สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

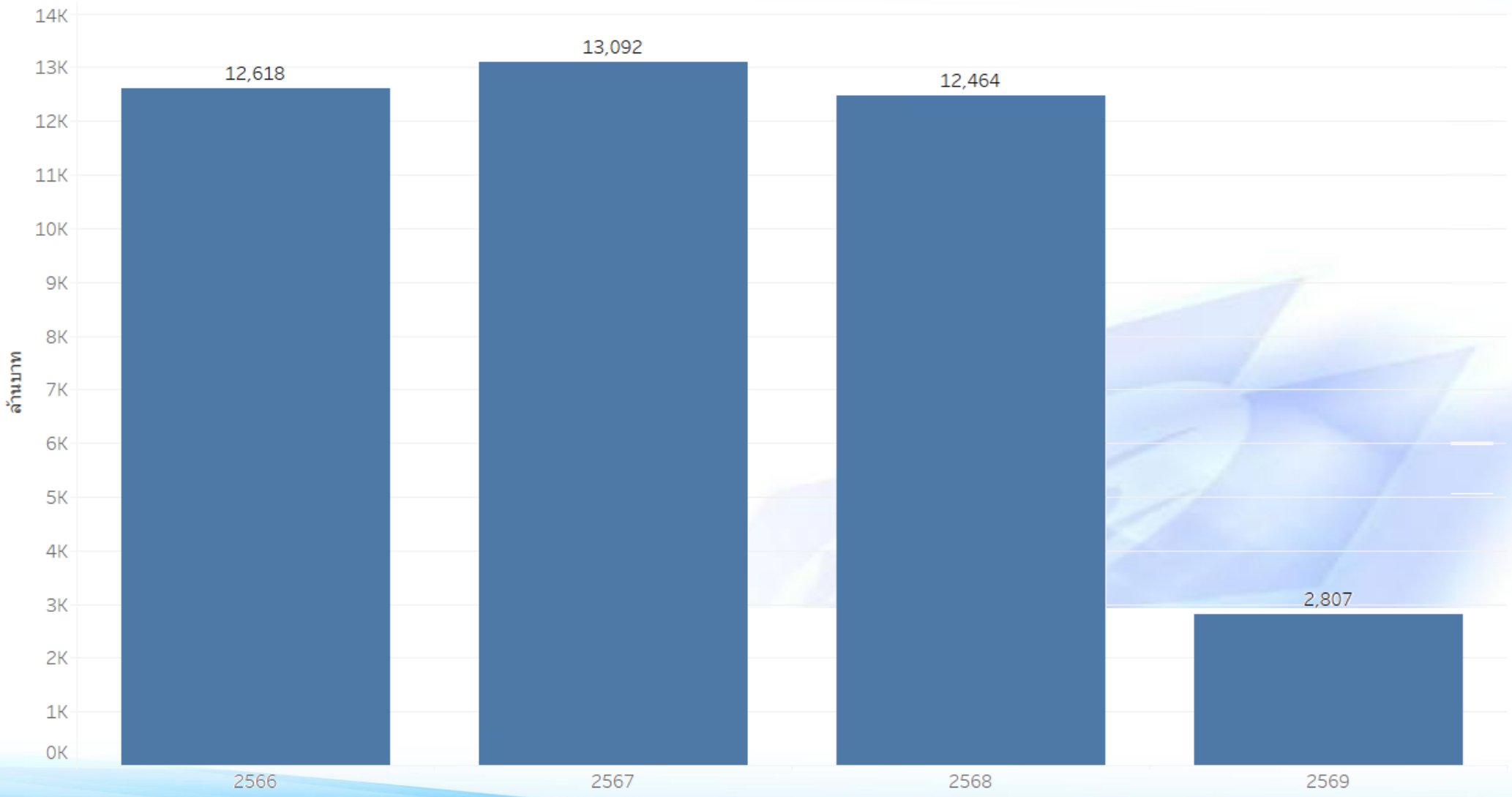
ภาพรวม

ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

โดย นายวีระศักดิ์ ชนะมาร
ผู้อำนวยการกลุ่ม
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนภูมิแสดงภาพรวมจำนวนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับจัดสรร ของหน่วยบริการในพื้นที่ เขต 7 ขอนแก่น



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนภูมิแสดงภาพรวมจำนวนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับจัดสรร ของหน่วยบริการในพื้นที่ เขต 7 ขอนแก่น



ข้อเสนองบประมาณกองทุนฯปี 2569 ที่ได้รับและการจัดสรรขาลง 2569

หน่วย : ล้านบาท

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ	ปี 2568 [ได้รับ]	งบประมาณปี 2569 ปี 2569 [ข้อเสนอ]	ปี 2569 [ได้รับ]	ปี 2569 [ขาลง]	ขาลงเพิ่ม (ลด) จากปี 2568 จำนวน	ร้อยละ
รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A+B) รวมเงินเดือน	**236,386.5211**	**272,583.3253**	**265,295.5821**	**265,295.5821**	**28,909.0610**	**12.23%**
เงินเดือนภาครัฐในระบบ	68,089.6344	71,446.4534	71,446.3331	71,446.3331	3,356.6987	4.93%
คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้ สปสช.	**168,296.8867**	**201,136.8719**	**193,849.2490**	**193,849.2490**	**25,552.3623**	**15.18%**
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	**181,841.1646**	**204,174.9965**	**198,367.8770**	**198,227.7461**	**16,386.5815**	**9.01%**
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว					-	
*- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) **	*3,856.08*	*4,298.24*	*4,175.99*	*4,173.04*	*316.96*	*8.22%*
- ประชากรสิทธิ (ล้านคน)	***47.1570***	***47.5020***	***47.5020***	***47.5020***	***0.3450***	***0.73%***
- จำนวนงบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว	181,841.1646	204,174.9965	198,367.8770	198,227.7461	16,386.5815	9.01%
กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว	**54,545.3565**	**68,408.3288**	**66,927.7051**	**67,067.8360**	**12,522.4795**	**22.96%**
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,209.4455	**4,574.0616**	**4,529.3625**	**4,529.3625**	**319.9170**	**7.60%**
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	13,506.1662	**16,074.9805**	**16,074.9805**	**16,074.9805**	**2,568.8143**	**19.02%**
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,298.9243	**1,584.9558**	**1,560.4798**	**1,700.6107**	**401.6864**	**30.92%**
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880	**1,490.2880**	**1,490.2880**	**1,490.2880**	-	**0.00%**
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิและหน่วยนวัตกรรม	2,180.2280	**4,188.9645**	**3,770.4795**	**3,770.4795**	**1,590.2515**	**72.94%**
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร	2,522.2070	**4,110.3550**	**3,870.3120**	**3,870.3120**	**1,348.1050**	**53.45%**
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	2,900.2460	**6,267.2884**	**5,514.3678**	**5,514.3678**	**2,614.1218**	**90.13%**
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	530.9680	**541.0160**	**541.0160**	**541.0160**	**10.0480**	**1.89%**
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	522.9230	**562.2298**	**562.2298**	**562.2298**	**39.3068**	**7.52%**
9.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป	25,383.9605	**27,761.9174**	**27,761.9174**	**27,761.9174**	**2,377.9569**	**9.37%**
9.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs)		**1,252.2718**	**1,252.2718**	**1,252.2718**	**1,252.2718**	**100.00%**

ข้อเสนองบประมาณกองทุนฯปี 2569 ที่ได้รับ และการจัดสรรขาลง 2569 (อัตราเหมาจ่ายรายหัว)

งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2569

ประชากร UC (ล้านคน)	47.157	47.502	47.502	47.502
ประชากรไทย (ล้านคน)	66.371	67.627	67.627	67.627

ประเภทบริการ	ปี 2568 [ได้รับรวมแปรญัตติ] บาทต่อหัว	ปี 2569 [ข้อเสนอ] บาทต่อหัว	ปี 2569 [ร่างพรบ.] บาทต่อหัว	ปี 2569 [ขาลง] บาทต่อหัว	เพิ่ม (ลด) ปี 2569 จากได้รับ 2569 บาทต่อหัว	%เพิ่มลดจากปี 2568 ได้รับ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,391.20	1,492.33	**1,452.07**	**1,448.86**	-3.21	4.1%
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.6	1,790.73	1,890.48	**1,853.61**	**1,850.02**	-3.59	3.3%
3. บริการกรณีเฉพาะ	503.92	709.60	**667.61**	**671.46**	3.85	33.2%
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	9.64	13.72	**10.59**	**10.59**	0.00	9.9%
5. บริการแพทย์แผนไทย	31.90	63.42	**63.42**	**63.42**	0.00	98.8%
6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	128.69	**128.69**	**128.69**	0.00	0.0%
รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว(แบบใหม่) *P&Pและเงินช่วยเหลือ ไปรายการนอกเหมาจ่าย*	**3,856.08**	**4,298.24**	**4,175.99**	**4,173.04**	**-2.95**	**8.2%**
รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว [ลบ.]	**181,841.1646**	**204,174.9965**	**198,367.8770**	**198,227.7461**	**-10.59**	**9.0%**

หมายเหตุ: *งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว เปลี่ยนแปลงจากงบที่คาดว่าจะได้รับปี 2569 เป็นไปตามข้อเสนอการบริหารงปม. บริการรักษาผู้มีบุตรยาก (OP), ยาสำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย และบริการโรคหอบหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (IP)

ประเด็นปรับปรุงประกาศบริหารกองทุน ฯ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1/3)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
ผู้ป่วยใน (IP)	- การนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ โดยจะมีการหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการจัดทำข้อเสนอมาตราการและวิธีการนำผลตรวจสอบไปใช้ในการขยายผล extrapolation - ปรับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขบริการ Homeward ให้มีความชัดเจน และกำหนดการจ่ายภายในวงเงิน Homeward ของแต่ละเขต
บริการกรณีเฉพาะ	- เพิ่มรายการบริการการแพทย์ขั้นสูงเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ เช่น AI Chest, 3D Printing, MRI guided linear accelerator - เพิ่มบริการการรักษาภาวะมีบุตรยาก - เพิ่มบริการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล
บริการการแพทย์แผนไทย	- การขับเคลื่อนงานบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ตามข้อเสนอกรมการแพทย์แผนไทยฯ เช่น การนวดไทยเฉพาะด้าน (เฉพาะโรค 7 รายการ), การรักษาโรคสะเก็ดเงิน โดยกำหนดการจ่ายชดเชยค่าบริการแบบ Fee schedule per course
บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDs)	- ขยายขอบเขตการให้บริการควบคุมโรค โดยมุ่งเน้นกลุ่มที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน (เดิมมุ่งเน้นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง) - จัดซื้อชุด HIV Self test แบบจัดซื้อรวม

ประเด็นปรับปรุงประกาศบริหารกองทุน ฯ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (2/3)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
ไตวายเรื้อรัง (CKD)	- สนับสนุนนโยบายฟอกไตฟรีทุกแห่ง - ทบทวนการปรับอัตราชดเชย KT&KTI ให้เหมาะสม ภายใต้งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร - ทบทวนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย กรณี Palliative Care เพื่อลดความซ้ำซ้อนกรณี Palliative Care และ RRT - สนับสนุนการจ่ายตามคุณภาพบริการ เพื่อจูงใจให้เกิดการฟอกไตทางช่องท้อง (PD)
บริการควบคุมโรคเรื้อรัง (1.เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)	- การจ่ายตามผลลัพธ์บริการ กรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ภาวะโรคสงบ (DM remission) - สนับสนุนเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (CGM) ในรูปแบบการจัดซื้อรวม
บริการควบคุมโรคเรื้อรัง (2.บริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)	- ปรับสัดส่วนงบประมาณ และปรับตัวชี้วัดการคำนวณจ่ายตามผลลัพธ์บริการ - เพิ่มจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) เป็นตัวชี้วัดสำหรับการคำนวณการจ่าย
บริการระดับปฐมภูมิและหน่วยนวัตกรรม (PHC) 1.บริการระดับปฐมภูมิ 2.บริการในหน่วยนวัตกรรม	- บริการระดับปฐมภูมิ ปรับการจ่ายตามผลลัพธ์บริการในปี 2568 เป็นการจ่ายเหมาให้หน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบ ตาม พรบ. ปฐมภูมิ ที่ผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข - บริการในหน่วยนวัตกรรม บริหารตามวงเงินของงบที่ได้รับปี 2569 ตามแต่ละวิชาชีพแบบ Global budget และให้มีการติดตามแนวโน้มบริการแต่ละวิชาชีพทุกเดือนหรือทุกไตรมาส

ประเด็นปรับปรุงประกาศบริหารกองทุน ฯ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (3/3)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	- ปรับหลักเกณฑ์การจ่ายและการสนับสนุนการจ้าง Care giver ให้มีการสมทบงบประมาณจากท้องถิ่นได้
ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	- คงเป้าหมายการจ่ายเพื่อค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และโครงการนำร่องป้องกัน DM, HT และ CKD สำหรับคนไทยทุกคน - คงการดำเนินงานของหน่วยบริการ ร่วมกับ อสม.

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ปี 2569 (1,448.86 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

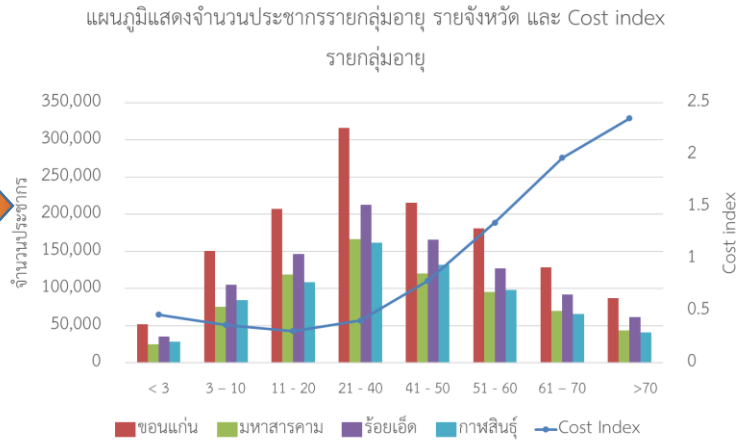
สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยคำนวณอัตราจ่ายต่อหัวจาก
   - 80% ปรับด้วยโครงสร้างอายุระดับจังหวัด และให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย±10%
   - 20% จ่ายด้วยอัตราเท่ากันทุกจังหวัด
2. การจัดสรรหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เม.ย.68 เป็นตัวแทนการจ่าย สังกัดอื่นๆ เป็นไปตามผู้มีสิทธิรายเดือน
3. กรณีสังกัด สป.สธ.กสธ.มีการพิจารณาจัดในลักษณะ step ladder ก่อนจ่ายลงหน่วยบริการ
4. การคำนวนอาจปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิได้ เพื่อรองรับนโยบายรัฐบาลยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่”
5. กรณี รพ.สต.ถ่ายโอน พิจารณาการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการโดยตรง ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ
6. กรณีหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ. และภาคเอกชนจัดสรรตาม Point ประชากรรายเดือน คูณด้วยอัตราจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน
7. กรณี สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับการจ่ายตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งอาจกำหนดให้จ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการ ตามที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)

งบผู้ป่วยนอกจ่ายแบบเหมาจ่ายตามผู้มีสิทธิ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

OP
1,448.86



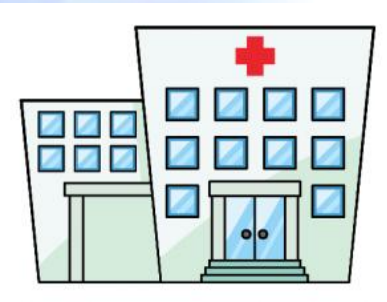
จังหวัด	อัตราโครงสร้างอายุ	อัตราเท่ากัน	อัตราจ่าย OP
ขอนแก่น			
มหาสารคาม			
ร้อยเอ็ด			
กาฬสินธุ์			

อัตราจ่ายหลัง Step ladder

ประชากรที่ใช้ขั้นการจัดสรรOP/PP	คะแนนจัดสรร
≤5,000	2.00
>5,000-10,000	1.80
>10,000-20,000	1.60
>20,000-30,000	1.40
>30,000-40,000	1.20
>40,000-50,000	1.10
>50,000-60,000	1.00
>60,000-90,000	0.95
>90,000-120,000	0.90
>120,000-150,000	0.85
>150,000	0.80

ปชก.UC
1 เม.ย.68

หักเงินกัน
เงินเดือนภาครัฐ



แนวทางการบริหารค่าบริการ IP-ทั่วไป ปี2569

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. การบริการจัดการค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 2 ระดับ
   1) กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายให้ในแต่ละเขตพื้นที่เพียงพอในแต่ละปีงบประมาณและมีอัตราจ่ายใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การกันเงินและจำนวนเงินที่กันไว้ให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด
   2) ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขตพื้นที่
2. จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) Version 5 เทียบกับ Version 6 หาก Version ใดมากกว่าจ่ายด้วย Version นั้นในทุกสังกัดและในภาพรวม
3. ให้ สปสช. เขต กำกับ ติดตาม ผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง และตรวจสอบเอกสารแบบ Random sampling ของหน่วยบริการระดับเขต มาพิจารณาการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้อง โดยคงหลักการบริหารวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่)
4. ระหว่างปีปรับอัตราจ่าย ในระดับเขตพื้นที่ตามปริมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นโดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น โดยขอคำแนะนำหรือความเห็นของ อปสข.

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2569

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,850.02 บาทต่อผู้มีสิทธิ
(ปชก. 47.5020 ล้านคน)

กันเงินบริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย :

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

Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย :

1. จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่น บริการข้ามเขต บริการเด็กแรกเกิดสำรองเตียง มาตรา 7 การใช้บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ORS) เป็นต้น
2. จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW ในระหว่างปีให้สปสช.ปรับอัตราได้ ตามประมาณการผลงานที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น ทั้งนี้ กรณีเขตพื้นที่อาจขอคำแนะนำหรือความเห็นของ อปสข.

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2569

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการ P&P
(410.52 บาท x ปชก. ทุกสิทธิ 67.627 ล้านคน*)

- *เป้าหมาย Thai pop 67.627 ล้านคน โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2568 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

Central Procurement & NPP

1) Central Procurement
   - วัคซีน ตามแผนการให้วัคซีน
   - วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ,วัคซีน HPV
   - วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์
   - ยายุติการตั้งครรภ์
   - สมุดบันทึกสุขภาพ
   - ถุงยางอนามัย
2) โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการ ได้แก่ สายด่วนสุขภาพจิต สายด่วนเลิกบุหรี่ สายด่วนวัยรุ่น สายด่วนท้องไม่พร้อม สายด่วนเลิกเหล้า บริการมิตรภาพบำบัด ธนาคารนมแม่ ศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต

PPA

1) จ่ายตาม โครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ
2) ให้ สปสช. เขตจัดให้มีกลไกการอนุมัติ กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของทุก แผนงาน/โครงการให้ได้ผลผลิตผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณ ตามที่กำหนด โดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับพื้นที่

P&P basic services

1) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ รวมบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดทุกราย บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน บริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก บริการคัดกรองโควิด 19 และบริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter โดยคำนวณอัตราเหมาจ่าย
   - 65% เหมาจ่ายต่อหัวประชากร โดย Diff. by age group
   - 35% เหมาจ่ายตาม workload

   * กรณีสังกัด สป.สธ.การพิจารณาจัดสรรแบบเหมาจ่ายทั้งก้อนในลักษณะ step ladder*

   - PP NonUC เหมาจ่ายตามหัวประชากร ให้ สปสช.เขต หารือกับผู้แทน สธ.ระดับเขตหรือจังหวัด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข.
2) จ่ายแบบ Fee schedule โดยต้องมีระบบการ Authentication
3) ทุกเขตพื้นที่ สามารถปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว หรือจ่ายตามผลงานบริการ หรือทั้งสองกรณี ตามหลักเกณฑ์ ที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข.ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่

บริการจ่ายแบบเหมาจ่ายตาม Workload

1. เด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการทั้งหมด
2. เด็ก 6-12 ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
3. เด็กวัยเรียน (อายุ 4-12 ปี) ที่ได้รับบริการเคลือบฟลูออไรด์
4. เด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ที่ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร
5. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

การบริการงบ Basic payment หน่วยบริการ สป.สธ.ปี 2569

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. การประมาณการรายรับ OP-PP-IP ปีงบประมาณ 2569 (Sheet0) คงหลักการเดียวกับปีงบประมาณ 2568
2. การปรับลดค่าแรงระดับ CUP ใช้ข้อมูล GFMIS เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด กระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ
3. หลักเกณฑ์การบริหารจัดการ ตามเกณฑ์ของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

ลำดับ	ประเด็นการพิจารณา	แนวทางเดิม ปี 2568	(ร่าง) ข้อเสนอปี 2569
1	การกันเงินสำหรับบริหาร (ประเทศ เขต/จังหวัด และการปรับเกลี่ยเพื่อประกันรายรับ)	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10 (กันเงินจากรายรับ OP PP)
2	การจัดสรรกองทุน OP &PP	ใช้ Step ladder จัดกลุ่มและให้ค่าน้ำหนักตามจำนวนประชากร 11 ขั้น (เขต Reallocateได้)	คงเดิม (เขต Reallocateได้)
3	การจัดสรรกองทุน IP	ใช้ K-factor จัดกลุ่มและให้ค่าน้ำหนักตามขนาดเตียงและประชากร 17 กลุ่ม (เขต Reallocateได้)	คงเดิม (ถ่วงน้ำหนัก=1 ทุกกลุ่ม
4	การปรับลดค่าแรง	ปรับลดค่าแรงระดับ CUP (จังหวัดปรับเกลี่ย)	**คงเดิม**
5	ปรับเกลี่ยเพื่อประกันรายรับ	1. ประกันรายรับ ขั้นต่ำ X %Sheet0(90%) 2. ประกันขั้นต่ำ 10 ล้านบาท	1. ประกันขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 10 ล้านบาท (ส่วนกลางดำเนินการ) 2. ประกันรายรับ ขั้นต่ำ X% Sheet 0 (ตามวงเงินที่มี) (เขตดำเนินการ) 3. sw. POP UC ≤30,000 คน ช่วย MOE UC ที่ไม่เกิน mean + 1 SD และsw.ที่มีความยากลำบากในการบริหารจัดการ (เขตดำเนินการ)
6	วงเงินและหลักเกณฑ์	**600 ล้านบาท** 1. ช่วยสภาพคล่องทางและลดความเสี่ยงวิกฤติทางการเงินหน่วยบริการ 2. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทางการเงิน 3. สนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการตามนโยบาย	คงเดิม

แนวทางการบริการงบ Basic payment หน่วยบริการ สป.สธ.ปี 2569

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. การจัดสรรเงินให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็น สนอ.และ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ เป็นไปตามภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ

4.1 OP-PP แบบเหมาจ่าย

4.2 ค่าบริการจ่ายตามผลงานบริการ

- การกำหนดรูปแบบการจ่ายตามอัตราร้อยละ (%) และไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบข้อตกลงระหว่างปีงบประมาณ ยกเว้น รพ.สต.เพิ่มศักยภาพการให้บริการ
- การจ่ายตามรูปแบบข้อตกลงโดยมีผลไปข้างหน้า หลังจากมีการบันทึกข้อตกลงแล้วเสร็จ

การ Clearing house ค่าบริการ OP Refer และค่าบริการ OP anywhere ในจังหวัด

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. สปสช.เขต อาจเสนอกันเงินค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ สำหรับตามจ่ายค่าบริการ OP Refer ข้ามจังหวัด และค่าบริการ OP Refer/AE ในจังหวัด
2. ปรับลดอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ สำหรับการจ่ายค่าใช้จ่าย OP anywhere ภายในจังหวัดของหน่วยบริการแต่ละสังกัด

กรณี	อัตราจ่าย	โปรแกรม
OP Refer ข้ามจังหวัด	จ่ายแทนหน่วยบริการประจำส่วน <1,600 บาท/visit	E-claim (เงื่อนไขตามฝ่ายตรวจสอบก่อนจ่าย)
ค่าบริการ OP Refer/AE ในจังหวัด	ตามข้อตกลงกันภายในจังหวัด	เอกสารเบิกจ่ายจาก สปสช.เขต
OP anywhere ภายในจังหวัดของหน่วยบริการแต่ละสังกัด	ตามข้อตกลงกันภายในจังหวัด	E-claim โดยวางข้อมูลให้ สปสช.เขต ส่งให้ สสจ. พิจาณาสั่งจ่ายเป็นเอกสารเบิกจ่ายจาก สปสช.เขต

การโอนงบค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. สอน.และ รพ.สต.ถ่ายโอนฯในปีงบประมาณ 2569 ระหว่างรอการปรับเกลี่ยรายรับค่าบริการ (ผ่านอนุกำหนดหลักเกณฑ์วันที่ 18 ก.ย.68)

เพื่อให้หน่วยบริการมีงบประมาณในการจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้มีสิทธิ ในระหว่างรอการปรับเกลี่ยในปีงบประมาณ 2569 การจัดสรรค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) แบบเหมาจ่าย ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ทั้งหน่วยบริการประจำ และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนฯ ให้จัดสรรเงิน 20% ตามผลการปรับเกลี่ยเงินปีงบประมาณ 2568 ไปพลางก่อน

ทั้งนี้ กรณีมีข้อตกลงโอนเงินกับหน่วยบริการประจำเพิ่มเติม ให้สำนักงานฯ พิจารณาจัดสรรเงินโดยไม่เกินรายรับปีงบประมาณ 2569

(ร่าง) แผนการโอนเงินหน่วยบริการ สป.สธ.

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ	งวดการโอนเงิน
ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2569 (หลังปรับเกลี่ยแล้วเสร็จ) *งวดที่ 2 : สปสช.โอนเงินงบประมาณไม่เกินร้อยละ 95 ของตัวเลขรายรับปี 2569 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2569 งวดที่ 3 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2569 ภายหลังจากพิจารณาการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรในหน่วยบริการอื่น นอกจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องของผู้รับบริการภายในจังหวัด ตามอัตราที่ตกลงกันภายในจังหวัดทุกสังกัด
ค่าบริการ PP	งวดที่ 1 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2569 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2568 *งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2569 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2569
เงินบริหารจัดการระดับเขต	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ยแล้ว ภายหลังได้รับการปรับเกลี่ย
PP NON UC	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ยแล้ว ภายหลังได้รับการปรับเกลี่ย
ค่าบริการผู้ป่วยใน	สปสช.โอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือนของ ปีงบประมาณ 2569

หมายเหตุ : โอนเงินตามแผนฯ เฉพาะมีการทำข้อตกลงแล้วเสร็จ

การบริการงบ Basic payment หน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ปี 2569

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ค่าบริการ OP-PP เหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จ่ายด้วยอัตราจ่ายระดับจังหวัด (หลังปรับลดอัตราจ่ายเพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาล) จ่ายรายเดือนตาม Point ประชากรที่ลงทะเบียน และค่าบริการ PP work word คำนวณจ่ายตามผลงานเดือน เม.ย.67-มี.ค.68
2. ค่าบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามอัตราจ่ายและบริการที่ส่งเบิกรายเดือน
3. การปรับลดค่าแรง
   - Uhosnet หักเงินเดือนให้ได้ตามเพดานเงินเดือนของแต่ละแห่ง โดยกระจายเงินเดือนในงบ OP เหมาจ่าย, PP เหมาจ่าย และบริการ IP
   - รัฐอื่นๆที่เหลือ หักเงินเดือนจากรายรับ

     OP เหมาจ่าย 32%

     PP Basic services 32%

     IP บริการในเขต 28%

การจ่ายค่าบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ 2569

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1. จัดสรรสำหรับประชากรสิทธิ UC (รวมสิทธิว่าง)
2. จัดสรรให้หน่วยบริการ

2.1 หน่วยบริการที่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพครอบครัว องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย (หน่วยบริการประจำ)

2.2 หน่วยบริการที่มีจิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน หรือ แพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่มีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษา (หน่วยบริการพี่เลี้ยง) แก่หน่วยบริการตามข้อ 1

3. จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการในอัตรา 6,000 บาทต่อราย โดยแบ่งการจ่าย ดังนี้

จ่ายให้แก่หน่วยบริการประจำในอัตรา 5,000 บาทต่อราย ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการลงทะเบียนเป็นกลุ่มเป้าหมาย

จ่ายให้แก่หน่วยบริการพี่เลี้ยงในอัตรา 1,000 บาทต่อราย ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการลงทะเบียนเป็นกลุ่มเป้าหมาย

กรอบการบริหารค่าเสื่อม ปี 2569 (128.69 บ./ปชก.)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) หลักเกณฑ์การจัดสรร คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนจัดสรรดังนี้

1. บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.1 สำหรับกลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้จำนวนผู้มีสิทธิ ที่ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 เมษายน 2568 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

1.2 หน่วยบริการสังกัดอื่น ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2568 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

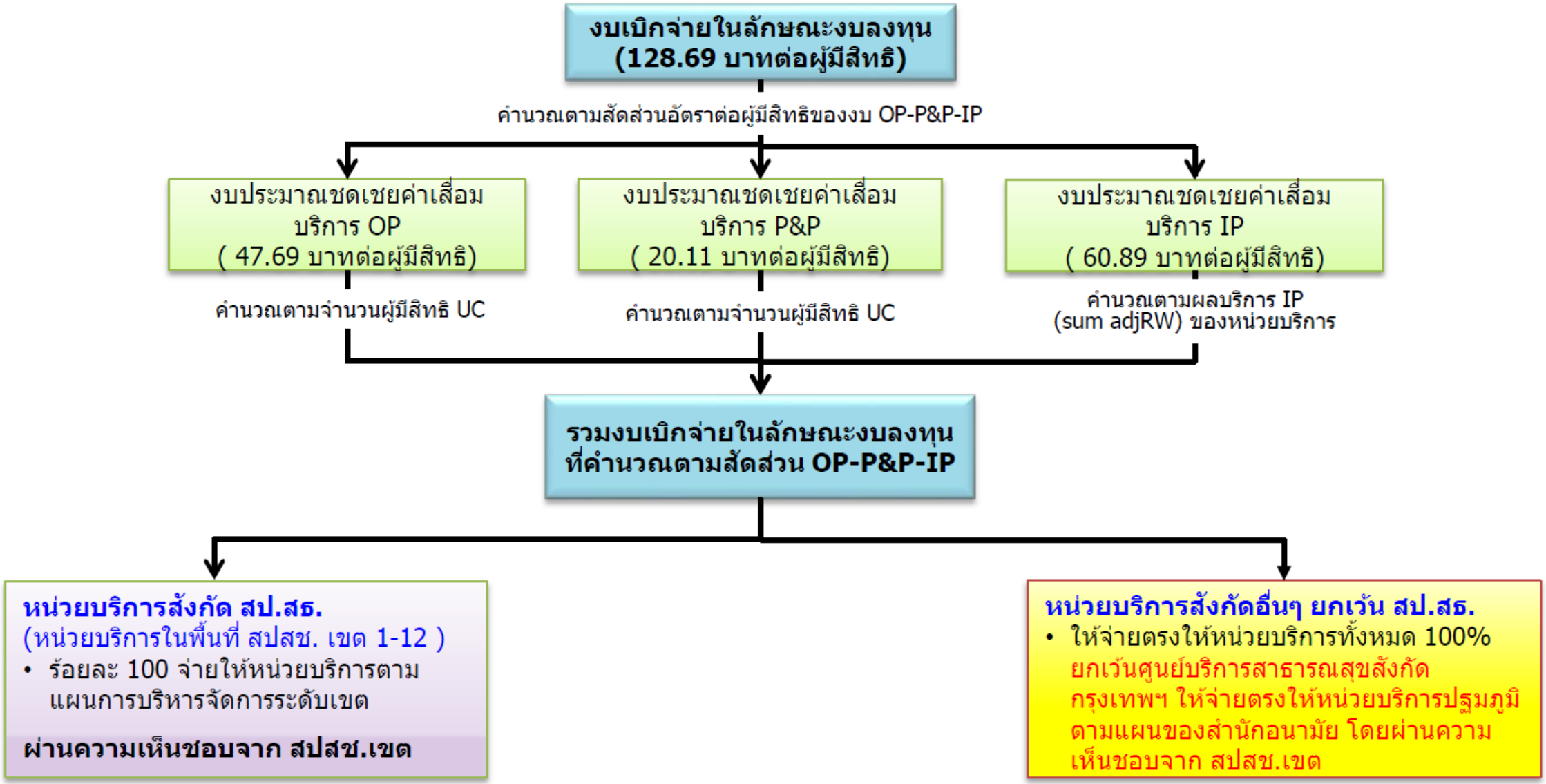
2. สำหรับบริการผู้ป่วยใน ใช้จำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยใน ที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ (ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568)

2) การทำรายการแผนฯ ตามค่าใช้จ่ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข

3) กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และจ่ายตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

4) กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ร้อยละ 100 บริหารระดับเขตพื้นที่

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย ในลักษณะงบลงทุน ปี 2569



หน้า ๒๒
เล่ม ๑๓๓ ตอนพิเศษ ๒๓๒ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

พ.ศ. ๒๕๕๙

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมวด ๔
ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

ข้อ ๒๐ ให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้หน่วยบริการจัดทำแผนการจัดหา และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่าเพื่อทดแทนส่วนที่ขาดและซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑
การรับเงิน

ข้อ ๒๑ ให้หน่วยบริการที่ได้รับเงินตามข้อ ๒๐ นำเงินที่ได้รับเข้าบัญชีเงินบำรุงหรือเงินรายรับสถานพยาบาล หรือบัญชีเงินของหน่วยบริการภาคเอกชน โดยให้จัดทำทะเบียนคุมเงินที่ได้รับและให้ออกหลักฐานการรับเงินไว้ เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๒
การจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่าย

ข้อ ๒๒ ให้หน่วยบริการจ่ายเงินที่ได้รับตามหมวดนี้ โดยระเบียบวิธีปฏิบัติให้ถือตามระเบียบเงินบำรุงหรือเงินรายรับสถานพยาบาลของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลนั้น ๆ

ข้อ ๒๓ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้จ่ายตามรายการดังต่อไปนี้

(๑) รายการของสิ่งก่อสร้างชดเชยสิ่งที่มีอยู่แล้วเพื่อใช้ในการบริการ หรือสนับสนุนบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น ถนนในบริเวณโรงพยาบาล รั้วโรงพยาบาล ระบบสาธารณูปโภคที่ใช้ในการบริการ อาคารหรือหอผู้ป่วย ค่าเช่าอาคารสถานบริการ ท่อระบายน้ำในโรงพยาบาล หอถังน้ำ เป็นต้น

(๒) รายการของครุภัณฑ์ที่ชดเชยและซ่อมบำรุงสิ่งที่มีอยู่แล้ว เพื่อใช้ในการบริการหรือสนับสนุนการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน ครุภัณฑ์ยานพาหนะและขนส่ง ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่ ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว เครื่องปรับอากาศ ลิฟต์ และเฟอร์นิเจอร์ในโรงพยาบาล เป็นต้น

(๓) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็นนอกจาก (๑) - (๒) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะได้ประกาศกำหนดเพิ่มเติม

ส่วนที่ ๓
การรักษาเงิน

ข้อ ๒๔ ให้หน่วยบริการเก็บรักษาเงินที่ได้รับตามหมวดนี้ เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เก็บรักษาเงินไว้ได้ตามระยะเวลาที่กำหนดในโครงการหรือแผนงาน หากดำเนินการยังไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาดำเนินการไปได้อีก ๑ ปี แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน ๒ ปีงบประมาณ

หากดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์แล้วมีเงินเหลือ ให้หน่วยบริการสามารถนำเงินไปใช้เพื่อการปฏิบัติราชการหรือการดำเนินงานของหน่วยบริการนั้น ๆ ได้

กรณีครบกำหนดเวลาตามวรรคหนึ่งแล้ว หน่วยบริการยังไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ส่งเงินที่เหลือคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็น ให้แจ้งเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งขออนุมัติเก็บรักษาเงินไว้จนกว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จ

แนวทางการจัดทำแผน

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการครุภัณฑ์

- ต้องเป็นรายการครุภัณฑ์ ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย หรือสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วย
- เป็นการชดเชยสิ่งที่มีอยู่แล้ว
- ระบุเลขครุภัณฑ์ที่ทดแทน ภาพถ่าย
- ระบุสถานที่ใช้งาน เช่น Ward ชาย , ฝ่ายเภสัชกรรม
- ระบุเหตุผลความจำเป็น เช่น
  - ✓ มีอายุการใช้งานมานาน(ระบุปีครุภัณฑ์ที่ชำรุด?) ชำรุด(ชำรุดอย่างไร?) อ่านค่าไม่ชัด เคยซ่อมแล้วใช้งานได้ไม่ดีดังเดิม ส่งผลต่อคุณภาพและมาตรฐานการรักษา (จำเป็นต้องซื้อทดแทนเพราะ?)
  - ✓ เพื่อทดแทนเครื่องเดิมที่ชำรุดใช้การไม่ได้ ใช้ในการซักผ้าปูเตียงผู้ป่วย ชุดผู้ป่วยนวดแผนไทย และผ้าห่อเซตทำแผลต่างๆ
- อ้างอิงราคากลาง
  - สบรส. / สำนักงบประมาณ / คู่เทียบเฉพาะไม่มีในบัญชีเท่านั้น

แนวทางการจัดทำแผน

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการสิ่งก่อสร้าง

- ต้องเป็นรายการสิ่งก่อสร้าง ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย หรือสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วย
- เป็นการชดเชย หรือ ซ่อมแซมสิ่งที่มีอยู่แล้ว
- แนบ BOQ ปร4 ปร5 ปร6, ภาพถ่ายสถานที่เดิมที่ชำรุด
- ระบุเหตุผลความจำเป็น เช่น
  - มีอายุการใช้งานมานาน ชำรุด อ่านค่าไม่ชัด เคยซ่อมแล้วใช้งานได้ไม่ดีดังเดิม ส่งผลต่อคุณภาพและมาตรฐานการรักษา ✓
  - ในช่วงฤดูฝน ฝนตกหนักมีลมกรรโชก ตะปูหรือสกรูที่ยึดแผ่นกระเบื้องมุงหลังคาเคลื่อนตัว ทำให้น้ำฝนเซาะเกิดการรั่วซึมทั้งบริเวณหลังคา ไม่สะดวกต่อการบริการผู้ป่วย และมีความเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ✓
- อ้างอิงราคากลาง
  - กบรส. ส.งบ

สถานการณ์งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน 2566 - 2568

หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. (รวม รพ.สต.ถ่ายโอน)

จังหวัด	2566	2567	2568	2569
กาฬสินธุ์	91,610,216.51	87,423,603.27	89,453,981.93	88,282,997.35
ขอนแก่น	177,263,740.47	165,881,959.77	176,144,432.57	175,650,805.69
มหาสารคาม	87,162,414.59	86,752,523.22	85,029,159.85	81,001,995.15
ร้อยเอ็ด	125,641,536.68	121,838,776.90	116,429,862.60	120,036,144.01
เขต 7	481,677,908.25	461,896,863.16	467,057,436.95	464,971,942.20

ข้อมูล ณ วันที่ 5 ตุลาคม 2568

สถานการณ์งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน 2566 - 2568

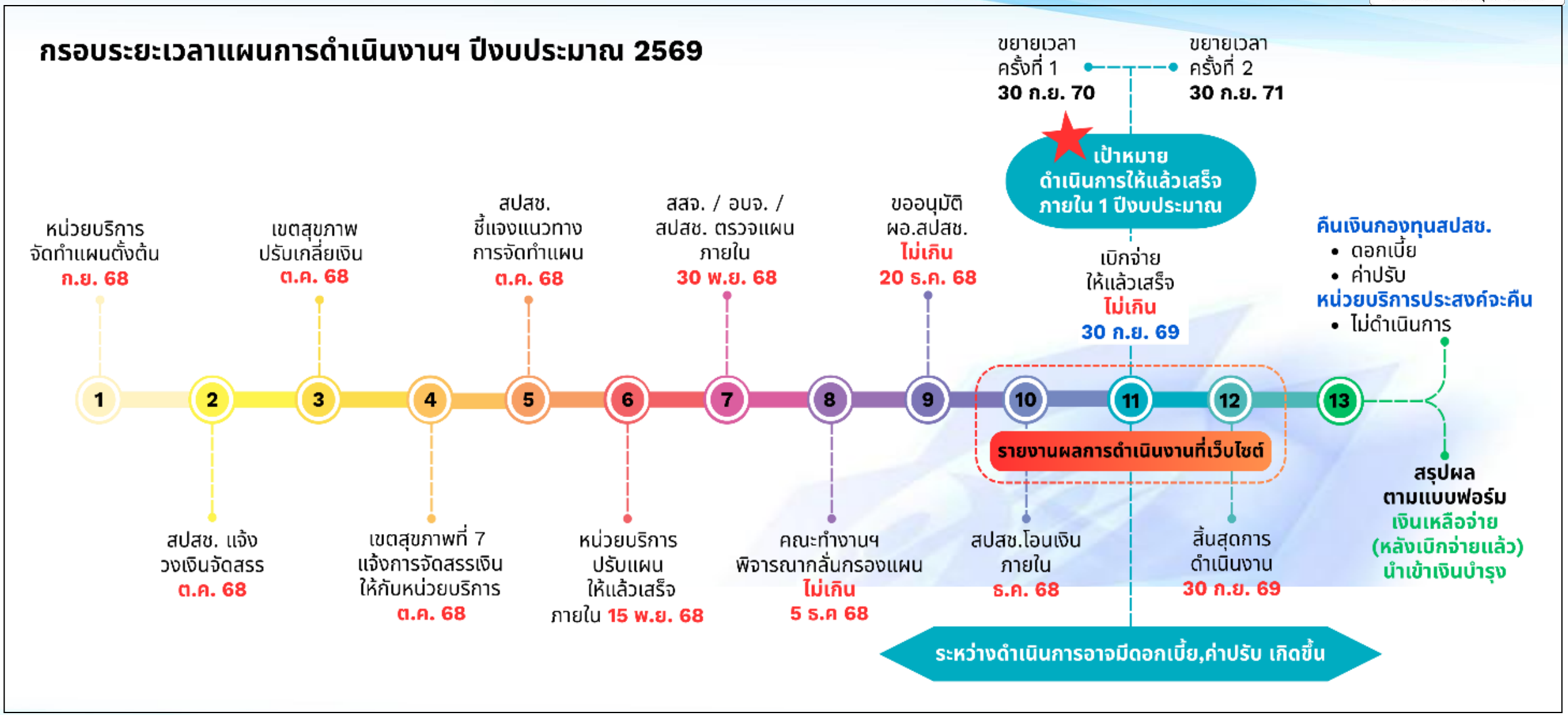
หน่วยบริการสังกัดอื่น

จังหวัด	2566	2567	2568	2569 (ร่าง)
ขอนแก่น	32,249,598.43	28,941,114.68	28,569,352.72	26,966,182.90
มหาสารคาม	4,193,287.00	4,884,375.75	4,674,624.57	4,596,673.76
ร้อยเอ็ด	2,815,635.41	2,627,599.43	4,013,156.91	3,060,716.26
เขต7	39,258,520.84	36,453,089.86	37,257,134.20	34,623,572.92

ข้อมูล ณ วันที่ 5 ตุลาคม 2568

แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ

หน้า ๔๐
เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๒๘๘ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒ กันยายน ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม
สำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
พ.ศ. ๒๕๖๘

จ่ายแบบเน้นคุณค่า (Value Base Payment)

1.ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด

2.ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติ

3.ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต

4.ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากประชากรที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง

แนวทางบริหารงานทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการ

REGISTER NOW

การขึ้นทะบียนหน่วยบริการ
- สมัครขึ้นทะเบียนหน่วยใหม่
- สมัครเพิ่มศักยภาพ (หน่วยเดิม)
- การตรวจประเมินประจำปี
- ข้อมูลศักยภาพหน่วยบริการ (CPP)
- บริหารจัดการผู้ใช้งาน User (Admin)

ยืนยันตัวตนผ่าน ThaiD เพื่อสมัคร OSS

สมัครใช้งานในระบบone stop service

https://ossregister.nhso.go.th
- สมัครขึ้นทะเบียนหน่วยใหม่
- การตรวจประเมินประจำปี
- บันทึกข้อมูลศักยภาพหน่วยบริการ (CPP)
- การบริหารจัดการ Uer

สปสช. ตรวจสอบ

ประกาศขึ้นศักยภาพผ่านระบบ Reghosp

ประสาน สปสช. เขต
- สมัครเพิ่มศักยภาพ (หน่วยเดิม)
- บันทึกข้อมูลศักยภาพหน่วยบริการ (CPP)

REGISTER NOW

การลงทะเบียน
- นายทะเบียนหน่วยบริการ
- ประชาชน

นายทะเบียนหน่วยบริการ
- ดำเนินการผ่านระบบ SRM

นายทะเบียนหน่วยบริการ
- ลงทะเบียนสิทธิ
- ลงทะเบียนการเกิด

เข้าสู่ระบบ SRM ด้วย
- ThaiID
- Smart Card

ดำเนินการด้านงานทะเบียน

ประชาชนดำเนินการเอง
- line ID @nhso
- App สปสช

เปลี่ยนแล้วสิทธิเกิดทันที

แนวทางยืนยันการเข้ารับบริการเพื่อส่งเบิกค่าใช้จ่าย

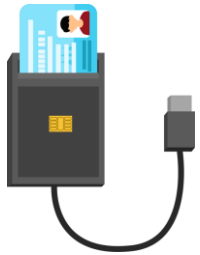


ยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ **ขอ Authan Code**

- ตู้ KIOS ยืนยันตัวตน
- SRM Smart Card Singel-On
- NewAuthen Online
- App Authen by NHSO
- App ทางรัฐ
- เชื่อม AIP ผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
- LineOA สปสช



ส่งข้อมูลก่อน 24.00 น.



ยืนยันตัวตนหลังเข้ารับบริการ **Endpoint**

- EDC ที่ Update Firmw ให้รับรองการปิดสิทธิ
- ตู้ KIOS สำหรับปิดสิทธิ
- NewAuthen Online (เมนูปิดสิทธอ)
- เชื่อม AIP ผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
- A-MED
- KTB
- โปรแกรม สปสช. ที่รองรับการปิดสิทธิ



ปิดสิทธ

ส่งข้อมูล / สร้างใบเบิกจ่าย
ภายใน 30 วัน



หน่วยบริการ สังกัด สธ

ยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ **ขอ Authan Code**

- ตู้ KIOS ยืนยันตัวตน
- UC Authen MX
- NewAuthen Online
- App Authen by NHSO
- App ทางรัฐ
- เชื่อม AIP ผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
- LineOA สปสช

- E-Claim ส่งข้อมูลก่อน 24.00 น. นับเวลาที่ข้อมูลถึง สปสช
- ส่ง Minimal Data Set ก่อน 24.00 น. จองเคลม FDH ส่งข้อมูลเคลมภายใน 30 วัน