

ชี้แจงประเด็นข้อคำถาม
: กรณีการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ห้องประชุมการบูร ชั้น 3 อาคาร 1 อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 14 สิงหาคม 2569

ดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติม ได้ที่ QR

เอกสารประกอบด้วย

1. ข้อมูลการจ่ายรายหน่วยบริการ พร้อมประเด็นคุณภาพบริการบางส่วน (Excel file)
2. รายงานประจำปี 2568 และปีก่อนหน้า >>>> <https://shorturl.at/5mhs9>
3. เอกสารนำเสนอในที่ประชุม วันที่ 14 สิงหาคม 2569



เอกสารประกอบ 14 ส.ค.69

ที่มา > ถอดคำถาม 9 ข้อ

- คำถามและข้อสั่งการของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมคณะกรรมการเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2569 และมอบหมายคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนพิจารณารายละเอียดและนำเสนอเพื่อพิจารณาต่อไป

1. จัดสรรเงินไปที่หน่วยใดบ้าง เป็นสัดส่วนเท่าไร มีการจัดสรรแบบกระจุกตัวหรือไม่
2. ให้เรียงลำดับ และจัดกลุ่มตามเงินที่จัดสรรไป
3. มีการประเมินในเรื่องของคุณภาพ ในเรื่องของ Auditing อย่างไรบ้าง ต่อการจ่ายเงินจัดสรร
4. มีกระบวนการในการจัดสรรอย่างไรบ้าง
5. กระบวนการจัดสรรมีความรัดกุมหรือไม่ และมีส่วนไหนที่จะปรับปรุงได้
6. กรณีการจัดซื้อผ่านเครือข่ายราชวิถีกว่า 10,000 ล้านบาทงบส่วนนี้อยู่ในส่วนไหน
7. เงินสำหรับจัดซื้อยาหมื่นกว่าล้านบาทผ่านเครือข่ายราชวิถีต้องกันไว้ ไม่สามารถนำงบประมาณไปใช้ได้หรือไม่ หากเหลือสิ้นปีจะเขาเป็นเงินบำรุงหรือไม่ เพราะงบนี้ไม่ใช้การ service
8. การจัดสรรเงินสามารถ allocate ไปในจุดที่สำคัญมากกว่า หรือเป็นจุดที่เราต้องรักษาเอาไว้ได้หรือไม่
9. การจัดสรรในภาพรวมมีความเหมาะสมหรือไม่ มอบคณะกรรมการกองทุนฯ ไปดูรายละเอียด

สปสช. จัดสรรเงิน/จ่ายค่าบริการ ไปที่หน่วยใดบ้าง



ผู้รับงบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่กฎหมายกำหนด

1. หน่วยบริการสาธารณสุข

มาตรา 3 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
มาตรา 46 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรา 47 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
มาตรา 18 (8) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

3. องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่แสวงกำไร

มาตรา 18 (9) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) 37/2559

4. สถานบริการอื่น [UCEP]

มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 28 มีนาคม 2560 และ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ลงวันที่ 31 มีนาคม 2560

5. เครือข่ายหน่วยบริการด้านยา

- คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) 41/2560
- มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 กันยายน 2560 (นร. 0505/32019) และวันที่ 10 สิงหาคม 2561 (นร. 0505/24272) เห็นชอบให้การจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นฯ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ดำเนินการโดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ (โรงพยาบาลราชวิถี) และจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือผู้ขายรายอื่นตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

6. ผู้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ

- มาตรา 41 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายฯ)
- มาตรา 18 (4) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) 37/2559 (กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายฯ)

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

แบบ_ข้อมูลเพิ่มเติมประเด็น 1 ด้านกฎหมาย

มาตรา 3 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

“เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่าย หน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔๖ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔ และหน่วยบริการที่รับ การส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 18 อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๘) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๔๗

(๙) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มี วัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๔๗

มาตรา ๔๗ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการ มีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการ สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็น ผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่าย จากกองทุน

มาตรา ๔๑ ให้คณะกรรมการกั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการ รักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหาย ภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

แนบ_ข้อมูลเพิ่มเติมประเด็น 1 ด้านกฎหมาย (ต่อ)

หน้า ๓๐

เล่ม ๑๓๓ ตอนพิเศษ ๑๕๐ ง ราชกิจจานุเบกษา ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙

 คำสั่ง
คสช.37-2559

คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ
ที่ ๓๗/๒๕๕๙

เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม
การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑ ให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ
องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหากำไร
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสิทธิได้รับ
ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ ให้ค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้ เป็นค่าใช้จ่ายอื่นตามข้อ ๑

(๓) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจาก
การให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

หน้า ๑๘

เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๒๒๔ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๓ กันยายน ๒๕๖๐

 คำสั่ง
คสช.41-2560-
จัดซื้อยา

คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ
ที่ ๔๑/๒๕๖๐

เรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์
ตามโครงการพิเศษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน้า ๒๒

เล่ม ๑๓๓ ตอนพิเศษ ๒๓๒ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน
และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุน
และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น
พ.ศ. ๒๕๕๙

 ประกาศ
รองรับ คสช.37-
๒

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน
การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข
และค่าใช้จ่ายอื่น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ แห่งคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙
ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม
การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ความที่สุด
ที่ นร ๐๕๐๕/ ๓๒๐๖๕

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๒๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๕.๑/๔๐๕๖ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๙๑๒/๓๐๐
ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐

ตามที่ได้เสนอเรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามโครงการพิเศษ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไปเพื่อดำเนินการ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้เสนอความเห็นไปเพื่อประกอบการพิจารณา
ของคณะรัฐมนตรีด้วย ความละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ รับทราบตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ

หน่วยรับงบประมาณในแต่ละกลุ่ม มีจำนวนเท่าไร

	ประเภท	จำนวน	% (ไม่รวม กปท.)
1	หน่วยบริการสาธารณสุข	19,444	79.75
	1.1 กระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.)	5,560	22.8
	1.2 กระทรวงสาธารณสุข (นอก สป.สธ.) (กรมวิชาการ)	112	0.46
	1.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย UHOSNET	12	0.05
	1.4 โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น เช่น กลาโหม ยุติธรรม กทม.บ้านแพ้ว	241	0.99
	1.5 โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกชุมชนอบอุ่น	1,118	4.58
	1.6 หน่วยบริการนวัตกรรม + Telemedicine	12,401	50.86
2	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	22,278	
	2.1 รพ.สต. ภายโอน และ รพ.(3 แห่ง)	4,683	19.21
	2.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.)	17,595	

	ประเภท	จำนวน	% (ไม่รวม กปท.)
3	องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนฯ ที่ไม่แสวงกำไร	213	0.87
	3.1 หน่วยบริการมาตรา 3	144	0.59
	3.2 มูลนิธิ / อื่นๆ	69	0.28
4	สถานบริการอื่น * (รพ.เอกชน UCEP)	42	0.17
5	เครือข่ายหน่วยบริการด้านยา (รพ.ราชวิถี)	นับรวมใน 1.2	
6	เงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหาย		
	6.1 ผู้รับบริการ (มาตรา 41)	ตามที่ยื่นเรื่อง	
	6.2 ผู้ให้บริการ (มาตรา 18 (4) และคำสั่ง คสช.)	ตามที่ยื่นเรื่อง	
	กลุ่มที่ 1 - 4 ไม่รวม กปท. (แห่ง)	24,382	100
	กลุ่มที่ 1 - 4 รวมทั้งสิ้น (แห่ง)	41,977	

* เฉพาะ รพ.เอกชน UCEP ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันฯ
 ทั้งนี้ ไม่รวม รพ.เอกชน บางแห่ง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้าน (HD)
 และให้บริการ UCEP ด้วย

งบประมาณที่ได้รับในแต่ละกลุ่ม: มีจำนวนและสัดส่วนเท่าไร

	หน่วยรับงบประมาณ	จำนวน (แห่ง)	จำนวนเงิน [ลบ.] *	สัดส่วนเงิน (%)
1	หน่วยบริการสาธารณสุข	19,444	157,314.22	87.63
	1.1 กระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.)	5,560	103,275.52	57.53
	1.2 กระทรวงสาธารณสุข (นอก สป.สร.) (กรมวิชาการ)	112	7,703.64	4.29
	1.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย UHOSNET	12	12,878.65	7.17
	1.4 โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น เช่น กลาโหม กทม. ยุติธรรม บ้านแพ้ว	241	8,415.05	4.69
	1.5 โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกชุมชนอบอุ่น	1,118	17,558.86	9.78
	1.6 หน่วยบริการนวัตกรรม + Telemedicine	12,401	7,482.50	4.17
2	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	22,278	10,872.85	6.06
	2.1 รพ.สต. ภายโณ และ รพ.(3 แห่ง)	4,683	4,397.77	2.45
	2.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นฯ กปท.)	17,595	6,475.08	3.61
3	องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนฯ ที่ไม่แสวงกำไร	213	566.42	0.31
	3.1 หน่วยบริการมาตรา 3	144	471.92	0.26
	3.2 มูลนิธิ/อื่นๆ	69	94.50	0.05
4	สถานบริการอื่น UCEP (เฉพาะ รพ.เอกชน ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบ UC)	42	511.94	0.29
5	เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ รพ.ราชวิถี (จัดหาฯ ตามโครงการพิเศษ)	นับรวมใน 1.2	9,995.05	5.57
6	เงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับ/ให้บริการ	ตามที่ยื่นเรื่อง	268.25	0.15
	6.1 ผู้รับบริการ (มาตรา 41)		262.66	0.15
	6.2 ผู้ให้บริการ (มาตรา 18 (4) และคำสั่ง คสช.)		5.59	0.00
	การจัดสรรงบกองทุนฯ	41,977	179,528.72	100
	การจัดสรรงบกองทุนฯ (ไม่รวมการจ่ายกรณีมาตรา 41)		179,266.06	

ค่าแรง	เงิน + ค่าแรง	%
65,344.75	168,620.26	68.16
560.45	8,264.08	3.34

* หมายเหตุ

1) งบประมาณ ปี 2568:

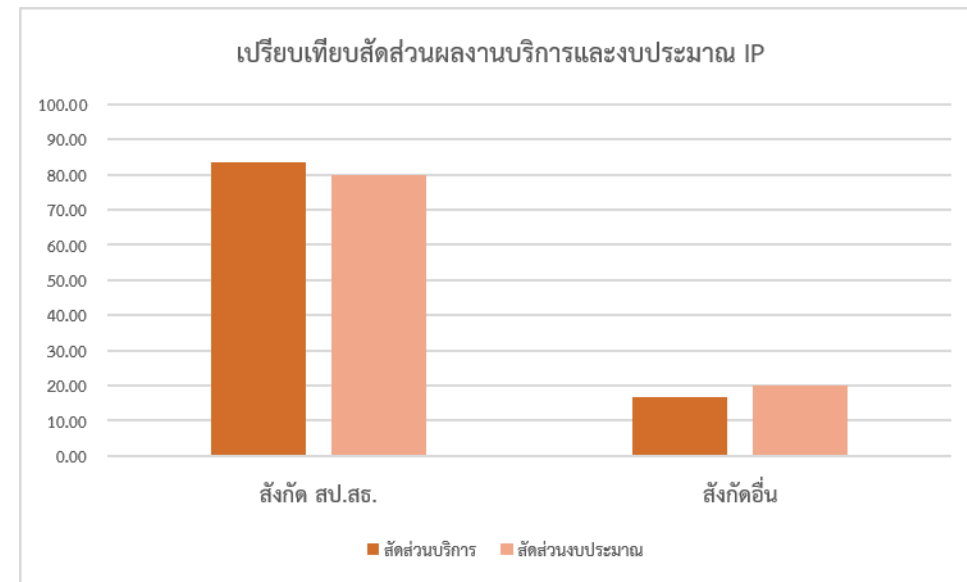
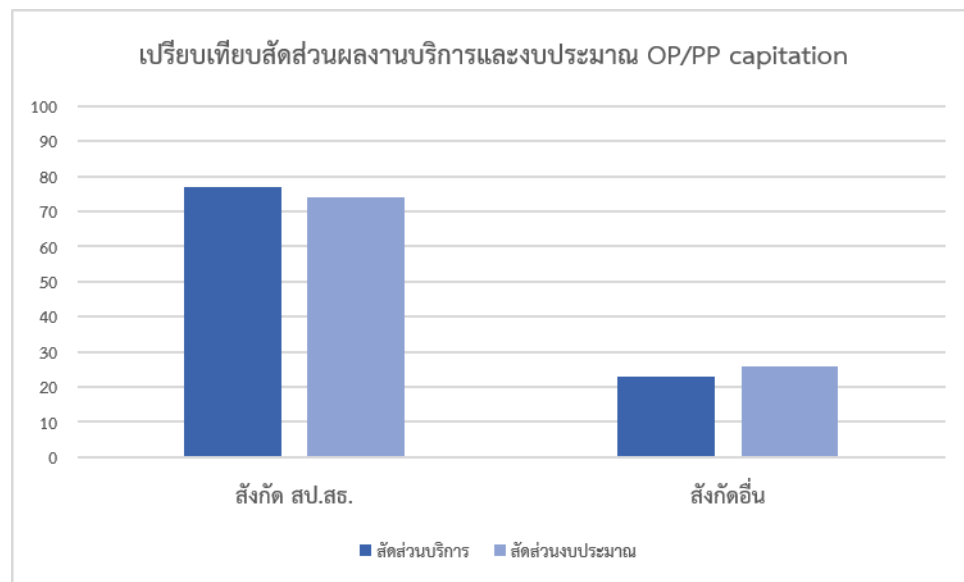
- งบกองทุนฯ 168,296.8867 ล้านบาท +
 - ปรับเปลี่ยนใช้งบปี 69 (ตามมติ กกก.วันที่ 1 ก.ย.68)
 - งบรายได้สูง(ต่ำ)

2) ค่าแรง 68,089.6344 ลบ.(100%)

	หน่วยรับงบประมาณ	OP ทั่วไป (%)	IP ทั่วไป (%)	PP basic (%)	Fee Schedule (%)	โครงการ (%)	รวม (%)
1	หน่วยบริการสาธารณสุข	32,922.11 (93.34)	49,601.38 (99.06)	8,387.99 (90.47)	63,713.17 (87.03)	2,689.58 (22.97)	157,314.23 (87.63)
	1.1 กระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.)	25,770.48	35,387.74	7,229.54	33,258.81	1,628.95	103,275.52
	1.2 กระทรวงสาธารณสุข (นอก สป.สธ.) (กรมวิชาการ)	768.68	2,901.14	11.59	2,977.92	1,044.31	7,703.64
	1.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย UHOSNET	1,873.09	4,646.61	39.47	6,319.45	0.04	12,878.65
	1.4 โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น เช่น กลาโหม กทม. ยุติธรรม บ้านแพ้ว	2,065.14	2,970.60	406.38	2,961.90	11.03	8,415.05
	1.5 โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกชุมชนอบอุ่น	2,438.63	3,695.28	656.30	10,764.88	3.77	17,558.86
	1.6 หน่วยบริการนวัตกรรม + Telemedicine	6.09		44.70	7,430.22	1.48	7,482.50
2	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,349.42 (6.66)	42.96 (0.09)	883.51 (9.53)	1,118.34 (1.53)	6,478.63 (55.33)	10,872.85 (6.06)
	2.1 รพ.สต. ถ่ายโอน และ รพ.(3 แห่ง)	2,349.42	42.96	883.51	1,118.28	3.61	4,397.77
	2.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นฯ กปท.)				0.06	6,475.02	6,475.08
3	องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนฯ ที่ไม่แสวงกำไร				527.39 (0.72)	39.03 (0.33)	566.42 (0.32)
	3.1 หน่วยบริการมาตรา 3				454.68	17.24	471.92
	3.2 มูลนิธิ/อื่นๆ				72.71	21.79	94.50
4	สถานบริการอื่น UCEP (เฉพาะ รพ.เอกชน ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบ UC)	0.00	426.81 (0.85)		85.12 (0.12)		511.94 (0.28)
5	เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ รพ.ราชวิถี (จัดหายาฯ ตามโครงการพิเศษ)				7,761.98 (10.6)	2,233.06 (19.07)	9,995.05 (5.57)
6	เงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับ/ให้บริการ					268.25 (2.3)	268.25 (0.15)
	6.1 ผู้รับบริการ (มาตรา 41)					262.66	262.66
	6.2 ผู้ให้บริการ (มาตรา 18 (4) และคำสั่ง คสช.)					5.59	5.59
	การจัดสรรงบกองทุนฯ	35,271.53	50,071.15	9,271.50	73,206.00	11,708.55	179,528.72
	การจัดสรรงบกองทุนฯ (ไม่รวมการจ่ายกรณีมาตรา 41)						179,266.06

หมายเหตุ: **Fee Schedule** ประกอบด้วย กรณีเฉพาะ (CR), ฟันฟู, แผนไทย, ค่าเสื่อม, เอดส์, ไต, DMTH, จิตเวชชุมชน, หอบหืด, บริการระดับปฐมภูมิ, PP-FS, PP National
โครงการ ประกอบด้วย พื้นที่กั้นดาร์ เลียงภัย, คาบริการร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น, PPA, PP-NCD

	หน่วยรับงบประมาณ	จำนวน (แห่ง)	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	%OP	ผู้ป่วยใน (adjRW)	%IP
1	หน่วยบริการสาธารณสุข	19,444				
	1.1 กระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.)	5,560	144,367,055	77.06	8,548,809	83.33
	1.2 กระทรวงสาธารณสุข (นอก สป.สร.) (กรมวิชาการ)	112	618,970	0.33	398,870	3.89
	1.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย UHOSNET	12	1,006,074	0.54	560,953	5.47
	1.4 โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น เช่น กลาโหม กทม. ยุติธรรม บ้านแพ้ว	241	2,290,097	1.22	455,003	4.44
	1.5 โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกชุมชนอบอุ่น	1,118	2,861,009	1.53	288,497	2.81
2	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
	2.1 รพ.สต. ถ้ายโอน และ รพ.(3 แห่ง)	4,683	36,206,636	19.33	6,513	0.06



6

การจัดสรรงบประมาณมีการกระจุกตัวหรือไม่

“การกระจุกตัว” สามารถมองได้หลายมุมมอง เช่น

- การเบิกจ่าย เช่น การเบิกจ่ายสูงสุด 10 ลำดับแรก
- การไปรับบริการประเภทต่างๆ หรือ ที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ
- จำนวนสถานพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ในพื้นที่ต่างๆ
- ข้อมูลเปรียบเทียบ เช่น ช่วงเวลาการรับบริการ (Time, Seasoning) ความซับซ้อนหรือความรุนแรงของโรค (Case Mix Index) จำนวนประชากรในพื้นที่ เป็นต้น

การจัดสรรงบประมาณ
มีการกระจุกตัวหรือไม่:
Top 10 ในแต่ละกลุ่ม
การจ่าย

ลำดับ	เขต	จังหวัด	หน่วยบริการ	สังกัด	POP เม.ย.67	OP ทั่วไป (บาท)
1	13	กรุงเทพฯ	รพ.ศิริราช	UHOSNET	85,833	317,776,815
2	13	กรุงเทพฯ	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ	UHOSNET	8,779	276,285,076
3	13	กรุงเทพฯ	รพ.ราชวิถี	ก.สร.(นอก สป.สร.)	39,107	259,872,002
4	07	ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	ก.สร. (สป.สร.)	263,689	241,928,855
5	08	อุดรธานี	รพ.อุดรธานี	ก.สร. (สป.สร.)	259,662	235,534,787
6	13	กรุงเทพฯ	รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	UHOSNET	28,204	212,768,123
7	13	กรุงเทพฯ	รพ.รามาริบัติ	UHOSNET	25,258	201,711,751
8	03	นครสวรรค์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	ก.สร. (สป.สร.)	167,543	201,308,091
9	06	สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ	ก.สร. (สป.สร.)	294,304	195,119,385
10	13	กรุงเทพฯ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช	รพ.รัฐสังกัดอื่น	29,000	178,609,004

ลำดับ	เขต	จังหวัด	หน่วยบริการ	สังกัด	POP เม.ย.67	IP ทั่วไป
1	13	กรุงเทพฯ	รพ.ศิริราช	UHOSNET	85,833	898,520,328
2	07	ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	ก.สร. (สป.สร.)	263,689	810,178,408
3	09	นครราชสีมา	รพ.มหาราชนครราชสีมา	ก.สร. (สป.สร.)	0	723,497,198
4	08	อุดรธานี	รพ.อุดรธานี	ก.สร. (สป.สร.)	259,662	651,369,786
5	13	กรุงเทพฯ	รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	UHOSNET	28,204	604,747,885
6	13	กรุงเทพฯ	รพ.ราชวิถี	ก.สร. (นอก สป.สร.)	39,107	583,807,578
7	07	ขอนแก่น	รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น	UHOSNET	43,408	531,026,123
8	01	เชียงราย	รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์	ก.สร. (สป.สร.)	148,865	488,812,357
9	07	ร้อยเอ็ด	รพ.ร้อยเอ็ด	ก.สร. (สป.สร.)	97,779	482,459,041
10	09	สุรินทร์	รพ.สุรินทร์	ก.สร. (สป.สร.)	180,924	475,420,652

การจัดสรรงบประมาณ
มีการกระจุกตัวหรือไม่:
Top 10 ในแต่ละกลุ่ม
การจ่าย (ต่อ)

ลำดับ	เขต	จังหวัด	หน่วยบริการ	สังกัด	POP เม.ย.67	PP basic
1	06	สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ	ก.สธ. (สป.สธ.)	294,304	81,634,756
2	05	สมุทรสาคร	รพ.สมุทรสาคร	ก.สธ. (สป.สธ.)	183,109	57,429,776
3	05	สมุทรสาคร	รพ.กระทุ่มแบน	ก.สธ. (สป.สธ.)	119,400	52,133,234
4	06	ชลบุรี	รพ.แหลมฉบัง	ก.สธ. (สป.สธ.)	141,953	44,818,933
5	06	ชลบุรี	รพ.ชลบุรี	ก.สธ. (สป.สธ.)	194,651	42,035,991
6	06	ชลบุรี	รพ.บางละมุง	ก.สธ. (สป.สธ.)	162,497	41,609,234
7	07	ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	ก.สธ. (สป.สธ.)	263,689	41,437,149
8	08	อุดรธานี	รพ.อุดรธานี	ก.สธ. (สป.สธ.)	259,662	40,604,743
9	12	สงขลา	รพ.หาดใหญ่	ก.สธ. (สป.สธ.)	270,613	38,892,668
10	06	สมุทรปราการ	รพ.บางจาก	ก.สธ. (สป.สธ.)	61,256	38,601,804

ลำดับ	เขต	จังหวัด	หน่วยบริการ	สังกัด	POP เม.ย.67	Fee schedule
1	13	กรุงเทพฯ	รพ.ศิริราช	UHOSNET	85,833	1,240,683,338
2	13	กรุงเทพฯ	รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	UHOSNET	28,204	1,046,882,277
3	13	กรุงเทพฯ	รพ.รามาธิบดี	UHOSNET	25,258	897,227,531
4	09	นครราชสีมา	รพ.มหาราชนครราชสีมา	ก.สธ. (สป.สธ.)	0	789,001,479
5	08	อุดรธานี	รพ.อุดรธานี	ก.สธ. (สป.สธ.)	259,662	626,797,632
6	07	ขอนแก่น	รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น	UHOSNET	43,408	596,042,469
7	01	เชียงใหม่	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ ม.เชียงใหม่	UHOSNET	49,473	587,693,005
8	12	สงขลา	รพ.สงขลานครินทร์	UHOSNET	23,143	583,702,848
9	02	พิษณุโลก	รพ.พุทธชินราช	ก.สธ. (สป.สธ.)	150,653	565,627,979
10	07	ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	ก.สธ. (สป.สธ.)	263,689	553,698,497 ¹³

การจัดสรรงบประมาณ
มีการกระจุกตัวหรือไม่:
Top 10 ในแต่ละกลุ่ม
การจ่าย (ต่อ)

ลำดับ	เขต	จังหวัด	หน่วยบริการ	สังกัด	POP เม.ย.67	โครงการ
1	04	นนทบุรี	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	ก.สธ. (นอก สป.สธ.)	0	1,016,400,000
2	12	ยะลา	รพ.ยะลา	ก.สธ. (สป.สธ.)	154,248	83,135,076
3	12	ปัตตานี	รพ.ปัตตานี	ก.สธ. (สป.สธ.)	115,977	70,412,378
4	12	นราธิวาส	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์	ก.สธ. (สป.สธ.)	102,477	59,746,606
5	12	นราธิวาส	รพ.สุโงโก-ลก	ก.สธ. (สป.สธ.)	69,481	38,508,895
6	13	กรุงเทพฯ	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กทม.	อปท.(กองทุน กปท.)	0	36,797,608
7	12	ปัตตานี	รพ.โคกโพธิ์	ก.สธ. (สป.สธ.)	53,622	24,019,051
8	12	ปัตตานี	รพ.ยะหริ่ง	ก.สธ. (สป.สธ.)	78,895	23,567,023
9	12	นราธิวาส	รพ.ระแงะ	ก.สธ. (สป.สธ.)	78,140	22,237,685
10	12	ยะลา	รพ.เบตง	ก.สธ. (สป.สธ.)	56,442	21,396,629

สรุป: จากข้อมูล Top 10 หน่วยบริการที่ได้รับงบประมาณในหมวดต่างๆ พบว่า งบประมาณที่มากที่สุดในแต่ละกลุ่ม ถูกจัดสรรไปที่ในหน่วยบริการ UHOSNET และ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: กรณีนี้ ไม่ได้เทียบกับจำนวนหน่วยบริการ ประชากรที่รับผิดชอบ หรือปัจจัยอื่นๆ

กระจุกตัวหรือไม่? มุมมองจากการไปใช้ บริการของ ประชาชน

ประชาชนเข้าถึงบริการใกล้บ้าน
ใกล้ใจมากขึ้น.....

รูปแบบการใช้บริการปฐมภูมิ
(OP & PP) เปลี่ยนจากการไปที่
หน่วยบริการขนาดใหญ่ เป็น
หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

ที่มา: ข้อมูลบริการ ปี 2561-2568 จาก

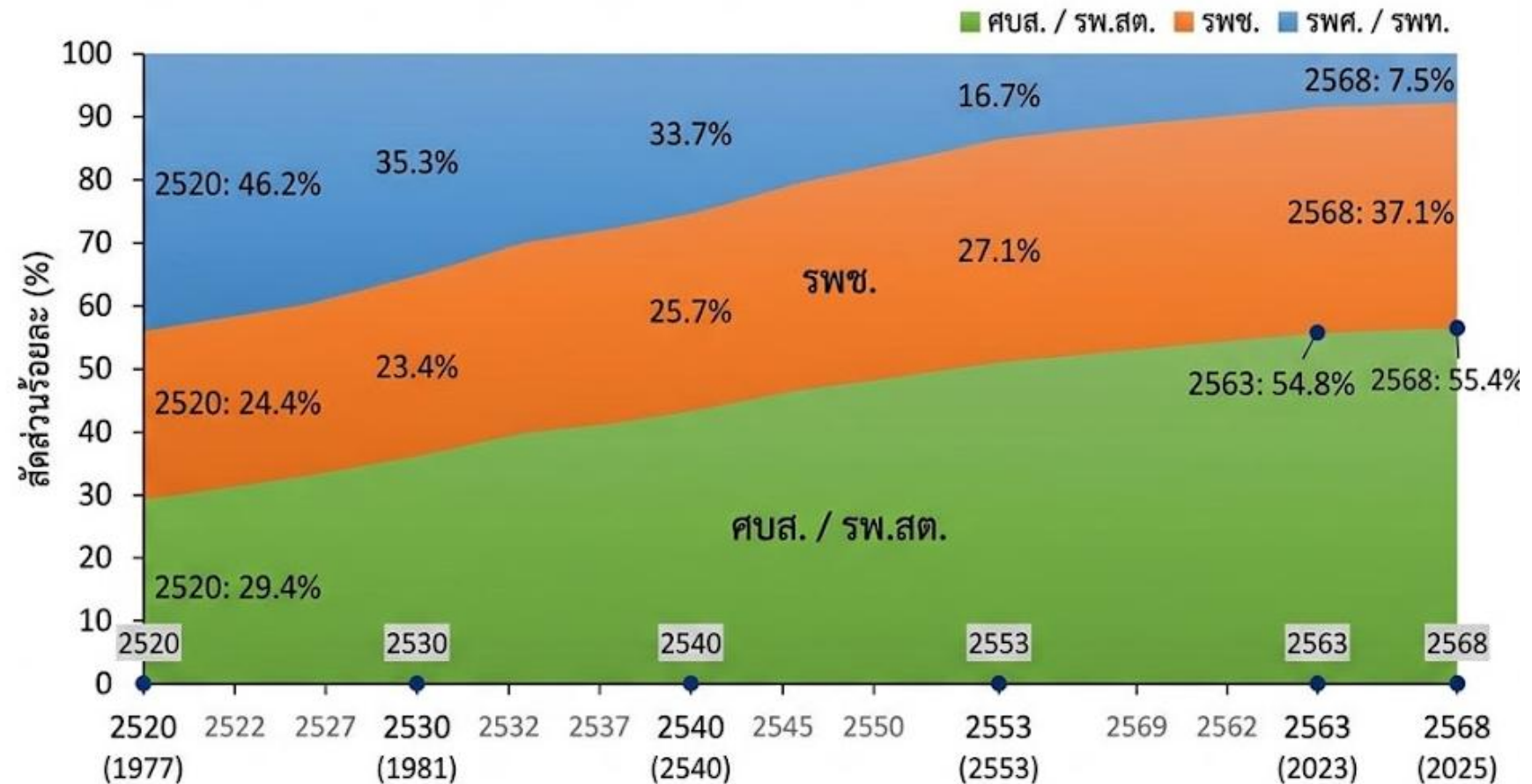
- (1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) สิทธิ UC จาก OP 43 แพ้ม และ
- (2) ข้อมูลบริการคลินิกนวัตกรรม จาก OP E-Claim, DMIS
- (3) ข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) ทุกสิทธิ จาก PP 43 แพม สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568

ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล(M&E) สปสช. ณ 28 พฤศจิกายน 2568

จัดทำแผนภาพโดย สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ (PAU) สปสช. ณ มกราคม 2569

สรุปการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชน (พ.ศ. 2520 - 2568 (ประมาณการ))

วิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและสัดส่วนตามประเภทหน่วยบริการ

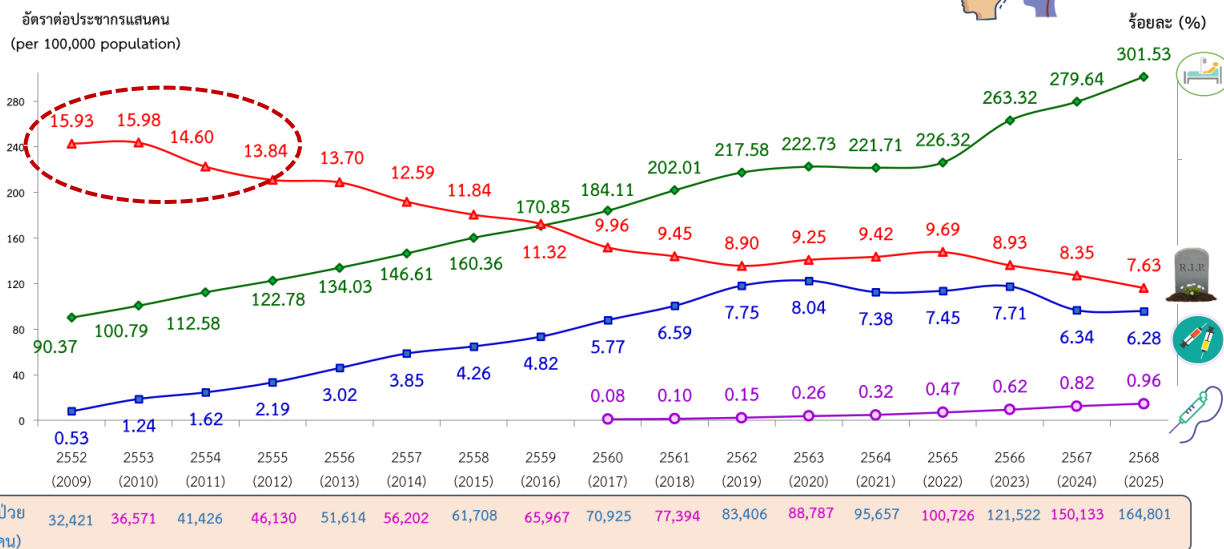


แนวโน้มการกระจายตัวสู่การรักษาพยาบาลปฐมภูมิ (ใกล้บ้าน ใกล้ใจ) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
ลดความแออัดของโรงพยาบาลระดับสูง

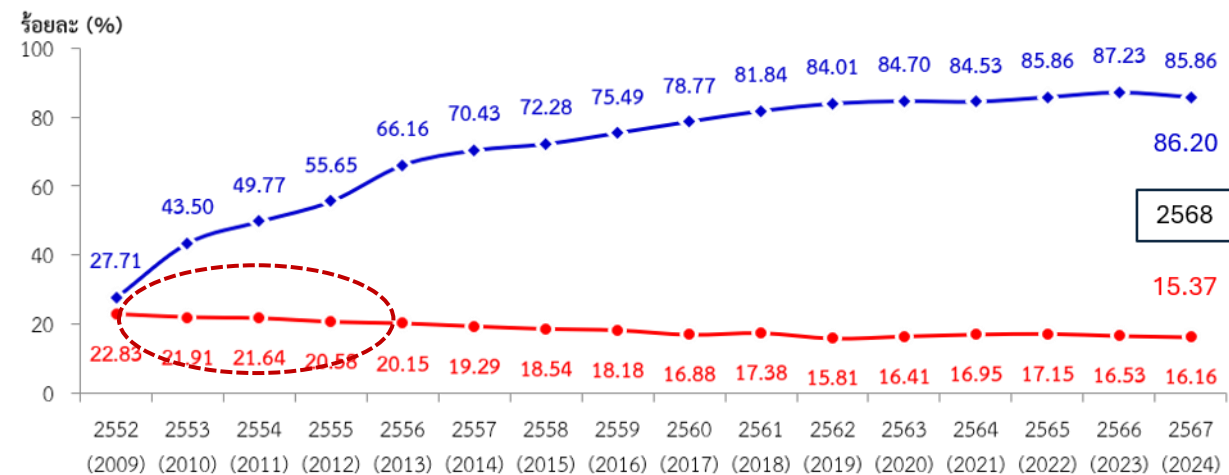
จ่ายเงินแล้ว มีการประเมินคุณภาพบริการหรือไม่

“ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังรับไว้รักษา มีแนวโน้มลดลง”

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction)



การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI



- ◆ ร้อยละผู้ป่วยรับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือใส่สายสวนหัวใจ (% of Thrombolytic treatment and/or Primary PCI)
- ร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังรับไว้รักษา (% of Fatality rate within 30 days)

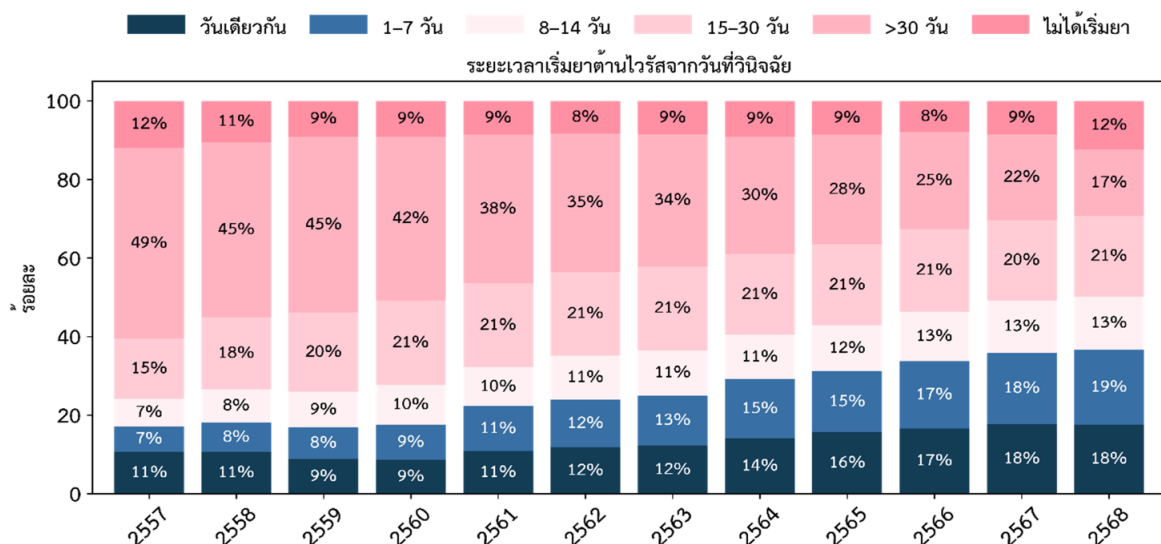
ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (IP-OP E-claim) รายงานตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator: H0301) ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 28 พฤศจิกายน 2568 โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

จ่ายเงินแล้ว มีการประเมินคุณภาพบริการหรือไม่ (ต่อ)

“ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่...ได้รับยาเร็วขึ้น (เริ่มยาหลังการวินิจฉัย ในวันเดียวกันและภายใน 1-7 วัน มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น และได้เริ่มยาหลังจาก 30 วัน มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ)”

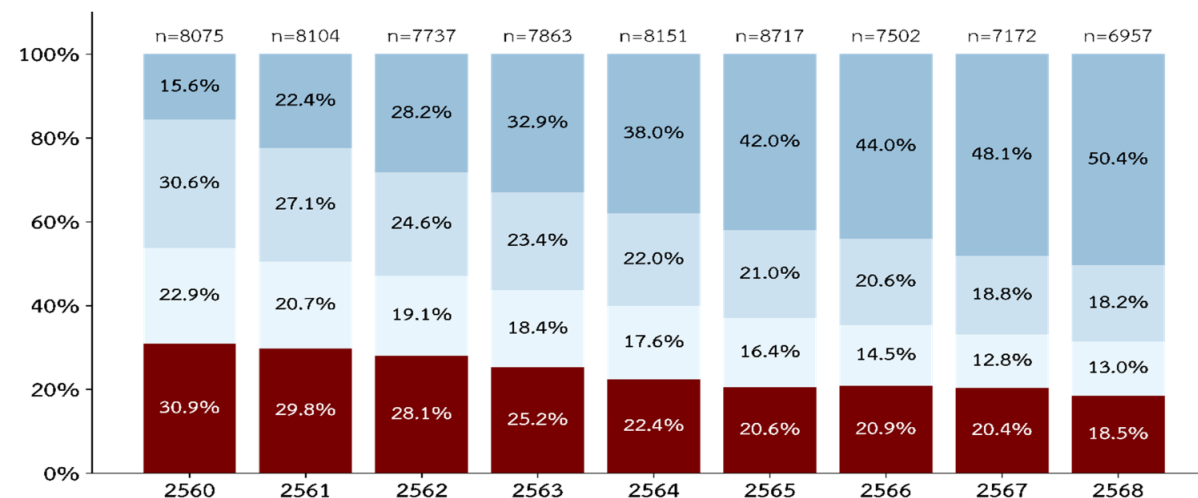
“ผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต...มากกว่า 50% เสียชีวิตหลังจากวินิจฉัยมากกว่า 10 ปี และมีแนวโน้มดีขึ้นจากอดีต”

ระยะเวลาการเริ่มยาด้านเอชไอวีหลังการวินิจฉัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่



ระยะเวลาการเสียชีวิตหลังจากวินิจฉัย ในผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต

ระยะเวลาหลังวินิจฉัย

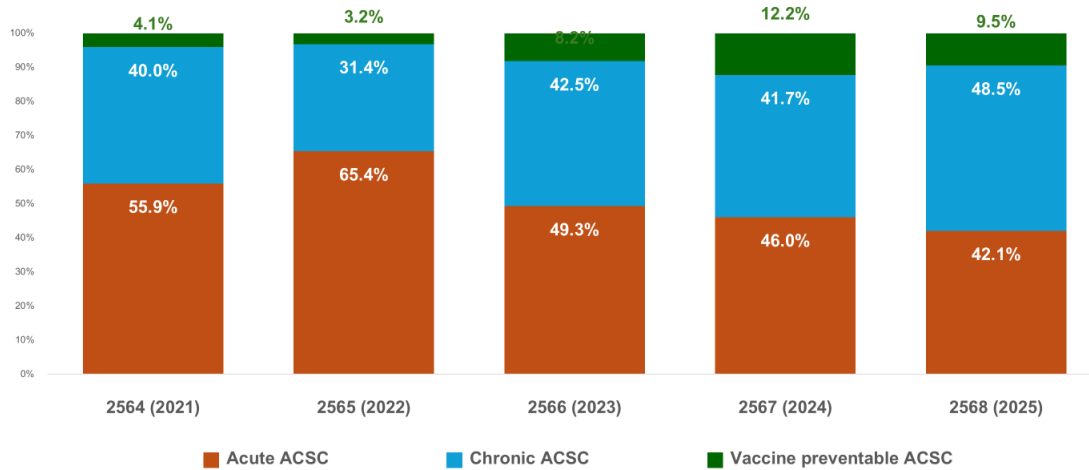


ที่มา: ข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Program) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

ที่มา: ข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Program) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

จ่ายเงินแล้ว มีการประเมินคุณภาพบริการหรือไม่ (ต่อ)

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ACSC) สิทธิ UC

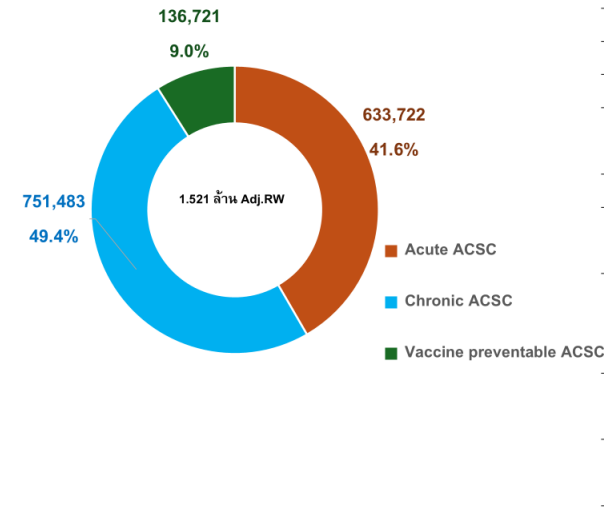


ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 12 ธันวาคม 2568, วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) หมายถึง กลุ่มโรคหรือภาวะเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันหรือดูแลรักษาได้ด้วยบริการผู้ป่วยนอก (OP) หรือระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IP)

“ผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่ถูกรับไว้รักษาในรพ.(ผู้ป่วยใน) ยังคงมีอัตราที่สูง คิดเป็น 1.52 ล้าน Adj.RW”
ซึ่งหากได้รับการดูแลที่ถูกต้องงบค่าบริการผู้ป่วยใน จะถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น”

สัดส่วนของ Adj.RW ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอกสิทธิ UC ปีงบประมาณ 2568 จำแนกตามกลุ่มโรค



- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Acute ACSC | 2. Chronic ACSC | 3. Vaccine preventable ACSC |
| - Angina | - Asthma | - Influenza |
| - Aspiration | - Congestive heart failure | - Tuberculosis and other |
| - Cellulitis | - Convulsions/epilepsy | |
| - Constipation | - COPD | |
| - Dehydration and gastroenteritis | - Diabetes complications | |
| - Dental conditions | - Gangrene | |
| - Ear, nose and throat infections | - Gastro-oesophageal reflux disease | |
| - Pelvic inflammatory disease | - Hypertension | |
| - Perforated/bleeding ulcers | - Iron deficiency anaemia | |
| - Pneumonia and other acute LRTI | | |
| - UTI/pyelonephritis | | |

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 12 ธันวาคม 2568, วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

จ่ายเงินแล้ว มีการ Audit อย่างไรบ้าง: กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ และเหตุผล

ข้อกฎหมาย



การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ เป็นบทบัญญัติตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕



มาตรา ๑๘ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้
(๑) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

มาตรา ๔๕ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่
(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา และเวชภัณฑ์ ที่ได้คุณภาพและมีมาตรฐาน...
(๒) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ได้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย...
(๓) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่อง แก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ
(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐตามกฎหมาย
(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา ๒๖ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้
(๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

มาตรา ๕๐ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้
(๑) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๕



ลำดับ	ประกาศ
1	ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ.2566
2	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ.2567
3	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน ปี 2569 ประกาศในราชกิจจานุ 16 มี.ค.69

เหตุผลในการตรวจสอบ

เพิ่มประสิทธิภาพการจ่ายเงิน (Improve operational efficiency)

- ค้นหาข้อผิดพลาด ซ้ำปัญหา ปรับปรุง การบันทึกข้อมูล
- ช่วยสนับสนุนให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการปฏิบัติงาน
- ตรวจสอบทั้งการจ่ายที่ต่ำกว่าที่ควร (underpayment) และจ่ายเกิน (overpayment) เพื่อให้เบิกจ่ายถูกต้อง

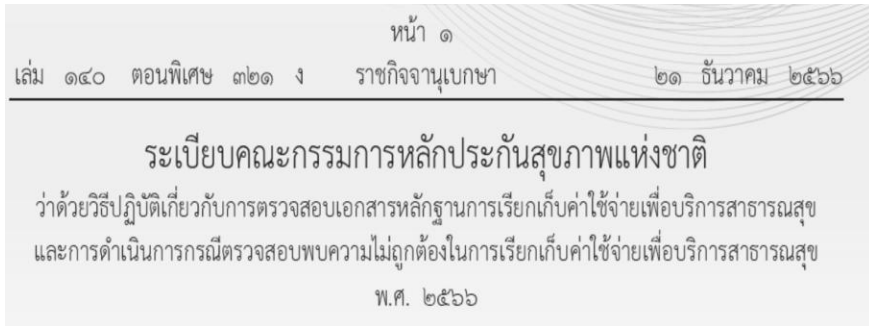
พัฒนาคุณภาพข้อมูล (Improve data quality)

- ข้อเสนอแนะ การอบรม และการติดตาม ทำให้คุณภาพข้อมูลดีขึ้น น่าเชื่อถือ และนำไปใช้ประโยชน์ได้

ยกระดับคุณภาพบริการ (Improve quality of medical services)

- การตรวจสอบคุณภาพ (Quality audit) ช่วยให้บริการเป็นไปตามมาตรฐาน

จ่ายเงินแล้ว มีการ Audit อย่างไรบ้าง (ต่อ)



หากพบ Abuse, Fraud

ข้อ ๑๒ เมื่อสำนักงานตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอันพิสูจน์ได้ว่าเป็นเท็จ โดยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยการสรุปโรคหรือสรุปการทำหัตถการมากเกินไปโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคหรือรหัสหัตถการโดยไม่พบหลักฐาน หรือการเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในกรณีต่าง ๆ โดยไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปจนเกินควรแก่กรณี ให้สำนักงานพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

- (๑) เรียกคืนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการได้รับพร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอมคืนค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้สำนักงานดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป
- (๒) ระงับหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ
- (๓) ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญาแก่บุคคลผู้กระทำความผิด
- (๔) แจ้งสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบการวิชาชีพ
- (๕) พิจารณาวินิจฉัยว่าหน่วยบริการนั้นกระทำความผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

ข้อ ๖ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ ๕ ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบด้วยวิธีหนึ่งวิธีใด ดังต่อไปนี้

- (๑) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Coding audit)
- (๒) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามรายการ (Billing audit)
- (๓) การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการสาธารณสุข (Quality of care audit)
- (๔) การตรวจสอบด้วยวิธีอื่น (Other audit) เช่น Telephone audit หรือโปรแกรม OCR เป็นต้น

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๖

หมวด 1 แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
หมวด 2 วิธีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย Pre-Authorized, Pre Audit และ Post Audit
หมวด 3 มาตรการในการดำเนินการ กรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้อง

จ่ายเงินแล้ว มีการ Audit อย่างไรบ้าง (ต่อ): **หลัง Audit แล้ว ทำอะไร**

การตรวจสอบการเบิกจ่าย (Payment Audit)

- Pre-Audit: Rule based processing, e-Pre-Audit, AI Pre-Audit
- Post Audit: Coding Audit, Billing Audit

หลังตรวจสอบ



การตรวจสอบด้านคุณภาพบริการ (Quality of Care Audit)

Core Components of Quality Care



- High cost & high volume
- มีประเด็นปัญหาคุณภาพบริการ
- ได้รับความร่วมมือจากสมาคมวิชาชีพ

- ประมวลผลจ่ายเพิ่มหรือเรียกคืนการจ่ายชดเชยตามผลตรวจสอบ
- รายงานและ Feedback
 - ส่งกลับข้อมูลผลการตรวจสอบ ไปยังหน่วยบริการ, สปสช เขต, สมาคมวิชาชีพ กรณีผลตรวจสอบคุณภาพบริการ
 - จัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาการออกแบบบริหารกองทุน
 - นำเสนอผลการตรวจสอบ ต่อคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง กรณีพบประเด็นการเบิกชดเชย/คุณภาพบริการ
 - สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยบริการนำผลตรวจสอบไปใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Guidance)
- Onsite inspection กรณีตรวจพบว่าการเบิกจ่ายที่อาจเข้าข่ายทุจริต หรือ มีประเด็นคุณภาพบริการ
- การดำเนินการทางกฎหมาย กรณีที่มีประเด็นอาจเข้าข่ายทุจริต

จ่ายเงินแล้ว มีการ Audit อย่างไรบ้าง (ต่อ): ตัวอย่างผลการตรวจสอบ

สรุปผลการดำเนินงานการตรวจสอบก่อนจ่าย กรณีบริการผู้ป่วยใน (IP- Pre-Audit Automation System) เดือนมิถุนายน 2569

	จำนวนรายการ (ครั้งต่อเดือน)	ยอดจ่ายรวม (บาทต่อเดือน)	AdjRW รวม (เฉลี่ยต่อเดือน)	
✖ รายการผิดปกติ S1	2,878 (0.50%)	26,356,875.05	5,487.05	ปฏิเสธการจ่ายแล้ว ถ้าหน่วยบริการ ไม่เห็นด้วยขอ e-appeal ได้ 1 ครั้ง
? รายการ AI ทำนายแดง	11,851 (2.04%)	532,745.00	9,994.46	} จ่ายตามปกติ และตรวจสอบหลังจ่ายชดเชย (Post audit) ตามเงื่อนไข/สุ่ม ถ้าพบความ ไม่ถูกต้อง เรียกเงินคืนและนำผลตรวจมา Train AI ต่อเนื่อง
? รายการต้องสงสัย M	57,693 (9.93%)	544,177,905.88	108,753.57	
? รายการ LOS 0-1 วัน	45,390 (7.81%)	81,376,017.35	20,267.35	
✓ รายการปกติ	463,201 (79.72%)	4,251,565,556.61	721,514.46	} นำเข้าคณะกรรมการ M&E ระดับเขต เพื่อ พิจารณาและวางมาตรการและกำกับติดตาม

ผลการตรวจสอบหลังการจ่าย (Post Audit)

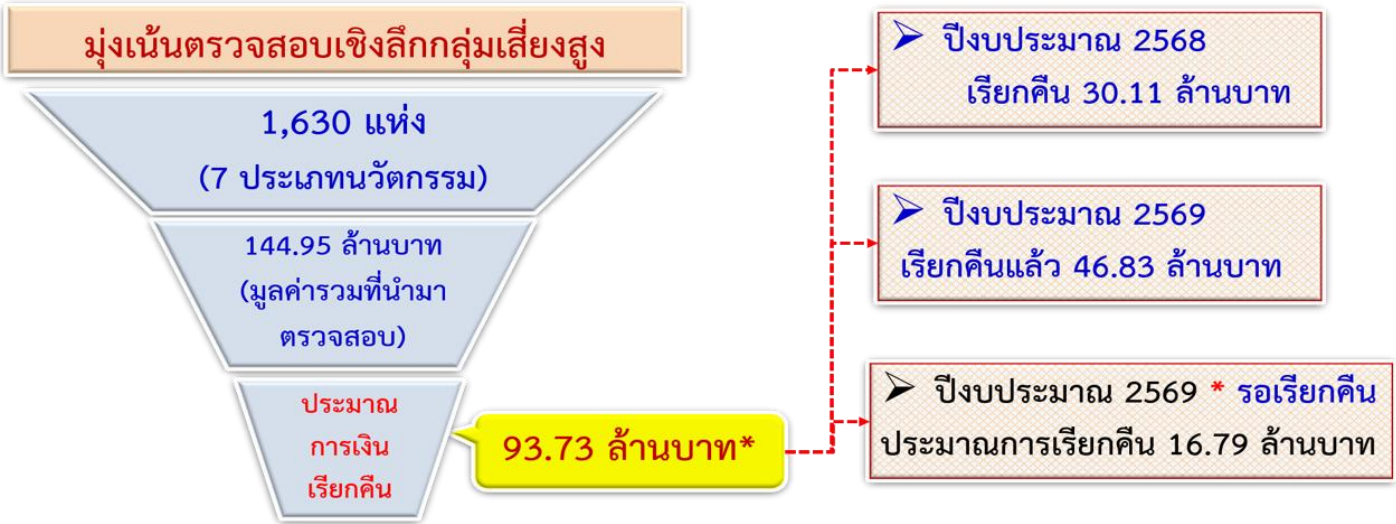
กรณีบริการ IP ไตรมาส 1 และ 2 ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ปีงบประมาณ 2569

ลำดับ	ประเด็นที่ตรวจสอบ	จำนวนที่เข้า เงื่อนไขตรวจสอบ	จำนวนหน่วยบริการขอ ทบทวน		จำนวนรายการที่อยู่ระหว่าง การประมวลผลเรียกคืน		
		ฉบับ	ฉบับ	ร้อยละ	ฉบับ	ร้อยละ	ประมาณการเรียกเงินคืน (ADJRW*8,350 บาท)
1	ตรวจสอบรหัส ICD10/ICD9 ที่เข้าข่าย ไม่ถูกต้องตามเงื่อนไขทางอิเล็กทรอนิกส์	16,991	2,526	14.87	14,465	85.13	116,685,890
2	บริการที่เข้าข่าย Split admit	11,648	2,858	24.54	8,790	75.46	67,318,001
3	บริการ Homeward กรณี DM/HT	32,720	12,435	38.00	20,285	62.00	43,621,005
รวม		61,359	17,819	29.04	43,540	70.96	227,624,896

จ่ายเงินแล้ว มีการ Audit อย่างไรบ้าง (ต่อ): ตัวอย่างผลการตรวจสอบ (ต่อ)

การตรวจสอบหลังการจ่ายกรณีหน่วยนวัตกรรม (Post Payment Audit)

ผลการตรวจสอบหน่วยนวัตกรรม ปี 2568 (ข้อมูลบริการ 1 ต.ค.67 – 30 ก.ย.68)



หมายเหตุ * มีข้อมูลบางส่วนอยู่ระหว่างการดำเนินการ :- ข้อมูลที่อยู่ระหว่างการพิจารณาทบทวนครั้งที่ 1, พิจารณาทบทวนครั้งที่ 2, ประมวลผลเรียกเงินคืน

การตรวจสอบหน่วยนวัตกรรม ปี 2569

รายการ	จำนวนที่ตรวจสอบทั้งหมด (Visit)	จำนวนสิ้นสุดกระบวนการตรวจสอบ (Visit)	จำนวนประมาณการเรียกเงินคืน (บาท)	จำนวนข้อมูลที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ (visit)
หน่วยนวัตกรรม	455,546	135,516	22,504,035	320,030

** ข้อมูลฝ่ายบริหารกฎหมาย ณ 14 กรกฎาคม 2569

การดำเนินการภายหลังตรวจสอบ

คกก.ดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ: มีมติ [หน่วยนวัตกรรม 39 แห่ง](#) พบความไม่ถูกต้องเข้าข่ายมีมูล จากเอกสารหลักฐานที่เชื่อได้ว่าจะเกิดความอันเป็นเท็จ รวม 7 บริการ ประกอบด้วย

- พยาบาลและผดุงครรภ์ 15 แห่ง
- เวชกรรม 12 แห่ง
- การแพทย์แผนไทย 4 แห่ง
- เภสัชกรรม 3 แห่ง
- กายภาพบำบัด 2 แห่ง
- ทันตกรรม 2 แห่ง
- เทคนิคการแพทย์ 1 แห่ง

จำนวนหน่วยบริการที่เข้าสูการดำเนินการตามข้อ 12 ของประกาศ คกก.หลักประกันฯ ดังนี้

- แจ้งความ ร้องทุกข์กล่าวโทษคดีอาญา 32 แห่ง **
- แจ้งสภาวิชาชีพ 23 แห่ง
- เพิกถอน/ ยกเลิกการขึ้นทะเบียน 8 แห่ง
- อยู่ระหว่างการพิจารณาตามมาตรา 60 12 แห่ง

จ่ายเงินแล้ว มีการ Audit อย่างไรบ้าง (ต่อ): ตัวอย่างผลการตรวจสอบ (ต่อ)

การตรวจสอบคุณภาพบริการ (Quality of Care Audit) เช่น CAG/PCI, ODS/MIS, เบาหวานชนิดที่ 1

ผลการตรวจสอบการตรวจสอบคุณภาพบริการหลังการจ่ายชดเชย (Post Payment :Quality of Care Audit) ปี 2568 การทำหัตถการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (CAG/PCI) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน และกรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาล

กรณีหัตถการ CAG

- หัตถการ CAG จำนวน 225 visit พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อน 3 visit (ร้อยละ 1.3) โดยพบเกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ CAG 2 visit ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ bradycardic arrest หลังทำ CAG /hematoma
- หัตถการ CAG ที่นำมาตรวจสอบพบสถานะการจำหน่ายเป็นเสียชีวิต จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 4.8) และผลการตรวจสอบทั้ง 11 รายการเสียชีวิตไม่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ

กรณีหัตถการ PCI

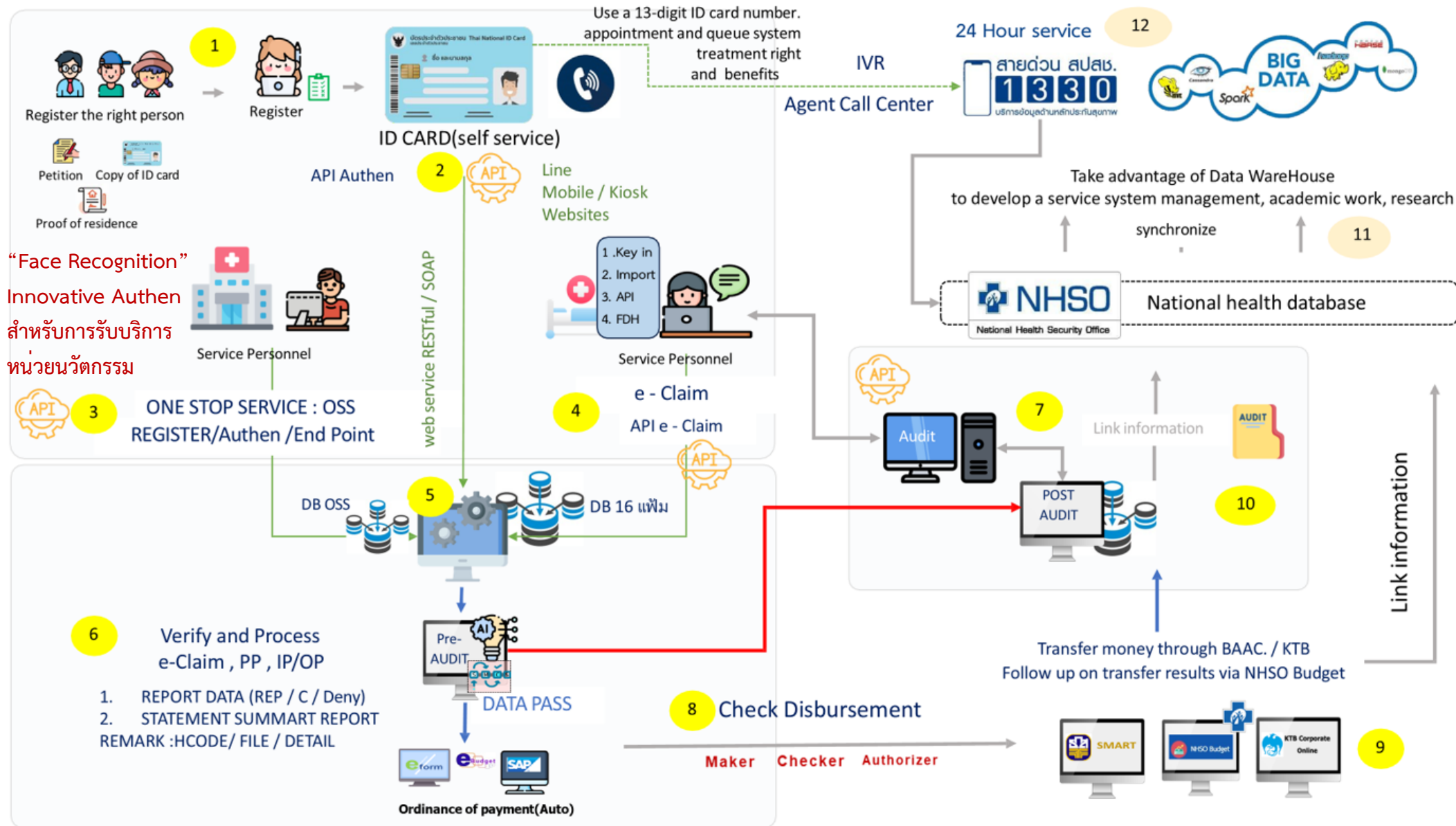
- หัตถการ PCI จำนวน 140 visit พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อน 8 visit (ร้อยละ 5.7) และเกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ PCI ทั้ง 8 visit ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ hematoma /perforation /no reflow /Shock / bradycardic arrest
- หัตถการ PCI ที่นำมาตรวจสอบพบสถานะการจำหน่ายเป็นเสียชีวิต จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 9.2) ผลการตรวจสอบพบการเสียชีวิตเกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ จำนวน 1 ราย

หมายเหตุ : เกณฑ์ในการคัดเลือกเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบในครั้งนี้ ไม่ใช่การ random แต่มี inclusion list คือ complication และ mortality ในโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบว่าเกี่ยวข้องกับการทำหัตถการหรือไม่

ตัวอย่างการตรวจสอบคุณภาพบริการบริการอื่นๆ เช่น

- บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ และผ่าตัดแผลเล็ก (One Day Surgery (ODS) & Minimally Invasive Surgery (MIS) กรณีที่พบ เช่น ข้อบ่งชี้ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอในการทำหัตถการ ไม่มีการประเมินโดยวิสัญญีแพทย์ก่อนผ่าตัด เป็นต้น
- บริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 กรณีที่พบ เช่น การคัดกรองโรคร่วม การขยายศักยภาพของหน่วยบริการทุกระดับเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยได้ครบวงจร เป็นต้น

กระบวนการจัดสรร/จ่ายชดเชย เป็นอย่างไร



การจัดสรรมีความรัดกุมหรือไม่ มีส่วนใดที่ยังปรับปรุงได้

ความรัดกุมของการใช้จ่ายงบประมาณ: การจัดสรร/การจ่ายชดเชยค่าบริการ

- บริหารจัดการตามกรอบและอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนด
- ตอบสนองนโยบายด้านสาธารณสุข
- มีกลไกอภิบาลที่เข้มแข็ง มีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ภายใต้อำนาจประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความคุ้มค่า ความเสมอภาคเท่าเทียม และการตอบสนองต่อสังคม

- งบประมาณปลายปิด (Closed end, spending cap)
- การควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
- การจ่ายอย่างมีกลยุทธ์ ผ่านวิธีการจ่ายแบบผสมผสานที่คำนึงถึงความเสี่ยงต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน และการจัดบริการของหน่วยบริการ
- การประเมินความคุ้มค่า
- การตรวจสอบการเบิกจ่าย (100% Pre-Audit) และจ่ายเงินเร็ว หากเบิกถูกต้องตามเงื่อนไข
- กำหนดมาตรการกรณีมีการกระทำความผิด

การจัดสรรมีความรัดกุมหรือไม่ มีส่วนใดที่ยังปรับปรุงได้ (ต่อ)

กระบวนการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สรุปกระบวนการจัดทำข้อเสนอแนวทางการบริหารจัดการกองทุนฯ

จากการระดมสมอง สู่การประกาศใช้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (10 ขั้นตอน)



🛡️ หลักการสำคัญ
(Core Principles)



มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน



โปร่งใส ตรวจสอบได้



สอดคล้องกับกฎหมายและนโยบาย



มุ่งสู่ประโยชน์สูงสุดของประชาชน



ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงต่อเนื่อง

การจัดสรรมีความรู้ความเข้าใจหรือไม่ มีส่วนใดที่ยังปรับปรุงได้ (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดทำประกาศการจ่ายฯ และการเผยแพร่ประกาศฯ

ขั้นตอนมาตรฐาน (SOP) การจัดทำประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

แนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดทำประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข
ครอบคลุมตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูล การรับฟังความเห็น ตามระเบียบกฎหมาย จนถึงการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ระยะที่ 1: การเตรียมข้อมูลและยกร่างประกาศ



วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินความพร้อมระบบ

รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกแบบวิธีการจ่าย และตรวจสอบความพร้อมของระบบ IT และการตรวจสอบ (Audit)



ยกร่างประกาศ 3 ส่วนสำคัญ

ร่างรายละเอียดด้านหลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บเงิน และเงื่อนไขการจ่าย/ปฏิเสธการจ่าย



ตรวจสอบร่างกฎหมายขั้นต้น

ฝ่ายแผนงานร่วมกับฝ่ายกฎหมายพิจารณาร่างประกาศ (ร่าง 1) ก่อนนำไปรับฟังความคิดเห็น

ระยะที่ 2: การรับฟังความเห็นและผลบังคับใช้



กระบวนการรับฟังความคิดเห็น (ตามมาตรา 13)

รับฟังความเห็นผ่านระบบกลาง law.go.th และกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อปรับปรุงเป็นร่างที่ 2



เสนอลงนามและประกาศราชกิจจานุเบกษา

ผ่านการเห็นชอบจากฝ่ายกฎหมายและเลขาธิการ สปสช. ก่อนส่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา



การสื่อสารและบังคับใช้ทางการเมือง

ประชุมชี้แจงหน่วยบริการ สื่อสารต่อสาธารณะ และเริ่มบังคับใช้ตามกรอบเวลาที่กำหนด

<https://www.nhso.go.th/>

สำหรับหน่วยบริการ / การบริหารกองทุน สปสช. / ประกาศการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขฯ

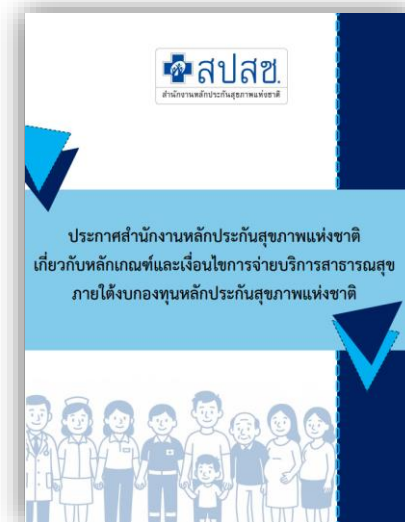
→ <https://www.nhso.go.th/agency-th/2024-08-20-15-32-32/2024-08-20-15-36-13>



หน้าแรก สำหรับประชาชน สำหรับหน่วยบริการ เกี่ยวกับองค์กร สื่อสารองค์กร เครือข่าย

ประกาศเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข

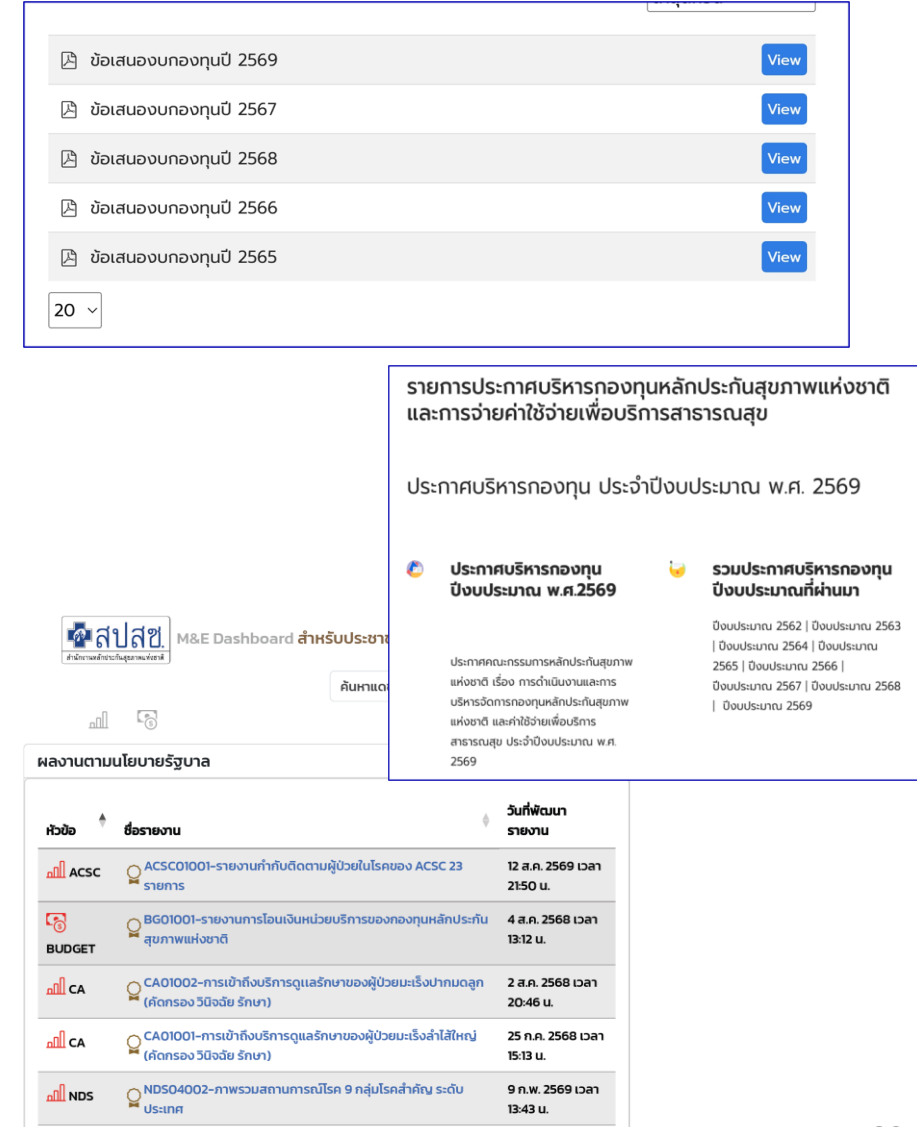
- บริการทางการแพทย์เหมาะสมด้วย (ผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน / กรณีเฉพาะ / พิษณุ / แพทย์แผนไทย / ค่าเสื่อม)
- บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
- บริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง



การจัดสรรมีความรัดกุมหรือไม่ มีส่วนใดที่ยังปรับปรุงได้ (ต่อ)

ความโปร่งใสในการบริหารและการจัดสรรงบประมาณ/จ่ายชดเชยค่าบริการ

- เผยแพร่ข้อเสนอของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครบถ้วนวิธีคำนวณงบที่เสนอขอรับงบประมาณได้ ผ่านเว็บไซต์ สปสช. <https://www.nhso.go.th/th/agency-th/report-finance-2>
- เผยแพร่ประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ผ่านเว็บไซต์ สปสช. <https://www.nhso.go.th/th/agency-th/2024-08-20-15-32-32/2024-08-20-15-36-13>
- เผยแพร่ข้อมูลการจัดสรร/จ่ายชดเชยค่าบริการ ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่แต่ละหน่วยบริการได้รับ ผ่านเว็บไซต์ สปสช. <https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/new/other001/56975-2568-38>
- เผยแพร่ข้อมูลการเข้าถึงบริการ/การโอนเงิน Dashboard (สำหรับประชาชน) <https://medata.nhso.go.th/me/public/dashboard/index>
- การช่วยแก้ปัญหาและรับเรื่องร้องเรียนจากหน่วยบริการ ผ่านสายด่วน Provider center 1330 กด 5



ข้อเสนอของกองทุนปี 2569

ข้อเสนอของกองทุนปี 2569	View
ข้อเสนอของกองทุนปี 2567	View
ข้อเสนอของกองทุนปี 2568	View
ข้อเสนอของกองทุนปี 2566	View
ข้อเสนอของกองทุนปี 2565	View

20

รายการประกาศบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศบริหารกองทุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ประกาศบริหารกองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

รวมประกาศบริหารกองทุน ปีงบประมาณที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ 2562 | ปีงบประมาณ 2563 | ปีงบประมาณ 2564 | ปีงบประมาณ 2565 | ปีงบประมาณ 2566 | ปีงบประมาณ 2567 | ปีงบประมาณ 2568 | ปีงบประมาณ 2569

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ผลงานตามนโยบายรัฐบาล

หัวข้อ	ชื่อรายงาน	วันที่พัฒนา รายงาน
ACSC	ACSC01001-รายงานกำกับติดตามผู้ป่วยโรคของ ACSC 23 รายการ	12 ส.ค. 2569 เวลา 21:50 น.
BUDGET	BG01001-รายงานการโอนเงินค่าบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	4 ส.ค. 2568 เวลา 13:12 น.
CA	CA01002-การเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (คัดกรอง 5 ปีครั้ง รักษา)	2 ส.ค. 2568 เวลา 20:46 น.
CA	CA01001-การเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (คัดกรอง 5 ปีครั้ง รักษา)	25 ก.ค. 2568 เวลา 15:13 น.
NDS	NDS04002-ภาพรวมสถานการณ์โรค 9 กลุ่มโรคสำคัญ ระดับประเทศ	9 ก.พ. 2569 เวลา 13:43 น.

“งบจัดหา ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ ตามโครงการพิเศษ ที่จ่ายไปที่ รพ.ราชวิถี”

แผนความต้องการยาที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

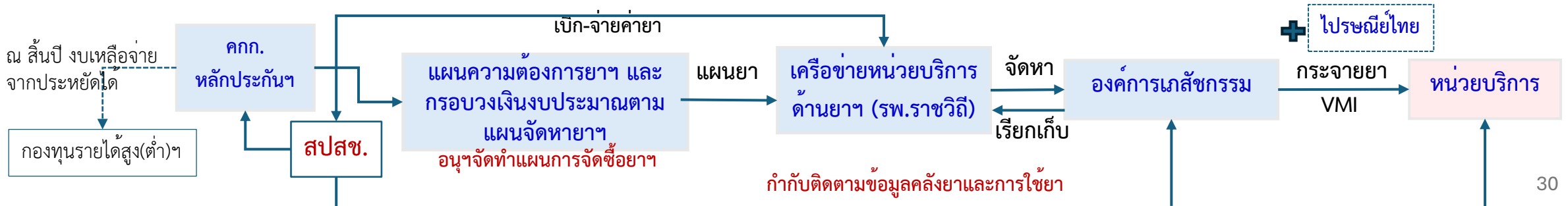
รายการ	ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568			
	จำนวน รายการ	งปม. แผนความ ต้องการยา ผ่านบอร์ด 2 ต.ค. 66	จำนวน รายการ	งปม. แผนความ ต้องการยา ทั้งปี	คาดการณ์ งบยาฯ คงคลัง ยกมา ณ 1 ต.ค. 67	งปม. แผนความ ต้องการยาฯ สุทธิ
1. งบเหมาจ่ายรายหัว บริการกรณีเฉพาะ (CR)						
1.1 ยาจำเป็น						
- ยา จ.2 ยาตามระบบ CL	44	1,646.92	45	1,901.15	282.34	1,470.00
- ยาแก้ปวด และยาต้านพิษ	16	62.64	16	77.60	36.40	69.73
1.2 ยาวันโรค	16	147.29	14	213.71	25.51	191.81
1.3 อุปกรณ์และอวัยวะเทียม (สายสวนหัวใจ)	4	385.03	4	383.29	-	383.29
1.4 ชุดประสาทหูเทียม	1	10.40	1	12.91	3.13	9.78
1.5 รากฟันเทียม	1	22.43	1	22.43	11.21	11.21
1.6 อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียจากลำไส้ ถุงทวารเทียม	2	65.05	2	65.06	-	65.06
2. งบบริการผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์						
2.1 ยาสำหรับผู้ป่วย HIV/AIDS	31	2,535.73	33	2,993.52	500.47	2,605.53
3. งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง						
3.1 นํ้ายาล้างไตผ่านทางช่องท้อง	7	3,838.72	2	3,854.10	336.72	3,517.40
3.2 สาย TK สำหรับล้างไตผ่านทางช่องท้อง	2	0.97	2	5.81	0.43	5.59
3.3 ตัวกรองล้างไตด้วยการฟอกเลือด	1	-	1	10.61	-	10.61
4. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค						
4.1 วัคซีน	14	2,056.34	15	2,717.71	880.70	1,837.59
4.2 ยายุติการตั้งครรภ์	1	7.90	1	8.61	2.23	6.58
4.3 ถุงยางอนามัยรวมสารหล่อลื่น	5	1.74	5	153.45	115.16	38.29
รวม	145	10,781.15	142	12,419.96	2,194.29	10,222.48
% growth						-5.18%

หลักการปรับแผนการจัดหายาฯ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้มียาฯ เพียงพอสำหรับให้บริการในปีงบประมาณ

แนวทางดำเนินการ

1. กำกับติดตามผลการจัดหา การกระจายยา รวมทั้งสินค้าคงคลัง
2. ติดตามข้อมูลจำนวนผู้รับบริการ และอัตราการใช้จ่ายฯ ฯลฯ รวมถึงการปรับเปลี่ยนสูตรยา หรืออื่นๆที่เกี่ยวข้อง
3. คง Safety stock ที่จำเป็น โดยเฉพาะวัคซีนที่ต้องมีครอบคลุม safety stock 6 เดือน (ใช้เวลาผลิตประมาณ 6-8 เดือน)
4. บริหารงบประมาณ ภายใต้วงเงินที่คณะกรรมการอนุมัติไว้แล้ว
5. กรณีแผนมีการเปลี่ยนแปลง เช่น จัดหาเพิ่มขึ้น/ลดลง ราคาจัดหาเกินจากราคาตามแผน ให้พิจารณาปรับแผน ภายใต้กรอบวงเงินเดิม โดยต้องไม่กระทบผู้ป่วย และเสนอ คกก.พิจารณา



งบประมาณไปจุดที่สำคัญมากกว่า หรือจุดที่เราต้องรักษาไว้ได้หรือไม่

การจัดสรรงบประมาณไปที่จุดสำคัญและ/หรือต้องรักษาไว้ ภายใต้แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น

- ภาวะคุกคามชีวิต (Life-threatening condition) ที่อันตรายถึงชีวิต ต้องได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและทันเวลาที่ เพื่อรักษาชีวิต (save lives) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) การเจ็บป่วยจากสารพิษรุนแรง (Poisoning) การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่างๆ ฯลฯ
- การเจ็บป่วยหรือโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อครัวเรือนมีความเสี่ยงทางการเงินหรือล้มละลายจากภาระค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง หรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงต่างๆ
- การเจ็บป่วยหรือโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสังคมโดยรวม (Negative Externality) เช่น โรคติดเชื้อต่างๆ เอชไอวี โรค ฯลฯ
- ระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีศักยภาพ เชื่อมโยงเครือข่าย และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียม แม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล
- บริการในพื้นที่ก้นดาร์ เสี่ยงภัย ชายแดน รวมทั้งค่าเสื่อม ที่ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเหมาะสม เพื่่อำรุงรักษาระบบและศักยภาพบริการในพื้นที่ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้
- อื่นๆ เช่น
 - บริการ/เทคโนโลยี/นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีกว่าเดิม ในราคาที่เท่าเดิมหรือถูกกว่า
 - บริการที่มีผลลัพธ์หรือคุณค่าที่วัดได้ ส่งผลต่อสถานะสุขภาพและ/หรือคุณภาพชีวิตของประชาชน

การจัดสรรงบประมาณมีความเหมาะสมหรือไม่

1. จ่ายชดเชยค่าบริการอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic purchasing)

- วิธีการจ่ายแบบผสมผสาน เพื่อปกป้องความเสี่ยงทั้งประชาชนและหน่วยบริการ รวมทั้งการจ่ายที่มุ่งเน้นคุณค่า (Value-based payment)
- ตรวจสอบ (Audit) กำกับติดตามประเมินผล (M&E)
- ขยายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและ Feedback system

2. ยึดหลักการ “S-A-F-E” →

Sustainability (ความยั่งยืน)

ระบบการคลังที่ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือนสามารถลงทุนและแบกรับภาระได้ในระยะยาว



S



A

Adequacy (ความเพียงพอ)

ทรัพยากรและงบประมาณเพียงพอให้ทุกคนเข้าถึงบริการที่จำเป็น และป้องกันการล้มละลาย

Fairness (ความเป็นธรรม)

สร้างความเท่าเทียมในการรับบริการ ค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการ ยึดหลัก 'ดี-ป่วย รวย-จน ช่วยกัน'



F



E

Efficiency (ประสิทธิภาพ)

ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด โดยคำนึงถึงคุณภาพและเวลา

3. มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของระบบหลักประกันฯ

- เช่น ทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ ปรับปรุงหรือยกเลิกบริการที่ไม่มีความจำเป็นหรือมีคุณค่าต่ำ (Low value care)

บทสรุป และก้าวต่อไป

บทสรุป 1: ประสิทธิภาพของการลงทุนด้านสุขภาพของประเทศไทย

Relative Performance: อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย ใกล้เคียงกับประเทศพัฒนาแล้ว/ประเทศรายได้สูง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายหรือการลงทุนด้านสุขภาพต่ำกว่า กล่าวคือ ใช้เงินไม่มาก ได้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน **ถือว่ามีประสิทธิภาพ**

	UK	US	JAP	OECD	THA	UMICs	CHI	MAY
1. GNI per capita, PPP (current international dollars), 2025	64,210	89,490	58,920	64,095	25,570	25,218	29,160	40,070
2. CHE per capita (current US), 2023	5,860	13,473	3,638	5,915	326	610	763	450
3. CHE (%GDP), 2023	11.13	16.69	10.74	12.75	4.54	6.04	5.94	3.96
4. life expectancy at birth, 2024	81	79	84	80	77	76	78	77
5. maternal mortality (per 100,000 live births), 2023	8	17	3	17	34	57	16	26
6. immunization of HB3 (% children), 2024	92	93	95	89	92	88	96	93
7. UHC service coverage index, 2023	88	88	86	84	82	81	85	80
8. out-of-pocket expenditure (%CHE), 2023	15	11	12	13	10	31	32	37

หมายเหตุ: GNI=gross national income, PPP=purchasing power parity, CHE=current health expenditure, GDP=gross domestic product, HB3=hepatitis B ครบ 3 เข็ม, UHC=universal health coverage, UK=United Kingdom, US=United State, JAP=Japan, OECD=Organization for Economic Co-operation and Development, THA=Thailand, UMICs=Upper Middle-Income Countries, CHI=China, MAY=Malaysia

ที่มา: World Bank Open Data. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> Access date 12 Aug 2026

แบบอธิบาย PPP

- GNI per capita, PPP คือ รายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรในประเทศ ที่นำมาปรับค่าตาม "อำนาจซื้อที่แท้จริง" โดยหักล้างความแตกต่างเรื่องค่าครองชีพและราคาสินค้าของแต่ละประเทศออกไป เพื่อให้เราเปรียบเทียบความกินดีอยู่ดีของคนแต่ละชาติได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ดอลลาร์สากลคงที่ (International dollars) เป็นหน่วยมาตรฐาน เพื่อเปรียบเทียบมาตรฐานการครองชีพ ความเป็นอยู่ และผลผลิตของเศรษฐกิจ

PPP (Purchasing Power Parity)

- ปัญหาแบบเดิม: ถ้าเราเอาเงินบาทไทยไปแลกเป็นดอลลาร์สหรัฐ แล้วหารด้วยจำนวนคน เราจะเห็นว่าคนไทยมีรายได้ดูน้อยกว่าคนอเมริกามากๆ
- ความจริงเรื่องค่าครองชีพ: เงิน 100 บาท (ประมาณ 3 ดอลลาร์) ในไทยอาจจะซื้อข้าวมันไก่ อิ่มได้ 2-3 จาน แต่ถ้าเอาเงิน 3 ดอลลาร์นี้ไปซื้อข้าวในอเมริกา อาจจะซื้อไม่ได้เลยสักจานเดียวเพราะที่นั่นของแพงกว่า
- วิธีแก้ของ PPP: เขาจึงเอา "ราคาสินค้าจริงๆ ในท้องตลาด" ของแต่ละประเทศมาเทียบกัน (เรียกว่า Dollar ระหว่างประเทศ) เพื่อดูว่าเงินรายได้ที่มีอยู่เนี่ย ซื้อของกินของใช้ในประเทศตัวเองได้มากน้อยแค่ไหน
- GNI per capita (แบบปกติ): ใช้เรตแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศตรงๆ เหมาะกับการดูความใหญ่โตทางเศรษฐกิจในเวทีโลก
- GNI per capita, PPP: ใช้ดู "คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่จริง" ของประชาชนในประเทศนั้นๆ ว่ารวยหรือจนเมื่อเทียบกับข้าวของที่ต้องจ่ายจริงในชีวิตประจำวัน
- GNI Purchasing Power Parity (GNI PPP) คือ รายได้มวลรวมประชาชาติที่ปรับค่าตาม "อำนาจซื้อ" โดยคำนึงถึงค่าครองชีพและราคาสินค้าที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ใช้ดอลลาร์สากลคงที่ (International dollars) เป็นหน่วยมาตรฐาน เพื่อเปรียบเทียบมาตรฐานการครองชีพ ความเป็นอยู่ และผลผลิตของเศรษฐกิจ

บทสรุป 2: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มรายได้

Equity: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลลดอัตราตายของทารก และลดความเหลื่อมล้ำด้านอัตราตายของทารก ระหว่างพื้นที่รวยและยากจนอย่างมีนัยสำคัญ

- งานวิจัยจาก MIT, มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University) และ สำนักวิจัยเศรษฐกิจแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Bureau of Economic Research - NBER) เรื่อง *The Great Equalizer: Health Care Access and Infant Mortality in Thailand* พบว่า
- การปฏิรูประบบสุขภาพ “30 บาทรักษาทุกโรค” หรือ “บัตรทอง” ของประเทศไทย ที่เริ่มตั้งแต่ปี 2544 ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจนและกลุ่มที่ไม่เคยได้รับสวัสดิการรักษายาบาลใดๆ และส่งผลต่ออัตราการตายของทารกที่ลดลง
 - ก่อนนโยบาย 30 บาทฯ จังหวัดที่มีสัดส่วนคนจนสูง มีอัตราตายทารกสูงกว่าจังหวัดร่ำรวยอย่างมีนัยสำคัญ แต่หลังนโยบายฯ อัตราตายทารกไม่ต่างกันระหว่างจังหวัดที่ยากจนกับจังหวัดที่ร่ำรวย
 - แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ผ่านการออกแบบกลไกการเงินผู้ให้บริการ (provider payment) เป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่สำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มรายได้

ที่มา: Gruber, Hendren & Townsend (2014) The Great Equalizer: Health Care Access and Infant Mortality in Thailand. — American Economic Journal: Applied Economics 2014 January 1, 6(1): 91–107. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3998713/pdf/nihms466032.pdf>

บทสรุป 3: การบริหารงบประมาณภาครัฐ ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ปฏิบัติตามบทบัญญัติและอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด
- โปร่งใส ตรวจสอบได้ : สปสช.ดำเนินการและถูกดำเนินการดังนี้
 - การเชื่อมโยง คืบข้อมูล และเปิดให้หน่วยงานภายนอกใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการพัฒนา/ปรับปรุง
 - การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ โดยเฉพาะข้อมูลด้านงบประมาณและการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ผ่านช่องทางต่างๆ
 - **การตรวจสอบการบริหารงบประมาณ** โดยหน่วยงานภายในและภายนอกหลายระดับ ทั้งการตรวจสอบตามกฎหมาย การตรวจสอบบัญชี และการตรวจสอบเชิงนโยบาย เช่น
 - คณะอนุกรรมการตรวจสอบ ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อกำกับการบริหารงบและการดำเนินงานให้โปร่งใสตามกฎหมาย
 - สำนักตรวจสอบ สปสช.: หน่วยงานเลขานุการที่ขึ้นตรงต่อคณะอนุกรรมการตรวจสอบ เพื่อประเมินความเสี่ยงและติดตามการเงิน
 - สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.): ตรวจสอบการรับจ่ายเงิน การเก็บรักษา และผลสัมฤทธิ์ของการใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ
 - ผู้สอบบัญชีภายนอก: บริษัทเอกชนหรือผู้สอบบัญชีที่ได้รับความเห็นชอบจาก สตง. ทำหน้าที่ตรวจสอบรายงานการเงินประจำปี
 - การตรวจสอบเชิงนโยบาย หรือ **ข้อร้องเรียนต่างๆ** จากคณะกรรมการการงบประมาณ / คณะกรรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร
 - การประเมินการบริหารจัดการทุนหมุนเวียน โดยกรมบัญชีกลาง และบริษัท TRIS
 - การประเมินองค์การมหาชน โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร).
 - การประเมินตามตัวชี้วัดด้านงบประมาณ โดยสำนักงบประมาณ
- มีกระบวนการปรึกษาหารือ และรับฟังความเห็นทุกภาคส่วนอย่างรอบด้าน
- ยึดหลักการงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว และปลายปิด (Closed-end budget)

บทสรุป 4: การยอมรับจากนานาชาติ (Global recognition) ต่อความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพไทย

ธนาคารโลกยกย่องหลักประกันสุขภาพไทย
ต้นแบบบริหารจัดการความยากจน

“ไทยเป็นตัวอย่างประเทศกำลังพัฒนาที่ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดความยากจนได้อย่างสำเร็จ แม้ว่าได้ริเริ่มระบบท่ามกลางข้อท้าทายจากธนาคารโลกเกี่ยวกับความยั่งยืนเรื่องระบบการเงินการคลัง แต่ผลสำเร็จวันนี้ได้เป็นข้อพิสูจน์ว่า ไทยได้ตัดสินใจอย่างกล้าหาญที่จะสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้เกิดกับคนไทยทุกคนอย่างถ้วนหน้า และวันนี้โลกก็ได้เรียนรู้ความสำเร็จจากไทยเป็นต้นแบบ”



นพ.จิม ยอง คิม ประธานธนาคารโลก



“การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยถือเป็นตำนาน เพราะได้เปลี่ยนแปลงระบบในช่วงที่ประเทศยังไม่ร่ำรวย และเป็นประเทศแรกๆ ที่ดำเนินการนโยบายนี้ และประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง”

ดร.มาการ์เร็ต ชาน
ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก (WHO)
(พ.ศ.2550 - 2560)



“ไทยเริ่มต้น 30 บาทรักษาทุกโรคกว่า 10 ปี ตัวแต่สมัยที่รายได้ต่อประชากรยังไม่สูง แต่ประสบผลสำเร็จอย่างมาก ในปัจจุบันสามารถดูแลคนไทยทั่วประเทศ อยากให้แบ่งปันความรู้ให้ประเทศอื่นๆ”

บัน คี มูน
เลขาธิการสหประชาชาติ
(พ.ศ.2547 - 2550)



“ผมชื่นชมประเทศไทยเป็นอย่างมาก ที่กล้าหาญสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน ในขณะที่ยังเป็นประเทศกำลังพัฒนา โดยไม่รอให้เป็นประเทศพัฒนาแล้ว สิ่งนี้ยืนยันว่า ไม่ต้องเป็นประเทศร่ำรวย คุณก็สามารถทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ และสามารถเพิ่มการเข้าถึง การศึกษาจำเป็นราคาแพง และยังทำลายกำแพงการเงินที่เคยเป็นอุปสรรคขวางกั้นลงได้”

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director-General of the World Health Organization (WHO)



“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยถือเป็นแบบอย่างความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพที่ทั่วถึง และลดความไม่เท่าเทียมทั่วในระดับชนชั้นและในระดับภูมิภาคของประเทศ”

ศาสตราจารย์ อมรรตยะ เสน
นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



“ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศตัวอย่างที่ดีมากในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะมีการบริหารจัดการงบประมาณที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่ได้นับแค่การรักษาพยาบาล แต่ครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนสามารถเป็นต้นแบบให้กับประเทศอื่นๆ ได้”

แพทย์หญิงพมปญา สะวามินากาน
รองผู้อำนวยการใหญ่ องค์การอนามัยโลก (WHO)

ร่าง ข้อเสนอแนวทางขับเคลื่อน/ดำเนินการในระยะต่อไป (What Next?)

สปสช. ภายใต้นโยบายและการกำกับดูแลของคณะกรรมการหลักประกันฯ

- การบริหารจัดการด้านสิทธิประโยชน์:
 - ลดบริการ Low value care
 - ขยายศักยภาพและคุณภาพมาตรฐานบริการ Long term care & Palliative care / ลดการยื้อชีวิตหรือยืดความทรมาน ลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต
- การบริหารงบประมาณกองทุนฯ ขยายศักยภาพการบริหารงบประมาณ โดยประยุกต์ใช้หลักการสากลตามกรอบของ WB และ OECD (รายละเอียด >>>)

กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข

- ร่วมเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวม
- ร่วมลดปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งปัจจัยทางสังคม (Social determinant of health) และปัจจัยทางการค้า (Commercial determinant of health)

รัฐบาล

- มาตรการด้านภาษีสำหรับสินค้าทำลายสุขภาพ (ความหวาน ความเค็ม มลพิษ ฯลฯ)
- การบังคับใช้กฎหมาย การควบคุมสินค้าที่ส่งผลต่อสุขภาพ หรือการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การจราจร ฯลฯ
- การขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวทีสุขภาพโลก การประชุมระดับสูงด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเวทีสมัชชาสหประชาชาติ ปี 2570

(The United Nations High-Level Meeting (HLM) on Universal Health Coverage (UHC), September 2027 at UN Headquarters in New York) โดยมีขั้นตอนหลักประกอบด้วย Global Consultations, Multistakeholder Hearing, Political Declaration >> นำสู่การพิจารณาในเวทีประชุมเดือนกันยายน 2570

ประชาชน

- ดูแลสุขภาพและป้องกันโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน 6 เสาหลัก ตามหลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine)
- Health Literacy, Self care, และ Rational use of healthcare (การใช้บริการอย่างสมเหตุผล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล ลดการใช้ยา ฯลฯ)

- **ขาขึ้น > Precisely targeted budgeting** จัดทำงบประมาณแบบมุ่งเป้าหรือเน้นความแม่นยำตรงเป้าหมาย มุ่งแก้ไขปัญหาสำคัญเร่งด่วน ตอบโจทย์นโยบายหลัก และสร้างความคุ้มค่าสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดของวงเงินงบประมาณ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง
 - ใช้ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์
 - ประยุกต์ใช้งบประมาณฐานศูนย์ (Zero-Based Budgeting) ไม่ยึดติดกับตัวเลขหรือฐานงบประมาณเดิม
 - ตัดลดรายจ่ายซ้ำซ้อน: ซะลอ ปรับลด หรือยกเลิกโครงการที่หมดความจำเป็นหรือมีความสำคัญในระดับต่ำ
 - กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดชัดเจน และเป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
 - คำนึงถึงความคุ้มค่า (Value of Money) > 4 E (Economic ประหยัด, Efficiency ประสิทธิภาพ, Effectiveness ประสิทธิภาพสูงสุด, Equity ความเป็นธรรม)
- **ขาลง > ควบคุม กำกับ และใช้งบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด**
 - รักษาวินัยการเงินการคลัง (Fiscal Discipline) ควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อความมั่นคงในระยะยาว
 - ใช้จ่ายงบประมาณตามเป้าหมายที่กำหนด (Allocative efficiency)
 - คำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่า (technical efficiency & value of money) ลดซ้ำซ้อน ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ
 - paying to the right people on the right amount at the right time
 - บริหารความเสี่ยงเพื่อความยั่งยืนทางการคลังสุขภาพในระยะยาว
 - ตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณ ตามหลักการ 3 lines of defense (1st ปฏิบัติตามกฎหมาย/ระเบียบอย่างเคร่งครัด, 2nd หากพบความผิดปกติ ให้ดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง และ 3rd มี Audit committee ควบคุมกำกับ)
 - AI - Electronic Audit 100% หรือเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สำคัญและเป็นตัวแทนที่ดีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดของเวลาและทรัพยากร
 - ควบคุมค่าใช้จ่ายและการเบิกจ่ายให้อยู่ภายในวงเงินที่ได้รับจัดสรร (Global budget, Spending cap)

Thank you♥



รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน

