



สรุปมติ และข้อสั่งการ

จากการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ

ครั้งที่ 1/2567 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 9.00-12.00 น. ผ่านระบบ Zoom meeting

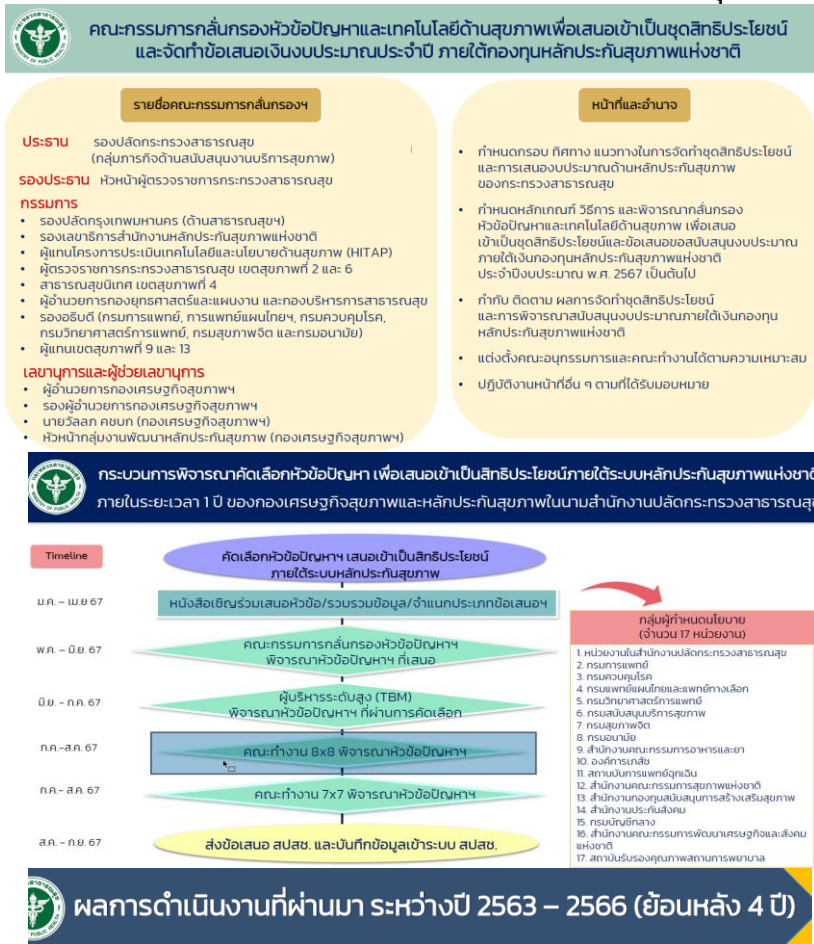
<https://zoom.us/j/98636519964?pwd=d0wwTGZCaVFXTHVweUZNut5VGhRdz09>

Meeting ID: 986 3651 9964 Passcode: 766597

วาระ/ประเด็น	มติที่ประชุม	ข้อสั่งการ คทง. 5x5
ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ		
1.1 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ครั้งที่ 13/2566 วันที่ 25 ธันวาคม 2566 ประเด็นที่เกี่ยวข้อง	<u>มติที่ประชุม</u> รับทราบ	<u>ข้อสั่งการ</u> -
ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ		
รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ ครั้งที่ 8/2566 วันที่ 19 ธันวาคม 2566	<u>มติที่ประชุม</u> รับรองมติประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ ครั้งที่ 8/2566 วันที่ 19 ธันวาคม 2566 ในที่ประชุม	<u>ข้อสั่งการ</u> -
ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง		
ไม่มี	-	
ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา		
4.1 กระบวนการขั้นตอนเสนอสิทธิประโยชน์ภายในกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. นพ.ดิเรก สุตแดน ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ สป.สธ. นำเสนอกระบวนการขั้นตอนเสนอสิทธิประโยชน์ภายในกระทรวงสาธารณสุข และ นางนฤมล ไชยรังสินันท์ ผอ.ฝ่ายนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. นำเสนอกระบวนการขั้นตอนเสนอสิทธิประโยชน์ภายใน สปสช. ดังนี้	<u>มติที่ประชุม</u> 1) เห็นชอบกระบวนการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เสนอเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และ	<u>ข้อสั่งการ</u> -

วาระ/ประเด็น

1) กระบวนการขั้นตอนเสนอสิทธิประโยชน์ภายในกระทรวงสาธารณสุข



ปี พ.ศ.	ข้อพิจารณา ที่เสนอ แก่ กคท.	ข้อพิจารณา ที่ได้รับการคัดเลือกจาก สป.ส. (กคท.)	งบประมาณ (บาท)
2564	7 ข้อ	3 ข้อ	280.4 ล.
2565	14 ข้อ	5 ข้อ	744.8 ล.
2566	6 ข้อ	5 ข้อ	608.2 ล.

มติที่ประชุม

- กระบวนการพัฒนาศักยภาพสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP) และแผนการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของ สปสช.
- 2) มอบ สปสช. รับข้อเสนอจากคณะกรรมการฯ ไปพิจารณาดำเนินการ ได้แก่ การเพิ่มจำนวนการส่งข้อพิจารณาต่อกลุ่มเกิน 5 เรื่องได้หรือไม่ รวมถึงมุมมองด้านงบประมาณกรณีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในระหว่างปี ทำอย่างไรให้ใช้งบประมาณได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อสั่งการ คทง. 5x5

วาระ/ประเด็น	มติที่ประชุม	ข้อสั่งการ คทง. 5x5																																																																																						
4.3 การพิจารณาภาระงานสำหรับนโยบายขยายสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยซิฟิลิสในประเทศไทย นายแพทย์ศุภโชค คงเทียน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และ ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค นำเสนอการพิจารณาภาระงานสำหรับนโยบายขยายสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยซิฟิลิสในประเทศไทย ดังนี้ ข้อสรุป การประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อนโยบายขยายสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยซิฟิลิสในประเทศไทย : ตัวแทนหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 28 ธันวาคม 2566 เวลา 09.30-14.00 น. ณ ห้องประชุมอายุรโกศล ชั้น 2 อาคาร 1 กรมควบคุมโรค และทางระบบออนไลน์ (Webex Meeting) ผู้ร่วมประชุม 1. นพ.นิตี เตชานุรักษ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (ประธาน) 2. พญ.วรรณภา หาญสุวรรณกุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค 3. นพ.สมธ อัครวงค์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค 4. นพ.โชค สัตย์คำ ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อและภูมิคุ้มกันและพัฒนาสุขภาพ 5. พญ.วันรัตน์ นิธิยธิต ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อและภูมิคุ้มกันและพัฒนาสุขภาพ 6. นพ.สุวิทย์ โชติศรี รองผู้อำนวยการกองโรคติดต่อและภูมิคุ้มกันและพัฒนาสุขภาพ 7. นพ.เศรษฐวิทย์ ศิริวัฒน์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 8. นพ.วรรณภา เอื้อประไพกุล สำนักงานกองโรคติดต่อและภูมิคุ้มกันและพัฒนาสุขภาพ 9. นพ.สุภาวดีรัตน์ จิณฉันทนา สำนักงานกองโรคติดต่อและภูมิคุ้มกันและพัฒนาสุขภาพ 10. คุณณัฐยาภรณ์ เพชรภักดิ์ กองระบาดวิทยาและโรคติดต่อและภูมิคุ้มกันและพัฒนาสุขภาพ 11. คุณศุภวรรณ กองระบาดวิทยาและโรคติดต่อและภูมิคุ้มกันและพัฒนาสุขภาพ 12. ทีมผู้ร่วมวิชาการ คณะทำงานพัฒนาศักยภาพและนวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคในระบบสุขภาพ กรมควบคุมโรค 13. ทีมวิจัย กรมควบคุมโรค เห็นด้วยกับการขยายสิทธิประโยชน์ครอบคลุมในเยาวชน ผู้ต้องขัง และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง โดย 1. ควรกำหนดวิธีเบิก-จ่ายเป็นแบบ fee schedule 2. ให้พื้นที่เป็นผู้กำหนดเป้าหมาย บริการเชิงรุก ตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละพื้นที่ 3. สามารถให้บริการได้พื้นที่เนื่องจากเป็นบริการที่ดำเนินการอยู่แล้ว แต่ไม่สามารถเบิก-จ่ายได้ 4. ควรพัฒนาระบบการรายงาน ติดตามประเมินผล ให้มีประสิทธิภาพ วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันการคัดกรองและวินิจฉัยซิฟิลิสในประชากรไทย (Current Practice) <table><tr><th>สิทธิประโยชน์</th><th>กลุ่มเป้าหมาย</th><th>วิธีการตรวจ</th><th>ความถี่ตามนโยบาย</th><th>สถานที่</th><th>จำนวนตรวจซิฟิลิสเชิงรุก (% coverage)</th><th>Positive rate</th><th>Ref.</th></tr><tr><td rowspan="8">FEE SCHEDULE</td><td>หญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy women: Preg)</td><td>TA, RA</td><td>2 ครั้งการตั้งครรภ์</td><td>Traditional Algorithm (TA) ใน รพช. *</td><td>377,674 / 379,278 (99.6%)</td><td>0.9%</td><td>PIHMS 64</td></tr><tr><td>UCBP-PP</td><td>สามี/คู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy couple)</td><td>1 ครั้งการตั้งครรภ์/ครั้งภรรยา *</td><td>Reverse Algorithm (RA) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *</td><td>226,604* / 379,278 (59.7%)</td><td>0.9%*</td><td>ความถี่สูงที่สุด 60% ของกลุ่มนี้ตรวจ</td></tr><tr><td rowspan="2">UCBP-HIV</td><td>ผู้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP)</td><td>TA, RA</td><td>ไม่เกิน 2 ครั้งปี</td><td>Traditional Algorithm (TA) ใน รพช. ศูนย์บริการฯ รพช. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น</td><td>1,968</td><td>8.2%</td><td>PEP บำรุง 63 (ศูนย์ฯ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 294 แห่ง 95-1)</td></tr><tr><td>ผู้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP)</td><td>TA, RA</td><td>ไม่เกิน 2 ครั้งการสัมผัสเชื้อ</td><td>Reverse Algorithm (RA) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *</td><td>1,045</td><td>8.2%*</td><td>NAP-STI 65, PEP บำรุง 63 (ศูนย์ฯ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 294 แห่ง 95-1)</td></tr><tr><td rowspan="4">กลุ่มประชากรหลักในการดำเนินงานด้านเอชไอวี (Key Population: KP)</td><td>TA</td><td>ไม่เกิน 1 ครั้งปี</td><td>องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น/องค์กรชุมชน</td><td>20,470 / 897,706 (2.3%)</td><td>11.4%*</td><td>NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *</td></tr><tr><td>TA, RA</td><td>ไม่เกิน 1 ครั้งปี</td><td>รพ. ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *</td><td>117,606 / 897,706 (13.1%)</td><td>11.4%*</td><td>NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *</td></tr><tr><td>TA, RA</td><td>ไม่เกิน 1 ครั้งปี</td><td>TA ในศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร</td><td>11,534 / 897,706 (1.3%)</td><td>11.4%^(a+b)</td><td>NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *</td></tr><tr><td>TA, RA</td><td>ไม่เกิน 1 ครั้งปี</td><td>เดิมทำ สหประชาชาติ RDI จากกระทรวงสาธารณสุข โครงการ "รวมพลังป้องกัน 5 เชื้อชาติ สามัคคี 68"</td><td>53,716 / 285,755 (18.8%)</td><td>1.9%</td><td>ราชบัณฑิตยสถาน 64</td></tr><tr><td>Non-UCBP, Other Government Support</td><td>ผู้ต้องขังในเรือนจำ (Prisoner: Pris)</td><td>RDT</td><td>ไม่เกิน 1 ครั้งปี</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Out of pocket</td><td>ประชากรผู้ติดเชื้อเอดส์ (General population: GP)</td><td>TA, RA</td><td>ไม่เกิน 2 ครั้งปี*</td><td>TA ในศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร</td><td>5,214</td><td>1.8%</td><td>NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *</td></tr><tr><td>ประชากรผู้ติดเชื้อเอดส์ (GP)</td><td>TA, RA</td><td>ไม่เกิน 2 ครั้งปี*</td><td>รพ. ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *</td><td>127,210 ครั้ง</td><td>1.8%*</td><td>NAP-STI 65, ศูนย์ฯ 28 กรม *</td></tr></table> TA: Traditional Algorithm, RA: Reverse Algorithm, RDT: Rapid Diagnostic Test * ประชาชนทั่วไป = ประชากรไทยที่ลงทะเบียน 7 กลุ่มเสี่ยง ซึ่งใช้สำหรับการวินิจฉัย a = ผลการวิเคราะห์ cost-effectiveness analysis cal = calibrated parameters¹⁰	สิทธิประโยชน์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการตรวจ	ความถี่ตามนโยบาย	สถานที่	จำนวนตรวจซิฟิลิสเชิงรุก (% coverage)	Positive rate	Ref.	FEE SCHEDULE	หญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy women: Preg)	TA, RA	2 ครั้งการตั้งครรภ์	Traditional Algorithm (TA) ใน รพช. *	377,674 / 379,278 (99.6%)	0.9%	PIHMS 64	UCBP-PP	สามี/คู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy couple)	1 ครั้งการตั้งครรภ์/ครั้งภรรยา *	Reverse Algorithm (RA) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *	226,604* / 379,278 (59.7%)	0.9%*	ความถี่สูงที่สุด 60% ของกลุ่มนี้ตรวจ	UCBP-HIV	ผู้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP)	TA, RA	ไม่เกิน 2 ครั้งปี	Traditional Algorithm (TA) ใน รพช. ศูนย์บริการฯ รพช. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	1,968	8.2%	PEP บำรุง 63 (ศูนย์ฯ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 294 แห่ง 95-1)	ผู้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP)	TA, RA	ไม่เกิน 2 ครั้งการสัมผัสเชื้อ	Reverse Algorithm (RA) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *	1,045	8.2%*	NAP-STI 65, PEP บำรุง 63 (ศูนย์ฯ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 294 แห่ง 95-1)	กลุ่มประชากรหลักในการดำเนินงานด้านเอชไอวี (Key Population: KP)	TA	ไม่เกิน 1 ครั้งปี	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น/องค์กรชุมชน	20,470 / 897,706 (2.3%)	11.4%*	NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *	TA, RA	ไม่เกิน 1 ครั้งปี	รพ. ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *	117,606 / 897,706 (13.1%)	11.4%*	NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *	TA, RA	ไม่เกิน 1 ครั้งปี	TA ในศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	11,534 / 897,706 (1.3%)	11.4% ^(a+b)	NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *	TA, RA	ไม่เกิน 1 ครั้งปี	เดิมทำ สหประชาชาติ RDI จากกระทรวงสาธารณสุข โครงการ "รวมพลังป้องกัน 5 เชื้อชาติ สามัคคี 68"	53,716 / 285,755 (18.8%)	1.9%	ราชบัณฑิตยสถาน 64	Non-UCBP, Other Government Support	ผู้ต้องขังในเรือนจำ (Prisoner: Pris)	RDT	ไม่เกิน 1 ครั้งปี					Out of pocket	ประชากรผู้ติดเชื้อเอดส์ (General population: GP)	TA, RA	ไม่เกิน 2 ครั้งปี*	TA ในศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	5,214	1.8%	NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *	ประชากรผู้ติดเชื้อเอดส์ (GP)	TA, RA	ไม่เกิน 2 ครั้งปี*	รพ. ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *	127,210 ครั้ง	1.8%*	NAP-STI 65, ศูนย์ฯ 28 กรม *	มติที่ประชุม 1) รับทราบภาระงานตามข้อเสนอการขยายสิทธิประโยชน์การป้องกันโรคซิฟิลิสจากเดิมในหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 และ 4 และในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ โดยให้ครอบคลุมเยาวชนวัยรุ่น ผู้ต้องขังและประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง 2) มอบ สปสช. เสนอต่อกลไกที่เกี่ยวข้องพิจารณาต่อไป	ข้อสั่งการ -
สิทธิประโยชน์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการตรวจ	ความถี่ตามนโยบาย	สถานที่	จำนวนตรวจซิฟิลิสเชิงรุก (% coverage)	Positive rate	Ref.																																																																																	
FEE SCHEDULE	หญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy women: Preg)	TA, RA	2 ครั้งการตั้งครรภ์	Traditional Algorithm (TA) ใน รพช. *	377,674 / 379,278 (99.6%)	0.9%	PIHMS 64																																																																																	
	UCBP-PP	สามี/คู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy couple)	1 ครั้งการตั้งครรภ์/ครั้งภรรยา *	Reverse Algorithm (RA) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *	226,604* / 379,278 (59.7%)	0.9%*	ความถี่สูงที่สุด 60% ของกลุ่มนี้ตรวจ																																																																																	
	UCBP-HIV	ผู้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP)	TA, RA	ไม่เกิน 2 ครั้งปี	Traditional Algorithm (TA) ใน รพช. ศูนย์บริการฯ รพช. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	1,968	8.2%	PEP บำรุง 63 (ศูนย์ฯ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 294 แห่ง 95-1)																																																																																
		ผู้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP)	TA, RA	ไม่เกิน 2 ครั้งการสัมผัสเชื้อ	Reverse Algorithm (RA) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *	1,045	8.2%*	NAP-STI 65, PEP บำรุง 63 (ศูนย์ฯ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 294 แห่ง 95-1)																																																																																
	กลุ่มประชากรหลักในการดำเนินงานด้านเอชไอวี (Key Population: KP)	TA	ไม่เกิน 1 ครั้งปี	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น/องค์กรชุมชน	20,470 / 897,706 (2.3%)	11.4%*	NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *																																																																																	
		TA, RA	ไม่เกิน 1 ครั้งปี	รพ. ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *	117,606 / 897,706 (13.1%)	11.4%*	NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *																																																																																	
		TA, RA	ไม่เกิน 1 ครั้งปี	TA ในศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	11,534 / 897,706 (1.3%)	11.4% ^(a+b)	NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *																																																																																	
		TA, RA	ไม่เกิน 1 ครั้งปี	เดิมทำ สหประชาชาติ RDI จากกระทรวงสาธารณสุข โครงการ "รวมพลังป้องกัน 5 เชื้อชาติ สามัคคี 68"	53,716 / 285,755 (18.8%)	1.9%	ราชบัณฑิตยสถาน 64																																																																																	
Non-UCBP, Other Government Support	ผู้ต้องขังในเรือนจำ (Prisoner: Pris)	RDT	ไม่เกิน 1 ครั้งปี																																																																																					
Out of pocket	ประชากรผู้ติดเชื้อเอดส์ (General population: GP)	TA, RA	ไม่เกิน 2 ครั้งปี*	TA ในศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	5,214	1.8%	NAP-STI 65, AEM 64, ศูนย์ฯ 28 กรม *																																																																																	
	ประชากรผู้ติดเชื้อเอดส์ (GP)	TA, RA	ไม่เกิน 2 ครั้งปี*	รพ. ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก รพช. *	127,210 ครั้ง	1.8%*	NAP-STI 65, ศูนย์ฯ 28 กรม *																																																																																	

วาระ/ประเด็น		มติที่ประชุม		ข้อสั่งการ คทง. 5x5																							
สรุปย่อผลการศึกษา: ความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ  โรงเรียนแพทย์  โรงพยาบาลศูนย์  โรงพยาบาลทั่วไป  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  สาธารณสุข  NGOs  เรือนจำ <table><tr><td>RPR Max. Capacity = 1,707,111 ครั้ง/ปี</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>CLIA/TPPA Max. Capacity = 3,374,880 (CLIA) 1,771,812 (TPPA) ครั้ง/ปี</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>RDT Max. Capacity = 57,922,800 ครั้ง/ปี</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr></table>		RPR Max. Capacity = 1,707,111 ครั้ง/ปี	✓	✓	✓	✓	✓	✓		CLIA/TPPA Max. Capacity = 3,374,880 (CLIA) 1,771,812 (TPPA) ครั้ง/ปี	✓	✓	✓					RDT Max. Capacity = 57,922,800 ครั้ง/ปี	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
RPR Max. Capacity = 1,707,111 ครั้ง/ปี	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					
CLIA/TPPA Max. Capacity = 3,374,880 (CLIA) 1,771,812 (TPPA) ครั้ง/ปี	✓	✓	✓																								
RDT Max. Capacity = 57,922,800 ครั้ง/ปี	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																				
สรุปย่อผลการศึกษา: ความเป็นไปได้เชิงระบบ ทางปฏิบัติ และอื่น ๆ <table><tr><th>รูปแบบบริการในปัจจุบัน</th><th>สถานบริการ</th><th>ผลที่คาดหวังเมื่อขยายสิทธิประโยชน์</th><th>ความพร้อม/ผลกระทบ</th><th>การส่งบันทึกข้อมูล</th></tr><tr><td>STIs CLINIC มีการตรวจคัดกรอง STIs ครบทุกโรค</td><td>  โรงพยาบาลศูนย์  โรงพยาบาลทั่วไป </td><td>  โรงเรียนแพทย์  NGOs </td><td>1. ขยายการให้บริการคัดกรองได้มากขึ้น 2. เพิ่มการตรวจ Syphilis ได้มากขึ้น ควบคู่กับการทำ VCT HIV 3. เพิ่มการคัดกรอง Syphilis ในผู้ป่วยมาด้วยโรค STIs อื่น ๆ</td><td></td><td>1. บันทึกผ่าน NAP plus สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่มีการทำ VCT 2. บันทึกผ่านระบบ KTB digital สำหรับบริการคัดกรองในประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ทำ VCT</td></tr><tr><td>Only STI services มีการให้บริการ VCT HIV หรือตรวจเลือดเป็นหลัก</td><td>  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  ศูนย์บริการสาธารณสุข </td><td>  สถานพยาบาลเรือนจำ </td><td>1. มีการตรวจคัดกรอง Syphilis เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มาด้วยโรค STIs อื่น ๆ 2. มีการผนวก VCT Syphilis คู่กับ VCT HIV</td><td>ด้านคลินิก - มีภาระงานในการตรวจผู้มาคัดกรองเพิ่ม ทั้งกรณี walking screening และ screening ในกลุ่มที่มาด้วยโรค STIs อื่น ๆ ด้านห้องปฏิบัติการ - เพิ่มการเจาะเลือด และตรวจ Lab มากขึ้น</td><td>- บันทึกผ่านระบบ KTB digital สำหรับบริการคัดกรองในประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ทำ VCT</td></tr></table>		รูปแบบบริการในปัจจุบัน	สถานบริการ	ผลที่คาดหวังเมื่อขยายสิทธิประโยชน์	ความพร้อม/ผลกระทบ	การส่งบันทึกข้อมูล	STIs CLINIC มีการตรวจคัดกรอง STIs ครบทุกโรค	 โรงพยาบาลศูนย์  โรงพยาบาลทั่วไป	 โรงเรียนแพทย์  NGOs	1. ขยายการให้บริการคัดกรองได้มากขึ้น 2. เพิ่มการตรวจ Syphilis ได้มากขึ้น ควบคู่กับการทำ VCT HIV 3. เพิ่มการคัดกรอง Syphilis ในผู้ป่วยมาด้วยโรค STIs อื่น ๆ		1. บันทึกผ่าน NAP plus สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่มีการทำ VCT 2. บันทึกผ่านระบบ KTB digital สำหรับบริการคัดกรองในประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ทำ VCT	Only STI services มีการให้บริการ VCT HIV หรือตรวจเลือดเป็นหลัก	 โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  ศูนย์บริการสาธารณสุข	 สถานพยาบาลเรือนจำ	1. มีการตรวจคัดกรอง Syphilis เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มาด้วยโรค STIs อื่น ๆ 2. มีการผนวก VCT Syphilis คู่กับ VCT HIV	ด้านคลินิก - มีภาระงานในการตรวจผู้มาคัดกรองเพิ่ม ทั้งกรณี walking screening และ screening ในกลุ่มที่มาด้วยโรค STIs อื่น ๆ ด้านห้องปฏิบัติการ - เพิ่มการเจาะเลือด และตรวจ Lab มากขึ้น	- บันทึกผ่านระบบ KTB digital สำหรับบริการคัดกรองในประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ทำ VCT									
รูปแบบบริการในปัจจุบัน	สถานบริการ	ผลที่คาดหวังเมื่อขยายสิทธิประโยชน์	ความพร้อม/ผลกระทบ	การส่งบันทึกข้อมูล																							
STIs CLINIC มีการตรวจคัดกรอง STIs ครบทุกโรค	 โรงพยาบาลศูนย์  โรงพยาบาลทั่วไป	 โรงเรียนแพทย์  NGOs	1. ขยายการให้บริการคัดกรองได้มากขึ้น 2. เพิ่มการตรวจ Syphilis ได้มากขึ้น ควบคู่กับการทำ VCT HIV 3. เพิ่มการคัดกรอง Syphilis ในผู้ป่วยมาด้วยโรค STIs อื่น ๆ		1. บันทึกผ่าน NAP plus สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่มีการทำ VCT 2. บันทึกผ่านระบบ KTB digital สำหรับบริการคัดกรองในประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ทำ VCT																						
Only STI services มีการให้บริการ VCT HIV หรือตรวจเลือดเป็นหลัก	 โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  ศูนย์บริการสาธารณสุข	 สถานพยาบาลเรือนจำ	1. มีการตรวจคัดกรอง Syphilis เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มาด้วยโรค STIs อื่น ๆ 2. มีการผนวก VCT Syphilis คู่กับ VCT HIV	ด้านคลินิก - มีภาระงานในการตรวจผู้มาคัดกรองเพิ่ม ทั้งกรณี walking screening และ screening ในกลุ่มที่มาด้วยโรค STIs อื่น ๆ ด้านห้องปฏิบัติการ - เพิ่มการเจาะเลือด และตรวจ Lab มากขึ้น	- บันทึกผ่านระบบ KTB digital สำหรับบริการคัดกรองในประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ทำ VCT																						
รายละเอียดตามเอกสารประกอบวาระที่ 4.3																											
ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องเพื่อทราบ																											
ไม่มี	มติที่ประชุม	ข้อสั่งการ																									
	-	-																									

วาระ/ประเด็น	มติที่ประชุม	ข้อสั่งการ คทง. 5x5
ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องอื่นๆ		
6.1 กรณี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังท้องถิ่นแล้ว การหักงบค่าแรงจะดำเนินการอย่างไร หักที่หน่วยบริการประจำหรือหักที่รพ.สต.	<u>มติที่ประชุม</u> ยังคงตัดค่าแรงที่หน่วยบริการประจำแบบเดิมที่เคยดำเนินการ และให้มีการตกลงกันในเรื่องการจัดสรรงบ	<u>ข้อสั่งการ</u> รับทราบ
6.2 กำหนดการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศ [คณะกรรมการฯ 7x7] ครั้งที่ 2/2567 วันที่ 12 มีนาคม 2567 เวลา 13.00-16.00 น. ผ่าน Zoom meeting	<u>มติที่ประชุม</u> ประสานนัดหมายการประชุมคณะกรรมการฯ 7x7 ครั้งที่ 2/2567 ผ่าน Zoom meeting ในภายหลังอีกครั้ง	<u>ข้อสั่งการ</u> รับทราบ

Download เอกสารประกอบการประชุมโดย Scan QR code >>>>>>

หรือ URL download เอกสารประชุม คกก.7x7 : <https://shorturl.at/ivPZ9>

หรือ Click link download เอกสาร >>> https://drive.google.com/drive/folders/1vts_jhe4T1bkNvW7AtNAyoyU8pYfc3xu?usp=sharing

นางสาวผ่องพรรณ ราชคม/นางกาญจนา ศรีชมภู

สรุปมติประชุมและเสนอรับรองมติในที่ประชุม

