

วาระที่ 1.2

สรุปมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ 8/2566 วันที่ 3 กรกฎาคม 2566

ครั้งที่ 9/2566 วันที่ 7 สิงหาคม 2566

ครั้งที่ 10/2566 วันที่ 4 กันยายน 2566

นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขต 6 ระยอง

ครั้งที่ 4/2566 วันที่ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566

นางพิทยา สิงห์โตทอง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 8/2566 วันที่ 3 กรกฎาคม 2566

1. ความคืบหน้าการจัดทำข้อตกลงและการตราพระราชกฤษฎีกา ตามมาตรา 9 และมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

1.1 คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2566 มีมติอนุมัติหลักการร่างพระราชกฤษฎีการวม 4 ฉบับ ดังต่อไปนี้

(1) ร่างพระราชกฤษฎีกากำหนดให้ ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการสาธารณสุขอื่น ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต พ.ศ.

(2) ร่างพระราชกฤษฎีกากำหนดให้ ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของกรุงเทพมหานคร ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการสาธารณสุขอื่น ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต พ.ศ.....

(3) ร่างพระราชกฤษฎีกากำหนดให้ พนักงานเมืองพัทยา ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการสาธารณสุขอื่นที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต พ.ศ.

(4) ร่างพระราชกฤษฎีกากำหนดให้ ผู้ประกอบการตน ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการสาธารณสุขอื่นที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต พ.ศ.

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาโดยให้แก้ไขวันใช้บังคับของร่างพระราชกฤษฎีกาทั้ง 4 ฉบับดังกล่าวให้มีผลตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ตามความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้วดำเนินการต่อไปได้

← ความ
เป็นมา

มติที่ประชุม
↓

4.1 รับทราบความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะพิเศษ) เรื่อง การตราพระราชกฤษฎีกากำหนดให้บุคคลใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 9 และมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

4.2 เห็นชอบให้แก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยกำหนดให้สามารถใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ครอบคลุม “ประชากรไทยทุกคน” ทั้งนี้ ให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565

4.3 มอบ สปสช. เสนอร่างประกาศคณะกรรมการฯ ตาม 4.2 เพื่อให้คณะอนุกรรมการด้านกฎหมายพิจารณา และเสนอประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาลงนามต่อไป

4.4 รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

2. (ร่าง) หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการงบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 กรณียงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

ด้วยคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ได้พิจารณาหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการงบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 เสร็จสิ้นแล้ว

คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ได้พิจารณาประเด็นดังกล่าวแล้ว เมื่อวันที่ 26 มิ.ย.66

สรุปงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี **2567** ที่คาดว่าจะได้รับ (ภาพรวมงบประมาณ)



หมายเหตุ : ตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 14 มี.ค.66 ยอดงบประมาณกองทุนฯ ที่ผ่านครม.ภาพรวมงบสาธารณสุข จำนวน 146,223.02 ล้านบาท น้อยกว่าที่เสนอ 674.18 ล้านบาท

สิ่งใหม่ ปี 2567 : รายการใหม่ต่อเนื่องจากปี 66 ซึ่งต้องมึงงบประมาณเพิ่มเติม

ที่	หมวด	รายการ-กลุ่มสิทธิประโยชน์ใหม่	งบประมาณ (ลบ.)
1	CR	ยาจ.2 ใหม่ 6 รายการ (ประกาศเพิ่มปี 66 ขาลง)	288.19
2	CR	ยาโควิดในบัญชียาหลักใหม่	16.30
3	IP	Homeward (Psychosis, ยาเสพติด, palliative care)	355.73
4	IP	Intermediate care (Fracture hip)	36.37
5	CR	การตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ (Lab anywhere)	อยู่ในงบ CR ปฐมภูมิไปได้ทุกที่
6	TTM	ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลัก จ่ายตามรายการบริการ	497.06
7	Disability	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (IMC) แบบผู้ป่วยนอก	64.70
8	PHC	คลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์	19.04
9	PHC	บริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่	7.88
10	PHC	Telehealth สำหรับการรักษา	20.52
11	PHC	Common illness ที่ร้านยา	120.06
12	PHC	บริการเจาะเลือดนอกรพ. บริการตรวจ Lab โดยคลินิกเทคนิคการแพทย์ และบริการเจาะเลือดที่บ้าน	33.31
13	CR	ค่าพาหนะรับส่งต่อฉุกเฉินทางน้ำ	20.87
14	CR	ค่าพาหนะรับส่งต่อหรือรับกลับผู้ป่วยในเพื่อมารักษาต่อเนื่องเป็นบริการผู้ป่วยใน	24.74
15	CR	การปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ	0.66
16	CR	รายการ Instrument ใหม่	338.42
17	ผู้ให้/ผู้รับ	ผู้ให้ได้รับความเสียหายจากการให้บริการติดโควิดและผู้รับได้รับความเสียหายจากวัคซีนโควิด	281.75
18	PP[1]	การตรวจคัดกรองทารกที่มีโครโมโซมผิดปกติในครรภ์ก่อนคลอด (การตรวจทางพันธุกรรม (Non-Invasive Prenatal Testing: NIPT)	
19	PP[2]	การตรวจทางพันธุกรรมเพื่อใช้ในการตรวจวินิจฉัยภาวะพาหะธาลัสซีเมียในคู่สามีภรรยา (การตรวจคัดกรองโดยเทคนิค Hb typing ได้ทันที หลังจากที่ทำหญิงตั้งครรภ์ตรวจ MCV/MCH และ DCIP ให้ผลเป็นบวก โดยไม่จำเป็นต้องรอผลตรวจจากสามี)	12.57
20	PP[3]	ร้านยาบริการ ร่วมจัดบริการ P&P	อยู่ในงบ PP-FS
21	PP[4]	คลินิกเทคนิคการแพทย์ ร่วมจัดบริการ P&P	อยู่ในงบ PP-FS
22	PP[5]	คลินิกพยาบาล ร่วมจัดบริการ P&P ยกระดับห้องพยาบาลในสถานประกอบการ	อยู่ในงบ PP-FS
23	PP[6]	ยกระดับห้องพยาบาลในสถานประกอบการ	อยู่ในงบ PP-FS
24	PP[7]	การขยายกลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	225.57
25	PP[8]	การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี	455.67
รวมงบประมาณ สิทธิประโยชน์ใหม่			2,819.39

(ร่าง) ข้อเสนอองบกกองทุนฯ ปี 2567 – ภาพรวมงบประมาณ

รายการ	ปี 2565 [ได้รับ]	ปี 2566 [ได้รับ]	ปี 2567 [ข้อเสนอ]	ผลต่าง67กับ66 ได้รับ	% growth	งบประมาณสำหรับ UC	งบประมาณสำหรับ Non UC
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	158,294.4233	161,602.6675	164,012.5522	2,409.88	1.5%	164,012.5522	-
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายราย							
- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) *	3,329.22	3,385.98	3,440.51	54.53	1.6%		
- ประชากรสิทธิ (ล้านคน)	47.547	47.727	47.671	(0.06)	-0.1%		
กลุ่ม B - ค่าบริการอื่นๆ นอกงบเหมาจ่าย	16,463.7963	16,681.2712	20,238.0477	3,556.7765	21.3%	20,059.9193	178.1284
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย	3,768.1088	3,978.4785	4,084.5452	106.0667	2.7%	3,906.4168	178.1284
เอ็ดส์							
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,731.3395	9,952.1756	12,953.3111	3,001.1355	30.2%		
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษา	1,154.7800	1,071.4748	1,197.6157	126.1409	11.8%		
โรคเรื้อรัง (DM/HT และจิตเวชเรื้อรัง							
ในชุมชน)							
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับ	1,490.2880	1,490.2880	1,490.2880	-	0.0%		
หน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่							
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับ	319.2800	188.8543	512.2877	323.4334	171.3%		
การบริการระดับปฐมภูมิ							
กลุ่ม C - รายการใหม่/แยกมาจากเหมา	24,133.5698	25,856.0891	28,199.2264	2,343.14	9.1%	20,876.2810	7,322.9454
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กร	2,769.9300	2,772.0000	2,550.6010	(221.40)	-8.0%	1,818.3235	732.2775
ปกครองส่วนท้องถิ่น							
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มี	990.1080	1,265.6460	1,526.4000	260.75	20.6%	1,337.4540	188.9460
ภาวะพึ่งพิงในชุมชน							
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุน			530.7120	530.71	100.0%	378.3446	152.3674
พื้นจังหวัด							
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้	283.0300	437.3360	603.3330	166.00	38.0%	603.3330	-
9 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและ	19,265.4218	21,381.1071	22,988.1804	1,607.07	7.5%	16,738.8259	6,249.3545
ป้องกันโรค							
รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A+B+C)	198,891.7894	204,140.0278	212,449.8263	8,309.7985	4.1%	204,948.7525	7,501.0738
เงินเดือนภาครัฐในระบบ	58,341.5954	61,842.0911	65,552.6166	3,710.5255	6.0%		
คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้	140,550.1940	142,297.9367	146,897.2097	4,599.2730	3.2%	140,995.8203	5,901.3894

หมายเหตุ : ตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 14 มี.ค.66 ยอดงบประมาณกองทุนฯ ที่ผ่านกรม.ภาพรวมงบสาธารณสุข จำนวน 146,223.0250 ล้านบาท น้อยกว่าที่เสนอ 674.18 ลบ.

(ร่าง) ข้อเสนอongบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ปี 2567

ประเภทบริการ	ปี 2565 [ได้รับ]	ปี 2566 [ได้รับ]	ปี 2567 [ข้อเสนอ]	ผลต่าง67 > ปี66ได้รับ	ผลต่าง67 > ปี66ได้รับ
	บาทต่อหัว	บาทต่อหัว	บาทต่อหัว	บาทต่อหัว	%
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,305.07	1,344.40	1,344.40	-	0.0%
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.5	1,460.59	1,477.01	1,477.01	-	0.0%
3. บริการกรณีเฉพาะ	395.14	399.49	449.58	50.09	12.5%
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	463.44	506.07	535.73	29.66	5.9%
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.73	17.23	10.50	(6.73)	-39.1%
6. บริการแพทย์แผนไทย	19.00	19.16	30.33	11.17	58.3%
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลง	128.69	128.69	128.69	-	0.0%
8. เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	5.95	9.16	12.66	3.50	38.2%
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00	-			
รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว (แบบเดิม)	3,798.61	3,901.21	3,988.90	87.69	2.2%
รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว(แบบใหม่) P&Pและเงินช่วยเหลือ ไปรายการนอกเหมาจ่าย	3,329.22	3,385.98	3,440.51	54.53	1.6%

หมายเหตุ : 1) ข้อ 5 ปรับงบบริการฟื้นฟูโดยความร่วมมือกับอบจ. ไปอยู่ในรายการงบนอกเหมาจ่ายรายหัว
2) ข้อ 6 บริการแพทย์แผนไทย ปรับการจัดสรร แยกจากการผูกกับงบบเหมาจ่ายรายหัว

(ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 7 ก.พ.65)

- 1) เห็นชอบขอเสนอแนวทางการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ทั้งหลักการ ทางเลือกรูปแบบการจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2) หลักการ รพ.สต. ยังคงสถานะเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ.แล้ว
- 3) ทางเลือกรูปแบบการจัดสรร งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3.1) จัดสรรงบผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP) แบบที่ดำเนินการอยู่
 - 3.2) โอนงบประมาณตรงให้ รพ.สต. ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ (แบบที่ดำเนินการกรณี สปลช.เขต 13 กทม.)
 - 3.3) ทางเลือกอื่นๆ (ถ้ามี)ทั้งนี้ สามารถเลือกทางเลือกใด โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการเหมือนกันทุกแห่ง

ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 67 (1) “ในهماจ่าย”

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
<p>ผู้ป่วยนอก OP (1,344.40 บาท/ปชก.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) สปสช. จัดระบบ Single data clearing system และบูรณาการร่วมกับระบบข้อมูลมาตรฐานบริการสาธารณสุขของ กสร.เพื่อคืนข้อมูลให้กับหน่วยบริการและประชาชน 2) สปสช. เชื่อมข้อมูลหน่วยบริการเพื่อลดภาระการส่งข้อมูลของหน่วยบริการ 3) มีระบบการตรวจก่อนจ่ายกรณีการเบิกตามรายการบริการ Fee Schedule 4) พิจารณาจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการผู้ต้องขังเป็นการเฉพาะ 5) พิจารณาจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการทันตกรรมรักษา ตามข้อเสนอของ กสร. 6) พิจารณาจัดสรรงบประมาณ กรณี รพ.สต.ถ่ายโอนไปอบจ.ตามข้อตกลง
<p>ผู้ป่วยใน IP (1,477.01 บาท/ปชก.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพิ่มการจ่ายสำหรับบริการ Home Ward ตามระบบ DRG จาก 7 โรค เป็น ครอบกลุ่มผู้ป่วย 10 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) UTI 2) Pneumonia 3) Bedsore และ 4) Post op Appendectomy 5) Hyperglycemia in DM 6) Severe Hypertension 7) Covid-19 8) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 9) โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด 10) ความผิดปกติทางอารมณ์ 2) กรณีบริการสำรองเตียง <ul style="list-style-type: none"> • ใช้กลไก 1330 ช่วยประสานส่งต่อ หาเตียงเพื่อลดภาระงานแพทย์ที่รพ. • กรณีทุกพื้นที่มีปัญหาการจ่ายในกรณีบริการเดียวกัน จะพิจารณาปรับให้เป็นอัตรากลางเดียวกัน

ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 67 (2) “ในهماจ่าย”

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
กรณี เฉพาะ CR (449.58 บ./ปชก.)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับกระบวนการ พัฒนา/ทบทวน/ปรับรายการ/ปรับอัตราค่าบริการ FS อย่างมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ ราชวิทยาลัย ต่างๆ ทั้งระบบ 2) เพิ่มกลไกการพิจารณากำหนดอัตราจ่ายกรณีบริการที่ต้องการความเชี่ยวชาญสูง 3) ปรับระบบการจัดสรรงบประมาณในบริการมะเร็งตามข้อเสนอการนำาราคาแพงเข้าระบบ ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่ 4) ขยายบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ (Lab anywhere) 5) ค่าพาหนะรับส่งต่อฉุกเฉินทางน้ำ 6) ค่าพาหนะรับส่งต่อหรือรับกลับผู้ป่วยในเพื่อมารักษาต่อเนื่องเป็นบริการผู้ป่วยใน 7) การปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSEAK) และการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นหลังชนิด DMEK สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ 8) รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมใหม่ เช่น กรรไกรสำหรับตัดน้ำวุ้นลูกตา (Intraocular scissor) 9) เพิ่มการจ่ายค่ายาโควิดในบัญชียาหลักใหม่ 10) เพิ่มการจัดซื้อ Colostomy ตามบัญชีนวัตกรรม 11) บูรณาการจ่ายบริการ OP-AE, OP refer, OP anywhere, IP-Instrument ภายใต้ระบบงบประมาณแบบปลายปิด 12) ปรับการจ่ายบริการ Palliative care

ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 67 (3) “ในهماจ่าย”

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
<p>ฟื้นฟูฯ (10.50 บ./ปชก.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไปอยู่ในหมวดค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ปรับอัตราจ่ายชดเชยค่าบริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด สำหรับผู้ป่วย IMC ใน 4 กลุ่มโรค Stroke, Traumatic brain injury , Spinal Cord injury และ fragility fracture hip จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อครั้ง และค่าบริการทางการแพทย์ เพิ่มเติมสำหรับการให้บริการที่บ้าน ในกรณีมีข้อจำกัดในการเดินทาง จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง
<p>แผนไทย (30.33 บ./ปชก.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) แยกจากการผูกกับงบเหมาจ่ายรายหัว เป็นการจ่ายเฉพาะแพทย์แผนไทย 2) ปรับการจ่ายรายการยาสมุนไพร 97 รายการ (รวมกัญชา) เป็น Fee Schedule แบบ Point system within Global เพื่อสนับสนุนภูมิปัญญาของไทยและเพิ่มการเข้าถึงบริการยาสมุนไพร 3) ทบทวนราคาการจ่ายรายการยาสมุนไพรตามราคากลาง

ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 67 (4) “ในهماจ่าย”

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
<p>ค่าเสื่อม (128.69 บ./ปชก.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ในพื้นที่เขตสุขภาพ 1,4,9,12 จัดสรรลงเขต 100% กรณีเขตอื่นจัดสรรตามสัดส่วนเดิมเหมือนปี 66 2) ใช้กลไกเขตพิจารณาอนุมัติ กำกับติดตามการใช้จ่ายเชิงประสิทธิภาพและประสิทธิผล และรายงานต่อ กกก. 7x7 และอนุบริหารกองทุนฯ ทราบ 3) รับข้อเสนอการจัดสรรงบประมาณ กรณี รพ.สต.ถ่ายโอน
<p>การปรับลดค่าแรง (65,552.62 ลบ.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับแนวทางการปรับลดค่าแรงของหน่วยบริการในเขต 13 กทม. ให้เป็นไปตามแนวทางที่สปสช.กำหนด 2) รับข้อเสนอการปรับลดสัดส่วนค่าแรง ให้เป็นไปตามการจ่ายจริง และสอดคล้องกับสัดส่วนการเพิ่มของงบเหมาจ่ายรายหัว ของกสร.

ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 67 (5) “นอกเหนือจากง่าย”

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
บริการ HIV/AIDS (4,084.55 ลบ.)	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพิ่มบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ด้วย HIV-Self test 2) ปรับการจ่ายบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี : ขยายความครอบคลุม PEP/ PrEP
ไตวายเรื้อรัง CKD (12,953.31 ลบ.)	<ol style="list-style-type: none"> 1) คงหลักการให้ประโยชน์ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ผู้ป่วยสามารถร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไตร่วมกับแพทย์ 2) เพิ่มทางเลือกกับหน่วยบริการที่ประสงค์จะใช้ระบบจัดหัตถ์กรองในลักษณะ single use 3) ขยายเป้าหมายบริการ APD ในระหว่างปีได้ ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่ โดยเฉพาะ ผป.ที่อยู่พท.ห่างไกล และกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาในการดำรงชีวิตหากไม่ได้รับ APD เช่น เด็ก วัยทำงาน และผส. 4) เพิ่มทางเลือกในการจ่ายชดเชยเป็นค่าใช้จ่าย กรณีน้ำยาล้างไต PD และ APD 5) ส่งเสริม สนับสนุน เน้นการใช้ EPO ที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรมที่ผลิตในประเทศไทย ซึ่งมีราคาถูกกว่า 6) เพิ่มหน่วยบริการล้างไต โดยเฉพาะหน่วยบริการ HD และหน่วยวางสายในระบบให้เพียงพอ 7) สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการ ในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยสนับสนุนค่าบริการต่อเดือนเพิ่มเติม

ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 67 (6) “นอกเหนือจ่าย”

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
บริการควบคุมป้องกันโรค เรื้อรัง DMHT (1,123.99 ลบ.)	1) เน้นการจ่ายเพื่อผลลัพธ์ในกลุ่ม DM type1 กลุ่ม GDM และกลุ่ม PDM และปรับการจ่ายเป็นรายงวด 2) ปรับการจ่ายในกลุ่ม DM type II และ HT ตามรายการบริการ เพื่อกระตุ้นให้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นตามมาตรฐาน 3) จัดระบบข้อมูลเพื่อกำกับติดตามการเข้าถึงบริการ รวมถึงคุณภาพบริการ 4) ขยายบริการ DM Type I ไปยังหน่วยบริการทุกแห่ง
บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (73.63 ลบ.)	พิจารณาร่วมกับกรมสุขภาพจิตใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) คงการจ่ายให้หน่วยบริการที่เลี้ยง และทบทวนปรับการจ่ายตามผลงานบริการในหน่วยที่จัดบริการ 2) ปรับรูปแบบบริการโดยเน้นเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชน และใช้งบประมาณจากท้องถิ่นสนับสนุน 3) พิจารณาเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชตามจริง ร่วมกับเป้าหมายโควตาเขตที่มีอยู่
บริการระดับปฐมภูมิ PHC (512.29 ลบ.)	1) ปรับจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดตาม พรบ.ปฐมภูมิฯ (การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างแพทย์และปชช. โดยมีระบบการบันทึก EMR ระบบ Authentication ระบบ AI Audit) 2) เพิ่มการให้บริการตามกลุ่มโรค หรืออาการ (Common illness) ที่ร้านยา 3) เพิ่มการเข้าถึงบริการ กรณีสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ร้านยา และคลินิกพยาบาล 4) เพิ่มนวัตกรรมบริการ เพื่อลดความแออัดในรพ. และลดภาระการบันทึกข้อมูลแพทย์ที่ รพ. เช่น Telehealth สำหรับการติดตามอาการและการรักษา, ส่งยาไปที่บ้าน, การตรวจ Lab นอกหน่วย, บริการเจาะเลือดที่บ้าน, บริการพยาบาลในคลินิกพยาบาล, รับยา/บริการที่ร้านยา, บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ เป็นต้น

ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 67 (7) “นอกเหนือจ่าย”

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
<p>งบประมาณทั้ง 3 บริการ เป็นการดำเนินงานร่วมกับ อปท. โดยการกำหนดสัดส่วนบริการและการสมทบ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด สอดคล้องตามมติกรม.เมื่อวันที่ 1 ก.พ.65 ให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบ LTC</p>	
<p>1. บริการสาธารณสุขร่วมกับท้องถิ่น (2,550.60 ลบ.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับการจัดสรร เมื่อแผนการเงิน และแผนงานหรือโครงการได้รับการอนุมัติจาก กกก.กองทุนท้องถิ่นฯ แล้ว 2) กรณีเงินเหลือ หาก อปท. ได้รับเงินสนับสนุนฯ ไม่เพียงพอและมีความประสงค์ขอรับค่าบริการเพิ่มเติม สปสช.เขต อาจพิจารณาจัดสรรเพิ่มได้ ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ 3) ปรับจ่ายเพื่อค้นหาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
<p>2. บริการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (1,526.40 ลบ.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพิ่มการใช้งบ Matching fund จ้างนักบริบาลชุมชนเพื่อดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) ปรับการจ่ายตามจำนวนผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดทำ Care plan 3) เพิ่มจำนวนกองทุนตำบลเข้ามาในระบบเพื่อจัดบริการ LTC และขับเคลื่อนให้หน่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตเข้ามาในระบบมากขึ้น
<p>3. บริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด (530.71 ลบ.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) จัดสรรเมื่อแผนการเงิน แผนงานหรือโครงการที่ได้รับการอนุมัติจาก กกก.กองทุนฟื้นฟูฯ แล้ว 2) ขยายการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ 3) ขยายความครอบคลุมไปยังผู้มีสิทธิตามพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 67 (8) “นอกเหนือจากจ่าย”

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
<p>เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (603.33 ลบ.)</p>	<p>1) รวมเงินช่วยเหลือผู้ให้ที่เสียหายจากการให้บริการผู้ป่วยโควิด ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนโควิด</p>
<p>บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP (22,988.18 ลบ.)</p>	<p>1) ทบทวนรายการบริการ FS กำหนดจ่ายชุดรายการบริการเดี่ยวเหมือนกันทุกเขต และให้มีระบบการพิสูจน์ตัวบุคคล เพื่อใช้ตรวจสอบการจ่าย</p> <p>2) รวมบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดทุกราย บริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก บริการคัดกรองโควิด 19 และบริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter ในงบเหมาจ่ายรายหัว</p> <p>3) พัฒนารูปแบบการจ่าย และขยายหน่วยร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการประชาชน</p> <p>4) เพิ่มสิทธิประโยชน์ใหม่ เช่น วัคซีนไอกรนในหญิงตั้งครรภ์</p> <p>5) พิจารณาจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการผู้ต้องขังเป็นการเฉพาะ</p> <p>6) พิจารณาจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการทันตกรรมป้องกัน ตามข้อเสนอของ กสธ.</p>
<p>ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (10,782.47 ลบ.)</p>	<p>1) ใช้กลไกคชง.กำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขให้ได้ราคาที่เหมาะสม ก่อนเสนอแผนการจัดหาต่อคณะกรรมการหลักฯ</p> <p>2) บริหารจัดการ ภายใต้บทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกำหนด</p> <p>3) โอนเงินตามเอกสารแผนการจัดหาและเอกสารการรับสินค้าเข้าคลังแล้ว</p> <p>4) ปรับจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในรายการยาที่หน่วยบริการมีความพร้อม และเป็นไปตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนดฯ</p> <p>5) พิจารณาปรับขดเชยเป็นเงิน และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดหาและภาระงบประมาณ เช่น รายการยาที่ อภ. สามารถผลิตได้</p>

2. (ร่าง) หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการงบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 กรณีงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. รับทราบรายการบริการใหม่ที่ดำเนินการต่อเนื่อง และ สปสช.จะหารือร่วมกับสำนักงานงบประมาณในการจัดสรรงบประมาณไปพลางก่อนๆ เพื่อรองรับการให้บริการต่อเนื่อง ในระหว่างรอพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2567 ทั้งนี้ หากไม่สามารถจัดสรรงบประมาณได้ตามที่ประมาณการให้เสนอคณะกรรมการเพื่อขออนุมัติการใช้งบประมาณกองทุนรายการรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม ไปพลางก่อน
2. เห็นชอบในหลักการข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 รายการงบเหมาจ่าย และรายการนอกงบเหมาจ่าย ตามร่างประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ปี 2567 ตามที่เสนอ
3. มอบ สปสช.เตรียมการเพื่อดำเนินการ หากมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการใช้งบประมาณไปพลางก่อน ในระหว่างที่พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ยังไม่ประกาศใช้บังคับ
4. มอบคณะกรรมการด้านกฎหมายพิจารณารายละเอียด (ร่าง) ประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2567 เพื่อเตรียมประกาศใช้ หากวงเงินงบประมาณและนโยบายจากรัฐบาลใหม่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ให้เสนอประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาลงนามต่อไป
5. เห็นชอบให้ สปสช.ปรับปรุงประกาศ ระเบียบที่เกี่ยวข้องที่ไม่มีผลกระทบแม้จะมีการปรับปรุงนโยบายใหม่ ให้สอดคล้องกับประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2567
6. มอบ สปสช.ทบทวนการจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ระหว่าง DRGs version 5 ที่ปรับเพิ่มค่า K กับการใช้ DRG Version 6 โดยประเมินว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ หากไม่แตกต่าง อาจพิจารณาประกาศใช้ DRGs Version 6 และเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาต่อไป
7. มอบหมาย สปสช. ดำเนินการจัดทำคำของบประมาณปี 2567 ที่จะเสนอใหม่ โดยเสนอคำของบประมาณต่อคณะรัฐมนตรีแทนคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้สร้างความมั่นใจว่า เมื่อหักเงินเดือนบุคลากรภาครัฐแล้ว งบดำเนินการหลักจะไม่ลดลงและควรเพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อฐานะการเงินของหน่วยบริการ
8. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

3. ข้อเสนอการปรับแผนการจัดหา ยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากคณะกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ฯ เมื่อวันที่ 22 มิ.ย.66 มีมติโดยสรุปดังนี้ (1) เห็นชอบในหลักการปรับแผนรายการและวงเงินการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 36 รายการ ภายในวงเงิน 786,785,400 บาท ตามที่เสนอ (2) คณะอนุกรรมการฯ มีข้อเสนอให้ใช้งบประมาณจากเงินเหลือจ่ายรายการและวงเงินการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563-2565 เพื่อดำเนินการตามข้อ 1 และมอบ สปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาอนุมัติต่อไป (3) เห็นชอบให้ยกเลิกแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ฯ ปีงบประมาณ 2566 รายการตัวกรองล้างไตด้วยการฟอกเลือด จำนวน 540,852 ชิ้น วงเงิน 108.1704 ล้านบาท เนื่องจากข้อมูลปริมาณการใช้ของหน่วยบริการต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้

สรุปรายการ-เป้าหมาย-งบประมาณ จำนวน 37 รายการ

ผ่านคณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยาฯ วันที่ 22 มิ.ย.66

คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ วันที่ 26 มิถุนายน 2566

กลุ่มที่ 1 ข้อเสนอรายการที่ราคาและจำนวนไม่เป็นไปตามแผนฯ ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 8 รายการ

- 1.1 เพิ่มราคาต่อหน่วย จำนวน 2 รายการ
- 1.2 ยกเลิกการจัดซื้อในปีงบประมาณ 2566 เนื่องจากมีจำนวนเพียงพอในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1 รายการ
- 1.3 ปรับลดจำนวน เนื่องจากมีจำนวนเพียงพอในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 5 รายการ

กลุ่มที่ 2 ข้อเสนอรายการที่ปรับเพิ่มปริมาณให้เพียงพอในปีงบประมาณ (เดือนก.ย. 66) จำนวน 14 รายการ

กลุ่มที่ 3 ข้อเสนอรายการที่ปรับเพิ่มปริมาณสำหรับรายการที่ให้บริการก่อน 1 ต.ค. 65 จำนวน 14 รายการ (EPO, Stent)

กลุ่มที่ 4 ข้อเสนอยกเลิกแผนการจัดซื้อรายการตัวกรองล้างไตด้วยการฟอกเลือด ปีงบประมาณ 2566 เนื่องจากข้อมูลปริมาณการใช้ของหน่วยบริการต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ จำนวน 1 รายการ

รวมวงเงินเสนอปรับแผน 786,785,400 บาท

ข้อเสนอปรับแผนการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ
ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 37 รายการ

ลำดับ	โครงการ	จำนวนรายการ	วงเงิน-แผนฯ66	วงเงินปรับแผนฯ 66	งบประมาณจัดซื้อ (+/-)	กระทบงบประมาณ
1	จ(2)	7	280,275,900	328,889,000	57,353,800	57,353,800
2	TB	1	10,665,200	16,694,900	6,029,700	6,029,700
3	Stent	7	391,686,450	400,455,800	15,422,100	15,422,100
4	รากฟันเทียม	1	45,600,000	0	-45,600,000	
5	ARVs	4	255,910,800	302,323,200	46,414,000	46,414,000
6	น้ำยาล้างไต	2	1,909,088,800	2,644,067,700	734,978,900	734,978,900
7	EPO	7	0	16,898,700	16,898,700	16,898,700
8	ตัวกรองล้างไต	1	108,170,400	0		
9	วัคซีน	1	2,726,200	3,275,000	548,800	548,800
10	MM01	1	3,017,000	3,965,200	948,400	948,400
11	ถุงยางอนามัย	5	86,586,200	40,377,200	-46,209,000	
	Total	37			786,785,400	878,594,400

4. ข้อเสนอการปรับแผนการจัดหา ยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566

1. เห็นชอบข้อเสนอการปรับแผนรายการและวงเงินการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 36 รายการ ภายใต้วงเงิน 786,785,400 บาท
2. มอบคณะอนุกรรมการจัดหายาและเวชภัณฑ์ฯ พิจารณารายการยาฯ ที่มีความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน และใช้เงินเหลือจ่ายปี 2566 ภายใต้วงเงินงบประมาณ 217.16 ล้านบาท ในการจัดหาจำเป็นเร่งด่วนตามลำดับ หากวงเงินงบประมาณไม่เพียงพอ ให้ใช้ระบบบริหารจัดการเพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์เพียงพอ ในระหว่างรอการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม
3. เห็นชอบให้ยกเลิกแผนการจัดซื้อรายการตัวกรองล้างไตด้วยการฟอกเลือด ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 540,852 ชิ้น ใต้วงเงิน 108.1704 ล้านบาท เนื่องจากข้อมูลปริมาณการใช้ของหน่วยบริการต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ ตามที่เสนอ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)
4. เห็นชอบให้โรงพยาบาลราชวิถี ส่งคืนงบประมาณเหลือจ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 เข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยด่วน เพื่อจัดหายาตามแผนเพิ่มเติมต่อไป
5. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 9/2566 วันที่ 7 สิงหาคม 2566

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 วันที่ 7 สิงหาคม 2566

1. การแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อรองรับจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบคลุม “ประชากรไทยทุกคน”

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2566 ได้มีมติรับทราบผลการตรวจพิจารณาและข้อสังเกตของคณะกรรมการกฤษฎีกา(คณะพิเศษ) เกี่ยวกับการตราพระราชกฤษฎีกากำหนดให้บุคคลใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 9 และมาตรา 10 และให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. ตลอดจนองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามข้อสังเกตของคณะกรรมการกฤษฎีกา(คณะพิเศษ)

คณะอนุกรรมการด้านกฎหมายได้พิจารณาร่างประกาศฯ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ฉบับที่ 3) ซึ่งมีสาระสำคัญรองรับการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับประชากรไทยทุกคนประกอบด้วย 1) ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) การจ่ายค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามแผนและวงเงินการจัดหาที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบ กรณีบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 5) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การดำเนินการ ของ สปสช.

เมื่อทราบมติคณะรัฐมนตรีแล้ว สปสช. ได้เสนอประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566 ที่ผ่านการพิจารณาของคณะอนุกรรมการด้านกฎหมาย เสนอประธาน กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ซึ่งมีสาระสำคัญรองรับการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับประชากรไทยทุกคน ประกอบด้วย

- (1) ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
- (2) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- (3) ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (4) การจ่ายค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามแผนและวงเงินการจัดหาที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบ กรณีบริการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (5) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงนามในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566 เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2566

1. การแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อรองรับจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบคลุม “ประชากรไทยทุกคน”

1. รับทราบมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2566
2. รับทราบการลงนามในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566 ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2566
3. มอบ สปสช.ดำเนินการ
 - 3.1 เร่งรัดการจัดสรรและเบิกจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับประชากรไทยทุกคนที่มีผู้ใช้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจ่ายให้กับหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน
 - 3.2 สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้หน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานหรือองค์กรอื่น และประชาชนรับทราบอย่างกว้างขวาง
 - 3.3 ในการจัดทำคำของบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณต่อไป ให้อ้างตามมาตรา 5 และมาตรา 18(14) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกอบมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2566 ในการเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อมอบหมายให้คณะกรรมการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ครอบคลุมประชากรไทยทุกคนต่อไป
๔. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

2. มาตรการลดภาระบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

จากสถานการณ์ปัญหาภาระงานของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเชื่อมโยงกับการให้บริการสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.จึงได้จัดระบบบริหารจัดการ นวัตกรรมรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ เพื่อสนับสนุนการลดภาระงานของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีมาตรการขั้นต้น ดังนี้

- 1) พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับการเบิกจ่าย
- 2) เชื่อมโยง API ยกเลิกการบันทึกข้อมูล
- 3) ตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
- 4) จัดให้มีกลไกหารือร่วมกับเครือข่ายผู้ให้บริการ ก่อนขยายสิทธิประโยชน์
- 5) ขยายบทบาทของ Contact center 1330 ในการประสานหาเตียงและส่งต่อผู้ป่วย

มติที่ประชุม

รับทราบมาตรการลดภาระบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 10/2566 วันที่ 4 กันยายน 2566

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10/2566 วันที่ 4 กันยายน 2566

1. ข้อเสนอปรับเปลี่ยนแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566
 - 1.1 ข้อเสนอการปรับเปลี่ยนแผนการจัดหา ยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566 (รายการน้ำยาล้างไต, Stent และยา EPO)

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากคณะกรรมการจัดหายาและเวชภัณฑ์ฯ ได้พิจารณารายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน สำหรับปีงบประมาณ 2566 โดยได้จัดทำข้อเสนอการปรับเปลี่ยนแผนการจัดหาพร้อมข้อมูลสรุปรายการ เป้าหมาย และงบประมาณในรายการดังนี้

1. รายการน้ำยาล้างไต จำนวน 2 รายการ
2. รายการ Stent จำนวน 7 รายการ
3. รายการยา EPO จำนวน 7 รายการ

สรุปรายการ-เป้าหมาย-งบประมาณ จำนวน 16 รายการ

- รายการที่ปรับปริมาณให้เพียงพอใช้ในปีงบประมาณ (เดือนก.ย. 66) จำนวน 2 รายการ
- รายการที่ปรับปริมาณสำหรับรายการที่ให้บริการก่อน 1 ต.ค. 65 จำนวน 14 รายการ

กลุ่ม	รายการ	งบประมาณจัดซื้อ (บาท)
1. เพิ่มปริมาณให้เพียงพอใช้ในปีงบประมาณ		
- น้ำยาล้างไต	2	629,112,244.42
2. เพิ่มปริมาณสำหรับรายการที่ให้บริการก่อน 1 ต.ค. 65		
- ขดลวดค้ำยัน (Stent)	7	15,422,100.00
- ยา EPO	7	16,898,700.00
รวม	16	661,433,044.42

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบให้ใช้งบประมาณเหลือจ่ายจากการจัดซื้อยา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 ที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ฯ (รพ.ราชวิถี)ส่งคืนเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 786,785,468.87 บาท สำหรับจัดหาตามแผนเพิ่มเติม เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2566 วงเงินจำนวน 661,433,044.42บาท ประกอบด้วย
 - 1) น้ำยาล้างไต จำนวน 2 รายการ ภายในวงเงิน 629,112,244 บาท เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยปัจจุบันสูงกว่าผู้ป่วยคาดการณ์
 - 2) ขดลวดค้ำยัน (Stent) จำนวน 7 รายการ ภายในวงเงิน 15,422,100 บาท เนื่องจากเพิ่มปริมาณสำหรับให้บริการก่อน 1 ตุลาคม 2565
 - 3) ยา EPO จำนวน 7 รายการ ภายในวงเงิน 16,898,700 บาท เนื่องจากเพิ่มปริมาณสำหรับให้บริการก่อน 1 ตุลาคม 2565
2. มอบเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ฯ (โรงพยาบาลราชวิถี) และมอบ สปสช.ประสานองค์การเภสัชกรรม ในการเร่งรัดเตรียมการ เพื่อเข้าสู่กระบวนการจัดหาตามแผนที่ปรับใหม่โดยเร็ว เพื่อให้มียา เวชภัณฑ์ฯ เพียงพอใช้และไม่กระทบกับการบริการ
3. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10/2566 วันที่ 4 กันยายน 2566

1. ข้อเสนอปรับเปลี่ยนแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566
- 1.2 ข้อเสนอการปรับเปลี่ยนแผนการจัดหา ยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากคณะกรรมการจัดหายาและเวชภัณฑ์ฯ ได้จัดทำข้อเสนอปรับเปลี่ยนแผนการจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 31 รายการ (จัดหาเพิ่ม 30 รายการ และยกเลิก 1 รายการ)

ข้อเสนอปรับเปลี่ยนแผนการจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 31 รายการ (จัดหาเพิ่ม 30 รายการ และยกเลิก 1 รายการ)

จัดกลุ่ม	โครงการ	รายการ	วงเงิน-แผนฯ66 (ลบ.)	วงเงินปรับแผนฯ 66 (ลบ.)	จัดซื้อเพิ่ม (ลบ.)	ยกเลิก (ลบ.)
1.รายการที่ราคาและจำนวนไม่เป็นไปตามแผนฯ	TB	1	0.47	0.00	-	0.47
รวม		1	0.47	0.00	-	0.47
2.เพิ่มจำนวนให้เพียงพอใช้ในปีงบประมาณ	ARVs	7	1,746.50	1,875.26	128.75	
	TB	6	91.41	104.79	13.38	
	จ(2)	11	175.18	189.32	14.25	
	น้ำยาล้างไต	2	349.26	362.69	13.43	
รวม		26	2,362.35	2,532.06	169.82	
3.รายการที่ให้บริการสิทธิ nonUC	ARVs	1		2.28	2.28	
	ยายุติการตั้งครรภ์	1	3.97	5.62	1.66	
	วัคซีน	1	401.73	440.06	38.34	
รวม		3	405.69	447.97	42.27	
4.รายการยาใหม่ในปีงบประมาณ	TB	1		1.84	1.84	
รวม		1		1.84	1.84	
รวมทั้งสิ้น		31	2,768.51	2,981.87	213.94	0.47

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบการปรับเปลี่ยนแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 โดยใช้งบประมาณคงเหลือจากการจัดซื้อรวมปี 2566 จำนวน 30 รายการ ในวงเงินไม่เกิน 213,936,700.00 บาท และยกเลิก 1 รายการ ในวงเงิน 469,000.00 บาท ตามที่เสนอ ดังนี้
 - 1) เห็นชอบปรับยกเลิก PROTHIONAMIDE จำนวน 576 กล่อง ในวงเงิน 469,000.00 บาท
 - 2) เห็นชอบปรับเปลี่ยนและวงเงินการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 เพื่อให้มีปริมาณเพียงพอใช้ภายในปีงบประมาณ 2566 (ใช้ได้ถึง 30 ก.ย.66) จำนวน 26 รายการ ในวงเงินไม่เกิน 169,818,700 บาท
 - 3) เห็นชอบปรับเพิ่มรายการแผนและวงเงินการจัดซื้อยาฯปีงบประมาณ 2566 สำหรับรายการที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (non UC) จำนวน 3 รายการ ในวงเงินไม่เกิน 42,274,800 บาท
 - 4) เห็นชอบ ปรับเพิ่มรายการยา ETHIONAMIDE จำนวน 576 กล่อง ในวงเงินไม่เกิน 1,843,200.00 บาท เนื่องจากกรมควบคุมโรคและองค์การอนามัยโลกมีข้อเสนอแนะให้ใช้ยา ETHIONAMIDE ทดแทนยา PROTHIONAMIDE และยาใหม่มีราคาเพิ่มขึ้น (แต่ยังถูกกว่าราคาของยาเดิมที่มีการปรับราคาขึ้น)
2. มอบเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ (โรงพยาบาลราชวิถี) และมอบ สปสช. ประสานองค์การเภสัชกรรม ในการเร่งรัดเตรียมการเพื่อเข้าสู่กระบวนการจัดหาตามแผนที่ปรับใหม่โดยเร็ว เพื่อให้มียา เวชภัณฑ์ฯ เพียงพอใช้และไม่กระทบกับการให้บริการ
3. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

2. ข้อเสนอแผนและวงเงินการจัดหายา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2567

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากคณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ฯ ได้จัดทำข้อเสนอแผนและวงเงินการจัดหายา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2567 และแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดหาและบริหารจัดการการสำรองยาฯ โครงการพิเศษ

มติที่ประชุม

- เห็นชอบแผนและวงเงินการจัดหายา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 149 รายการ ภายในวงเงินงบประมาณ 10,781.15 ล้านบาท (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)
- มอบ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ฯ (โรงพยาบาลราชวิถี) และประสานองค์การเภสัชกรรม เร่งรัดเตรียมการเพื่อเข้าสู่กระบวนการจัดหาตามแผนความต้องการยาฯ ปีงบประมาณ 2567 ตามข้อ 1 เพื่อให้มียา และเวชภัณฑ์ฯ เพียงพอต่อการใช้และไม่กระทบกับการให้บริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 (ในระหว่างรอพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2567 ให้ใช้งบประมาณปี 2566 ไปพลางก่อน)
- มอบคณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ และ สปสช. ในการกำหนดข้อสัญญา ระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ฯ (โรงพยาบาลราชวิถี) และองค์การเภสัชกรรม ในการจัดหาและบริหารจัดการคลังกลาง แบบ real VMI สำหรับปีงบประมาณ 2567 เป็นต้นไป เพื่อสำรองยาให้เหมาะสมและลดอัตราการสูญเสียจากกรณียาหมดอายุ เสื่อมสภาพ
- รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

ข้อเสนอแผนและวงเงินการจัดหายา ปีงบประมาณ 2567

รายการ	แผน66 (รายการ)	แผนการจัดซื้อ ปี66 บอร์ด 3 กค.66	แผนปี67 (รายการ)	แผนการจัดซื้อ ปี 67
1. งบเหมาจ่ายรายหัว				
1.1 ยาจำเป็น (ยา จ.2 / ยากำพรั้า และยาต้านพิษ)	44 /16	1,861.35	44 /16	1,709.56
1.2 ยาวัณโรค	16	105.63	17	147.29
1.3 อุปกรณ์และอวัยวะเทียม (สายสวนหัวใจ)	4	400.46	4	385.03
1.4 ชุดประสาทหูเทียม	1	13.72	1	10.40
1.5 รากฟันเทียม	1	-	1	22.43
1.6 อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียจากลำไส้_ถุงทวารเทียม (Colostomy)	2	30.28	2	65.05
2. งบบริการผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์				
2.1 สำหรับผู้ป่วย HIV/AIDS [ยา]	31	2,497.73	31	2,535.73
2.2 สำหรับผู้ป่วย HIV/AIDS [ถุงยางอนามัยรวมสารหล่อลื่น]				
3. งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง				
3.1 น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง	7	3,017.51	7	3,838.72
3.2 สาย TK สำหรับล้างไตผ่านทางช่องท้อง	2		2	0.97
3.3 ยาเพิ่มเม็ดเลือดแดง	7	16.90		
3.4 ตัวกรองล้างไตด้วยการฟอกเลือด	1	-	1	-
4. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค				
4.1 วัคซีน	17	1,486.94	17	2,056.34
4.2 ยายุติการตั้งครรภ์ (Medabon)	1	5.62	1	7.90
4.3 ถุงยางอนามัยรวมสารหล่อลื่น (P&P)	5	84.40	5	1.74
รวม	155	9,520.55	149	10,781.15
% growth				13.2%

3. ข้อเสนอการเพิ่มสิทธิประโยชน์บริการแผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไททาเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์แบบ 3 มิติ

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขฯ ได้เห็นชอบให้แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไททาเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช.ได้จัดทำข้อมูล โดยสรุปสาระสำคัญของประกาศที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลการขึ้นทะเบียนบัญชีนวัตกรรม รวมถึงคาดการณ์ผลกระทบต่องบประมาณ และแหล่งงบประมาณที่ใช้ เสนอคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์พิจารณาแล้ว เมื่อ 28 สิงหาคม 2566

มติที่ประชุม

- เห็นชอบการเพิ่มสิทธิประโยชน์บริการแผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไททาเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์แบบ 3 มิติ เพื่อสนับสนุนบัญชีนวัตกรรม โดยกำหนดรายการ อัตราจ่าย ดังนี้
 - อุปกรณ์กะโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic Implant) (รวมสกรู) ชุดละ 12,000 บาท
 - แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจาก PMMA Plate ด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ (รวมสกรู) ชุดละ 25,000 บาท
 - แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไททาเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ Titanium Plate (รวมสกรู)ชุดละ 27,000 บาท
 - แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไททาเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ Titanium Printing (รวมสกรู) ชุดละ 48,000 บาท
- มอบ สปสช.ปรับเกลี่ยงบประมาณจากงบบริการกรณีเฉพาะ รายการอุปกรณ์หมวด 7 กระจุก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น รongรับภาระงบประมาณที่อาจเพิ่มขึ้น โดยให้อยู่ภายในวงเงินงบประมาณเดิมที่เคยเบิกจ่ายต่อปี
- มอบ สปสช.กำกับติดตามประเมินผลบริการแผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไททาเนียม และรายงานผลเพื่อทราบต่อไป
- รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

คาดการณ์ผลกระทบงบประมาณ + แหล่งงบประมาณที่ใช้

ที่	ชื่ออุปกรณ์	คาดการณ์ปริมาณใช้ปี 2567 (ชิ้น)	อัตราจ่ายเดิม (บาท/ชิ้น)	จำนวนเงินตามอัตราเดิม (ลบ.)	อัตราจ่ายใหม่ (รวมสกรู)	สัดส่วนการใช้งบต่ำสุด	จำนวนเงินอัตราใหม่ต่ำสุด (ลบ.)	สัดส่วนการใช้งบสูงสุด	จำนวนเงินอัตราใหม่สูงสุด (ลบ.)
1	อุปกรณ์กะโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic Implant)	1,069	12,000	12.83	12,000	0%	0.00	0%	0.00
2	แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจาก PMMA Plate ด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ				25,000	40%	10.69	0%	0.00
3	แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไทเทเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ Titanium Plate (Indirect printing)				27,000	60%	17.32	0%	0.00
4	แผ่นปิดกะโหลกศีรษะไทเทเนียมเฉพาะบุคคลที่ผลิตโดยเทคโนโลยีการพิมพ์โลหะสามมิติ (Titanium 3D-printing cranioplasty) (Direct printing)				48,000	0%	0.00	100%	51.31
รวมงบประมาณที่จ่ายอยู่เดิม				12.83	รวม		28.01		51.31
คาดว่าจะมีวงเงินใช้ได้หลังปรับรายการอัตราหมวด 7 แล้ว				25.48					
รวมวงเงินที่ได้				38.31	ใช้เงินเพิ่ม		0.00		13.00

แหล่งงบประมาณที่ใช้ : จากงบรายการกรณีเฉพาะ รายการอุปกรณ์หมวด 7 กระจุก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น
(วงเงินเบิกจ่ายหมวด 7 รวมต่อปีจำนวน 3,154 ลบ.)

4. ผลการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป ประจำปี 2566 และแผนรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปตามมาตรา 18(13) ประจำปี 2567

ความเป็นมา

สืบเนื่องจาก พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18(10) ให้คณะกรรมการฯ กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และมาตรา 18(13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นฯ เป็นประจำทุกปี

ในปี 2566 สปสช.ได้จัดรับฟังความเห็น โดยมีข้อเสนอใหม่จากการรับฟังความเห็นที่ได้ผ่านการกลั่นกรองแล้วทั้งสิ้น 32 ข้อ และ สปสช.ได้จัดทำแผนการรับฟังความคิดเห็นฯ ประจำปี 2567 เสร็จสิ้นแล้ว โดยเสนอคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ พิจารณาเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2566

มติที่ประชุม

1. รับทราบสรุปผลและข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป ประจำปี 2566
2. มอบข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นฯ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง พิจารณาและรายงานผลรายไตรมาสต่อไป
3. เห็นชอบแนวทางการปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป ปี 2567 และมอบ สปสช.ดำเนินการต่อไป
รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

ประเด็นรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป ประจำปี 2566	รวมความคิดเห็น / ข้อเสนอ (รอบแรก)	ผล กลั่นกรอง ครั้งที่ 1 (13 มิ.ย.66)	สรุปผล กลั่นกรอง ครั้งที่ 2 (28 มิ.ย.66)	สรุป ข้อเสนอ รอบแรก 13 ก.ค.66	สรุป ข้อเสนอ ประจำปี 2566 (24 ส.ค.66)
1. ด้านประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข	146	28	16	15	11
2. ด้านมาตรฐานบริการสาธารณสุข	85	2	1	1	0
3. ด้านบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	92	3	3	4	4
4. ด้านหลักเกณฑ์และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	59	9	8	9	10
5. ด้านบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและพื้นที่	103	13	2	2	4
6. ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	30	1	2	2	2
7. ด้านการรับรู้และคุ้มครองสิทธิ	39	0	1	1	1
8. ด้านอื่นๆ ได้แก่ บริการพื้นที่เฉพาะ	181	23	1	1	0
รวมจำนวนข้อเสนอ	735	79	34	35	32

หมายเหตุ : เกณฑ์การกลั่นกรองข้อเสนอ ครั้งที่ 1 พิจารณาจัดกลุ่มข้อเสนอที่คล้ายคลึงกันเป็นข้อเสนอเดียวกัน และคัดเลือกเฉพาะข้อเสนอระดับประเทศ ครั้งที่ 2 ตรวจสอบความคิดเห็นซ้ำซ้อน คัดออกใน 3 กรณี (ประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องกับ สปสช. / ประเด็นที่เคยมีการเสนอมาซ้ำและมีการดำเนินการแล้ว / ข้อเสนอไม่ชัดเจน) และทบทวนจัดกลุ่มข้อเสนอใหม่

ข้อเสนอความคิดเห็นทั่วไป ของเขตสุขภาพที่ 6 ที่เข้าสู่กระบวนการพิจารณา

ประเด็น	รายละเอียดข้อเสนอ	ผู้เสนอ	เสนอพิจารณา
ด้านประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข	เพิ่มรายการ ถุงซิลิโคนยืดขยายผิวหนัง (tissue expander) รักษาแผลหดรั้งจากแผลไหม้ หรือเนื้องอกขนาดใหญ่ ชุดหัวฉีดน้ำแรงดันสูงตัดเนื้อตาย ชุดตัดยืดขยายผิวหนังแบบตาราง เพื่อปลูกถ่ายผิวหนัง	ผู้ให้บริการ	คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข
ด้านหลักเกณฑ์และการบริหารจัดการกองทุนฯ	เพิ่มค่าชดเชยบริการทำเส้นฟอกเลือดอาจต้องพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับหัตถการ	ผู้ให้บริการ	คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
ด้านหลักเกณฑ์และการบริหารจัดการกองทุนฯ	ระบบ reimbursement เคสแผลไหม้แบบปัจจุบันได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริงอย่างมาก รพ.ที่มี burn unit	ผู้ให้บริการ	คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
ด้านหลักเกณฑ์และการบริหารจัดการกองทุนฯ	เพิ่มอัตราเหมาจ่ายค่ายาให้กับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ	ร้านยา DD Health	คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

กิจกรรมหลักพัฒนาการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป ปีงบประมาณ 2567

1. พัฒนาช่องทางรับฟังความคิดเห็น ด้วยวิธีการและรูปแบบที่หลากหลาย

2. บูรณาการงานประจำเน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนให้แสดงความคิดเห็นปัญหาข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

3. พัฒนาระบบติดตามข้อคิดเห็นและรายงานความก้าวหน้าการตอบสนองข้อคิดเห็นที่สืบค้นได้

ผลผลิตของโครงการ

1. มีช่องทางการรับฟังความคิดเห็นรูปแบบใหม่ ที่ผู้มีส่วนได้เสียเข้าถึงและแสดงความคิดเห็นได้สะดวก
2. มีกลุ่มเป้าหมายใหม่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็น
3. ความพึงพอใจด้านการรับฟังความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70
4. สรุปผลความก้าวหน้า/การตอบสนองต่อการรับฟังความคิดเห็นฯ รายไตรมาส (ทั้งส่วนกลาง / สปสช.เขต)
5. ผลงานสื่อสารสาธารณะ “สร้างคุณค่าการรับฟังความคิดเห็น....ร่วมเป็นเจ้าของ” อย่างต่อเนื่อง

5. การเปิดเผยข้อมูลในการกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ความเป็นมา

เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการกำหนดค่าใช้จ่ายและเพื่อให้มีการเข้าถึงข้อมูลในการกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สปสช. ได้จัดทำแนวทางการเปิดเผยข้อมูลในการกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 46 แห่งพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้หลักการดังนี้

- (1) สามารถตรวจสอบได้ (2) ชี้แจงและอธิบายได้เมื่อมีข้อสงสัย (3) เปิดเผยได้ (4) การกำหนดค่าใช้จ่ายมีความเป็นธรรมและเสมอภาค (5) มีการวางระบบป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบที่มีประสิทธิภาพ (6) ประชาชน/หน่วยบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างมีข้อจำกัดน้อยที่สุด (7) ประชาชน/หน่วยบริการ มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบแนวทางการเปิดเผยข้อมูล ตามร่างประกาศ เรื่อง มาตรการสนับสนุนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ด้านการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ.
2. มอบหมายให้ สปสช. เสนอร่างประกาศฯ เพื่อให้ คณะอนุกรรมการด้านกฎหมายพิจารณา และเสนอประธาน กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาลงนามต่อไป
3. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

สรุปสาระสำคัญของแนวทางการเปิดเผยข้อมูลฯ

- (๑) ออกประกาศตามมาตรา ๑๘ (๑) แห่ง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ
- (๒) กำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา ๑๘ (๑) โดยเป็นมาตรการสนับสนุนหน่วยบริการฯ ด้านข้อมูลข่าวสารฯ
- (๓) ผู้รับบริการด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
- (๔) เป็นการให้บริการข้อมูลทางวิชาการ รายงานข้อเท็จจริง หรือข้อมูลอื่นๆ ที่ สปสช. นำมาใช้ในการกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๔๖
- (๕) ข้อมูลต้องมีรายละเอียดเพียงพอให้หน่วยบริการฯ สามารถค้นหาข้อมูลข่าวสารได้เอง ผ่านระบบดิจิทัลหรือระบบอื่นใดที่มีความสะดวกในการสืบค้น
- (๖) การให้บริการด้านข้อมูลคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชน หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการเป็นสำคัญ
- (๗) หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างมีข้อจำกัดน้อยที่สุด
- (๘) ในการให้บริการข้อมูล ให้สำนักงานลบ ตัดทอน หรือทำโดยประการใด เพื่อปิดบังข้อมูลข่าวสารที่มีกฎหมายคุ้มครองมิให้เปิดเผย หรือข้อมูลข่าวสารที่มีผู้ให้มาโดยไม่ประสงค์ให้สำนักงานนำไปเปิดเผยต่อผู้อื่น
- (๙) ให้เลขาธิการ สปสช. แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อให้มีหน้าที่ในการกำหนดมาตรการและวิธีดำเนินการในการพัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนการให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารดังกล่าวและดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

6. ผลการสำรวจความคิดเห็นประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566

ความเป็นมา

เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง สปสช. ได้ประสานที่มวิจัย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2566 โดยผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประชาชน, ผู้ให้บริการ, และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ร้อยละความพึงพอใจของผู้ที่ให้คะแนนมากถึงมากที่สุด 98.19, 91.27 และ 97.84 ตามลำดับ

มติที่ประชุม

รับทราบผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2566

	ประเด็น	ประเด็นที่พึงพอใจ	เหตุผลที่ยังไม่พอใจ
 ประชาชน	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	<ul style="list-style-type: none"> - การลงทะเบียนสิทธิย้ายหน่วยบริการ ได้สิทธิทันที - ผู้ป่วยโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ - รักษาแบบผู้ป่วยในได้โดยไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรปรับปรุงขั้นตอนการลงทะเบียนสิทธิให้ง่าย รวดเร็ว ไม่ซับซ้อน
 ผู้ให้บริการ	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบาย โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ - นโยบาย ย้ายหน่วยบริการ ได้สิทธิทันที - นโยบาย ผู้ป่วยใน ไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการพิสูจน์ตัวตนยุ่งยากซับซ้อน เพิ่มภาระ - ความเพียงพอของงบประมาณ การจัดสรรเงินยังไม่สะท้อนถึงต้นทุน การจัดการบริการของหน่วยบริการ - มีข้อปฏิบัติยุ่งยาก เปลี่ยนแปลงบ่อย
 อปท.	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	<ul style="list-style-type: none"> - กฎระเบียบของ สปสช. - การมีส่วนร่วมในการทำงานของ อปท. - การสนับสนุนข้อมูล/ประสานงานของ สปสช. 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรปรับปรุงระบบการทำงานให้ชัดเจน เข้าใจง่ายสื่อสารให้ไปในทิศทางเดียวกัน และการบริการติดต่อที่รวดเร็วมากขึ้น - เพิ่มงบประมาณเพื่อการพัฒนาในด้านต่างๆ ให้มากขึ้น
 ภาคีเครือข่าย	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	<ul style="list-style-type: none"> - ชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับ - การสนับสนุนข้อมูลของ สปสช. - การเปิดโอกาสให้หน่วยงาน/องค์กรมีส่วนร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร และสิทธิประโยชน์ให้ทั่วถึง - ทุกสิทธิควรมีความเท่าเทียมกัน ครอบคลุมการรักษาได้ทุกพื้นที่

7. รายการยาที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ มีมติคัดเลือกยา rituximab ในบัญชียาพิเศษ (จ(2)) สำหรับการรักษาโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ จำนวน 5 โรค ได้แก่

1. โรคเส้นประสาทอักเสบเรื้อรัง
2. โรคมัยแอสติเนียเกรวิสระดับรุนแรง
3. โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ
4. โรคกล้ามเนื้อเนื้องอกจากภูมิคุ้มกัน
5. โรคปอดอักเสบติดเชื้อชนิดกลับเป็นซ้ำ

ในการนี้ สปสช.ได้เสนอคณะกรรมการชุดที่เกี่ยวข้องพิจารณาเรียบร้อยแล้ว เนื่องจากยา rituximab ในการรักษาโรคดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาจากการแคลนยา IVIG และมีราคาถูกลงกว่ายา IVIG ในประสิทธิภาพการรักษาที่ไม่แตกต่างกัน

มติที่ประชุม

รับทราบรายการยาที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเอกสาร ดังนี้

๑. มติ คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ มติ คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการ สาธารณสุข และมติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การ ดำเนินการและบริหารจัดการกองทุน
๒. รับทราบ ยา rituximab ในการรักษาโรคเส้นประสาทอักเสบเรื้อรัง, โรคมัยแอสติเนียเกรวิสระดับรุนแรง, โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ, โรคกล้ามเนื้อเนื้องอกจากภูมิคุ้มกัน และโรคปอดอักเสบติดเชื้อชนิดกลับเป็นซ้ำ เป็นบริการภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการ สาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากผ่านการ พิจารณาจากอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องแล้ว

จึงเรียนเสนอคณะกรรมการฯ เพื่อโปรดทราบ

สรุปมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ครั้งที่ 8/2566 วันที่ 3 กรกฎาคม 2566
- ครั้งที่ 9/2566 วันที่ 7 สิงหาคม 2566
- ครั้งที่ 10/2566 วันที่ 4 กันยายน 2566