

รายงานการประชุม

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

ครั้งที่ ๓ / ๒๕๖๗ ในวันศุกร์ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๓๐๙ อาคารรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น ๓ โซน A โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ระบบ zoom conference)

๑. รายชื่ออนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม ๓๐๙ อาคารรัตนวิทยาพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

๑. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประธานอนุกรรมการ
๒. พญ.ลลิตยา กองคำ	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รองประธานอนุกรรมการ
๓. ผศ.นพ.สนั่น วิสุทธีศักดิ์ชัย	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช	อนุกรรมการ
๔. ดร.ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง	ผู้อำนวยการเขต สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ และเลขานุการ

๒. รายชื่ออนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

๑. พล.อ.นพ.เอกจิต ช่างหล่อ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๒. ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๓. ภก.ปรีชา พันธุ์ติเวช	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๔. ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์	ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
๕. นพ.ปรีดา เต๋ออารักษ์	ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
๖. นายศุภมล ศรีสุขวัฒนา	ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
๗. ดร.พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์	อนุกรรมการ
๘. พญ.ดวงพร ปิณฑิเสศิกุล	แทนผู้อำนวยการสำนักอนามัย	อนุกรรมการ
๙. น.อ.จตุรงค์ ตันติมงคลสุข	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	อนุกรรมการ
๑๐. นายวิชาญ มั่นชัยนันท์	ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
๑๑. นางประจวบ ทิทอง	ผู้แทนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ ตาม ม.๕๐ (๕) ในพื้นที่	อนุกรรมการ
๑๒. นายสมชาย กระจ่างแสง	ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่	อนุกรรมการ
๑๓. นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว	ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่	อนุกรรมการ
๑๔. น.ส.อรนุช เลิศกุลดิลก	ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่	อนุกรรมการ

๑๕.	น.ส.วรรณภา แก้วชาติ	ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่	อนุกรรมการ
๑๖.	นายวันเสาร์ ไชยกุล	ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช	อนุกรรมการ
๑๗.	นางวิศัลย์สิริ ตันตระกูล	ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับกรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ

1 ๓. รายชื่ออนุกรรมการที่ลาประชุม

๑.	พล.ต.นพ.เหรียญทอง แน่นหนา	ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร	ติดภารกิจ
๒.	รศ.คลินิกพญ.วารุณี จินารัตน์	ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่	ติดภารกิจ
๓.	ผศ.พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร	ติดภารกิจ
๔.	นพ.จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	ติดภารกิจ

2

3 ๔. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม ๓๐๙ อาคารรัตนวิทยาพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

๑.	รศ.ดร.นพ.เกรียงศักดิ์ สนิทวงศ์	รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริการ รพ.จุฬาลงกรณ์	
๒.	นพ.เพชร อธิสานันท์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านการเงิน รพ.จุฬาลงกรณ์	
๓.	น.ส.ภรณ์ทิรา ชื่นจิตร	ฝ่ายการเงิน รพ.จุฬาลงกรณ์	
๔.	น.ส.พัทธนันท์ รุจิภาศศาสตร์	ฝ่ายสวัสดิการสังคม รพ.จุฬาลงกรณ์	
๕.	น.ส.จิรสรวย ตั้งกัลยานันท์	งานลงทะเบียนและตรวจสอบสิทธิ รพ.จุฬาลงกรณ์	
๖.	น.ส.กัลยา เฉิน	งานบรรจุผู้ป่วยและตรวจสอบสิทธิ รพ.จุฬาลงกรณ์	
๗.	นางเบญจมาศ เลิศชาคร	ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช.	
๘.	น.ส.อมารศรี เปาอินทร์	ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	
๙.	น.ส.ภัทรกร กาญจน์ภาส	ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	
๑๐.	นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรรค์ดี	ผู้อำนวยการกอง สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	
๑๑.	นางบุญสิงห์ มีมะโน	ผู้จัดการกอง สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	
๑๒.	นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา	ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	
๑๓.	นางพรนาวิ ทิมเกิด	ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	
๑๔.	น.ส.อุษณา รัตนารณพิศิษฐ์	ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	

๑๕. นางชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์ นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๖. นางอภิวรรณ อยู่ตรีรักษ์ นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๗. น.ส.สุชลี สงวนศักดิ์ ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๘. นายเศรษฐญา ม่วงศิริ นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๙. นายสุปรีชา ครอบบัวบาน นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๒๐. น.ส.สุธัญญา กรกมลชัยกุล นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๒๑. นส.นรรมณ แก้วกาหลง นักบริหารงานหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๒๒. นายสุนทร แสนยุติธรรม นักบริหารงาน ฝ่ายพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล

1 ๕. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

๑. นพ.พงศ์ภัค อารียาภินันท์ ผู้แทนทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
๒. นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
๓. นพ.กนกพจน์ จันทรวิวัฒน์ ผู้แทนโรงพยาบาลราชวิถี
๔. นพ.มนศักดิ์ ชูโชติรส ผู้แทนโรงพยาบาลศิริราช
๕. นพ.ดุสิต ขำชัยภูมิ รองเลขาธิการ สปสช.
๖. นพ.การุณย์ คุณติรานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิ สายงานบริหารกองทุน สปสช.
๗. นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช.
๘. นายธวัชชัย เรืองโรจน์ ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช.
๙. นางสาวพิมพ์พัสสา ศรีเมือง รองผู้อำนวยการ ฝ่ายจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
๑๐. นางนุรอัลฮาญา จามาล ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายบริการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
๑๑. นางสาวจันทรา สิริระพันสุวรรณ ผู้จัดการส่วน สำนักบริการประชาชน
๑๒. นางปาจริย์ สังข์โมลี ผู้อำนวยการส่วน สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๓. นางสาววันเพ็ญ ปรารค์ทอง ผู้จัดการส่วน สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๔. นางสาวรุ่งระวี สุขแสงศรี นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

1 เปิดการประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

2 ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

3 ๑. ประธานฯ กล่าวเปิดการประชุม และกล่าวถึงมีผู้โทรหาหรือเรื่องผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัดตาต่อกระจก
4 โดยมีรพ.รับส่งต่อตามสิทธิคือ รพ.นพรัตนราชธานี แต่มีความประสงค์จะไปผ่าตัดที่รพ.จุฬาลงกรณ์ ขอให้ภาค
5 ประชาชนช่วยสื่อสารการรับบริการตามขั้นตอนเพื่อป้องกันระบบวุ่นวายปั่นป่วน ถึงแม้จะมี OP anywhere เรา
6 ก็พึงให้บริการตามนโยบายรัฐบาล แต่ก็ขอให้ประชาชนรับบริการตามขั้นตอนก่อนในเบื้องต้น และกล่าวเชิญ
7 รศ.ดร.นพ.กรเกียรติ์ สนิทวงศ์ รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริการ รพ.จุฬาลงกรณ์ ผู้แทนผู้อำนวยการรพ.
8 จุฬาลงกรณ์ กล่าวถึงการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

9 ๒. รศ.ดร.นพ.กรเกียรติ์ สนิทวงศ์ รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริการ รพ.จุฬาลงกรณ์ กล่าวต้อนรับสข.
10 และเชิญพ.เพชร อธิสันทน์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านการเงิน รายงานต่อสข. ดังนี้

11 ๑. ปัญหาในการส่งเบิกชดเชย โปรแกรม NEW e-Claim

12 ๑) ระเบียบและแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนเมื่อส่งเบิกถูกปฏิเสธการจ่าย (ติด C) ทำการแก้ไขและ
13 ส่งใหม่ ถูกปฏิเสธการจ่าย โดยติด C อื่นๆ มาแทน เช่น

14 ๑.๑) กรณี C๓๔๙ : ไม่พบข้อมูลการ Authentication รพ.ดำเนินการอุทธรณ์แก้ไขข้อมูล--->สข.
15 ปลด C๓๔๙ แต่ติด C อื่นๆ มาแทน

16 ๑.๒) กรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มีการแก้ไขส่งหลายครั้งใน ๑ Visit ประสานสข. แก้ไข
17 ไม่สำเร็จจนติด C๙๙๘ : ส่งข้อมูลเกินกำหนด

18 ๒) สข.มีระบบ Pre-audit และ Post-audit ก่อนจ่ายและหลังจ่าย มีการพบเวลาสิ้นพบปัญหาอาจทำ
19 ให้ได้รับเงินล่าช้า หรือไม่ได้รับชดเชยกรณีแก้ไขไม่ทันตามกรอบเวลา มีโปรแกรมการแก้ไขเมื่อถูกท้วงติงจากการ
20 Audit หลายประเภท

21 ๓) การบันทึกโปรแกรม e-Claim

22 ๓.๑) สข.กลาง โปรแกรม e-Claim และสข.กทม. โปรแกรม OPBKK ปรับมาใช้โปรแกรมการส่ง
23 เบิกเดียวกันคือ new e-Claim แต่ไม่มีคู่มือการบันทึกข้อมูลที่ต้องการมีข้อมูลติด C/Deny จำนวนมากเกิดขึ้น
24 โปรแกรมซ้ำ และerror บ่อยมาก

25 ๓.๒) ข้อมูลติด C/Deny ที่รพ.แก้ไขผ่านโปรแกรม สข.สร้างชุดข้อมูลใหม่ (REP/Tran ID) ทำให้
26 ข้อมูลเดิมของรพ.ยังคงสถานะติด C ทั้งที่มีการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว

27 ๓.๓) ข้อมูลทั่วไป (F๑) บนหน้าโปรแกรม มีปุ่มตรวจสอบสิทธิ แต่ไม่สามารถดึงข้อมูลมาบันทึกอัตโนมัติได้
28 ยังต้อง Key Manual

29 ๓.๔) ความแตกต่างด้านอัตราการเบิกจ่ายของสข.กลาง และสข.กทม. เช่น ค่าบริการผู้ป่วยนอก
30 (๕๕๐๒๐ และ ๕๕๐๒๑)

31 ๓.๕) โปรแกรมสำหรับการตรวจสอบข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (C/Deny) มีความซับซ้อน ไม่สามารถ filter
32 ตรวจสอบข้อมูลได้ในหน้าเดียว

33 ๔) ปัญหาการบันทึกค่าใช้จ่ายใน new e-Claim

34 ๔.๑) รายการที่ไม่อยู่ใน Fee schedule รพ.ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการยาบาลได้ ประมาณ ๓๐๐-
35 ๔๐๐ รายการ และหัตถการ หมวด ๑๑ ประมาณ ๑,๘๐๐ รายการ ยังไม่มีรหัสประกอบการเบิกจ่ายสข.

36 ๔.๒) ภาระส่วนต่างค่าบริการของรพ. เทียบกับรายการ Fee schedule ของสข.

1 ๒. รายงานยอดเรียกเก็บถูกปฏิเสธการจ่าย (ติด C/Deny) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗

ปีงบประมาณ	จำนวน Visit	จำนวนเงิน	ข้อมูลอุทธรณ์ และได้รับการจ่ายชดชย (C๓๔๙ : Authen code)		คงเหลือ		หมายเหตุ
			รายการ	จำนวนเงิน	รายการ	จำนวนเงิน	
๒๕๖๕	๑๘,๑๗๐	๒๙,๔๕๒,๑๕๒.๔๔	๑๗,๒๒๑	๒๗,๓๕๐,๔๗๐.๐๒	๙๔๙	๒,๑๐๑,๖๘๒.๔๒	
๒๕๖๖	๒๘,๐๙๐	๙๘,๔๔๓,๐๙๕.๑๐	๑๐,๕๕๓	๑๙,๖๖๗,๖๖๙.๙๐	๑๗,๕๔๗	๗๘,๗๗๕,๔๒๕.๒๐	ติ.ค.๖๕ – พ.ค. ๖๖
๒๕๖๗	๗,๘๘๒	๒๙,๗๗๗,๔๗๕.๘๑	๖,๒๐๒	๙,๘๑๕,๐๔๕.๒๖	๑,๖๘๐	๑๙,๙๖๒,๔๓๐.๕๕	(๑ มิ.ย. – ๓๑ ธ.ค. ๖๖) Program upload ไม่สำเร็จ
รวม	๕๔,๑๔๒	๑๕๗,๖๗๒,๗๒๓.๓๕	๓๓,๙๖๖	๕๖,๘๓๓,๑๘๕.๑๘	๒๐,๑๗๖	๑๐๐,๘๓๙,๕๓๘.๑๗	

2

3 ๓. ข้อมูลติด C , DENY ที่รอการแก้ไข

ลำดับ	รายการ	จำนวน Visit	จำนวนเงิน	สาเหตุ	วิธีแก้ไข
๑	C๓๑๑ : เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ไม่เข้าเกณฑ์ เบิกจ่ายส่วนกลาง หรือกรณีขอเบิก OPHC / อุปกรณ์อวัยวะเทียม มีจำนวนเงินรวม แต่ไม่ระบุรายการที่ขอเบิก หรือกรณีสิทธิว่างไม่ระบุเงื่อนไขการเรียกเก็บ บันทึกไม่ผ่าน	๒,๔๘๘	๓,๖๔๓,๒๓๒.๒๕	กรณีไม่เข้าเกณฑ์ เบิกจ่ายส่วนกลาง เช่น บัตรรพ.จุฬาฯ ส่งเบิกหมวด ๑๔ ค่าบริการทางกายภาพบำบัด และทางเวชกรรมฟื้นฟู รออนุมัติการจ่าย	ยังไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้ อยู่ระหว่างประสานงาน สปสช. (รวมโปรแกรมการส่งเบิกควรรนำเงื่อนไขการจ่ายมาปรับใช้ตามโปรแกรมของสปสช.กทผ. ด้วย)
๒	C๕๕๕ : ค่าใช้จ่ายรวม กับค่าใช้จ่ายราย Item มียอดไม่เท่ากัน C๗๖๖ : ข้อมูลบริการประเภทผู้ป่วยนอก รับบริการตั้งแต่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (บันทึกรายการ Fee schedule ไม่ถูกต้องตามรายการที่ประกาศ)	๑,๗๙๖	๗,๖๖๗,๙๕๙.๒๐	(๑) รหัสค่าใช้จ่ายที่ลงท้ายด้วย ๙๙๙ ไม่สามารถเทียบเคียงรายการ Fee schedule ตรงตามประกาศได้ (๒) รายการเวชภัณฑ์ที่มีให้เบิกในโปรแกรม New e-Claim มีรายการให้เบิกแค่ ๗ รายการ แต่รายการการใช้เวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลมีมากกว่ารายการที่ให้เบิก	โรงพยาบาลอยู่ระหว่างการหาแนวทางแก้ไข และสปสช.ให้รพ.ส่งรายการที่ไม่มี working code เพื่อสปสช.จะสร้าง code ให้กับรพ.
๔	DENY B๐๓ : รายการยาน้ำบันทึกจำนวนที่เบิกและระบุหน่วยนับไม่ถูกต้อง	๑๔,๐๓๖	๗๔,๘๑๓,๙๔๔.๓๕	ติดข้อมูลหลายประเภท เช่น หน่วยนับของยา , หน่วยนับของ X-ray เป็นต้น	(๑) รอ สปสช. ตั้งข้อมูลประมวลผลใหม่ (๒) รอ Statement รอบปฏิทินการจ่าย โดยต้องแนบเอกสาร

ลำดับ	รายการ	จำนวน Visit	จำนวนเงิน	สาเหตุ	วิธีแก้ไข
๕	C อื่นๆ	๑,๘๕๖	๑๔,๗๑๔,๔๐๒.๓๗	เบิกไม่ตรงเงื่อนไข เช่น คนไข้ มะเร็ง Protocol แต่เลือก รายการเป็น มะเร็งทั่วไป	โรงพยาบาลเป็นผู้แก้ไข และอยู่ระหว่างดำเนินการแก้ไข
รวม		๒๐,๑๗๖	๑๐๐,๘๓๙,๕๓๘.๑๗		

1

2

๔. ปัญหาการบันทึกรหัสหัตถการแต่สปสข.ไม่จ่ายชดเชย

รายการที่รพ.ส่งเบิกและสปสข.จ่าย ๐ บาท (๑ ต.ค. - ๓๐ พ.ย. ๖๖ = ๒ เดือน)	
จำนวนรายการ (Visit)	จำนวนเงิน ที่ขอเบิกทั้งหมด (บาท)
๖๖๓	๗,๙๐๑,๘๔๗.๕๐

3

4

๕. การขอคืนเงินของผู้รับบริการ

5

- ข้อเสนอให้มีกำหนดเวลาแบบกรมบัญชีกลางมีหนังสือกำหนดการนำใบเสร็จมาเบิกจ่ายตั้งแต่วันที่ตามใบเสร็จรับเงินย้อนหลังไม่เกิน ๓๖๕ วัน

6

7

๖. ภาพรวมการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๖๕

ปีงบประมาณ	เงินเหมาจ่ายรายหัว	ประเภท UC	ค่าใช้จ่ายที่รพ.เรียกเก็บ		รับชำระ		ค้างชำระ	
			จำนวนราย	จำนวนเงิน	จำนวนราย	จำนวนเงิน	จำนวนราย	จำนวนเงิน
2563	19,396,635.62	UC บัตร กทม.	45,361	184,796,843.00	39,970	143,448,279.00	5,391	41,348,564.00
		UC บัตร ต่างจังหวัด	100,070	438,991,846.00	96,875	357,484,392.00	3,195	81,507,454.00
		รวม	145,431	623,788,689.00	136,845	500,932,671.00	8,586	122,856,018.00
2564	18,814,879.38	UC บัตร กทม.	72,092	290,842,054.00	67,840	242,090,281.00	4,252	48,751,773.00
		UC บัตร ต่างจังหวัด	85,408	384,663,145.00	76,113	305,669,587.00	9,295	78,993,558.00
		รวม	157,500	675,505,199.00	143,953	547,759,868.00	13,547	127,745,331.00
2565	21,180,602.11	UC บัตร กทม.	84,495	367,258,789.00	40,705	160,109,983.00	43,790	207,148,806.00
		UC บัตร ต่างจังหวัด	97,003	399,050,964.00	52,440	192,769,042.00	44,563	206,281,922.00
		รวม	181,498	766,309,753.00	93,145	352,879,025.00	88,353	413,430,728.00

8



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

120 หมู่ 3 ซ. 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคาร B) ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 02-144000 โทรสาร 02-1439730

ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (0000013756)
ณ วันที่ 30.09.2566 ID 2996A

- ลูกหนี้รับบริการเดือนมีนาคม 66
- สปสช. จ่ายชดเชยเดือน กรกฎาคม 66 --> ดัดลูกหนี้มาส่งเงินสภากาชาดไทย
- สปสช. ขอหักยอดโอนคืน เดือน กันยายน 2566



ระบบบัญชี และการบริหารจัดการลูกหนี้รายตัวของรพ.มีความยุ่งยาก จากการประมวลผลจ่ายและสปสช.ขอคืนเงินภายหลัง โดยหักกลับจากยอดจ่ายของลูกหนี้ใน Statement ปัจจุบัน



กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่จะขอ	หัก ยอดเงินรอหักกลับ หลักประกันในงวดนี้	รายการหัก จากยอดโอนเงิน	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	6608_IP_01(อุทธรณ์ ฎ AUDIT)		0.00		97,442.37		(97,442.37)
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	6608_OP_01(อุทธรณ์ ฎ)		3,300.00				3,300.00
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	6608_OP_02(อุทธรณ์ ฎ)		0.00		411.00		(411.00)
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	DHTD661108001		1,025,000.00				1,025,000.00
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	DDTD6611080011		196,080.00				196,080.00
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	DDTD6613090013		2,220,762.75				2,220,762.75
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	OP REFER6609	6,484,979.75	0.00				6,484,979.75
กองทุนผู้ป่วยนอก	OP REFER6609	3,407,702.75	0.00	2,295.00			3,405,407.75
กองทุนผู้ป่วยใน	6608_IP_01(อุทธรณ์ ฎ AUDIT)		2,036,373.49		223,706.47		1,812,667.02
กองทุนผู้ป่วยใน	6608_IP_01(อุทธรณ์ ฎ)		117,594.72				117,594.72
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	PPFS_ก.อ.66 (ปี งบประมาณ,อนาธิปัตย์)		1,000.00				1,000.00
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	PPITMZ66092400		115,800.00				115,800.00
กองทุนเคส	01		195,919.00				195,919.00
กองทุนเคส	DNA6623070023		102,613.00				102,613.00
รายการรายได้สูงต่ำกว่าราคาขาย	6603_IP_01(อุทธรณ์ ฎ AUDIT)		0.00		14,338,189.84		(14,338,189.84)
รายการรายได้สูงต่ำกว่าราคาขาย	6603_OP_02(อุทธรณ์ ฎ)		0.00		2,580.00		(2,580.00)
รวมทั้งสิ้น		9,892,682.50	6,014,412.96	2,295.00	14,662,329.68		1,242,506.78

14

๗. ปัญหา Model ๕

๗.๑) คลินิก (หน่วยบริการปฐมภูมิ) และศบส. (หน่วยบริการประจำ) เริ่มส่งหนังสือยกเลิกใบส่งตัวฉบับเดิมเป็นจำนวนมาก

๗.๒) Flow รพ.จุฬาฯ เดิม ที่มีการพัฒนาเพื่อให้บริการรวดเร็วขึ้น กลับถูกร้องเรียนเนื่องจากต้องมีการตรวจสอบใบส่งตัวคนไข้ UC ทุกรายก่อนขึ้นใช้บริการ

๗.๓) รพ.ปฐมภูมิ/ศบส. ปฏิเสธออกหนังสือส่งต่อ

๗.๔) อาจพบปัญหาการเปิดสิทธิและระบบการส่งเบิกชดเชยผิดกองทุนของสปสช.

สรุปประเด็นความต้องการของรพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ลำดับ	รายละเอียด	ความต้องการให้สปสช.พิจารณา
๑	ปัญหาโปรแกรม new e-Claim	๑. พัฒนาโปรแกรมให้สถานพยาบาลใช้งานได้ง่าย ๒. การตรวจสอบการติด C/Deny มีแนวทางที่ชัดเจน หากจะติดก็ให้ติดทั้งหมดมารอบเดียวรพ.จะได้แก้ไขครั้งเดียว มิควรติดแล้วติดอีกติดจนเกินเวลาการส่งเบิกทำให้รพ.ถูกปรับลดการจ่าย
๒	ภาระส่วนต่างค่าบริการจากการจ่ายตาม Fee schedule ของสปสช.	การประกาศรายการใน Fee schedule หากสปสช.มีแนวทางว่า รพ.จะต้องเบิกจ่ายรายการตาม FS เท่านั้นนอกเหนือจาก FS ไม่จ่าย การที่รพ.แพทย์มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการนำมาใช้รักษาคนไข้แต่กลับเบิกไม่ได้ สปสช.ควรมีแนวทางให้กลุ่มรพ.แพทย์

ลำดับ	รายละเอียด	ความต้องการให้สปสช.พิจารณา
๓	อัตราการเบิกจ่ายของสปสช.กทม. และสปสช.กลาง	๑. กรณี OPD หลักเกณฑ์ต่างๆ ควรเป็นแนวทางเดียวกันทั้ง สปสช.กลาง และสปสช.กทม. ๒. สปสช. ไม่เคยจ่าย Adjusted RW สำหรับผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเลยมานานหลายปี ควรพิจารณาจ่ายเพิ่ม (ปกติต่ำกว่าสิทธิอื่นๆ มาก) ๓. สปสช.จ่ายราคาต่ำกว่าผลการศึกษาวิจัยต้นทุนของรพ. วิวัฒนาการด้านยาหรือเครื่องมือแพทย์ใหม่ๆ โรงพยาบาลจะเอาเงินจากไหนมาพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ให้กับประชาชน ถ้าสปสช.ยังทำให้รพ.ขาดทุนแบบนี้ ๔. รพ.จุฬาลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลปลายทางที่ส่วนใหญ่รับส่งต่อผู้ป่วยอาการหนักแต่เงินที่จ่ายให้โรงพยาบาลไม่แตกต่างจากรพ.ทั่วไป
๔	ค่าใช้จ่ายเพื่อความจำเป็นทางการแพทย์ที่นอกเหนือสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้ป่วยยอมรับการรักษาพยาบาลโดยจ่ายส่วนเกินสิทธิ แต่ร้องเรียน ๑๓๓๐ หลังออกจากรพ.	สปสช. ควรประกาศสิทธิประโยชน์ให้ประชาชนรับทราบอย่างชัดเจน โดยสิ่งที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ควรให้ประชาชนทราบและสามารถเข้าถึงได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจ และส่วนต่างที่จ่ายไปหากตรวจสอบแล้วพบว่ารพ.เรียกเก็บเงินในส่วนที่สิทธิบัตรทองครอบคลุมสามารถนำมาเบิกย้อนหลังได้ไม่เกิน ๓๖๕ วันจากวันที่บันทึบเสร็จเช่นเดียวกับกรมบัญชีกลาง

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม

สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ ในวันอังคารที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ให้คณะกรรมการฯ ทุกท่านตรวจสอบ และไม่มีคณะกรรมการฯ แจ้งแก้ไขมายังเลขานุการ

มติที่ประชุม

รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ ในวันอังคารที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ โดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๓.๑ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๖ วันที่ ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๖ เห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ดังนี้

๑. การบริหารเครือข่ายและการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก
๒. การเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
๓. การจัดให้มีหน่วยบริการทุกระดับให้เพียงพอ
๔. เพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง

สำนักงานขอรายงานความก้าวหน้า แผนการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ดังนี้

๓.๑.๑ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานสำรวจสถานะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน (Health Survey) และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๗

ประกาศ มติประชุมที่เกี่ยวข้อง

มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๗ เห็นชอบตามข้อเสนอ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบเหมาจ่าย ๓๐ บาทต่อประชากร

- รายงานผลการดำเนินงานสำรวจสถานะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน และคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น

ลำดับ	การดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
๑	เพิ่มรายการบริการสำรวจสถานะสุขภาพและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ในรายการ PP FS Bkk	ธันวาคม ๒๕๖๖	สปสช.
๒	จัดทำชุดข้อมูล HS และบริการสาธารณสุขที่บ้าน/ชุมชน (HV LTC IMC PLC)	พฤศจิกายน – ธันวาคม ๒๕๖๖	สปสช. สนอ.กทม.
๓	เตรียมระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลการบริการ Electronic การวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพและการคืนข้อมูล	ธันวาคม ๒๕๖๖ -กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ HS ภายใน กพ.๖๗	Nectec สนอ. สปสช.
๔	การจัดระบบบริการ แนวทางการจัดบริการ การเสนอปรับประกาศ สปสช.	ธันวาคม ๒๕๖๖	สปสช. สนอ. กทม.

ลำดับ	การดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
๕	แผนจัดทำระบบข้อมูลการจัดสรรพื้นที่และประชากรด้วยระบบสารสนเทศ >> Electronic map การเชื่อมข้อมูล	มกราคม -กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗	สปสช. สนอ. กทม. ศบส.
๖	ประชุมชี้แจงหน่วยบริการ >> แนวทางการดำเนินการบริการ การบันทึกข้อมูลและการขอเบิกชดเชยบริการ	กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗	สปสช.
๗	ประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้ให้กับประชาชน กรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม	กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗	สปสช.
๘	Kick Off สสำรวจสถานะสุขภาพ	๑ มีนาคม ๒๕๖๗	กทม. สปสช.
๙	จัดทำระบบสารสนเทศ (Dashboard) เพื่อรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพ (หน่วยบริการ Area manager: เขต กทม.)	๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗	BDI Nectec สนอ. สปสช.
๑๐	กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล รายงาน อปสข และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	รายไตรมาส	กทม. สปสช.

1

2

- ผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ วันที่ ๑- ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ดังนี้

รายการบริการ	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Personal Health Survey	๑๑๒	๘,๓๐๔	๑๐๐
● ศูนย์บริการสาธารณสุข	๓๖	๑,๒๒๒	๑๔.๗๒
● คลินิกชุมชนอบอุ่น	๗๓	๗,๐๔๔	๘๔.๘๓
● ปฐมภูมิภาครัฐ	๒	๓๕	๐.๔๒
● โรงพยาบาล	๑	๓	๐.๐๔

3

4

5

● ปัญหา อุปสรรคและการดำเนินการแก้ไข

ปัญหา	การดำเนินการ
หน่วยบริการยังไม่มีอุปกรณ์ในการจัดบริการ : Tablet ยังเก็บข้อมูลสำรวจด้วยเอกสาร	
โปรแกรมยังมีบางขั้นตอนยังไม่อำนวยความสะดวกให้ ผู้ใช้งาน เช่น การกรอกรหัส Authen กรณีบ้านเลขที่ เดียวกันข้อมูลยังเชื่อมกันไม่ได้	- อยู่ระหว่างพัฒนาปรับปรุง
	- มีกลุ่ม Line เพื่อตอบปัญหา - จัดสอนโปรแกรมและแลกเปลี่ยน เรียนรู้การทำงาน ในวันที่ ๑๑ มี.ค. ๖๗
ยังไม่มีระบบการรายงานผลการสำรวจ	- อยู่ระหว่างการจัดทำ Dashboard ร่วมกับ BDI

๒. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่มีความ
จำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๗

ที่มา มติที่เกี่ยวข้อง

๑. มติที่ประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๙/๒๕๖๖
วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ และล่าสุดครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖ โดยสรุปเนื้อหาสำคัญ
ได้ดังนี้
 - เพิ่มหลักเกณฑ์การจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการประจำและปฐมภูมิ ตามเป้าหมาย
ประชากรที่รับผิดชอบและผลงานบริการ ในอัตราไม่เกิน ๓๐ บาทต่อประชากรกรุงเทพมหานคร
 - เพิ่มรายการบริการ/กลุ่มเป้าหมาย ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕
๒. สำนักงานฯ ได้นำข้อเสนอ ประชุมหารือผู้บริหารระดับสูง และฝ่ายงานที่เกี่ยวข้องของ สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สรุปข้อเสนอเพื่อพิจารณา ดังนี้
 - ปรับเพิ่มรายการบริการตามข้อเสนอ จำนวน ๓ รายการ ดังนี้
 - ๑) บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันปรับเพิ่มกลุ่มเป้าหมายบริการตรวจสุขภาพช่องปาก
สำหรับอายุ ๒๕-๕๙ ปี เหมาะจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อราย
 - ๒) บริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง
Pulse oximeter ในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้งต่อคน

๓) บริการสำรวจสภาวะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน และคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นตามกลุ่มวัย
 เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อ ๓ ปี

● ปรับหลักเกณฑ์การจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ๒ รายการ ดังนี้

๑) การจ่ายแบบเหม่าจ่าย ในอัตรา ๓๐ บาทต่อประชากร

๒) หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การจ่ายค่าบริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน (Home Visit)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอปรับหลักเกณฑ์และอัตราการจ่าย ดังนี้

**๑. หลักเกณฑ์การจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการประจำและปฐมภูมิ ตามเป้าหมาย
 ประชากรที่รับผิดชอบ**

วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์

งบประมาณ และอัตราการจ่าย

งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน (PP Basic service) ในเขตพื้นที่
 กรุงเทพมหานคร จ่ายในอัตรา ๓๐ บาทต่อประชากร

หลักเกณฑ์และวิธีการจ่าย

๑. จ่ายแบบเหม่าจ่ายในอัตรา ๓๐ บาทต่อประชากร ให้หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. ประชากร

- ผู้มีสิทธิ UC ภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ พฤศจิกายน ของปีงบประมาณ
 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี
 - ผู้มีสิทธิในกรณีอื่น หน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับการจัดสรรประชากรจากหน่วยบริการประจำ
 โดยคำแนะนำหรือความเห็นจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่
๓. จ่ายเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทขอบเขตบริการ
 สาธารณสุขนอกเหนือจากรายการบริการ Fee Schedule ที่สสข.กำหนด ดังนี้

๑) บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร

๒) การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

๓) บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการสอนการคลำตรวจเต้านมด้วยตนเอง

๔) ประเมินการเจริญเติบโตด้วยการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงในเด็กแรกเกิดถึง ๔๒ เดือน

๕) การวัดความดันโลหิตที่บ้าน ในกลุ่มเสี่ยง

๖) รายการที่มีการประกาศประเภทขอบเขตบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม

1

2

๒. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน (Home Visit)

หลักเกณฑ์เดิม	หลักเกณฑ์ที่เสนอ
๑. บริการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบโดยเน้น ๕ กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ - กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด - เด็กแรกเกิดถึงอายุ ๕ ปี - ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป - กลุ่มเปราะบาง ได้แก่ คนพิการ และพระสงฆ์ - กลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคติดต่อ ๒. ต้องมีการประเมินสถานะสุขภาพ ความเสี่ยง ประเมินการได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นตามกลุ่มวัย และปัญหารายบุคคล ๓. มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายและระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล เช่น บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น การรักษา การลงทะเบียนระบบ Long Term Care ๔. กรณีพบกลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑) ในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้หน่วยบริการดูแล/ส่งต่อให้ได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)	แนวทางการให้บริการตามหลักเกณฑ์เดิม
ค่าบริการบริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน ๑. กลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อเดือนต่อคน และไม่เกิน ๑๐ ครั้งต่อคน ๒. กลุ่มที่มีความจำเป็นโดยทีมสหวิชาชีพ โดยลงเยี่ยมดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล จ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาท ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อเดือนและไม่เกิน ๑๐ ครั้งต่อคนต่อปี	ค่าบริการบริการเยี่ยมบ้าน แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐๐ บาทต่อคนต่อปี

3

4

มติที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ วันพุธที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗ เห็นชอบตามข้อเสนอ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเสนออุปสข.ดังนี้

5

6

7

๑. จ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๓๐ บาทต่อประชากร เห็นว่ารายการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ควรยังคงอยู่ในรายการ PP Fee Schedule เนื่องจากเป็นบริการที่อยู่ในแผนยุทธศาสตร์มุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการ

8

9

10

๒. การจ่ายแบบเหมาจ่ายบริการ Home Visit สำนักงานต้องมีการกำกับติดตามผลงานบริการให้ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็น และแนวทางที่สำนักงานกำหนด

11

๓. เสนอให้มีเวทีหารือร่วมกันระหว่างผู้บริหาร สปสช. และคณะทำงานปฐมภูมิ ในการวางแผนการทำงาน PP ในพื้นที่ กทม.
๔. จัดทำแผนพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ก่อนเริ่ม ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

มติที่ประชุม

๑. รับทราบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานสำรวจสถานะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน (Health Survey) และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ.๒๕๖๗

๒. มอบสปสช.กทม. รับข้อสังเกตเรื่องอัตราจ่ายบริการเยี่ยมบ้านจากคลินิกชุมชนอบอุ่นไปพิจารณา

๓.๒ นโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ความเป็นมา

- ตามนโยบายรัฐบาล “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยแบ่งระยะการดำเนินการ เป็น ๔ ระยะ เพื่อให้ครอบคลุมจังหวัดต่างๆ ทั่วทั้งประเทศ (ยกเว้น กทม.) ในเดือนพฤษภาคม ๖๗
- วันที่ ๒๑ ก.พ.๖๗ คคก.หลัก มีมติเห็นชอบให้ขยายพื้นที่ขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาล “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ครอบคลุมจังหวัดต่างๆ เป็นระยะ ตามนโยบายรัฐบาล
- วันที่ ๒๗ ก.พ.๖๗ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร มีมติให้ สปสช.และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน “นโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร โดยให้เริ่มดำเนินการเมื่อสปสช.มีความพร้อม ทั้งนี้ อาจดำเนินการขยายไปที่ละโซนจนครบทุกโซน แต่ไม่ควรเริ่มช้ากว่า วันที่ ๑ มิ.ย. ๖๗

เป้าหมาย

หน่วยบริการในกทม. ที่เข้าร่วมตามนโยบายฯ

๑. หน่วยบริการ สังกัดกรุงเทพมหานคร
๒. หน่วยบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. หน่วยบริการเอกชน
 - โรงพยาบาลเอกชน
 - คลินิกชุมชนอบอุ่น

๔. หน่วยนวัตกรรม

การเชื่อมโยงข้อมูลรองรับระบบบริการและการเบิกจ่าย

- หน่วยบริการมีความพร้อมระบบยืนยันตัวตนและการเบิกจ่าย
- เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพโดยเริ่มในโซน ๓ และขยายการเชื่อมโยงครบทุกโซนในกทม.

ประเด็นการพิจารณา

(ร่าง) แผนการขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาล “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการที่เข้าร่วมนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว ในกรุงเทพมหานคร

ระยะที่ ๑ : เริ่มดำเนินการในโซน ๓ ในหน่วยบริการทุกแห่ง

ระยะที่ ๒ : ขยายการดำเนินการในหน่วยบริการที่เข้าร่วมตามนโยบาย ทุกโซนในกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้เริ่มดำเนินการภายในเดือนเมษายน ๒๕๖๗

ระยะที่ ๑ : เริ่มดำเนินการในโซน ๓ ในหน่วยบริการทุกแห่ง



Health Zone Manager	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	✓
Mentor Manager	โรงพยาบาลเลิดสิน (สร.)	✓
	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ส.ส.แพทย์)	✓
Area Manager	ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 แห่ง ครอบคลุม : เขตปทุมวัน สาทร บางรัก วัฒนา คลองเตย พระโขนง ยานนาวา บางคอแหลม ราชบุรีบูรณะ กุ้งครุ	
คลินิกชุมชนอบอุ่น (ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.)	คลินิกชุมชนอบอุ่น 36 แห่ง ครอบคลุม : กุ้งครุ (6) , บางคอแหลม (3), บางรัก (2), พระโขนง (4), ยานนาวา (5) ราชบุรีบูรณะ (6), วัฒนา (3), สาทร (4), คลองเตย (3)	
หน่วยนวัตกรรม ทุกแห่ง		

มติที่ประชุม

๑. รับทราบความก้าวหน้า และ มอบสปสช.กทม. เริ่มดำเนินการ “นโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายในเดือนเมษายน ๒๕๖๗ โดยให้พัฒนาควบคู่ไปกับระบบการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์

๒. รับรองมติและดำเนินการได้ทันที

1 ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อทราบ

2 ระเบียบวาระที่ ๔.๑ การกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของเป้าหมายยุทธศาสตร์อปสข.

3 ตามมติการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

4 ครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕ เห็นชอบตามหลักการและกรอบเวลาในการกำกับติดตาม

5 เป้าหมายยุทธศาสตร์ฯ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗ ดังนี้

เป้าหมายยุทธศาสตร์	ปี ๒๕๖๗										
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
๔.๑.๑ เป้าหมายยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗				✓			✓			✓	
๔.๑.๒ เป้าหมายยุทธศาสตร์ระบบบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗		✓			✓			✓			✓
๔.๑.๓ เป้าหมายยุทธศาสตร์ระบบการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗			✓			✓			✓		

6

7 รายงานเป้าหมายยุทธศาสตร์ระบบการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และ กลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เขต

8 พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗

- 9 • การเข้าถึงสิทธิ UC ของกลุ่มเปราะบาง ผลงานเด่นตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดที่กำหนด

10 ปี ๒๕๖๖-๒๕๖๗

11

12 ๑. กลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน

13 ปี ๒๕๖๖ สร้างความรู้ นำกลุ่มเปราะบางเข้าสู่ระบบ นวัตกรรม ๖ เขต

- 14 - อบรมภาคประชาชน ๔๖๕ คน
- 15 - อบรมเจ้าหน้าที่เขต ๕๐ คน (๖ เขต)
- 16 - นำกลุ่มเป้าหมาย เข้าสู่ระบบ ๕๗ คน
- 17 - ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๓๙๕ คน

18

19 ปี ๒๕๖๗ แก้ปัญหาคอขวด เจ้าหน้าที่เขตเข้าใจตลาดเคลื่อน กลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการยาก

- 20 - อบรมเจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียน ๕๐ เขต
- 21 - Kick off ๔ รพ. เป็นหน่วยเก็บส่งตรวจ DNA ครอบคลุม ๔ พื้นที่บริการ ราชพิพัฒน์ สิรินคร
- 22 เวชการุณย์รัศมี รพ.กลาง

23

24

๒. สถานชีวาภิบาล ปี ๒๕๖๗

- กำหนดจัดตั้ง จังหวัดละ ๑ แห่ง
- พื้นที่กทม. จัดตั้งสถานชีวาภิบาลที่วัดไทร โดยภาคีเครือข่าย รพ.สงฆ์ กรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานอนามัย สถาบันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.กทม.
- จัดตั้งคณะกรรมการและประชุมแล้ว ๒ รอบ
- Survey และพบเจ้าอาวาส ๑๕ มี.ค.๖๗
- แนวโน้มมีวัดอาวูร เข้าร่วมเป็นสถานชีวาภิบาล แต่ยังไม่มีการอบรมคอร์สพระคิลาณุปุญฺญาก

๓. ผู้ต้องขัง ลงทะเบียนตรง CUP ปี ๒๕๖๗

- เป้าหมาย ๒๑,๙๙๗ คน ลงทะเบียน จำนวน ๒๑,๗๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๙
- สิทธิว่างจาก ๒๙๙ คน ลดเหลือ ๒๘ คน

มติที่ประชุม

รับทราบรายงานเป้าหมายยุทธศาสตร์ระบบการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และ กลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗

ระเบียบวาระที่ ๔.๒ รายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๖ และแผนการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

- นำเสนอโดยพญ.ดวงพร ปิณจีเสติกุล รองผอ.สำนักงานอนามัย

๔.๒.๑ สรุปผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

พื้นที่แผนภูมิ		
ประเภทการสนับสนุน	จำนวนโครงการ	เงินที่อนุมัติที่อนุมัติ
6(1) การจัดบริการสาธารณสุข	32	28,370,452.10
6(2) การเสริมสร้างสุขภาพป้องกันโรค	633	55,544,971.58
6(4) การบริหารจัดการกองทุนฯ	9	78,448,710.00
6(5) กรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ	7	1,121,313.00
รวมทั้งหมด	681	163,485,446.68

สรุป : โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ปีงบประมาณ 2566

โครงการ ที่ได้รับการอนุมัติ
ในปีงบประมาณ 2566

วันอนุมัติโครงการ		จำนวนโครงการ	จำนวนคน	จำนวนเงิน (บาท)
รอบ 3/2565	25 ค.ค. 65	11	138	493,530
รอบ 1/2566	3 มี.ค. 66	19	214	549,270
รอบ 2/2566	9 มิ.ย. 66	37	471	1,606,350
รอบ 3/2566	26 ก.ค. 66	25	472	1,824,740
รวม		92	1,295	4,473,890

หมายเหตุ : โครงการ ที่ได้รับการอนุมัติ ในปีงบประมาณ 2566
และครบรอบจัดบริการ 1 ปี ในปีงบประมาณ 2567

กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ 1	690	53.28
กลุ่มที่ 2	120	9.27
กลุ่มที่ 3	314	24.25
กลุ่มที่ 4	171	13.20
รวม	1,295	100.00

ผลการประเมิน ADL	จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)	ร้อยละ
ดีขึ้น	73	8.40
คงเดิม	528	60.76
แย่ลง	116	13.35
เสียชีวิต	152	17.49
รวม	869	100.00

หมายเหตุ : เฉพาะรายที่ครบการจัดบริการ ในปีงบประมาณ 2566

● ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ประเภทการสนับสนุน	จำนวนโครงการ	เงินที่อนุมัติ
๖(๑) การจัดการบริการสาธารณสุข	๑๔๒	๓๐,๙๕๔,๕๓๓.๒๕
๖(๒) การเสริมสร้างสุขภาพป้องกันโรค	๗๘๑	๘๙,๑๙๕,๑๖๔.๑๓
๖(๔) การบริหารจัดการกองทุนฯ	๘	๗๘,๑๔๐,๓๑๐.๐๐
รวมทั้งหมด	๙๓๑	๑๙๘,๒๙๐,๐๐๗.๓๘

๔.๒.๒ แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑) เป้าหมายและตัวชี้วัด

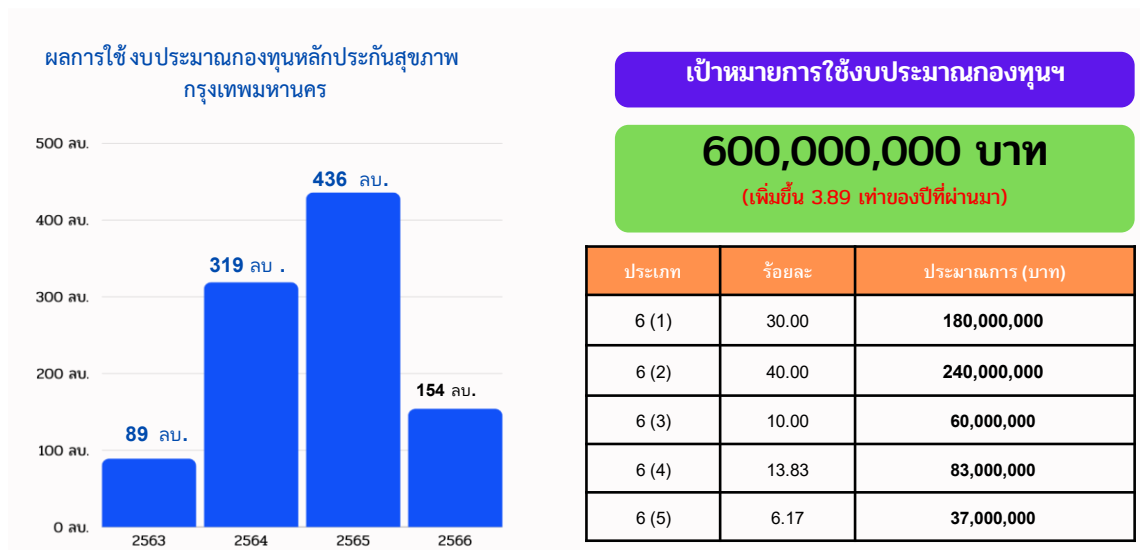
- เป้าหมาย : ส่งเสริมการใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
- ตัวชี้วัด : ร้อยละของเงินที่ได้รับอนุมัติแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เมื่อเทียบกรอบวงเงินที่ได้รับงบประมาณจัดสรร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
- ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

1 แผนการดำเนินงาน

- 2 ๑. การสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสาขา
- 3 - พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ที่มีเลขานุการคณะกรรมการฯ
- 4 บุคลากรช่วยปฏิบัติงานสำนักงานกองทุนสาขาร่วมกับ สข. สสส. และสปสช.
- 5 - จัดทำโครงการตัวอย่าง
- 6 ๒. ร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น สปสช. สสส. สข. มสพข. มหาวิทยาลัยราชภัฏ ๕ แห่ง เป็นพี่เลี้ยงในการทำ
- 7 โครงการในระดับพื้นที่
- 8 ๓. ลงพื้นที่กำกับ ติดตาม การดำเนินงานกองทุน การจัดทำโครงการ และให้ข้อเสนอแนะ
- 9 ๔. พัฒนาโปรแกรมกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครร่วมกับสปสช.

11 งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

- 12 ● ยอดยกมาจากปีงบประมาณ ๒๕๖๖ : ๑,๖๑๓,๕๐๑,๘๐๓.๙๘ บาท
- 13 ● ปี๒๕๖๗
- 14 ○ สปสช. จัดสรร (๔๕ บาท / หัวประชากร): ไม่ได้รับการจัดสรร
- 15 ○ กทม.สมทบ :ไม่ได้สมทบ



19 มติที่ประชุม

20 รับทราบรายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๖ และ

21 แผนการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ และให้สปสช.รับ

22 ข้อสังเกตจากอปสข.ไปพิจารณา

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

ระเบียบวาระที่ ๕.๑ สถานการณ์ OP New Model ๕ และข้อเสนอจากคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สำนักงานฯ ขอรายงานใน ๒ ประเด็น ดังนี้

๑. สถานการณ์ปัญหา OP New model ๕ ในภาพรวม

๒. ข้อเสนอจากคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๑. สถานการณ์ OP New model ๕ ในภาพรวม

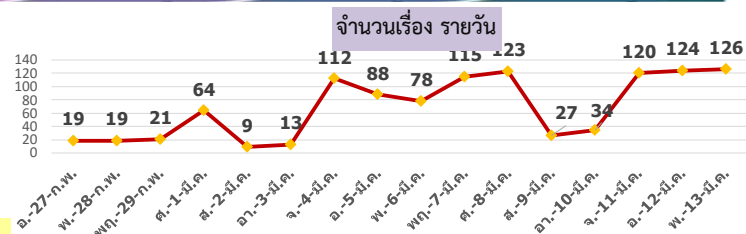
ที่มา :

- มติที่ประชุมอปสข.ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๗ เห็นชอบการปรับปรุงแบบการจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ (OP Model ๕) ตาม capitation ให้หน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ นั้น ส่งผลให้เกิดปัญหา และผลกระทบในการส่งต่อผู้ป่วย

สำนักงานฯ ได้เร่งรัดดำเนินการ และกำกับติดตามแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างใกล้ชิด โดยสรุปสถานการณ์ปัญหา และผลการดำเนินงาน ดังนี้

สถานการณ์เรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ กรณี New Model 5

เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์
ตั้งแต่วันที่ 27 ก.พ.-13 มี.ค.67
จำนวน 1,092 เรื่อง



ประเด็นเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ 10 ลำดับแรก (รายวัน)

ประเด็นเรื่องร้องเรียน	27-ก.พ.	28-ก.พ.	29-ก.พ.	01-มี.ค.	02-มี.ค.	03-มี.ค.	04-มี.ค.	05-มี.ค.	06-มี.ค.	07-มี.ค.	08-มี.ค.	09-มี.ค.	10-มี.ค.	11-มี.ค.	12-มี.ค.	13-มี.ค.	รวม
1. ปฏิเสธส่งตัว	10	13	13	27	6	8	45	27	14	45	63	18	15	39	39	18	400
2. ไม่ส่งตัวหน่วยรักษาเดิม	1			4		1	20	17	22	19	25	5	6	9	13	1	143
3. กำหนดเงื่อนไขออกหนังสือส่งตัว			1	7	2	2	16	12	8	11	18	2	5	15	11	7	117
4. รพ.ปฏิเสธ OP anywhere			1	15	1		14	13	13	10	2		2	13	10	9	103
5. ไม่ส่งต่อหน่วยบริการรับส่งต่อตามสิทธิ			1	1		1	8	14	21	24				19	5	4	98
6. ขอให้ได้รับการส่งตัวจากศูนย์บริการตามชั้นตอนเดิม	8	6	5	1			2			3	5	1	1	3	1	3	39
7. กำหนดเงื่อนไขการรักษา							1				3	1	1	2	2	1	11
8. คลินิกไกล											4		2	1	2	2	11
9. พฤติกรรมเจ้าหน้าที่							2			1					7	1	11
10. ปฏิเสธไม่ให้ใช้สิทธิ ให้กลับไปรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ										1	1		1	4	1	1	9

47

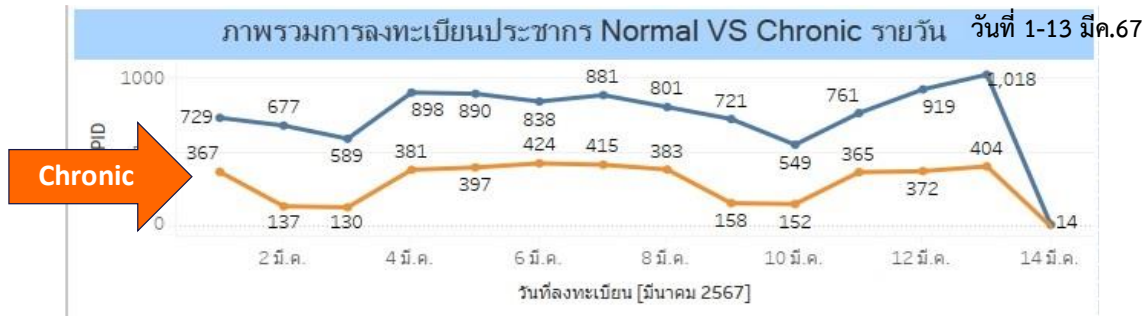
1

แนวโน้มการย้ายสิทธิของประชากรโรคเรื้อรัง ในกรุงเทพมหานคร เดือนมีค. 67 เพิ่มขึ้น



จำนวนการลงทะเบียนประชากรโรคเรื้อรัง เฉลี่ยต่อวัน (ในกทม.)

ตค.66	พย.66	ธค.66	มค.67	กพ.67	1-13 มีค.67
229	185	147	159	188	314



2

3

4

5

6

7

8

9

สรุปประเด็นปัญหากรณีส่งต่อ

หลักเกณฑ์การส่งต่อ ตามมติสปสช. ครั้งที่ ๑/๖๗ วันที่ ๓๐ ม.ค.๖๗		ประเด็นปัญหา
๑. กรณีได้รับอนุมัติจาก หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้นสังกัด	๑.๑ กรณีส่งต่อไปที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิอื่น หน่วยบริการปฐมภูมิต้น สังกัดต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง	- คลินิกปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วย - คลินิกทำหนังสือถึงรพ. เพื่อยกเลิกใบ ส่งต่อ - คลินิกให้ผู้ป่วยย้ายสิทธิ ไปหน่วยอื่น - คลินิกงดรับลงทะเบียนประชากร
	๑.๒ กรณีส่งต่อไปรพ. (มีใบส่งต่อ) ให้ จ่ายจากกองทุน OP Refer ตาม หลักเกณฑ์ที่กำหนด	
๒. กรณีไม่เข้าเงื่อนไขใน ข้อ ๑	๒.๑ ให้สปสช.จ่ายจากเงินกองทุน CR กทม. or OP Anywhere ตาม หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด	รพ.บางแห่งอนุโลมให้ใช้สิทธิเฉพาะ ครั้งแรก

10

สปสช.กทม. นำเสนอประเด็นการจัดการเรื่องร้องเรียนเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
บริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗
มีมติเห็นชอบ ดังนี้

๑. รับทราบสถานการณ์ข้อร้องเรียน จากสถานการณ์ OP New model ๕
๒. เห็นชอบหลักการจัดการข้อร้องเรียนตามมาตรา ๕๗ มาตรา ๕๙ ตามพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๔๕ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้
 - ๑) มอบสปสช.กทม. ดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนตามข้อบังคับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและ
มาตรฐานบริการสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิด
สิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐
 - ๒) กรณีผลการร้องเรียนมีมูลความจริง ให้สปสช.กทม.ประสานอคม. ลงพื้นที่เพื่อกำกับคุณภาพ
และมาตรฐานหน่วยบริการ
 ๓. เสนอให้มีเวทีผู้บริหารระดับสูงของสปสช. สื่อสารเชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจกับประชาชน และขอความ
ร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องช่วยกันสื่อสารกับประชาชน
 ๔. รับรองมติดำเนินการได้ทันที

สำนักงานฯ ได้เสนอประเด็นสถานการณ์ปัญหา เพื่อทำความเข้าใจ และหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน ในที่
คณะกรรมการภายใต้สปสช. ได้แก่

- คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ วันที่ ๖
มีนาคม ๒๕๖๗
- คณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๗
- คณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗

โดยที่ประชุมมีข้อเสนอ ต่อสปสช. ดังนี้

ข้อเสนอ แนวทางการดูแลรักษา การส่งต่อและการส่งกลับผู้ป่วย

๑. การพัฒนาคุณภาพและศักยภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดการส่ง
ต่อที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน
๒. กรณีการส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพไปดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลรับส่งต่อ : กรณีแพทย์ของหน่วย
บริการปฐมภูมิ ประเมินและเห็นว่าไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้เนื่องจากเกินศักยภาพหรือไม่มีความพร้อม
ในการรักษา ต้องดำเนินการออกหนังสือส่งตัวให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลรับส่งต่อ รวมถึง
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด
๓. พัฒนาระบบการส่งต่อ และส่งกลับผู้ป่วยร่วมกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และ
โรงพยาบาลรับส่งต่อ
๔. การใช้กลไกคณะทำงานเครือข่ายหน่วยบริการระดับเขต ในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพประชาชน
ในเขตพื้นที่ร่วมกันระหว่าง Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข เครือข่ายบริการหน่วยปฐมภูมิ

และหน่วยบริการรับส่งต่อในพื้นที่ รวมถึงการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการและการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการรับส่งต่อ

๕. มีระบบการสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนในการรับบริการของประชาชน เพิ่มความมั่นใจในการรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
๖. ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการให้บริการรายบุคคล เพื่อนำไปใช้ในการจัดทำข้อมูล Individual personal health record เพื่อให้มีข้อมูลในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (ระดับปฐมภูมิ ทดดิยมุมิ ตติยมุมิ) และเพื่อการกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานการบริการ

มติที่ประชุม

๑. รับทราบ และมอบสำนักงานฯ ชักซ้อมทำความเข้าใจกับหน่วยบริการทุกแห่ง โดยมีหลักการ ดังนี้
 - ๑.๑ หากหน่วยบริการปฐมภูมิต้นสังกัด พิจารณาแล้วเกินศักยภาพต้องให้ส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในเครือข่ายหรือนอกเครือข่ายตามดุลยพินิจ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิต้นสังกัดรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่สปสช. กำหนด โดยให้เป็นหน้าที่ของสปสช. ที่จะเบิกจ่ายจากกองทุนใด
 - ๑.๒ หน่วยบริการที่รับส่งต่อผู้ป่วย ต้องให้บริการผู้ป่วยและเบิกค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่สปสช. กำหนด
๒. รับรองมติ ดำเนินการได้ทันที

๒. ข้อเสนอจากคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ที่มา

- มติอ.สช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ ในวันอังคารที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เห็นชอบ ดังนี้

๑. ยืนยันตามมติเดิม

๑.๑ หลักการบริหารงบประมาณแบบปลายปิดสำหรับค่าบริการผู้ป่วยใน และค่าบริการผู้ป่วยนอกและบริหารงบประมาณเพื่อจ่ายค่าบริการให้สิ้นสุดในแต่ละปีงบประมาณ

๑.๒ เพื่อให้หน่วยบริการมีกระแสเงินสดคล่องตัวในการจัดบริการ ให้ดำเนินการทยอยหักเงินคืนของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จากหน่วยบริการที่ได้รับเงินจัดสรรเงินไปจำนวน ๒๙๐.๘๕ ล้านบาทให้ครบถ้วน ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยเสนอให้หักคืนได้แต่ไม่ให้เกินเงินรายรับเฉลี่ย ๐.๕ บาท/point ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ หากยังหักไม่หมดให้นำไปหักในปีต่อไป หรือมีเหตุที่ทำให้คลินิกไม่สามารถดำเนินการและส่งผลกระทบต่อระบบได้ให้นำมาพิจารณาร่วมกันอีกครั้ง

๒. (ร่าง) กรอบงบประมาณการจัดสรรค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP New Model ๕) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ตามกรอบงบประมาณ (พลาจก่อน) ตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๖ - ๒๙ ก.พ.๖๗ และ ตั้งแต่ ๑ มี.ค.๖๗ เป็นต้นไป ตามแนวทางและแผนการบริหารงบประมาณที่เสนอ ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามหลักการในข้อ ๑ อย่างเคร่งครัด

๓. แนวทางและขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูล OP Refer ก่อนอนุมัติจ่าย

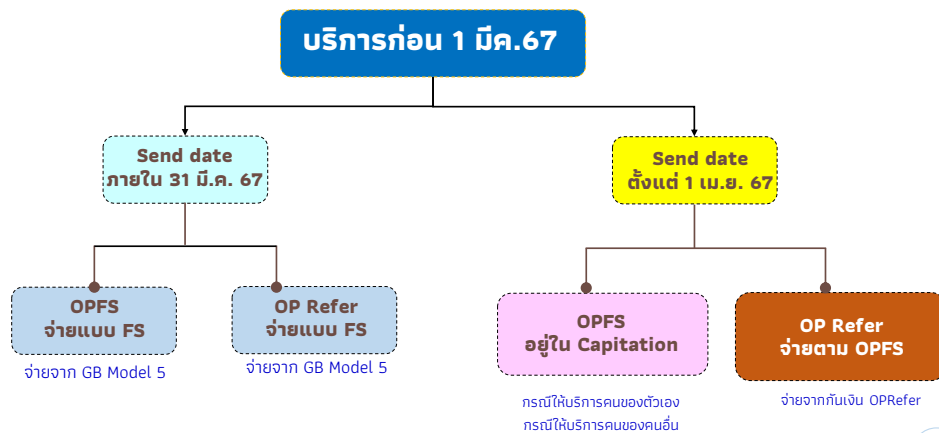
๔. มอบคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลฯ ทำหน้าที่พิจารณาตัดสินชี้ขาด กรณี OP Refer ที่มีประเด็นหาข้อสรุปหรือ
ตกลงกันไม่ได้ โดยอาจเพิ่มสมาชิกได้อีก ๓-๔ คน ตามความจำเป็น และให้สปสช.มีทีมนักวิชาการ ศึกษา
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของข้อมูลบริการ และข้อมูลการเบิกจ่าย
๕. แผนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อทำความเข้าใจกับหน่วยบริการและประชาชน รวมทั้ง ระบบ ๑๓๓๐
สปสช. เพื่อลดผลกระทบกับประชาชน

ที่ประชุมคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอกฯ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๗
วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๗ มีข้อเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

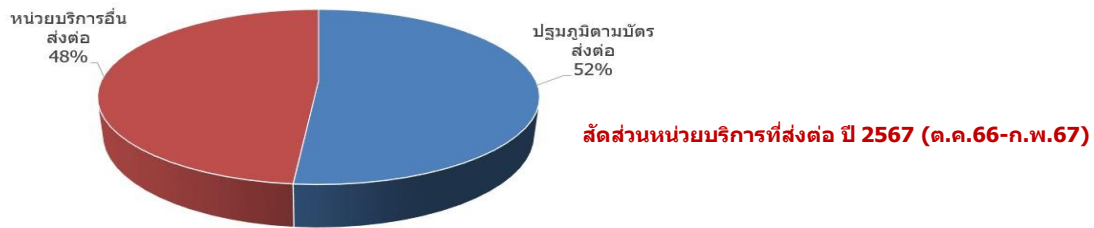
๑. การจัดสรรเงิน OP Capitation

- ปรับรอบการจัดสรรเงินค่าบริการ OP capitation จากโอนทุกเดือน เป็นทุก ๑๕ วัน เพื่อให้หน่วย
บริการมีงบประมาณสำหรับการจัดบริการให้กับผู้มีสิทธิ
- รอบการโอนเงิน
 - รอบ ๑-๑๕ ของเดือน โอนภายในวันที่ ๒๒ ของเดือน
 - รอบ ๑๖-สิ้นเดือน โอนภายในวันที่ ๗ ของเดือนถัดไป

(ร่าง) ข้อเสนอการส่งข้อมูลช่วงรอยต่อการเปลี่ยน new model 5



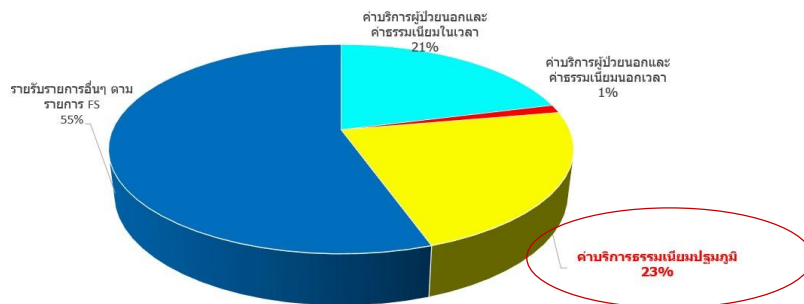
๒. การกันเงินกองทุน OP Refer สำหรับตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก



หน่วยบริการที่ส่งต่อ	รายรับค่าบริการ	ค่าบริการ <1,600	ค่าบริการ >1,600	ค่าบริการ <800	ค่าบริการ >800
ปฏิบัติตามบัตรส่งต่อ	656.59	429.76	226.84	295.98	360.61
หน่วยบริการอื่นส่งต่อ	617.83	387.67	230.17	265.20	352.63
รวม	1,274.43	817.42	457.00	561.18	713.24
ประมาณการค่าใช้จ่ายส่งต่อของปฏิบัติตามบัตรส่งต่อ 7 เดือนหลัง	919.23	601.66	317.57	414.37	504.86
ค่าเฉลี่ยต่อประชากร : เดือน	51.55	33.74	17.81	23.24	28.31
ข้อเสนอการกันเงินสำหรับตามจ่าย : ประชากร : เดือน			20.00		30.00
(ร่าง) จำนวนเงินกัน OPRefer ส่วนเกินที่หน่วยบริการปฏิบัติตามบัตรรวมจ่าย			356.61		534.92

๓. ข้อมูลการจ่ายค่าบริการธรรมเนียมปฐมภูมิ ๑๐๐ บาท

สัดส่วนค่าบริการ OPFS ปี 2567 (ต.ค.66-ก.พ.67)



รายรับค่าบริการ OPFS ทั้งหมด	ค่าบริการผู้ป่วยนอกและค่าธรรมเนียมในเวลา	ค่าบริการผู้ป่วยนอกและค่าธรรมเนียมนอกเวลา	ค่าบริการธรรมเนียมปฐมภูมิ	รายรับรายการอื่นๆ ตามรายการ FS
552.79	115.71	6.86	124.58	305.64

๔. ข้อเสนอเพิ่มเติมคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อมูลฯ การเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

คณะทำงานฯ เดิม ๑๑ คน	เสนอเพิ่มเติม ๘ คน	รวม
ที่ปรึกษา	-	๑
ประธาน	-	๑
นักวิชาการ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ๒	รศ.คลินิกพญ.วราภรณ์ จินรัตน์	๓

รายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗

FM-7.71 04-048

ฉบับที่ 01

วันที่ 1 มีนาคม 2566

คณะทำงานฯ เดิม ๑๑ คน	เสนอเพิ่มเติม ๘ คน	รวม
ผู้แทนคลินิก ๒	เพิ่มคลินิก ๒ คน โดยได้มาจากการคัดเลือก : ตามกระบวนการเสนอผู้แทน และโหวต)	๔
ผู้แทนสำนักอนามัย	-	๑
	ผู้แทนจากรพ. ๕ คน • ผู้แทนรพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑ ท่าน • ผู้แทนรพ.สังกัดสำนักการแพทย์ ๑ ท่าน • ผู้แทน รพ. Uhosnet และ รพ.สังกัด ๔ เหล่าทัพ ๒ ท่าน • ผู้แทน รพ.เอกชน ๑ ท่าน	๕
ผู้แทน BDI	-	๑
สปสช. ๓	-	๓
รวมทั้งหมด ๑๑	๘	๑๙

ข้อเสนอจากคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลฯ

๑. การจัดสรรเงิน OP Capitation

๑.๑ รอบการจัดสรรเงินค่าบริการ OP capitation ทุก ๑๕ วัน ดังนี้

รอบ ๑-๑๕ ของเดือน โอนภายในวันที่ ๒๒ ของเดือน

รอบ ๑๖- สิ้นเดือน โอนภายในวันที่ ๗ ของเดือนถัดไป

๑.๒ ข้อเสนอการส่งข้อมูลช่วงรอยต่อการเปลี่ยน new model ๕

ทางเลือกที่ ๑ : กรณีบริการก่อนวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ และส่งข้อมูลหลังวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ หากเป็นกรณีหน่วยบริการอื่นส่งต่อ ขอให้สปสช.รับผิดชอบจ่ายจากกองทุน OP anywhere ทั้งหมด หากเป็นกรณีหน่วยบริการปฐมภูมิต้นสังกัดส่งต่อเอง ให้ใช้เงินจากกองทุน OP Refer ที่กันไว้ตามจ่ายทั้ง visit

ทางเลือกที่ ๒ : กรณีบริการที่เกิดขึ้นก่อนวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ (ใน ๕ เดือนแรก) เสนอให้จ่ายจากเงินงบประมาณ ๕ เดือนแรก

- กรณีข้อมูลอุทธรณ์ เสนอให้การใช้เงินตามวันสิ้นสุดการพิจารณาอุทธรณ์

- ให้สปสช.พิจารณา หากขัดกับกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ มติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอให้สปสช.พิจารณาหาแนวทางให้ด้วย

๒. การกันเงินกองทุน OP Refer สำหรับตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก

- เสนอให้กันเงิน ๓๐ บาท/ปชก./เดือน เป็นกองทุน OP Refer โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งต่อ ตามจ่ายส่วนแรกจากเงินเหมาจ่ายรายหัวไม่เกิน ๘๐๐ บาท/visit ส่วนเกินจาก ๘๐๐ บาท ให้จ่ายจากเงินกองทุน OP Refer ทั้งนี้ หากเงินกองทุน OP Refer ไม่เพียงพอ ให้ดำเนินการหักเงินเพิ่มเติม หรือหากเงินกองทุน OP Refer เหลือให้คืนเงินให้หน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. กรณีเงินที่จะเรียกคืนเงินจากหน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรรเงินไป ๒๙๐.๘๕ ล้านบาท เสนอให้ อปสข. พิจารณามติเดิม เนื่องจากปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเงินเป็น Capitation ไม่ใช่รูปแบบ point system แล้ว
๔. รับทราบข้อมูลการจ่ายค่าบริการธรรมเนียมปฐมภูมิ ๑๐๐ บาท ตามที่สำนักงานนำเสนอ และให้ความเห็นว่ามาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่ควรมีผลย้อนหลัง
๕. เพิ่มคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลฯ การเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๙ คน โดยให้เพิ่มเติมผู้แทนคลินิกอีก ๒ คน รวมเป็น ๔ คน
- ประเด็นการพิจารณา**

เสนอคณะกรรมการ พิจารณาข้อเสนอจากคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลฯ ดังนี้

๑. การจัดสรรเงิน OP Capitation

๑.๑ รอบการจัดสรรเงินค่าบริการ OP capitation ทุก ๑๕ วัน ดังนี้

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| รอบ ๑-๑๕ ของเดือน | โอนภายในวันที่ ๒๒ ของเดือน |
| รอบ ๑๖- สิ้นเดือน | โอนภายในวันที่ ๗ ของเดือนถัดไป |

๑.๒ ข้อเสนอการส่งข้อมูลช่วงรอยต่อการเปลี่ยน new model ๕

ทางเลือกที่ ๑ : กรณีบริการก่อนวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ และส่งข้อมูลหลังวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ หากเป็นกรณีหน่วยบริการอื่นส่งต่อ ขอให้สปสช. รับผิดชอบจ่ายจากกองทุน OP anywhere ทั้งหมด หากเป็นกรณีหน่วยบริการปฐมภูมิต้นสังกัดส่งต่อเอง ให้ใช้เงินจากกองทุน OP Refer ที่กันไว้ตามจ่ายทั้ง visit

ทางเลือกที่ ๒ : กรณีบริการที่เกิดขึ้นก่อนวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ (ใน ๕ เดือนแรก) เสนอให้จ่ายจากเงินงบประมาณ ๕ เดือนแรก

- กรณีข้อมูลอุทธรณ์ เสนอให้การใช้เงินตามวันสิ้นสุดการพิจารณาอุทธรณ์
- ให้สปสช. พิจารณา หากขัดกับกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ มติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอให้สปสช. พิจารณาหาแนวทางให้ด้วย

๒. การกันเงินกองทุน OP Refer สำหรับตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก

- เสนอให้กันเงิน ๓๐ บาท/ปชก./เดือน เป็นกองทุน OP Refer โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งต่อ ตามจ่ายส่วนแรกจากเงินเหมาจ่ายรายหัวไม่เกิน ๘๐๐ บาท/visit ส่วนเกินจาก ๘๐๐ บาท ให้จ่ายจากเงินกองทุน OP Refer ทั้งนี้ หากเงินกองทุน OP Refer ไม่เพียงพอ ให้ดำเนินการหักเงินเพิ่มเติม หรือหากเงินกองทุน OP Refer เหลือให้คืนเงินให้หน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. กรณีเงินที่จะเรียกคืนเงินจากหน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรรเงินไป ๒๙๐.๘๕ ล้านบาท เสนอให้ อปสข. พิจารณามติเดิม เนื่องจากปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเงินเป็น Capitation ไม่ใช่รูปแบบ point system แล้ว
๔. รับทราบข้อมูลการจ่ายค่าบริการธรรมเนียมปฐมภูมิ ๑๐๐ บาท ตามที่สำนักงานนำเสนอ และให้ความเห็นว่ามาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่ควรมีผลย้อนหลัง

๕. เพิ่มคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลฯ การเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๙ คน โดยให้เพิ่มเติมผู้แทนคลินิกอีก ๒ คน รวมเป็น ๔ คน

มติที่ประชุม

๑. เห็นชอบรอบการจัดสรรเงินค่าบริการ OP capitation ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ดังนี้

รอบ ๑-๑๕ ของเดือน โอนภายในวันที่ ๒๒ ของเดือน

รอบ ๑๖- สิ้นเดือน โอนภายในวันที่ ๗ ของเดือนถัดไป

๒. การส่งข้อมูลในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ สำหรับบริการที่เกิดขึ้นก่อนวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ โดยเบิกจ่ายจากวงเงิน Global budget ๕ เดือนแรก ทั้งนี้ หากหน่วยบริการส่งข้อมูลเกินระยะเวลายกหนด (๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗) จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

๓. การกันเงินสำหรับกองทุน OP Refer จำนวน ๓๐ บาท/ปชก./เดือน เป็นกองทุน OP Refer เพื่อให้ สปสช.เป็น Clearing House โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งต่อ ตามจ่ายส่วนแรกจากเงิน OP capitation ไม่เกิน ๘๐๐ บาท/visit ส่วนเกินจาก ๘๐๐ บาท/Visit ให้จ่ายจากเงินกองทุน OP Refer ทั้งนี้ หากเงินกองทุน OP refer ไม่เพียงพอ ให้ดำเนินการหักเงินเพิ่มเติม หรือหากเงินกองทุน OP Refer เหลือให้คืนเงินให้หน่วยบริการปฐมภูมิ โดย ขอให้มีการประเมินผลกระทบทุก ๑ เดือน

๔. กรณีเงินที่จะเรียกคืนเงินจากหน่วยบริการในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ที่ได้รับการจัดสรรเกินไป ๒๙๐.๘๕ ล้านบาท หรือเงินที่ต้องเรียกคืนเพิ่มเติม ให้ สปสช.หักเงินคืนจากหน่วยบริการ ดังนี้

- กรณี Fee schedule ต้องเหลือเงินรายรับไม่น้อยกว่า ๐.๕ บาทต่อ point

- กรณีอื่นๆ เหลือเงินรายรับไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ของรายรับที่พึงได้รับจากกองทุน

๕. รับทราบข้อมูลการจ่ายค่าบริการธรรมเนียมปฐมภูมิ ๑๐๐ บาท ตามที่สำนักงานเสนอ และเสนอว่าไม่ควรมีผลย้อนหลัง การยกเลิกการจ่ายค่าธรรมเนียมปฐมภูมิ มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗

๖. ขอให้สปสช.ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการ OP โดยละเอียด หากพบว่าเป็นกรณี OP anywhere ให้เบิกจากกองทุน OP anywhere

๗. การส่งต่อ OP Refer ข้ามจังหวัด ให้ดำเนินการตามแนวทางที่สปสช.กำหนด โดยหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมจ่ายไม่เกิน ๑,๖๐๐ บาท/Visit โดยหน่วยบริการต้องเข้ามาพิจารณาการส่งต่อตามแนวทางที่สปสช.กำหนด กรณีไม่เข้ามาพิจารณา ให้สปสช.ดำเนินการตามแนวทางของ สปสช.ต่อไป

๘. เห็นชอบให้เพิ่มเติมคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลฯ ตามที่เสนอ โดยให้เพิ่มเติมผู้แทนคลินิก อีก ๓ คน รวมเป็น ๕ คน

๙. รับรองมติดำเนินการได้ทันที

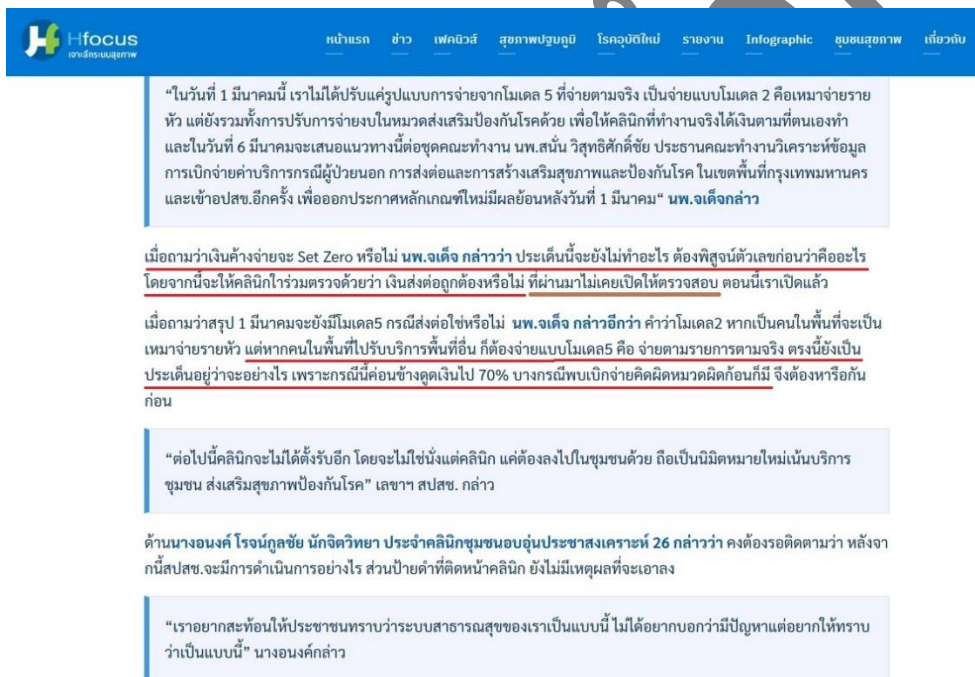
ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

๖.๑ ประธานฯ แจ้งเรื่องการหมดวาระของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(วาระพ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๗)

ซึ่งจะหมดวาระในวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ดังนั้นจะจัดประชุมอปสข.ครั้งสุดท้ายในวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๗ และกล่าวถึงการทำงานที่ผ่านมาพบว่าระบบทำงานยากเกิดจากเงินเป็นพิษ และแนวความคิด Provider Purchaser split การไม่ Trust กันทำให้ต้องลงมติโดยละเอียด ขอให้ทุกฝ่ายร่วมมือกันเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖.๒ เรื่องแจ้งจากผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น



“ในวันที่ 1 มีนาคมนี้ เราได้ปรับแก้รูปแบบการจ่ายจากโมเดล 5 ที่จ่ายตามจริง เป็นจ่ายแบบโมเดล 2 คือเหมาจ่ายรายหัว แต่ยังคงรวมทั้งการปรับการจ่ายแบบในหมวดส่งเสริมป้องกันโรคด้วย เพื่อให้คลินิกที่ทำงานจริงได้เงินตามที่ตนเองทำ และในวันที่ 6 มีนาคมจะเสนอแนวทางนี้ต่อชุดคณะทำงาน นพ.สนั่น วิสุทธิศักดิ์ชัย ประธานคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูล การเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเข้าอปสข.อีกครั้ง เพื่อออกประกาศหลักเกณฑ์ใหม่มีผลย้อนหลังวันที่ 1 มีนาคม” นพ.เจตศักดิ์กล่าว

เมื่อถามว่าเงินค้างจ่ายจะ Set Zero หรือไม่ นพ.เจตศักดิ์กล่าวว่า ประเด็นนี้ยังไม่ทำอะไร ต้องพิสูจน์ตัวเลขก่อนว่าคืออะไร โดยจากนี้จะให้คลินิกไปร่วมตรวจสอบด้วยว่า เงินส่งต่อถูกต้องหรือไม่ ที่ผ่านมาก็เคยเปิดให้ตรวจสอบ ตอนนี้เราเปิดแล้ว

เมื่อถามว่าสรุป 1 มีนาคมจะมีโมเดล 5 กรณีส่งต่อหรือไม่ นพ.เจตศักดิ์กล่าวว่า คำว่าโมเดล 2 หากเป็นคนที่พื้นที่จะเป็นเหมาจ่ายรายหัว แต่หากคนที่ไปรับบริการพื้นที่อื่น ก็ต้องจ่ายแบบโมเดล 5 คือ จ่ายตามรายการตามจริง ตรงนี้ยังเป็นประเด็นอยู่ว่าจะอย่างไร เพราะกรณีนี้ค่อนข้างตึงเครียดเงินไป 70% บางกรณีพบเบิกจ่ายคิดหมวดผิดก็ยังมี จึงต้องหารือกันก่อน

“ต่อไปคลินิกจะไม่ได้ตั้งรับอีก โดยจะไม่ใช่นั่งแค่คลินิก แต่ต้องลงไปในพื้นที่ชุมชนด้วย ถือเป็นนิยามใหม่เน้นบริการชุมชน ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค” เลขาฯ สปสช. กล่าว

ด้านนางอนงค์ โรจน์กุลชัย นักจิตวิทยา ประจำคลินิกชุมชนอบอุ่นประจำสวส.ระยอง 26 กล่าวว่า คงต้องรอติดตามว่า หลังจากนี้ สปสช.จะมีการดำเนินการอย่างไร ส่วนป้ายคำที่ติดหน้าคลินิก ยังไม่มีเหตุผลที่จะเอาลง

“เราอยากสะท้อนให้ประชาชนทราบว่าระบบสาธารณสุขของเราเป็นแบบนี้ ไม่ได้ยากกว่ามีปัญหามากแต่อยากให้ทราบว่าเป็นแบบนี้” นางอนงค์กล่าว

นพ.เจตศักดิ์ กล่าวว่า เท่าที่รับฟังข้อมูลพบว่าตามกติกาการให้บริการของ สปสช. อาจทำให้คลินิกในระบบฯ ไปเน้นที่การส่งต่อผู้ป่วยและทำให้เกิดตัวเลขของการตามจ่ายผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสูงมาก อย่างเช่นที่ชุมชนอบอุ่นสหคลินิกนี้ มีสัดส่วนของการตามจ่ายผู้ป่วยส่งต่อสูงถึง 70% ของรายได้ ขณะที่สัดส่วนรายได้จากบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียังเพียง 30% เท่านั้น ทั้งที่ควรมีสัดส่วนที่ 50-60% ดังนั้นนอกจากการแก้ปัญหาโดยปรับวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวตามข้อเสนอที่ได้เริ่มไปแล้วนั้น สปสช.จะทำการปรับอัตราค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย ซึ่งขณะนี้ยังมีเงินเหลืออยู่จำนวนมาก ในการช่วยเพิ่มเติมให้กับคลินิกชุมชนอบอุ่นมีรายได้เพิ่มขึ้น โดยรายละเอียดนี้ จะเสนอต่อ อปสข. เขต 13 กทม. พิจารณาก่อน และจะประกาศหลักเกณฑ์ฯ ฉบับใหม่ โดยจะให้ไม่ผลจ่ายย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มี.ค. 2567

<https://www.nhso.go.th/news/4366>

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก ในวันที่ยังพบว่ามียางรายการที่มีการเรียกเก็บค่าบริการผิดพลาดทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ในจุดนี้ สปสช. จะมีคณะทำงานเข้ามาช่วยตรวจสอบรายละเอียดรายการเบิกจ่ายต่างๆ ของคลินิกอย่างละเอียด เพื่อให้การเบิกจ่ายเป็นไปอย่างถูกต้อง ซึ่งอาจต้องใช้เวลาลักษณะนี้ แต่เบื้องต้นยืนยันว่า สปสช. จะยังไม่มีการเรียกเก็บเงินคืนในช่วงนี้ จนกว่าจะพิสูจน์จำนวนการเบิกจ่ายที่ถูกต้องก่อน

มติที่ประชุม

ขอให้ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่นเสนอเรื่องในคณะทำงานภายใต้อปสข.พิจารณาก่อน

๖.๓ กำหนดการประชุม อปสข. ปี ๒๕๖๗

ครั้งที่	ว.ด.ป	เวลา	สถานที่
๔	วันอังคารที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๗	เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	

ปิดการประชุมเวลา ๑๒.๕๐ น.

นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้ตรวจรายงานการประชุม
ผู้จัดการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

นางสาวภัทรกร กาญจน์ภาส ผู้ตรวจรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

ดร.ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ผู้ทนายรายงานการประชุม
ผู้อำนวยการเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๑๓ กทม.