

รายงานการประชุม
คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 5
ครั้งที่ 2/2565 วันที่ 23 มีนาคม 2565 เวลา 14.30-16.10 น.
ณ ห้องประชุมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ระบบ ZOOM)

ผู้มาประชุม

1. นายพีระมณ นิงสานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี	ประธาน
2. นางปรางวไล เหล่าชัย	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี	คณะกรรมการ
3. นางชัชติกา แม่ประสาธ	ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี	คณะกรรมการ และเลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม ผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. นายวิโรจน์ รัตนอมรสกุล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม	คณะกรรมการ
2. นายอนุกุล ไทยถนอม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร	คณะกรรมการ
3. นายจักรพันธ์ จันทร์สว่าง	ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการระบบการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 5 (Chief Financial Officer : CFO)	คณะกรรมการ
4. นายรัชพงษ์ เวียงเจริญ	ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 5 (Chief Service Plan Officer : CSO)	คณะกรรมการ
5. นายประพันธ์ ไยบุญมี	สาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง	คณะกรรมการ
6. นายคณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร	ผู้แทนอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขต 5 ราชบุรี	คณะกรรมการ
7. นางทิพาพรรณ หอศิวาลัย	รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี	คณะกรรมการ
8. นายธนิต มณีอินทร์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี	คณะกรรมการ และเลขานุการ

ผู้ไม่มาประชุม

1. นายธนรัช ผลิตพันธ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 5 ตีตราขการ
-----------------------	---

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายณรงค์ เห็นประเสริฐแท้	ประธานคณะกรรมการแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 5
2. นางรำไพพรรณ เมืองนุช	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
3. นางจินตนา แวสวัสดิ์	ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช.เขต 5 ราชบุรี
4. นางวิภาวี ตันอนุกุล	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช.เขต 5 ราชบุรี
5. นางชาลิมาศ ตันสุเทพวิรวงศ์	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช.เขต 5 ราชบุรี
6. นางภาวนา หลวงวิเศษ	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช.เขต 5 ราชบุรี
7. นางสาวณัฐมน ปิยะรัตน์สถิตย์	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช.เขต 5 ราชบุรี
8. นางสาวโสภณพัทธ์ รักษาธรรม	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช.เขต 5 ราชบุรี

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

นายธนรักษ์ ผลิพัฒน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 5 ประธานคณะกรรมการ ตีตราการมอบให้ นายพีระมณ นิงสานนท์ ประธานร่วมคณะกรรมการ ทำหน้าที่เป็นประธานและกล่าวเปิดการประชุม

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

- ไม่มี -

ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองรายงานการประชุม คณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 5 ครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2565 นำเสนอโดย นางชัชติกา แม่ประสาธา ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต 5 ราชบุรี

รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุม ไม่มีข้อแก้ไข

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

-ไม่มี-

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 ข้อเสนอแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ สปสช. นำเสนอโดย นางปรางวไล เหล่าชัย นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

ตามกรอบเวลาการพัฒนาข้อเสนอแนวทางการบริหารงบกองทุนปี 2566 สปสช.เขต ได้รับมอบหมายให้รวบรวมข้อเสนอแนวทางการบริหารกองทุน ปี 2566 ร่วมกับคณะทำงานของเขตสุขภาพภายในวันที่ 8 เมษายน 2565 เพื่อนำเสนอ อปสช. ก่อนจะเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณานั้น รายละเอียดของข้อเสนอฯ มีดังนี้

(1) งบ Basic Payment คงเดิมของปี 2565

ลำดับ	ประเด็นการพิจารณา	ปี 2565	(ร่าง) ปี 2566
1	การกันเงินสำหรับการปรับเกลี่ย	ไม่เกินร้อยละ 10	คงเดิม
2	การปรับเกลี่ยโดยใช้ Step ladder กองทุน OP & PP	จัดกลุ่มและให้ค่าน้ำหนักตามจำนวนประชากร 11 ชั้น	คงเดิม
3	การปรับเกลี่ยโดยใช้ K-factor กองทุน IP	จัดกลุ่มและให้ค่าน้ำหนักตามขนาดเตียงและประชากร 17 กลุ่ม	คงเดิม
4	การปรับลดค่าแรง	ปรับลดค่าแรงระดับ CUP (จังหวัด โดยสสจ.ปรับเกลี่ย)	คงเดิม

(2) การจัดสรรงบประมาณเชื่อมโยง เห็นชอบข้อเสนอการจัดสรรให้เขตสุขภาพนำร่องไปพิจารณาตามความเหมาะสมร้อยละ 100, สำหรับเขตสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 70 ระดับหน่วยบริการ และร้อยละ 30 ระดับเขต

(3) การจัดสรร Hardship คงเดิมของปี 2565

ลำดับ	ประเด็นการพิจารณา	ปี 2565	(ร่าง) ปี 2566
[2]	การจัดสรรงบค่าเสื่อม	ร้อยละ 70 ระดับหน่วยบริการ ร้อยละ 20 ระดับจังหวัด ร้อยละ 10 ระดับเขต โดยร้อยละ 20 ระดับจังหวัดและ ร้อยละ 10 ระดับเขต จัดสรรให้กับ sw.สท.หรือรพช.	เห็นชอบข้อเสนอการจัดสรรให้ เขตสุขภาพนำร่อง ไปพิจารณาตามความเหมาะสม ร้อยละ 100 เขตสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 70 ระดับหน่วยบริการ และร้อยละ 30 ระดับเขต
[3]	การจัดสรร Hardship	- จัดสรรให้พื้นที่กั้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย : ง่ายให้รพ. พื้นที่เฉพาะ และรพ.ยากลำบาก ตามประกาศก.ส. - จัดสรรให้พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ : ในจังหวัด นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล ที่มีพยาบาล ตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพ 3,000 อัตรา ปฏิบัติงานอยู่จริง (เขต 12 ปรับเปลี่ยน)	คงเดิม

การจัดสรร Basic Payment ปี 2566 ของ สปสธ. เขต 5 เสนอให้มีการปรับแก้ไข Step Ladder OP PP และปรับยอดประกันรายรับ (เขต 5 ใช้ที่ร้อยละ 92 ของปี 2561 ซึ่ง CFO จะไปดำเนินการต่อ)

การจัดสรรปี 2565			(ร่าง) ข้อเสนอปี 2566		
รายการที่จัดสรร	การดำเนินการจัดสรรปรับแก้ไข รายรับให้หน่วยบริการ		รายการที่จัดสรร	การดำเนินการจัดสรรปรับแก้ไข รายรับให้หน่วยบริการ	
	เขตนำร่อง (1,4,9,12)	เขตปกติ (2,3,5,6,7,8,10,11)		เขตนำร่อง (1,4,9,12)	เขตปกติ (2,3,5,6,7,8,10,11)
1. Step Ladder OP PP	✓	✗	1. Step Ladder OP PP	✓	✓
2.K-Factor IP	✓	✓	2.K-Factor IP	✓	✓
3.การปรับลดค่าแรง			3.การปรับลดค่าแรง		
▶ระดับจังหวัด	✓	✓	▶ระดับจังหวัด	✓	✓
▶ระดับเขต	✗	✗	▶ระดับเขต	✗	✗
4.การปรับลดยอดประกันรายรับ	✓	✗	4.การปรับลดยอดประกันรายรับ	✓	✓
5.การปรับแก้ไขเงินเดิมตามเกณฑ์ สป.สธ.	✓	✓	5.การปรับแก้ไขเงินเดิมตามเกณฑ์ สป.สธ.	✓	✓
6.การปรับแก้ไขเงินระดับเขต	✓	✓	6.การปรับแก้ไขเงินระดับเขต	✓	✓
7.เงินกินไม่กินร้อยละ 15	✓	✓	7.เงินกินไม่กินร้อยละ 15	✓	✓
8.เงินกินVirtual account	✓	✓	8.เงินกินVirtual account	✓	✓
9.Hardship			9.Hardship		
9.1 พื้นที่กั้นดาร์ และพื้นที่เสี่ยงภัย	✗	✗	9.1 พื้นที่กั้นดาร์ และพื้นที่เสี่ยงภัย	✗	✗
9.1 พื้นที่ชายแดนใต้ (RN 3,000)เขต 12	✓		9.1 พื้นที่ชายแดนใต้ (RN 3,000)เขต 12	✓	
10.จบค่าเสื่อม			10.จบค่าเสื่อม		
- เขตแก้ไข 10% จังหวัดแก้ไข 20%	✓	✓	- เขตแก้ไข 30%		✓
			- เขตแก้ไข 100%	✓	

✓	ปรับแก้ไขได้ เริ่มดำเนินการปี 66
✓	ปรับแก้ไขได้ เหมือนปี 65
✗	ไม่สามารถดำเนินการได้

รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 2

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

นายประพันธ์ ไยบุญมี: การเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบค่าเสื่อมของปี 2565 จากร้อยละ 20 ระดับจังหวัด และ ร้อยละ 10 ระดับเขต ในปี 2566 เป็นร้อยละ 30 ระดับเขต เป็นการรวมอำนาจไว้ที่เขต จังหวัดพิจารณาอะไรไม่ได้ จังหวัดเสียประโยชน์ และหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เห็นด้วย

นายจักรพันธ์ จันทร์สว่าง: การเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณเชื่อมโยงมีผลต่อนโยบายของเขต ต้องนำมาหารือกับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

นายพีระมณ นิงสานนท์: ถ้าเห็นต่าง สามารถเสนอเป็นของเขต 5 โดยมีคณะทำงานย่อยประชุมก่อนวันที่ 8 เมษายน 2565 ก่อนจะเสนอ อปสข.

มติที่ประชุม

(1) เห็นชอบให้ สปสข. เขต 5 ราชบุรี และ คณะทำงานฯของเขตสุขภาพที่ 5 ประชุมร่วมกันเพื่อรวบรวมประเด็นข้อเสนอการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566 ภายในวันที่ 8 เมษายน 2565 เพื่อนำเสนอ อปสข.ต่อไป

4.2 พิจารณารูปแบบแนวทางเชิงระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาในเขตพื้นที่ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี นำเสนอโดย นางปรางวไล เหล่าชัย นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

มติคณะกรรมการ 7x7 ครั้งที่ 3/2565 เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2565 มีมติมอบคณะทำงานฯ 5x5 กำกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Hepatitis C ที่มีการจัดบริการอยู่แล้วในพื้นที่ให้ครอบคลุมมาก

ในประเทศไทย อัตราความชุกผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 0.39 (356,670 ราย) พบมากที่สุดในประชากรกลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 1.69 รองลงมาในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 0.93 และกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 0.13 พบความชุกมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 0.89 รองลงมาภาคกลางร้อยละ 0.26 และภาคเหนือ 0.21 ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงสุด คือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.7 รองลงมา ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 3.94

มูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย และมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มีหนังสือเสนอต่อประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถึงปัญหาการรับบริการของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดังนี้ (1) ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้าไม่ถึงการรักษา สูญเสียโอกาสการรักษาแต่เนิ่น (2) ยาที่เตรียมไว้สำหรับการรักษาทยอยหมดอายุ สูญเสียงบประมาณเพื่อแลดยาใหม่มาทดแทน จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

1. ปรับแนวทางการกำกับการใช้ยา Sofosbuvir และ Velpatasvir ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - 1.1 ปรับยา Sofosbuvir และ Velpatasvir ออกจากรายการบัญชียา จ.(2) ไปอยู่ในรายการบัญชียาอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้คล่องตัวขึ้น
 - 1.2 ปรับข้อบ่งชี้การใช้ยาให้แพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมสามารถรักษาได้ โดยให้มีระบบปรึกษาอายุรแพทย์ทั่วไป/อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
 - 1.3 ปรับเกณฑ์การรักษา เมื่อตรวจพบ HCV RNA ในเลือด เข้าเกณฑ์รักษา (เดิมกำหนด HCV RNA ตั้งแต่ 5000 IU/mL)
 - 1.4 ตัดเกณฑ์ภาวะพังผืดในตับ ออกจากการเป็นเกณฑ์ในการเข้ารับการรักษา
 - 1.5 สำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี:
 - กรณีรักษาด้วย ARV ปรับเป็น ไม่มีโรคฉวยโอกาสก็รับการรักษาได้
 - กรณีไม่ได้รับยา ARV ต้องมี CD4 \geq 500
 - 1.6 ขยายอายุผู้มีสิทธิได้รับการรักษา จากเดิม 18-70 ปี เป็น 18 ปีขึ้นไป และ ไม่มีกำหนดอายุสูงสุด

- 1.7 ยกเลิก ข้อห้ามในการรักษาที่ต้องไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและใช้ยาเสพติด และ เกณฑ์การรักษาที่ต้องหยุดดื่มแอลกอฮอล์และหยุดใช้สารเสพติดทุกชนิด ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
2. พัฒนาระบบบริการให้โรงพยาบาลชุมชนรักษาไวรัสตับอักเสบบีได้ เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาใกล้

บ้าน

- 2.1 พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความรู้ความเข้าใจและให้การดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบี
- 2.2 จัดทำแนวทางการส่งต่อ การตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ชัดเจน ระหว่าง รพช. รพ.แม่ข่าย และ รพศ.
- 2.3 จัดระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหาร เพื่อลดการส่งตัวผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
- 2.4 สนับสนุนให้มีอุปกรณ์การตรวจ/หน่วยตรวจ มากขึ้น และต่อรองราคาค่าตรวจให้ลดลง
- 2.5 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ป่วยเพื่อสร้างความเข้าใจและติดตามการดูแลต่อเนื่อง
3. จัดหายารักษาที่มีประสิทธิภาพเท่าทันกับมาตรฐานการรักษาที่ก้าวหน้ามากขึ้น
 - 3.1 ส่งเสริมการขึ้นทะเบียนยาในประเทศมากขึ้น เพื่อให้เกิดการแข่งขันด้านราคา และลดการผูกขาดของบริษัท
 - 3.2 ต่อรองราคายาให้สมเหตุสมผลที่สุด
4. กำหนดมาตรฐานการรักษาและการเบิกชดเชยของหน่วยบริการทุกกองทุนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดปัญหาหน่วยบริการเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ
5. รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนเข้าใจ “ไวรัสตับอักเสบบี รักษาได้หายขาด” และรู้สิทธิ เพื่อเข้าสู่การคัดกรองและรักษาที่เร็วขึ้น
 - สปสช. ดำเนินการดังนี้
 1. ข้อเสนอ ข้อ 1 สปสช. ได้ทำหนังสือถึงกรมควบคุมโรค และสมาคมโรคตับ เพื่อยืนยันเกี่ยวกับข้อบ่งชี้และเกณฑ์การรักษา ตามข้อ 1.2 -1.7 และทำหนังสือเสนอคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ ตามข้อ 1.1
 2. ข้อเสนอ ข้อ 2 สปสช. ได้เสนอคณะกรรมการ 7x7 เพื่อพิจารณาขอบข่ายการพัฒนาและจัดระบบบริการในพื้นที่รองรับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี
 3. ข้อเสนอ ข้อ 3 สปสช. ได้ทำหนังสือถึง อย. และประสานคณะกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น เพื่อพิจารณาดำเนินการตามข้อเสนอ ภายใต้กฎหมาย ระเบียบ และบทบาทของแต่ละหน่วยงาน
 4. ข้อเสนอ ข้อ 4 และ 5 สปสช. ได้ทำหนังสือถึงกรมควบคุมโรคและสมาคมโรคตับ เพื่อพิจารณาทบทวน guideline จากนั้นจะจัดทำข้อเสนอการปรับการจ่ายชดเชยเสนอคณะกรรมการฯ พิจารณา และประสาน 3 กองทุน เพื่อพิจารณาปรับการจ่ายให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
 - เขตสุขภาพที่ 5 มีผู้ป่วยที่ได้รับยา Sofosbuvir และ Velpatasvir (จ.2) 150 คน ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด

รายละเอียดดังนี้

จังหวัด	หน่วยบริการ	2563	2564	2565(มค 65)	รวม
ราชบุรี	ราชบุรี	23	1		24
	บ้านโป่ง	1	2		3
กาญจนบุรี	พหลพลพยุหเสนา	20	1	1	21
สุพรรณบุรี	เจ้าพระยามรราช	10	5		15
นครปฐม	นครปฐม	25	7	2	32
	สมุทรสาคร	8	5		13
เพชรบุรี	บ้านแพ้ว	26			26
	พระจอมเกล้า	4	3		7
ประจวบคีรีขันธ์	หัวหิน	5	4		9
Grand Total		122	28	3	150

รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 3

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

นายรักษังพงศ์ เวียงเจริญ: การดูแลผู้ป่วย Hepatitis C เป็นบริการปกติ ไม่มีคณะกรรมการ service plan ฝ่าย สปสช. เขต 5 ราชบุรี ประสานผู้เชี่ยวชาญเพื่อวางแนวทางการกำกับติดตาม

นายพีระมณี นิงสานนท์: ระบบเดิม HIV จะมีคณะทำงาน RAC เขต ดูแลผู้ป่วย HIV แต่การดูแลผู้ป่วย Hepatitis C ยังไม่มีระบบการจัดการ จะประสานหาผู้เชี่ยวชาญ ผู้เกี่ยวข้อง และแจ้งประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 5 (นายแพทย์รักษังพงศ์ เวียงเจริญ) ต่อไป

มติที่ประชุม

เห็นชอบให้ สปสช. เขต 5 ราชบุรี ประสานผู้เชี่ยวชาญ, ผู้เกี่ยวข้อง และแจ้งประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 5 เพื่อดำเนินงานร่วมกันต่อไป

4.3 การเพิ่มยา rt-PA ในผู้ป่วย STEMI ปี 2565 ใน 3 จังหวัด โดย รพ. พหลพลพยุหเสนา รพ. พระจอมเกล้า และ รพ. ประจวบคีรีขันธ์โดย นายแพทย์รักษังพงศ์ เวียงเจริญ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

อัตราการตายผู้ป่วย STEMI ของเขต 5 ราชบุรี ค่อนข้างสูง (มากกว่า 10%) และบางพื้นที่เข้าถึง PPCI ได้ยาก แม้ว่าจะใช้ยา SK ถึงระดับ รพช. แต่อัตราตายผู้ป่วยยังไม่ลด เนื่องจากยามีประสิทธิภาพในการเปิดเส้นเลือดเพียง 50% จึงขอเสนอการสนับสนุนการใช้ยา TNK ที่มีผลการรักษาดีกว่า SK ในจังหวัดที่ไม่มี Cardiac Catheterization Lab ตั้งแต่ปี 2563 โดยมีการโอนเงินสนับสนุนการใช้ยา TNK ใน 3 จังหวัด คือ จังหวัดกาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และเพชรบุรี

ในปีงบประมาณ 2563 เริ่มโครงการสนับสนุนการใช้ยา TNK ใน 2 จังหวัด คือ จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อัตราตาย STEMI ลดลงชัดเจน (1) จังหวัดกาญจนบุรี อัตราตายจาก 11.66 ลดลงเหลือ 8.73 (2) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อัตราตายจาก 18.12 ลดลงเหลือ 10.38 จึงเพิ่มจังหวัดเพชรบุรี อีก 1 จังหวัด และในปีงบประมาณ 2564 จากสถานการณ์โควิด 19 ทำให้ขาดยา TNK เนื่องจากมีความต้องการสูง จังหวัดกาญจนบุรีจึงต้องกลับไปใช้ยา SK ทำให้อัตราตายสูงขึ้น เมื่อโรงพยาบาลหัวหิน เริ่มเปิด Catheterization Lab เพื่อทำ PPCI อัตราตายของผู้ป่วยของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และจังหวัดเพชรบุรีจึงลดลง แต่จำเป็นต้องใช้ยาละลายลิ่มเลือดในบางอำเภอ

งบประมาณที่ สปสช.สนับสนุนการใช้จ่าย TNK และการสั่งซื้อยา TNK จากแต่ละโรงพยาบาล ใน 3 จังหวัด มีรายละเอียดดังนี้

การสั่งซื้อยา TNK จากแต่ละโรงพยาบาล

ราคาซื้อ ยังไม่รวม VAT 7%

ปีงบประมาณ		2563	2564	2565 (มค.65)	รวม
กาญจนบุรี	รับ	3,000,000	4,752,000	4,800,000	12,552,000
	ซื้อ	3,104,560	1,562,400	61,680	4,728,640
ประจวบคีรีขันธ์	รับ	3,000,000	4,224,000	4,800,000	12,024,000
	ซื้อ	2,220,480	452,320	205,600	2,878,400
เพชรบุรี	รับ	-	3,520,000	-	3,520,000
	ซื้อ	-	-	-	-

รพ.แม่ข่าย สนับสนุน ยาTNK ไปไว้ที่ รพท.M1/ รพช. เครือข่ายในจังหวัดทุกแห่งด้วย

รพช.ซื้อเอง		2563	2564	2565	รวม
กาญจนบุรี	ซื้อ	246,720	431,760	-	678,480
สุพรรณบุรี	ซื้อ	20,560	20,560	-	41,120

จากตาราง ในปีงบประมาณ 2563 ใช้งบประมาณในการจัดซื้อยาได้เกือบเต็มวงเงิน ในปีงบประมาณ 2564 ใช้งบประมาณไปเพียงบางส่วน เนื่องจากสถานการณ์โควิด ทำให้ไม่สามารถจัดหา ยา TNK จึงมีเงินเหลือค้างในระบบ สำหรับในปีงบประมาณ 2565 คาดว่าสถานการณ์จะดีขึ้น จึงโอนเงินสนับสนุนการจัดซื้อยาใกล้เคียงกับงบประมาณเดิม ยกเว้นจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งยังไม่สามารถจัดซื้อได้ในปีงบประมาณ 2564

ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 TNK ใช้กรณีผู้ป่วย STEMI มีประวัติแพ้ยา SK หรือเคยได้รับยา SK ภายในระยะเวลา 6 เดือน แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถทำ PPCI ใน 2 ชั่วโมง หรือยังจำเป็นใช้ยาละลายลิ่มเลือด จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

- (1) ให้ใช้ยา rt-PA ในผู้ป่วย STEMI ในลักษณะเงื่อนไขเดียวกับยา TNK ที่ใช้เป็นยาละลายลิ่มเลือดตัวแรก ในผู้ป่วย STEMI ที่มีข้อบ่งชี้ทุกสิทธิ
- (2) แต่ละจังหวัดให้ความรู้การให้ยา จัดระบบปรึกษาเพื่อตัดสินใจให้ยา และระบบส่งต่อ
- (3) โรงพยาบาลที่ได้รับเงินสนับสนุนแล้ว สามารถใช้วงเงินที่เหลือ จัดหา ยาทั้ง rt-PA และ TNK เพื่อใช้ในผู้ป่วย STEMI

รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 4

มติที่ประชุม เห็นชอบตามข้อเสนอ

- (1) ให้ใช้ยา rt-PA ในผู้ป่วย STEMI ในลักษณะเงื่อนไขเดียวกับยา TNK ที่ใช้เป็นยาละลายลิ่มเลือดตัวแรก ในผู้ป่วย STEMI ที่มีข้อบ่งชี้ทุกสิทธิ
- (2) แต่ละจังหวัดให้ความรู้และอบรมการให้ยา จัดระบบปรึกษาในการตัดสินใจให้ยา และระบบส่งต่อ
- (3) โรงพยาบาลที่ได้รับเงินสนับสนุนไปแล้ว สามารถใช้วงเงินที่เหลือจัดหา ยาทั้ง rt-PA และ TNK เพื่อใช้ในผู้ป่วย STEMI

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องเพื่อทราบและกำกับติดตาม

5.1 นโยบายยกระดับบัตรทองการรับบริการปฐมภูมิที่หนักก็ได้ นำเสนอโดย นางจินตนา แวสวัสดิ์ ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 24 กุมภาพันธ์ 2565 ผลงานบริการสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี การให้บริการโรคสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ 1) การทำแผล 2) โรคปริทันต์ 3) การฉีดวัคซีน rabies ปัญหาส่วนใหญ่ คือ หน่วยบริการไม่บันทึกรหัสเหตุการณ์ให้บริการที่มีหัตถการ รองลงมาคือ ใส่ project code (WALKIN ผู้ป่วยนอกรับบริการกรณีเหตุสมควร) ไม่ถูกต้อง

รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 5

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

นายพีระมณ ینگสานนท์: ในช่วงสงกรานต์ ประชาชนเดินทางกลับบ้านต่างจังหวัดหรือท่องเที่ยว อาจมีการ ลืมยา ขอรับบริการทำแผล วัคซีน ให้เรียกเก็บจากโครงการนี้ ไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้รับบริการได้

มติที่ประชุม รับทราบ

5.2 การติดตามจากมติ 7x7 เรื่องความคืบหน้าการหารือ สดง.กรณีหน่วยบริการสามารถจ่ายค่าอาหาร ให้บุคคล/หน่วยงานอื่น นำเสนอโดย นางปรางวไล เหล่าชัย ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

ตามที่ สปสช. ได้กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่าย กรณีบริการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) โดยจะได้รับ 1) ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษาจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน 2) ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย (ไม่รวมค่าอาหาร) และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษาจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อวัน สปสช. ได้รับการหารือจากหน่วยบริการกรณีการดูแลที่ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐอื่นในการจัดหา จึงทำหนังสือหารือ สดง. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะดังนี้

1. การบันทึกบัญชีการรับเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณี Home isolation และ Community isolation จาก สปสช. ต้องเป็นไปตามมาตรฐานการบัญชีและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังกำหนด หรือมาตรฐานการรายงานทางการเงินที่มีผลบังคับใช้กับหน่วยบริการแต่ละแห่ง

2. การจ่ายค่าอาหารโดยตรงกับผู้ป่วย ในขณะที่อยู่ในการดูแลแบบ HI และ CI นั้น ในทางปฏิบัติผู้ป่วยไม่สามารถจัดหาอาหารได้ด้วยตัวเอง หน่วยบริการจะต้องเป็นผู้ดูแลเรื่องการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยโดยตรง การเบิกจ่ายเงินให้กับผู้ป่วยจึงไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ในการแยกกักตัวหรือการดูแลรักษาที่ภาครัฐพึงมีตามอาการของผู้ป่วย

3. กรณีหน่วยบริการ หน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชนอื่นๆ รับเงินรับฝากค่าอาหารแล้ว หน่วยบริการต้องบันทึกบัญชีเป็นรายได้ และเมื่อดำเนินการแล้วมีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าใด ต้องบันทึกบัญชีค่าใช้จ่ายตามจำนวนที่เกิดขึ้นจริง โดยจำนวนเงินที่เหลือจ่ายไม่ต้องส่งคืนแก่ สปสช. เว้นแต่มีกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ กำหนดให้ส่งคืน ซึ่งอาจมีผลให้การบันทึกบัญชีเปลี่ยนแปลงไป

- ถ้าจ่ายให้เอกชนต้องทำการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุฯ
- ถ้าจ่ายให้หน่วยงานภาครัฐอื่นต้องทำข้อตกลง แล้วบันทึกบัญชีเงินรับฝากเพื่อโอนเงินต่อไป

รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 6

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

นายอนุกุล ไทยถนอม: สปสข.เขต ให้ข้อมูลไม่ตรงกันเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย บางเขตให้ส่งอาหารแห้งให้กับผู้ป่วยได้ บางเขตไม่ให้ จึงขอทราบแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนของ สปสข.ส่วนกลาง

นายไพระมณี นิงสานนท์: สปสข.ส่วนกลางได้กำหนดแนวทางการจัดส่งอาหารให้กับผู้ป่วยว่าต้องเป็นอาหารพร้อมรับประทานจำนวน 3 มื้อ ไม่สามารถให้เป็นอาหารแห้งได้

นายประพันธ์ ไยบุญมี: เขตพื้นที่ ไม่ใช่กรุงเทพมหานครที่มีคนส่งอาหาร ทั้งยังกำหนดให้ HI อาหารต้องมีโภชนาการ ซึ่งขัดกับความเป็นจริงในพื้นที่ อาหารแห้งจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่า โดยเฉพาะกรณีติดเชื้อทั้งบ้านและไปไหนไม่ได้ อ.สองพี่น้อง จึงดำเนินการด้วยความสมัครใจ ถ้าต้องการอาหารให้อยู่ CI ถ้าไม่ต้องการอาหารให้อยู่ HI

มติที่ประชุม

มอบ สปสข. เขต 5 นำข้อเสนอจากที่ประชุมเข้าสู่การพิจารณาในการประชุมเพื่อกำหนดแนวทางบริหารกองทุนของสำนักงาน

5.3 แนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาบริการด้านสูติกรรม (มารดาและทารก) ในระดับเขต ปีงบประมาณ 2565 ภายใต้ อคม. เขต 5 ราชบุรี. นำเสนอโดย นางวิภาวี ตันอนุกุล นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะทำงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสูติกรรม (มารดาและทารก) เพื่อจัดทำแนวทางการเพื่อแก้ปัญหาบริการด้านสูติกรรม (มารดาและทารก) ในระดับเขต ปีงบประมาณ 2565 โดยคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เขต 5 ราชบุรี ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 ได้เห็นชอบแนวทางการพัฒนาฯ แล้ว รายละเอียดมีดังนี้

จากข้อมูลบริการด้านสูติกรรมระดับเขต ตั้งแต่ปี 2560-2564 (ข้อมูลการคลอดฐาน E-claim, ข้อมูลตัวชี้วัดอนามัยแม่และเด็ก, ข้อมูล ม. 41) ปัญหามารดาและทารกเสียชีวิตมีสาเหตุจาก 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอด(PPH) 2) โรคหัวใจในหญิงตั้งครรภ์ 3) ระบบส่งต่อ high-risk pregnancy refer จึงมีแนวทางการแก้ปัญหา ดังนี้

1. ผ่าน service plan และ คณะทำงานฯ

1.1 จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) 4 เรื่อง ได้แก่ 1) โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (PIH) 2) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) 3) การคลอดก่อนกำหนด (Preterm) 4) โรคเบาหวาน (DM) ในหญิงตั้งครรภ์ 5) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคหัวใจ

1.2 ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากร 1) การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง 2) โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (PIH) 3) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) 4) การคลอดก่อนกำหนด 5) การคลอดติดไหล่

2. ผ่านคณะทำงาน 5x5

2.1 จัด zoning และระบบส่งต่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ทั้ง 8 จังหวัด และพัฒนาประสิทธิภาพระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high-risk pregnancy refer) ผ่าน application R5S

2.2 จัดระบบการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงคลอดภาวะฉุกเฉิน

1) คัดกรองความเสี่ยง กรณี low risk ให้โรงพยาบาลชุมชนดูแล, กรณี high-risk ส่งต่อ High-Risk Pregnancy Clinic เพื่อดูแลต่ออยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, เฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชนโดยเครือข่าย (อสม., ทีมหมอครอบครัว และ เจ้าหน้าที่ในระดับ รพ.สต.)

2) จัดระบบ One-Province-One-Labour Room เพื่อให้คำปรึกษาและส่งต่อผ่านระบบ Line โดยจังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งดำเนินการได้ดีจะเป็นตัวอย่างในการถ่ายทอดแก่จังหวัดอื่น

การประเมินผล คือ

(1) สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือ การคลอดในหน่วยบริการ สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode) : [100000] ลดลง (น้อยกว่า 46)

(2) ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (stillbirth) (E-claim)

จึงเสนอคณะทำงาน 5x5 ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 5 เพื่อทราบแนวทางการเพื่อแก้ปัญหาบริการด้านสูติกรรม (มารดาและทารก) ในระดับเขต ปีงบประมาณ 2565 อคม. เขต 5 ราชบุรี และสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

(1) จัด zoning และระบบส่งต่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ทั้ง 8 จังหวัด และ พัฒนาประสิทธิภาพระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high risk pregnancy refer) ผ่าน application R5S ระดับเขต

(2) จัดระบบการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงคลอดภาวะฉุกเฉิน

1) คัดกรองความเสี่ยง กรณี low risk ให้โรงพยาบาลชุมชนดูแล, กรณี high-risk ส่งต่อ High-Risk Pregnancy Clinic เพื่อดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, เผื่อระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชนโดยเครือข่าย (อสม., ทีมหมอครอบครัว และ เจ้าหน้าที่ในระดับ รพ.สต.)

2) จัดระบบ One-Province-One-Labour Room เพื่อให้คำปรึกษาและส่งต่อผ่านระบบ Line โดยจังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งดำเนินการได้ดีจะเป็นตัวอย่างในการถ่ายทอดแก่จังหวัดอื่น

รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 7

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

นายแพทย์ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้: คณะทำงานฯ เน้นการพัฒนาศักยภาพของการพัฒนาระบบบริการ เช่น CPG, ระบบส่งต่อ, บริหารความเสี่ยง One Province One Labour Room ที่ผ่านมาได้มีการประชุม MCH Board ระดับเขตไปแล้ว 1 ครั้ง เพื่อวางแผนพัฒนา service plan ของเขต เน้นการจัดการ เช่นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง, PPH, Heart disease วางระบบภายในจังหวัด ปัญหาออกจังหวัดจะมีแนวทางเชื่อมต่อ และกำกับติดตาม เสริมสร้างศักยภาพมารดาที่ตายบางส่วนเกิดในโรงพยาบาลที่ห่างไกล จะเน้นการพัฒนาบุคลากรให้ทั่วถึงและจัดระบบประสาน แต่จำเป็นต้องขอความร่วมมือเชิงนโยบายจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 5 ในการผลักดันการใช้ข้อมูลเพื่อจัดการการส่งต่อร่วมกัน (web application R5S) เพื่อบริหารจัดการเตียงร่วมกัน

นายอนุกุล ไทยถนอม: สูติกรรมเป็นปัญหาสำคัญ แต่การแก้ปัญหาบริการด้านสูติกรรม (มารดาและทารก) ในระดับเขต อาจไม่ตรงกับภารกิจของคณะทำงาน 5x5 เว้นแต่จะมีประเด็น financing

นายวิโรจน์ รัตนอมรสกุล: ประเด็นการแก้ปัญหาบริการอาจยังไม่มีเกี่ยวกับคณะทำงาน 5x5 เห็นว่าควรนำข้อเสนอ อปสข.

นายพีระมณ นิงสานนท์: ในปีงบประมาณ 2566 ในส่วนของเขตสุขภาพและบริการ value-based healthcare เรื่องมารดาและทารกน่าจะเป็นประเด็นสำคัญอีกเรื่องที่น่าจะได้ประโยชน์จากกลไกนี้

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องอื่นๆ

6.1 การติดตามงบค่าง่าย HI CI ปีงบประมาณ 2564

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 อนุมัติค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคโควิด 19 และบริการอื่นที่เกี่ยวข้องที่หน่วยบริการให้บริการระหว่างเดือนธันวาคม 2564 - เดือนกุมภาพันธ์ 2565 กรอบวงเงินรวม 34,528.866 ล้านบาท ขณะนี้อยู่ระหว่างการโอนเงินจากสำนักงบประมาณถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มติที่ประชุม รับทราบ

6.2 ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สอบถามนโยบาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน การสนับสนุนงบประมาณให้แก่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนอำนาจไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 เป็นต้นไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะปรับนโยบายการตามจ่ายไปยัง อบจ. หรือ รพ.สต. ตาม ข้อตกลงที่จะเกิดขึ้นตาม พรบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47

สปสช.เขต 5 ราษุบุรี จะรวบรวมข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการถ่ายโอนอำนาจจากผู้บริหารในเขตสุขภาพ เพื่อเป็นข้อเสนอการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 ต่อ สปสช.ต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ

6.3 งบประมาณจ่ายรายหัวที่กั้นไว้ที่ระดับเขตในรอบสุดท้าย เสนอให้จัดสรรให้แก่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

มติที่ประชุม มอบนายจักรพันธ์ จันทร์สว่าง จัดทำข้อมูลมานำเสนอ

6.4 กำหนดการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 5 ครั้งที่ 3/2565

กำหนดเดือนพฤษภาคม 2565 โดยเลขานุการจะชี้แจง วัน/เวลา ที่เหมาะสมต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ

ประธานกล่าวปิดการประชุม เวลา 16.10 น.

นายธนิต มณีอินทร์ / นางชัชติกา แม่ประสาธ ผู้จัดบันทึกการประชุม