

รายงานการประชุม

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (สมัยวาระพ.ศ. 2567-2571)
ครั้งที่ 2/2568 ในวันพฤหัสบดีที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 เวลา 09.00น. - 12.00น.

ณ ห้องประชุม 201 ชั้น 2 สปสช.ส่วนกลาง ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ อาคาร บี โซนทิศใต้ ชั้น 5
(ฝั่งลานจอดรถ) ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ
และประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Zoom meeting)

1. รายชื่ออนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม 201 ชั้น 2 สปสช.

(1) นายวิชัย โชควิวัฒน์	ประธานอนุกรรมการ
(2) นางสาววรรณ แก้วชาติ	อนุกรรมการ
(3) นายอาร์กซ์ วงศ์วรชาติ	อนุกรรมการ
(4) นายจิรพงษ์ ทรงวัชรภรณ์	อนุกรรมการ
(5) นายวิชาญ มั่นชัยนันท์	อนุกรรมการ
(6) นายพินัย ล้วนเลิศ	อนุกรรมการ
(7) นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว	อนุกรรมการ
(8) นายวีระพันธ์ ลีธนะกุล	เลขานุการ

2. รายชื่ออนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

(1) นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	อนุกรรมการ
(2) พลเอกเอกจิต ช่างหล่อ	อนุกรรมการ
(3) ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา	อนุกรรมการ
(4) นายกองตรีธนาภุต จิตรอารีย์รัตน์	อนุกรรมการ
(5) นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์	อนุกรรมการ
(6) นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	อนุกรรมการ
(7) นายสมชาย กระจำแสง	อนุกรรมการ
(8) นางประจวบ ทิทอง	อนุกรรมการ
(9) นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ	อนุกรรมการ
(10) นางวิศัลย์สิริ ตันตระกูล	อนุกรรมการ

3. รายชื่ออนุกรรมการที่ลาประชุม

(1) รองศาสตราจารย์พลตรีหญิงฤดีวิไล สามโกเศศ	อนุกรรมการ
(2) รองศาสตราจารย์สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	อนุกรรมการ
(3) รองศาสตราจารย์ชัชชาติ สิทธิพันธุ์	อนุกรรมการ
(4) นายปรีชา พันธุ์ติเวช	อนุกรรมการ
(5) ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ	อนุกรรมการ

(6) นายนเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา

อนุกรรมการ

(7) นางสาวแพรว จิตตินันท์

อนุกรรมการ

1

2 **4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม 201 ชั้น 2 สปสช.**

(1) นายดุสิต ขำชัยภูมิ

รองเลขาธิการ สปสช.

(2) นายประเทือง เผ่าดิษฐ์

ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช.

(3) นางสาววลัยรัตน์ ไชยฟู

ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 1 เชียงใหม่ช่วย
ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการ สปสช.
เขต 13 กทม.

(4) นางสาวอมวศรี เปาอินทร์

ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต 13 กทม.

(5) นางสาวภัทรรณ กาญจน์ภาส

ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช.เขต 13 กทม.

(6) นางบุญสิงห์ มีมะโน

ผู้อำนวยการกอง สปสช. เขต 13 กทม.

(7) นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์

ผู้อำนวยการกอง สปสช. เขต 13 กทม.

(8) นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา

ผู้จัดการกลุ่ม สปสช. เขต 13 กทม.

(9) นางสาวพิมพ์วิสา ศรีเมือง

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารการจัดสรร
งบประมาณกองทุน

3 **5. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์**

4 (1) นายการุณย์ คุณศิริานนท์

ผู้ทรงคุณวุฒิ สายงานบริหารกองทุน

5 (2) นางเบญจมาศ เลิศชาคร

ผู้ทรงคุณวุฒิ สายงานบริหารกองทุน

6 (3) นางสาววิตรี วิษณุโยธิน

ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 9

7

8 **เปิดการประชุมเวลา 09.00 น.**

9 การประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568
10 ในวันพฤหัสบดีที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 ณ ห้องประชุม 201 ชั้น 2 สปสช. ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
11 เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ zoom conference โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา
12 09.00 น. เป็นต้นไป ซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบและประกาศที่กำหนด และฝ่ายเลขานุการฯ ได้จัดส่ง
13 เอกสารประกอบการประชุมที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้อนุกรรมการฯ ทุกท่านแล้ว โดยการประชุมครั้งนี้มีอนุกรรมการ
14 เข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุม 201 สปสช. จำนวน 7 ท่าน มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
15 จำนวน 10 ท่าน และมีอนุกรรมการ ลาประชุมจำนวน 7 ท่าน จากนั้น ได้เชิญอนุกรรมการแสดงตน โดยอนุกรรมการ
16 ที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขอให้เปิดวิดีโอเพื่อบันทึกภาพและขานชื่อ พร้อมแจ้งรับรองตนเองเรื่อง
17 การไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียตามลำดับ ทั้งนี้สรุปผลการรับรองการมีส่วนได้เสียในการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกัน
18 สุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ไม่มีอนุกรรมการแจ้งว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสีย

19

20 **ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ**

21

22 **ไม่มี**

ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองระเบียบวาระการประชุม

รับรองระเบียบวาระการประชุมครั้งที่ 2/2568 วันพฤหัสบดีที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568

มติที่ประชุม

รับรองระเบียบวาระการประชุมครั้งที่ 2/2568 วันพฤหัสบดีที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องด่วน

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ 4 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันพฤหัสบดีที่ 16 มกราคม 2568 ให้คณะกรรมการฯ ทุกท่านตรวจสอบ และไม่มีคณะกรรมการฯ แจ้งแก้ไขมายังเลขานุการ

มติที่ประชุม

รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันพฤหัสบดีที่ 16 มกราคม 2568 โดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ 5.1 ผลการตรวจสอบข้อมูล และข้อเสนอในการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP BKK) ปีงบประมาณ 2566

ตามที่สำนักงานฯ ได้รายงานผลการตรวจสอบข้อมูลบริการกรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2566 ในที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 ไปแล้วนั้น สำนักงานขอเสนอคณะกรรมการ เพื่อพิจารณามติคณะทำงานฯ ดังนี้

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568

: ผลการตรวจสอบข้อมูลบริการกรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2566

1. รับทราบผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2566 ที่ดำเนินการตามมติที่ประชุมที่ผ่านมาทั้งหมด
2. ให้ถือว่า การตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2566 เป็นที่สิ้นสุด
3. รับรองมติที่ประชุมและนำเสนออุปสข.ต่อไป

ที่มา

1. มติที่ประชุม อปสข. (ชุดรักษาการ) ครั้งที่ 7/2567 ในวันที่ 22 สิงหาคม 2567 ให้กรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณี ผู้ป่วยนอก ในพื้นที่สปสข. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ตรวจสอบข้อมูล OP Refer ปี 2566 และ 2567 (5 เดือน) และ CR ปี 2567 (ต.ค.66 - ก.ค.67) ให้ดำเนินการเสร็จสิ้นภายใน 30 ก.ย. 2567

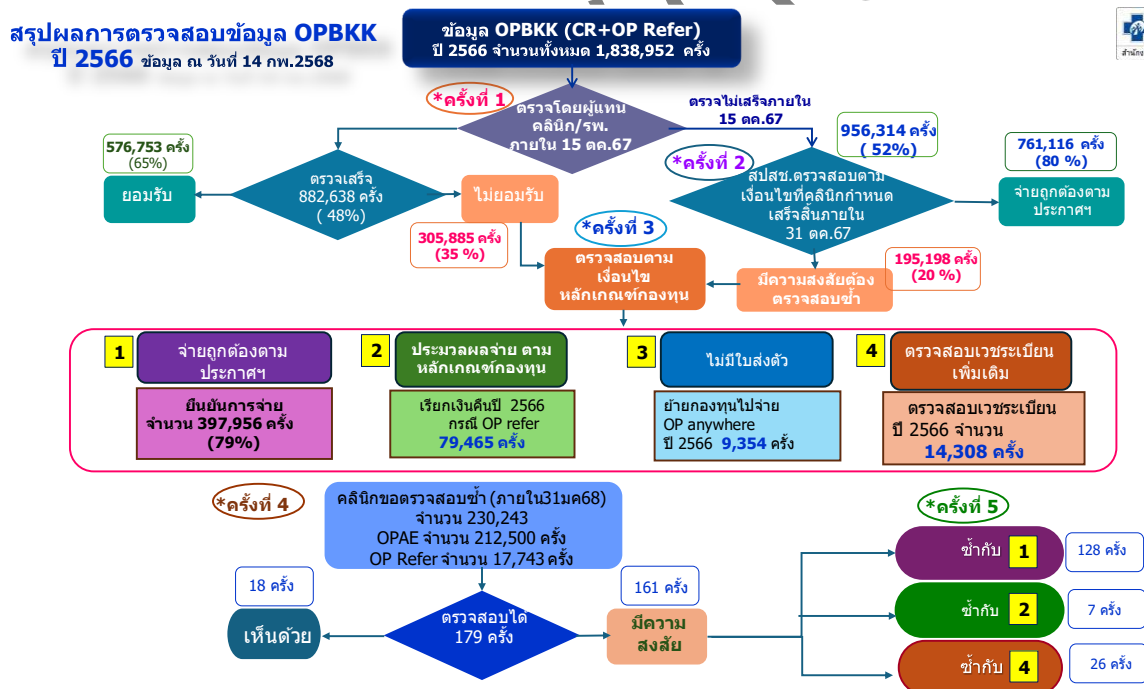
2. มติที่ประชุม อปสข. ครั้งที่ 8/2567 วันที่ 20 กันยายน 2567 เห็นชอบให้ขยายเวลาการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย กรณีผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่ กทม. ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2567 กรณีไม่แล้วเสร็จให้ สปสข. ตรวจสอบผลการตรวจสอบของหน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายในแต่ละกรณี ให้แล้วเสร็จภายใน 31 ตุลาคม 2567 ยกเว้นกรณีต้องขอเอกสาร/หลักฐานการให้บริการ/เวชระเบียน ดำเนินการตรวจสอบ ภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2567

3. มติที่ประชุม อปสข. ครั้งที่ 1/2568 ในวันที่ 16 มกราคม 2568 ขอให้สปสข. ไปทำงานร่วมกับผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น และ รพ.รับส่งต่อ โดยใช้คณะทำงานฯชุดเดิมตรวจสอบข้อมูลใน 2 ประเด็น ได้แก่

(1) Post audit AE ในเครือข่าย

(2) การ Refer รพ.ส่งต่อกันเอง

ให้แล้วเสร็จภายใน 31 มกราคม 2568 หลังจากนั้นเมื่อได้ตัวเลขสุดท้ายอย่างไรให้นำเสนอคณะทำงานฯ พิจารณาในเดือนกุมภาพันธ์ 2568 นั้น สำนักงานฯ ขอสรุปผลการดำเนินงาน ดังนี้



(ร่าง) สรุปวงเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) Model 5 ปีงบประมาณ 2566

รายการ	[1] วงเงินรายรับ	[2] ค่าใช้จ่าย	[3]=[1]-[2] จำนวนเงินที่ได้รับเกิน	[4] เงินผู้พิการที่ได้รับจัดสรรคืนตามประชากร	[5] เงินคงเหลือปี 66	[6] ปรับการจ่ายหลังการตรวจสอบ	[7]=[3]+...[6] จำนวนเงินที่ได้รับเกินคงเหลือ
วงเงินของหน่วยบริการ Model 5 ปี 66	2,685.86	2,976.71	-290.85	33.12	4.28	67.21	-186.25
1. ค่าบริการ OPRefer	1,900.92	1,900.92	0.00				
2. ค่าบริการ Fee schedule	784.94	1,075.79	-290.85	33.12	4.28	67.21	-186.25

หมายเหตุ : ยังไม่รวมกรณีเงิน Central Reimburse ที่ติดลบจำนวน 10.32 ล้านบาท จะต้องนำไปเฉลี่ยเพื่อหักเงินคืนจากหน่วยบริการทุก Model

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ และเห็นชอบผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก กรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) กทม. ปีงบประมาณ 2566 โดยถือว่าการสิ้นสุดการตรวจสอบข้อมูล
2. เห็นชอบการบริหารกองทุนตามผลการตรวจสอบฯ ปีงบประมาณ 2566 ดังนี้
 - 2.1 เงิน Central reimbursement ที่รอการจ่ายจำนวน 10.32 ล้านบาทให้นำไปเฉลี่ยเพื่อหักคืนจากหน่วยบริการทุก Model
 - 2.2 กรณีเงินที่ได้รับคืนจากการตรวจสอบข้อมูลของหน่วยบริการ Model 5 จำนวน 67.21 ล้านบาท จะนำไปรวมกับเงินคงเหลือในปี 66 จำนวน 4.28 ล้านบาท เพื่อจ่ายเงินคืนหน่วยบริการปฐมภูมิ โมเดล 5 ทุกแห่งตามผลงานบริการ โดยให้ไปหักจากตัวเลขรายรับที่ได้เกินไป จากการปรับการจ่ายปี 66
3. รับรองมติตามข้อ 1 และ 2

มติที่ประชุม

1. รับทราบ และเห็นชอบผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก กรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) กทม. ปีงบประมาณ 2566 โดยถือว่าการสิ้นสุดการตรวจสอบข้อมูล
2. เห็นชอบการบริหารกองทุนตามผลการตรวจสอบฯ ปีงบประมาณ 2566 ดังนี้
 - 2.1 เงิน Central reimbursement ที่รอการจ่ายจำนวน 10.32 ล้านบาทให้นำไปเฉลี่ยเพื่อหักคืนจากหน่วยบริการทุก Model
 - 2.2 กรณีเงินที่ได้รับคืนจากการตรวจสอบข้อมูลของหน่วยบริการ Model 5 จำนวน 67.21 ล้านบาท จะนำไปรวมกับเงินคงเหลือในปี 66 จำนวน 4.28 ล้านบาท เพื่อจ่ายเงินคืนหน่วยบริการปฐมภูมิโมเดล 5 ทุกแห่งตามผลงานบริการ โดยให้ไปหักจากตัวเลขรายรับที่ได้เกินไป จากการปรับการจ่ายปี 66
3. รับรองมติตามข้อ 1 และ 2

ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องเพื่อทราบ

ระเบียบวาระที่ 6.1 เรื่องจากการประชุมคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ฯของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

มติการประชุมคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ฯ ครั้งที่ 1/2568 วันจันทร์ที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568

- รับทราบและเห็นชอบ

หลักการในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อปสข.และ อคม. ปี 2568 -2571 ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในเขตพื้นที่กทม. และตัวชี้วัดที่สสข. กำหนดให้สสข.เขตกทม.ร่วมขับเคลื่อน

2) ขับเคลื่อนงานต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์อปสข.ชุดเดิม โดยพิจารณาปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

3) ให้คณะทำงานภายใต้อปสข.ทุกชุดมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ

3.1 คณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ฯ ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

3.2 คณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์ และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กทม.

3.3 คณะทำงานพัฒนา สนับสนุนการขับเคลื่อน และกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับเขตพื้นที่กทม.

3.4 คณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิ และบริการของกลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กทม.

การดำเนินงาน

- ให้เลขานุการฯทำข้อมูลเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานฯ เพื่อวิเคราะห์ Gap ของระบบนำเสนอในการประชุมครั้งต่อไป

สรุปประเด็นการขับเคลื่อน ตามแผนยุทธศาสตร์อปสข. ที่ผ่านมา (สมัยวาระ 2565-2567)

1. การบริหารเครือข่ายและการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก
2. การเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. การจัดให้มีหน่วยบริการทุกระดับให้เพียงพอ
4. เพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง

1 **ตัวชี้วัดที่ใช้ขับเคลื่อนงานพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี2568**

2

ลำดับที่	ตัวชี้วัด
1	7.1 -ร้อยละของงบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long term care : LTC) ที่คงเหลือ
2	13.2 -ร้อยละของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่คงเหลือ
3	24.1 -ระดับความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารประชาสัมพันธ์หลักประกันสุขภาพ
4	26.1 -ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์ในการค้นหากลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
5	27.1 -ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการตรวจฮีโมโกลบินเอวันซีตามมาตรฐานที่กำหนด
6	29.1 -ประสิทธิผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับพื้นที่
7	30.1 -จำนวนองค์กรที่ร่วมจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
8	43.1 -ผลลัพธ์ความสำเร็จของการใช้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหาบริการสุขภาพสำคัญในพื้นที่(กำหนดให้เขตเลือกบริการสำคัญ 2 เรื่อง) บริการตัวที่ 1 : PPFS บริการตัวที่ 2 : DM
9	44.1 -ระดับความสำเร็จการสะท้อนกลับประเด็นการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ จากกลไกอภิบาลระดับเขตพื้นที่มายังส่วนกลาง (Bottom Up) เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา (กำหนดอย่างน้อย 2 เรื่อง) 1.กำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ 2.การตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก
10	46.1 -สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11	52.1 -ร้อยละการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาเรื่องร้องเรียนแล้วเสร็จภายใน 25 วันทำการ
12	67.1 -ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (Common Illnesses : CI) โดยหน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่
13	68.1 -ร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3

4 **นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ**

5 1. รับทราบ

6 -มติการประชุมคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ฯ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่
7 เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันจันทร์ที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568

8 2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

9

10 **มติที่ประชุม**

11 รับทราบ

12 -มติการประชุมคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ฯ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่
13 เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันจันทร์ที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568

14

15

16

17

**ระเบียบวาระการประชุม 6.2 เรื่องจากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของ
กลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร**

มติการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของกลุ่มเปราะบางและชายขอบ เขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568

1. รับทราบและเห็นชอบ ให้ดำเนินการตาม

- ตัวชี้วัด ที่ 26.1 เรื่องระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์ในการค้นหากลุ่ม
เปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน

- ตัวชี้วัดที่ 29.1 ประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ และกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน และมอบสำนักงานเตรียมการ

2. มอบสำนักงานฯ ดำเนินการและรายงานความคืบหน้า

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

1.รับทราบ

- มติการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของกลุ่มเปราะบางและชายขอบ เขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568

2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

รับทราบ

- มติการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของกลุ่มเปราะบางและชายขอบเขต
พื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568

**ระเบียบวาระที่ 6.3 เรื่องจากคณะกรรมการพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการ
ของระบบบริการ ทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร**

ตามที่สำนักงานฯ ได้รายงานฯ ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึง
บริการของระบบบริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ไปแล้วนั้น
มติที่ประชุมรับทราบ และให้สำนักงานนำเสนอข้อ. เพื่อทราบต่อไป

สำนักงานขอเสนอคณะกรรมการเพื่อทราบ มติคณะทำงานฯ ดังนี้

1. ประเด็นหน่วยบริการ

**1.1 การจัดเครือข่ายโรงพยาบาลรับส่งต่อทดแทนโรงพยาบาลมกุฏวิวัฒน์ที่ยกเลิกรับส่งต่อจากปทุมภูมิใน
เครือข่าย 35 แห่ง**

สรุปการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชุมหารือกับผู้แทนฝ่ายกฎหมาย ฝ่ายบริหารงานทะเบียน

2. ประชุมหารือ สำนักอนามัย และสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร วันที่ 24 มกราคม 2568
ซึ่งยินดีรับส่งต่อทดแทน แต่เนื่องจากระยะทางไกลและ ไม่สะดวกต่อการเดินทางของประชาชน

3. ประชุมหารือกับโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา และโรงพยาบาลไอเอ็มเอส สิลม

4. ประชุมหารือกับโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต)

5. จากการลงเยี่ยม และหารือกับหน่วยบริการรัฐอื่น ส่วนใหญ่รับผู้ป่วยเต็มศักยภาพแล้ว

ข้อสรุปการจัดหน่วยบริการรับส่งต่อทดแทนรพ.มงกุฎวัฒนะ

1.การปรับหน่วยบริการรับส่งต่อทดแทน ได้แก่

- โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา
- โรงพยาบาลไอเอ็มเอช สีสลม

2. โดยพิจารณาจากระยะทาง และความสะดวกในการเดินทางของประชาชนหน่วยบริการประจำเดิมไม่เปลี่ยนแปลง)

3. มีการจัดโรงพยาบาลหลักและโรงพยาบาลรอง เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกได้ตามความสะดวก

หน่วยบริการรับส่งต่อทดแทน	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (แห่ง)	ประชากร (คน) ณ วันที่ 13 ธ.ค. 67
โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา	17 แห่ง รอบที่ 1 จำนวน 9 แห่ง รอบที่ 2 จำนวน 8 แห่ง	92,402
โรงพยาบาลไอเอ็มเอช สีสลม	15 แห่ง รอบที่ 1 จำนวน 8 แห่ง รอบที่ 2 จำนวน 7 แห่ง	85,571
โรงพยาบาลจุฬารัตน์	3 แห่ง (รอบที่ 2)	25,899

1.2 การเพิ่มหน่วยบริการ

1.2.1 การจัดโรงพยาบาลรับส่งต่อทดแทนสายด่วน 1330 ประสานส่งต่อ ให้กับเครือข่ายหน่วยบริการประจำ

จัดเครือข่ายหน่วยบริการประจำ ที่ส่งต่อสายด่วน 1330 จำนวนประชากร 164,562 คน

- รพ.รับส่งต่อทดแทนสายด่วน 1330 จำนวน 13 แห่ง
- หน่วยปฐมภูมิ จำนวน 184 แห่ง

ลำดับที่	หน่วยบริการรับส่งต่อทดแทน	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (แห่ง)	ประชากร (คน) ณ วันที่ 13 ธ.ค. 67
1	รพ.กล้วยน้ำไท	22	28,598
2	รพ.กล้วยน้ำไท 3	6	8,566
3	รพ.เดอะซีพลัส ประเวศ	13	14,099
4	รพ.นพรัตนราชธานี	1	349
5	รพ.บางนา 1	7	4,382
6	รพ.แพทย์ปัญญา	60	64,833

ลำดับที่	หน่วยบริการรับส่งต่อทดแทน	จำนวนหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (แห่ง)	ประชากร (คน) ณ วันที่ 13 ธ.ค. 67
7	รพ.มิตรประชา	26	16,766
8	รพ.รัตนประชารักษ์	10	4,249
9	รพ.สุขสวัสดิ์อินเตอร์	6	4,769
10	รพ.อนันต์พัฒนา 2	5	2,572
11	รพ.ไอเอ็มเอช ธนบุรี	5	4,110
12	รพ.ไอเอ็มเอช สีลม	22	10,258
13	รพ.เจริญกรุงประชารักษ์	1	1,011
รวม		184	164,562

1
2
3

1.2.2 การเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อที่เป็นเครือข่ายเดียวกัน
มีหน่วยบริการที่ขอขึ้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำ และรับส่งต่อ ดังนี้

โรงพยาบาล	จำนวนเตียง	เขตที่ตั้ง	เขตรอยต่อ	ปชก. ในพท. (คน)	ศักยภาพที่ รับได้ (คน)
1. ไอเอ็มเอช สีลม	132	บางรัก	ปทุมวัน สาทร คลองเตย ยานนาวา	233,254	132,000
2. ไอเอ็มเอช ธนบุรี	100	ราชบุรีบูรณะ	จอมทอง ท่งครุ บาง คอแหลม	249,908	60,000
3. บางนา 1	50	บางนา	ประเวศ พระโขนง	211,695	150,000
4. เดอะซีพลัส ประเวศ	19	ประเวศ	บางนา พระโขนง สวนหลวง สะพานสูง ลาดกระบัง	382,638	19,000
5. เดอะซีพลัส สมุทรปราการ	50	สมุทรปราการ	บางนา	53,658	50,000
6. มิตรประชา	120	ภาษีเจริญ	ตลิ่งชัน บางแค จอมทอง ธนบุรี บางกอกน้อย บางกอกใหญ่	515,385	148,000

โรงพยาบาล	จำนวนเตียง	เขตที่ตั้ง	เขตรอยต่อ	ปชก. ในพท. (คน)	ศักยภาพที่ รับได้ (คน)
7. เพชรเวช	182	ห้วยขวาง	จตุจักร ดินแดง ราชเทวี วัฒนา วังทองหลาง บางกะปิ	496,306	60,000
8. คลินิกปฐมภูมิ มวรร.	-	-			50,000

1.2.3 นโยบาย 50 เขต 50 โรงพยาบาล

สถานการณ์ปัญหา ขาดแคลน รพ. ภาครัฐ ในพื้นที่ กทม.

- เตียงในกรุงเทพฯ ไม่พอ**
 - กรุงเทพฯ มีเตียงรวมรัฐและเอกชนสูง แต่ตอนโควิดกลับมาเตียงไม่พอ
 - เตียงผู้ป่วยในภาครัฐไม่เพียงพอ ประชากรบัตรทองกว่า 165,000 คน ยังไม่มีโรงพยาบาลรับส่งต่อ
 - IPD unmet need กทม. สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2 เท่า (28 คนใน 10,000 คนป่วย) สาเหตุหลัก ไม่มีเวลา (33%) และ ข้อจำกัดของผู้ให้บริการ (30%)
- กทม. ข้นนอกเหนือล้ำ**
 - การใช้บริการจริง: กรุงเทพฯ ข้นนอกขาดแคลนเตียงมากกว่าชั้นใน - กรุงเทพฯ ตะวันออกเหนือ และกรุงธนบุรี
- ภาระผู้ป่วยจากต่างจังหวัด**
 - 30-35% ของบริการผู้ป่วยใน กทม. ถูกใช้โดยคนต่างจังหวัด โดยเฉพาะเขต 4, 5 และ 6
 - สัดส่วนผู้ป่วยในจากต่างจังหวัดเข้า กทม. ใกล้เคียงกันทั้งโรคง่ายและยาก

เป้าหมาย

“ประชากรบัตรทองทุกคนในพื้นที่ กทม. มีโรงพยาบาลประจำเขตดูแลและรับส่งต่ออย่างเพียงพอ เกิดความต่อเนื่องของการดูแลอย่างเป็นระบบ”

วัตถุประสงค์

- พัฒนาระบบบริการทุติยภูมิใน กทม. ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้เมื่อจำเป็นอย่างพอเพียง และทั่วถึงทุกพื้นที่
- พัฒนาการทำงานร่วมกันของระบบบริการทุติยภูมิให้เชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิ และระบบบริการตติยภูมิ
- พัฒนาให้เกิดโรงพยาบาลประจำเขต ใน กทม. โดยมีมาตรฐานอย่างน้อยเทียบเท่าโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กของสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข



2. ผลการเบิกจ่ายงบและผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

ผลการจ่ายงบค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2568 (4 เดือน) ข้อมูล ณ 19 ก.พ. 2568

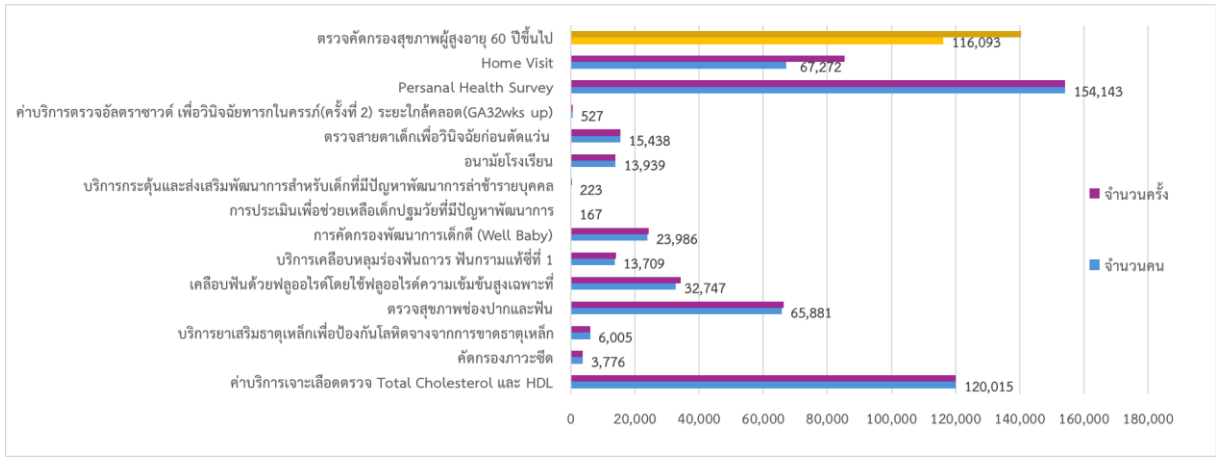
ประชากรทุกสิทธิ กทม. 7,708,408 คน ณ 1 เมษายน 2567				
รายการ	งบประมาณบาทต่อปก.	งบประมาณ : บาท	งบประมาณที่ใช้จริง : บาท	งบประมาณคงเหลือ : บาท
รวมงบ PP กทม.	351.40	2,032,871,487.64	191,170,784	1,841,700,703.64
1. PPA	4	30,833,632.00	8,628,500	22,205,132
2. PP Basic Service	249.65	1,924,442,399.64	191,170,784	1,733,271,615.64
2.1 เหมจ่ายราชทัณฑ์	249.65	6,560,562.44	1,534,705.14	5,025,857.3
2.2 PP Capitation	30	231,252,240.00	0.00	231,252,240
2.3 PP FS กทม.	209.65	1,686,629,599.20	189,636,078.86	1,496,993,520.34

หมายเหตุ : 1. งบยังไม่หักเงินเดือน

2. PP Capitation อยู่ระหว่างจัดสรรประชากรร่วมกับสำนักอนามัย คาดว่าจะจัดสรรได้ภายในวันที่ 28 ก.พ.2568

ผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นที่กรุงเทพมหานคร รายกิจกรรมบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-ม.ค.68)

- ผลงานบริการตามรายการ PP ของ กทม. จำนวนผู้รับบริการ 641,207 คน จำนวนครั้ง 686,957 ครั้ง
- มติคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 เห็นชอบปรับเปลี่ยนประเมินเพื่อคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2568 ตามแบบที่สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครกำหนด เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการในผู้สูงอายุ



การพิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการและแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก
แนวทางและผลการพิจารณาบริการตรวจสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2568

รูปแบบการบริการ	การจัดบริการตรวจสุขภาพเชิงรุกนอกหน่วยบริการ แบบ One Stop Service โดยให้บริการตรวจสุขภาพครบตามรายการที่กำหนด
พื้นที่ในการจัดบริการ	พื้นที่/สถานที่ที่สะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน
หน่วยบริการจัดบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่ประกาศกำหนด
การคัดเลือกและจัดสรรพื้นที่เป้าหมายบริการ	ใช้กลไกคณะทำงานที่มีองค์ประกอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรุงเทพมหานคร:สำนักงานแพทย์ สำนักงานามัย กระทรวงสาธารณสุข : กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หลักเกณฑ์การจัดสรรพื้นที่จัดบริการ	1. จัดพื้นที่บริการเชิงรุก เป็น 7 กลุ่มเขต ตาม Bangkok Health Zoning 2. จัดสรรพื้นที่ให้หน่วยบริการดำเนินการ โดยอ้างอิงที่ตั้งของหน่วยบริการ และศักยภาพในการจัดบริการ 3. กรณีใน ZONE มีหน่วยบริการเชิงรุกไม่เพียงพอ สปสช.ทำแผนเสนอ คณะทำงานเพื่อพิจารณาจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพและมีความประสงค์เข้าจัดบริการข้ามกลุ่มเขต 4. พื้นที่ที่มีหน่วยบริการดูแลเฉพาะ เช่น มอบให้หน่วยบริการที่รับผิดชอบ
การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างการรับรู้สิทธิประโยชน์ให้กับประชาชน	ทำงานร่วมกันระหว่าง สปสช. กรุงเทพมหานคร สำนักงานประกันสังคม

1 หน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมจัดบริการตรวจสุขภาพเชิงรุก ณ วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 91 แห่ง

โรงพยาบาลรัฐ (แห่ง)	โรงพยาบาลเอกชน (แห่ง)	หน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ (แห่ง)	หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เอกชน (แห่ง)
12	4	ศบส.+ สสม 70	5

2 ผลการพิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการคุณสมบัติตามประกาศ ฯ

3 1. หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่ประกาศกำหนด จำนวน 83 แห่ง

4 2. หน่วยบริการที่มีศักยภาพยังไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด อยู่ระหว่างรออนุมัติเรื่องรถเอกซเรย์เคลื่อนที่
5 จากกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ 8 แห่ง

6

7 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

8 1. รับทราบ

9 - มติการประชุมคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบ
10 บริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ดังนี้

11 1) ประเด็นหน่วยบริการ

12 1.1) การจัดเครือข่ายโรงพยาบาลรับส่งต่อทดแทนโรงพยาบาลมณฑลภูเก็ตที่ยกเลิก
13 รับส่งต่อจากปฐมภูมิในเครือข่าย 35 แห่ง

14 1.2) การเพิ่มหน่วยบริการ

15 1.2.1) จัดโรงพยาบาลรับส่งต่อทดแทนสายด่วน 1330 ประสานส่งต่อ ให้กับ
16 เครือข่ายหน่วยบริการประจำ

17 1.2.2) การเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อที่เป็น
18 เครือข่ายเดียวกัน

19 1.2.3) นโยบาย 50 เขต 50 โรงพยาบาล

20 2) รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณและผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตกรุงเทพมหานคร
21 ปีงบประมาณ 2568

22 2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

23

24 มติที่ประชุม

25 รับทราบ

26 - มติการประชุมคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบ
27 บริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ดังนี้

28 1. ประเด็นหน่วยบริการ

29 1.1 การจัดเครือข่ายโรงพยาบาลรับส่งต่อทดแทนโรงพยาบาลมณฑลภูเก็ตที่ยกเลิก
30 รับส่งต่อจากปฐมภูมิในเครือข่าย 35 แห่ง

31 1.2 การเพิ่มหน่วยบริการ

32 1.2.1 จัดโรงพยาบาลรับส่งต่อทดแทนสายด่วน 1330 ประสานส่งต่อ ให้กับ
33 เครือข่ายหน่วยบริการประจำ

34 1.2.2 การเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อที่เป็น
35 เครือข่ายเดียวกัน

36 1.2.3 นโยบาย 50 เขต 50 โรงพยาบาล

2. รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณและผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตกรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2568

ระเบียบวาระที่ 6.4 เรื่องคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 เพื่อรับทราบความคืบหน้าการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. และการบริหารเงินค้ำจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2568
2. ทบทวนอัตราจ่ายกรณีสำรองเตียงทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบ ของรพ.สุภูมิวิทย์
3. สถานการณ์ข้อร้องเรียนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1. สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. และการบริหารเงินค้ำจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2568
มติที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568

1. รับทราบ

1.1 สถานการณ์การเบิกจ่าย OP กทม.

1.2 การบริหารเงินค้ำจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก

โดยใช้หลักการ balanced budget (รายรับและรายจ่ายสมดุลกัน) ดังนี้

1) จัดสรรเงินให้แต่ละหน่วยตามอัตราจริงที่ได้รับหลังประมาณการค้ำจ่ายภาระที่ต้องรับผิดชอบไว้ให้เพียงพอ

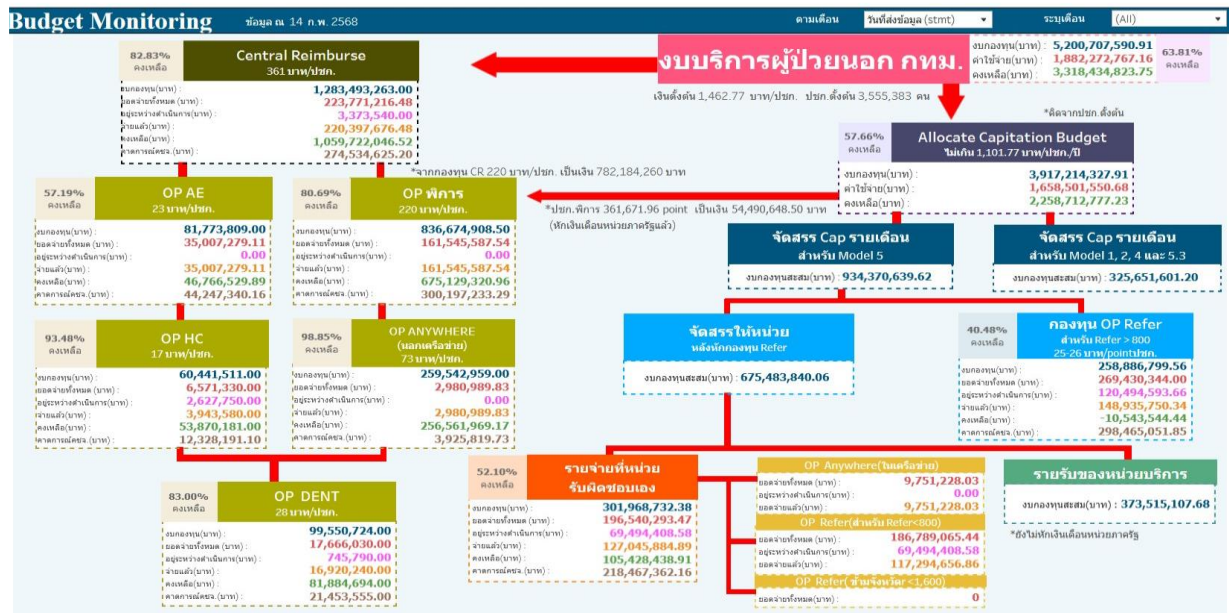
2) การประมาณการค้ำจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก ใช้ค่าประมาณการจากข้อมูลค่าใช้จ่ายจริง (service date) ไว้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการต้องรับผิดชอบ กรณีที่ผ่านมา

2.1) มีรายจ่าย (ติดลบ) สูงมากเกินไปรายรับที่มี ให้ทยอยหักรายเดือนจนครบทุกเดือนโดยเริ่มตั้งแต่เดือน ก.พ. 68

2.2) มีรายจ่าย (ติดบวก) ต่ำกว่ารายรับที่มีให้จัดสรรเงินคืน ไตรมาสละครึ่ง

2. มอบสปสช.กำกับติดตาม และรายงานอย่างต่อเนื่อง และรายงานต่อสปสช.เพื่อทราบ

สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ตามวันที่ส่งข้อมูล ปีงบประมาณ 2568 ณ 14 ก.พ.68



วิเคราะห์การส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกชดเชยผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) ย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2566 - 2567

เดือนบริการ		เดือนส่งข้อมูล																							
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
๕510	64%	24%	2%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	3%
๕511	63%	22%	5%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	0%	0%
๕512	66%	24%	2%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	0%	0%	
๕601	67%	23%	1%	0%	1%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	
๕602	70%	22%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	
๕603	42%	14%	5%	2%	5%	1%	14%	4%	0%	2%	0%	4%	0%	5%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕604	42%	15%	4%	5%	1%	15%	4%	0%	4%	0%	1%	0%	4%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕605	41%	15%	4%	5%	17%	4%	2%	2%	0%	3%	0%	4%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕606	48%	13%	7%	15%	3%	0%	3%	1%	4%	0%	4%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕607	50%	16%	15%	4%	0%	2%	0%	5%	1%	4%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕608	56%	22%	5%	1%	2%	0%	2%	4%	5%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕609	49%	32%	2%	3%	0%	2%	5%	5%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕610	63%	19%	1%	2%	4%	3%	5%	0%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕611	65%	17%	2%	5%	3%	5%	0%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕612	70%	16%	3%	6%	2%	0%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕701	18%	7%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕702	75%	22%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕703	48%	36%	8%	2%	1%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕704	46%	30%	10%	3%	6%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕705	51%	34%	6%	3%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕706	54%	35%	5%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕707	65%	25%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕708	72%	28%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
๕709	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
ค่ารวม	58%	22%	5%	3%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
%มีค่าสะสม	58%	80%	85%	88%	91%	92%	94%	96%	96%	97%	98%	98%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	
Adjusted %Saturated	61%	23%	5%	3%	2%	2%	2%	2%																	
	61%	84%	89%	92%	94%	96%	98%	100%																	
ค่าฐาน	1.64	1.19	1.12	1.09	1.06	1.04	1.02	1.00																	
	T	T-1	T-2	T-3	T-4																				
Adjusted %Saturated	65%	25%	5%	3%	2%																				
	65%	90%	95%	98%	100%																				
ค่าฐาน	1.54	1.11	1.05	1.02	1.00																				

ข้อมูลเงินค้ำจ่าย กรณีผู้ป่วยนอกคงเหลือแยกรายประเภทหน่วยบริการ

จำนวนหน่วยบริการที่ประมาณการค้ำจ่าย คงเหลือ (ต.ด.67 - ม.ค. 68)														
ประเภทหน่วย	เงินค้ำจ่ายคงเหลือ (บาท/ปชก)	แห่ง	เดือนที่ใดบวก (แห่ง)					ระดับ	แห่ง	เดือนที่ติดลบ (แห่ง)				
			ไม่ติดลบ	1 เดือน	2 เดือน	3 เดือน	4 เดือน			ไม่ติดลบ	1 เดือน	2 เดือน	3 เดือน	4 เดือน
คลินิกชุมชนอบอุ่น	บวก 0-5	70		10	58	2		ลบ 0-40	103			39	34	30
	บวก 6-10	50		47	3			ลบ 40ขึ้นไป						
	บวก 11-15	22	1	21										
	บวก 16-20													
	บวก 20ขึ้นไป	4	4											
รวมคลินิก		146	5	78	61	2	0		103	0	0	39	34	30
หน่วยบริการภาครัฐ	บวก 0-5							ลบ 0-40	3				1	2
	บวก 6-10	2	1	1				ลบ 40ขึ้นไป						
	บวก 11-15													
	บวก 16-20	1	1											
	บวก 20ขึ้นไป	65	65											
รวมภาครัฐ		68	67	1	0	0	0		3	0	0	0	1	2

2. ทบทวนอัตราจ่ายกรณีสำรองเตียงทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบ ของรพ.สุภูมิวิ

มติที่ประชุมคณะกรรมการจัดงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568

1. รับทราบ

- ผลกระทบ และข้อเสนอการปรับอัตราจ่ายกรณีสำรองเตียงทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบ ของโรงพยาบาลสุภูมิวิ ตามเงื่อนไขที่สสข.กำหนด ในอัตรา 15,000 บาท/Adj.RW ตาม DRGs ฉบับที่ 6 ย้อนหลังตั้งแต่วันรับบริการ 1 ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป

2. ให้สสข. พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม และตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

4. มอบสสข. นำเสนอใน อปสข. เพื่อให้รับทราบผลกระทบฯ ต่อไป

- รพ.สุภูมิวิ รับผู้ป่วย ประมาณ 60 % ของทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบ ในกรุงเทพมหานคร ถ้าเพิ่มอัตราจ่ายจาก 12,500 เป็น 15,000 บาท คาดประมาณใช้เงินเพิ่ม 6 ล้านบาทต่อปี (ถ้า DRG V.5 ส่วนต่างประมาณ 18 ล้าน)

ที่มา

ตามประกาศคณะกรรมการฯ เรื่องการบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2567 ให้ปรับใช้ DRGs ฉบับที่ 6 เว้นแต่ก่อนเดือนพ.ค. 2567 ให้ใช้ DRGs ฉบับที่ 5 นั้น

โรงพยาบาลสุภูมิวิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการสำรองเตียงทารกแรกเกิด NICU ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ได้ทำหนังสือหารือเรื่องการคำนวณค่าใช้จ่ายที่ปรับจาก DRG ฉบับที่ 5 เป็น DRGs ฉบับที่ 6 ส่งผลกระทบทำให้รายรับของโรงพยาบาลสุภูมิวิลดลงประมาณร้อยละ 50

สำนักงานจึงขอเสนอให้ทบทวนอัตราจ่ายกรณีสำรองเตียงทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบ ของรพ.สุภูมิวิ ซึ่งเป็นรพ.สำรองเตียงทารกแรกเกิด ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ดังนี้

ประเด็นที่โรงพยาบาลสุ่มวิท ขอความอนุเคราะห์ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลขอความอนุเคราะห์สำนักงานกลับมาใช้โปรแกรม DRG Seeker สำหรับ TDRG Version ๕ โดยมีผลย้อนหลังได้ (ตั้งแต่วันรับบริการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ เป็นต้นไป)

๒. การพัฒนาโปรแกรม DRG Seeker สำหรับ TDRG Version ๖ (ปัจจุบัน) ให้มีความเหมาะสม และสามารถสนับสนุนระบบโรงพยาบาลได้ ตลอดจนหาแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ การให้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่สสข.กำหนด ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ พ.ศ.๒๕๖๗ หากมีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานพยาบาล และ สสข.เขต ๑๓ กทม. ตามอัตราจ่าย ๓๕,๐๐๐ บาทต่อ น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdiRW) สามารถคำนวณการจ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ฉบับที่ ๖ ย้อนหลังตั้งแต่วันรับบริการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ เป็นต้นไป ได้หรือไม่

3. สถานการณ์เรื่องร้องเรียน พื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มา

ผู้แทนอปสข.ภาคประชาชน รายงานสถานการณ์การปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการลงทะเบียนแล้ว ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ผู้ป่วยสูงอายุรวมทั้งไปรับการรักษายังรพ.รับส่งต่อ รวมทั้งจำกัดระยะเวลาการส่งตัว และจำกัดการจ่ายยาผู้ป่วย

คณะทำงานฯ มีความเห็นให้นำเข้าหารืออปสข. เพื่อบูรณาการตรวจเยี่ยมรับฟังปัญหาของคลินิกชุมชนอบอุ่นระหว่างคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามฯ และอคม.

สถานการณ์เรื่องร้องเรียน พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 (1 ต.ค. 2567- 23 ม.ค. 2568)

ช่วงเวลา	ไม่ระบุ (ครั้ง)	ตรวจสอบเบื้องต้น มีมูลความจริง (ครั้ง)	ผู้ร้องเข้าใจผิด (ครั้ง)	รวม (ครั้ง)
1 ต.ค.67- 31 ธค 67	4,506	4,761	609	9,878
1-23 มค.68	1,502	939	117	2,558
รวม	6,008 (48.31%)	5,700 (45.83%)	726 (5.84%)	12,436

ประเด็นการปฏิเสธส่งตัว ปีงบประมาณ 2568 (1 ต.ค. 2567-23 ม.ค 2568)

ลำดับ	ประเด็น	จำนวน (ครั้ง)
1	ปฏิเสธการส่งตัวทั้งที่เคยส่ง	1,237
2	มีใบนัดจากรพ.แต่ไม่ได้ไปส่งตัวไปตามนัด	665
3	กำหนดเงื่อนไขออกหนังสือส่งตัว	500
4	ปฏิเสธส่งตัว	462
5	ไม่ส่งตัวหน่วยรักษาเดิม	307
6	ปฏิเสธส่งตัวเพราะเพ่งย้ายสิทธิ	289
7	ผู้ป่วยมีนัดไม่มีไปส่งตัวเพราะเคยใช้ op aw	141

1 ประเด็นร้องเรียนการจ่ายยา ปิงปประมาณ 2568 (1 ต.ค. 2567-23 ม.ค. 2568)

ลำดับ	ประเด็น	จำนวน (ครั้ง)
1	ไม่มียา/จ่ายยาไม่ครบ/ให้ซื้อเอง	828
2	รยาเก่า-จ่ายยา7วัน	7
3	นัด-จ่ายยา 7 วัน	5

2 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

3 1. รับทราบ

4 - มติการประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
5 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568

6 1) สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม.และการบริหารเงินค้ำจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก ปิงปประมาณ
7 2568

8 2) ทบทวนอัตราจ่ายกรณีสำรองเตียงทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบ ของรพ.สุภูมิวิท

9 3) สถานการณ์เรื่องร้องเรียน พื้นที่กรุงเทพมหานคร

10 2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

11

12 มติที่ประชุม

13 รับทราบ

14 - มติการประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
15 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568

16 1) สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม.และการบริหารเงินค้ำจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก ปิงปประมาณ
17 2568

18 2) ทบทวนอัตราจ่ายกรณีสำรองเตียงทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบ ของรพ.สุภูมิวิท

19 3) สถานการณ์เรื่องร้องเรียน พื้นที่กรุงเทพมหานคร

20

21 ระเบียบวาระที่ 6.5 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับอปสข.

22 มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2/2568 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

23 - ผลการคัดเลือกเลขาธิการ สปสช. ได้ นพ.เจตัง ธรรมธชาธิ เป็นผู้ได้คะแนนสูงสุด ซึ่งจะทำหน้าที่
24 เลขาธิการ สปสช. ในวาระที่ 7 ดำรงตำแหน่งต่อเนื่องเป็นวาระที่ 2 คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
25 แห่งชาติ ที่ 14/2568 เรื่อง แต่งตั้งเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผลตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน
26 2568 เป็นต้นไป ลงนามวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568

27

28 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

29 1. รับทราบ

30 - มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2/2568 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

31 2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

32

33 มติที่ประชุม

34 รับทราบ

35 - มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2/2568 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

ระเบียบวาระที่ 6.6 มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับอปสข.
การประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 วันพฤหัสบดีที่ 23
มกราคม 2568

1. เรื่องที่เสนอเพื่อทราบจากการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและกำกับคุณภาพมาตรฐาน
บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2568

เพื่อรับทราบความคืบหน้าการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและกำกับ
คุณภาพมาตรฐาน ในการพัฒนาระบบการจัดทำข้อเสนอมาตรการ การกำกับติดตามการขับเคลื่อนและควบคุม
คุณภาพและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับอปสข. จำนวน 2 เรื่อง ดังนี้

1) สถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มี
คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และ ข้อเสนอต่อคณะอนุกรรมการหรือสปสข. ของ
โรงพยาบาลรามาริบัติ

มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 วันพฤหัสบดีที่
23 มกราคม 2568

- รับทราบความคืบหน้าการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและ
กำกับคุณภาพมาตรฐาน ในการพัฒนาระบบ การจัดทำข้อเสนอมาตรการ การกำกับติดตามการขับเคลื่อน
และควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน สถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่ม
การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และข้อเสนอต่อคณะอนุกรรมการ หรือสปสข.
ของโรงพยาบาลรามาริบัติ

ที่มา

มติการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่
1/2568 เมื่อวันที่ 10 ม.ค. 2568

1. รับทราบสถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และ
ข้อเสนอต่อคณะอนุกรรมการ หรือ สปสข. ของโรงพยาบาลรามาริบัติ

2. มอบ สายงานบริหารกองทุน สปสข. ส่วนกลาง และสปสข.เขต 13 กทม. รับความเห็นและ
ข้อเสนอแนะจากที่ประชุมในประเด็นปัญหาด้านการเบิกจ่าย และหลักเกณฑ์ของ สปสข. เพื่อดำเนินการวางแผน
ทางการแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วน และสื่อสารให้หน่วยบริการรับทราบต่อไป

3. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

สถานการณ์/ ปัญหาการจัดบริการสาธารณสุขของ รพ.รามาริบัติ ที่เสนอต่อคณะอนุกรรมการและ สปสข.

1. ติดตามยอดค้างจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล

2. ปัญหาระบบส่งเบิกไม่รองรับการปฏิบัติงาน เช่น กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสิทธิกะทันหัน, กรณีผู้ป่วย
เสียชีวิตแต่มีค่าใช้จ่ายก่อนเสียชีวิต

3. ประกาศแนวหลักเกณฑ์การส่งเบิกสิทธิประกันสุขภาพ เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2568 (กรณีสิทธิว่าง)

4. กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย 200 บาทต่อครั้ง

5. การให้บริการผู้ป่วย ER และรายการค้างจ่ายชดเชย 216 รายการ

6. การเปลี่ยนแปลงการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (ปิดสิทธิ)

7. รายการยา non FS : รายการยาใน FS ยังไม่ครอบคลุม,

8. ปัญหาการให้บริการหน่วยปฐมภูมิ (Model 5) : หน่วยบริการปฐมภูมิออกหนังสือส่งตัวให้ผู้ป่วย มีระยะเวลา
เพียงวันเดียวต่อครั้ง

9. การให้บริการ CA Anywhere : แนวทางการรับผู้ป่วย ตามความพร้อมและคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยจะให้รพ.ต้นสังกัดส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ตามระบบที่วางไว้ (กรณีผู้ป่วยใหม่จะขอเอกสารการส่งต่อ ผู้ป่วยเก่าใช้เอกสารเดิมไม่ต้องขอใหม่ ถึง 31 มีนาคม 2568)

2) ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐาน จากผลการเบิกจ่ายชดเชยและการตรวจสอบคุณภาพบริการการชดเชยค่าบริการ กรณีหน่วยบริการนวัตกรรมปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา: สถานการณ์การเบิกจ่ายและการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ



- 1) ตามที่คณะกรรมการหลักฯ มีมติเห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่” และต่อมามีการขยายประเภทบริการนวัตกรรมจาก 4 ประเภทเป็น 8 ประเภท เพื่อลดความแออัดของหน่วยบริการ
- 2) ต่อมา มีการขยายนโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่” ให้ครอบคลุมมากขึ้น มีหน่วยบริการนวัตกรรมเข้าร่วมโครงการและให้บริการมากขึ้น ในปี 2568 จำนวน 7,815 แห่ง (ขอขึ้นทะเบียน 12,981 แห่ง) ประกอบกับสถานการณ์การเบิกจ่ายของหน่วยบริการนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2567 และ 2568 การเบิกจ่ายที่มีแนวโน้มมากขึ้น
- 2) สปสช.เขตตรวจสอบพบหน่วยบริการนวัตกรรม ที่มีความเสี่ยงในการเบิกจ่ายชดเชยที่ผิดปกติ ณ เดือนธันวาคม 2567 จำนวนมากถึง 362 แห่ง และส่วนกลางตรวจพบ 147 แห่ง (บางแห่งอาจมีซ้ำซ้อนกัน) และในปีงบประมาณ 2568 หน่วยบริการนวัตกรรมที่สำนักงานได้ดำเนินการการชะลอจ่ายเงินเพื่อตรวจสอบขณะนี้ 121 แห่ง
- 3) คณะกรรมการดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้อง ฯ มีมติเห็นชอบเห็นชอบว่า การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการนวัตกรรม 9 แห่งไม่ถูกต้องตามที่สำนักงานนำเสนอ และมีมูลจากเอกสารหลักฐานเชื่อได้ว่า จะเกิดความอันเป็นเท็จ และมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ
- 4) คณะกรรมการสอบสวน คณะที่ ๔ ได้มีการกระทำของหน่วยบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ 1 แห่ง ให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด มีมติเสนอให้คณะกรรมการควบคุมฯ มีคำสั่งปรับทางปกครอง และคำสั่งดำเนินการสอบสวนอีก 7 แห่ง

18

ที่มา

มติการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบ และกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 10 ม.ค. 2568

1. รับทราบแนวทางการพัฒนาระบบการกำกับติดตามการเบิกจ่ายชดเชยและการตรวจสอบชดเชยค่าบริการ หน่วยบริการนวัตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. มอบ สปสช. รับความเห็นและข้อเสนอจากที่ประชุมไปพิจารณาดำเนินการเพิ่มเติม ร่วมกับสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. เห็นชอบแนวทางการพัฒนาระบบการกำกับคุณภาพและมาตรฐาน จากผลการจ่ายชดเชย และการตรวจสอบคุณภาพบริการการชดเชยค่าบริการ กรณีหน่วยบริการนวัตกรรมปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. มอบ สปสช.นำเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รับทราบต่อไป

5. มอบ สปสช.ขับเคลื่อนตาม แนวทางการพัฒนาระบบการกำกับคุณภาพและมาตรฐาน ตามข้อ 3 และรายงานความคืบหน้าต่อคณะกรรมการทุก 3 เดือน

6. รับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการได้ทันที

มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 วันพฤหัสบดีที่ 23 มกราคม 2568

- รับทราบความคืบหน้าการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาระบบ และกำกับคุณภาพมาตรฐาน ในการพัฒนาระบบ การจัดทำข้อเสนอมาตรการ การกำกับติดตามการขับเคลื่อนและควบคุม

- 1 คุณภาพและมาตรฐานข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐาน จากผลการเบิกจ่าย
2 ขาดเซຍและการตรวจสอบคุณภาพบริการการชดเชยค่าบริการ กรณีหน่วยบริการนวัตกรรมปฐมภูมิ ในระบบหลักประกัน
3 สุขภาพแห่งชาติ

ทิศทางการขับเคลื่อน Pre & Post Audit -2568 บริการนวัตกรรม



ทิศทางการขับเคลื่อนการตรวจสอบกรณีบริการนวัตกรรม

บริการนวัตกรรม

1. ร้ายยา
2. คลินิกการพยาบาลฯ
3. คลินิกเทคนิคการแพทย์
4. คลินิกกายภาพบำบัด
5. คลินิกเวชกรรม
6. คลินิกทันตกรรม
7. คลินิกแพทย์แผนไทย

1. เพิ่มจำนวนการ
ตรวจสอบก่อนจ
ให้สอดคล้องกับ CP

- OSR (3D) + rule based
- ใช้ศักยภาพหน่วยฯ และ AI

2. เพิ่มจำนวนหน่วยบริการ ใน
การตรวจสอบการจ่าย

- Surveillance หน่วยที่มีความเสี่ยง
- สร้างทีมลงพื้นที่ในระดับอำเภอจังหวัด

3. เน้นงานทะเบียน ให้มี
ยุทธศาสตร์ Post-Register
Surveillance

- กำกับติดตามคุณภาพหลังการขึ้นทะเบียนร่วมกับคกก.ควบคุม/ สรพ./สภาวิชาชีพ

4. ปรับการบังคับใช้
กฎหมายให้เข้มแข็ง รวดเร็ว

5. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ ประชาสังคม

6. ปรับประกาศ/หลักเกณฑ์
ให้ทันสมัยการณ

- คทง.ร่วม audit กฎหมาย ตรวจสอบหน่วยที่มีปัญหาคกก.ตรวจสอบข้อมูลอันเป็นเท็จ และคกก.สอบสวน
- ติดตามหน่วยที่อยู่ระหว่างตรวจสอบ ชะลอจ่าย ระเบียบการบริหารสัญญา

- ประชาชนปิตติธิ์ และร่วมประเมินหน่วยฯ (people audit /patient audit)

- กำหนดเงื่อนไขให้ชัดเจน
 - กำหนดระยะเวลาการให้บริการที่จะจ่าย
- ชัดเจน ที่ไม่กระทบกับวิถีชีวิตของประชาชน

ข้อเสนอการกำกับติดตามหน่วยบริการนวัตกรรมที่มีความเสี่ยงในการเบิกจ่ายชดเชย



งานทะเบียน	Pre-Audit		Post-Audit		Payment	
ข้อมูลพื้นฐาน หน่วยบริการ (CPP)	จ่ายตามศักยภาพ CPP	Rule base	Surveillance 	Post audit	จัดสรร	บัญชี

เกณฑ์พิจารณาหน่วยบริการที่มีความเสี่ยง

1. การให้บริการ /การเบิกจ่ายจำนวนมาก เมื่อเทียบกับศักยภาพ หรือ Outlier เมื่อเทียบกับหน่วยบริการระดับเดียวกันในพื้นที่
2. เบิกจ่ายซ้ำซ้อน
3. การให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน หรือไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขตามประกาศ
4. รายการที่ได้รับการร้องเรียน :- ผู้ป่วย / ประชาชน /หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5. รายการที่ได้รับมอบนโยบาย / จากการลงพื้นที่ตรวจสอบ :- ผู้บริหาร / กองทุนที่เกี่ยวข้อง

ชี้เป้าหมายหน่วยบริการที่**เสี่ยง**เบิกจ่ายผิดปกติ

ตรวจสอบข้อมูลข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง
(สำรวจ 5-10% หรือวิธีการอื่น)

การดำเนินงานตามมาตรการ 3 ป.
ป้องกัน / ป้องปราม / ปรามปราม



มาตรการ 3 ป.

ป้องกัน = guidance

ป้องกัน = ชะลอจ่าย/ระงับบริการ

ปราบบปราม = พิจารณา

1) นำเข้า คทง.พิจารณา

- เอกสารหลักฐานเพื่อใช้สิทธิตามกฎหมาย
- 2) นำเข้า คกก.
- 2.1 คกก.ดำเนินการกรณีตรวจสอบ
- เอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการ
เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
- 2.2 คกก.ควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
บริการสาธารณสุข

นำเรียนคณะอนุกรรมการฯ เพื่อทราบ

- ## 1. รับทราบ

- มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 วันพฤหัสบดีที่

23 มกราคม 2568

- (1) เรื่องที่เสนอเพื่อทราบจากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2568

- 1) สถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
ภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และข้อเสนอต่อคณะอนุกรรมการหรือสปสข.
พยาบาลรามาธิบดี

2) ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐาน จากผลการ
เบิกจ่ายชดเชยและการตรวจสอบคุณภาพบริการการชดเชยค่าบริการ กรณีหน่วยบริการนวัตกรรม
ปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

รับทราบ

- มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 วันพฤหัสบดีที่
23 มกราคม 2568

(1) เรื่องที่เสนอเพื่อทราบจากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบและกำกับคุณภาพ
มาตรฐานบริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2568

1) สถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
ที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และข้อเสนอต่อคณะกรรมการหรือสปสช.
ของโรงพยาบาลรามารามธิบดี

2) ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐาน จากผลการ
เบิกจ่ายชดเชยและการตรวจสอบคุณภาพบริการการชดเชยค่าบริการ กรณีหน่วยบริการนวัตกรรม
ปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระเบียบวาระที่ 7 เรื่องเพื่อพิจารณา

ระเบียบวาระที่ 7.1 การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential Capitation) ปีงบประมาณ 2568

ตามที่สำนักงานฯ ได้เสนอการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential Capitation) ปีงบประมาณ 2568
ในที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 ไปแล้วนั้น สำนักงานขอเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณามติคณะทำงานฯ
ดังนี้

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 : การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential Capitation) ปีงบประมาณ
2568 เห็นชอบดังนี้

1. เห็นชอบการปรับการคำนวณอัตราเหมาจ่าย OP กทม. (Differential capitation) ปีงบประมาณ
2568 เพื่อให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามหลักการ ดังนี้

1.1 ปรับใช้ปัจจัย (Factor) และน้ำหนักที่ใช้คำนวณ ตามภาระโรค (CCI) 60% และประชากร
อายุ 60 ปีขึ้นไป (Elderly) 40 %

1.2 คำนวณวงเงินจัดสรรรวมทุก Model

1.3 กำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวขั้นต่ำ โดยคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายหน่วยบริการ(ขั้นต่ำเริ่มต้นที่
942.16 บาทต่อประชากรต่อปี) โดยหน่วยบริการที่มีประชากรน้อยให้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ

1.4 ใช้วงเงินทั้งปีในการคำนวณ Diff cap

1.5 คำนวณอัตราเหมาจ่ายทุกเดือน โดยให้เริ่มใช้ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568 เป็นต้นไป โดยให้สปสช.
ปรับประกาศให้เสร็จก่อนวันที่ 28 ก.พ. 2568

1.6 มอบสปสช.และผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น และสบส. ได้ดำเนินการประชุมคลินิก และสบส. ทั้งหมดภายในวันที่ 28 ก.พ. 2568

2. ให้องค์กรบริการส่งข้อมูลรักษาบัตรตนเองเพื่อให้ได้ข้อมูลในการนำวิเคราะห์ครบถ้วนมากขึ้นเพื่อเป็น ประโยชน์กับหน่วยบริการเอง ทั้งนี้ให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 เม.ย 68 เป็นต้นไป

3. รับรองมติในที่ประชุมและมอบสปสช. นำเสนอต่อ อปสช.กท. เพื่อพิจารณา ในวันที่ 20 กพ.68 ต่อไป

ที่มา

มติที่ประชุมอปสช. ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 เห็นชอบ

- การคำนวณแบบเหมาจ่ายรายหัว ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการ โดยปรับอัตราตาม จำนวนประชากร และจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสัดส่วนร้อยละ 30 และ 70 ตามลำดับ

- สำนักงานฯ จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว OP ตั้งแต่เดือน ต.ค.67 โดยกำหนดการคำนวณ Diff.cap ดังนี้

1. ใช้วงเงินหลักหัก CR ในการ diff โดยแบ่งวงเงินในการ diff เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม Model 5 และ Model อื่นๆ

2. ใช้ตัวแปร 2 ตัว ได้แก่

2.1 จำนวนประชากร ร้อยละ 30

2.2 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 70

Model	วงเงิน	อัตราเดิมก่อน Diff Cap	อัตราหลัง Diff Cap		จำนวนหน่วยที่ได้รายหัวต่ำกว่าเดิม(แห่ง)
			min	max	
model 5	2,851,455,734.56	1,094.35	1,046.22	1,155.93	188
model 1,2,4,5,3	1,016,068,321.56	1,096.43	1,042.22	1,157.93	29
รวม	3,867,524,056.12				

สรุป pain point ของการคำนวณอัตรา Diff.cap เดิม

1.การกำหนดอัตราขั้นต่ำที่สูงเกินไป (1,046.22) มีผลทำให้วงเงินที่ใช้ diff.Cap เหลือน้อยประมาณ 5% ทำให้เกิดความไม่เหมาะสม ไม่สะท้อนกับการรับผิดชอบของหน่วยบริการที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง

2. หน่วยบริการมีการผลักดันไข่ออกไปที่อื่น เพื่อไม่ต้องรับผิดชอบตามจ่ายโดยเฉพาะกรณี OP Refer

2.1 จำนวนการย้ายสิทธิจากต่างจังหวัดมาทท. (ต.ค.67-ม.ค.68) จำนวน 38,404 คน โดยคนที่ย้ายมาแล้วมาขอใบส่งตัวภายใน 1 เดือนเป็นจำนวน 2,236 คน คิดเป็น 5.82 %

2.2 จำนวนคนทท. ย้ายถิ่นใน กท. (ต.ค.67-ม.ค.68) จำนวน 46,023 คน และคนที่ย้ายมาแล้วมาขอใบส่งตัวภายใน 1 เดือนเป็นจำนวน 3,672 คน คิดเป็น 7.98 %

3. ปัจจัย ที่ใช้ diff.cap ปัจจุบัน (จำนวนประชากรและจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) ไม่ได้สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

ตัวอย่าง หน่วยบริการที่ได้รับอัตราสูงสุด แต่รายรับต่อเดือนไม่เพียงพอกับภาระค่าใช้จ่าย

HSUB	Point ปชก.เฉลี่ยต่อเดือน	อัตรา Diffcap(M)	อัตรา Diffcap(Y)	รายรับ (หลังหักเข้ากองทุนRF)		รายจ่าย		คงเหลือ	
				จำนวน(บาท)	บาท/ปชก	จำนวน(บาท)	บาท/ปชก	จำนวน(บาท)	บาท/ปชก
A	10,150.23	96.33	1,155.96	2,528,973.22	71.19	3,852,676.20	108.45	-1,323,702.99	-130.41

1 หลักการในการเลือกปัจจัยและน้ำหนักสำหรับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว แบบใหม่

2 - เป้าหมาย : เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับหน่วยบริการแต่ละแห่งซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละปัจจัย
3 และสามารถสะท้อนกับการะับผิดชอบของหน่วยบริการ

4 - จากการหารือกับนักคณิตศาสตร์ประกันภัย ให้ข้อเสนอแนะในการกำหนดตัวแปร ไม่เกิน 3 ตัวแปร โดย
5 ควรเลือกใช้ตัวแปรที่มีผลมากที่สุด (ปัจจัยที่มีผลน้อยกว่า 10% ไม่ควรนำมาใช้) และไม่ควรเป็นปัจจัยที่มีผล
6 ซ้ำซ้อนกัน

7 - การจำลอง ให้ความสำคัญกับทุกปัจจัย และพิจารณาตามผลทางสถิติ โดยมีปัจจัยที่ใช้จำลองจาก
8 ฐานข้อมูลที่มีทั้งหมด 5 ปัจจัย 5 มิติ ได้แก่ 1.จำนวนประชากร 2.ประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (Elderly)
9 3.ภาระโรค 23 กลุ่มโรค (CCI) 4.UR และ5.ภาระการจ่าย

10 - ผลการจำลองทั้ง 5 มิติ พิจารณาจากลักษณะพฤติกรรมหน่วยบริการ ความซ้ำซ้อนของตัวแปร และ
11 ความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าปัจจัยที่มีผลทางสถิติมากที่สุด ได้แก่ ภาระโรค (CCI) และประชากรกลุ่มอายุมากกว่า
12 60 ปี (Elderly)

14 สรุปที่ประชุมจึงพิจารณาเลือกปัจจัย CCI และ Elderly โดยให้น้ำหนัก 60 : 40 เนื่องจาก

- 15 1. CCI มีทั้งหมด 23 โรค ครอบคลุมถึง 7 โรคเรื้อรัง และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระค่าใช้จ่าย
- 16 2. ประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (Elderly) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระค่าใช้จ่าย
- 17 3. ในส่วนปัจจัย UR ครอบคลุมทั้งจำนวนคนและความถี่มากกว่าการเข้าถึงบริการ(%access) แต่อาจไม่
18 สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายที่แท้จริง ซึ่งหน่วยบริการแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน รวมทั้ง UR จะสะท้อนอยู่ใน CCI อยู่แล้ว
- 19 4. จำนวนประชากร เป็นปัจจัยที่มีผลต่ำมาก (ต่ำกว่า 10%)

ข้อมูลประกอบการพิจารณาการจำลอง Diff.Cap

	กรอบวงเงินทั้งหมด (ทั้งปี)	3,917,214,328.00		
	ปชก.ทั้งหมด	3,555,991.00		
ขอมติ	อัตราขั้นต่ำ	940.00		
	วงเงินใช้สำหรับขั้นต่ำ	3,342,631,540.00	85%	
	วงเงินใช้สำหรับDiffcap	574,582,788.00	14.7%	
	sum_Risk_Point	155,838,996.26	(pop * riskscore)	
	บาท/risk_point	3.69		
			correlation	
ขอมติ	กำหนดน้ำหนักตัวแปร --> RiskScore	อัตราที่ได้	การระดมจ่าย	
ขนาด	NPERSON_scale	0%	-0.26	0.17
age	%elderly	40%	0.78	0.18
disease	CCI1K	60%	0.92	0.38
util	UR (ประวัติการรับบริการ)	0%	0.67	0.32
fin	Expense (การระดมจ่าย)	0%	0.35	
		100%		

อัตราที่ได้	
P0 (ต่ำสุด)	942.16
P25	1,060.30
P50 (median)	1,091.19
P75	1,122.02
P100 (สูงสุด)	1,246.88

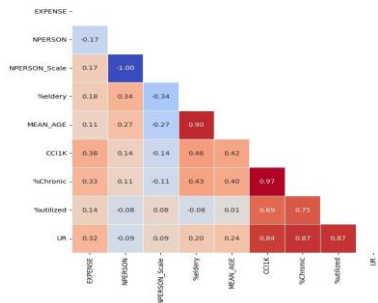
อัตราที่ได้	
P0 (ต่ำสุด)	942.16
P25	1,060.30
P50 (median)	1,091.19
P75	1,122.02
P100 (สูงสุด)	1,246.88

ผลการจำลองการ Diff cap ด้วยปัจจัย CCI 60 % Elderly 40 %

อัตราที่ได้	บาท/ปชก
P0 (ต่ำสุด)	942.16 (MIN)
P25	1,060.30
P50 (median)	1,091.19
P75	1,122.02
P100 (สูงสุด)	1,246.88 (MAX)

อัตราหลัง Diff Cap (หน่วยบริการทั้งหมด 350 แห่ง)	
ได้เพิ่มขึ้น 160 แห่ง	ได้ลดลง 190 แห่ง
ส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ 0.04-125.22 บาท/ปชก	ส่วนต่างที่ลดลงตั้งแต่ -0.44 ถึง -106.20 บาท/ปชก

Correlation Matrix with Coefficients



- ผลกระทบจากการdiff.cap ใหม่
- หน่วยบริการที่ได้รับอัตรา เพิ่มขึ้นและลดลง ดังนี้
- >> คลินิก 249 แห่ง ได้เพิ่มขึ้น 107 แห่ง โดยมีส่วนต่างตั้งแต่ 0.07 ถึง 90.95 และได้ลดลง 142 แห่ง โดยมีส่วนต่างตั้งแต่ -0.44 ถึง -90.70
- >> ศบส. 69 แห่ง+สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองและรพ.พระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร ได้เพิ่มขึ้น 35 แห่ง โดยมีส่วนต่างตั้งแต่ 1.80 ถึง 125.22 และได้ลดลง 36 แห่ง (รวมสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองและรพ.พระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร) โดยมีส่วนต่างตั้งแต่ -2.12 ถึง -106.20
- >> รพ. ได้เพิ่มขึ้น 15 แห่ง โดยมีส่วนต่างตั้งแต่ 0.04 ถึง 95.97 และได้ลดลง 12 แห่ง โดยมีส่วนต่างตั้งแต่ -15.30 ถึง -78.88

60

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. เห็นชอบการปรับการคำนวณอัตราเหมาจ่าย OP กทม. (Differential capitation) ปีงบประมาณ 2568 เพื่อให้มีความเหมาะสมสะท้อนกับภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามหลักการ ดังนี้

1.1 ปรับใช้ปัจจัย (Factor) และน้ำหนักที่ใช้คำนวณตามภาระโรค (CCI) ร้อยละ 60 และประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป Elderly) ร้อยละ 40

1.2 คำนวณวงเงินจัดสรรรวมทุก Model

1.3 กำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวขั้นต่ำ โดยคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายหน่วยบริการ (ขั้นต่ำเริ่มต้นที่ 942.16 บาทต่อประชากรต่อปี) โดยหน่วยบริการที่มีประชากรน้อยให้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ

1.4 ใช้วงเงินทั้งปีในการคำนวณ Diff cap

1.5 คำนวณอัตราเหมาจ่ายทุกเดือน โดยให้เริ่มใช้ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568 เป็นต้นไป โดยให้สปสช. ปรับประกาศให้เสร็จ ก่อนวันที่ 28 ก.พ. 2568

1.6 มอบสปสช.และผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น และศบส.ได้ดำเนินการประชุมคลินิก และศบส. ทั้งหมดภายในวันที่ 28 ก.พ.68

2. ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลรักษาสัปดาห์ตนเองเพื่อให้ได้ข้อมูลในการนำวิเคราะห์ครบถ้วนมากขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยบริการเอง ทั้งนี้ให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 เม.ย 2568 เป็นต้นไป

3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

4. รับรองมติในที่ประชุมและดำเนินการได้ทันที

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบการปรับการคำนวณอัตราเหมาจ่าย OP กทม. (Differential capitation) ปีงบประมาณ 2568 เพื่อให้มีความเหมาะสมสะท้อนกับภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามหลักการ ดังนี้

1.1 ปรับใช้ปัจจัย (Factor) และน้ำหนักที่ใช้คำนวณตามภาระโรค (CCI) ร้อยละ 60 และประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป Elderly) ร้อยละ 40

1.2 คำนวณวงเงินจัดสรรรวมทุก Model

1.3 กำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวขั้นต่ำ โดยคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายหน่วยบริการ (ขั้นต่ำเริ่มต้นที่ 942.16 บาทต่อประชากรต่อปี) โดยหน่วยบริการที่มีประชากรน้อยให้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ

1.4 ใช้วงเงินทั้งปีในการคำนวณ Diff cap

1.5 คำนวณอัตราเหมาจ่ายทุกเดือน โดยให้เริ่มใช้ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568 เป็นต้นไป โดยให้สปสช. ปรับประกาศให้เสร็จ ก่อนวันที่ 28 ก.พ. 2568

1.6 มอบสปสช.และผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น และศบส.ได้ดำเนินการประชุมคลินิก และศบส. ทั้งหมดภายในวันที่ 28 ก.พ. 2568

2. ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลรักษาบัตรตนเองเพื่อให้ได้ข้อมูลในการนำวิเคราะห์ครบถ้วนมากขึ้นเพื่อเป็น ประโยชน์กับหน่วยบริการเอง ทั้งนี้ให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 เม.ย 68 เป็นต้นไป

3. รับรองมติในที่ประชุมและดำเนินการได้ทันที

ระเบียบวาระที่ 7.2 ข้อเสนอการจัดประชุม Committee Relation ประจำปีงบประมาณ 2568 ที่มา

มติอปสช.ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 16 ม.ค.68 เห็นชอบให้สปสช.กทม.เตรียมจัดประชุม Committee relation โดยให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ,คณะกรรมการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อจัดทำแผนขับเคลื่อน ร่วมกัน

กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมที่เป็นคณะกรรมการฯ คณะทำงานภายใต้อปสช.จำนวน 4 คณะ เข้าร่วมกิจกรรมฯ รวมทั้งสิ้น 119 ท่าน

- อปสช.	จำนวน 24 ท่าน
- อคม.	จำนวน 29 ท่าน
- คณะทำงานภายใต้อปสช. 4 คณะ	จำนวน 36 ท่าน
- ผู้บริหารสปสช. สปสช.กทม.และ เจ้าหน้าที่	จำนวน 30 ท่าน

มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อให้คณะกรรมการฯ และคณะทำงานฯร่วมวางแผนยุทธศาสตร์ ร่วมกันตามบทบาทภารกิจให้มี ประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้ได้แผน/เป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ต้องการบรรลุร่วมกัน ในปีงบประมาณ 2568-2571 สอดคล้อง ตามนโยบาย

3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของกลไกอนุกรรมการ (อปสช./อคม.) และคณะทำงานฯ

ข้อเสนอประเด็นจุดเน้นสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อปสช. และ อคม. ปีงบประมาณ 2568

1) การบริหารจัดการกองทุน

- การบริหารจัดการกองทุน และการจัดเครือข่ายบริการ ที่เหมาะสม

2) เพิ่มการเข้าถึงบริการ

- สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตกรุงเทพมหานคร

- กลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3) หน่วยบริการ

- ความเพียงพอของหน่วยบริการ

- การปรับเครือข่ายหน่วยบริการ

- การกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ

(ร่าง) แผนการนำเข้าร่างแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนร่วมระหว่างอปสข. และอคม.

1. ร่าง กำหนดวันจัดประชุม Committee Relation ประจำปีงบประมาณ 2568 วันที่ 22-23 พ.ค. 2568
2. มอบฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการภายใต้อปสข. และอคม. นำร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ เข้าหารือต่อคณะกรรมการฯ และอคม. ภายในเดือน เม.ย. 2568
3. กำหนดสถานที่ : จังหวัดใกล้เคียงกรุงเทพมหานคร

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ และเห็นชอบ

- 1) ประเด็นจุดเน้นสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อปสข. และอคม. ปีงบประมาณ 2568
- 2) (ร่าง) แผนการจัดประชุม Committee Relation ประจำปีงบประมาณ 2568
- 3) กำหนดวันจัดประชุม Committee Relation ประจำปีงบประมาณ 2568 วันที่ 22-23 พ.ค.2568
- 4) มอบฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการภายใต้อปสข. และอคม. นำร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ เข้าหารือต่อคณะกรรมการฯ และอคม. ภายในเดือน เม.ย. 2568

2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ

- 8.1 กำหนดการประชุม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปี 2568 โดยกำหนดประชุมในวันพฤหัสบดีที่ 3 ของทุกเดือน เวลา 09.00น.-12.00น. ดังนี้

ครั้งที่	ว.ด.ป ที่ประชุม
3/2568	วันพฤหัสบดีที่ 20 มีนาคม 2568
4/2568	วันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน 2568
5/2568	วันพฤหัสบดีที่ 15 พฤษภาคม 2568
6/2568	วันพฤหัสบดีที่ 19 มิถุนายน 2568
7/2568	วันพฤหัสบดีที่ 17 กรกฎาคม 2568
8/2568	วันพฤหัสบดีที่ 21 สิงหาคม 2568
9/2568	วันพฤหัสบดีที่ 18 กันยายน 2568
10/2568	วันพฤหัสบดีที่ 16 ตุลาคม 2568
11/2568	วันพฤหัสบดีที่ 20 พฤศจิกายน 2568
12/2568	วันพฤหัสบดีที่ 18 ธันวาคม 2568

กำหนดการประชุมคณะกรรมการ / คณะทำงานฯ ของสปสข. เขต 13 กทม. ปีพ.ศ.2568

คณะกรรมการ / คณะทำงานฯ	ก.พ. 68	มี.ค. 68	เม.ย. 68	พ.ค. 68	มิ.ย. 68	ก.ค. 68	ส.ค. 68	ก.ย. 68	ต.ค. 68	พ.ย. 68	ธ.ค. 68
อปสข. กทม.	พ.ย. 20 เข้า	พ.ย. 20 เข้า	พ.ย. 17 เข้า	พ.ย.15 เข้า	พ.ย.19 เข้า	พ.ย.17 เข้า	พ.ย.21 เข้า	พ.ย.18 เข้า	พ.ย.16 เข้า	พ.ย.20 เข้า	พ.ย.18 เข้า
คณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ฯ	จ.10	จ.24 เข้า	พ.23 เข้า			x		x			x
คณะทำงานจัดทำข้อเสนอฯ (CFO)	จ.17 บ่าย	พ.12 บ่าย	พ.ย.10 บ่าย	พ.7 เข้า	พ.11 บ่าย	พ.9 บ่าย	พ.ย. 14 บ่าย	พ.10 บ่าย	พ.8 บ่าย	พ.12 บ่าย	พ.ย.11 บ่าย
คณะทำงานพัฒนา สนับสนุนการขับเคลื่อน และกำกับ ติดตามการเข้าถึงบริการ	14 เข้า		ศ.11 เข้า		13 เข้า		8 เข้า		10 เข้า		12 เข้า
คณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิฯ	13		พ.ย. 10 เข้า		พ.ย. 12 เข้า		พ.ย. 14 เข้า		พ.ย. 9 เข้า		
อคม. กทม.	อ. 6 เข้า		อ. 1 เข้า		อ. 3 เข้า		อ. 5 เข้า		อ. 7 เข้า		อ. 2 เข้า

มติที่ประชุม

รับทราบ

ปิดการประชุม เวลา 11.55 น.

นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้จดยางงานการประชุม
ผู้จัดการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

นางสาวภัทรกร กาญจน์ภาส ผู้ตรวจรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

พญ.วลัยรัตน์ ไชยฟู ผู้ทนายรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการเขต สปสข. เขต 1 เชียงใหม่ ช่วยปฏิบัติงานในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการเขต สปสข. เขต 13 กรุงเทพมหานคร