**รายงานผลการศึกษา**
**ของคณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางการจัดระบบ**
**บริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร**

**.....**

ด้วยในคราวประชุมสภากรุงเทพมหานคร สมัยประชุมสามัญ สมัยที่ ๔ ครั้งที่ ๓ ประจำปี พุทธศักราช ๒๕๕๙ เมื่อวันพุธที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๙ ที่ประชุมได้พิจารณาญัตติของนายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เรื่องขอให้สภากรุงเทพมหานครตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร และที่ประชุมลงมติเห็นชอบให้ตั้งคณะกรรมการวิสามัญฯ โดยกำหนดระยะเวลาในการศึกษา ๑๘๐ วัน ประกอบด้วย

| | | |
|---|---|---|
| ๑. นายพรเทพ | ศิริวนารังสรรค์ | ประธานกรรมการ |
| ๒. พลเอกโกญจนาท | จุณณะภาต | รองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นางวันทนีย์ | วัฒนะ | รองประธานกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. นางสุกัญญา | สุวัฒนวงศ์ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๕. พลตรี สุทธิชัย | วงษ์บุบผา | กรรมการ |
| ๖. นายพรชัย | เทพปัญญา | กรรมการ |
| ๗. นายอำนวย | กาจีนะ | กรรมการ |
| ๘. นายประทีป | ธนกิจเจริญ | กรรมการ |
| ๙. นายสุรินทร์ | กู้เจริญประสิทธิ์ | กรรมการ |
| ๑๐. นางจิตรา | อยู่ประเสริฐ | กรรมการ |
| ๑๑. นางอรจิตต์ | บำรุงสกุลสวัสดิ์ | กรรมการ |
| ๑๒. นายวงวัฒน์ | ลิ่วลักษณ์ | กรรมการ |
| ๑๓. นางภาวิณี | รุ่งทนต์กิจ | กรรมการ |
| ๑๔. นายพินัย | ล้วนเลิศ | กรรมการ |
| ๑๕. นางสาวผุสดี | พรหมายน | กรรมการ |
| ๑๖. นายมลฑล | มานิตย์ | กรรมการ |

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้เลือกนายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานกรรมการ พลเอกโกญจนาท จุณณะภาต เป็นรองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง นางวันทนีย์ วัฒนะ เป็นรองประธานกรรมการ คนที่สอง และนางสุกัญญา สุวัฒนวงศ์ เป็นกรรมการและเลขานุการ

๑. คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ตั้งคณะอนุกรรมการ รวม ๓ ชุด ดังนี้

๑.๑ คณะอนุกรรมการศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุข โดยมี นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานอนุกรรมการ นายวีระพันธ์ วีธนะกุล เป็นรองประธานอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง พลตรี ประจักษ์ บุญจิตต์พิมล เป็นรองประธานอนุกรรมการ คนที่สอง และนายพินัย ล้วนเลิศ เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

๑.๒ คณะอนุกรรมการศึกษาแนวทางการจัดทำระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง โดยมี นางสุกัญญา สุวัฒนวงศ์ เป็นประธานอนุกรรมการ นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ เป็นรองประธานอนุกรรมการ นายพินัย ล้วนเลิศ เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

๑.๓ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิด้านการสาธารณสุข โดยมี นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานอนุกรรมการ นายอำนวย กาจีนะ เป็นรองประธานอนุกรรมการ นางศรินธร สนธิศิริกฤตย์ เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

๒. คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ประชุม ๓๒ ครั้งและคณะอนุกรรมการทั้ง ๓ คณะ ได้ดำเนินการประชุม ดังนี้

๒.๑ คณะอนุกรรมการศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุข ประชุม ๒๙ ครั้ง

๒.๒ คณะอนุกรรมการศึกษาแนวทางการจัดทำระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ประชุม ๘ ครั้ง

๒.๓ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิด้านการสาธารณสุข ประชุม ๑ ครั้ง

๓. คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ขอขยายเวลาในการพิจารณาออกไปอีกเป็นเวลา ๙๐ วัน ตามมติสภากรุงเทพมหานครในคราวประชุมสมัยสามัญ สมัยที่ ๒ (ครั้งที่ ๒) ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ เมื่อวัน ๑๒ เมษายน ๒๕๖๐ และขอขยายเวลาในการพิจารณาออกไปอีก ๑๘๐ วัน ตามมติสภากรุงเทพมหานคร ในคราวประชุมสภากรุงเทพมหานคร สมัยสามัญ สมัยที่ ๓ (ครั้งที่ ๕) ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๐ คณะกรรมการวิสามัญฯ

บัดนี้ คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ศึกษาเรื่องดังกล่าวเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

**๑. วิธีพิจารณาศึกษา**

๑) การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูล และแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นายกสมาคมเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทยในฐานะสมาคมร้านยาคุณภาพ

๒) การพิจารณาศึกษาจากเอกสารทางวิชาการ การศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ และองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ระบบสุขภาพทั้งในระดับนานาชาติ ระดับภูมิภาคระดับชาติ และระดับพื้นที่ โดยพิจารณาทบทวนจากเอกสารผลการดำเนินงานแผนงานยุทธศาสตร์และผลงานวิจัย ข้อเสนอทั้งของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง อินเทอร์เน็ต และการขอความเห็นร่วมจากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด

๓) การประชุมเพื่อศึกษา วิเคราะห์ และสรุปผลเพื่อจัดทำรายงาน

๔) คณะกรรมการวิสามัญฯ จัดทำรายงานการศึกษาแนวทางการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

**๒. การดำเนินการของคณะกรรมการวิสามัญฯ**

คณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร คณะอนุกรรมการศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการศึกษาแนวทางการจัดทำระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานครตามยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ อาทิ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข กรมการแพทย์ ผู้ทรงวุฒิด้านการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้แทนคลินิก ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านระบบบริการปฐมภูมิ ได้ศึกษาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

๑. ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ๒ ข้อ คือ

๑.๑ ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุขพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๑) นโยบายของรัฐบาลของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗

๒) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกัน ควบคุมโรคระดับปฐมภูมิ ถือเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับธรรมนูญ ประกอบกับร่างบันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติระบบบริการปฐมภูมิพ.ศ. .... เหล่านี้มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะมาตราที่ ๕๕

นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่สำคัญที่จะมีผลต่อการปรับปรุงด้านปฐมภูมิ ได้แก่ รัฐธรรมนูญในประเด็นการจัดการแพทย์ปฐมภูมิ การปรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๐-๒๕๗๙) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน เรื่องประเทศไทย ๔.๐ (Startup Thailand) และเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ๒๐ ปี เป็นต้น

๑.๒ สภาพปัญหาระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า ปัญหาเร่งด่วนในระบบบริการปฐมภูมิพอสรุปได้ ๓ ด้านคือ

(๑) ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

(๒) ด้านการบริหารการเงินการคลัง

(๓) ด้านการบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

รายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีศูนย์บริการสาธารสุข ๖๘ แห่ง เป็นหน่วยงานบริการด่านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุดโดยให้บริการสาธารณสุขผสมผสานเชิงรุก ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้บริการต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครแยกตามระดับ และสังกัด

| ประเภทหน่วยบริการ | จำนวน | คิดเป็น | จำนวน | คิดเป็น |
|---|---|---|---|---|
| หน่วยบริการระดับตติยภูมิ และ ศูนย์เชี่ยวชาญ | ( แห่ง) | ร้อยละ | (เตียง) | ร้อยละ |
| ศูนย์เชี่ยวชาญ (๑๑) +ระดับตติยภูมิ (๑๓๐) | ๑๔๑ | ๑๐๐ | ๓๑,๖๒๒ | ๑๐๐ |
| ภาคเอกชน | ๑๐๐ | ๗๐.๙๒ | ๑๓,๘๕๓ | ๔๓.๘ |
| สังกัดกระทรวงสาธารณสุข | ๑๓ | ๖.๔ | ๕,๘๗๑ | ๑๘.๖ |
| สังกัดกรุงเทพมหานคร | ๙ | ๙.๒ | ๑,๕๗๖ | ๔.๙ |
| สังกัดรัฐอื่นๆ และมูลนิธิ | ๑๙ | ๑๓.๕ | ๑๐,๓๒๒ | ๓๒.๖ |

| หน่วยบริการปฐมภูมิ (ไม่มีเตียง) | จำนวน (แห่ง) | คิดเป็น ร้อยละ |
|---|---|---|
| สังกัดของกรุงเทพมหานคร | ๑๔๔ | ๓.๑๕๖๕ |
| สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและภาครัฐอื่น | ๘ | ๐.๑๗๕ |
| ภาคเอกชน | ๔,๔๑๐ | ๙๖.๖๖๗ |
| รวม | ๔,๕๖๒ | ๑๐๐ |

ที่มา: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และรายงานข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเขตสุขภาพ กรุงเทพมหานครปี ๒๕๕๖ สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข

**ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานครจำแนกตามกลุ่ม/เขตและการให้บริการปี ๒๕๕๖**

| กลุ่มกรุงเทพ | จำนวนเขต | จำนวน ศูนย์บริการ สาธารณสุข | จำนวนผู้ป่วย ใหม่ (คน) | จำนวน ผู้ป่วยเก่า (คน) | รวมจำนวนผู้ป่วยที่ เข้ารับบริการทั้งหมด (คน) |
|---|---|---|---|---|---|
| กลาง | ๙ | ๑๓ | ๗๐,๑๙๕ | ๑๓๘,๔๐๑ | ๒๐๘,๕๙๖ |
| ใต้ | ๑๐ | ๑๗ | ๑๐๘,๑๒๐ | ๒๑๒,๘๒๑ | ๓๒๐,๙๔๑ |
| เหนือ | ๗ | ๘ | ๕๗,๗๐๒ | ๙๙,๗๘๓ | ๑๕๗,๔๘๕ |
| ตะวันออก | ๙ | ๑๐ | ๘๐,๕๕๗ | ๑๖๕,๗๕๒ | ๒๔๖,๓๐๙ |
| กรุงธนเหนือ | ๘ | ๑๐ | ๖๒,๒๓๘ | ๑๓๑,๔๓๘ | ๑๙๓,๖๗๖ |
| กรุงธนใต้ | ๗ | ๑๐ | ๘๐,๐๗๗ | ๑๒๒,๓๕๘ | ๒๐๒,๔๓๕ |
| รวม | ๕๐ | ๖๘ | ๔๕๘,๘๘๙ | ๘๗๐,๕๕๓ | ๑,๓๒๙,๔๔๒ |

ที่มา ; รายงานประจำปี สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครปี ๒๕๕๖

จากสถิติการใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี ๒๕๕๘ พบว่า มีประชาชนมาใช้บริการรวมทุกศูนย์บริการสาธารณสุข มีจำนวน ๑,๕๕๐,๐๒๗ ครั้ง แยกเป็นผู้ป่วยเก่า ๑,๑๑๗,๓๖๗ คน และผู้ป่วยใหม่ ๒๗๔,๙๔๙ คน รวมการให้บริการทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่รวมทั้งสิ้น ๑,๓๙๒,๖๑๖ คน (ที่มา ; รายงานประจำปี สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครปี ๒๕๕๘ หน้า ๕๖)

ปัจจุบันประเทศไทย มีแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การจัดบริการในปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินการหลากหลาย ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการบริการสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขจัดทำนโยบาย “เขตสุขภาพ” เป็นนโยบายเร่งด่วน เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น ๑๓ เขต แต่ละเขตครอบคลุม ๔-๘ จังหวัด (ประชากร ๔-๖ ล้านคน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

เขตบริการสุขภาพพื้นที่กรุงเทพมหานครมีรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอีก คือ กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น ๑๔๑ แห่ง (เป็นของรัฐรวมทุกสังกัดร้อยละ ๒๘) มีคลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) เช่น เวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การพยาบาลและผดุงครรภ์ เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด รวมทั้งสิ้น ๔,๕๖๒ แห่ง ในจำนวนนี้มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๒๗๐ แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ จำนวน ๙๔ แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนจำนวน ๑๗๖ แห่ง และในส่วนของกรุงเทพมหานครมีการจัดบริการระดับปฐมภูมิทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น ๑๕๓ แห่ง ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย จำนวน ๑๔๔ แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ๗๖ แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ๙ แห่ง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานครมีภารกิจหลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ กทม. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยรับผิดชอบประชาชนที่พักอาศัยใน กทม. ๘,๐๕๕,๑๒๒ คน เป็นประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง ๓,๙๒๖,๙๖๔ คน ได้รับความร่วมมือจากหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน ๒๘๕ หน่วย ระดับปฐมภูมิ ๒๔๑ หน่วย (จาก ๔,๖๙๓ หน่วย) ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ๔๔ หน่วย (จาก ๑๔๓ รพ.) อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ๑.๖๙ ครั้ง/คน/ปี อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ๐.๐๖ ครั้ง/คน/ปี

**สถานการณ์ปัจจุบัน**

๑. คนกรุงเทพฯ ต้องเผชิญเครือข่ายหน่วยบริการไม่เพียงพอ

๒. โรงพยาบาลรับส่งต่อน้อยบางพื้นที่ไม่มีโรงพยาบาลรับส่งต่อ

๓. การเข้าถึงบริการยาก เตียงเต็ม

๔. ประชาชนยังไม่เชื่อมั่นในคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เทียบเท่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่

๕. การเข้าถึงบริการของคนกรุงเทพมหานคร ยังน้อยเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ ประเทศ/ภูมิภาค ( OP P&P)

๖. หน่วยบริการภาคเอกชนที่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ ได้สะท้อนว่าอัตราการชดเชยบริการไม่เหมาะสม ไม่จูงใจในการเข้าร่วมให้บริการ

๗. กรุงเทพมหานครยังไม่มีกองทุนสุขภาพท้องถิ่นในการจัดการปัญหาตามบริบทพื้นที่

๘. หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนยังไม่ได้ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก เนื่องจากการจ่ายเงิน จ่ายตามการรักษา มิได้ให้ค่าเหมาจ่ายรายบุคคล ทั้งส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม ฟื้นฟู

**๓. ผลการศึกษา**

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้เห็นชอบรายงานผลการศึกษาของคณะอนุกรรมการฯ และขอรายงานผลการศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญฯ ดังต่อไปนี้

**ประเด็นที่ ๑ ปัญหาการให้บริการสุขภาพ**

**ประเด็นปัญหา**

๑. การจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมีความซ้ำซ้อนระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้การบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพ ความเชื่อมโยงของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะระบบส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วย ซึ่งควรจะต้องมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งเป็นให้บริการสุขภาพเชิงรุก เหล่านี้เป็นผลทำให้ประชาชนที่อยู่อาศัยและทำงานในบางพื้นที่ของเขตเมืองไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมและสร้างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มดังกล่าว

๓. ในบางพื้นที่แม้ว่าจะมีสถานบริการสุขภาพ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มประชากรในเขตเมืองบางกลุ่มโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น กลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี มีอัตราการได้รับวัคซีนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และการให้บริการสุขภาพยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าว

๔. ประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้ไปรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งก่อให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้การให้บริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เสียโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพ

๕. หน่วยบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพในเชิงของการรักษาพยาบาลและการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก

๖. จากงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ช่วงไตรมาสที่สามของปี พ.ศ.๒๕๕๘ มีข้อค้นพบเบื้องต้นว่าประชาชนผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม กว่าราวร้อยละ ๔๐ ตัดสินใจที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเพื่อความสะดวกในการดูแลรักษาตนเอง และที่น่าสนใจ คือ ประชาชนกว่าร้อยละ ๕๐ จะไปรับบริการทางการแพทย์ต่างๆ ที่โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน หรือร้านขายยา มากกว่าที่จะไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยหลักที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกรับบริการสุขภาพของประชาชนคือ การมีเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย คุณภาพดี ได้มาตรฐาน รวมถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและการมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

๗. ประชาชนในเขตเมืองมีความเป็นปัจเจกค่อนข้างสูง และแม้จะมีความรู้และการศึกษาโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่บางส่วนยังขาดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับบุคคล

๘. กรุงเทพมหานครไม่สามารถใช้กลไก ในการกำกับ ติดตาม ประเมิน หน่วยงานภาครัฐอื่น รวมถึง คลินิกเอกชน ทั้งด้านกฎหมาย ด้านโครงสร้าง บทบาท หน้าที่ ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็น National Health Authority ที่ได้รับมอบทรัพยากร และบทบาทหน้าที่จากรัฐบาลให้รับผิดชอบด้านสุขภาพ กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกพื้นที่

**แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการให้บริการสุขภาพ**

๑. การปรับบทบาทและการสนับสนุนการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงด้านบริการโดยเพิ่มหน่วยบริการร่วมให้บริการ อาทิเช่น การบริการทันตกรรมกายภาพบำบัด ร้านขายยาคุณภาพ คลินิกเวชกรรม รวมถึงสร้างความมั่นใจคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยการผลักดันให้หน่วยบริการเข้าสู่

ระบบการพัฒนารับรองคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนเพื่อสร้างความมั่นใจคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อลดความแออัดของการบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยหรือโรงเรียนแพทย์ ด้วยการขยายบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างทั่วถึง มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ด้วยการขยายศักยภาพในการจัดบริการให้หน่วยบริการภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยจัดทีมแพทย์ประจำครอบครัว ๑ ทีม ให้การดูแลประชากรประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน และควรรวมทีมแพทย์ประจำครอบครัว ๓ ทีม เป็น ๑ กลุ่ม ทีมแพทย์ปฐมภูมิรับผิดชอบประชากร ๓๐,๐๐๐ คน เพื่อให้มีขนาดของประชากรเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดของระบบ

สำหรับค่าใช้จ่ายที่ควรจ่ายให้กลุ่มทีมแพทย์ปฐมภูมินั้น ควรจัดจ่ายให้ทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าส่งเสริมป้องกันโรคเพื่อให้จูงใจให้กลุ่มทีมแพทย์ปฐมภูมิมีแรงจูงใจไปทำงานในชุมชน เพื่อป้องกันและลดการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยลดค่ารักษาพยาบาลในกลุ่ม ในที่สุด

๓. จัดให้มีหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ บริหารจัดการหน่วยร่วมบริการสำหรับรับส่งต่อหรือกำหนดโรงพยาบาลประจำเขต เพื่อรองรับระบบการส่งต่อในกรณีเกินศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิจะทำให้ ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานเพิ่มขึ้น

๔. เพิ่มอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยขยายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งภาครัฐและเอกชนให้ทั่วถึง รวมถึงการขยายบริการคลินิกภาคเอกชนเพื่อให้มีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาของประชาชนในชุมชนตามบริบทพื้นที่และสามารถครอบคลุมได้ทั้งกรุงเทพมหานครโดยมีหน่วยงานวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่พัฒนาระบบและกลไก การบริการด้านการส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเชิงรุก รวมถึงการประเมินผล ระบบ และกลไก เพื่อให้เกิดการดำเนินการด้านการจัดการระบบสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับหน่วยบริการภาครัฐอื่น และภาคเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. พัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการจัดบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้ดูแลรักษาโรค โดยเน้นระบบการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ลดการระบาดของโรค และมีระบบการส่งต่อ จนถึงส่งกลับเพื่อฟื้นฟูสุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ที่มีประสิทธิภาพ

๖. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ระบบข้อมูล วิเคราะห์ระบบฐานข้อมูลที่พึงประสงค์ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรวมทั้งบทบาทและโครงสร้างหรือกลไกการทำงาน การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เชื่อมโยง กันเป็นระบบ (Information Sharing) กับข้อมูลของประเทศได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา

๗. ปรับบทบาทหน่วยงานกรุงเทพมหานครให้เป็นหน่วยกำกับติดตามการดำเนินงาน (Monitoring) ให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการให้บริการปฐมภูมิ

**ประเด็นที่ ๒ การเงินการคลังสุขภาพ**

**ประเด็นปัญหา**

๑. รูปแบบการจัดสรรเงิน และรูปแบบการจัดบริการ ไม่สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทของพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นภาคเอกชนสูงถึงกว่าร้อยละ ๙๐ ส่งผลกระทบต่อภาคเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ ที่ไม่สามารถบริหารจัดการหาหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือปัญหาความไม่เท่าเทียมในการตามจ่าย รวมถึงอุปสรรค เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการภาคเอกชนไปยังสถานบริการภาครัฐ สิ่งเหล่านี้ทำให้ไม่สามารถจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ การใช้กรอบอ้างอิงการทำงานนี้ ทำให้เอกชนบางแห่งซึ่งอาจจะมีศักยภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แต่ไม่มีศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลในระดับ ทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ

ไม่สามารถเข้าร่วมในระบบบริการสุขภาพได้ ซึ่งทำให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคที่จะทำให้รัฐ ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษา ได้มหาศาล

ระบบการซื้อบริการสุขภาพของกองทุนภาครัฐยังไม่สามารถทำให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. การจัดบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครประสบปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพ เพราะนอกจากจะให้บริการสุขภาพแก่ประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบแล้ว ยังจะต้องให้บริการสุขภาพแก่ประชากรต่างด้าว และประชากรแฝง ที่ย้ายถิ่นมาอาศัยหรือทำงานในพื้นที่เขตเมืองโดยไม่ได้ลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด โดยไม่มีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาทำหน้าที่บริหารจัดการระบบ และกลไก การส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นในประเทศไทย

๓. มาตรการทางการเงินการคลังสุขภาพ ยังไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชากรในเขตเมือง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการภาคเอกชน ทำให้บางส่วนประสบปัญหาทางการเงินจากการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง และบางส่วนมีการใช้บริการสุขภาพนอกระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น ร้านขายยา แต่ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่มากขึ้นโดยไม่จำเป็น

**แนวทางการแก้ไขด้าน การเงินการคลังสุขภาพ** (เน้นหนักที่ สิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC))

๑. เสนอให้มีการปรับระบบให้หน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน ร้านขายยาคุณภาพ เข้ามาให้บริการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนมากขึ้น

๒. การจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นกรุงเทพมหานคร ดำเนินการโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพระหว่างกรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร การจัดสรรงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สปสช.จัดสรรให้กรุงเทพมหานคร ๔๕ บาท ต่อประชากรที่มีทะเบียนบ้านใน กทม. (ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ กทม. จะได้รับการจัดสรรเงินประมาณจาก สปสช.จำนวน๒๖๐ ล้านบาท และกรุงเทพมหานครสบทบกองทุนหลักประกันสุขภาพ กทม.จำนวน ๑๖๐ ล้านบาท

๓. เสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณ สำหรับการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ในชุมชน ในแต่ละกลุ่มวัย ให้แบ่งให้กลุ่มทีมแพทย์ปฐมภูมิรับผิดชอบเป็นพื้นที่ กลุ่มละ ๓๐,๐๐๐ คน เพื่อให้ทีมดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหา แบบเป็นพื้นที่และเป็นชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมผ่านแนวคิดการบูรณการ รักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้ สปสช.ต้องจัดสรรเงินให้หน่วยปฐมภูมิได้ทั้งค่ารักษาและส่งเสริม / ป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสมเพื่อเป็นสิ่งจูงใจในการให้บริการเชิงรุก ป้องกัน ก่อนป่วย

**ประเด็นที่ ๓ การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม**

**ประเด็นปัญหา**

๑. การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัดกันนั้นยังมีอยู่น้อย ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่าชัดเจน ครอบคลุม และทั่วถึง นอกจากนี้ยังขาดองค์กรนำที่เป็นแกนกลางในการประสานงานให้เกิดการทำงานร่วมกันทั้งด้าน การเฝ้าระวัง

ป้องกัน ควบคุมโรคที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีหน่วยงานภาครัฐเข้ามาบริหารจัดการ ระบบแบบบูรณาการโดยสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคเอกชน และประชาชนอย่างแท้จริง

๒. การขาดการวางแผน การบูรณาการ และการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง ทำให้เกิดการลงทุนซ้ำซ้อน ไม่คุ้มค่าเท่าที่ควร และปัญหาดังกล่าวยังส่งผลให้เกิด ช่องว่างของระบบสุขภาพที่มีผลกระทบสำคัญต่อการพัฒนาระบบปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

**แนวทางการดำเนินงาน การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม**

๑. ปรับการบริหารระบบบริการสุขภาพให้มีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัด ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน รวมถึงการร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อให้วางแผนการจัดบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยการตั้งกรรมการเขตสุขภาพ ดำเนินการขับเคลื่อนระบบ และกลไกการทำงานระบบปฐมภูมิ ทั้งนี้ให้มีโครงสร้างคณะทำงานและหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารการสาธารณสุขระดับเขตของกรุงเทพมหานคร ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจ บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายในการกำกับติดตามหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และเอกชน

๒. กำหนดให้มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง

**๔. ข้อสรุปเชิงนโยบาย**

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาพบว่าเพื่อให้การทำงานตามแนวทางการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครพ.ศ.๒๕๖๑ มีประสิทธิภาพทางคณะกรรมการฯขอเสนอแนะให้กรุงเทพมหานครเตรียมการในประเด็นต่างๆ ดังนี้

**๑. ด้านการให้บริการสุขภาพ**

๑. จัดระบบบริการแบบ Area Base โดยการบูรณาการการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิในระดับทีม ทีมละ ๑๐,๐๐๐ คน โดยจัดให้ ๑ กลุ่มมี ๓ ทีม เพื่อให้การจัดบริการใกล้บ้าน ให้เอกชนเข้ามาดำเนินการในระบบ โดยการสร้างแรงจูงใจ ทั้งนี้ ให้ภาครัฐทำหน้าที่เป็นผู้กำกับ ติดตาม ให้หน่วยบริการมีคุณภาพตามมาตรฐาน มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (อำเภอ)

๒. ดำเนินการจัดให้ร้านขายยาคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่าย สปสช. ประกันสังคม และสิทธิราชการ เพื่อ

๒.๑ เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

๒.๒ ลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยจัดระบบร้านยาเภสัชกรชุมชน ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีอยู่ประมาณ ๓,๖๐๐ แห่ง เป็นร้านยาคุณภาพ ๔๐๐ แห่ง

๒.๓ เป็นหน่วยเชื่อมโยงระบบในระดับปฐมภูมิ

๒.๔ เป็นหน่วยบริการเสริมสาธารณสุขในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ร้านยาคุณภาพ

๒.๕ เป็นจุดคัดกรอง และให้ข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะไปรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการใดได้บ้าง

๒.๖ เป็นจุดจ่ายยาเรื้อรัง ในขั้นตอนหลังจากที่ได้มีการพบแพทย์มาระยะหนึ่งแล้ว

๒.๗ เป็นหน่วยช่วยเฝ้าระวังการเจ็บป่วยเบื้องต้น เช่น โรคความดัน โรคเบาหวาน

๒.๘ เป็นศูนย์ข้อมูลที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชนในชุมชน

๒.๙ การเป็นคลังยา ที่เชื่อมต่อเชิงระบบด้านยาในทุกระดับ (Tertiary-Secondary-primary Care)

๒.๑๐ สร้างระบบการติดตามต่อเนื่องด้านยา ส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ

๒.๑๑ เป็นเครือข่ายคลินิกอดบุหรี่ในร้านยาคุณภาพ

๒.๑๒ เป็นหน่วยสถานีสุขภาพระดับชุมชนในการเฝ้าระวังโรคติดต่อ

๒.๑๓ การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์

๓. ประสานให้กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบ จัดทำระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อเชื่อมโยงกัน ทั้งด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และการจัดระบบข้อมูลด้านทรัพยากรสุขภาพ ในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ ระดับประเทศเช่นเดียวกับการดำเนินการจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ โดยยึดถือว่า กรุงเทพมหานคร คือส่วนหนึ่งของประเทศไทย ที่มีประชาชนพักอาศัย ประมาณ ร้อยละ ๒๐ ของประเทศไทย และประชาชนเหล่านั้น เสียภาษีอากรให้ประเทศเช่นเดียวกัน

๔. บริหารจัดการระบบรับส่งต่อร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาระบบร่วมกับ กรุงเทพมหานครอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ประสานให้กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยงานทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการ พัฒนามาตรฐานระบบการดำเนินงาน การส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษา ฟื้นฟู รวมถึงการวัด และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย ประชากรแฝง นักท่องเที่ยวเดินทาง และแรงงานต่างด้าวในระดับเขต โซนเขต และระดับกรุงเทพมหานครแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (รัฐ เอกชน ประชาชน ทั้งในและนอกภาคส่วนสาธารณสุข ) โดยถือว่ากรุงเทพมหานครเป็นส่วนหนึ่งของประเทศไทย

๖. สนับสนุนให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีศักยภาพ มาตรฐาน ที่ใกล้เคียงกันเช่น หมอครอบครัว และศักยภาพบุคลากรด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคในพื้นที่

**๒. ด้านการเงินการคลังสุขภาพ**

๑. ปรับเปลี่ยนการจ่ายเงินให้กับหน่วยงานปฐมภูมิ โดยจ่ายทั้งค่ารักษาและส่งเสริมป้องกันโรคให้ทีมแพทย์ปฐมภูมิต่อประชากร ๓๐,๐๐๐ คน

๒. จัดทำการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษา แยกตามลักษณะและบริบทของพื้นที่ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๓. ประสานกับกระทรวงสาธารณสุขให้ทำการปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณ โครงสร้าง ภารกิจ บทบาทหน้าที่ให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ พัฒนาระบบและกลไกการทำงานเชิงรุก โดยการสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ทั้งใน และนอกภาคส่วนสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคให้กับประชากรทุกกลุ่ม ทุกวัย ในพื้นที่เขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่รอยต่อกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่รอยต่อเขตอำนาจ ที่กรุงเทพมหานครไม่อาจจัดสรรงบประมาณ หรือดำเนินการตามภารกิจ บทบาท หน้าที่ได้ โดยยึดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยความทั่วถึง เท่าเทียมตามนโยบายของรัฐบาลของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ข้อ ๓ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ และ ข้อ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน โดยให้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากร ไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมากกว่ารอให้ป่วย แล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง

**๓. ด้านการบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม**

๑. สร้างภาวะผู้นำร่วมในการจัดระบบบริการปฐมภูมิด้านการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร โดยเน้นให้ ปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงผสมผสาน มีความเสมอภาคในด้านมาตรฐาน ครอบคลุมบริการทุกระดับ กระจายหน้าที่ให้บริการสู่ท้องถิ่นชุมชนและภาคเอกชนในรูปแบบที่สอดคล้องกับ ปฏิรูปการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ระบบสนับสนุนต่างๆเช่น ข้อมูลข่าวสาร การจัดการความรู้ การสื่อสารและกำลังคน

๒. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยเน้นกลไกประสานและบูรณาการนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติ (nation health board) กลไก ธรรมาภิบาล ตรวจสอบกำกับ ความโปร่งใส และประสิทธิภาพการใช้งบประมาณ และทรัพยากรด้านสุขภาพ แยกบทบาทและโครงสร้างของ player ในระบบสุขภาพให้ชัดเจน และปฏิรูปการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน

๓. การปรับปรุงระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค ภัยคุกคามสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมการใช้หลักการ Health in All Policies Approach กลไกและระบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่บูรณการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆส่วนกลางมีบทบาทเกี่ยวกับนโยบาย มาตรฐานจัดระบบงบประมาณ กำหนดนโยบายการกระจายอำนาจไปสู่ชุมชนท้องถิ่น และระบบงานที่สนับสนุนต่างๆเช่น ข้อมูลข่าวสาร ระบบเฝ้าระวังสุขภาพ การเงินการคลัง จัดการความรู้ รวมทั้งการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยบูรณาการการทำงานระบบบริการปฐมภูมิ กับ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชข.) และ Primary care cluster (PCC) โดย การปรับปรุงกลไกการเงินการคลัง และการใช้กองทุนสุขภาพท้องถิ่นเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน

(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)
ประธานคณะกรรมการวิสามัญฯ