



รายงานการประชุม

คณะกรรมการ กำกับ ติดตาม การบริหารกองทุน การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐาน การให้บริการ ระดับเขตฯ ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ วันศุกร์ที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ Zoom Meeting ห้องสัญญาณ ID : ๔๓๔ ๙๐๘๓๒๗๑ Password : r๘waycfo

รายชื่อคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมผ่านระบบ (Online) Zoom Meeting

๑.นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๘	ประธาน
๒.นายแพทย์นพรัตน์ พันธุ์เศรษฐ์	ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘	ประธานร่วม
๓.นางศรีณยา สุวรรณพรหม	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู	คณะกรรมการ
๔. นายสมชาย ชมภูคำ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม	คณะกรรมการ
๕.นายแพทย์ภมร ดรุธ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	คณะกรรมการ
๖.นายแพทย์ร่วมพล เหล่าหวั่น	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย	คณะกรรมการ
๗.นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภม	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	คณะกรรมการ
๘.นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	คณะกรรมการ
๙.นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	คณะกรรมการ
๑๐.นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	คณะกรรมการ
๑๑.พันเอกจิตกานต์ อรรถธร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายกษัตริย์ศรีเวระ	คณะกรรมการ
๑๒.แพทย์หญิงจุฬาพันธ์ุ เหมกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	คณะกรรมการ
๑๓.นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว	คณะกรรมการ
๑๔.แพทย์หญิงสาธิตา ภัทรบุญยงค์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิสัยเวช	คณะกรรมการ
๑๕.นายแพทย์ธิตี อั้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ิงอุดรธานี	คณะกรรมการ
๑๖.แพทย์หญิงฤดีมน สกุลคู	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย	คณะกรรมการ
๑๗.แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี	คณะกรรมการ
๑๘.นายทวี วีระเศรษฐกุล	อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๘ อุดรธานี	คณะกรรมการ
๑๙.นายชัยรัตน์ เจริญสุข	อนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานฯ พื้นที่เขต ๘ อุดรธานี	คณะกรรมการ
๒๐. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗ จังหวัด		คณะกรรมการ
๒๑. นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	คณะกรรมการและเลขานุการ
๒๒.นางสาวสินีนุศ สันติรักษ์พงษ์	ผู้อำนวยการกลุ่ม สปสช.เขต ๘ อุดรธานี	คณะกรรมการและเลขานุการร่วม
๒๑.เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุดรธานี		คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้มาเข้าร่วมประชุม Onsite

๑.นางสาววันวิศา ผาแสน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๒.นางสาวจงรักษ์ ดงพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๓.นางสาวสงกรานต์ เรืองประทีป	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

๔.นางสาว...

๔.นางสาวชนัญฐดา ประจักษ์วงศ์	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๕.นางสาวสิตาพัชฌ์ โจรนาศศิริรัตน์	นักวิชาการเงินและบัญชี	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๖.นางสาวอุรวรรณ สะอาดภูมิ	นักวิชาการเงินและบัญชี	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๗.นางสาวนัฐกานต์ ศรีภิรมย์	นักวิชาการเงินและบัญชี	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ

นายแพทย์สามารถ ธิระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ กล่าวเปิดการประชุมฯ และนายแพทย์นพรัตน์ พันธุ์เศรษฐ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี : ประธานร่วม แจ้งต่อที่ประชุมว่า ขอขอบคุณท่านผู้ตรวจราชการและผู้บริหารทุกท่านที่จัดให้มีการประชุมในวันนี้ สปสข. จะขับเคลื่อนเพื่อให้ในเขตสุขภาพสามารถที่จะเบิกจ่ายและดำเนินงานตามทิศทางที่ทางกระทรวงสาธารณสุข และ สปสข. ได้ตกลงร่วมกัน

มติที่ประชุม

- รับทราบ

ข้อสั่งการ

- ไม่มี -

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- ไม่มี เนื่องจากเป็นการประชุมครั้งแรก -

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

วาระที่ ๓.๑ บทบาทภารกิจคณะกรรมการกำกับ ติดตาม การบริหารกองทุน การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ ระดับเขต และมติจากการประชุมคณะกรรมการกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับประเทศ

โดยนายแพทย์ ธรราชษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ ๘ มอบหมายให้ นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ นำเสนอข้อมูลเพื่อที่ประชุมทราบ ดังนี้

๑) คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔๑๙/๒๕๖ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับ ติดตาม การบริหารกองทุน การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐานการให้บริการระดับเขต ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุดรธานี กระทรวงสาธารณสุขได้มีหนังสือแจ้งคณะกรรมการทุกท่านทราบแล้ว บทบาทภารกิจของคณะทำงานฯ ดังนี้

๒. ให้คณะทำงานตาม ๑. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๒.๑ กำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐาน รวมถึงการจัดเครือข่ายการให้บริการในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณ

๒.๒ จัดทำข้อเสนอรายการบริการระดับเขตพื้นที่ และกำหนดเป้าหมายการกำกับติดตาม การตรวจสอบข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการให้บริการเกินความจำเป็นของหน่วยบริการ ในเขตพื้นที่

๒.๓ วิเคราะห์ข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ผิดปกติ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ เพื่อจัดทำข้อเสนอในการจัดทำเงื่อนไขการตรวจสอบในภาพรวมผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยการมีส่วนร่วมและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยบริการทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่

๒.๔ รายงานผลการกำกับติดตามและผลการตรวจสอบผ่านกลไกเขตสุขภาพต่อคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (๕๖๕) เขตสุขภาพที่ ๘ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๘ อุตรดิตถ์ คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เขต ๘ อุตรดิตถ์ คณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการอื่นที่เกี่ยวข้อง

๒.๕ เสนอกรอบแนวทางการตรวจสอบก่อนจ่ายและตรวจสอบหลังจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา

๒.๖ เชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

๒.๗ กรณีมีความจำเป็นอาจเสนอต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการตามคำสั่งนี้

๒.๘ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒) มติจากการประชุมคณะกรรมการกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับประเทศ ตามมติจากการประชุมคณะกรรมการระดับประเทศที่ได้มีการประชุมไปแล้ว ๒ ครั้ง และได้มีการสรุปเป็นเกณฑ์ในการจ่ายและข้อเสนอเพิ่มเติมจากคณะกรรมการในแต่ละกองทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

๒.๑) กองทุนผู้ป่วยใน มีมติเห็นชอบการหักเงินเดือนในระดับประเทศ และการจ่ายที่ ๑ RW = ๓,๕๐๕.๑๔ (K = ๑) พร้อมทั้งข้อเสนอเพิ่มเติมจากคณะกรรมการให้พัฒนาศักยภาพภายในเขตสุขภาพลดการส่งต่อ และการพัฒนาศักยภาพการ Audit ร่วมกับการ Peer Review ในกองทุนย่อย ๆ ต่อไป

๒.๒) กองทุน CR มีข้อเสนอในการติดตามการเบิกชดเชยค่าบริการของกองทุนย่อยต่าง ๆ ในกองทุน CR มีการ Pre - Audit และ Post - Audit และให้มีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพในการให้บริการ โดยปริกษาราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการผ่าตัดหัวใจ และการผ่าตัดหัวใจให้มีการปริกษาราชวิทยาลัยในการกำหนดเกณฑ์คุณภาพเช่นเดียวกัน

๒.๓) กองทุน HIV มีข้อเสนอเรื่องการบริการ, การจ่ายชดเชยให้เหมาะสม, การบริการให้คำปริกษา และตรวจหาเชื้อ HIV

๒.๔) กองทุนไต KRT ให้มีการใช้ระบบ Pre - Authorization เพื่อควบคุมจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยการตั้งเป้าหมาย ๑๐% เพื่อลดราคาการจ่ายลง, จำนวนรอบการล้างต่อสัปดาห์ ต้องมีการ Authentication พร้อมกำหนดเกณฑ์คุณภาพ โดยให้ปริกษาราชวิทยาลัย

๒.๕) กองทุน NCD ให้อยู่ภายใต้ของการกำกับดูแลของคณะกรรมการ

๒.๖) กองทุน PP Fee Schedule ให้มีการ Authentication โดยให้กรมอนามัยและกรมควบคุมโรคกำกับและรายงานผลการดำเนินงาน

๒.๗) กองทุนรวม ๗ นวัตกรรม เสนอให้ปรับแนวทางการควบคุมคลินิกนวัตกรรมเป็นแบบ Global Budget ไม่ให้เกิน ๓,๗๗๐ ล้านบาท ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดมาตรการโดยค่าเฉลี่ยสองครั้งต่อคนต่อปี, ต้องเป็นโรคที่จำเป็นและไม่ซ้อนทับโรคที่อยู่ในรายการเหมาจ่ายรายหัว และอาจเพิ่มก่อนใช้บริการจะต้องใช้ระบบ Pre - Authorization ด้วย

๒.๘) กองทุนแพทย์แผนไทยและฟื้นฟู ให้มีการ Authentication ในการรับบริการ

นายแพทย์...

นายแพทย์พันธ์ พันธุ์เศรษฐ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี ประธานร่วม : ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับที่ประชุมว่า ขยายความเพิ่มเติมในส่วนของการ Pre – Audit นั้น จะใช้กรณีที่จะตรวจสอบเบื้องต้นก่อนที่จะจ่าย แต่การ Pre - Authorization คือ การนำเคสมาทำหัตถการในแต่ละเรื่อง เพื่อให้ตรงตามข้อบ่งชี้ เนื่องจากทางสมาคมหรือราชวิทยาลัยได้สะท้อนว่า มีการนำเคสที่ยังไม่จำเป็นหรือยังไม่เหมาะสมที่จะทำหัตถการมาก่อน จึงจำเป็นต้องมีการทำ Pre - Authorization ซึ่ง สปสช. จะร่วมกับสมาคมและราชวิทยาลัยแต่ละสาขา ทำการหารือและออกเกณฑ์มาตรฐานการทำ Pre - Authorization ที่ชัดเจน และจะนำเรียนผู้บริหารทุกท่านต่อไป

มติที่ประชุม

- รับทราบ

ข้อสั่งการ

- มอบ นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ ๘ และ แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ประธาน Service Plan ดำเนินการ ตั้งคณะกรรมการย่อย เพื่อจัดทำ ร่างข้อเสนอความเห็นต่อการชดเชย กองทุน CR โดยมีตัวแทน Service Plan แต่ละสาขาของเขต ๘ เข้าร่วม จัดทำ ร่าง ข้อเสนอเพื่อเสนอต่อราชวิทยาลัย ใช้ประกอบการชดเชยค่าบริการจากกองทุน CR และเสนอที่ประชุมในการประชุมครั้งถัดไป

วาระที่ ๓.๒ การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๙ ของหน่วยบริการในพื้นที่ เขต ๘ อุดรธานี และผลการดำเนินงานของหน่วยบริการทุกสังกัด ในเขตสุขภาพที่ ๘

โดย นางสาวสินีนุศ สันติรักษ์พงษ์ ผู้อำนวยการกลุ่มฯ สปสช.เขต ๘ อุดรธานี คณะทำงานและเลขานุการร่วม ได้นำเสนอข้อมูล ดังนี้

๑) กรอบวงเงินและค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ - ๒๕๖๙ โดยงบกองทุนเพิ่มขึ้น ๒๕,๕๕๒.๓๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๒ เงินเดือนที่หักเพิ่มขึ้น ๓,๓๕๖.๖๙ ล้านบาท และงบกองทุนรวมเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น ๒๘,๙๐๙.๐๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒ เฉพาะงบเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้น ๓๑๖.๙๖ บาทต่อประชากร

โดยมีภาวะเบียดที่เกี่ยวข้อง เนื่องจาก ปี ๒๕๖๘ เกิดภาวะกองทุนติดลบ จึงมีประกาศของกรรมการหลักประกันเรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ ข้อ ๘.๔.๑๑ “ในระหว่างปีงบประมาณมีกำหนดในรายการ และประเภทใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือจำเป็นอื่นให้ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทอื่นจ่ายไปก่อน ในช่วงปลายปีงบประมาณหักจ่ายหรือประมาณการ ให้ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทอื่นจ่ายไปก่อน ตามหลักเกณฑ์แล้วให้จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการคืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อน และหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป ซึ่งในปี ๒๕๖๘ ขอในปี ๒๕๖๙” ซึ่งยังคงไม่มีงบประมาณมาทดแทน

วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๘ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติ ในวาระที่ ๔.๗ ข้อเสนอ การใช้รายการรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม และรายรับอื่นระหว่างปีรอปิดบัญชีปี ๒๕๖๘ ที่ไม่มีภาระผูกพันภายใต้วงเงิน ๗๔๙.๖๕ ล้านบาท โดยให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับกรณีจำนวนผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ กรณีข้อมูลยุทธศาสตร์การจ่ายค่าใช้จ่ายเกินปีงบประมาณ เพิ่มเติมตามระเบียบว่าด้วยงบประมาณ ฯ และค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข ปี ๒๕๖๘

สำหรับรายการ...

สำหรับรายการและประเภทบริการที่งบประมาณไม่เพียงพอ ได้ตามค่าใช้จ่ายที่สามารถเบิกจ่ายได้ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ และ ในวันที่ ๔.๘ การบริหารกรอบวงเงินงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ภายหลังจากได้รับงบกลางแล้วไม่เพียงพอ ให้ใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ และให้ สปสช. เสนอปรับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ กรณีจำเป็น

๒) สถานการณ์การเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๘-๒๕๖๙

สถานการณ์การเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนปี 2568			
รายการ	(1) งบประมาณ 2568 (ก่อนปรับแก้)	(2) งบประมาณใช้ไป	(3)=(1)-(2) งบประมาณคงเหลือ/ ไม่พอ
กลุ่ม A - งบเบ็ดเตล็ดรายจ่าย	120,091.55	126,360.35	-6,268.81
1 ค่าบริการทางการแพทย์แผนกจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)			
1.1 บริการผู้ป่วยนอกจ่ายรายหัว	36,061.69	35,439.85	621.83
1.2 บริการผู้ป่วยในจ่ายรายหัว DRGv.6*	52,238.97	52,238.97	0.00
1.3 บริการกรณีเฉพาะ	23,763.36	30,660.06	-6,897.25
1.4 บริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยการแพทย์	454.59	454.59	0.00
1.5 บริการทันตกรรมโรค	1,504.31	1,504.31	0.00
1.6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,068.63	6,062.03	6.61
1.7 งบค่างาน			
กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเบ็ดเตล็ดรายจ่าย	48,205.34	55,105.92	-6,900.57
2 ค่าบริการผู้ติดตามเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,209.45	3,995.70	213.75
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	13,506.17	17,599.06	-4,092.90
4 ค่าบริการตามมาตรฐานประกันสุขภาพ			
- บริการตามมาตรฐานประกันสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1,169.23	666.33	502.90
- บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังเรื้อรัง	78.64	72.57	6.07
- บริการควบคุมความรุนแรงโรคหัดและโรคมือเท้าปาก	51.05	51.05	0.00
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัด	1,490.29	1,490.29	0.00
6 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,180.23	7,426.14	-5,245.92
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร	2,522.21	2,371.03	151.18
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	2,900.25	3,793.74	-893.49
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	530.97	309.95	221.02
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	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)	5,045.33	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 อยู่ในขั้นตอนการของงบกลาง จำนวน 2,016.97 ล้านบาท
 2.LTC ผลงานและต้นทุน สูงกว่างบประมาณที่ได้รับ
 3. P&P National แผนการจัดทำหวัคชี ปี 2567 มาใช้งบประมาณปี 2568 จำนวน 1,043 ล้านบาท

โดยสถานการณ์การเบิกจ่ายกองทุนปี ๒๕๖๘ ที่ติดลบ เช่น กองทุน CR ติดลบ ๖,๘๙๗.๒๕ ล้านบาท, กองทุนผู้ป่วยในไม่ติดลบเนื่องจากเป็นบริหารแบบ Global Budget แต่ Base Rate ไม่ได้ตามประกาศที่ระบุไว้ ๘,๓๕๐ บาท/RW, ค่าบริการกรณีผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (๗ นวัตกรรม), บริการผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน, IP Normal ติดลบรวมทั้งสิ้น ๑๓,๑๖๙.๓๘ ล้านบาท ในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ในวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบการบริหารงบประมาณแบบปลายปิดจำนวน ๕ หมวด ซึ่งมีรายละเอียดและให้หลักการความสำคัญกับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน และพิจารณารายการบริการที่ไม่จำเป็น ดังนี้

การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569

วันที่ 3 พ.ย.๖8 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบการบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบปลายปิด จำนวน 5 หมวด ได้แก่ OP ทั่วไป, IP ทั่วไป ,PP basic service, Fee schedule, และบริหารแบบโครงการ โดยหลักการให้ความสำคัญกับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในให้เพียงพอ และพิจารณาลดรายการบริการที่ไม่จำเป็น

<p>บริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> สป.สธ. ใช้ ปชก. 1 เม.ย.68 (คำนวณ Step ladder และกันเงิน เพื่อจัดสรรตามเกณฑ์กระทรวง สธ.) ปรับค่าแรงในภาพรวมระดับประเทศ โอนเงิน 2 งวด สังกัดอื่น (ภูมิภาค) ไม่ปรับค่าแรงจรรยาบรรณ ปรับค่าแรงหน่วยภาครัฐระดับ CUP ตามเกณฑ์แต่ละสังกัด โอนเงินรายเดือน สังกัดอื่น (กทม.) จ่ายตามค่านายหน้า สปสช. จ่ายตามผลค่าบริการ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามประชากร โอนเงินรายเดือน 	<p>บริการผู้ป่วยใน</p> <ul style="list-style-type: none"> จ่ายตามงบ DRGs คงการบริหารเป็น Global budget ระดับเขต มีการกันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ เพื่อไว้กระจายค่าใช้จ่ายในแต่ละเขตพื้นที่เพื่อพอในแต่ละปีงบประมาณและมีอัตราจ่ายใกล้เคียงกัน และลดกระทบ DRGs จ่ายในเขต อัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/adjrw การจ่ายเงิน สป.สธ. คำนวณค่า K และกันเงิน เพื่อจัดสรรตามเกณฑ์กระทรวง สธ. ปรับค่าแรงในภาพรวมระดับประเทศ สังกัดอื่น หน่วยงานภาครัฐระดับ CUP ตามเกณฑ์แต่ละสังกัด โอนเงินตามผลงานรายเดือน 	<p>บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบเหมาจ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> สป.สธ. ใช้ ปชก. 1 เม.ย. 68 /ผลงาน (คำนวณ Step ladder และกันเงิน เพื่อจัดสรรตามเกณฑ์กระทรวง สธ.) ปรับค่าแรงในภาพรวมระดับประเทศ โอนเงิน 2 งวด สังกัดอื่น (ภูมิภาค) ไม่ปรับค่าแรงจรรยาบรรณ / ผลงาน ปรับค่าแรงหน่วยภาครัฐระดับ CUP ตามเกณฑ์แต่ละสังกัด โอนเงินรายเดือน สังกัดอื่น (กทม.) จ่ายตามผลงานบริการ 	<p>จ่ายตามผลงาน Fee Schedule</p> <ul style="list-style-type: none"> กรณีเฉพาะ ฟื้นฟู,แผนไทย ค่าเสื่อม ค่าบริการเอดส์ ค่าบริการไตวายเรื้อรัง DMTH จัดเวชภัณฑ์ หอพัก บริการระดับปฐมภูมิ PPFS PP National
<p>บริหารแบบโครงการ</p> <ul style="list-style-type: none"> Hardship ค่าบริการรวมกันองค์กรส่วนท้องถิ่น (อปท./LTC/กองทุนฟื้นฟูจังหวัด) PPA PPNCD นารตรา 41 			

ทั้งนี้ในการบริหารจัดการกองทุนผู้ป่วยในปี ๒๕๖๙ ยังคงเหมือนเดิมกับปี ๒๕๖๘ คือ ยังคงมีการเงินไว้บริหารจัดการระดับประเทศ ในส่วนของ สปสช. จะเป็นหน่วยบริการทุกสังกัดที่อยู่ในระบบ UC การบริหารแบบ Global Budget ระดับเขต เบื้องต้นในอัตราจ่ายที่ ๘,๓๕๐/Sum Adj RW ในปัจจุบันใช้ DRG version ๖ และก็ยังมีการเยียวยากรณีที่ได้รับผลกระทบจาก DRG version ๖ ด้วยอยู่ ทั้งนี้ ในระหว่างปีให้ สปสช. ปรับอัตราได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น เพราะฉะนั้นหน่วยบริการนอกสังกัดและเอกชนจะได้รับจัดสรรในอัตรา ๘,๓๕๐/Sum Adj RW หากเป็นหน่วยบริการรัฐนอกสังกัดก็จะมี การหักเงินเดือน และส่วนหน่วยบริการสังกัด สป.สธ ก็จะมีการบริหารจัดการปรับลดค่าแรงในภาพรวมระดับประเทศ และจ่าย ที่ ๑ RW = ๓,๕๐๕.๑๔ (K = ๑)

การบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P ปี ๒๕๖๙ ยังคงเหมือนเดิม โดยประกอบด้วย PPA = ๔ บาท/ประชากร เขต ๘ ได้รับจัดสรรจำนวน ๑๙ ล้านบาท จัดสรรไปในเบื้องต้นตามโครงการที่ได้รับการอนุมัติจาก อปสช. ในส่วน PP Basic Service มีการปรับเกลี่ย และโอนเงินเรียบร้อยแล้ว และ ส่วน PP NCD จะมีการปรับลดค่าบริการตามมติฯ

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

แผนการโอนเงินให้หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ ปี ๒๕๖๙ ค่าบริการผู้ป่วยใน นับตั้งแต่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เป็นต้นมา จะได้รับอัตราจ่ายที่ ๓,๕๐๕.๑๔ บาท/Sum Adj RW เนื่องจากในปี ๒๕๖๙ มีการปรับลดค่าแรงเป็นภาพรวมประเทศ และการโอนเงินกองทุนอื่น ๆ ดำเนินการโอนเรียบร้อยแล้ว คงเหลืองบผู้ป่วยนอกอีก ๕% หากไม่มีการกันไว้สำหรับ OP Anywhere ในจังหวัด ซึ่งในเขต ๘ มีการกันไว้ ใน ๒ จังหวัด คือ จังหวัดสกลนคร และจังหวัดอุดรธานี

การบริหาร Basic Payment กรณีการปรับลดค่าแรงรัฐนอกสังกัด จะมีการหักค่าแรง OP เหม่าจ่าย ๓๒%, PP Basic Service ๓๒%, IP ๒๘% ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลมะเร็งอุดร หาก IP โอนเงิน ๑๐๐ บาท จะถูกหักค่าแรง ๒๘ บาท เป็นต้น

๓) ข้อเสนอการดำเนินการแก้ไขปัญหาทางกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคาดว่าจะไม่เพียงพอต่ออัตราจ่าย ๘,๓๕๐ บาท/Sum Adj RW จึงมีมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำคัญในการประชุมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๓.๑) มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๘ วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ เห็นชอบข้อเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการบริการผู้ป่วยใน ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ เสนอการจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้หน่วยบริการสังกัด สป. ปรับลดค่าแรงภาพรวมเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการ

งบประมาณ...

งบประมาณและให้หน่วยบริการภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ร่วมกันจัดทำข้อมูลประมาณการผลงานบริการผู้ป่วยในรายหน่วยบริการในภาพรวมทุกสังกัด และแยกหน่วย แยกกลุ่มบริการให้ชัดเจน และพิจารณาอัตราค่าบริการให้บริการของปีงบประมาณ ๒๕๖๙ สำหรับการ คำนวณวงเงิน Global Budget รายเขต รวมทั้งผลการ Audit หากผลงานเกินเป้าหมายให้เสนอของบประมาณ เพิ่มเติมตามความเหมาะสม การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในคงอัตราจ่ายเบื้องต้น ๘,๓๕๐ บาท/Sum Adj RW รวมทั้งร่วมกันบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบปลายปิดจำนวน ๕ หมวด และ บริหารแบบโครงการ โดยหลักการให้ความสำคัญกับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในให้เพียงพอ และพิจารณา ปรับลดรายการบริการที่ไม่จำเป็น

๓.๒) มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๘ วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เห็นชอบการดำเนินการแก้ไขกองทุนผู้ป่วยในปี ๒๕๖๙ โดยเร่งรัดการปรับประสิทธิภาพและกำกับ ติดตามการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายบริการปี ๒๕๖๙ ผ่านกลไกระดับประเทศและระดับเขต ดำเนินการ Audit ตรวจสอบ ๑๐๐% โดยใช้ระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาร่วมช่วยดำเนินการในรายการบริการ ที่เกินจำเป็นและบริการที่ควรดำเนินการตามมาตรฐาน พร้อมทั้งประสานกับสำนักงานงบประมาณเพื่อติดตามการ พิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในกรณีจำเป็นเร่งด่วนต่อไป กรณีค่าบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ตั้งเป้าหมายผลงานให้บริการผู้ป่วยในจำนวน ๑๐.๙ ล้าน Adj RW ในอัตราจ่ายที่ ๘,๓๕๐ บาท ส่วนของสังกัด สป.สร จะอยู่ที่ประมาณ ๘.๙ ล้าน Adj RW

๓.๓) มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๙ วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๙ เห็นชอบการปรับเกลี่ยงบประมาณภายใต้กรอบวงเงิน ๕,๔๕๐ ล้านบาท จากการหารือร่วมกับกระทรวง สาธารณสุข และกลไกที่เกี่ยวข้อง ปรับเกลี่ยจากรายการอื่นที่เหมาะสมเพิ่มเติม นอกเหนือจากรายการ PP Fee Schedule ตามหลักการคือไม่กระทบกับประชาชนและผู้ป่วย เป็นไปตามหลักกฎหมาย และปรับประสิทธิภาพ บริการอื่น เช่น กลุ่มไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ ให้เป็นไปตามคุณภาพและมาตรฐานบริการ เห็นชอบแนวทางการ ปรับประสิทธิภาพการบริหารกองทุนปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ในด้านเป้าหมายมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ การตรวจสอบและกรอบระยะเวลาการดำเนินการ โดยมอบ สปสช. พิจารณาทบทวนในการปรับเกลี่ย งบประมาณภายใต้กรอบวงเงิน ๕,๔๕๐ ล้านบาท และมอบ สปสช. ปรับประกาศหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย ที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมของระบบการเบิกจ่ายและระบบการกำกับติดตามเพื่อดำเนินการตามมติข้อ ๑ และมอบ สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสื่อสารชี้แจงให้หน่วยบริการทราบในหลักเกณฑ์ บริหารกองทุนที่เปลี่ยนแปลง กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่าย รายงานผลการดำเนินงานและการกำกับติดตามเป็นประจำทุกเดือน และรับรองมติเพื่อดำเนินการได้ทันที

การเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569



รายการ	(1) งบประมาณ 2569 หลังปรับค่าแรง เบื้องต้น	(2) ปรับแก้ไข IP ตามมติ	(3)=(1)+(2) งบประมาณเริ่มต้น หลังปรับ IP ตามมติ	(4) ค่าใช้จ่าย ปี 68 ไปงบประมาณ ปี 69	(5) งบประมาณไปปี ปี 69 ณ 24 มี.ค.69	(6)=(3)-(4)-(5)
กลุ่ม A - งบเงินจ่ายรายหัว	133,154.28	2,653.63	135,807.91	7,743.33	78,077.78	49,986.29
1 ค่าบริการทางการแพทย์เงินจ่ายรายหัว (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 บริการฉุกเฉินเฉพาะ	31,895.69	-2,496.37	29,399.32	6,456.94	14,729.57	8,212.81
1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	503.05		503.05	170.92	76.81	255.32
1.5 บริการทันตกรรมไทย	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 - ค่าบริการนอกงบเงินจ่ายรายหัว	60,694.97	-2,653.63	58,041.34	5,098.98	30,914.34	22,028.02
2 ค่าบริการชุดเครื่องมือและอุปกรณ์	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 ค่าบริการชุมชน มีองค์ และรักษาโรคเรื้อรัง						
- บริการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1,355.31	-500.00	855.31	74.42	328.52	452.37
- บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	132.15	-50.00	82.15	0.00	0.00	82.15
- บริการควบคุมความดันโลหิตและโรคหลอดเลือดหัวใจ	213.14	-140.13	73.01	0.00	0.00	73.01
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ลุ่ม ชึ่งมีเสียงกึ่ง และ	1,490.29		1,490.29	0.00	1,490.29	0.00
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการเชิงปฐมภูมิ	3,770.48		3,770.48	283.75	3,461.58	25.15
7 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น						
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และ	3,870.31		3,870.31	0.00	1,912.81	1,957.51
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับพื้นที่เกาะพิังในชุมชน	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 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นบริการผู้ป่วยในบริการ	562.23		562.23	0.00	112.32	449.91
9 ค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและมีองค์โรค (ไม่รวมเงินเดือน)						
- PBP Basic service	12,090.34		12,090.34	0.00	9,061.80	3,028.54
- PBP Basic service (Fee schedule)	6,319.07	-850.80	5,468.27	815.00	2,032.75	2,620.52
- PBP National	2,709.14		2,709.14	322.29	500.04	1,886.80
- PBP Area based	270.51		270.51	0.00	237.92	32.59
- PBP 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

รายการงบที่ใช้ไปตามมติบอร์ดและปัจจุบันคงเหลือกองทุนผู้ป่วยใน ในข้อ ๑.๒ บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRG v.๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ หลังปรับลดค่าแรง คงเหลือ ๕๓,๙๘๙ ล้านบาท ปรับเกลี่ยเงินกองทุนอื่นให้งบ IP ตามมติบอร์ด จำนวน ๕,๔๕๐ ล้านบาท ดังนั้นงบตั้งต้นของ IP ในปี ๒๕๖๙ จะอยู่ที่ ๕๙,๔๓๙ ล้านบาท

๔) รายการที่เสนอปรับประสิทธิภาพ จำนวน ๘ รายการ มีรายละเอียดดังนี้

๔.๑) บริการผู้ป่วยใน กรณีใช้บริการข้ามเขต มี ๓ เขต ในปี ๒๕๖๘ ที่มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายเกินกว่า ๑๐% ของวงเงินเขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๓, ๔ และ ๕ ส่วนเขต ๘ มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นไปแล้ว ๔๖ ล้านบาท และในกรณีใช้บริการข้ามเขตของหน่วยบริการทุกสังกัดในพื้นที่เขต ๘ เปรียบเทียบปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘ และประมาณการการชดเชยปี ๒๕๖๙ จำนวน ๕ เดือน ในปี ๒๕๖๗ งบประมาณที่ชดเชยทั้งสิ้น คือ ๙,๖๐๐ บาท /Sum Adj RW โดยไม่มีการหักเงินเดือน ในปี ๒๕๖๘ ใช้จ่ายไป ๔๗๓ ล้านบาท และปี ๒๕๖๙ ใน จำนวน ๕ เดือน จ่ายไปแล้ว ๑๘๙ ล้านบาท ซึ่งต่ำกว่าปี ๒๕๖๘ อยู่ที่ ๑๙ ล้านบาท คาดว่าจะไม่เกินเป้าหมายที่กองเศรษฐกิจสุขภาพ ตั้งไว้โดยเขตสุขภาพที่ ๘ ส่งออกไปมากที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ ๗ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มูลค่าการโดยส่งออกทั้งสิ้น ๕๐ ล้านบาท

๔.๒) บริการผู้ป่วยใน IP กรณี Home ward การให้บริการเพิ่มมากขึ้น ภาพรวมในระดับประเทศ ปี ๒๕๖๗ มีค่าใช้จ่ายประมาณ ๒๙๙ ล้านบาท ในปี ๒๕๖๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๑,๐๒๔ ล้านบาท และในปี ๒๕๖๙ ไตรมาสที่ ๑ มีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ ๓๑๑ ล้านบาท ทั้งนี้ยังคงใช้เงินในส่วนของเงินกองทุนผู้ป่วยในอยู่ ภาพรวมเขต ๘ เปรียบเทียบในปี ๒๕๖๘ - ๒๕๖๙ กรณี Home ward ได้รับการชดเชยมาทั้งสิ้น ๑๕๗ ล้านบาท อยู่ในลำดับที่ ๔ ของประเทศ และกรณี Home Ward ข้ามเขต ที่ ประชากรมารับบริการ อยู่ที่ประมาณ ๑๖๐ ล้านบาท ทั้งนี้ในปี ๒๕๖๙ ก่อนประกาศฉบับใหม่จะประกาศใช้ ในช่วง ๕ เดือน (ธันวาคม ๒๕๖๘ - เมษายน ๒๕๖๙) มีการจ่ายไปแล้วกว่า ๖๒ ล้านบาท รวมนอกเขตประมาณ ๖๑๐,๐๐๐ บาท รวมทั้งสิ้น ๖๓ ล้านบาท และในส่วน รพ.ที่ขอรับชดเชยจำนวนมาก ๓ อันดับแรกในปี ๒๕๖๘ ของหน่วยบริการที่ให้บริการมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๘ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวช นครพนม, โรงพยาบาลสร้างคอม และโรงพยาบาลเชียงคาน และขอรับชดเชยจำนวนมาก Top ๓ ในปี ๒๕๖๙ ในช่วง ๓ เดือนแรก ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านผือ, โรงพยาบาลกุดบาก และโรงพยาบาลเพ็ญ ทั้งนี้ในปี ๒๕๖๙ ประกาศที่ สปสข.ได้ออกประกาศตามราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๙ ให้มีการยกเลิก Disease cluster ที่เป็น Home ward กลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ออก ซึ่งจะนำเสนอสถานการณ์ หลังจากยกเลิกกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแล้ว มีอัตราการจ่ายกรณี Home ward เป็นอย่างไร ในการประชุมครั้งถัดไป

๔.๓) การ Split Admit การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำเดิมใน ๐ - ๑ วัน เป็นการกลับเข้านอนโรงพยาบาลรายเดิมภายใน ๑ วัน และผู้ป่วยแต่ละคนนับจำนวนครั้ง โดยคำนวณจำนวนวันนอนรวมซ้ำและจำนวนเงินจ่ายของทั้งบริการที่เป็นการกลับเข้านอนโรงพยาบาลเดิม ระบุกลุ่มโรคที่พบการ Split admit บ่อย การ Split admit ของหน่วยบริการในพื้นที่เขต ๘ ตาม Statement ๖๘๑๐-๖๙๐๑ (ผลงานจำนวน ๔ เดือน) จำนวนรายต่อเดือนจะกระจายตาม Service Plan สาขาต่าง ๆ ที่พบมากที่สุด คือ โรงพยาบาลระดับ F๒ จำนวน ๑๒,๗๖๓ ครั้งต่อบริการ และโรงพยาบาลระดับ M๒ จำนวน ๓,๒๕๓ ครั้งต่อบริการ เป็นต้น โดยโรงพยาบาลที่มีการ Split admit มากที่สุด คือ โรงพยาบาลอุดรธานี , โรงพยาบาลผาขาว และโรงพยาบาลเลย ตามลำดับ และกลุ่มโรคที่มีการ Admit มากที่สุด คือ ระบบการย่อยอาหาร (MDC๐๖) , ระบบทางเดินหายใจ (MDC๐๔) , ปากและคอ (MDC๐๓) และอุบัติเหตุและพิษ (MDC๒๑) ตามลำดับ ทั้งนี้มี DRG ที่มีจำนวนรายการ LOS ๐-๑ Day สูงสุด คือ DRG ๖๕๗๐ Gastro ท้องร่วง/กระเพาะอาหารอักเสบ

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา กรณี Split Admit

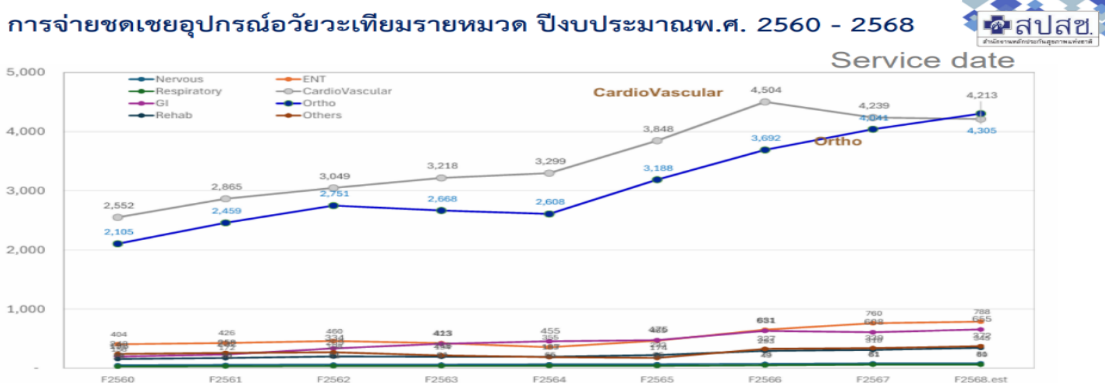
๑. จัดตั้งทีม Audit ระดับเขตสุขภาพ เพื่อสุ่มตรวจเวชเบียนกลุ่ม ๐-๑ วัน โดยเฉพาะเคสที่ RW ต่ำ แต่มีต้นทุนสูง
๒. มีการ Pre - Audit จัดตั้งทีม Audit เพื่อสุ่มตรวจหรือ Peer Review ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างหัตถการและรหัสโรคหลักในการ Admit เพื่อป้องกันการเบิกจ่ายที่คลาดเคลื่อน
๓. Feed back ส่งคืนข้อมูลกลับให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ ที่ลงรหัสในโรงพยาบาลเพื่อปรับปรุงแนวทางในอนาคต

และในกรณี ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC) มีการ admit เพิ่มขึ้น ๓๕.๗% ในช่วงปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ ซึ่งเพิ่มจาก ๙๐,๐๐๐ ครั้ง เป็น ๑๒๒,๐๐๐ ครั้ง โดยคลินิก ACSC มีสัดส่วนสูงสุดในทุกระดับและทุกจังหวัด โดยโรงพยาบาลระดับ M๒ รับภาระ Admit สูงสุดคิดเป็นร้อยละ ๔๐.๑% ซึ่งสะท้อนปัญหาคุณภาพการดูแลในโรงพยาบาลชุมชน ขนาดกลาง โดยในจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดสกลนคร มีจำนวน Admit สูงสุดรวมกันมากกว่า ๔๗.๘% ของเขต มียอดเงินชดเชยในปี ๒๕๖๘ ของเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๙๔๘ ล้านบาท อยู่ในลำดับ ๗ ของประเทศ โดยเปรียบเทียบกับ ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ พบว่าการ Admit ในปี ๒๕๖๗ เพิ่มขึ้น ๒๐% จากปี ๒๕๖๖ และในปี ๒๕๖๘ เพิ่มขึ้น ๑.๒% จากปี ๒๕๖๗

๔.๔) บริการ CA anywhere ในระดับประเทศมีการใช้จ่ายงบประมาณในปี ๒๕๖๘ จำนวน ๖,๕๐๐ ล้านบาท และในปี ๒๕๖๙ ไตรมาสที่ ๑ ทั้งประเทศใช้จ่ายไปเท่ากับ ๑,๔๗๖ ล้านบาท ทั้งนี้ในระดับเขต ๘ ปี ๒๕๖๘ ใช้จ่ายไปทั้งสิ้น ๓๔๓ ล้านบาท และในปี ๒๕๖๙ ไตรมาสที่ ๑ ใช้จ่ายเพียง ๖๘ ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลบริการ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘ มีอัตราเติบโตมากกว่า และมีการชะลอตัวในปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘

การวินิจฉัยโรค ซึ่งใช้การ MRI และ CT Scan กรณี MRI ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘ มีอัตราเติบโต ๖.๙ เท่า และกรณี CT Scan มีอัตราการเติบโต ๓.๘ เท่า จากปี ๒๕๖๗ ซึ่งอัตราการใช้จ่ายตัวสูงสุดในทุกกลุ่มบริการ ซึ่ง CT Scan เป็นด้านหน้าสำคัญที่มีปริมาณผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มวินิจฉัยเกือบ ๗,๐๐๐ ราย ในปี ๒๕๖๘ ส่วนกรณีของการรักษาเคมีบำบัด มีอัตราเฉลี่ยการเข้ารับบริการ ๔.๗ - ๕.๒ ครั้งต่อคนต่อปี โดยเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘ กรณีรังสีรักษา มีอัตราที่ลดลงในปี ๒๕๖๘ เฉลี่ย ๗.๖ ครั้งต่อคน และกลุ่มอื่น ๆ มีอัตราการเข้ารับบริการคิดเป็น ๒.๕ เท่า ซึ่งครองสัดส่วน ๓ ใน ๔ ของ visit ทั้งหมด ใน CA anywhere เขต ทั้งนี้การปรับประสิทธิภาพ โดยส่วนกลางก็จะมีประกาศเพิ่มเติม กรณีของกลุ่มอื่น ๆ ในเรื่องการติดตามผลการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับ CA กรณีโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยที่เป็นอยู่แล้วจะไม่เบิกในกองของ CA anywhere

๔.๕) การจ่ายชดเชยอุปกรณ์อวัยวะเทียมรายหมวด



ในปีงบ...

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ภาพรวมในระดับประเทศพบว่าในกรณี Cardio Vascular และ Ortho มีอัตราสูงสุด และเพิ่มขึ้นทุกปี จึงได้มีมาตรการในการ Pre - authorization และการเบิกจ่าย Instrument ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ โดยเบิกจ่ายตามจำนวนชิ้นและจำนวนเงิน ซึ่งในเขตสุขภาพที่ ๘ มีการ Post - Audit ซึ่งยังไม่พบความผิดปกติ ทั้งนี้หากพบความผิดปกติจะแจ้งไปยังโรงพยาบาลเพื่อทำการทบทวนใหม่อีกครั้ง

๔.๖) การเบิกจ่าย Cataract เขต ๘ ในปี ๒๕๖๘ จ่ายไปทั้งสิ้น ๑๔๙ ล้านบาท และในปี ๒๕๖๙ ไตรมาสที่ ๑ อยู่ที่ ๓๒ ล้านบาท ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กองเศรษฐกิจสุขภาพตั้งไว้

7. การเบิกจ่ายCataract รายปีงบประมาณ และเขต

ปี	ครั้ง	แห่ง	ค่าเฉลี่ย	เงินจ่ายรวม (DRG+ค่าเฉลี่ย)
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

เขต	ปีงบ 2568				ปีงบ 2569 Q1*			
	ครั้ง	แห่ง	ค่าเฉลี่ย	เงินจ่ายรวม (DRG+ค่าเฉลี่ย)	ครั้ง	แห่ง	ค่าเฉลี่ย	เงินจ่ายรวม (DRG+ค่าเฉลี่ย)
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 รยอง	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

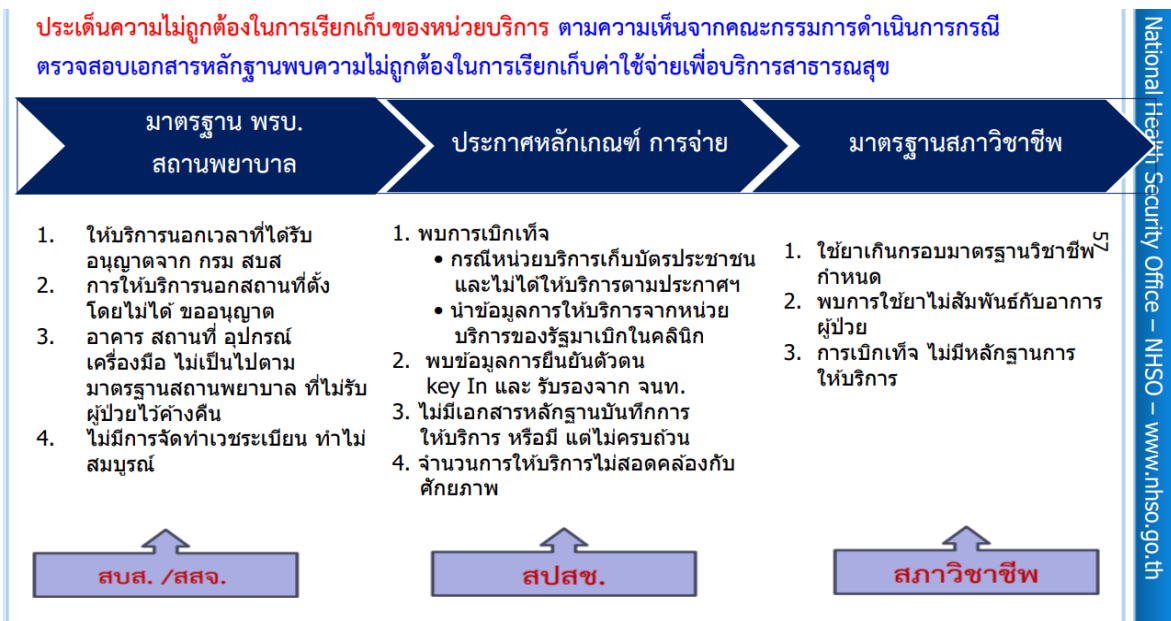
๔.๗) จำนวนหัตถการ CAG/PCI ในภาพรวมประเทศ มีการ Pre - authorization และในพื้นที่เขต ๘ จะมีหน่วยบริการรัฐในสังกัดที่ให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลหนองคาย และล่าสุด คือ โรงพยาบาลเลย และหน่วยบริการเอกชน คือ โรงพยาบาลกรุงเทพอุดร รวมทั้งสิ้น ๖ แห่ง ข้อมูล ณ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๙

๔.๘) การบำบัดทดแทนไต (KRT) โดยมี สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขในการเพิ่มการบำบัดทดแทนไต ดังนี้



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

๔.๙) บริการหน่วยนวัตกรรม ในปี ๒๕๖๘ ติดลบ ๕,๐๐๐ ล้านบาท จึงมีมาตรการตามมติบอร์ดบริหาร โดยให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๙ ให้มีการ Audit กำหนดมาตรฐานหน่วยบริการ และต้อง Re - activate ตามระยะเวลาที่กำหนด ไม่ให้เพิ่มการ Re - activate และปรับต้นทุนปรับชุดบริการ และการกำกับติดตามที่เข้มข้นขึ้น และหากมีความผิดปกติให้ สปสข. เขต เข้าตรวจสอบทันที ในปี ๒๕๖๘ เขตสุขภาพที่ ๘ มีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น ๑,๓๐๖ หน่วยบริการ และมีการเบิกจ่ายไปทั้งสิ้น ๑,๑๕๘ ล้านบาท โดยมีการตรวจสอบหลังการจ่ายจำนวนทั้งสิ้น ๒๔๖ หน่วยบริการ จากทั้งหมด ๑,๒๖๖ หน่วยบริการ จำนวนเวชระเบียน ๒,๖๔๑ visit และมีการเรียกคืนเงิน ประมาณ ๒๐ ล้านบาท



ประเด็นความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บของหน่วยบริการ กรณีมาตรฐาน พรบ.สถานพยาบาล ให้แจ้ง สบจ. และ สบส. เพื่อดำเนินการ หากมีการลงพื้นที่ ให้มี คบส. สบจ. ลงพื้นที่ไปด้วยทุกครั้ง กรณีประกาศหลักเกณฑ์การจ่าย เพื่อปรับกรณีที่ไม่ถูกต้องตามประกาศให้แจ้ง สปสข.ส่วนกลาง รวมถึงกรณีการเบิกเท็จ กรณีไม่เก็บบัตร ไม่มีการยืนยันตัวตน และอื่น ๆ และกรณีมาตรฐานสภาวิชาชีพให้แจ้งสภาวิชาชีพ เพื่อดำเนินการ พร้อมทั้งสภาเภสัช สถานพยาบาล และสภาแพทย์แผนไทย ทั้งนี้กรณีของหน่วยบริการในพื้นที่เขต ๘ ที่ไม่เป็นไปตามประกาศ ที่ สปสข. เขต ๘ ดำเนินการอยู่ มีรายละเอียดดังนี้

สรุปความก้าวหน้าการดำเนินการภายหลังการตรวจสอบ โดยสปสข.เขต

ประเภท	จังหวัดที่ตั้ง	ประเด็นตรวจพบ	การดำเนินการสำนักงาน
คลินิกกายภาพบำบัด	สกลนคร	1.นำข้อมูลผู้รับบริการ ของโรงพยาบาล มาส่งเบิกที่คลินิก 2.ผู้รับบริการ แจ้งว่าไม่ได้เข้ารับบริการ แต่มีการเรียกเก็บ	ดำเนินการ กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกพยาบาล	หนองบัวลำภู	1.การนำบัตรประชาชนผู้ป่วยและญาติมาใช้ในกรณีอื่น ๆ เช่น นำมาแลกของอุปโภคบริโภค เช่น สบู่ ยาสิฟีน มาวางน้ำปลา โดยที่ไม่ได้เจ็บป่วย	ดำเนินการ กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกพยาบาล	สกลนคร	2.มีการนำบัตรประชาชนของผู้อื่นเพื่อไปใช้สิทธิเพิ่มในการรับบริการ	ดำเนินการ กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกพยาบาล	เลย		1.อนุฯสอบสวน 4 สิ่งปรับทางการปกครอง จำนวน 100,000 บาท 2.ดำเนินการ กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกแพทย์แผนไทย	อุดรธานี	1.ไม่มีการจัดบริการ นวดแพทย์ไทยจริง มีการประชาสัมพันธ์ให้มารับแจกหมอนง ยานวด ฟรี โดยให้นำบัตรประชาชนไปแลก แต่มีการ เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจาก สปสข.	ดำเนินการ กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกแพทย์แผนไทย	อุดรธานี	2.พบจำนวนบริการ ที่ส่งเบิกขอชดเชยมีจำนวนมาก ทำให้ไม่น่าเชื่อถือว่าเกิดบริการจริงและไม่สอดคล้องกับศักยภาพ	ดำเนินการ กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกเภสัชกรรม	อุดรธานี	1.ผู้รับบริการ แจ้งว่าได้รับบริการ ที่ร้านยาสาขา ก แห่งเดียว แต่พบการส่งเบิกสาขา ขไม่ได้รับบริการ จริง	ดำเนินการ กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกเภสัชกรรม	อุดรธานี	2.มีการให้นำบัตรประชาชนมารับแทนได้โดยผู้รับบริการไม่ได้เข้ารับการตรวจประเมินรักษาจริง	ดำเนินการ กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเรียบร้อยแล้ว
คลินิกเวชกรรม	บึงกาฬ	เอกสารหลักฐานที่ตรวจสอบบันทึกการให้บริการไม่ตรงกับบันทึกเรียกเก็บค่าใช้จ่าย	อนุฯสอบสวน 4 สิ่งปรับทางการปกครอง จำนวน 50,000 บาท

ภาพรวมหน่วยบริการนวัตกรรมในพื้นที่เขต ๘ หลังมีการปรับประสิทธิภาพตามมติบอร์ดบริหารที่มีการ Re-activate จากทั้งสิ้น ๑,๒๖๕ หน่วยบริการ มีการลาออก ณ วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙ จำนวน ๔๓๓ หน่วยบริการ คงเหลือ ๘๓๒ หน่วยบริการ และจัดเครือข่ายหน่วยบริการ ๗ ประเภทได้ทั้งสิ้น จำนวน ๓๕๐ หน่วยบริการ พร้อมทิศทางการบริหารงบประมาณในช่วง ๓ เดือน ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ดังนี้

ทิศทางการบริหารงบประมาณในช่วง 3 เดือน ตามมติคณะกรรมการหลักฯ

1. การบริหารวงเงินงบประมาณ /จำนวนโควตาการรับบริการ
2. ทบทวน หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ของบริการแต่ละประเภท
3. การ reactivate หน่วยบริการ

- ปัจจุบัน **ไม่เปิด reactivate เพิ่มเติม** เนื่องจาก รอกระบวนการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการใหม่

- การแก้ไข/ปรับปรุง ข้อมูลของ พยาบาลเวชปฏิบัติ : ยึดจากฐานข้อมูล ของ สภาการพยาบาล

4. การกำกับติดตามก่อนการจ่ายชดเชย

นายสามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๘ ประธาน : สอบถาม สปสช. ประเด็นที่รายการต่าง ๆ ที่เบิกชดเชยสูงชันนั้น ทาง สปสช. มีความคิดเห็นอย่างไร

นางสาวลีนินุศ สันติรักษ์พงษ์ ผู้อำนวยการกลุ่มฯ สปสช.เขต ๘ อุดรธานี คณะทำงานและเลขานุการร่วม ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า : จากมติคณะทำงานร่วม ที่มีท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข และท่านเลขาธิการฯ ประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาว่า ในปี ๒๕๖๙ งบผู้ป่วยในที่ได้มาคาดว่าจะไม่เพียงพอ และการของงบประมาณงบกลาง ที่มีการขอไปถึง ๓ ครั้งและยังไม่ได้รับการอนุมัติ เนื่องจากสถานการณ์ต่างประเทศ ดังนั้นจะคงเหลือการปรับเกลี่ยในปี ๒๕๖๙ เพื่อมาเติมให้กับกรณีผู้ป่วยใน เพื่อให้สามารถที่จะจ่ายได้ในอัตรา ๘,๓๕๐ บาท/Sum Adj RW จึงมีการเสนอว่า จะต้องมีการปรับประสิทธิภาพในกรณีของกองทุนผู้ป่วยใน กรณีที่ Admit โดยไม่จำเป็น หรือการ Admit ที่ไม่ถูกต้อง คือ การปรับประสิทธิภาพ และในส่วนของกองทุนอื่น ๆ ที่คาดว่าจะงบประมาณจะเพียงพอและเหลือก็จะนำมาปรับเกลี่ยให้กองทุนผู้ป่วยใน

นายสามารถ ธีระศักดิ์ ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๘ ประธาน : สอบถามว่า กรณีที่รายการต่าง ๆ ที่เพิ่มสูงชันดังที่กล่าวมานั้น คือ การ Admit ที่ไม่มีประสิทธิภาพ Split Admit ๐ - ๑ Day ใช่หรือไม่ หากเป็นกรณี ๐ - ๑ Day นั้น ถ้าเป็นสภาพชุมชนของสังคมในอีสาน คนไข้มาแล้วไม่ได้ Admit หน่วยบริการจะต้องทำอย่างไรจึงจะเหมาะสม ตัวอย่างเช่น ชาวบ้านมารับบริการ ก้ากึ่งว่าจำเป็นจะต้อง Admit หรือไม่ แต่ชาวบ้านเดินทางเข้ารถมาแล้ว ๓๐ กิโลเมตร แล้วไม่ได้ Admit จะให้เขากลับไปหรืออย่างไร และสุดท้ายก็กลายเป็นข่าวที่เราพบเห็นได้ตามสื่อ แล้วจะแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างไร ขอให้ สปสช. ช่วยให้ความเห็นประเด็นนี้ด้วย

นายแพทย์นพรัตน์ พันธุ์เศรษฐ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี ประธานร่วม : ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า ทิศทางที่ต้องดำเนินการร่วมกัน จะต้องมึคณะทำงานให้ความเห็นและข้อเสนอแนะร่วมกันในเกณฑ์ที่เหมาะสมในเขต

แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี : ได้แสดงความคิดเห็นต่อที่ประชุมว่า ประเด็นของการ Split Admit มักจะเป็นความจำเป็น เช่น ความจำเป็นทางด้านสังคม การเดินทางที่ลำบาก หรือกรณีมาในยามวิกาล เป็นลักษณะที่จะ Admit ด้วยเหตุผลแบบนี้ และกรณีที่อยู่ในเขตของอำเภอเมืองใหญ่ และไม่มีสถานบริการที่สนับสนุนเพิ่มเติมได้ มีเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่เลย เช่น โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร หรือโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งไม่มีโรงพยาบาลขนาดเล็กที่จะมารองรับ และหากคนไข้จะต้องไปที่คลินิกเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูง ดังนั้นในกลุ่มนี้ก็อาจจำเป็นที่จะต้อง Admit เพื่อดูอาการ ยกตัวอย่างเช่น คนไข้มาด้วยอาการไข้และปวดท้อง ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องของท้องเสียธรรมดา หรือว่าเป็นลำไส้อักเสบ ลำไส้อุดตัน หรือไส้ติ่งอักเสบ หรือแม้กระทั่งเป็นโรคหัวใจก็อาจเกิดขึ้นได้ กรณีที่อาการไม่ชัดเจน เพราะฉะนั้นที่จริงคือการรักษาของแพทย์ ส่วนใหญ่ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ ไม่อยากרבกวนให้คนไข้ Admit เพราะทราบว่ามีอาการลำบาก ไม่ว่าจะเป็นทางญาติเอง หรือทางผู้ป่วยเอง ซึ่งโรงพยาบาลก็มีความแออัดเป็นต้นทุนอยู่แล้ว ซึ่งการที่จะพัฒนาร่วมกันแล้วทำให้ทางสถานพยาบาลไม่ลำบากใจมาก **อยากให้เรื่องนี้เป็นดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา** โดยที่ทางสถานพยาบาล มีการกำกับคุณภาพของการรักษาอยู่แล้ว เพราะว่าเป็นหัวใจหลักในวิชาชีพและเป็นมาตรฐานที่ไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยได้

แพทย์หญิงฤดีมล สุกุลคู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย คณะทำงาน : ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมต่อที่ประชุมว่า : อัตราการจ่ายชดเชย IP ต่อ RW ต่ำมากอยู่แล้ว รวมถึงโรงพยาบาลก็มีค่าใช้จ่ายต้นทุนสูงกว่าที่ได้รับชดเชย ไม่ทราบว่า สปสช. มีความคิดเห็นอย่างไร เพราะคงจะไม่มี รพ.ตั้งใจที่จะ Admit วันเดียว

นางสาวสินีนุศ สันติรักษ์พงษ์ ผู้อำนวยการกลุ่มฯ สปสช.เขต ๘ อุดรธานี คณะทำงานและเลขานุการร่วม ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า : ดังที่นำเรียน ๘ รายการตามมติบอร์ดบริหาร ที่เขตจะต้องกำกับ ซึ่งจะเป็นดุลยพินิจของคณะทำงานฯ ชุดนี้ว่าจะกำกับติดตามในรูปแบบใด ซึ่งในเชิง Positive เป็นการคืนข้อมูลเพื่อให้หน่วยบริการทบทวน ทั้งนี้ในการดูรายละเอียดปลีกย่อย โรงพยาบาลทุกแห่งให้บริการจริง แต่ยังคงพบว่ามีความไม่ถูกต้อง ในการให้รหัสโรค ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ มีการรับ admit ผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียน เนื่องจากว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๗ และผ่าตัดไปเรียบร้อยแล้ว ในปี ๒๕๖๘ มีภาวะข้างเคียง เมื่อเข้ามารับบริการควรปรับการให้รหัสโรคให้ถูกต้องตามการบริการที่เกิดขึ้นจริง เพราะทุกโรงพยาบาลมีการ admit จริง

นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร คณะทำงาน ได้แสดงความคิดเห็นต่อที่ประชุม : เนื่องจากเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นควรต้องมีกระบวนการในการ กำกับ ติดตาม โดยเฉพาะกรณีข้อมูลไม่ถูกต้อง และไม่บิดเบือนการให้บริการ

มติที่ประชุม

- รับทราบ

ข้อสั่งการ


- มอบนายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นประธานและพิจารณาคัดเลือกคณะทำงาน ให้จัดตั้งคณะทำงานย่อย ๕-๗ คน โดยอาจจะใช้คณะทำงาน Peer Review ที่มีอยู่ โดยให้อยู่ภายใต้คณะทำงานกำกับ ติดตาม การบริหารกองทุนฯ ระดับเขต ดำเนินการเรื่องการตรวจสอบเวชระเบียน การ Split Admit และรายงานผลต่อ คณะทำงานฯ M&E เขต ๘ ในการประชุมครั้งต่อไป

วาระที่ ๔.๑ เป้าหมายผลงานบริการระดับประเทศ และแนวทาง การกำกับติดตาม ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ ๘ : มอบหมายให้ นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ นำเสนอข้อมูลเพื่อที่ประชุมพิจารณา ดังนี้


เป้าหมายและผลงานบริการ และแนวทางการกำกับติดตาม โดยเป้าหมายในระดับประเทศ มีการวางเป้าหมายในส่วนของ IP Normal จะเป็นการประมาณการผลงานตามที่ตั้งงบประมาณตาม Sheet o จำนวน Sum Adj RW ของ IP หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น ๘.๓ ล้าน RW ผลงาน เดือนตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ เมื่อเปรียบเทียบเป้าหมายและผลงานจริงรายเดือน จะเห็นว่ามียังมีบางกองทุนที่มีแนวโน้มที่จะสูงกว่าเป้าหมาย โดยเฉพาะกรณี IP Homeward เกินเป้าหมายในระดับประเทศแล้ว การตั้งเป้าหมายทางกระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าโดยใช้ผลงานในปีที่ผ่านมา และบางกองทุนจะปรับลดตามข้อเสนอของทางคณะกรรมการในระดับประเทศ โดยกองทุนในระดับประเทศที่มีผลงานเกินเป้าหมายแล้ว ได้แก่ กองทุนผู้ป่วยใน กรณีสำรองเตียง UHOS ในส่วนของนอก - สธ./เอกชน กรณี IP Homeward ทุกสังกัด และกรณี Split admit ทุกสังกัด

ทั้งนี้กองทุนที่มีแนวโน้มที่จะมีผลงานบริการเกินเป้าหมาย ได้แก่ การผ่าตัดข้อเข่า , Cataract ซึ่งตั้งเป้าหมายไว้ตามจำนวนครั้ง จากข้อมูลในปี ๒๕๖๘ และปรับลดลงในปี ๒๕๖๙ มีแนวโน้มที่ผลงานบริการ ๕ เดือนที่ผ่านมาจะเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีกองทุน UCEP - ภาคเอกชน กรณีกองทุน CR และกองทุนนวัตกรรม ทั้งนี้เขตสุขภาพที่ ๘ กองทุนที่เกินเป้าหมายแล้ว ได้แก่ IP Homeward ทุกสังกัด และ Split Admit ทุกสังกัด และกองทุนที่มีแนวโน้มผลงานบริการเกินเป้าหมาย ได้แก่ IP นอกเขต/ UHOS ของรัฐนอกสังกัด/ กองทุน CR ในส่วนของการผ่าตัดข้อเข่า , Cataract , OP-AE , กองทุน HIV ในภาพรวมการให้คำปรึกษาและ Anti-HIV ของหน่วยงานภาครัฐ , กองทุนไต และกองทุนหน่วยนวัตกรรม

กรณี Home Ward มีประกาศ สปสช. ในยกเลิกโรคหัดโรค ICD-๑๐ ทั้งหมด ๑๒ กลุ่มโรคออกไป ดังนี้



การจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569



ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้าน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรมีระเบียบประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๙ เพื่อให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความทราบมาเมื่อวันที่ ๔ และที่ ๒๐.๑๑.๖๘ และที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๑๖๖ เมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๘ และที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๑๖๗ เมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๘ และที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๑๖๘ เมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๘ และที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๑๖๙ เมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๘

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้าน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกโรคหัด (ICD-10) สำหรับกลุ่มโรคที่สามารถเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยที่บ้านได้เป็นรายการของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๙ และมีให้ยกฐานะของโรคหัดเป็นโรคที่ให้บริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ให้คณะกรรมการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณารายการ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

นายจเด็จ ธรรมรักษา
เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศ รหัสโรค (ICD-10) สำหรับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่สามารถเข้ารับบริการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้านที่มีการกำหนดรายละเอียดกลุ่มโรคหัด ICD-10 ทั้งหมด 12 กลุ่มโรค ประกอบด้วย

1. โรคแผลกดทับ และพื้นที่กดทับ
2. โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
3. โรคปอดอักเสบ
4. โรคใส่ดื่อกอักเสบเฉียบพลันภายหลังได้รับการผ่าตัด
5. โรคติดเชื้อโควิด - 19
6. ความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
7. โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด
8. ความผิดปกติทางอารมณ์
9. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการกำเริบเฉียบพลัน
10. ผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน
11. ผู้ป่วยโรคสะกดเจ็บประเภทผื่นหนาเฉพาะที่
12. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับด้วยโปรแกรมดูแลตนเองที่บ้าน

กรณี Split Admit มีประกาศ สปสช. กรณีให้บริการแบบผู้ป่วยในต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๒๗๐ วันนับแต่วันที่หน่วยบริการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน โดยหน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายใน ๒๗๐ วันดังกล่าว และเมื่อภายหลัง ๒๗๐ วันนั้น ให้ถือเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่



การจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569 กรณี Split Admit

หน้า ๔๑
ฉบับที่ ๑๔๓ ตอนพิเศษ ๑๑ ง ราชกิจจานุเบกษา ๗ เมษายน ๒๕๖๙

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๑ ข้อ ๒๐.๓ ข้อ ๒๐.๕ ข้อ ๒๐.๖ ข้อ ๒๐.๗ ข้อ ๒๐.๘ ข้อ ๒๐.๑๐.๑ และข้อ ๒๐.๑๐.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ และวิธีการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปเป็นข้อ ๔/๑ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗

-ข้อ ๔/๑ หน่วยบริการที่ให้บริการกรณีผู้ป่วยในทั่วไปตามข้อ ๕ ซึ่งให้บริการแบบผู้ป่วยใน แต่ผู้รับบริการติดต่อกันต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๒๙๐ วันนับแต่วันที่หน่วยบริการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน และมีความจำเป็นต้องให้บริการผู้ป่วย ในรูปแบบผู้ป่วยในต่อไป หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ๒๙๐ วันดังกล่าว เมื่อเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการได้ และการให้บริการภายหลังจากระยะเวลา ๒๙๐ วันนั้น ให้ถือเป็นกรณีการรับตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่

ทั้งนี้ กรณีให้พักรักษา หรือพักอาการในกรณีฉุกเฉินรับตัวเป็นผู้ป่วยในกรณีดังกล่าวตามวรรคหนึ่ง ให้ใช้วิธีแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่สำคัญที่สุดในขณะนั้นเป็นโรคหลักในการขอรับค่าใช้จ่าย”

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

จึงแจ้ง ธรรมชัชวาลย์
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แพทย์หญิงฤดีมล สุกุลคุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย คณะทำงาน ได้สอบถามประเด็นเพิ่มเติมต่อที่ประชุมว่า : ขออนุญาตสอบถามความคิดเห็น กรณีที่หลาย ๆ กลุ่มโรคที่มีผลงานเกินเป้าหมาย ตัวอย่างเช่น Cataract หากทำเกินเป้าหมายไปแล้วก็อาจจะไม่ได้รับการจ่ายเงิน และจะกลับไปสู่จุดเดิมที่ระยะเวลาเราคอยก็จะเพิ่มขึ้นอย่างนี้ใช่หรือไม่ หรือว่าจะเป็นการแบ่งโควตา หรือ Pre - Authorization ซึ่งมีความกังวลว่าหากมีจำเป็นจะต้องรวดเร็วสำหรับการให้บริการผู้ป่วย

นางสาวลีนินุศ สันติรักษพงษ์ ผู้อำนวยการกลุ่มฯ สปสช.เขต ๘ อุดรธานี คณะทำงานและเลขานุการร่วมชี้แจงต่อที่ประชุมว่า : เป้าหมายถูกตั้งโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพ โดยคณะทำงานร่วม ข้อมูลตามที่ สปสช. นำเสนอ ส่วนการจ่าย ณ ปัจจุบันนั้น ประกาศไม่ได้บอกว่าถ้าเกินเป้าหมายแล้วจะไม่จ่ายชดเชย สปสช. ยังคงจ่ายเหมือนเดิมอยู่ และการควบคุมเป้าหมายก็มีกระบวนการ เช่น กรณี Home ward CAG/PCI หรือกรณีใด ๆ สปสช.จะมีการปรับประกาศ และในส่วนของงบประมาณงบกลาง สปสช. พยายามที่จะขอไปใหม่ และขอনাเรียนว่า กรณีผลงานบริการที่เกินเป้าหมายไปแล้ว จะยังคงจ่ายชดเชยเหมือนเดิม เพียงแต่คณะทำงานฯ ต้องกำหนดกระบวนการภายในเขต ในการกำกับ ติดตาม ให้มีการขอรับชดเชยบริการที่ถูกต้อง หากพบความผิดปกติของการเข้ารับบริการที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้มาตรฐาน คณะทำงานฯ สามารถลงพื้นที่เพื่อไปทบทวนกับโรงพยาบาลนั้น ๆ เพื่อให้ถูกต้อง ส่วนกรณีของหน่วยนวัตกรรมในพื้นที่ เขต ๘ ซึ่งจากเดิม ๒,๒๐๐ กว่าหน่วย ขณะนี้คงเหลือ ๓๐๐ กว่าหน่วย หากมีประกาศของการขึ้นทะเบียนขึ้นมาใหม่ ซึ่งอยู่ระหว่างเสนอลงนาม ก็จะมีการทบทวนในหน่วยนวัตกรรมที่ขอเข้ามาใหม่ ว่ามีคุณสมบัติตรงตามประกาศหรือไม่ และจะต้องมีหนังสือรับรองการเป็นแม่ข่าย-ลูกข่าย จากโรงพยาบาล การรับขึ้นทะเบียนใหม่ของหน่วยนวัตกรรม จะดูความจำเป็นตามพื้นที่ ว่าหลักเกณฑ์การรับขึ้นทะเบียนใหม่ในพื้นที่ใดมีความขาดแคลน หรือจำนวนปริมาณอย่างไรทาง สปสช. เขต ๘ จะนำเสนอความก้าวหน้าในที่ประชุมครั้งต่อไป

นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร คณะทำงาน ได้แสดงความคิดเห็นต่อกรณีนี้ว่า : กรณีคลินิกนวัตกรรม ที่ให้ CUP ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาว่าจะให้หน่วยนวัตกรรมใดเข้าร่วมบริการ โดยคำนึงถึงประโยชน์ต่อพื้นที่และการประสานงานกันได้ดี ไม่ทราบว่า มีกฎหมายหรือว่ามีสัดส่วนอย่างไรหรือไม่ ว่าให้ CUP พิจารณาอย่างไร

นายแพทย์นพรัตน์ พันธุเศรษฐ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี ประธานร่วม ชี้แจงว่า : ทาง สปสช. ยึดมั่นใน พรบ.ปฐมภูมิ ในกรณีคลินิกนวัตกรรม cup จะพิจารณาว่าหน่วยไหนจะร่วม/ไม่ร่วมบริการ เกณฑ์ต่าง ๆ สปสช. จะประกาศอีกครั้ง การขึ้นทะเบียนคลินิกนวัตกรรมจะ

เข้มมากขึ้น...

เข้มมากขึ้น รวมถึงหลักเกณฑ์ การกำกับ ติดตาม เพื่อให้เกิดข้อผิดพลาดในการเบิกจ่ายของหน่วย หรือเกิดความไม่จำเป็นน้อยที่สุด ในขณะที่หน่วยนวัตกรรมที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ได้มีเกณฑ์ที่กรองออกไปอยู่พอสมควร คงเหลือเพียง ๓๐๐ กว่าแห่ง ที่คงเหลือจะต้องมีคุณสมบัติตามประกาศใหม่ คือ มีแม่ข่าย ลูกข่าย และต้องมีหนังสือรับรองจากแม่ข่าย จึงจะมีคุณสมบัติครบถ้วน สามารถขึ้นทะเบียนและให้บริการขอรับชดเชยได้ และกรณีระหว่างรอประกาศเกณฑ์การขึ้นทะเบียนใหม่ หน่วยบริการจะยังสามารถรับชดเชยเป็นไปตามปกติ ส่วนวงเงินที่คาดว่าจะไม่เพียงพอตามมติบอร์ดฯ สปสช. สามารถใช้วงเงินที่คาดว่าจะเหลือจากกองทุนอื่น มาเพิ่มเติมไปก่อน โดยมีระยะเวลา ๓ เดือนในการประเมิน เมื่อมีการออกประกาศเกณฑ์ใหม่แล้ว จึงจะขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และหน่วยบริการทุกแห่งเพื่อทบทวนเกณฑ์ต่าง ๆ ใหม่อีกครั้ง กรณีหน่วยบริการที่จะสมัครเข้าใหม่ก็จะเป็นตามเกณฑ์ใหม่ที่จะประกาศ กรณีหน่วยบริการที่ยื่นลาออกและมีผลไปแล้ว จะกลับเข้ามาใหม่ หากมีคุณสมบัติครบถ้วน ต้องเป็นไปตาม พรบ.สถานพยาบาล ก่อนเป็นอันดับแรก ทั้งนี้หน่วยนวัตกรรม ไม่ได้มีการตั้งเป้าหมายไว้ จึงอยากให้อยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นว่าการที่มีนวัตกรรมเข้ามาร่วม สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มความสะดวกกับผู้ป่วย

มติที่ประชุม

- เห็นชอบแนวทางการกำกับ ติดตาม ผลงานบริการ รายกองทุนของหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ ๘ ให้มีความถูกต้อง และขึ้นทะเบียนหน่วยนวัตกรรม ให้ถูกต้องตามประกาศ สปสช.

ข้อสั่งการ

- ไม่มี -

วาระที่ ๔๒ การแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ ระดับเขต และแผนการประชุม

นางสาวสินีนุศ สันติรักษ์พงษ์ ผู้อำนวยการกลุ่มฯ สปสช.เขต ๘ อุดรธานี ได้นำเสนอข้อมูล ดังนี้

๑) การแต่งตั้ง คณะทำงาน Peer Review ระดับเขต เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและสมเหตุผลของการเบิกจ่ายจากหน่วยบริการ ลดความเสี่ยงการเบิกเกินสิทธิ์ เบิกซ้ำซ้อน และเบิกผิดประเภท ซึ่งในวาระที่ ๓.๒ ได้มอบหมายให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ทบทวนและปรับปรุง คณะทำงาน Peer Review ระดับเขต และดำเนินการตรวจสอบการเบิกจ่าย

๒) เสนอให้คณะทำงาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการในการ กำกับ ติดตาม ผลงานบริการ และประเมินความเพียงพอของการใช้จ่ายเงินกองทุน และการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของบริการ กำกับ ติดตาม ภาพรวมค่าใช้จ่ายรายเดือน ที่มีผลต่อเสถียรภาพของกองทุนภายในเขต และเชื่อมโยงข้อมูล FDH (Financial Data Hub) เพื่อเพิ่มความโปร่งใส และเสนอให้คณะทำงาน CFO เขตสุขภาพที่ ๘ มีการเชิญผู้แทนจากรัฐนอกสังกัด และเอกชนเข้าร่วมการประชุม ในวาระที่เกี่ยวข้อง

มติที่ประชุม

- เห็นชอบ

ข้อสั่งการ

- ไม่มี -

วาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ

กำหนดการประชุมครั้งถัดไป คือ กลางเดือนพฤษภาคม วันที่ประชุมจะนำเรียนคณะกรรมการเพื่อทราบอีกครั้ง

เลิกประชุมเวลา ๑๐.๓๐ น.

นางสาวชนัญฐดา ประจักษ์วงศ์ สรุปรายงานการประชุม

นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ ผู้ตรวจทาน