

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจัดสรรงบประมาณกองทุน และสิ่งที่เปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2570

กำหนดการประชุมชี้แจงแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2570
วันที่ 26-27 ตุลาคม 2569 เวลา 8.30 – 16.30 น.

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

รายการค่าบริการ

1. การจ่ายค่าบริการค่าการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (OP-PP-IP)
2. การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.
3. การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ
4. แนวทางการทำข้อตกลงการจ่ายเงินตามผลงานบริการ Fee schedule สำหรับ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ
5. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
6. การจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามโครงการ

(ร่าง) หลักการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ปี 2570 (1,542.26 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

1. หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยคำนวณอัตราจ่ายต่อหัวจาก
   - 80% ปรับด้วยโครงสร้างอายุระดับจังหวัด และให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย±10%
   - 20% จ่ายด้วยอัตราเท่ากันทุกจังหวัด
2. การจัดสรรหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เม.ย.69 เป็นตัวแทนการจ่าย สังกัดอื่นๆ เป็นไปตามผู้มีสิทธิรายเดือน
3. การคำนวนอาจปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิได้ เพื่อรองรับนโยบายรัฐบาลยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่”
4. กรณี รพ.สต.ถ่ายโอน พิจารณาการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการโดยตรง ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ
5. กรณีหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ. และภาคเอกชนจัดสรรตาม Point ประชากรรายเดือน คูณด้วยอัตราจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน
6. กรณี สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับการจ่ายตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งอาจกำหนดให้จ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการ ตามที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ (อปสข.)
7. อาจพิจารณากันเงินงบประมาณของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับบริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การ Clearing house ค่าบริการ OP Refer และค่าบริการ OP anywhere ในจังหวัด

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

(ร่าง)หลักการบริหารค่าบริการ IP-ทั่วไป ปี 2570 (2,225.99 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

เรื่อง	ปีงบประมาณ 2570
การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป	**คงเดิม แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่** **1. กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ หลักเกณฑ์การกันเงินและจำนวนเงินที่กันไว้ให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด** **2. ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขตพื้นที่ โดยจัดสรรเงินเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่)**
การกำหนดวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่)	**ดำเนินการโดยมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ผ่านกลไกคณะกรรมการร่วมฯ สป.สช. และ สธ. โดยใช้ข้อมูลดังนี้** 1. ข้อมูล RW ย้อนหลัง 10 ปี 2. โครงสร้างประชากร* 3. จำนวน รพ. เอกชน ในจังหวัด (เฉพาะ UCEP)
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจากการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่)	• เขตนำร่องตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเพิ่มเติม • มีการกำหนดเป้าหมายการให้บริการ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย • มีการปรับอัตราจ่ายให้สะท้อนต้นทุนการจัดบริการในพื้นที่และการส่งต่อ ในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อ AdjRW • หากการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) มีเงินเหลือ ให้ สธ. และ สป.สช.จัดทำข้อเสนอจ่ายเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการสังกัด สป. สธ. โดยให้คงหลักการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการนอกสังกัด สป.สธ. ได้รับการจ่ายแต่ละประเภทบริการ โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนที่คณะกรรมการแต่งตั้ง

(ร่าง) ข้อเสนอการจัดสรรงบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2570

CARE (Collaborative Area-based Reimbursement with Excellence)

ผ่านความเห็นชอบจากการประชุม คคก.ร่วม วันที่ 20 ต.ค.69

1. คำนวณเพดานเขต (14 เขต) → **2. ปรับ base rate ตามคุณภาพ** → **3. ผลงานจริง** → **4. RW ส่วนเกิน**

- ข้อมูล RW ย้อนหลัง 10 ปี
- โครงสร้างประชากร*
- จำนวน รพ. เอกชน ในจังหวัด (เฉพาะ UCEP)

- **ตัวชี้วัด:** อัตราการติดเชื้อใน รพ.
- เริ่มใช้ 1 ต.ค. 69 → ติดตามผล มิ.ย. 70

- จ่ายภายในเพดาน
- ติดตามรายไตรมาส

- เบิกกองกลาง**อัตราถดถอย**
- เกิน ≤5%: จ่าย 100%
- เกิน 5–10%: จ่าย 90%
- เกิน >10%: จ่าย 80%

*อ้างอิงข้อมูลจำนวนประชากรไทยจำแนกตามอายุ จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php)

(ร่าง) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป

ประเภทบริการ	ประกาศข้อ	อัตราจ่าย	หน่วย
นอกเขต — ทั่วไป	20.1	10,000	บาท/AdjRW
นอกเขต — ODS	20.2	10,000	บาท/RW
นอกเขต — Home Chemo CA Colon	20.3	10,000 (เสมือน ODS)	บาท/RW
นอกเขต — MIS	20.4	10,000	บาท/AdjRW
สำรองเตียง	20.5	ตามข้อตกลง/ไม่เกินเพดาน ≤ 15,000	บาท/AdjRW
มาตรา 7 Refer /UCEP	20.6	ตามรายการ FS/ตามตกลง/จ่ายตามจริง	
นิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ	20.7	*6,500*	บาท/Visit
เด็นแรกเกิดน้ำหนัก <1,500g (ปกติ)	20.8	10,000	บาท/AdjRW
เด็กแรกเกิดน้ำหนัก <1,500g (หัตถการสูง)	20.8	*12,000*	บาท/AdjRW
การบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤติ	20.9	ไม่เกิน 15,000 บาท สำหรับวันแรกที่เข้ารับบริการ ตั้งแต่วันที่สองเป็นต้นไป ให้จ่ายในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อวัน	
UCEP ภาครัฐ	20.10	จ่ายตามจำนวนแพทย์ EP	
Outlier (ORS) ค่าใช้จ่ายจริงสูงกว่าค่าเฉลี่ยมากผิดปกติ (เกินเกณฑ์)	20.11	*จ่ายเพิ่มเติมเพื่อ*เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่ม DRGs	
ในเขตพื้นที่ ทุกกรณี	20.12	ไม่เกิน 10,000	บาท/AdjRW

(ร่าง) แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2570

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการ P&P
(448.28 บาท x ปชก. ทุกสิทธิ 67.176 ล้านคน*)

- *เป้าหมาย Thai pop 67.176 ล้านคน โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2569 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

Central Procurement & NPP

1) **Central Procurement**
   - วัคซีน ตามแผนการให้วัคซีน
   - ยายุติการตั้งครรภ์
   - สมุดบันทึกสุขภาพ
   - ถุงยางอนามัย
2) โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ บริการถุงยางอนามัย บริการสายด่วนสุขภาพจิต บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ บริการสายด่วนท้องไม่พร้อม บริการมิตรภาพบำบัด ธนาคารนมแม่ บริการจิตเวชครบวงจร บริการภาวะก่อนเบาหวานระยะสงบ (Pre-DM Remission)

PPA

1) จ่ายตาม โครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ
2) ให้ สปสช. เขตจัดให้มีกลไกการอนุมัติ กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานของทุก แผนงาน/โครงการให้ได้ผลผลิตผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณ ตามที่กำหนดโดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับพื้นที่

P&P basic services

1) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ รวมบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดทุกราย บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน บริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก บริการคัดกรองโควิด 19 และบริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter โดยคำนวณอัตราเหมาจ่าย รวมค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค
   - 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

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

อาจพิจารณากันเงินงบประมาณของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับบริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

(ร่าง) การบริหารการปรับลดค่าแรงของหน่วยบริการภาครัฐ ปีงบประมาณ 2570

การกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรง

1. **แยกเพดานค่าแรงในระบบเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการของรัฐอื่นๆ**
2. **ปรับลดค่าแรงจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบในภาพรวม ตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ และให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้**
3. **วิธีการปรับลดค่าแรงแบ่งเป็น 3 กลุ่ม**

3.1 หน่วยบริการรัฐสังกัดอื่นๆ ที่อยู่ในเขต 1-12 ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ โดยให้ปรับลดจากรายรับ OP/PP/IP โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ

3.2 หน่วยบริการรัฐสังกัดอื่นๆ ที่อยู่ในเขต 13 สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

3.3 หน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. โดยปรับลดจากรายรับที่ได้จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับลดค่าแรง โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนที่คณะกรรมการแต่งตั้ง

(ร่าง) การบริการงบ Basic payment หน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ปี 2570

1. ค่าบริการ OP-PP เหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จ่ายด้วยอัตราจ่ายระดับจังหวัด (หลังปรับลดอัตราจ่ายเพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาล) จ่ายรายเดือนตาม Point ประชากรที่ลงทะเบียน และค่าบริการ PP work word คำนวณจ่ายตามผลงานเดือน เม.ย.68-มี.ค.69
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%

สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจำร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ให้ สปสช. พิจารณาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(1) จัดสรรผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP)

(2) จัดสรรโดยตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วแต่กรณี ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ

(3) จัดสรรตามแนวทางอื่นที่ สปสช. กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

เพื่อประโยชน์ในการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง กรณีสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการประจำ แม้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้ว โดยอาจเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์) เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเครือข่ายกันเอง หรือเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการภาคเอกชน

(ร่าง) การจัดสรรเงินให้หน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ

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

  1. OP-PP แบบเหมาจ่าย
  2. ค่าบริการจ่ายตามผลงานบริการ

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

การบริหารการโอนงบค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. สอน.และ รพ.สต.ถ่ายโอนฯในปีงบประมาณ 2570 ระหว่างรอการปรับเกลี่ยรายรับค่าบริการ

เพื่อให้หน่วยบริการมีงบประมาณในการจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้มีสิทธิ ในระหว่างรอการปรับเกลี่ยในปีงบประมาณ 2570 การจัดสรรค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) แบบเหมาจ่าย ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ทั้งหน่วยบริการประจำ และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนฯ ให้จัดสรรเงิน 25% ตามผลการปรับเกลี่ยเงินปีงบประมาณ 2569 ไปพลางก่อน

ทั้งนี้ กรณีมีข้อตกลงโอนเงินกับหน่วยบริการประจำเพิ่มเติม ให้สำนักงานฯ พิจารณาจัดสรรเงินโดยไม่เกินรายรับปีงบประมาณ 2570

ผ่านความเห็นชอบจากการประชุม คคก.หลักฯ วันที่ 7 ต.ค.69

(ร่าง) กรอบการบริหารค่าเสื่อม ปี 2570 (128.69 บ./ปชก.)

1) หลักเกณฑ์การจัดสรร คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนจัดสรรดังนี้

1. บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.1 สำหรับกลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้จำนวนผู้มีสิทธิ ที่ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 เมษายน 2569 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

1.2 หน่วยบริการสังกัดอื่น ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2569 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

2. สำหรับบริการผู้ป่วยใน ใช้จำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยใน ที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ (ตุลาคม 2568 – มีนาคม 2569)

2) การทำรายการแผนฯ ตามค่าใช้จ่ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข

3) กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และจ่ายตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

4) กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ร้อยละ 100 บริหารระดับเขตพื้นที่

การจ่ายค่าบริการตามโครงการ และตามเงื่อนไขที่ตกลงไว้กับสำนักงานฯ

ลำดับที่	กองทุน	ชื่อโครงการ	รูปแบบการจ่าย
1	ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV	ศูนย์องค์รวม	จ่ายตามงวดงาน
2		Stand by you	จ่ายตามงวดงาน
3	ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ	การบริหารวัคซีนและสมุดบันทึกสุขภาพ	จ่ายตามงวดงาน
4		บริการสายด่วนสุขภาพจิต	จ่ายตามงวดงาน
5		บริการสายด่วนเลิกบุหรี่	เหมาจ่ายรายปี
6		บริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม	เหมาจ่ายรายปี
7		บริการมิตรภาพบำบัด	จ่ายตามงวดงาน
8		ธนาคารนมแม่	เหมาจ่ายรายปี
9		บริการคัดกรองสุขภาพจิต	จ่ายตามงวดงาน
10		กรมแพทย์ทหารเรือ	จ่ายตามงวดงาน
11	บริการทางการแพทย์ขั้นสูงสุด	โปรตอน	เหมาจ่ายรายปี
12		ศูนย์พิษ	เหมาจ่ายรายปี
13		3D printing	เหมาจ่ายรายปี
14		MRI lilac	เหมาจ่ายรายปี
15		AI Chest	เหมาจ่ายรายปี

Thank You



หลอมรวมเครือข่าย...หลากหลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน