



# การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2566

โดย นายแพทย์ดิเรก สูดแดน  
กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  
8-9 กันยายน 2565

# สรุปงบกองทุนฯ ปี 2566

รายการ	ปี 2565 [ได้รับ]	ปี 2566 [ได้รับ]	ผลต่าง66กับ 65ได้รับ	% growth
<b>กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว</b>	<b>158,294.4233</b>	<b>161,602.6675</b>	<b>3,308.24</b>	<b>2.1%</b>
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว				
- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) *	3,329.22	3,385.98	56.76	1.7%
- ประชากรสถิติ (ล้านคน)	47.547	47.727	0.18	0.4%
<b>กลุ่ม B - ค่าบริการอื่นๆ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว</b>	<b>17,453.9043</b>	<b>17,946.9172</b>	<b>493.01</b>	<b>2.8%</b>
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,768.1088	3,978.4785	210.37	5.6%
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,731.3395	9,952.1756	220.84	2.3%
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HT และจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	1,154.7800	1,071.4748	(83.31)	-7.2%
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดารพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880	1,490.2880	-	0.0%
6 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	990.1080	1,265.6460	275.54	27.8%
7 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	319.2800	188.8543	(130.43)	-40.8%
<b>กลุ่ม C - รายการใหม่/ แยกมาจากเหมาจ่าย</b>	<b>23,143.4618</b>	<b>24,590.4431</b>	<b>(823.01)</b>	
8 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,769.9300	2,772.0000	2.07	0.1%
9 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	283.0300	437.3360	154.31	54.5%
10 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	19,265.4218	21,381.1071	2,115.69	11.0%
<b>รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A+B+C)</b>	<b>198,891.7894</b>	<b>204,140.0278</b>	<b>5,248.24</b>	<b>2.6%</b>
เงินเดือนภาครัฐขึ้นปกติในระบบ	58,341.5954	61,842.0911	3,500.50	6.0%
คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้ สปสช. *รวมบริการกรณีโรคโควิด 19	140,550.1940	142,297.9367	1,747.74	1.2%
		1,358.8600		

ที่มา : ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66 สปสช.

# งบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ปี 2566

ประเภทบริการ	ปี 2565 [ได้รับ] บาทต่อหัว	ปี 2566 [ได้รับ] บาทต่อหัว	ผลต่าง 66 ได้รับ > ปี 65 บาทต่อหัว
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,305.07	<b>1,344.40</b>	39.33
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.5	1,460.59	<b>1,477.01</b>	16.42
3. บริการกรณีเฉพาะ	395.14	<b>399.49</b>	4.35
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	463.44	<b>506.07</b>	42.63
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.73	<b>17.23</b>	(1.50)
6. บริการแพทย์แผนไทย	19.00	<b>19.16</b>	0.16
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	<b>128.69</b>	-
8. เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	5.95	<b>9.16</b>	3.21
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00	-	(2.00)
<b>รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว (แบบเดิม)</b>	<b>3,798.61</b>	<b>3,901.21</b>	<b>102.60</b>
<b>รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว(แบบใหม่) P&amp;Pและเงินช่วยเหลือ ใปรายการนอกเหมาจ่าย</b>	<b>3,329.22</b>	<b>3,385.98</b>	<b>56.76</b>
<b>รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว [ลบ.] แบบใหม่ ไม่รวม PP</b>	<b>158,294.42</b>	<b>161,602.6675</b>	<b>3,308.24</b>

ที่มา : ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66 สปสช.

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประเภศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## (1) ค่าบริการบ **ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)** ( 1,344.40 บาท/ปชก. ) ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 เพิ่มบริการรักษาเนื้อเยื่อในแบบคงความมีชีวิต (Vital Pulp Therapy) ในฟันถาวร
- 02 รวมการให้บริการรักษา COVID-19 และ long COVID-19
- 03 บริการ OP anywhere สามารถใช้บริการข้ามเขตได้ เพราะขยายไปทั้งประเทศ (ปรับแก้ประกาศกรณีเหตุสมควรรองรับ)
- 04 กรณีเขต 13 กทม. ปรับจ่ายตาม Fee Schedule และหรือตามผลงานบริการได้ตามที่ สปสช. กำหนดโดยอาจหาร่วมกับ อปสช. ด้วยก็ได้
- 05 สปสช. จะจัดระบบ Single data clearing system และบูรณาการร่วมกับระบบข้อมูล มาตรฐานบริการสาธารณสุขของกสร. เพื่อคืนข้อมูลให้กับหน่วยบริการและประชาชนโดย สปสช. ทำระบบเพื่อเชื่อมข้อมูลหน่วยบริการเพื่อลดภาระการส่งข้อมูลของหน่วยบริการ
- 06 มีระบบการตรวจก่อนจ่ายกรณีการเบิกตามรายการบริการ Fee Schedule

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## (2) งบค่าบริการ **ผู้ป่วยในทั่วไป (IP)** ( 1,477.01 บาท/ปชก. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 คงใช้ข้อมูลผลงานระหว่าง มค.62 – ธค.62 เป็นตัวแทนในการคำนวณ GB ระดับเขต เนื่องจากสะท้อนผลงานจริง โดยไม่มีผลกระทบจากโควิด กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สร. คงจัดสรรในลักษณะค่า K ให้กับหน่วยบริการ
- 02 เพิ่มบริการฉุกเฉินภาครัฐ เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการเข้ารับบริการฉุกเฉินภาครัฐ โดยไม่มีอุปสรรคเรื่องอัตราจ่ายของหน่วยบริการรัฐ เอกชน
- 03 เพิ่มการจ่ายสำหรับบริการ Home Ward ตามระบบ DRG
- 04 เพิ่มบริการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในการกดด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN)
- 05 บูรณาการ Intermediate care 4 กลุ่มโรค (Stroke, Brain injury, Spinal cord injury, fragility fracture hip ) รวมกับบริการฟื้นฟู และแพทย์แผนไทย ออกแบบการจ่ายภายใต้หลักการเติมเงินให้ตามทรัพยากรที่ใช้เพิ่มขึ้น หากรพ.สามารถดูแลพ. IMC ได้โดยไม่แยก Episode จะได้รับงบเหมือนกรณีแยกจ่าย 2 Episode ด้วย  
กรณีบริการสำรองเตียง
- 06
  - ปรับกระบวนการจัดสรรค่าบริการ IP ทั่วไปให้สถานบริการอื่นเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้
  - กรณีทุกพื้นที่ที่มีปัญหาการจ่ายในกรณีบริการเดียวกัน จะพิจารณาปรับให้เป็นอัตรากลางเดียวกัน
- 07 กรณีหน่วยบริการที่ประสงค์จะแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ ในการบริการมากกว่า 1 หน่วย สามารถทาความตกลงร่วมกันและสปสช.จัดสรรงบให้สอดคล้อง เช่น กรณีนวัตกรรมยานโยธี

# แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2566

**ค่าบริการ ผู้ป่วยในทั่วไป (IP) 1,477.01 บาทต่อผู้มีสิทธิ**

**100 ลบ.**  
บริหารจัดการระดับประเทศ

**ส่วนที่เหลือ**  
Global budget ระดับเขต

## แนวทางการจ่าย :

- เพิ่มเติม ให้บริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง **8,350** บาทต่อ adj.RW ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด
- ถ้าเงินเหลือ จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงาน

## แนวทางการจ่าย : คงใช้ DRG v5 **ที่มีการปรับปรุง**

1. จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่น บริการข้ามเขต บริการเด็กแรกเกิด เป็นต้น
2. จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา **8,350** บาทต่อ adj.RW เท่ากันทุกเขต
  - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
  - ถ้าอัตราต่ำกว่า **8,350** บาทต่อ adj.RW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ ได้ที่อัตรา **8,350** บาทต่อ adj.RW หากงบไม่พอจ่ายเท่าที่งบประมาณมีอยู่
  - ให้ สปสช.สามารถปรับอัตราจ่าย บริการ IP-ทั่วไป บริการ ODS /MIS ได้ระหว่างปีตามประมาณการผลงานบริการที่เกิดขึ้น

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## (3) กรณี เฉพาะ CR ( 399.49 บาท /ปชก. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 ขยายนโยบายการรับบริการที่ไหนก็ได้ทั่วประเทศ ทั้ง ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/มะเร็ง
- 02 การจ่ายตามผลงานบริการจะมีกลไกการตรวจสอบก่อนจ่าย ได้แก่ ระบบพิสูจน์ตัวตน (Authentication) ระบบตรวจก่อนจ่าย (Pre audit)
- 03 มีกลไก คทง. พัฒนา/ทบทวนรายการบริการจ่าย Fee schedule /เพิ่ม/ลด/ปรับรายการอุปกรณ์ : รากฟันเทียม ประสาทหูเทียม อุปกรณ์หมวดหัวใจและหลอดเลือด และหมวดกระดูกและกล้ามเนื้อ
- 04 เพิ่มรายการค่าบริการสาธารณสุขในการให้คำปรึกษา และติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษ
- 05 ปรับระบบการกำหนดเป้าหมาย และปรับเปลี่ยนเป้าหมายบริการผ่าตัดข้อเข่า และผ่าตัดต่อกระดูก ให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่
- 06 ปรับระบบการจัดสรรงบประมาณในบริการมะเร็งตามข้อเสนอการนำยาราคาแพงเข้าระบบ ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่
- 07 ย้ายบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงไปให้บริการทุกสิทธิใน PP ตามที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ
- 08 ย้ายรายการอุปกรณ์คนพิการจากงบบริการฟื้นฟู มาบริหารที่ส่วนกลาง ตามที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ

## (4) ค่าบริการ **ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์** ( 17.23 บาท /ปชก. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 จำนวนไม่เกิน **8 บาท/ปชก.** สมทบกับอบจ. เพื่อจ่ายค่าบริการในชุมชน จำนวนที่เหลือจ่ายกรณีให้บริการที่หน่วยบริการ
- 02 ย้ายค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด) ไปบริหารที่ส่วนกลาง ในงบบริการกรณีเฉพาะ ตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร
- 03 เพิ่มสัดส่วนการสมทบกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัดตามความพร้อมในแต่ละพื้นที่
- 04 เพิ่มขอบเขตบริการผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองรับ ในกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด
- 05 เพิ่มการจ่ายค่าบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ในโรค fragility fracture hip (เดิมมี 3 โรค ได้แก่ Stroke brain injury spinal cord injury)
- 06 บุรณาการจ่ายบริการ IMC ทั้งระบบตั้งแต่บริการผู้ป่วยใน บริการฟื้นฟู และการฝังเข็มในแผนไทย



## (5) ค่าบริการ **การแพทย์แผนไทย** ( 19.16 บาท /ปชก. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 ปรับการจ่ายรายการยาสมุนไพร สำหรับสมุนไพร กลุ่มที่มีประสิทธิภาพชัดเจน/กลุ่มต้องการสนับสนุนให้ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันแยกออกมาจ่ายตามรายการอัตรา (Fee Schedule)
- 02 เพิ่มการจ่ายตามรายการ ยาที่มีส่วนผสมของกัญชาทุกรายการ ที่ได้รับการบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร เพื่อสนับสนุนภูมิปัญญาของไทยในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และเพิ่มการเข้าถึงบริการยาสมุนไพร
- 03 ทบทวนกลไกทางการเงินในปี 2566 เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการยาแผนไทยผ่านกลไก คทง.แพทย์แผนไทยฯ

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## ( 6 ) ค่าบริการ **งบค่าเสื่อม** ( 128.69 บาท /ปชก. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01** กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สร. ในพื้นที่เขตสุขภาพ 1,4,9,12  
จัดสรรลงเขต 100%  
กรณีเขตอื่น  
จัดสรรตามสัดส่วนเดิมเหมือนปี 65  
(เขต 10% : จังหวัด 20% : หน่วยบริการ 70%)
- 02** ใช้กลไกเขตพิจารณาอนุมัติ กำกับติดตามการใช้จ่ายเชิงประสิทธิภาพและ  
ประสิทธิผลและรายงานต่อ คกก. 7x7 และ **อนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์**  
การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน **ทราบ**

## (7) ค่าบริการ **HIV/AIDS** ( 3,978.48 ลบ. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 ปรับกิจกรรมการให้คาปรึกษาแนะนำ รุงยางอนามัย ไปไว้ที่ PP-HIV ตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร
- 02 ขยายกลุ่มเป้าหมายบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (HIV PEP) ไปประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- 03 ขยายเป้าหมายบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (PrEP) ครอบคลุมเพิ่มขึ้น

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## ( 8 ) ค่าบริการ **ไตวายเรื้อรัง CKD** ( 9,952.18 ลบ. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 คงหลักการให้ประโยชน์ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ผู้ป่วยสามารถร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไตร่วมกับแพทย์
- 02 **เพิ่มทางเลือก**กับหน่วยบริการที่ประสงค์จะใช้ระบบจัดหาตัวกรองในลักษณะ single use
- 03 ขยายเป้าหมายบริการ APD ในระหว่างปีได้ ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่โดยเฉพาะพบ. ที่อยู่พท.ห่างไกล และกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาในการดำรงชีวิตหากไม่ได้รับ APD เช่น เด็ก ้วยทำงานและพส.
- 04 เพิ่มประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายบริการไตวายเรื้อรัง ด้วยมาตรการป้องกันและชะลอจำนวนผู้ป่วยโรคไตรายใหม่
- 05 เพิ่มทางเลือกในการจ่ายชดเชยเป็นค่าใช้จ่าย หรือจ่ายเป็นน้ำยาล้างไต และยา EPO เมื่อมีความพร้อม
- 06 เพิ่มหน่วยบริการล้างไต โดยเฉพาะหน่วยบริการล้างไตด้วยการฟอกเลือด (HD) ในระบบให้เพียงพอ

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## **+** ( 9 ) ค่าบริการ **ควบคุมป้องกันโรคเรื้อรัง DMHT** ( 1,071.47 au. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 เน้นการจ่ายเน้นผลลัพธ์ในกลุ่ม DMtype1 กลุ่ม GDM และกลุ่ม PDM
- 02 ปรับการจ่ายในกลุ่ม DM type II และ HT ตามรายการบริการ เพื่อกระตุ้นให้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นตามมาตรฐาน
- 03 จัดระบบข้อมูลเพื่อกำกับติดตามการเข้าถึงบริการ รวมถึงคุณภาพบริการ

## **+** ( 10 ) ค่าบริการ **จิตเวชเรื้อรังในชุมชน** ( 73.63 au. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 ปรับจ่ายตามผลงานบริการ

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## (11) ค่าบริการ **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน** (1,265.64 ลบ.)

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 ปรับการจ่ายตามจำนวนผู้ลงทะเบียน เป็นจ่ายตามจำนวนผู้ลงทะเบียน + Careplan
- 02 เพิ่มจำนวนกองทุนตำบลเข้ามาในระบบเพื่อจัดบริการ LTC และขับเคลื่อนให้หน่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตเข้ามาในระบบมากขึ้น
- 03 กรณีพื้นที่ที่ไม่กองทุนตำบลดูแลบริการ LTC ให้กองทุน อบจ.สามารถดำเนินการได้
- 04 พิจารณาปรับการจ่ายจากทุกเดือน เป็นทุก 15 วัน

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## ( 12 ) ค่าบริการ **ระดับปฐมภูมิ PHC** ( 188.85 ลบ. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 ปรับจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดใน พรบ.ปฐมภูมิฯ (การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างแพทย์และปชช.)
- 02 พิจารณาใช้เกณฑ์การจ่ายเดียวกันระหว่างเขต กทม.และเขตภูมิภาค
- 03 เพิ่มการบริการคลินิกพยาบาล
- 04 เน้นนวัตกรรมบริการเพื่อลดความแออัดในรพ. เช่น Telehealth ส่งยาไปที่บ้าน การตรวจ Lab นอกหน่วย บริการพยาบาลในคลินิก พยบ. รับยา/บริการที่ร้านยา เป็นต้น

# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## ( 13 ) ค่าบริการ **สาธารณสุขร่วมกับท้องถิ่น** ( 2,772.00 ลบ. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 จัดสรรตามแผนการเงินประจำปีที่คกก.ท้องถิ่น และอปสข. อนุมัติแล้ว
- 02 สปสช.เขต โดยความเห็นชอบจาก อปสข. ทำหน้าที่บริหารวงเงินระดับเขต กรณีมีวงเงินคงเหลือที่ไม่มีแผนดำเนินงาน **หลัง 31 มีค.65** ให้ประสานพื้นที่ จัดทำโครงการเพิ่มเติม โดยกองทุนสามารถรวมมากกว่า 1 ตำบลเพื่อร่วมกัน ทำงานได้และรับงบเพิ่มเติม
- 03 บริการครอบคลุมและสอดคล้องกับบริการที่ผ่านมติบอร์ดหลัก เช่น ผ้าอ้อม ผู้ใหญ่/แผ่นรองขับ การชะลอผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ งานบริการ PP



# ประเด็นปรับปรุง (ร่าง) ประกาศบริหารกองทุนฯ ปี 66

## **+** (14) ค่าบริการ ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (12,382.27ลว.)

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 ปรับการโอนเงินหลังได้แผนการส่งมอบยา
- 02 ใช้กลไกค่าง.กำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุข ให้ได้ราคาที่เหมาะสม ก่อนเสนอแผนการจัดหาต่อคณะกรรมการหลักฯ
- 03 บริหารจัดการ ภายใต้บทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กฎหมาย กฏ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกำหนด

## **+** (15) เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (437.37 ลว.)

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 รวมเงินช่วยเหลือผู้ให้ที่เสียหายจากการให้บริการผู้ป่วยโควิด ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนโควิด

## **+** ( 16 ) ค่าบริการ **บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP** ( 21,381.11 ลบ. )

### ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

- 01 ทบทวนรายการบริการ FS กำหนดจ่ายชุดรายการบริการ และอัตราจ่ายเดียวกันทุกเขต และให้มีระบบการพิสูจน์ตัวตนบุคคล เพื่อใช้ตรวจสอบการจ่าย
- 02 รายการบริการที่มีอยู่แล้วและมีการสอบถามมาระหว่างปี และอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัวแล้ว ได้แก่ คัดกรองการได้ยินเด็กแรกเกิดทุกราย การตรวจ Fit test ในกลุ่มเสียงมะเร็็งมะเร็็งลำไส้ การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ บริการวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน
- 03 รวมบริการคัดกรองโควิด และค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด ในงบเหมาจ่ายรายหัว
- 04 พัฒนารูปแบบการจ่าย และกำหนดมาตรการกำกับติดตาม ประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการกลุ่ม NonUC
- 05 เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยให้บริการที่ร้านยา/คลินิกพยาบาล/หน่วยบริการ Non Cap เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาคุมฉุกเฉิน ฤงยางอนามัย และบริการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการสัมภาษณ์ และเจาะ fasting-DTX
- 06 เพิ่มบริการสายด่วนเลิกบุหรี่ และสายด่วนสุขภาพจิต ในงบ NPP



**สิ่งใหม่ต่อเนื่องจากปี 2565  
และ  
สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นปี 2566**

# สิ่งใหม่ ปี 2566 : รายการต่อเนื่องจากปี 2565

ที่	หมวด	รายการ-กลุ่มต่อเนื่องจากปี 2565	งบประมาณ (ลบ.)	เป้าหมาย
1	Nofault	ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ COVID19	2.01	110 ราย
2	Nofault	ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากวัคซีนโควิด	154.96	612 ราย
3	PHC	คลินิกการพยาบาล	2.00	8,000 ครั้ง
4	PP[11]	ANC ไม่จำกัดจำนวนครั้ง (>5 ครั้ง)	87.62	243,400 ครั้ง
5	PP[12]	บริการส่งเสริมป้องกันโรคกรณีโรคโควิด 19	915.70	387,700 ครั้ง
6	CR	รับบริการกับหมอประจําครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้	503.99	1,762,200 ครั้ง
7	CR	โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม	1,483.65	927,280 ครั้ง
8	disability	คลินิกกายภาพบำบัด	1.80	4,000 ครั้ง
<b>รวมงบประมาณ กลุ่มต่อเนื่อง 8 รายการ</b>			<b>3,149.73</b>	

# สิ่งใหม่ ปี 2566 : รายการใหม่

ที่	หมวด	รายการ-กลุ่มสิทธิประโยชน์ใหม่	งบประมาณ (ลบ.)	เป้าหมาย (ราย)
1	IP	Intermediate care	271.83	30,283 ครั้ง
2	PHC	ค่าบริการจ่ายอุปกรณ์ฯ ผ่านหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน	2.46	1,439,500 ราย
3	IP	การรักษาภาวะความดันในเลือดปอดสูงด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ทางการแพทย์ในเด็กแรกเกิด	32.00	320 ราย
4	PP[1]	การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี HBsAg Positive รวมการตรวจต่อเนื่องและรักษา	14.27	6,693 ครั้ง
5	IP	ฉุกเฉินภาครัฐ	759.79	53,184 ราย
6	OP	การรักษาเนื้อเยื่อในแบบคงความมีชีวิต (Vital Pulp Therapy) ในฟันถาวร	78.82	56,300 ราย
7	CR	บริการผ่าตัดรากฟันเทียมในผู้สูงอายุ	191.37	7,600 ราย
8	CR	ยาจ.2 ใหม่ 4 รายการ	25.70	188 ราย
9	HIV	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (HIV-PEP)	43.05	27,000 ราย
10	PP[2]	งบการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	27.54	229,500 ราย
11	PP[3]	การตรวจคัดกรองซีฟิลิสในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	12.51	229,500 ราย
12	PP[4]	งบบริการวัดความดันโลหิตสูง	-	994,500 ราย
13	PP[5]	งบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วนเลิกบุหรี่	11.75	391,620 ครั้ง
14	PP[6]	งบการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ตรวจ CHL, Chol)	83.66	1,195,100 ราย
15	PP[7]	งบการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	38.95	59,010 ราย
16	PP[8]	การคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	49.60	99,200 ราย
17	PP[9]	ตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	164.26	1,026,600 ราย
18	PP[10]	การตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่	56.96	2,713 ราย
<b>รวมงบประมาณ สิทธิประโยชน์ใหม่ 18 รายการ</b>			<b>1,864.49</b>	



**Thank You**

