



การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2569 และผลการดำเนินงานของหน่วยบริการทุกสังกัด ในพื้นที่ เขต 8

การประชุมคณะทำงาน กำกับ ติดตาม การบริหารกองทุน การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐาน

การให้บริการ ระดับเขต ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี

ครั้งที่ 1/2569 ในวันศุกร์ที่ 17 เมษายน 2569 เวลา 09.00 – 10.30 น.

ณ ห้องประชุม สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ Zoom Meeting ห้องสัญญาณ ID : 434 9083271 Password : r8waycfo

ขอบเขตการนำเสนอ

- กรอบวงเงินและค่าใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568 -2569
- ข้อเสนอการดำเนินการแก้ไขปัญหางบกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
- สถานการณ์การเบิกจ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 8 รายการที่เสนอปรับปรุงประสิทธิภาพ

สรุปงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2569 ตามร่าง พรบ. (ภาพรวม)

2567

152,738.24 ลบ.

เงินเดือน

64,890.72 ลบ.

งบกองทุนฯ รวมเงินเดือน
217,628.96 ลบ.

อัตราเหมาจ่าย

3,472.24 บ./ปชก.

2568

168,296.89 ลบ.

เงินเดือน

68,089.63 ลบ.

งบกองทุนฯ รวมเงินเดือน
236,386.52 ลบ.

อัตราเหมาจ่าย

3,856.08 บ./ปชก.

2569

193,849.25 ลบ.

เงินเดือน

71,446.33 ลบ.

งบกองทุนฯ รวมเงินเดือน
265,295.58 ลบ.

อัตราเหมาจ่าย

4,173.04 บ./ปชก.

เพิ่มขึ้น/ลดลง จากปี 68



งบกองทุนฯ เพิ่มขึ้น
25,552.36 ลบ. (ร้อยละ 15.2)

เงินเดือนเพิ่มขึ้น
3,356.69 ลบ. (ร้อยละ 4.9)

งบกองทุนรวมเงินเดือน เพิ่มขึ้น
28,909.06 ลบ. (ร้อยละ 12.2)

อัตราเหมาจ่ายเพิ่มขึ้น
316.96 บาท/ปชก.

กรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569

รายการ	ปี 2567 [ได้จับ]	ปี 2568 [ได้จับ]	ปี 2569 [ได้จับ]	ปี 2569 [ขาลง]	ขาลงเพิ่ม (ลด) จากปี 2568	
					จำนวน	ร้อยละ
รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A+B) รวมเงินเดือน	217,628.9596	236,386.5211	265,295.5821	265,295.5821	28,909.0610	12.23%
เงินเดือนภาครัฐในระบบ	64,890.7187	68,089.6344	71,446.3331	71,446.3331	3,356.6987	4.93%
คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้ สปสช.	152,738.2409	168,296.8867	193,849.2490	193,849.2490	25,552.3623	15.18%
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	165,525.1530	181,841.1646	198,367.8770	198,227.7461	16,386.5815	9.01%
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว					-	
- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) *	3,472.24	3,856.08	4,175.99	4,173.04	316.96	8.22%
- ประชากรสิทธิ (ล้านคน)	47.6710	47.1570	47.5020	47.5020	0.3450	0.73%
- จำนวนงบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว	165,525.1530	181,841.1646	198,367.8770	198,227.7461	16,386.5815	9.01%
- จำนวนเงินเดือนภาครัฐชดเชยปกติในระบบ	59,375.1840	62,302.0558	65,073.4648	65,073.4648	2,771.4090	4.45%
- ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)	106,149.9690	119,539.1088	133,294.4122	133,154.2813	13,615.1725	11.39%
1.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP - General)	1,348.41	1,391.20	1,452.07	1,448.86	57.66	4.14%
1.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP - General)	1,528.54	1,790.73	1,853.61	1,850.02	59.29	3.31%
1.3 บริการกรณีเฉพาะ (CR)	436.79	503.92	667.61	671.46	167.54	33.25%
1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (Rehab)	9.80	9.64	10.59	10.59	0.95	9.85%
1.5 บริการแพทย์แผนไทย (TTM)	20.01	31.90	63.42	63.42	31.52	98.81%
1.6 บริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	128.69	128.69	128.69	-	0.00%
กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว	52,103.8066	54,545.3565	66,927.7051	67,067.8360	12,522.4795	22.96%
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,017.0957	4,209.4455	4,529.3625	4,529.3625	319.9170	7.60%
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	12,807.2986	13,506.1662	16,074.9805	16,074.9805	2,568.8143	19.02%
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,197.6157	1,298.9243	1,560.4798	1,700.6107	401.6864	30.92%
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กึ่งนคร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880	1,490.2880	1,490.2880	1,490.2880	-	0.00%
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิและหน่วยบริการ	2,062.7879	2,180.2280	3,770.4795	3,770.4795	1,590.2515	72.94%
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร	2,550.6010	2,522.2070	3,870.3120	3,870.3120	1,348.1050	53.45%
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	2,760.5540	2,900.2460	5,514.3678	5,514.3678	2,614.1218	90.13%
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	530.7120	530.9680	541.0160	541.0160	10.0480	1.89%
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	642.8083	522.9230	562.2298	562.2298	39.3068	7.52%
9.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป	24,044.0454	25,383.9605	27,761.9174	27,761.9174	2,377.9569	9.37%
9.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs)			1,252.2718	1,252.2718	1,252.2718	100.00%

- ประกาศคณะกรรมการหลักฯ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พ.ศ.2567 ข้อ 8.4.11 ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่ายหรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามประกาศนี้เสร็จสิ้นตามเป้าหมายแล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการคืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หรือเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป
- วันที่ 1 กันยายน 2568 การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติ
 - วาระ 4.7 ข้อเสนอการใช้รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสมและรายรับอื่นระหว่างปีรอปิดบัญชี ปี 2568 ที่ไม่มีภาระผูกพัน เห็นชอบข้อเสนอ การใช้รายการรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม และรายรับอื่นระหว่างปีรอปิดบัญชีปี 2568 ที่ไม่มีภาระผูกพัน ภายใต้วงเงิน 749.65 ล้านบาท โดยให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับกรณีจำนวนผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณกรณีข้อมูล อุทธรณ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเกินปีงบประมาณ เพิ่มเติมตามระเบียบว่าด้วยงบประมาณ ฯ และค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข ปี 2568 สำหรับรายการและประเภทบริการทั้งงบประมาณไม่เพียงพอ ได้ตามค่าใช้จ่ายที่สามารถเบิกจ่ายได้ภายในปีงบประมาณ 2568
 - วาระ 4.8 การบริหารกรอบวงเงินงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 ภายหลังจากได้รับงบกลางแล้วไม่เพียงพอ ให้ใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569 และให้ สปสช.เสนอปรับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 กรณีจำเป็น

สถานการณ์การเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนปี 2568

รายการ	[1]	[2]	[3]=[1]-[2]
	งบประมาณ 2568 (ก่อนปรับแก้)	งบประมาณใช้ไป	งบประมาณคงเหลือ/ ไม่พอ
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	120,091.55	126,360.35	-6,268.81
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)			
1.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	36,061.69	35,439.85	621.83
1.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.6*	52,238.97	52,238.97	0.00
1.3 บริการกรณีเฉพาะ	23,763.36	30,660.60	-6,897.25
1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	454.59	454.59	0.00
1.5 บริการแพทย์แผนไทย	1,504.31	1,504.31	0.00
1.6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,068.63	6,062.03	6.61
1.7 งบคุณภาพ			
กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว	48,205.34	55,105.92	-6,900.57
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,209.45	3,995.70	213.75
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	13,506.17	17,599.06	-4,092.90
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง			
- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1,169.23	666.33	502.90
- งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	78.64	72.57	6.07
- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคหัดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	51.05	51.05	0.00
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กึ่งดารา พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัด	1,490.29	1,490.29	0.00
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	2,180.23	7,426.14	-5,245.92
7 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น			
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และกรุงเทพฯ	2,522.21	2,371.03	151.18
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	2,900.25	3,793.74	-893.49
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	530.97	309.95	221.02
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	522.92	268.34	254.59
9 ค่าบริการเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ไม่รวมเงินเดือน)			
- P&P Basic service	10,556.49	9,271.50	1,284.99
- P&P Basic service (Fee schedule)	5,045.53	4,206.36	839.17
- P&P National	2,160.04	2,341.64	-181.59
- P&P Area based	265.48	225.84	39.65
- P&P NCD	1,016.40	1,016.40	0.00
รวม	168,296.89	181,466.27	-13,169.38

หมายเหตุ : 1.ค่าบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2568 อยู่ในขั้นตอนการขอเบิกกลาง จำนวน 2,016.97 ล้านบาท

2.LTC ผลงานและต้นทุน สูงกว่างบประมาณที่ได้รับ

3. P&P National แผนการจัดทาวัดชี ปี 2567 มาใช้งบประมาณปี 2568 จำนวน 1,043 ล้านบาท

สถานการณ์การเบิกจ่ายค่าบริการกรณีเฉพาะ 2568

รายการ	งบตั้งต้น ปี 2568 (ก่อนปรับเกลี่ย)	งบประมาณใช้ไป ปี 2568	คงเหลือ ปี 2568
รวมทั้งสิ้น	23,763.36	30,660.60	-6,897.25
1. ปกป้องการติดเชื้อบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น	3,987.61	5,028.88	-1,041.27
2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ	7,903.38	9,482.84	-1,579.46
3. Provider financial risk protection	9,061.38	12,252.62	-3,191.24
4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด	2,145.80	2,999.08	-853.28
5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค	665.19	897.19	-232.00

รายการ	งบตั้งต้น ปี 2568 (ก่อนปรับเกลี่ย)	งบประมาณใช้ไป ปี 2568	คงเหลือ ปี 2568
1. ปกป้องการติดเชื้อบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น	3,987.61	5,028.88	-1,041.27
1.1 OP-AE ชำนาญจังหวัด	1,809.60	1,713.06	96.55
1.2 OP refer ชำนาญจังหวัด	1,276.83	1,214.22	62.61
1.3 ค่าพาหนะรับส่งพัสดุระหว่างหน่วยบริการ	200.64	215.93	-15.30
1.4 IP-PUC/IPFRCC/SSS (DRGv5)	170.12	111.81	58.31
1.5 บริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร	530.43	1,773.86	-1,243.43
2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ	7,903.38	9,482.84	-1,579.46
2.1 STEMI (ST evaluated MI)	70.22	44.42	25.80
2.2 Stroke	437.23	508.62	-71.39
2.3 Chemo/Radia-OP&IP (IP เริ่มปี58)	5,857.84	2,714.08	3,143.76
2.4 Cataract (all) รวมเลนส์	1,298.18	1,893.70	-595.52
2.5 ทัศนกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่	30.82	24.13	6.70
2.6 ค่าบริการเงินฝากฉุกเฉินคุณภาพ	209.08	246.43	-37.35
2.7 มะเร็งไบริเวนท์ใต้ CANCER_Anywhere	0.00	4,051.47	-4,051.47

รายการ	งบตั้งต้น ปี 2568 (ก่อนปรับเกลี่ย)	งบประมาณใช้ไป ปี 2568	คงเหลือ ปี 2568
3. Provider financial risk protection	9,061.38	12,252.62	-3,191.24
3.1 Instrument-OP&IP stent	8,677.43	11,679.31	-3,001.88
3.2 Hyperbaric O2-OP&IP	2.02	0.17	1.85
3.3 Corneal transplantation	9.16	16.64	-7.48
3.4 Liver transplant ในเด็ก (การปลูกถ่ายตับในเด็กที่มีภาวะท่อน้ำดีอุดตัน)	89.65	90.87	-1.22
3.5 Heart transplant (ปลูกถ่ายหัวใจ)	35.37	43.31	-7.94
3.6 การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Hematopoietic stem cell trans)	103.30	212.90	-109.60
3.7 การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็ง	44.46	103.46	-59.00
3.8 บริการทางการแพทย์ขั้นสูงสุด	100.00	105.97	-5.97
4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด	2,145.80	2,999.08	-853.28
4.1 ยา Methadone สำหรับ MMT	67.79	68.90	-1.11
4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	2,078.01	2,930.18	-852.17
5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค	665.19	897.19	-232.00
5.1 Thalassemia (ปรับเป็นดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ปี 58)	204.89	302.93	-98.04
5.2 Tuberculosis			
- ยารักษาวัณโรค (โครงการพิเศษ)	191.81	205.52	-13.70
- LAB ,คัดกรอง,กำกับการกินยา	147.86	48.12	99.75
5.3 การดูแลแบบประคับประคอง	83.52	301.59	-218.07
5.4 Rare Disease	37.10	39.03	-1.93

สถานการณ์การเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ 2568



กลุ่ม	[1]	[2]	[3]=[1]-[2]
	งบประมาณปี 68 ก่อนปรับ	งบประมาณใช้ไป	งบประมาณคงเหลือ
บริการระดับปฐมภูมิ	236.51	236.51	0.00
นวัตกรรมร้านยาคุณภาพ Model1-3	492.00	13.65	478.35
นวัตกรรมร้านยาคุณภาพค่าบริการ Common illness	0.00	1,361.72	-1,361.72
ส่งยาทางไปรษณีย์	52.95	89.88	-36.94
TeleMedicine	369.16	128.80	240.36
นวัตกรรมคลินิกพยาบาล	509.36	2,683.49	-2,174.14
นวัตกรรมคลินิกเทคนิคการแพทย์ LAB	289.15	108.18	180.97
นวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด	41.45	121.30	-79.84
นวัตกรรมด้านเวชกรรม	77.00	1,069.23	-992.23
นวัตกรรมทันตกรรม	101.37	1,306.06	-1,204.69
นวัตกรรมการแพทย์แผนไทย	11.28	307.32	-296.03
รวม	2,180.23	7,426.14	-5,245.92

การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569

วันที่ 3 พ.ย.68 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบการบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบปลายปิด จำนวน 5 หมวด ได้แก่ OP ทั่วไป, IP ทั่วไป, PP basic service, Fee schedule, และบริหารแบบโครงการ โดยหลักการให้ความสำคัญกับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในให้เพียงพอ และพิจารณาลดรายการบริการที่ไม่จำเป็น

บริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่าย

- สป.สธ.
 - ใช้ ปชก. 1 เม.ย.68 (คำนวณ Step ladder และกันเงิน เพื่อจัดสรรตามเกณฑ์กระทรวง สธ.)
 - ปรับค่าแรงในภาพรวมระดับประเทศ
 - โอนเงิน 2 งวด
- สังกัดอื่น (ภูมิภาค)
 - ใช้ปชก.ตามจริงรายเดือน
 - ปรับค่าแรงหน่วยภาครัฐระดับ CUP ตามเกณฑ์แต่ละสังกัด
 - โอนเงินรายเดือน
- สังกัดอื่น (กทม.) จ่ายตามคำแนะนำ สปสช.
 - จ่ายตามผลงานบริการ
 - จ่ายแบบเหมาจ่ายตามประชากร
 - โอนเงินรายเดือน

บริการผู้ป่วยใน

- จ่ายตามระบบ DRGs
- คงการบริหารเป็น Global budget ระดับเขต
- มีการกันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายในแต่ละเขตพื้นที่เพียงพอในแต่ละปีงบประมาณและมีอัตราจ่ายใกล้เคียงกัน และผลกระทบ DRGs
- จ่ายในเขต อัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/adjrw
- การจ่ายเงิน
 - สป.สธ.
 - คำนวณค่า K และกันเงิน เพื่อจัดสรรตามเกณฑ์กระทรวง สธ.
 - ปรับค่าแรงในภาพรวมระดับประเทศ
 - สังกัดอื่น หน่วยภาครัฐระดับ CUP ตามเกณฑ์แต่ละสังกัด
- โอนเงินตามผลงานรายเดือน

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบเหมาจ่าย

- สป.สธ.
 - ใช้ ปชก. 1 เม.ย. 68 /ผลงาน (คำนวณ Step ladder และกันเงิน เพื่อจัดสรรตามเกณฑ์กระทรวง สธ.)
 - ปรับค่าแรงในภาพรวมระดับประเทศ
 - โอนเงิน 2 งวด
- สังกัดอื่น (ภูมิภาค)
 - ใช้ปชก.ตามจริงรายเดือน / ผลงาน
 - ปรับค่าแรงหน่วยภาครัฐระดับ CUP ตามเกณฑ์แต่ละสังกัด
 - โอนเงินรายเดือน
- สังกัดอื่น (กทม.) จ่ายตามผลงานบริการ

จ่ายตามผลงาน Fee schedule

- กรณีเฉพาะ
- ฟันฟู,แผนไทย
- ค่าเสื่อม
- ค่าบริการเอดส์
- ค่าบริการไตวายเรื้อรัง
- DMTH
- จัดเวชชุมชน
- หอบหืด
- บริการระดับปฐมภูมิ
- PPFS
- PP National

บริหารแบบโครงการ

- Hardship
- ค่าบริการร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น (อปท./LTC/กองทุนฟื้นฟูจังหวัด)
- PPA
- PPNCD
- มาตรา 41

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2569

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,850.02 บาทต่อผู้มีสิทธิ
(ปกก. 47.5020 ล้านคน)

กั้นเงินบริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย :

- เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายให้ในเขตพื้นที่เพียงพอในแต่ละปีงบประมาณ และมีอัตราจ่ายใกล้เคียงกัน หากไม่พอ จ่ายลดตามส่วน หากเงินที่จ่ายลดลงตามส่วนแล้วยังมีผลต่อสภาพคล่องของหน่วยบริการให้ของงบประมาณเพิ่มเติม ทั้ง ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ สปสช.กำหนด โดยคำขอคำแนะนำ/ความเห็นจากอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ฯ

Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย :

1. จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่น บริการข้ามเขต บริการเด็กแรกเกิด สำรองเตียง มาตรา 7 การใช้บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ORS) เป็นต้น
2. จ่าย เบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adiRW ในระหว่างปีให้ สปสช.ปรับอัตราได้ ตามประมาณการผลงานที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่เกินอัตราจ่ายเบื้องต้น ทั้งนี้ กรณีเขตพื้นที่อาจขอคำแนะนำหรือความเห็นของ อปสข.

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2569

งบบริการ P&P 29,014.1892 ล้านบาท
 ปชก.ทุกสิทธิ 67.627 ล้านคน*

•เป้าหมาย Thai pop จำนวน 67.627 ล้านคน
 โดยใช้จำนวนปชก.ไทย ณ 1 เม.ย.68 เป็นตัวแทนในการจัดสรร
 NPP+PPB+PPA= 27,761,917,400 บาท
 PP NCDs = 1,252,271,800 บาท



1. Central procurement & NPP (40.06 บาท/คน)

1. Central procurement & NPP

- วัคซีน : EPI ตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ
- วัคซีนใช้ขวดใหญ่ตามฤดูกาล
- วัคซีน HPV
- วัคซีนป้องกันไอกรน (aP) ในหญิงตั้งครรภ์
- สมุดบันทึกสุขภาพฯ
- ยายุติการตั้งครรภ์
- ถูยงอนามัย

2. โครงการเพิ่มความสะอาดและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการ ได้แก่

- สายด่วนสุขภาพจิต
- สายด่วนเลิกบุหรี่
- บริการมิตรภาพบำบัด
- สายด่วนวัยรุ่น สายด่วนท้องไม่พร้อม
- ศูนย์ให้การปรึกษาสุขภาพจิต*
- ธนาคารนมแม่*
- บริการถูยงอนามัย

2. PPA (4 บาท/คน)

1. จ่ายตามโครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบาย หรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ

2. ให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไกการอนุมัติ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของทุกโครงการให้ได้ผลผลิตผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณตามที่กำหนด โดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิชอบในระดับเขตพื้นที่

3. PP Basic service (366.46บาท/คน)

2.1 **เหมาะจ่ายบริการพื้นฐาน (273.02 บาท/คน)**

2.2 **จ่ายตามรายการบริการ (PPFS) (93.44 บาท/คน)**

ร้อยละ 65
 เหมาะจ่ายตามปชก.ด้วยอัตราระดับจังหวัด

ร้อยละ 35
 จ่ายตามผลงานบริการ* เม.ย. 67- มี.ค. 68 หรือที่เป็นปัจจุบัน

*รายการที่ 4 เพิ่มในปีงบประมาณ 2569

ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2569 พ.ศ. 2568 ณ วันที่ 5 ก.ย. 68

แผนการโอนเงินหน่วยบริการ สป.สธ. ปี 2569

รายการ	งวดการโอนเงิน
ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1 : สปสช.โอนยอดร้อยละ 20 ของยอดจัดสรร ปี68 (จัดสรรพ่วงก่อน) โอนวันที่ 8 ต.ค. 68 งวดที่ 2 : สปสช.โอนยอดร้อยละ 30 ของยอดจัดสรร ปี68 (จัดสรรพ่วงก่อน) โอนวันที่ 31 ต.ค. 68 งวดที่ 3 : โอนให้ครบยอดจัดสรร 75% ของปีงบประมาณ 2569 โอนวันที่ 17 ก.พ. 69 ส่วนที่เหลือ ภายในสิ้นเดือน ก.พ. 69
ค่าบริการ PP	งวดที่ 1 : สปสช.โอนยอดร้อยละ 20 ของยอดจัดสรร ปี68 (จัดสรรพ่วงก่อน) โอนวันที่ 8 ต.ค. 68 งวดที่ 2 : สปสช.โอนยอดร้อยละ 30 ของยอดจัดสรร ปี68 (จัดสรรพ่วงก่อน) โอนวันที่ 31 ต.ค. 68 งวดที่ 3 : โอนให้ครบยอดจัดสรร 75% ของปีงบประมาณ 2569 โอนวันที่ 17 ก.พ. 69 ส่วนที่เหลือ ภายในสิ้นเดือน ก.พ. 69
PP NON UC	สิ้นเดือน ก.พ. 69
ค่าบริการผู้ป่วยใน	งวด 6809_2 (16-30 ก.ย. 68) BR 8,350 บาท/AdjRw /ปรับค่าแรงระดับ CUP งวด 6810 (ต.ค.68) BR 8,350 บาท/AdjRw /ปรับค่าแรงระดับ CUP งวด 6811 (พ.ย.68) BR 8,350 บาท/AdjRw /ปรับค่าแรงระดับ CUP งวด 6812 (ธ.ค.68) BR 3,505.14 บาท/AdjRw /ปรับค่าแรงภาพรวม งวด 6901 (ม.ค.69) BR 3,505.14 บาท/AdjRw /ปรับค่าแรงภาพรวม

การบริการงบ Basic payment หน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ปี 2569

รายการ	งวดการโอนเงิน
ค่าบริการ OP-PP เหมาะจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	จ่ายด้วยอัตราจ่ายระดับจังหวัด (หลังปรับลดอัตราจ่ายเพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาล) จ่ายรายเดือนตาม Point ประชากรที่ลงทะเบียน และค่าบริการ PP work word คำนวณจ่ายตามผลงานเดือน เม.ย.67-มี.ค.68
ค่าบริการผู้ป่วยใน	จ่ายตามอัตราจ่ายและบริการที่ส่งเบิกรายเดือน
การปรับลดค่าแรง	<ul style="list-style-type: none">• Uhosnet หักเงินเดือนให้ได้ตามเพดานเงินเดือนของแต่ละแห่ง โดยกระจายเงินเดือนในงบ OP เหมาะจ่าย, PP เหมาะจ่าย และบริการ IP• รัฐอื่นๆที่เหลือ หักเงินเดือนจากรายรับ<ul style="list-style-type: none">OP เหมาะจ่าย 32%PP Basic services 32%IP บริการในเขต 28%

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

1. รับทราบแนวทางการทำงานร่วมจากการประชุมหารือร่วมกับปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขานุการ สปสช. ผู้แทนรพศ. รพท. และ รพช. เมื่อวันที่ 27 ต.ค.2568 และข้อสังเกตจากอนุกรรมการกำหนดฯเมื่อ วันที่ 27 ต.ค.2568

2. เห็นชอบข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหาทางบริการผู้ป่วยใน ปี 2568-2570 ตามที่เสนอดังนี้

ปีงบประมาณ 2569

1. การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.ปรับลดค่าแรงภาพรวม เพื่อให้กระทรวง สธ.บริหารการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ
2. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ร่วมกันจัดทำข้อมูลประมาณการผลงานให้บริการผู้ป่วยใน (SumAdjRW) รายหน่วยบริการในภาพรวมทุกสังกัด และมีการแยกกลุ่มบริการให้ชัดเจน รวมทั้งพิจารณาอัตราค่าตอบแทนการให้บริการ 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. ภายใต้งบปีงบประมาณ 2569 ระหว่างรอการปรับเกลี่ยรายรับค่าบริการ ตามผลการปรับเกลี่ยงบประมาณปี 2568 ไม่เกินร้อยละ 50 ไปพลางก่อนเพิ่มเติม
6. ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการร่วมในคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันจัดทำต้นทุนบริการที่เหมาะสมในการจัดทำงบประมาณปีถัดไป และใช้สำหรับการประกอบการทำคำของบกลางและการตรวจสอบขดเชยค่าบริการ(Audit)

□ มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 1 ธันวาคม 2568 :

1. รับทราบข้อเสนอการดำเนินการแก้ไขปัญหางบกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
2. เห็นชอบการดำเนินการแก้ไขปัญหางบกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 ดังนี้
 - 2.1 เร่งรัดการปรับประสิทธิภาพและกำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ผ่านกลไกระดับประเทศและระดับเขต
 - 2.2 ดำเนินการ Audit ตรวจสอบ 100% โดยใช้ระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาช่วยดำเนินการในรายการ บริการที่เกินจำเป็นและบริการที่ควรดำเนินการตามมาตรฐาน
 - 2.3 ประสานสำนักงบประมาณ เพื่อติดตามการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในกรณีจำเป็นเร่งด่วนต่อไป
3. กรณีค่าบริการผู้ป่วยใน 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 เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการจัดสรร หรือปรับเกลี่ยงบประมาณให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ เพื่อไม่กระทบต่อรายรับของหน่วยบริการแต่ละแห่ง
5. มอบ สปสช. พิจารณาปรับการจ่ายให้เหมาะสม กรณีการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward), บริการที่ไม่สมควรเข้ารับการรักษาในสถานะผู้ป่วยใน
6. เห็นชอบ การปรับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยมอบคณะอนุกรรมการด้านกฎหมายและกลั่นกรองกรณีอุทธรณ์พิจารณาร่าง ประกาศฯ และเสนอประธานกรรมการพิจารณาลงนามต่อไป

□ มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2569 วันที่ 2 มีนาคม 2569 :

1. เห็นชอบการปรับเกลียงบประมาณ ภายใต้กรอบวงเงิน 5,450 ล้านบาท จากการหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกลไกที่เกี่ยวข้องจากรายการอื่นที่เหมาะสมเพิ่มเติม นอกเหนือจากรายการ Fee Schedules ตามหลักการ ดังนี้
 - 1.1 ไม่กระทบกับประชาชนและผู้ป่วย
 - 1.2 เป็นไปตามหลักกฎหมาย
 - 1.3 ปรับประสิทธิภาพบริการอื่น เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ ให้เป็นไปตามคุณภาพและมาตรฐานการบริการ
2. เห็นชอบแนวทางการปรับประสิทธิภาพการบริหารกองทุนฯปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ในด้านเป้าหมาย มาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ การตรวจสอบ และกรอบระยะเวลาดำเนินการ โดยมอบ สปสช. พิจารณาทบทวนรายการปรับเกลียงบประมาณภายใต้กรอบวงเงิน 5,450 ล้านบาท และมอบ สปสช. ปรับประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมของระบบการเบิกจ่าย และระบบการกำกับติดตาม เพื่อดำเนินการตามมติ ข้อ 1
3. มอบ สปสช.ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการดังนี้
 - 3.1 สื่อสาร ชี้แจงให้หน่วยบริการทราบในหลักเกณฑ์บริหารกองทุนที่เปลี่ยนแปลง
 - 3.2 กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่าย
 - 3.3 รายงานผลการดำเนินการและการกำกับติดตามเป็นประจำทุกเดือน
4. รับรองมติเพื่อดำเนินการได้ทันที

ข้อเสนอการดำเนินการแก้ไขปัญหาคงทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

	รายการ Fee schedule และ รายการโครงการ	[1] งบใช้ 2568	[2] งบได้รับ 2569	[3] มติคณะกรรมการหลักฯ ครั้งที่ 3/2569 วันที่ 2 มี.ค. 2569	กรอบระยะเวลาดำเนินการ
IP	IP-Homeward (ปรับยกเลิกการจ่ายกรณี DM/HT)*			600.00	ปรับประกาศการจ่ายและระบบเบิกจ่าย เริ่มดำเนินการ 1 มี.ค. 69
	IP (ปรับยกเลิกรายการ Spilt Admission)*			558.86	ปรับประกาศที่เกี่ยวข้อง และระบบเบิกจ่าย เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	รวมบริการ IP			1,158.86	
ในเหมาจ่ายรายหัว (Fee schedule)	1. บริการกรณีเฉพาะ	30,660.60	31,895.69	2,496.37	
	1.1 Instrument CAG/PCI			556.00	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	1.2 Instrument หัวใจ			200.00	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	1.3 Instrument ข้อเข่า (กำหนดโควต้า)			300.00	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	1.5 Instrument lens (กำหนดโควต้า)			591.06	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	1.7 OP anywhere (จ่ายตามจริงไม่เกินเพดาน)			191.31	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	1.8 OP anywhere (ทบทวนอัตราจ่ายรายการ HIV 3 รายการ)			10.00	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	1.9 OP AE (จ่ายด้วยระบบคชช.แนบภายในวงเงิน)			148.00	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	1.10 CA anywhere			500.00	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	454.59	503.05		
3. บริการแพทย์แผนไทย	1,504.31	3,012.58	300.00	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69	
4. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,062.03	6,113.03			
รวมบริการในเหมาจ่าย [A]	38,681.53	41,524.35	2,796.37		
นอกเหมาจ่ายรายหัว (Fee schedule)	5. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,995.70	4,529.36	322.04	เริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	6. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	17,599.06	16,074.98	-	ดำเนินการตามประกาศการจ่ายฯ ดำเนินการเมื่อ 1 ม.ค. 69
	7. บริการควบคุมป้องกันและรักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง	666.33	1,355.31	500.00	ดำเนินการตามประกาศการจ่ายฯ ดำเนินการเมื่อ 1 ต.ค. 68
	8. บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	72.57	132.15	50.00	ดำเนินการตามประกาศการจ่ายฯ ดำเนินการเมื่อ 1 ต.ค. 68
	9. บริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	51.05	73.01	140.13	ปรับประกาศที่เกี่ยวข้อง โดยเริ่มดำเนินการ 1 เม.ย. 69
	10. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ	7,426.14	3,770.48	-	
	11. National PP	2,341.64	2,709.14	-	
	12. PP fee schedule	4,206.36	6,319.07	850.80	ดำเนินการตามประกาศการจ่ายฯ ดำเนินการเมื่อ 1 ต.ค. 68
โครงการ	13. PPNCDC **		1,252.27	790.66	คิดเป็น 63% ของงบ PPNCDC
	รวมงบประมาณที่ปรับเกลี้ยให้บริการผู้ป่วยใน [A]+[B]	113,721.91	118,012.20	5,450.00	

การเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

รายการ	[1]	[2]	[3]=[1]+[2]	[4]	[5]	[6]=[3]-[4]-[5]
	งบประมาณ 2569 หลังปรับค่าแรง เบื้องต้น	ปรับแก้ไขให้ IP ตามมติบอร์ด	งบประมาณตั้งต้น หลังปรับให้ IP ตามมติบอร์ด	ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้งบประมาณ ปี 69	งบประมาณใช้ไป ปี 69 ณ 24 มี.ค.69	งบประมาณ คงเหลือ/ไม่พอ
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	133,154.28	2,653.63	135,807.91	7,743.83	78,077.78	49,986.29
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)						
1.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	37,640.01		37,640.01	0.00	28,633.29	9,006.72
1.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.6*	53,989.93	5,450.00	59,439.93	0.00	31,490.09	27,949.84
1.3 บริการกรณีเฉพาะ	31,895.69	-2,496.37	29,399.32	6,456.94	14,729.57	8,212.81
1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	503.05		503.05	170.92	76.81	255.32
1.5 บริการแพทย์แผนไทย	3,012.58	-300.00	2,712.58	1,115.97	562.38	1,034.22
1.6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,113.03		6,113.03	0.00	2,585.65	3,527.38
กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว	60,694.97	-2,653.63	58,041.34	5,098.98	30,914.34	22,028.02
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,529.36	-322.04	4,207.32	647.24	1,951.77	1,608.31
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	16,074.98		16,074.98	2,405.56	8,384.60	5,284.82
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง						
- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1,355.31	-500.00	855.31	74.42	328.52	452.37
- งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	132.15	-50.00	82.15	0.00	0.00	82.15
- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคหัดและโรคปอดอักเสบเรื้อรัง	213.14	-140.13	73.01	0.00	0.00	73.01
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และ	1,490.29		1,490.29	0.00	1,490.29	0.00
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	3,770.48		3,770.48	283.75	3,461.58	25.15
7 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น						
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และก	3,870.31		3,870.31	0.00	1,912.81	1,957.51
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	5,514.37		5,514.37	550.71	1,144.66	3,819.00
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	541.02		541.02	0.00	295.28	245.73
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	562.23		562.23	0.00	112.32	449.91
9 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ไม่รวมเงินเดือน)						
- P&P Basic service	12,090.34		12,090.34	0.00	9,061.80	3,028.54
- P&P Basic service (Fee schedule)	6,319.07	-850.80	5,468.27	815.00	2,032.75	2,620.52
- P&P National	2,709.14		2,709.14	322.29	500.04	1,886.80
- P&P Area based	270.51		270.51	0.00	237.92	32.59
- P&P NCD	1,252.27	-790.66	461.61	0.00	0.00	461.61
รวม	193,849.25	0.00	193,849.25	12,842.81	108,992.12	72,014.31

8 รายการที่เสนอปรับปรุงประสิทธิภาพ

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

1. บริการผู้ป่วยใน กรณีใช้ข้ามเขต

ระดับประเทศ

ปี	ครั้ง	AdjRW	จ่าย
2566	281,867	555,490	5,326,121,190
2567	279,083	548,785	5,262,956,607
2568	316,463	645,930	6,200,517,862
2569 Q1*	56,209	110,046	1,222,880,220

ปี 2568 มี 4 เขต

ที่สัดส่วนของค่าใช้จ่ายเกินกว่า 10 %

ของวงเงินเขต

ระดับเขต

เขต	ปีงบ 2568				ปีงบ 2569 Q1*		
	ครั้ง	AdjRW	จ่าย	สัดส่วนของค่าใช้จ่ายจากวงเงินเขต	ครั้ง	AdjRW	จ่าย
เขต 1 เชียงใหม่	9,989	16,793	161,199,279	2%	1,994	3,061	33,402,298
เขต 2 พิษณุโลก	18,221	35,242	338,395,908	8%	1,871	3,497	41,340,787
เขต 3 นครสวรรค์	18,924	46,394	445,439,063	11%	1,608	2,271	25,079,107
เขต 4 สระบุรี	39,769	86,549	830,810,046	13%	5,886	13,546	156,713,149
เขต 5 ราชบุรี	31,841	80,625	773,929,336	12%	3,145	4,923	54,714,345
เขต 6 ระยอง	40,446	89,444	858,559,546	12%	7,112	11,554	121,425,546
เขต 7 ขอนแก่น	21,167	32,290	309,988,655	4%	6,053	12,523	138,753,076
เขต 8 อุตรดิตถ์	24,267	48,652	466,996,207	7%	3,363	4,514	46,925,642
เขต 9 นครราชสีมา	34,594	65,013	624,038,253	7%	4,808	6,118	63,298,780
เขต 10 อุบลราชธานี	20,642	33,361	320,249,625	5%	3,001	4,222	43,606,511
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	18,952	48,937	469,772,944	8%	2,676	3,303	35,320,295
เขต 12 สงขลา	10,105	14,496	139,154,504	2%	1,935	4,582	54,927,573
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	27,543	48,127	461,925,064	7%	12,757	35,932	407,373,111
รวม	316,463	645,930	6,200,517,862	7%	56,209	110,046	1,222,880,220

1. บริการผู้ป่วยใน กรณีใช้ข้ามเขต RGN08

Refer Out จังหวัดที่ลงทะเบียนสิทธิ ปีงบฯ67-69Z

Province	2567			2568			2569(6810-6902)			ปรก.ชดเชยปี69	69-68
	จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)	จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)	จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)		
3800	1,845	3,835.25	35,101,408.70	1,856	3,703.03	33,971,356.74	849	1,565.7638	14,599,296.86	35,038,312.46	1,066,955.72
3900	2,365	4,359.78	40,499,445.19	2,668	5,339.81	49,424,479.52	1,087	2,069.9675	19,363,327.53	46,471,986.07	- 2,952,493.45
4100	5,728	9,459.70	86,707,157.91	6,469	11,508.73	105,979,497.87	2,682	4,655.7232	43,221,569.78	103,731,767.47	- 2,247,730.40
4200	3,289	7,020.04	64,841,739.21	3,585	7,933.97	73,535,845.50	1,520	3,352.0124	31,649,863.83	75,959,673.19	2,423,827.69
4300	2,107	3,999.71	37,184,377.28	2,360	4,815.99	44,436,062.15	978	1,890.5732	17,552,017.70	42,124,842.48	- 2,311,219.67
4700	4,335	7,789.76	72,337,209.26	5,037	9,909.33	91,699,551.73	2,052	3,621.5595	33,660,128.50	80,784,308.40	- 10,915,243.33
4800	3,194	6,869.07	63,393,545.00	3,624	8,061.20	74,296,364.37	1,421	3,127.8930	29,218,233.11	70,123,759.46	- 4,172,604.91
Grand Total	22,863	43,333.30	400,064,882.55	25,599	51,272.05	473,343,157.88	10,589	20,283.4926	189,264,437.31	454,234,649.54	-19,108,508.34

Refer Out R08 - เขตที่ให้บริการ ปีงบฯ67-69

RGN2	2567			2568			2569(6810-6902)		
	จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)	จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)	จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)
1	455	502.20	4,532,264.64	639	994.35	9,163,406.12	231	384.81	3,384,839.92
2	544	597.05	5,413,447.36	630	912.44	8,422,677.48	250	268.28	2,457,828.62
3	313	363.80	3,314,544.00	373	496.78	4,548,841.06	172	238.75	2,232,730.27
4	1,661	2,460.86	22,585,377.74	2,049	3,500.21	31,874,792.67	871	1,406.40	12,969,949.40
5	1,050	1,382.72	12,457,857.64	1,135	1,684.26	15,151,697.28	477	675.08	6,032,656.98
6	3,467	4,716.76	42,076,979.72	3,845	5,629.87	51,161,240.26	1,829	2,742.44	24,971,811.01
7	8,551	22,826.85	214,088,795.19	8,911	24,799.25	232,389,210.26	3,410	9,066.96	86,047,293.11
9	1,700	2,181.43	20,095,919.57	2,093	2,840.48	25,959,109.25	911	1,205.85	11,234,983.01
10	1,325	1,665.70	14,848,739.05	1,830	2,638.23	23,172,984.83	714	1,042.08	9,767,194.43
11	935	1,246.31	11,090,604.54	1,280	1,708.89	15,447,692.49	541	722.06	6,567,938.50
12	300	367.27	3,171,780.40	340	397.41	3,535,334.68	120	158.33	1,387,858.99
13	2,562	5,022.35	46,388,572.70	2,474	5,669.88	52,516,171.50	1,063	2,372.43	22,209,353.07
Grand Total	22,863	43,333.30	400,064,882.55	25,599	51,272.05	473,343,157.88	10,589	20,283.49	189,264,437.31

10 อันดับ หน่วยบริการที่รับ Refer

RGN2	hname	2567			2568			2569(6810-6902)		
		จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)	จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)	จำนวนครั้ง	adjrw_nhso	ชดเชย(บาท)
7	รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	4580	14,784.51	138,667,900.02	4,370	15,431.82	145,186,185.11	1,718	5,725.3690	54,806,960.07
7	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ม.ขอนแก่น	501	3,273.75	31,380,874.66	512	3,437.60	32,565,911.04	189	1,129.1227	10,839,577.92
7	รพ.ขอนแก่น	814	1,712.57	15,879,565.86	949	2,218.97	20,577,349.01	258	536.3563	4,945,879.92
6	รพ.ชลบุรี	376	784.80	6,942,730.28	467	974.68	9,074,028.16	209	416.1306	3,853,274.64
13	รพ.ศิริราช	264	658.80	6,084,293.33	220	796.71	7,441,748.16	102	293.4476	2,757,096.96
13	รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	206	743.85	6,996,466.48	204	578.87	5,198,960.83	60	159.7631	1,498,012.15
10	รพ.มุกดาหาร	314	597.04	5,258,589.60	435	679.06	5,491,943.84	152	292.8446	2,742,554.88
9	รพ.มหาราชนครราชสีมา	223	475.88	4,413,604.95	272	605.93	5,446,685.76	111	265.5498	2,482,187.52
6	รพ.ระยอง	224	446.86	3,912,291.61	238	495.00	4,366,103.81	109	324.1428	2,948,466.64
6	รพ.สมุทรปราการ	213	363.30	3,354,380.16	265	494.13	4,338,314.73	90	215.7785	1,963,782.72

Top 10 GPDx Refer out

10 อันดับ รพ.ศรีนครินทร์

gpdx	gpdx_name	2567				2568				2569(6810-6902)			
		Admit(คน)	Admit(ครั้ง)	SumAdjrw	ชดเชย(บาท)	Admit(คน)	Admit(ครั้ง)	SumAdjrw	ชดเชย(บาท)	Admit(คน)	Admit(ครั้ง)	SumAdjrw	ชดเชย(บาท)
C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	234	343	1,416.2846	13,467,328.47	298	474	1,706.6942	16,251,348.78	118	138	477.5419	4,584,402.24
C24	Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract	74	102	467.7177	4,423,695.89	80	136	601.2438	5,762,007.12	29	39	231.8231	2,225,501.76
D32	Benign neoplasm of meninges	50	54	481.6223	4,638,548.16	48	51	545.6197	5,237,949.12	29	30	310.7038	2,982,756.48
I60	Subarachnoid haemorrhage	27	27	212.4116	2,033,192.30	44	47	517.0731	4,963,901.76	10	11	108.9704	1,046,115.84
C71	Malignant neoplasm of brain	23	54	318.0481	3,049,306.97	23	52	372.5652	3,576,625.92	11	32	170.7763	1,639,452.48
C91	Lymphoid leukaemia	6	29	122.7059	1,045,896.52	9	86	320.5958	2,677,152.17	5	17	75.1596	680,694.09
I67	Other cerebrovascular diseases	21	22	62.4499	599,519.04	24	28	262.3479	2,518,539.84	10	11	112.1902	1,077,025.92
K80	Cholelithiasis	34	50	179.5197	1,814,413.44	32	52	193.1617	1,854,352.32	11	16	71.9123	690,358.08
C79	Secondary malignant neoplasm of other sites	33	40	179.1000	1,722,426.24	25	31	174.2264	1,690,984.32	9	9	66.2259	635,768.64
C83	Diffuse non-Hodgkin's lymphoma	13	29	168.2899	1,605,201.22	14	37	174.9704	1,679,715.84	5	9	46.6776	440,673.52

10 อันดับ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ม.ขอนแก่น

gpdx	gpdx_name	2567				2568				2569(6810-6902)			
		Admit(คน)	Admit(ครั้ง)	SumAdjrw	ชดเชย(บาท)	Admit(คน)	Admit(ครั้ง)	SumAdjrw	ชดเชย(บาท)	Admit(คน)	Admit(ครั้ง)	SumAdjrw	ชดเชย(บาท)
Q21	Congenital malformations of cardiac septa	91	110	631.1172	6,058,725.12	78	92	708.0677	6,797,449.92	31	36	198.0893	1,901,657.28
I25	Chronic ischaemic heart disease	46	56	379.0817	3,639,184.32	33	38	359.8387	3,300,098.88	13	15	126.8713	1,217,964.48
T82	Complications of cardiac and vascular prosthetic dev	25	26	156.3152	1,500,625.92	35	40	246.9938	2,090,444.16	17	18	114.7199	1,101,311.04
I71	Aortic aneurysm and dissection	15	17	270.9200	2,600,832.00	18	22	229.1806	2,200,133.76	6	6	83.9564	805,981.44
I47	Paroxysmal tachycardia	30	30	225.6317	2,166,064.32	25	25	181.7876	1,745,160.96	5	5	46.5482	446,862.72
I35	Nonrheumatic aortic valve disorders	10	11	103.0899	989,663.04	16	19	177.8516	1,707,375.36	2	2	15.9138	152,772.48
I07	Rheumatic tricuspid valve diseases	2	2	16.7530	160,828.80	11	14	158.2822	1,519,509.12	3	3	5.7915	55,598.40
Q25	Congenital malformations of great arteries	24	27	205.0197	1,930,538.21	20	23	149.2723	1,433,014.08	8	8	45.8884	440,528.64
I05	Rheumatic mitral valve diseases	9	12	140.7814	1,351,501.44	11	15	138.5213	1,329,804.48	8	8	75.6119	725,874.24
I21	Acute myocardial infarction	13	14	133.4164	1,280,797.44	17	18	136.8198	1,313,470.08	4	4	38.8100	372,576.00

2. บริการผู้ป่วยใน กรณี Home ward

ภาพรวมประเทศ Homeward			
ปี	ครั้ง	AdjRW	จ่าย
2566	9,328	4,757	39,680,110
2567	64,610	38,786	299,692,736
2568	197,477	200,112	1,024,723,645
2569 Q1	57,063	35,471	311,993,559

25>

ค่าใช้จ่าย Home ward เพิ่มขึ้น 25 เท่าในระยะเวลา 2 ปี

	จำนวนเงินจ่ายชดเชย (ล้านบาท)				จำนวนบริการ (ครั้ง)			
	2569*	2568	2567	2566	2569*	2568	2567	2566
ผู้ป่วยในทั้งหมด	14,651	75,179	79,042	70,188	1,197,285	6,403,947	7,008,130	6,244,095
Home ward	312	1,025	300	40	57,063	200,112	65,210	9,376
ร้อยละ Home ward เทียบ ผู้ป่วยในทั้งหมด	2.1%	1.4%	0.4%	0.1%	4.8%	3.3%	1.0%	0.2%

ร้อยละของค่าใช้จ่าย Home ward เทียบกับของผู้ป่วยในทั้งหมด เพิ่มขึ้นจาก 0.1 ในปี 66 เป็น 1.4 ในปี 68 ในขณะที่ร้อยละของการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 0.2 ในปี 66 เป็น 3.3 ใน ปี 68

2. บริการผู้ป่วยใน กรณี Home ward

ผลงานการเข้ารับบริการผู้ป่วยใน เขต 8 by HCODE

บริการ	ประเภท	2568					2569(5mo)				
		คน	ครั้ง	Σ_AdjRW	เงินจ่าย	CMI	คน	ครั้ง	Σ_AdjRW	เงินจ่าย	CMI
บริการในเขต	HOMEWARD ในเขต	27,260.00	27,483.00	19,810.18	157,584,553.44	0.72	15,673.00	15,740.00	11,805.52	62,641,229.38	0.75
	IMC ในเขต	631.00	634.00	2,158.69	16,536,179.55	3.40	278.00	278.00	1,007.60	4,789,755.31	3.62
	MIS ในเขต	1,889.00	1,889.00	5,798.32	46,754,585.57	3.07	890.00	890.00	2,483.02	13,242,538.32	2.79
	ODS ในเขต	5,369.00	5,375.00	5,797.96	45,794,682.50	1.08	1,513.00	1,515.00	1,364.05	7,812,968.30	0.90
	ในเขต	549,515.00	589,058.00	817,062.70	6,271,681,083.96	1.39	228,759.00	245,327.00	318,513.95	1,783,948,075.26	1.30
	รวม	584,664.00	624,439.00	850,627.87	6,538,351,085.02	9.66	247,113.00	263,750.00	335,174.13	1,872,434,566.57	9.36
บริการข้ามเขต	HOMEWARD ข้ามเขต	34.00	34.00	54.20	424,036.22	1.59	66.00	66.00	101.10	611,382.10	1.53
	ข้ามเขต	16,916.00	17,498.00	25,141.09	241,354,428.55	1.44	7,135.00	7,367.00	9,991.31	95,916,581.16	1.36
	รวม	16,950.00	17,532.00	25,195.29	241,778,464.77	3.03	7,201.00	7,433.00	10,092.41	96,527,963.26	2.89
บริการ FIXED COST	Newborn (HC)	188.00	188.00	3,326.89	39,922,734.00	17.70	85.00	85.00	1,306.35	15,676,160.40	15.37
	Newborn (ป่วย)	5,601.00	5,611.00	6,095.44	54,886,222.80	1.09	319.00	319.00	1,429.53	12,966,434.10	4.48
	UCEP รัฐ	3,482.00	3,535.00	-	34,644,688.82	-	1.00	1.00	-	32,635.00	-
	UCEP เอกชน	14.00	14.00	-	979,155.53	-	10.00	10.00	-	714,101.55	-
	นิว Class 3	2,448.00	2,473.00	1.59	17,621,500.00	0.00	778.00	789.00	-	5,128,500.00	-
	รวม	11,733.00	11,821.00	9,423.93	148,054,301.15	18.78	1,193.00	1,204.00	2,735.87	34,517,831.05	19.85

Top10
68

รายงานหน่วย : ผลการให้บริการ HomeWard แยกรายคน ครั้ง จำแนกรายหน่วยบริการ

HC..	ชื่อหน่วยบริการ	Sum LOS	Sum AdjRW	คน	ครั้ง	เงินจ่าย
12277	รพ.จิตเวชนครพนม..	4,942	989.6627	386	412	7,901,246
11026	รพ.สร้างคอม	7,549	949.3394	540	542	7,363,529
11031	รพ.เชียงคาน	5,858	890.3805	1,354	1,812	7,049,935
11023	รพ.บ้านดือ	5,042	896.8120	1,370	1,562	6,805,897
11025	รพ.เพ็ญ	5,870	927.5324	1,144	1,372	6,434,932
11091	รพ.พระอาจารย์สี..	4,464	744.2372	1,257	1,428	5,756,404
11032	รพ.ปากชม	5,406	620.1778	575	741	5,064,749
11096	รพ.คำชะแล้	7,291	567.1578	951	1,309	4,539,260
11451	รพ.ธาตุพนม	4,769	586.8381	502	532	4,419,666
11102	รพ.เจริญศิลป์	5,403	584.5014	676	704	4,330,025

Top10
69(3mo)

รายงานหน่วย : ผลการให้บริการ HomeWard แยกรายคน ครั้ง จำแนกรายหน่วยบริการ

HC..	ชื่อหน่วยบริการ	Sum LOS	Sum AdjRW	คน	ครั้ง	เงินจ่าย
11023	รพ.บ้านดือ	3,155	515.4902	524	537	4,296,103
11090	รพ.กุศมาภ	967	138.0407	139	139	1,138,471
11025	รพ.เพ็ญ	964	129.3874	238	249	1,071,195
11451	รพ.ธาตุพนม	931	113.8889	99	99	886,160
11028	รพ.นาสูง	725	100.5158	68	68	839,307
11036	รพ.วังสะพุง	455	99.9288	58	58	834,406
11105	รพ.ท่าอุเทน	847	97.8367	176	176	800,829
11102	รพ.เจริญศิลป์	586	99.8695	62	62	781,222
11021	รพ.ศรีธาตุ	853	89.6554	108	108	746,013
11111	รพ.นาหว้า	549	84.0649	231	231	685,804

5 อันดับ Disease Cluster ที่เป็น Home ward ปีงบ 2568 –2569 Q1

Top5 กลุ่มโรค ปีงบ 69 Q1 คล้ายกับปีงบ 68 ทั้งปี

ปีงบ 2568

กลุ่มรหัสโรค	ชื่อกลุ่มโรค	คน	ครั้ง	เงินจ่าย
E10-E14	Diabetes ellitus	73,718	87,143	310,576,103
I10-I15	Hypertensive diseases	86,172	98,016	307,901,122
F10-F19	ental and behavioural disorders	22,750	27,358	373,584,030
L89	Decubitus ulcer and pressure area	3,672	6,741	83,925,382
U071,U072	virus identified, virus not identified	7,535	7,536	23,666,010

ปีงบ 2569 Q1

กลุ่มรหัสโรค	ชื่อกลุ่มโรค	คน	ครั้ง	เงินจ่าย
I10-I15	Hypertensive diseases	18,978	19,239	63,050,802
E10-E14	Diabetes ellitus	13,170	13,384	49,499,939
L89	Decubitus ulcer and pressure area	756	923	12,359,175
J10-J18	Influenza and pneu onia	717	719	4,332,705
U071,U072	virus identified, virus not identified	48	48	144,581

หมายเหตุ : กลุ่มโรคมาจากโรคหลัก (pdx: principal diagnosis)

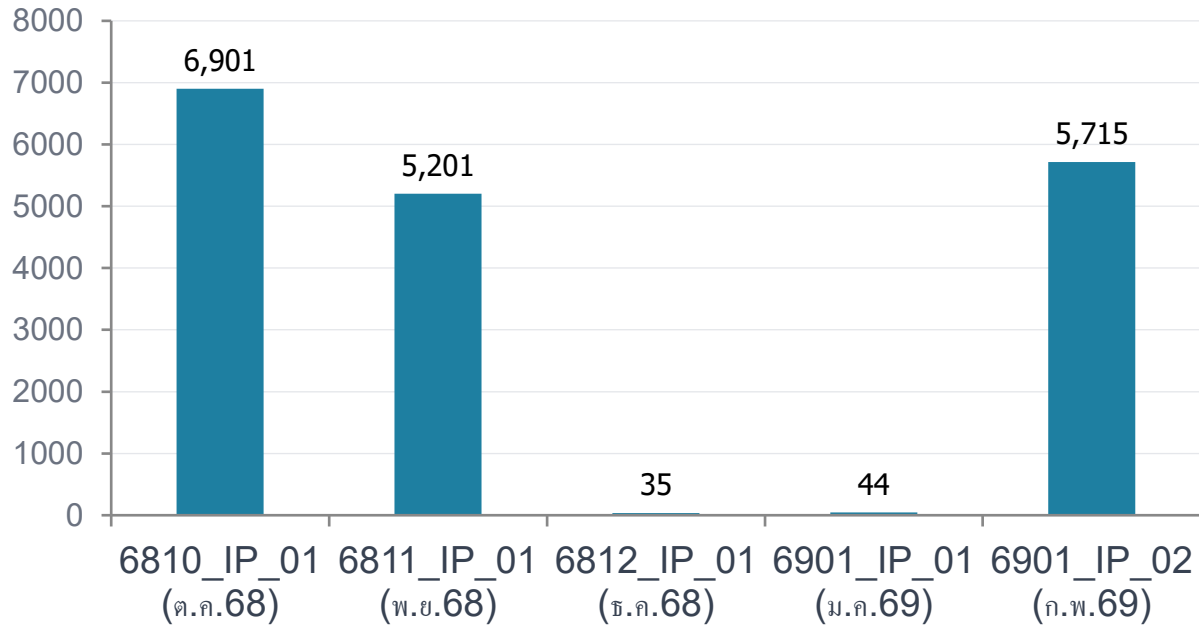
3. Split admission

readmission ภายใน 1 วัน	ปี 2567	ปี 2568	% Growth ปี 68-67	ปีงบประมาณ 2569		
				ต.ค.	พ.ย.	รวม
จำนวนผู้ป่วย IP readmission (คน)	61,294	70,784	15%	6,539	6,453	10,542
จำนวนผู้ป่วย IP ทั้งหมด (คน)	4,396,085	4,424,891	0.7%	526,539	497,373	925,759
สัดส่วนผู้ป่วยเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมด (%)	1.4%	1.6%	15%	1.2%	1.3%	1.14%
จำนวนบริการ IP read mission (ครั้ง)	76,660	88,700	16%	11,234	11,010	22,244
จำนวนบริการ IP ทั้งหมด (ครั้ง)	6,914,039	7,070,232	2.3%	591,962	558,039	1,125,112
สัดส่วนบริการเทียบกับบริการทั้งหมด (%)	1.1%	1.3%	13%	1.9%	2.0%	1.98%
ค่า sum adjusted RW ก่อน split (หน่วย)	113,359	135,987	20%	6,849	9,992	16,841
ค่า sum adjusted RW หลัง split (หน่วย)	129,533	157,645	22%	11,025	6,817	17,842
จำนวนเงินจ่ายชดเชยก่อน split (ล้านบาท) admission1	957.0	1,073.8	12%	59.8	85.7	145.50
จำนวนเงินจ่ายชดเชยหลัง split (ล้านบาท) admission2	1,044.2	1,189.1	14%	93.02	57.7	150.70

การกลับเข้าอน รพ. ซ้ำเดิมใน 0-1 วัน (admission splitting):

- เลือกครั้งบริการที่เป็นการกลับเข้าอน รพ. เดิมภายใน 1 วัน ($dateadm - datedsc[_n-1] \leq 1 \& hcode = hcode[_n-1] \& pid = pid[_n-1]$)
- ในผู้ป่วยแต่ละคน นับจำนวนครั้งและคำนวณจำนวนวันนอนรวม sum adjusted RW และจำนวนเงินจ่ายของครั้งบริการที่เป็นการกลับเข้าอน รพ. เดิมภายใน 1 วัน และของครั้งบริการที่ติดกันก่อนหน้าการกลับเข้าอน
- ระบุกลุ่มโรคที่พบ admission splitting บ่อย

จำนวนรายการต่อเดือน



การกระจายตาม Service Plan

Service Plan	ระดับ	จำนวน	FLAG %	AB%	Avg RW
A	รพศ.	1,665	40.3%	17.8%	0.520
F1	รพช./รพร.(M)	2,258	46.9%	30.0%	0.462
F2	รพช./รพร.(L)	12,763	49.3%	27.4%	0.444
F3	รพช.(S)	962	45.1%	26.2%	0.428
M1	รพท.(L)	419	45.6%	22.4%	0.447
M2	รพท.(M)	3,253	42.8%	23.9%	0.462
S	รพท./รพศ.อื่น	2,813	41.9%	21.5%	0.501

Top15 by Hcode

โรงพยาบาล	แผน	รายการ	AB	AB%	Avg RW
รพ.อุดรธานี	A	1,133	177	15.6%	0.538
รพ.ผาขาว	F2	937	154	16.4%	0.449
รพ.เลย	S	777	159	20.5%	0.541
รพ.วังสะพุง	M2	695	144	20.7%	0.453
รพ.นาแก	F2	641	95	14.8%	0.435
รพ.โคกศรีสุพรรณ	F2	580	108	18.6%	0.384
รพ.สกลนคร	A	532	120	22.6%	0.480
รพ.พิบูลย์รักษ์	F2	527	156	29.6%	0.421
รพ.กุมภวาปี	S	523	128	24.5%	0.490
รพ.สระใคร	F2	461	144	31.2%	0.425
รพ.บึงโขงหลง	F2	410	109	26.6%	0.458
รพ.บ้านผือ	M2	404	95	23.5%	0.431
รพ.โพนนาแก้ว	F2	389	97	24.9%	0.435
รพ.หนองหาน	M2	372	71	19.1%	0.502
รพ.เขียงคาน	F2	360	147	40.8%	0.471

Top10 MDC

MDC	กลุ่มโรค	ราย	%	FLAG %	AB%
06	ระบบย่อยอาหาร	5,508	22.7%	64.4%	23.6%
04	ระบบทางเดินหายใจ	3,208	13.2%	48.8%	24.1%
03	ENT/ปากและคอ	2,449	10.1%	53.6%	20.5%
21	อุบัติเหตุ/พิษ	2,099	8.6%	57.9%	19.4%
05	หัวใจและหลอดเลือด	2,012	8.3%	25.5%	31.3%
10	ต่อมไร้ท่อ	1,924	7.9%	15.6%	27.2%
01	ระบบประสาท	1,462	6.0%	41.9%	30.4%
11	ไตและปัสสาวะ	909	3.7%	16.9%	31.9%
09	ผิวหนัง	759	3.1%	57.3%	29.2%
20	สารเสพติด	412	1.7%	21.8%	39.3%
07	ตับ/ตับอ่อน	212	0.9%	24.1%	50.5%

Top 10 DRG ที่มีจำนวนรายการ LOS 0-1 Day สูงสุด

DRG	ชื่อกลุ่มโรค	จำนวนรายการ (ราย)	FLAG%	AB%
6570	Gastro – ท้องร่วง/กระเพาะ (ง่าย) MDC06	1,36	65.2%	21.1%
3520	URI – ไข้หวัดใหญ่/หลอดลมอักเสบ MDC03	1,282	73.6%	19.3%
6580	Gastro – ลำไส้อักเสบ (ต่ำ) MDC06	1,216	93.8%	21.5%
4590	Resp – ปอดบวม/หลอดลมอักเสบ MDC04	1,188	75.4%	23.5%
10560	Endo – เบาหวานชนิดที่ 2 MDC10	1,007	17%	27.8%
3510	ENT – ริงเวียน/ทรงตัว MDC03	813	44.2%	21.6%
5600	CV – ความดันโลหิตสูง MDC05	696	27.3%	25.1%
6610	Gastro – ปวดท้องทั่วไป MDC06	549	84.9%	23%
4550	Resp – COPD กำริบ MDC04	510	44.3%	20.6%
4520	Resp – ปอดบวม (ระดับ 2) MDC04	465	65.2%	14.4%



FLAG ≥ 60% = เสี่ยงสูง



FLAG ≥ 80% = วิกฤต



AB ≥ 25% = ต้องตรวจสอบ

DRG 6580 FLAG สูงสุด 93.8% | DRG 6610 FLAG 84.9%

ข้อเสนอ คทง.เพื่อพิจารณา



Regular Audits

- จัดตั้งทีม Audit ระดับเขตสุขภาพเพื่อสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนกลุ่ม LOS 0-1 วัน โดยเฉพาะในเคสที่ RW ต่ำแต่ต้นทุนสูง (Actual Amount)

Preventing Up-coding / Mismatch

- ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างหัตถการ (Procedure codes) และรหัสโรคหลัก (PDX) ในการ Admit สั้นๆ เพื่อป้องกันการเบิกจ่ายที่คลาดเคลื่อน

Feedback Loop

- ส่งข้อมูลสะท้อนกลับเชิงรุก (Feedback) ให้กับแพทย์ผู้สั่ง Admit และเจ้าหน้าที่ลงรหัส (Coder) ประจำโรงพยาบาลใหญ่ (เช่น รพ.อุดรธานี, รพ.เลย) เพื่อปรับปรุงแนวทางในอนาคต

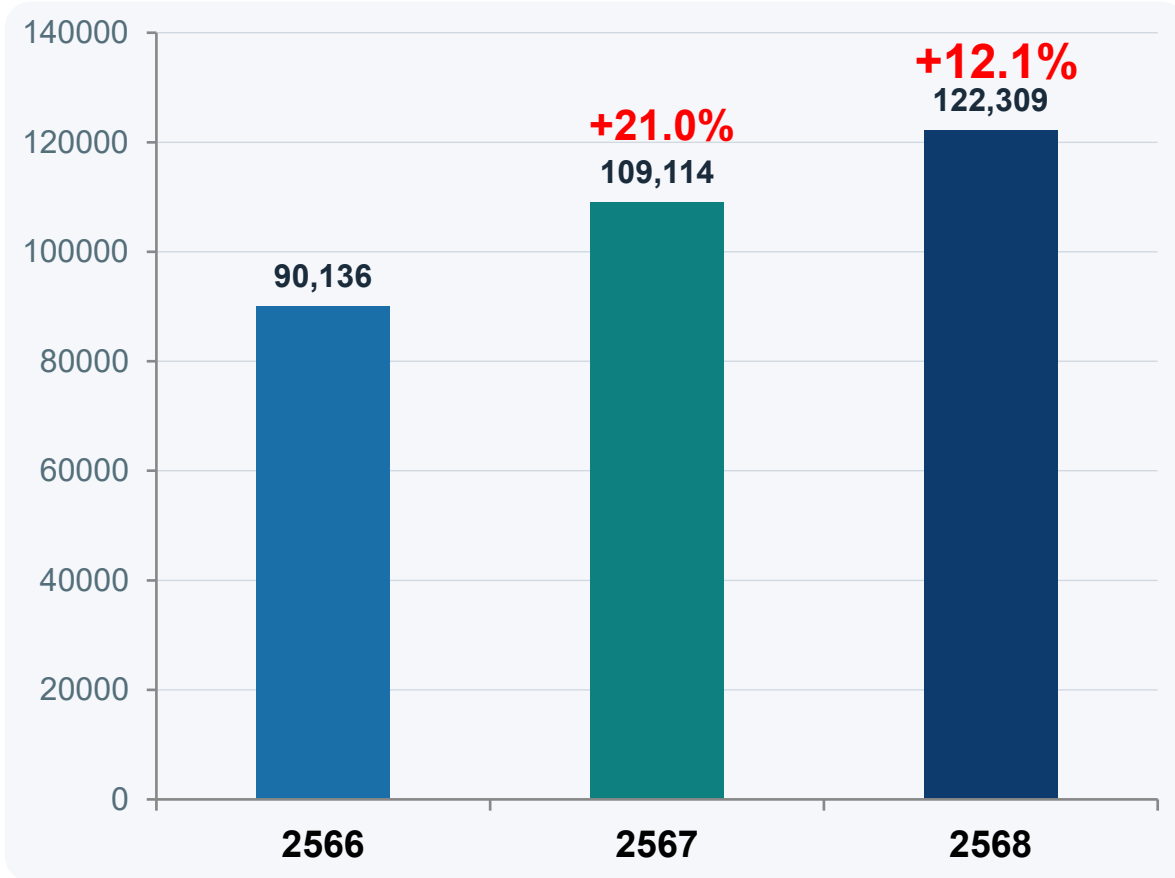
ข้อมูลบริการผู้ป่วยในกลุ่ม Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSC)

การนอนรพ.ด้วยโรคกลุ่มACSC(Ambulatory Care Sensitivity Condition)ปี2568

เขต	จำนวน(ครั้ง)	จำนวน(คน)	ผลรวม adj.rw	ยอดเงินชดเชย (บาท)
เขต 1 เชียงใหม่	140,435	115,706	150,578	1,209,224,548
เขต 2 พิษณุโลก	79,231	67,700	81,624	651,803,538
เขต 3 นครสวรรค์	72,757	62,042	76,519	613,965,113
เขต 4 สระบุรี	80,700	70,269	104,252	844,234,032
เขต 5 ราชบุรี	96,216	82,437	114,989	938,031,074
เขต 6 ระยอง	100,785	87,092	125,555	1,012,633,924
เขต 7 ขอนแก่น	116,229	99,937	126,312	1,016,280,093
เขต 8 อุดรธานี	121,221	105,299	118,016	948,539,991
เขต 9 นครราชสีมา	144,240	123,996	166,454	1,336,218,122
เขต 10 อุบลราชธานี	115,926	100,538	116,472	927,416,808
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	117,947	97,611	124,274	970,530,725
เขต 12 สงขลา	118,525	100,298	115,185	941,862,938
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	48,173	43,077	101,697	856,728,744
รวม	1,352,385	1,156,002	1,521,926	12,267,469,650

อันดับ	โรค/กลุ่มโรค	จำนวน(ครั้ง)	จำนวน(คน)	ผลรวม adj.rw	ยอดเงินชดเชย (บาท)
1	COPD	158,564	95,539	250,708	1,996.50M
2	Congestive heart failure	146,699	110,946	213,669	1,740.98M
3	UTI/pyelonephritis	148,544	129,239	208,951	1,670.30M
4	Pneumonia and other acute LRTI	183,460	172,959	197,927	1,585.81M
5	Diabetes complications	70,501	59,720	80,822	674.29M
6	Tuberculosis and other vaccine preventable	35,990	30,777	72,884	576.20M
7	Cellulitis	73,730	68,780	68,649	547.65M
8	Hypertension	165,392	151,625	64,192	518.78M
9	Influenza	79,994	78,596	63,838	513.46M
10	Asthma	75,585	60,921	62,719	500.18M
Total		1,138,459	959,102	1,284,358	10,324.17M
ตั้งเป้าหมาย ลดลง ร้อยละ 20 คาดว่า จะประหยัดได้				256,872	2,064.83M

การ Admit ACSC เขต 8 อุดรธานี ปีงบประมาณ 2566-2568

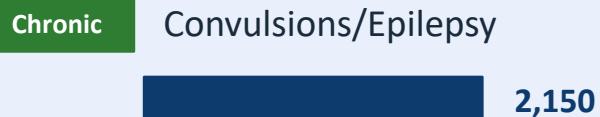
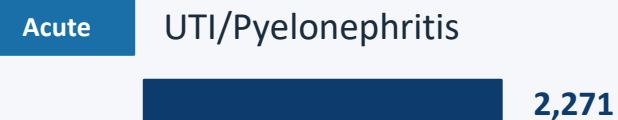
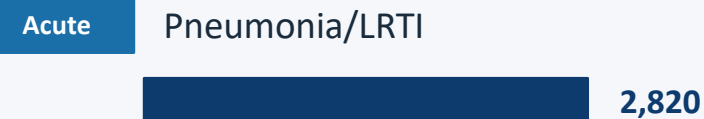
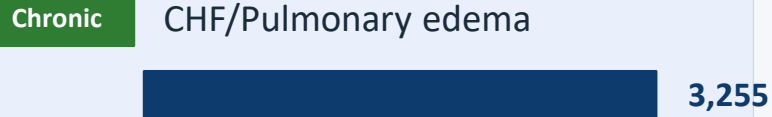


จำแนกตามระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2568

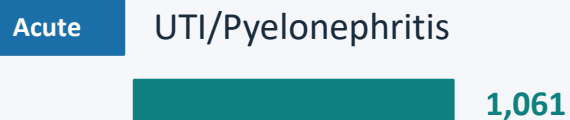
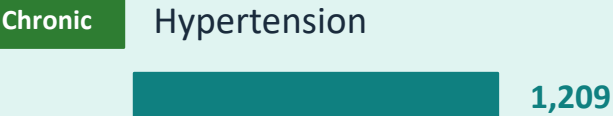
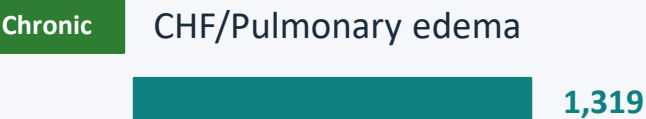
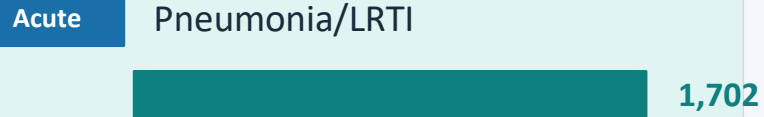
ระดับ	ประเภท	Admit	Adj.RW	%	RW/จริง
S	ศูนย์	24,666	42,118	20.2%	1.71
A	ทั่วไป (รพร.)	11,055	11,782	9.0%	1.07
M1	ชุมชนใหญ่	27,267	29,302	22.3%	1.07
M2	ชุมชนกลาง	48,990	31,019	40.1%	0.63
F1	ชุมชนเล็ก	10,130	6,475	8.3%	0.64
F2	ชุมชนขนาดเล็ก	201	126	0.2%	0.63

Top 5 โรค ACSC ที่ Admit มากที่สุด — ระดับ S, A, M1

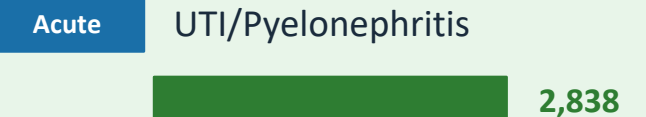
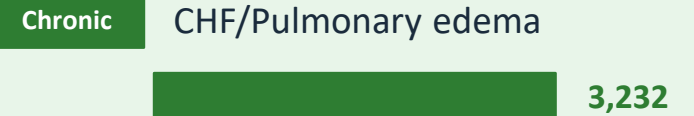
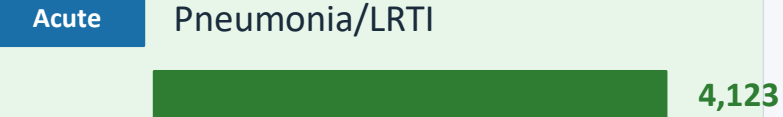
S — ศูนย์ (24,666 ครั้ง)



A — ทั่วไป (11,055 ครั้ง)



M1 — ชุมชนใหญ่ (27,267 ครั้ง)



Top 5 โรค ACSC ที่ Admit มากที่สุด — ระดับ M2, F1, F2

M2 — ชุมชนกลาง (48,990 ครั้ง)

F1 — ชุมชนเล็ก (10,130 ครั้ง)

F2 — ชุมชนขนาดเล็ก (201 ครั้ง)

Chronic Hypertension

12,245

Chronic Hypertension

1,889

Acute UTI/Pyelonephritis

51

Acute Pneumonia/LRTI

6,549

Acute Pneumonia/LRTI

1,847

Chronic COPD

34

Acute UTI/Pyelonephritis

5,155

Chronic COPD

1,073

Acute Pneumonia/LRTI

29

Chronic COPD

4,617

Acute UTI/Pyelonephritis

980

Vaccine Influenza

25

Chronic CHF/Pulmonary edema

4,060

Chronic CHF/Pulmonary edema

755

Chronic CHF/Pulmonary edema

14

Hypertension เป็นโรคอันดับ 1 ในระดับ M2 และ F1 — บ่งชี้ช่องว่างการดูแลโรคเรื้อรังในระดับชุมชน

โรงพยาบาลที่มีจำนวน Admit ACSC สูงสุด จำแนกตามระดับ ปีงบประมาณ 2568

ระดับ S — ศูนย์

โรงพยาบาล	จังหวัด	Admit
รพ.อุดรธานี	อุดรธานี	6,402
รพ.สกลนคร	สกลนคร	5,455
รพ.หนองคาย	หนองคาย	3,737
รพ.เลย	เลย	3,640
รพ.หนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู	2,773

ระดับ M1 — ชุมชนใหญ่

โรงพยาบาล	จังหวัด	Admit
รพ.กุมภวาปี	อุดรธานี	3,112
รพ.บึงกาฬ	บึงกาฬ	2,860
รพ.บ้านค้อ	อุดรธานี	2,747
รพ.หนองหาน	อุดรธานี	2,321
รพ.วังสะพุง	เลย	2,258

ระดับ A — ทั่วไป (รพร.)

โรงพยาบาล	จังหวัด	Admit
รพร.สว่างแดนดิน	สกลนคร	3,303
รพร.ท่าบ่อ	หนองคาย	2,028
รพร.ธาตุพนม	นครพนม	2,023
รพร.บ้านดุง	อุดรธานี	1,866
รพร.ด่านซ้าย	เลย	936

ระดับ M2 — ชุมชนกลาง

โรงพยาบาล	จังหวัด	Admit
รพ.เซียงคาน	เลย	2,489
รพ.นาแก	นครพนม	2,116
รพ.พระอาจารย์ฝั้น	สกลนคร	2,098
รพ.พังโคน	สกลนคร	2,064
รพ.ภูกระดึง	เลย	1,892

สรุปประเด็นสำคัญ

- Admit ACSC เขต 8 เพิ่มขึ้น 35.7% ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (90,136 → 122,309 ครั้ง)
- Chronic ACSC มีสัดส่วนสูงสุดในทุกระดับและทุกจังหวัด
นำโดย Hypertension, COPD และ CHF
- ระดับ M2 รับภาระ Admit สูงสุด (40.1%) สะท้อนปัญหาคุณภาพการดูแลใน
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง
- อุดรธานีและสกลนครมีจำนวน Admit สูงสุด รวมกันมากกว่า 47.8% ของเขต

3. บริการ CA anywhere รายปีงบประมาณ และเขต

ระดับประเทศ

ปีงบประมาณ	หน่วย	คน	ครั้ง	จ่าย
2566	206	363,540	2,162,966	5,174,863,948
2567	214	462,678	2,815,672	6,633,999,014
2568	229	484,227	2,814,581	6,583,497,534
2569 Q1	226	253,037	650,476	1,476,946,427

ระดับเขต

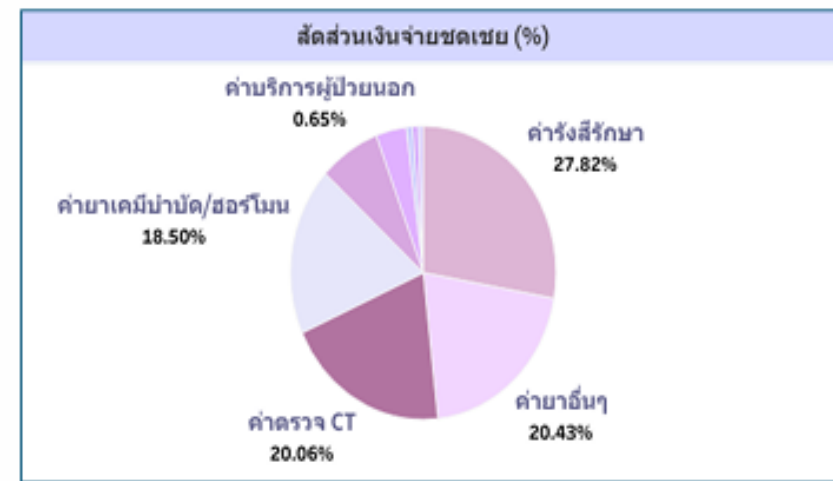
เขต	ปีงบ 2568				ปีงบ 2569 Q1*			
	หน่วย	คน	ครั้ง	จ่าย	หน่วย	คน	ครั้ง	จ่าย
เขต 1 เชียงใหม่	21	41,513	206,300	498,167,566	22	21,720	55,828	144,766,918
เขต 2 พิษณุโลก	10	22,583	113,766	211,605,381	10	12,362	27,836	50,588,285
เขต 3 นครสวรรค์	17	16,489	72,009	149,710,941	16	7,463	16,726	35,851,836
เขต 4 สระบุรี	20	42,575	222,016	506,448,344	20	21,535	51,753	114,552,020
เขต 5 ราชบุรี	17	35,731	194,695	465,554,446	17	17,639	41,772	95,040,207
เขต 6 ระยอง	21	52,110	327,810	763,790,779	22	33,583	102,646	212,885,567
เขต 7 ขอนแก่น	17	34,541	175,258	368,994,008	19	15,422	37,137	82,193,626
เขต 8 อุดรธานี	13	30,451	151,902	343,886,256	13	13,595	30,740	68,708,793
เขต 9 นครราชสีมา	24	41,685	220,060	442,592,174	18	19,361	42,590	88,979,171
เขต 10 อุบลราชธานี	12	29,008	130,529	284,755,167	12	15,110	34,143	78,265,800
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	14	32,477	167,711	388,016,986	14	20,980	47,600	102,472,298
เขต 12 สงขลา	11	20,911	132,893	304,133,119	11	9,279	24,472	51,742,152
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	33	85,792	699,632	1,855,842,368	33	45,256	137,233	350,899,754
รวม	229	484,227	2,814,581	6,583,497,534	226	253,037	650,476	1,476,946,427

หมายเหตุ : * ข้อมูลปีงบ 69 Q1 (2 เดือนครึ่ง)

ค่าใช้จ่ายCA Anywhere ปีงบ 2568-2569 Q1

ลำดับ	ประเภท	ปีงบ 2568			ปีงบ 2569 Q1		
		หน่วย	ครั้ง	เงินจ่าย	หน่วย	ครั้ง	เงินจ่าย
1	รังสีรักษา	47	522,056	1,931,909,552	107,806	413,895,394	
2	ค่าตรวจ CT/MRI SCAN	194	129,333	1,650,844,195	30,797	395,183,555	
3	ค่ายาอื่นๆ	223	699,340	1,418,956,067	169,352	326,150,834	
4	ค่ายาเคมีบำบัด	196	458,738	1,284,491,258	97,834	264,588,904	
5	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	209	672,777	517,531,847	165,495	125,506,483	
6	บริการผู้ป่วยนอก	209	922,840	45,017,418	221,727	10,640,650	

ปีงบ 2568

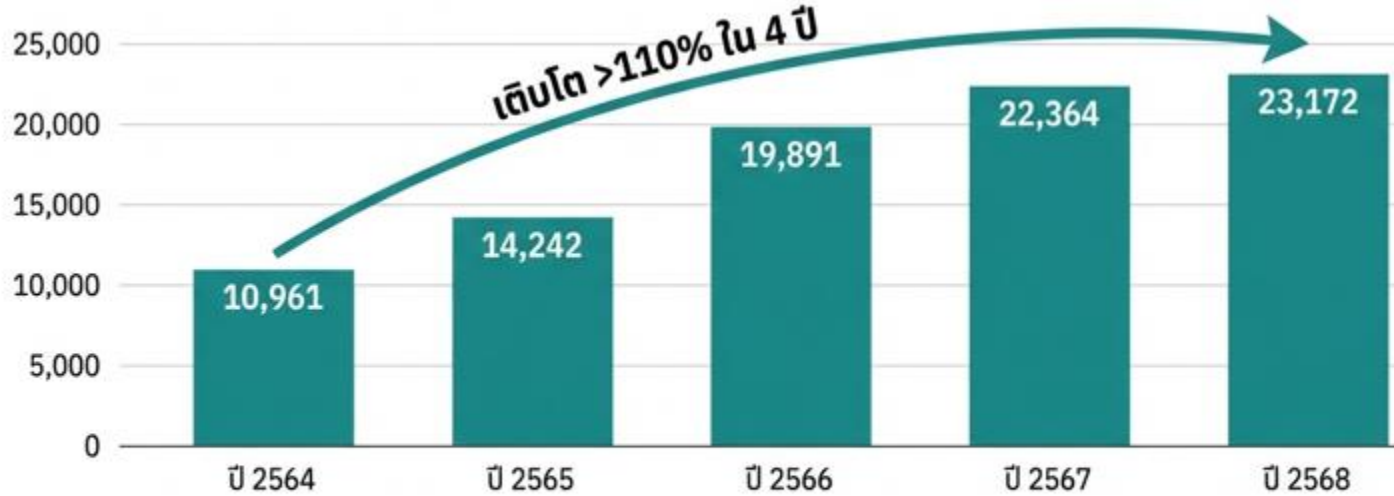


ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยนอกจากโครงการมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (CA Anywhere)

ที่มา: รายงานกำกับติดตามการรับบริการมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม(CANCERANYWHERE)

[https:// edata.nhso.go.th/ e/eis/dashboard/41/581](https://edata.nhso.go.th/e/eis/dashboard/41/581)

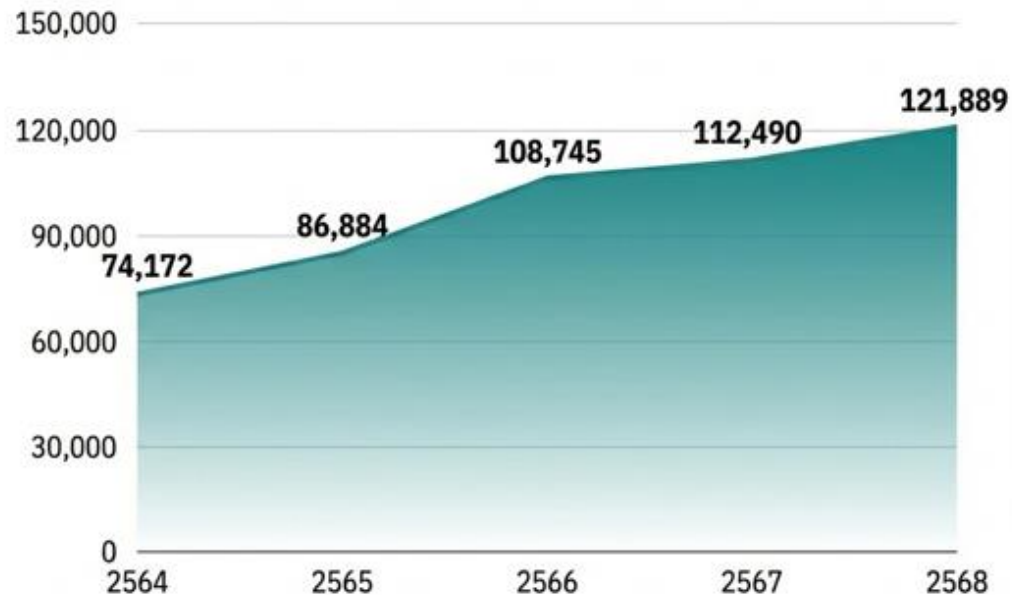
3. บริการ CA anywhere รายปีงบประมาณ และเขต 8



จำนวนผู้ป่วย ปี 64-68

จำนวนผู้รับบริการรายบุคคล (Unique Patients) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
สะท้อนความเชื่อมั่นและการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยในเขต 8

จำนวนครั้งบริการ
ปี 64-68

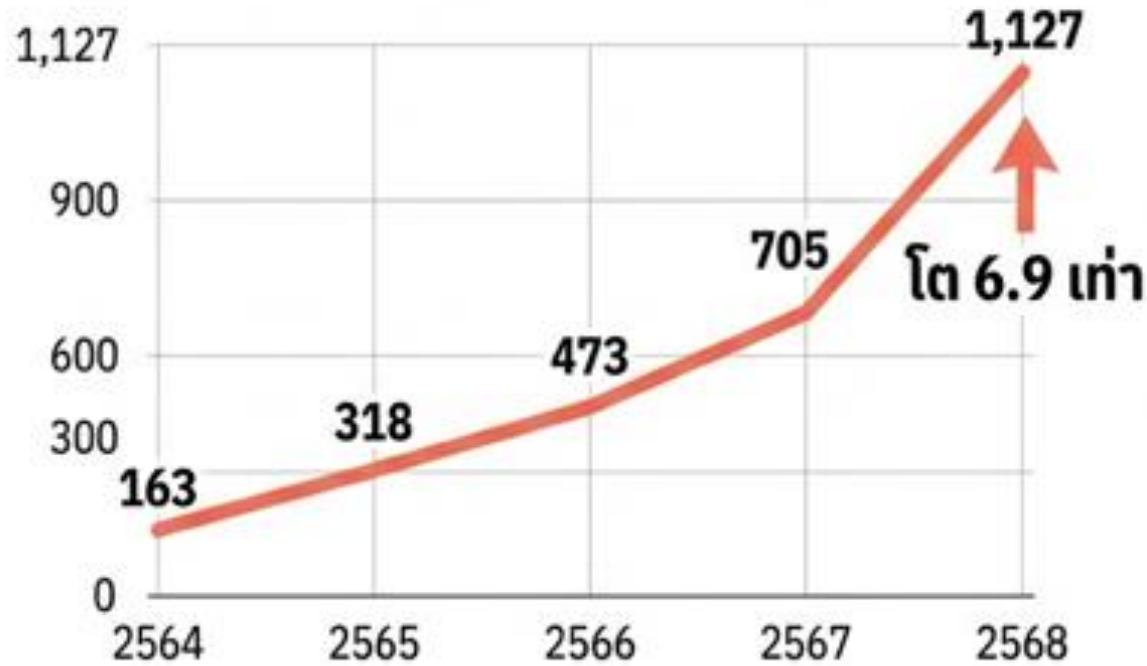


จุดสังเกตสำคัญ

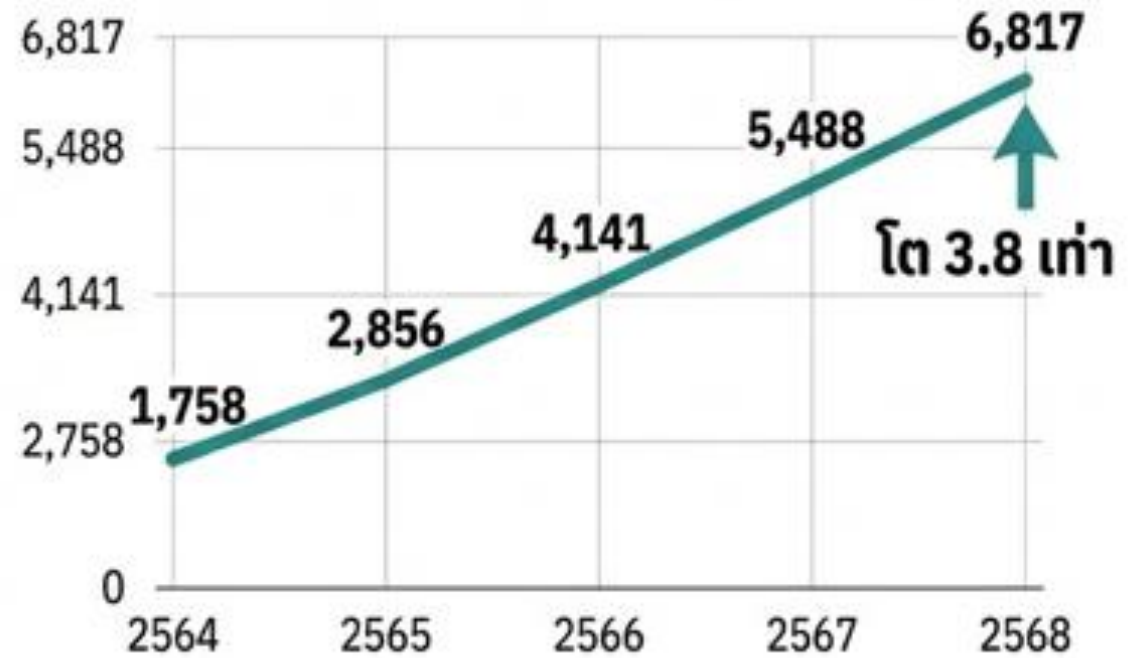
อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนครั้งบริการ (Visits) เริ่มชะลอตัวในปี 2567-2568 เมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สะท้อนถึงการบริหารจัดการความถี่ในการนัดหมายที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วย MRI (ราย)



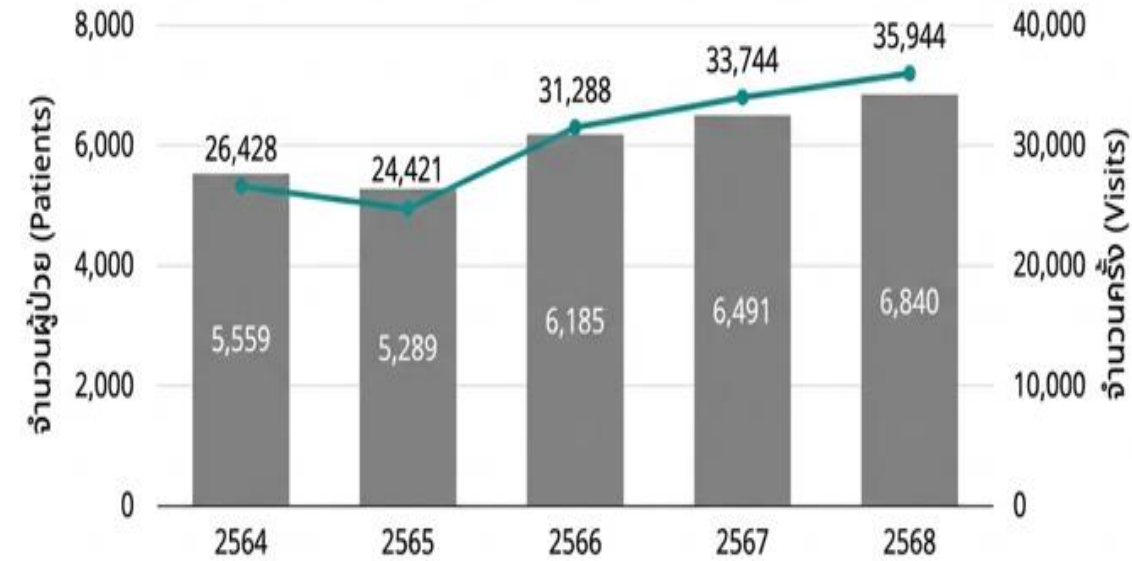
ผู้ป่วย CT Scan (ราย)



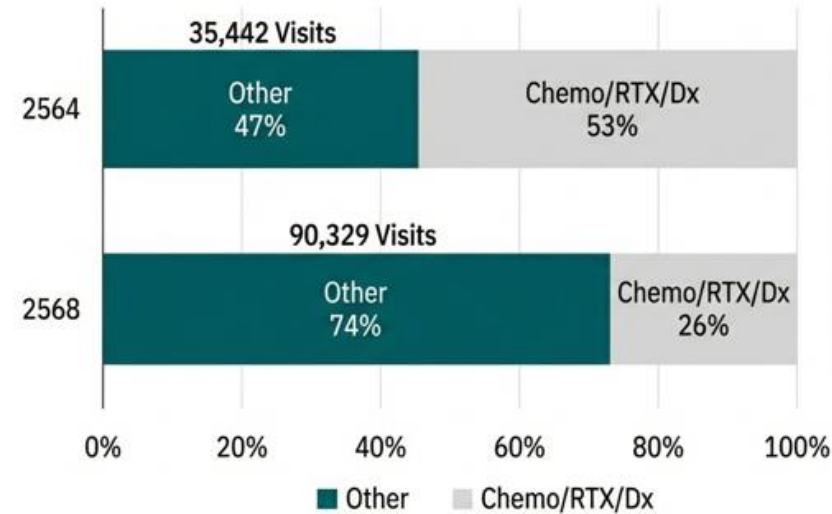
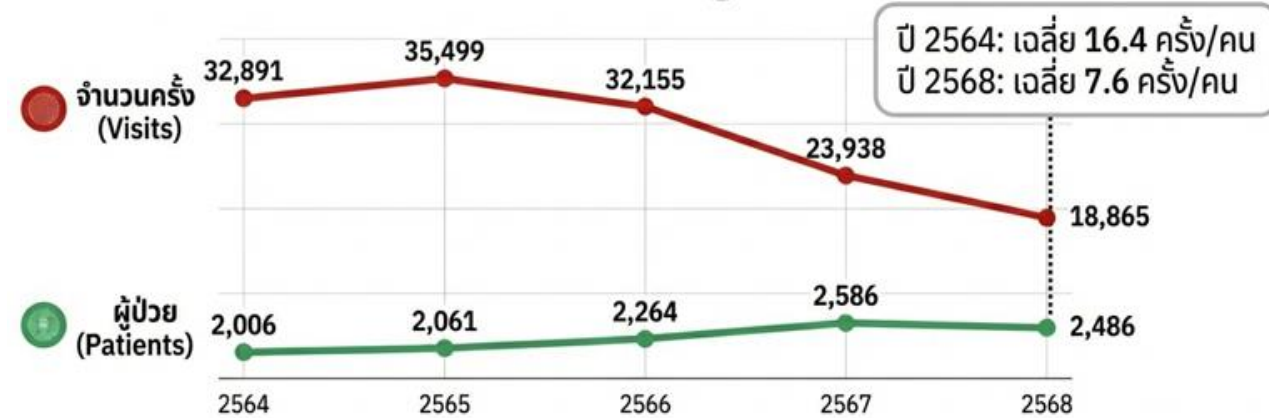
Insight: MRI อัตราการใช้บริการขยายตัวสูงสุดในทุกกลุ่มบริการ ในขณะที่ CT เป็นด้านหน้าสำคัญ ที่มีปริมาณผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มวินิจฉัย (เกือบ 7,000 รายในปี 2568)

เคมีบำบัด

อัตราเฉลี่ยการรับบริการ
4.7-5.2 ครั้ง/คนไข้



รังสีรักษา



- บริการกลุ่ม 'Other' (ติดตามตามผล, ยาทิน, Palliative) มีอัตราการเติบโต 2.5 เท่า
- ปัจจุบันครองสัดส่วนเกือบ 3 ใน 4 ของ Visit ทั้งหมดในระบบ CA Anywhere เขต 8

กลุ่มอื่นๆ

สถานการณ์ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูลเบื้องต้น/YTD)

ผู้ป่วยสะสม YTD

3,834 ราย

จำนวนครั้งบริการ YTD

5,377 ครั้ง

MRI: 1,305 Visits

CT: 519 Visits

Chemo: 1,082 Visits

RTX: 709 Visits

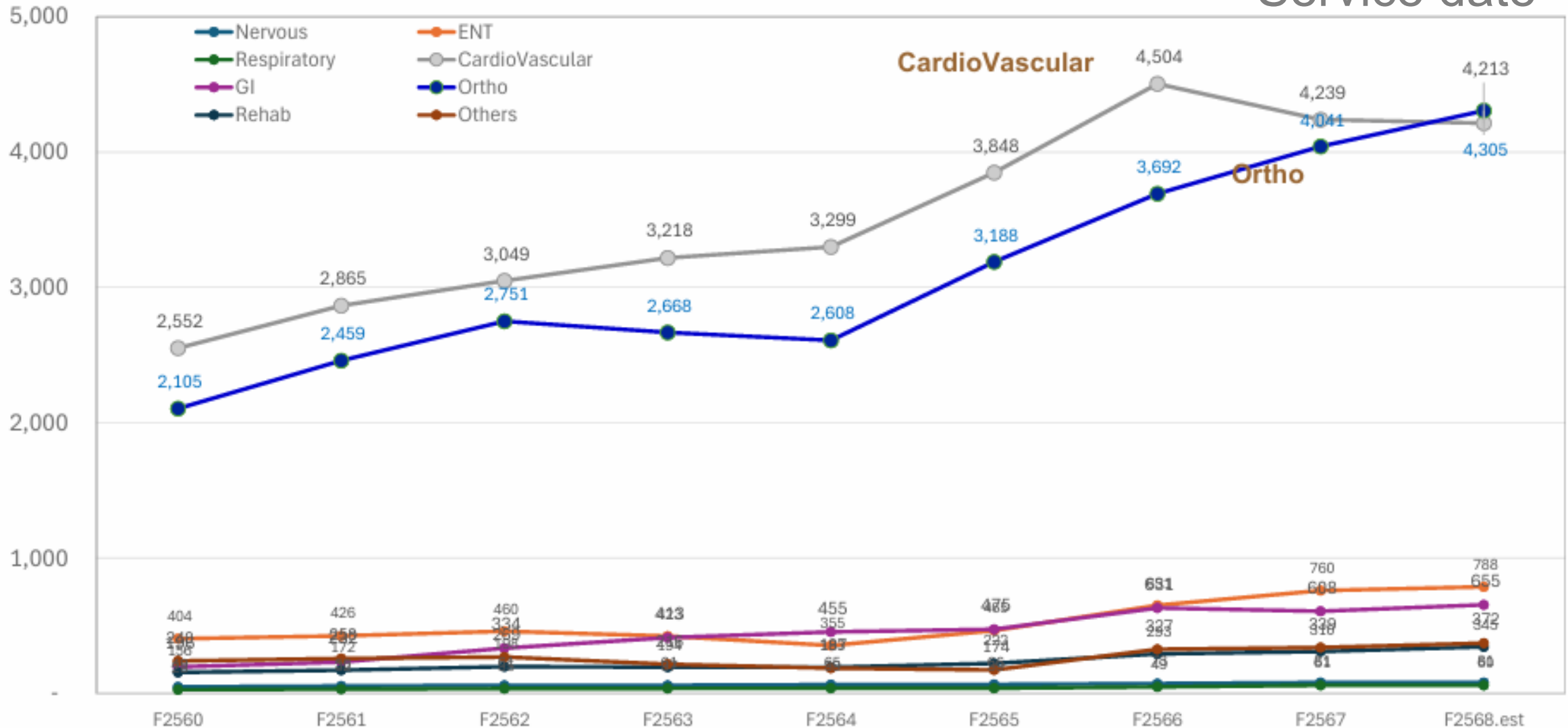
Other: 4,501 Visits

สัดส่วนบริการยังคงเป็นไปตามแนวโน้มเดิม (Other > Chemo > RTX).
ยอดบริการ MRI และ CT ในช่วงต้นปี บ่งชี้ว่า Demand ด้านวินิจฉัยยังคงสูงต่อเนื่อง

ข้อมูลปี 2569 เป็นข้อมูลบางส่วนของปีงบประมาณ ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบแนวโน้มลดลงโดยตรงได้

การจ่ายชดเชยอุปกรณ์อวัยวะเทียมรายหมวด ปีงบประมาณพ.ศ. 2560 - 2568

Service date



Top 10 การเบิกและการจ่าย Instrument ปีงบประมาณ 2568

Top อุปกรณ์จ่ายตามจำนวนชิ้น และจำนวนเงินไม่เหมือนกัน

Top10 อุปกรณ์ที่จ่ายตามจำนวนชิ้น

รหัสและชื่ออุปกรณ์	จำนวนอุปกรณ์	จ่ายชดเชย (บาท)
7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	350,495	556,884,793
3002 ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ชนิดมี cuff	213,244	2,205,584
2006 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens)	195,279	546,720,274
7302 สกรูยึดแผ่นโลหะตามกระดูก	158,912	46,618,089
7313 K-wire	119,459	33,420,718
4407 สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี (Diagnostic coronary angiography catheter)	111,226	65,981,495
4701 ท่อนำสายสวนนำเข้าหลอดเลือด (Introducer sheath)	101,861	59,497,380
4406 สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic guide wire)	74,149	34,826,110
4303 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon)	72,759	307,592,429
5701 ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 1 ชิ้น (One piece appliance)	64,094	4,230,060

Top10 อุปกรณ์ที่จ่ายตามจำนวนเงิน

รหัสและชื่ออุปกรณ์	จำนวนอุปกรณ์	จ่ายชดเชย (บาท)
7005A ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้(สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ(total knee arthroplasty, TKA))	21,826	1,046,220,112
7214B แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate)	37,682	634,642,416
7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	350,495	556,884,793
2006 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens)	195,279	546,720,274
4804 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic stent graft)	1,568	312,125,854
4303 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon)	72,759	307,592,429
7206 โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gallium nail) รวมสกรู	11,318	268,580,598
7208B โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนนอก,เอว (PDS)(ระดับถัดไป)	20,859	249,079,412
7208A โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนนอก,เอว (PDS)(ระดับแรก)	9,828	244,220,890
4504 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ(Dual chamber rate responsive pacemaker)	2,936	227,377,207

5. การเบิกจ่ายTKA รายปีงบประมาณ และเขต

ระดับประเทศ

ปีงบประมาณ	ครั้ง	หน่วย	จ่ายอุปกรณ์ (ชิ้น)	เงินจ่ายชดเชย
2566	18,926	222	90,607	1,605,609,918
2567	20,388	235	132,213	1,725,522,464
2568	23,194	246	101,633	1,979,330,435
2569 Q1	9,891	238	44,861	817,769,928

ระดับเขต

เขต	ปีงบประมาณ 2568				ปีงบประมาณ 2569 Q1*			
	ครั้ง	แห่ง	ชิ้นจ่าย	เงินจ่าย	ครั้ง	แห่ง	ชิ้นจ่าย	เงินจ่าย
เขต 1 เชียงใหม่	3,016	23	9,613	257,092,000.9	1,253	25	3,876	100,827,313
เขต 2 พิษณุโลก	1,966	15	6,328	174,342,769.3	869	13	2,915	74,267,544
เขต 3 นครสวรรค์	2,087	11	5,686	163,828,211.6	863	11	2,330	66,970,496
เขต 4 สระบุรี	2,351	23	6,925	201,256,328.7	1,108	23	3,302	89,053,913
เขต 5 ราชบุรี	3,715	26	12,584	340,418,489.6	1,539	24	5,192	136,473,437
เขต 6 ระยอง	1,927	25	32,762	155,296,514.3	874	26	16,379	64,833,521
เขต 7 ขอนแก่น	755	14	2,600	67,184,960.83	338	15	1,238	32,437,257
เขต 8 อุดรธานี	738	13	2,574	68,346,346.22	285	12	1,024	26,423,340
เขต 9 นครราชสีมา	1,545	15	4,453	123,790,758.9	585	12	1,762	44,468,152
เขต 10 อุบลราชธานี	350	11	1,052	27,056,639.72	169	12	476	12,708,852
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	1,126	20	3,568	87,401,913	403	17	1,157	29,898,943
เขต 12 สงขลา	827	16	4,658	66,938,442.15	420	13	1,367	34,227,150
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	2,791	36	8,830	246,377,059.7	1,185	37	3,843	105,180,010
รวม	23,194	246	101,633	1,979,330,435	9,891	238	44,861	817,769,928

หมายเหตุ : * ข้อมูลปีงบประมาณ 69 Q1 (2 เดือนครึ่ง)

7. การเบิกจ่ายCataract รายปีงบประมาณ และเขต

ระดับประเทศ

ปี	ครั้ง	แห่ง	ค่าเลนส์	เงินจ่ายรวม (DRG+ค่าเลนส์)
2566	177,994	323	430,066,700	1,607,772,700
2567	198,460	313	486,318,700	1,794,735,700
2568	211,050	323	525,540,400	1,912,590,400
2569 Q1	48,111	257	120,265,600	436,664,600

ระดับเขต

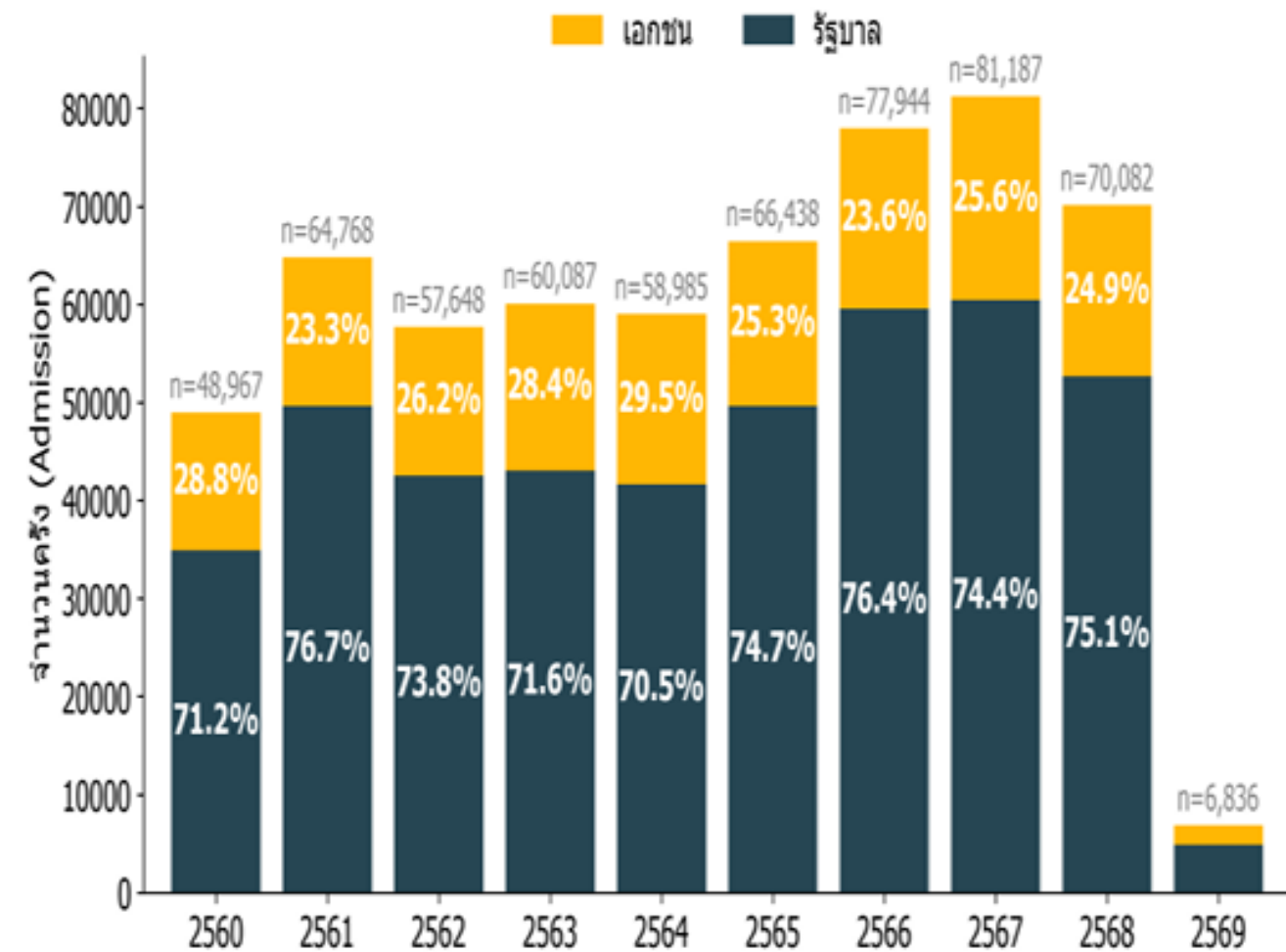
เขต	ปีงบ 2568				ปีงบ 2569 Q1*			
	ครั้ง	แห่ง	ค่าเลนส์	เงินจ่ายรวม (DRG+ค่าเลนส์)	ครั้ง	แห่ง	ค่าเลนส์	เงินจ่ายรวม (DRG+ค่าเลนส์)
เขต 1 เชียงใหม่	22,322	31	56,523,600	204,691,600	5,068	20	13,016,500	47,071,500
เขต 2 พิษณุโลก	15,888	15	41,647,900	144,099,900	3,375	14	8,901,200	30,866,200
เขต 3 นครสวรรค์	12,479	13	30,565,500	115,747,500	3,069	10	7,527,100	28,551,100
เขต 4 สระบุรี	17,678	27	42,499,800	156,754,800	4,246	25	10,519,600	38,138,600
เขต 5 ราชบุรี	23,133	34	58,125,900	204,152,900	5,785	29	14,763,700	51,135,700
เขต 6 ระยอง	18,005	27	43,983,800	160,852,800	3,968	24	9,884,000	35,779,000
เขต 7 ขอนแก่น	12,701	16	33,670,000	124,380,000	2,632	13	7,119,000	25,915,000
เขต 8 อุตรดิตถ์	15,811	25	41,470,100	149,478,100	3,485	19	8,918,700	32,604,700
เขต 9 นครราชสีมา	21,001	39	52,225,600	191,784,600	3,960	22	9,849,000	36,230,000
เขต 10 อุบลราชธานี	11,676	18	29,317,400	107,769,400	2,395	13	6,087,900	22,023,900
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	12,580	22	30,018,800	114,793,800	3,187	20	7,678,300	29,106,300
เขต 12 สงขลา	10,276	24	22,303,400	86,494,400	2,677	17	5,668,600	22,350,600
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	17,500	34	43,188,600	151,590,600	4,264	32	10,332,000	36,892,000
รวม	211,050	323	525,540,400	1,912,590,400	48,111	257	120,265,600	436,664,600

ค่า VA (Visual acuity) ของผู้ป่วยที่ส่งเบิกปีงบ 2568 แยกรายเขต

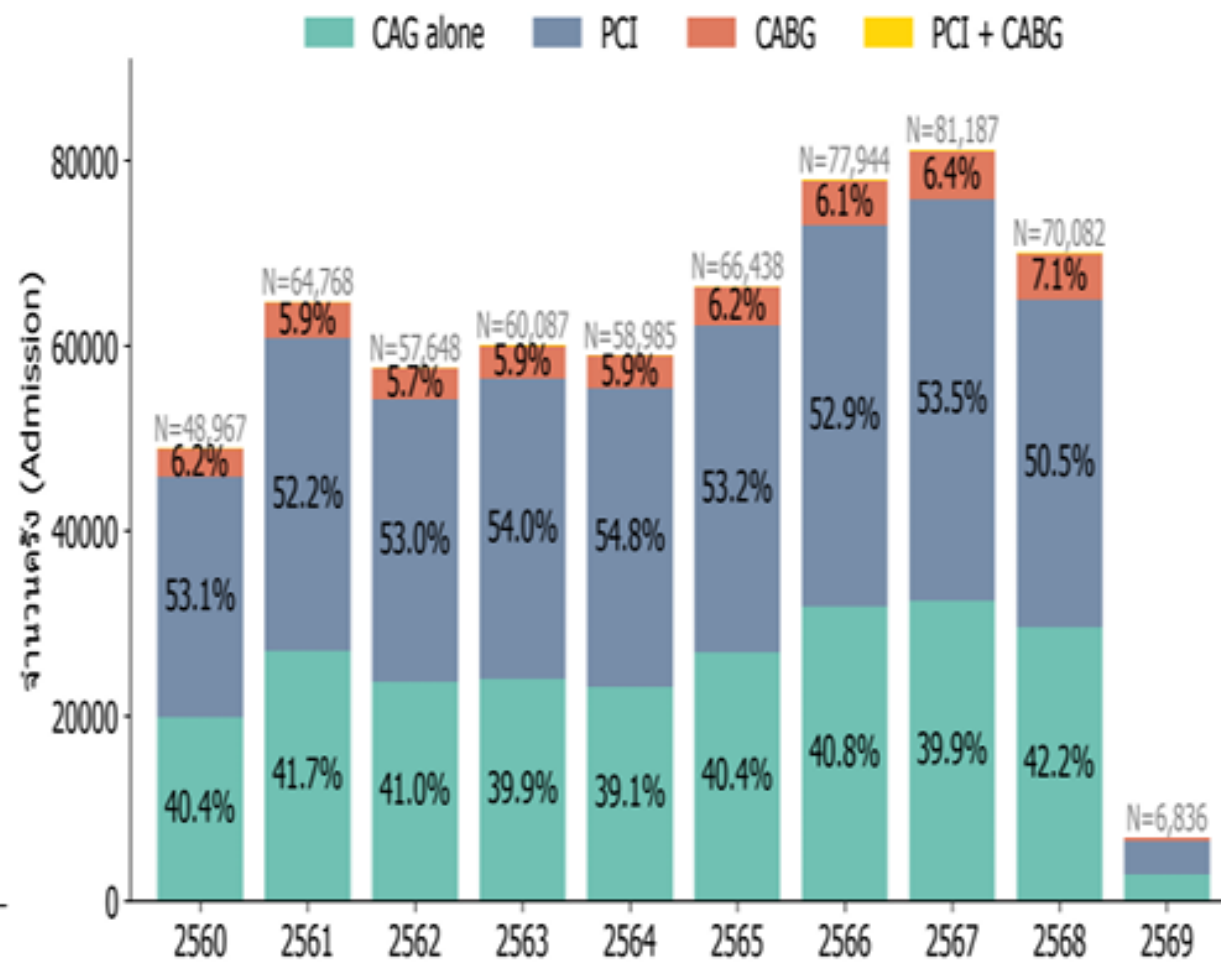
สปสช.เขต	mild to moderate			Severe to Blindness		
	ครั้ง	จ่ายค่าเลนส์	รวมเงินจ่ายทั้งหมด (DRG+ ค่าเลนส์)	ครั้ง	จ่ายค่าเลนส์	รวมเงินจ่ายทั้งหมด (DRG+ ค่าเลนส์)
1	4,397	10,485,300	32,563,300	17,925	46,038,300	172,128,300
2	4,606	12,332,600	35,473,600	11,282	29,315,300	108,626,300
3	2,624	7,234,500	20,418,500	9,855	23,331,000	95,329,000
4	5,574	12,877,200	41,360,200	12,104	29,622,600	115,394,600
5	8,642	22,342,600	66,214,600	14,491	35,783,300	137,938,300
6	5,019	11,718,000	37,226,000	12,986	32,265,800	123,626,800
7	441	1,190,000	3,437,000	12,260	32,480,000	120,943,000
8	2,727	7,806,400	21,941,400	13,084	33,663,700	127,536,700
9	4,036	10,150,700	30,492,700	16,965	42,074,900	161,291,900
10	2,081	5,603,500	16,324,500	9,595	23,713,900	91,444,900
11	1,700	3,791,200	12,300,200	10,880	26,227,600	102,493,600
12	4,041	8,493,100	28,772,100	6,235	13,810,300	57,722,300
13	7,646	19,298,300	58,029,300	9,854	23,890,300	93,561,300

6 .บริการCAG& PCI

แนวโน้มการทำหัตถการสายสวนหัวใจ จำแนกประเภทหน่วยบริการ

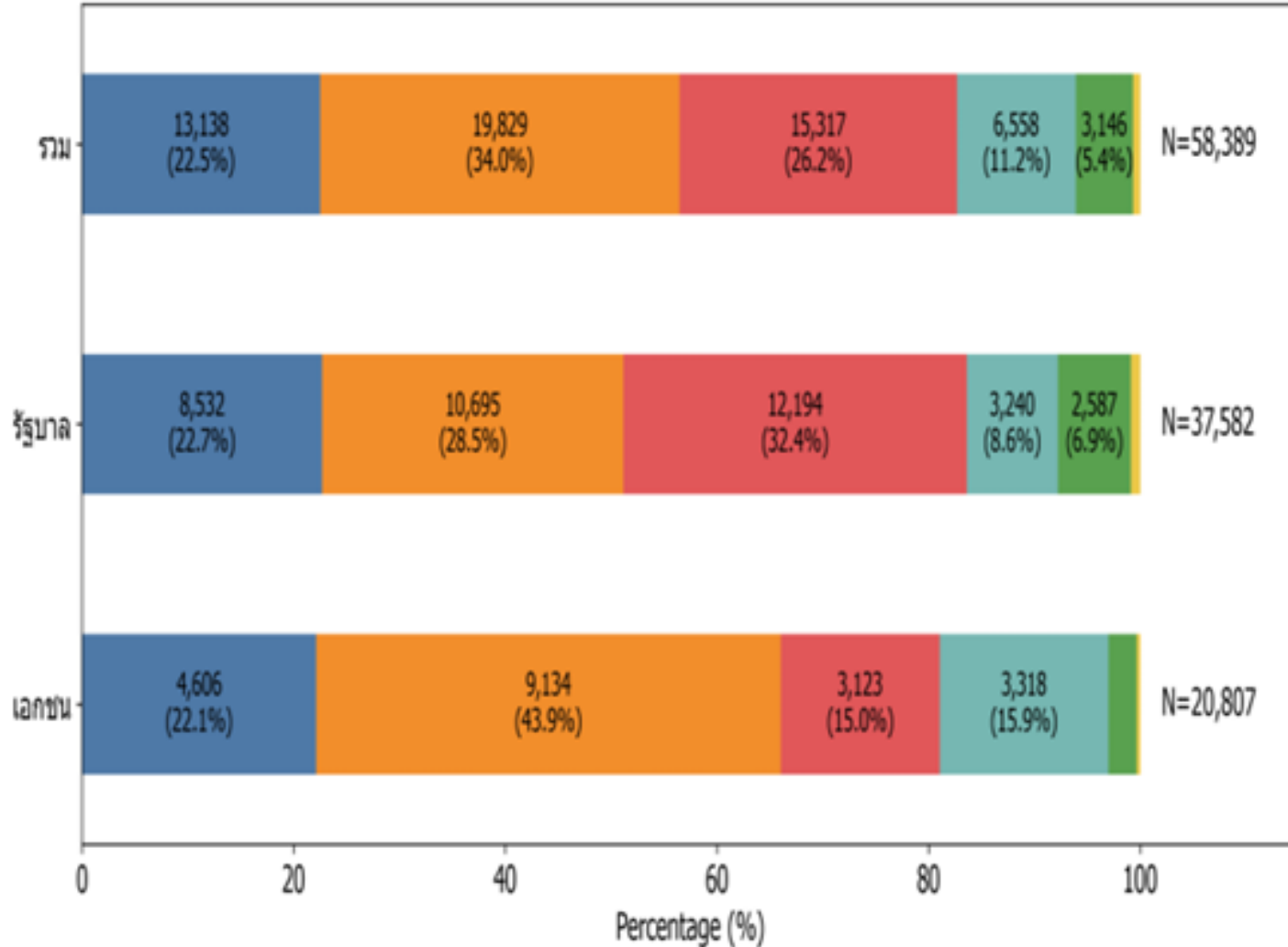


แนวโน้มการทำหัตถการสายสวนหัวใจ จำแนกประเภทหัตถการ



จำนวนหัตถการ CAG/PCI/CABG จำแนกตามข้อบ่งชี้และประเภทหน่วยบริการปี 2567-2569

- 1_CCS
- 3_STE-ACS
- 5_Pre-operative assessment CAD
- 2_NSTE-ACS
- 4_Cardiomyopathy
- 6_Post cardiac arrest



หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้าน CAG-PCI ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช. เขต	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน CAG-PCI				Grand Total
	รัฐในสธ.	รัฐนอก สธ.	เอกชน	รัฐพิเศษ	
เขต 1 เชียงใหม่	4	2			6
เขต 2 พิษณุโลก	3	1	2		6
เขต 3 นครสวรรค์	2		1		3
เขต 4 สระบุรี	3	4	3		10
เขต 5 ราชบุรี	6		2	1	9
เขต 6 ระยอง	5	1	2	1	9
เขต 7 ชอนแก่น	2	2	1		5
เขต 8 อุดรธานี	4		1		5
เขต 9 นครราชสีมา	4	1	1		6
เขต 10 อุบลราชธานี	2				2
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	3	1	2		6
เขต 12 สงขลา	4	1	1		6
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	4	11	7	1	23
Total	45	24	23	3	96

7.การบำบัดทดแทนไต Kidney Replacement Therapy (KRT) เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเป็นธรรม เกิดการใช้งบประมาณของประเทศที่มีจำกัดอย่างคุ้มค่า

1. **คุ้มครอง CAPD, KT**
PD first Policy
2. ขยาย HD (รายเก่าร่วมจ่าย 500 บาท)
3. ขยายการให้ยา EPO สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่มียา
4. ยกเลิกการร่วมจ่ายใน HD รายเก่า และ **บูรณาการ** ทดแทนไต 3 กองทุน
5. นำร่องและเพิ่มบริการ APD
6. ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตร่วมกับแพทย์
7. จ่าย QIP in PD
8. Pay for Quality & Standard
9. PD First & Patient-Centered Care นำร่อง PAK และ SMD
10. PD First & Patient-Centered Care เริ่ม PAK 1 มค. 69 (ยกเลิก SMD)



*QIP: Quality Indicative Program เกณฑ์คุณภาพ
 *โปรแกรม PAK pre-authorization for kidney นำร่องบางหน่วยในปี 2568 และเริ่มทั้งประเทศปี 2569
 *โปรแกรม SMD เป็นโปรแกรมเพื่อการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต

จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับบำบัดทดแทนไต ณ ปัจจุบัน (RRT) จำแนกตามวิธี (นับไม่ซ้ำตามวิธี RRT) ถึง **ณ 31 ธ.ค.2568**

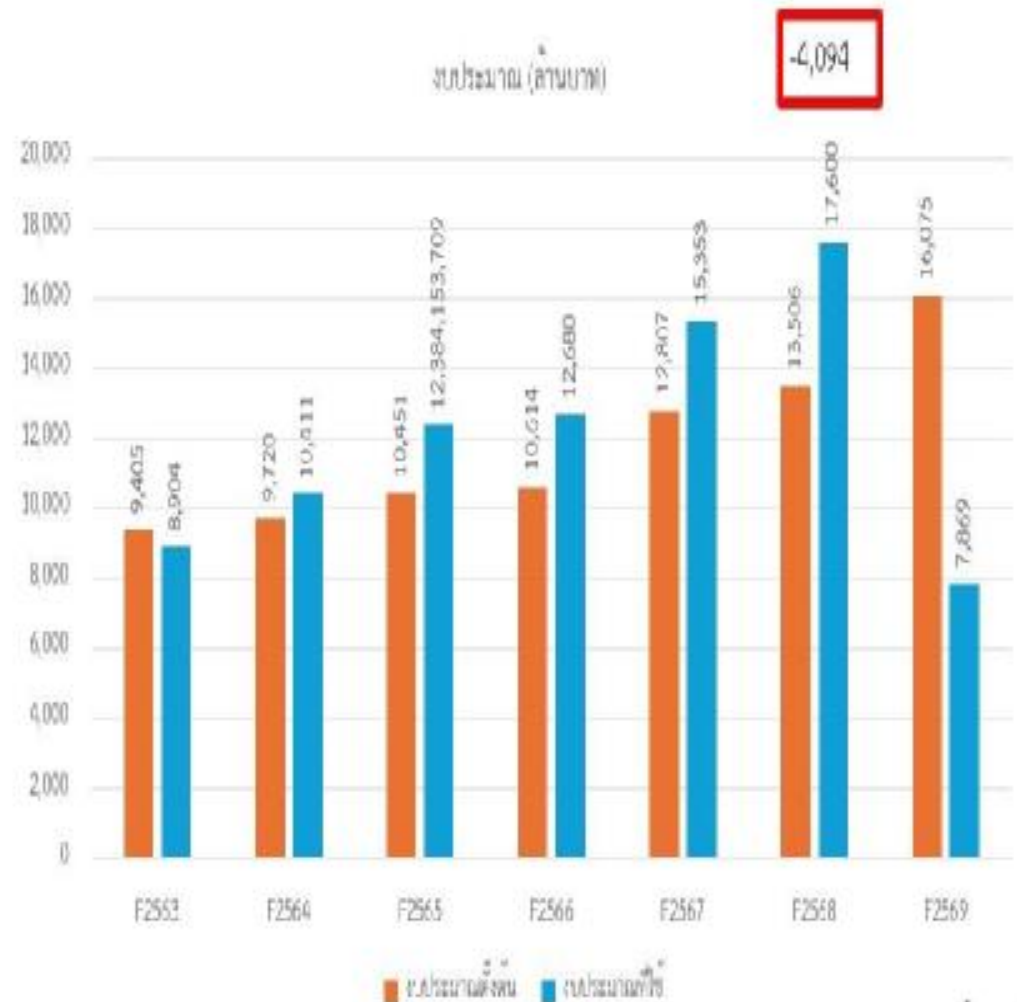
ผู้ป่วย RRT สะสม เดือน ธันวาคม 2568เพิ่มจากเดือนพฤศจิกายน 2568 = 95,622 - 93,860 = 1,762 ราย

โดย นพ. CAPD เพิ่ม 14,172- 13,160 = 1,012 ราย นพ. APD เพิ่ม 5,648-5,345=303 ราย นพ. HD เพิ่ม 72,413-72,048=365 ราย นพ. KT เพิ่ม 77-34=43 ราย นพ. KTI เพิ่ม 3,312-3,273=39 ราย



- ค่าไตแทนที่ด้วยเครื่องฟอกเลือด (CAPD)
- ฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกเลือด (HD)
- ปลูกถ่ายไต (KT)
- บำบัดทดแทนไต (Replacement Renal Therapy: RRT)
- ค่าปลูกถ่ายไตพร้อมเครื่องฟอกเลือดอัตโนมัติ (APD)
- ฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกเลือดที่นับอุปทานเฉพาะ (EPO (HD Self-pay))
- รับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (KTI)

งบประมาณบริการไตวายเรื้อรัง



8 .หน่วยนวัตกรรม การดำเนินงานของ สปสช หลังมติบอร์ด (เริ่มดำเนินการวันที่12ม.ค.2569)

1. พัฒนาระบบยืนยันตัวตนในการเข้ารับบริการ เพื่อป้องกันการสวมสิทธิ์ ด้วยระบบ NHSO FVS และ Line OA NHSO
2. เชื่อมข้อมูลผู้ให้บริการกับ 7 สภาวิชาชีพ เพื่อการยืนยันตัวตนของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการในแต่ละหน่วยบริการ โดย *สภาการพยาบาลฯ จะเชื่อม API ได้ 2 กุมภาพันธ์ 2569*
3. เชื่อมข้อมูลบริการจาก A med / KTP และ EHP กับ Health Link กับ สปสช.
4. จัดทำ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2569
5. ปรับหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ของหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านทั้ง 7 ฉบับ
6. กำหนดจำนวนครั้งการให้บริการของแต่ละบริการ เป็นรายสัปดาห์ภายใต้งบประมาณปลายปิด
7. พัฒนาระบบ Audit 100 % โดย Pre Audit กำหนด Max QTY ตามศักยภาพหน่วยบริการ ส่วน Post Audit ตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ แนวทาง เงื่อนไขที่กำหนด
8. กำกับติดตามผลการดำเนินด้วย Dashboard หน่วยนวัตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลงพื้นที่หากพบความผิดปกติ

8 .หน่วยนวัตกรรม การดำเนินงานของ สปสช หลังมติบอร์ด (เริ่มดำเนินการวันที่12ม.ค.2569)

5 มาตรการเข้มข้น: เพิ่มประสิทธิภาพและควบคุมงบประมาณ

1. ตรวจสอบเข้มข้น



เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบจ่ายค่าใช้จ่าย (Pre/Post Audit)

หากพบทุจริต
ยกเลิกสัญญา
และกะเบียดทันที

2. กำหนดมาตรฐาน



กำหนดให้หน่วยบริการต้อง Reactivated ตามระยะเวลาที่ สปสช. กำหนด

3. ปรับต้นทุน



พิจารณา **ปรับลดอัตราขาดเซย** เพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนการบริการจริง

4. ปรับชุดบริการ



ยกเลิก: บริการที่ไม่จำเป็น
เพิ่ม: บริการที่จำเป็น (กลุ่มเปราะบาง/พื้นที่เข้าถึงยาก)

5. กำกับติดตาม



ติดตามผลงานและการเบิกจ่ายอย่างใกล้ชิด

หากผิดปกติ
สปสช.เขต
เข้าตรวจสอบทันที

สถานการณ์หน่วยบริการและการเบิกจ่าย จำแนกตามประเภทบริการ ในพื้นที่เขต 8 อุตรธานี ปีงบประมาณ 2568 – 2569

ประเภทหน่วย นวัตกรรม	ปีงบประมาณ 2568 (1 ต.ค.67 – 30 ก.ย.68)						ปีงบประมาณ 2569 (1 ต.ค.68 – 9 ก.พ.69)					
	จำนวนขึ้น ทะเบียน	จำนวน หน่วยเบิก	จำนวนคน	จำนวนครั้ง	ชดเชย(บาท)	เฉลี่ยคนต่อ ครั้ง	จำนวนขึ้น ทะเบียน	จำนวน หน่วยเบิก	จำนวนคน	จำนวนครั้ง	ชดเชย(บาท)	เฉลี่ยคนต่อ ครั้ง
1. คลินิกพยาบาล	788	755	931,753	3,059,637	458,060,657	3.28	762	651	365,496	707,091	106,395,585	1.93
2. เภสัชกรรม	246	158	227,122	601,952	108,340,920	2.65	246	144	104,801	180,546	32,454,450	1.72
3. คลินิกทันตกรรม	94	87	54,806	94,591	66,213,700	1.73	94	88	29,048	46,757	32,729,900	1.61
4. แพทย์แผนไทย	105	94	50,493	219,779	43,955,200	4.35	102	86	19,054	70,465	14,093,000	3.70
5. คลินิกเวชกรรม	26	22	34,022	67,856	21,684,660	1.99	26	16	19,393	33,976	10,768,200	1.75
6. กายภาพบำบัด	36	35	3,153	27,123	17,587,350	8.60	36	30	1,209	7,896	5,121,400	6.53
7. เทคนิคการแพทย์	11	7	10,031	14,003	4,714,305	1.40	11	5	3,613	4,726	1,505,445	1.31
รวมบริการนวัตกรรม	1,306	1,158	1,311,380	4,084,941	720,556,792		1,277	1,020	542,614	1,051,457	203,067,980	

การดำเนินงานตรวจสอบหลังการจ่าย หน่วยนวัตกรรม ปีงบประมาณ2568

ประเภทหน่วยบริการ นวัตกรรม	ประเภทการ ตรวจสอบ	จำนวน หน่วย(แห่ง)	จำนวนหน่วยที่ ตรวจ(แห่ง)	จำนวนเวช ระเบียน(visit)	ผลการตรวจสอบ(visit)			
					ผ่าน	ร้อยละ	ไม่ผ่าน	ร้อยละ
การพยาบาลและการผดุง ครรภ์	TOP100	760	38	7,000	5,834	83.34	1,166	16.66
	Post Audit		212	6,475	4,653	71.86	1,822	28.14
	กรณีเฉพาะ		8	78,285	8,545	4.87	48,504	95.13
เภสัชกรรม(ร้านยา)	TOP100	246	14	2,800	2,563	91.54	237	8.46
	กรณีเฉพาะ		4	37,431	15,517	41.45	21,914	58.55
เวชกรรม	TOP100	26	1	200	199	99.50	1	0.5
	กรณีเฉพาะ		1	15,140	27	1.12	2,378	98.88
การแพทย์แผนไทย	กรณีเฉพาะ	92	3	19,212	4	0.30	19,208	100
กายภาพบำบัด	กรณีเฉพาะ	36	1	6,098	-	-	1,396	100
ทันตกรรม	ส่งกฎหมาย	94	1	อยู่ระหว่างกฎหมายพิจารณา				
สรุปผลการตรวจสอบทั้งหมด		1,266	246(19.43%)	172,641	37,342	35.28	96,626	91.30
สรุปจำนวนเงินเรียกคืนทั้งหมด		20,499,150.00 บาท						

ประเด็นความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บของหน่วยบริการ ตามความเห็นจากคณะกรรมการดำเนินการกรณี
ตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

มาตรฐาน พรบ.
สถานพยาบาล

ประกาศหลักเกณฑ์ การจ่าย

มาตรฐานสภาวิชาชีพ

1. ให้บริการนอกเวลาที่ได้รับอนุญาตจาก กรม สบส
2. การให้บริการนอกสถานที่ตั้ง โดยไม่ได้ ขออนุญาต
3. อาคาร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ไม่เป็นไปตาม มาตรฐานสถานพยาบาล ที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
4. ไม่มีการจัดทำเวชระเบียน ทำไม่สมบูรณ์

สบส. / สสจ.





1. พบการเบิกเท็จ
 - กรณีหน่วยบริการเก็บบัตรประชาชน และไม่ได้ให้บริการตามประกาศฯ
 - นำข้อมูลการให้บริการจากหน่วยบริการของรัฐมาเบิกในคลินิก
2. พบข้อมูลการยืนยันตัวตน key In และ รับรองจาก จนท.
3. ไม่มีเอกสารหลักฐานบันทึกการ ให้บริการ หรือมี แต่ไม่ครบถ้วน
4. จำนวนการให้บริการไม่สอดคล้องกับ ศักยภาพ

สปสช.

1. ใช้ยาเกินกรอบมาตรฐานวิชาชีพ⁵⁷ กำหนด
2. พบการใช้ยาไม่สัมพันธ์กับอาการผู้ป่วย
3. การเบิกเท็จ ไม่มีหลักฐานการ ให้บริการ

สภาวิชาชีพ

สรุปความก้าวหน้าการดำเนินการภายหลังการตรวจสอบ โดยสปสช.เขต

ประเภท	จังหวัดที่ตั้ง	ประเด็นตรวจพบ	การดำเนินการสำนักงานฯ
คลินิกกายภาพบำบัด 	สกลนคร	1.นำข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาล มาส่งเบิกที่คลินิก 2.ผู้รับบริการแจ้งว่าไม่ได้เข้ารับบริการ แต่มีการเรียกเก็บ	ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกพยาบาล 	หนองบัวลำภู	1.การนำบัตรประชาชนผู้ป่วยและญาติมาใช้ในกรณีอื่นๆ เช่น นำมาแลกของอุปโภคบริโภค เช่น สบู่ ยาสีฟัน มาม่า น้ำปลา โดยที่ไม่ได้เจ็บป่วย	ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกพยาบาล 	หนองบัวลำภู	2.มีการนำบัตรประชาชนของผู้อื่นเพื่อไปใช้สิทธิเพิ่มในการรับบริการ	ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกพยาบาล 	สกลนคร		ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกพยาบาล 	เลย		1.อนุสาวรีย์ 4 สิ่งปรับทางการปกครอง จำนวน 100,000 บาท 2.ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกแพทย์แผนไทย 	อุดรธานี	1.ไม่มีการจัดบริการนวดแพทย์ไทยจริง มีการประชาสัมพันธ์ให้มารับแจกยาหม่อง ยานวด ฟรี โดยให้นำบัตรประชาชนไปแลก แต่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจาก สปสช.	ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกแพทย์แผนไทย 	อุดรธานี	2.พบจำนวนบริการที่ส่งเบิกขอชดเชยมีจำนวนมาก ทำให้ไม่น่าเชื่อถือว่าเกิดบริการจริงและไม่สอดคล้องกับศักยภาพ	ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกเภสัชกรรม 	อุดรธานี	1.ผู้รับบริการแจ้งว่าได้รับบริการที่ร้านยาสาขา ก แห่งเดียว แต่พบการส่งเบิกสาขา ข ไม่ได้รับบริการจริง	ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกเภสัชกรรม 	อุดรธานี	2.มีการให้นำบัตรประชาชนมารับยาแทนได้โดยผู้รับบริการไม่ได้เข้ารับการตรวจประเมินรักษาจริง	ดำเนินการกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกเวชกรรม	บึงกาฬ	เอกสารหลักฐานที่ตรวจสอบพบบันทึกการให้บริการไม่ตรงกับที่บันทึกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ	อนุสาวรีย์ 4 สิ่งปรับทางการปกครอง จำนวน 50,000 บาท

หน่วยบริการนวัตกรรมในพื้นที่เขต 8 หลังการปรับประสิทธิภาพ

ประเภทหน่วยบริการ	หน่วยบริการทั้งหมด	ลาออกทั้งหมด	คงเหลือ	re-activate ทั้งหมด	outlier481 (re-activate)	จัดเครือข่ายได้
R0206 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์	12	0	12	5	1	4
R0207 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม	25	8	17	6		6
R0208 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม	92	6	86	73	1	72
R0209 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด	36	3	33	25	6	19
R0210 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย	93	26	67	49	9	40
R0211 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม	246	6	240	125	29	96
R0213 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์	760	383	377	152	39	113
R0217 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมด้านจัดบริการเฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง	1	0	1	0	0	0
ผลรวมทั้งหมด	1,265	433	832	434	85	350

วันที่ออกรายงาน 16 เมษายน 2569 08:56 น.

ทิศทางการบริหารงบประมาณในช่วง 3 เดือน ตามมติคณะกรรมการหลักฯ

1. การบริหารวงเงินงบประมาณ /จำนวนโควตาการรับบริการ
2. ทบทวน หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ของบริการแต่ละประเภท
3. การ reactivate หน่วยบริการ
 - ปัจจุบัน **ไม่เปิด reactivate เพิ่มเติม** เนื่องจาก รอกระบวนการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่
 - การแก้ไข/ปรับปรุง ข้อมูลของ พยาบาลเวชปฏิบัติ : ยึดจากฐานข้อมูล ของ สภาการพยาบาล
4. การกำกับติดตามก่อนการจ่ายชดเชย



ถอดมรวมเครือข่าย...ทอดากหลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน