



วาระที่ 4.3

เรื่องแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี

การประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 8 และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 1/2569

วันที่ 27 มกราคม 2569 เวลา 09.00 น.เป็นต้นไป

ณ ห้องประชุมภูริทัตโต ชั้น 9 อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร อ.เมือง จ.สกลนคร

เรื่องแจ้งเพื่อทราบ



1. รายงานหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนพื้นที่เขต 8 อุดรธานี
2. แนวทางการแก้ไขปัญหางบกองทุนผู้ป่วยในร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข



รายงานหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
พื้นที่เขต 8 อุดรธานี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี

การประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 8 และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 1/2569
วันอังคารที่ 27 มกราคม 2569 เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป
ณ ห้องประชุมภูริทัตโต ชั้น 9 อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พื้นที่เขต 8 อุดรธานี

การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ระดับ 1 จำนวน 2 แห่ง
 การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ระดับ 2 จำนวน 4 แห่ง



 PCI ระดับ 1  PCI ระดับ 2

จังหวัด	หน่วยบริการ	PCI1	PCI2	ผ่าตัดหัวใจ
สกลนคร	โรงพยาบาลสกลนคร			
อุดรธานี	โรงพยาบาลอุดรธานี			
	โรงพยาบาลกรุงเทพอุดร			
หนองคาย	โรงพยาบาลหนองคาย			
นครพนม	โรงพยาบาลนครพนม			
เลย	โรงพยาบาลเลย (หน่วยใหม่)			

ข้อมูล หน่วยบริการ	รพ.อุดรธานี	รพ.สกลนคร	รพ.หนองคาย	รพ.นครพนม	รพ.กรุงเทพอุดร
	PCI1	PCI1	PCI2	PCI2	PCI2
วันที่ขึ้นทะเบียน	31/08/2559	01/04/2562	14/08/2567	26/05/2568	01/07/2562
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ด้านการผ่าตัดหัวใจ	ดำเนินการด้วยตนเอง	ดำเนินการด้วยตนเอง	รพ.อุดรธานี	รพ.สกลนคร	รพ.อุดรธานี
ลักษณะการดำเนินการ	ดำเนินการด้วยตนเอง	ดำเนินการด้วยตนเอง	ดำเนินการด้วยตนเอง	ดำเนินการด้วยตนเอง	ดำเนินการด้วยตนเอง
Cath lab director	วิธิยุทธ์ คำตรี	ชชล ศรีયાายาง	ศรารุฒิ ศรีประสาน	ชชล ศรีયાายาง	เกษม ต้นติพานิชธีระกุล
แพทย์ผู้ทำหัตถการ Fulltime	วิธิยุทธ์ คำตรี อนุชิต วงศ์เพ็ญ ตุลภัทร บุปผัน	ชชล ศรีયાายาง อภิลักษณ์ พิทักษ์นพกุล	ศรารุฒิ ศรีประสาน	ธนวัฒน์ เลิศวิทยากำจร	เกษม ต้นติพานิชธีระกุล
แพทย์ผู้ทำหัตถการ Parttime			อนุชิต วงศ์เพ็ญ	ชชล ศรีયાายาง	อนุชิต วงศ์เพ็ญ , ธนวัฒน์ ชี้อัสตัย , สุทธิเทพ ดวงสร, ธรรม ลิ้มอภิชาติ

ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(หน่วยใหม่)

โรงพยาบาล	รพ.เลย
ประเภทขึ้นทะเบียน	PCI ระดับ 2
วันที่ขึ้นทะเบียน	<u>12/01/2569</u>
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านการผ่าตัดหัวใจ	รพ.อุดรธานี
ลักษณะการดำเนินการ	ดำเนินการด้วยตนเอง
Cath lab director	วิธิยุทธ์ คำตรี
แพทย์ผู้ทำหัตถการ Fulltime	พลากร จันทรมิ
แพทย์ผู้ทำหัตถการ Parttime	วิธิยุทธ์ คำตรี, อนุชิต วงศ์เพ็ญ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รับขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑๖)
พ.ศ. ๒๕๖๙

ด้วย โรงพยาบาลทั่วไปเลย เลย ซึ่งได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการตรวจประเมินและผ่านเกณฑ์การประเมินเป็น หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ระดับ ๒ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกประเภทหนึ่ง

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๓) (๗) และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๘ วรรคสอง ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๙ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ เปลี่ยนแปลงประเภทหน่วยบริการของ โรงพยาบาลทั่วไปเลย ตั้งอยู่เลขที่ ๓๒/๑ ถนน มลิวรรณ ตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย จากหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำและ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ระดับ ๒

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙
หมายเลขใบรับรอง: a8c5dbab443bb080eb1ce8e28f2b4469
เวลาดำเนินการ: 2026-01-21 14:05
ลงนามโดย: อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
หมายเลขเอกสาร: 6703-8dc7-849b

นายอรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการแก้ไขปัญหางบกองทุนผู้ป่วยใน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

UC COVERAGE M&E

OP

- เหมาะจ่ายรายหัว
- หักเงินเดือนระดับประเทศ
- STEP OP
- เติมเงินกันใต้

HIV KRT NCD

- กองทุนรวม HIV (RRTRP / บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อ HIV)
- กองทุนรวม KRT (HD / รายใหม่)
- กองทุนรวม NCD

IP

- K = 1
- เติมเงินกันใต้
- 10.9 RW / HOMEWARD
- OP REFER / นอกเขต UHOS - NON UHOS / สำรองเตียง

ปฐมภูมิ หน่วยนวัตกรรม

- กองทุนนวัตกรรม
- 7 บริการ คลินิกนวัตกรรม

CR

- กองทุนรวม
- CAG/PCI
- TAK
- CATARACT
- RRT

ส่งเสริมป้องกัน แผนไทย ฟันฟู

- กองทุน PP
- กองทุน PP NCD
- กองทุนแผนไทย
- กองทุนฟันฟู

ความเป็นมา (1) :

วันที่ 27 ตุลาคม 2568 ปลัดกระทรวง สธ. เลขา สปสช. ผู้แทน รพศ. รพท. รพช.

ประชุมหารือการดำเนินการแก้ไขปัญหงบกองทุนผู้ป่วยใน มีความเห็นร่วมกัน ดังนี้

1. ปิงบประมาณ 2569 การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.ปรับการปรับลดค่าแรงในภาพรวม เพื่อให้กระทรวง สธ.บริหารการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ
2. กระทรวง สธ. และ สปสช.ร่วมกันจัดทำข้อมูลประมาณการผลงานให้บริการผู้ป่วยใน (Sum adjrw) รายหน่วยบริการในภาพรวมทุกสังกัด และมีการแยกกลุ่มบริการให้ชัดเจน รวมทั้งพิจารณาอัตราการเติบโตการให้บริการ ของปีงบประมาณ 2569 สำหรับการคำนวณวงเงิน Global budget รายเขต และประกอบการจัดทำคำขอของงบประมาณปี 2570 ให้เพียงพอ
3. ร่วมกันจัดระบบการกำกับติดตาม ตรวจสอบเวชระเบียนการให้บริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการทุกแห่ง ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันกรณีผลงานเกินกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ เสนอของงบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสม
4. ปิงบประมาณ 2569 การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน คงอัตราจ่าย 8,350 บาท /adjrw ทั้งปี รวมทั้ง ร่วมกันบริหารงบประมาณกองทุนฯ จำนวน 5 หมวด OP ทั่วไป, IP ทั่วไป ,PP basic service, Fee schedule, บริหารแบบโครงการ โดยหลักการให้ความสำคัญกับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในให้เพียงพอ และพิจารณาลดรายการบริการที่ไม่จำเป็น
5. แต่งตั้งคณะทำงานร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันจัดทำต้นทุนบริการที่เหมาะสมในการจัดทำงบประมาณปีถัดไป และใช้สำหรับการประกอบการทำคำขอของงบกลาง
6. เสริมสภาพคล่องทางการเงินให้หน่วยบริการ โดยให้ สปสช.โอนงบค่าบริการ OP PP สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. สอน.และ รพ.สต.ถ่ายโอนฯใน ปิงบประมาณ 2569 ระหว่างรอการปรับเกลี่ยรายรับค่าบริการ ตามผลการปรับเกลี่ยงบประมาณปี 2568 ไม่เกินร้อยละ 50 ไปพลางก่อนเพิ่มเติม

ความเป็นมา (2) :

- มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11/2568 เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2568 มีมติเห็นชอบข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหา
 1. การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป. ปรับการปรับลดค่าแรงในภาพรวม เพื่อให้กระทรวง สธ.บริหารการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ
 2. กระทรวงสาธารณสุขและสปสช.ร่วมกันจัดทำข้อมูลประมาณการผลงานให้บริการผู้ป่วยใน(Sum AdjRW) รายหน่วยบริการในภาพรวมทุกสังกัด และมีการแยกกลุ่มบริการให้ชัดเจน รวมทั้งพิจารณาอัตราการการเติบโตการให้บริการของปีงบประมาณพ.ศ.2569 สำหรับการคำนวณวงเงิน Global budget รายเขต
 3. ร่วมกันจัดทำระบบการกำกับติดตามตรวจสอบเวชระเบียนการให้บริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการทุกแห่ง ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งผลการ Audit หากกรณีผลงานเกินกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสม
 4. การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน คงอัตราจ่าย 8,350 บาท/AdjRW รวมทั้งร่วมกันบริหารงบประมาณแบบปลายปิด จำนวน 5 หมวด ได้แก่ OP ทั่วไป, IP ทั่วไป, PP Basic service, Fee schedule และบริหารแบบโครงการ โดยเฉพาะFee schedule สำหรับหน่วยนวัตกรรม โดยหลักการให้ความสำคัญกับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในให้เพียงพอ และพิจารณาลดรายการบริการที่ไม่จำเป็น
 5. เสริมสภาพคล่องทางการเงินให้หน่วยบริการ โดยให้ สปสช.โอนค่าบริการสังกัดสป.สธ สอน.และ รพ.สต.ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2569 ระหว่างรอการปรับเกลี่ยงบประมาณปี พ.ศ.2568 ไม่เกินร้อยละ 50 ไปพลางก่อน
 6. ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการร่วมในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันจัดทำต้นทุนบริการที่เหมาะสม ในการจัดทำงบประมาณปีถัดไป และใช้สำหรับการประกอบการทำคำของบกลางและตรวจสอบชดเชยค่าบริการ(Audit)

ความเป็นมา (3) :

□ มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11/2568 วันที่ 3 พ.ย.2568

วาระ 4.1 ข้อเสนอการดำเนินการแก้ปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

1. รับทราบแนวทางการทำงานร่วมจากการประชุมหารือร่วมกับปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขานุการ สปสช. ผู้แทนรพศ. รพท.และ รพช. เมื่อวันที่ 27 ต.ค.2568 และข้อสังเกตจากอนุกรรมการกำหนดฯเมื่อ วันที่ 27 ต.ค.2468
2. เห็นชอบข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหาทางบริการผู้ป่วยใน ปี 2568-2570 ตามที่เสนอดังนี้

ปีงบประมาณ 2569

1. การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.ปรับลดค่าแรงภาพรวม เพื่อให้กระทรวง สธ.บริหารจัดการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ
2. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ร่วมกันจัดทำข้อมูลประมาณการผลงานให้บริการผู้ป่วยใน (SumAdjRW) รายหน่วยบริการในภาพรวมทุกสังกัด และมีการแยกกลุ่มบริการให้ชัดเจน รวมทั้งพิจารณาอัตราการเติบโตการให้บริการ ของปีงบประมาณ พ.ศ.2569 สำหรับการคำนวณวงเงิน Global Budget รายเขต
3. ร่วมกันจัดระบบการกำกับติดตาม ตรวจสอบเวชระเบียนการให้บริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการทุกแห่งให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งผลการAudit หากผลงานเกินกว่าเป้าหมายงบประมาณ ให้เสนอของบประมาณตามความเหมาะสม
4. การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน คงอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท /AdjRW และปรับลด sum AdjRW ด้วยการ audit ทั้งปี รวมทั้งร่วมกันบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบปลายปิด จำนวน 5 หมวด ได้แก่ OP ทั่วไป, IP ทั่วไป ,PP basic service, Fee schedule, และบริหารแบบโครงการ โดยหลักการให้ความสำคัญกับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในให้เพียงพอ และพิจารณาลดรายการบริการที่ไม่จำเป็น
5. เสริมสภาพคล่องทางการเงินให้หน่วยบริการ โดยให้ สปสช.โอนงบค่าบริการ OP PP สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. สอน.และ รพ.สต.ถ่ายโอนฯในปีงบประมาณ 2569 ระหว่างรอการปรับเกลียรับค่าบริการ ตามผลการปรับเกลียงบประมาณปี 2568 ไม่เกินร้อยละ 50 ไปพลางก่อนเพิ่มเติม
6. ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการร่วมในคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันจัดทำต้นทุนบริการที่เหมาะสมในการจัดทำงานงบประมาณปีถัดไป และใช้สำหรับการประกอบการทำคำขอของบกลางและการตรวจสอบขดเชยค่าบริการ(Audit)

❑ มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 1 ธันวาคม 2568 :

วาระ 3.2 ผลการหารือแนวทางการแก้ปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

1. รับทราบข้อเสนอดำเนินการแก้ไขปัญหามูลค่ากองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
2. เห็นชอบการดำเนินการแก้ไขปัญหามูลค่ากองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ดังนี้
 - 2.1 เร่งรัดการปรับประสิทธิภาพและกำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ผ่านกลไกระดับประเทศและระดับเขต
 - 2.2 ดำเนินการ Audit ตรวจสอบ 100% โดยใช้ระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาช่วยดำเนินการในรายการ บริการที่เกินจำเป็นและบริการที่ควรดำเนินการตามมาตรฐาน
 - 2.3 ประสานสำนักงบประมาณ เพื่อติดตามการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในกรณีจำเป็นเร่งด่วนต่อไป
3. อนุมัติค่าบริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ตั้งเป้าหมายผลงานการให้บริการผู้ป่วยใน จำนวน 10.9 ล้าน sum AdjRW ในอัตราจ่ายที่ 8,350 บาท
4. ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ ปรับการปรับลดค่าแรงในภาพรวม เพื่อให้กระทรวงกระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการจัดสรร หรือปรับเกลียบบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ เพื่อไม่กระทบต่อรายรับของหน่วยบริการแต่ละแห่ง
5. มอบ สปสช. พิจารณาปรับการจ่ายให้เหมาะสม กรณีการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward), บริการที่ไม่สมควรเข้ารับการรักษาในสถานะผู้ป่วยใน
6. เห็นชอบ การปรับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยมอบคณะกรรมการด้านกฎหมายและกลั่นกรองกรณีอุทธรณ์พิจารณาร่าง ประกาศฯ และเสนอประธานกรรมการพิจารณาลงนามต่อไป

❑ มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 6 ม.ค.2569 :

1.เห็นชอบตามมติคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ ครั้งที่ 12/2568 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2568 ดังนี้

- 1.1 รับทราบผลการหารือการดำเนินการแก้ไขปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการสังกัดอื่น
- 1.2 รับทราบมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2568
- 1.3 เห็นชอบโครงสร้าง กลไก และแนวทางดำเนินการตรวจสอบและการกำกับติดตามประสิทธิภาพการเบิกจ่าย ทั้งการตรวจสอบบริการผู้ป่วยใน 100% โดยใช้ระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การกำหนดโควตาการให้บริการในรายการที่อาจมีการให้บริการเกินความจำเป็น และการ Pre-authorization ในรายการบริการที่กำหนด
- 1.4 เห็นชอบให้ สปสช. ดำเนินการปรับปรุงประสิทธิภาพ 8 รายการ ตามที่เสนอ และให้เสนอผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ทุกไตรมาส
- 1.5 มอบ สปสช. รายงานผลการกำกับติดตามประสิทธิภาพการเบิกจ่ายและการตรวจสอบบริการต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง

2.เห็นชอบให้ปรับเกลียงบประมาณ ภายใต้กรอบวงเงินจำนวน 5,450 ล้านบาท จากรายการ Fee Schedules ภาพรวมในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7.11 โดยให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณด้านบริการปฐมภูมิและด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาทางบริการผู้ป่วยใน ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12/2568 เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2568 โดยปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ตั้งเป้าหมายผลงานการให้บริการผู้ป่วยใน จำนวน 10.9 ล้าน sum AdjRW ในอัตราจ่ายที่ 8,350 บาทต่อ AdjRW

3.เห็นชอบการปรับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยมอบคณะอนุกรรมการด้านกฎหมายและกลั่นกรองกรณีอุทธรณ์ พิจารณาร่าง ประกาศฯ โดยเฉพาะประเด็น global budget ที่มีความเสี่ยงงบประมาณไม่เพียงพอ และเสนอประธานกรรมการพิจารณาลงนามต่อไป

กรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ตามมติคณะกรรมการหลักฯ ตั้งเป้าหมายผลงานการให้บริการผู้ป่วยใน จำนวน 10.9 ล้าน sum AdjRW ในอัตราจ่ายที่ 8,350 บาท ซึ่งจะมียังงบประมาณไม่เพียงพอประมาณ 5,450 ล้านบาท โดยปรับจากค่าบริการหมวด Fee schedule ภาพรวมในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7.11

รายการ	[1]	[2]=[1]*7.11%	[3]=[1]+[2]	[4]	[5]	[6]=[3]-[4]-[5]
	งบประมาณ 2569 (หลังปรับค่าแรงเบื้องต้น)	จำนวนเงินที่ปรับลด	งบประมาณหลังปรับเพิ่มค่าบริการผู้ป่วยใน	ค่าใช้จ่าย ปี 2568 ใช้งบประมาณ ปี 2569 (มติ กก.หลัก 1 ก.ย.68)	ค่าใช้จ่ายปี 2569 ณ 23 ธ.ค.2568	งบประมาณคงเหลือ
OP ทั่วไป	37,640.01	0.00	37,640.01	0.00	13,027.77	24,612.23
IP ทั่วไป	53,989.93	5,450.00	59,439.93	0.00	15,164.59	44,275.34
PP basicservice	12,090.34	0.00	12,090.34	0.00	2,974.57	9,115.77
Fee schedule (กรณีเฉพาะ, ฟันฟู, แผนไทย, ค่าเสื่อม, เอดส์, ไต, DMTH, จัดเวชชุมชน, หอบหืด, บริการระดับปฐมภูมิ, PPFS, PP National)	76,627.99	-5,450.00	71,177.99	12,292.10	15,274.98	43,610.90
โครงการ (พื้นที่กั้นดาร, ค่าบริการร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น, PPA, PPNCD, มาตรา 41)	13,500.99	0.00	13,500.99	550.71	3,176.61	9,773.67
รวม	193,849.25	0.00	193,849.25	12,842.81	49,618.53	131,387.91

หมายเหตุ: ปรับหมวดกองทุน เป็น 5 หมวด ตามมติคณะกรรมการหลักฯ ครั้งที่ 11/2568 วันที่ 3 พ.ย.2568

ข้อเสนอปรับเปลี่ยนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

*ผ่านการหารือร่วมกับปลัดกสธ. ในวันที่ 22 ม.ค. 69

แนวทางการพิจารณาปรับเปลี่ยนงบประมาณ

1) ผลการใช้จ่ายงบประมาณปี 2568 2) งบประมาณที่ได้รับจัดสรรปี 2569 3) มาตรการในการปรับประสิทธิภาพ หน่วย:ล้านบาท

	รายการ Fee schedule	[1] งบใช้2568	[2] ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้ งบประมาณ ปี 69	[3] งบกลาง 2569	[4] งบใช้ไป ณ 17 มค. 69	[5]=[3]-[4]-[2] คงเหลือ ณ 17 มค. 69	[6] ร่าง ข้อเสนอ ปรับเปลี่ยน*
ในหม่าจ่ายรายหัว	1. บริการกรณีเฉพาะ	30,660.60	6,456.94	31,895.69	7,813.21	17,625.53	3,587.07
	2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	454.59	170.92	503.05	58.65	273.47	-
	3. บริการแพทย์แผนไทย	1,504.31	1,115.97	3,012.58	305.21	1,591.40	-
	4. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,062.03		6,113.03	0.00	6,113.03	-
นอกหม่าจ่ายรายหัว	5. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,995.70	647.24	4,529.36	1,203.77	2,678.35	322.00
	6. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	17,599.06	2,405.56	16,074.98	5,463.06	8,206.36	-
	7. บริการควบคุมป้องกันและรักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง	666.33	74.42	1,355.31	112.47	1,168.42	500.00
	8. บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	72.57		132.15	-	132.15	50.00
	9. บริการควบคุมความรุนแรงโรคหัดและโรคปอดอักเสบเรื้อรัง	51.05	-	213.14	-	213.14	140.13
	10. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ	7,426.14	283.75	3,770.48	2,959.16	527.56	-
	11. national PP	2,341.64	322.29	2,709.14	407.95	1,978.89	-
	12. PP fee schedule	4,206.36	815.00	6,319.07	1,135.70	4,368.37	850.80
	รวม	75,040.38	12,292.10	76,627.99	19,459.19	44,876.69	5,450.00

กลไกและแนวทางการตรวจสอบ

- ผ่านมติอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 25 ธันวาคม 2568 และ มติอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 29 ธันวาคม 2568

คณะทำงานME ระดับประเทศ

คณะทำงานME เหม่าจ่ายรายหัว

คณะทำงานME นอกเหม่าจ่ายรายหัว

องค์ประกอบคทง.: สปสธ สปสช. และหน่วยบริการสังกัดอื่น

- จัดระบบกำกับติดตามและประเมินผล
- จัดระบบการตรวจสอบเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการและคุณภาพมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์เหม่าจ่ายรายหัวและนอกเหม่าจ่ายรายหัว
- วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอการจัดสรรและการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหม่าจ่ายรายหัวและนอกเหม่าจ่ายรายหัว เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เกิดประสิทธิภาพ ความมั่นคง และความเป็นธรรมต่อระบบสุขภาพของประเทศ

คณะทำงาน ME ระดับเขต

องค์ประกอบคทง.: เขตสุขภาพ สปสช.เขต และหน่วยบริการสังกัดอื่นในเขต

- กำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการคุณภาพมาตรฐาน รวมทั้งการจัดเครือข่าย การให้บริการในพื้นที่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณ
- กำหนดรายการบริการระดับเขตพื้นที่ รวมถึงเป้าหมายกำกับติดตามการ ตรวจสอบข้อมูลเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข และการให้บริการเกินความจำเป็นของหน่วยบริการในเขตพื้นที่
- วิเคราะห์ข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ผิดปกติ การเข้าถึงบริการ คุณภาพมาตรฐานการให้บริการเพื่อจัดทำข้อเสนอการจัดทาเงื่อนไข การตรวจสอบในภาพรวมผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีส่วนร่วมและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยบริการทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่
- รายงานผลการกำกับติดตามและผลการตรวจสอบผ่านกลไกเขตสุขภาพ โดยผ่านคณะทำงาน (5x5) อปสช. อคม. และคณะกรรมการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- เสนอกรอบแนวทางการตรวจสอบก่อนจ่ายและตรวจสอบหลังจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขต่อคณะกรรมการเพื่อ พิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณา
- จัดระบบเครือข่ายหน่วยบริการประจำและคลินิกนวัตกรรม และการกำกับติดตาม ตรวจสอบ บริการ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๔๖๙ /๒๕๖๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานกำกับติดตาม การบริหารกองทุน การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ
ระดับเขต ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุตรธานี

องค์ประกอบคณะทำงานฯ

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| ๑.๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานคณะทำงาน |
| ๑.๒ ผู้อำนวยการ สปสช.เขต | ประธานคณะทำงานร่วม |
| ๑.๓ ผู้แทน อปสข. และ อคม.เขต ๘ | คณะทำงาน |
| ๑.๔ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | คณะทำงาน |
| ๑.๕ ผู้แทนหน่วยบริการทุกสังกัด | คณะทำงาน |
| ๑.๖ กลุ่มงานประกันสุขภาพ | คณะทำงาน |
| ๑.๗ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ CFO | คณะทำงานและเลขานุการ |
| ๑.๘ สปสช.เขต | คณะทำงานและเลขาร่วม |

๒. ให้คณะทำงานตาม ๓. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ กำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐาน รวมถึงการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการงบประมาณ
 - ๒.๒ จัดทำข้อเสนอรายการบริการระดับเขตพื้นที่ และกำหนดเป้าหมายการกำกับติดตาม การตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการให้บริการกับความจำเป็นของหน่วยบริการ ในเขตพื้นที่
 - ๒.๓ วิเคราะห์ข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่มีผิดปกติ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ เพื่อจัดทำข้อเสนอในการจัดทำเงื่อนไขการตรวจสอบในภาพรวมผ่านระบบ อีเล็คทรอนิคส์ โดยการมีส่วนร่วมและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยบริการทุกภาคส่วนในพื้นที่
 - ๒.๔ รายงานผลการกำกับติดตามและผลการตรวจสอบผ่านกลไกเขตสุขภาพต่อคณะทำงาน กำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (๕x๕) เขตสุขภาพที่ ๘ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๘ อุตรธานี คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เขต ๘ อุตรธานี คณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - ๒.๕ เสนอกรอบแนวทางการตรวจสอบก่อนจ่ายและตรวจสอบหลังจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา
 - ๒.๖ เชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม
 - ๒.๗ กรณีมีความจำเป็นอาจเสนอต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของคณะทำงานตามคำสั่งนี้
 - ๒.๘ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

สั่ง ณ วันที่ ๒๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายเจด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พิมพ์เขียวการปฏิรูป : สู่ความยั่งยืนทางการเงิน

1. มาตรการระดับประเทศ

Gatekeeping (PA),
Global Budget,
AI Audit



2. กลไกระดับเขต (Area Governance)

เปลี่ยนบทบาทเป็น 'ผู้กำกับ' (Regulator) ใช้ KPI ลดความเหลื่อมล้ำ



3. แยกบทบาท (Role Separation)

 **MoPH** คุณคุณภาพ (Service) vs **NHSO**
 **คุณการเงิน (Financial)**

18 มาตรการปฏิบัติการ

- ✓ IP Reform
- ✓ High Cost
- ✓ Specific Funds
- ✓ Authentication



เป้าหมายการลดงบประมาณ:
7,480 ล้านบาท

ยุทธศาสตร์ 18 มาตรการเชิงปฏิบัติการ

Group 1: IP Reform (ผู้ป่วยใน)



Target:
1,980 MB

Group 2: High Cost (CR)

Target:
650 MB



Group 3: Specific Funds



Target:
1,750 MB

Group 4: Authentication



Target: 3,100 MB

**Total Estimated
Savings:
7,480 ล้านบาท**

เขตสุขภาพคือ 'ด้านหน้า' ส่วนกลางคือ 'ผู้บังคับใช้ขั้นสุดท้าย'

แผนปฏิบัติ

การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ด้านการเงินการคลังกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คณะทำงานระดับเขต รายงานข้อมูลด้านการเงินการคลัง
ต่อคณะกรรมการระดับประเทศ เดือนละ 1 ครั้ง

ผู้รับผิดชอบ : คทง. ระดับเขต

สปสช. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 18 ตัว
ต่อคณะกรรมการระดับประเทศ ทุกเดือน

ผู้รับผิดชอบ : สปสช.

เสนอคณะกรรมการฯเพื่อ

- รับทราบหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี ผ่านสายสวนในพื้นที่เขต 8 อุดรธานี
- รับทราบแนวทางการแก้ไขปัญหางบกองทุนผู้ป่วยในร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
 - ปีงบประมาณ 2569 การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.ปรับการปรับลดค่าแรงในภาพรวม
 - การปรับประสิทธิภาพและกำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ผ่านกลไกระดับประเทศและระดับเขต
 - ให้ สปสช. ดำเนินการปรับปรุงประสิทธิภาพ 8 รายการ ได้แก่ 1.บริการผู้ป่วยใน กรณีใช้ข้ามเขต, Home ward, Split admit 2.บริการ ACSC (Ambulatory Care Sensitive Condition) 3.บริการ Cancer anywhere 4.บริการ Cataract 5.บริการข้อเข่าเทียม (Knee Arthroplasty) 6.บริการ CAG / PCI 7.ไตวายเรื้อรัง 8.นวัตกรรม
 - ปรับเกลี้ยงบประมาณ ภายใต้กรอบวงเงินจำนวน 5,450 ล้านบาท จากรายการ Fee Schedules ภาพรวมในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7.11 (รวมมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุม ครั้งที่ 2/2569 วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2569)

Thank you



ตลอดมาเดี๋ยวย้าย... หากทลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสวัสดิ์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน