

และประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Zoom meeting)

(1) นายวิชัย โชควิวัฒน์	ประธานอนุกรรมการ
(2) นายอาร์กซ์ วงศ์วรชาติ	อนุกรรมการ
(3) นายจิรพงษ์ ทรงวัชรภรณ์	อนุกรรมการ
(4) นายพินัย ล้วนเลิศ	อนุกรรมการ
(5) นายวีระพันธ์ ลีธนะกุล	เลขานุการ

(1)	รองศาสตราจารย์พลตรีหญิงฤติวิไล สามโกเศศ	อนุกรรมการ
(2)	นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	อนุกรรมการ
(3)	ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา	อนุกรรมการ
(4)	รองศาสตราจารย์ซัชชาติ สิทธิพันธุ์	อนุกรรมการ
(5)	นายกองตรีธนกฤต จิตรอารีย์รัตน์	อนุกรรมการ
(6)	นายนเรศฤทธิ์ ชัดตะสีมา	อนุกรรมการ
(7)	นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์	อนุกรรมการ
(8)	นางสาววรรณภา แก้วชาติ	อนุกรรมการ
(9)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ	อนุกรรมการ
(10)	นายวิชาญ มินชัยนันท์	อนุกรรมการ
(11)	พลเอกเอกจิต ช่างหล่อ	อนุกรรมการ
(12)	นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	อนุกรรมการ
(13)	นายสมชาย กระจำแสง	อนุกรรมการ
(14)	นางประจวบ ทิทอง	อนุกรรมการ
(15)	นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว	อนุกรรมการ
(16)	นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ	อนุกรรมการ
(17)	นางวิศัลย์ศิริ ตันตระกูล	อนุกรรมการ

(1)	รองศาสตราจารย์สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	อนุกรรมการ
(2)	นายปรีชา พันธุ์ติเวช	อนุกรรมการ
(3)	นางสาวแพรว จิตตินันทน์	อนุกรรมการ

1 4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| (1) นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ | ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช. |
| (2) พันโทณรงค์ศักดิ์ ถัมภ์บรรทุ | ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 13 กทม. |
| (3) นางสาวภัทรรณ กาญจน์ภาส | ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช.เขต 13 กทม |
| (4) นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ | ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต 13 กทม |
| (5) นางชาลิมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์ | สปสช. เขต 13 กทม. |
| (6) นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา | สปสช. เขต 13 กทม. |
| (7) นางสาวอุษณา รัตนภรณ์พิศิษฐ์ | สปสช. เขต 13 กทม. |

2 5. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) นายดุสิต ขำชัยภูมิ | รองเลขาธิการ สปสช. |
| (2) นายการุณย์ คุณติรานนท์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ สายงานบริหารกองทุน |
| (3) นางสาวพิมพ์พัสสา ศรีเมือง | รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการการจัดสรรฯ |
| | งบประมาณกองทุน |
| (4) นางบุญสิงห์ มีมะโน | ผู้อำนวยการกอง สปสช. เขต 13 กทม. |

9 เปิดการประชุมเวลา 09.00 น.

10 การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่
 11 ที่ 7/2568 ในวันพฤหัสบดีที่ 17 กรกฎาคม 2568 ณ ห้องประชุม 1 สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ศูนย์ราชการ
 12 เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ zoom conference
 13 โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป ซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบและประกาศที่กำหนด และฝ่าย
 14 เลขานุการฯ ได้จัดส่งเอกสารประกอบการประชุมที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้อนุกรรมการฯ ทุกท่านแล้ว โดยการ
 15 ประชุมครั้งนี้มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุม สปสช.กทม. จำนวน 4 ท่าน มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมผ่าน
 16 สื่ออิเล็กทรอนิกส์จำนวน 17 ท่าน และมีอนุกรรมการ ลาประชุมจำนวน 3 ท่าน จากนั้น ได้เชิญอนุกรรมการแสดงตน
 17 โดยอนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขอให้เปิดวิดีโอเพื่อบันทึกภาพและชานชื่อ พร้อมแจ้งรับรอง
 18 ตนเองเรื่องการไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียตามลำดับ ทั้งนี้สรุปผลการรับรองการมีส่วนได้เสียในการประชุม
 19 คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ไม่มีอนุกรรมการแจ้งว่าเป็นผู้มี
 20 ส่วนได้เสีย

22 ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

24 1. ขอแสดงความยินดีในวาระดำรงตำแหน่งใหม่

25 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเสนอแต่งตั้ง
 26 นายกองตรี ธนภฤต จิตรอารีย์รัตน์ เป็นข้าราชการการเมือง ตำแหน่งเลขานุการรัฐมนตรี
 27 ว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ ให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 เป็นต้นไป

2. แจ้งคณะทำงานฯ ภายใต้อปสข.ลาออก

2.1 พันตำรวจเอกรัฐศักดิ์ รักสกลาม ขอลาออกจากการเป็นคณะทำงานพัฒนาระบบ การเข้าถึงสิทธิและบริการของกลุ่มเปราะบาง และชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากไปปฏิบัติภารกิจใหม่ที่กระทรวงพลังงาน ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2568 เป็นต้นไป

2.2 พลตรีนพ.เหรียญทอง เน้นหนา ขอลาออกจากการเป็นคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม 2568 เป็นต้นไป

ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองระเบียบวาระการประชุม

รับรองระเบียบวาระการประชุมครั้งที่ ครั้งที่ 7 / 2568 วันพฤหัสบดีที่ 17 กรกฎาคม 2568
มติที่ประชุม

รับรองระเบียบวาระการประชุมครั้งที่ ครั้งที่ 7 / 2568 วันพฤหัสบดีที่ 17 กรกฎาคม 2568

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องด่วน

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ 4 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 6/2568 วันพฤหัสบดีที่ 19 มิถุนายน 2568 ให้คณะอนุกรรมการฯ ทุกท่านตรวจสอบ และไม่มีคณะอนุกรรมการฯ แจ้งแก้ไขมายังเลขานุการ

มติที่ประชุม

รับรองรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 6/2568 วันพฤหัสบดีที่ 19 มิถุนายน 2568 โดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องสืบเนื่อง

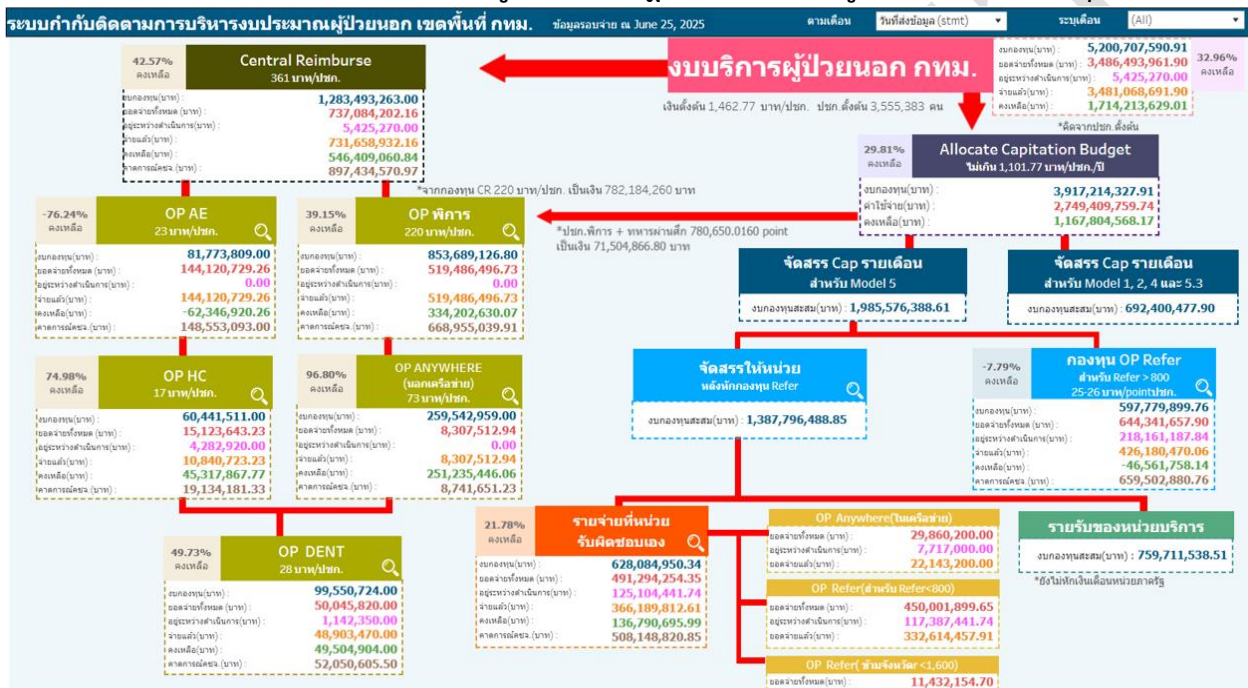
ระเบียบวาระที่ 5.1 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ในภาพรวม ปีงบประมาณ 2568

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 9 กรกฎาคม 2568

1. รับทราบสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ณ 1 ก.ค. 68
2. กรณี OP Refer ขอให้หน่วยบริการรับส่งต่อเร่งรัดการส่งข้อมูลมาให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด โดยสำนักงานฯ จะดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการฯ ตามมติ อปสข.และประกาศฯ ที่เกี่ยวข้องต่อไป
3. ให้สปสข. วิเคราะห์ข้อมูล กรณี OP พิการและ OP AE เพิ่มเติม และนำเสนอในการประชุมคณะทำงานฯ ครั้งต่อไป
4. รับรองมติในที่ประชุม และให้เสนอต่ออปสข. ต่อไป

- 1 สรุปสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ยอดค่าใช้จ่ายถึงเดือน มิ.ย. 68
- 2 ข้อมูล ณ 1 ก.ค. 68 ดังนี้
- 3 1. ภาพรวมเงิน OP กทม. คงเหลือ 1,714.21 ล้านบาท คิดเป็น 32.96%
- 4 2. กองทุน CR (วงเงินทั้งปี) คงเหลือ 546.40 ล้านบาท คิดเป็น 42.57 % (ยังไม่รวมเงินสิทธิพิการทหารผ่านศึก)
- 5 - กองทุน OP AE คงเหลือ -62 ล้านบาท คิดเป็น -76.24 %
- 6 3. กองทุน OP Refer (ยอดค่าใช้จ่าย 8.5 เดือน) คงเหลือ ณ 1 ก.ค.68 เท่ากับ -46 ล้านบาท คิดเป็น -7.79 %
- 7 แต่เนื่องจากการมีเงินเพิ่มเติมอัตรา 360 บาท/ปชก. แล้ว มีผลทำให้วงเงินกองทุนเพิ่มขึ้น ประมาณการงบ
- 8 คงเหลือปี 68 จำนวน 8 ล้านบาท คิดเป็น 3 บาท/ปชก/ปี

10 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ข้อมูล ณ 1 กรกฎาคม 2568 (ข้อมูลการจ่ายถึงเดือนมิถุนายน 2568)



13 ประมาณการค่าใช้จ่ายงบ CR ในปีงบประมาณ 2568 (ข้อมูลการจ่ายถึงเดือนมิถุนายน 2568)

14 กรณี CR คาดการณ์ทั้งปี เงินกองทุน OP AE และ OP พิกัด จะไม่เพียงพอ แต่ในภาพรวมประมาณการ

15 แล้วจะมีเงินเหลือประมาณ 88 ล้านบาท จึงยังพิจารณาเงินเบื้องต้น 361 บาท/ปชก. เท่าเดิม ทั้งนี้ สำนักงานฯ

16 อยู่ระหว่างเรียกเงินคืนกรณีเบิก OP AE ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ได้นำเสนอในครั้งที่ผ่านมา จะมีผลทำให้ประมาณ

17 การจ่ายลดลง

1

กองทุน	วงเงินตั้งต้น	คาดการณ์ ค่าใช้จ่าย ถึงเดือน มิ.ย.68	ประมาณการจ่าย ทั้งปี 68	ประมาณการ คงเหลือ
ภาพรวม Central Reimburse	1,354,998,129.80	897,434,570.97	1,266,966,453.13	88,031,676.67
OPAE	81,773,809.00	148,553,093.00	209,722,013.65	-127,948,204.65
Opฟิการ*	853,689,126.80	668,955,039.91	944,407,115.17	-90,717,988.37
OPHC	60,441,511.00	19,134,181.33	27,012,961.88	33,428,549.12
OP Dent	99,550,724.00	52,050,605.50	73,483,207.76	26,067,516.24
OP Anywhere	259,542,959.00	8,741,651.23	12,341,154.68	247,201,804.32

2 หมายเหตุ : OP ฟิการ* รวมเงินสิทธิฟิการและทหารผ่านศึก 71.5 ล้านบาท

3 อัตราการกันเงิน CR 361-410 บาท/ปชก/ปี

4

5 สถานการณ์การเบิกจ่าย OP Refer ณ เดือนมิถุนายน 2568

กองทุน OP Refer (ในส่วนตามจ่าย > 800 บาท)	วงเงินสะสม 8.5 เดือน	คาดการณ์ ค่าใช้จ่าย ประมาณ 8.5 เดือน	คงเหลือ	บาท/ปชก.
กันเงิน 360 บาท/ปชก/ปี	597 ล้านบาท	659 ล้านบาท	-62 ล้านบาท	- 23

6

7 ประมาณการ การเบิกจ่าย OP Refer ปีงบประมาณ 2568

กองทุน OP Refer (ในส่วนตามจ่าย > 800 บาท)	ประมาณการ วงเงินทั้ง ปีงบประมาณ 2568	ประมาณการค่าใช้จ่าย ทั้งปีงบประมาณ 2568		ประมาณการคงเหลือ	
		จำนวนเงิน	บาท/ปชก.	จำนวนเงิน	บาท/ปชก.
กันเงิน 360 บาท/ปชก/ปี	939 ล้านบาท	931 ล้านบาท	357	8 ล้านบาท	3

8 หมายเหตุ : คำนวณภายใต้ จำนวน ปชก. Model5 : 2.61 ล้านคน

การบริหารเงินค้ำจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2568 จวด 16-30 มิ.ย. 68

ที่มา : มติที่ประชุม อปสข. ครั้งที่ 2 /2568 วันที่ 20 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) สูงมากเกินรายรับที่มี ให้ทยอยหักรายเดือนจนครบทุกเดือนโดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2568

2.2) มีรายจ่าย (ติดบวก) ต่ำกว่ารายรับที่มีให้จัดสรรเงินคืน ไตรมาสละครั้ง

2. มอบ สปสช.กำกับติดตาม และรายงานอย่างต่อเนื่อง และรายงานต่ออปสข.เพื่อทราบ

สำนักงานฯ จะดำเนินการจัดสรรเงินค้ำจ่ายหลังหักค่าใช้จ่ายตามมติอปสข. คืนให้หน่วยบริการที่มีรายจ่ายต่ำกว่ารายรับ ในไตรมาส 3 ภายในเดือนกรกฎาคม 2568

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ณ 1 ก.ค. 68

2. กรณี OP Refer ขอให้หน่วยบริการรับส่งต่อเร่งรัดการส่งข้อมูลมาให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด โดยสำนักงานฯ จะดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการฯ ตามมติ อปสข.และประกาศที่เกี่ยวข้องต่อไป

3. ให้สปสช.วิเคราะห์ข้อมูล กรณี OP พิการ และ OP AE เพิ่มเติม และนำเสนอในการประชุมคณะทำงานฯ CFO ครั้งต่อไป

4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ณ 1 ก.ค. 68

2. กรณี OP Refer ขอให้หน่วยบริการรับส่งต่อเร่งรัดการส่งข้อมูลมาให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด โดยสำนักงานฯ จะดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการฯ ตามมติ อปสข.และประกาศที่เกี่ยวข้องต่อไป

3. ให้สปสช.วิเคราะห์ข้อมูล กรณี OP พิการ และ OP AE เพิ่มเติม และนำเสนอในการประชุมอปสข.ครั้งต่อไป โดยผ่านคณะทำงานฯ CFO ครั้งต่อไป

4. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องเพื่อทราบ

ระเบียบวาระที่ 6.1 รายงานผลการตรวจสอบความผิดปกติในการเบิกจ่ายค่าบริการ OP P&P และนวัตกรรม
มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 9 กรกฎาคม 2568

1. รับทราบผลการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการ OP AE, P&P, นวัตกรรม ที่ผิดปกติและไม่ถูกต้อง ตามที่
สำนักงานนำเสนอ และการดำเนินการกับหน่วยบริการที่พบความไม่ถูกต้อง ตามขั้นตอนและระเบียบฯ ที่เกี่ยวข้อง
2. ให้สปสช.นำข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำของคณะทำงานฯ ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานหรือป้องกันการ
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

1) หากจะมีการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการในพื้นที่จากการยกเลิกสัญญาเพราะเบิกจ่ายผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อ
การให้บริการในพื้นที่ขอให้สปสช. สื่อสารแจ้งเตือนไปยังศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทองในพื้นที่ เพื่อหามาตรการ
รองรับต่อไป

2) ขอให้สื่อสารไปยังสาธารณะว่าสปสช. มีการควบคุมกำกับ และตรวจสอบความผิดปกติในการเบิกจ่าย และ
สื่อสารไปยังหน่วยบริการทุกแห่งให้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและเบิกจ่ายให้ถูกต้อง

3) สปสช.ควรตั้งทีมตรวจสอบขึ้นทะเบียนหน่วยนวัตกรรมก่อนให้เข้าระบบ UC

3. รับรองมติในที่ประชุมและเสนอต่อ สปสช.ต่อไป

- 1 Top 10 หน่วยบริการในกทม. ที่มีรายรับค่าบริการ P&P Fee Schedule ระดับประเทศ (29 รายการหลัก)
- 2 (ข้อมูล 9 เดือน : 1 ต.ค.67-30 มิ.ย.68)

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ	สังกัด	ประเภท	ครั้ง	เงิน	บาทต่อครั้ง
1	13814	รพ.ศิริราช	รัฐนอก สธ.	รพ.รับส่งต่อ	52,191	18,679,605	357.91
2	12438	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	รัฐใน สธ. (นอก สป.)	รพ.รับส่งต่อ	57,852	17,830,465	308.21
3	13781	รพ.รามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล	รัฐนอก สธ.	รพ.รับส่งต่อ	40,343	17,157,545	425.29
4	41794	บี เอ็ม แอล คลินิกเทคนิค การแพทย์	เอกชน	นวัตกรรม ด้านเทคนิค การแพทย์	1,022	9,470,350	9,266.49
5	44790	สหคลินิกหทัยราษฎร์เชื่อม สัมพันธ์ *	เอกชน	นวัตกรรม ด้าน เวชกรรม	9,449	7,079,600	749.24
6	14641	รพ.ราชพิพัฒน์	รัฐนอก สธ.	รพ.รับส่งต่อ	40,073	6,243,265	155.80
7	41796	คลินิกเทคนิคการแพทย์ วิ ประกฤษิต	เอกชน	นวัตกรรม ด้านเทคนิค การแพทย์	462	4,510,000	9,761.90
8	41072	รพ.ทั่วไปขนาดเล็กสววิทยการ มะลิ	เอกชน	รพ.รับส่งต่อ	109,107	4,375,490	40.10
9	11472	รพ.ราชวิถี	รัฐใน สธ. (นอก สป.)	รพ.รับส่งต่อ	16,448	4,358,055	264.96
10	11537	รพ.กลาง	รัฐนอก สธ.	รพ.รับส่งต่อ	37,600	4,352,570	115.76

- 3 หมายเหตุ : ลำดับ 5 ตรวจพบความผิดปกติในการเบิกจ่าย

4

5

- 1 Top 10 หน่วยบริการปฐมภูมิในกทม. ที่มีรายรับค่าบริการ P&P Fee Schedule กทม. (11 รายการหลัก)
- 2 (ข้อมูล 9 เดือน : 1 ต.ค.67-30 มิ.ย.68)

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ	ประเภท	ครั้ง	เงิน	บาทต่อครั้ง
1	43398	หทัยราษฎร์คลองสามวา สหคลินิก	ปฐมภูมิ	35,958	7,891,550	219.47
2	43422	สหคลินิกแบงค์คอกปีเฮลท์	นวัตกรรมด้านเวชกรรม	34,722	6,944,300	200.00
3	43671	หทัยราษฎร์คลินิกเวชกรรม สาขาหนองจอก	ปฐมภูมิ	30,118	5,612,850	186.36
4	41982	หทัยราษฎร์มีนบุรีสหคลินิก	ปฐมภูมิ	27,212	5,013,600	184.24
5	22455	ศบส.64 คลองสามวา	ประจำ/ปฐมภูมิ	17,613	3,661,500	207.89
6	43898	คลินิกเวชกรรมอารีรักษ์คลองเตย	ปฐมภูมิ	16,435	3,627,450	220.71
7	43699	คลินิกเวชกรรมรักษ์สุขภาพ พุ่งครุ	ปฐมภูมิ	14,914	3,559,300	238.65
8	24258	คลินิกเวชกรรมจุฬารัตน์ 8	ปฐมภูมิ	32,422	3,210,500	99.02
9	21526	ศบส.44 ลำผักชี หนองจอก	ประจำ/ปฐมภูมิ	18,804	3,143,350	167.16
10	41588	รามอินทรา 74 คลินิกเวชกรรม	ปฐมภูมิ	8,756	2,863,350	327.02

- 3 หมายเหตุ : ลำดับ 1,3,4 ตรวจพบความผิดปกติในการเบิกจ่าย
- 4 ภาพรวมการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุข ของหน่วยบริการนวัตกรรม
- 5 (ข้อมูล 9 เดือน 1 ต.ค.67 - 30 มิ.ย.68)

ประเภท	จำนวนแห่ง	จำนวนคน	จำนวนครั้ง	จำนวนเงิน	เฉลี่ยครั้งต่อคน	เฉลี่ยบาทต่อครั้ง
คลินิกเวชกรรม	88	388,436	1,136,407	284,085,642	3	250
เทคนิคการแพทย์	36	246,521	274,562	130,204,338	1	474
คลินิกทันตกรรม	151	103,555	196,782	117,119,164	2	595
ร้านยา	480	209,005	490,819	84,854,755	2	172
คลินิกแพทย์แผนไทย	22	6,572	35,628	7,125,600	5	200
คลินิกพยาบาล	14	3,246	11,881	2,123,010	4	178
คลินิกกายภาพบำบัด	10	278	3,963	1,391,100	14	351
รวม	801		2,150,042	626,903,609		

- 6
- 7

1 Top 10 : หน่วยนวัตกรรมด้านเวชกรรมที่มีรายรับสูงสุด (ข้อมูลตั้งแต่ 1 ต.ค.67 - 30 มิ.ย.68)

ลำดับ	คลินิกเวชกรรม: นวัตกรรม	ผู้ป่วย (คน)	จำนวนเคส	จ่ายชดเชย (บาท)	เฉลี่ยครั้งต่อคน	เฉลี่ยบาทต่อครั้ง
1	42969: คลินิกเฮลท์คลินิกเวชกรรม	102,444	182,990	33,099,940	1.79	180.88
2	41904: นวมินทร์คลินิกเวชกรรม	17,021	61,287	17,912,463	3.60	292.27
3	47466: พักใจคลินิกเวชกรรม	4,243	18,997	13,963,350	4.48	735.03
4	52502: บ้านรักษ์ สหคลินิก	25,383	45,081	13,577,720	1.78	301.18
5	43407: บางเขนการแพทย์ สหคลินิก	8,841	38,196	11,847,155	4.32	310.17
6	44790: สหคลินิกหทัยราษฎร์เชื่อมสัมพันธ์	13,804	31,264	11,598,110	2.26	370.97
7	43422: สหคลินิกแบงค์คอกปีเฮลท์	29,598	37,199	10,219,405	1.26	274.72
8	52223: นิยดา คลินิกเวชกรรม	6,700	39,579	7,609,325	5.91	192.26
9	43862: คลินิกเวชกรรมบ้านจันทราสุข	2,987	20,380	5,944,882	6.82	291.70
10	52401: รักษ์สุขภาพซอยอารีย์คลินิกเวชกรรม	3,068	28,857	5,679,595	9.41	196.82

2 หมายเหตุ : ลำดับ 4 ตรวจสอบความผิดปกติในการเบิกจ่าย

3

4

5

- 1 สำนักงานฯ ได้ตรวจสอบพบความผิดปกติในการเบิกจ่ายค่าบริการ OP P&P และนวัตกรรม
 2 ในปีงบประมาณ 2568 โดยเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ตรวจพบหลักฐานที่เชื่อได้ว่าเบิกจ่ายไม่ถูกต้อง และต้องขยาย
 3 ผลต่อไป ดังนี้

ประเภทหน่วย	ประเด็นที่ตรวจพบ	จำนวน (แห่ง)	จำนวน visit	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
คลินิก ชุมชนอบอุ่น 247 แห่ง	OPAE ข้ามจังหวัด	9	11,557	6.3 ล้านบาท	ขยายผลการตรวจสอบ ปีงบประมาณ 2567 ทั้ง 9 แห่ง
	PP (เบิก HV/HHC ซ้ำซ้อน)	3	1,392	9 แสนบาท	ขยายการตรวจสอบ 100% ทั้ง 3 แห่ง และตรวจสอบ หน่วยบริการทุกแห่งที่พบ ความซ้ำซ้อนระหว่าง HV/HHC
หน่วยนวัตกรรม					
คลินิกเวชกรรม 88 แห่ง	ไม่ได้ให้บริการจริง / ผิด เงื่อนไข (นำข้อมูลสาขา อื่นในเครือข่ายมาเบิก)	7	12,004	7.8 ล้านบาท	ยกเลิกสัญญา 1 แห่ง เรียก เงินคืนและอยู่ระหว่าง ตรวจสอบเพิ่มเติม 6 แห่ง
เทคนิคการแพทย์ 36 แห่ง	การตรวจ HPV DNA Test (ตรวจน้ำปัสสาวะ)	1	1,468	5.4 แสนบาท	เรียกเงินคืนและอยู่ระหว่าง ตรวจสอบเพิ่มเติม
คลินิก ทันตกรรม 151 แห่ง	ไม่ได้ให้บริการจริง	1	131	9 หมื่นบาท	เรียกเงินคืนและอยู่ระหว่าง ตรวจสอบเพิ่มเติม

- 4
 5 ข้อมูล ประเด็นการตรวจสอบที่พบความไม่ถูกต้อง/ผิดปกติ
 6 กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิ(คลินิก) 9 แห่ง ที่เบิกจ่ายค่าบริการ OPAE ข้ามจังหวัด ที่ผิดปกติ
 7 (ข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 1 ต.ค.67 - 30 เม.ย.68)
 8 1. มีการบันทึกรหัส ICD10 : J00 และ เบิกเฉพาะการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าบริการผู้ป่วย
 9 นอก ,SARS coronavirus 2Ag in Respiratory specimen by Chromatography และ Influenza A and B
 10 virus Ag (rapid test) รวมอัตราค่าบริการ 550 บาท จำนวน 11,557 visits เป็นจำนวนเงิน 6.3 ล้านบาท
 11 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ 9 แห่ง
 12 2. พบรายชื่อผู้รับบริการ ตรงกันจำนวน 80-90 ราย ที่มีการเบิกชดเชยทุกเดือน โดยสลับหน่วยบริการใน
 13 การเบิกชดเชย (ขึ้นทะเบียนคนละเครือข่ายแต่ทางพดุนัยเป็นเครือญาติกัน)
 14 3. พบข้อมูลการเบิกจังหวัดเดียวกันสูงถึง 183 visits ต่อวัน และมีอายุ ไม่เกิน 15 ปี และได้สัมภาษณ์
 15 ผู้รับบริการทางโทรศัพท์ จำนวน 30 คน พบเป็นเด็กนักเรียน โดยเบอร์โทรศัพท์เป็นของผู้ปกครอง หรือคุณครู ซึ่ง
 16 ตอบตรงกันว่าไม่เคยได้รับการตรวจ หรือไม่เคยให้หน่วยบริการใน กทม.ไปตรวจให้เด็กนักเรียนที่โรงเรียน
 17 4. วิธีการยืนยันตัวตนและปิดสิทธิจากระบบเป็นการขอ Authen code และยืนยันโดยเจ้าหน้าที่
 18 สรุปผลการตรวจสอบ

จำนวนแห่ง	จำนวน visits ที่ตรวจ	จำนวนเงิน	ไม่พบเอกสาร (visits)	จำนวนเงิน
9	11,557	6,354,930	11,557	6.3 ล้านบาท

- 1 กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิ(คลินิก) 3 แห่ง ที่เบิกจ่ายค่าบริการ P&P ที่บ้านและชุมชนผิดปกติ
2 (ข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 1 ต.ค. 67 - 31 พ.ค. 68)

รายการบริการ	จำนวนแห่ง	จำนวนครั้ง	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
Health Survey	335	412,275	41
Home Visits	284	226,584	34
Home Health Care	283	263,497	131
รวม		902,356	206

- 3 1. หน่วยบริการที่ให้บริการเยี่ยมบ้านไม่สอดคล้องกับศักยภาพในระบบ CPP โดยบางวันให้บริการสูงเกิน
4 150 รายต่อวัน จำนวน 3 แห่ง
5 2. หน่วยบริการที่มีข้อมูลเบิกจ่ายชดเชยซ้ำซ้อนระหว่าง HV และ HHC ในวันเดียวกันหรือเดือนเดียวกัน
6 (ในระยะห่างไม่เกินสัปดาห์) พบสูงถึงร้อยละ 90

7 ผลการตรวจสอบ

- 8 1. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการ โดย Print out จากโปรแกรม PHS และ eHHC ตามจำนวนข้อมูลที่ขอตรวจ
9 100% ทั้ง 3 แห่ง
10 2. ไม่สามารถเชื่อถือได้ว่าให้บริการจริง ตามจำนวนที่ขอตรวจสอบ ดังนี้
11 2.1 พบเอกสารหลักฐานที่ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข มีซ้ำซ้อนระหว่าง HV และ HHC ในวันเดียวกันหรือ
12 เดือนเดียวกันตามจำนวนข้อมูลที่ขอตรวจ 100% ทั้ง 3 แห่ง
13 2.2 เอกสารที่พบ 90% เป็น case ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ADL score 19-20 และไม่พบการให้บริการ ด้าน
14 การพยาบาล เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ซึ่งไม่เป็น case ที่เร่งรีบต้องเป็น HHC ในทันที
15 2.3 จากการสุ่มถามผู้รับบริการจำนวน 10 ราย ให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับหน่วยบริการที่ขอเบิกชดเชย เช่น ผู้รับบริการอาศัย
16 อยู่ต่างจังหวัดกลับมาบ้านพ่อแม่ปีละครั้ง และพบบุคลากรสาธารณสุขเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง แต่พบมีการเบิกชดเชยทุกเดือน
17 สรุปผลการตรวจสอบ

จำนวน (แห่ง)	จำนวน visits ที่ตรวจ (ไม่เกิน 10% ของจำนวนที่เบิก)	จำนวนเงิน (บาท)	หลักฐานไม่สามารถเชื่อถือได้ (visits)	จำนวนเงิน (บาท)
3	1,392	904,800	1,392 (100%)	904,800

- 18 กรณีหน่วยบริการนวดกรรม 9 แห่ง ที่เบิกจ่ายผิดปกติ (ข้อมูลตั้งแต่ 1 ต.ค.67-30 มิ.ย.68)

- 19 1. กรณีคลินิกเวชกรรม ตรวจสอบ จำนวน 7 แห่ง 12,004 visits เป็นจำนวนเงิน 7.8 ล้านบาท

ประเด็นที่พบ	จำนวนแห่ง	จำนวน visits ที่ตรวจ	จำนวนเงิน (บาท)
1. ไม่ได้ให้บริการจริง นำข้อมูลสาขาอื่นในเครือตนเองมาเบิก	3	3,326	1,272,208
- ยกเลิกสัญญา	1	92	248,708
- อยู่ระหว่างเรียกคืนเงิน	1	730	233,600
- อยู่ระหว่างตรวจสอบ	1	2,504	789,900
2. ให้บริการผิดเงื่อนไข	4	8,323	6,487,220
- อยู่ระหว่างเรียกคืนเงิน	2	65	20,800
- อยู่ระหว่างสอบสวน : คณะสอบสวน 4	1	8,153	6,151,420
- อยู่ระหว่างตรวจสอบ	1	105	315,000

- 1 2. กรณีเทคนิคการแพทย์ ตรวจสอบ จำนวน 1 แห่ง ให้บริการผิดเงื่อนไข การตรวจ HPV DNA Test
- 2 จำนวน 1,468 visits เป็นจำนวนเงิน 5.4 แสนบาท
- 3 3. กรณีทันตกรรม ตรวจสอบ จำนวน 1 แห่ง ไม่ได้ให้บริการจริง นำข้อมูลสาขาอื่นในเครือตนเองมาเบิก
- 4 จำนวน 131 visits เป็นจำนวนเงิน 91,700 บาท
- 5 สำนักงานได้ดำเนินการหลังจากตรวจสอบพบความผิดปกติ ดังนี้

กรณี	การดำเนินการ
1. กรณีเบิกจ่าย OPAE ข้ามจังหวัด ที่ผิดปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 9 แห่ง	1. ชะลอการจ่ายชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุข 2. ไม่จ่ายชดเชย ตามจำนวนที่สรุปผลการตรวจสอบ 11,557 Visits เป็นเงินทั้งสิ้น 6,354,930 บาท 3. ขยายการตรวจสอบของปีงบประมาณ 2567 ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 9 แห่ง 4. เสนอคณะกรรมการดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (อ.ประสพศรี) วันที่ 8 ก.ค. 68 มติที่ประชุม : 1. มอบให้สำนักงานดำเนินการตามระเบียบกับ หน่วยบริการทั้ง 9 แห่ง 2. ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานหรือป้องกันการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ แก่ สปสช. - สปสช. ส่งเรื่องเข้าคณะกรรมการควบคุมฯ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขต่อไป - มอบ สปสช. ทบทวนเงื่อนไขการให้บริการผู้ป่วยนอก OPAE ข้ามจังหวัด ให้ถูกต้องเหมาะสม - มอบฝ่ายกฎหมาย สปสช. ดำเนินการด้านกฎหมายอย่างเป็นรูปธรรมโดยเร่งรัด - มอบ สปสช. เขต 13 กทม. แจ้ง อปสช. รับทราบ
2. กรณีเบิกจ่าย PP (HV/HHC) ที่ผิดปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 แห่ง	1. ชะลอการจ่ายชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุข 2. อยู่ระหว่างกระบวนการเรียกเงินคืน 3. ขยายการตรวจสอบ 100% ของหน่วยบริการทั้ง 3 แห่ง ปีงบประมาณ 2568 และตรวจสอบหน่วยบริการทุกแห่งที่พบความซ้ำซ้อนระหว่าง HV/HHC 4. ดำเนินการตามกระบวนการตรวจสอบ หากพบการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้อง/ไม่ให้บริการจริง : เสนอต่คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง 5. แจ้งผู้รับผิดชอบควบคุมกำกับ/พัฒนาโปรแกรม ในการทำ Rule Base
3. กรณีเบิกจ่ายของหน่วยบริการนวัตกรรม จำนวนรวม 9 แห่ง	1. ยกเลิกสัญญา 2. อยู่ระหว่างเรียกคืนเงิน 3. อยู่ระหว่างตรวจสอบ

1 สรุปประเด็นการตรวจสอบที่พบความไม่ถูกต้อง

- 2 1. การไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
- 3 ตามที่คณะกรรมการกำหนด
- 4 2. การเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยไม่มีการจัดบริการจริงตามหลักฐานการให้บริการ
- 5 3. การกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปเกินควรแก่กรณี
- 6 4. หน่วยบริการนั้นกระทำความผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุข ข้อ 5.1 และ 7.9

8 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

- 9 1. รับทราบผลการตรวจสอบการเบิกชดเชยค่าบริการ OPAE, P&P, นวัตกรรม ที่ผิดปกติและไม่ถูกต้อง
- 10 ตามที่สำนักงานนำเสนอ และการดำเนินการกับหน่วยบริการที่พบความไม่ถูกต้อง ตามขั้นตอนและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- 11 2. ให้สปสช. นำข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำของคณะทำงานฯ ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานหรือ
- 12 ป้องกันการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขไปพิจารณาดำเนินการ ดังนี้
- 13 1) หากจะมีการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการในพื้นที่จากการยกเลิกสัญญาเพราะเบิกจ่ายผิดปกติ ส่งผล
- 14 กระทบต่อการให้บริการในพื้นที่ขอให้สปสช. สืบสวนแจ้งเตือนไปยังศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทองใน
- 15 พื้นที่เพื่อหามาตรการรองรับต่อไป
- 16 2) ขอให้สืบสวนไปยังสาธารณสุขว่า สปสช. มีการควบคุมกำกับ และตรวจสอบความผิดปกติในการ
- 17 เบิกจ่ายและสืบสวนไปยังหน่วยบริการทุกแห่งให้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและเบิกจ่ายให้ถูกต้อง
- 18 3) สปสช. ควรตั้งทีมตรวจสอบขึ้นทะเบียนหน่วยนวัตกรรมก่อนให้เข้าระบบ UC
- 19 3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

20 มติที่ประชุม

- 21 1. รับทราบผลการตรวจสอบการเบิกชดเชยค่าบริการ OPAE, P&P, นวัตกรรม ที่ผิดปกติและไม่ถูกต้อง ตามที่
- 22 สำนักงานนำเสนอ และการดำเนินการกับหน่วยบริการที่พบความไม่ถูกต้อง ตามขั้นตอนและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- 23 2. ให้สปสช. นำข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำของคณะทำงานฯ ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานหรือป้องกัน
- 24 การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขไปพิจารณาดำเนินการต่อไป
- 25 3. ให้สปสช. ดำเนินการป้องกัน ป้องปราม ตามกฎหมายและแจ้งผู้เกี่ยวข้องรับทราบ และแจ้งสภาวิชาชีพ
- 26 เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อวางมาตรการป้องกัน ป้องปราม ร่วมกันต่อไป
- 27 4. รับรองมติที่ประชุม

29 ระเบียบวาระที่ 6.2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ

30 บริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2568 (กรณีสิทธิทหาร

31 ผ่านศึก)

32 ที่มา : มติที่ประชุมสปสช. ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 29 เมษายน 2568 มอบสปสช. ปรับประกาศฯ ที่เกี่ยวข้อง โดยให้

33 คำนวณเงินรายหัวสิทธิทหารผ่านศึกในกทม. เข้าในกองทุน OP พิกัด กทม. และจ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์

34 เงื่อนไขที่กำหนดเหมือนกรณี OP พิกัด เริ่มตั้งแต่วันรับบริการวันที่ 1 พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป

35 - สปสช. ได้จัดทำ “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ

36 บริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่

37 1 มิถุนายน 2568 เป็นต้นไป

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข สำหรับบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๑๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ คำใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ในการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๘ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปเป็นข้อ ๗/๑ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๗

“ข้อ ๗/๑ การกักเงินและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ ๗ สำหรับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นทหารผ่านศึกตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการให้นำหลักเกณฑ์การกักเงินและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการพิจารณาประกาศนี้มาใช้บังคับโดยอนุโลม”

ข้อ ๔ การกักเงินและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีทหารผ่านศึกที่ได้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการให้บริการกรณีทหารผ่านศึกมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ข้อ ๕ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

เจตน์ ธรรมธัชอารี

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

1. รับทราบ

- การออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2568 (กรณีสิทธิทหารผ่านศึก)

2. มอบสำนักงานฯ แจ้งเวียนให้หน่วยบริการทราบต่อไป

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- การออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2568 (กรณีสิทธิทหารผ่านศึก)

2. มอบสำนักงานฯ แจ้งเวียนให้หน่วยบริการทราบต่อไป

3. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 6.3 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับอปสข.

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 / 2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568

6.3.1 ข้อเสนอการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปงบประมาณ พ.ศ. 2568

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 / 2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568

1. เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ข้อ 25 และ 26 และประกาศสำนักงานฯ เรื่อง แนวทางการตรวจสอบฯ IP ข้อ 6(1)-(3) ตามที่เสนอ ดังนี้

1) นำผลการสุ่มตรวจสอบมาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ทั้งปรับเพิ่มและปรับลด โดยการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้องดังกล่าวไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) โดยยังคงเป็นการบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน Global budget ระดับเขตพื้นที่

2) การปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขตให้ผ่าน อปสข. และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณา ทั้งนี้หาก อปสข. ดำเนินการไม่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนพิจารณา

3) การนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ IP ให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ต้องรีบเร่งดำเนินการเพื่อให้มีเงินเพียงพอจ่าย โดยยึดหลักการในการคงค่าอัตราเบื้องต้นที่ 8,350 บาทต่อ Adjrw และเพื่อใช้ประกอบการขอรับงบประมาณเพิ่มเติมหากมีความจำเป็น

2. เห็นชอบกรอบแนวทางและระยะเวลาดำเนินการในการคำนวณผลงานการบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามที่เสนอ

3. เห็นชอบให้ออกประกาศเพิ่มเติมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปี พ.ศ. 2568 ข้อ 25 โดยมอบให้อนุกรรมการฯ ด้านกฎหมายพิจารณา และเสนอประธานคณะกรรมการฯ ลงนามต่อไป

4. มอบ สปสข. ดำเนินการประมวลผลข้อมูลการจ่ายด้วย V5 เทียบ V6 กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. พิจารณาค่า K ประกอบด้วย หาก version ใดได้จำนวน SumAdjRW มากกว่าจะจ่ายด้วย Version นั้น ในทุกสังกัดและในภาพรวม ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบหลักการในการประชุมครั้งที่ 5/2567 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2567 โดยใช้ผลงานที่ถูกต้องในการคำนวณจ่ายชดเชยจากงบประมาณค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ

5. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อให้ดำเนินการได้ทันที

กฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศมติที่เกี่ยวข้อง

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 : ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 25 ให้ สปสข. กำกับ ติดตาม ผลงานบริการที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้ทราบทั่วกัน

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการตรวจสอบฯ กรณีบริการผู้ป่วยใน
ทั่วไป พ.ศ. 2568 ข้อ 6 การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับ
บริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต ภายในปีงบประมาณตามแนวทาง ดังต่อไปนี้

(1) สุ่มตรวจสอบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยใน

(ก) สุ่มตรวจสอบข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ทุกหน่วยบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 3
ของข้อมูลบริการในไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปีงบประมาณ โดยตรวจสอบไม่ต่ำกว่า 30 ฉบับ ต่อหน่วยบริการถ้ามี
ไม่ถึง 30 ฉบับ ให้ตรวจสอบทั้งหมด

(ข) สุ่มตรวจสอบข้อมูลแบบมีเงื่อนไขเฉพาะรายที่พบความผิดปกติจากการประมวลผล หรือผลการสุ่ม
ตรวจสอบข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไขจำนวนมากต้องมีการขยายผลการตรวจสอบหรือพบข้อร้องเรียน

(2) กรณีการเรียกเก็บไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการ
สาธารณสุข ให้เรียกเงินคืนค่าใช้จ่ายให้แล้วเสร็จภายในเดือนกรกฎาคมของปีงบประมาณ เว้นแต่กรณีที่หน่วย
บริการขอให้มีการทบทวนผลการตรวจสอบ อาจขยายระยะเวลาการเรียกเงินคืนค่าใช้จ่ายได้ตาม ความ
เหมาะสม

(3) กรณีการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการเป็นค่าบริการผู้ป่วยใน เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายให้
ในแต่ละเขตพื้นที่เพียงพอในแต่ละปีงบประมาณและมีอัตราจ่ายใกล้เคียงราคา 8,350 บาท ต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่
ปรับค่าแล้ว (AdjRW)ให้นำผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในทั่วไประดับ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้นมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่
หน่วยบริการ

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 7 พฤษภาคม 2568
รับทราบมติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน เมื่อวันที่ 24
เมษายน 2568 มอบ สปสช. นำข้อมูลผลการตรวจสอบรายหน่วยบริการ มาเป็นข้อมูลในการประมวลผลเพื่อปรับลด
การจัดสรรค่าใช้จ่ายและจัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการใช้ผลการตรวจสอบ Coding audit มาปรับค่า
SUM ADJRW ในแต่ละเขต เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ
กองทุนในครั้งต่อไป

มติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
วันที่ 22 พฤษภาคม 2568 เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อ
ประกอบการพิจารณาจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามที่เสนอ
(ร่าง) กรอบแนวทางและระยะเวลาดำเนินการในการคำนวณผลงานการบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

การดำเนินงาน	ระยะเวลา
1. ตรวจสอบและประมวลผลการตรวจสอบ IP-Coding audit รายเขตและหน่วยบริการ ที่สุ่มตรวจสอบข้อมูลแบบ ไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ระดับเขต ไตรมาส 1 และ 2	ภายใน 30 มิ.ย. 68
2. เสนอนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย บริการ IP ให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ต่อคณะกรรมการหลักฯ	วันที่ 7 ก.ค. 68
3. ประชุมคณะทำงานศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรค สำหรับค่าบริการผู้ป่วยใน ด้วยระบบ DRG อย่างมีส่วนร่วม	วันที่ 14 ก.ค. 68

การดำเนินงาน	ระยะเวลา
4. นำค่า ADJRW เปลี่ยนแปลง มาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ ระหว่าง 16 ก.ย. 67-31 มี.ค. 68 ของข้อมูลส่วนที่ยังไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบในเขตนั้นๆ ส่งให้ สปสช. เขตเสนอ อปสช. และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณา	ภายใน 31 ก.ค. 68
5. อปสช. และคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต พิจารณาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการภายในเขต ตามข้อ 4 และส่งกลับมายัง สปสช. ส่วนกลาง	ภายใน 11 ส.ค. 68
6. สปสช. นำผลที่ผ่านการพิจารณาจากข้อ 5 มาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้อง และเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนพิจารณา การนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย บริการ IP ระหว่าง 16 ก.ย. 68 - 31 มี.ค. 68 และอนุมัติหลักการดำเนินการสำนักข้อมูล ไตรมาส 3 และไตรมาส 4 (โดยไม่กระทบต่อวงเงิน Global budget เขต)	วันที่ 21 ส.ค. 68 (ประชุมอนุฯ)
7. ปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) ข้อมูลระหว่าง 16 ก.ย. 67 - 31 มี.ค. 68	ภายในเดือน ส.ค. 68
8. เปรียบเทียบกับผลงานในไตรมาส 1 และ 2 กับข้อมูลไตรมาส 3 และไตรมาส 4 ตามคำแนะนำจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ส่งให้ สปสช. เขต เสนอ อปสช. และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณา กรณีหน่วยบริการที่มีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับดำเนินการตรวจสอบเฉพาะหน่วยบริการนั้นๆ	ภายในเดือน ส.ค. 68
9. อปสช. และคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต พิจารณาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการภายในเขต ข้อมูลไตรมาส 3 และไตรมาส 4 และส่งกลับมายัง สปสช. ส่วนกลาง	ภายในเดือน 10 ก.ย 68
10. ปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) ของข้อมูลไตรมาส 3 และไตรมาส 4	ตามรอบการปิด ปีงบประมาณ
11. สปสช. ดำเนินการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 : ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 20.10.12	ตามรอบการปิด ปีงบประมาณ

1 หมายเหตุ : กรอระยะเวลาสามารถปรับได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ให้สามารถนำเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ฯ
2 ได้ตามที่กำหนด

3 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

- 4 1. รับทราบมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 / 2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568
- 5 ในระเบียบวาระที่ 6.3.1 ข้อเสนอการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย
- 6 บริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปงบประมาณ พ.ศ. 2568
- 7 2. มอบอำนาจให้คณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
- 8 กรุงเทพมหานคร (CFO) พิจารณาการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต และ
- 9 แจ้งเวียนมติที่ประชุมของคณะทำงานฯ ต่ออปสช. และส่งให้สปสช.ภายในวันที่ 11 ส.ค.68
- 10 3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
- 11

มติที่ประชุม

1. รับทราบมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 / 2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568 ในระเบียบวาระที่ 6.3.1 ข้อเสนอการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปงบประมาณ พ.ศ. 2568
2. มอบอำนาจให้คณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) พิจารณาการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต และแจ้งเวียนมติที่ประชุมของคณะทำงานฯ ต่ออปสข. และส่งให้สปสข.ภายในวันที่ 11 ส.ค.68 และมอบ นพ.อารักษ์ เป็นตัวแทน อปสข.ร่วมเข้าร่วมประชุมด้วย
3. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 6.4 มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับอปสข. ไม่มี

ระเบียบวาระที่ 7 เรื่องเพื่อพิจารณา

ระเบียบวาระที่ 7.1 (ร่าง) กติกา/ข้อตกลงการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 9 กรกฎาคม 2568
(ร่าง) กติกา/ข้อตกลงการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

1. รับทราบ
 - กติกา/ข้อตกลงการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568
2. มอบสำนักงานแจ้งและทำความเข้าใจ กติกา/ข้อตกลงการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 กับหน่วยบริการในทม. ต่อไป
3. รับข้อสังเกตจากคณะทำงานฯ ไปพิจารณา ดังนี้
 - กรณีส่งต่อเพื่อไปรับบริการ ODS หากรพ.รับส่งต่อไม่ได้ขึ้นทะเบียน ODS เสนอให้
 - 1) ควรแจ้งให้ผู้ส่งต่อรับทราบ
 - 2) ให้สามารถส่งต่อไป รพ.อื่นได้
 - 3) หากรพ.เปิด ODS บางแผนกเมื่อมีเหตุการณ์ใดๆก็ให้เบิกจาก ODS ทั้งหมด
 - 4) ทำระบบตรวจสอบเน้นเหตุการณ์ที่เป็น ODS
 - 5) กรณีเคส Observe ขอให้รพ.บันทึกเป็น Observe number
4. รับรองมติที่ประชุม และให้เสนอต่อ อปสข.ต่อไป

1 ที่มา :

2 ตามที่ สำนักงานฯ ได้สรุปสถานการณ์การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer)
 3 ปีงบประมาณ 2568 ซึ่งพบว่ามีประเด็นการปฏิเสธการจ่ายจำนวนมากขึ้น มติที่ประชุมคณะกรรมการ
 4 หลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 29 เมษายน 2568 เห็นชอบให้
 5 ผู้แทนหน่วยบริการ (รพ./สบส./คลินิก) ร่วมกันจัดทำแนวทาง/ข้อตกลง และมาตรการการแก้ไขปัญหา
 6 กรณีการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีส่งต่อ (OP Refer) เพื่อใช้ปฏิบัติร่วมกัน ลดภาระในการตรวจสอบข้อมูล
 7 สำนักงานฯ ได้จัดประชุมผู้แทนหน่วยบริการ เพื่อจัดทำ (ร่าง) แนวทาง/ข้อตกลงการตรวจสอบข้อมูลก่อน
 8 จ่ายกรณีส่งต่อ (OP Refer) เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 ในวันที่ 24 มิ.ย. 2568 ณ ห้องประชุม 1
 9 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร สรุปประเด็นดังนี้

กรณี	กติกา/ข้อตกลง
เบิกจากกองทุนเฉพาะโรค	1. การเบิกจ่ายให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขของแต่ละกองทุนเฉพาะโรค ตามที่ประกาศกำหนด หากไม่เข้าเงื่อนไขที่กำหนด เสนอให้ สบส.พิจารณา ตรวจสอบกรณีไม่ถูกต้องขอให้สบส.ไปพิจารณาว่าจะกำหนดเงื่อนไข/ rule base/warning ได้อย่างไร 2. กรณี CA หากส่งต่อ ขอให้ระบุให้ชัดเจนว่าส่งต่อเพื่อติดตามเรื่อง CA กรณีโรคอื่น ขอให้พิจารณาส่งกลับมารักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ยกเว้นเหตุฉุกเฉินหรือจำเป็น 3. กรณีติดตามการรักษา CA ขอให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของกองทุน
ไม่ควรปฏิเสธ	1. ต้นสังกัดต้องระบุเหตุผลที่ชัดเจนในการปฏิเสธ ว่าเบิกไม่ถูกต้องเนื่องจากอะไร กรณี ไม่ใส่เหตุผลที่ปฏิเสธ หรือเหตุผลไม่เหมาะสม สบส.พิจารณา ประมวลผลการจ่าย 2. ขอไม่ให้ปฏิเสธด้วยเหตุผล “ขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม” ขอให้ประสานกันก่อน 3. การปฏิเสธว่าการรักษาไม่สอดคล้องกับใบส่งตัว/การวินิจฉัย หากเป็นกรณีที่มีความ related หรือมีความจำเป็นที่อาจรอไม่ได้ ขอให้หน่วยบริการรับส่งต่อใส่ การวินิจฉัยมาให้ด้วยและต้นสังกัดพิจารณาอนุมัติให้จ่ายได้ แต่หากมีการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ส่ง และไม่เร่งด่วน หน่วยบริการต้นสังกัดพิจารณาปฏิเสธได้ 4. การปฏิเสธว่าเบิก/รักษาเกินความจำเป็น ให้คลินิกระบุให้ชัดเจน ขอความร่วมมือรพ. กรณีมีค่าใช้จ่ายสูง ขอให้แจ้งหรือหารือหน่วยบริการต้นสังกัดก่อน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินจำเป็นต้องทำทันที หรือให้คลินิกระบุมาในใบส่งตัว 5. กรณี Pre Operation แต่ไม่ได้ผ่าตัด จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 6. กรณีที่ฟ.ป.มาตามนัด แต่มีอาการอื่นหรือ Complication จากยา ขอให้ ประสานและทำความเข้าใจกันก่อนปฏิเสธ

กรณี	กติกา/ข้อตกลง
	7. กรณีเบิก OP ในรายการ ODS แต่รพ.ยังขึ้นทะเบียน ODS ไม่ได้ :ขอให้ หน่วยบริการปฐมภูมิส่งต่อไปยัง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ODS โดยประสานกันก่อนส่ง <i>(สปสช.แจ้งหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ODS ให้ทราบ)</i>
ไม่ควรปฏิเสธเนื่องจากสปสช.กำหนดเงื่อนไขแล้ว	1. เบิกรายการซ้ำซ้อน สปสช. กำหนดเงื่อนไขจ่ายตามรายการ FS และจำนวนตามที่กำหนดเบื้องต้น 2. เบิกยานอกบัญชี สปสช. กำหนดเงื่อนไขจ่าย 0 บาท 3. กรณีเบิกมากกว่า 1 visit ในวันเดียวกัน สปสช.กำหนดเงื่อนไขไม่จ่าย (กรณี que visit ที่ 2 ห่างกันไม่เกิน 4 ชั่วโมง) ขอให้ประสานหารือกันก่อนปฏิเสธ
กรณีไม่ควรเบิกหากมีประเด็นควรประสานกันก่อน	1. กรณี Lab ชุด ที่หน่วยบริการที่รับส่งต่อบันทึกเบิกแยกรายการ สปสช.ได้ดักแล้วประมวลผลจ่าย 0 บาท (เริ่ม 16 กพ.68) ขอให้หน่วยบริการส่งเบิกใหม่ด้วยรหัส 32001 electrolyte หรือ 32004 Lipid Profile 2. รายการที่รวมอยู่ในค่าบริการพยาบาลพื้นฐานแล้ว เช่น กรณีเบิกค่าทำแผลรวมค่า Dressing set แล้ว ดังนั้น ไม่ให้เบิก Dressing set แยกอีก ซึ่งสปสช.กำหนดเงื่อนไขไว้แล้ว <i>ยกเว้นข้อตกลงกรณีเบิก dressing set เพื่อไปทำแผลต่อที่บ้านหรือกรณีจำเป็นอื่น เสนอให้ประสานหารือกันก่อนปฏิเสธ</i>
กรณีไม่เข้าเงื่อนไข OP	1. กรณี ODS ขอให้รพ.ที่ขึ้นทะเบียน ODS เบิกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 2. กรณีไม่เข้าเกณฑ์เบิกค่าบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ กรณีไม่ได้พบแพทย์ เช่น นัดทำแผล นัดมาทำ CT MRI อาจพิจารณาร่วมกับรหัสด้วย เช่น Z480 3. กรณีเบิกจากกองทุนเฉพาะโรค ได้แก่ HIV TB CA ไต 4. กรณี admit เป็นผู้ป่วยใน 5. กรณี P&P

1

2 รายชื่อหน่วยบริการในกทม. 22 แห่ง ที่ขึ้นทะเบียน ODS : One Day Surgery

ลำดับ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ
1	11469	โรงพยาบาลเลิดสิน
2	11470	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
3	11471	โรงพยาบาลสงฆ์
4	11472	โรงพยาบาลราชวิถี
5	11481	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
6	11482	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
7	11535	โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
8	11536	โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

ลำดับ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ
9	11537	โรงพยาบาลกลาง
10	11538	โรงพยาบาลนคราภิบาล
11	11539	โรงพยาบาลตากสิน
12	11540	โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ รัชกาลที่ ๑๐ ภูเก็ต
13	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
14	11722	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ
15	12250	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
16	13756	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
17	13781	โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
18	13814	โรงพยาบาลศิริราช
19	14173	โรงพยาบาลตำรวจ
20	14641	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
21	15049	โรงพยาบาลสิรินธร
22	25060	โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบ

- กติการ/ข้อตกลงการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer)

เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

2. มอบสำนักงานแจ้งและทำความเข้าใจ กติการ/ข้อตกลงการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 กับหน่วยบริการในกทม. ต่อไป

3. รับข้อสังเกตจากคณะทำงานฯ ไปพิจารณา ดังนี้

กรณีส่งต่อเพื่อไปรับบริการ ODS หากพบ.รับส่งต่อไม่ได้ขึ้นทะเบียน ODS เสนอให้

1) ควรแจ้งให้ผู้ส่งต่อรับทราบ

2) ให้สามารถส่งต่อไปรพ.อื่นได้

3) หากพบ.เปิด ODS บางแผนกเมื่อมีเหตุการณ์ใดๆ ก็ให้เบิกจาก ODS ทั้งหมด

4) ทำระบบตรวจสอบเน้นเหตุการณ์ที่เป็น ODS

5) กรณีเคส Observe ขอให้รพ.บันทึกเป็น Observe number

4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- 1 - หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer)
- 2 เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 เพื่อให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่
- 3 กรุงเทพมหานคร รับทราบและถือปฏิบัติต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
- 4

กรณี	กติกา / ข้อตกลง
เบิกจากกองทุนเฉพาะโรค	1. การเบิกจ่ายให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขของแต่ละกองทุนเฉพาะโรค ตามที่ประกาศฯ กำหนด หากไม่เข้าเงื่อนไขที่กำหนด เสนอให้สปสข.พิจารณาตรวจสอบกรณีไม่ถูกต้องขอให้สปสข. ไปพิจารณาว่าจะกำหนดเงื่อนไข/rule base/warning ได้อย่างไร 2. กรณี CA หากส่งต่อ ขอให้ระบุให้ชัดเจนว่าส่งต่อเพื่อติดตามเรื่อง CA กรณีโรคอื่นขอให้พิจารณาส่งกลับมารักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ยกเว้นเหตุฉุกเฉินหรือจำเป็น 3. กรณีติดตามการรักษา CA ขอให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของกองทุน
ไม่ควรปฏิเสธ	1. ต้นสังกัดต้องระบุเหตุผลที่ชัดเจนในการปฏิเสธ ว่าเบิกไม่ถูกต้องเนื่องจากอะไร กรณีไม่ใช่เหตุผลที่ปฏิเสธ หรือเหตุผลไม่เหมาะสม : สปสข.พิจารณาประมวลผลการจ่าย 2. ขอให้ปฏิเสธด้วยเหตุผล “ขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม” ขอให้ประสานกันก่อน 3. การปฏิเสธว่าการรักษาไม่สอดคล้องกับใบส่งตัว/การวินิจฉัย หากเป็นกรณีที่มีความ related หรือมีความจำเป็นที่อาจรอไม่ได้ ขอให้หน่วยบริการรับส่งต่อใส่การวินิจฉัยมาให้ด้วยและต้นสังกัดพิจารณาอนุมัติให้จ่ายได้ แต่หากมีการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ส่งและไม่เร่งด่วน หน่วยบริการต้นสังกัดพิจารณาปฏิเสธได้ 4. การปฏิเสธว่าเบิก/รักษาเกินความจำเป็น ให้คลินิกระบุให้ชัดเจน ขอความร่วมมือรพ. กรณีมีค่าใช้จ่ายสูง ขอให้แจ้งหรือหารือหน่วยบริการต้นสังกัดก่อน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินจำเป็นต้องทำทันที หรือให้คลินิกระบุมาในใบส่งตัว 5. กรณี Pre Operation แต่ไม่ได้ผ่าตัด จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 6. กรณีที่ผู้ป่วยมาตามนัด แต่มีอาการอื่นหรือ Complication จากยา ขอให้ประสานและทำความเข้าใจกันก่อนปฏิเสธ 7. กรณีเบิก OP ในรายการ ODS แต่รพ.ยังขึ้นทะเบียน ODS ไม่ได้ : ขอให้หน่วยบริการปฐมภูมิส่งต่อไปยัง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ODS โดยประสานกันก่อนส่ง (สปสข.แจ้งหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ODS ให้ทราบ)
ไม่ควรปฏิเสธเนื่องจากสปสข.กำหนดเงื่อนไขแล้ว	1. เบิกรายการซ้ำซ้อน สปสข. กำหนดเงื่อนไขจ่ายตามรายการ FS และจำนวนตามที่กำหนดเบื้องต้น 2. เบิกยานอกบัญชี สปสข. กำหนดเงื่อนไขจ่าย 0 บาท 3. กรณีเบิกมากกว่า 1 visit ในวันเดียวกัน สปสข.กำหนดเงื่อนไขไม่จ่าย (กรณีที่เบิก visit ที่ 2 ห่างกันไม่เกิน 4 ชั่วโมง) ขอให้ประสานหารือกันก่อนปฏิเสธ
กรณีไม่ควรเบิกหากมีประเด็นควรประสานกันก่อน	1. กรณี Lab ชุด ที่หน่วยบริการที่รับส่งต่อบันทึกเบิกแยกรายการ สปสข.ได้ตั้งแล้ว ประมวลผลจ่าย 0 บาท (เริ่ม 16 กพ.68) ขอให้หน่วยบริการส่งเบิกใหม่ด้วยรหัส 32001 electrolyte หรือ 32004 Lipid Profile 2. รายการที่รวมอยู่ในค่าบริการพยาบาลพื้นฐานแล้ว เช่น กรณีเบิกค่าทำแผล รวมค่า Dressing set แล้ว ดังนั้นไม่ให้เบิก Dressing set แยกอีก ซึ่งสปสข.กำหนดเงื่อนไขไว้แล้ว

กรณี	กติกา / ข้อตกลง
	ยกเว้นข้อตกลงกรณีเบิก dressing set เพื่อไปทำแผลที่บ้านหรือกรณีจำเป็นอื่น เสนอให้ประธานหารือกันก่อนปฏิเสธ
กรณีไม่เข้าเงื่อนไข OP	1. กรณี ODS ขอให้รพ.ที่ขึ้นทะเบียน ODS เบิกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 2. กรณีไม่เข้าเกณฑ์เบิกค่าบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ กรณีไม่ได้พบแพทย์ เช่น นัดทำแผล นัดมาทำ CT MRI อาจพิจารณาร่วมกับรหัสด้วย เช่น Z480 3. กรณีเบิกจากกองทุนเฉพาะโรค ได้แก่ HIV TB CA ไต 4. กรณี admit เป็นผู้ป่วยใน 5. กรณี P&P
หมายเหตุ	1.กรณี ODS 1. ขอให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสานการส่งต่อไปยัง รพ.ที่ขึ้นทะเบียน ODS ที่สามารถรับส่งต่อ และให้บริการตามหลักเกณฑ์ฯ ได้ โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยก่อน 2. รพ.ที่รับส่งต่อที่ให้บริการ ODS บันทึกเรียกเก็บตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด
	2.กรณีผู้ป่วยนอนสังเกตอาการ (Observe) กรณีรพ.รับส่งต่อให้บริการผู้ป่วย หากมีการนอนสังเกตอาการเกิน 6 ชั่วโมง หรือ แพทย์เห็นควรให้ Admit แต่ไม่มีเตียง ขอให้รพ.บันทึกการเบิกจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยในโดยใช้ระบบ Observe number (ON) หรือตามระบบที่ รพ.กำหนด

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
 - 15
2. เห็นชอบมอบสำนักงานแจ้งและทำความเข้าใจหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก
 - กรณีส่งต่อ (OP Refer) เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 กับหน่วยบริการในกทม. ต่อไป
 3. ให้ สปสช.รับข้อสังเกตจากคณะทำงานฯ และอปสช. ไปพิจารณาการดำเนินการระดับพื้นที่ อาทิเช่น กรณีส่งต่อเพื่อไปรับบริการ ODS หาก รพ.รับส่งต่อ ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ODS เสนอให้
 - 1) ควรแจ้งให้ผู้ส่งต่อรับทราบ
 - 2) ให้สามารถส่งต่อไปรพ.อื่นได้
 - 3) หากรพ.เปิด ODS บางแผนกเมื่อมีเหตุการณ์ใดๆก็ให้เบิกจาก ODS ทั้งหมด
 - 4) ทำระบบตรวจสอบเน้นเหตุการณ์ที่เป็น ODS
 - 5) กรณีเคส Observe ขอให้ รพ.บันทึกเป็น Observe number
 - 6) ข้อกำหนดการดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และรพ.รับส่งต่อ เป็นต้น
 4. รับรองมติที่ประชุม

1 ระเบียบวาระที่ 7.2 ข้อเสนอการจัดเครือข่ายหน่วยบริการประจำให้ประชากรที่ได้รับผลกระทบ

2 กรณีคลินิกลาออก

3 ความเป็นมา

4 หน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่กรุงเทพมหานครขอยกเลิกสัญญาบริการสาธารณสุขต่อสำนักงาน มีผลตั้งแต่
5 1 ตุลาคม 2568 เป็นต้นไป จำนวน 25 แห่ง ส่งผลกระทบต่อประชากร จำนวน 192,703 คน

6 หน่วยบริการที่ลาออก อยู่ในพื้นที่ 17 เขต ได้แก่ เขตคลองสามวา เขตคันนายาว เขตดอนเมือง เขตดุสิต
7 เขตบางกะปิ เขตบางแค เขตบางนา เขตบางบอน เขตบางพลัด เขตบึงกุ่ม เขตลาดพร้าว เขตสาทร เขตสายไหม
8 เขตหนองแขม เขตหลักสี่ เขตพระนคร เขตบางคอแหลม

ลำดับ	เขต	ประชากรที่ได้รับผลกระทบ(คน)
1	บางคอแหลม	30,690
2	บางแค	20,070
3	ลาดพร้าว	20,063
4	ดอนเมือง	18,897
5	บางพลัด	16,833
6	คลองสามวา	11,439
7	ดุสิต	10,626
8	พระนคร	9,916
9	สาทร	9,770
10	บางกะปิ	9,740
11	สายไหม	9,694
12	บางนา	9,027
13	หนองแขม	4,842
14	คันนายาว	4,659
15	บึงกุ่ม	3,937
16	หลักสี่	1,466
17	บางบอน	1,034
รวม		192,703

9

10

1 รายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ลาออก จำนวน 25 แห่ง มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 เป็นต้นไป

เขต	รายชื่อหน่วยบริการ	ประจำ	ส่งต่อ
ดอนเมือง	คลินิกเวชกรรม เดอะเมอริเดียน	ศบส.60 รสสุคนธ์ มโนชญากร	1. รพ.ภูมิพล 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
ดอนเมือง	คลินิกเวชกรรมพีเอ็มซี	ศบส.60 รสสุคนธ์ มโนชญากร	1. รพ.ภูมิพล 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
ดอนเมือง	คลินิกเวชกรรม เทพรักษ์	ศบส.60 รสสุคนธ์ มโนชญากร	1. รพ.ภูมิพล 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
สายไหม	พร้อมแพทย์สหคลินิก	ศบส.61 สังวาลย์ ทัสนารมย์	1. รพ.ภูมิพล 2. รพ.แพทย์ปัญญา
สาทร	อยู่ดีมีสุข คลินิกเวชกรรม	ศบส. 63 สมาชิกแต่จิวแห่ง ประเทศไทย	1. รพ.เลิดสิน 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
หลักสี่	ปียาดา คลินิกเวชกรรม	ศบส.53 หุ่นสองห้อง	รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
บางพลัด	คลินิกเวชกรรม อนันต์เฮลท์แคร์ สาขาบางอ้อ	ศบส.31 เอ็บ - จิตร ทั้งสุบุตร	รพ.อนันต์พัฒนา 2
บางพลัด	คลินิกเวชกรรม อนันต์เฮลท์แคร์	ศบส.31 เอ็บ - จิตร ทั้งสุบุตร	1. รพ.อนันต์พัฒนา 2 2. รพ.ราชพิพัฒน์
คลองสามวา	กรดาคลินิกเวชกรรม	ศบส.64 คลองสามวา	1. รพ.แพทย์ปัญญา 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
ดุสิต	นครไชยศรี คลินิกเวชกรรม	ศบส. 38 จิต ทองคำ บำเพ็ญ	1. รพ.วชิรโรงพยาบาล 2. รพ.อนันต์พัฒนา 2 3. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
บางคอแหลม	ธรรมวัฒน์คลินิกเวชกรรม	ศบส.18 มงคล วอน วังตาล	1. รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
บางคอแหลม	รักษศิริคลินิกเวชกรรม สาขาบางโคล่	ศบส.18 มงคล วอน วังตาล	1. รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
พระนคร	บุรพาภิรมย์คลินิกเวชกรรม	ศบส. 1 สะพานมอญ	1. รพ.วชิรโรงพยาบาล 2. รพ.อนันต์พัฒนา 2
บางนา	คลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขา ลาซาล	1. ศบส.8 บุญรอด รุ่งเรือง 2. ศบส.32 มาริช ดินตมุสิก	1. รพ.สิรินธร 2. รพ.บางนา 1
บางแค	มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม สาขา บางไผ่	ศบส.40 บางแค	1. รพ.ราชพิพัฒน์ 2. รพ.มิตรประชา
บางแค	มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม สาขา ม. เศรษฐกิจ	ศบส.40 บางแค	1. รพ.ราชพิพัฒน์ 2. รพ.มิตรประชา
คลองสามวา	พระยาสุเรนทร์ คลินิกเวชกรรม	ศบส. 64 คลองสามวา	1. รพ.นพรัตนราชธานี 2. รพ.รัตนประชารักษ์
บางกะปิ	คลินิกเวชกรรมฐิติญา รามคำแหง 36/1	ศบส. 35 หัวหมา	1. รพ.แพทย์ปัญญา 2. รพ.ราชวิถี

เขต	รายชื่อหน่วยบริการ	ประจำ	ส่งต่อ
คันทนา	คลินิกเวชกรรม บ้านสัมพันธ	ศบส.69 คันทนา	1. รพ.นพรัตนราชธานี 2. รพ.แพทย์ปัญญา
บึงกุ่ม	คลินิกเวชกรรม บ้านนวมินทร์	ศบส.50 บึงกุ่ม	1. รพ.แพทย์ปัญญา 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
หนองแขม	คลินิกเวชกรรม รักประชา มาเจริญ	ศบส.48 นาควัชรอุทิศ	1. รพ.มิตรประชา 2. รพ.หลวงพ่อกวีสักดิ์
บางคอแหลม	คลินิกเวชกรรม เอเชียติก	ศบส.12 จันทน์เที่ยง เนตรวิเศษ	1. รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ 2. รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม
ลาดพร้าว	คลินิกเวชกรรม ใกล้บ้านใกล้ใจ 9	ศบส.66 ตำหนักพระแม่กวนอิม	1. รพ.ราชวิถี 2. รพ.แพทย์ปัญญา
ลาดพร้าว	คลินิกเวชกรรม ใกล้บ้านใกล้ใจ 11	ศบส.66 ตำหนักพระแม่กวนอิม	1. รพ.ราชวิถี 2. รพ.แพทย์ปัญญา
บางบอน	ดีเค 15 คลินิกเวชกรรม	ศบส.65 รักษาสุข บางบอน	รพ.ไอเอ็มเอช ธนบุรี

- 1
- 2 ปัญหาในการจัดเครือข่ายหน่วยบริการประจำ
- 3 1. ปัจจุบันเครือข่าย Model 5 หน่วยบริการปฐมภูมิหนึ่งแห่ง จะมีหน่วยบริการประจำ 1 แห่ง (ยกเว้นเขตบางนา
- 4 มีหน่วยประจำ 2 แห่ง) แต่สามารถส่งต่อที่โรงพยาบาลได้หลายแห่ง
- 5 2. ในการจัดเครือข่ายหน่วยบริการให้กับประชาชนพบว่าบางเขตไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการ
- 6 ประจำ (ศบส.) เดิมไม่สามารถรองรับประชากรที่มีผลกระทบได้ เช่น เขตดุสิต ศบส.38 จิต-ทองคำบ่าเพ็ญ,
- 7 เขตพระนคร ศบส.1 สะพานมอญ เป็นต้น

8

9 ตัวอย่างการจำลองประชากรเขตดุสิต

หน่วยบริการ ปฐมภูมิ	หน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อ	หน่วยบริการประจำ	ประชากร หน่วย (คน) 11/06/68	รวม ประชากร หน่วยแจ้ง ออก (คน)
นครไชยศรี คลินิกเวชกรรม	รพ.วชิรโรงพยาบาล คณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ศูนย์บริการสาธารณสุข 38 จิต-ทองคำบ่าเพ็ญ	8,839	
นครไชยศรี คลินิกเวชกรรม	รพ.ไอเอ็มเอช สีสลม	ศูนย์บริการสาธารณสุข 38 จิต-ทองคำบ่าเพ็ญ	1,573	
นครไชยศรี คลินิกเวชกรรม	รพ.อนันต์พัฒนา 2	ศูนย์บริการสาธารณสุข 38 จิต-ทองคำบ่าเพ็ญ	214	10,626
ศูนย์บริการ สาธารณสุข 38 จิต-ทองคำบ่าเพ็ญ	รพ.วชิรโรงพยาบาล คณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ศูนย์บริการสาธารณสุข 38 จิต-ทองคำบ่าเพ็ญ	16,260	

10

11

1 ตัวอย่างการจำลองประชากรเขตพระนคร

หน่วยบริการ ปฐมภูมิ	หน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อ	หน่วยบริการประจำ	ประชากร หน่วย (คน) 11/06/68	รวม ประชากร หน่วยแจ้ง ออก (คน)
บูรพาภิรมย์ คลินิกเวชกรรม	รพ.วชิรโรงพยาบาล คณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 สะพานมอญ	8,755	
บูรพาภิรมย์ คลินิกเวชกรรม	รพ.อนันต์พัฒนา 2	ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 สะพานมอญ	1,161	9,916
ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 สะพานมอญ	รพ.วชิรโรงพยาบาล คณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 สะพานมอญ	6,790	

2

3 ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

หน้า ๗๔
เล่ม ๑๔๑ ตอนพิเศษ ๒๕ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๖ มกราคม ๒๕๖๗

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ชลน่าน ศรีแก้ว
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ
และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๑๐) ของข้อ ๑๐ วรรคหนึ่ง แห่งข้อบังคับคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอลงทะเบียนเลือกหน่วย
บริการประจำ และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ พ.ศ. ๒๕๖๒

“(๑๐) กรณีในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการ
หรือศักยภาพการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสาธารณสุขของบุคคล
ที่ได้ลงทะเบียนแล้ว โดยคำแนะนำของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่”

4

5

หน้า ๗๔
เล่ม ๑๔๑ ตอนพิเศษ ๒๕ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๖ มกราคม ๒๕๖๗

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ชลน่าน ศรีแก้ว
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ
และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๑๐) ของข้อ ๑๐ วรรคหนึ่ง แห่งข้อบังคับคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอลงทะเบียนเลือกหน่วย
บริการประจำ และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ พ.ศ. ๒๕๖๒

“(๑๐) กรณีในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการ
หรือศักยภาพการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสาธารณสุขของบุคคล
ที่ได้ลงทะเบียนแล้ว โดยคำแนะนำของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่”

6

7

- 1 สรุปรการประชุมหารือกับงานกฎหมายและงานทะเบียนสปสข. เมื่อวันที่ 7 ก.ค.68 ประเด็นการเปลี่ยนแปลง
- 2 หน่วยบริการประจำ

ประเด็น	แนวทางปฏิบัติ
1. การเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ โดยสำนักงานฯ (หน่วยบริการประจำใหม่ ส่งต่อหน่วยบริการรับส่งต่อเดิมหรือใหม่)	- ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำและการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ พ.ศ. 2562 ข้อ 10 (5) และ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567 สำนักงานฯ สามารถดำเนินการจัดสรรประชากรโดยเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ และเพื่อป้องกันผลกระทบของระบบการเข้ารับบริการ กรณีบุคคลตามมาตรา 8 ตามข้อบังคับฯ พ.ศ. 2562 ข้อ 10 (9)
2. ขอร้องเรียนภายหลังจัดสรรประชากร โดยเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อ (หน่วยบริการประจำ และส่งต่อหน่วยบริการรับส่งต่อแห่งใหม่)	- สำนักงานฯ กำกับติดตามผลกระทบการเข้ารับบริการหน่วยบริการแห่งใหม่ ซึ่งการจัดสรรคำนึงถึงผลกระทบต่อการจัดบริการของหน่วยบริการ และการเข้ารับบริการของประชาชน
3. การประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	- สำนักงานฯ ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ กรณีบุคคลที่สำนักงานลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทน สามารถยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำใหม่ได้ โดยไม่ถือเป็นการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการ 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ

- 3
- 4 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา
- 5 1. รับทราบ
- 6 - สถานการณ์ขอยกเลิกสัญญาบริการสาธารณสุขของคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 25 แห่ง
- 7 2. เห็นชอบในหลักการจัดสรรประชากรโดยเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ และเพื่อป้องกันผลกระทบของระบบ
- 8 การเข้ารับบริการ กรณีบุคคลตามมาตรา 8 ตามข้อบังคับฯ พ.ศ. 2562 ข้อ 10 (9)
- 9 3. มอบสำนักงานฯ กำกับติดตามผลกระทบการเข้ารับบริการหน่วยบริการแห่งใหม่ ซึ่งการจัดสรรคำนึงถึง
- 10 ผลกระทบต่อการจัดบริการของหน่วยบริการ และการเข้ารับบริการของประชาชน
- 11 4. มอบสำนักงานฯ ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ กรณีบุคคลที่
- 12 สำนักงานลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทน สามารถยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำใหม่ได้
- 13 โดยไม่ถือเป็นการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการ 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ
- 14 5. ให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
- 15

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- สถานการณ์ขอยกเลิกสัญญาบริการสาธารณสุขของคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 25 แห่ง
- 2. เห็นชอบในหลักการจัดสรรประชากรโดยเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ และเพื่อป้องกันผลกระทบของระบบการเข้ารับบริการ กรณีบุคคลตามมาตรา 8 ตามข้อบังคับฯ พ.ศ. 2562 ข้อ 10 (9) โดยคำนึงถึงความสะดวก และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อการเข้ารับบริการ ของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ
- 3. มอบสำนักงานฯ ศึกษาเชิงระบบบริการ และ สาเหตุการลาออกของคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อวางมาตรการป้องกันผลกระทบในอนาคต
- 4. มอบสำนักงานฯ กำกับติดตามผลกระทบการเข้ารับบริการหน่วยบริการแห่งใหม่ ซึ่งการจัดสรรคำนึงถึงผลกระทบต่อการจัดบริการของหน่วยบริการ และการเข้ารับบริการของประชาชน
- 5. มอบสำนักงานฯ ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ กรณีบุคคลที่สำนักงานลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทน สามารถยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำใหม่ได้ โดยไม่ถือเป็นการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการ 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ
- 6. รับรองมติในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ

8.1 หากกำหนดการประชุมอปสข. ครั้งต่อไป

กำหนดการประชุม ครั้งที่ 8/2568 วันพฤหัสบดีที่ 21 สิงหาคม 2568 เวลา 9.00-12.00 น.

ปิดการประชุม เวลา 11.35 น.

นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้ตรวจรายงานการประชุม
ผู้จัดการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

นางสาวภัทรกร กาญจน์ภาส ผู้ตรวจรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

พันโทธนศักดิ์ ถัมภ์บรรทุ ผู้ทนายรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร