

สรุปบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพ

โดย กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนเขต

สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

สรุปบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพ	1
ส่วนที่ 1 การถอดบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพจากประสบการณ์ทำงานของคณะกรรมการและทีม	
เลขานุการพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพ	
การรับรู้ร่องรอยความสำเร็จตามเป้าประสงค์การบริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่	1-1
ภาพการพัฒนาเขตสุขภาพที่พึงประสงค์	1-2
ความเสี่ยงที่จะทำให้ไม่สามารถสร้างการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างราบรื่น	1-3
การวิเคราะห์หุ้นส่วนการพัฒนาภายในองค์กร	1-3
การสร้างการรับรู้และการยอมรับต่อการพัฒนาเขตสุขภาพ	1-6
พัฒนาการกำหนดนโยบายการกระจายความรับผิดชอบในการบริหารงบกองทุน ให้ สปสช.เขต	1-8
ข้อสังเกตที่พบ	1-9
ส่วนที่ 2 การถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่เขตนครชัยบุรีรินทร์ สำนักงาน	
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา	
ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของนครชัยบุรีรินทร์	2-1
อัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารของสปสช. เขต 9 นครราชสีมา	2-3
แนวคิดการพัฒนา	2-5
แผนยุทธศาสตร์นครชัยบุรีรินทร์	2-6
การอภิบาลระบบ	2-9
ประสบการณ์การทำงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพื้นที่ นครชัยบุรีรินทร์	2-10
การจัดการระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มคนพิการ	2-10
ระบบบริการแพทย์แผนไทย (กระตุ้นบริการนวดไทย)	2-20
การพัฒนาบริการปฐมภูมิ (Primary Care)	2-25
- CUP เมืองย่า	2-30
ส่วนที่ 3 การถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกัน	
สุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร	
ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร	
การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร	
อัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารของสปสช. เขต 13	
การอภิบาลระบบ	
ประสบการณ์การทำงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพื้นที่ กทม.	
การจัดการระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มคนพิการ	3-11
การบริการ primary care : การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PAP smear)	3-17

สารบัญตาราง

ส่วนที่ 1 การถอดบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพจากประสบการณ์ทำงานของคณะกรรมการและทีม

เลขานุการพัฒนากิจการบริการจัดการเขตสุขภาพ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์หุ้นส่วนการพัฒนาภายในองค์กร	1-3
ตารางที่ 2 การสร้างการรับรู้และการยอมรับต่อการพัฒนาเขตสุขภาพของ สปสช.	1-6

ส่วนที่ 2 การถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่เขตนครชัยบุรีรินทร์ สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร	2-2
ตารางที่ 2 ข้อมูลหน่วยบริการ	2-3
ตารางที่ 3 กรอบและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต นครราชสีมา	2-3
ตารางที่ 4 กรอบแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพนครชัยบุรีรินทร์	2-5
ตารางที่ 5 การออกแบบระบบบริการ และความคาดหวังในระบบบริการ	2-8
ตารางที่ 6 การบริหารจัดการงบกองทุนของเขตนครชัยบุรีรินทร์	2-9
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้พิการแยกตามรายจังหวัดในเขต นครชัยบุรีรินทร์	2-12
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการบริหารจัดการในภาพรวมของประเทศกับการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพ	2-14
ตารางที่ 9 การประเมินผลการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มคนพิการ	2-19
ตารางที่ 10 เกณฑ์การคิดค่าคะแนนตามผลงานบริการ	2-21
ตารางที่ 11 กำหนดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณกิจกรรมการกระตุ้นบริการนวดแผนไทย	2-21
ตารางที่ 12 อัตรากการจ่ายการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอดให้หน่วยบริการประจำ	2-22
ตารางที่ 13 ผลการดำเนินงานกิจกรรมกระตุ้นบริการนวดไทย	2-23
ตารางที่ 14 การประเมินผลระบบบริการแพทย์แผนไทย	2-24
ตารางที่ 15 ตารางวิเคราะห์ช่องว่างที่ต้องพัฒนาใน	2-28
ตารางที่ 16 ตารางวิเคราะห์หุ้นส่วนในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	2-29
ตารางที่ 17 การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	2-30
ตารางที่ 18 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง CUP รพ.มหาราช แบบเก่ากับแบบเมืองย่า	2-31

ส่วนที่ 3 การถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 การแบ่งพื้นที่ให้บริการ 14 โซน	3-4
ตารางที่ 2 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขต กทม. ปี 2546 – 2554 จำแนกตามประเภท	3-6
ตารางที่ 3 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต กทม.	3-7
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลงาน PAP smear	3-17
ตารางที่ 5 แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2555	3-19

สารบัญภาพ

**ส่วนที่ 1 การถอดบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพจากประสบการณ์ทำงานของคณะกรรมการและทีม
เลขานุการพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพ**

**ส่วนที่ 2 การถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่เขตนครชัยบุรีรินทร์ สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา**

ภาพที่ 1 แผนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพนครราชสีมา	2-2
ภาพที่ 2 เปรียบเทียบโครงสร้างการบริหารงาน เขต นครราชสีมา	2-4
ภาพที่ 3 ภาพระบบสุขภาพ “นครชัยบุรีรินทร์”	2-5
ภาพที่ 4 ภาพ ยุทธศาสตร์นครชัยบุรีรินทร์ 6 ด้าน	2-6
ภาพที่ 5 การจัดศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์ เครื่องช่วย ตามจังหวัดต่างๆ ในพื้นที่	2-15
ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการพัฒนาการสนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ	2-18
ภาพที่ 7 กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขต 9 นครราชสีมา	2-24
ภาพที่ 8 ภาพเปรียบเทียบ โครงสร้างการจัดการ CUP SPLIT ของ รพ.มหาราช	2-33

**ส่วนที่ 3 การถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร**

ภาพที่ 1 โครงสร้างการบริหารงาน เขต กทม.	3-7
ภาพที่ 2 Strategic Map การดูแลผู้พิการในเขตกรุงเทพมหานคร	3-12
ภาพที่ 3 Strategic Map - PAP SMEAR	3-18

สรุปบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพ

ความเป็นมา

การเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขไทยที่นับว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพไทยที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการปฏิรูปการจัดการระบบการคลังสาธารณสุขแบบใหม่ โดยก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเพื่อทำหน้าที่บริหารกองทุนและจัดซื้อบริการแก่ประชาชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปฏิรูปดังกล่าวมีผลกระทบต่อบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ลดลงจากในอดีตทำหน้าที่เบ็ดเสร็จทั้งการจัดการด้านการคลังสุขภาพและการจัดบริการ และทำให้บทบาทในการกำหนดทิศทางด้านสุขภาพอ่อนแอลง อำนาจการซื้อบริการแทนประชาชนรับผิดชอบ จึงเป็นบทบาทความรับผิดชอบของ สปสช. การซื้อบริการให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีการบริการที่จำเป็นไว้ให้ซื้อ และต้องมีการแข่งขันกันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ สภาพความเป็นจริงพบบริบทที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่ จึงเป็นบทบาทของสำนักงานสาขาเขตพื้นที่จำนวน 13 แห่ง ที่กระจายอยู่ตามภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร และมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสำนักงานสาขาเขตพื้นที่จังหวัด ทำหน้าที่ซื้อบริการตามที่ สปสช. กลางมอบหมาย โดยนโยบายและทิศทางการพัฒนายังถูกกำหนดจากสำนักงานส่วนกลาง

แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพมาจากการบริหารระบบบริการสุขภาพที่ขาดแคลนทรัพยากรต้องการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เขตสุขภาพเป็นแนวคิดการกระจายอำนาจให้เกิดระบบสุขภาพระดับพื้นที่ที่ใกล้ชิดประชาชนอย่างมาก มีการจัดระบบบริการสุขภาพให้เกิดความครอบคลุมทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีโรงพยาบาลที่ดูแลในพื้นที่ประชากรชัดเจน มีการวางแผนทรัพยากรที่เป็นระบบ เน้นการดำเนินงานในพื้นที่ที่ประสานความร่วมมือขององค์กร โดยการจัดการใช้การอภิบาลระบบเป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน มีความเป็นอิสระในบทบาทความรับผิดชอบและอำนาจการจัดการที่ดีให้เกิดธรรมาภิบาลที่ต้องการ จากการพิจารณาถึงคุณประโยชน์ของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ในปีงบประมาณ 2553 สปสช.จึงได้มีนโยบายนำร่องการพัฒนาการจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพ (Area Health) ในพื้นที่ 2 เขต คือ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา หรือเขต “นครชัยบุรินทร์” ซึ่งมีการวางแผนการจัดการระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกันระหว่างจังหวัดต่างๆ ในเขต ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ และสุรินทร์ และสปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นบางส่วนในด้านของการวางแผนติดตามประเมินผลภายใต้แนวคิด Supply Chain Development ตลอดจนการติดตาม ความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงานจากสำนักนโยบายและแผน และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เพื่อให้ได้ข้อเสนอการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาในระยะต่อไปมากกว่าที่จะประเมินผลลัพธ์การพัฒนาที่ต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่ง

บทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพนี้เป็นการประมวลจากประสบการณ์ดำเนินงานพัฒนาเขตสุขภาพนำร่องที่ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเพื่อหาปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนา กรณีตัวอย่างของรูปแบบระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ที่เหมาะสม เกิดผลดีแก่ประชาชนในพื้นที่ ในการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพที่บูรณาการในพื้นที่ เชื่อมโยงบริการตั้งแต่บริการการแพทย์และบริการสุขภาพระดับชุมชน ไปสู่ระดับปฐมภูมิ

ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตามศักยภาพและระบบส่งต่อที่เข้มแข็ง เกิดการเชื่อมโยงและประสานไปสู่บริการ สาธารณสุข และบริการด้านสังคมสุขภาพอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ ซึ่งอาจเกิดจากการดำเนินงานของชุมชน สังคม โดยรวม หรือสถาบันที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมถึงการค้นหาช่องว่างของการพัฒนา เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ สำหรับหน่วยงานที่จะดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพที่จะขยายพื้นที่ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกเรื่องราวสำคัญที่แสดงถึง แนวคิด ความเป็นมา ความรู้ ประสบการณ์ กรณีตัวอย่าง กระบวนการดำเนินงานจัดบริการที่เกิดประโยชน์กับระบบบริการสุขภาพและประชาชนในพื้นที่ ได้จากการนำ ร่องการพัฒนาเขตสุขภาพ ของ สปสช. เขต 9 นครราชสีมาและ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร และ สำหรับ เผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือสนใจ ได้ศึกษาและใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนด้านวิชาการ การวางแผน บริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพ ให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ต่อไป

ขั้นตอนการสรุปบทเรียน

การศึกษาจากเอกสาร วิเคราะห์ฐานข้อมูลทุติยภูมิ การศึกษาเชิงคุณภาพ (สัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม) ในพื้นที่ศึกษาของเขตกรุงเทพมหานครและเขตนครชัยบุรินทร์ นำมาถอดบทเรียนตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษา ทบทวนกรอบแนวคิด / บทเรียน การพัฒนาเขตสุขภาพ จากงานวิชาการ ผลงานวิจัยการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพื้นที่
2. ศึกษา แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ แนวทาง / คู่มือการดำเนินงาน แผน / ผลการปฏิบัติงาน ของ สปสช.เขตนำร่อง (เขตกรุงเทพมหานครและเขตนครชัยบุรินทร์)
3. รวบรวมความรู้ ประสบการณ์การดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้ ช่องว่างที่ต้องการพัฒนาและแผนการพัฒนา จาก
 - การสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน สทนากลุ่ม
 - การประชุมติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน
 - รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องของ สปสช.เขตนำร่อง (เขตกรุงเทพมหานครและเขตนครชัยบุรินทร์)
 เช่น รายงานการประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต
 - รายงานการประชุมกรรมการบริหารเขตและกรรมการบริหาร สปสช.ในส่วนของข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก ผู้บริหาร /ผู้เชี่ยวชาญ
 - รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเขตสุขภาพ
 - รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาการบริหารจัดการเขตสุขภาพและคณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 5
4. ถอดบทเรียนความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีสาระเกี่ยวกับแนวคิด วิธีการปฏิบัติงานที่ชัดเจน บทเรียนที่ดีๆในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดความสำเร็จหรือปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินการมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติ
5. สรุปเรียบเรียงเป็นเอกสารบทเรียน ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ในรูปแบบเขตสุขภาพ สำหรับเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้อง

เนื้อหาของการสรุปทเรียน แยกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การถอดบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพจากประสบการณ์ทำงานของคณะกรรมการและทีม
เลขานุการพัฒนาการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การถอดบทเรียนประสบการณ์จัดการระบบสุขภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 3 การถอดบทเรียนประสบการณ์จัดการระบบสุขภาพพื้นที่เขตนครชัยบุรีรินทร์ สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา

ส่วนที่ 1 การถอดบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพจากประสบการณ์ทำงานของ คณะกรรมการและทีมเลขานุการพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพ

การดำเนินงานสนับสนุน ขับเคลื่อนการพัฒนาเขตสุขภาพของ สปสช. ที่ได้มีการนำร่องใน สปสช. 13 เขต กรุงเทพมหานครและสปสช. เขต 9 นครราชสีมา มีคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาเขตสุขภาพ เป็นกลไกสนับสนุนด้านนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาและติดตามกำกับความหน้าและประเมินผล ในปีงบประมาณ 2553 มีการประชุมเพียงครั้งเดียว เนื่องจากเป็นระยะเริ่มต้นของการทำงาน ยังมีความไม่ชัดเจนในกรอบแนวคิดและวิธีการทำงานบางเรื่องอยู่มากที่ต้องมีการศึกษา ทบทวนทำความเข้าใจ ร่วมกับทีมวิชาการของสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ประกอบกับหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนเขต ผู้ช่วยเลขานุการของคณะกรรมการฯ ได้ลาออกไป ทำให้ดำเนินการได้ไม่ต่อเนื่องอยู่ระยะหนึ่ง ในปีงบประมาณ 2554 จึงได้มีการทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ โดยใช้ชื่อว่า คณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพ ประกอบด้วย เลขานุการ สปสช. รองเลขานุการ (นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ และ นพ.พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์) นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ และ นพ.ชววิทย์ ลิขิตยั้งวรา เป็นที่ปรึกษา ประธานคือ รองเลขานุการ นพ.วิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ โดยมีผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนเป็นเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วย ที่ปรึกษาอาวุโส ผู้เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการ สปสช. เขต กทม. เขต นครราชสีมา เขต พิษณุโลกและผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคลและการเปลี่ยนแปลง สรุปบทเรียนที่ได้จากการถอดประสบการณ์ทำงานพัฒนาเขตสุขภาพจากของคณะกรรมการและทีมเลขานุการพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพ ที่ได้ดำเนินการร่วมกับทีมวิชาการและผู้บริหารในพื้นที่ได้ดังนี้

การรับรู้ร่องรอยความสำเร็จตามเป้าประสงค์การบริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ ซึ่งพบจากการสรุปบทเรียนการดำเนินงานของเขตนำร่อง

1. การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ พบว่า เขตนครชัยบุรีรินทร์ ได้มีการจัดบริการตรงตามความจำเป็นด้านสุขภาพและความต้องการของชุมชน ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย การฟื้นฟูดูแลผู้พิการ ในขณะที่เขต กทม. ได้มีการเร่งรัดการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. การเพิ่มความเป็นธรรม ได้แก่ จัดสรรทรัพยากรตามความจำเป็นด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการจัดการที่ดีขึ้น ในเขตนครชัยบุรีรินทร์ เห็นได้ว่า มีความก้าวหน้าในการบริหารระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ในพื้นที่ การดูแลผู้พิการ เชื่อมโยงไปสู่การดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่เขต กทม. ยังคงมีปัญหาที่ต้องจัดการโดยเฉพาะในเรื่องของการจูงใจให้ภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมบริหารระบบ PP และการดูแลผู้พิการ ในพื้นที่เขต กทม.

3. การเพิ่มคุณภาพบริการ ได้แก่ การบูรณาการของบริการสุขภาพ-สังคม บริการส่วนบุคคล-บริการสาธารณะ ระบบข้อมูลดีขึ้น การเข้าถึงบริการของกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน เขตนครชัยบุรีรินทร์ มีการขับเคลื่อนการทำงานในลักษณะของ NODE คนพิการ ขยายเครือข่ายการทำงานลงสู่ระดับอำเภอ และการทำงานเชื่อมต่อระหว่างองค์กรคนพิการและหน่วยบริการที่กำลังขยายวงกว้างมากขึ้นในเชิงคุณภาพ เช่น การนำนักกายภาพบำบัดลงสู่ชุมชนพัฒนา

4. มีนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ ได้แก่ เขตนครชัยบุรีรินทร์ มีการจัดการในลักษณะของ “ศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการภายในเขต” และพัฒนา “โปรแกรมบันทึกการให้บริการกายอุปกรณ์เครื่องช่วย” เพื่อใช้ในการติดตามการใช้งบประมาณและประเมินผลการให้บริการของศูนย์นั้น มีการจัดระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในรูปแบบ cup split “cup เมืองย่า” สำหรับในเขตกทม.มีรูปแบบการจัดการบริการร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน “ภูมิพลโมเดล”

5. เพิ่มธรรมาภิบาลในการจัดการบริการจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆมากขึ้น พบว่า เขตนครชัยบุรีรินทร์ มีกลไกทำงานแบบมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนในการดูแลและพัฒนาาระบบสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในระดับเขตเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพรวมถึงบูรณาการกับมิติด้านสังคม เช่น การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง เป็นต้น สำหรับการดำเนินงานในเขตกทม.ซึ่งมีองค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขตกทม.ที่แตกต่างจากเขตของนครชัยบุรีรินทร์ โดยคณะกรรมการส่วนใหญ่มาจากหน่วยบริการที่หลากหลายระดับและสังกัด ทำให้การทำงานยังค่อนข้างแยกส่วน ยังไม่บูรณาการ เนื่องจากไม่มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพของกทม.ในภาพรวม และยังการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรผู้บริโภคเพราะสัดส่วนที่เข้าร่วมเป็นอนุกรรมการน้อย

ภาพการพัฒนาเขตสุขภาพที่พึงประสงค์

ควรมีการจัดการให้เขตมี **สมรรถนะ** (ประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนพัฒนา บริหารระบบบริการและการคลังสุขภาพ กำกับ ติดตามประเมินผล)และ**อำนาจตัดสินใจ (แบบมีส่วนร่วม)** ที่เพียงพอในการตอบสนองต่อการจัดการสุขภาพ การสาธารณสุขและการจัดการปัจจัยสังคม **ที่สอดคล้องกับปัญหาและตอบสนองความต้องการของพื้นที่**อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การพัฒนาเขตให้เป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์การสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นได้จริงในภาคปฏิบัติ ต้องมีการจัดการ 4 เรื่อง

1. การจัดการเรื่องคนที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้เข้าใจแนวคิด ทิศทาง ความหมายของการกระจายอำนาจ และความรับผิดชอบ และความเชื่อมโยงที่เกี่ยวข้อง เข้าใจเป้าหมายของระบบร่วมกัน มีความรู้ ทักษะ ศักยภาพ ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ การวิเคราะห์ภาคีหุ้นส่วนหาแนวร่วมในการทำงานในพื้นที่ในท่าทีที่เหมาะสม

2. การจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เกิดบริการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ตามบริบทของพื้นที่ด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้

3. การจัดการระบบข้อมูล ข่าวสาร ให้สามารถกำกับ คุมสถานการณ์ ติดตามความก้าวหน้าของระบบได้

4. การจัดการเครือข่ายพันธมิตรโดยระดมศักยภาพฯ จากบุคลากรทุกฝ่าย อปท. รวมถึงภาคประชาชนที่มีจิตอาสา ให้มีส่วนร่วมอย่างเป็นกลยุธมิตรในการสร้างระบบสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อการมีสุขภาพดีของประชาชน โดยการระดมสรรพกำลังของทุกภาคส่วน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ภาคีต่าง ๆ ท้องถิ่น ต้องมีกลไกทำงานร่วมที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง มีการร่วมกันออกแบบ โดยเน้นที่ 4 เรื่องสำคัญคือ 1) Healthy Public Policy 2) Financial for health การสนับสนุนทางการเงินเพื่อพัฒนาระบบบริการ 3) Service Plan ควรมี specific package ที่ชัดเจน เช่น ระบบปฐมภูมิที่เน้นการดูแลที่ดีขึ้นในกลุ่มที่เปราะบางในสังคม เช่น กลุ่มคนด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุ และpackage ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 4) M&E

ความเสี่ยงที่จะทำให้ไม่สามารถสร้างการบริหารระบบสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างราบรื่น

โครงสร้างเขตพื้นที่ที่แตกต่างกันของกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. เป็น key risk indicator ในการบริหารระบบสุขภาพในพื้นที่ในรูปแบบเขตสุขภาพ ความเสี่ยงที่เราถือเงิน ถูกลมเหมือนถืออำนาจ ทำให้เป็นปัญหาในการสร้างการมีส่วนร่วม การทำงานโดยใช้ความรู้สึก ไม่มีกระบวนการทางวิชาการรองรับทำให้เกิดความไม่เชื่อมั่นไม่น่าเชื่อถือ ขาดกลไก เครื่องมือ ในการสนับสนุนและติดตามกำกับ ประเมินคุณภาพการดำเนินงาน

การวิเคราะห์หุ้นส่วนการพัฒนาภายในองค์กร

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์หุ้นส่วนการพัฒนาภายในองค์กร

Partner	สิ่งที่ต้องทำ	ผลลัพธ์ที่ทำได้ / GAP
คณะกรรมการพัฒนาการบริหารจัดการเขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดทิศทาง นโยบายในการดำเนินงานการบริหารจัดการเขตสุขภาพ - พิจารณาให้ความเห็นชอบและให้ข้อเสนอแนะต่อแผนดำเนินการบริหารจัดการเขตสุขภาพ - อำนาจการและให้การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การบริหารจัดการเขตสุขภาพ - แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมต่อเนื่อง เป็นระยะ โดยได้มีการทบทวนปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการ - ได้แผนแม่บทการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ยังต้องปรับปรุงให้เป็น แผนแม่บทการบริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ ก่อนนำไปแปลงเป็นแผนปฏิบัติการ ที่เชื่อมโยงสอดคล้องกับแผนปฏิบัติ 5 ปีภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 5
ทีมวิชาการ นักวิจัยจาก สวปก.	<ul style="list-style-type: none"> - วิจัยประเมินผลการดำเนินการพัฒนาการบริหารจัดการบริการระบบสาธารณสุขในพื้นที่ตามระยะของการพัฒนา เน้นด้าน การอภิบาลระบบ การคลังระบบสาธารณสุข การจัดบริการ และสัมฤทธิ์ผลการจัดระบบ - อำนาจการด้านวิชาการในการพัฒนาการบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยร่วมประชุมกับทีมผู้บริหารในพื้นที่และส่วนกลางเป็นระยะ ติดตามและนำเสนอรายงานความก้าวหน้า / ผลการศึกษาวิจัย ให้กับผู้บริหาร สปสช.และผู้เกี่ยวข้อง เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง - ร่วมกับพื้นที่และส่วนกลางในการพัฒนาตัวชี้วัด ระบบข้อมูล และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่เพื่อการติดตามประเมินผล 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้มีการนำเสนอรายงานความก้าวหน้าและผลการศึกษาวิจัยให้กับคณะกรรมการบริหาร สปสช. ส่วนกลางและเขตและคณะกรรมการเขตสุขภาพ โดยมีความชัดเจนเป็นลำดับในแนวคิดและเนื้อหาทางวิชาการ แต่กระบวนการทำงานวิจัยรวมถึงการกำหนดกรอบการวิจัยที่จะดำเนินการในระยะต่อไป มีความล่าช้าไปบ้าง ทำให้ต้องขอขยายเวลาดำเนินการและสำนักรนโยบายและแผน ต้องมีการกำกับติดตามบริหารสัญญาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง - มีการร่วมประชุมกับทีมผู้บริหารในพื้นที่และส่วนกลางเป็นระยะ ในการพัฒนาตัวชี้วัด ระบบข้อมูล และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่เพื่อการติดตามประเมินผล แต่ยังไม่มีการติดตาม ประเมินความสามารถที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรในการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ข้อมูลและการติดตามประเมินผล

Partner	สิ่งที่ต้องทำ	ผลลัพธ์ที่ทำได้ / GAP
สปสช.เขตนำร่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมเป็นทีมทำงานย่อยกับส่วนกลางและทีมวิชาการ ในการพัฒนาตัวชี้วัด ระบบข้อมูล และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ เพื่อการติดตามประเมินผล - ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ / แผนงาน โครงการ แนวทางตามที คณะกรรมการ พัฒนาการบริหารจัดการเขตสุขภาพกำหนด - ชี้แจงประสาน / ติดตามควบคุมกำกับ หน่วย บริการและภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง - มีบทบาทในการให้ข้อมูลบริบทการทำงาน เขตสุขภาพในพื้นที่ จุดแข็งและจุดอ่อน โอกาส อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ - ร่วมจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพ - รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการพัฒนา เขตสุขภาพในที่ประชุมผู้บริหาร สปสช. คณะกรรมการพัฒนาเขตสุขภาพและ ผู้เกี่ยวข้อง เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง - ประเมินการพัฒนาด้วยตนเองและถอด บทเรียนที่ได้จากการเป็นเขตสุขภาพ สร้าง เป็น องค์ความรู้ คู่มือ แนวทางปฏิบัติ เผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมมือในการให้ข้อมูลบริบทการทำงานเขตสุขภาพใน พื้นที่ จุดแข็งและจุดอ่อน โอกาส อุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ เป็นอย่างดีได้ข้อมูลค่อนข้างครบถ้วน สมบูรณ์ - มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการพัฒนาเขต สุขภาพในที่ประชุมผู้บริหาร สปสช. คณะกรรมการ พัฒนาเขตสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง เป็นระยะอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่สามารถนำเสนอรายละเอียดเชิงลึกได้ ทั้งหมด ต้องมีการพัฒนาเนื้อหาของงานนำเสนอให้ ตอบสนองความต้องการใช้ประโยชน์ของผู้สนใจศึกษา - การถอดบทเรียนที่ได้จากการเป็นเขตสุขภาพ สร้าง เป็น องค์ความรู้ คู่มือ แนวทางปฏิบัติ มีขั้นตอนและใช้ ระยะเวลาเพื่อเป็นการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้น ต้องใช้ ผู้เชี่ยวชาญและงบประมาณในการสนับสนุนการจัดเวที ถอดบทเรียนของเขต
สปสช.เขตอื่น	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นตัวแทนทีมทำงานย่อยในกิจกรรมการ พัฒนาระบบที่คณะกรรมการพัฒนาระบบ บริหารจัดการเขตสุขภาพกำหนด เช่น จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ บริหารจัดการเขตสุขภาพ - มีบทบาทในการให้ข้อมูลบริบทการทำงาน พัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ จุดแข็งและ จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริหารจัดการ สุขภาพพื้นที่ในรูปแบบเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับความร่วมมืออย่างดีในการเชิญเขตเข้าร่วมเป็นทีม ทำงาน และให้ข้อมูลบริบทการทำงานพัฒนาระบบ สุขภาพในพื้นที่ แต่ใน ปี 2554 ยังมีเป้าหมาย เฉพาะในบางเขต ไม่ได้ดำเนินการทุกพื้นที่ การมีส่วนร่วมของบุคลากรส่วนใหญ่ยังเป็นระดับผู้บริหาร ควร ขยายผลที่จะมีการศึกษา บทเรียนประสพการณ์ ผลงานที่ดีให้ครอบคลุมทุกเขตและสร้างการมีส่วนร่วม ในทุกระดับ

Partner	สิ่งที่ต้องทำ	ผลลัพธ์ที่ทำได้ / GAP
เลขานุการ / ผู้ประสานงาน สำนักนโยบาย และแผน	<ul style="list-style-type: none"> - ประสาน / จัดประชุม / สรุปประชุม แจ้งคณะกรรมการ สปสช.เขตและผู้ที่เกี่ยวข้อง - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเขตสุขภาพ นำร่อง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - ประสาน สนับสนุนที่มิวิชาการ ติดตามกำกับ การดำเนินการวิจัยการพัฒนาระบบบริหารสุขภาพระดับพื้นที่ - ลงพื้นที่ ติดตามความก้าวหน้าการพัฒนา และถอดบทเรียน - จัดทำคู่มือ แนวทาง การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพื้นที่ - ยกร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การประสานการจัดประชุม / สรุปประชุม การลงพื้นที่ ติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาและการถอดบทเรียน ได้ค่อนข้างต่อเนื่อง มีรายงานเกือบครบถ้วน สมบูรณ์ แต่ยังคงขาดการจัดทำบทสรุปสำหรับผู้บริหารและการสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ - มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเขตสุขภาพนำร่อง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยร่วมกับที่มิวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านประเมินผล (นายแพทย์มานิตย์) เป็นระยะแต่ทำในลักษณะเป็นโครงการเฉพาะเรื่อง มีการกำหนดรายชื่อสมรรถนะหลักที่ควรนำมาพัฒนาบุคลากรเขตสุขภาพ ยังไม่มีการกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจนสำหรับนำไปใช้ในการประเมินและวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อสอดคล้องยุทธศาสตร์และรองรับภารกิจการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตระยะยาวได้ ควรวิเคราะห์ประเมินสมรรถนะและวางแผนพัฒนาบุคลากร บริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรมโดยบูรณาการไปกับการพัฒนาในภาพรวมของสำนักบริหารทรัพยากรบุคคลและการเปลี่ยนแปลง - การสนับสนุน ผลักดันให้เขตนำร่องจัดทำคู่มือ แนวทาง การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพื้นที่ เป็นไปได้ อย่างล่าช้า เนื่องจากเขตและส่วนกลางยังขาดความรู้ และประสบการณ์ ต้องอาศัยแรงเสริมจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงมีภาระงานที่รับผิดชอบในด้านอื่น ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องกำลังคนทำงานและระยะเวลาในการทำงาน การสังเคราะห์ข้อมูล ให้บรรลุทันความต้องการ - ได้ยกร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตสุขภาพแต่ยังต้องปรับปรุงอยู่บ้าง ให้เป็นแผนแม่บทการพัฒนา ระบบสุขภาพพื้นที่ ตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพัฒนาการบริหารจัดการเขตสุขภาพ และจัดทำรายละเอียดของแผนให้สอดคล้องกับแผน 5 ปี ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 5 ซึ่งมีคณะกรรมการยุทธศาสตร์กำลังดำเนินการอยู่ด้วย

การสร้างการรับรู้และการยอมรับต่อการพัฒนาเขตสุขภาพของ สปสช.: ช่องว่างการพัฒนาและข้อเสนอการปรับปรุง

ตารางที่ 2 การสร้างการรับรู้และการยอมรับต่อการพัฒนาเขตสุขภาพของ สปสช.

ช่องว่างการพัฒนา	ข้อเสนอการปรับปรุง
<p>ภายในส่วนกลาง จากการประสานงานระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพ พบว่า การรับรู้ในเรื่องของเขตสุขภาพของ ผู้บริหารระดับกลางและเจ้าหน้าที่ส่วนมาก ยังไม่เข้าใจถึงเป้าประสงค์ ผลลัพธ์สุดท้ายที่คาดว่าจะเกิด วิเคราะห์สาเหตุเนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - นโยบาย ของ ผู้บริหารระดับสูง เกี่ยวกับการสนับสนุนให้เกิดเขตสุขภาพยังไม่ชัดเจน ยังมี ความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้บริหารส่วนกลางกับผู้บริหารระดับเขต - ระเบียบ ข้อบังคับ ของ ส่วนกลาง ในการเป็นเขตสุขภาพ (การใช้งบประมาณ) - กำหนดโครงสร้างการบริหารงานของ สปสช. เขตสุขภาพ - กรอบการมอบอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณยังไม่เอื้อต่อการเป็นเขตสุขภาพ 	<p>การสร้างการรับรู้และยอมรับในส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้บริหารระดับสูงของสปสช. และกำหนดนโยบายเขตสุขภาพให้ชัดเจนโดยใช้เวทีการประชุมของผู้บริหารระดับสูงทุกสัปดาห์ 2. สร้างการรับรู้เกี่ยวกับเขตสุขภาพ ความเข้าใจถึงเป้าประสงค์ของเขตสุขภาพให้ตรงกัน ระหว่างผู้บริหารกับเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติในส่วนกลางทุกสำนัก/กองทุนย่อย 3. ลด GAP ระหว่างผู้บริหารส่วนกลางกับผู้ปฏิบัติส่วนกลาง โดยการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเขตสุขภาพสู่ผู้ปฏิบัติในเวทีการประชุมสำนักและเวทีประชุมกรรมการบริหารของสำนัก 4. ผู้บริหารระดับสูงต้องสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในส่วนกลางเกี่ยวกับการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่เขตเป็นการแบ่งบทบาทการทำงานให้เหมาะสม ส่วนกลางต้องเปลี่ยนบทบาทจากการปฏิบัติไปเป็นที่เลี้ยง ผู้นิเทศ ติดตาม พัฒนา ศักยภาพเขต ให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5. แก้อัปเดตระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายเงินกองทุน ให้เอื้อต่อการดำเนินงานเขตสุขภาพ แต่ไม่ขัดต่อ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนากำลังคน เทคโนโลยี โปรแกรมการเก็บข้อมูลต่างๆ server สำหรับเขตสุขภาพ <p>การสร้างการรับรู้และยอมรับระหว่างส่วนกลางกับเขต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างความเข้าใจถึงเป้าประสงค์ของเขตสุขภาพให้ตรงกันระหว่างผู้บริหารทุกระดับทั้งในส่วนกลาง / เขต / เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติในส่วนกลาง/เขต 2. สร้างความเข้าใจและการยอมรับนโยบายเขตสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้บริหารส่วนกลางและผู้บริหารระดับเขตโดยใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการบริหารของ สปสช. 3. จัดเวทีถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจเขตสุขภาพจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติร่วมกัน ระหว่างส่วนกลางกับเขต เรื่องกระบวนการสร้างเขตสุขภาพ ทิศทางการสร้างเขตสุขภาพ วัตถุประสงค์ KPI เขตสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเขตสุขภาพ 4. ควรมีเวทีสร้างความเข้าใจ พุดคุยกันระหว่างเขตกับกองทุนย่อยบ่อยๆ โดยจัดให้มีเจ้าภาพที่ชัดเจน ในการจัดเวทีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเขตกับส่วนกลางเช่น KM OD ร่วมกัน 5. ผู้บริหารเขตขอความเห็นชอบจากผู้บริหารระดับสูงเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการเงินกองทุนให้ชัดเจนว่ากองทุนไหนบ้าง จะจัดการลักษณะ global เขต งบประมาณที่เขตสามารถใช้ได้เอง

ช่องว่างการพัฒนา	ข้อเสนอการปรับปรุง
	<p>การสร้างการรับรู้และยอมรับภายในทีมเขต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างความเข้าใจถึงเป้าประสงค์ของเขตสุขภาพให้ตรงกัน ระหว่างผู้บริหารในเขตกับเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติในเขต 2. ลด GAP การรับรู้เกี่ยวกับเขตสุขภาพระหว่างผู้บริหารเขตกับผู้ปฏิบัติในเขต โดยการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเขตสุขภาพสู่ผู้ปฏิบัติในเวทีการประชุมสำนักและเวทีประชุมกรรมการบริหารของเขต 3. สร้างบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่น มีความเป็นพี่น้องในเขต เพิ่มช่องทางการสื่อสารกันมากขึ้น 4. พัฒนา Competency ให้เจ้าหน้าที่เขตสุขภาพมีความสามารถในการสร้างเขตสุขภาพ 5. จัดโครงสร้าง/คน ให้เหมาะสมกับภาระงาน เพิ่มบุคลากรตามความจำเป็น
<p>การสร้างการรับรู้และการยอมรับจากหน่วยงานภายนอก สปสช.</p> <p>1. กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>1. การสร้างการรับรู้และยอมรับของกระทรวงสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 สร้างความรู้ ความเข้าใจ เป้าประสงค์ของเขตสุขภาพ และการยอมรับเกี่ยวกับเขตสุขภาพ ให้ตรงกัน ระหว่าง สปสช.ทุกระดับกับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยยึดแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 2 ที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี <ol style="list-style-type: none"> 1.2 สร้างและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่าง คปสช. กับ อปสช. ให้เข้าใจตรงกัน และแบ่งบทบาทหน้าที่ในการสร้างเขตสุขภาพ โดย รูปแบบบอร์ดสุขภาพเขตควรมี ผู้ตรวจราชการเขต หน่วยบริการ สสจ. อปท. องค์กรประชาชน เป็นองค์ประกอบ คณะทำงานทุกระดับ (กสพ.) ให้ทุกภาคส่วนมาเป็นองค์ประกอบ 1.3 ให้กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนร่วมเป็นคณะทำงานในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ 1.4 ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการให้บริการต่างๆและประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่าน web Site เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในบริหารจัดการ 1.5 เชื่อมโยงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง CUP Board กับ คปสอ. ในระดับอำเภอ โดยใช้กลไกของ คปสอ. โดยเพิ่มองค์กรประชาชน กับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายผู้ป่วย ผ่านกองทุนตำบล กองทุนจังหวัด ปรับทัศนคติของประธาน CUP ให้เข้าใจความต้องการของประชาชนและร่วม share resource 1.6 สร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง สปสช.เขตกับสสจ. โดยประชุมร่วมกันทุกเดือน เพิ่มช่องทางการสื่อสาร ส่งข้อมูลผ่านหน้าเว็บไซต์ ทำ factsheet 1.7 สร้างความเป็นเจ้าของในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตร่วมกันของจังหวัด เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของเขต

พัฒนาการกำหนดนโยบายการกระจายความรับผิดชอบในการบริหารงบประมาณ ให้ สปสช.เขต

ปีงบประมาณ 2553 - 2554

การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุนโดยสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนให้มีการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ด้วยการกระจายอำนาจการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพบางรายการให้ สปสช.เขต โดยเริ่มนำร่องในเขตพื้นที่ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา และเขต 13 กทม.

โดยมีมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับ ทำให้มีรูปธรรมของการมอบอำนาจชัดเจน สำหรับปีงบประมาณ 2554 ยังคงดำเนินการนำร่องต่อเนื่องในพื้นที่ 2 เขต (ในประกาศได้เปิดช่องให้สามารถเพิ่มเติมเขตนำร่องอีกจำนวนหนึ่งตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด)และในส่วนของเขตอื่นๆ ให้มีการบริหารงบ IP เป็น global budget ที่ระดับเขต โดยคำนวณวงเงินด้วยผลงานแต่ละเขตตาม workload (75%) และตามจำนวนประชากรตามโครงสร้างอายุ (25 %)

ปีงบประมาณ 2555

ข้อเสนอของ สปสช.เขต

ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร สปสช.ทุกเขตตกลงในหลักการที่จะรับไปบริหารจัดการงบกองทุน ปี 2555 (OP PP IP) และงบกองทุนอื่นๆ ขอเป็น Global รายกองทุนระดับเขต โดยบริหารจัดการตามกรอบกติกาของส่วนกลาง ที่มีเงื่อนไขยืดหยุ่นให้เขตสามารถปรับเปลี่ยนได้ การกำหนดจังหวะก้าวมีความสำคัญที่ต้องเตรียมการให้พร้อมทั้งในด้าน 1) การบริหารธุรกรรม ให้มีประสิทธิภาพ 2) การซื้อที่ยืดหยุ่น 3) การบริหารการจ่ายเงิน prepaid กับการจ่ายจริง ที่เหมาะสม โดยให้มีคณะทำงานร่วมจากทั้งส่วนกลางและเขตในการจัดทำคู่มือฯ พร้อมทั้งจะทดลองบริหารการปิด Global ปี 2554 ในส่วนงบกองทุน OP PP IP โดยต้องมีการเตรียม กลไก ทั้งส่วนกลาง และเขต ร่วมกันในการปรับบทบาท โครงสร้าง สมรรถนะ กำลังคน ความรู้ ในการรองรับภารกิจดังกล่าวโดยทำเป็นโครงการพัฒนา

ข้อเสนอผู้บริหาร สปสช.ในการกระจายอำนาจการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ในปีงบประมาณ 2555

เลขาธิการและรองเลขาธิการเห็นด้วยในหลักการกับทิศทางการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบให้เขตบริหารงบกองทุน หากเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหาร เพื่อให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ต้องมีการวิเคราะห์องค์กร ทำ gap analysis ทั้งระดับองค์กร และระดับเขต โดยให้เขตประเมินการบริหารจัดการเงิน Global budget ที่เขตของปี 2554 ได้ผลเป็นอย่างไรในมุมมองขององค์กรและหน่วยงานภายนอก และจะขยายเงิน Global budget ไปสู่งบก่อนไหน จะได้อะไรที่ดีขึ้นต่อระบบบริการต้องมี commitment ชัดเจน จะวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างไร จะแสดงถึงการมี responsibility และ accountability ต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ โดยให้มีการเตรียม กลไก ทั้งส่วนกลาง และเขต ร่วมกันโดยเชื่อมโยงไปถึงการพัฒนานคน ในการรองรับภารกิจดังกล่าว ควรมีการกำหนด กฎ กติกา มารยาท ในการบริหารจัดการ process ต่างๆที่จะเกิดในพื้นที่ ให้ชัดเจน ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือเลขาธิการ การพิจารณาเตรียมการบริหารงบกองทุนปี 2555 ใช้กลไกไตรภาคี (รองเลขาธิการ กองทุนย่อย / สำนัก สปสช.เขต) ทบทวนประสบการณ์

ปัญหาในพื้นที่ หาข้อสรุปร่วมกันในแนวทาง วิธีการบริหารงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการขยายการมอบอำนาจความรับผิดชอบในการบริหารงบประมาณให้เขต มีการกำหนดว่า ใคร ควรทำอะไร ก่อนหลัง ให้ชัดเจน และต้องมีการติดตามประเมินผล เป็นบทบาทที่ส่วนกลาง ต้องรับผิดชอบร่วมกับเขต เพื่อให้พื้นที่เข้มแข็งขึ้น

ข้อสังเกตที่พบ

การกระจายอำนาจการบริหารกองทุนให้เขตกับการดำเนินงานเรื่องเขตสุขภาพแตกต่างกัน

บทเรียนของ เขต กทม.พบว่า มีบริบทการทำงานที่แตกต่างจากเขตอื่นหลายประการ อาจไม่เหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับเขตอื่นที่มีลักษณะเป็นเขตชนบทได้

กรณีศึกษาบทเรียนการจัดระบบบริการของเขตนำร่องไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่จะนำเสนอว่า เป็นการทำงานที่มีข้อดีกว่าเขตอื่นๆ แต่เป็นการนำเสนอสิ่งที่พบในพื้นที่ทั้งส่วนที่ดำเนินการได้ดีและส่วนที่ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา

ส่วนที่ 2 การถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา เป็นสำนักงานสาขาเขต ตั้งขึ้นในปีงบประมาณ 2549 เพื่อทำหน้าที่บริหารระบบหลักประกันสุขภาพในเขตทั้งในด้านการลงทะเบียนประชาชน การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การบริหารกองทุน การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงการจัดหาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ ต้องมีการทำงานร่วมกับหน่วยบริการหลากหลายระดับและหลากหลายสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

การบริหารระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา ซึ่งเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ตรงกันกับเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 14 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ มีรูปแบบของการพัฒนาแบบ Regional Health Commissioning Definition หมายถึง การบริหารพันธะสัญญาหลักประกันสุขภาพให้บรรลุตามวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์เขตสุขภาพนครชัยบุรีรัมย์ ที่ร่วมกันกำหนดไว้ การบริหารจัดการมีคณะอนุกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพเขต ประกอบด้วย ตัวแทนหน่วยบริการทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน โดยมี สปสช. เขต 9. เป็นเลขานุการในการจัดเตรียมข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

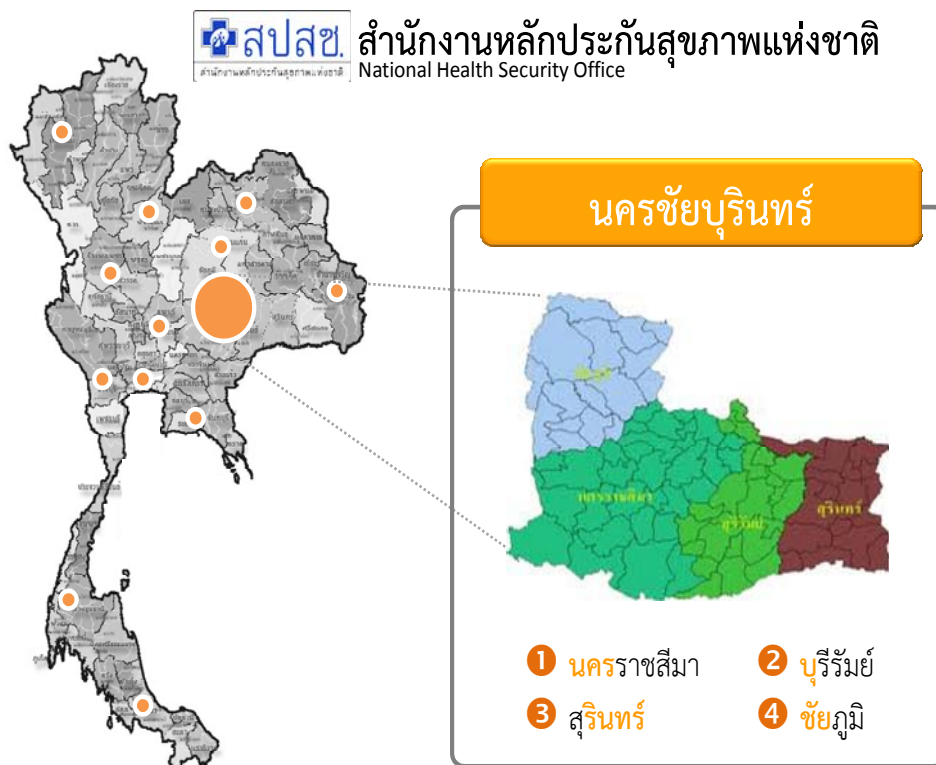
ปัจจุบันการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพในเขตนครชัยบุรีรัมย์ ดำเนินการมากกว่า 2 ปี สามารถจัดโครงสร้างการบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงเครือข่ายสถานบริการได้อย่างเหมาะสมตอบรับกับปัญหาของพื้นที่ จึงได้รวบรวมประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ สำหรับใช้ประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในเขตอื่นและร่วมกันพัฒนาให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของนครชัยบุรีรัมย์

บริบทสำคัญ ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่เขตนครชัยบุรีรัมย์

- มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบบริหารงานสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่จำนวน 4 จังหวัด
- มีพื้นที่รับผิดชอบตรงกันกับเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทำให้ไม่มีปัญหายุ่งยากในการประสานงาน
- มีเครือข่ายสถานบริการที่เข้มแข็ง ทั้งภาครัฐและเอกชน
- มี พื้นที่ชุมชนเมืองและชนบท
- มีการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง

ภาพที่ 1 แผนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพนครราชสีมา

**สถานการณ์ปัจจุบัน**

ข้อมูลประชากร ประมาณการจำนวนประชากร จำแนกตามสิทธิต่างๆ รวมทั้งหมด 6,797,475 คน โดยเป็นผู้มีสิทธิ UC 5,139,233 คน (ข้อมูลจากศูนย์บริหารงานทะเบียน ณ วันที่ 7 เมษายน 2553)

จังหวัด	จำนวนประชากรทั้งหมด	ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ	ผู้มีสิทธิลงทะเบียน
นครราชสีมา	2,641,376	1,989,936	1,989,339(99.97%)
บุรีรัมย์	1,591,499	1,224,736	1,219,837(99.60%)
สุรินทร์	1,420,503	1,0761,823	1,074,353(99.83%)
ชัยภูมิ	1,144,097	848,378	842,524 (99.31%)
รวม	6,797,475	5,139,233	5,126,053(99.75%)

ข้อมูลหน่วยบริการ

ตารางที่ 2 ข้อมูลหน่วยบริการ

จังหวัด	หน่วยประจำ	หน่วยรับส่งต่อ	หน่วยปฐมภูมิ/ สอ.	รวม
นครราชสีมา	46	34	401	481
บุรีรัมย์	24	23	250	297
สุรินทร์	15	15	225	255
ชัยภูมิ	16	15	184	215
รวม	101	87	1,060	1,143

อัตรากำลังโครงสร้างการบริหารงานของ สปสช. เขต 9 นครราชสีมา

อัตรากำลัง (ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2554)

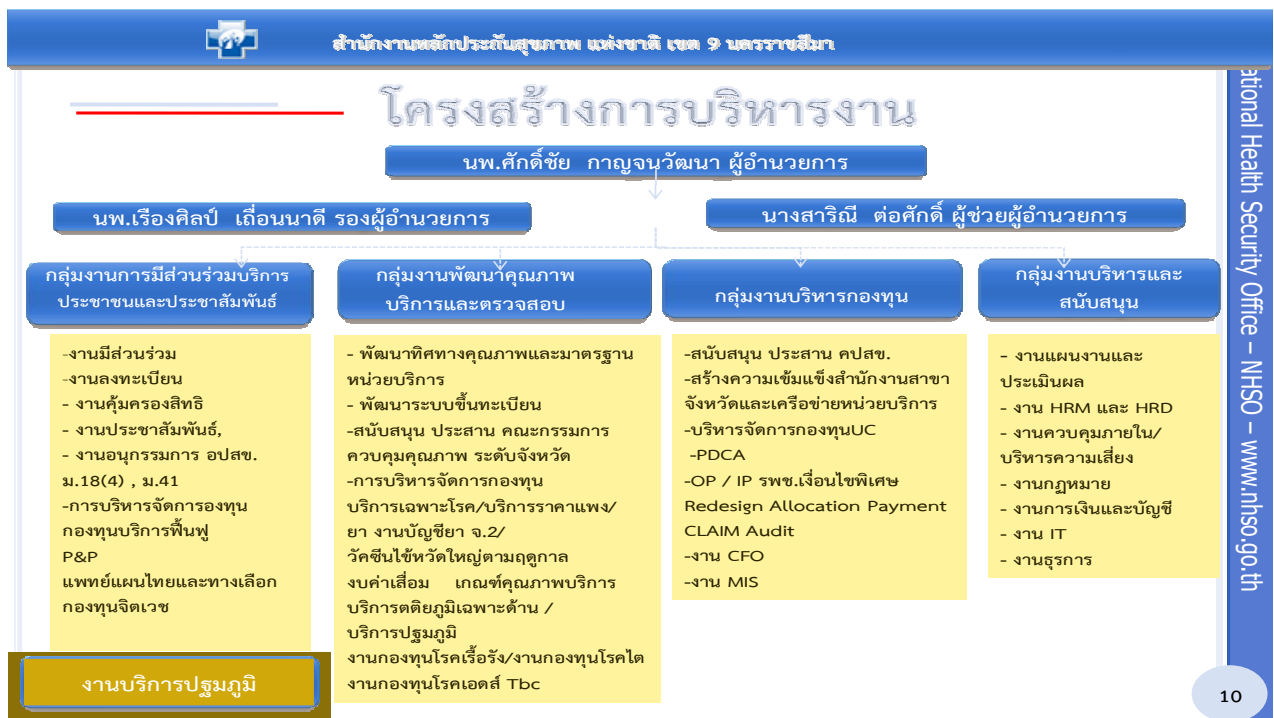
ปัจจุบันสปสช. เขต 9 นครราชสีมา มีกรอบอัตรากำลัง 21 คน ประกอบด้วย

ตารางที่ 3 กรอบและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต นครราชสีมา

ระดับ	อัตรากำลัง (คน)
M2 ผู้อำนวยการ	1
M1 รองผู้อำนวยการ	2
O4 หัวหน้ากลุ่มงาน	5
O3 หัวหน้างาน	4 (กรอบ 8 ขาด 4)
O2 เจ้าหน้าที่อาวุโส	5
O1 เจ้าหน้าที่	3 (กรอบ 4 ขาด 1)
S2 ลูกจ้าง (พนักงานลงทะเบียนประจำสำนักงานเขต)	1 (กรอบ 2 ขาด 1)
S1 ลูกจ้าง	2
รวมทั้งหมด (ไม่รวมจ้างเหมา 2 คน)	21

โครงสร้างการบริหารงาน

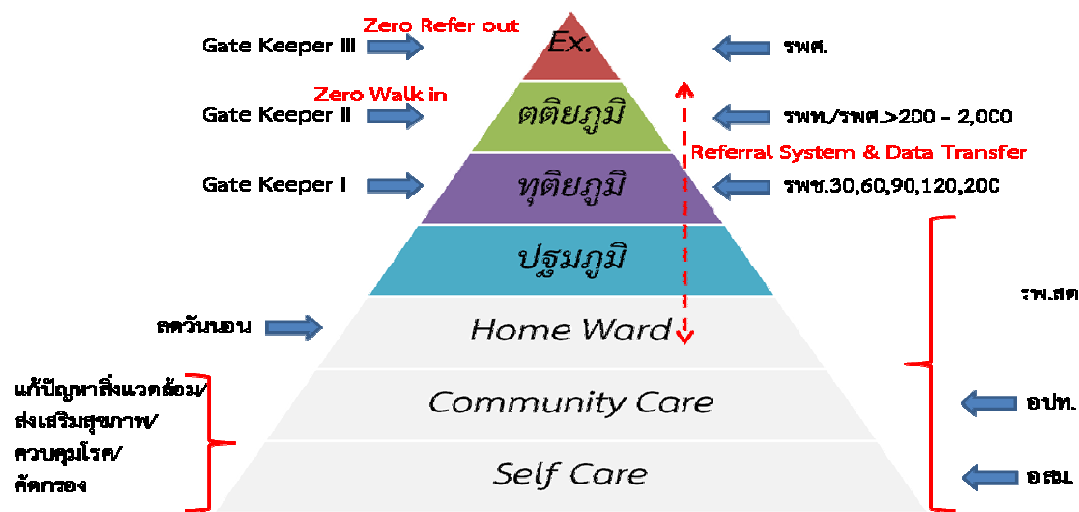
ภาพที่ 2 รายละเอียดโครงสร้างการบริหารงาน เขต นครราชสีมาจำแนกตามบุคลากรกับเนื้อหางาน



แนวคิดการพัฒนา

ภาพที่ 3 ภาพระบบสุขภาพ “นครชัยบุรีรินทร์”

ระบบสุขภาพ “นครชัยบุรีรินทร์”



ตารางที่ 4 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพนครชัยบุรีรินทร์

Service System	Professional Networking	People Partnership	New Public Management
Primary Care <i>Urban</i> Networking Cup split Specific Service Center (Lab , Dental , Palliative, Aids, HD) <i>Rural</i> PCA, Cup Management, Issue Base Secondary care Networking Nodes Tertiary Care 4 Hospitals Excellent Center - รพ. มหาราช , รพ.สุรินทร์	ศูนย์วิชาการ วิจัย ประเมินผล , Model Dev , สนับสนุนวิชาการ วิชาชีพ เกสซ์ ทันต หมออนามัย กายภาพ จิตเวช พยาบาล เทคนิคฯ แพทย์แผนไทย Empowerment Model Service Dev ภาคี่อื่นๆ สช. สสส. สกว.	มิตรภาพบำบัด ผู้พิการ , เครือข่ายผป. (hemophilia, DM, มะเร็ง) อสม. , ผู้สื่อข่าวท้องถิ่น เครือข่าย 9 ด้าน	Public Policy Autonomy Area-Based Issue Commissioning Knowledge Base

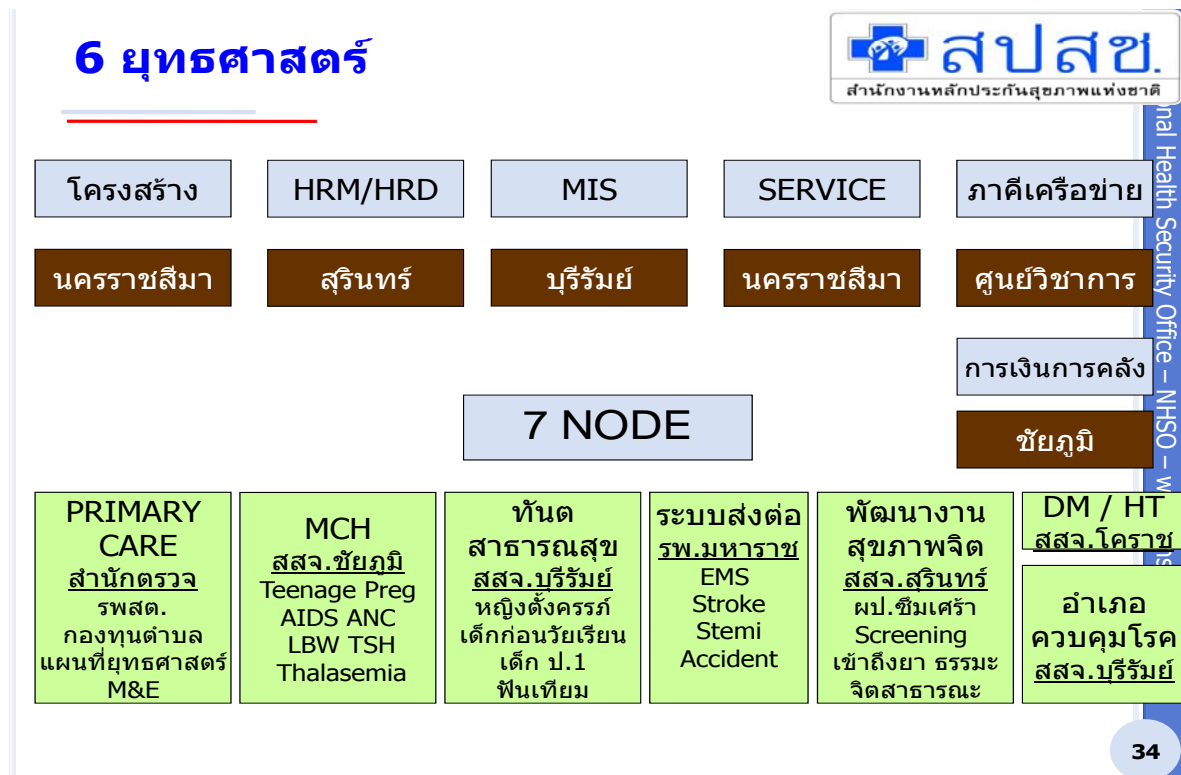
ถอดบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพ : สปสช. เขต 9 นครราชสีมา

- Private Public Partnership Unit ในหน่วยงานของรัฐ (เครือข่ายพยาบาลชุมชน)
- Subset ของระบบการดูแลสุขภาพประชาชนในกองทุนตำบล
- Half-way personal (อสม., care giver)
- Half-way Center (เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง, ผู้ป่วย long term care profile)
- Home Care / Home Ward
- Social Enterprise

แผนยุทธศาสตร์นครชัยบุรีรินทร์

สำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 14 และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกระดับและทุกภาคส่วนได้ร่วมกันมองภาพ เพื่อสร้างระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่เขต นครชัยบุรีรินทร์ โดยได้ดำเนินการกำหนด วิสัยทัศน์ และ พันธกิจ และแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน เพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ ของการเป็นแนวหน้าในการดำเนินงาน เรื่องเขตสุขภาพ ทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกำลังคน ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และด้านสารสนเทศ โดยมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ภาพที่ 4 ภาพ ยุทธศาสตร์นครชัยบุรีรินทร์ 6 ด้าน



ปรัชญา

“ ประชาชนสุขภาพดี ภาครัฐมีส่วนร่วม “

วิสัยทัศน์

“ นครชัยบุรีรินทร์ เป็นผู้นำในการบริหารจัดการระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย “

พันธกิจ

1. พัฒนาการบริหารจัดการระบบสุขภาพด้านโครงสร้าง การเงิน บุคลากร พัสดุ และสารสนเทศ ให้เหมาะสมเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสุขภาพทุกภาคส่วนและทุกระดับอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ
4. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ
5. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์หลัก

1. มีการบริหารจัดการระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ ที่มีโครงสร้างการบริหารจัดการทรัพยากร ที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ทั่วถึง เสมอภาค
2. มีระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ เชื่อมโยงทุกระดับ ประชาชนมีความพึงพอใจ
3. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพ
4. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

ยุทธศาสตร์ (และจังหวัดที่รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์)

1. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเขตสุขภาพนครชัยบุรีรินทร์ให้มีประสิทธิภาพ (นครราชสีมา)
2. ส่งเสริมการผลิต การกระจาย การธำรงรักษา และพัฒนาบุคลากร ให้เพียงพอต่อการบริการ รวมทั้งสร้างขวัญกำลังใจอย่างเสมอภาค (สุรินทร์)
3. ส่งเสริมและพัฒนาระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการจัดการระบบสุขภาพและการให้บริการ (บุรีรัมย์)
4. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ให้สามารถเชื่อมโยงทุกระดับเพื่อให้ประชาชนมีความพึงพอใจ (นครราชสีมา)
5. ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ชุมชน และประชาชน ให้มีบทบาทชัดเจนและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ (ชัยภูมิ)

การพัฒนาตามยุทธศาสตร์นี้มุ่งเป้าหมายร่วมกัน สิ่งที่ต้องยึดลำดับแรก คือ ลดการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน อาคารสิ่งก่อสร้าง การวาง Service Master Plan ต้องอยู่นอกเหนืออำนาจทางการเมืองโดยไม่ค้ำกับการเมืองมากนัก เน้นคำหลักคือ คุณภาพ ประสิทธิภาพ HRM บริการปฐมภูมิ และ เขตต้นแบบบริหารจัดการ ให้

ความสำคัญกับระบบปฐมภูมิ การส่งเสริมการแพทย์แผนไทย การแก้ไขปัญหาของแพทย์และจูงใจให้อยู่ในระบบ
ปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตบุคลากรนอกเหนือจากระบบปกติ ส่งเสริมบุคลากรอื่นที่เสริมจากบุคลากรหลัก

ตารางที่ 5 การออกแบบระบบบริการ และความคาดหวังในระบบบริการ

Redesign	Issue	Output	Future
<p><u>ระบบบริการโดยผู้ให้บริการ</u> เขตเมือง เขตชนบท</p> <p><u>ระบบบริการโดยท้องถิ่นประชาชน</u> กองทุนตำบล</p>	<p>1,2,3 Care Vertical Horizontal Network บริการเฉพาะ Primary split หน่วยบริการเอกชน ท้องถิ่น MIS กองทุนชุมชน</p>	<p>1. Node excellent 2. Node รับส่งต่อระดับจังหวัด 3. Node รับส่งต่อ ระดับอำเภอ 4. Palliative Hospital 5. Node กายอุปกรณ์ 6. LAB X-ray EYE DENTAL HD VD Clinic ร้านยา สลายนิ่ว บริการเฉพาะกลุ่มผู้ต้องขัง 7. Cup splitภาครัฐ 8. หน่วยบริการประจำท้องถิ่น เอกชน 9. Quality Of 18 files 10. SLM</p>	<p>1. SDU Autonomous 2. Excellent Center 3. ขยายแพทย์แผนไทย 4. ขยาย Cup split เพิ่ม และ สร้าง ความเข้มแข็ง Output 5. ศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์ อบจ. กองทุนผู้พิการจังหวัด 6. กองทุนจังหวัด 7. ระบบบริการโดยชุมชน สสส สช สปสช 8. พัฒนารูปแบบ เขตชนบท เรื่อง Primary care 9. Harmonization</p>

ประเภทงบ	Dsign	Allocate	Payment	มติ อปสข.
งบ OP/PP Individual	ได้รับ 19 บาท/ประชากร จำแนกเป็น - 17 บาท สำหรับคุณภาพข้อมูล จ่าย 50 % ในงวดแรก โดยใช้ผลงานปี 2553 เป็นฐาน - 2 บาท เป็นการพัฒนาระบบ จ่ายเป็น 2 งวด 80 : 20	หน่วยบริการ ในส่วนของ สอ. จ่ายผ่าน สสจ.	ตามผลงาน	ครั้งที่ 1/2554 (26 ตค 2553)
งบค่าเสื่อม	ในส่วน 30% ของ สอ. เป็นการจัดเพื่อพัฒนาระบบบริการแบบเครือข่าย ได้แก่ Node Secondary Community LAB	หน่วยบริการ	ตามแผน / โครงการ	ครั้งที่ 1/2554 (26 ตค 2553)
งบฟื้นฟู สมรรถภาพ คนพิการ	ในส่วนเครื่องช่วยกายอุปกรณ์ปี 2554 อนุมัติให้ตัดวงเงิน จำนวน 9.287 ล้านบาท จ่ายชดเชยแทนเครื่องช่วยอุปกรณ์ ปี 2553	หน่วยบริการ	ตามผลงาน	ครั้งที่ 2/2554 (29 พย.2553)

ประสบการณ์การทำงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพื้นที่ นครชัยบุรินทร์

การถอดบทเรียนประสบการณ์การทำงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพื้นที่เขตนครชัยบุรินทร์ เป็นกรณีของการพัฒนาและจัดระบบบริการซึ่งเป็นที่เขตให้ความสำคัญและมีผลงานที่เป็นจุดเด่นในพื้นที่ 3 เรื่อง คือ

1. การจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มคนพิการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีหลักการที่ครอบคลุมเรื่องความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ชัดเจนระดับหนึ่ง นับถึงวันที่ 31 มีนาคม 2553 เป็นเวลาถึง 15 ปีจากที่รัฐเริ่มดำเนินการจดทะเบียนคนพิการเพื่อรับสิทธิขั้นพื้นฐาน มีคนพิการที่จดทะเบียนเพื่อรับสิทธิตามกฎหมายแล้ว จำนวน 1,081,938 คน ซึ่งคิดเป็นเพียงประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนคนพิการตามสถิติที่ได้จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และในจำนวนนี้เป็นคนพิการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียง 695,470 คนเท่านั้น (ณ 31 มีนาคม 2553) ซึ่งชี้ชัดถึงกลไกการเข้าถึงสิทธิและบริการที่ยังขาดประสิทธิภาพ สถานการณ์นี้สามารถยืนยันได้จากภาพและเรื่องราวคนพิการที่ถูกทอดทิ้งอยู่กับความทุกข์ ที่เผยแพร่ทางสื่อโทรทัศน์เป็นประจำสม่ำเสมอ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตั้งแต่ พ.ศ.2547 ซึ่งต่อมาได้ตั้งเป็นกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และในปีงบประมาณ 2552 ได้รับจัดสรรประมาณ 5 บาทต่อประชากรที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพิ่มเป็น 8 บาทในปีงบประมาณ 2553 ซึ่งเป็นเงินประมาณ 380 ล้านบาท แต่จากรายงานผลการดำเนินงานปี 2552 พบว่ามีคนพิการมารับบริการเพียง 54,840 คน คิดเป็นไม่ถึงร้อยละ 10 ของคนพิการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับ

บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการพบมีจำนวนผู้รับบริการเพียง 9,421 คน ซึ่งสอดคล้องกับภาพรวมการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของคนพิการ แม้ว่าจะมีหลักประกันสุขภาพแล้ว

ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หนึ่งในองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนพิการ ปัจจุบันยังมีไม่เพียงพอและไม่พร้อมรองรับการแก้ปัญหาสุขภาพของประชากรที่พิการ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษา “สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย” ของ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ ที่พบว่า บริการฟื้นฟูฯ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 2.8 ของบริการผู้ป่วยนอก และเป็นร้อยละ 5 ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมด โดยมีเตียงสำหรับบริการฟื้นฟูฯ เพียง 287 เตียงที่อยู่ใน 14 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงเรียนแพทย์เท่านั้น อีกทั้งยังพบว่าระบบบริการมีบุคคลากรที่จำเป็น เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เพียงร้อยละ 3.3 และ 0.7 คนต่อโรงพยาบาล(รวมโรงพยาบาลชุมชน) ตามลำดับ ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและช่างกายอุปกรณ์มีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัดขึ้นไป ในอัตรา 0.8 และ 1.3 คนต่อโรงพยาบาลตามลำดับ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเกือบทั้งหมดเป็นไปเพื่อดูแลความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเท่านั้น ทั้งนี้ทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาล ที่เป็นกำลังหลักของระบบสุขภาพโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ยังคงขาดการเพิ่มเติมความรู้และทักษะในการให้บริการคนพิการ นั่นคือ การขาดแคลนกำลังคนก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ จำเป็นต้องมีการวางแผนพัฒนาและลงทุนอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาของอรทัย เขียวเจริญ และคณะ ให้ภาพสถานการณ์การขาดแคลน ความไม่เพียงพอและความไม่เป็นธรรมของระบบสุขภาพ ในการที่จะตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของคนพิการประเภทต่างๆ อีกทั้งการบริหารจัดการกลไกการจ่ายค่าบริการสุขภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยใน ยังเพิ่มข้อจำกัดในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากยิ่งขึ้น จากการใช้ระบบการจัดกลุ่มโรคร่วม (Diagnostic Related Group : DRG) ซึ่งย้ำให้เห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขขาดการวางแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขภาพคนพิการ ตลอดจนไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบสุขภาพที่ล่าช้าดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่เป็นธรรมต่อประชาชน โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีสมาชิกเป็นคนพิการในแง่ที่ต้องให้การดูแลที่บ้าน ดังหลักฐานจากผลการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลเพียง 5.2 วัน ซึ่งร้อยละ 72 มีความพิการอัมพาตครึ่งซีก แต่มีโอกาสดำเนินการกายภาพบำบัดเพียงร้อยละ 55 ร้อยละ 30 มีปัญหาในการกลืน แต่ได้รับการฝึกกลืนก่อนกลับบ้าน เพียงร้อยละ 7 และร้อยละ 55 มีปัญหาการพูด-สื่อสาร แต่ไม่มีโอกาสได้รับการบริการฝึกพูด เมื่อกลับบ้านแล้วมีโอกาสดำเนินการกายภาพบำบัดต่อเนื่องเพียงร้อยละ 64 ทั้งนี้มากกว่าครึ่งเป็นการทำโดยญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาทร ธีวโพบูลย์ และคณะ ที่ชี้ว่าครอบครัวต้องแบกรับต้นทุนค่าใช้จ่ายการดูแลคนพิการที่บ้านถึง เฉลี่ยครอบครัวละประมาณ 4,600 บาทต่อเดือน หรือเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลเฉลี่ย 94.6 ชั่วโมงต่อเดือน (ที่มา เอกสารหลัก ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓)

สถานการณ์

จำนวนประชากรที่พิการในเขต นครชัยบุรีรินทร์ มี รายละเอียดดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้พิการแยกตามรายจังหวัดในเขต นครชัยบุรีรินทร์

จังหวัด	ลักษณะความพิการ							รวม
	มองเห็น	ได้ยิน	ทางกาย	ทางจิตใจ	สติปัญญา	พิการซ้อน	ไม่ระบุ	
นครราชสีมา	5,211	4,087	17,749	2,574	5,367	2,411	156	37,555
บุรีรัมย์	2,823	3,216	11,092	1,863	2,152	3,120	53	24,319
สุรินทร์	2,842	2,250	38,874	1,142	2,491	1,724	188	19,510
ชัยภูมิ	2,511	2,500	8,925	1,132	1,930	1,070	146	18,214
รวม	13,387	12,053	76,640	6,711	11,940	8,325	543	99,598
ร้อยละ	13.44	12.10	76.95	6.74	11.99	8.36	0.55	100

ข้อมูลจาก สำนักงานสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ รวบรวมจากรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานฯ และ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 ถึง 31 ตุลาคม 2552 จำนวนคนพิการทั้งประเทศ รวม 823,369 คน เป็นชาย 481,978 คน หญิง 341,391 คน

กรอบแนวคิด

การจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นการดำเนินงานเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับในระบบหลักประกันสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ทั้งในส่วนของพัฒนาระบบบริการและกายอุปกรณ์เครื่องช่วย และการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความจำเป็น สปสช.เขต 9 นครราชสีมา มีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการโดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และอื่นๆ

วิสัยทัศน์ :

ผู้พิการ 6 ประเภทเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพด้วยความมั่นใจ

เป้าหมาย :

คนพิการสามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

1. คนพิการได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือและบริการฟื้นฟูฯ ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน
2. ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับบริการต่อเนื่อง ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน
3. หน่วยบริการ พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ โดยจัดหาอุปกรณ์และจัดบริการฟื้นฟูฯ ในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
4. องค์กรคนพิการ มีการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูฯ และรวมกลุ่มเกิดความเข้มแข็ง ร่วมพัฒนาบริการกับหน่วยบริการ และมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนพิการด้วยกันเอง
5. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน พัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและให้บริการฟื้นฟูฯ ร่วมกันในชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย

กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้งบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วย คนพิการ ผู้สูงอายุในระยะเฉียบพลัน (Sub Acute) ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
2. ผู้ป่วย คนพิการ ผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน
3. ผู้ป่วย/คนพิการ/ผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

แบ่งการบริหารจัดการงบประมาณเป็น 2 ส่วนคือ งบประมาณในการพัฒนาระบบ และงบประมาณกายอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ โดยเปรียบเทียบการบริหารจัดการในภาพรวมของประเทศ กับการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพ มีความแตกต่างกันดังนี้

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการบริหารจัดการในภาพรวมของประเทศ กับการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพ

งบประมาณ	ภาพรวมของประเทศ	เขตสุขภาพ
1. งบประมาณเครื่องช่วยกายอุปกรณ์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	<p>1. บริหารงบประมาณภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดโดยกองทุนฯ</p> <p>2. ใช้โปรแกรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการร่วมกันทั้งประเทศ มีความล่าช้าในการประเมินผลและตรวจสอบ</p> <p>การบริหารกายอุปกรณ์เครื่องช่วยมีความหลากหลาย และมีความเสี่ยงเช่น กรณีโอนงบประมาณทั้งหมดล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการ หรือโอนเงินให้กับหน่วยบริการรายย่อยทำให้การจัดซื้อล่าช้า</p>	<p>1. สามารถกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้โดยคณะกรรมการบริหารงบประมาณของเขต โดยผ่านความเห็นชอบของอปสข.</p> <p>2. สามารถเพิ่มรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นได้ตามมติของ อปสข. หากกรรมการบริหารจัดการฯ เห็นว่า ช่วยให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน</p> <p>3. สามารถจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการได้รวดเร็ว โดยใช้โปรแกรมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่พัฒนาโดยเขต ไม่ต้องรอประมวลผลจากส่วนกลาง</p> <p>4. บริหารจัดการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยในลักษณะของศูนย์ (NODE) สามารถจัดซื้อได้ในราคาถูก และคนพิการสามารถเข้าถึงได้สะดวก</p>
2. งบประมาณพัฒนาระบบบริการ	<p>1. จำกัดวงเงินของหน่วยบริการและองค์กรคนพิการในการดำเนินงานโครงการ</p> <p>2. สนับสนุนโครงการเดี่ยวต่างคนต่างทำ</p>	<p>1. ไม่จำกัดวงเงิน /ไม่จำกัดเฉพาะภายในพื้นที่ ในการสนับสนุนหากเป็นการดำเนินงานกิจกรรมเพื่อประโยชน์ในวงกว้าง</p> <p>2. สนับสนุนโครงการในลักษณะ NODE เพื่อให้เกิดผลกระทบของการดำเนินงานในภาพรวม</p>

ปัจจัยในการกำหนดขอบเขตการทำงาน

จากปัญหาที่ผ่านมาในอดีตในการบริหารจัดการงบประมาณกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเมื่อปี พ.ศ. 2550 ก่อนที่จะมีการจัดตั้งสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ พบว่า งบประมาณสำหรับกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการได้ถูกจัดสรรไปยังหน่วยบริการทุกแห่งในพื้นที่โดยประเมินจากจำนวนคนพิการที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ทำให้ยากต่อการติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณจัดหากายอุปกรณ์เครื่องช่วยให้กับคนพิการได้จริงหรือไม่ และขาดระบบการติดตามประเมินผลในภาพรวม

หลังจากเริ่มมีการจัดตั้งสำนักงานสาขาเขตขึ้น ผู้บริหารสปสข.เขต 9 นครราชสีมา ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้หาวิธีการจัดการในลักษณะของ “ศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการภายในเขต” โดยการกำหนดศูนย์ฯ จะพิจารณาตามลักษณะที่ตั้งของหน่วยบริการ และพัฒนา “โปรแกรมบันทึกการให้บริการกายอุปกรณ์เครื่องช่วย” สำหรับศูนย์สนับสนุน กายอุปกรณ์เครื่องช่วยไปพร้อมกัน เพื่อใช้ในการติดตามการใช้งบประมาณและประเมินผลการให้บริการของศูนย์นั้น

บทบาทและหน้าที่ของศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วย มีดังนี้

1. รวบรวมความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือผู้พิการ เพื่อดำเนินการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือผู้พิการ
2. ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือผู้พิการ ให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ฯ โดยการจัดหาดังกล่าวต้องไม่เกินราคากลาง ตามข้อที่ 2
3. ดำเนินการประสานงานระหว่างศูนย์ในแต่ละจังหวัด เพื่อส่งผู้พิการภายในจังหวัด มาขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วย ผู้เหลือพิการจากศูนย์จังหวัดนครราชสีมา ในกรณีที่ไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์นั้นได้ หรือต้องอาศัยความความถนัดและเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่ออุปกรณ์นั้น
4. ดำเนินการจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการ ที่จัดหาได้ให้กับหน่วยบริการที่ร้องขอ
5. บันทึกรายการเบิกจ่ายผ่านโปรแกรม Disability Management Program (DMP)
6. รายงานผลการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการทราบตามแต่คณะกรรมการกำหนด
7. กำหนดให้ศูนย์สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือผู้พิการ ติดเครื่องสัญลักษณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไว้ที่อุปกรณ์ก่อนดำเนินการจ่ายให้หน่วยบริการที่ขอเบิก หรือให้กับผู้พิการ ทั้งนี้ได้จัดตั้งศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วยกระจายตามจังหวัดต่างๆ ดังนี้

ภาพที่ 5 การจัดศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วย ตามจังหวัดต่างๆ ในเขตพื้นที่



การดำเนินงานให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 ในภาพรวม มีการพัฒนาโปรแกรมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างสำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีและสำนักงานสาธารณสุข ที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ใช้งานร่วมกันทั้งประเทศนั้น ในส่วนของ สปสช.เขต 9 นครราชสีมาไม่ได้ใช้โปรแกรมดังกล่าว แต่ได้พัฒนา “โปรแกรมบันทึกการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ขึ้นมาใช้งานเอง โดยพิจารณาตามความต้องการของหน่วยบริการในพื้นที่เป็นหลัก หากเห็นว่า เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับคนพิการและเป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ของคนพิการ เช่น คนพิการควรได้รับการเยี่ยม บ้านอย่างน้อยคนละ 1 ครั้งใน 1 ปี ซึ่งทำให้หน่วยบริการให้ความสนใจ ให้บริการฟื้นฟูอื่นๆ ตามสภาพความพิการ และทำให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่พึงได้รับนอกเหนือไปจากบริการฟื้นฟูฯ ตามสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ จาก สปสช.

ในด้านการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงบริการสาธารณสุข เพื่อการฟื้นฟูและได้รับกายอุปกรณ์เครื่องช่วยมากขึ้น ไม่จำเป็นต้องดำเนินการทั่วทั้งพื้นที่หน่วยบริการ โดยการพัฒนาระบบในหน่วยบริการให้ความสำคัญในการสนับสนุนศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วยที่ดำเนินโครงการ ในลักษณะภาพรวมของพื้นที่มากกว่าสนับสนุนโครงการเดี่ยว ยกเว้นเป็นนวัตกรรมใหม่ซึ่งแตกต่างจากที่เคยทำและไม่ใช่งานประจำ สปสช.เขต 9 ยังเห็นความสำคัญในการสร้างระบบบริการทางเลือกที่ดำเนินการโดยภาคส่วนอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยบริการ แต่เป็นการดำเนินงานโดยคนพิการ องค์กรคนพิการหรือเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งและสามารถดำเนินการได้ โดยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อให้เกิดภาพการทำงานดังกล่าว ทั้งนี้การใช้งบประมาณในการพัฒนาระบบบริการในภาพรวมยังคงเป็นไปเพื่อการจัดอบรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งขององค์กรภาคีเครือข่าย และอบรมเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือคนพิการของผู้ดูแลและผู้ปกครองคนพิการ แต่ภาพที่เกิดในปัจจุบันคือ เห็นการขยายเครือข่ายการทำงานคนพิการลงสู่ระดับอำเภอ และการทำงานเชื่อมต่อระหว่างองค์กรคนพิการและหน่วยบริการที่กำลังขยายวงกว้างมากขึ้นในเชิงคุณภาพ เช่น การนำนักกายภาพบำบัดลงสู่ชุมชนเพื่อฝึกทักษะการอยู่ร่วมกับชุมชน และให้เห็นภาพการทำงานร่วมกับองค์กรคนพิการในพื้นที่ เป็นต้น

ผลงานที่สำคัญของเครือข่ายสาธารณสุขงานคนพิการคือ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลคนพิการ 4 จังหวัด ที่ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประเภทความพิการ ความต้องการด้านกายอุปกรณ์ ความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความต้องการช่วยเหลือด้านการศึกษา ความช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพและการมีงานทำ ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการจากรัฐ ซึ่งสามารถใช้งานได้แล้วในเครือข่ายสาธารณสุข แต่ยังไม่ได้เผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นๆ ได้เข้ามาใช้บริการ ซึ่งหากทำได้จะเป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินงานคนพิการในทุกด้าน

สปสช.เขต ได้มีความพยายามผลักดันให้เกิดการทำงานเพื่อคนพิการในภาพรวม 4 จังหวัด โดยขับเคลื่อนการทำงานในลักษณะของ NODE คนพิการ โดยระยะเริ่มต้นมีคณะทำงานของ NODE ประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสปสช. ปัจจุบันได้ยุบไป เนื่องจาก NODE ได้ทำหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และผลักดันให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบร่วมกันทั้งเขตได้อย่างเข้มแข็ง ในส่วนของคนพิการก็ได้มีความเคลื่อนไหวไปพร้อมกัน โดยเฉพาะในจังหวัดนครราชสีมาที่มีคณะกรรมการเครือข่ายสนับสนุนงานพัฒนาคนพิการจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานคนพิการเชิงสังคมที่สามารถประสานงานเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้ ทั้งหน่วยบริการ สาธารณสุขจังหวัด พัฒนาสังคมจังหวัด องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เครือข่ายวิชาชีพ และองค์กรคนพิการอื่นๆ ในพื้นที่เพื่อให้การทำงานภายในเขตเป็นไป

ในทิศทางเดียวกัน และยังดำเนินการต่อเนื่องจากเครือข่ายสาธารณสุขงานคนพิการในการดูแลฐานข้อมูล และร่วมผลักดันการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูคนพิการระดับจังหวัด รวมถึงร่วมเสริมสร้างเทคนิคการทำงานในชุมชนให้กับนักกายภาพบำบัดในเขตพื้นที่ด้วย

กระบวนการบริหารงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในเขตสุขภาพ

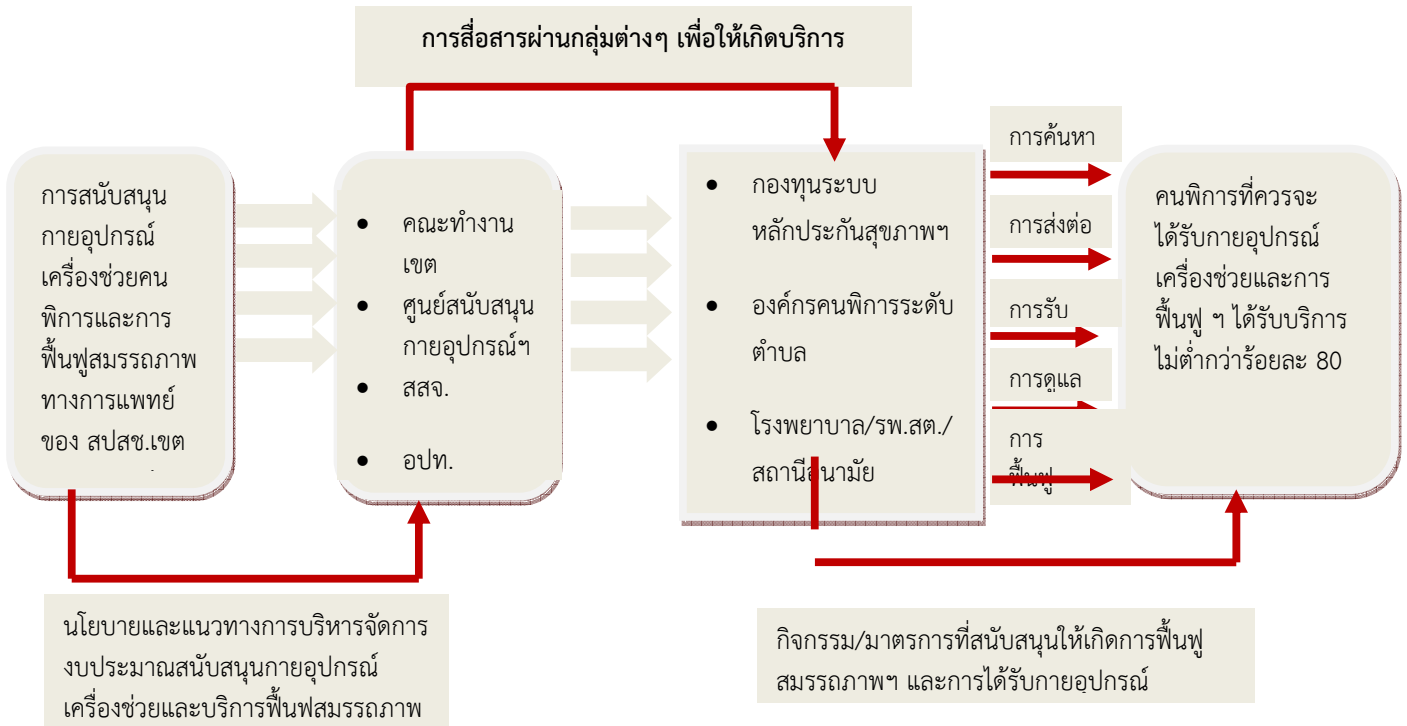
การบริหารงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ บริหารแบบการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการองค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้หลักการให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และยั่งยืน โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับเขต ประกอบด้วย ผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่ของ สปสช.เขต. ผู้ทรงคุณวุฒิงานคนพิการ . ตัวแทนคนพิการจังหวัด ตัวแทนสสจ.ตัวแทนภาคประชาชน ตัวแทนองค์กรคนพิการ ผู้บริหาร ศูนย์การศึกษาพิเศษเขต./ศูนย์สุขภาพจิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชราชชนครินทร์/ตัวแทนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ตัวแทนศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์คนพิการ สปสช.เขต โดยคณะกรรมการมีหน้าที่ พิจารณาสับส่นงบประมาณในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพคนพิการตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด และสามารถกำหนดขอบเขตการให้บริการฟื้นฟูและรายการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความต้องการและปัญหาของคนพิการในพื้นที่ได้โดยผ่านการอนุมัติจากอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.)

ช่องว่างที่ต้องพัฒนา

จากสถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า โครงสร้างของคณะกรรมการยังไม่ครบถ้วน ขาดการมีส่วนร่วมของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีการประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและต่างคนต่างทำงานตามบทบาทและหน้าที่ของตนเอง นอกจากนี้ปัญหาดังกล่าวแล้ว สิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้คือ การติดตามและประเมินผลโครงการ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ให้บริการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟู ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดขั้นตอนการตรวจสอบการให้บริการและวิธีการประเมินโครงการ ข้อจำกัดด้านภาระงานของผู้รับผิดชอบงานคนพิการของเขตซึ่งไม่ได้รับผิดชอบงานของกองทุนฯเดียว ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติได้ตามที่คาดหวัง

ลักษณะของการทำงานขององค์กรคนพิการในจังหวัดอื่นในเขตนอกเหนือจากจังหวัดนครราชสีมา ยังมีความหลากหลายขององค์กรและอยู่ในลักษณะต่างคนต่างทำ สปสช.เขต ได้สนับสนุน ผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างความเข้มแข็งและขยายเครือข่ายในพื้นที่ลงสู่ระดับอำเภอ โดยต้องการให้เกิดภาพการทำงานที่สามารถเชื่อมต่อประสานกันทั้งระบบในการดูแลคนพิการ ซึ่งเริ่มปรากฏชัดเจนมากขึ้นในหลายพื้นที่ เช่น จังหวัดสุรินทร์ เป็นต้น โดยหวังให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการคือ คนพิการควรจะได้รับกายอุปกรณ์เครื่องช่วยและการฟื้นฟู ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการพัฒนาการสนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สปสช.เขต 9 นครราชสีมา



จากแผนภาพจะเห็นว่า การดำเนินการร่วมกันของภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ เริ่มจาก สปสช.เขตกำหนดแนวทางการดำเนินงานและชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะทำงานของเขต ศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สสจ. รับทราบและสื่อสารไปยังกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ตามความรับผิดชอบของหน่วยงาน เช่น สสจ. สื่อสารผ่านหน่วยบริการ อปท. สื่อสารไปยังกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล เป็นต้น เพื่อเตรียมแผนงานหรือโครงการรองรับกิจกรรมต่างๆ เช่น การค้นหาคนพิการในพื้นที่เพื่อส่งต่อไปรับบริการฟื้นฟูฯ หรือกายอุปกรณ์เครื่องช่วย และรับกลับมาเพื่อให้คนพิการได้รับบริการฟื้นฟูฯ อย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยอบต.อาจจะใช้งบประมาณของตนเองในการบริหารจัดการเพื่อให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูฯ ซึ่งอาจรวมถึงการช่วยเหลือในมิติทางสังคมด้านอื่นๆ ที่อาจจะตามมา เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน

ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง เช่น สสจ. หน่วยบริการ องค์กรคนพิการ และทุกภาคส่วนมองเห็นปัญหา และประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับคนพิการร่วมกันภายในเขต ไม่เห็นแก่ประโยชน์หรืองบประมาณเฉพาะส่วนจังหวัดของตนแล้วช่วยกันเติมเต็มเพื่อให้ปัญหาหมดไป เช่น การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้งานร่วมกันทุกหน่วยงานภายในเขต ประกอบกับความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการงบประมาณของเขต เช่น กรณีงบประมาณกายอุปกรณ์เครื่องช่วยไม่เพียงพอ สามารถใช้งบประมาณปีต่อไปนำมาจ่ายชดเชย ทำให้คนพิการได้รับบริการไม่จำกัด

การประเมินผล

ตารางที่ 9 การประเมินผลการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มคนพิการ

Actor	Result	กิจกรรม	การเตรียมการ	ตัวชี้วัด
เขต	1. การจัดตั้งคณะกรรมการระดับเขต 2. การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้สำเร็จ	1. การบริหารจัดการโดยผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการระดับเขต 2. แผนการจัดสรรงบประมาณและแผนปฏิบัติ 3. จัดประชุมคณะกรรมการระดับเขต	1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่สามารถตรวจสอบได้ 2. การติดตามเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหาผ่านจังหวัด โดยการประสานงานผ่านจังหวัดและจัดประชุมเพื่อติดตาม	คนพิการในเขตพื้นที่ที่ได้รับการติดตามดูแลไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
จังหวัด	1. มีผู้ประสานงาน ที่รับผิดชอบโดยตรง	1. การประสาน ติดตามโดยคณะทำงานระดับจังหวัด 2. ร่วมเป็นคณะกรรมการระดับเขต 3. เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการระดับเขต	1. การจัดประชุมติดตามผลการดำเนินงาน 2. การนิเทศและมีระบบรายงานติดตามภายในจังหวัด	คนพิการในพื้นที่แต่ละจังหวัดได้รับการติดตามดูแลไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
หน่วยบริการ	1. มีศูนย์กายอุปกรณ์ 12 แห่งกระจายตาม Node ครอบคลุมทั้ง 4 จังหวัด 2. หน่วยบริการสามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามที่ระบุในรายการการให้บริการฟื้นฟู 3. หน่วยบริการสามารถตรวจประเมินขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ (ท 74)	1. ศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์ฯ สามารถจัดหาอุปกรณ์และเครื่องช่วยคนพิการให้กับหน่วยบริการในเครือข่าย 2. หน่วยบริการจัดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามความพร้อม 3. ให้บริการตรวจประเมินคนพิการรายใหม่เพื่อขึ้นทะเบียน และสามารถส่งต่อเพื่อตรวจประเมินได้ กรณีที่หน่วยบริการนั้นขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	1. ข้อมูลการให้บริการที่สามารถระบุได้ว่า ผู้พิการแต่ละประเภทได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากน้อยเพียงใดตรวจสอบจากโปรแกรมบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของเขต 9 2. ข้อมูลการได้รับกายอุปกรณ์คนพิการของคนพิการแต่ละประเภทที่ศูนย์สนับสนุนกายอุปกรณ์บันทึกการเบิกจ่าย 3. การเตรียมบุคลากรเพื่อตรวจประเมินขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่	คนพิการในพื้นที่ระดับอำเภอได้รับการติดตามดูแลไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
ประชาชน	1. ผู้พิการที่ยังไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยสามารถได้รับอุปกรณ์ที่เหมาะสมตามประเภทความพิการ 2. ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 3. คนพิการรายใหม่ได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบ UC	1. รวบรวมความต้องการคนพิการที่ยังไม่ได้รับกายอุปกรณ์เครื่องช่วยในพื้นที่แจ้งจำนวนต่อหน่วยบริการหรืออปท. 2. กรณีคนพิการที่ขาดคนดูแลหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แจ้งให้อปท.ทราบและจัดระบบบริการให้คนพิการ 3. ร่วมค้นหาคนพิการรายใหม่แจ้งหน่วยงานหรือคนพิการรายใหม่ให้ขึ้นทะเบียนสิทธิ UC	1. อปท.สำรวจจำนวนคนพิการและความต้องการของคนพิการในพื้นที่ 2. จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่คนพิการและผู้ดูแลในการฟื้นฟูฯ คนพิการ 3. จัดอาสาสมัครประจำพื้นที่ในการดูแลคนพิการโดยเฉพาะ	คนพิการในพื้นที่ระดับตำบลได้รับการติดตามดูแลไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

2. ระบบบริการแพทย์แผนไทย (กระตุ้นบริการนวดไทย)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการเพื่อให้ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า มีทางเลือกที่หลากหลายในการป้องกันการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการบำบัดรักษา การบรรเทาอาการเจ็บป่วย การแพทย์แผนไทย ยังเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งยังเป็นที่ต้องการเพื่อใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของคนไทย กองทุนแพทย์แผนไทยมีวัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยในกิจกรรมกระตุ้นบริการนวดไทยและฟื้นฟูสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยกิจกรรมทักหม้อเกลือ เพื่อให้ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย เสริมสร้างศักยภาพในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในทุกระดับ และเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี เครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน

กระบวนการทำงาน

1. จัดตั้งคณะทำงานแพทย์แผนไทยระดับเขต ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยจาก 4 จังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย ผู้รับผิดชอบงานจาก สสจ. โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สปสช. เขต 9

2. คณะทำงาน ร่างข้อเสนอการบริหารจัดการกองทุนแพทย์แผนไทย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. หาต้นทุนเดิมด้านการแพทย์แผนไทย ที่มีอยู่ในพื้นที่ ประกอบด้วย

- หน่วยบริการ ที่มีบริการด้านแพทย์แผนไทย ในกิจกรรมนวดไทย ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร แบ่งตามประเภท เป็น โรงพยาบาล หรือ เป็น รพ.สต.
- คนที่ทำงานแพทย์แผนไทย ในหน่วยบริการ แบ่งตามระดับที่สำเร็จการศึกษา และวุฒิการศึกษาที่ได้รับ เช่น ปริญญาตรี แพทย์แผนไทย หรืออนุปริญญา และสำรวจว่า บุคคลดังกล่าว ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทย สาขาใด
- คนที่เป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ได้รับการอบรมหลักสูตรใด จำนวนชั่วโมงที่อบรม หน่วยงานที่จัดอบรม

- สถานที่ในการให้บริการ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่

- การเรียกเก็บค่าบริการ หรือการได้รับการชดเชย จากผู้รับบริการ ที่มีสิทธิต่างกัน

เปรียบเทียบกัน

- ผลงานการให้บริการในปีงบประมาณที่ผ่านมา

2. นำข้อมูลต้นทุนเดิมมาประกอบการพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน เพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการ โดยคณะทำงานมีข้อเสนอในการบริหารจัดการกองทุน ดังนี้

1. การกระตุ้นบริการนวดไทย (กิจกรรมนวด ประคบ อบสมุนไพร) กำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

- ผู้รับบริการสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการวินิจฉัยโดย แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ อายุรเวช ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการรักษายาบาลทางการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. แพทย์แผนปัจจุบัน ก่อนให้บริการ

- เป็นการรักษา หรือการฟื้นฟูสุขภาพ

- กรณีให้บริการโดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์ฯ ที่ให้บริการ ต้องผ่านการอบรมจากสถาบันที่ผ่านการรับรอง ในหลักสูตร 330 ชั่วโมง ขึ้นไป (อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ส่งวินิจฉัย)

ตารางที่ 10 เกณฑ์การคิดค่าคะแนนตามผลงานบริการ

กิจกรรม	ค่าคะแนนการให้บริการ ตามสถานที่รับบริการ	
	ในหน่วยบริการ	ในชุมชน
นวดไทย	1	2
ประคบสมุนไพร	0.5	1
อบสมุนไพร	0.5	-

การจัดสรรงบประมาณ โอนเงินไปที่หน่วยบริการประจำในลักษณะปลายปิด (แบ่งเงิน 4 ไตรมาส เท่ากัน) กำหนดการเบิกจ่าย ดังนี้

ตารางที่ 11 กำหนดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณกิจกรรมการกระตุ้นบริการนวดแผนไทย

งวดเงิน	ลักษณะการจ่าย	ระยะเวลา	แหล่งข้อมูล
งวดที่ 1	-จ่ายตามผลงานที่เกิดขึ้นจริง -คิดเฉลี่ยตาม Point -Global ในไตรมาส	เดือนกุมภาพันธ์ 2554	-Individual บริการ จาก โปรแกรม สปสช.
งวดที่ 2	-จ่ายตามผลงานที่เกิดขึ้นจริง -คิดเฉลี่ยตาม Point -Global ในไตรมาส	เดือนพฤษภาคม 2554	-Individual บริการ จาก โปรแกรม สปสช.
งวดที่ 3	-จ่ายตามผลงานที่เกิดขึ้นจริง -คิดเฉลี่ยตาม Point -Global ในไตรมาส	เดือนสิงหาคม 2554	-Individual บริการ จาก โปรแกรม สปสช.
งวดที่ 4	-นำผลงานที่เกิดขึ้นจริงในไตรมาสที่ ๓ มาคำนวณการจ่าย - คิดเฉลี่ยตาม Point - Global ในไตรมาส	เดือนสิงหาคม 2554	-Individual บริการ จาก โปรแกรม สปสช.ส่วนกลาง

2. การฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด กำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

- ผู้รับบริการสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ผู้ให้บริการ ต้องมีผู้สำเร็จการศึกษาแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือสำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย หรือแผนไทยประยุกต์ และผ่านการอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด
 - ให้บริการแม่หลังคลอดครบ 5 กิจกรรม (นวดไทย ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร ทับหม้อเกลือ แนะนำการปฏิบัติตัว) ติดต่อกัน 5 ครั้ง โดยรับบริการทั้งหมดไม่เกิน 3 เดือน หลังคลอด
 - กรณีผู้สำเร็จการศึกษาแพทย์แผนไทยฯ ไม่สามารถให้บริการได้ครบทุกกิจกรรม ให้ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ผ่านการอบรมหลักสูตร 330 ชั่วโมง ขึ้นไป ให้บริการ นวด ประคบ อบ ภายใต้การดูแลของผู้ให้บริการในกิจกรรมอื่น ๆ

การจัดสรรงบประมาณ โอนเงินไปที่หน่วยบริการประจำ ตามผลการให้บริการจริง

ตารางที่ 12 อัตราการจ่ายการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอดให้หน่วยบริการประจำ

ผู้ให้บริการ	อัตราจ่าย(บาท) / 20 ชุดกิจกรรม
1. สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทย, แผนไทยประยุกต์ และได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะประเภทผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย เวชกรรมไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์	2,500
2. สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ ไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ	2,000
3. สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ หลักสูตร 2 ปี หรือ 3 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลหญิงหลังคลอด (ปี 2555 เกณฑ์ข้อนี้จะมี)	1,500

3. การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย คณะทำงานพิจารณาจากต้นทุนเดิมที่มีพบว่า ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ทำงานอยู่ผ่านการอบรมมาจากหลากหลายหลักสูตร บางหลักสูตรยังไม่ผ่านการรับรอง บางหลักสูตรเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการนวดเพื่อผ่อนคลายไม่ใช่ขนาดเพื่อการนวดรักษาหรือการฟื้นฟู และผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทย ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพมีจำนวนน้อย จึงมีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับกองทุนอื่น ๆ เช่น กองทุนปฐมภูมิ โดยดำเนินการ จัดทำข้อเสนอแผนพัฒนาบุคลากร ให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพิจารณาอนุมัติ ดังนี้

- พัฒนาศักยภาพผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล ใน รพ.สต. ทุกแห่ง ในเขต (นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ) ซึ่งยังไม่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้เข้ารับการอบรมทุกคน
- จัดหาผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 330 ชั่วโมงขึ้นไป จากสถาบันที่ผ่านการรับรอง ให้มีครบทุกโรงพยาบาล ทุก รพ.สต.
- พัฒนาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้เป็นผู้ส่งการรักษา ให้ครบทุก รพ.สต.
- สร้างการมีส่วนร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยกองทุนสนับสนุนงบประมาณในการจัดส่งอาสาสมัครเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องการให้บริการแพทย์แผนไทย และสนับสนุนการจัดบริการของอาสาสมัครที่เข้ารับการอบรม หรือสนับสนุนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในการจัดบริการดังกล่าว ให้กับผู้รับบริการในชุมชน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่

ผลการดำเนินงานกิจกรรมกระตุ้นบริการนวดไทย (นวด ประคบ อบสมุนไพร)

ตารางที่ 13 ผลการดำเนินงานกิจกรรมกระตุ้นบริการนวดไทย

ปี 2553		ปี 2554	
เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
การได้รับบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 1 ของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตพื้นที่ คิดเป็นจำนวน 50,674 คน	มีผู้รับบริการแพทย์แผนไทยทั้งหมด 80,820 คน คิดเป็นร้อยละ 1.59 ของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต		
	การจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นจากปี 2552 ร้อยละ 222.88 (ปี 2552จัดบริการ 118 แห่ง ปี 2553 จัดบริการ 263 แห่ง)		
	การฟื้นฟูสุขภาพหญิงหลังคลอด ปี 2553 เป็นปีแรกที่จัดบริการหญิงหลังคลอดได้รับบริการฟื้นฟูสุขภาพครบ 5 ครั้ง จำนวน 774 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ได้รับบริการมากที่สุด หากเปรียบเทียบกับบริการรับบริการของหญิงหลังคลอดเขตอื่น ๆ		

การประเมินผล

ตารางที่ 14 การประเมินผลระบบบริการแพทย์แผนไทย

Actor	ผล	กิจกรรม	กิจกรรมเตรียมการ	ตัวชี้วัด
สปสช.เขต	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขตพื้นที่สปสช. เขต 9 นครราชสีมา ได้รับบริการแพทย์แผนไทย และหายเจ็บป่วย หรือทุเลาลงจากการรักษาโดยใช้วิธีการทางการแพทย์แผนไทย (นวด ประคบ อบสมุนไพร) - หน่วยบริการ ในเขตพื้นที่สปสช. เขต 9 นครราชสีมา ใช้แพทย์แผนไทย (นวด ประคบ อบสมุนไพร) เป็นทางเลือกในการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือแนวทางการให้บริการการนวด ประคบ อบสมุนไพร - กำหนดเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ แพทย์แผนไทย กิจกรรม นวด ประคบ อบสมุนไพร และวิธีการจ่ายเงิน - แจ้งหลักเกณฑ์, ส่งคู่มือแนวทางบริหารฯ ให้จังหวัด/หน่วยบริการทราบ - จัดสรรงบประมาณตามแนวทางที่ได้รับอนุมัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ต้นทุนเดิมทรัพยากรที่มีอยู่ วิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการแพทย์แผนไทย ของหน่วยบริการในเขตพื้นที่ สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา ที่ผ่านมา - ประชุมคณะทำงานระดับเขตพื้นที่ เพื่อกำหนดกิจกรรม แนวทางการบริหาร งบประมาณแพทย์แผนไทย - เสนอกิจกรรม วิธีการจ่ายเงิน ต่อ สปสช. เพื่อพิจารณา - เสนอวิธีการบริหารที่ได้รับความเห็นชอบจาก สปสช. ต่อคณะอนุกรรมการการแพทย์แผนไทย สปสช. 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 90 หน่วยบริการจัดบริการนวดไทย (กิจกรรมนวด ประคบ อบสมุนไพร) - ผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับบริการแพทย์แผนไทย เพื่อการรักษา หรือฟื้นฟูสภาพ โดยกิจกรรมกระตุ้นบริการนวดไทย ร้อยละ 2
จังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> - รพ. สอ. ในเขตพื้นที่ มีการให้บริการแพทย์แผนไทยที่มีมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้น กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของรพ. สอ. ในเขตพื้นที่จังหวัด โดยแจ้งให้ผู้บริหารรับทราบในการประชุมประจำเดือน - สนับสนุน วิชาการ และงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ผ่านการอบรมหลักสูตรตามที่สถาบันพัฒนาการแพทย์แผนไทยกำหนด - สุ่ม ตรวจสอบประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการจาก ประวัติการบันทึกการให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวม ผลการสำรวจทักษะ ความรู้ เจ้าหน้าที่ในเขตจังหวัด และวิเคราะห์ข้อมูล - ประชุมวางแผนเพื่อสนับสนุน ส่วนที่หน่วยบริการยังขาดอยู่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 90 ของหน่วยบริการในจังหวัดจัดบริการนวดไทย (กิจกรรมนวด ประคบ อบสมุนไพร) - ผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับบริการแพทย์แผนไทย เพื่อการรักษา หรือฟื้นฟูสภาพ โดยกิจกรรมกระตุ้นบริการนวดไทย - ร้อยละ 2 ของประชากรสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับจังหวัด

Actor	ผล	กิจกรรม	กิจกรรมเตรียมการ	ตัวชี้วัด
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - มีวิธีการรักษาโดยใช้วิธีการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกให้เจ้าหน้าที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยอีกทางเลือกหนึ่ง - มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพด้านการแพทย์แผนไทย 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย โดยใช้วิธีการแพทย์แผนไทย (นวด ประคบ อบสมุนไพร) จากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - สำรวจ ทักษะ ความรู้ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน - พัฒนาความรู้ความสามารถเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้เพิ่มเติม(กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่มีความรู้) - ฝึกอบรม วิทยากร หรือจัดจ้างเจ้าหน้าที่ ด้านแพทย์แผนไทยเพิ่ม(กรณีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ) 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการทุกแห่งผ่านการตรวจประเมิน
ประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> - หายจากการเจ็บป่วยหรือทุเลาลง จากการรักษาโดยใช้วิธีการแพทย์แผนไทย (กิจกรรมนวด ประคบ อบสมุนไพร) - มีความรู้ เรื่องการให้บริการนวด ประคบ อบสมุนไพร 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ในชุมชนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - สำรวจจำนวนผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตในชุมชน - จัดทำโครงการเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ - เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 	

3. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE)

บริการปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่ใช้ความรู้ด้านต่างๆและเทคโนโลยีด้านการแพทย์อย่างผสมผสานและเหมาะสม ในการจัดบริการทั้งในด้านการเข้าถึงและคุณภาพบริการเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ เขตนครชัยรินทร์ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการให้สามารถเชื่อมโยงระบบบริการทุกระดับเพื่อให้ประชาชนมีความพึงพอใจในระบบบริการที่ประชาชนร่วมสร้างขึ้น โดยได้จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Primary care strengthening) ดังนี้

เป้าประสงค์

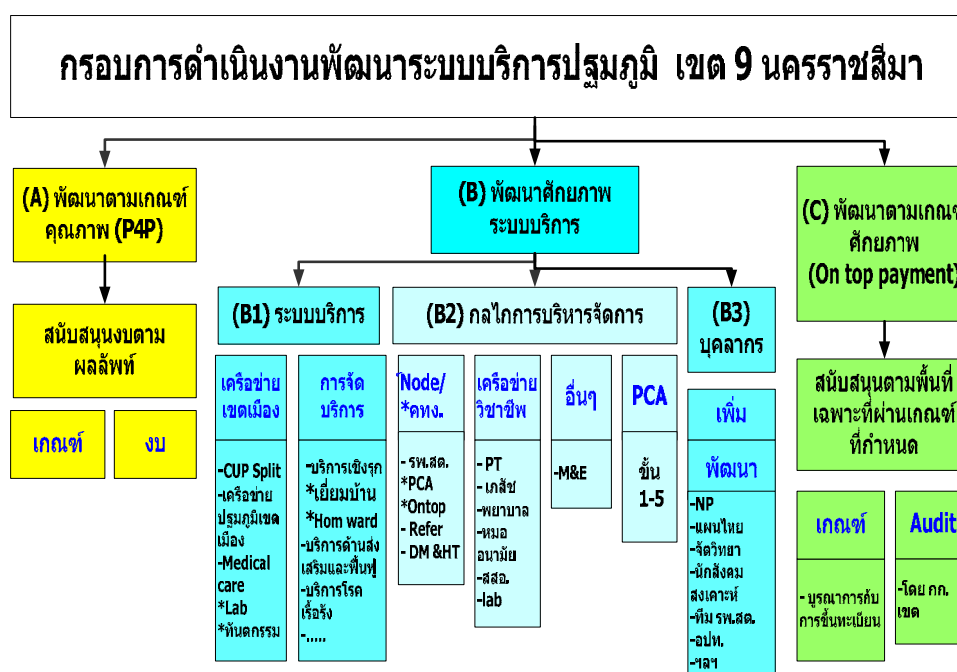
ภายในปี 2559 ประชาชนสามารถเข้ารับบริการตามความรุนแรงของโรคในระดับปฐมภูมิ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นครั้งแรก โดยหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากโรงพยาบาล แม่ข่าย

วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกระดับ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
2. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีบทบาทหลักในการจัดทีมบริการปฐมภูมิ และระบบบริการ สนับสนุนเครือข่าย
3. สนับสนุนการพัฒนากำลังคนร่วมกับสถาบันการศึกษา และภาคที่เกี่ยวข้อง อย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรี

กรอบแนวทางการดำเนินงาน

ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการระบบบริการปฐมภูมิ เขต นครราชสีมา



1. การพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพ (P4P) เป็นการสนับสนุนงบประมาณตามผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด โดยมีเกณฑ์กลางและเกณฑ์ระดับพื้นที่ ที่กำหนดโดยคณะกรรมการระดับเขต ซึ่งเน้นให้สอดคล้องตัวชี้วัดจากศูนย์วิชาการต่างๆ
2. การพัฒนาศักยภาพระบบบริการ เป็นการสนับสนุนงบประมาณ ตามโครงการเพื่อพัฒนาเชิงระบบใน 3 ส่วน ได้แก่
 - 2.1 ระบบบริการ ได้แก่ บริการในเขตเมือง เขตชนบท บริการเฉพาะด้าน บริการเชิงรุก ระบบสนับสนุนการจัดบริการอื่นๆ

2.2 ระบบกลไกการบริหารจัดการ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้คณะกรรมการ Node ภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพ (PCA) และ ระบบ M&E

2.3 ระบบบุคลากร พัฒนา และเพิ่มบุคลากรในระบบ ได้แก่ PN PT นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทีมสุขภาพปฐมภูมิ อบต. ภาคเอกชน อื่นๆ

3. การพัฒนาตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On top payment) เป็นการสนับสนุนงบประมาณ ตามพื้นที่ เฉพาะที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์กลางและเกณฑ์ระดับพื้นที่ และมีการกำหนดแนวทางการ Audit โดยคณะกรรมการระดับเขต

กระบวนการทำงาน

1. **Integration** เป็นขั้นตอนเริ่มต้นโดยการบูรณาการยุทธศาสตร์เขตนครชัยบุรีรินทร์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 Node Primary care (Node รพ.สต.) กับยุทธศาสตร์ สปสช.ปี 2555-2559 ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพื่อให้สอดคล้องเป็นเนื้อเดียวกัน และบูรณาการกองทุนย่อย ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาระดับปฐมภูมิ ได้แก่ กองทุน PPA กองทุนผู้พิการ กองทุนแพทย์แผนไทย ฯลฯ โดยกำหนดแนวทางการสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้

- กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สนับสนุนในเชิงพัฒนาระบบ ให้แก่ผู้ให้บริการ
- กองทุน PPA สนับสนุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การบริการ ให้แก่กลุ่มที่นอกเหนือจากกลุ่มผู้ให้บริการ
- กองทุนอื่นๆ สนับสนุนเฉพาะด้านนั้นๆ

สำหรับการสนับสนุนตามยุทธศาสตร์ / Node เขตนครชัยบุรีรินทร์ พิจารณาใช้งบปฐมภูมิ และ PPA ตามเนื้องานที่เกี่ยวข้อง

2. **Cross function** เป็นขั้นตอนการพูดคุยแลกเปลี่ยน ขอบเขต ภาระงาน กองทุน ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิ ข้ามงานและข้ามกลุ่มงาน ภายใน สปสช.เขต ซึ่งมี 2 กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องคือ กลุ่มงานคุณภาพฯ และกลุ่มงานภาคีฯ เพื่อวางแผนการพัฒนาเชิงระบบในภาพรวมของเขตตามยุทธศาสตร์และกรอบแนวทางที่กำหนด

3. **Direct Sales** เป็นขั้นตอนภายใน สปสช.เขต ต่อจากขั้นตอนที่ 1-2 เมื่อ PM ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับงานปฐมภูมิ ตกลงความคิดได้แผนงานโครงการที่ทำ นอกเหนือจากแผนยุทธศาสตร์เขตนครชัยบุรีรินทร์ ก็ดำเนินการประสานตรงไปที่ลูกค้าที่ต้องการ เช่น อบต เครือข่ายวิชาชีพ ศูนย์วิชาการ หน่วยบริการ อื่นๆ เพื่อจัดทำสัญญาข้อตกลงและโอนงบสนับสนุนตรง

4. **Empowerment Partnership** เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการทำให้หุ้นส่วนทำงานแทนเราได้อย่างไร้รอยต่อ โดยให้ความสำคัญและสร้างการยอมรับตลอดสาย ในหุ้นส่วนทุกระดับ ทั้งหุ้นส่วนภายในและภายนอก สปสช. โดยการมอบอำนาจ บทบาท หน้าที่ ความไว้วางใจ ความเป็นเจ้าของร่วมในทุกกิจกรรม และเติม Incentive ให้ในรูปแบบต่างๆ

วิเคราะห์ช่องว่างที่ต้องพัฒนา (GAP) ในกระบวนการทำงานและแนวทางการแก้ไข

ตารางที่ 15 ตารางวิเคราะห์ช่องว่างที่ต้องพัฒนาในระบบบริการปฐมภูมิ

ด้าน	ช่องว่างที่ต้องพัฒนา (GAP)	แนวทางแก้ไข
ยุทธศาสตร์ / กิจกรรม / แผนงาน โครงการ	<ol style="list-style-type: none"> ยุทธศาสตร์ Node Primary (ใช้ชื่อว่า Node รพ. สต.) เน้นเฉพาะหน่วยบริการที่ยกระดับเป็น รพ. สต.ในสังกัด สธ.ตามนโยบายรัฐบาล จิงขาดใน ส่วนของศูนย์แพทย์ในเขตเมือง และหน่วยบริการปฐมภูมิของ รัฐนอกสังกัด/เอกชน กิจกรรม / แผนงานโครงการ ที่เป็นนโยบายของ สปสช. บางกิจกรรม ยังแยกส่วนไม่ได้รวมใน ยุทธศาสตร์ของเขตนคร ชัยบุรีรินทร์ 	<ol style="list-style-type: none"> ประสานนโยบายในระดับ ผู้บริหาร ห็นส่วนทุกคนที่เกี่ยวข้องจัดทำ แผนร่วมกัน (PM กองทุน งานที่ เกี่ยวข้อง Node เครือข่าย..)
โครงสร้าง คณะกรรมการ /คณะทำงาน	<ol style="list-style-type: none"> มีคณะทำงานที่แต่งตั้งจาก สปสช. เข้าซ้อนกับ กรรมการ Node ทำให้เกิดความสับสน ความไม่ เข้าใจในการพิจารณา กิจกรรม แผนงานโครงการ บางเรื่อง คณะกรรมการ Node ขาดตัวแทนของหน่วยงาน ภาครัฐนอกสังกัด /เอกชน /ภาคีเครือข่าย บทบาทคณะกรรมการยังไม่ครอบคลุม นโยบาย / กิจกรรม /แนวทางของ สปสช. 	<ol style="list-style-type: none"> ยกเลิกคณะทำงานที่ซ้ำซ้อน / ปรับให้เป็นคณะเดียวกัน ประสานนโยบายในระดับ ผู้บริหาร

การวิเคราะห์หุ้นส่วนการพัฒนา

ตารางที่ 16 ตารางวิเคราะห์หุ้นส่วนในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

Partner	สิ่งที่เราต้องการให้ทำ	ผลลัพธ์ที่ทำได้/GAP
PM งานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน Primary Care ใน สปสช. เขต	1. บริหารจัดการสัญญา / โครงการ และเบิกจ่ายงบให้ครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	1. อยู่ระหว่างดำเนินการ
คณะกรรมการ Node Primary Care	1. เป็น Board หลักของงาน Primary Care ในการพิจารณา จัดสรรงบประมาณ / แผนงานโครงการ / กิจกรรม / หลักเกณฑ์ / แนวทางที่คณะกรรมการ เสนอมา เพื่อ เสนอ อปสช. อนุมัติ	1. มีกิจกรรม/แผนงาน โครงการ ที่เป็นนโยบายของ สปสช.บางกิจกรรม ยังแยกส่วน ไม่ได้รวมในยุทธศาสตร์ของเขตนครชัยบุรินทร์ จึงไม่ผ่านคณะกรรมการและคณะกรรมการ
คณะกรรมการของ Node Primary Care	1.เป็นคณะกรรมการย่อยในแต่ละกิจกรรม มีบทบาทในการพิจารณารายละเอียดของแผนงานโครงการ/หลักเกณฑ์/แนวทาง เสนอคณะกรรมการ Node	เหมือนข้อ กรรมการ Node Primary Care
สสจ.(หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานผู้รับผิดชอบงาน Primary Care)	1. ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ / แผนงานโครงการ ตามที่ คณะกรรมการ Node กำหนด 2. ชี้แจงประสาน / ติดตามควบคุมกำกับหน่วยบริการและภาคีเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	อยู่ระหว่างดำเนินการ ใน 4 จังหวัด มีความก้าวหน้าที่ต่างกัน มีบริบทในการทำงานที่ต่างกัน มีจุดแข็งและจุดอ่อน ที่ต่างกัน
เลขา Node /ผู้ประสานงาน สำนักตรวจราชการ กสธ. เขต 14	ประสาน / ติดตาม / สรุปประชุม แจ้ง สสจ.สปสช.และผู้ที่เกี่ยวข้อง	ครบถ้วนสมบูรณ์
เครือข่ายวิชาชีพ (รับผิดชอบชมรมหมออนามัย)	1. มีการประชุมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย อย่างน้อย ปีละ 3 ครั้ง 2. มีแผนงาน โครงการ / กิจกรรมพัฒนางาน อย่างน้อย 1 โครงการ	มีครบถ้วนสมบูรณ์
ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.มหาราช	1. มีแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาทีมสุขภาพ ในหน่วยปฐมภูมิ 2. มีการจัดกิจกรรมตามแผน และมีการติดตามประเมินผล	ยังไม่มีแผนระยะยาว แต่มีการจัดกิจกรรม เป็นเรื่องๆ

การประเมินผล

ตารางที่ 17 การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ใครเป็นผู้วัด	วัดที่ไหน	จะวัดใคร	เมื่อไร	ความถี่
1	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิมีมาตรฐานตามเกณฑ์ศักยภาพบริการตามที่ สปสช.กำหนด	สปสช.เขต	ผลการประเมินตามเกณฑ์ On top payment	ภาพรวมของจังหวัด	มีนาคม	ปีละ 1 ครั้ง
2	สัดส่วนการใช้บริการที่ PCU/CUP	สปสช.เขต	ข้อมูลที่ใช้ประเมิน On top payment	ภาพรวมของจังหวัด	มีนาคม	ปีละ 1 ครั้ง

CUP เมืองย่า

เป็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองบนแนวคิดแบบ CUP-SPLIT ในบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สถานการณ์ปัจจุบันของอำเภอเมือง นครราชสีมา

- จำนวนประชากรอำเภอเมือง นครราชสีมา มีประมาณ 400,000 คน
 - ประชากร(ที่มีสิทธิ) CUP เมืองย่าดูแลมีจำนวน 287,700 คน
 - เป็นประชากรใช้สิทธิของ UC 192,604 คน
 - ใช้สิทธิประกันสังคม 48,006 คน
 - ใช้สิทธิข้าราชการ 35,957 คน
- (ข้อมูล ณ วันที่ 22 มีนาคม 2554)

- ลักษณะของ PCU ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา เป็น PCU ที่อยู่ภายใต้สังกัดของหน่วยงานที่หลากหลายเช่น สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.มหาราชนครราชสีมา (รพม.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รพ.นครราชสีมา รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม รพ.สังกัดเทศบาล สภากาชาดไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน เป็นต้น

- มี CUP เมืองย่า 7 แห่ง มี PCU 31 แห่ง
- มี CUP นอกเมืองย่า 9 แห่ง มี PCU 14 แห่ง

ความแตกต่างระหว่าง CUP โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แบบเก่า กับการจัดการแบบ CUP เมืองย่า

ตารางที่ 18 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง CUP รพ.มหาราชนครราชสีมา แบบเก่ากับแบบเมืองย่า

CUP โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา(เก่า)	CUP เมืองย่า (ใหม่)
<p>ด้านการเงินและการจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพม. รับเงิน OPD, PP, IPD - การจัดสรรเงิน fixed cost และงบลงทุนผ่าน CUP Board 	<p>ด้านการเงินและการจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - CUP เมืองย่า 1-7 รับเงิน OPD, PP (CMU+PCU model) โดยตรงจาก สปสช. - การจัดสรรเงิน OPD+PP รวมทั้ง fixed cost และงบลงทุนไปที่ PCU จะผ่าน CUP board ของแต่ละ CUP เมืองย่า - รพม. รับเงิน IPD และ OPD ข้าม CUP จากการส่งต่อของ CUP เมืองย่า 1-7 และการให้บริการนอกเวลาที่ CUP เมืองย่า 1-7 ไม่ได้เปิดบริการ
<p>โครงสร้าง</p> <p>องค์ประกอบคณะกรรมการ (CUP Board)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผอ.รพม. เป็นประธานคณะกรรมการ และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นเลขานุการ - ตัวแทนหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์แพทย์ชุมชน (PCU/CMU)ร่วมเป็นคณะกรรมการ 	<p>โครงสร้าง</p> <p>องค์ประกอบคณะกรรมการ แบ่งเป็นสอง ระดับ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรรมการระดับเครือข่ายเมืองย่า หรือ Primary Care Network (PCN) <ul style="list-style-type: none"> - หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นประธาน PCN เมืองย่า - ประธาน CUP เมืองย่า 1-7 และตัวแทนสาขาวิชาชีพร่วมเป็นคณะกรรมการ 2. กรรมการระดับหน่วยบริการ หรือ CUP board เมืองย่า 1-7 <ul style="list-style-type: none"> - หัวหน้า CMU เป็นประธาน ยกเว้น CUP เมืองย่า 5 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของ รพม. เป็นประธาน - หัวหน้า PCU ร่วมเป็นคณะกรรมการ
<p>บุคลากรและการบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บางส่วนสังกัดกลุ่มงานเวชกรรมสังคม - เกสเซอร์และทันตแพทย์ นิเทศงาน - การตรวจทางห้องปฏิบัติการส่งที่ รพม. 	<p>บุคลากรและการบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บางส่วนยังคงสังกัดกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เหมือนเดิม - เกสเซอร์ร่วมปฏิบัติงานตามเกณฑ์ CUP - CUP เมืองย่า 1, 2, 4 ส่งต่อ ทันตแพทย์ภาคเอกชนร่วมให้บริการ

CUP โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา(เก่า)	CUP เมืองย่า (ใหม่)
	CUP เมืองย่า 3 และ 5 ส่งต่อที่ รพม. CUP เมืองย่า 6 ให้บริการที่ ศพช.วัดบุรพ และ CUP เมืองย่า 7 ส่งต่อไปที่ รพ.ชามทะเลสอ - การตรวจทางห้องปฏิบัติการส่งที่นครราชสีมาเซ็นทรัลแล็บ - การจัดทำ CPG 9 กลุ่มโรค/โรค
วัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์ PCU เครื่องมือแพทย์และเวชภัณฑ์จาก รพม. โดยมีการทำบัญชีแยกราย PCU	วัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์ PCU ขอสนับสนุนวัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์จาก รพม. มีรายการแจ้งยอดทุกเดือนให้ PCU โอนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้ รพม. ปัจจุบันกำลังเริ่มจัดซื้อจัดหาเอง
รูปแบบบัตรทอง ระบุหน่วยบริการ 2 ระดับ	รูปแบบบัตรทอง ระบุหน่วยบริการ 3 ระดับ

รูปแบบการส่งต่อ

ภายใต้การจัดการระบบบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมาแบบ CUP SPLIT (CUP เมืองย่า) ได้พัฒนาการระบบการส่งต่อผู้ป่วยจาก PCU เป็น 3 ระบบคือ

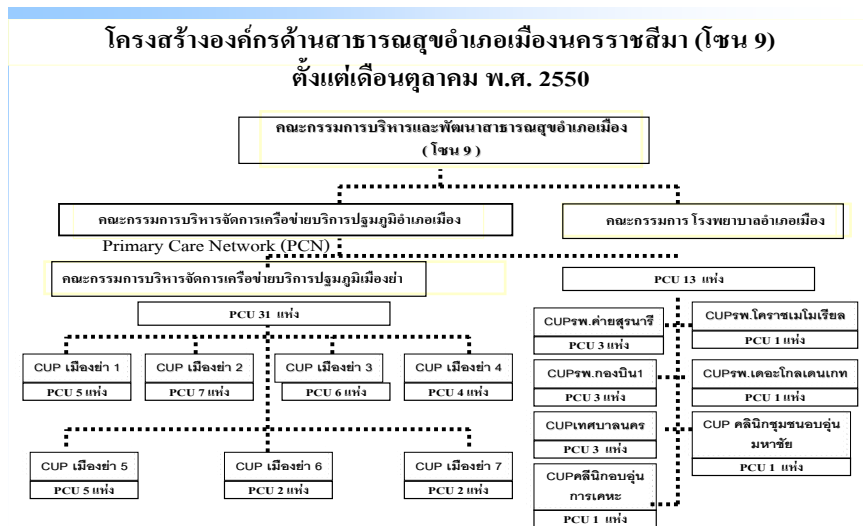
1. PCU ที่มีแพทย์อยู่เป็นช่วงเวลา จะใช้การรักษาโดยผ่านระบบการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ หากมีอาการรุนแรง จะส่งต่อผู้ป่วยไปที่ CMU (ศูนย์แพทย์ชุมชน) ก่อนแล้วจึงจะส่งไปยังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
2. PCU ที่มีแพทย์ประจำเต็มเวลา จะมีศักยภาพเทียบเท่ากับ CMU ดังนั้นจะส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเลย
3. PCU บางแห่ง ที่มีศักยภาพเทียบเท่ากับ CMU สามารถ refer ผู้ป่วย ไปยัง รพ.ที่เป็นโรงเรียนแพทย์ได้เลย กรณีที่เคย refer ไป รพม. แล้ว รพม.ส่งต่อไปที่ รพ. วิทยาลัยแพทย์

ฐานความคิดหลักในการแบ่งพื้นที่ CUP เมืองย่า พิจารณาจาก สายการบังคับบัญชาบุคลากร จำนวนประชากร การคมนาคมภายในเครือข่าย การมี CMU เป็นหลักภายในเครือข่าย อัตราการใช้บริการที่ รพม. และ ประสิทธิภาพการจ่าย PCU / CUP

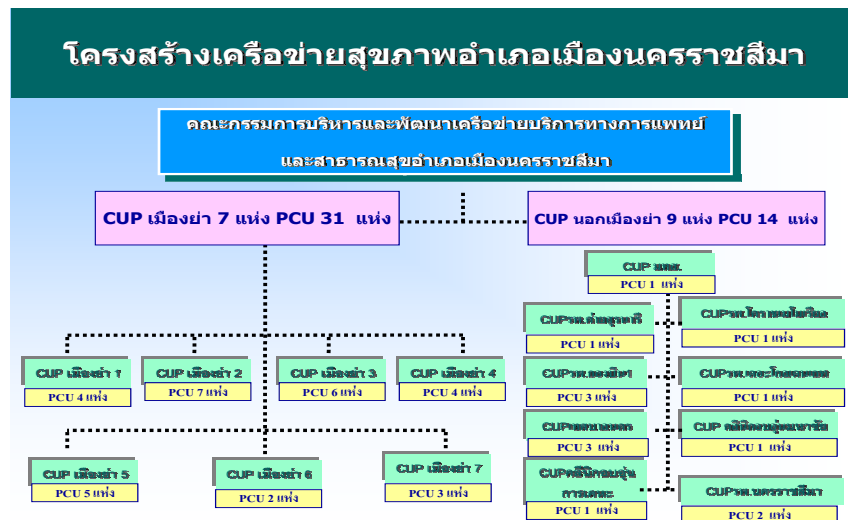
โครงสร้างเดิมของการจัดการ CUP SPLIT ในอำเภอเมืองนครราชสีมา (CUP เมืองย่า)

ภาพที่ 8 ภาพเปรียบเทียบ โครงสร้างการจัดการ CUP SPLIT ของ รพ.มหาราช

โครงสร้างการจัดการ CUP SPLIT ในอำเภอเมืองนครราชสีมา แบบเดิม



โครงสร้างใหม่ของการจัดการ CUP SPLIT ในอำเภอเมืองนครราชสีมา หรือ CUP เมืองย่า



ถอดบทเรียนการพัฒนาเขตสุขภาพ : สปสช. เขต 9 นครราชสีมา

1. ตัวอย่างรูปแบบบริการของ Node of Primary Care Unit ที่เป็นผลงานเด่น

การพัฒนา PCU NODES เป็นรูปแบบการให้บริการของ PCU ที่พัฒนาให้มีความเด่นเฉพาะด้าน ซึ่งมีเรื่องให้พิจารณา 5-6 ประเด็น เป็นเรื่องที่พบมากทั่วไปในพื้นที่และเป็นความพร้อมของ PCU โดยมีลักษณะเป็น Knowledge NODE เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ไม่ใช่เป็นการ refer ผู้ป่วยไปที่ NODE นั้น ยกเว้น ใน กรณี Heart disease NODE ที่เป็น การ refer ผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการเพื่อการรักษาจริง

NODE PCU	Main Services
Eye disease	- Fundal examination in diabetic patients
Stroke with Hemiparesis	- Physiotherapists providing services in PCUs and in community
Palliative care	- Consultation: Thursday as “palliative day” - Sharing equipments among PCUs
ANC	- Routine ultrasonography - OB consultation (in node)
DM	- Diabetic camp - Patient leaders
Heart disease	- Warfarin dispensing and INR monitoring

จากที่ CUP ในอำเภอเมืองนครราชสีมา ต้องดูแลประชากรที่มีสิทธิจำนวนสองแสนกว่าคน เมื่อมีความจำเป็นต้องเก็บตัวอย่างมาตรวจที่โรงพยาบาลมหาราชเพียงแห่งเดียวทำให้บุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ หรือบางครั้งได้ตัวอย่างมา ต้องรอกว่าจะได้ตรวจก็ทำให้ตัวอย่างเสีย ไม่สามารถตรวจได้ เป็นต้น สสจ.ได้เริ่มพัฒนาแล็บกลาง ภายใต้แนวคิดเพื่อให้บริการด้าน primary care ได้อย่างทั่วถึง โดยได้พัฒนาเป็น **ศูนย์รวมบริการตรวจวิเคราะห์ทางการแพทย์ หรือ แล็บกลาง (นครราชสีมา เซ็นทรัลแล็บ)** ทำให้สามารถตรวจวิเคราะห์ได้เร็วขึ้น และมีบริการ ไปรับตัวอย่างที่ PCU โดยกำหนดเป็นเวลามาเก็บตัวอย่างไปส่งตรวจเป็นประจำในแต่ละวัน และสามารถขอให้ไปรับเป็นกรณีพิเศษได้ตามความจำเป็น

นอกจากนี้ ยังมีการประสานติดต่อ รพ.เอกชน เพื่อให้บริการตรวจเอ็กซเรย์ (x-ray) ที่ไม่สำคัญเร่งด่วน ให้ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้น ลด waiting time ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วย TB ได้ดีขึ้น

บทเรียนและข้อเสนอแนะการทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

การเตรียมพร้อมก่อนการแยกเครือข่าย

1. มีนโยบายที่ชัดเจนในการแยก CUP ของผู้บริหารระดับสูงในจังหวัด ได้แก่ นพ.สสจ. ผอ.รพ. และ ผอ.สปสช.เขต
2. การวิเคราะห์ด้านปริมาณคนและศักยภาพบุคลากรในการทำงานระบบบริการปฐมภูมิ การเตรียมบุคลากรทุกระดับในเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้เข้าใจทิศทางการพัฒนา

3. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพ โดยมีศูนย์แพทย์ชุมชนอย่างน้อย 1 แห่ง ที่มีศักยภาพใกล้เคียงกับหน่วยบริการประจำ ตามเกณฑ์ของ สปสช.

4. การทำความเข้าใจร่วมกันในเครือข่าย เครือข่ายต้องศึกษาคุณสมบัติ บทบาทหน้าที่ของการเป็น CUP ให้เข้าใจอย่างทั่วถึงและการพัฒนาเครือข่าย โดยการสนับสนุนอย่างเต็มกำลังของแม่ข่ายในการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ในการทำงาน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร ระบบยาและเวชภัณฑ์ ระบบชั้นสูตร ฯลฯ ในกรณีที่แม่ข่ายไม่สามารถสนับสนุนในบางเรื่อง อาจหาระบบสนับสนุนจากภายนอกได้

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนอื่น เช่น ระบบข้อมูล ระบบการเงินการคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ฯลฯ ควรมี การวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านยา / ห้องปฏิบัติการ / พัสตุที่เคย์ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่าย และประมาณการจ่ายเงินข้ามหน่วยบริการประจำ โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังประมาณ 3 ปี แล้วสร้างรูปแบบจำลองการจัดเครือข่ายและพยากรณ์ การสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร ทั้งในส่วนของบุคลากรและประชาชนในพื้นที่ การวางแผนการติดตามกำกับและประเมินผล

ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการบริหารเครือข่าย

1. การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้วยวิธี people-centered management
2. การบริหารเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการ (informal network management)
3. การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (strategic planning)
4. การวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน (financial analysis)
5. การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริหาร บริการ วิจัย (data and information management for decision making)
6. การประยุกต์วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ
7. การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (context-based learning)
8. การสร้างและใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline)
9. เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (primary care award)

การปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่าน

ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งระดับจังหวัดและอำเภออย่างเต็มที่และต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายการพัฒนาและวางแผนร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ทั้งโรงพยาบาล เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ชุมชนและภาคีอื่นๆ การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาระบบสนับสนุนจากแม่ข่ายยังคงต้องต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่ออย่างไว้ใจได้ ร่วมสนับสนุนและใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่าและลดการสิ้นเปลืองในการใช้ทรัพยากรบางอย่างที่ยังคงต้องมีระบบกลาง เช่น ระบบการสนับสนุนแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว ระบบชั้นสูตร ฯลฯ หมั่นประชุม พูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบท ทั้งนี้ต้องมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด เน้นการนิเทศเพื่อให้เกิดการเรียนรู้มากกว่าการตัดสินว่า ถูกหรือผิด

ช่องว่างในการพัฒนา

ยังมีข้อจำกัดของการโอนงบประมาณให้กับหน่วยบริการของสถานีกาชาดอำเภอเมืองนครราชสีมาที่เป็นหน่วยบริการ PCU ที่จัดบริการด้านการดูแลรักษาพยาบาลให้กับประชาชนทั่วไป และมีโครงการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่กาชาด ได้ของงบประมาณจากสปสช. ยังต้องโอนผ่านสภากาชาดส่วนกลางเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่ง

การบริหารจัดการทางการเงิน

การที่ CUP เมืองย่า refer ผู้ป่วยไปยัง รพม. ซึ่งในแต่ละเดือนต้องตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลมูลค่าหลายแสนบาท แต่อำนาจการจ่ายเงินของ CUP มีวงเงินจำกัด วิธีแก้ไข ใช้วิธีการกันเงินไว้ที่ สสจ. เพื่อให้ สสจ. ทำหน้าที่เป็น clearing house แต่เนื่องจาก สปสช. มีเกณฑ์ในการให้ สสจ. กันเงินไว้ได้ไม่เกิน 10 % การกันเงินเพื่อชำระหนี้ refer นี้ ทาง CUP แต่ละแห่งจะต้องทำหนังสือไปให้กันเงินเอาไว้ตามที่แต่ละ CUP แจ้ง

การกันเงิน จังหวัด จะเป็นการกันเงินในส่วนของการตามจ่าย ค่าแฉับ ค่าทันตกรรม จะทำหนังสือไปแจ้งให้จังหวัด ให้กันเงินเอาไว้ ตามข้อมูลที่มีอยู่ตามข้อมูลเดิม

ส่วนที่ 3 การถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช.เขต 13 กทม.) เป็นสำนักงานเขตแห่งแรก เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นเขตปกครองพิเศษไม่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (กทม.) ในปีงบประมาณ 2545 ได้ก่อตั้ง สปสช.เขต 13 กทม. ขึ้น เพื่อทำหน้าที่บริหารระบบหลักประกันสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครทั้งในด้านการลงทะเบียนประชาชน การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การบริหารกองทุน การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงการจัดการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ ต้องมีการทำงานร่วมกับหน่วยบริการที่หลากหลายระดับและสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพ กทม.๑ และนโยบายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมี สปสช. เขต 13 กทม. เป็นเลขานุการในการจัดเตรียมข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ โดยมีการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ดำเนินการมาแล้ว 9 ปี ประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ สปสช.เขต 13 กทม. จะเป็นประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพกับเขตอื่น เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข”

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครมีลักษณะเป็นเขตการปกครองพิเศษตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 กำหนดให้กรุงเทพมหานครเป็นทบวงการเมือง มีฐานะเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่นนครหลวง มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มาจากการเลือกตั้ง และเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงาน อยู่ในตำแหน่งตามวาระคราวละ 4 ปี นับแต่วันเลือกตั้ง การดำเนินงานมีสภากรุงเทพมหานครทำงานร่วมด้วย โดยมีสมาชิกสภากรุงเทพมหานคร จำนวน 61 คน (ปี 2553) ที่มาจากการเลือกตั้งโดยประชาชนชาวกรุงเทพมหานคร ที่มีสิทธิเลือกตั้ง จาก 50 เขต (เขตที่มีสมาชิกสภากรุงเทพมหานคร ได้มากกว่า 1 คน จะต้องเป็นเขตที่มีจำนวนประชากรมากกว่า 150,000 คนซึ่งปัจจุบันมีทั้งหมด 11 เขต) มีสำนักงานใหญ่เรียกว่า ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร

โครงสร้างการบริหารงาน

ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและสภากรุงเทพมหานคร มีวาระในการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี และทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการสามัญประจำสภากรุงเทพมหานคร อันเป็นตัวแทนภาระหน้าที่รับผิดชอบของสภากรุงเทพมหานคร จำนวน 11 คณะ ได้แก่

1. คณะกรรมการตรวจรายงานการประชุมและพิจารณาเปิดเผยรายงานการประชุมลับ
2. คณะกรรมการการศึกษาและวัฒนธรรม
3. คณะกรรมการการโยธาและผังเมือง

4. คณะกรรมการการสาธารณสุข
5. คณะกรรมการการรักษาความสะอาดและสิ่งแวดล้อม
6. คณะกรรมการการเศรษฐกิจ การเงิน การคลังและติดตามงบประมาณ
7. คณะกรรมการการปกครองและรักษาความสงบเรียบร้อย
8. คณะกรรมการการพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม
9. คณะกรรมการกิจการสภากรุงเทพมหานคร
10. คณะกรรมการการจราจร ขนส่ง และการระบายน้ำ
11. คณะกรรมการการท่องเที่ยวและการกีฬา

โครงสร้างการบริหารประกอบด้วยสำนักและสำนักงานเขต สำนักงานเป็นการแบ่งการบริหารงานกรุงเทพมหานครตามหน้าที่ความรับผิดชอบ ปัจจุบันประกอบด้วย 16 สำนัก ส่วนสำนักงานเขตเป็นการแบ่งการบริหารงานตามพื้นที่ และมีบทบาทความรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนโดยตรง ผู้บังคับบัญชาหรือผู้บริหารของสำนักงานเขต คือ ผู้อำนวยการเขต ซึ่งเป็นข้าราชการกรุงเทพมหานคร

การจัดกลุ่มเขตของกรุงเทพมหานครออกเป็น 4 ลักษณะ ตามวัตถุประสงค์เพื่อการปฏิบัติงาน ดังนี้

- (1) การแบ่งเขตตามการบริหารงาน 6 กลุ่มโซน คือ กลุ่มรัตนโกสินทร์ กลุ่มบวรพา กลุ่มศรีนครินทร์ กลุ่มเจ้าพระยา กลุ่มกรุงธนเหนือ กลุ่มกรุงธนใต้
- (2) การแบ่งเขตตามที่ตั้งของพื้นที่ 3 เขต คือ เขตชั้นใน เขตชั้นกลาง เขตชั้นนอก
- (3) การแบ่งเขตตามการตั้งถิ่นฐานชุมชน 5 โซน คือ เขตเมืองชั้นใน (Inner City) เขตชั้นกลางหรือเขตต่อเมือง (Urban Fringe) และเขตชั้นนอกหรือเขตชานเมือง (Suburb)
- (4) การแบ่งเขตตามการลักษณะการใช้ประโยชน์ที่ดิน (ผังเมือง) 13 บริเวณ

อาณาเขตและการปกครอง

การปกครองในกรุงเทพมหานครแบ่งออกเป็น 50 เขตการปกครอง กรุงเทพมหานคร มีพื้นที่ทั้งหมด 1,568.737 ตารางกิโลเมตร

ทิศเหนือ	มีอาณาเขตติดต่อกับ	จังหวัดนนทบุรีและจังหวัดปทุมธานี
ทิศใต้	มีอาณาเขตติดต่อกับ	จังหวัดสมุทรปราการ
ทิศตะวันออก	มีอาณาเขตติดต่อกับ	จังหวัดฉะเชิงเทรา
ทิศตะวันตก	มีอาณาเขตติดต่อกับ	จังหวัดนครปฐมและจังหวัดสมุทรสาคร

หน่วยบริการด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. สังกัดกรุงเทพมหานคร

1.1 สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 68 แห่ง ครอบคลุมทุกเขต ไม่มีเตียงนอน ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพ มีแพทย์และเภสัชกรประจำ ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา จำนวน 80 แห่ง ครอบคลุมทุกเขต แต่มีเฉพาะพยาบาลวิชาชีพประจำ ไม่มีแพทย์และเภสัชกร

1.2 สังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลในสังกัด จำนวน 9 แห่ง แต่ไม่ครอบคลุมทุกเขต มีดังนี้ วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์วชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ และมีศูนย์บริการแพทย์ อุกฉิน กทม. (ศูนย์ เอรಾವิน 1 แห่ง)

2. สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วประเทศด้วย ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี

3. สังกัดเหล่าทัพต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

4. สังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

5. สถานพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ สถาบันราชานุกูล สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร

บริบทสำคัญ

- กทม. มีองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพียงแห่งเดียว คือ กรุงเทพมหานคร
- กทม. ไม่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- กทม. มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ 9 แห่ง มีศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย มีแพทย์และเภสัชกรประจำ และมีการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็งโดยศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- กทม. มีโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง และมีเครือข่ายหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน
- รพ.รัฐในกทม. รับส่งต่อจากทั่วประเทศ
- ความซับซ้อนของพื้นที่ชุมชนเมือง

การเริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพในกทม. (ระยะเปลี่ยนผ่านพศ.2546 - 2550)

ประชาชนผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อรับบริการทางการแพทย์และส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคกับหน่วยบริการตามทะเบียนราษฎร์ในพื้นที่ 14 โชน เริ่มจากบางพื้นที่ในเดือนตุลาคม 2544 จนเต็มพื้นที่ เมื่อเดือนเมษายน 2545 ในขณะนั้นมีประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 3.28 ล้านคน หน่วยบริการหลักมีโรงพยาบาลรัฐ 14 แห่ง ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายภายในโชน โรงพยาบาลเอกชน อีก 27 แห่ง และเริ่มมีคลินิกจำนวน 16 แห่งเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาารองตามโชนต่างๆ เดือนกรกฎาคม 2546 กรุงเทพมหานคร เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยอนุมัติให้ศูนย์บริการสาธารณสุข 30 แห่งร่วมเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และวันที่ 7 กรกฎาคม 2546 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพ ในเขตกทม. ดังนี้

1. ให้คลินิกมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็นคู่สัญญาให้บริการระดับปฐมภูมิ โดยมีชื่อเรียกว่า “คลินิกชุมชนอบอุ่น” ภายใต้แนวคิด “ใกล้บ้านใกล้ใจ”

2. ให้จัดทำสัญญาหรือข้อตกลงการให้บริการกับคลินิกคู่สัญญาให้บริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ 14 เขต เป็นระยะเวลา 2 ปี ได้แก่ หนองจอก ประเวศ วัฒนา ทวีวัฒนา ลาดกระบัง คลองสามวา คลองเตย หลักสี่ (ทุ่งสองห้อง) พระโขนง สัมพันธวงศ์ (เยาวราช) ทุ่งครุ บางขุนเทียน บางบอน บางนา และพื้นที่ที่ สปสช.จะประกาศเพิ่มเติมภายหลัง โดยในเขตอื่นๆจะเป็นสัญญาปีต่อปี

3. ให้มีการจ่ายเงินสถานพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐในกทม.ในรูปแบบแยกงบผู้ป่วยนอก – ผู้ป่วยใน (Exclusive capitation) สำหรับโรงพยาบาลเอกชนสามารถเลือกใช้รูปแบบการจ่ายเงินแบบแยกหรือรวมงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (Inclusive capitation) ตามความสมัครใจ

4. ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำครอบครัว วันที่ 11 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม 2546 สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร รับสมัครสถานพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกชุมชนอบอุ่นประจำปี 2547 ผลพบว่า มีโรงพยาบาลเอกชน 27 แห่ง สถานพยาบาล 5 แห่ง และคลินิก 101 แห่ง สนใจสมัครแต่มีคลินิกเอกชนผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์เพียง 57 แห่ง

ตารางที่ 1 การแบ่งพื้นที่ให้บริการ 14 โซน

โซน	เขต	โรงพยาบาลตติยภูมิ
1	ดุสิต บางซื่อ บางพลัด รวม 3 เขต	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กทม. และ วชิรพยาบาล
2	พระนคร ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ รวม 3 เขต	รพ.กลาง
3	ดอนเมือง หลักสี่ สายไหม บางเขน รวม 4 เขต	รพ.ภูมิพลอดุลยเดชฯ
4	คลองสามวา คันนายาว บึงกุ่ม มีนบุรี สะพานสูง บางกะปิ หนองจอก ลาดกระบัง ประเวศ สวนหลวง รวม 10 เขต	รพ.นพรัตน์ราชธานี
5	ราชเทวี ดินแดง ห้วยขวาง ลาดพร้าว วังทองหลาง รวม 5 เขต	รพ.ราชวิถี
6	จตุจักร	รพ.รามธิบดี
7	พญาไท	รพ.พระมงกุฎเกล้า
8	ปทุมวัน (แขวงปทุมวัน ลุมพินี)	รพ.จุฬาลงกรณ์
9	ปทุมวัน (แขวงวังใหม่รองเมือง)	รพ.ตำรวจ
10	บางรัก สาทร วัฒนา คลองเตย พระโขนง รวม 5 เขต	รพ.เลิศจิน
11	บางคอแหลม ยานนาวา บางนา รวม 3 เขต	รพ.เจริญกรุงประชารักษ์
12	คลองสาน ราษฎร์บูรณะ ทุ่งครุ บางขุนเทียน รวม 4 เขต	รพ.ตากสิน
13	ธนบุรี จอมทอง บางบอน บางแค รวม 4 เขต	รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า
14	บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ ภาษีเจริญ ตลิ่งชัน ทวีวัฒนา หนองแขม รวม 7 เขต	รพ.ศิริราช

ในส่วนของการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เดือนตุลาคม 2544 กรมการแพทย์ เป็นหน่วยบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต่อมาในปี 2546 ได้เริ่มบริหารระบบโดยคณะทำงานแม่โซน 14 โซน ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลภาครัฐทั้งหมด 14 แห่ง ปีงบประมาณ 2547 จนถึงปัจจุบัน บริหาร

ระบบโดยคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพ กทม. ซึ่งคณะกรรมการมาจากการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ลงนามแต่งตั้ง)

การดำเนินการลงทะเบียน ในช่วงระยะแรกของการสร้างหลักประกันสุขภาพ

เดือนพฤศจิกายน 2545 เริ่มดำเนินโครงการนำร่องเลือกหน่วยบริการของประชาชนในเขตประเวศ และผู้มีสิทธิใช้บริการได้ในวันที่ 1 มกราคม 2546 มีโรงพยาบาลพรตน์ราชธานีเป็นหน่วยงานหลัก

เดือนกรกฎาคม 2546 เข้าร่วมประชุมร่วมกับรองผู้ว่าฯ กทม. และตัวแทน สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ กทม. มีข้อสรุปให้ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 61 แห่ง เป็นหน่วยลงทะเบียนในกทม. และเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นไป ได้เริ่มดำเนินโครงการพัฒนาลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่ออำนวยความสะดวกเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้มีสิทธิในการเลือกและเปลี่ยนหน่วยบริการ และส่งเสริมให้ประชาชนลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการก่อนเจ็บป่วย

สถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อมูลประชากร

ประมาณการจำนวนประชากร จำแนกตามสิทธิต่างๆ รวมทั้งหมด 7,500,000 คน แยกเป็น

สิทธิ UC (บัตรกทม.)	~ 3,600,000 คน
สิทธิประกันสังคม (ทะเบียนบ้านกทม.)	~ 1,300,000 คน
สิทธิประกันสังคม (ที่ทำงานในกทม. ทะเบียนบ้านต่างจังหวัด)	~ 1,700,000 คน
สิทธิข้าราชการ	~ 720,000 คน
สิทธิว่าง	~ 200,000 คน

เนื่องจากการคาดประมาณจำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครรวมผู้ย้ายถิ่นฐานมาทำงานในกทม. ประมาณ 10,000,000 คน จึงเปิดโอกาสให้มีการรับรองผู้ย้ายถิ่นฐานที่อยู่ใน กทม. และเลือกหน่วยบริการใน กทม. ได้ โดยพบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนปัจจุบันมีประมาณ 900,000 คน

ข้อมูลหน่วยบริการ

เครือข่ายหน่วยบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในด้านจำนวนหน่วยและประเภทบริการ การเข้าถึงบริการดีขึ้นแต่ยังไม่เพียงพอ และภารกิจที่สำคัญต่อจากการขึ้นทะเบียนคือการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจ

ตารางที่ 2 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตกทม. ปี 2546 – 2554 จำแนกตามประเภท

ประเภทสถานบริการ	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554
โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	3	3	3	3	3	3	3	3	3
โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	11	17	17	17	17	17	17	17	18
โรงพยาบาลเอกชน+สถานพยาบาล	25	29	29	30	29	28	22	34	29
คลินิกชุมชนอบอุ่น	57	57	71	82	112	115	145	138	140
คลินิกเดี่ยว								87	87
คลินิกเคีรื่อรพ.								51	53
ศูนย์บริการสาธารณสุข	30	30	65	66	66	68	68	68	68
รวม	126	136	185	198	227	229	255	260	258
หน่วยให้บริการ PP นอก		130	126	123	118	114	109	100	103
สถานบริการ ร่วมให้บริการPP non-uc			14	14	14	14	11	12	16
โรงพยาบาลประกันสังคม (สร้างเสริมสุขภาพ ผู้ประกันตน)	-	-	14	10	8	10	11	12	12
คลินิกทันตกรรมเอกชน (โครงการยิ้มสดใส เด็ก กทม.ฟันดี)	-	-	195	195	169	195	186	186	105
คลินิกทันตกรรมเอกชน /คณะทันตแพทย์ศาสตร์/ โรงพยาบาลนอกUC โครงการฟันเทียมพระราชทาน	-	-	181	181	1	142	144	144	0
หน่วยร่วมให้บริการกายภาพบำบัด					1	1	1	1	1
หน่วยร่วมให้บริการ Home Health Care						16	20	32	51
ร่ายยาให้บริการให้คำปรึกษาเรื่องยา							16	20	22
รพ.และสถานบริการ ร่วมให้บริการPP								3	16
รพ.เอกชน รับส่งต่อกรณีเฉพาะด้าน							13	10	9
หน่วยให้บริการ CAPD						8	10	10	10
หน่วยให้บริการ HD								55	57
คลินิกเอกชนร่วมให้บริการตรวจสุขภาพผู้ขับซ้รถ สาธารณะ	-	-	47	-					
คลินิกเทคนิคการแพทย์/สหคลินิก ร่วมให้บริการ ตรวจเอกซเรย์ทรวงอก	-	-	3	-					
คลินิกเวชกรรม						9	9		
รพ.และสถานบริการร่วมให้บริการ PAP SMEAR			19						

อัตรากำลังและโครงสร้างการบริหารของ สปสช.เขต 13 กทม.

อัตรากำลัง

ปัจจุบันสำนักงานเขต กทม. ทำหน้าที่ทั้งในบทบาทของเขตและจังหวัดไปพร้อมกัน มีกรอบอัตรากำลัง 102 คน (ข้อมูล ณ เดือนกรกฎาคม 2554) ประกอบด้วย

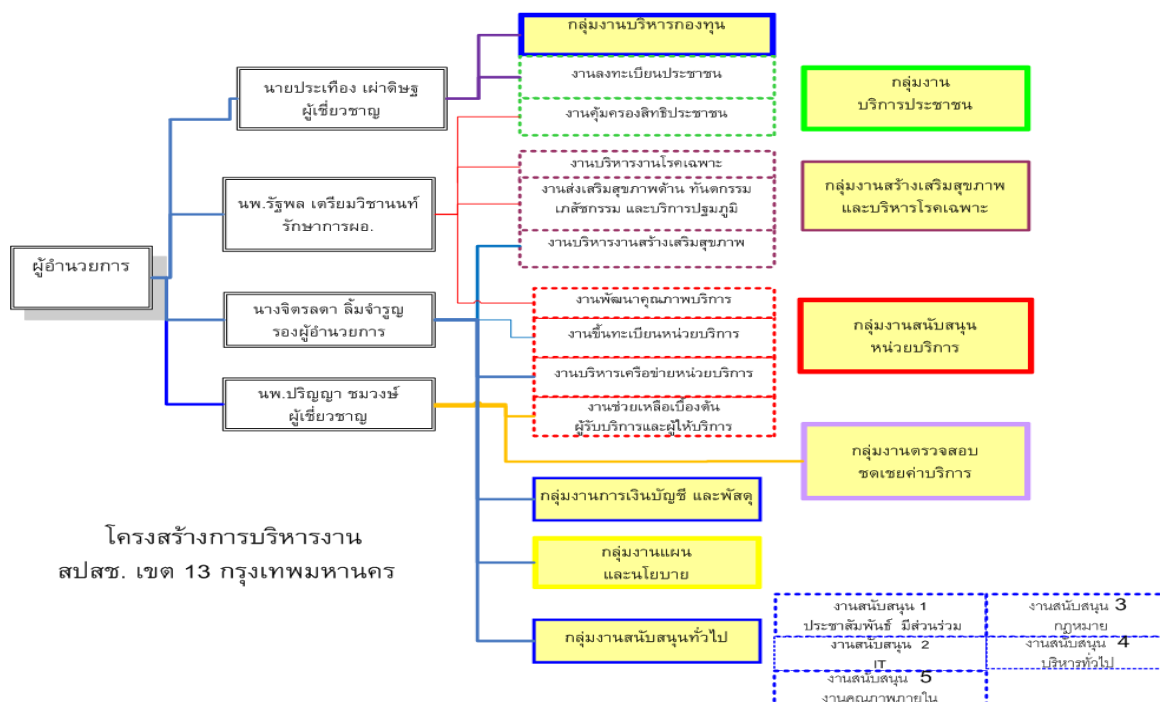
ตารางที่ 3 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สปสช.เขต กทม.

ระดับ	อัตรากำลัง (คน) สปสช. กทม.
M2 ผู้อำนวยการ	1
M1 รองผู้อำนวยการ	2
E1 ผู้เชี่ยวชาญ	2
O4 หัวหน้ากลุ่มงาน	7
O3 หัวหน้างาน	10
O2 เจ้าหน้าที่อาวุโส	16
O1 เจ้าหน้าที่	13
S2 ลูกจ้าง (พนักงานลงทะเบียนประจำสำนักงานเขต)	48
S1 ลูกจ้าง (พนักงานขับรถ)	3
รวมทั้งหมด	102

โครงสร้างการบริหารงาน

เพื่อให้การบริหารงานตอบสนองตามภารกิจของสำนักงานเขต และรองรับภารกิจสำคัญของพื้นที่ กรุงเทพมหานคร จึงมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารงานไว้ ดังนี้

ภาพที่ 1 โครงสร้างการบริหารงาน เขต กทม.



การอภิบาลระบบ

การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ โดยคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพ กทม. และมีคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้องเพื่อขอรับค่าช่วยเหลือเบื้องต้นฯ (ม.41) รวมถึงได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบเพื่อพัฒนางานในด้านต่างๆโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน ดังนี้

- คณะทำงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร (ปี 2547)
- คณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขากรุงเทพมหานคร (ปี 2547-ปัจจุบัน)
- คณะทำงานประสานงานด้านการแพทย์ฯ (ปี 2547)
- คณะทำงานตรวจขึ้นทะเบียนฯ (ปี 2547)
- คณะทำงานดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของผู้มีสิทธิพื้นที่กทม. (ปี 2548-ปัจจุบัน)
- คณะทำงานจัดบริการรองรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกทม.(2549)
- คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย มาตรา 18 (4) (ปี 2550-ปัจจุบัน)
- คณะทำงานพิจารณาระบบชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอกในพื้นที่กทม.(2552-ปัจจุบัน)
- คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันฯให้เข้าถึงบริการทดแทนไตในกทม.(2552-ปัจจุบัน)
- คณะทำงานตรวจสอบชดเชยค่าบริการ กรุงเทพมหานคร (ปี 2552 - ปัจจุบัน)
- คณะทำงานตามโครงการประชุมและตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ(เอกชน) กทม. (2554 - ปัจจุบัน)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นบอร์ดของตัวเอง สามารถ initiative บางเรื่องได้ จากการศึกษารายงานการประชุมของคณะกรรมการฯในปีงบประมาณ 2554 ซึ่งมีการประชุม 3 ครั้ง โดยได้มีการพิจารณาเรื่องต่างๆ ดังนี้

ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2553

1. เห็นชอบ OP differential ปี 2554
2. เห็นชอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยใน ปี 2554 ดังนี้
 - จ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน ในอัตรา adjust RW ละ 8,000 บาท
 - กลุ่มโรคเฉพาะ 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มโรค RDS , Multiple Significant Traumaและ Stroke จ่ายชดเชยในอัตรา adjust RW ละ 9,000 บาท
3. เห็นชอบการบริหารงบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand service) ปี 2554 ดังนี้
 - ขอคงหลักการจ่ายชดเชยค่าบริการตามรายการ PP Itemized ตามอัตราที่กำหนด
 - จ่ายเงินเบื้องต้นให้หน่วยบริการภาคเอกชนเตรียมการให้บริการ ในคลินิกชุมชนอบอุ่นและสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำที่มี capitation แบบ OP 250,000 บาท ต่อหน่วย และสำหรับ

โรงพยาบาล /สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำและมี capitation แบบ OP และ IP 500,000 บาทต่อหน่วยบริการ และมีการส่งผลงานขึ้นต่ำตามที่คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพฯกำหนด

- จ่ายเพิ่มเติมตามผลการประเมินคุณภาพการให้บริการ (pay for pp quality performance)

ตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพฯกำหนด

4. การพิจารณาหลักการบริหารงบประมาณ ปี 2553 (มอบคณะกรรมการกองทุนฯไปพิจารณา)

5. การหักเงินเดือนสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ ปีงบประมาณ 2554มอบสปสช.เขต 13 กทม. ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐทุกสังกัดพิจารณา

ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม 2554

1. เห็นชอบให้จัดสรรงบประมาณ ปีงบประมาณ 2553 (เบิกจ่ายได้ถึงสิ้นเดือนกันยายน 2554) ให้แก่หน่วยบริการทุกแห่งตามฐานประชากรเดือนตุลาคม 2552 เฉพาะหน่วยบริการที่อยู่ครบปีในปีงบประมาณ 2553 โดยให้ใช้ในการพัฒนาการบริการตติยภูมิสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการขยายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เช่น ICU , CCU , การบริการที่ใช้ Respirator หรือเครื่องมือและครุภัณฑ์ต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อในพื้นที่

2. เห็นชอบการหักเงินเดือนสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ ปีงบประมาณ 2554 ตามที่ได้มอบให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐทุกสังกัดพิจารณา

3. เห็นชอบให้รพ.ที่จะเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการกองทุนฯ แจ้งเป็นหนังสือส่งที่สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร

4. รับทราบเรื่องจากคณะกรรมการกองทุน สำนักงานสาขากรุงเทพมหานคร ดำเนินการ เรื่องจากคณะกรรมการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของผู้มีสิทธิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

- การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของผู้มีสิทธิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

- ผลการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบส่งกลับผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- การบริหารงบประมาณ ปีงบประมาณ 2554 ให้มีการจัดสรรให้หน่วยบริการตามวงเงินที่กำหนด และให้หน่วยบริการส่งรายงานการใช้งบประมาณภายหลัง โดยรายงานที่ส่งให้แบ่งเป็นส่วนเงินที่ใช้แล้ว และส่วนที่เหลือ

- ทบทวนการส่งต่อในกรุงเทพมหานคร ประเด็นการใช้หนังสือส่งต่อและการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) คณะทำงานมีมติเห็นชอบ ดังนี้

: กรณีส่งต่อจากปฐมภูมิไปที่ทุติยภูมิ แล้วทุติยภูมิจำเป็นต้องส่งต่อไปยังตติยภูมิ ขอให้ทุติยภูมิเขียนหนังสือส่งต่อ โดยโทรแจ้งปฐมภูมิเพื่อทราบ(พร้อมระบุชื่อผู้รับแจ้ง) และแนบสำเนาใบส่งต่อหรือระบุเลขที่หนังสือส่งต่อที่ปฐมภูมิส่งมาทุติยภูมิไปด้วย (ถ้ามี)

: ในหนังสือส่งต่อให้เขียนรับรองการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วย

: ให้สปสช. เขต 13 กทม. จัดประชุมร่วมกันระหว่างศูนย์ประสานการส่งต่อของ สปสช. (1330) และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานส่งต่อของหน่วยบริการในกทม. เพื่อซักซ้อมให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน

: มอบให้คณะกรรมการพิจารณาระบบชดเชยค่าบริการการส่งต่อผู้ป่วยนอกในพื้นที่ กทม. พิจารณารายละเอียดประเด็นที่ยังเป็นปัญหาต่อไป

- งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปีงบประมาณ 2554 (งบบริการฟื้นฟูและกายอุปกรณ์จำนวน 22.223 ล้านบาทและ งบฯ ที่กันไว้ส่วนกลางอีกจำนวน 14 ล้านบาท สำหรับจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กายอุปกรณ์ผู้พิการ กรณีบัตร UC ต่างจังหวัด คณะทำงานฯ ให้บริหารตามหลักเกณฑ์เดียวกับปีงบประมาณ 2553 คือใช้สำหรับจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกายอุปกรณ์ผู้พิการ ตามกิจกรรมและ

รายการอุปกรณ์ที่กำหนด ทั้งกรณีบัตร UC ผู้พิการกรุงเทพมหานครมีการจ่ายชดเชยภายใต้วงเงิน (point with ceiling with global budget) ส่วนกรณีบัตร UC ต่างจังหวัด จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกินราคากลาง

- สรุปแนวทางการบริหารงบกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2554 ในระดับเขต ทั้ง 13 เขต โดยครอบคลุมการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน ดังนี้ กรณี รับบริการภายในเขต อุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน และส่งต่อข้ามเขต ส่งต่อโรงพยาบาลสำรองเตียง เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่นด้วยอุบัติเหตุ / ฉุกเฉิน / เหตุสมควร (มาตรา 7) ผ่าตัดหัวใจ Class 4 ผู้ป่วยจิตเวชที่ admit เกิน 15 วัน

คณะทำงานฯ เห็นชอบให้

: จ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน ในอัตรา adjust RW ละ 8,000 บาท

: กรณีกลุ่มโรคเฉพาะ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่ม Multiple Significant Trauma และกลุ่ม Stroke จ่ายชดเชยในอัตรา adjust RW ละ 9,000 บาท

ครั้งที่ 3 เดือนเมษายน 2554

1.การบริหารงบกองทุนพันตกรรม

: อนุมัติกรอบการบริหารงบกองทุนพันตกรรม 138.436 ล้านบาท และมอบสำนักงานพิจารณาป้องกันความซ้ำซ้อน

: อนุมัติอัตราบริการพันตกรรม มีผลตั้งแต่ 1 เมษายน 2554 (สำนักงานไปกำหนดกติกาการใช้บริการ การเบิกจ่าย แจกเวียนให้ปฏิบัติไปก่อนและอีก 3 เดือนสรุปผลมาให้ทราบอีกครั้ง)

2. พิจารณา (ร่าง) หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการการส่งต่อผู้ป่วยนอก ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 55 ล้านบาท ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะทำงานพิจารณาระบบชดเชยฯ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ให้กันไว้จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการประจำที่มีการส่งต่อข้ามเครือข่ายกันก่อน โดยร่วมจ่ายร้อยละ 50 เฉพาะ 171 รายการ ให้กันเงินไว้ประมาณ 12.2 ล้านบาท และจ่ายตามจริงไม่เกินอัตราราคากลางของกรมบัญชีกลาง

ส่วนที่ 2 ให้กันเงินไว้ 2 ล้านบาท (โดยคำนวณจ่ายตาม point)จ่ายกรณี SRS SRT และรายการ HBO ตามโรคและ indication ที่กรมบัญชีกลางกำหนด 4 โรค ได้แก่

: CO poisoning

: Non diabetic –non atherosclerotic leg ulcer, (not include pressure sore)

: Diabetic ulcers for Wagner gr III and IV 4. Osteoradionecrosis

ส่วนที่ 3 ให้กันเงินไว้ 1 ล้านบาท จ่ายชดเชยกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด โดยร่วมจ่ายร้อยละ 50 เฉพาะ 171 รายการ และจ่ายตามจริงไม่เกินอัตราราคากลางของกรมบัญชีกลาง

ส่วนที่ 4 นำเงินคงเหลือจากส่วนที่ 1+2+3 ประมาณ 39.8 ล้านบาท จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร ตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากข้อมูลการส่งต่อในปี 2553 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ ประมาณ 258 ล้านบาท และใช้งบประมาณที่เหลือในส่วนที่ 4 มาคำนวณจ่ายชดเชยคืนตามสัดส่วน (ประมาณ 15 % ของวงเงินที่หน่วยบริการตามจ่ายให้หน่วยบริการรับส่งต่อที่ให้การรักษา)

มอบสำนักงานนำเรื่องนี้พิจารณาในคณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขากรุงเทพมหานคร

: เห็นชอบหลักการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก รอบ 2 ปีงบประมาณ 2554 และมอบสำนักงานฯ คำนวณเงินตามหลักการแจ้งหน่วยบริการ

ช่องว่างที่ต้องพัฒนา

บอร์ดของ กทม.ส่วนใหญ่มาจากตัวแทนหน่วยบริการ สัดส่วนภาคประชาชนน้อย ทำให้การดำเนินงานมุ่งพิจารณาประเด็นการแก้ปัญหาหรือพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลมากกว่าการทำงานเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการสร้าง social movement

แผนการพัฒนา

ควรเพิ่มสัดส่วนของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครให้มีภาคประชาชนโดยเฉพาะภาคีผู้บริโภคเข้ามาช่วยดูแลงานของ กทม.มากขึ้น

ประสบการณ์การทำงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพื้นที่ กทม.

การถอดบทเรียนประสบการณ์การทำงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพื้นที่ กทม. เป็นกรณีของการจัดระบบบริการที่ยังเป็นปัญหาในพื้นที่ กทม. 2 เรื่อง คือ

1. การจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มคนพิการ

หลักการสำคัญ

การมี “ข้อมูลคนพิการ” ในแต่ละพื้นที่ ที่เป็นปัจจุบันและครบถ้วนเพื่อการวางแผนงานที่ประสิทธิภาพ และกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานให้ครอบคลุมผู้พิการในพื้นที่ให้มากที่สุด รวมถึง “แนวคิด/รูปแบบการจัดระบบบริการเพื่อคนพิการ” ที่ในเขตกรุงเทพมหานครพื้นที่ที่มีความซับซ้อนมากกว่าต่างจังหวัด รูปแบบการจัดบริการจึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกันเพราะแต่ละพื้นที่ต่างมีศักยภาพ มีทรัพยากรที่แตกต่างกัน แต่ทั้งนี้ต่างต้องมีเป้าหมายเดียวกันคือ การเข้าถึงบริการของคนพิการในพื้นที่รับผิดชอบ

สถานการณ์

กลุ่มคนพิการ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีการจัดระบบบริการเพื่อการเข้าถึงบริการได้สะดวกทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับด้านการรักษาพยาบาลมีสิทธิการเข้าถึงบริการต่างจากบุคคลทั่วไป คือ เข้ารับบริการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าได้ไม่ต้องไปตามที่ระบุในบัตร

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร ปี 2551 โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พบว่า ประชาชนกรุงเทพมหานคร มีคนพิการ ร้อยละ 1 ประมาณ 70,000 คนจากประชากรทั้งหมดในกทม. แต่จากข้อมูลการลงทะเบียนสิทธิคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2554 พบว่า มีคนพิการประมาณ 37,000 คน ซึ่งบางส่วนอาจยังไม่มีบัตรคนพิการ และจากข้อมูลกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีเพียงประมาณ 39,000 คน (ข้อมูลจากwebsite กระทรวงพัฒนาสังคมฯ ณ เดือนก.ย.54) แสดงว่า ยังมีคนพิการที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ อีกประมาณ 33,000 คน คาดว่าเป็นคนพิการที่อยู่บ้านไม่สามารถออกมาลงทะเบียนได้หรือไม่ทราบข้อมูลข่าวสาร การขาดข้อมูลดังกล่าวทำให้สำนักงานไม่สามารถประเมินการเข้าถึงบริการของคนพิการ ปัญหาที่จะตามมาคือ ความพอเพียงของ นักกายภาพบำบัดที่ไม่น่าจะตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการได้จึงควรต้องมีการเพิ่มการดูแลโดยญาติหรือคนดูแลให้มีศักยภาพที่ดำเนินการได้เองด้วย

ด้านงบประมาณ มีการตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพื่อคนพิการแยกออกมาจากกองทุนอื่น งบประมาณ 2554 เป็น 8 บาทต่อหัวประชากร (ปีแรก 3 บาทต่อหัวประชากร) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น พื้นที่กทม. ได้รับจัดสรรงบประมาณ ทั้งในส่วนงบชดเชยและพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ยังไม่สามารถประเมินความครอบคลุมการได้รับบริการฟื้นฟูของคนพิการได้เนื่องจากยังขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับคนพิการ รวมถึงการจัดระบบบริการยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกความพิการ ในทุกพื้นที่

ปีปัจจุบันได้รับงบบริการฟื้นฟูและกายอุปกรณ์จำนวน 22.222 ล้านบาท และยังได้ขอสนับสนุนงบฯ จากที่กันไว้ส่วนกลางอีกจำนวน 14 ล้านบาท สำหรับจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กายอุปกรณ์ผู้พิการ กรณีบัตร UC ต่างจังหวัด การบริหารกองทุนใช้หลักเกณฑ์ของปีงบประมาณ 2553 คือ ใช้สำหรับจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกายอุปกรณ์ผู้พิการ ตามกิจกรรมและรายการอุปกรณ์ที่กำหนด โดยกรณีบัตร UC ในเขตกรุงเทพมหานคร มีการจ่ายชดเชยภายใต้วงเงิน (point with ceiling with global budget) ส่วนกรณีบัตร UC ต่างจังหวัด จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกินราคากลาง

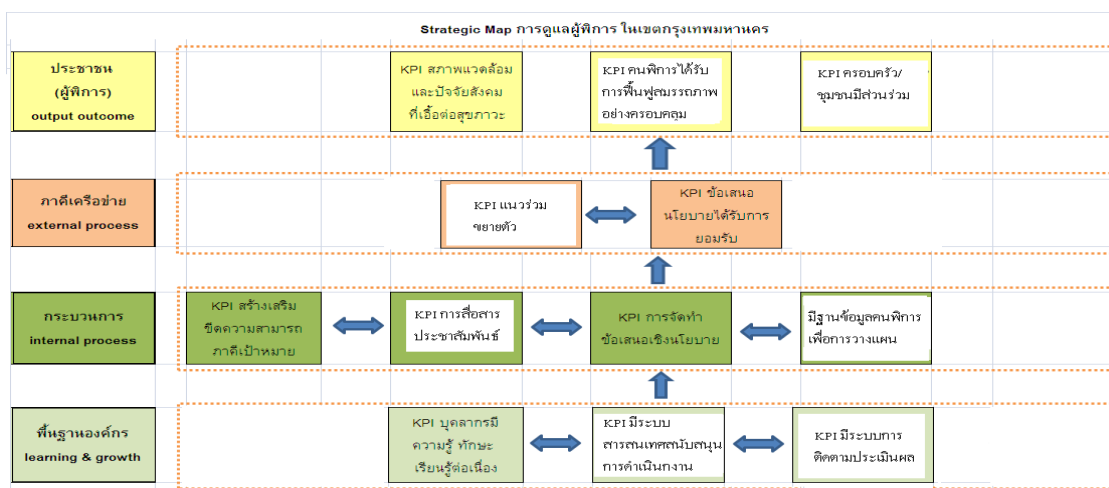
ในปีงบประมาณ 2554 สปสช. เขต 13 กทม. ได้นำแนวคิด Supply chain development มาวิเคราะห์สถานการณ์ GAP ปัญหาและสาเหตุของการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขและพัฒนาการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ต่อประชาชนตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ต่อไป

ช่องว่างที่ต้องพัฒนา

การประเมินความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนโดยมีการสำรวจสุขภาพของประชาชนในเขตกทม.อย่างต่อเนื่องทุกปีโดยทีมอาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ แต่ข้อมูลที่ได้ยังไม่สามารถประเมินความครอบคลุมบริการผู้พิการได้ทุกพื้นที่ เนื่องจากมีจุดอ่อนในเรื่องข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ยังไม่มีการเชื่อมประสาน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกทม.- การจัด OP ผู้พิการ สถานบริการบางแห่งมีผู้มาใช้บริการเกี่ยวกับผู้พิการมากจนไม่คุ้ม ในขณะที่บางแห่งไม่ให้บริการเลย ต้องมีการแก้ปัญหาการซื้อบริการอย่างจริงจัง มีหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมากแต่การมีส่วนร่วมยังน้อย

เครือข่ายบริการจำนวนไม่มากพอสำหรับการแข่งขันการจัดบริการ ภาคเอกชนไม่มีแรงจูงใจที่จะเข้ามาร่วมจัดบริการเพราะค่าบริการต่อหัวไม่มากพอ รวมถึงปัญหาความไม่พอเพียงของกำลังคน เช่น นักกายภาพบำบัดในการให้บริการ การบริหารและเชื่อมโยงเครือข่ายบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ยังไม่เข้มแข็งพอเนื่องจากบริบทของ กทม.ที่หลากหลายและซับซ้อน

ภาพที่ 2 Strategic Map การดูแลผู้พิการในเขตกรุงเทพมหานคร



แนวทางการพัฒนา

Capacity 1 สร้างการยอมรับและการมีส่วนร่วมตลอดสาย

1.1 ทีมงานของสำนักงาน

กิจกรรมหลัก เสริมสร้างแนวความคิดการจัดระบบบริการเพื่อคนพิการในหน่วยบริการและในชุมชน

กิจกรรมย่อย

1. กำหนดโครงสร้างที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีม โดยจัดตั้งกลุ่ม Community of practice ตามแนวคิดของ Knowledge management เพื่อให้ทุกกลุ่มงานที่ทำงานด้านคนพิการได้ร่วมกันพัฒนาระบบดูแลคนพิการในกรุงเทพมหานคร

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ กำหนดในแผนพัฒนาบุคลากร

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ best practice การจัดระบบบริการคนพิการในหน่วยบริการและในชุมชน
- สนับสนุนการดำเนินงานของ Community of practice อย่างต่อเนื่อง

3. สร้างช่องทางเพื่อตัดสินใจของกลุ่ม โดย กรรมการบริหารสำนัก

1.2 ภาศึเครือข่ายภายนอก

กิจกรรมหลัก 1. ขยายตัวแนวร่วม

กิจกรรมย่อย

1. ศึกษาและรวบรวมรายชื่อภาศึเครือข่ายภายนอกที่ดำเนินงานด้านคนพิการ ทั้งที่เคยร่วมงานกับสำนักงานและขยายแนวร่วมใหม่เพิ่มเติม ประกอบด้วย

หน่วยงานด้านนโยบาย	ได้แก่ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
หน่วยบริการ	ได้แก่ รพ.รัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข รพ.เอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น
หน่วยงานด้านคนพิการ	ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมฯ สำนักงานเขต
องค์กรคนพิการ	ได้แก่ สมาคมคนพิการแต่ละประเภท เช่น สมาคมคนตาบอด สมาคมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม
ภาคประชาชน	ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิฑูยชุมชน
NGO ด้านคนพิการ	ได้แก่ มูลนิธิกัญญคามิลโลแห่งประเทศไทย
หน่วยงานวิชาการอื่นๆ	ได้แก่ สถาบันราชานุกูล สถาบันกัลยาราชนครินทร์ ศูนย์สิรินธรฯ วิทยาลัยราชสุดาฯ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลของภาศึเครือข่ายแต่ละแห่ง ได้แก่ บทบาท ความสนใจ ความถนัด ศักยภาพ Key person (Stakeholder analysis)

3. จัดประชุมภาศึเครือข่าย โดยสำนักงานเตรียมข้อมูลระบบ U Cสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ ข้อเสนอแบบ win-win ให้พร้อม ร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตงาน share ทรัพยากร และประเมินผล

ในปีงบประมาณ 2555 มุ่งเน้นการค้นหาคนพิการในชุมชนให้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพให้มากที่สุด และการเพิ่มเครือข่ายด้านการฟื้นฟูให้มากขึ้นรวมถึงการเตรียมระบบบริการรองรับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ เพื่อเพิ่มครอบคลุมการให้บริการแก่คนพิการ

4. สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เสนอโครงการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 5. ส่งเสริมให้เพิ่มเกณฑ์ / กิจกรรมการดูแลคนพิการในกลุ่มคลินิก on-top โดยเน้นกิจกรรมการค้นหาคนพิการรายใหม่ในชุมชน และการจัดบริการฟื้นฟูที่บ้านหรือในชุมชน
 6. จัดทำสัญญา/ข้อตกลง ทำความเข้าใจเรื่องขั้นตอนการบริหารโครงการกับผู้ประสานงานของภาคี ให้ชัดเจนกรณีมีการสนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ โครงการค้นหาคนพิการรายใหม่ในชุมชน
 7. ประสานงาน ติดตามงานอย่างต่อเนื่องโดยช่องทางต่างๆทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 8. ยกย่องเชิดชูชมเชย เช่น เผยแพร่ผลงาน นำเสนอผลงานผ่านสื่อต่างๆ เวทีวิชาการ
- กิจกรรมหลัก 2* สร้างแรงบันดาลใจและแนวความคิดการจัดระบบบริการเพื่อคนพิการ
- กิจกรรมย่อย*
1. แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดย best practice ได้แก่ รพ.ลำสนธิ จังหวัดลพบุรี รพ.ตากสิน จังหวัดนครสวรรค์ ให้กับหน่วยบริการทุกระดับในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่ กรุงเทพมหานคร
 2. พาทีมงานที่ปรึกษาด้านคนพิการ ศึกษาดูงาน best practice

Capacity 2 การหาข้อมูลและวางแผน

1. วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมที่มีวิเคราะห์หา GAP โดยทีมงานและกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง
2. ทีมกำหนดลำดับความสำคัญของข้อมูลที่ต้องการ โดยเลือกข้อมูลที่มีผลกระทบต่อประชาชนมากที่สุด
 - ข้อมูลคนพิการรายใหม่ในกรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - ข้อมูลระบบบริการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของแต่ละหน่วยบริการ/หน่วยงาน เพื่อการสื่อสารให้คนพิการและญาติได้รับทราบ
3. ทีมออกแบบการค้นหาข้อมูลคนพิการในกทม.ที่เป็นปัจจุบันใกล้เคียงกับข้อมูลสถิติที่ได้จากการสำรวจสถานะสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร
4. ทีมออกแบบการรวบรวมข้อมูลการจัดบริการเพื่อรองรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของหน่วยบริการ/หน่วยงานในกรุงเทพมหานคร เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลระบบบริการฟื้นฟูฯเพื่อคนพิการในกรุงเทพมหานคร
5. ประสานงานไอที เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลด้านคนพิการในฐานข้อมูลของสปสช. (ฐานทะเบียน UC, OPAE plus, e-claim , HHC , เบิกชดเชยกายอุปกรณ์ฯ) ให้สามารถนำมาใช้เพื่อการติดตามประเมินผลงานได้
6. ทีมนำข้อมูลคนพิการและระบบบริการฯ ที่รวบรวมมาแล้ววางแผนการดำเนินการเพื่อเพิ่มครอบคลุมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯของคนพิการในกรุงเทพมหานคร และเพื่อพัฒนาศักยภาพและพัฒนาคุณภาพบริการด้านการฟื้นฟูฯคนพิการต่อไป

Capacity 3 Managing the Plan

3.1 Right Structure

1. กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนของกลุ่ม COPด้านคนพิการ
2. กำหนดให้กรรมการบริหารสำนัก เป็นช่องทางตัดสินใจเชิงระบบ และกำกับติดตามการดำเนินงานของกลุ่มCOP

3. จัดตั้งทีมที่ปรึกษาด้านการดูแลคนพิการ ที่ประกอบด้วย หน่วยบริการ/หน่วยงานที่มีระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเคยร่วมดำเนินงานกับสำนักงาน เพื่อสนับสนุนด้านวิชาการด้านคนพิการ

3.2 *Right People* หมายถึง บุคลากรของสำนัก และหน่วยบริการ/ภาคีเครือข่าย

บุคลากรของสำนัก

1. พัฒนาศักยภาพ ในเรื่อง แนวคิดการจัดระบบบริการเพื่อคนพิการ
2. สร้างขวัญและกำลังใจ ได้แก่ ยกย่องเชิดชูชมเชย ศึกษาดูงาน ส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ
3. สร้างแนวคิดการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น KM QCC

หน่วยบริการ/ภาคีเครือข่าย

1. สร้างขวัญและกำลังใจ ได้แก่ ยกย่องเชิดชูชมเชย ศึกษาดูงาน
2. สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบร่วมกัน
3. สร้างช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อสะท้อนการบริหารระบบของสำนักงาน

3.3 *Right Information*

1. จัดทำข้อมูลข่าวสารด้านคนพิการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้นำไปใช้ในการวางแผน ติดตามประเมินผลงานและนำเสนอในกรรมการบริหารสำนักทุก 3 เดือน
2. จัดทำข้อมูลข่าวสารสถานการณ์ด้านคนพิการเพื่อสื่อสารต่อสาธารณะ เช่น website สำนักงาน เอกสาร รายงานประจำปี รายงานการประชุมที่สำคัญ แผ่นพับ แผ่นปลิว ข่าวประกาศ เป็นต้น
3. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านคนพิการที่จำเป็นให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในภายนอกเพื่อการนำไปปฏิบัติพัฒนาระบบ

3.4 *Right Process*

1. การบริหารจัดการทั่วไป

1. จัดทำแผนกลยุทธ์ด้านคนพิการที่ตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์สปสช.โดยการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มงาน
2. จัดทำแผนปฏิบัติการ และบูรณาการแผนของทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องด้านคนพิการ
3. นำเสนอแผนงานต่อกรรมการบริหารสำนักเพื่อตัดสินใจ
4. เผยแพร่แผนงานให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับทราบและใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน
5. ติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือนโดยกรรมการบริหารสำนัก
6. ติดตามการดำเนินงานครึ่งปีและพิจารณาปรับแผนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกกลุ่มงาน
7. สรุปผลงานหนึ่งปี SWOTสถานการณ์ เพื่อจัดทำแผนงานปีต่อไป

2. การบริหารกองทุน

1. ผู้รับผิดชอบกองทุน (PM :Project manager) ศึกษาประกาศ แนวทางปฏิบัติการบริหารกองทุนฟื้นฟู
2. สมรรถภาพทางการแพทย์ ให้ชัดเจนเพื่อวางแผนการบริหารกองทุนในปีต่อไปให้ถูกต้องตามอำนาจหน้าที่/ แนวทางการบริหารงบ
3. PM ออกแบบ กำหนดแนวทางการบริหารกองทุนตามอำนาจหน้าที่ของสำนักงานโดยนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาพิจารณา ประกอบด้วย ผลวิเคราะห์gap ผลงานตามตัวชี้วัด
4. PM จัดทำ strategic map การบริหารกองทุนฟื้นฟูฯเพื่อความชัดเจนเชิงระบบ
5. ผู้บริหารและPM ร่วมกันพิจารณาความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อการออกแบบการบริหารงบกองทุนฟื้นฟูฯ

ฟื้นฟูฯ

6. PM กำหนดแนวทางการบริหารงบให้มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นไปตามแผน
7. ผู้บริหารและPM กำหนดข้อมูล แหล่งข้อมูล เพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล รวมถึงกำหนดแนวทาง การประเมินผลให้ชัดเจน ทั้งโดยหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก
8. รับฟังความคิดเห็นจากหน่วยบริการต่อแนวทางการบริหารงบต่อหน่วยบริการทางช่องทางต่างๆ ได้แก่ จัดประชุมตัวแทนหน่วยบริการ ประชุมประชาพิจารณ์
9. ขออนุมัติกรอบการบริหารงบกองทุนต่อผู้บริหารระดับสูงตามลำดับตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในประกาศ
10. ประชุมชี้แจงหน่วยบริการเพื่อทำความเข้าใจการบริหารงบกองทุนฟื้นฟูฯ และงบที่หน่วยบริการจะได้รับ
11. PM ติดตามการเบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการให้เป็นไปตามแผน และนำเสนอผลการเบิกจ่ายงบกองทุนต่อกรรมการบริหารสำนักเป็นประจำทุกเดือน และกำหนดช่องทางสื่อสารกรณีมีปัญหา ระหว่างดำเนินการเพื่อแก้ไขได้ทันเวลา
12. ประชุมสรุปผลการบริหารงบปีละ 2 ครั้ง (กลางปี และปลายปี) เพื่อปรับแผนและแก้ไขปัญหา
13. นำเสนอผลการบริหารงบต่อผู้บริหารตามลำดับ/อำนาจหน้าที่

3.5. Right Reward, Incentive

หน่วยบริการ/ภาคีเครือข่าย

1. สนับสนุนให้มีการเพิ่มเกณฑ์การค้นหาคณพิการรายใหม่และการดูแลคนพิการในชุมชน รวมไปถึงกับระบบ On Top สำหรับหน่วยบริการที่สามารถทำผลงานได้เกินกว่าที่กำหนด
2. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านคนพิการ โดยให้หน่วยบริการ/หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านคนพิการได้นำเสนอผลงานนำเสนอต่อหน่วยงานอื่นๆ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ
3. การมอบรางวัลในรูปแบบต่างๆ เช่น โล่ห์ ใบประกาศเกียรติคุณ หรืออื่นๆ ให้กับหน่วยบริการ/ภาคีที่มีผลการปฏิบัติงานด้านคนพิการดีเด่น

Capacity 4 Measurement and Evaluation

4.1 Measurement

1. ผู้บริหารและ PM ร่วมกำหนดกรอบการประเมินผล ระยะเวลา ตัวชี้วัด นิยาม วิธีการวัด ผู้เกี่ยวข้องและแหล่งข้อมูล
2. ประสานกรอบการประเมินผลกับงานไอที เพื่อใช้สารสนเทศที่เหมาะสมกับการวัดผล

4.2 Evaluation

1. ประเมิน process ประเมิน output โดยมีกรรมการบริหารสำนักเป็นโครงสร้างเพื่อการกำกับติดตาม
2. ประเมินโดย outsource ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานตามหลักการบริหารสัญญา
3. ประเมินโดยบุคคลภายนอก ได้แก่ Rapid Survey

2. การบริการ primary care : การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear)

สถานการณ์ (Situation Analysis)

จากอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกของประชากรหญิงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งพบอัตราการเกิดเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ของอัตราการเกิดมะเร็งสตรีในประเทศไทย แต่เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตมะเร็งปากมดลูก พบว่า สูงกว่ามะเร็งเต้านมคือ มะเร็งเต้านมพบอัตราการเสียชีวิต 12 คนต่อวัน ในขณะที่มะเร็งปากมดลูกพบ 15 คนต่อวัน (ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2553) สปสช. เขต 13 กทม. ได้ตระหนักถึงความสำคัญและดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ในกลุ่มเป้าหมายคือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 59 ปี) ในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ เพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลงาน PAP smear

ปี 2553		ปี 2554	
เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละ 20 ของประชากรหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 192,515 คน	147,779 คน (ร้อยละ 76.7 ของ กลุ่มเป้าหมาย)	ร้อยละ 20 ของประชากรหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไปในกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 288,772 คน	186,600 คน (ร้อยละ 96.92 ของ กลุ่มเป้าหมาย)

หมายเหตุ : ผล Rapid survey ปี 2553 สตรีที่เคยตรวจ Pap smear ร้อยละ 52.8

ความมุ่งหวัง

หญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 – 59 ปี ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ครอบคลุม 95% ภายในปี 2559

เป้าหมาย 5 ปี (ปี 2555 – 2559)

- ปี 2555 ตรวจได้ครอบคลุมร้อยละ 20 ของกลุ่มเป้าหมาย ประมาณ 192,515 ราย
- ปี 2556 ตรวจได้ครอบคลุมร้อยละ 40 ของกลุ่มเป้าหมาย ประมาณ 385,030 ราย
- ปี 2557 ตรวจได้ครอบคลุมร้อยละ 60 ของกลุ่มเป้าหมาย ประมาณ 577,545 ราย
- ปี 2558 ตรวจได้ครอบคลุมร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย ประมาณ 770,060 ราย
- ปี 2559 ตรวจได้ครอบคลุมร้อยละ 95 ของกลุ่มเป้าหมาย ประมาณ 926,575 ราย

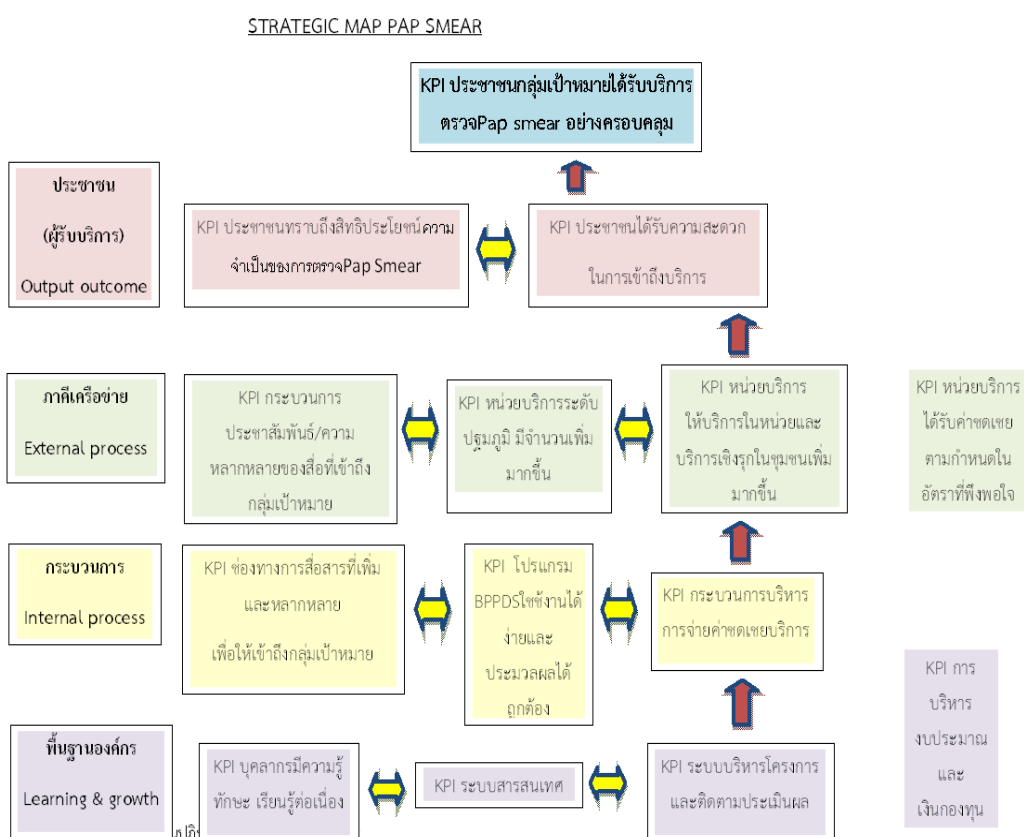
ในปีงบประมาณ 2554 สปสช.เขต 13 กทม. ได้นำแนวคิด Supply chain development มาวิเคราะห์สถานการณ์ GAP ปัญหาและสาเหตุของการเข้าถึงตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ต่อประชาชนตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ต่อไป

ปัญหาและสาเหตุ

ความครอบคลุมงานของการตรวจ Pap smear ยังต่ำกว่าเป้าหมาย โดยมีสาเหตุดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ ไม่สะดวกในการเข้ารับบริการเนื่องจากส่วนใหญ่หน่วยบริการจะให้บริการช่วงเวลาทำงาน ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่ทราบสิทธิประโยชน์ ไม่ทราบถึงความจำเป็นของการตรวจ
2. ด้านหน่วยบริการ / สถานบริการ
 - การจ่ายค่าชดเชยไม่คุ้มค่ากับการให้บริการ (ไม่สนใจในการให้บริการ) ได้รับค่าชดเชยล่าช้า บางกิจกรรมไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น ห้ามฉีดยาคูมกำเนิดก่อน 80 วัน แต่ในทางปฏิบัติหากติดวันหยุดยาวๆเช่น ช่วงเดือนเมษายน จะไม่สามารถทำได้ แนวทางแก้ไข คือ จะนำเข้าคณะทำงาน PP เขต กทม. เพื่อร่วมกันกำหนดอัตราค่าตอบแทนที่สนใจในการให้บริการ รวมถึงหาแนวทางการจ่ายค่าชดเชยให้กับภาคประชาชนในการค้นหาผู้รับบริการรายใหม่
 - โปรแกรม BPPDS มีขั้นตอนในการบันทึกผลมากและประมวลผลไม่ตรงกับข้อมูลที่บันทึกเข้ามา ต้องปรับให้ง่ายต่อการใช้งานสำหรับหน่วยบริการ และประมวลผลได้ถูกต้อง
3. ด้านสำนักงาน การประสานงานกับภาคีหุ้นส่วนยังไม่มี ความชัดเจนในการกำหนดเป้าหมายในแต่ละภาคส่วน ขาดการวางแผนในระยะยาวเพื่อเพิ่มความครอบคลุม

ภาพที่ 3 Strategic Map - PAP SMEAR



ตารางที่ 5 แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2555

มาตรการ	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบและ ภาคีหุ้นส่วน	ตัววัดความสำเร็จ
- เพิ่มการให้บริการเชิงรุกในสถานประกอบการและโรงเรียน (เน้นครู) ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์	- รวมการตรวจ Pap Smear ในชุดตรวจสุขภาพของพนักงาน - ให้ รพ.นพรัตน์เป็นหลักในการให้บริการเชิงรุกในสถานประกอบการ	- รพ.นพรัตน์และหน่วยบริการที่เข้าร่วม โครงการตรวจสุขภาพในสถานประกอบการ	- ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ ทั้งหมด 10,000 คน เป็นรายใหม่ไม่เคยได้รับการตรวจภายใน 5 ปี 2,500 คน
- เพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่กรุงเทพฯ	- รับสมัครหน่วยบริการปฐมภูมิ - กระตุ้นให้หน่วยบริการให้บริการเพิ่มมากขึ้น	- กลุ่มงาน PP กลุ่มงานสนับสนุนหน่วยบริการ - หน่วยบริการ/สถานบริการในระบบ UC	- ประชาชนได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ - จำนวนการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในหน่วยบริการ 2,500 คน
- เพิ่มช่องทางการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึง เช่น แผ่นปลิว วิทยุ อสส. วิทยุชุมชน เป็นต้น	- สื่อสารเข้าไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ	- กลุ่มงานบริหาร กลุ่มงาน PP และองค์กร PATH	- ประชาชนทราบถึงสิทธิประโยชน์และความจำเป็นของการตรวจPap smear
- หาแนวทางปรับอัตราค่าชดเชยบริการให้จูงใจหน่วยบริการ รวมทั้งแนวทางปรับเงื่อนไขในทุกกิจกรรมที่มีปัญหาในเรื่องเงื่อนไข	- ดำเนินการให้คณะทำงาน PP พิจารณาความเหมาะสมของอัตราการให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน - คณะทำงานPP ศึกษาเงื่อนไขการให้บริการในปี 2554 ที่เป็นปัญหา เพื่อปรับให้ปฏิบัติงานราบรื่นโดยยังคงมาตรฐานวิชาชีพ	- คณะทำงาน PP	- หน่วยบริการให้บริการในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น
- ประสานงานร่วมกับกลุ่มงานกองทุน เพื่อปรับการจ่ายค่าชดเชยให้หน่วยบริการทุกเดือน	- ประชุมร่วมกับกลุ่มงานกองทุนและIT เพื่อการจ่ายค่าชดเชยตามเงื่อนไขเวลาที่กำหนด - กำหนดอัตราการให้บริการรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 5 ปี	- กลุ่มงาน PP กองทุนและ IT	- หน่วยบริการได้รับค่าชดเชยบริการตามช่วงเวลาที่กำหนด - หน่วยบริการได้รับอัตราค่าชดเชยบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในอัตราที่มากกว่าการตรวจปกติ

สรุปหน้าที่รับผิดชอบ ในการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน กทม.

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 1. ดำเนินกระบวนการจ่ายค่าชดเชยบริการให้กับผู้ให้บริการ
 2. รมรงค์ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก
 3. จัดประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
 5. ดำเนินการด้านสารสนเทศให้พร้อมกับการดำเนินการด้านข้อมูล
 6. สุ่มประเมินผลการปฏิบัติงานด้านคุณภาพของผู้ให้บริการ
2. หน่วยบริการ/สถานบริการในระบบ UC
 1. รมรงค์ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก
 2. บันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม BPPDS เพื่อการติดตามประเมินผลและจ่ายค่าชดเชย
 3. ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่งตรวจห้องปฏิบัติการ และติดตามแจ้งผลการตรวจให้กับผู้รับบริการ รวมถึงการติดตามให้ผู้ที่มีการตรวจผิดปกติได้รับการติดตามเพื่อการรักษา
3. โรงพยาบาลนพรัตน์ (ให้บริการเชิงรุกในสถานประกอบการ)
 1. ประสานงานกับสถานประกอบการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเพื่อเข้าทำการตรวจสุขภาพและมะเร็งปากมดลูก
 2. ให้บริการตรวจสุขภาพและมะเร็งปากมดลูก ส่งตรวจห้องปฏิบัติการ และติดตามแจ้งผลการตรวจให้กับผู้รับบริการ รวมถึงการติดตามให้ผู้ที่มีการตรวจผิดปกติได้รับการติดตามเพื่อการรักษา
 3. รายงานผลการตรวจให้กับสำนักงาน

แผนการติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผลจะแบ่งเป็น 2 กรณีคือ การติดตามการตรวจมะเร็งปากมดลูกจำนวนรวมทั้งหมดกับการติดตามเฉพาะผู้รับบริการรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี โดยติดตามจากโปรแกรม BPPDS ที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเข้ามาเพื่อการจ่ายค่าชดเชยบริการ

ระยะเวลาการติดตามประเมินผล ดูผลการให้บริการรายเดือนของทุกหน่วยบริการ และติดตามทุก 6 เดือน เพื่อสรุปผลการปฏิบัติงานครึ่งปี และกระตุ้นบริการในหน่วยที่ยังมีผลการให้บริการไม่เป็นไปตามเป้าหมายสำหรับการติดตามรายปี เพื่อดูผลการดำเนินงานตลอดปีงบประมาณ ประเมินผลการดำเนินงานภาพรวมทั้งกรุงเทพมหานครและรายหน่วยบริการ ค้นหาจุดที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไป

ช่องว่างที่ต้องพัฒนา

การบริหารงบประมาณเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ใช้การบริหารแบบจ่ายเงินตามผลงานที่กำหนด ยังไม่สามารถใช้การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาตามสภาพของพื้นที่ได้ เพราะเป็นพื้นที่ซึ่งไม่มีหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีหน่วยบริการเป็นผู้ให้บริการที่หลากหลาย ขาดความเป็นเจ้าของพื้นที่ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการทำงานแบบ area based -ประชาชนใน กทม. ส่วนใหญ่ มีอำนาจซื้อยอมเสียค่าใช้จ่ายเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการรักษาโรคเบื้องต้นและไม่รุนแรง จึงยังไม่สนใจสิ่งที่ สปสช.จัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคให้ แต่

เมื่อเป็นโรคเรื้อรังแล้วจึงจะยอมเข้ารับรักษาตัวโดยใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ ปัญหาความครอบคลุมของการตรวจ pap smear การเข้าถึงบริการยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ควรจะเป็นอยู่มาก โดยเป้าหมายหลักที่ควรเข้าถึงคือ กลุ่มวัยแรงงาน ผลกระทบอีกประการหนึ่งเมื่อการให้บริการไม่เป็นไปตามเป้าหมายส่งผลให้ เขตกทม.มีการคั่งงบ PP ประมาณร้อยละสามสิบ ควรหามาตรการจัดการ ป้องกันเงินเหลือ และนำเงินกลับเข้าสู่ในระบบเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการให้ได้ตามเป้าหมายต่อไป

แผนการพัฒนา

ควรมีการศึกษาวិเคราะห์หาหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเพื่อมาสนับสนุนการพัฒนาการจัดระบบบริการสร้างเสริม ป้องกันโรค ที่ควรดำเนินการเชิงรุกในเขตพื้นที่ กทม. ควรสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีสำคัญ เช่น สำนักงานของกรุงเทพมหานคร สำนักงานประกันสังคม ทบทวน payment rate /scale ที่เหมาะสมเพื่อให้จูงใจผู้ให้บริการ –เร่งรัดการประชาสัมพันธ์และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ตลอดจนควรมีมาตรการป้องกันหรือจัดการกับเงิน PP ที่เหลือให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 11/ 2553 วันอังคารที่ 23 พฤศจิกายน 2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 12/ 2553 วันพฤหัสบดีที่ 16 ธันวาคม 2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 / 2554 (tele เขต)
วันที่ 6 มกราคม 2554
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 1/ 2554 วันพฤหัสบดีที่ 20 มกราคม 2554
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/ 2554 วันศุกร์ที่ 21
มกราคม 2554
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 / 2554 วันพฤหัสบดีที่
3 กุมภาพันธ์ 2554 (tele เขต)
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 2/ 2554 วันพุธที่ 16 กุมภาพันธ์ 2554
- คณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 / 2554 วันพฤหัสบดีที่ 17 กุมภาพันธ์
2554
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 / 2554 วันพฤหัสบดีที่
3 มีนาคม 2554 (tele เขต)
- รายงานการประชุมการออกแบบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามแนวทางการบริหารแบบเขตสุขภาพ
ของ สปสช. เขต 9 นครราชสีมา วันที่ 16 สิงหาคม 2553
- รายงานการประชุม “การพัฒนาแนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพระหว่าง สสส. สช. และ
สปสช.” วันที่ 17 สิงหาคม 2553
- รายงานการประชุม “แนวทางการทำงานเขตสุขภาพปี 2554” วันที่ 23 สิงหาคม 2553
- สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยและความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากการประชุม บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวง
สาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข วันที่ 15 กันยายน 2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ครั้งที่ 1/2553 วันพุธที่ 15 ธันวาคม
2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 12/ 2553 วันที่ 16 ธันวาคม 2553
(ร่าง)รายงานการประชุมติดตามประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินงานของเขตสุขภาพ วันที่ 22 ธันวาคม 2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 / 2554 (tele เขต)
วันที่ 6 มกราคม 2554
- สรุปผลการประชุมการกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานเขตสุขภาพ
และ Supply Chain Development วันที่ 13 มกราคม 2554
- สรุปสาระสำคัญการติดตามผลการดำเนินงานเขตสุขภาพ พื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13
กรุงเทพมหานคร วันที่ 31 มกราคม 2554
- สรุปสาระสำคัญการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเขตสุขภาพ นครชัยบุรินทร์ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2554

รายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ครั้งที่ 2 / 2554 วันพุธที่ 16
กุมภาพันธ์ 2554

สรุปผลการประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานสนับสนุนการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ครั้งที่ 3/2554 วันที่ 3
- 5 เมษายน 2554

สรุปสาระสำคัญการประชุมพิจารณากรอบตัวชี้วัดเพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพ เขต 13
กรุงเทพมหานคร วันที่ 7 เมษายน 2554

รายงานการประชุมกรรมการบริหาร สปสช. เขต ครั้งที่ 4/2554 (วาระ 5.2) วันพุธที่ 27 เมษายน 2554

สรุปรายงานการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาเขตสุขภาพของ สปสช. เขต 9 นครราชสีมา วันที่
21 มิถุนายน 2554

ร่าง แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

ร่าง แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพ นครชัยบุรีรินทร์

รายงานวิจัย การพัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่ (Development of Health System
Management in Local Area) โดย นพ.วินัย ลิสมิทธิ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ
ไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 11/ 2553 วันอังคารที่ 23 พฤศจิกายน 2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 12/ 2553 วันพฤหัสบดีที่ 16 ธันวาคม 2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 / 2554 (tele เขต)
วันที่ 6 มกราคม 2554
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 1/ 2554 วันพฤหัสบดีที่ 20 มกราคม 2554
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/ 2554 วันศุกร์ที่ 21
มกราคม 2554
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 / 2554 วันพฤหัสบดีที่
3 กุมภาพันธ์ 2554 (tele เขต)
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 2/ 2554 วันพุธที่ 16 กุมภาพันธ์ 2554
- คณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 / 2554 วันพฤหัสบดีที่ 17 กุมภาพันธ์
2554
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 / 2554 วันพฤหัสบดีที่
3 มีนาคม 2554 (tele เขต)
- รายงานการประชุมการออกแบบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามแนวทางการบริหารแบบเขตสุขภาพ
ของ สปสช. เขต 9 นครราชสีมา วันที่ 16 สิงหาคม 2553
- รายงานการประชุม “การพัฒนาแนวทางการบูรณาการการทำงานสร้างเสริมสุขภาพระหว่าง สสส. สช. และ
สปสช.” วันที่ 17 สิงหาคม 2553
- รายงานการประชุม “แนวทางการทำงานเขตสุขภาพปี 2554” วันที่ 23 สิงหาคม 2553
- สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยและความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากการประชุม บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวง
สาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข วันที่ 15 กันยายน 2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ครั้งที่ 1/2553 วันพุธที่ 15 ธันวาคม
2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารเขต สปสช. ครั้งที่ 12/ 2553 วันที่ 16 ธันวาคม 2553
(ร่าง)รายงานการประชุมติดตามประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินงานของเขตสุขภาพ วันที่ 22 ธันวาคม 2553
- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 / 2554 (tele เขต)
วันที่ 6 มกราคม 2554
- สรุปผลการประชุมการกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานเขตสุขภาพ
และ Supply Chain Development วันที่ 13 มกราคม 2554
- สรุปสาระสำคัญการติดตามผลการดำเนินงานเขตสุขภาพ พื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13
กรุงเทพมหานคร วันที่ 31 มกราคม 2554
- สรุปสาระสำคัญการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเขตสุขภาพ นครชัยบุรินทร์ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2554

รายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ครั้งที่ 2 / 2554 วันพุธที่ 16
กุมภาพันธ์ 2554

สรุปผลการประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานสนับสนุนการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ครั้งที่ 3/2554 วันที่ 3
- 5 เมษายน 2554

สรุปสาระสำคัญการประชุมพิจารณากรอบตัวชี้วัดเพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพ เขต 13
กรุงเทพมหานคร วันที่ 7 เมษายน 2554

รายงานการประชุมกรรมการบริหาร สปสช. เขต ครั้งที่ 4/2554 (วาระ 5.2) วันพุธที่ 27 เมษายน 2554

สรุปรายงานการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาเขตสุขภาพของ สปสช. เขต 9 นครราชสีมา วันที่
21 มิถุนายน 2554

ร่าง แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

ร่าง แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพ นครชัยบุรีรินทร์

รายงานวิจัย การพัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่ (Development of Health System
Management in Local Area) โดย นพ.วินัย ลิสมิทธิ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ
ไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข