



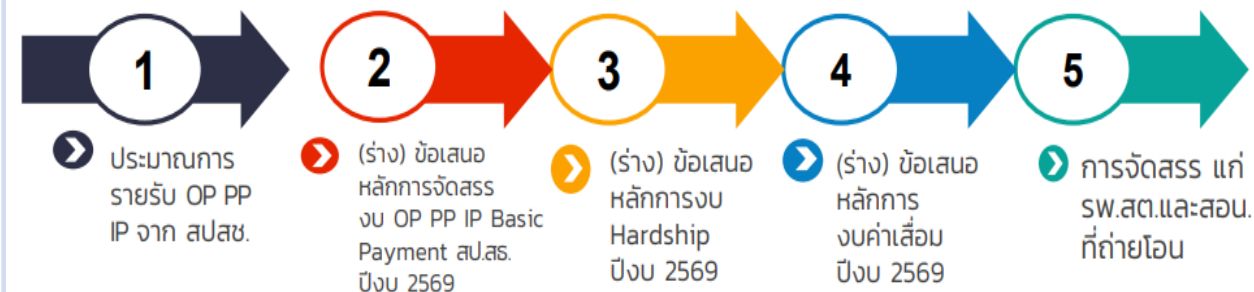
ระเบียบวาระที่ 3.2

มติและข้อสั่งการจากที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (7*7) ครั้งที่ 4/2568 วันที่ 15 กรกฎาคม 2568

การประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ
ในเขตสุขภาพที่ 8 ครั้งที่ 3/2568วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 เวลา 13.30 – 16.30 น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองบัวลำภู อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
ระบบ Zoom Meeting ห้องสัญญาณ ID : 434 9083271 Password : r8waycfo

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

กรอบการพิจารณา



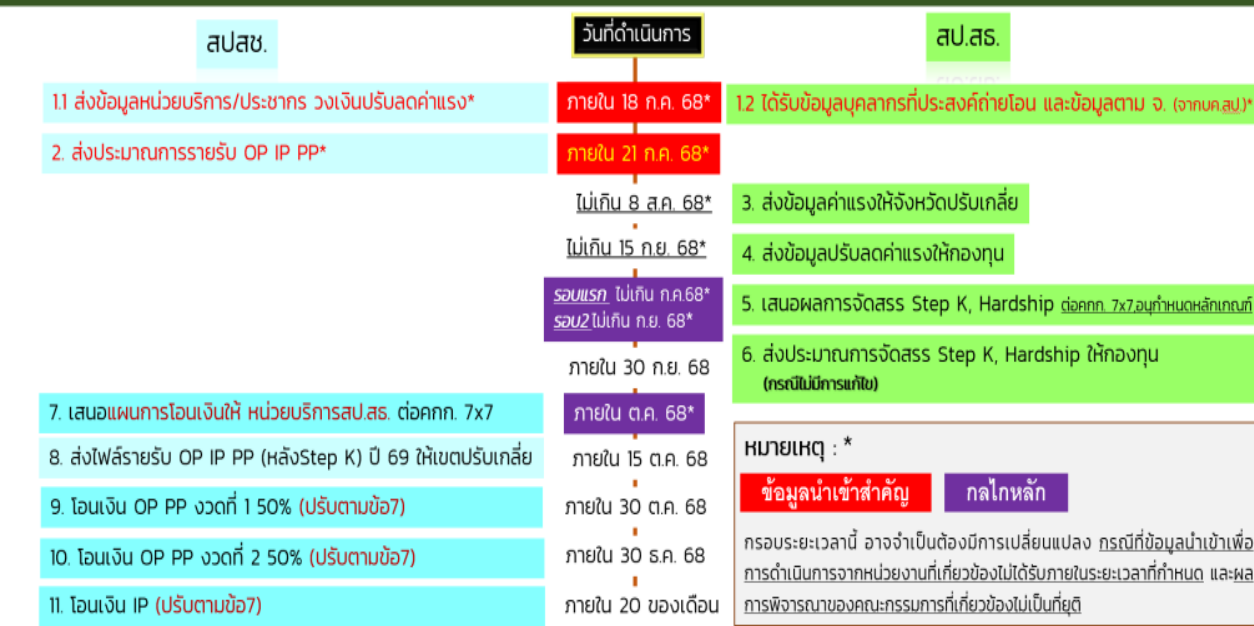
ประเด็นที่ปรับปรุงจากปี 2568

- หลักการคงเดิม ---
- **หลักการ StepLadder+K (ค่า K=1)**
- การคืนเงิน** ที่จากรายรับ 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
- แนวทางปรับกลียเงินคืนเพื่อบริหารระดับเขต/จังหวัด
- ✓ เพิ่ม * 2 บริหารจัดการให้หน่วยบริการมีรายรับตามการประกันรายรับ และมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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



Timeline การจัดทำข้อเสนอ



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

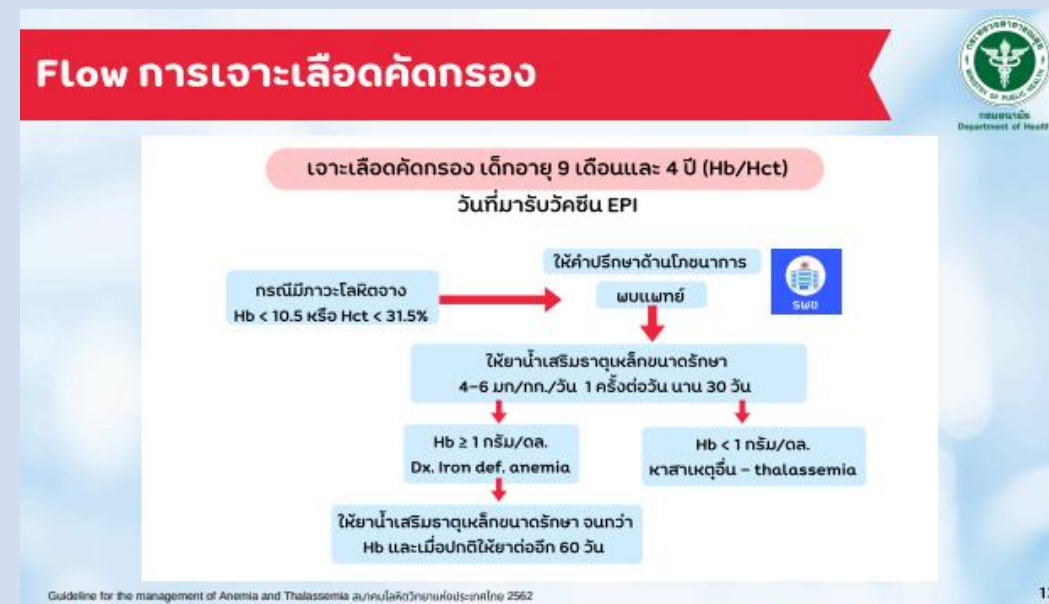
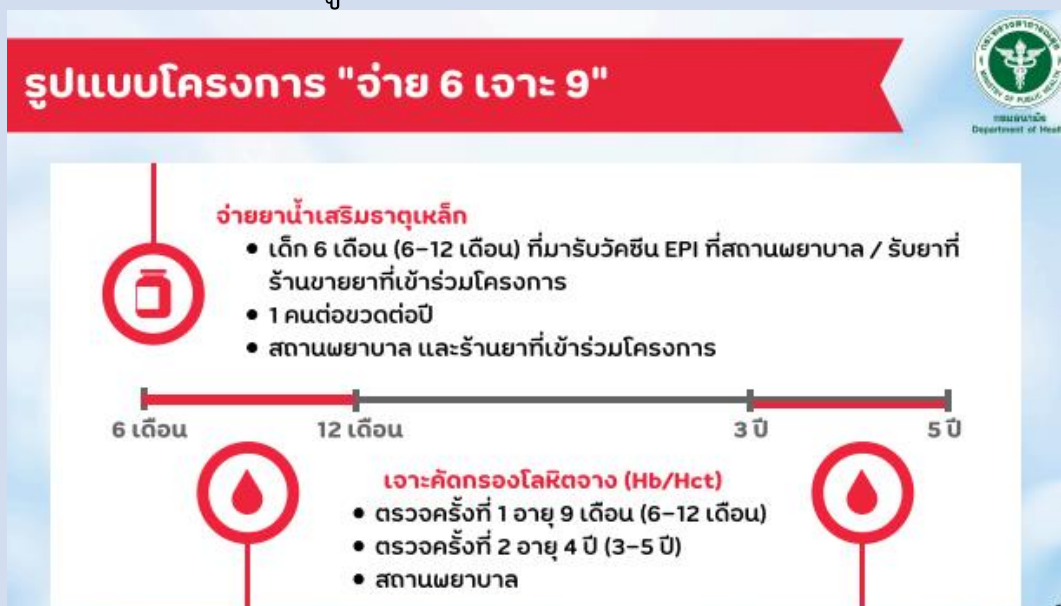
มติที่ประชุม

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 สปสช. 100%

รายการส่งเคลมสำเร็จ: 36,896,884 เคส

API Status Code: 200 (OK)

ทุกเคสมีรหัส UID

สปสช. รับข้อมูลเคลมจาก FDH 100% ไม่ประมวลผล รายงานผล และโอนเงิน

รายการส่งเคลมสำเร็จ: 36,896,884 เคส

API Status Code: 200 (OK)

ทุกเคสมีรหัส UID

รายละเอียดการเบิกจ่าย

- โอนเงินสำเร็จ: 12,063,620 เคส, 38.23%
- ยังไม่ได้ออนเงินทั้งหมด: 19,491,772 เคส, 61.77%
- มูลค่า 21,753 ล้านบาท

รายการที่ส่งเคลมสำเร็จ

- สปลช. รับข้อมูล: 31,430,565 เคส
- โอนเงินสำเร็จ: 12,063,620 เคส
- รายการที่ไม่ประสงค์เบิก: 5,341,492 เคส
- โอนเงินสำเร็จ: 21,752,661,270.23 บาท
- รายการที่โครงสร้างไม่ได้มาตรฐานทั้งหมด: 26,861 เคส
- โอนเงินสำเร็จ: 17,745,394 บาท
- รอ สปลช. รับข้อมูลทุกที่ยังคืน: 97,966 เคส
- อยู่ในกระบวนการพิจารณาของ สปสช. ร่วมกับ สปสช.: 3,104,951,132.10 บาท
- ส่งต่อทางอื่นแล้ว: 87,957 เคส
- ส่งใหม่ที่ไม่รายการไม่อนุมัติ: 1,949,427 เคส
- ลุล่วง/ยกเลิกเคลม: 23,240 เคส

*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 สปสช. 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

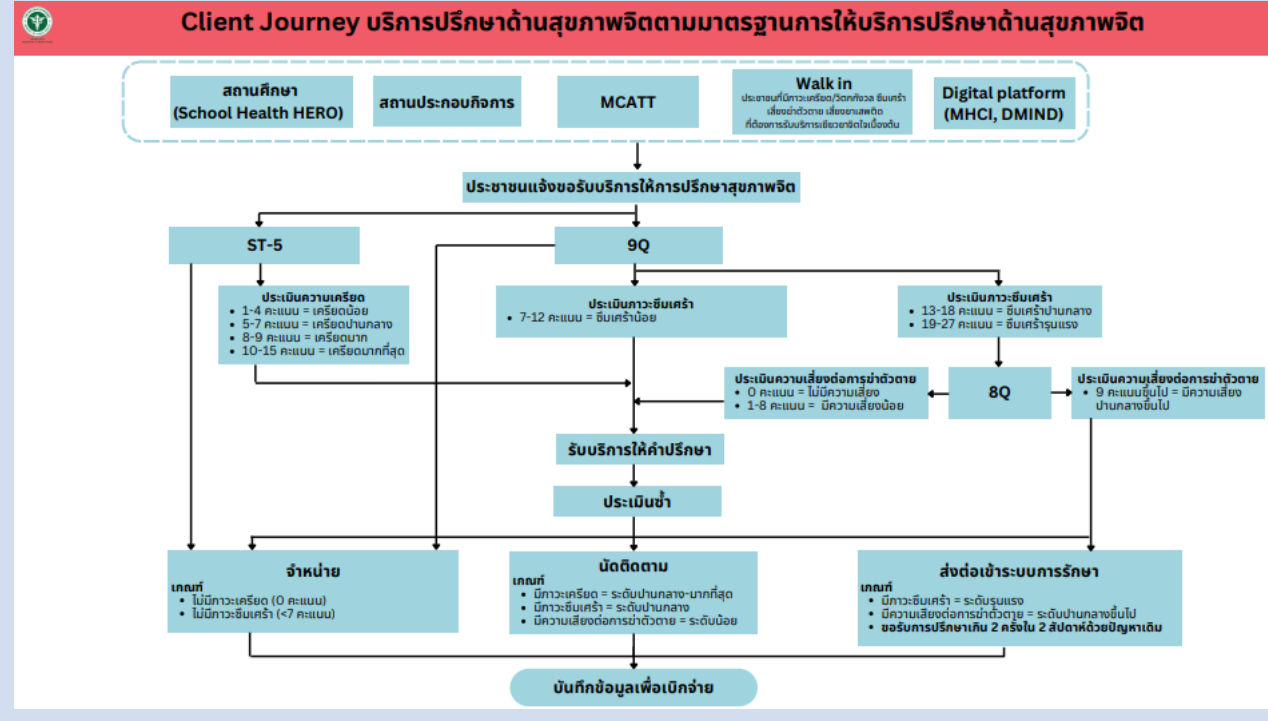
08

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 -