

รายงานการประชุม

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (ชุดรักษาการ)

ครั้งที่ 9 / 2567 ในวันที่ 21 ตุลาคม 2567 เวลา 11.30 – 13.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 สปสช.เขต 13 กทม. ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร  
และ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ระบบ zoom conference)

1. รายชื่อกรรมการที่เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม 1 สปสช.กทม.

1.	พญ.วลัยรัตน์ ไชยฟู	ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 1 เชียงใหม่ ช่วยปฏิบัติงานในตำแหน่ง ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ และเลขานุการ
----	--------------------	--	----------------------------

2. รายชื่อกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประธานอนุกรรมการ
2.	พญ.ลลิตยา กองคำ	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รองเลขาธิการ
3.	พล.อ.นพ.เอกจิต ช่างหล่อ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
4.	ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
5.	ภก.ปรีชา พันธุ์ดีเวช	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
6.	นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์	ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
7.	นพ.ปรีดา แต่อารักษ์	ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
8.	รศ.คลินิกพญ.วารุณี จินารัตน์	ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่	อนุกรรมการ
9.	นางกนกนาถ หงสกุล	ผู้แทนผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
10.	ผศ.นพ.สนั่น วิสุทธิศักดิ์ชัย	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช	อนุกรรมการ
11.	นพ.จินดา โรจนเมธินทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
12.	พญ.ภาจิณี รุ่งทนต์กิจ	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย รักษาการ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย	อนุกรรมการ
13.	พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์	อนุกรรมการ
14.	น.อ.จตุรงค์ ตันติมงคลสุข	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	อนุกรรมการ
15.	นพ.วัฒน์ชัย มิ่งบรรเจิตสุข	ผู้อำนวยการทศสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์	อนุกรรมการ
16.	พล.ต.นพ.เหรียญทอง แน่นหนา	ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
17.	นายวิชาญ มีนชัยนันท์	ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
18.	นางประจวบ ทิทอง	ผู้แทนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ ตาม ม.50 (5) ในพื้นที่	อนุกรรมการ

19. นายสมชาย กระจ่างแสง ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในพื้นที่ อนุกรรมการ
20. น.ส.อรนุช เลิศกุลติลก ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในพื้นที่ อนุกรรมการ
21. น.ส.วรรณ แก้วชาติ ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในพื้นที่ อนุกรรมการ
22. นายวันเสาร์ ไชยกุล ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช อนุกรรมการ
23. นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในพื้นที่ อนุกรรมการ
24. นางวิศัลย์สิริ ตันตระกูล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับ  
กรุงเทพมหานคร อนุกรรมการ
- 10 **3. รายชื่ออนุกรรมการที่ลาประชุม**
1. นายศุภล ศรีสุขวัฒนา ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่ ตติการกิจ
- 11
- 12 **4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุม 1 สปสช.กทม.**
- 13
1. นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. นส.อมาวศรี เปาอินทร์ ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
3. นางบุญสิงห์ มีมะโน ผู้อำนวยการกอง สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
4. นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ ผู้อำนวยการกอง สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
5. นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
6. นางปาจรรย์ สัจจโมลี ผู้จัดการส่วน สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
7. นางอภิวรรณ อยู่ตรีรักษ์ นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
8. นายเศรษฐัญญา ม่วงศิริ นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
9. นายสุปรีชา ครอบบัวบาน นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
10. นส.สุธัญญา กรกมลชัยกุล นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
11. นส.นรมณ แก้วกาหลง นักบริหารงานหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร
- 14 **5. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์**
1. นางเบญจมาศ เลิศชาคร ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. นพ.ดุสิต ชำชัยภูมิ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- |     |                            |   |
|-----|----------------------------|---|
| 3.  | นายรัชชัย เรืองโรจน์       | ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ      |
| 4.  | นางพรพรรณ เจริญสกุลวงศ์    | ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ     |
| 5.  | นางสาวพิมพ์วิสา ศรีเมือง   | รองผู้อำนวยการ ฝ่ายจัดสรรและชดเชยค่าบริการ            |
| 6.  | นางสาวเรณู รวยรื่น         | ผู้เชี่ยวชาญฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ      |
| 7.  | นางสาวณัฐมา สัมมาคาม       | ผู้เชี่ยวชาญฝ่ายแผนและงบประมาณ                        |
| 8.  | นายจิโรจน์ นาคไพจิตร       | ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร       |
| 9.  | นางพรนาวิ ทิมเกิด          | ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร       |
| 10. | นางชาลีมาศ ต้นสุเทพวีรวงศ์ | นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร |

15

16 **เปิดการประชุมเวลา 11.30 น.**

17 การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร  
 18 (ชุดรักษาการ) ครั้งที่ 9/2567 ในวันจันทร์ที่ 21 ตุลาคม 2567 ณ ห้องประชุม 1 สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร  
 19 ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ zoom  
 20 conference โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา 11.30 น. เป็นต้นไป ซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบและประกาศ  
 21 ที่กำหนด และฝ่ายเลขานุการฯ ได้จัดส่งเอกสารประกอบการประชุมที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้อนุกรรมการฯ  
 22 ทุกท่านแล้ว โดยการประชุมครั้งนี้ มีอนุกรรมการเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุม สปสช.กทม. 1 ท่าน มีอนุกรรมการ  
 23 เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ 24 ท่าน และมีอนุกรรมการ ลาประชุม 1 ท่าน จากนั้น ได้เชิญอนุกรรมการ  
 24 แสดงตน โดยอนุกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขอให้เปิดวิดีโอเพื่อบันทึกภาพและชานชื่อ พร้อม  
 25 แจ้งรับรองตนเองเรื่องการไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียตามลำดับ ทั้งนี้ สรุปผลการรับรองการมีส่วนได้เสียในการประชุม  
 26 คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ไม่มีอนุกรรมการแจ้งว่าเป็น  
 27 ผู้มีส่วนได้เสีย

28

29 **ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ**

30

31 **1.1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ**32 **1.2 เรื่องจากสำนักงานฯ แจ้งเพื่อทราบ**33 **1.2.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**34 **ข้อเสนอการแต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

35 (ที่ยังไม่ผ่านความเห็นชอบเมื่อ 2 ก.ย.67 และที่เสนอเพิ่มเติม) การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

36 **แห่งชาติ ครั้งที่ 11(4)/2567\*วันจันทร์ที่ 7 ตุลาคม 2567**

- 37 1. เห็นชอบให้มีคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิ้น  
38 16 คณะ (ผ่านความเห็นชอบตามมติการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 9(2)/2567 เมื่อวันที่ 2  
39 กันยายน 2567 แล้ว จำนวน 5 คณะ)
- 40 2. เห็นชอบรายชื่อประธานอนุกรรมการในคณะกรรมการ จำนวน 2 คณะ ได้แก่  
41 1) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพ  
42 2) คณะอนุกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานหรือลูกจ้าง  
43 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 44 โดยมอบ สปสช. ประธานผู้แทนกรรมการตามมาตรา 13(1)-(6) เสนอชื่อผู้แทนองค์ประกอบละ 2 คน  
45 เข้าร่วมเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการทั้ง 2 คณะ และยกร่างคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ  
46 เสนอประธานพิจารณาลงนามต่อไป
- 47 3. เห็นชอบรายชื่อและอำนาจหน้าที่คณะกรรมการด้านกฎหมายและกลั่นกรองกรณีอุทธรณ์  
48 ตามที่เสนอทบทวนเพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบที่กำหนด และมอบสปสช. ยกร่างคำสั่งแต่งตั้ง  
49 คณะอนุกรรมการ เสนอประธานพิจารณาลงนามต่อไป
- 50 4. เห็นชอบขยายเวลาดำเนินงานของคณะกรรมการเฉพาะกิจในการแต่งตั้งคณะกรรมการ  
51 และมอบคณะกรรมการเฉพาะกิจฯ จัดทำข้อเสนอการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ยังไม่ผ่าน  
52 ความเห็นชอบ รวมทั้งสิ้น 8 คณะ (รวมคณะอนุกรรมการตรวจสอบ) และเสนอคณะกรรมการ  
53 พิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป
- 54 5. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

## ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองรายงานการประชุม

สำนักงานฯ ได้จัดส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 8 / 2567 ในวันที่ 20 กันยายน 2567 ให้คณะกรรมการฯ ทุกท่านตรวจสอบ และไม่มี  
คณะอนุกรรมการฯ แจ้งแก้ไขมายังเลขานุการ

### มติที่ประชุม

รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร  
ครั้งที่ 8 / 2567 ในวันที่ 20 กันยายน 2567 โดยไม่มีการแก้ไข

## ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

ไม่มี

## ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อทราบ

ไม่มี

73 ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องเพื่อพิจารณา

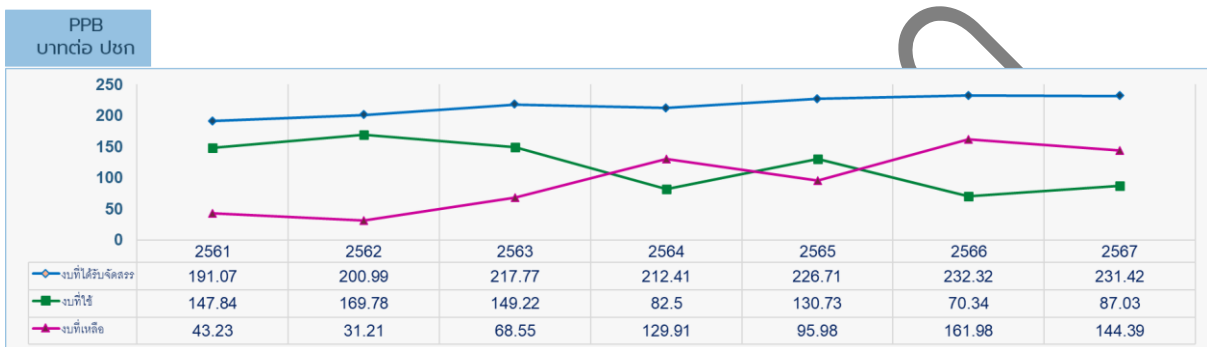
74

75 5.1 เรื่องจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตพื้นที่  
76 กรุงเทพมหานคร

77 5.1.1 ข้อเสนอการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขต  
78 พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

79

80 การบริหารและใช้งบบริการ PP Basic service เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบ 2561-2567 ประชากรสถิติ  
81 ของกทม. 7.6 -7.8 ล้านคน



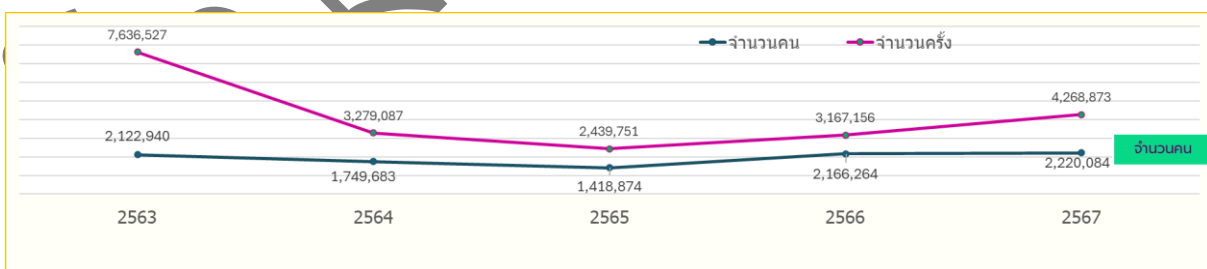
82

83

งบPPB กทม : บาท	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
งบที่ได้รับจัดสรร	1,491,902,403	1,600,123,169	1,619,521,288	1,402,101,329	1,777,663,620	1,765,072,507.38
งบที่ใช้จริง	1,346,439,516	1,171,455,578	656,343,332	994,024,551	252,557,931	663,810,000
งบคงเหลือ	145,462,887	428,667,591	963,177,956	408,076,778	1,525,105,689	1,101,262,507.38

84

85 ผลงานและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร



86

87

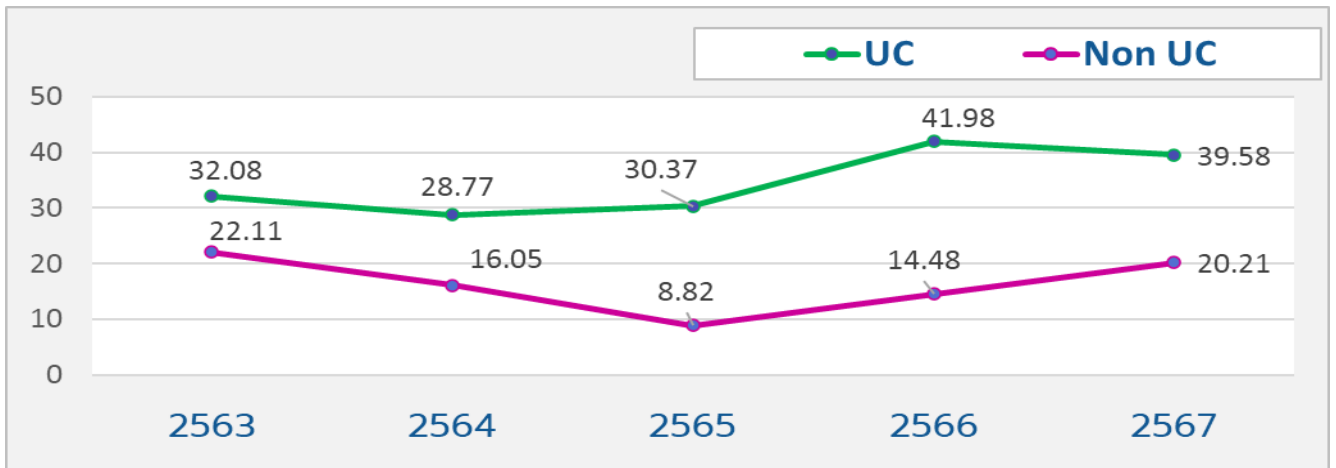
88

89

90

91

92 ร้อยละผลงานบริการ P&P เทียบเป้าหมายตามสิทธิการรักษา



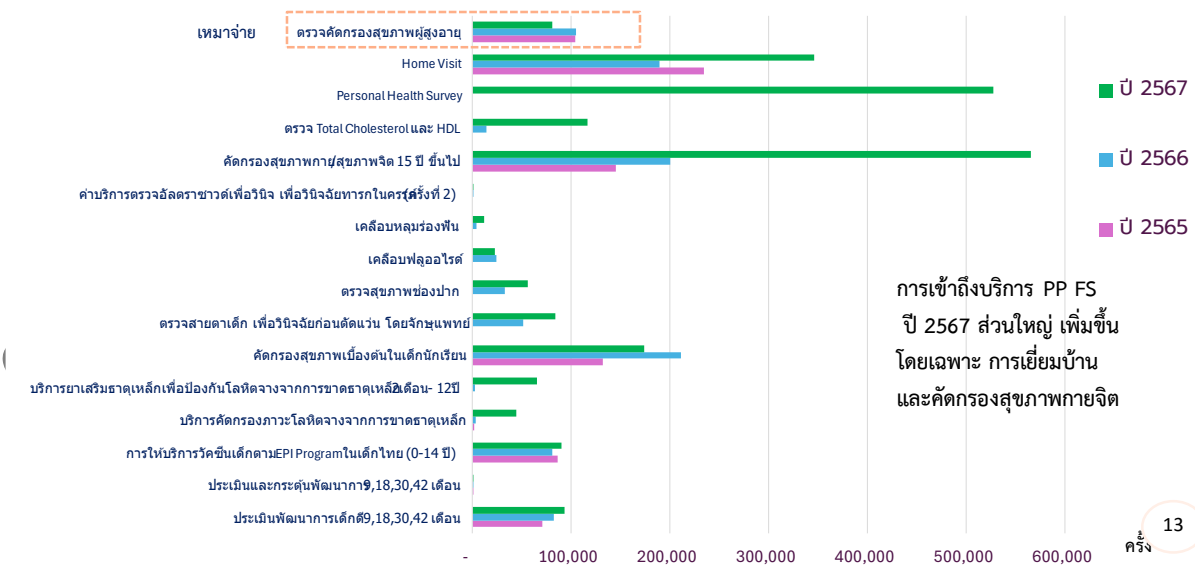
93

94 ที่มา : ปี 61 - 63 โปรแกรม BPPDS

95 ปี 64 - 66 โปรแกรม BPPDS , Krungthai Digital Health Platform ,eHHC,eClaim,NTIP,NPRP

96 ข้อมูล : 1 Oct 2023-30 Aug 2024

เปรียบเทียบผลงานบริการตามรายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเขตกรุงเทพมหานคร  
PP FS BKK ปีงบประมาณ 2565 - 2567



97

98

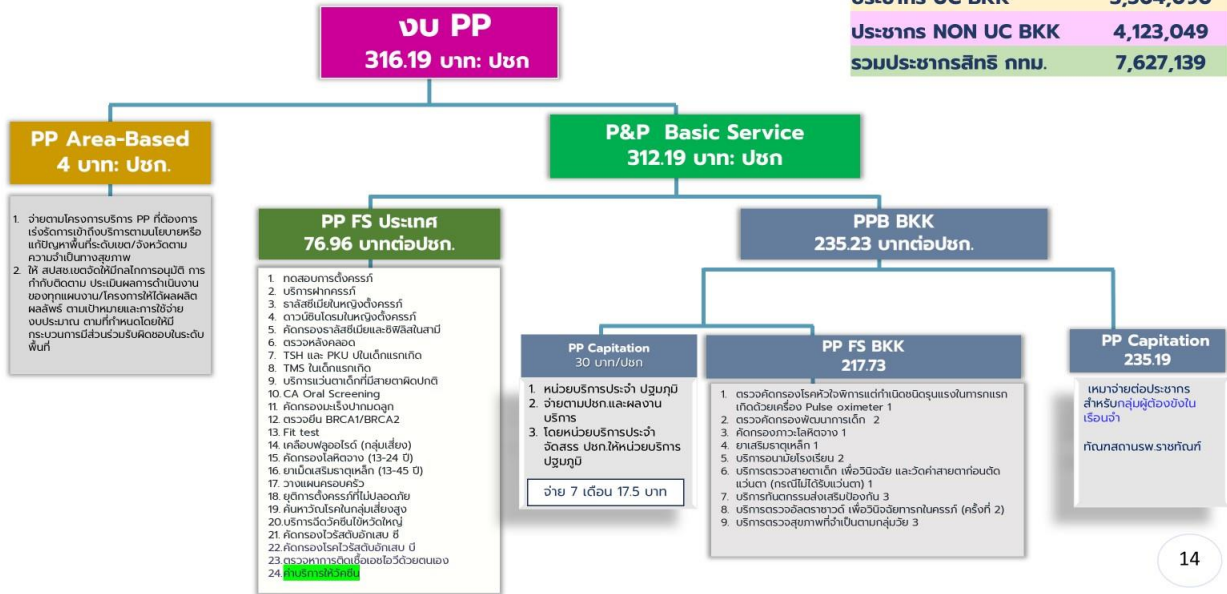
99

การเข้าถึงบริการ PP FS ปี 2567 ส่วนใหญ่ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ การเยี่ยมบ้าน และคัดกรองสุขภาพกายจิต

13 ครั้ง

**กรอบการบริหารกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร  
ปีงบประมาณ 2567**

ประชากร กทม.	ณ 1 เม.ย.66
ประชากร UC BKK	3,504,090
ประชากร NON UC BKK	4,123,049
รวมประชากรสิทธิ กทม.	7,627,139



100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122

**สถานการณ์การเข้าถึง และการเบิกจ่ายชดเชย บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
ในเขตกรุงเทพมหานคร**

❖ การใช้สิทธิบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคนกรุงเทพฯ ปี 2562 – 2567 ร้อยละ 25 - 35 งบประมาณ บริการ PP ที่จำเป็น ของกรุงเทพมหานคร 1,500 – 1,700 ล้านบาท การเบิกจ่ายจ่ายงบแต่ละปี มีปัจจัยจากรูปแบบการจ่ายชดเชยบริการและจำนวนหน่วยบริการ ปีละประมาณ 1,000 ล้านบาท ปี 2567 งบ PP Basic Service 1,734 ล้านบาท ดังนี้

1. งบเหมาจ่าย 228.81 ล้านบาท กำหนดผลงาน ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างน้อยร้อยละ 10 ของประชากรผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ มีหน่วยบริการที่มีผลงานตามเป้าหมาย 141 แห่ง
2. การเบิกจ่าย PP Fee schedule 435 ล้านบาท ณ 30 กันยายน 2567

❖ ปัจจัยในการเข้าถึงบริการ และการเบิกจ่ายชดเชย

- ลักษณะชุมชนเมือง ชุมชนตึกสูง หมู่บ้าน ชุมชนไม่จัดตั้ง อาจทำให้การเข้าถึงบริการ PP ได้น้อย
- การให้บริการในรูปแบบเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ในรูปแบบแม่ข่าย Area Manager ไม่ชัดเจน
- ช่องทางการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม และสะดวก เช่น ควรเพิ่มหน่วยร่วมจัดบริการให้มากขึ้น (หน่วยบริการภาคเอกชนที่มีศักยภาพ นำเทคโนโลยีมาช่วยในการจัดบริการ) หรือเพิ่มจุดบริการ(ห้างสรรพสินค้า สถานประกอบการ ฯลฯ)
- หน่วยบริการเบิกจ่ายชดเชยบริการที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข การบริการที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่สสข.กำหนด
- การปรับเปลี่ยนรูปแบบการชดเชยบริการบ่อย ทำให้หน่วยบริการให้บริการไม่ต่อเนื่อง และไม่ทราบการเปลี่ยนแปลง หากมีการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง

## 123 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘  
พ.ศ. ๒๕๖๗

124

## หมวด ๑๑

## ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๘๒ ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นค่าใช้จ่ายการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่ บุคคล กลุ่มบุคคล หรือครอบครัว สำหรับประชากรไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยทุกคน

ข้อ ๘๓ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๓ รายการ ดังต่อไปนี้

๘๓.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

๘๓.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัด

๘๓.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

125

ข้อ ๘๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จำนวน ๓๔๕.๙๑๐๐ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข แก่ผู้มีสิทธิที่ได้รับบริการในหน่วยบริการ และหรือนอกหน่วยบริการ โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จ่ายให้หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

๘๖.๑ จำนวน ๘๓.๖๘๐๐ บาทต่อคน จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) โดยกำหนดรายการบริการ (Fee Schedule) และอัตราค่าจ่ายในแต่ละรายการให้เป็นมาตรฐานเดียวทั้งประเทศ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สบสข. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนที่คณะกรรมการแต่งตั้ง

๘๖.๒ จำนวน ๒๖๒.๒๓๐๐ บาทต่อคน เป็นการจ่ายสำหรับบริการพื้นฐาน รวมบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดทุกราย บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ ๔ ถึง ๑๒ ปี การเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ ๖ ถึง ๑๒ ปี) บริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก บริการคัดกรองโควิด 19 และบริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ต้องขัง ดังต่อไปนี้

๘๖.๒.๑ ร้อยละ ๖๕ ให้จ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยเพิ่มหรือลดไม่เกินร้อยละ ๑๐

๘๖.๒.๒ ร้อยละ ๓๕ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สบสข. กำหนด โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๗ หรือที่เป็นปัจจุบัน

126

๘๖.๔ กรณีที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่ โดยคำนึงถึงการส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึง การบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ การจ่ายตามข้อ ๘๖.๑ และข้อ ๘๖.๒ ให้ปรับสัดส่วนจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อคน หรือการจ่ายตามผลงาน บริการ หรือทั้งสองกรณี รวมทั้งกำหนดให้มีการจ่ายตามรายการบริการให้แก่หน่วยบริการในเขตพื้นที่ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสช. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่

127

128 (ร่าง) ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรุงเทพมหานคร  
129 ปีงบประมาณ 2568 (สรุปจากการประชุมคณะทำงานฯ)

130 งบประมาณ 263.72 บาทต่อประชากรทุกสิทธิ

131 หน่วยบริการที่รับงบ : หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ

132 1. งบเหมาจ่าย 60 บาทต่อประชากรที่รับผิดชอบ

133 2. PP Fee schedule BKK 203.06 บาท ต่อประชากร

134 หลักการ

135 1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดบริการ PP แบบองค์รวม ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

136 2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ PP ที่จำเป็นตามความจำเป็นด้านสุขภาพของพื้นที่ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการชดเชย  
137 บริการเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  
138 กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568 :

139 1) จ่ายตามประชากร และผลงานบริการตามรายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่กำหนด

140 2) เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดการให้บริการดูแลสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชน  
141 ตามจำนวนประชากร หรือพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายรับผิดชอบ (ทุกหน่วยบริการ ทุกสิทธิ)

142 3. ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตาม รายการบริการ PP Fee schedule BKK ที่กำหนด (ไม่ซ้ำกับ  
143 PP Fee schedule ระดับประเทศ)

144 4. หน่วยบริการประจำ จัดสรรประชากรให้หน่วยบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบดูแลพื้นที่ (ควรจัดให้ใกล้กับหน่วย  
145 บริการ) และ ติดตามผลงานบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

146 (ร่าง) 1. ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบบเหมาจ่าย  
147 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 (สรุปจากการประชุมคณะทำงานฯ)

148 งบประมาณ PPB เหมาจ่าย 60 บาท (461,011,860 บาท)

149 หน่วยบริการที่รับงบ : หน่วยบริการปฐมภูมิ (341 แห่ง)

150 การเบิกจ่าย

151 งวดที่ 1 : 30 บาทต่อประชากร ตามจำนวนประชากร หรือพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายรับผิดชอบ โดยเครือข่าย  
152 หน่วยบริการประจำในพื้นที่ร่วมกันจัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการการจัดสรรและจำนวนประชากร

153 งวดที่ 2 : 30 บาทต่อประชากร ตามผลงานบริการ ตามรายการที่กำหนด แบบ Global Budget with Point  
154 System ตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายการบริการ	เป้าหมายบริการ	การเบิกจ่าย	
		งวดที่ 1 จ่ายตามประชากร 30 บาทต่อ ปชก. ตามประชากรรับผิดชอบ	งวดที่ 2 จ่ายตามผลงานบริการ 30 บาทต่อ ปชก. ตามประชากรรับผิดชอบ
1.บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้านและชุมชน	หน่วยบริการมีพื้นที่และปชก. รับผิดชอบ	จ่ายงวดที่ 1 ตามจำนวนประชากรที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยบริการประจำ	มีผลงานตามที่กำหนด + จ่ายตามสัดส่วนของผลงาน
1. 1 Personal Health survey	อย่างน้อยร้อยละ 30 ของ ปชก.ที่รับผิดชอบ	จ่ายเป็นรายเดือน 2.5 บาทต่อเดือน และให้มีการดำเนินงานPP เชิงรุก	7 บาท มีผลงาน >15% + จ่ายตามสัดส่วนของผลงาน
1.2. Home Visit (เยี่ยมบ้าน)	10% ของ 30% PHS	ตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และตามปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เช่น มีแผนการลงชุมชนอย่างน้อย 3 จุดติดตามดำเนินการตามแผนการคัดกรองความเสี่ยงยาเสพติด การให้ศึกษา/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง/ การติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง เป็นต้น	15 บาท มีผลงาน >300 ครั้งต่อ10,000 + จ่ายตามสัดส่วนของผลงาน
2. บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ + ประเมิน ADL	อย่างน้อย 600 คนต่อ 10,000 ปชก.ที่รับผิดชอบ		8 บาท มีผลงาน > 400 คน ต่อ 10,000 ปชก + จ่ายตามสัดส่วนของผลงาน

155

156

157 (ร่าง) ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ  
 158 (PP Fee schedule BKK) กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 (สรุปจากการประชุมคณะทำงานฯ)

159 PP Fee schedule BKK 203.06 บาท ต่อประชากรทุกสิทธิ

160 หน่วยบริการที่รับงบ : หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ

161 1. รายการบริการPP Fee schedule BKK เดิมจากปี 2567 จาก 12 รายการ คงเหลือ 8 รายการ (รวมเป็น 13  
 162 รายการย่อย) ยกเลิกตาม PP Fee schedule ระดับประเทศภาพประเทศ คือ ตรวจสุขภาพกายจิต ย้ายไปใช้งบ  
 163 PP Fee schedule ระดับประเทศ คือ รายการฉีดวัคซีน ย้ายไปเป็นเหมาจ่าย คือ Health Survey เยี่ยมบ้าน  
 164 และตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ

165 2. รายการที่ปรับเงื่อนไขการจ่ายเพิ่มจากรายการ PP Fee schedule กทม. 2567 1 รายการ คือ ทันตกรรม  
 166 บริการเคลื่อนหูลุ่มร่องฟันถาวร ฟันกรามแท้ซี่ที่ 6,7 (8ซี่) จ่าย 500 บาท

167 3. รายการที่เพิ่มมาใหม่ โดยบางส่วนตรงกับตรวจสุขภาพกายจิตเดิม เพิ่มการตรวจสุขภาพบางรายการ และรวม  
 168 กับรายการของ PP Fee schedule ระดับประเทศ ได้แก่

169 - บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น สำหรับกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป กลุ่มไม่ป่วยโดยกรณีตรงกับ

170 PP Fee schedule ระดับประเทศ เบิกจ่ายจากระดับประเทศ โดยรวมเป็น 1 ชุดสำหรับแต่ละกลุ่มอายุ และ

171 เป็นการจัดบริการเชิงรุก โดยกำหนดหน่วยบริการที่รับผิดชอบ และสถานที่ที่จัดบริการ

(ร่าง) สรุปข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ (PP FS BKK) กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 (สรุปจากการประชุมคณะกรรมการฯ)				
ลำดับ	รายการบริการ PP FS BKK รายการ	ช่วง อายุ	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไข
1	คัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด	ทารกแรกเกิด	50	ต่อคน
2	บริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก0-5ปี	เด็ก 9,18,30,42 เดือน		
	2.1 ประเมินพัฒนาการเด็กที่9,18,30,42 เดือน	เด็ก 9,18,30,42 เดือน	100	ต่อครั้ง
	2.2 ประเมินและกระตุ้นพัฒนาการ9,18,30,42 เดือน	เด็ก 9,18,30,42 เดือน	150	ต่อครั้ง
3	บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก			
	3.1 เด็กอายุ 6-12 เดือน	เด็กอายุ 6-12 เดือน	Hct 35 / CBC 65	ต่อครั้งต่อช่วงอายุ
	3.2 หญิงอายุ 3-6 ปี	หญิงอายุ 3-6 ปี	Hct 35 / CBC 65	
4	บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก12เดือน- 12ปี	2เดือน-12ปี	80	ต่อปี
5	บริการอนามัยโรงเรียน			
	5.1 คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในเด็กประถมศึกษา	ประถมศึกษา	100	ต่อคนต่อปี
	5.2 คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในเด็กมัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	100	ต่อคนต่อปี
6	ค่าตรวจสายตาเด็ก เพื่อวินิจฉัยก่อนตัดแว่น โดยจักษุแพทย์	เด็ก 3 - 12 ปี	200	ต่อครั้ง
7	บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน			
	7.1 ตรวจสุขภาพช่องปาก	9 เดือนขึ้นไป	100	ต่อครั้งต่อปี
	7.2 บริการเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์โดยใช้ฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่	9 เดือน - 24 ปี , ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	100	ต่อครั้งต่อปี
	7.3 บริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร ฟันกรามแท้ซี่ที่ (ฟันซี่ที่ 6,7 จำนวน 8 ซี่ )	6 - 20 ปี	500	บาทต่อคนต่อปี
8	ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อวินิจฉัย เพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์(ครั้งที่ 2)	หญิงตั้งครรภ์	400	ต่อครั้ง
9	บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น			
	9.1 สำหรับกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี กลุ่มไม่ป่วย 5 รายการ	ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	150	ต่อคนต่อปี
	9.2 สำหรับกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มไม่ป่วย 7 รายการ		150, 300, 350	ต่อคนต่อปี
	9.3 บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัดTotal Cholesterol	35 - 44 ปี และ 70 ปีขึ้นไป	160	ครั้งต่อคนต่อปี

20

172

173

174 (ร่าง) ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ

175 (PP Fee schedule BKK) กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

176 บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น สำหรับกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี กลุ่มไม่ป่วย (สรุปจากการประชุมคณะกรรมการฯ)

177

รายการที่เบิกจ่ายจาก PP FS ประเทศ	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไข
1 ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ( FPG)	กลุ่มเสี่ยง	40 บาท	1ครั้งต่อปี
2. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test	หญิง 15-29 ปี กลุ่มเสี่ยง		1ครั้งต่อ5ปี
ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ	หญิง 30-59ปี ทุกคน	50 บาท	
ค่าตรวจ HIV DNA		280 370 บาท	
3. ตรวจคัดกรอง HIV Self Test	6 ปีขึ้นไป	100 บาท	ตามความจำเป็น

181

(ร่าง) บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี เบิกจาก PP FS BKK	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย	150 บาท/คน/ปี	ต่อคนต่อปี
2. คัดกรองสุขภาพจิต		
3. คัดกรองความเสี่ยง DM HT		
4. การให้สุศึกษาตามความเสี่ยงที่พบ		
5. ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC )		

(ร่าง) ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ (PP FS BKK) กรุงเทพมหานคร  
ปีงบประมาณ 2568 3. บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น สำหรับกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มไม่ป่วย (สรุปจากการประชุมคณะทำงานฯ)

รายการPPที่เบิกจ่ายจาก PP FS ประเทศ	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราขาดเคย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting Plasma Glucose : FPG)	กลุ่มเสี่ยง	40 บาท	ต่อคนต่อปี
2. ตรวจ Total Cholesterol และ HDL	45-70 ปี	160 บาท	ต่อคนต่อ 5 ปี
3. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	เกิดก่อนปี 2535	50 บาท	ต่อคนตลอดชีวิต
4. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	กลุ่มเสี่ยง	50 บาท	
5. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกHPV DNA test	หญิง 30-59ปี	50 บาท	
ค่าเก็บส่งตรวจ			
ค่าตรวจ HPV DNA		280 370 บาท	
6. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง: FIT Test	50 - 70 ปี	60 บาท	ต่อคนต่อ 2 ปี
7. ตรวจคัดกรอง HIV Self Test	6 ปีขึ้นไป	100 บาท	ตามความจำเป็น

(ร่าง) บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป PP FS BKK	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราขาดเคย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย	อายุ 35 ปีขึ้นไป	150 บาท/คน/ปี กรณี ตรวจ Cr ,CXR จ่ายเพิ่ม 150 บาท และ EKG จ่ายเพิ่ม 50 บาท เหมาจ่าย รวมทุกรายการ 350 บาท/คน/ปี	ต่อคนต่อปี
2. คัดกรองสุขภาพจิต			
3. คัดกรองความเสี่ยง DM HT			
4. คัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด			
5. การให้สุขศึกษาตามความเสี่ยงที่พบ			
6. ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC )			
7. กรณีคัดกรองพบความเสี่ยง ให้ทำการตรวจเพิ่ม ได้แก่ Cr CXR และ EKG			
8. ตรวจ Total Cholesterol และ HDL			

182

22

(ร่าง) ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ (PP FS BKK) กรุงเทพมหานคร  
ปีงบประมาณ 2568 3. บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น สำหรับกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มไม่ป่วย (สรุปจากการประชุมคณะทำงานฯ)

รายการPPที่เบิกจ่ายจาก PP FS ประเทศ	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราขาดเคย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting Plasma Glucose : FPG)	กลุ่มเสี่ยง	40 บาท	ต่อคนต่อปี
2. ตรวจ Total Cholesterol และ HDL	45-70 ปี	160 บาท	ต่อคนต่อ 5 ปี
3. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	เกิดก่อนปี 2535	50 บาท	ต่อคนตลอดชีวิต
4. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	กลุ่มเสี่ยง	50 บาท	
5. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกHPV DNA test	หญิง 30-59ปี	50 บาท	
ค่าเก็บส่งตรวจ			
ค่าตรวจ HPV DNA		280 370 บาท	
6. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง: FIT Test	50 - 70 ปี	60 บาท	ต่อคนต่อ 2 ปี
7. ตรวจคัดกรอง HIV Self Test	6 ปีขึ้นไป	100 บาท	ตามความจำเป็น

(ร่าง) บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป PP FS BKK	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราขาดเคย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย	อายุ 35 ปีขึ้นไป	150 บาท/คน/ปี กรณี ตรวจ Cr ,CXR จ่ายเพิ่ม 150 บาท และ EKG จ่ายเพิ่ม 50 บาท เหมาจ่าย รวมทุกรายการ 350 บาท/คน/ปี	ต่อคนต่อปี
2. คัดกรองสุขภาพจิต			
3. คัดกรองความเสี่ยง DM HT			
4. คัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด			
5. การให้สุขศึกษาตามความเสี่ยงที่พบ			
6. ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC )			
7. กรณีคัดกรองพบความเสี่ยง ให้ทำการตรวจเพิ่ม ได้แก่ Cr CXR และ EKG			
8. ตรวจ Total Cholesterol และ HDL			

183

22

## 184 ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

185 (ร่างมติ) ข้อเสนอการบริหารจัดการ และจัดสรรงบประมาณ กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
186 ในเขตพื้นที่กทม. ปีงบประมาณ 2568

187 1. การจัดสรรงบประมาณ งบประมาณ 2,026,750,999.95 บาท (รวมเงินเดือน)

188 หลักการ คือ กระตุ้นให้เกิดการจัดบริการ และการเข้าถึงบริการ PP ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยหน่วยบริการที่  
189 ขึ้นทะเบียนในกทม. ทั้งรัฐและเอกชนทุกแห่งสามารถเข้าร่วมจัดบริการและเป็นไปตามสิทธิประโยชน์ จึงจัดสรร

190 2 ส่วน ดังนี้

191 1.1 เหม่าจ่ายให้ทัศนสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ เพื่อดูแลกลุ่มผู้ต้องขัง ในอัตรา 263.72 บาทต่อ  
 192 ประชากร (รวมเงินเดือน) 6,560,562.44 บาท

193 1.2 จ่ายตามผลงานบริการตามรายการ (PP Fee schedule ) 20 รายการ (12 กลุ่ม) เพื่อให้หน่วย  
 194 บริการที่ขึ้นทะเบียนในกทม. ทั้งรัฐและเอกชนทุกแห่งสามารถเข้าร่วมจัดบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และ  
 195 ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งเป็นไปตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้วย  
 196 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 1,810,465,371.32 บาท

197 ทั้งนี้ ยกเลิกการจ่ายแบบเหม่าจ่าย 30 บาท เนื่องจาก ไม่มีผลในการกระตุ้นการจัดบริการ กรณีมี  
 198 รายการที่เสนอนอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ อาจเสนอให้กทม.ทำการนาร่อง โดยเสนอคณะกรรมการ  
 199 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณา

200 2. การบริหารจัดการเครือข่ายบริการ และบริหารจัดการเครือข่ายระดับเขต โดย

201 2.1 มีการจัดสรรพื้นที่รับผิดชอบร่วมกัน ระหว่างหน่วยบริการประจำ และปฐมภูมิในเขต

202 2.2 มีการกำหนดแนวทางในการจัดบริการ โดยเฉพาะการจัดบริการเชิงรุก

203 2.3 มีการติดตามผลงานบริการร่วมกันในเครือข่ายบริการ

204 3. กลไกในการบริหารจัดการกองทุน

205 3.1 ผ่านกลไก หน่วยบริการในระดับเขต คณะทำงานฯ และอปสข.

206 3.2 มีการกำกับติดตามผลการเบิกจ่าย และมีการคืนข้อมูลให้หน่วยบริการเป็นประจำ

207 3.3 พัฒนาการเชื่อมต่อข้อมูลจาก platform ต่างๆ ที่เป็นข้อมูลสำรวจด้านสุขภาพ และตรวจสุขภาพ

208 3.4 การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบสิทธิประโยชน์ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ

(ร่าง) รายการ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ (PP FS BKK) กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568 20 รายการ

ลำดับ	รายการบริการPP FS BKK รายการ	ช่วง อายุ	อัตราชดเชย(บาท)	เงื่อนไข
1	คัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด	ทารกแรกเกิด	50	ต่อคน
2	บริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเพิ่ม5ปี	เด็ก 9,18,30,42 เดือน		
	2.1 ประเมินพัฒนาการเด็ก 18,30,42 เดือน	เด็ก 9,18,30,42 เดือน	100	ต่อครั้ง
	2.2 ประเมินและกระตุ้นพัฒนาการ 18,30,42 เดือน	เด็ก 9,18,30,42 เดือน	150	ต่อครั้ง
3	บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก			
	3.1 เด็กอายุ 6-12 เดือน	เด็กอายุ 6-12 เดือน	Hct 35 / CBC 65	ต่อครั้งต่อช่วงอายุ
	3.2 หญิงอายุ 3-6 ปี	หญิงอายุ 3-6 ปี	Hct 35 / CBC 65	
4	บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 12ปี	2เดือน-12ปี	80	ต่อปี
5	บริการอนามัยโรงเรียน			
	5.1 คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในเด็กประถมศึกษา	ประถมศึกษา 6-12 ปี	100	ต่อคนต่อปี
	5.2 คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในเด็กมัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา13-18 ปี	100	ต่อคนต่อปี
6	คำตรวจสายตาเด็ก เพื่อวินิจฉัยก่อนคัดแว่น โดยจักษุแพทย์	เด็ก 3 - 12 ปี	200	ต่อครั้ง
7	บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน			
	7.1 ตรวจสุขภาพช่องปาก	9 เดือนขึ้นไป	100	ต่อครั้งต่อปี
	7.2 บริการเลือกฟันด้วยฟลูออไรด์โดยใช้ฟลูออไรด์ความเข้มข้นเฉพาะที่	9 เดือน - 24 ปี , ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	100	ต่อครั้งต่อปี
	7.3 บริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร ฟันกรามแท้ซี่ (จำนวน 8 ซี่ )	6 - 20 ปี	500	ต่อคนต่อปี
8	ค่าบริการตรวจอัตราขาดเพื่อวินิจฉัยโรคหัวใจในครรภ์(ครั้งที่2)	หญิงตั้งครรภ์	400	ต่อครั้ง
9	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้านและชุมชน			
	9.1 Health survey	ทุกกลุ่มอายุ	100	ต่อครั้งต่อ3 ปี
	9.2 Home Visits ในกลุ่มปกติ เสี่ยง	ทุกกลุ่มอายุ	150	ต่อครั้งไม่เกิน ครั้งต่อเดือนไม่เกิน12 ครั้งต่อปี
	9.3 Home Visits ในกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	ทุกกลุ่มอายุ	500	ต่อครั้งไม่เกิน ครั้งต่อเดือนไม่เกิน12 ครั้งต่อปี
10	บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด total Cholesterol	35 - 44 ปี และ 70 ปีขึ้นไป	160	ครั้งต่อคนต่อปี
	บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น			
	11.1 สำหรับกลุ่มอายุ 15 - 34 ปี กลุ่มไม่ป่วย	ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	100	ต่อคนต่อปี
	11.2 สำหรับกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มไม่ป่วย		150	ต่อคนต่อปี
12	บริการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็น	อายุ 60 ปีขึ้นไป	300	ต่อคนต่อปี

(ร่าง) ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ (PP FS BKK)

กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น สำหรับกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี กลุ่มไม่ป่วย

รายการที่เบิกจ่ายจาก PP FS ประเทศ	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ( FPG)	กลุ่มเสี่ยง	40 บาท	1ครั้งต่อปี
2. ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC )	หญิง 13 – 24 ปี	65 บาท	1ครั้งต่อปี
2. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test	หญิง 15-29 ปี กลุ่มเสี่ยง		1ครั้งต่อ5ปี
ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ	หญิง 30-59ปี ทุกคน	50 บาท	
ค่าตรวจ HIV DNA		280 370 บาท	
3. ตรวจคัดกรอง HIV Self Test	6 ปีขึ้นไป	100 บาท	ตามความจำเป็น

(ร่าง) บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี เบิกจาก PP FS BKK	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย	100 บาท/คน/ปี	ต่อคนต่อปี
2. คัดกรองสุขภาพจิต		
3. คัดกรองความเสี่ยง DM HT		
4. การให้สุขศึกษาตามความเสี่ยงที่พบ		

211

26

(ร่าง) ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ (PP FS BKK)

กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น สำหรับกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มไม่ป่วย

รายการPPที่เบิกจ่ายจาก PP FS ประเทศ	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting Plasma Glucose : FPG)	กลุ่มเสี่ยง	40 บาท	ต่อคนต่อปี
2. ตรวจ Total Cholesterol และ HDL	45-70 ปี	160 บาท	ต่อคนต่อ 5 ปี
3. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	เกิดก่อนปี 2535	50 บาท	ต่อคนตลอดชีวิต
4. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี	กลุ่มเสี่ยง	50 บาท	
5. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกHPV DNA test			
ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ	หญิง 30-59ปี	50 บาท	
ค่าตรวจ HPV DNA		280 370 บาท	
6. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง FIT Test	50 – 70 ปี	60 บาท	ต่อคนต่อ 2 ปี
7. ตรวจคัดกรอง HIV Self Test	6 ปีขึ้นไป	100 บาท	ตามความจำเป็น

(ร่าง) บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป PP FS BKK	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไข
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย	อายุ 35 ปีขึ้นไป	150 บาท/คน/ปี	ต่อคนต่อปี
2. คัดกรองสุขภาพจิต			
3. คัดกรองความเสี่ยง DM HT			
4. คัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด			
5. การให้สุขศึกษาตามความเสี่ยงที่พบ			
8. ตรวจ Total Cholesterol และ HDL	35-44 ปี 70ปีขึ้นไป	160 บาท	ต่อคนต่อ 5 ปี

212

(ร่าง) ข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามผลงานบริการ (PP FS BKK)

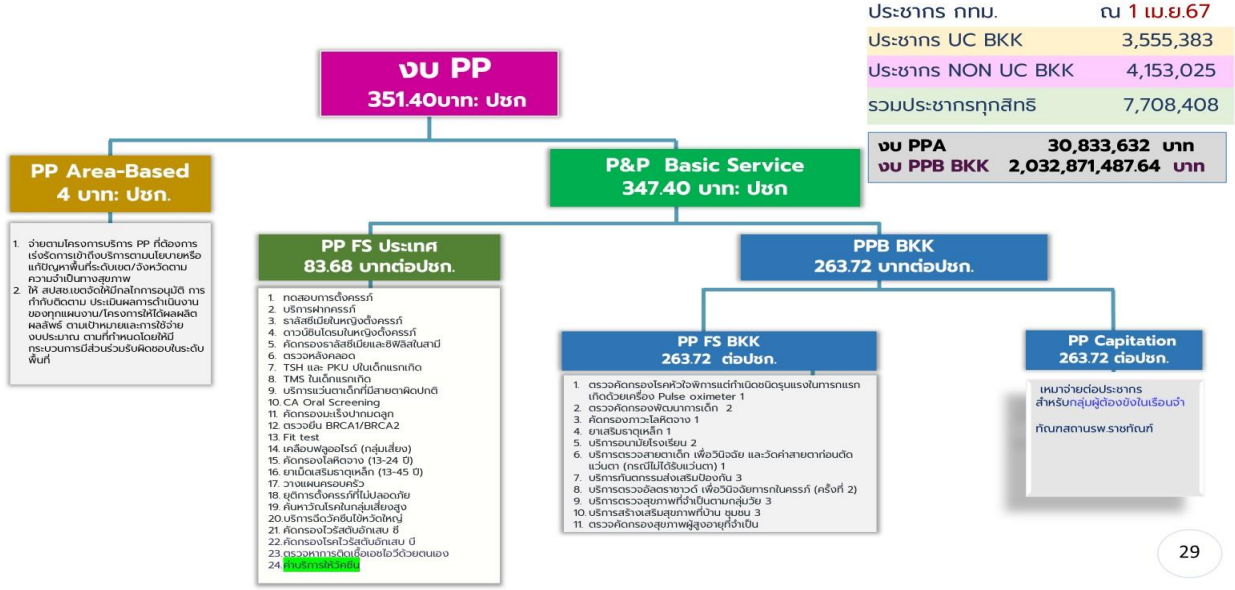
กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

บริการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็น สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

(ร่าง)บริการประเมินตรวจสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็น เบิกจาก PP FS BKK	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไข
1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยแพทย์ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติ	300 บาท	ต่อคนต่อปี
2. ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ดังนี้		
2.1. คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL		
2.2. ประเมินสายตา ตรวจวัดสายตา (Visual Acuity Test)		
2.3. ประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุนด้วย OSTA index		
2.4. ประเมินสมรรถภาพสมอง ด้วย Mini cog และแบบทดสอบ TMSE		
2.5. ประเมินภาวะโภชนาการ ด้วย Mini Nutritional Assessment; MNA®		
2.6. คัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence)		
2.7. คัดกรองภาวะหกล้ม TUGT		
2.8. การประเมินการได้ยิน		
2.9. ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ		
3 กรณีพบความเสี่ยงให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		

213

### ร่าง กรอบการบริหารกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568



ประชากร กทม.	ณ 1 เม.ย.67
ประชากร UC BKK	3,555,383
ประชากร NON UC BKK	4,153,025
รวมประชากรทุกสิทธิ์	7,708,408

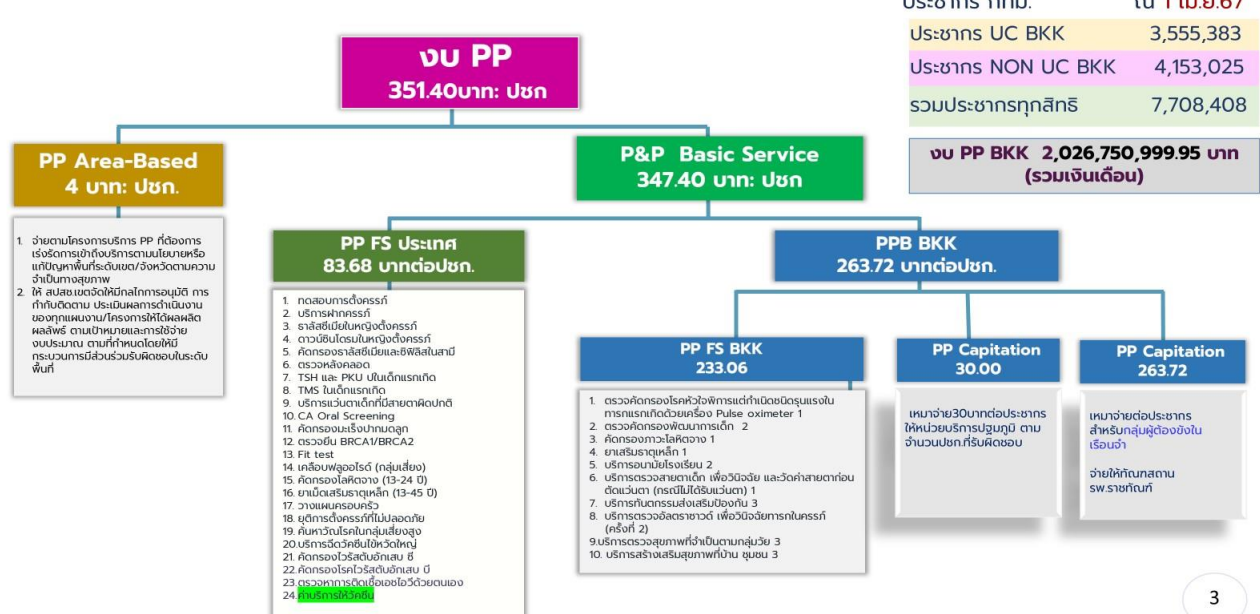
งบ PPA	30,833,632 บาท
งบ PPB BKK	2,032,871,487.64 บาท

214

215 **มติที่ประชุม**

216 1. การจัดสรรงบประมาณ งบประมาณ 2,026,750,999.95 บาท (รวมเงินเดือน)

### กรอบการบริหารกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568



ประชากร กทม.	ณ 1 เม.ย.67
ประชากร UC BKK	3,555,383
ประชากร NON UC BKK	4,153,025
รวมประชากรทุกสิทธิ์	7,708,408

งบ PP BKK	2,026,750,999.95 บาท (รวมเงินเดือน)
-----------	-------------------------------------

217

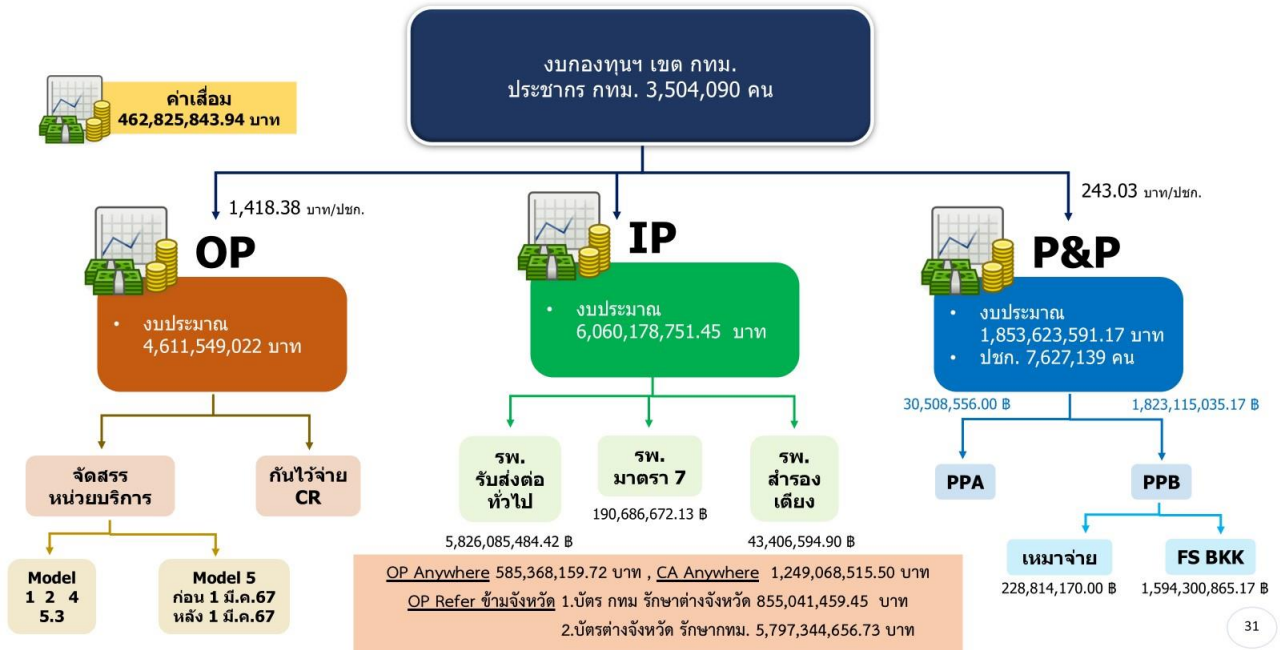
218 **หลักการ** คือกระตุ้นให้เกิดการจัดบริการ และการเข้าถึงบริการ PP ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยหน่วยบริการที่  
219 ขึ้นทะเบียนในกทม. ทั้งรัฐและเอกชนทุกแห่งสามารถเข้าร่วมจัดบริการและเป็นไปตามสิทธิประโยชน์ จึงจัดสรร  
220 2 ส่วน ดังนี้

221 1.1 เหม่าจ่ายให้ทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ เพื่อดูแลกลุ่มผู้ต้องขัง ในอัตรา 263.72 บาทต่อประชากร  
222 (รวมเงินเดือน) 6,560,562.44 บาท

223 1.2 เหม่าจ่ายอัตรา 30 บาทต่อประชากร เหมือนปีงบประมาณ 2567 และให้สปสช.ดำเนินการให้เป็นไปตาม  
224 ผลงานตามเป้าหมายที่กำหนด หากหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายให้แจ้งจ่ายเงิน

- 225 1.3 จ่ายตามผลงานบริการตามรายการ (PP Fee schedule ) 20 รายการ (12 กลุ่ม) เพื่อให้หน่วย  
 226 บริการที่ขึ้นทะเบียนในกทม. ทั้งรัฐและเอกชนทุกแห่ง สามารถเข้าร่วมจัดบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และ  
 227 ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งเป็นไปตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้วย  
 228 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 1,810,465,371.32 บาท กรณีมีรายการที่เสนอนอกเหนือจากสิทธิ  
 229 ประโยชน์ อาจเสนอให้กทม.ทำการนำร่อง โดยเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณา  
 230 1.4 ให้พิจารณาจัดทำมาตรฐานและขึ้นทะเบียนภาคประชาชน และองค์กรต่างๆ ให้เป็นหน่วยบริการที่  
 231 สามารถดำเนินการ PP Fee schedule บางรายการ หรือขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามมาตรา 3 เพื่อให้  
 232 สามารถดำเนินการบริการ PP เชิงรุกได้  
 233
- 234 2. การบริหารจัดการเครือข่ายบริการ และบริหารจัดการเครือข่ายระดับเขต โดย
- 235 2.1 มีการจัดสรรพื้นที่รับผิดชอบร่วมกัน ระหว่างหน่วยบริการประจำ และปฐมภูมิในเขต  
 236 2.2 มีการกำหนดแนวทางในการจัดบริการ โดยเฉพาะการจัดบริการเชิงรุก  
 237 2.3 มีการติดตามผลงานบริการร่วมกันในเครือข่ายบริการ
- 238 3. กลไกในการบริหารจัดการกองทุน
- 239 3.1 ผ่านกลไก หน่วยบริการในระดับเขต คณะทำงานฯ และอปสข.  
 240 3.2 ให้สปสข. มีการกำกับติดตามผลการเบิกจ่ายและมีการคืนข้อมูลให้หน่วยบริการเป็นประจำ และ  
 241 รายงานให้อปสข.ทราบทุก 3 เดือน  
 242 3.3 พัฒนาการเชื่อมต่อข้อมูลจากplatform ต่างๆ ที่เป็นข้อมูลสำรวจด้านสุขภาพ และตรวจสุขภาพ  
 243 3.4 การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบสิทธิประโยชน์ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ
- 244 4. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที
- 245
- 246 5.2 เรื่องจากคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูล การเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการสร้าง  
 247 เสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 248 5.2.1 ข้อเสนอการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร  
 249 ปีงบประมาณ 2568  
 250 ที่มา

**การบริหารจัดการ กองทุน OP IP PP กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2567**



251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

1. มติคณะอนุกรรมการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 4 / 2567 ในวันที่ 23 เมษายน 2567 เห็นชอบดังนี้

- เสนอสปสช.จัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก โดยให้พิจารณาปรับตามโครงสร้างอายุประชากร

จำนวนประชากร สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและปัจจัยอื่นๆที่กระทบต่อต้นทุนในการจัดบริการ ทั้งนี้ให้พิจารณาจัดสรรเป็นขั้นบันได (Step ladder)

2. มติคณะอนุกรรมการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 5 / 2567 ในวันที่ 14 พฤษภาคม 2567 เห็นชอบดังนี้

1. เห็นชอบแนวทาง ในการพิจารณาการบริหารจัดการงบประมาณปี 2568 ดังนี้

หลักการและกรอบแนวคิด

เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนรวมทั้งเพื่อให้ระบบฯ อยู่ได้ และไม่ใช่อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ให้คณะทำงานฯ ได้พิจารณาข้อเสนอในการบริหารจัดการงบประมาณปี 2567 ในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ลดค่าใช้จ่าย (Cost containment)
- 2) เพิ่มรายรับ (Raise revenue)
- 3) มีกองทุนพิเศษ (Extra fund)
- 4) จำกัดการใช้เทคโนโลยีและบริการเกินความจำเป็น (Rational use of technology and services)
- 5) อื่นๆที่คณะทำงานฯเห็นสมควร

2. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

3. ข้อเสนอจากคณะทำงานจัดทำข้อเสนอบริหารกองทุนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และผู้บริหารสปสช.

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2568

1. หลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณ

- 273 - จำนวนประชากรที่นำมาจัดสรร ณ 1 ตุลาคม 2567 (ได้รับงบประมาณ ณ 1 เมษายน 2567)  
 274 ควรต้องพิจารณาประชากรที่มารับบริการในกทม. (ประชากรที่ลงทะเบียนเพิ่มในกทม.ประมาณ 177,128 คนต่อปี  
 275 ประชากรต่างจังหวัดที่มาใช้บริการในกทม. 242,781 คน)  
 276 - กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณ เพื่อลดpain point ที่ผ่านมา  
 277 2. กระบวนการที่ดำเนินการควรเป็นไปตามประกาศกองทุน ทั้งระบบการเบิกจ่ายของแต่ละ Model การตรวจสอบ  
 278 การเบิกจ่าย การชำระหนี้ค่าบริการระหว่างกัน และการติดตามการเข้าถึงบริการ  
 279 - กระบวนการ และแนวทางต่างๆ ดำเนินการโดยสำนักงาน และผู้เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำของอปสช.  
 280 - การกำหนดนิยาม กองทุนย่อย ให้ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ เช่น OPAE  
 281 - ทบทวนระบบการตรวจสอบข้อมูล OP Refer (สปสช.กทม.) และ Central Reimburse (L2) ตามพรบ.ฯ  
 282 มาตรา 26  
 283 - การตามชำระหนี้ระหว่างกันเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการ ทั้งนี้หน่วยบริการควรตรวจสอบข้อมูล OP refer  
 284 เพื่อตกลงการชำระหนี้ระหว่างกัน โดยกันเงินไว้ที่สปสช.  
 285 3. การจัดบริการแบบเป็นเครือข่ายระดับโซน และการกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ  
 286 - จัดให้เกิดบริการ และการบริหารจัดการเป็นเครือข่ายบริการ โดยจัดหน่วยบริการดังนี้หน่วยบริการ  
 287 ปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ) หน่วยบริการรับส่งต่อ (ตติยภูมิ เช่น รร.แพทย์)  
 288 โดยรวมรพ.ปริณชวล และรพ.เฉพาะด้าน สำหรับหน่วยบริการนวัตกรรมให้เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการประจำ  
 289 - จัดให้มีการกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานบริการ แนวทางการจัดบริการ โดยมีหน่วยบริการรับส่งต่อ  
 290 เป็นแม่ข่ายร่วมกับหน่วยบริการประจำ ดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการนวัตกรรม  
 291

292 **4. ประกาศที่เกี่ยวข้อง**

293 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน  
 294 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พ.ศ.2567  
 295 ลงนามเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2567

296 **ส่วนที่ 1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป**

297 ข้อ 11 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิจำนวน  
 298 1,391.2000บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยอาจปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิเพื่อรองรับนโยบายรัฐบาล ทั้งนี้ให้  
 299 เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สสข.กำหนด ส่วนที่เหลือจ่ายให้กับหน่วยบริการด้วยอัตราเหมาจ่าย  
 300 ที่คำนวณระดับจังหวัด โดยคำนวณอัตราเหมาจ่าย ดังต่อไปนี้

301 11.1 ร้อยละ 80 ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน  
 302 ในแต่ละหน่วยบริการ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตรา  
 303 เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยเพิ่ม หรือลดไม่เกินร้อยละ 10  
 304 โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ(Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการ  
 305 ปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังต่อไปนี้

306

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	<๓	๓ - ๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	>๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๕๖๕๐	๐.๓๖๕๐	๐.๓๐๖๐	๐.๔๐๗๐	๐.๓๘๘๐	๑.๓๔๘๐	๑.๘๗๒๐	๒.๓๕๑๐

307 ที่มา จำนวนจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๗

308 11.2 ร้อยละ 20 ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน  
 309 ในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

310 ข้อ 12 การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ 11 กรณี สสข.เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับการจ่ายตามโครงสร้าง  
 311 อายุ และหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งอาจกำหนดให้จ่ายตามรายการบริการ และหรือตามผลงานบริการ และอาจ  
 312 บูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆได้ตามที่สสข.กำหนด โดยคำแนะนำหรือ  
 313 ความเห็นจากอปสข. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ และอาจกันเงินค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้  
 314 จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการอื่นหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของ  
 315 หน่วยบริการประจำ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และให้สสข.ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน  
 316 (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

317 **Pain points การบริหารกองทุนผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่กทม. ปี 2567 และที่ผ่านมา**

318 1. การจัดสรรประชากร มีประชากรที่ไม่ได้ลงทะเบียนในกทม.เข้ารับบริการ คลินิกที่มีประชากรน้อย มี  
 319 ปัญหาขาดสภาพคล่อง และประสบปัญหาขาดทุน

320 2. งบประมาณ

321 2.1 Model 5 : การจ่ายชดเชยบริการอัตราต่ำกว่า 1 บาท/point (ค่าใช้จ่ายร้อยละ 70 เป็น  
 322 การส่งต่อ)

323 2.2 New Model5 (Capitation)

- 324 - การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่เท่ากัน ไม่เป็นธรรมกับ  
 325 หน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง เนื่องจากมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
 326 อัตราการบริการ และการส่งต่อ
- 327 - การเบิกจ่ายเงินกองทุน Central Reimburse ในบางกอง เช่น OPAE ไม่ได้เป็นไป  
 328 ตามหลักการ

329

330 3. การบริการและการส่งต่อ

- 331 - เรื่องร้องเรียนจากการไม่ส่งต่อ /ไม่ได้รับความสะดวก จำนวนมาก
- 332 - การปฏิเสธการจ่ายค่าบริการ กรณีส่งต่อ จำนวนมาก เป็นภาระโรงพยาบาลในการแนบ  
 333 เอกสาร
- 334 - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังย้ายสิทธิจากต่างจังหวัดเข้ามาในกทม. เพื่อรับการส่งต่อไปรพ.ในกทม. เป็น  
 335 ภาระรับผิดชอบตามจ่ายของคลินิก
- 336 4. เงื่อนไขการจ่ายไม่ชัดเจน เช่น กรณีนอนสังเกตอาการหลายวัน โรงพยาบาลเรียกเก็บเป็นกรณี OP
- 337 5. การกำกับติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายก่อนและหลังการจ่ายชดเชยที่ล่าช้า ขาดการมีส่วนร่วม
- 338 6. การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการ (แม่ข่าย-ลูกข่าย) ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน

339 **สปสช.เขต 13 กทม. จัดประชุมรับฟังจากภาคีเครือข่ายหน่วยบริการและภาคประชาชน มิ.ย. ก.ค. 67**

340

341 **ประเด็นการพิจารณา**

342 **ข้อเสนอการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร**  
 343 **ปีงบประมาณ 2568**

- 344 - มติที่ประชุมคณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูล การเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก การส่งต่อ และการ  
 345 สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ชุดวิชาการ) ครั้งที่ 9/2567 วันพฤหัสบดีที่ 17  
 346 ตุลาคม 2567 เห็นชอบให้เสนอต่ออปสช.เพื่อพิจารณา ดังนี้

347 **มติที่ประชุมคณะทำงานฯ (CFO) ข้อเสนอการจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กทม.**  
 348 **ปีงบประมาณ 2568**

349 1. การจัดสรรงบประมาณ

350 1.1 ใช้กรอบการบริหารกองทุนแบบ OP Capitation เหมือนปี 2567 โดยมีรายการสรุปและ  
 351 ข้อเสนอเปลี่ยนแปลงดังนี้

- 352 - นิยามเครือข่ายหน่วยบริการ หมายถึง เครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย  
 353 หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อที่ผู้รับบริการได้ลงทะเบียนเลือกไว้
- 354 - กั้นเงิน Central Reimburse (OPเหตุจำเป็น OPAE OPพิการ OPHC ทันตกรรมรักษา)  
 355 สำหรับทุก Model ในรูปแบบกั้นเงินตามสถานการณ์ (dynamic rate) โดยเริ่มที่ร้อยละ 20 และไม่เกินร้อยละ 28  
 356 โดยสำนักงานจะทำการ monitor รายเดือน แล้วทำปรับลดหรือเพิ่มการกั้นเงินตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง
- 357 - กองทุน Central Reimburse กรณี OP เหตุจำเป็น ใช้สำหรับบริการนอกเครือข่ายหน่วย  
 358 บริการ ชดเชยด้วยระบบเหมาจ่าย per visit ครั้งละ 200
- 359 - กองทุน Central Reimburse กรณี OPAE ทางกายภาพ ตามรายการ ICD 10 ตามที่  
 360 สำนักงานกำหนด ใช้สำหรับบริการทั้งในและนอกเครือข่ายหน่วยบริการ ชดเชยตามรายการ FS

- 361 - กองทุน Central Reimburse กรณี OPAE ที่ไม่ใช่รายการ AE ทางกายภาพ ตามรายการ  
 362 ICD 10 ตามที่สำนักงานกำหนด ที่บริการในเครือข่ายหน่วยบริการ จ่ายจาก OP capitation ของหน่วยบริการ  
 363 ปฐมภูมิที่ลงทะเบียน ชดเชยระบบเหมาจ่าย per visit ครั้งละ 200 โดยสปสช. Clearing house  
 364 - ไม่กั้นเงินคนพิการแยกออกจากงบเหมาจ่าย นำมารวมอยู่ใน Central Reimburse  
 365 1.2 กองทุน OP ทุก Model ทำการ Diff Cap ด้วยตัวแปรโรคเรื้อรังและจำนวนประชากร  
 366 ในสัดส่วน 70 : 30  
 367 1.3 สำหรับ model 5 : กั้นเงิน OP Refer ในรูปแบบกั้นเงินตามสถานการณ์ (dynamic rate)  
 368 เริ่มที่ 20 บาทต่อประชากรต่อเดือน และไม่เกิน 30 บาทต่อประชากรต่อเดือน และหน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบ  
 369 ค่าส่งต่อ 800 บาทแรก  
 370 2. การบริหารจัดการเครือข่ายบริการ บริหารจัดการเครือข่ายระดับเครือข่าย ดังนี้  
 371 2.1 บริหารจัดการสรรงบประมาณ โดย สปส. พิจารณาจัดสรรให้คลินิกในเครือข่ายเดียวกัน  
 372 2.2 บริหารจัดการกองทุน AE และเหตุจำเป็น ระดับเครือข่าย  
 373 2.3 บริหารจัดการแบบ PCT : Primary care trust (ขับเคลื่อนเครือข่ายหน่วยบริการแม่  
 374 ข่าย-ลูกข่าย) และการกำกับคุณภาพหน่วยบริการ  
 375 3. กลไกในการบริหารจัดการกองทุน  
 376 3.1 ผ่านกลไกคณะทำงานฯ และสปสช. โดยมีองค์ประกอบจากภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยบริการ  
 377 ทุกระดับ ภาคประชาชน นักวิชาการ  
 378 3.2 สปสช. ออกแบบระบบการตรวจสอบ OP refer (ทั้งในจังหวัดและข้ามจังหวัด ) และ  
 379 Central Reimburse เพื่อให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายให้ชัดเจน ทั้งนี้ให้กำหนดระยะเวลา  
 380 ที่หน่วยบริการส่งเบิกจ่าย ไม่เกิน 30 วัน  
 381  
 382 **ข้อเสนอการจ่ายชดเชย กรณี OPAE และเหตุสมควร ปี 2568**

กรณี	ในเครือข่าย	นอกเครือข่าย
กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามที่กำหนด (กำหนดรหัส ICD10 ตามกลุ่มโรคAE)	จ่ายจากกองทุน OPAE ด้วยระบบFS	จ่ายจากกองทุน OPAE ด้วยระบบFS
กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากที่กำหนด (นอกรหัสICD10 ตามกลุ่มโรคAE) และ กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็น	จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัว ในอัตรา 200 บาท /visit	จ่ายจากกองทุน OP เหตุสมควรที่เป็นความจำเป็น (หรือ OP Anywhere ถ้ามี) ในอัตรา 200 บาท/visit

383  
 384  
 385  
 386  
 387  
 388

389 (ร่าง) ประมาณการกันเงิน Central Reimburse แต่ละรายการ

(ร่าง) ประมาณการกันเงิน CR แต่ละรายการ

ประเภทกองทุนCR	ประมาณการจ่าย ปี 2568	ประมาณการจ่าย ปี 2568 บาท/ปกช/ปี	กันเงินเดิม	คณะทำงานฯ กันเงิน เริ่มต้น 20 %	ร่าง มติ กันเงิน 365 บาท ต่อเดือนต่อปกช
1. เหตุสมควรที่เป็นความจำเป็น* จำนวนจ่าย อัตรา 200บาท/visit (นอกเครือข่าย)	258,824,000.00	72.80	85 (หลักเกณฑ์ เปลี่ยน)	70.55	73
2. กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (OPAE) ทาง การแพทย์	81,920,303.30	23.04		23	23
3. กรณีคนพิการ (OP พิการ) หักจากเหมาจ่าย 29.28 บาทต่อปกช.	780,563,075.64	219.54	163.68	164	220
4. กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (OPHC)	62,123,311.39	17.47	15	15	17
5. ทันตกรรมรักษา (Dental)	100,361,340.87	28.23	20	20	28
รวม	1,283,792,031.2	361.08	283.68	292.55	361

390

จำลองการ diff cap : ตัวแปร

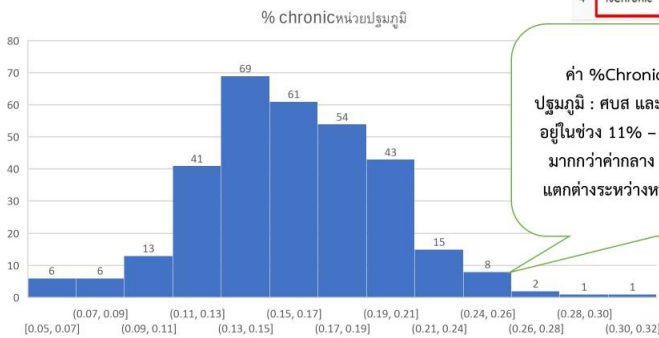
ตัวแปรที่เลือกใช้	สัดส่วน
ประชากร (n Person)	30
% ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	70

สัดส่วน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพ. ร้อยละ 11 ศบส.และคลินิก ร้อยละ 16 มีผู้ย้ายเข้ามาในกทม. พบโรคเรื้อรังประมาณ ร้อยละ20

T-Test Comparison Between Clinic Vs Hospital

Variable	t-statistic	p-value
1 %elderly	-1.08	0.29 ✗
2 MEAN_AGE	0.37	0.71 ✗
3 CCI1K	1.64	0.11 ✗
4 %Chronic	2.57	0.02

ผลการทดสอบ t-test เพื่อเปรียบเทียบค่า %Chronic ระหว่างคลินิกกับโรงพยาบาล พบว่า t-statistic ประมาณ 2.57 และค่า p-value เท่ากับ 0.015 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าค่า %Chronic ระหว่างคลินิกกับโรงพยาบาลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ



ค่า %Chronic ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ : ศบส และคลินิก พบมีการกระจายตัวอยู่ในช่วง 11% - 19% และมีกลุ่มน้อยกว่า/มากกว่าค่ากลาง ซึ่งเป็นปัจจัยให้เกิดความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการในกลุ่มปฐมภูมิ

ช่วงจำนวนประชากรคลินิก(คน)	จำนวน (แห่ง)
ต่ำกว่า 1000 คน	2
1001-2000	7
2001-3000	7
3001-4000	11
4001-5000	8
5001-6000	12
6001-7000	17
7001-8000	26
8001-9000	34
9001ขึ้นไป	127
รวม	251

391

392

393

394

395

396

## 397 (ร่าง) อัตรา Diff Cap หลังจากกันเงิน Central Reimburse ปี 2568

%CR	model 5					model 1,2,4,5.3				
	วงเงินmodel 5	min	รายหัวก่อน Diff Cap	max	จำนวนหน่วยที่ได้รายหัวต่ำกว่าก่อน Diff Cap(แห่ง)	วงเงินmodel 1,2,4,5.3	min	รายหัวก่อน Diff Cap	max	จำนวนหน่วยที่ได้รายหัวต่ำกว่าก่อน Diff Cap(แห่ง)
CR 20%	3,041,556,249.04	1117.71	1169.04	1234.73	177	1,083,807,444.54	1111.71	1169.53	1228.73	29
CR 24%	2,889,481,035.72	1060.12	1108.88	1171.29	189	1,029,617,998.47	1056.12	1,111.05	1,167.29	29
CR 25%	2,851,455,734.56	1,046.22	1,094.35	1,155.93	188	1,016,068,321.56	1,042.22	1,096.43	1,151.93	29
CR 28%	2,737,379,831.08	1,004.53	1,050.73	1,109.85	188	975,419,290.83	1,000.53	1,052.57	1,105.85	29

398

## 399 (ร่าง) ข้อเสนอการกันเงิน OP Refer สำหรับ Model 5 ปี 2568

รายการ	ปี 2567	ข้อเสนอการกัน OP Refer ปี 2568 (บาท)		
	(ข้อมูล 7 เดือนหลังภาคประมาณทั้งปี)			
การกันเงินต่อปี (บาท/ปชก/ปี)	360	240	300	360
การกันเงิน ต่อเดือน (บาท/ปชก/เดือน)	30 บาท (กค. 20 บาท)	20	25	30
วงเงิน OP Refer (บาท)	512,068,704.00	613,789,819.52	767,237,274.40	920,684,729.28
ประมาณการค่าใช้จ่าย	744,857,732.54	744,857,732.54	744,857,732.54	744,857,732.54
เงินคงเหลือ	77,568,360.02	-131,067,913.02	22,379,541.86	175,826,996.74
รายหัวที่ได้หลังจากกัน refer	เหมาจ่ายต่อเดือนต่อปชก. ต่ำสุด 62.19 สูงสุด 71.33			

400

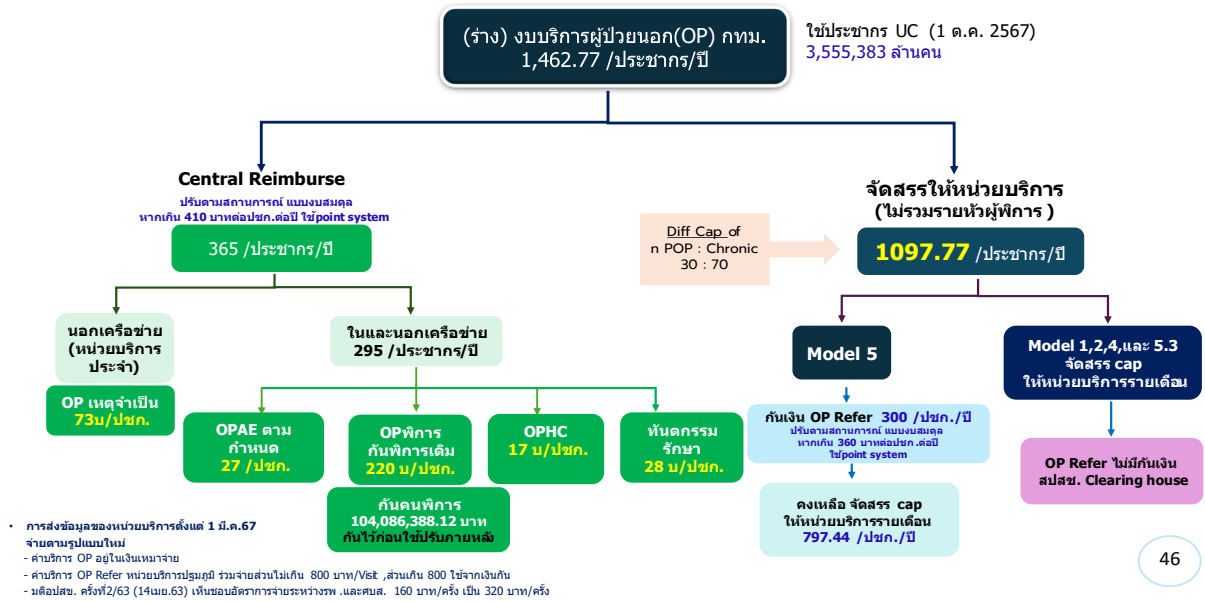
401

## 402 ประเด็นการพิจารณา

403 1. เห็นชอบ(ร่าง) การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายชดเชยบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขต  
404 พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

405

**(ร่าง) กรอบการจัดสรรงบประมาณ ค่าบริการ OP ปี 2568**



46

406  
407

ใช้กรอบการบริหารกองทุนแบบ OP Capitation ปี 2567 โดยยึดหลักการจัดทำงานแบบสมดุล (Balance Budget) และเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.1 กำหนดนิยาม ดังนี้

“เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายถึง เครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ที่ผู้รับบริการได้ลงทะเบียนเลือกไว้

“กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ หรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันฉุกเฉิน

“กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็น” หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ หรือทางกายภาพ หรือทางสังคม

1.2 การจ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำ ไม่รวมประชากรสิทธิคนพิการ

1.3 การกั้นเงิน Central Reimburse และ OP Refer (Model5) ใช้หลักการ ดังนี้

- การกั้นเงินแบบงบประมาณ (Balance Budget) โดยให้มีการติดตามการเบิกจ่ายทุกเดือน ผ่านกลไกคณะทำงานฯ และนำค่าใช้จ่ายที่ประชุม สปสช. ทุกเดือน เพื่อสามารถปรับกั้นเงินตามสถานการณ์ โดยกำหนดวงเงินต่ำสุด และสูงสุด หากเกินกำหนดวงเงินสูงสุด หรือวงเงินที่กั้นไว้ให้ปรับจ่ายตาม Point System

- การกั้นเงิน Central Reimburse อัตราเริ่มต้น 365 บาทต่อประชากรต่อปีได้ และหากมีการเบิกจ่ายเกินวงเงิน 410 บาทต่อประชากรต่อปี หรือวงเงินที่กั้นไว้ ให้ปรับจ่ายตาม Point System

โดยกั้นเงิน ดังนี้ กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็นนอกเครือข่าย 73 บาท กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 27 บาท กรณีค่าใช้จ่ายสูง 17 บาท กรณีทันตกรรมรักษา 28 บาท และกรณีคนพิการ 220 บาท ต่อประชากรต่อปี

- การกั้นเงินกองทุน OP Refer (Model 5) อัตราเริ่มต้น 300 บาทต่อประชากรต่อปี และหากมีการเบิกจ่ายเกินวงเงิน 360 บาทต่อประชากรต่อปี หรือวงเงินที่กั้นไว้ ให้ปรับจ่ายตาม Point System

430 1.4 การคำนวณแบบเหมาจ่ายรายหัว ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการ โดยปรับอัตราตาม  
 431 จำนวนประชากรและจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสัดส่วนร้อยละ  
 432 30 และ 70 ตามลำดับ

433 1.5 การจ่ายชดเชยค่าบริการ Central Reimburse

กรณี	ในเครือข่าย	นอกเครือข่าย
กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามที่กำหนด(กำหนดรหัส ICD10 ตามกลุ่มโรคAE)	จ่ายจากกองทุน OPAE ด้วยระบบFS	จ่ายจากกองทุน OPAE ด้วยระบบFS
กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกจากที่กำหนด(นอกรหัส ICD10 ตามกลุ่มโรคAE) และ กรณีเหตุสมควรที่ ความจำเป็น	จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัว ในอัตรา 200 บาท /visit	จ่ายจากกองทุน OP เหตุสมควรที่จำเป็น (หรือ OP Anywhere ถ้ามี) ในอัตรา 200 บาท/visit

434 2. การบริหารจัดการเครือข่ายบริการ บริหารจัดการเครือข่ายระดับเครือข่าย ดังนี้  
 435 2.1 บริหารจัดการจัดสรรงบประมาณโดย ศูนย์บริการสาธารณสุขพิจารณาจัดสรรให้คลินิกในเครือข่าย  
 436 เดียวกัน  
 437 2.2 บริหารจัดการกองทุน อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเหตุเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็นระดับ  
 438 เครือข่าย  
 439 2.3 บริหารจัดการแบบ PCT : Primary care trust (ขับเคลื่อนเครือข่ายหน่วยบริการแม่ข่าย-ลูกข่าย)  
 440 และการกำกับคุณภาพหน่วยบริการ  
 441

442 3. กลไกในการบริหารจัดการกองทุน

443 3.1 ให้มีการติดตามการเบิกจ่ายทุกเดือน เพื่อนำเข้าอปสข.ให้คำแนะนำในการปรับการกันเงินตาม  
 444 สถานการณ์ และกันเงินแบบสมดุล โดยผ่านกลไกคณะทำงานฯ และอปสข. โดยมีองค์ประกอบจากภาคีเครือข่าย  
 445 ทั้งหน่วยบริการทุกระดับ ภาคประชาชน นักวิชาการ

446 3.2 สปสข.ออกแบบระบบการตรวจสอบ OP refer (ทั้งในจังหวัดและข้ามจังหวัด) และ Central Reimburse  
 447 เพื่อให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่าย ให้ชัดเจน

448 4. การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กำหนดให้หน่วยบริการเรียกเก็บภายใน 60 วันหลังให้บริการ และ  
 449 ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 30 กันยายน

450 5. หลักการในการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre Audit)

451 5.1 นำข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด เข้าระบบ OSR (On Screen Review) ตรวจสอบ  
 452 ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

453 5.2 กรณี Central Reimburse หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลระหว่างกันเอง ตามกระบวนการตรวจสอบ  
 454 ที่กำหนด ภายใต้กลไกคณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กทม.

455 5.3 กรณี OP Refer หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลระหว่างกันเอง ตามกระบวนการตรวจสอบที่กำหนด

456 5.4 กรณีที่หน่วยบริการไม่ตรวจสอบ ระบบจะทำการ Auto Approve ถือว่าหน่วยบริการยอมรับ โดย  
 457 กำหนดช่วงเวลาในการส่งเบิกจ่าย และการตรวจสอบ รวมทั้งการ Auto Approve

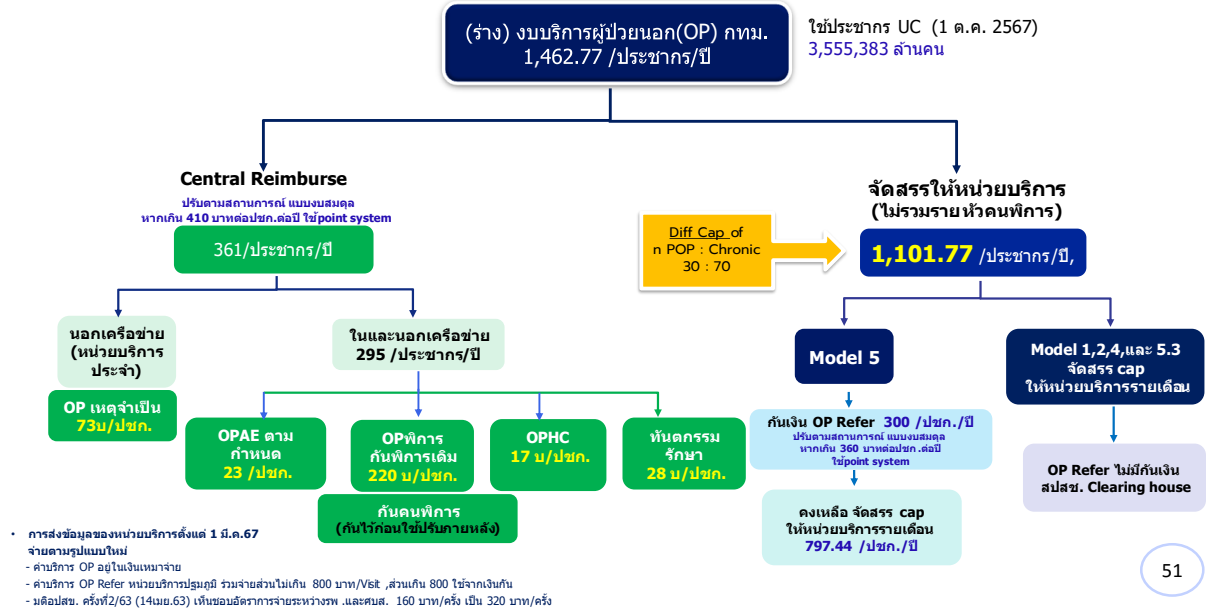
458 6. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

459

460 มติที่ประชุม

461 1. การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายชดเชยบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่  
 462 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

**(ร่าง) กรอบการจัดสรรงบประมาณ ค่าบริการ OP ปี 2568**



463

464

465 ใช้กรอบการบริหารกองทุนแบบ OP Capitation ปี 2567 โดยยึดหลักการจัดทำแบบสมดุล (Balance Budget)  
 466 และเปลี่ยนแปลง ดังนี้

467 1.1 กำหนดนิยาม ดังนี้

468 “เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายถึง เครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ  
 469 หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ที่ผู้รับบริการได้ลงทะเบียนเลือกไว้

470 “กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ หรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน  
 471 ฉุกเฉิน

472 “กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็น” หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ หรือทางกายภาพ  
 473 หรือทางสังคม

474 1.2 การจ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำ ไม่รวมประชากร  
 475 สิทธิคนพิจารณา

476 1.3 การกันเงิน Central Reimburse และ OP Refer (Model5) ใช้หลักการ ดังนี้

477 - การกันเงินแบบสมดุล (Balance Budget) โดยให้มีการติดตามการเบิกจ่ายทุกเดือน ผ่านกลไก  
 478 คณะทำงานฯ และนำเข้าที่ประชุมสปช.ทุกเดือน เพื่อสามารถปรับกันเงินตามสถานการณ์ โดยกำหนดวงเงิน  
 479 ต่ำสุด และสูงสุด หากเกินกำหนดวงเงินสูงสุด หรือวงเงินที่กันไว้ให้ปรับจ่ายตามPoint System เมื่อสปช.เสนอ  
 480 ข้อมูลว่าการกันเงินสมเหตุสมผล

481 - การกันเงิน Central Reimburse อัตราเริ่มต้น 361 บาทต่อประชากรต่อปีได้ และ หากมีการเบิกจ่าย  
 482 เกินวงเงิน 410 บาทต่อประชากรต่อปี หรือวงเงินที่กันไว้ให้ปรับจ่ายตาม Point System เมื่อสปช.เสนอข้อมูล  
 483 ว่าการกันเงินสมเหตุสมผล

484 โดยกันเงิน ดังนี้ กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็นนอกเครือข่าย 73 บาท กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย  
 485 อุกเขิน 23 บาท กรณีค่าใช้จ่ายสูง 17 บาท กรณีทันตกรรมรักษา 28 บาท และ กรณีคนพิการ 220 บาท ต่อ  
 486 ประชากรต่อปี

487 - การกันเงินกองทุน OP Refer (Model 5) อัตราเริ่มต้น 300 บาทต่อประชากรต่อปี และหากมีการ  
 488 เบิกจ่ายเกินวงเงิน 360 บาทต่อประชากรต่อปี หรือวงเงินที่กันไว้ ให้ปรับจ่ายตามPoint System เมื่อสปสข.  
 489 เสนอข้อมูลว่าการกันเงินสมเหตุสมผล

490 1.4 การคำนวณแบบเหมาจ่ายรายหัว ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการ โดยปรับอัตรา  
 491 ตามจำนวนประชากรและจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้มีสิทธิ ที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสัดส่วน  
 492 ร้อยละ 30 และ 70 ตามลำดับ

493 1.5 การจ่ายชดเชยค่าบริการ Central Reimburse

494

กรณี	ในเครือข่าย	นอกเครือข่าย
กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามที่กำหนด(กำหนดรหัส ICD10 ตามกลุ่มโรคAE)	จ่ายจากกองทุน OPAE ด้วยระบบ Fee schedule	จ่ายจากกองทุน OPAE ด้วยระบบ Fee schedule
กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกจากที่กำหนด(นอกรหัสICD10 ตามกลุ่มโรคAE) และ กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็น	จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัว ในอัตรา 200 บาท /visit	จ่ายจากกองทุน OP เหตุสมควรที่เป็นความจำเป็น (หรือ OP Anywhere ถ้ามี) ในอัตรา 200 บาท/visit

495

496 2. การบริหารจัดการเครือข่ายบริการ บริหารจัดการเครือข่ายระดับเครือข่าย ดังนี้

497 2.1 บริหารการสั่งสรรงงบประมาณโดย ศูนย์บริการสาธารณสุขพิจารณาจัดสรรให้คลินิกในเครือข่าย  
 498 เดียวกัน

499 2.2 บริหารจัดการกองทุน อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเหตุเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็นระดับ  
 500 เครือข่าย

501 2.3 บริหารจัดการแบบ PCT : Primary care trust (ขับเคลื่อนเครือข่ายหน่วยบริการแม่ข่าย-ลูกข่าย)  
 502 และการกำกับคุณภาพหน่วยบริการ

503 3. กลไกในการบริหารจัดการกองทุน

504 3.1 ให้มีการติดตามการเบิกจ่ายทุกเดือน เพื่อนำเข้าอปสข.ให้คำแนะนำในการปรับการกันเงินตาม  
 505 สถานการณ์ และกันเงินแบบสมดุล โดยผ่านกลไกคณะทำงานฯ และอปสข. โดยมีองค์ประกอบจากภาคีเครือข่าย  
 506 ทั้งหน่วยบริการทุกระดับ ภาคประชาชน นักวิชาการ

507 3.2 สปสข.ออกแบบระบบการตรวจสอบ OP refer (ทั้งในจังหวัดและข้ามจังหวัด) และ Central Reimburse  
 508 เพื่อให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายให้ชัดเจน

509 4. การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กำหนดให้หน่วยบริการเรียกเก็บภายใน 30 วันหลังให้บริการ  
 510 และให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2568

511 5. หลักการในการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre Audit)

512 5.1 นำข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด เข้าสู่ระบบ OSR (On Screen Review) ตรวจสอบ  
513 ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

514 5.2 กรณี Central Reimburse หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลระหว่างกันเอง ตามกระบวนการตรวจสอบ  
515 ที่กำหนด ภายใต้กลไกคณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กทม.

516 5.3 กรณี OP Refer หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลระหว่างกันเอง ตามกระบวนการตรวจสอบที่กำหนด

517 5.4 กรณีที่หน่วยบริการไม่ตรวจสอบ ระบบจะทำการ Auto Approve ถือว่าหน่วยบริการยอมรับ  
518 โดยกำหนดช่วงเวลาในการส่งเบิกจ่าย และการตรวจสอบ รวมทั้งการ Auto Approve

519 6. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

520

521 ระเบียบวาระที่ 6 เรื่องอื่นๆ

---

522

523 ไม่มี

524

525 ปิดการประชุมเวลา 13.00 น.

526

527 นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา ผู้จัดรายงานการประชุม  
528 ผู้จัดการกลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

529

530 พญ.วัลย์รัตน์ ไชยฟู ผู้ตรวจทานรายงานการประชุม  
531 ผู้อำนวยการ สปสช. เขต 1 เชียงใหม่

532

533 ช่วยปฏิบัติงานในตำแหน่ง  
534 ผู้อำนวยการ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

534

535