



ระเบียบวาระที่ 3.2

มติและข้อสั่งการจากที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (7*7) ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 8 เมษายน 2568 และครั้งที่ 4/2568 วันที่ 15 กรกฎาคม 2568

การประชุมคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขต (5x5) ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 24 กรกฎาคม 2568 เวลา 13.30 – 16.30 น.
ณ ห้องประชุมกันเกรา สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ Zoom Meeting
ห้องสัญญาณ ID : 434 9083271 Password : r8waycfo เริ่มทดสอบสัญญาณเวลา 13.30 น.

3.1 (ร่าง) ข้อเสนอการปรับเกลี่ย OP PP IP (Basic Payment) ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

การดำเนินการปรับเกลี่ย PP Basic payment

เขต	ประชากร	คงเหลือวงเงิน PP ที่ยังไม่ได้จัดสรร ร้อยละ 50
1	3,614,296	210,130,227
2	2,422,866	152,617,789
3	2,096,870	148,679,324
4	2,870,486	165,236,638
5	3,594,644	206,888,364
6	3,907,193	236,708,325
7	3,468,781	236,647,933
8	4,080,432	317,607,783
9	4,713,583	359,641,489
10	3,300,739	241,501,178
11	3,317,647	192,784,149
12	3,904,019	166,172,641
รวม	41,291,556	2,634,615,840

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

1. จากมติที่ประชุม 7x7 เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568 ให้มีการปรับเกลี่ยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานปี 2568 ในส่วนการจ่ายสำหรับบริการพื้นฐานของหน่วยบริการในสังกัด สป.สร. จำนวน 508,200,000 บาท
2. ปรับเกลี่ยแต่ละหน่วยบริการในสังกัด สป.สร. ตามจำนวนประชากร จำนวนประชากรหน่วยบริการในสังกัด สป.สร. มีจำนวน 41,291,556 คน คิดเป็นจำนวนปรับเกลี่ย 12.31 บาทต่อประชากร
3. ติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปรับเกลี่ย โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็ก (รพช.) และผลของ PP คงเหลือหลังจัดสรรให้ รพ.สต. ถ่ายโอน
4. ดำเนินการการโอนเงิน PP ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 หลังผ่านมติที่ประชุมภายในเดือนเมษายน 2568

3.1 (ร่าง) ข้อเสนอการปรับเกลี่ย OP PP IP (Basic Payment) ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

การดำเนินการปรับเกลี่ย OP Basic payment

เขต	ปรับลดอัตรา จ่าย OP (เงินกัน OP Anywhere)
1	1,030,000
2	79,459,772
3	11,550,956
4	36,543,733
5	60,545,737
6	25,638,068
7	239,707,970
8	5,866,052
9	-
10	29,500,000
11	85,661,430
12	37,910,422
รวม	613,414,142

วงเงินคงเหลือ (งวดที่ 3 ร้อยละ 5)
คงเหลือวงเงิน OP ที่ยังไม่ได้จัดสรร
105,761,946
64,176,761
61,646,121
65,590,268
395,719,809
105,206,453
93,387,362
127,391,733
172,402,105
249,573,243
84,881,978
103,397,638
1,629,135,417

ข้อมูลการให้บริการภายในจังหวัดปี 2568 (ค.ค.67-ก.พ.68)					
ให้บริการในสังกัด สป.สธ.			ให้บริการต่างสังกัด		
ครั้ง	ยอดเบิก	ยอดเบิก คงเหลือจาก การจ่ายจาก กองทุน	ครั้ง	ยอดเบิก	ยอดเบิก คงเหลือจาก การจ่ายจาก กองทุน
315,104	392,827,495	325,442,700	64,787	78,147,396	51,618,834
106,011	148,883,992	122,888,735	3,405	3,242,659	2,863,608
190,676	206,214,050	171,325,707	4,778	3,925,205	3,916,335
234,129	224,744,473	195,201,034	48,242	89,106,246	46,775,260
178,779	186,475,980	134,595,639	4,254	3,606,307	2,806,536
138,981	196,979,900	130,493,320	14,550	18,754,709	4,825,556
335,894	417,846,079	342,465,063	44,936	56,402,579	45,812,006
294,568	333,641,399	280,893,251	20,504	26,396,352	6,454,419
716,023	861,944,319	723,487,863	49,630	49,907,990	40,365,959
261,905	355,919,952	303,685,888	23,268	28,493,316	9,485,195
441,844	502,669,837	427,536,255	26,671	39,001,977	13,453,069
371,998	322,593,527	277,874,815	26,819	41,274,890	33,896,109
3,585,912	4,150,741,003	3,435,890,271	331,844	438,259,625	262,272,886

- ### ข้อเสนอเพื่อพิจารณา
1. สปสช. ส่งข้อมูล OP Anywhere ที่ได้รับ ให้ สจ. เพื่อตรวจสอบและดำเนินการ ตามข้อตกลงภายใน จังหวัด กรณีการบริการ OP Anywhere หน่วยบริการในจังหวัด
 2. สจ.ตรวจสอบข้อมูล OP Anywhere และส่งข้อมูลให้ สปสช ดำเนินการกรณีการบริการ OP Anywhere หน่วยบริการในจังหวัด
 3. สปสช. สํารวจข้อมูลทุกเขตกรณี ปัญหาการดำเนินการ OP Anywhere หน่วยบริการภายในจังหวัด ถ้าจังหวัดหรือเขตใดมีปัญหาในการดำเนินการ ให้แจ้งกลับมาที่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินการต่อไป
 4. ดำเนินการโอนเงิน OP ส่วนที่เหลือร้อยละ 5 หลังผ่านมติที่ประชุมภายในเดือนเมษายน 2568

3.1 (ร่าง) ข้อเสนอการปรับเกลี่ย OP PP IP (Basic Payment) ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

การดำเนินการปรับเกลี่ย IP วงเงิน 2,800 ล้านบาท

Model 1 ปรับเกลี่ยตามอัตราค่าตอบแทนแต่ละเขตไม่เกิน 8,350 บาทต่อ SumAdjRW

เขต	สัดส่วนผลต่าง ผลต่างประมาณการต่อ GB ปี 2568 (ร้อยละ)	ประมาณการปรับ เกลี่ย 2,800 ล้าน บาท	ประมาณการรายรับ GB หลังเติมเงินปรับ เกลี่ย (บาท)	Base rate หลังปรับ เกลี่ย (บาท/SumAdjRW)
เขต 1 เชียงใหม่	3.28	201,999,320	7,772,298,197	8,292
เขต 2 พิษณุโลก	6.44	201,933,711	3,930,544,131	8,235
เขต 3 นครสวรรค์	7.27	203,901,764	3,511,716,355	8,221
เขต 4 สระบุรี	6.18	254,484,240	5,164,950,236	8,240
เขต 5 ราชบุรี	2.26	100,380,003	5,620,720,480	8,310
เขต 6 ระยอง	5.53	260,570,239	5,918,746,755	8,251
เขต 7 ขอนแก่น	4.41	224,794,706	6,425,600,314	8,272
เขต 8 อุตรดิตถ์	1.21	60,181,228	6,314,554,006	8,328
เขต 9 นครราชสีมา	4.77	298,036,031	7,862,442,063	8,265
เขต 10 อุบลราชธานี	2.53	114,641,048	5,726,222,059	8,305
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	7.02	295,601,490	5,269,398,729	8,225
เขต 12 สงขลา	8.36	363,559,386	5,428,982,261	8,201
เขต 13 กรุงเทพฯ	5.55	216,819,345	4,908,144,434	8,251
กรมแพทยาหาร	9.99	3,097,489	38,564,281	8,172
รวม	4.77	2,800,000,000	73,892,884,301	8,265

Model 2 ปรับเกลี่ยตามค่าเฉลี่ยประเทศหลังเติมเงินที่ 8,265 บาทต่อ SumAdjRW

เขต	ประมาณการปรับ เกลี่ย 2,800 ล้าน บาท	ประมาณการ รายรับ GB หลัง เติมเงินปรับเกลี่ย (บาท)	Base rate หลังปรับ เกลี่ย (บาท/SumAdjRW)
เขต 1 เชียงใหม่	177,166,725	7,747,465,602	8,265
เขต 2 พิษณุโลก	216,158,584	3,944,769,004	8,265
เขต 3 นครสวรรค์	222,914,864	3,530,729,455	8,265
เขต 4 สระบุรี	270,259,390	5,180,725,386	8,265
เขต 5 ราชบุรี	70,154,780	5,590,495,257	8,265
เขต 6 ระยอง	270,312,011	5,928,488,527	8,265
เขต 7 ขอนแก่น	219,778,322	6,420,583,930	8,265
เขต 8 อุตรดิตถ์	12,108,761	6,266,481,539	8,265
เขต 9 นครราชสีมา	298,064,743	7,862,470,775	8,265
เขต 10 อุบลราชธานี	87,170,703	5,698,751,714	8,265
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	321,350,971	5,295,148,210	8,265
เขต 12 สงขลา	405,926,978	5,471,349,853	8,265
เขต 13 กรุงเทพฯ	225,096,495	4,916,421,584	8,265
กรมแพทยาหาร	3,536,673	39,003,465	8,265
รวม	2,800,000,000	73,892,884,301	8,265

เขต	Base rate ก่อน ปรับเกลี่ย (บาท/SumAdjRW)	Base rate หลังปรับเกลี่ย (บาท/SumAdjRW)		ผลต่างก่อนและหลังปรับเกลี่ย (บาท/SumAdjRW)	
		Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
เขต 1 เชียงใหม่	8,076	8,292	8,265	215	189
เขต 2 พิษณุโลก	7,812	8,235	8,265	423	453
เขต 3 นครสวรรค์	7,743	8,221	8,265	477	522
เขต 4 สระบุรี	7,834	8,240	8,265	406	431
เขต 5 ราชบุรี	8,161	8,310	8,265	148	104
เขต 6 ระยอง	7,888	8,251	8,265	363	377
เขต 7 ขอนแก่น	7,982	8,272	8,265	289	283
เขต 8 อุตรดิตถ์	8,249	8,328	8,265	79	16
เขต 9 นครราชสีมา	7,952	8,265	8,265	313	313
เขต 10 อุบลราชธานี	8,139	8,305	8,265	166	126
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	7,763	8,225	8,265	461	502
เขต 12 สงขลา	7,652	8,201	8,265	549	613
เขต 13 กรุงเทพฯ	7,887	8,251	8,265	364	378
กรมแพทยาหาร	7,516	8,172	8,265	656	749
รวม	7,952	8,265	8,265	313	313

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

- นำข้อมูลที่ได้รับจาก สปสช จำนวน 5 เดือนมาประมาณการเป็นผลงานบริการ 12 เดือน ปี 2568
- ปรับเกลี่ยงบประมาณ 2,800 ล้านบาท มาปรับเกลี่ยตามอัตราการเติบโตในแต่ละเขต และให้มีความเหลื่อมล้ำในแต่ละเขตให้น้อยที่สุด (Base rate หลังปรับ)
- ดำเนินการการโอนเงิน IP ส่วน 2,800 ล้านบาท หลังผ่านมติที่ประชุม
- เสนอจัดสรรงบให้รายรับ IP ในเขต ที่ 8,350 บาท ต่อ SumAdjRW ให้เพียงพอ (ประมาณการปี 2568 คาดว่าใช้งบ 3,559.28 ล้านบาท)

3.1 (ร่าง) ข้อเสนอการปรับเปลี่ยน OP PP IP (Basic Payment) ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

มติที่ประชุม

กรณี OP PP

เห็นชอบมอบ สปสช. รับข้อเสนอไปพิจารณาดำเนินการ ปรับเปลี่ยนและจัดสรรงบ OP PP (Basic Payment) ของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 และเสนอผ่านกลไกอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องพิจารณาต่อไป

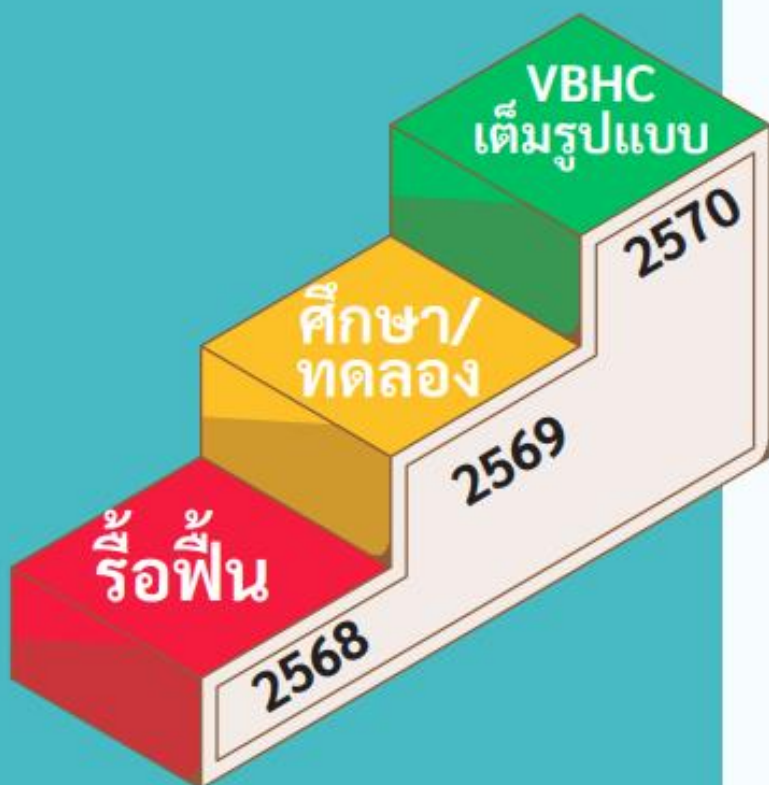
กรณี IP

มอบ สปสช. พิจารณาความเป็นไปได้ (ร่าง) ข้อเสนอการปรับใช้งบ IP ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ปี 2568 ที่ไม่ขัดต่อระเบียบหลักเกณฑ์ และเสนอต่อกลไกอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องพิจารณาต่อไป

ข้อสั่งการ -

4.1 รายงานความก้าวหน้าคณะทำงานศึกษาการออกแบบระบบบริการและกลไกการจ่ายแบบเน้นคุณค่า สำหรับโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอแผนการดำเนินการระหว่างปี 2568 - 2570 แบบ STEPWISE



ปีงบประมาณ 2570: VBHC เต็มรูปแบบ

- งบ 200 ล้านบาท (สปสช.)
- ขยายครบทั้ง COPD และ Asthma ทุกพื้นที่ หน่วยบริการใน สป.สธ.
- ใช้ PROM และ PREM ที่พัฒนาในบริบทไทยแล้ว (สปสช. - สธ.)
- วิจัยประเมินผลนโยบาย VBHC (รามาฯ)

ปีงบประมาณ 2569: ศึกษา/ทดลอง VBHC บางส่วน

- งบประมาณ 61 ล้านบาท
- ปรับปรุงมาตรการที่ใช้ในปี 2568 ให้ (ครอบคลุม Clinical outcomes รอบด้าน, เริ่มใช้ Patients' feedback)
- วิจัย Action Research ควบคุมการทดลองบังคับใช้, พัฒนา PROM & PREM

ปีงบประมาณ 2568: รื้อฟื้นคลินิกโรคหืดคุณภาพ

- งบ 51 ล้านบาท เน้นผลลัพธ์ทางคลินิก (ลด Admission)
- เลือกทำทั้ง 2 โรค มุ่งเป้าท้าทาย Asthma remission และคุม COPD ไว้ใน ACSC
- ใช้วิธีการจ่าย Financial Incentive คล้ายที่เคยดำเนินการมากับ Easy Asthma Clinic (เน้นจ่ายตามการดูแล OPD ได้ครอบคลุม ลดเคส IPD ได้ผลมาก)
- วิจัย
 - เพื่อศึกษา pain point ผู้ป่วย Asthma และ COPD
 - ระบุตัวชี้วัดที่เหมาะสม (เช่น Acute exacerbation - IPD, Emergency room visit)
 - ศึกษา Cost structure ที่มองครบทั้ง OPD, IPD หรือ level of care ได้
 - ประเมินผลมาตรการปัจจุบันและพัฒนา PROM & PREM สำหรับปี 2569 และ 2570

4.1 รายงานความก้าวหน้าคณะทำงานศึกษาการออกแบบระบบบริการและกลไกการจ่ายแบบเน้นคุณค่า สำหรับโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การออกแบบนโยบายและงบประมาณปี 2568



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- **วัตถุประสงค์:** เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเน้นคุณค่า โดยมุ่งเน้น
 - เพิ่มการค้นหาผู้ป่วย (Case finding)
 - ยกระดับคุณภาพการดูแล (Care quality improvement)
 - ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล (Hospitalization reduction) และลดการเสียชีวิต
- **กลุ่มเป้าหมาย:**
 - ผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 332,340 คน (ฐานข้อมูล สปสช., 2025)
 - (ปี 2570) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1,235,127 (HDC, 2024)
- **ผู้ให้บริการ:** หน่วยบริการในระบบ (HMain หรือ Hsub) ที่มีประชากร (Catchment population)
- **วงเงินงบประมาณ:** 51.0539 ล้านบาท แบ่งเป็นสัดส่วน Asthma: COPD = 80:20
 - Asthma งบประมาณ 40,843,120 บาท
 - COPD งบประมาณ 10,210,780 บาท

ข้อเสนอกลไกการจ่าย
(PAYMENT) เน้นคุณค่า

บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนนโยบาย

1. **บทบาทของหน่วยบริการ:** ไม่มีภาระเพิ่มเติมจากงานปกติ
2. **การสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายจาก สปสช.:**
 - a. เงินเพิ่มเติมยอด 51.0539 ล้านบาท
 - b. การคืนข้อมูลผู้ป่วย COPD & Asthma ให้แก่หน่วยบริการเพื่อการติดตามดูแลอย่างมีคุณภาพ
3. **สิ่งที่หน่วยบริการพึงทราบสำหรับแผนอนาคต**

ในช่วงแห่งการเปลี่ยนผ่าน 2568 – 2570 จะมีการปรับเปลี่ยนการจ่ายตามสถานการณ์และบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินการ ร่วมกับทีมวิชาการจากรพ.รามาธิบดี อย่างไรก็ตาม จะมีการสื่อสารให้ทราบเป็นระยะ ภายใต้การทำงานกับ Service plan และผู้เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด ในประเด็น เช่น

 - a. สูตรคำนวณหรือ cut-off point อาจมีการปรับเปลี่ยน
 - b. การนำเอาข้อมูล Patient Feedback (PREM & PROM) มาใช้ประกอบการพิจารณาจ่าย
 - c. มีการติดตามพฤติกรรมกรรมการส่งข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุงนโยบาย



4.1 รายงานความก้าวหน้าคณะทำงานศึกษาการออกแบบระบบบริการและกลไกการจ่ายแบบเน้นคุณค่า สำหรับโรคฮิตและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มติที่ประชุม

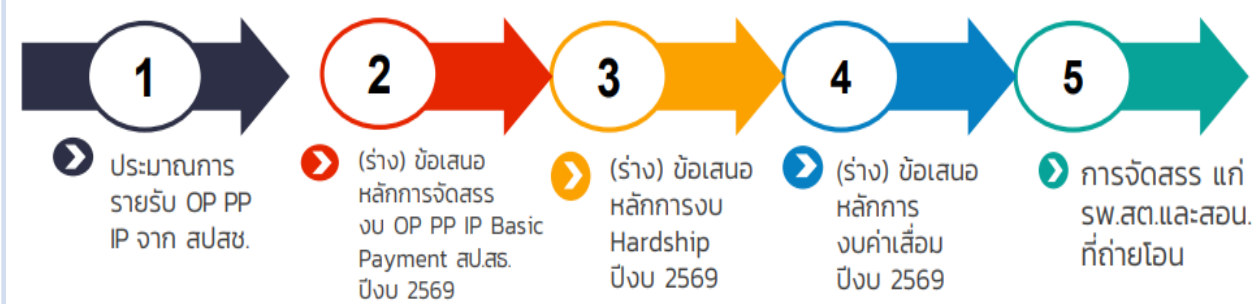
1. เห็นชอบข้อเสนอการดูแลแบบเน้นคุณค่าสำหรับโรคฮิตและปอดอุดกั้นเรื้อรังและแผนการขยายให้เป็น Value-based Healthcare ระยะ 3 ปี (2568 - 2570)
2. เห็นชอบกลไกการจ่ายค่าชดเชยและข้อมูลสำหรับประมวลผล ปี 2568
3. มอบคณะกรรมการ 5x5 สื่อสารสิ่งที่หน่วยบริการในพื้นที่ทราบเรื่องการปรับเปลี่ยนการจ่ายในแต่ละปีระหว่าง 2568 - 2570 โดยจะมีการผนวกเอาแนวคิดการจ่ายแบบเน้นคุณค่า เช่น ผลลัพธ์ในมุมมองผู้ป่วย และการติดตามการกำเริบเฉียบพลัน แต่จะสื่อสารให้ทราบเป็นระยะ ภายใต้การทำงานกับ Service plan และผู้เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด

ข้อสั่งการ

สื่อสารสิ่งที่หน่วยบริการในพื้นที่ทราบเรื่องการปรับเปลี่ยนการจ่ายในแต่ละปีระหว่าง 2568 -2570 โดยจะมีการผนวกเอาแนวคิดการจ่ายแบบเน้นคุณค่า เช่น ผลลัพธ์ในมุมมองผู้ป่วย และการติดตามการกำเริบเฉียบพลัน แต่จะสื่อสารให้ทราบเป็นระยะ ภายใต้การทำงานกับ Service plan และผู้เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด

4.1 ข้อเสนอหลักการจัดสรรค่าบริการ OP-IP-PP (Basic Payment) งบ Hardship และงบค่าเสื่อม สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สร. ปี 2569

กรอบการพิจารณา



ประเด็นที่ปรับปรุงจากปี 2568

- หลักการคงเดิม ---
- **หลักการ StepLadder+K (ค่า K=1)**
- การกั้นเงิน** **กั้นจากรายรับ OP PP**
- เงินเพื่อบริหารจัดการระดับเขต **ไม่น้อยกว่า 3,000 au.**
- กลุ่มเป้าหมายในการช่วยเหลือ **เขตสุขภาพดำเนินการ :**
- เขตปรับแผนระบุ Step +K**
- ✓ รายรับขั้นต่ำ **ไม่น้อยกว่า 10 au.**
- ✓ **ช่วย MOE UC** sw. ที่ประชากร UC ≤ 30,000 คน
- และ sw.ที่มีความยากลำบากในการบริหารจัดการ
- แนวทางปรับเปลี่ยนเงินกันเพื่อบริหารระดับเขต/จังหวัด
- ✓ เพิ่ม * 2 บริหารจัดการให้หน่วยบริการมีรายรับตามการประกันรายรับ
- และมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(ร่าง)กรอบระยะเวลาการจัดทำข้อเสนอการจัดสรรงบ Basic Payment ปี 2569 (ปรับ 9 ก.ค.68)



Timeline การจัดทำข้อเสนอ

สปสช.	วันที่ดำเนินการ	สป.สร.
11. ส่งข้อมูลหน่วยบริการ/ประชากร วงเงินปรับลดค่าแรง*	ภายใน 18 ก.ค. 68*	12. ได้รับข้อมูลบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน และข้อมูลตาม จ. (จากค.ส.ป.)*
2. ส่งประมาณการรายรับ OP IP PP*	ภายใน 21 ก.ค. 68*	
	ไม่เกิน 8 ส.ค. 68*	3. ส่งข้อมูลค่าแรงให้จังหวัดปรับเกลี่ย
	ไม่เกิน 15 ก.ย. 68*	4. ส่งข้อมูลปรับลดค่าแรงให้กองทุน
	รอบแรก ไม่เกิน ก.ค.68* รอบ2 ไม่เกิน ก.ย. 68*	5. เสนอผลการจัดสรร Step K, Hardship ต่อคกก. 7x7อนุฯกำหนดหลักเกณฑ์
7. เสนอแผนการโอนเงินให้ หน่วยบริการสป.สร. ต่อคกก. 7x7	ภายใน 30 ก.ย. 68	6. ส่งประมาณการจัดสรร Step K, Hardship ให้กองทุน (กรณีไม่มีการทบทวน)
8. ส่งไฟล์รายรับ OP IP PP (หลัง Step K) ปี 69 ให้เขตปรับเกลี่ย	ภายใน 15 ต.ค. 68	
9. โอนเงิน OP PP วงดที่ 1 50% (ปรับตามข้อ7)	ภายใน 30 ต.ค. 68	
10. โอนเงิน OP PP วงดที่ 2 50% (ปรับตามข้อ7)	ภายใน 30 ธ.ค. 68	
11. โอนเงิน IP (ปรับตามข้อ7)	ภายใน 20 ของเดือน	

หมายเหตุ : *

ข้อมูลนำเข้าสำคัญ **กลไกหลัก**

กรอบระยะเวลานี้ อาจจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง กรณีที่ข้อมูลนำเข้าเพื่อการดำเนินการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้รับภายในระยะเวลาที่กำหนด และผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องไม่เป็นที่ยุติ

4.1 ข้อเสนอหลักการจัดสรรค่าบริการ OP-IP-PP (Basic Payment) งบ Hardship และงบค่าเสื่อม สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปี 2569

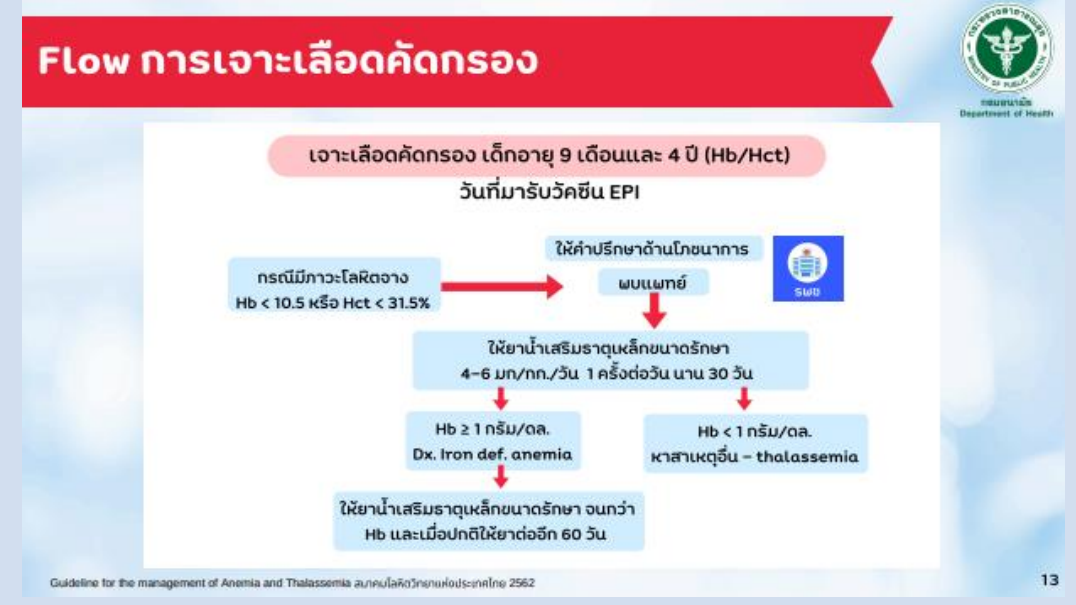
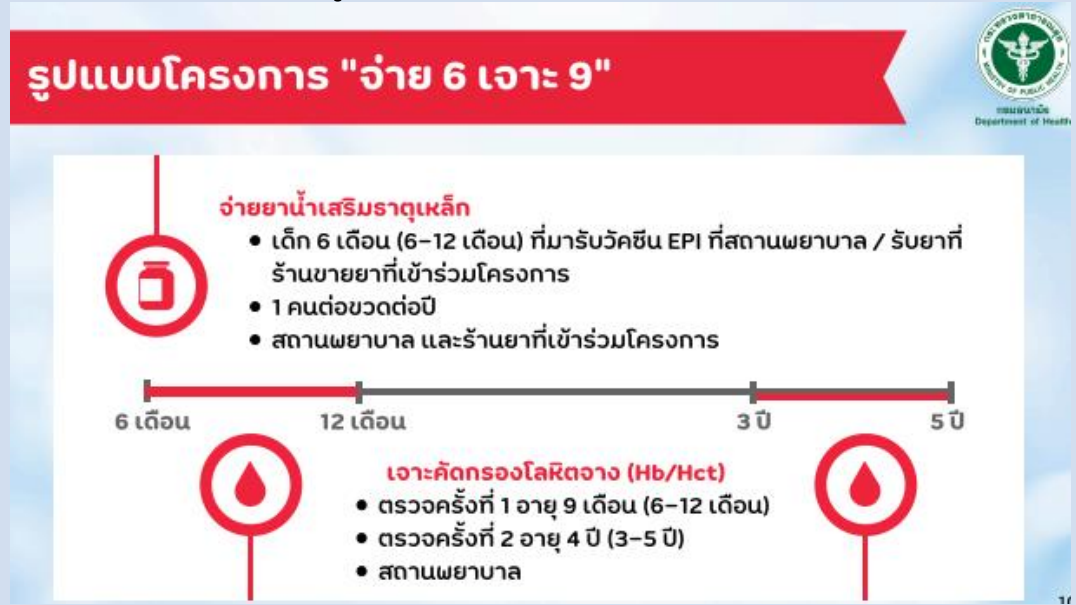
มติที่ประชุม

1. เห็นชอบ(ร่าง) ข้อเสนอหลักการจัดสรรงบ UC สำหรับหน่วยบริการ สป.สธ. ปีงบประมาณ 2569 ตามที่เสนอ
2. มอบ สปสช.จัดสรรงบประมาณปี 2569 โดยพิจารณาความพอเพียงกับต้นทุนการบริการของหน่วยบริการสป.สธ.
3. มอบ สปสช.ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดทำข้อเสนองบประมาณขาขึ้นปี 2570 รongรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นที่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. มอบ สปสช.นำผลกำกับติดตามงบค่าเสื่อมมารายงานต่อคณะกรรมการฯ ในการประชุมครั้งถัดไป

ข้อสั่งการ -

4.2 ข้อเสนอปรับการจ่ายการคัดกรองภาวะโลหิตจางและการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยเข้าสู่การจ่ายค่าบริการ (PP Fee-schedule) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย นพ.จาริต มงคล รองผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย



มติที่ประชุม

1. เห็นชอบข้อเสนอการปรับการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก (6-12 เดือน) และการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก (6-12 เดือน และ 3-5 ปี) เป็นการจ่ายค่าบริการ (PP-Fee schedule) ในปีงบประมาณ 2569
2. มอบ สปสช.รับข้อเสนอจากคณะกรรมการฯ ไปพิจารณาดำเนินการเสนอต่อกลไกที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาต่อไป

ข้อสั่งการ -

4.3 การพิจารณาการแก้ปัญหาสภาพคล่องของโรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ.

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568

มติที่ประชุม


1. รับทราบความคืบหน้าการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขล่วงหน้าแก่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 242.76 ล้านบาท โดยดำเนินการหักคืนภายในปีงบประมาณ และพิจารณาแนวทางในการช่วยเหลือเพิ่มเติมที่เหมาะสม
 2. มอบกองเศรษฐกิจสุขภาพพิจารณาปรับค่า K-factor และจัดทำข้อเสนอการจัดสรรเงินกันระดับประเทศ ของหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ.เพื่อแก้ปัญหาสภาพคล่องของโรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ.
 3. รับทราบผลการตรวจสอบข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่นกรณีส่งเบิกไม่ทันปี 2567 จำนวน 91.98 ล้านบาท และขยายระยะเวลาการอุทธรณ์ข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลขอนแก่น
 4. เห็นชอบให้ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันพัฒนาระบบการบันทึกบัญชีของหน่วยบริการผ่านกลไกของคณะทำงานฯ ร่วมกันต่อไป
 5. เห็นชอบให้ สปสช. และกองเศรษฐกิจสุขภาพ ร่วมชี้แจงหน่วยบริการเกี่ยวกับการบันทึกแก้ไขข้อมูลส่งเบิกขอรับค่าใช้จ่าย ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การเบิกจ่ายที่กำหนด
 6. มอบคณะทำงานฯ 5X5 สื่อสารกับพื้นที่เร่งรัดการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายปีงบประมาณ 2568 ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2568
 7. มอบ สปสช.พิจารณาความเป็นไปได้ในการนำเงินกันบริการผู้ป่วยใน(IP) เพื่อแก้ปัญหาสภาพคล่องของโรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. และเสนอต่ออนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ฯการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ในการพิจารณาต่อไป
- ข้อสั่งการ - สื่อสารกับพื้นที่เร่งรัดการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายปีงบประมาณ 2568 ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2568

5.1 การพัฒนาระบบการรวบรวมข้อมูล และการใช้ข้อมูลร่วมกัน ผ่านระบบ FDH เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและเบิกจ่ายกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย นพ.ชุมพล นุชผ่อง รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ สป.สธ.

ผลการรับ-ส่งข้อมูลเคลมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. จำนวน 902 แห่ง

ข้อมูลวันที่มารับบริการ 1 ต.ค. 2567 – 30 มิ.ย. 2568



FDH ส่งข้อมูลเคลมไปยัง สป.สธ. 100%
 สป.สธ. รับข้อมูลเคลมจาก FDH 100% ไม่พบความผิดพลาด รายงานผล และโอนเงิน

โอนเงินสำเร็จ 12,063,620 เสน
 21,752,661,270.23 บาท

โอนเงินสำเร็จ 38.23%
 มูลค่า 21,753 ล้านบาท

ยังไม่ได้ออนเงินทั้งหมด 19,491,772 เสน
 61.77%

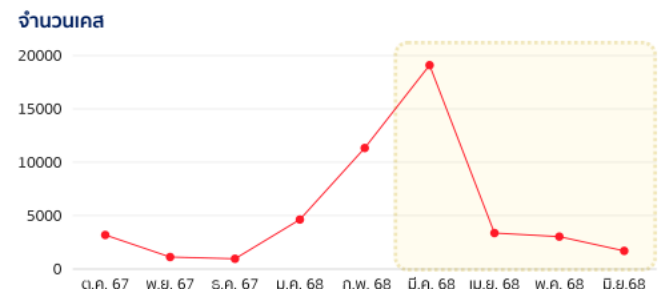
โอนเงินสำเร็จ 15%
 ไม่โอนเงิน (คงเหลือ) 33%
 รอติดต่อขอเบิกจ่าย 0%
 รอโอนเงิน 40%
 อยู่ในกระบวนการพิจารณาของ สป.สธ. 8%
 ส่งช่องทางอื่นแล้ว ไม่ประสงค์เบิก

สพสธ. รับข้อมูล 31,430,565 เสน
 รายการที่ไม่ประสงค์เบิก 5,341,492 เสน
 รายการที่โครงสร้างไม่ได้มาตรฐานทั้งหมด 26,861 เสน
 รอ สปสธ. รับข้อมูลทุกที่ยังคืน 97,966 เสน
 ส่งใหม่ที่มีรายการไม่อนุมัติ 1,949,427 เสน

อนุมัติ 29,809,014 เสน
 ไม่อนุมัติ (คงเหลือ) 1,361,122 เสน
 อยู่ในกระบวนการพิจารณาของ สปสธ. 149,232 เสน
 ส่งช่องทางอื่นแล้ว 87,957 เสน
 อุดหนุน/ขาดดุลเคลม 23,240 เสน

*ข้อมูลอ้างอิงจากรวันที่บันทึกข้อมูลจากระบบ Data Refreshed at 07-07-2568 10.40 AM (ฉบับตรวจ 5 นาที)

แนวโน้มสถานะ FDH และ e-Claim ที่ไม่ตรงกัน



เดือน	จำนวนเคส
ต.ค. 67	3,192
พ.ย. 67	1,125
ธ.ค. 67	963
ม.ค. 68	4,637
ก.พ. 68	11,339
มี.ค. 68	19,099
เม.ย. 68	3,373
พ.ค. 68	3,037
มิ.ย. 68	1,701

หน่วยบริการแจ้งรายการเคสที่สถานะไม่ตรง ยอดสะสมทั้งหมด **จำนวน 48,466 เคส**

โดยเป็นเคสที่ส่งหา สปสธ. ระหว่างวันที่ 1/10/67 ถึง 30/06/68 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 ก.ค. 68)
 รับข้อมูลทาง E-mail: dhes11.fdh@gmail.com

มติที่ประชุม

รับทราบความคืบหน้าการพัฒนากระบวนการรวบรวมข้อมูล และการใช้ข้อมูลร่วมกัน ผ่าน FDH เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและเบิกจ่ายกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อสั่งการ -

5.2 (ร่าง) ข้อเสนอแนวทางการจัดบริการศูนย์ให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต (Mental Health Counselling)

โดย นายสมนึก อนันตวรรังศ์ รองผู้อำนวยการด้านบูรณาการบริการสุขภาพจิต

แนวทางการจัดบริการและการเบิกจ่ายศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต

05

ขอบเขตบริการ

- ให้บริการรูปแบบ onsite และ outreach
- ให้การปรึกษา 30-45 นาที ต่อผู้รับบริการ
- บริการและการติดตามไม่เกิน 2 ครั้ง / 2 สัปดาห์

06

โปรแกรม

- E-claim หรือ NHSO Digital Platform ส่งผ่าน Financial Data Hub (FDH)

07

ข้อมูลประกอบการเบิกจ่าย

- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในระบบ HIS
- ให้รหัสการประเมินปัญหาสุขภาพจิต 2 รหัส
 - Z72 ลักษณะปัญหา
 - Z71.8, Z71.9 ค่าแนะนำที่ได้

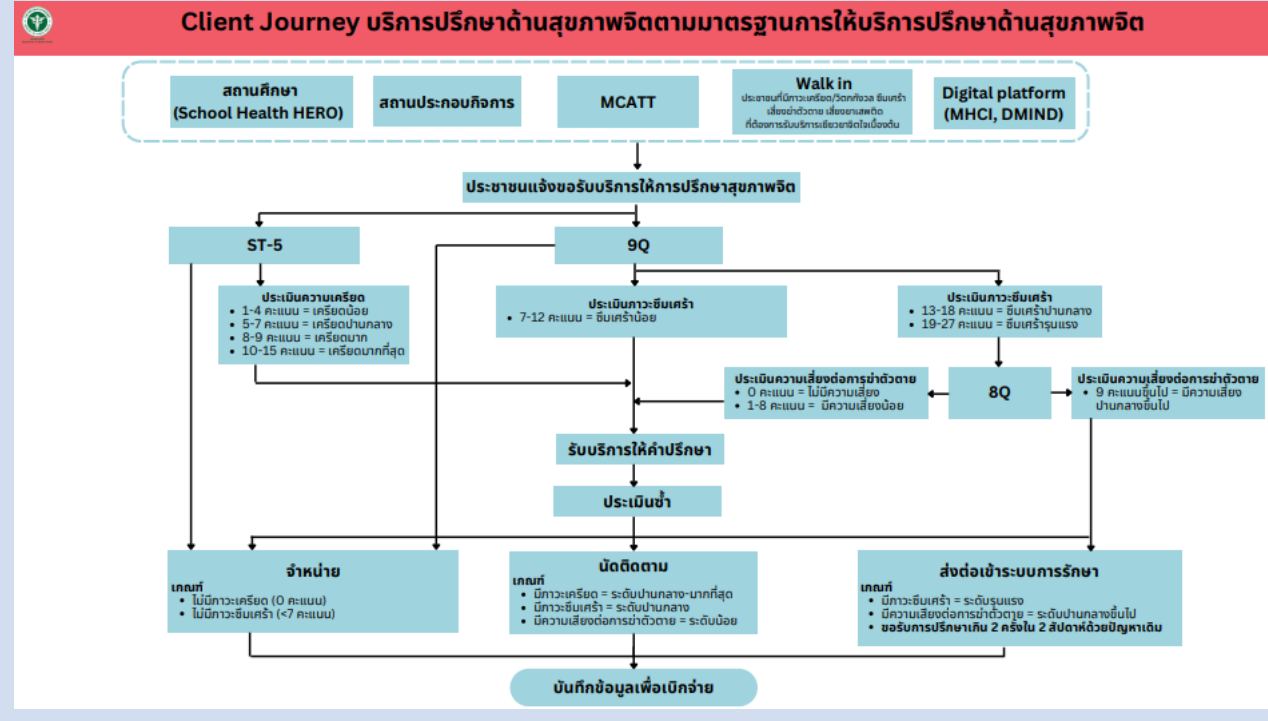
08

ค่าบริการ

- เสนอจ่ายเป็น PP Schedule
- 153 บาท/ครั้ง

การกำกับติดตาม: 1. กรมสุขภาพจิต รับรองมาตรฐานศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตทุก 5 ปี
 2. กลุ่มติดตามประเมินผลและกลุ่มบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. วางแผนการติดตามการให้บริการ
 3. ตรวจสอบก่อนการจ่ายและหลังการจ่าย

การประชุมหารือร่วมกับสปสช. เมื่อวันที่ 9 ก.ค.68



มติที่ประชุม

รับทราบแนวทางการจัดบริการและแนวทางการเบิกจ่ายศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling) ตามที่เสนอ

ข้อสั่งการ -