



ด่วนที่สุด

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567

เรื่อง ข้อเท็จจริงและข้อเสนอประกอบการแก้ปัญหาเรื้อรังจากการบริหารจัดการของ สปสช. ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เรียน ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสาร 1 การบริการสุขภาพของผู้ป่วยนอกสิทธิบัตรทอง
เอกสาร 2 การจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกในกรุงเทพมหานคร

ตามที่ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้เกียรติรับฟังและสอบถามทุกข์สุขมายังเครือข่ายสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นั้น ทางเครือข่ายสถานพยาบาลประกอบด้วย ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ชมรมโรงพยาบาล/สถาบัน กรมการแพทย์ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน สมาคมคลินิกชุมชนอบอุ่น และเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) นั้น ทางเครือข่ายสถานพยาบาลฯ จึงขอเรียนข้อเท็จจริงและข้อเสนอประกอบการแก้ปัญหาเรื้อรังจากการบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

1. ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร สปสช.เขต 13 และ อปสช.เขต 13 มีการปรับระบบบริการที่ผิดพลาดจาก Model 2 เป็น Model 5 ในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งเป็นรูปแบบที่เบี่ยงเบนไปจากหลักการเดิมของระบบปฐมภูมิ ที่ส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ/คลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. ให้ไปบริหารสถานพยาบาลและดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมาตลอดตั้งแต่เริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นต้นมา มีการปรับใช้รูปแบบ Model 1 - 4 ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนเพียงเล็กน้อยที่ยังคงหลักการเดิม แต่รูปแบบ Model 5 นั้น มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากเดิมมาก เปลี่ยนการจ่ายจากเหมาจ่ายรายหัว เป็นการจ่ายตามงานบริการในระบบ Fee Schedule ที่จำกัดจำนวน ลดศักยภาพการบริการของหน่วยบริการจากการจำกัดรายการใน Fee Schedule ทำให้หน่วยบริการจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลในโรคที่สามารถดูแลได้ อีกทั้งกระทบต่อการส่งกลับหน่วยบริการประชาชนไปใช้บริการที่หน่วยบริการใดก็ได้ไม่จำกัด ระบบตรวจสอบและถ่วงดุลย์ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลรับส่งต่อหายไป ส่งผลกระทบด้านการเงิน ทำให้ค่าใช้จ่ายมีมูลค่าการบริการเกินกว่าการบริการเกือบ 300 ล้านบาท ตัวอย่าง เช่น สปสช. จ่ายค่าบริการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกแก่คลินิกชุมชนอบอุ่นเพียงร้อยละ 57 ของค่าบริการจริง สปสช. ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2567 ปรากฏว่ามีการจ่ายค่าบริการในไตรมาสแรกเกินกว่าร้อยละ 50 ของงบประมาณ ซึ่งมีแนวโน้มว่าในปีงบประมาณ 2567 จะมีปัญหาเช่นเดียวกับปี 2566

2.../โดยมี

โดยมีรายละเอียดตามเอกสาร 1 ทางเครือข่ายสถานพยาบาลมีข้อเสนอแนะมายังท่านเพื่อกำกับการบริหารงบประมาณและบริหารจัดการองค์กร ดังนี้

ก. หยุดใช้ Model 5 ในกรุงเทพมหานครโดยเร็ว และกลับไปใช้ Model 2 แนะนำให้มีการจัดสรรงบประมาณค่าบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มเติมให้เพียงพอสำหรับการบริการใน 3 ไตรมาสที่เหลือของปีงบประมาณ 2567 และจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราปกติ

ทั้งนี้ ไม่ควรอย่างยิ่งที่จะขยายการบริหารที่มีลักษณะคล้าย Model 5 ออกไปนอกกรุงเทพมหานคร

ข. ปรับกลไกการกำกับและดูแลในสถานการณ์ที่มีการประเมินวงเงินหรือการบริหารงบประมาณไม่เป็นไปตามแผน หากผลการเบิกค่าบริการปลายปีเพิ่มมากเกินไปเกินวงเงินเป็นจากการเพิ่มสิทธิประโยชน์ ต้องมีกลไกด้านจัดการงบประมาณเพิ่มเติม เพื่อเยียวยาสถานพยาบาล

2. ในระบบบริการสุขภาพในภูมิภาค ซึ่งดำเนินการโดยสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเกือบร้อยละ 100 นั้น ปรากฏปัญหาโดยสังเขปจากการบริหารงานของ สปสช. มาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัวที่ สปสช. จ่ายให้ต่ำกว่าต้นทุนอย่างมาก เมื่อปี พ.ศ. 2561 มีการศึกษาต้นทุนในหน่วยบริการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าต้นทุนบริการผู้ป่วยในเท่ากับ 13,142 บาทต่อ 1 AdjRW ในขณะที่ สปสช. ยังคงจ่ายในอัตรา 8,350 บาทต่อ 1 AdjRW หรือเพียงร้อยละ 63 ของต้นทุนบริการมาตลอดในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ไม่มีการปรับเพิ่มอัตราจ่ายให้หน่วยบริการแม้ สปสช. จะได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี

- ในปีงบประมาณ 2566 สปสช. คาดการณ์บริการผู้ป่วยในต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เพราะในสถานการณ์วิกฤตโควิด ผู้ป่วยถูกเลื่อนจำนวนมาก มีผู้ป่วยตกค้างจำนวนมาก เมื่อสถานการณ์คลี่คลายยอดบริการผู้ป่วยในจึงสูงขึ้นอย่างมาก สปสช. ไม่เคยมีการประสานกับหน่วยบริการในการประเมินฉกทัศน์การบริการร่วมกัน จึงส่งผลให้การประมาณการในด้านการบริการ และงบประมาณไม่เท่าทันกับสถานการณ์จริง สปสช. ใช้วิธีแก้ปัญหานี้ด้วยวิธีเดิมๆ โดยการตั้งเงินค่าบริการผู้ป่วยในกลับจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 710 แห่ง รวมเป็นเงินกว่า 2,200 ล้านบาท ซึ่งจะเป็นการจ่ายค่าบริการเพียงจำนวน 7,678 บาทต่อ 1 AdjRW (58% ของต้นทุน) โรงพยาบาลที่ให้บริการจำนวนมาก กลับถูกหักเงินคืนมากขึ้น

ทั้งนี้ เมื่อการจ่ายค่าบริการต่ำกว่าต้นทุน ทำให้หน่วยบริการต่างๆประสบปัญหาวิกฤตการเงิน เห็นได้จากโรงพยาบาลเอกชนหนีออกจากระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพเช่นกัน ดังปรากฏจากสถานการณ์วิกฤตโควิดสถานการณ์วิกฤตโควิด หากปล่อยทิ้งไว้เช่นนี้ ในอนาคต จะกระทบต่อบริการที่ให้แก่ประชาชน หน่วยบริการจะไม่สามารถจัดหาอัตราค่าจ้างหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย

- สปสช. ปรับเพิ่มขึ้นตอนที่ไม่จำเป็นในการเรียกข้อมูลจากหน่วยบริการ กำหนดให้ส่งข้อมูลทางคลินิก ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับข้อมูลค่าใช้จ่าย (financial Data) นอกจากจะเป็นภาระแก่เจ้าหน้าที่ ยังเป็นการคุ้มครองกฎหมาย PDPA หรือเพิ่มขึ้นตอนการยืนยันตัวตน (authentication) ข้ำเดิมสถานการณ์การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยบริการ

- สปสช. ประกาศอัตราเบิกจ่าย โดยไม่เคยมีการตกลงร่วมกันกับหน่วยบริการ สปสช. ไม่คำนึงถึงต้นทุนที่โรงพยาบาลแต่ละระดับที่แตกต่างกัน ไม่เคยคำนึงถึง STAKEHOLDER ในระบบบริการ ดังปรากฏในหลายรายการที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดหาได้ หรือไม่ประกาศอัตราค่าบริการที่หน่วยบริการให้บริการเป็นประจำอยู่แล้ว

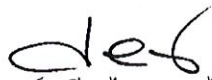
ทางเครือข่ายสถานพยาบาลฯ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- ก. ใช้เงินจากกองทุนรายได้สูง (ต่ำ) กว่ารายจ่ายสะสม เนื่องจากเป็นการให้บริการเกินเป้าหมายจริง
- ข. ค่ารักษาส่วนที่เกินจากการประมาณการ สปสช. ควรแสดงความรับผิดชอบและมีมาตรการในการจัดหางบประมาณมาชดเชยให้หน่วยบริการ มิใช่ผลักภาระให้หน่วยบริการดังที่เคยปฏิบัติมาเป็นประจำ
- ค. สปสช. ต้องลงบัญชีเป็นลูกหนี้ของโรงพยาบาลจากเงินที่เคยเรียกคืน มิใช่ลงบัญชีว่าโรงพยาบาลเป็นลูกหนี้ของ สปสช. ดังเช่นปัจจุบัน
- ง. สปสช. ต้องลดขั้นตอน และลดการกำหนดข้อมูลที่มาเกินความจำเป็น รวมทั้งลดขั้นตอนเหลือเท่าที่จำเป็น เพื่อลดภาระของหน่วยบริการและลดการส่งชุดข้อมูลหลายระบบ โรงพยาบาลทุกแห่งจัดส่งข้อมูลผ่านกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น
- จ. สปสช. ต้องกำหนดรายการและอัตราจ่ายตามระบบ Fee Schedule ให้เหมาะสม ปัจจุบันมีรายการที่ไม่ครบ ทั้งรายการยาบัญชียาหลัก รายการอุปกรณ์เวชภัณฑ์การแพทย์ รายการหัตถการที่จำเป็น ให้มีระบบการเพิ่มเติมรายการและอัตราเบิกจ่ายที่รวดเร็วและเป็นธรรม รายการใดที่ยังไม่ได้ถูกกำหนด ให้กำหนดวิธีการเบิกจ่ายที่เหมาะสม มิใช่การใช้วิธีปฏิเสธการเบิกจ่ายทั้งรายการที่เรียกว่า ดิด C

3. สนับสนุนและขอให้เร่งรัดจัดตั้งเครือข่ายสถานพยาบาลฯ หรือ Provider Board ซึ่งเป็นผู้ให้บริการจริง เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศให้มีความโปร่งใส และดำรงอยู่อย่างยั่งยืนต่อไปได้ มีการถ่วงดุลอำนาจระหว่างกองทุนและหน่วยบริการ ใช้ข้อมูลการบริการจริงในการคำนวณวงเงินงบประมาณ บนหลักความสมเหตุผลทางการแพทย์ รวมไปถึงความสมเหตุผลทางการเงิน ไม่ถ่ายโอนความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงทางการเงินไปให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอย่างไม่มีธรรมาภิบาลหรือสมเหตุผล หรือไม่ผ่านการตกลงร่วมกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการเป็นการเร่งด่วน จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



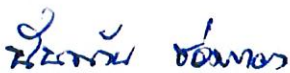
(นายแพทย์เกรียงไกร นามโรธง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
ประธานชมรมโรงพยาบาลสถาบันกรมการแพทย์



(นายแพทย์อนุกุล ไทยถนันทน์)

ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป



(แพทย์หญิงนันทวัน ชุ่มทอง)
นายกสมาคมคลินิกชุมชนอบอุ่น



(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ สีลาอุดมลิปิ)

ประธานคณะกรรมการอำนวยการเครือข่าย
โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

เอกสาร 1 การบริการสุขภาพของผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสุขภาพ(บัตรทอง)ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานการณ์

การบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก(OP) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ คือ ส่วนที่ 1 Central reimbursement (CR) และส่วนที่ 2 จัดสรรให้หน่วยบริการตามรายหัวประชากร เดิมบริหารเงินส่วนที่ 2 ด้วย Model 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข(ศบส.) คลินิกต่างเป็นหน่วยบริการประจำรับเงินจัดสรรและควบคุมค่าใช้จ่ายในวงเงินของหน่วยบริการเอง ในปีงบประมาณ 2564 เริ่มปรับมาใช้ Model 5 เครือข่ายพวงบริการ ศบส. สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครเป็นแม่ข่าย (Area manager) และมีคลินิกเป็นลูกข่าย ควบคุมวงเงินของเครือข่ายด้วยระบบ fee schedule และมี point system ควบคุมอีกชั้นหนึ่ง

ในปี 2566 มีเงินส่วนที่ 2 จำนวน 2,682.86 ล้านบาท สปสช.จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกให้ ศบส และคลินิกในเดือน ต.ค.65-มค.66 point ละ 1 บาท ก.พ.66-ก.ย.66 จ่าย point ละ 0.7 บาท จ่ายให้ รพ.รับส่งต่อ (OP Refer) point ละ 1 บาทตลอดทั้งปี เมื่อสิ้นปีงบประมาณ สปสช ทำการคำนวณใหม่ ต้องจ่ายให้ รพ.รับส่งต่อ 1,900.92 ล้านบาท มีเงินเหลือนำมาจ่ายค่าบริการให้ ศบส.และคลินิก 784.94 ล้านบาท ในขณะที่มีการเบิกค่าบริการ 1,345.59 ล้านบาท ทำให้คลินิกได้รับเงินชดเชยค่าบริการ point ละ 0.57 บาท สปสช. มองว่ามีการจ่ายเงินให้หน่วยบริการเกินกว่าวงเงินที่กำหนดรวม 290.85 ล้านบาท

ในปี 2567 พบว่า ต.ค.66-มค.67 มีการใช้เงินส่วนที่ 2 ไปแล้วมากกว่าครึ่งหนึ่ง จึงมีแนวโน้มว่าในปีจะมีปัญหาเช่นเดียวกันปี 2566

ปัญหาการบริหารเงินของ Model 5 ในปี 2566

1. วงเงินค่าบริการส่วนของ OP Refer สูง เนื่องจากอัตราค่าบริการ Fee schedule ที่กำหนดมีจำนวนรายการน้อยเกินไปและอัตราค่ายาบางรายการต่ำจนสำนักอนามัยและคลินิกไม่สามารถซื้อได้ ทำให้คลินิกจำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาล และเมื่อ รพ.ส่งผู้ป่วยกลับ คลินิกาก็ไม่มียาจึงต้องส่งต่อไปเรื่อยๆ ทั้งนี้ก่อนการใช้ Model 5 คลินิกสามารถจ่ายยาอะไรก็ได้

2. วงเงินค่าบริการของ ศบส และคลินิกสูง เนื่องจากเครือข่ายพวงบริการเดียวกันสามารถรักษาผู้ป่วยแทนกันได้ ไม่มีระบบตรวจสอบการจ่ายยาซ้ำซ้อน และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ใน กทม.ได้รับการปรับตามต้นทุนของ กทม. ที่สูงกว่าต่างจังหวัด

3. ศบส. สำนักอนามัยมอบ สปสช.บริหารเงินแทน สปสช.กทม.บริหารเงินของแต่ละเครือข่ายพวงบริการรวมกันทั้งหมด ทำให้คลินิกที่ส่งต่อน้อยได้รับผลกระทบจากคลินิกและ ศบส.ที่ส่งต่อมากเท่าๆกัน

4. เมื่อ สปสช. ไม่มีระบบให้ตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินเหมือนตอนที่ใช้ Model 2

ข้อเสนอเพื่อแก้ไขปัญหา

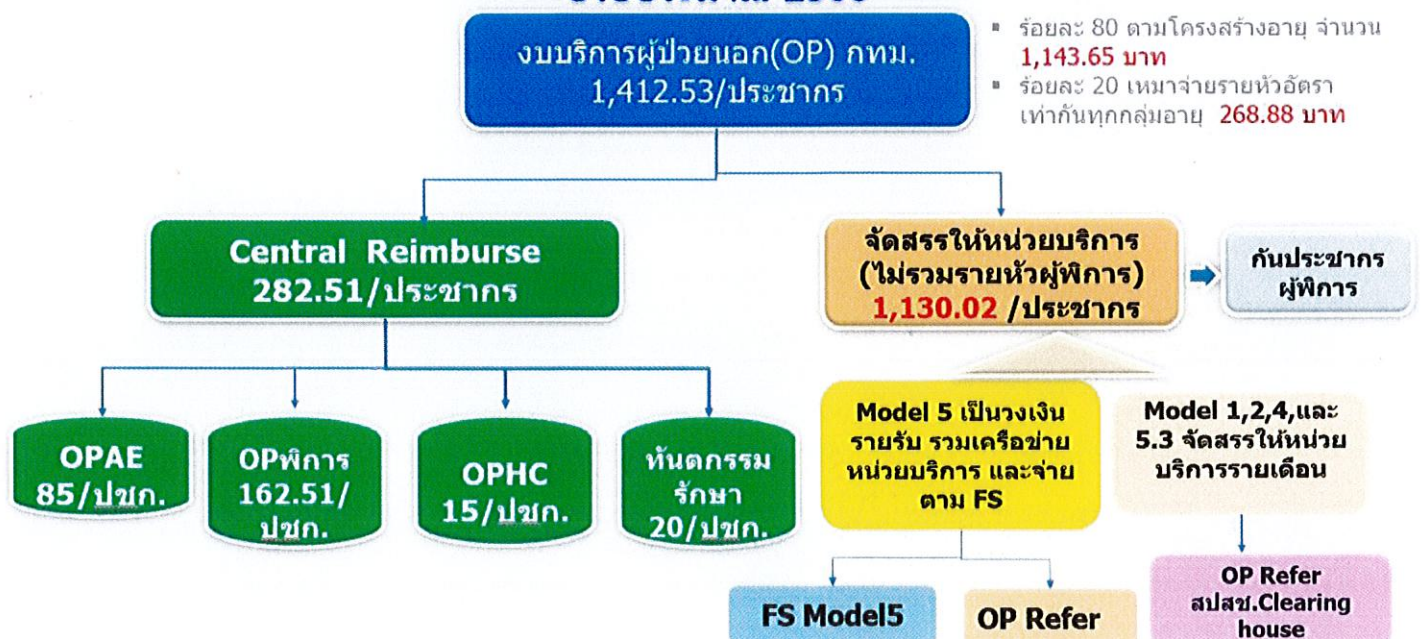
1. สปสช. ควรจัดกลไกการรับผิดชอบผลจากการประเมินวงเงินและการบริหารผิดพลาด และถ้าผลการเบิกค่าบริการปลายปีเพิ่มมากเกินไปเกินวงเงินจากการเพิ่มสิทธิประโยชน์ สปสช. ต้องของบประมาณเพิ่มเติมเพื่อเยียวยา
2. การตั้ง Provider board เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย มีการถ่วงดุลย์อำนาจระหว่างกองทุนและหน่วยบริการ ใช้ข้อมูลการบริการจริงในการคำนวณวงเงิน
3. หยุดใช้ Model 5 ใน กทม กลับไปใช้ Model 2 โดยเร็ว และจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกให้เพียงพอสำหรับการบริการอีก 8 เดือนที่เหลือในปีงบประมาณ 2567 และจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราปกติ
4. รมต.ระวางการขยายการบริหารที่มีลักษณะคล้าย Model 5 ออกไปนอก กทม

สะท้อนปัญหาในระบบบริการผู้ป่วยบัตรทองใน กทม

ผศ.พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 13

- การบริหารงบค่าบริการผู้ป่วยนอกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ คือ
 - ส่วนที่ 1 Central reimbursement (CR)
 - ส่วนที่ 2 จัดสรรให้หน่วยบริการบริหารเงิน
- ปีงบประมาณ 2564 ปรับวิธีการบริหารงบส่วนที่ 2 จาก Model 2 เป็น Model 5
 - Model 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข(ศบส.) คลินิกชุมชนอบอุ่นต่างเป็นหน่วยบริการประจำ ทำการรักษา-ส่งต่อภายในวงเงินที่ได้รับจัดสรร
 - Model 5 เครือข่ายพวงบริการ ศบส.เป็นหน่วยบริการประจำแม่ข่าย-คลินิกฯเป็นลูกข่าย
 - หน่วยบริการต่างๆเบิกเงินชดเชยค่าบริการตามจริง ยึดหลักการ global budget (งบประมาณปลายปี) ควบคุมวงเงินด้วยระบบ fee schedule และ point system
 - เครือข่ายพวงบริการเดียวกันจะรับผิดชอบประชากรร่วมกัน สามารถรักษาผู้ป่วยแทนกัน และส่งต่อผู้ป่วยแทนกันได้

กรอบการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2566



การบริการผู้ป่วยนอก Model 5 เครือข่ายพวงบริการ ศบส-คลินิก

1. ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 69 แห่ง เป็นหน่วยบริการประจำแม่ข่าย (Area manager) ของพวงบริการ รับผิดชอบประชากรในพื้นที่และได้งบที่จัดสรรของเครือข่ายพวงบริการเพื่อบริหารจัดการจ่ายไปยังลูกข่าย
2. ศบส. สำนักอนามัย มีข้อจำกัดด้านบุคลากรไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ รับคลินิกชุมชนอบอุ่น (คลินิกเอกชน) เข้ามาเป็นพวงบริการ
3. ศบส. สำนักอนามัย ขาดบุคลากรสายงานการเงินและพัสดุ มอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่บริหารเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกรายหัว
4. สปสช.13 ทำหน้าที่เชิญชวนคลินิกเอกชนเข้าร่วมการให้บริการ และเป็นคู่สัญญา กับคลินิกชุมชนอบอุ่น (สัญญาต่ออัตโนมัติทุกปี กรณียกเลิกสัญญาคลินิกเอกชนต้องแจ้งล่วงหน้า 6 เดือน)

หลักการ global budget งบประมาณปลายปี ควบคุมการใช้จ่ายด้วยระบบ Fee schedule และ Point system

1. อัตราค่าบริการ Fee schedule ใน กทม ปี 2566 จำนวน 937 รายการ เป็นรายการยาประมาณ 400 รายการ อัตราค่ายาบางรายการต่ำ สำนักอนามัยและคลินิกเอกชนไม่สามารถซื้อในราคาที่กำหนด ทั้งนี้มีการปรึกษาคณะกรรมการเภสัชกรรมแล้ว ทางองค์การเภสัชกรรมเห็นว่าอัตราค่ายาบางรายการการต่ำจริง
2. สปสช.กทม บริหารเงินที่ได้รับจัดสรร ปี 2566 (OP global budget: OPGB : 2,682.86 ล้านบาท) ของแต่ละเครือข่ายพวงบริการรวมกันทั้งหมด และคำนวณยอดสะสมครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นปีเพื่อสรุปยอดการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก ดังนี้
 - 2.1 จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการรับส่ง (OP Refer) ก่อน โดยจ่ายอัตรา Fee schedule (point ละ 1 บาท) กรณีไม่กำหนดรายการไว้จ่ายตามจริง ปี 2566 รวม 1,900.92 ล้านบาท
 - 2.2 จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการประจำ (OP fee schedule: OPFS) จากเงินที่เหลือ OPGB หักลบด้วย OP refer นำมาคำนวณสัดส่วน มีข้อกำหนด point point ละไม่เกิน 1 บาท โดยไม่มีการกำหนดอัตราจ่ายขั้นต่ำ
3. ผลการคำนวณเงินทั้งหมดเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2566 หน่วยบริการประจำจะได้รับเงินค่าบริการ รวมกันไม่เกิน 784.94 ล้านบาท (หน่วยบริการใหม่ปี 66 จ่าย point ละ 0.7 หน่วยบริการเก่า ก่อนปี 66 จ่าย point ละ 0.57 บาท)
4. ที่ผ่านมา สปสช ทำการจ่ายเงิน ต.ค.65-ม.ค.66 จ่าย point ละ 1 บาท ก.พ.66-ก.ย.66 จ่าย point ละ 0.7 บาท สปสช. มองว่ามีการจ่ายเงินให้หน่วยบริการเกินกว่าวงเงินที่กำหนด จึงแจ้งหนี้ ศบส.และคลินิก รวมทั้งหมด 290.85 ล้านบาท

การเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วย กรณี Model 5 ปีงบประมาณ 2566

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	หมายเหตุ
1. Global budget ปีงบประมาณ 2566	2,685.86	
2. จ่ายชดเชยค่าบริการกรณีส่งต่อ ปี 66	1,900.92	
2.1 ในจังหวัด กทม.	1,881.95	
2.2 ช้ามจังหวัด กทม.	18.97	(ขาดเงิน 1,345.59 - 784.94 = 560.65 ล้าน)
3. คงเหลือจ่ายการตามจ่าย OP Refer	784.94	ข้อ 1 ลบ ข้อ 2
4. ค่าบริการตาม OP Fee Schedule (หน่วยบริการใหม่+เก่า เบิกรวม)	1,345.59	Point ละ 1 บาท
5. ค่าบริการตาม OP Fee Schedule ให้หน่วยบริการใหม่ (เบิก 82.61 ลบ)	60.95	จ่ายเดือน ต.ค.65-ม.ค.66 Point 1 บาท ก.พ.-ก.ย.66 Point ละ 0.7
6. คงเหลือวงเงินสำหรับจ่ายหน่วยเก่า (เบิก 1,262.98 ลบ)	724.99	ข้อ 3 ลบ ข้อ 5
7. ค่าบริการตาม OP Fee Schedule ของหน่วยเก่า	1,262.98	Point ละ 1 บาท
8. จ่ายค่าบริการ Fee schedule Point สำหรับหน่วยเก่า	0.57	ข้อ 6 ทหาร ข้อ 7

หัก Point 0.3 ³ไปแล้ว = 560.65 - 290.85 = 269.8 ล้านบาท (กท.๖๖-กย.๖๖ จ่าย 0.7)

สรุปผลการคำนวณปิด Global budget ค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณี Model 5 ปีงบประมาณ 2566

[ล้านบาท]

ประเภทหน่วย	จำนวน (แห่ง)	[1]	[2]	[3]	[4]=[2]-[3]
		ค่าบริการ OPFS อัตรา 1 บาท /point	จำนวนเงินรายรับ FS ต.ค.65-ก.ย.66	จำนวนเงินที่ได้รับ ต.ค.65-ม.ค.66 Point 1 บาท ก.พ.-ก.ย.66 Point ละ 0.7	สรุปเงินที่ต้องจ่าย เพิ่ม/เรียกคืน
หน่วยบริการเก่า	276	1,262.98	719.90	1,010.75	-290.85
หน่วยบริการใหม่	95	82.61	60.95	60.95	0.00
รวม		1,345.59	780.85	1,071.70	-290.85