

รายงานการประชุม

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (สมัยวาระ พ.ศ. 2567-2571)

ครั้งที่ 8/2569 ในวันพุธที่ 26 สิงหาคม 2569 เวลา 09.00 น. - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ อาคารบี
ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ และประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Zoom meeting)

1. รายชื่อนักอนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

- | | |
|---------------------------|------------------|
| (1) นายวิชัย โชควิวัฒน์ | ประธานอนุกรรมการ |
| (2) นายวีระพันธ์ ลีชนะกุล | เลขานุการ |

2. รายชื่อนักอนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- | | |
|---|------------|
| (1) ศาสตราจารย์นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา | อนุกรรมการ |
| (2) ศาสตราจารย์เกียรติคุณสุกฤษฏ์ วิไลลักษณ์ | อนุกรรมการ |
| (3) รองศาสตราจารย์สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ | อนุกรรมการ |
| (4) นายกองตรี ธนภุต จิตรอารีย์รัตน์ | อนุกรรมการ |
| (5) นายจิรพงษ์ ทรงวัชรภรณ์ | อนุกรรมการ |
| (6) นายนเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา | อนุกรรมการ |
| (7) นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ | อนุกรรมการ |
| (8) นายพินัย ล้วนเลิศ | อนุกรรมการ |
| (9) นางสาววรรณา แก้วชาติ | อนุกรรมการ |
| (10) นายวิชาญ มินชัยนันท์ | อนุกรรมการ |
| (11) นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | อนุกรรมการ |
| (12) พลเอก เอกจิต ช่างหล่อ | อนุกรรมการ |
| (13) นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล | อนุกรรมการ |
| (14) นางประจวบ ทิทอง | อนุกรรมการ |
| (15) นางวิศัลย์ศิริ ตันตระกูล | อนุกรรมการ |
| (16) นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ | อนุกรรมการ |
| (17) นายสมชาย กระจำแสง | อนุกรรมการ |
| (18) นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว | อนุกรรมการ |
| (19) นายอาร์ักษ์ วงศ์วรชาติ | อนุกรรมการ |

12 3. รายชื่ออนุกรรมการที่ลาประชุม

- | | | |
|-----|---|------------|
| (1) | รองศาสตราจารย์ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ | อนุกรรมการ |
| (2) | รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ฤดีวิไล สามโกเศศ | อนุกรรมการ |
| (3) | นายปรีชา พันธุ์ติเวช | อนุกรรมการ |
| (4) | ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ | อนุกรรมการ |

13

14 4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

- | | | |
|------|----------------------------|---|
| (1) | พันโทณรงค์ศักดิ์ ถัมภบรรทุ | ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
กลุ่มภารกิจสำนักงานสาขาพื้นที่กรุงเทพมหานคร |
| (2) | นางสาวภัทรภร กาญจนภาส | ผู้อำนวยการสำนัก สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |
| (3) | นางชาลิมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์ | ผู้อำนวยการสำนัก สำนักการมีส่วนร่วมคนเมืองและกองทุน |
| (4) | นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา | ผู้อำนวยการกอง สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |
| (5) | นายสุปรีชา ครอบบัวบาน | นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |
| (6) | นายเศรษฐธัญญา ม่วงศิริ | นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |
| (7) | นางสาวสุธัญญา กรกมลชัยกุล | นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |
| (8) | นางสาวนรมณ แก้วกาหลง | นักบริหารงานหลักประกันสุขภาพ สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |
| (9) | นายพีรณัย ชาญฤทธิ์ | นักบริหารงานหลักประกันสุขภาพ สำนักบริหารกองทุน |
| (10) | นางสาวศุภลักษณ์ พิกุลทอง | นักบริหารงาน สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |

15 5. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- | | | |
|------|----------------------------------|--|
| (1) | แพทย์หญิงเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง | รองปลัดกรุงเทพมหานคร |
| (2) | นางเบญจมาศ เลิศชาคร | ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน |
| (3) | นายธวัชชัย เรืองโรจน์ | ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช. กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน |
| (4) | นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ | ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กลุ่มภารกิจด้านดิจิทัล |
| (5) | นางกิริยา จันทร์โชติ | ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ |
| (6) | นางสาวนันทิยา สัมมะโน | ผู้เชี่ยวชาญ สำนักบริหารการจัดสรรงบประมาณกองทุน |
| (7) | นางสาวเรณู รวยรื่น | ผู้เชี่ยวชาญ สำนักตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ |
| (8) | นางกิริยา จันทร์โชติ | ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ |
| (9) | นางอภิวรรณ อยู่ตรีรักษ์ | ผู้เชี่ยวชาญ สำนักตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ |
| (10) | นางจุไรพร นรินทร์สรรค์ศักดิ์ | ผู้อำนวยการสำนัก สำนักขับเคลื่อนระบบสุขภาพกรุงเทพมหานคร |
| (11) | นางสาวรุ่งระวี สุขแสงศรี | ผู้อำนวยการสำนัก สำนักบริหารกองทุน |
| (12) | นางปิยะฉัตร อินใจ | ผู้จัดการ สำนักบริหารกองทุน |
| (13) | นายกวิน ชินพงศ์ | ผู้เชี่ยวชาญ สำนักบริหารกองทุน |
| (14) | น.ส.สุธัญญา กรกมลชัย | นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |

16 เปิดการประชุมเวลา 09.00 น.

17 การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 18 ครั้งที่ 8/2569 ในวันพุธที่ 26 สิงหาคม 2569 ณ ห้องประชุม 1 สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ศูนย์ราชการ
 19 เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ zoom
 20 conference โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป ซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ
 21 และประกาศที่กำหนด และฝ่ายเลขานุการฯ ได้จัดส่งเอกสารประกอบการประชุมที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
 22 ให้อนุกรรมการฯ ทุกท่านแล้ว โดยการประชุมครั้งนี้มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุม สปสช.กท.
 23 จำนวน 1 ท่าน มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 19 ท่าน ลาประชุม จำนวน 4 ท่าน
 24 จากนั้น ได้เชิญอนุกรรมการแสดงตน โดยอนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขอให้เปิดวิดีโอ
 25 เพื่อบันทึกภาพและชานชื่อ พร้อมแจ้งรับรองตนเองเรื่องการไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียตามลำดับ ทั้งนี้สรุปผล
 26 การรับรอง การมีส่วนได้เสียในการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13
 27 กรุงเทพมหานคร ไม่มีอนุกรรมการแจ้งว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสีย

28
 29 ระเบียบวาระการประชุมสปสช.ครั้งที่ ครั้งที่ 8 / 2569 วันพุธที่ 26 สิงหาคม 2569 เวลา 09.00 น. - 12.00 น.

ระเบียบวาระการประชุม	
ระเบียบวาระที่ 1	เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ
ระเบียบวาระที่ 1.1	ข้อเสนอแก้ไข พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จากภาคส่วนต่างๆ
ระเบียบวาระที่ 2	เรื่องรับรองระเบียบวาระการประชุม
ระเบียบวาระที่ 3	เรื่องด่วน - ไม่มี
ระเบียบวาระที่ 4	รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว
ระเบียบวาระที่ 5	เรื่องสืบเนื่อง
ระเบียบวาระที่ 5.1	การกำกับติดตามงบกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กท. ปีงบประมาณ 2569 และ ข้อเสนอกรอบการบริหารงบ OP PP ปีงบประมาณ 2570
วาระที่ 5.1.1	การกำกับติดตามงบกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กท. ปีงบประมาณ 2569
วาระที่ 5.1.2	ร่าง กรอบการบริหารกองทุน OP เขตพื้นที่กท. ปีงบประมาณ 2570
วาระที่ 5.1.3	ร่าง กรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการ รูปแบบใหม่
ระเบียบวาระที่ 6	เรื่องเพื่อพิจารณา
ระเบียบวาระที่ 6.1	ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการและหนังสือ แสดงความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
ระเบียบวาระที่ 7	เรื่องเพื่อทราบ
ระเบียบวาระที่ 7.1	มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกบอปสช.
วาระที่ 7.1.1	การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569 กรณีผลงาน บริการ เกินเป้าหมาย
วาระที่ 7.1.2	ผลการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
วาระที่ 7.1.3	ความก้าวหน้าการดำเนินงานหน่วยนวัตกรรม

ระเบียบวาระการประชุม
ระเบียบวาระที่ 7.2 มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ อปสข. - ไม่มี
ระเบียบวาระที่ 7.3 ข้อเสนอการพัฒนากลไกอปสข. โดยสภาองค์กรของผู้บริโภค
ระเบียบวาระที่ 7.4 รายงานสถานการณ์หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ
ระเบียบวาระที่ 8.1 กำหนดการประชุมอปสข. เดือนกันยายน 2569

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

ระเบียบวาระที่ 1.1 ข้อเสนอแก้ไขพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จากภาคส่วนต่างๆ
เทียบ 2 มุม แก้วพ.บ.บัตรทอง

ประเด็น	ข้อเสนอฝั่ง สว. (กมธ.การสาธารณสุข)	ข้อมูลคัดค้าน (กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ / สภาผู้บริโภค)
1. ปรับโครงสร้าง บอร์ด สปสข.	เปลี่ยนจาก Provider-Purchaser Split เป็น Partnership เพิ่ม สัดส่วนผู้ให้บริการเพื่อลดความ ขัดแย้ง	หากดึงผู้ให้บริการมาคุม จะเกิด ผลประโยชน์ขัดกัน (Conflict of Interest) และรวบอำนาจกลับสู่ระบบ รัฐราชการ
2. แยกเงินเดือน บุคลากร ออกจากงบรายหัว	ให้เงินเดือนกลับไปใช้งบปกติของ สธ. ส่วนงบเหมาจ่ายรายหัวให้ใช้ กับการรักษาพยาบาลโดยตรง	รพ.ใหญ่ที่มีหมอ/พยาบาลมาก ได้รับ งบประมาณเพิ่ม ขณะที่รพ.เล็ก พื้นที่ ห่างไกล อาจได้รับงบน้อยลง ส่งผลต่อ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ
3. 'ร่วมจ่าย' (Co-payment)	พรบ.ปัจจุบันเปิดทางร่วมจ่ายอยู่ แล้ว แต่อยู่ที่ มติบอร์ด สปสข. ซึ่ง ร่วมจ่ายมีหลายแบบ	ถอยหลังสู่ระบบ “สงเคราะห์/คนใช้ อนาถา”
4. กำหนด 'ชุดสิทธิ ประโยชน์พื้นฐาน'	ประกาศ Benefit Package พื้นฐานให้ชัดเจน อะไรอยู่ใน/นอก สิทธิ	อาจใช้เป็นข้ออ้างบีบสิทธิให้แคบลง เพื่อบังคับให้ประชาชนต้องจ่ายเงินเพิ่ม เดิมมีระบบประเมินความคุ้มค่า (HITAP) อยู่แล้ว
5. กระจายอำนาจสู่ระดับ เขต	เพิ่มอำนาจกรรมการระดับเขต บริหารงบตามบริบทพื้นที่ ลดการ สั่งการจากส่วนกลาง	เสียพลังต่อรองร่ายยาวรวม ระดับประเทศ และเสี่ยงถูกกลุ่ม การเมือง/ข้าราชการระดับเขตเบียดบัง การมีส่วนร่วมของประชาชน

38 ที่มา Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ

39 "กมธ.สร.วุฒิสภา" ชงแก้ พ.ร.บ.บัตรทอง เปิด 7 ข้อค้นพบ ย้ำไม่คิดล้ม 30 บาท

40 กมธ.สาธารณสุข วุฒิสภา เตรียมขงผลศึกษาแก้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่การพิจารณา
41 ของวุฒิสภาในสมัยประชุมหน้า พร้อมเปิด 7 ข้อค้นพบ ย้ำไม่มีเจตนาล้มบัตรทอง แต่หวังแก้ปัญหาเชิง
42 โครงสร้างเพื่อความยั่งยืนของระบบ

43 เมื่อวันที่ 5 ส.ค. 2569 ที่ ห้องแถลงข่าว อาคารรัฐสภา นพ.ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล ในฐานะ
44 ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ออกแถลงข่าว เรื่อง การพิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติ
45 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการสื่อสารข้อเท็จจริงต่อสาธารณะ ว่า ในช่วงที่ผ่านมา มีการเผยแพร่ข้อมูล
46 เกี่ยวกับการศึกษา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยเฉพาะ
47 การสร้างกระแสเชิงปลุกปลุกและ Fake News จนทำให้เกิดความเข้าใจว่า คณะกรรมการต้องการยกเลิก
48 บัตรทอง หรือลดสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชน

49

50 กระทรวงสาธารณสุขเสนอแนวทางปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6 ข้อ ได้แก่

- 51 1. ปรับอัตราค่าจ่ายให้โรงพยาบาลสอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการจริง
- 52 2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ใช้งบประมาณกับบริการที่จำเป็นและเกิดประโยชน์ต่อ
53 ประชาชนสูงสุด
- 54 3. ตั้งกองทุนบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดำเนินการตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชน
55 เข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และบริการใกล้บ้าน
- 56 4. ยกกระดับธรรมาภิบาลและการตรวจสอบ ปรับกระบวนการสรรหาคณะกรรมการและอนุกรรมการให้
57 โปร่งใส เปิดกว้าง และตรวจสอบได้
- 58 5. หยุดเพิ่มสิทธิประโยชน์หรือกองทุนย่อยที่ไม่มีงบรองรับ ก่อนประกาศสิทธิใหม่ต้องมีแหล่งงบประมาณ
59 และประเมินผลกระทบต่อกองทุนเดิมอย่างชัดเจน
- 60 6. แยกงบเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว เพื่อให้เห็นงบประมาณที่ใช้รักษาผู้ป่วยอย่างแท้จริง และลด
61 ความคลาดเคลื่อนในการคำนวณต้นทุนบริการ

62

63 **ระเบียบวาระที่ 2 รับรองระเบียบการประชุม**

64

65 รับรองระเบียบวาระการประชุม ครั้งที่ 8 /2569 วันพุธที่ 26 สิงหาคม 2569 เวลา 09.00 น. - 12.00 น.

66 **มติที่ประชุม**

67 รับรองระเบียบวาระการประชุม ครั้งที่ 8 /2569 วันพุธที่ 26 สิงหาคม 2569 เวลา 09.00 น. - 12.00 น.

68

69 **ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องด่วน**

70 **ไม่มี**

71

72 ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

73 สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13
74 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 7/2569 วันพฤหัสบดีที่ 16 กรกฎาคม 2569 ให้คณะกรรมการฯ ทุกท่านตรวจสอบ
75 และไม่มีคณะกรรมการฯแจ้งแก้ไขมายังเลขานุการ

76

77 มติที่ประชุม

78 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
79 ครั้งที่ 7/2569 วันพฤหัสบดีที่ 16 กรกฎาคม 2569 ในที่ประชุม โดยไม่มีการแก้ไข

80

81 ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องสืบเนื่อง

82

83 ระเบียบวาระที่ 5.1 การกำกับติดตามงบกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2569
84 และ ข้อเสนอกรอบการบริหารงบ OP PP ปีงบประมาณ 2570

85 วาระที่ 5.1.1 การกำกับติดตามงบกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2569

รายการ	บาท/ปชก /ปี	วงเงิน ประมาณ การปี 69	ค่าใช้จ่าย ปี 69 ณ 15 มิ.ย. 69		ประมาณการวงเงินคงเหลือ	
			จำนวน [ล้านบาท]	%	จำนวน [ล้านบาท]	%
1. กองทุน Central reimburse	361	1,282.27	678.37	52.90%	603.91	47.10%
- OP AE	23	81.70	85.46	104.60%	-3.76	-4.60%
- OP พิกัด/ทหารผ่านศึก	220	781.44	497.06	63.61%	284.38	36.39%
- OP HC	17	60.38	11.97	19.82%	48.42	80.18%
- OP Dent	28	99.46	50.99	51.27%	48.46	48.73%
- OP Anywhere	73	259.30	32.89	12.68%	226.41	87.32%
2. กองทุน OP Refer วงเงิน	360	916.88	683.53	74.55%	233.35	25.45%
3. ค่าบริการ OP CAP		2,656.29	1,990.93	74.95%	665.36	25.05%
รวม		4,855.44	3,352.83	69.05%	1,502.62	30.95%

86 ข้อมูล ณ 15 ก.ค. 69

87 - ประมาณการค่าใช้จ่าย กองทุน CR ปี 2569 ประมาณ 1,084 ล้านบาท คาดว่าจะมีเงินเหลือ
88 200 - 300 ล้านบาท (รวมสิทธิการและทหารผ่านศึก)

89 - ประมาณการค่าใช้จ่าย กองทุน OP Refer ปี 2569 ประมาณ 1,092 ล้านบาท คาดว่าจะมีเงิน
90 ไม่พอ 176 ล้านบาท

91 ที่มา ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ CFO ครั้งที่ 6/2569 วันพุธที่ 8 กรกฎาคม 2569

- 92 1. รับทราบ สถานการณ์การกำกับติดตามการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม.
93 ปีงบประมาณ 2569
- 94 2. ที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับการบริหารกองทุน เขตพื้นที่
95 กรุงเทพมหานคร (CFO) ไม่สามารถมีฉันทามติ ตามข้อเสนอของฝ่ายเลขานุการในประเด็นการจ่ายค่าใช้จ่าย
96 เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2569 ให้
97 สามารถปรับเกลี่ยเงินกันกองทุน Central Reimbursement และกองทุน OP Refer ระหว่างกันได้
98 เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ภายใต้เงินงบประมาณผู้ป่วยนอก
99 กทม. และให้สปสช.รายงานต่ออปสช.เพื่อพิจารณา
- 100 3. ขอให้สปสช. เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบ OP Refer เพื่อให้ใกล้เคียง 100 % มากที่สุด โดยให้
101 คลินิกชุมชนอบอุ่นได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบด้วย
- 102 4. มอบสำนักงานฯ เร่งรัดให้หน่วยบริการบันทึกส่งเบิกค่าใช้จ่าย OP ให้ทันภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2569
103 และปรับประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
104 กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2569 ต่อไป
- 105 5. รับรองมติในที่ประชุม

107 มติที่ประชุมอปสช.กทม. ในวันที่ 16 กรกฎาคม 2569

- 108 1. รับทราบ สถานการณ์การกำกับติดตามการเบิกจ่ายค่าบริการ กรณีผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม.
109 ปีงบประมาณ 2569 และ มติคณะกรรมการ CFO ครั้งที่ 6/2569 วันพุธที่ 8 กรกฎาคม 2569
- 110 2. มอบสปสช.กทม. นำประเด็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่
111 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2569 ให้สามารถปรับเกลี่ยเงินกันกองทุน Central Reimbursement
112 และกองทุน OP Refer ระหว่างกันได้ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณใกล้เคียงกับค่าใช้จ่าย
113 ที่เกิดขึ้น ภายใต้เงินงบประมาณผู้ป่วยนอก กทม. ไปหารือร่วมกันระหว่างรพ. ศบส. และคลินิกชุมชน
114 อบอุ่นให้ได้ข้อสรุป ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับการบริหาร
115 กองทุน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (CFO) ต่อไป
- 116 3. ขอให้สปสช.เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบ OP Refer เพื่อให้ใกล้เคียง 100 % มากที่สุด โดยให้
117 คลินิกชุมชนอบอุ่นได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบด้วย
- 118 4. มอบสปสช.กทม. เร่งรัดให้หน่วยบริการบันทึกส่งเบิกค่าใช้จ่าย OP ให้ทันภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2569
- 119 5. กรณีการเบิกจ่ายกองทุนผู้ป่วยนอก(OP) เขตพื้นที่กทม.ปี 2568 มอบสปสช.เร่งรัดดำเนินการให้แล้วเสร็จ
120 ตาม มติอปสช.ครั้งที่ 4/2569 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2569
- 121 6. รับรองมติในที่ประชุม

123 - ตามมติที่ประชุมอปสช.กทม. วันที่ 16 ก.ค. 69 สำนักงานฯ ได้จัดประชุมเพื่อทำความเข้าใจ
124 ในประเด็นข้อคำถามเกี่ยวกับการหักเงิน OP ปีงบประมาณ 2568 รวมทั้งหารือประเด็นการจ่ายค่าใช้จ่าย
125 กรณีบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2569 ระหว่างหน่วยบริการ
126 (ผู้แทนโรงพยาบาล ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนสำนักงานการแพทย์ และสำนักอนามัย) ในวันที่ 20
127 กรกฎาคม 2569 โดยที่ประชุมมีข้อเสนอ ดังนี้

1. เสนอให้มีกลไกกลางในการพิจารณาตัดสินประเด็นปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการ OP Refer กรณีที่ตกลงกันไม่ได้ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยให้มีผู้แทนหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงาน (ผู้แทนรพ. 5 คน, ผู้แทนคลินิก 5 คน และผู้แทนสบส. 5 คน)
2. เสนอให้มีการปรับการกันเงินกองทุน Central Reimbursement กทม. ให้เหมาะสมในแต่ละกองทุนย่อย เช่น OP Anywhere
3. กรณี OP Refer หากมีการแสดงข้อมูลการเบิกจ่าย OP Refer ถูกต้องแล้ว งบกองทุน OP Refer ไม่เพียงพอ ขอให้หน่วยบริการรับผิดชอบร่วมกัน โดยให้ปรับเกลี่ยเงิน CR และกองทุน OP Refer ระหว่างกันได้ ตามข้อตกลงร่วมกัน

นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

วาระที่ 5.1.1 การกำกับติดตามงบกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2569

1. รับทราบ

1.1 การกำกับติดตามงบกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2569

1.2 ข้อเสนอจากที่ประชุมหน่วยบริการ (ผู้แทนโรงพยาบาล ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนสำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย) วันที่ 20 กรกฎาคม 2569 โดยที่ประชุมมีข้อเสนอ ดังนี้

1. เสนอให้มีกลไกกลางในการพิจารณาตัดสินประเด็นปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการ OP Refer กรณีที่ตกลงกันไม่ได้ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยให้มีผู้แทนหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงาน (ผู้แทนรพ. 5 คน, ผู้แทนคลินิก 5 คน และผู้แทนสบส. 5 คน)
2. เสนอให้มีการปรับการกันเงินกองทุน Central Reimbursement กทม. ให้เหมาะสมในแต่ละกองทุนย่อย เช่น OP Anywhere
3. กรณี OP Refer หากมีการแสดงข้อมูลการเบิกจ่าย OP Refer ถูกต้องแล้ว งบกองทุน OP Refer ไม่เพียงพอ ขอให้หน่วยบริการรับผิดชอบร่วมกัน โดยให้ปรับเกลี่ยเงิน CR และกองทุน OP Refer ระหว่างกันได้ ตามข้อตกลงร่วมกัน

มติที่ประชุม

วาระที่ 5.1.1 การกำกับติดตามงบกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2569

1. รับทราบ

1.1 การกำกับติดตามงบกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2569

1.2 ข้อเสนอจากที่ประชุมหน่วยบริการ (ผู้แทนโรงพยาบาล ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนสำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย) วันที่ 20 กรกฎาคม 2569 โดยที่ประชุมมีข้อเสนอ ดังนี้

1. เสนอให้มีกลไกกลางในการพิจารณาตัดสินประเด็นปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการ OP Refer กรณีที่ตกลงกันไม่ได้ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยให้มีผู้แทนหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงาน (ผู้แทนรพ. 5 คน, ผู้แทนคลินิก 5 คน และผู้แทนสบส. 5 คน)
2. เสนอให้มีการปรับการกันเงินกองทุน Central Reimbursement กทม. ให้เหมาะสมในแต่ละกองทุนย่อย เช่น OP Anywhere

3. กรณี OP Refer หากมีการแสดงข้อมูลการเบิกจ่าย OP Refer ถูกต้องแล้ว งบกองทุน OP Refer ไม่เพียงพอ ขอให้หน่วยบริการรับผิดชอบร่วมกัน โดยให้ปรับเกลี่ยเงิน CR และกองทุน OP Refer ระหว่างกันได้ ตามข้อตกลงร่วมกัน

วาระที่ 5.1.2 ร่าง กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2570
ที่มา : มติอปสข. 18 กันยายน 2568: เห็นชอบกรอบการบริหารกองทุน OP กทม.ปีงบประมาณ 2569 ดังนี้

1. เห็นชอบ คงหลักการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2569 เหมือนปีงบประมาณ 2568 โดยยึดหลักการจัดทำแบบสมดุล (Balance Budget) และบริหารจัดการแบบงบประมาณปลายปิด ไม่ให้มีค่าบริการค้างชำระในปีงบประมาณถัดไป ดังนี้

1.1 การจ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำ ไม่รวมประชากรสิทธิคนพิการและทหารผ่านศึก

1.2 การกันเงิน CR และ OP Refer (Model5) ใช้หลักการ ดังนี้

การกันเงินแบบงบสมดุล (Balance Budget) โดยให้มีการติดตามการเบิกจ่ายทุกเดือน ผ่านกลไก คณะทำงานฯ และนำเข้าที่ประชุมอปสข. ทุกเดือน เพื่อสามารถปรับกันเงินตามสถานการณ์ โดยกำหนดวงเงินต่ำสุด และสูงสุด หากเกินกำหนดวงเงินสูงสุด หรือวงเงินที่กันไว้ให้ปรับจ่ายตาม Point System เมื่อสปสข. เสนอข้อมูลว่าการกันเงินสมเหตุสมผล

1.2.1 การกันเงิน CR อัตราเริ่มต้น 361 บาทต่อประชากรต่อปี โดยกันเงิน ดังนี้

- กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 23 บาทต่อประชากรต่อปี โดยในปีงบประมาณ 2569 ให้จ่ายชดเชยเฉพาะกรณี OPAE ต่างบัตร และกำหนดการรับบริการเฉลี่ย ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี ส่วนกรณี OPAE ในบัตรเดียวกัน ต้นสังกัดตามจ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง
- กรณีค่าใช้จ่ายสูง 17 บาทต่อประชากรต่อปี
- กรณีคนพิการและทหารผ่านศึก 220 บาท ต่อประชากรต่อปี หากมีกรณีเข้าข่ายการใช้บริการเกินความจำเป็น อาจพิจารณามาตรการเพิ่มเติม
- กรณีทันตกรรมรักษา 28 บาทต่อประชากรต่อปี
- กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็นนอกเครือข่าย 73 บาทต่อประชากรต่อปี

1.2.2 การกันเงินกองทุน OP Refer (Model 5) อัตราเริ่มต้น 300 บาทต่อประชากรต่อปี และหากมีการเบิกจ่ายเกินวงเงิน 360 บาทต่อประชากรต่อปี หรือวงเงินที่กันไว้ ให้ปรับจ่ายตาม Point System เมื่อสปสข. ได้แสดงให้เห็นข้อมูลว่าการกันเงินสมเหตุสมผล (ค่าบริการ OP Refer หน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมจ่ายส่วนที่ไม่เกิน 800 บาท/Visit, ส่วนเกิน 800 บาท ใช้จากเงินกันกองทุน OP Refer)

สำนักงาน ได้จัดทำ (ร่าง) ข้อเสนอกรอบการบริหารงบกองทุนผู้ป่วยนอก กทม. ปีงบประมาณ 2570 ดังนี้
คงหลักการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เหมือนปีงบประมาณ 2569 และเสนอปรับบางประเด็นเพื่อความเหมาะสมภายใต้วงเงิน OP กทม. ปีงบประมาณ 2570 ดังนี้

1. ปรับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (Differential Capitation) ให้มีความเหมาะสมตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามผลการศึกษาปัจจัยและข้อมูลค่าใช้จ่ายจริง (ปัจจัยกลุ่มอายุ กลุ่มโรค กลุ่มบริการ ประเภทหน่วยบริการ) ของ ศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ จากมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF) เพื่อให้เกิดความยุติธรรม โปร่งใส และสอดคล้องกับความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยจะนำเสนอการประชุมครั้งต่อไป

- 203 2. การบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570
- 204 2.1 กันเงิน Central Reimbursement (CR) เบื้องต้นไม่เกิน 361 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี สำหรับ
- 205 ตามจ่ายกองทุนย่อย ได้แก่ OPAE OP พิกุลและทหารผ่านศึก OPHC OP ทันตกรรม และ
- 206 OP Anywhere ตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเหมือนปีงบประมาณ 2569 ทั้งนี้ในกรณีกองทุน CR
- 207 ไม่เพียงพอ สำนักงานอาจกันเงินเพิ่มเติมได้
- 208 2.2 จ่ายเงินเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ หลังกันเงิน CR โดยปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential
- 209 Capitation) ตามข้อ 1 (ไม่รวมประชากรสิทธิคนพิการและทหารผ่านศึก) ให้กับหน่วยบริการ
- 210 และเครือข่ายหน่วยบริการ กรณีเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ เป็นไปตามข้อตกลง (MOU)
- 211 2.3 กรณีหน่วยบริการโมเดล 5
- 212 2.3.1 กันเงินกองทุน OP Refer ในอัตราเบื้องต้น 300 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี สำหรับตามจ่าย
- 213 ส่วนเกิน 800 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้กรณีที่เพียงพอ สำนักงานอาจกันเงินเพิ่มเติม แต่รวมแล้วไม่เกิน
- 214 360 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี
- 215 2.3.2 ประเมินการกันเงิน รายหน่วยบริการ รายเดือน (สำหรับค่าใช้จ่าย OP Refer (ส่วนที่
- 216 ไม่เกิน 800 บาทต่อครั้ง), OP Refer และ OP Anywhere ข้ามจังหวัด)
- 217 2.4 ให้สามารถปรับเกลี่ยเงินกัน CR และ OP Refer ระหว่างกันได้ ทั้งนี้ ตามที่สปสข. กำหนด
- 218 โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข. เป็นรายกรณี โดยต้องคำนึงถึงแหล่งที่มาของเงินกันและฐานผู้มี
- 219 สิทธิที่แตกต่างกัน
- 220 โดยมติที่ประชุม CFO ครั้งที่ 7/2569 วันที่ 11 สิงหาคม 2569 เห็นชอบ ดังนี้
- 221 1. รับทราบ (ร่าง) ข้อเสนอกรอบการบริหารงบกองทุนผู้ป่วยนอก กทม. ปีงบประมาณ 2570
- 222 2. เห็นชอบ (ร่าง) ข้อเสนอกรอบการบริหารงบกองทุนผู้ป่วยนอก กทม. ปีงบประมาณ 2570 ดังนี้
- 223 1. ปรับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (Differential Capitation) ให้มีความเหมาะสม
- 224 ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามผลการศึกษาปัจจัยและข้อมูลค่าใช้จ่ายจริง (ปัจจัยกลุ่มอายุ กลุ่มโรค
- 225 กลุ่มบริการ ประเภทหน่วยบริการ) ของ ศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ จากมูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบาย
- 226 สุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF) เพื่อให้เกิดความยุติธรรม โปร่งใส และสอดคล้องกับความเสี่ยงของ
- 227 ผู้ป่วย โดยจะนำเสนอการประชุมครั้งต่อไป
- 228 2. การบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570
- 229 2.1 กันเงิน Central Reimbursement (CR) เบื้องต้นไม่เกิน 361 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี สำหรับตาม
- 230 จ่ายกองทุนย่อย ได้แก่ OPAE OP พิกุลและทหารผ่านศึก OPHC OP ทันตกรรม และ
- 231 OP Anywhere ตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเหมือนปีงบประมาณ 2569 ทั้งนี้กรณีที่เพียงพอ
- 232 สำนักงานอาจกันเงินเพิ่ม แต่รวมแล้วไม่เกิน 410 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี
- 233 2.2 จ่ายเงินเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ หลังกันเงิน CR โดยปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential
- 234 Capitation) ตามข้อ 1 (ไม่รวมประชากรสิทธิคนพิการและทหารผ่านศึก) ให้กับหน่วยบริการ
- 235 และเครือข่ายหน่วยบริการ กรณีเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ เป็นไปตามข้อตกลง
- 236 (MOU)
- 237 2.3 กรณีหน่วยบริการโมเดล 5

- 238 2.3.1 กันเงินกองทุน OP Refer ในอัตราเบื้องต้น 300 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี สำหรับตามจ่าย
 239 ส่วนเกิน 800 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้กรณีที่ไม่เพียงพอ สำนักงานอาจกันเงินเพิ่มเติม แต่รวมแล้ว
 240 ไม่เกิน 360 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี
- 241 2.3.2 ประมาณการกันเงินBuffer รายหน่วยบริการ (สำหรับค่าใช้จ่ายOP Refer (ส่วนที่ไม่เกิน
 242 800บาทต่อครั้ง) ,OP Refer และ OP Anywhere ข้ามจังหวัด)
- 243 2.4 หากกรณีเงิน CR หรือ OP refer ไม่เพียงพอ ขอให้หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องหารือเพื่อให้ได้
 244 ข้อตกลงร่วมกัน
- 245 3. มอบสำนักงานฯ เสนอต่ออปสข. เพื่อพิจารณา ต่อไป
- 246 **นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา**
- 247 วาระที่ 5.1.2 ร่าง กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2570
- 248 1. รับทราบ (ร่าง) ข้อเสนอกรอบการบริหารงบกองทุนผู้ป่วยนอก กทม. ปีงบประมาณ 2570 ตามมติ
 249 ที่ประชุม CFO ครั้งที่ 7/2569 วันที่ 11 ส.ค. 69
- 250 2. เห็นชอบ (ร่าง) ข้อเสนอกรอบการบริหารงบกองทุนผู้ป่วยนอก กทม. ปีงบประมาณ 2570 ตามมติ
 251 ที่ประชุม CFO ครั้งที่ 7/2569 วันที่ 11 ส.ค. 69 ดังนี้
- 252 2.1 ปรับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (Differential Capitation) ให้มีความเหมาะสม
 253 ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามผลการศึกษาปัจจัยและข้อมูลค่าใช้จ่ายจริง (ปัจจัยกลุ่มอายุ กลุ่มโรค
 254 กลุ่มบริการ ประเภทหน่วยบริการ) ของ ศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ จากมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบาย
 255 สุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF) เพื่อให้เกิดความยุติธรรม โปร่งใส และสอดคล้องกับความเสี่ยงของ
 256 ผู้ป่วย โดยจะนำเสนอการประชุมครั้งต่อไป
- 257 2.2 การบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570
- 258 2.2.1 กันเงิน Central Reimbursement (CR) เบื้องต้นไม่เกิน 361 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี สำหรับ
 259 ตามจ่ายกองทุนย่อย ได้แก่ OPAE OP พิกัดและทหารผ่านศึก OPHC OP ทันตกรรม และ
 260 OP Anywhere ตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเหมือนปีงบประมาณ 2569 ทั้งนี้กรณีที่ไม่เพียงพอ
 261 สำนักงานอาจกันเงินเพิ่ม แต่รวมแล้วไม่เกิน 410 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี
- 262 2.2.2 จ่ายเงินเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ หลังกันเงิน CR โดยปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential
 263 Capitation) ตามข้อ 1 (ไม่รวมประชากรสิทธิคนพิการและทหารผ่านศึก) ให้กับหน่วยบริการและ
 264 เครือข่ายหน่วยบริการ กรณีเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ เป็นไปตามข้อตกลง (MOU)
- 265 2.2.3 กรณีหน่วยบริการโมเดล 5
- 266 1) กันเงินกองทุน OP Refer ในอัตราเบื้องต้น 300 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี สำหรับตามจ่าย
 267 ส่วนเกิน 800 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้กรณีที่ไม่เพียงพอ สำนักงานอาจกันเงินเพิ่มเติม
 268 แต่รวมแล้วไม่เกิน 360 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี
- 269 2) ประมาณการกันเงินBuffer รายหน่วยบริการ (สำหรับค่าใช้จ่ายOP Refer (ส่วนที่ไม่เกิน
 270 800บาทต่อครั้ง), OP Refer และ OP Anywhere ข้ามจังหวัด)
- 271 2.2.4 หากกรณีเงิน CR หรือ OP refer ไม่เพียงพอ ขอให้หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องหารือเพื่อให้ได้
 272 ข้อตกลงร่วมกัน

3. ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศการบริหารกองทุนประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง
การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 พ.ศ. 2569 และประกาศฯ สปสข.ที่เกี่ยวข้อง

มติที่ประชุม

วาระที่ 5.1.2 ร่าง กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2570

1. ปรับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (Differential Capitation) ให้มีความเหมาะสมตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามผลการศึกษาปัจจัยและข้อมูลค่าใช้จ่ายจริง (ปัจจัยกลุ่มอายุ กลุ่มโรค กลุ่มบริการประเภทหน่วยบริการ) ของ ศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ จากมูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF) เพื่อให้เกิดความยุติธรรม โปร่งใส และสอดคล้องกับความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยจะนำเสนอการประชุมครั้งต่อไป

2. กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570

2.1 กั้นเงิน Central Reimbursement (CR) เบื้องต้นไม่เกิน 361 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี สำหรับตามจ่ายกองทุนย่อยผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (OPAE) กรณีสิทธิพิการและทหารผ่านศึก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (OPHC) กรณีทันตกรรม และกรณีเหตุสมควร (OP Anywhere) ตามหลักเกณฑ์ที่สปสข.กำหนด ทั้งนี้กรณีที่ไม่เพียงพอ สำนักงานอาจกั้นเงินเพิ่ม แต่รวมแล้วไม่เกิน 410 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี

2.2 จ่ายเงินเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ หลังกั้นเงิน Central Reimbursement (CR) โดยปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential Capitation) ตามข้อ 1 (ไม่รวมประชากรสิทธิคนพิการและทหารผ่านศึก) ให้กับหน่วยบริการทุกแห่ง

2.3 กรณีหน่วยบริการโมเดล 5 (หน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ)

- 1) กั้นเงินกองทุนผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) ในอัตราเบื้องต้น 300 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี สำหรับตามจ่ายส่วนเกิน 800 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้กรณีที่ไม่เพียงพอ สำนักงานอาจกั้นเงินเพิ่มเติม แต่รวมแล้วไม่เกิน 360 บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี

- 2) ประมาณการกั้นเงินรายหน่วยบริการ (สำหรับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ ส่วนที่ไม่เกิน 800 บาทต่อครั้ง รวมทั้งสำหรับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก กรณี OP Refer และ OP Anywhere ข้ามจังหวัด)

2.4 หากกรณีเงินกองทุน Central Reimbursement (CR) หรือกองทุนผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) ไม่เพียงพอ ขอให้หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องหารือเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน

3. ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการ
บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2570 พ.ศ. 2569 และประกาศฯ สปสข.ที่เกี่ยวข้อง

4. รับรองมติในที่ประชุม

วาระที่ 5.1.3 ข้อเสนอการบริหารเครือข่าย และ ร่าง กรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570
สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่
ที่มา

1. มติที่ประชุม อปสข. ครั้งที่ 3/2569 วันที่ 19 มี.ค. 2569 เห็นชอบ

- ข้อเสนอเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ : New model ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- มอบสำนักงานฯ รวบรวมประเด็นสำคัญจากการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง พร้อมสรุปผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และนำเสนอความคืบหน้าผ่านคณะกรรมการฯร่วม (คณะกรรมการ CFO และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ) และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเป็นระยะต่อไป
- รับรองมติในที่ประชุม

2. มติที่ประชุมอปสข.ครั้งที่ 7/2569 วันที่ 16 ก.ค. 69 เห็นชอบ

1. รับทราบ ร่าง ข้อเสนอเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ (new model)
2. เห็นชอบในหลักการการจัดบริการแบบเครือข่ายของรพ.ราชพิพัฒน์ซึ่งสอดคล้องกับมติอปสข.ที่ผ่านมา โดยให้ไปจัดทำรายละเอียดให้สามารถดำเนินการได้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2570
3. เห็นชอบมอบประธานคณะกรรมการพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ) ไปสนับสนุนการพัฒนาเครือข่าย และสังเกตการณ์การจัดทำข้อตกลงเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะมีการร่วมมืออย่างจริงจังและยอมรับการจัดสรรค่าใช้จ่ายเห็นตรงกันกับรพ.ราชพิพัฒน์
4. เห็นชอบหลักการบริหาร งบ OP ในเครือข่ายดังนี้ ในส่วนของงบประมาณ OP Cap ให้คงการหักเงิน CR ไว้เช่นเดียวกับหน่วยบริการอื่นๆ และรพ.ราชพิพัฒน์รับผิดชอบเรื่อง OP Refer ทั้งหมด โดยให้มีการหักเงิน OP refer จาก OP Cap ของเครือข่ายนี้ ส่วนที่เหลือให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างรพ.ราชพิพัฒน์และเครือข่าย
5. มอบสปสข.กทม. ไปจัดทำข้อมูลในส่วนของงบประมาณ PP Cap เพื่อเสนอทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณ PP cap ตามที่รพ.ราชพิพัฒน์ เสนอและที่ประชุมได้ให้คำแนะนำไว้ ทั้งนี้ ต้องให้เกิดความเป็นธรรมกับหน่วยบริการอื่นๆ ที่สามารถดำเนินการ PP ได้ครอบคลุมเป้าหมายได้สูงโดยไม่ได้รับค่าใช้จ่ายล่วงหน้า และให้นำข้อคิดเห็นจากการข้อเสนอที่เกี่ยวข้องและจาก Committee Relation มาประกอบด้วย
6. รับรองมติในที่ประชุม

- สำนักงานฯ ได้รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาระบบบริหารเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ของ
เครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ต่อที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาสนับสนุน
การขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ครั้งที่ 4/2569 ในวันที่ 6 สิงหาคม 2569 ที่ประชุมมีมติ ดังนี้

1. **รับทราบ** รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาระบบบริหารเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ของเครือข่าย
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลราชพิพัฒน์
2. มอบสปสช. เพิ่มเติมรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของคณะทำงาน เสนอต่อ CFO และอปสช. พิจารณา
ต่อไป
3. รับรองมติในที่ประชุม

รายงานการดำเนินการของคณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการ
ของระบบบริการทุกระดับ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ) ในการสนับสนุน
การพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการ

การดำเนินการของสำนักงานและคณะทำงาน	เอกสารแนบ
1. ประธานคณะทำงานได้เป็นที่ปรึกษาให้กับ รพ.ราชพิพัฒน์ ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินการเครือข่ายหน่วยบริการ	
2. มีการจัดประชุมร่วมกับแม่ข่ายเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อ พัฒนาและจัดทำแนวทางในการดำเนินการ ระบบบริการและ การบริหารงบประมาณ ร่วมกันของ รพ.ราชพิพัฒน์ รพ.นพรัตน์ ราชธานี รพ.กล้วยน้ำไท และ สปสช	 ประชุมราชพิพัฒน์-นพ รัตน์
สำนักงานจัดทำแนวทางและหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเครือข่าย หน่วยบริการในเขตกรุงเทพมหานคร และข้อเสนอการบริหารงบ และการดำเนินการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เสนอคณะทำงานเห็นชอบ	 1.New_Model_Su mmary  2.หลักเกณฑ์  3.(ร่าง)หลักเกณฑ์  4.ร่าง หนังสือแจ้งความประสงค์
สำนักงานร่วมสังเกตการณ์และสนับสนุนข้อมูลการประชุม เครือข่ายหน่วยบริการราชพิพัฒน์	25 สิงหาคม 2569

- 354 ร่าง กรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่
 355 - สำนักงานฯ ได้นำเสนอ ร่าง กรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่าย
 356 หน่วยบริการรูปแบบใหม่ ต่อที่ประชุมคณะทำงาน CFO ครั้งที่ 8/2569 วันพุธที่ 19 สิงหาคม 2569
 357 วาระพิเศษ ดังนี้
- 358 **สรุปสาระสำคัญ**
- 359 **(ร่าง) เครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่(New Model) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร**
- 360 **1. ที่มา**
- 361 1. มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ครั้งที่ 7/2568 (24 ก.ค. 2568) มอบ สปสช.เขต 13
 362 กทม. รับข้อเสนอ Sandbox การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยประสานข้อมูล
 363 ศีกรูปแบบร่วมกับ รพ.นพรัตนราชธานี, รพ.เลิดสิน, รพ.ราชวิถี เติมนำเสนอ อปสช. กทม.
- 364 2. มติคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
 365 (CFO) ครั้งที่ 8/2568 (5 ส.ค. 2568) รับทราบและมอบ สปสช.กทม. นำเรื่องข้อเสนอของบริการผู้ป่วย
 366 นอก (OP) รูปแบบนพรัตนราชธานี Model ปีงบประมาณ 2569 เข้าหารือคณะทำงานฯ ที่เกี่ยวข้อง
- 367 3. มติ อปสช. ครั้งที่ 8/2568 (21 ส.ค. 2568) รับทราบข้อเสนอของบริการ OP รูปแบบนพรัตนราชธานี
 368 Model ปีงบประมาณ 2569 และเห็นชอบมอบ รพ.นพรัตนราชธานีร่วมกับ สปสช. จัดทำแนวทางการ
 369 การจัดบริการ OP และ P&P และแผนการดำเนินงาน รวมทั้งการบริหารจัดการงบประมาณ ก่อนเสนอ
 370 CFO พิจารณา
- 371 4. มติ อปสช. ครั้งที่ 9/2568 (16 ก.ย. 2568) เห็นชอบให้ สปสช.กทม. รับข้อสังเกตจากที่ประชุมไป
 372 ดำเนินการเรื่อง Sandbox รพ.นพรัตนราชธานีให้เกิดความชัดเจน โดยเฉพาะความเห็นชอบเป็นลาย
 373 ลักษณ์อักษรจากหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และคลินิกชุมชนอบอุ่นในเครือข่ายทุกแห่ง ก่อนนำเสนอ
 374 คณะทำงานฯ, CFO และ อปสช. ตามลำดับ
- 375 5. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10/2568 (6 ต.ค. 2568) รับทราบรายงานที่
 376 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอแผนการบริหารเศรษฐกิจกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยหน่วย
 377 ปฐมภูมิ ทุติยภูมิภาครัฐเขตเมือง กทม.
- 378 6. มติ อปสช. ครั้งที่ 10/2568 (16 ต.ค. 2568) เห็นชอบ (1) ข้อเสนอนโยบายการพัฒนาระบบบริการและ
 379 เครือข่ายหน่วยบริการเพื่อรองรับประชากรในเขตพื้นที่ กทม. โดยกระทรวงสาธารณสุข มอบ สปสช.
 380 จัดทำข้อมูลและแผนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขก่อนเสนอคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง และ (2) มอบ สปสช.
 381 เร่งรัดดำเนินการให้เกิดรูปแบบ SandBox รพ.นพรัตนราชธานี โดยเร็วภายในต้นเดือนพฤศจิกายน
 382 2568 หรือเมื่อพร้อม
- 383 7. มติอปสช. ครั้งที่ 8/2569 (26 ส.ค. 2569) เห็นชอบ ข้อเสนอกรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก
 384 (OP) และกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ในเขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2570
- 385

- 394 การจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีเครือข่ายหน่วยบริการ ในเขตกรุงเทพมหานคร
 395 หลักการจ่ายเงิน : *Capitation + Stepwise Performance Payment+* ตามหลักการFront - Load
 396 จ่ายเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรไทยทุกสิทธิที่ได้รับจัดสรรให้รับผิดชอบให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ
 397 และป้องกันโรค ร่วมกับผลงานการเข้าถึงบริการ โดยอ้างอิง Baseline ผลงานปีที่ผ่านมา
 398 แบ่งจ่ายเป็นขั้น (Step) ตามระดับผลการเข้าถึงบริการ

งวดการจ่าย	อัตรา	เงื่อนไข
Step 1	50%	จัดสรรตามประชากร ณ 1 พ.ย. เมื่อส่งแผนบริการ
Step 2	25%	ผลการเข้าถึง > 50% ของผลงานปีที่ผ่านมา
Step 3	25%	ผลการเข้าถึง > 75% ของผลงานปีที่ผ่านมา
Step 4	25%	ผลการเข้าถึง = ผลงานปีที่ผ่านมา (100%)
Step 5++	25%	ผลการเข้าถึงเพิ่มขึ้นสะสมทุก 25% ของผลงานปีที่ผ่านมา

- 399 หมายเหตุ : Step 1-3 รวม = 100% ของวงเงินตั้งต้นเท่ากับผลงานปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ Step 4 เป็นต้นไป
 400 จ่ายเพิ่มเพื่อจูงใจให้เครือข่ายหน่วยบริการ

401

402 ตัวอย่าง: เครือข่ายหน่วยบริการ A

403 ประชากรไทยทุกสิทธิ 500,000 คน

404 อัตราจ่าย PP คำนวณจากผลงานและงบได้รับปี 2569

405 100 บาท/คน/ปี

406 ผลงานเข้าถึงบริการปี 2569 (Baseline)

407 การเข้าถึงบริการร้อยละ 25

408 วงเงินรวม (100%) = $500,000 \times 100$

409 50,000,000 ล้านบาท

- 410 • Step 1 (50%) 50 บาทต่อ ปชก 25,000,000 บาท จ่ายต้นปีงบ
- 411 • Step 2 (25%) 25บาทต่อ ปชก 12,500,000 บาท เข้าถึง > 12.5%
- 412 • Step 3 (25%) 25บาทต่อ ปชก 12,500,000 บาท เข้าถึง > 18.75%
- 413 • Step 4 (25%) 25บาทต่อ ปชก 12,500,000 บาท เข้าถึง $\geq 25.0\%$
- 414 • Step 5 (25%) 25บาทต่อ ปชก 12,500,000 บาท เข้าถึง $\geq 31.250\%$

415

416 นิยาม Front Load: การเบิกจ่ายงบประมาณในช่วงต้นปีงบประมาณและมีผลงานเป็นไปตามที่กำหนด
 417 เพื่อสนับสนุนการจัดบริการและสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานจัดบริการให้มีผลงานบรรลุตามเป้าหมาย

418

419

- มติที่ประชุมคณะกรรมการฯ CFO ครั้งที่ 8/2569 วันพุธที่ 19 สิงหาคม 2569 (วาระพิเศษ) เห็นชอบ ดังนี้
1. รับทราบ ข้อเสนอ กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) และกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ปีงบประมาณ 2570
 2. เห็นชอบในหลักการและกรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ตามข้อเสนอดังนี้
 - 2.1 กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ให้กันเงิน CR ไว้เหมือนเดิม โดยงบ OP ในเครือข่าย ให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างแม่ข่ายและเครือข่าย
 - 2.2 กรอบการบริหารกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ให้จ่ายเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรไทยทุกสิทธิที่ได้รับจัดสรร (Capitation) ตามหลักการ Front load โดยอ้างอิง Baseline ผลงานปีที่ผ่านมา โดแบ่งจ่ายเป็นขั้น (Step 1 ร้อยละ 50, Step 2-5 ร้อยละ 25) ตามระดับผลการเข้าถึงบริการ โดยมอบสำนักงานเพิ่มเติมความชัดเจนในวิธีการวัดผล, การครอบคลุมทั้งเครือข่าย, การบริหารงบประมาณแบบ front load และตาม performance รวมทั้งหากมีผลงานไม่ถึง front load ต้องหักส่วนเกินคืนกองทุน
 - 2.3 ให้สำนักงานฯ นำกรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ไปหารือร่วมกับโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมจัดบริการ New Model ต่อไป
 3. มอบคณะกรรมการฯ CFO และคณะกรรมการพัฒนาระบบฯ กำกับติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป
 4. รับรองมติในที่ประชุม และรายงานต่ออปสข.เพื่อพิจารณาต่อไป

440 นำเรียนคณะอนุกรรมการ ฯ เพื่อพิจารณา

วาระที่ 5.1.3 ข้อเสนอการบริหารเครือข่าย และ ร่าง กรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่

1. รับทราบ ข้อเสนอ กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) และกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ปีงบประมาณ 2570
2. เห็นชอบในหลักการและกรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ตามข้อเสนอดังนี้
 - 2.1 กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ให้กันเงิน CR ไว้เหมือนเดิม โดยงบ OP ในเครือข่าย ให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างแม่ข่ายและเครือข่าย
 - 2.2 กรอบการบริหารกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ให้จ่ายเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรไทยทุกสิทธิที่ได้รับจัดสรร (Capitation) ตามหลักการ Front load โดยอ้างอิง Baseline ผลงานปีที่ผ่านมา โดยแบ่งจ่ายเป็นขั้น (Step 1 ร้อยละ 50 , Step 2-5 ร้อยละ 25) ตามระดับผลการเข้าถึงบริการ โดยมอบสำนักงานเพิ่มเติมความชัดเจนในวิธีการวัดผล, การครอบคลุมทั้ง

- 455 เครือข่าย, การบริหารงบประมาณแบบ front load และตาม performance รวมทั้งหากมีผลงาน
456 ไม่ถึง front load ต้องหักส่วนเกินคืนกองทุน
- 457 2.3 ให้สำนักงานฯ นำกรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่าย
458 หน่วยบริการรูปแบบใหม่ไปหารือร่วมกับโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมจัดบริการ New Model ต่อไป
- 459 3. มอบคณะทำงาน CFO และคณะทำงานพัฒนาระบบฯ กำกับติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป
- 460 4. รับรองมติในที่ประชุม
- 461
- 462 **มติที่ประชุม**
- 463 วาระที่ 5.1.3 ข้อเสนอการบริหารเครือข่าย และ ร่าง กรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570
464 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่
- 465 1. **รับทราบ** ข้อเสนอ กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) และกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
466 (PP) สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ปีงบประมาณ 2570
- 467 2. เห็นชอบในหลักการและกรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่าย
468 หน่วยบริการรูปแบบใหม่ ตามข้อเสนอดังนี้
- 469 2.1 กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2570 สำหรับ
470 เครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ให้กันเงิน Central Reimbursement (CR) ไว้เหมือนเดิม
471 โดยการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) ในเครือข่าย ให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างแม่ข่ายและ
472 เครือข่าย
- 473 2.2 กรอบการบริหารกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
474 ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่ ให้จ่ายเหมาจ่ายตามจำนวน
475 ประชากรไทยทุกสิทธิที่ได้รับจัดสรร (Capitation) ตามหลักการ Front load โดยอ้างอิง Baseline
476 ผลงานปีที่ผ่านมา โดยแบ่งจ่ายเป็นขั้น Step 1 ร้อยละ 50, Step 2 ขึ้นไป ร้อยละ 25 ตามระดับ
477 ผลการเข้าถึงบริการ โดยมอบสำนักงานเพิ่มเติมความชัดเจนในวิธีการวัดผล, การครอบคลุมทั้ง
478 เครือข่าย, การบริหารงบประมาณแบบ front load และตาม performance รวมทั้งหากมีผลงาน
479 ไม่ถึง front load ต้องหักส่วนเกินคืนกองทุน
- 480 2.3 ให้สำนักงานฯ นำกรอบการบริหารกองทุน OP PP ปีงบประมาณ 2570 สำหรับเครือข่าย
481 หน่วยบริการรูปแบบใหม่ไปหารือร่วมกับโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมจัดบริการเครือข่ายหน่วยบริการ
482 รูปแบบใหม่ ต่อไป
- 483 3. มอบคณะทำงานจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และกำกับติดตามการบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
484 (CFO) และคณะทำงานพัฒนาระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบ
485 บริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร กำกับติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป
- 486 4. รับรองมติในที่ประชุม
- 487
- 488

489 ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องเพื่อพิจารณา

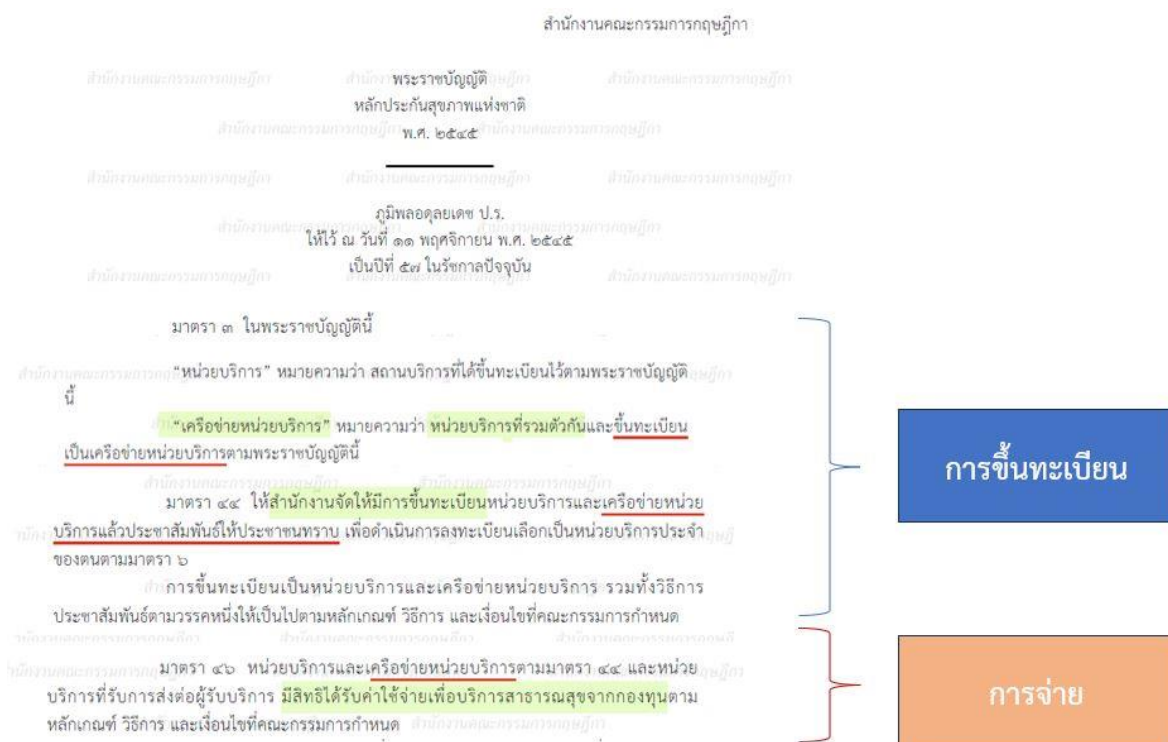
490 ระเบียบวาระที่ 6.1 ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการและหนังสือแสดง
491 ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
492 ที่มา :

- 493 1. มติที่ประชุม อปสข. ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 18 ธันวาคม 2568 เห็นชอบ ให้แก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับ
494 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็น
495 หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564
- 496 2. มติที่ประชุม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2569 วันที่ 6 มกราคม 2569
497 เห็นชอบ ให้ปรับแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์
498 วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2564 โดยมอบ
499 สปสช. เสนอคณะอนุกรรมการด้านกฎหมายพิจารณาร่างข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
500 แห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่าย
501 หน่วยบริการ พ.ศ. 2564 เพื่อแก้ไขเพิ่มเติม
- 502 3. มติที่ประชุม อปสข. ครั้งที่ 2/2569 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569 เห็นชอบ หลักเกณฑ์การพิจารณา
503 ขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่พื้นที่กรุงเทพมหานครตามที่เสนอ และขอให้สำนักงานรับ
504 ข้อเสนอแนะของอปสข. ไปปรับเพิ่มเติมให้เหมาะสม
- 505 4. มติคณะทำงานพัฒนาระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุก
506 ระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2569 ในวันที่ 6 สิงหาคม 2569
 - 507 1) รับทราบ ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ และหนังสือแสดง
508 ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
 - 509 2) เห็นชอบตามเสนอ ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ และหนังสือ
510 แสดงความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
 - 511 3) นำเสนอต่ออปสข. พิจารณาต่อไป
 - 512 4) รับรองมติในที่ประชุม

513 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- 514 1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
515 มาตรา 3 “เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็น
516 เครือข่ายหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้
- 517 2. ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้น
518 ทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2569
519 ข้อ 4 “เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกัน และได้ขึ้นทะเบียนเป็น
520 เครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ
521 ข้อ 10 หน่วยบริการอาจรวมตัวกันเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการต่อสำนักงานหรือ
522 สำนักงานสาขา ให้สำนักงานพิจารณาประกาศรับขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามวรรคหนึ่ง
523 และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ ทั้งนี้ การประกาศรับขึ้นทะเบียน ให้สำนักงานคำนึงถึงลักษณะ
524 ทางภูมิศาสตร์ ศักยภาพของหน่วยบริการ และความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน

- 525 เพื่อประโยชน์ในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ สำนักงานอาจประกาศกำหนดให้หน่วยบริการ
526 ประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นเครือข่ายหน่วยบริการได้ตามที่
527 เห็นสมควร



528

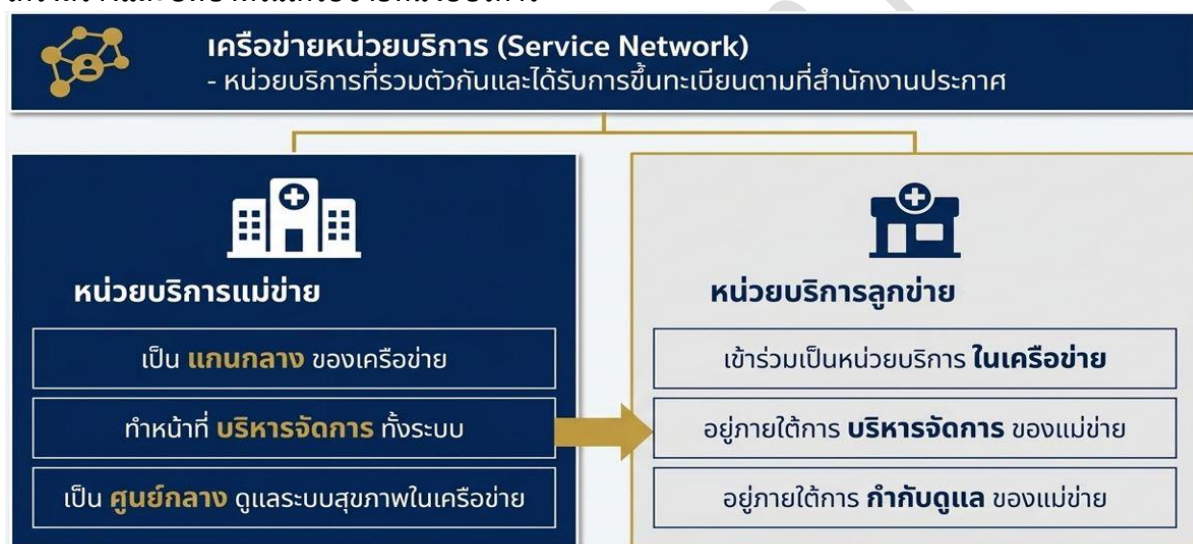
529 **เกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ**

ประเด็น	แนวทาง/หลักเกณฑ์
จำนวนประชากร	เป็นไปตามศักยภาพของหน่วยบริการแม่ข่าย - ประชากรสิทธิของหน่วยบริการ OP แพทย์ต่อประชากรสิทธิ 1: 10,000 (รวมทั้งเครือข่าย) - ประชากรรับส่งต่อ IP เพียงต่อประชากรสิทธิ 1: 1,000
ระบบบริการ	- มีแนวทางการดูแลประชากรสิทธิร่วมกันของหน่วยบริการในเครือข่าย - มีศักยภาพและระบบการให้บริการเฉพาะด้านเพื่อรองรับประชากรผู้มีสิทธิที่เหมาะสม ไม่แออัด <u>หน่วยบริการลูกข่ายมีคุณสมบัติการขึ้นทะเบียนสอดคล้องกับประกาศ สปสช.</u> - มีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการโดยสะดวก : กรณีประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่ไกลโรงพยาบาล หรือการเดินทางไม่สะดวก - มีระบบการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อ ส่งกลับ >>> แบบไม่ใช่ไปส่งตัว - มีการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน (โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เช่น ศูนย์คุ้มครองสิทธิฯ) - มีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบ Primary Care Trust

ประเด็น	แนวทาง/หลักเกณฑ์
ระบบข้อมูล	- มีการเชื่อมโยงข้อมูล และส่งข้อมูลการบริการตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด - ใช้ระบบการส่งตัวแบบอิเล็กทรอนิกส์ : E-referral
การบริหารงบ	- หน่วยบริการแม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบการกำหนดหลักเกณฑ์การบริหารงบประมาณของเครือข่ายร่วมกับหน่วยบริการในเครือข่าย และแจ้งให้ สปสช.รับทราบ - สปสช.จ่ายงบให้เครือข่าย ตามประกาศหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด - มีข้อตกลงร่วมระหว่างหน่วยบริการในเครือข่ายอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

530

531 โครงสร้างและบทบาทในเครือข่ายหน่วยบริการ



532

533 การเตรียมเอกสารและระยะเวลาดำเนินการ

534 สิ่งที่ต้องเตรียม

- รายชื่อหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่าย
- ข้อตกลง/บันทึกข้อตกลง (MOA) ระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย พร้อมเอกสารแนบท้าย:
 - รูปแบบจัดบริการผู้ป่วยนอก
 - รูปแบบบริการปฐมภูมิ
 - หลักเกณฑ์/ อัตรา/ ระยะเวลา/ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
- สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (แม่ข่ายและลูกข่าย) ที่ยังมีผลบังคับใช้
- สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล และหนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี) ของผู้มีอำนาจลงนาม
- แผนที่แสดงที่ตั้ง ของหน่วยบริการแม่ข่ายและลูกข่าย
- หนังสือแสดงความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่าย (ยื่นต่อ สปสช. สาขา/ หรือพื้นที่ กทม.)

544

545

546 **ขั้นตอนการพิจารณาอนุมัติ**

- 547 • **Step 1: ยื่นเอกสาร** ยื่นเอกสารทั้งหมดต่อ สปสช.
- 548 • **Step 2: ตรวจสอบความถูกต้อง** สำนักงานตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้อง ภายใน 1 เดือน
- 549 • **Step 3: ทำนิติกรรมสัญญา** หากผ่านเกณฑ์ แม่ข่ายเข้าทำนิติกรรมสัญญาหรือบันทึกแนบท้ายสัญญา
- 550 ให้บริการสาธารณสุข
- 551 • **Step 4: ประกาศขึ้นทะเบียน** สปสช. ออกประกาศรับขึ้นทะเบียน เพื่อให้มีผลทางกฎหมายอย่างสมบูรณ์
- 552

553 **มติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบ**

554 **บริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2569 ในวันที่ 6 สิงหาคม 2569**

- 555 1. **รับทราบ** ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ และหนังสือแสดง
- 556 ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
- 557 2. **เห็นชอบตามเสนอ** ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ และหนังสือแสดง
- 558 ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
- 559 3. **นำเสนอต่ออปสช.พิจารณาต่อไป**
- 560 4. **รับรองมติในที่ประชุม**

561 **เรียนคณะกรรมการ ฯ เพื่อพิจารณา**

562 ระเบียบวาระที่ 6.1 ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการและหนังสือแสดง

563 ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ

- 564 1. **รับทราบ** ข้อเสนอ ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการและหนังสือ
- 565 แสดงความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
- 566 2. **เห็นชอบ** ข้อเสนอ ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการและหนังสือ
- 567 แสดงความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
- 568

569 **มติที่ประชุม**

570 ระเบียบวาระที่ 6.1 ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการและหนังสือแสดง

571 ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ

- 572 1. **รับทราบ** ข้อเสนอ ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการและหนังสือแสดง
- 573 ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ
- 574 2. **เห็นชอบ** ข้อเสนอ ร่าง หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการและหนังสือแสดง
- 575 ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ตามที่เสนอ ดังนี้
- 576 - เกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ
- 577 - โครงสร้างและบทบาทในเครือข่ายหน่วยบริการ
- 578 - การเตรียมเอกสารและระยะเวลาดำเนินการ
- 579 - ขั้นตอนการพิจารณาอนุมัติ
- 580 3. **เห็นชอบ** ในหลักการการบริหารเครือข่าย New Model โดยหากมีเครือข่ายหน่วยบริการใดที่มีลักษณะ
- 581 ตามหลักเกณฑ์นี้ และต้องการดำเนินการคล้ายเครือข่ายรพ.ราชพิพัฒน์ให้สามารถดำเนินการได้เลย
- 582 โดยไม่ต้องนำกลับมาหารือในอปสช. อีก
- 583 4. **รับรองมติในที่ประชุม ให้ดำเนินการได้ทันที**

584 ระเบียบวาระที่ 7 เรื่องเพื่อทราบ

585 ระเบียบวาระที่ 7.1 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับอปสข. ครั้งที่ 8 /2569
586 วันจันทร์ที่ 3 สิงหาคม 2569

587 วาระที่ 7.1.1 การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569 กรณีผลงานบริการ
588 เกินเป้าหมาย

589 สืบเนื่องจากคณะกรรมการได้มีมติเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2569 โดยเห็นชอบให้ทบทุนยอดคำขอรับ
590 การสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลางรายการ เงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ประจำปีงบประมาณ
591 พ.ศ. 2569 จากยอด 19,050.0508 ล้านบาท เป็นจำนวน 6,207.2375 ล้านบาท ตามที่เสนอ ทั้งนี้ยอดเงิน
592 ส่วนต่างที่เป็นค่าบริการของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และใช้งบประมาณปี พ.ศ. 2569 จ่ายไปแล้ว หากพบว่า
593 ปลายปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไม่เพียงพอให้เสนอขอรับงบกลางเพิ่มเติมต่อไป

594 สปสช.ได้จัดทำข้อมูลผลการเบิกจ่ายงบกองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยสรุป

595 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้รับงบ จำนวน 193,849 ล้านบาท (เป็นผลงานการเบิกจ่ายตามผลงาน
596 ณ สิ้นเดือนมิถุนายน 2569)

597 - จ่ายค่าใช้จ่ายฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำนวน 155,331.36 ล้านบาท คงเหลือจำนวน 38,517.89 ล้านบาท
598 และมีค่าใช้จ่ายฯ ปี 68 มาเบิกจ่ายจำนวน 12,842.81 ล้านบาท

599 - คงเหลืองบประมาณ จำนวน 25,675.08 ล้านบาท สำหรับการจ่ายชดเชยผลงานเดือนกรกฎาคม ถึงวันที่
600 15 กันยายน 2569

601 ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ได้พิจารณาเรื่องดังกล่าวแล้ว ในการประชุมเมื่อ
602 วันที่ 24 กรกฎาคม 2569

603 จึงเสนอคณะกรรมการ

- 604 1. รับทราบผลการเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
- 605 2. มอบ สปสช.และคณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุน
606 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(คณะกรรมการร่วมฯ) ดำเนินการติดตามบริการตามมาตรการ M&E และ
607 รายงานประสิทธิผลของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายปี พ.ศ. 2569 ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
608 แห่งชาติ ทราบและเสนอมาตรการเพิ่มเติมในเดือนที่เหลือของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
- 609 3. มอบ สปสช. ทบทวนการออกแบบระบบบริหารการจ่าย โดยมุ่งเน้นการสร้างเชื่อมั่นในระบบ
610 งบประมาณปลายปิด และให้มีกำหนดมาตรการควบคุมการเบิกจ่ายค่าบริการของปีงบประมาณ
611 พ.ศ. 2570 โดยเสนอต่อคณะกรรมการร่วมฯ และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง
- 612 4. รับรองมติเพื่อดำเนินการได้ทันที

613 มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 /2569 วันจันทร์ที่ 3 สิงหาคม 2569

- 614 1. รับทราบผลการเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
- 615 2. มอบ สปสช. และคณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุน
616 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(คณะกรรมการร่วมฯ) ดำเนินการติดตามบริการตามมาตรการ M&E และ
617 รายงานประสิทธิผลของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ให้คณะกรรมการ

- 618 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทราบและเสนอมาตรการเพิ่มเติมในเดือนที่เหลือของปีงบประมาณ
619 พ.ศ. 2569
- 620 3. มอบ สปสช. ทบทวนการออกแบบระบบบริหารการจ่าย โดยมุ่งเน้นการสร้างความมั่นใจระบบ
621 งบประมาณปลายปิด และให้มีกำหนดมาตรการควบคุมการเบิกจ่ายค่าบริการของปีงบประมาณ
622 พ.ศ. 2570 โดยเสนอต่อคณะกรรมการร่วมฯ และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง
- 623 4. รับรองมติเพื่อดำเนินการได้ทันที
- 624
- 625 ผลการเบิกจ่ายงบกองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
- 626 - ปีงบประมาณ 2569 ได้รับงบ 193,849 ล้านบาท (เป็นผลงานการเบิกจ่ายตามผลงาน ณ สิ้นเดือน
627 มิ.ย. 69)
- 628 - จ่ายค่าใช้จ่ายฯ ปี 69 จำนวน 155,331.36 ล้านบาท คงเหลือจำนวน 38,517.89 ล้านบาท และมี
629 ค่าใช้จ่ายฯ ปี 68 มาเบิกจ่ายจำนวน 12,842.81 ล้านบาท
- 630 - คงเหลืองบประมาณ 25,675.08 ล้านบาท สำหรับการจ่ายชดเชยผลงานเดือน ก.ค.-15 ก.ย. 69

รายการ	[1] งบประมาณ 2569 หลังปรับค่าแรง เบื้องต้น	[2] งบประมาณตั้งต้น หลังปรับเกลียตาม มติบอร์ด	[3] งบประมาณใช้ไป ปี 69 ณ 18 ก.ค.69 (ผลการส่งเบิก ณ 30 มิ.ย. 69)	[4]=[2]-[3] งบประมาณ คงเหลือ หลังหัก จ่ายค่าบริการ ปี 69	[5] ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้งบประมาณ ปี 69 ตามมติบอร์ด 1 ก.ย.68	[6]=[4]-[5] งบประมาณ คงเหลือ
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	133,154.28	135,959.55	113,014.02	22,945.52	7,743.83	15,201.69
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)						
1.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	37,640.01	37,640.01	32,634.66	5,005.34	0	5,005.34
1.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.6*	53,989.93	59,439.93	48,827.67	10,612.25	0	10,612.25
1.3 บริการกรณีเฉพาะ	31,895.69	29,550.96	24,551.58	4,999.38	6,456.94	-1,457.56
1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	503.05	503.05	168.54	334.51	170.92	163.59
1.5 บริการแพทย์แผนไทย	3,012.58	2,712.58	879.63	1,832.94	1,115.97	716.97
1.6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,113.03	6,113.03	5,951.94	161.1	0	161.1
กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว	60,694.97	57,889.70	42,317.34	15,572.37	5,098.98	10,473.39
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,529.36	4,177.89	2,702.94	1,474.95	647.24	827.71
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	16,074.98	16,081.31	13,844.37	2,236.95	2,405.56	-168.61
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง						
- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1,355.31	855.31	472.76	382.56	74.42	308.14
- งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	132.15	82.15	0	82.15	0	82.15
- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคหัดและโรคปอดอักเสบเรื้อรัง	213.14	73.01	0	73.01	0	73.01
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่ เสี่ยงภัย และพื้นที่	1,490.29	1,490.29	1,490.29	0	0	0
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	3,770.48	5,586.05	4,769.88	816.17	283.75	532.41
7 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น						
7 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมือง พัทยา และกรุงเทพ	3,870.31	3,300.00	2,495.02	804.98	0	804.98
7 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	5,514.37	4,353.25	2,050.14	2,303.12	550.71	1,752.41
7 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด	541.02	456.87	335.49	121.38	0	121.38
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	562.23	562.23	182.33	379.9	0	379.9
9 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ไม่รวมเงินเดือน)						
- P&P Basic service	12,090.34	11,852.63	9,758.10	2,094.53	0	2,094.53
- P&P Basic service (Fee schedule)	6,319.07	5,468.27	3,419.11	2,049.16	815	1,234.16
- P&P National	2,709.14	2,818.31	539.07	2,279.23	322.29	1,956.94
- P&P Area based	270.51	270.51	257.84	12.66	0	12.66
- P&P NCD	1,252.27	461.61	0	461.61	0	461.61
รวม	193,849.25	193,849.25	155,331.36	38,517.89	12,842.81	25,675.08

631

632 วาระที่ 7.1.2 ผลการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกัน

633 สุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

634 ด้วย สปสช. ได้จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบ
635 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ซึ่งเป็นการดำเนินการตามมาตรา 18(13) แห่ง
636 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ทั้งในระดับเขตและระดับประเทศ โดยสรุปดังนี้

637 ผลการกลั่นกรองจำนวนประเด็นรับฟังความเห็นฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

638 - รวมข้อเสนอ 757 ประเด็น โดยมี 375 ประเด็น อยู่ในอำนาจหน้าที่และเสนอให้คณะกรรมการที่
639 เกี่ยวข้องพิจารณา และ 382 ประเด็นเป็นเรื่องที่ดำเนินการแล้ว อยู่ในสิทธิประโยชน์เดิม หรือส่งต่อ
640 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

641 - ประเด็นที่มีการเสนอมากที่สุด อันดับ 1 คือ การปฏิรูประบบงบประมาณ การจัดสรรงบ และการเบิกจ่าย
642 งบประมาณ

643 ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ได้พิจารณาเรื่องดังกล่าวแล้ว ในการประชุมเมื่อวันที่
644 24 กรกฎาคม 2569

645 จึงเสนอคณะกรรมการ

646 1. รับทราบสรุปผลการรับฟังความคิดเห็น ฯ ประจำปี พ.ศ. 2569 ตามมาตรา 18 (13) แห่งพระราชบัญญัติ
647 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

648 2. มอบ สปสช. สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นฯ เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ
649 สาธารณสุข และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณา ตามอำนาจหน้าที่ และให้ สปสช. ดำเนินการ
650 ตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไป

651 3. รับรองมติเพื่อดำเนินการได้ทันที

652

653 มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

654 ครั้งที่ 8 /2569 วันจันทร์ที่ 3 สิงหาคม 2569

655 1. รับทราบสรุปผลการรับฟังความคิดเห็น ฯ ประจำปี พ.ศ. 2569 ตามมาตรา 18 (13) แห่งพระราชบัญญัติ
656 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

657 2. มอบ สปสช. สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นฯ เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ
658 สาธารณสุข และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณา ตามอำนาจหน้าที่ และให้ สปสช. ดำเนินการ
659 ตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไป

660 3. รับรองมติเพื่อดำเนินการได้ทันที

661

662 สรุปผลการรับฟังความเห็น ฯ ปี 2569 : จำนวนประเด็นข้อเสนอ ทั้งหมด 757 ประเด็น

663 1. จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมเสนอความคิดเห็น

664 • ผู้ให้บริการ: 316 ประเด็น

665 • ผู้รับบริการ: 281 ประเด็น

666 • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.): 87 ประเด็น

- 667 • ภาควิชาอายุรศาสตร์: 46 ประเด็น
- 668 • นักวิชาการ / ผู้เชี่ยวชาญ / ผู้ทรงคุณวุฒิ: 27 ประเด็น
- 669 2. จำแนกเป็นรายภาค
- 670 • ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: 283 ประเด็น ภาคกลาง: 165 ประเด็น
- 671 • กทม. และส่วนกลาง: 138 ประเด็น ภาคเหนือ: 88 ประเด็น
- 672 • ภาคใต้: 83 ประเด็น
- 673 3. จำแนกตามรูปแบบการรับฟัง
- 674 • เวทีประชุม / เวทีรับฟังฯ: 490 ประเด็น
- 675 • Focus group: 122 ประเด็น
- 676 • ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม: 67 ประเด็น
- 677 • Online / Social media / Contact center: 54 ประเด็น
- 678 • หนังสือราชการ: 24 ประเด็น
- 679
- 680 สรุปผลการรับฟังความเห็น ฯ ปี 2569 : สรุปประเด็นที่มีการเสนอมากที่สุด
- 681 1. ปฏิรูประบบงบประมาณ การจัดสรรงบ และการเบิกจ่ายชดเชย (เป็นประเด็นที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด)
- 682 • ปรับอัตราจ่ายให้สอดคล้องต้นทุนบริการจริง
- 683 • เพิ่มความรวดเร็วและความต่อเนื่องในการโอนงบ
- 684 • ลดขั้นตอนการเบิกจ่าย
- 685 • พัฒนาระบบติดตามงบประมาณและการจ่ายชดเชยแบบ Real-time
- 686 • ไม่เปลี่ยนหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายระหว่างปีงบประมาณ
- 687 2. ยกระดับระบบดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
- 688 • เพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการของ CG (Care Giver)
- 689 • ปลดล็อกการจ้าง CG เต็มเวลาและพาร์ทไทม์ตามบริบทพื้นที่
- 690 • เพิ่มงบ LTC รองรับสังคมสูงวัย
- 691 • พัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและสถานชีวาภิบาลในชุมชน
- 692 • เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านผ้าอ้อม กายอุปกรณ์ และอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ
- 693 3. เร่งรัดการป้องกันโรคและจัดการ NCDs
- 694 • เน้นการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 695 • ขยายการคัดกรองเบาหวาน ความดัน ไขมัน โรคไต และโรคเมะเร็ง
- 696 • ส่งเสริม DM Remission และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 697 • ให้รางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ/คุณภาพชีวิตของโรคได้ดี
- 698 4. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และ 30 บาทรักษาทุกที่
- 699 • ยกระดับหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นฐานหลักของระบบสุขภาพ
- 700 • เชื่อมโยงระบบส่งต่อและส่งกลับแบบไร้รอยต่อ
- 701 • ลดขั้นตอนการออกไปส่งตัว

- ขยายบริการใกล้บ้านและบริการทางไกล (Telemedicine)
- เพิ่มศักยภาพ รพ.สต. คลินิกชุมชนอบอุ่น ร้านยา และหน่วยบริการนวัตกรรม

5. พัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัลและฐานข้อมูลสุขภาพกลาง

- เชื่อมโยงฐานข้อมูลทุกระบบเข้าสู่แพลตฟอร์มเดียว
- ลดการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน
- พัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ
- ใช้ Dashboard แบบ Real-time สำหรับติดตามงบประมาณและข้อมูลบริการ

6. ขยายสิทธิประโยชน์และลดความเหลื่อมล้ำ

- พัฒนาสิทธิประโยชน์พื้นฐานร่วมของ 3 กองทุนสุขภาพภาครัฐ และลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิรักษาพยาบาล
- ขยายสิทธิประโยชน์ตามหลักความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
- เพิ่มสิทธิประโยชน์วัคซีน คัดกรองโรค และอุปกรณ์จำเป็น

7. เสริมสร้างระบบคุ้มครองสิทธิและการมีส่วนร่วมของประชาชน

- จัดตั้งศูนย์คุ้มครองสิทธิให้ครอบคลุมทุกอำเภอ
- เพิ่มช่องทางสื่อสารสิทธิและการร้องเรียนออนไลน์
- ขยายเวลาการยื่นคำร้องและติดตามผลมาตรา 41
- ส่งเสริม Health Literacy ของประชาชน
- เพิ่มบทบาทภาคประชาชนในการกำหนดทิศทางการลงทุนสุขภาพ

8. ยกระดับกลไกกองทุนสุขภาพท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ

- เพิ่มงบรายหัวและงบประมาณกองทุนท้องถิ่น
- เพิ่มความยืดหยุ่นในการบริหารกองทุน
- พัฒนาระบบพี่เลี้ยงและการถ่ายทอดองค์ความรู้
- สนับสนุนการบูรณาการกองทุนระดับพื้นที่
- เพิ่มการกำกับติดตามโดยภาคประชาชนและชุมชน

ผลการกลั่นกรองจำนวนประเด็นรับฟังความเห็นฯ ปี 2569

การจัดการประเด็น 382 ประเด็น

ประเด็น	อยู่ในสิทธิประโยชน์/ ดำเนินการแล้ว	ตัดข้อมูลซ้ำ/ยุบรวม ประเด็น	ส่งหน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้อง
1. ประเภทและขอบเขต	25	23	3
2. มาตรฐานการให้บริการ	26	54	50
3. การบริหารจัดการกองทุน	49	55	2
4. การรับรู้และคุ้มครองสิทธิ	52	32	11

732 เสนอคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องพิจารณา (375 ประเด็น)

733 1. ประเภทและขอบเขต: 62 ประเด็น

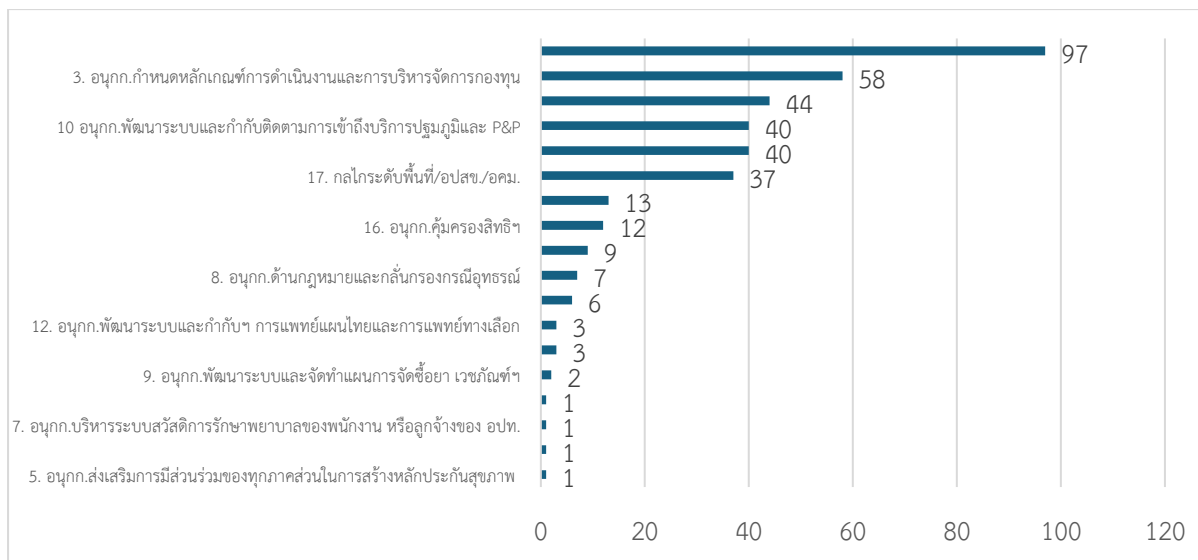
734 2. มาตรฐานการให้บริการ: 86 ประเด็น

735 3. การบริหารจัดการกองทุน: 153 ประเด็น

736 4. การรับรู้และคุ้มครองสิทธิ: 74 ประเด็น

737

738 จำนวนประเด็นที่เสนอคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องพิจารณา



739

740

741 เรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

742 ระเบียบวาระที่ 7.1 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับอปสข.

743 รับทราบ มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2569 วันจันทร์ที่
744 3 สิงหาคม 2569 ดังนี้

745 วาระที่ 7.1.1 การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569 กรณีผลงาน
746 บริการเกินเป้าหมาย

747 วาระที่ 7.1.2 ผลการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกัน
748 สุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

749

750 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

751 1. นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว เสนอควรมีการสกัดข้อเสนอแนะที่เป็นประเด็นเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร
752 ออกจากข้อเสนอในภาพรวมระดับประเทศ เนื่องจากบริบทและปัญหาของกรุงเทพมหานครมี
753 ความแตกต่างจากพื้นที่อื่น เพื่อให้ข้อเสนอสามารถตอบสนองต่อปัญหาและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
754 ได้อย่างเหมาะสม

755

756

757 **มติที่ประชุม**

758 ระเบียบวาระที่ 7.1 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับอปสข.

759 **รับทราบ** มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2569 วันจันทร์ที่
760 3 สิงหาคม 2569 ดังนี้

761 วาระที่ 7.1.1 การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569 กรณีผลงาน
762 บริการเกินเป้าหมาย

763 วาระที่ 7.1.2 ผลการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกัน
764 สุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

765

766 ระเบียบวาระที่ 7.2 มติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับ
767 อปสข.

768 **ไม่มี**

769

770 ระเบียบวาระที่ 7.3 ข้อเสนอการพัฒนากลไกอปสข.เพื่อสนับสนุนบทบาทของผู้ว่าราชการ
771 กรุงเทพมหานครในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสภาองค์กรของ
772 ผู้บริโภค

773 **ที่มา**

774 สภาองค์กรของผู้บริโภค โดยคณะอนุกรรมการด้านบริการสุขภาพขอให้สปสข. สนับสนุนให้
775 กรุงเทพมหานครเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

776 1. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการทุกสังกัด กำหนด
777 ทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ
778 ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

779 2. เพิ่มบทบาทของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครผ่านกลไกอปสข.เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลัก
780 ในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการทุกสังกัด พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ วางระบบ
781 การส่งต่อผู้ป่วย และจัดระบบบริการสุขภาพใกล้บ้านให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยส่งเสริมให้
782 หน่วยบริการในสังกัดกรุงเทพมหานครทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่ายในการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ
783 สุขภาพในพื้นที่

784 โดยอ้างถึงอำนาจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อ
785 ปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการมอบหมาย ตามมาตรา 18(8)

786 (8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ
787 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้าง
788 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

789 มาตรา 47 เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมี
790 ส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการ

791 สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็น
 792 ผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจาก
 793 กองทุน

794

795 นำเรียนคณะกรรมการฯ เพื่อทราบ

796 ระเบียบวาระที่ 7.3 ข้อเสนอการพัฒนากลไกอปสข. เพื่อสนับสนุนบทบาทของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
 797 ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสภาองค์กรของผู้บริโภค

798 **รับทราบ** ข้อเสนอการพัฒนากลไกอปสข. เพื่อสนับสนุนบทบาทของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
 799 ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสภาองค์กรของผู้บริโภค

800

801 มติที่ประชุม

802 ระเบียบวาระที่ 7.3 ข้อเสนอการพัฒนากลไกอปสข. เพื่อสนับสนุนบทบาทของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
 803 ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสภาองค์กรของผู้บริโภค

804 **รับทราบ** ข้อเสนอการพัฒนากลไกอปสข. เพื่อสนับสนุนบทบาทของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
 805 ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสภาองค์กรของผู้บริโภค

806

807 ระเบียบวาระที่ 7.4 รายงานสถานการณ์หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

808 **ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ** (ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลภาครัฐ / คลินิกชุมชนอบอุ่น) ในเขตพื้นที่
 809 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2569

810 • **ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2568** - จำนวน 298 แห่ง

811 • **ข้อมูล ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2568**

812 - จำนวน 309 แห่ง

813 - รับขึ้นทะเบียนเพิ่มเติม จำนวน 14 แห่ง

814 - ยกเลิกการขึ้นทะเบียนแล้ว (คลินิกชุมชนอบอุ่น) จำนวน 3 แห่ง

815 • **หน่วยบริการประสงค์ยกเลิกสัญญาให้บริการสาธารณสุข ให้มีผลวันที่ 1 ตุลาคม 2569**

816 • - จำนวน 3 แห่ง

817 • **สำนักงานอยู่ระหว่างพิจารณาไม่ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข**

818 - จำนวน 4 แห่ง

819 **หมายเหตุ :** ข้อมูลจากระบบทะเบียนหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.)

820 **ข้อมูลอัปเดตล่าสุด :** ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2568

821 การจัดหาหน่วยบริการรองรับการจัดสรรประชากร

822 สปสข. ร่วมกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เตรียมรองรับการจัดสรรประชากร กรณียกเลิกสัญญา

823 ให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2569 และประชาชนที่ไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ

824 เมื่อวันที่ 1 ต.ค. 68

825 สรุปภาพรวม

826 • ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่รองรับ: 67 แห่ง

827 • ประชากรที่รองรับ ทั้งหมด: 94,680 คน

828 1. หน่วยบริการประสงคัยกเล็กสัณณูญา (หน่วยบริการปฐมภูมิ) รวมประชากร 15,662 คน

หน่วยบริการ	เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่รับประชากร	ประชากร (คน)
1. คลินิกเวชกรรม ไอเอ็มเอช สีสม	บางรัก	ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา	9,959
2. สถานีพัฒนา สุขภาวะเขตเมือง	บางเขน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน	5,703

829

830 2. กรณี รพ.มกฏวฒณะ ประสงคัยกเล็กสัณณูญา รวมประชากร 44,970 คน

เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับประชากร	ประชากร (คน)
หลักสี่	ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ท่งสองห้อง	15,723
บางเขน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน	3,360
จตุจักร	ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 จตุจักร	5,687
จตุจักร	ศูนย์บริการสาธารณสุข 17	3,606
บางซื่อ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	9,048
บางซื่อ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 19	635
-	ศูนย์บริการสาธารณสุข ในพื้นที่ เขตอื่น จำนวน 63 แห่ง	6,911

831

832 3. ประชาชนที่ไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (อยู่ระหว่างจัดหาหน่วยบริการ) รวมประชากร 34,048 คน

เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับประชากร	ประชากร (คน)
ราชบุรีบูรณะ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 58 ล้อม-พันแสนพฤษ	6,893
ดินแดง	ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง	2,844
พญาไท	ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ประดิพัทธ์	7,032
ราชเทวี	ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 วัดมัทกะสัน	7,702
ดุสิต	ศนส.38 จิต - ทองคำ ปาเพ็ญ	9,577

833 หมายเหตุ : เขตดุสิตอยู่ระหว่างพิจารณารับประชากร

834

835

836

837

838

839

840

841 4. กรณีหน่วยบริการอยู่ระหว่างพิจารณาบอกเลิกสัญญาฯ

หน่วยบริการ	เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รองรับประชากร	ประชากร (คน)
อยู่ระหว่างพิจารณา บอกเลิกสัญญาฯ	หนองจอก	ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก	10,215
	หลักสี่	ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 พุ่งสองห้อง	1,244
	คลองสามวา	ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา	9,260
	มีนบุรี	ศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี	7,069
	สะพานสูง	ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง (คลินิก ปฐมภูมิ 1 แห่ง รับปกก.ที่เหลือ)	4,000
รวมประชากร			31,788

842

843 การจัดหาหน่วยบริการรองรับการจัดสรรประชากร

844 สปสช. หารือร่วมกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อเตรียมการรองรับการจัดสรรประชากร
 845 กรณียกเลิกสัญญาให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2569 และประชาชนที่ไม่มี
 846 หน่วยบริการปฐมภูมิจากกรณียกเลิกสัญญาฯ เมื่อวันที่ 1 ต.ค. 68 : อยู่ระหว่างจัดหาหน่วยบริการ

847

848 ศูนย์บริการสาธารณสุขสาธารณสุข 67 แห่ง รองรับการจัดสรรประชากรทั้งหมด จำนวน 126,468 คน

849 1. หน่วยบริการประสงค์ยกเลิกสัญญาให้บริการสาธารณสุขจากการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

ลำดับ	หน่วยบริการ	เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รองรับประชากร	ประชากร (คน)
1	คลินิกเวชกรรมไอเอ็มเอช สีลม	บางรัก	ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา	9,959
2	สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง	บางเขน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน	5,703
รวมประชากร				15,662

850

851 2. กรณีรพ.มกฏวพัฒนะประสงค์ยกเลิกสัญญาให้บริการสาธารณสุขจากการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการ	เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รองรับประชากร	ประชากร (คน)
รพ.มกฏวพัฒนะ	หลักสี่	ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 พุ่งสองห้อง	15,723
	บางเขน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน	3,360
	จตุจักร	ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 จตุจักร	5,687
	จตุจักร	ศูนย์บริการสาธารณสุข 17	3,606
	บางซื่อ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	9,048
	บางซื่อ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 19	635
	-	ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตอื่น จำนวน 63 แห่ง	6,911
รวมประชากร			44,970

852

853 3. กรณีประชาชนที่ไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิจากกรณียกเลิกสัญญาฯ เมื่อวันที่ 1 ต.ค. 68

หน่วยบริการ	เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รองรับประชากร	ประชากร (คน)
อยู่ระหว่างจัดหาหน่วยบริการ	ราชบุรีบูรณะ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 58 ล้อม-พิมเสนพักอุดม	6,893
	ดินแดง	ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง	2,844
	พญาไท	ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ประดิพัทธ์	7,032
	ราชเทวี	ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 วัดมกุฏกษัตริย์	7,702
	ดุสิต	สนส.38 จิต-ทองคำ ป่าเพ็ญ	9,577
รวมประชากร			34,048

854

855 4. กรณีหน่วยบริการอยู่ระหว่างพิจารณาบอกเลิกสัญญาฯ

หน่วยบริการ	เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รองรับประชากร	ประชากร (คน)
อยู่ระหว่างพิจารณาบอกเลิกสัญญาฯ	หนองจอก	ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก	10,215
	หลักสี่	ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ท่งสองห้อง	1,244
	คลองสามวา	ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา	9,260
	มีนบุรี	ศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี	7,069
	สะพานสูง	ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง (คลินิกปฐมภูมิ 1 แห่ง รับปชก.ที่เหลือ)	4,000
รวมประชากร			31,788

856

857 มติที่ประชุม คณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบ
858 บริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4/2569 ในวันที่ 6 สิงหาคม 2569

859 รับทราบ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ และสถานการณ์หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

860

861 นำเรียนคณะกรรมการฯเพื่อทราบ

862 ระเบียบวาระที่ 7.4 รายงานสถานการณ์หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

863 รับทราบ รายงานสถานการณ์หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

864

865 มติที่ประชุม

866 ระเบียบวาระที่ 7.4 รายงานสถานการณ์หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

867 รับทราบ รายงานสถานการณ์หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

868

869 ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ

870 ระเบียบวาระที่ 8.1 กำหนดการประชุมอปสข. เดือนสิงหาคม 2569

ครั้งที่	ว.ด.ป	เวลา
9/2569	พฤ 17 ก.ย. 2569	09.00 น.-12.00 น.
10/2569	พฤ 15 ต.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.
11/2569	พฤ 19 พ.ย. 2569	09.00 น.-12.00 น.
12/2569	พฤ 17 ธ.ค. 2569	09.00 น.-12.00 น.

871

872 มติที่ประชุม

873 รับทราบ

874

875 ปิดการประชุม เวลา 11.30 น.

876

877

878

879 นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้จัดรายงานการประชุม
880 ผู้อำนวยการกอง สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

881

882 นางสาวภัทรกร กาญจน์ภาส ผู้ตรวจรายงานการประชุม
883 ผู้อำนวยการสำนัก สำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

884

885 พันโทณรงค์ดี ถัมภ์บรรทุ ผู้แทนรายงานการประชุม
886 ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
887 กลุ่มภารกิจสำนักงานสาขาพื้นที่กรุงเทพมหานคร