สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๓๐



ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ

รองเลขาธิการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น

ปีงบประมาณ 2570



กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์การประชุม

แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายฯ ปีงบประมาณ 2570

1 สร้างความรู้ ความเข้าใจ

แนวทางขอรับค่าใช้จ่ายฯ
ปีงบประมาณ 2570
ที่มีการเปลี่ยนแปลง
ให้แก่ สปสช.เขต และหน่วยบริการ



2 สื่อสารและแก้ไขปัญหาการเบิกจ่าย

เพื่อเป็นข้อมูลให้ สปสช.เขต
ใช้สื่อสารและแก้ไขปัญหาการเบิกจ่าย
ให้แก่หน่วยบริการ



สปสช.

3 แลกเปลี่ยนและรับฟังข้อเสนอแนะ

รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
ในการดำเนินการและแก้ไขปัญหา
การเบิกจ่ายร่วมกับ สปสช.เขต



4 สร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน
ของ สปสช.ส่วนกลางและเขต



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นโยบายการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2570



กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักการสำคัญในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2570

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6/2569 วันที่ 4 มิถุนายน 2569

เป้าหมาย: บริหารจัดการงบประมาณที่มีอยู่ให้เพียงพออย่างมีประสิทธิภาพ



ทิศทางนโยบาย

1. **ส่งเสริมบริการ PP และปฐมภูมิ**
   เน้นผลลัพธ์บริการและลดภาระค่ารักษาพยาบาล
2. **บูรณาการนโยบายสู่การปฏิบัติ**
   Policy Alignment รองรับนโยบายสำคัญแบบ Top-down พร้อมออกแบบรายละเอียดในส่วนของเขตให้สอดคล้องกัน
3. **จัดหา จัดซื้อ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์**
   ให้ความสำคัญกับยาสามัญ (Generic drug) ส่งเสริมนวัตกรรมและผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศ

ธรรมาภิบาลของระบบ

1. **กำกับดูแลและเชื่อมโยงข้อมูล**
   เชื่อมข้อมูลหน่วยบริการและกองทุน ตรวจจับการทุจริต (Detect Fraud) อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และทันการณ์ เพื่อความมั่นคงของกองทุน
2. **สร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง**
   Genuine Participation ตามมาตรา 46 แห่ง พ.ร.บ.
3. **ยืดหยุ่นและสอดคล้องกฎหมาย**
   Legality & Agility
4. **ปรับอัตราจ่ายตามมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานฯ**

ประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ

1. **งบประมาณปลายปิด**
2. **ใช้หลัก Value for Money (3E)**
   Economy • Efficiency • Effectiveness และจัดการ Low Value Care
3. **เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุนฯ**
   ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2569 วันที่ 2 มีนาคม 2569
4. **ปรับปรุงหลักเกณฑ์ตามความจำเป็น**
   ให้สอดคล้องกับงบประมาณ (Strategic Adjustment)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักการย่อย สำหรับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2569 วันที่ 6 กรกฎาคม 2569

1 ระบบบริการผู้ป่วยใน (IP)



- ปรับรูปแบบการจัดสรรงบแบบใหม่ (Care Model) แนวทางข้อเสนอการจัดสรรงบผู้ป่วยในระดับเขต
- งบประมาณ IP จำนวน 104,999,948 ล้านบาท ที่ได้รับ คำนวณอัตราผลงานรวม 11.2 ล้าน Sum Adj.RW
- อัตราจ่ายภายในเขตและข้ามเขต จ่ายในอัตราเดียวกัน (กรณีโรงพยาบาลส่งต่อข้ามเขต ไม่หักเงินเดือน)
- กรณี Fixed rate จ่ายด้วยอัตราเต็ม
- ภายใต้ข้อเสนอการจ่าย ตามข้อ (3) และ (4) ทำให้อัตราการจ่าย Base rate = 9,140 บาท/Adj RW
- ควบคุมกำกับบริการ UCEP ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลเอกชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานและไม่กระทบการเข้าถึงบริการของประชาชน กรณีฉุกเฉิน
- การบริหารจัดการระดับเขต โดยผ่านกระบวนการ คณะทำงานบริหารระดับเขต หรือ คณะกรรมการ M&E ระดับเขตที่คณะกรรมการกลางร่วมกัน
- ให้พิจารณาแนวทางช่วยเหลือโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากกรณีหลักเกณฑ์การจ่ายการใช้ DRG Version 5 เทียบ Ver 6 หากกรณีใด น้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่าให้ใช้ Ver ที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่า

วงเงิน IP อัตราต่อหัว 2,225.99 บาท/คน

2 ระบบบริการระดับปฐมภูมิ



- กำหนดชุดบริการปฐมภูมิ เป็น National Health Package และเลือกรายการบริการ ที่จะมีการกำหนดรูปแบบการจ่ายแบบ Bundle Payment หรือ Value Based Payment
- จัดรูปแบบการบริหารและบริการปฐมภูมิในลักษณะเครือข่าย ที่รวมหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยนวัตกรรมในพื้นที่
- พิจารณากันเงิน งบ OP PP บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และกองทุนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มาจัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้บริการระบบปฐมภูมิ
- ทบทวนการจ่ายค่าบริการหน่วยนวัตกรรม หรือปรับลดบางรายการบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิรองรับบริการได้ และให้มีการควบคุมกำกับการเบิกจ่ายและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน โดยแม่ข่ายแต่ต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ภายในพื้นที่
- การจัดซื้อร่วม ยาและเวชภัณฑ์บางรายการที่มีราคาสูง
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลรองรับ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ Gate keeper
- กำหนดชุดตัวชี้วัด ทั้งด้านการจัดสรรและการใช้งบประมาณ และด้านผลลัพธ์บริการ

มุ่งเน้น Primary Care เข้มแข็ง เชื่อมโยงดูแลใกล้บ้าน

3 บริการเฉพาะและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

- บริการหัตถการสวนหัวใจ
  จัดระบบ Pre-authorization รองรับกรณีโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง และระบบ Pre-payment audit กรณีโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- บริการผ่าตัดข้อเข่า
  กำหนดโควตาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณตามงบประมาณที่ได้รับ และพิจารณาปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการร่วมด้วย กรณีอายุน้อยกว่า 55 ปี ต้องดำเนินการ Pre-authorization
- บริการ Cataract
  กำหนดโควตาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณตามงบประมาณที่ได้รับ และเน้นบริหารจัดการโควตาระหว่างปี เพื่อความยืดหยุ่น และไม่กระทบต่อผู้รับบริการ
- บริการโรคมะเร็ง ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่าย โดยกำหนดระยะ Active Phase ปรับปรุงหลักเกณฑ์เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการขอเบิกค่าบริการ กรณีโรคร่วมและการตรวจ CT และ MRT ให้อยู่ใน Active Phase
- บริการโรคไตวายเรื้อรัง พิจารณาระยะนำมาตรฐานการดูแล
- ขยายให้บริการ Colonoscope เป็นบริการ PP
  รองรับกรณีตรวจ Fit test เป็นบวก Colposcope กรณี HPV หรือ PAP smear ผิดปกติ
- บริการโรคไตเรื้อรัง พิจารณา
  ตามนโยบายตามมติคณะกรรมการหลัก และคณะกรรมการควบคุม
- บริการ HIV/AIDS
  ปรับเพิ่มการจ่ายเป็นแบบ Value base payment

มุ่งเน้นบริการคุณภาพสูง ควบคุมค่าใช้จ่าย และเข้าถึงได้อย่างเหมาะสม

4 แผนจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ฯ



- เพิ่มประสิทธิภาพการต่อรองราคา
  โดยแยกค่าบริหารจัดการออกจากราคายาให้ชัดเจน
- อาจมีการพิจารณาเพิ่มรายการจัดซื้อยารวม
  ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมราคาได้ หรือสามารถลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมได้บางรายการ

จัดซื้อคุ้มค่า โปร่งใส เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

5 หลักการย่อยสำหรับการบริหารกองทุนพื้นที่กรุงเทพมหานคร



- ขยายผลโครงการ "นนวัตน์ Model" หรือ Model 1 (รพ.ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำ) ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อ และเครือข่ายบริการอื่น ๆ
- การบริหารงบผู้ป่วยนอก ในกรณีโมเดล 5 ให้มีการกันเงินOP Refer ให้เพียงพอ ปรับจำนวน/อัตราการกันเงินต่อประชากรอย่างยืดหยุ่น ครอบคลุมการขอเบิก 3 เดือนสุดท้ายที่ให้ส่งข้อมูลเบิกจ่าย ได้ถึง 31 ธันวาคม และให้กำกับติดตามการบริหารการขอเบิกรายเดือนอย่างใกล้ชิดและยืดหยุ่น
- การกันเงินรายการอื่นจากทุกโมเดล หากเงินเหลือ ให้นำมาจัดคืน เพื่อขอเบิกเงินกันรายการอื่นที่อาจไม่เพียงพอก่อน การจัดสรรแก่หน่วยบริการ
- ให้มีคณะกรรมการร่วมระดับเขต ในการพิจารณาความเหมาะสมการส่งต่อและส่งกลับ
- ให้กำกับติดตามการบริหารการขอเบิกรายเดือนอย่างใกล้ชิดและมีความยืดหยุ่น เพื่อให้ปิดงบผู้ป่วยนอกภายใต้ Balanced Budget และเป็นที่ยอมรับของหน่วยบริการทุกระดับ

บริหารกองทุน กทม. อย่างสมดุล โปร่งใส ยืดหยุ่น และตอบสนองพื้นที่

6 หลักการย่อยสำหรับการตรวจสอบโดยใช้ AI (AI audit)



1. Pre-Audit กรณีผู้ป่วยใน (IP)
2. Pre-Audit การเบิกจ่ายหน่วยนวัตกรรม
3. Pre-Audit UCEP เอกชน
4. Pre-audit เบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยใบเสร็จสิทธิ อปท.
5. Pre-Audit OP Anywhere / OP กทม.
6. ช่วยตรวจสอบการเบิกจ่ายผ่าน NHSO Digital Platform
7. Pre-Audit Instrument
8. Pre-Authorize, Pre-Audit CAG/PCI
9. Face Verify Service (FVS)
10. การจัดโควตาหน่วยนวัตกรรม

ใช้ AI และระบบดิจิทัล เพิ่มประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้แม่นยำ โปร่งใส

เป้าหมายรวม : บริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า เป็นธรรม โปร่งใส ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และระบบสุขภาพยั่งยืน



หลักการย่อยการบริหารกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2570

ระบบบริการผู้ป่วยในและปฐมภูมิ



1 ระบบบริการผู้ป่วยใน (IP)

งบประมาณ	คำนวณจาก	วงเงินต่อหัว
104,999.948 ล้านบาท	**10.5 ล้าน** Sum AdjRW	**2,225.99** บาท/คน

- ปรับรูปแบบจัดสรรใหม่ (Care Model)
- อัตราจ่ายในเขตเบื้องต้น จะรอผลการทำ Workshop ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 29-30 ตค. 69
- คิด Global Budget ระดับเขตโดยใช้ AI คำนวณผลงานย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่ 2560-2569
- ควบคุมกำกับ UCEP ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ให้ประชาชนได้รับผลกระทบ
- ใช้กลไกระดับเขตและ M&E ตกลงร่วมกัน
- เยียวยา รพ.รัฐที่ได้รับผลกระทบจาก DRG โดยเปรียบเทียบ Version 5 และ 6 และใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่มากกว่า

2 ระบบบริการระดับปฐมภูมิ

- กำหนด National Health Package และอัตรากลาง รองรับ Bundle Payment หรือ Value Based Payment
- จัดบริการเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยนวัตกรรมในพื้นที่
- พิจารณารวมงบ OP, PP, สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และกองทุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มความเข้มแข็ง
- ทบทวนการจ่ายหน่วยนวัตกรรมหรือบริการร่วม ควบคุมการเบิกจ่าย และมาตรฐานอย่างสมดุล
- จัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์บางรายการที่ราคาสูง
- เชื่อมฐานข้อมูล ให้หน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ Gate keeper
- กำหนดตัวชี้วัดการจัดสรร การใช้งบประมาณ และผลลัพธ์บริการ

สรุปจากมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2569 วันที่ 6 กรกฎาคม 2569

หลักการย่อยการบริหารกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2570

บริการเฉพาะและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง



สวนหัวใจ

จัดระบบ Pre-authorization สำหรับกรณีโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง และ Pre-payment สำหรับกรณีโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผ่าตัดข้อเข่า

กำหนดเป้าหมายทั้งปีตามงบประมาณ ปรับวิธีเข้าถึงบริการร่วมด้วย และกรณีเอายุน้อยกว่า 55 ปี ต้องทำ Pre-authorization

Cataract

กำหนดเป้าหมายทั้งปีตามงบประมาณ ปรับการจัดสรรระหว่างปีให้ยืดหยุ่น และไม่กระทบผู้รับบริการ

โรคมะเร็ง

ปรับหลักเกณฑ์จ่าย กำหนดระยะ Active Phase และทบทวนความซ้ำซ้อน โดย CT และ MRI ไม่จัดอยู่ใน Active Phase



โรคเบาหวานเรื้อรัง

พิจารณาการบริการแบบบูรณาการ

บริการตรวจคัดกรอง

จัด Colonoscope เป็นบริการ PP รองรับ FIT test เป็นบวก และ Colposcope กรณี HPV หรือ PAP smear ผิดปกติ

โรคไตเรื้อรัง

พิจารณาตามนโยบายและมติคณะกรรมการหลักฯ และคณะกรรมการควบคุมฯ

HIV/AIDS

ปรับวิธีจ่ายเป็น Value based payment

บริการคุณภาพสูง ควบคุมค่าใช้จ่าย และเข้าถึงอย่างเหมาะสม

หลักการย่อยการบริหารกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2570



4 แผนจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ฯ

เพิ่มประสิทธิภาพ
การต่อรองราคา

แยกการบริหารจัดการ
แต่ละรายการให้ชัดเจน

พิจารณาเปลี่ยนรายการจัดซื้อรวม
เมื่อควบคุมราคาไม่ได้ หรือการรวม
บางรายการช่วยลดค่าใช้จ่ายได้

จัดซื้อคุ้มค่า โปร่งใส
ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

5 การบริหารกองทุนพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1. **ขยายผล Model 1**
ขยายรูปแบบที่โรงพยาบาลทำหน้าที่หน่วยบริการประจำ
ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อและเครือข่าย

2. **บริหารงบผู้ป่วยนอก**
กรณีโมเดล 5 กันเงิน OP Refer ไม่เพียงพอ ให้ปรับตามผลดำเนินงานจริง
ติดตามยอดจ่ายถึง 31 ธันวาคม และกำกับติดตามรายไตรมาส

3. **เกลี่ยเงินระหว่างโมเดล**
หากมีเงินเหลือ ให้นำมาจัดสรรเพื่อชดเชยส่วนที่ไม่เพียงพอ ก่อนจัดสรรแก่หน่วยบริการ

4. **ใช้กลไกระดับเขต**
ให้คณะกรรมการกำกับระดับเขตพิจารณาความเหมาะสมของการส่งต่อแต่ละระดับ

5. **ติดตามการชดเชยรายเดือน**
ให้สะท้อนต้นทุน ดูแลให้งบผู้ป่วยนอกสมดุล (Balanced Budget)
และเป็นที่ยอมรับของหน่วยบริการทุกระดับ

หลักการย่อยการบริหารกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2570

การตรวจสอบโดยใช้ AI (AI audit)

จัดกลุ่มเพื่อให้อ่านง่าย โดยคงรายการตรวจสอบทั้ง 10 ข้อ



ตรวจสอบก่อนจ่าย

1. Pre-Audit ผู้ป่วยใน (IP)
2. Pre-Audit การเบิกจ่ายหน่วยนวัตกรรม
3. Pre-Audit UCEP เอกชน
4. Pre-Audit ค่ารักษาพยาบาลสิทธิเบิกจ่ายตรง อปท.
5. Pre-Audit OP Anywhere / OP กทม.

ตรวจสอบบริการและอุปกรณ์

7. Pre-Audit Instrument
8. Pre-Authorize และ Pre-Audit CAG/PCI



ระบบดิจิทัลและการยืนยัน

6. ตรวจสอบการเบิกจ่ายผ่าน NHSO Digital Platform
9. Face Verify Service (FVS)
10. การจัดโควตาของหน่วยนวัตกรรม



ใช้ AI และระบบดิจิทัล เพิ่มประสิทธิภาพ ตรวจสอบแม่นยำและโปร่งใส

การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน

ออกแบบการจ่ายที่จูงใจ

พัฒนาและออกแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการที่สำคัญ
จำเป็น หรือเข้าถึงน้อย



พัฒนาระบบ Smart UCS

ยกระดับระบบบริหารการเบิกจ่ายด้วยเทคโนโลยี
สารสนเทศและดิจิทัลแบบครบวงจร
ให้เบิกจ่ายง่าย ถูกต้อง รวดเร็ว
และลดภาระหน่วยบริการ



เพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่าย

กำกับติดตามการบริหารงบประมาณ
รายการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง
และปรับประสิทธิภาพการใช้จ่าย



เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ กองทุน

ติดตามการเบิกจ่ายแบบ Real-time

ขยายศักยภาพการกำกับติดตาม
และต่อเนื่องก่อนการเบิกจ่าย
ใช้ปัญญาประดิษฐ์ตรวจสอบการจ่าย
เพื่อลดภาระหน่วยบริการ



ตรวจสอบตนเอง

จัดระบบและกลไกให้ผู้ให้บริการ
ตรวจสอบตนเองในการให้บริการ
และการเบิกจ่าย



ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหารวดเร็ว

เพิ่มความเข้มแข็งของระบบช่วยเหลือและเนะนำ
ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายได้ถูกต้อง
พร้อมระบบรับฟังปัญหาและข้อร้องเรียน
เพื่อจัดการแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว



การดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารกองทุนและการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย

ปีงบประมาณ 2570



1 เชื่อมโยงข้อมูล

เชื่อมโยงข้อมูลบริการเพื่อชดเชยค่าบริการ
รองรับการขออนุมัติบริการ (Pre-Authorization)
การตรวจสอบก่อนจ่ายและหลังจ่าย
พัฒนาการเชื่อมข้อมูลผ่าน
NHSO Digital Platform ระบบเดียว

Single Claim System

เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุน
และลดภาระการบันทึกโปรแกรมเบิกจ่ายของหน่วยบริการ

2 ตรวจสอบโดยใช้ AI

ขยายการใช้

AI Pre-Audit

สำหรับทุกประเภทบริการ
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การบริหารจัดการกองทุน

3 พัฒนา Claim Academy

สร้างความรู้ ช่วยเหลือ
และแนะนำหน่วยบริการ
ให้เบิกจ่ายได้ถูกต้อง

เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัว (กลุ่ม A) ปีงบประมาณ 2569 vs 2570



อัตราเหมาจ่ายรายหัวรวม

เพิ่มขึ้น +11.0%

ปรับเพิ่มขึ้นจาก 4,175.99 บาท/หัว ในปี 2569
เป็น 4,669.44 บาท/หัว ในปี 2570
(เพิ่มขึ้น 493.45 บาท/หัว)



งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวรวม

เพิ่มขึ้น +11.0%

เพิ่มขึ้นจาก 198,367.88 ล้านบาท ในปี 2569
เป็น 220,257.68 ล้านบาท ในปี 2570
(เพิ่มขึ้น 21,889.81 ล้านบาท)



งบเหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)

เพิ่มขึ้น +14.0%

ขยายตัวจาก 133,294.41 ล้านบาท ในปี 2569
เป็น 151,976.10 ล้านบาท ในปี 2570
(เพิ่มขึ้น 16,681.68 ล้านบาท)

หมวดรายการประเภทบริการ	งบประมาณปี 2569 (ล้านบาท)	งบประมาณปี 2570 (ล้านบาท)	อัตราปี 2569 (บาท/หัว)	อัตราปี 2570 (บาท/หัว)	ผลต่าง (ล้านบาท)	แนวโน้ม
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)	68,976.23	72,748.47			+5.5%	เพิ่มขึ้น (▲)
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)	88,050.18	104,999.95			+19.3%	เพิ่มขึ้น (▲)
3. บริการกรณีเฉพาะ	31,712.81	32,923.34			+3.8%	เพิ่มขึ้น (▲)
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	503.05	503.05			0.0%	คงที่ (—)
5. บริการแพทย์แผนไทย	3,012.58	3,012.58			0.0%	คงที่ (—)
6. ค่าบริการทางการแพทย์เบิกจ่ายลักษณะงบลงทุน	6,113.03	6,070.31			-0.7%	ลดลง (▼)

Gemini Notebook

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

THANK YOU

ขอบคุณครับ



กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่ม A: งบเหมาจ่ายรายหัว

หน่วย : ล้านบาท

กลุ่ม A: งบเหมาจ่ายรายหัว ประเภทบริการ	ปี 2569 [ได้รับ]	ปี 2570 [ได้รับตามร่างพรบ.]	ปี 2569 [ได้รับ]	ปี 2570 [ได้รับตามร่างพรบ.]	ปี 70 > ปี 69	% Change
	บาทต่อหัว	บาทต่อหัว	ล้านบาท	ล้านบาท	ล้านบาท	
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,452.07	1,542.26 ↑	68,976.2291	72,748.4677 ↑	3,772.2386	5.5% ↑
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,853.61	2,225.99 ↑	88,050.1822	104,999.9483 ↑	16,949.7661	19.3% ↑
3. บริการกรณีเฉพาะ	667.61	697.97 ↑	31,712.8102	32,923.3361 ↑	1,210.5259	3.8% ↑
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	10.59	10.66 ↑	503.0462	503.0462	-	0.0% –
5. บริการแพทย์แผนไทย	63.42	63.87 ↑	3,012.5768	3,012.5768	-	0.0% –
6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	128.69 –	6,113.0324	6,070.3073 ↓	(42.7251)	-0.7% ↓
รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว	4,175.99	4,669.44 ↑	-	-	21,889.8054	11.0% ↑
งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว	-	-	198,367.8770	220,257.6824 ↑	21,889.8054	11.0% ↑
งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ไม่รวมเงินเดือน	-	-	133,294.4122	151,976.0958 ↑	18,681.6836	14.0% ↑

หมายเหตุ :

- ตัวเลขอาจมีการปรับปรุงตามแนวทางการจัดสรรงบประมาณ
- เครื่องหมาย ↑ หมายถึง เพิ่มขึ้น ↓ หมายถึง ลดลง – หมายถึง ไม่เปลี่ยนแปลง

กลุ่ม B: งบนอกเหมาจ่ายรายหัว

กลุ่ม B – ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว

หน่วย : ล้านบาท

ปี 2569	ปี 2570	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นร้อยละ
66,927.7051 ล้านบาท	68,855.3628 ล้านบาท	1,927.6577 ล้านบาท	2.88%

ลำดับ	รายการบริการ	ปี 2569 (ล้านบาท)	ปี 2570 (ล้านบาท)	เพิ่ม / ลด (ล้านบาท)	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
1	กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว	66,927.7051	68,855.3628	1,927.6577	2.88% ↑
2	ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,529.3625	4,529.3625	-	-
3	ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	16,074.9805	17,517.7795	1,442.7990	8.98% ↑
4	ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,560.4798	1,560.4798	-	-
5	ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880	1,490.2880	-	-
6	ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	3,770.4795	4,307.7871	537.3076	14.25% ↑
7.1	ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และ กรุงเทพมหานคร	3,870.3120	3,022.9200	(847.3920)	-21.89% ↓
7.2	ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	5,514.3678	5,514.3678	-	-
7.3	ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	541.0160	537.4080	(3.6080)	-0.67% ↓
8	เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	562.2298	260.1931	(302.0367)	-53.72% ↓
9	ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	29,014.1892	30,113.9580	1,099.7688	3.79% ↑
10	ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับบุคคลในครอบครัวของข้าราชการทหารที่เสียชีวิตจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการ	-	0.8190	0.8190	100.00% ↑
11	ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเพื่อชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการเกินกว่าเป้าหมาย	-	-	-	-

หมายเหตุ : ตัวเลขอาจมีการปรับปรุงตามแนวทางการจัดสรรงบประมาณ

● เพิ่มขึ้น ● ลดลง ● ไม่เปลี่ยนแปลง