มาตรฐานการบริการ หรือ out come
 - ระบบการส่งต่อ (referral system) ที่แตกต่าง ที่ทำให้ outcome แตกต่าง
- แนวทางการจ่าย
 - เสนอให้จ่ายค่าหัวทั้งหมด ทั้ง PP และงบอื่นๆ ไม่ต้องกันไว้ที่สปสช.และยกเว้นการคืนเงิน ยกเลิกกฎการคืนเงินและจ่ายแบบรายหัวและไม่ต้องเสนอผลงานแต่สามารถชี้แจงการใช้เงินได้
 - เสนอให้มีการศึกษาเพื่อคำนวณต้นทุนใหม่ พร้อมทั้งเสนอประเด็นดังกล่าวไปยังรัฐบาลเพื่อขอทางออก
 - ทำไมต้องจ่ายเพิ่ม และทำไมต่างจากเขตอื่น คำตอบคือ
 - ต้นทุนต่างๆ โดยเฉพาะค่าแรงในเขตกทม. สูงกว่าที่อื่น
 - สัดส่วนคนไข้ที่มารับการรักษาที่ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น สัดส่วนคนไข้โรคมะเร็งที่ย้ายสิทธิการรักษา ตัวอย่างจากรพ.ศิริราช พบว่าคนไข้กลุ่มนี้คิดเป็น 30%ของ Member ทั้งหมด
- Catchment Area ในกทม. มีการทำ PCC แล้ว 4 เขต เสนอให้กทม.เป็นเจ้าของจัดการ สมทบเงินเพิ่มเพื่อจัดบริการ รวมทั้งตั้งอีก 46 เขตมาร่วม และพิจารณาว่าจะจัดตั้งเป็นสหการการสาธารณสุข กทม. หรือ ตั้งภาคเอกชนมาจัดการอย่างไรได้บ้างอีกครั้ง
- แหล่งงบประมาณ มี 2 แหล่งที่สำคัญ คือจากสปสช. ประมาณ 360 ล้านบาท และกทม. 260 ล้าน ซึ่งเป็นงบที่ใช้สำหรับงาน PP จัดบริการสำหรับ vulnerable group, ใช้ในกรณีภัยพิบัติในกทม. หรือใช้

สำหรับงาน Long-Term Care กทม. งบดังกล่าวมีระเบียบการใช้จ่ายเงิน หากจะทำมาใช้จริงจะต้องเสนอเป็นร่าง เสนอผ่านสภา เพื่อขอใช้เงินสมทบ

- การให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนเข้าใจและรับรู้ปัญหา เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม การร่วมจ่ายจากภาคประชาชน

ประเด็นเรื่องของการย้ายสิทธิเข้ามารับการรักษา

ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการบริการสูงขึ้น ทั้งนี้อาจจะพิจารณามาตรการเพื่อควบคุมหรือป้องกันการย้ายถิ่นเข้ามารับสิทธิการรักษา

- อนุมัติให้ย้ายได้ แต่ให้การรอรับสิทธิเป็นเวลา 6 เดือน โดยในช่วงระยะเวลาสิทธิให้ใช้สิทธิที่เดิมจนกว่าจะถึงระยะเวลาแล้วย้ายได้
- ต้องมีการ Identify ให้ชัด มีจำนวนการย้ายถิ่นเพื่อเข้ามารับสิทธิการรักษา เป็นจำนวนเท่าไร และมาด้วยโรคอะไรบ้างรวมทั้งต้องมีความชัดเจนในการย้ายถิ่น เพื่อที่จะทำให้เกิดกลไกการป้องกันเช่น ข้อมูลปัจจุบันให้ย้ายได้ 4 ครั้ง/ปี และควรที่จะได้รับข้อมูลสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการจ่ายเงินผิดพลาดและควรหาระบบมาคัดกรองในการใช้สิทธิการรักษาแบบย้ายถิ่น
- การห้ามย้ายเข้ามาอาจจะบังคับห้ามย้ายทำได้ยาก ทำอย่างไรให้เป็นการย้ายอย่างสมเหตุผล “ห้ามมาสิทธิในกทม. แต่ไม่ได้ห้ามมารักษา”

ระบบการส่งต่อ

- ต้อง Identify คนใช้ต้องการย้ายเพราะอะไร
- ถ้าใช้วิธีการส่งต่อแทนการย้ายเข้ามกกทม. จะช่วยแก้ปัญหาหรือไม่
- การกำหนดให้รอ 3 เดือน (Raise period) จะเป็นไปได้หรือไม่ ต้องมีเหตุผลมาอธิบาย และหากมีการส่งต่อผู้ป่วยมายังกทม. โรงพยาบาลต้นสังกัดที่ refer ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- คนไข้ที่ย้ายเข้ามาและมีข้อมูลที่ชัดเจน และเสนอให้จ่ายเงินค่าบริการด้วยอัตราค่าบริการ ในอัตราเดียวกับกรมบัญชีกลาง หรือเพิ่มวงเงินเหมาจ่ายรายหัวให้ที่เพียงพอ
- การจัดการแบบพิเศษสำหรับคนที่ย้ายเข้ามาจะต้องจ่ายแบบพิเศษ โดย base rate ทั้ง OPD IPD ต้องเป็นอัตราพิเศษและมีระบบส่วนกลางทำหน้าที่ในการตรวจสอบ
- การดูแลคนไข้แบบปลายทาง จะต้องมีการจ่ายแบบ 2 แบบ โดยมีแบบ base rate ธรรมดาและพิเศษ โดยเริ่มต้น case ที่มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ

ข้อเสนอ

1. สปสช.กทม.บริหารงบประมาณเองหากมีงบเหลือไม่ต้องส่งคืนและสามารถนำไปใช้สนับสนุนข้ามหมวด
2. ขอบงบประมาณประจำเพิ่มจากงบปกติเพื่อให้สปสช.เขตกทม. ใช้สนับสนุนบริการของกทม. ที่เป็นลักษณะพิเศษกว่าเขตสุขภาพอื่น
3. จัดบริการในรูปแบบ PCC ให้ครอบคลุมทุกเขต

4. เสนอให้มีการกำหนดระยะเวลาที่จะใช้สิทธิได้เช่นรระยะเวลา 3 เดือนจึงใช้สิทธิในกทม.ได้ส่วนในช่วงเวลาที่รอให้ใช้ระบบส่งต่อจากหน่วยเดิม

5. ในอนาคตพิจารณาจัดตั้งสหกรการสาธารณสุข ซึ่งต้องใช้เวลาในการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องและอาจต้องแก้ไขกฎหมายให้รองรับการดำเนินงานร่วมกับภาคเอกชน และสามารถเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานต่างๆใน กทม. ได้อย่างคล่องตัวกว่าระบบราชการ และมีความชัดเจนกว่าในการประสานงาน

คณะผู้จัดทำรายงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์
ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์
นางฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว
นางธนกร ชัยจิตร
นายภาสกร สวนเรือง
นางสาวเชมจรรย์ ไรจนพรทิพย์
นางสาวปิยะฉัตร สมทรง
นางสาวพัฒนาวิไล อินใหม่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

นพ.วีระพันธ์ ลีธนะกุล
นพ.ปริญญา ชมวงษ์
นางสุพิศ จันทะพิงค์
นางสาวบุษกร สุรรังสรรค์
นายประเทือง เผ่าดิษฐ์
นางสาวภัทรกร กาญจโนภาส
นางสาวอมาวศรี เปาอินทร์
นางจุไรพร นรินทร์สรรค์ดี
นางบุญสิงห์ มีมะโน
นางภัทรกร ธนธัญญา
นางบุญส่ง ชิวเรืองโรจน์
นางกฤตพร จันคณา
นางวิภารัตน์ ศิริผลหลาย



"การกำหนดค่าดีเป็นสุขเสมอ
ให้ประชาชนมีค่านิยมสูงมากขึ้น
เราก็จะมีค่านิยมสูงด้วย"

นายแพทย์สมพงษ์ นิตยาภิรมย์พงศ์



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
120 หมู่ 3 อาคารบี โซนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ)
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่
กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 02-142-1000 โทรสาร 02-143-8772-3