

(1)	นายวิชัย โชควิวัฒน์	ประธานอนุกรรมการ
(2)	รองศาสตราจารย์สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	อนุกรรมการ
(3)	นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ	อนุกรรมการ
(4)	นายพินัย ล้วนเลิศ	อนุกรรมการ
(5)	นายวีระพันธ์ ลีชนะกุล	เลขานุการ

(1)	ศาสตราจารย์นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา	อนุกรรมการ
(2)	รองศาสตราจารย์ชัชชาติ สิทธิพันธุ์	อนุกรรมการ
(3)	รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ถิตติวิไล สามโกเศศ	อนุกรรมการ
(4)	นายกองตรี ธนภฤต จิตรอารีย์รัตน์	อนุกรรมการ
(5)	นายนเรศฤทธิ์ ชัดยะสือมา	อนุกรรมการ
(6)	นายปรีชา พันธุ์ติเวช	อนุกรรมการ
(7)	นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์	อนุกรรมการ
(8)	นางสาววรรณภา แก้วชาติ	อนุกรรมการ
(9)	นายวิชาญ มั่นชัยนันท์	อนุกรรมการ
(10)	นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	อนุกรรมการ
(11)	พลเอก เอกจิต ช่างหล่อ	อนุกรรมการ
(12)	นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	อนุกรรมการ
(13)	นางประจวบ ทิทอง	อนุกรรมการ
(14)	นางวิศัลย์สิริ ตันตระกูล	อนุกรรมการ
(15)	นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ	อนุกรรมการ
(16)	นายสมชาย กระจำแสง	อนุกรรมการ
(17)	นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว	อนุกรรมการ
(18)	นายจิรพงษ์ ทรงวัชรภรณ์	อนุกรรมการ

12 3. รายชื่ออนุกรรมการที่ลาประชุม

- | | | |
|-----|-------------------------|------------|
| (1) | นางสาวแพรว จิตตินันทน์ | อนุกรรมการ |
| (2) | นายเฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ | อนุกรรมการ |

13

14 4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

- | | | |
|-----|----------------------------------|------------------------------------|
| (1) | พันโทณรงค์ศักดิ์ ถัมภ์บรรทุ | ผู้อำนวยการ สปสช. เขต 13 กทม. |
| (2) | นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ | ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต 13 กทม. |
| (3) | นางสาวภัทรรณ กาญจนโณภาส | ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต 13 กทม. |
| (4) | นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา | สปสช. เขต 13 กทม. |
| (5) | นางสาวอุษณา รัตนภรณ์พิศิษฐ์ | สปสช. เขต 13 กทม. |

15

16 5. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- | | | |
|-----|----------------------------|---|
| (1) | นายการุณย์ คุณศิริานนท์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| (2) | นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ | ผู้ช่วยเลขาธิการ |
| (3) | นางเบญจมาศ เลิศชาคร | ผู้ทรงคุณวุฒิสายงานบริหารกองทุน |
| (4) | นางสาวพิมพ์วิสา ศรีเมือง | รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารการจัดสรรงบประมาณกองทุน |
| (5) | นางชาลิมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์ | สปสช. เขต 13 กทม. |

17

18 เปิดการประชุมเวลา 09.00 น.

19 การประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 20 ครั้งที่ 12/2568 ในวันพฤหัสบดีที่ 18 ธันวาคม 2568 ณ ห้องประชุม 1 สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 21 ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ zoom
 22 conference โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป ซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบและประกาศ
 23 ที่กำหนด และฝ่ายเลขานุการฯ ได้จัดส่งเอกสารประกอบการประชุมที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้อนุกรรมการฯ
 24 ทุกท่านแล้ว โดยการประชุมครั้งนี้มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุม สปสช.กทม. จำนวน 4 ท่าน
 25 มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 18 ท่าน และมีอนุกรรมการ ลาประชุม จำนวน 2 ท่าน
 26 จากนั้น ได้เชิญอนุกรรมการแสดงตน โดยอนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขอให้เปิดวีดีโอ
 27 เพื่อบันทึกภาพและชานชื่อ พร้อมแจ้งรับรองตนเองเรื่องการไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียตามลำดับ ทั้งนี้สรุปผลการรับรอง
 28 การมีส่วนได้เสียในการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 29 ไม่มีอนุกรรมการแจ้งว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสีย

30

31

32

33

34

35

- 36 ระเบียบวาระการประชุมอปสข.ครั้งที่ 12/2568 วันพฤหัสบดีที่ 18 ธันวาคม 2568 เวลา 09.00 น. - 12.00 น.
- 37 ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ
- 38 1.1 การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเงินการคลังเพื่อระบบสุขภาพไทยในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง”
- 39 1.2 แจ้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่เขต13กรุงเทพมหานคร ลาออกเนื่องจากติดภารกิจ
- 40 ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองระเบียบวาระการประชุม
- 41 ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องด่วน - ไม่มี
- 42 ระเบียบวาระที่ 4 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว
- 43 ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องสืบเนื่อง
- 44 5.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาระบบการส่งตัวและปัญหาอื่นๆ ในกรุงเทพมหานคร
- 45 ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องเพื่อทราบ
- 46 6.1 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการอปสข.
- 47 6.1 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการอปสข.
- 48 6.2 มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการอปสข.
- 49 6.3 เรื่องจากคณะทำงานภายใต้อปสข.
- 50 6.3.1 เรื่องจากคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
- 51 กรุงเทพมหานคร (CFO) – ไม่มี (เสนอครั้งหน้า)
- 52 6.3.2 เรื่องจากคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่
- 53 เขต 13 กทม. – เสนอรอในวาระ 5.1
- 54 6.3.3 เรื่องจากคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบ
- 55 บริการทุกระดับฯ – เสนอในวาระ 7.1
- 56 6.3.4 เรื่องจากคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของกลุ่มเปราะบางและชายขอบเขต
- 57 พื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 58 - สรุปการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการ ของกลุ่มเปราะบางและ
- 59 ชายขอบ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2568
- 60 6.4 การสนับสนุนบริการกรณีผลกระทบจากอุทกภัยในพื้นที่ภาคใต้ และเหตุการณ์ไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา
- 61 ระเบียบวาระที่ 7 เรื่องเพื่อพิจารณา
- 62 7.1 เรื่องจากคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการ
- 63 ทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 64 7.1.1 (ร่าง) แนวทางการลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชน UC กทม. กรณีหน่วยบริการประจำหรือเครือข่าย
- 65 หน่วยบริการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
- 66 7.1.2 ผลการวิเคราะห์ความพอเพียงของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและแผนการจัดหาเพิ่มหน่วยบริการ
- 67 7.2 เสนอแต่งตั้งองค์ประกอบในคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขต
- 68 พื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO)
- 69 7.3 ขั้วหรือข้อมูลที่ไม่มีการปิดสิทธิ กรณีบริการผู้ป่วยนอกเขต 13 กรุงเทพมหานคร
- 70 7.4 ขอยยเวลาการส่งข้อมูลอุทกภัย OP กทม. ปีงบประมาณ 2568
- 71 7.5 ข้อเสนอการปรับ ข้อบังคับฯ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อรองรับการบริหาร
- 72 เครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่

73 7.5.1 ข้อเสนอการปรับ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ
74 และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564 เพื่อรองรับการ
75 บริหารเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่

76 7.5.2 ข้อเสนอการปรับประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
77 สาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568 เพื่อรองรับการบริหาร
78 เครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่

79 ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ

80 8.1 กำหนดการประชุมอปสข. ปี พ.ศ. 2569

82 ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

84 ระเบียบวาระที่ 1.1 การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเงินการคลังเพื่อระบบสุขภาพไทยในยุคแห่ง
85 การเปลี่ยนแปลง” (National UHC Conference 2025) ระหว่างวันที่ 11-13 ธันวาคม 2568
86 ณ โรงแรมพูลแมน คิงเพาเวอร์

87 สรุปการแสดงเจตนารมณ์ร่วมกันจากทุกภาคส่วน เพื่อมุ่งหน้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ ยั่งยืน เพียงพอ
88 เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ ตามกรอบแนวคิด #SAFE Financing ดังนี้

89 S – #Sustainability สร้างความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว

- 90 - ปรับชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจัดซื้อของ 3 กองทุนให้สอดคล้องกัน
- 91 - เปลี่ยนผ่านจากการจ่ายแบบ Fee-for-Service ไปสู่ระบบจ่ายเงินแบบปิด
- 92 - ใช้นโยบายภาษีเพื่อสุขภาพควบคู่การสร้างแรงจูงใจทางภาษีเพื่อการป้องกันโรค
- 93 - ส่งเสริมการดูแลระดับประคอง การตายอย่างมีศักดิ์ศรี และการเคารพพินัยกรรมชีวิต
- 94 - หลีกเลี่ยงการร่วมจ่ายที่ตอกย้ำความไร้ประสิทธิภาพหรือเพิ่มบริการที่ไม่จำเป็น

95 A – #Adequacy งบประมาณต้องเพียงพอและสอดคล้องความต้องการสุขภาพจริง

- 96 - ปรับอัตราชดเชยให้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง โดยไม่นับรวมบริการคุณค่าต่ำ
- 97 - เสริมการดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลระยะกลางและระยะยาว
- 98 - ควบคุมการเรียกเก็บเงินส่วนเพิ่ม (extra billing) และยกระดับความโปร่งใสของระบบการจ่ายเงิน
- 99 - ป้องกันความล้มเหลวทางการเงินของประชาชนจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ

100 F – #Fairness ลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

- 101 - ยกระดับระบบบริการปฐมภูมิให้เป็นด่านแรกที่มีประสิทธิภาพ พร้อมระบบส่งต่อที่เหมาะสม
- 102 - จัดสรรทรัพยากรโดยคำนึงถึงพื้นที่ขาดแคลนและประชากรเปราะบาง
- 103 - ขยายการเข้าถึงบริการฉุกเฉินและรพยาลอย่างเท่าเทียม
- 104 - เปิดเผยโครงสร้างงบประมาณและรายจ่ายของกองทุนสุขภาพต่อสาธารณะ

105 E – #Efficiency ใช้ทรัพยากรจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- 106 - วิเคราะห์และลดความสูญเปล่าในระบบสุขภาพอย่างเป็นระบบ
- 107 - ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อระบุและยุติบริการที่มีคุณค่าต่ำ
- 108 - ออกแบบแรงจูงใจด้านคุณภาพ ลดการนอนโรงพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้
- 109 - ประกาศ “ทศวรรษแห่งการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสุขภาพ พ.ศ. 2569–2578” เพื่อขับเคลื่อน
110 การเปลี่ยนผ่านเชิงโครงสร้าง

- 111 ระเบียบวาระที่ 1.2 แจ้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 112 ลาออกเนื่องจากติดภารกิจ
 113 ทันตแพทย์หญิงแพรว จิตตินันท์ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ระดับเขตพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 114 ขอลาออกจากการเป็นคณะกรรมการฯ เนื่องจากติดภารกิจการประชุมของทันตแพทยสภา ซึ่งมีการจัดประชุม
 115 ตรงกับการประชุมของคณะกรรมการฯ ทุกเดือน โดยมีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป



116

117

118 มติที่ประชุม

- 119 รับทราบการขอลาออกจากการเป็นคณะกรรมการฯ และมอบสำนักงานฯ แจ้งต่อประธาน
 120 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาคัดเลือกผู้แทนจาก
 121 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 1 ท่าน เป็นคณะกรรมการฯ ทดแทน
 122 และเสนอรายชื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งต่อไป

123

124 ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองระเบียบวาระการประชุม

125

126 รับรองระเบียบวาระการประชุม ครั้งที่ 12/2568 วันพฤหัสบดีที่ 18 ธันวาคม 2568

127

128 มติที่ประชุม

129 รับรองระเบียบวาระการประชุม ครั้งที่ 12/2568 วันพฤหัสบดีที่ 18 ธันวาคม 2568

130

131 ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องด่วน

132

133 ไม่มี

134

135 ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

136

137 สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13
 138 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 11/2568 วันพฤหัสบดีที่ 20 พฤศจิกายน 2568 ให้คณะกรรมการฯ ทุกท่าน
 139 ตรวจสอบ และไม่มีคณะกรรมการฯ แจ้งแก้ไขมายังเลขานุการ

140

141

142

มติที่ประชุม

รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 11/2568 วันพฤหัสบดีที่ 20 พฤศจิกายน 2568 โดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ 5.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหากระบวนการส่งตัวและปัญหาอื่นๆ ในกรุงเทพมหานคร ที่มา :

1. เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 พรรคประชาชน เข้ายื่นหนังสือถึงเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกี่ยวกับข้อเสนอการแก้ไขปัญหาการให้บริการส่งตัวผู้ป่วยจากคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร และปัญหาอื่นๆ โดยมีข้อเสนอ 7 ข้อ ดังนี้

- 1) การเพิ่มอำนาจเชิงปฏิบัติของ สปสช. ในการพิจารณาและสั่งการออกไปส่งตัว ผ่านสายด่วน 1330 ภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยถือว่าคำสั่งนี้มีผลผูกพันตามสัญญา
- 2) การทบทวนระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ให้สะท้อนต้นทุนจริงในเขตเมือง
- 3) แยกงบประมาณค่าผู้ป่วยนอกส่งต่อ (OP Refer) ออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว
- 4) การจัดทำสัญญากลางในระบบส่งต่อระหว่างคลินิกและโรงพยาบาล
- 5) การตั้งคณะกรรมการกลางตรวจสอบงบเบิกจ่ายและข้อพิพาท
- 6) ยกเลิกการเรียกเงินคืนย้อนหลังในกรณีสุจริต
- 7) ปรับบทบาทคลินิกชุมชนอบอุ่นให้เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลประจำเขต

2. มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 11/2568 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2568

- 1) รับทราบ ข้อเสนอพรรคประชาชน 7 ข้อเพื่อปรับระบบบัตรทองแก้ปัญหาส่งต่อ
- 2) มอบสปสช.กทผ. เสนอข้อเสนอจากพรรคประชาชนต่อคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) และคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พิจารณาข้อเสนอเชิงระบบเสนอต่อสปสช. ต่อไป
- 3) รับรองมติในที่ประชุม

3. มติที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 6/2568 ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2568 และคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 5/2568 ในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2568

- 1) รับทราบ ข้อเสนอการปรับระบบบัตรทองแก้ปัญหาส่งต่อของพรรคประชาชน เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 และข้อเสนอเพื่อการดำเนินการ
- 2) เห็นชอบให้คณะทำงานฯ รับประเด็นมาพิจารณาดำเนินการ โดยเฉพาะข้อเสนอที่ 1, 4 และ 7
 - 2.1) ให้คณะทำงานฯ ดำเนินการให้ข้อเสนอที่ 1, 4 และ 7
 ข้อเสนอที่ 1 การเพิ่มอำนาจเชิงปฏิบัติของ สปสช. ในการพิจารณาและสั่งการออกไปส่งตัวผ่านสายด่วน 1330 ภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยถือว่าคำสั่งนี้มีผลผูกพันตามสัญญา

ข้อเสนอที่ 4 การจัดทำสัญญากลางในระบบส่งต่อระหว่างคลินิกและโรงพยาบาล
 ข้อเสนอที่ 7 ปรับบทบาทคลินิกชุมชนอบอุ่นให้เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลประจำเขต
 2.2) ข้อเสนอการปรับระบบบัตรทอง แก้ปัญหาส่งต่อ" ของพรรคประชาชน และข้อเสนอเพื่อ
 การดำเนินการ

2.3) มอบหมายสปสช. ออกแบบแนวทางการดำเนินการร่วมกับตัวแทนฝ่ายการเมือง, หน่วยงาน
 ภาคประชาชน หน่วยงานวิชาการ (ราชวิทยาลัย Fam Med) และหน่วยบริการตามความเห็นที่ประชุม
 ให้ได้ข้อสรุปเป็นที่ยุติก่อนนำเข้าสู่เสนอเพื่อพิจารณาใน สปสช. ครั้งที่ 12/2568 โดยพิจารณาความเร่งด่วน
 ในการดำเนินการ โดยให้เวียนให้คณะทำงานฯ ทราบและให้ความเห็นร่างข้อเสนอรหว่างการประชุม
 (Intersessionally)

3) รับรองมติในที่ประชุม และเสนอต่อสปสช.ต่อไป

ข้อเสนอเพื่อดำเนินการ

ข้อที่ 1 การเพิ่มอำนาจเชิงปฏิบัติของ สปสช. ในการพิจารณาและสั่งการออกไปส่งตัว ผ่านสายด่วน 1330 ภายใน
 ระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยถือว่าคำสั่งนี้ มีผลผูกพันตามสัญญา

วัตถุประสงค์ : เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการส่งต่อที่จำเป็นอย่างรวดเร็ว และเป็นธรรม โดยเฉพาะ
 ในกรณีที่หน่วยบริการปฏิเสธการส่งต่อโดยไม่มีเหตุผลอันควร และลดภาระความล่าช้าในการเข้าถึงบริการเฉพาะทาง
 ของผู้ป่วย

เป้าหมาย : ผู้ป่วยที่ร้องเรียนผ่านสายด่วน 1330 และได้รับการพิจารณาว่ามีความจำเป็นทางการแพทย์
 ได้รับคำสั่งส่งตัวจาก สปสช. ภายใน 24 ชั่วโมง นับตั้งแต่การร้องเรียนแล้วเสร็จ ร้อยละ 100

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำสั่งส่งตัวภายใน 24 ชั่วโมงผ่าน 1330

ผลที่คาดว่าจะได้รับ : ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องทันที่ ลดความเสี่ยงจากความล่าช้าในการส่งต่อ
 และเพิ่มความเชื่อมั่นในกลไกการคุ้มครองสิทธิของ สปสช.

แนวทางปฏิบัติ :

- พัฒนาระบบ 1330 : เพิ่มฟังก์ชันการประเมินความจำเป็นทางการแพทย์เบื้องต้น และการออก
 คำสั่งส่งตัวในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Digital Referral Order) โดยเฉพาะ

- ให้มี Protocol ที่จะประสานกับหน่วยบริการเรื่องศักยภาพก่อนทุกครั้ง หรือให้มีระบบ
 Teleconsultation กับแพทย์ เพื่อให้ equivalent decision กับทางคลินิก

- กำหนดเกณฑ์และมอบอำนาจ : สร้างเกณฑ์มาตรฐานที่ชัดเจนในการพิจารณา และมอบอำนาจ
 ให้บุคลากรทางการแพทย์ของ สปสช. (เช่น พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์) สามารถพิจารณาและ
 สั่งการออกไปส่งตัว

- บังคับใช้สัญญา : กำหนดให้คำสั่งส่งตัวของ สปสช. มีผลผูกพันตามสัญญากับหน่วยบริการ
 พร้อมกำหนดบทลงโทษทางสัญญาสำหรับหน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตาม

ประชาชน		สปสช.		ผู้ให้บริการ	
ข้อดี	ข้อกังวล	ข้อดี	ข้อกังวล	ข้อดี	ข้อกังวล
1. ประชาชนได้รับการบริการตามความจำเป็น (Access to advanced care) 2. ลดปัญหาการจ่ายค่าบริการกรณีไม่มีใบส่งตัว (Financial Protection)	1. โรงพยาบาลรับส่งต่อไม่รับการรับรองสิทธิจาก 1330 หากไม่ได้มาพร้อมกับอำนาจการเบิกจ่าย 2. กรณีเป็นการส่งตัวครั้งแรก ไม่มีประวัติการรักษาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 3. ต้องขอใบส่งตัวทุกครั้ง 4. ประชาชนบางส่วนอาจใช้ช่องทางนี้ในการขอใบส่งตัวหากแพทย์ปฐมภูมิประเมินว่ารักษาได้	1. สามารถแก้ไขปัญหาคากรณีหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ออกไปส่งตัวให้กับผู้ป่วยได้ 2. ผู้ประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งต่อของ 1330 ไม่ใช่แพทย์ 3. การประเมินจากผู้ป่วยอาจเป็นผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดูแลรักษาได้ 4. เกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการและสปสช.	1. ผู้ประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งต่อของ 1330 ไม่ใช่แพทย์ 2. การประเมินจากผู้ป่วยอาจเป็นผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดูแลรักษาได้ 3. เกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการและสปสช.	1. รพ.รับส่งต่อได้รับการชดเชยบริการ 2. ลดข้อขัดแย้งระหว่าง รพ. และประชาชน	1. การส่งต่อ ครั้งแรก รพ.ไม่มีประวัติการรักษาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. คลินิกอาจกังวลเรื่องการส่งต่อในกรณีที่คลินิกสามารถรักษาได้เพิ่มภาระทางการเงินให้กับคลินิก 3. อาจมีผลกระทบต่อการดูแลร่วมกันของเครือข่ายหน่วยบริการระบบการส่งต่อส่งกลับที่สมควร

ข้อที่ 4 การจัดทำสัญญากลางในระบบส่งต่อระหว่างคลินิก และโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างมาตรฐานและความรับผิดชอบร่วมกันที่ชัดเจนในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิก) และหน่วยบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (โรงพยาบาล) เพื่อให้ระบบการส่งต่อมีความราบรื่น และลดข้อพิพาท

เป้าหมาย : หน่วยบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ/ตติยภูมิที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในกทม. ทุกแห่งลงนามในสัญญากลางระบบส่งต่อ ที่กำหนดโดยสปสช.

ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง : สัญญาการให้บริการสาธารณสุขระหว่างสปสช. กับหน่วยบริการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิในกทม. ที่ลงนามในสัญญากลาง และปฏิบัติตาม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ : ระบบส่งต่อมีมาตรฐานเดียวกันทั่วกทม. ลดปัญหาการปฏิเสธการรับส่งต่อ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามลำดับขั้นตอน

แนวทางปฏิบัติ :

- ร่างสัญญามาตรฐาน : สปสช. ร่วมกับกทม. และผู้แทนหน่วยบริการ ร่างสัญญากลางที่ระบุสิทธิหน้าที่ ความรับผิดชอบ และมาตรฐานการปฏิบัติงานในการส่งต่อและส่งกลับ (เช่น ช่องทางการสื่อสาร, เอกสารประกอบ, การเตรียมผู้ป่วย) ให้ครอบคลุมทั้งกรณีปกติ และเร่งด่วน

- กำหนดกลไกบริหารจัดการ : บรรจุกลไกในการบริหารจัดการความแออัด และการยุติข้อพิพาทเกี่ยวกับการส่งต่อไว้ในสัญญา

การกำกับดูแล : สปสช. ใช้สัญญานี้เป็นเครื่องมือในการกำกับดูแลคุณภาพการส่งต่อ และใช้ประกอบการพิจารณาการจ่ายชดเชยค่าบริการ

240 **ข้อที่ 7** การปรับบทบาทคลินิกชุมชนอบอุ่นให้เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลประจำเขต

241 **วัตถุประสงค์ :** เพื่อเชื่อมโยงและบูรณาการระบบบริการสุขภาพในทม. ให้คลินิกชุมชนอบอุ่นทำงาน
242 เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายโรงพยาบาลประจำเขตอย่างเป็นทางการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยปฐมภูมิ
243 และลดความแออัดในโรงพยาบาล

244 **เป้าหมาย :** คลินิกชุมชนอบอุ่นทุกแห่งได้รับการจัดตั้งเป็นเครือข่ายลูกข่าย ภายใต้โรงพยาบาลประจำเขต
245 (หรือโรงพยาบาลแม่ข่าย) อย่างเป็นทางการ พร้อมมีการปฏิบัติงานร่วมกันตามแนวทางที่กำหนด

246 **ตัวชี้วัด :** อัตราการลดลงของผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนที่เข้าใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแม่ข่าย

247 **ผลที่คาดว่าจะได้รับ :** ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาลได้
248 เพิ่มขึ้น ความแออัดในโรงพยาบาลลดลง และระบบการส่งต่อในเครือข่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

249 **แนวทางปฏิบัติ :**

250 - จัดโครงสร้างเครือข่าย : จัดสรรคลินิกชุมชนอบอุ่นให้เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลแม่ข่าย
251 ในพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน และกำหนด รูปแบบการกำกับดูแล (Supervision Model)

252 - บูรณาการทรัพยากร : ส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรบุคคล (เช่น การหมุนเวียนแพทย์/
253 พยาบาล), ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และการปรึกษาทางการแพทย์ทางไกล
254 (Telemedicine) ร่วมกันระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย

255 - การพัฒนาศักยภาพ : โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและมาตรฐาน
256 การรักษาของคลินิกให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนน้อยได้

257 - ปรับรูปแบบการจ่ายเงิน : ปรับรูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการให้สอดคล้องกับการทำงาน
258 เป็นเครือข่าย (เช่น เน้นการจ่ายตามคุณภาพการดูแลและการลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย)

259

260 **เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ**

261 1. รับทราบ ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหากระบวนการส่งตัวและปัญหาอื่นๆ ในกรุงเทพมหานคร

262 2. ให้สปสข. พิจารณาดำเนินการเรื่องกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

263 ข้อที่ 1 การเพิ่มอำนาจเชิงปฏิบัติของ สปสข. ในการพิจารณาและสั่งการออกไปส่งตัว ผ่านสายด่วน 1330

264 ภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยถือว่าคำสั่งนี้มีผลผูกพันตามสัญญา

265 ข้อที่ 4 การจัดทำสัญญากลางในระบบส่งต่อระหว่างคลินิก และโรงพยาบาล

266 ข้อที่ 7 การปรับบทบาทคลินิกชุมชนอบอุ่นให้เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลประจำเขต

267 3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

268

269 **มติที่ประชุม**

270 1. รับทราบ ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหากระบวนการส่งตัวและปัญหาอื่นๆ ในกรุงเทพมหานคร

271 2. ให้สปสข. พิจารณาดำเนินการเรื่องกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

272 ข้อที่ 1 การเพิ่มอำนาจเชิงปฏิบัติของ สปสข. ในการพิจารณาและสั่งการออกไปส่งตัว ผ่านสายด่วน 1330

273 ภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยถือว่าคำสั่งนี้มีผลผูกพันตามสัญญา

274 ข้อที่ 4 การจัดทำสัญญากลางในระบบส่งต่อระหว่างคลินิก และโรงพยาบาล

275 ข้อที่ 7 การปรับบทบาทคลินิกชุมชนอบอุ่นให้เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลประจำเขต

276 3. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องเพื่อทราบ

ระเบียบวาระที่ 6.1 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับอปสข.

เรื่องจากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 1 ธันวาคม 2568

6.1.1 ข้อเสนอการปรับปรุงประสิทธิภาพการเบิกจ่ายหน่วยบริการนวัตกรรม

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 1 ธันวาคม 2568

1. เห็นชอบข้อเสนอ หลักการ มาตรการควบคุมงบประมาณ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ การเบิกจ่ายหน่วยบริการ นวัตกรรม ดังนี้

1) มาตรการทั่วไป

- (1) จัดเครือข่ายหน่วยบริการนวัตกรรมกับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ใหม่ทั้งหมดร่วมกับ สสจ. และ สสอ. และ mapping การกระจายตัวของหน่วยบริการตามความจำเป็นของพื้นที่
- (2) เพิ่มระบบยืนยันตัวตนการเข้ารับบริการ ด้วย Face Recognition
- (3) เชื่อมข้อมูลบริการในระบบหมอพร้อม หรือ Health Link หรือ APP อื่น รวมทั้งเชื่อมข้อมูลผู้ให้บริการ จากสภาวิชาชีพกับสปสช.
- (4) จัดและเชื่อมระบบ Audit 100 % ตามที่ สปสช.กำหนด
- (5) หากไม่ดำเนินการตามมาตรการข้อที่ 1-4 หรือดำเนินการไม่ครบ จะไม่ต่อสัญญาเป็นหน่วยบริการ

2) มาตรการเฉพาะ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านประเภทต่างๆ

(1) คลินิกเวชกรรม

- (1.1) โรคทั่วไป ปรับอัตราค่าเหมาจ่ายเป็น 180 บาท/ครั้ง
- (1.2) เพิ่มกรณีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัตราค่าเหมาจ่าย 320 บาท/ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง

(2) คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

- (2.1) บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น กำหนดให้บริการเฉพาะ พยาบาลเวชปฏิบัติเวชทั่วไป
- (2.2) เพิ่มบริการการดูแลสุขภาพจิต ในคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในสถาบันการศึกษา จำนวน 23 แห่ง
- (2.3) อนาคต ลดบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เพิ่มการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(3) ร้านยา เพิ่มการตรวจสอบการติดตามอาการ หลังการรักษา 72 ชั่วโมง ด้วยระบบ Tele pharmacy

(4) บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นในคลินิกเวชกรรม คลินิกพยาบาล ร้านยา เฉลี่ย 2 ครั้ง/คน/ปี

(5) คลินิกแพทย์แผนไทย

(5.1) บริการนวด อบ ประคบ ในกลุ่มอัมพฤกษ์ อัมพาต สันนิบาต มารดาหลังคลอด ตาม มาตรฐานที่วิชาชีพกำหนด

(5.2) บริการนวด อบ ประคบ ในกลุ่มโรคอื่น ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/เดือน ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี

(5.3) อนาคต เพิ่มบริการนวดไทยเฉพาะด้าน / เฉพาะโรค 7 รายการ และยาปรุงเฉพาะราย

(6) คลินิกทันตกรรม

(6.1) บริการ ขุด ถู ถอน เคลือบหลุมร่องฟันรับบริการ ในคลินิก 2 ครั้ง/คน/ปี อัตราบริการ 700 บาท/ครั้ง

(6.2) เพิ่มให้บริการ ฟันปลอมทั้งปาก และรากฟันเทียม อัตราค่าเหมาจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule)

314 2. เพื่อปฏิบัติตามมติการบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบปลายปิด (Global Budget)
 315 มอบสปสช. บริหารรายจ่ายในช่วง 10 เดือนที่เหลือของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยจัดสรรแบ่งจ่ายงบประมาณ
 316 เป็นรายเดือน เช่น ใช้ระบบ Point System ทั้งนี้ ให้เริ่มดำเนินการในเดือนมกราคม 2569 รวมทั้งให้มีการสื่อสาร
 317 ไปยังหน่วยบริการและประชาชนเพื่อให้ทราบและเข้าใจแนวทางการดำเนินงานดังกล่าว

318 3. มอบสปสช. ดำเนินการตามข้อเสนอ

319

320 ที่มา :

321 1. มติการประชุมคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ฯ 19 มิถุนายน 2568 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และการบริหาร
 322 งบประมาณในหน่วยนวัตกรรม

323 1) บริหารงบประมาณ แบบปลายปิด (Global Budget) งบประมาณ 3,770.48 ล้านบาท

324 2) ปรับประสิทธิภาพ/ควบคุมคุณภาพบริการ ได้แก่

325 2.1) พัฒนาระบบการประสานส่งต่อบริการ/ข้อมูลการให้บริการกับหน่วยบริการประจำ

326 2.2) ปรับลดรายการบริการที่ไม่จำเป็น

327 2.3) ปรับลดจำนวนครั้งการใช้บริการตามรายการ

328 2.4) ปรับลดอัตราจ่ายตามรายการบริการ

329 2. มติการประชุมร่วมกับผู้แทนสภาวิชาชีพ 31 ตุลาคม 2568 เห็นด้วยกับการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหาร
 330 งบประมาณหน่วยนวัตกรรม โดยมีข้อเสนอร่วมกัน ดังนี้

331 1) บริหารงบประมาณแบบปลายปิด (Global Budget) ตามวงเงินที่ได้รับให้ครอบคลุมทั้งปี

332 2) จัดระบบเครือข่ายและเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างหน่วยบริการนวัตกรรม และหน่วยบริการประจำ

333 3) เชื่อมโยงข้อมูลผู้ให้บริการกับสภาวิชาชีพ

334 4) การยืนยันการเข้ารับบริการด้วย Face Recognition

335 5) ปิดปรับปรุงระบบชั่วคราว ระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน โดยแจ้งหน่วยบริการล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า 10 วัน

336 3. มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 พฤศจิกายน 2568

337 1) รับทราบข้อเสนอการปรับปรุงประสิทธิภาพการเบิกจ่ายหน่วยบริการนวัตกรรม ดังนี้

338 - กำหนดมาตรการในการควบคุมงบประมาณ รวมถึงมาตรการตรวจสอบ และมอบคณะกรรมการ
 339 กำหนดหลักเกณฑ์ฯ พิจารณากำหนดมาตรการดังกล่าว เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 340 ต่อไป

341 - จัดระบบเครือข่ายและเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างหน่วยบริการนวัตกรรม และหน่วยบริการ
 342 ประจำ

343 - เชื่อมโยงข้อมูลผู้ให้บริการกับสภาวิชาชีพ

344 - ยืนยันตัวตนการเข้ารับบริการ ผ่านระบบ Face Recognition หรือระบบอื่นที่น่าเชื่อถือ

345 - ให้สำนักงานดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลบริการ และจัดเครือข่ายให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน

346 หากมีความจำเป็นต้องปิดปรับปรุงระบบชั่วคราว ให้แจ้งหน่วยบริการล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 10 วัน

347 2) รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

348 4. มติการประชุมคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ฯ 28 พฤศจิกายน 2568

349 1) เห็นชอบข้อเสนอ หลักการ มาตรการควบคุมงบประมาณ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการเบิกจ่าย
 350 หน่วยบริการนวัตกรรม

351 1.1) มาตรการทั่วไป

- 352 1.2) มาตรการเฉพาะ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านประเภทต่างๆ
 353 2) มอบสปสช. ดำเนินการตามข้อเสนอ และมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 354 เมื่อ 3 พฤศจิกายน 2568
 355 3) มอบสปสช. นำเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป
 356

357 **สถานการณ์ : ผลงานบริการหน่วยบริการนวัตกรรม**
 358

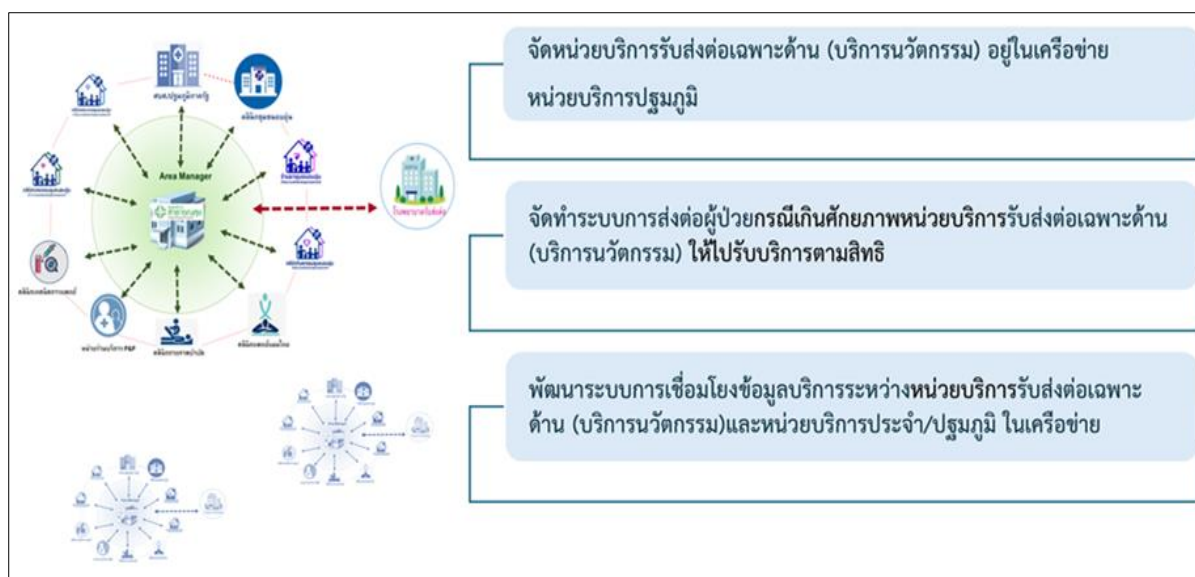
ปีงบประมาณ	งบประมาณ (ล้านบาท)		หน่วยบริการ (แห่ง)		ผลงานบริการ	
	ได้รับ	จ่ายชดเชย	ขึ้นทะเบียน	ให้บริการ	คน	ครั้ง
2568	2,180	6,782	15,535	12,003	10,022,016	31,945,197
2569 (2 เดือน)	3,770	1,515	15,876	11,210	4,035,371	6,627,073

- 359 **หมายเหตุ :** 1. งบประมาณที่ได้รับ รวมงบประมาณสนับสนุนบริการระดับปฐมภูมิ บริการส่งยาทางไปรษณีย์, ร้านยา Model
 360 1,2,3, Lab นอกหน่วยบริการ และ Telemedicine
 361 2. งบประมาณที่จ่ายชดเชย รวมเฉพาะหน่วยบริการนวัตกรรม 7 ประเภท
 362 ที่มา: https://mishos.nhso.go.th/mis_fund ณ วันที่ 25 พ.ย. 68
 363

364 **สถานการณ์หน่วยบริการและการให้บริการในกทม.**
 365

ประเภท	จำนวนขึ้น ทะเบียน	จำนวน หน่วยที่ บริการ	ร้อยละหน่วย ที่ให้บริการ	คน	ครั้ง	ชดเชยบริการ	อัตรา ครั้ง/คน
เวชกรรม	181	63	34.81	65,357	110,538	30,760,150.00	1.69
ทันตกรรม	247	112	45.34	13,365	22,033	15,423,100.00	1.65
กายภาพบำบัด	19	10	52.63	120	1,006	348,500.00	8.38
แพทย์แผนไทย	34	25	73.53	15,807	21,227	6,055,926.70	1.34
เภสัชกรรม	913	339	37.13	53,442	84,209	13,244,832.50	1.58
การพยาบาล	19	11	57.89	365	1,051	188,738.00	2.88
เทคนิคการแพทย์	41	37	90.24	57,594	63,908	38,012,130	1.11
รวมทั้งหมด	1454	597		206,050	303,972	104,033,377.20	1.48

- 366 ข้อมูล จากโปรแกรม https://mishos.nhso.go.th/mis_fund/#/fund/angle_sum (ตุลาคม 2567- กันยายน 2568)
 367 การจัดเครือข่ายบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน (บริการนวัตกรรม) และหน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำในเขต
 368 พื้นที่กรุงเทพมหานคร
 369



6.1.2 ผลการหารือแนวทางการแก้ไขปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 1 ธันวาคม 2568

1. รับทราบข้อเสนอดำเนินการแก้ไขปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
2. เห็นชอบการดำเนินการแก้ไขปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ดังนี้

2.1 เร่งรัดการปรับปรุงประสิทธิภาพ และกำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ผ่านกลไกระดับประเทศ และระดับเขต

2.2 ระบบ Audit และตรวจสอบ 100% โดยใช้ระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาช่วยดำเนินการในรายการบริการที่เกิดขึ้นและรายการที่ควรดำเนินการตามมาตรฐาน

2.3 ประสานสำนักงบประมาณ เพื่อติดตามการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในกรณีจำเป็นเร่งด่วน ต่อไป

3. ค่าบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2569 ตั้งเป้าหมายผลงานการให้บริการผู้ป่วยในปี 2569 จำนวน 10.9 ล้าน Sum AdjRW ในอัตราจ่ายที่ 8,350 บาท

4. ปีงบประมาณ 2569 การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปรับการปรับลดค่าแรงในภาพรวม เพื่อให้กระทรวงสธ. บริหารการจัดสรร หรือปรับเกลี่ยงบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ เพื่อไม่กระทบต่อรายรับของหน่วยบริการแต่ละแห่ง

5. เห็นชอบ การปรับปรุงประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป และมอบคณะกรรมการด้านกฎหมายฯ พิจารณาร่างประกาศฯ และเสนอประธานกรรมการพิจารณาลงนามต่อไป

6. มอบ สป.สช. พิจารณาปรับการจ่ายให้เหมาะสม กรณี Home Ward, บริการที่ไม่สมควรเข้ารับบริการผู้ป่วยใน

7. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

ความเป็นมา

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11/2568 เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2568 มีมติเห็นชอบข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหา

- 397 1. การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป. ปรับการปรับลดค่าแรงในภาพรวม เพื่อให้
 398 กระทรวง สธ. บริหารการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ
 399 2. กระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ร่วมกันจัดทำข้อมูลประมาณการผลงานให้บริการผู้ป่วยใน (Sum AdjRW)
 400 รายหน่วยบริการในภาพรวมทุกสังกัด และมีการแยกกลุ่มบริการให้ชัดเจน รวมทั้งพิจารณาอัตราการการเติบโต
 401 การให้บริการของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 สำหรับการคำนวณวงเงิน Global budget รายเขต
 402 3. ร่วมกันจัดทำระบบการกำกับติดตามตรวจสอบเวชระเบียนการให้บริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการทุกแห่ง
 403 ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งผลการ Audit หากกรณีผลงานเกินกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณเพิ่มเติม
 404 ตามความเหมาะสม
 405 4. การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน คงอัตราจ่าย 8,350 บาท/AdjRW รวมทั้งร่วมกันบริหารงบประมาณแบบปลายปิด
 406 จำนวน 5 หมวด ได้แก่ OP ทั่วไป, IP ทั่วไป, PP Basic service, Fee schedule และบริหารแบบโครงการ
 407 โดยเฉพาะ Fee schedule สำหรับหน่วยนวัตกรรม โดยหลักการให้ความสำคัญกับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน
 408 ให้เพียงพอ และพิจารณาลดรายการบริการที่ไม่จำเป็น
 409 5. เสริมสภาพคล่องทางการเงินให้หน่วยบริการ โดยให้ สปสช. โอนค่าบริการสังกัด สป. สธ. สอน. และ รพ.สต.
 410 ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2569 ระหว่างรอการเปลี่ยนแปลงปี พ.ศ.2568 ไม่เกินร้อยละ 50 ไปพลางก่อน
 411 6. ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการร่วมในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันจัดทำต้นทุนบริการ
 412 ที่เหมาะสม ในการจัดทำงบประมาณปีถัดไป และใช้สำหรับการประกอบการทำค่าของบกลางและตรวจสอบ
 413 ขาดเซยค่าบริการ (Audit)

414

415 ข้อเสนอการดำเนินการแก้ไขปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ปี 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

- 416 1. ปีงบประมาณ 2569 การจัดสรรค่าบริการ OP, PP, IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป. สธ. ปรับการปรับลด
 417 ค่าแรงในภาพรวม เพื่อให้กระทรวง สธ. บริหารการจัดสรร หรือเปลี่ยนแปลงงบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้
 418 เครือข่ายหน่วยบริการประจำ เพื่อไม่กระทบต่อรายรับของหน่วยบริการแต่ละแห่ง
 419 2. ค่าบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2569 ตั้งเป้าหมายผลงานการให้บริการผู้ป่วยในจำนวน 10.9 ล้าน
 420 Sum AdjRW ในอัตราจ่ายที่ 8,350 บาท ซึ่งจะมียอดงบประมาณไม่เพียงพอประมาณ 5,600 ล้านบาท พิจารณาให้
 421 ปรับลดจากค่าบริการหมวด Fee schedule ร้อยละ 7.31 ของยอดเงินในภาพรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ
 422 มาเพิ่มในรายการค่าบริการผู้ป่วยใน เมื่อสิ้นปีงบประมาณกรณีผลงานผู้ป่วยในไม่ถึงเป้าหมายแล้วมี
 423 งบประมาณคงเหลือจ่ายคืนตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยใน
 424 3. ปรับประสิทธิภาพ และกำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
 425 - ผ่านกลไกระดับประเทศ และระดับเขต ในแต่ละรายการบริการในงบเหมาจ่ายรายหัว และงบค่าบริการ
 426 นอกเหมาจ่าย
 427 - กำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน เพื่อประสิทธิภาพการเบิกจ่าย รวมถึงการกำกับติดตามการเข้าถึง
 428 บริการสาธารณสุข การตรวจสอบการ เบิกจ่าย และคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ
 429 4. สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขร่วมพัฒนาและจัดการตรวจสอบ 100% โดยใช้ระบบการตรวจสอบทาง
 430 อิเล็กทรอนิกส์ กรณีรายการบริการที่เกินจำเป็นและบริการที่ควรดำเนินการตามมาตรฐาน รวมทั้งกรณี
 431 หน่วยบริการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง

432 มติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน วาระพิเศษ 433 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2568

- 434 1. รับทราบข้อเสนอการแก้ไขปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

- 435 2. เห็นชอบการดำเนินการแก้ไขปัญหงบกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ดังนี้
- 436 2.1 เร่งรัดการปรับปรุงประสิทธิภาพ และกำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
- 437 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ผ่านกลไกระดับประเทศ และระดับเขต
- 438 2.2 พัฒนาระบบ Audit และตรวจสอบ 100% โดยใช้ระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์เข้ามา
- 439 ช่วยดำเนินการในรายการบริการที่เกินจำเป็นและบริการที่ควรดำเนินการตามมาตรฐาน
- 440 2.3 ประสานสำนักงบประมาณ เพื่อติดตามการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในกรณีจำเป็น
- 441 เร่งด่วน ต่อไป
- 442 3. มอบ สปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรับปรุงประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
- 443 แห่งชาติ เรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
- 444 สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
- 445 4. มอบ สปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาต่อไป
- 446 5. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที
- 447
- 448 **เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ**
- 449 รับทราบมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 1 ธันวาคม 2568
- 450 ระเบียบวาระที่ 6.1.1 ข้อเสนอการปรับปรุงประสิทธิภาพการเบิกจ่ายหน่วยบริการนวัตกรรม
- 451 ระเบียบวาระที่ 6.1.2 ผลการหารือแนวทางการแก้ไขปัญหงบกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569
- 452 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
- 453
- 454 **มติที่ประชุม**
- 455 รับทราบมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 1 ธันวาคม 2568
- 456 ระเบียบวาระที่ 6.1.1 ข้อเสนอการปรับปรุงประสิทธิภาพการเบิกจ่ายหน่วยบริการนวัตกรรม
- 457 ระเบียบวาระที่ 6.1.2 ผลการหารือแนวทางการแก้ไขปัญหงบกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569
- 458 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
- 459
- 460 ระเบียบวาระที่ 6.2 มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับอปสข.
- 461 มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 11/2568 เมื่อวันพุธที่
- 462 26 พฤศจิกายน 2568
- 463 6.2.1 การสอบสวนหน่วยบริการ กรณีตามมาตรา 57 59
- 464 สรุปประเด็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการในกทผ.
- 465 1. กรณีหน่วยบริการในกทผ. ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข (ม.57) จำนวน 5 แห่ง
- 466 มติที่ประชุมมอบ สปสช. แจ้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ (อคม.)
- 467 เพื่อกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานป้องกันการเกิดซ้ำ
- 468 2. การสอบสวนหน่วยบริการ กรณีตามมาตรา 59 (กรณีเรียกเก็บเงิน)
- 469 มติที่ประชุมมอบ สปสช. ดำเนินการ
- 470 1) จัดระบบบริหารจัดการในเขตพื้นที่ โดยมีบุคลากรหลักดูแลเฉพาะหน่วยบริการ (Focal Point)
- 471 เพื่อสื่อสารและแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการแบบ One Stop Service โดยเร่งด่วน

2) จัดระบบเฝ้าระวังและกำหนดมาตรการเชิงรุก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำในหน่วยบริการ โดยมุ่งเน้นการติดตามและกำกับหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มเข้าข่ายกระทำผิดซ้ำตามมาตรา 60 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

กรณีหน่วยบริการในกทม. ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข 5 แห่ง

วาระ	ชื่อหน่วยบริการ	สรุปผลสอบสวน	ข้อเสนอ
4.3.9	คลินิกเวชกรรมอุ่นใจ	แพทย์สั่งจ่ายยานอนหลับ (Lorazepam) แต่จ่ายยาแก้แพ้ (Cetirizine) ให้ผู้ป่วย	เตือนตาม ม.58 (1) และส่งสภาการพยาบาล ม.58 (3)
4.3.10	คลินิกเวชกรรมพุดธาดา	เข้ารับการรักษาด้วยอาการเดิม มีน้ำหนัลดลงอย่างมาก ไม่ตรวจหาสาเหตุหรือส่งต่อ	เตือนตาม ม.58 (1)
4.3.11	คลินิกเวชกรรมวัดไผ่เขียว	ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากตามอาการ ไม่ตรวจหาสาเหตุหรือส่งต่อ	เตือนตาม ม.58 (1)
4.3.12	รพ.เวชการุณย์รัศมี	ให้การรักษตามอาการ โดยไม่ตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุเพิ่มเติมเนื่องจากมีปัญหาค่าใช้จ่าย	เตือนตาม ม.58 (1)
4.3.17	เอสแอนด์ดับบลิวสทคลินิก	ไม่สอบถามประวัติเจ็บป่วย ให้การรักษาตามอาการ ไม่มีการส่งตรวจแยกโรค	เตือนตาม ม.58 (1)

มอบสปสช. แจ้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ (อคม.) เพื่อกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานป้องกันการเกิดซ้ำ

สถานการณ์ ผลการสอบสวนหน่วยบริการ กรณีตามมาตรา 59 และสถานการณ์ดำเนินงาน ภายหลังมีประกาศแนวทางมาตรา 60 (ณ 24 ก.พ. 66)



- 487 **6.2.2 สรุปผลการประชุม Board Relation กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ประสิทธิภาพ**
 488 **โปร่งใส ยั่งยืน “Efficiency Today, Sustainability Tomorrow”**
- 489 สปสช. สรุปผลการประชุม Board Relation กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ประสิทธิภาพ โปร่งใส
 490 ยั่งยืน “Efficiency Today, Sustainability Tomorrow” ระหว่างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 491 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เมื่อวันที่ 23 - 24 พฤศจิกายน 2568 ณ โรงแรมเรนโซ่ ชาลัวร์
 492 รีสอร์ท แอนด์ คันทรี คลับ อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้
- 493 **วัตถุประสงค์การประชุม**
- 494 1. ประเมินความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)
 495 2. ทบทวนข้อเสนอ ความท้าทาย การคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบ
 496 3. กำหนดทิศทางและข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างมีส่วนร่วม
 497 4. สร้างสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการทั้งสองคณะ
- 498
- 499 **สรุปผลการระดมสมองเชิงกลยุทธ์ (World café) SAFE Health Financial Management : Sustainability ,**
 500 **Adequacy , Fairness , Efficiency**
- 501 **THE BIG CHALLENGES**
- 502 ระบบสุขภาพไทยอาจเผชิญแรงกดดันที่กระทบต่อศักยภาพการเติบโตของ GDP และวินัยทางการคลัง
 503 (Fiscal Discipline) ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญต่อกรอบ SAFE
- 504 1. มิติเชิงโครงสร้างและการคลัง (Sustainability & Adequacy)
 505 - สังคมสูงวัยและโรคเรื้อรัง
 506 - ความเสี่ยงจากเทคโนโลยีและนวัตกรรม ที่มีต้นทุนสูง
- 507 2. มิติด้านความเป็นธรรมและคุณภาพ (Fairness & Adequacy)
 508 - ความแตกต่างกันของการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล
 509 - ความขาดแคลนและการกระจุกตัวของแพทย์และบุคลากร
- 510 3. มิติประสิทธิภาพและการจัดการทรัพยากร (Efficiency & Management)
 511 - การให้บริการที่มีคุณค่าต่ำ (Low-Value Care)
 512 - การไม่สอดคล้องระหว่างกลไกการจ่ายและต้นทุน
 513 - ความท้าทายด้านข้อมูลและดิจิทัล
- 514
- 515 **ข้อเสนอเชิงนโยบายตามกรอบ SAFE**
- 516 **S**
- 517 1. ติดตามตามตัวชี้วัด เพื่อไม่ให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเกินพิกัดที่ประเทศรับได้
 518 2. บริหารงบประมาณปลายปิด และคงกรอบงบประมาณไว้อย่างน้อย 5 ปี
- 519 **A**
- 520 1. ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาล เพื่อลดรายจ่ายในอนาคต
 521 2. หาแหล่งรายได้เพิ่มเติม เช่น premium clinic ที่คำนึงถึงความเป็นธรรม, พิจารณาการจ่ายแบบ
 522 deductible ที่ผู้มีรายได้น้อยไม่ต้องร่วมจ่าย, ภาษีสินค้าที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
- 523 **F**
- 524 1. จัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับความหนาแน่นของประชากร

525 2. กำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ตาม "ทฤษฎีขนมชั้น"

526 3. ลดความแตกต่างของการเข้าถึงบริการของกลุ่มเฉพาะ

527 E

528 1. ทบทวนสิทธิประโยชน์ที่มีคุณค่าต่ำ, ระบบการชดเชยค่าบริการ และการตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพ โดย
529 ลดการจ่ายแบบ unbundle ลง

530 2. ส่งเสริมให้ภาคประชาชนและภาคท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

531 3. เน้นบริการปฐมภูมิใน primary unit และในชุมชน

532

533 **ข้อเสนอแนะที่สนับสนุน SAFE**

534 1. สร้าง Trust & Empathy ต่อหน่วยบริการและประชาชน

535 2. เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของทุกภาคส่วน

536 3. เพิ่มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อเท็จจริง เหตุผลความจำเป็น ให้ทุกภาคส่วน

537 เข้าใจการทำงาน ของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

538 4. ให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพตั้งแต่ต้นทาง

539

540

541 **ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นคณะกรรมการฯ เพิ่มเติม**

542 1. ให้จัดลำดับความสำคัญข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อดำเนินการในช่วงเวลาที่เหมาะสม

543 2. เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตัวเอง (Health literacy) และการให้ความรู้
544 ด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเรียน

545 3. ให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพฯ มากขึ้น

546 4. ทบทวนเป้าหมายและทิศทางขององค์กร และการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง สปสช. สวรส. สสส.
547 และ สช. เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของประชาชน

548 5. ระบบที่ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่ายสำหรับผู้นำไปปฏิบัติ และผู้รับบริการ ในมุมที่ไม่ได้นำงบประมาณ
549 มาเป็นที่ตั้ง

550 6. รับฟังความคิดเห็นจากภาคส่วนอื่นๆ อย่างรอบด้าน

551 7. เปลี่ยนวาทกรรม “จะใช้งบประมาณที่มีอยู่ ให้พอได้อย่างไร ?”

552 8. พิจารณาความเหมาะสมของนโยบายใหม่ที่เกิดขึ้นระหว่างปี อย่างรอบด้าน

553

554 **เรียนคณะอนุกรรมการฯ เพื่อทราบ**

555 รับทราบมติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 11/2568 เมื่อวันพุธที่ 26 พฤศจิกายน 2568

556 ระเบียบวาระที่ 6.2.1 การสอบสวนหน่วยบริการ กรณีตามมาตรา 57 59

557 ระเบียบวาระที่ 6.2.2 สรุปผลการประชุม Board Relation กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :
558 ประสิทธิภาพ โปร่งใส ยั่งยืน “Efficiency Today , Sustainability Tomorrow”

559

560

561

562 มติที่ประชุม

563 รับทราบมติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 11/2568 เมื่อวันพุธที่ 26 พฤศจิกายน 2568

564 ระเบียบวาระที่ 6.2.1 การสอบสวนหน่วยบริการ กรณีตามมาตรา 57 59

565 ระเบียบวาระที่ 6.2.2 สรุปผลการประชุม Board Relation กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :
566 ประสิทธิภาพ โปร่งใส ยั่งยืน “Efficiency Today , Sustainability Tomorrow”

567

568 ระเบียบวาระที่ 6.3 เรื่องจากคณะกรรมการทำงานภายใต้อปสข.

569 6.3.1 เรื่องจากคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
570 กรุงเทพมหานคร (CFO)

571 - ไม่มี

572

573 6.3.2 เรื่องจากคณะกรรมการแผนงานและยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
574 ระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

575 - นำเสนอในวาระเรื่องสืบเนื่อง ระเบียบวาระที่ 5.1

576

577 6.3.3 เรื่องจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของกองทุนระดับ
578 ระบบบริการทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

579 - นำเสนอในวาระเรื่องเพื่อพิจารณา ระเบียบวาระที่ 7.1

580

581 6.3.4 เรื่องจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของกลุ่มเปราะบางและชายขอบ
582 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

583 สรุปการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการ ของกลุ่มเปราะบางและชายขอบ
584 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2568

585 ตามมติคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของกลุ่มเปราะบางและชายขอบ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
586 ครั้งที่ 2/2568 วันพฤหัสบดีที่ 10 เมษายน 2568 แนวทางปฏิบัติการเชิงบูรณาการ เห็นชอบการดำเนินการใน
587 กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม คือ

588 1. กลุ่มพระสงฆ์ ตัวชีวัด คือ

589 1.1 ลงพื้นที่ให้บริการงานทะเบียน วัด 45 แห่ง

590 1.2 กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจสอบสิทธิ และ/หรือได้รับการลงทะเบียนเปลี่ยนสิทธิ จำนวน 1,000 รูป/คน

591 1.3 พระสงฆ์ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 30 ของกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ 1,000 รูป/คน

592 2. กลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและเข้าไม่ถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาทิ มีชื่อใน
593 ทะเบียนบ้านกลาง ติด ตร.97 คนไทยตกหล่น ฯลฯ ตัวชีวัด คือ

594 2.1 กลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนฯ ได้รับการแนะนำหรือการช่วยเหลือเรื่องสิทธิสถานะ
595 ร้อยละ 80 ของผู้ที่เข้าสู่กระบวนการ

596 3. กลุ่มคนที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ ฯลฯ ตัวชีวัด คือ

597 3.1 กลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้าถึงสิทธิ ร้อยละ 50

598 3.2 กลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้ารับบริการสุขภาพ
599 ได้ร้อยละ 50 (ปี 2567 เข้าถึงบริการ ร้อยละ 42)

600 4. กลุ่มคนไร้บ้าน ตัวชี้วัด คือ

601 4.1 กลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้าถึงสิทธิ UC และบริการสุขภาพพื้นฐาน ร้อยละ 60

602

603 สรุปผลการดำเนินงาน

604

กลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
1. กลุ่มพระสงฆ์	1. ลงพื้นที่ให้บริการ วัด 45 แห่ง	1. ลงพื้นที่ จำนวน 50 แห่ง
	2. ได้รับการตรวจสอบสิทธิ ลงทะเบียน เปลี่ยนสิทธิ จำนวน 1,000 รูป/คน	2. ได้รับการบริการ จำนวน 2,560 รูป/คน
	3. ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 30 ของกลุ่ม เป้าหมายที่ตั้งไว้ 1,000 รูป/คน	3. ได้รับการตรวจสุขภาพ 1,986 รูป/คน
2. กลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน	ได้รับการแนะนำหรือการช่วยเหลือเรื่องสิทธิสถานะ ร้อยละ 80 ของผู้ที่เข้าสู่กระบวนการ	ดำเนินการได้ 67 เคส (เคสเข้าระบบ 73 เคส ผ่านรพ.ราชพิพัฒน์ จำนวน 22 เคส รพ.กลาง 4 เคส รพ.สิรินธร 11 เคส และศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง/ภาคประชาชน 30 เคส)
3. กลุ่มคนที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ ฯลฯ	1. กลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้าถึงสิทธิ ร้อยละ 50	การเข้าถึงสิทธิและบริการผ้าอ้อม จำนวน 37,494 คน คิดเป็นร้อยละ 31.24 (จำนวนเป้าหมายตามเกณฑ์ 120,000 คน)
	2. กลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ร้อยละ 50 (ปี 2567 เข้าถึงบริการ ร้อยละ 42)	1. การเข้าถึงบริการ PP ร้อยละ 14.58 (เป้าหมาย 1,200,000 คน ผลงาน 175,000 คน) 2. การเข้าถึงบริการ OP ร้อยละ 38.60 (เป้าหมายสิทธิ UC 984,724 คน ผลงาน 380,020 คน/3,302,882 ครั้ง)
4. กลุ่มคนไร้บ้าน	กลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้าถึงสิทธิ UC และบริการสุขภาพพื้นฐาน ร้อยละ 60	การเข้าถึงสิทธิ 379 คน (จากเคสเข้าระบบ 507 คน) การเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพ 323 คน 1. จุดตรอกสาเก ลงทะเบียน จำนวน 60 คน ตรวจสอบสิทธิ 141 คน สอบถาม 16 คน รวม 217 คน 2. ไตสะพานพระปิ่นเกล้า ผู้ลงทะเบียน 24 คน ตรวจสอบสิทธิ 75 คน เปลี่ยนสิทธิ ย่อย 3 คน รวม 102 คน

กลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		- จุดอื่นๆ ผู้ลงทะเบียน จำนวน 17 คน ตรวจสอบสิทธิ 62 คน สอบถาม 109 คน รวม 188 คน

605 ข้อสังเกตและข้อเสนอ

606 1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม โลหิตจาง) ภาวะซึมเศร้า และความเครียด
607 ยังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของกลุ่มคนไร้บ้านและคนจนเมือง และประชาชนส่วนหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองมีโรค
608 ประจำตัวมาก่อนการตรวจคัดกรอง

609 2. โครงการตรวจสุขภาพเป็นช่องทางสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไร้บ้านเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ควรดำเนินการ
610 ร่วมกับภาคประชาสังคมต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี

611 3. การรับรู้สิทธิรักษาพยาบาลของคนไร้บ้านยังเป็นปัญหา ร้อยละ 30 ยังมีปัญหาเรื่องการรับรู้สิทธิ
612 รักษาพยาบาล (ไม่ทราบสิทธิรักษา แจ้งว่าไม่มีสิทธิรักษา และไม่ทราบว่าไปใช้บริการที่ใด)

613

614 เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

615 1. รับทราบ สรุปผลการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการ ของกลุ่มเปราะบาง
616 และชายขอบ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2568 และให้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณา
617 ดำเนินการต่อไป

618 2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

619

620 มติที่ประชุม

621 รับทราบ สรุปผลการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการ ของกลุ่มเปราะบาง
622 และชายขอบ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2568 และให้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณา
623 ดำเนินการต่อไป

624

625 ระเบียบวาระที่ 6.4 การสนับสนุนบริการกรณีผลกระทบจากอุทกภัยในพื้นที่ภาคใต้ และเหตุการณ์ไม่สงบ 626 ในชายแดนไทย-กัมพูชา

627 ตามที่ได้มีสถานการณ์ภัยพิบัติสาธารณะในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย ได้แก่
628 จังหวัดพัทลุง นราธิวาส ยะลา สงขลา ปัตตานี ตรัง และสตูล ตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2568 เป็นต้นมา
629 และกรณีเหตุการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา ระลอกล่าสุด จนต้องเร่งอพยพประชาชนในพื้นที่
630 เสี่ยงภัย 6 จังหวัด ทั้งในภาคอีสานและภาคตะวันออก (ศรีสะเกษ, สุรินทร์, บุรีรัมย์, อุบลราชธานี, สระแก้ว,
631 ตราด) ออกจากพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อการรับบริการและให้บริการสาธารณสุขส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
632 ที่จำเป็นของประชาชน เนื่องจากไม่สามารถเข้ารับบริการยังหน่วยบริการประจำของตนเองได้ นั้น

633 แนวทางการเข้ารับบริการ กรณีผู้มีสิทธิบัตรทองไม่สามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการประจำได้
634 เนื่องจากหน่วยบริการปิดหรือต้องอพยพ สามารถเข้ารับบริการที่ หน่วยบริการอื่นได้ทั้งใน และนอกจังหวัด
635 โดยหน่วยบริการที่ให้การรักษาสถาบันสามารถเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการได้ ดังนี้

1. ส่วนการให้บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ตามประกาศ สปสช. เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
 สาธารณสุข ในกรณีของผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาต่อเนื่อง และมีความจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนยาตามความเหมาะสม
 ให้หน่วยบริการสามารถใช้ดุลยพินิจพิจารณาตามข้อตกลงในระดับพื้นที่ได้

2. สำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กรณีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกเลือด หากต้องไปรับบริการฟอกไต
 ในพื้นที่ปลอดภัย หน่วยบริการฟอกไตที่รองรับสามารถเพิ่มจำนวนการให้บริการเกินกว่าที่ สปสช. กำหนดได้
 โดยแจ้งข้อมูลศักยภาพการให้บริการไปยังหน่วยงานที่มีอำนาจพิจารณา นอกจากนี้ยังมีการผ่อนผันกติกา
 เป็นกรณีพิเศษสำหรับเครื่องฟอกไต กรณีย้ายเครื่องฟอกไตไปสมทบที่หน่วยบริการแห่งใหม่เพื่อให้บริการผู้ป่วย
 เพิ่มเติมจากที่ได้ลงทะเบียนกับ สปสช.ไว้ สามารถดำเนินการได้ โดยให้ประสานไปยัง สปสช.เขตแต่ละพื้นที่
 เพื่อดำเนินการ

3. ส่วนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิบัตรทอง ที่ไม่สามารถเข้ารับบริการตามแผนงานฯ การดูแลรายบุคคลเดิม
 ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.) สามารถติดต่อขอรับบริการได้ที่หน่วยบริการอื่น
 โดยให้หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายฯ จากสำนักงานฯ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
 สาธารณสุขในแต่ละประเภทบริการที่เข้ารับการดูแลรักษา ในแต่ละประเภทบริการ

4. การประสานงานและการสนับสนุน โดย อปท. สามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อดำเนินโครงการหรือ
 กิจกรรมในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้ โดยถือเป็นกรณีภัยพิบัติตามความจำเป็น รวมถึงการจัดบริการ
 พาหนะรับส่งผู้พหุพลภาพ การสนับสนุนผ้าอ้อมและแผ่นรองขับถ่าย โดยเป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์ฯ กปท.

5. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ให้หน่วยบริการใช้วิธีการยืนยันตัวตนโดยคำนึงถึง
 ความสะดวกและความจำเป็นของผู้รับบริการ หากมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจดำเนินการได้ ให้แจ้งเหตุความไม่สะดวก
 ในการดำเนินการเป็นรายกรณี สำหรับการติดต่อประสานงาน สามารถติดต่อผ่าน สปสช. เขต หรือองค์กรปกครอง
 ส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดได้

6. ชักซ้อมหน่วยบริการในทบทวน ให้ประชาชนผู้มีสิทธิที่ได้รับผลกระทบเข้ารับบริการ จนกว่าสถานการณ์
 จะเข้าสู่ภาวะปกติ ในกรณีเหตุจำเป็น (OP Anywhere) และกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (OPAE)
 รวมทั้งกรณีโรคเฉพาะ หรือโรคตามสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนพึงได้รับ ตามประกาศ หลักเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด

เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

1. รับทราบ การสนับสนุนบริการ กรณีผลกระทบจากอุทกภัยในพื้นที่ภาคใต้ และเหตุการณ์ไม่สงบในชายแดน
 ไทย-กัมพูชา
2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ไม่มี

มติที่ประชุม

รับทราบ การสนับสนุนบริการกรณีผลกระทบจากอุทกภัยในพื้นที่ภาคใต้ และเหตุการณ์ไม่สงบในชายแดน
 ไทย-กัมพูชา

672 ระเบียบวาระที่ 7 เรื่องเพื่อพิจารณา

673

674 ระเบียบวาระที่ 7.1 เรื่องจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการ
675 ของระบบบริการทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

676 สำนักงานฯ ได้จัดประชุม คณะทำงานพัฒนาระบบการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึง
677 บริการของระบบบริการทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งที่ 6/2568 ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2568
678 ที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้นำเสนอ อปสข. ดังนี้

679 7.1.1 การลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชน UC กทม. กรณีหน่วยบริการประจำหรือเครือข่าย
680 หน่วยบริการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
681 กฎหมาย/ประกาศ ที่เกี่ยวข้อง

682 - พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 26 (7) ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดำเนินการ
683 เพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้
684 ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

685 - ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
686 การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำพ.ศ. 2562 และที่
687 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567

688 ข้อ 10 สำนักงานอาจลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนบุคคลได้ ในกรณีต่อไปนี้

689 (4) กรณีหน่วยบริการประจำที่บุคคลได้ลงทะเบียนไว้แล้ว ถอนตัวหรือพ้นจากการเป็น
690 หน่วยบริการประจำ

691 (10) กรณีในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการหรือ
692 ศักยภาพการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสาธารณสุขของบุคคลที่ได้
693 ลงทะเบียนแล้ว โดยคำแนะนำของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

694 - กรณีหน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ยกเลิกการขึ้นทะเบียน
695 หน่วยบริการ ซึ่งมีผลกระทบให้ประชาชนผู้มีสิทธิของหน่วยบริการนั้น ไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
696 หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น
697 ที่มีมาตรฐาน ตามมาตรา 5 นั้น สำนักงานฯ จึงจัดให้ประชาชนมีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
698 หรือหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อทดแทน

699

700 มติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการ
701 ทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งที่ 6/2568 ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2568

702 1. เห็นชอบ ร่างข้อเสนอแนวทางการลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชน กรณีหน่วยบริการตามสิทธิยกเลิก
703 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ตามแนวทางการจัดสรรประชากรและหลักเกณฑ์การจัดลงทะเบียนสิทธิให้กับประชาชน
704 ที่ได้รับผลกระทบจากการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ โดยเพิ่มเติมปัจจัยจำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการส่งต่อ

705 2. มอบสำนักงานฯ ดำเนินการสนับสนุนการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดสรรประชากร ให้มีประสิทธิภาพ
706 ตามหลักเกณฑ์การจัดลงทะเบียนสิทธิให้กับประชาชน

707 3. มอบสำนักงานฯ นำเสนอต่อคณะอปสข. เพื่อพิจารณา

708 4. รับรองมติในที่ประชุม

709

710 ข้อเสนอแนวทางการลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชน UC กทม. กรณีหน่วยบริการประจำหรือเครือข่าย
711 หน่วยบริการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

712 ประเภทการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

713 1. หน่วยบริการปฐมภูมิ

714 - ผู้มีสิทธิ ยังคงมีหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ คงเดิม

715 - สำนักงานจัดหาหน่วยบริการปฐมภูมิทดแทนลงทะเบียน โดยพิจารณาหน่วยบริการปฐมภูมิใน
716 เครือข่ายหน่วยบริการประจำเดิม (ถ้ามี) เป็นอันดับแรก หรือจัดหาหน่วยบริการปฐมภูมิรองรับเพิ่มเติม

717 2. หน่วยบริการประจำ

718 - ผู้มีสิทธิของหน่วยบริการ จะมีสถานะเป็นสิทธิว่าง

719 - สำนักงานจัดหาหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อรองรับ
720 การลงทะเบียนสิทธิให้กับประชาชน

721 3. หน่วยบริการรับส่งต่อ

722 - ผู้มีสิทธิ ยังคงมีหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ คงเดิม

723 - สำนักงานจัดหาหน่วยบริการรับส่งต่อทดแทน โดยพิจารณาหน่วยบริการรับส่งต่อในเครือข่าย
724 หน่วยบริการประจำเดิม(ถ้ามี) เป็นอันดับแรกหรือจัดหาหน่วยบริการรับส่งต่อรองรับเพิ่มเติม

725 **หมายเหตุ :** เพื่อให้ครอบคลุมกรณีเครือข่ายหน่วยบริการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สำนักงานจึงเสนอ
726 การยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อเพิ่มเติม

727 **หลักเกณฑ์การจัดลงทะเบียนสิทธิให้กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ**

728 1. จัดตามที่อยู่ของประชาชน ลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่อยู่ใกล้ที่อยู่ผู้มีสิทธิ

729 2. กรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ไม่เพียงพอ สำนักงานพิจารณาจัดหาหน่วยบริการเพิ่มเติม
730 หรือจัดลงทะเบียนในหน่วยบริการในเขตพื้นที่รอยต่อหรือที่สะดวกในการเดินทาง

731 3. ประชาชนครอบครัวเดียวกัน/ทะเบียนบ้านเดียวกันลงทะเบียนที่หน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกัน

732 4. การลงทะเบียนผู้มีสิทธิให้หน่วยบริการ โดยคำนึงถึงสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CHRONIC) ผู้ป่วยที่มี
733 ประวัติส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง (NON_CHRONIC) ตามอัตราของแต่ละเขตพื้นที่

734 5. จำนวนการลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ ที่มีประชากรลงทะเบียนยังไม่เต็มศักยภาพของ
735 หน่วยบริการ อาจพิจารณาหน่วยบริการที่มีผู้มีสิทธิลงทะเบียนน้อยกว่า 5,000 คน เป็นอันดับแรก

736 6. สำนักงานลงทะเบียน โดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ตาม หลักเกณฑ์และเงื่อนไขใน ข้อ 1- 4

737 **หมายเหตุ :** ประชาชนสามารถเปลี่ยนสิทธิได้ 4 ครั้งต่อปี โดยการลงทะเบียนของ สปสช. จะไม่นับเป็นการเปลี่ยน
738 สิทธิของประชาชน

739 **เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา**

740 1. รับทราบ แนวทางการลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชน UC กทม. กรณีหน่วยบริการประจำหรือเครือข่าย
741 หน่วยบริการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

742 2. เห็นชอบ ข้อเสนอแนวทางการลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชน UC กทม. กรณีหน่วยบริการตามสิทธิยกเลิก
743 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ตามแนวทางการจัดสรรประชากร และหลักเกณฑ์การจัดลงทะเบียนสิทธิให้กับ
744 ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ โดยเพิ่มเติมปัจจัยจำนวนผู้ป่วย
745 ที่มีประวัติการส่งต่อ

746 3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

747 มติที่ประชุม

- 748 1. **รับทราบ** แนวทางการลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชน UC กทม. กรณีหน่วยบริการประจำหรือเครือข่าย
 749 หน่วยบริการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
- 750 2. **เห็นชอบ** ข้อเสนอแนวทางการลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชน UC กทม. กรณีหน่วยบริการประจำหรือ
 751 เครือข่ายหน่วยบริการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ตามแนวทางการจัดสรรประชากร และ
 752 หลักเกณฑ์การจัดลงทะเบียนสิทธิให้กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วย
 753 บริการ โดยเพิ่มเติมปัจจัยจำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการส่งต่อ

754 ประเภทยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

- 755 1. หน่วยบริการปฐมภูมิ
- 756 - ผู้มีสิทธิ ยังคงมีหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ คงเดิม
- 757 - สำนักงานจัดหาหน่วยบริการปฐมภูมิทดแทนลงทะเบียน โดยพิจารณาหน่วยบริการปฐมภูมิ
 758 ในเครือข่ายหน่วยบริการประจำเดิม (ถ้ามี) เป็นอันดับแรก หรือจัดหาหน่วยบริการปฐมภูมิรองรับเพิ่มเติม
- 759 2. หน่วยบริการประจำ
- 760 - ผู้มีสิทธิของหน่วยบริการ จะมีสถานะเป็นสิทธิว่าง
- 761 - สำนักงานจัดหาหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อรองรับ
 762 การลงทะเบียนสิทธิให้กับประชาชน
- 763 3. หน่วยบริการรับส่งต่อ
- 764 - ผู้มีสิทธิ ยังคงมีหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ คงเดิม
- 765 - สำนักงานจัดหาหน่วยบริการรับส่งต่อทดแทน โดยพิจารณาหน่วยบริการรับส่งต่อใน
 766 เครือข่ายหน่วยบริการประจำเดิม(ถ้ามี) เป็นอันดับแรกหรือจัดหาหน่วยบริการรับส่งต่อรองรับเพิ่มเติม
- 767 **หมายเหตุ :** เพื่อให้ครอบคลุมกรณีกรณีเครือข่ายหน่วยบริการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สำนักงานจึงเสนอ
 768 การยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อเพิ่มเติม

769 หลักเกณฑ์การจัดลงทะเบียนสิทธิให้กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการยกเลิกการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

- 770 1. จัดตามที่อยู่ของประชาชน ลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่อยู่ใกล้ที่อยู่ผู้มีสิทธิ
- 771 2. กรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ไม่เพียงพอ สำนักงานพิจารณาจัดหาหน่วยบริการเพิ่มเติม
 772 หรือจัดลงทะเบียนในหน่วยบริการในเขตพื้นที่รอยต่อหรือที่สะดวกในการเดินทาง
- 773 3. ประชาชนครอบครัวเดียวกัน/ทะเบียนบ้านเดียวกันลงทะเบียนที่หน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกัน
- 774 4. การลงทะเบียนผู้มีสิทธิให้หน่วยบริการ โดยคำนึงถึงสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CHRONIC) ผู้ป่วยที่มี
 775 ประวัติส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง (NON_CHRONIC) ตามอัตราของแต่ละ
 776 เขตพื้นที่
- 777 5. จำนวนการลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ ที่มีประชากรลงทะเบียนยังไม่เต็มศักยภาพของ
 778 หน่วยบริการ อาจพิจารณาหน่วยบริการที่มีผู้มีสิทธิลงทะเบียนน้อยกว่า 5,000 คน เป็นอันดับแรก
- 779 6. สำนักงานลงทะเบียน โดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ตาม หลักเกณฑ์และเงื่อนไขใน ข้อ 1- 4

780 **หมายเหตุ :** ประชาชนสามารถเปลี่ยนสิทธิได้ 4 ครั้งต่อปี โดยการลงทะเบียนของ สปสช. จะไม่นับเป็นการเปลี่ยน
 781 สิทธิของประชาชน

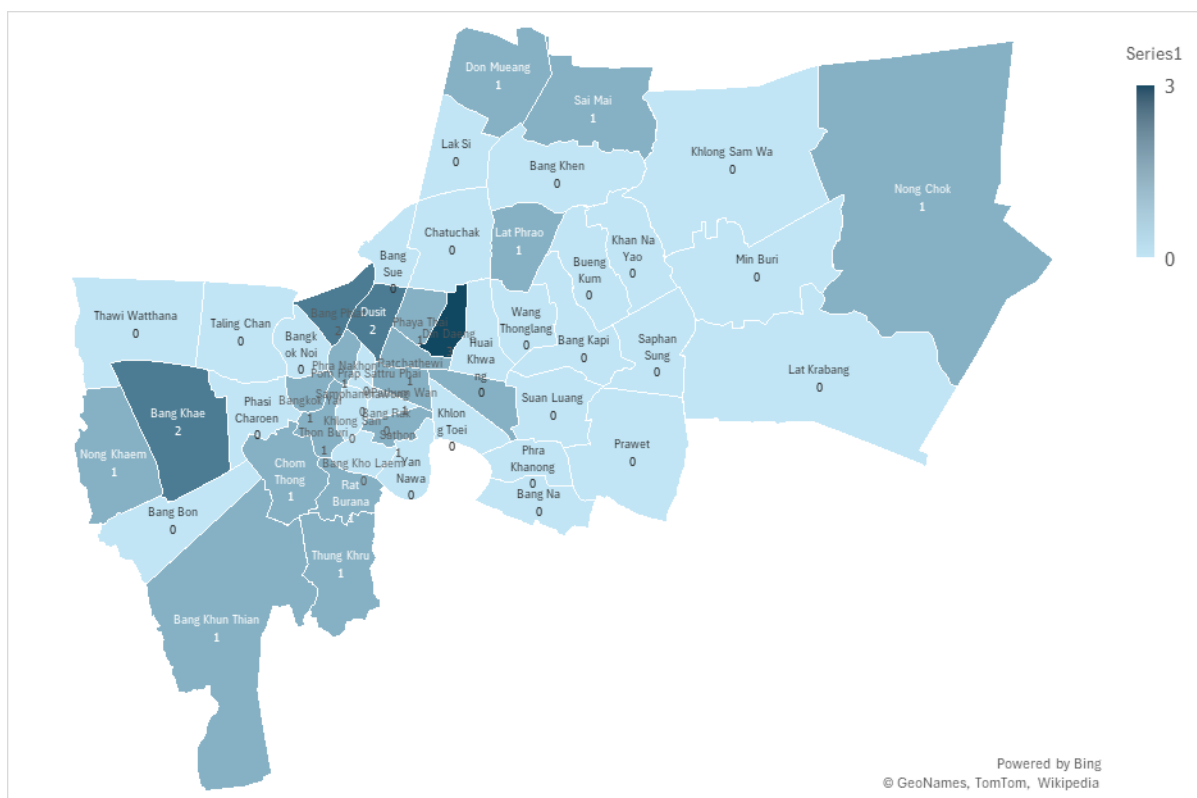
782 3. รับรองมติในที่ประชุม

783

784 7.1.2 ผลการวิเคราะห์ความพอเพียงของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและแผนการจัดหาเพิ่ม
 785 หน่วยบริการ
 786

ลำดับ	เขต	ต้องการหน่วยบริการเพิ่ม (แห่ง)
1	** เขตดินแดง	3
2	*เขตบางแค	2
3	*เขตบางพลัด	2
4	*เขตสาทร	1
5	** เขตดุสิต	2
6	** เขตพญาไท	1
7	เขตหนองแขม	1
8	** เขตลาดพร้าว	1
9	*เขตพระนคร	1
10	เขตบางกอกใหญ่	1
11	เขตบางขุนเทียน	1
12	เขตหนองจอก	1
13	เขตธนบุรี	1
14	เขตปทุมวัน	1
15	เขตวัฒนา	1
16	เขตดอนเมือง	1
17	** เขตราชบุรีบูรณะ	1
18	** เขตทุ่งครุ	1
19	เขตจอมทอง	1
20	** เขตสายไหม	1
21	** เขตราชเทวี	1

787 หมายเหตุ : * เขตพื้นที่ที่มีหน่วยบริการเขตข้างเคียงรับผิดชอบดูแลประชากรแทน
 788 ** เขตพื้นที่ที่มีหน่วยบริการประจำ (ศบส.) รับผิดชอบดูแลประชากรแทน
 789



790

791

792

793

ตัวอย่าง การวิเคราะห์ความพอเพียง (Sufficiency) หน่วยบริการปฐมภูมิรายเขต

BHZ	เขต	POP UC 2 ต.ค. 68 (คน)	PCU คลินิก (แห่ง)	ศักยภาพ ของคลินิก (ศักยภาพ 1,200 คน)	PCU ศบส. (แห่ง)	ศักยภาพศบส. (คน)	PCU รพ. (แห่ง)	ศักยภาพ รพ. (คน)	รวมศักยภาพ PCU+ศบส+รพ. (คน)	ผลการ วิเคราะห์	หน่วย บริการ (แห่ง)
	(1)	(2)	(3)	(4) = (3) x 12,000	(5)	(6) = (5) x ศักยภาพ	(7)	(8)	(9) = (4) +(6) +(8)	(10) = (2) - (9)	(11) = (10)/12,000
โซน 1 รพ.ราช พิพัฒน์	เขต ดลิ่งชัน	45,142	4	48,000	1	63,000			63,000	17,858	เกิน 1
	เขต ทวีวัฒนา	40,929	3	36,000	1	51,000			51,000	10,071	เกิน 1
	เขตบาง ขุนเทียน	100,198	6	72,000	1	104,084	2	17,084	104,084	3,886	0
	เขต บางแค	130,369	5	60,000	1	105,620	1	30,620	105,620	-24,749	ไม่เพียงพอ 2
	เขต บางบอน	75,797	7	84,000	1	99,000			99,000	23,203	เกิน 2
	เขต ภาษีเจริญ	89,404	5	60,000	2	111,636	1	21,636	111,636	22,232	เกิน 2
	เขต หนองแขม	94,436	5	60,000	1	90,207	1	15,207	90,207	-4,229	0

794

795

796

797

798

- 799 ผลการวิเคราะห์ความพอเพียง (Sufficiency) ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและแผนการจัดหาเพิ่มหน่วยบริการ
 800 สถานการณ์การรับสมัครหน่วยบริการในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอ
 801 - สำนักงานฯ ดำเนินการเปิดรับสมัคร 6 หน่วยบริการ ปี 2568 สำหรับพื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ
 802 รองรับไม่เพียงพอ

เขต	จำนวน (แห่ง)
ดุสิต	1
บางพลัด	1
บางแค	1
ราชเทวี	1
ลาดพร้าว	1
บางขุนเทียน	1 (สมัครขึ้นทะเบียนแล้ว)
ราษฎร์บูรณะ	1

- 803 - ในบางเขตพื้นที่ประชาชนไม่มีหน่วยบริการรองรับการลงทะเบียนสิทธิของประชาชน
 804

จำนวนเครือข่าย หน่วยบริการ (เครือข่าย)	สถานะ		
	รับชก. เต็มศักยภาพ	พักเครือข่าย	เปิดให้ลงทะเบียน
240	14	107	119

- 805
 806 ร่าง ข้อเสนอการจัดหาหน่วยบริการรองรับการลงทะเบียนสิทธิและบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิในพื้นที่
 807 ที่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอ
 808 1. เปิดรับสมัครหน่วยบริการปฐมภูมิ
 809 2. เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ลงทะเบียนสิทธิได้ 24,000 ประชากร
 810 ข้อเสนอ 2 การเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ลงทะเบียนสิทธิได้ 24,000 ประชากร
 811 ที่มา :
 812 - ในปีงบประมาณ 2568 หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 31 แห่ง ยกเลิกการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ
 813 ซึ่งทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงพอรองรับประชากรในพื้นที่ และสำนักงานฯ เปิดรับสมัครหน่วยบริการ
 814 ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2568 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 6 แห่ง มีหน่วยบริการสมัครเพียง 1 แห่ง
 815 - มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่
 816 10/2568 เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2568 เห็นชอบให้สปสข. ไปพิจารณาเพิ่มขีดความสามารถและมาตรฐานของ
 817 หน่วยบริการคลินิกชุมชนอบอุ่นในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงพอ

818 **ประกาศที่เกี่ยวข้อง**

819 - ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิเรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
820 ที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการ
821 ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

822 ข้อ 9 (1) หน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบผู้รับบริการ 8,000 – 12,000 คน ทั้งนี้ เมื่อได้พิจารณา
823 ถึงความปลอดภัยและความสะดวกของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่แล้วอาจพิจารณากำหนดเกณฑ์จำนวน
824 ผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามความเหมาะสมก็ได้

825 ข้อ 3 (6) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคน และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตั้งน้อย
826 หนึ่งคณะซึ่งประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์
827 จำนวนสองคนขึ้นไป และผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวนสองคนขึ้นไป

828 **หลักเกณฑ์ การเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ**

829 1. หน่วยบริการผ่านการขึ้นทะเบียน ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ
830 ปฐมภูมิของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และมีคุณสมบัติเป็นไปตามประกาศ
831 คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เกี่ยวข้อง

832 2. มีสถานที่รองรับการบริการผู้มีสิทธิเพิ่มเติมอย่างน้อยดังนี้

833 - มีห้องตรวจสำหรับแพทย์ 2 ห้อง

834 - เตียงให้บริการหัตถการ 2เตียง

835 - ที่พักคอยรองรับประชาชน อย่างน้อย 50 คน

836 3. ผ่านการตรวจประเมินเพื่อเพิ่มศักยภาพ โดย สำนักงาน /คณะทำงาน

837 **เกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของกองสนับสนุนระบบสุขภาพ**
838 **ปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข**
839

เกณฑ์บุคลากร	สัดส่วนต่อประชากร	12,000 คน	24,000 คน
		จำนวน(คน)	จำนวน(คน)
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1 : 10,000	1	2
พยาบาล	1:5,000	2	4
สาธารณสุข	1:5,000	2	4

840 **อ้างอิง : คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 – 2570**

841
842 **มติที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบ**
843 **บริการทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งที่ 6/2568 ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2568**

844 1. รับทราบ ผลการวิเคราะห์ความพอเพียงของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและแผนการจัดหาเพิ่ม
845 หน่วยบริการ

846 2. เห็นชอบ ร่างข้อเสนอการจัดหาหน่วยบริการรองรับการลงทะเบียนสิทธิและบริการสาธารณสุขของ
847 ผู้มีสิทธิในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอ

- 848 1) เปิดรับสมัครหน่วยบริการปฐมภูมิ
 849 2) เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ลงทะเบียนสิทธิได้ 24,000
 850 ประชากร

851 3. รับรองมติในที่ประชุม และเสนอต่ออปสข.ต่อไป

852 เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

- 853 1. รับทราบ ผลการวิเคราะห์ความพอเพียง (Sufficiency) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ของหน่วยบริการระดับ
 854 ปฐมภูมิและแผนการจัดหาเพิ่มหน่วยบริการ
 855 2. เห็นชอบ ข้อเสนอการจัดหาหน่วยบริการรองรับการลงทะเบียนสิทธิและบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ
 856 เฉพาะในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอ
 857 1) เปิดรับสมัครหน่วยบริการปฐมภูมิ
 858 2) เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ลงทะเบียนสิทธิได้ 24,000 ประชากร
 859 3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

860

861 มติในที่ประชุม

- 862 1. รับทราบ ผลการวิเคราะห์ความพอเพียง (Sufficiency) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ของหน่วยบริการระดับ
 863 ปฐมภูมิและแผนการจัดหาเพิ่มหน่วยบริการ
 864 2. เห็นชอบ ข้อเสนอการจัดหาหน่วยบริการรองรับการลงทะเบียนสิทธิและบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ
 865 เฉพาะในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอ
 866 1) เปิดรับสมัครหน่วยบริการปฐมภูมิ
 867 2) เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ลงทะเบียนสิทธิประชากรได้ถึง 24,000 ประชากร
 868 3. รับรองมติในที่ประชุม

869

870 ระเบียบวาระที่ 7.2 เสนอแต่งตั้งองค์ประกอบในคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตาม 871 การบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO)

872 ที่มา :

- 873 1. มติอปสข.ครั้งที่ 11/2568 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2568 เห็นชอบมติคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์
 874 และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) การปรับและเพิ่มองค์ประกอบในคณะทำงาน
 875 จัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ดังนี้
 876 - ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขให้ประกอบด้วยผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และอธิบดีกรมการแพทย์
 877 หรือผู้แทน จำนวน 2 คน
 878 - ให้สรรหาผู้แทนรพ.เอกชนใหม่ จำนวน 1 คน
 879 2. สปสช.กทม. ได้ทำหนังสือขอรายชื่อผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และอธิบดีกรมการแพทย์ หรือผู้แทน จำนวน 2 คน
 880 ไปยังปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2568
 881 3. สปสช.กทม. ได้จัดการประชุมให้มีการคัดเลือกกันเองของผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2568
 882 มีผู้สมัครคัดเลือกจำนวน 1 ราย จากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กสหวิทยาการมะลิ

883

884

885 รายชื่อผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข

886 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย นายชุมพล นุชผ่อง ดำรงตำแหน่งเป็น นายแพทย์เชี่ยวชาญ
887 (ด้านเวชกรรมป้องกัน) และรองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัด
888 กระทรวงสาธารณสุข

889 รายชื่อผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับคัดเลือกเป็นคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตาม
890 การบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) มีจำนวน 1 ราย ได้แก่

891 นางสาวนฤมล พรหมธารี ตำแหน่ง เกสเซอร์ และรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กสภวิทยาคารมะลิ
892 เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

- 893 1. รับทราบ รายชื่อ/ ตำแหน่งองค์ประกอบในคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหาร
894 กองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO)
- 895 2. เห็นชอบ แต่งตั้งผู้มีรายชื่อและตำแหน่งดังต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตาม
896 การบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO)
 - 897 2.1 แต่งตั้ง ดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง รองผอ.กองการเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
 - 898 2.2 นางสาวนฤมล พรหมธารี ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน
 - 899 2.3 อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน (แต่งตั้งโดยตำแหน่ง)
- 900 3. มอบสปสข.กทม. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯเพิ่มเติมเพื่อเสนอประธานอปสข. ลงนามแต่งตั้งต่อไป
- 901 4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

902
903 มติที่ประชุม

- 904 1. รับทราบ รายชื่อ/ ตำแหน่งองค์ประกอบในคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหาร
905 กองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO)
- 906 2. เห็นชอบ แต่งตั้งผู้มีรายชื่อและตำแหน่งดังต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตาม
907 การบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO)
 - 908 2.1 แต่งตั้งดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง รองผอ.กองการเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
 - 909 2.2 นางสาวนฤมล พรหมธารี ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน
 - 910 2.3 อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน (แต่งตั้งโดยตำแหน่ง)
- 911 3. มอบสปสข.กทม. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯเพิ่มเติมเพื่อเสนอประธานอปสข. ลงนามแต่งตั้งต่อไป
- 912 4. รับรองมติในที่ประชุม

913

914 ระเบียบวาระที่ 7.3 การขอขยายเวลาแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)

915 ความเป็นมา :

- 916 1. ตามประกาศคณะกรรมการฯ เรื่องมาตรการในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ พ.ศ. 2567 กำหนดให้หน่วยบริการ
917 ต้องปิดสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ หากไม่ได้ปิดสิทธิจะไม่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามข้อ 3 และข้อ 4 ดังนี้
918 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บ
919 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกาศ ณ วันที่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
920 ข้อ ๓ เพื่อประโยชน์ในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการตรวจสอบเอกสาร
921 หลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วย

- 922 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**แสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ** เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายใน
 923 การให้บริการสาธารณสุขเมื่อมีการรับบริการแล้วด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่ง
 924 ข้อ ๔ การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการซึ่งผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน
 925 สุขภาพแห่งชาติไม่ได้แสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการที่กำหนดในข้อ ๓
 926 **หน่วยบริการไม่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย**เพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เว้นแต่
 927 ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
 928 แห่งชาติเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี
 929 2. สปสช. ส่งหนังสือ (ลงวันที่ 18 ก.ย. 68) แจ้งกำหนดการส่งข้อมูลปีงบประมาณ 2568 และ 2569 ให้แล้วเสร็จ
 930 ภายใน 31 ธ.ค. 68 และ 31 ธ.ค. 69 ตามลำดับ และการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)
 931 ในกรณีที่เกินกำหนดหรือไม่มีการปิดสิทธิหน่วยบริการไม่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เว้นแต่ในกรณีที่มีเหตุจำเป็น
 932 ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสปสช. เพื่อพิจารณาเป็นรายกรณี
 933 3. หน่วยบริการในกทม. 12 แห่ง แจ้งขอขยายเวลาการปิดสิทธิเนื่องจากยังไม่พร้อมดำเนินการ ดังนี้
 934

ลำดับ	รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	ปัญหา-อุปสรรค	ระยะเวลาที่สามารถดำเนินการได้
1	11468	ทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์	ผู้รับบริการไม่มีบัตรประชาชนและระบบInternet ไม่สามารถถ่ายภาพได้	ไม่สามารถดำเนินการได้ 100% เนื่องจากบริบทในเรือนจำไม่เอื้ออำนวย
2	11470	โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี	อยู่ระหว่างพัฒนาการเชื่อมต่อระบบฐานข้อมูล Authen Code	31-ธ.ค.-68
3	11472	โรงพยาบาลราชวิถี	จุดบริการที่ใช้ปิดสิทธิไม่เพียงพอและภาระงานของเจ้าหน้าที่ค่อนข้างมาก	30-เม.ย.-69
4	11482	โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช	กรณีข้อมูลการส่งเบิกที่ไม่ผ่านระบบ E-claim ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะต้องปิดสิทธิโดยการเสียบบัตรประชาชนผ่านเครื่อง EDC ซึ่งต้องมาปิดสิทธิที่แผนกการเงินทำให้เกิดความแออัดที่จุดการเงินในช่วงเวลาหลังรับบริการ	30-เม.ย.-69
5	11537	โรงพยาบาลกลาง	1. ผู้รับบริการยังไม่ทราบว่าต้องมีการปิดสิทธิและไม่เห็นถึงความสำคัญ และไม่เห็นประโยชน์ในการปิดสิทธิ 2. เพิ่มความยุ่งยากอีกทั้งระบบยังไม่มีเสถียรภาพ	31-ธ.ค.-68
6	11539	โรงพยาบาลตากสิน	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคยังไม่สามารถปิดได้ครบถ้วนเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมากและโรงพยาบาลตากสินพบปัญหาในการออกหน่วยนอกพื้นที่ ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านระบบเครือข่าย เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร การเชื่อมต่อไม่เพียงพอหรือโปรแกรมและระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้ข้อผิดพลาด	31-ธ.ค.-68
7	11541	โรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์	1. ผู้รับบริการไม่ได้มาติดต่อปิดสิทธิหลังรับบริการ 2. ไม่สามารถอ่านข้อมูลจาก chip ในบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลและผู้รับบริการ 3. ระบบNininal Data Set bimaranthonqualuseu ePHS serum ไม่ครบถ้วน	31-ธ.ค.-68
8	11667	โรงพยาบาล ไอเอ็มเอช ธนบุรี	ปรับปรุงระบบ Hospital information system ใหม่ อาจก่อให้เกิดความล่าช้าต่อการให้บริการรวมถึงมี	1-ต.ค.-68

ลำดับ	รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	ปัญหา-อุปสรรค	ระยะเวลาที่สามารถดำเนินการได้
			จำนวนผู้เข้ารับบริการจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาในการดำเนินการปิดสิทธิภายในวันเข้ารับบริการ หรือในบางกรณีผู้รับบริการไม่ได้รับการปิดสิทธิ	
9	15049	โรงพยาบาลสิรินธร	1. ผู้รับบริการไม่ได้มาติดต่อปิดสิทธิหลังรับบริการ 2. ไม่สามารถอ่านข้อมูลจาก chip ในบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลและผู้รับบริการ 3. ระบบ Minimal Data Set ไม่สามารถดึงข้อมูลที่ค้างในระบบ e-P15 ให้ครบถ้วนได้	31-ธ.ค.-68
10	25060	โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน	1. ผู้ป่วยไม่มาปิดสิทธิเมื่อรับบริการเสร็จสิ้น 2. การปิดสิทธิอัตโนมัติภายในวัน แต่ไม่มีเลข Endpoin (เลขปิดสิทธิ) 3. มีการปิดสิทธิซ้ำซ้อนภายในวันเนื่องจาก - ผู้รับบริการพบแพทย์หลายแผนก - ผู้รับบริการมารับบริการมากกว่า 1 Visit ภายในวัน - ผู้รับบริการมารับบริการจำนวนวัน	1-ก.พ.-69
11	41522	โรงพยาบาลรัตนประชารักษ์	1. ผู้รับบริการไม่กลับมาปิดสิทธิ ณ จุดบริการ ในกรณีที่ไม่ต้องรับยา, ผู้รับบริการกลุ่มเปราะบาง และผู้รับบริการนอกเวลาราชการ 2. ระบบยืนยันตัวตน หรือระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลอาจเกิดการขัดข้องเป็นครั้งคราว ทำให้เกิดความล่าช้า	31-ธ.ค.-68
12	77468	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คู่มือเกล้า	อยู่ระหว่างพัฒนาการเชื่อมต่อบริการฐานข้อมูล Authen Code	31-ธ.ค.-68

935

936 สรุปสาเหตุการขอขยายเวลาปิดสิทธิของหน่วยบริการในเขต 13 กทม.

937 1. ด้านผู้รับบริการ

938 - ไม่มีบัตร Smart card : SMC

939 - ผู้รับบริการไม่กลับมาปิดสิทธิ ณ จุดบริการ ในกรณีที่ไม่ต้องรับยา

940 - ผู้รับบริการกลุ่มเปราะบาง

941 - ผู้รับบริการนอกเวลาราชการ

942 2. อยู่ระหว่างการพัฒนาการเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของระบบ Authen code

943 3. ระบบยืนยันตัวตน หรือระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลอาจเกิดการขัดข้องเป็นครั้งคราว ทำให้เกิดความล่าช้า

944 4. ผู้ป่วยจำนวนมากเกิดความแออัดในจุดที่ต้องรูดบัตรด้วยเครื่อง EDC และเป็นภาระงานของเจ้าหน้าที่ค่อนข้างมาก

945 เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

946 1. รับทราบ ข้อมูลการขอขยายเวลาแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)

947 2. เห็นชอบ ให้ขยายเวลาแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ) ของหน่วยบริการพื้นที่กทม.

948 โดยกำหนดไม่เกิน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569

949 3. มอบสปสข. เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาต่อไป

950 4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

951 **มติที่ประชุม**

- 952 1. รับทราบ ข้อมูลการขอขยายเวลาแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)
- 953 2. เห็นชอบ ให้ขยายเวลาแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ) ของหน่วยบริการพื้นที่กทม.
- 954 โดยกำหนดไม่เกิน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569
- 955 3. มอบสปสข. เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาต่อไป
- 956 4. รับรองมติในที่ประชุม

957

958 **ระเบียบวาระที่ 7.4 ขอขยายเวลาการส่งข้อมูลอุทธรณ์ OP กทม. ปีงบประมาณ 2568**

959 **ที่มา :**

- 960 1. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน
- 961 สุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พ.ศ. 2567

962 ๘.๔.๖ เพื่อให้การบริหารกองทุนดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการจ่ายค่าใช้จ่ายจาก

963 เงินกองทุนจ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ

964 สาธารณสุขซึ่งได้ให้บริการภายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

965 ทั้งนี้ ในกรณีที่หน่วยบริการใดไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้หน่วยบริการนั้นไม่มีสิทธิ

966 ได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อ

967 สปสข. เพื่อพิจารณาเป็นรายกรณี

- 968 2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการ
- 969 ผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567

970 ข้อ 9 สำนักงานกำหนดมาตรการรักษาวินัยในการขอรับค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

971 โดยกำหนดให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ 8 ภายใน 30 วันหลังให้บริการ

972 และเบิกจ่ายให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2568

973

974 **สรุปประเด็นหลัก ที่หน่วยบริการยังไม่ได้รับการจ่ายชดเชยเงิน OP กทม. กรณีอุทธรณ์ ปีงบประมาณ 2568**

- 975 1. เนื่องจากการเบิกจ่ายเงินในโปรแกรม New NHSO Digital Platform ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เริ่มดำเนินการ
- 976 เมื่อเดือนสิงหาคม 2568 ทำให้ยังมีข้อมูลบางส่วนประมวลผลไม่ผ่าน เนื่องจากไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการ
- 977 เงื่อนไขการเบิกจ่าย ทำให้หน่วยบริการไม่สามารถข้อมูลอุทธรณ์เข้ามาภายใน 31 ธ.ค. 68 ตามที่กำหนดใน
- 978 ประกาศฯ ได้

- 979 2. ผลกระทบจากการปรับปรุงโปรแกรม NTIP สำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีวัณโรค (TB) ทำให้
- 980 หน่วยบริการไม่สามารถข้อมูลอุทธรณ์เข้ามาภายใน 31 ธ.ค. 68 ตามที่กำหนดในประกาศฯ ได้

- 981 3. ตามที่ สปสข. ประชุมหารือตกลงกับหน่วยบริการที่ส่งต่อ และหน่วยบริการที่รับส่งต่อเมื่อวันที่
- 982 27 ตุลาคม 2568 ประกอบกับมติสปสข. ครั้งที่ 11/2568 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2568 เห็นชอบตามข้อตกลง
- 983 ให้ประมวลผลข้อมูล OP กทม. ตาม 18 เงื่อนไขที่เบิกจ่ายจาก CR สปสข. ส่วนกลาง ซึ่งต้องใช้เวลาใน
- 984 การดำเนินการปรับปรุงข้อมูล และส่งคืนข้อมูลให้หน่วยบริการแก้ไขข้อมูลการเบิกจ่ายเข้ามาใหม่ มีผลกระทบ
- 985 ทำให้หน่วยบริการไม่สามารถข้อมูลอุทธรณ์เข้ามาภายใน 31 ธ.ค. 68 ตามที่กำหนดในประกาศฯ ได้

986

987

988 **เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา**

989 1. รับทราบ ข้อมูลการขอขยายเวลาการส่งข้อมูลอุทธรณ์ OP กทม. ปีงบประมาณ 2568

990 2. เห็นชอบ

991 2.1 ให้ขยายเวลาการส่งข้อมูลอุทธรณ์กรณี OP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ภายใน 28 กุมภาพันธ์ 2569

992 โดยสปสช. จะส่งข้อมูลให้หน่วยบริการกลับไปแก้ไขอุทธรณ์ภายใน 31 ธันวาคม 2568

993 2.2 มอบสปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาต่อไป

994 3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

995

996 **มติที่ประชุม**

997 1. รับทราบ ข้อมูลการขอขยายเวลาการส่งข้อมูลอุทธรณ์ OP กทม. ปีงบประมาณ 2568

998 2. เห็นชอบ

999 2.1 ให้ขยายเวลาการส่งข้อมูลอุทธรณ์กรณี OP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ภายใน 28 กุมภาพันธ์ 2569

1000 โดยสปสช. จะส่งข้อมูลให้หน่วยบริการกลับไปแก้ไขอุทธรณ์ภายใน 31 ธันวาคม 2568

1001 2.2 มอบสปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาต่อไป

1002 3. รับรองมติในที่ประชุม

1003

1004

1005 **ระเบียบวาระที่ 7.5 ข้อเสนอการปรับข้อบังคับฯ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อ**
1006 **รองรับการบริหารเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่**

1007 **7.5.1 ข้อเสนอการปรับข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์**
1008 **วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564 เพื่อรองรับ**
1009 **การบริหารเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่**

1010 **ที่มา :**

1011 1. มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10/2568 เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2568
1012 รับทราบรายงานที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอแผนการบริหารเศรษฐกิจกระทรวงสาธารณสุข โดยสรุป
1013 ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานสัดส่วนรายรับค่ารักษาพยาบาล ปี 2567 จำนวนผู้ป่วย และ SumAdj.RW EBITDA
1014 ระดับประเทศรวมทุกกองทุนและแยกตามสิทธิ สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำระหว่างหน่วยบริการระดับต่างๆ
1015 โดยเฉพาะประเด็นค่าตอบแทน นโยบายสร้าง Productivity ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 7 ด้าน
1016 ได้แก่ (1) รายได้เพิ่มของบุคลากร (2) หนึ่งจังหวัด หนึ่งเขต หนึ่งประเทศ หนึ่งโรงพยาบาล (3) คลินิกพิเศษ
1017 (4) Telemedicine ครบวงจร (5) หน่วยปฐมภูมิ ทดริยภูมิภาครัฐเขตเมือง กทม. (6) บริหารต้นทุนโดยใช้เทคโนโลยี
1018 เข้ามาช่วย (7) สนับสนุนเศรษฐกิจสุขภาพ และนำเสนอกรอบนโยบายภาพรวมภายใต้แนวคิด “ร่วมสร้างระบบสุขภาพ
1019 ยั่งยืน ด้วยพลังความร่วมมือ” 3 หลักการ ได้แก่ (1) ความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ สปสช. และกองทุนต่างๆ
1020 (2) การเดินหน้าไปพร้อมกัน (3) การกำหนดเป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาพที่ดี และยั่งยืนของประชาชน ระบบ
1021 สุขภาพจะเข้มแข็ง เติบโตได้อย่างมั่นคงในระยะยาว



2. มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 7 / 2568 วันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม 2568 มออสปสข. เขต 13 กทม. รับข้อเสนอ Sandbox การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยประสานข้อมูลเพิ่มเติมศึกษาในรูปแบบความเป็นไปได้ร่วมกับ รพ.นพรัตนราชธานี, รพ.เลิดสิน, รพ.ราชวิถี เตรียมนำเสนอต่อที่ประชุม อปสข.กทม. พิจารณาต่อไป

3. มติอปสข. ครั้งที่ 8 / 2568 วันที่ 21 สิงหาคม 2568 รับทราบข้อเสนอของบริการผู้ป่วยนอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model ปีงบประมาณ 2569 และเห็นชอบมอบรพ.นพรัตนราชธานี ร่วมกับสปสข. จัดทำแนวทางการจัดบริการ OP และ P&P และแผนการดำเนินงานรวมทั้งการบริหารจัดการงบประมาณ ก่อนเสนอต่อ CFO พิจารณาต่อไป

4. มติอปสข. ครั้งที่ 9/2568 วันที่ 16 กันยายน 2568 เห็นชอบให้สปสข.กทม. รับข้อสังเกตต่างๆ จากที่ประชุมเพื่อไปดำเนินการเรื่อง Sand box รพ.นพรัตนราชธานี ให้เกิดความชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเห็นชอบเป็นสายลักษณะอักษรจากหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และคลินิกชุมชนอบอุ่น ในเครือข่ายทุกแห่งยินดีด้วย ก่อนนำเสนอต่อคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร, คณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) และอปสข.ตามลำดับต่อไป

5. มติที่ประชุมอปสข.ครั้งที่ 10/2568 วันที่ 16 ตุลาคม 2568 เห็นชอบ

1) ข้อเสนอนโยบายการพัฒนาบริการและเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อรองรับประชากรในเขตพื้นที่ กทม. โดยกระทรวงสาธารณสุข โดยมอบ สปสข.จัดทำข้อมูลและ แผนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ก่อนเสนอต่อคณะทำงานภายใต้ อปสข.ที่เกี่ยวข้องต่อไป

2) มอบ สปสข. เร่งรัดดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องให้เกิดรูปแบบ Sand box รพ.นพรัตนราชธานี โดยเร็วภายในต้นเดือนพฤศจิกายน 2568 หรือเมื่อพร้อม

1045 จากประเด็นข้อเสนอการบริหารเครือข่ายในรูปแบบพรตึนราชธานี Model

1046 มีข้อจำกัดตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
1047 เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564 เพื่อรองรับการบริหารเครือข่าย
1048 หน่วยบริการในรูปแบบใหม่

1049 ตามข้อ 4 และ 10 แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ
1050 และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564 กำหนดให้หน่วยบริการ
1051 ประจำแต่ละหน่วยอาจเป็นแกนกลางในการรวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ
1052 เพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ต่อสำนักงาน หรือสำนักงานสาขา

1053 อย่างไรก็ตาม หลักการดังกล่าวก่อให้เกิดข้อจำกัดของการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ โดยจำกัดให้
1054 หน่วยบริการประจำแต่ละหน่วยเป็นแกนกลางหรือแม่ข่ายในการรวมตัวเฉพาะกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
1055 และหน่วยบริการปฐมภูมิเท่านั้น โดยไม่สามารถรวมตัวกับหน่วยบริการประจำอื่นได้

1056 เพื่อให้สอดคล้องกับบทนิยามของเครือข่ายหน่วยบริการมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
1057 แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ได้บัญญัติไว้ว่า เครือข่ายหน่วยบริการ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกัน และ
1058 ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้ รวมถึงเพื่อไม่ให้มีข้อจำกัดของการรวมตัวกัน
1059 เป็นเครือข่ายหน่วยบริการ และเพื่อรองรับการบริหารเครือข่ายในรูปแบบใหม่ เห็นควรให้มีการแก้ไขเพิ่มเติม
1060 ข้อบังคับฯ ดังกล่าว ดังนี้

1061 - บทนิยามของคำว่า "เครือข่ายหน่วยบริการ" ตามข้อ 4 แห่งข้อบังคับฯ โดยให้หน่วยบริการประจำ
1062 หนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิและ/หรือ
1063 หน่วยบริการประจำอื่น และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ

1064 - การขึ้นทะเบียน "เครือข่ายหน่วยบริการ" ตามข้อ 10 แห่งข้อบังคับฯ โดยให้หน่วยบริการประจำ
1065 แต่ละหน่วยอาจเป็นแกนกลางในการรวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิและ/หรือ
1066 หน่วยบริการประจำอื่น เพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการต่อสำนักงาน หรือสำนักงานสาขา

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้บุคคลผู้มีสิทธิได้ลงทะเบียนเลือก กับหน่วยบริการประจำ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๔ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้ ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า "ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔" ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้ "เครือข่ายหน่วยบริการ" หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกัน โดยประกอบด้วย หน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ ข้อ ๑๐ หน่วยบริการประจำแต่ละหน่วยอาจเป็นแกนกลางในการรวมตัวกับหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ต่อสำนักงาน หรือสำนักงานสาขา ให้สำนักงานพิจารณาประกาศรับขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามวรรคหนึ่ง และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ ทั้งนี้ การประกาศรับขึ้นทะเบียน ให้สำนักงานคำนึงถึงลักษณะ ทางภูมิศาสตร์ ศักยภาพของหน่วยบริการและความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน เพื่อประโยชน์ในการจัดการสาธารณสุขในพื้นที่ สำนักงานอาจประกาศกำหนดให้หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นเครือข่ายหน่วยบริการได้ตามที่เห็นสมควร	พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร. ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นปีที่ ๔๗ ในรัชกาลปัจจุบัน มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้ "เครือข่ายหน่วยบริการ" หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียน เป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้ มาตรา ๗ บุคคลที่ใดลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วย บริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วย บริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มี เหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถาน บริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ให้ สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด มาตรา ๔๔ ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วย บริการแล้วประกาศขึ้นทะเบียนให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำ ของตนตามมาตรา ๖ การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการ ประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด
--	--

1067

1068

1069

1070 เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

- 1071 1. รับทราบ ข้อเสนอการปรับข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ
- 1072 และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564
- 1073 2. เห็นชอบ ให้แก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
- 1074 เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564 ดังนี้
- 1075 - บทนิยามของคำว่า "เครือข่ายหน่วยบริการ" ตามข้อ 4 แห่งข้อบังคับฯ โดยให้หน่วยบริการประจำหนึ่ง
- 1076 หน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิและ/หรือหน่วยบริการประจำ
- 1077 อื่น และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ
- 1078 - การขึ้นทะเบียน "เครือข่ายหน่วยบริการ" ตามข้อ 10 แห่งข้อบังคับฯ โดยให้หน่วยบริการประจำแต่ละ
- 1079 หน่วยอาจเป็นแกนกลางในการรวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิและ/หรือ
- 1080 หน่วยบริการประจำอื่น เพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ต่อสำนักงาน หรือสำนักงานสาขา
- 1081 3. มอบสำนักงานฯ ให้เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาต่อไป
- 1082 4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1083

1084 มติที่ประชุม

- 1085 1. รับทราบ ข้อเสนอการปรับข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ
- 1086 และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564
- 1087 2. เห็นชอบ ให้แก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
- 1088 เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564 ดังนี้
- 1089 - บทนิยามของคำว่า "เครือข่ายหน่วยบริการ" ตามข้อ 4 แห่งข้อบังคับฯ โดยให้หน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วย
- 1090 เป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิและ/หรือหน่วยบริการประจำอื่น และ
- 1091 ได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ
- 1092 - การขึ้นทะเบียน "เครือข่ายหน่วยบริการ" ตามข้อ 10 แห่งข้อบังคับฯ โดยให้หน่วยบริการประจำแต่ละ
- 1093 หน่วยอาจเป็นแกนกลางในการรวมตัวกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิและ/หรือ
- 1094 หน่วยบริการประจำอื่น เพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ต่อสำนักงาน หรือสำนักงานสาขา
- 1095 3. มอบสำนักงานฯ ให้เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาต่อไป
- 1096 4. รับรองมติในที่ประชุม

1097

1098 7.5.2 ข้อเสนอการปรับประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย

1099 เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568 เพื่อรองรับ

1100 การบริหารเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่

1101 ที่มา :

- 1102 1. ตามมติที่ประชุมอปสข.ครั้งที่ 10/2568 วันที่ 16 ตุลาคม 2568 เห็นชอบข้อเสนอนโยบาย
- 1103 การพัฒนาระบบบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อรองรับประชากรในเขตพื้นที่ กทม. และมอบ สปสข.
- 1104 เร่งรัดดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องให้เกิดรูปแบบ Sand box นั้น
- 1105 2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
- 1106 กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568 ยังไม่ปรากฏว่ามีข้อกำหนดให้จ่ายค่าใช้จ่าย
- 1107 ให้เครือข่ายหน่วยบริการตามข้อตกลงระหว่างกันของเครือข่ายหน่วยบริการ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘ หมวด ๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ (๑) ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิด้วยอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครของปีงบประมาณ ดังต่อไปนี้ (ก) กำหนดเป็นปีงบประมาณแล้วไม่เกิน ๒๖๖ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี เพื่อใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการ สำหรับบริการกรณีที่มีเหตุจำเป็นนอกเหนือจาก กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเหนือจาก กรณีค่าใช้จ่ายสูง กรณีบริการในกรณีรักษา หรือกรณีฉุกเฉิน และทางการแพทย์ ทั้งนี้ ในกรณีที่มีการจ่ายตามผลงานการให้บริการไม่เพียงพอ สำนักงานอาจขึ้นเงินเพิ่มเติมในระหว่างปีงบประมาณมากกว่าอัตราดังกล่าวได้ แต่รวมแล้วไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี (ข) จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ด้วยอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยปรับอัตราจ่ายหลักประกันตาม (ก) แล้ว นำมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Differential capitation) ในสัดส่วนที่เหมาจ่ายและสะท้อนกับการจ่ายค่าใช้จ่ายจริงของหน่วยบริการ โดยจะประกาศอัตราเหมาจ่ายรายหัวของแต่ละเดือนการรับใช้ของสำนักงาน (https://www.nhso.go.th) สำหรับสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระหว่างปีงบประมาณ ให้ใช้อัตราขั้นต่ำสุดไม่ต่ำกว่า (ค) กำหนดเหมาจ่ายรายหัวสำหรับประชากรสิทธิบริการและทางการแพทย์ตามที่สำนักงานได้มา (๑) (๒) เพื่อจ่ายตามผลงานการให้บริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ง) กรณีมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำขึ้นทะเบียนแล้วแล้วไม่ได้รับอัตรา ๒๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปีเพื่อชำระบัญชีแทนหน่วยบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ ในกรณีที่มีการชำระบัญชีแทนหน่วยบริการไม่เพียงพอ สำนักงานอาจขึ้นเงินเพิ่มเติมในระหว่างปีงบประมาณมากกว่าอัตราดังกล่าวได้ แต่รวมแล้วไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี	(๑) การจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิตาม (๑) ให้ดำเนินการภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้ (ก) กรณีหน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำอื่น จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ โดยไม่รวมประกาศสิทธิคนพิการและทางการแพทย์ ในอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิตาม (๑) (๒) หลังจากขึ้นเงินไว้ตาม (๑) (๒) ทั้งนี้ มีการปรับอัตราจ่ายได้ตามปริมาณผลงานที่เกิดขึ้นใน (๑) (ก) และ (๑) (๒) (ข) กรณีหน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อจำนวนผู้มีสิทธิ โดยไม่รวมประกาศสิทธิคนพิการและทางการแพทย์ ในอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิตาม (๑) (๒) ทั้งนี้ อาจมีการปรับอัตราจ่ายได้ตามปริมาณผลงานที่เกิดขึ้นใน (๑) (ก) (ค) หน่วยบริการตาม (ก) และ (ข) ที่เป็นหน่วยบริการภาครัฐในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นการจัดการระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมจากเงินอุดหนุนและค่าตอบแทนของหน่วยบริการภาครัฐที่ได้รับจากเงินงบประมาณ (๑) การจ่ายค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการตาม (๑) (ก) สำนักงานจะจ่าย ดังต่อไปนี้ (ก) กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเหนือจากในหน่วยบริการอื่น ทั้งนี้ จำนวนไม่เกิน ๔ ครั้งต่อคนต่อปี เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็นไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งเหตุฉุกเฉินแจ้งเป็นต้น ๑) กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ ๒) กรณีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ (๒) กรณีศูนย์บริการและทางการแพทย์ ๑) กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ ๒) กรณีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ (๓) กรณีค่าใช้จ่ายสูง จ่ายตามรายการที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ (๔) กรณีบริการทันตกรรมรักษา เป็นการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปให้มีการจัดการด้านการเงิน การจ่ายตามรายการที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ (๕) กรณีมีเหตุจำเป็นนอกเหนือจากนี้ จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย ๒๐๐ บาทต่อครั้ง
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑) การหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการเพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ (ก) กรณีหน่วยบริการที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำซึ่งเป็นโรงพยาบาล สำนักงานจะกำหนดค่าในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน แทนโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ โดยหักค่าใช้จ่ายตามอัตราที่ตกลงกันระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขกับโรงพยาบาล ซึ่งหักจากรายวันเหมาจ่ายรายหัวที่หน่วยบริการประจำจะได้รับรายเดือน (ข) กรณีที่มีเหตุจำเป็น กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และผู้มีสิทธิเข้ารับบริการในเครือข่าย สำนักงานจะกำหนดค่าในการหักชำระบัญชีระหว่างกันแทนหน่วยบริการที่ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวตาม (๑) (๒) โดยหักค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๒๐๐ บาทต่อครั้ง (ค) การรับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ หรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการดังกล่าว สำนักงานจะกำหนดค่าในการหักชำระบัญชีระหว่างกันแทนหน่วยบริการ เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตามรายการบริการที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ รวมถึงค่าธรรมเนียมทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อไปยังปีงบประมาณโดยจ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ รับสิทธิของค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๔๐๐ บาท ส่วนเกินจาก ๔๐๐ บาท จ่ายจาก (๑) (๒) (๕) กรณีการรับส่งต่อนอกเหนือจาก (ค) สำนักงานจะกำหนดค่าในการหักชำระบัญชีระหว่างกันตาม (๒) (๒) เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตามรายการบริการที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับรายการบริการอื่น ๆ	ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ หากมีการเบิกจ่ายเป็นวงเงินที่เกินไว้ตามข้อ ๗ (๑) (ก) และ (๒) จะปรับจ่ายตามระบบคะแนน (Point System) ทั้งนี้ เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เขต ๑๑ กรุงเทพมหานคร ข้อ ๙ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณแล้ว หากมีเงินเหลือสำนักงานจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการประจำตามจำนวนประกาศเฉลี่ยที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณปัจจุบัน ดังต่อไปนี้ (๑) หน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ จะได้รับเงินเหลือจ่ายจากข้อ ๗ (๑) (ก) และ (๒) (๒) หน่วยบริการประจำนอกเครือข่าย จะได้รับเงินเหลือจ่ายจากข้อ ๗ (๑) (ก) และ (๒)

เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ การปรับประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อรองรับการบริหารเครือข่ายหน่วยบริการในรูปแบบใหม่
2. เห็นชอบ ให้ปรับประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยเพิ่มเติมข้อกำหนดให้จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการตามข้อตกลงระหว่างกันของเครือข่ายหน่วยบริการ
3. มอบสสช. ปรับประกาศในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1121 มติที่ประชุม

- 1122 1. รับทราบ การปรับประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
 1123 กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568 เพื่อรองรับการบริหารเครือข่ายหน่วยบริการ
 1124 ในรูปแบบใหม่
- 1125 2. เห็นชอบ ให้ปรับประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
 1126 กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568 โดยเพิ่มเติมข้อกำหนดให้จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่
 1127 เครือข่ายหน่วยบริการตามข้อตกลงระหว่างกันของเครือข่ายหน่วยบริการ
- 1128 3. มอบสสช. ปรับประกาศในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
- 1129 4. รับรองมติในที่ประชุม

1130

1131 ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ

1132

1133 ระเบียบวาระที่ 8.1 กำหนดการประชุมสสช. ปี พ.ศ. 2569

1134

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	เวลา
1/2569	พฤษภาคม 15 ม.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.
2/2569	พฤษภาคม 19 ก.พ. 2569	09.00 น.-12.00 น.
3/2569	พฤษภาคม 19 มี.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.
4/2569	พฤษภาคม 16 เม.ย. 2569	09.00 น.-12.00 น.
5/2569	พฤษภาคม 21 พ.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.
6/2569	พฤษภาคม 18 มิ.ย. 2569	09.00 น.-12.00 น.
7/2569	พฤษภาคม 16 ก.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.
8/2569	พฤษภาคม 20 ส.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.
9/2569	พฤษภาคม 17 ก.ย. 2569	09.00 น.-12.00 น.
10/2569	พฤษภาคม 15 ต.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.
11/2569	พฤษภาคม 19 พ.ย. 2569	09.00 น.-12.00 น.
12/2569	พฤษภาคม 17 ธ.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.

1135

1136 มติที่ประชุม

1137 รับทราบ

1138

1139

1140 **ระเบียบวาระที่ 8.2 เรื่องอื่นๆ จากคณะกรรมการ**

1141 1. นายสมชาย กระจ่างแสง กล่าวถึงประเด็นฝากจากคลินิกที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ไม่สามารถเบิก
1142 ค่าอัลตราซาวด์ได้ เนื่องจากไม่ได้ให้บริการฝากครรภ์ จึงเสนอให้พิจารณาจ่ายค่าอัลตราซาวด์แก่คลินิก
1143 ดังกล่าว

1144 2. นายพินัย ล้วนเลิศ สอบถามถึงประเด็น ดังนี้

1145 1) กรณี 18 เจื่อนไซ จากมติประชุมวันที่ 27 ตุลาคม 2568 ได้มีการตรวจสอบย้อนหลังช่วง
1146 เดือนตุลาคม 2567 – กันยายน 2568 ซึ่งเกี่ยวข้องกับกองทุน OP Refer ประมาณ 274 ล้านบาท
1147 แต่ยังไม่ชัดเจนว่าผลการตรวจสอบเป็นอย่างไร และคลินิกหรือศูนย์บริการสาธารณสุขจะได้รับเงิน
1148 คืนจากกรณี Auto Approve ผิดพลาดเป็นจำนวนเท่าใด

1149 2) กรณี One Day Surgery (ODS) และ Minimally Invasive Surgery (MIS) พบปัญหาตัวชี้วัด
1150 การคัดกรอง และโรงพยาบาลประมาณ 22 แห่งถอนตัวจากการเป็นหน่วยบริการ ODS จึงขอ
1151 สอบถามว่ากองทุน Central Reimburse และ OP Refer จะรองรับการจ่าย ODS และ MIS
1152 อย่างไร และมีแนวทางแก้ไขปัญหานี้หรือไม่

1153 3. นายวีระพันธ์ ลีชนะกุล กล่าวชี้แจง ดังนี้

1154 1) ตัวเลขจำนวน 200 กว่าล้านบาทนั้นเป็นเพียงตัวเลขประมาณการ ไม่ใช่ผลจากการตรวจสอบ
1155 ที่ผิดพลาด เนื่องจากมีการให้บริการจริง แต่ข้อมูลบางส่วนอาจไม่เข้าหลักเกณฑ์ของกองทุน
1156 OP Refer หรือกองทุน CR ตามเงื่อนไขที่มีอยู่ทั้งหมด 18 รายการ ในกระบวนการประมวลผลและ
1157 ส่งคืนข้อมูล ยังไม่สามารถยืนยันตัวเลขที่แน่นอนได้ เพราะขึ้นอยู่กับหน่วยบริการจะส่งข้อมูลเข้ามา
1158 ใหม่หรือไม่ ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้ส่งผลกระทบต่อกองทุน OP Refer โดยตรง ทำให้ในขณะนี้
1159 ยังไม่สามารถยืนยันตัวเลขที่ชัดเจน

1160 2) กรณี One Day Surgery (ODS) และ Minimally Invasive Surgery (MIS) หน่วยบริการหลายแห่ง
1161 ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าบริการได้ แม้มีการให้บริการจริง จึงควรกำหนดเกณฑ์
1162 ให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้กระทบต่อระบบบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ

1163
1164 **ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.**

1165
1166 นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้จัดรายงานการประชุม
1167 ผู้จัดการกลุ่มขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และประเมินผล

1168
1169 นางสาวภัทรกร กาญจน์ภาส ผู้ตรวจรายงานการประชุม
1170 ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และประเมินผล

1171
1172 พันโทณรงค์ดี ถัมภ์บรรทุ ผู้แทนรายงานการประชุม
1173 ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร

1174