

รายงานการประชุม

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (สมัยวาระพ.ศ. 2567-2571)

ครั้งที่ 4/2568 ในวันอังคารที่ 29 เมษายน 2568 เวลา 09.00 น. - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 สปสช.กทม. ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ อาคาร บี โซนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ)

ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ และ ประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Zoom meeting)

1. รายชื่อนักวิชาการที่เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม 1

(1) นายวิชัย โชควิวัฒน์	ประธานคณะกรรมการ
(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ	อนุกรรมการ
(3) นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ	อนุกรรมการ
(4) นายวิชาญ มินชัยนันท์	อนุกรรมการ
(5) นายพินัย ล้วนเลิศ	อนุกรรมการ
(6) นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว	อนุกรรมการ
(7) นายวีระพันธ์ ลีชนะกุล	เลขานุการ

2. รายชื่อนักวิชาการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

(1) นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	อนุกรรมการ
(2) พลเอกเอกจิต ช่างหล่อ	อนุกรรมการ
(3) ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา	อนุกรรมการ
(4) นายกองตรีธนกฤต จิตรอารีย์รัตน์	อนุกรรมการ
(5) นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์	อนุกรรมการ
(6) นางสาววรรณกานต์ แก้วชาติ	อนุกรรมการ
(7) นายจิรพงษ์ ทรงวัชรภรณ์	อนุกรรมการ
(8) รองศาสตราจารย์พลตรีหญิงฤดีวิไล สามโกเศศ	อนุกรรมการ
(9) รองศาสตราจารย์สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	อนุกรรมการ
(10) รองศาสตราจารย์ชัชชาติ สิทธิพันธุ์	อนุกรรมการ
(11) นายปรีชา พันธุ์ติเวช	อนุกรรมการ
(12) นายนเรศฤทธิ์ ขัดตะสีมา	อนุกรรมการ
(13) นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	อนุกรรมการ
(14) นายสมชาย กระจำแสง	อนุกรรมการ
(15) นางประจวบ ทิทอง	อนุกรรมการ
(16) นางวิศัลย์ศิริ ตันตระกูล	อนุกรรมการ

3. รายชื่อนักวิชาการที่ลาประชุม

(1) นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ	อนุกรรมการ
(2) นางสาวแพรว จิตตินันทน์	อนุกรรมการ

1 4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม 1

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| (1) นายดุสิต ขำชัยภูมิ | รองเลขาธิการ สปสช. |
| (2) นายธวัชชัย เรืองโรจน์ | ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช. |
| (3) นางสาวอมวาศรี เปาอินทร์ | ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต 13 กทม. |
| (4) นางสาวภัทรภร กาญจน์ภาส | ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช.เขต 13 กทม. |
| (5) นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรรค์ดี | ผู้อำนวยการกอง สปสช. เขต 13 กทม. |
| (6) นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา | ผู้จัดการกลุ่ม สปสช. เขต 13 กทม. |

2 5. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| (1) นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ | ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช. |
| (2) นายธนศักดิ์ ถัมภ์บรรทุ | ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ |

5 เปิดการประชุมเวลา 09.00 น.

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 ในวันอังคารที่ 29 เมษายน 2568 ณ ห้องประชุม 1 สปสช. กทม. ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ zoom conference โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป ซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ และประกาศที่กำหนด และฝ่ายเลขานุการฯ ได้จัดส่งเอกสารประกอบ การประชุมที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้อนุกรรมการฯ ทุกท่านแล้ว โดยการประชุมครั้งนี้มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุม 1 สปสช.กทม. จำนวน 6 ท่าน มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 16 ท่าน และมีอนุกรรมการ ลาประชุม จำนวน 2 ท่าน จากนั้น ได้เชิญอนุกรรมการแสดงตน โดยอนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขอให้เปิดวิดีโอเพื่อบันทึกภาพและชานชื่อ พร้อมแจ้งรับรองตนเองเรื่องการไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียตามลำดับ ทั้งนี้สรุปผลการรับรองการมีส่วนได้เสียในการประชุม คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ไม่มีอนุกรรมการแจ้งว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสีย

19 ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

ไม่มี

23 ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองระเบียบวาระการประชุม

รับรองระเบียบวาระการประชุมครั้งที่ 4/2568 วันอังคารที่ 29 เมษายน 2568

27 มติที่ประชุม

รับรองระเบียบวาระการประชุมครั้งที่ 4/2568 วันอังคารที่ 29 เมษายน 2568

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องด่วน

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ 4 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 3/2568 วันพฤหัสบดีที่ 20 มีนาคม 2568 ให้คณะกรรมการฯ ทุกท่านตรวจสอบ และไม่มีคณะกรรมการฯ แจ้งแก้ไขมาอย่างเลขาธิการ

มติที่ประชุม

รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 3/2568 วันพฤหัสบดีที่ 20 มีนาคม 2568 โดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ 5.1 เรื่องจากคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวาระที่ 5.1.1 ข้อเสนอ (ร่าง) เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.สมัยวาระ 2568-2571 ผ่านคณะกรรมการภายใต้อปสข.

ตามที่สำนักงานฯ ได้เสนอข้อเสนอ (ร่าง) เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.สมัยวาระ 2568-2571 ผ่านคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 23 เมษายน 2568 ไปแล้วนั้น สำนักงานขอเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาติคณะทำงานฯ ดังนี้

มติที่ประชุมคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 3 /2568 วันที่ 23 เมษายน 2568

1. รับทราบ

- แผนการจัดทำ(ร่าง) ข้อเสนอแผนมาตรการ เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.ปีงบประมาณ 2568-2571 ผ่านคณะกรรมการภายใต้อปสข.

2. เห็นชอบ (ร่าง) ข้อเสนอแผนมาตรการ เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.ปีงบประมาณ 2568-2571 ผ่านคณะกรรมการภายใต้อปสข.

1) การบริหารจัดการกองทุน

1.1 การบริหารจัดการกองทุน และการจัดเครือข่ายบริการที่เหมาะสม

2) เพิ่มการเข้าถึงบริการ

2.1 สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตกรุงเทพมหานคร

2.2 กลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3) หน่วยบริการ

3.1 ความเพียงพอของหน่วยบริการ และ การปรับเครือข่ายหน่วยบริการ

โดยขอให้ทีมเลขานุการรับข้อเสนอแนะของคณะทำงานฯไปปรับปรุงแผนฯ

3. รับรองมติในที่ประชุมและให้เสนอต่ออปสข.ต่อไป

ที่มา : สำนักงานได้จัดทำ (ร่าง) เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.ปีงบประมาณ 2568-2571 เสนอต่อ

คณะทำงานภายใต้อปสข. ดังนี้

1. คณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิและบริการของกลุ่มเปราะบาง และชายขอบเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันพฤหัสบดีที่ 10 เมษายน 2568

2. คณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันอังคารที่ 22 เมษายน 2568

3. คณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานครฯ ครั้งที่ 3/2568 ในวันพุธที่ 23 เมษายน 2568

โดยสรุป (ร่าง) เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.ปีงบประมาณ 2568-2571 ดังนี้

(ร่าง) ข้อเสนอแผนงานและยุทธศาสตร์ของอปสข.สมัยวาระ 2568-2571

จุดเน้น		เป้าหมาย
1) การบริหารจัดการกองทุน	1.1 การบริหารจัดการกองทุน และการจัดเครือข่ายบริการ ที่เหมาะสม	1. บริหารจัดการการเบิกจ่ายงบกองทุนฯเขตพื้นที่กทม. ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขตามประกาศฯ 2. พัฒนาระบบสารสนเทศในการเบิกจ่ายงบกองทุน เขตพื้นที่กทม. 3. สนับสนุนกลไกการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก
2) เพิ่มการเข้าถึงบริการ	2.1 สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตกรุงเทพมหานคร	1. การเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิและบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เพิ่มขึ้น 2. มีระบบสารสนเทศพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชน
	2.2 กลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	1. พระสงฆ์ สามเณร 2. กลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและเข้าไม่ถึงสิทธิหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ 3. กลุ่มคนที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการฯลฯ 4. กลุ่มคนไร้บ้าน
3) หน่วยบริการ	3.1 ความเพียงพอของหน่วยบริการ และ การปรับเครือข่ายหน่วยบริการ	1. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและเท่าเทียม 2. ส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง 3. ยกระดับบริการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล 4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

1 : การบริหารจัดการกองทุน และการจัดเครือข่ายบริการ ที่เหมาะสม

เป้าหมาย	มาตรการ	ตัวชี้วัด
1. บริหารจัดการการเบิกจ่ายงบกองทุนฯเขตพื้นที่กทม. ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขตามประกาศฯ 2. พัฒนาระบบสารสนเทศในการเบิกจ่ายงบกองทุน เขตพื้นที่กทม. 3. สนับสนุนกลไกการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก	1. มีกลไกการกำกับติดตามสถานการณ์การเบิกจ่ายเงินกองทุนฯเขตพื้นที่กทม. อย่างใกล้ชิด ผ่านกลไกคณะทำงาน CFO และ อปสข. 2. มีกลไกการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ 3. พัฒนาระบบข้อมูลการจัดสรรเงินรายหัวและการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกเพื่อให้หน่วยบริการสามารถกำกับติดตามข้อมูลผ่านทางระบบOnline ได้ 4. จัดให้มีเวทีการรับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากหน่วยบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ	1. มีการกำกับติดตามสถานการณ์การเบิกจ่ายเงินกองทุนฯOP IP PP เขตพื้นที่กทม. ผ่านคณะทำงาน CFO ทุกเดือน 2. มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชย OP ระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ 3. มีข้อเสนอการบริหารกองทุนฯ ผ่านคณะทำงาน CFO และ อปสข. 4. มีระบบข้อมูลการจัดสรรเงินรายหัวและการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกเพื่อให้หน่วยบริการสามารถกำกับติดตามข้อมูลผ่านทางระบบOnline ได้

หมายเหตุ : สำนักงานจะนำข้อแนะนำของคณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 23 เมษายน 2568 ไปปรับปรุงและเสนอต่อที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ใน เดือนพ.ค.2568

1 2 : เพิ่มการเข้าถึงบริการ

2 2.1 สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตกรุงเทพมหานคร

เป้าหมาย	มาตรการหลัก	ตัวชี้วัด
1. การเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิและบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพิ่มขึ้น	1. การออกแบบ การบริหารกองทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีป้องกันโรคในกรุงเทพให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทระบบบริการและวิถีชีวิตของประชาชนเขตเมือง 2. การกระตุ้นจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุก โดยการเพิ่มศักยภาพการจัดบริการของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 3. ส่งเสริมบริการนวัตกรรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการรับบริการของประชาชน	การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปี 2571
2. มีระบบสารสนเทศพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชน	1. ส่งเสริมการจัดบริการประเมินสภาวะสุขภาพและการคัดกรองสุขภาพประชาชน 2. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ลดภาระงานและขั้นตอนในการบันทึกและเบิกจ่ายชุดค่าบริการของหน่วยบริการ 3. ระบบการนำข้อมูลใช้ประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร: ระดับบุคคล หน่วยบริการ ระดับเขต/Zone/กรุงเทพมหานคร	มีข้อมูลสุขภาพประชาชนกรุงเทพมหานคร 7.6 ล้านคน มีระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3

4 2.2 กลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มเป้าหมาย	มาตรการ/การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด
1. พระสงฆ์ สามเณร 1.1 วัดใน กทม. มีจำนวนประมาณ 450 วัด จากข้อมูลของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ปี 2564 1.2 พระสงฆ์ในกทม. มีจำนวน 18,000 รูป	1. รณรงค์การลงทะเบียนเชิงรุก เลือกหน่วยบริการในกทม. โดยทำงานร่วมรพ. สงฆ์ มัสยิด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. สำรวจจำนวนสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ โดยบูรณาการเชื่อมโยงกับการดำเนินงานของ รพ.สงฆ์ มัสยิด สำนักอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. ลงพื้นที่ให้บริการงานทะเบียนวัด 45 แห่ง 2. กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจสอบสิทธิ และ/หรือได้รับการลงทะเบียนเปลี่ยนสิทธิจำนวน 1,000 รูป/คน 3. พระสงฆ์ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 30 ของกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ 1,000 รูป/คน

กลุ่มเป้าหมาย	มาตรการ/การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด
2. กลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและเข้าไม่ถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีชื่อในทะเบียนบ้านกลาง ติด ทร.97 คนไทยตกหล่น ฯลฯ)	1. สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและประชาสังคมในการขับเคลื่อนระบบการช่วยเหลือเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับสิทธิ 2. มีการอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการให้คำ แนะนำและช่วยเหลือด้านสถานะทางทะเบียน เช่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนของสำนักงานเขต 50 เขต, พยาบาลที่ทำงานด้านชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุข, หน่วยบริการ (คลินิกฯ, รพ. ฯลฯ) 3. สนับสนุนให้ศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทองและสปง. ลงพื้นที่สำรวจการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง คนเร่ร่อน คนมีปัญหาด้านทะเบียน นำพาเข้าสู่ระบบ ให้ความรู้และคุ้มครองสิทธิ 4. จัดทำหนังสือแจ้งหน่วยบริการทุกแห่งให้บริการสาธารณสุขแก่กลุ่มเป้าหมาย ขณะที่ยังรอพิสูจน์สถานะ (เบิกค่าใช้จ่ายย้อนหลังได้ 1 ปี)	ผู้ที่เข้าสู่กระบวนการของกลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนฯ ได้รับการแนะนำหรือการช่วยเหลือเรื่องสิทธิสถานะร้อยละ 80
3. กลุ่มคนที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ ฯลฯ	1. สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคประชาชน หน่วยบริการในการค้นหา ช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น การลงทะเบียนสิทธิ อุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ ผ้าอ้อม รถรับส่ง 2. ประสานความร่วมมือกับ กทม. หน่วยบริการ ในการขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายตามบริบทของพื้นที่ 3. ส่งเสริมคลินิกชุมชนอบอุ่นในการให้บริการตรวจสุขภาพเชิงรุกเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ทันตกรรมโมบาย 4. สนับสนุนการเพิ่มหน่วยบริการตามมาตรา 3 เพื่อร่วมจัดบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมาย	1. กลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้าถึงสิทธิร้อยละ 50 2. กลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ร้อยละ 50 (ปี 2567 เข้าถึงบริการ ร้อยละ 42)

กลุ่มเป้าหมาย	มาตรการ/การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด
4. กลุ่มคนไร้บ้าน	1. ลงพื้นที่เชิงรุกค้นหาและจัดทำทะเบียนข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย 2. สนับสนุนให้หน่วยบริการ และภาคประชาชน นำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการพัฒนาการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพและบริการสุขภาพพื้นฐาน	กลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่กระบวนการสามารถเข้าถึงสิทธิ UC และบริการสุขภาพพื้นฐาน ร้อยละ 60

1

2 3 : หน่วยบริการ

3 3.1 ความเพียงพอของหน่วยบริการ และ การปรับเครือข่ายหน่วยบริการ

เป้าหมาย	มาตรการ/แผน	ตัวชี้วัด
1. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและเท่าเทียม	1. มีการวิเคราะห์ความเพียงพอของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อให้เพียงพอ 2. เชิญชวนสถานพยาบาลเข้าร่วมหน่วยบริการ 3. ลงพื้นที่เพื่อเชิญชวนสถานพยาบาลเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ	1. ความพอเพียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ / หน่วยบริการประจำ ครบ 50 เขต 2. เพิ่มหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป อย่างน้อย 3 แห่ง 3. เพิ่มหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน อย่างน้อย 3 แห่ง
2. ส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง	1. วิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ เพื่อทราบสถานการณ์ภาพรวม 2. จัดประชุมรับฟัง และชี้แจงแนวทางดำเนินการระบบบริการในพื้นที่ 3. จัดประชุมหารือหน่วยบริการ เพื่อพัฒนาหน่วยบริการเชิงระบบ 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) การบริหารจัดการคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ 2) แนวทางการบริหารจัดการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ 3) การจัดการ P&P ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร อย่างมีประสิทธิภาพ 4) แนวทางบริหารจัดการซื้อร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ 4. ลงกำกับหน่วยบริการพื้นที่กรุงเทพมหานคร 5. สรุปประเด็นปัญหาและนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา 6. ติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหา และรายงานผล คทง.	1. จัดประชุมกลุ่มย่อยอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี 2. ลงกำกับหน่วยบริการพื้นที่กรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 1 ครั้ง/โซน

เป้าหมาย	มาตรการ/แผน	ตัวชี้วัด
3. ยกระดับหน่วยบริการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล	- พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Information System - HIS) - จัดเก็บข้อมูลสุขภาพประชาชนแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) - เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - จัดทำระบบ Dashboard เพื่อวิเคราะห์และเฝ้าระวังโรคแบบ Real-time - ให้บริการสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ (Telemedicine / Telehealth) - เปิดช่องทางการพบแพทย์ผ่านวิดีโอคอล หรือแอปพลิเคชัน - พัฒนาระบบนัดหมาย ตรวจสอบติดตามผล และรับยาโดยไม่ต้องเดินทาง - เหมาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หรือกลุ่มที่ไม่สะดวกมารพ. - ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพและอุปกรณ์ IoT - ส่งเสริมการใช้ Wearable Devices เช่น สมาร์ทวอตช์เพื่อตรวจจับชีพจร ความดัน การนอน - ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบเพื่อใช้ในการประเมินสุขภาพแบบต่อเนื่อง - พัฒนา แอปฯ สุขภาพเมือง ให้ประชาชนเข้าถึงบริการ สื่อสาร แจ้งเตือนวัคซีน/ตรวจสุขภาพ - พัฒนาระบบแจ้งเตือนและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก - ใช้ SMS / LINE แจ้งเตือนวัคซีน การตรวจสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพ - ระบบ AI ประเมินความเสี่ยงโรคเบื้องต้นจากแบบสอบถาม หรือข้อมูลสุขภาพเดิม - ยกระดับทักษะบุคลากรด้าน Digital Health - อบรมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในการใช้ระบบดิจิทัล - พัฒนาเจ้าหน้าที่ด้าน IT Health ที่สามารถประสานงานกับทีมบริการสุขภาพ	หน่วยบริการให้บริการด้านสาธารณสุขด้วยระบบเทคโนโลยี อย่างน้อย 1 ระบบ

เป้าหมาย	มาตรการ/แผน	ตัวชี้วัด
	6. ด้านความปลอดภัยของข้อมูล (Cybersecurity & Privacy) • จัดทำนโยบายและระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) • พัฒนาระบบ login / authentication / encryption ให้มั่นคง 7. สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงและใช้งานได้จริง • ให้ความรู้และคู่มือประชาชนในการใช้เทคโนโลยี เช่น การใช้งานแอป Telehealth • สร้าง “Digital Health Volunteers” ในชุมชนช่วยสื่อสารและประสานงาน	
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน	1. ประสานหรือตัวแทนภาคประชาชน เช่น ศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง 50(5) ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เครือข่ายภาคประชาชน 9 ด้าน ฯลฯ 2. จัดประชุมภาคประชาชนร่วมกับหน่วยบริการ 3. สรุปประเด็นข้อเสนอแนะ วิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์	จัดประชุมภาคประชาชนร่วมกับหน่วยบริการ 2 ครั้ง/ปี

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ

- (ร่าง) เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข. ปีงบประมาณ 2568-2571 ผ่านคณะทำงานภายใต้อปสข.

2. เห็นชอบ (ร่าง) เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.ปีงบประมาณ 2568-2571 ดังนี้

1) การบริหารจัดการกองทุน

1.1) การบริหารจัดการกองทุน และการจัดเครือข่ายบริการ ที่เหมาะสม

2) เพิ่มการเข้าถึงบริการ

2.1) สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตกรุงเทพมหานคร

2.2) กลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3) หน่วยบริการ

3.1) ความเพียงพอของหน่วยบริการ และ การปรับเครือข่ายหน่วยบริการ

3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- (ร่าง) เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.ปีงบประมาณ 2568-2571 ผ่านคณะทำงานภายใต้อปสข.

2. เห็นชอบ (ร่าง) เป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.ปีงบประมาณ 2568-2571 ดังนี้

1) การบริหารจัดการกองทุน

- 1.1) การบริหารจัดการกองทุน และการจัดเครือข่ายบริการ ที่เหมาะสม
- 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการ
 - 2.1) สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตกรุงเทพมหานคร
 - 2.2) กลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 3) หน่วยบริการ
 - 3.1) ความเพียงพอของหน่วยบริการ และ การปรับเครือข่ายหน่วยบริการ
3. มอบทีมเลขานุการ รับข้อเสนอแนะของอปสข. ไปปรับปรุงเป้าหมายยุทธศาสตร์ของอปสข.ปีงบประมาณ 2568-2571
4. มอบทีมเลขานุการดำเนินการตามเป้าหมายผ่านคณะทำงานภายใต้อปสข. และกำกับติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งนำเสนอผลการดำเนินงานต่ออปสข.รายไตรมาส
5. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 5.2 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP IP PP กทม. ปีงบประมาณ 2568

ตามที่สำนักงานฯ ได้กำกับติดตามสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP IP PP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ผ่านที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 ไปแล้วนั้น

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 รับทราบสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP IP PP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ดังนี้

ระเบียบวาระที่ 5.2.1 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ปีงบประมาณ 2568

ที่มา :

1. มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 รับทราบสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ดังนี้

สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ณ วันที่ 17 เม.ย. 2568

- 1) ภาพรวมเงิน OP กทม. คงเหลือ 57.85 %
- 2) กองทุน CR (วงเงินทั้งปี) คงเหลือ 78.66%
- 3) กองทุน OP Refer (ยอดค่าใช้จ่ายทั้งหมด ณ 17 เม.ย. 2568) งบประมาณ 17 ล้านบาท คิดเป็น - 4.82%

ทั้งนี้ เป็นสถานการณ์ก่อนการปรับประกาศฯ OP ฉบับที่ 2 (ปรับหลักเกณฑ์การจ่าย OPAE)

2. นำเสนออปสข. พิจารณาสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ณ วันที่ 26 เม.ย.2568 (หลังปรับประกาศฯ OP ฉบับที่ 2 : ปรับหลักเกณฑ์การจ่าย OPAE)

- 1) ภาพรวมเงิน OP กทม. คงเหลือ 2,469 ล้านบาท คิดเป็น 47.49%
- 2) กองทุน CR (วงเงินทั้งปี) คงเหลือ 744 ล้านบาท คิดเป็น 57.98%
 - กองทุน OPAE งบประมาณ 16 ล้านบาท คิดเป็น -20.07%
- 3) กองทุน OP Refer (ยอดค่าใช้จ่ายทั้งหมด ณ 26 เม.ย. 2568) งบประมาณ 84 ล้านบาทคิดเป็น - 21.57%

[illegible]

การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายงบ CR ในปีงบประมาณ 2568 (ข้อมูลการจ่ายถึงเดือนมีนาคม 2568)

ปชก. Model5 จำนวน 2,614,865 คน

กองทุน	วงเงินตั้งต้น	บาท/ ปก	คาดการณ์ ค่าใช้จ่าย	คงเหลือ	ประมาณการจ่าย ทั้งปี 68		คงเหลือจากการ ประมาณการทั้งปี
					จำนวนเงิน	บาท/ปก.	
Central Reimburse กัน 361-410บาท/ปก/ปี	1,283,493,263.00	361	820,916,270.43	462,576,992.57	1,641,832,540.86	461.79	-100.79
OPAE	81,773,809.00	23	108,475,840.75	-26,702,031.75	216,951,681.50	61.02	-38.02
OPพิการ	1,153,199,993.02	220	641,862,745.06	511,337,247.96	1,283,725,490.12	361.07	-36.71
OPHC	60,441,511.00	17	21,484,458.76	38,957,052.24	42,968,917.52	12.09	4.91
OP Dent	99,550,724.00	28	41,364,859.50	58,185,864.50	82,729,719.00	23.27	4.73
OP Anywhere (นอกเครือข่าย)	259,542,959.00	73	7,728,366.36	251,814,592.64	15,456,732.72	4.35	68.65

มติที่ประชุมอำนวยการ ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 : ให้การเงิน CR เบื้องต้น 361 - 410 บาทต่อผู้สมัครสิทธิบัตร กรณีที่ไม่เพียงพอสำนักงานจะกันเงินเพิ่มเติมตามปริมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นจริง หรืออาจปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point System) หรืออาจกันเงินลดลงได้ในกรณีที่เงินที่กันไว้เพียงพอแล้ว ทั้งนี้ ตามคำแนะนำของอำนวยการฯ.กท. โดยยึดหลักการจัดหางบประมาณสมดุล (Balance Budget)

1 การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายงบกองทุน OP Refer ในปีงบประมาณ 2568 (ข้อมูลการจ่ายถึงเดือนมีนาคม
2 2568)

3
4 ปชก.UCกทม. 3,555,383 คน

ปชก. Model5 จำนวน 2,614,865 คน

วงเงินตั้งต้น	คาดการณ์ค่าใช้จ่าย 6 เดือน	คงเหลือ	ประมาณการจ่าย ทั้งปี 68	
			จำนวนเงิน	บาท/ปชก.
392,121,523.69	515,167,622.23	-123,046,098.54	1,030,335,244.46	394.03

5
6 - หากคำนวณวงเงินทั้งปี 2568 ภายใต้เพดานที่กำหนดในอัตรา 360 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี (ตามมติ
7 อปสข.) จะต้องกันเงิน OP Refer จำนวน 36.20 บาท/ปชก./เดือน ตั้งแต่เดือน พ.ค.-ก.ย.2568 : 5 เดือน ซึ่งยังขาดเงิน
8 อีก 89 ลบ. คิดเป็น 6.8 บาท/ปชก./เดือน

การกันเงินเดือน	เงินกัน (บาท/ปชก./เดือน)	จำนวนเงินกองทุน (บาท)
ต.ค.-ธ.ค. 2567	25 X 3 เดือน	196,114,875.00
ม.ค.-เม.ย. 2568	26 X 4 เดือน	271,945,960.00
พ.ค.-ก.ย. 2568	36.2 X 5 เดือน	473,290,565.00
รวม	30	941,351,400.00

10
11 การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายงบกองทุน OP Refer ในปีงบประมาณ 2568

12 - ตามมติที่ประชุมอปสข. ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 : ให้กันเงินกองทุน Model5 สำหรับ
13 กรณี OP Refer ในอัตรา 300 -360 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี กรณีไม่เพียงพอ สำนักงานจะกันเงินเพิ่มตามปริมาณ
14 ผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นจริง หรืออาจปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point System) หรืออาจกันเงินลดลงได้
15 ในกรณีที่เงินที่กันไว้เพียงพอแล้ว ทั้งนี้ ตามคำแนะนำของอปสข.กทม. โดยยึดหลักการจัดทำงบประมาณสมดุล
16 (Balance Budget)

17 - จากการคาดการณ์การจ่ายเงินกองทุน OP Refer ทั้งปี 2568 ประมาณ 394 บาท/ปชก./ปี หากกัน
18 เงินเพิ่ม ตามเพดานในอัตราที่กำหนด 360 บาท/ปชก./ปี จะต้องกันเงินเพิ่ม จำนวน 10.20 บาท/ปชก./เดือน
19 จากเดิมที่กัน 26 บาท/ปชก./เดือน เป็น 36.20 บาท/ปชก./เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กันยายน 2568

20
21 การกำกับติดตามการเบิกจ่ายค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2568

22 ที่มา :

23 มติที่ประชุมอปสข. ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 16 มกราคม 2568 เห็นชอบการปรับอัตราการจ่ายชดเชยค่า
24 ค่าธรรมเนียมแพทย์ (Doctor Fee) เฉพาะรพ.เอกชนรับส่งต่อผู้ป่วยทั่วไป จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 100 บาทต่อ
25 ครั้ง (ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 เป็นต้นไป)

26 โดยมอบให้สำนักงานกำกับติดตามการเบิกจ่ายและนำเสนอผ่านที่ประชุมคณะทำงานฯ นั้น สำนักงาน
27 ได้วิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายกรณี OP Refer ของรพ.เอกชนที่รับส่งต่อ ตั้งแต่ 1 ก.พ.- 31 มี.ค. 2568 ดังนี้

มติที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 รับทราบ ข้อมูลการกำกับติดตามการเบิกจ่าย ค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2568 (ก.พ.-มี.ค. 2568)

ข้อมูล OP Refer ของรพ.เอกชน (ก.พ.-มี.ค.68)		หมายเหตุ			
		กรณี น้อยกว่า 800 บาท/ครั้ง จ่ายจากหน่วยบริการต้นสังกัด		กรณีมากกว่า 800 บาท/ครั้ง จ่ายจากกองทุน OP Refer	
จำนวนครั้ง	จำนวนจ่าย อัตรา 100 บาท/ครั้ง	ครั้ง	จำนวนจ่าย อัตรา 100 บาท/ครั้ง	ครั้ง	จำนวนจ่าย อัตรา 100 บาท/ครั้ง
28,630	2,863,000	16,377	1,637,700	12,253	1,225,300

นำเสนอคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ

1.1 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 26 เม.ย. 68

1) ภาพรวมเงิน OP กทม. คงเหลือ 2,469 ล้านบาท คิดเป็น 47.49%

2) กองทุน CR (วงเงินทั้งปี) คงเหลือ 744 ล้านบาท คิดเป็น 57.98%

- กองทุน OP AE งบไม่เพียงพอ 16 ล้านบาท คิดเป็น -20.07 %

3) กองทุน OP Refer (ยอดค่าใช้จ่ายทั้งหมด ณ 26 เม.ย. 2568) งบไม่เพียงพอ 84 ล้านบาท คิดเป็น -21.57%

1.2 ข้อมูลการกำกับติดตามการเบิกจ่ายค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2568 (ก.พ.-มี.ค. 2568)

2. เห็นชอบ ให้กันเงิน OP Refer เพิ่ม จำนวน 10.20 บาท จากเดิม 26 บาท/ผู้มีสิทธิ/เดือน เป็น 36.20 บาท/ผู้มีสิทธิ/เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม-กันยายน 2568 ซึ่งเป็นไปตามมติ สป.ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 และประกาศ สป. เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567

3. มอบสำนักงานกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด และรายงานความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

1.1 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 26 เม.ย. 2568

1) ภาพรวมเงิน OP กทม. คงเหลือ 2,469 ล้านบาท คิดเป็น 47.49%

2) กองทุน CR (วงเงินทั้งปี) คงเหลือ 744 ล้านบาท คิดเป็น 57.98 %

- กองทุน OP AE คงเหลือ -16 ล้านบาท คิดเป็น -20.07 %

3) กองทุน OP Refer (ยอดค่าใช้จ่ายทั้งหมด ณ 26 เม.ย. 2568) คงเหลือ -84 ล้านบาท คิดเป็น -21.57 %

- คาดการณ์ค่าใช้จ่ายงบกองทุน OP Refer ในปีงบประมาณ 2568 ประมาณ 1,030 ล้านบาท คิดเป็น 394 บาท/ปชก./ปี หากคำนวณวงเงินทั้งปีงบประมาณ 2568 ภายใต้เพดานที่กำหนดในอัตรา 360 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี (ตามมติ สป.ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567) จะต้องกันเงิน OP Refer จำนวน 36.20 บาท/ปชก./เดือน ตั้งแต่วันที่ พ.ค.-ก.ย. 2568 : 5 เดือน

1.2 ข้อมูลการกำกับติดตามการเบิกจ่ายค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2568 (ก.พ.-มี.ค. 2568)

2. เห็นชอบ ให้กันเงิน OP Refer เพิ่ม จำนวน 10.20 บาท จากเดิม 26 บาท/ผู้มีสิทธิ/เดือน เป็น 36.20 บาท /ผู้มีสิทธิ/เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-กันยายน 2568 ซึ่งเป็นไปตามมติอปสข.และประกาศสสข. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567

3. มอบสำนักงานกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด และรายงานความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. รับรองมติที่ประชุมและให้ดำเนินการได้เลย

ระเบียบวาระที่ 5.2.2 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน IP กทม. ปีงบประมาณ 2568 และสรุปการประชุมหารือพ. เรื่องอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยใน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 ใน กทม.

ที่มา :

- ตามที่สสข. ได้กำกับติดตามสถานการณ์การเบิกจ่ายงบบริการผู้ป่วยใน (IP) เขตกรุงเทพมหานคร ในการประชุมอปสข.ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 20 มีนาคม 2568 ครั้งที่ผ่านมานั้น

- สสข.กทม. ได้จัดประชุมหน่วยบริการรับส่งต่อ (รพ.) เพื่อหารืออัตราการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยใน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 ในวันที่ 21 มีนาคม 2568 โดยสรุป ประเด็น ดังนี้

สถานการณ์ : ประเมินการจากข้อมูลการเบิกจ่าย IP 4.5 เดือน

- จำนวน Adj.RW ในกทม.ทั้งปี ประมาณ 599,774 Adj.RW

- วงเงินในเขตและNBปกติ ประมาณ 4,679,378,696 บาท

- คำนวณ Base Rate ในเขตและNBปกติ ภายใต้วงเงินที่ประมาณการ อัตราจ่ายเท่ากับ 7,802 บาท/ Adj.RW

สรุปการรับฟังความเห็นและข้อเสนอจาก รพ. 34 แห่ง ดังนี้

1. ขอให้มีการกำกับติดตามการเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยใน (IP) โดยการวิเคราะห์/Audit ข้อมูล รวมทั้งผลกระทบของการปรับใช้ DRG.V6 ,การประมาณการคาดการณ์ข้อมูลและการเบิกจ่าย

2. การพัฒนาระบบการเบิกจ่าย IP / การจัดทำ Peer Review

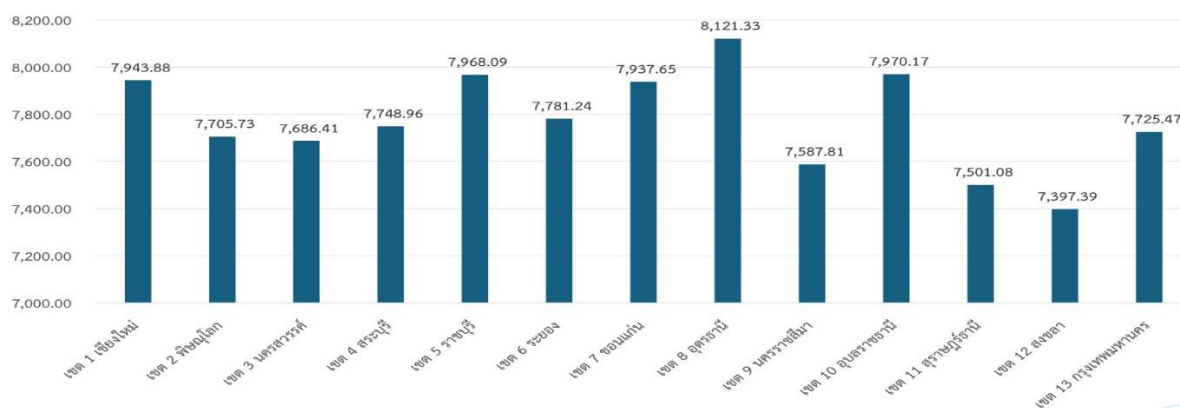
3. การปรับ Base Rate

- ขอให้คงอัตราจ่าย 8,350 บาท/Adj.RW ไปก่อน เนื่องจากปัจจุบันงบที่ได้รับต่ำกว่าราคาเรียกเก็บอยู่แล้ว

- การปรับใช้ DRG. V6 มีผลทำให้ RW สูงขึ้น มีเหตุผลในการขอขบประมาณเพิ่ม

4. เสนอขอตั้งงบประมาณให้เพียงพอ และเป็นไปตามสถานการณ์

ประมาณการ Base Rate IP 2568 จากข้อมูล 6 เดือน เปรียบเทียบเขต 1-13



นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ

- สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน IP กทม. ปีงบประมาณ 2568 และสรุปการประชุมหารือรฟ. เรื่องอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยใน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 ในกทม.

2. มอบสำนักงานกำกับติดตามสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน IP และจัดทำแนวทางการปรับลด Base Rate มาเสนอในครั้งต่อไป

3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน IP กทม. ปีงบประมาณ 2568 และสรุปการประชุมหารือรฟ. เรื่องอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยใน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 ในกทม.

2. มอบสำนักงานกำกับติดตามสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน IP และจัดทำแนวทางการปรับลด Base Rate มาเสนอในครั้งต่อไป

3. รับรองมติที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 5.2.3 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน PP กทม. ปีงบประมาณ 2568 (6 เดือน)

ผลการจ่ายงบค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2568 (6 เดือน) : ข้อมูลจาก SMT ณ 31 มี.ค. 2568

งบประมาณที่ กทม. ได้รับจัดสรร	จำนวนเงิน (บาท/ปชก)	จำนวนประชากร	จำนวนเงินตั้งต้น (บาท)	เบิกจ่าย 6 เดือน		งบคงเหลือ
				จำนวน	ร้อยละ	
1. งบที่ได้รับจัดสรร PPA	4.00	7,708,413	30,833,632	11 โครงการ 15,314,000	49.67	15,519,632
2. งบสร้างเสริมสุขภาพ P&P Basic services						
P&P Basic services bkk	263.72	7,708,413	2,032,862,676.36	240,274,269.86	11.82	1,677,209,022.00
- P&P FS	233.06	7,683,536	1,790,724,900.16	238,357,535.00	13.31	1,552,367,365.16

งบประมาณที่ กทม. ได้รับ จัดสรร	จำนวนเงิน (บาท/ปชก)	จำนวน ประชากร	จำนวนเงินตั้งต้น (บาท)	เบิกจ่าย 6 เดือน		งบคงเหลือ
				จำนวน	ร้อยละ	
- P&P Capitation 30 บาท	30.00	7,683,536	230,506,080.00	115,379,385.00	50.00	115,379,385.00
- P&P CAP ทัณตสถาน รพ.ราชทัณฑ์	263.72	24,877	6,560,562.44	1,916,734.36	29.22	4,643,828.08

หมายเหตุ ณ วันที่ 4 เมษายน 2568 อนุมัติโครงการเพิ่มเติม 3 โครงการ ได้แก่

1. โครงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเข้มข้นรายบุคคล (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน)
 2. โครงการสำรวจสุขภาพและให้การช่วยเหลือทางการแพทย์สำหรับคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (มูลนิธิอิสรชน)
 3. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การบริโภคอาหาร ให้ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงพื้นที่กรุงเทพมหานคร (นิตยาคลินิกเวชกรรม)
- รายละเอียดตามเอกสารแนบ

มติที่ประชุม

1. รับทราบ สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน PP กทม. ปีงบประมาณ 2568 (6 เดือน)
2. มอบประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนฯ (นพ.อารักษ์) รับประเด็นความเห็นจากอปสข. ไปขับเคลื่อนให้เพิ่มการเข้าถึงบริการ PP พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยนพ.อารักษ์ มอบทีมเลขานุการเตรียมดำเนินงานขับเคลื่อนฯ ต่อไป

ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องเพื่อทราบ

ระเบียบวาระที่ 6.1 เรื่องจากคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวาระที่ 6.1.1 เรื่องทักท้วงมติอปสข. จากโรงพยาบาล UHOSNET

ตามที่สำนักงานฯ ได้เสนอ เรื่องทักท้วงมติอปสข. จากโรงพยาบาล UHOSNET ในที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 ไปแล้วนั้น สำนักงานขอเสนอคณะกรรมการเพื่อทราบมติคณะกรรมการฯ ดังนี้

มติที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568

1. รับทราบ ข้อทักท้วงมติอปสข. ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 ของคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
2. เห็นชอบ จากการกำกับติดตามและประมาณการข้อมูลการเบิกจ่าย OP Refer และ CR ปีงบประมาณ 2568 ณ ปัจจุบันคาดว่าจะยังคงมีงบประมาณเพียงพอเสนอให้สำนักงานกำกับติดตามทุกเดือน และให้เสนออปสข.เพื่อทราบต่อไป
3. รับรองมติในที่ประชุมและเสนอต่ออปสข. ต่อไป

ข้อทักท้วงมติปสช.ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 ของคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย เรื่องข้อเสนอการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

ส่วนที่ 1

ที่ UH 61 /2567
วันที่ 29 ตุลาคม 2567
เรื่อง ขอทักท้วงมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2567 (ฉบับร่าง)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สำเนาเรียน 1. ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
2. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (อปสช.) ได้จัดให้มีการประชุมที่ประชุมครั้งที่ 21 ตุลาคม 2567 และได้มีมติในการประชุมเรื่องการคืนเงิน Central Reimbursement (CR) และ OP Refer โดยมีสาระสำคัญมติที่ประชุมว่า "การคืนเงิน CR และ OP Refer ที่เกินไว้จ่ายให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการกรณี CR (ซึ่งประกอบด้วยกรณี OPAL (อุบัติเหตุและฉุกเฉินทางการแพทย์), OP Disability (ผู้พิการ), OPASC (High Cost, รายการค่าใช้จ่ายสูง), และ OP Dental (ทันตกรรม)) และ OP Refer (รับส่งต่อ) ให้ใช้วิธีปรับจ่ายตาม Point system ภายใต้เงินที่เกินไว้ โดย สปสช. เขต 13 ต้องแสดงข้อมูลรายการคืนเงินไว้สำหรับทั้ง 2 กรณี มีความเหมาะสมสอดคล้องกับภาระทางการเงินที่เกิดขึ้น

ซึ่งมาประชุมประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้แจ้งต่อที่ประชุมโดยตลอดมาว่า คณะกรรมการฯ มีหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 เท่านั้น ไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจในการดำเนินการใด ๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 อำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจดำเนินการใด ๆ ในเขต 13 ซึ่งเป็นอำนาจการตัดสินใจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 โดยตรง

จากมติดังกล่าวที่รับแจ้งและไม่เป็นธรรม ซึ่งจะส่งผลต่อความเสียหายทางการเงินของโรงพยาบาลใน "เครือข่ายโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ หรือ UHosNet" เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ในกรุงเทพมหานคร จึงขอเรียนแจ้งคำทักท้วง และขอทักท้วงมายังท่านในฐานะผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 ในประเด็นต่อไปนี้

1. เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ฯ ในกรุงเทพมหานคร ไม่เห็นด้วยกับวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับกรณี CR และ OP Refer ด้วยระบบ Point System และขอทักท้วงมติดังกล่าว
2. เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ฯ ในกรุงเทพมหานคร ขอปฏิเสธการจ่ายคืนด้วยระบบ Point System สำหรับกรณี CR และ OP Refer และขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 รับผิดชอบการดำเนินการจ่ายเงินคืนด้วยระบบ Point System นี้ไปก่อน
3. การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการทางการเงิน ในการบริการสำหรับ CR และ OP Refer เพื่อแสดงความเหมาะสมของการคืนเงิน และการทางการเงินที่เกิดขึ้น แต่ขอให้แสดงให้เห็นได้ว่ามีความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ใช้ให้กับเครือข่ายโรงพยาบาล สังกัดโรงเรียนแพทย์ พร้อมขอให้ท่านแจ้งไปยังโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายทางการเงินรวม ก่อนที่จะดำเนินการใด ๆ กับมติดังกล่าวข้างต้น

.../2 ทั้งนี้

ทั้งนี้ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 พิจารณาการที่รัดกุมเพียงพอที่จะป้องกัน Moral Hazard ที่อาจเกิดขึ้นได้ และต้องไม่ดำเนินการใด ๆ ที่มีได้เกิดจากอันตรายที่แท้จริง และไม่อาศัยอำนาจแต่เพียงฝ่ายเดียวในการดำเนินการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการเป็นการเร่งด่วน จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร) (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชัย สิทธิพันธุ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

(ศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงอติพร อิงศ์สอาด) (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปนัดดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
และผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ สีลาอุดมลิปิ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
และประธานคณะกรรมการอำนวยการเครือข่าย
โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

ที่มา :

มติที่ประชุมอปสช. ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 เห็นชอบข้อเสนอการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 ดังนี้

1. การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายชดเชยบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 ใช้กรอบการบริหารกองทุนแบบ OP Capitation ปี 2567 โดยยึดหลักการจัดทำแบบสมดุล (Balance Budget) และเปลี่ยนแปลง ดังนี้

2. การกันเงิน CR และ OP Refer (Model5) ใช้หลักการ

- การกันเงินแบบงบประมาณ (Balance Budget) โดยให้มีการติดตามการเบิกจ่ายทุกเดือน ผ่านกลไกคณะทำงานฯ และนำเข้าที่ประชุมอปสช.ทุกเดือน เพื่อสามารถปรับกันเงินตามสถานการณ์ โดยกำหนดวงเงินต่ำสุด และสูงสุด หากเกินกำหนดวงเงินสูงสุด หรือวงเงินที่กันไว้ให้ปรับจ่ายตาม Point System เมื่อสปสช. เสนอข้อมูลว่าการกันเงินสมเหตุสมผล

2.1 การกันเงิน CR อัตราเริ่มต้น 361 บาทต่อปชก. ต่อปีได้ และหากมีการเบิกจ่ายเกินวงเงิน 410 บาทต่อปชก.ต่อปี หรือวงเงินที่กันไว้ให้ปรับจ่ายตาม Point System เมื่อสปสช.เสนอข้อมูลว่าการกันเงินสมเหตุสมผล โดยกันเงิน ดังนี้ กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็นนอกเครือข่าย 73 บาท กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 23 บาท กรณีค่าใช้จ่ายสูง 17 บาท กรณีทันตกรรมรักษา 28 บาท และกรณีคนพิการ 220 บาท ต่อประชากรต่อปี

2.2 การกันเงินกองทุน OP Refer (Model 5) อัตราเริ่มต้น 300 บาท/ปชก./ปี และหากมีการเบิกจ่ายเกินวงเงิน 360 บาท/ปชก./ปี หรือวงเงินที่กันไว้ ให้ปรับจ่ายตาม Point System เมื่อสปสช.เสนอข้อมูลว่าการกันเงินสมเหตุสมผล

ข้อทักท้วงมติ ในประเด็นต่อไปนี้

1. เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ฯในกรุงเทพมหานคร ไม่เห็นด้วยกับวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับกรณี Central Reimbursement (CR) และ OP Refer ด้วยระบบ Point System และขอทักท้วงมติดังกล่าว

2. เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ฯในกรุงเทพมหานคร ขอปฏิเสธการจ่ายเงินด้วยระบบ Point System สำหรับกรณี CR และ OP Refer และขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กทม. ระบุแผนการดำเนินการจ่ายเงินด้วยระบบ Point System นี้ไปก่อน

3. การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาระทางการเงินในการบริการสำหรับ Central Reimbursement (CR) และ OP Refer เพื่อแสดงความสมเหตุสมผลของการกันเงินและภาระทางการเงินที่เกิดขึ้นนั้น แต่ขอให้แสดงให้เห็นได้ว่ามีความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ใช้ให้กับเครือข่ายโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ พร้อมขอให้ท่านแจ้งไปยังโรงพยาบาลที่ต้องรับภาระความเสี่ยงทางการเงินทราบ ก่อนที่จะดำเนินการใดๆ กับมติดังกล่าวข้างต้น

สำนักงานฯ ได้กำกับติดตามสถานการณ์การเบิกจ่ายรวมทั้งคาดการณ์ข้อมูลการเบิกจ่าย OP Refer และ CR ทั้งปีงบประมาณ 2568 ผ่านที่ประชุมคณะทำงาน CFO และ อปสข.ทุกเดือน ณ ปัจจุบันกองทุน OP Refer เริ่มไม่เพียงพอ จึงมีข้อเสนอเงินเพิ่มภายใต้ประกาศฯ OP กทม. ที่กำหนด ตามวาระ 5.2.1

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

1. รับทราบ ข้อทักท้วงมติอปสข.ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 ของคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

2. เห็นชอบ ให้สำนักงานกำกับติดตามและประมาณการข้อมูลการเบิกจ่าย OP Refer และ CR ปีงบประมาณ 2568 ทุกเดือน และรายงานต่ออปสข.ทราบ

มติที่ประชุม

1. รับทราบ ข้อทักท้วงมติอปสข.ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 ของคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

2. เห็นชอบ ให้สำนักงานกำกับติดตามและประมาณการข้อมูลการเบิกจ่าย OP Refer และ CR ปีงบประมาณ 2568 ทุกเดือน และรายงานต่ออปสข.ทราบ

ระเบียบวาระที่ 6.2 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับอปสข.

มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2568 เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2568 : ความคืบหน้าการดำเนินการรองรับ PD First policy

- รับทราบความคืบหน้าการนำนโยบายสู่การปฏิบัติกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการรองรับนโยบายล่างใต้ทางช่องทาง : PD First (ใหม่) ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2568 – พ.ศ.2572) และการดำเนินการรองรับนโยบาย PD First

ความคืบหน้าการดำเนินการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

1. ประกาศสำนักงานฯ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต

2. การกำหนดเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินการรองรับนโยบาย PD First (ใหม่) ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2568-2572) การดำเนินการรองรับ PD First policy

3. การดำเนินงาน คทง. พัฒนาระบบและการคุณภาพมาตรฐานบำบัดทดแทนไตฯครั้งที่ 6/2568 เมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2568

แผนดำเนินการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของระบบบริการ
kidney replacement therapy และ PC 5 ปี (พ.ศ.2568-2572)

ภาพรวมระบบบำบัดทดแทนไต (kidney replacement therapy; KRT)	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569-2572
เป้าหมาย: - มีผู้ป่วย KRT รายใหม่ไม่เกินปีละ 15,000 ราย - งบประมาณค่าบริการ KRT และ PC แต่ละปีไม่เกินร้อยละ 12 ของงบประมาณกองทุน สปสช.	- เน้นพัฒนาให้เกิดระบบงานและกลไกบริหารจัดการรวมทั้งการสนับสนุนระบบบริการทั้งในระดับประเทศ (คทง.ไตฯ) และระดับเขต (คกก.ไตเขตฯ) - การทำ CKD Registry ในผู้ป่วยระยะ 4 และ 5 เปลี่ยนผู้ป่วยจาก Unplanned เป็น Planned KRT - ขยายให้เอกชนมีส่วนร่วมจัดบริการ KRT ตามความเหมาะสม - เร่งรัดการเบิกจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ - ขยายบริการ Palliative Care ให้เป็นอีกทางเลือกหลักของผู้ป่วย - สนับสนุนกระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มผู้ป่วย	- เน้นการสนับสนุนพัฒนาระบบและกำกับคุณภาพการให้บริการ KRT และ PC ให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของมติบอร์ด สปสช. - ให้ความสำคัญกับเรื่อง CKD Prevention ผ่านการพัฒนาศักยภาพและบูรณาการงานของ NCD Clinic และ CKD Clinic รวมทั้งการมีส่วนร่วมของ อปท. และเครือข่ายผู้ป่วยในพื้นที่

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

1. รับทราบ

- มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2568 เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2568 :
ความคืบหน้าการดำเนินการรองรับ PD First policy

2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2568 เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2568 :
ความคืบหน้าการดำเนินการรองรับ PD First policy

ระเบียบวาระที่ 6.3 มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับอปสช.
ไม่มี

ระเบียบวาระที่ 6.4 ระบบสารสนเทศเพื่อการเบิกจ่ายตามโครงการ NHSO Digital Platform

ด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาระบบด้านการสนับสนุนการพัฒนาระบบสารสนเทศเบิกจ่ายและบริหารกองทุน “NHSO Digital Platform” เพื่อรองรับการดำเนินงานของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายชดเชยมายังสำนักงานฯ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ เพื่อให้การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายชดเชยบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยอำนวยความสะดวกให้กับหน่วยบริการในการขอชดเชยของหน่วยบริการ

สรุป Pain Point มีลงพื้นที่เก็บ Pain Point เดือนธันวาคม 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2566

จำนวน 14 หน่วยงาน และมีการรับฟังความเห็น 4 กลุ่ม

1. มีหลายโปรแกรมในการบันทึกเบิกชดเชย เป็นภาระหนักงาน

2. ระบบซ้ำ / หมุนๆ Network มีปัญหาบางช่วงเวลาในศูนย์ราชการ จากผู้ให้บริการ

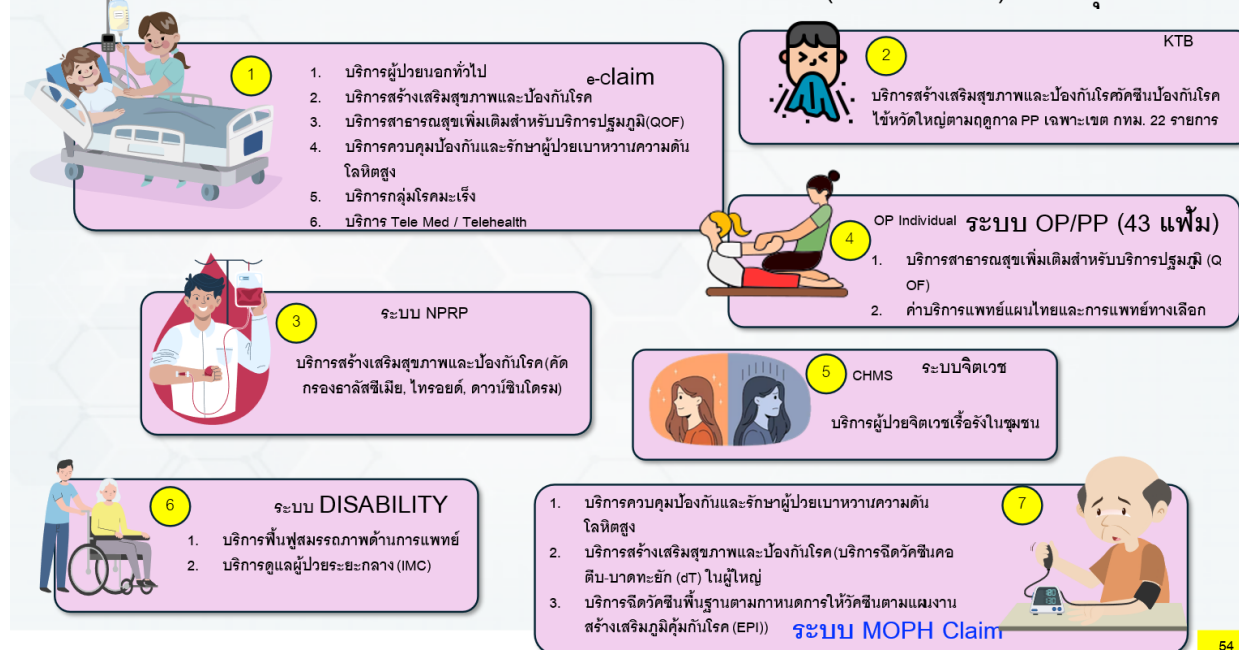
3. หน่วยบริการต้องยืนยันการใช้สิทธิ จากหลายระบบ ทั้งจาก KTB และ สปสช. ทำให้ประชาชนไม่สะดวกในวันที่รับบริการทั้ง OP และ FS ในวันเดียวกัน

4. มีความซับซ้อนในการเบิกจ่าย มีหลายโปรแกรมที่ต้องบันทึกข้อมูล

5. ข้อมูลการเบิกจ่ายที่ติด C/V/D/W เป็นภาระในการส่งเบิกและไม่รู้วิธีการแก้ไข

6. หน่วยบริการกระหน่ำยอดบัญชีลำบาก เนื่องจากมีกองทุนย่อยจำนวนมาก และอาจเกิดการจ่ายเงินไม่พร้อมกันใน 1 รายการ

โปรแกรมที่บันทึกและส่งเบิกเพื่อชดเชยตามรายการบริการ(Fee Schedule) ในปัจจุบัน



แนวคิดและวัตถุประสงค์ NHSO Digital Platform

“ออกแบบและกำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลให้หน่วยบริการเท่าที่จำเป็นสำหรับการเบิกจ่าย และตรวจสอบเท่านั้นโดยเน้นข้อมูลที่จัดเก็บในระบบ HIS ของหน่วยบริการ”

วัตถุประสงค์

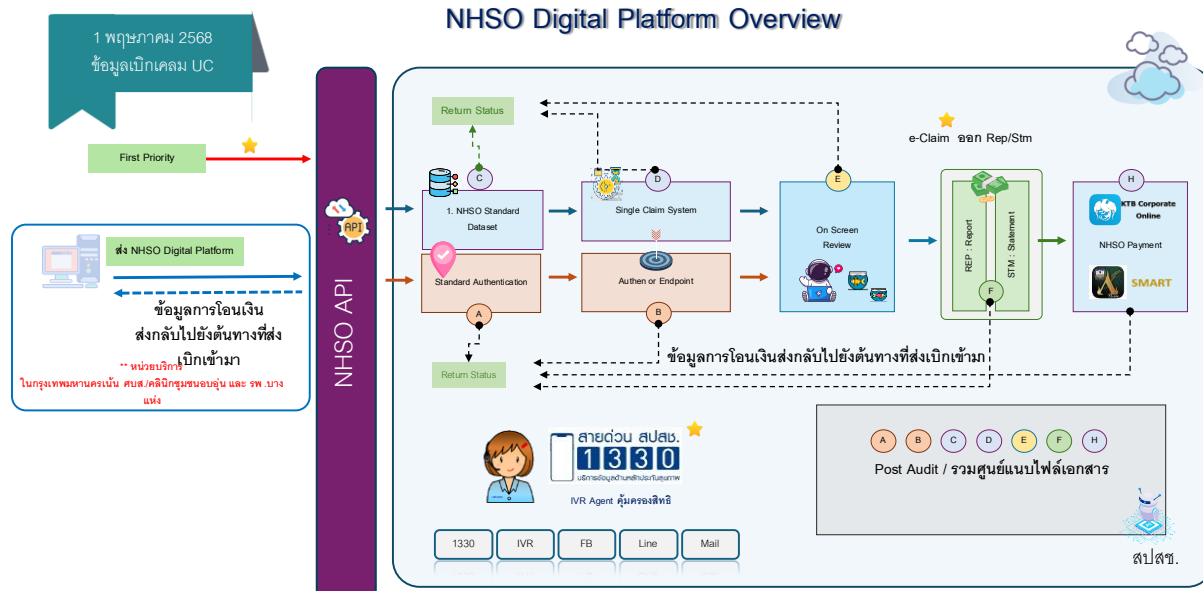
1. กำหนดชุดข้อมูลเบิกจ่ายภายใต้ข้อมูลที่มีในระบบ HIS ของหน่วยบริการ
2. หน่วยบริการสามารถนำข้อมูลในระบบ HIS มาส่งเพื่อเบิกจ่ายโดยไม่ต้องบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
3. หน่วยบริการสามารถตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลก่อนส่งเบิกจ่าย
4. ลดภาระการบันทึกข้อมูลและลดความผิดพลาดในการส่งข้อมูลเบิกจ่าย
5. ใช้มาตรฐานข้อมูล (Data Standard) ภายใต้มาตรฐานข้อมูลประเทศ
6. เน้นส่งข้อมูลตามการให้บริการ โดยกำหนดการจ่ายกองทุนโดย สปสช.

Objective

NHSO Digital Platform



NHSO Digital Platform Overview



สรุปเป้าหมายและผลลัพธ์ของการใช้ NHSO Digital Platform

จะช่วยแก้ปัญหาหน่วยบริการดังนี้

1. ลดภาระการบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายของหน่วยบริการจากเดิมที่ต้องบันทึก และส่งข้อมูลเบิกจ่ายหลายระบบ หลายโปรแกรมในการให้บริการผู้ป่วย 1 ราย โดยภายใต้มาตรฐานข้อมูลชุดใหม่ สามารถส่งข้อมูลครั้งเดียว ด้วยโปรแกรมเดียว สามารถเบิกจ่ายในกองทุนที่เกี่ยวข้องในมาตรฐานชุดข้อมูลได้ทั้งหมด
2. หน่วยบริการสามารถนำข้อมูลที่อยู่ในระบบ HIS มาส่งเพื่อเบิกจ่ายได้เพราะในมาตรฐานชุดข้อมูลเบิกจ่าย เป็นข้อมูลที่อยู่ในระบบของหน่วยบริการโดยไม่ต้องบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
3. หน่วยบริการสามารถตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลก่อนส่งลดปัญหาการติด C,D,V ทำให้ได้รับการชดเชยเร็วขึ้น

4. หน่วยบริการจะลดปริมาณงานภาระในการบันทึกและส่งข้อมูลกับสปสช. ในการเบิกชดเชยลงไป
ประมาณ 7 เท่าจากเดิมที่ต้องบันทึก และส่งประมาณ 7 โปรแกรม

แบ่งการขึ้นระบบ 2 รอบ เพื่อรอทุก HIS ให้ผ่านการทดสอบ โดย

รอบที่ 1 : วันที่ 1 พ.ค. 2568

- 10 หน่วยบริการนำร่อง

1. เป็นหน่วยบริการภายใต้ที่ HIS ที่ทดสอบผ่าน

2. มี ศบส. และคลินิกชุมชนอบอุ่น เพื่อข้อมูลที่ครบถ้วน

3. มีความพร้อมและสมัครใจ

4. 10 หน่วยนำร่องจะได้รับการ support ใกล้ชิดและจะไม่ถูก penalty ในกรณีส่งผิด หรือเกิดการ
ผิดพลาดประการใด

รอบที่ 2 : วันที่ 1 มิ.ย. 2568

- ขึ้นครบทุกหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (คลินิกชุมชนอบอุ่นและศูนย์บริการสาธารณสุข)
และออกประกาศปิดระบบเดิม

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

1. รับทราบ

- ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการเบิกจ่ายตามโครงการ NHSO Digital Platform

2. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการเบิกจ่ายตามโครงการ NHSO Digital Platform

ระเบียบวาระที่ 7 เรื่องเพื่อพิจารณา

**ระเบียบวาระที่ 7.1 เรื่องจากคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขต
พื้นที่กรุงเทพมหานคร**

**ระเบียบวาระที่ 7.1.1 สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการ กรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ
2567**

ตามที่สำนักงานฯ ได้ สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการ กรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ
2567 ในที่ ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์ และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 ไปแล้วนั้น สำนักงานขอเสนอคณะกรรมการเพื่อ
พิจารณามติคณะทำงานฯ ดังนี้

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4 /2568 วันที่ 17 เมษายน 2568

1. รับทราบ

- สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567

2. เห็นชอบ

วงเงินรายรับ OP กทม. ปี 2567 จำนวน 5,031.94 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายผลงานบริการ (รวมอุดหนุน) จำนวน 6,119.13 ล้านบาท

งบไม่เพียงพอ จำนวน -1,087.19 ล้านบาท

3. เห็นควรมอบ สปสช. ทวนสอบข้อมูลให้เรียบร้อย และนำเสนออปสข. เพื่อพิจารณาต่อไป ดังนี้

3.1 ทวนสอบข้อมูลให้เรียบร้อยและนำเสนอต่ออปสข. เพื่อเห็นชอบตามข้อ 2

3.2 ให้วิเคราะห์ข้อมูลโดยละเอียด ทั้งในเรื่องช่วงเวลา 5 เดือนแรก และ 7 เดือนหลัง และราย
หน่วยบริการ แล้วนำเสนอแนวทางการบริหารจัดการต่ออปสข. โดยผ่านคณะทำงานจัดทำข้อเสนอ
หลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ในเดือนพฤษภาคม
2568

4. รับรองมติในที่ประชุม และเสนอต่ออปสข. ต่อไป

ที่มา :

ตามที่สำนักงานนำเสนอสรุปผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก กรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) กทม.
ปีงบประมาณ 2567 ในการประชุมอปสข. ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 20 มีนาคม 2568 มติที่ประชุมเห็นชอบ ดังนี้

1. รับทราบ ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก กรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) กทม. ปีงบประมาณ
2567 (ทั้ง 5 เดือนแรก และ 7 เดือนหลัง) ให้ถือว่ากระบวนการตรวจสอบเป็นที่สิ้นสุดแล้ว เหลือเพียงกรณี Post
audit ซึ่งจะเสร็จสิ้นภายในวันที่ 31 มีนาคม 2568 และจะนำเสนอต่อคณะทำงานฯ และอปสข. ในเดือน
เมษายน 2568

2. ข้อพิจารณา กรณีข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ.
2567 กรณีที่เป็นการให้บริการก่อน 1 มีนาคม แต่ส่งหลัง 31 มีนาคม 2567 ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567 “ข้อ 18 การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการก่อน 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 ให้เร่งรัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไปยังสำนักงาน ให้แล้ว
เสร็จภายใน 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 ทั้งนี้ ข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ส่งหลังจากระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่า
หน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย”

3. รับรองมติที่ประชุมและให้เสนออปสข.ต่อไป

- สำนักงานได้สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 โดยได้แนบ
เอกสารรายงานการประชุมอปสข. ทุกครั้งที่เกี่ยวข้องรายละเอียดตามเอกสารแนบ และสรุปภาพรวม ดังนี้

สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 ดังนี้

วงเงินรายรับ OP กทม. ปี 2567 จำนวน 5,031.94 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายตามผลงานบริการ (รวมอุดหนุน) จำนวน 6,062.12 ล้านบาท

งบไม่เพียงพอ จำนวน -1,030.18 ล้านบาท

หน่วย : ล้านบาท

รายการ	วงเงิน	ค่าใช้จ่ายตามผลงานบริการ	งบไม่เพียงพอ
Central Reimburse	1,253.98	1,401.08	-147.10
Modelอื่น (OP cap.)	1,001.09	1,001.09	0.00
Model5	2,776.86	3,659.94	-883.07
รวม	5,031.94	6,062.12	-1,030.18

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ

- สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 และเอกสารรายงานการประชุมอปสข. ทุกครั้งที่เกี่ยวข้องตามเอกสารแนบ และสรุปภาพรวม ดังนี้

วงเงินรายรับ OP กทม. ปี 2567 จำนวน 5,031.94 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายผลงานบริการ (รวมอุดหนุน) จำนวน 6,062.12 ล้านบาท

งบไม่เพียงพอ จำนวน -1,030.18 ล้านบาท

2. เห็นชอบ สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 โดยให้ถือว่าการปิดบัญชีข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 เป็นที่สิ้นสุดแล้ว

3. เห็นควรมอบสปสข. นำเสนอแนวทางการบริหารจัดการต่ออปสข. โดยผ่านคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ในเดือนพฤษภาคม 2568

4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 และเอกสารรายงานการประชุมอปสข. ทุกครั้งที่เกี่ยวข้องตามเอกสารแนบ และสรุปภาพรวม ดังนี้

วงเงินรายรับ OP กทม. ปี 2567 จำนวน 5,031.94 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายผลงานบริการ (รวมอุดหนุน) จำนวน 6,062.12 ล้านบาท

งบไม่เพียงพอ จำนวน -1,030.18 ล้านบาท

2. เห็นชอบ สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 โดยให้ถือว่าการปิดบัญชีข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 เป็นที่สิ้นสุดแล้ว

3. เห็นควรมอบ สปสข. นำเสนอแนวทางการบริหารจัดการต่ออปสข. โดยผ่านคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ในเดือนพฤษภาคม 2568

4. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 7.1.2 ร่างข้อเสนอการจ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

ตามที่สำนักงานฯ ได้เสนอ ร่าง ข้อเสนอการจ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 ในที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 ไปแล้วนั้น สำนักงานขอเสนอ คณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณามติคณะทำงานฯ ดังนี้

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568

1. รับทราบ

- ข้อเสนอการจ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

2. เห็นชอบ

2.1 เห็นชอบหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย งวดที่ 2 ตามที่เสนอ ดังนี้

2.1.1 หน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรร มีผลงานบริการเปรียบเทียบจำนวนเป้าหมายที่รับผิดชอบประชากรผู้สูงอายุ อย่างน้อยร้อยละ 10

2.1.2 การประเมินผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

1) รายการบริการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลการให้บริการ : วันให้บริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม

2568

(10 เดือน)

3) ตัดข้อมูลเพื่อประเมินผล จากโปรแกรม KTP วันที่ 15 สิงหาคม 2568

2.1.3 งบประมาณและอัตราการจ่ายชดเชยบริการ

1) งบประมาณแบบ Global Budget : งบ 15 บาทต่อผู้รับบริการ จำนวนประชากร 7,691,959 คน เป็นเงิน 115,379,385 บาท

2) จ่ายตามผลงานบริการตามสัดส่วนผลงานบริการ/point system รายหน่วยบริการ หลังจากมีการปรับค่ามาตรฐานประชากร (Standardize)

2.2 มอบให้สำนักงานฯจัดทำแผนการจ่ายฯในปีงบประมาณ 2569

3. รับรองมติในที่ประชุม และให้เสนอต่ออปสข. ต่อไป

ที่มา :

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็น ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568 หมวดที่ 1 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ข้อ 7 (3) บริการอื่นนอกจาก (1) และ (2) จ่ายในอัตราไม่เกิน 30 บาท ต่อผู้รับบริการให้แก่หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้จำนวนประชากรไทยทุกสิทธิของเขตกรุงเทพมหานคร ณ วันที่ 1 พฤศจิกายนของปีงบประมาณ โดยใช้เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปีงบประมาณ และมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (สมัยวาระ พ.ศ. 2567-2571) ครั้งที่ 10/2567 ในวันพฤหัสบดีที่ 19 ธันวาคม 2567 เห็นชอบหลักเกณฑ์การ โดยจ่ายเป็น 2 งวดดังนี้

งวดที่ 1 : ร้อยละ 50 จ่ายตามจำนวนประชากรทุกสิทธิที่ได้รับจัดสรรให้รับผิดชอบดูแลสุขภาพในชุมชน หรือจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

งวดที่ 2 : ร้อยละ 50 จ่ายตามผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุโดยคำแนะนำ หรือความเห็นจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

การจัดสรรพื้นที่ และประชากรให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนและจัดบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2568

สำนักงานหลักประกันสุขภาพและป้องกันโรค ร่วมกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กำหนด หลักเกณฑ์การจัดสรรประชากรให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน และจัดบริการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- ประชากรไทยทุกสิทธิของเขตกรุงเทพมหานคร ณ 1 พฤศจิกายน 2567 จำนวน 7,691,959 คน
- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการขึ้นทะเบียนตาม พรบ.สุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 317 แห่ง จำนวนเงิน 115,379,385 บาท
- ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็น Area Manager เป็นผู้จัดสรรพื้นที่และประชากรประชากรไทย ทุกสิทธิที่ได้รับผิดชอบดูแลสุขภาพหรือจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- จำนวนประชากรที่จัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการ ตามเกณฑ์ 8,000 – 12,000 คน ต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีม 1 ทีม

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบบจ่ายในอัตราไม่เกิน 30 บาทต่อ ผู้รับบริการให้แก่หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ

งวดที่ 1 : ร้อยละ 50 จ่ายตามจำนวนประชากรทุกสิทธิที่ได้รับจัดสรรให้รับผิดชอบดูแลสุขภาพในชุมชน หรือจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การเบิกจ่าย : จ่ายในอัตรา 15 บาทต่อหัวประชากรไทยทุกสิทธิที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับ จัดสรรให้รับผิดชอบ

งวดที่ 2 : ร้อยละ 50 จ่ายตามผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุโดยคำแนะนำ หรือความเห็นจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

(ร่าง) หลักเกณฑ์การเบิกจ่าย

- หน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรร มีผลงานบริการเปรียบเทียบจำนวนเป้าหมายที่รับผิดชอบประชากร ผู้สูงอายุ อย่างน้อยร้อยละ 10

- การประเมินผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

1) รายการบริการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลการให้บริการ : วันให้บริการ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 (10 เดือน)

3) ดัดข้อมูลเพื่อประเมินผล จากโปรแกรม KTP วันที่ 15 สิงหาคม 2568

- งบประมาณและอัตราการจัดจ่ายชดเชยบริการ

1) งบประมาณแบบ Global Budget : งบ 15 บาทต่อผู้รับบริการ จำนวนประชากร 7,691,959 คน เป็นเงินจำนวน 115,379,385 บาท

2) จ่ายตามผลงานบริการ ตามสัดส่วนผลงานบริการ / Point System รายหน่วยบริการ
หลังจากมีการปรับค่ามาตรฐานประชากร (Standardize)

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ

- ข้อเสนอการจ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ
2568

2. ข้อพิจารณา

2.1 เห็นชอบหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย งบที่ 2 ตามที่เสนอ ดังนี้

2.1.1 หน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรร มีผลงานบริการเปรียบเทียบจำนวนเป้าหมายที่
รับผิดชอบประชากรผู้สูงอายุ อย่างน้อยร้อยละ 10

2.1.2 การประเมินผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

1) รายการบริการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลการให้บริการ : วันให้บริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31
กรกฎาคม 2568 (10 เดือน)

3) ตัดข้อมูลเพื่อประเมินผล จากโปรแกรม KTP วันที่ 15 สิงหาคม 2568

2.1.3 งบประมาณและอัตราการจ่ายชดเชยบริการ

1) งบประมาณแบบ Global Budget : งบ 15 บาทต่อผู้รับบริการ จำนวน
ประชากร 7,691,959 คน เป็นเงิน 115,379,385 บาท

2) จ่ายตามผลงานบริการตามสัดส่วนผลงานบริการ / Point System ราย
หน่วยบริการหลังจากมีการปรับค่ามาตรฐานประชากร (Standardize)

2.2 มอบให้สำนักงานฯ จัดทำแผนการจ่ายฯ ในปีงบประมาณ 2569

3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- ข้อเสนอการจ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ
2568

2. ข้อพิจารณา

2.1 เห็นชอบหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย งบที่ 2 ตามที่เสนอ ดังนี้

2.1.1 หน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรร มีผลงานบริการเปรียบเทียบจำนวนเป้าหมายที่
รับผิดชอบประชากรผู้สูงอายุ อย่างน้อยร้อยละ 10

2.1.2 การประเมินผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

1) รายการบริการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลการให้บริการ : วันให้บริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31
กรกฎาคม 2568 (10 เดือน)

3) ตัดข้อมูลเพื่อประเมินผล จากโปรแกรม KTP วันที่ 15 สิงหาคม 2568

2.1.3 งบประมาณและอัตราการจ่ายชดเชยบริการ

1) งบประมาณแบบ Global Budget : งบ 15 บาทต่อผู้รับบริการ จำนวนประชากร 7,691,959 คน เป็นเงิน 115,379,385 บาท

2) จ่ายตามผลงานบริการตามสัดส่วนผลงานบริการ / Point System รายหน่วยบริการหลังจากมีการปรับค่ามาตรฐานประชากร (Standardize)

2.2 มอบให้สำนักงานฯจัดทำแผนการจ่ายฯในปีงบประมาณ 2569

3. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 7.1.3 สถานการณ์การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) ปีงบประมาณ 2568

ตามที่สำนักงานฯ ได้เสนอ สถานการณ์การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) ปีงบประมาณ 2568 ในที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 ไปแล้วนั้น สำนักงานขอเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณามติคณะทำงานฯ ดังนี้

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568

1. รับทราบ

- สรุปสถานการณ์การตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) ปีงบประมาณ 2568 (5 เดือน : ตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568)

2. เห็นชอบมอบสปสข.

2.1 เร่งรัดดำเนินการตามข้อเสนอแนวทางการตรวจสอบก่อนจ่าย OP Refer โดยสปสข. สามารถตัดสินใจชี้ขาดในเรื่องการเบิกจ่ายไปได้เลยโดยไม่ต้องรอกระบวนการทำความเข้าใจระหว่างหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด

2.2 จัดอบรมเรื่องหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกฯ ให้ทั้งหน่วยบริการและผู้ตรวจสอบมีความรู้ ความเข้าใจในการตรวจสอบ

2.3 เสนอให้ผู้แทนหน่วยบริการ (รพ./สบส./คลินิก) ร่วมกันจัดทำแนวทาง/ข้อตกลง และมาตรการการแก้ไขปัญหา กรณีการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีส่งต่อ (OP Refer) เพื่อใช้ปฏิบัติร่วมกัน ลดภาระในการตรวจสอบข้อมูล

2.4 กรณีหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ส่งต่อนอกเครือข่ายโดยไม่มีเหตุสมควร และหรือระยะเวลาในการเดินทางเกินกว่าที่กำหนดให้สปสข. งดการจ่าย OP Refer

3. รับรองมติในที่ประชุม และเสนอต่อสปสข. ต่อไป

ที่มา :

ตามมติสปสข. ครั้งที่ 10/ 2567 วันที่ 19 ธ.ค. 2567 เห็นชอบแนวทางการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2568 โดยให้มีกลไกการตรวจสอบระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและหน่วยบริการที่ส่งต่อตรวจสอบกันเองนั้น สำนักงานได้สรุปสถานการณ์การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) ปีงบประมาณ 2568 ดังนี้

ตาราง 1 : สรุปการเบิกจ่ายค่าบริการกรณี OP Refer 5 เดือน (ตุลาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568)

หน่วยบริการรับส่งต่อ (แห่ง)	จำนวน Visit ที่ให้การรักษากรณีส่งต่อ	จำนวนเงินเรียกเก็บ	หมายเหตุ	
			ต้นสังกัด (ในส่วนไม่เกิน 800 บาท)	กองทุน OP Refer (ส่วนเกิน 800 บาท)
45	504,164	627,885,548	254,521,138	373,364,410

ตาราง 2 : สรุปสถานการณ์การตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่าย กรณี OP Refer

สถานะ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ	จำนวนเงินเรียกเก็บ	ร้อยละ	หมายเหตุ	
					ต้นสังกัด (ในส่วนไม่เกิน 800 บาท)	กองทุน OP Refer (ส่วนเกิน 800 บาท)
อนุมัติ	412,979	82	474,865,127	75	205,072,155	269,792,972
ไม่อนุมัติ	85,703	17	142,590,283	23	46,374,022	96,216,261
รอดำเนินการ	5,482	1	10,430,138	2	3,074,961	7,355,177
รวม	504,164	100	627,885,548	100	254,521,138	373,364,410

ตาราง 3 : 10 อันดับคลินิกที่ปฏิเสธสูงสุด

คลินิก	จำนวนการส่งต่อ (ครั้ง)	จำนวนที่ปฏิเสธ (ครั้ง)	% ปฏิเสธ
42096-คลินิกเวชกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ 3	2,834	2,200	77.63
42039-เจริญสหวิทย์คลินิกเวชกรรม	1,825	1,283	70.30
42044-เคสคลินิก	3,641	2,522	69.27
42038-บางยี่เรือธนบุรีสหคลินิก	2,026	1,331	65.70
41839-จักรพรรดิพงษ์คลินิกเวชกรรม	2,612	1,352	51.76
41986-สรณคณคลินิกเวชกรรม	2,264	1,161	51.28
23439-คลินิกเวชกรรมงามเจริญ	2,626	1,243	47.33
22161-นวมินทร์สุขภาพตึกคลินิกเวชกรรม สาขาลำผักชี	2,725	1,123	41.21
42023-นครไชยศรีคลินิกเวชกรรม	5,278	1,944	36.83
42176-คลินิกเวชกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ 9	4,567	1,322	28.95
13649-ศบส.4 ดินแดง	5,985	1,614	26.97

ตาราง 4 : ประเด็นการปฏิเสธ

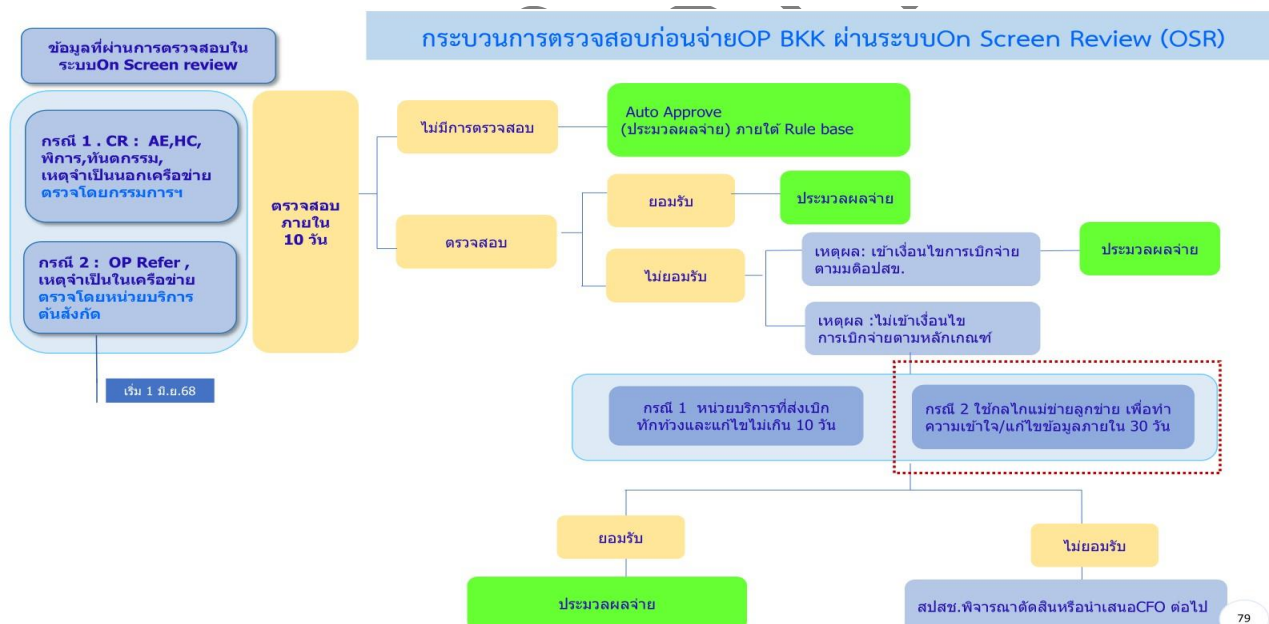
เหตุผลปฏิเสธ	จำนวน tran id	%TrandID	จำนวนเงินเรียกเก็บ	%เงินเรียกเก็บ
เบิกผิดกองทุน	26,631	35.82	45,249,888	34.90
ไม่ใช่เหตุผลที่ปฏิเสธ	14,923	20.07	21,669,330	16.71
ขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม เช่น ผล Lab	5,959	8.01	9,437,569	7.28
การรักษาไม่สอดคล้องกับใบส่งตัว	5,918	7.96	8,814,785	6.80
การรักษาไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัย	5,701	7.67	9,561,611	7.37
เบิกแลกเปลี่ยน Item	4,590	6.17	10,869,421	8.38
เบิก/รักษาเกินความจำเป็น	3,807	5.12	12,882,679	9.94
เบิกรายการที่รวมอยู่ในค่าบริการพยาบาลพื้นฐานแล้ว	3,396	4.57	3,261,842	2.52
ไม่เข้าเกณฑ์เบิกค่าบริการผู้ป่วยนอก	1,273	1.71	2,750,041	2.12
เบิกรายการซ้ำซ้อน	1,037	1.39	2,815,747	2.17
เบิกยานอกบัญชี	1,001	1.35	2,149,396	1.66
เบิก visit เกินกว่า 1 ครั้ง	115	0.15	191,665	0.15
Total	74,351		129,653,973	

ตาราง 5 ข้อเสนอแนะทางการตรวจสอบก่อนจ่าย OP Refer

เหตุผลปฏิเสธ	คลินิก/ศปส.	รพ	สปสช.
1.ไม่ใส่เหตุผลที่ปฏิเสธ	ควรระบุเหตุผลให้ชัดเจน	-	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve
2.ขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม	ไม่ควรปฏิเสธ/ควรหารือก่อนปฏิเสธ	ให้ข้อมูล/ทำความเข้าใจกัน	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve
3.การรักษาไม่สอดคล้องกับใบส่งตัว	ไม่ควรปฏิเสธ/ควรหารือก่อนปฏิเสธ	ให้ข้อมูล/ทำความเข้าใจกัน	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve
4.การรักษาไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัย	ไม่ควรปฏิเสธ/ควรหารือก่อนปฏิเสธ	ให้ข้อมูล/ทำความเข้าใจกัน	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve
5. เบิก/รักษาเกินความจำเป็น	ไม่ควรปฏิเสธ/ควรหารือก่อนปฏิเสธ	ให้ข้อมูล/ทำความเข้าใจกัน	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve
6.เบิกรายการที่รวมอยู่ในค่าบริการพยาบาลพื้นฐานแล้ว	ไม่ควรปฏิเสธ/ควรหารือก่อนปฏิเสธ	ให้ข้อมูล/ทำความเข้าใจกัน	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve
7.เบิกรายการซ้ำซ้อน	ไม่ควรปฏิเสธเนื่องจากโปรแกรมตัดแล้ว	ขอให้รพ.บันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve เนื่องจากสปสช.ตัดรายการซ้ำซ้อนในโปรแกรมแล้ว
8.เบิกยานอกบัญชี	ไม่ควรปฏิเสธเนื่องจากโปรแกรมตัดแล้ว ยกเว้นมีข้อตกลงกัน ในบางรายการ ให้แจ้งสปสช.	รพ.จ่ายเฉพาะยาในบัญชียาหลัก ยกเว้นมีข้อตกลงกัน ในบางรายการ ให้แจ้งสปสช.	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve เนื่องจากสปสช.ตัดรายการยานอกบัญชียาหลักแล้ว
9.เบิก visit เดียวกันมากกว่า 1 ครั้ง	ไม่ควรปฏิเสธเนื่องจากโปรแกรมตัดแล้ว	ขอให้รพ.บันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง	พิจารณาประมวลผลจ่าย หรือ Auto Approve เนื่องจากสปสช.ตัด visit ซ้ำในโปรแกรมแล้ว
10.ไม่เข้าเกณฑ์เบิกค่าบริการผู้ป่วยนอก	ควรระบุให้ชัดเจน	ประชุมเครือข่ายแม่ลูก เพื่อให้ข้อมูล/ทำความเข้าใจกัน	ร่วมประชุมเครือข่ายแม่ลูก
11.เบิกแลบแยก Item	ควรหารือก่อนปฏิเสธ	ประชุมเครือข่ายแม่ลูก เพื่อให้ข้อมูล/ทำความเข้าใจกัน	เสนอ สปสช.ส่วนกลางปรับราคาให้เท่ากัน
12.เบิกผิดกองทุน	ตรวจสอบตามหลักเกณฑ์	รพ.เบิกจ่ายให้ตรงกองทุน	สปสช.ปรับเงื่อนไขในโปรแกรม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายกองทุนโรคเฉพาะ
13. กรณีรพ.เบิกรายการ One Day Surgery (ODS)	ตรวจสอบตามหลักเกณฑ์	ขอให้รพ.ที่มีศักยภาพสมัครเพื่อขึ้นทะเบียน ODS	สปสช.ปรับเงื่อนไขในโปรแกรม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย ODS
14.กรณีนอนสังเกตอาการข้ามคืน	หน่วยบริการ และสปสช. ประชุมหารือเพื่อวางแนวทาง/ข้อตกลงร่วมกัน		

78

1



79

- 1 ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ ของคลินิกในเครือโรงพยาบาล
- 2 ตามที่สำนักงานได้รับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน กรณีคลินิกไม่ส่งตัวไปยังรพ. รับส่งต่อตามบัตร แต่ส่ง
- 3 ต่อ ไปยังรพ. ในเครือของตัวเองนั้น สำนักงานได้วิเคราะห์ข้อมูล 6 เดือน ดังนี้
- 4

ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ ของคลินิกในเครือโรงพยาบาล

ตามที่สำนักงานได้รับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน กรณีคลินิกไม่ส่งตัวไปยังรพ.รับส่งต่อตามบัตร แต่ส่งต่อไปยังรพ.ในเครือของตัวเองนั้น สำนักงานได้วิเคราะห์ข้อมูล 6 เดือน ดังนี้

1.ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล ระหว่าง ต.ค. 67 – มี.ค. 68

TOP 5 หน่วยบริการรับส่งต่อที่คลินิกส่ง OP Refer มากที่สุด

ประเภท	หน่วยรับส่งต่อ	คน	ครั้ง	เงิน	OPRefer<800	OPRefer>800
Total		1,080	2,187	3,509,423	1,462,332	2,047,091
41687 : คลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล	41367 : โรงพยาบาลเดอะซีพลัส สมุทรปราการ	325	596	1,031,510	469,596	561,913
41687 : คลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล	15049 : รพ.สิรินธร (หน่วยรับส่งต่อตามเครือข่าย)	376	585	1,043,946	339,665	704,281
41687 : คลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล	44366 : รพ.เดอะซีพลัส ประเวศ	374	523	704,227	405,880	298,347
41687 : คลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล	13756 : รพ.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	105	289	448,279	149,828	298,451
41687 : คลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล	13781 : รพ.รามารัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล	19	78	127,171	39,825	87,346

TOP 5 โรคที่คลินิกส่งโรงพยาบาลเดอะซีพลัส สมุทรปราการ มากที่สุด

PDX	คน	ครั้ง	เงิน	OPRefer<800	OPRefer>800
Total	325	596	1,031,510	469,596	561,913
I10 Essential (primary) hypertension	114	155	206,799	120,807	85,992
E119 Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	68	104	148,679	83,200	65,479
E789 Disorder of lipoprotein metabolism unspecified	58	74	84,357	57,960	26,397
E10 Insulin-dependent diabetes mellitus	7	8	37,616	6,106	31,510
N40 Hyperplasia of prostate	5	6	6,655	4,080	2,575



ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท

ข้อมูล OP Refer ระหว่าง ต.ค. 67 – มี.ค. 68

TOP 5 หน่วยบริการรับส่งต่อที่คลินิกส่ง OP Refer มากที่สุด

ประเภท	หน่วยรับส่งต่อ	คน	ครั้ง	เงิน	OPRefer<800	OPRefer>800
Total		983	1,727	2,458,683	999,674	1,459,009
42192 : คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท	51701 : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กกล้วยน้ำไท 3	600	798	1,021,317	494,029	527,288
42192 : คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท	15049 : รพ.สิรินธร (หน่วยรับส่งต่อตามเครือข่าย)	376	572	919,894	315,664	604,230
42192 : คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท	13756 : รพ.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	57	157	210,651	76,136	134,515
42192 : คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท	13781 : รพ.รามารัตน์	28	73	123,924	42,139	81,785
42192 : คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท	11535 : รพ.วชิรพยาบาล	9	20	21,081	10,628	10,453

TOP 5 โรคที่คลินิกส่งโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กกล้วยน้ำไท 3 มากที่สุด

PDX	คน	ครั้ง	เงิน	OPRefer<800	OPRefer>800
Total	600	798	1,021,317	494,029	527,288
I10 Essential (primary) hypertension	221	234	359,281	181,192	178,089
E789 Disorder of lipoprotein metabolism unspecified	131	137	193,804	106,820	86,984
E119 Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	105	114	207,783	88,937	118,846
E790 Hyperuricaemia without signs of inflammatory arthritis and tophaceous disease	20	20	30,258	15,565	14,693
H110 Pterygium	7	12	5,125	2,791	2,334



ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกเวชกรรมไอเอ็มเอช สุขสวัสดิ์ 36

ข้อมูล OP Refer ระหว่าง ต.ค. 67 – มี.ค. 68

TOP 5 หน่วยบริการรับส่งต่อที่คลินิกส่ง OP Refer มากที่สุด

ปรณภูมิ	หน่วยรับส่งต่อ	คน	ครั้ง	เงิน	OPRefer<800	OPRefer>800
Total		3,259	9,459	9,358,776	4,742,836	4,615,940
43608 : คลินิกเวชกรรมไอเอ็มเอช สุขสวัสดิ์ 36	11667 : รพ. ไอเอ็มเอช ธนบุรี (หน่วยรับส่งต่อตามเครือข่าย)	3,142	8,528	7,755,029	4,253,189	3,501,840
43608 : คลินิกเวชกรรมไอเอ็มเอช สุขสวัสดิ์ 36	13814 : รพ.ศิริราช	303	701	1,199,717	371,356	828,361
43608 : คลินิกเวชกรรมไอเอ็มเอช สุขสวัสดิ์ 36	13756 : รพ.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	23	67	164,817	37,380	127,437
43608 : คลินิกเวชกรรมไอเอ็มเอช สุขสวัสดิ์ 36	11478 : รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า	23	50	117,777	27,935	89,842
43608 : คลินิกเวชกรรมไอเอ็มเอช สุขสวัสดิ์ 36	11541 : รพ.เจริญกรุงประชารักษ์	14	41	29,939	14,745	15,194

TOP 5 โรคที่คลินิกส่ง รพ.ไอเอ็มเอช ธนบุรี มากที่สุด

PDX	คน	ครั้ง	เงิน	OPRefer<800	OPRefer>800
Total	3,142	8,528	7,755,029	4,253,189	3,501,840
I10 Essential (primary) hypertension	660	891	1,057,546	527,624	529,922
E11.9 Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	461	698	806,542	454,684	351,858
M47.86 Other spondylosis: lumbar region	146	365	231,655	150,217	81,438
I25.1 Atherosclerotic heart disease	173	273	303,247	165,174	138,073
E78.9 Disorder of lipoprotein metabolism unspecified	180	217	201,489	115,826	85,663

สรุปจำนวนเรื่องร้องเรียน ประเด็นที่คลินิกปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด 20 ลำดับแรก

ลำดับ	รายชื่อหน่วยบริการ	วันที่ลงพื้นที่	จำนวนเรื่องร้องเรียน 5 เดือน (เรื่อง)	เฉลี่ยต่อเดือน (เรื่อง)	จำนวนเรื่องร้องเรียน เดือนมีนาคม (เรื่อง)	ประเมิน	หมายเหตุ
1	สุขสภายคลินิกเวชกรรม	17-มี.ค.-68	484	97	105	เพิ่มขึ้น	ติดตามต่อ 1 เดือน
2	มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม สาขา ม.เศรษฐกิจ	26-ก.พ.-68	372	74	67	ลดลง	
3	ราชเทวีการแพทย์คลินิกเวชกรรม	17-มี.ค.-68	305	61	15	ลดลง	
4	วงศ์สว่างสหคลินิก	อยู่ระหว่างดำเนินการ	223	45	192	เพิ่มขึ้น	อยู่ระหว่างดำเนินการ
5	บางยี่เรือธนบุรีสหคลินิก	26-ก.พ.-68	219	44	12	ลดลง	
6	คลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาสาขลา	18-มี.ค.-68	178	36	71	เพิ่มขึ้น	ติดตามต่อ 1 เดือน
7	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขาสุขุมวิท	18-มี.ค.-68	172	34	8	ลดลง	
8	เอสแอลดีดับบลิว 2 คลินิกเวชกรรม	19-มี.ค.-68	152	30	25	ลดลง	
9	พรหมธาตุคลินิกเวชกรรม สาขาบางกะปิ	20-มี.ค.-68	143	29	34	เพิ่มขึ้น	ติดตามต่อ 1 เดือน
10	สหคลินิกมิตรสัมพันธ์	19-มี.ค.-68	141	28	9	ลดลง	
11	รักษ์สุขภาพเพชรเกษม 65 คลินิกเวชกรรม	20-มี.ค.-68	139	28	24	ลดลง	
12	เคสคลินิก สาขาสุขุมวิท 93	18-มี.ค.-68	131	26	20	ลดลง	
13	ประชากรสุขรอบอุบลคลินิกเวชกรรม	17-มี.ค.-68	130	26	180	เพิ่มขึ้น	ติดตามต่อ 1 เดือน
14	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท	18-มี.ค.-68	129	26	5	ลดลง	
15	พุทธสุวรรณคลินิกเวชกรรม	20-มี.ค.-68	124	25	10	ลดลง	
16	คลินิกเวชกรรมบ้านอัมรินทร์	20-มี.ค.-68	123	25	16	ลดลง	
17	คลินิกเวชกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ 11	19-มี.ค.-68	120	24	21	ลดลง	
18	บ้านแสนสุขคลินิกเวชกรรม สาขาจามจุรี	19-มี.ค.-68	99	20	21	เพิ่มขึ้น	ติดตามต่อ 1 เดือน
19	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขารัชดาภิเษก 3	17-มี.ค.-68	93	19	3	ลดลง	
20	นครไชยศรีคลินิกเวชกรรม	17-มี.ค.-68	55	11	83	เพิ่มขึ้น	ติดตามต่อ 1 เดือน

การดำเนินการของสปสช.กรณีคลินิกปฏิเสธการส่งต่อ

1. แจ้งหนังสือราชการให้คลินิกชี้แจงสาเหตุการปฏิเสธส่งต่อ
2. สำนักงานลงพื้นที่พร้อมคณะทำงานฯ อคม.และภาคประชาชนรับฟังปัญหาอุปสรรคของหน่วยบริการและให้ข้อมูลการจัดบริการตามสัญญาบริการสาธารณสุข
3. จัดประชุมทำความเข้าใจการบริหารสัญญาร่วมกับผู้ประกอบการคลินิกชุมชนอบอุ่นทุกสิ้นเดือน โดยในเดือนเมษายน จัดประชุมวันที่ 30 เมษายน 2568 เวลา 13.00 น. - 16.00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารสโมสรสถาบันวิชาการ บริษัทโทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด (มหาชน)
4. กำหนดจัดประชุมเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาศักยภาพสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายในเดือนพฤษภาคม 2568 ใน 4 ประเด็นได้แก่

- 1) การเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่าย
- 2) การบริหารจัดการการส่งต่อ ผ่านเครือข่ายปฐมภูมิ และรพ.รับส่งต่อ

- 3) การบริหารจัดการการเพิ่มการเข้าถึงบริการ PP อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) การสื่อสารกับผู้ป่วย
5. เชิญผู้ประกอบการหารือแก้ไขปัญหาล้างมือ
6. กำกับติดตามข้อร้องเรียนเกิดซ้ำทุกเดือน เพื่อพิจารณาดำเนินการตาม มาตรา 57 มาตรา 59 และ มาตรา 60 ตามพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อไป
7. ใช้กลไกบริหารสัญญาโดยพิจารณาใช้มาตรการทางการเงิน และกำกับสัญญา

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ
 - สรุปสถานการณ์การตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) ปีงบประมาณ 2568 (5 เดือน : ตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568)
 - ข้อร้องเรียนประเด็นการส่งต่อและการดำเนินการงานสปสข.
2. เห็นชอบมอบสปสข.
 - 2.1 เร่งรัดดำเนินการตามข้อเสนอแนวทางการตรวจสอบก่อนจ่าย OP Refer โดยสปสข. สามารถตัดสินใจชี้ขาดในเรื่องการเบิกจ่ายไปได้เลยโดยไม่ต้องรอกระบวนการทำความเข้าใจระหว่างหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด
 - 2.2 จัดอบรมเรื่องหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกฯ ให้ทั้งหน่วยบริการและผู้ตรวจสอบมีความรู้ ความเข้าใจในการตรวจสอบ
 - 2.3 เสนอให้ผู้แทนหน่วยบริการ (รพ./สบส./คลินิก) ร่วมกันจัดทำแนวทาง/ข้อตกลง และ มาตรการการแก้ไขปัญหา กรณีการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีส่งต่อ (OP Refer) เพื่อใช้ปฏิบัติร่วมกัน ลด ภาระในการตรวจสอบข้อมูล
 - 2.4 กรณีหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ส่งต่อนอกเครือข่ายโดยไม่มีเหตุสมควร และหรือ ระยะเวลาในการเดินทางเกินกว่าที่กำหนดให้สปสข. งดการจ่าย OP Refer
3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ
 - สรุปสถานการณ์การตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) ปีงบประมาณ 2568 (5 เดือน : ตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568)
 - ข้อร้องเรียนประเด็นการส่งต่อและการดำเนินการงานสปสข.
2. เห็นชอบมอบสปสข.
 - 2.1 เร่งรัดดำเนินการตามข้อเสนอแนวทางการตรวจสอบก่อนจ่าย OP Refer โดยสปสข. สามารถตัดสินใจชี้ขาดในเรื่องการเบิกจ่ายไปได้เลยโดยไม่ต้องรอกระบวนการทำความเข้าใจระหว่างหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด
 - 2.2 จัดอบรมเรื่องหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกฯ ให้ทั้งหน่วยบริการและผู้ตรวจสอบมีความรู้ ความเข้าใจในการตรวจสอบ
 - 2.3 เสนอให้ผู้แทนหน่วยบริการ (รพ./สบส./คลินิก) ร่วมกันจัดทำแนวทาง/ข้อตกลง และ มาตรการการแก้ไขปัญหา กรณีการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีส่งต่อ (OP Refer) เพื่อใช้ปฏิบัติร่วมกัน ลด ภาระในการตรวจสอบข้อมูล

2.4 กรณีหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ส่งต่อนอกเครือข่ายโดยไม่มีเหตุสมควร และหรือ
ระยะเวลาในการเดินทางเกินกว่าที่กำหนดให้สปช. งดการจ่าย OP Refer

3. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 7.1.4 ข้อเสนอการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีสิทธิทหารผ่านศึกในกทม.

ตามที่สำนักงานฯ ได้เสนอ ข้อเสนอการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีสิทธิทหารผ่านศึกในกทม. ในที่ประชุม
คณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่
4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568 ไปแล้วนั้น สำนักงานขอเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณามติคณะทำงานฯ
ดังนี้

มติในที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568

1. รับทราบ

- ประเด็นการใช้สิทธิเข้ารับบริการของทหารผ่านศึกและคนพิการ ของรพ.พระมงกุฎเกล้า และข้อมูล
การเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีสิทธิทหารผ่านศึก ในกทม.

2. เห็นชอบ

- ให้คำนวณเงินรายหัวสิทธิทหารผ่านศึกในกทม. เข้ากองทุน OP พิกัด กทม. และจ่ายชดเชยตาม
หลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนดเหมือนกรณี OP พิกัด โดยเริ่มตั้งแต่วันรับบริการวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 เป็นต้นไป

3. มอบสปช. ปรับประกาศฯ ที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

4. รับรองมติในที่ประชุม และเสนอต่อสปช. ต่อไป

ที่มา :

รพ.พระมงกุฎเกล้า ทำหนังสือ (ที่ กท 0446.1622585 ลงวันที่ 21 ก.พ. 2568) เรื่อง “การใช้สิทธิเข้า
รับบริการของทหารผ่านศึกและคนพิการ”

- อ้างถึงประกาศฯ เรื่องการใช้สิทธิเข้ารับบริการของทหารผ่านศึกและพิการ ข้อ 3 ให้ทหารผ่านศึกและ
คนพิการใช้สิทธิเข้ารับบริการภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการตามพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2545 ณ หน่วยบริการประจำของตน เว้นแต่มีความจำเป็นอาจไปใช้สิทธิเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการอื่นของรัฐ ก็ได้

- โดยรพ. พระมงกุฎเกล้า ได้ให้การรักษาศูนย์ผู้ป่วยกลุ่มทหารผ่านศึก ซึ่งปัจจุบันเป็นผู้สูงอายุ และมีโรค
เรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง

- ขอให้พิจารณา การใช้สิทธิของทหารผ่านศึกซึ่งต้องใช้ใบส่งตัว เป็นข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถรักษา
ต่อเนื่องที่รพ. ของรัฐได้

จำนวนสิทธิย่อยทหารผ่านศึก

- ทั่วประเทศ 77,368 คน

- กรุงเทพมหานคร 1,568 คน (2.03%)

ประเภทหน่วยบริการ	ประชากรทหารผ่านศึก(คน)
• คลินิกชุมชนอบอุ่น	829
• ศูนย์บริการสาธารณสุข	438
• โรงพยาบาลของรัฐ	270
• โรงพยาบาลเอกชน	31
รวม	1,568

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ

- ประเด็นการใช้สิทธิเข้ารับบริการของทหารผ่านศึกและคนพิการ ของรพ.พระมงกุฎเกล้า และข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีสิทธิทหารผ่านศึก ในกทม.

2. เห็นชอบ

- ให้คำนวณเงินรายหัวสิทธิทหารผ่านศึกในกทม. เข้ากองทุน OP พิการ กทม. และจ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนดเหมือนกรณี OP พิการ โดยเริ่มตั้งแต่วันรับบริการวันที่ 1 พ.ค. 2568 เป็นต้นไป

3. มอบสปสช. ปรับประกาศฯ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- ประเด็นการใช้สิทธิเข้ารับบริการของทหารผ่านศึกและคนพิการ ของรพ.พระมงกุฎเกล้าและข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีสิทธิทหารผ่านศึก ในกทม.

2. เห็นชอบ

- ให้คำนวณเงินรายหัวสิทธิทหารผ่านศึกในกทม. เข้ากองทุน OP พิการ กทม. และจ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนดเหมือนกรณี OP พิการ โดยเริ่มตั้งแต่วันรับบริการวันที่ 1 พ.ค. 2568 เป็นต้นไป

3. มอบสปสช.ปรับประกาศฯ ที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

4. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ

ระเบียบวาระที่ 8.1 ขอเชิญคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ (อปสช. และอคม.) เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 18(10) และ18(13) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครประจำปี 2568 จัดประชุมในวันที่ 22 พ.ค.68 เวลา 09.00 น. - 15.00 น. ณ โรงแรมเซ็นทาราไลฟ์ ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

ช่องทางการเข้าร่วมประชุม

1. ประชุม Onsite ณ โรงแรมเซ็นทาราไลฟ์ ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

2. ผ่านระบบ Zoom online

3. Facebook live

โดยทางสำนักงานฯ จะขออนุญาตประสานไปยัง อปสช. และอคม. เพื่อลงทะเบียนเข้าร่วมงานในลำดับถัดไป

มติที่ประชุม

รับทราบ

- 1 ระเบียบวาระที่ 8.2 กำหนดการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13
2 กรุงเทพมหานคร ปี 2568

ครั้งที่	ว.ค.ป ที่ประชุม
5/2568	วันอังคารที่ 20 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00น.-16.00น.
กำหนดจัดประชุม Committee Relation วันที่ 5 - 6 มิถุนายน 2568	
6/2568	วันพฤหัสบดีที่ 19 มิถุนายน 2568 เวลา 9-12น.
7/2568	วันพฤหัสบดีที่ 17 กรกฎาคม 2568 เวลา 9-12น.
8/2568	วันพฤหัสบดีที่ 21 สิงหาคม 2568 เวลา 9-12น.
9/2568	วันพฤหัสบดีที่ 18 กันยายน 2568 เวลา 9-12น.
10/2568	วันพฤหัสบดีที่ 16 ตุลาคม 2568 เวลา 9-12น.
11/2568	วันพฤหัสบดีที่ 20 พฤศจิกายน 2568 เวลา 9-12น.
12/2568	วันพฤหัสบดีที่ 18 ธันวาคม 2568 เวลา 9-12น.

มติที่ประชุม

รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 8.3 เรื่องจากนพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ ลงพื้นที่คลินิกชุมชนอบอุ่น

จากการลงพื้นที่คลินิกชุมชนอบอุ่นพบว่าเรื่องของการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของคลินิกมีความแตกต่างกัน การส่งต่อผู้ป่วยเป็นปัญหาหลัก โดยเฉพาะกรณีที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา หากสามารถจัดแพทย์เฉพาะทาง เช่น จักษุแพทย์ หรืออายุรแพทย์ ให้มาออกตรวจที่คลินิกเป็นระยะ (เช่น เดือนละ 1-2 ครั้ง) จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อได้ ได้ไปลงเยี่ยมที่คลินิกเวชกรรมมูลนิธิกุ๊กกั๋มไร่ ไทร คุณวิชาญ ประราภว่า จะหาหมอตามาตรวจเพราะมีผู้ป่วยโรคตาที่ต้องส่งต่อเดือนละ 100-120 ราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งต่อเกือบ 100,000 บาท/เดือน หากมีแพทย์จักษุออกตรวจที่หน่วยบริการ และมีเครื่องมือเฉพาะทาง เช่น Slit Lamp จะช่วยลดการส่งต่อ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ จึงได้สื่อสารไปยังโรงพยาบาลต่างๆและบริษัทห้างร้านที่รู้จัก วันนี้ได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายมาบริจาคเครื่อง Slit Lamp มูลค่า 500,000 บาท เพื่อใช้ในคลินิกเป็นจุดเริ่มต้นของ โครงการนำร่อง (Pilot Project) ในการยกระดับบริการของคลินิกชุมชนอบอุ่น ควรศึกษาสถิติการส่งต่อของแต่ละคลินิก เพื่อระบุสาขาเฉพาะทางที่ควรจัดบริการในพื้นที่ ส่งเสริมความร่วมมือกับโรงพยาบาลหรือภาคเอกชนในการจัดหาแพทย์เฉพาะทางหากโครงการนำร่องนี้ประสบความสำเร็จ สามารถขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

มติที่ประชุม

รับทราบ

ปิดการประชุม เวลา 12.30 น.

นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้จัดรายงานการประชุม
ผู้จัดการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

นางสาวภัทรพร กาญจน์ภาส ผู้ตรวจรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

นางสาวอมาวศรี เปาอินทร์ ผู้ทนายรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการกลุ่มรักษาการตำแหน่ง
ผู้อำนวยการเขต สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ห้ามทำสำเนา

เอกสารแนบวาระที่ 5.2.3

โครงการขอรับงบประมาณสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับเขตพื้นที่
เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 เพิ่มเติม จำนวน 3 โครงการ

ตามที่ประชุมคณะทำงานพิจารณากลั่นกรองและกำกับติดตามผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตกรุงเทพมหานคร (PP Areabased) ครั้งที่ 2/2568 มีมติเห็นชอบใน
หลักการจากโครงการที่ขอรับงบประมาณสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับเขต
พื้นที่ เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 3 โครงการ และมอบสำนักงานฯปรับปรุงแก้ไข
รายละเอียดตามข้อเสนอ เพื่อเสนออปสข.พิจารณา ดังนี้

ประเด็นการพิจารณา

1. สรุปจำนวนโครงการฯและงบประมาณ

รายการ	งบประมาณ(บาท)
งบประมาณ PPA ที่เขตกทม.ได้รับจัดสรร 4 บาท:ปชก	30,607,156
โครงการที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะทำงานฯ จำนวน 8 โครงการ	8,560,000
งบประมาณคงเหลือ	22,273,652
- งบโครงการที่อยู่ระหว่างขออนุมัติและจัดทำนิติกรรมสัญญา จำนวน 3 โครงการ	6,754,000
- งบที่คาดว่าจะใช้ทั้งหมด	15,519,652

2. รายละเอียดโครงการฯ จำนวน 3 โครงการ ดังนี้

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

โครงการที่ 1 : โครงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเข้มข้นรายบุคคล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน

งบประมาณที่ขอสนับสนุน : 4,200,000 บาท

วัตถุประสงค์โครงการ 2.1 เพื่อขยายบริการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะคน (Personalized Intensive Lifestyle Modification/coaching Program: PILM) (ภาคผนวก 1) กลุ่มประชากรวัยแรงงาน (อายุ 25-59 ปี) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2.2 เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สถานะสุขภาพของตนเองในระดับที่เข้าใจยอมรับและพร้อมจะพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น

2.3 เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวของผู้เข้าร่วมโครงการในระดับที่พร้อมจะพัฒนาต่อในระยะยาวได้

2.4 เพื่อเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ดัชนีมวลกายเข้าสู่ค่ามาตรฐานที่ควรเป็นของแต่ละบุคคล

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. วัยแรงงานอายุ 25-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจโรคอ้วน และโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้มีการตรวจคัดกรอง การประเมินผล การวินิจฉัย บริการเสริมพลัง บริการ Diet coaching และบริการ Physical Activity Coaching ร้อยละ 100

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้มีสิทธิที่อยู่ในวัยแรงงานอายุ 25-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจโรคอ้วน และโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่สมัครใจเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะคน (Personalized Intensive Lifestyle Modification /coaching Program: PILM) จำนวน 1,500 คน

กิจกรรมบริการ

รายการ	อัตราต่อคน (บาท)	จำนวน เป้าหมาย (คน)	จำนวนเงิน (บาท)
1. เตรียมความพร้อมผู้ให้บริการ โดยผู้เชี่ยวชาญ	100.00	1,500	150,000.00
2. ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง PILM			
2.1 ตรวจคัดกรอง และการประเมินผล	100.00	1,500	150,000.00
2.2 การวินิจฉัย และวางแผน	100.00	1,500	150,000.00
2.3 บริการเสริมพลัง (Empowerment)	1,500.00	1,500	2,250,000.00
2.4 บริการ Diet coaching	250.00	1,500	375,000.00
2.5 บริการ Physical Activity Coaching	250.00	1,500	300,000.00
2.6 การติดตามผู้รับบริการ	100.00 * 4 ครั้ง	1,500	600,000.00
3. ประเมินผลการให้บริการเมื่อสิ้นสุดโครงการ	100.00 * 1 ครั้ง	1,500	150,000.00
รวมบที่ขอการสนับสนุน เป็นจำนวนเงิน 4,200,000.00 (สี่ล้านสองแสนบาทถ้วน)			

ผลลัพธ์

1. ผู้มีสิทธิวัยแรงงานอายุ 25-59 ปีเป้าหมาย มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก เส้นรอบเอว เข้าสู่ค่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น และมีสุขภาพดีขึ้น

2. การขยายบริการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะคน (Personalized Intensive Lifestyle Modification/coaching Program: PILM) ได้รับการพัฒนา และครอบคลุมหน่วยบริการที่หลากหลาย (เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข, คลินิกเอกชน, และคลินิกกายภาพบำบัด) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3. ได้รูปแบบและบทเรียนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะคน ในการขยายไป สู่พื้นที่อื่นต่อไป

ประเด็นการพิจารณา เห็นชอบ โครงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเข้มข้นรายบุคคล และสนับสนุนงบประมาณในวงเงิน 4,200,000 บาท

- กรอบในการสนับสนุนงบประมาณโครงการ
 - เป็นโครงการเพื่อเร่งรัดให้กลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาหรือมีความจำเป็นทางสุขภาพในพื้นที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - เป็นโครงการต้นแบบการบริการหรือโครงการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ที่ได้ผลลัพธ์เป็นรูปธรรมที่สามารถขยายผลการดำเนินการได้
- ขอบเขตบริการของโครงการ : รายการบริการอยู่ในประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข
- เป็นโครงการต่อเนื่อง เป็นปีที่ 1

โครงการที่ 2 : โครงการสำรวจสุขภาพและให้การช่วยเหลือทางการแพทย์สำหรับคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : มูลนิธิอิสรชน

งบประมาณที่ขอสนับสนุน : 404,000 บาท

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ
2. เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และสิทธิรักษาพยาบาลของกลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ
3. เพื่อให้กลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสวัสดิการอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. กลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะจำนวนร้อยละ 100 ของเป้าหมายได้รับการประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมถึงได้รับคำแนะนำสุขภาพและวางแผนการดูแลรายบุคคล
2. คนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะจำนวนร้อยละ 100 ของเป้าหมาย เข้าถึงจุดบริการคนไร้บ้านและผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะแบบบูรณาการ
3. กลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 50 (ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพ) ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้ความช่วยเหลืออย่างน้อย 1 ครั้ง
4. เกิดฐานข้อมูลสุขภาพคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะในพื้นที่เป้าหมาย 1 ฐานข้อมูล

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะในกรุงเทพมหานคร จำนวน 600 คน

- เขตพระนคร (เกาะรัตนโกสินทร์ ตรอกสาเก ราชดำเนิน สนามหลวง) 500 คน
- หัวลำโพง คลองผดุงกรุงเกษม 50 คน
- อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ 50 คน

กิจกรรมบริการ

ลำดับ	รายการบริการ	อัตราค่าเช่า ต่อครั้ง	จำนวน เป้าหมาย	รวมเป็นเงิน (บาท)
1.	การสำรวจเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ ความรู้และวางแผนการดูแลช่วยเหลือคนไร้ บ้านและผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะรายบุคคล 1.1 การสำรวจเพื่อประเมินสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของคนไร้บ้านและผู้ใช้ชีวิตในที่ สาธารณะ และการจัดเก็บข้อมูลเป็นระบบ ผ่านตัว application ระบุประเด็นปัญหา และข้อมูลสุขภาพของคนไร้บ้านตำแหน่งคน ไร้บ้าน และการเข้ารับบริการการ รักษาพยาบาล สิทธิการรักษา เพื่อสามารถ นำไปปรับใช้ในอนาคตเพื่อการพัฒนาเรื่อง สุขภาพของคนไร้บ้านได้ตามความต้องการที่ เหมาะสมจากคนไร้บ้าน 1.2 ให้ความรู้และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ คนไร้บ้านและผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ	400 บาท	600 คน	240,000
2.	บริการคนไร้บ้านและผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ แบบบูรณาการ -ตรวจสุขภาพเบื้องต้น -ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ให้บริการด้านยา -การทำแผล -การส่งต่อกรณีฉุกเฉิน -ย้ายสิทธิการรักษาพยาบาล	350 บาท	400 ครั้ง (patient visit)	140,000
3.	เยี่ยมติดตาม ประเมินสุขภาพ และให้ความ ช่วยเหลือกลุ่มคนไร้บ้านและผู้ใช้ชีวิตใน สาธารณะที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง	300 บาท	80 ครั้ง	24,000
รวม				404,000

ผลลัพธ์

- เกิดแนวทางการทำงานด้านสุขภาพที่สอดคล้องและเหมาะสมแก่ความต้องการของกลุ่มคนไร้บ้านหรือ
ผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ
- เกิดฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะเพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล
และการดูแลเชิงประชากร

3. กลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะในพื้นที่เป้าหมายมีความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และสิทธิรักษาพยาบาลของตน
4. กลุ่มคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะในพื้นที่เป้าหมายได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสวัสดิการอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นการพิจารณา เห็นชอบ โครงการสำรวจสุขภาพและให้การช่วยเหลือทางการแพทย์สำหรับคนไร้บ้านหรือผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และสนับสนุนงบประมาณในวงเงิน 404,000 บาท

- กรอบในการสนับสนุนงบประมาณโครงการ
 - เป็นโครงการเพื่อเร่งรัดให้กลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาหรือมีความจำเป็นทางสุขภาพในพื้นที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - เป็นโครงการต้นแบบการบริการหรือโครงการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ที่ได้ผลลัพธ์เป็นรูปธรรมที่สามารถขยายผลการดำเนินการได้
- ขอบเขตบริการของโครงการ : รายการบริการอยู่ในประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข
- เป็นโครงการต่อเนื่อง เป็นปีที่ 1

โครงการที่ 3 : โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตการบริโภคอาหารให้ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ในตับ เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในกรุงเทพมหานคร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : นิยตาศิลินเวชกรรม

งบประมาณที่ขอสนับสนุน : 2,150,000 บาท

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนทั่วไป
2. เพื่อบริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
3. ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้รับความรู้และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดพยาธิใบไม้ตับ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน
4. เพื่อลดอุบัติการณ์ และลดความสูญเสียจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่

เป้าหมายการดำเนินงาน

1. ประชาสัมพันธ์กิจกรรม และคัดเลือกรกลุ่มเสี่ยง รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และจัดเก็บข้อมูลประชากร ได้ร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย
2. ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจสำเร็จรูปชนิดเร็ว OV-ATK พร้อมให้ความรู้ ได้ร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย
3. ติดตามผลการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่ให้ผลบวกและผลลบที่ติดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้ร้อยละ 60 ของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ติดตาม
 - 3.1 การให้ความรู้ ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจสำเร็จรูปชนิดเร็ว OV- ATK จำนวน 10,000 คน
 - 3.2 ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนที่มีความเสี่ยง ของพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 4,000 คน

- 1
- 2
- 3 **กลุ่มเป้าหมาย**
- 4 ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครอายุ 15 ขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 5 ในเขตพื้นที่เป้าหมายใน ชุมชนที่มีความเสี่ยง บริษัทหน่วยงานที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มคนงานกรรมกร
- 6 พนักงานกวาดถนน เก็บขยะ ผู้ใช้แรงงาน
- 7 **กิจกรรมบริการ**

ลำดับ	รายละเอียดกิจกรรมการดำเนินการ	ค่าใช้จ่าย ต่อหน่วย	จำนวน หน่วย	รวม
1	กิจกรรมที่ 1 สำรวจและประเมินข้อมูลประชาชนในกลุ่มเสี่ยงด้านข้อมูลที่อยู่อาศัย สุขลักษณะการใช้ห้องสุขา การรับประทานอาหาร พฤติกรรมที่มีผลในการแพร่ระบาด	50	10,000	500,000
2	กิจกรรมที่ 2 ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจสำเร็จรูปชนิดเร็ว QV-ATK	เบิกในKTB	10,000	-
3	กิจกรรมที่ 3 ติดตามผลการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน 3.1 ติดตาม ให้คำแนะนำและการปรับพฤติกรรม การอยู่อาศัย สภาพแวดล้อม การใช้สุข การบริโภคอาหาร เพื่อห่างไกลพยาธิใบไม้ครั้งที่1 3.2 ค่าชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ตรวจในรายที่การตรวจครั้งที่1 ให้ผลบวก 3.3 ติดตาม ให้คำแนะนำและการปรับพฤติกรรม การอยู่อาศัย สภาพแวดล้อม การใช้สุข การบริโภคอาหาร เพื่อห่างไกลพยาธิใบไม้ครั้งที่2	150* 150* 150*	4,000 3,000 4,000	600,000 450,000 600,000
	รวมยอดงบประมาณโครงการ			2,150,000

- 8
- 9 **ผลลัพธ์**
- 10 1) ประชาชนในพื้นที่ที่มีความเข้าใจอย่างถูกต้องและตระหนักเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 11 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงการบริการตรวจคัดกรอง ได้รับการส่งต่อรักษาในรายที่ผิดปกติและมีการติดตาม
- 12 ดูแลอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง
- 13 3) ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะยาว และลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคม
- 14 **ประเด็นการพิจารณา เห็นชอบ** และให้ผู้นำเสนอโครงการปรับปรุงที่เสนอมาให้เหมาะสมและสำนักงานพิจารณา
- 15 ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยว่าเหมาะสมต่อรายการบริการ พร้อมตรวจสอบการให้บริการไม่ให้มีการเบิกซ้ำซ้อนในรายการ
- 16 FFS
- 17 • กรอบในการสนับสนุนงบประมาณโครงการ
- 18 ○ เป็นโครงการเพื่อเร่งรัดให้กลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาหรือมีความจำเป็นทางสุขภาพในพื้นที่
- 19 เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 20 ○ เป็นโครงการต้นแบบการบริการหรือโครงการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ที่ได้ผลลัพธ์เป็นรูปธรรม
- 21 ที่สามารถขยายผลการดำเนินการได้
- 22 • ขอบเขตบริการของโครงการ : รายการบริการอยู่ในประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข

- 1 • เป็นโครงการต่อเนื่อง เป็นปีที่ 1
- 2 หมายเหตุ ผู้นำเสนอโครงการอยู่ระหว่างแก้ไขโครงการฯ

เอกสารแนบวาระที่ 7.1.1

Historical

มติคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
ประเด็น การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ปีงบประมาณ 2567

ที่	ประเด็น/มติ	file
ครั้งที่ 11/2566 วันอังคารที่ 19 ธันวาคม 2566	สถานการณ์ค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ 2567 (ตั้งแต่ 1 ต.ค.-30 พ.ย.66) OP Refer จ่าย 480 ลบ. (67%) OP FS จ่าย 240 ลบ. (33%) มติ : รับทราบสถานการณ์ค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ 2567 และให้ สปสช.จ่าย OP FS Model 5 ในอัตรา 0.7 บาท/Point ระหว่างรอคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลจัดทำข้อเสนอการจ่ายแล้วเสร็จ	 รายงานการประชุมอปสช. ครั้งที่ 11-2566-19ธ.ค.66
ครั้งที่ 2 / 2567 วันอังคารที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567	เสนอ กรอบงบประมาณการจัดสรรค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP New Model 5) ปีงบประมาณ 2567 ตามกรอบงบประมาณ (พลาจก่อน) ตั้งแต่ 1 ต.ค.66 - 29 ก.พ.67 และ ตั้งแต่ 1 มี.ค. 67 เป็นต้นไป มติ : เห็นชอบกรอบงบประมาณการจัดสรรค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP New Model 5) ปีงบประมาณ 2567 (5 เดือนแรก และ 7 เดือนหลัง) ที่จะต้องดำเนินการตามหลักการบริหารแบบปลายปิดอย่างเคร่งครัด	 รายงานการประชุมอปสช. ครั้งที่ 2-2567-27ก.พ.67
ครั้งที่ 3 / 2567 วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2567	รายงานสถานการณ์ OP New Model 5 หลังปรับรูปแบบและข้อเสนอจากคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลฯ มติรับทราบข้อเสนอคณะทำงานฯ CEO 1. เห็นชอบกรอบการจัดสรรค่าบริการ OP capitation ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2567 ดังนี้ รอบ 1-15 ของเดือน โอนภายในวันที่ 22 ของเดือน รอบ 16-สิ้นเดือน โอนภายในวันที่ 7 ของเดือนถัดไป 2. การส่งข้อมูลในปีงบประมาณ 2567 สำหรับบริการที่เกิดขึ้นก่อนวันที่ 1 มีนาคม 2567 ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลภายในวันที่ 31 มีนาคม 2567 โดยเบิกจ่ายจากวงเงิน Global budget 5 เดือนแรก ทั้งนี้ หากหน่วยบริการส่งข้อมูลเกินระยะเวลาที่กำหนด (31 มีนาคม 2567) จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย 3. การกันเงินสำหรับกองทุน OP Refer จำนวน 30 บาท/ปชก./เดือน - หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามจ่ายส่วนแรก ไม่เกิน 800 บาท/visit - ส่วนเกินจาก 800 บาท/Visit ให้จ่ายจากเงินกองทุน OP Refer ทั้งนี้ หากเงินกองทุน OP refer ไม่เพียงพอ ให้ดำเนินการหักเงินเพิ่มเติม หรือ หากเงินกองทุน OP refer เหลือให้คืนเงินให้หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยขอให้มีการประเมินผลกระทบทุก 1 เดือน	 รายงานการประชุมอปสช. ครั้งที่ 3-2567-15 มี.ค.67
ครั้งที่ 5 / 2567 วันอังคารที่ 14 พฤษภาคม 2567	1. การตรวจสอบข้อมูล ตามข้อสังเกตของคลินิก (สายงานบริหารกองทุน สปสช.) พบว่าจำนวนเงินจ่ายชดเชยสูงผิดปกติ และ เบิกจ่ายผิดกองทุน 2. สถานการณ์การเบิกจ่ายค่าบริการ OP Refer กรณี OP new model 5 ตั้งแต่ 1 มี.ค.-30 เม.ย.67 ยอดค้าง 100 กว่าล้าน 3. ผลการตรวจสอบความผิดปกติจาก OSR	 รายงานการประชุมอปสช. ครั้งที่ 5-2567-14พ.ค.67

ที่	ประเด็น/มติ	file
	มติ 1. กรณี สร้างหลักฐานและเบิกเป็น OP Anywhere ถือเป็นความผิดที่ต้องเรียกเงินคืน และมอบสปสข.ดำเนินการตามระเบียบต่อไป 2. กรณีผู้รับบริการไม่ได้รับบริการจริง หรือจำนวนยาไม่ตรงกับที่เบิกชดเชย หรือการเบิกรายการที่ไม่เหมาะสม การเบิกผิดกองทุน เห็นควรส่ง Post Audit เพื่อดำเนินการตรวจสอบในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 3. กรณีที่พบประเด็นแล้วยังไม่ได้จ่ายชดเชย ขอให้สปสข.ชี้แจงหน่วยบริการเพื่อทำความเข้าใจ หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่ถูกต้อง และกรณีที่เบิกคลาดเคลื่อน โดยให้ทำหนังสือชี้แจงมายังสำนักงาน	
ครั้งที่ 6 / 2567 วันอังคารที่ 25 มิถุนายน 2567	รายงานความก้าวหน้าการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณี Model 5 ปีงบประมาณ 2566 - 2567 1. สถานการณ์เบิกจ่ายค่าบริการตามผลงานบริการ (Central Reimburse) ปีงบประมาณ 2567 ข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2567 กองทุน OPAE ติดลบ 41 ล้านบาท คาดการณ์ทั้งปีจะติดลบประมาณ 386 ล้านบาท (ต้องกันเงินเพิ่ม 36.67 บาท/ประชากร ในเดือนที่เหลือ กค.-กย.) 2. สถานการณ์การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณี Model 5 ปีงบประมาณ 2567 คาดการณ์ 5 เดือนแรก -917.11 ล้านบาท คาดการณ์ทั้งปี (5 เดือนแรก+7เดือนหลัง) -674.30 ล้านบาท มติ เห็นชอบให้กันเงินเพิ่มเติม เฉพาะเดือนกรกฎาคม 2567 - กันเงิน CR เพิ่ม 25 บาท/ประชากร/ด รวมเป็น 23.63+25 = 48.63 บาท/ปชก/ด - กันเงิน OP Refer ปี 2567 จาก 30 บาท/ปชก/ด เหลือ 20 บาท/ปชก/ด	 รายงานการประชุมอปสข. ครั้งที่ 6-2567-25.มิ.ย.67
กค.67	ไม่มีการประชุม	
(ชุดวิชาการ) ครั้งที่ 7 / 2567 วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2567	รายงานสถานการณ์เบิกจ่ายค่าบริการ Central Reimburse ปี 2567 (ตค.-กค.67) ไม่เพียงพอ - 177.45 ล้านบาท มติ 1. ให้กันเงิน CR เพิ่มจากเดิม 10บาท/ปชก./เดือน รวมเป็น 33.63 บาท/ปชก./เดือน และกันเงิน OP Refer 30 บาท/ปชก./เดือน ในเดือน ส.ค.2567 และก.ย. 2567 2. ให้ชะลอการจ่ายเงิน CR ไว้ก่อน จนกว่าจะตรวจสอบข้อมูลแล้วเสร็จ และให้นำข้อมูลมาพิจารณาในเดือนถัดไป 2.1 หากสิ้นปีงบประมาณและตรวจสอบเสร็จสิ้นแล้ว เมื่อปิดงบแล้วมีเงินคงเหลือ ก็จะจ่ายเงินคืนให้หน่วยบริการต่อไป 2.2 ภายหลังการตรวจสอบ หากเงินไม่เพียงพอ เสนอพิจารณา 2 ทางเลือก 2.2.1 กรณี CR จ่ายตาม point system 2.2.2 ขอให้เพิ่มความเข้มข้นในการตรวจสอบกองทุนอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น OP พิจารณา	 รายงานการประชุมอปสข. ครั้งที่7-2567-22 ส.ค.67
(ชุดวิชาการ) ครั้งที่ 8 / 2567 วันศุกร์ที่ 20 กันยายน 2567	รายงานผลการดำเนินงานตรวจสอบข้อมูลค่าบริการผู้ป่วยนอก เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2566 – 2567 (5 เดือนแรก) ผ่านระบบ Claim Viewer (ตรวจโดยคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 2 – 19 กันยายน 2567) มติ	 รายงานการประชุมอปสข. ครั้งที่ 8-2567- 20 ก.ย.6

ที่	ประเด็น/มติ	file
	1. กรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่ กทม.ให้กันเงินไว้ภายใต้วงเงิน capitation ตามประชากรที่ลงทะเบียน ณ 30 ก.ย.67 ใช้จ่าย ค่าใช้จ่ายค่าบริการที่ค้างจ่ายของปีงบประมาณ 2567 ในระหว่างการตรวจสอบข้อมูลตามกรอบระยะเวลาที่เสนอ 2. การจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ ภายใต้วงเงินที่สปสข.มีเงินเหลือพอที่จะจ่ายได้ ในเดือนสิงหาคม งวดที่ 2 และกันยายน 2567 ขอให้จ่ายเรียงตามลำดับ ความสำคัญดังนี้ 1) OP capitation และกรณีที่มี OP refer 800 บาทแรก ให้หักเงินโดยเหลือเงิน OP capitation ให้หน่วยบริการไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 2) OP CR bkk 3) OP refer 800 บาทแรก ที่เหลือจากข้อที่1 และที่เกิน 800บาท	

1
2
3

การบริหารกองทุนOP กทม. ปีงบประมาณ 2567

การบริหารกองทุนOP กทม. ปีงบประมาณ 2567	
5 เดือนแรก : ตค.66-กพ.67	7 เดือนหลัง : มีค.67- กย.67
จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
ประกาศที่เกี่ยวข้อง	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
1. ประกาศสปสข. ปี 67 เริ่มใช้ 1 ตค.66	1. ประกาศสปสข. ปี 67 เริ่มใช้ 1 ตค.66
2. ประกาศ OP กทม.ปี 65 และ	2. ประกาศ OP กทม.ปี 67 เริ่มใช้ 1 มีค.67
3. ประกาศ OPกทม. ปี 66 (เริ่มใช้ 29 มีค.66)	(บริการก่อน 1 มีนาคม 2567 ให้เรียกเก็บให้แล้วเสร็จภายใน 31 มีนาคม 2567 ประกาศ ณ วันที่ 25 มีนาคม 2567)
หลักเกณฑ์การจ่าย	หลักเกณฑ์การจ่าย
กันเงิน CR ร้อยละ 20 ของอัตราต่อผู้มีสิทธิ	กันเงิน CR ร้อยละ 20 ของอัตราต่อผู้มีสิทธิ
กรณีการรับส่งต่อ จ่ายตามFS และค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง	กรณีการรับส่งต่อ สปสข.หักเงิน Model5 ในจ่ายส่วนแรก ไม่เกิน 800 บาท/visit ส่วนเกินจาก 800 บาท/Visit หักจากเงินกองทุน OP Refer
กรณี Model 5 คำนวณ GB จ่ายตาม point system with GB ไม่เกิน 1 บาท/point	กรณี Model 5 และ Model 1,2,4,5.3 จ่าย OP Capitation หลังกันเงิน

4

กรอบการจัดสรรงบประมาณค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตกทม. ปีงบประมาณ 2567

ตามมติ อปสข. ครั้งที่ 3/67 วันที่ 15 มี.ค.67
ตามประกาศ OP กทม.67 มีผลตั้งแต่ 1 มี.ค.67 เป็นต้นไป
(บริการก่อน 1 มี.ค.67 ให้เรียกเก็บภายใน 31 มี.ค. 67)
ประกาศ ณ วันที่ 25 มี.ค. 67)

