กลุ่มย่อย 2 บริการโรคเฉพาะ

Workshop

29 - 30 ต.ค.69

โรงแรมเซ็นทารา ไลฟ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ

(ร่าง) มติการประชุม คคก.หลัก วันที่ 7 ตุลาคม 2569

1. รับทราบผลการเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
2. เห็นชอบข้อเสนอการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยให้ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขภายใต้คณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คณะกรรมการร่วมฯ) พิจารณางบประมาณของกองทุนรายการอื่นคงเหลือ มาชดเชยค่าบริการที่เกินเป้าหมายก่อน ทั้งนี้ การจ่ายชดเชยหรือการจัดสรรค่าบริการให้พิจารณาจากงบประมาณคงเหลือหลังนำภาระงบประมาณของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มาเบิกจ่ายและฐานการจ่ายของปีก่อนหน้า โดยในระหว่าง สปสช. ของบกลาง เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการชดเชยค่าบริการที่ได้ดำเนินการไปแล้วและไม่เกิดปัญหาสภาพคล่องในระหว่างรองบกลาง ให้ใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ และให้ สปสช. เสนอปรับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 กรณีจำเป็น
3. มอบ สปสช.หารือร่วมกับคณะกรรมการร่วมฯ ผู้เชี่ยวชาญ ราชวิทยาลัยด้านต่างๆ ทบทวนการออกแบบระบบบริหารการจ่าย และมาตรการลดบริการที่ไม่จำเป็น โดยมุ่งเน้นการสร้างความมั่นใจระบบงบประมาณปลายปิด กำหนดโควตา หรือเป้าหมายรายบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ.2570 หลังจากมีการพิจารณาผลกระทบงบประมาณกรณีผลงานเกินเป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 และจัดทำข้อเสนอการแก้ไขปัญหายอดเบิกจ่ายที่คงค้างที่ยกมาและเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลัง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง
4. รับรองมติเพื่อดำเนินการได้ทันที

เพื่อใช้ประกอบการประชุมหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 20 ตุลาคม 2569 ณ สำนักนายกรัฐมนตรี

ผลการเบิกจ่ายงบกองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

สปสช.

	รายการ	[1] งบประมาณ 2569 หลังปรับค่าแรงเบื้องต้น	[2] งบประมาณตั้งต้น หลังปรับเกลี่ยตามมติบอร์ด	[3] ค่าใช้จ่าย ปี 69	[4] งบประมาณคงเหลือ/ไม่เพียงพอ	[5] ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้งบประมาณ ปี 69	[6]=[4]-[5] งบประมาณคงเหลือ/ไม่เพียงพอ
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว		**133,154.28**	**136,048.32**	**134,768.21**	**1,280.11**	**7,743.83**	**-6,463.72**
1	ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)						
	1.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	*37,640.01*	*37,640.01*	*36,641.81*	*998.20*	*0.00*	*998.20*
	*1.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.6**	*53,989.93*	*59,439.93*	*57,118.72*	*2,321.20*	*0.00*	*2,321.20*
	1.3 บริการกรณีเฉพาะ	*31,895.69*	*29,639.73*	*32,800.94*	*-3,161.21*	*6,456.94*	*-9,618.15*
	1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	*503.05*	*503.05*	*503.05*	*0.00*	*170.92*	*-170.92*
	1.5 บริการแพทย์แผนไทย	*3,012.58*	*2,712.58*	*1,596.61*	*1,115.97*	*1,115.97*	*0.00*
	1.6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	*6,113.03*	*6,113.03*	*6,107.09*	*5.95*	*0.00*	*5.95*
กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว		**60,694.97**	**57,800.93**	**53,768.09**	**4,032.84**	**5,098.98**	**-1,066.14**
2	ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	*4,529.36*	*4,179.19*	*4,513.52*	*-334.33*	*647.24*	*-981.57*
3	ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	*16,074.98*	*15,991.24*	*18,967.94*	*-2,976.69*	*2,405.56*	*-5,382.25*
4	ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง						
	- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคในผู้ป่วยเบาหวานและ	*1,355.31*	*855.31*	*617.04*	*238.27*	*74.42*	*163.86*
	- งบบริการผู้ป่วยจัดเวทีเรื้อรังในชุมชน	*132.15*	*82.15*	*76.87*	*5.28*	*0.00*	*5.28*
	- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้น	*213.14*	*73.01*	*73.01*	*0.00*	*0.00*	*0.00*
5	ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดา	*1,490.29*	*1,490.29*	*1,490.29*	*0.00*	*0.00*	*0.00*
6	ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	*3,770.48*	*5,586.05*	*5,299.14*	*286.91*	*283.75*	*3.16*
7	ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น						
7.1	ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบา	*3,870.31*	*3,300.00*	*2,511.30*	*788.70*	*0.00*	*788.70*
7.2	ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	*5,514.37*	*4,353.25*	*2,557.14*	*1,796.11*	*550.71*	*1,245.40*
7.3	ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	*541.02*	*456.87*	*335.49*	*121.38*	*0.00*	*121.38*
8	เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	*562.23*	*562.23*	*236.79*	*325.44*	*0.00*	*325.44*
9	ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ไม่รวมเงินเดือน)						
	- P&P Basic service	*12,090.34*	*11,852.63*	*10,449.47*	*1,403.15*	*0.00*	*1,403.15*
	- P&P Basic service (Fee schedule)	*6,319.07*	*5,468.27*	*4,580.27*	*887.99*	*815.00*	*72.99*
	- P&P National	*2,709.14*	*2,818.31*	*1,820.31*	*998.00*	*322.29*	*675.71*
	- P&P Area based	*270.51*	*270.51*	*239.50*	*31.01*	*0.00*	*31.01*
	- P&P NCD	*1,252.27*	*461.61*	*0.00*	*461.61*	*0.00*	*461.61*
	รวม	**193,849.25**	**193,849.25**	**188,536.29**	**5,312.95**	**12,842.81**	**-7,529.86**
	กันเงินค่าบริการผู้ป่วยในไว้ถึงวันที่ 31 ธ.ค.69 สำหรับพิจารณาจ่ายกรณีที่หน่วยบริการเก็บข้อมูลบริการปี 2569 ส่งเบิกในปีงบประมาณ 2570						* 2,321.20
						งบประมาณไม่เพียงพอที่ส่งเบิกในปี ปี 69	**-9,851.06**
	เครือข่ายต้านยาและเวชภัณฑ์ฯ (รพ.ราชวิถี) ยังไม่ได้ส่งผลการจัดหาฯ ตามแผนและวงเงินที่ผ่านความเห็นชอบจาก คคก.หลักฯ จำนวน 4,165 ล้านบาท ซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ 2570						4,165.87
						งบประมาณไม่เพียงพอและต้องใช้งบประมาณทั้งหมดใน ปีงบประมาณ 2570	**-14,016.93**

เพื่อใช้ในการประชุมสัมมนาวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ วันที่ 29 ตุลาคม 2569 ณ โรงแรม

หมายเหตุ : * เงินค่าบริการผู้ป่วยใน จำนวน 2,321.20 ล้านบาท เป็นเงินกันระดับประเทศ ยังไม่รวมเงิน Global budget คงเหลือของระดับเขต

งบประมาณเฉพาะกลุ่มบริการกรณีเฉพาะที่ได้รับปี 2570

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอแนวทางการบริหารและการปรับประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ.2570

กรณี CA anywhere

การประชุม Workshop การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปี 2570 ร่วมกับคกก.ร่วมกับก.สธ. และผู้แทนหน่วยบริการ

วันที่ 29-30 ตุลาคม 2569 เวลา 9.00-16.30 น.

ณ โรงแรมเซ็นทารา ไลฟ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

ผลการเบิกจ่ายงบกองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

สปสช.

รายการ	[1] งบประมาณ 2569 หลังปรับค่าแรงเบื้องต้น	[2] งบประมาณตั้งต้นหลังปรับเกลี่ยตามมติบอร์ด	[3] งบประมาณใช้ไป ปี 69 ณ 19 ต.ค.69 (ผลการส่งเบิก ณ 15 ส.ค.69)	[4]=[2]-[3] งบประมาณคงเหลือ/ไม่เพียงพอ	[5] ค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่างดำเนินการเบิกจ่าย	[6]=[4]-[5] งบประมาณคงเหลือ/ไม่เพียงพอ	[7] ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้งบประมาณ ปี 69	[8]=[6]-[7] งบประมาณคงเหลือ/ไม่เพียงพอ
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	**133,154.28**	**136,048.32**	**126,117.08**	**9,931.24**	**8,651.13**	**1,280.11**	**7,743.83**	**-6,463.72**
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)								
1.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	*37,640.01*	*37,640.01*	*35,937.86*	*1,702.14*	*703.94*	*998.20*	*0.00*	*998.20*
*1.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.6**	*53,989.93*	*59,439.93*	*54,764.10*	*4,675.82*	*2,354.62*	*2,321.20*	*0.00*	*2,321.20*
1.3 บริการกรณีเฉพาะ	*31,895.69*	*29,639.73*	*27,896.64*	*1,743.09*	*4,904.30*	*-3,161.21*	*6,456.94*	*-9,618.15*
1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	*503.05*	*503.05*	*225.10*	*277.95*	*277.95*	*0.00*	*170.92*	*-170.92*
1.5 บริการแพทย์แผนไทย	*3,012.58*	*2,712.58*	*1,186.29*	*1,526.29*	*410.32*	*1,115.97*	*1,115.97*	*0.00*
1.6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	*6,113.03*	*6,113.03*	*6,107.09*	*5.95*	*0.00*	*5.95*	*0.00*	*5.95*
กลุ่ม B - ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว	**60,694.97**	**57,800.93**	**48,583.38**	**9,217.55**	**5,184.71**	**4,032.84**	**5,098.98**	**-1,066.14**
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	*4,529.36*	*4,179.19*	*3,377.10*	*802.09*	*1,136.41*	*-334.33*	*647.24*	*-981.57*
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	*16,074.98*	*15,991.24*	*16,763.58*	*-772.34*	*2,204.35*	*-2,976.69*	*2,405.56*	*-5,382.25*
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง								
- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคในผู้ป่วยเบาหวานและ	*1,355.31*	*855.31*	*583.78*	*271.53*	*33.26*	*238.27*	*74.42*	*163.86*
- งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	*132.15*	*82.15*	*76.72*	*5.43*	*0.15*	*5.28*	*0.00*	*5.28*
- งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั	*213.14*	*73.01*	*73.01*	*0.00*	*0.00*	*0.00*	*0.00*	*0.00*
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัน	*1,490.29*	*1,490.29*	*1,490.29*	*0.00*	*0.00*	*0.00*	*0.00*	*0.00*
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	*3,770.48*	*5,586.05*	*5,299.14*	*286.91*	*0.00*	*286.91*	*283.75*	*3.16*
7 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น								
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบ	*3,870.31*	*3,300.00*	*2,511.30*	*788.70*	*0.00*	*788.70*	*0.00*	*788.70*
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	*5,514.37*	*4,353.25*	*2,557.14*	*1,796.11*	*0.00*	*1,796.11*	*550.71*	*1,245.40*
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	*541.02*	*456.87*	*335.49*	*121.38*	*0.00*	*121.38*	*0.00*	*121.38*
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	*562.23*	*562.23*	*236.79*	*325.44*	*0.00*	*325.44*	*0.00*	*325.44*
9 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ไม่รวมเงินเดือน)								
- P&P Basic service	*12,090.34*	*11,852.63*	*10,095.45*	*1,757.17*	*354.02*	*1,403.15*	*0.00*	*1,403.15*
- P&P Basic service (Fee schedule)	*6,319.07*	*5,468.27*	*4,107.33*	*1,360.94*	*472.95*	*887.99*	*815.00*	*72.99*
- P&P National	*2,709.14*	*2,818.31*	*836.75*	*1,981.56*	*983.56*	*998.00*	*322.29*	*675.71*
- P&P Area based	*270.51*	*270.51*	*239.50*	*31.01*	*0.00*	*31.01*	*0.00*	*31.01*
- P&P NCD	*1,252.27*	*461.61*	*0.00*	*461.61*	*0.00*	*461.61*	*0.00*	*461.61*
รวม	**193,849.25**	**193,849.25**	**174,700.46**	**19,148.79**	**13,835.84**	**5,312.95**	**12,842.81**	**-7,529.86**
กันเงินค่าบริการผู้ป่วยในไว้ถึงวันที่ 31 ธ.ค.69 สำหรับพิจารณาจ่ายกรณีที่หน่วยบริการเก็บข้อมูลบริการปี 2569 ส่งเบิกในปีงบประมาณ 2570								* 2,321.20
งบประมาณไม่เพียงพอที่ส่งเบิกในปี ปี 69								**-9,851.06**
เครือข่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ฯ (รพ.ราชวิถี) ยังไม่ได้ส่งผลการจัดหาฯ ตามแผนและวงเงินที่ผ่านความเห็นชอบจาก คคก.หลักฯ จำนวน 4,165 ล้านบาท ซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2570								4,165.87
งบประมาณไม่เพียงพอและต้องใช้งบประมาณทั้งหมดใน ปีงบประมาณ 2570								**-14,016.93**

หมายเหตุ : * เงินค่าบริการผู้ป่วยใน จำนวน 2,321.20 ล้านบาท เป็นเงินกันระดับประเทศ ยังไม่รวมเงิน Global budget คงเหลือของระดับเขต

เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10/2569 วันที่ 20 ตุลาคม 2569

ภาพรวมการเบิกจ่ายกรณี CR ภายในปีงบประมาณ 2569

รายการ	[1] งบประมาณ 2569 หลังปรับค่าแรงเบื้องต้น	[2] งบประมาณตั้งต้นหลังปรับเกลี่ยตามมติบอร์ด	[3]=[1]-[2] ค่าใช้จ่าย ปี 69	[4] งบประมาณคงเหลือ/ไม่เพียงพอ	[5] ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้งบประมาณ ปี 69	[6]=[4]-[5] งบประมาณคงเหลือ/ไม่เพียงพอ
Chemo/Radia-OP&IP	3,082,475,700	3,082,475,700	2,937,826,341	144,649,359	601,860,954	-457,211,595
มะเร็งไปไหนก็ได้ CANCER_Anywhere	4,655,336,100	4,155,336,100	4,987,712,484	-832,376,384	991,439,638	-1,823,816,021
Cataract	1,898,160,387	1,307,100,387	1,950,747,400	-643,647,013	412,113,600	-1,055,760,613
Instrument-OP&IP (ไม่รวมวงเงินแผนจัดหายา และอุปกรณ์)	11,440,264,720	10,351,464,720	12,540,402,339	-2,188,937,619	2,583,491,433	-4,772,429,051
รวมทั้งสิ้น	**21,076,236,907**	**18,896,376,907**	**22,416,688,564**	**-3,520,311,657**	**4,588,905,624**	**-8,109,217,281**

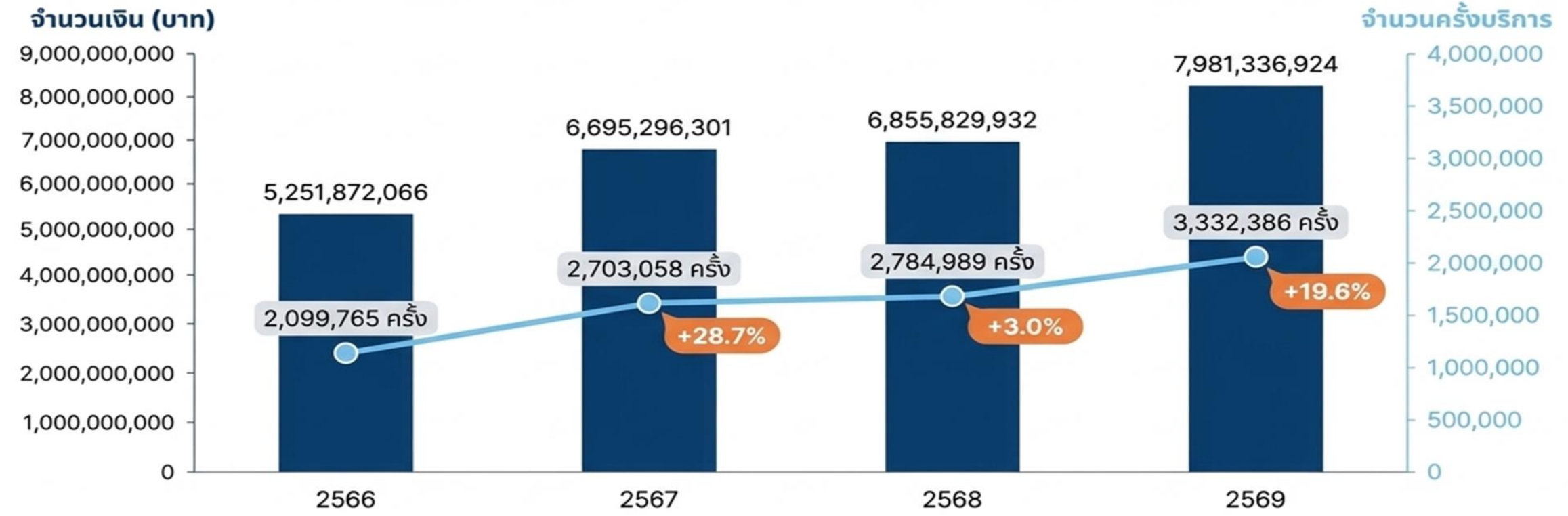
ข้อมูล ณ วันที่ 20 ตุลาคม 2569

ข้อมูลการเบิกจ่ายกรณี CA anywhere ปีงบประมาณ 2569

รายการ	[1] งบประมาณ 2569 หลังปรับค่าแรงเบื้องต้น	[2] งบประมาณ 2569 หลังปรับตามมติ คคก.หลัก 2 มี.ค.69	[3] งบประมาณใช้ไป ปี 69	[4]=[2]-[3] งบประมาณคงเหลือ	[5] ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้งบประมาณ ปี 69	[6]=[4]-[5] งบประมาณคงเหลือ/ไม่พอ
Chemo/Radia-OP&IP (IP เริ่มปี58)	3,082,475,700	3,082,475,700	2,937,826,341	144,649,359	601,860,954	-457,211,595
มะเร็งไปไหนก็ได้ CANCER_Anywhere	4,655,336,100	4,155,336,100	4,987,712,484	-832,376,384	991,439,638	-1,823,816,021
รวม	7,737,811,800	7,237,811,800	7,925,538,825	-687,727,025	1,593,300,591	-2,281,027,616

ข้อมูลการเบิกจ่ายการณี CA anywhere ปีงบประมาณ 2566-2569

ภาพรวมงบประมาณและปริมาณบริการ (ปี 2566-2569)



งบประมาณและจำนวนครั้งการรับบริการเติบโตอย่างต่อเนื่อง
สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจาก 312,341 คน (ปี 2566) สู่ 468,497 คน (ปี 2569)

ที่มา : ข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายจากโปรแกรม e-claim ปีบประมาณ 2529 ข้อมูลตาม datesend ถึง 15 ก.ย.69 ประมวผลโดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล ประมวลผล ณ 19 ต.ค. 69
เสนอการประชุม Workshop การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปี 2570 ร่วมกับคกก.ร่วมกับก.สธ. และผู้แทนหน่วยบริการ วันที่ 29--30 ตุลาคม 2569

ข้อมูลการเบิกจ่ายการณี CA anywhere ปีงบประมาณ 2566-2569 จำแนกตามรายการเบิกจ่าย

สรุปภาพรวมการให้บริการและงบประมาณ (ปี 2566-2569)

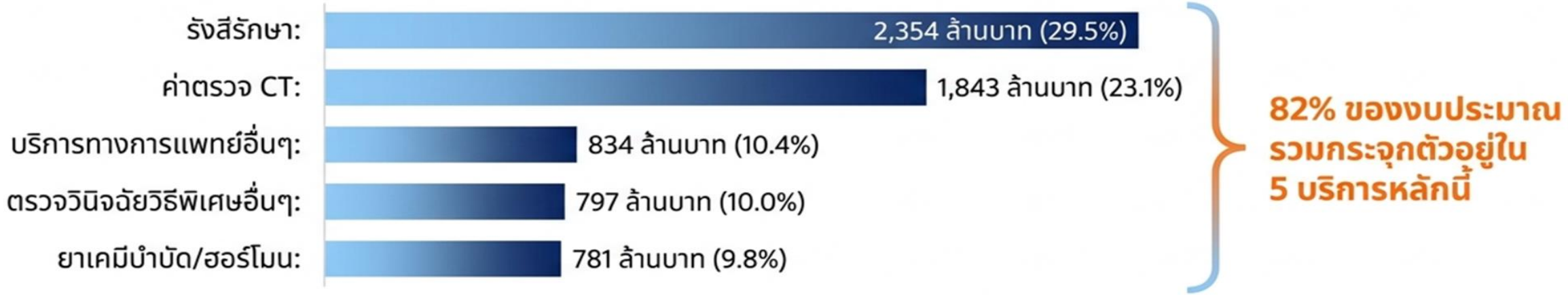
กรณีเคมีบำบัด ฮอร์โมน รังสีรักษา และ CA Anywhere

สรุปสาระสำคัญ: อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นราว 50% ในระยะเวลา 4 ปี ส่งผลให้งบประมาณรวมเติบโตตามปริมาณผู้ป่วย

ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
312,341 คน	391,242 คน	405,969 คน	468,497 คน
2.09 ล้านครั้ง	2.70 ล้านครั้ง	2.78 ล้านครั้ง	3.33 ล้านครั้ง
5.25 พันล้านบาท	**6.69 พันล้านบาท**	**6.85 พันล้านบาท**	**7.98 พันล้านบาท**

ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย คงที่อย่างมีประสิทธิภาพ
~16,814 บาท (ปี 66) → ~17,036 บาท (ปี 69)

5 อันดับรายการที่ใช้งบประมาณสูงสุด (คาดการณ์ปี 2569)



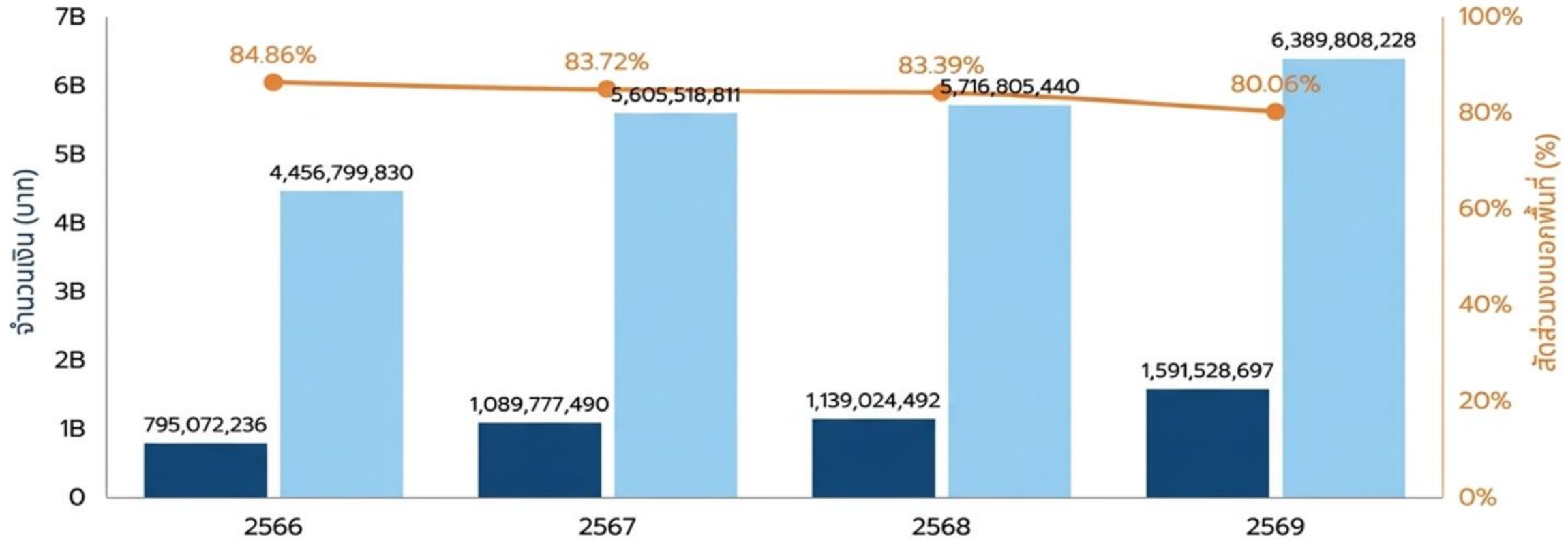
ที่มา : ข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายจากโปรแกรม e-claim ปีบประมาณ 2529 ข้อมูลตาม datesend ถึง 15 ก.ย.69 ประมวผลโดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล ประมวลผล ณ 19 ต.ค. 69

เสนอการประชุม Workshop การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปี 2570 ร่วมกับคกก.ร่วมกับก.สธ. และผู้แทนหน่วยบริการ วันที่ 29--30 ตุลาคม 2569

ข้อมูลการเบิกจ่ายการณี CA anywhere ปีงบประมาณ 2566-2569 จำแนกตามการให้บริการนอกหน่วยบริการประจำ

พฤติกรรมการเข้ารับการรักษา:

บริการในหน่วยบริการประจำ (Hcode=Hmain) /นอกหน่วยบริการประจำ (Hcode ≠Hmain)

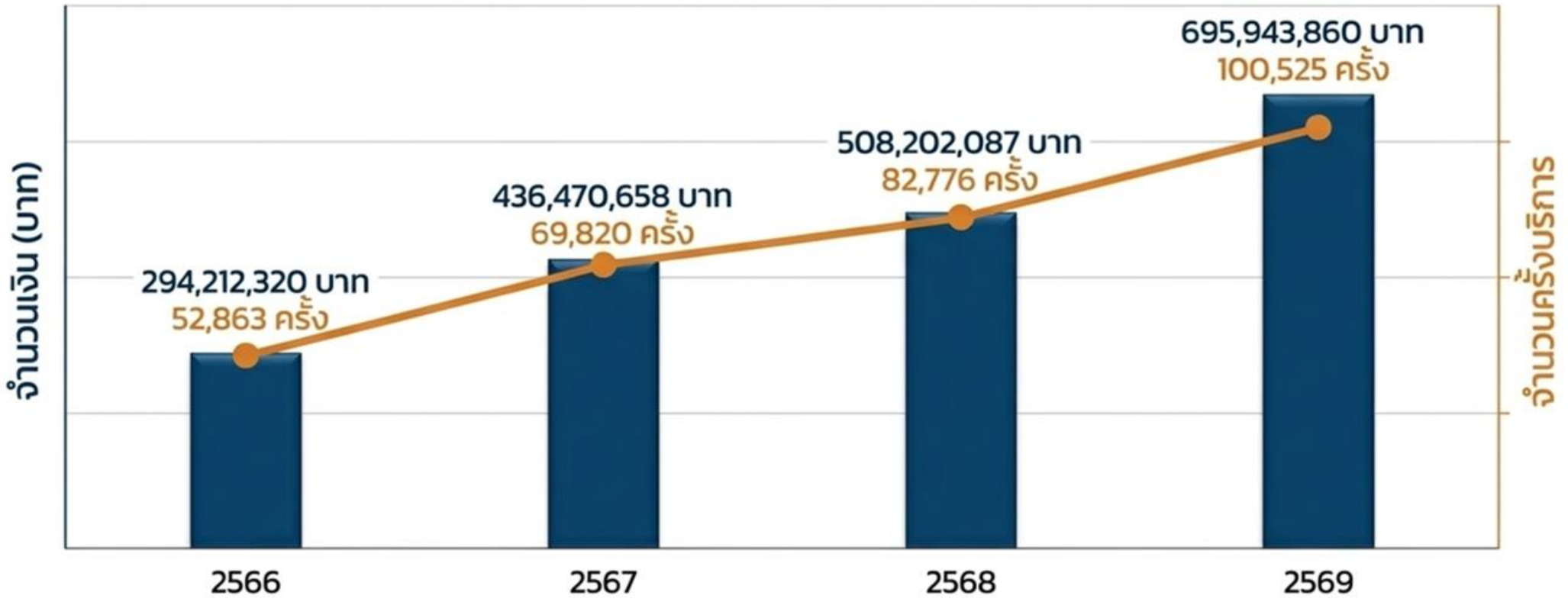


งบประมาณกว่า 80% ถูกใช้ไปกับการรักษาผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่ (hcode<>hmain)
ตอกย้ำถึงพฤติกรรมการเดินทางข้ามพื้นที่เพื่อแสวงหาการรักษาเฉพาะทาง

ที่มา : ข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายจากโปรแกรม e-claim ปีบประมาณ 2529 ข้อมูลตาม datesend ถึง 15 ก.ย.69 ประมวผลโดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล ประมวลผล ณ 19 ต.ค. 69
เสนอการประชุม Workshop การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปี 2570 ร่วมกับคกก.ร่วมกับก.สธ. และผู้แทนหน่วยบริการ วันที่ 29–30 ตุลาคม 2569

ข้อมูลการเบิกจ่ายการณี CA anywhere ปีงบประมาณ 2566-2569 หลังพ้นระยะ active please 1 ปี

ค่าใช้จ่าย ระยะติดตามผล (Non-Active Phase >= 1 ปี)



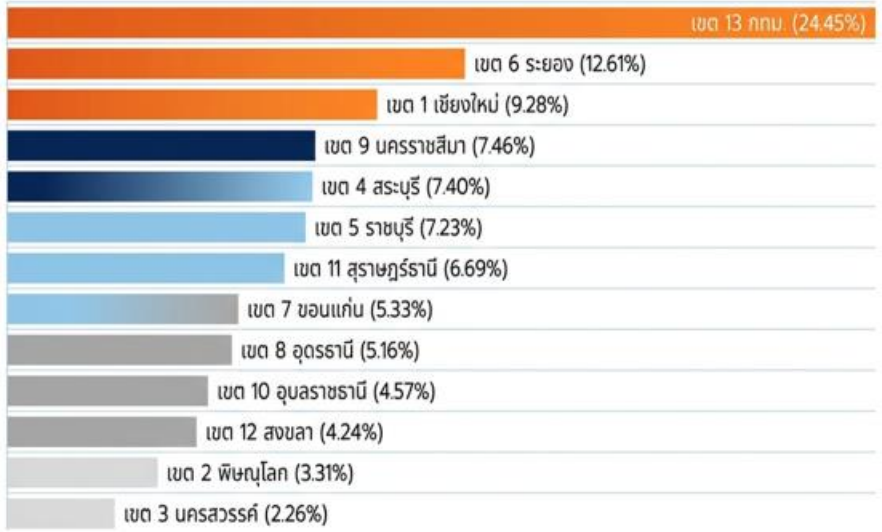
ต้นทุนการติดตามผลระยะยาว (Non-Active Phase >= 1 ปี) เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
โดยมีอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสูงกว่า 136% เมื่อเทียบจากปี 2566 ถึง 2569

ที่มา : ข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายจากโปรแกรม e-claim ปีบประมาณ 2529 ข้อมูลตาม datesend ถึง 15 ก.ย.69 ประมวผลโดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล ประมวลผล ณ 19 ต.ค. 69
เสนอการประชุม Workshop การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปี 2570 ร่วมกับคกก.ร่วมกับก.สธ. และผู้แทนหน่วยบริการ วันที่ 29–30 ตุลาคม 2569

ข้อมูลการเบิกจ่ายการณี CA anywhere ปีงบประมาณ 2569

247 แห่ง (หน่วยบริการ) | **4.68 แสนคน** (ผู้ป่วย) | **3.33 ล้านครั้ง** (บริการ) | **7,981 ล้านบาท** (เงินชดเชย)

สัดส่วนเงินชดเชยแยกตามเขต (ร้อยละ)

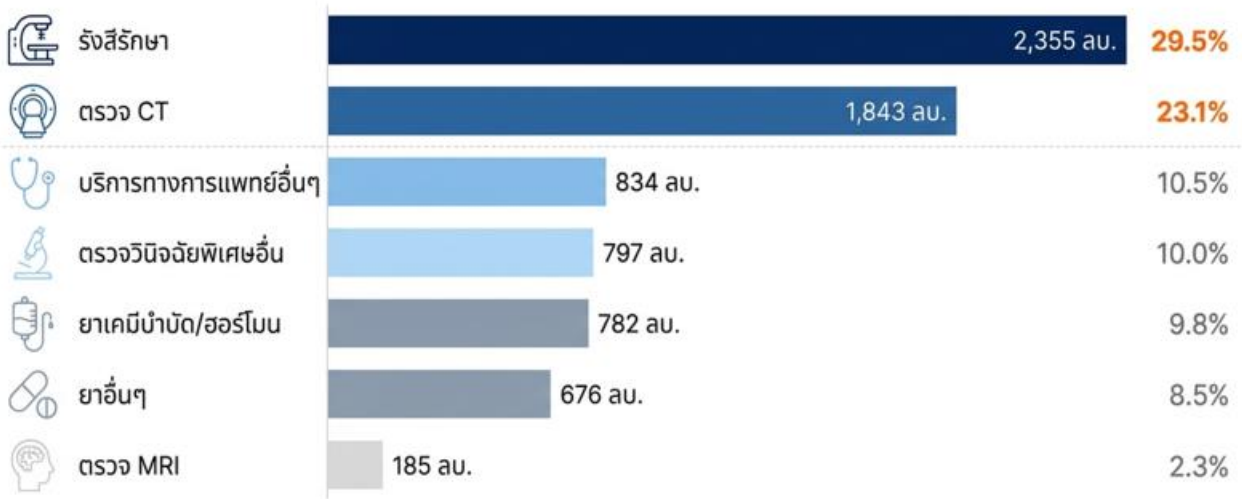


ข้อค้นพบสำคัญ

- **การกระจุกตัวของทรัพยากร (Resource Concentration):** 3 เขตสูงสุด (กทม., ระยอง, เชียงใหม่) ครองสัดส่วนงบประมาณรวมกันถึง 46.34% ของประเทศ
- **ศูนย์กลางปริมาณงานสูง (High Volume Node):** เฉพาะเขต 13 กทม. เพียงเขตเดียว รองรับผู้ป่วยเกือบ 20% (87,057 คน) และได้รับเงินชดเชยถึง 1 ใน 4 ของงบประมาณทั้งหมด (1,951 ล้านบาท)

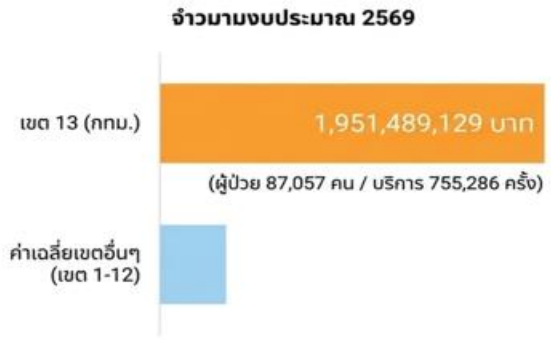
สรุปภาพรวมรายการเงินชดเชยสำคัญ ประจำปี 2569

กว่า 52% ของงบประมาณกระจุกตัวอยู่ใน 2 บริการหลัก ได้แก่ รังสีรักษา และตรวจ CT Scan



การกระจายตัวเชิงพื้นที่: เขต 13 กรุงเทพมหานคร





กรุงเทพมหานคร (เขต 13) แบกรับภาระหนักที่สุดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สัดส่วนงบประมาณถึง 24.4% ของภาพรวมประเทศในปี 2569 ทิ้งห่างเขตอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ

นโยบาย CA Anywhere: ภาระงานตามระดับสถานพยาบาล (ปี 2569)



โรงพยาบาลศูนย์ (A) และกลุ่มโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) เป็นเสาหลักในการรองรับนโยบาย CA Anywhere สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งยังคงมุ่งหน้าสู่สถานพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นหลัก

ประเด็นหารือกรณี CA anywhere

ปัญหา : การใช้งบประมาณเกินวงงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ทิศทางนโยบาย : จากมติอนุกรรมการโรคสำคัญฯ ภายใต้ คกก. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรับเปลี่ยนแนวคิดเป็น CA anywhere w System Management มะเร็งไปที่ไหนก็ได้ ภายใต้ระบบการจัดการ

แนวทาง :

- การจัดระบบเครือข่ายบริการในพื้นที่ ตั้งแต่ รพช ถึง รพ มหาวิทยาลัย และ รพ เอกชน
- ฟื้นฟูระบบ Nurse coการเชื่อมโยงข้อมูลบริการ
- การสื่อสารประสัมพันธ์ประชาชน/คนไข้ ให้มีความมั่นใจ ในระบบการจัดการ

ประเด็นหารือกรณี CA anywhere

สรุปแนวทางปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่าย "Cancer Anywhere" เพื่อการบริหารงบประมาณอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดและโจทย์สำคัญ
(CORE FRAMEWORK & KEY CHALLENGES)



กำหนด Active Phase ที่ 1 ปี

นับจากวันเริ่มรักษา หากต้องรักษาต่อเกิน 1 ปีอาจต้องลงทะเบียนใหม่ (Reactivate)

≈1,500/yr ล้านบาท



งบประมาณ CT/MRI/investigate

ในกลุ่มการเบิก HC16 เป็นหมวดหลักที่นำมาพิจารณา



ปัญหา "การจ่ายซ้ำซ้อน" คือโจทย์ใหญ่

โรงพยาบาลได้รับงบประจำอยู่แล้ว แต่ยังมาเบิกผ่าน Cancer Anywhere เพิ่มในบางกรณี

เปรียบเทียบ 4 ทางเลือกเชิงนโยบาย
(COMPARISON OF 4 POLICY OPTIONS)

ทางเลือกที่ 1 & 2: เน้นบริหารจัดการจ่าย vs ควบคุมรายการจ่าย



Option 1
จ่ายทุกอย่างเหมือนเดิม แต่บริหารจ่าย

- บริหารจ่าย, [illegible]
- ประหยัดน้อย, ไม่แก้ปัญหาจ่ายซ้ำซ้อน

: ระยะ active phase 1yr



Option 2
จ่ายเฉพาะรายการสำคัญ เพื่อลดงบ

- ลดงบประมาณได้ชัดเจน
- ระบบขับซ้อน, ต้องกำหนดรายการใหม่

: กำหนดรายการที่จ่าย

ทางเลือกที่ 3: แก้ปัญหาจ่ายซ้ำซ้อนโดยตรง



ไม่จ่ายกรณีผู้ป่วยรักษาในหน่วยบริการต้นสังกัด แต่อาจมีแรงต้านสูงและเป็นประเด็นอ่อนไหว

- แก้ปัญหาจ่ายซ้ำซ้อนโดยตรง
- อาจมีแรงต้านสูง, เป็นประเด็นอ่อนไหว

: ไม่จ่าย hcode=hmain

ทางเลือกที่ 4: ลดอัตราการจ่าย CT/MRI



ลดอัตราจ่าย CT/MRI ลง 20-25%

- ประหยัดงบประมาณได้ชัดเจน
- กระทบรายได้หน่วยบริการโดยตรง

: ปรับลดราคา CT/MRI

ภาพรวมการตัดสินใจ (DECISION OVERVIEW)



ข้อเสนอจากคณะทำงานฯ สธ.*

1) Colonoscopy : FIT Positive >> งบ PP
2) รังสีรักษา >> ปรับจ่าย Bundle Payment

กลุ่มย่อย 2 บริการโรคเฉพาะ CAG PCI

Workshop

29 - 30 ต.ค.69

โรงแรมเซ็นทารา ไลฟ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ

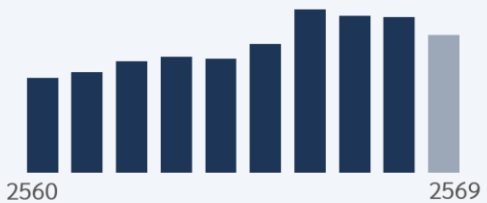
สรุปผลการทำหัตถการสายสวนหัวใจ ปีงบประมาณ 2569

ปริมาณหัตถการ

71,477

ครั้ง ปีงบประมาณ 2569

จำนวนครั้งรายปี



42%

ของหัตถการทั้งหมด
เป็น CAG alone

81%

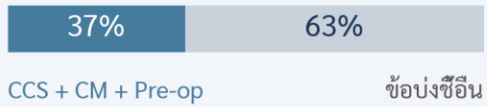
ผู้ป่วยรายใหม่ปี 2568 ที่ทำ CAG alone
ไม่ได้รับ PCI/CABG ใน 1 ปี

ข้อบ่งชี้

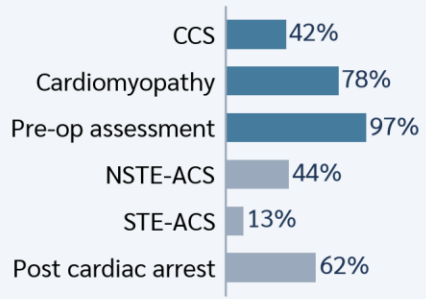
37%

เป็น CCS, Cardiomyopathy
หรือ Pre-op (25,003 ครั้ง)

สัดส่วนตามข้อบ่งชี้



% CAG alone แยกตามข้อบ่งชี้



ผลลัพธ์

3.3%

อัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาล

อัตราเสียชีวิตรายปี (%)



1.0% vs 4.2%

อัตราเสียชีวิต เอกชน vs รัฐบาล

5.5% ไตวายเฉียบพลัน

1.1% Stroke

ค่าใช้จ่าย

4,578

ล้านบาท ยอดเบิกจ่ายปี 2569 (ข้อมูลยังไม่ครบปี)
เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.7% ต่อปี (2560–2568)

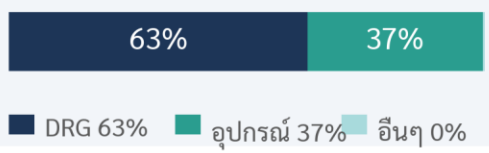
ยอดเบิกจ่ายรายปี (ล้านบาท)



64,847

บาท ค่าเฉลี่ยต่อครั้ง ปี 2569

สัดส่วนยอดเบิกจ่าย ปี 2569



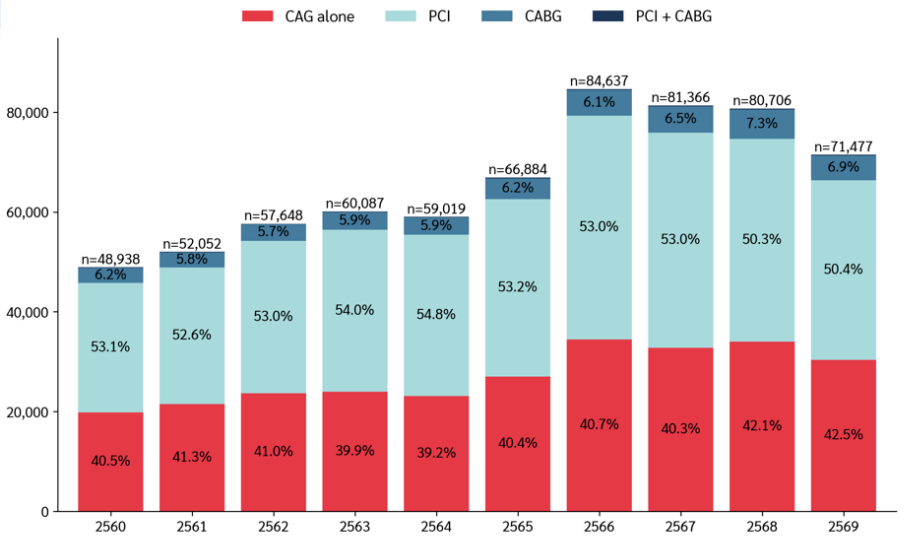
ข้อมูลปี 2569 ถึง 14 ก.ย. 2569 ยังไม่ครบปี (แท่งจาง) | ข้อบ่งชี้นับเฉพาะ admission ที่เชื่อม dataform ได้ | อัตราเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนยังไม่ได้ปรับความรุนแรงของผู้ป่วย
81% = ผู้ป่วยรายใหม่ปี 2568 (ติดตามครบ 1 ปี) | ปี 2569 DRG เฉลี่ยต่อครั้งต่ำกว่าปี 2568 ประมาณ 30% ทุกหัตถการ (อยู่ระหว่างตรวจสอบสาเหตุ) | ค่าเฉลี่ยต่อครั้งคำนวณเฉพาะที่จ่ายแล้ว

CAG/PCI ผลลัพธ์การเข้าถึงบริการและคุณภาพการบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจผ่านสายสวน ปีงบประมาณ 2569

ผลลัพธ์การเข้าถึงบริการ

ปีงบประมาณ 2569 ทำหัตถการสายสวนหัวใจทั้งหมด 71,477 ครั้ง เป็น CAG alone 30,367 ครั้ง (42.5%)

แนวโน้มการทำหัตถการสายสวนหัวใจ จำแนกประเภทหัตถการ ปีงบประมาณ 2560–2569 (ข้อมูลปี 2569 1 ต.ค. 68 ถึง 14 ก.ย. 2569)



ปีงบประมาณ 2569

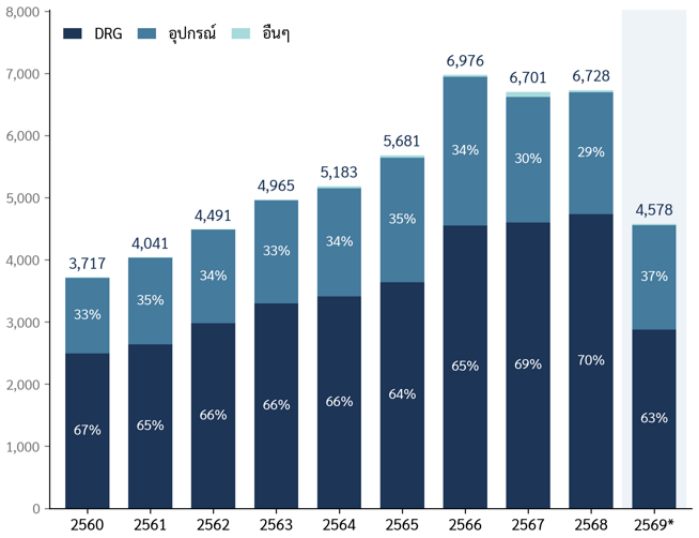
รวมทั้งหมด (ครั้ง)	71,477	
CAG alone	30,367	42.5%
PCI	36,002	50.4%
CABG	4,955	6.9%
PCI + CABG	153	0.2%

ที่มา: ข้อมูลเบิกจ่ายผู้ป่วยใน eClaim | นับระดับ Admission | ข้อมูล ณ 14 ก.ย. 2569 | ข้อมูลปี 2569 ไม่เต็มปี

การเบิกจ่ายหัตถการสายสวนหัวใจ

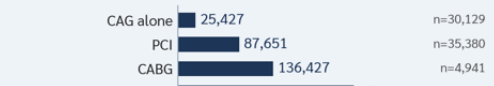
ยอดเบิกจ่าย = DRG + อุปกรณ์ + อื่นๆ | ปี 2569 ข้อมูลถึง 14 ก.ย. 2569

ยอดเบิกจ่ายรายปี (ล้านบาท)



ปี 2569 ค่าเฉลี่ยต่อครั้ง (บาท)

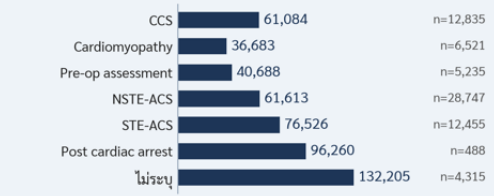
แยกตามหัตถการ



แยกตามประเภทหน่วยบริการ

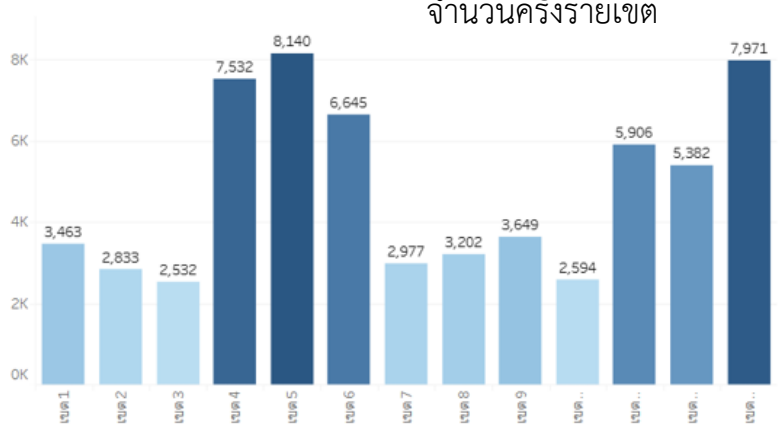


แยกตามข้อบ่งชี้

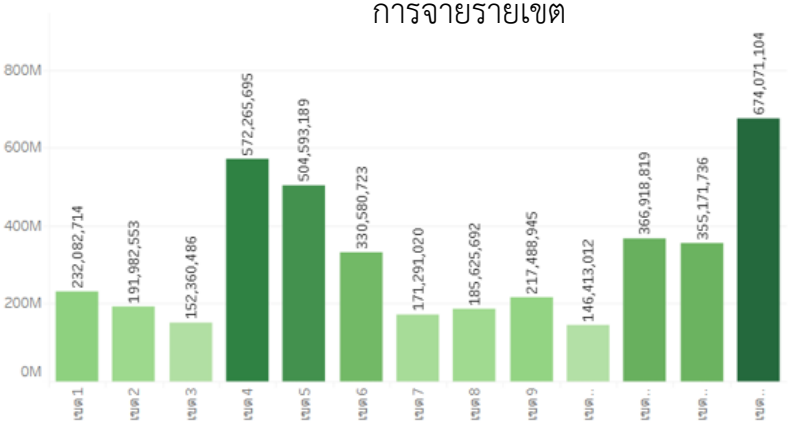


ที่มา: ข้อมูลเบิกจ่ายผู้ป่วยใน eClaim | * ปี 2569 ยังไม่ครบปี และจ่าย DRG ต่ำกว่าปี 2568 ประมาณ 30% ทุกหัตถการ (อัตราเบื้องต้น) | % ในแท่ง = สัดส่วนของยอดเบิกจ่ายในปีนั้น
ค่าเฉลี่ยต่อครั้งคำนวณเฉพาะที่จ่ายแล้ว (70,596 จาก 71,477 ครั้ง) | ข้อบ่งชี้ "ไม่ระบุ" = admission ที่เชื่อม dataform ไม่ได้ (ส่วนใหญ่เป็น CABG)

จำนวนครั้งรายเขต



การจ่ายรายเขต



ข้อมูลการเบิกจ่ายรายการ Instrument ปีงบประมาณ 2568-2569 (ไม่รวมจัดหาผ่าน รพ.ราชวิถี)

รายการ	[1] งบประมาณ ตั้งต้น	[2] งบประมาณ หลังปรับตามมติ คคก.หลัก	[3] งบประมาณใช้ไป	[4]=[2]-[3] งบประมาณ คงเหลือ	[5] ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้งบประมาณ ปี 69	[6]=[4]-[5] งบประมาณ คงเหลือ/ไม่พอ
ปีงบประมาณ 2568	8,208.08	8,208.08	11,406.01	-3,197.93		
ปีงบประมาณ 2569	11,440.26	10,384.26	12,540.40	-2,156.14	2,583.49	-4,739.63

ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
1,134.90 ล้านบาท
Growth 9.59%

ข้อมูลการเบิกจ่ายรายการ Instrument ปี 68-69 sentdate ณ 15 ก.ย.

หมวด	ปีงบประมาณ 2568		ปีงบประมาณ 2569		Growth	
	จำนวนชิ้นจ่าย (ชิ้น)	จำนวนเงินจ่าย (บาท)	จำนวนชิ้นจ่าย (ชิ้น)	จำนวนเงินจ่าย (บาท)	จำนวนชิ้นจ่าย (ชิ้น)	จำนวนเงินจ่าย (บาท)
หมวด 1 ระบบประสาท	13,158	90,973,391	12,931	100,057,962	-1.73%	9.99%
หมวด 2 ตา หู คอ จมูก	73,951	237,587,570	50,291	261,290,384	-31.99%	9.98%
หมวด 3 ระบบทางเดินหายใจ	304,710	64,147,012	373,753	71,898,328	22.66%	12.08%
หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด	869,232	4,666,689,085	956,621	5,415,212,768	10.05%	16.04%
หมวด 5 ทางเดินอาหาร	2,592,138	677,521,573	2,345,437	634,651,979	-9.52%	-6.33%
หมวด 6 ทางเดินปัสสาวะ และต่อมพันธุ์	37,470	19,238,024	32,360	21,576,175	-13.64%	12.15%
หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น	1,040,982	4,806,554,494	1,119,663	5,187,880,371	7.56%	7.93%
หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	586,943	361,020,615	668,526	700,675,220	13.90%	94.08%
หมวด 9 อื่นๆ	160,223	367,175,460	151,844	394,497,864	-5.23%	7.44%
หมวด 19 อื่นที่ยังไม่ได้จัดหมวด	32,045	43,848,062	54,938	38,249,838	71.44%	-12.77%

เพื่อใช้ประกอบการประชุมหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2568 เท่านั้น

ข้อเสนอเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ CAG/PCI

บทบาท สปสช.

1. การบริหารจัดการระบบ

1.1 การทำ Pre-payment Audit สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม ACS (เน้น ระบบส่งต่อภายในเขต รพ.รัฐ-รพ.รัฐ)

1.2 สถานพยาบาลที่ให้บริการและเบิก UCEP (ไม่ใช่หน่วยบริการ UC)

1) ปรับอัตราการจ่ายให้เท่ากับหน่วยบริการ UC / สิทธิประกันสังคม

2) ปรับเกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของ สพฉ. ให้ส่งต่อ รพ.ภาครัฐ ก่อน

2. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

2.1 ปรับเงื่อนไขการขึ้นทะเบียน

1) หน่วยบริการภาครัฐ ต้องผ่านการพิจารณาจาก SP เน้น ความพอเพียง

2) หน่วยบริการภาคเอกชน ผ่านความเห็นชอบของ อปสข.ร่วมกับ สปสช.เขต เน้นการส่งต่อภายในเขต

3) หน่วยบริการที่เป็น Outsource ของรัฐ และสถานพยาบาลที่เบิก UCEP ต้องมีเกณฑ์การขึ้นทะเบียนจำเฉพาะ

3. การทำ Pre-authorization (PA) ก่อนการทำหัตถการ CAG/PCI กรณีผู้ป่วยกลุ่ม CCS, Cardiomyopathy, Pre-op CAD

บทบาทกระทรวงสาธารณสุข

1. จัดระบบรับส่งต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในเขตและออกนอกเขต
2. การกำกับติดตาม
   - 2.1 การให้บริการรับส่งต่อตามระบบที่วางไว้ เช่น การส่งต่อไป รพ.เอกชน
   - 2.2 คุณภาพการให้บริการตามข้อบ่งชี้
   - 2.3 การเข้าถึงบริการ/ ระยะเวลารอคอย
3. พัฒนาระบบการให้บริการในระดับพื้นที่ เช่น ศูนย์การรักษาและดูแลฯ ที่รองรับการส่งต่อของหน่วยบริการภาครัฐ, มีความพร้อมทั้งอุปกรณ์ บุคลากร งบประมาณ และกระบวนการ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอแนวทางการบริหารและการปรับประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ.2570

กรณี ผ่าตัดข้อเข่าเทียมและผ่าตัดต้อกระจก

การประชุม Workshop การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปี 2570 ร่วมกับคกก.ร่วมกับก.สธ. และผู้แทนหน่วยบริการ

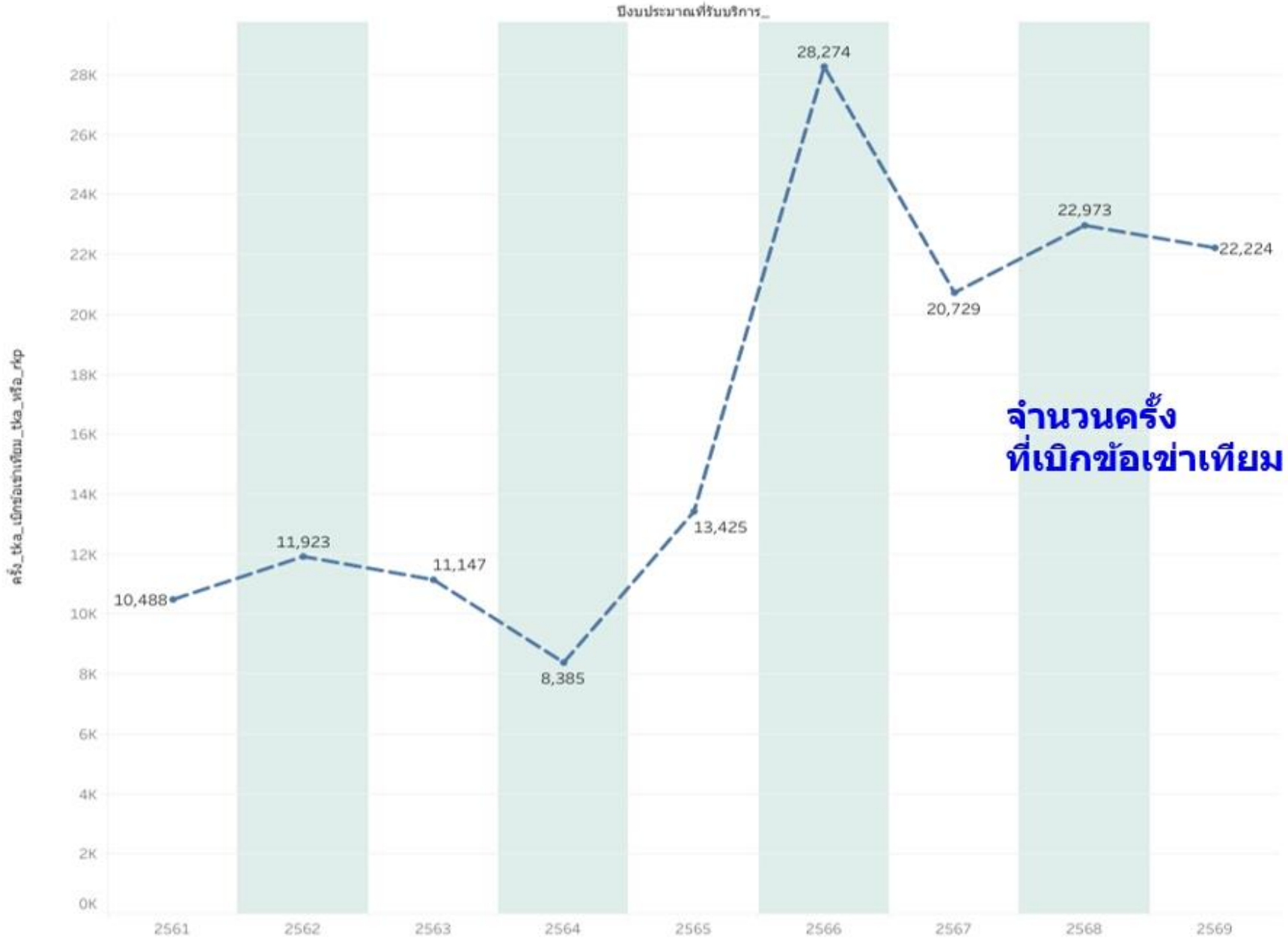
วันที่ 29-30 ตุลาคม 2569 เวลา 9.00-16.30 น.

ณ โรงแรมเซ็นทารา ไลฟ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

สรุปภาพรวมสถานการณ์ระบบบริการและการเข้าถึงบริการ
บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมและผ่าตัดต้อกระจก

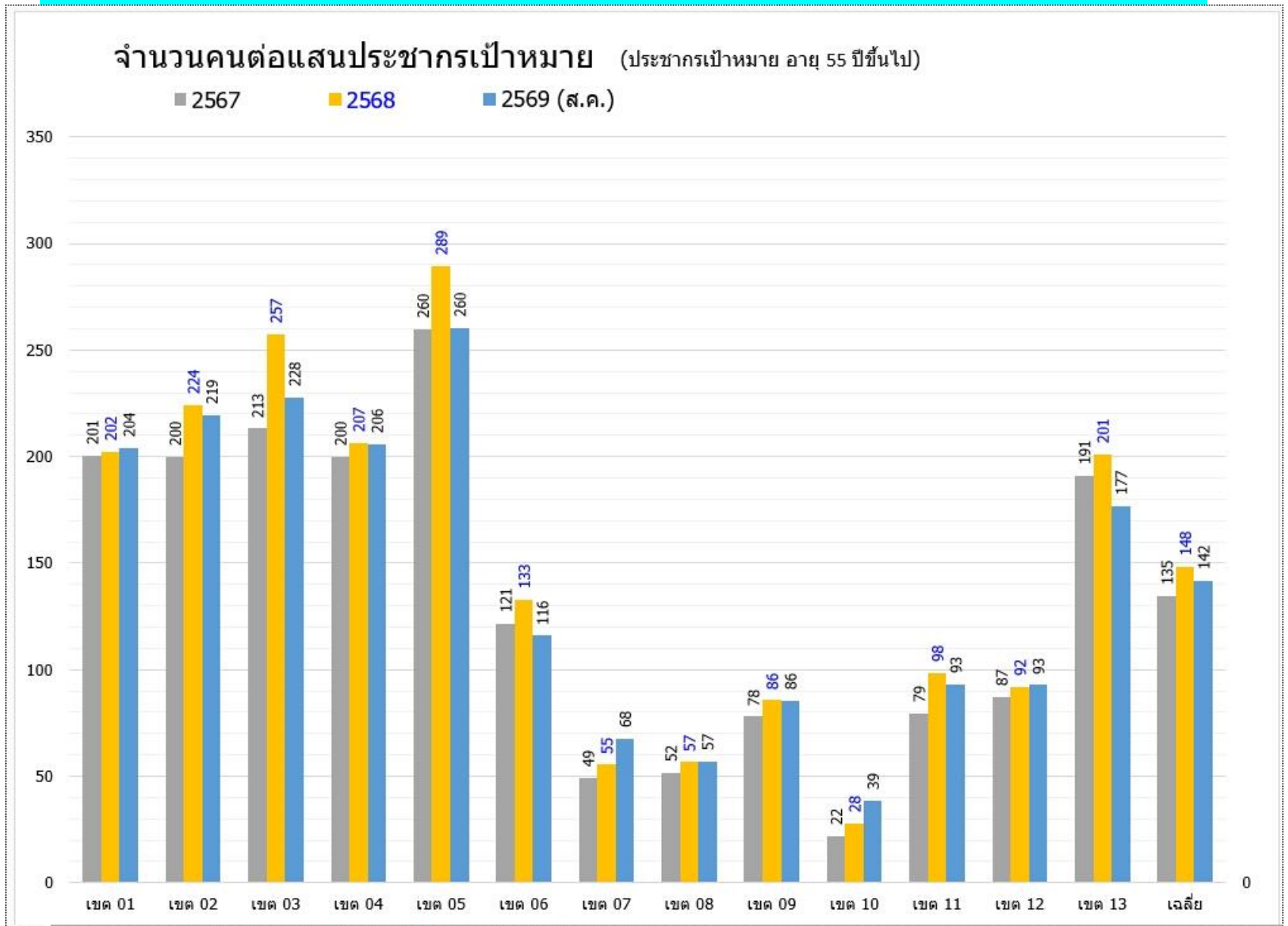
ภาพรวมบริการข้อเข่า

ปีงบประมาณที่บริการ 2561 – 2569 (ก.ค.)



ที่มา: รายงาน “ภาพรวมบริการผ่าตัดข้อเข่า TKA ในระบบ e-claim” https://tableau.nhso.go.th/#/workbooks/2322/views

จำนวนผู้ป่วยต่อแสนปชก. ที่รับบริการผ่าตัดข้อเข่า (คน) ปีงบประมาณบริการ 2567 – 2569 (ส.ค.)



วงเงิน และ ผลการเบิกจ่าย TKA ปี 2569 (15 กย.)

ตารางที่ 2 : จำนวนบริการและการเบิกจ่ายการผ่าตัดข้อเข่า จำแนกรายเขตที่ให้บริการ จำแนกตามผ่าตัด TKA /revision และเขตที่ให้บริการ ปีงบประมาณ 2569

rgn1	ชื่อเขต	TKA (normal+revision)									การกำกับ ติดตามร่วมมาสธ.	
		จำนวนหน่วย (แห่ง)	จำนวนผ่าตัด (ครั้ง)	จำนวนเบิกข้อเข่า (ข้อ)	จำนวนจ่ายข้อเข่า (ข้อ)	จำนวนเงินเบิกข้อเข่า (บาท)	จำนวนเงินจ่ายข้อเข่า (บาท)	จำนวนเงินจ่ายอุปกรณ์อื่นที่ใช้ในการผ่าตัด (บาท)	จำนวนเงินจ่าย DRG (บาท)	รวมเงินจ่า DRG +ข้อเข่า+ อุปกรณ์อื่นห (บาท)	TKA Quota (เข่า:ครั้ง)	จำนวนเงินจ่ายข้อเข่า (บาท)
01	เขต 1 เชียงใหม่	24	3,467	3,967	3,960	191,737,238	190,755,088	16,448,777	58,333,384	265,537,249	3,200	153,957,485
02	เขต 2 พิษณุโลก	16	2,254	2,740	2,719	131,247,012	129,678,812	12,556,651	40,016,445	182,251,908	2,200	105,845,771
03	เขต 3 นครสวรรค์	11	2,244	2,334	2,332	113,704,200	113,055,400	10,430,644	38,994,261	162,480,305	2,000	96,223,428
04	เขต 4 สระบุรี	22	2,961	3,312	3,302	161,294,187	160,297,987	14,155,892	55,393,126	229,847,005	2,500	120,279,286
05	เขต 5 ราชบุรี	28	3,869	4,690	4,682	226,403,017	224,519,217	21,210,582	79,408,633	325,138,432	4,000	192,446,857
06	เขต 6 ระยอง	27	1,957	2,093	2,080	100,965,427	100,009,246	9,546,752	33,809,063	143,365,061	1,900	91,412,257
07	เขต 7 ขอนแก่น	16	935	1,285	1,282	62,216,489	61,663,228	5,355,252	18,389,730	85,408,210	1,500	72,167,571
08	เขต 8 อุดรธานี	13	835	1,121	1,119	54,360,200	53,886,600	4,944,930	15,022,781	73,854,311	700	33,678,200
09	เขต 9 นครราชสีมา	13	1,656	1,696	1,694	81,579,700	81,526,900	8,243,070	26,618,122	116,388,092	1,500	72,167,571
10	เขต 10 อุบลราชธานี	13	475	520	520	25,557,200	25,461,200	2,495,890	7,855,076	35,812,166	400	19,244,686
11	เขต 11 สุราษฎร์ธานี	19	1,068	1,198	1,196	57,239,213	57,048,952	5,634,616	18,016,851	80,700,419	3,000	144,335,143
12	เขต 12 สงขลา	15	1,043	1,218	1,202	57,995,087	57,363,215	6,009,183	17,272,260	80,644,658	800	38,489,371
13	เขต 13 กรุงเทพมหานคร	33	2,910	3,264	3,258	157,885,950	156,620,521	12,876,654	95,493,206	264,990,381	2,800	134,712,800
	รวม	250	25,674	29,438	29,346	1,422,184,920	1,411,886,365	129,908,893	504,622,937	2,046,418,195	**26,500**	**1,274,960,426**

หมายเหตุ: ข้อมูลตาม datesend ถึง 15 ก.ย.69

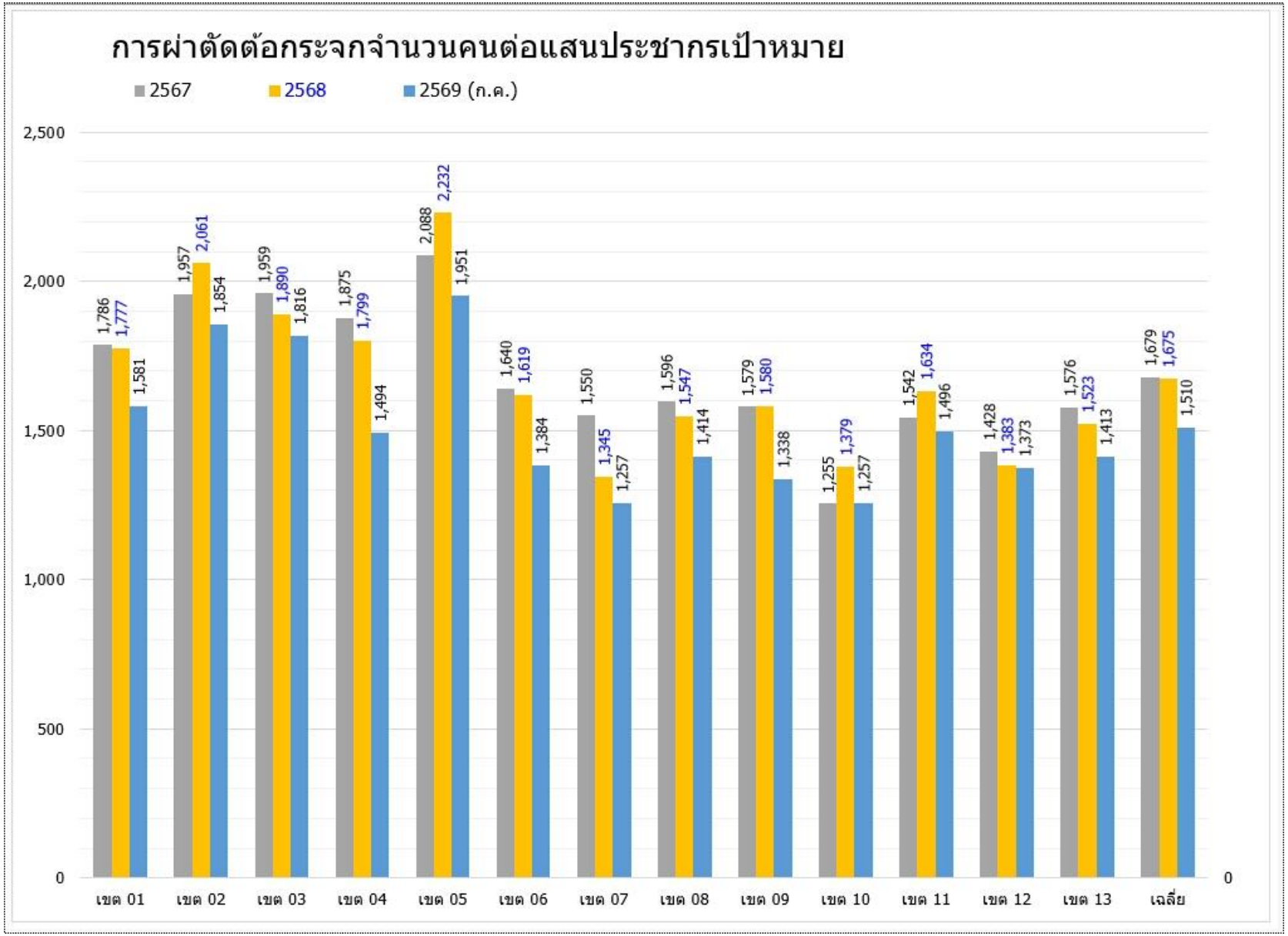
ภาพรวม			
เป้าเขต (รวม)	ผลงานถึง 15 ก.ย. 69 (รวม)	คงเหลือ (เป้าเขตรวม - ผลงานรวม)	เทียบเป้า 12 เดือน (เป้าเขตรวม - ผลงานรวม)
1,300,000,000.00	1,411,886,365.05	(111,886,365.05)	(111,886,365.05)
26,500	25,674.00	826.00	826.00
	535.00		
	25,139.00		

ปี 69 ใช้งบประมาณ 1,412 ล้านบาท (29346 ข้อ) เกินงบประมาณไป 112 ล้านบาท

บริการผ่าตัดต้อกระจก



จำนวนรับบริการผ่าตัด ต้อกระจกต่อแสนปชก. ปีงบประมาณบริการ 2567 – 2569 (ส.ค.)



บริการผ่าตัดต้อกระจก จำแนกตามประเภทของต้อกระจก ปีงบประมาณ 2568

					(1)	(2)	(3)	(4)	(1)+(4)	(3)+(4)		
เขต	ครั้ง	% Total	คน	% Total	Mild Cataract	Moderate Cataract	Severe Cataract	Blind Cataract	Sum all type	Severe & blind	% of total	คน
เขต 1	21,708	10.5%	19,696	10.6%	263	3,773	6,548	9,720	20,304	16,268	11.3%	19,696
เขต 2	14,830	7.2%	13,244	7.1%	353	3,811	3,412	6,303	13,879	9,715	6.8%	13,244
เขต 3	12,367	6.0%	11,319	6.1%	155	2,371	3,474	5,641	11,641	9,115	6.3%	11,319
เขต 4	17,503	8.5%	15,666	8.4%	861	4,341	4,322	6,880	16,404	11,202	7.8%	15,666
เขต 5	22,880	11.1%	20,356	10.9%	1,424	6,660	5,085	8,236	21,405	13,321	9.3%	20,356
เขต 6	17,443	8.5%	15,778	8.5%	733	3,886	4,238	7,570	16,427	11,808	8.2%	15,778
เขต 7	12,549	6.1%	11,622	6.2%	55	371	4,543	6,913	11,882	11,456	8.0%	11,622
เขต 8	15,421	7.5%	13,875	7.4%	313	2,197	4,758	7,212	14,480	11,970	8.3%	13,875
เขต 9	20,532	10.0%	18,706	10.0%	341	3,431	5,300	10,245	19,317	15,545	10.8%	18,706
เขต 10	11,342	5.5%	10,180	5.5%	151	1,788	3,674	5,051	10,664	8,725	6.1%	10,180
เขต 11	12,322	6.0%	11,347	6.1%	136	1,486	4,788	5,213	11,623	10,001	7.0%	11,347
เขต 12	10,187	4.9%	9,362	5.0%	413	3,420	1,152	4,666	9,651	5,818	4.0%	9,362
เขต 13	17,042	8.3%	15,434	8.3%	1,474	5,608	4,063	4,833	15,978	8,896	6.2%	15,434
รวม	**206,126**	**100%**	**186,585**	**100%**	**6,672**	**43,143**	**55,357**	**88,483**	**193,655**	**143,840**	**100%**	**186,585**

ข้อมูลการเบิกจ่ายผ่าตัดต้อกระจก (cataract) รวมเลนส์ ปีงบประมาณ 2569

ปีงบประมาณ	[1] งบประมาณ ตั้งต้น	[2] งบประมาณ หลังปรับตามมติ คกก.	[3] งบประมาณใช้ไป	[4] งบประมาณ คงเหลือ	[5] ค่าใช้จ่าย ปี 68 ใช้งบประมาณ ปี 69	[6]=[4]-[5] งบประมาณเคงเหลือ/ ไม่พอ
ปีงบประมาณ 2568	1,298,183,100	1,298,183,100	1,893,700,600	-595,517,500		
ปีงบประมาณ 2569	1,898,160,387	1,307,100,387	1,950,747,400	-643,647,013	412,113,600	-1,055,760,613

เป้าหมาย มาตรการปรับประสิทธิภาพ 1,800 ลบ. ซึ่งเกินวงเงินปี 2569

- การกำหนดเป้าหมายของกระทรวง สธ. เกินวงเงินงบประมาณปี 2569
- เสนอให้มีการพิจารณาปรับลดเป้าหมาย เพื่อควบคุมงบประมาณ 2569

ชื่อเขต	จำนวนผ่าตัด (ครั้ง) ปี 2568	ปี 2569	Growth
เขต 1 เชียงใหม่	20,014	22229	11.07%
เขต 2 พิษณุโลก	14,630	14779	1.02%
เขต 3 นครสวรรค์	11,698	13659	16.76%
เขต 4 สระบุรี	15,100	17373	15.05%
เขต 5 ราชบุรี	20,787	23589	13.48%
เขต 6 ระยอง	16,107	17422	8.16%
เขต 7 ขอนแก่น	12,498	13643	9.16%
เขต 8 อุดรธานี	14,527	16086	10.73%
เขต 9 นครราชสีมา	19,748	19724	-0.12%
เขต 10 อุบลราชธานี	10,944	11953	9.22%
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	10,776	13041	21.02%
เขต 12 สงขลา	8,290	11544	39.25%
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	15,347	19111	24.53%
รวม	190,466	214,153	12.44%

เพื่อใช้ประกอบการประชุมหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 20 ตุลาคม 2569 เท่านั้น

ข้อหารือ บริการผ่าตัดข้อเข่าและตาต้อกระจก

- ความจำกัดของ งบประมาณปี 2570
- การกระจายการผ่าตัด ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็น และ เร่งด่วน
- การจัดสรรจำนวนการผ่าตัดตามศักยภาพรพ. หรือ การรอคอย
- การกำกับประสิทธิภาพในระดับเขต
- การตรวจสอบการเบิกจ่าย

โครงสร้างการกำกับติดตาม และประเมินผล (M&E)

