

รายงานการประชุม

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

ครั้งที่ 8/2568 ในวันพฤหัสบดีที่ 21 สิงหาคม 2568 เวลา 09.00น. - 12.00น.

ณ ห้องประชุม 1 สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ อาคาร บี

ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ

และประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Zoom meeting)

1. รายชื่อผู้ประกอบการที่เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

- | | | |
|-----|----------------------------|------------------|
| (1) | นายวิชัย โชควิวัฒน์ | ประธานอนุกรรมการ |
| (2) | นายอาร์กซ์ วงศ์วรชาติ | อนุกรรมการ |
| (3) | นายจิรพงษ์ ทรงวิฑราภรณ์ | อนุกรรมการ |
| (4) | นายพินัย ล้วนเลิศ | อนุกรรมการ |
| (5) | นางสาววรรณภา แก้วชาติ | อนุกรรมการ |
| (6) | นายเฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์พรณ | อนุกรรมการ |
| (7) | นายวีระพันธ์ ลีธนะกุล | เลขานุการ |

2. รายชื่ออนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- | | | |
|------|---|------------|
| (1) | รองศาสตราจารย์พลตรีหญิงอุทัยโล สามโกเศศ | อนุกรรมการ |
| (2) | นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | อนุกรรมการ |
| (3) | ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา | อนุกรรมการ |
| (4) | รองศาสตราจารย์ซัชชาติ สิทธิพันธุ์ | อนุกรรมการ |
| (5) | นายกองตรีชนกฤต จิตรอารีย์รัตน์ | อนุกรรมการ |
| (6) | นายนเรศฤทธิ์ ชัดตะสีมา | อนุกรรมการ |
| (7) | นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ | อนุกรรมการ |
| (8) | นายวิชาญ มินชัยนันท์ | อนุกรรมการ |
| (9) | พลเอกเอกจิต ช่างหล่อ | อนุกรรมการ |
| (10) | นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล | อนุกรรมการ |
| (11) | นายสมชาย กระจำแสง | อนุกรรมการ |
| (12) | นางประจวบ ทิทอง | อนุกรรมการ |
| (13) | นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว | อนุกรรมการ |
| (14) | นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ | อนุกรรมการ |
| (15) | นางวิศัลย์สิริ ตันตระกุล | อนุกรรมการ |
| (16) | นายปรีชา พันธุ์ติเวช | อนุกรรมการ |
| (17) | นางสาวแพร จิตตินันทน์ | อนุกรรมการ |

1 3. รายชื่ออนุกรรมการที่ลาประชุม

(1) รองศาสตราจารย์สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

อนุกรรมการ

2 4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

(1) พันโทณรงค์ศักดิ์ ถัมภ์บรรทุ

ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 13 กทม.

(2) นางสาวภัทรรณ กาญจน์ภาส

ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช.เขต 13 กทม.

(3) นางชาลิมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์

สปสช. เขต 13 กทม.

(4) นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา

สปสช. เขต 13 กทม.

3 5. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4 (1) นายดุสิต ขำชัยภูมิ

รองเลขาธิการ สปสช.

5 (2) นางเบญจมาศ เลิศชาคร

ผู้ทรงคุณวุฒิ สายงานบริหารกองทุน

6 (3) นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์

ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช.เขต 13 กทม.

7

8 เปิดการประชุมเวลา 09.00 น.

9 การประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 10 ครั้งที่ 8/2568 ในวันพฤหัสบดีที่ 21 สิงหาคม 2568 ณ ห้องประชุม 1 สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ศูนย์
 11 ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ zoom
 12 conference โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป ซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบและประกาศที่
 13 กำหนด และฝ่ายเลขานุการฯ ได้จัดส่งเอกสารประกอบการประชุมที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้อนุกรรมการฯ
 14 ทุกท่านแล้ว โดยการประชุมครั้งนี้มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุม สปสช.กทม. จำนวน 6 ท่าน
 15 มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์จำนวน 17 ท่าน และมีอนุกรรมการ ลาประชุมจำนวน 1 ท่าน
 16 จากนั้น ได้เชิญอนุกรรมการแสดงตน โดยอนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขอให้เปิดวิดีโอเพื่อ
 17 บันทึกภาพและชานชื่อ พร้อมแจ้งรับรองตนเองเรื่องการไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียตามลำดับ ทั้งนี้สรุปผลการรับรอง
 18 การมีส่วนได้เสียในการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 19 ไม่มีอนุกรรมการแจ้งว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสีย

20

21 ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

22

23 ไม่มี

24

25 ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองระเบียบวาระการประชุม

26

รับรองระเบียบวาระการประชุม ครั้งที่ 8 /2568 วันพฤหัสบดีที่ 21 สิงหาคม 2568

27

มติที่ประชุม

28

รับรองระเบียบวาระการประชุม ครั้งที่ 8 /2568 วันพฤหัสบดีที่ 21 สิงหาคม 2568

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องด่วน

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ 4 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 7/2568 วันพฤหัสบดีที่ 17 กรกฎาคม 2568 ให้คณะกรรมการฯ ทุกท่านตรวจสอบ และไม่มีคณะกรรมการฯ แจ้งแก้ไขมายังเลขานุการ

มติที่ประชุม

รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 7/2568 วันพฤหัสบดีที่ 17 กรกฎาคม 2568 โดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ 5.1 สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP ทม. ปีงบประมาณ 2568 เดือนกรกฎาคม 2568

มติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8 / 2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568

1. รับทราบ สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP PP ทม. ปีงบประมาณ 2568 เดือนกรกฎาคม 2568

2. เห็นชอบ

- กรณีเงิน CR เหลือให้สามารถนำเงินส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ Model 5 ไปจ่ายชดเชย OP Refer หากไม่เพียงพอให้จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point System)

ตามประกาศสปสช. เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567 ข้อ 7(1) (ง) กรณีที่สำนักงานกักเงินไว้จ่ายค่าใช้จ่ายเต็มอัตรา....แล้ว การกักเงินดังกล่าว ไม่เพียงพอ สำนักงานจะกักเงินเพิ่มตามปริมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นจริง หรืออาจปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point System) หรืออาจกักเงินลดลงได้ในกรณีที่เงินที่กักไว้เพียงพอแล้ว ทั้งนี้ ตามคำแนะนำของสปสช. ทม. โดยยึดหลักการจัดทำงานประมาณสมดุล (Balance Budget)

3. รับรองมติที่ประชุมและให้เสนอต่ออปสช. ต่อไป

5.1.1 สรุปสถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP ทม. ปีงบประมาณ 2568 ณ วันที่ 29 กรกฎาคม 2568 (ข้อมูล send date)

1. ภาพรวมเงิน OP ทม. คงเหลือ 1,264 ล้านบาท คิดเป็น 24.31%

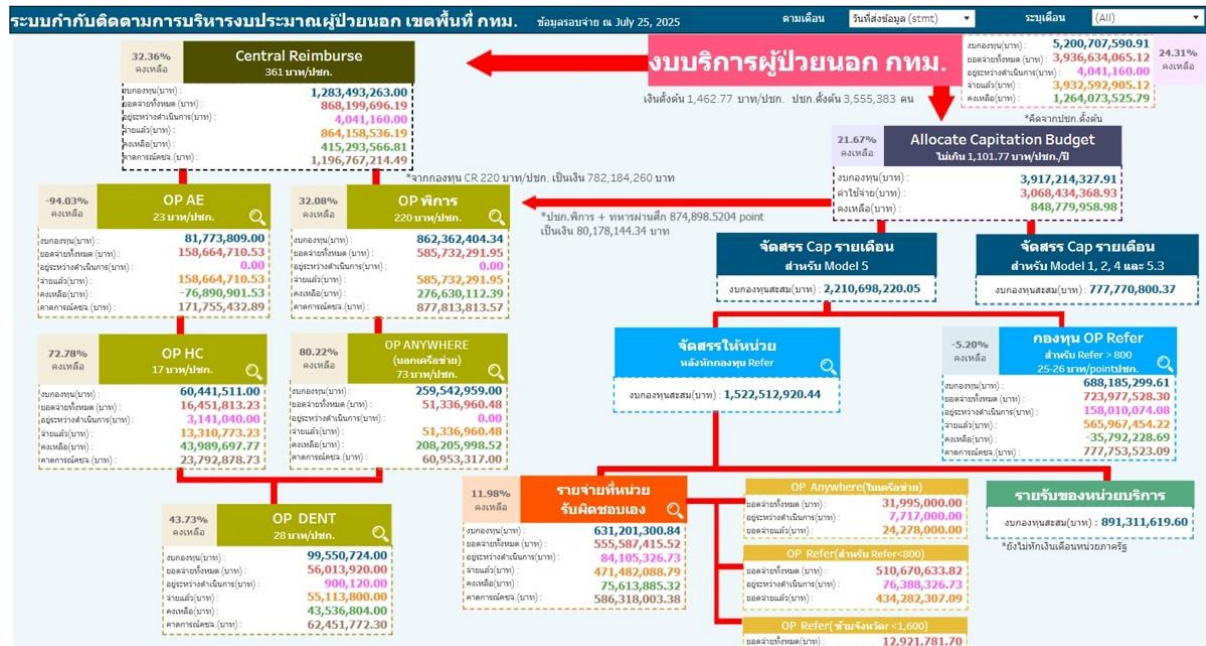
2. กองทุน CR (วงเงินทั้งปี) คงเหลือ 415 ล้านบาท คิดเป็น 32.36% (ยังไม่รวมเงินสิทธิการทหารผ่านศึก)

กองทุน OPAE คงเหลือ -76 ล้านบาท คิดเป็น -94.03 %

3. กองทุน OP Refer (ยอดค่าใช้จ่าย 9.5 เดือน)

คงเหลือ - 35 ล้านบาท คิดเป็น -5.20 %

สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP กทม. ข้อมูล ณ 29 กรกฎาคม 2568 (ข้อมูลการจ่ายถึงเดือนกรกฎาคม 2568)



กองทุน	วงเงินตั้งต้น	บาท/ ปชก.	คาดการณ์ ค่าใช้จ่าย ถึง ก.ค.68	คงเหลือ	ประมาณการจ่าย ทั้งปี 68			
					ค่าใช้จ่าย	บาท/ ปชก.	คงเหลือ	บาท/ ปชก.
ภาพรวม CR กทม.	1,363,671,407.34	361	1,196,767,214.49	166,904,192.85	1,511,705,955.15	425.19	-148,034,547.81	-64.19
OPAE	81,773,809.00	23	171,755,432.89	-89,981,623.89	216,954,231.02	61.02	-135,180,422.02	-38.02
OP Fikar	862,362,404.34	220	877,813,813.57	-15,451,409.23	1,108,817,448.72	311.87	-246,455,044.38	-91.87
OPHC	60,441,511.00	17	23,792,878.73	36,648,632.27	30,054,162.61	8.45	30,387,348.39	8.55
OP Dent	99,550,724.00	28	62,451,772.30	37,098,951.70	78,886,449.22	22.19	20,664,274.78	5.81
OP Anywhere	259,542,959.00	73	60,953,317.00	198,589,642.00	76,993,663.58	21.66	182,549,295.42	51.34

ปชก. UC กทม. 3,555,383 คน ปชก. Model5 จำนวน 2,614,865 คน

สถานการณ์การเบิกจ่ายกองทุน OP Refer ณ เดือนกรกฎาคม 2568

กองทุน OP Refer (ในส่วนตามจ่าย > 800 บาท)	วงเงินสะสม 9.5 เดือน	คาดการณ์ ค่าใช้จ่าย ประมาณ 9.5 เดือน	คงเหลือ	บาท/ปก.
กันเงิน 360 บาท/ปก/ปี	688 ล้านบาท	777 ล้านบาท	-89 ล้านบาท	- 34

ประมาณการ การเบิกจ่ายกองทุน OP Refer ปีงบประมาณ 2568

กองทุน OP Refer (ในส่วนตามจ่าย > 800 บาท)	ประมาณการ วงเงินทั้ง ปีงบประมาณ 2568	ประมาณการค่าใช้จ่าย ทั้งปีงบประมาณ 2568		ประมาณการคงเหลือ	
		จำนวนเงิน	บาท/ปก.	จำนวนเงิน	บาท/ปก.
กันเงิน 360 บาท/ปก/ปี	939 ล้านบาท	982 ล้านบาท	375	- 43 ล้านบาท	- 15

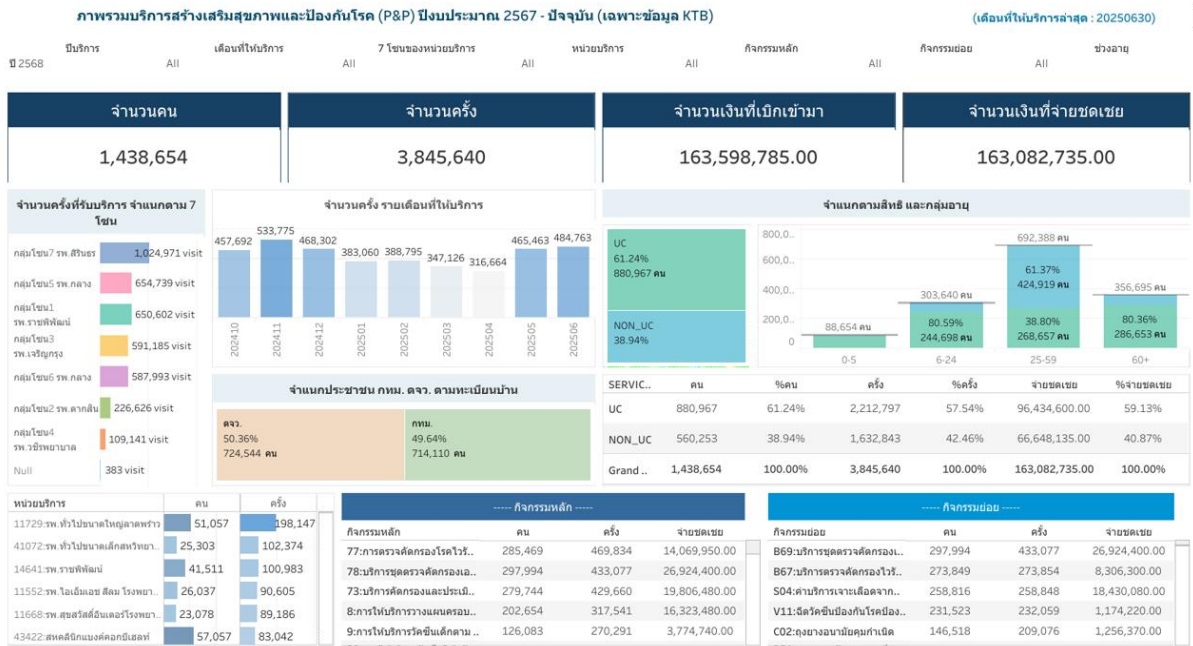
หมายเหตุ : คำนวณภายใต้ จำนวนปก. Model 5 : 2.61 ล้านคน

5.1.2 สถานการณ์การเบิกจ่ายงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(P&P)ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

ผลการจ่ายงบค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2568 (9เดือน) : ข้อมูลจากSMT ณ 30 กรกฎาคม 2568 ประชากรทุกสิทธิใน กทม. ณ 1 เมษายน 2568 7,708,413 คน

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	จำนวนเงิน (บาท/ปก)	จำนวน ประชากร	จำนวนเงินตั้งต้น (บาท)	เบิกจ่าย 9 เดือน (30 มิ.ย. 68)	ร้อยละ การ เบิกจ่าย	งบคงเหลือ
งบสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค (P&P)	351.40	7,708,413	2,708,736,328.20			
1.1 P&P FS ระดับประเทศ	83.68	7,708,413	3,381,505,567			
1.2. P&P Basic services กทม.	263.72	7,708,413	1,924,442,399.64	450,128,714.24	23.39	1,474,313,685.40
- P&P FS	233.06	7,683,536	1,790,724,900.16	365,589,450.00	20.41	1,425,135,450.16
- P&P Capitation 30 บาท	30.00	7,683,536	230,506,080.00	115,379,385.00	50.05	115,126,695.00
- PP CAP ทัศนสถาน รพ.ราชทัณฑ์	263.72	24,877	6,560,562.44	3,392,753.80	51.71	3,167,808.64
2. P&P ที่เป็นปัญหาพื้นที่ ระดับเขต/จังหวัด	4.00	7,708,413	30,833,652.00	11 โครงการ 13,344,000	43.28	17,499,652.00

1



2

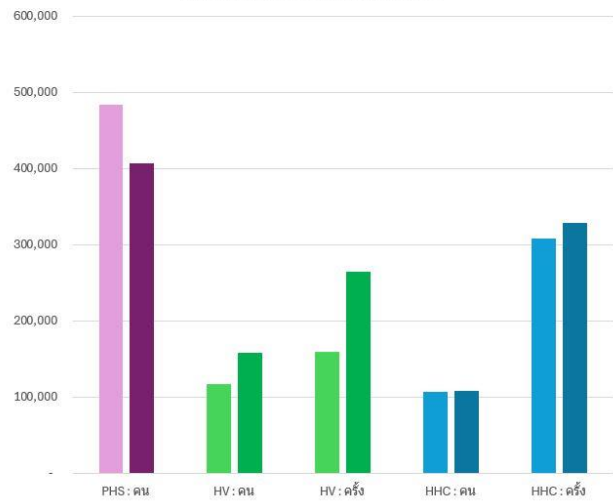
3

4

ภาพรวมผลงาน PHS, HV, HHC ปีงบประมาณ 2567 และ 2568 (10 เดือน)

ผลงาน	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
PHS	483,313 คน	406,466 คน
HV : คน	117,288 คน	158,093 คน
HV : ครั้ง	159,681 ครั้ง	264,326 ครั้ง
HHC : คน	106,326 คน	107,859 คน
HHC : ครั้ง	307,784 ครั้ง	327,947 ครั้ง

ผลงาน HS HV HHC ปี 2567และปี 2568



5

6

7

8

9

1 หน่วยบริการที่ผลการเบิกจ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชน สูงสุด 20 อันดับแรก

เขต	HCODE	ชื่อหน่วยบริการ	สถานะ	ปชก.ที่ ได้รับการ จัดสรร ปี 2568	PHS	ค่าเฉลี่ย HV ครั้ง/คน	ค่าเฉลี่ย HHC ครั้ง/คน	HV+HHC : คน	HV+HHC : ครั้ง	ค่าเฉลี่ย HV+HH C ครั้ง/ คน
				7,691,959	406,466	1.67		273,995	592,273	2.16
หนองจอก	21526	ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก	ศบส.	143,059	5,461	1.06	1.14	7,207	7,881	1.09
คลอง สามวา	22455	ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา	ศบส.	123,936	3,325	1.11	2.08	6,581	9,918	1.51
คลอง สามวา	43398	หทัยราษฎร์คลินิก เวชกรรมสาขา คลองสามวา	คลินิก	12,000	6,498	2.25	2.95	6,077	16,751	2.76
คลองเตย	13686	ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย	ศบส.	65,703	3,163	1.31	1.54	3,927	5,368	1.37
มีนบุรี	13688	ศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี	ศบส.	98,806	2,613	1.06	2.19	3,927	4,686	1.19
หนองแขม	13691	ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิษณุอุทิศ	ศบส.	82,010	3,069	1.06	4.29	3,876	6,522	1.68
ทุ่งครุ	13702	ศูนย์บริการสาธารณสุข 59 ทุ่งครุ	ศบส.	37,899	1,995	2.81	4.01	3,708	11,025	2.97
ธนบุรี	13681	ศูนย์บริการสาธารณสุข 36 บุคคโล	ศบส.	47,351	2,556	1.37	3.72	3,674	6,038	1.64
บางเขน	13669	ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน	ศบส.	112,690	2,054	1.12	1.46	3,587	5,004	1.40
ราชเทวี	11481	โรงพยาบาลพระมงกุฎ เกล้า	รพ.	43,385	3,565	1.34	1.24	3,575	4,764	1.33
ทวีวัฒนา	23229	ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา	ศบส.	52,154	3,446	1.00	4.41	3,422	5,429	1.59
ลาดพร้าว	21748	ศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำหนักพระแม่ กวนอิม	ศบส.	116,057	2,799	1.21	1.51	3,230	4,391	1.36
สะพานสูง	23159	ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง	ศบส.	78,410	1,943	1.16	1.78	3,216	4,156	1.29
คลองเตย	13655	ศูนย์บริการสาธารณสุข 10 สุขุมวิท	ศบส.	61,877	2,155	1.27	3.58	3,075	4,741	1.54
คลองเตย	43898	คลินิกเวชกรรมอารีรักษ์ คลองเตย 2 ทีม	คลินิก	21,923	1,052	4.32	4.37	3,043	13,217	4.34
มีนบุรี	41982	หทัยราษฎร์มีนบุรีสห คลินิก	คลินิก	12,000	1,502	2.17	5.09	3,034	10,673	3.52
คลอง สามวา	42163	คลินิกเวชกรรมการ์เด็นท์ โฮม	คลินิก	6,093	2,037	2.80	4.80	2,967	8,520	2.87
ทุ่งครุ	43699	คลินิกเวชกรรมรักษ์ สุขภาพ ทุ่งครุ	คลินิก	10,000	2,338	2.18	4.11	2,873	9,072	3.16
จตุจักร	13694	ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 จตุจักร	ศบส.	123,005	1,844	1.42	1.87	2,799	4,371	1.56

2

3

เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

เห็นชอบตามมติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุน
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8 / 2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 ดังนี้

1. รับทราบ สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP PP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ณ เดือนกรกฎาคม 2568
2. เห็นชอบ
 - กรณีเงิน CR เหลือให้สามารถนำเงินส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ Model 5 ไปจ่ายชดเชย OP Refer หากไม่เพียงพอให้จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point System)

ตามประกาศสปสช. เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567 ข้อ 7(1) (ง) กรณีที่สำนักงานกักเงินไว้จ่ายค่าใช้จ่ายเต็มอัตรา....แล้ว การกักเงิน
ดังกล่าว ไม่เพียงพอ สำนักงานจะกักเงินเพิ่มตามปริมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นจริง หรืออาจปรับการจ่าย
ด้วยระบบคะแนน (Point System) หรืออาจกักเงินลดลงได้ในกรณีที่เงินที่กักไว้เพียงพอแล้ว ทั้งนี้ ตาม
คำแนะนำของอปสช. กทม. โดยยึดหลักการจัดทำงบประมาณสมดุล (Balance Budget)

3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

เห็นชอบตามมติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุน
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8 / 2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 ดังนี้

1. รับทราบ สถานการณ์การเบิกจ่ายเงิน OP PP กทม. ปีงบประมาณ 2568 ณ เดือนกรกฎาคม 2568
2. เห็นชอบ
 - กรณีเงิน CR เหลือให้สามารถนำเงินส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ Model 5 ไปจ่ายชดเชย OP Refer หากไม่เพียงพอให้จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point System)
- ตามประกาศสปสช. เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567 ข้อ 7(1) (ง) กรณีที่สำนักงานกักเงินไว้จ่ายค่าใช้จ่ายเต็มอัตรา....แล้ว การกักเงิน
ดังกล่าว ไม่เพียงพอ สำนักงานจะกักเงินเพิ่มตามปริมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นจริง หรืออาจปรับการจ่าย
ด้วยระบบคะแนน (Point System) หรืออาจกักเงินลดลงได้ในกรณีที่เงินที่กักไว้เพียงพอแล้ว ทั้งนี้ ตาม
คำแนะนำของอปสช. กทม. โดยยึดหลักการจัดทำงบประมาณสมดุล (Balance Budget)
3. มอบสปสช. นำข้อเสนอแนะของอปสช. ไปพิจารณาดำเนินการด้วย
4. รับรองมติที่ประชุม

1 **ระเบียบวาระที่ 5.2 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล OPAE และ OP พิจาร**
 2 **ที่มา**

3 ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 4 (อปสข.) ครั้งที่ 7 / 2568 วันพฤหัสบดีที่ 17 กรกฎาคม 2568 ให้สปสข.วิเคราะห์ข้อมูล กรณี OP พิจาร และ
 5 OPAE เพิ่มเติม และนำเสนอในการประชุมอปสข.ครั้งต่อไปโดยผ่านคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และ
 6 กำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) นั้น สำนักงานฯ ได้วิเคราะห์ข้อมูลกรณี
 7 OP พิจาร และ OPAE เพิ่มเติม เสนอคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหาร
 8 กองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) แล้ว

9 มติที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
 10 กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8 / 2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 เห็นชอบ ดังนี้

- 11 1. รับทราบผลการวิเคราะห์ข้อมูล OPAE และ OP พิจาร เขตกรุงเทพมหานคร (ข้อมูล 1 ต.ค. 67 - 30 มิ.ย. 68)
- 12 2. เห็นชอบ ดังนี้

13 2.1 กรณี OPAE มอบสำนักงานฯดำเนินการทบทวนประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายฯ ในปีงบประมาณ
 14 2568 กรณีที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนดตามประกาศที่เกี่ยวข้อง หากพบว่าเป็นกรณี
 15 OP anywhere ให้เบิกจากกองทุน OP anywhere กทม. โดยกรณีค่าใช้จ่ายเกิน 200 บาท/ครั้ง ปรับการจ่ายเป็น
 16 OP Anywhere 200บาท/ครั้ง และนำเงินคืนกลับเข้ากองทุน OPAE ปีงบประมาณ 2568 ต่อไป

17 2.2 กรณี OPAE และ OP พิจาร ปีงบประมาณ 2568 ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ขอให้สปสข. ตรวจสอบข้อมูล หาก
 18 พบว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนดตามประกาศที่เกี่ยวข้อง ให้ทบทวนประมวลผลข้อมูลการ
 19 เบิกจ่ายค่าใช้จ่ายให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ฯ รวมทั้งอาจพิจารณาตรวจสอบข้อมูลราย Individual และนำเงิน
 20 ที่ได้คืนกลับเข้ากองทุน OP พิจาร ปีงบประมาณ 2568 ต่อไป

21 2.3 มอบ สปสข. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกสำหรับคนพิการ
 22 ให้สามารถดูแลรักษาพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านมากขึ้น พัฒนาการดูแลผู้พิการที่ต้องพึ่งพิงตาม
 23 ระบบบริการนวัตกรรม รวมถึงพัฒนาการส่งต่อผู้พิการที่รักษาในรพ.กลับมารักษาต่อยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่
 24 ขึ้นทะเบียน

25 2.4 ออกหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย OPAE, OP พิจาร ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันและมีสัญญาณเตือนในกรณีที่มี
 26 การเบิกจ่ายผิดปกติ

27 3. รับรองมติที่ประชุมและให้เสนอต่อ อปสข. ต่อไป

28
 29 **สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล กรณี OPAE เขตกรุงเทพมหานคร (ข้อมูลตั้งแต่ 1 ต.ค. 67 - 30 มิ.ย. 68)**
 30

ตาราง 1 ภาพรวม	วงเงิน OPAE 23 บาท/ปชก./ปี	ใช้ไป 9 เดือน	งบไม่เพียงพอ
	81 ล้านบาท	168 ล้านบาท	- 87 ล้านบาท

สรุปการเบิกจ่าย OPAE ในและนอกเครือข่าย

กรณี	จำนวนคน	จำนวนครั้ง		จำนวนเงิน		เบิกจ่ายสูงสุด (Max)			ค่าเฉลี่ย (Mean)		
		ครั้ง	ร้อยละ	เงิน(บาท)	ร้อยละ	บาท/ครั้ง	บาท/คน	ครั้ง/คน	บาท/ครั้ง	บาท/คน	เฉลี่ยครั้ง/คน
ในเครือข่าย	53,854	80,483	28	90,350,888	54	36,462	6,444	100	1,123	1,678	1.5
นอกเครือข่าย	75,796	210,696	72	77,962,783	46	48,351	7,737	284	370	986	2.7
รวม	129,650	291,179	100	168,313,671	100				578	1,298	2.2

ข้อสังเกต

- กรณี OPAE ไม่ควรเบิกเป็นกรณี OPAE ในเครือข่าย ซึ่งเป็นจำนวนเงินมากถึงร้อยละ 54 ของเงินที่จ่าย OPAE ทั้งหมด
- นอกเครือข่าย จำนวนเงินที่เบิกสูงสุดต่อครั้ง สูงถึง 48,351 บาท
- ค่าใช้จ่ายที่เบิกสูงสุดต่อคน 7,737 บาท/คน
- ความถี่สูงสุดที่มารับบริการสูงมากถึง 284 ครั้งใน 9 เดือน โดยเป็นกรณี Z480

TOP 10 : หน่วยบริการที่เบิกจ่าย OPAE ในเครือข่าย มากที่สุดใน 9 เดือน

รหัส	หน่วยบริการ	คน	ครั้ง	จำนวนเงิน (บาท)	บาท/คน	บาท/ครั้ง	ครั้ง/คน
14641	รพ.ราชพิพัฒน์	14,479	23,047	18,214,783	1,258	790	1.6
11667	รพ.ไอเอ็มเอช ธนบุรี โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	5,120	9,168	11,645,926	2,275	1,270	1.8
11535	รพ.วชิรพยาบาล คณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยวชิราวุธราช	2,008	3,256	7,193,743	3,583	2,209	1.6
11470	รพ.นพรัตน์ราชธานี	3,510	4,763	6,018,172	1,715	1,264	1.4
11472	รพ.ราชวิถี	2,474	3,280	5,576,281	2,254	1,700	1.3
11478	รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า	2,729	4,085	4,387,830	1,608	1,074	1.5
11469	รพ.เลิดสิน	2,469	3,188	4,055,229	1,642	1,272	1.3
11482	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช	1,671	2,325	3,469,042	2,076	1,492	1.4
11536	รพ.เวชการุณย์รัศมี	2,408	3,693	3,329,150	1,383	901	1.5
15049	รพ.สิรินธร	1,639	1,956	2,493,762	1,522	1,275	1.2

1 TOP 10 : หน่วยบริการที่เบิกจ่าย OPAE นอกเครือข่าย มากที่สุดใน 9 เดือน

รหัส	หน่วยบริการ	คน	ครั้ง	จำนวนเงิน (บาท)	บาท/คน	บาท/ครั้ง	ครั้ง/คน
13756	รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	2,261	6,458	8,035,270	3,554	1,244	2.9
11471	รพ.สงฆ์	1,733	6,481	5,124,579	2,957	791	3.7
41522	รพ.รัตนประชารักษ์	4,584	12,148	4,607,755	1,005	379	2.7
13814	รพ.ศิริราช	1,038	1,708	3,594,390	3,463	2,104	1.6
11477	รพ.ทหารผ่านศึก	1,263	4,634	3,374,482	2,672	728	3.7
44366	รพ.เดอะซีพลัส ประเวศ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	1,957	6,979	2,331,178	1,191	334	3.6

3

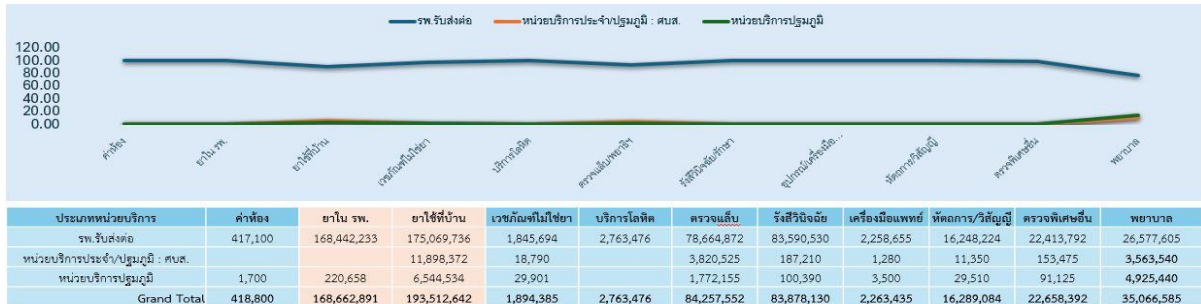
4 สรุปประเด็นที่พบไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ OPAE เขตกรุงเทพมหานคร (ข้อมูลตั้งแต่ 1 ต.ค. 67-30 มิ.ย. 68)

ประเด็นที่พบ	จำนวน visit	จำนวนเงิน	ข้อเสนอ
1. กรณีบริการในเครือข่ายตนเอง	80,483	90,350,888	
2. กรณีให้บริการ >3 -200 กว่า ครั้ง/คน	128,566	49,553,166	กรณีค่าใช้จ่ายเกิน 200 บาท/ ครั้ง ปรับการจ่ายเป็น OP Anywhere 200 บาท/ครั้ง
3. กรณีผป.นัด (ตรวจ lab/ทำแผล)	6,913	6,784,745	
4. กรณีเบิกจ่ายต่อครั้งสูง ตั้งแต่ 5,000 - 40,000 บาทขึ้นไป	2,992	26,785,689	ตรวจสอบราย Individual

6

ประเด็นที่พบ	จำนวน (แห่ง)	กรณี	จำนวน visit ก่อนปรับ	จำนวนเงิน ก่อนปรับ	จำนวน visit หลังปรับ	จำนวนเงิน หลังปรับ	ส่วน ต่าง visit (คืบ กองทุน OPAE)	ส่วนต่าง จำนวนเงิน (คืบกองทุน OPAE)
กรณี ให้บริการ >3-200 ครั้ง ต่อคนขึ้นไป	238	ใน เครือข่าย	13,923	14,955,008	13,923	2,382,586	9,550	12,572,422
		นอก เครือข่าย	114,643	34,598,158	114,643	18,468,588	24,879	16,129,570
กรณีมีผู้ป่วย นัด (ตรวจ lab/ทำแผล)	163	ใน เครือข่าย	3,539	3,837,675	3,539	658,495	2,930	3,179,180
		นอก เครือข่าย	3,374	2,947,070	3,374	695,990	2,834	2,251,080
รวม			135,479	56,337,911	135,479	22,205,659	40,193	34,132,252

- 1 ประเด็นที่ 1 ให้บริการ >40 ครั้งต่อคน ใน 9 เดือน พบ สูงสุดถึง 356 ครั้งต่อคน เป็น case มาทำแผล
- 2 ประเด็นที่ 2 ข้อมูล Outlier จำนวนเงิน 5,000บาท ขึ้นไป
- 3 - ตรวจสอบ ราย Individual
- 4 - กรณีสงสัย shopping around จำนวน 1 case ดำเนินการเวียนหนังสือแจ้ง รพ. และอยู่
- 5 ระหว่างส่งกฎหมายดำเนินการ
- 6 ร้อยละการเบิกจ่าย OP พิกัด ตามกลุ่มประเภท
- 7



ความถี่การให้บริการ > 200 ครั้งต่อคน

ประเภทหน่วยบริการ	Sum of คน	Sum of เงิน
รพ.รับส่งต่อ	2,436	938,864
หน่วยบริการปฐมภูมิ	3,074	817,938
หน่วยบริการประจำปฐมภูมิ : ศบส.	1,345	279,457

HCODE	HNAME	จำนวนครั้ง	จำนวนเงิน	บาทต่อครั้ง
41863	ศัลยกรรมกระดูก	333	84,175	253
41970	บางเขนคลินิก	321	96,629	301
41976	คลินิกเวชกรรมตลาด ม.เศรษฐกิจ	320	62,558	195
13688	ศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี	318	81,913	258
25060	รพ.ผู้สูงอายุบางเขน	310	46,910	151
11535	รพ.วชิรพยาบาล	293	89,977	307
41974	คลินิกเวชกรรมบางบอน 19	286	57,334	200
41588	รามอินทรา 74 คลินิกเวชกรรม	271	72,430	267
11482	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช	261	76,779	294
22291	นมินทร์ 3 สหคลินิก	253	76,552	303

- 8
- 9 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

10 เห็นชอบตามมติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุน
 11 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8/2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 ดังนี้

- 12 1. รับทราบผลการวิเคราะห์ข้อมูล OPAE และ OP พิกัด เขตกรุงเทพมหานคร (ข้อมูล 1 ต.ค. 67-30 มิ.ย. 68)
- 13 2. เห็นชอบ ดังนี้

14 2.1 กรณี OPAE มอบสปช. ดำเนินการทบทวนประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายฯ ในปีงบประมาณ
 15 2568 กรณีที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนดตามประกาศที่เกี่ยวข้อง หากพบว่าเป็นกรณี OP
 16 Anywhere ให้เบิกจากกองทุน OP Anywhere กทม. โดยกรณีค่าใช้จ่ายเกิน 200 บาท/ครั้ง ปรับการจ่ายเป็น
 17 OP Anywhere 200บาท/ครั้ง และนำเงินคืนกลับเข้ากองทุน OPAE ปีงบประมาณ 2568 ต่อไป

18 2.2 กรณี OPAE และ OP พิกัด ปีงบประมาณ 2568 ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ขอให้สปช. ตรวจสอบข้อมูล หาก
 19 พบว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนดตามประกาศที่เกี่ยวข้อง ให้ทบทวนประมวลผลข้อมูล
 20 การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ฯ รวมทั้งอาจพิจารณาตรวจสอบข้อมูลราย Individual และนำ
 21 เงินที่ได้คืนกลับเข้ากองทุน OPAE และ OP พิกัด ปีงบประมาณ 2568 ต่อไป

22 2.3 มอบสปช. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกสำหรับคนพิการ
 23 ให้สามารถดูแลรักษาพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านมากขึ้น พัฒนาการดูแลผู้พิการที่ต้องพึ่งพิงตาม
 24 ระบบบริการนวัตกรรม รวมถึงพัฒนาการส่งต่อผู้พิการที่รักษาในรพ. กลับมารักษาต่อยังหน่วยบริการปฐมภูมิ
 25 ที่ขึ้นทะเบียน

26 2.4 ออกหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย OPAE, OP พิกัด ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันและมีสัญญาณเตือนในกรณีที่มี
 27 การเบิกจ่ายผิดปกติ

- 28 3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1 มติที่ประชุม

2 เห็นชอบตามมติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุน
3 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8 / 2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 ดังนี้

- 4 1. รับทราบผลการวิเคราะห์ข้อมูล OPAE และ OP พิการ เขตกรุงเทพมหานคร (ข้อมูล 1 ต.ค. 67-30 มิ.ย. 68)
- 5 2. เห็นชอบ ดังนี้

6 2.1 กรณี OPAE มอบสปสข. ดำเนินการทบทวนประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายฯ ในปีงบประมาณ 2568
7 กรณีที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนดตามประกาศฯ ที่เกี่ยวข้อง หากพบว่าเป็นกรณี OP Anywhere ให้
8 เบิกจากกองทุน OP Anywhere กทม. โดยกรณีค่าใช้จ่ายเกิน 200 บาท/ครั้ง ปรับการจ่ายเป็น OP Anywhere
9 200บาท/ครั้ง และนำเงินคืนกลับเข้ากองทุน OPAE ปีงบประมาณ 2568 ต่อไป ทบทวนประมวลผลข้อมูล
10 การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ฯ รวมทั้งอาจพิจารณาตรวจสอบข้อมูลราย Individual และนำ
11 เงินที่ได้คืนกลับเข้ากองทุน OPAE และ OP พิการ ปีงบประมาณ 2568 ต่อไป

12 2.3 มอบสปสข. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกสำหรับคนพิการ
13 ให้สามารถดูแลรักษาพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านมากขึ้น พัฒนาการดูแลผู้พิการที่ต้องพึ่งพิงตาม
14 ระบบบริการนวัตกรรมรวมถึงพัฒนาการส่งต่อผู้พิการที่รักษาในรพ. กลับมารักษาต่อ

15 2.2 กรณี OPAE และ OP พิการ ปีงบประมาณ 2568 ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ขอให้สปสข. ตรวจสอบข้อมูล หาก
16 พบว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนดตามประกาศฯ ที่เกี่ยวข้อง ให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้น
17 ทะเบียน

18 2.4 ออกหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย OPAE OP พิการ ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันและมีสัญญาณเตือนในกรณีที่มี
19 การเบิกจ่ายผิดปกติ

20 3. มอบสปสข. รับข้อเสนอแนะสปสข. ไปพิจารณาดำเนินการ

21 4. รับรองมติที่ประชุมและให้ดำเนินการได้เลย

23ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องเพื่อทราบ

25ระเบียบวาระที่ 6.1 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับสปสข.

26ระเบียบวาระที่ 6.1.1 ข้อเสนอการบริหารจัดการงบบริการผู้ป่วยนอก สปสข.เขต 13 กรุงเทพมหานคร

28มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 / 2568 วันที่ 4 สิงหาคม 2568

29 1. รับทราบสถานการณ์ข้อมูล และ(ร่าง)ข้อเสนอการแก้ปัญหาทางงบประมาณค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่
30 กทม.ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

31 2. เห็นชอบตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
32 ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 17 กรกฎาคม 2568

33 3. เห็นชอบการปิดงบประมาณปี 2566 สำหรับค่าบริการของหน่วยบริการในพื้นที่ กทม.

34 4. เห็นชอบการใช้จ่ายรายการรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม และรายรับอื่นระหว่างปีงบประมาณที่รอการ
35 ปิดบัญชี จำนวนเงิน 91.58 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายงบบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่ กทม. ที่คงค้างจาก
36 ปีงบประมาณ 2566 ที่ได้ยกยอดมาปีงบประมาณ 2567 และปีงบประมาณ 2568 ตามมติคณะกรรมการ
37 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

38 5. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

1 1. สรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567

รายการ	วงเงิน	ค่าใช้จ่ายตาม ผลงานบริการ	งบไม่เพียงพอ
Central Reimburse	1,253.98	1,388.17	-134.19
Modelอื่น (OP cap)	1,001.09	1,001.09	0.00
Modelอื่น (OP cap)	2,776.86	3,659.93	-883.07
รวม	5,031.94	6,049.19	-1,018.08

2 วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 การประชุม อปสข. วาระที่ 5.1 ข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารจัดการเงิน
3 ค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 มีมติ

4 1. รับทราบสรุปข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567

5 2. เห็นชอบแนวทางตามข้อเสนอจากที่ประชุมคณะทำงานฯ CFO

6 เนื่องจากงบประมาณกองทุนเป็นระบบปลายปิด และมีมติ อปสข. ให้ปิดงบประมาณเป็นรายปี ขณะนี้
7 งบประมาณที่ได้รับในปี 2567 ได้จ่ายไปหมดแล้ว ตามมติ อปสข. ที่ผ่านมา จึงให้ถือว่าการจ่ายทั้งสองกรณีเป็น
8 การจ่ายตามระบบ point systems และให้เป็นการสรุปปิดกองทุนในปี 2567 โดยหาก สปสข. วิเคราะห์
9 งบกองทุนในส่วนของ กทม. ของปี 2567 แล้วยังมีเหลือก็ให้นำมาพิจารณาจัดสรรคืนให้หน่วยบริการได้

10 3. รับรองมติในที่ประชุม

11
12 **ข้อจำกัดการบริหารค่าบริการผู้ป่วยนอก พื้นที่กรุงเทพมหานคร ไม่เพียงพอ ปีงบประมาณ 2567**

13 ● เนื่องจากในปีงบประมาณ 2567 มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารงบประมาณกองทุนผู้ป่วยนอก
14 แบ่งเป็น 2 ช่วง คือช่วง 5 เดือนแรก มีผลงานบริการจำนวนมากกว่าวงเงินงบประมาณทำให้งบ
15 ไม่เพียงพอจ่าย 1 บาท/point (ติดลบ) และ 7 เดือนหลังปรับเป็นเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งมีเวลาคาบเกี่ยว
16 กันในการส่งข้อมูล 5 เดือนแรกภายใน 31 มีนาคม 2567

17 ● คำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข. วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 “เนื่องจากงบประมาณกองทุนเป็น
18 ระบบปลายปิด และมีมติ อปสข. ให้ปิดงบประมาณ เป็นรายปี ขณะนี้งบประมาณที่ได้รับในปี 2567 ได้
19 จ่ายไปหมดแล้ว ตามมติ อปสข. ที่ผ่านมา จึงให้ถือว่าการจ่ายทั้งสองกรณีเป็นการจ่ายตามระบบ
20 point systems และให้เป็นการสรุปปิดกองทุนในปี 2567 โดยหาก สปสข. วิเคราะห์งบกองทุนใน
21 ส่วนของ กทม. ของปี 2567 แล้วยังมีเหลือก็ให้นำมา พิจารณาจัดสรรคืนให้หน่วยบริการได้” อาจ
22 ไม่สอดคล้องกับประกาศสำนักงานฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วย
23 นอกในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2566 ดังนี้

บริการ	หลักเกณฑ์ การจ่ายตามประกาศ	มติ อปสข.
กรณี Central Reimburse	จ่ายตามรายการบริการและ อัตราที่กำหนด	Point System
กรณีรับส่งต่อ (OP Refer)	จ่ายตามรายการบริการและ อัตราที่กำหนด	Point System
กรณีการจ่ายตามผลงานบริการ (OPFS)	จ่ายตามรายการบริการที่กำหนด ไม่เกินคะแนนละ 1 บาท (Point system)	Point System

- 1 ผลกระทบ กรณีดำเนินการตามมติ สปส. ให้จ่ายตาม point system ต้องเรียกคืนจากหน่วยบริการ
2 เป็นเงิน 1,018 ล้านบาท โดยแยกราย Model ดังนี้
3

ประเภท	Est.จำนวนเงินที่ต้องเรียกคืน			
	เงินที่ต้องเรียกคืน CR	เงินที่ต้องเรียกคืน OP Refer	เงินที่ต้องเรียกคืน OP FS	รวมเงินที่เรียกคืน หากจัดสรรตาม Point
Model 1,2,4,5.3	- 99,676,164.86	- 644,441,819.21	-	- 744,117,984.07
Model 5 คลินิก	- 7,749,395.26	-	-119,183,710.53	- 126,933,105.79
Model 5 ศบส.	- 10,011,412.80	-	- 35,926,937.94	- 45,938,350.74
Model 5 หน่วยบริการอื่น	- 105,031.68	-	- 150,167.51	- 255,199.19
อื่นๆ	- 16,643,417.73	- 83,517,480.89	- 678,086.82	- 100,838,985.44
รวม	-134,185,422.33	-727,959,300.10	-155,938,902.80	-1,018,083,625.23

- 4 การขออุทธรณ์การส่งข้อมูลบริการปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66-ก.พ. 67) ไม่ทันภายใน 31 มีนาคม 2567
5

หน่วยบริการ	จำนวนบริการ (ครั้ง)	ยอดการเบิกจ่าย
รพ.ศิริราช	24,028	118,437,925.56
รพ.ตากสิน	43,178	51,531,064.25
รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	3,233	8,143,010.40
รพ.สงฆ์	4,027	5,294,178.85
รพ. สิรินคร	2,902	3,904,937.60
รพ.มกุฎวิวัฒนะ	353	1,951,774.00
รพ.รามธิบดีจักรีนฤพดินทร์	1,836	1,799,729.62
รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน	977	943,573.25
รพ.ไอเอ็มเอช ธนบุรี โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	500	763,047.25
รพ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	102	387,645.75
รพ.ภูมิพลอดุลยเดช	100	248,984.50
รพ.วชิรพยาบาลฯ	95	114,878.02
สถาบันประสาทวิทยา	32	114,132.00
รพ.พระมงกุฎเกล้า	22	63,098.50
รพ.นพรัตนราชธานี	15	50,624.00
ศูนย์บริการสาธารณสุข 14 แก้ว สี่บุญเรือง	4	6,943.50
ศูนย์บริการสาธารณสุข 30 วัดเจ้าอาม	4	797.00
รวม	81,408	193,756,344.05

- 6 หมายเหตุ : เป็นข้อมูลเฉพาะที่หน่วยบริการมีหนังสือขออุทธรณ์มาที่ สปส.
7
8
9
10

(ร่าง) ข้อเสนอการแก้ไขปัญหางบประมาณ ค่าบริการผู้ป่วยนอก พื้นที่กรุงเทพมหานครปีงบประมาณ 2567

1. กรณี Central Reimburse งบประมาณไม่เพียงพอจำนวน 134.19 ล้านบาท
 2. กรณีรับส่งต่อ จ่ายให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อตามรายการบริการที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ และค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง
 3. กรณีการจ่ายตามผลงานบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากในปีงบประมาณ 2567 มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารงบประมาณกองทุนผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 ทำให้การจ่ายค่าบริการระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 มีไม่เพียงพอจำนวน 883.07 ล้านบาท
 4. การอุทธรณ์การส่งข้อมูลบริการปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66 - ก.พ. 68) กรณีส่งไม่ทันภายใน 31 มีนาคม 2567 จำนวน 193.75 ล้านบาท
- จึงขอเสนอการหางบประมาณมาสนับสนุนระบบบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,018.08 ล้านบาท และ กรณีอุทธรณ์ข้อมูลฯ จำนวน 193.75 ล้านบาท

มติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 17 กรกฎาคม 2568

1. รับทราบสถานการณ์ข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ 2567 และร่าง ข้อเสนอการแก้ไขปัญหางบประมาณค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
2. ยืนยันตามมติอุปสข. วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 โดยมีมติเห็นชอบแนวทางตามข้อเสนอจากที่ประชุมคณะทำงานฯ CFO “เนื่องจากงบประมาณกองทุนเป็นระบบปลายปิด และมติ อุปสข. ให้ปิดงบประมาณเป็นรายปี ขณะนี้งบประมาณที่ได้รับในปี 2567 ได้จ่ายไปหมดแล้ว ตามมติอุปสข. ที่ผ่านมา จึงให้ถือว่าการจ่ายทั้งสองกรณีเป็นการจ่ายตามระบบ point systems และให้เป็นการสรุปปิดกองทุนในปี 2567 โดยหาก สปสช. วิเคราะห์ห้วงกองทุนใน ส่วนของ กทม. ของปี 2567 แล้วยังมีเหลือ ก็ให้นำมาพิจารณาจัดสรรคืนให้หน่วยบริการได้ ”
3. มอบ สปสช. เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป

2. การปิดงบประมาณปี 2566 สำหรับค่าบริการของหน่วยบริการในพื้นที่ กทม.

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 2 ตุลาคม 2566 วาระ 4.3 แผนการเร่งรัดการโอนงบประมาณ ในระหว่างการใช้งบประมาณไปพลางก่อน

1. เห็นชอบหลักการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างการใช้งบประมาณไปพลางก่อน ปีงบประมาณ 2567 ตามประกาศ ดังนี้

1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข...

3) เร่งรัดการปิดบัญชีงบประมาณค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566 เพื่อนำงบเหลือจ่ายมาขับเคลื่อนการดำเนินงานรายการ สิทธิประโยชน์ใหม่/นโยบายรัฐบาล ปี 2567 โดยจะเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาในเดือนพฤศจิกายน 2566 ต่อไป ทั้งนี้ มอบ สปสช. ทบทวนการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการบริหารกองทุนในแต่ละปีงบประมาณ

4) สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ กทม. ให้เร่งรัดการปิดงบประมาณปี 2566 และเร่งรัดการจัดสรรเงิน โดยค่าใช้จ่ายที่ค้างอยู่ให้นำไปรวมในปีงบประมาณ 2567

2. เห็นชอบให้ดำเนินการตามแผนการเร่งรัดการโอนงบประมาณ ปีงบประมาณ 2567 ทั้งหน่วยบริการประจำ และสถานีนอมนายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพสต.) ถ้ายโอนฯ ที่ได้รับการโอนเงินตามรูปแบบข้อตกลงกับหน่วยบริการ ประจำปีที่ผ่านมา

3. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

การดำเนินการตรวจสอบและการอุทธรณ์ข้อมูล ปีงบประมาณ 2566

รายการ	ผลการตรวจสอบ นำเข้รายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม และรายรับ อื่นระหว่างปีรอปิดบัญชีปี 2568	งบคงเหลือ ปี 2566	รวม
ค่าบริการ Model5	82.73	4.28	87.00
Central Reimburse	4.58		4.58
รวม	87.30	4.28	91.58

มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 รับทราบ และเห็นชอบผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก กรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) กทม. ปีงบประมาณ 2566 โดยถือว่าการสิ้นสุดการตรวจสอบข้อมูล

มติคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ วันที่ 29 กรกฎาคม 2568

1. รับทราบ สถานการณ์ข้อมูลและ (ร่าง) ข้อเสนอการแก้ปัญหางบประมาณค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่ กทม. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
2. รับทราบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 17 กรกฎาคม 2568
3. รับทราบ การปิดงบประมาณปี 2566 สำหรับค่าบริการของหน่วยบริการในพื้นที่ กทม.
4. รับทราบการใช้จ่ายรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม และรายรับอื่นระหว่างปีงบประมาณที่รอการปิดบัญชี จำนวนเงิน 91.58 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายงบบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่ กทม.ที่ค้างจากปีงบประมาณ 2566 ที่ได้ยกยอดมาปีงบประมาณ 2567 และปีงบประมาณ 2568 ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 2 ตุลาคม 2566
5. มอบ สปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาต่อไป
6. รับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการได้ทันที

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 / 2568 วันที่ 4 สิงหาคม 2568
 6.1.2 โครงการนำร่องดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มประชากรแฝงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
 ด้วย Mini-Telemedicine Clinic

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2568 วันที่ 4 สิงหาคม 2568

1. เห็นชอบหลักการในการขยายการเข้าถึงบริการของประชาชน และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย NCDs โดยนำร่องใน พื้นที่ กทม. และพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร โดยผ่านบริการ Telemedicine และพัฒนาต่อยอดจากบริการที่มีอยู่แล้ว รวมถึงมติ ครม.วันที่ 22 กค.68 ซึ่งจะช่วยสนับสนุนความสำเร็จของนโยบาย 50 เขต 50 รพ.ด้วย
2. เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดย ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งผู้แทนคณะกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมหารืออย่างรอบด้าน และจัดทำเสนอคณะกรรมการหลักประกันฯ เพื่อพิจารณาต่อไป
3. มอบ สปสช. และหน่วยวิชาการที่เกี่ยวข้อง ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ และประสบการณ์ของ Telemedicine และคลินิกนวัตกรรมอย่างเป็นระบบ รวมถึงพิจารณาภาระงบประมาณที่เกี่ยวข้อง ในปีหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในปีที่สอง
4. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

มติคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ วันที่ 29 ก.ค. 2568

1. รับทราบการดำเนินงาน โครงการนำร่องดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มประชากรแฝงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตลอด 24 ชั่วโมง ด้วย Mini-Telemedicine Clinic
 2. รับทราบ แนวทางดำเนินการของ สปสช. ดังนี้
 - 2.1. ประสานความร่วมมือกับ กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร เพื่อดำเนินการ
 - 2.2. จัดทำประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการ
 - 2.3. ประสานหน่วยวิชาการที่เกี่ยวข้อง ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ และประสบการณ์ในปีหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในปีที่สอง รวมถึงพิจารณาภาระงบประมาณที่เกี่ยวข้อง
 3. เห็นชอบให้ สปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาต่อไป
 4. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการทันที
- โดยที่ประชุมมีข้อสังเกตเพิ่มเติม ให้พิจารณากำหนดอัตราค่าบริการตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2568 และจัดทำแนวทางกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้ชัดเจน

การดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มประชากรแฝงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
 วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย ไม่รุนแรง ให้มีความสะดวกยิ่งขึ้น
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้
3. ลดภาระงานของหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับ

เป้าหมายที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน จาก 2.56 เป็น 3.63 ครั้ง/คน/ปี
2. เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย NCD ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 95,210 คน (20% ของจำนวนผู้ป่วย DM HT สิทธิ UC เขต 13 กรุงเทพมหานคร)
3. ลด การรับบริการที่ โรงพยาบาล ใน กทม. ประมาณ 1.43 ล้านครั้ง/ปี”

แนวทางการดำเนินงาน

1. จัดให้มี Mini – Telemedicine Clinic ในชุมชน เปิดให้บริการวันละ 15 ชั่วโมง
2. บริการ Mini – Telemedicine Clinic ในชุมชน ประกอบด้วย
 - ตรวจร่างกาย โดย ชุดอุปกรณ์ตรวจร่างกายเบื้องต้น (เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจ หู/ตา/ยอด/หัวใจ และเครื่องตรวจน้ำตาล)
 - พบแพทย์ ผ่าน Telemedicine
 - ปรึกษาภายใน 1 ชม. หลังพบแพทย์ พร้อมการให้แนะนำการใช้ยาผ่านระบบ Tele Pharmacy
- 3 ระบบป้องกันการการทุจริต ระบบการยืนยันตัวตนด้วยบัตรประชาชนและ Face Recognition
4. มี জনท.ช่วยอำนวยความสะดวก และให้คำแนะนำในการใช้บริการ
5. เริ่มดำเนินการในพื้นที่ กทม. และปริมณฑล

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

รับทราบ

- มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2568 วันที่ 4 สิงหาคม 2568
 - 6.1.1 ข้อเสนอการบริหารจัดการบริการผู้ป่วยนอก สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 - 6.1.2 โครงการนำร่องดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มประชากรแฝงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- ด้วย Mini –Telemedicine Clinic

มติที่ประชุม

รับทราบ

- มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2568 วันที่ 4 สิงหาคม 2568
 - 6.1.1 ข้อเสนอการบริหารจัดการบริการผู้ป่วยนอก สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 - 6.1.2 โครงการนำร่องดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มประชากรแฝงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- ด้วย Mini–Telemedicine Clinic

ระเบียบวาระที่ 6.2 มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับอปสข.

6.2.1 สถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระบบการส่งต่อ และข้อเสนอต่อคณะกรรมการหรืออปสข. ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 7/2568 วันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม 2568

1. รับทราบ สถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระบบการส่งต่อ และข้อเสนอต่อคณะกรรมการหรืออปสข. ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

2. มอบ สปสข. ดังนี้

2.1 รับความเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุมในประเด็นปัญหาการจัดบริการระบบการเบิกจ่าย ระบบส่งต่อและเครือข่ายบริการ หนี้ค้างจ่าย และดำเนินการวางแผนทางการแก้ไขปัญหาเชิงรุกโดยเร่งด่วน สื่อสารให้หน่วยบริการรับทราบต่อไป

2.2 จัดระบบบริหารจัดการและระบบส่งต่อ เครือข่ายบริการในพื้นที่สปสข. เขต กทม. ร่วมกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

2.3 สปสข. เขต 13 กทม. รับข้อเสนอ Sandbox การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยประสานข้อมูลเพิ่มเติม ศึกษารูปแบบความเป็นไปได้ร่วมกับ รพ.นพรัตนราชธานี ,รพ.เลิดสิน, รพ.ราชวิถี เทรียมนำเสนอต่อที่ประชุม อปสข. กทม. พิจารณาต่อไป

2.4 รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาต่อไป

3. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

6.2.2 ความเห็นของคณะกรรมการสอบสวน จำนวน 10 เรื่อง

คณะที่ 3 กรณีความเห็นเอกฉันท์กรณีหน่วยบริการกระทำผิดเกิดซ้ำหลายครั้ง จำนวน 2 เรื่อง

1. ศิริมาราคลินิกเวชกรรม กรุงเทพมหานคร

2. คลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล กรุงเทพมหานคร

มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 7/2568 วันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม 2568

1. เห็นชอบกับความเห็นของ คกก.สอบสวน คณะที่ 3 ที่มีความเห็นเอกฉันท์

1.1 การกระทำผิดของศิริมาราคลินิกเวชกรรม และคลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล เป็นการกระทำผิดเกิดซ้ำหลายครั้งตามประกาศแนวทางการพิจารณาของคกก. ควบคุมคุณภาพฯ ตามมาตรา 60

1.2 สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนศิริมาราคลินิกเวชกรรม และคลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตาม ม.60(1)

1.3 แจ้งต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการกับศิริมาราคลินิกเวชกรรม และคลินิกเวชกรรมเดอะซีพลัส สาขาลาซาล ซึ่งเป็นสถานบริการเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ตาม ม.60(2)

1.4 มอบ สปสข. ดำเนินการตามขั้นตอนและเวลาที่เหมาะสม ก่อนมีคำสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

2. มอบให้ สปสข. ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

3. ขอรับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการได้ทันที

1 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

2 ระเบียบวาระที่ 6.2.1 สถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึง
3 บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระบบการส่งต่อ และข้อเสนอต่อคณะกรรมการหรือ
4 สปสช. ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

5 ระเบียบวาระที่ 6.2.2 ความเห็นของคณะกรรมการสอบสวนฯ คณะที่ 3

6 มติที่ประชุม

7 - รับทราบ

8 ระเบียบวาระที่ 6.2.1 สถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึง
9 บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระบบการส่งต่อ และข้อเสนอต่อคณะกรรมการ
10 หรือสปสช. ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

11 ระเบียบวาระที่ 6.2.2 ความเห็นของคณะกรรมการสอบสวนฯ คณะที่ 3

12
13 ระเบียบวาระที่ 6.3 เรื่องจากคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึง
14 บริการของระบบบริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร

15 ระเบียบวาระที่ 6.3.1 ข้อเสนอของบริการผู้ป่วยนอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model ปีงบประมาณ 2569
16 ที่มา 1. มติการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 7/2568 วันพฤหัสบดีที่
17 24 กรกฎาคม 2568 มอช สปสช. เขต 13 กทม. รับข้อเสนอ Sandbox การบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน
18 สุขภาพแห่งชาติ โดยประสานข้อมูลเพิ่มเติมศึกษารูปแบบความเป็นไปได้ร่วมกับ รพ.นพรัตนราชธานี ,
19 รพ.เลิดสิน, รพ.ราชวิถี เติมนำเสนอต่อที่ประชุม อปสช. กทม. พิจารณาต่อไป

20 2. มติคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่
21 กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8/2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 รับทราบและมอบสปสช.กทม.นำเรื่อง
22 ข้อเสนอของบริการผู้ป่วยนอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model ปีงบประมาณ 2569 เข้าหารือต่อ
23 คณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับ
24 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

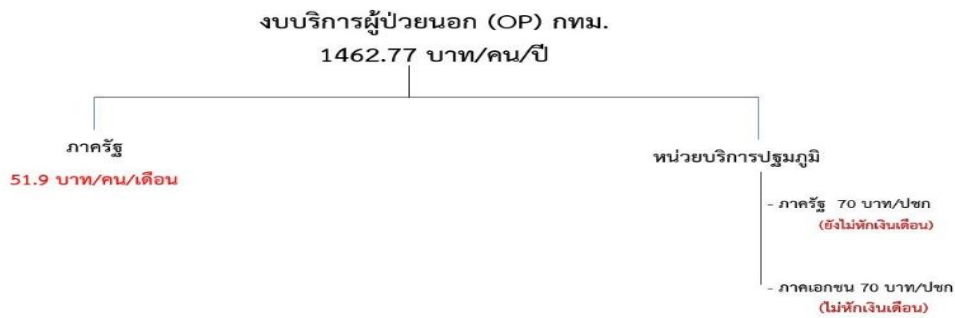
25 3. มติคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการ
26 ทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 8 สิงหาคม 2568 รับทราบข้อเสนอของบริการ
27 ผู้ป่วยนอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model ปีงบประมาณ 2569 โดยมอบรพ.นพรัตนราชธานี ร่วม
28 กับสปสช.จัดทำแนวทางการจัดบริการ OP และ P&P และแผนการดำเนินงาน รวมทั้งการบริหาร
29 จัดการงบประมาณและให้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเร่งดำเนินการจัดทำประชาพิจารณ์และจัดประชุมกับ
30 หน่วยบริการในเครือข่าย รวมถึงศึกษาแนวทางการบริหารจัดการเรื่อง P&P ก่อนดำเนินการ เพื่อให้ถึง
31 เป้าหมายผลงานบริการ

32

1 จำนวนประชากร UC ของเครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ปีงบประมาณ 2568

หน่วยประจำ	หน่วยปฐมภูมิ	แห่ง	ประชากร	อัตรา 1462.77 บาท/ปชก./ปี
รพ.นพรัตนราชธานี	รพ.นพรัตนราชธานี	1	16,358	23,927,992
	ศูนย์บริการสาธารณสุข	15	28,909	42,287,218
ศูนย์บริการสาธารณสุข	ศูนย์บริการสาธารณสุข	6	30,769	45,007,970
	คลินิก	41	251,450	367,813,517
รพ.นพรัตนราชธานี คุ่มเกล้า	รพ.นพรัตนราชธานี คุ่มเกล้า	1	9,585	14,020,650
รวม		64	337,071	493,057,347

3
4 งบบริการผู้ป่วยนอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model



5
6 งบบริการผู้ป่วยนอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model

7 การจัดการด้านการเงิน

- 8 - ทำ Virtual account เครือข่าย รพ.นพรัตนฯ (รวมเคส พิกัด + ทหารผ่านศึก)
- 9 - เงิน OP Cap รพ. บริหารทั้งวงเงิน (โดยไม่หัก CR เข้ากองกลาง) ****ไม่หักเงินเดือนเอกชน**
- 10 - จ่ายให้ ปฐมภูมิ 70 บาท/คน/เดือน

11
12 การจัดการด้านโครงสร้างพื้นฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

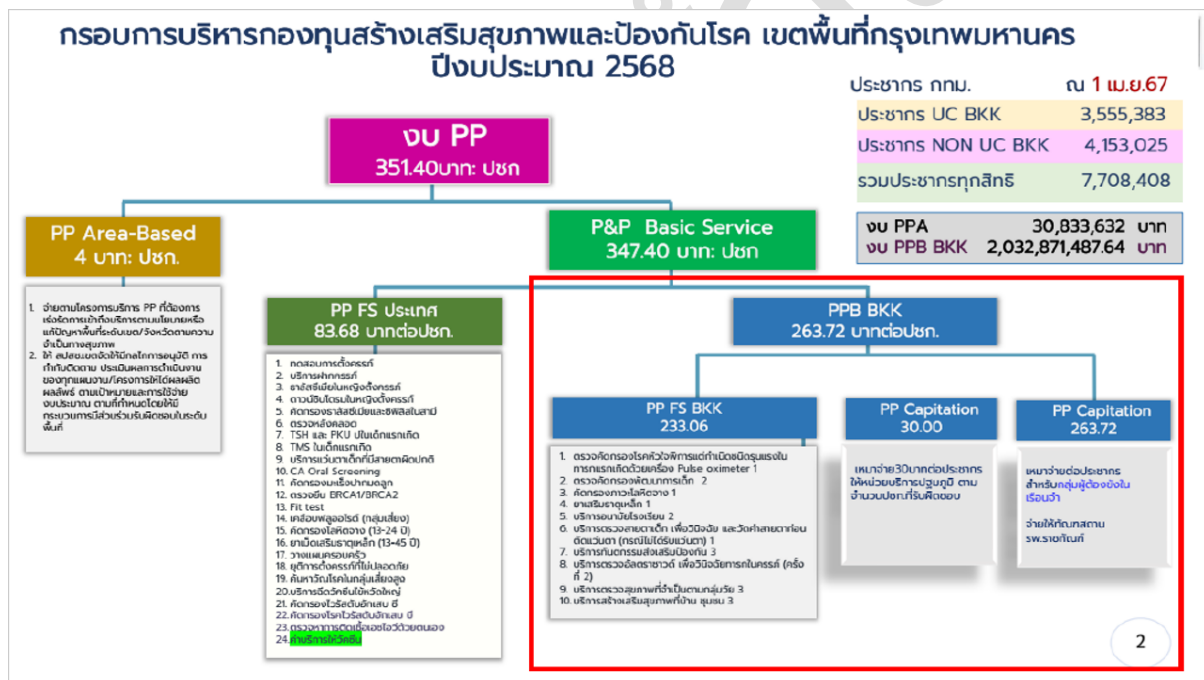
- 13 - แต่งตั้งคณะทำงานรับผิดชอบงานเครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พร้อม กำหนดบทบาทหน้าที่
- 14 ของคณะทำงานให้ชัดเจน ตามภารกิจ โมเดลเครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- 15 - จัดทำมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแบบตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 16 - จัดทำ Primary Care Trust / CPG ภายในเครือข่าย ในกลุ่มผู้ป่วย NCD โดยอ้างอิงหลักการ
- 17 ดำเนินงาน NCD clinic Plus
- 18 - จัดทำศักยภาพขั้นต่ำของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น บัญชียา / รายการหัตถการ ฯลฯ
- 19 - กำหนดหลักเกณฑ์การส่งต่อ ส่งกลับ ระหว่างเครือข่าย เช่น นัดติดตามอาการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

1 การกำกับ

- 2 - พัฒนาระบบป้องกัน Abuse เช่น Over Refer , การไม่รักษาคนไข้ ฯลฯ
- 3 - กำกับ ติดตาม โดยคณะทำงานฯ นำทีมโดย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- 4 - กำกับมาตรฐานการให้บริการโดยคณะทำงานภาคีเครือข่ายรพ. ศบส. และคลินิกชุมชนอบอุ่น ตามแบบ
- 5 ตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ

6 หลักการ โรงพยาบาลอยู่ได้ ปฐมภูมิอยู่รอด

- 7 1. ลดความยุ่งยากเรื่องใบส่งต่อ ลดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับผู้รับบริการ และหน่วย
- 8 บริการปฐมภูมิกับทุติยภูมิ ตติยภูมิ
- 9 2. โรงพยาบาลบริหารงบค่าส่งต่อคงที่ต่อเดือน (51.90 บาท/คนสำหรับปชก.> 3แสนคน) ซึ่งสูงกว่าใน
- 10 ขณะที่เป็นหน่วยบริการประจำ (4.5 หมื่นคน โดยมีการหักเงินเดือน)
- 11 3. ค่าเหมาจ่าย 70 บาท/คน/เดือน น่าจะทำให้คลินิกคำนวณและวางแผนการเงินได้ง่าย ช่วยลดภาระ
- 12 งานด้านบริหารข้อมูล
- 13 4. มีแรงจูงใจให้หน่วยบริการเครือข่ายพัฒนาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพ และให้บริการ
- 14 Health Care โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าส่งต่อ



1 การจัดการด้านงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

2. P&P Fee schedule ปี 2568



2.1 รายการ PP FS ระดับประเทศ 27 รายการ

1. บริการทดสอบการตั้งครรภ์
2. บริการฝากครรภ์
3. บริการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
5. การตรวจหลังคลอด
6. บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และการคัดกรองซีพีเอส
7. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
8. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
9. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
10. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมแบบด้อยด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด
11. บริการตรวจตาเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ
12. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
13. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
14. บริการวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ในผู้ใหญ่
15. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ในกลุ่มเสี่ยง
16. บริการเคลือบฟลูออไรด์ ในกลุ่มเสี่ยง
17. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาทารกในครรภ์ที่มีความผิดปกติ
18. บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี
19. บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
20. บริการคัดกรองรอยโรคเยื่อเมรัและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)
21. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
22. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์
23. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (FIT test)
24. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ
25. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องมือแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์
26. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด
27. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ

2.2 รายการ PP FS กทม. 11 รายการ

1. บริการตรวจคัดกรอง พัฒนาการเด็ก
2. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
3. บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
4. บริการอนามัยโรงเรียน
5. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน
6. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้านและชุมชน
7. บริการตรวจสายตาเด็ก เพื่อวินิจฉัย และวัดค่าสายตา ก่อนตัดแว่นตา
8. บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ (ครรภ์ที่ 2)
9. บริการคัดกรองและประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย
10. บริการตรวจคัดกรอง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด
11. บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มวัย

5 บูรณาการการจัดการระหว่าง Primary care trust (PCT) เชื่อมต่อ Primary care Cluster (PCC)

- 6 - PPFS ประเทศ ยังมีอยู่ >> นำวงเงิน PP BKK มาจัดการ
- 7 - Virtual Account = จำนวนประชากร x วงเงิน >>> รพ. เป็นผู้จัดการวงเงิน
- 8 - กำหนดกิจกรรมพื้นฐาน และกำกับติดตาม โดย คณะทำงาน นำทีมโดย รพ.

9 การบริหารจัดการเครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

10 เพื่อให้การบริหารจัดการ เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้ง

11 ด้านบริหาร ด้านบริการ การรักษา, ป้องกันโรค, ส่งเสริมสุขภาพ, การดูแลผู้พิการ, การส่งต่อ, การ

12 จัดการเวชภัณฑ์, การร้องเรียนจัดการข้อร้องเรียน และการมีส่วนร่วมของประชาชน คณะกรรมการบริหาร

13 เครือข่ายฯ ควรจัดตั้ง คณะทำงานเฉพาะด้าน ดังนี้

14 คณะทำงานเฉพาะด้าน

15 1. คณะทำงานด้านการพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ (Service & Referral System Team)

16 หน้าที่:

- 17 - วางระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย OPD/ IPD
- 18 - จัดระบบ ส่งต่อ (Referral) ระหว่างเครือข่าย (รพ. , คลินิกชุมชนอบอุ่น, ศูนย์บริการสาธารณสุข)
- 19 - พัฒนาระบบ One Stop Service สำหรับการส่งต่อ
- 20 - ใช้เทคโนโลยีร่วม เช่น HIS เชื่อมโยง, Telemedicine

21 ผู้เกี่ยวข้อง:

22 แพทย์, พยาบาล, IT, จนท.เวชระเบียน, ศูนย์สื่อสารการส่งต่อ

2. คณะทำงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Prevention & Health Promotion Team)

หน้าที่:

- วางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มวัย (เช่น เด็ก, ผู้สูงอายุ, วัยทำงาน)
- ทำงานร่วมกับ คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม
- จัดบริการเชิงรุก เช่น Mobile Unit, คลินิกสุขภาพเคลื่อนที่

ผู้เกี่ยวข้อง: นักวิชาการสาธารณสุข, พยาบาลเวชปฏิบัติ, นักโภชนาการ

3. คณะทำงานด้านการดูแลผู้พิการและกลุ่มเปราะบาง (Disability & Vulnerable Group Care Team)

หน้าที่:

- พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง (Long-term care)
- ประสานกับหน่วยงานท้องถิ่น/องค์กรคนพิการ
- ส่งเสริมสิทธิการเข้าถึงบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ
- พัฒนาคลินิกพิเศษ OPD ผู้พิการ
- การดูแลโรคเรื้อรัง ผู้พิการ
- การติดตามเยี่ยมบ้าน

ผู้เกี่ยวข้อง: นักสังคมสงเคราะห์, นักกายภาพ, พยาบาล, หน่วยงานท้องถิ่น

4. คณะทำงานด้านเวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และโลจิสติกส์ (Pharmaceutical & Supply Chain Management Team)

หน้าที่:

- ควบคุมและวางแผนการจัดซื้อ ยา/เวชภัณฑ์ ในระดับเครือข่าย
- บริหารคลังยา, จัดระบบกระจายเวชภัณฑ์ให้ทั่วถึง
- ลดการขาดแคลน/ซ้ำซ้อนของเวชภัณฑ์ใน รพ.เครือข่าย
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การตรวจด้านรังสีวินิจฉัย
- การตรวจวินิจฉัยโรคอื่นๆ

ผู้เกี่ยวข้อง: เภสัชกร, หน่วยจัดซื้อ, หน่วยพัสดุ, ผอ.รพ.เครือข่าย

5. คณะทำงานด้านการจัดการข้อร้องเรียนและคุณภาพบริการ (Complaint & Quality Improvement Team)

หน้าที่:

- จัดระบบรับเรื่องร้องเรียนทั้งจากผู้ป่วยและบุคลากร
- วิเคราะห์สาเหตุปัญหาและดำเนินการแก้ไขอย่างโปร่งใส
- พัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน (HA, HPH, CQI)

ผู้เกี่ยวข้อง: เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน, ตัวแทนผู้รับบริการ, QI, กฎหมาย

6. คณะทำงานด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Engagement Team)

หน้าที่:

- สร้างช่องทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น เวทีประชาคม, Line OA, อสม.
- ประสานองค์กรชุมชน/องค์กรท้องถิ่นในการวางแผนร่วม
- ส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเมือง

ผู้เกี่ยวข้อง: เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์, นักวิชาการสาธารณสุข, อสม., NGO

7. คณะทำงานด้านข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Information & Digital Team)

หน้าที่:

- พัฒนาและบริหารระบบฐานข้อมูลผู้รับบริการ (HDC, HOSxP) ให้เชื่อมโยงกัน
- พัฒนาระบบ Dashboard ติดตามผลงานของเครือข่าย
- สนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนาบริการผู้เกี่ยวข้อง:
- นักวิเคราะห์ข้อมูล, จนท. IT, สถิติ, วิชาการสาธารณสุข

8. คณะทำงานติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation Team)

หน้าที่:

- กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของเครือข่าย (KPI)
- ติดตามผลการดำเนินงานของทุกคณะทำงาน
- ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพและความพึงพอใจประชาชน

9. คณะทำงานด้านการเงินการคลัง(CFO)

หน้าที่:

- บริหารจัดสรรงบประมาณของเครือข่าย
- วางระบบบริหารการเงินในระดับเครือข่าย
- ควบคุมและตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณ
- พัฒนากลไกบริหารรายรับจากบริการสุขภาพ
- สนับสนุนการทำแผนเงินบำรุง และการเงินของ รพ.เครือข่าย
- จัดทำรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลการเงิน
- ส่งเสริมความโปร่งใสในการใช้งบประมาณ
- บูรณาการกับคณะทำงานอื่นๆ ในด้านการเงิน

หมายเหตุ

- คณะทำงานควรมี ประธาน รองประธาน “เลขานุการ” และ “ฝ่ายเลขานุการ” ที่ชัดเจน
- ทุกคณะทำงานควรรายงานผลต่อ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายฯ อย่างน้อย ไตรมาสละ 1 ครั้ง
- สนับสนุนการมีงบประมาณตามภารกิจเฉพาะ

เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

1. รับทราบ

- ข้อเสนอongบบริการผู้ป่วยนอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model ปีงบประมาณ 2569
- 2. มอบ รพ.นพรัตนราชธานี ร่วมกับสปสช. จัดทำแนวทางการจัดบริการ OP และ P&P และแผนการดำเนินงานรวมทั้งการบริหารจัดการงบประมาณ
- 3. ให้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีจัดทำประชาพิจารณ์ภาคประชาชนในการร่วมมือของ สำนักอนามัย และคลินิกปฐมภูมิ ภายในเดือนสิงหาคม 2568
- 4. ให้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเร่งดำเนินการจัดประชุมกับหน่วยบริการในเครือข่าย
- 5. เสนอให้โรงพยาบาลศึกษาแนวทางการบริหารจัดการเรื่อง P&P ก่อนดำเนินการ เพื่อให้ถึงเป้าหมายผลงานบริการ
- 6. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบ

- ข้อเสนอongบบริการผู้ป่วยนอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model ปีงบประมาณ 2569
- 2. มอบ รพ.นพรัตนราชธานี ร่วมกับสปสช. จัดทำแนวทางการจัดบริการ OP และ P&P และแผนการดำเนินงานรวมทั้งการบริหารจัดการงบประมาณ ก่อนเสนอต่อCFO พิจารณาต่อไป
- 3. ให้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีจัดทำประชาพิจารณ์ภาคประชาชนในการร่วมมือของ สำนักอนามัย และคลินิกปฐมภูมิ ภายในเดือนสิงหาคม 2568
- 4. ให้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเร่งดำเนินการจัดประชุมกับหน่วยบริการในเครือข่าย
- 5. เสนอให้โรงพยาบาลศึกษาแนวทางการบริหารจัดการเรื่อง P&P ก่อนดำเนินการ เพื่อให้ถึงเป้าหมายผลงานบริการ
- 6. มอบ สปสช. รับข้อเสนอแนะของอปสช.ไปพิจารณาดำเนินการ
- 7. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการต่อไปได้ทันที

ระเบียบวาระที่ 6.3.2 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในรูปแบบ Primary Care Trust และการพัฒนาคุณภาพบริการส่งเสริมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตามแผนปฏิบัติการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566 - 2570 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน กลยุทธ์ที่ 2.1.2 ขยายหน่วยบริการและรูปแบบการบริการปฐมภูมิรูปแบบอื่นๆ ในระบบหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาตินอกเหนือหน่วยบริการประจำในทุกระดับ รวมถึงการสร้างคามเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ จุดเน้นปี 2569 ปรับบทบาทภายในรองรับการบริหารจัดการการเข้าถึงบริการยังที่เป็นปัญหา มุ่งเน้นการจัดการปัญหาการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โรค NCDs โดยเฉพาะ DM HT CKD และโรคค่าใช้จ่ายสูงต่างๆ เพิ่มการเข้าถึงบริการกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ

1. มติ อคม. ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 29 พฤษภาคม 2568 เห็นชอบ มอบ สปสช.จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระบบ UC พื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่าง หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ โดยการมีส่วนร่วมกับองค์กรวิชาการ /ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

สภาวิชาชีพ ภาคประชาชน และบูรณาการกับการขับเคลื่อนงานของคณะทำงานภายใต้อปสข. นำเสนอต่อ
 อคม. ในการประชุมครั้งต่อไป

2. มติ อคม. ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 5 สิงหาคม 2568 เห็นชอบแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบ
 บริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้รูปแบบ Primary Care Trust และ (ร่าง) แผนการพัฒนา
 คุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครในรูปแบบ Primary Care Trust โดยการมีส่วนร่วม
 ขององค์กรวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอคม. และเพิ่มการเชื่อมโยงข้อมูล

**3. คณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการ
 ทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 8 สิงหาคม 2568** เห็นชอบการพัฒนาคุณภาพ
 ระบบบริการปฐมภูมิในรูปแบบ Primary Care Trust และการพัฒนาคุณภาพบริการส่งเสริมป้องกันและรักษา
 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และมอบ สปสข. และโรงพยาบาลร่วมจัดทำข้อเสนอกำหนด
 กรอบที่ชัดเจน และดำเนินการ รวมถึงรายละเอียดการใช้งบประมาณและอัตราการจ่าย

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ : Primary Care Trust

การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยรูปแบบ Primary Care Trust เป็นการดำเนินงานร่วมกันของ
 โรงพยาบาลรับส่งต่อ (แม่ข่าย) กับหน่วยบริการปฐมภูมิ(ลูกข่าย) เพื่อดูแลผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่มี
 คุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
 วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน สร้างความมั่นใจใน
 การเข้ารับบริการของประชาชน

2. เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ - ส่งกลับผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

การพัฒนามาตรฐานการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่าย

1. สปสข.เขต 13 กทม.จัดประชุม เพื่อหารือ/ทำความเข้าใจ และตกลงแนวทางการดำเนินงานกับ
 ตัวแทนของโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. พัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อผู้ป่วยของเครือข่ายหน่วยบริการผ่าน
 กลไกคณะทำงานพัฒนามาตรฐานการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและระบบการส่งต่อของเครือข่าย จัดตั้ง
 โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย

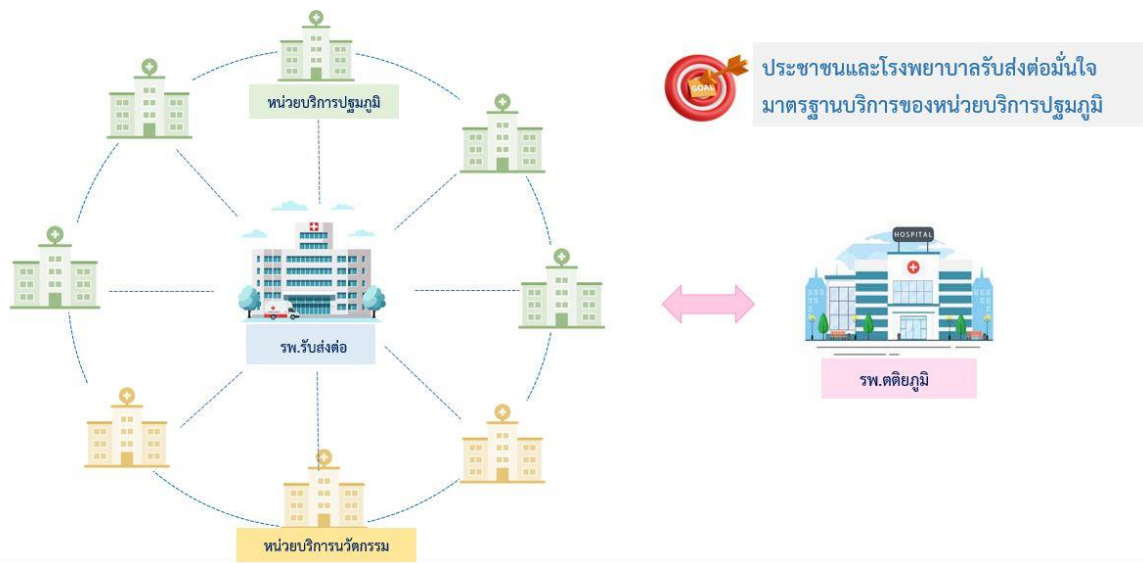
3.โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดให้มี CPG หรือคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคที่เครือข่าย
 กำหนดร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันในเครือข่ายรวมถึงการพัฒนาด้านวิชาการ
 เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามCPG ที่กำหนด : DM HT CKD

4. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันจัดทำและ
 ข้อตกลงการส่งต่อ – รับกลับผู้ป่วยของเครือข่าย ที่สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ
 และมีการกำหนดผู้ประสานงาน/ผู้ให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลแม่ข่ายและผู้ประสานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 ที่ชัดเจน

5. จัดให้มีการจัดประชุมเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการรวมถึง
 การแก้ไขปัญหา/อุปสรรค ร่วมกัน

6. มีระบบการให้คำปรึกษา การนิเทศ กำกับ ติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายในการ
 ให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐาน และแนวทางที่กำหนดร่วมกันในเครือข่าย

1 เครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลรับส่งต่อในเขตกรุงเทพมหานคร



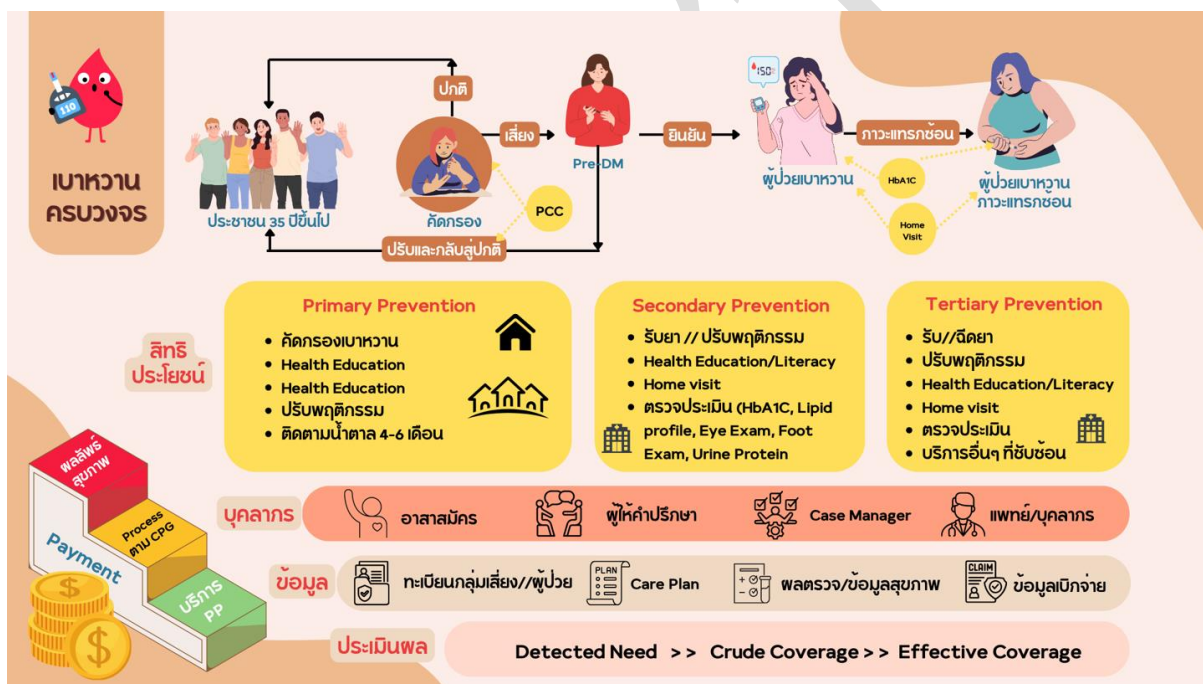
2
3

4 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครในรูปแบบ Primary Care Trust

- 5 • ประเด็น : การพัฒนาคุณภาพการบริการส่งเสริม ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป	ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน
สิทธิประโยชน์รายการบริการ	• บริการคัดกรองเบาหวาน เจาะเลือดค่าและตรวจวัดระดับน้ำตาลภายหลังอดอาหาร 8 ชม. : FPG	• บริการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม • บริการเจาะเลือดค่าและตรวจวัดระดับน้ำตาลภายหลังอดอาหาร 8 ชม. : FPG ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	• การดูแลรักษาผู้ป่วยตาม CPG • HBA1C 2 ครั้ง/ปี • GDM • อุปกรณ์พองเท้า+ผ้าเท้า	การส่งต่อผู้ป่วยและการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและรับส่งต่อ
การบริหารจัดการ	กำหนดเป้าหมาย : setting member UC	• ทะเบียนกลุ่ม Pre DM	• ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน • การดูแลรักษาผู้ป่วยตาม CPG • การดูแลร่วมกันในเครือข่าย รพ.+ปฐมภูมิ	ระบบการส่งต่อส่งกลับผู้ป่วย
ประเมินผลลัพธ์บริการ	ร้อยละความครอบคลุมของประชากรที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด	• ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติ	• ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HBA1C อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี • อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
ระบบข้อมูล	KTP /NHSO Digital Health Platform	KTP /NHSO Digital Health Platform ระบบการขึ้นข้อมูลเพื่อติดตามกลุ่มเสี่ยง	ระบบการขึ้นข้อมูล เพื่อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง Health link	ระบบการส่งต่อส่งกลับผู้ป่วย Health link
งบประมาณ	PP	PP PHC PPA	PP OP(Quality) 2 nd Prevention	PP OP (Quality)

6



1 (ร่าง) แผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครในรูปแบบ Primary Care
2 Trust

แผนการดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ
1. รับสมัครเครือข่ายหน่วยบริการเข้าร่วมนำร่อง การพัฒนาคุณภาพการบริการส่งเสริม ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในรูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการ (โรงพยาบาลรับส่งต่อหัตถ์ ตติยภูมิ กับหน่วยบริการปฐมภูมิ) โดยเลือกแม่ข่ายที่มีความพร้อมและมีการดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายเดิม	ต.ค. 68 - ธ.ค. 68
2. พัฒนาและเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างเครือข่ายหน่วยบริการใหม่ ในแม่ข่ายที่เป็น รพ.เอกชน	ต.ค. 68 - ธ.ค. 68
3. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครในรูปแบบ Primary Care Trust และจัดทำแนวทางในการดำเนินการการพัฒนาคุณภาพการบริการส่งเสริม ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีองค์ประกอบ ผู้บริหารและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลแม่ข่าย ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง แพทย์หรือผู้บริหารของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น	ภายใน ม.ค. 69
4. การบริหารงบประมาณและระบบข้อมูลสนับสนุนการบริการของเครือข่ายหน่วยบริการในการดำเนินการ	ภายใน ส.ค 68 – ต.ค. 69
5. การดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน กำกับติดตามประเมินผลความก้าวหน้าทุกไตรมาส	มี.ค. 69 เป็นต้นไป

3

4 เรียนคณะอนุกรรมการฯ เพื่อทราบ

- 5 1. รับทราบและเห็นชอบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในรูปแบบ Primary Care Trust และการ
6 พัฒนาคุณภาพบริการ ส่งเสริมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 7 2. มอบ สปสช. และโรงพยาบาลร่วมจัดทำข้อเสนอกำหนดกรอบที่ชัดเจน และดำเนินการ รวมถึงรายละเอียด
8 การใช้งบประมาณและ อัตราการจ่าย
- 9 3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

10 มติที่ประชุม

- 11 1. รับทราบและเห็นชอบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในรูปแบบ Primary Care Trust และการ
12 พัฒนาคุณภาพบริการ ส่งเสริมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 13 2. มอบ สปสช. และโรงพยาบาลร่วมจัดทำข้อเสนอกำหนดกรอบที่ชัดเจน และดำเนินการ รวมถึงรายละเอียด
14 การใช้งบประมาณและ อัตราการจ่าย
- 15 3. รับรองมติที่ประชุมและให้ดำเนินการไปได้เลย

16

17

ระเบียบวาระที่ 7 เรื่องเพื่อพิจารณา

ระเบียบวาระที่ 7.1 เรื่องจากคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO)

- การใช้ผลการตรวจสอบ เพื่อการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบงบประมาณปลายปิด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ที่มา : มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 17 กรกฎาคม 2568

1. รับทราบมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568 ในระเบียบวาระที่ 6.3.1 ข้อเสนอการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

2. มอบอำนาจให้คณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) พิจารณาการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต และแจ้งเวียนมติที่ประชุมของคณะทำงานฯ ต่อ อปสข. และส่งให้สปสข. ภายในวันที่ 11 ส.ค.68

- สำนักงานฯ ได้นำเสนอผลการตรวจสอบ เพื่อการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบงบประมาณปลายปิด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ต่อที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8 / 2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ ดังนี้

1. รับทราบผลการตรวจสอบ IP-Coding audit สำหรับบริการผู้ป่วยใน ไตรมาส 1-2 และผล Extrapolation ของเขตพื้นที่กทม. เพื่อประกอบการพิจารณาการจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

2. เห็นชอบ

- การนำผลการตรวจสอบ 3% ในไตรมาส 1 และ 2 ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง ภายในเขต กรุงเทพมหานคร ที่เปลี่ยนแปลงทั้งส่วนเพิ่มและลด ให้ปรับตามที่ตรวจสอบได้จริง และให้ปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผลงานบริการผู้ป่วยใน ย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) ร้อยละ 20

3. รับรองมติที่ประชุมและเสนอต่ออปสข. ต่อไป

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

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

1.1 นำผลการสุ่มตรวจสอบมาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ทั้งปรับเพิ่มและปรับลด โดยการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้อง ดังกล่าวไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) โดยยังคงเป็นการบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน Global budget ระดับเขตพื้นที่

1.2 การปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขตให้ผ่าน อปสข. และผ่าน กลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณา ทั้งนี้หาก อปสข. ดำเนินการไม่แล้วเสร็จ ภายในระยะเวลาที่กำหนดให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนพิจารณา

1.3 การนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ IP ให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ต้องรีบเร่งดำเนินการเพื่อให้มีเงินเพียงพอจ่าย โดย ยึดหลักการในการคงค่าอัตราเบื้องต้นที่ 8,350 บาทต่อ Adjrw และเพื่อใช้ประกอบการขอรับ งบประมาณเพิ่มเติมหากมีความจำเป็น

2) เห็นชอบกรอบแนวทางและระยะเวลาดำเนินการในการคำนวณผลงานการบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามที่เสนอ

3) เห็นชอบให้ออกประกาศเพิ่มเติมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯประจำปี พ.ศ.2568 ข้อ 25 โดยมอบให้อนุกรรมการฯ ด้านกฎหมาย พิจารณา และเสนอประธานคณะกรรมการฯ ลงนามต่อไป

4) มอบ สปสช. ดำเนินการประมวลผลข้อมูลการจ่ายด้วย V5 เทียบ V6 กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. พิจารณาค่า K ประกอบด้วย หาก version ใดได้จำนวน SumAdjRW มากกว่าจะจ่ายด้วย Version นั้น ในทุกสังกัดและในภาพรวม ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบหลักการใน การประชุมครั้งที่ 5/2567 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2567โดยใช้ผลงานที่ถูกต้องในการคำนวณจ่ายชดเชยจาก งบประมาณค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ

5) มอบ สปสช. นำเสนอผลการตรวจสอบ พร้อมข้อเสนอแนะจากที่ประชุม อาทิ ข้อเสนอด้านการ พัฒนาระบบและคุณภาพข้อมูล การวิเคราะห์สาเหตุของความผิดพลาดในการบันทึก รหัสโรค เสนอต่อ “คณะทำงานศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรค สำหรับค่าบริการผู้ป่วยในด้วยระบบ DRGs อย่างมี ส่วนร่วม” ซึ่งมีกำหนดประชุมในวันที่ 14 กรกฎาคม 2568 เพื่อร่วมกันพิจารณาแนวทางที่เหมาะสม นำเสนอ ผลต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

ทั้งนี้ให้ สปสช. ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาและบริหารจัดการระบบ การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน ให้หน่วยบริการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

6) รับรองมติในที่ประชุม เพื่อให้ดำเนินการได้ทันที
กรอบแนวทางและระยะเวลาดำเนินการในการคำนวณผลงานการบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

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

การดำเนินงาน	ระยะเวลา
4. เสนอผลการประชุมของคณะกรรมการศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรค สำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในด้วยระบบ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) อย่างมีส่วนร่วม ต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน	วันที่ 17 ก.ค. 68
5. นำค่า ADJRW เปลี่ยนแปลงทั้งส่วนเพิ่มและลด มาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผลงานบริการ IP ทั้งไป ไตรมาส 1&2 ส่วนที่ยังไม่ได้ตรวจสอบทุกหน่วยบริการ ในเขตนั้นๆ ส่งให้ สปสช. เขต เสนอ อปสช. และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณา	ภายใน 31 ก.ค. 68
6. อปสช. และ คณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต พิจารณาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของทุกหน่วยบริการภายในเขต ตามข้อ 5 และส่งกลับมายัง สปสช.ส่วนกลาง	ภายใน 11 ส.ค. 68
7. สปสช. นำผลที่ผ่านการพิจารณาจากข้อ 6 มาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้อง และเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและ บริหารจัดการกองทุน พิจารณา และอนุมัติหลักการดำเนินการสำหรับข้อมูลไตรมาส 3 และไตรมาส 4 (โดยไม่กระทบต่อวงเงิน Global budget เขต)	วันที่ 21 ส.ค. 68 (ประชุมอนุฯ)
8. สปสช. ประมวลผลการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานไตรมาส 1&2 ในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation)	ภายในเดือน ส.ค. 68
9. หลังจากดำเนินการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) แล้วพบงบประมาณ ไม่เพียงพอเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เพื่อพิจารณาต่อไป	ภายในเดือน ก.ย. 68
10. อปสช. และคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต พิจารณาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการภายในเขต ข้อมูลไตรมาส 3 & 4 และส่งกลับ มายัง สปสช. ส่วนกลาง	ภายใน 10 ก.ย. 68
11. ปรับปรุงน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) ของบุลไตรมาส 3 & 4	ตามรอบ การปิด ปีงบประมาณ
12. สปสช. ดำเนินการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 : ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 20.10.12 โดยใช้เงินกันระดับประเทศ	ตามรอบ การปิด ปีงบประมาณ

1 หมายเหตุ :

- 2 1. กรอบระยะเวลาสามารถปรับได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ให้สามารถนำเสนอต่ออนุกำหนด
- 3 หลักเกณฑ์ฯ ได้ทันได้ตามที่กำหนด
- 4 2. การประชุมคณะกรรมการศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรค สำหรับค่าบริการผู้ป่วยในด้วย
- 5 ระบบ DRG อย่างมีส่วนร่วม อาจมีการประชุมก่อนการปรับของข้อมูลไตรมาส 3 & 4

6

7

8

1. สรุปผลการตรวจสอบ IP-coding audit การสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) 3% สำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ไตรมาส 1 และ 2 จำนวนหน่วยบริการที่ถูกตรวจสอบ 67 แห่ง

ผลการตรวจสอบการสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) อย่างน้อย 3% ไตรมาส 1 และ 2 รายหน่วยบริการ				จำนวน Sum adirw ที่เปลี่ยนแปลงหลัง การปรับ Sum adirw ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต โดยคำนวณย้อนกลับ (Extrapolation) อปสข.และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขต				
Sum adirw (ก่อนตรวจ)	Sum ADJRW เมื่อสิ้นสุดกระบวนการทบทวนครั้งที่ 1	จำนวน Sum adirw ที่เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ	% Sum adirw ที่เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ	% Sum adirw ขดเซช 97%	Sum adirw ที่เปลี่ยนแปลงตามผลการคำนวณ Extrapolation	จำนวน Sum adirw ที่ปรับปรุงผ่านกลไกระดับเขต	Sum adirw ที่เปลี่ยนแปลงหลังพิจารณาภายในเขต	% Sum adirw ที่เปลี่ยนแปลงหลังพิจารณาภายในเขต
8,205.8372	7,988.7847	- 217.05	-2.65%	247,376.2063	- 4,875.7441	- 4,875.7441	242,500.4622	-1.97%

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่มี % Sum adirw เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ

- ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย -2.65% จำนวน 39 แห่ง

- สูงกว่าค่าเฉลี่ย -2.65% จำนวน 28 แห่ง

2. สรุปผลการปรับ Sum ADJRW โดยคำนวณย้อนกลับ (Extrapolation) แบ่งกลุ่มตามประเภทหน่วยบริการ

ประเภทหน่วยบริการ	ผลการตรวจสอบการสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) อย่างน้อย 3% ไตรมาส 1 และ 2				Extrapolation 100%		
	Sum adirw (ก่อนตรวจ)	Sum adirw (หลังตรวจ)	จำนวน Sum adirw ที่เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ	% Sum adirw ที่เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ	Sum adirw ที่ยังไม่ปรับ	Sum adirw Extrapolation 100%	ผลต่างของ Sum adirw
UHOSNET	1,981.3578	1,971.8736	- 9.48	- 0.48%	81,076.1398	80,847.9038	- 228.2360
นอกสังกัด สป. (สธ.)	773.3090	785.1081	11.80	1.53%	28,989.6829	29,193.1359	203.4530
ในสังกัด สป. (สธ.)	97.3236	99.9828	2.66	2.73%	914.0765	1,001.8414	87.7649
รัฐนอก สธ.	3,144.0069	3,030.7950	- 113.21	- 3.60%	95,844.0189	92,977.0029	-2,867.0160
เอกชน	2,209.8399	2,101.0252	- 108.81	- 4.92%	48,758.1254	46,469.3629	-2,288.7625
รวม	8,205.8372	7,988.7847	- 217.05	- 2.65%	255,582.0435	250,489.2469	-5,092.7966

3. สรุปจำนวนเงินจ่ายชดเชยจากการคำนวณย้อนกลับ (Extrapolation) แบ่งกลุ่มตามประเภทหน่วยบริการ

ประเภทหน่วยบริการ	ผลการตรวจสอบการสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) อย่างน้อย 3% ไตรมาส 1 และ 2 รายหน่วยบริการ			Extrapolation 100%		
	จำนวนเงินก่อนตรวจ (บาท)	จำนวนเงินหลังตรวจ (บาท)	จำนวนเงินที่เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ (บาท)	จำนวนเงินจ่ายชดเชยที่ยังไม่ปรับ (บาท)	จำนวนเงินจ่ายชดเชยที่ Extrapolation 100% (บาท)	จำนวนเงินจ่ายชดเชยที่เปลี่ยนแปลง (บาท)
UHOSNET	16,544,338	16,465,145	- 79,193	676,985,767	688,805,317	11,819,550
นอกสังกัด สป. (สร)	6,457,130	6,555,653	98,522	242,063,852	248,718,721	6,654,869
ในสังกัด สป. (สร).	812,652	834,856	22,204	7,632,539	8,535,455	902,916
รัฐนอก สร.	26,252,458	25,307,138	- 945,319	800,297,558	792,142,417	- 815,141
เอกชน	18,452,163	17,543,560	- 908,603	407,130,347	395,908,153	- 11,222,194
รวม	68,518,741	66,706,352	- 1,812,388	2,134,110,063	2,134,110,063	0

4. สรุปผลการปรับ Sum AdjRW โดยคำนวณย้อนกลับ (Extrapolation) แบ่งกลุ่มตามผลการตรวจสอบ

แบ่งกลุ่มตามผลการตรวจสอบ	Extrapolation 100%				Extrapolation 50%				Extrapolation 30%				Extrapolation 20%			
	รพ.ที่ได้เงินเพิ่มขึ้น		จำนวน รพ.ที่ได้เงินลดลง		จำนวน รพ.ที่ได้เงินเพิ่มขึ้น		จำนวน รพ.ที่ได้เงินลดลง		จำนวน รพ.ที่ได้เงินเพิ่มขึ้น		จำนวน รพ.ที่ได้เงินลดลง		จำนวน รพ.ที่ได้เงินเพิ่มขึ้น		จำนวน รพ.ที่ได้เงินลดลง	
	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน	จำนวนแห่ง	จำนวนเงิน
1. รพ. ที่ผลการตรวจสอบเพิ่ม	17	25,611,153	-	-	17	13,140,804	-	-	17	8,219,715	-	-	17	5,773,319	-	-
2. รพ. ที่ผลการตรวจสอบเท่าเดิม	11	614,624	-	-	11	317,321	-	-	11	199,999	-	-	11	141,675	-	-
3. รพ. ที่ผลการตรวจสอบปรับลด	9	6,096,602	30	-32,322,378	10	3,200,420	29	-16,658,542	9	2,061,500	30	-10,481,213	9	1,496,700	30	-7,411,695
ผลรวม	37	32,322,378	30	-32,322,378	38	16,658,546	29	-16,658,542	37	10,481,214	30	-10,481,213	37	7,411,694	30	-7,411,695

เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

1. รับทราบมติที่ประชุม คณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8/2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568

2. เห็นชอบ

- การนำผลการตรวจสอบ 3% ในไตรมาส 1 และ 2 ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง ภายในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เปลี่ยนแปลงทั้งส่วนเพิ่มและลด ให้ปรับตามที่ตรวจสอบได้จริง และให้ปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผลงานบริการผู้ป่วยใน ย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) ร้อยละ 20

3. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

มติที่ประชุม

1. รับทราบมติที่ประชุม คณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ครั้งที่ 8/2568 วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568

2. เห็นชอบ

1 - การนำผลการตรวจสอบ 3% ในไตรมาส 1 และ 2 ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง ภายในเขต
2 กรุงเทพมหานคร ที่เปลี่ยนแปลงทั้งส่วนเพิ่มและลด ให้ปรับตามที่ตรวจสอบได้จริง และให้ปรับปรุงค่าน้ำหนัก
3 สัมพันธ์ของผลงานบริการผู้ป่วยใน ย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) ร้อยละ 100

4 3. รับรองมติที่ประชุม

6 ระเบียบวาระที่ 7.2 เรื่องจากคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหากรณีหน่วยบริการไม่ส่งต่อ
7 ผู้รับบริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นเหตุให้ไม่ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่สุขภาพและ
8 การดำรงชีวิต ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 13 ส.ค. 68

10 1) รายงานผลการดำเนินงานคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหากรณีหน่วยบริการ
11 ไม่ส่งต่อผู้รับบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



14 ผลการดำเนินการคณะกรรมการฯ

- 15 1. คณะกรรมการฯ มีการประชุมเดือนละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง
- 16 2. มีการบูรณาการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมคลินิกชุมชนอบอุ่นร่วมกัน ระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
17 สาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการฯ ไปแล้ว จำนวน 15 แห่ง
- 18 - กำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.สถานพยาบาล 2541
- 19 - ดำเนินการด้านกฎหมาย มีการจัดทำสรุปมาตรการทางกฎหมายและแนวทางการดำเนินการลงโทษแก่
20 หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ เมื่อมีการลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริง
21 แบ่งเป็น 2 มาตรการ

22 มาตรการการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ ตามมาตรา 57 ถึงมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติ
23 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

24 มาตรการการบริหารสัญญาให้บริการสาธารณสุข ตามมาตรา 44 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติ
25 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย
26 หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

27 3. สปสช. ได้ดำเนินการช่วยเหลือด้านการเงินต่อคลินิกฯ ที่ขาดสภาพคล่อง โดยจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ที่
28 ชะลอไว้ (ต.ค. 67 – มิ.ย. 68) ให้คลินิกที่มีเงินคงเหลือหลังหักค่าใช้จ่าย จำนวน 207 แห่ง (จากทั้งหมด 252
29 แห่ง) โดยโอนเงินให้เมื่อวันที่ 18 กค. 68 ที่ผ่านมา

1 4. พบว่าแนวโน้มเรื่องร้องเรียนลดลง ในคลินิก 14 แห่ง และอีก 1 แห่งมีจำนวนร้องเรียนเพิ่มขึ้น (ได้เพิกถอน
2 สัญญาไปแล้ว)

3 ข้อค้นพบ

4 มาตรการทางกฎหมาย

5 - กำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.สถานพยาบาล 2541
6 - มาตรการการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ ตามมาตรา 57 ถึงมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติ
7 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

8 - มาตรการการบริหารสัญญาให้บริการสาธารณสุข ตามมาตรา 44 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติ
9 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย
10 หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

11 สาเหตุที่ไม่ส่งต่อ

12 - ขาดสภาพคล่องด้านการเงิน เนื่องจากการระงับการส่งต่อ
13 - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ระบุต้องนำใบส่งตัวมาทุกครั้ง
14 - ขาดการบริหารจัดการในลักษณะเครือข่ายบริการ
15 - อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรค

16 รูปแบบการทุจริต

17 - เบิกค่าบริการเท็จ
18 - เบิกจ่ายซ้ำซ้อน
19 - เบิกเกินความจำเป็น
20 - โอเวอร์หัดถการ
21 - แก้ไขข้อมูลผู้ป่วย
22 - ใช้ข้อมูลผิดวัตถุประสงค์

23 มติการประชุมคณะกรรมการเฉพาะกิจ ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 13 สิงหาคม 2568

24 1. รับทราบรายงานผลการลงพื้นที่กำกับติดตามหน่วยบริการที่มีการเบิกจ่ายผิดปกติ ในพื้นที่ สปสช.
25 เขต 8 อุดรธานี และ สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี เพื่อเป็นกรณีศึกษา การกำกับติดตามหน่วยบริการที่อาจมี
26 การเบิกจ่ายผิดปกติในพื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร และอาจทำให้เกิดกรณีหน่วยบริการไม่ส่งต่อ
27 ผู้รับบริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการลงพื้นที่กำกับติดตามหน่วยบริการที่มี
28 การเบิกจ่ายผิดปกติ ดังนี้

29 1.1 กรณี สปสช. ตรวจสอบพบหน่วยบริการมีการเบิกจ่ายผิดปกติโดยส่งผลกระทบต่อการบริหาร
30 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นวงกว้าง สปสช. อาจประสานหน่วยงานอื่น เช่น กรมสอบสวนคดีพิเศษ
31 หรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อร่วมดำเนินการตรวจสอบ

32 1.2 การตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้ สปสช.
33 พิจารณาตามระเบียบวิธีปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน รวมถึงกรณีที่ตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการมี
34 การเบิกจ่ายผิดปกติ

35 2. มอบสปสช. กำกับติดตามหน่วยบริการที่มีข้อร้องเรียนกรณีไม่ส่งต่อฯ อย่างต่อเนื่อง เน้นดำเนินการ
36 ด้วยมาตรการทางกฎหมายกับหน่วยบริการที่ข้อร้องเรียนจำนวนมาก

37 3. เห็นชอบข้อเสนอของคณะกรรมการฯ และมอบสปสช. ดำเนินการ

3.1 สนับสนุนให้คลินิกชุมชนอบอุ่น เปลี่ยนสถานะจากหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (หน่วยนวัตกรรม)

3.2 ให้ใช้จำนวนเรื่องร้องเรียนกรณีไม่ส่งต่อ เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข หรือการพิจารณาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.3 ประสานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางป้องกันไม่ให้หน่วยบริการยื่นขอปิดกิจการก่อนขอยกเลิกสัญญาฯ

3.4 ใช้แนวคิดรูปแบบการทุจริตในระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจสอบหน่วยบริการที่มีข้อร้องเรียน เพื่อป้องกันปัญหาการเบิกจ่ายผิดปกติ

4. มอบสปสช. นำเสนอผลการดำเนินงาน และข้อเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

5. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการต่อได้ทันที

ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2566

ข้อ 12 เมื่อสำนักงานตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอันพิสูจน์ได้ว่าเป็นเท็จ โดยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยการสรุปโรคหรือสรุปการทำหัตถการมากเกินไปโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคหรือรหัสหัตถการโดยไม่พบหลักฐาน หรือการเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุขในกรณีต่าง ๆ โดยไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้ สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปจนควรแก่กรณี ให้สำนักงานพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

(1) เรียกคืนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการได้รับพร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอมคืน ค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้สำนักงานดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป

(2) ระงับหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ

(3) ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญากับบุคคลผู้กระทำความผิด

(4) แจ้งสมาชิกรัฐสภาที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

(5) พิจารณาว่าหน่วยบริการนั้นกระทำความผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

ข้อ 14 ให้สำนักงานแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวนไม่เกิน 7 คน อย่างน้อยประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กร เอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งเป็นผู้ไม่มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา ทำหน้าที่พิจารณาเอกสาร หลักฐานการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข และการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ทางทางการแพทย์ เพื่อพิสูจน์ว่าเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าบริการ หรือการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อ 12 และข้อ 13 นั้น เป็นเท็จหรือไม่

ข้อ 15 นอกจากการดำเนินการตามข้อ 12 และข้อ 13 แล้ว ในกรณีที่หน่วยบริการใด ได้ทำสัญญา หรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขกับสำนักงาน ให้สำนักงานดำเนินการเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดในสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขดังกล่าวด้วย

2. แนวทางการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตในคลินิกนวัตกรรม และรูปแบบการทุจริต ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร นำเสนอโดย นพ.อาร์ักษ์ วงศ์วรชาติ

2.1 รูปแบบการทุจริตในระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ที่ตรวจพบในคลินิกนวัตกรรม

การทุจริตในระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคลินิกนวัตกรรมที่มีการเบิกจ่ายผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การนำเสนอจะอธิบายถึงรูปแบบต่างๆ ของการทุจริตที่พบบ่อย พร้อมรายละเอียดวิธีการดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง

การเบิกค่าบริการเท็จ

- การเบิกค่าบริการเท็จเป็นรูปแบบการทุจริตที่พบบ่อยที่สุด โดยคลินิกมีการบันทึกข้อมูลและเบิกเงินค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งที่ไม่มีการให้บริการจริงแก่ผู้ป่วย
- วิธีการนี้เป็นการสร้างข้อมูลเท็จทั้งหมด โดยอาจมีการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับบริการ หรือบันทึกการให้บริการที่ไม่เคยเกิดขึ้นจริง เพื่อนำไปเบิกเงินจากระบบประกันสุขภาพ
- การกระทำเช่นนี้ถือเป็นการฉ้อโกงโดยตรง เนื่องจากมีการสร้างหลักฐานเท็จเพื่อรับเงินโดยไม่มีการให้บริการจริง ส่งผลให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณโดยไม่เกิดประโยชน์ต่อประชาชน

การเบิกจ่ายซ้ำซ้อน

- การยืนยันตัวตนซ้ำซ้อน มีการยืนยันตัวตนผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการจากหลายคลินิกในเวลาเดียวกัน ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับการบริการจากคลินิกเพียงแห่งเดียว
- การส่งข้อมูลเบิกซ้ำ คลินิกอาจมีการส่งข้อมูลการรักษาเดียวกันไปยังหลายหน่วยงานเพื่อเบิกค่าบริการซ้ำ หรือส่งข้อมูลเดิมหลายครั้งเพื่อรับการชำระเงินหลายรอบ
- การร่วมมือระหว่างคลินิก คลินิกหลายแห่งอาจร่วมมือกันในการส่งข้อมูลผู้ป่วยรายเดียวกันเพื่อเบิกค่าบริการ โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาจากทุกคลินิกตามที่มีการเบิกจ่าย

การเบิกค่าบริการเกินความจำเป็น

การเบิกค่าบริการเกินความจำเป็นเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการทุจริตที่พบในระบบสาธารณสุข โดยมีลักษณะดังนี้

1. มีการรับบริการหลายครั้งเกินความจำเป็นในผู้ป่วยคนเดียวกัน
2. นัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามบ่อยเกินความจำเป็นทางการแพทย์
3. ให้บริการที่ไม่จำเป็นต่ออาการของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มรายการเบิกจ่าย
4. แนะนำให้ผู้ป่วยมารับบริการซ้ำโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจน

การกระทำเช่นนี้นอกจากจะเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรแล้ว ยังอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยจากการได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็นอีกด้วย

การลงชื่อเป็นผู้รับบริการโดยไม่ได้เจ็บป่วย

- การแลกสิ่งของ ผู้ป่วยลงชื่อเป็นผู้รับบริการทั้งที่ไม่ได้เจ็บป่วย เพื่อแลกกับสิ่งของอื่นแทน เช่น เงินสด ของใช้ หรือบริการอื่นๆ

- 1 - การชักชวนผู้ป่วย คลินิกอาจมีการชักชวนให้ประชาชนมาลงทะเบียนรับบริการโดยไม่จำเป็นต้องมี
- 2 อาการเจ็บป่วย โดยมีการเสนอผลประโยชน์ตอบแทน
- 3 - การสมรู้ร่วมคิด บางกรณีอาจมีการสมรู้ร่วมคิดระหว่างคลินิกกับผู้ป่วย โดยแบ่งผลประโยชน์จากเงิน
- 4 ที่เบิกได้จากระบบประกันสุขภาพ
- 5 - รูปแบบการทุจริตนี้มีความซับซ้อนเนื่องจากการร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- 6 ทำให้การตรวจสอบและป้องกันทำได้ยากขึ้น

8 การใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยในทางที่ผิด

- 9 - การขโมยข้อมูล มีการใช้บัตรประชาชนของผู้ป่วยไปเบิกค่ารักษาพยาบาล โดยที่เจ้าของบัตรไม่ทราบ
- 10 - การเก็บสำเนาเอกสาร คลินิกอาจมีการเก็บสำเนาบัตรประชาชนหรือเอกสารสำคัญของผู้ป่วยไว้
- 11 เพื่อนำไปใช้ในการเบิกค่าบริการในภายหลัง
- 12 - การเบิกจ่ายโดยไม่ได้รับอนุญาต นำข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยไปใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
- 13 โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับบริการหรือไม่ได้ให้ความยินยอม
- 14 การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลในลักษณะนี้นอกจากจะเป็นการทุจริตต่อระบบสาธารณสุขแล้ว ยังเป็น
- 15 การละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งอาจมีความผิดตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

17 การแก้ไขข้อมูลของผู้ป่วย

- 18 การแก้ไขข้อมูลของผู้ป่วยเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการทุจริตที่มีความซับซ้อน โดยมีการปรับเปลี่ยน
- 19 ข้อมูลทางกายภาพของผู้ป่วย เช่น
- 20 - แก้ไขข้อมูลน้ำหนักของผู้ป่วย
- 21 - เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนสูง
- 22 - บันทึกค่าความดันโลหิต ชีพจร ที่ผิดไปจากความเป็นจริง
- 23 - ระบุอาการหรือโรคที่ผู้ป่วยไม่ได้เป็น
- 24 การแก้ไขข้อมูลเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การตรวจคัดกรองโรคที่สามารถ
- 25 เบิกค่าบริการได้ ทำให้คลินิกสามารถเบิกค่าบริการเพิ่มเติมจากระบบประกันสุขภาพ

27 การให้บริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

- 28 1. การให้บริการนอกสถานที่อย่างเร่งรีบ มีการให้บริการนอกสถานที่อย่างเร่งรีบและไม่ครบถ้วน
- 29 ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่มีการเบิกค่าบริการเต็มอัตรา
- 30 2. การถ่ายรูปกับผู้ป่วยแทนการให้บริการจริง มีเพียงการถ่ายรูปกับผู้ป่วยแล้วบันทึกข้อมูล
- 31 ไม่สมบูรณ์เพื่อเบิกค่าบริการ โดยไม่มีการตรวจรักษาอย่างเหมาะสม
- 32 3. การลดขั้นตอนการให้บริการ มีการลดขั้นตอนหรือย่อการให้บริการให้สั้นลงกว่ามาตรฐานที่
- 33 กำหนด เพื่อให้สามารถให้บริการได้จำนวนมากและเบิกค่าบริการได้มากขึ้น
- 34 การให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐานนอกจากจะเป็นการทุจริตต่อระบบแล้ว ยังส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพ
- 35 การรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้นได้

1 การเบิกจ่ายค่าทดแทนการด้านทันตกรรมเกินจริง

- 2 - เบิกค่ารักษาเกินจริง อุดฟัน 1 ซี่ แต่เบิก 4 ซี่ ทำให้ได้รับค่าบริการมากกว่าการให้บริการจริง
- 3 - เบิกหักการที่ไม่ได้ทำ เบิกค่าบริการสำหรับหักการที่ไม่ได้ทำจริง เช่น การอุดหินปูน การเคลือบ
- 4 ฟลูออไรด์ หรือการถอนฟัน
- 5 - เบิกวัสดุราคาแพง ใช้วัสดุทันตกรรมราคาถูกแต่เบิกเป็นวัสดุราคาแพง ทำให้ได้รับค่าตอบแทนสูง
- 6 กว่าต้นทุนจริงมาก

7 การทุจริตในงานทันตกรรมมีความเฉพาะเจาะจงและตรวจสอบได้ยาก เนื่องจากต้องอาศัยความรู้

8 เฉพาะทางในการตรวจสอบ และหลักฐานการรักษามักจะไม่ชัดเจนหลังจากที่ได้รับการรักษาไปแล้ว

10 สรุปรูปแบบการทุจริตในระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์



11

12

13 การทุจริตในระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งล้วนส่งผลเสียต่อระบบ

14 สาธารณสุขโดยรวม ทั้งในแง่ของการสูญเสียงบประมาณ คุณภาพการรักษา และความเชื่อมั่นของประชาชน

15 การเข้าใจรูปแบบการทุจริตเหล่านี้จะช่วยให้สามารถพัฒนาระบบการตรวจสอบและป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

16 มากขึ้น

17 เพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างกลไก การ เฝ้าระวัง ควบคุม กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ป้องปราม หรือ

18ปราบปราม

19

20 2.2 แนวทางการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตในคลินิกนวัตกรรม สปสช.

21 การป้องกันและตรวจสอบการทุจริตในคลินิกนวัตกรรม สปสช. เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการ

22 พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบการให้บริการมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และใช้

23 งบประมาณอย่างคุ้มค่า การนำเสนอแนะนี้จะอธิบายแนวทางที่ครอบคลุมและเป็นระบบเพื่อป้องกันและตรวจสอบ

24 การทุจริตในคลินิกนวัตกรรมทั้ง 7 ประเภท

25

26 คลินิกนวัตกรรมกับความเสี่ยงด้านการทุจริต

27 ความเสี่ยงด้านการทุจริตที่พบบ่อย

- 28 • การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเกินจริง
- 29 • การเบิกจ่ายซ้ำซ้อน

- การบันทึกบริการที่ไม่ได้ให้จริง
- การใช้อุปกรณ์ต่ำกว่ามาตรฐานแต่เบิกในราคาเต็ม
- การลงทะเบียนผู้ป่วยที่ไม่มีตัวตนจริง
- การให้บริการที่ไม่สอดคล้องกับโรคที่ระบุ

แนวทางการป้องกันและตรวจสอบการทุจริตในคลินิกนวัตกรรม สปสช.

1. การกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน
2. การควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน
3. การบูรณาการและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
4. การสร้างระบบรายงานและเปิดเผยข้อมูล
5. การตรวจสอบและประเมินผลจากภายนอก
6. การลงโทษและสร้างความรับผิดชอบ
7. การพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

มาตรการเชิงรุก: การควบคุมภายในที่เข้มแข็ง

1. การกำหนดบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน
 - แยกหน้าที่ระหว่างผู้บันทึกข้อมูลและผู้เบิกจ่ายเงิน
 - แยกหน้าที่ระหว่างผู้ทำการรักษาและผู้ให้บริการ
 - กำหนดขอบเขตอำนาจอนุมัติที่ชัดเจนตามระดับตำแหน่ง
2. การตรวจสอบข้ามกัน (Cross-checking)
 - ผู้บริหารตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล
 - การตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายก่อนการอนุมัติ
 - การรายงานผลการตรวจสอบต่อคณะกรรมการบริหาร
 - การหมุนเวียนหน้าที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเป็นระยะ
3. การกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน
 - ระบุบทลงโทษทางวินัยสำหรับการกระทำผิด
 - ประกาศนโยบายไม่ยอมรับการทุจริตทุกรูปแบบ (Zero Tolerance)
 - มีกระบวนการดำเนินการทางกฎหมายที่รวดเร็ว

การสร้างระบบควบคุมภายในที่เข้มแข็งเป็นการป้องกันการทุจริตตั้งแต่ต้นทาง ช่วยลดโอกาสที่จะเกิด การทุจริตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแบ่งแยกหน้าที่อย่างชัดเจนและการตรวจสอบข้ามกันจะสร้างกลไก ถ่วงดุลที่ทำให้ยากต่อการทุจริตโดยบุคคลเพียงคนเดียว

การใช้เทคโนโลยีเพื่อตรวจสอบและป้องกันการทุจริต

- ระบบบันทึกข้อมูลดิจิทัลแบบเรียลไทม์ พัฒนาระบบที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วย การรักษา และการเบิกจ่ายแบบทันที เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ และลดความผิดพลาดจากการบันทึกด้วยมือ
- ระบบแจ้งเตือนความผิดปกติ ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analytics) เพื่อตรวจจับรูปแบบการเบิกจ่ายที่ผิดปกติ เช่น การเบิกจ่ายจำนวนมากเกินจริง การเบิกจ่ายซ้ำซ้อน
- ระบบยืนยันตัวตนผู้ป่วย ใช้ระบบยืนยันตัวตนด้วยไบโอเมตริกซ์ เช่น ลายนิ้วมือ ใบหน้า เพื่อป้องกันการสวมสิทธิและการสร้างผู้ป่วยที่ไม่มีตัวตนจริง

การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ลดภาระของเจ้าหน้าที่ และช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ระบบอัตโนมัติสามารถทำงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยให้การตรวจสอบเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

5 การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก

6 การอบรมจริยธรรมและระเบียบข้อบังคับ

- จัดอบรมให้บุคลากรทุกคนเข้าใจระเบียบการเบิกจ่าย
- สร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการทุจริต
- ให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและบทลงโทษที่รุนแรง
- จัดอบรมอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 2-3 ครั้ง

12 ช่องทางแจ้งเบาะแสที่เป็นความลับ

- จัดให้มีช่องทางที่ปลอดภัยและเป็นความลับ
- มีมาตรการคุ้มครองผู้แจ้งเบาะแสอย่างจริงจัง
- มีกระบวนการจัดการเบาะแสที่รวดเร็วและเป็นธรรม

การให้ความรู้และสร้างความตระหนักเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันจากภายในองค์กร เมื่อบุคลากรมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความโปร่งใส จะช่วยลดความเสี่ยงด้านการทุจริตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ช่องทางแจ้งเบาะแสที่มีประสิทธิภาพยังช่วยให้สามารถตรวจพบการทุจริตได้เร็วขึ้น

20 มาตรการเชิงรับ: การสุ่มตรวจและการตรวจสอบ

การสุ่มตรวจเอกสารการเบิกจ่าย ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารการเบิกจ่ายเทียบกับข้อมูลการรักษาจริงเป็นประจำ โดยกำหนดอัตราการสุ่มตรวจไม่น้อยกว่า 10% ของรายการเบิกจ่ายทั้งหมด

การสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วย สุ่มโทรศัพท์สอบถามหรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อยืนยันว่าได้รับการบริการจริงตามที่คลินิกเบิกจ่าย และประเมินความพึงพอใจในการให้บริการ

การตรวจสอบสถานพยาบาล จัดทีมงานลงพื้นที่ตรวจสอบคลินิกอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจมีการตรวจแบบแจ้งล่วงหน้าและแบบไม่แจ้งล่วงหน้า เพื่อดูว่ามีผู้ป่วยจริงหรือไม่ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้

มาตรการเชิงรับเป็นกลไกสำคัญในการตรวจจับการทุจริตที่อาจเกิดขึ้น การสุ่มตรวจที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องปรามการทุจริต เนื่องจากผู้ที่คิดจะทุจริตจะไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะถูกตรวจสอบเมื่อใด

30 การสร้างความร่วมมือในการตรวจสอบและป้องกันการทุจริต

31 ความร่วมมือกับผู้ให้บริการและประชาชน

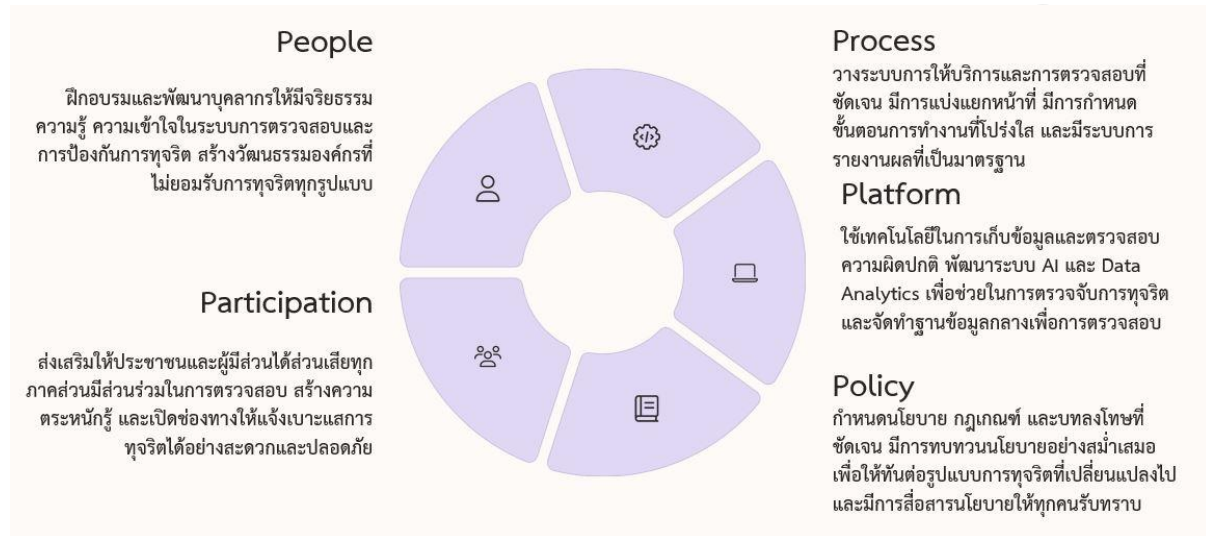
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ
- สร้างช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายสำหรับประชาชน
- ประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์และขั้นตอนการเข้ารับบริการ
- ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

37 ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ประสานงานกับสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.)

- 1 - ร่วมมือกับสำนักงาน ป.ป.ช. ในการตรวจสอบและป้องกัน
- 2 - แลกเปลี่ยนข้อมูลกับกระทรวงสาธารณสุข
- 3 - สร้างเครือข่ายระหว่างคลินิกนวัตกรรมการต่าง ๆ
- 4 การสร้างความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างระบบตรวจสอบที่มี
- 5 ประสิทธิภาพ เมื่อทุกฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ จะทำให้การทุจริตมีโอกาส
- 6 เกิดขึ้นได้ยากยิ่งขึ้น

8 หลักสำคัญ 5P ในการป้องกันและตรวจสอบการทุจริต



12 บทสรุปและแนวทางการพัฒนาในอนาคต

13 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 14 - ลดการรั่วไหลของงบประมาณได้อย่างน้อย 30%
- 15 - เพิ่มความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบคลินิกนวัตกรรมการ
- 16 - สร้างวัฒนธรรมความโปร่งใสในระบบสาธารณสุข
- 17 - เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณ

19 แนวทางการพัฒนาในอนาคต

- 20 - การนำเทคโนโลยี Blockchain มาใช้ในการบันทึกข้อมูล
- 21 - การพัฒนาระบบ AI ขั้นสูงเพื่อการตรวจจับการทุจริต
- 22 - การสร้างฐานข้อมูลกลางเชื่อมโยงทุกระบบสวัสดิการ
- 23 - การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับประชาชนในการตรวจสอบสิทธิ

24 การป้องกันและตรวจสอบการทุจริตในคลินิกนวัตกรรมการ สปสช. ต้องอาศัยความร่วมมือจาก
 25 ทุกภาคส่วน ทั้งจากผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ หน่วยงานกำกับดูแล และประชาชนทั่วไป การนำแนวทางเหล่านี้
 26 ไปใช้กับคลินิกนวัตกรรมการทั้ง 7 ประเภท จะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับระบบ และสร้างความมั่นใจให้กับ
 27 ประชาชนว่าเงินภาษีของพวกเขาจะถูกนำไปใช้อย่างคุ้มค่าและโปร่งใสที่สุด

1 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา

2 1. รับทราบ

3 1.1 มติคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหากรณีหน่วยบริการไม่ส่งต่อผู้รับบริการในเขตพื้นที่
4 กรุงเทพมหานครเป็นเหตุให้ไม่ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่สุขภาพและการดำรงชีวิต ครั้งที่ 3/2568
5 วันที่ 13 ส.ค. 68

6 1.2 แนวทางการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตในคลินิกนวัตกรรม และรูปแบบการทุจริต ในเขตพื้นที่
7 กรุงเทพมหานคร

8 2. เห็นชอบแนวทางการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตในคลินิกนวัตกรรม และรูปแบบการทุจริต ในเขตพื้นที่
9 กรุงเทพมหานคร และมอบสปสข.พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม

10 3. มอบสปสข. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป (1 กันยายน 2568)

11 4. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

12

13 มติที่ประชุม

14 1. รับทราบ

15 1.1 มติคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหากรณีหน่วยบริการไม่ส่งต่อผู้รับบริการในเขตพื้นที่
16 กรุงเทพมหานครเป็นเหตุให้ไม่ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่สุขภาพและการดำรงชีวิต ครั้งที่ 3/2568
17 วันที่ 13 ส.ค. 68

18 1.2 แนวทางการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตในคลินิกนวัตกรรม และรูปแบบการทุจริต ในเขตพื้นที่
19 กรุงเทพมหานคร

20 2. เห็นชอบแนวทางการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตในคลินิกนวัตกรรม และรูปแบบการทุจริต ในเขตพื้นที่
21 กรุงเทพมหานคร และมอบสปสข.พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม

22 3. มอบ สปสข. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป (1 กันยายน 2568)

23 4. รับรองมติในที่ประชุม

24

25 ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ

26

27 8.1 เสนอรายชื่อคณะทำงานภายใต้อปสข. เพิ่มเติม

28 1) สำนักรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข เสนอรายชื่อ นายสันติ ผลิเจริญสุข ตำแหน่ง คณะทำงาน
29 เลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิ และบริการของ
30 กลุ่มเปราะบางและชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทดแทน พันตำรวจเอกรัฐศักดิ์ รักสลาม ที่ลาออกไป

31 2) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตาม
32 การบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) เสนอแต่งตั้ง นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ อปสข.เป็น
33 คณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO)
34 เพิ่มเติม

35

36

1 มติที่ประชุม

2 1. เห็นชอบแต่งตั้ง

3 1.1 นายสันติ ผลิเจริญสุข เป็นคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงสิทธิ และบริการของกลุ่มเปราะบางและ
4 ชายขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

5 1.2 นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ เป็นคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุน
6 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) เพิ่มเติม

7 2. มอบ สปสช. กทม. จัดทำคำสั่งคณะทำงานฯ และเสนอต่อประธานอปสช. ลงนามต่อไป

8

9 8.2 สถานการณ์หน่วยบริการขอยกเลิกสัญญา ปีงบประมาณ 2568

10 ความเป็นมา

11 หน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่กรุงเทพมหานครขอยกเลิกสัญญาบริการสาธารณสุขต่อสำนักงาน มีผล
12 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 เป็นต้นไป จำนวน 23 แห่ง ส่งผลกระทบต่อประชากร จำนวน 173,348 คน

13 หน่วยบริการที่ลาออก อยู่ในพื้นที่ 15 เขต ได้แก่ เขตดอนเมือง เขตดินแดง เขตบางแค เขตดุสิต
14 เขตบางขุนเทียน เขตบางคอแหลม เขตบางบอน เขตบางพลัด เขตพญาไท เขตพระนคร เขตราชเทวี
15 เขตลาดพร้าว เขตสาทร เขตสายไหม เขตหนองแขม

16

17 ผลกระทบต่อการจัดบริการ

18 บางเขตหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงพอในการให้บริการประชาชน อัตราส่วนจำนวนหน่วยบริการ
19 ปฐมภูมิต่อจำนวนประชากร 1:12,000 เช่น เขตลาดพร้าว เขตพระนคร

20

21 ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

22 1. จัดหาหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยหารือกับหน่วยบริการประจำ

23 2. ขอเพิ่มประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากเดิม 12,000 คน เป็นจำนวน 24,000 คน และปรับ
24 เกณฑ์การขึ้นทะเบียน เสนอมอบคณะทำงานพัฒนาศักยภาพสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการ
25 ของระบบบริการทุกระดับ พื้นที่กรุงเทพมหานคร

26

27

28 มติที่ประชุม

29 1. เห็นชอบมอบคณะทำงานพัฒนาศักยภาพสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของ
30 ระบบบริการทุกระดับ พื้นที่กรุงเทพมหานคร พิจารณาการเพิ่มประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากเดิม
31 12,000 คน เป็นจำนวน 24,000 คน และปรับเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และเสนอต่ออปสช. ในการประชุมครั้ง
32 ต่อไป

33 2. รับรองมติในที่ประชุม

34

35

8.3 หรือกำหนดการประชุมอปสข. ครั้งต่อไป

กำหนดการประชุม ครั้งที่ 9/2568 วันพฤหัสบดีที่ 18 กันยายน 2568 เวลา 9.00-12.00 น.

ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.

นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้จัดรายงานการประชุม
ผู้จัดการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

นางสาวภัทรกร กาญจน์ภาส ผู้ตรวจรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

พันโทณรงค์ดี ถัมภ์บรรทุ ผู้ทนายรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร