

การดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื้อหาในการนำเสนอ

- รู้จัก “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” กันอีกสักนิด
- What're updated?
- บทบาทท้องถิ่น มีอะไรใหม่
- โอกาสและทิศทางในระยะต่อไป



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คืออะไร ?

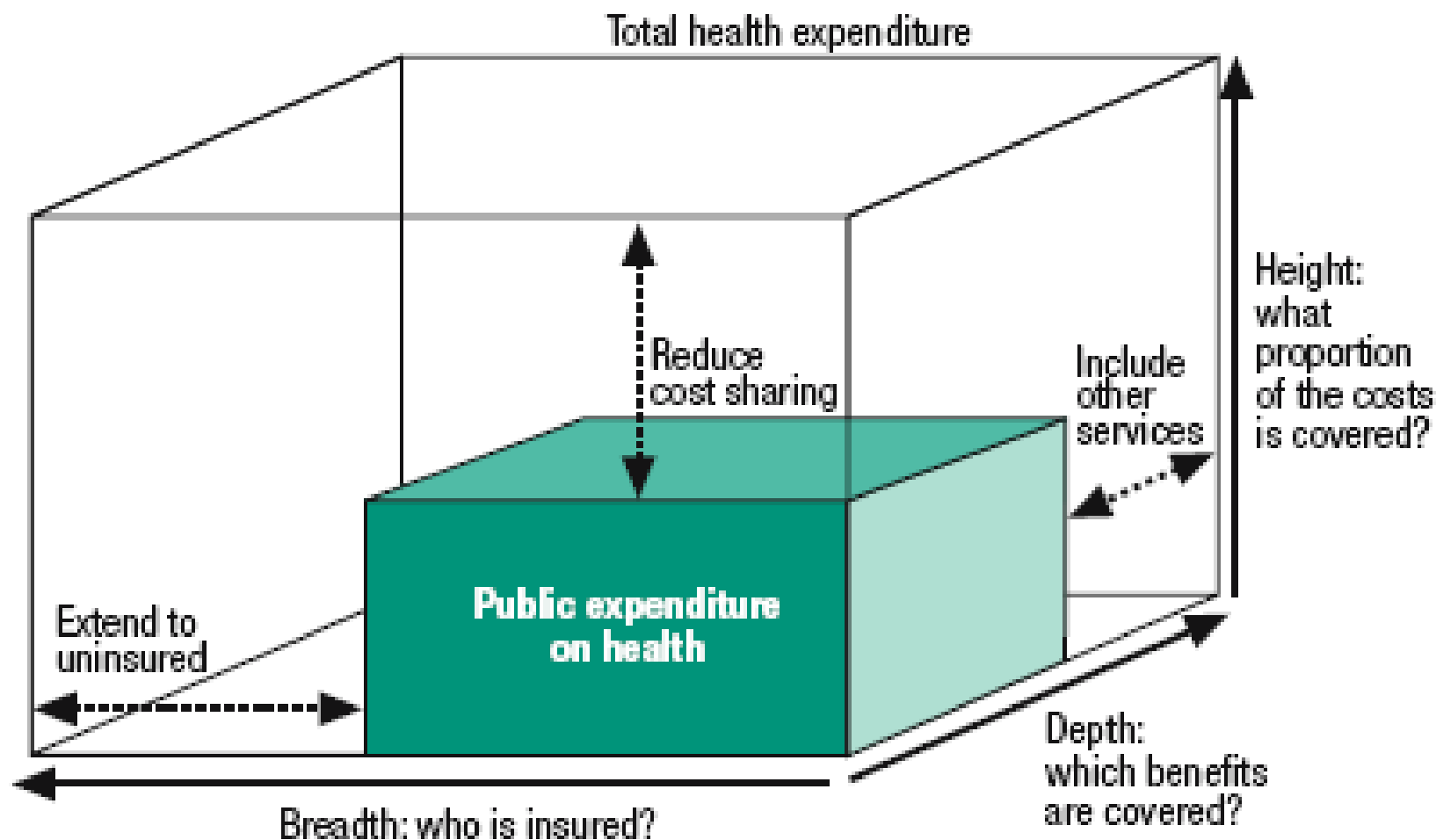
“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

คือสิทธิของผู้มีสัญชาติไทยทุกคนที่จะได้รับ
บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและเท่าเทียม
กันตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3 แนวทางในการมุ่งสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



การประกัน (insurance) คืออะไร

- การรวมความเสี่ยงรายบุคคล (Risk pooling);
- การกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคล (Transfer of risk);
- การลดความเสี่ยงโดยรวม (Destruction of risk): the law of the large numbers shows that for a given probability of illness, the distribution of the average rate of illness in the groups will collapse around the probability of illness as the group size gets larger and larger.

วันนี้...คนไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภายใต้ 3 ระบบที่รัฐจัดให้ คือ

1. พรบ. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2521
ครอบคลุมข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว
ประมาณ 6 ล้านคน
2. พรบ. ประกันสังคม พ.ศ.2533 ครอบคลุมลูกจ้างประมาณ
8 ล้านคน (ไม่รวมคู่สมรสและครอบครัว)
3. พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
ครอบคลุมประชากรประมาณ 47 ล้านคน



“แนวคิด และ หลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

1. เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข
2. เสมอภาคเท่าเทียม
3. ควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาว
4. เน้นบริการปฐมภูมิ
5. คุ้มครองสิทธิ
6. สนับสนุนการมีส่วนร่วม
7. กระจายอำนาจ

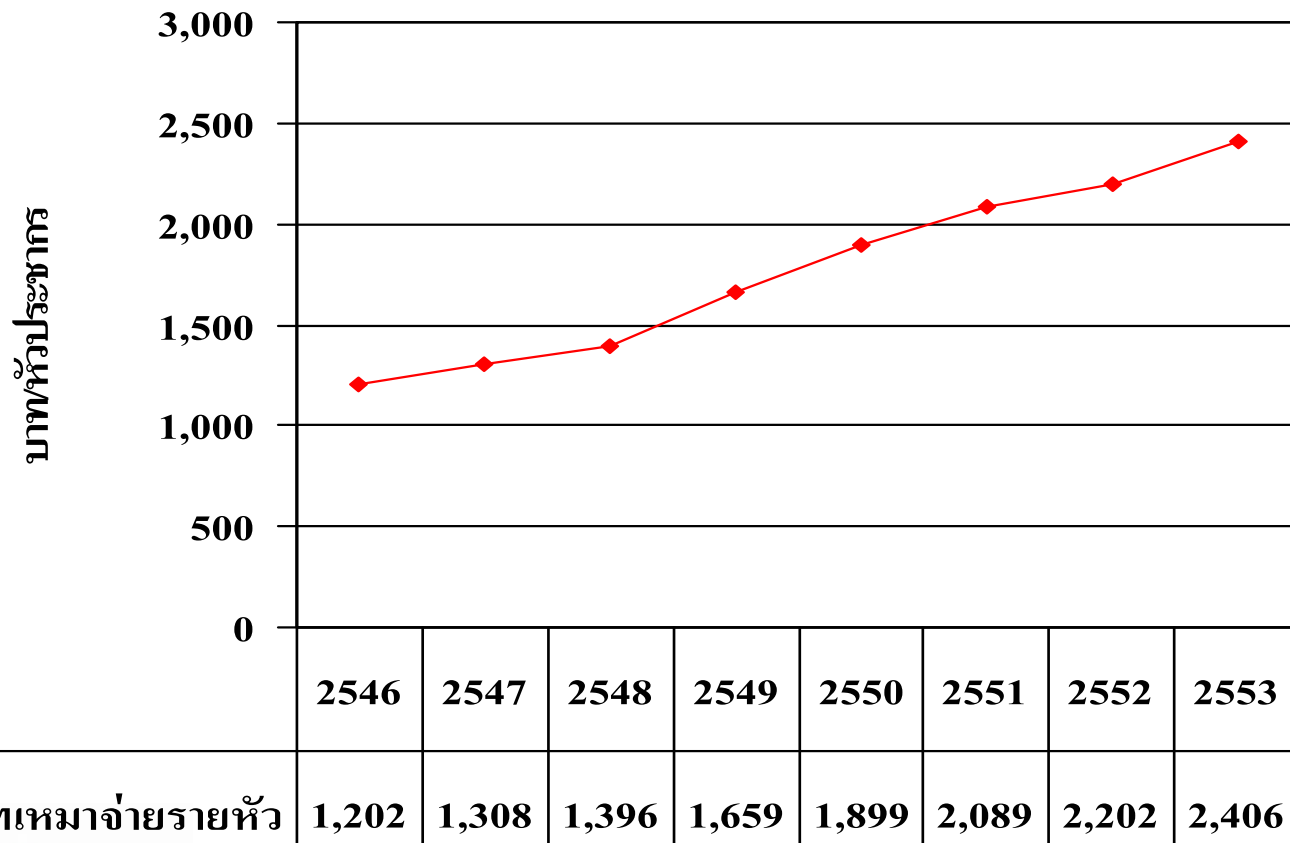


แนวทางในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญ

- ** ด้านการเงินการคลัง : ประชาชนเป็นศูนย์กลาง
: จัดงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว
- ** ด้านบริหาร : Purchaser and Provider Split



งบประมาณในการดำเนินการ



งบฯเหมาจ่ายรายหัว



ใครมีสิทธิ ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบ้าง ?

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ ผู้มีสัญชาติไทยทุกคน
ในทางปฏิบัติ สปสช.ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย
โดยให้นิยามผู้มีสัญชาติไทยตามที่มีเลขประจำตัว ประชาชน 13 หลัก
และยังไม่มีสิทธิใด ๆ จากหลักประกันอื่นที่รัฐจัดให้
การจัดบริการ จะจัดให้มีการลงทะเบียนและ เลือกหน่วยบริการประจำ

ยกเว้น บุคคลเหล่านี้

- ผู้มีสิทธิตามกฎหมายประกันสังคม
- ผู้ที่มีสิทธิอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น ราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

- **ไม่ใช่** บริการสงเคราะห์หรือบริการราคาถูกเพียงเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้าเท่านั้น แต่เป็นบริการที่ต้องมีมาตรฐาน
- **ไม่ใช่** บริการที่ต้องมีการ “สมัคร” หรือ “ร้องขอ” จึงจะได้รับบริการ แต่เป็นสิทธิ ตามกฎหมายที่ประชาชนพึงได้รับ
- **ไม่ใช่** ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นของประชาชนทุกคน

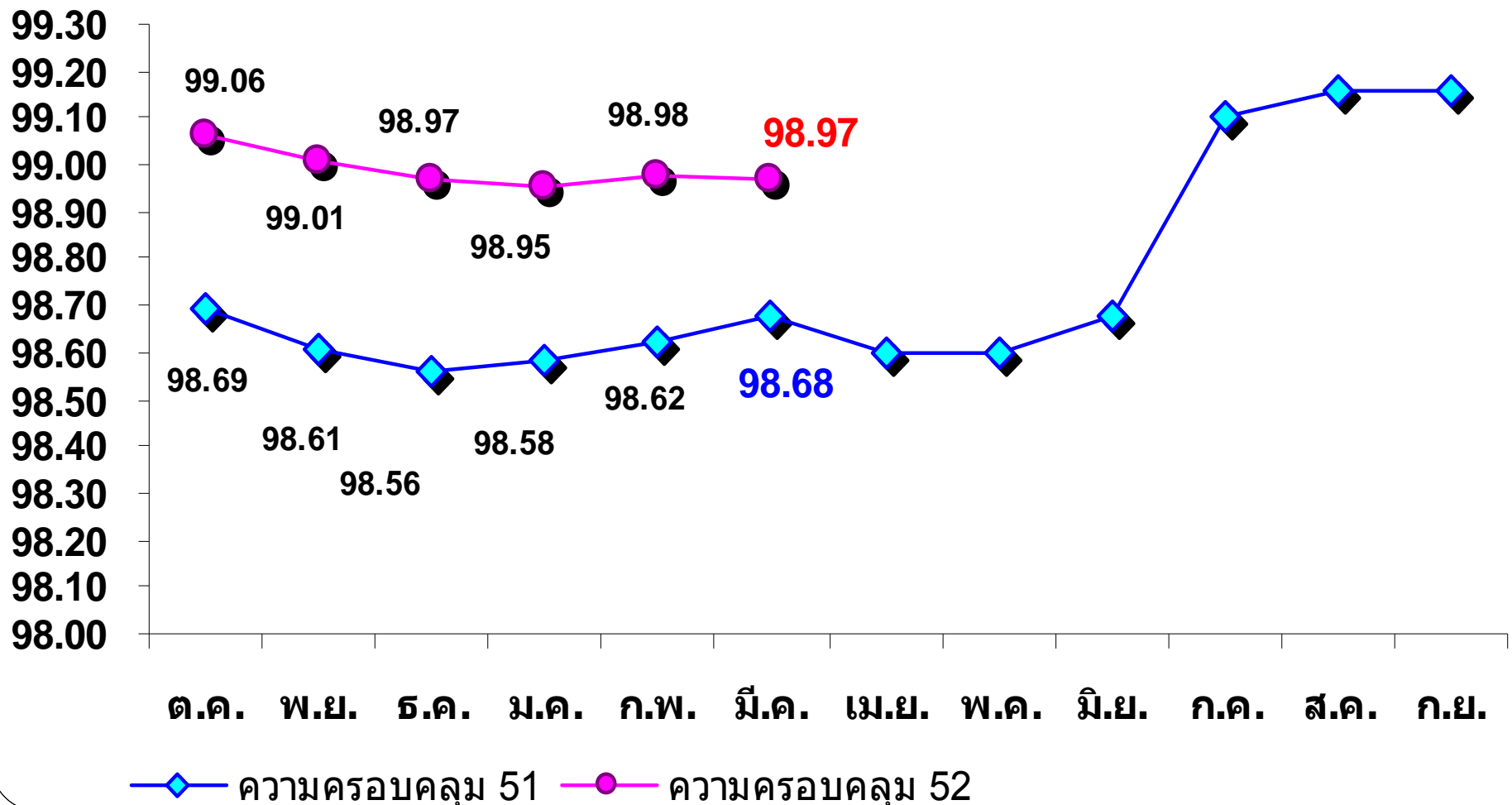
โดยมีกฎหมายสำคัญ คือ “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” รองรับ และมี “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นผู้รับผิดชอบ โดยมี เลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (สปสช.) เป็นเลขาฯ

รัฐบาลนำเงินภาษีของประชาชน มาจัดสรรให้เป็น ” กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อดูแลประชาชนผู้มีสิทธิจำนวนประมาณ 47 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณ ร้อยละ 75 ของประชากรทั้งประเทศ โดยประชาชนมี สิทธิ และ หน้าที่ ตามที่กฎหมายกำหนด



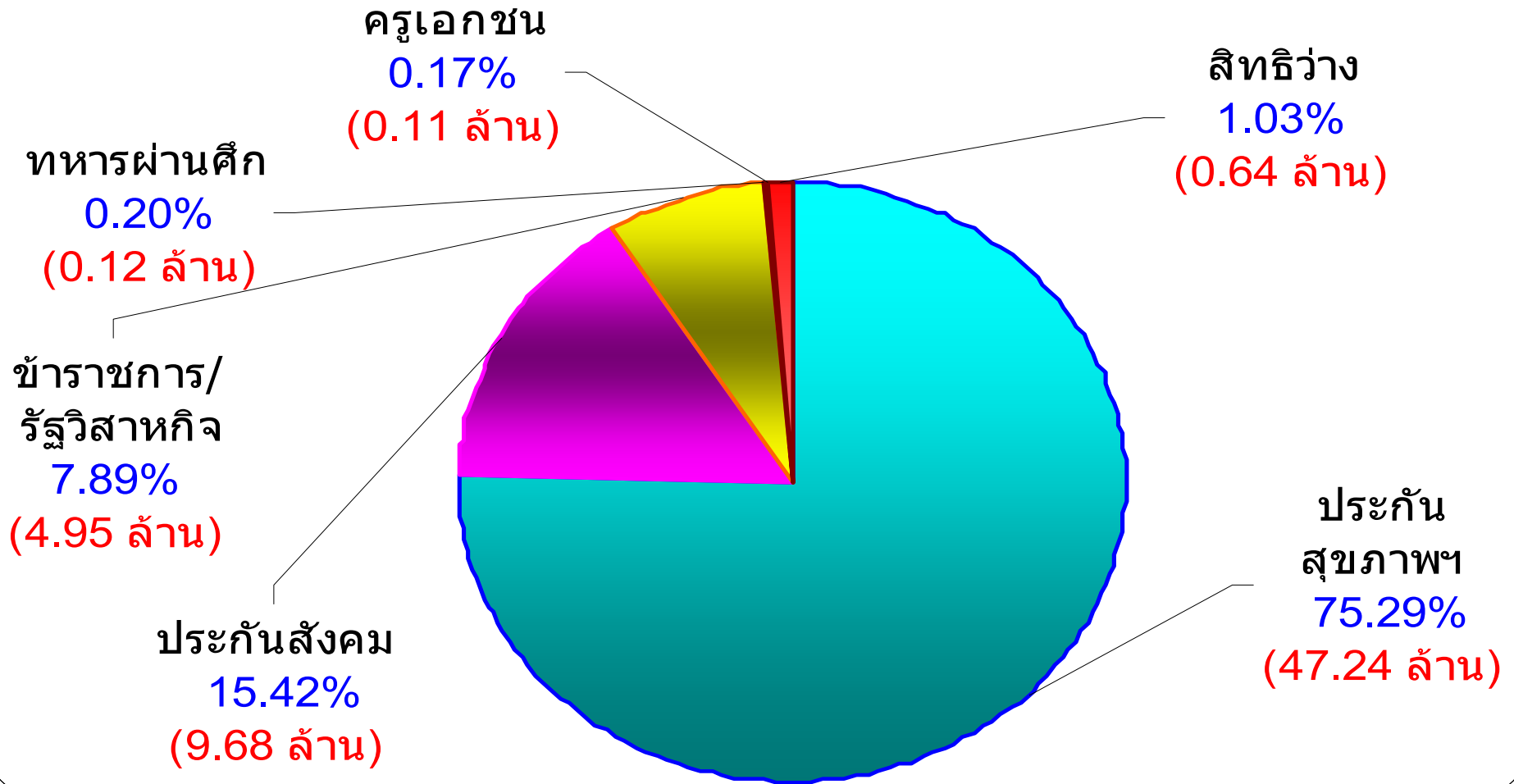
ความครอบคลุมประชาชนไทย ปี 2552

เปรียบเทียบความครอบคลุม ปี 51/52



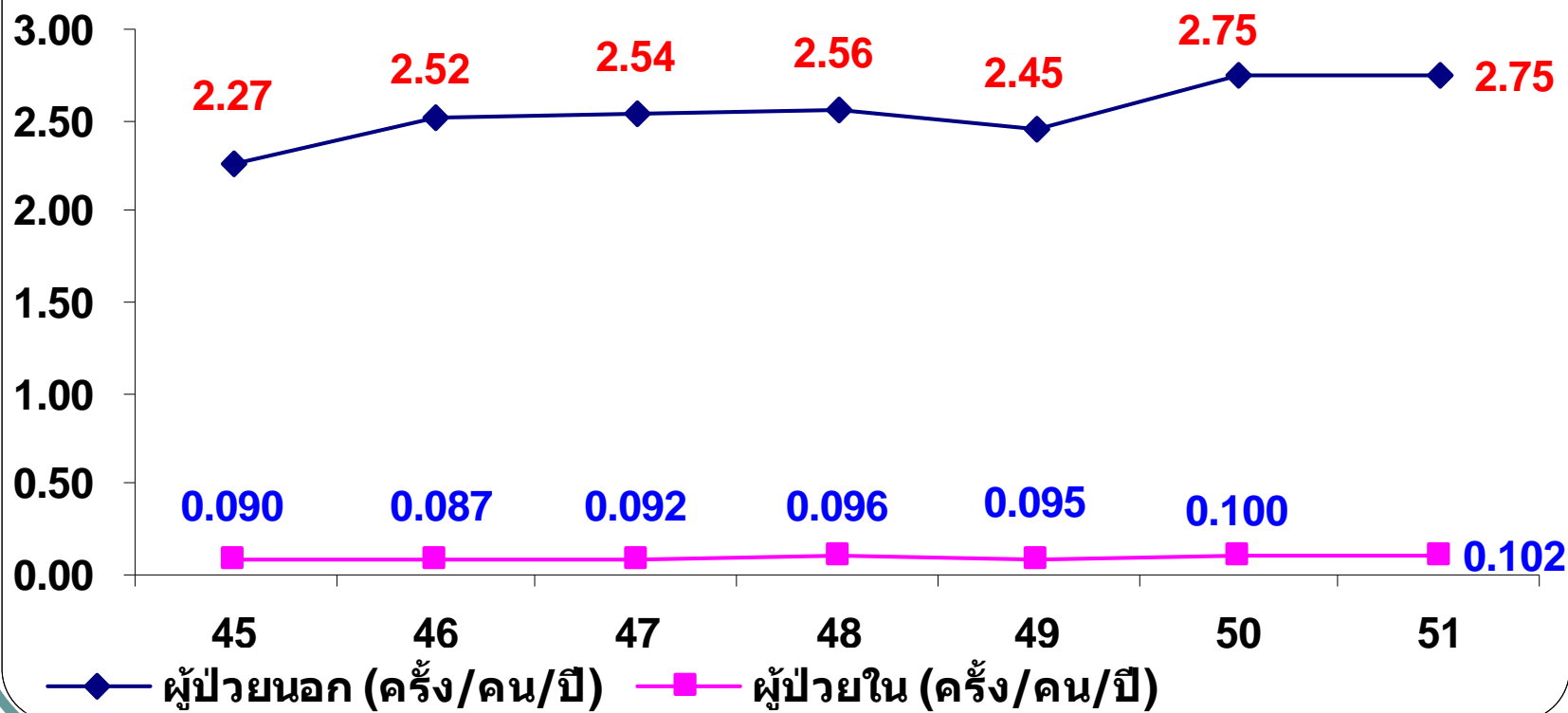
สัดส่วนประชาชนไทย จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล

สัดส่วนประชาชนไทยจำแนกสิทธิรักษา ณ มีนาคม 2552

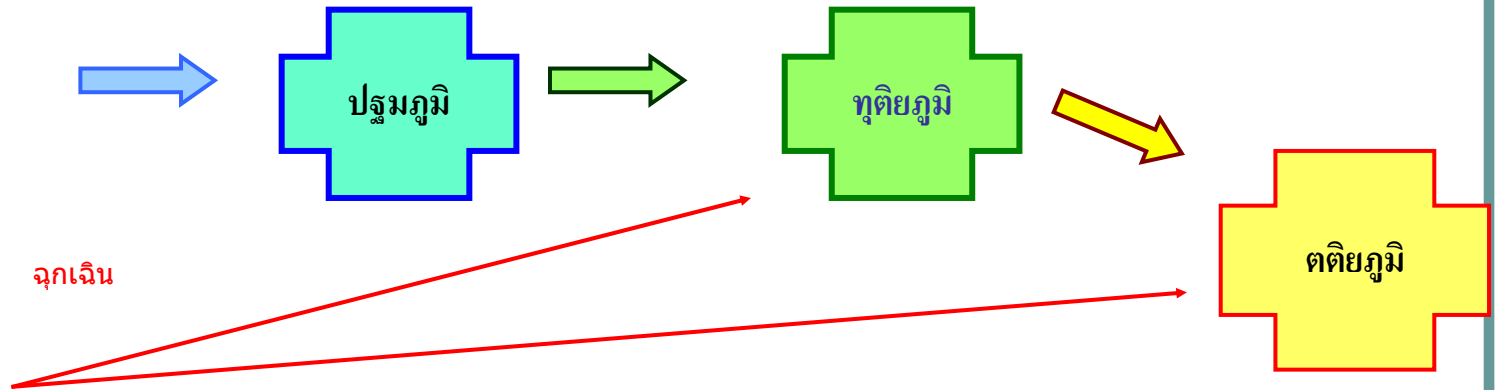


การใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อัตราการใช้บริการต่อประชากรกลางปี (45-51)



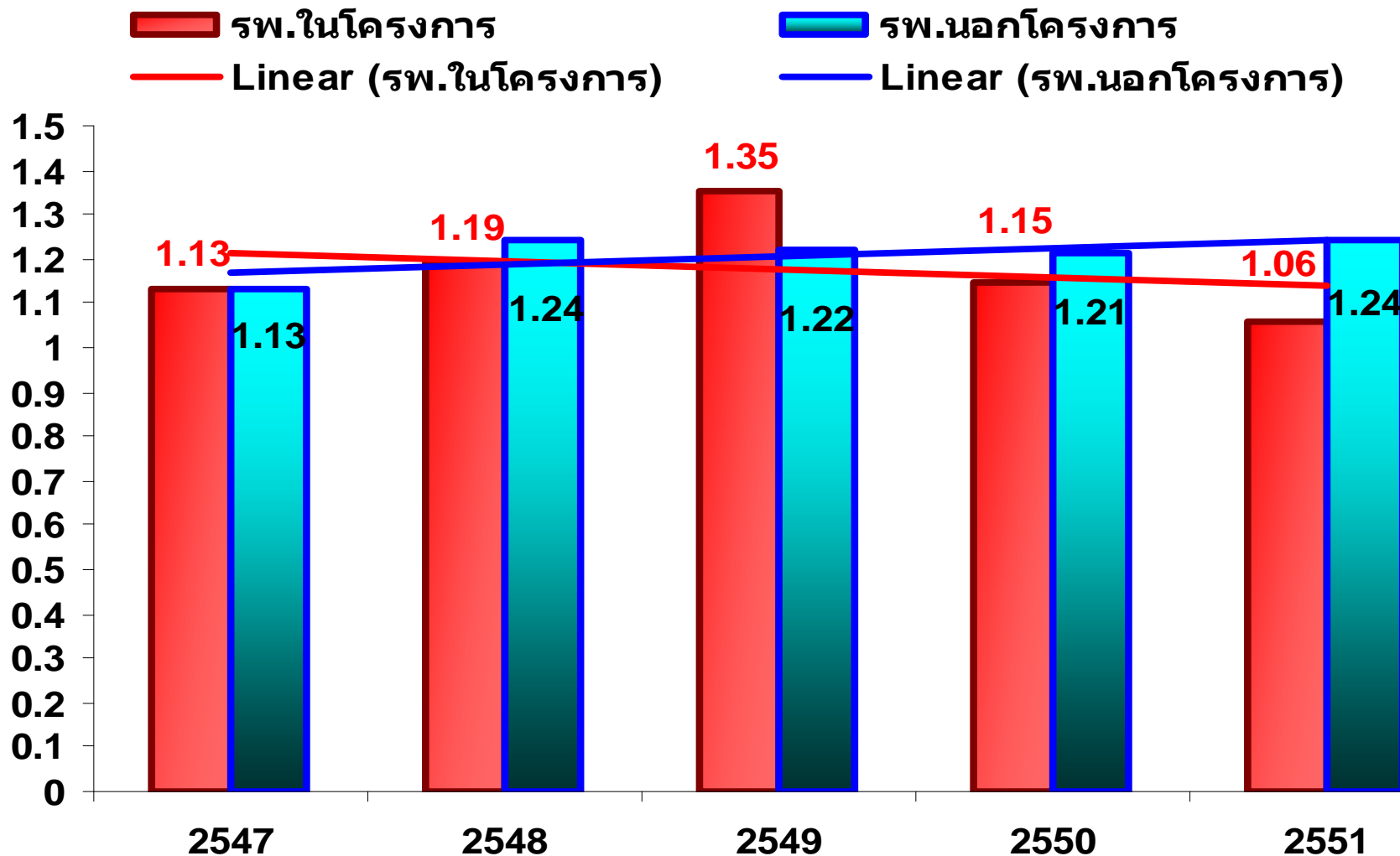
ผลการพัฒนาระบบสุขภาพปัจจุบัน สู่อนาคต



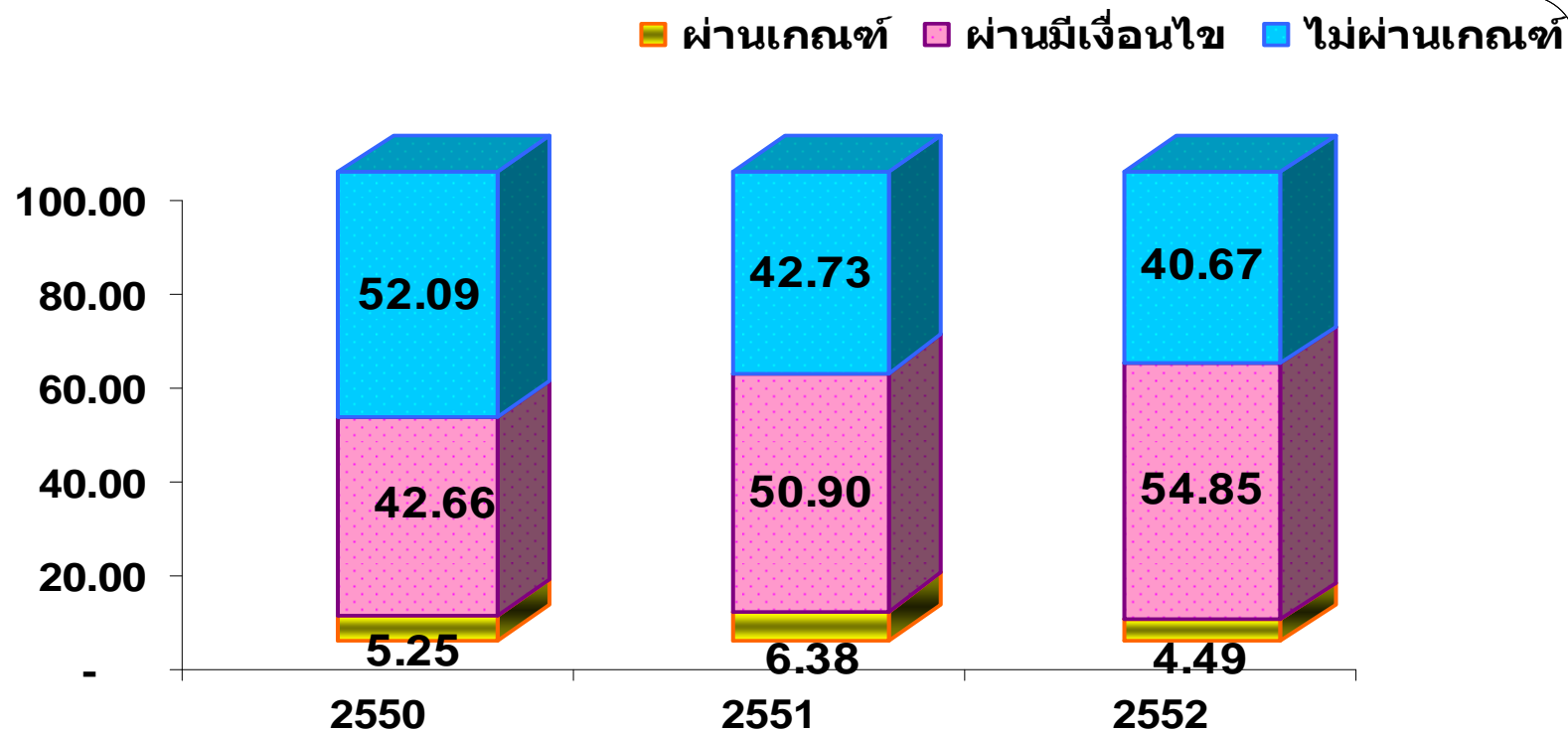
- บริการเขตเมือง PCU-Hosp Split
- บริการเขตชนบท รพช.เป็นฐาน ทุกPCU มีGN/NPประจำ ท้องถิ่น ชุมชนร่วมบริหารจัดการ
- การทำCMU ในพื้นที่เฉพาะ ท้องถิ่น และภาคเอกชนขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำได้
- ระบบรับ/ส่งต่อ ที่เชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับเป็นระบบเดียวกันPCUทำหน้าที่เป็น *Care coordinator*

ผลการพัฒนาบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลขนาดใหญ่

สัดส่วนจำนวนผ.ป.นอก(ร.พ.) / จำนวนผ.ป.นอก(PCU)

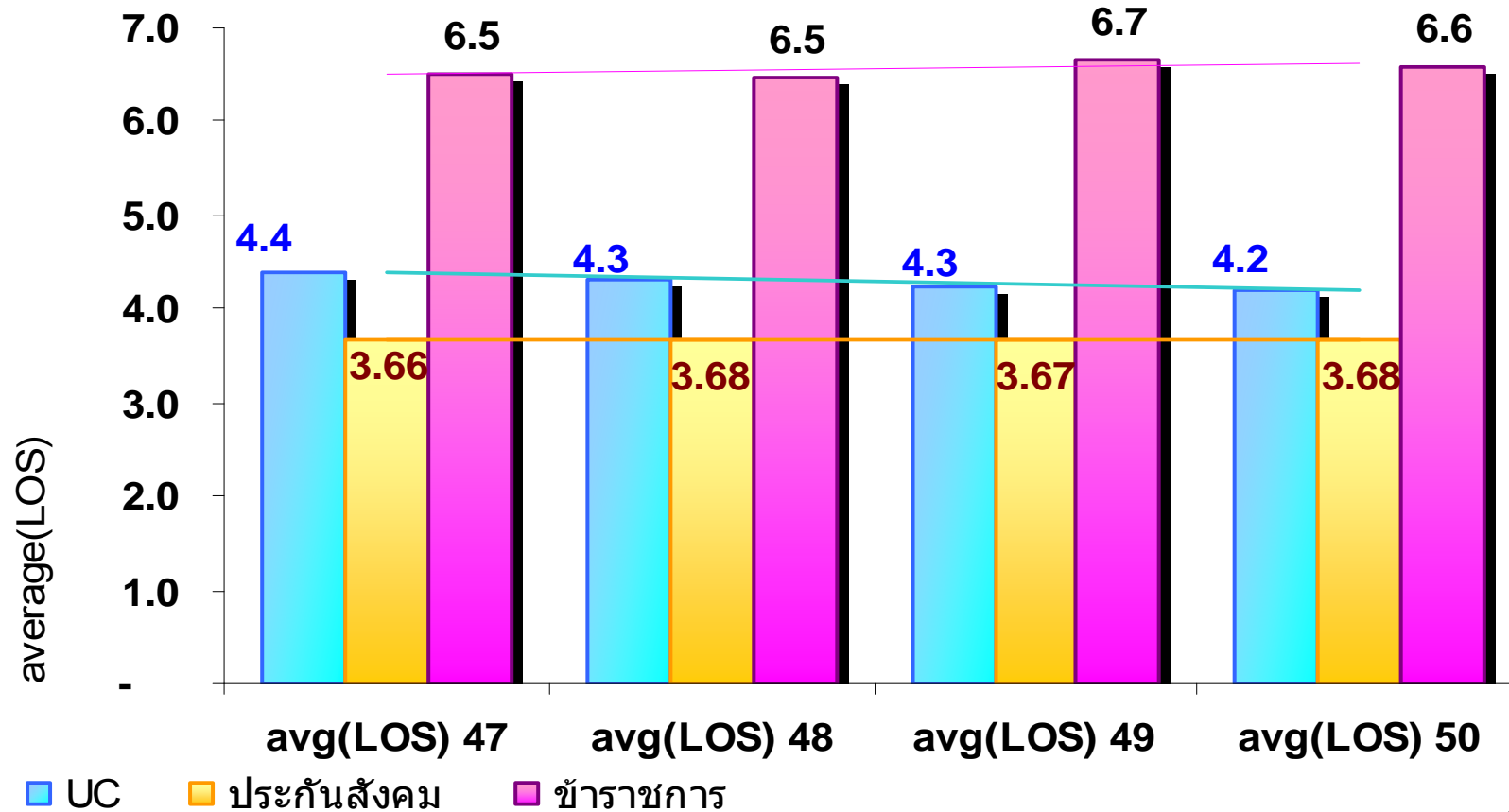


ผลการประเมินศักยภาพการจัดบริการของหน่วยบริการ ปฐมภูมิตามเกณฑ์



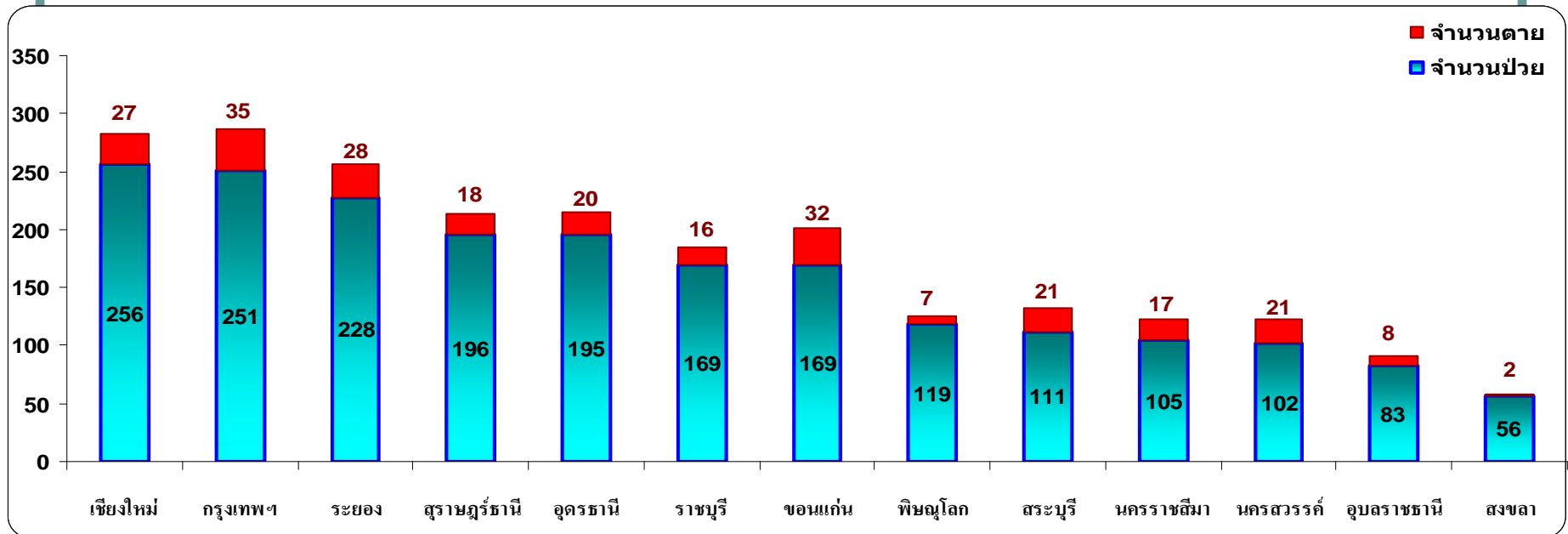
ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยใน 3 กองทุน

วันนอนเฉลี่ย(averageLOS) 3 กองทุน ปี 47-50



ผลการดำเนินงานบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- การผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kidney transplantation; KT) แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- การล้างผ่านทางช่องท้อง (PD) และฟอกเลือด (HD) เฉพาะรายที่ไม่สามารถทำ PD
- ผู้ป่วย HD รายเก่าไม่สมัครใจทำ PD (สป.ร่วมจ่ายไม่เกิน 500 บาท และ สปสช.จ่าย 1,000 บาท ต่อครั้ง)





ระบบการส่งต่อชุมชน

EMS ระดับตำบล



บทบาทท้องถิ่น มีอะไรใหม่

- อบต.เข้าร่วมจัดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เกือบ 4,000 แห่ง (ณ เม.ย. 52)
- ที่ มท 0891.3/ว1110 (3 เม.ย. 50) ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่
- ท้องถิ่นส่งนักเรียนพยาบาลชุมชน 682 คน/ 442 แห่ง
- ที่ มท 0808.2/ว1365 (30 เม.ย.50) หลักเกณฑ์การตั้งงบประมาณเพื่อเป็นทุนการศึกษา...ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ท้องถิ่นร่วมจัดบริการในลักษณะหน่วยบริการประจำ(คลินิกชุมชนอบอุ่น)และหน่วยบริการปฐมภูมิ

ร้อยละจำนวนอปท.ที่เข้าร่วมโครงการรายเขตฯ ปี 2549-2552

ลำดับ	เขตพื้นที่	อปม. ทั้งหมด (แห่ง)	ปี 49 (แห่ง)	%	ปี 50ปี (แห่ง)	%	ปี 51 (แห่ง)	%	ปี 52 (แห่ง)	%	รวม (แห่ง)	%
1	เชียงใหม่	823	112	14	77	9	246	30	143	17	578	70
2	พิษณุโลก	471	55	12	49	10	65	14	69	15	238	51
3	นครสวรรค์	459	55	12	55	12	73	16	19	4	202	44
4	สระบุรี	657	81	12	69	11	130	20	138	21	418	64
5	ราชบุรี	698	70	10	61	9	8	1	74	11	213	31
6	ระยอง	587	76	13	60	10	112	19	102	17	350	60
7	นครราชสีมา	859	99	12	96	11	70	8	120	14	385	45
8	ขอนแก่น	722	133	18	93	13	68	9	123	17	417	58
9	สกลนคร	722	60	8	15	2	144	20	201	28	420	58
10	อุบลราชธานี	663	65	10	4	1	111	17	131	20	311	47
11	สุราษฎร์ธานี	566	50	9	5	1	50	9	115	20	220	39
12	สงขลา	624	32	5	32	5	108	17	74	12	246	39
	รวม	7,851	888	11	616	8	1,185	15	1,309	17	3,998	51

บางส่วนของประกาศเรื่องกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่

3. ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าระบบหลักประกันสุขภาพ ตามประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2549 เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อ สนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ดังนี้

3.1 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่หรือเทศบาล ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของ ค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.3 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของ ค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นักเรียนทุนพยาบาลจากชุมชน ๓๐ ทุน



บางส่วนของหลักเกณฑ์การให้ทุนการศึกษา

4. ผู้ที่มีสิทธิขอรับทุนตามข้อ 3 อย่างน้อยต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

4.1 เป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

4.2 เป็นเด็กยากจนหรือผู้ด้อยโอกาส โดยผ่านความเห็นชอบของประชาคมของท้องถิ่น

5. ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือกผู้มีสิทธิรับทุนตามข้อ 3

และ 4 จำนวนไม่น้อยกว่า 5 คน แต่ไม่เกิน 10 คน โดยคณะกรรมการอย่างน้อยต้องประกอบด้วยผู้แทนประชาคม ครู หรืออาจารย์ของสถาบันการเรียนรู้ในเขตพื้นที่ สมาชิกสภาท้องถิ่น ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก ตัดสินปัญหาและอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินการคัดเลือกจนเสร็จสิ้น และส่งให้ผู้บริหารท้องถิ่นประกาศผู้มีสิทธิรับทุน

6. ค่าใช้จ่ายสำหรับทุนการศึกษา ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะค่าเล่าเรียน หรือค่าธรรมเนียมการศึกษา

หรือค่าบำรุง หรือค่าหน่วยกิต ตามอัตราที่สถาบันการศึกษากำหนด แต่ไม่เกินปีละ 33,000 บาท

การนำนโยบายรัฐบาลสู่การปฏิบัติงาน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

คำแถลงนโยบายด้านสาธารณสุขของคณะรัฐมนตรี

วันที่ 29 ธันวาคม 2551

- ▶ สนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินการมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคีพัฒนาในสาขาต่าง ๆ ตลอดจนภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจ หนุนแรงค์ให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย รวมทั้งส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

คำแถลงนโยบายด้านสาธารณสุขของคณะรัฐมนตรี

วันที่ 29 ธันวาคม 2551 (ต่อ)

- ▶ สร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค วินิจฉัย และดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน ทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันปัญหาการป่วยและตายด้วยโรคอุบัติใหม่ ที่รวมถึงโรคที่มีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ และโรคระบาดซ้ำในคน อย่างทันต่อสถานการณ์
- ▶ ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกระดับสถานีนอนามัยเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพอย่างเพียงพอ ทั่วถึง มีทางเลือกหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

แถลงนโยบายด้านสาธารณสุขของคณะรัฐมนตรี

วันที่ 29 ธันวาคม 2551 (ต่อ)

- ▶ ลงทุนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควบคู่กับการสร้างขวัญกำลังใจให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ มีการปรับปรุงกฎระเบียบเพื่อให้มีรายได้จากเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่เหมาะสมเป็นธรรมรวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพด้านการแพทย์ มีการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ตลอดจนการลงทุนพัฒนาและเชื่อมโยงระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพให้ทันสมัย มีมาตรฐาน สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างคุ้มค่า

คำแถลงนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 12 มกราคม 2551

- ▶ ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศ ให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริม ให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ
- ▶ ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขโดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐานยกระดับสถานีนอเนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

คำแถลงนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 12 มกราคม 2551 (ต่อ)

- ▶ เปิดโอกาสให้คลินิกเข้าเป็นเครือข่ายของระบบบริการ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในโรคพื้นฐานได้ง่ายขึ้น
- ▶ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขโดยใช้บัตรประชาชนในการเข้ารับบริการ
- ▶ ลงทุนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควบคู่ไปกับการสร้างขวัญกำลังใจให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ
- ▶ ส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

โอกาส และทิศทางในระยะต่อไป

โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล
อีกก้าวหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

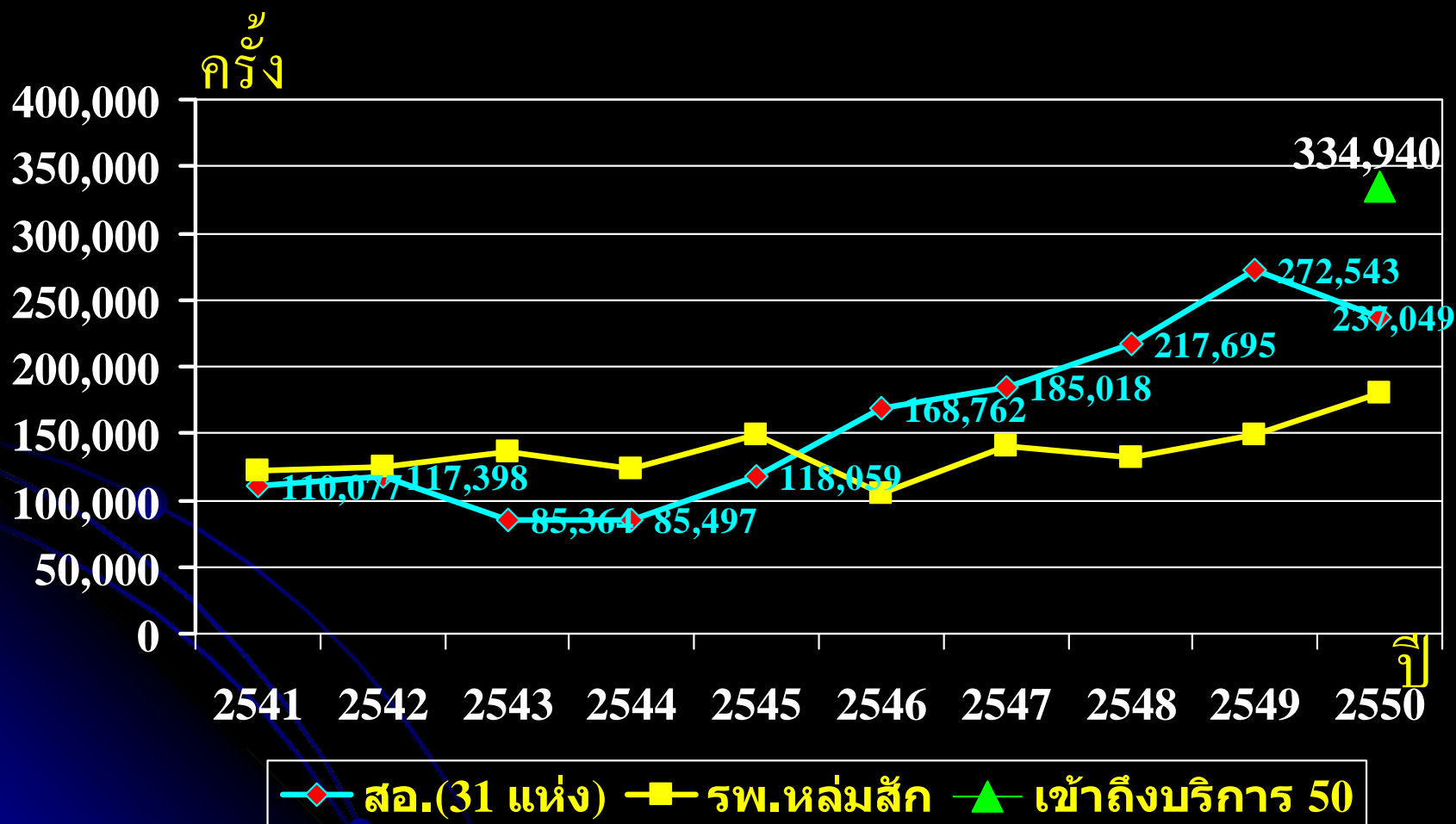
วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่บูรณาการ มีความต่อเนื่องและครอบคลุม
- เพื่อปรับภารกิจและยกระดับการให้บริการสุขภาพของสถานีนีอามัยเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล
- เพื่อพัฒนาศักยภาพของ “ทีมสุขภาพ” ในโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลในการให้บริการเชิงรุกแบบองค์รวม
- เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของ อปท. ในการจัดบริการสุขภาพที่มีความยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่โรงพยาบาลตำบล



จำนวนผู้รับบริการสถานีนอนามัยเปรียบเทียบ รพ.หล่มสัก ปีพ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2550



คุณลักษณะของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลที่พึงประสงค์ (1)

ด้านขอบเขตการให้บริการ

เน้นภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล
ขั้นต้นในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนี้

- ดำเนินการเชิงรุก กลุ่มผู้พิการทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีมีครรภ์และเด็ก
รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- บริการอย่างต่อเนื่อง และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยได้ตลอด24ชม.
- มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม ในระดับทุติ-ตติยภูมิ และเสริมสร้างความ
เข้มแข็งของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น

กายภาพบำบัดในโรงพยาบาลตำบล



จัดบริการเหนือความคาดหมายในตำบล (Faith & Trust)

คุณลักษณะของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ที่พึงประสงค์ (2)

ด้านพื้นที่การให้บริการ

- พื้นที่การให้บริการ: การใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย และพื้นที่ทั้งตำบลเป็นพื้นที่รพ.
- มีเขตพื้นที่รับผิดชอบประชากร (catchment area) อย่างชัดเจน

ด้านบุคลากร

- มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้านด้วย
- มีขีดความสามารถในการทำงานเป็นทีม (team work) และสามารถประสานงานกับ ผู้นำชุมชน อปท. และ ประชาชนในพื้นที่
- มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน โดยร่วมกับ อสม.
- มีศักยภาพในการใช้และการจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

คุณลักษณะของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลที่พึงประสงค์ (3)

ด้านการบริหารจัดการ

- มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน อปท. ภาครัฐ เอกชน และทุกภาคส่วน
- มุ่งเน้นให้เกิดระบบที่มีความโปร่งใส มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ด้านระบบสนับสนุน

- มีระบบ IT และ health information system (HIS)
- Real time consultation โดยสามารถติดต่อประสานงานกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่เป็นแม่ข่าย
- มีเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่มีจำนวนรายการและคุณภาพเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็น secondary care โดยมีการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่ดี

ช่องทางด่วนพิเศษ
ผู้ป่วย รพ. ตำบล

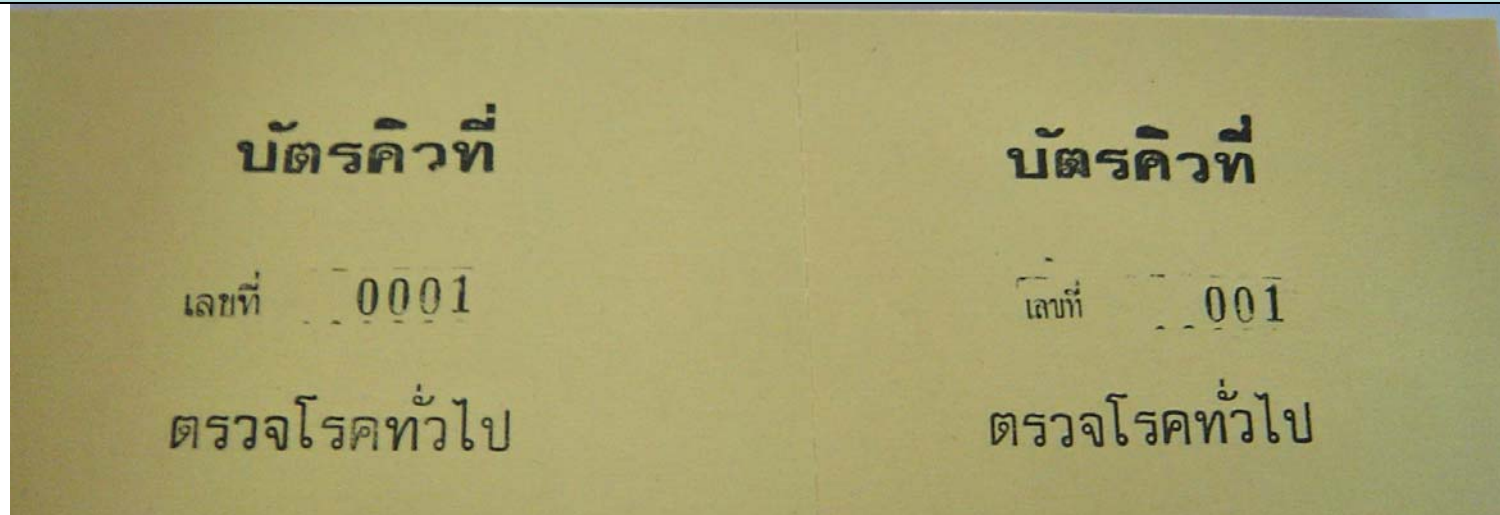
จุดคัดกรองอาการเจ็บป่วย

ห้องตรวจโรค 4

ห้องตรวจโรค 3

27 12 2007

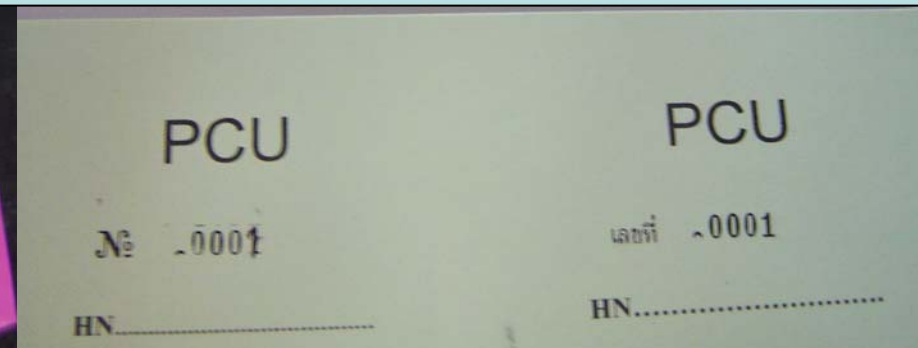
บัตรแยกประเภทและจำนวนผู้ป่วย



สีเหลืองผู้ป่วยเดินทางมาเอง ร้อยละ 20



สีแดงนัดมาตรวจตามนัด ร้อยละ 60



สีเขียวจาก รพต. ร้อยละ 20

การรักษาปรึกษาทางไกลผ่านดาวเทียมครอบคลุม 31 แห่ง



การมีส่วนร่วมของชุมชน และอปท.

- ระบบการเงินการคลังแบบสาม (สี) ประสาน คือ ประชาชน (หรือภาคเอกชน) อปท. ภาครัฐ โดย CUP
- สนับสนุนการจัดตั้ง “คณะกรรมการ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล” โดยให้มีผู้นำที่ชุมชนเห็นชอบ เป็นประธาน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านนโยบาย สนับสนุน และกำกับดูแลการทำงานของโรงพยาบาลฯ
- สนับสนุนให้การบริหารงาน “กองทุนสุขภาพชุมชน” ของสปสช.เชื่อมโยงกับการทำงานของ โรงพยาบาลฯ
- สนับสนุนให้มีการจัด “สมัชชาสุขภาพตำบล” โดยโรงพยาบาลและคณะกรรมการฯ รวมทั้งกองทุนสุขภาพชุมชน ผู้นำชุมชน และ อปท. มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

กองทุนสุขภาพรูปธรรมการมีส่วนร่วม

อบต.+240,000

ปชช+=240,000

สธ.+240,000

ประชากร

10,000 คน:

24,0000

24 บาท:

คน:

ปี

2 บาท:

คน:

เดือน

กองทุนสุขภาพ
โรงพยาบาลตำบล

Phasing of implementation

ระยะ	จำนวนโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ตำบล	ช่วงเวลา
<u>Phase 1</u> – ระยะเริ่มต้นและนำร่อง	800-1000 แห่ง ในทุกอำเภอที่มีความพร้อม	กันยายน 2552
<u>Phase 2</u> – ขยายผล ครอบคลุมทั่วประเทศ	ในตำบลที่เหลือทั้งหมด	กันยายน 2555
<u>Phase 3</u> – พัฒนาต่อเนื่อง ให้สมบูรณ์	ทุกโรงพยาบาลสร้างเสริม สุขภาพตำบล	ตุลาคม 2555 – กันยายน 2562
<u>Phase 4</u> – ติดตามประเมิน ผลและสนับสนุนการพัฒนา	ทุกโรงพยาบาลสร้างเสริม สุขภาพตำบล	เมษายน 2552 – กันยายน 2562

ขอบคุณครับ ^_^

