

รายงาน

การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

NHSO Annual Report 2025



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายงาน
การสร้าง
ระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

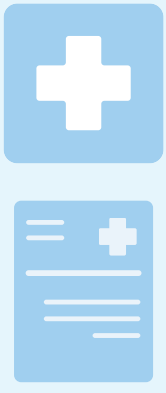
NHSO Annual Report 2025

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารจากประธานกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

A message from the Chair of the National Health Security Board

นายพัฒนา พร้อมพัฒน์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ตลอดระยะเวลากว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้มีบทบาทสำคัญในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเป็นกลไกสำคัญ ในการลดความเหลื่อมล้ำ คุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของประเทศทั้งในมิติสังคมและเศรษฐกิจ

ท่ามกลางบริบทและความท้าทายทวีความซับซ้อนในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัย การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคซับซ้อนที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายสูง ตลอดจนผลกระทบจากความผันผวนทางเศรษฐกิจ สังคม และสถานการณ์โลก ซึ่งล้วนส่งผลต่อเสถียรภาพทางการคลังและความมั่นคงด้านสาธารณสุข ของประเทศ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มุ่งดำเนินงานเพื่อสร้างสมดุลระหว่าง "ความเพียงพอของบริการ" และ "ความยั่งยืนของระบบ" ผ่านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชนในทุกช่วงวัย ยกระดับระบบบริการปฐมภูมิและการดูแลระยะยาวที่เข้มแข็ง ตลอดจนการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนากลไกการจ่ายชดเชยค่าบริการที่คำนึงถึงคุณค่าควบคู่ไปกับการส่งเสริม การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อให้การใช้งบประมาณเป็นไปด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญในการนำพาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ก้าวหน้าอย่างยั่งยืน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มุ่งดำเนินงาน
เพื่อสร้างสมดุลระหว่าง “ความเพียงพอของบริการ”
และ “ความยั่งยืนของระบบ” ผ่านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชนในทุกช่วงวัย
ยกระดับระบบบริการปฐมภูมิและการดูแลระยะยาวที่เข้มแข็ง
ตลอดจนการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
การพัฒนากลไกการจ่ายชดเชยค่าบริการที่คำนึงถึงคุณค่า
ควบคู่ไปกับการส่งเสริม การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างเหมาะสม
เพื่อให้การใช้งบประมาณเป็นไปด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้
และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

ผมขอขอบคุณท่านผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยบริการสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่ร่วมแรงร่วมใจกัน ทุ่มเทกำลังกายกำลังใจขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ดำรงอยู่และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อเป็นหลักประกัน ด้านสุขภาพที่พึ่งพาได้ของประชาชนชาวไทยสืบไป



สารจากประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

A message from the Chair of the Health Service Standard and Quality Control Board

นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา
ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสาธารณสุข





ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ปฏิบัติหน้าที่ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อย่างต่อเนื่องและมุ่งมั่น เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และเกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ภายใต้กรอบแผนการดำเนินงานด้านการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานบริการ และการคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภายใต้แผนงานระยะสี่ปี (พ.ศ. 2567-2571) การดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ในรอบปีที่ผ่านมา มิได้จำกัดเพียงการควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานตามอำนาจหน้าที่เท่านั้น หากแต่ยังมุ่งยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเสริมสร้างระบบและกลไกการกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการนวัตกรรม ตลอดจนการส่งเสริมคุณภาพบริการด้านโรคสำคัญ อาทิ โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควบคู่กับการคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยบริการ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะกรรมการมุ่งเน้นการขับเคลื่อนงานด้านคุณภาพ มาตรฐานบริการ และการคุ้มครองสิทธิอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการกำหนดแนวทางและกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งในด้านข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ และการกำกับติดตามการดำเนินงานในระดับเขตพื้นที่ โดยตระหนักว่า นโยบายและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจะสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกับหน่วยบริการ องค์กรวิชาชีพ และภาคประชาชน โดยเฉพาะการดำเนินงานผ่านกลไกคณะอนุกรรมการ

ภายใต้แผนงานระยะสี่ปี (พ.ศ. 2567-2571) การดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ในรอบปีที่ผ่านมา มิได้จำกัดเพียงการควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานตามอำนาจหน้าที่เท่านั้น หากแต่ยังมุ่งยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น

ในระดับเขตพื้นที่และระดับจังหวัด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการติดตามกำกับ และรวบรวมข้อเสนอแนะจากพื้นที่ เพื่อนำมาประกอบการพัฒนานโยบายให้สอดคล้องกับบริบทการให้บริการและความต้องการของประชาชน

นอกจากนี้ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างใกล้ชิด เพื่อเสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายการจัดระบบบริการกับการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ ตลอดจนการเชื่อมโยงข้อมูลและข้อเสนอเชิงนโยบายระหว่างสองคณะกรรมการ เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายต่างๆ ได้รับการกำกับด้วยมาตรฐานทางวิชาการและกลไกการคุ้มครองสิทธิที่เข้มแข็ง โดยยึดประโยชน์สูงสุดของประชาชนเป็นสำคัญ

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการทั้งในส่วนกลาง ระดับเขตพื้นที่และระดับจังหวัด และภาคีสุขภาพทุกภาคส่วน รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและกำกับคุณภาพ มาตรฐานบริการและการคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ ความร่วมมือและการทำงานบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์จะเป็นพลังสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ความเป็นธรรม และความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยต่อไป



สารจากเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

A message from the Secretary-General of the National Health Security Office

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 นับเป็นอีกหนึ่งหมุดหมายสำคัญของการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการเดินหน้าบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง ภายใต้เจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มุ่งให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำ และไม่เป็นภาระค้าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

ตลอดระยะเวลากว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พิสูจน์บทบาทสำคัญในการคุ้มครองสิทธิด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนกว่า 47 ล้านคนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพภาครัฐอื่นรองรับ ภายใต้หลักการสำคัญที่ยึดมั่นมาโดยตลอด คือ **"ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง"** ควบคู่กับการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคน ทุกสิทธิ และทุกช่วงวัย รวมกว่า 66 ล้านคน ได้รับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างทั่วถึง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคร้ายแรงที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและระบบบริการสุขภาพของประเทศ ดังนั้น **สปสช. จึงกำหนดทิศทางการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นการดูแลโรคเหล่านั้นเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และโรคมะเร็ง ผ่านการจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกองทุนเชิงยุทธศาสตร์ที่ออกแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิผล และการสนับสนุนหน่วยบริการให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง รวมไปถึงการป้องกันเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่**

จากผลการดำเนินงานในปีดังกล่าว โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังเกิดการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสำคัญที่กล่าวมาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับบริการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนกว่า 4.6 ล้านคน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้เข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตกว่า 1 แสนคน

สปสช. จึงกำหนดทิศทางการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นการดูแลโรคเหล่านั้นเพิ่มมากขึ้น ผ่านการจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกองทุนเชิงยุทธศาสตร์ ที่เพิ่มประสิทธิผล และการสนับสนุนหน่วยบริการให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่อง รวมไปถึงการป้องกันเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่

ครอบคลุมทั้งบริการล้างไตผ่านช่องท้อง ล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไต รวมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งกว่า 6 แสนคน ที่ได้รับการดูแลภายใต้นโยบาย "โรคมะเร็งรักษาทุกที่" ทำให้สามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลารอคิว และเพิ่มโอกาสในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากด้านการรักษาพยาบาลแล้ว สำนักงานฯ ยังได้ร่วมกับหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคประชาชน และเครือข่ายด้านสุขภาพ พัฒนารูปแบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ป่วยโรคไต

การขยายบริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคมะเร็งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และครอบคลุมยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นบริการตรวจคัดกรองด้วยชุดตรวจด้วยตนเอง เช่น ชุดตรวจ HPV Self-Sampling (เก็บตัวอย่างเอง) และชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว (OV-RDT) เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสม ทันต่อเวลา และมีคุณภาพตามมาตรฐานทางการแพทย์



ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้บริการ บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย และประชาชนผู้ใช้สิทธิบัตรทองทั่วประเทศ ที่ได้ร่วมกันขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเข้มแข็ง ความร่วมมือของทุกท่านคือพลังสำคัญที่ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงยืนหยัด และเป็นหลักประกันด้านสุขภาพที่ประชาชนไว้วางใจ

ในนามของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้าพเจ้าขอยืนยันความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมมือกับทุกภาคส่วน เพื่อให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และยั่งยืน อันจะเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(National Health Security Office)



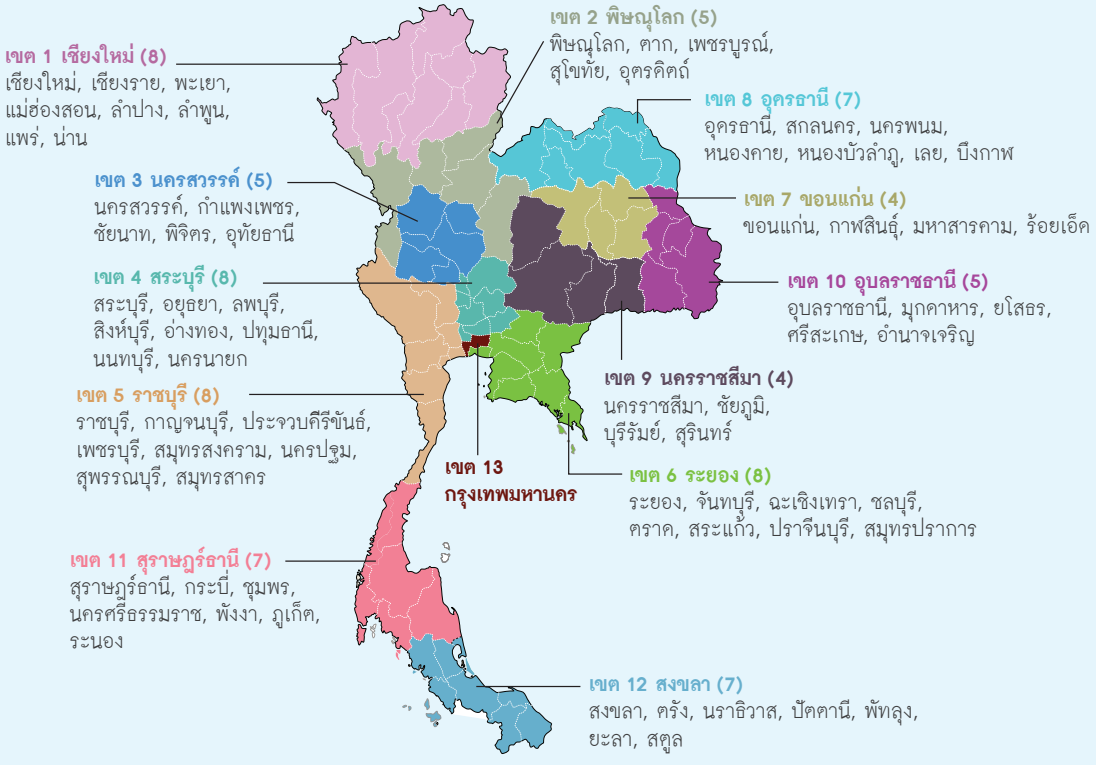
1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office: NHSO)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคาร B) ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ : เบอร์กลาง 02-141-4000 (เวลาราชการ) โทรสาร : 02-143-9730-1 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : saraban@nhso.go.th เว็บไซต์ www.nhso.go.th

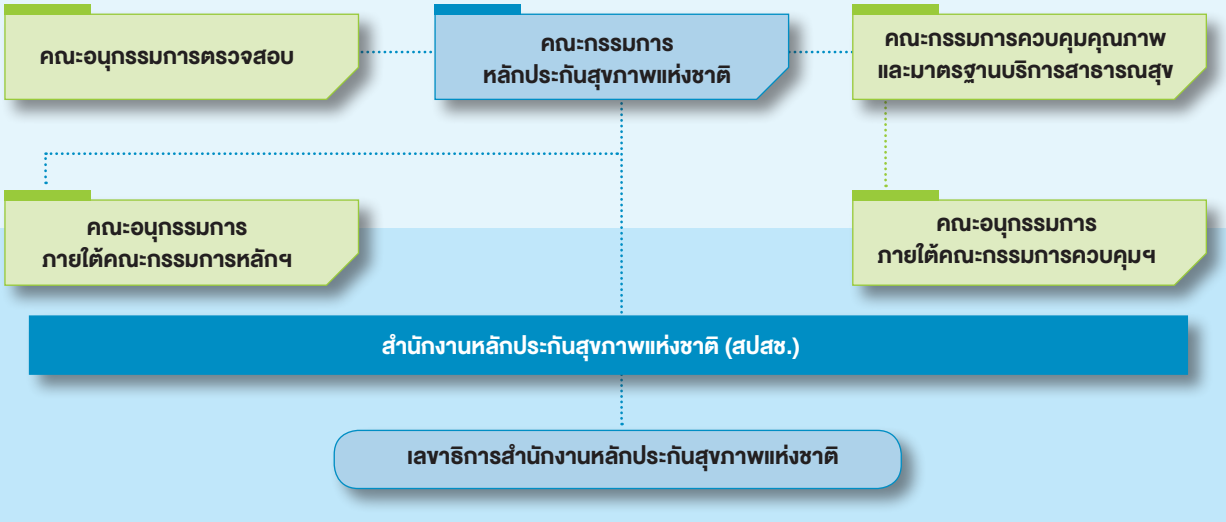


สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต จำนวน 13 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การดำเนินงานดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ

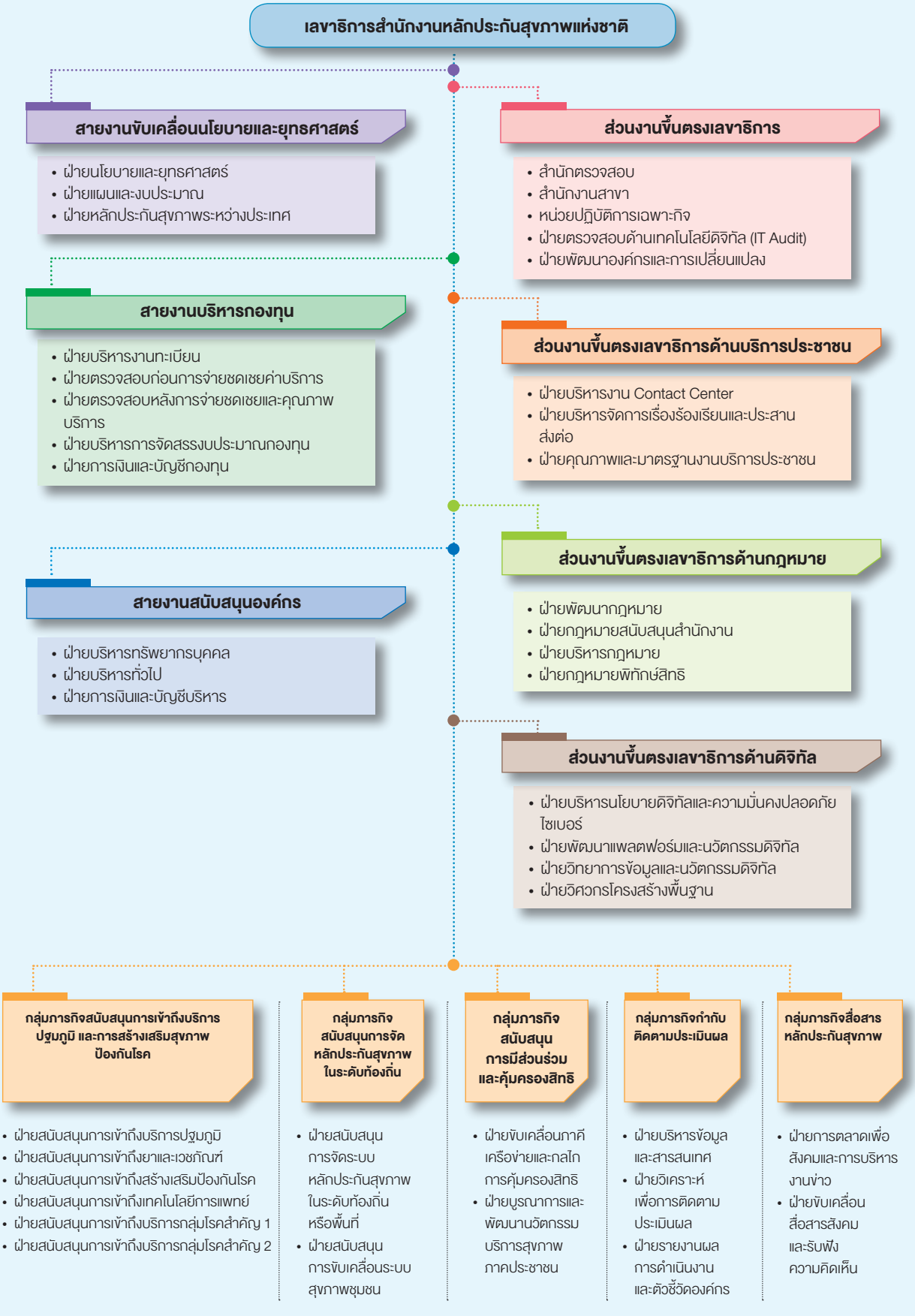




2) โครงสร้างการบริหาร (NHSO Structure)



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



อ้างอิง: ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การแบ่งส่วนงานภายในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2568

3. ทำเนียบผู้บริหาร (NHSO Executive)



นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการ สปสช.



ทพ.อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
รองเลขาธิการ



นพ.สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล
รองเลขาธิการ



พญ.ลลิตยา กองคำ
รองเลขาธิการ



ภญ.ยุพดี ศิริสินสุข
รองเลขาธิการ



นพ.ดุสิต ขำชัยภูมิ
รองเลขาธิการ



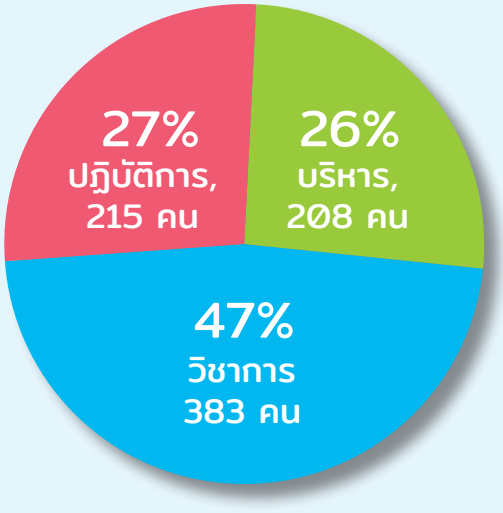
นางวราภรณ์ สุวรรณเวลา
รองเลขาธิการ



นพ.วีระพันธ์ ลีธนะกุล
รองเลขาธิการ

4. บุคลากร (NHSO Personnel)

สปสช. แบ่งกลุ่มบุคลากรออกเป็น 3 กลุ่มตามประเภทตำแหน่ง คือ กลุ่มบริหาร กลุ่มวิชาการ และกลุ่มปฏิบัติการ รวมทั้งสิ้น 806 คน



สารบัญ (List of Contents)

สารจากประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2
(A message from the Chair of the National Health Security Board)

สารจากประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 4
(A message from the Chair of the Health Service Standard and Quality Control Board)

สารจากเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6
(A message from the Secretary-General of the National Health Security Office)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 8
(National Health Security Office: NHSO)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 42
(1) บทสรุปสำหรับผู้บริหาร รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 42
(2) Executive Summary NHSO Annual Report in the Fiscal Year 2025 51

ส่วนที่ 1 สาระสำคัญ และการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Summary and Universal Health Coverage System)

1.1 ผลงานเด่น "กองทุนบัตรทอง ปีงบประมาณ พ.ศ.2568" 60
(Highlight Activities in the Fiscal Year 2025)
(1) การขับเคลื่อนนโยบาย "คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 60
(2) "30 บาทรักษาทุกที่ ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า" 67

1.2 การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage System) 69
1.2.1 แนวคิดความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 69
(Concept of Universal Health Coverage System)
1.2.2 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG) 70
1.2.3 ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนไทย 75
(Population coverage, Universal Health Coverage: UHC)
1.2.4 ความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพที่จำเป็น 79
(Health Service coverage, Coverage of essential health services: SDG 3.8.1)
1.2.5 การคลังด้านสุขภาพ และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินด้านสุขภาพ 81
(Financial coverage, Financial health protection: SDG 3.8.2)

สารบัญ (List of Contents)

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Overview Results of Universal Coverage Scheme)

2.1 สิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 92
(Benefit Packages of Universal Coverage Scheme)

2.2 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 95
(UCS Healthcare units)

2.3 งบประมาณการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 97
(National Health Security Fund Budget)

(1) งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 97
(National Health Security Fund Budget / UCS Budget)

(2) งบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 103
(NHSO Administrative Budget)

2.4 เป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร/ผลงานตามหมวดบริการ 104
(Targets and Outputs according to the budget allocated)

2.5 ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 109
(Results of Universal Coverage Scheme)

2.5.1 การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อรับบริการสุขภาพ (Compliance Rate) 109

2.5.2 บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน (Outpatient and Inpatient Services) 113

(1) บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Services) 115

(2) บริการผู้ป่วยใน (Inpatient Services) 117

2.5.3 บริการกรณีเฉพาะ (Specialized services and High-cost Services) 127

(1) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Artery Disease) 127

(2) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral Infarction) 130

(3) โรคต้อกระจก (Cataract) 131

(4) ยาและเวชภัณฑ์ (Drugs and Medicines) 133

(5) อุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Medical Instruments and Prosthetics) 136

2.5.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (Rehabilitation Services) 140

2.5.5 บริการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine Services) 146

2.5.6 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงสูง 149
(Antiretroviral Therapy in HIV/AIDS Patients and HIV Prevention in High-risk groups)

สารบัญ (List of Contents)

2.5.7 บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 158
(Renal Replacement Therapy in Chronic Kidney Disease Patients)

2.5.8 บริการควบคุมป้องกันและรักษา โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 166
(Prevention and Treatment in Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma and COPD diseases)

2.5.9 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 171
(Services of Health Promotion and Disease Prevention)

2.5.10 บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 185
(Health Care Services Collaboration with Local Administration)

(1) บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร 185
(Health Care Services Collaboration with Local Government Organization)

(2) บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด 189
(Health Care Services Collaboration with Provincial Government Organization)

(3) บริการสาธารณสุขในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 191
(Long-term care for dependent persons in the community)

(4) การสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขให้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 193

(5) ผลการสำรวจความคิดเห็น: กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) 195

2.5.11 บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care) 196

2.5.12 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 200
(Liability Compensation for Patients and Healthcare Providers)

2.5.13 ค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 202
(Compensation for Healthcare units in Remote and Hardship Areas and Southern Border Provinces)

2.6 ประสิทธิผลและคุณภาพบริการ (Effectiveness and Quality of care) 203

2.7 บริการสาธารณสุขในผู้สูงอายุ (Health Services in the Elderly) 208

สารบัญ (List of Contents)

2.8 บริการผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม หรือผู้ป่วยจิตเวช 227
(Mental Health Services in Mental and Behavioral disorders Patients or Psychiatric Patients)

2.9 บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือเนื้องอกร้าย 241
(Services of Malignant neoplasm or Cancer patients)

2.10 การขับเคลื่อน นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" 251
เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า

2.11 ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 253
(Consumers, Health Care Providers and Other Stakeholders Satisfaction to Universal Coverage Scheme)

ส่วนที่ 3 ผลงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Performance of The National Health Security Office)

3.1 แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566-2570 258
(National Health Security Office Action Plan 5th Edition, the Year 2023-2027)

3.2 ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ภายใต้แผนปฏิบัติราชการ 262
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566-2570
(NHSO Performance in the Fiscal Year 2025, under NHSO Action Plan in the Year 2023-2027)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 262
1.1 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: 262
การขยายศักยภาพการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
1.2 การขับเคลื่อนผลิตภัณฑ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 268

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน 270
2.1 จัดหาหน่วยบริการรองรับการจัดบริการเชิงรุกให้กับกลุ่มเปราะบาง 270
2.2 การสร้างความเข้มแข็งระบบปฐมภูมิเขตเมือง รองรับคนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ 273
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของประชาชน 275
3.1 ผลงานด้านบริการประชาชน: สายด่วน สปสช. 1330 NHSO Contact Center เชิงรุก 275

สารบัญ (List of Contents)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย 282

4.1 การสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่ 282

4.2 ปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของภาคส่วนต่างๆ 286

4.3 หลักประกันสุขภาพประเทศไทยสู่ความร่วมมือขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับโลก 291

ยุทธศาสตร์ที่ 5 กลไกอภิบาลและระบบบริหารจัดการองค์กร 296

5.1 การดำเนินงานตามแผนงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัล 296

5.2 รางวัลที่ได้รับจากการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 304

3.3 ผลงานตาม 10 ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Results of 10 Indicators as the National Health Security Office Action Plan Target in the Fiscal Year 2027) 306

3.4 รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียน ประจำปีบัญชี 2568 (Key Performance Indicator Assessment Report of NHSO in the Fiscal Year 2025, appraisal of working capital) 309

ส่วนที่ 4 การอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Governance of The Universal Coverage System)

4.1 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Board Implementation) 314

4.2 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (Health Service Standard and Quality Control Board Implementation) 322

4.3 คณะอนุกรรมการตรวจสอบ (Audit Sub Committee) 329

สารบัญ (List of Contents)

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และแนวทางแก้ไข (Obstacles, Challenges and Solutions)

(1) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2568 334

(2) ความท้าทายในการขับเคลื่อนการดำเนินการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับมหภาค ปี 2568 336

(3) ร่าง แนวทางแก้ไข/ปรับปรุง/พัฒนาการขับเคลื่อนการดำเนินงานในปี 2569 และระยะต่อไป 338

ภาคผนวก (Annex)

ภาคผนวก 1 รายนามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 341
(Annex 1: Members of the National Health Security Board)

ภาคผนวก 2 รายนามคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 346
(Annex 2: Members of the Health Service Standard and Quality Control Board)

ภาคผนวก 3 รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน 353
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(Annex 3: Financial Report of National Health Security Fund: UCS Budget)

ภาคผนวก 4 รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน 385
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(Annex 4: Financial Report of National Health Security Office: Administrative)

ภาคผนวก 5 ตารางแสดงรายละเอียดผลการดำเนินงาน 419
(Annex5: Table shown Details of Performance)

ภาคผนวก 6 ตารางตัวชี้วัดบริการสุขภาพที่สำคัญ ในรายงานการสร้างระบบหลักประกัน 447
สุขภาพแห่งชาติ
(Annex 6: Key Indicators in NHSO Annual Report) Office of the Kingdom of Thailand)

ภาคผนวก 7 รายนามบรรณาธิการและคณะผู้จัดทำรายงาน 452
(Annex 7: Editor and Author)

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 1-1 จำนวนผู้รับบริการทุกสิทธิตามตัวชี้วัดโครงการคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 62
(Number of population under all schemes in Thai people free from NCDs projects classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 1-2 จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 78
(Number of Thai Population in all Health security schemes in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-1 จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียน และสังกัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 96
(Number of UCS Healthcare units classified by Types of Registered and Affiliation in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 2-2 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 101
(UCS Budget classified by Medical services categories in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-3 อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 102
(UCS Medical services capitation classified by Type of medical services in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-4 จำนวนและร้อยละงบบริหารจัดการสำนักงานฯ เทียบกับงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 103
(Number and percentage of NHSO Administrative Budget to UCS Budget exclude Salary of healthcare providers in Fiscal Year 2021-2025

ตารางที่ 2-5 ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 104
(Targets and Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2025)

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 2-6 ร้อยละพฤติกรรมการรับบริการ/ดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามการใช้บริการผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562-2566 (Percentage of Health care-seeking behavior of Outpatients services, Health promotion and disease prevention and Inpatients services under the UCS in the Years 2019-2023) 110

ตารางที่ 2-7 ร้อยละของเหตุผลหลักที่ไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อไปใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2562-2566 (Percentage of reasons to not applying for UCS Benefit when accessing Healthcare units of Outpatients services, Health promotion and disease prevention and Inpatients services in the Year 2019-2023) 112

ตารางที่ 2-8 จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2568 (Number of Visits and Utilization rate of Outpatients and Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2003-2025) 114

ตารางที่ 2-9 จำนวนคน จำนวนครั้ง อัตราการใช้บริการ ผลรวมวันนอน ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน ของผู้ป่วยใน สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2568 (Number of Patients, Visits, IP Utilization rate, Sum of Length of Stay (LOS) and Sum of Adj.RW of Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2005-2025) 118

ตารางที่ 2-10 จำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน จำแนกตามระดับและสังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Number of visits of Inpatients classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2021-2025) 122

ตารางที่ 2-11 วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย จำแนกตามระดับและสังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Average length of stay classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2021-2025) 123

ตารางที่ 2-12 น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน จำแนกตามระดับ-สังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Number of Case Mix Index (CMI) classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2021-2025) 125

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 2-13 สัดส่วนจำนวนครั้งการรับบริการแบบผู้ป่วยใน วันนอนโรงพยาบาล และการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล จำแนกตามระดับ-สังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 126
(Number of visits, Sum of LOS, Sum of Adj.RW, and CMI-Adj.RW classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 2-14 การเข้าถึงยาบัญชี จ(2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 133
(Accessing E(2) Drugs category from the National list of Essential medicines in the Fiscal Year 2021–2025)

ตารางที่ 2-15 การเข้าถึงยากำพร้าและยาต้านพิษ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 135
(Accessing Orphan drugs and Antidotes in the Fiscal Year 2021–2025)

ตารางที่ 2-16 20 อันดับสูงสุดของจำนวนเงินจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 139
(Top 20 of Reimbursement of Medical Instruments and Prosthetics for treatment in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 2-17 การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 141
(Assistive devices support to disabled persons classified by Type of devices in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-18 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทผู้รับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 142
(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitees in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-19 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทของกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 143
(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitation services in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-20 บริการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 147
(Thai Traditional Medicine services classified by Type of services in the Fiscal Year 2021-2025)

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 2-21 บริการบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Renal Replacement Therapy in Chronic Renal Failure Patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025) 161

ตารางที่ 2-22 จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียนและสังกัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of UCS Healthcare units classified by Types of Registered and Affiliation in the Fiscal Year 2025) 163

ตารางที่ 2-23 คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Quality of Care of Asthma and COPD Patients in the Fiscal Year 2025) 170

ตารางที่ 2-24 ผลการดำเนินงานบริการวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานทุกสิทธิ จำแนกตามชนิดของวัคซีน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Results of Expanded Program on Immunization: EPI Vaccine services under all schemes in the Fiscal Year 2021-2025) 172

ตารางที่ 2-25 การสนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพ โครงการที่ดำเนินโดยกรมอนามัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Supporting for Health Booklets under the project implemented by Department of Health in the Fiscal Year 2025) 174

ตารางที่ 2-26 รายการโรคหรือบริการที่เป็นปัญหาของพื้นที่ จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Area Health needs classified by Health regions in the Fiscal Year 2025) 176

ตารางที่ 2-27 หน่วยบริการที่รับการสนับสนุนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ ระดับเขต/จังหวัด จำแนกตามสังกัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Detail of Healthcare units, Supporting to Health Promotion and Disease Prevention, Response to Area Health needs classified by Public and Private and Affiliation in the Fiscal Year 2025) 178

ตารางที่ 2-28 รายละเอียดกรอบงบประมาณ และผลการดำเนินงานการสนับสนุนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Detail of Budget and Results, Supporting to Health Promotion and Disease Prevention, Response to Area Health needs classified by Health regions in the Fiscal Year 2025) 179

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 2-29 ผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทุกสิทธิ ตามรายงานการจ่ายชดเชย โดยเบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 (Results of Health Promotion and Disease Prevention disbursement by Fee schedule method under all schemes in the Fiscal Year 2024-2025) 181

ตารางที่ 2-30 จำนวนประชากรตามกลุ่มเป้าหมาย และงบประมาณที่ท้องถิ่นดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of Target Population and Budget for Health Promotion and Disease Prevention Collaboration with Local Administration in the Fiscal Year2025) 187

ตารางที่ 2-31 บริการสาธารณสุขระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทุกสิทธิ ที่ได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564—2568 (Long Term Care in the community according to individual care plan for dependency persons, ome-bound and bedridden in all schemes, in the Fiscal Year 2021-2025) 191

ตารางที่ 2-32 รูปแบบการจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ตามข้อตกลง (MOU) ของจังหวัดที่มีการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 194

ตารางที่ 2-33 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว จำแนกตามเขตสุขภาพปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Indicator Results of Primary Health Care Services classified by Health regions in the Fiscal Year 2025) 197

ตารางที่ 2-34 บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในหน่วยบริการนวัตกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 (Primary Health Care Services in the Fiscal Year 2023-2025) 199

ตารางที่ 2-35 จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล จำแนกตามผลการพิจารณา ปีงบประมาณ 2547—2568 (Number of harmed patients and liability compensation in the Fiscal Year 2004-2025) 200

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 2-36 จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ จำแนกตามผลการพิจารณา ปีงบประมาณ 2549-2568 (Number of harmed healthcare providers and liability compensation in the Fiscal Year 2006-2025) 201

ตารางที่ 2-37 หน่วยบริการพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ได้รับจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Remote and hardship areas and Southern border provinces that received compensation to improve efficiency classified by Health regions in the Fiscal Year 2025) 202

ตารางที่ 2-38 การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Medical Health Services in the Elderly in the Fiscal Year 2021-2025) 211

ตารางที่ 2-39 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 20 Diagnosis of Outpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025) 215

ตารางที่ 2-40 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 20 Diagnosis of Inpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025) 216

ตารางที่ 2-41 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผู้สูงอายุสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 20 Diagnosis of In-hospital Mortality in the Elderly patients under the UCS in the Fiscal Year 2025) 218

ตารางที่ 2-42 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยในผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of Inpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025) 219

ตารางที่ 2-43 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของผู้ป่วยสูงอายุสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of In-hospital Mortality in the Elderly patients under the UCS in the Fiscal Year 2025) 221

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 2-44 จำนวนและสัดส่วนการให้บริการ และการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ และผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2568 223
(Number and Proportion of persons, visits, Length of Stay, Sum of Adjusted Relative Weight and Case Mix Index of Inpatients all Age-groups and Elderly Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2005-2025)

ตารางที่ 2-45 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW) บริการผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 225
(Top 20 Diseases of Sum of Adjusted Relative Weight in the Elderly Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 2-46 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 230
(Number and Percentage of Psychiatric patients, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

ตารางที่ 2-47 จำนวนครั้ง และร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพ แบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 232
(Number and Percentage of Psychiatric patient visits, Outpatient-Inpatient Services, `under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

ตารางที่ 2-48 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 234
(Number of Psychiatric patients, Outpatient - Inpatient Services, under the UCS classified by Age-groups in the Fiscal Year 202t2-2025)

ตารางที่ 2-49 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง ทั้งที่ไม่เสียชีวิตและเสียชีวิต ที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 235
(Number of Psychiatric patients with Intentional self-harm, both Alive and Dead, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 2-50 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง และทั้งที่ไม่เสียชีวิตและเสียชีวิต ที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 237
(Number of Psychiatric patients with Intentional self-harm, both Alive and Dead, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Age-groups in the Fiscal Year 2022-2025)

ตารางที่ 2-51 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการแม่ข่ายและหน่วยบริการลูกข่าย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 238
(Service care for Chronic Psychiatric patients in the community in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-52 จำนวนคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านจิต/พฤติกรรม ด้านสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 239
(Number of Disabled persons under the UCS classified by Type of disability: Mental and Behavior, Intellectual, Learning and Autistic in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-53 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 240
(Rehabilitation services: Psychotherapy, Behavior therapy and Early Intervention in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-54 บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 240
(Screening for Mental and Behavioral disorders or Mental Health in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-55 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง (รหัสโรคหลัก C00-C95) สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 242
(Number of Cancer patients with PDX= C00–C95 under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 2-56 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง (รหัสโรคหลัก C00-C95) สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 243
(Number of Cancer patients with PDX = C00-C95 under the UCS Outpatient and Inpatient services in the Fiscal Year 2021-2025)

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 2-57 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (รหัสโรคหลัก C00-C97 และ B21, D00-D48) สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Number of Cancer patients with PDX = C00-C97 and B12, D00-D48 under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025 244

ตารางที่ 2-58 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (รหัสโรคหลัก C00-C97 และ B21, D00-D48) สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Number of Cancer patients with PDX = C00-C97 and B12, D00-D48 Outpatient and Inpatient services in the Fiscal Year 2021-2025) 245

ตารางที่ 2-59 10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศชาย สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 10 Globocan groups of Male cancer patients under the UCS in the Fiscal Year 2025) 246

ตารางที่ 2-60 10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศหญิง สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 10 Globocan groups of Female cancer patients under the UCS in the Fiscal Year 2025) 247

ตารางที่ 2-61 10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 10 Globocan groups of Cancer Outpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025) 249

ตารางที่ 2-62 10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 10 Globocan groups of Cancer Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025) 250

ตารางที่ 2-63 บริการนโยบายรัฐบาล "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 (Policy of 30 Baht Primary Health Care Services Anywhere in the Fiscal Year 2024-2025) 252

ตารางที่ 3-1 ผลงานการสนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ในบัญชีนวัตกรรมไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 269

ตารางที่ 3-2 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ตามมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยองค์กรภาคประชาชน จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 270

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 3-3 ผลการดำเนินงานระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการนวัตกรรมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 273

ตารางที่ 3-4 ผลการดำเนินงานการจัดบริการเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้เข้าถึงบริการในสถานที่สะดวกหรือที่บ้าน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 274

ตารางที่ 3-5 การให้บริการประสานหาเตียง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 280
(Number of Coordination issues for Admission serviced in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 3-6 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามเครือข่ายองค์กรภาคประชาชน 9 ด้าน 282

ตารางที่ 3-7 รายชื่อประกาศการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับรับฟังความคิดเห็น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 289

ตารางที่ 3-8 10 นโยบายดิจิทัลเชิงกลยุทธ์ เชื่อมโยงยุทธศาสตร์สู่นโยบายเชิงปฏิบัติ 296

ตารางที่ 3-9 ธุรกรรมการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ (E-Claim) บนสถาปัตยกรรมคลาวด์ (Multi-Cloud) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 300

ตารางที่ 3-10 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 306
(Results of 10 Goal Indicators as the National Health Security Office Action Plan in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 3-11 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีบัญชี 2568 309
(Key Performance Indicator Assessment Report of NHSO in the Fiscal Year 2025 appraisal of working capital)

ตารางที่ 5-1 จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 420
(Number of Thai population in all Health security schemes classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 5-2 จำนวนหน่วยบริการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียนและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 422
(Number of UCS Healthcare units classified by Types of Registered and Health regions in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-3 ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 424
(Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2021-2025)

ตารางที่ 5-4 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 431
(Top 20 Diagnosis of UCS Outpatient visits classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-5 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 433
(Top 20 Diagnosis of UCS Inpatient visits classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-6 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 435
(Top 20 Diagnosis of In-hospital Mortality under the UCS classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-7 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 437
(Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of UCS Inpatient visits classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-8 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 438
(Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of In-hospital Mortality under the UCS inpatients classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

สารบัญตาราง (List of tables)

ตารางที่ 5-9 การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จำแนกตามประเภทอุปกรณ์ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 439
(Assistive devices support to disabled classified by Type of devices and Health regions in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-10 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทผู้รับบริการ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 440
(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitees and Health regions in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-11 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 441
(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitation services and Health regions in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-12 บริการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทบริการ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 443
(Thai Traditional Medicine services classified by Type of services and Health regions in Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-13 บริการสาธารณสุขระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่ได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 445
(Long Term Care in the community according to individual (Long Term Care in the community according to individual care plan for dependency persons, home-bound and bedridden under all schemes classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 5-14 การรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการแม่ข่ายและหน่วยบริการลูกข่าย จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 446
(Service care for Chronic Psychiatric/ Schizophrenia patients in the community classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

ตารางที่ 6-1 ตัวชี้วัดในรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2568 448
(Key Indicators in NHSO Annual Report in the Fiscal Year 2025)

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 1-1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Percentage of Thai population with Body Mass Index: BMI classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025) 65

แผนภาพที่ 1-2 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีค่าเส้นรอบเอว จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Percentage of Thai population with Waist measurement classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025) 65

แผนภาพที่ 1-3 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีการวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Percentage of Thai population with FPG/FCBG classifiedby Age-groups in the Fiscal Year 2025) 66

แผนภาพที่ 1-4 3 มิติ สู่ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Three Dimensions to consider when moving towards Universal Coverage) 70

แผนภาพที่ 1-5 ผลการดำเนินงานระดับโลกตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2568 (Global Performance of Sustainable Development Goals in the Year 2025) 71

แผนภาพที่ 1-6 ผลการดำเนินงานของประเทศไทยตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2568 (Thailand Performance of Sustainable Development Goals in the Year 2025) 72

แผนภาพที่ 1-7 เปรียบเทียบดัชนีความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (ตัวชี้วัดที่ 3.8.1 (a)) และครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ตัวชี้วัดที่ 3.8.2 (b)) ของกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในรายงาน SDG ปี พ.ศ. 2566 (Comparison of UHC Service Coverage Index of essential health services, SDG-3.8.1(a) and Catastrophic out of pocket health spending, SDG-3.8.2(b in the Member States of the WHO South-East Asia Region, SDG Report 2023) 73

แผนภาพที่ 1-8 ผลการดำเนินงานของประเทศไทย เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในรายงาน SDG ปี พ.ศ. 2568 (Detail of Thailand Performance of SDG 3: Good health and well-being in SDG Report 2025) 74

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 1-9 ผลการดำเนินงานของประเทศไทย เป้าหมายที่ 2 ยุติความหิวโหย ในรายงาน SDG ปี พ.ศ. 2568 (Detail of Thailand Performance of SDG 2: Zero Hunger in SDG Report 2025) 75

แผนภาพที่ 1-10 ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545-2568 (Percentage of Universal Health Coverage (UHC) and Universal Coverage Scheme (UCS) in the Fiscal Year 2002-2025) 76

แผนภาพที่ 1-11 จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of Thai Population classified by Health security schemes in the Fiscal Year 2025) 77

แผนภาพที่ 1-12 สัดส่วนประชากรไทย จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Proportion of Thai Population classified by Gender, Age-groups, and Health security schemes in the Fiscal Year 2025) 77

แผนภาพที่ 1-13 ร้อยละความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น จำแนกตามประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี พ.ศ. 2553-2566 (Trend in UHC of Service Coverage Index among Member States in the WHO South-East Asia Region, in the Year 2010-2023) 79

แผนภาพที่ 1-14 ผลการดำเนินงานของประเทศไทย ตัวชี้วัดที่ 3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ปี พ.ศ. 2566 (Detail of Thailand Performance of SDG 3.8.1: UHC of Service Coverage Index in 2023) 80

แผนภาพที่ 1-15 จำนวนและร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ปี พ.ศ. 2537-2566 (Number and Percentage of Total Health Expenditure (THE) to Gross Domestic Product (GDP) in the Year 1994-2023) 82

แผนภาพที่ 1-16 จำนวนและร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่รวมงบลงทุน (CHE) เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ปี พ.ศ. 2537-2566 (Number and Percentage of Current Health Expenditure (CHE) to Gross Domestic Product (GDP) in the Year 1994-2023) 83

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 1-17 จำนวนและร้อยละรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ (GGHE) และรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน (GGHE-D) เทียบกับรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) ปี พ.ศ. 2537-2566 84
(Number and Percentage of General Government Health Expenditure (GGHE) and Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) per General Government Expenditure (GGE) in the Year 1994-2023)

แผนภาพที่ 1-18 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด จำแนกตามแหล่งที่มา (ภาครัฐ ภาคครัวเรือน และภาคเอกชนไม่รวมครัวเรือน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2537-2566 85
(Proportion of Total Health Expenditure (THE) classified by the source of health expenditure; Public, Out of Pocket: OOP and Private exclude OOP in the Year 1994-2023)

แผนภาพที่ 1-19 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่รวมงบลงทุน จำแนกตามแหล่งที่มา (ภาครัฐ ภาคครัวเรือนและภาคเอกชนไม่รวมครัวเรือน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2537-2566 86
(Proportion of Current Health Expenditure (CHE) classified by the source of health expenditure; Public, Out of Pocket: OOP and Private exclude OOP in the Year 1994-2023)

แผนภาพที่ 1-20 ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2531-2567 87
(Percentage of households with Catastrophic Health Expenditure in the Year 1988-2024)

แผนภาพที่ 1-21 ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนเมื่อหักค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต จำแนกตามเศรษฐานะ ยากจนที่สุด และร่ำรวยที่สุด ปี พ.ศ. 2552-2567 88
(Percentage of households with Catastrophic Health Expenditure, Normative spending on food, housing, and utility of 40%, classified by Quintile1 and Quintile 5 in the Year 2009-2024)

แผนภาพที่ 1-22 ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน ภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2531-2567 89
(Percentage of households with Health Impoverishment in Year 1988-2024)

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 2-1 พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545-2568 (Development of UCS Benefit packages in the Year 2002-2025)

แผนภาพที่ 2-2 จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of UCS Healthcare units in the Fiscal Year 2025) 95

แผนภาพที่ 2-3 งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมงบกลาง/พ.ร.ก. กู้เงินฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545-2568 (UCS Budget include Contingency budget/Emergency spending in the Fiscal Year 2002-2025) 98

แผนภาพที่ 2-4 จำนวนและร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมงบกลาง/พ.ร.ก. กู้เงินฯ เทียบกับ งบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545-2568 (Number and percentage of UCS Budget include Contingency budget/ Emergency spending and Government Budget in the Fiscal Year 2002-2025) 99

แผนภาพที่ 2-5 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Detail of UCS Budget in the Fiscal Year 2025) 99

แผนภาพที่ 2-6 อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2568 (UCS Medical services capitation in the Fiscal Year 2003-2025) 100

แผนภาพที่ 2-7 ร้อยละการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อไปใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2546-2566 (Compliance Rate of Outpatients services, Health promotion and disease prevention and Inpatients services under the UCS in the Year 2003–2023) 111

แผนภาพที่ 2-8 จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2568 (Number of Visits and Utilization rate of Outpatients and Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2003-2025) 113

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 2-9 สัดส่วนร้อยละแสดงจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทุกสิทธิ จำแนกตามระดับของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2520-2568 (Proportion of OP visits under the UCS and PP visits in all of schemes classified by level of healthcare units in the Fiscal Year 1977-2025) 115

แผนภาพที่ 2-10 สถานการณ์บริการผู้ป่วยนอก จำนวนคน จำนวนครั้ง อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of Outpatients, Visits, OP Utilization rate under the UCS in the Fiscal Year 2025) 116

แผนภาพที่ 2-11 5 อันดับโรคหลัก/กลุ่มโรคหลัก ของผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 5 Principal of Diseases of UCS Outpatients in the Fiscal Year 2025) 117

แผนภาพที่ 2-12 สถานการณ์บริการผู้ป่วยใน จำนวนคน จำนวนครั้ง อัตราการใช้บริการ ผลรวมวันนอน ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่ปรับตามวันนอน ของผู้ป่วยใน สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of Patients, Visits, IP Utilization rate, Sum of Length of Stay (LOS) and Sum of Adj.RW of Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025) 119

แผนภาพที่ 2-13 5 อันดับโรคหลัก/กลุ่มโรคหลัก และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สิทธิ UCปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 5 Principal of Diseases and Diagnosis related groups: Disease Cluster of UCS Inpatients in the Fiscal Year 2025) 120

แผนภาพที่ 2-14 5 อันดับโรคหลัก/กลุ่มโรคหลัก และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Top 5 Principal of Diseases and Diagnosis related groups: Disease Cluster of UCS Inpatients in the Fiscal Year 2025) 121

แผนภาพที่ 2-15 สัดส่วนของผลรวมการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และผลรวมวันนอนโรงพยาบาล จำแนกตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ และระดับ-สังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Proportion of sum of admission and sum of Length of Stay classified by Range of RW and level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2025) 124

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 2-16 บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2568 (Service for ST-elevated Myocardial Infarction (STEMI) patients aged 15 years and over under the UCS in the Fiscal Year 2009-2025) 127

แผนภาพที่ 2-17 บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการใส่สายสวนและฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (CAG) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการทำบอลลูน/ใส่ขดลวดค้ำยัน (PCI) และการผ่าตัดบายพาส (CABG) สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Service for Cardiovascular patients classified by treatment of CAG, PCI and CABG under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025) 128

แผนภาพที่ 2-18 บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2567 (Open Heart Surgery for patients with cardiovascular diseases under the UCS in the Fiscal Year 2024) 129

แผนภาพที่ 2-19 บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Open Heart Surgery for patients with cardiovascular diseases under the UCS in the Fiscal Year 2025) 130

แผนภาพที่ 2-20 บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2568 (Service for Cerebral Infarction patients under the UCS in the Fiscal Year 2009-2025) 131

แผนภาพที่ 2-21 บริการผ่าตัดต้อกระจก (ดวงตา) ในผู้ป่วยต้อกระจกที่เป็นผู้สูงอายุ (Senile Cataract) สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2568 (Cataract surgery on senile cataract patients under the UCS in the Fiscal Year 2017-2025) 132

แผนภาพที่ 2-22 สัดส่วนการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ผู้ป่วยที่มีสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision) และผู้ป่วยที่มีระดับสายตาอื่นๆ (Other) สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2568 (Proportion of Cataract surgery, compare to Blinding cataract and Severe low vision and Other vision patients under the UCS in the Fiscal Year 2017-2025) 132

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 2-23 การเข้าถึงอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 (Access to Medical Instruments and Prosthetics for treatment in the Fiscal Year 2023–2025) 136

แผนภาพที่ 2-24 จำนวนชิ้นจ่ายและเงินจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค จำแนกตามหมวดอุปกรณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of Unit Disbursed and Reimbursement of Medical Instruments and Prosthetics for treatment classified by categories in the Fiscal Year 2025) 137

แผนภาพที่ 2-25 จำนวนเงินจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค จำแนกตามหมวดอุปกรณ์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 (Number of Unit Disbursed and Reimbursement of Medical Instruments and Prosthetics for treatment classified by categories in the Fiscal Year 2023–2025) 138

แผนภาพที่ 2-26 สัดส่วนคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามความพิการ และการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Proportion of Disabled persons under the UCS classified by Type of disability and Assistive devices support to disabled in the Fiscal Year 2025) 140

แผนภาพที่ 2-27 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Rehabilitation services classified by Type of rehabilitees in the Fiscal Year 2025) 142

แผนภาพที่ 2-28 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 (Number of Intermediate Care Patients in Health Regional 3 in the Fiscal Year 2023-2025) 145

แผนภาพที่ 2-29 บริการแพทย์แผนไทยภาพรวม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2568 (Thai Traditional Medicine services classified by Type of services in the Fiscal Year 2012-2025) 146

แผนภาพที่ 2-30 บริการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Thai Traditional Medicine services classified by Type of services in the Fiscal Year 2025) 148

แผนภาพที่ 2-31 เหตุการณ์สำคัญของการระบาดเอชไอวี มาตรการควบคุม ป้องกัน และรักษา รวมถึงสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 152

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 2-32 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่และอัตราการตรวจพบเชื้อ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 152

แผนภาพที่ 2-33 ค่ามัธยฐานของระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ณ เวลาที่เข้าสู่ระบบบริการครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ ปี พ.ศ. 2568 153

แผนภาพที่ 2-34 แนวโน้มระยะเวลาการเริ่มยาต้านเอชไอวีหลังการวินิจฉัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ ปี พ.ศ. 2557-2568 154

แผนภาพที่ 2-35 ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของประเทศไทย และความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิผล ปี พ.ศ. 2558-2567 ตามเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ของสมัชชาสหประชาชาติ ใน ปี พ.ศ. 2573 ที่ร้อยละ 95-95-95
(Cascade Services 95-95-95 and Effective Coverage of Thailand Achievement in the Year 2015-2024 for Ending AIDS to Goals targets in the Year 2030) 155

แผนภาพที่ 2-36 แนวโน้มสาเหตุการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เสียชีวิต ปี พ.ศ. 2560-2568 156

แผนภาพที่ 2-37 แนวโน้มระยะเวลาการเสียชีวิตหลังจากวินิจฉัย ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต ปี พ.ศ. 2560-2568 157

แผนภาพที่ 2-38 บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิ UC จำแนกตามประเภทการบำบัด (นับซ้ำตามวิธีการรักษา) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2568
(Renal Replacement Therapy in Chronic Kidney Disease Patients under the UCS (Duplicate counting in cases of change method) in the Fisal Year 2015-2025) 160

แผนภาพที่ 2-39 จำนวนผู้ป่วยสะสม ผู้ป่วยรายใหม่ อัตราความชุกและอุบัติการณ์ต่อประชากรพันคนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 5 ในเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568
(Cumulative cases, New cases, Prevalence rate and Incidence rate (per 1000 UC population) in Health region 10 in the Fiscal Year 2014-2025) 164

แผนภาพที่ 2-40 5 กลยุทธหลักเพื่อชะลอไตเสื่อมในเขตสุขภาพที่ 10
(5 Strategic for prevention and control Kidney disease in Health region 10) 165

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 2-41 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน สิทธิ UC ที่ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Percentage of HbA1c Testing in Diabetes Mellitus patients under the UCS classified by Health regions in the Fiscal Year 2025) 167

แผนภาพที่ 2-42 ประสิทธิผลความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Effective Coverage of Diabetes Mellitus patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025) 167

แผนภาพที่ 2-43 ประสิทธิผลความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2568 (Effective Coverage of Hypertension patients under the UCS scheme in the Fiscal Year 2021-2025) 168

แผนภาพที่ 2-44 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต่อประชากรไทยทุกสิทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Budget of Health Promotion and Disease Prevention Services per capita under all schemes in the Fiscal Year 2025) 171

แผนภาพที่ 2-45 กรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกัน กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Operational Framework for Prevention and Elimination of Opisthorchis viverrini and Cholangiocarcinoma in Health region 7, in the Fiscal Year 2025 184

แผนภาพที่ 2-46 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Budget of Public Health Services in collaboration with Local Government Organization in the Fiscal Year 2025) 185

แผนภาพที่ 2-47 เงินคงเหลือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำแนกรายปีและรายไตรมาส ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2568 (Budget Balance of Local Health Security Fund classified by Quarterly-Yearly in the Fiscal Year 2017-2025) 186

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 2-48 จำนวนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่เข้าร่วมดำเนินงาน กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of Provincial Administrative Organization in participated areas in the Fiscal Year 2025) 190

แผนภาพที่ 2-49 ผลงานบริการสาธารณสุขระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ทุกสิทธิ ที่ได้รับบริการตาม แผนการดูแลรายบุคคล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Long Term Care in the community according to individual care plan for Dependency persons, home-bound and bedridden in all schemes, in the Fiscal Year 2025) 192

แผนภาพที่ 2-50 ผลการสำรวจความคิดเห็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Satisfaction Survey to Lacal Health Security Fund in the Fiscal Year 2025) 195

แผนภาพที่ 2-51 ร้อยละการผ่าคลอดทางหน้าท้อง สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Percentage of delivery with the cesarean section under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025) 203

แผนภาพที่ 2-52 สัดส่วนการผ่าคลอดทางหน้าท้อง สิทธิ UC จำแนกตามระดับและสังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Proportion of delivery with the cesarean section under the UCS classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2021-2025) 204

แผนภาพที่ 2-53 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Admission rate per 100,000 population of Ambulatory Care Sensitivity Condition: ACSC patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025) 205

แผนภาพที่ 2-54 สัดส่วนของอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก สิทธิ UCจำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Proportion of Admission rate per 100,000 population of Ambulatory Care Sensitivity Condition: ACSC patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025) 206

แผนภาพที่ 2-55 สัดส่วนของ Adj.RW ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรคปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Proportion of Adj.RW of ACSC patients under the UCS in the Fiscal Year 2025) 207

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 2-56 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of Elderly aged 60 years and older classified by Health security schemes in the Fiscal Year 2025) 209

แผนภาพที่ 2-57 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน เทียบกับ ประชากรทุกกลุ่มอายุ สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2568 (Proportion of population aged 60 years and older, under the UCS, average 12 months, from total Population under the UCS in the Fiscal Year 2012-2025 210

แผนภาพที่ 2-58 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2568 214

แผนภาพที่ 2-59 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2568 (Utilization rate for Outpatients and Inpatients under the UCS classified by Age groups in the Fiscal Year 2019-2025) 214

แผนภาพที่ 2-60 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (CMI-Adj.RW) ของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ และผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2568 (Case Mix Index Adjusted Relative Weight of Inpatients all Age-groups and Elderly Inpatients of Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2005-2025) 224

แผนภาพที่ 2-61 ความพึงพอใจของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้เคยใช้บริการ ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคี ต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2568 (Percentage and Score of Satisfaction to UCS from Consumers, Healthcare providers and other Stakeholders in the Fiscal Year 2015-2025) 253

แผนภาพที่ 2-62 ประเด็นที่พึงพอใจ และประเด็นที่ควรเร่งปรับปรุง ต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Satisfaction Issues and Opportunities for Improvement from Satisfaction Survey of Consumers, Healthcare providers and other Stakeholders to UCS in the Fiscal Year 2025) 254

แผนภาพที่ 2-63 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มหรือรักษาระดับความพึงพอใจ ต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Suggestion from Satisfaction Survey of Consumers, Healthcare providers and other Stakeholders to USC in the Fiscal Year 2025) 255

สารบัญแผนภาพ (List of figures)

แผนภาพที่ 3-1	กรอบแนวคิดการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการประมวลผลและตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน	264
แผนภาพที่ 3-2	แผนและกิจกรรมดำเนินการในการพัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์	265
แผนภาพที่ 3-3	กรอบการดำเนินการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการ	267
แผนภาพที่ 3-4	ผลงานการให้บริการประชาชน จำแนกตามช่องทาง Social media (Non-Voice) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of 1330 NHSO Contact Center services on Social Media (Non-Voice) in the Fiscal Year 2025)	275
แผนภาพที่ 3-5	แผนงานการให้บริการ 1330 NSHO Contact Center จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Number of 1330 NHSO Contact Center services classified by Type of services in the Fiscal Year 2025)	276
แผนภาพที่ 3-6	จำนวนเรื่องที่ประชาชนร้องเรียนตามมาตรา 57 และมาตรา 59 จำแนกตามประเด็นการร้องเรียนปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (Number of Complaints serviced classified by according to UCS Act. section 57 and 59 in the Fiscal Year 2021-2025)	278
แผนภาพที่ 3-7	ผลการจัดการเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 57 และมาตรา 59 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Complaints serviced management according to UCS Act. section 57 and 59 in the Fiscal Year 2025	279
แผนภาพที่ 3-8	แนวทางการตอบสนอง และการจัดการข้อมูลความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	287
แผนภาพที่ 3-9	สรุปจำนวนข้อคิดเห็นจากการรับฟังความคิดเห็นฯ ระดับ สปสช.เขต และระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	288
แผนภาพที่ 3-10	วิสัยทัศน์ ปี 2568: เปลี่ยนผ่านสู่ ระบบนิเวศดิจิทัลอัจฉริยะ และโครงสร้างสถาปัตยกรรมระบบนิเวศดิจิทัล	297
แผนภาพที่ 3-11	แสดงขั้นตอนการรับสิทธิผ่านกระเป๋าสุขภาพ	299
แผนภาพที่ 3-12	สถาปัตยกรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยอัจฉริยะ (AI Audit Implementation)	302

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทยภายใต้**แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566-2570** มุ่งหวังให้ **"ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ด้วยความมั่นใจ"** โดยมีเป้าประสงค์หลัก 3 ประการ คือ ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมตามความจำเป็น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน และการบริหารจัดการที่คำรงไว้ซึ่งธรรมาภิบาล ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานฯ ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 236,386.52 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6.30 เมื่อเทียบกับงบประมาณประเทศ โดยเป็น **(1) เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรของหน่วยบริการภาครัฐในระบบ UC** จำนวน 68,089.63 ล้านบาท และ **(2) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ จำนวน 168,296.89 ล้านบาท

โดยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 236,386.52 ล้านบาท ประกอบด้วย

(1) งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว จำนวน 181,841.16 ล้านบาท อัตราเหมาจ่ายเท่ากับ 3,856.08 บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 47.157 ล้านคน จำแนกเป็น บริการผู้ป่วยนอก (1,391.20 บาทต่อผู้มีสิทธิ) บริการผู้ป่วยใน (1,790.73 บาทต่อผู้มีสิทธิ) บริการกรณีเฉพาะ (503.92 บาทต่อผู้มีสิทธิ) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (9.64 บาทต่อผู้มีสิทธิ) บริการแพทย์แผนไทย (31.90 บาทต่อผู้มีสิทธิ) งบค่าเสื่อม/งบลงทุน (128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

(2) งบนอกเหมาจ่ายรายหัว จำนวน 54,545.36 ล้านบาท จำแนกเป็น บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4,209.45 ล้านบาท บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 13,506.17 ล้านบาท บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 1,298.92 ล้านบาท งบเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร/เสี่ยงภัย 1,490.29 ล้านบาท งบเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ 2,180.23 ล้านบาท บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค 25,383.96 ล้านบาท



เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 522.92 ล้านบาท บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2,522.21 ล้านบาท และบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด 530.97 ล้านบาท บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2,900.25 ล้านบาท

และ**ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริหารจัดการในสำนักงานจำนวน 1,564.55 ล้านบาท** คิดเป็นร้อยละ 0.93 ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมเงินเดือนผู้ให้บริการของหน่วยบริการภาครัฐ

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สรุปพอสังเขปได้ดังนี้

1. การเบิกจ่ายงบประมาณ

สำนักงานฯ เบิกจ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมภาระผูกพัน ให้กับหน่วยบริการที่จัดบริการให้ผู้มีสิทธิ จำนวน 179,528.67 ล้านบาท จากงบประมาณที่ได้รับจัดสรร 168,296.89 ล้านบาท (รายละเอียดในภาคผนวกที่ 3 รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

2. ความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง / สิทธิ UC) จำนวน 47.026 ล้านคน ได้ลงทะเบียนสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำ จำนวน 46.802 ล้านคน นับเป็นความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ 99.52 โดยยังมีบุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำ 0.149 ล้านคน และบุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) 0.075 ล้านคน

3. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการ จำนวน 30,423 แห่ง โดยเพิ่มขึ้นมากกว่าปีที่ผ่านมา 6,146 แห่ง ทั้งนี้หน่วยบริการ 1 แห่งสามารถขึ้นทะเบียนให้บริการได้มากกว่า 1 ประเภท

จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียน ดังนี้ 1) หน่วยบริการปฐมภูมิ 11,988 แห่ง 2) หน่วยบริการประจำ 1,289 แห่ง 3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป 1,147 แห่ง และ 4) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน 19,737 แห่ง เช่น หน่วยบริการด้านเภสัชกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านเวชกรรมด้านทันตกรรม ด้านแพทย์แผนไทย ด้านกายภาพบำบัด ด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4. สิทธิประโยชน์ที่ปรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

สิทธิประโยชน์ที่ปรับ อาทิ บริการตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี NIPT บริการในโครงการ Stand by you (เพื่อนที่เข้าใจ พร้อมเคียงข้างคุณ) บริการสายด่วนให้คำปรึกษาเอชไอวีในวัยรุ่น บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ บริการแลกเปลี่ยนพลาสมา (plasmapheresis) เพื่อลดระดับสารที่ก่อให้เกิดโรคในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไทรอยด์เป็นพิษรุนแรง บริการอ่านภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ทรวงอกด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI Chest) บริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติ (3D printing) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เยื่อบุมดลูก ช่องคลอด ปากช่องคลอด และรังไข่ บริการรังสีสามมิติแปรความเข้มด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI-guided linear accelerator) บริการรับส่งผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการ บริการรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น วางแร่เฉพาะที่เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา การฉายรังสีด้วยอนุภาคโปรตอน และการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์

5. ผลงานบริการตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

บริการตามสิทธิประโยชน์	ปี 2566	ปี 2567	ปีงบประมาณ 2568		
	ผลงาน	ผลงาน	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
1. บริการพื้นฐานในงบเหมาจ่ายรายหัว					
1.1 บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน					
- ใช้บริการผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	170.391	186.253	160.070	185.776	116.06
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี)	3.628	3.961	3.394	3.947	116.29
- ใช้บริการผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง)	6.399	6.918	-	7.079	-
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี)	0.136	0.147	-	0.150	-
- ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum Adj.RW)	8.898	9.628	8.934	10.163	111.61
- บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) (ครั้ง)	75,007	94,552	-	86,718	-
- บริการผ่าตัดผ่านกล้อง (MIS) (ครั้ง)	18,231	17,832	-	16,183	-
1.2 บริการกรณีเฉพาะ					
- บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ใช้บริการข้ามจังหวัด (OP-AE) (ครั้ง)	1,902,671	1,918,318	1,261,984	2,152,066	170.53

บริการตามสิทธิประโยชน์	ปี 2566	ปี 2567	ปีงบประมาณ 2568		
	ผลงาน	ผลงาน	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
- รับส่งต่อผู้ป่วยใช้บริการนอกจังหวัดที่ลงทะเบียน (OP-Refer) (คน)	384,086	362,459	293,062	326,966	111.57
- ผู้ป่วยนอกแบบปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP anywhere) (ครั้ง)	2,612,141	10,738,421	-	11,358,545	-
- ผู้ป่วยมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (CA anywhere) (ครั้ง)	2,194,718	2,821,469	-	2,818,712	-
- บริการนอกเวลาราชการ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (ER คุณภาพ) (ครั้ง)	1,584,128	1,787,113	1,393,858	1,809,879	129.85
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันได้ยาละลายลิ่มเลือด (คน)	9,111	9,028	10,478	10,084	96.24
- ผ่าตัดต้อกระจก (ครั้ง)	173,945	195,391	120,000	205,167	170.97
- ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่รับบริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด (คน)	1,353	1,670	1,139	1,644	144.34
- อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ชิ้น)	4,739,584	4,922,979	3,681,874	5,029,853	136.61
- ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (ดวงตา)	1,336	896	610	1,072	175.74
- ผ่าตัดปลูกถ่ายตับ-รับยากดภูมิในเด็กท่อน้ำดีอุดตันและผู้ป่วยตับแข็ง (คน)	634	696	569	794	139.54
- ผู้ป่วยโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือด/ ยาขับเหล็ก (คน)	21,523	23,315	22,454	26,351	117.36
- ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรค (คน)	85,066	88,284	77,456	82,654	106.71
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (คน)	94,129	113,617	32,695	113,158	346.10
1.3 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์					
- คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (คน)	28,873	37,028	-	37,665	-
- ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ครั้ง)	3,942,256	5,460,814	3,400,314	6,111,985	179.75
1.4 บริการแพทย์แผนไทย					
- นวด ประคบ อบสมุนไพร (ครั้ง)	3,359,107	3,835,825	5,234,332	4,051,059	77.39
- แม่หลังคลอดได้รับบริการฟื้นฟู (ครั้ง)	114,561	121,956	189,923	93,146	49.04
- รับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติและน้ำมันกัญชา (ครั้ง)	11,777,463	16,998,338	16,784,622	13,204,604	78.67
- ฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (คน)	4,847	4,706	4,854	6,368	131.19
1.5 ยาและเวชภัณฑ์					
- รับยาตามบัญชี จ(2) (คน)	80,692	99,212	73,787	113,867	154.32
- รับยากำพร้า ยาต้านพิษ (คน)	7,703	7,232	6,897	6,181	89.62
- บริการสารเมทาโดนสำหรับบำบัดรักษาระยะยาว (คน)	11,013	10,639	9,789	11,558	118.07

บริการตามสิทธิประโยชน์	ปี 2566	ปี 2567	ปีงบประมาณ 2568		
	ผลงาน	ผลงาน	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
2. บริการเฉพาะกลุ่ม (นอกงบเหมาจ่ายรายหัว)					
2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการดูแลด้วยยาต้านไวรัส (คน)	306,073	315,200	307,800	325,325	105.69
2.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (คน)	3,571,756	4,115,675	2,832,893	4,567,220	161.22
2.3 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการบำบัดทดแทนไต (คน)	93,466	101,942	82,568	111,885	135.51
2.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้ตรวจคัดกรองเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ล้านคน)	4.269	4.424	4.481	4.600	102.66
2.5 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการดูแลในชุมชนตามแผนการดูแลรายบุคคล (คน)	13,107	12,367	13,107	13,786	105.18
2.6 ผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) และปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ได้รับบริการควบคุมความรุนแรงของโรค (คน)	-	-	7,412	14,075	189.89
2.7 หน่วยบริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ได้รับการจัดสรรงบเพิ่มเติม (แห่ง)	225	225	225	225	100.00
2.8 ผู้ป่วยได้รับบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (ครั้ง)	2,938,303	17,785,655	19,625,994	38,258,937	194.94
2.9 ผู้ได้รับบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คน)	43,310,514	42,598,645	26,548,000	40,223,352	151.51
2.10 ผู้ได้รับบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด (คน)	-	201,527	276,000	254,529	92.22
2.11 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ได้รับการดูแลที่บ้าน ตามแผนการดูแลรายบุคคล (คน)	334,823	468,517	597,648	544,215	91.06
2.12 ช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการและให้บริการ (คน)	23,302	4,535	4,438	1,781	40.13
2.13 ประชาชนได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (คน)	66,896,883	66,807,912	66,371,000	66,732,820	100.55

6. คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับมากถึงมากที่สุด ในกลุ่มประชาชนผู้เคยใช้บริการอยู่ที่ร้อยละ 98.79 กลุ่มผู้ให้บริการอยู่ที่ร้อยละ 94.99 และกลุ่มองค์กรภาคี (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: อปท. และเครือข่ายองค์กรภาคี) อยู่ที่ร้อยละ 99.16 โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มหรือรักษาระดับความพึงพอใจ ดังนี้

- ประชาชนต้องการให้เพิ่มช่องทางบริการที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว ลดความยุ่งยากในการติดต่อเพื่อเข้ารับบริการ และเพิ่มการสื่อสารเป็นวงกว้างให้ประชาชนทราบถึงสิทธิประโยชน์ สร้างความมั่นใจในการรับบริการ
- ผู้ให้บริการต้องการให้ปรับกระบวนการเบิกจ่ายและตรวจสอบให้รวดเร็วขึ้น พัฒนาช่องตอบคำถามของผู้ให้บริการได้รวดเร็วขึ้น และเพิ่มการสื่อสารชี้แจงกฎระเบียบและเงื่อนไขต่างๆ ให้เข้าใจได้ง่าย
- กลุ่มอปท. ต้องการให้จัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติเรื่องงบประมาณด้านสุขภาพสำหรับอปท. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีระบบสารสนเทศท้องถิ่น สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้อปท.เข้าใจระบบ UC มากขึ้น
- กลุ่มเครือข่ายองค์กรภาคี ต้องการให้เชื่อมระบบสื่อสารกลางระหว่างสปสช.กับองค์กรภาคี สนับสนุนการทำงานเชิงรุกของภาคี และติดตามผลสรุปบทเรียนร่วมกันเป็นประจำ

7. การคุ้มครองสิทธิ

1) **บริการผ่านช่องทางสายด่วน สปสช. 1330 Contact Center** จำนวนทั้งสิ้น 2,624,639 เรื่อง จำแนกเป็นบริการต่างๆ ได้แก่ บริการสอบถามข้อมูล 2,428,678 เรื่อง (ร้อยละ 92.53) บริการร้องทุกข์ 66,100 เรื่อง (ร้อยละ 2.52) บริการประสานส่งต่อ 56,751 เรื่อง (ร้อยละ 2.16) บริการรับเรื่องร้องเรียน 41,891 เรื่อง (ร้อยละ1.60) และบริการรับเรื่องเชิงรุก แนะนำให้เข้ารับบริการตามสิทธิประโยชน์ 31,219 เรื่อง (ร้อยละ 1.19)
2) **การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล** ผู้ยื่นคำร้องจำนวน 1,417 คน เข้าเกณฑ์ได้รับการชดเชย 1,150 คน (ร้อยละ 81.16) วงเงินชดเชย 265.77 ล้านบาท และการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ผู้ยื่นคำร้องจำนวน 792 คน ได้รับการชดเชย 631 คน (ร้อยละ 79.67) วงเงิน 5.69 ล้านบาท
3) **ภาคีเครือข่ายการคุ้มครองสิทธิ จำนวน 1,868 แห่ง** โดยศูนย์คุ้มครองสิทธิ 1 แห่ง เป็นสมาชิกเครือข่ายได้มากกว่า 1 ประเภทเครือข่าย ประกอบด้วย
   (1) เครือข่ายคุ้มครองสิทธิในหน่วยบริการ หรือศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ 882 แห่ง
   (2) เครือข่ายคุ้มครองสิทธิภาคประชาชน หรือศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน 554 แห่ง
   (3) ศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง เป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) หรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน 162 แห่ง
   (4) เครือข่ายคุ้มครองสิทธิในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 270 แห่ง ได้แก่ ศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง (หน่วย 50(5)) 7 แห่ง ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 45 แห่ง และเครือข่ายคุ้มครองสิทธิที่มีการทำงานร่วมกัน 218 แห่ง

สปสช. ทำงานร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายภาคประชาชน 9 ด้าน ได้แก่ ด้านเด็กและเยาวชน ด้านสตรี ด้านผู้สูงอายุ ด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ด้านผู้ใช้แรงงาน ด้านชุมชนแออัด ด้านเกษตรกร และด้านชนกลุ่มน้อย นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ เช่น เครือข่ายผู้นำศาสนา เครือข่ายความหลากหลายทางเพศ และเครือข่ายคุ้มครองสิทธิ/คุ้มครองผู้บริโภค

8. การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 7,759 แห่ง (ร้อยละ 99.90 จาก 7,767 แห่ง รวมกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา) เข้าร่วมบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อจัดกิจกรรมสำหรับดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่กว่า 187,000 โครงการ ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ/ทุพพลภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด และเด็กเล็กก่อนวัยเรียน จำนวนรวม 62.597 ล้านคน รวมถึงสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองซับสำหรับผู้ป่วยติดเตียงและผู้ที่มีปัญหากลั้นการขับถ่าย จำนวน 101,430 คน

9. ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

9.1 ปัญหาอุปสรรค

1. **ข้อจำกัดด้านงบประมาณและความยั่งยืนทางการเงินการคลังสุขภาพ** เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง อัตราเงินเฟ้อทางการแพทย์ ทำให้ค่าบริการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นในขณะที่งบประมาณประเทศมีจำกัดจึงไม่เพียงพอ โดยเฉพาะกรณีบริการเกินเป้าหมายหรือมีต้นทุนค่าบริการสูงกว่าที่เคยตั้งไว้ในบางกลุ่มโรค
2. **ข้อจำกัดของกลไกหรือมาตรการเพื่อจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของหน่วยบริการ** จากการศึกษาวิจัยเบื้องต้นพบว่าระบบยังมีข้อจำกัดในการเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มมูลค่าของงบประมาณ/ค่าใช้จ่ายชดเชยค่าบริการที่ได้รับ (Value of Money) เช่น ลดการให้บริการที่เกินความจำเป็น (Overprovision) หรือบริการที่มีคุณค่าต่ำ (Low Value Care) เป็นต้น
3. **ข้อจำกัดในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ** ที่ส่งผลต่อการกำกับติดตามและประเมินผลการให้บริการและการเบิกจ่ายค่าบริการ ระบบส่งต่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-refer) หรือการตรวจสอบการใช้บริการซ้ำซ้อน
4. **ช่องว่างในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นที่อาจยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Need)** แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีความครอบคลุมสูง แต่ยังพบประชาชนบางกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการตามความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ เช่น เขตกรุงเทพมหานครที่มีโครงสร้างหน่วยบริการที่ซับซ้อนและมีประชากรแฝงจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มคนยากจนในเขตเมือง เนื่องจากระบบบริการที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ (Unmet Health Need) ของประชาชนได้ ทั้งนี้กลุ่มเปราะบางเหล่านี้บางครั้งยังถูกหน่วยบริการเรียกเก็บเงินเพิ่มอีกด้วย

5. **ความหลากหลายและความแตกต่างของภาคีเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งภาควิชาชีพ บริการภาครัฐและเอกชน ภาคประชาสังคม เครือข่ายนอกภาคสุขภาพ ที่มีความแตกต่างทั้งมุมมองเชิงนโยบาย การมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการได้รับข้อมูลที่รอบด้าน
6. **ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของผู้มีส่วนได้เสีย ทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานอื่นในการตีความข้อกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ** ทั้งหลักการ เจตนารมณ์ของกฎหมาย การจัดสรรงบประมาณ และอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานและการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านต่างๆ

9.2 แนวทางแก้ไข

1. **เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
   - 1.1 การลดบริการที่เกินจำเป็น (Overprovision) และบริการที่มีคุณค่าต่ำ (Low Value Care) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และความร่วมมือกับสมาคม ราชวิทยาลัย สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณานำบริการที่พิสูจน์แล้วว่ามีคุณค่าต่ำหรือบริการเกินความจำเป็นเพื่อให้สปสช. ใช้อ้างอิงในการปฏิเสธการจ่าย
   - 1.2 การปรับชุดสิทธิประโยชน์ของ 3 กองทุนสุขภาพภาครัฐให้สอดคล้องกัน พร้อมเสริมบทบาทการบริหารจัดการ/การจัดการงบประมาณ/การจ่ายชดเชยอย่างมียุทธศาสตร์ (Strategic Purchasing) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ
   - 1.3 การกำกับติดตามและเผยแพร่ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณต่อสาธารณะ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการตรวจสอบกันเองของหน่วยบริการและผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความเป็นธรรม และความโปร่งใสต่อการใช้ทรัพยากรของรัฐ
2. **ปรับกลไกหรือมาตรการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเพื่อจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการของหน่วยบริการ**
   - 2.1 การปรับเปลี่ยนหรือลดการจ่ายชดเชยจากรูปแบบจ่ายตามบริการ (Fee Schedule) ไปสู่ระบบการจ่ายแบบปลายปิดที่เน้นคุณค่าและควบคุมงบประมาณได้ และเน้นบริการที่ให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ชัดเจน
   - 2.2 การทบทวนข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อปรับอัตราจ่ายชดเชยค่าบริการให้สอดคล้องกับต้นทุนจริง ภายใต้เงื่อนไขการปรับประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพหรือระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
   - 2.3 การพัฒนาเกณฑ์การจ่ายชดเชยที่เหมาะสม และกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมการบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ ที่จูงใจให้หน่วยบริการภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ โดยเฉพาะนวัตกรรมการบริการปฐมภูมิที่ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน
   - 2.4 ยกระดับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยขยายการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ตรวจสอบการจ่ายชดเชย (Audit) และพัฒนาระบบการเบิกจ่ายแบบ Real Time เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการเบิกจ่ายและลดความเสี่ยงด้านสภาพคล่องของหน่วยบริการ

2.5 บูรณาการและเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศรวมทั้งการบริหารจัดการ และการใช้ประโยชน์ข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อคืนข้อมูลให้ประชาชน หน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการตรวจสอบ กำกับ ติดตาม และประเมินผล เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจขับเคลื่อนนโยบายสำคัญต่างๆ

3. การลดช่องว่างการเข้าถึงบริการ และความจำเป็นด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

3.1 สนับสนุนการขยายบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) รูปแบบต่างๆ รวมถึงการคัดกรองและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-care) เพื่อขยายประเภทและขอบเขตบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ และลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

3.2 ขยายหน่วยบริการปฐมภูมินวัตกรรมและบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำให้ครอบคลุมและทั่วถึง เพื่อประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ลดความแออัดจากการใช้บริการขั้นต้นในหน่วยบริการขนาดใหญ่ เพื่อให้ระบบบริการตติยภูมิให้บริการที่ซับซ้อนหรือบริการขั้นสูงกว่าได้อย่างเหมาะสม

3.3 เพิ่มทางเลือกและอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ กลุ่มคนยากจนในเขตเมืองหรือพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดช่องว่างของ Unmet Need รวมถึงป้องกันการถูกเรียกเก็บเงินจากหน่วยบริการ (Extra Billing)

3.4 ใช้มาตรการจูงใจด้านคุณภาพเพื่อเปลี่ยนผ่านจากการให้บริการรักษาไปสู่บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission) การป้องกันภาวะก่อนเบาหวาน และการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.5 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนร่วมดูแลจัดการสุขภาพของตนเอง

4. การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1 เพิ่มระบบการรับฟังความเห็นและขยายการทำงานร่วมกับผู้บริหาร/ผู้ให้บริการของหน่วยบริการเพื่อรับทราบปัญหาและหรือข้อจำกัดต่างๆ ที่ทำให้สามารถวางแนวทางเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน

4.2 ขยายเครือข่าย เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายภาคประชาชนทุกภาคส่วน รวมทั้งเครือข่ายผู้ป่วย เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ประชาชนมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มีความรอบรู้และตื่นตัวด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนอย่างยั่งยืน

5. การสร้างความเข้าใจในข้อกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆกับผู้มีส่วนได้เสีย ทีมสหวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวน ปรับปรุง กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องให้เป็นปัจจุบันสอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ

Executive Summary

NHSO Annual Report in the Fiscal Year 2025



The development of health security for Thai citizens under the **National Health Security Office (NHSO) Operational Plan for 2023-2027** aims to ensure that **" Everyone living in Thailand is covered by UHC and has access to healthcare with confidence when needed."** The plan establishes three primary objectives: enabling comprehensive public access to necessary health services, maintaining an efficient and sustainable National Health Security Fund, and upholding good governance in management.

For fiscal year 2025, the National Health Security Fund received an allocation of 236,386.52 million baht, accounting for 6.30 percent of the national budget. It is divided into **(1) personnel salaries for public healthcare service units within the UC system**, totaling 68,089.63 million baht, and **(2) health service funding of 168,296.89 million baht.**

The National Health Security Fund budget of 236,386.52 million baht consists of:

(1) Capitation budget for healthcare services: 181,841.16 million baht. The capitation rate equals 3,856.08 baht per capita for 47.157 million eligible individuals.

The budget breakdown includes outpatient services at 1,391.20 baht per capita, inpatient services at 1,790.73 baht per capita, special case services at 503.92 baht per capita, medical rehabilitation services at 9.64 baht per capita, Thai traditional medicine services at 31.90 baht per capita, and depreciation/ capital investment budget at 128.69 baht per capita.

(2) Non-Capitation Budget: 54,545.36 million baht. This breakdown includes services for HIV/AIDS at 4,209.45 million baht, chronic kidney disease at 13,506.17 million baht, chronic disease control, prevention, and treatment at 1,298.92 million baht, supplementary budget for service units in remote or high-risk areas at 1,490.29 million baht, supplementary primary healthcare at 2,180.23 million baht, health promotion and disease prevention at 25,383.96 million baht, preliminary financial compensation for service recipients and providers at 522.92 million baht, public health services in collaboration with local administrative organizations at 2,522.21 million baht, and public health services in collaboration with provincial rehabilitation funds at 530.97 million baht, and additional allocations for community-dependent care services at 2,900.25 million baht.

In addition, NHSO was allocated an Administrative Budget of 1,564.55 million baht, which is 0.93 percent of the UCS Budget, excluding salaries for service units personal.

The Fiscal Year 2025 performances are summarized as follows:

1. Financial Management

A total disbursement, including obligations to healthcare provider units, amounted to 179,528.67 million baht from the allocated 168,296.89 million baht. (Details in Annex 3: Financial Report of the National Health Security Fund: UCS Budget in the Fiscal Year 2025, approved by State Audit Office of the Kingdom of Thailand).

2. Population Coverage

The population under the Universal Coverage Scheme is 47.026 million people, of whom 46.802 million have registered with designated healthcare units. The coverage of UCS is 99.52%. There are still 0.149 million people who have not registered for UCS and 0.075 million who are awaiting verification of their eligibility.

3. Healthcare Provider Units

Healthcare units on the UCS registry totaled 30,423 units, an increase from last year by 6,146 units. Although one healthcare unit can be registered for more than one type of UC system's services. The units classified based on registration comprise of 1) 11,988 Primary care units, 2) 1,289 Main contractor units, 3) 1,147 General referral units, and 4) 19,737 Specialized referral units such as pharmacies, nursing and midwifery services, medical services, Thai traditional medicine services, rehabilitative services, hemodialysis centers and health promotion and disease prevention.

4. Benefits Adjusted in Fiscal Year 2025

Adjusted benefits include: Down syndrome screening in pregnant women using Newly adjusted benefits include: non-invasive prenatal testing (NIPT) method, "Stand by You" program, HIV counseling hotline for adolescents, hormone therapy for gender affirmation, Plasmapheresis service to reduce disease-causing substances, treatment for patients with severe thyrotoxicosis, AI-assisted chest X-ray interpretation (AI Chest), Brachytherapy using 3D-printed applicators for patients with cervical, endometrial, vaginal, valvar, and ovarian cancer, Three-dimensional intensity-modulated radiation therapy with MRI-guided linear accelerator, Transportation services for persons with disabilities, elderly, or patients with difficulty traveling to receive services, patient transfer services for advanced technology treatments such as localized brachytherapy for ocular tumors, proton beam radiation therapy, and robotic surgery.

5. Output Performance according to the budget allocated.

Services in the Benefit Package (unit)	2023	2024	Fiscal Year 2025		
	Output	Output	Target according to allocation	Output	Performance (% of target)
1. Basic healthcare services					
1.1 Outpatient and Inpatient Services					
- OP Service (million visits)	170.391	186.253	160.070	185.776	116.06
- OP services rate (visits/person/year)	3.628	3.961	3.394	3.947	116.29
- IP services (million visits)	6.399	6.918	-	7.079	-
- IP services (visits/person/year)	0.136	0.147	-	0.150	-

Services in the Benefit Package (unit)	2023	2024	Fiscal Year 2025		
	Output	Output	Target according to allocation	Output	Performance (% of target)
- Sum of Adjusted Relative Weight (Sum Adj.RW)	8.898	9.628	8.934	10.163	111.61
- One day surgery (ODS) (visits)	75,007	94,552	-	86,718	-
- Minimally Invasive Surgery (MIS) (visits)	18,231	17,832	-	16,183	-
1.2 Special services					
- OP-AE (visits)	1,902,671	1,918,318	1,261,984	2,152,066	170.53
- OP-Refer (visits)	384,086	362,459	293,062	326,966	111.57
- OP anywhere (visits)	2,612,141	10,738,421	-	11,358,545	-
- CA anywhere (visits)	2,194,718	2,821,469	-	2,818,712	-
- Quality ER (visits)	1,584,128	1,787,113	1,393,858	1,809,879	129.85
- Thrombolytic therapy for Stroke patients (persons)	9,111	9,028	10,478	10,084	96.24
- Cataract lens replacement (visits)	173,945	195,391	120,000	205,167	170.97
- Dental services and speech therapy for Cleft lips and cleft palate patients (persons)	1,353	1,670	1,139	1,644	144.34
- Medical devices and prosthesis (pieces)	4,739,584	4,922,979	3,681,874	5,029,853	136.61
- Corneal transplantation (eyes)	1,336	896	610	1,072	175.74
- Liver transplantation and immunosuppressive drugs for children with biliary atresia and patients with cirrhosis (persons)	634	696	569	794	139.54
- Blood transfusion/ Iron Chelator for severe thalassemia patients (persons)	21,523	23,315	22,454	26,351	117.36
- Anti-tuberculosis drugs for TB patients (persons)	85,066	88,284	77,456	82,654	106.71
- Palliative care (persons)	94,129	113,617	32,695	113,158	346.10
1.3 Rehabilitative services					
- Adaptive equipment for people with disabilities (persons)	28,873	37,028	-	37,665	-
- Rehabilitation services (persons)	3,942,256	5,460,814	3,400,314	6,111,985	179.75
1.4 Thai traditional medicine					
- Thai Traditional herbal massage (visits)	3,359,107	3,835,825	5,234,332	4,051,059	77.39
- Postpartum hot herbal compress massage services (persons)	114,561	121,956	189,923	93,146	49.04
- National list of essential medicinal herbs prescription (visits)	11,777,463	16,998,338	16,784,622	13,204,604	78.67

Services in the Benefit Package (unit)	2023	2024	Fiscal Year 2025		
	Output	Output	Target according to allocation	Output	Performance (% of target)
- Acupuncture and electroacupuncture for Stroke Patients (persons)	4,847	4,706	4,854	6,368	131.19
1.5 Medicine and medical supplies					
- National list of essential medicinal Category E(2) (persons)	80,692	99,212	73,787	113,867	154.32
- Orphan drugs, antidotes (persons)	7,703	7,232	6,897	6,181	89.62
- Methadone Maintenance Therapy: MMT (persons)	11,013	10,639	9,789	11,558	118.07
2. Special care (non-capitation)					
2.1 Antiretroviral Therapy for HIV/AIDS patients (persons)	306,073	315,200	307,800	325,325	105.69
2.2 HIV/AIDS prevention for at risk population (persons)	3,571,756	4,115,675	2,832,893	4,567,220	161.22
2.3 Renal replacement therapy (persons)	93,466	101,942	82,568	111,885	135.51
2.4 Secondary prevention for Diabetes mellitus patients and Hypertensive patients (million persons)	4.269	4.424	4.481	4.600	102.66
2.5 Community care for Chronic psychiatric patients (persons)	13,107	12,367	13,107	13,786	105.18
2.6 Asthmatics and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) receiving services (persons)	-	-	7,412	14,075	189.89
2.7 Compensation for remote and hardship areas and Southern border provinces (service units)	225	225	225	225	100.00
2.8 Patients receiving Primary Healthcare Services (visits)	2,938,303	17,785,655	19,625,994	38,258,937	194.94
2.9 Public healthcare with Local Administrative Organizations (LAO) (persons)	43,310,514	42,598,645	26,548,000	40,223,352	151.51
2.10 Public health services in collaboration with provincial rehabilitation funds (persons)	-	201,527	276,000	254,529	92.22
2.11 Long-term care for dependent persons in all schemes (persons)	334,823	468,517	597,648	544,215	91.06
2.12 Beneficiaries and providers receiving preliminary financial assistance (persons)	23,302	4,535	4,438	1,781	40.13

Services in the Benefit Package (unit)	2023	2024	Fiscal Year 2025		
	Output	Output	Target according to allocation	Output	Performance (% of target)
2.13 Citizens eligible for health promotion and disease prevention services (persons)	66,896,883	66,807,912	66,371,000	66,732,820	100.55

6. Quality and Standard of Health Services

Satisfaction with the Universal Coverage Scheme was 98.79% among the general public who have used services, 94.99% among service providers, and 99.16% among partner organizations (local administrative organizations and civil society networks), with recommendations to increase or maintain satisfaction levels as follows:

- The general public wants improvements regarding waiting times for service access, convenience in filing complaints and grievances, and increased channels for receiving feedback or information by themselves.
- Service providers want improvements to the eligibility verification system, verification of evidence for healthcare service billing. As well as in data support, coordination, and diversified communication channels to ensure clear and accurate information.
- Local Administrative Organizations (LAOs) group requests the development of manuals and guidelines on health budgets for LAOs, promotion of local information system technology usage, and creation of learning exchange platforms to help better understand the UC system.
- Partner Organization Network group requests the establishment of a central communication system between NHSO and partner organizations, support for proactive work by partners, and regular joint monitoring and lesson-learned summaries.

7. Consumer Services and Rights Protection

1) NHSO 1330 Contact Center a total of 2,624,639 cases, divided into 2,428,678 information requests (92.53%), 66,100 grievances handled (2.52%), 56,751 referral services cases (2.16%), 41,891 complaint cases (1.60%). 31,219 proactive services cases (1.19%),
2) Preliminary financial compensation for Service Recipients who experienced any adverse events from medical treatment involved 1,417 applicants, of whom 1,150 individuals met the criteria for compensation (81.16%). The total compensation amount reached 265.77 million baht. Additionally, emergency assistance for service providers who suffered damage while providing services encompassed 792 applicants, with 631individuals receiving compensation (79.67%) totaling 5.69 million baht.
3) Rights Protection Mechanisms from 1,868 units consisting of:
   (1) 882 Health insurance service centers
   (2) 554 public rights protection networks comprising: 135 public health insurance coordination centers, 122 Protect Rights UC centers (50(5) units), 58 private networks
   (3) Protect Rights UC centers (50(5)) or independent complaint centers separate from the respondents: 162 centers
   (4) 270 Local Administrative Organizations (LAOs) rights protection centers comprising: 7 Protect Rights UC centers (50(5)), 45 public health insurance coordination centers, and 218 rights protection networks working together.

NHSO has collaborated with public network organizations from 9 civil network groups under the National Health Security Act B.E 2545 (A.D. 2002), consisting of children and adolescents, women, the elderly, disabled, HIV or other chronic disease patients, laborers, congested communities, farmers, minorities, including religious leaders and gender diversity networks.

8. Stakeholder Participation

A total of 7,759 Local Administrative Organizations (99.90% of 7,767 including Bangkok Metropolitan and Pattaya Special Administrations) contributed to managing more than 187,000 healthcare activities and projects.

The projects covered 62.597 million people with high-risk factors, including school-aged children and youth, working-age adults, the elderly, the disabled, patients with chronic illnesses, pregnant and post-partum women, and pre-school children. Additionally, assistance was provided with adult diapers and absorbency pads for 101,430 bed-ridden patients and individuals with incontinence

9. Challenges and Solutions

9.1 Challenges

1. Budget constraints and sustainability of health financing due to rising healthcare costs from demographic transition toward an aging society, advancement of high-tech medical technology, and medical inflation, resulting in increased medical service costs while the national budget is limited and insufficient, particularly in cases where services exceed targets or have higher service costs than initially budgeted for certain disease groups.
2. Limitations of mechanisms or measures to incentivize and enhance service efficiency of healthcare units. Preliminary research studies found that the system still has limitations in improving service system efficiency that would lead to increased value of budget/reimbursement expenditure (Value of Money), such as reducing overprovision or low-value care, etc.
3. Limitations in national health data linkage affecting the monitoring and evaluation of service delivery and reimbursement, electronic referral system (E-refer), or verification of duplicate service utilization.
4. Gaps in access to necessary services that remain unmet needs. Although the National Health Security System has high coverage, some population groups still do not have equal access to services, particularly in large urban areas such as Bangkok Metropolitan Area, which has complex healthcare service structures and a large floating population, especially vulnerable groups, disadvantaged groups, and urban poor, as the existing service system cannot respond to the health needs (Unmet Health Need) of the population. Moreover, these vulnerable groups are sometimes charged additional fees by healthcare units.
5. Diversity and differences among partners and networks in the National Health Security System, which are increasingly diverse, including professional sectors, public and private services, civil society, and networks outside the health sector, with differences in policy perspectives, participation in the National Health Security System, and access to comprehensive information.
6. Misalignment in understanding among stakeholders, multidisciplinary teams, and other agencies in interpreting laws and regulations, including principles, legislative intent, budget allocation, and others, which affects the implementation and management of the National Health Security System in various aspects.

9.2 Solution

1. Enhancing the efficiency of the National Health Security Fund administration
    - 1.1 Reducing overprovision and denying of reimbursement for Low-valued Care services guided by currently available evidence in collaboration with professional associations, royal colleges, professional councils, and relevant agencies.
    - 1.2 Aligning the benefit packages of the three public health funds while strengthening the role of strategic purchasing/budget management/reimbursement to enhance system efficiency.
    - 1.3 Monitoring and publicly disclosing budget expenditure information and supporting participation and peer review among healthcare units and various stakeholder groups to build confidence, fairness, and transparency in the use of state resources.

2. Adjusting reimbursement mechanisms or measures to incentivize and enhance the service efficiency of healthcare units
    2.1 Reducing fee-for-service (and Fee Schedule) payment and transforming toward closed-end payment systems that emphasize value, enable budget control, and focus on services with clear health outcomes.
    2.2 Reviewing academic data and empirical evidence to adjust service reimbursement rates to match real costs, under conditions of improved efficiency of the health service system or related systems.
    2.3 Developing appropriate reimbursement criteria and stimulating service innovation to enhance budget management efficiency, incentivizing public and private healthcare units to join the service network, particularly primary care innovations that help reduce hospital congestion and improve the quality of continuous patient care at home and in the community.
    2.4 Upgrading National Health Security Fund administration with digital technology by expanding the use of artificial intelligence for reimbursement auditing and developing real-time claim systems to enhance claim review efficiency and reduce risk for inadequate liquidity for healthcare units.
    2.5 Integrating and linking information systems, including big data management and utilization, to inform the public, healthcare units, and relevant agencies for use in verification, supervision, monitoring, and evaluation, serving as supporting data for decision-making in driving important policies.
3. Reducing gaps in service access and unmet health needs
    3.1 Supporting the expansion of various primary health care models, including screening and self-care, to expand service types and scope and increase access to health promotion and disease prevention services, reduce preventable illnesses, and decrease the burden of non-communicable diseases (NCDs).
    3.2 Expanding innovative primary care units and new health service models as networks of regular healthcare units to provide comprehensive and widespread coverage, allowing convenient public access to services, reducing congestion from initial service use at large healthcare units, enabling tertiary care systems to appropriately provide complex or more advanced services.
    3.3 Increasing options and facilitating public access to services, especially for vulnerable groups, disadvantaged groups, groups with service access problems, urban poor, or remote areas, to reduce unmet need gaps and prevent extra billing by healthcare units.
    3.4 Using quality incentive measures to transition from treatment services to health promotion and disease prevention services, such as diabetes remission care, pre-diabetes prevention, and slowing kidney deterioration in patients with chronic kidney disease.
    3.5 Enhancing the management efficiency of local or area-based health security funds to enable the public and communities to participate in managing their own health.
4. Creating stakeholder participation in the National Health Security System
    4.1 Enhancing consultation systems and expanding collaboration with administrators/service providers of healthcare units to understand problems and/or various limitations, enabling joint problem-solving approaches.
    4.2 Expanding networks and fostering learning exchanges among civil society partner networks in all sectors, including patient networks, to jointly drive the National Health Security System so that the public becomes aware of health rights and responsibilities, develops health literacy and alertness, can care for their own health, and participate in developing community health systems for sustainable self and community health care.
5. Improve level of understanding of laws and regulations among stakeholders, multidisciplinary medical and public health teams, and other relevant agencies to review and improve related laws, regulations, announcements, and bylaws to keep them current and aligned with changing circumstances.

ส่วนที่ 1

สาระสำคัญและการสร้าง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(Summary and Universal Health Coverage System)





1. ผลงานเด่น “กองทุนบัตรทอง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568”

(Highlight Activities in the Fiscal Year 2025)

1.1 การขับเคลื่อนนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)”

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โรคสำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ **โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เมตาบอลิกซินโดรม และโรคไตเรื้อรัง** ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากกรมควบคุมโรค ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs มากกว่า 400,000 รายต่อปี และในปี พ.ศ. 2562 โรคดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) สะท้อนถึงภาระโรคที่ส่งผลกระทบทั้งต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ สถานการณ์ปี พ.ศ. 2567 จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการจำนวน 4,638,589 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 9,231,088 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 จำนวน 1,368,789 คน ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มโรค NCDs และความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินมาตรการเชิงป้องกันอย่างเป็นระบบ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย **"คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)" เป็นวาระแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างรอบด้าน ลดปัจจัยเสี่ยง และลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง** ผ่านการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ให้เป็นกลไกหลักในการดำเนินงานสุขภาพเชิงรุกในระดับชุมชน ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูล NCDs อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระบบบริการสุขภาพ



กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน ได้รับการสอนนับคาร์บเพื่อวางแผนการบริโภคอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตให้เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย และให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารพร่องแป้งหรือโลว์คาร์บ พร้อมทั้งสร้างความตระหนักในการบริโภคเกลือโซเดียมโดยใช้ Salt meter การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การตรวจร่างกายเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และได้รับบริการให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดย อสม./อสส. และมีการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NCDs Data Hub หรือ "3 หมอรู้จักคุณ" เชื่อมโยงผ่าน API เข้าสู่ระบบดิจิทัลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อใช้กำกับ ติดตาม และประเมินผลในระดับประเทศ

ในการสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณจำนวน 1,016.40 ล้านบาท เพื่อขับเคลื่อนโครงการดังกล่าว โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญจำนวน 4 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละ 90 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ร้อยละ 90 ได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นอย่างน้อย 3 ใน 4 รายการ
- ร้อยละ 30 ของกลุ่มเป้าหมายมีน้ำหนักตัวลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นหลังได้รับคำแนะนำอย่างน้อย 3 เดือน
- ร้อยละ 30 ของกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (BMI ⩾ 23) สามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อย 1.5 กิโลกรัม ภายใน 3 เดือน

ผลการดำเนินงานการให้บริการโดย อสม./อสส. ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – กันยายน 2568 สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการขยายความครอบคลุมของการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและการคัดกรองเชิงรุกในระดับชุมชนอย่างกว้างขวาง (ตารางที่ 1-1)

ตารางที่ 1-1

จำนวนผู้รับบริการทุกสิทธิตามตัวชี้วัดโครงการคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of population under all schemes in Thai people free from NCDs projects classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

หน่วย: คน

ตัวชี้วัด	อายุ 10-14 ปี	อายุ 15-34 ปี	อายุ 35-120 ปี	อายุ 15-120 ปี
ตัวชี้วัดที่ 1 ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการ ได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม				
1. ประชาชนในพื้นที่ดำเนินการ ได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	**115,316** (2.90%)	**1,358,096** (7.62%)	**14,071,810** (37.40%)	**15,429,906** (27.83%)
จากประชากรไทยทุกสิทธิ ที่มีชีวิต ณ 1 ต.ค. 2567	**3,974,621 (100%)**	**17,815,194 (100%)**	**37,626,931 (100%)**	**55,442,125 (100%)**
ตัวชี้วัดที่ 2 กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น				
ประชากรที่ได้รับการคัดกรองอย่างใดอย่างหนึ่ง (จากข้อ 2.1 - 2.4)	**128,407 (100%)**	**1,510,670 (100%)**	**15,566,079 (100%)**	**17,076,749 (100%)**
ประชากรที่ได้รับการคัดกรองอย่างน้อย 3 ใน 4 รายการ (จากข้อ 2.1 - 2.4)	**100,775 (78.48%)**	**1,256,488 (83.17%)**	**13,529,225 (86.91%)**	**14,785,713 (86.58%)**
2.1 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI และวัดเส้นรอบเอว (2.1.1 และ 2.1.2)	**105,934**	**1,298,892**	**13,792,608**	**15,091,500**
2.1.1 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีค่า BMI หรือ มีค่าน้ำหนัก และส่วนสูง	**106,545 (100%)**	**1,303,295 (100%)**	**13,837,842 (100%)**	**15,141,137 (100%)**
• ต่ำกว่าเกณฑ์ = BMI < 18.5	46,985 (44.10%)	177,882 (13.65%)	896,098 (6.48%)	1,073,980 (7.09%)
• ปกติ = BMI 18.5 - 22.9	40,180 (37.71%)	609,821 (46.79%)	5,424,295 (39.20%)	6,034,116 (39.85%)
• น้ำหนักเกิน = BMI 23 - 24.9	7,711 (7.24%)	215,622 (16.54%)	3,100,518 (22.41%)	3,316,140 (21.90%)
• อ้วนระดับ 1 = BMI 25 - 29.9	7,657 (7.19%)	197,126 (15.13%)	3,375,297 (24.39%)	3,572,423 (23.59%)
• อ้วนระดับ 2 = BMI ≥ 30	4,012 (3.77%)	102,844 (7.89%)	1,041,634 (7.53%)	1,144,478 (7.56%)
2.1.2 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีค่าเส้นรอบเอว	**105,965 (100%)**	**1,299,268 (100%)**	**13,798,868 (100%)**	**15,098,136 (100%)**
• กลุ่มปกติ = เส้นรอบเอว ผู้ชาย ≤ 36 นิ้ว (90 ซม.) หรือ ผู้หญิง ≤ 32 นิ้ว (80 ซม.)	99,198 (93.61%)	1,023,872 (78.80%)	8,982,990 (65.10%)	10,006,862 (66.28%)
• กลุ่มเสี่ยง (เส้นรอบเอว ผู้ชาย > 36 นิ้ว (90 ซม.) หรือ ผู้หญิง > 32 นิ้ว (80 ซม.)	6,767 (6.39%)	275,396 (21.20%)	4,815,878 (34.90%)	5,091,274 (33.72%)

(ต่อ) ตารางที่ 1-1

จำนวนผู้รับบริการทุกสิทธิตามตัวชี้วัดโครงการคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of population under all schemes in Thai people free from NCDs projects classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

หน่วย: คน

ตัวชี้วัด	อายุ 10-14 ปี	อายุ 15-34 ปี	อายุ 35-120 ปี	อายุ 15-120 ปี
2.2 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการวัดความดันโลหิต	**105,226 (100%)**	**1,296,403 (100%)**	**13,782,129 (100%)**	**15,078,532 (100%)**
• กลุ่มปกติ: ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) < 140 mmHg และความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) < 90 mmHg	96,765 (91.96%)	1,132,536 (87.36%)	10,670,003 (77.42%)	11,802,539 (78.27%)
• กลุ่มความดันโลหิตสูง: ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 140 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 90 mmHg	8,461 (8.04%)	163,867 (12.64%)	3,112,126 (22.58%)	3,275,993 (21.73%)
2.3 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FPG/FCBG)	**78,508 (100%)**	**1,057,967 (100%)**	**12,135,740 (100%)**	**13,193,707 (100%)**
• กลุ่มปกติ: FPG/FCBG < 100 mg/dl	73,401 (93.49%)	918,503 (86.82%)	8,672,868 (71.47%)	9,591,371 (72.70%)
• กลุ่มเสี่ยง/ภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM): FPG/FCBG 100-125 mg/dl	4,897 (6.24%)	127,570 (12.06%)	2,643,733 (21.78%)	2,771,303 (21.00%)
• กลุ่มที่มีภาวะเบาหวาน/น้ำตาลในเลือดสูง: FPG/FCBG > 125 mg/dl	210 (0.27%)	11,894 (1.12%)	819,139 (6.75%)	831,033 (6.30%)
2.4 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	**111,449 (100%)**	**1,310,126 (100%)**	**13,662,617 (100%)**	**14,972,743 (100%)**
• กลุ่มปกติ: ผลการคัดกรองเป็นลบทั้ง 2 ข้อ ไม่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า	110,387 (99.05%)	1,281,167 (97.79%)	13,247,022 (96.96%)	14,528,189 (97.03%)
• กลุ่มเสี่ยง: ผลการคัดกรองข้อใดข้อหนึ่งเป็นบวกถือว่ามีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าและควรได้รับการประเมินเพิ่ม	1,062 (0.95%)	28,959 (2.21%)	415,595 (3.04%)	444,554 (2.97%)
ตัวชี้วัดที่ 3 ประชาชนที่ได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีน้ำหนักตัวลดลง				
3. ประชาชนที่ได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีน้ำหนักตัวลดลง	**91,097 (100%)**	**1,116,382 (100%)**	**11,950,349 (100%)**	**13,066,731 (100%)**
• น้ำหนักตัวลดลง	1,402 (1.54%)	35,686 (3.20%)	561,746 (4.70%)	597,432 (4.57%)
• น้ำหนักตัวเท่าเดิม	3,929 (4.31%)	94,477 (8.46%)	1,336,893 (11.19%)	1,431,370 (10.95%)
• น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	1,532 (1.68%)	32,648 (2.92%)	517,663 (4.33%)	550,311 (4.21%)
• ข้อมูลอยู่ระหว่างการติดตาม (NA)	84,234 (92.47%)	953,571 (85.42%)	9,534,047 (79.78%)	10,487,618 (80.26%)

(ต่อ) ตารางที่ 1-1

จำนวนผู้รับบริการทุกสิทธิตามตัวชี้วัดโครงการคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of population under all schemes in Thai people free from NCDs projects classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

หน่วย: คน

ตัวชี้วัด	อายุ 10-14 ปี	อายุ 15-34 ปี	อายุ 35-120 ปี	อายุ 15-120 ปี
ตัวชี้วัดที่ 4 ประชาชนที่ได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 23) ลดน้ำหนักลงได้				
4. ประชาชนที่ได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 23) ลดน้ำหนักลงได้	**16,653 (100%)**	**442,309 (100%)**	**6,497,556 (100%)**	**6,939,865 (100%)**
• ลดน้ำหนักตัวลงได้ ≥1.5 กิโลกรัม	431 (2.59%)	17,407 (3.94%)	305,357 (4.70%)	322,764 (4.65%)
• ลดน้ำหนักตัวลงได้ <1.5 กิโลกรัม	36 (0.22%)	2,537 (0.57%)	76,899 (1.18%)	79,436 (1.14%)
• น้ำหนักตัวเท่าเดิม	698 (4.19%)	36,856 (8.33%)	722,791 (11.12%)	759,647 (10.95%)
• น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	200 (1.20%)	11,181 (2.53%)	250,873 (3.86%)	262,054 (3.78%)
• ข้อมูลอยู่ระหว่างการติดตาม (NA)	15,288 (91.80%)	374,328 (84.63%)	5,141,636 (79.13%)	5,515,964 (79.48%)

ที่มา: ฐานข้อมูล PP-NCD อสม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 12 กุมภาพันธ์ 2569 โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 15,429,906 คน ได้รับคำแนะนำเรื่องการนับคาร์บ การคัดกรองสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ สะท้อนถึงความสำเร็จเชิงกระบวนการ (Process) ในการเข้าถึงบริการระดับชุมชนผ่านกลไก อสม./อสส. อย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปในแต่ละตัวชี้วัดสำคัญ อาทิ การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด มีรายละเอียดดังนี้

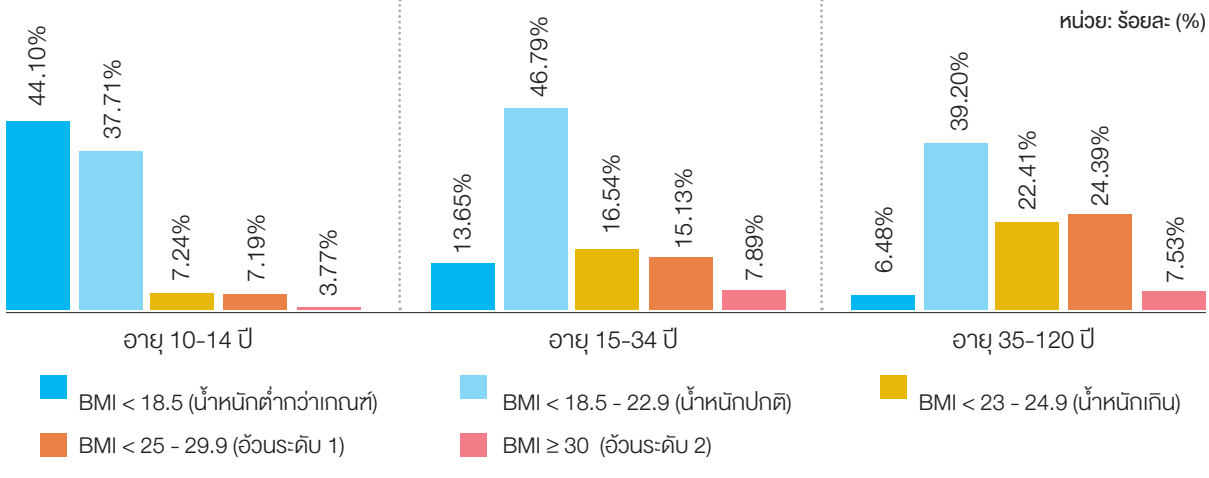
1. การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว: สัดส่วนของผู้ที่สามารถลดน้ำหนักลงได้คิดเป็นร้อยละ 4 เมื่อเทียบกับความครอบคลุมของการได้รับคำแนะนำการนับคาร์บที่อยู่ในระดับสูง ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การเปลี่ยนผ่านจาก "ความรู้" ไปสู่ "พฤติกรรมที่ยั่งยืน" จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลา กระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่อง และมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ซึ่งต้องการการดูแลและแรงจูงใจเชิงลึกมากยิ่งขึ้น แม้ผลลัพธ์เชิงปริมาณด้านน้ำหนักตัวยังไม่สูงนัก แต่ถือเป็นสัญญาณเชิงบวกของผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะสั้น และเป็นจุดตั้งต้นสำคัญสำหรับการขยายผลและยกระดับการดำเนินงานในระยะถัดไป

2. ดัชนีมวลกาย: ประชาชนประมาณร้อยละ 50 อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ⩾ 23) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป สถานการณ์ดังกล่าวมิได้เป็นเพียงผลจากพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลเท่านั้น หากยังสะท้อน **ประเด็นเชิงโครงสร้างของสังคมและระบบเศรษฐกิจ**ในปัจจุบัน ได้แก่ การขยายตัวของระบบอาหารเชิงพาณิชย์ที่เน้นอาหารพลังงานสูง ราคาถูก เข้าถึงง่าย แต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ ตลอดจนสภาพแวดล้อมเมืองและสถานที่ทำงานที่ไม่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินจำเป็นต้องขยับจากมาตรการที่มุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ไปสู่การปรับ **โครงสร้างระบบสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และนโยบายสาธารณะ ที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตสุขภาพดี** เช่น การส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่สนับสนุนกิจกรรมทางกาย การจัดระบบอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชนและสถานประกอบการ ตลอดจนมาตรการทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพและนโยบายเมืองที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน (แผนภาพที่ 1-1)

แผนภาพที่ 1-1

ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Percentage of Thai population with Body Mass Index: BMI classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

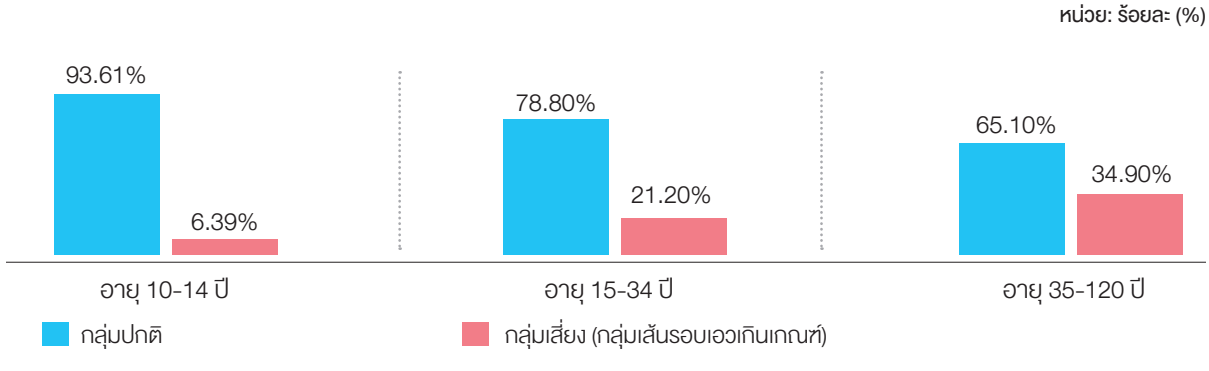


ที่มา: ฐานข้อมูล PP-NCD อสม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

แผนภาพที่ 1-2

ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีค่าเส้นรอบเอว จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Percentage of Thai population with Waist measurement classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ฐานข้อมูล PP-NCD อสม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

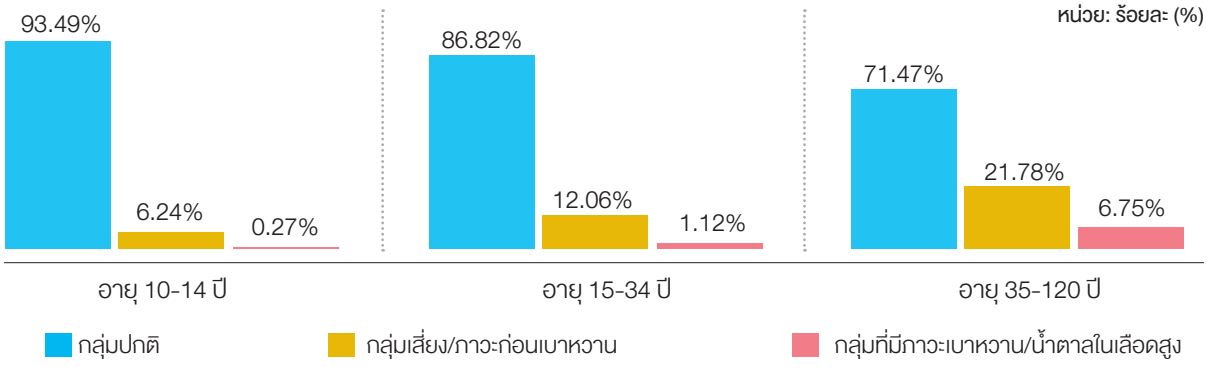
3. เส้นรอบเอว: ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปมากกว่า 1 ใน 3 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ที่กำหนด มิได้เป็นเพียงตัวเลขแสดงภาวะอ้วนลงพุง หากแต่เป็น "สัญญาณเตือนล่วงหน้า" ของความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ หากมีการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมและเชิงระบบอย่างทันท่วงที เนื่องจาก "เส้นรอบเอว" เป็นตัวชี้วัดสื่อสารความเสี่ยงที่เข้าใจง่ายในระดับชุมชน การใช้เส้นรอบเอวเป็นเครื่องมือคัดกรองและติดตามในระดับชุมชนจึงมีความคุ้มค่าและควรได้รับการผลักดันอย่างต่อเนื่องในนโยบายป้องกันโรค NCDs (แผนภาพที่ 1-2)

4. ระดับน้ำตาลในเลือด: ประมาณ 1 ใน 4 ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานสะท้อนถึงภาระโรคในอนาคตที่อาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จำเป็นต้องมีมาตรการรองรับอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามระยะกลุ่มเสี่ยงยังเป็นช่วงที่สามารถป้องกันโรคก่อนเกิดภาวะเรื้อรังถาวร การเร่งรัดมาตรการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มนี้จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และลดภาระโรคเบาหวานของประเทศในระยะยาว (แผนภาพที่ 1-3)

แผนภาพที่ 1-3

ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีการวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Percentage of Thai population with FPG/FCBG classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ฐานข้อมูล PP-NCD อสม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

การขับเคลื่อนนโยบาย "คนไทยห่างไกล NCDs" ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ไม่เพียงแต่สะท้อนภาวะความเสี่ยงของประชากรไทยในปัจจุบันแล้ว หากยังสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณค่าสำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับประเทศอย่างเป็นระบบอีกด้วย การดำเนินงานดังกล่าวสามารถสร้างความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการในระดับสูง ขณะเดียวกันผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Output) เริ่มปรากฏในทิศทางที่ดี แม้ยังต้องเสริมความเข้มข้นและความต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาวที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ที่สำคัญการดำเนินงานครั้งนี้ได้ก่อให้เกิด **"ฐานข้อมูลสุขภาพประชากรไทยขนาดใหญ่"** ครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งถือเป็นทุนทางระบบสุขภาพที่มีมูลค่าสูง สามารถนำไปใช้ในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการออกแบบมาตรการเฉพาะกลุ่มได้อย่างแม่นยำ อย่างไรก็ตาม การยกระดับจาก "การเข้าถึงบริการ" ไปสู่ "การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน" อันมีผลเชิงบวกต่อสุขภาพประชาชน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือเชิงบูรณาการจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ในการร่วมกันออกแบบมาตรการ สนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสังคมไทยที่มีสุขภาวะดีอย่างยั่งยืนในระยะยาว

1.2 การขับเคลื่อนนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า”

ในปี พ.ศ. 2568 รัฐบาลยังคงให้ความสำคัญกับนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" เพื่อยกระดับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนชาวไทย ให้เข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น ด้วยความสะดวก รวดเร็ว ลดความแออัดในการเข้ารับบริการในหน่วยบริการประจำ โดยมีการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการที่สำคัญให้ประชาชนสามารถรับบริการในระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการได้ทุกแห่งด้วยการแสดงบัตรประชาชนในการยืนยันสิทธิ (เดิมต้องรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนเองเท่านั้น) นอกจากนี้ยังเพิ่มจำนวนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ (หน่วยบริการนวัตกรรม) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิได้สะดวก มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดความแออัดในหน่วยบริการประจำ สรุปผลการดำเนินงานได้ ดังนี้

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีประชาชนเข้าถึงบริการ 13,490,900 คน ให้บริการ 45,423,976 ครั้ง โดยจำแนกเป็น หน่วยบริการนอกเครือข่าย หน่วยบริการประจำ กรณีเหตุสมควร (OP Anywhere) 4,565,368 คน 11,358,545 ครั้ง ในหน่วยบริการ 8,954 แห่ง และหน่วยบริการนวัตกรรม 8,925,532 คน 34,065,431 ครั้ง ในหน่วยบริการ 11,655 แห่ง หรือเป็นสัดส่วนกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนการเข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. ขยายหน่วยบริการภาคเอกชน เข้าร่วมให้บริการแก่ประชาชน จุดเด่นในการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ คือ การประสานความร่วมมือกับสภาวิชาชีพทั้ง 7 สภาวิชาชีพ ในการสนับสนุนให้คลินิกเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านให้บริการในระดับปฐมภูมิ ร่วมจัดบริการในระดับปฐมภูมิตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ โดยเน้นจัดบริการตามเวลาวิถีราษฎร (นอกเวลาราชการ) เป็นทางเลือกให้ประชาชนไปรับบริการได้หากเจ็บป่วย เพื่อเพิ่มความสะดวก ลดความแออัดของโรงพยาบาล พบว่า จำนวนหน่วยบริการนวัตกรรมทั้ง 7 วิชาชีพ เพิ่มขึ้น 2.2 เท่า จากจำนวน 5,271 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็น 11,655 แห่ง กระจายใน 77 จังหวัดทั่วประเทศไทย

3. ยกระดับ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น บริการกายภาพบำบัดใน IMC 4 กลุ่มโรค ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง บาดเจ็บที่ไขสันหลัง และกระดูกสะโพกแตกหัก ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ IMC ต่อคนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง IMC เฉลี่ย 5 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 12 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 **ผลการประเมินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่** โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล การวิเคราะห์ Social Return of Investment (pre-liminary analysis) มีความคุ้มค่า (เกิดผลตอบแทน 6.5 บาท ต่อ 1 บาท ที่ สปสช. ลงทุน)

4. การกำกับติดตามคุณภาพหน่วยบริการ สปสช.ได้รับการสนับสนุนจากสภาวิชาชีพทั้ง 7 สภาวิชาชีพ ในการพัฒนากลไกการกำกับติดตามและประเมินผลหน่วยบริการนวัตกรรม เพื่อร่วมขับเคลื่อนให้เกิดการควบคุมกำกับการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยแต่ละสภาวิชาชีพ ได้ดำเนินการจัดทำประกาศมาตรฐาน คู่มือ แนวทาง

การให้บริการในหน่วยบริการนวัตกรรม จัดปฐมนิเทศหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ อบรมเพิ่มพูนทักษะในการให้บริการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการกับหน่วยบริการเป็นระยะ ตลอดจนเยี่ยมเสริมพลังและกำกับติดตามหน่วยบริการในพื้นที่

5. ผลการประเมินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบให้เกิดความยั่งยืน และเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้น เช่น การสร้างเครือข่ายหน่วยบริการนวัตกรรมกับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ การกำหนดแนวทางการเข้าร่วมโครงการของคลินิกนวัตกรรมเอกชนอย่างมีทิศทาง โดยใช้ข้อมูลการกระจายตัวตามภูมิศาสตร์ และสัดส่วนคลินิกนวัตกรรมเอกชนแต่ละประเภทต่อประชาชนในพื้นที่ การกำหนดให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศของหน่วยบริการและเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลเคลมอย่างไร้รอยต่อ การพัฒนาระบบการปิดสิทธิในการเข้ารับบริการเพื่อป้องกันการสวมสิทธิ

2. การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(Universal Health Coverage System)

2.1 แนวคิดความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(Concept of Universal Health Coverage System)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) มีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญคือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างครอบคลุม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งในการให้สิทธิดังกล่าวนั้นจำเป็นต้องใช้กลไกทางการเงินการคลัง เพื่อเข้ามาปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือน สร้างความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปกป้องคนจน ที่อาจจะไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพที่มีราคาสูงได้

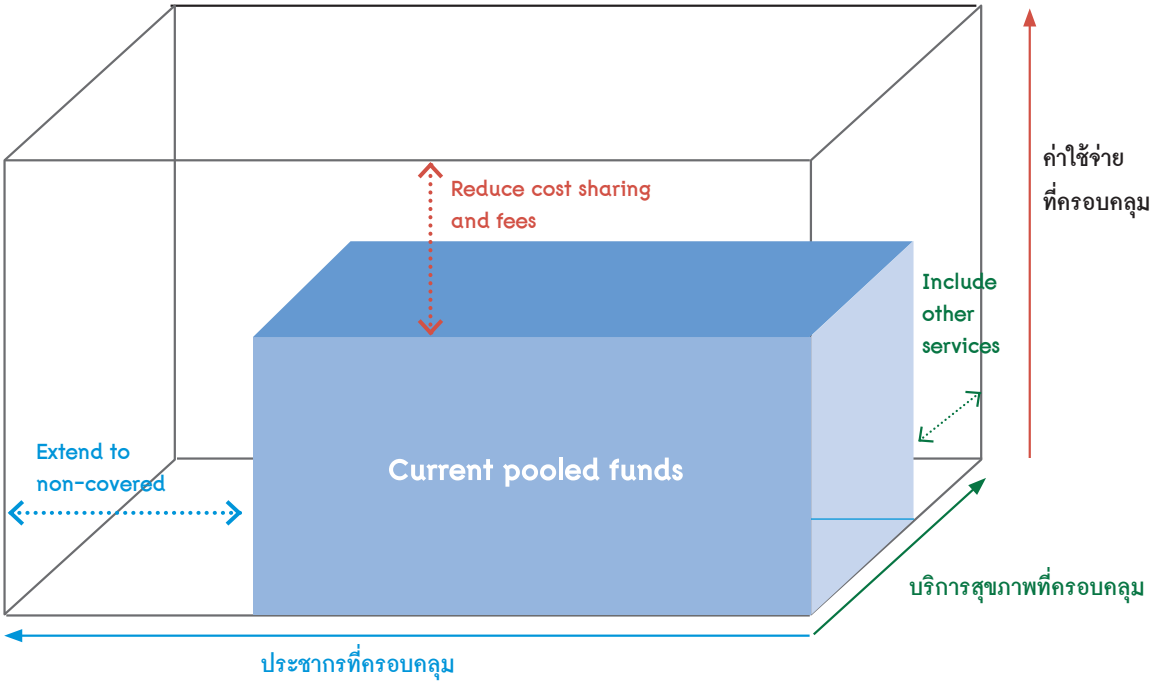
รายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลก เรื่อง "หนทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" (the Path to Universal Coverage) ระบุความสมบูรณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเปรียบเสมือนลูกบาศก์ (UHC Cube) ที่แสดงมิติในความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่

1. **ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ** โดยเพิ่มความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ
2. **ความครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิประโยชน์** โดยขยายขอบเขตและประเภทบริการสุขภาพที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน
3. **ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ** โดยการพยายามลดค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเมื่อไปใช้บริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชน ไม่ทำให้เกิดภาระทางการเงินจนต้องหลีกเลี่ยงการไปใช้บริการสุขภาพ (แผนภาพที่ 1-4)

แผนภาพที่ 1-4

3 มิติ สู่ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(Three Dimensions to consider when moving towards Universal Coverage)



ที่มา: WHO Universal Coverage - three dimensions.
[online Available from: URL: https://www.publichealthnotes.com/universal-health-coverage-uhc/]

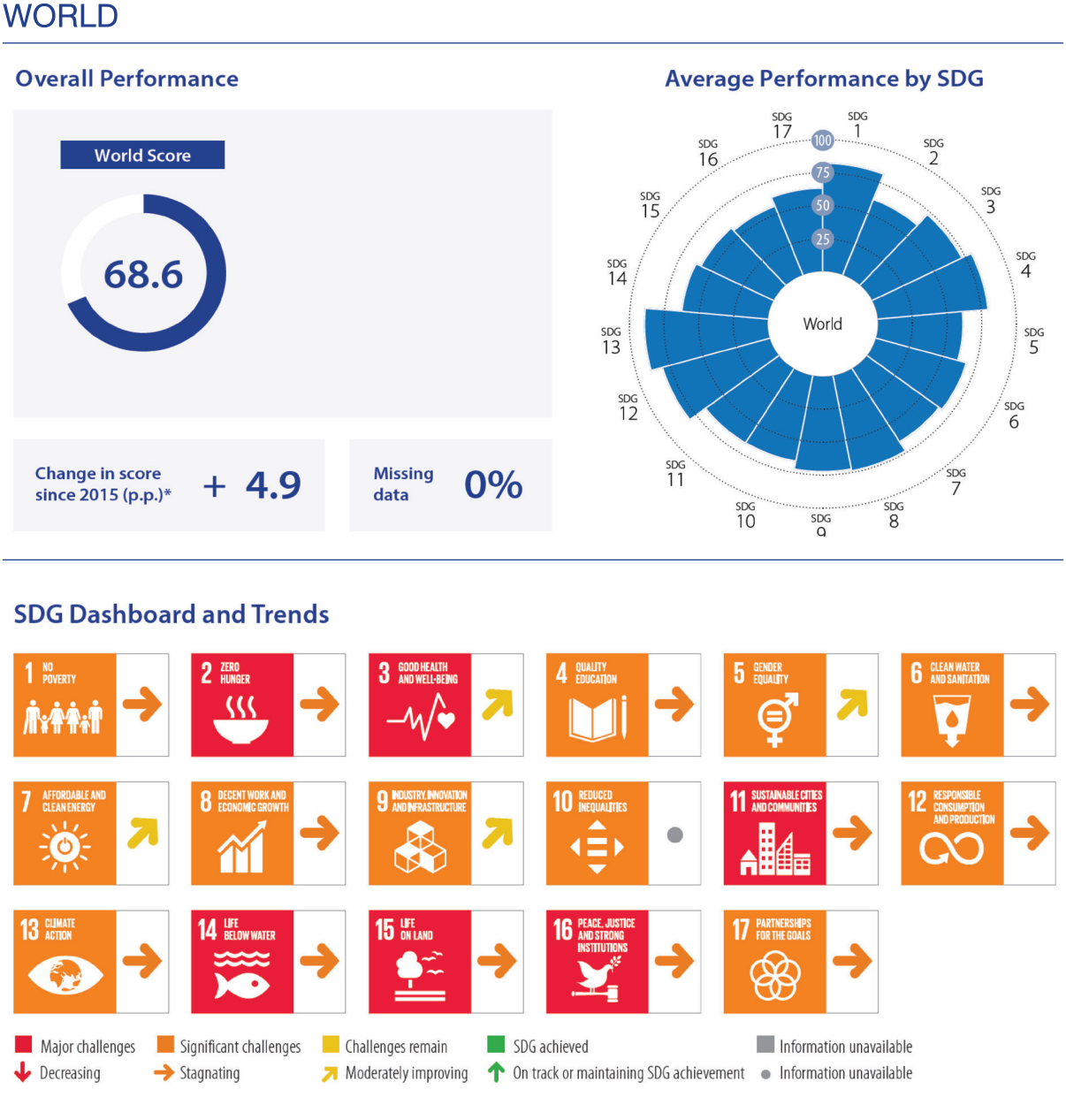
2.2 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
(Sustainable Development Goals: SDG)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป็นความพยายามร่วมของประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติที่มุ่งมั่นจะทำให้ประชาคมโลกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีความเกี่ยวข้องกับมิติสังคมและเศรษฐกิจ ลดความเหลื่อมล้ำ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง เข้าถึงทรัพยากรของโลกโดยทั่วถึงภายใต้การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและอยู่ร่วมกันโดยสันติ โดยการขับเคลื่อน SDGs ให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ ไปจนทั่วประเทศและทั่วโลก จะทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรโลกดีขึ้นด้วย องค์การสหประชาชาติ (United Nations - UN) ได้กำหนดเป้าหมาย SDGs เพื่อให้บรรลุภายในปี พ.ศ. 2573 (ปี ค.ศ. 2030) ประกอบด้วย 17 เป้าหมาย 169 เป้าประสงค์ 244 ตัวชี้วัด เพื่อให้ประเทศสมาชิก 193 ประเทศ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ การศึกษาและสิ่งแวดล้อม

ในปี พ.ศ. 2568 ตัวชี้วัด SDG Index ระดับโลกอยู่ที่ 68.6 คะแนน (ปี พ.ศ. 2567 อยู่ที่ 66.3 คะแนน) โดยเป้าหมายที่มีสถานะท้าทายมาก (สีแดง) มีทั้งสิ้น 6 เป้าหมาย ได้แก่ SDG2 (ขจัดความหิวโหย) SDG3 (สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี) SDG11 (เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน) SDG14 (ทรัพยากรทางทะเล) SDG15 (ระบบนิเวศบนบก) และ SDG16 (สังคมสงบสุข ยุติธรรม และสถาบันที่เข้มแข็ง) เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2567 (แผนภาพที่ 1-5)

แผนภาพที่ 1-5

ผลการดำเนินงานระดับโลกตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2568
(Global Performance of Sustainable Development Goals in the Year 2025)



ที่มา: *Sustainable Development Report 2025, Financing Sustainable Development to 2030 and Mid-Century Includes the SDG Index and Dashboards, page 478-479; https://sdgindex.org/*

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2568 SDG Index อยู่ที่อันดับ 43 จากทั้งหมด 167 ประเทศ หรือ 75.3 คะแนน (ดีขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2567 ซึ่งอยู่ที่อันดับ 45 จาก 167 ประเทศ หรือ 74.7 คะแนน) **เป็นอันดับที่ 3 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียใต้** รองลงมาจากญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ และ**เป็นอันดับ 1 ของอาเซียน** เป็นปีที่ 7 ติดต่อกัน (ปี พ.ศ. 2562-2568) โดยเป้าหมายที่บรรลุแล้ว (สีเขียว) คือ SDG1: ยุติความยากจน และ SDG4: การศึกษาที่มีคุณภาพ สำหรับเป้าหมายที่มีสถานะท้าทายมาก (สีแดง) มีทั้งสิ้น 6 เป้าหมาย ได้แก่ SDG2: ขจัดความหิวโหย **SDG3: สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ตัวชี้วัดเรื่องอุบัติการณ์ของวัณโรค และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน** SDG11: เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน SDG14: ทรัพยากรทางทะเล SDG15: ระบบนิเวศบนบกและ SDG16: สังคมสงบสุข ยุติธรรม และสถาบันที่เข้มแข็ง (แผนภาพที่ 1-6)

แผนภาพที่ 1-6

ผลการดำเนินงานของประเทศไทยตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2568
(Thailand Performance of Sustainable Development Goals in the Year 2025)



ที่มา: Sustainable Development Report 2025, Financing Sustainable Development to 2030 and Mid-Century Includes the SDG Index and Dashboards, page 406-407; https://sdgindex.org/

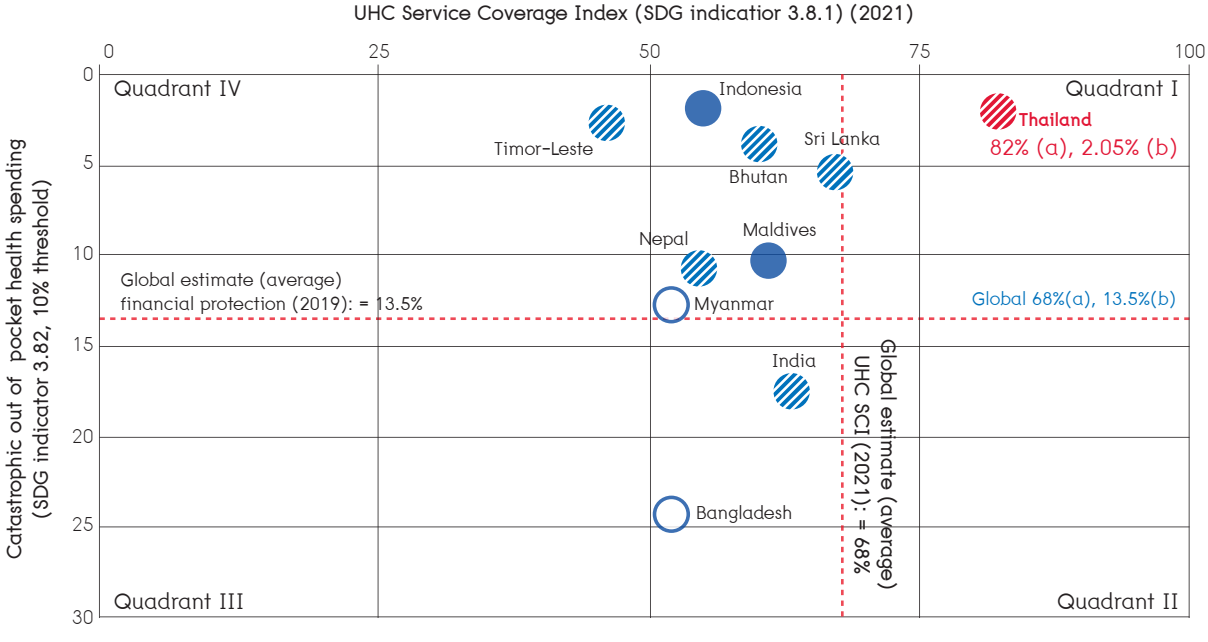
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีส่วนในการขับเคลื่อน**เป้าหมายที่ 3** ในการสร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ตาม**เป้าประสงค์ SDG 3.8** บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการปกป้องความเสี่ยงทางด้านการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิผล มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้

สำหรับเป้าประสงค์ SDG 3.8 ที่ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด SDG-3.8.1 (a) ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (UHC Service coverage index) และ SDG-3.8.2 (b) ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) โดยพบว่า *ประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) ที่มีความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลก* (แผนภาพที่ 1-7)

แผนภาพที่ 1-7

เปรียบเทียบดัชนีความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (ตัวชี้วัดที่ 3.8.1 (a)) และครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ตัวชี้วัดที่ 3.8.2 (b)) ของกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในรายงาน SDG ปี พ.ศ. 2566

(Comparison of UHC Service Coverage Index of essential health services, SDG-3.8.1(a) and Catastrophic out of pocket health spending, SDG-3.8.2(b) in the Member States of the WHO South-East Asia Region, SDG Report 2023)



ที่มา: Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the South-East Asia Region, 2023 update.

Note: The circles denoting the country are presented in relation to health worker density (HWD, medical doctors, nurses and midwives) in 2019, Empty circles indicate HWD <22.8 per 10000 population. Shaded circles represent HWD between 22.8 - 44.5, and filled-in circles represent HWD > 44.5 per 10000 population.

ประเทศไทยยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมาย SDG 3.8 โดยตัวชี้วัดที่มีสถานะท้าทายมาก (สีแดง) คือ อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (Incidence of Tuberculosis) และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร (Traffic deaths) ส่วนตัวชี้วัดที่มีสถานะยังคงท้าทาย (สีเหลือง) คือ อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ (Age-standardized death rate attributable to household air pollution and ambient air pollution) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) ส่วนตัวชี้วัดที่เหลือประเทศไทยอยู่ในสถานะบรรลุเป้าหมายแล้ว (สีเขียว) (แผนภาพที่ 1-8)

แผนภาพที่ 1-8

ผลการดำเนินงานของประเทศไทย เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในรายงาน SDG ปี พ.ศ. 2568
(Detail of Thailand Performance of SDG 3: Good health and well-being in SDG Report 2025)

SDG3- Good Health and Well-Being	Value	Year	Rating	Trend
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	34.5	2023	●	→
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	5.2	2023	●	↑
Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)	9.2	2023	●	↑
Incidence of tuberculosis (per 100,000 population)	157.0	2023	●	→
New HIV infections (per 1,000 uninfected population, all ages)	0.1	2023	●	↑
Age-standardized death rate due to cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease in adults aged 30-70 years (%)	14.5	2021	●	→
Age-standardized death rate attributable to household air pollution and ambient air pollution (per 100,000 population)	46.0	2019	●	●
Traffic deaths (per 100,000 population)	25.4	2021	●	↗
Life expectancy at birth (years)	76.4	2023	●	→
Adolescent fertility rate (births per 1,000 females aged 15 to 19)	23.5	2021	●	↑
Births attended by skilled health personnel (%)	99.6	2022	●	↑
Surviving infants who received 2 WHO-recommended vaccines (%)	92.0	2023	●	→
Universal health coverage (UHC) index of service coverage (worst 0-100 best)	82.0	2021	●	↑
Subjective well-being (average ladder score, worst 0-10 best)	6.20	2024	●	→

ที่มา: Sustainable Development Report 2025, Financing Sustainable Development to 2030 and Mid-Century Includes the SDG Index and Dashboards, page 406-407; https://sdgindex.org/

สำหรับ **เป้าหมายที่ 2 (SDG-2) ยุติความหิวโหย** บรรลุความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการ และส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน ตามเป้าประสงค์ 2.1 ยุติความหิวโหยและสร้างหลักประกันให้ทุกคนโดยเฉพาะคนที่ยากจนและอยู่ในภาวะเปราะบาง อันรวมถึงทารก ได้เข้าถึงอาหารที่ปลอดภัย มีโภชนาการ และเพียงพอตลอดทั้งปี ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยแสดงในรายงาน SDG ในปี พ.ศ. 2568 โดยตัวชี้วัดความชุกของภาวะทุพโภชนาการ (Prevalence of undernourishment) อยู่ในสถานะบรรลุเป้าหมายแล้ว (Success: สีเขียว)

และ**เป้าประสงค์ 2.2 ยุติภาวะทุพโภชนาการ**ทุกรูปแบบและแก้ไขปัญหาความต้องการสารอาหารของหญิงวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และผู้สูงอายุ ภายในปี พ.ศ. 2573 พบว่า ตัวชี้วัด (1) ภาวะแคระแกร็นและผอมแห้งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Prevalence of stunting in children under 5 years of age) มีสถานะท้าทาย (Significant challenges: สีส้ม) และ (2) การมีภาวะผอมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Prevalence of wasting in

children under 5 years of age) สถานะยังคงมีความท้าทายบางส่วน (Challenges remain: สีเหลือง) ซึ่งยังเป็นความท้าทายของประเทศไทยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันระหว่างประเทศภายในปี พ.ศ. 2568

ส่วนตัวชี้วัด การมีภาวะน้ำหนักเกินในผู้ใหญ่ (Prevalence of obesity, BMI≥30 in adult population) พบว่าสถานะยังคงมีความท้าทายบางส่วน (Challenges remain: สีเหลือง) (แผนภาพที่ 1-9)

แผนภาพที่ 1-9

ผลการดำเนินงานของประเทศไทย เป้าหมายที่ 2 ยุติความหิวโหย ในรายงาน SDG ปี พ.ศ. 2568
(Detail of Thailand Performance of SDG 2: Zero Hunger in SDG Report 2025)

SDG2- Zero Hunger	Value	Year	Rating	Trend
Prevalence of undernourishment (%)	5.6	2022	●	↑
Prevalence of stunting in children under 5 years of age (%)	12.4	2022	●	↓
Prevalence of wasting in children under 5 years of age (%)	7.2	2022	●	↓
Minimum dietary diversity among children aged 6-23 months (%)	72.1	2022	●	●
Prevalence of obesity, BMI ⩾ 30 (% of adult population)	15.4	2022	●	↓
Human Trophic Level (best 2-3 worst)	2.2	2022	●	→
Cereal yield (tonnes per hectare of harvested land)	3.1	2022	●	↑
Sustainable Nitrogen Management Index (best 0-1.41 worst)	0.8	2018	●	→
Exports of hazardous pesticides (tonnes per million population)	107.9	2022	●	●

ที่มา: Sustainable Development Report 2025, Financing Sustainable Development to 2030 and Mid-Century Includes the SDG Index and Dashboards, page 406-407; https://sdgindex.org/

2.3 ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชากรไทย
(Population coverage, Universal Health Coverage: UHC)

ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2558 สปสช. ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางบริหารจัดการทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาล (National Beneficiary Registration Center : NBRC) สำหรับประชากรไทยที่มีสิทธิประกันสุขภาพหลัก ซึ่งประกอบด้วย สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประชากรไทยผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66.733 ล้านคน ได้ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66.500 ล้านคน คิดเป็น **ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ร้อยละ 99.65** ประกอบด้วย ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 46.802 ล้านคน สิทธิประกันสังคม 12.767 ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 5.462 ล้านคน สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น 0.684 ล้านคน สิทธิครูเอกชน 0.065 ล้านคน สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ 0.012 ล้านคน และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 0.708 ล้านคน โดยยังมีบุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำ 0.149 ล้านคน บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) 0.075 ล้านคน และคนไทยในต่างประเทศ 0.009 ล้านคน รวมร้อยละ 0.35 เมื่อเทียบกับประชากรสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด

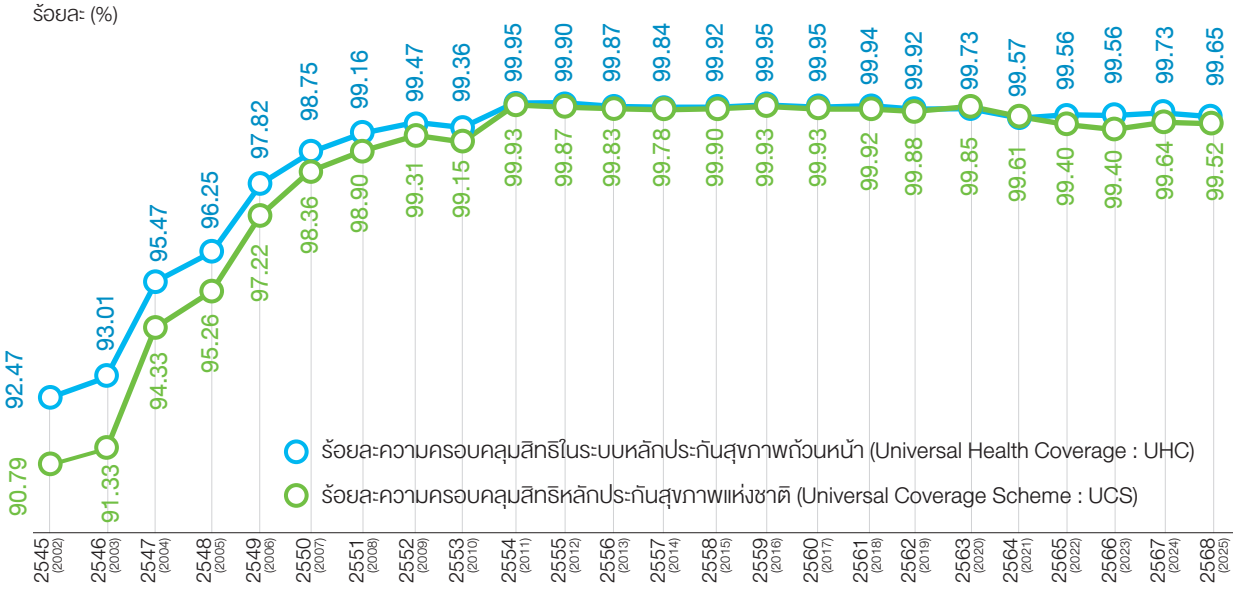
สำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง / สิทธิ UC) จำนวน 47.026 ล้านคน ได้ลงทะเบียนสิทธิแล้ว จำนวน 46.802 ล้านคน คิดเป็น**ความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ 99.52** โดยยังมีบุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำ 0.149 ล้านคน และบุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) 0.075 ล้านคน ร้อยละ 0.48 เมื่อเทียบกับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แผนภาพที่ 1-10 และแผนภาพที่ 1-11) (ตารางที่ 1-2 และตารางภาคผนวกที่ 5-1)

เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างอายุ จำแนกในแต่ละสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นเด็ก (อายุ 0-19 ปี) และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประชากรวัยแรงงาน (อายุ 25-49 ปี) มักใช้สิทธิประกันสังคม ส่วนสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบกระจายในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอายุ 40 ปีขึ้นไป (แผนภาพที่ 1-12)

แผนภาพที่ 1-10

ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545-2568

(Percentage of Universal Health Coverage (UHC) and Universal Coverage Scheme (UCS) in the Fiscal Year 2002-2025)



ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: 1) ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการคำนวณ

จากเดิม = (จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ) x 100 / จำนวนผู้มีสิทธิUC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ

เปลี่ยนเป็น = (จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ) x 100 / จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ + บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน + คนไทยในต่างประเทศ

2) ร้อยละความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการคำนวณ

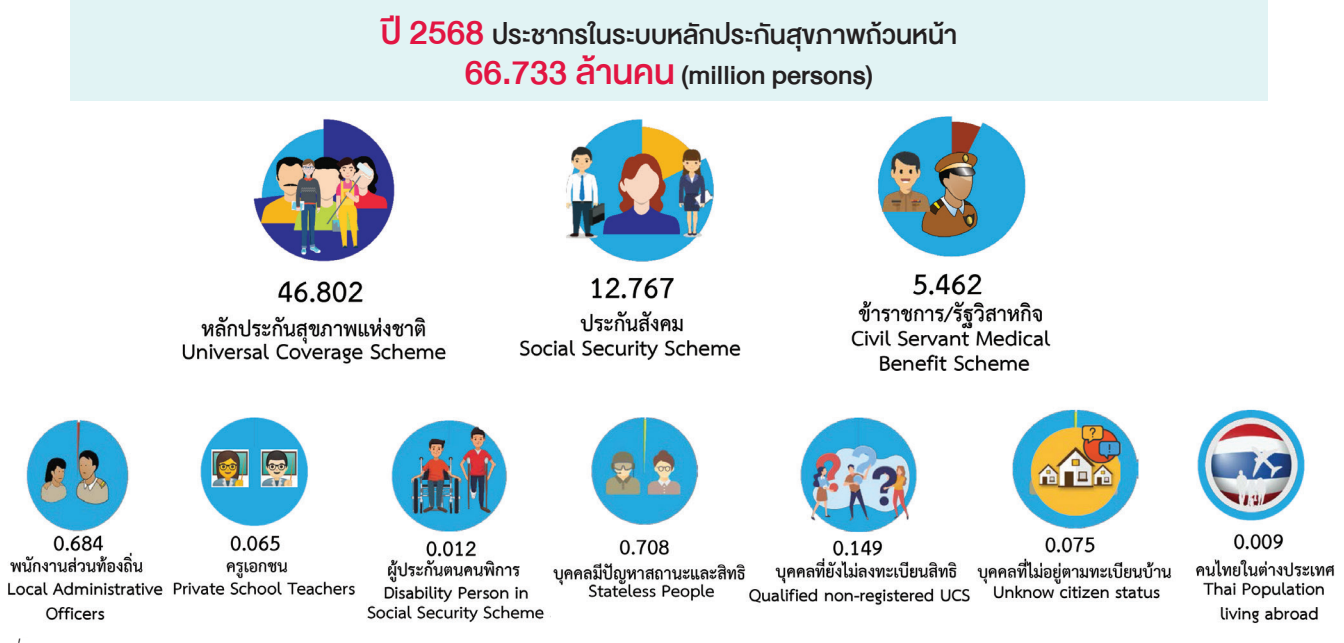
จากเดิม = จำนวนผู้มีสิทธิ UC x 100 / จำนวนผู้มีสิทธิ UC + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ

เปลี่ยนเป็น = จำนวนผู้มีสิทธิ UC x 100 / จำนวนผู้มีสิทธิ UC + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ + บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

แผนภาพที่ 1-11

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Thai Population classified by Health security schemes in the Fiscal Year 2025)

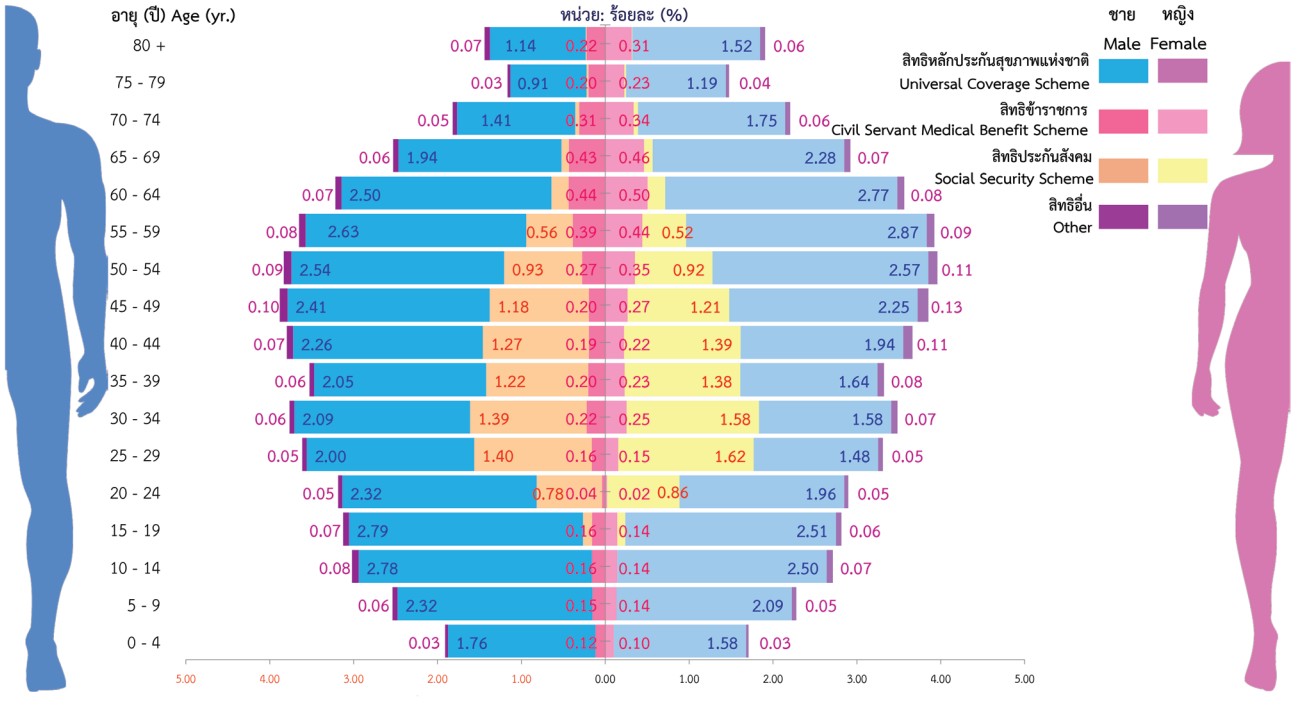


ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

แผนภาพที่ 1-12

สัดส่วนประชากรไทย จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Proportion of Thai Population classified by Gender, Age-groups, and Health security schemes in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

ตารางที่ 1-2

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Number of Thai Population in all Health security schemes in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: คน

	สิทธิหลักประกันสุขภาพ (Health security schemes)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS)	47,555,113	47,179,787	46,934,110	46,921,134	46,802,360
2	สิทธิประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS)	12,464,007	12,754,427	12,853,541	12,817,608	12,766,841
3	สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS)	5,273,511	5,297,740	5,320,944	5,399,981	5,461,690
4	สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (Local Administrative Officers: LAOs)	630,414	639,557	681,009	687,570	684,172
5	บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (Stateless People: STP)	538,508	729,019	718,732	715,945	707,911
6	สิทธิครูเอกชน (Private School Teachers: PVT)	86,861	76,528	81,319	71,976	65,272
7	คนพิการสิทธิประกันสังคม (ผู้ประกันตนคนพิการ) (Disability Persons in Social Security Scheme: DIS)	13,923	12,919	12,431	12,075	11,502
8	บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิตามมาตรา 6 (Qualified non-registered UCS)	187,816	197,902	203,805	94,251	148,738
9	บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) (Unknown citizen status)	90,584	85,034	80,560	77,465	74,893
10	คนไทยในต่างประเทศ (Thai Population living abroad: FRG)	11,841	11,070	10,432	9,907	9,441
11	คนต่างด้าว (Foreigners: NRD)	401,352	321,041	327,448	351,432	387,963
12	บุคคลต่างด้าว (ซื้อประกันสุขภาพ) (Foreigners with Insurance: NRH)	80	80	79	79	80
13	**รวมประชากรทั้งประเทศ (Total Population)**	**67,254,010**	**67,305,104**	**67,224,410**	**67,159,423**	**67,120,863**
14	รวมผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC Population: 1+2+3+4+5+6+7+8+9+10) [1]	66,852,578	66,983,983	66,896,883	66,807,912	66,732,820
15	รวมผู้ลงทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Registered UHC Population: 1+2+3+4+5+6+7)	66,562,337	66,689,977	66,602,086	66,626,289	66,499,748
16	รวมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS Population: 1+8+9) [2]	47,742,929	47,462,723	47,218,475	47,092,850	47,025,991
17	ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) (15/14*100)	99.57	99.56	99.56	99.73	99.65
18	ร้อยละความครอบคลุมของประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาต (Universal Coverage Scheme) (1/16*100)	99.61	99.40	99.40	99.64	99.52

ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: อ้างถึงแผนภาพที่ 1-10

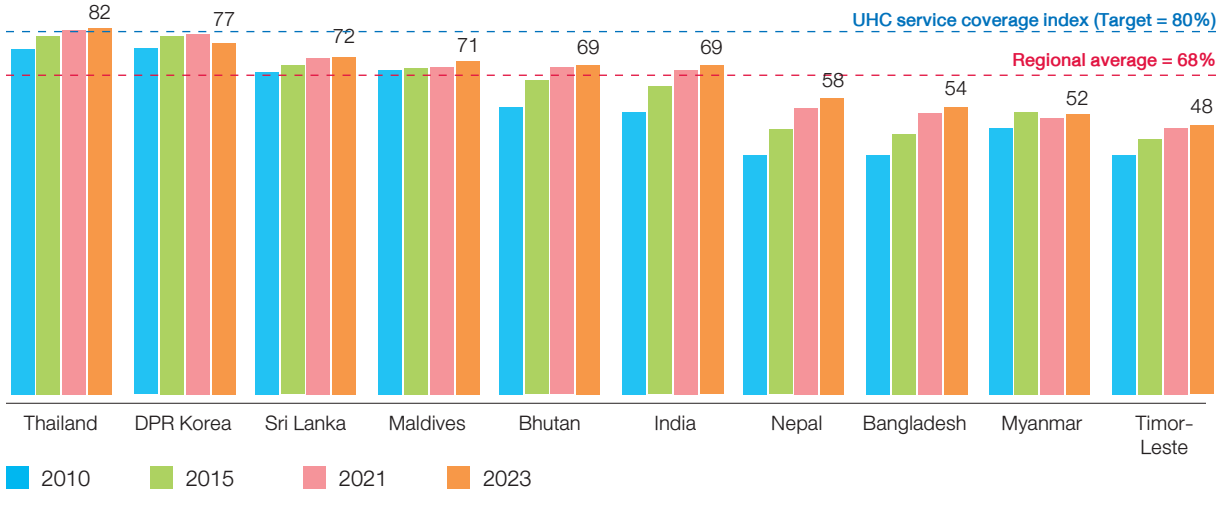
2.4 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น
(Health Service coverage, Coverage of essential health services: SDG 3.8.1)

จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ได้กำหนดเป้าหมายดัชนีความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (UHC Service coverage index) ในตัวชี้วัด SDG 3.8.1 ภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) ไว้ที่ร้อยละ 80 โดยเมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (UHC Service coverage index) จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 (ค.ศ. 2023) ประเทศไทยอยู่ที่อันดับ 1 ของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) อยู่ที่ร้อยละ 82 ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมาย โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศฯ สมาชิก WHO SEARO ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายค่อนข้างมากอยู่ที่ร้อยละ 68 (เพิ่มขึ้นจากปี 2553 อยู่ที่ร้อยละ 53) โดยต้องมีการพัฒนาเพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 80 ภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) (แผนภาพที่ 1-13)

แผนภาพที่ 1-13

ร้อยละความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น จำแนกตามประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี พ.ศ. 2553-2566

(Trend in UHC of Service Coverage Index among Member States in the WHO South-East Asia Region, in the Year 2010-2023)



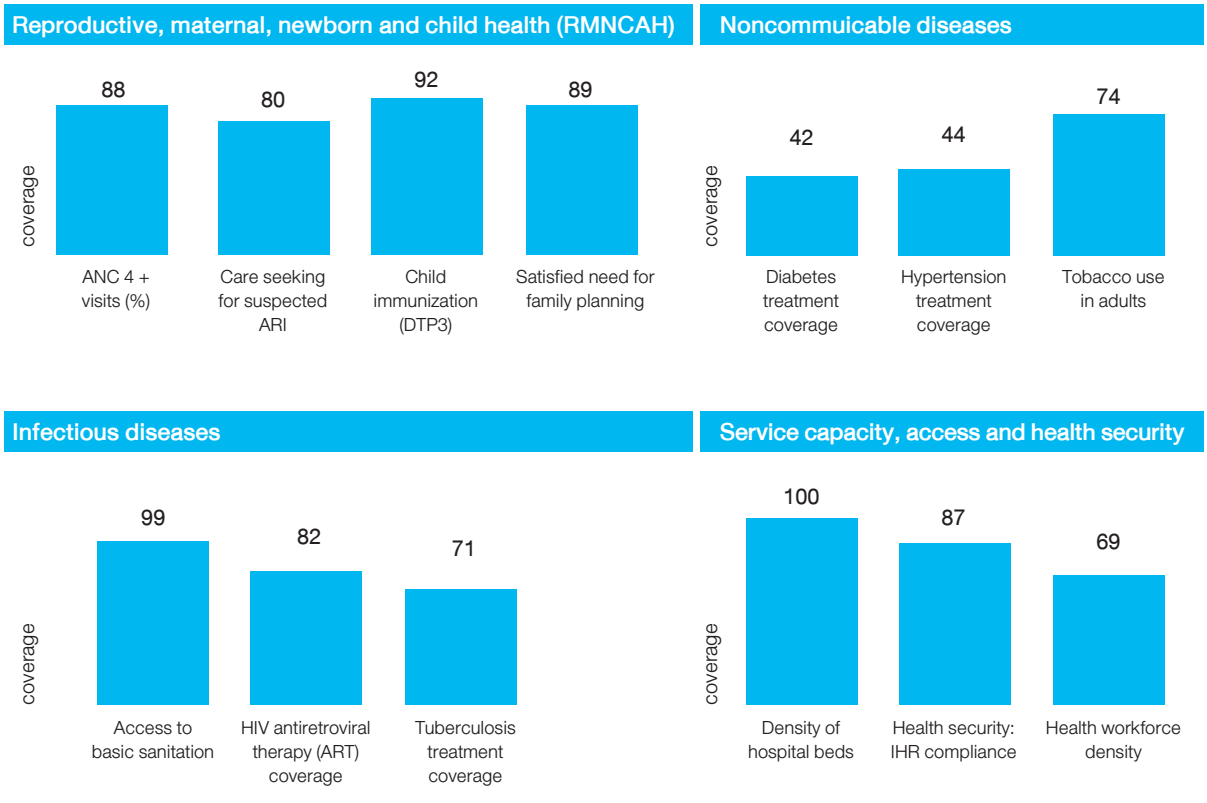
ที่มา: *Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the South-East Asia Region, 2025 update, page 4.*

รายละเอียดผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 3.8.1 ความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพที่จำเป็น ประกอบด้วย 13 ตัวชี้วัดย่อยในบริการสุขภาพ 4 ด้าน คือ (1) ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ บริการสุขภาพของมารดา ทารก และเด็ก (2) บริการสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคติดต่อ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยวัณโรค (3) บริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ (4) ขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ (แผนภาพที่ 1-14)

แผนภาพที่ 1-14

ผลการดำเนินงานของประเทศไทย ตัวชี้วัดที่ 3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ปี พ.ศ. 2566

(Detail of Thailand Performance of SDG 3.8.1: UHC of Service Coverage Index in 2023)



ที่มา: *Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the South-East Asia Region, 2025 update, page 105-110.*

2.5 การคลังด้านสุขภาพ และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินด้านสุขภาพ

(Financial coverage, financial health protection: SDG 3.8.2)

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทุกคนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ทำให้ความจำเป็นที่ไม่ได้รับการตอบสนอง หรือ Unmet health need มีน้อยมาก เท่าเทียมกับประเทศ OECD ซึ่งเป็นประเทศที่มีรายได้สูง แต่คำถามสำคัญ คือ รัฐจะรับภาระการลงทุนอย่างไร เพื่อความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ (Sustainability) ได้ในระยะยาว ตลอดจนความเพียงพอ (Adequacy) ของรายจ่ายสุขภาพสำหรับการจัดบริการเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงยาและเทคโนโลยีที่จำเป็น โดยไม่เกิดภาวะล้มละลายหรือยากจน (Catastrophic or Impoverishment Health Expenditure) จากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับการ**ปกป้องครัวเรือนไม่ให้เกิดความเสี่ยงหรือวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย** เป็นเป้าประสงค์หนึ่งของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และถูกกำหนดเป็นเป้าหมายย่อย (SDG 3.8.2) ของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (SDG 3.8) ภายใต้เป้าหมายการทำให้คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (SDG 3) โดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ (จากระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ประกอบด้วย สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนการบรรลุเป้าหมายทั้งด้านการเข้าถึงบริการที่จำเป็น คุณภาพมาตรฐานบริการ ความพึงพอใจ และอื่นๆ รวมทั้งการปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องมีการติดตามสถานการณ์การคลังด้านสุขภาพของประเทศ

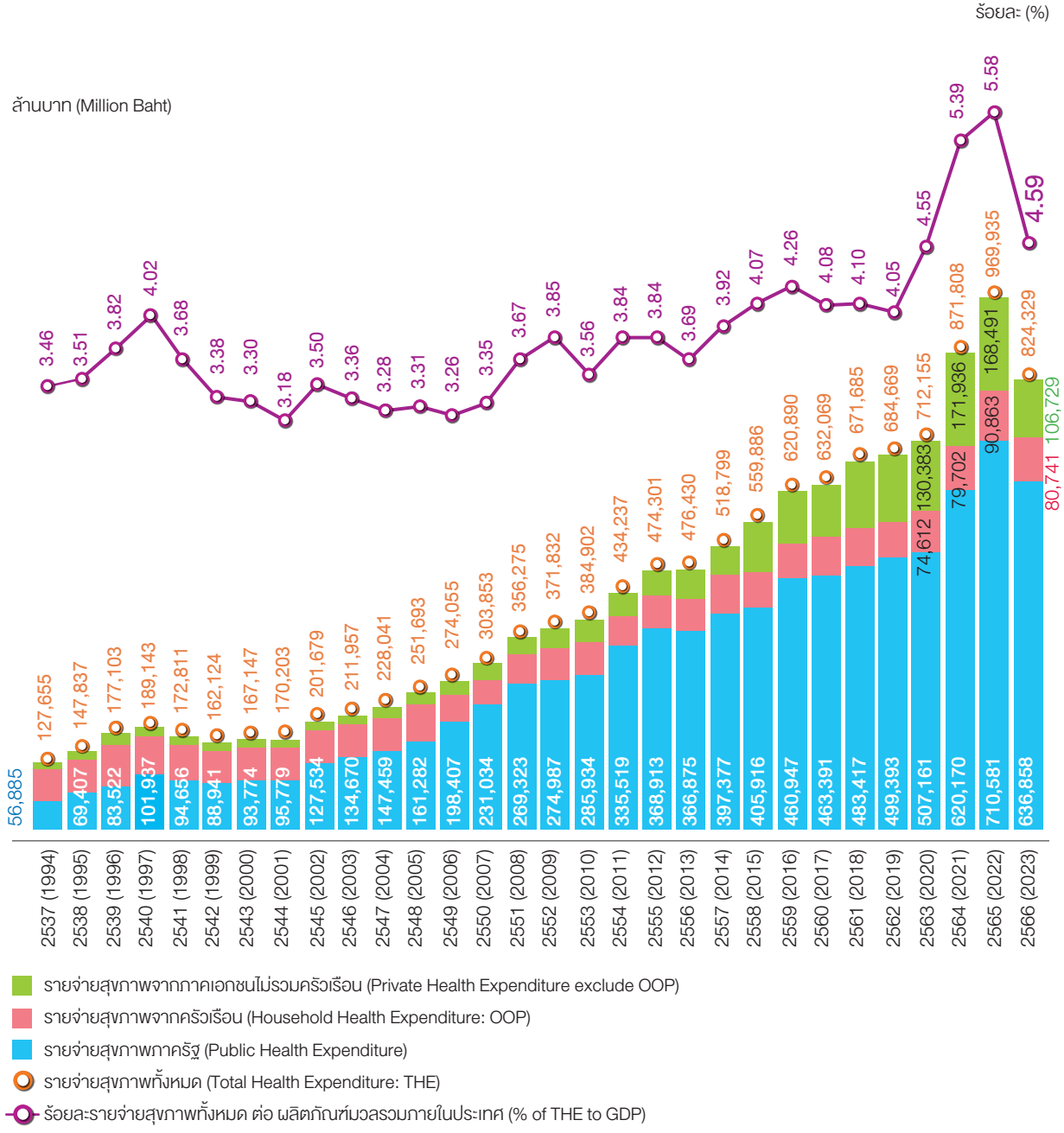
ด้านความเสมอภาค เป็นเป้าประสงค์หนึ่งของยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างหลักประกันทางสังคมภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ รวมทั้งเป้าหมายของระบบสุขภาพในภาพรวม ซึ่งการวัดความเสมอภาคด้านสุขภาพหรือการมีหลักประกันสุขภาพที่หลากหลายมิติและมีความท้าทายเนื่องจากมีปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องทั้งเศรษฐกิจ สังคม และปัจเจกบุคคล และเป็นเรื่องใหม่สำหรับการวัดในประเทศไทย โดย**แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566-2570** สปสช. ได้เสนอตัวชี้วัดใหม่ที่ท้าทายเพิ่มขึ้น (แผนภาพที่ 1-21) แทนตัวชี้วัดเดิม (แผนภาพที่ 1-20) โดยคาดหวังว่าการเกิดวิกฤติทางการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนยากจนที่ยากจนที่สุด (Quintile 1) ที่ลดลง เมื่อเทียบกับวิกฤติทางการเงินฯ ของครัวเรือนในทุกเศรษฐานะ อาจใช้เป็นตัวแทนแสดงถึงการมีความเสมอภาคดีขึ้น ดังนี้

(1) รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) *โดยมีเป้าหมายต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.6 และไม่เกินร้อยละ 5* ซึ่งจะส่งผลต่อความเพียงพอ และความยั่งยืนด้านงบประมาณ โดยในปี พ.ศ. 2564-2565 ที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นค่อนข้างมาก อยู่ที่ร้อยละ 5.39 และร้อยละ 5.58 และในปี พ.ศ. 2566 ลดลงเป็นร้อยละ 4.59 (ใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2563) (แผนภาพที่ 1-15)

แผนภาพที่ 1-15

จำนวนและร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) เทียบกับ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ปี พ.ศ. 2537-2566

(Number and Percentage of Total Health Expenditure (THE) to Gross Domestic Product (GDP) in the Year 1994-2023)



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 (National Health Account) มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF), กระทรวงสาธารณสุข

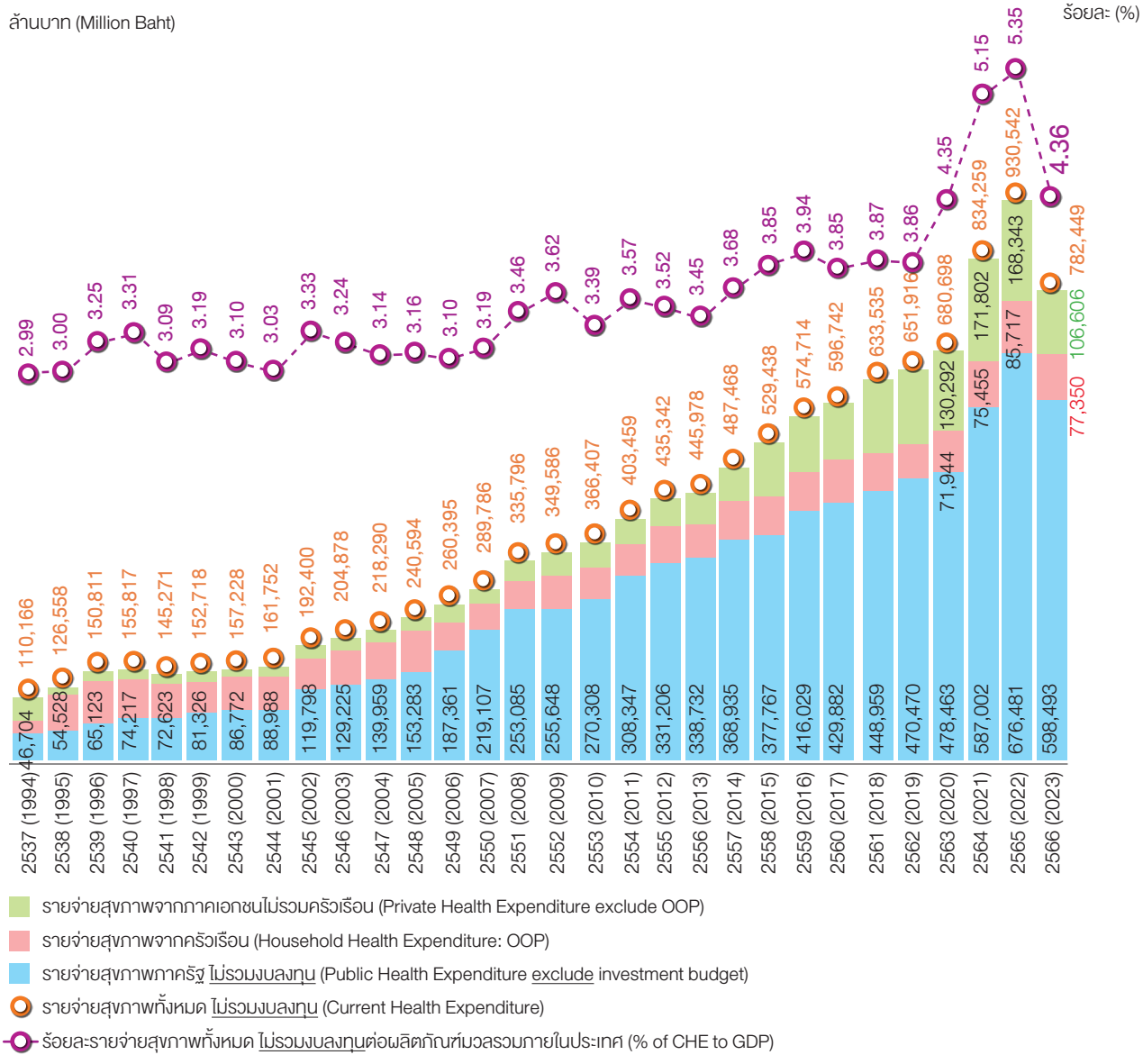
หมายเหตุ: ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ข้อมูลจาก World Development Indicators (WDI), World Bank ณ 1 กรกฎาคม 2568 (Source: https://data.worldbank.org/country/thailand)

เมื่อพิจารณา **รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่รวมงบลงทุน (Current Health Expenditure: CHE)** ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ในปี พ.ศ. 2564-2565 พบว่าแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาก คืออยู่ที่ร้อยละ 5.15 และร้อยละ 5.35 ตามลำดับ และลดลงเป็นร้อยละ 4.36 ในปี พ.ศ. 2566 (แผนภาพที่ 1-16)

แผนภาพที่ 1-16

จำนวนและร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่รวมงบลงทุน (CHE) เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ปี พ.ศ. 2537-2566

(Number and Percentage of Current Health Expenditure (CHE) to Gross Domestic Product (GDP) in the Year 1994-2023)



ที่มา: *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 (National Health Account) มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF), กระทรวงสาธารณสุข*

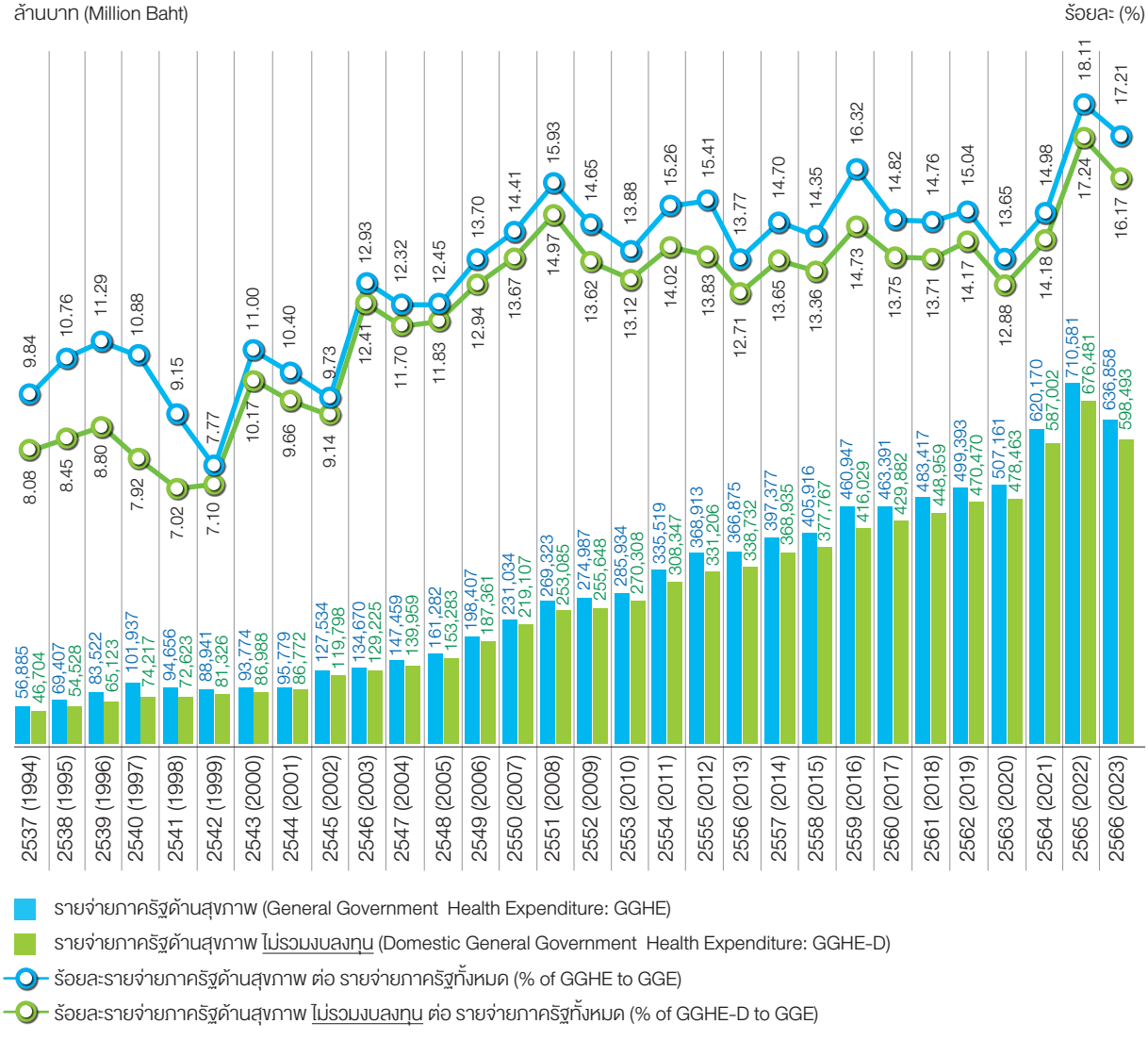
หมายเหตุ: *ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ข้อมูลจาก World Development Indicators (WDI), World Bank ณ 1 กรกฎาคม 2568 (Source: https://data.worldbank.org/country/thailand)*

(2) รายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure: GGHE) ต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General Government Expenditure: GGE) *ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 17 และไม่เกินร้อยละ 20* ในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 18.11 และลดลงเป็นร้อยละ 17.21 ในปี พ.ศ. 2566 เมื่อพิจารณา**รายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน (Domestic General Government Health Expenditure: GGHE-D)** ต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General Government Expenditure: GGE) โดยในปี พ.ศ. 2565 อยู่ที่ร้อยละ 17.24 และในปี พ.ศ. 2566 ลดลงเป็นร้อยละ 16.17 (แผนภาพที่ 1-17)

แผนภาพที่ 1-17

จำนวนและร้อยละรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ (GGHE) และรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน (GGHE-D) เทียบกับ รายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) ปี พ.ศ. 2537-2566

(Number and Percentage of General Government Health Expenditure (GGHE) and Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) per General Government Expenditure (GGE) in the Year 1994-2023)



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 (National Health Account) มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF), กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: รายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) ข้อมูลจาก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) 1 กรกฎาคม 2568 (Source: https://data.imf.org/regular.aspx?key=60991462)

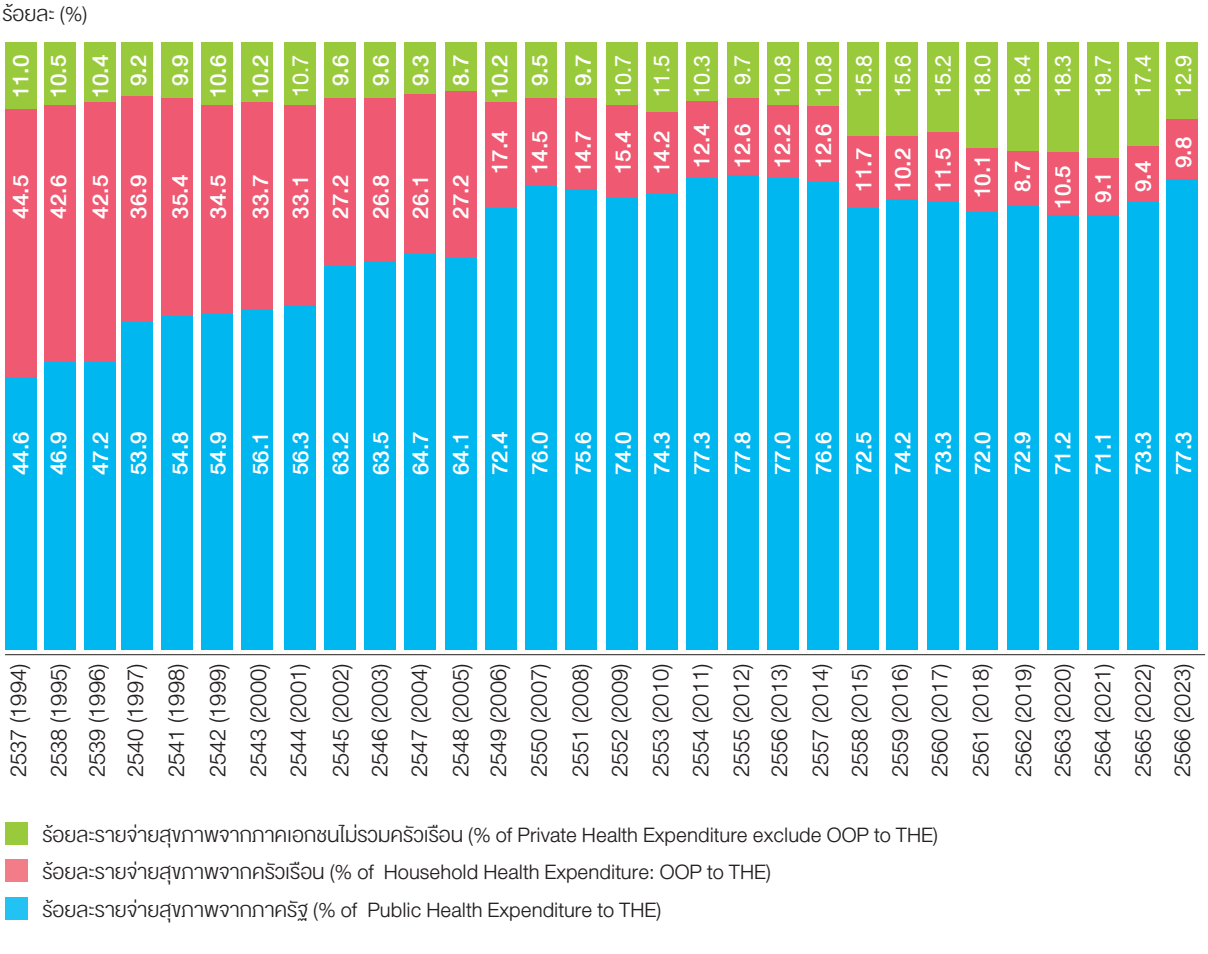
(3) รายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ (Household Out of pocket payment: OOP) คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับครัวเรือนโดยตรงเมื่อใช้บริการสุขภาพ เช่น ค่าตรวจวินิจฉัย ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ การร่วมจ่ายค่ารักษาฯ ค่าธรรมเนียมการใช้บริการ ซึ่งไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เบิกคืนได้จากระบบหรือการประกันสุขภาพ การจ่ายล่วงหน้าสำหรับประกันสุขภาพ ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร

หากพิจารณาสัดส่วนระหว่างรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐ (Public health expenditure) รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน (Household health expenditure/ Out of pocket: OOP) และรายจ่ายสุขภาพจากภาคเอกชนไม่รวมรายจ่ายจากครัวเรือน (Private health expenditure exclude OOP) ในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ร้อยละ 77.3 ร้อยละ 9.8 และร้อยละ 12.9 ตามลำดับ (แผนภาพที่ 1-18)

แผนภาพที่ 1-18

สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด จำแนกตามแหล่งที่มา (ภาครัฐ ภาคครัวเรือน และภาคเอกชนไม่รวมครัวเรือน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2537-2566

(Proportion of Total Health Expenditure (THE) classified by the source of health expenditure; Public, Out of Pocket: OOP and Private exclude OOP in the Year 1994-2023)



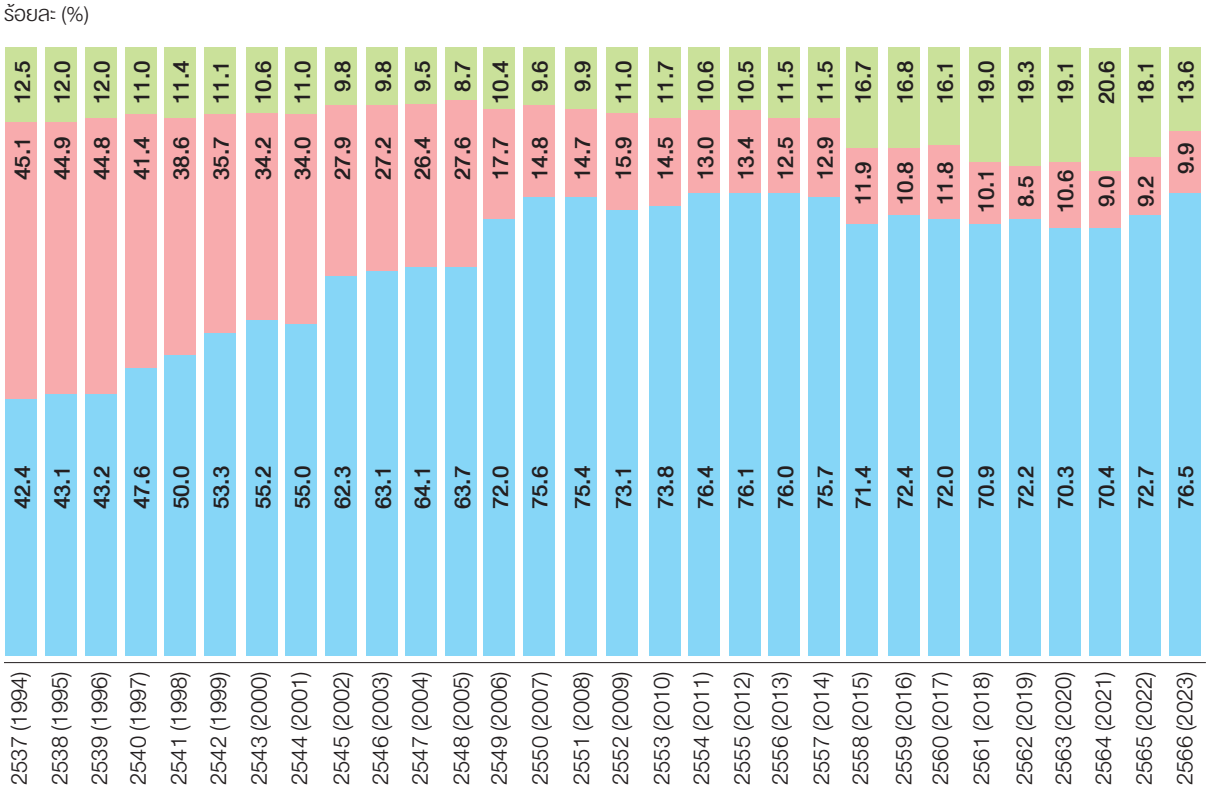
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 (National Health Account) มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF), กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐไม่รวมงบลงทุน ภาคครัวเรือน และภาคเอกชนไม่รวมภาคครัวเรือนเทียบกับรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดไม่รวมงบลงทุนของประเทศ ในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ร้อยละ 76.5 ร้อยละ 9.9 และร้อยละ 13.6 ตามลำดับ (แผนภาพที่ 1-19)

แผนภาพที่ 1-19

สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่รวมงบลงทุน จำแนกตามแหล่งที่มา (ภาครัฐ ภาคครัวเรือนและภาคเอกชนไม่รวมครัวเรือน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2537-2566

(Proportion of Current Health Expenditure (CHE) classified by the source of health expenditure; Public, Out of Pocket: OOP and Private exclude OOP in the Year 1994-2023)



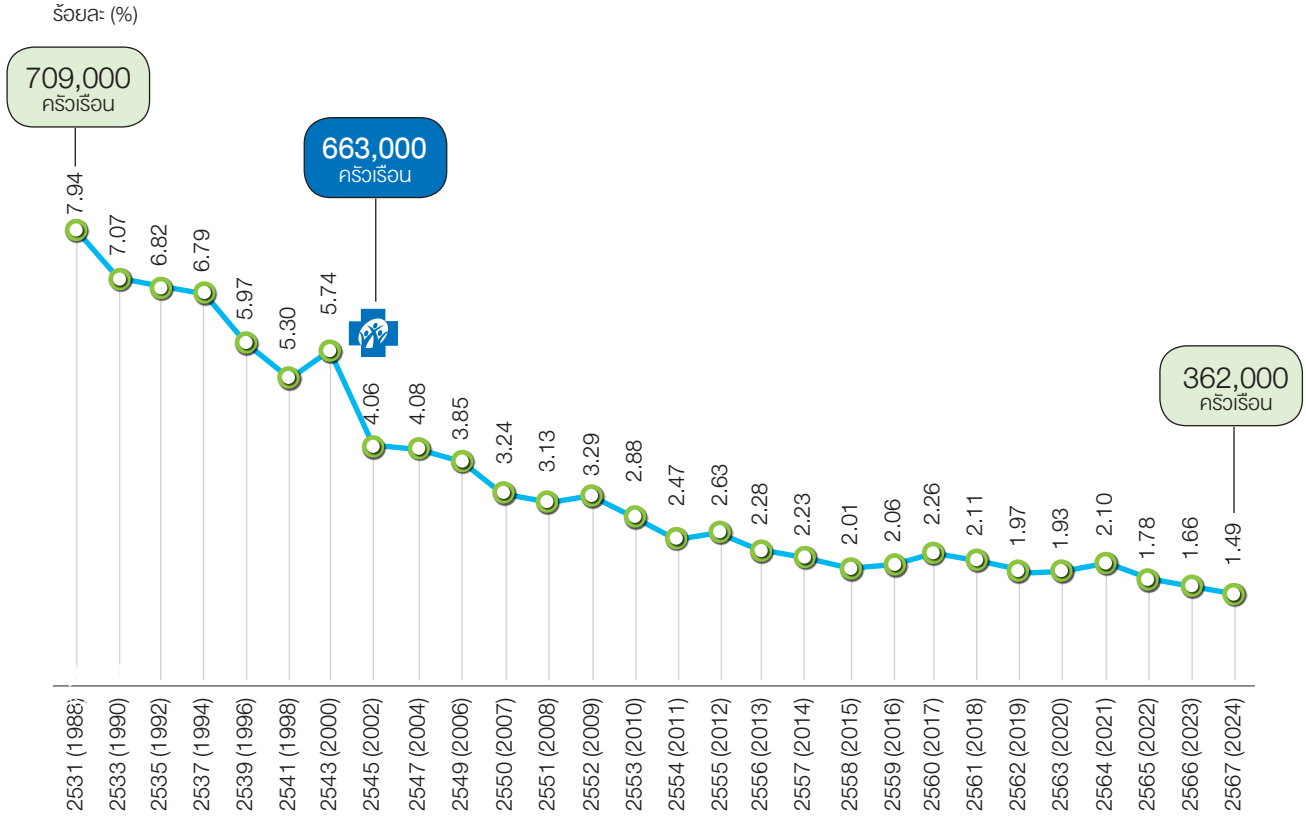
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 (National Health Account) มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF), กระทรวงสาธารณสุข

(4) ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) โดย *มีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2.3* โดยวิธีการวัดแบบ Budget share ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานทั่วไปที่องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกใช้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในตัวชี้วัด SDG 3.8.2 หรือ*ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด* พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์เป้าหมาย โดยในปี พ.ศ. 2567 อยู่ที่ร้อยละ 1.49 หรือ 362,000 ครัวเรือน (แผนภาพที่ 1-20)

แผนภาพที่ 1-20

ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2531-2567

(Percentage of households with Catastrophic Health Expenditure in the Year 1988-2024)



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2531-2567 วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

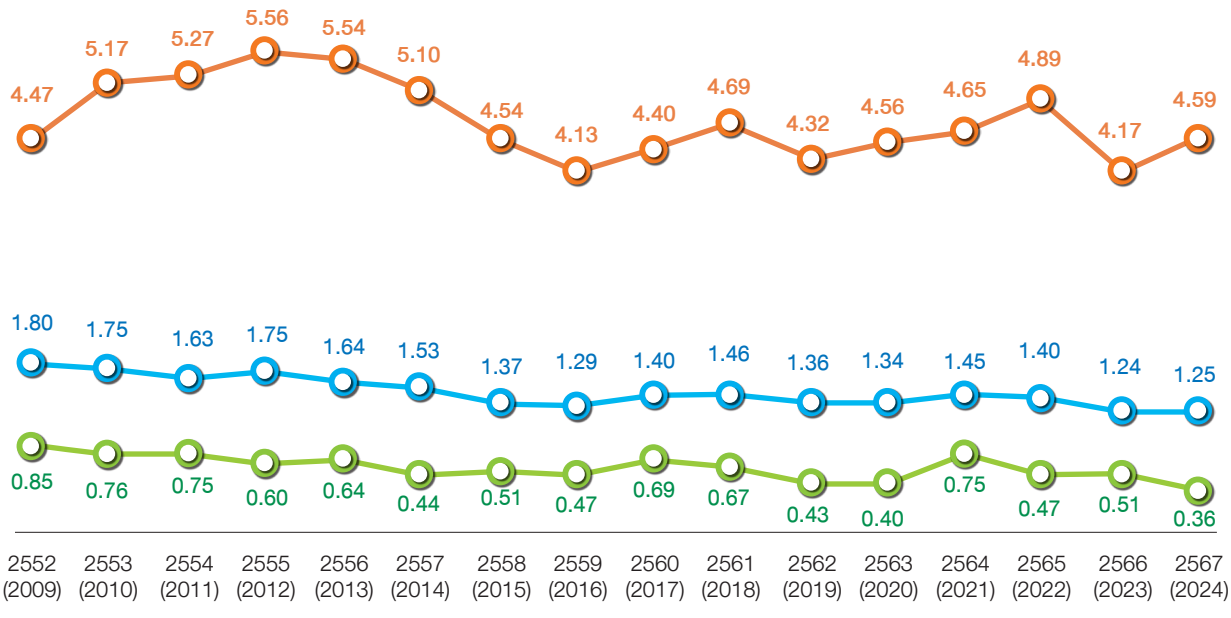
หมายเหตุ: 1) คำนวณจาก ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน มากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน
2) หลังปี พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (การใช้จ่ายของครัวเรือน) ทุกปี

เมื่อวิเคราะห์หาครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอีกรูปแบบหนึ่ง โดยประยุกต์ใช้วิธีการวัดแบบ Normative spending on food, housing, and utility ซึ่งใช้วัดในประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกกลุ่มประเทศยุโรป EU หรือ*ครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนเมื่อหักด้วยค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต* ได้แก่ ค่าอาหาร ค่าเช่าบ้าน และค่าสาธารณูปโภคในครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2567 พบว่าครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินฯ ในภาพรวมทุกเศรษฐานะมีแนวโน้มลดลง อยู่ที่ร้อยละ 1.25 ครัวเรือนที่อยู่ในเศรษฐานะยากจนที่สุด (Quintile 1 หรือครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุด 20% แรก) เกิดวิกฤติทางการเงินฯ อยู่ที่ร้อยละ 4.59 (ในปี พ.ศ. 2566 ลดลงอยู่ที่ร้อยละ 4.17) เมื่อเปรียบเทียบกับ ครัวเรือนที่อยู่ในเศรษฐานะร่ำรวยที่สุด (Quintile 5 หรือครัวเรือนที่มีรายได้มากที่สุด 20% หลัง) เกิดวิกฤติทางการเงินฯ เพียงร้อยละ 0.36 (แผนภาพที่ 1-21) โดยครัวเรือนที่ยากจนที่สุด ยังมีความแตกต่างของขีดความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เมื่อเทียบกับครัวเรือนในทุกเศรษฐานะ และครัวเรือนที่ร่ำรวยที่สุดค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นความท้าทายของ สปสช. ต่อไป

แผนภาพที่ 1-21

ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนเมื่อหักค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต จำแนกตามเศรษฐานะ ยากจนที่สุดและร่ำรวยที่สุด ปี พ.ศ. 2552-2567

(Percentage of households with Catastrophic Health Expenditure, Normative spending on food, housing, and utility of 40%, classified by Quintile1 and Quintile 5 in the Year 2009-2024)



ที่มา: *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2552-2567*
วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: *1) คำนวณจากครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนเมื่อหักลบค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (Normative spending on food, housing, and utility of 40) ได้แก่ ค่าอาหาร ค่าเช่าบ้าน และค่าสาธารณูปโภคในครัวเรือนที่ครัวเรือนจ่ายค่าใช้จ่ายเหล่านี้ที่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25-35 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด*
2) หลังปี พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (การใช้จ่ายของครัวเรือน) ทุกปี

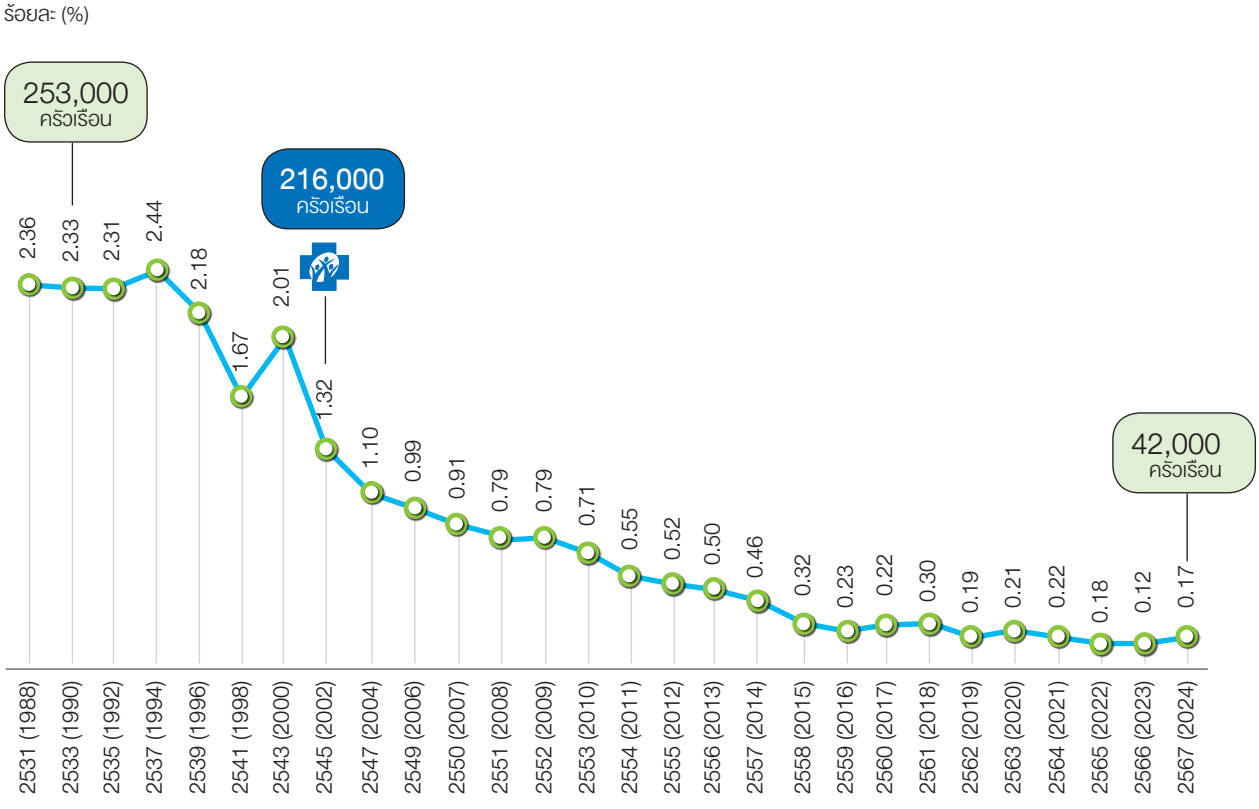
(5) ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)

โดย*มีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 0.47* พบว่า *ครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน ที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน ภายหลังการจ่ายค่ารักษาพยาบาล* มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ตามเกณฑ์เป้าหมาย โดยในปี พ.ศ. 2567 อยู่ที่ร้อยละ 0.17 หรือ 42,000 ครัวเรือน (แผนภาพที่ 1-22)

แผนภาพที่ 1-22

ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2531-2567

(Percentage of households with Health Impoverishment in Year 1988-2024)



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2531-2567 วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: 1) คำนวณจาก ครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน แต่ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาลครัวเรือนตกอยู่ใต้เส้นความยากจน

2) หลังปี พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (การใช้จ่ายของครัวเรือน) ทุกปี

3) คำนวณใหม่ให้เป็นปัจจุบัน โดยใช้เส้นความยากจน (Poverty line) จากการสำรวจในแต่ละปี ของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

4) ปี 2567 คำนวณโดยใช้เส้นความยากจน (Poverty line) ปี พ.ศ. 2566 ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และปรับค่าด้วย Customer Price Index: CPI ของปี พ.ศ. 2567



ส่วนที่ 2

ผลการดำเนินงานสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Overview Results of Universal Coverage Scheme)



1. สิทธิประโยชน์ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Benefit Packages of Universal Coverage Scheme)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการเพิ่มรายการบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่

1) การตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยเพิ่มการตรวจด้วยวิธี NIPT (Non-Invasive Prenatal Testing)
2) บริการสายด่วนให้คำปรึกษาเอชไอวี ในวัยรุ่นโครงการ Stand by you (เพื่อนที่เข้าใจพร้อมเคียงข้างคุณ)
3) บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

2. รายการยาและเวชภัณฑ์ ได้แก่

1) การขยายข้อบ่งใช้ยาให้ครอบคลุมและเพิ่มประสิทธิภาพรักษาผู้ป่วยมากขึ้น ในยา 6 รายการ (pretomanid, isoniazid+rifapentine, sofosbuvir+velpatasvir, ribavirin, ceftazidime+avibactam และ rituximab)
2) เพิ่มรายการและข้อบ่งใช้ยา ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 7 รายการ (linezolid, clofazimine, voriconazole, botulinum A toxin, IVIg, vedolizumab และ 4-factor PCC)

3. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ได้แก่

1) การกำหนดอัตราจ่าย รายการหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (Transcatheter Aortic Valve Implantation หรือ TAVI) ในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบระยะรุนแรง
2) รายการอุปกรณ์รักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ได้แก่ วัสดุสำหรับอุดกั้นหลอดเลือดขนาดใหญ่ชนิดก้อน (Vascular Plugs)
3) รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียม อุปกรณ์แท่งแก้วสำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา DMEK



4. บริการดูแลรักษา ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนพลาสมา (Plasmapheresis) เพื่อลดระดับสารที่ก่อให้เกิดโรคในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไทรอยด์เป็นพิษขั้นรุนแรง (Thyroid crisis)

5. บริการการแพทย์ขั้นสูงสุด ได้แก่

1) บริการการอ่านภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI Chest)
2) บริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติ (3D printing) ในผู้ป่วยมะเร็งในสตรี ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก เยื่อบุมดลูก ช่องคลอด ปากช่องคลอด และรังไข่
3) บริการรังสีสามมิติแปรความเข้มด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI-guided linear accelerator)

6. บริการพาหนะรับส่งต่อ ได้แก่

1) บริการพาหนะรับส่งผู้ทุพลภาพ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการ
2) บริการพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น วางแร่เฉพาะที่เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ฉายรังสีด้วยอนุภาคโปรตอน ผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์

สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยจะเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 มีดังนี้

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ได้แก่

1) ธนาคารนมแม่
2) การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการออทิสติก (Autistic disorder) ด้วยเครื่องมือ TDAS (Thai Diagnostic Autism Scale)
3) วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Flu) สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี
4) การตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน
5) ศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counseling)

6) การขยายกลุ่มเป้าหมายบริการคัดกรองโลหิตจางในเด็ก และบริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก

7) โครงการนำร่องป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรัง (DM, HT และ CKD) สำหรับคนไทยทุกคน โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง เพื่อให้ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหา สร้างความตระหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดบริการคลินิกคุณภาพ และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ได้แก่

1) การขยายข้อบ่งใช้ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant) ในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี 6 เดือน กรณี Pre lingual และมีระดับการได้ยินตั้งแต่ 80 เดซิเบลขึ้นไป และอายุมากกว่า 3 ปี 6 เดือน แต่ไม่เกิน 20 ปี กรณี Post lingual แต่มีการได้ยินลดลง และสูญเสียการได้ยินตั้งแต่ 80 เดซิเบลขึ้นไป ภายหลัง

2) การเพิ่มชุดประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมอง (Auditory Brainstem Implant) ในผู้ป่วยหูหนวกจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือผู้ที่ไม่มีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ 8

3. บริการดูแลรักษา ได้แก่

1) บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (DM remission)

2) บริการรักษาภาวะการมีบุตรยาก

4. บริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่

1) บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชน

(แผนภาพที่ 2-1)

พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545-2568

(Development of UCS Benefit packages in the Fiscal Year 2002-2025)

2545

- คนไทยทุกคนมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ ฉบับที่ 1 (46-50)

2546

- ลดอัตราอัตราตาย

2547

- เพิ่มบริการอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
- จัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

2548

- ดูแลผู้ติดเชื้อและไวรัสตับอักเสบซี (ยาด้านไวรัส ตรวจ LAB ให้คำปรึกษา ตรวจเลือดและปัสสาวะ ให้บริการทุกสถานพยาบาล)

2549

- จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
- จัดตั้งศูนย์บริการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ
- บริการฉุกเฉินนอกเขต (ER CL)

2550

- ลดการจ่ายค่ายาด้วยตัวเอง (จาก 2 ปี เป็น 6 เดือน)
- บริการแพทย์ฉุกเฉินทางไกล
- เพิ่มการเข้าถึงยังไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยนอก

นโยบายยกระดับบัตรทอง

1) ประชาชนสิทธิ์เข็มบัตรไปรับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใดก็ได้ (OP anywhere) (ปรับจ่ายจาก 7-10 และเพิ่ม 13, ปี 2565: ขยายตัวประกัน)
2) ผู้ป่วยในได้ลองกลับไปรับไปส่งตัว (ปรับจ่ายจาก 9 และเพิ่ม 13, ปี 2565: ขยายตัวประกัน)
3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งไปรับบริการที่ใดก็ได้ที่ร่วม (Cancer anywhere) (ปรับประกัน)
4) ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิ์ปีนี้ ได้ส่งจาย 15 วัน (ทั่วประเทศ)

- เพิ่มการจ่ายค่าตรวจเลือดและอุจจาระประเมินหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี mechanical thrombectomy
- ตรวจคัดกรองสายตาเด็กอายุ 1 ปี และเด็กอายุสี่ขวบตามวัยเด็ก และบริการแว่นตาเด็ก
- บริการผ่าตัดแยกฝาแฝดที่ยากซับซ้อน ในผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

2551

- เพิ่มการจ่ายค่าตรวจทางพันธุกรรม (Rare Diseases)
- เพิ่มการปลูกถ่าย Stem cell ในผู้ป่วยฉุกเฉินมีสิทธิ
- เพิ่มวัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 2-5 เดือน (Rotavirus Vaccine)
- คัดกรองภาวะ Down Syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีใหม่ (Telehealth/Telemedicine)
- บริการคัดป้องกันการพยาบาล
- บริการคัดป้องกันการยกหน้าบ้าน
- เจาะเลือดในการให้บ้าน
- เพิ่มค่าบริการผู้ป่วยฉุกเฉินในรูปแบบนอกสถานพยาบาล

2552

- ขยายสิทธิ UC ในคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- เพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสตับอักเสบบี ต่อยาสูตร CL
- ขยายการบันยัดโรคทางจิตเวช โดยไม่จำกัดเวลาเข้าใช้รักษา เป็นผู้ป่วยใน

2553

- ค่ารักษาเป็นผู้ป่วยนอก
- ตรวจคัดกรองการแพทย์ของผู้ป่วยนอก และตรวจคัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

2554

- ค่าตรวจการตรวจคัดกรองและรักษาในกลุ่มเสี่ยง
- นโยบาย "เข็มบัตรทองคุ้มครองผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ในกลุ่มเสี่ยงสูง
- ขยายการตรวจคัดกรองและรักษาในกลุ่มเสี่ยง (ปรับจ่ายจาก 9 และเพิ่ม 13, ปี 2565: ขยายตัวประกัน)
- ค่าตรวจการตรวจคัดกรองและรักษาในกลุ่มเสี่ยง (ปรับจ่ายจาก 9 และเพิ่ม 13, ปี 2565: ขยายตัวประกัน)

ยุทธศาสตร์ ฉบับที่ 2 (51-54)

2555

- ปลูกถ่ายตับในเด็ก <18 ปี ที่มีภาวะหน้าตับผู้ตับตั้งแต่กำเนิด
- ผ่าตัดแปลี่ยนหัวใจ
- ไม่ต้องประเมินป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน (EMCO)
- เปลี่ยนหน่วยบริการได้ 4 ครั้ง/ปี

2556

- ขยายความครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคในวัคซีนใหม่ตามกลุ่มอายุ
- ปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยในผู้ใหญ่และเด็ก
- ผู้ป่วยในต้องได้รับการประเมินป่วยฉุกเฉินก่อนส่งต่อ

2557

- จัดตั้งเป็นระบบแม็กซ์ซากลางของประเทศ (NCH)
- บูรณาการบริการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิ
- จัดตรงจะเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการในพื้นที่กันตาง/เสี่ยงสูง ชายแดนภาคใต้

2558

- ผู้ติดเชื้อและไวรัสผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) โดยไม่จำกัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)
- คอลคุมดูตไม่จำกัดจำนวนครั้ง

ยุทธศาสตร์ ฉบับที่ 3 (55-59)

2559

- บูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (3 กองทุน) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ
- ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สตรีข้ามเพศ (TG) หญิงบริการและชายข้ามหญิง-ชาย (FSW-MSW) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)
- ดูแลระยะยาวด้วยการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในที่บ้าน (LTC)
- ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

2560

- ขยายการตรวจคัดกรองและรักษาในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่
- นโยบาย "เข็มบัตรทองคุ้มครองผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี" (UCEP) เริ่ม 1 เม.ย. 2560 ต่อยอดจากนโยบายเข็มบัตรทองฉุกเฉิน 3 กองทุน (EMCO)

แผนปฏิบัติราชการ ฉบับที่ 4 (60-65)

2561

- บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test
- วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ
- ตรวจคัดกรองและรักษาด้วยการจี้ด้วยความเย็นเหลว (Cryotherapy)
- ผ่าตัดในเด็กที่มีภาวะผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด (CHD) 12 รายการ

2562

- วัคซีนวัณโรค BCG ครอบคลุมการให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ภายใน 24 ชั่วโมง หลังคลอด
- วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ในกลุ่มเสี่ยงสูง
- เพิ่มการผ่าตัดรักษาด้วยการส่องกล้องในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอุดตันเฉียบพลัน (Colonic Stent)
- เพิ่มการผ่าตัดรักษาด้วยการส่องกล้องในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอุดตันเฉียบพลัน (Colonic Stent)

2563

- บริการคัดป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน, ถุงยางอนามัย, ยาฉีดคุมกำเนิด)
- บริการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ซิฟิลิส, หนองใน, เริม, หูดหงอนไก่)
- บริการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ซิฟิลิส, หนองใน, เริม, หูดหงอนไก่)
- บริการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ซิฟิลิส, หนองใน, เริม, หูดหงอนไก่)
- บริการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ซิฟิลิส, หนองใน, เริม, หูดหงอนไก่)

2564

- ขยายการตรวจคัดกรอง Down Syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ
- ตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยการอ่านรอยแข่งปอด (CXR) เชิงรุกในทุกกลุ่มเสี่ยง และตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และวัณโรคดื้อยาด้วย Molecular assay
- ตรวจพยาธิวิทยา (PET/CT Scan) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่เล็ก และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน (HL)
- ผ่าตัดรักษาด้วยการส่องกล้องในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอุดตันเฉียบพลัน (Colonic Stent

2. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(UCS Healthcare units)

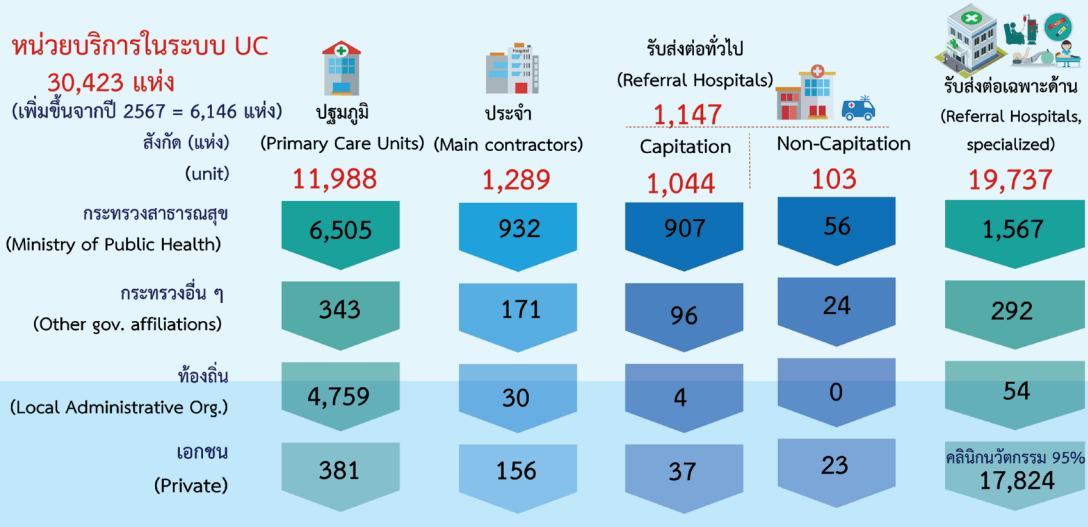
หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริการจากหลากหลายสังกัด ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ครอบคลุมบริการสาธารณสุขในทุกมิติบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม และเป็นไปตามหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการ 30,423 แห่ง โดยเพิ่มขึ้นมากกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 6,146 แห่ง ทั้งนี้หน่วยบริการ 1 แห่งสามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มากกว่า 1 ประเภท ดังนี้ 1) หน่วยบริการปฐมภูมิ 11,988 แห่ง 2) หน่วยบริการประจำ 1,289 แห่ง 3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป 1,147 แห่ง และ 4) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน 19,737 แห่ง (แผนภาพที่ 2-2) (ตารางที่ 2-1 และตารางภาคผนวกที่ 5-2)

แผนภาพที่ 2-2

จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of UCS Healthcare units in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: 1) หน่วยบริการสามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มากกว่า 1 ประเภท

2) สังกัดกระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ

3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปแบบ Capitation หมายถึง หน่วยบริการที่รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว และแบบ Non-capitation หมายถึง หน่วยบริการที่ไม่รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว

ตารางที่ 2-1

จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียน และสังกัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of UCS Healthcare units classified by Types of Registered and Affiliation in the Fiscal Year 2025)

หน่วย: แห่ง

ประเภทการขึ้นทะเบียน	รวม	รัฐใน สธ. (สังกัด สป.)	รัฐใน สธ. (นอกสังกัด สป.)	รัฐนอก สธ.	เอกชน	รัฐพิเศษ	รัฐ อปท.
1. หน่วยบริการปฐมภูมิ	11,988	6,491	14	331	381	12	4,759
2. หน่วยบริการประจำ	1,289	920	12	168	156	3	30
3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป	1,147	897	66	114	60	6	4
3.1 หน่วยบริการ Capitation	1,044	897	10	92	37	4	4
3.2 หน่วยบริการ Non-Capitation	103	0	56	22	23	2	0
4. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน	19,737	1,458	109	265	17,824	27	54
- บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	969	319	11	74	550	2	13
- บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)	4	-	-	-	4	-	-
- รักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน	88	41	5	26	13	3	-
- รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการผ่าตัด	70	33	5	24	6	2	-
- บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	12	4	-	7	-	1	-
- บริการรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง	46	14	9	12	10	1	-
- ด้านเทคนิคการแพทย์	387	-	33	9	342	3	-
- ด้านเวชกรรม	1,129	27	5	12	1,062	13	10
- ด้านทันตกรรม	2,107	18	2	8	2,077	-	2
- ด้านกายภาพบำบัด	422	1	1	4	406	-	10
- ด้านแพทย์แผนไทย	910	49	7	6	840	-	8
- ด้านเภสัชกรรม	5,956	2	-	28	5,926	-	-
- ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	1,378	916	31	30	398	-	3
- ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์	6,065	34	-	13	6,010	-	8
- ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	42	-	-	-	42	-	-
- ด้านบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	87	-	-	-	87	-	-
- ด้านเวชกรรมจัดบริการเฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง	11	-	-	1	8	2	-
- ด้านสถานชีวาภิบาล	54	-	-	11	43	-	-
รวมหน่วยบริการทั้งหมดในระบบ UC (นับซ้ำตามประเภทการขึ้นทะเบียน)	**34,161**	**9,766**	**201**	**878**	**18,421**	**48**	**4,847**
หน่วยบริการในระบบ UC (นับไม่ซ้ำตามประเภทการขึ้นทะเบียน)	**30,423**	**7,432**	**110**	**450**	**17,622**	**25**	**4,784**

ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: 1) หน่วยบริการสามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มากกว่า 1 ประเภท

2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป แบบ Capitation หมายถึง หน่วยบริการที่รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว

แบบ Non-Capitation หมายถึง หน่วยบริการที่ไม่รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว

3) หน่วยบริการสังกัดรัฐพิเศษ ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย สถานีกาชาด เป็นต้น

3. งบประมาณการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(National Health Security Fund Budget)

3.1 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(National Health Security Fund Budget / UCS Budget)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ได้รับจัดสรร**งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 236,386.52 ล้านบาท** คิดเป็นร้อยละ 6.30 เมื่อเทียบกับงบประมาณประเทศ **โดยเป็น (1) เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรของหน่วยบริการภาครัฐในระบบ UC** จำนวน 68,089.63 ล้านบาท และ **(2) งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนฯ)** ที่สปสช.ได้รับจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ จำนวน 168,296.89 ล้านบาท (แผนภาพที่ 2-3)

โดยงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 236,386.52 ล้านบาท ประกอบด้วย

1) งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว จำนวน 181,841.16 ล้านบาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ จำนวน 119,539.11 ล้านบาท และเงินเดือนบุคลากรของหน่วยบริการภาครัฐในระบบ UC จำนวน 62,302.05 ล้านบาท

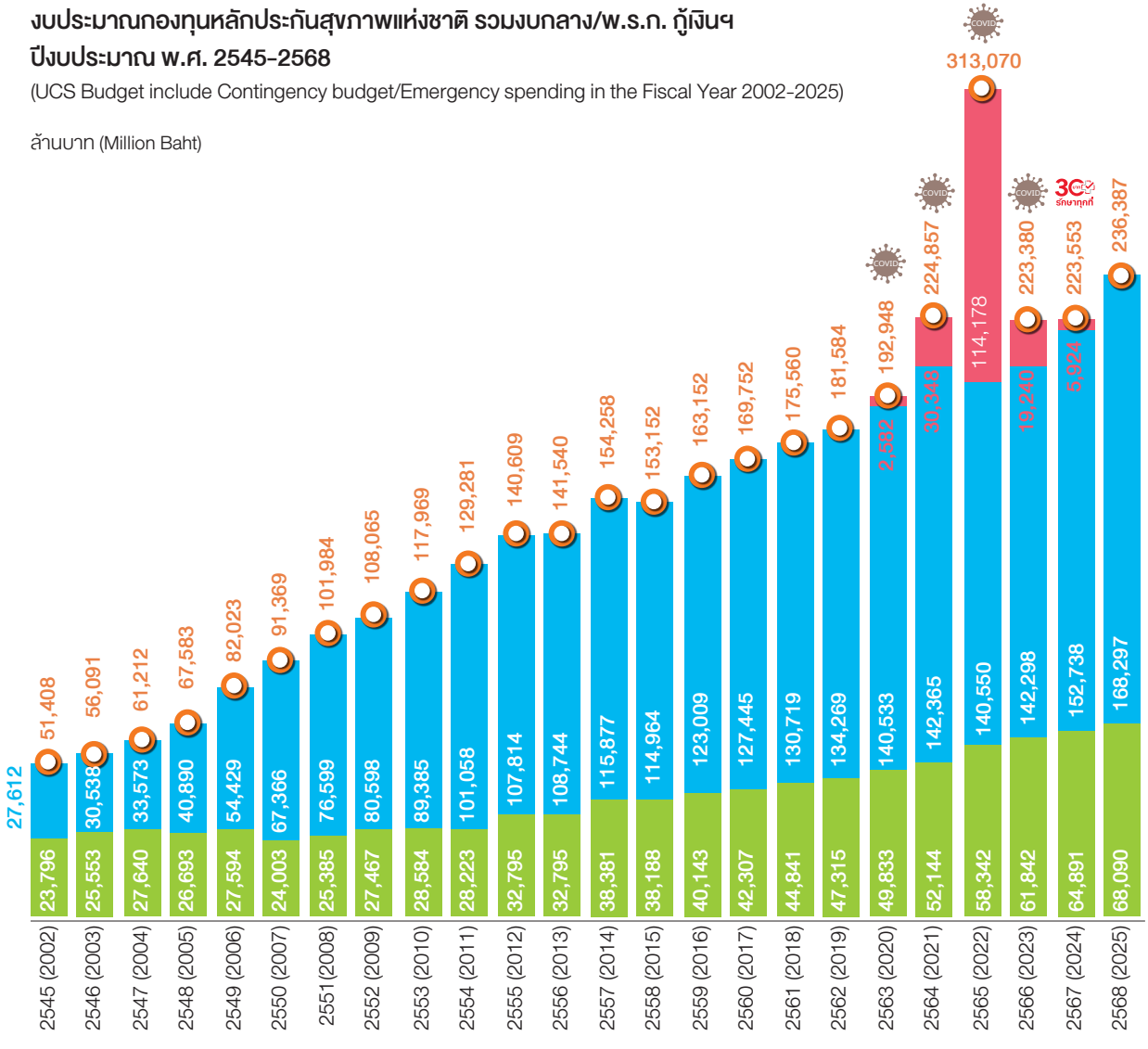
2) งบบริการทางการแพทย์นอกเหมาจ่ายรายหัว หรืองบเพิ่มเติมเพื่อดูแลกลุ่มเฉพาะ จำนวน 54,545.36 ล้านบาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ จำนวน 48,757.78 ล้านบาท และเงินเดือนบุคลากรของหน่วยบริการภาครัฐในระบบ UC จำนวน 5,787.58 ล้านบาท (แผนภาพที่ 2-4 และแผนภาพที่ 2-5) (ตารางที่ 2-2 และตารางที่ 2-3)

แผนภาพที่ 2-3

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมงบกลาง/พ.ร.ก. กู้เงินฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545-2568

(UCS Budget include Contingency budget/Emergency spending in the Fiscal Year 2002-2025)

ล้านบาท (Million Baht)



งบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉิน / พ.ร.ก. กู้เงินฯ (Contingency budget/Emergency spending)

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนผู้ให้บริการที่หน่วยบริการ UCS) (UCS Budget exclude salary of healthcare providers)

เงินเดือนผู้ให้บริการที่หน่วยบริการ UCS (Salary of UCS healthcare providers)

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมเงินเดือน) รวมงบกลาง/พ.ร.ก.กู้เงินฯ (UCS Budget with salary of providers include Contingency budget)

ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1) กองทุนฯ ได้รับงบกลางที่จัดสรรเพิ่มเติมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545-2549 จำนวน 5,473.46 ล้านบาท, 5,000 ล้านบาท, 3,845.33 ล้านบาท, 4,993.33 ล้านบาท และ 14,761.83 ล้านบาท ตามลำดับ และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2561 ตามมติคณะรัฐมนตรี อนุมัติงบกลางเงินสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นเพื่อชดเชยการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3,979.41 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข 1,000 ล้านบาท) และ 4,186.13 ล้านบาท (ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนฯ 1,000 ล้านบาท)

2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ได้รับงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จำนวน 2,582.09 ล้านบาท

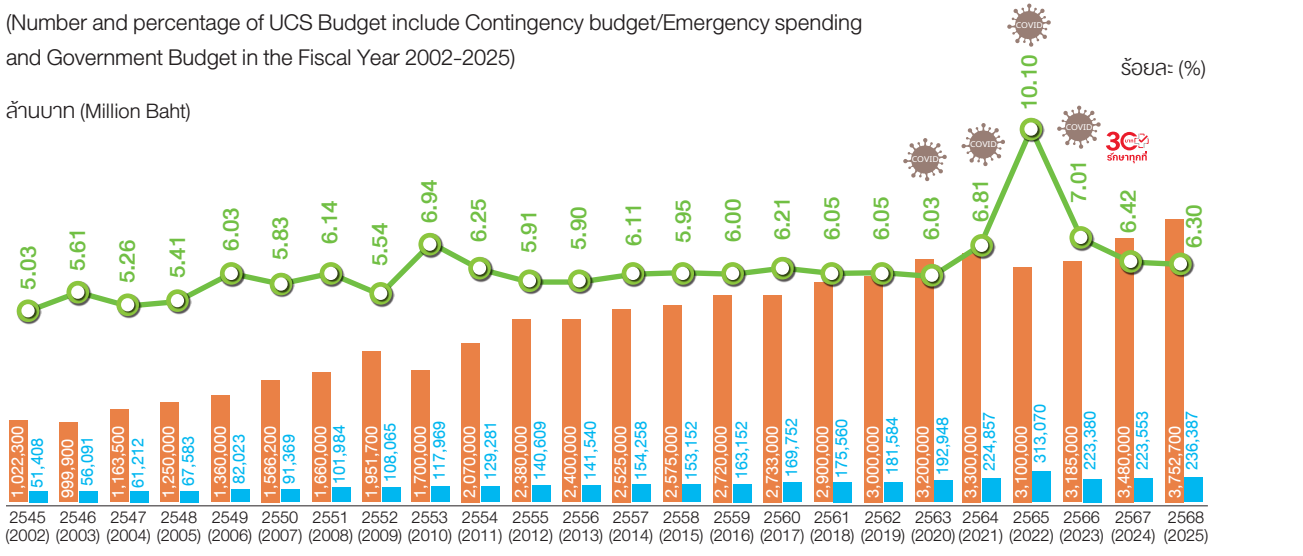
3) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ได้รับงบกลาง จาก พ.ร.ก. กู้เงินฯ เป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบริการที่เกี่ยวข้อง รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 30,348.35 ล้านบาท ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 นับรวมงบประมาณจาก พ.ร.ก. กู้เงินฯ รอบที่ 5 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ พ.ร.ก. กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 114,177.78 ล้านบาท และปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จาก พ.ร.ก. กู้เงินฯ รอบที่ 5 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 19,239.83 ล้านบาท

4) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้รับงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น จำนวน 5,924.41 ล้านบาท สำหรับค่าบริการตามนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" และตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

แผนภาพที่ 2-4

จำนวนและร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมงบกลาง/พ.ร.ก. กู้เงินฯ เทียบกับ งบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545-2568

(Number and percentage of UCS Budget include Contingency budget/Emergency spending and Government Budget in the Fiscal Year 2002-2025)



งบประมาณของประเทศ (Government Budget)

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมเงินเดือน) รวมงบกลาง/พ.ร.ก.กู้เงินฯ (UCS Budget with salary of providers include Contingency budget)

ร้อยละงบประมาณ UCS รวมงบกลาง/พ.ร.ก.กู้เงินฯ เทียบกับ งบประมาณประเทศ (% of UCS Budget include Contingency budget to Government Budget)

ที่มา: *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข*

หมายเหตุ: *อ้างอิงแผนภาพที่ 2-3*

แผนภาพที่ 2-5

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Detail of UCS Budget in the Fiscal Year 2025)



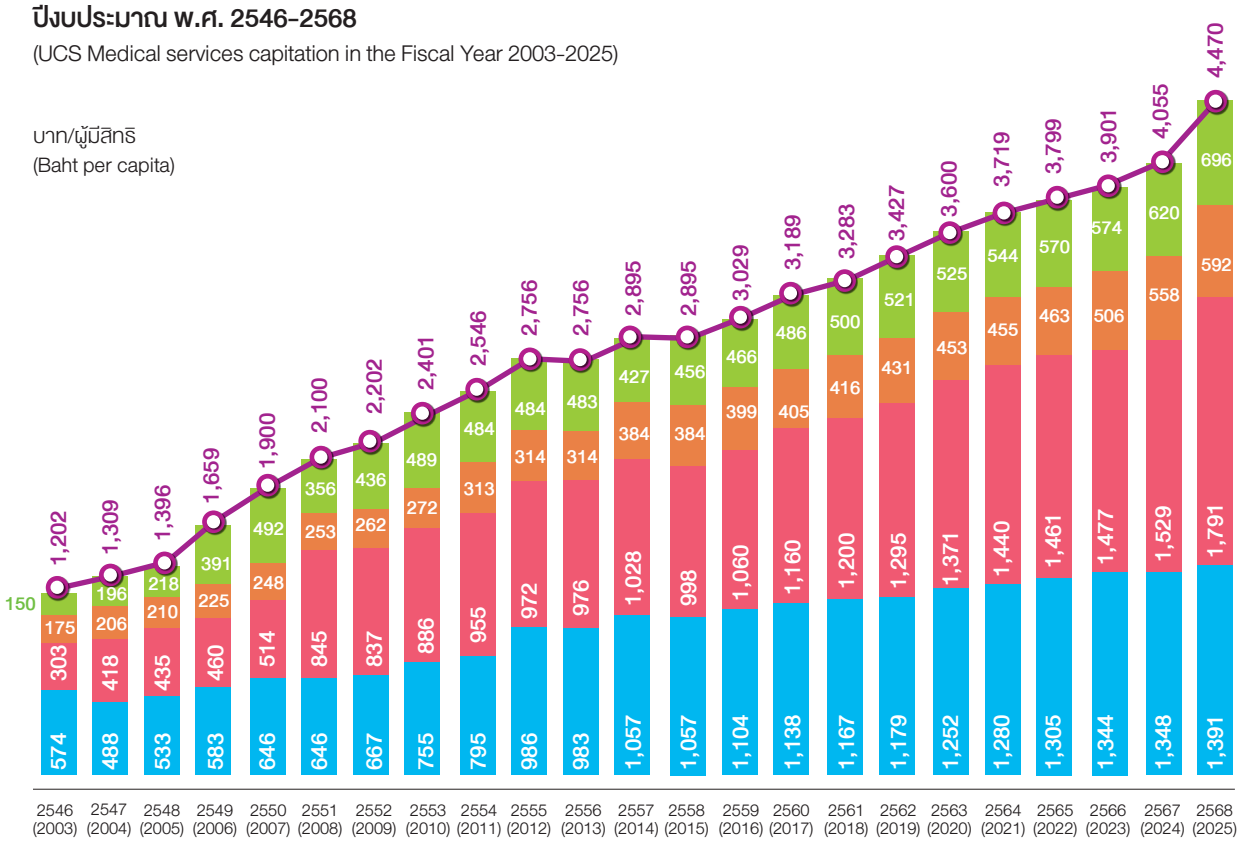
ที่มา: *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568*

ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 อัตราค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 591.77 บาทต่อผู้มีสิทธิ บริการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 11.09 บาทต่อผู้มีสิทธิ และบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด 11.26 บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นรายการนอกงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว หรือกรณีนับรวม 3 รายการดังกล่าว อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว จะอยู่ที่ 4,470.20 บาทต่อผู้มีสิทธิ UC 47.157 ล้านคน (แผนภาพที่ 2-5 และแผนภาพที่ 2-6)

แผนภาพที่ 2-6

อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2568

(UCS Medical services capitation in the Fiscal Year 2003-2025)



ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1) บริการอื่นๆ คือ บริการที่นอกเหนือจาก 1.บริการผู้ป่วยใน 2.บริการผู้ป่วยนอก 3.บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (รวมงบบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 ประกาศฯ ปรับ 4 รายการให้อยู่นอกงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เดิมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว) ประกอบด้วย 1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2. บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เดิมรวมอยู่ในงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) 3. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 4. บริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด (เริ่มปรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เดิมรวมอยู่ในงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์) โดยในแผนภาพจะแสดงงบดังกล่าวในงบเหมาจ่ายรายหัว

ตารางที่ 2-2

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(UCS Budget classified by Medical services categories in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: ล้านบาท

รายการ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	177,198.99	158,294.42	161,602.67	165,525.15	181,841.16
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,676.35	3,768.11	3,978.48	4,017.10	4,209.45
2.1 บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	3,425.51	3,521.68	3,402.78	3,413.39	3,519.72
2.2 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	250.84	246.43	575.70	603.70	689.72
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,720.28	9,731.34	9,952.18	12,807.30	13,506.17
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,163.21	1,154.78	1,071.47	1,197.62	1,298.92
4.1 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	1,091.21	1,091.56	997.85	1,123.99	1,169.23
4.2 บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	72.00	63.22	73.63	73.63	78.64
4.3 บริการควบคุมความรุนแรงโรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-	-	-	-	51.05
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร/เสี่ยงภัย และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.29	1,490.29	1,490.29	1,490.29	1,490.29
6. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ	421.64	319.28	188.85	2,062.79	2,180.23
7. บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	838.03	3,760.04	4,037.65	5,841.86	5,953.43
7.1 บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	2,769.93	2,772.00	2,550.60	2,522.21
7.2 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	838.03	990.11	1,265.65	2,760.55	2,900.25
7.3 บริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	-	-	-	530.71	530.97
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	-	283.03	437.34	642.81	522.92
9. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	-	19,265.42	21,381.11	24,044.05	25,383.96
10. บริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-	825.08	-	-	-
งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) (หน่วย: ล้านบาท)	**194,508.79**	**198,891.79**	**204,140.03**	**217,628.96**	**236,386.52**
ค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบ UC (หน่วย: ล้านบาท)	**52,143.98**	**58,341.60**	**61,842.09**	**64,890.72**	**68,089.63**
งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ (หน่วย: ล้านบาท)	**142,364.81**	**140,550.19**	**142,297.94**	**152,738.24**	**168,296.89**
อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) (หน่วย: บาท ต่อ ผู้มีสิทธิ UC)	**3,719.23**	**3,329.22**	**3,385.98**	**3,472.24**	**3,856.08**
เป้าหมายประชากร UC (หน่วย: ล้านคน)	**47.644**	**47.547**	**47.727**	**47.671**	**47.157**

(ต่อ) ตารางที่ 2-2

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(UCS Budget classified by Medical services categories in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: ล้านบาท

รายการ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
งบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินฯ / พ.ร.ก. กู้เงินฯ (หน่วย: ล้านบาท)	30,348.35	114,177.78	19,239.83	5,924.41	-
งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) รวมงบกลาง/พ.ร.ก. กู้เงินฯ (หน่วย: ล้านบาท)	224,857.14	313,069.57	223,379.86	223,553.37	236,386.52

ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1) อ้างอิงแผนภาพที่ 2-3

2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 ประกาศฯ ปรับ 4 รายการให้อยู่นอกงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เดิมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว) ประกอบด้วย 1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2. บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เดิมรวมอยู่ในงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) 3. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 4. บริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด (เริ่มปรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เดิมรวมอยู่ในงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์)

3) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพิ่มบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อยู่ในงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง)

ตารางที่ 2-3

อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(UCS Medical services capitation classified by Type of medical services in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: บาทต่อผู้มีสิทธิ

รายการ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,280.01	1,305.07	1,344.40	1,348.41	1,391.20
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,440.03	1,460.59	1,477.01	1,528.54	1,790.73
3. บริการกรณีเฉพาะ	372.97	395.14	399.49	436.79	503.92
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	455.39	-	-	-	-
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.40	18.73	17.23	9.80	9.64
6. บริการแพทย์แผนไทย	17.90	19.00	19.16	20.01	31.90
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	128.69	128.69	128.69	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	3.84	-	-	-	-
9. งบจ่ายเพิ่มตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00	2.00	-	-	-
อัตราเหมาจ่ายรายหัว (หน่วย: บาท/ผู้มีสิทธิ)	3,719.23	3,329.22	3,385.98	3,472.2	3,856.08
เป้าหมายประชากร UC (หน่วย: ล้านคน)	47.644	47.547	47.727	47.671	47.157

ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 ประกาศฯ ปรับ 4 รายการให้อยู่นอกงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เดิมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว) ประกอบด้วย 1. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เดิมรวมอยู่ในงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) 3. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 4. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด (เริ่มปรับในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เดิมรวมอยู่ในงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์)

2) กรณี 4 รายการข้างต้น อยู่ในงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ดังนี้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 อัตรา 3,798.62 บาทต่อผู้มีสิทธิ (80,612.81 ล้านบาท) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อัตรา 3,901.21 บาทต่อผู้มีสิทธิ (186,193.11 ล้านบาท) ปีงบประมาณ พ.ศ. ปี 2567 อัตรา 4,054.74 บาทต่อผู้มีสิทธิ (193,293.32 ล้านบาท) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 อัตรา 4,470.20 บาทต่อผู้มีสิทธิ (210,801.22 ล้านบาท)

ผลการเบิกจ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Disbursement of UCS Budget)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผลการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมภาระผูกพันให้กับหน่วยบริการที่จัดบริการให้ผู้มีสิทธิ จำนวน 179,528.67 ล้านบาท (รายละเอียดในภาคผนวกที่ 3 รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

3.2 งบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHSO Administrative Budget)

งบประมาณเพื่อการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 **ได้รับการจัดสรรแยกจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหมวดงบอุดหนุนทั่วไป ตามแผนพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพและแผนส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา จำนวน 1,564.55 ล้านบาท** หรือร้อยละ 0.93 เทียบกับงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ

โดยสัดส่วนงบประมาณสำหรับบริหารจัดการสำนักงานฯ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 (ตารางที่ 2-4)

ตารางที่ 2-4

จำนวนและร้อยละงบบริหารจัดการสำนักงานฯ เทียบกับงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568

(Number and percentage of NHSO Administrative Budget to UCS Budget exclude Salary of healthcare providers in Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: ล้านบาท

งบประมาณที่ได้รับ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ	142,364.81	140,550.19	142,297.94	152,738.24	168,296.89
งบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1,377.69	1,339.24	1,390.25	1,566.70	1,564.55
ร้อยละ งบบริหารจัดการสำนักงานฯ ต่องบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ	0.97	0.95	0.98	1.03	0.93

ที่มา: รายงานการเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: 1) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 งบบริหารจัดการสำนักงานฯ 1,339.24 ล้านบาท นับรวมงบกลาง สำหรับรายการค่าใช้จ่ายบรรเทาแก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 54.25 ล้านบาท

2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 งบบริหารจัดการสำนักงานฯ 1,566.70 ล้านบาท นับรวมงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น สำหรับนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" จำนวน 80.39 ล้านบาท

4 เป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร/ผลงานตามหมวดบริการในงบเหมาจ่ายรายหัวและงบบริการเพิ่มเติมในกลุ่มเฉพาะ

(Targets and Outputs according to the budget allocated)

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตามเป้าหมายของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า มีบางบริการที่มีผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายงบประมาณที่ได้รับ ในส่วนผลงานที่ต่ำกว่าเป้าหมาย สำนักงานฯ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการในพื้นที่ ได้มีการผลักดันให้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการในส่วนของบริการที่มีผลการดำเนินงานสูงกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณค่อนข้างมาก สำนักงานฯ มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน การตรวจสอบก่อน-หลัง การเบิกจ่ายชดเชย กำหนดให้หน่วยบริการยืนยันการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ สำหรับประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย รวมไปถึงมีการคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อให้หน่วยบริการร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนาระบบการจัดบริการ พร้อมทั้งจัดระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ (ตารางที่ 2-5 และตารางภาคผนวกที่ 5-3)

ตารางที่ 2-5

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Targets and Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
1. ผลงานตามเป้าหมายการใช้บริการทางการแพทย์ในงบเหมาจ่ายรายหัว			
1.1 ประชากรเป้าหมาย			
1) ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) (คน)[1]	66,371,000	66,732,820	100.55
2) ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) (คน)[1]	47,157,000	47,025,991	99.72
1.2 การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก			
1) บริการผู้ป่วยนอก (OP Visit) (ครั้ง)[2]	160,070,223	185,776,318	116.06
- อัตรา UR-OP (ครั้งต่อคนต่อปี)[2]	3.394	3.947	116.29
1.3 การใช้บริการแบบผู้ป่วยใน			
1) บริการผู้ป่วยใน (IP Visit) (ครั้ง)[2]	-	7,078,700	-
- อัตรา UR-IP (ครั้งต่อคนต่อปี)[2]	-	0.150	-
- ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum Adj. RW)[2]	8,934,025	10,162,854	113.75
2) บริการรักษาโรคความดันเลือดในปอดสูงของทารก (PPHN) (ครั้ง)[3]	-	1,932	-



(ต่อ) ตารางที่ 2-5

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Targets and Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
3) บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนหรือผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) (ครั้ง)[4]	-	86,718	-
4) บริการผ่าตัดผ่านกล้อง (MIS) (ครั้ง)[4]	-	16,183	-
5) บริการรักษานิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ครั้ง)[5]	-	41,345	-
6) บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) (ครั้ง)[4]	-	239,147	-
7) บริการฉุกเฉินภาครัฐ (UCEP ภาครัฐ) (ครั้ง)[4]	-	924,280	-
1.4 การใช้บริการกรณีเฉพาะ			
1.4.1 การใช้บริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น			
1) บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน: กรณีใช้บริการข้ามจังหวัดที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียน และกรณีคนพิการที่ใช้บริการต่างหน่วยที่ลงทะเบียน (OP-AE) (ครั้ง)[5]	1,261,984	2,152,066	170.53
2) บริการรับส่งต่อผู้ป่วยนอก: กรณีใช้บริการในหน่วยบริการนอกจังหวัดที่ลงทะเบียน หรือส่งต่อจาก รพศ. /รพท. ไป รพ.มหาวิทยาลัย ในจังหวัด (OP Refer) (คน)[3]	293,062	326,966	111.57
3) ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ (ครั้ง)[5]	269,671	236,609	87.74
4) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (มาตรา 8) และผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิประกันสังคม ใช้บริการแบบผู้ป่วยในครั้งแรก (ครั้ง)[5]	-	7,550	-
5) บริการผู้ป่วยนอกแบบปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP anywhere) (ครั้ง)[4]	-	11,358,545	-
1.4.2 การใช้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงในโรคที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ: เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ			
1) ได้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (คน)[5]	5,774	2,951	51.11
2) ได้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke) (คน)[5]	10,478	10,084	96.24
3) ผู้ป่วยมะเร็ง (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน) ได้รับเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา (คน/ครั้ง)[5]	90,013	129,034/ 1,002,683	143.35

(ต่อ) ตารางที่ 2-5

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Targets and Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
4) ผู้ป่วยมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (ผู้ป่วยนอก) (Cancer anywhere) (ครั้ง)[3]	1,329,833	2,818,712	211.96
- ผู้ป่วยมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ฯ ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา (คน/ครั้ง)[3]	-	110,118/ 859,383	-
5) ได้ผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยโรคต้อกระจก (Cataract) (ครั้ง)[5]	120,000	205,167	170.97
6) ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดในผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ (คน)[3]	1,139	1,644	144.34
7) บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงที่มีเหตุสมควร (ER คุณภาพ) (ครั้ง)[4]	1,393,858	1,809,879	129.85
1.4.3 การใช้บริการหัตถการ ในโรคที่มีปัญหาการเข้าถึง: ลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ			
1) ได้รับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ชิ้น)[3]	3,681,874	5,029,853	136.61
2) ได้รักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy) (ครั้ง)[5]	16	14	87.50
3) ได้จัดหาและจัดเก็บดวงตา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (ดวงตา)[3]	610	1,072	175.74
4) ได้ผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ (Transplantation)			
4.1) ผ่าตัดปลูกถ่ายตับและรับยากดภูมิต่อเนื่อง ในผู้ป่วยเด็กท่อน้ำดีอุดตันและผู้ป่วยตับแข็ง (คน)[3]	569	794 (ผ่าตัด 103 ยากดภูมิ 691)	139.54
4.2) ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและรับยากดภูมิต่อเนื่อง (คน)[3]	215	188 (ผ่าตัด 25 ยากดภูมิ 163)	87.44
4.3) ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคไขกระดูกผิดปกติ (HSCT) (คน)[3]	101	259 (Allogeneic MRD: 24 Allogeneic MUD: 28, Autologous: 207)	256.44
1.4.4 การเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด			
1) ได้สารเมทาโดนสำหรับการบำบัดรักษาระยะยาว (MMT) (คน)[5]	9,789	11,558	118.07
2) ได้รับยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง			
2.1) รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) (คน)[3]	73,787	113,867	154.32
2.2) รับยากำพร้า ยาต้านพิษ (คน)[3]	6,897	6,181	89.62
1.4.5 การใช้บริการโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค			
1) ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กอย่างต่อเนื่อง (คน)[6]	22,454	26,351 (รับเลือด 14,820 รับยา 11,531)	117.36

(ต่อ) ตารางที่ 2-5

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Targets and Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
2) ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรค (คน) [7]	77,456	82,654	106.71
3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Palliative Care) (คน) [3]	32,695	113,158	346.10
4) ผู้ป่วยโรคหายากได้รับบริการ (Rare disease) (ครั้ง) [3]	514	302	58.75
1.5 การใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์			
1) คนพิการลงทะเบียน: ท.74 (คน) [1]	1,364,827	1,613,930	118.25
2) คนพิการที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วย (คน) [5]	-	37,665	-
3) การใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ครั้ง) [3, 5]	3,400,314	6,111,985	179.75
1.6 การใช้บริการแพทย์แผนไทย			
1) บริการนวด ประคบ อบสมุนไพร (ครั้ง) [4]	5,234,332	4,051,059	77.39
2) บริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด (ครั้ง) [4]	189,923	93,146	49.04
3) บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (รวมยาสมุนไพร 32 รายการ จ่ายตามรายการบริการ น้ำมันกัญชา ยาที่มีส่วนผสมกัญชา) (ครั้ง) [4, 5]	16,784,622	13,204,604	78.67
4) ฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ (คน) [4]	4,854	6,368	131.19
2. ผลงานตามเป้าหมายการใช้บริการทางการแพทย์ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว (งบเพิ่มเติมในกลุ่มเฉพาะ)			
2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (คน) [9]	307,800	325,325	105.69
2.2 กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (คน) [3, 9, 10]	2,832,893	4,567,220	161.22
2.3 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการบำบัดทดแทนไต (คน) [11]	82,568	111,885	135.51
2.4 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับบริการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Secondary prevention) (คน) [5]	4,481,200	4,600,220	102.66
2.5 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (คน) [3]	13,107	13,786	105.18
2.6 ผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ได้รับบริการ (คน)	7,412	14,075	189.89
2.7 หน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ได้รับการจัดสรรงบเพิ่มเติม (แห่ง) [5]	225	225	100.00
2.8 ผู้ป่วยได้รับบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (ครั้ง) [3, 4, 12]	19,625,994	38,258,937	194.94
2.9 ผู้ได้รับบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คน) [13]	26,548,000	40,223,352	151.51
2.10 ผู้ได้รับบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด (คน) [3]	276,000	254,529	92.22
2.11 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียง ทุกสิทธิ ได้รับการดูแลที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล: care plan (คน) [13]	597,648	544,215	91.06
2.12 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการและให้บริการ (คน) [14]	4,438	1,781	40.13
2.13 ประชาชนที่มีสิทธิได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (คน) [1]	66,371,000	66,732,820	100.55

(ต่อ) ตารางที่ 2-5

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Targets and Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร	ผลงาน	ร้อยละ
- บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (คน) [8] * ปี 2568 เพิ่มกลุ่มเป้าหมายผู้ต้องขังในเรือนจำ ทัณฑสถานและสถานพินิจ	6,240,000	5,708,397	91.48

ที่มา [1] *ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[2] *ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. วิเคราะห์โดย สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช.*
โดย 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim ณ 16 มกราคม 2569 และ 2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim ณ 17 ธันวาคม 2568

[3] *ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim และข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[4] *Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[5] *รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[6] *ระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (NPRP) กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[7] *บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[8] *รายงานการดำเนินงานฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. และสายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[9] *บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[10] *โครงการบูรณาการระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[11] *ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[12] *กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[13] *กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[14] *ฝ่ายกฎหมายพิทักษ์สิทธิ สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

หมายเหตุ *1) แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 แนะนำให้การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนแบบฉุกเฉิน (Primary PCI) ภายในระยะเวลาที่กำหนด เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ยกเว้นในกรณีหน่วยบริการในพื้นที่ไม่สามารถให้การรักษาด้วย Primary PCI ได้ ในเวลาที่กำหนด แนะนำให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยและส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่สามารถให้การรักษาได้ ประกอบกับปัจจุบันหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI) มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการ Primary PCI ได้มากขึ้น การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ลดลง*

2) บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใช้งบประมาณจาก 1) บริการผู้ป่วยนอกแบบปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP Anywhere) และ 2) บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care : PHC) ผลงานบริการตามหัวข้อที่ 2.10 การขับเคลื่อนนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า

5. ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Results of Universal Coverage Scheme)



5.1 การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อรับบริการสุขภาพ (Compliance Rate)

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย**ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **กรณีไม่ได้นอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก)** พบว่า ไปรับบริการที่หน่วยบริการของรัฐ ร้อยละ 60.95 รองลงมา ซื้อยากินเอง ร้อยละ 22.69 และไปรับบริการที่หน่วยบริการของเอกชน ร้อยละ 10.33 ตามลำดับ **กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** พบว่า ไปรับบริการที่หน่วยบริการของรัฐ ร้อยละ 68.50 รองลงมา รับบริการที่บ้าน/ในชุมชน/หน่วยบริการเชิงรุกเคลื่อนที่ ร้อยละ 27.82 และ**กรณีนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน**) พบว่า เลือกไปรับบริการที่หน่วยบริการของรัฐ ร้อยละ 89.20 และหน่วยบริการเอกชน ร้อยละ 10.30 (ตารางที่ 2-6)

สำหรับ**อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเข้ารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการ (Compliance Rate)** ในปี พ.ศ. 2566 **กรณีไม่ได้นอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก)** ร้อยละ 83.64 **บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** ร้อยละ 93.28 และ**กรณีนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)** ร้อยละ 86.26 (แผนภาพที่ 2-7)

ตารางที่ 2-6

ร้อยละพฤติกรรมการรับบริการ/ดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามการใช้บริการผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562-2566

(Percentage of Health care-seeking behavior of Outpatients services, Health promotion and disease prevention and Inpatients services under the UCS in the Years 2019-2023)

พฤติกรรมการรับบริการ/ดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	บริการผู้ป่วยนอก (OP)			ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)			บริการผู้ป่วยใน (IP)		
	ปี 2562 (2019)	ปี 2564 (2021)	ปี 2566 (2023)	ปี 2562 (2019)	ปี 2564 (2021)	ปี 2566 (2023)	ปี 2562 (2019)	ปี 2564 (2021)	ปี 2566 (2023)
1. ไม่ได้รักษา	7.95	6.34	5.87						
2. ซื้อยากินเอง/รับบริการร้านขายยา	20.52	19.55	22.69						
3. หาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ	0.10	0.18	0.15						
4. รับบริการที่หน่วยบริการของรัฐ	58.33	63.72	60.95	62.27	59.98	68.50	88.61	91.58	89.20
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	21.40	26.80	23.76	36.97	41.10	35.02			
- โรงพยาบาลชุมชน	13.83	14.45	12.00	13.42	7.01	12.61	30.03	31.08	25.43
- โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป	18.26	19.46	20.50	10.01	9.04	16.80	49.13	51.50	54.85
- โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	4.84	3.00	4.69	1.87	2.83	4.07	9.45	9.00	8.92
5. รับบริการหน่วยบริการของเอกชน	12.94	9.92	10.33	5.25	4.06	3.66	11.40	8.42	10.30
- คลินิกเอกชน	9.46	8.14	7.96	2.26	2.42	1.56	11.40	8.42	10.30
- โรงพยาบาลเอกชน	3.48	1.79	2.37	2.99	1.64	2.10			
6. รับบริการที่บ้าน/ชุมชน/หน่วยบริการเชิงรุกเคลื่อนที่				30.22	35.41	27.82			
7. อื่น ๆ	0.17	0.28	0.01	2.26	0.54	0.01	0.00	0.00	0.50
รวม (Total)	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562-2566 สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: การใช้บริการ

(1) ผู้ป่วยนอก คำนวณจากผู้ที่ตอบว่ามีการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาก่อนการสำรวจ

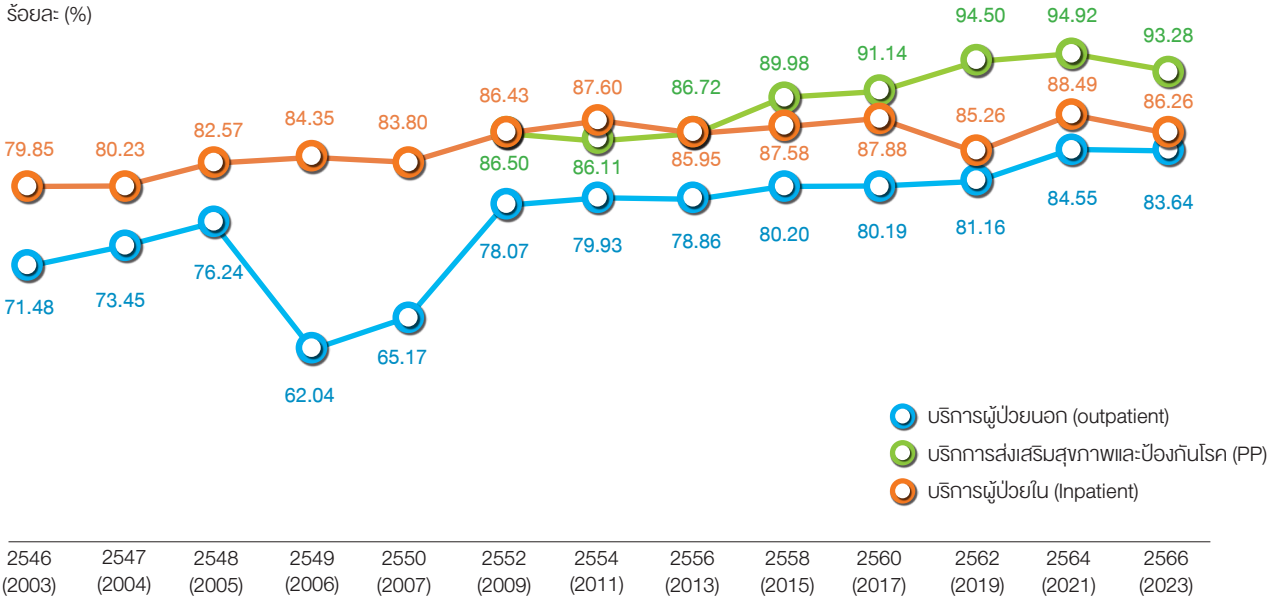
(2) ผู้ป่วยใน คำนวณจากผู้ที่ตอบว่ามีการเจ็บป่วยในรอบ 12 เดือน

(3) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คำนวณจากผู้ที่ตอบว่ารับบริการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 12 เดือน และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อไปใช้บริการสุขภาพที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนภาพที่ 2-7

ร้อยละการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อไปใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2546-2566

(Compliance Rate of Outpatients services, Health promotion and disease prevention and Inpatients services under the UCS in the Year 2003–2023)



ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2546-2566 สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: หลังปี 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กำหนดสำรวจทุก 2 ปี และอ้างอิงเพิ่มเติมตามตารางที่ 2-6

เหตุผลหลักของการไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อไปรับบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2566 **กรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก** คือ เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 59.67) รองลงมา ช้า/รอนาน (ร้อยละ 20.86) และไม่สะดวกไปรับบริการในเวลาทำการ (ร้อยละ 7.35) **กรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยใน** คือ ช้า/รอนาน (ร้อยละ 37.15) รองลงมา สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม (ร้อยละ 18.47) และอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 16.43) **กรณีใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** คือ ช้า/รอนาน (ร้อยละ 37.53) รองลงมา สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม (ร้อยละ 27.57) และไม่สะดวกไปรับบริการในเวลาทำการ (ร้อยละ 14.86) (ตารางที่ 2-7)

ตารางที่ 2-7

ร้อยละของเหตุผลหลักที่ไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อไปใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2562-2566

(Percentage of reasons to not applying for UCS Benefit when accessing Healthcare units of Outpatients services, Health promotion and disease prevention and Inpatients services in the Year 2019-2023)

เหตุผลหลักที่ไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ปี 2562 (2019)	ปี 2564 (2021)	ปี 2566 (2023)
บริการแบบผู้ป่วยนอก			
1. เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	53.24	57.44	59.67
2. ช้า รอนาน	22.32	19.71	20.86
3. ไม่สะดวกไปรับบริการในเวลาทำการ	6.64	6.75	7.35
4. สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม	3.87	2.92	3.54
5. ไม่แน่ใจในคุณภาพยา	4.00	3.52	2.80
บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค			
1. ช้า รอนาน	29.30	40.51	37.53
2. สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม	20.74	16.88	27.57
3. ไม่สะดวกไปรับบริการในเวลาทำการ	4.02	15.44	14.86
4. ไม่แน่ใจในคุณภาพยา	3.87	5.24	7.10
5. สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก	2.57	9.57	3.89
บริการแบบผู้ป่วยใน			
1. ช้า รอนาน	25.04	22.83	37.15
2. สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม	17.65	12.54	18.47
3. อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน	17.44	30.38	16.43
4. การวินิจฉัยไม่ตรง/รักษาไม่หาย	5.69	1.55	4.27
5. ไม่แน่ใจในคุณภาพยา	2.66	2.90	3.41

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562-2566 สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: การใช้บริการ

(1) ผู้ป่วยนอก คำนวณจากผู้ที่ตอบว่ามีการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาก่อนการสำรวจ

(2) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คำนวณจากผู้ที่ตอบว่ารับบริการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 12 เดือน และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อไปใช้บริการสุขภาพที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) ผู้ป่วยใน คำนวณจากผู้ที่ตอบว่ามีการเจ็บป่วยในรอบ 12 เดือน

5.2 บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน
(Outpatient and Inpatient Services)

การใช้บริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวนการใช้บริการ 28.664 ล้านคน 185.776 ล้านครั้ง (ความถี่การใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 6.481 ครั้งต่อผู้ป่วยนอกหนึ่งคนต่อปี) หรืออัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (UR-OP per UC Population) 3.947 ครั้งต่อผู้มีสิทธิ UC หนึ่งคนต่อปี เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ที่มีจำนวนการใช้บริการ 111.947 ล้านครั้ง อัตรา 2.450 ครั้งต่อผู้มีสิทธิ UC หนึ่งคนต่อปี

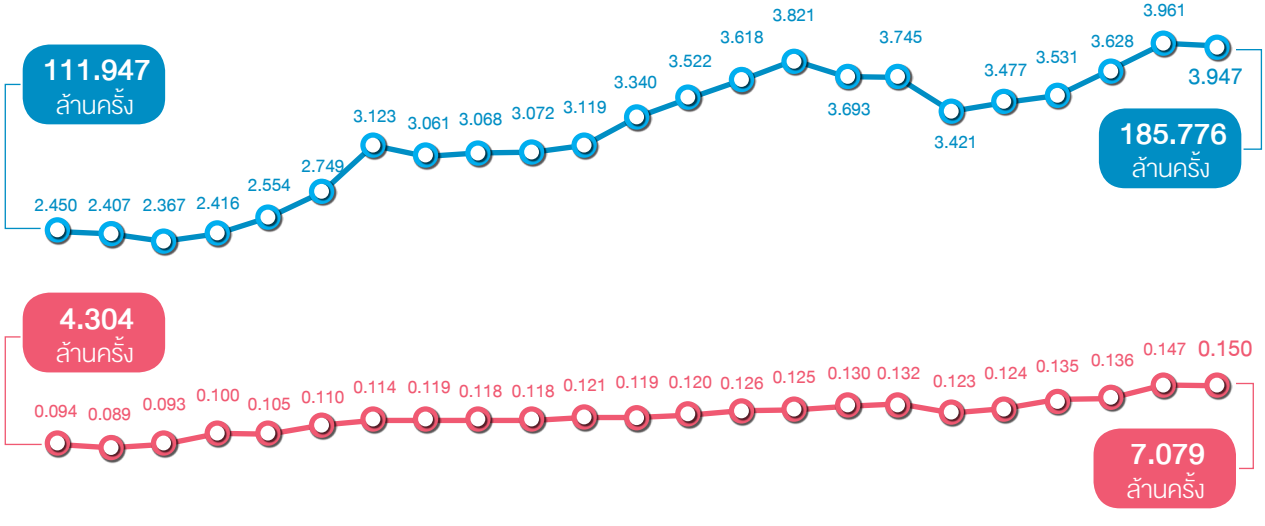
การใช้บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวนการใช้บริการ 4.429 ล้านคน 7.079 ล้านครั้ง (ความถี่การใช้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ย 1.598 ครั้งต่อผู้ป่วยในหนึ่งคนต่อปี) หรืออัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (UR-IP per UC Population) 0.150 ครั้งต่อผู้มีสิทธิ UC หนึ่งคนต่อปี เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ที่มีจำนวนการใช้บริการ 4.304 ล้านครั้ง อัตรา 0.094 ครั้งต่อผู้มีสิทธิ UC หนึ่งคนต่อปี

(แผนภาพที่ 2-8 แผนภาพที่ 2-10 และแผนภาพที่ 2-12) และ (ตารางที่ 2-8)

แผนภาพที่ 2-8

จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2568

(Number of Visits and Utilization rate of Outpatients and Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2003-2025)



อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี) (UR-OP, visits/person/year)

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี) (UR-IP, visits/person/year)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. วิเคราะห์โดย สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. โดย 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim ณ 16 มกราคม 2569 และ 2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: 1. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน / จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน

2. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน / จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน

ตารางที่ 2-8

จำนวนและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2568

(Number of Visits and Utilization rate of Outpatients and Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2003-2025)

ปีงบประมาณ	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี)	บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี)	ประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน (คน)
2546 (2003)	111,947,496	2.450	4,304,010	0.094	45,691,203
2547 (2004)	112,494,014	2.407	4,162,644	0.089	46,732,232
2548 (2005)	111,642,613	2.367	4,405,149	0.093	47,163,799
2549 (2006)	114,765,934	2.416	4,737,047	0.100	47,508,791
2550 (2007)	119,294,050	2.554	4,910,349	0.105	46,713,341
2551 (2008)	128,758,863	2.749	5,171,260	0.110	46,837,374
2552 (2009)	147,602,998	3.123	5,387,513	0.114	47,264,407
2553 (2010)	146,020,982	3.061	5,680,851	0.119	47,710,902
2554 (2011)	146,302,145	3.068	5,624,263	0.118	47,685,565
2555 (2012)	148,807,629	3.072	5,733,702	0.118	48,441,999
2556 (2013)	151,864,201	3.119	5,867,713	0.121	48,682,727
2557 (2014)	161,716,305	3.340	5,751,978	0.119	48,411,833
2558 (2015)	170,341,833	3.522	5,825,479	0.120	48,362,555
2559 (2016)	174,627,554	3.618	6,075,050	0.126	48,268,385
2560 (2017)	184,280,767	3.821	6,044,765	0.125	48,226,078
2561 (2018)	177,274,523	3.693	6,223,147	0.130	48,004,070
2562 (2019)	178,447,406	3.745	6,305,724	0.132	47,649,465
2563 (2020)	162,565,329	3.421	5,863,956	0.123	47,521,215
2564 (2021)	163,583,514	3.477	5,835,018	0.124	47,048,213
2565 (2022)	167,372,891	3.531	6,384,625	0.135	47,405,538
2566 (2023)	170,390,857	3.628	6,398,630	0.136	46,968,556
2567 (2024)	186,252,911	3.961	6,917,987	0.147	47,022,795
2568 (2025)	185,776,318	3.947	7,078,700	0.150	47,069,794

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. วิเคราะห์โดย สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. โดย 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim ณ 16 มกราคม 2569 และ 2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: 1. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน / จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน

2. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน / จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน

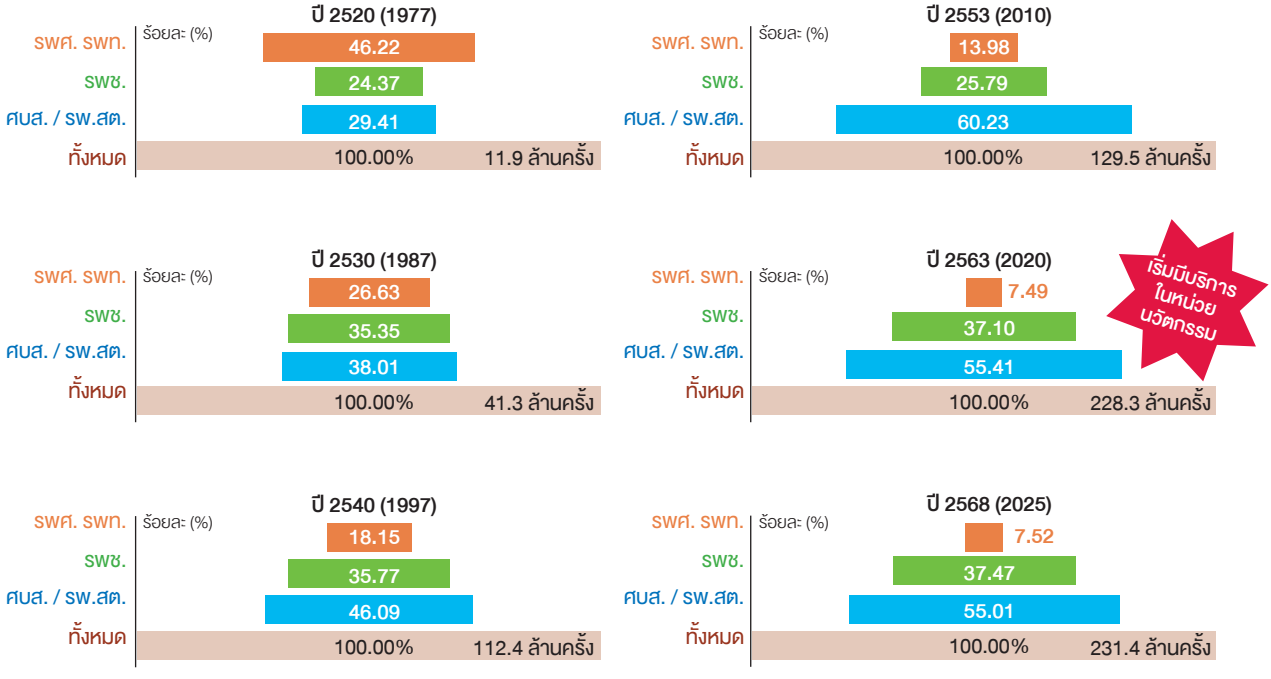
[1] บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Services)

การใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC และการใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกสิทธิ จำแนกตามระดับของหน่วยบริการ พบว่า 50 ปีที่ผ่านมาหรือปี 2520 สัดส่วนการใช้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.22) จะอยู่ในหน่วยบริการขนาดใหญ่ หรือระดับตติยภูมิ (รพศ., รพท., รพ.เฉพาะทาง) ส่วนการใช้บริการในหน่วยบริการขนาดเล็กใกล้บ้าน หรือระดับปฐมภูมิ (รพ.สต., ศบส.) จะมีสัดส่วนเพียง 1 ใน 3 (ร้อยละ 29.41) ***ต่อมารูปแบบการใช้บริการเปลี่ยนไป โดยประชาชนเริ่มเข้าถึงบริการในหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจมากขึ้น*** โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนถึงร้อยละ 46.09 และร้อยละ 60.23 ตามลำดับ

แผนภาพที่ 2-9

สัดส่วนร้อยละแสดงจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทุกสิทธิ จำแนกตามระดับของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2520-2568

(Proportion of OP visits under the UCS and PP visits in all of schemes classified by level of healthcare units in the Fiscal Year 1977-2025)



ที่มา: (1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim (2) ข้อมูลบริการคลินิกนวัตกรรม จาก OP E-Claim, DMIS (3) ข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) ทุกสิทธิ จาก OP 43 แฟ้ม สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: 1. หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (ศบส.) สถานบริการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คลินิกชุมชนอบอุ่น และหน่วยบริการนวัตกรรม (ปี 2563 เริ่มให้บริการในร้านขายยา ปี 2568 ให้บริการในร้านขายยา คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกกายภาพบำบัด และคลินิกเทคนิคการแพทย์)

2. หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย ขนาด 120 เตียงขึ้นไป (M2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 60-120 เตียง (F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง 30-90 เตียง (F2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 10 เตียง (F3) โรงพยาบาลเอกชน

3. หน่วยบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง (M1) โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทย์ศาสตร์ (UHOSNET)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ตามนโยบายลดความแออัดของหน่วยบริการขนาดกลางและขนาดใหญ่ มีการให้บริการในหน่วยนวัตกรรม โดยร้านขายยาแผนปัจจุบันร่วมให้บริการจ่ายยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่ เพื่อลดภาระของหน่วยบริการฯ และปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประชาชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการนวัตกรรม 7 กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ ร้านขายยา คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทยคลินิกกายภาพบำบัด และคลินิกเทคนิคการแพทย์ ทั่วประเทศ โดยสัดส่วนการใช้บริการในหน่วยบริการขนาดใหญ่ลดลงเหลือร้อยละ 7.52 ในขณะที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจและหน่วยนวัตกรรมเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 55.01 (แผนภาพที่ 2-9)

แผนภาพที่ 2-10

สถานการณ์บริการผู้ป่วยนอก จำนวนคน จำนวนครั้ง อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Outpatients, Visits, OP Utilization rate under the UCS in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: 1. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน / จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน

2. คำนวณจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก นับตามโรคหลัก ไม่นับรวมปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ (ICD-10: Z00-Z99) และบริการแพทย์แผนไทย (ICD10: U50-U77)

อันดับโรค/กลุ่มโรคบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC โดยคำนวณจากจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ตามโรคหลัก (PDx) ไม่นับรวมปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ (ICD-10: Z00-Z99) และบริการแพทย์แผนไทย (ICD-10: U50-U77) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกใน 20 อันดับกลุ่มโรคแรก มีจำนวน 97.111 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.27 จากทั้งหมด 185.776 ล้านครั้ง โดย 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ) (I10: Essential (primary) hypertension) ความผิดปกติของเมตะบอลิซึมของไลโปโปรตีนและภาวะไขมันในเลือดอื่น (E18: Disorders of lipoprotein metabolism and other lipidaemia's) เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (E11: Non-insulin-dependent diabetes mellitus) คอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน (ไข้หวัด) (J00: Acute nasopharyngitis [common cold]) และไตวายเรื้อรัง (N18: Chronic renal failure) ตามลำดับ (แผนภาพที่ 2-11 และตารางภาคผนวกที่ 5-4)

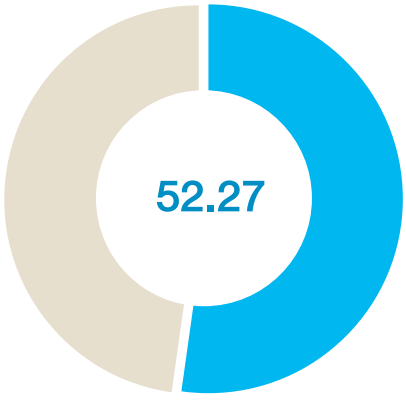
แผนภาพที่ 2-11

5 อันดับโรคหลัก/กลุ่มโรคหลัก ของผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Top 5 Principal of Diseases of UCS Outpatients in the Fiscal Year 2025)

โรคหลัก (PDX) ที่พบสูงสุด 5 อันดับแรก



สัดส่วนจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก 20 กลุ่มโรคแรก จำแนกตาม PDX



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim
สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 24 กุมภาพันธ์ 2569
หมายเหตุ: คำนวณจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก นับตามโรคหลัก ไม่นับรวมปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ และการให้บริการสุขภาพ (ICD-10: Z00-Z99) และบริการแพทย์แผนไทย (ICD10: U50-U77)

[2] บริการผู้ป่วยใน (Inpatient Services)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 **การใช้บริการผู้ป่วยใน**มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอยู่ที่ 4.429 ล้านคน 7.078 ล้านครั้ง (เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 2.32) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.150 ครั้งต่อคนต่อปี) **ผลรวมจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Sum of LOS)** เป็น 29.10 ล้านวัน (เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 4.92) **ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW)** ซึ่งสะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรเพื่อให้บริการแบบผู้ป่วยในหรือการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้หน่วยบริการ เป็น 10.16 ล้านหน่วย (เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 5.55) **ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Case Mix Index: CMI)** เป็น 1.436 โดยพบว่า จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงกว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงความถี่ในการเข้ารับบริการที่สูงขึ้นต่อผู้ป่วยหนึ่งคน (ตารางที่ 2-9 และแผนภาพที่ 2-12)

ตารางที่ 2-9

จำนวนคน จำนวนครั้ง อัตราการใช้บริการ ผลรวมวันนอน ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน ของผู้ป่วยใน สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2568

(Number of Patients, Visits, IP Utilization rate, Sum of Length of Stay (LOS) and Sum of Adj.RW of Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2005-2025)

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยใน (คน)	บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี)	ผลรวมวันนอน LOS (วัน)	วันนอนเฉลี่ย (วัน)	ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน Sum of Adj. RW	ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน Case Mix Index: CMI	ประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน (คน)
2548 (2005)	3,231,015	4,405,149	0.093	19,170,750	4.352	3,734,202	0.848	47,163,799
2549 (2006)	3,429,733	4,737,047	0.100	20,263,127	4.278	4,094,562	0.864	47,508,791
2550 (2007)	3,533,153	4,910,349	0.105	20,798,318	4.236	4,358,381	0.888	46,713,341
2551 (2008)	3,684,214	5,171,260	0.110	21,409,411	4.140	5,117,234	0.990	46,837,374
2552 (2009)	3,831,761	5,387,513	0.114	22,165,208	4.114	5,528,094	1.026	47,264,407
2553 (2010)	3,993,667	5,680,851	0.119	23,363,046	4.113	6,106,844	1.075	47,710,902
2554 (2011)	3,930,935	5,624,263	0.118	23,467,514	4.173	6,452,531	1.147	47,685,565
2555 (2012)	3,985,712	5,733,702	0.118	23,991,450	4.184	6,471,060	1.129	48,441,999
2556 (2013)	4,080,533	5,867,713	0.121	24,385,426	4.156	6,461,542	1.101	48,682,727
2557 (2014)	3,908,715	5,751,978	0.119	24,120,100	4.193	6,664,124	1.159	48,411,833
2558 (2015)	3,932,756	5,825,479	0.120	24,384,270	4.186	6,827,049	1.172	48,362,555
2559 (2016)	4,064,384	6,075,050	0.126	25,389,467	4.179	7,143,987	1.176	48,268,385
2560 (2017)	3,989,377	6,044,765	0.125	25,386,439	4.200	7,270,377	1.203	48,226,078
2561 (2018)	4,069,821	6,223,147	0.130	25,885,109	4.159	7,407,946	1.190	48,004,070
2562 (2019)	4,122,183	6,305,724	0.132	25,957,537	4.117	7,590,138	1.204	47,649,465
2563 (2020)	3,830,352	5,863,956	0.123	24,288,463	4.142	7,482,527	1.276	47,521,215
2564 (2021)	3,916,356	5,835,018	0.124	29,780,992	5.104	7,569,970	1.297	47,048,213
2565 (2022)	4,428,446	6,384,625	0.135	33,131,842	5.189	8,079,731	1.265	47,405,538
2566 (2023)	4,113,904	6,398,630	0.136	27,243,037	4.258	8,897,992	1.391	46,968,556
2567 (2024)	4,397,328	6,917,987	0.147	27,736,682	4.009	9,628,116	1.392	47,022,795
2568 (2025)	4,428,842	7,078,700	0.150	29,100,272	4.111	10,162,854	1.436	47,069,794

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน / จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน

แผนภาพที่ 2-12

สถานการณ์บริการผู้ป่วยใน จำนวนคน จำนวนครั้ง อัตราการใช้บริการ ผลรวมวันนอน ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน ของผู้ป่วยใน สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Patients, Visits, IP Utilization rate, Sum of Length of Stay (LOS) and Sum of Adj.RW of Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

7.078 ล้านครั้ง
บริการผู้ป่วยใน
(เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.32 จากปีงบประมาณ 2567)

4.429 ล้านคน
จำนวนผู้ป่วยใน
(เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.72 จากปีงบประมาณ 2567)

0.150 ครั้ง/คน/ปี
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน
(ปีงบประมาณ 2567 อัตรา 0.147 ครั้ง/คน/ปี)

29.10 ล้านวัน
ผลรวมวันนอน
(เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.92 จากปีงบประมาณ 2567)

4.11 วัน
วันนอนเฉลี่ย
(เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.54 จากปีงบประมาณ 2567)

10.16 ล้านหน่วย
ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน sum of Adj.RW
(เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.55 จากปีงบประมาณ 2567)

1.436 หน่วย
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน Case Mix Index: CMI
(ปีงบประมาณ 2567 CMI = 1.392)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC = ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC ในรอบปีที่รายงาน / จำนวนประชากรสิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน ในปีที่รายงาน

อันดับโรคของบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC โดยคำนวณจากจำนวนคนที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน ตามโรคหลัก (PDx) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า สัดส่วนการเข้ารับบริการผู้ป่วยใน 20 อันดับแรก มีจำนวน 2.759 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.98 จากทั้งหมด 7.07 ล้านครั้ง โดยการเข้ารับบริการสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบและลำไส้ใหญ่อักเสบจากการติดเชื้อและจากสาเหตุที่ไม่ระบุรายละเอียด (A09 : Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin) ปอดบวม ไม่ระบุเชื้อต้นเหตุ (J18 : Pneumonia, organism unspecified) ต้อกระจกในวัยชรา (H25 : Senile cataract) ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ) (I10: Essential hypertension (primary)) และเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (E11: Non-insulin-dependent diabetes mellitus) ตามลำดับ

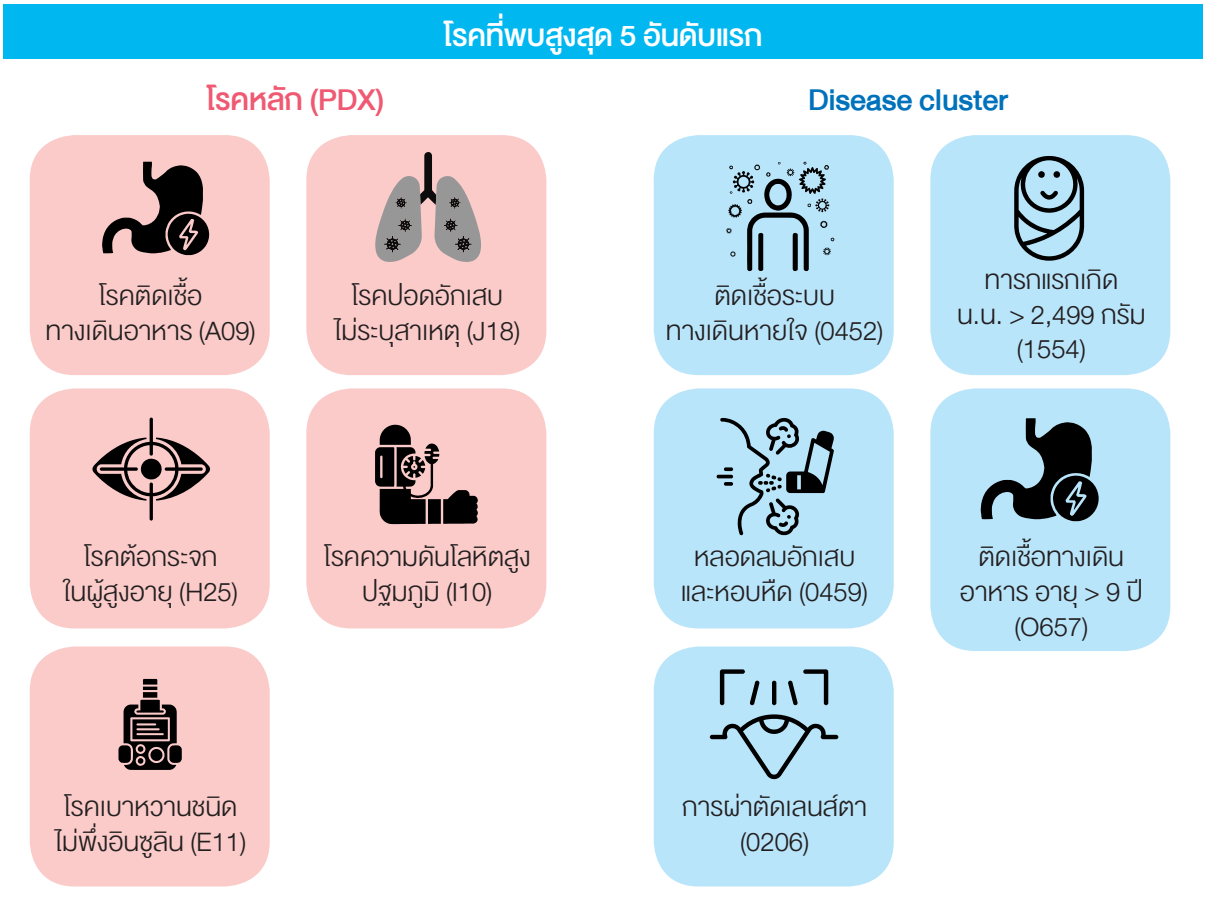
อันดับ Disease Cluster ของบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC โดยคำนวณจากจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related groups: Disease Cluster) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า สัดส่วนการเข้ารับบริการผู้ป่วยใน 20 อันดับแรก มีจำนวน 3.189 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.05 โดย 5 อันดับแรก คือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (0452 : Respiratory infection/inflammation) ทารกแรกเกิดคลอดปกติ น้ำหนักเกิน 2,499 กรัม (1554 : Newborn admit weight >2,499 gm without procedure) หลอดลมอักเสบและหอบหืด (0459 : Bronchitis and asthma) ติดเชื้อทางเดินอาหาร อายุเกิน 9 ปี (0657 : Gastroenteritis age > 9 Years) และผ่าตัดเลนส์ตา (0206 : Major lens procedures) ตามลำดับ

(แผนภาพที่ 2-13 ตารางภาคผนวกที่ 5-5 และ 5-7)

แผนภาพที่ 2-13

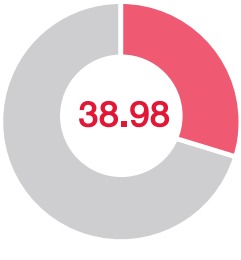
5 อันดับโรคหลัก/กลุ่มโรคหลัก และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 5 Principal of Diseases and Diagnosis related groups: Disease Cluster of UCS Inpatients in the Fiscal Year 2025)



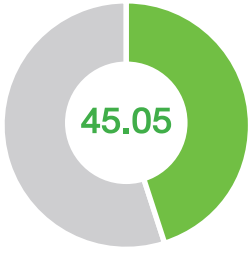
การจัดอันดับโรคตามการวินิจฉัยหลัก (PDX) และตาม Disease Cluster **แตกต่างกัน**
โดย PDX สะท้อนลักษณะของโรค ขณะที่ Disease Cluster สะท้อนการใช้ทรัพยากรในการรักษา

สัดส่วนจำนวนครั้งผู้ป่วยใน 20 กลุ่มโรคแรก จำแนกตาม PDX



สัดส่วนของกลุ่มโรคตาม PDX แตกต่างจาก Disease cluster โดย 20 กลุ่มโรคหลักแรก ตาม PDX คิดเป็นร้อยละ 38.98 ขณะที่ 20 กลุ่ม Disease cluster แรก คิดเป็นร้อยละ 45.05

สัดส่วนจำนวนครั้งผู้ป่วยใน 20 กลุ่มโรคแรก จำแนกตาม Disease cluster



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ : คำนวณจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน นับตามโรคหลัก และนับตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างๆ ตามการวินิจฉัยและการรักษาใกล้เคียงกัน หรือ Disease Cluster (DC)

อันดับโรคของผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต โดยคำนวณจากจำนวนคนที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน ตามโรคหลัก (PDx) และมีสถานะจำหน่ายเป็นเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล 20 อันดับแรก มีจำนวน 93,336 คน คิดเป็นร้อยละ 59.82 จากทั้งหมด 156,016 คน โดย 5 อันดับแรก คือ ปอดบวมไม่ระบุเชื้อต้นเหตุ (J18 : Pneumonia, organism unspecified) ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มิได้จำแนกไว้ที่ใด (J15 : Bacterial pneumonia, not elsewhere classified) เลือดออกในสมองใหญ่ (I61 : Intracerebral haemorrhage) หัวใจล้มเหลว (I50 : Heart failure) และปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น (J44: Other chronic obstructive pulmonary disease) ตามลำดับ

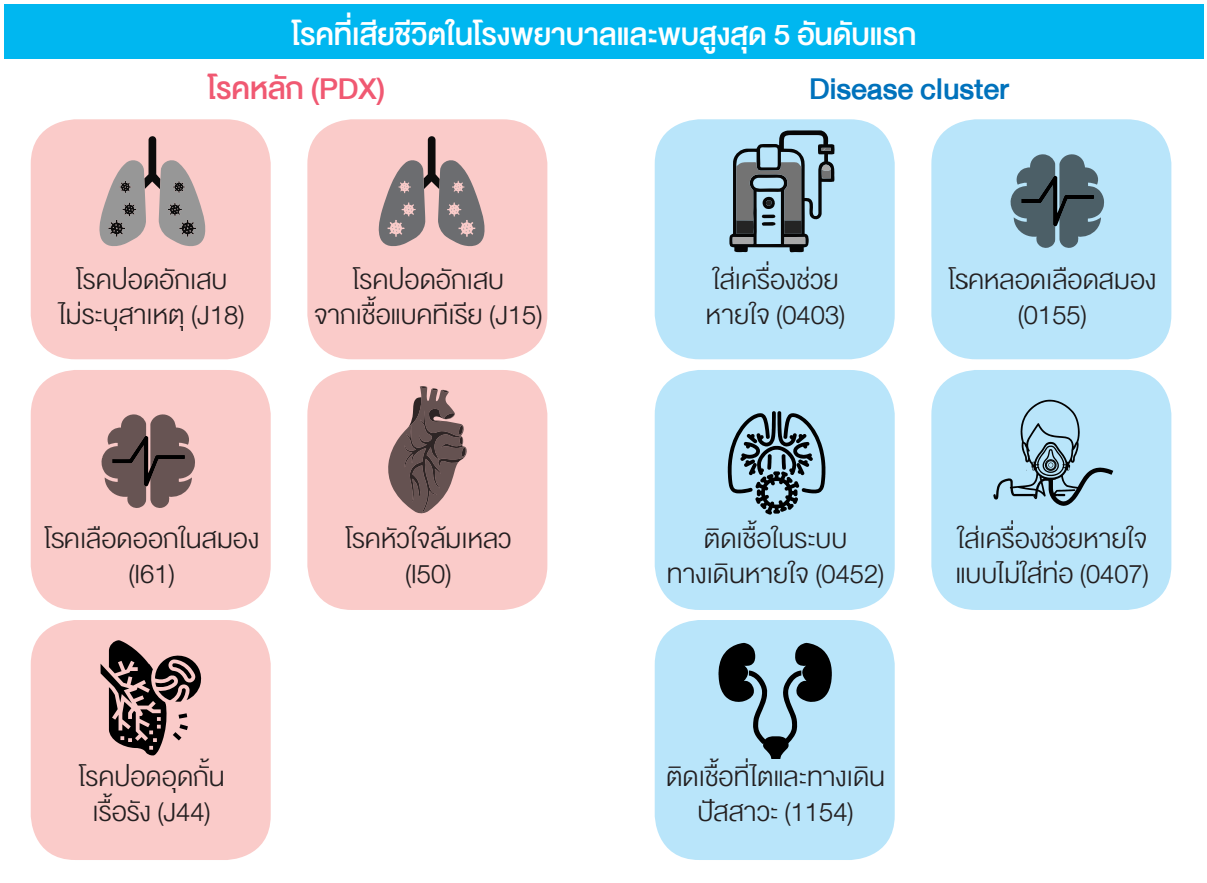
อันดับ Disease Cluster ของผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต โดยคำนวณจากจำนวนคนที่เข้ารับบริการผู้ป่วยในตาม Disease Cluster (DC) และมีสถานะจำหน่ายเป็นเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล 20 อันดับแรก มีจำนวน 100,415 คน คิดเป็นร้อยละ 64.36 โดย 5 อันดับแรก คือ ใส่เครื่องช่วยหายใจ (0403 : Ventilator support) โรคหลอดเลือดสมอง (0155 : Specific cerebrovascular disorders exclude TIA) ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (0452 : Respiratory infection/inflammation) ใส่เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อ (0407: Noninvasive ventilation) และติดเชื้อที่ไตและทางเดินปัสสาวะ (1154 : Kidney and urinary tract infection) ตามลำดับ

(แผนภาพที่ 2-14 ตารางภาคผนวกที่ 5-6 และ 5-8)

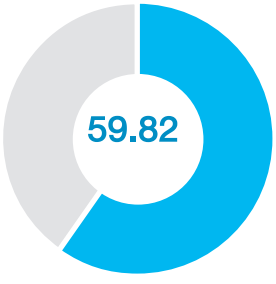
แผนภาพที่ 2-14

5 อันดับโรคหลัก/กลุ่มโรคหลัก และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 5 Principal of Diseases and Diagnosis related groups: Disease Cluster of UCS Inpatients in the Fiscal Year 2025)

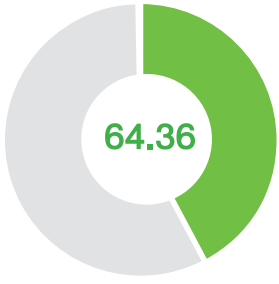


สัดส่วนผู้ป่วยใน
ที่เสียชีวิต 20 กลุ่มโรคแรก
จำแนกตาม PDX



สัดส่วนของกลุ่มโรคตาม PDX แตกต่างจาก Disease cluster ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล โดย 20 กลุ่มโรคหลักแรกตาม PDX คิดเป็นร้อยละ 59.82 ขณะที่ 20 กลุ่ม Disease cluster แรก คิดเป็นร้อยละ 64.36

สัดส่วนผู้ป่วยใน
ที่เสียชีวิต 20 กลุ่มโรคแรก
จำแนกตาม Disease cluster



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ : 1. คำนวณจากจำนวนคนที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต นับตามโรคหลัก และนับตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างๆ ตามการวินิจฉัยและการรักษาใกล้เคียงกัน หรือ Disease Cluster (DC)
2. สถานะการจำหน่าย = เสียชีวิต (Discharge Type = 8 หรือ 9)

จำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน ของแต่ละระดับ-สังกัดหน่วยบริการ พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยในมากที่สุด คือ 3.167 ล้านครั้ง รองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป 1.690 ล้านครั้ง และโรงพยาบาลศูนย์ 1.482 ล้านครั้ง ตามลำดับ (ตารางที่ 2-10)

ตารางที่ 2-10

จำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน จำแนกตามระดับและสังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Number of visits of Inpatients classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: ครั้ง

ระดับ-สังกัดหน่วยบริการ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
โรงพยาบาลศูนย์ (Regional hosp.) (36 แห่ง)	1,334,826	1,347,637	1,481,028	1,483,069	1,481,853
โรงพยาบาลทั่วไป (Provincial hosp.) (91 แห่ง)	1,552,405	1,571,719	1,675,337	1,677,646	1,690,452
โรงพยาบาลชุมชน (District hosp.) (769 แห่ง)	2,642,362	2,543,949	2,997,468	3,001,599	3,166,601
โรงพยาบาลสังกัดกรมใน สธ. (MoPH hosp.) (57 แห่ง)	149,311	162,284	143,471	143,669	144,440
โรงพยาบาลรัฐนอก สธ. (non-MoPH hosp.) (84 แห่ง)	192,274	178,706	144,532	144,731	138,673
รพ.กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET) (29 แห่ง)	198,483	190,556	327,620	328,072	322,089
โรงพยาบาลเอกชน (Private hosp.) (73 แห่ง)	149,445	96,562	126,523	126,697	134,592
ภาพรวมประเทศ (Total) (1,139 แห่ง)	**5,835,018**	**6,384,625**	**6,398,630**	**6,917,987**	**7,078,700**
อัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีก่อนหน้า	-	**9.42%**	**0.22%**	**8.12%**	**2.32%**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: นับรวมทารกปกติ (Well Baby) ที่คลอดในโรงพยาบาล (รหัส Z380)

วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย เป็นตัวชี้วัดการบริหารหน่วยบริการ เพราะมีความสำคัญต่ออัตราการหมุนเวียนเตียงซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด และคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกรมในกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 12.55 วัน รองลงมา คือ โรงพยาบาลกลุ่มแพทยศาสตร์หรือโรงเรียนแพทย์ (UHOSNET) 6.04 วัน และโรงพยาบาลรัฐนอก สธ. 5.08 วัน ตามลำดับ (ตารางที่ 2-11)

ตารางที่ 2-11

วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย จำแนกตามระดับและสังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Average length of stay classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: วัน

ระดับ-สังกัดหน่วยบริการ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
โรงพยาบาลศูนย์ (Regional hosp.) (36 แห่ง)	5.66	5.51	4.85	4.55	4.57
โรงพยาบาลทั่วไป (Provincial hosp.) (91 แห่ง)	5.11	5.04	4.32	4.02	4.07
โรงพยาบาลชุมชน (District hosp.) (769 แห่ง)	4.04	4.54	3.25	3.12	3.34
โรงพยาบาลสังกัดกรมใน สธ. (MoPH hosp.) (57 แห่ง)	11.92	10.91	11.27	12.27	12.55
โรงพยาบาลรัฐนอก สธ. (non-MoPH hosp.) (84 แห่ง)	7.23	6.66	5.68	4.93	5.08
รพ.กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET) (29 แห่ง)	7.28	6.73	6.23	6.08	6.04
โรงพยาบาลเอกชน (Private hosp.) (73 แห่ง)	5.31	5.72	3.16	2.79	2.84
ภาพรวมประเทศ (Total) (1,139 แห่ง)	**5.10**	**5.19**	**4.26**	**4.01**	**4.11**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: 1) วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน คำนวณจากผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป

2) นับรวมทารกปกติ (Well Baby) ที่คลอดในโรงพยาบาล (รหัส Z380)

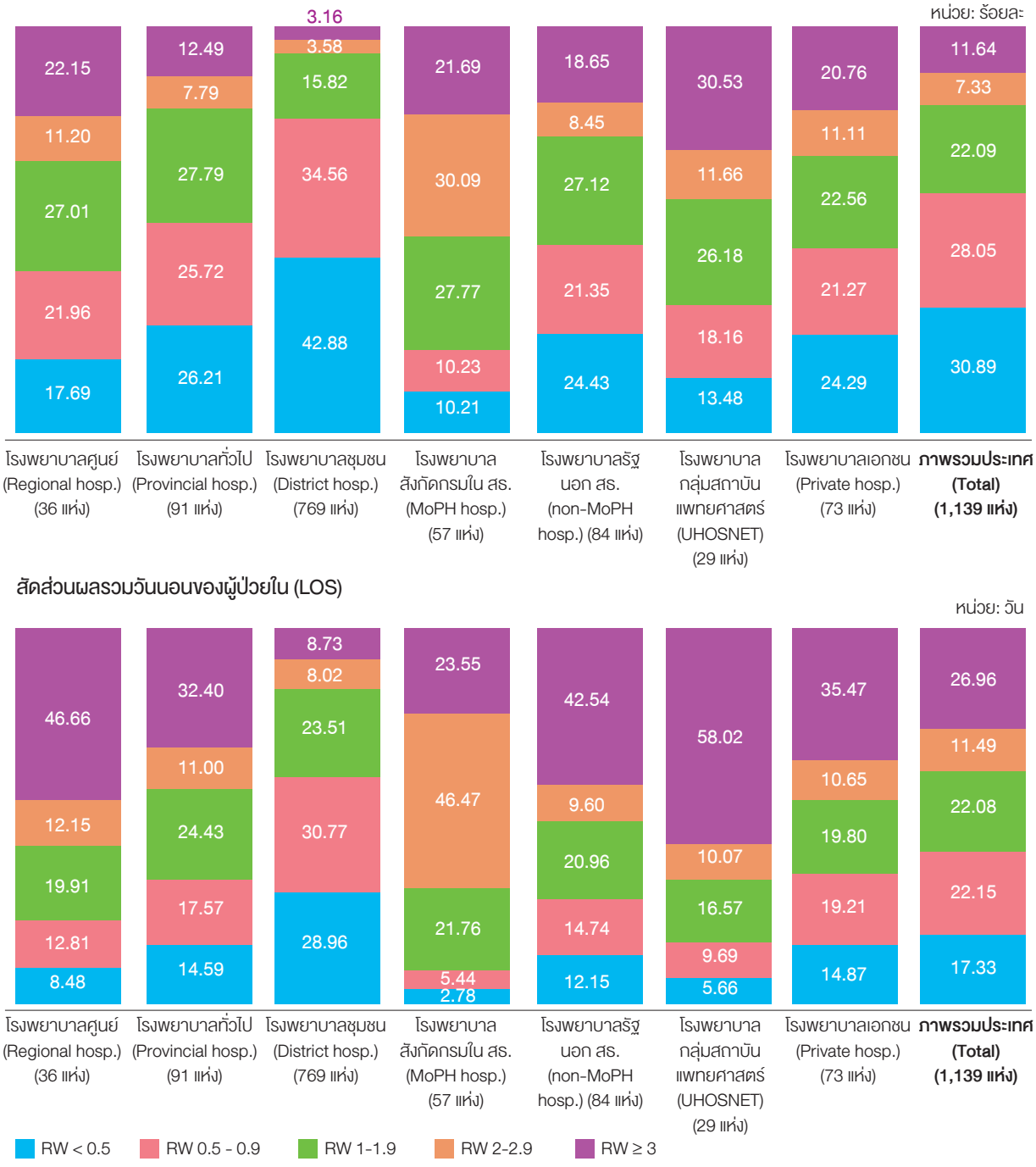
สัดส่วนจำนวนบริการการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ของหน่วยบริการแต่ละระดับและสังกัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่าสัดส่วนของการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) < 0.5 สูงสุด คือโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 42.88) รองลงมา คือโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 26.21) และโรงพยาบาลรัฐนอก สธ. (ร้อยละ 24.43) **สำหรับสัดส่วนของผลรวมวันนอนโรงพยาบาล** ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ≥3 สูงสุด คือโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET) (ร้อยละ 58.02) รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ (46.66) และโรงพยาบาลรัฐสังกัดนอก สธ. (ร้อยละ 42.54) (แผนภาพที่ 2-15)

แผนภาพที่ 2-15

สัดส่วนของผลรวมการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และผลรวมวันนอนโรงพยาบาล จำแนกตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ และระดับ-สังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Proportion of sum of admission and sum of Length of Stay classified by Range of RW and level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2025)

สัดส่วนร้อยละการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน (Admission)



สัดส่วนผลรวมวันนอนของผู้ป่วยใน (LOS)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ : 1) วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน คำนวณจากผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป

2) นับรวมทารกปกติ (Well Baby) ที่คลอดในโรงพยาบาล (รหัส Z380)

Case Mix Index (CMI) คือ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) หรือ น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : Adj.RW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด เป็นดัชนีที่ใช้บอกถึงส่วนผสม (Mix) ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปเปรียบเทียบกับค่าของช่วงเวลาที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับค่า CMI ของหน่วยงานอื่นๆ ได้ เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพของการให้บริการรักษาพยาบาล โดยเทียบเคียงกับ CMI ของหน่วยบริการในระดับเดียวกันหรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนเพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีศักยภาพสอดคล้องกับระดับบริการที่เป็นอยู่

จากผลการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เมื่อเทียบกับศักยภาพตามเกณฑ์เป้าหมายแล้วยังอยู่ในเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 CMI เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เมื่อพิจารณาตามประเภทหน่วยบริการ พบว่ากลุ่มที่มี CMI สูงสุด คือ โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET) (CMI=2.70) รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน (CMI=2.18) และโรงพยาบาลศูนย์ (CMI =2.18) ตามลำดับ (ตารางที่ 2-12)

ตารางที่ 2-12

น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน จำแนกตามระดับ-สังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Number of Case Mix Index (CMI) classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: CMI

ระดับ-สังกัดหน่วยบริการ	เป้าหมาย CMI	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
โรงพยาบาลศูนย์ (Regional hosp.) (36 แห่ง)	≥1.6	1.96	2.28	2.24	2.10	2.18
โรงพยาบาลทั่วไป (Provincial hosp.) (91 แห่ง)	≥1.2	1.37	1.53	1.58	1.45	1.49
โรงพยาบาลชุมชน (District hosp.) (769 แห่ง)	≥0.8	0.71	0.87	0.84	0.78	0.84
โรงพยาบาลสังกัดกรมใน สธ. (MoPH hosp.) (57 แห่ง)	-	1.97	1.98	2.22	2.10	2.24
โรงพยาบาลรัฐนอก สธ. (non-MoPH hosp.) (84 แห่ง)	-	1.58	1.37	2.03	1.86	1.98
รพ.กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET) (29 แห่ง)	-	2.48	4.21	2.94	2.61	2.70
โรงพยาบาลเอกชน (Private hosp.) (73 แห่ง)	-	1.91	1.75	2.34	2.22	2.10
ภาพรวมประเทศ (Total) (1,139 แห่ง)	**-**	**1.30**	**1.51**	**1.50**	**1.39**	**1.44**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ : 1) Case Mix Index (CMI) คำนวณจาก $\frac{\text{ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.Rw)}}{\text{ผลรวมจำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยใน (Sum of visits)}}$

2) เกณฑ์ระดับ CMI (1) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ≥ 1.2 (2) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ≥ 1.0 (3) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ≥ 8.0 และ (4) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ≥ 0.6

3) นับรวมทารกปกติ (Well Baby) ที่คลอดในโรงพยาบาล (รหัส Z380)

สัดส่วนการรับบริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการแต่ละระดับ-สังกัด

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 บริการผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ให้บริการในหน่วยบริการ 3 ระดับหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นหน่วยบริการในสังกัดโรงพยาบาลรัฐ ในสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยคิดเป็นร้อยละ 89.55 ของจำนวนครั้งบริการ และร้อยละ 83.35 ของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมด ขณะที่การใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลซึ่งสะท้อนจากผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW) พบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนสูงสุด (ตารางที่ 2-13)

ตารางที่ 2-13

สัดส่วนจำนวนครั้งการรับบริการแบบผู้ป่วยใน วันนอนโรงพยาบาล และการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล จำแนกตามระดับ-สังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of visits, Sum of LOS, Sum of Adj.RW, and CMI-Adj.RW classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2025)

ระดับ-สังกัดหน่วยบริการ	ปีงบประมาณ 2568								
	แห่ง	ผู้ป่วยใน (ครั้ง) IP (visits)	ร้อยละ (%)	วันนอน ร.พ. LOS (days)	ร้อยละ (%)	วันนอนเฉลี่ย (วัน)	Sum of Adj.RW	ร้อยละ (%)	CMI
โรงพยาบาลศูนย์ (Regional hospital)	36	1,481,853	20.93	6,776,337	23.29	4.57	3,224,396	31.73	2.18
โรงพยาบาลทั่วไป (Provincial hospital)	91	1,690,452	23.88	6,886,822	23.67	4.07	2,525,283	24.85	1.49
โรงพยาบาลชุมชน (District hospital)	769	3,166,601	44.73	10,591,067	36.40	3.34	2,650,622	26.08	0.84
โรงพยาบาลสังกัดกรมใน สธ. (MoPH hospital)	57	144,440	2.04	1,812,690	6.23	12.55	324,192	3.19	2.24
โรงพยาบาลรัฐนอก สธ. (non-MoPH hospital)	84	138,673	1.96	703,886	2.42	5.08	274,210	2.70	1.98
โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET)	29	322,089	4.55	1,946,574	6.69	6.04	870,666	8.57	2.70
โรงพยาบาลเอกชน (Private hospital)	73	134,592	1.90	382,896	1.32	2.84	293,485	2.89	2.18
รวม (Total)	**1,139**	**7,078,700**	**100.00**	**29,100,272**	**100.00**	**4.11**	**10,162,854**	**100.00**	**1.44**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. (M&E) ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: นับรวมทารกปกติ (Well Baby) ที่คลอดในโรงพยาบาล (รหัส Z380)

5.3 บริการกรณีเฉพาะ
(Specialized services and High-cost Services)

[1] โรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Artery Disease)

1) บริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevated Myocardial Infarction (STEMI)

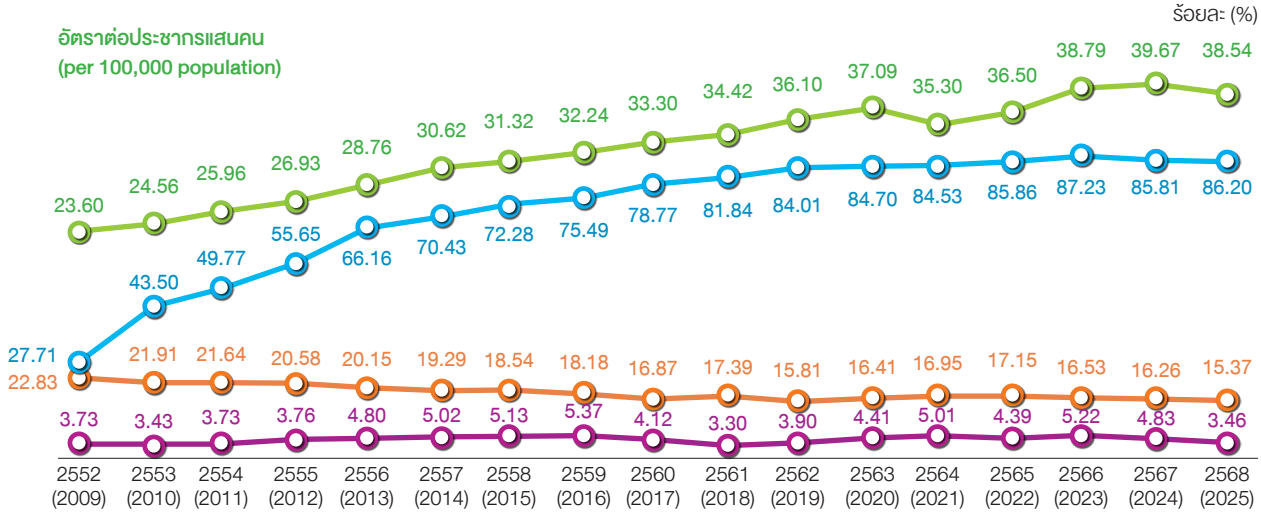
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีอัตราป่วยตายสูงและต้องอาศัยระบบบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ข้อมูลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรค STEMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 23.60 ต่อประชากรแสนคน (8,417 คน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เป็น 38.54 ต่อประชากรแสนคน (14,656 คน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ขณะเดียวกัน สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ (PCI) เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 27.71 (2,332 คน) เป็นร้อยละ 86.20 (12,632 คน) สะท้อนถึงการขยายการเข้าถึงบริการรักษาที่มีประสิทธิผล

ในด้านโครงสร้างระบบบริการ พบว่ามีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาด้วย PCI จำนวน 88 แห่ง และหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้ยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 949 แห่งทั่วประเทศ ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น โดยอัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 22.83 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 15.37 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ขณะที่อัตราการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วันหลังจำหน่ายมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ อยู่ระหว่างร้อยละ 3.43-5.37 (แผนภาพที่ 2-16)

แผนภาพที่ 2-16

บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2568

(Service for ST-elevated Myocardial Infarction (STEMI) patients aged 15 years and over under the UCS in the Fiscal Year 2009-2025)



- อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อประชากรแสนคน (Admission Rate per 100,000 pop.)
- ร้อยละผู้ป่วยรับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือใส่สายสวนหัวใจ (% of Thrombolytic treatment and/or Primary PCI)
- ร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังรับไว้รักษา (% of Fatality rate within 30 days)
- ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วัน (Re-admission rate within 28 days)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (IP-OP E-claim) รายงานตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator: H0301) ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 19 มกราคม 2569 โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

(2) บริการหัตถการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

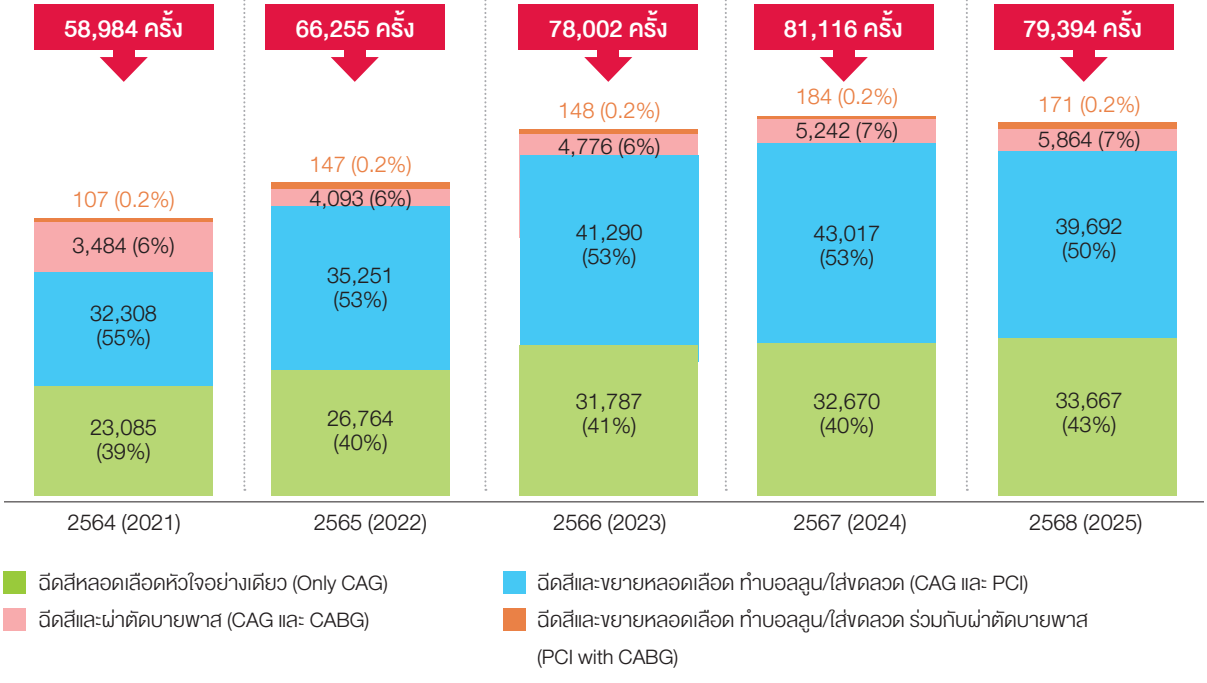
สิทธิประโยชน์ของ สปสช. ช่วยให้ประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้เข้าถึงบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีค่ารักษาพยาบาลที่สูง ลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือน เพิ่มการวินิจฉัยและรักษาที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 65,744 คน 79,394 ครั้ง โดยจำแนกตามหัตถการในการเข้ารักษาพยาบาลครั้งนั้น ดังนี้ (1) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจเพื่อวินิจฉัยการตีบตันของหลอดเลือด (Coronary Artery Angiography: CAG) เพียงอย่างเดียว 33,667 ครั้ง (ร้อยละ 42.40) (2) การฉีดสี และขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการทำบอลลูนและ/หรือใส่ขดลวดค้ำยัน stent (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) 39,962 ครั้ง (ร้อยละ 49.99) (3) การฉีดสี และผ่าตัดบายพาส (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) 5,864 ครั้ง (ร้อยละ 7.39) และ (4) การฉีดสี และการทำ PCI และ CABG จำนวน 171 ครั้ง (ร้อยละ 0.22) ตามลำดับ (แผนภาพที่ 2-17)

แผนภาพที่ 2-17

บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการใส่สายสวนและฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (CAG) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการทำบอลลูน/ใส่ขดลวดค้ำยัน (PCI) และการผ่าตัดบายพาส (CABG) สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Service for Cardiovascular patients classified by treatment of CAG, PCI and CABG under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP E-claim) โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 9 กุมภาพันธ์ 2569

หมายเหตุ: 1. Only CAG หมายถึง การให้บริการหัตถการ CAG เพียงอย่างเดียวในการเข้ารักษาพยาบาลครั้งนั้น
2. PCI หมายถึง การให้บริการหัตถการ CAG ก่อน PCI ในการเข้ารักษาพยาบาลครั้งนั้น
3. CABG หมายถึง การให้บริการหัตถการ CAG ก่อน CABG ในการเข้ารักษาพยาบาลครั้งนั้น
4. PCI with CABG หมายถึง การให้บริการหัตถการ CAG ก่อนทำ PCI ร่วมกับ CABG

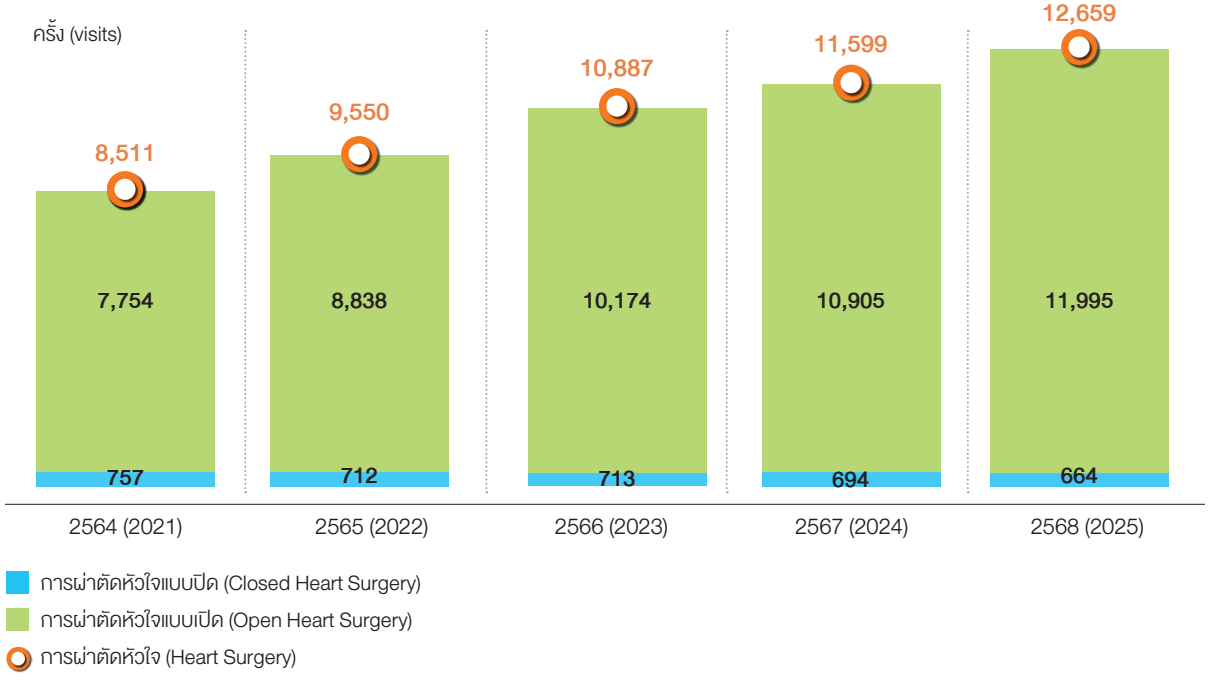
(3) บริการผ่าตัดหัวใจในผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด (Heart Surgery)

การผ่าตัดหัวใจ เป็นบริการสาธารณสุขที่มีค่าใช้จ่ายสูง ก่อให้เกิดภาระค้านค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการผ่าตัด จำนวน 70 แห่ง ให้บริการผ่าตัดหัวใจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งสิ้น 12,659 ครั้ง โดยเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบปิด 664 ครั้ง (ร้อยละ 5.25) และผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 11,995 ครั้ง (ร้อยละ 94.75) (แผนภาพที่ 2-18)

แผนภาพที่ 2-18

บริการผ่าตัดหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568

(Heart Surgery for patients with cardiovascular diseases under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)



ที่มา: (1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP E-claim) ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 3 กุมภาพันธ์ 2569 (2) ข้อมูล DMIS สำหรับบริการ Heart Transplantation ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 6 กุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: 1) การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed Heart Surgery) หมายถึง การผ่าตัดหัวใจหรือเส้นเลือดแดงใหญ่ บริเวณหัวใจโดยขณะผ่าตัดหัวใจยังคงทำงานปกติ ไม่ได้ใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมในการผ่าตัด

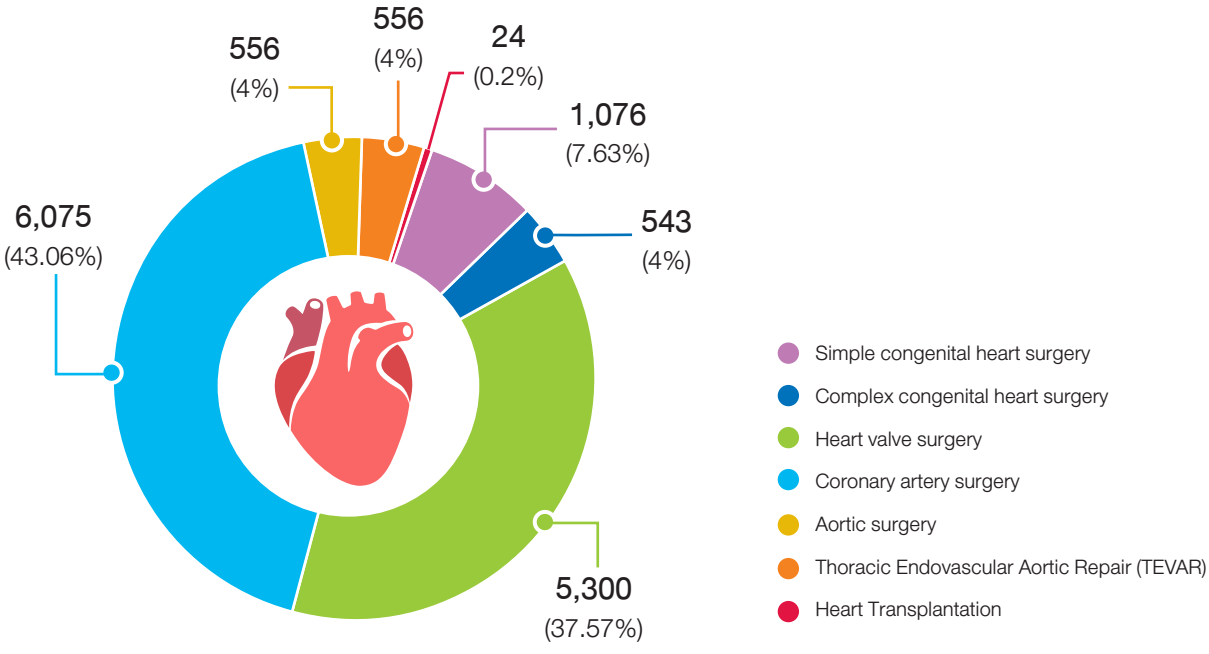
2) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) เป็นเทคนิคการผ่าตัดที่เบี่ยงเบน (Bypass) ให้เลือดที่ไหลกลับมาจากส่วนต่างๆ ของร่างกายไหลเวียนนอกหัวใจและปอด Extracorporeal Circulation ร่วมกับ การใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม (Pump-Oxygenator) เช่น วิธี Complex congenital heart surgery, Heart valve surgery, Coronary artery surgery เป็นต้น

บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับบริการสูงสุด 3 อันดับแรก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้แก่ วิธี การผ่าตัดบายพาสหัวใจ (Coronary artery surgery) จำนวน 6,075 ครั้ง (ร้อยละ 43.06) รองลงมาคือ การผ่าตัดลิ้นหัวใจ (Heart valve surgery) จำนวน 5,300 ครั้ง (ร้อยละ 37.57) และการผ่าตัดรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่ซับซ้อน (Simple Congenital Heart Surgery) จำนวน 1,076 ครั้ง (ร้อยละ 7.63) ตามลำดับ (แผนภาพที่ 2-19)

แผนภาพที่ 2-19

บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Open Heart Surgery for patients with cardiovascular diseases under the UCS in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: (1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP E-claim) ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 3 กุมภาพันธ์ 2569
(2) ข้อมูล DMIS สำหรับบริการ Heart Transplantation ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 6 กุมภาพันธ์ 2569
วิเคราะห์โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: ในการเข้ารับการผ่าตัดแต่ละครั้ง ผู้ป่วยอาจได้รับการผ่าตัดมากกว่า 1 วิธี ทั้งนี้เป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค

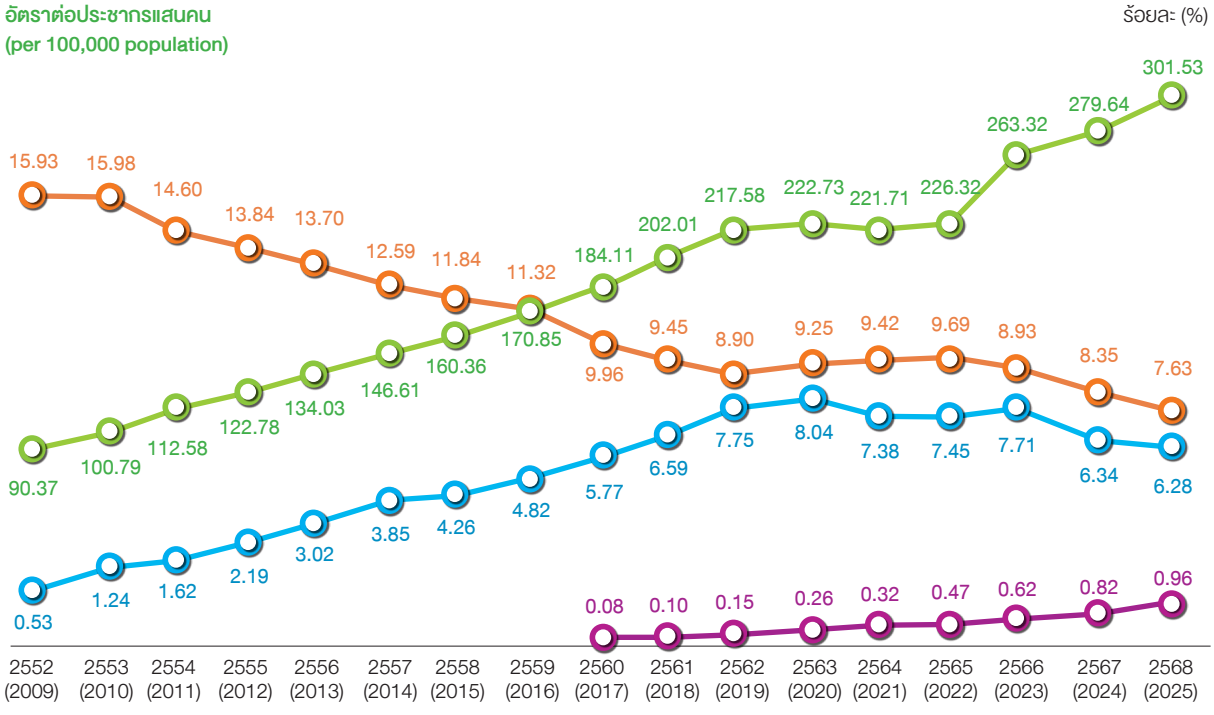
[2] โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral Infarction)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นต้นมา โดยอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เพิ่มขึ้นจาก 90.37 ต่อประชากรแสนคน (32,421 คน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เป็น 301.53 ต่อประชากรแสนคน (164,801 คน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ซึ่งสัดส่วนของผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 0.53 (171 คน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 7.71 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และลดลงเป็นร้อยละ 6.28 (10,345 คน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 327 แห่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Thrombectomy) วิธี Endovascular treatment (EVT) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.08 (56 คน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 0.96 (1,578 คน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์จ่ายเพิ่มอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดหลอดเลือดสมอง (Thrombectomy device)) บริการดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้อัตราป่วยตายภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 15.93 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 7.63 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (แผนภาพที่ 2-20)

แผนภาพที่ 2-20

บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2568

(Service for Cerebral Infarction patients under the UCS in the Fiscal Year 2009-2025)



- อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อประชากรแสนคน (Admission Rate per 100,000 pop.)
- ร้อยละผู้ป่วยที่รับยาละลายลิ่มเลือด (% of Thrombolytic treatment)
- ร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังรับไว้รักษา (% of Fatality rate within 30 days)
- ร้อยละผู้ป่วยทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดด้วยวิธี EVT (% of Thrombectomy, EVT)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (IP-OP E-claim) รายงานตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator: H0301) ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 19 มกราคม 2569 โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

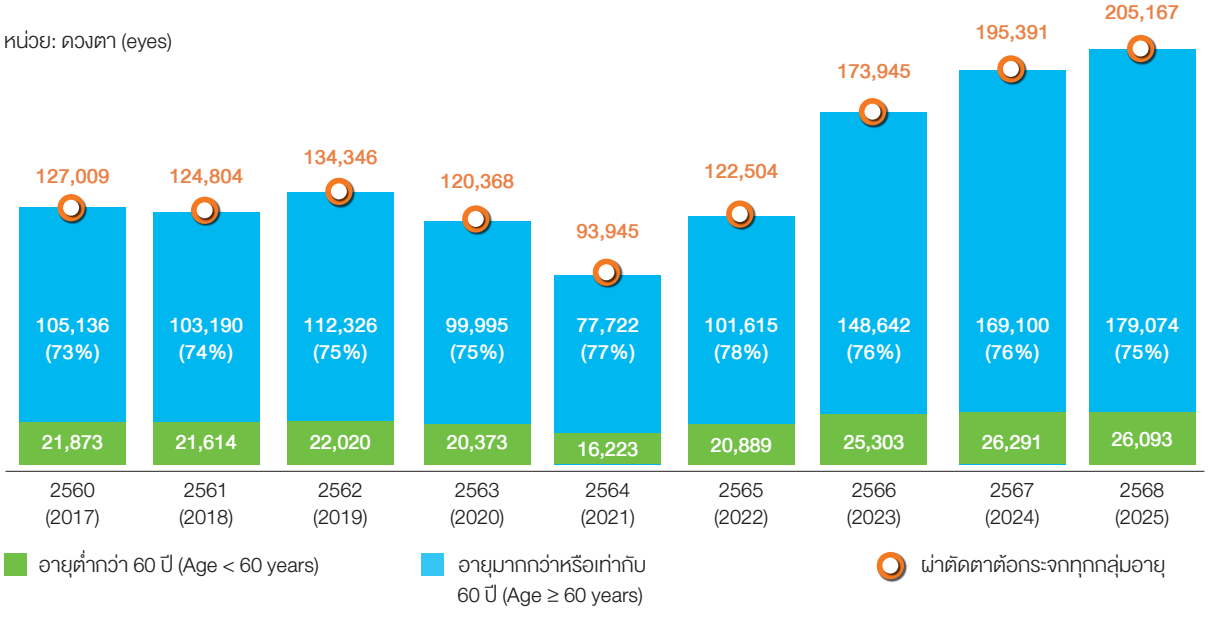
[3] โรคต้อกระจก (Cataract)

ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นต้นมา การผ่าตัดต้อกระจกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้นจาก 173,945 ดวงตา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็น 195,391 ดวงตา และ 205,167 ดวงตา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 85-87 เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (แผนภาพที่ 2-21) โดย สปสช. ได้ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีนโยบายเน้นการผ่าตัดต้อกระจกในกลุ่มผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) และผู้ป่วยที่มีระดับสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision) ก่อนระดับสายตาอื่น (Other) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า ร้อยละ 75 เป็นผ่าตัดในผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดและระดับสายตาเลือนรางรุนแรง (แผนภาพที่ 2-22)

แผนภาพที่ 2-21

บริการผ่าตัดต้อกระจก (ดวงตา) ในผู้ป่วยต้อกระจกที่เป็นผู้สูงอายุ (Senile Cataract) สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2568

(Cataract surgery on senile cataract patients under the UCS in the Fiscal Year 2017-2025)

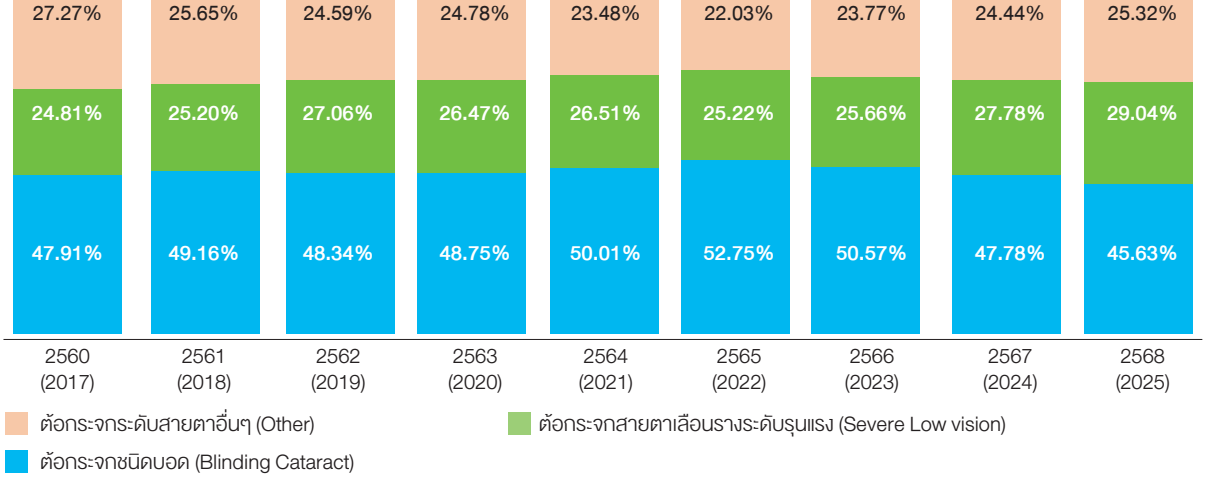


ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (IP-OP E-claim) รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Report for Monitoring and Evaluation for Payment: H0401) ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 28 พฤศจิกายน 2568 โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

แผนภาพที่ 2-22

สัดส่วนการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ผู้ป่วยที่มีสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision) และผู้ป่วยที่มีระดับสายตาอื่นๆ (Other) สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2568

(Proportion of Cataract surgery, compare to Blinding cataract and Severe low vision and Other vision patients under the UCS in the Fiscal Year 2017-2025)



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (IP-OP E-claim) รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Report for Monitoring and Evaluation for Payment: H0401) ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 28 พฤศจิกายน 2568 โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

[4] ยาและเวชภัณฑ์ (Drugs and Medicines)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยเข้าถึงยาราคาสูงหรือยาบัญชี จ(2) รวมทั้งสิ้น 113,867 คน โดยยาที่มีผู้ป่วยเข้าถึงมากที่สุดคือ ยา Bevacizumab จำนวน 32,857 คน รองลงมาคือ ยา Sofosbuvir + Velpatasvir (สูตรผสมในเม็ดเดียว) จำนวน 18,259 คน และยา Letrozole จำนวน 17,279 คน ตามลำดับ (ตารางที่ 2-14)

ตารางที่ 2-14

การเข้าถึงยาบัญชี จ(2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Accessing E(2) Drugs category from the National list of Essential medicines in the Fiscal Year 2021–2025)

หน่วย: คน

ลำดับ	ยาบัญชี จ(2)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1	Botulinum toxin type A inj. 100 iu/vial 500 iu/vial	4,458	4,742	5,442	6,096	6,525
2	Leuprorelin acetate inj. 11.25 mg	1,433	2,289	2,627	2,684	2,558
3	Immunoglobulin G intravenous (IVIG) inj. 2.5 g/vial และ 5.0 g/vial	1,511	2,218	2,253	2,245	2,264
4	Docetaxel inj 20 mg/vial และ 80 mg/vial	2,750	2,867	3,482	3,966	4,480
5	Letrozole tab 2.5 mg	10,334	11,645	13,361	15,316	17,279
6	Liposomal amphotericin B inj. 50 mg/vial	339	446	475	493	505
7.1	Bevacizumab inj. 1.25 mg (EYE)	14,561	18,478	22,737	28,897	32,857
7.2	Bevacizumab inj. 100 mg/4ml (Cancer)	-	-	-	138	348
8	Voriconazole inj. 200 mg/vial, 50 mg/tab, 200 mg/tab	1,105	1,341	1,248	1,311	1,315
9	Thyrotropin Alfa inj. 1.1 mg/vial	46	49	52	65	37
10	PegInterferon Alpha 2a inj. (Pegasys)	442	-	-	-	-
11	Ribavirin tab (Copegus) tab 200 mg, Robetol) 200 mg/cap, GPO 200 mg	1,372	825	2,172	3,806	4,560
12	Anti thymocyte globulin inj. ชนิด rabbit (ATG) 25 mg/5 ml	98	109	127	123	92
13	Linezolid 600 mg/tab 600 mg/tab600	17	30	119	185	301
14	Imiglucerase inj. 400iu	17	18	18	18	17
15	Trastuzumab inj. 150 mg/vial, 440 mg/vial	1,644	1,834	2,067	2,487	2,959
16	Imatinib mesylate 100 mg/tab, 400 mg/tab	2,950	3,120	3,274	3,519	3,659
17	Nilotinib 200 mg/tab	760	842	883	943	935
18	Dasatinib 50 mg/tab, 70 mg/tab	254	288	339	368	509
19	Micafungin sodium sterile powder inj. 50 mg	377	396	417	472	521
20	Rituximab inj. 100 mg/vial, 500 mg/vial	1,753	1,771	2,018	2,236	2,690
21	Triptorelin pamoate inj. 11.25 mg	793	1,520	1,926	2,065	1,936
22	Sofosbuvir 400 mg tab	386	4,455	960	-	-
23	Sofosbuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg tab (สูตรผสมเม็ดเดียว)	739	27	4	5	8
24	Sofosbuvir 400 mg + Velpatasvir 100 mg tab (สูตรผสมเม็ดเดียว)	2,334	36	10,091	15,246	18,259
25	Erlotinib 150 mg tab	1,444	2,627	3,415	4,058	4,464
26	Octreotide acetate LAR inj. 20 mg, 30 mg ออกฤทธิ์นาน	21	32	35	40	46
27	Tocilizumab inj. 80 mg/4 ml	-	11	22	38	45

(ต่อ) ตารางที่ 2-14

การเข้าถึงยาบัญชี จ(2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Accessing E(2) Drugs category from the National list of Essential medicines in the Fiscal Year 2021–2025)

หน่วย: คน

ลำดับ	ยาบัญชี จ(2)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
28	Ceftazidime inj. 2g / Avibactam 0.5g	1	159	648	690	883
29	Factor VIII concentrate inj. 250 unit, 500 unit	74	113	98	99	59
30	Posaconazole 100 mg/tab	-	1	39	59	59
31	Infliximab 100 mg/vial (สำหรับ IBD, AS)	-	-	105	297	459
32	Adalimumab 40 mg/0.8 ml (สำหรับ PsA, RA)	-	-	236	744	1,121
33	Cysteamine bitartrate (Mercaptamine) 150 mg/tab	-	-	1	1	3
34	Sapropterin (BH4) 10mg, 100 mg/tab	-	-	1	15	17
35	Bortezomib inj. 3.5 mg./vial	-	-	-	311	717
36	Ribociclib tab 200 mg.	-	-	-	176	1,180
37	Lacosamide inj. 200 mg.	-	-	-	-	187
38	Pemetrexed inj. 100 mg, 500mg	-	-	-	-	13
	รวม (นับซ้ำตาม ยาบัญชี จ(2)	**52,013**	**62,289**	**80,692**	**99,212**	**113,867**
	รวม (นับไม่ซ้ำตาม ยาบัญชี จ(2)	**49,222**	**59,889**	**76,584**	**93,146**	**105,934**

ที่มา: สายงานบริหารกองทุน ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 9 กุมภาพันธ์ 2569
หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 คน สามารถเข้าถึงยาบัญชี จ(2) ได้มากกว่า 1 ชนิด โดยมีข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา ตามราชกิจจานุเบกษา วันที่ 10 กันยายน 2568 ประกาศ สปสช. เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการ อย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2568

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยเข้าถึงยากำพร้าหรือยาต้านพิษ รวมทั้งสิ้น 6,181 คน โดยยาที่มีผู้ป่วยเข้าถึงมากที่สุด คือ เซรุ่มแก้พิษงูเขียวหางไหม้ จำนวน 1,864 คน รองลงมา คือเซรุ่มแก้พิษงูกะปะ จำนวน 1,710 คน และเซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบโลหิต จำนวน 1,148 คน ตามลำดับ (ตารางที่ 2-15)

ตารางที่ 2-15

การเข้าถึงยากำพร้าและยาต้านพิษ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Accessing Orphan drugs and Antidotes in the Fiscal Year 2021–2025)

หน่วย: คน

ลำดับ	ยากำพร้าและยาต้านพิษ (Orphan drugs and Antidotes)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1.	Sodium nitrite inj.	10	17	20	24	19
2.	Sodium thiosulfate inj.	33	28	40	61	46
3.	Succimer cap.	-	1	4	1	-
4.	Methylene blue inj.	72	107	168	264	295
5.	Dimercaprol inj.	1	4	6	3	7
6.	Calcium Disodium edetate inj.	3	1	2	3	1
7.	Botulinum antitoxin inj.	1	1	1	-	-
8.	Diphtheria antitoxin inj.	18	10	28	26	29
9.	Diphenhydramine inj.	134	150	173	180	133
10.	เซรุ่มแก้พิษงูระบบโลหิต	985	1,359	1,459	1,410	1,148
11.	เซรุ่มแก้พิษงูระบบประสาท	217	290	290	289	287
12.	เซรุ่มแก้พิษงูเขียวหางไหม้	1,955	2,552	2,672	2,412	1,864
13.	เซรุ่มแก้พิษงูกะปะ	2,176	2,181	2,203	1,936	1,710
14.	เซรุ่มแก้พิษงูแมวเซา	99	87	74	79	71
15.	เซรุ่มแก้พิษงูเห่า	491	550	549	535	558
16.	เซรุ่มแก้พิษงูทับสมิงคลา	21	9	14	9	13
	รวม (นับซ้ำตาม ยากำพร้า ยาต้านพิษ)	**6,216**	**7,347**	**7,703**	**7,232**	**6,181**
	รวม (นับไม่ซ้ำตาม ยากำพร้า ยาต้านพิษ)	**5,997**	**7,095**	**7,473**	**6,990**	**5,984**

ที่มา: สายงานบริหารกองทุน ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 9 กุมภาพันธ์ 2569
หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 คน สามารถเข้าถึงยากำพร้าและยาต้านพิษ ได้มากกว่า 1 ชนิด

[5] อุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Medical Instruments and Prosthetics)

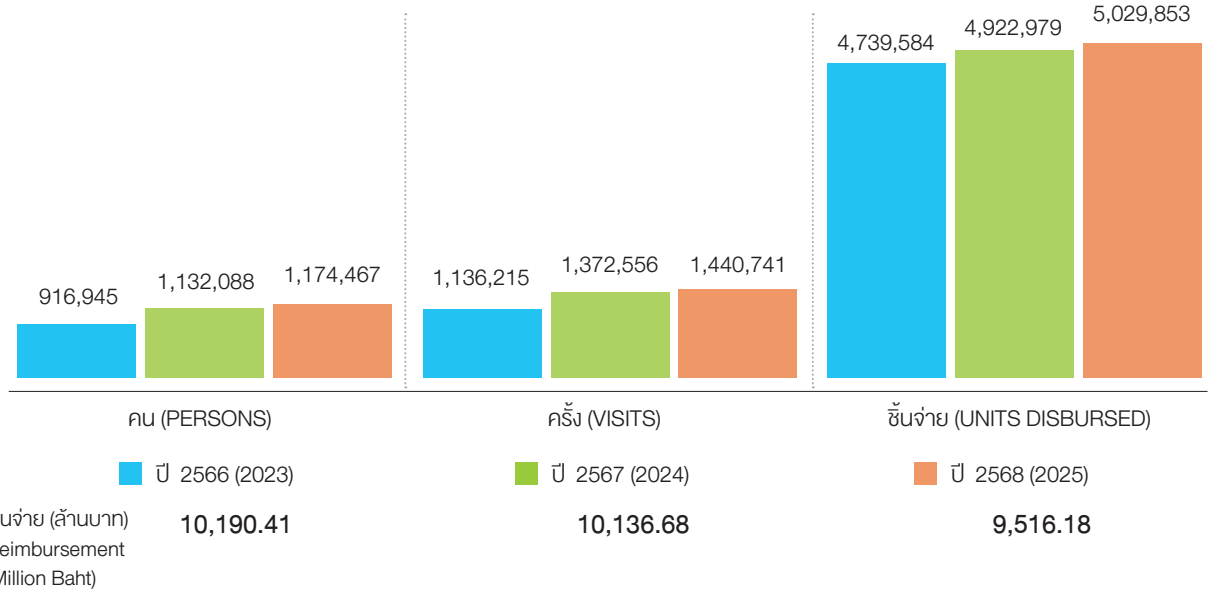
สปสช. สนับสนุนการจ่าย อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ และลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษา 1.174 ล้านคน รับบริการ 1.441 ล้านครั้ง จำนวนชิ้นจ่าย 5.030 ล้านชิ้น (แผนภาพที่ 2-23)

แผนภาพที่ 2-23

การเข้าถึงอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568

(Access to Medical Instruments and Prosthetics for treatment in the Fiscal Year 2023–2025)



ที่มา: ข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายจากโปรแกรม E-Claim กรณีเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 19 ธันวาคม 2568

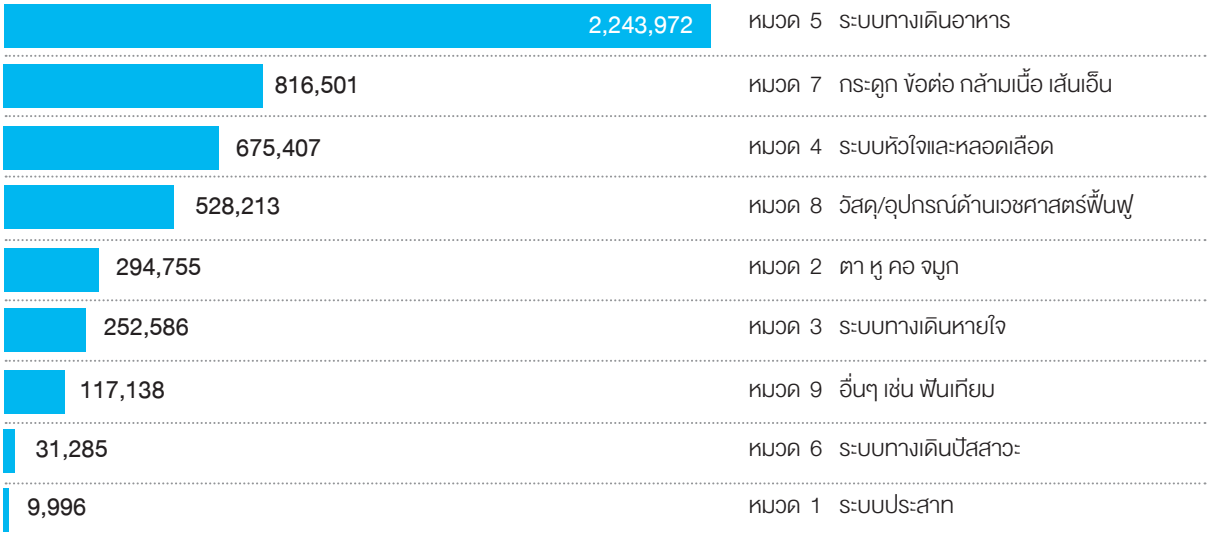
โดยเมื่อจำแนกตามหมวดอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า จำนวนชิ้นจ่ายสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ระบบทางเดินอาหาร (2.24 ล้านชิ้น) รองลงมาคือ กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น (8.17 แสนชิ้น) และระบบหัวใจและหลอดเลือด (6.75 แสนชิ้น) ตามลำดับ ส่วนจำนวนเงินจ่ายชดเชยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น (3,824.19 ล้านบาท) รองลงมาคือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (3,586.10 ล้านบาท) และ ตา หู คอ จมูก (742.38 ล้านบาท) ตามลำดับ (แผนภาพที่ 2-24 และแผนภาพที่ 2-25)

แผนภาพที่ 2-24

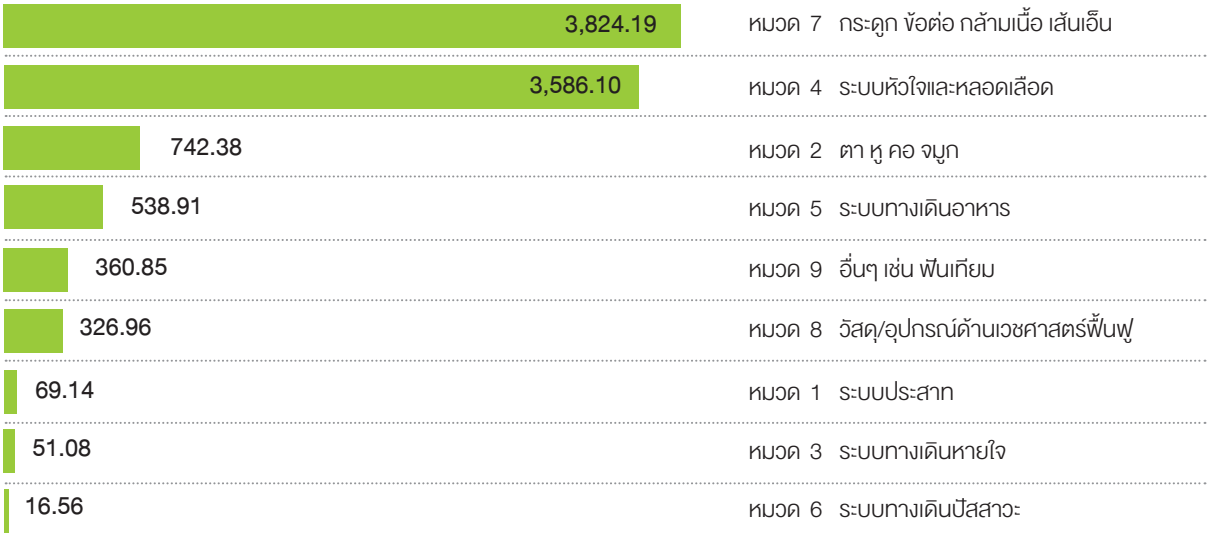
จำนวนชิ้นจ่ายและเงินจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค จำแนกตามหมวดอุปกรณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Unit Disbursed and Reimbursement of Medical Instruments and Prosthetics for treatment classified by categories in the Fiscal Year 2025)

จำนวนชิ้นจ่ายอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม (หน่วย: ชิ้น)



เงินจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (หน่วย: ล้านบาท)



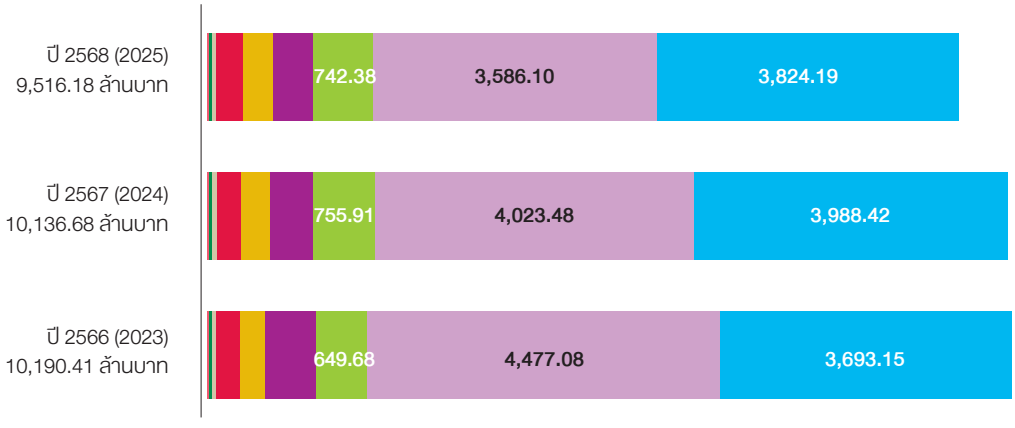
ที่มา: ข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายจากโปรแกรม E-Claim กรณีเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 19 ธันวาคม 2568

แม้ว่าจำนวนชิ้นจ่ายของหมวด 5 ระบบทางเดินอาหาร จะสูงมากแต่ส่วนใหญ่เป็นอุปกรณ์ที่มีราคาต่อชิ้นต่ำกว่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในหมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และหมวด 4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสัดส่วนร้อยละ 77.87 ของภาระงบประมาณค่าชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทั้งหมด โดยเป็น 16 รายการใน 20 อันดับสูงสุด (ตารางที่ 2-16) บ่งชี้ความจำเป็นที่จะต้องกำกับติดตามการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมสองหมวดนี้อย่างใกล้ชิด

แผนภาพที่ 2-25

จำนวนเงินจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค จำแนกตามหมวดอุปกรณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568

(Number of Unit Disbursed and Reimbursement of Medical Instruments and Prosthetics for treatment classified by categories in the Fiscal Year 2023–2025)



	ปี 2566 (2023) 10,190.41 ล้านบาท	ปี 2567 (2024) 10,136.68 ล้านบาท	ปี 2568 (2025) 9,516.18 ล้านบาท
หมวด 6 ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์	5.60	12.14	16.56
หมวด 3 ระบบทางเดินหายใจ	47.50	50.39	51.08
หมวด 1 ระบบประสาท	71.01	72.90	69.14
หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	290.84	304.62	326.96
หมวด 9 อื่นๆ	326.28	346.76	360.85
หมวด 5 ระบบทางเดินอาหาร	629.26	582.07	538.91
หมวด 2 ตา หู คอ จมูก	649.68	755.91	742.38
หมวด 4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด	4,477.08	4,023.48	3,586.10
หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น	3,693.15	3,988.42	3,824.19

ที่มา: ข้อมูลการบริการและการเบิกจ่ายจากโปรแกรม E-Claim กรณีเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 19 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 2-16

20 อันดับสูงสุดของจำนวนเงินจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 of Reimbursement of Medical Instruments and Prosthetics for treatment in the Fiscal Year 2025)

สำดับ	อุปกรณ์และอวัยวะเทียม	เงินจ่าย (ล้านบาท)	ชิ้นจ่าย	คน	ครั้ง
1	7005A ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA))	951.95	19,856	17,147	17,747
2	7214B แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate)	566.77	33,595	27,890	28,152
3	2006 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens) ตั้งแต่ 1 ก.พ. 54	531.44	189,833	170,422	187,818
4	7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	488.29	307,318	32,773	33,200
5	4303 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon)	252.96	59,229	22,829	27,501
6	4804 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic stent graft)	249.85	1,257	990	1,009
7	7206 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gamma nail) รวมสกรู	242.63	10,230	10,069	10,120
8	7208A โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS) (ระดับแรก)	208.91	8,413	8,368	8,412
9	7208B โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS) (ระดับถัดไป)	208.25	17,477	6,961	6,993
10	7010 ข้อตะโพกไม่มีเบ้าชนิด 2 ชิ้น (ไบโพล่า)	200.09	5,753	5,667	5,704
11	4504 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Dual chamber rate responsive pacemaker)	199.34	2,573	2,562	2,573
12	9203 ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ 1 ชิ้น บน และล่าง (Complete denture)	185.03	42,457	42,432	42,457
13	4803 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่อยู่นอกหัวใจด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral stent graft)	181.04	2,015	929	950
14	4313 สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน หรือ คลื่นแสง	169.48	5,351	4,830	5,259
15	7011 ข้อสะโพกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์)	158.85	2,670	2,501	2,604
16	5503 เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้	158.69	22,781	7,436	7,493
17	4603 ชุดสายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้างภาพสามมิติ	157.66	1,691	1,652	1,681
18	4316 สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit catheter)	154.62	11,639	8,568	10,150
19	4801 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจด้วยบอลลูน (Peripheral balloon dilatation catheter หรือ PTA balloon)	138.98	14,161	5,867	7,026
20	2113 ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitrectomy set)	128.58	14,493	13,083	14,483
รวม 20 อันดับสูงสุดของการเข้าถึงบริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม		**5,533.40**	**772,792**		
สัดส่วน 20 อันดับสูงสุดของบริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม		**(58.15%)**			
รวมการเข้าถึงบริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม		**9,516.18**	**5,029,853**	**1,174,467**	**1,440,741**

ที่มา: ข้อมูลการบริการและการเบิกจ่ายจากโปรแกรม E-Claim กรณีเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 19 ธันวาคม 2568

5.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
(Rehabilitation Services)

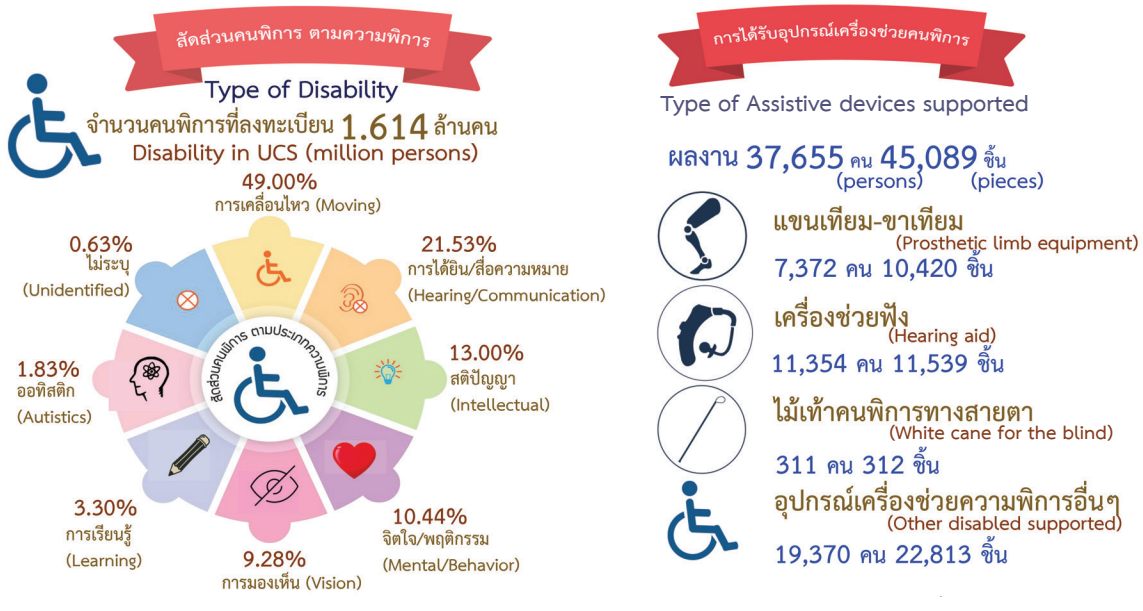
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในอัตรา 9.64 บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47.157 ล้านคน ครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับคนพิการ ได้แก่ บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว (Independent Living: IL) และบริการฝึกทักษะการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility: O&M) ตลอดจนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีคนพิการที่ลงทะเบียนสะสมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 1.614 ล้านคน โดยจำแนกตามประเภทความพิการ พบว่าสัดส่วนสูงสุดเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 49.00 รองลงมา ได้แก่ ความพิการทางการได้ยิน ร้อยละ 21.53 และความพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 13.00 ทั้งนี้ ได้มีการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จำนวน 45,089 ชิ้น สำหรับคนพิการ 37,655 คน (แผนภาพที่ 2-26 ตารางที่ 2-17 และตารางภาคผนวกที่ 5-9)

แผนภาพที่ 2-26

สัดส่วนคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามความพิการ และการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Proportion of Disabled persons under the UCS classified by Type of disability and Assistive devices support to disabled in the Fiscal Year 2025)



ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และสายงานบริหารกองทุน สปสช.
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ : 1) คนพิการ 1 คน อาจมีความพิการได้หลายประเภท
2) ร้อยละ 10.80 ไม่สามารถจำแนกความพิการได้
3) คนพิการ 1 คน อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการได้มากกว่า 1 ประเภท

ตารางที่ 2-17

การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Assistive devices support to disabled persons classified by Type of devices in the Fiscal Year 2021-2025)

อุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ	2564 (2021) คน/ชิ้น	2565 (2022) คน/ชิ้น	2566 (2023) คน/ชิ้น	2567 (2024) คน/ชิ้น	2568 (2025) คน/ชิ้น
1. ทางการเคลื่อนไหว ได้รับแขนเทียม-ขาเทียม	5,559/ 7,093	6,754/ 8,760	6,304/ 8,148	7,793/ 10,797	7,372/ 10,420
2. ทางการได้ยิน ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง	5,540/ 5,616	9,278/ 9,415	8,234/ 8,366	10,378/ 10,525	11,354/ 11,539
3. ทางการมองเห็น ได้รับไม้เท้าสำหรับผู้พิการทางสายตา	243/ 243	168/ 168	158/ 158	215/ 216	311/ 312
4. เครื่องช่วยความพิการอื่น ๆ	13,889/ 17,817	14,335/ 18,948	14,683/ 17,789	19,365/ 24,396	19,370/ 22,813
รวมจำนวนคน	**24,842**	**30,003**	**28,873**	**37,028**	**37,665**
รวมจำนวนชิ้น	**30,769**	**37,291**	**34,461**	**45,935**	**45,089**

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และสายงานบริหารกองทุน สปสช.
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.
หมายเหตุ : คนพิการ 1 คน อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการได้มากกว่า 1 ประเภท

การสนับสนุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีผู้รับบริการรวมทั้งสิ้น 1,668,505 คน รับบริการ 6,111,985 ครั้ง ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แล้ว แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ตั้งแต่ระยะรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงบ้านและชุมชน

กลุ่มเป้าหมายของบริการดังกล่าวครอบคลุมผู้ป่วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (3) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และ (4) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (แผนภาพที่ 2-27 ตารางที่ 2-18 ตารางที่ 2-19 และตารางภาคผนวกที่ 5-10 และ 5-11)

แผนภาพที่ 2-27

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitees in the Fiscal Year 2025)



เป้าหมาย 3,211,901 ครั้ง Target (visits)	ผลงาน (Results) คน (persons)	ครั้ง (visits)
1 คนพิการ (Disabled)	227,646	837,627
2 ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องฟื้นฟูฯ (Elderly who need rehabilitate)	646,840	2,286,786
3 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟื้นฟูฯ (Patients who need rehabilitate)	684,113	2,372,697
4 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (Paralysis)	607	1,983
5 ฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)	109,299	612,892
- ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke patients)	86,532	477,582
- ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Brain injury patients)	6,205	30,248
- ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury patients)	1,782	15,148
- ผู้ป่วยข้อสะโพกหัก (Hip fracture patients)	14,780	89,914
รวม (Total)	1,668,505	6,111,985

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และสายงานบริหารกองทุน สปสช.
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

ตารางที่ 2-18

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทผู้รับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitees in the Fiscal Year 2021-2025)

ประเภทผู้รับบริการ	2564 (2021) คน/ครั้ง	2565 (2022) คน/ครั้ง	2566 (2023) คน/ครั้ง	2567 (2024) คน/ครั้ง	2568 (2025) คน/ครั้ง
1. คนพิการ	163,766/ 544,430	152,556/ 509,572	162,772/ 544,881	197,318/ 731,891	227,646/ 837,627
2. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องฟื้นฟูฯ	397,248/ 1,235,527	385,377/ 1,196,503	463,414/ 1,513,090	599,592/ 2,136,315	646,840/ 2,286,786
3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟื้นฟูฯ	377,908/ 1,257,357	388,134/ 1,258,064	469,155/ 1,516,973	622,608/ 2,153,238	684,113/ 2,372,697
4. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (อัมพาต อัมพฤกษ์)	567/ 2,160	458/ 1,477	538/ 1,715	586/ 2,088	607/ 1,983
5. ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)	12,509/ 58,840	69,266/ 186,151	99,193/ 365,597	102,883/ 437,282	109,299/ 612,892
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	11,357/ 53,145	63,973/ 171,221	79,251/ 304,404	82,059/ 348,819	86,532/ 447,582
- ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Brain injury)	731/ 3,247	4,541/ 9,886	5,684/ 18,426	5,994/ 22,464	6,205/ 30,248
- ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)	421/ 2,448	752/ 5,044	1,235/ 9,930	863/ 9,874	1,782/ 15,148

(ต่อ) ตารางที่ 2-18

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทผู้รับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitees in the Fiscal Year 2021-2025)

ประเภทผู้รับบริการ	2564 (2021) คน/ครั้ง	2565 (2022) คน/ครั้ง	2566 (2023) คน/ครั้ง	2567 (2024) คน/ครั้ง	2568 (2025) คน/ครั้ง
- ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture)	-	-	13,023/ 32,837	13,967/ 56,125	14,780/ 89,914
รวมจำนวนคน	**951,998**	**995,791**	**1,195,072**	**1,522,987**	**1,668,505**
รวมจำนวนครั้ง	**3,098,314**	**3,151,767**	**3,942,256**	**5,460,814**	**6,111,985**

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และระบบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเบิกจ่าย (OP, IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

ตารางที่ 2-19

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทของกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitation services in the Fiscal Year 2021-2025)

ประเภทการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2564 (2021) คน/ครั้ง	2565 (2022) คน/ครั้ง	2566 (2023) คน/ครั้ง	2567 (2024) คน/ครั้ง	2568 (2025) คน/ครั้ง
1. กายภาพบำบัด	560,064/ 1,868,877	537,635/ 1,814,295	675,521/ 2,358,719	827,552/ 3,119,243	902,643/ 3,342,611
2. จิตบำบัด	272,767/ 745,156	280,836/ 724,879	327,028/ 790,083	459,987/ 1,228,257	531,380/ 1,422,043
3. พฤติกรรมบำบัด	105,724/ 261,701	118,576/ 275,059	130,178/ 289,389	184,731/ 463,783	229,828/ 613,614
4. กิจกรรมบำบัด	39,213/ 127,260	49,659/ 155,890	65,657/ 209,025	72,647/ 258,812	82,724/ 278,404
5. การฟื้นฟูการได้ยิน	19,405/ 25,877	18,662/ 26,274	20,027/ 27,853	24,389/ 35,110	26,773/ 38,068
6. กระตุ้นพัฒนาการ	20,997/ 41,279	18,896/ 39,088	22,797/ 49,878	30,117/ 71,422	29,937/ 69,211
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น	6,098/ 10,912	7,620/ 12,595	5,184/ 9,784	6,783/ 14,460	7,296/ 14,363
8. การประเมิน/แก้ไขการพูด	6,902/ 16,805	8,403/ 26,940	10,660/ 30,868	13,323/ 38,208	15,817/ 42,738
9. ฉีดยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ	308/ 447	456/ 691	569/ 768	784/ 1,067	591/ 795
10. ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง แบบนอกหน่วยบริการ/ชุมชน	-	-	21,595/ 67,512	22,741/ 117,791	44,166 171,246
11. ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Inpatient-IMC)	-	69,019/ 76,055	98,555/ 108,377	102,652/ 112,661	108,196/ 118892
รวมจำนวนคน	**951,998**	**995,791**	**1,195,072**	**1,522,987**	**1,668,505**
รวมจำนวนครั้ง	**3,098,314**	**3,151,767**	**3,942,256**	**5,460,814**	**6,111,985**

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และระบบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเบิกจ่าย (OP, IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

สำหรับการพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) เพื่อรองรับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงาน**ขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรถภาพระยะกลางในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์** ที่มีความก้าวหน้าอย่างโดดเด่นในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 โดยมุ่งแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (2) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Traumatic Brain Injury) (3) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) และ (4) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Fragility Hip Fracture) ซึ่งมีความต้องการรับบริการฟื้นฟูในระดับชุมชนจำนวนมาก ในขณะที่หลายพื้นที่ยังมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร ระบบบริการ และข้อมูลสุขภาพ

1. สถานการณ์และความจำเป็นเร่งด่วนของบริการ IMC เขต 3 เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยใหม่ใน 4 กลุ่มโรคสูง และความจำเป็นในการรับบริการ IMC มีสัดส่วนสูง ผู้ได้รับบริการ IMC เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ในบางโรค เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศรีษะและสมองยังมีอัตราการเข้าถึงต่ำกว่า ร้อยละ 10 ในหลายจังหวัด และบางพื้นที่มีจำนวนบุคลากรฟื้นฟูที่ไม่เพียงพอ

2. สาเหตุของปัญหา: จากระบบบริการถึงข้อมูลสุขภาพ จากการหารือร่วมกับ service plan และการลงพื้นที่พบสาเหตุหลักของปัญหาการเข้าถึงบริการ ได้แก่: ระบบบริการยังไม่สอดคล้องแนวทางวิชาการ เช่น ขั้นตอน notify ผู้ป่วยใหม่หรือการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ข้อจำกัดด้านกำลังคน โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และบุคลากรชุมชน ข้อจำกัดด้านข้อมูล เช่น การบันทึก Barthel Index ไม่ครบถ้วน ทำให้ติดตามผลลัพธ์ได้ยาก และข้อจำกัดด้านการเงินและการเดินทางของผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเดินทางกลับมารับบริการได้เอง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหลุดจากระบบบริการ ทั้งที่มี "ความจำเป็นต้องได้รับ IMC" ตามเกณฑ์วิชาการอย่างชัดเจน

3. การทำงานแบบบูรณาการและใกล้ชิดพื้นที่ สปสช.เขต 3 ดำเนินงานหลายด้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างตรงจุด ได้แก่

1) ปรับระบบบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทบทวนปัญหาร่วมกับ service plan และหน่วยบริการ ปรับกระบวนการลงทะเบียนผู้ป่วยตั้งแต่วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล พัฒนาแนวปฏิบัติ IP/OP IMC ให้สอดคล้องทุกแห่ง
2) เพิ่มกำลังคนและเครือข่ายบริการ ส่งเสริมการขึ้นทะเบียนคลินิกกายภาพบำบัด (เพิ่มเป็น 3 แห่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ส่งเสริมการจ้างนักกายภาพฯ ใน รพ.สต.ถ่ายโอน โดย อบจ.
3) สนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการพาหนะรับส่งผู้ป่วยร่วมกับ 16 อบต.
4) พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อกำกับติดตาม สร้างระบบข้อมูล OP/Home IMC สำหรับเขต 3 เพื่อใช้ในการติดตามแบบ real-time ใช้ชุดข้อมูลกลางร่วมกัน เช่น Google Sheet และ Line Group สำหรับงานติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง
5) เผยแพร่ Best Practice จากโรงพยาบาลที่ทำได้ดี เช่น (1) Standing order และ notify ผู้ป่วยรายใหม่ (รพ.พิจิตร) (2) ระบบติดตามผู้ป่วยระหว่าง รพ.จังหวัด—รพช. (3) การทำ Home IMC โดยทีมสหวิชาชีพ (รพ.ขาณุวรลักษบุรี)

4. ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน (1) อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นทุกโรค (2) จำนวนครั้งของบริการ IMC ต่อคนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องและถี่ขึ้น ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังกลับบ้าน (3) ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงดีขึ้นสัดส่วนผู้ที่มีคะแนน Barthel Index ดีขึ้นเพิ่มขึ้นในหลายโรค เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) สะท้อนว่า IMC ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (4) ความร่วมมือในพื้นที่เข้มแข็งขึ้นมาก หน่วยบริการระดับจังหวัด อำเภอชุมชนทำงานร่วมกันดีขึ้น ผ่านเครื่องมือสื่อสารและการใช้ข้อมูลร่วมกัน คลินิกกายภาพเอกชนเริ่มเข้ามามีบทบาทในเครือข่ายบริการมากขึ้น (แผนภาพที่ 2-28)

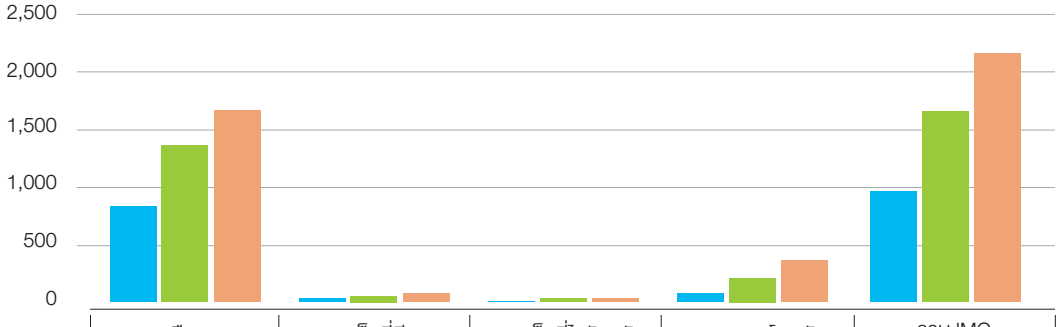
สรุปภาพรวมการขับเคลื่อน IMC เขต 3 เป็นตัวอย่างของ "การแก้ปัญหาในพื้นที่" ที่ใช้ข้อมูล ความร่วมมือ และการทำงานแบบเข้าใจบริบทพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรคเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น และลดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการ แม้ยังมีความท้าทายอยู่บ้าง แต่ได้วางแนวทางและมีผลลัพธ์ที่เห็นความก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว

แผนภาพที่ 2-28

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568

(Number of Intermediate Care Patients in Health Regional 3 in the Fiscal Year 2023-2025)

หน่วย : คน (persons)



	หลอดเลือดสมอง (Stroke)	บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Traumatic Brain Injury)	บาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal Cord Injury)	กระดูกสะโพกหัก (Fragility Hip Fracture)	รวม IMC 4 โรค
ปี 2566 (2023)	830	42	25	78	975
ปี 2567 (2024)	1,384	57	32	211	1,684
ปี 2568 (2025)	1,696	73	33	375	2,177

ที่มา : ที่มา: ระบบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกและการเบิกจ่าย (OP E-Claim) และระบบข้อมูล Disability portal สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 29 กรกฎาคม 2568 ประมวลผล ณ 29 กรกฎาคม 2568 วิเคราะห์โดย เขตสุขภาพที่ 3 สปสช.

5.5 บริการแพทย์แผนไทย
(Thai Traditional Medicine Services)

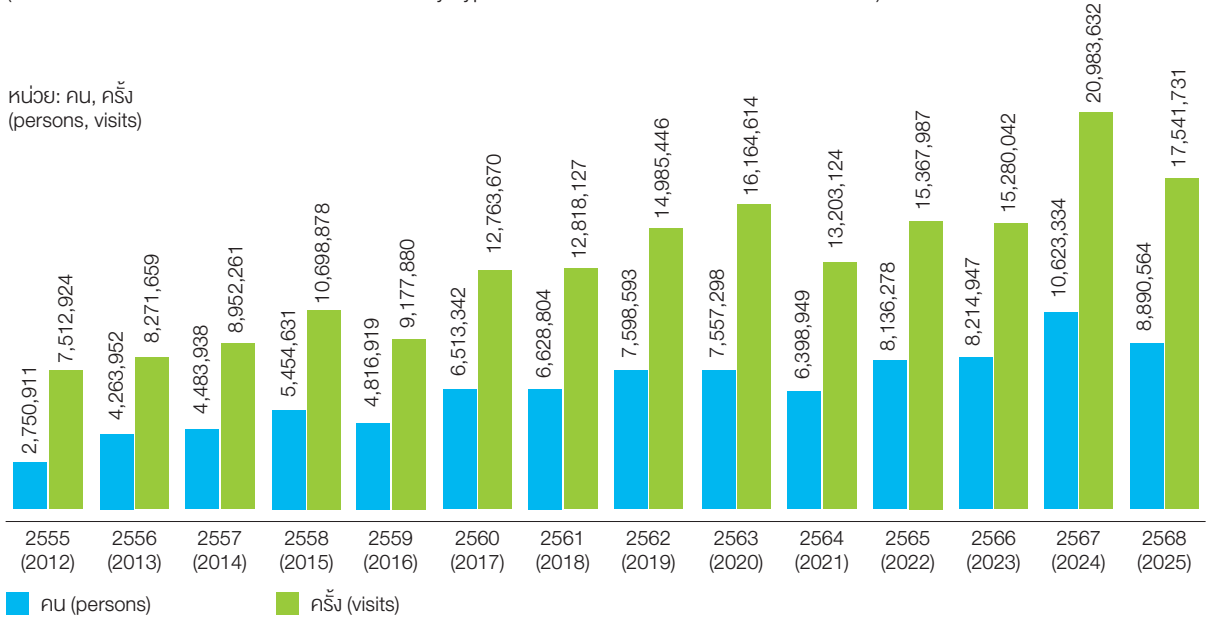
ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณบริการด้านแพทย์แผนไทยในอัตรา 31.90 บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการดังนี้ (1) เงื่อนไขการจ่ายยาสมุนไพรตามรายการบริการ (Fee Schedule) จาก 9 รายการเป็น 32 รายการ (2) เพิ่มบริการพอกเข่าด้วยสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และ (3) ขยายบริการนวด ประคบ และฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ ผ่านศูนย์บริการคนพิการโดยหน่วยบริการตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

โดยมีผู้รับบริการแพทย์แผนไทยรวมทั้งสิ้น 8.891 ล้านคน รับบริการ 17.542 ล้านครั้ง (แผนภาพที่ 2-29 และแผนภาพที่ 2-30) (ตารางที่ 2-20 และตารางภาคผนวกที่ 5-12)

แผนภาพที่ 2-29

บริการแพทย์แผนไทยภาพรวม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2568

(Thai Traditional Medicine services classified by Type of services in the Fiscal Year 2012-2025)



ที่มา: Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับติดตามตรวจสอบประเมินผล ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 11 มกราคม 2569 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: 1. บริการแพทย์แผนไทย: (1) นวด ประคบ อบสมุนไพร (2) ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด (3) บริการยาสมุนไพร (เฉพาะในบัญชียาหลัก) (4) ฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (5) ยาสมุนไพร 32 รายการที่มีการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) รวมบริการน้ำมันกัญชา ยาแผนไทยที่มีส่วนผสมของกัญชา (6) พอกเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (7) นวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรภาพเด็กพิการ

2. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพิ่มบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่

3. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพิ่มบริการน้ำมันกัญชา และยาที่มีส่วนผสมของกัญชา 3 รายการ ได้แก่ 1) ยาแก้ลมแก้เส้น 2) ยาศุขไสยาศน์ และ 3) ยาทำลายพระสุเมรุ

4. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ปรับการจ่ายยาสมุนไพร 9 รายการ เป็นการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ประกอบด้วย 1) ฟ้าทะลายโจร 2) ขมิ้นชัน 3) ประสะมะแว้ง 4) ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม 5) ยาไพล 6) เถาวัลย์เปรียง 7) ยาประคบ 8) ยาธาตุอบเชย และ 9) ยาสหัสธารา

5. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1) ปรับการจ่ายยาสมุนไพร ตามรายการบริการ (Fee schedule) จาก 9 รายการ เป็น 32 รายการ (2) เพิ่มบริการพอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม และ (3) เพิ่มบริการนวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรภาพเด็กพิการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ ตามหน่วยบริการ มาตรา 3

ตารางที่ 2-20

บริการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2568

(Thai Traditional Medicine services classified by Type of services in the Fiscal Year 2021-2025)

บริการแพทย์แผนไทย	2564 (2021) คน/ครั้ง	2565 (2022) คน/ครั้ง	2566 (2023) คน/ครั้ง	2567 (2024) คน/ครั้ง	2568 (2025) คน/ครั้ง
1. นวด ประคบ อบสมุนไพร	1,942,487/ 3,911,754	1,533,830/ 3,081,637	1,671,480/ 3,359,707	1,830,622/ 3,835,825	1,529,410/ 4,051,059
2. ฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด	60,493/ 189,358	41,763/ 131,018	42,649/ 114,561	47,435/ 121,956	30,666/ 93,146
3. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	4,393,825/ 9,089,167	6,547,799/ 12,121,607	4,868,898/ 9,333,162	5,335,876/ 11,163,591	4,474,897/ 8,951,169
4. ฝังเข็ม/กระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	2,144/ 12,845	2,489/ 14,406	4,847/ 28,311	4,706/ 26,596	6,368/ 37,912
5. น้ำมันกัญชาและยาแผนไทยที่มีส่วนผสมของกัญชา	-	10,397/ 19,319	7,367/ 10,181	10,054/ 13,948	-
6. ยาสมุนไพร 9 รายการ ปี68: ยาสมุนไพร 32 รายการ (จ่ายตามรายบริการ)	-	-	1,619,706/ 2,434,120	3,393,894/ 5,820,799	2,745,706/ 4,253,435
7. พอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม	-	-	-	-	103,329/ 151,538
8. นวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการในศูนย์บริการคนพิการฯ โดยหน่วยบริการตามมาตรา 3	-	-	-	-	188/ 3,202
รวมจำนวนคน	**6,398,949**	**8,136,278**	**8,214,947**	**10,622,587**	**8,890,564**
รวมจำนวนครั้ง	**13,203,124**	**15,367,897**	**15,280,042**	**20,982,715**	**17,541,731**

ที่มา: Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับติดตามตรวจสอบประเมินผล ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 11 มกราคม 2569 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: 1. บริการแพทย์แผนไทย: (1) นวด ประคบ อบสมุนไพร (2) ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด (3) บริการยาสมุนไพร (เฉพาะในบัญชียาหลัก) (4) ฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (5) ยาสมุนไพร 32 รายการที่มีการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) รวมบริการน้ำมันกัญชา ยาแผนไทยที่มีส่วนผสมของกัญชา (6) พอกเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (7) นวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ

2. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพิ่มบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่

3. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพิ่มบริการน้ำมันกัญชา และยาที่มีส่วนผสมของกัญชา 3 รายการ ได้แก่ 1) ยาแก้ลมแก้เส้น 2) ยาศุขไสยาศน์ และ 3) ยาทำลายพระสุเมรุ

4. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ปรับการจ่ายยาสมุนไพร 9 รายการ เป็นการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ประกอบด้วย 1) ฟ้าทะลายโจร 2) ขมิ้นชัน 3) ประสะมะแว้ง 4) ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม 5) ยาไพล 6) เถาวัลย์เปรียง 7) ยาประคบ 8) ยาธาตุอบเชย และ 9) ยาสหัสธารา

5. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1) ปรับการจ่ายยาสมุนไพร ตามรายการบริการ (Fee schedule) จาก 9 รายการ เป็น 32 รายการ (2) เพิ่มบริการพอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม และ (3) เพิ่มบริการนวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ ตามหน่วยบริการ มาตรา 3

แผนภาพที่ 2-30

บริการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Thai Traditional Medicine services classified by Type of services in the Fiscal Year 2025)

Thai Traditional Medicine services	8.891 ล้านคน (million persons)	17.542 ล้านครั้ง (million visits)
 **1. นวด ประคบ อบสมุนไพร** Massge, Herbal compress, Herbal saunas	1.529 ล้านคน	4.051 ล้านครั้ง
 **2. ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด** Postpartum care	30,666 คน	93,416 ครั้ง
 **3. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก** Herbal medicine prescriptions	4.475 ล้านคน	8.951 ล้านครั้ง
 **4. ฝังเข็ม / กระตุ้นไฟฟ้า ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง** Acupuncture/Electro-needing for new post-Strokes	6,368 คน	37,912 ครั้ง
 **5. ยาสมุนไพร 32 รายการ (จ่ายตามรายการบริการ)** Herbal medicine 32 items (Fee schedule)	2.746 ล้านคน	4.253 ล้านครั้ง
 **6. พอกเข่าด้วยสมุนไพร ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม** Herbal Knee Pack & Compress for knee Osteoarthritis	103,329 คน	151,538 ครั้ง
 **7. นวดประคบฟื้นฟู เด็กพิการ ในศูนย์บริการ คนพิการ** Message, Herbal compress for disabled children	188 คน	3,202 ครั้ง

ที่มา: Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 11 มกราคม 2569 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: (1) ปรับการจ่ายยาสมุนไพร ตามรายการบริการ (Fee schedule) จาก 9 รายการ เป็น 32 รายการ

(2) เพิ่มบริการพอกเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

(3) เพิ่มบริการนวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ ตามหน่วยบริการ มาตรา 3

5.6 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงสูง
(Antiretroviral Therapy in HIV/AIDS Patients and HIV Prevention in High-risk groups)

ความก้าวหน้า และสิ่งที่ท้าทายของการให้บริการป้องกันและการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

[1] การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในปี พ.ศ. 2527 และเผชิญการระบาดรุนแรงในช่วง พ.ศ. 2528-2530 ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขของประเทศต้องเร่งพัฒนามาตรการตอบสนองอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การรณรงค์ป้องกัน โดยมุ่งเน้นนโยบายถุงยางอนามัย 100% ควบคู่กับมาตรการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในปี พ.ศ. 2547 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้เพิ่มการป้องกันและการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี การบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยและติดตามการรักษา

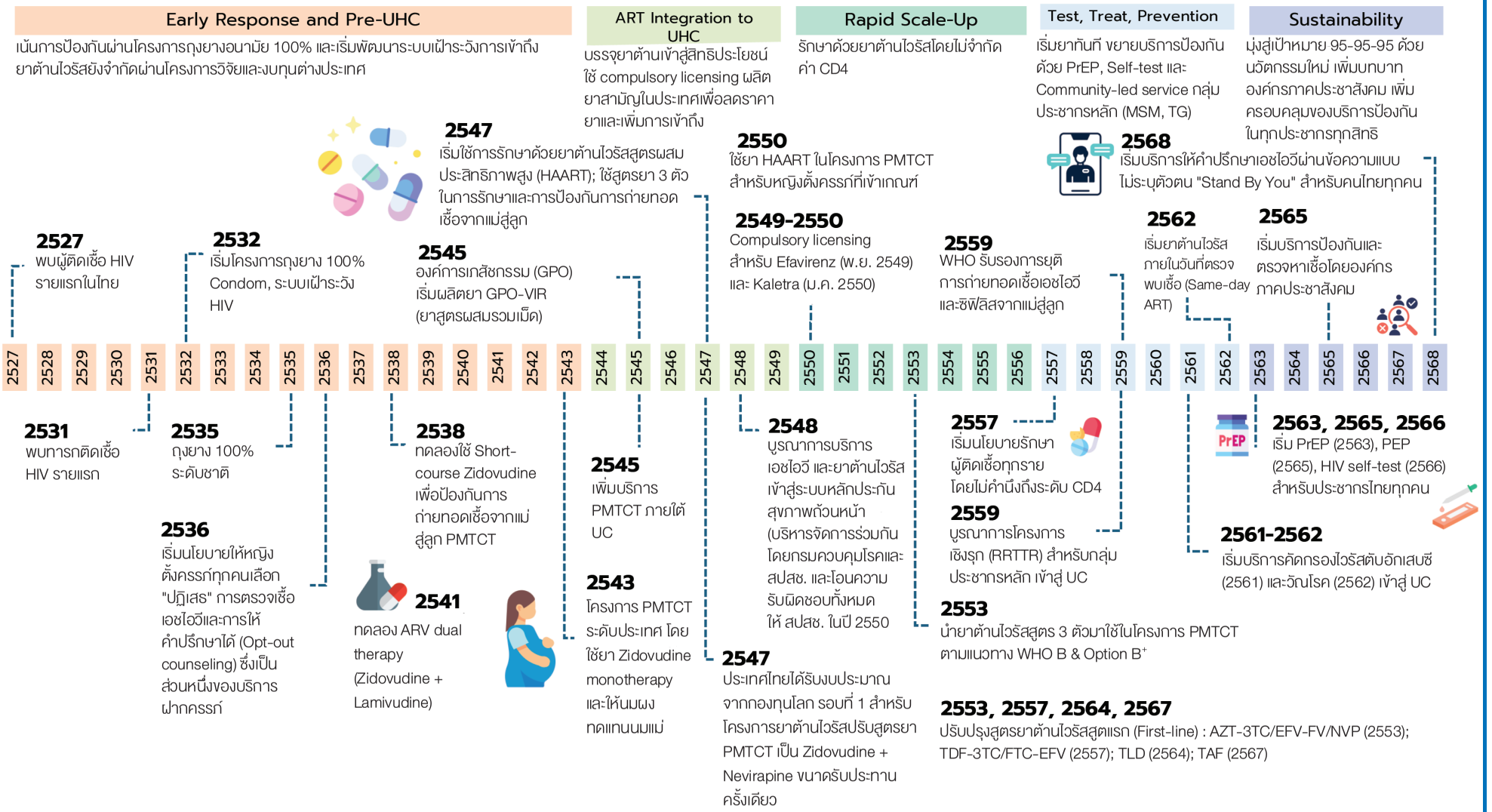
ประเทศไทยพัฒนาระบบยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การเภสัชกรรมพัฒนายาต้านสูตรเดี่ยว Zidovudine (AZT) ในปี พ.ศ. 2538 เพื่อช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และพัฒนาสูตรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ ยาสูตรคู่ในปี พ.ศ. 2541 และสูตรรวม 3 ชนิดในเม็ดเดียวในปี พ.ศ. 2545 ต่อมาในปี พ.ศ. 2549-2550 ได้ประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing) สำหรับยาต้านไวรัส Efavirenz และ Lopinavir/Ritonavir ส่งผลให้ต้นทุนยาลดลงอย่างมากและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษา นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากลไกการจัดซื้อและบริหารจัดการยาต้านเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมปรับปรุงการจัดซื้อให้สอดคล้องกับแนวทางการตรวจรักษาและการป้องกันของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลและการป้องกันอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 ได้ปรับข้อบ่งชี้การรับยาต้านเอชไอวีตามนโยบายเริ่มยาต้านเอชไอวีทันที โดยไม่ต้องรอให้ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ลดต่ำลง และในปี พ.ศ. 2559 ได้เพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ด้านการค้นหาและเข้าถึงกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทาง RRTTPR (Reach - Recruit - Test - Treat - Prevention - Retain) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ด้านการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับอุปกรณ์ป้องกัน เข้ารับการตรวจคัดกรอง และได้รับการเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหากพบการติดเชื้อ ในปี พ.ศ. 2565 ได้เริ่มขยายการจัดบริการโดยภาคชุมชน โดยหน่วยบริการภาคชุมชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ ยังมีการเพิ่มการคัดกรองโรคร่วมในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในปี พ.ศ. 2561 และการคัดกรองวัณโรคในปี พ.ศ. 2562 ควบคู่กับการขยายสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงโดยไม่จำกัดสิทธิการรักษา ได้แก่ การตรวจหาเชื้อเอชไอวี การให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure Prophylaxis: PrEP) ในปี พ.ศ. 2563 การให้ยาป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-exposure Prophylaxis: PEP) ในปี พ.ศ. 2565 และการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self-Test) ในปี พ.ศ. 2566 ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการตีตรา และสนับสนุนเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยอย่างยั่งยืน (แผนภาพที่ 2-31)

แผนภาพที่ 2-31

เหตุการณ์สำคัญของการระบาดเอชไอวี มาตรการควบคุม ป้องกัน และรักษา รวมถึงสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



[2] ผลลัพธ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ

2.1 การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บรรจุบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-exposure Prophylaxis: PrEP) เป็นสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สำหรับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2,000 คน และได้ขยายการให้บริการเพิ่มอีก 3,000 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยมีหน่วยบริการสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 154 แห่ง จาก 56 จังหวัด ซึ่งเป็นการจัดบริการในรูปแบบความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคประชาชนและโรงพยาบาลในหลายพื้นที่

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ได้รับบริการ PrEP ทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 17,646 คน โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มหลักที่เข้ารับบริการ จำนวน 11,412 คน ภาพรวมการให้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ซึ่งมีผู้รับบริการ 15,841 คน อย่างไรก็ตาม ระดับความครอบคลุมยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ คิดเป็นเพียง ร้อยละ 22 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่ายังคงมีช่องว่างในการดำเนินงานที่จำเป็นต้องเร่งขยายความครอบคลุม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ PrEP ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

2.2 ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง

การตรวจเอชไอวีด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถดำเนินการตรวจเพื่อทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ตั้งแต่การเก็บตัวอย่าง (เช่น น้ำในช่องปากหรือเลือด) การตรวจ การอ่านผล และการแปลผลด้วยตนเอง โดยเป็นการตรวจในขั้นก่อนการคัดกรอง หากได้ผลบวก ผู้รับบริการจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจยืนยันผลที่หน่วยบริการตามแนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อยืนยันอีกครั้งหนึ่ง เพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป การตรวจด้วยตนเองนี้ช่วยลดอุปสรรคการตีตรา และส่งเสริมการตรวจในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการได้ยาก

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้รับบริการด้วยชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self test) จำนวนกว่า 7.76 แสนคน 9.70 แสนครั้ง และมีการจ่ายชดเชยมากว่า 90.30 ล้านบาท โดยกว่าร้อยละ 44 เป็นประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเข้ารับบริการยังไม่สอดคล้องกับประชากรกลุ่มเสี่ยงหลัก จึงมีความจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์การสื่อสารและการเข้าถึงบริการ เพื่อเพิ่มการใช้บริการในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปเข้ารับบริการในสัดส่วนที่สูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนานโยบายและการออกแบบบริการในระยะต่อไป

2.3 บริการให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

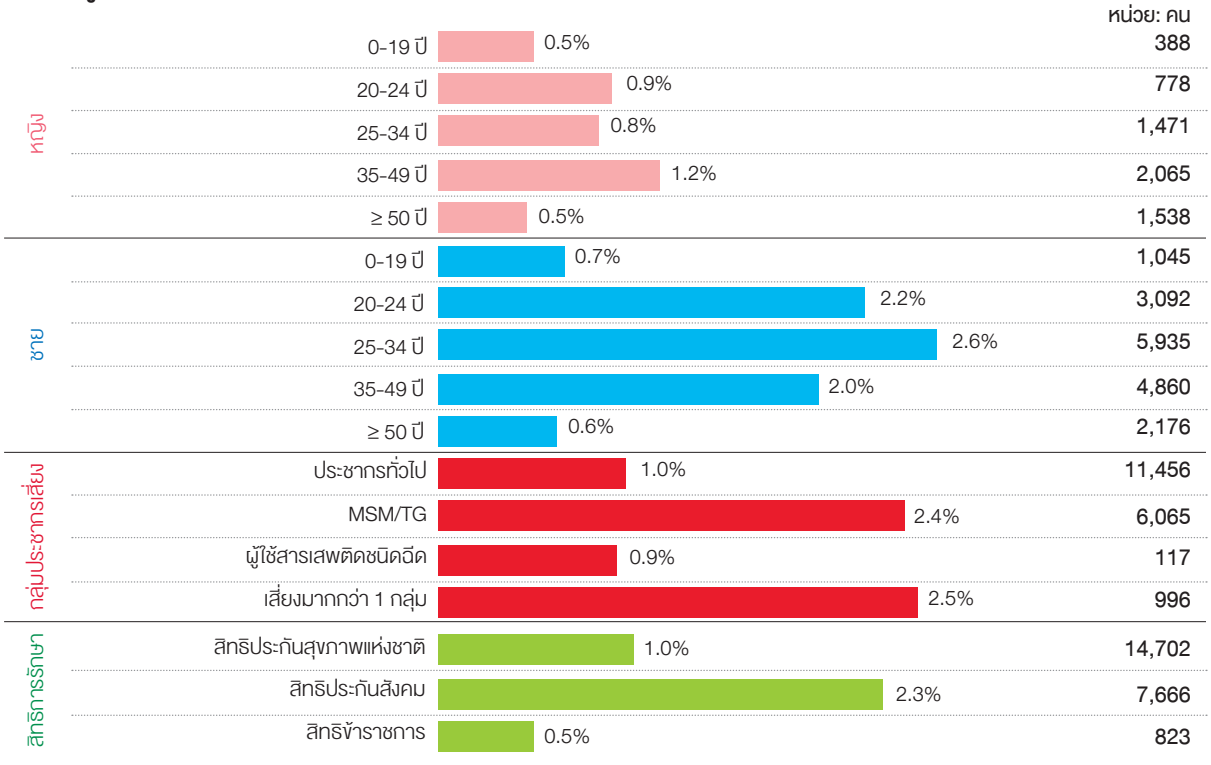
ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้ารับบริการให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจได้ปีละ 2 ครั้ง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้เข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจจำนวนกว่า 1.96 ล้านคน โดยเป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1.44 ล้านคน ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม 0.33 ล้านคน ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ 0.165 ล้านคน และสิทธิรักษาพยาบาลอื่น 0.025 ล้านคน

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่า ร้อยละ 35 ของผู้เข้ารับบริการทั้งหมดเป็นประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป สะท้อนให้เห็นว่าการเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงยังอยู่ในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ จึงมีความจำเป็นต้องเร่งส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุนี้ให้เพิ่มมากขึ้น

จากการตรวจดังกล่าว พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่จำนวน 23,348 คน คิดเป็นอัตราการตรวจพบเชื้อ (positivity rate) ร้อยละ 1.19 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่า เพศชายอายุ 25-34 ปี มีอัตราการตรวจพบเชื้อสูงที่สุด ร้อยละ 2.61 รองลงมาคือ เพศชายอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 2.23 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มประชากร พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มสตรีข้ามเพศ มีอัตราการตรวจพบเชื้อสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยคิดเป็นร้อยละ 2.44 และเมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าผู้ใช้สิทธิประกันสังคมมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 2.3 สูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 1.0) และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (ร้อยละ 0.5) สะท้อนว่ายังมีการติดเชื้อในวัยรุ่นและวัยทำงานที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง (แผนภาพ 2-32)

แผนภาพที่ 2-32

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่และอัตราการตรวจพบเชื้อ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



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

2.4 การบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

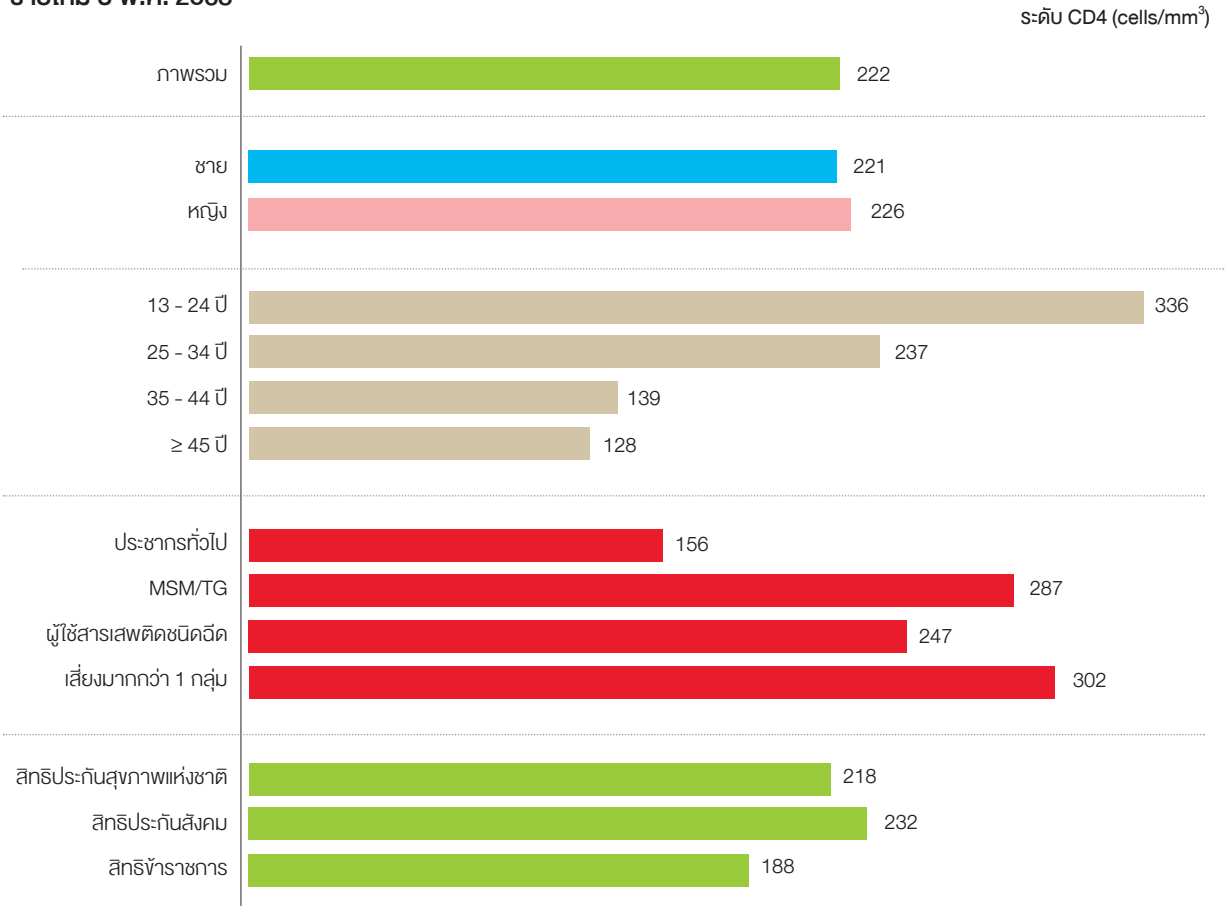
การตรวจระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ครั้งแรกก่อนการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี เป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ณ แรกรับบริการนี้เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนระยะเวลานับตั้งแต่ติดเชื้อถึงตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยผู้ติดเชื้อที่มีระดับ CD4 ต่ำตั้งแต่แรกรับบริการ น่าจะติดเชื้อมานานแล้วก่อนตรวจพบ จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การเจ็บป่วยรุนแรง และการเสียชีวิต ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและภาระของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ในทุกสิทธิการรักษาพบว่า แม้ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 แรกรับมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าค่ามัธยฐาน 153 cells/mm^3 ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 222 cells/mm^3 ในปี พ.ศ. 2568 แต่ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ ร้อยละ 47 มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm^3 สะท้อนถึงความจำเป็นในการเร่งรัดการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มต้น และการเชื่อมต่อผู้ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว

เมื่อพิจารณาจำแนกตามลักษณะประชากร พบว่ากลุ่มที่มีระดับ CD4 ต่ำตั้งแต่แรกรับบริการ ได้แก่ กลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเชิงรุกอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการวินิจฉัยล่าช้าและลดความรุนแรงของโรคในระยะต่อไป (แผนภาพ 2-33)

แผนภาพที่ 2-33

ค่ามัธยฐานของระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ณ เวลาที่เข้าสู่ระบบบริการครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ ปี พ.ศ. 2568



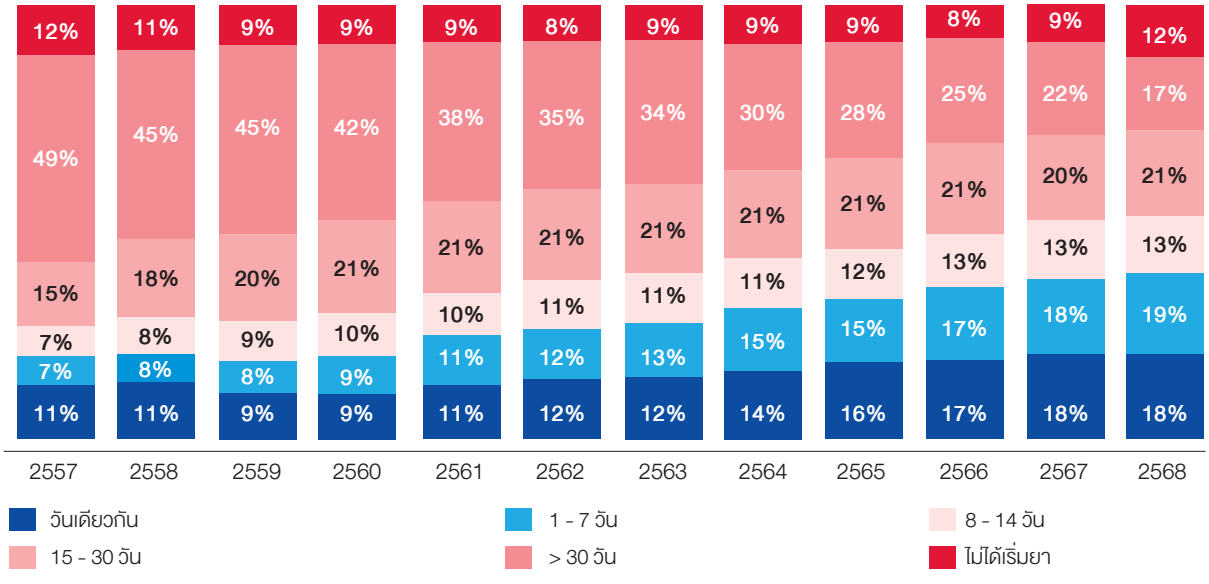
ที่มา: ข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Program) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดนโยบายการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีในผู้ติดเชื้อทุกรายโดยไม่คำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาว CD4 และสนับสนุนการเริ่มยาต้านภายในวันเดียวกับวันที่ได้รับการวินิจฉัย หากไม่สามารถทำได้ภายในวันเดียว ควรเริ่มยาภายใน 7 วันหลังการวินิจฉัย หรือโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะดำเนินการได้ เพื่อฟื้นฟูภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อ ลดโอกาสการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเพิ่มโอกาสในการควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่ไม่สามารถถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่นอนได้ ตามหลักการ Undetectable = Untransmittable (U=U)

ผลการดำเนินงานพบว่า สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เริ่มยาต้านเอชไอวีภายใน 7 วันหลังการวินิจฉัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2557 เป็น ร้อยละ 37 ในปี พ.ศ. 2568 การลดความล่าช้าในการเริ่มการรักษาดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตจากเอดส์ และช่วยยืดอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (แผนภาพ 2-34)

แผนภาพที่ 2-34

แนวโน้มระยะเวลาการเริ่มยาต้านเอชไอวีหลังการวินิจฉัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ ปี พ.ศ. 2557–2568



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

เพื่อมุ่งสู่การยุติการแพร่ระบาดของเอชไอวีภายในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยกำหนดเป้าหมายตามกรอบ 95-95-95 ได้แก่ ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อทราบสถานะของตนเอง ร้อยละ 95 ของผู้ที่ทราบสถานะได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 95 ของผู้ที่ได้รับการรักษาสามารถกดปริมาณไวรัสได้สำเร็จ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดการแพร่เชื้อและการเสียชีวิตจากเอดส์ โดยภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น

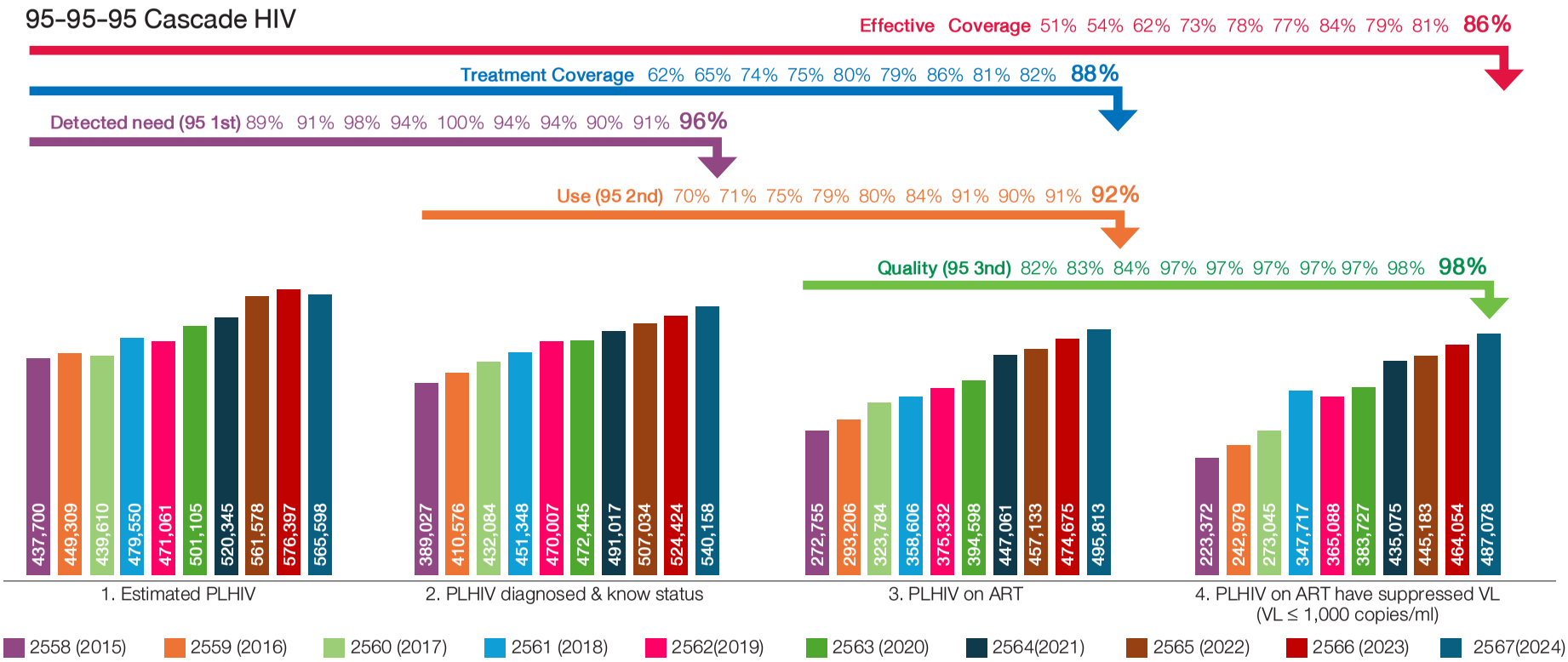
ข้อมูลจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผลงานตามเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 96-92-98 หรือคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกสิทธิการรักษา 565,598 คน โดยร้อยละ 96 ทราบสถานะการติดเชื้อ ในกลุ่มที่ทราบสถานะ ร้อยละ 92 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง และในกลุ่มที่ได้รับการรักษา ประมาณร้อยละ 98 สามารถกดปริมาณไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/ml. อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างของผลลัพธ์การรักษา โดยมีผู้ติดเชื้อที่ทราบสถานะ ประมาณร้อยละ 8 ที่ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง และในผู้ที่รักษาอย่างต่อเนื่องแล้ว ประมาณร้อยละ 2 ที่ยังไม่สามารถกดไวรัสได้

เมื่อพิจารณา**การประเมินความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage)** พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกสิทธิการรักษาจากการคาดประมาณเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 88 และจากการ**ประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิผล (Effective Coverage)** พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกสิทธิสามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ต่ำกว่า 1,000 copies/ml. ร้อยละ 86 เหลืออีกร้อยละ 14 ที่ยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องเร่งรัด เพื่อให้สามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้ในระดับที่มีคุณภาพ (แผนภาพที่ 2-35)

แผนภาพที่ 2-35

ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของประเทศไทย และความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิผล ปี พ.ศ. 2558-2567 ตามเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ของสมัชชาสหประชาชาติ ใน ปี พ.ศ. 2573 ที่ร้อยละ 95-95-95

(Cascade services 95-95-95 and Effective Coverage of Thailand Achievement in the Year 2015-2024 for Ending AIDS to Goals targets in the Year 2030)



ที่มา: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2567 เผยแพร่ กันยายน 2568

หมายเหตุ: 1) คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Estimated PLHIV) โดย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อของเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 เผยแพร่ กันยายน 2568

2) กดปริมาณไวรัสลงได้ (PLHIV on ART have suppressed VL) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัสต่อเนื่องครบ 12 เดือน และผลการตรวจปริมาณไวรัส VL < 1,000 copies/ml

3) การประเมินความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) คำนวณจาก จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ที่ได้รับยาต้านไวรัส (PLHIV on ART) เทียบกับจำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ (Estimated PLHIV)

4) การประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิผล (Effective Coverage) คำนวณจาก จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (PLHIV on ART have suppressed VL, VL < 1,000 copies/ml) เทียบกับจำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ (Estimated PLHIV)

5) Detected need (1st 95) คำนวณจาก จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตและทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV diagnosed & know status) เทียบกับจำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ (Estimated PLHIV)

6) Use (2nd95) คำนวณจาก จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ที่ได้รับยาต้านไวรัส (PLHIV on ART) เทียบกับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตและทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV diagnosed & know status)

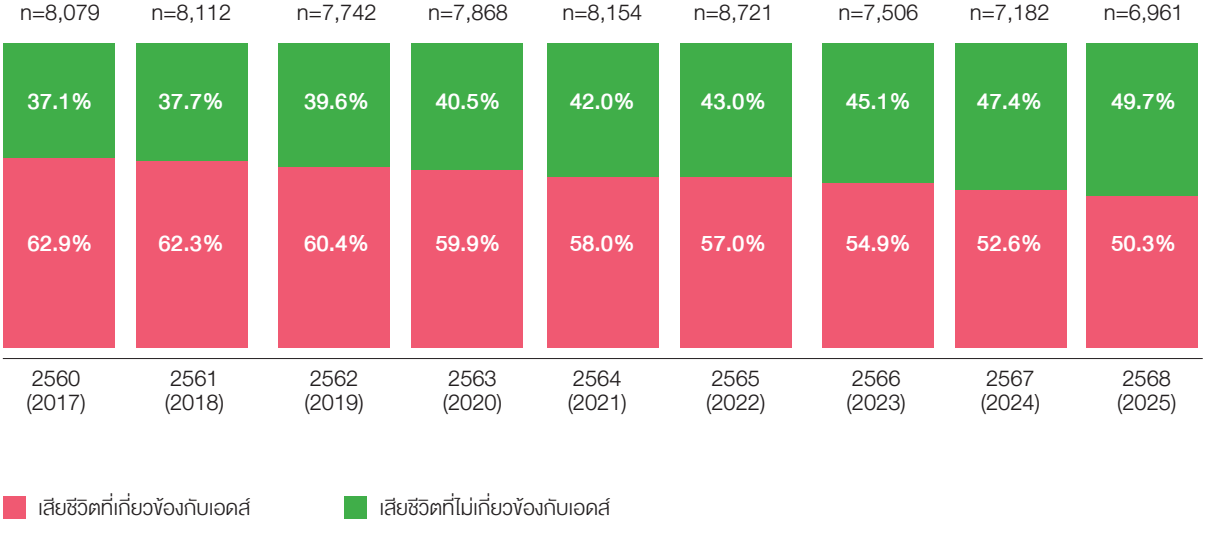
7) Quality (3rd95) คำนวณจาก จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (PLHIV on ART have suppressed VL, VL < 1,000 copies/ml) เทียบกับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ที่ได้รับยาต้านไวรัส (PLHIV on ART)

2.5 การเสียชีวิต

การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สะท้อนทั้งความล่าช้าในการตรวจพบโรคและประสิทธิภาพของระบบการดูแลรักษา พบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับเอดส์มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 62.9 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เสียชีวิตทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 50.3 ในปี พ.ศ. 2568 (แผนภาพที่ 2-36) และแม้ว่าสัดส่วนผู้เสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปีหลังการวินิจฉัยว่าติดเชื้อจะลดลงมาตลอด แต่ในปี พ.ศ. 2568 ยังอยู่ที่ร้อยละ 18.5 สะท้อนว่าผู้ติดเชื้อจำนวนมากยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเร็วพอ ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าสู่การรักษาได้ทันต่อการฟื้นฟูภูมิคุ้มกันและการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มต้นให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการได้ยาก และต้องเชื่อมโยงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มโอกาสในการควบคุมโรค ลดการเจ็บป่วยรุนแรง และลดการเสียชีวิตจากเอดส์ในระยะยาว (แผนภาพที่ 2-37)

แผนภาพที่ 2-36

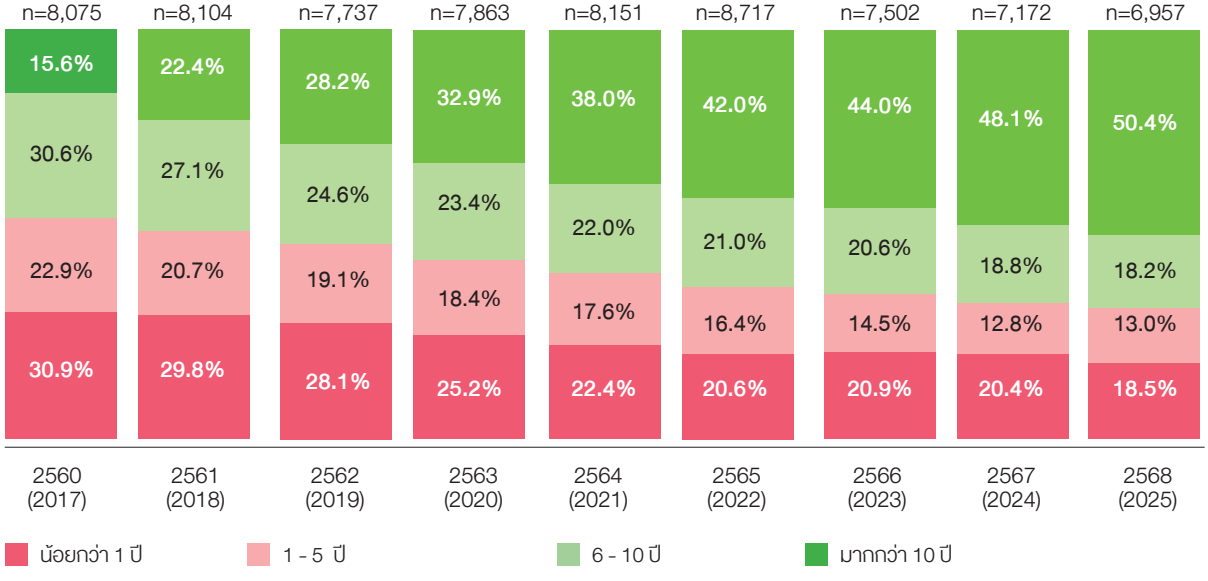
แนวโน้มสาเหตุการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เสียชีวิต ปี พ.ศ. 2560-2568



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

แผนภาพที่ 2-37

แนวโน้มระยะเวลาการเสียชีวิตหลังจากวินิจฉัย ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต ปี พ.ศ. 2560-2568



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

[3] แนวทางนโยบาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นการเสริมสร้างการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างครอบคลุมและยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับการขยายการเข้าถึงกลุ่มที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญและยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี แนวทางสำคัญคือการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์และสนับสนุนรูปแบบบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแพลตฟอร์มสุขภาพทางไกล รวมถึงการส่งเสริมบทบาทเครือข่ายเยาวชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ระบบบริการแบบดั้งเดิมเข้าถึงได้ยาก นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีแผนปรับแนวทางการจัดซื้อชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) แบบรวมศูนย์ในระดับประเทศ เพื่อเพิ่มอำนาจต่อรอง ลดต้นทุน และสร้างความมั่นคงด้านอุปทาน พร้อมทั้งพัฒนาระบบการกระจายและการเชื่อมต่อเข้าสู่บริการให้คำปรึกษาและการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านชุดสิทธิประโยชน์ในอนาคต จะมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการบรรจุสิทธิประโยชน์ใหม่ โดยพิจารณาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ควบคู่กับการพัฒนาแนวทางการเงินการคลังรูปแบบใหม่ เช่น การจ่ายชดเชยตามคุณค่า (value-based payment) ที่เชื่อมโยงการจ่ายกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการลงทุนเชิงป้องกัน ลดภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาว และเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพโดยรวม

5.7 บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
(Renal Replacement Therapy in Chronic Kidney Disease Patients)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีสิทธิประโยชน์ในการบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมด้านสุขภาพ และป้องกันการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณ รวมถึงศักยภาพของหน่วยบริการในระบบ ดังนั้น ในระยะแรกได้กำหนดให้การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) เป็นสิทธิประโยชน์หลัก รวมทั้งบริการทดแทนไตด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplant: KT) แก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรายที่เข้าเกณฑ์การผ่าตัดปลูกถ่ายไตและมีไตบริจาคโดยไม่ต้องร่วมจ่าย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) เฉพาะรายที่ไม่สามารถทำ PD ได้ โดยไม่ต้องร่วมจ่าย อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยยืนยันที่จะทำ HD ทั้งที่ไม่มีข้อบ่งชี้ ที่จำเป็นต้องทำ HD ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง (HD Self pay) ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถขออุทธรณ์ได้หากมีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ได้ขยายความครอบคลุมไปสู่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ในผู้ป่วยรายเก่าที่ไม่สมัครใจทำ PD โดยรัฐอุดหนุนในสัดส่วน 2 ใน 3 ของค่าบริการ (ไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง) และให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายในสัดส่วน 1 ใน 3 ของค่าบริการ (500 บาทต่อครั้ง) และให้มีสิทธิได้รับยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือด (Erythropoietin) ฟรีเช่นเดิม แต่หากเป็นรายใหม่ที่ไม่สมัครใจทำ PD และไม่ได้มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจทำ PD แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือด แต่ผู้ป่วยก็มีความเดือดร้อนจากภาระค่าบริการที่เป็นค่าใช้จ่ายสูง จึงนำมาสู่การปรับนโยบายด้านการบำบัดทดแทนไต ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2565 เห็นชอบให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการล้างไตได้ตามความเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีผลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เพื่อป้องกันภาวะล้มละลายของผู้ป่วยและครอบครัว และดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) โดย **อายุรแพทย์โรคไตจะให้ข้อมูล ทางเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้ตามความเหมาะสมและความสมัครใจ** ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ Hemodialysis (HD) เพิ่มขึ้นจาก 24,837 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 46,894 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567 มีแนวโน้มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวนมากขึ้นทั้งในแง่ปริมาณ เฉลี่ยปีละประมาณหนึ่งหมื่นคน และในแง่ของสัดส่วนเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการล้างไตผ่านช่องท้อง หรือ Perioneal Dialysis (PD) คือ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) สูงถึง 3.2 เท่าของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (PD) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการล้างไตทางช่องท้องก็พบว่ามีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการผ่านระบบอัตโนมัติ Automated Peritoneal Dialysis (APD) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการปรับตัวของระบบบริการต่อประเด็นด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในชุมชน (แผนภาพที่ 2-38 และตารางที่ 2-21)

จากการกำกับติดตามการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่การปรับนโยบายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งด้านจำนวนหน่วยบริการที่ให้บริการล้างไต จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สามารถเข้าถึงบริการล้างไต และการป้องกันการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว แต่อย่างไรก็ตาม ผลกระทบด้านงบประมาณและด้านคุณภาพบริการทั้งต่อระบบบริการและต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้นำมาสู่การปรับนโยบายอีกครั้งตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 สนับสนุนให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องเป็นลำดับแรก (PD First) พร้อมทั้งเน้นย้ำให้การเลือกวิธีการรักษาเป็นไปตามหลักการ โดยผ่านกระบวนการ **ตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ (Shared Decision Making: SDM) บนพื้นฐานของข้อมูลทางการแพทย์ คุณภาพชีวิต และบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และให้จัดทำระบบการขออนุมัติการบำบัดทดแทนไตล่วงหน้า** (Pre-authorization for Kidney: PAK) ทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายด้านการบำบัดทดแทนไต เพื่อยกระดับคุณภาพการรักษา เพิ่มความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากร และเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. เพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่เริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง (PD) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด
2. ควบคุมงบประมาณค่าบริการบำบัดทดแทนไตไม่ให้เกินร้อยละ 12 ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในระยะเวลา 5 ปี และ ไม่เกินร้อยละ 15 ภายในระยะเวลา 10 ปี
3. ดำเนินการบริหารงบประมาณบริการบำบัดทดแทนไตในรูปแบบงบประมาณแบบปิด (Global Budget) โดยกำหนดวงเงินไม่เกิน ร้อยละ 10 ของงบจัดบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป
4. ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ทุกรายได้รับข้อมูลทางเลือกการบำบัดทดแทนไตอย่างครบถ้วน รวมถึงการปลูกถ่ายไต และผู้ป่วยที่เหมาะสมได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อรอการปลูกถ่ายไต เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิผลสูงสุด

แผนการดำเนินงาน

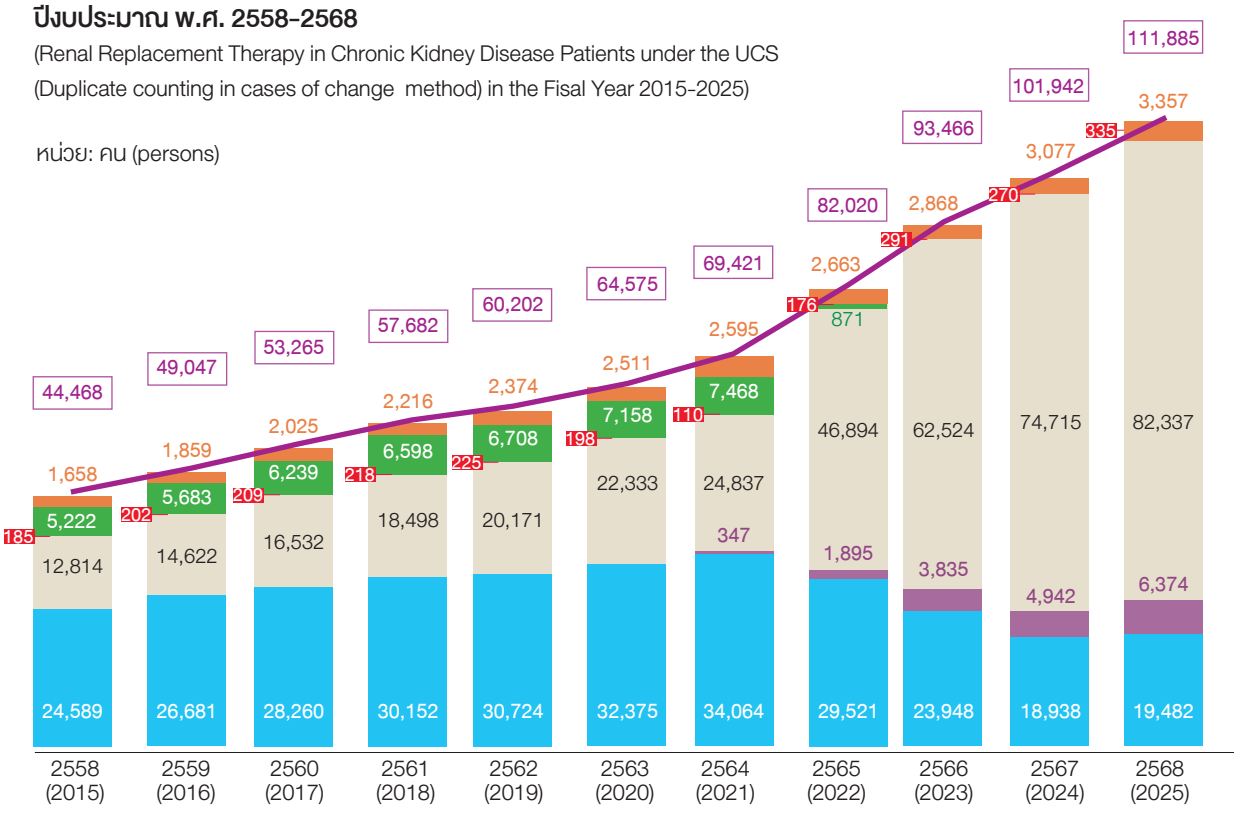
แนวทางการดำเนินงาน มุ่งเน้นการนำระบบขออนุมัติการบำบัดทดแทนไตล่วงหน้า หรือ Pre-authorization for Kidney (PAK) มาเป็นกลไกกำกับการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตควบคู่กับการตัดสินใจร่วมกันผ่านกระบวนการ **Shared Decision Making (SDM)** โดยทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มบำบัดทดแทนไต สนับสนุนการสื่อสารและสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกการรักษา เสริมสร้างศักยภาพหน่วยบริการและทีมวิชาชีพด้าน PD และการกำกับติดตามคุณภาพและผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบริการบำบัดทดแทนไตเป็นไปอย่างเหมาะสมมีคุณภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพของประเทศ

แผนภาพที่ 2-38

บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิ UC จำแนกตามประเภทการบำบัด (นับซ้ำตามวิธีการรักษา) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2568

(Renal Replacement Therapy in Chronic Kidney Disease Patients under the UCS (Duplicate counting in cases of change method) in the Fisal Year 2015-2025)

หน่วย: คน (persons)



- รับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (KTI)
- ผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT)
- ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สนับสนุนเฉพาะยา EPO (HD Self-pay)
- ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
- ล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
- ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)

ที่มา: ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (CKD Reports) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 1 มกราคม 2569 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถเปลี่ยนวิธีการรักษาได้ภายในปีงบประมาณ

2) บริการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) เป็นสิทธิประโยชน์ที่เริ่มในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

3) HD self-pay สปสช. สนับสนุนเฉพาะค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO) ในผู้ป่วยที่รับบริการบำบัดทดแทนไต โดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ที่ไม่ประสงค์รับบริการล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และไม่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขต

4) ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีกระบวนการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเองตามแบบที่เหมาะสม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

5) ตั้งแต่ 1 เมษายน 2568 กำหนดให้มีการขออนุมัติก่อนการให้บริการบำบัดทดแทนไต (Pre-authorization for Kidney: PAK) ร่วมกับกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shared decision making: SDM)

6) จำนวนผู้ป่วยที่แสดงในแผนภูมิฉบับนี้ เป็นการคำนวณในลักษณะ 'นับซ้ำตามวิธีการรักษา' กล่าวคือ ในกรณีที่ผู้ป่วย 1 คน ได้รับการบำบัดทดแทนไตมากกว่าหนึ่งวิธีภายในรอบปี ระบบจะทำการนับจำนวนแยกตามแต่ละวิธีการรักษาที่เกิดขึ้นจริง ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยรับการรักษาทั้งวิธี CAPD และ HD จะถูกบันทึกเป็นจำนวน 2 คน เพื่อให้สะท้อนถึงปริมาณการให้บริการในแต่ละวิธีการรักษาได้อย่างครบถ้วน

ตารางที่ 2-21

บริการบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568

(Renal Replacement Therapy in Chronic Renal Failure Patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: คน

บริการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. ล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD)	**34,064**	**29,521**	**23,948**	**18,938**	**19,482**
ผู้ป่วยเก่ายกยอดจากปีที่ผ่านมา	23,843	24,439	19,832	15,272	11,335
ผู้ป่วยใหม่ในปี					
- ผู้ป่วยลงทะเบียนและรับบริการรายใหม่	9,758	5,090	2,220	2,055	5,486
- ผู้ป่วยที่เปลี่ยนมารักษาด้วยวิธี CAPD	463	1,293	1,896	1,611	2,661
ผู้ป่วยที่ออกจากวิธี CAPD ในปี					
- ผู้ป่วยเสียชีวิต	7,745	8,240	6,623	5,790	4,890
- ผู้ป่วย CAPD ที่เปลี่ยนวิธีการรักษา	1,869	2,741	2,052	1,807	3,243
- ผู้ป่วยที่หยุดการรักษา/ไม่สามารถติดตามได้	11	9	1	6	7
2. ล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis: APD)	**347**	**1,895**	**3,835**	**4,942**	**6,374**
ผู้ป่วยเก่ายกยอดจากปีที่ผ่านมา	-	283	1,513	2,780	3,411
ผู้ป่วยใหม่ในปี	347	1,612	2,322	2,162	2,963
ผู้ป่วยที่ออกจากวิธี APD ในปี					
- ผู้ป่วยเสียชีวิต	53	262	513	908	1,176
- ผู้ป่วย APD ที่เปลี่ยนวิธีการรักษา	11	120	456	389	279
3. ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)	**24,837**	**46,894**	**62,524**	**74,715**	**82,337**
ผู้ป่วยเก่ายกยอดจากปีที่ผ่านมา	19,850	21,816	39,707	52,029	63,290
ผู้ป่วยใหม่ในปี					
- ผู้ป่วยลงทะเบียนและรับบริการรายใหม่	2,326	14,143	18,819	19,591	15,385
- ผู้ป่วยที่เปลี่ยนมารักษาด้วยวิธี HD	2,661	10,935	3,998	3,095	3,662
ผู้ป่วยที่ออกจากวิธี HD ในปี					
- ผู้ป่วยเสียชีวิต	2,928	6,574	9,389	10,253	9,318
- ผู้ป่วย HD ที่เปลี่ยนวิธีการรักษา	93	613	1,106	1,172	2,212
4. ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สนับสนุนเฉพาะยา EPO (Hemodialysis with patient's Self Pay: HD Self-pay)	**7,468**	**871**	**-**	**-**	**-**
ผู้ป่วยเก่ายกยอดจากปีที่ผ่านมา	5,613	5,635	-	-	-
ผู้ป่วยใหม่ในปี					
- ผู้ป่วยลงทะเบียนและรับบริการรายใหม่	1,824	632	-	-	-
- ผู้ป่วยที่เปลี่ยนมารักษาด้วยวิธี HD Self-pay	31	18	-	-	-
ผู้ป่วยที่ออกจากวิธี HD Self-pay ในปี			-	-	-
- ผู้ป่วยเสียชีวิต	1,137	534	-	-	-
- ผู้ป่วย HD Self-pay ที่เปลี่ยนวิธีการรักษา	696	5,608	-	-	-
5. ผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT)	**110**	**176**	**291**	**270**	**335**
ผู้ป่วยใหม่ในปี	110	176	291	270	335
ผู้ป่วยเสียชีวิตในปี	34	44	46	42	43

(ต่อ) ตารางที่ 2-21

บริการบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568

(Renal Replacement Therapy in Chronic Renal Failure Patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: คน

บริการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
6. รับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation Immunosuppressive Drug: KTI)	**2,595**	**2,663**	**2,868**	**3,077**	**3,357**
ผู้ป่วยเก่ายกยอดจากปีที่ผ่านมา	2,417	2,471	2,530	2,742	2,952
ผู้ป่วยใหม่ในปี	178	192	338	335	405
ผู้ป่วยที่ออกจากวิธี KTI ในปี					
- ผู้ป่วยเสียชีวิต	73	93	81	70	77
- ผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการรักษา	51	40	45	55	50
รวมการรับบริการบำบัดทดแทนไต (Total)	**69,421**	**82,020**	**93,466**	**101,942**	**111,885**

ที่มา: ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (CKD Reports), สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 1 มกราคม 2569 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: อ้างอิงแผนภาพที่ 2-38

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการให้บริการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สะสม 111,885 คน (นับซ้ำตามวิธีการรักษา) เมื่อจำแนกตามวิธีการบำบัดทดแทนไต พบว่าเป็นผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) มากที่สุด 82,337 คน รองลงมาคือล้างไตผ่านช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) 19,482 คน และล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) 6,374 คน ขณะที่การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) 335 คน และผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (KTI) 3,357 คน (แผนภาพที่ 2-38) อาจกล่าวได้ว่าหลังจากมีระบบการขออนุมัติก่อนการให้บริการบำบัดทดแทนไต (PAK) ในเดือนเมษายน 2568 เป็นต้นมา พบว่าจำนวนผู้ป่วย CAPD เพิ่มขึ้น โดยมีแนวโน้มการขยายสัดส่วนการใช้ระบบอัตโนมัติ APD และการดูแลที่บ้านด้วยเทคโนโลยีมากขึ้น การปลูกถ่ายไต (KT/KTI) เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยมาตลอดสะท้อนข้อจำกัดด้านอวัยวะและระบบสนับสนุน แม้จะเป็นทางเลือกที่ยั่งยืนที่สุดในระยะยาว

ประเภทและการกระจายตัวของหน่วยบริการเฉพาะด้านที่ให้บริการบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ตารางที่ 2-22) ดังนี้

1) หน่วยบริการขึ้นทะเบียนเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) จำนวน 1,033 แห่ง (ปี 2567 มีหน่วยบริการฯ 977 แห่ง)
2) หน่วยบริการขึ้นทะเบียนเฉพาะด้านล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) จำนวน 299 แห่ง (ปี 2567 มีหน่วยบริการฯ 291 แห่ง)
3) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant: KT) จำนวน 27 แห่ง เท่ากับปี 2567 ซึ่งมีกระจายในทุกเขตสุขภาพยกเว้น สปสช. เขต 3 นครสวรรค์
4) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจ่ายยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต จำนวน 27 แห่ง เท่ากับปี 2567

ตารางที่ 2-22

จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียนและสังกัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of UCS Healthcare units classified by Types of Registered and Affiliation in the Fiscal Year 2025)

ประเภทหน่วยบริการ	ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)			ล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (PD)			ผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT)		
	อำเภอเมือง	นอกอำเภอเมือง	รวม	อำเภอเมือง	นอกอำเภอเมือง	รวม	อำเภอเมือง	นอกอำเภอเมือง	รวม
1. รัฐใน สธ. (สังกัด สป.)	77	241	318	77	188	265	11	1	12
2. รัฐใน สธ. (นอกสังกัด สป.)	2	9	11	1	4	5	-	1	1
3. รัฐนอก สธ.	32	39	71	10	17	27	2	11	13
4. เอกชน	250	369	619	-	-	-	-	-	-
5. รัฐพิเศษ	-	2	2	-	2	2	-	1	1
6. รัฐนอก สธ. (อปท.)	8	4	12	-	-	-	-	-	-
รวม (แห่ง)	**369 (35.7%)**	**664 (64.3%)**	**1,033 (100%)**	**88 (29.4%)**	**211 (70.6%)**	**299 (100%)**	**13 (48.1%)**	**14 (51.9%)**	**27 (100%)**

ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 30 พฤศจิกายน 2568

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องเข้าสู่บริการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เขตสุขภาพต่างๆ ดำเนินโครงการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ยกตัวอย่างเช่น **การดำเนินโครงการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง Stage 5 ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี** โดยพบว่าปัจจุบัน สปสช.เขต 10 กำลังเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ส่งผลต่อการเกิดอุบัติการณ์ไตวายเรื้อรัง Stage 5 (CKD Stage 5, ICD10=N185) ที่แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 มีอัตราอยู่ที่ 1.23, 1.28 และ 1.33 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ที่ตั้งเป้าหมายไว้ไม่เกิน 1.23 ต่อประชากรพันคน จากข้อมูลล่าสุดมีผู้ป่วยสะสม 31,014 คน ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ก่อนดำเนินโครงการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึงปีละกว่า 6,000 คน และมีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดทดแทนไต (RRT) เพียงร้อยละ 22.28 จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาระงบประมาณกองทุนไตวายเรื้อรังที่พุ่งสูงขึ้นกว่า 1,283 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (เพิ่มขึ้นกว่า ร้อยละ 67 จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2566) สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์จากการตั้งรับเป็นเชิงรุก

จากการกำกับติดตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สปสช.เขต 10 ได้ริเริ่มรูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าน **"Buddy Kidney Care Model"** และกลไกของ Service Plan สาขาไต โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มี อปท. เข้าร่วมขับเคลื่อนแล้ว 70 แห่ง ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) มีการดำเนินโครงการรวม 87 โครงการ ใช้งบประมาณจาก กปท.รวมกว่า 3.1 ล้านบาท เพื่อคัดกรองและติดตามผลการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบข้อมูล Dashboard เพื่อใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงระยะของโรค (Change Stage) ทำให้เห็นภาพรวมของการคัดกรอง eGFR ที่ครอบคลุมมากขึ้น แม้จะยังมีข้อจำกัดในเรื่องความต่อเนื่องของการบันทึกข้อมูลในบางพื้นที่

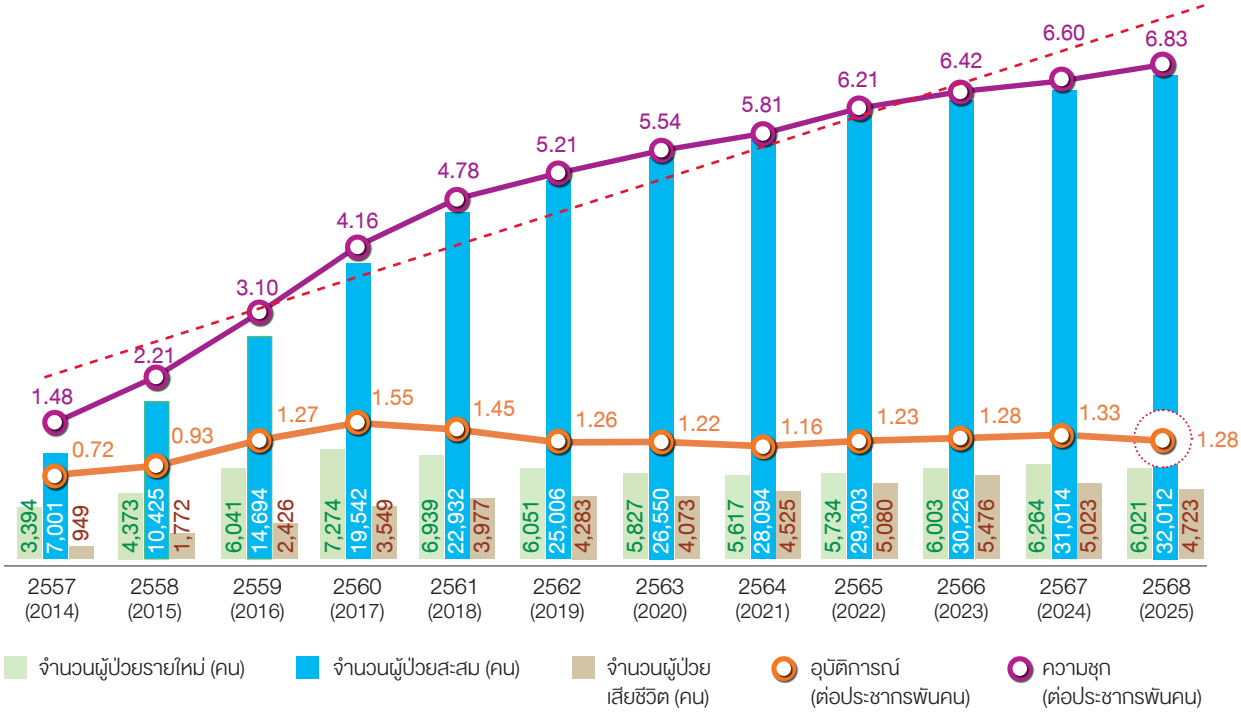
จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก พบว่ากุญแจสำคัญในการแก้ปัญหาคือการ "ป้องกันเชิงรุก" มากกว่าการรอรักษาในโรงพยาบาล จึงเกิดข้อเสนอแนะในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการรณรงค์อาหารลดเค็มในตลาดและโรงเรียน การควบคุมการใช้ยาชุดและสมุนไพรที่มีผลเสียต่อไต รวมถึงการใช้เทคโนโลยี Dashboard มาช่วยในการติดตามระดับการเสื่อมของไต (Change Stage) เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยที่มีแนวโน้มอาการแย่ลงได้ทันท่วงที

จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนผ่านกลไกการขับเคลื่อนเชิงรุกของเขตสุขภาพที่ 10 ในการจัดการปัญหาโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลงจาก 6,264 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็น 6,021 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ส่งผลให้อุบัติการณ์โรคไตวายเรื้อรัง Stage 5 ลดลงอยู่ที่ 1.28 ต่อประชากรพันคน (จากปี 2567 ที่ 1.33 ต่อประชากรพันคน) ผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง อยู่ที่ 4,723 คน (จาก 5,023 คน ในปี 2567) (แผนภาพที่ 2-39)

แผนภาพที่ 2-39

จำนวนผู้ป่วยสะสม ผู้ป่วยรายใหม่ อัตราความชุกและอุบัติการณ์ต่อประชากรพันคนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 5 ในเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2568

(Cumulative cases, New cases, Prevalence rate and Incidence rate (per 1000 UC population) in Health region 10 in the Fiscal Year 2014-2025)



ที่มา : ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก OP 43 แฟ้ม และฐานข้อมูลเบิกจ่ายชดเชย OP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 14 ตุลาคม 2568 วิเคราะห์โดย เขตสุขภาพที่ 10 สปสช.

ภายใต้ยุทธศาสตร์ (Ensure in Quality) หรือการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพมาตรฐานบริการ เขตสุขภาพที่ 10 ได้ตั้งเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ที่จะยกระดับการทำงานให้เข้มข้นขึ้น โดยมีแผนงานสำคัญคือการจัดตั้ง CKD Clinic ที่เป็นมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง เพื่อทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ควบคู่ไปกับการใช้เทคโนโลยี Telemedicine และเครื่อง Salt Meter (เครื่องวัดความเค็ม) ในชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายสังคมลดเค็มที่เข้มแข็ง

แผนภาพที่ 2-40

5 กลยุทธหลักเพื่อชะลอไตเสื่อมในเขตสุขภาพที่ 10

(5 Strategic for prevention and control Kidney disease in Health region 10)



การดำเนินงานทั้งหมดนี้ ไม่ได้เป็นเพียงการรักษาโรค แต่คือการสร้างระบบนิเวศสุขภาพที่มุ่งหวังจะชะลอการเสื่อมของไตให้ยาวนานที่สุด เพื่อคืนสุขภาพที่ดีให้กับชาวสปสช.เขต 10 อุบลราชธานี และลดภาระทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว (แผนภาพที่ 2-40)

ความท้าทายของบริการบำบัดทดแทนไต

1) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไต (RRT) โดยเฉพาะการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อคนสูง ทำให้เกิดแรงกดดันต่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ ขณะที่โครงสร้างงบประมาณยังเน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและชะลอโรค **จึงต้องเน้นคุณภาพการรักษาที่ได้มาตรฐานของหน่วยบริการ HD ให้มากขึ้น**

2) สร้างความยั่งยืนและความมั่นคงของระบบหลักประกันสุขภาพไทย โดย**ขับเคลื่อนการดูแลใกล้บ้านและเพิ่มบทบาทการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)** ลดการพึ่งพาการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ภายใต้บริบทสังคมสูงวัยและผู้ป่วยซับซ้อนมากขึ้น จึงจำเป็น**ต้องเพิ่มความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ** โดยส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ ดูแลสุขภาพตนเองได้

3) **เสริมศักยภาพชุมชน เทคโนโลยีดูแลที่บ้าน ยกระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการ ชุมชน และครอบครัว** ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) รวมถึงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมป้องกันการชะลอไตเสื่อมและการตัดสินใจในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตยั่งยืน

4) **ส่งเสริมการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT)** ซึ่งเป็นการลงทุนระยะยาวเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

5.8 บริการควบคุมป้องกันและรักษา โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
(Prevention and Treatment in Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma and COPD diseases)

[1] บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อมูลความชุกจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ที่พบว่าความชุกของทั้ง 2 โรคเพิ่มขึ้นตลอดมา โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในสิทธิ UC มีจำนวน 3.45 และ 6.64 ล้านคน ตามลำดับ

สำหรับเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หรือระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการวางแผนการพัฒนาระบบและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

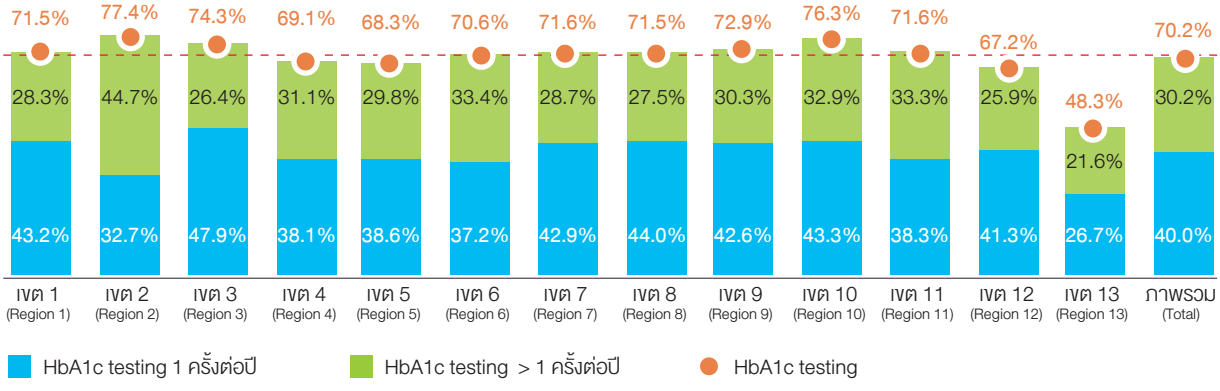
ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.8 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นร้อยละ 70.2 ซึ่งบรรลุเป้าหมายระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุขที่ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 70 ควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี โดยผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 40 ได้รับการตรวจ 1 ครั้งต่อปี และร้อยละ 30.2 ได้รับการตรวจมากกว่า 1 ครั้งต่อปี (แผนภาพที่ 2-41)

จากข้อมูล**ผลลัพธ์การบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน** ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนคาดประมาณผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย (Detected need) เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี (Crude coverage, Use) และควบคุมระดับ HbA1c ได้ (น้อยกว่า ร้อยละ 7 หรือ 8) (Effective coverage, Quality) ลดลงเล็กน้อย (แผนภาพที่ 2-42)

แผนภาพที่ 2-41

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน สิทธิ UC ที่ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Percentage of HbA1c Testing in Diabetes Mellitus patients under the UCS classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)



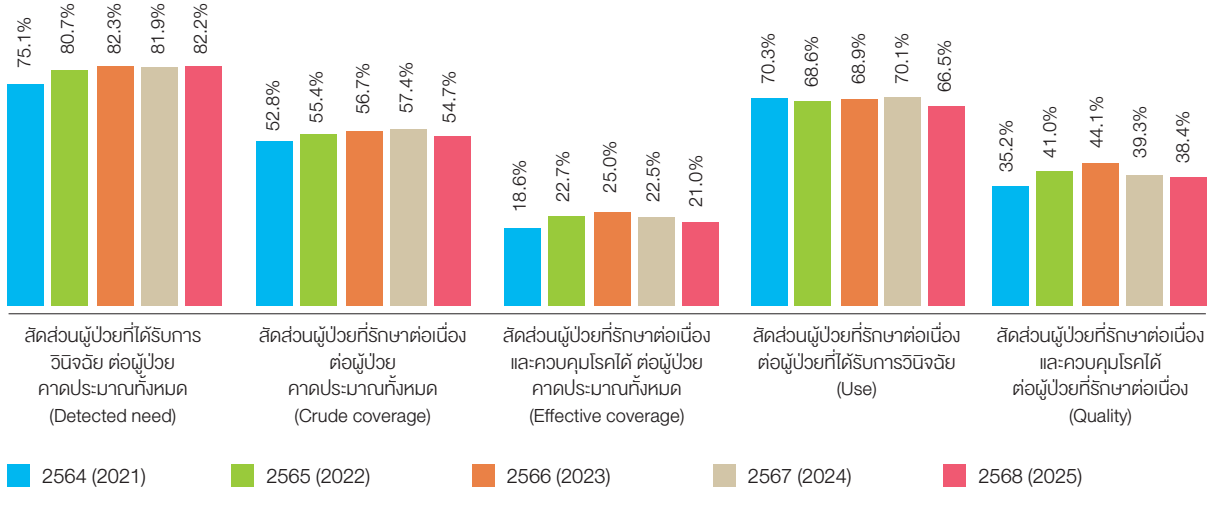
ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 11 พฤศจิกายน 2568
วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

หมายเหตุ 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim
2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim

แผนภาพที่ 2-42

ประสิทธิผลความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Effective Coverage of Diabetes Mellitus patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 11 พฤศจิกายน 2568
วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

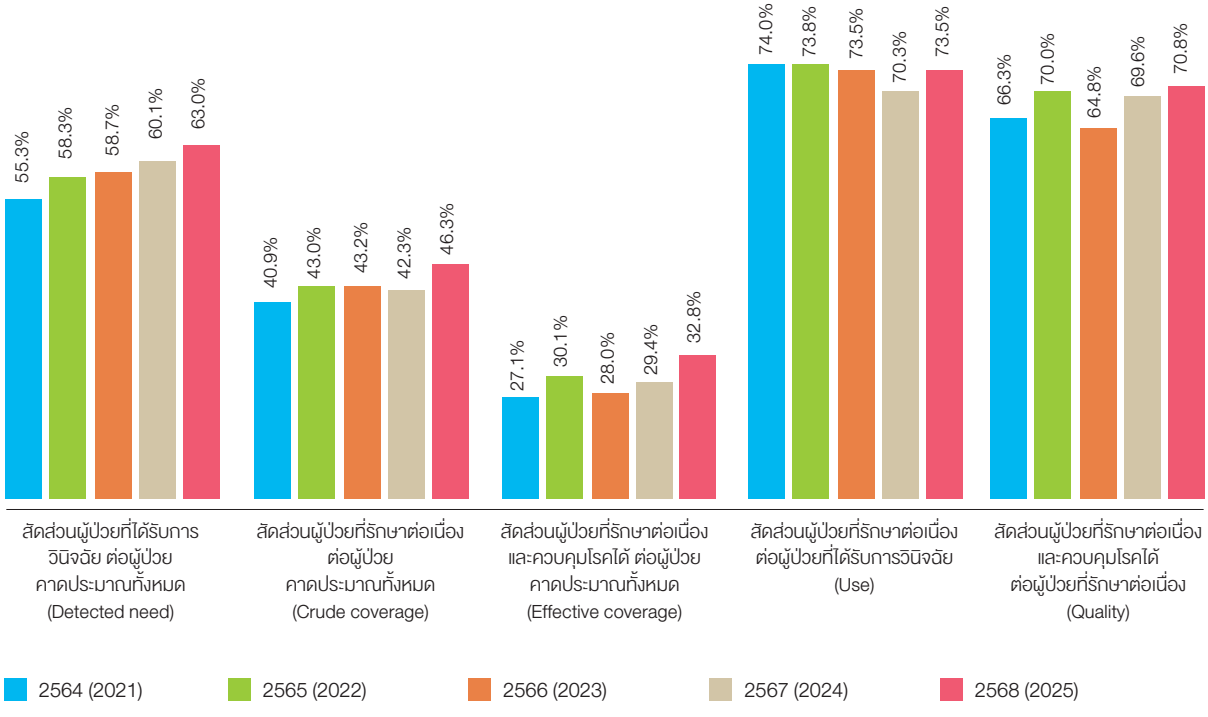
หมายเหตุ 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim
2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim
3) คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน คำนวณความชุกของโรคเบาหวาน จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (ปี พ.ศ. 2564-2567) และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 (ปี พ.ศ. 2568)

ผลลัพธ์การบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 การเข้าถึงการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (Detected need) เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าอาจมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวนมากถึง 3.91 ล้านคน (ร้อยละ 37 ของคาดประมาณผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด) ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี (Crude coverage, Use) มีแนวโน้มคงที่ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (<140/90 mmHg) (Effective coverage, Quality) เริ่มมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 (แผนภาพที่ 2-43)

แผนภาพที่ 2-43

ประสิทธิผลความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2568

(Effective Coverage of Hypertension patients under the UCS scheme in the Fiscal Year 2021-2025)



ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 11 พฤศจิกายน 2568
วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

หมายเหตุ 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim
2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim
3) คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คำนวณความชุกของโรคความดันโลหิตสูง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (ปี พ.ศ. 2564-2567) และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 (ปี พ.ศ. 2568)

ความท้าทายในการดำเนินงานโรคเบาหวาน

- จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในสิทธิ UC มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยสะสม เพิ่มขึ้นกว่า 500,000 คน (จำนวน 2.92 ล้านคน ในปีงบประมาณ 2564 และ 3.45 ล้านคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568)
- การเข้าถึงการวินิจฉัยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับจำนวนคาดประมาณผู้ป่วยทั้งหมด (Detected need) อย่างไรก็ตามยังคงมีผู้ป่วยอีก 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Use) ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจ HbA1c และการควบคุมโรค
- ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการปรับกลไกการจ่ายค่าชดเชยสำหรับการตรวจระดับ HbA1c ให้เป็นการจ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) 2 ครั้งต่อปี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 30.2 ที่ได้รับการตรวจ HbA1c มากกว่า 1 ครั้งต่อปี ซึ่งหากอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้แนะนำให้ตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 2 ครั้งในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 4 ครั้งในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ถือว่าในภาพรวมยังต่ำกว่าแนวทางเวชปฏิบัติอยู่มาก
- จากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังคงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 13) ที่ไม่ได้รับการตรวจ HbA1c
- ถึงแม้มีสิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัย และการตรวจ HbA1c ได้เพิ่มมากขึ้น แต่ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ (Effective coverage, Quality) กลับไม่ดีขึ้น จึงอาจมีการพิจารณามาตรการที่ครอบคลุมการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment) เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (DM remission) โดยเริ่มจากการจ่ายตามผลลัพธ์บริการ (Pay for Performance: P4P) รวมทั้งมาตรการอื่นๆ ที่อยู่ในนโยบายที่คุ้มค่าที่สุดขององค์การอนามัยโลก (WHO Best Buys) เช่น การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

ความท้าทายในการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูง

- จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสิทธิ UC มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยสะสม เพิ่มสูงขึ้นถึง 900,000 คน (จำนวน 5.74 ล้านคน ในปีงบประมาณ 2564 และ 6.64 ล้านคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568)
- แม้ว่าภาพรวมการเข้าถึงการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าอาจมีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 3.91 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของจำนวนคาดประมาณทั้งหมด ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ทั้งนี้จากข้อมูลของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยมีการกล่าวถึงการขาดความตระหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่มั่นใจของการวินิจฉัย และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยบางกลุ่ม มากกว่าการเข้าไม่ถึงการคัดกรอง จึงนำไปสู่การวินิจฉัยที่ล่าช้าและการปฏิเสธการวินิจฉัย ซึ่งประเด็นเหล่านี้ล้วนเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
- ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการกำกับติดตามผลลัพธ์ของการควบคุมโรคได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจ หลอดเลือด ไต เป็นต้น

[2] บริการโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการอักเสบและตีบแคบของหลอดลม ได้กลายเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย อายุ 0-14 ปี อันดับ 7 ทั้งเพศชายและหญิง **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการเสียหายของถุงลมและหลอดลม ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันฝุ่นละอองต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทย อันดับ 11 ในเพศชาย และอันดับ 20 ในเพศหญิง (รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2565 โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้มีค่าบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (case finding) ลดการนอนโรงพยาบาล (admission) ลดอัตราการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และเพิ่มคุณภาพชีวิต (quality of life) ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ งบประมาณ 51.0539 ล้านบาท เพื่อจ่ายตามผลลัพธ์บริการ โดยร้อยละ 80 จ่ายสำหรับบริการโรคหืด (Asthma) และร้อยละ 20 จ่ายสำหรับบริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยกำหนดตัวชี้วัดเน้นอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยใน และในปีงบประมาณถัดไปจะรวมอัตรากำเริบเฉียบพลันไว้ด้วย ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ใช้ค่าเฉลี่ยอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นเกณฑ์ (Asthma 20.20 และ COPD 57.82 ต่อผู้ป่วยโรคนั้นๆ 100 ราย) โดยหน่วยบริการจะได้รับ 1 และ 2 คะแนน หากหน่วยบริการสามารถลดอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในได้น้อยกว่า -0.5 s.d. และ -1.0 s.d. ตามลำดับ

ผลการดำเนินการของหน่วยบริการทั้งหมดในภาพรวม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ค่าเฉลี่ยอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในสำหรับโรคหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็น 14.04 และ 43.52 ต่อ 100 ผู้ป่วย (ข้อมูล 3 ไตรมาส) โดยหน่วยบริการที่สามารถลดอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในสำหรับโรคหืด (Asthma) ได้น้อยกว่า - 0.5 s.d. (12.31 ต่อ 100) จำนวน 536 แห่ง และน้อยกว่า -1.0 s.d. (4.41 ต่อ 100) จำนวน 166 แห่ง สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีหน่วยบริการที่สามารถลดอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในได้น้อยกว่า - 0.5 s.d. (41.18 ต่อ 100) จำนวน 407 แห่ง และน้อยกว่า -1.0 s.d. (24.54 ต่อ 100) จำนวน 266 แห่ง (ตารางที่ 2-23)

ตารางที่ 2-23

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Quality of Care of Asthma and COPD Patients in the Fiscal Year 2025)

โรค	เกณฑ์ (อัตราการรักษาแบบผู้ป่วยใน ต่อ 100 ผู้ป่วย)	คะแนน	หน่วยบริการที่ส่งข้อมูล (แห่ง)	หน่วยบริการที่มีผลลัพธ์บริการตามเกณฑ์ (แห่ง)
1. โรคหืด (Asthma)	12.31	1 คะแนน	1,501 แห่ง	536 (76.35%)
	4.41	2 คะแนน		166 (23.65%)
2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	41.18	1 คะแนน	1,459 แห่ง	407 (60.48%)
	24.54	2 คะแนน		266 (39.52%)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP E-Claim) ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

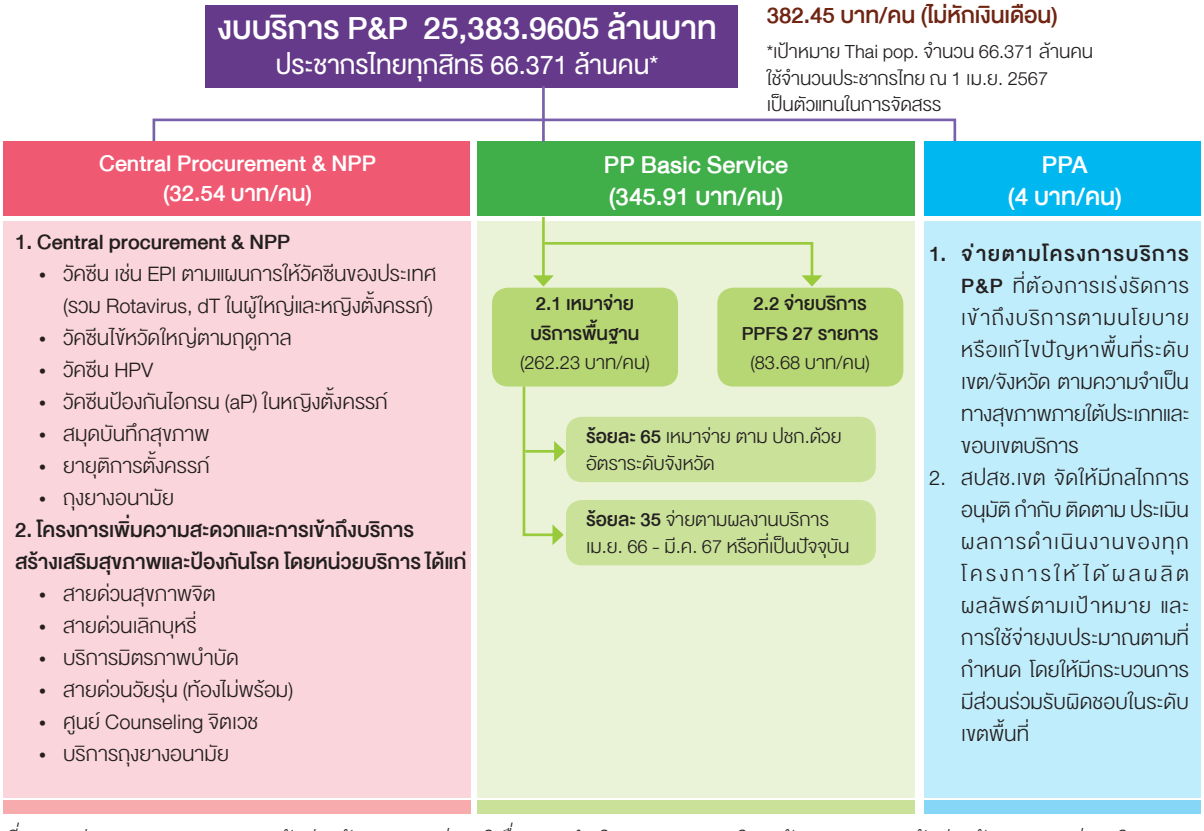
ความท้าทายในการติดตามคุณภาพบริการโรคหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) คือไม่มีระบบการติดตามข้อมูลผู้ป่วยใน ตลอดจนการเข้าถึงการรักษา ประสิทธิภาพการรับยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการเพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบเหล่านี้

5.9 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
(Services of Health Promotion and Disease Prevention)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับจัดสรรงบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 382.45 บาทต่อประชากรไทยทุกคน จำนวน 66.371 ล้านคน โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทรายบริการ (แผนภาพที่ 2-35) ดังนี้

แผนภาพที่ 2-44

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต่อประชากรไทยทุกสิทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Budget of Health Promotion and Disease Prevention Services per capita under all schemes in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ 8 ตุลาคม 2567

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดังนี้

1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National priority and central procurement)

วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน เป็นวัคซีนที่เด็กไทยทุกคนควรได้รับ เน้นวัคซีนป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ เช่น วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ไข้สมองอักเสบ โดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันจัดให้มีบริการเพื่อให้เด็กไทยทุกคนในประเทศได้รับวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผลการดำเนินงาน (ตารางที่ 2-24) ดังนี้

ตารางที่ 2-24

ผลการดำเนินงานบริการวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานทุกสิทธิ จำแนกตามชนิดของวัคซีน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Results of Expanded Program on Immunization: EPI Vaccine services under all schemes in the Fiscal Year 2021-2025)

กลุ่มอายุ	ประเภทวัคซีน	ชื่อโรคที่ป้องกัน	ผลการดำเนินงาน (คน)				
			2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
เด็กแรกเกิด	BCG	วัณโรค	342,735	308,264	340,816	369,104	319,504
	HBV1	ตับอักเสบบี เข็มที่ 1	347,960	328,480	366,076	374,166	319,524
1 เดือน	HBV2 กรณี มารดามี HBsAg บวก และทารกไม่ได้ HBIG	ตับอักเสบบี เข็มที่ 2 กรณี มารดามี HBsAg บวก และทารกไม่ได้ HBIG	12,277	19,126	20,501	16,963	13,370
2 เดือน	DTwP-HB-Hib1	คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-เยื่อหุ้มสมองอักเสบจาก Hib เข็มที่ 1	334,483	301,494	318,930	339,644	292,606
	OPV1	โปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 1	327,846	296,802	273,587	102,538[1]	53,093[1]
	IPV1	โปลิโอชนิดฉีด ครั้งที่ 1		- เริ่มปี 2567-		289,385[1]	271,994[1]
	Rota1	โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าชนิดกิน ครั้งที่ 1	310,266	311,503	361,631	359,223	304,122
4 เดือน	DTwP-HB-Hib 2	คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-เยื่อหุ้มสมองอักเสบจาก Hib เข็มที่ 2	336,839	301,621	310,278	338,988	291,306
	OPV2	โปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 2	329,374	295,633	288,291	76,043[1]	33,416[1]
	IPV2	โปลิโอชนิดฉีด ครั้งที่ 2		- เริ่มปี 2567-		276,880[1]	264,197[1]
	IPV	โปลิโอ ชนิดฉีด	320,760	286,375	280,810	-ปรับเป็น IPV2-	
	Rota2	โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าชนิดกิน ครั้งที่ 2	287,291	274,162	293,001	343,196	290,007
6 เดือน	DTwP-HB-Hib3	คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-เยื่อหุ้มสมองอักเสบจาก Hib เข็มที่ 3	343,516	304,775	306,831	341,452	295,342
	OPV3	โปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 3	336,391	298,427	299,127	329,811	286,220
	Rota3	โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าชนิดกิน ครั้งที่ 3	7,627	126,693	142,635	37,166[2]	20,139[2]
9 เดือน	MMR1	หัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 1	360,159	312,830	316,430	368,782	330,042
1 ปี	JE1	ไข้สมองอักเสบเจอีอีชนิดเชื้อมีชีวิต เข็มที่ 1	358,249	306,137	310,122	354,479	319,126
1 ปี 6 เดือน	DTwP กระตุ้น 1	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน เข็มที่ 4 (กระตุ้น 1)	349,128	315,647	312,781	349,446	338,427
	OPV4 กระตุ้น 1	โปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 4 (กระตุ้น 1)	347,721	314,764	312,493	347,444	333,102
	MMR2	หัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2	568,499	398,874	329,540	361,839	341,460

(ต่อ) ตารางที่ 2-24

ผลการดำเนินงานบริการวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานทุกสิทธิ จำแนกตามชนิดของวัคซีน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Results of Expanded Program on Immunization: EPI Vaccine services under all schemes in the Fiscal Year 2021-2025)

กลุ่มอายุ	ประเภทวัคซีน	ชื่อโรคที่ป้องกัน	ผลการดำเนินงาน (คน)				
			2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
2 ปี 6 เดือน	JE2	ไข้สมองอักเสบเจอีอีชนิดเชื้อมีชีวิต เข็มที่ 2	354,678	316,021	318,977	341,301	319,075
4 ปี-6 ปี	DTwP กระตุ้น 2	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน เข็มที่ 5 (กระตุ้น 2)	352,485	316,638	321,782	372,766	324,008
	OPV5 กระตุ้น 2	โปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 5 (กระตุ้น 2)	352,488	316,444	322,656	373,417	323,942
ประถมศึกษาปีที่ 5 11-12 ปี	HPV1	มะเร็งปากมดลูกจากเชื้อไวรัสฮิวแมนแปบพิลโลมา เข็มที่ 1	11,952	55,837	282,636	1,316,515	830,747
	HPV2	มะเร็งปากมดลูกจากเชื้อไวรัสฮิวแมนแปบพิลโลมา เข็มที่ 2	6,252	467	25,971		
	HPV (Ceolin2 Cervarix2 Gradasil4 Gradasil9)	มะเร็งปากมดลูกจากเชื้อไวรัสฮิวแมนแปบพิลโลมา สายพันธุ์ 2 สายพันธุ์ 4 และสายพันธุ์ 9 [3]	-	-	-		

ที่มา: *1) ข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จาก (1) บริการ OP/PP Individual record 43 แฟ้ม (2) Digital Health Platform หมอพร้อม โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immune Claim) และ (3) โปรแกรม KTP (Kungthai Digital Health Platform) ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 19 มีนาคม 2569 โดยกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.*

2) ตารางการให้วัคซีนในเด็กไทย แนะนำโดยสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 ฉบับวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568

หมายเหตุ: *[1] กระทรวงสาธารณสุข ปรับแนวทางการให้วัคซีนโปลิโอของประเทศไทย (เดือนกรกฎาคม 2566) เพื่อขับเคลื่อนการกวาดล้างโรคโปลิโอ ตามพันธสัญญานานาชาติ โดยการให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV) 2 ครั้ง เมื่อเด็กอายุ 2 เดือน และ 4 เดือน และให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดรับประทาน (OPV) 3 ครั้ง เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน 1 ปี และ 4 ปี*

[2] วัคซีนโรต้าชนิดหยอด 2 ครั้ง (RotarixTM) กำหนดให้ในเด็กอายุ 2, 4 เดือน และวัคซีนโรต้าชนิดหยอด 3 ครั้ง (วัคซีนโรต้าที่ไม่ใช่ RotarixTM) กำหนดให้ในเด็กอายุ 2, 4 และ 6 เดือน

[3] วัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อไวรัสฮิวแมนแปบพิลโลมา ชนิด 2, 4 และ 9 สายพันธุ์ ข้อมูลจากระบบรับส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) ผ่านแพลตฟอร์ม หมอพร้อม โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immune Claim)

วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม และผู้ต้องขังในเรือนจำ ทัณฑสถาน และสถานพินิจทุกราย โดยประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอด อุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) 2) ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป 3) หญิงตั้งครรภ์ 4) เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี 5) ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 6) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และ 7) ผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป้าหมายจัดสรรวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 6.240 ล้านโดส (สำรองไว้ในกรณีจำเป็นฉุกเฉิน 139,795 โดส) ผลการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของประชาชน 7 กลุ่มเสี่ยง 5,392,788 โดส ผู้ต้องขัง 315,609 โดส รวมจำนวน 5,708,397 โดส คิดเป็นร้อยละ 91.48 (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 19 ตุลาคม 2568)

ยายุติการตั้งครรภ์ (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) สนับสนุนยายุติตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยหลักเกณฑ์เป็นไปตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการยายุติตั้งครรภ์ จำนวน 26,148 คน จากหน่วยบริการ 107 แห่ง (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 23 มกราคม 2569)

ถุงยางอนามัย สนับสนุนถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันและลดการถ่ายทอดการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยมีการกระจายถุงยางอนามัยให้กับประชาชน ผ่านหน่วยบริการ แอปพลิเคชั่น และตู้จ่ายถุงยางอนามัยอัตโนมัติ ที่นำไปตั้งในพื้นที่ต่างๆ ผลการดำเนินงาน พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีประชาชนขอรับถุงยางอนามัย จำนวน 40,827,000 ชิ้น
(ที่มา: กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2568)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. สนับสนุนการจัดพิมพ์ และกระจาย**สมุดบันทึกสุขภาพ** โดยสนับสนุนให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยมอบหมายให้ดำเนินการทุกปีในโครงการ (ตารางที่ 2-25)

ตารางที่ 2-25

การสนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพ โครงการที่ดำเนินโดยกรมอนามัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Supporting for Health Booklets under the project implemented by Department of Health in the Fiscal Year 2025)

โครงการ	ผลงาน (เล่ม)	งบประมาณ (บาท)
1. โครงการเฝ้าระวังสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และบุตรด้วยตนเอง	530,000	11,130,000
2. โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาส ฉลองพระชนมายุ 5 รอบ เมษายน 2558	720,000	18,000,000
2.1 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย		
2.2 คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง		
3. โครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน	1,580,028	11,887,500
3.1 สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้น ป.5-ป.6		
3.2 สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้น ม.1-ม.6		

ที่มา: กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยบริการ และหน่วยงาน จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ในการดูแลด้านสุขภาพจิต แก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่น บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ รวมทั้งบริการให้คำปรึกษากรณีท้องไม่พร้อม เป็นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยนักจิตวิทยาให้คำปรึกษา หรือผู้ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ หรือผ่านการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดังนี้

- ***บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323*** ดำเนินการโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เพื่อให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านทางโทรศัพท์กับประชาชนทุกสิทธิ เกี่ยวกับการลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า พร้อมการประเมินคัดกรองอาการ สู่การรักษาและติดตาม เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับประชาชนมากขึ้น โดยให้บริการ 60 คู่สายตลอด 24 ชั่วโมง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้รับบริการ 167,150 ราย จำแนกเป็นการสอบถามข้อมูล จำนวน 3,221 ราย และขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต จำนวน 163,929 ราย โดยมีการสอบถามข้อมูล ผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้ 1) บริการปรึกษาทางสายด่วน 1323 จำนวน 153,806 ราย 2) บริการระบบนัดออนไลน์ 4,970 ราย 3) บริการปรึกษาผู้มีภาวะเศร้าระดับรุนแรง (Dmind) 4,957 ราย 4) บริการปรึกษาผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสำเร็จ (Hope Task Force) 178 ราย และ 5) สอบถามข้อมูลอื่นๆ 3,239 ราย (ข้อมูลจาก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กลุ่มงานคลินิกเฉพาะทาง สายด่วนสุขภาพจิต ณ 30 กันยายน 2568)

- ***บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600*** ดำเนินการโดย ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600 Quitline) เพื่อให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ โดยไม่มีการให้ยา หรือให้สารทดแทนนิโคติน เป็นการให้คำปรึกษากับผู้ที่โทรเข้ามา และผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการส่งต่อมาจากเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน สถาบันการศึกษา หรือสถานประกอบการ ที่มีความต้องการหรือสนใจรับคำปรึกษาเลิกบุหรี่ และหรือสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการเลิกบุหรี่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการให้บริการที่เป็นการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แก่ผู้สูบบุหรี่ จำนวน 16,486 ราย และให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แก่ผู้สูบบุหรี่ ผู้ใกล้ชิดและผู้สนใจ จำนวน 155,002 ครั้ง โดยจำนวนผู้รับบริการที่ตั้งใจเลิกบุหรี่และยินยอมให้ติดตามผล จำนวน 9,382 ราย จำนวนผู้รับบริการที่เลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน จำนวน 1,552 ราย (ข้อมูลจาก ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ณ 30 กันยายน 2568)

- ***บริการสายด่วนท้องไม่พร้อม 1663*** ดำเนินการโดยมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ โดยบริการให้คำปรึกษากรณีท้องไม่พร้อม เพื่อลดอัตราการท้องไม่พร้อมรายใหม่ หรือการท้องไม่พร้อมซ้ำ ลดอัตราการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ในกรณีที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ และส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้เข้ารับบริการปรึกษากรณีท้องไม่พร้อม จำนวน 61,413 ราย (ข้อมูลจาก มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ณ 30 กันยายน 2568)

2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (P&P Area based)

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ตามความจำเป็นทางสุขภาพ (Health needs) ของพื้นที่ โดย สปสช.เขตทั้ง 13 เขต มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีองค์ประกอบของผู้แทนจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานวิชาการ หน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ผู้แทนภาคประชาชน และ สปสช.เขต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะทำงานฯ ได้วิเคราะห์สถานการณ์โรคหรือบริการที่เป็นปัญหาของพื้นที่ระดับเขต (ตารางที่ 2-26) ดังนี้

ตารางที่ 2-26

รายการโรคหรือบริการที่เป็นปัญหาของพื้นที่ จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Area Health needs classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

สปสช.เขต	โรคหรือบริการที่เป็นปัญหาของพื้นที่ สปสช.เขต (Area Health needs)
สปสช.เขต 1 เชียงใหม่	1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มอายุ 0-24 ปี พัฒนาการเด็ก
	2) บริการผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง ติดสุรา
	3) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
	4) โรคระบบทางเดินหายใจ ฝุ่น PM 2.5 ปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD วัณโรค
	5) การดูแลสุขภาพจิต จิตเวช การฆ่าตัวตาย
	6) โรคมะเร็ง
สปสช.เขต 2 พิษณุโลก	1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อายุ 0-24 ปี พัฒนาการเด็ก
	2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
	3) โรคระบบทางเดินหายใจ วัณโรค
	4) อนามัยแม่และเด็ก ฝากครรภ์ ดูแลหลังคลอด มารดาตาย
	5) โรคติดเชื้อในระบบต่างๆ ในร่างกาย ไวรัสตับอักเสบบี-ซี
	6) โรคมะเร็ง
สปสช.เขต 3 นครสวรรค์	1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อายุ 0-24 ปี พัฒนาการเด็ก
	2) บริการผู้สูงอายุ
	3) โรคระบบทางเดินหายใจ วัณโรค
	4) บริการผู้สูงอายุ
	5) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
สปสช.เขต 4 สระบุรี	1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ชะลอไตเสื่อม
	2) โรคมะเร็ง
	3) อนามัยแม่และเด็ก
	4) การเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ พระสงฆ์
สปสช.เขต 5 ราชบุรี	1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ชะลอไตเสื่อม
	2) โรคมะเร็ง
	3) อนามัยแม่และเด็ก
	4) การเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ พระสงฆ์
สปสช.เขต 6 ระยอง	1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
	2) โรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มโรคติดต่อ
	3) โรคมะเร็ง
	4) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โรคจากการประกอบอาชีพ

(ต่อ) ตารางที่ 2-26

รายการโรคหรือบริการที่เป็นปัญหาของพื้นที่ จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Area Health needs classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

สปสช.เขต	โรคหรือบริการที่เป็นปัญหาของพื้นที่ สปสช.เขต (Area Health needs)
สปสช.เขต 7 ขอนแก่น	1) อนามัยแม่และเด็ก
	2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
	3) โรคพยาธิใบไม้ตับ โรคมะเร็ง
	4) การเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ พระสงฆ์
	5) โรคติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย
	6) การดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช
	7) การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่
สปสช.เขต 8 อุดรธานี	1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
	2) โรคตา ตาต้อกระจก
	3) โรคมะเร็ง
	4) บริการทันตกรรม
	5) อนามัยแม่และเด็ก โลหิตจาง
	6) โรคระบบทางเดินหายใจ ปอดบวม
สปสช.เขต 9 นครราชสีมา	1) อนามัยแม่และเด็ก
	2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
	3) บริการผู้สูงอายุ
	4) เพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง ผู้ต้องขัง คนไร้สิทธิ
สปสช.เขต 10 อุบลราชธานี	1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต
	2) โรคระบบทางเดินหายใจ ปอดบวม หอบหืด
	3) ภาวะตับแข็ง ติดสุรา
	4) โรคตา ตาต้อกระจก
	5) บริการผู้สูงอายุ เข่าเสื่อม
	6) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร
สปสช.เขต 11 สุราษฎร์ธานี	1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อายุ 0-24 ปี พัฒนาการเด็ก
	2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หลอดเลือดสมอง หัวใจและหลอดเลือด
	3) โรคมะเร็ง
	4) การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โลหิตจาง คลอดก่อนกำหนด
	5) การดูแลสุขภาพจิต
	6) โรคจากการประกอบอาชีพ สารเคมี สารพิษ
สปสช.เขต 12 สงขลา	1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อายุ 0-24 ปี พัฒนาการเด็ก
	2) การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โลหิตจาง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
	3) บริการผู้สูงอายุ
	4) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
	5) การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ กระท่อม
	6) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร
	7) การดูแลสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า
สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร	1) บริการผู้สูงอายุ
	2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
	3) การดูแลสุขภาพจิต จิตเวช
	4) การเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง

ที่มา: กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจำนวน 290 โครงการ โดยเป็นหน่วยงานภาครัฐ 222 โครงการ หน่วยงานภาคเอกชน 68 โครงการ งบประมาณที่ได้รับอนุมัติจำนวน 263.595 ล้านบาท มีหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนทั้งหมด 153 แห่ง เป็นหน่วยงานภาครัฐ 91 แห่ง (ร้อยละ 59.48) ภาคเอกชน 62 แห่ง (ร้อยละ 40.52) ผลการดำเนินงาน พบว่าประชากรไทยได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ จำนวน 1,414,617 คน คิดเป็นร้อยละ 80.31 (จากเป้าหมายที่กำหนด 1,761,372 คน) (ตารางที่ 2-27 และตารางที่ 2-28)

ตารางที่ 2-27

หน่วยบริการที่รับการสนับสนุนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ ระดับเขต/จังหวัด จำแนกตามสังกัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Detail of Healthcare units, Supporting to Health Promotion and Disease Prevention, Response to Area Health needs classified by Public and Private and Affiliation in the Fiscal Year 2025)

หน่วยบริการคู่สัญญา	จำนวนแห่ง	จำนวนโครงการ	วงเงินจัดสรรทำโครงการ (บาท)	วงเงิน (%)
ภาครัฐ	**91**	**222**	**200,687,080**	**83.51**
- ศูนย์สุขภาพจิต	2	3	2,700,000	1.12
- ศูนย์อนามัย	2	4	7,314,400	3.04
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรค	5	7	11,208,804	4.66
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	55	167	133,107,538	55.39
- หน่วยบริการภาครัฐ	15	25	31,192,398	12.98
- สถาบันการศึกษาภาครัฐ	5	5	8,620,000	3.59
- สภาวิชาชีพ	1	1	730,000	0.3
- องค์การบริหารส่วนจังหวัด	6	10	5,813,940	2.42
ภาคเอกชน	**62**	**68**	**39,636,528**	**16.49**
- หน่วยบริการเอกชน	9	10	3,403,784	1.42
- องค์กรเอกชน	53	58	36,232,744	15.08
รวมทั้งสิ้น	**153**	**290**	**240,323,608.00**	**100.00**

ที่มา : กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ข้อมูล ณ 12 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 2-28

รายละเอียดกรอบงบประมาณ และผลการดำเนินงานการสนับสนุนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Detail of Budget and Results, Supporting to Health Promotion and Disease Prevention, Response to Area Health needs classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

สปสช.เขต	วงเงินที่จัดสรร (ล้านบาท)	วงเงินที่จัดทำโครงการ (ล้านบาท)	จำนวนเงินชดเชย (ล้านบาท)	ร้อยละการใช้งบประมาณ	จำนวนโครงการ	จำนวนเป้าหมาย (คน)	ผลการดำเนินงาน (คน)	ร้อยละผลการดำเนินงาน
เขต 1 เชียงใหม่	21.30	21.30	19.69	92.43	19	47,896	43,572	90.97
เขต 2 พิษณุโลก	12.33	12.33	12.11	98.25	40	47,506	47,147	99.24
เขต 3 นครสวรรค์	10.24	10.24	10.18	99.43	33	92,812	92,673	99.85
เขต 4 สระบุรี	23.00	23.00	21.63	94.02	37	24,519	23,582	96.18
เขต 5 ราชบุรี	21.13	20.45	20.05	98.03	22	41,205	40,581	98.49
เขต 6 ระยอง	30.58	30.57	29.62	96.89	39	170,939	161,668	94.58
เขต 7 ขอนแก่น	17.60	17.60	16.55	94.03	15	130,886	126,836	96.91
เขต 8 อุดรธานี	19.44	19.44	19.20	98.78	6	58,127	57,934	99.67
เขต 9 นครราชสีมา	23.66	23.56	16.21	68.80	13	41,074	40,880	99.53
เขต 10 อุบลราชธานี	15.76	15.76	15.74	99.87	8	50,513	50,476	99.93
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	17.97	17.97	15.32	85.25	40	815,581	580,264	71.15
เขต 12 สงขลา	19.75	14.77	12.77	86.45	7	209,894	132,428	63.09
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	30.83	13.33	9.62	72.14	11	30,420	16,576	54.49
รวม	**263.59**	**240.32**	**218.68**	**91.00**	**290**	**1,761,372**	**1,414,617**	**80.31**

ที่มา : ข้อมูลจากระบบบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Smart Money Transfer) ณ 12 ธันวาคม 2568

3) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้หน่วยบริการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มี 25 รายการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 แตกต่างจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คือ บริการคัดกรองซิฟิลิส มีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มเยาวชน-วัยรุ่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ต้องขัง บริการเคลือบฟลูออไรด์ เพิ่มกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ต้องขัง และเพิ่มบริการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Testing; NIPT) ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ที่เพิ่มขึ้นปลายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน กรณีจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

บริการที่มีผลงานสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด เช่น บริการตรวจหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บริการแว่นตาเด็ก บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด บริการเคลือบฟลูออไรด์ บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี เป็นต้น

ทั้งนี้ยังมีบริการที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จากหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เช่น เป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ที่เพิ่มขึ้นปลายปีงบประมาณ เช่น บริการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (NIPT) บางรายการหน่วยบริการยังไม่สามารถให้บริการครอบคลุมในทุกพื้นที่ และยังต้องอาศัยเครื่องมือ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่มีอยู่จำกัด เช่น บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม (BRCA1/BRCA2) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ เป็นต้น ซึ่งสำนักงานได้พยายามแก้ไขปัญหาโดยการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัย สภาวิชาชีพ หน่วยบริการ เพื่อขอความร่วมมือในการเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ สามารถจัดบริการได้ตามสิทธิประโยชน์อย่างมีมาตรฐาน หรือสาเหตุจากประชาชนไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิในการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานจึงได้เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้ของประชาชน ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ สื่อมวลชน หน่วยบริการ และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนรับรู้ และมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น รายละเอียดผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ตารางที่ 2-29)

ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567 เป็นต้นมา เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมกับสำนักงานประกันสังคม บูรณาการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม โดยผู้ประกันตนสามารถ

เข้ารับบริการในรายการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้ประกันตน 14 รายการ และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามรายการบริการ (Fee schedule) ซึ่งหน่วยที่ให้บริการเป็นสถานพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคม และบันทึกความร่วมมือในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 2-29

ผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทุกสิทธิ ตามรายงานการจ่ายชดเชยโดยเบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568

(Results of Health Promotion and Disease Prevention disbursement by Fee schedule method under all schemes in the Fiscal Year 2024-2025)

รายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จ่ายตามรายการที่กำหนด (PP Fee Schedule)	ปีงบประมาณ 2567 (2024)		ปีงบประมาณ 2568 (2025)	
	ผลงาน (คน)	ผลงาน (ครั้ง/รายการ)	ผลงาน (คน)	ผลงาน (ครั้ง/รายการ)
1) บริการฝากครรภ์	476,430	2,277,520	465,089	2,089,654
2) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	160,875	178,868	175,905	197,720
3) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	54,934	72,702	58,521	78,743
4) บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ และคัดกรองซิฟิลิส (ปี 2568 เพิ่มกลุ่มเป้าหมายคัดกรองซิฟิลิส)	64,448	68,228	-	-
4.1 การคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์	-	-	73,006	73,055
4.2 การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (สามีหรือคู่หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน -วัยรุ่น ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้ต้องขัง)	เริ่มดำเนินการปี 2568		243,016	254,991
5) คัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด	343,867	361,187	381,294	404,779
6) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	340,158	-	380,684	-
7) บริการตรวจหลังคลอด	208,152	450,892	206,349	408,923
8) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	28,547	-	39,335	-
9) บริการทดสอบการตั้งครรภ์	496,761	700,085	521,198	668,748
10) บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	59,547	-	92,129	-
11) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	9,549	13,188	5,560	6,550
12) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1,641,572	-	1,500,515	-
13) บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม BRCA1/BRCA2	4,478	-	5,364	-
14) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	1,238,818	-	1,082,408	-
15) บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	1,945,579	2,320,460	2,473,374	2,683,002
16) บริการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต	11,404,175	15,577,491	รวมในงบเหมาจ่ายรายหัว	
- บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	เริ่มดำเนินการปี 2568		1,394,950	1,641,384
17) บริการคัดกรองโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก	140,973	-	218,803	-
18) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค	1,191,710	-	1,358,415	-
19) บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง และผู้ต้องขัง)	283,993	354,889	662,791	759,728

(ต่อ) ตารางที่ 2-29

ผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทุกสิทธิ ตามรายงานการจ่ายชดเชย โดยเบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568

(Results of Health Promotion and Disease Prevention disbursement by Fee schedule method under all schemes in the Fiscal Year 2024-2025)

รายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จ่ายตามรายการที่กำหนด (PP Fee Schedule)	ปีงบประมาณ 2567 (2024)		ปีงบประมาณ 2568 (2025)	
	ผลงาน (คน)	ผลงาน (ครั้ง/รายการ)	ผลงาน (คน)	ผลงาน (ครั้ง/รายการ)
20) บริการวางแผนครอบครัว และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	372,551	572,387	954,575	1,820,437
21) การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	2,416,589	2,431,874	3,122,685	3,231,326
22) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี	2,948,765	-	3,515,435	-
23) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	657	-	6,375	-
24) บริการชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยตนเองโดยใช้ปัสสาวะ	เริ่มดำเนินการปี 2568		117,508	-
25) บริการวัคซีนป้องกันโรค	เริ่มดำเนินการปี 2568		6,913,950	9,191,256

ที่มา: Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 12 กุมภาพันธ์ 2569
วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. และกลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ 1) นับผลงานบริการทั้งหมด ทั้งที่ได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการแล้วและอยู่ระหว่างรอการจ่ายชดเชยค่าบริการ
2) รายการที่ 4 บริการคัดกรองธาลัสซีเมีย ในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ และคัดกรองซิฟิลิส ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การคัดกรองซิฟิลิส เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเยาวชน -วัยรุ่น ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้ต้องขัง
3) รายการที่ 16 บริการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ปรับปรุงรูปแบบการเบิกจ่ายโดยนำไปรวมในงบเหมาจ่ายรายหัว คงเหลือ บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2568
4) รายการที่ 19 บริการเคลือบฟลูออไรด์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ต้องขัง

เพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ทางสปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์ชุดตรวจคัดกรองด้วยตนเอง และได้ขับเคลื่อนการคัดกรองเชิงรุกในการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นภาระสำคัญของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด เนื่องจากอัตราป่วยและเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีไม่ลดลง และประชากรกลุ่มเสี่ยงมีอัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับสูง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 สปสช.ได้ออกมาตรการสำคัญเพื่อเร่งแก้ปัญหา โดยการเพิ่มสิทธิประโยชน์ **"ชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยปัสสาวะ (OV-Rapid Diagnosis Test) แบบตรวจด้วยตนเอง (Self-test)"** ช่วยให้ประชาชนตรวจคัดกรองได้ง่าย สะดวกขึ้น

1. สถานการณ์และความจำเป็นในการเร่งดำเนินงาน ข้อมูลจากพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ชี้ให้เห็นว่าโรคพยาธิใบไม้ตับยังคงมีความชุกสูงและเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่มะเร็งท่อน้ำดี โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

- อัตราป่วยและเสียชีวิตของมะเร็งท่อน้ำดี ยังไม่ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2565
- จากการติดตามในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 พบอัตราการติดเชื้อใหม่ยังสูงถึงร้อยละ 13.4 และการติดเชื้อซ้ำร้อยละ 1.7 สะท้อนถึงความจำเป็นในการเร่งเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองและรักษาอย่างเป็นระบบ

2. ผลการดำเนินงานในพื้นที่ เขต 7 ได้ขับเคลื่อนมาตรการเชิงรุก ผ่านความร่วมมือระหว่าง สปสช. หน่วยบริการ หน่วยนวัตกรรม (ร้านยา คลินิกเอกชน) และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) มีผลการดำเนินงานดังนี้

2.1 การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน ใช้งบประมาณจาก กปท. จำนวน 214 โครงการ 4.8 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการคัดกรองระดับพื้นที่อย่างทั่วถึง

2.2 การขยายเครือข่ายหน่วยนวัตกรรมใกล้บ้าน มีหน่วยบริการร่วมดำเนินงาน 30 แห่ง ร้านยา 19 แห่ง คลินิกการพยาบาล 7 แห่ง เครือข่ายดังกล่าวช่วยให้ประชาชนตรวจคัดกรองได้ง่ายขึ้นในพื้นที่ใกล้บ้าน

2.3 การนำชุดตรวจ OV-RDT มาใช้จริงในระดับพื้นที่ OV-RDT ประชาชนสามารถตรวจได้ด้วยตนเอง ช่วยลดข้อจำกัดเรื่องเวลาและความไม่สะดวกจากการเก็บอุจจาระ

2.4 มีการเสนอแนวทางพัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service เพื่อให้ผู้ที่มีผลตรวจเป็นบวก สามารถเข้าถึงยาได้ทันทีผ่านระบบ Tele-pharmacy เป้าหมายคือให้ผู้ติดเชื้อได้รับยาครบร้อยละ 100 ซึ่งเป็นการปิดช่องว่างจากปัจจุบันที่มีผู้ได้รับยาเพียงร้อยละ 17.3 ทั่วประเทศ

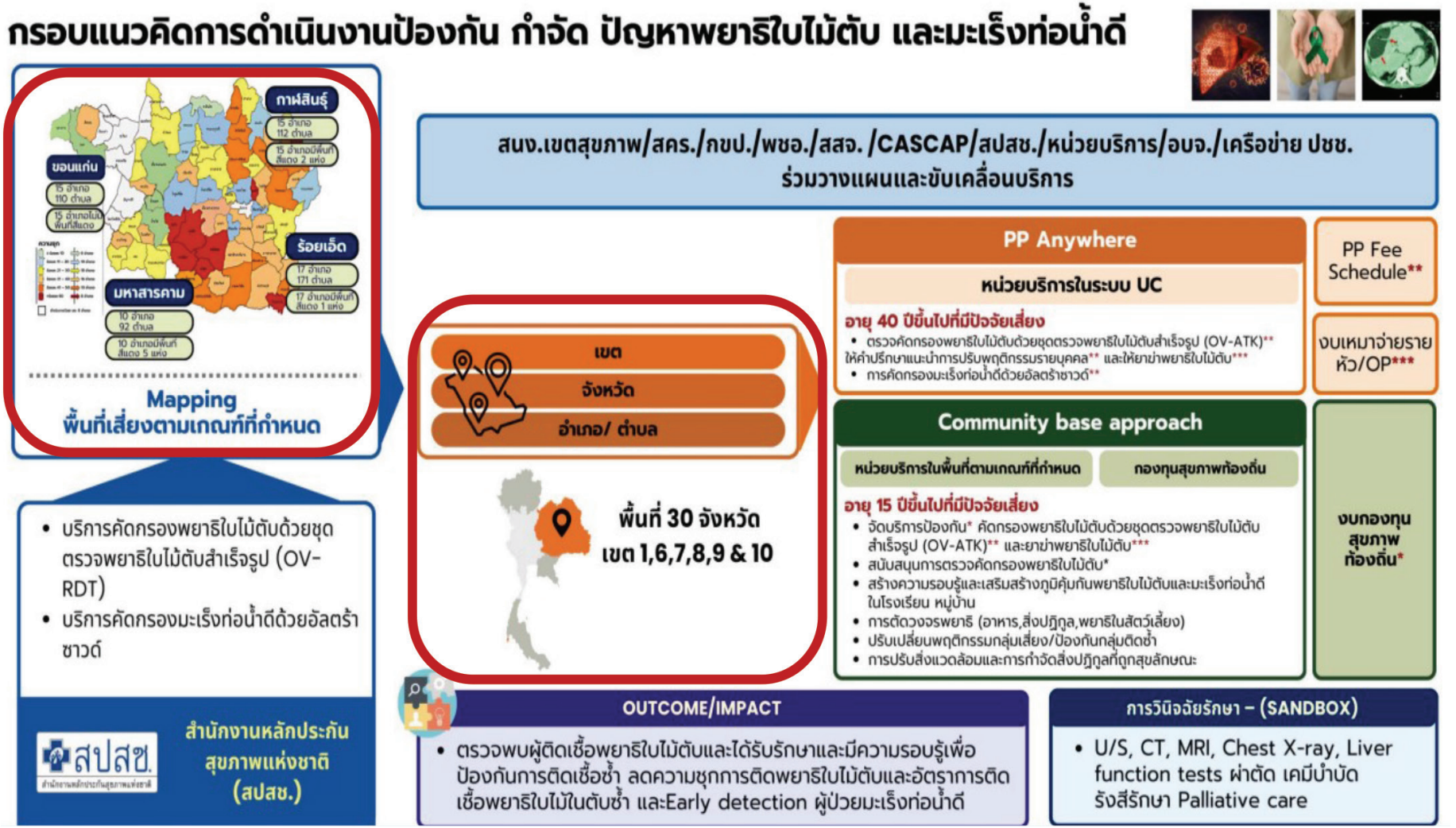
3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ การคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างพื้นที่นำร่อง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยการสนับสนุนจากงบ PPA (Promotion & Prevention Area-based) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 7,672 คน พบผลติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 10.6 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 9,067 คน พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 11.2 ซึ่งผู้ที่พบเชื้อฯ ได้รับยาครอบคลุม ร้อยละ 100

สรุป การดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ถือเป็นแบบจำลองพื้นที่ต้นแบบที่โดดเด่นของประเทศในการเร่งจัดการปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเป็นพื้นที่นำร่องการใช้ OV-RDT ในชุมชน เพิ่มการคัดกรอง การขยายหน่วยบริการใกล้บ้าน บูรณาการผ่านร้านยา คลินิก และกปท. และการจัดระบบเข้าถึงยาที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์สำคัญคือ จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองเพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษามากขึ้น และมีทิศทางดำเนินงานชัดเจนที่จะนำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อและป้องกันโรคในระยะยาว ซึ่งช่วยสร้างแนวทางให้พื้นที่อื่นสามารถนำไปขยายผลต่อได้ (แผนภาพที่ 2-45)

แผนภาพที่ 2-45

กรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกัน กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Operational Framework for Prevention and Elimination of Opisthorchis viverrini and Cholangiocarcinoma in Health region 7, in the Fiscal Year 2025)

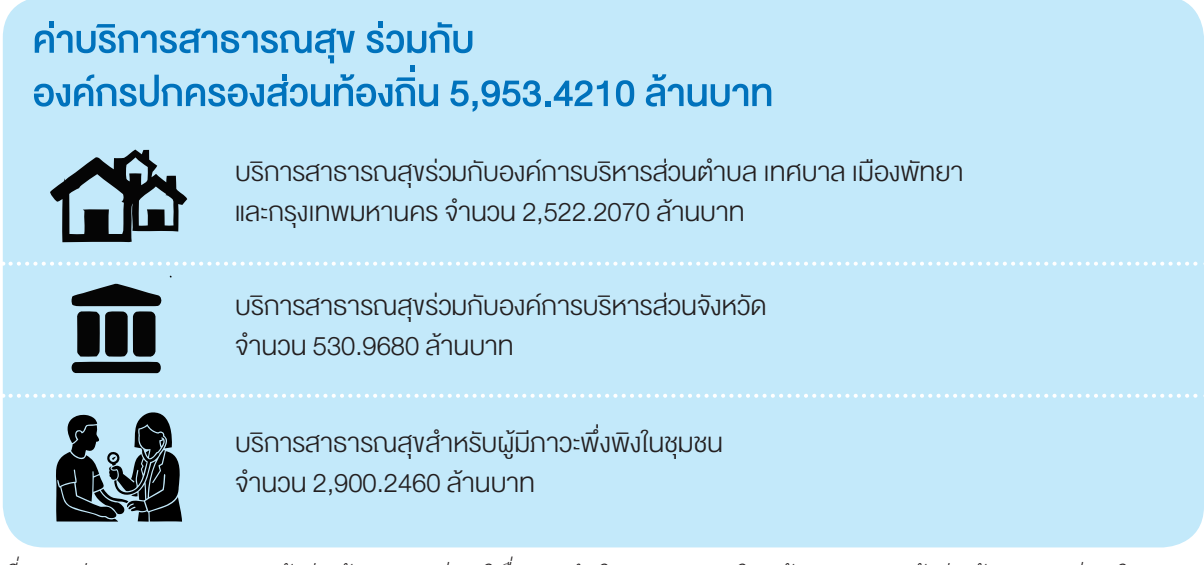


5.10 บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(Health Care Services Collaboration with Local Administration)

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (8) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47 โดยมาตรา 47 กำหนดให้ "เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน" โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5,953.4210 ล้านบาท โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทรายบริการ (แผนภาพที่ 2-46) ดังนี้

แผนภาพที่ 2-46

ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Budget of Public Health Services in collaboration with Local Government Organization in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ 8 ตุลาคม 2567

(1) บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร (Health Care Services Collaboration with Local Government Organization)

เริ่มดำเนินการปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 มีงบประมาณ 2 ส่วน (Matching Fund) คือ (1) จาก สปสช. และ (2) สมทบจาก อปท. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มี อปท. เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) จำนวน 7,759 แห่ง จากทั้งหมด 7,767 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.90 เน้นการบูรณาการร่วมกับกลไกต่างๆ ในพื้นที่ การบริหารงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มียอดงบประมาณคงเหลือ

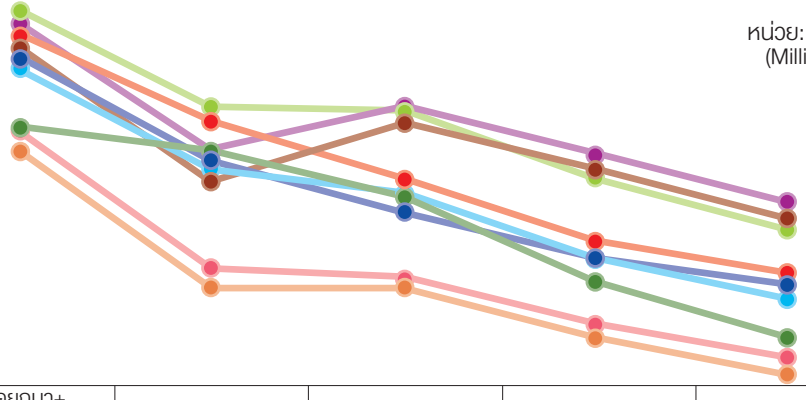
ยกมาจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 1,529.98 ล้านบาท รายรับจากสปสช. และสมทบจาก อปท. รวม 4,142.72 ล้านบาท รายจ่าย 4,356.89 ล้านบาท คงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ จำนวน 1,315.81 ล้านบาท (แผนภาพที่ 2-47)

โดยแนวโน้มเงินสะสมคงเหลือลดลงอย่างต่อเนื่องด้วยมาตรการที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม ได้แก่ ลดเงินขาเข้า เพิ่มการใช้เงินกองทุนโดยมีเป้าหมายด้านสุขภาพ จัดทำคู่มือดำเนินงาน จัดทำโครงการตัวอย่าง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีการปรับปรุงประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567 เพิ่มการบูรณาการกับงบประมาณในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข และได้แก้ไขประกาศฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567 ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ที่กำหนดสาระสำคัญในการ *เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน โดยให้สามารถนำเงินในส่วนที่ อปท.สมทบไปใช้เป็นค่าจ้างผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ และใช้สำหรับจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข*

แผนภาพที่ 2-47

เงินคงเหลือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำแนกรายปีและรายไตรมาส ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2568

(Budget Balance of Local Health Security Fund classified by Quarterly-Yearly in the Fiscal Year 2017-2025)



	ยอดยกมา+ ยอดรับในปี (Budget in Balance + Budget in Year)	คงเหลือ สิ้นไตรมาส 1 (Balance in Q1)	คงเหลือ สิ้นไตรมาส 2 (Balance in Q2)	คงเหลือ สิ้นไตรมาส 3 (Balance in Q3)	คงเหลือ สิ้นไตรมาส 4 (Balance in Q4)
2560 (2017)	7,701.95	5,079.00	6,231.23	5,213.13	4,289.30
2561 (2018)	8,229.20	5,636.06	6,496.68	5,533.33	4,640.46
2562 (2019)	8,371.04	6,518.56	6,413.99	5,139.57	4,110.17
2563 (2020)	7,938.89	6,218.24	5,085.41	3,883.05	3,217.28
2564 (2021)	7,461.57	5,498.92	4,476.32	3,542.73	2,978.52
2565 (2022)	7,273.21	5,309.75	4,803.98	3,543.05	2,770.85
2566 (2023)	6,137.47	5,651.51	4,717.58	3,073.62	1,935.70
2567 (2024)	6,057.44	3,341.53	3,058.31	2,202.79	1,529.98
2568 (2025)	5,672.71	3,002.51	2,983.71	1,971.78	1,315.81

ที่มา: กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

ผลงานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีโครงการทั้งสิ้น 187,672 โครงการ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้รับประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 62.597 ล้านคน (ตารางที่ 2-30)

ตารางที่ 2-30

จำนวนประชากรตามกลุ่มเป้าหมาย และงบประมาณที่ท้องถิ่นดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Target Population and Budget for Health Promotion and Disease Prevention Collaboration with Local Administration in the Fiscal Year2025)

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากร (คน)	สัดส่วนประชากร (ร้อยละ)	งบประมาณ (ล้านบาท)	สัดส่วนงบประมาณ (ร้อยละ)
1) กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง	30,302,886	48.41	1,259.619	24.25
2) กลุ่มวัยทำงาน	9,015,265	14.40	863.032	16.62
3) กลุ่มผู้สูงอายุ	6,037,110	9.64	810.166	15.60
4) กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน	5,954,898	9.51	726.160	13.98
5) กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน	3,883,356	6.20	645.151	12.42
6) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	3,439,333	5.49	239.957	4.62
7) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด	2,224,630	3.55	499.920	9.63
8) กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ	1,739,570	2.78	149.762	2.88
รวมทั้งสิ้น	**62,597,048** [1]	**100.00**	**5,193.767**	**100.00**

ที่มา: กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568
หมายเหตุ: [1] ประชาชน 1 คน อาจจำแนกได้มากกว่า 1 กลุ่มเป้าหมาย

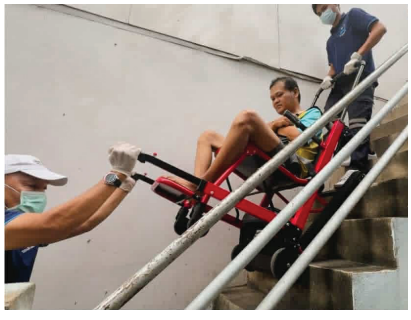
การจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข พื้นที่กรุงเทพมหานคร

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร อนุมัติงบกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ทุพพลภาพ (คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง) สามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยสนับสนุนโครงการภายใต้วงเงินอนุมัติ 14,873,250 บาท ให้กับหน่วยงาน ดังนี้

1) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์	กรุงเทพมหานคร	11 แห่ง
2) โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์	กระทรวงสาธารณสุข	1 แห่ง (รพ.เลิดสิน)
3) องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร		1 แห่ง คือ มูลนิธิเส้นด้าย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้ทุพพลภาพได้รับบริการ 6,472 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 ของเป้าหมาย (14,165 คน) และมีจำนวนเที่ยวบริการรับ-ส่ง 15,163 เที่ยว โดยหน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด คือ มูลนิธิ

เส้นด้ายจัดบริการพาหนะรับส่งได้ 5,580 คน (ร้อยละ 86.2 ของผู้รับบริการทั้งหมด) ในส่วนของโรงพยาบาลที่มีผลการจัดบริการพาหนะรับส่งแก่ผู้ทุพพลภาพได้สูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ (กทม.) จัดบริการได้ 418 คน 2) โรงพยาบาลเลิดสิน จัดบริการได้ 187 คน และ 3) โรงพยาบาลตากสิน (กทม.) จัดบริการได้ 38 คน สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด 4,291 คน (ร้อยละ 66.3) รองลงมาคือ คนพิการ 1,593 คน (ร้อยละ 24.6) และผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง 588 คน (ร้อยละ 9.1) ตามลำดับ


อุปสรรคที่ทำให้ผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย คือ ระบบบริการเพิ่งเริ่มต้นในปีแรก พบประเด็น "ความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากร" ทั้งคน-เงิน-ของ (ประเภทยานพาหนะ) ระบบข้อมูล และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องการเข้าถึงระบบจองใช้บริการ โดยเฉพาะในกลุ่มดำเนินงานที่เป็นหน่วยงานของรัฐ ในขณะที่หน่วยงานภาคเอกชนมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการโครงการ ทำให้มีผลงานและเข้าถึงเป้าหมายได้มากกว่า

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567 ข้อ 21 วรรค 1 กำหนดไว้เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ มีการพัฒนาอย่างยั่งยืนและมีการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ให้ สปสช.เขต 13 กทม. และสำนักงานตรวจสอบภายใน กทม. ร่วมกัน กำกับ ติดตาม ประเมินและส่งเสริมการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสอบโครงการใหม่ โครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูง หรือโครงการที่มีผลกระทบสูงต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้ได้มีการรายงานผลการตรวจสอบการดำเนินงานโครงการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน และมูลนิธิเส้นด้าย ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครครั้งที่ 9/2568 เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2568 มีข้อเสนอแนะที่เป็นโอกาสในการพัฒนาบริการในระยะต่อไป ดังนี้

1) ควรกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการประเมินผู้ทุพพลภาพแต่ละกลุ่มและตัวชี้วัดความสำเร็จให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับประกาศของสำนักงาน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กทม.-สปสช.)
2) ปรับปรุงการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและวิเคราะห์ผลลัพธ์ โดยพิจารณาถึงระยะเวลาดำเนินงาน ความเพียงพอของทรัพยากรที่พร้อมใช้งาน/ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน กำหนดพื้นที่จัดบริการให้เป็นไปตามความเป็นจริง
3) ปรับปรุงการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ขั้นตอนการเข้ารับบริการให้เป็นมาตรฐานแนวทางเดียวกันก่อนที่โรงพยาบาล/หน่วยงานที่ดำเนินการจะนำไปเผยแพร่ในช่องทางต่างๆ
4) กำหนดอัตราค่าบริการที่เหมาะสมกับต้นทุนค่าบริการสำหรับเขตเมืองจริงโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการที่มีความต้องการแตกต่างกันในแต่ละอาการโรค

5) กรณีการจ่ายเงินให้หน่วยงาน/มูลนิธิ/องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นรายครั้งต่อหนึ่งบริการ ให้กำหนดหลักฐานที่แสดงถึงการให้บริการที่ชัดเจนไว้ตั้งแต่อนุมัติโครงการ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ดำเนินการถือปฏิบัติ

6) จัดให้มีระบบสารสนเทศและการจัดทำ/จัดส่งรายงาน เพื่อการกำกับติดตามผลการให้บริการ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพบริการเพื่อการพัฒนาระบบบริการ

(2) บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (Health Care Services Collaboration with Provincial Government Organization)

สนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระดับจังหวัด สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ที่ออกตามความในมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในรูปแบบความร่วมมือการดำเนินงานในลักษณะ Matching Fund คือ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนหนึ่ง และสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดอีกส่วนหนึ่ง

การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด สนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม สำหรับการจัดให้มีและยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกในชุมชน และการจัดสภาพแวดล้อม รวมถึงค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดที่เข้าร่วม 74 จังหวัด โดยมีจังหวัดที่เข้าร่วมบริการเพิ่มในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 4 จังหวัด คือ เลย สมุทรสาคร อุดรธานี และประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดที่ยังไม่เข้าร่วม 2 แห่ง คือ เพชรบุรี และกาฬสินธุ์ (ไม่นับรวมกรุงเทพฯ) (แผนภาพที่ 2-48)

แผนภาพที่ 2-48

จำนวนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Provincial Administrative Organization in participated areas in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

ผลงานและกิจกรรมหลักๆ เป็นการจ่ายค่าบริการฟื้นฟูกายอุปกรณ์ตามรายการที่สำนักงานกำหนด หรืออาจมีการกำหนดรายการเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการกองทุนฯ ให้กับหน่วยบริการจัดทำโครงการที่เป็นบริการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย หนุนเสริมการจัดบริการของกลุ่มเครือข่าย สนับสนุนการเพิ่มอาสาสมัคร ศูนย์ซ่อม ศูนย์ยืม เพิ่มหน่วยการจัดบริการ ผลิตอุปกรณ์ ดัดแปลงอุปกรณ์ และสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้รับบริการจำนวน 254,529 คน ในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดที่เข้าร่วม 74 จังหวัด ประกอบด้วย

- กิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ใน 74 จังหวัด ดังนี้ 1) กายภาพบำบัด 2) กิจกรรมบำบัดรายบุคคล และ 3) กิจกรรมบำบัดรายกลุ่ม ในหน่วยบริการ 941 แห่ง รับบริการ 239,320 คน 459,690 ครั้ง
- จัดสรรกายอุปกรณ์ ดังนี้ 1) ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม 2) ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา 3) ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม 4) ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้ 5) รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ 6) รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับ

ไม่ได้ 7) เบาะรองสำหรับคนพิการ 8) รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ 9) แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม ในหน่วยบริการ 674 แห่ง รับจัดสรร 15,209 คน 15,826 ชิ้น (ที่มา: โปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability portal) ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 26 ธันวาคม 2568)

(3) บริการสาธารณสุขในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care for dependent persons in the community)

เริ่มดำเนินการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยกองทุนที่มีความพร้อมสามารถขอรับงบประมาณเพิ่มเติมได้ และให้ อปท. สมทบงบประมาณ เพื่อนำไปดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ในชุมชนได้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้ปรับปรุงประกาศฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567 เพิ่มการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มี อปท.เข้าร่วมดำเนินงาน 7,485 แห่ง จากทั้งหมด 7,759 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 96.47 โดยมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียง ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ได้รับบริการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จำนวนทั้งสิ้น 544,138 คน เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตาม (1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 474,675 คน (ร้อยละ 87.23) และสิทธิอื่น 69,463 คน (ร้อยละ 12.77) (2) กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 456,695 คน (ร้อยละ 83.93) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี 87,443 คน (ร้อยละ 16.07) สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีผลการประเมิน ADL หลังจากได้รับการดูแลครบ 9 เดือนขึ้นไป จำนวน 298,133 คน ผลการให้บริการพบว่าผู้ป่วยที่มีผล ADL ดีขึ้นจากก่อนรับการดูแล ร้อยละ 24.65 ผู้ป่วยที่มีผล ADL เท่าเดิม ร้อยละ 47.04 และผู้ป่วยที่มีผล ADL ลดลง ร้อยละ 28.32 ตามลำดับ (แผนภาพที่ 2-49 ตารางที่ 2-31 และตารางภาคผนวกที่ 5-13)

ตารางที่ 2-31

บริการสาธารณสุขระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทุกสิทธิ ที่ได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568

(Long Term Care in the community according to individual care plan for dependency persons, home-bound and bedridden in all schemes, in the Fiscal Year 2021-2025)

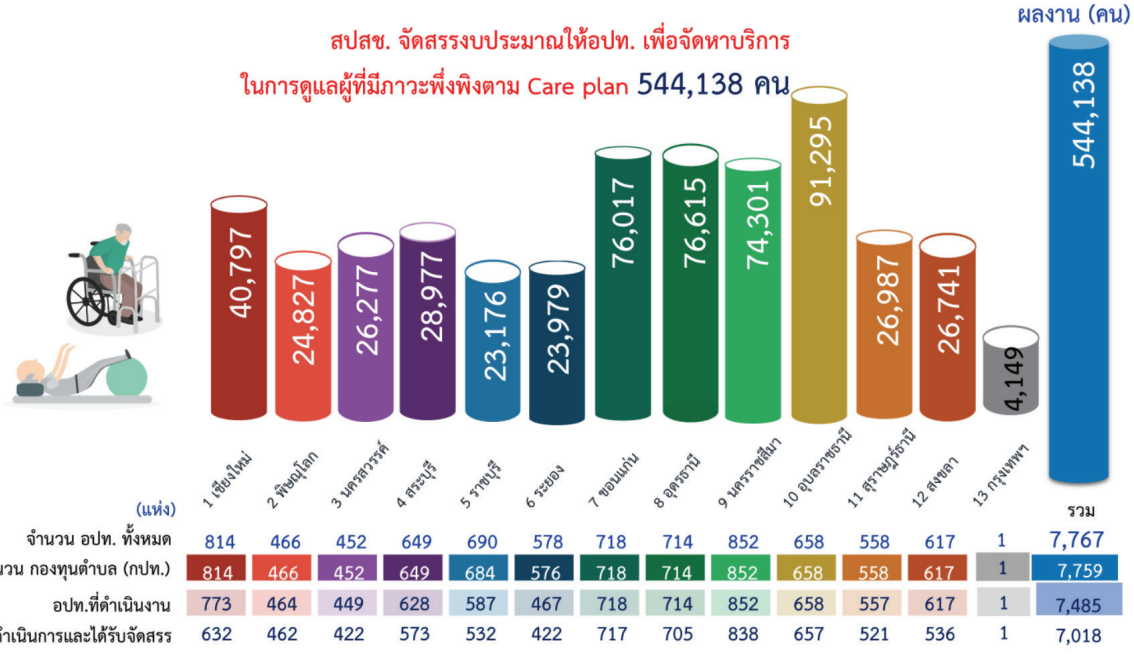
บริการดูแลระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ ที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในการดูแลระยะยาว (หน่วย: คน)	186,284	201,291	334,823	468,517	544,138
2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ ที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรักษารายบุคคล (หน่วย: คน)	159,682	175,878	334,823	468,517	544,138
3. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (หน่วย: แห่ง)	7,741	7,741	7,741	7,756	7,759
4. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ (หน่วย: แห่ง)	6,875	7,029	7,179	7,352	7,485
- ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ เทียบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	88.81	90.80	92.74	94.79	96.47
5. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการและได้รับจัดสรรงบประมาณ (หน่วย: แห่ง)	6,649	6,724	6,791	6,967	7,018

ที่มา : กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 5 ตุลาคม 2568

แผนภาพที่ 2-49

ผลงานบริการสาธารณสุขระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทุกสิทธิ ที่ได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Long Term Care in the community according to individual care plan for Dependency persons, home-bound and bedridden in all schemes, in the Fiscal Year 2025)



ที่มา : กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 3 ตุลาคม 2568

นอกจากนี้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติให้สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่แก่บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าหกคะแนนตาม Care Plan และบุคคลที่มีปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยให้หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. จัดทำโครงการโดยใช้งบประมาณจากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการดำเนินโครงการผ้าอ้อม 6,341 โครงการ ผู้ที่ได้รับผ้าอ้อม จำนวน 158,040 คน งบประมาณ 358.908 ล้านบาท

4. การสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขให้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สอน. และ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและมีการจัดเครือข่ายกับหน่วยบริการประจำที่ขึ้นทะเบียน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 4,450 แห่ง ใน 63 จังหวัด (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 = 3,263 แห่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 = 931 แห่ง และปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 = 256 แห่ง) แนวทางการจัดสรรงบกองทุน UC สำหรับ สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอนปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทางเลือก**รูปแบบการจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ** คือ (1) จัดสรรงบประมาณผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP) (2) จัดสรรงบประมาณตรงให้ สอน./รพ.สต. ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ (CUP) และ (3) รูปแบบอื่นๆ ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องดำเนินการเหมือนกัน การจัดบริการในระดับพื้นที่ ยังคงเป็นเครือข่ายหน่วยบริการที่เชื่อมต่อกันทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับส่งต่อหน่วยบริการประจำยังคงสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ การจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพและทรัพยากรที่จำเป็นใน**การจัดบริการให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ (ถ่ายโอน)** สำหรับค่าบริการตามผลงานจะจ่ายให้กับหน่วยที่เป็นผู้จัดบริการโดยตรง บริการใดที่เป็นค่าดำเนินการร่วมกันระหว่าง รพ. แม่ข่ายฯ กับ สอน./รพ.สต. ถ่ายโอน ให้กำหนดสัดส่วนการจ่ายให้ชัดเจน มีการประเมินศักยภาพการจัดบริการ กรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด โดยใช้อัตราค่าบริการและค่ายาและเวชภัณฑ์ตามอัตราที่กำหนด

แนวทางการจัดสรรงบกองทุน UC สำหรับ สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่ผ่านคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11/2566 วันที่ 2 ตุลาคม 2566 นำไปสู่การใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในกรณีที่พื้นที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ (ในส่วนงบบริการผู้ป่วยนอก (OP) งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) และงบค่าเสื่อม) โดยไม่ถือเป็นการสั่งการจากส่วนกลาง และจัดทำเป็นประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ข้อ 8.4.8

ตารางที่ 2-32

รูปแบบการจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ตามข้อตกลง (MOU) ของจังหวัดที่มีการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

รูปแบบการจัดสรรงบกองทุน	จังหวัด (แห่ง)	รายชื่อจังหวัด
1. จัดสรรผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP)		
1.1 ผ่าน CUP ของ อบจ.	1	เชียงใหม่
1.2 ผ่าน รพ.แม่ข่าย CUP ของ สธ.	2	เพชรบุรี พัทลุง
2. จัดสรรตรงให้ รพ.สต. ตามข้อตกลงกับหน่วยบริการประจำ (CUP)		
2.1 จัดสรรตามสัดส่วนวงเงิน งบประมาณ OP, PP ระหว่าง รพ. : รพ.สต.	12	แพร่ น่าน ลำปาง เชียงราย ปราจีนบุรี จันทบุรี ร้อยเอ็ด อำนาจเจริญ มุกดาหาร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ปัตตานี
2.2 จัดสรรตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อประชากร	14	ลำพูน พิจิตร กำแพงเพชร อุทัยธานี นครสวรรค์ ชัยนาท สิงห์บุรี ลพบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี ราชบุรี นครพนม เลย
2.3 จัดสรรตามศักยภาพหน่วยบริการ (SML)	17	พะเยา แม่ฮ่องสอน อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย ตาก นครสวรรค์ ประจวบคีรีขันธ์ ระยอง ชลบุรี ขอนแก่น หนองบัวลำภู ชัยภูมิ นครราชสีมา ยโสธร สตูล
2.4 จัดสรร PP ตรงให้ รพ.สต. ส่วน OP ผ่าน CUP	10	นครศรีธรรมราช กระบี่ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ชุมพร ระนอง พังงา ตรัง ยะลา นราธิวาส
2.5 จัดสรร OP ตามบริการ ส่วน PP ตามประชากร	2	ปทุมธานี สงขลา
2.6 จัดสรรเท่ากันทุกแห่ง	3	สระบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์
3. รูปแบบอื่นๆ		
3.1 จัดสรร OP PP ทั้ง 100% ตรงให้ รพ.สต.	2	นนทบุรี กาญจนบุรี
รวมทั้งสิ้น	**63**	

สำหรับ**ค่าบริการทางการแพทย์ที่จัดสรรในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)** จัดสรรตามแผนการดำเนินงานในภาพรวมของเครือข่ายบริการ (CUP) โดยใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิวงเงินเหมาจ่ายเป็นข้อมูลตั้งต้น ซึ่ง**หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ**จะได้รับจัดสรรในสัดส่วนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) สำหรับ**หน่วยบริการประจำ**จะได้รับการจัดสรรในสัดส่วนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก (OP) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) และบริการผู้ป่วยใน (IP)

5. ผลการสำรวจความคิดเห็น: กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดำเนินการสำรวจฯ โดยบริษัท ซูเปอร์โพล จำกัด มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ ประเมินความพึงพอใจ รับทราบความคิดเห็นต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และนำผลการสำรวจอ มาปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพ กลุ่มเป้าหมายเป็น ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงานบริหารกองทุนของ อปท.ทั่วประเทศ จำนวน 7,539 แห่ง ผู้ให้ข้อมูล 8,171 คน สรุปผลสำรวจ พบว่า อปท. มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 99.18 โดยพึงพอใจต่อการทำงานกับ สปสช. มากที่สุด ร้อยละ 99.16

แผนภาพที่ 2-50

ผลการสำรวจความคิดเห็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Satisfaction Survey to Lacal Health Security Fund in the Fiscal Year 2025)

การรับรู้และความเข้าใจต่อ กปท.

กปท. กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

อปท. รู้จัก กปท. ร้อยละ 97.11

- รับรู้และเข้าใจ**วัตถุประสงค์ กปท.** ในการสนับสนุนการจัดกิจกรรม **ร้อยละ 91.84**
- รับรู้และเข้าใจถึง**หน่วยงานที่ กปท. สนับสนุน**การจัดกิจกรรมได้ **ร้อยละ 89.58**
- รับรู้ว่าเป็นการ**สมทบงบประมาณ**ระหว่าง สปสช. และ อปท. **ร้อยละ 50.28**

3 ประเด็น ที่ อปท. ต้องการให้ปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

1. แนวทางการดำเนินงานและการบริหารจัดการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
2. แนวทางการดำเนินงานและการบริหารจัดการงบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด และประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการงบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด
3. การให้ อปท. มีส่วนร่วมในการทำงานกับ สปสช. เช่น เป็นผู้แทนในบอร์ดหลัก/บอร์ดควบคุม/อนุกรรมการ/อปสข./อคม./คณะทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร และบริการเฉพาะด้าน เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ รถรับส่งผู้ป่วย
2. ลดความซับซ้อนของระบบการเบิกจ่ายงบประมาณ และพัฒนาโปรแกรมให้ใช้งานง่าย
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ แนวทางปฏิบัติ และระบบกองทุนอย่างต่อเนื่องทั้ง Onsite และ Online เพื่อความชัดเจนในทางปฏิบัติ
4. สนับสนุนงบประมาณด้านบุคคลากรเพื่อลดภาระของ อปท. และสนับสนุนบุคลากรหรือพี่เลี้ยงประจำเขต เพื่อให้คำปรึกษาและกำกับงานอย่างใกล้ชิด
5. เปิดโอกาสให้ประชาชนและพื้นที่ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและดำเนินโครงการที่ตอบโจทย์ชุมชน

ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช.

5.11 บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ
(Primary Health Care)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน ตลอดจนเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปตามแผนปฏิบัติราชการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566-2570 ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะกลยุทธ์ที่ 2.1 ซึ่งเร่งรัดการขยายหน่วยบริการรองรับบริการที่จำเป็นสำคัญ และ/หรือ มีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการให้เพียงพอและเหมาะสมสำหรับทุกกลุ่มประชากร รวมทั้งสนับสนุนนวัตกรรมบริการรูปแบบใหม่ที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

[1] บริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)

สปสช. ร่วมกับสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดแนวทาง และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว เพื่อสนับสนุนนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ ได้ปรับกลไกการจ่ายค่าชดเชยตามผลลัพธ์บริการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผลงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พิจารณาตามผลลัพธ์บริการ 4 ตัวชี้วัด (ตารางที่ 2-33) สรุปผลได้ดังนี้

1.1 การคัดกรองและจัดการความเสี่ยงโรคเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

- ได้รับการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 9,102,149 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 ของกลุ่มเป้าหมาย 20,480,720 คน
- กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ภาวะก่อนเบาหวานที่อยู่ในฐานทะเบียนของ สปสช. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 1,409,354 คน ได้รับการปรับพฤติกรรม สามารถปรับระดับน้ำตาลในเลือดกลับสู่ระดับปกติ จำนวน 731,814 คิดเป็นร้อยละ 51.93 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ภาวะก่อนเบาหวาน

1.2 การคัดกรองและวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

- ได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิต จำนวน 7,974,387 คน คิดเป็นร้อยละ 46.83 ของกลุ่มเป้าหมาย 17,030,045 คน
- พบผู้มีค่าความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองเบื้องต้น จำนวน 285,311 คน คิดเป็นร้อยละ 3.58 ของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง
- ได้รับการวัดซ้ำและวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 29,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.16 ของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองเบื้องต้น

ตารางที่ 2-33

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Indicator Results of Primary Health Care Services classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

เขตสุขภาพ	ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด	ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติ	ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยพบมีความดันโลหิตสูง
เขตสุขภาพที่ 1	48.94	48.30	49.29	9.99
เขตสุขภาพที่ 2	56.53	56.08	53.11	10.72
เขตสุขภาพที่ 3	52.20	51.70	50.57	9.93
เขตสุขภาพที่ 4	35.99	45.46	36.61	11.97
เขตสุขภาพที่ 5	38.52	44.89	37.50	11.96
เขตสุขภาพที่ 6	35.62	46.29	38.27	12.06
เขตสุขภาพที่ 7	54.79	58.09	56.78	9.51
เขตสุขภาพที่ 8	58.57	60.13	62.44	9.35
เขตสุขภาพที่ 9	49.65	55.86	51.10	8.35
เขตสุขภาพที่ 10	52.70	56.40	56.12	9.83
เขตสุขภาพที่ 11	45.50	49.57	46.42	9.74
เขตสุขภาพที่ 12	47.86	54.17	50.12	9.16
เขตสุขภาพที่ 13	9.08	27.72	22.16	11.46
ภาพรวมประเทศ	**44.44**	**51.93**	**46.83**	**10.16**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2568)
ประมวลผลข้อมูลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 31 สิงหาคม 2568
วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช.

หมายเหตุ: 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม, OP E-Claim และ Krungthai Digital Health Platform (KTP)
2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-Claim

ผลการดำเนินงานเชิงพื้นที่ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานจำแนกตามเขตสุขภาพที่ 1-13 (ตารางที่ 2-33)

- ด้านความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 8, 7, 2 และ 10 ตามลำดับ
- ด้านผลลัพธ์การปรับระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงกลับสู่ระดับปกติ เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานในอันดับต้น ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 8, 7, 10 และ 2
- ด้านผลลัพธ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 6, 4, 5 และ 2

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สะท้อนให้เห็นว่า การเพิ่มความครอบคลุมของการคัดกรองมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการค้นพบกลุ่มเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ ตอกย้ำบทบาทสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิในฐานะด่านหน้าของระบบสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ทั้งในมิติของการคัดกรอง การค้นหากลุ่มเสี่ยง และการดูแลจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ด้วยบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ตั้งแต่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ไปจนถึงวิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และรูปแบบความเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การดำเนินงานในระยะต่อไปจึงควรมุ่ง

ปรับบทบาทและพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยบูรณาการระบบข้อมูล เทคโนโลยี และเครือข่ายบริการให้ทำงานสอดประสานกันอย่างเป็นเอกภาพ เพื่อยกระดับการดูแลโรค NCDs ให้ครอบคลุมและต่อเนื่องตลอดเส้นทางการดูแล (Continuity of Care) ดังนี้

1. **ขยายความครอบคลุมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม** ด้วยบริการทั้งในรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ยังมีความเสี่ยงไม่มาก และเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

2. **พัฒนาระบบทะเบียนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Registry) ให้เป็นฐานข้อมูลกลาง**ที่สามารถระบุกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มผู้ป่วย พร้อมคืนข้อมูลให้แก่หน่วยบริการนำไปใช้จัดระดับความเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อวางแผนการดูแลรักษา และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อพัฒนากลไกการจ่ายชดเชยตามผลลัพธ์ (Value-Based Payment) บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองผ่านระบบ Personal Health Record (PHR) เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองอย่างมีข้อมูลรองรับ

3. **พัฒนาระบบติดตามและแสดงผลข้อมูลแบบบูรณาการ** ผ่าน Dashboard แบบ Real-time เพื่อสนับสนุนการกำกับติดตาม การบริหารจัดการ และวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ด้วยการให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ

4. **สนับสนุนการสร้างระบบนิเวศด้านการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Ecosystem)** ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้ร่วมกันขับเคลื่อนการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน บนฐานของการพึ่งพาตนเองและความเข้มแข็งของชุมชน

แนวทางดังกล่าวจะช่วยให้บริการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินไปอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยง และยั่งยืน อันจะนำไปสู่การลดภาระโรคและการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

[2] บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการนวัตกรรม

การดำเนินการร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่างๆ โดยปรับรูปแบบการบริการไปสู่บริการใกล้บ้านใกล้ใจสำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและหน่วยบริการนวัตกรรม เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอยรับบริการ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า" ให้ประชาชนได้รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านหรือคลินิกนวัตกรรม

โดยผลการเข้าถึงบริการนวัตกรรมรูปแบบใหม่ ที่ประชาชนได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ตารางที่ 2-34) รายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.10 การขับเคลื่อน นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนในเดียว" เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า

ตารางที่ 2-34

บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในหน่วยบริการนวัตกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568

(Primary Health Care Services in the Fiscal Year 2023-2025)

บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ	2566 (2023)			2567 (2024)			2568 (2025)		
	แห่ง	คน	ครั้ง	แห่ง	คน	ครั้ง	แห่ง	คน	ครั้ง
1. บริการด้านเภสัชกรรม	1,227	397,603	806,711	2,183	1,544,391	3,714,627	2,876	2,970,628	8,112,670
2. บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน	271	204,605	406,131	703	498,715	881,454	747	822,287	1,794,935
3. บริการสาธารณสุขด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์	362	111,965	278,802	2,832	1,540,568	3,901,574	5,411	4,472,121	18,736,972
4. บริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม	เริ่มปี 2567			235	223,594	412,260	704	1,277,107	3,408,479
6. บริการนวัตกรรมด้านทันตกรรม	เริ่มปี 2567			634	152,632	280,921	1,611	994,819	1,896,038
7. บริการนวัตกรรมการแพทย์แผนไทย	เริ่มปี 2567			138	31,013	115,595	680	261,593	1,466,320
8. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ									
- คลินิกเทคนิคการแพทย์ (Lab Anywhere)	เริ่มปี 2567			108	45,344	48,095	143	113,034	176,191
- ส่งตรวจ Lab นอกหน่วยบริการภาครัฐ	35	105,122	171,624	76	169,000	240,752	137	376,738	511,005
9. บริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด	69	21,566	81,854	224	4,0379	234,938	291	27,037	396,936
10. บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine)									
- รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่คลินิกเวชกรรม (OP Telemedicine)	4	32,672	40,411	3	41,947	79,319	4	170,161	470,393
- รักษาต่อเนื่องตามนัดในกลุ่มโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการ (Follow up)	819	192,752	280,238	1,176	440,053	751,112	1,196	653,549	1,288,998
รวมทั้งสิ้น	2,787	1,066,285	2,065,771	8,312	4,727,636	10,660,647	13,800	12,139,074	38,258,937

ที่มา: Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 2 กุมภาพันธ์ 2569

5.12 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
(Liability Compensation for Patients and Healthcare Providers)

การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการมีผู้รับบริการยื่นคำร้อง 1,417 คน ได้รับการชดเชย จำนวน 1,150 คน วงเงิน 265.774 ล้านบาท (ตารางที่ 2-35)

ตารางที่ 2-35

จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล จำแนกตามผลการพิจารณา ปีงบประมาณ 2547–2568

(Number of harmed patients and liability compensation in the Fiscal Year 2004-2025)

ปีงบประมาณ	ยื่นคำร้อง (คน)	ไม่เข้าเกณฑ์ (คน)	เข้าเกณฑ์ (คน)				เงินชดเชย (บาท)
			รวม	เสียชีวิต	พิการ	บาดเจ็บ	
2547 (2004)	99	26	73	49	11	13	4,865,000
2548 (2005)	221	43	178	113	29	36	12,815,000
2549 (2006)	443	72	371	215	71	85	36,653,500
2550 (2007)	511	78	433	239	74	120	52,177,535
2551 (2008)	658	108	550	303	73	174	64,858,148
2552 (2009)	810	150	660	344	97	219	73,223,000
2553 (2010)	876	172	704	361	139	204	81,920,000
2554 (2011)	965	182	783	401	141	241	92,206,330
2555 (2012)	951	117	834	401	140	293	98,527,000
2556 (2013)	1,182	187	995	533	125	337	191,575,300
2557 (2014)	1,112	181	931	478	116	337	218,439,200
2558 (2015)	1,045	221	824	442	105	277	202,929,300
2559 (2016)	1,069	184	885	457	118	310	212,952,000
2560 (2017)	1,108	201	907	461	99	347	222,026,900
2561 (2018)	1,158	231	927	415	110	402	202,156,100
2562 (2019)	1,188	218	970	466	126	378	228,013,900
2563 (2020)	1,079	176	903	438	119	346	213,957,100
2564 (2021)	1,026	181	845	421	104	320	208,258,700
2565 (2022)	1,314	196	1,118	659	109	350	291,108,700
2566 (2023)	1,558	352	1,206	568	162	476	281,125,255
2567 (2024)	1,864	521	1,343	622	173	548	311,438,900
2568 (2025)	1,417	267	1,150	505	155	490	265,773,600

ที่มา: ฝ่ายกฎหมายพิทักษ์สิทธิ สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ กรณีเกิดความเสียหายจากการให้บริการ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 และประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 28 มีนาคม 2561 พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ มีผู้ให้บริการยื่นคำร้อง 792 คน ได้รับการชดเชย จำนวน 631 คน วงเงินชดเชย 5.693 ล้านบาท (ตารางที่ 2-36)

ตารางที่ 2-36

จำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ จำแนกตามผลการพิจารณา ปีงบประมาณ 2549–2568

(Number of harmed healthcare providers and liability compensation in the Fiscal Year 2006-2025)

ปีงบประมาณ	ยื่นคำร้อง (คน)	ไม่เข้าเกณฑ์ (คน)	เข้าเกณฑ์ (คน)				เงินชดเชย (บาท)
			รวม	เสียชีวิต	พิการ	บาดเจ็บ	
2549 (2006)	82	34	48	-	-	48	352,000
2550 (2007)	235	38	197	2	4	191	3,546,500
2551 (2008)	562	89	473	2	2	469	9,406,800
2552 (2009)	725	61	664	3	1	660	6,882,200
2553 (2010)	840	154	686	-	1	685	4,995,950
2554 (2011)	625	120	505	2	-	503	4,372,050
2555 (2012)	624	113	511	3	-	508	4,504,200
2556 (2013)	532	78	454	2	4	448	4,370,050
2557 (2014)	526	106	420	3	2	415	5,199,100
2558 (2015)	398	73	325	-	2	323	3,353,500
2559 (2016)	253	30	223	1	1	221	3,001,500
2560 (2017)[1]	-	-	-	-	-	-	-
2561 (2018)	511	84	427	3	-	424	6,304,900
2562 (2019)	538	74	464	3	3	458	7,004,500
2563 (2020)	590	62	528	2	1	525	6,254,000
2564 (2021)	760	83	677	4	-	673	9,872,600
2565 (2022)[2]	11,700	386	11,314	5	-	11,309	120,665,200
2566 (2023)[3]	31,684	9,588	22,096	2	1	22,093	169,730,900
2567 (2024)	5,793	2,601	3,192	3	2	3,187	21,824,000
2568 (2025)	792	161	631	2	2	627	5,693,000

ที่มา: ฝ่ายกฎหมายพิทักษ์สิทธิ สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: 1) ปี 2560 ไม่มีผลการดำเนินงาน เนื่องจากอยู่ระหว่างการร่างระเบียบการคลัง ว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 28 มีนาคม 2561 มีผลบังคับใช้วันที่ 29 มีนาคม 2561

2) ปี 2565 จำนวนผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการเพิ่มสูงขึ้น โดยร้อยละ 97.34 เป็นความเสียหายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

3) ปี 2566 ยังมีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ร้อยละ 98.35 โดยเป็นการพิจารณาคงค้างมาจากปี 2565

5.13 ค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

(Compensation for Healthcare units in Remote and Hardship Areas and Southern Border Provinces)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวม 186 แห่ง วงเงิน 1,490.288 ล้านบาท โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์พื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย 168 แห่ง งบประมาณ 866.013 ล้านบาท และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 57 แห่ง งบประมาณ 624.275 ล้านบาท โดยมีหน่วยบริการได้รับการจัดสรรทั้ง 2 เกณฑ์ จำนวน 39 แห่ง (ตารางที่ 2-37)

ตารางที่ 2-37

หน่วยบริการพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ได้รับจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

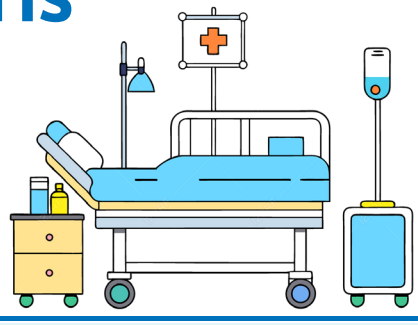
(Remote and hardship areas and Southern border provinces that received compensation to improve efficiency classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

เขตสุขภาพ	หน่วยบริการในพื้นที่กันดาร/เสี่ยงภัย		หน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	
	หน่วยบริการ (แห่ง)	งบจัดสรรเพิ่มเติม (บาท)	หน่วยบริการ (แห่ง)	งบจัดสรรเพิ่มเติม (บาท)
เขต 1 เชียงใหม่	32	169,083,700	-	-
เขต 2 พิษณุโลก	11	67,909,701	-	-
เขต 3 นครสวรรค์	3	13,373,878	-	-
เขต 4 สระบุรี	-	-	-	-
เขต 5 ราชบุรี	5	22,162,287	-	-
เขต 6 ระยอง	10	48,718,452	-	-
เขต 7 ขอนแก่น	5	22,713,264	-	-
เขต 8 อุดรธานี	19	91,824,760	-	-
เขต 9 นครราชสีมา	11	53,596,795	-	-
เขต 10 อุบลราชธานี	15	76,078,179	-	-
เขต 11นครศรีธรรมราช	17	76,056,109	-	-
เขต 12 สงขลา	40	224,495,876	57 *	624,275,000
รวม	**168**	**866,013,000**	**57**	**624,275,000**

ที่มา: สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

*หมายเหตุ: * หน่วยบริการได้รับจัดสรรจ่ายตามเกณฑ์พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เฉพาะใน สปสช.เขต 12 สงขลา 57 แห่ง โดยเป็นหน่วยบริการที่ได้รับจัดสรรตามเกณฑ์พื้นที่กันดารเสี่ยงภัยร่วมด้วย 39 แห่ง*

6. ประสิทธิผลและคุณภาพบริการ
(Effectiveness and Quality of care)



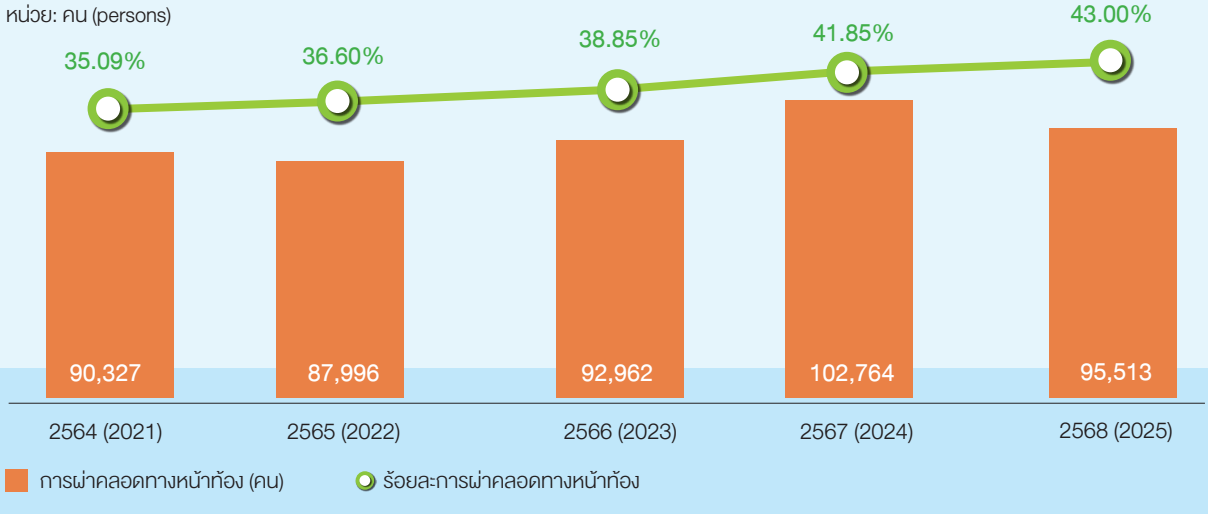
6.1 การผ่าคลอดทางหน้าท้อง
(Caesarean section)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) แนะนำให้การคลอดทางช่องคลอดเป็นทางเลือกหลักเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และระบุว่าอัตราการผ่าคลอดทางหน้าท้อง ไม่ควรเกินร้อยละ 15 โดยควรดำเนินการผ่าคลอดทางหน้าท้องเฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่ชัดเจน เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของบริการสุขภาพมารดาและทารก

แนวโน้มการผ่าคลอดทางหน้าท้อง สิทธิ UC เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 อัตราการผ่าคลอดทางหน้าท้องระดับประเทศ คือ ร้อยละ 43.00 (แผนภาพที่ 2-51)

แผนภาพที่ 2-51

ร้อยละการผ่าคลอดทางหน้าท้อง สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568
(Percentage of delivery with the cesarean section under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)



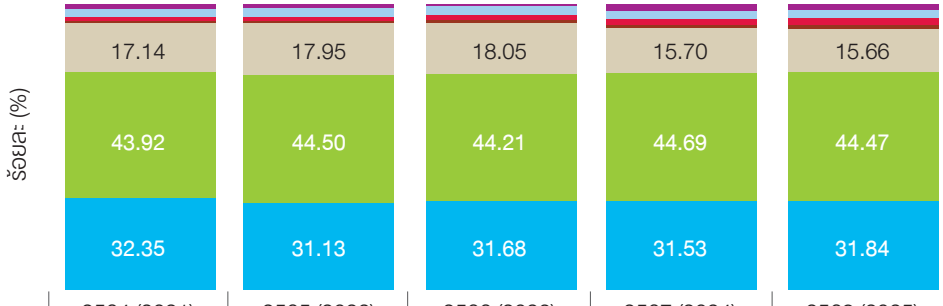
ที่มา: ข้อมูลบริการมารดาที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล สิทธิ UC จาก E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 1 กุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สัดส่วนหน่วยบริการที่ผ่าคลอดทางหน้าท้องมากที่สุด คือ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 44.47 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 31.84 และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ร้อยละ 15.66 โดยพบว่าสัดส่วนบริการผ่าคลอดทางหน้าท้องจาก 3 ประเภทหน่วยบริการนี้ เป็นร้อยละ 91.97 ของบริการผ่าคลอดทางหน้าท้องทั้งหมดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีลักษณะไม่ต่างจากสี่ปีที่ผ่านมา (แผนภาพที่ 2-52)

แผนภาพที่ 2-52

สัดส่วนการผ่าคลอดทางหน้าท้อง สิทธิ UC จำแนกตามระดับและสังกัดหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Proportion of delivery with the cesarean section under the UCS classified by level of Healthcare units / Hospital type in the Fiscal Year 2021-2025)



	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
7. โรงพยาบาลเอกชน	1.36	1.22	0.61	1.99	1.93
6. รพ. กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET)	2.86	2.85	2.85	2.65	2.67
5. โรงพยาบาลรัฐนอก สธ.	1.74	1.66	1.70	2.39	2.34
4. โรงพยาบาลสังกัดกรมใน สธ.	0.62	0.70	0.89	1.04	1.08
3. โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	17.14	17.95	18.05	15.70	15.66
2. โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	43.92	44.50	44.21	44.69	44.47
1. โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	32.35	31.13	31.68	31.53	31.84

ที่มา: ข้อมูลบริการมารดาที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล สิทธิ UC จาก E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 1 กุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: การประมวลผลข้อมูลใช้สถานะของประเภทโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2568 และประมวลผลย้อนหลัง

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 อัตราการเสียชีวิตของมารดาที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล สิทธิ UC อยู่ที่ 13.51 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยเมื่อจำแนกตามวิธีคลอด พบว่าการผ่าท้องคลอดทางหน้าท้อง มีอัตราการเสียชีวิต 23.0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งอยู่ที่ 6.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน หรือเกือบ 4 เท่า ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการเพื่อรองรับเรื่องนี้อย่างเร่งด่วน

6.2 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก
(Ambulatory Care Sensitivity Condition: ACSC)

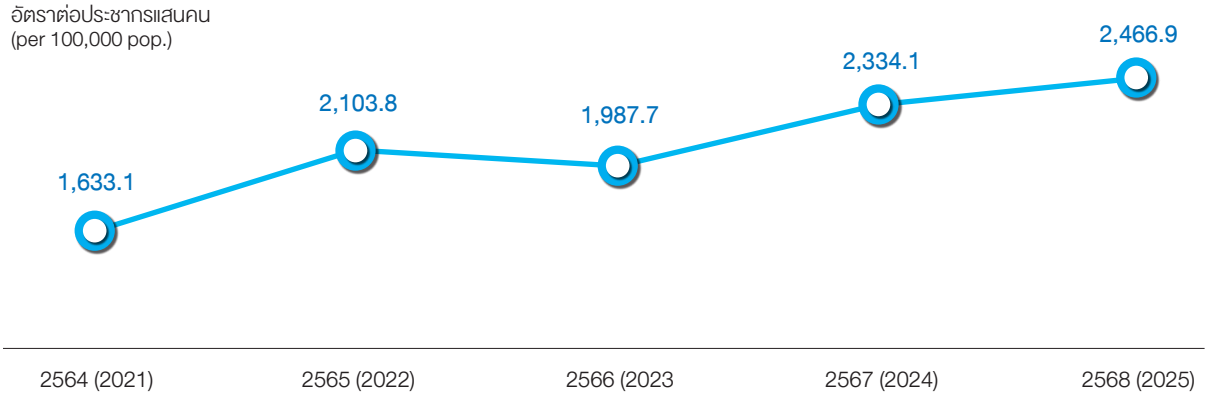
Ambulatory Care Sensitionty Conditions (ACSC) หมายถึง กลุ่มโรคหรือภาวะที่โดยทั่วไปสามารถดูแลรักษาได้ในระดับผู้ป่วยนอก หากได้รับการดูแลระดับปฐมภูมิอย่างเหมาะสมและทันท่วงที ซึ่งช่วยลดความจำเป็นในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ โดยทั่วไปจำแนกออกเป็นกลุ่มที่มีการป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute ACSC) แบบเรื้อรัง (Chronic ACSC) และแบบที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine preventable ACSC)

ในช่วง 5 ที่ผ่านมา อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่ม ACSC ทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 อยู่ที่ 2,466.9 ต่อประชากร 100,000 คน (แผนภาพที่ 2-53) โดยในช่วงสี่ปีที่ผ่านมาสัดส่วนของ Chronic ACSC เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมีสัดส่วนมากที่สุด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทั้งที่หลายปีก่อนหน้านี้มีสัดส่วนน้อยกว่า Acute ASCS (แผนภาพที่ 2-54) ทั้งหมดนี้สะท้อนความจำเป็นที่จะต้องเร่งปรับปรุงคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแล Chronic ASCS ในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดภาระการรับผู้ป่วยโรคกลุ่มนี้ไว้รักษาในโรงพยาบาล

แผนภาพที่ 2-53

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Admission rate per 100,000 population of Ambulatory Care Sensitivity Condition: ACSC patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)

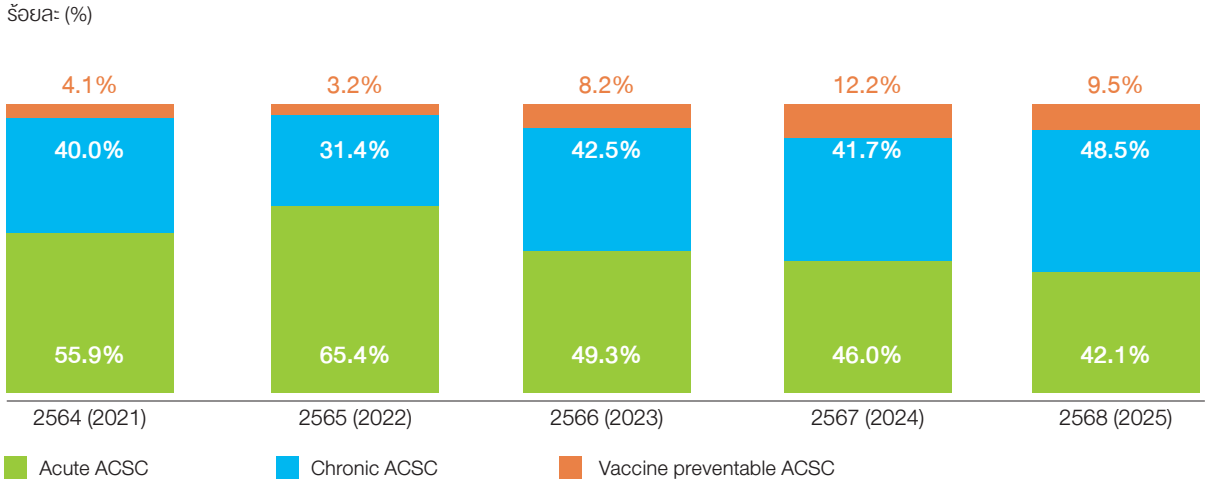


ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 12 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

แผนภาพที่ 2-54

สัดส่วนของอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Proportion of Admission rate per 100,000 population of Ambulatory Care Sensitivity Condition: ACSC patients under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)



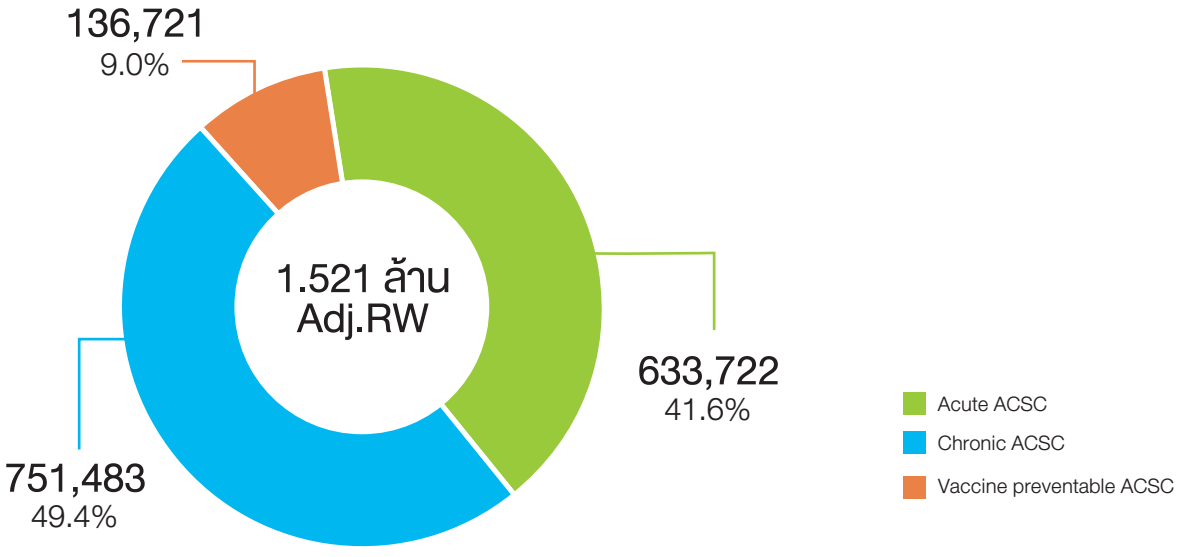
ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 12 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ACSC กลุ่มที่มีการป่วยแบบเรื้อรัง (Chronic ACSC) มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น อยู่ที่ร้อยละ 48.5 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีอาการป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute ACSC) ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 42.1 (แผนภาพที่ 2-54) เมื่อพิจารณาถึงการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล (Sum of Adj.RW) พบว่า กลุ่มที่มีการป่วยแบบเรื้อรัง (Chronic ACSC) มีสัดส่วนมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 49.4 ในขณะที่กลุ่มที่มีการป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute ACSC) อยู่ที่ร้อยละ 41.6 (แผนภาพที่ 2-55)

แผนภาพที่ 2-55

สัดส่วนของ Adj.RW ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอกสิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Proportion of Adj.RW of ACSC patients under the UCS in the Fiscal Year 2025)



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

หมายเหตุ: การจัดแบ่งกลุ่มโรค

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

7. บริการสาธารณสุขในผู้สูงอายุ
(Health Services in the Elderly)

7.1 การเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้สูงอายุ
(Health Security schemes in the Elderly)

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 พบว่า ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66.733 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 14.841 ล้านคน หรือร้อยละ 22.24 และเมื่อจำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพหลัก 3 สิทธิ พบว่าเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 11.672 ล้านคน (ร้อยละ 24.82 ของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ผู้มีสิทธิประกันสังคม 0.505 ล้านคน (ร้อยละ 3.96 ของผู้มีสิทธิประกันสังคม) ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2.305 ล้านคน (ร้อยละ 42.21 ของผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ) (แผนภาพที่ 2-56)

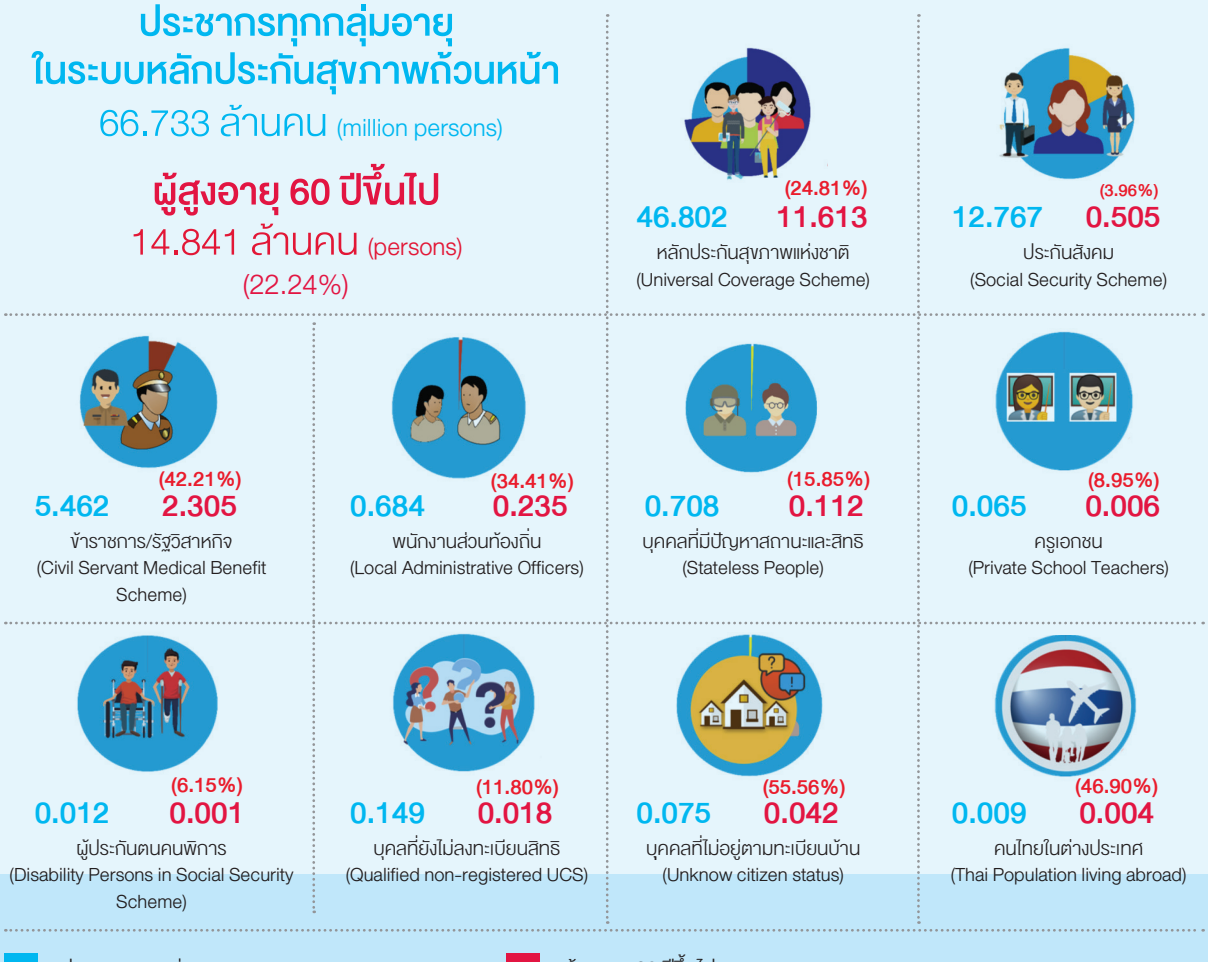
ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเฉลี่ย 12 เดือน ในปีงบประมาณ 2568 เป็นร้อยละ 24.29 เมื่อเทียบกับประชากรทุกกลุ่มอายุ (แผนภาพที่ 2-57)



แผนภาพที่ 2-56

จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Elderly aged 60 years and older classified by Health security schemes in the Fiscal Year 2025)



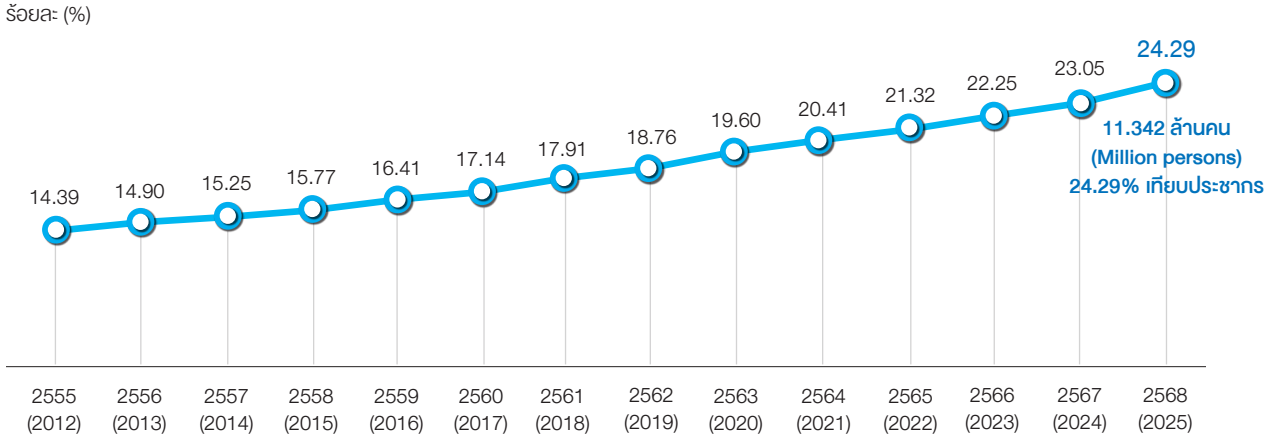
ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คำนวณจาก ผลรวมของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนสิทธิ บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ และบุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

แผนภาพที่ 2-57

สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน เทียบกับ ประชากรทุกกลุ่มอายุ สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2568

(Proportion of population aged 60 years and older, under the UCS, average 12 months, from total Population under the UCS in the Fiscal Year 2012-2025)



ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568
หมายเหตุ: คำนวณจาก ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน หารด้วย ประชากรทุกกลุ่มอายุ สิทธิ UC เฉลี่ย 12 เดือน

7.2 สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ (Benefit Packages in the Elderly)

สิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุขในผู้สูงอายุ ครอบคลุมตั้งแต่ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค บริการทางการแพทย์แบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง บริการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกฯ บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมดูแลผู้สูงอายุ บริการสาธารณสุขอื่นที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น

7.3 การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Services Utilization in the Elderly)

3.1 การใช้บริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ (Health Services Utilization in the Elderly)

บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เช่น บริการคัดกรองในผู้สูงอายุ 9 ด้าน ประกอบด้วย การมองเห็น การกลั้นปัสสาวะ การได้ยิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความคิดความจำ ภาวะซึมเศร้า การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก และภาวะขาดสารอาหาร บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ บริการฟันเทียมในผู้สูงอายุ บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ 60-64 ปีที่ป่วยโรคเรื้อรัง

บริการรักษาพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริการสำคัญที่ผู้สูงอายุได้รับ เช่น บริการผ่าตัดต้อกระจก บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม ผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้สูงอายุ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกสิทธิ ได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข บริการผ้าอ้อมผู้ใหญ่แผ่นรองซับ ในผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ หรือ ADL≤6

บริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และที่มีการจ่ายยา opioid ร่วมด้วยในผู้ป่วยระยะท้าย (ตารางที่ 2-38)

ตารางที่ 2-38

การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568
(Medical Health Services in the Elderly in the Fiscal Year 2021-2025)

การใช้บริการในผู้สูงอายุ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. จำนวนผู้สูงอายุ					
1.1 จำนวนผู้สูงอายุ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ล้านคน)[1]	9.905	10.334	10.707	11.147	11.672
1.2 จำนวนผู้สูงอายุ ทุกสิทธิ (ล้านคน)[1]	12.657	13.160	13.653	14.215	14.841
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค สำหรับผู้สูงอายุ ทุกสิทธิ					
2.1 คัดกรองในผู้สูงอายุ (ล้านคน)[2]	-	-	9.629	10.728	10.610
(ร้อยละคัดกรองในผู้สูงอายุครบทั้ง 9 ด้าน)	-	-	(77.14%)	(72.15%)	(74.91%)
1) ผู้สูงอายุได้คัดกรองการมองเห็น (ล้านคน)	-	-	7.993	8.143	8.342
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(13.29%)	(16.98%)	(16.82%)
2) ผู้สูงอายุได้คัดกรองการกลั้นปัสสาวะ (ล้านคน)	-	-	7.791	7.992	8.194
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(3.96%)	(4.70%)	(4.51%)
3) ผู้สูงอายุได้คัดกรองการได้ยิน (ล้านคน)	-	-	7.523	7.843	8.049
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(3.54%)	(5.30%)	(5.17%)
4) ผู้สูงอายุได้คัดกรองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ล้านคน)	-	-	8.394	8.315	8.508
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(4.52%)	(6.01%)	(5.81%)
5) ผู้สูงอายุได้คัดกรองความคิดความจำ (ล้านคน)	-	-	7.607	7.763	7.939
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(2.78%)	(5.13%)	(4.92%)
6) ผู้สูงอายุได้คัดกรองภาวะซึมเศร้า (ล้านคน)	-	-	8.364	8.312	8.489
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(1.51%)	(1.53%)	(1.47%)
7) ผู้สูงอายุได้คัดกรองการเคลื่อนไหว (ล้านคน)	-	-	8.298	8.168	8.362
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(5.57%)	(9.24%)	(8.96%)
8) ผู้สูงอายุได้คัดกรองสุขภาพช่องปาก (ล้านคน)	-	-	8.311	8.182	8.378
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(7.16%)	(12.20%)	(11.84%)
9) ผู้สูงอายุได้คัดกรองภาวะขาดสารอาหาร (ล้านคน)	-	-	7.511	7.852	8.057
(ร้อยละที่พบความเสี่ยง / ผิดปกติ)	-	-	(3.35%)	(4.76%)	(4.61%)

(ต่อ) ตารางที่ 2-38

การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Medical Health Services in the Elderly in the Fiscal Year 2021-2025)

การใช้บริการในผู้สูงอายุ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
2.2 คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี Fit test อายุ 50-70 ปี (คน)[3]	585,918	662,464	1,353,299	1,353,045	1,387,909
2.3 ฟันเทียมในผู้สูงอายุ (คน)[2,4]	37,077	33,824	56,809	61,849	58,936
2.4 วัคซีนไข้หวัดใหญ่ 65 ปีขึ้นไป, 60-64 ปีที่ป่วยโรคเรื้อรัง (ล้านคน)[3]	-	2.072	2.187	2.366	2.841
3. บริการรักษาพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
3.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (ล้านครั้ง)[3]	64.854	63.489	68.885	71.609	79.048
3.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป (ล้านครั้ง)[3]	1.991	2.198	2.455	2.745	3.005
3.3 บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ล้านครั้ง)[3]	9.287	8.193	7.475	8.944	9.432
3.4 บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ล้านครั้ง)[3]	17.541	15.399	15.295	16.365	17.494
3.5 ผ่าตัดต้อกระจก (ครั้ง)[6]	77,722	101,615	148,642	169,100	179,074
- ผ่าตัดต้อกระจกระยะบอดมองไม่เห็น (Blinded) (ครั้ง) (ร้อยละผ่าตัดต้อกระจกระยะบอด เทียบ ผ่าตัดต้อกระจกทั้งหมด)	37,646 (48.44%)	52,072 (51.24%)	73,415 (49.39%)	78,501 (46.42%)	79,494 (44.39%)
3.6 ผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม (ครั้ง)[6]	6,524	8,678	14,202	14,792	17,371
3.7 ผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่ไม่สามารถใส่ฟันเทียมได้ (คน)[5]	-	-	1,975	2,972	2,493
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้สูงอายุ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
4.1 ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (คน)[3,6]	397,248	385,377	463,414	599,592	646,840
(ล้านครั้ง)	1.236	1.197	1.513	2.136	2.287
4.2 ฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (คน)[3]	8,104	43,929	72,755	68,835	72,755
(ครั้ง)	35,866	111,822	241,718	297,593	427,692
1) ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (คน)	7,799	42,067	56,675	54,062	56,675
(ครั้ง)	34,550	107,457	201,837	234,605	323,774
2) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (คน)	192	1,611	2,441	2,311	2,441
(ครั้ง)	737	2,910	6,094	7,703	11,485
3) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (คน)	121	251	762	321	762
(ครั้ง)	604	1,529	3,949	3,683	6,702
4) ผู้ป่วยข้อสะโพกแตกหัก (คน)	-	-	12,877	12,141	12,877
(ครั้ง)	-	-	30,165	52,623	85,731
5. บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกสิทธิ					
5.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ ได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (คน)[7]	163,204	176,553	292,970	408,624	456,695
5.2 ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับ ในผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ หรือ ADL≤6 (คน)[7]	-	4,997	56,824	99,583	101,430

(ต่อ) ตารางที่ 2-38

การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568
(Medical Health Services in the Elderly in the Fiscal Year 2021-2025)

การใช้บริการในผู้สูงอายุ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
6. บริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
6.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งหมด (คน)[5]	51,674	46,869	68,919	81,602	81,563
6.2 การดูแลแบบประคับประคอง ที่มีการจ่ายยา opioid (คน)[5]	3,238	5,358	8,541	11,053	11,675

ที่มา: *1) ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*
2) Health Data Center: HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568
3) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. โดยผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim ณ 16 มกราคม 2569 และ ผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim ณ 17 ธันวาคม 2568
4) ฟันเทียมพระราชทาน และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566 https://sealantdental.anamai.moph.go.th/elderly/denture_all.php
5) Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568
6) รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568
7) กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

3.2 การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(Outpatients and Inpatients Utilization in the Elderly)

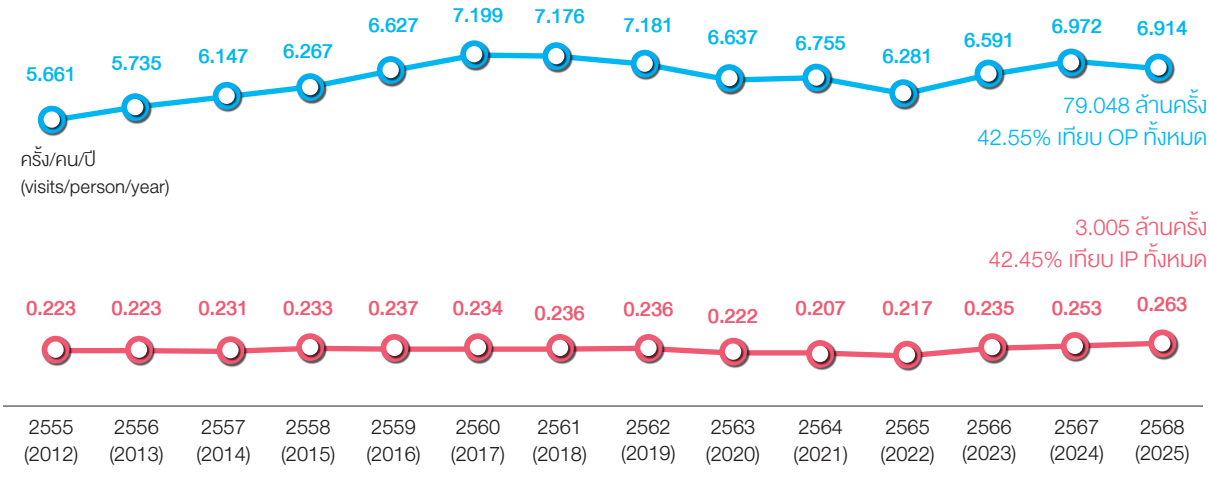
การใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 79.048 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.55 เมื่อเทียบกับจำนวนครั้งรับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (185.776 ล้านครั้ง) หรืออัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก 6.914 ครั้งต่อคนต่อปี ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่มีอัตราการใช้บริการ 6.972 ครั้งต่อคนต่อปี **การใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ** ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 3.005 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.45 เมื่อเทียบกับจำนวนครั้งรับบริการผู้ป่วยในทั้งหมด (7.079 ล้านครั้ง) หรืออัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.263 ครั้งต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่มีอัตราการใช้บริการ 0.253 ครั้งต่อคนต่อปี (แผนภาพที่ 2-58)

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก ของผู้สูงอายุ 60-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 อยู่ที่ 6.807 และ 7.042 ครั้งต่อคนต่อปี ตามลำดับ ส่วน**อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน** ของผู้สูงอายุ 60-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 0.213 และ 0.322 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็น **1.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC ทุกกลุ่มอายุ** (แผนภาพที่ 2-59)

แผนภาพที่ 2-58

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2568

(Utilization rate for Outpatients and Inpatients of Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2012-2025)



อัตราการรับบริการผู้ป่วยนอก ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ครั้ง/คน/ปี) (UR-OP of elderly : visits/person/year)

อัตราการรับบริการผู้ป่วยใน ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ครั้ง/คน/ปี) (UR-IP of elderly : visits/person/year)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.
โดย 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim ณ 16 มกราคม 2569
2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim ณ 17 ธันวาคม 2568

แผนภาพที่ 2-59

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2568

(Utilization rate for Outpatients and Inpatients under the UCS classified by Age groups in the Fiscal Year 2019-2025)

หน่วย: ครั้ง/คน/ปี visits/person/year

	Age groups	< 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป	รวมทุกกลุ่มอายุ (All age groups)
ผู้ป่วยนอก (Outpatients)	2562 (2019)	5.298	4.097	2.564	2.913	7.042	7.358	3.745
	2563 (2020)	3.982	3.285	2.351	2.638	6.506	6.802	3.421
	2564 (2021)	3.826	2.908	1.997	2.768	6.621	6.921	3.477
	2565 (2022)	4.263	3.019	2.348	2.830	6.192	6.391	3.531
	2566 (2023)	4.650	3.788	2.560	2.734	6.472	6.735	3.628
	2567 (2024)	4.841	3.860	2.860	3.002	6.844	7.126	3.961
	2568 (2025)	4.490	3.728	2.647	2.992	6.807	7.042	3.947
ผู้ป่วยใน (Inpatients)	2562 (2019)	1.206	0.175	0.067	0.091	0.192	0.293	0.132
	2563 (2020)	1.180	0.136	0.054	0.087	0.181	0.275	0.123
	2564 (2021)	1.102	0.117	0.051	0.097	0.174	0.249	0.207
	2565 (2022)	1.149	0.144	0.066	0.104	0.181	0.262	0.135
	2566 (2023)	1.286	0.196	0.068	0.092	0.191	0.288	0.136
	2567 (2024)	1.245	0.210	0.079	0.099	0.207	0.309	0.147
	2568 (2025)	1.045	0.226	0.080	0.101	0.213	0.322	0.150

UR-OP ผู้สูงอายุ 1.8-1.9 เท่าของทุกกลุ่มอายุ

UR-IP ผู้สูงอายุ 1.7-1.8 เท่าของทุกกลุ่มอายุ

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.
โดย 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim ณ 16 มกราคม 2569
2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim ณ 17 ธันวาคม 2568

3.3 20 อันดับโรคการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Top 20 Diagnosis of Outpatient and Inpatient services in the Elderly 60 years and over)

อันดับโรค/กลุ่มโรค จากการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุสิทธิ UC นับตามการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx) ไม่นับรวมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค (ICD-10 รหัส Z) และบริการแพทย์แผนไทย (ICD10: U50-U77) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ 20 อันดับกลุ่มโรคแรก มีจำนวน 56.622 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 71.63 จากผู้สูงอายุที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมด 79.048 ล้านครั้ง และคิดเป็นร้อยละ 61.84 เมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ สำหรับอันดับโรค/กลุ่มโรค จากการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ 1) I10: Essential (primary) hypertension (ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)) 2) E78: Disorders of lipoprotein metabolism and other lipidaemia's (ความผิดปกติของเมตะบอลิซึมของไลโปโปรตีนและภาวะไขมันในเลือดอื่น) และ 3) E11: Non-insulin-dependent diabetes mellitus (เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) (ตารางที่ 2-39)

ตารางที่ 2-39

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Top 20 Diagnosis of Outpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยนอก 60 ปีขึ้นไป (ครั้ง)	60-69 ปี (ครั้ง)	70 ปีขึ้นไป (ครั้ง)
1. I10: Essential (primary) hypertension (ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ))	17,181,854	8,264,584	8,917,270
2. E78: Disorders of lipoprotein metabolism and other lipidaemia's (ความผิดปกติของเมตะบอลิซึมของไลโปโปรตีนและภาวะไขมันในเลือดอื่น)	9,283,072	4,793,812	4,489,260
3. E11: Non-insulin-dependent diabetes mellitus (เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน)	8,671,070	4,734,240	3,936,830
4. N18: Chronic renal failure (ไตวายเรื้อรัง)	4,491,775	1,978,080	2,513,695
5. M79: Other soft tissue disorders, not elsewhere classified (ความผิดปกติแบบอื่นของเนื้อเยื่ออ่อน มิได้จำแนกไว้ที่ใด)	2,062,276	1,162,279	899,997
6. M62: Other disorders of muscle (ความผิดปกติอื่นของกล้ามเนื้อ)	1,770,858	987,900	782,958
7. K30: Dyspepsia (อาหารไม่ย่อย)	1,456,035	736,956	719,079
8. J00: Acute nasopharyngitis [common cold] (คอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน (ไข้หวัด))	1,439,336	786,856	652,480
9. R42: Dizziness and giddiness (เวียนศีรษะ)	1,315,036	589,035	726,001
10. M17: Gonarthrosis [arthrosis of knee] (ข้อเข่าเสื่อม)	1,207,699	614,431	593,268
11. I69: Sequelae of cerebrovascular disease (ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง)	885,759	393,425	492,334
12. J44: Other chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น)	882,223	309,162	573,061
13. R73: Elevated blood glucose level (ระดับกลูโคสในเลือดสูง)	855,148	457,671	397,477
14. M10: Gout (โรคเกาต์)	854,653	377,964	476,689
15. I25: Chronic ischaemic heart disease (โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง)	789,516	331,928	457,588
16. K05: Gingivitis and periodontal diseases (เหงือกอักเสบและโรคปริทันต์)	757,304	476,506	280,798

(ต่อ) ตารางที่ 2-39

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Top 20 Diagnosis of Outpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยนอก 60 ปีขึ้นไป (ครั้ง)	60-69 ปี (ครั้ง)	70 ปีขึ้นไป (ครั้ง)
17. M47: Spondylosis (กระดูกสันหลังเสื่อม)	730,815	398,349	332,466
18. N40: Hyperplasia of prostate (โรคต่อมลูกหมากโต)	725,076	242,693	482,383
19. H25: Senile cataract (ต้อกระจกในวัยชรา)	660,618	295,358	365,260
20. M54: Dorsalgia (ปวดหลัง)	602,072	345,908	256,164
รวม 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค (Top 20 Diagnosis)	**56,622,195**	**28,277,137**	**28,345,058**
สัดส่วน 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค จากการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (% Top 20 Diagnosis from Total OP services)	**71.63%**	**66.76%**	**77.25%**
รวมการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP services Total)	**79,047,818**	**42,356,760**	**36,691,057**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 16 มกราคม 2569

หมายเหตุ: คำนวณจาก จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก นับตามโรคหลัก ไม่นับรวมปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ (ICD-10: Z00-Z99) และบริการแพทย์แผนไทย (ICD10: U50-U77)

อันดับโรค/กลุ่มโรค จากการเข้ารับบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุสิทธิ UC ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การเข้ารับบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ 20 อันดับกลุ่มโรคแรกนับตามการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx) มีจำนวน 1.462 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 48.64 จากผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในทั้งหมด 3.005 ล้านครั้ง และคิดเป็นร้อยละ 61.11 เมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ สำหรับอันดับโรค/กลุ่มโรค จากการเข้ารับบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ 1) H25: Senile cataract (ต้อกระจกในวัยชรา) 2) J44: Other chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น) และ 3) J18: Pneumonia, organism unspecified (ปอดบวม ไม่ระบุเชื้อต้นเหตุ) (ตารางที่ 2-40)

ตารางที่ 2-40

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Top 20 Diagnosis of Inpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยใน 60 ปีขึ้นไป (ครั้ง)	60-69 ปี (ครั้ง)	70 ปีขึ้นไป (ครั้ง)
1. H25: Senile cataract (ต้อกระจกในวัยชรา)	184,297	78,327	105,970
2. J44: Other chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น)	133,505	42,579	90,926
3. J18: Pneumonia, organism unspecified (ปอดบวม ไม่ระบุเชื้อต้นเหตุ)	117,305	37,113	80,192
4. I10: Essential (primary) hypertension (ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ))	116,669	55,540	61,129
5. I50: Heart failure (หัวใจล้มเหลว)	106,981	36,259	70,722

(ต่อ) ตารางที่ 2-40

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis of Inpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยใน 60 ปีขึ้นไป (ครั้ง)	60-69 ปี (ครั้ง)	70 ปีขึ้นไป (ครั้ง)
6. E11: Non-insulin-dependent diabetes mellitus (เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน)	104,833	52,393	52,440
7. N18: Chronic renal failure (ไตวายเรื้อรัง)	98,661	41,114	57,547
8. I63: Cerebral infarction (เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด)	94,959	40,729	54,230
9. A09: Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบและลำไส้ใหญ่อักเสบจากการติดเชื้อและจากสาเหตุที่ไม่ระบุ)	85,410	34,448	50,962
10. N39: Other disorders of urinary system (ความผิดปกติแบบอื่นของระบบปัสสาวะ)	74,142	23,466	50,676
11. I21: Essential (primary) hypertension (ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ))	48,043	20,695	27,348
12. J15: Bacterial pneumonia, not elsewhere classified (ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มิได้จำแนกไว้ที่ใด)	40,419	12,484	27,935
13. C18: Malignant neoplasm of colon (มะเร็งลำไส้ใหญ่)	39,518	20,456	19,062
14. L03: Cellulitis (เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ)	35,952	15,401	20,551
15. E87: Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance (ความผิดปกติอื่นของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และสมดุลกรดด่าง)	33,185	11,591	21,594
16. S06: Intracranial injury (การบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ)	31,989	13,206	18,783
17. C22: Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts (มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ)	30,686	17,421	13,265
18. K80: Cholelithiasis (นิ่วน้ำดี)	29,817	12,504	17,313
19. S72: Chronic ischemic heart disease (โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง)	28,825	5,975	22,850
20. N10: Acute tubulo-interstitial nephritis (หลอดไตฝอยและเนื้อเยื่อระหว่างหลอดไตฝอยอักเสบเฉียบพลันกรวยไตและไตอักเสบเฉียบพลัน)	26,390	9,652	16,738
รวม 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค (Top 20 Diagnosis)	**1,461,586**	**581,353**	**880,233**
สัดส่วน 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค จากการใช้บริการผู้ป่วยในทั้งหมด (% Top 20 Diagnosis from Total IP services)	**48.64%**	**43.83%**	**52.44%**
รวมการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP services Total)	**3,004,856**	**1,326,269**	**1,678,587**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: คำนวณจาก จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน นับตามโรคหลัก

อันดับโรค/กลุ่มโรคผู้ป่วยสูงอายุสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยสูงอายุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล 20 อันดับกลุ่มโรคแรกนับตามการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx) มีจำนวน 70,466 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 จากผู้สูงอายุที่เสียชีวิตระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 110,101 คน และคิดเป็นร้อยละ 75.63 เมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ สำหรับอันดับโรค/กลุ่มโรค ของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล 3 อันดับแรกคือ 1) J18: Pneumonia, organism unspecified (ปอดบวม ไม่ระบุรายละเอียด) 2) J15: Bacterial pneumonia, not elsewhere classified (ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มิได้จำแนกไว้ที่ใด) และ 3) I50: Heart failure (หัวใจล้มเหลว) (ตารางที่ 2-41)

ตารางที่ 2-41

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผู้สูงอายุสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Top 20 Diagnosis of In-hospital Mortality in the Elderly patients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (คน)	60-69 ปี (คน)	70 ปีขึ้นไป (คน)
1. J18: Pneumonia, organism unspecified (ปอดบวม ไม่ระบุรายละเอียด)	13,115	3,366	9,749
2. J15: Bacterial pneumonia, not elsewhere classified (ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มิได้จำแนกไว้ที่ใด)	6,608	1,726	4,882
3. I50: Heart failure (หัวใจล้มเหลว)	4,974	1,326	3,648
4. I61: Intracerebral hemorrhage (เลือดออกในสมองใหญ่)	4,737	1,972	2,765
5. J44: Other chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น)	4,482	915	3,567
6. N39: Other disorders of urinary system (ความผิดปกติแบบอื่นของระบบปัสสาวะ)	4,199	929	3,270
7. I21: Acute myocardial infarction (กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน)	3,924	1,251	2,673
8. I63: Cerebral infarction (เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด)	3,887	1,065	2,822
9. C34: Malignant neoplasm of bronchus and lung (มะเร็งหลอดลมและปอด)	3,043	1,366	1,677
10. N18: Chronic renal failure (ไตวายเรื้อรัง)	2,930	1,014	1,916
11. C22: Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts (มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ	2,872	1,471	1,401
12. A41: Other septicemia (การติดเชื้ออื่นในกระแสเลือด)	2,779	845	1,934
13. S06: Intracranial injury (การบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ)	2,156	939	1,217
14. J69: Pneumonitis due to solids and liquids (ปอดอักเสบจากของแข็งและของเหลว)	2,151	417	1,734
15. K92: Other diseases of digestive system (โรคแบบอื่นของระบบย่อยอาหาร)	1,749	588	1,161
16. L89: Decubitus ulcer (แผลกดทับและพื้นที่กดทับ)	1,739	350	1,389
17. A09: Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบและลำไส้ใหญ่อักเสบจากการติดเชื้อและจากสาเหตุที่ไม่ระบุรายละเอียด)	1,443	415	1,028

(ต่อ) ตารางที่ 2-41

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผู้สูงอายุสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Top 20 Diagnosis of In-hospital Mortality in the Elderly patients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (คน)	60-69 ปี (คน)	70 ปีขึ้นไป (คน)
18. N10: Acute tubulo-interstitial nephritis (หลอดไตฝอยและเนื้อเยื่อระหว่างหลอดไตฝอยอักเสบเฉียบพลันกรวยไตและไตอักเสบเฉียบพลัน	1,417	336	1,081
19. C18: Malignant neoplasm of colon (มะเร็งลำไส้ใหญ่)	1,160	499	661
20. R57: Shock, not elsewhere classified (ช็อก มิได้จำแนกไว้ที่ใด)	1,101	364	737
รวม 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค (Top 20 Diagnosis)	**70,466**	**21,154**	**49,312**
สัดส่วน 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค จากผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลทั้งหมด (% Top 20 Diseases from Total IP services, died in hospitalized)	**64.00%**	**58.55%**	**66.66%**
รวมผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล (IP services, died in hospitalized Total)	**110,101**	**36,129**	**73,972**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568
หมายเหตุ: 1. คำนวณจาก จำนวนคนที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต นับตามโรคหลัก
2. สถานะการจำหน่าย = เสียชีวิต (Discharge Type = 8 หรือ 9)

อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster จากการเข้ารับบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุสิทธิ UC ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การเข้ารับบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ 20 อันดับแรกนับตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster มีจำนวน 1.559 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 51.89 จากผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในทั้งหมด 3.005 ล้านครั้ง และคิดเป็นร้อยละ 75.63 เมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ สำหรับ Disease Cluster จากการเข้ารับบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ 1) 0206: Major lens procedures (ผ่าตัดเลนส์ตา) 2) 0452 : Respiratory infection/inflammation (ติดเชื้อและการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ) และ 3) 0560 : Hypertension (ความดันโลหิตสูง) (ตารางที่ 2-42)

ตารางที่ 2-42

20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of Inpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster	ผู้ป่วยใน 60 ปีขึ้นไป (ครั้ง)	60-69 ปี (ครั้ง)	70 ปีขึ้นไป (ครั้ง)
1. 0206: Major lens procedures (ผ่าตัดเลนส์ตา)	171,102	74,116	96,986
2. 0452 : Respiratory infection/inflammation (ติดเชื้อและการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ)	145,052	47,274	97,778
3. 0560 : Hypertension (ความดันโลหิตสูง)	117,203	55,719	61,484
4. 0155 : Specific cerebrovascular disorders exclude TIA (หลอดเลือดสมองจำเพาะเจาะจง ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว)	115,493	50,110	65,383

(ต่อ) ตารางที่ 2-42

20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of Inpatient services in the Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster	ผู้ป่วยใน 60 ปีขึ้นไป (ครั้ง)	60-69 ปี (ครั้ง)	70 ปีขึ้นไป (ครั้ง)
5. 1154 : Kidney and urinary tract infection (ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและไต)	108,362	36,054	72,308
6. 0555: Heart failure and shock (ภาวะหัวใจล้มเหลว และช็อก)	107,652	36,435	71,217
7. 0455 : Chronic obstructive pulmonary disease (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง)	107,537	35,601	71,936
8. 0657 : Gastroenteritis age > 9 years (กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กอักเสบ)	93,081	37,780	55,301
9. 1150 : Renal failure (ภาวะไตวาย)	91,805	36,794	55,011
10. 1056 : Diabetes without complicated PDx (เบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง)	63,130	34,352	28,778
11. 0403 : Ventilator support (กลุ่มที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)	58,468	19,292	39,176
12. 0459 : Bronchitis and asthma (หลอดลมอักเสบและหืด)	48,868	20,433	28,435
13. 1050 : Diabetes with complicated PDx (เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน)	46,751	19,176	27,575
14. 0669 : Digest malignancy with chemotherapy (มะเร็งในระบบทางเดินอาหารที่รักษาด้วยเคมีบำบัด)	46,606	26,889	19,717
15. 0407 : Noninvasive ventilation (กลุ่มที่ใช้เครื่องชวยหายใจแบบไม่ใส่ท่อ)	45,205	12,695	32,510
16. 0956 : Cellulitis Age > 17 years (ติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อ)	43,500	19,268	24,232
17. 1053 : Nutrition and miscellaneous metabolic disorders (ความผิดปกติของโรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม)	42,474	15,610	26,864
18. 1653: Red blood cell disorders with blood transfusion (ความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง ที่มีการถ่ายเลือด)	39,910	16,438	23,472
19. 0624 : Other colonoscopy (การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนอื่นๆ)	36,375	25,350	11,025
20. 0351 : Disequilibrium (ภาวะเสียสมดุลจากการฟอกไต)	30,710	12,887	17,823
รวม 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Top 20 Disease Cluster)	**1,559,284**	**632,273**	**927,011**
สัดส่วน 20 อันดับวินิจฉัยโรคร่วม จากการใช้บริการผู้ป่วยในทั้งหมด (% Top 20 Diseases Cluster from Total IP services)	**51.89%**	**47.67%**	**55.23%**
รวมการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP services Total)	**3,004,856**	**1,326,269**	**1,678,587**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: คำนวณจาก จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน นับตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างๆ ตามการวินิจฉัยและการรักษาใกล้เคียงกัน หรือ Disease Cluster (DC)

อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ผู้ป่วยสูงอายุสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยสูงอายุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล 20 อันดับแรกนับตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster มีจำนวน 75,278 คน คิดเป็นร้อยละ 68.37 จากผู้สูงอายุที่เสียชีวิตระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 110,101 คน และคิดเป็นร้อยละ 75.59 เมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ สำหรับ Disease Cluster ของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล 3 อันดับแรกคือ 1) 0403 : Ventilator support (กลุ่มที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ) 2) 0155 : Specific cerebrovascular disorders exclude TIA (หลอดเลือดสมองจำเพาะเจาะจง ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว) และ 3) 0452 : Respiratory infection/inflammation (ติดเชื้อและการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ) (ตารางที่ 2-43)

ตารางที่ 2-43

20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของผู้ป่วยสูงอายุสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of In-hospital Mortality in the Elderly patients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster	ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (คน)	60-69 ปี (คน)	70 ปีขึ้นไป (คน)
1. 0403 : Ventilator support (กลุ่มที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)	14,977	4,972	10,005
2. 0155 : Specific cerebrovascular disorders exclude TIA (หลอดเลือดสมองจำเพาะเจาะจง ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว)	8,732	2,938	5,794
3. 0452 : Respiratory infection/inflammation (ติดเชื้อและการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ)	8,235	1,675	6,560
4. 0407 : Noninvasive ventilation (กลุ่มที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อ)	7,988	1,774	6,214
5. 1154 : Kidney and urinary tract infection (ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและไต)	5,689	1,284	4,405
6. 0555: Heart failure and shock (ภาวะหัวใจล้มเหลว และช็อก)	4,935	1,308	3,627
7. 1850 : Septicemia (ติดเชื้อในกระแสเลือด)	4,064	1,281	2,783
8. 1150 : Renal failure (ภาวะไตวาย)	2,846	973	1,873
9. 0552 : Acute MI with major complication (กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน)	2,313	711	1,602
10. 0751: Malignancy of hepatobiliary system/ pancreas, not transferred (มะเร็งตับ ท่อน้ำดี ตับอ่อน)	2,175	1,077	1,098
11. 0651: Gastrointestinal hemorrhage, age > 64 years (ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ในผู้สูงอายุ)	1,767	594	1,173
12. 0010: Tracheostomy for other conditions with Invasive Mechanical Ventilation 96 hours (ทำหัตถการเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจต่อเนื่อง 96 ชั่วโมงขึ้นไป)	1,530	483	1,047
13. 0657 : Gastroenteritis age > 9 years (กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กอักเสบ)	1,510	435	1,075
14. 0165 : Intracranial injury (การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ)	1,461	619	842
15. 0650 : Digestive malignancy (มะเร็งระบบทางเดินอาหาร)	1,321	666	655
16. 0455 : Chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)	1,268	211	1,057
17. 0461 : Respiratory neoplasms (เนื้องอกหรือมะเร็งที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจ)	1,266	539	727
18. 0950: Skin ulcers (แผลเปื่อยที่ผิวหนัง/แผลเรื้อรัง)	1,264	250	1,014
19. 0603: Major small & large bowel procedure (การผ่าตัดใหญ่ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่)	977	317	660
20. 1150 : Renal failure (ภาวะไตวาย)	960	326	634
รวม 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Top 20 Diseases Cluster)	**75,278**	**22,433**	**52,845**
สัดส่วน 20 อันดับวินิจฉัยโรคร่วม จากผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลทั้งหมด (% Top 20 Diseases Cluster from Total IP services, died in hospitalized)	**68.37%**	**62.09%**	**71.44%**
รวมผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล (IP services, died in hospitalized Total)	**110,101**	**36,129**	**73,972**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: 1. คำนวณจาก จำนวนคนที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต และนับตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างๆ ตามการวินิจฉัยและการรักษาใกล้เคียงกัน หรือ Disease Cluster (DC)

2. สถานะการจำหน่าย = เสียชีวิต (Discharge Type = 8 หรือ 9)

7.4 การใช้ทรัพยากรเพื่อให้บริการแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(Case Mix Index of Inpatients Health Services in the Elderly under the UCS)

4.1 สัดส่วนการใช้ทรัพยากรเพื่อให้บริการแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ
(Proportion of Case Mix Index of Inpatients Health Services in the Elderly)

เมื่อพิจารณาจากการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล บนฐานผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับวันนอน (Sum of Adj. RW) พบว่า การใช้บริการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งจำนวนคน จำนวนครั้ง จำนวนวันนอนเฉลี่ย รวมถึงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และ 2568 เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งสะท้อนถึงการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ทั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทุกกลุ่มอายุ และผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ

เปรียบเทียบ**สัดส่วนของการใช้ทรัพยากร หรือการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ** ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า สัดส่วนจำนวนคน จำนวนครั้ง และจำนวนวันนอน ผู้ป่วยในของกลุ่มผู้สูงอายุ กว่า 2 ใน 5 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยในของทุกกลุ่มอายุ หรือร้อยละ 38.65 ร้อยละ 42.45 และร้อยละ 43.79 ตามลำดับ **สัดส่วนการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล หรือผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับวันนอน (Sum of Adj.RW) ผู้ป่วยในของกลุ่มผู้สูงอายุ ประมาณ 1 ใน 2** หรือร้อยละ 51.06 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยในของทุกกลุ่มอายุ (ตารางที่ 2-44)

CaseMix Index (CMI) คือ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) หรือ น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: Adj.RW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด แนวโน้มค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (CMI-Adj.RW) ของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ และผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยค่า CMI ของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ เท่ากับ 1.436 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ เท่ากับ 1.727 จำแนกเป็นผู้สูงอายุ 60-69 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป มีค่า CMI เป็น 1.735 และ 1.721 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า CMI ในผู้สูงอายุ เป็น 1.20 เท่าเมื่อเทียบกับ CMI ในทุกกลุ่มอายุ (แผนภาพที่ 2-60)

ตารางที่ 2-44

จำนวนและสัดส่วนการให้บริการ และการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ และผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2568

(Number and Proportion of persons, visits, Length of Stay, Sum of Adjusted Relative Weight and Case Mix Index of Inpatients all Age-groups and Elderly Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2005-2025)

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ					ผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ					สัดส่วนผู้สูงอายุ เทียบ ทุกกลุ่มอายุ			
	ล้านคน	ล้านครั้ง	ล้านวันนอน (LOS)	ล้าน Sum Adj.RW	CMI	ล้านคน	ล้านครั้ง	ล้านวันนอน (LOS)	ล้าน Sum Adj.RW	CMI	%คน	%ครั้ง (%visits)	%วันนอน	% Sum Adj.RW
2548 (2005)	0.661	0.983	4.899	1.127	1.147	3.231	4.405	19.171	3.734	0.848	19.47	22.30	25.55	30.18
2549 (2006)	0.720	1.085	5.370	1.283	1.183	3.430	4.737	20.263	4.095	0.864	19.93	22.91	26.50	31.34
2550 (2007)	0.775	1.144	5.577	1.405	1.228	3.533	4.910	20.798	4.358	0.888	20.50	23.30	26.82	32.24
2551 (2008)	0.828	1.244	5.929	1.731	1.392	3.684	5.171	21.409	5.117	0.990	20.98	24.05	27.70	33.82
2552 (2009)	0.863	1.303	6.194	1.926	1.479	3.832	5.388	22.165	5.528	1.026	21.08	24.18	27.94	34.84
2553 (2010)	0.917	1.396	6.640	2.174	1.558	3.994	5.681	23.363	6.107	1.075	21.44	24.57	28.42	35.60
2554 (2011)	0.972	1.487	7.086	2.449	1.647	3.931	5.624	23.468	6.453	1.147	23.08	26.43	30.20	37.96
2555 (2012)	1.014	1.555	7.390	2.478	1.594	3.986	5.734	23.991	6.471	1.129	23.77	27.12	30.80	38.30
2556 (2013)	1.068	1.632	7.606	2.509	1.538	4.081	5.868	24.385	6.462	1.101	24.46	27.81	31.19	38.84
2557 (2014)	1.103	1.712	7.971	2.715	1.586	3.909	5.752	24.120	6.664	1.159	26.26	29.76	33.05	40.75
2558 (2015)	1.153	1.792	8.312	2.861	1.596	3.933	5.825	24.384	6.827	1.172	27.25	30.77	34.09	41.90
2559 (2016)	1.203	1.877	8.730	3.028	1.613	4.064	6.075	25.389	7.144	1.176	27.48	30.90	34.39	42.39
2560 (2017)	1.085	1.933	9.043	3.139	1.624	3.989	6.045	25.386	7.270	1.203	27.20	31.97	35.62	43.17
2561 (2018)	1.135	2.027	9.352	3.254	1.605	4.070	6.223	25.885	7.408	1.190	27.90	32.57	36.13	43.93
2562 (2019)	1.185	2.109	9.560	3.398	1.611	4.122	6.306	25.958	7.590	1.204	28.74	33.45	36.83	44.77
2563 (2020)	1.170	2.072	9.380	3.475	1.677	3.830	5.864	24.288	7.483	1.276	30.54	35.34	38.62	46.45
2564 (2021)	1.150	1.991	10.029	3.491	1.754	3.916	5.835	29.781	7.570	1.297	29.36	34.12	33.68	46.12
2565 (2022)	1.347	2.198	11.463	3.794	1.726	4.428	6.385	33.132	8.080	1.265	30.41	34.43	34.60	46.96
2566 (2023)	1.420	2.455	11.017	4.423	1.801	4.114	6.399	27.243	8.898	1.391	34.52	38.37	40.44	49.70
2567 (2024)	1.580	2.745	11.724	4.801	1.749	4.397	6.918	27.737	9.628	1.392	35.93	39.69	42.27	49.87
2568 (2025)	1.712	3.005	12.744	5.189	1.727	4.429	7.079	29.100	10.163	1.436	38.65	42.45	43.79	51.06

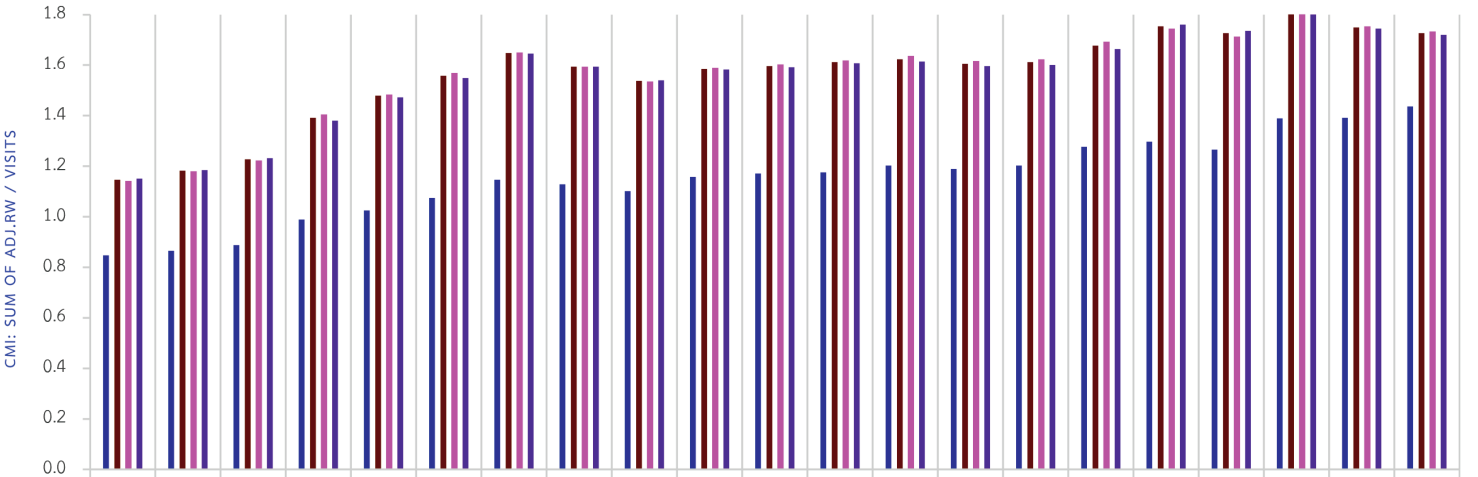
ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (CMI Adj.RW) คำนวณจาก ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW) หารด้วย จำนวนครั้งที่รับบริการ

แผนภาพที่ 2-60

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (CMI-Adj.RW) ของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ และผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ สิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2568

(Case Mix Index Adjusted Relative Weight of Inpatients all Age-groups and Elderly Inpatients of Elderly under the UCS in the Fiscal Year 2005-2025)



	2548 (2005)	2549 (2006)	2550 (2007)	2551 (2008)	2552 (2009)	2553 (2010)	2554 (2011)	2555 (2012)	2556 (2013)	2557 (2014)	2558 (2015)	2559 (2016)	2560 (2017)	2561 (2018)	2562 (2019)	2563 (2020)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
CMI ทุกกลุ่มอายุ (CMI all age groups)	0.848	0.864	0.888	0.990	1.026	1.075	1.147	1.129	1.101	1.159	1.172	1.176	1.203	1.190	1.204	1.276	1.297	1.265	1.391	1.392	1.436
CMI อายุ 60 ปีขึ้นไป (CMI Eldery >=60 years)	1.147	1.183	1.228	1.392	1.479	1.558	1.647	1.594	1.538	1.586	1.596	1.613	1.624	1.605	1.611	1.677	1.754	1.726	1.801	1.749	1.727
CMI อายุ 60-69 ปี (CMI Eldery 60-69 years)	1.142	1.181	1.224	1.406	1.485	1.569	1.650	1.594	1.535	1.590	1.602	1.619	1.636	1.616	1.624	1.694	1.744	1.713	1.802	1.753	1.735
CMI อายุ 70 ปีขึ้นไป (CMI Eldery >=70 years)	1.152	1.184	1.231	1.381	1.474	1.548	1.646	1.594	1.540	1.583	1.591	1.608	1.614	1.597	1.600	1.663	1.762	1.737	1.801	1.745	1.721

ที่มา : ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568
หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (CMI-Adj.RW) คำนวณจาก ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW) หารด้วย จำนวนครั้งที่รับบริการ

4.2 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของการใช้ทรัพยากรแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ (Top of Case Mix Index of Inpatients Health Services in the Elderly)

อันดับโรค/กลุ่มโรค การใช้ทรัพยากรบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adjusted RW) ของผู้สูงอายุที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน 20 อันดับกลุ่มโรคแรกนับตามการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx) เท่ากับ 2.593 ล้าน Sum of Adj. RW คิดเป็นร้อยละ 49.97 จากผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในทั้งหมด 5.189 ล้าน Sum of Adj.RW และคิดเป็นร้อยละ 68.80 เมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ สำหรับสัดส่วนของค่า Sum of Adj.RW ในผู้สูงอายุทุกโรค/กลุ่มโรค เป็นครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 51.06 เมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ

อันดับโรค/กลุ่มโรค ที่มีผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adjusted RW) 3 อันดับแรก คือ 1) I21: Acute myocardial infarction (กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน) 2) H25: Senile cataract (ต้อกระจกในวัยชรา) ซึ่งพบในผู้สูงอายุร้อยละ 88.30 และ 3) J44: Other chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น) ซึ่งพบในผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.52 นอกจากนี้ยังมีโรคที่มีค่า Sum of Adj.RW ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุ คือ M17: Gon arthrosis [arthrosis of knee] (ข้อเข่าเสื่อม) ที่ร้อยละ 85.32 (ตารางที่ 2-45)

ตารางที่ 2-45

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW) บริการผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diseases of Sum of Adjusted Relative Weight in the Elderly Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	Sum of Adj. RW ใน ผู้สูงอายุ	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป	Sum of Adj. RW ทุก กลุ่มอายุ	% Sum of Adj. RW ผู้สูงอายุ เทียบกับทุก กลุ่มอายุ
1. I21: Acute myocardial infarction (กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน)	241,660	109,056	132,604	336,092	71.90%
2. H25: Senile cataract (ต้อกระจกในวัยชรา)	239,168	101,551	137,617	270,844	88.30%
3. J44: Other chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น)	215,942	61,677	154,265	243,950	88.52%
4. J18: Pneumonia, organism unspecified (ปอดบวม ไม่ระบุเชื้อต้นเหตุ)	215,799	67,669	148,130	406,667	53.07%
5. I63: Cerebral infarction (เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด)	187,457	73,259	114,198	259,648	72.20%
6. I25: Chronic ischemic heart disease (โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง)	159,008	82,723	76,286	217,181	73.21%
7. I50: Heart failure (หัวใจล้มเหลว)	156,622	52,254	104,368	216,407	72.37%
8. J15: Bacterial pneumonia, not elsewhere classified (ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มิได้จำแนกไว้ที่ใด)	147,494	45,464	102,030	228,249	64.62%
9. C18: Malignant neoplasm of colon (มะเร็งลำไส้ใหญ่)	128,022	64,727	63,295	176,271	72.63%

(ต่อ) ตารางที่ 2-45

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW) บริการผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diseases of Sum of Adjusted Relative Weight in the Elderly Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	Sum of Adj. RW ใน ผู้สูงอายุ	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป	Sum of Adj. RW ทุก กลุ่มอายุ	% Sum of Adj. RW ผู้สูงอายุ เทียบกับทุก กลุ่มอายุ
10. N39: Other disorders of urinary system (ความผิดปกติแบบอื่นของระบบปัสสาวะ)	109,153	31,912	77,241	147,382	74.06%
11. N18: Chronic renal failure (ไตวายเรื้อรัง)	104,215	46,207	58,007	159,329	65.41%
12. S72: Fracture of femur (กระดูกต้นขาหัก)	94,396	21,225	73,171	135,442	69.69%
13. K80: Cholelithiasis (นิ่วในน้ำดี)	92,049	35,384	56,664	149,110	61.73%
14. C20: Malignant neoplasm of rectum (มะเร็งลำไส้ตรง)	82,288	45,720	36,568	116,902	70.39%
15. C22: Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts (มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ)	80,497	46,040	34,457	115,566	69.65%
16. I61: Intracerebral haemorrhage (เลือดออกในสมองใหญ่)	74,572	36,358	38,214	140,487	53.08%
17. M17: Gon arthrosis [arthrosis of knee] (ข้อเข่าเสื่อม)	74,428	42,438	31,990	87,232	85.32%
18. E11: Non-insulin-dependent diabetes mellitus (เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน)	70,550	34,906	35,644	119,394	59.09%
19. S06: Intracranial injury (การบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ)	61,960	28,801	33,159	165,214	37.50%
20. C34: Malignant neoplasm of bronchus and lung (มะเร็งหลอดลมและปอด)	57,637	28,734	28,902	77,314	74.55%
รวม 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค (Top 20 Diagnosis)	2,592,917	1,056,105	1,536,812	3,768,682	68.80%
สัดส่วน 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค จากผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (% Top 20 Diagnosis from Total Sum of Adj.RW)	49.97%	45.91%	53.21%	37.08%	-
รวมผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Total Sum of Adj.RW)	5,188,835	2,300,547	2,888,288	10,162,854	51.06%

ที่มา : ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ: คำนวณผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adj.RW) บริการผู้ป่วยใน นับตามโรคหลัก

8. บริการผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม หรือผู้ป่วยจิตเวช

(Mental Health Services in Mental and Behavioral disorders Patients or Psychiatric Patients)

8.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต
(Situation of Mental Health Services)

ข้อมูลจากรายงานสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2568 และจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต พบว่า คนไทย 13.4 ล้านคน เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อคนไทยจำนวนมาก ทั้งด้านสุขภาพ การดำเนินชีวิต และเศรษฐกิจ ผลการผลสำรวจพบว่าใน 12 เดือนที่ผ่านมา (จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2566) พบว่าคนไทยถึง 4.4 ล้านคน เคยประสบปัญหา โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน อายุ 18-24 ปี ที่มีสัดส่วนเป็นโรคจิตเวชหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 13.7 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-40 ปี เป็นร้อยละ 10.5

และข้อมูลจากสถิติการให้บริการโรคจิตเวช กรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพจิตเวชเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้รับบริการ ถึง 2.9 ล้านคน โรคที่พบสูงสุด 3 อันดับแรกคือ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตคนไทย กรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2567 พบว่ากลุ่มเยาวชน อายุ 18-24 ปี ยังคงมีความเสี่ยงสูง โดยเสี่ยงเครียดสูง ร้อยละ 24.5 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 26.9 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 16.2

8.2 สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจิต
(Benefit Packages in Mental Health Services)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการพัฒนาและขยายสิทธิประโยชน์สำหรับบริการสุขภาพจิตมาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่บริการสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจคัดกรอง ป้องกันโรค ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิต การดูแลรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ตลอดจนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต ลดการกลับมาเป็นซ้ำ ได้แก่

- บริการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับประชากรทุกสิทธิ ประกอบด้วย
  - การคัดกรองพัฒนาการเด็ก ในเด็กอายุ 0-5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558)
  - การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิต (ความเครียด โรคซึมเศร้า) (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566)
  - การตรวจคัดกรองประเมินสุขภาพจิต (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565)
  - สายด่วนสุขภาพจิต โทร 1323 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566)
  - ศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counseling) (เริ่มปีงบประมาณ พ.ศ. 2569)
  - การคัดกรองภาวะความเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า ด้วยระบบ AI ผ่านแอพพลิเคชั่น MIND หรือผ่าน Line OA สปสช. @nhso (เริ่มปีงบประมาณ พ.ศ. 2569)
- บริการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิ UC ประกอบด้วย
  - บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545)
  - ขยายการบำบัดโรคทางจิตเวช โดยไม่จำกัดเวลารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553)
  - บริการให้คำปรึกษาตรวจรักษาจิตเวชโดยระบบการแพทย์ทางไกล (Telepsychiatry) (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566)
  - บริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ในผู้ป่วยโรคทางจิตและบำบัดสารเสพติด ได้แก่ โรคที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โรคจิตเภทและโรคหลงผิด และโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567)
- บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ได้แก่ จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547)
- บริการสารเมทาโดน (MMT) ในกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่น เพื่อบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551)
- บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ตามแผนการดูแลรายบุคคล (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559)
- บริการยารักษาอาการทางจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Long-acting antipsychotic injectable) เข้าบัญชียาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ(1) ได้แก่ ยา aripiprazole LAI และยา paliperidone LAI (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567)
- บริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ส่งเสริมการดูแลผู้ติดสารเสพติดในชุมชน ได้แก่ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด บริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในชุมชน (Harm Reduction) และบริการดูแลฟื้นฟูผู้ติดและผู้ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ขับเคลื่อนร่วมกับ หน่วยงานสาธารณสุข ภาคประชาชน และองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร และผู้บังคับใช้กฎหมาย (เริ่มปีงบประมาณ พ.ศ. 2569)

8.3 การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช
(Health Service Utilization of Psychiatric patients)

(1) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยจิตเวช สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่รับบริการสุขภาพ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1.438 ล้านคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็น 1.833 ล้านคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยเป็นการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก 1.677 ล้านคน และแบบผู้ป่วยใน 3.72 แสนคน เมื่อจำแนกผู้ป่วยจิตเวชตามกลุ่มโรค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท: F10-F19 จำนวน 5.44 แสนคน (ร้อยละ 29.69 ของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพ 1.833 ล้านคน) รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว: F30-F39 จำนวน 3.30 แสนคน (ร้อยละ 18.00) และผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia): F20-F29 จำนวน 3.16 แสนคน (ร้อยละ 17.25) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยจิตเวช 1 คน อาจจะถูกวินิจฉัยได้มากกว่า 1 กลุ่มโรค ในรอบปีงบประมาณ

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.19 (จำนวน 3.91 แสนคน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 29.69 (จำนวน 5.44 แสนคน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ตารางที่ 2-46)

(2) จำนวนครั้งของผู้ป่วยจิตเวช สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

สำหรับจำนวนครั้งผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 7.300 ล้านครั้ง (จาก 5.757 ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยเป็นการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก 6.744 ล้านครั้ง บริการผู้ป่วยใน 5.56 แสนครั้ง เมื่อจำแนกจำนวนครั้งการรับบริการตามกลุ่มโรค พบสูงสุดใน 3 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท: F10-F19 จำนวน 2.000 ล้านครั้ง (ร้อยละ 27.39 ของการผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพทั้งหมด 7.300 ล้านครั้ง) รองลงมาคือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (Schizophrenia): F20-F29 จำนวน 1.783 ล้านครั้ง (ร้อยละ 24.42) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว: F30-F39 จำนวน 1.276 ล้านครั้ง (ร้อยละ 17.48) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยจิตเวช 1 คน อาจจถูกวินิจฉัยได้มากกว่า 1 กลุ่มโรค ในการรักษาครั้งนั้น (ตารางที่ 2-47)

ตารางที่ 2-46

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

(Number and Percentage of Psychiatric patients, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

หน่วย: คน (ร้อยละ)

ผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค	2565 (2022)			2566 (2023)			2567 (2024)			2568 (2025)		
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช
F00-F98: รวมจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการ[1] หน่วย: คน	**1,328,326**	**234,524**	**1,437,953**	**1,507,283**	**273,999**	**1,626,979**	**1,622,690**	**316,400**	**1,755,231**	**1,677,229**	**371,908**	**1,833,038**
F00-F09: จากโรคทางกาย (Mental disorders due to known physiological conditions)	71,458	41,448	103,475 (7.20%)	82,684	47,514	117,937 (7.25%)	94,560	52,495	132,732 (7.56%)	105,901	57,807	147,700 (8.06%)
F10-F19: จากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use)	324,581	107,547	390,996 (27.19%)	388,812	125,142	462,415 (28.42%)	415,278	151,186	499,267 (28.44%)	438,817	199,750	544,205 (29.69%)
F20-F29: จิตเภท (Schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders)	275,455	44,119	286,967 (19.96%)	284,389	51,552	297,461 (18.28%)	299,046	58,240	313,586 (17.87%)	300,611	60,830	316,197 (17.25%)
F30-F39: ผิดปกติทางอารมณ์ ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว (Mood [affective] disorders)	254,407	37,427	267,336 (18.59%)	289,539	47,468	304,880 (18.74%)	308,909	54,713	326,595 (18.61%)	309,790	59,068	329,981 (18.00%)
F40-F48: ผิดปกติจากความเครียด วิตกกังวล (Anxiety, dissociative, stress-related, somatoform and other nonpsychotic mental disorders)	239,644	20,115	251,889 (17.52%)	264,214	23,110	277,379 (17.05%)	288,868	26,556	303,800 (17.31%)	290,953	27,701	306,160 (16.70%)

(ต่อ) ตารางที่ 2-46

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

(Number and Percentage of Psychiatric patients, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

หน่วย: คน (ร้อยละ)

ผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค	2565 (2022)			2566 (2023)			2567 (2024)			2568 (2025)		
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช
F50-F59: ผิดปกติทางพฤติกรรมสรีรวิทยา (Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors)	196,005	1,613	197,297 (13.72%)	224,197	2,033	225,832 (13.88%)	242,223	2,273	243,893 (13.90%)	251,043	2,854	253,087 (13.81%)
F60-F69: ผิดปกติทางพฤติกรรมของผู้ใหญ่ (Disorders of adult personality and behavior)	8,237	780	8,773 (0.61%)	9,393	978	10,078 (0.62%)	10,142	1,235	11,004 (0.63%)	10,008	1,590	11,230 (0.61%)
F70-F79 ปัญญาอ่อน (Intellectual disabilities)	30,761	3,547	32,781 (2.28%)	35,875	4,033	38,037 (2.34%)	44,017	4,510	46,261 (2.64%)	44,214	4,670	46,525 (2.54%)
F80-F89: ผิดปกติของพัฒนาการทางจิต (Pervasive and specific developmental disorders)	67,102	4,768	69,456 (4.83%)	90,694	6,528	93,667 (5.76%)	104,538	7,280	107,498 (6.12%)	109,939	7,610	113,088 (6.17%)
F90-F98: ผิดปกติทางอารมณ์พฤติกรรมเริ่มในเด็ก/วัยรุ่น (Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence)	82,416	2,896	83,622 (5.82%)	99,498	4,047	101,094 (6.21%)	117,613	5,082	119,453 (6.81%)	129,497	5,749	131,484 (7.17%)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP-IP E-Cliam สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 6 มีนาคม 2569

หมายเหตุ: 1. รวมจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการ (คน) ประมวลผลจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) และ/หรือโรครอง (SDX) ICD-10: F00-F98 และไม่นับซ้ำเมื่อได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 กลุ่มโรค ในรอบปีงบประมาณ
2. กรณีจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มโรค ผู้ป่วยจิตเวช 1 คน อาจจะถูกวินิจฉัยได้มากกว่า 1 กลุ่มโรค ในรอบปีงบประมาณ

ตารางที่ 2-47

จำนวนครั้ง และร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

(Number and Percentage of Psychiatric patient visits, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

หน่วย: ครั้ง (ร้อยละ)

ผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค	2565 (2022)			2566 (2023)			2567 (2024)			2568 (2025)		
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช
F00-F98: รวมจำนวนครั้งผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการ[1] หน่วย: ครั้ง	**5,437,966**	**318,984**	**5,756,950**	**5,902,876**	**385,735**	**6,288,611**	**6,445,879**	**462,020**	**6,907,899**	**6,744,272**	**555,719**	**7,299,991**
F00-F09: จากโรคทางกาย (Mental disorders due to known physiological conditions)	226,798	47,094	273,892 (4.76%)	257,349	54,579	311,928 (4.96%)	301,255	60,946	362,201 (5.24%)	331,074	67,865	398,939 (5.46%)
F10-F19: จากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use)	1,353,208	136,740	1,489,948 (25.88%)	1,365,241	162,785	1,528,026 (24.30%)	1,433,112	209,862	1,642,974 (23.78%)	1,706,938	292,563	1,999,501 (27.39%)
F20-F29: จิตเภท (Schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders)	1,527,309	67,788	1,595,097 (27.71%)	1,593,120	82,350	1,675,470 (26.64%)	1,716,236	96,351	1,812,587 (26.24%)	1,680,073	102,902	1,782,975 (24.42%)
F30-F39: ผิดปกติทางอารมณ์ ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว (Mood [affective] disorders)	992,728	50,997	1,043,725 (18.13%)	1,110,487	66,647	1,177,134 (18.72%)	1,213,105	78,190	1,291,295 (18.69%)	1,190,854	85,412	1,276,266 (17.48%)
F40-F48: ผิดปกติจากความเครียด วิตกกังวล (Anxiety, dissociative, stress-related, somatoform and other nonpsychotic mental disorders)	633,821	22,645	656,466 (11.40%)	698,601	26,674	725,275 (11.53%)	769,578	30,950	800,528 (11.59%)	781,106	32,593	813,699 (11.15%)

(ต่อ) ตารางที่ 2-47

จำนวนครั้ง และร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

(Number and Percentage of Psychiatric patient visits, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

หน่วย: ครั้ง (ร้อยละ)

ผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค	2565 (2022)			2566 (2023)			2567 (2024)			2568 (2025)		
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยจิตเวช
F50-F59: ผิดปกติทางพฤติกรรมสรีรวิทยา (Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors)	440,629	1,709	442,338 (7.68%)	502,369	2,139	504,508 (8.02%)	553,309	2,444	555,753 (8.05%)	564,726	3,129	567,855 (7.78%)
F60-F69: ผิดปกติทางพฤติกรรมของผู้ใหญ่ (Disorders of adult personality and behavior)	24,811	1,007	25,818 (0.45%)	28,178	1,228	29,406 (0.47%)	31,809	1,527	33,336 (0.48%)	32,445	1,967	34,412 (0.47%)
F70-F79 ปัญญาอ่อน (Intellectual disabilities)	104,093	6,666	110,759 (1.92%)	120,756	8,753	129,509 (2.06%)	145,649	9,541	155,190 (2.25%)	156,489	9,728	166,217 (2.28%)
F80-F89: ผิดปกติของพัฒนาการทางจิต (Pervasive and specific developmental disorders)	246,188	10,476	256,664 (4.46%)	340,874	14,619	355,493 (5.65%)	418,615	16,276	434,891 (6.30%)	442,444	16,556	459,000 (6.29%)
F90-F98: ผิดปกติทางอารมณ์พฤติกรรมเริ่มในเด็ก/วัยรุ่น (Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence)	281,908	4,994	286,902 (4.98%)	349,675	7,986	357,661 (5.69%)	435,211	9,361	444,572 (6.44%)	499,073	10,125	509,198 (6.98%)

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP-IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 6 มีนาคม 2569

หมายเหตุ: 1. รวมจำนวนครั้งของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการ ประมวลผลจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) และ/หรือโรครอง (SDX) ICD-10: F00-F98 และไม่นับซ้ำเมื่อได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 กลุ่มโรค ในการรักษาครั้งนั้น
2. กรณีจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มโรค ผู้ป่วยจิตเวช 1 คน อาจจะถูกวินิจฉัยได้มากกว่า 1 กลุ่มโรค ในการรักษาครั้งนั้น

(3) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่รับบริการสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

ผู้ป่วยจิตเวชสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่รับบริการสุขภาพ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากที่สุดเป็นร้อยละ 31.67 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 14.87 กลุ่มอายุ 25-35 ปี ร้อยละ 12.60 ตามลำดับ (ตารางที่ 2-48)

ตารางที่ 2-48

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

(Number of Psychiatric patients, Outpatient - Inpatient Services, under the UCS classified by Age-groups in the Fiscal Year 2021t2-2025)

ผู้ป่วยจิตเวช ที่รับบริการ	2565 (2022)		2566 (2023)		2567 (2024)		2568 (2025)	
	ผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ	ผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ	ผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ	ผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
รวมทุกกลุ่มอายุ	1,437,953	100.00	1,626,979	100.00	1,755,231	100.00	1,833,038	100.00
- อายุ 0-14 ปี	131,927	9.17	171,491	10.54	191,302	10.90	200,720	10.95
- อายุ 15-24 ปี	152,698	10.62	176,478	10.85	189,652	10.80	193,585	10.56
- อายุ 25-35 ปี	177,021	12.31	195,074	11.99	211,797	12.07	231,037	12.60
- อายุ 36-44 ปี	181,201	12.60	191,906	11.80	198,565	11.31	209,250	11.42
- อายุ 45-54 ปี	234,801	16.33	257,411	15.82	269,120	15.33	272,524	14.87
- อายุ 55-59 ปี	122,578	8.52	137,817	8.47	147,185	8.39	145,465	7.94
- อายุ 60 ปีขึ้นไป	437,727	30.44	496,802	30.54	547,610	31.20	580,457	31.67

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP-IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 6 มีนาคม 2569

หมายเหตุ: รวมจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการ (คน) ประมวลผลจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) และ/หรือโรครอง (SDX) ICD-10: F00-F98 และไม่นับซ้ำเมื่อได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 กลุ่มโรคในรอบปีงบประมาณ

8.4 การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง
(Health Service Utilization of Psychiatric patients with Intentional self-harm)

ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 15,749 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็น 19,329 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง เทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพ มีแนวโน้มคงที่อยู่ระหว่างร้อยละ 1.05-1.12

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง จำนวน 19,329 คน หรือร้อยละ 1.05 เทียบกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการสุขภาพ 1.833 ล้านคน เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว: F30-F39 จำนวน 13,674 คน (ร้อยละ 70.74 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง 19,329 คน) รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากความเครียด วิตกกังวล: F40-F49 จำนวน 7,562 คน (ร้อยละ 39.12) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท: F10-F19 จำนวน 3,264 คน (ร้อยละ 16.89) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง 1 คน อาจจะถูกวินิจฉัยได้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 1 กลุ่มโรค ในรอบปีงบประมาณ

ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง ยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเองและเสียชีวิต มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 6.22 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 2.95 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ตารางที่ 2-49)

ตารางที่ 2-49

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง ทั้งที่ไม่เสียชีวิตและเสียชีวิต ที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

(Number of Psychiatric patients with Intentional self-harm, both Alive and Dead, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

หน่วย: คน (ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง)

ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง จำแนกตามกลุ่มโรค	2565 (2022)		2566 (2023)		2567 (2024)		2568 (2025)	
	ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต
รวมผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง[1] **หน่วย: คน (ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง ตามกลุ่มโรค)** **ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง เทียบกับ ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บริการสุขภาพ**	**15,749** **1.10% จากผู้ป่วยจิตเวช 1.439 ล้านคน**	**6.22**	**18,247** **1.12% จากผู้ป่วยจิตเวช 1.628 ล้านคน**	**5.16**	**19,568** **1.11% จากผู้ป่วยจิตเวช 1.757 ล้านคน**	**3.97**	**19,329** **1.05% จากผู้ป่วยจิตเวช 1.833 ล้านคน**	**2.95**
F00-F09: จากโรคทางกาย (Mental disorders due to known physiological conditions)	387 (2.46%)	25.84	440 (2.41%)	21.59	496 (2.53%)	19.96	462 (2.39%)	14.72
F10-F19: จากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use)	2,350 (14.92%)	13.02	2,734 (14.98%)	10.13	3,203 (16.37%)	7.59	3,264 (16.89%)	5.70
F20-F29: จิตเภท (Schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders)	1,988 (12.62%)	13.58	2,173 (11.91%)	12.15	2,277 (11.64%)	9.49	2,190 (11.33%)	7.21
F30-F39: ผิดปกติทางอารมณ์ ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว (Mood [affective] disorders)	10,496 (66.65%)	4.81	12,982 (71.15%)	3.94	13,843 (70.74%)	2.93	13,674 (70.74%)	2.18
F40-F48: ผิดปกติจากความเครียด วิตกกังวล (Anxiety, dissociative, stress-related, somatoform and other nonpsychotic mental disorders)	6,436 (40.87%)	4.16	7,159 (39.23%)	3.99	7,882 (40.28%)	2.73	7,562 (39.12%)	1.93
F50-F59: ผิดปกติทางพฤติกรรม สรีรวิทยา (Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors)	579 (3.68%)	6.56	701 (3.84%)	6.56	758 (3.87%)	3.96	723 (3.74%)	3.87

(ต่อ) ตารางที่ 2-49

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง ทั้งที่ไม่เสียชีวิตและเสียชีวิต ที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

(Number of Psychiatric patients with Intentional self-harm, both Alive and Dead, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Groups of Diseases in the Fiscal Year 2022-2025)

หน่วย: คน (ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง)

ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง จำแนกตามกลุ่มโรค	2565 (2022)		2566 (2023)		2567 (2024)		2568 (2025)	
	ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต
F60-F69: ผิดปกติทางพฤติกรรมของผู้ใหญ่ (Disorders of adult personality and behavior)	431 (2.74%)	3.25	413 (2.26%)	1.94	469 (2.40%)	1.28	448 (2.32%)	1.56
F70-F79 ปัญญาอ่อน (Intellectual disabilities)	121 (0.77%)	8.26	164 (0.90%)	7.93	214 (1.09%)	3.27	225 (1.16%)	4.00
F80-F89: ผิดปกติของพัฒนาการทางจิต (Pervasive and specific developmental disorders)	115 (0.73%)	5.22	133 (0.73%)	3.01	154 (0.79%)	1.95	160 (0.83%)	1.25
F90-F98: ผิดปกติทางอารมณ์พฤติกรรมเริ่มในเด็ก/วัยรุ่น (Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence)	239 (1.52%)	2.09	313 (1.72%)	1.28	432 (2.21%)	0.46	431 (2.23%)	1.62

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP-IP E-Cliam สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 6 มีนาคม 2569

หมายเหตุ: 1. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง (คน) ประมวลผลจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) และ/หรือโรครอง (SDX) ICD-10: F00- F98 และมีโรครอง (SDX) ICD-10: X60-X84 (ตั้งใจทำร้ายตัวเอง) และไม่นับซ้ำเมื่อได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 กลุ่มโรค ในรอบปีงบประมาณ

2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง 1 คน อาจจะถูกวินิจฉัยได้มากกว่า 1 กลุ่มโรค ในรอบปีงบประมาณ

3. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเองและเสียชีวิต คำนวณจาก ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเองและพบว่าเสียชีวิต ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวช ในปีงบประมาณนั้น

เมื่อจำแนก**ผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตัวเองตามกลุ่มอายุ** พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนตั้งใจทำร้ายตัวเองสูงที่สุดถึงร้อยละ 47.27 รองลงมา กลุ่มอายุ 25-35 ปี (ร้อยละ 16.85) และกลุ่มอายุ 0-14 ปี (ร้อยละ 10.65) ตามลำดับ **ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเองและเสียชีวิต** เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเสียชีวิตสูงสุด (ร้อยละ 17.05) รองลงมา คือกลุ่มอายุ 55-59 ปี (ร้อยละ 9.92) และกลุ่มอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 7.17) ตามลำดับ (ตารางที่ 2-50)

ตารางที่ 2-50

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง และทั้งที่ไม่เสียชีวิตและเสียชีวิต ที่รับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

(Number of Psychiatric patients with Intentional self-harm, both Alive and Dead, Outpatient-Inpatient Services, under the UCS classified by Age-groups in the Fiscal Year 2022-2025)

หน่วย: คน (ร้อยละ)

ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง	2565 (2022)		2566 (2023)		2567 (2024)		2568 (2025)	
	ผู้ป่วยตั้งใจทำร้ายตัวเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยตั้งใจทำร้ายตัวเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยตั้งใจทำร้ายตัวเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต	ผู้ป่วยตั้งใจทำร้ายตัวเอง	ร้อยละที่เสียชีวิต
รวมทุกกลุ่มอายุ	**15,749**	**6.22**	**18,247**	**5.16**	**19,568**	**3.97**	**19,329**	**2.95**
- อายุ 0-14 ปี	1,533 (9.73%)	0.52	2,158 (11.83%)	0.60	2,210 (11.29%)	0.45	2,059 (10.65%)	0.29
- อายุ 15-24 ปี	7,252 (46.05%)	1.21	8,500 (46.58%)	1.00	9,151 (46.77%)	0.81	9,137 (47.27%)	0.51
- อายุ 25-35 ปี	2,777 (17.63%)	4.97	2,809 (15.39%)	4.88	3,208 (16.39%)	3.37	3,257 (16.85%)	2.79
- อายุ 36-44 ปี	1,670 (10.60%)	11.62	1,829 (10.02%)	7.65	1,913 (9.78%)	6.59	1,784 (9.23%)	4.43
- อายุ 45-54 ปี	1,255 (7.97%)	14.10	1,408 (7.72%)	13.85	1,464 (7.48%)	10.04	1,450 (7.50%)	7.17
- อายุ 55-59 ปี	395 (2.51%)	22.78	490 (2.69%)	15.10	519 (2.65%)	14.64	504 (2.61%)	9.92
- อายุ 60 ปีขึ้นไป	867 (5.51%)	32.87	1,053 (5.77%)	28.21	1,103 (5.64%)	21.40	1,138 (5.89%)	17.05

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP-IP E-Cliam สายงานบริหารกองทุน
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 6 มีนาคม 2569

หมายเหตุ: 1. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเอง (คน) ประมวลผลจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) และ/หรือโรครอง (SDX) ICD-10: F00- F98 และมีโรครอง (SDX) ICD-10: X60-X84 (ตั้งใจทำร้ายตัวเอง) และไม่นับซ้ำเมื่อได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 กลุ่มโรค ในรอบปีงบประมาณ

2. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเองและเสียชีวิต คำนวณจาก ผู้ป่วยจิตเวชที่ตั้งใจทำร้ายตัวเองและพบว่าเสียชีวิต ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวช ในปีงบประมาณนั้น

8.5 บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
(Service care for Chronic Psychiatric patients in the community)

เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ตามหลักเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia) (ICD10: F20-F29) ที่มีความซับซ้อนในการจัดการและจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลจากหลายภาคส่วนในชุมชน ได้รับการติดตาม ฟื้นฟู และดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติในสังคม ให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชมอย่างมีคุณภาพ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงเพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการดูแล โดยให้บริการเยี่ยมบ้าน และติดตามการใช้ยา ตามแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual Care Plan) และจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ในระดับชุมชน หน่วยบริการลูกข่าย (หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ) หน่วยบริการแม่ข่าย/พี่เลี้ยง (โรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีแพทย์จิตเวช) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ลงทะเบียนเข้ารับบริการ 13,786 คน ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชนอย่างน้อย 4 ครั้ง ตามแผนการดูแลรักษารายบุคคล 13,786 คน โดยมีหน่วยบริการแม่ข่าย/หน่วยบริการพี่เลี้ยง 118 แห่ง หน่วยบริการลูกข่าย 905 แห่ง ทำงานร่วมกับหน่วยบริการที่ติดตามในระดับพื้นที่ 3,374 แห่ง เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ตามแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องรายบุคคล ใน 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ/ครอบครัว 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 7) ด้านสิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย 8) ด้านการสื่อสาร 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 10) ด้านการใช้สุรา/สารเสพติด (ตารางที่ 2-51 และตารางภาคผนวกที่ 5-14)

ตารางที่ 2-51

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง
โดยหน่วยบริการแม่ข่ายและหน่วยบริการลูกข่าย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568
(Service care for Chronic Psychiatric patients in the community in the Fiscal Year 2021-2025)

บริการในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ (คน)	11,825	11,207	13,107	13,288	13,786
2. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ได้รับการติดตามอย่างน้อย 6 ครั้ง ตามแผนการดูแลรักษารายบุคคล (คน)	10,341	10,723	11,968 (≥ 4 ครั้ง: 12,556 คน)	11,389 (≥ 4 ครั้ง: 12,367 คน)	13,786 (≥4 ครั้ง)
3. หน่วยบริการแม่ข่าย/พี่เลี้ยง (รพ.จิตเวช รพศ./รพท. ที่ร่วมให้บริการ) (แห่ง)	115	118	120	122	118

(ต่อ) ตารางที่ 2-51

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการแม่ข่ายและหน่วยบริการลูกข่าย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Service care for Chronic Psychiatric patients in the community in the Fiscal Year 2021-2025)

บริการในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
4. หน่วยบริการลูกข่าย (หน่วยบริการประจำที่ให้บริการ) (แห่ง)	955	958	953	960	905
5. หน่วยบริการที่ติดตามในพื้นที่ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) (แห่ง)	NA	NA	3,104	2,855	3,374

ที่มา: ระบบข้อมูล Care Transition โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

8.6 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

(Rehabilitation Services: Psychotherapy, Behavior therapy, Early Intervention)

คนพิการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความพิการ ด้านสติปัญญา ด้านจิต/พฤติกรรม ด้านการเรียนรู้ และด้านออทิสติก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประเภทความพิการที่พบสูงสุด คือ ความพิการด้านสติปัญญา (1.86 แสนคน) รองลงมาคือ ด้านจิตหรือพฤติกรรม (1.49 แสนคน) (ตารางที่ 2-52)

สำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพิ่มสูงขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับสูงสุดคือ จิตบำบัด (5.31 แสนคน 1.422 ล้านครั้ง) รองลงมาคือ พฤติกรรมบำบัด (2.30 แสนคน 6.14 แสนครั้ง) (ตารางที่ 2-53)

ตารางที่ 2-52

จำนวนคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านจิต/พฤติกรรม ด้านสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Number of Disabled persons under the UCS classified by Type of disability: Mental and Behavior, Intellectual, Learning and Autistic in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: คน

ประเภทความพิการ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. ด้านสติปัญญา	168,956	167,664	168,714	188,806	185,919
2. ด้านจิตหรือพฤติกรรม	134,747	133,248	133,672	152,751	149,322
3. ด้านการเรียนรู้	41,466	41,134	41,697	48,159	47,238
4. ด้านออทิสติก	17,414	18,741	21,248	26,175	26,218

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และสายงานบริหารกองทุน สปสช.
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.
หมายเหตุ : คนพิการ 1 คน อาจมีความพิการได้มากกว่า 1 ประเภท

ตารางที่ 2-53

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Rehabilitation services: Psychotherapy, Behavior therapy and Early Intervention in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: คน /ครั้ง

ประเภทการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. จิตบำบัด	272,767/ 745,156	280,836/ 724,879	327,028/ 790,083	459,987/ 1,228,257	531,380/ 1,422,043
2. พฤติกรรมบำบัด	105,724/ 261,701	118,576/ 275,059	130,178/ 289,389	184,731/ 463,783	229,828/ 613,614
3. ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	20,997/ 41,279	18,896/ 39,088	22,797/ 49,878	30,117/ 71,422	29,937/ 69,211
รวมจำนวนครั้ง	**1,048,136**	**1,039,026**	**1,129,350**	**1,763,462**	**2,104,868**

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และสายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

8.7 บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (Screening for Mental and Behavioral disorders or Mental Health)

การตรวจคัดกรองประเมินสุขภาพจิตและพฤติกรรม ประเมินภาวะซึมเศร้า ในประชาชนอายุ 35-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 2-54)

ตารางที่ 2-54

บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Screening for Mental and Behavioral disorders or Mental Health in the Fiscal Year 2021-2025)

บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
ตรวจคัดกรองประเมินสุขภาพจิตและพฤติกรรม หรือประเมินภาวะซึมเศร้า (หน่วย: คน)	18,013,222	16,528,783	16,142,803	16,206,431	14,193,551
- อายุ 35-59 ปี	9,643,339	8,364,619	8,946,402	9,702,541	7,585,592
- อายุ 60 ปีขึ้นไป	8,369,883	8,164,164	7,196,401	6,503,890	6,607,959

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และสายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

9. บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือเนื้องอกร้าย

(Services of Malignant neoplasm or Cancer patients)



รายงานบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำขึ้นโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านระบบ E-Claim ของ สปสช. โดยเลือกข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) ตามรหัส ICD-10: C00-C97 (มะเร็งหรือเนื้องอกร้าย), D00-D48 (เนื้องอกไม่ร้าย เนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม และเนื้องอกที่ระบุไม่ได้ว่าเป็นเนื้องอกร้ายหรือไม่) และ B21 (โรคเอชไอวีที่ทำให้เกิดเนื้องอกร้าย) และจัดกลุ่มโรคมะเร็งตามโครงการศึกษาและประมาณการ Incidence & Mortality ของมะเร็งต่างๆ ทั่วโลก (GLOBOCAN) ขององค์การอนามัยโลก กรณีรหัสโรคที่ไม่ได้จัดกลุ่ม จะใช้การจัดกลุ่มตามกลุ่มรหัสโรค (ICD-10 version 2019) โดยองค์การอนามัยโลก

9.1 สิทธิประโยชน์บริการโรคมะเร็ง

(Benefit package for Cancer Services)

สิทธิประโยชน์บริการโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การให้วัคซีน และการรักษา รวมทั้งการจ่ายค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษากรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการไปรับบริการด้วยตนเอง สิทธิประโยชน์ดังกล่าวมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2569 ถือเป็นการยกระดับบริการทางการแพทย์ขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและก้าวสู่มาตรฐานการดูแลที่ทันสมัยและครอบคลุม โดยมีรายละเอียดสำคัญในแต่ละช่วงเวลา ดังนี้

- ปีงบประมาณ พ.ศ.2556: การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว/มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560: การขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561: วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) สำหรับนักเรียนหญิง ชั้น ป.5 และการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563: การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test และนำร่องเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564: ผู้ป่วยมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (Cancer Anywhere)

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565: การตรวจยีน BRCA1, BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนส์กลายพันธุ์ และการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567: (1) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ (2) การวางแร่เฉพาะที่เพื่อการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตาที่มีภาวะเสี่ยงเป็นมะเร็งที่ตา (3) การฉายรังสีด้วยอนุภาคโปรตอนในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเฉพาะ (ที่รักษาด้วยรังสีเอกซ์หรือโฟตอนไม่ปลอดภัย) และ (4) การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ นำร่องผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และมะเร็งตับ ตับอ่อนและท่อน้ำดี ตามลำดับ
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568: (1) วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) 9 สายพันธุ์ ในนักเรียนหญิงชั้น ป.5 (2) สนับสนุนค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการการแพทย์ขั้นสูง ได้แก่ การรักษาเนื้องอกในตาด้วยแร่ การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ และการรักษาด้วยรังสีโปรตอน

และพัฒนาสิทธิประโยชน์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569: บริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติ (3D printing) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เยื่อบุมดลูก ช่องคลอด ปากช่องคลอด และรังไข่ (2) บริการรังสีสามมิติแปรความเข้มด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI-guided linear accelerator: MR Linac) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี และมะเร็งตับอ่อน

9.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือเนื้องอกร้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(Malignant neoplasm or Cancer patients under the UCS)

(1) จำนวนผู้ป่วยมะเร็งหรือเนื้องอกร้าย (เฉพาะรหัสโรคหลัก C00-C95) ที่เข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 2.74 แสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 4.27 แสนคน ในปีงบประมาณ 2568 (ตารางที่ 2-55)

ตารางที่ 2-55

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง (รหัสโรคหลัก C00–C95) สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568
(Number of Cancer patients with PDX= C00–C95 under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)

ปีงบประมาณที่รับบริการ	จำนวนผู้ป่วย		รายใหม่		รายเก่า	
	คน	อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
2564 (2021)	274,270	-	112,240	40.9%	162,030	59.1%
2565 (2022)	309,255	12.8%	114,950	37.2%	194,305	62.8%
2566 (2023)	354,235	14.5%	124,971	35.3%	229,264	64.7%
2567 (2024)	395,213	11.6%	130,917	33.1%	264,296	66.9%
2568 (2025)	426,699	8.0%	130,164	30.5%	296,535	69.5%

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยมะเร็ง (รหัสโรคหลัก C00–C95) ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC (OP-IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ณ 25 พฤศจิกายน 2568

เมื่อพิจารณาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยมะเร็ง เฉพาะรหัสโรคหลัก C00-C95 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 -2568 พบว่า มีการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ **การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก** เพิ่มขึ้นจาก 1.53 ล้านครั้ง 2.37 แสนคน หรือเฉลี่ย 6.47 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 2.89 ล้านครั้ง 3.99 แสนคน หรือเฉลี่ย 7.24 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และ**การเข้ารับบริการผู้ป่วยใน** เพิ่มขึ้นจาก 3.44 แสนครั้ง 1.26 แสนคน หรือเฉลี่ย 2.72 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 4.17 แสนครั้ง 1.61 แสนคน หรือเฉลี่ย 2.59 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 (ตารางที่ 2-56)

ตารางที่ 2-56

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง (รหัสโรคหลัก C00–C95) สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการ ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568

(Number of Cancer patients with PDX = C00-C95 under the UCS Outpatient and Inpatient services in the Fiscal Year 2021-2025)

ปีงบประมาณ	บริการผู้ป่วยนอก						บริการผู้ป่วยใน					
	รวม		รายใหม่		รายเก่า		รวม		รายใหม่		รายเก่า	
	คน	ครั้ง	ครั้ง	ร้อยละ	ครั้ง	ร้อยละ	คน	ครั้ง	ครั้ง	ร้อยละ	ครั้ง	ร้อยละ
2564 (2021)	236,771	1,532,367	635,112	41.5%	897,255	58.6%	126,317	343,870	185,448	53.9%	158,422	46.1%
2565 (2022)	277,122	1,897,091	722,774	38.1%	1,174,317	61.9%	128,240	318,328	173,166	54.4%	145,162	45.6%
2566 (2023)	323,628	2,303,075	828,380	36.0%	1,474,695	64.0%	143,943	368,945	197,392	53.5%	171,553	46.5%
2567 (2024)	366,438	2,590,985	884,104	34.1%	1,706,881	65.9%	154,757	399,839	204,416	51.1%	195,423	48.9%
2568 (2025)	398,767	2,887,685	905,636	31.4%	1,982,049	68.6%	160,944	416,666	205,479	49.3%	211,187	50.7%

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยมะเร็ง (รหัสโรคหลัก C00–C95) ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC (OP-IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ณ 25 พฤศจิกายน 2568

(2) จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง รวมเนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ไม่ลุกลาม (รหัสโรคหลัก C00-97 และ B21, D00-D48) ที่เข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 3.58 แสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 6.34 แสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ตารางที่ 2-57)

ตารางที่ 2-57

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (รหัสโรคหลัก C00–C97 และ B21, D00-D48) สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568

(Number of Cancer patients with PDX = C00-C97 and B12, D00-D48 under the UCS in the Fiscal Year 2021-2025)

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย		รายใหม่		รายเก่า	
	คน	อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
2564 (2021)	357,737	-	165,805	46.3%	191,932	53.7%
2565 (2022)	414,935	16.0%	183,939	44.3%	230,996	55.7%
2566 (2023)	500,062	20.5%	220,477	44.1%	279,585	55.9%
2567 (2024)	601,663	20.3%	264,830	44.0%	336,833	56.0%
2568 (2025)	633,866	5.4%	247,608	39.1%	386,258	60.9%

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (รหัสโรคหลัก C00–C97 และ B21, D00-D48) ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC (OP-IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ณ 25 พฤศจิกายน 2568

เมื่อพิจารณาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยมะเร็ง เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (รหัสโรคหลัก C00-C97 และ B21, D00-D48) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2568 พบว่า มีการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ **การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก** เพิ่มขึ้นจาก 1.68 ล้านครั้ง 2.76 แสนคน หรือเฉลี่ย 6.08 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 3.52 ล้านครั้ง 5.65 แสนคน หรือเฉลี่ย 6.23 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และมี**การเข้ารับบริการผู้ป่วยใน** เพิ่มขึ้นจาก 4.91 แสนครั้ง 1.95 แสนคน หรือเฉลี่ย 2.51 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 6.27 แสนครั้ง 2.61 แสนคน หรือเฉลี่ย 2.41 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ตารางที่ 2-58)

ตารางที่ 2-58

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (รหัสโรคหลัก C00–C97 และ B21, D00-D48) สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการ ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2568

(Number of Cancer patients with PDX = C00-C97 and B12, D00-D48 Outpatient and Inpatient services in the Fiscal Year 2021-2025)

ปีงบประมาณ	บริการผู้ป่วยนอก						บริการผู้ป่วยใน					
	รวม		รายใหม่		รายเก่า		รวม		รายใหม่		รายเก่า	
	คน	ครั้ง	ครั้ง	ร้อยละ	ครั้ง	ร้อยละ	คน	ครั้ง	ครั้ง	ร้อยละ	ครั้ง	ร้อยละ
2564	275,937	1,677,509	693,991	41.4%	983,518	58.6%	195,460	490,519	266,901	54.4%	223,618	45.6%
2565	337,253	2,150,079	828,721	38.5%	1,321,358	61.5%	207,143	473,503	258,758	54.6%	214,745	45.4%
2566	421,970	2,704,426	994,360	36.8%	1,710,066	63.2%	233,719	551,120	295,487	53.6%	255,633	46.4%
2567	532,667	3,210,940	1,144,603	35.6%	2,066,337	64.4%	251,604	600,133	306,445	51.1%	293,688	48.9%
2568	565,312	3,522,486	1,127,135	32.0%	2,395,351	68.0%	260,559	627,165	305,405	48.7%	321,760	51.3%

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (รหัสโรคหลัก C00–C95 และ B21, D00-D48) ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC (OP-IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ณ 25 พฤศจิกายน 2568

9.3 การเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือเนื้องอกร้ายในเพศชายและเพศหญิง
(Health Services of Male and Female Malignant neoplasm or Cancer patients)

หากจำแนก**ผู้ป่วยมะเร็งตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็ง (Globocan groups)** ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จากผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมด พบว่า **ผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย** สูงที่สุด 5 อันดับแรก คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ มะเร็งลำไส้ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งปอดและหลอดลม ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมะเร็งเพศชายที่พบสัดส่วนเสียชีวิตสูงสุด 3 อันดับแรก คือ มะเร็งหลอดอาหาร (ร้อยละ 48.3) มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (ร้อยละ 41.9) และมะเร็งปอดและหลอดลม (ร้อยละ 41.7) (ตารางที่ 2-59)

สำหรับ**ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง** สูงที่สุด 5 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ตรง และมะเร็งปอดและหลอดลม ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงที่พบสัดส่วนเสียชีวิตสูงสุด 3 อันดับแรก คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (ร้อยละ 38.9) มะเร็งปอดและหลอดลม (ร้อยละ 30.2) และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่ชนิดฮอดจ์กิน (ร้อยละ 12.8) (ตารางที่ 2-60)

ตารางที่ 2-59

10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศชาย สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 10 Globocan groups of Male cancer patients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มการวินิจฉัยมะเร็ง (Globocan groups)	จำนวนผู้ป่วย	รายใหม่		รายเก่า		เสียชีวิต	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ (C18: colon)	24,144	7,140	29.6%	17,004	70.4%	3,269	13.5%
2. มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (C22: liver (including intrahepatic bile ducts))	21,705	12,174	56.1%	9,531	43.9%	9,097	41.9%
3. มะเร็งลำไส้ตรง (C19-C20: rectum)	17,819	5,232	29.4%	12,587	70.6%	2,474	13.9%
4. มะเร็งต่อมลูกหมาก (C61: prostate)	17,343	4,797	27.7%	12,546	72.3%	1,786	10.3%
5. มะเร็งปอดและหลอดลม (C33-C34: lung (including trachea))	16,717	9,135	54.6%	7,582	45.4%	6,966	41.7%
6. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่ชนิดฮอดจ์กิน (C82-C86, C88: Non-Hodgkin lymphoma)	8,850	2,819	31.9%	6,031	68.1%	1,584	17.9%
7. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (C67: bladder)	8,178	2,148	26.3%	6,030	73.7%	1,038	12.7%
8. มะเร็งเม็ดเลือดขาว (C91-C95: Leukemia)	6,838	1,721	25.2%	5,117	74.8%	1,122	16.4%
9. มะเร็งริมฝีปากและช่องปาก (C00-C06: lip oral cavity)	5,795	2,358	40.7%	3,437	59.3%	1,394	24.1%

(ต่อ) ตารางที่ 2-59

10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศชาย สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 10 Globocan groups of Male cancer patients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มการวินิจฉัยมะเร็ง (Globocan groups)	จำนวนผู้ป่วย	รายใหม่		รายเก่า		เสียชีวิต	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
10. มะเร็งหลอดอาหาร (C15: oesophagus)	4,214	2,478	58.8%	1,736	41.2%	2,036	48.3%
มะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ระบุตำแหน่งได้ นอกเหนือจากรายการที่ 1-10	115,303	47,874	41.5%	67,429	58.5%	27,968	24.3%
เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (B21, D00-D48)	54,111	33,821	62.5%	20,290	37.5%	4,293	7.9%
รวมผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย (ไม่นับคนซ้ำ)	**226,757**	**101,465**	**44.7%**	**125,292**	**55.3%**	**41,849**	**18.5%**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (รหัสโรคหลัก C00–C97 และ B21, D00-D48) ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC (OP-IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ณ 25 พฤศจิกายน 2568
หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 คน อาจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 2-60

10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศหญิง สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 10 Globocan groups of Female cancer patients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มการวินิจฉัยมะเร็ง (Globocan groups)	จำนวนผู้ป่วย	รายใหม่		รายเก่า		เสียชีวิต	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
1. มะเร็งเต้านม (C50: female breast)	93,495	15,984	17.1%	77,511	82.9%	4,304	4.6%
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ (C18: colon)	24,643	6,475	26.3%	18,168	73.7%	2,727	11.1%
3. มะเร็งปากมดลูก (C53: cervix uteri)	22,084	5,067	22.9%	17,017	77.1%	1,968	8.9%
4. มะเร็งลำไส้ตรง (C19-C20: rectum)	14,488	3,745	25.8%	10,743	74.2%	1,647	11.4%
5. มะเร็งปอดและหลอดลม (C33-C34: lung (including trachea))	14,256	6,077	42.6%	8,179	57.4%	4,307	30.2%
6. มะเร็งมดลูก (C54: corpus uteri)	14,020	3,090	22.0%	10,930	78.0%	889	6.3%
7. มะเร็งรังไข่ (C56: ovary)	13,571	3,462	25.5%	10,109	74.5%	1,336	9.8%
8. มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (C22: liver (including intrahepatic bile ducts))	10,719	5,628	52.5%	5,091	47.5%	4,175	38.9%
9. มะเร็งต่อมไทรอยด์ (C73: thyroid)	19,641	3,031	15.4%	16,610	84.6%	403	2.1%

(ต่อ) ตารางที่ 2-60

10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศหญิง สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 10 Globocan groups of Female cancer patients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มการวินิจฉัยมะเร็ง (Globocan groups)	จำนวนผู้ป่วย	รายใหม่		รายเก่า		เสียชีวิต	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
10. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่ชนิดฮอดจ์กิน (C82-C86, C88: Non-Hodgkin lymphoma)	8,494	2,259	26.6%	6,235	73.4%	1,091	12.8%
มะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ระบุตำแหน่งได้นอกเหนือจากรายการที่ 1-10	160,436	55,244	34.4%	105,192	65.6%	23,457	14.6%
เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (B21, D00-D48)	129,686	73,552	56.7%	56,134	43.3%	3,746	2.9%
รวมจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง (ไม่นับคนซ้ำ)	407,108	146,143	35.9%	260,965	64.1%	32,945	8.1%

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (รหัสโรคหลัก C00–C97 และ B21, D00-D48) ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC (OP-IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ณ 25 พฤศจิกายน 2568
หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 คน อาจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมากกว่า 1 ชนิด

9.4 การเข้ารับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้ป่วยมะเร็งหรือเนื้องอกร้าย
(Health Service Utilization of Malignant neoplasm or Cancer patients)

แนวโน้มการเข้ารับบริการของผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า **ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก** สูงสุด 5 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ และมะเร็งปอดและหลอดลม ตามลำดับ (ตารางที่ 2-61)

ส่วนผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สูงสุด 5 อันดับแรก คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอดและหลอดลม และมะเร็งลำไส้ตรง ตามลำดับ (ตารางที่ 2-62)

ตารางที่ 2-61

10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 10 Globocan groups of Cancer Outpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มการวินิจฉัยมะเร็ง (Globocan groups)	2568 (2025)		2564 (2021)		2565 (2022)		2566 (2023)		2567 (2024)	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
1. มะเร็งเต้านม (C50: female breast)	92,966	683,717	56,089	374,472	65,962	450,363	76,103	555,988	85,191	615,524
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ (C18: colon)	44,489	224,042	21,269	88,437	26,752	125,330	33,741	164,763	40,146	196,214
3. มะเร็งลำไส้ตรง (C19-C20: rectum)	29,482	248,737	15,960	125,187	19,409	161,714	23,130	199,512	26,656	226,004
4. มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (C22: liver (including intrahepatic bile ducts))	26,591	129,387	17,726	65,667	19,701	80,831	22,923	100,827	25,493	116,965
5. มะเร็งปอดและหลอดลม (C33-C34: lung (including trachea))	26,416	203,918	15,901	106,759	18,154	129,523	21,582	159,921	24,760	189,658
6. มะเร็งต่อมไทรอยด์ (C73: thyroid)	22,521	94,790	13,256	45,517	15,240	60,047	17,590	72,833	20,240	84,008
7. มะเร็งปากมดลูก (C53: cervix uteri)	21,383	156,535	13,510	103,310	16,121	121,513	18,289	136,787	20,350	147,205
8. มะเร็งต่อมลูกหมาก (C61: prostate)	16,779	125,148	7,969	50,108	9,624	65,766	11,983	87,294	14,438	108,659
9. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่ชนิดฮอดจ์กิน (C82-C86, C88: Non-Hodgkin lymphoma)	15,716	96,399	9,451	52,455	11,041	65,010	12,871	77,701	14,479	85,609
10. มะเร็งรังไข่ (C56: ovary)	12,604	60,480	7,842	32,721	9,556	43,761	10,706	51,201	11,906	54,504
มะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ระบุตำแหน่งได้นอกเหนือจากรายการที่ 1-10	188,156	501,755	50,893	144,802	81,477	229,472	119,346	330,418	179,258	467,516
เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (B21, D00-D48)	150,750	319,940	37,860	89,108	56,043	132,589	86,981	195,633	141,490	291,735
รวมผู้ป่วยมะเร็งที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก (ไม่นับคนซ้ำ)	**565,312**	**3,522,486**	**275,937**	**1,677,509**	**337,253**	**2,150,079**	**421,970**	**2,704,426**	**532,667**	**3,210,940**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (รหัสโรคหลัก C00–C97 และ B21, D00-D48) ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC (OP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ณ 25 พฤศจิกายน 2568

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 คน อาจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 2-62

10 อันดับโรค/กลุ่มโรคตามกลุ่มวินิจฉัยมะเร็งของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 10 Globocan groups of Cancer Inpatients under the UCS in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มการวินิจฉัยมะเร็ง (Globocan groups)	2568 (2025)		2564 (2021)		2565 (2022)		2566 (2023)		2567 (2024)	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
1. มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (C22: liver (including intrahepatic bile ducts))	20,312	44,230	17,038	35,526	16,425	33,238	18,297	38,342	19,855	42,698
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ (C18: colon)	18,644	54,790	13,923	47,599	13,878	38,853	16,160	46,382	17,827	51,601
3. มะเร็งเต้านม (C50: female breast)	17,910	34,260	13,555	29,146	14,268	27,821	16,116	31,645	17,349	33,632
4. มะเร็งปอดและหลอดลม (C33-C34: lung (including trachea))	16,107	31,579	12,593	25,196	12,310	22,429	13,992	26,878	15,442	29,919
5. มะเร็งลำไส้ตรง (C19-C20: rectum)	14,394	43,250	10,519	35,723	10,915	31,219	12,394	36,478	13,372	40,043
6. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่ชนิดฮอดจ์กิน (C82-C86, C88: Non-Hodgkin lymphoma)	6,392	18,485	5,137	15,163	5,252	15,167	5,784	16,837	6,113	17,872
7. มะเร็งปากมดลูก (C53: cervix uteri)	5,843	16,491	4,776	13,341	4,806	12,843	5,574	15,706	5,865	16,593
8. มะเร็งเม็ดเลือดขาว (C91-C95: Leukemia)	4,763	17,612	4,428	16,193	4,302	15,294	4,562	16,795	4,777	17,788
9. มะเร็งต่อมลูกหมาก (C61: prostate)	4,730	7,211	3,082	4,907	3,174	4,880	3,879	6,084	4,320	6,758
10. มะเร็งรังไข่ (C56: ovary)	4,472	14,527	3,850	13,256	3,838	12,437	4,182	14,013	4,344	14,328
มะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ระบุตำแหน่งได้ นอกเหนือจากรายการที่ 1-10	123,824	186,290	89,191	132,195	94,888	135,726	106,542	157,236	117,400	175,265
เนื้องอกไม่ร้ายและเนื้องอกที่ยังไม่ลุกลาม (B21, D00-D48)	52,365	64,604	37,306	46,754	41,197	50,377	48,786	59,642	51,251	63,046
รวมผู้ป่วยมะเร็งที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน (ไม่นับคนซ้ำ)	**260,559**	**627,165**	**195,460**	**490,519**	**207,143**	**473,503**	**233,719**	**551,120**	**251,604**	**600,133**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (รหัสโรคหลัก C00–C97 และ B21, D00-D48) ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC (IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ณ 25 พฤศจิกายน 2568

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 คน อาจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมากกว่า 1 ชนิด

10 การขับเคลื่อน นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า

ในปี พ.ศ. 2568 รัฐบาลขยายผลนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวเพื่อคนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้าให้ครอบคลุมบริการทั้งประเทศ โดยยังยึดหลักการที่ให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการนวัตกรรมได้ทุกแห่งด้วยการแสดงบัตรประชาชนใบเดียวในการเพื่อยืนยันสิทธิ ตามความจำเป็นของผู้รับบริการ โดยการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ (หน่วยบริการนวัตกรรม) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิได้สะดวก มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดความแออัดในหน่วยบริการประจำ สรุปผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีประชาชนเข้าถึงบริการ 13,490,900 คน ได้รับบริการ 45,423,976 ครั้ง โดยจำแนกเป็นหน่วยบริการนอกเครือข่าย หน่วยบริการประจำ กรณีเหตุสมควร (OP Anywhere) 4,565,368 คน 11,358,545 ครั้ง ในหน่วยบริการ 8,954 แห่ง และหน่วยบริการนวัตกรรม 8,925,532 คน 34,065,431 ครั้ง ในหน่วยบริการ 11,655 แห่ง โดยเพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่ดำเนินการใน 46 จังหวัด มีผู้ใช้บริการ 2,652,925 คน 6,288,175 ครั้ง ในหน่วยบริการ 5,271 แห่ง (ตารางที่ 2-63)

2. การสนับสนุนหน่วยบริการนวัตกรรม จุดเด่นในการสนับสนุนหน่วยบริการนวัติกรรมเพื่อการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ คือ การประสานความร่วมมือกับสภาวิชาชีพทั้ง 7 สภาวิชาชีพ ให้คลินิกเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านให้บริการในระดับปฐมภูมิ ร่วมจัดบริการในระดับปฐมภูมิตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ โดยเน้นจัดบริการตามเวลาวิถีราษฎร (นอกเวลาราชการ) เป็นทางเลือกให้ประชาชนไปรับบริการได้หากเจ็บป่วย เพื่อเพิ่มความสะดวก ลดความแออัดของโรงพยาบาล พบว่า จำนวนหน่วยบริการนวัตกรรมทั้ง 7 วิชาชีพ เพิ่มขึ้น 2.2 เท่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จากจำนวน 5,271 แห่ง เป็น 11,655 แห่ง กระจายใน 77 จังหวัดทั่วประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เมื่อพิจารณาการกระจายตัว พบว่า หน่วยบริการนวัตกรรมส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในอำเภอที่มีหน่วยบริการเป็นโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ

3. การกำกับติดตามคุณภาพหน่วยบริการ สปสช. ประสานความร่วมมือกับสภาวิชาชีพทั้ง 7 สภาวิชาชีพ ในการพัฒนากลไกการกำกับติดตามและประเมินผลหน่วยบริการนวัตกรรม เพื่อร่วมขับเคลื่อนให้เกิดการควบคุมกำกับการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยแต่ละสภาวิชาชีพ ได้ดำเนินการจัดทำประกาศมาตรฐาน คู่มือ แนวทางการให้บริการในหน่วยบริการนวัตกรรม จัดปฐมนิเทศหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ อบรมเพิ่มพูนทักษะในการให้บริการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการกับหน่วยบริการเป็นระยะ ตลอดจนเยี่ยมเสริมพลังและกำกับติดตามหน่วยบริการในพื้นที่

4. ผลการประเมินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า แม้จำนวนการรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไป (Common illness) ในโรงพยาบาล ยังไม่ลดลงอย่างชัดเจนเนื่องจากมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีนัดติดตามอาการของโรคกับแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์) แต่ในโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษา Common illness ลดลง

นอกจากนี้ยังมี ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบให้ยั่งยืน ได้แก่ กำหนดให้มีการสร้างเครือข่ายหน่วยบริการนวัตกรรมกับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิตามเป้าประสงค์ของโครงสร้าง กำหนดการเข้าร่วมโครงการของคลินิกนวัตกรรมเอกชนอย่างมีทิศทาง โดยใช้ข้อมูลการกระจายตัวตามภูมิศาสตร์ และสัดส่วนคลินิกนวัตกรรมเอกชนแต่ละประเภทต่อประชาชนในพื้นที่ กำหนดให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศของหน่วยบริการ โดย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด Requirement ให้ vendor ซอฟท์แวร์ และเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลเคลม (ผ่าน FDH) และข้อมูลสุขภาพ (หมอพร้อม, Health link)เป็นต้น

ตารางที่ 2-63

บริการนโยบายรัฐบาล "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567–2568
(Policy of 30 Baht Primary Health Care Services Anywhere in the Fiscal Year 2024-2025)

บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่	ปีงบประมาณ 2567 (2024) ดำเนินการใน 46 จังหวัด			ปีงบประมาณ 2568 (2025) ดำเนินการทั่วประเทศ		
	แห่ง	คน	ครั้ง	แห่ง	คน	ครั้ง
1) บริการนอกเครือข่ายหน่วยบริการ (OP Anywhere)	**3,908**	**1,493,540**	**2,813,942**	**8,954**	**4,565,368**	**11,358,545**
2) บริการในหน่วยนวัตกรรม	**5,271**	**2,652,925**	**6,288,175**	**11,655**	**8,925,532**	**34,065,431**
2.1) ร้านยาเภสัชกรรม	1,262	641,623	1,200,307	2,811	2,803,199	7,514,102
2.2) คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	2,832	1,540,568	3,901,574	5,411	4,472,121	18,736,972
2.3) คลินิกเวชกรรม	235	223,594	412,260	704	1,277,107	3,408,479
2.4) คลินิกทันตกรรม	634	152,632	280,921	1,611	994,819	1,896,038
2.5) คลินิกแพทย์แผนไทย	138	31,013	115,595	680	261,593	1,466,320
2.6) คลินิกเทคนิคการแพทย์ (Lab Anywhere)	55	13,640	17,837	143	113,034	176,191
2.7) คลินิกกายภาพบำบัด	111	6,471	77,927	291	27,037	396,936
2.8) บริการสาธารณสุขระบบทางไกลที่คลินิกเวชกรรม (OP Telemedicine)	4	43,384	281,754	4	170,161	470,393
รวมทั้งหมด	**9,179**	**4,146,465**	**9,102,117**	**20,609**	**13,490,900**	**45,423,976**

ที่มา: Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 2 กุมภาพันธ์ 2569

11. ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Consumers, Healthcare Providers and Other Stakeholders Satisfaction to Universal Coverage Scheme)

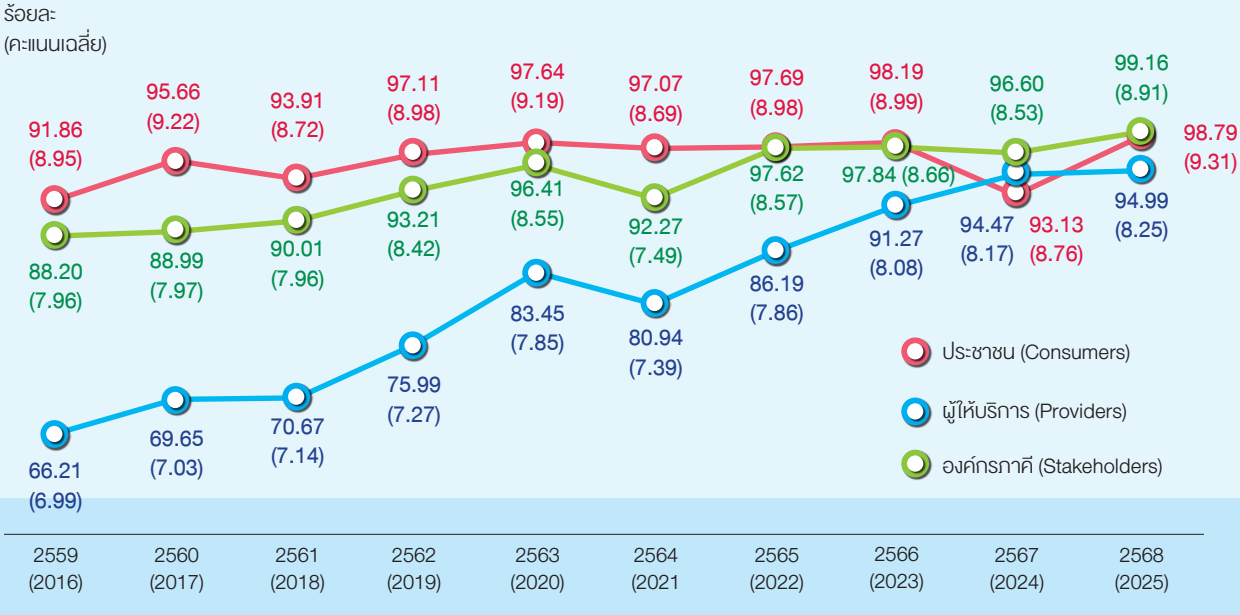


ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คะแนนความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับมากถึงมากที่สุด (7-10 คะแนน) ในกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้เคยใช้บริการร้อยละ 98.79 ผู้ให้บริการร้อยละ 94.99 และองค์กรภาคี (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน 9 ด้านและด้านอื่นๆ) ร้อยละ 99.16 โดยกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม มีความพึงพอใจสูงขึ้น (แผนภาพที่ 2-61)

แผนภาพที่ 2-61

ความพึงพอใจของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้เคยใช้บริการ ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคี ต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2568

(Percentage and Score of Satisfaction to UCS from Consumers, Healthcare providers and other Stakeholders in the Fiscal Year 2015-2025)



ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2568 สปสช.

หมายเหตุ: 1) ค่าร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่ให้คะแนนความพึงพอใจ ระดับมากถึงมากที่สุด (7-10 คะแนน)
2) ใช้แผนการสุ่มตัวอย่าง จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประเด็นที่พึงพอใจ และประเด็นที่ควรปรับปรุง

ประเด็นที่พึงพอใจ และประเด็นที่ควรเร่งปรับปรุง ต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของประชาชน ผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายองค์กรภาคี (แผนภาพที่ 2-62)

แผนภาพที่ 2-62

ประเด็นที่พึงพอใจ และประเด็นที่ควรเร่งปรับปรุงต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(Satisfaction Issues and Opportunities for Improvement from Satisfaction Survey of Consumers, Healthcare providers and other Stakeholders to UCS in the Fiscal Year 2025)

ประเด็นที่พึงพอใจ และประเด็นที่ควรเร่งปรับปรุง จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

	ประเด็น	ประเด็นที่พึงพอใจสูงสุด	ประเด็นที่ควรเร่งปรับปรุง
 ประชาชน	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	- โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ - เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยรับบริการที่ร้านยา, คลินิก, telemedicine	- การรับฟังความคิดเห็นให้ครอบคลุมผ่านช่องทางต่างๆ - ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้มีภาวะพึ่งพิง มีสิทธิได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่
	การบริการสาธารณสุข	- ความเชื่อมั่นในทีมบุคลากรให้บริการสาธารณสุข	- ลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการ
 ผู้ให้บริการ	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	- โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ - นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่	- การจัดระบบสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขรองรับวิถีใหม่ (new normal) เช่น รับยาที่ร้านยา, telemedicine, homeward, รับบริการที่คลินิก - การจัดระบบการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยค่าบริการ (pre-audit) ให้รวดเร็ว
 อปท.	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	- การมีส่วนร่วมของ อปท. ในการทำงานร่วมกับ สปสช. - กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ สปสช.	- แนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการ LTC ที่ชัดเจน - แนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด และประกาศหลักเกณฑ์กองทุนฟื้นฟูฯ
 เครือข่ายองค์กรภาคี	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	- กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ สปสช. - ชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับ	- ช่องทางการเผยแพร่ที่หลากหลาย สามารถเข้าถึงได้ง่าย - การรับฟังความคิดเห็นให้ครอบคลุม

ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช.

ข้อเสนอแนะเพื่อรักษาระดับความพึงพอใจ

ประชาชน ผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายองค์กรภาคี มีข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มหรือรักษาระดับความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แผนภาพที่ 2-63)

แผนภาพที่ 2-63

ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มหรือรักษาระดับความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Suggestion from Satisfaction Survey of Consumers, Healthcare providers and other Stakeholders to USC in the Fiscal Year 2025)



ประชาชน

- **เพิ่มช่องทางบริการที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว** เช่น ปรับปรุงข้อมูลขั้นตอนการใช้สิทธิให้เข้าใจง่าย, เพิ่มระบบอัตโนมัติที่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย, สร้างช่องทางให้ตรวจสอบสิทธิได้เร็วขึ้น
- **ลดความยุ่งยากในการติดต่อรับบริการ** เช่น ทำระบบนัดหมายออนไลน์, กระจายจุดบริการและศูนย์ประสานงานในพื้นที่เสี่ยง/พื้นที่ชนบทมากขึ้น
- **สื่อสารสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับสิทธิที่มีอยู่** เช่น สื่อสารกรณีเร่งด่วน 30 บาท, สิทธิกรณีอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉิน, สิทธิเบิกจ่ายทดแทนเพื่อให้ประชาชนทราบสิทธิครบถ้วนและไม่เข้าใจคลาดเคลื่อน



ผู้ให้บริการ

- **ปรับกระบวนการเบิก-จ่าย และระบบตรวจสอบให้รวดเร็วขึ้น** เพื่อลดภาระงาน ลดเวลารอคอย และเพิ่มแรงจูงใจต่อหน่วยบริการ
- **พัฒนาช่องทางสนับสนุนผู้ให้บริการแบบครบวงจร** เช่น พัฒนา New Authorize, พัฒนาศูนย์ประสานงานเฉพาะกิจ, LINE OA หน่วยบริการให้ตอบโต้รวดเร็วขึ้น
- **เพิ่มการสื่อสารชี้แจงกฎ ระเบียบ และเงื่อนไขต่างๆ แบบเข้าใจง่าย** ช่วยลดความสับสนของผู้ให้บริการในการดำเนินงานตามมาตรา 41, ระบบส่งต่อ, เอกสารประกอบการเบิก



อปท.

- **จัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติเรื่องงบประมาณด้านสุขภาพสำหรับ อปท.** เพื่อให้การสนับสนุนผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และกิจกรรมสาธารณสุขในพื้นที่ทำได้อย่างมีระบบ
- **ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี** เช่น ระบบสารสนเทศท้องถิ่น เพื่อให้ อปท. สามารถส่งข้อมูลหรือประสานงานกับ สปสช. ได้ง่ายและลดข้อผิดพลาด
- **สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับพื้นที่** เพื่อให้ อปท. เข้าใจบทบาทของระบบ UC และร่วมจัดบริการหรือโครงการที่ตอบโจทย์ประชาชนในพื้นที่



เครือข่ายองค์กรภาคี

- **เชื่อมระบบสื่อสารกลางระหว่างสำนักงานกับองค์กรภาคี** เช่น จัด Dashboard ข่าวสาร, แจ้งเตือนอัปเดตนโยบาย หรือประสานงานผ่าน Web-Facebook-LINE ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- **สนับสนุนการทำงานเชิงรุกของภาคี** เช่น ให้ชุดข้อมูลจำเป็นต่อการสื่อสารสิทธิ, ให้โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องสู่ประชาชน
- **ติดตามผลและเสนอแนะร่วมกันเป็นประจำ** เช่น ประชุมสรุปบทเรียนร่วมกับองค์กรภาคีทุกไตรมาส เพื่อนำปัญหา-ข้อเสนอไปปรับปรุงบริการ

ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช.

ประชาชนเสนอให้เพิ่มช่องทางบริการข้อมูลสิทธิและขั้นตอนการใช้สิทธิให้เข้าใจง่าย รับทราบข้อมูลครบถ้วน ลดความยุ่งยากในการติดต่อรับบริการ เช่น ทำระบบนัดหมายออนไลน์ ปรับปรุงการดำเนินงานรับฟังความคิดเห็นผ่านช่องทางต่างๆ และสิทธิในการได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองซับสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ขณะที่**ผู้ให้บริการ**เสนอให้ปรับปรุงการกระบวนการเบิกจ่ายและจัดระบบการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการให้รวดเร็ว พัฒนาช่องทางสนับสนุนผู้ให้บริการแบบครบวงจร สื่อสารชี้แจงระเบียบและเงื่อนไขต่างๆ ให้เข้าใจง่าย และจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขรองรับวิถีใหม่ เช่น บริการสาธารณสุขทางไกล การรับบริการที่คลินิก ส่วน**กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**เสนอให้จัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติเรื่องงบประมาณด้านสุขภาพสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งข้อมูลหรือประสานงานกับ สปสช. ได้ง่าย สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับพื้นที่ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางหลากหลาย และรับฟังความคิดเห็นให้ครอบคลุม และ **เครือข่ายภาคประชาชน**เสนอให้เชื่อมระบบสื่อสารกลางระหว่าง สปสช. กับองค์กรเครือข่ายภาคประชาชน สนับสนุนการทำงานเชิงรุก ติดตามผลการทำงานและเสนอแนะร่วมกันเป็นประจำ เพื่อนำปัญหาหรือข้อเสนอไปปรับปรุงการบริการ

ส่วนที่ 3

ผลงานสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Performance of the National Health Security office)



1. แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2566-2570

(National Health Security Office Action Plan 5th Edition, the Year 2023-2027)

> "การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับคนไทย เป็นหนึ่งในนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นกลไกหลักที่ช่วยให้ประชาชนที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงตามความจำเป็น โดยไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่าย แม้จะเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงก็ตาม"

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545



20 ปี

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน ภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชน

วิสัยทัศน์ (Vision)

ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ

พันธกิจ (Mission)

พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน และเป็นตัวแทนประชาชนในการจัดหาบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมตามความจำเป็น

พันธกิจเฉพาะ

1. ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ด้วยความมั่นใจ และเสริมสร้างความเท่าเทียมกันในระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ
2. สนับสนุนการพัฒนาการบริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีคุณภาพมาตรฐาน และความปลอดภัย ทุกคนเข้าถึงได้ และเป็นที่พึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ
3. บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง
4. ดำเนินการให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเน้นการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน
5. พัฒนาและจัดระบบข้อมูลเชิงประจักษ์และองค์ความรู้ต่างๆ และใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

5 ประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2
การมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3
การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของประชาชน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4
การมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5
กลไกอภิบาลและระบบบริหารจัดการองค์กร



เป้าหมาย (Goals)

ประชาชน เข้าถึงบริการ
อย่างครอบคลุมตามความจำเป็น

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

ด้วยกลไก **การบริหารจัดการ**
ที่ดำรงไว้ซึ่ง **ธรรมาภิบาล**





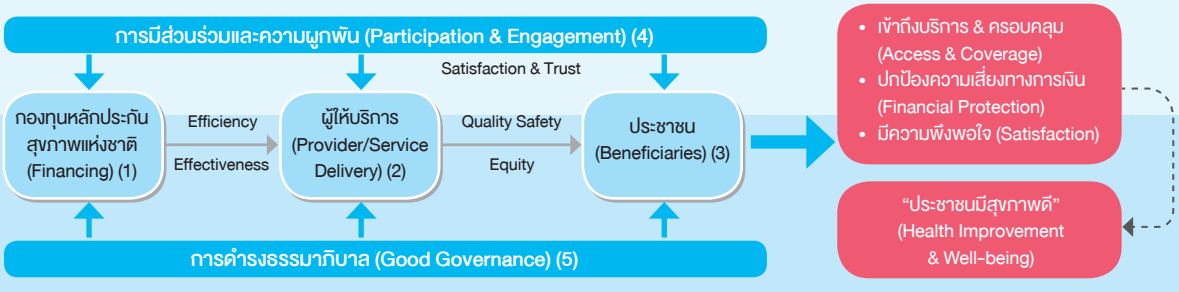


กรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Framework)

4 การมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย
- 4.1 ยกระดับการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบฯ
- 4.2 ขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับโลก

2 การมีบริการรองรับการเข้าถึงบริการ
- 2.1 ขยายหน่วยบริการรองรับ
- 2.2 ส่งเสริมกลไกประกันคุณภาพสร้างความมั่นใจ

3 การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของประชาชน
- 3.1 คืนข้อมูลสุขภาพให้ประชาชน
- 3.2 ค้นหากลุ่มเปราะบาง/คนที่เข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าถึงได้น้อย
- 3.3 สร้างกลไกรับรู้/เข้าถึงสิทธิ คุ้มครองสิทธิ
- 3.4 ทบทวน/ปรับชุดสิทธิประโยชน์



1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันฯ
- 1.1 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุนฯ การจ่ายที่จูงใจ
- 1.2 ขยายบทบาทท้องถิ่น & ประสิทธิภาพบริหารกองทุนท้องถิ่น/พื้นที่
- 1.3 บูรณาการระบบประกันสุขภาพภาครัฐ
- 1.4 ขับเคลื่อนความยั่งยืนการคลังสุขภาพในระยะยาว

5 กลไกอภิบาลและระบบบริหารจัดการองค์กร
- 5.1 เพิ่มความเข้มแข็งและขีดความสามารถของกลไกอภิบาล
- 5.2 พัฒนาไปสู่องค์กรดิจิทัลและนวัตกรรม (Digital and Innovative Organization)
- 5.3 ขยายศักยภาพระบบ M&E และใช้ประโยชน์ Big Data
- 5.4 พัฒนาบุคคลากร สปสช. ดี เก่ง มืออาชีพ มีความสุข
- 5.5 พัฒนา/ปรับปรุงระบบบริหารจัดการองค์กร

ที่มา : ปรับปรุงจาก Health System Performance Assessment: The Framework for Policy Analysis, WHO, 2022

10 ตัวชี้วัดเป้าหมาย (ภายในปี 2570)

เป้าหมาย (Goals)	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย (Indicators and Targets)
ประชาชน เข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมตามความจำเป็น 	1) ประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective Coverage) มากกว่าร้อยละ 80 ภายในปี 2570 2) การใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (Compliance Rate-IP) มากกว่าร้อยละ 89 ภายในปี 2570 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Satisfaction): ผู้รับบริการไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85 และผู้ให้บริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ภายในปี 2570
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน 	4) รายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์รวมในประเทศ ไม่เกินร้อยละ 5.0 ในปี 2570 5) รายจ่ายสุขภาพเทียบกับรายจ่ายรัฐบาล ไม่เกินร้อยละ 20 ในปี 2570 6) ครัวเรือนยากจน (Q1) ที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure**) ไม่เกินร้อยละ ของครัวเรือนทุกเศรษฐานะที่เกิดวิกฤตทางการเงินฯ +2SD ในปี 2570 ** ครัวเรือนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่า ร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือน เมื่อหักค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต 7) ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment) ไม่เกินร้อยละ 0.25 ในปี 2570
การบริหารจัดการ ที่ดำรงไว้ซึ่งธรรมาภิบาล 	8) ความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการ ความสำเร็จระดับ 5 9) ความสำเร็จของการเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปี 2570 10) ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานตามมาตรฐานการประเมินของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ภายในปี 2570

5 ประเด็นยุทธศาสตร์ และ 17 กลยุทธ์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 **การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** **เป้าประสงค์:** กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน	1.1 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1.2 ขยายบทบาทท้องถิ่นและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่ 1.3 สนับสนุนการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Harmonization) 1.4 ขับเคลื่อนการสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพในระยะยาว
ยุทธศาสตร์ที่ 2 **การมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน** **เป้าประสงค์:** บริการสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานและมีเพียงพอรองรับการใช้บริการของประชาชน โดยเฉพาะบริการสาธารณสุขที่มีความสำคัญ หรือมีปัญหาการเข้าถึงบริการ	2.1 เร่งรัดการขยายหน่วยบริการที่จำเป็น สำคัญ และ/หรือ มีข้อจำกัดการเข้าถึงให้เพียงพอและเหมาะสมสำหรับทุกกลุ่ม 2.2 ส่งเสริมกลไกการประกันคุณภาพหน่วยบริการ เพื่อสร้างความมั่นใจคุณภาพมาตรฐานบริการ
ยุทธศาสตร์ที่ 3 **การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของประชาชน** **เป้าประสงค์:** ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงและเท่าเทียมตามความจำเป็น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่ยังไม่เข้าถึงบริการหรือเข้าถึงได้น้อย	3.1 พัฒนากลไก/ระบบการคืนข้อมูลสุขภาพให้ประชาชนและหน่วยบริการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนมีข้อมูลสุขภาพของตนเอง สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม (Self-Care) 3.2 จัดกลไกการค้นหาประชาชนกลุ่มเปราะบางและประชาชนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการหรือเข้าถึงได้น้อย เช่น กลุ่มผู้มีรายได้ปานกลางถึงรายได้สูงที่ใช้ประกันสุขภาพภาคเอกชน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและมีคุณภาพอย่างทั่วถึงในบริการที่รัฐจัดให้ 3.3 สร้างกลไกการรับรู้สิทธิ การเข้าถึงสิทธิ และคุ้มครองสิทธิของประชาชน 3.4 ทบทวน/ปรับปรุงประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชน
ยุทธศาสตร์ที่ 4 **การมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย** **เป้าประสงค์:** ภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย มีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างสร้างสรรค์	4.1 ขยายและยกระดับการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบของภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ 4.2 สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับโลก (UHC in Global Health) ช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพในประเทศ
ยุทธศาสตร์ที่ 5 **กลไกอภิบาลและระบบบริหารจัดการองค์กร** **เป้าประสงค์:** ภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย มีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างสร้างสรรค์	5.1 เพิ่มความเข้มแข็งและขีดความสามารถของกลไกอภิบาลในระบบหลักประกันสุขภาพฯ โดยเฉพาะคณะกรรมการ อนุกรรมการ และกลไกที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและเขตพื้นที่ 5.2 เร่งรัดการพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรดิจิทัลและนวัตกรรม (Digital and Innovation Organization) 5.3 ขยายศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบกำกับติดตามประเมินผลและการใช้ประโยชน์ข้อมูลขนาดใหญ่ 5.4 พัฒนาบุคลากร สปสช. ให้เป็นคนดี คนเก่ง มีความเป็นมืออาชีพ มีความสุข ทันต่อการเปลี่ยนแปลง 5.5 พัฒนา/ปรับปรุงระบบบริหารจัดการองค์กร รวมทั้งกฎระเบียบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและดำรงตามหลักธรรมาภิบาล

2. ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ภายใต้แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566-2570

(NHSO Performance in the Fiscal Year 2025, under NHSO Action Plan in the Year 2023-2027)

ยุทธศาสตร์ที่ 1
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การขยายศักยภาพการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็นต้นมาได้กำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนสำหรับบริการสาธารณสุข เป็นการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ จ่ายตามราคาของรายการที่กำหนด (Fee Schedule) และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ ทั้งนี้ให้ สปสช.จัดให้มีกลไกการติดตาม กำกับ ตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริตทั้งก่อนและหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย

การตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทั้งก่อนและหลังการจ่ายภายใต้แผนปฏิบัติราชการ สปสช. ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2566-2570 มีเป้าหมายที่จะให้มีระบบการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน ทันเวลาและเป็นที่ยอมรับของหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และลดภาระงาน โดยเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ด้วยระบบ Electronic Audit /AI Audit รวมทั้งการตรวจสอบวิธีอื่นตามที่กำหนด และสะท้อนกลับข้อมูลแก่หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามผลการตรวจสอบตามที่ตรวจพบ เพื่อสื่อสารทำความเข้าใจกับหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง และนำผลการตรวจสอบรายงานต่อคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเพื่อเสนอในการพัฒนาเชิงนโยบายต่อไป



การพัฒนาระบบการตรวจสอบหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ โดยการนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้แบบเต็มรูปแบบ ด้วยการพัฒนาระบบรับและประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่ายผ่านระบบ NHSO platform มีการกำหนดเงื่อนไขการประมวลผล (Rule based processing) และการใช้ปัญญาประดิษฐ์มาช่วยตรวจสอบ (AI Audit) เพื่อมุ่งสู่ 100% Electronic Pre-Payment Audit มีการปรับปรุงเงื่อนไขการประมวลผล (Rule based processing) ให้เหมาะสมกับรูปแบบการตรวจการจ่ายที่ปรับเปลี่ยนไป กำหนดให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลศักยภาพในระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Contracting Provider Profile: CPP) นำเงื่อนไขศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการมาเป็นเงื่อนไขการประมวลผล รวมทั้งมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและกำกับติดตามการเบิกจ่าย (Surveillance and Monitoring) ในหน่วยบริการที่มีความเสี่ยง โดย

1. พัฒนาระบบรับข้อมูลการเบิกจ่ายจากหน่วยบริการและระบบประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่ายผ่าน NHSO digital platform และการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการ
2. ปรับปรุง เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล (Rule base) เพื่อความถูกต้องของการเบิกจ่ายและป้องกันความซ้ำซ้อนของการจ่าย
3. ทบทวนเงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูลขั้นต้น (ติด C: Cancel) และข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (Deny) เพื่อลดภาระการดำเนินการของหน่วยบริการ และปรับรอบการจ่ายเพื่อให้ง่ายต่อการตรวจสอบข้อมูลของหน่วยบริการ
4. ปรับระบบตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่าย เพื่อความถูกต้อง รวดเร็ว และหน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลที่ส่งเบิก พร้อมทั้งขอทักท้วงกรณีไม่เห็นด้วยกับการจ่ายได้
5. ทบทวนและจัดทำข้อเสนอในการปรับประกาศการจ่ายแจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่าย
6. เพิ่มช่องทางการสื่อสารกับหน่วยบริการ เช่น Provider contact center, การชี้แจงและตอบปัญหาหน่วยบริการผ่าน Facebook live เพื่อให้มีการเบิกจ่ายได้อย่างถูกต้อง
7. พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการ กรณีการสวนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiography: CAG) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และโปรแกรมขออนุมัติก่อนการให้บริการบำบัดทดแทนไต (Pre-Authorization for Kidney: PAK) เพื่อนำไปสู่ระบบตรวจสอบก่อนการจ่าย และควบคุมคุณภาพการให้บริการ

8. พัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อนำมาใช้ในการตรวจสอบข้อมูลและเอกสารหลักฐานการเบิกจ่าย
9. ร่วมกับ สปสช.เขต ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและกำกับติดตามการเบิกจ่าย (Surveillance and Monitoring System)

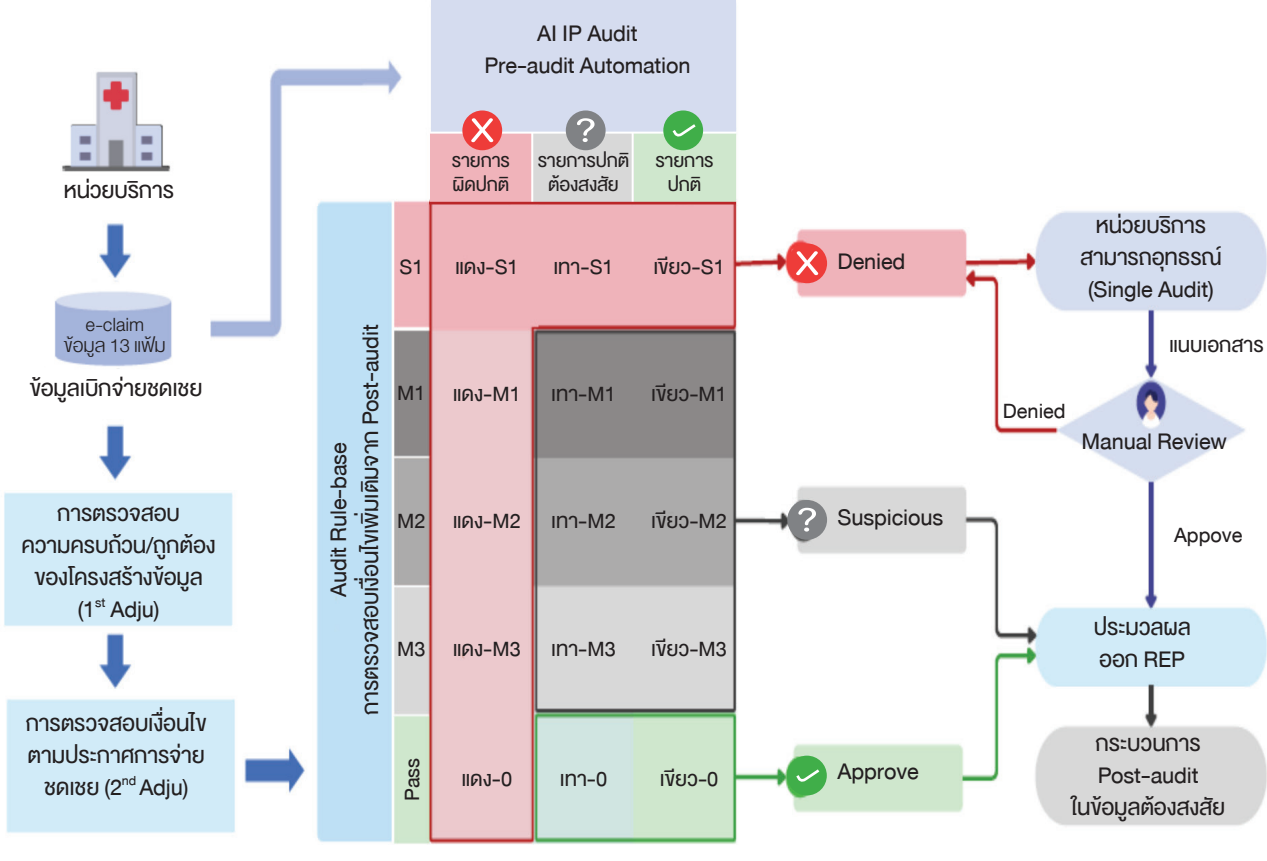
การพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

โดยคาดหวังที่จะเพิ่มปริมาณการตรวจสอบก่อนการจ่ายได้มากขึ้น และลดระยะเวลาการตรวจสอบ เน้นการตรวจสอบด้วย electronics เต็มรูปแบบ ช่วยคัดกรองเบื้องต้น เพื่อลดภาระงานของ Auditor

แนวทางดำเนินการ โดย สปสช.จะมีการวิเคราะห์ความถูกต้องของการเบิกจ่าย ทั้งจาก Rule base / Anomaly detection โดยพิจารณาข้อมูลเบิกจ่ายร่วมกับข้อมูลมุมมองอื่นจากข้อมูลในอดีต หรือข้อมูล Baseline เช่น ประวัติการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลพฤติกรรมหน่วยบริการ ข้อมูล Outlier ข้อมูลประวัติการเบิกจ่าย หรือประวัติการเรียกเงินคืน สปสช. ได้กำหนดแผนและกิจกรรมการดำเนินงานในการพัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์อย่างมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้คาดว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จและใช้ระบบได้ในเดือนเมษายน 2569 (แผนภาพที่ 3-1 และแผนภาพที่ 3-2)

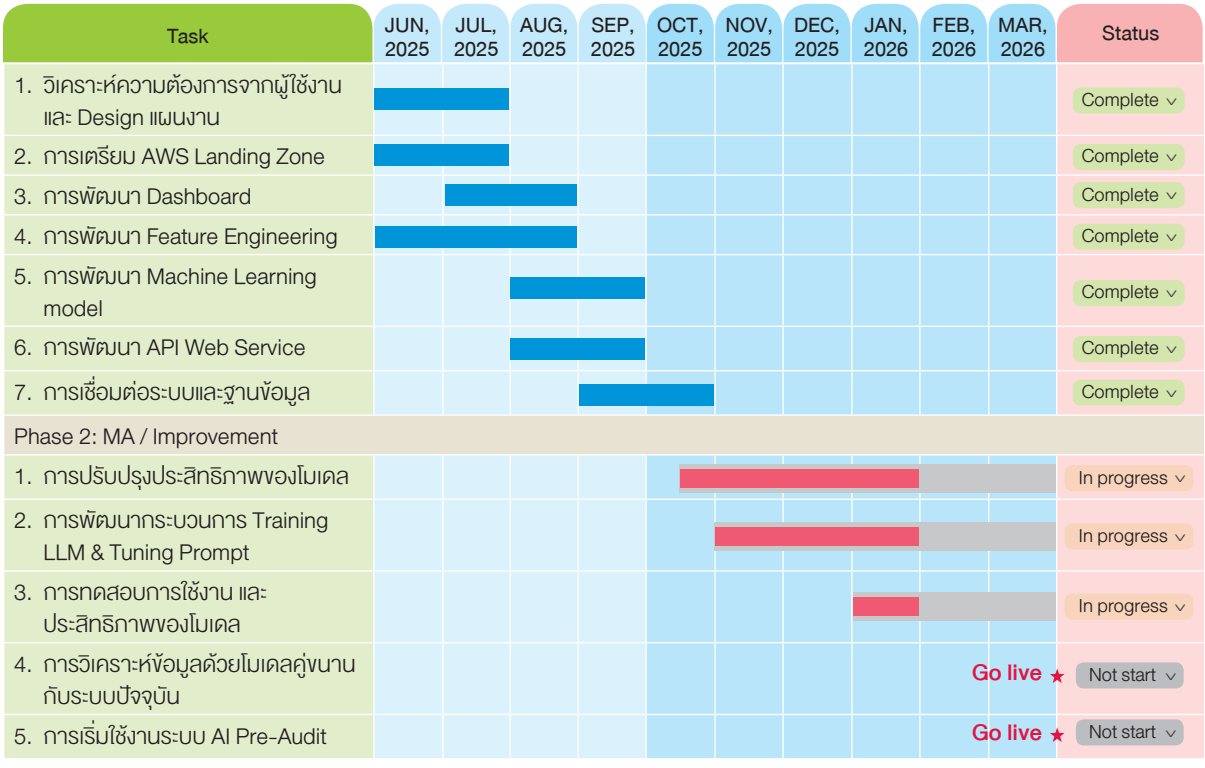
แผนภาพที่ 3-1

กรอบแนวคิดการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการประมวลผลและตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน



แผนภาพที่ 3-2

แผนและกิจกรรมดำเนินการในการพัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์



การพัฒนาระบบการตรวจสอบหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การพัฒนาระบบการตรวจสอบหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Post Payment Audit System) ในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การสร้างระบบเฝ้าระวังและการกำกับติดตาม (Monitoring & Surveillance) ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้เพื่อตรวจจับความผิดปกติ (Anomaly Detection) และคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง (Classified Risk Behavior) ของหน่วยบริการ การดำเนินงานดังกล่าวมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบ Electronic Post-payment Audit และการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence, AI) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายชดเชยเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลอื่น เช่น ข้อมูลศักยภาพหน่วยบริการ (CPP) และข้อมูลจากโปรแกรม AMED เพื่อค้นหากลุ่มที่มีค่าสถิติผิดปกติ (Outlier Detection) ซึ่งมีขอบเขตการตรวจสอบครอบคลุมบริการที่สำคัญหลายด้าน ได้แก่

- บริการนวัตกรรมและบริการราคาสูง เช่น การฉีดสีและขยายหลอดเลือดหัวใจ (CAG & PCI) อุปกรณ์การแพทย์ (Instrument) และการล้างไต (Hemodialysis, HD) ซึ่งจะตรวจสอบความสอดคล้องของบริการกับศักยภาพในระบบ CPP
- บริการผู้ป่วยใน (IP) มุ่งเน้นกรณี Home Ward ที่ควรเป็นผู้ป่วยนอก (OPD) การรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลที่อาจไม่เหมาะสม (Split admit) หรือรายที่มีระยะเวลาการรักษาสั้น (LOS 0-1 วัน) รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสโรคและหัตถการ

- บริการเฉพาะโรค เช่น บริการโรคมะเร็ง (OP Cancer Anywhere) โดยเน้นนำร่องการตรวจสอบบริการรังสีรักษา

ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการตรวจสอบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการดำเนินการตามขั้นตอนเชิงระบบ ดังนี้

1. การจัดการด้านงบประมาณ ดำเนินการประมวลผลเพื่อจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกคืนเงินชดเชยตามข้อเท็จจริงที่พบจากการตรวจสอบ
2. การสื่อสารและรายงานผล ส่งกลับข้อมูลผลการตรวจสอบไปยังหน่วยบริการ สปสช. เขต และฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาคมวิชาชีพในกรณีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ
3. การพัฒนาเชิงนโยบาย นำผลการตรวจสอบมาจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาการออกแบบการบริหารจัดการกองทุน และนำเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในประเด็นการเบิกชดเชยและคุณภาพบริการ

การส่งเสริมและการบังคับใช้มาตรการเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน สำนักงานได้มีกลไกสนับสนุนให้หน่วยบริการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานผ่านการให้คำแนะนำ (Guidance) การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามในกรณีที่พบประเด็นความผิดปกติหรือพบข้อสงสัยว่ามีการทุจริต สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเชิงลึก (แผนภาพที่ 3-3) ดังนี้

1. การระบุความผิดปกติ (Triggering) กระบวนการตรวจสอบเชิงลึกจะเริ่มขึ้นเมื่อผลจากการตรวจสอบหลังการจ่าย (Post-payment audit) พบว่าหน่วยบริการมีการเบิกจ่ายที่อาจเข้าข่ายทุจริต หรือมีประเด็นด้านคุณภาพบริการที่มีนัยสำคัญ
2. การลงพื้นที่ตรวจสอบ (Onsite Inspection) สำนักงานจะใช้วิธีการลงพื้นที่ตรวจสอบ ณ หน่วยบริการเพื่อรวบรวมหลักฐานและตรวจสอบข้อเท็จจริงในสถานที่จริง
3. การรายงานและนำเสนอผล ผลที่ได้จากการตรวจสอบเชิงลึกจะถูกดำเนินการต่อดังนี้
    - นำเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่พบประเด็นปัญหาชัดเจนเกี่ยวกับการเบิกชดเชยหรือคุณภาพบริการ
    - รายงานผลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. เขต ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย และสมาคมวิชาชีพ (กรณีเป็นเรื่องคุณภาพบริการ)
4. มาตรการทางกฎหมาย หากผลการตรวจสอบเชิงลึกยืนยันได้ว่ามีการทุจริตเกิดขึ้นจริง สำนักงานจะดำเนินการตามขั้นตอนทางกฎหมายอย่างเคร่งครัด
5. การปรับปรุงเชิงระบบ ข้อมูลจากการตรวจสอบจะถูกนำไปทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาการออกแบบการบริหารกองทุน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาในลักษณะเดิมซ้ำอีก

กลไกการตรวจสอบอย่างมีส่วนร่วม (Peer Review)

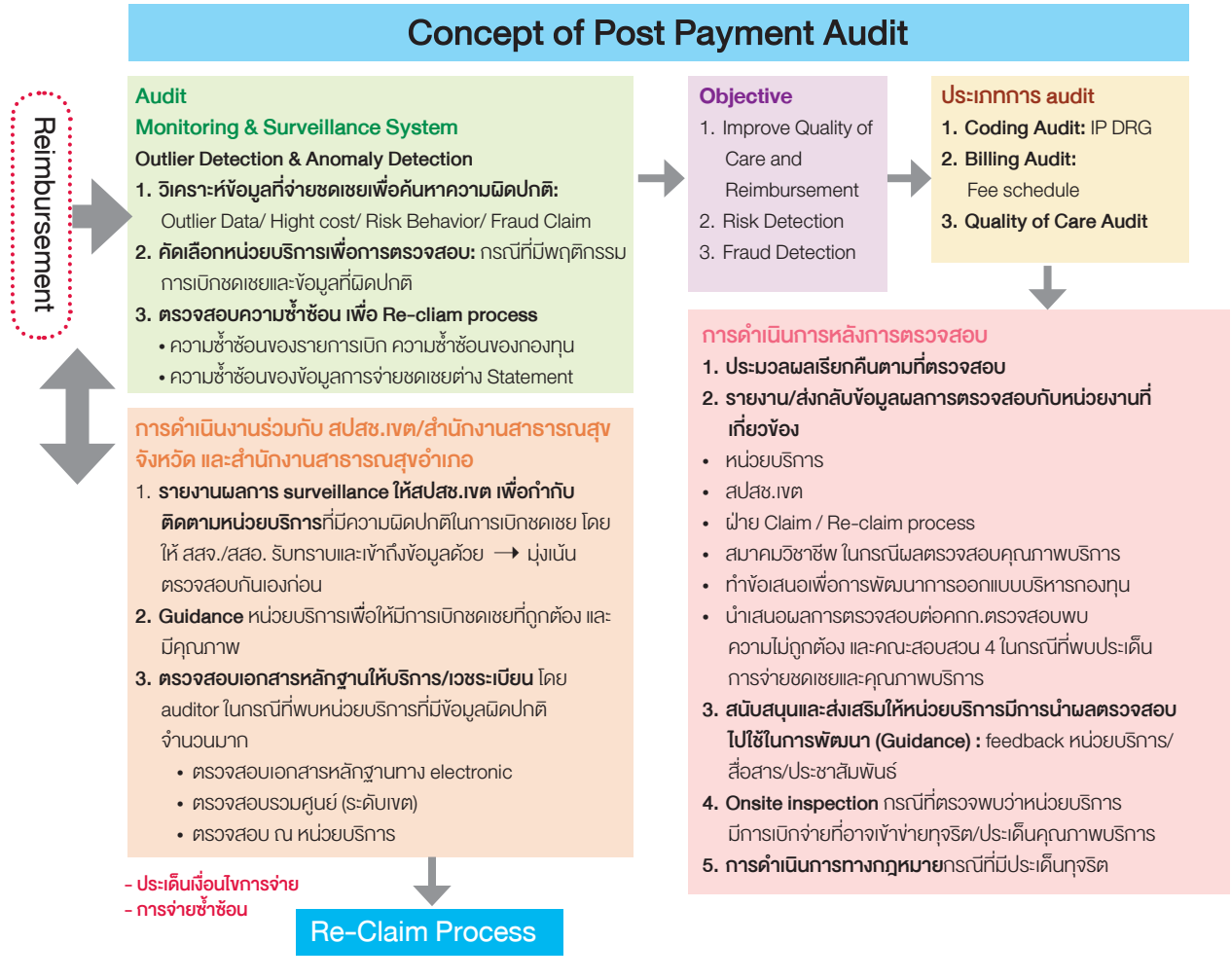
หัวใจสำคัญของระบบการตรวจสอบคือ การสร้างกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผ่านกิจกรรม Peer Review ในระดับเขตและจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตามมาตรฐานการสรุปโรคและรหัสหัตถการ โดยมีกระบวนการดำเนินงานประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. การวิเคราะห์พฤติกรรม สปสช.เขต วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายชดเชยเพื่อระบุประเด็นที่พบความไม่ถูกต้องหรือพฤติกรรมที่น่าสงสัย
2. การสร้างความรู้ จัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การตรวจสอบและหลักการสรุปโรคตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
3. การตรวจสอบแบบไขว้ (Cross-audit) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้หน่วยบริการได้ฝึกปฏิบัติทบทวนเวชระเบียนระหว่างจังหวัดหรือหน่วยบริการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างความเข้าใจร่วมกัน
4. การสะท้อนข้อมูล (Feedback & Guidance) ให้คำแนะนำทางวิชาการจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้หน่วยบริการนำไปพัฒนาการบริการและการเบิกจ่ายให้ถูกต้อง

บทสรุปความสำเร็จของระบบการตรวจสอบหลังการจ่ายเงินไม่ได้อยู่ที่การตรวจพบความผิดพลาดเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่การสร้างระบบการเรียนรู้ร่วมกัน มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศและมอบรางวัลแก่หน่วยบริการที่มีผลการพัฒนาการให้รหัสโรค-รหัสหัตถการได้เป็นไปตามมาตรฐานดีเด่น ส่วนข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและ Peer Review จะถูกรวบรวมเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวทางการดำเนินงานและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

แผนภาพที่ 3-3

กรอบการดำเนินการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการ



1.2 การขับเคลื่อนผลิตภัณฑ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การขับเคลื่อนผลิตภัณฑ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกเชิงนโยบายที่มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ ควบคู่กับการส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ ลดการพึ่งพาการนำเข้าผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์จากต่างประเทศ โดยรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับนโยบายดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560 คณะรัฐมนตรี ในคราวประชุมฯ เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2560 มีมติเห็นชอบให้หน่วยงานภาครัฐจัดซื้อจัดจ้างผลิตภัณฑ์และบริการนวัตกรรมให้ตรงกับความต้องการหน่วยงาน ตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยอย่างน้อยในอัตราส่วนร้อยละ 30 ของความต้องการใช้งานทั้งหมดของหน่วยงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ขานรับนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในคราวประชุมฯ เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2560 มีมติเห็นชอบให้สนับสนุนการจัดหาผลิตภัณฑ์ตามบัญชีนวัตกรรมไทย อย่างน้อยร้อยละ 30 ของปริมาณความจำเป็นที่ต้องการใช้ในรายการยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ตามโครงการพิเศษ ที่จัดหาร่วมกับองค์การเภสัชกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 นับเป็นปีสำคัญในการยกระดับการใช้นวัตกรรมไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกลไกการขับเคลื่อนของคณะทำงานและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคณะทำงานสนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยและนวัตกรรมทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในคราวประชุมฯ เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2568 ได้มีมติเห็นชอบนิยาม เป้าหมาย กลไก และเกณฑ์การพิจารณาสนับสนุนผลิตภัณฑ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยอย่างเป็นทางการ ส่งผลให้การสนับสนุนนวัตกรรมมีทิศทางที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ ความคุ้มค่าในภาพรวมเชิงระบบ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน และผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ต่อมาในการประชุมคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2568 ได้เห็นชอบกรอบแนวทางการประเมินความคุ้มค่าเพื่อการพัฒนาองค์การมหาชนของ สปสช. ตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) โดยกำหนดให้การเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจโดยการนำผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรมไทย/ผลิตในประเทศมาใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญ และการประชุมคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2568 ได้มีการเน้นย้ำเพื่อยืนยันการสนับสนุนสินค้าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นอุตสาหกรรมในประเทศและสินค้าในบัญชีนวัตกรรมไทยด้านการแพทย์ ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ ที่ผ่านมา รวมถึงการร่วมทุนหรือได้รับการส่งเสริมจากภาครัฐ และเกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ หรือส่งเสริมความมั่นคงทางด้านยา วัคซีน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยพิจารณาเรื่องคุณภาพ ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจโดยรวม อาทิ เช่น ราคา คุณภาพ การผลิตภายในประเทศ ความมั่นคงทางสุขภาพและการแพทย์ เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศภายใต้กรอบนโยบายดังกล่าว สปสช. ได้ขับเคลื่อนการนำนวัตกรรมไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยผลงานนวัตกรรมที่เกิดขึ้นสะท้อนบทบาทของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการเป็น

ทั้งกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพ และกลไกสำคัญในการสนับสนุนและขยายผลการพัฒนานวัตกรรมของประเทศ ผ่านการนำมาใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา ลดค้นทุนในระยะยาว เสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ได้สนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ตามบัญชีนวัตกรรมไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการจ่ายชดเชยเป็นค่าบริการสาธารณสุข และการจัดซื้อรวมตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ รวมวงเงินทั้งสิ้น 2,581.26 ล้านบาท ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ จำนวน 14 รายการ แบ่งเป็น 2 หมวด ได้แก่ (1) หมวดยาและวัคซีน จำนวน 9 รายการ และ (2) หมวดอุปกรณ์ทางการแพทย์ จำนวน 5 รายการ (ตารางที่ 3-1)

ตารางที่ 3-1

ผลงานการสนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ในบัญชีนวัตกรรมไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

รายการในบัญชีนวัตกรรมไทย	ผลงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)
หมวดยาและวัคซีน		
1. ยาไลเนโซลิด (linezolid)	149,000 เม็ด	9.19
2. ยาดีเฟอราซิรอก (deferasirox)	2,795 เม็ด	55.29
3. ยาฮิวแมนโคแอกกูเลชั่นแฟคเตอร์ แปด (human coagulation factor VIII)	7,400 Vial (ยาสภากาชาด)	25.32
4. ยาฮิวแมนอิมมูโนโกลบูลิน (IVIG)	47,100 vial	349.46
5. ยาโซฟอสบูเวียร์ และ เวลพาทาสเวียร์ (sofosbuvir and velpatasvir)	49,060 ขวด	204.58
6. ยาโดลูทีกราเวียร์ (dolutegravir)	546,100 ขวด	150.25
7. วัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์แบบรีคอมบิแนนท์ (recombinant acellular Pertussis vaccine: aPV)	38,500 โด๊ส	13.46
8. ยาดารูนาเวียร์ (darunavir)	17,900 ขวด	76.61
9. ยาโดลูทีกราเวียร์, ลามิวูดีน และทีโนโฟเวียร์ ไดโซพรอกซิล (TLD)	2,529,460 ขวด	1,515.65
รวมรายการยาและวัคซีน		**2,399.81**
หมวดอุปกรณ์ทางการแพทย์		
1. รากฟันเทียม (dental implant)	4,000 ชิ้น	11.96
2. แป้นปิดรอบลำไส้และถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (colostomy flange and colostomy bag)	944,600 ชิ้น	77.10
3. ชุดกะโหลกเทียมไทเทเนียมจากเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ ที่ออกแบบเฉพาะบุคคล (3D-printed personalized prosthesis)	787 ชิ้น	15.88
4. ชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในปัสสาวะ (OV-ATK)	136,524 ชุด	21.51
5. บริการอ่านภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์	165 แห่ง	55.00
รวมรายการอุปกรณ์ทางการแพทย์		**181.45**
รวมทั้งสิ้น		**2,581.26**

ที่มา : ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและการเบิกจ่าย (OP, IP E-Claim) ณ 30 กันยายน 2568
วิเคราะห์โดย หน่วยปฏิบัติการเฉพาะกิจ สปสช.

ยุทธศาสตร์ที่ 2
การมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน

2.1 จัดหาหน่วยบริการรองรับการจัดบริการเชิงรุกให้กับกลุ่มเปราะบาง

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีเจตนารมณ์ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้การให้บริการสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ดำเนินการส่งเสริมให้ภาคประชาชน องค์กรเอกชน มีส่วนร่วมทั้งในด้าน 1) การสร้างการรับรู้สิทธิ 2) การเข้าถึงสิทธิ 3) การคุ้มครองสิทธิ 4) การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้ง 5) การร่วมจัดบริการ ในบทบาทที่องค์กรภาคประชาชน องค์กรเอกชนสามารถทำได้ ซึ่งได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นการจัดบริการเสริมกับหน่วยบริการในระบบสุขภาพและไม่ซ้ำซ้อนกับบริการที่จัดโดยผู้ให้บริการวิชาชีพ เพื่อเติมเต็มกับระบบบริการเดิมภายใต้หลักการในการสนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจน ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้องค์กรภาคประชาชน องค์กรเอกชนหรือหน่วยงานอื่นที่ไม่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล เป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติมตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า มีการขึ้นทะเบียนและดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขรวม 186 แห่ง มีการกระจายตัวใน สปสช. เขต (ตารางที่ 3-2)

ตารางที่ 3-2

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ตามมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยองค์กรภาคประชาชน จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

หน่วย: แห่ง

ประเภทหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน	จำแนกตามเขตสุขภาพ													
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
1. ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (IL)	3	1	-	3	-	3	1	1	-	4	-	-	-	16
2. ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (O&M)	2	-	1	2	2	-	5	-	1	-	-	1	2	16
3. ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (นวดเด็กพิการ)	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	1	-	4	8
4. ด้านบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน (CBO)	9	2	1	1	4	6	3	1	1	1	2	3	4	38
5. ด้านบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน (ศูนย์องค์รวม)	18	2	-	1	3	2	5	1	2	12	-	5	-	51
6. ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (จิตเวช)	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
7. ด้านสถานชีวาภิบาล	6	6	3	3	2	5	6	6	6	2	3	5	1	54
8. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (1663 ท้องไม่พร้อม)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
รวม	**38**	**11**	**5**	**14**	**11**	**17**	**20**	**9**	**10**	**19**	**6**	**14**	**12**	**186**

ที่มา: ข้อมูลจากโปรแกรมค้นหาข้อมูลสถานพยาบาล https://reghosp.nhso.go.th/hospital_search/index.xhtml ณ 20 กันยายน 2568

ผลการจัดบริการ โดยองค์กรภาคประชาชนที่ขึ้นทะเบียนสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติมตามมาตรา 3 มีดังนี้

1. องค์กรด้านคนพิการ จำนวน 40 แห่ง เป็นองค์กรภาคประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) กระทรวงพัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงของมนุษย์รับรอง มีการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งในปี 2568 มีองค์กรที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 15 แห่ง ยังไม่ได้ให้บริการ และในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2568 ศูนย์บริการคนพิการบางแห่งหยุดให้บริการ เนื่องจากไม่มีทุนหมุนเวียนในการลงพื้นที่ โดยมีรูปแบบการให้บริการ 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1 บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระคนพิการ (Independence Living Skill : IL) โดยองค์กรคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 16 แห่ง ให้บริการได้ 8 แห่ง

ชื่อหน่วยบริการ	จังหวัด	สปสช. เขต	ผู้รับบริการ (คน)
ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการจังหวัดนนทบุรี 14 บางรักพัฒนา	นนทบุรี	เขต 4 สระบุรี	1
ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการจังหวัดปทุมธานี 01 ลำผักกูด	ปทุมธานี	เขต 4 สระบุรี	13
ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการจังหวัดชลบุรี	ชลบุรี	เขต 6 ระยอง	4
ศูนย์บริการการดำรงชีวิตอิสระคนพิการศรีสะเกษ	ศรีสะเกษ	เขต 10 อุบลราชธานี	60
ศูนย์บริการคนพิการกันทรลักษ์	ศรีสะเกษ	เขต 10 อุบลราชธานี	11
ศูนย์บริการคนพิการไทยใจอาสา - ในเมือง	อุบลราชธานี	เขต 10 อุบลราชธานี	3
ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเทศบาลตำบลสามเงา	ตาก	เขต 2 พิษณุโลก	34
ศูนย์บริการคนพิการชมรมเพื่อเพื่อนผู้พิการตำบลแจ้ซ้อน 04 แจ้ซ้อน	ลำปาง	เขต 1 เชียงใหม่	2
รวม			**128**

1.2 บริการฝึกทักษะความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและความเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility : O&M) โดยองค์กรคนพิการด้านการมองเห็น จำนวน 16 แห่ง ให้บริการได้ 1 แห่ง

ชื่อหน่วยบริการ	จังหวัด	สปสช. เขต	ผู้รับบริการ (คน)
ศูนย์บริการคนตาบอดแห่งชาติ วัดท่าพระ	กรุงเทพฯ	เขต 13 กรุงเทพฯ	18

1.3 บริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ จำนวน 8 แห่ง ให้บริการได้ 6 แห่ง

ชื่อหน่วยบริการ	จังหวัด	สปสช. เขต	ผู้รับบริการ (คน)
ศูนย์บริการคนพิการ มูลนิธิเด็กพิการ	กรุงเทพฯ	เขต 13 กรุงเทพฯ	19
ศูนย์บริการคนพิการ สมาคมผู้ปกครองเด็กพิการ	กรุงเทพฯ	เขต 13 กรุงเทพฯ	17
ศูนย์การเรียนรู้พิเศษประภาคารปัญญา	กรุงเทพฯ	เขต 13 กรุงเทพฯ	39
ศูนย์บริการคนพิการ สมาคมผู้ปกครองเด็กพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช	นครศรีธรรมราช	เขต 11 สุราษฎร์ธานี	11
ศูนย์ฝึกอาชีพปัญญาคาร	นนทบุรี	เขต 4 สระบุรี	1
ศูนย์พัฒนาปัญญา มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์	นนทบุรี	เขต 4 สระบุรี	18
รวม			**105**

2. องค์กรด้านเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 89 แห่ง จัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรครับรอง ได้แก่ บริการให้คำปรึกษาด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และอื่นๆ เป็นต้น

ประเภท	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	องค์กร (แห่ง)	ผู้รับบริการ (คน)
1. หน่วยบริการ มาตรา 3 CBO ที่ให้บริการ RRTTPR	1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Males who have sex with males : MSM) 2. กลุ่มสตรีข้ามเพศ (Transgender women : TGW) 3. กลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex workers : FSW) 4. กลุ่มพนักงานบริการชาย (Male sex workers : MSW) 5. กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs : PWID)	41	482,862
2. หน่วยบริการ มาตรา 3 องค์กรเครือข่ายศูนย์องค์รวม	1. Retain Positive กรณีผู้ติดเชื้อ 2. Retain negative คู่ของผู้ติดเชื้อ	48	44,932
รวม		**89**	**527,794**

3. องค์กรที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย องค์กรศาสนา (พุทธและคริสต์) 42 แห่ง ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขรับรอง นอกจากนี้แล้ว ยังมีสถานสงเคราะห์ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 11 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 แห่ง รวม 54 แห่ง ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสถานชีวาภิบาล จัดบริการตั้งแต่ 8 ตุลาคม 2567- 30 กันยายน 2568 มีการให้บริการ จำนวน 875 ราย

4. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (1663 ท้องไม่พร้อม) เป็นบริการให้คำปรึกษาบนหลักการ "ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง" ผ่านระบบบริการให้คำปรึกษาแบบสายด่วนและออนไลน์ โดยให้บริการทางโทรศัพท์ ไม่มีวันหยุด และให้บริการออนไลน์ทางเฟซบุ๊คแฟนเพจ วันละ 3 รอบ รวม 10 ชั่วโมงต่อวัน มีบริการให้คำปรึกษาทั้งหมด (ท้องไม่พร้อมและเอดส์) 21,796 คน 31,277 ครั้ง และบริการเฉพาะเรื่องท้องไม่พร้อม 18,796 คน 26,994 ครั้ง

กล่าวโดยสรุปจะพบว่า การจัดบริการโดยองค์กรภาคประชาชน ที่มีการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติมตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นบริการที่มาช่วยเสริม เติมเต็มกับระบบบริการเดิม ที่มีหลักการในการสนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจนผ่านความเห็นชอบจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการใช้งบประมาณเพียงส่วนน้อย เมื่อเทียบกับบริการสาธารณสุขหลักที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนในระบบทั้งหมด ทั้งนี้มิได้เอื้อประโยชน์ให้กับเครือข่ายภาคประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นการเฉพาะ

2.2 การสร้างความเข้มแข็งระบบปฐมภูมิเขตเมือง รองรับคนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการ สปสช.จึงได้ดำเนินการรับสมัครหน่วยบริการนวัตกรรม 7 ประเภท เพื่อรองรับการให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึงและครอบคลุม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในกรุงเทพมหานคร รวมถึงช่วยลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยการเข้ารับบริการในกลุ่มโรคที่รักษาได้ที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการนวัตกรรม 1,417 แห่ง และมีประชาชนได้รับบริการ 2,332,781 ครั้ง 871,812 คน (ตารางที่ 3-3)

ตารางที่ 3-3

ผลการดำเนินงานระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการนวัตกรรมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเภทหน่วยบริการ	หน่วยบริการ (แห่ง)	ผลงานบริการ		งบประมาณ (ล้านบาท)
		คน	ครั้ง	
1. บริการเภสัชกรรม (ร้านยา)	810	255,844	617,502	111,139,330
2. คลินิกทันตกรรม	315	139,522	269,245	186,396,200
3. คลินิกเวชกรรม	162	407,793	1,315,819	378,275,340
4. คลินิกเทคนิคการแพทย์ (LAB Anywhere)	41	57,594	63,908	38,012,130
5. คลินิกแพทย์แผนไทย	39	10,347	62,191	12,438,200
6. คลินิกกายภาพบำบัด (IMC)	24	347	3,065	1,773,200
7. คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	19	365	1,051	188,738
รวม	**1,417**	**871,812**	**2,332,781**	**728,223,138**

ที่มา : ระบบรายงานสำหรับการบริหารกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

สำหรับบริการที่มีปัญหาการเข้าถึงหรือประชาชนกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการ สปสช.กทม.มีนโยบายเพิ่มการเข้าถึงโดยการจัดบริการเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการในสถานที่ที่สะดวกหรือที่บ้าน เช่น บริการทันตกรรมโดยรถทันตกรรมเคลื่อนที่ บริการเจาะเลือดที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยคลินิกเทคนิคการแพทย์ โดยเป็นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพ (ตารางที่ 3-4)

ตารางที่ 3-4

ผลการดำเนินงานการจัดบริการเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เข้าถึงบริการในสถานที่สะดวกหรือที่บ้าน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเภท	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ (แห่ง)	ผลงานบริการ	
			ครั้ง	คน
1. บริการทันตกรรมโดยรถทันตกรรมเคลื่อนที่	นักเรียนในโรงเรียน (อายุ 6–12 ปี)	10	314,725	137,309
2. บริการแว่นตาเด็กในโรงเรียน	นักเรียนในโรงเรียน (อายุ 6–12 ปี)	12	23,852	23,852
3. บริการเจาะเลือดที่บ้าน	กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	5	294	423
4. บริการกายภาพบำบัด (IMC)	ให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วย	86	10,198	1,131
5. บริการเยี่ยมบ้าน	กลุ่มที่มีความเสี่ยงสุขภาพ	290	211,604	367,995
	กลุ่มผู้ป่วย		121,595	394,372
รวมทั้งหมด		**403**	**682,268**	**925,082**

ที่มา : ระบบรายงานสำหรับการบริหารกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

ยุทธศาสตร์ที่ 3
การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของประชาชน

3.1 ผลงานด้านบริการประชาชน: สายด่วน สปสช. 1330 NHSO Contact Center เชิงรุก

สรุปผลงานด้านบริการประชาชนของสายด่วน 1330 NHSO Contact Center ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในทุกช่องทาง ทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมถึงการบูรณาการเชื่อมโยงระบบบริการกับหน่วยงานภายนอกได้ ดังนี้

1) ช่องทางการให้บริการ

1.1) สายด่วน สปสช.1330 (voice) ช่องทางหลักในการให้บริการ

เป็นช่องทางหลักในการติดต่อสอบถามและรับบริการด้านหลักประกันสุขภาพของประชาชน และหน่วยบริการทั่วประเทศ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการติดต่อเข้ารับบริการรวมทั้งสิ้น 1,695,177 สาย แบ่งเป็น

- จำนวนสายที่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ 1,027,249 สาย (ร้อยละ 60.60)
- จำนวนสายที่บริการผ่านระบบตอบรับอัตโนมัติ 667,928 สาย (ร้อยละ 39.40)

1.2) ช่องทาง Social media (Non-Voice) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความสะดวก รวดเร็ว และทางเลือกในการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้บริการที่ต้องการสื่อสารผ่านระบบดิจิทัล

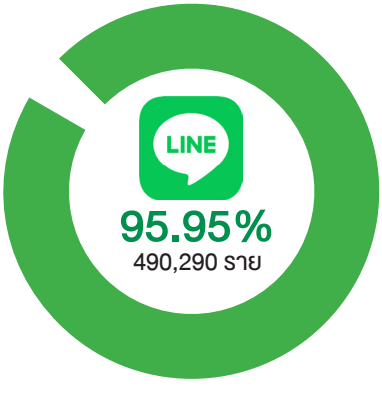
- จำนวนผู้สอบถามเข้ามาทั้งหมด 651,004 ราย
- จำนวนที่ให้บริการทางช่องทาง Social Media 510,988 ราย (ร้อยละ 78.50)

ให้บริการทางช่องทาง Social media (Non-Voice) พบว่า Line เป็นช่องทางหลักของการให้บริการ Non-Voice คิดเป็น ร้อยละ 95.95 ขณะที่ช่องทางอื่นทำหน้าที่เสริมเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการ (แผนภาพ 3-4)

แผนภาพที่ 3-4

ผลงานการให้บริการประชาชน จำแนกตามช่องทาง Social media (Non-Voice) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of 1330 NHSO Contact Center services on Social Media (Non-Voice) in the Fiscal Year 2025)



ช่องทาง	ผู้ที่ได้รับบริการ (ราย)	ผู้ที่ได้รับบริการ (%)
Line	490,290	95.95%
Facebook	17,185	3.36%
Email	2,113	0.41%
Live Chat	427	0.08%
Traffy Fondue	489	0.10%
Pantip	375	0.07%
สายด่วนภาครัฐ	67	0.02%
Web board	42	0.01%
รวม	**510,988**	**100.00%**

ที่มา: ส่วนงานบริการประชาชน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

2) ผลงานให้บริการ

ปีงบประมาณ 2568 ผลงานการให้บริการ 1330 Contact Center จำนวนทั้งสิ้น 2,624,639 เรื่อง จำแนกเป็น (1) บริการเชิงรุก 31,219 เรื่อง (ร้อยละ 1.19) (2) บริการเชิงรับ 2,593,420 เรื่อง (ร้อยละ 98.81) (แผนภาพที่ 3-5)

แผนภาพที่ 3-5

แผนงานการให้บริการ 1330 NSHO Contact Center จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of 1330 NHSO Contact Center services classified by Type of services in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ส่วนงานบริการประชาชน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

2.1) บริการเชิงรุก

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 1330 Contact Center ได้ดำเนินการให้บริการเชิงรุก จำนวนทั้งสิ้น 31,219 เรื่อง ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

2.1.1) การโทรแนะนำและสำรวจบริการ (Outbound Call) การโทรสำรวจการให้บริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยทุพพลภาพ (กปท.) สำรวจความพึงพอใจการใช้บริการตามสิทธิ Telemedicine UCEP และแนะนำการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์มะเร็งเต้านม

2.1.2) การโทรสำรวจคุณภาพการให้บริการ (Pre & Post Audit) เป็นการโทรเพื่อตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดยสอบถามประชาชนที่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการ หน่วยนวัตกรรม และการบริการ UCEP Covid-19

2.1.3) โครงการ 1330 สัญจร ให้ความรู้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจด้านสิทธิสุขภาพ และเพิ่มการเข้าถึงช่องทางการสื่อสารของ สปสช. อย่างเป็นรูปธรรม โดยลงพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ 1. วิทยาลัยการอาชีพบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร 2. โรงเรียนบ้านในคง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี 3. เทศบาลเมืองอ่างทอง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง 4. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

รูปกิจกรรม โครงการ 1330 สัญจร ให้ความรู้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



2.2) บริการเชิงรับ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า 1330 Contact Center ได้ดำเนินการให้บริการเชิงรับ จำนวนทั้งสิ้น 2,593,420 เรื่อง จำแนกเป็น

2.2.1) การให้บริการสอบถามข้อมูล รวมทั้งสิ้น จำนวน 2,428,678 เรื่อง จำแนกเป็นการให้บริการสอบถามข้อมูล (1) สำหรับประชาชน (Customer) จำนวน 1,525,249 เรื่อง (ร้อยละ 63) (2) สำหรับหน่วยบริการ (Provider) จำนวน 235,640 เรื่อง (ร้อยละ 10) และ (3) เป็นบริการผ่านระบบตอบรับอัตโนมัติ (Interactive Voice Response) จำนวน 667,789 เรื่อง (ร้อยละ 27) โดยเรื่องสอบถามมากที่สุดคือ ตรวจสอบสิทธิการรักษา สิทธิประโยชน์และวิธีการใช้สิทธิ ลงทะเบียนและเปลี่ยนหน่วยบริการ และมีความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ Contact Center 1330 ร้อยละ 91.36

2.2.2) การจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ และบริการอื่นๆ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง โดยให้ความสำคัญต่อกระบวนการรับและจัดการเรื่องร้องเรียนจากประชาชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือให้ประชาชนได้รับบริการตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ตลอดจนมีส่วนช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ให้บริการด้านการคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 107,991 เรื่อง จำแนกเป็น (1) การให้บริการแก้ไขร้องเรียน จำนวน 41,891 เรื่อง ตามมาตรา 57 และมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จำนวน 41,464 เรื่อง (ร้อยละ 38.40) และตามมาตรา 45(5) จำนวน 427 เรื่อง (ร้อยละ 0.40) และ (2) การแก้ไขเรื่องร้องทุกข์และบริการอื่นๆ จำนวน 66,100 เรื่อง (ร้อยละ 61.20)

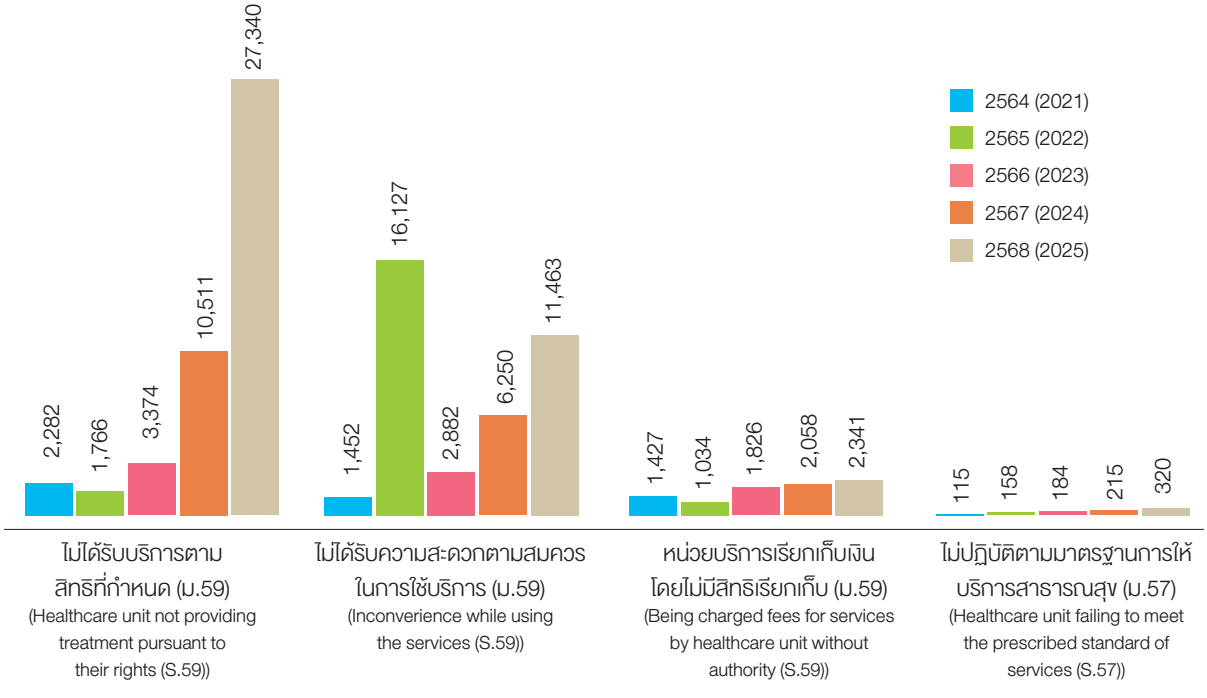
โดย**ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การให้บริการแก้ไขเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57 และมาตรา 59** จำนวน 41,464 เรื่อง ตามประเด็นการร้องเรียน พบสูงสุดเป็นเรื่องร้องเรียนกรณีไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด (ม.59) จำนวน 27,340 เรื่อง (ร้อยละ 65.94) รองลงมาเป็น กรณีไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร (ม.59) จำนวน 11,463 เรื่อง (ร้อยละ 27.65) กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ (ม.59) จำนวน 2,341 เรื่อง (ร้อยละ 5.65) และกรณีไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข (ม.57) จำนวน 320 เรื่อง (ร้อยละ 0.77) ตามลำดับ (แผนภาพที่ 3-6) โดยมีเรื่องที่ดำเนินการแล้วเสร็จ จำนวน 39,471 เรื่อง (ร้อยละ 95.19) และดำเนินการแก้ไขได้แล้วเสร็จภายใน 25 วัน ทำการ จำนวน 37,531 เรื่อง (ร้อยละ 94.84) (แผนภาพที่ 3-7)

แผนภาพที่ 3-6

จำนวนเรื่องที่ประชาชนร้องเรียนตามมาตรา 57 และมาตรา 59 จำแนกตามประเด็นการร้องเรียน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Number of Complaints serviced classified by according to UCS Act. section 57 and 59 in the Fiscal Year 2021-2025)

หน่วย: เรื่อง

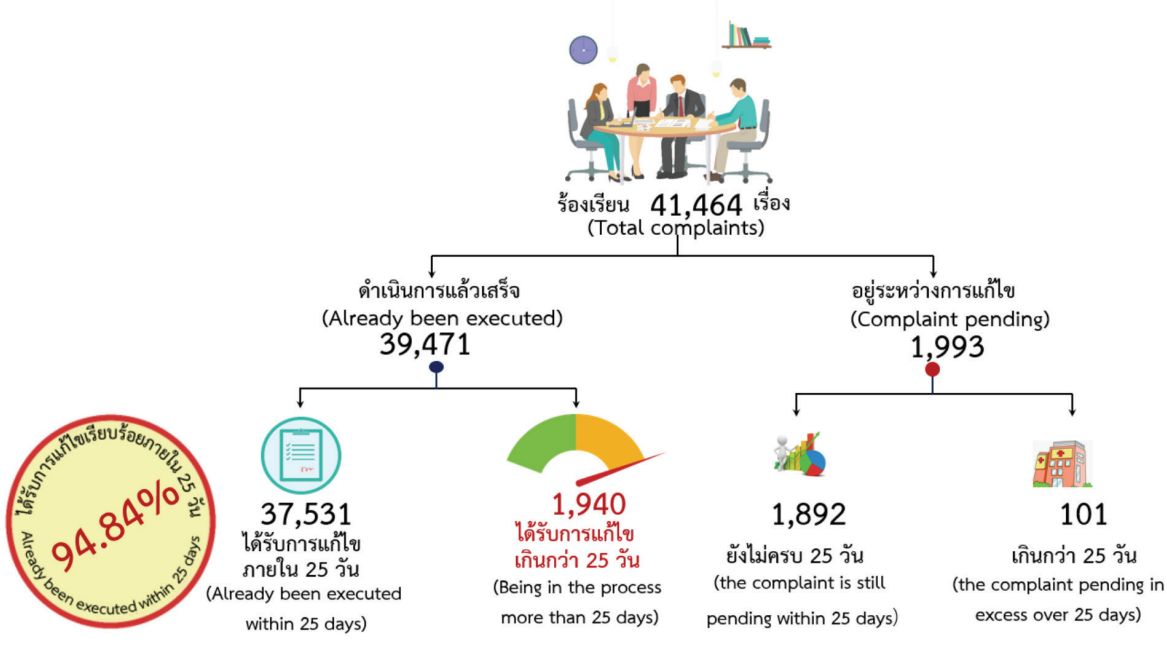


ที่มา: ส่วนงานบริการประชาชน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

แผนภาพที่ 3-7

ผลการจัดการเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา 57 และมาตรา 59 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Complaints serviced management according to UCS Act. section 57 and 59 in the Fiscal Year 2025)



ที่มา: ส่วนงานบริการประชาชน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ : ร้อยละเรื่องร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข = เรื่องร้องเรียน (ม.57, ม.59) ดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 25 วันทำการ X 100 / (เรื่องร้องเรียนทั้งหมด - เรื่องร้องเรียนที่อยู่ระหว่างดำเนินการที่ยังไม่ครบ 25 วันทำการ)

2.2.3) การประสานส่งต่อผู้ป่วย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การช่วยเหลือประชาชนโดยการประสานหาเตียงเพื่อรับผู้ป่วย UCEP ที่พ้นภาวะวิกฤตภายหลัง 72 ชั่วโมง และผู้ป่วย Non UCEP ซึ่งต้องประสานภายใน 24 ชั่วโมง ให้สามารถกลับเข้าสู่หน่วยบริการในระบบได้ เนื่องจากที่ผ่านมายังพบปัญหาทั้งการประสานส่งต่อและรับกลับ การรอคิวทำเส้นเพื่อรับการฟอกเลือดนาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้ดำเนินการประสานส่งต่อผู้ป่วยทุกสิทธิ จำนวน 56,751 เรื่อง จำแนกเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 55,792 เรื่อง (ร้อยละ 98.31) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 529 เรื่อง (ร้อยละ 0.93) และสิทธิอื่นๆ จำนวน 430 เรื่อง (ร้อยละ 0.76) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นการประสานส่งต่อผู้ป่วยกรณี UCEP ร้อยละ 53.68 ประสานกรณีหน่วยบริการเตียงเต็มหรือเกินศักยภาพ ร้อยละ 32.06 (ตารางที่ 3-5)

ตารางที่ 3-5

การให้บริการประสานหาเตียง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Coordination issues for Admission serviced in the Fiscal Year 2025)

การให้บริการประสานหาเตียง	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
ประสานหาเตียงผู้ป่วยทุกสิทธิ	**56,751**	**100.00**
- ประสานส่งต่อผู้ป่วย UCEP	30,463	53.68
- กรณีหน่วยบริการเตียงเต็มหรือเกินศักยภาพ	18,194	32.06
- ประสานส่งต่อผู้ป่วย Non UCEP	7,388	13.02
- กรณีหน่วยบริการให้ประสานกลับต้นสังกัด	546	0.96
- ผู้ป่วยโรคไตเพื่อทำเส้นฟอกไต	157	0.27
- กรณีผู้ป่วยประสานหาคิวทำ CT/MRI	3	0.01

ที่มา: ส่วนงานบริการประชาชน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

3) การเชื่อมต่อระบบบริการกับหน่วยงานภายนอกเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ

สายด่วน 1330 Contact Center ได้ดำเนินการเชื่อมโยงระบบบริการกับหน่วยงานภายนอก เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ประชาชน ดังนี้

3.1) มูลนิธิเส้นด้าย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับมูลนิธิเส้นด้าย ดำเนินโครงการรับ-ส่งผู้ป่วยจากบ้านไปยังสถานพยาบาลตามนัดหมาย เพื่อเสริมสร้างการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง โดยนำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครอบคลุม 50 เขต และวันที่ 11 มิถุนายน 2568 ได้ขยายสิทธิประโยชน์ค่าพาหนะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง โดยการให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขสำหรับการรักษาด้วย "รังสีโปรตอน (Proton Therapy) บริการฝังแร่เฉพาะที่เพื่อรักษาเนื้องอกในตา (Eye Plaque Brachytherapy) และบริการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ (Robotic Surgery)" โดยร่วมมือกับ "คลินิกเวชกรรมเส้นด้าย" และ "สมบัติทัวร์" ซึ่งได้สนับสนุนบริการรับส่งผู้ป่วยตามโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 3,023 ครั้ง ได้แก่

- การสนับสนุนประสานรถรับส่งผู้ป่วยและผู้ทุพพลภาพ ในพื้นที่ กทม. Phase I (มูลนิธิเส้นด้าย กปท. กทม.) นำร่อง กทม. จำนวน 2,988 ครั้ง จำแนกเป็น สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2,608 ครั้ง (ร้อยละ 87.28) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น 4 ครั้ง (ร้อยละ 0.13) สิทธิอื่น 376 ครั้ง (ร้อยละ 12.58)
- ประสานรถรับส่งต่อ ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการการแพทย์ขั้นสูง (ผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ ฝังแร่ที่ตา และรังสีโปรตอน) Phase II จำนวน 35 ครั้ง จำแนกเป็น บริการรถรับ-ส่งให้รังสีโปรตอน (Proton Therapy) 31 ครั้ง และบริการรถรับ-ส่งผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ (Robotic Surgery) 4 ครั้ง

3.2) ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตามคำริของนายกรัฐมนตรีในการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด สปสช. ได้เปิดช่องทางให้บริการ สายด่วน 1330 กด 67 เพื่อให้คำปรึกษาและประสานการนำผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม

3.3) กรมควบคุมโรค มีการเชื่อมโยงสายบริการระหว่างสายด่วน สปสช. 1330 และสายด่วน กรมควบคุมโรค 1422 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและรับบริการข้อมูลจากทั้งสองหน่วยงานได้อย่างสะดวกในครั้งเดียว

3.4) กรมอนามัย (โครงการท้องไม่พร้อม) ในกรณีให้บริการข้อมูลหรือให้คำปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อม สายด่วน สปสช. 1330 จะให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมแนะนำการติดต่อสายด่วน 1663 กด 2 เพื่อรับคำปรึกษาเฉพาะด้านเพิ่มเติม

4) การบริหารจัดการบริการในสถานการณ์ฉุกเฉิน: กรณีเหตุแผ่นดินไหว

เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2568 เวลาประมาณ 13.20 น. ได้เกิดเหตุแผ่นดินไหวซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของ 1330 Contact Center อย่างไรก็ตาม หน่วยงานได้เร่งบริหารจัดการสถานการณ์เพื่อรักษาความต่อเนื่องในการให้บริการควบคู่ไปกับการดูแลความปลอดภัยของบุคลากรเป็นสำคัญ แม้ในช่วงแรกบุคลากรจะไม่สามารถเข้าปฏิบัติงานในอาคารหรือนำอุปกรณ์ออกมาได้ แต่หน่วยงานได้แก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที โดยประสานให้บุคลากรที่พำนัก ณ ที่พักอาศัยและมีความพร้อมเข้าปฏิบัติงานในรูปแบบ Work From Home แทน ส่งผลให้สามารถกลับมาเปิดให้บริการตามปกติ ได้อีกครั้งในเวลา 15.38 น. ทั้งนี้ สำหรับสายเรียกเข้าที่ไม่ได้รับบริการในช่วงเกิดเหตุ (Abandon) จำนวน 138 สาย เจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการติดต่อกลับเพื่อให้บริการครบถ้วนทุกรายในเวลาต่อมา เหตุการณ์ในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมของ 1330 Contact Center ทั้งในด้านระบบเทคโนโลยี การบริหารกำลังคน สอดคล้องกับการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan) ซึ่งสามารถรักษามาตรฐานการบริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ในสภาวะวิกฤต

ยุทธศาสตร์ที่ 4
การมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย

4.1 การสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพ และหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น "องค์กรภาคียุทธศาสตร์" เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ประชาชนผู้รับบริการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึง และเท่าเทียม โดยการขับเคลื่อนบางประเด็นจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรภาคประชาชนกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์ ซึ่งมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นหน่วยงานในการหนุนเสริมองค์กรภาคประชาชนในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างการรับรู้ การเข้าถึงบริการ การคุ้มครองสิทธิ การจัดบริการ และการบริหารจัดการ

ผลจากการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมกับองค์กรภาคประชาชน และองค์กรภาคียุทธศาสตร์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) เครือข่ายองค์กรภาคประชาชน (9 ด้านตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และด้านอื่นๆ) สปสช. สนับสนุนให้เครือข่ายภาคประชาชนมีบทบาทในการดำเนินงาน โดยมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งการสร้างการรับรู้และเข้าใจสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนช่วยเหลือให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพและได้รับการคุ้มครองเมื่อไม่ได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ การจัดบริการสาธารณสุขโดยองค์กรภาคประชาชนและร่วมบริหารจัดการ โดยมีเครือข่ายสำคัญและรูปแบบความร่วมมือ (ตารางที่ 3-6)

ตารางที่ 3-6

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามเครือข่ายองค์กรภาคประชาชน 9 ด้าน

เครือข่าย	1.การรับรู้	2. การเข้าถึงบริการ	3. การคุ้มครองสิทธิ	4. การร่วมจัดบริการ	5. การร่วมบริหารจัดการ
1. ด้านเด็กและเยาวชน					
1) เครือข่ายเด็กและเยาวชน	/			/	/
2. ด้านสตรี					
2) เครือข่ายสตรี		/			/
3) เครือข่ายหลากหลายทางเพศหรือเครือข่ายคนข้ามเพศ	/	/			
3. ด้านผู้สูงอายุ					
4) เครือข่ายผู้สูงอายุ		/		/	

(ต่อ) ตารางที่ 3-6

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามเครือข่ายองค์กรภาคประชาชน 9 ด้าน

เครือข่าย	1.การรับรู้	2. การเข้าถึงบริการ	3. การคุ้มครองสิทธิ	4. การร่วมจัดบริการ	5. การร่วมบริหารจัดการ
4. ด้านคนพิการ					
5) เครือข่ายคนพิการทางการเคลื่อนไหว	/	/		/	/
6) เครือข่ายคนพิการทางการมองเห็น	/	/		/	
7) เครือข่ายคนพิการทางออทิสติก	/			/	
8) เครือข่ายคนพิการทางจิตเวช				/	
5. ด้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
9) เครือข่ายผู้ติดเชื้อ/เอชไอวี		/			/
10) เครือข่ายผู้ป่วยโรคมะเร็ง	/	/		/	
6. ด้านแรงงาน					
11) แรงงานนอกระบบ : แรงงาน 2 ล้อ	/	/			/
7. ด้านชุมชนแออัด					
12) เครือข่ายคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน		/			/
13) เครือข่ายชุมชนแออัด(ชุมชนเมือง)	/	/			
8. ด้านเกษตรกร					
14) เครือข่ายเกษตรกร	/		/	/	
9. ด้านคุ้มครองสิทธิ					
15) เครือข่ายศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง	/	/	/		
10. ด้านอื่นๆ					
16) เครือข่ายผู้นำศาสนา/พระสงฆ์		/	/	/	

โดยสรุปในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 นอกจากการดำเนินงานใน 16 เครือข่ายข้างต้นแล้ว ยังมีเครือข่ายองค์กรประชาชนอื่นๆ ที่ยังเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมพัฒนา และทำให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการด้วย ได้แก่ เครือข่ายคนพิการประเภทอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 ประเภทข้างต้น) เครือข่ายผู้ป่วยโรคหายาก (โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (SMA) โรคท้าวแสนปม (NF1) เครือข่ายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคไต) เครือข่ายคนไร้บ้าน เครือข่ายชนกลุ่มน้อย ในการสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายองค์กรภาคประชาชน เน้นการสร้างความเข้มแข็งและการดำเนินงานผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม 5 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพและขยายเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้อง มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพ และการขยายองค์กรและเครือข่ายในระดับพื้นที่ โดยการอบรมและพัฒนาแกนนำกลุ่มต่างๆ และที่สำคัญคือ การเสริมสร้างสมรรถนะในการทำหน้าที่ขององค์กรภาคประชาชนในระดับต่างๆ ได้แก่ ผู้แทนในคณะอนุกรรมการระดับเขต (คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขต (อคม.)) ซึ่งสามารถดำเนินการได้ในทุกพื้นที่เขต โดยมีจำนวนผู้แทนเข้ารับการอบรม จำนวน 221 คน

รูปแบบที่ 2 การเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ โดยเน้นที่กลุ่มเปราะบาง ซึ่งแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน คือ 1) กลุ่มประชาชนที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน มีการประสานองค์กรภาคประชาชน หน่วยงานภาคี กระทรวงมหาดไทย สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย หน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อดำเนินการค้นหาบุคคล และนำเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สถานะ จนได้รับสถานะ (มีบัตรประชาชน) ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการรักษาพยาบาล และ 2) กลุ่มประชาชนที่มีสิทธิแต่ยังเข้าไม่ถึงบริการตามสิทธิ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก สตรี หรืออื่นๆ ที่พักอาศัยในศูนย์และสถานสงเคราะห์ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กลุ่มคนพิการสามารถเข้าถึงบริการผ่านการจัดบริการโดยองค์กรภาคประชาชน เช่น การฝึกทักษะการดำรงชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทางการมองเห็น และเด็กพิการที่มีปัญหาทางสติปัญญาด้วย กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถเข้าถึงบริการในชุมชน

รูปแบบที่ 3 การคุ้มครองสิทธิโดยการสร้างกลไกร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความเชื่อมั่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกลไกรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ซึ่งเป็นเครือข่ายคุ้มครองสิทธิ ได้แก่ 1) ศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ที่ดำเนินงานตาม มาตรา 50(5) แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ปัจจุบันมีจำนวน 161 แห่งทั่วประเทศ และมีเครือข่ายการทำงานคุ้มครองสิทธิระดับอำเภอครอบคลุม 610 อำเภอ ใน 77 จังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สามารถให้บริการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ และให้คำปรึกษาที่มีการบันทึกในระบบรวมทั้งสิ้น 6,052 เรื่อง 2) กลไกคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข กำหนดให้มีการขับเคลื่อนกลไกการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด ซึ่งเป็นกลไกการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการจัดการหรือแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนระดับจังหวัดอย่างมีส่วนร่วมและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เกิดกลไกคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัดนำร่อง 2 จังหวัด คือ จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดตราด

รูปแบบที่ 4 การร่วมจัดบริการโดยองค์กรภาคประชาชน เป็นบริการที่มาช่วยเสริม เติมเต็มกับระบบบริการเดิม โดยมีหลักการในการสนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติมตามมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยผ่านความเห็นชอบจากภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสถานบริการที่ดำเนินการโดยองค์กรภาคประชาชนรวม 186 แห่ง แบ่งเป็น 1) บริการเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 89 แห่ง 2) บริการสถานชีวาภิบาล ที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายรวม 54 แห่ง 3) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 42 แห่ง และอยู่ระหว่างการเตรียมความพร้อม เพื่อพัฒนามาตรฐานบริการมิตรภาพบำบัดใน 4 กลุ่มโรค (โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคมะเร็งกล่องเสียง) และจัดทำมาตรฐานการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อเตรียมขึ้นทะเบียนในระยะต่อไป

รูปแบบที่ 5 การร่วมบริหารจัดการของผู้แทนองค์กร/เครือข่ายภาคประชาชน เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสและพัฒนาให้ผู้แทนองค์กรภาคประชาชนหรือภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาทในฐานะ "หุ้นส่วน" หรือ "ผู้ร่วมตัดสินใจ" ในการบริหารและกำหนดทิศทางของระบบ ไม่ว่าจะเป็นระดับนโยบายหรือระดับปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน เช่น 1) การร่วมเป็นคณะกรรมการและอนุกรรมการในทุกระดับ โดยการสร้างความเข้มแข็งโดยให้ผู้แทนภาคประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รวมถึงคณะอนุกรรมการและคณะทำงานชุดต่างๆ 2) การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในกลไกบริหาร เช่น ผู้แทนเครือข่ายมีหน้าที่รับผิดชอบในคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงานตามภารกิจเฉพาะด้าน เช่น การพัฒนาสิทธิประโยชน์ หรือการกำกับติดตามคุณภาพบริการ 3) การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและพัฒนาระบบ เช่น เครือข่ายภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลปัญหาจากพื้นที่เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือข้อเสนอเชิงนโยบายต่อ สปสช. เพื่อให้เกิดการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง อาทิ ข้อเสนอแนะจากเครือข่ายเด็กและเยาวชนที่ครอบคลุมด้านมาตรฐานบริการและการรับรู้สิทธิ ข้อเสนอจากเครือข่ายคนพิการเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ 1 ชุด ข้อเสนอเชิงนโยบายจากเครือข่ายแรงงานนอกระบบเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์เฉพาะกลุ่ม (เช่น หน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่และสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพ)

2) องค์กรภาคียุทธศาสตร์ ที่ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรเอกชน โดยมุ่งเน้นให้เกิดการหนุนเสริมเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนในการดำเนินงานรูปแบบต่างๆ รวมถึงการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันด้านนโยบาย ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นด้านสุขภาพ สุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ ปีงบประมาณ 2568 องค์กรภาคียุทธศาสตร์ที่มีการร่วมกันขับเคลื่อนงานได้แก่

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีการจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกัน และยังเป็นภาคีหลักในการดำเนินงานเรื่องการค้นหากลุ่มเปราะบาง และการเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในศูนย์และสถานสงเคราะห์ทั่วประเทศ โดยมีศูนย์และสถานสงเคราะห์ จำนวน 12 แห่ง ร่วมดำเนินการโดยเฉพาะการตรวจสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ให้กับประชาชนที่พักอาศัยในศูนย์ฯ ของกระทรวงฯ นอกจากนี้มีการประสานกรมกิจการผู้สูงอายุ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในการยกระดับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และศูนย์บริการทั่วไปคนพิการ ให้เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน เพื่อรับงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาฯ และการฟื้นฟูสมรรถนะคนพิการในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงฯ การเคหะแห่งชาติ โดยร่วมมือทั้งกับ สปสช. สมาคมอสังหาริมทรัพย์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในชุมชนเมือง และในพื้นที่พักอาศัยให้มีความรู้ ความเข้าใจ เข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ร่วมกันขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหากลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน โดยทำงานร่วมกับอีก 6 หน่วยงาน (ตามบันทึกความร่วมมือ 9 องค์กร) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การแพลนอินเตอร์เนชั่นแนล ประเทศไทย และมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย โดยร่วมกันเสริมสร้างความเข้มแข็งองค์กรภาคประชาชนในพื้นที่เพื่อค้นหากลุ่มคน และนำเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สถานะ ณ ปัจจุบัน มีหน่วยบริการ จำนวน 30 แห่งทั่วประเทศ ใน 22 จังหวัด 11 เขต เป็นหน่วยเก็บสิ่งส่งตรวจสารพันธุกรรม (DNA) เพื่อพิสูจน์สถานะคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนของสถาบันนิติวิทยาศาสตร์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานในประเด็นปัญหาในพื้นที่ ในเรื่อง การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันในประเด็นการปลูกฝังวินัยจราจรความปลอดภัยทางถนนให้กับเด็กเล็ก และการแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยเน้นที่การทำห้องเรียนปลอดฝุ่น โดยใช้กลไกการดำเนินงานของ สปสช. คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งได้มีการทำความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

4.2 ปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของภาคส่วนต่าง ๆ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (10) ให้คณะกรรมการฯ กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข และมาตรา 18 (13) ให้มีการจัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นประจำทุกปี มาตรา 46 หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการมีสิทธิได้รับต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13)

การรับฟังความคิดเห็นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการแสวงหาหรือรวบรวม ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ จากผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ประกอบการตัดสินใจพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน และติดตามรายงานผลการตอบสนองต่อข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เพื่อประชาสัมพันธ์และสื่อสารสาธารณะ สร้างการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน

แผนการปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของภาคส่วนต่างๆ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพื่อให้การรับฟังความคิดเห็นในระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมผู้มีส่วนได้เสียและได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็วเป็นระบบ โดย สปสช.เขต จัดการประชุมรับฟังความคิดเห็นในพื้นที่ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ติดตามงานในพื้นที่รับฟังความเห็น ข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้เสีย นอกจากนั้น ยังเพิ่มวิธีการและช่องทางการรับฟังความคิดเห็นในรูปแบบที่หลากหลาย ให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกรวดเร็ว โดยจัด Facebook live "รายการรู้จริงสิทธิบัตรทอง" ร่วมกับ Contact center 1330 เป็นประจำทุกเดือน จัด Facebook live รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ให้บริการผ่าน "รายการตอบทุกข้อสงสัยเรื่องเบิกจ่าย" เป็นประจำทุกสัปดาห์ รับฟังเสียงสะท้อนและข้อเสนอแนะจากสื่อมวลชนและสื่อ Social Media ใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพิ่มกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ปรับวิธีการรับฟังเชิงรุก

ในประเด็นเฉพาะ/กลุ่มเป้าหมายเฉพาะทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลาง มีการประเมินความพึงพอใจต่อการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปของ สปสช. ประชาสัมพันธ์สื่อสารสาธารณะ "คุณค่าของการรับฟังความคิดเห็น...ร่วมเป็นเจ้าของระบบ"และมีการสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานต่อข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การรับฟังความคิดเห็นในช่องทางและรูปแบบต่างๆ มีความเข้มข้นและครอบคลุมมากขึ้น โดยข้อเสนอที่ได้จากการรับฟังได้ผ่านกระบวนการกลั่นกรองและจัดการข้อมูลข้อเสนออย่างเป็นระบบ (แผนภาพที่ 3-8)

แผนภาพที่ 3-8

แนวทางการตอบสนอง และการจัดการข้อมูลความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ จากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

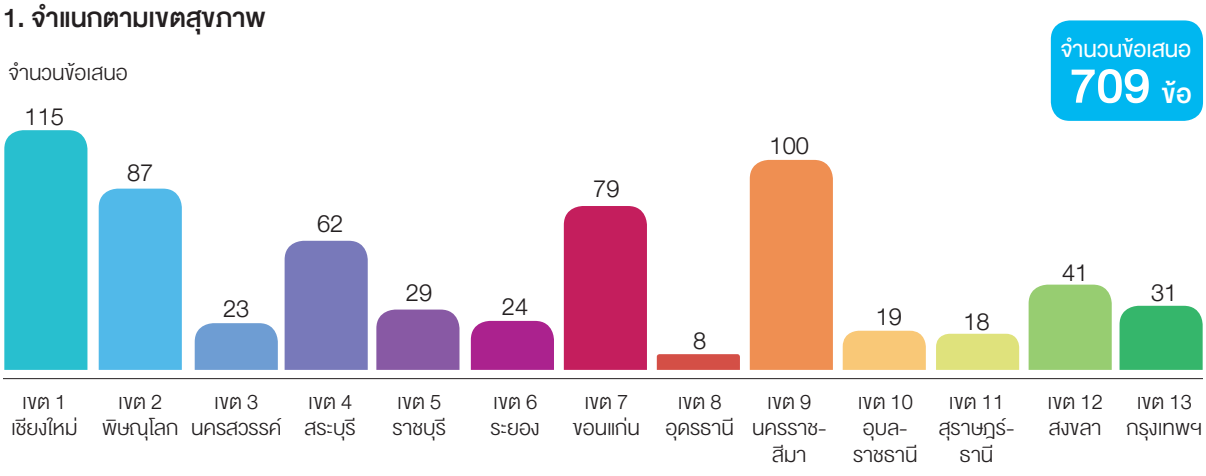


สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดย สปสช.ได้รับข้อเสนอรวมทั้งสิ้น 709 ข้อ และมี 86 เรื่องผ่านการกลั่นกรองเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและติดตามผลเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ โดยประเด็นที่อยู่ในลักษณะร้องเรียนหรือร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการผ่านกลไกคุ้มครองสิทธิทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ขณะที่ประเด็นเกี่ยวกับปัญหาการใช้สิทธิได้มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจทั้งในวงกว้างและในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ พร้อมทั้งนำข้อเสนอไปใช้ปรับปรุงระบบงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่สะท้อนจากภาคปฏิบัติ สำหรับข้อเสนอด้านสิทธิประโยชน์ ได้มีการนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะทำงานกลั่นกรองก่อนเข้าสู่กระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP) ต่อไป (แผนภาพที่ 3-9)

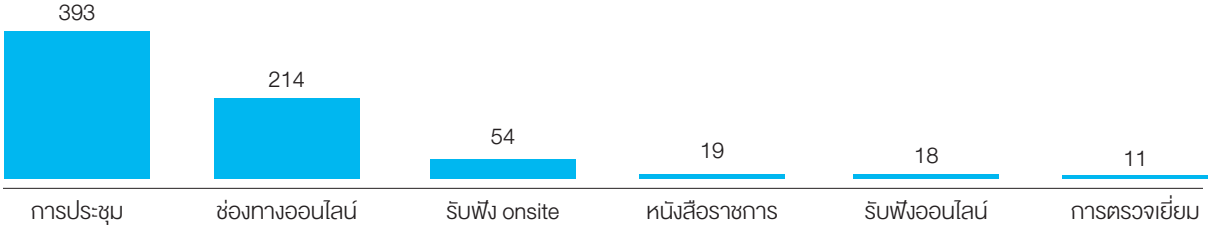
แผนภาพที่ 3-9

สรุปจำนวนข้อคิดเห็นจากการรับฟังความคิดเห็นฯ ระดับ สปสช.เขต และระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

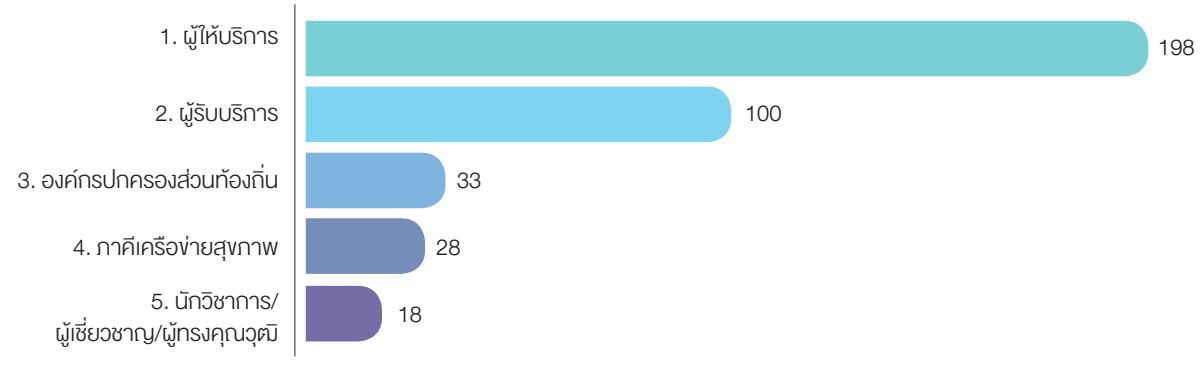
1. จำแนกตามเขตสุขภาพ



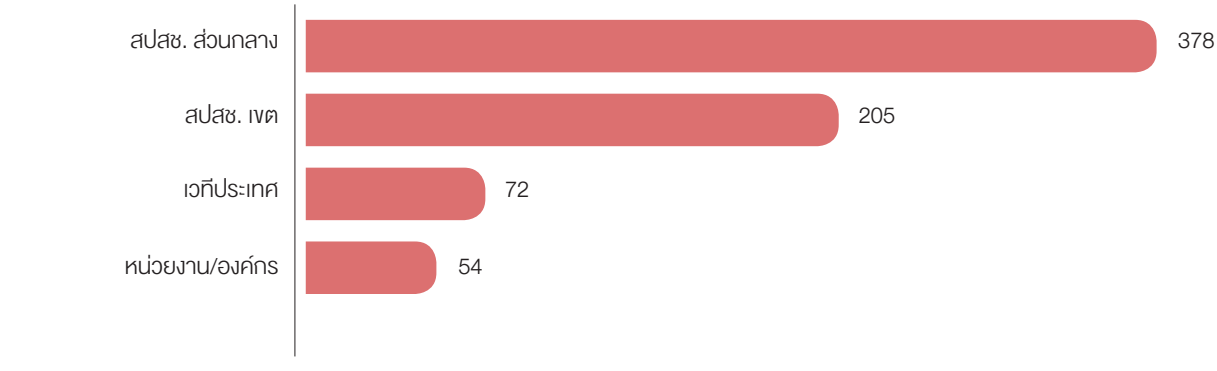
2. จำแนกตามช่องทางการรับฟังความคิดเห็น



3. จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย



4. จำแนกตามช่องทางการส่งต่อข้อคิดเห็น



ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ได้ดำเนินการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการต่อร่างประกาศการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นประกาศที่ต้องดำเนินการรับฟังความคิดเห็นตามหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 46 โดยมีร่างประกาศสำหรับรับฟังความคิดเห็นรวม 33 รายการ (ตารางที่ 3-7) ภายหลังการรับฟังความคิดเห็น สปสช. ได้สรุปผลรับฟังความคิดเห็นและจัดทำรายละเอียดตามขั้นตอนในแนวทางปฏิบัติ (SOP) พร้อมจัดประชุมหารือร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อพิจารณาผลรับฟังความคิดเห็น โดยมีแนวทางดำเนินการดังนี้

- กรณีที่ประชุมมีความเห็นว่า **ไม่จำเป็นต้องปรับปรุงร่างประกาศ** จะเสนอเลขาธิการ สปสช. พิจารณาลงนามประกาศตามขั้นตอนต่อไป
- กรณีที่ประชุมมีความเห็นว่า **มีประเด็นสำคัญที่ต้องปรับปรุงร่างประกาศ** จะจัดประชุมหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนประเด็นต่างๆ ตามข้อเสนอจากผลรับฟังความคิดเห็น ก่อนเสนอพิจารณาตามขั้นตอนต่อไป

ตารางที่ 3-7

รายชื่อประกาศการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับรับฟังความคิดเห็น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

หมวดที่ 1 บริการทางการแพทย์ในบัญชีนวัตกรรมทางการแพทย์ บริการทางการแพทย์ยุคใหม่

ลำดับ	ชื่อประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายฯ
1	บริการอ่านภาพรังสีทรวงอกด้วย AI พ.ศ. 2568
2	บริการใช้แร่เฉพาะที่รักษาเนื้องอกในตา พ.ศ. 2568
3	บริการรักษาด้วยรังสีโปรตอน พ.ศ. 2568
4	บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด พ.ศ. 2568

หมวดที่ 2 การจ่ายตามรายการบริการ บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บริการผู้ป่วยนอก บริการนวัตกรรม บริการเฉพาะโรค

ลำดับ	ชื่อประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายฯ
5	บริการผู้ป่วยนอกใน กทม. (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568
6	ปรับอัตราเหมาจ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป พ.ศ. 2568
7	บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. 2568
8	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ พ.ศ. 2568
9	บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2568
10	บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2568
11	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. 2568
12	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568
13	บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2568
14	บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบและหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ บริการนอกเวลาราชการ พ.ศ. 2568
15	กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2568
16	การจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568
17	กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2568
18	บริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2568

(ต่อ) ตารางที่ 3–7

รายชื่อประกาศการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับรับฟังความคิดเห็น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ลำดับ	ชื่อประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายฯ
19	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568
20	บริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568
21	บริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2568
22	บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ พ.ศ. 2568
23	การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม พ.ศ. 2568
24	การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568
25	บริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. 2568
26	บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling) พ.ศ. 2568
27	บริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 3) – Laten TB พ.ศ. 2568
28	บริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568
29	บริการผู้ป่วยนอกใน กทม. (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568

หมวดที่ 3 บริการปฐมภูมิ บริการสร้างเสริมสุขภาพ บริการระดับพื้นที่

ลำดับ	ชื่อประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายฯ
30	บริการปฐมภูมิด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน NCDs พ.ศ. 2568
31	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขั้นพื้นฐาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568
32	เงื่อนไขบริการดูแลตามอาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568
33	สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2568

สปสช.ได้นำประเด็นข้อเสนอที่มีความสำคัญเชิงนโยบายเข้าสู่กระบวนการพัฒนาในสองด้านหลัก ได้แก่ การสนับสนุนบทบาทภาคประชาชนในระบบบริการ และการผลักดันข้อเสนอด้านสิทธิประโยชน์เข้าสู่กระบวนการพิจารณาตามขั้นตอนของการพัฒนาสิทธิประโยชน์ โดยมีความก้าวหน้า ดังนี้

1) ด้านการสนับสนุนบทบาทเครือข่ายผู้ป่วยและพัฒนาหน่วยบริการโดยภาคประชาชน

สปสช.สนับสนุนการขยายบทบาทขององค์กรคนพิการโดยผลักดันให้สามารถขึ้นทะเบียน เป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่น ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ มีการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตโดยภาคประชาชนผ่านการประชุมระหว่าง สปสช. กรมสุขภาพจิต นักวิชาการ และองค์กรคนพิการทางจิต เพื่อยกระดับบริการดูแลและฟื้นฟูสุขภาวะทางจิตให้ได้มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ รวมถึงข้อเสนอที่ดำเนินการสำเร็จในด้านเครือข่ายภาคประชาชน เช่น การสนับสนุนศูนย์คุ้มครองสิทธิ การจัดทำสื่อสำหรับกลุ่มคนพิการ และการเพิ่มบทบาทภาคีในคณะทำงานต่างๆ ผลที่เกิดขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพทำให้ขยายบทบาทและความพร้อมของภาคประชาชนในการเป็นผู้ให้บริการ ลดช่องว่างการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง แก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพเชิงโครงสร้างอย่างเป็นรูปธรรม

2) ด้านการนำข้อเสนอเข้าสู่การพัฒนาสิทธิประโยชน์และประเภทขอบเขตบริการสาธารณสุข

ในปี 2568 ข้อเสนอในหมวด "ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข" ที่ผ่านการกลั่นกรองนำไปสู่กระบวนการพัฒนาในขั้นตอนต่างๆ โดยเรื่องที่อยู่ระหว่างการศึกษาประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ หรือนำเสนอผลการศึกษาต่อคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข เช่น การตรวจหาความแตกต่างของยีนย่อยสลายยา Isoniazid (INH) ในผู้ป่วยวัณโรค (NAT2 diplotype) ด้วยเทคนิค Real-time PCR การตรวจคัดกรองมะเร็งปอดด้วยวิธี CT low dose การขยายสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA และสิทธิประโยชน์การคัดกรองภาวะเสื่อมของไตให้กับประชาชนที่ยังไม่ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงการเพิ่มสิทธิอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ตาเทียมแบบเฉพาะบุคคล เห็นได้ว่าข้อเสนอจากประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียได้ถูกนำเข้าสู่กลไกกำหนดสิทธิประโยชน์ของประเทศ สร้างความโปร่งใส และยกระดับความน่าเชื่อถือของกระบวนการรับฟังความคิดเห็น

การดำเนินงานด้านการรับฟังความคิดเห็นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทำให้ สปสช.สามารถสร้างระบบมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ครอบคลุม และตรวจสอบได้ นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ตอบโจทย์ประชาชนอย่างแท้จริง และผลักดันสู่กระบวนการตัดสินใจที่เป็นระบบ ทั้งในมิติการเสริมบทบาทภาคประชาชนและการพัฒนาสิทธิประโยชน์ภายใต้ UCBP กระบวนการดังกล่าวได้ยกระดับมาตรฐานบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ และเพิ่มความเชื่อมั่นของทุกภาคส่วนต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วางรากฐานสำคัญสู่การขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และยั่งยืนในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นจากทุกๆ ช่องทาง สปสช. ยังต้องปรับปรุง พัฒนาเพื่อสร้างการรับรู้ความเข้าใจและร่วมเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน โดยปรับปรุงกลยุทธ์สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ ขอบเขตบริการและขั้นตอนการใช้สิทธิ ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย สร้างความเข้าใจในขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของ สปสช.

4.3 หลักประกันสุขภาพประเทศไทยสู่ความร่วมมือขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับโลก

ภายใต้แผนปฏิบัติราชการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลยุทธ์ที่ 4.2 สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับโลก (UHC in Global Health) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการประสานความร่วมมือกับองค์กรภาคีทั้งในประเทศและต่างประเทศ ขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับโลก ผ่านกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้

1) โครงการความร่วมมือทางวิชาการไทย-ญี่ปุ่น ด้านสุขภาพโลกและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 3 (Partnership Project for Global Health and Universal Health Coverage or GLO+UHC Phase 3)

เริ่มดำเนินโครงการเดือนเมษายน 2568 ภายใต้ความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น โครงการดังกล่าวมุ่งเน้นความร่วมมือทางวิชาการไทย-ญี่ปุ่น เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 3 ระดับ ทั้งในเวทีโลก ระหว่างประเทศโดยเฉพาะในภูมิภาค และการพัฒนาศักยภาพภายในประเทศ โดยมีผลผลิตสำคัญ ได้แก่

(1) การผลักดันประเด็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ รวมถึงการขับเคลื่อนวาระดังกล่าวสู่การประชุมสมัชชาสหประชาชาติระดับสูง (UNGA High-Level Meeting) ในปี พ.ศ. 2570

(2) การสนับสนุนและยกระดับการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศ เป้าหมายให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. 2570 และ

(3) การเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศไทยในการรับมือกับความท้าทายด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2) การเสริมสร้างระบบบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพดิจิทัลใน สปป.ลาว ผ่านความร่วมมือระดับภูมิภาค

การสนับสนุนระบบ IT E-Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้กรอบความร่วมมือ GLO+UHC มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างขีดความสามารถเชิงนโยบายและเชิงระบบ ของกรมประกันสุขภาพแห่งชาติ สปป.ลาว ส่งผลให้การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพมีความโปร่งใส เป็นระบบ และรองรับการขยายผลในระยะยาว และได้มีความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

(1) กิจกรรมติดตามระบบ IT E-Claim เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ในนครหลวงเวียงจันทน์และพื้นที่นำร่องอื่นๆ ซึ่งช่วยให้เห็นภาพการดำเนินงานจริงในระดับหน่วยบริการ ผลจากการติดตามดังกล่าวทำให้ สปป.ลาว ตระหนักถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างโครงสร้างพื้นฐานและกลไกสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ ระบบ Cloud System/Data Center และการจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลสายด่วน (Call Center) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และความสามารถในการตอบสนองของระบบหลักประกันสุขภาพ

(2) กิจกรรมศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์พัฒนาระบบ E-Claim และศูนย์สายด่วน 1509 ของ สปป.ลาว เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เชิงปฏิบัติการด้านระบบ IT E-Claim และ NHSO 1330 Contact Center สู่ความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ โดย องค์ความรู้ที่ได้รับจะนำไปใช้ในการปรับปรุงและขยายการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพของ สปป.ลาว ในระยะต่อไป

ความร่วมมือดังกล่าวสะท้อนถึงบทบาทของ สปสช. ในการเป็นศูนย์กลางองค์ความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับภูมิภาค ตลอดจนความร่วมมืออันเข้มแข็งระหว่าง สปสช. กรมประกันสุขภาพแห่งชาติ สปป.ลาว และพันธมิตรนานาชาติ ได้แก่ JICA และ KOFIH ที่ร่วมกันใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพอย่างยั่งยืน และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของประชาชนในภูมิภาคอาเซียน

3) จัดอบรมระดับภูมิภาค "2025 UHC Journey Workshop: S-A-F-E UHC Financing for Better Health"

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) IHPP Foundation, WHO Country Cooperation Strategy (WHO-CCS: EnLIGHT), PMAC Strategic Institute และโครงการ GLO+UHC Phase 3 จัดการอบรม "2025 UHC Journey Workshop: S-A-F-E UHC Financing for Better Health" ระหว่างวันที่ 24-28 พฤศจิกายน 2568 การอบรมดังกล่าวมีผู้แทนจำนวน 23 คน จาก 8 ประเทศเข้าร่วม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านนโยบายและการคลังสุขภาพ และเสริมสร้างความเข้าใจต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน โดยกิจกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานภาวะผู้นำด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (Enhancing Leadership

in Global Health – Thailand: EnLIGHT) ระยะที่ 5 (พ.ศ. 2565-2569) ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategy: CCS)

ในการอบรมครั้งนี้ สปสช. ได้รับเกียรตินำเสนอการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวทีระดับโลกและเวทีระดับภูมิภาค ดังนี้

(1) สปสช. ร่วมขับเคลื่อนมติ (Resolution) และท่าทีของไทยในหัวข้อ Universal Health Coverage ในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 156 (156th Session of the WHO Executive Board: EB156) ชู UHC เป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองโรคหายากและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจของการบรรลุ SDG 3.8 โดยต้องขยายบริการปฐมภูมิและเพิ่มงบประมาณภาครัฐ การดำเนิน UHC อย่างยั่งยืนจำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญด้วยหลักฐานผ่าน Health Technology Assessment

(2) สปสช. ร่วมขับเคลื่อนประเด็น UHC ผ่านการประชุมคู่ขนานในการเข้าร่วมประชุม สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 78 (78th World Health Assembly)

- WHA Side Event on Empowering Primary Health Care with Digital Intelligence for Universal Health Coverage (Geneva – May 2025)
- WHA Side Event on Towards Universal Health Coverage: The Centrality of Public Financing of Health at Times of Crisis — The Perils of Financialization

(3) สปสช. ในฐานะตัวแทนประเทศไทย ร่วมนำเสนอและร่วมเวทีแลกเปลี่ยนในหัวข้อ "A Shared Future of Health for All" ในงานประชุม Boao Forum for Asia (BFA) Annual Conference 2025

(4) สปสช. ร่วมนำเสนอหัวข้อ Improving financial protection in health: options and strategies และ Panel on Leaving no one behind: Ending inequities and Ending AIDS for a sustainable future in Asia ในการประชุม World Health Summit 2025, New Delhi (India – April 2025)

4) สปสช. ร่วมกับองค์กรภาคีทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ จัดการประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย พ.ศ. 2568 ระหว่างวันที่ 11-13 ธันวาคม 2568 ในหัวข้อ SAFE Financing: การเงินการคลังเพื่อระบบสุขภาพไทยในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นวาระสำคัญในการกำหนดทิศทางด้านการเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความมั่นคง และเป็นพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนร่วมกันหาแนวทางทำให้ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของไทยมั่นคง เพียงพอ เป็นธรรม และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

5) การจัดพิธีเฉลิมฉลอง "วันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากล ปี 2568" (International Universal Health Coverage Day)

เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2568 สปสช. ร่วมกับ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดกิจกรรมเฉลิมฉลองวันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากล ปี 2568 ในหัวข้อ "มิติโลก มุมมองไทย: ทำอย่างไรให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายั่งยืน" โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 170 คน จากภาคส่วนต่างๆ ทั้งคณะทูตานุทูต ผู้แทนจากหน่วยงานระหว่างประเทศ หน่วยงานด้านสาธารณสุข ผู้แทนเยาวชน และภาคประชาสังคม

6) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสุขภาพโลกของประเทศไทยและนานาชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ ใน 3 มิติ ดังนี้

(1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประเทศเพื่อขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช. ทำหน้าที่เป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ผ่านการจัดศึกษาดูงาน การประชุมวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการฝึกอบรม เพื่อสนับสนุนเป้าหมายการเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้าน UHC ของประเทศ ในปีงบประมาณ 2568 สปสช. ได้ต้อนรับผู้แทนจากต่างประเทศมากกว่า 1,400 คน จาก 56 ประเทศ โดยมีความสนใจเพิ่มขึ้นในประเด็นเชิงลึก เช่น ระบบสุขภาพไทย (Thailand's Health Systems) ระบบการเบิกจ่าย (Payment Mechanisms) และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Development of primary health care in UHC)

(2) จัดโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สปสช. ด้านสุขภาพโลก (Global Health) และการนำเสนอบนเวทีนานาชาติ ในโครงการ "UHC Storytellers" ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่เนื้อหาเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย แนวคิดการขับเคลื่อน รวมไปถึงการเดินหน้าด้าน Global Health and UHC ของไทย และงานต่างประเทศของ สปสช. และยังมีการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำเสนองานมืออาชีพ เช่น การนำเสนอและออกแบบสื่อนำเสนอเป็นภาษาอังกฤษให้น่าดึงดูด การพัฒนาบุคลิกภาพผ่านการแต่งตัว และการตอบคำถามในมุมผู้บริหาร โดยมีบุคลากร สปสช. เข้าร่วมการอบรมเป็นระยะเวลารวม 9 วัน ทั้งหมด 17 คน

(3) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สปสช. ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโท การฝึกอบรมระยะสั้น และการเข้าร่วมนำเสนอข้อมูลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเวทีระหว่างประเทศ รวมทั้งสิ้น 18 คน ทั้งระดับผู้บริหาร และระดับปฏิบัติงาน รวมทั้งการศึกษาดูงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่างๆ และการเข้าร่วมเวทีสุขภาพโลกทั้งหมด 6 ประเทศ และสนับสนุนงานสรรหาทุนการศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 4 ทุน

7) การบริหารจัดการองค์ความรู้ด้าน UHC และ Global Health เพื่อการประยุกต์ใช้ในการจัดทำข้อเสนอ และการเผยแพร่ผลงานด้านหลักประกันสุขภาพสู่นานาชาติ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) ได้นำเสนอองค์ความรู้ด้าน UHC และนวัตกรรมสุขภาพไทย ผ่านการจัดนิทรรศการ ในงาน Osaka World Expo 2025 โอซากา ประเทศญี่ปุ่น เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน – 1 กรกฎาคม 2568 โดยเป็นนิทรรศการชั่วคราวที่ร่วมแสดงถึงศักยภาพสาธารณสุขของไทย ซึ่งหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นถือเป็น 1 ใน 100 ศักยภาพสาธารณสุขของไทย ที่นำเสนอสู่ระดับนานาชาติ โดยมีรายงานผู้เข้าชมนิทรรศการมากถึง 2,553 คน จากนานาประเทศ

8) สปสช. ได้รับรางวัล Continuous Improvement Recognition Award จาก สมาคมประกันสังคมอาเซียน (ASSA)

สปสช. ได้รับรางวัลการยอมรับด้านการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement Recognition Award) จาก สมาคมประกันสังคมอาเซียน (ASSA) ระหว่างการประชุมสมาคมประกันสังคมอาเซียน ครั้งที่ 42 ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 4 - 6 พฤศจิกายน 2568 ณ ประเทศบรูไนดารุสซาลาม โดยรางวัลที่ได้ให้กับการพัฒนานโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ อย่างต่อเนื่อง (From 30-baht Treats all Diseases to UCS Anywhere: Advancing Health Systems Responsiveness to People's Needs) โดยนำเสนอความต่อเนื่องในการพัฒนานโยบายในแต่ละลำดับไปจนถึงการขยายพื้นที่การให้บริการที่สอดคล้องกับนโยบาย จากในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลจนไปสู่การดำเนินการทั่วประเทศ รางวัลนี้เป็นการยกย่องความสำคัญของการต่อยอดและการพัฒนานโยบายให้สอดคล้องต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และเน้นย้ำถึงความมุ่งมั่นของประเทศไทยในการส่งเสริมเข้าถึงบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5
กลไกอภิบาลและระบบบริหารจัดการองค์กร

5.1 การดำเนินงานตามแผนงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัล

ภายใต้วิสัยทัศน์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรตามแผนปฏิบัติราชการโดยมีแผนปฏิบัติการด้านพัฒนาดิจิทัล (Digital Plan) ฉบับที่ 2 ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และได้ทบทวนแผนดังกล่าว เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาขับเคลื่อน ปรับเปลี่ยนระบบและประสานความร่วมมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รองรับการเชื่อมโยงข้อมูลกับองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีแผนการสนับสนุนและบำรุงรักษาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และบรรลุภารกิจขององค์กร

1) การถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเชิงนโยบาย (Strategic-to-Policy Integration)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ได้มุ่งเน้นการเปลี่ยนผ่านเชิงสถาปัตยกรรมดิจิทัลจากการวางรากฐานโครงสร้างพื้นฐาน ไปสู่การสร้างระบบนิเวศดิจิทัลอัจฉริยะที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม สปสช. ได้นำกรอบยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน มากลั่นกรองเป็นแนวทางปฏิบัติเชิงลึกผ่าน **"10 นโยบายดิจิทัลเชิงกลยุทธ์"** ที่ครอบคลุมตั้งแต่การวางรากฐานโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลให้แข็งแกร่ง มีความความยืดหยุ่น เสถียรภาพสูง มีประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาลข้อมูล ไปจนถึงการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย นโยบายเหล่านี้ถูกออกแบบมาเพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างเทคโนโลยีและบุคลากร โดยเน้นย้ำถึงหลักการกระจายอำนาจความรู้ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง (Data Democratization) และการสร้างมาตรฐานข้อมูลที่เป็นเอกภาพ (Single Source of Truth) เพื่อให้ สปสช. เป็นองค์กรดิจิทัลที่ขับเคลื่อนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Informed Organization) ที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน โดยมีรายละเอียดการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สู่นโยบายปฏิบัติ (ตารางที่ 3-8 และแผนภาพที่ 3-10)

ตารางที่ 3-8

10 นโยบายดิจิทัลเชิงกลยุทธ์ เชื่อมโยงยุทธศาสตร์สู่นโยบายเชิงปฏิบัติ

ยุทธศาสตร์ดิจิทัล (5 กลยุทธ์)	นโยบายดิจิทัล ปี 2568	คำอธิบายเชิงยุทธศาสตร์
กลยุทธ์ที่ 1: มาตรฐานข้อมูลและการเข้าถึงสิทธิรายบุคคล	1. Personal Health Record (PHR)	การสร้างอำนาจการจัดการข้อมูลสุขภาพ (Data Empowerment) เพื่อรองรับวิถีชีวิตใหม่
กลยุทธ์ที่ 2: ยกระดับการบริหารจัดการระบบชดเชยค่าบริการ	2. NHSO Digital Platform 3. AI for UHC	การพัฒนา Claims Ecosystem ที่มีความแม่นยำและรวดเร็วระดับ Zero-Latency
กลยุทธ์ที่ 3: วัฒนธรรมการกำกับติดตามด้วยข้อมูลอัจฉริยะ	4. Analytic Platform	การสร้าง Single Source of Truth และนิเวศข้อมูลที่โปร่งใสและตรวจสอบได้เรียลไทม์

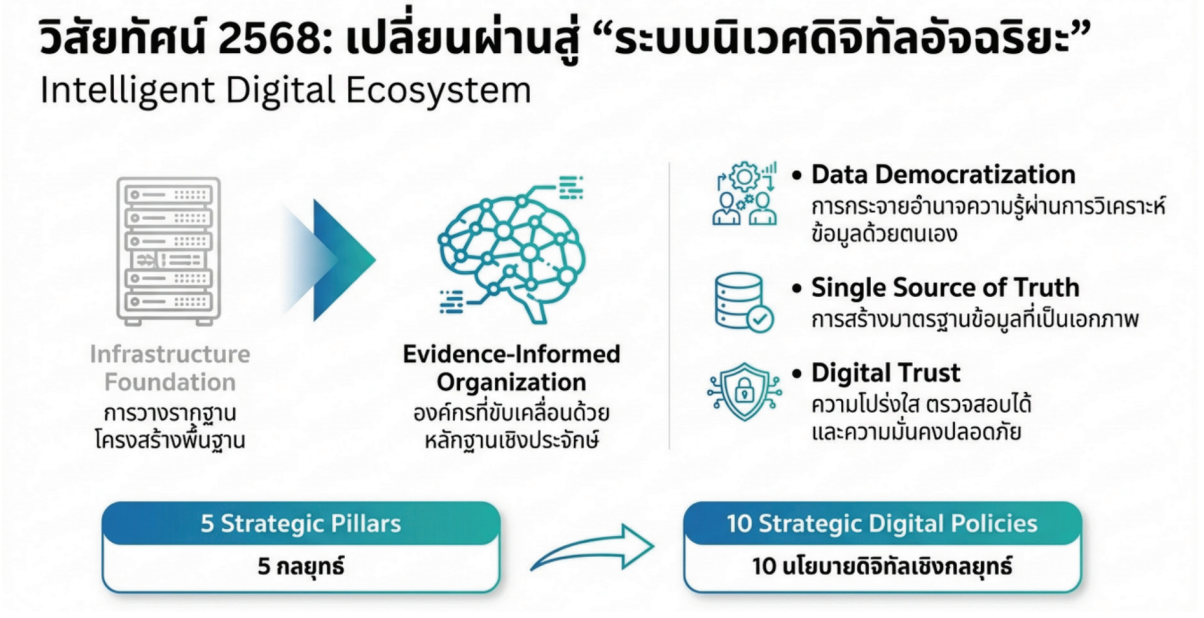
(ต่อ) ตารางที่ 3-8

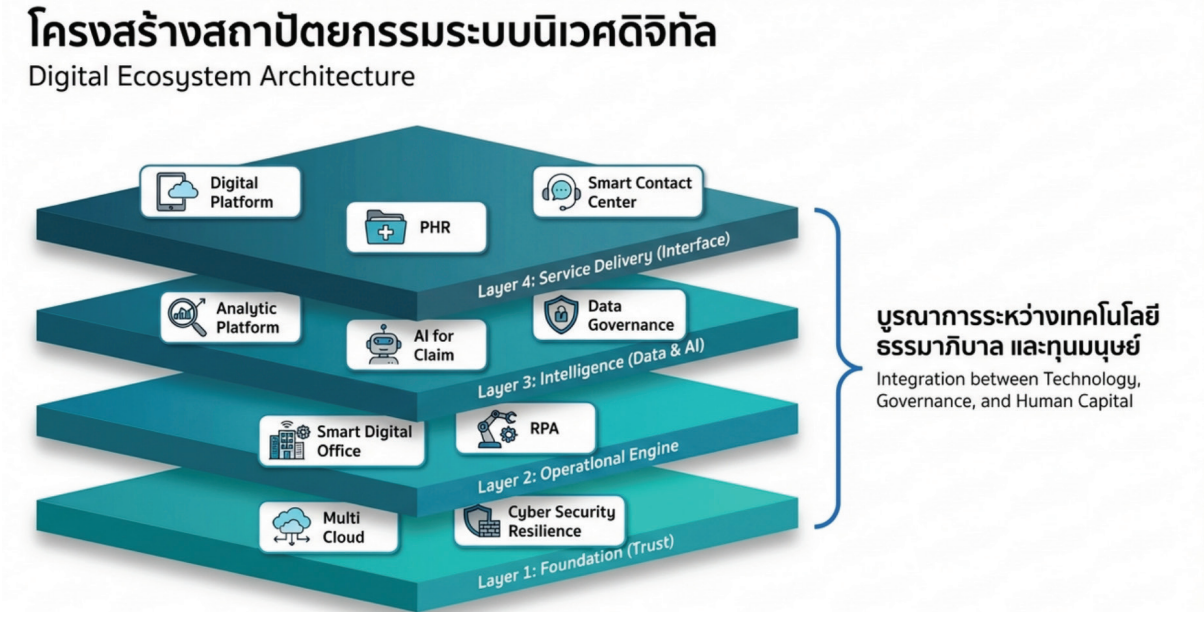
10 นโยบายดิจิทัลเชิงกลยุทธ์ เชื่อมโยงยุทธศาสตร์สู่นโยบายเชิงปฏิบัติ

ยุทธศาสตร์ดิจิทัล (5 กลยุทธ์)	นโยบายดิจิทัล ปี 2568	คำอธิบายเชิงยุทธศาสตร์
กลยุทธ์ที่ 4: สำนักงานอัตโนมัติสู่องค์กรดิจิทัลและนวัตกรรม	5. Smart Contact Center 6. Virtual Office & Smart Process 7. Digital Literacy & Culture	การปฏิรูปกระบวนการทำงานภายใน (Internal Re-engineering) และพัฒนาทุนมนุษย์
กลยุทธ์ที่ 5: ระบบเทคโนโลยีที่ยืดหยุ่น มั่นคง และมีธรรมาภิบาล	8. Multi Cloud 9. Cyber Security Resilience 10. Data Governance	การวางรากฐานโครงสร้างพื้นฐานที่มีความทนทาน (Resilience) และธรรมาภิบาลข้อมูล

แผนภาพที่ 3-10

วิสัยทัศน์ ปี 2568: เปลี่ยนผ่านสู่ ระบบนิเวศดิจิทัลอัจฉริยะ และโครงสร้างสถาปัตยกรรมระบบนิเวศดิจิทัล





2) ผลงานเด่นประจำปี (Strategic Performance Highlights)

2.1) การคืนข้อมูลสุขภาพสู่ประชาชนเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง: กรมธรรม์สุขภาพรายบุคคล (Citizen Empowerment)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประสบความสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ที่ 1 ว่าด้วยการเพิ่มพลังการจัดการข้อมูลสุขภาพ (Data Empowerment) เพื่อรองรับวิถีชีวิตใหม่ ผ่านนวัตกรรม **"กรมธรรม์สุขภาพรายบุคคล"** ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการปฏิรูปสิทธิประโยชน์ดิจิทัล นโยบายนี้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาความไม่สมมาตรของข้อมูลระหว่างรัฐและประชาชน โดยการส่งคืนสิทธิความเป็นเจ้าของข้อมูล (Data Sovereignty) ให้แก่เจ้าของสิทธิอย่างแท้จริง เพื่อให้ประชาชนสามารถเป็นเจ้าของ เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อสร้างความตระหนักและมีส่วนร่วมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care) ในยุคดิจิทัล

ในเชิงประจักษ์ ประชาชนสามารถตรวจสอบชุดข้อมูลกรมธรรม์ของตนเองได้ครอบคลุมสารสนเทศสำคัญ 3 มิติหลัก (แผนภาพที่ 3-11) ได้แก่

- ชุดสิทธิประโยชน์ของตนเองที่พึงได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยรายละเอียดสิทธิประโยชน์ ที่จำแนกตาม เพศ ช่วงวัย และภาวะสุขภาพ
- ประวัติการรับบริการสุขภาพ ข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพ (PP)
- ระบบตรวจสอบโควตาและแจ้งเตือน การบริหารจัดการสิทธิคงเหลือ (Quota Balance) และการแจ้งวันที่มีสิทธิรับบริการครั้งถัดไป

ความสำเร็จในการคืนข้อมูลสุขภาพสู่ประชาชนนี้ สะท้อนผ่านความร่วมมือและการบูรณาการระบบฐานข้อมูลเข้ากับแพลตฟอร์มดิจิทัลระดับชาติที่มีฐานผู้ใช้งานสูงสุดอย่าง "แอปพลิเคชันเป๋าตัง" และ "แอปพลิเคชันทางรัฐ" เพื่อลดการลงทุนและพัฒนาที่ซ้ำซ้อนของประเทศ โดยผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ปรากฏผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณที่แสดงถึงผลกระทบ (Impact) ต่อประชาชนในวงกว้างอย่างชัดเจน ดังนี้

- จำนวนผู้เข้าใช้งานผ่านแอปพลิเคชันเป๋าตัง 2,479,018 คน 10,502,256 ครั้ง
- จำนวนผู้เข้าใช้งานผ่านแอปพลิเคชันทางรัฐ 1,200,973 คน 5,437,944 ครั้ง

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมหาศาลนี้ไม่เพียงแต่เพิ่มความสะดวกสบาย แต่คือการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy) ครั้งสำคัญของประเทศ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิของตนเองและมีอำนาจในการตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างแม่นยำและยั่งยืนบนฐานข้อมูลที่โปร่งใสและตรวจสอบได้โดยตรง

2.2) การปฏิรูปเสถียรภาพและระบบนิเวศดิจิทัลสู่หน่วยบริการ (Provider Operational Excellence)

สำนักงานฯ ตระหนักถึงบทบาทสำคัญของหน่วยบริการในฐานะคู่สัญญาหลักที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมุ่งเน้นการปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลเพื่อลดภาระทางธุรการ (Administrative Burden) และสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีเสถียรภาพสูง การดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่กระทบต่อความเชื่อมั่นของหน่วยบริการโดยตรง โดยเฉพาะข้อจำกัดของระบบเดิมในการรองรับภาระงานมหาศาล และความซับซ้อนของขั้นตอนการส่งข้อมูลธุรกรรม ความสำเร็จในการยกระดับระบบ

แผนภาพที่ 3-11

แสดงขั้นตอนการรับสิทธิผ่านกระเป๋าสุขภาพ

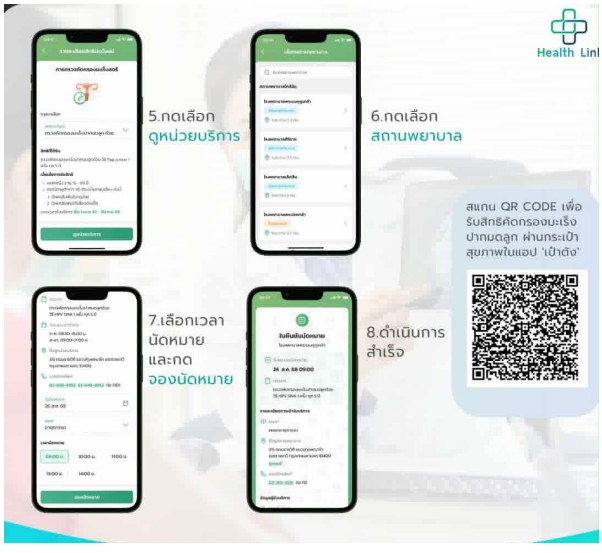
ตรวจฟรี ฉีดฟรี รับฟรี

สิทธิสุขภาพของคุณ...
อยู่ในมือถือแล้ว

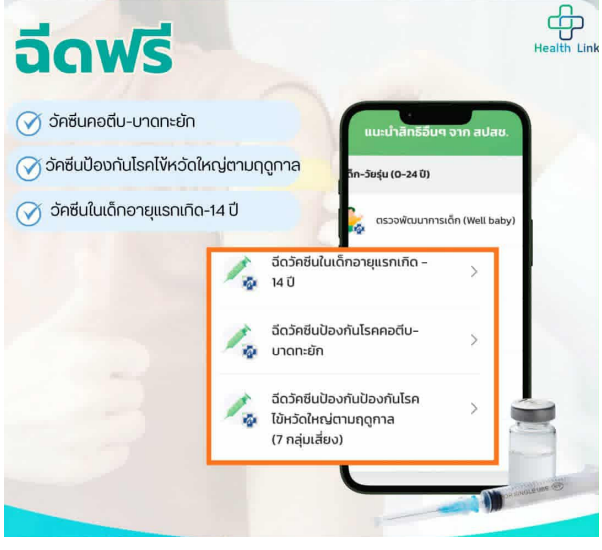
สมัครง่าย

- ดาวน์โหลดแอปเป๋าตัง
- สมัคร "กระเป๋าสุขภาพ"
- ยืนยันตัวตน
  - ผ่านแอป Krungthai NEXT
  - สแกนใบหน้า
  - หรือยืนยันตัวตนที่ตู้ ATM / สาขาธนาคารกรุงไทย









นิเวศดิจิทัลนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความคล่องตัว (Agility) ให้แก่สถานพยาบาลภาคีเครือข่าย แต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การไหลเวียนของกระแสเงินสด (Cash Flow) และการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนเป็นไปอย่างแม่นยำภายใต้มาตรฐานการทำงานที่เป็นสากล โดยมีผลงานเชิงยุทธศาสตร์ที่โดดเด่นดังนี้

2.2.1) การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบคลาวด์เพื่อความยืดหยุ่น ต่อเนื่อง และเสถียรภาพของระบบ e-Claim (Cloud Transformation)

สปสช. ประสบความสำเร็จในการย้ายระบบธุรกรรมการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ (e-Claim) สู่สถาปัตยกรรมคลาวด์ (Multi-Cloud) เพื่อทลายขีดจำกัดด้านประสิทธิภาพของระบบเดิมที่มักประสบความขัดข้องในช่วงเวลาที่มีการใช้งานหนาแน่น (Peak Load) โดยเฉพาะในช่วงเวลา 15.00 น. ซึ่งเคยเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการส่งข้อมูลของหน่วยบริการทั่วประเทศ การเปลี่ยนผ่านสู่เทคโนโลยีคลาวด์ไม่เพียงแต่แก้ปัญหาเรื่องเสถียรภาพ (Availability) แต่ยังช่วยให้ระบบสามารถรองรับปริมาณธุรกรรมมหาศาลได้อย่างลื่นไหล

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ระบบ E-Claim บนสถาปัตยกรรมใหม่สามารถรองรับการรับ-ส่งข้อมูลการประมวลผลธุรกรรมการเบิกจ่ายชดเชย ได้รวมทั้งสิ้น 111,331,261 รายการ ซึ่งจำแนกรายละเอียดเชิงปริมาณตามสิทธิการรักษา (ตารางที่ 3-9)

ตารางที่ 3-9

ธุรกรรมการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ (E-Claim) บนสถาปัตยกรรมคลาวด์ (Multi-Cloud) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

หน่วย: รายการ

สิทธิการรักษา	บริการผู้ป่วยนอก (OP)	บริการผู้ป่วยใน (IP)	รวมทั้งหมด
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)	81,316,733	7,916,648	89,233,381
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (OFC)	14,307,465	297,269	14,604,734
สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (LGO)	5,060,134	120,636	5,180,770
สิทธิอื่นๆ (BKK, SSS, BMT, NHS)	2,130,012	181,364	2,312,376
รวมปีงบประมาณ 2568	**102,815,344**	**8,515,917**	**111,331,261**

ความสำเร็จนี้ถือเป็นการวางรากฐานระบบนิเวศการเบิกจ่ายชดเชยที่มี เสถียรภาพ มีความยืดหยุ่น สามารถขยายประสิทธิภาพ และความพร้อมใช้งานในระดับสูง (High Availability) ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับปริมาณธุรกรรมหนาแน่นได้อย่างต่อเนื่อง ลดข้อจำกัดด้านการขัดข้องของระบบในช่วงเวลาสำคัญ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับสถานพยาบาลภาคีเครือข่ายในการบริหารจัดการข้อมูลเพื่อรับการชดเชยค่าบริการได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

2.2.2) การขับเคลื่อนระบบการเบิกจ่ายชดเชยนำร่องพื้นที่กรุงเทพมหานคร (NHSO Digital Platform)

สปสช. ได้ริเริ่มเปิดตัว NHSO Digital Platform เพื่อทำหน้าที่เป็น "Single Claim System" สำหรับหน่วยบริการ โดยมุ่งเน้นการปฏิรูปสถาปัตยกรรมธุรกรรมเบิกจ่าย (Digital Claims) ภายใต้แนวคิด "เชื่อมโยงข้อมูลรองรับการเบิกจ่ายทุกกองทุน" จากระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (Hospital Information System : HIS) โดยให้มีความคล่องตัวและลดภาระทางธุรการ (Administrative Burden) ของบุคลากรทางการ

แพทย์อย่างยั่งยืน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ประสบความสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ในการดำเนินโครงการนำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อนของโครงสร้างหน่วยบริการสูง โดยสามารถครอบคลุมหน่วยบริการภาคีเครือข่ายได้ทั้งสิ้น 358 แห่ง

จุดสำเร็จที่เป็นดัชนีชี้วัดสำคัญ (Key Milestone) ของโครงการนี้คือ การก้าวข้ามขีดจำกัดด้านความแตกต่างของระบบสารสนเทศ ผ่านการเชื่อมต่อข้อมูลการเบิกจ่ายกับระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (Hospital Information System: HIS) โดยตรงแบบไร้รอยต่อ สปสช. ได้ประสานความร่วมมือเชิงรุกกับ Software Vendor หลากหลายค่ายที่เป็นผู้นำในตลาด อาทิ Hospital OS, HosXP, Abstract , JHCIS , Centrix ฯลฯ เพื่อร่วมกันพัฒนาและทดสอบระบบการเชื่อมต่อข้อมูลผ่าน API Gateway ความสำเร็จในการบูรณาการนี้ช่วยให้หน่วยบริการสามารถดำเนินธุรกรรมสำคัญได้แบบเรียลไทม์ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน (Single Standard) ได้แก่

- **การตรวจสอบสิทธิและยืนยันตัวตน (Authentication)** ที่มีความแม่นยำและรวดเร็ว
- **การส่งข้อมูลธุรกรรมเบิกจ่าย (Claim Submission)** โดยลดขั้นตอนการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน (Double Entry) ในระบบงานย่อย
- **การควบรวมระบบงาน** สำนักงานฯ สามารถบูรณาการระบบงานภายในจนสามารถลดความซับซ้อนของช่องทางการเข้าถึงข้อมูล โดยลดจำนวนระบบงานที่เกี่ยวข้องลงได้ถึง ร้อยละ 78.9 (ลดจาก 133 ระบบ เหลือเพียง 28 ระบบ)

ผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์จากการนำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นว่า การมีระบบนิเวศดิจิทัลที่เป็นเอกภาพช่วยให้หน่วยบริการบริหารจัดการข้อมูลได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้อัตราเรื่องร้องเรียนจากสถานพยาบาลผ่าน Provider Contact Center ลดลงอย่างต่อเนื่อง นวัตกรรมนี้จึงไม่เพียงแต่เป็นการพัฒนาเครื่องมือทางเทคโนโลยี แต่คือการสร้าง "ความเชื่อมั่นเชิงระบบ" (Systemic Trust) ที่ช่วยให้หน่วยบริการสามารถทุ่มเททรัพยากรไปที่การดูแลรักษาประชาชนได้อย่างเต็มกำลัง โดยมีระบบดิจิทัลของ สปสช. เป็นหลังบ้านที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.3) การยกระดับอธิปไตยดิจิทัลและธรรมาภิบาลข้อมูลภายในองค์กร (Internal Organizational Impact)

การขับเคลื่อนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สู่การเป็นองค์กรดิจิทัลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อสมรรถนะภายในองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านจากกระบวนการทำงานแบบดั้งเดิมสู่ระบบนิเวศอัจฉริยะที่เน้นความคล่องตัว (Agility) และความโปร่งใส สปสช. ได้มุ่งเน้นการปฏิรูประบบงานภายในเพื่อยกระดับสู่การเป็น "องค์กรที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล" (Data-Driven Organization) ที่มีความเป็นเลิศในด้านธรรมาภิบาลข้อมูลและอธิปไตยดิจิทัล

การพัฒนานี้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากรของกองทุน ช่วยลดขั้นตอนธุรการที่ซ้ำซ้อน และเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์สถานะสุขภาพในระดับมหภาคเพื่อสนับสนุนการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ที่ตอบโจทย์ประชาชนได้อย่างตรงจุด ความสำเร็จภายใน สปสช. จึงเปรียบเสมือนการวางรากฐานที่เข้มแข็งเพื่อรองรับภารกิจที่ซับซ้อนในอนาคต ภายใต้มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยระดับสากล โดยมีผลงานเชิงยุทธศาสตร์ที่โดดเด่นดังนี้

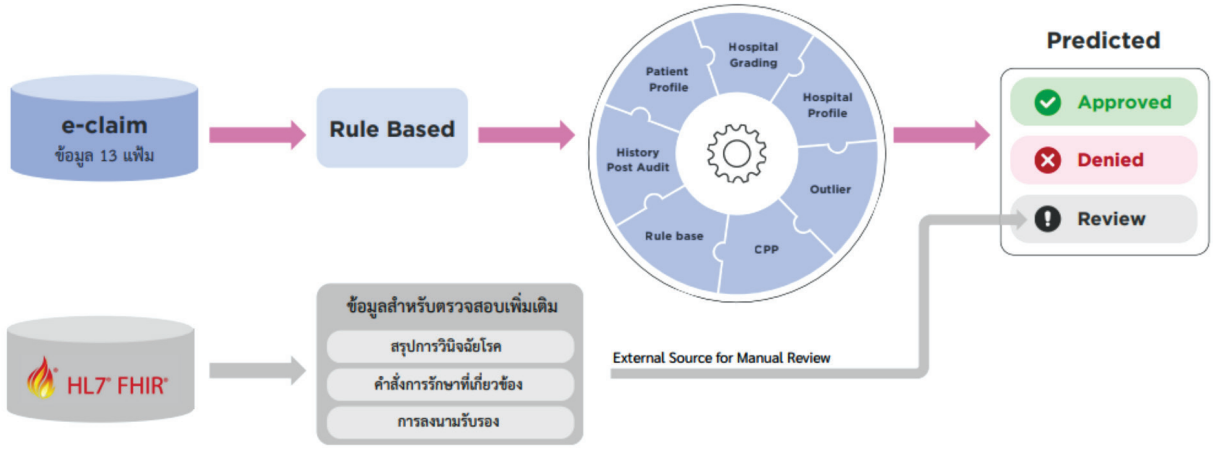
2.3.1) สถาปัตยกรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยอัจฉริยะ (AI Audit Implementation)

สปสช. ได้ยกระดับธรรมาภิบาลการบริหารกองทุนสู่สถาปัตยกรรมดิจิทัลอัจฉริยะผ่านโครงการ AI Pre Audit-IP เพื่อปฏิรูปกระบวนการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยใน (IP Claim) จากเดิมที่เป็นการตรวจสอบเชิงรับสู่การเป็นระบบตรวจสอบล่วงหน้าอัตโนมัติร้อยละ 100 ก่อนการจ่ายชดเชย นโยบายนี้มุ่งเน้นการคัดกรองข้อมูลเชิงลึกเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ (Auditor) และเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ให้มีความแม่นยำสูงสุด ภายใต้มาตรฐานข้อมูลชุดเดียวกัน ระบบถูกออกแบบให้ทำงานด้วยกลไกวิเคราะห์คู่ขนานระหว่าง Rule-based และ Anomaly Detection โดยบูรณาการฐานข้อมูลเบิกจ่าย 13 แฟ้ม (e-Claim) ผสานเข้ากับข้อมูลทางคลินิกตามมาตรฐาน HL7 FHIR อาทิ สรุปการวินิจฉัยโรคและคำสั่งการรักษาจากแพทย์ เพื่อสร้างกระบวนการตรวจสอบที่ครอบคลุมทุกมิติความเสี่ยง (แผนภาพที่ 3-12)

กระบวนการประมวลผลอัจฉริยะนี้อาศัยตัวแปรเชิงลึกมากกว่า 40 รายการในการคำนวณ ครอบคลุมทั้งข้อมูลบริบทหน่วยบริการ (Hospital Profile) ประวัติพฤติกรรมการเบิกจ่าย (History Post Audit) และข้อมูลทางคลินิกเฉพาะบุคคล (Patient Profile) เพื่อทำหน้าที่ทำนายผลลัพธ์ (Predicted) และจำแนกสถานะข้อมูลออกเป็น 3 ระดับ คือ รายการปกติ (Approved) รายการผิดปกติ (Denied) และรายการปกติต้องสงสัย (Review) สถาปัตยกรรมนี้ส่งผลให้ สปสช. สามารถคัดกรองรายการที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเชิงลึกได้อย่างตรงจุด ช่วยรักษาเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนบนพื้นฐานของพยานหลักฐานข้อมูล (Evidence-Informed Policy) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนภาพที่ 3-12

สถาปัตยกรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยอัจฉริยะ (AI Audit Implementation)



ตลอดปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ประสบความสำเร็จในการวางรากฐานทางเทคโนโลยีและบรรลุเป้าหมายตามแผนงานระยะที่ 1 (Phase 1) อย่างสมบูรณ์ ครอบคลุมตั้งแต่การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้งาน การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานบน Cloud ไปจนถึงการพัฒนา Machine Learning Model และ API Web Service เพื่อเชื่อมต่อฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผลสำเร็จนี้ทำให้ระบบ AI พร้อมรองรับการตรวจสอบธุรกรรมผู้ป่วยในที่มีปริมาณสูงถึง 8.5 ล้านรายการต่อปี นวัตกรรมดังกล่าวนับเป็นก้าวสำคัญของการนำปัญญาประดิษฐ์มาสร้างมาตรฐานใหม่ในการตรวจสอบเชิงรุกที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายความแม่นยำของโมเดล และการคุ้มครองงบประมาณสาธารณะอย่างยั่งยืน

2.3.2) ความเป็นเลิศด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security Resilience)

สปสช. ประสบความสำเร็จในการยกระดับ "อธิปไตยและความเชื่อมั่นดิจิทัล" (Digital Trust) ผ่านมาตรฐานสากล ISO/IEC 27001:2022 ซึ่งได้รับการรับรองจาก Bureau Veritas ครอบคลุมโครงสร้างพื้นฐานวิกฤตทั้งศูนย์คอมพิวเตอร์หลัก ศูนย์สำรอง และระบบงานยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ ระบบขึ้นทะเบียนแบบครบวงจร ระบบลูกค้าสัมพันธ์ และเว็บไซต์หลัก ความมุ่งมั่นนี้ส่งผลให้ได้รับรางวัลอันทรงเกียรติ "Prime Minister Awards – Thailand Cybersecurity Excellence Awards 2025" ประเภท Best Performance Awards จาก สำนักงานคณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ (สกมช.) ซึ่งเชิดชูความเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบรักษาความปลอดภัยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในระดับชาติ





ในมิติปฏิบัติการเชิงรุก ศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังภัยคุกคามไซเบอร์ (CSOC) ปฏิบัติงานแบบ 7 วัน X 24 ชั่วโมง สามารถตรวจพบและยับยั้งเหตุการณ์ภัยคุกคามได้ถึง 11,452 ครั้ง โดยมีอัตราการป้องกันสำเร็จร้อยละ 100 รักษาเสถียรภาพระบบให้อยู่ในสภาวะ Zero Downtime ได้อย่างเบ็ดเสร็จ ภายใต้สถาปัตยกรรม Defense in Depth ที่ประกอบด้วยระบบ EDR 2,274 เครื่อง ระบบป้องกันข้อมูลรั่วไหล (DLP) 748 เครื่อง และระบบควบคุมสิทธิ์ (PAM) 300 อุปกรณ์ พร้อมทั้งบูรณาการเทคโนโลยี "เหยื่อล่อ" (Deception Technology) จำนวน 10 เครื่อง เพื่อสร้างกับดักดิจิทัลและวิเคราะห์พฤติกรรมผู้ไม่ประสงค์ดีก่อนเข้าถึงระบบจริง

ด้านความยืดหยุ่นและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ สปสช. ดำเนินการวิเคราะห์ผลกระทบทางธุรกิจ (BIA) และซักซ้อมแผนรับมือภัยคุกคาม (CIR Plan) เพื่อประกันการกู้คืนระบบสำคัญ เช่น สายด่วน 1330 ภายใน 30 นาที ควบคู่กับการทดสอบความตระหนักรู้ผ่านกิจกรรม Cyber Drill (Phishing Simulation) ซึ่งพบว่ามีผู้คลิกลิงก์ทดสอบเพียงร้อยละ 9.5 ข้อมูลดังกล่าวถูกนำไปพัฒนาหลักสูตร Cybersecurity Awareness Training เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เข้มแข็งและปกป้องข้อมูลสุขภาพของประชาชนภายใต้อธิปไตยดิจิทัลที่ยั่งยืน

5.2 รางวัลที่ได้รับจากการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สปสช. ได้ทุ่มเทศักยภาพในการบริหารงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบ ตามนโยบายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนเป็นที่ประจักษ์และได้รับรางวัล คือ

1) สปสช. รับรางวัล "LINE THAILAND AWARDS 2024" ต่อเนื่องปีที่ 2 ประเภท Best Official Account In Public Sector ซึ่งจัดโดย บริษัท LINE Company (Thailand) เมื่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สปสช. เปิดไลน์ OA (พิมพ์ไลน์ไอดี @nhso) ขึ้น เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารและติดต่อกับประชาชน เพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการของ สปสช. และสิทธิประโยชน์สุขภาพในระบบบัตรทอง นอกจากนี้ ไลน์ OA สปสช. สามารถให้บริการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล บริการเปลี่ยนหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลประจำตัวด้วยตนเอง บริการขอรหัสยืนยันตัวตนเพื่อใช้สิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ บริการเช็คสิทธิในการตรวจสุขภาพ บริการ Doctor at Home หมอประจำบ้านอัจฉริยะ ซึ่งเป็นการตรวจอาการเบื้องต้นด้วยตัวเอง พร้อมข้อมูลโรคและคำแนะนำ บริการ DMIND ตรวจเช็คสุขภาพใจกับ AI เป็นบริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า บริการช่องทางสู่การดาวน์โหลดแอปฯ "Check PD" เพื่อคัดกรองโรคพาร์กินสัน และบริการช่องทาง Health Link สู่การเชื่อมต่อการรักษาทุกที่ทั่วไทย

2) รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4.0 ระดับก้าวหน้า (PMQA 4.0) สปสช. คว้ารางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4.0 (PMQA 4.0) ระดับก้าวหน้า (Advance) ประจำปี พ.ศ. 2568 เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2568 ซึ่งเป็นรางวัลที่คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้มอบให้กับหน่วยงานของรัฐที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการขององค์กร โดย สปสช. มุ่งมั่นให้ความสำคัญต่อการพัฒนาองค์กรสอดคล้องกับทิศทางรัฐบาลที่ได้มีนโยบายขับเคลื่อนประเทศด้วยยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 มีการจัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566 – 2570 กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จด้านการบริหารจัดการที่คำรงไว้ซึ่งธรรมาภิบาลคือ ความสำเร็จของการเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูง ด้วยความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง จึงมีคำริให้นำเครื่องมือประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 พร้อมทั้งมอบนโยบายให้ทุกสายงาน กลุ่มภารกิจ และทุกส่วนงาน ดำเนินงานในระบบคุณภาพ เพื่อให้มีความก้าวหน้าและมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ส่งผลให้ สปสช. มีผลงานโดดเด่นมากมายอาทิ **"7 หน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขร่วมขับเคลื่อน 30 บาทรักษาทุกที่"** เริ่มเมื่อ 8 มกราคม 2567 โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อเพิ่มความสะดวกและรวดเร็วในการใช้สิทธิบัตรทอง เข้ารับบริการที่หน่วยบริการให้กับประชาชน โดย สปสช. ได้ร่วมขับคลื่อนนโยบายนี้

ตามบทบาทและพันธกิจของหน่วยงาน นอกจากการเชื่อมต่อข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ผ่านระบบ Financial Data Hub ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่าย ได้รับข้อมูลครบถ้วน มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ **"สิทธิสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกองทุนบัตรทอง ดูแลคนไทยทุกคน"** "สิทธิบัตรทอง 30 บาท" มีสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดูแลคนไทยทุกคนทุกสิทธิ โดย สปสช. ได้ดำเนินการพัฒนาสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ควบคู่กับสิทธิประโยชน์บริการรักษาพยาบาลและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา **"สปสช. สนับสนุนผลิตภัณฑ์นวัตกรรมไทยและสิ่งประดิษฐ์ไทยดูแลผู้ป่วยบัตรทอง"** เพื่อพัฒนาประเทศไทยให้เป็นประเทศที่มีรายได้สูงสอดคล้องตามยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนประเทศไทยด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. 2564-2569 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาชุมชนและเศรษฐกิจฐานรากให้เข้มแข็งด้วยทุนทรัพยากร อัตลักษณ์ ความคิดสร้างสรรค์ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ ใช้ศักยภาพของพื้นที่โดยการระเบิดจากภายใน เน้น "ความหลากหลายทางชีวภาพ" และ "ความหลากหลายทางวัฒนธรรม" ยกระดับมูลค่าในห่วงโซ่การผลิตสินค้าและบริการให้มีมูลค่าสูงขึ้น

3) เกียรติบัตรแก่หน่วยงานที่มีผลการประเมินความเสี่ยงการทุจริตตามเกณฑ์เชิงคุณภาพ "ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงการทุจริต (Corruption Risk Management System: CRMS) ในระดับดีเยี่ยม (Excellent) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามความเสี่ยงการทุจริตในภาครัฐ ได้แจ้งผลการประเมินความเสี่ยงการทุจริตตามเกณฑ์ประเมินเชิงคุณภาพฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2568

4) สปสช. ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 3 มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) 9001 : 2015 งานจัดซื้อจัดจ้าง/พัสดุ 2) 27001 : 2022 Data center, One Stop Service, Contact center, Website หลัก และ 3) 18295-1 : 2017 การจัดการระบบศูนย์ติดต่อลูกค้า หรือ CCC : Customer Contact Center วันที่ 9 มิถุนายน 2568 ที่ผ่านมา โดยสถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ (MASCI)

3. ผลงานตาม 10 ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Results of 10 Indicators as the National Health Security Office Action Plan Target in the Fiscal Year 2027)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ปี พ.ศ. 2566 – 2570 (ฉบับทบทวนปี 2568) เพื่อให้บรรลุ 3 เป้าหมาย คือ (1) ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมตามความจำเป็น (2) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน (3) การบริหารจัดการที่ดำรงไว้ซึ่งธรรมาภิบาล โดยมี 10 ตัวชี้วัดเป้าหมาย สรุปผลการดำเนินงานพอสังเขป (ตารางที่ 3-10)

ตารางที่ 3-10

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Results of 10 Goal Indicators as the National Health Security Office Action Plan in the Fiscal Year 2025)

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ผลงานปี 2567	ค่าเป้าหมายปี 2570	ผลงานปี 2568
1. **ประชาชน**เข้าถึงบริการอย่างรอบคลุมตามความจำเป็น (Effective Equitable & Responsive Coverage)	1. ประสิทธิผลความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Effective Coverage: EC)[1]	ร้อยละ 80.5	มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 86.1
	2. ร้อยละการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเข้ารับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน (Compliance rate: IP)[2]	ร้อยละ 86.26	มากกว่าร้อยละ 89	ร้อยละ 86.26
	3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ[3] ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการ[3]	ร้อยละ 93.13 ร้อยละ 94.47	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ร้อยละ 98.79 ร้อยละ 94.99



(ต่อ) ตารางที่ 3–10

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Results of 10 Goal Indicators as the National Health Security Office Action Plan in the Fiscal Year 2025)

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ผลงานปี 2567	ค่าเป้าหมายปี 2570	ผลงานปี 2568
2. **กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน (SAFE: Financing System)	4. ร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE) เทียบกับ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP)[4]	ร้อยละ 5.58	ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ 4.59
	5. ร้อยละรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure: GGHE) เทียบกับรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General Government Expenditure: GGE)[4]	ร้อยละ 18.11	ไม่เกินร้อยละ 20	ร้อยละ 17.21
	6. ร้อยละครัวเรือนที่ยากจนที่สุด (Quintile 1) ที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure in Quintile 1)[5]	ร้อยละ 4.17	ไม่เกินร้อยละ 4.30	ร้อยละ 4.59
	7. ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment)[5]	ร้อยละ 0.12 (หรือ 30,000 ครัวเรือน)	ไม่เกินร้อยละ 0.25	ร้อยละ 0.17

(ต่อ) ตารางที่ 3–10

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Results of 10 Goal Indicators as the National Health Security Office Action Plan in the Fiscal Year 2025)

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ผลงานปี 2567	ค่าเป้าหมายปี 2570	ผลงานปี 2568
3. การบริหารจัดการที่ดำรงไว้ซึ่งธรรมาภิบาล (Good Governance)	8. ระดับความสำเร็จของความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
	9. ระดับความสำเร็จของการเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูง[6]	ร้อยละ 81.33 (407 คะแนน จาก 500 คะแนน) ร้อยละ 85.99	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (375 คะแนน จาก 500 คะแนน)	ร้อยละ 84 (420 คะแนน จาก 500 คะแนน) ร้อยละ 92.59
	10. ร้อยละการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)[7] ตามมาตรฐานการประเมินของรัฐ (ปปช.)		ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	

หมายเหตุ: [1] *ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่ ณ กันยายน 2568*

[2] *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 (โดยสำรวจทุก 2 ปี)*

[3] *การสำรวจความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำรวจโดยบริษัท ซูเปอร์โพล จำกัด*

[4] *รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ข้อมูลจาก บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลปี พ.ศ. 2567 และ ปี พ.ศ. 2568 อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลจะรายงานในปี พ.ศ. 2569 และปี พ.ศ. 2570) ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ข้อมูลจาก World Development Indicators (WDI), World Bank ณ 1 กรกฎาคม 2568 และรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (GGE) ข้อมูลจาก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) ณ 1 กรกฎาคม 2568*

[5] *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2567 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. (ข้อมูลปี พ.ศ. 2568 อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลจะรายงาน ในปี พ.ศ. 2569)*

[6] *อ้างอิงคะแนนการประเมินเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0) ของสำนักงาน ก.พ.ร.*

[7] *ประเมินโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.)*

4 รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียน ประจำปีบัญชี 2568

(Key Performance Indicator Assessment Report of NHSO in the Fiscal Year 2025 appraisal of working capital)



กรมบัญชีกลาง มีการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียนเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นกลไกกำกับติดตามการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามพันธกิจหลัก โดยมีระบบบริหารจัดการองค์กรที่ดี มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ที่ปรึกษา บริษัท ทริส คอร์เปอเรชั่น จำกัด เป็นผู้ร่วมดำเนินการกำหนดตัวชี้วัด วิเคราะห์และประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่ได้ทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียน ประจำปีบัญชี 2568

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีตัวชี้วัดทุนหมุนเวียนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีบัญชี 2568 จำนวน 19 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น ตัวชี้วัดด้านที่ 1-3 กำหนดโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 12 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดด้านที่ 4-6 (ภาคบังคับ) กำหนดโดย กรมบัญชีกลาง และบริษัท ทริส คอร์เปอเรชั่น จำกัด จำนวน 7 ตัวชี้วัด ผลการประเมินตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียน 19 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ได้ตามเป้าหมาย (ระดับ 5) 11 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 58 และมีผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย (ระดับ 1-4) 8 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 42 **คะแนนภาพรวมผลการดำเนินงานเท่ากับ 4.7084 จากคะแนนเต็ม 5.0000** โดยมีรายละเอียดผลการประเมิน (ตารางที่ 3-11)

ตารางที่ 3-11

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีบัญชี 2568

(Key Performance Indicator Assessment Report of NHSO in the Fiscal Year 2025 appraisal of working capital)

ตัวชี้วัด (Key Indicator)	คะแนนประเมิน (Score)	เป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน (Goal/Performance)
1. ด้านการเงิน (น้ำหนักร้อยละ 10)	5.0000	
1.1 หน่วยบริการที่ได้รับการโอนเงินกองทุนตรงตามเวลาที่กำหนด	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 100 ผลงาน : ร้อยละ 100 เป็นไปตามเป้าหมาย
1.2 ร้อยละของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีการใช้จ่ายเงินได้ตามเป้าหมาย	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 75 ผลงาน : ร้อยละ 79.6 ดีกว่าเป้าหมาย เนื่องจากมีการเร่งรัดการเบิกจ่ายใน อปท. ที่มีการเบิกจ่ายล่าช้า
2. ด้านการสนองประโยชน์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (น้ำหนักร้อยละ 20)	4.6533	
2.1 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย		
2.1.1 ประชาชน	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 95 ผลงาน : ร้อยละ 98.79 ดีกว่าเป้าหมาย
2.1.2 องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 90 ผลงาน : ร้อยละ 99.16 ดีกว่าเป้าหมายมาก
2.1.3 หน่วยบริการ	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 90 ผลงาน : ร้อยละ 94.99 ดีกว่าเป้าหมาย
2.2 การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐตามมาตรฐานการประเมินของรัฐของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ป.ป.ช.)	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 85 ผลงาน : ร้อยละ 92.59 ดีกว่าเป้าหมายมาก เนื่องจากผู้บริหารและพนักงานให้ความสำคัญในการดำเนินงานตามแผน รวมถึงมีการสื่อสารทำความเข้าใจมากขึ้น
2.3 ครัวเรือนยากจน (Q1) ที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure)	2.6889	เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ 4.33 ผลงาน : ร้อยละ 4.59 ผลงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากค่าร้อยละครัวเรือนที่ยากจนที่สุด ที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ยังสูงกว่าระดับที่คาดหมายไว้
3. ด้านการปฏิบัติการ (น้ำหนักร้อยละ 35)	4.4280	
3.1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 61 ผลงาน : ร้อยละ 64.66 ดีกว่าเป้าหมาย
3.2 ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการรักษาโรคเบื้องต้น (Common Illness : CI) โดยหน่วยนวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 20 ผลงาน : ร้อยละ 196.35 ดีกว่าเป้าหมายมาก เนื่องจากหน่วยนวัตกรรมบริการทำให้การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น
3.3 ประสิทธิผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน	5.0000	เป้าหมาย : ระดับ 5 (16 เครือข่าย) ผลงาน : ระดับ 5 เป็นไปตามเป้าหมาย

(ต่อ) ตารางที่ 3–11

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีบัญชี 2568

(Key Performance Indicator Assessment Report of NHSO in the Fiscal Year 2025 appraisal of working capital)

ตัวชี้วัด (Key Indicator)	คะแนนประเมิน (Score)	เป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน (Goal/Performance)
3.4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการตรวจฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Well Control) ตามมาตรฐานที่กำหนด	4.8000*	เป้าหมาย : ร้อยละ 68 ผลงาน : ร้อยละ 69.88 เป็นไปตามเป้าหมาย * ถูกหัก 0.2 คะแนนเนื่องจากเงื่อนไขของตัวชี้วัด Well Control ผลงานไม่ผ่านเป้าหมาย
3.5 ประสิทธิผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพ (Effective Coverage: EC) บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	2.3400	เป้าหมาย : ร้อยละ 80 ผลงาน : ร้อยละ 77.34 ต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากการตรวจพบสถานะการติดเชื้อผู้ป่วยเชื่อมโยงสู่ระบบการรักษาที่ช้า และการติดตามผู้ที่มีผลบวกไม่ได้ รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลยังเข้าไม่ถึงระบบการรักษาหรือขาดความต่อเนื่องในการรักษา
4. ด้านการบริหารจัดการทุนหมุนเวียน (น้ำหนักร้อยละ 15)	4.8850	
4.1 การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน	4.6550	เป้าหมาย : ระดับ 5 ผลงาน : จากเกณฑ์วัดผล 8 ข้อ ผลงานเป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 3 ข้อ และต่ำกว่าเป้าหมาย จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ *ข้อ 5 (2) การวิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงแบบบูรณาการ* ควรทบทวนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ และพิจารณาน้ำหนักของสาเหตุสำคัญที่มีผลต่อปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหลักและรองให้มีความชัดเจน *ข้อ 6 (1) การกำหนดกิจกรรมควบคุมภายใน* ควรกำหนดกิจกรรมควบคุมให้ครบทั้งกระบวนงานหลักและกระบวนงานย่อย *ข้อ 7 (1) การใช้สารสนเทศเพื่อสนับสนุนการติดตามการดำเนินกิจกรรมตามแผนการบริหารความเสี่ยง* ดำเนินงานตามแผนการบริหารความเสี่ยงและควบคุมได้ จำนวน 11 รายการ จาก 12 รายการ
4.2 การตรวจสอบภายใน	5.0000	เป้าหมาย : ระดับ 5 ผลงาน : ระดับ 5 เป็นไปตามเป้าหมาย
4.3 การบริหารจัดการสารสนเทศและดิจิทัล	5.0000	เป้าหมาย : ระดับ 5 ผลงาน : ระดับ 5 เป็นไปตามเป้าหมาย

(ต่อ) ตารางที่ 3-11

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุนหมุนเวียน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีบัญชี 2568

(Key Performance Indicator Assessment Report of NHSO in the Fiscal Year 2025 appraisal of working capital)

ตัวชี้วัด (Key Indicator)	คะแนนประเมิน (Score)	เป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน (Goal/Performance)
5. ด้านการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร ผู้บริหารทุนหมุนเวียน พนักงาน และลูกจ้าง (น้ำหนักร้อยละ 10)	4.9521	
5.1 บทบาทคณะกรรมการบริหารทุนหมุนเวียน	5.0000	เป้าหมาย : ระดับ 5 ผลงาน : ระดับ 5 เป็นไปตามเป้าหมาย
5.2 การบริหารทรัพยากรบุคคล	4.9042	เป้าหมาย : ระดับ 5 ผลงาน : จากเกณฑ์วัดผล 3 ข้อ ผลงานเป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ และต่ำกว่าเป้าหมาย จำนวน 1 ข้อ ดังนี้ *ข้อ 1 (2) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลประจำปีบัญชี 2568* และมีการดำเนินการตามแผนฯ ได้ครบถ้วน มีผลงานดีกว่าเป้าหมาย 2 แผนงาน จาก 3 แผนงาน
6. ด้านการดำเนินงานตามนโยบายรัฐ/กระทรวงการคลัง (น้ำหนัก ร้อยละ 10)	5.0000	
6.1 การเบิกจ่ายตามแผนการเบิกจ่ายที่ได้รับอนุมัติ		
6.1.1 ร้อยละการเบิกจ่ายงบลงทุน เทียบกับแผนการเบิกจ่ายงบลงทุน ประจำปี 2568	-	ไม่มีงบลงทุน
6.1.2 ร้อยละการเบิกจ่ายภาพรวม เทียบกับแผนการเบิกจ่ายภาพรวม ประจำปีบัญชี 2568	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 94 ผลงาน : ร้อยละ 100 ดีกว่าเป้าหมาย
6.2 การใช้จ่ายเงินตามแผนการใช้จ่ายที่ได้รับอนุมัติ		
6.2.1 ร้อยละการใช้จ่ายงบลงทุน เทียบกับแผนการใช้จ่ายงบลงทุน ประจำปี 2568	-	ไม่มีงบลงทุน
6.2.2 ร้อยละการใช้จ่ายภาพรวม เทียบกับแผนการใช้จ่ายภาพรวม ประจำปีบัญชี 2568	5.0000	เป้าหมาย : ร้อยละ 100 ผลงาน : ร้อยละ 100 เป็นไปตามเป้าหมาย

ที่มา: ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียน ประจำปีบัญชี 2568 ฉบับสมบูรณ์ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย กรมบัญชีกลาง และบริษัท ทริส คอร์ปอร์เรชั่น จำกัด เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2569

ส่วนที่ 4

การอภิบาลระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Governance of the Universal Coverage System)



1. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(National Health Security Board)

ประเทศไทยได้ดำเนินระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาเป็นเวลากว่า 23 ปี และนับเป็นนโยบายสำคัญที่รัฐบาลให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2566-2570) ซึ่งได้มีการทบทวนในปี พ.ศ. 2569 เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และความคาดหวังของประชาชน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอข้อคิดเห็นเชิงนโยบาย และกำกับติดตามการดำเนินงาน โดยมีผลงานที่สำคัญ และประชุมอย่างสม่ำเสมอเพื่อพิจารณาและขับเคลื่อนประเด็นสำคัญต่างๆ อย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การบริหารงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจด้านสุขภาพให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง สะท้อนถึงความพยายามในการปรับตัวต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี เพื่อรักษาเสถียรภาพของระบบและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการในระยะยาว

คณะกรรมการได้เห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยมีหลักการในการจัดทำข้อเสนอ 9 ข้อ ดังนี้ (1) ออกแบบการจ่ายตามกรอบงบประมาณ ยึดหลักวินัยการเงินการคลังและ



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (2) ปรับเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ ให้สะท้อนต้นทุนจริงและการให้บริการ (3) เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบงบประมาณ ทั้งก่อนและหลังการจ่ายเงิน (4) ส่งเสริมบริการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs โดยปรับรูปแบบการจ่ายให้เน้นผลลัพธ์สุขภาพ (5) สนับสนุน PD First Policy สำหรับบริการบำบัดทดแทนไต (6) ขยายการเข้าถึงบริการโรคมะเร็ง (7) ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (8) บูรณาการงบจากท้องถิ่น และ (9) ปรับระบบการจ่ายตามรายบริการ (Fee schedule) ให้มีประสิทธิภาพและควบคุมงบประมาณได้ดีขึ้น

ทั้งนี้ ในช่วงระหว่างปีงบประมาณ มีการติดตามสถานการณ์การใช้จ่ายงบประมาณอย่างใกล้ชิด และพิจารณาปรับวงเงินสนับสนุน รวมถึงหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในด้านความต้องการของประชาชน ต้นทุนการให้บริการ และข้อจำกัดด้านงบประมาณ ดังนี้

1) ปรับการใช้งบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคพื้นฐาน (PPB) ให้กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดย อสม.
2) เห็นชอบในหลักการให้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขล่วงหน้า (advanced payment) เพื่อเสริมสภาพคล่องของโรงพยาบาลต่างๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยดำเนินการหักคืนภายในปีงบประมาณตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการฯ กำหนด
3) เห็นชอบข้อเสนอการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 เพิ่มเติม และกรณีงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 ในวงเงิน 323,291.35 ล้านบาท (รวมเงินเดือน)
4) เห็นชอบแนวทางแก้ไขปัญหางบกองทุนผู้ป่วยในร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยเร่งรัดการปรับประสิทธิภาพและกำกับติดตามผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ผ่านกลไกระดับประเทศและระดับเขต พร้อมทั้งดำเนินการตรวจสอบ (Audit) ครอบคลุม 100% โดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาช่วย ทั้งนี้ได้ตั้งเป้าหมายผลงานการให้บริการผู้ป่วยในจำนวน 10.9 ล้าน sum AdjRW ในอัตราจ่าย 8,350 บาท ขณะเดียวกันการจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP ให้กับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. มีการปรับลดค่าแรงในภาพรวมเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดสรรหรือปรับเกลี่ยงบประมาณ และยังเห็นชอบการปรับประกาศคณะกรรมการฯว่าด้วยการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย

5) กำหนดมาตรการปรับประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6) แก้ไขเพิ่มเติมระเบียบคณะกรรมการฯ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 เพื่อความชัดเจนในการใช้เงินรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม
7) การปรับปรุงประสิทธิภาพการเบิกจ่ายหน่วยบริการนวัตกรรม โดยกำหนดมาตรการควบคุมงบประมาณ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการเบิกจ่าย ได้แก่ มาตรการทั่วไป และมาตรการเฉพาะ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านประเภทต่างๆ และมอบหมายให้ สปสช. บริหารรายจ่ายในช่วง 10 เดือนที่เหลือของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยจัดสรรแบ่งจ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน เช่น ใช้ระบบ Point System และให้เริ่มดำเนินการในเดือนมกราคม 2569
8) กำหนดอัตราจ่ายสำหรับบริการรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมฯ และค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การปรับปรุงและกำหนดอัตราจ่าย อุปกรณ์แท่งแก้วสำหรับการผ่าตัด DMEK การกำหนดอัตราจ่ายการตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน การกำหนดอัตราจ่ายบริการคัดกรอง Autistic disorder ด้วยเครื่องมือ TDAS และปรับปรุงอัตราจ่ายการปลูกถ่ายไต Kidney Transplant – KT

1.2 งบบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการได้เห็นชอบงบบริหารจัดการสำหรับสนับสนุนการบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ประกอบด้วย (1) ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร (2) ค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินงาน (3) ค่าใช้จ่ายด้านการลงทุน โดยในส่วนของงานด้านยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินงาน ได้เห็นชอบจุดเน้นสำคัญ 10 ข้อ ซึ่งเป็นทิศทางดำเนินงาน ได้แก่ เพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่ายด้วยระบบตรวจสอบเชิงรุก (real time AI Audit) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้งสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และโรคค่าใช้จ่ายสูง พัฒนาหน่วยบริการเฉพาะทางและหน่วยบริการนวัตกรรม เพื่อรองรับบริการเชิงรุก การสนับสนุนนวัตกรรมทางการแพทย์ ลดบริการที่ไม่มีความจำเป็น สร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิ และคุ้มครองสิทธิของประชาชน สร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงได้มีมติเห็นชอบข้อเสนองบประมาณบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 วงเงิน 2,545.7859 ล้านบาท นอกจากนี้ ได้เห็นชอบแผนปฏิบัติราชการ สปสช. ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566-2570 (ฉบับทบทวน ปี 2569) เพื่อปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และรองรับนโยบายรัฐบาลและแผนระดับชาติ

2. ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข

การกำหนดประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบคลุมบริการที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างรอบด้าน โดยมีการดำเนินงานผ่านกระบวนการทางวิชาการที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ตั้งแต่การเสนอหัวข้อสิทธิประโยชน์ การจัดลำดับความสำคัญ การศึกษาวิจัย ไปจนถึงการพิจารณาและตัดสินใจโดยคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะกรรมการฯ ได้มีการพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการเพิ่มเติม เพื่อรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ดังรายละเอียด ส่วนที่ 2 หัวข้อ 2.3 สิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

คณะกรรมการได้มีมติสำคัญเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยมุ่งเน้นให้ผู้มีสิทธิสามารถรับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เท่าเทียม และครอบคลุมอย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ดังนี้

3.1 การขยายบริการ พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการ

1) เห็นชอบให้โครงการ "Stand by you (เพื่อนที่เข้าใจ พร้อมเคียงข้างคุณ)" เป็นทางเลือกเพิ่มเติมของบริการสายด่วนให้คำปรึกษา HIV สำหรับวัยรุ่น โดยใช้งบประมาณจากงบบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
2) ติดตามความก้าวหน้าการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3) เห็นชอบบริการรับส่งสำหรับบริการเฉพาะทาง การจ่ายค่าพาหนะสำหรับการรับบริการรักษาเนื้องอกในลูกตาด้วยการวางแร่ที่ตา การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ และการรักษาด้วยรังสีโปรตอน
4) นโยบายไตวายเรื้อรัง: ฟอกไตฟรีทุกแห่งและขยายการปลูกถ่ายไต คณะกรรมการได้มีมติที่สำคัญ ดังนี้
   - **มาตรการกำกับคุณภาพบริการ** โดยเห็นชอบข้อเสนอจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อป้องกันการเรียกเก็บค่าบริการเพิ่มเติมจากผู้ป่วย กำหนดให้เฝ้าระวังการเรียกเก็บเงินค่าฟอกเลือกทุกกรณี และส่งเสริมแนวทาง PD First ควบคู่กับการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
   - **แผนรองรับนโยบาย "ฟอกไตฟรีทุกแห่ง" และ "ขยายการปลูกถ่ายไต"** เห็นชอบร่างแผนและมาตรการตามกรอบมติเดิม (การประชุมครั้งที่ 11/2567 และ 10/2568) โดยให้ดำเนินการผ่านร่างประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าบริการบำบัดทดแทนไต (ฉบับที่ 2) และผู้ป่วย ESKD ทุกคนที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์สามารถเข้าถึงบริการ PD, HD, KT และ PC โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผ่านกระบวนการ Share Decision Making และ Pre-Authorization รวมถึงกำหนดช่องทางอุทธรณ์สำหรับผู้ป่วย Self-pay หรือผู้ไม่เห็นด้วยกับการให้สิทธิของคณะกรรมการไตระดับเขต
   - **การจัดทำประกาศและแนวทางปฏิบัติ** เห็นชอบในหลักการร่างประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าบริการบำบัดทดแทนไต (ฉบับที่ 2)
5) เห็นชอบข้อเสนอการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่รอยต่อกรุงเทพมหานคร-ปริมณฑล โดยหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
6) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหากรณีหน่วยบริการไม่ส่งต่อผู้รับบริการ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และได้ติดตามผลการดำเนินงาน รวมถึงเห็นชอบต่อข้อเสนอในการแก้ไขปัญหา เช่น กรณีพบการเบิกจ่ายผิดปกติรุนแรง ให้ร่วมมือกับหน่วยงานสอบสวนภายนอกเพื่อดำเนินการตรวจสอบ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง และใช้มาตรการทางกฎหมายกับหน่วยบริการที่มีข้อร้องเรียนจำนวนมาก
7) เห็นชอบข้อเสนอการปรับแก้ข้อบังคับเกี่ยวกับการลงทะเบียนเลือกหรือเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ เพื่อเพิ่มความสะดวกและความยืดหยุ่นให้แก่ประชาชน

8) เห็นชอบร่างข้อบังคับคณะกรรมการฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (ฉบับที่...) พ.ศ. .... เพื่อแก้ไขปัญหาการบังคับใช้ และให้สอดคล้องกับการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการในปัจจุบัน
9) เห็นชอบ (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 เพื่อแก้ไขหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถใช้เงินจาก "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" (กปท.) เพื่อช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที โดยครอบคลุมถึงกรณีภัยพิบัติและความไม่สงบในพื้นที่
10) ขยายการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการนวัตกรรม โดยขยายบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรค NCDs ไปยังหน่วยบริการนวัตกรรม รวมถึงสถานีบริการการแพทย์ทางไกล และโรงพยาบาลต่างๆ

3.2 การสนับสนุนบริการโดยภาคีเครือข่าย

1) เห็นชอบข้อเสนอการจัดบริการสาธารณสุขโดยองค์กรภาคประชาชน องค์กรเอกชน หรือหน่วยงานอื่น ได้แก่ บริการมิตรภาพบำบัด บริการสำหรับผู้ใช้สารเสพติด บริการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนหูหนวก
2) เห็นชอบร่างประกาศฯ กำหนดให้ศูนย์บริการคนพิการเป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่นตามกฎหมาย โดยมีสาระสำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ 'ศูนย์บริการคนพิการ' เป็น 'สถานบริการสาธารณสุขอื่น' ตามมาตรา 3 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สอดคล้องตามแนวปฏิบัติในการพิจารณากำหนดสถานบริการสาธารณสุขอื่น ตามที่คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบในการประชุม ครั้งที่ 2/2562 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

3.3 การกำหนดสถานะและสิทธิของกลุ่มเฉพาะ เห็นชอบร่างข้อตกลงความร่วมมือและร่างพระราชกฤษฎีกาเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานและครอบครัวของการรถไฟแห่งประเทศไทยสามารถใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

3.4 การพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยี กำหนดมาตรการในการดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ โดยเห็นชอบในหลักการร่างประกาศฯ เรื่อง มาตรการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการเป็นการอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการสาธารณสุข และการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการและสถานบริการอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. การรับฟังความคิดเห็นทั่วไปฯ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะกรรมการเห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์และวิธีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และได้เข้าร่วมการรับฟังความคิดเห็นฯ และรับทราบผลการรับฟังความคิดโดยทั่วไป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยสรุปข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งมีข้อค้นพบที่ต้องปรับปรุงพัฒนา เช่น ปรับปรุงกลยุทธ์สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์และขั้นตอนการใช้สิทธิให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย สร้างความเข้าใจในขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของ สปสช. การสื่อสารขั้นตอนกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ โดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องรับข้อเสนอไปดำเนินการ และได้เห็นชอบแผนการดำเนินงานรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 กรอบเวลาและกระบวนการรับฟังความคิดเห็นในระดับพื้นที่ระดับเขต และระดับประเทศ และการบูรณาการข้อมูลจาก Dashboard และ Social Listening

5. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยสรุปดังนี้

1) คณะกรรมการมีส่วนร่วมเป็นองค์ประกอบในอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยึดหลักการมีส่วนร่วม โดยมีผู้แทนทั้งจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และร่วมเป็นอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) เขต 1-13 ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่
2) เข้าร่วมการจัดกิจกรรมประชุมร่วมระหว่างคณะกรรมการ 2 คณะ Retreat ในประเด็น BUILDING A SYNERGISTIC NHSO BOARD วันที่ 17-18 มกราคม 2568 ณ ศูนย์ฝึกอบรมเขาใหญ่ ธนาคารกรุงไทย และประชุม Board Relation กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสิทธิภาพ โปร่งใส ยั่งยืน "Efficiency Today, Sustainability Tomorrow" เมื่อวันที่ 23-24 พฤศจิกายน 2568 ณ จังหวัดนครราชสีมา
3) คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบต่อแผนการดำเนินงานระยะ 4 ปี ของคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 10 คณะ รวมถึงการแต่งตั้งอนุกรรมการแทนผู้ที่พ้นจากตำแหน่ง
4) คณะกรรมการ ได้จัดทำการประเมินการสนับสนุนภารกิจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีภาพรวมในระดับดี มีความมุ่งมั่น รับผิดชอบ และทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการพิจารณานโยบาย แผนงาน และการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ การประชุมมีบรรยากาศเปิดกว้าง โปร่งใส และเอื้อต่อการแสดงความคิดเห็น โดยคณะกรรมการได้มีข้อสังเกตเพื่อปรับปรุง เช่น การเปลี่ยนผู้แทนที่ไม่สอดคล้องกับวาระกรรมการ อาจกระทบความต่อเนื่องและการตัดสินใจเชิงนโยบาย การพิจารณาค่าใช้จ่ายกองทุนควรคำนึงถึงสิทธิการรักษาจากระบบสวัสดิการอื่น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และประเด็นด้านกฎหมายควรได้รับการศึกษาเชิงลึกมากขึ้น

5) การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในเวทีระดับประเทศและนานาชาติ เช่น การประชุม National UHC conference 2025, ประชุม International UHC Day 2025 และการเข้าร่วมพิธีเปิดงานขับเคลื่อนนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6. การบริหารจัดการองค์กร

คณะกรรมการให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการองค์กร เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) การคัดเลือกเลขาธิการ สปสช. สมัยวาระ พ.ศ. 2568-2572 และเห็นชอบตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของเลขาธิการ สปสช. รวมถึงได้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
2) เห็นชอบผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา
3) เห็นชอบ (ร่าง) ตัวชี้วัดประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียน สปสช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 และรับทราบแนวทางการประเมินความคุ้มค่าเพื่อพัฒนาองค์การมหาชน กรอบการประเมินความคุ้มค่าฯ และการเตรียมจัดทำบันทึกข้อตกลงระหว่าง สปสช. และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) เพื่อใช้ประกอบการดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569-2571 และประเมินความคุ้มค่าฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2572
4) เห็นชอบการทบทวนแผนปฏิบัติการด้านพัฒนาดิจิทัล สปสช. และด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ปี พ.ศ. 2566-2570 (ฉบับทบทวน ปี พ.ศ. 2569) และแผนดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2569 และเห็นชอบคู่มือการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 รวมถึงติดตามผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ประเมินทุนหมุนเวียนซึ่งกำหนดโดยกรมบัญชีกลาง และบริษัท ทริส คอร์ปอเรชั่น (TRIS) อย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส
5) แต่งตั้งรักษาการแทนเลขาธิการ สปสช. เพื่อให้การบริหารงานต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
6) ติดตามรายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7) เห็นชอบการปรับปรุงอัตราค่าอาหารและเครื่องดื่มสำหรับค่าใช้จ่ายในการประชุมหรือการฝึกอบรม และค่าที่พักภายในประเทศ โดยให้สอดคล้องกับอัตราตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

7. กลไกการตรวจสอบ การร้องเรียน และการอุทธรณ์

กลไกการตรวจสอบ การร้องเรียน และการอุทธรณ์เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ระบบสามารถตอบสนองต่อปัญหาข้อขัดแย้ง และข้อร้องเรียนได้อย่างเหมาะสม และเป็นช่องทางให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและเสนอข้อปรับปรุงต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการฯ มีหน้าที่ในการกำหนดแนวทาง กำกับติดตาม เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ความโปร่งใส และการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) ติดตามรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ กรอบระยะเวลา และแนวทางการดำเนินการทางกฎหมายกับหน่วยบริการที่เบิกค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขที่ไม่ถูกต้องและอาจเข้าข่ายเป็นเท็จ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะเมตาบอลิก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560, 2561 และ 2563 โดยเห็นชอบให้ สปสช. ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมาย และกรณีที่ตรวจพบในอนาคต
2) พิจารณากรณีอุทธรณ์คำสั่งชดใช้ค่าสินไหมทดแทน กรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และอุทธรณ์คำสั่งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 17 กรณี
3) เห็นชอบรายงานผลการตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของ สปสช. โดยคณะอนุกรรมการตรวจสอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ไตรมาสที่ 1-4
4) เห็นชอบกรณีการใช้เงินกองทุนรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสมเพื่อชำระหนี้ตามคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด และให้มีการเจรจาต่อรองดอกเบี้ยและมูลหนี้ เพื่อให้ยอดในการชำระหนี้มีความเหมาะสม

8. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการได้ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการและเหตุผลความจำเป็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประจำปี พ.ศ. 2568 และเห็นชอบในหลักการให้ขยายระยะเวลาการตราพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 9 และมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ออกไปอีกหนึ่งปี และได้มอบ สปสช. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการและเหตุผลความจำเป็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบต่อไป

2. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

(Health Service Standard and Quality Control Board)

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มุ่งเน้นด้านการกำกับ ควบคุม และส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และการคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งดำเนินงานภายใต้แผนการดำเนินงานการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขและคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะสี่ปี (พ.ศ. 2567 - 2571)

ทั้งนี้ ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568) สรุปได้ดังนี้

1. การควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

ตามมาตรา 50 (1) และ 50 (2) อำนาจหน้าที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และการกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะกรรมการได้ให้ความสำคัญกับการกำกับคุณภาพและมาตรฐานในประเด็นดังนี้

1.1 การกำกับมาตรฐานและคุณภาพบริการในบริการที่สำคัญหรือบริการที่พบปัญหาด้านคุณภาพบริการ

ได้แก่ การติดตามการดำเนินงานตามนโยบายบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง การเห็นชอบต่อข้อเสนอตัวชี้วัดและกลไกในการกำกับติดตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ โดยกำหนดรายละเอียดตัวชี้วัด การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกรอบเวลาการดำเนินงานกำกับติดตาม และสื่อสารทำความเข้าใจกับ สปสช. เขตทุกเขต รวมทั้ง



การเห็นชอบต่อข้อเสนอแผนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและกรอบแนวทางการกำกับติดตามการให้บริการ ได้แก่ การทำหัตถการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI) นโยบายการคลอดที่ปลอดภัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรคมะเร็ง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

1.2 การกำกับติดตามการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

คณะกรรมการฯ ได้รับทราบสถานการณ์และผลการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี และให้ข้อเสนอต่อการวางแนวทางแก้ไขปัญหาประเด็นปัญหาการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเร่งด่วน ได้แก่ การจัดระบบบริหารจัดการเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร การจัดบุคลากรหลักดูแลเฉพาะหน่วยบริการ (Focal Point) เพื่อสื่อสารและแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการแบบ One Stop Service เช่น ระบบบริการเพื่อลดจำนวนเรื่องร้องเรียนและแก้ไขปัญหา Extra Billing ระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ และระบบประสานส่งต่อในเครือข่ายหน่วยบริการ

1.3 การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำด้านคุณภาพมาตรฐานจากการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามมาตรา 50 (3) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรการในการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ "การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและการจัดทำแนวทางป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดซ้ำ โดยใช้กระบวนการ Root Cause Analysis (RCA) และแผนการขับเคลื่อนระยะต่อไป เมื่อวันที่ 29 – 30 พฤษภาคม 2568 และมอบให้ สปสช.เขตทุกเขต ดำเนินการจัดทำแนวทางการป้องกันเหตุไม่พึงประสงค์เกิดซ้ำและข้อเสนอหรือมาตรการการควบคุม และส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยตามบริบทในระดับพื้นที่ ร่วมกับคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และกลไกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพกลไกเครือข่ายในพื้นที่ (Show and Share) ในการพัฒนาระบบและกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

1.4 การให้ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐาน จากผลการเบิกจ่ายชดเชยและการตรวจสอบคุณภาพบริการ การชดเชยค่าบริการ กรณีหน่วยบริการนวัตกรรมปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยเห็นชอบในการจัดทำแนวทางการขับเคลื่อนการตรวจสอบ การกำกับติดตาม และมาตรการปรับประสิทธิภาพการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 6 เรื่อง ดังนี้ (1) เพิ่มจำนวนการตรวจสอบก่อนจ่ายให้สอดคล้องกับโปรแกรม CPP (2) เพิ่มจำนวนหน่วยบริการในการตรวจสอบการจ่าย (3) เน้นงานทะเบียนให้มียุทธศาสตร์ Post-Register Surveillance (4) ปรับการบังคับใช้กฎหมายให้เข้มแข็ง รวดเร็ว (5) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ประชาสังคม และ (6) ปรับประกาศ/หลักเกณฑ์ให้ทันสถานการณ์

1.5 การกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระดับเขตพื้นที่

1) ตามมาตรา 50 (6) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีการดำเนินการ ดังนี้
   1.1) การประชุมกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และเครือข่ายหน่วยบริการ ในพื้นที่ สปสช.เขต 12 สงขลา เมื่อวันที่ 15 - 16 ธันวาคม 2567 ได้แก่ ศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทองตามมาตรา 50 (5) บ้านพรุคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมอายุรศาสตร์โรคไต คลินิกฟ้าสีรุ้ง พีแอนด์พีเฮลท์กายภาพ และโรงพยาบาลศิครินทร์หาดใหญ่ (หน่วยไต)
   1.2) การประชุมกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข และตรวจเยี่ยมหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 6 ระยอง เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2568 ณ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ศูนย์ไตเทียมเทศบาลเมืองชลบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา และโรงพยาบาลเมืองพัทยา
   1.3) การประชุมรับฟังสถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระบบการส่งต่อ และข้อเสนอต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เมื่อวันที่ 7 — 8 สิงหาคม 2568 รวมทั้งสถานการณ์และผลการดำเนินงานการจัดบริการกรณีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี (กรณีตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาพุราง)
2) ผลการดำเนินงานกำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขโรคสำคัญในระดับพื้นที่และข้อเสนอการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่
   2.1) กรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon) ในพื้นที่ สปสช.เขต 4 สระบุรี ประสานความร่วมมือเพื่อพิจารณาดำเนินการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาจากข้อค้นพบระดับพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพ โดยประสานภาคีเครือข่ายเพื่อจัดเครือข่ายบริการและระบบการส่งต่อ และขยายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคมให้รองรับการคัดกรอง ตรวจยืนยันและการรักษา รวมทั้งจัดระบบกำกับติดตามและประเมินผลการเข้าถึงบริการ ผ่านการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) เขต 4 สระบุรี

2.2) กรณีโรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น เพื่อการพัฒนาระบบบริการ เพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีตรวจปัสสาวะ (OV-RDT) และเพิ่มการเข้าถึงยาถ่ายพยาธิ (Praziquantel) รวมทั้งให้ข้อเสนอในการทบทวนระบบการจัดบริการและเครือข่ายให้บริการ โดยประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น หน่วยงานวิชาการ ด้วยการถอดบทเรียนนำร่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สร้างแรงจูงใจ ตามแนวทาง Value based payment (outcome-based payment) ขยายผลบริการอื่น และสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชน (Health Literacy) เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

2. การคุ้มครองสิทธิประชาชนและการจัดการเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

2.1 ผลการพิจารณาเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการและการสอบสวนหน่วยบริการ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข พิจารณาเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการตามมาตรา 57 และมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการสอบสวน จำนวน 194 เรื่อง โดยแบ่งออกเป็น

1) เรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57 กรณีหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด จำนวน 85 เรื่อง โดยผลการสอบสวนดังนี้
   - ออกคำสั่งเตือนให้หน่วยบริการปฏิบัติโดยถูกต้อง ตามมาตรา 58 (1) จำนวน 20 เรื่อง
   - ออกคำสั่งปรับทางปกครองกรณีจัดทำข้อมูลการให้บริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ตามมาตรา 58 (2) จำนวน 13 เรื่อง
   - ยกข้อร้องเรียน จำนวน 52 เรื่อง
2) เรื่องร้องเรียนตามมาตรา 59 กรณีผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร จำนวน 104 เรื่องโดยผลการสอบสวนดังนี้
   - ออกคำสั่งตักเตือนให้หน่วยบริการปฏิบัติให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ ตามมาตรา 59 วรรค 3 (1) จำนวน 8 เรื่อง
   - ให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียน ตามมาตรา 59 วรรค 3 (2) จำนวน 26 เรื่อง
   - ยุติการสอบสวน จำนวน 70 เรื่อง
3) คืนเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการให้สำนักงานคำเนินการ จำนวน 5 เรื่อง

ทั้งนี้ ตามข้อสังเกตของคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มอบหมายให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการคำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุขและแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำในระดับพื้นที่ต่อไป เช่น ระบบการส่งต่อผู้ป่วย การสื่อสาร การตรวจวินิจฉัยโรค การบริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

2.2 ข้อเสนอต่อการทบทวนประกาศแนวทางการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานฯ เรื่อง การพิจารณาการกระทำผิดของหน่วยบริการที่เป็นการกระทำผิดร้ายแรง หรือการกระทำผิดเกิดซ้ำหลายครั้ง ตามมาตรา 60

โดยพิจารณาในประเด็น (1) ความหมายของนิยาม "การกระทำผิดร้ายแรง" หมายความว่า การกระทำผิดของหน่วยบริการที่เป็นการกระทำ โดยเจตนา หรือ ไม่เจตนา และมีผลให้ผู้รับบริการเสียหายจนถึงแก่ชีวิต คุกคามต่อชีวิต ทุพพลภาพอย่างถาวร สูญเสียอวัยวะ พิการ หรือผิดปกติแต่กำเนิด หรือเจ็บป่วยเรื้อรังต้องรักษาตลอดชีวิต และให้หมายความรวมถึงการกระทำผิดของหน่วยบริการที่มีเจตนาจัดทำข้อมูลการให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบการให้บริการ หรือการกระทำที่คณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นความผิดร้ายแรง และ (2) วันที่มีผลใช้ประกาศแนวทางที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ลงนามในประกาศ

3. การให้ความเห็นและข้อเสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรค เพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ ตามมาตรา 46

ตามมาตรา 50 (4) กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรค เพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46 โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1) การปรับอัตราการจ่ายและกำหนดอัตราจ่าย ได้แก่ กรณีรายการอุปกรณ์สำหรับรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ รายการอุปกรณ์หมวดกระดูกข้อต่อ เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อ การกำหนดอัตราจ่ายการตรวจวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝงด้วย IGRAs และการกำหนดอัตราจ่ายหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (Transcatheter Aortic Valve Implantation หรือ TAVI) ในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบระยะรุนแรง ทั้งนี้ มอบ สปสช. เสนอต่อคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายต่อไป และเมื่อมีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย และให้สื่อสารทำความเข้าใจกับหน่วยบริการ รวมทั้งให้ควบคุมกำกับติดตามการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข

2) รับทราบความคืบหน้าการพัฒนาข้อเสนออัตราราคากลางของโรคทุกโรค และพัฒนาข้อเสนอมาตรการในการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ในการรายงานผลของการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 6 (DRG v.6) ต่อค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน และการประมาณอัตราจ่ายต่อครั้ง (Per-Visit Rate) ตามปัจจัยด้านกลุ่มโรคและกลุ่มอายุของผู้ใช้บริการในกรณีนโยบายปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ทั่วประเทศ (OP Anywhere) และมีข้อเสนอเพื่อให้ สปสช. ดำเนินการพิจารณาทบทวนหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยบริการ การสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการศึกษาวิจัยรายละเอียดให้รอบด้านเพิ่มเติมโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ โดยให้นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการส่งข้อมูลข้อค้นพบประเด็นบริการ

จิตเวช รายงานต่อคณะทำงานสนับสนุนระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดครบวงจรและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขพิจารณาต่อไป

4. การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีการพิจารณาเรื่องร้องเรียน รวมถึงหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50 (5)

4.1 แนวทางแก้ไขปัญหาคุณภาพเกิดซ้ำกรณีการเรียกเก็บค่าบริการ (Extra Billing)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการพิจารณาเรื่องร้องเรียนกรณีการเรียกเก็บค่าบริการ (Extra Billing) ของหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีข้อเสนอในการประสานหน่วยบริการโดยให้ดำเนินการตามแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ (1) การประสานเพื่อคืนเงินผู้รับบริการกรณีการเรียกเก็บโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ที่ยังคงค้างในระบบทั้งหมด (Set Zero) (2) วางแนวทางการแก้ไขปัญหาประเด็นปัญหาการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสื่อสารให้หน่วยบริการรับทราบ และ (3) จัดระบบบริหารจัดการเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีบุคลากรหลักดูแลเฉพาะหน่วยบริการ (Focal Point) เพื่อสื่อสารและแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการแบบ One Stop Service โดยเร่งด่วน

4.2 การขับเคลื่อนเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิ ดังนี้

1) จัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด ระยะสี่ปี (พ.ศ. 2568 – 2571) เพื่อลดข้อจำกัด สนับสนุนการขับเคลื่อนภาพรวมตามแผน โดยดำเนินงานในจังหวัด นำร่อง 2 แห่ง (จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดตราด) และขยายแผนการขับเคลื่อนในพื้นที่ สปสช.เขต 13 แห่งในระยะต่อไป
2) กำหนดแนวทางความร่วมมือในการดำเนินงานแก้ไขประเด็นปัญหาการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างองค์กรคุ้มครองสิทธิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีแผนกิจกรรมการดำเนินงานดังนี้ (1) ด้านการคุ้มครองสิทธิ (2) ยกระดับปัญหาร้องเรียนการเกิดซ้ำในพื้นที่สู่การพัฒนาร่วมกับหน่วยบริการ และ (3) การสร้างการรับรู้เชิงรุก/เพิ่มเครือข่ายใหม่ๆ และการค้นหากลุ่มเปราะบาง
3) จัดทำแผนการพัฒนาศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการทุกแห่ง ภายในปี 2571 เพื่อสนับสนุนพัฒนาการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบริการรับเรื่องร้องเรียน (2) ด้านบุคลากร (3) ด้านการดำเนินงานแก้ไขปัญหา (4) ด้านระบบข้อมูล และ (5) ด้านการพัฒนางานเชิงรุก รวมทั้งการเชื่อมบทบาทกับกลไกในพื้นที่ในการดำเนินงานคุ้มครองสิทธิ

4.3 การขึ้นทะเบียนศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง ตามมาตรา 50 (5) จำนวน 2 แห่ง ดังนี้ (1) ลำดับที่ 173 ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนจังหวัดน่าน (2) ลำดับที่ 174 มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา

4.4 การพิจารณาอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา 41

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2 หัวข้อ 2.5.12 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ทั้งนี้ จากการพิจารณาอุทธรณ์ฯ ผู้ร้องเรียนไม่เห็นด้วยกับมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และมีการยื่นฟ้องศาลปกครอง จำนวนทั้งหมด 15 คดี ซึ่งอยู่ในกระบวนการพิจารณาของศาล

3. คณะอนุกรรมการตรวจสอบ
(Audit Sub Committee)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการตรวจสอบ โดยอาศัยอำนาจตาม มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โครงสร้างของคณะอนุกรรมการตรวจสอบ ประกอบด้วย ประธานอนุกรรมการ 1 คน อนุกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 2 คน แต่ไม่เกิน 4 คน และผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบทำหน้าที่เลขานุการ โดยคุณสมบัติอนุกรรมการตรวจสอบ เป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์เพียงพอในการปฏิบัติภารกิจ ตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งดำเนินการด้วยความเป็นอิสระ และเที่ยงธรรม คณะอนุกรรมการตรวจสอบได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 12/2567 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 อ้างอิงตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 16/2567 สั่ง ณ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2567 โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 เป็นต้นไป สำหรับรายชื่อคณะอนุกรรมการตรวจสอบ ได้แก่ นายสุเทพ แก่งสันเทียะ เป็นประธานอนุกรรมการ และอนุกรรมการอีก 4 ท่าน ได้แก่ นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา นายโกวิทย์ มีกรุณา นางนพรัตน์ พรหมนารท และนางสมศรี วัฒนไพศาล

การประชุมของคณะอนุกรรมการตรวจสอบ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คณะอนุกรรมการตรวจสอบ มีการประชุมทุกวันอังคาร สัปดาห์สุดท้ายของเดือน หรือปรับตามภารกิจของอนุกรรมการตรวจสอบ และวาระพิเศษ รวม 14 ครั้ง โดยอนุกรรมการตรวจสอบ ทั้ง 5 คน เข้าร่วมประชุมทุกครั้ง ทั้งแบบ Online และแบบ Onsite

ผลการดำเนินงาน

1. **การสอบทานรายงานทางการเงิน** อนุกรรมการตรวจสอบ มีความเห็นต่อการรายงานการเงินและการเปิดเผยข้อมูลของรายงานการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรายงานการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลรายงานการเงิน ไม่พบสิ่งที่เป็นเหตุให้เชื่อว่างบการเงินไม่ถูกต้องตามควร ในสาระสำคัญต่อหลักการบัญชีที่รับรองทั่วไป โดยให้ความสำคัญกับการติดตามลูกหนี้ระยะยาว การแสดงข้อมูลในรายงานงบกองทุนในส่วนของรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม การแยกข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อใช้ข้อมูลในการกำกับติดตาม และการพิจารณาการเบิกจ่ายของหน่วยนวัตกรรม

2. **การสอบทานประสิทธิผลของกระบวนการควบคุมภายใน และกระบวนการบริหารความเสี่ยง**

   2.1 มีการสอบทานรายงานผลการจัดการความเสี่ยงระดับองค์กร (Corporate Risk) เป็นประจำทุกไตรมาส เพื่อให้ข้อเสนอแนะ ในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับเป้าหมายองค์กร ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนากระบวนการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

   1) ความเสี่ยงระดับองค์กร
      - การติดตามความเสี่ยง โครงการ "30 บาทรักษาทุกที่" โดยให้ติดตามทั้งประเด็นการลดความแออัดของโรงพยาบาล และการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิบัตรทอง พร้อมทั้งทบทวนเป้าหมายของโครงการให้ชัดเจน
      - พิจารณาปรับปรุงการระบุค่า KRI เชิงปริมาณ ของแต่ละระดับความเสี่ยง (L, M, H, E) ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

   2) ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
      - ควรส่งเสริมความรู้และความเข้มแข็งด้าน Cyber security ในหน่วยนวัตกรรม โดยกำหนดแนวทางสนับสนุน เพื่อให้มีความเข้าใจ ความพร้อม และมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยข้อมูล
      - ดำเนินการประชาสัมพันธ์เชิงรุกด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยขยายขอบเขตการสื่อสารจากภายในสำนักงานไปยังประชาชนผู้ใช้สิทธิ UC เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในมาตรการรักษาความปลอดภัย

   2.2 การสอบทานประสิทธิผลของระบบควบคุมภายใน ได้แก่

   1) ด้านระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์
   2) การควบคุมภายในของฝ่ายแผนและงบประมาณ
   3) ฝ่ายการเงินและบัญชีบริหาร โดยพบว่ามีระบบควบคุมภายในที่เหมาะสมและเพียงพอที่จะทำให้การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายตามภารกิจของหน่วยงาน

3. การสอบทานการดำเนินงาน ให้ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ

3.1 การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ได้แก่ 1) การตรวจสอบการบริหารพัสดุ 2) การตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้าง และงานก่อสร้างอาคารสำนักงาน และ 3) การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน โดยการดำเนินการมีการปฏิบัติเป็นไปตามขั้นตอนที่สำคัญกำหนดไว้ในกฎ ระเบียบ ซึ่งได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะ หรือมีแผนดำเนินการให้แล้วเสร็จตามข้อเสนอแนะ

3.2 การตรวจสอบการดำเนินงาน ได้แก่ 1)บริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก 2) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) บริการสาธารณสุขตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ กรณีหน่วยนวัตกรรม และ 4) การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร (OP Anywhere) โดยได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะ และมีแผนดำเนินการทบทวนหลักเกณฑ์แนวทางการเบิกจ่ายให้ชัดเจนเพื่อลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของหน่วยบริการ

4. การตรวจติดตามการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ สปสช.เขต และหน่วยบริการในพื้นที่ ได้แก่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สปสช.เขต 9 นครราชสีมา และสปสช.เขต 4 สระบุรี โดยได้รับทราบผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน

5. การกำกับดูแลระบบงานตรวจสอบภายใน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีความอิสระเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานในหน้าที่ โดยผ่านกระบวนการเห็นชอบแผนกลยุทธ์ แผนการตรวจสอบ รายงานผลการตรวจสอบ การประเมินตนเองเป็นระยะ (Periodic Self Assessments) และการประเมินจากภายนอกองค์กร ตามหลักเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง

6. การประชุมหารือร่วมกับสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน คณะอนุกรรมการตรวจสอบ และผู้บริหาร สปสช. ได้ประชุมร่วมกับสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (วันที่ 29 กรกฎาคม 2568) เพื่อรับทราบผลการตรวจสอบงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พร้อมข้อเสนอแนะให้ติดตามรายการสำคัญ และปรับปรุงระบบควบคุมภายในที่จำเป็น

โดยสรุป คณะอนุกรรมการตรวจสอบเห็นว่า ผู้บริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจริยธรรมและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานภายใต้ระบบควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งปฏิบัติตามหลักการกำกับดูแลกิจการที่ดี และพัฒนาระบบการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 5

ปัญหา อุปสรรค ความท้าทาย และแนวทางแก้ไข

(Obstacles, challenges and solutions)





1. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2568

อุปสรรคหรือข้อจำกัดต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สรุปได้ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านงบประมาณและความยั่งยืนทางการเงินการคลังสุขภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง อัตราเงินเฟ้อทางการแพทย์ ทำให้ค่าบริการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ในขณะที่งบประมาณประเทศมีจำกัด ส่งผลต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อาจไม่เพียงพอโดยเฉพาะกรณีบริการเกินเป้าหมาย หรืออาจยังไม่สะท้อนต้นทุนจริงในบางกลุ่มโรค

2. ข้อจำกัดของกลไกหรือมาตรการเพื่อจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของหน่วยบริการเนื่องจากการศึกษาวิจัยเบื้องต้นพบว่ายังมีช่องว่างในการเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการซึ่งจะนำไปสู่มูลค่าที่เพิ่มขึ้นของงบประมาณ/ค่าใช้จ่ายชดเชยค่าบริการที่ได้รับ (Value of Money) เช่น ลดการให้บริการที่เกินความจำเป็น (Overprovision) หรือบริการที่มีคุณค่าต่ำ (Low Value Care) เป็นต้น

3. ข้อจำกัดในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระดับประเทศที่ยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลต่อการกำกับติดตามและประเมินผลการให้บริการและการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ รวมทั้งการใช้ประโยชน์ข้อมูลในการออกแบบระบบบริการ เช่น ระบบการส่งต่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-Refer) เต็มรูปแบบหรือการติดตามการใช้บริการซ้ำซ้อน เป็นต้น



4. ช่องว่างในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นที่อาจยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Need) แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีความครอบคลุมของบริการในระดับสูง แต่ยังพบประชาชนบางกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการตามความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ที่มีโครงสร้างหน่วยบริการที่ซับซ้อน และมีประชากรแฝงจำนวนมาก โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ กลุ่มคนยากจนในเขตเมืองหรือพื้นที่ห่างไกล โดยพบว่าระบบบริการที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ (Unmet Need) ของประชาชนได้ รวมถึงการป้องกันการถูกเรียกเก็บเงินจากหน่วยบริการ

5. ความหลากหลายและความแตกต่างของภาคีเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งราชวิทยาลัย เครือข่ายโรงพยาบาลสังกัด/ระดับต่างๆ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) หน่วยบริการภาคเอกชน เครือข่ายภาคประชาสังคมกลุ่มใหม่ๆ เครือข่ายนอกภาคสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งอาจยังมีความแตกต่างทั้งมุมมองเชิงนโยบาย และการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการได้รับข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วนรอบด้าน

6. ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของผู้มีส่วนได้เสีย ทีมสหวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการตีความ ข้อกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ เช่น หลักการ เจตนารมณ์ของกฎหมาย การจัดสรรงบประมาณ ฯลฯ ซึ่งส่งผลต่อความท้าทายและข้อจำกัดในการขับเคลื่อนงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านต่างๆ

2. ความท้าทายในการขับเคลื่อนการดำเนินการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับมหภาค ปี 2569

การดำเนินการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 มีความท้าทาย สรุปได้ดังนี้

1. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และภาระค่าใช้จ่ายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นปัจจัยกดดันด้านงบประมาณอย่างรุนแรง

2. การสร้างความสมดุลและความยั่งยืนทางการเงินการคลังสุขภาพภายใต้งบประมาณที่จำกัด โดยการปรับประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การออกแบบกลไกการเงินการคลังสุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการลดบริการที่มีคุณค่าต่ำ (Low Value Care) การกำกับตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง รวมถึงการทำ Real-Time Audit เพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการจ่ายชดเชยและสภาพคล่องของหน่วยบริการ

3. การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบดิจิทัลสุขภาพและการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ โดยการเชื่อมโยงบูรณาการข้อมูลสุขภาพทั่วประเทศระหว่างหน่วยบริการ ประชาชน และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการสร้างระบบนิเวศข้อมูลที่ปลอดภัย

4. การเข้าถึงบริการและการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ โดยการใช้นวัตกรรมในการออกแบบระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ซับซ้อนอย่างกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองใหญ่ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ และแก้ปัญหาการถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ (Extra Billing)



5. การปรับตัวต่อความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม โรคอุบัติใหม่ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร เป็นสังคมผู้สูงอายุ มีอัตราการเกิดลดลง การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม สภาพภูมิอากาศ ทำให้เกิดโรคอุบัติใหม่/โรคระบาดต่างๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ ส่งผลต่อการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6. การขับเคลื่อนประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมของประเทศ ซึ่งหมายรวมถึงสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นๆ ที่รัฐจัดให้หรือสนับสนุนงบประมาณ เพื่อทำให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพมาตรฐานและเท่าเทียมกัน และการเงินการคลังด้านสุขภาพมีความยั่งยืน

3. แนวทางแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในปี 2569 และระยะต่อไป

1. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1 การจัดการความสูญเปล่าที่เกิดจากการให้บริการที่เกินจำเป็น (Overprovision) และบริการที่มีคุณค่าต่ำ (Low Value Care) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และประสานความร่วมมือกับสมาคม ราชวิทยาลัยแพทย์ สภาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณานำบริการที่พิสูจน์แล้วว่ามีคุณค่าต่ำหรือบริการเกินความจำเป็นออกจากแนวทางเวชปฏิบัติ

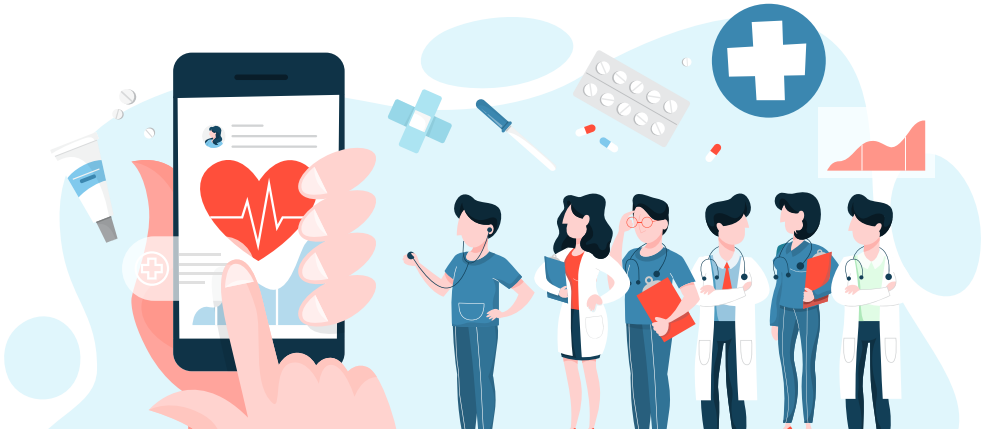
1.2 การปรับชุดสิทธิประโยชน์ที่สอดคล้องกันของ 3 กองทุนสุขภาพภาครัฐ พร้อมเสริมบทบาทการบริหารจัดการ/การสนับสนุนงบประมาณ/การจ่ายชดเชยค่าบริการอย่างมียุทธศาสตร์ (Strategic Purchasing) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

1.3 การกำกับติดตามและเผยแพร่ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณต่อสาธารณะ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการตรวจสอบกันเองของหน่วยบริการและผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ ในการกำกับติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความเป็นธรรม และความโปร่งใสต่อทรัพยากรของรัฐ

2. ปรับกลไกหรือมาตรการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเพื่อจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของหน่วยบริการ

2.1 การปรับเปลี่ยนหรือลดการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขจากแบบจ่ายตามบริการ (Fee Schedule) ซึ่งอาจก่อให้เกิดการใช้บริการที่ไม่จำเป็น ไปสู่ระบบการจ่ายแบบปิด ที่เน้นคุณค่าและควบคุมงบประมาณได้ รวมถึงจัดสรรงบประมาณโดยมุ่งเน้นบริการที่ให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) ที่ชัดเจน

2.2 การทบทวนข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ และหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อพิจารณาการปรับอัตราชดเชยค่าบริการให้สอดคล้องกับต้นทุนจริง ภายใต้เงื่อนไขการปรับประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพหรือระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



2.3 การพัฒนาเกณฑ์การจ่ายชดเชยที่เหมาะสมและกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมการบริการรูปแบบใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ ในขณะเดียวกันก็สามารถจูงใจให้หน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ โดยเฉพาะนวัตกรรมการบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ ที่ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

2.4 ยกระดับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยขยายการนำปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ในการตรวจสอบการจ่ายชดเชย (Audit) และพัฒนาระบบการเบิกจ่ายแบบ Real Time เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการเบิกจ่ายและลดความเสี่ยงด้านสภาพคล่องของหน่วยบริการ

2.5 บูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศรวมทั้งการบริหารจัดการและการใช้ประโยชน์ข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อคืนข้อมูลให้ประชาชน หน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการตรวจสอบ กำกับ ติดตาม และประเมินผล เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจขับเคลื่อนนโยบายสำคัญต่างๆ

3. การลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ และความจำเป็นด้านสุขภาพที่อาจยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Need)

3.1 สนับสนุนการขยายบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) รูปแบบต่างๆ รวมถึงการคัดกรองและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-care) เพื่อขยายประเภทและขอบเขตบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ และลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

3.2 ขยายหน่วยบริการปฐมภูมินวัตกรรมและบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ให้ครอบคลุมและทั่วถึง ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกตามความจำเป็น ลดความแออัดจากการใช้บริการขั้นต้นในหน่วยบริการขนาดใหญ่ รวมถึงสนับสนุนให้ระบบบริการตติยภูมิ รองรับการให้บริการที่ซับซ้อนหรือบริการขั้นสูงได้อย่างเหมาะสม

3.3 เพิ่มทางเลือกและอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ กลุ่มคนยากจนในเขตเมืองหรือพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดช่องว่างของ Unmet Need รวมถึงป้องกันการถูกเรียกเก็บเงินจากหน่วยบริการ (Extra Billing)

3.4 ใช้มาตรการจูงใจด้านคุณภาพเพื่อเปลี่ยนผ่านจากการให้บริการรักษาไปสู่บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) การป้องกันภาวะก่อนเบาหวาน และการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.5 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนร่วมดูแลจัดการสุขภาพของตนเอง

4. การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1 เพิ่มระบบการรับฟังความเห็นและขยายการทำงานร่วมกับผู้บริหาร/ต้นสังกัด/ผู้ให้บริการของหน่วยบริการทุกสังกัด และภาคีเครือข่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อทราบปัญหาและหรือข้อจำกัดต่างๆ และวางแนวทางเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน

4.2 ขยายเครือข่าย เสริมสร้างความเข้มแข็ง โดยสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายภาคประชาชนทุกภาคส่วน รวมทั้งเครือข่ายผู้ป่วย เพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มีความรอบรู้และตื่นตัวด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน

5. การสร้างความเข้าใจในข้อกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆกับผู้มีส่วนได้เสีย ทีมสหวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และการทบทวน ปรับปรุง กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นปัจจุบันสอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ

ภาคผนวก 1

รายนามคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Annex 1: Members of National Health Security Board

รายนามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
Members of the National Health Security Board

ประธาน



1) นายพัฒนา พร้อมพัฒน์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
(เริ่ม ตุลาคม 2568)

ผู้ทรงคุณวุฒิ



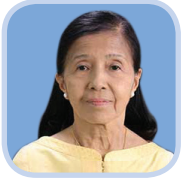
2) นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ



3) รศ.อภิญญา เวชชัย
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์



4) ศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์
และสาธารณสุข



5) นางมานิคา ภู่เจริญ
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลัง



6) นายสุวิช ชูตระกูล
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย



7) นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ
ผู้ทรงคุณวุฒิ
ด้านการแพทย์ทางเลือก



8) นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย

ผู้แทนกระทรวง และสำนักงบประมาณ



9) นพ.สมฤกษ์ จึงสมาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



10) นายสันติธร ยิ้มละมัย
รองปลัดกระทรวงมหาดไทย
ผู้แทนปลัดกระทรวงมหาดไทย

ผู้แทนกระทรวง และสำนักงบประมาณ



11) นางสาวกาญจนา พูลแก้ว
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
ผู้แทนปลัดกระทรวงแรงงาน



12) พลเอก นพ. พจน์ เอมพันธุ์
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวง
ผู้แทนปลัดกระทรวงกลาโหม



13) นายสุเทพ แก่งสันเทียะ
ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ



14) นายเอกฉัตร ศีควรรัตน์
รองปลัดกระทรวงพาณิชย์
ผู้แทนปลัดกระทรวงพาณิชย์



15) นายปิ่นสาย สุรัสวดี
รองปลัดกระทรวงการคลัง
ผู้แทนปลัดกระทรวงการคลัง



16) นายกรณินทร์ กาญจโนมัย
รองผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ
ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ

ผู้แทนด้านสาธารณสุข



17) ศ.นพ.อมร ลีลารัศมี
ผู้แทนแพทยสภา



18) ผศ.คร.ทพ.ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์
ผู้แทนทันตแพทยสภา



19) ภก.ปรีชา พันธุ์ติเวช
ผู้แทนสภาเภสัชกรรม



20) รศ.คร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
ผู้แทนสภาการพยาบาล



21) นพ.สุรพล โล่ห์สิริวัฒน์
ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



22) รศ.ชัชชาติ สิทธิพันธุ์
ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
ผู้แทนองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น



23) นางสาวศวงรัตน์ โล่ห์สุนทร
ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด



24) นายรังสรรค์ นันทกาวงศ์
ผู้แทนเทศบาล

25) อยู่ระหว่างคัดเลือก
ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล

ผู้แทนองค์กรเอกชน



26) นางสาววรรณา แก้วชาติ
ผู้แทนองค์กรเอกชน
ด้านชุมชนแออัด



27) นางสาวบุญยืน ศิริธรรม
ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านเกษตรกร



28) นายนิมิตร์ เทียนอุดม
ผู้แทนองค์กรเอกชน
ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีฯ



29) นายวันเสาร์ ไชยกุล
ผู้แทนองค์กรเอกชน
ด้านคนพิการและจิตเวช



30) นายวิชัย โชควิวัฒน
ผู้แทนองค์กรเอกชน
ด้านผู้สูงอายุ



นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการ สปสช.
(เลขานุการคณะกรรมการฯ)

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(Duties and Authorities of the National Health Security Board)

1) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ
2) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้
3) กำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5
4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการถอดถอนเลขาธิการตามมาตรา 31 และกำหนดคุณสมบัติ หรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการตามมาตรา 32
6) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40
7) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41
8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47
9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินการและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47
10) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
11) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน
12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการแล้วรายงานต่อรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ
13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี
14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ภาคผนวก 2

รายนามคณะกรรมการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

Annex 2: Members of the Health Service Standard and Quality Control Board

รายนามคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
Members of the Health Service Standard and Quality Control Board

ประธาน



1) ศาสตราจารย์คลินิก นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา
ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการ อย. ประธาน สรพ. ผอ.สำนักสถานพยาบาล



2) นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์
อธิบดีกรมการแพทย์



3) ภญ.สุภัทรา บุญเสริม
เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา



5) ทพญ.นลินา ตันตินิรามัย
ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ



4) ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา
ประธานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



4) รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์
แทนประธานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ผู้แทนสภาวิชาชีพ



6) นพ.พินิจ หิรัญโชติ
ผู้แทนแพทยสภา



7) ดร.กฤษดา แสวงดี
ผู้แทนสภาการพยาบาล

ผู้แทนสภาวิชาชีพ



8) ทพญ.แพร จิตตินันทน์
ผู้แทนทันตแพทยสภา



9) นายสุนทร พยัคฆ์
ผู้แทนสภาทนายความ
(ถึง 18 พฤศจิกายน 2568)



9) นายธันย์ชนน ศรีอัษฎาวุธกุล
ผู้แทนสภาทนายความ
(เริ่ม 19 พฤศจิกายน 2568)



10) รศ.(พิเศษ) ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
ผู้แทนสภาเภสัชกรรม



11) นพ.สุรพจน์ สุวรรณพานิช
ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน

ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



12) นางรุ่งอรุณ คำโมง
ผู้แทนเทศบาล
(ถึง 27 มีนาคม 2568)



12) นายพิสุทธิ์ อนุตรอังกูร
ผู้แทนเทศบาล
(เริ่ม 23 กันยายน 2568)



13) ว่าที่ร้อยตรี ไพเจน มากสุวรรณ์
ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด
(ถึง 19 ธันวาคม 2567)



13) นพ.ประวัติ กิจธรรมกูลนิจ
ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด
(เริ่ม 23 เมษายน 2568)



14) นายภัทรพงศ์ สถิตชล
ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล
(ถึง 27 พฤศจิกายน 2568)



15) นายปรเมศวร์ งามพิเชษฐ์
ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
รูปแบบอื่น (เมืองพัทยา)

ผู้แทนประกอบวิชาชีพ



16) ดร.ธีรพร สถิรอังกูร
ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์



17) ทพญ.ศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ
ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ
ทันตกรรม



18) ภก.ปรีชา รัตนพรสมปอง
ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง



19) ศ.คลินิกเกียรติคุณ
นพ.วิทยา ถิฐาพันธ์
ผู้แทนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย
(ถึง 19 มกราคม 2568)



19) ศ.พญ.สฤกพรรณ วิไลลักษณ์
ผู้แทนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย
(เริ่ม 20 มกราคม 2568)



20) ผศ.นพ.ไพศิษฎ์ ศิริวิทยากร
ผู้แทนราชวิทยาลัยศัลยแพทย์
แห่งประเทศไทย



21) ศ.นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล
ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์
แห่งประเทศไทย



22) รศ.พลตรีหญิง ฤดีวิไล สามโกเศศ
ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์
แห่งประเทศไทย

ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ



23) รศ.กานดา ชัยภิญโญ
ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ
สาขากายภาพบำบัด



24) นายวิทยา เงาคะคุ
ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ
สาขาเทคนิคการแพทย์



25) ผศ.(พิเศษ) ธนวัฒน์ สนทราพรพล
ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ
สาขารังสีเทคนิค

ผู้แทนองค์กรเอกชน



26) นางกัลยทรรศน์ คิ้งหวัง
ผู้แทนองค์กรเอกชน
(งานด้านเด็กหรือเยาวชน)



27) นายสุมิตร วอพะพอ
ผู้แทนองค์กรเอกชน
(งานด้านชนกลุ่มน้อย)



28) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ผู้แทนองค์กรเอกชน
(งานด้านผู้สูงอายุ)



29) นางสุนทรี เซ่งกิ่ง
ผู้แทนองค์กรเอกชน
(งานด้านผู้ใช้แรงงาน)



30) นางสาวจุฑา สังขชาติ
ผู้แทนองค์กรเอกชน
(งานด้านเกษตร)

ผู้ทรงคุณวุฒิ



31) นพ.วิชัย อัศวภาคย์
ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว



32) พญ.โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ
ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาจิตเวช



33) นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์
ผู้ทรงคุณวุฒิ
สาขาการแพทย์แผนไทย



34) พญ.วัชรา ริ้วไพบูลย์
ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาอื่น



35) ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์
ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาอื่น



นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการ สปสช.
(เลขานุการคณะกรรมการฯ)

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

(Duties and Authorities of the Health Service Standard and Quality Control Board)

มาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 45
2. กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้น ๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5
3. กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
4. เสนอแนะอัตราค่าคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46
5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน
6. รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน
7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
8. จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด
9. สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ภาคผนวก 3

รายงานของผู้ตรวจสอบบัญชีและ รายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุด

วันที่ 30 กันยายน 2568

ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Annex 3: Financial Report of National Health Security Fund:
UCS Budget in the Fiscal Year 2025

ที่ ตผ ๐๐๑๖/ ๙๕๘

สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง การให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช ๗.๗๑/๑๕๑๐ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เสนอชื่อ บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด โดย นายธนาดล รักษาพล หรือ นายจตุร์วิทย์ เขียวชะอุ่ม เป็นผู้สอบบัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการตรวจสอบรายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ พร้อมทั้งส่งสำเนาเอกสารประกอบการพิจารณา ตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชี พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๒) พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินพิจารณาให้ความเห็นชอบ นั้น

สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้พิจารณาคุณสมบัติและคุณลักษณะของผู้สอบบัญชี รวมทั้งข้อกำหนดอื่นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชี พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๑๐ วรรคสาม และข้อ ๑๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘ แล้ว เห็นชอบให้ นายธนาดล รักษาพล หรือ นายจตุร์วิทย์ เขียวชะอุ่ม บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด เป็นผู้สอบบัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการตรวจสอบรายงานการเงินประจำปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ โดยผู้สอบบัญชีจะต้องปฏิบัติตามประกาศผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาแจ้งผลการตรวจสอบไปยังหน่วยรับตรวจ กรณีการตรวจสอบรายงานการเงินโดยผู้สอบบัญชีที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเห็นชอบ พ.ศ. ๒๕๖๓

ทั้งนี้ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินมีข้อสังเกตเกี่ยวกับขอบเขตการว่าจ้างผู้สอบบัญชีและรายละเอียดข้อเสนอทางด้านเทคนิคของผู้สอบบัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเพื่อเป็นเอกสารประกอบพิจารณาให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชีตามหนังสือที่อ้างถึง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการรายงานผลการตรวจสอบและการแจ้งผลการตรวจสอบรายงานการเงินประจำปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาแจ้งผลการตรวจสอบไปยังหน่วยรับตรวจ กรณีการตรวจสอบรายงานการเงินโดยผู้สอบบัญชีที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเห็นชอบ

พ.ศ. ๒๕๖๓...

"เงินแผ่นดินนั้น คือเงินของประชาชนทั้งชาติ"

พ.ศ. ๒๕๖๓ กล่าวคือ ขอบเขตของงานจัดจ้าง จ้างผู้สอบบัญชีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับงวดปีบัญชี ๒๕๖๘ ภาคผนวก ข. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ข้อ ๖. กำหนดว่า "รายงานที่ต้องส่งให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้สอบบัญชี ต้องนำส่งรายงานผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน ของ สปสช. และกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินภายใน ๑๕๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ (๓๐ กันยายน ๒๕๖๘)" ในขณะที่พระราชบัญญัติการบริหารทุนหมุนเวียน พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๒๙ วรรคสอง กำหนดว่า ให้ผู้สอบบัญชีของทุนหมุนเวียนที่ไม่มีสถานะเป็นนิติบุคคลทำรายงานการสอบบัญชีเสนอต่อคณะกรรมการบริหารภายในหนึ่งร้อยห้าสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชี ซึ่งการกำหนดเงื่อนไขการนำส่งรายงานผลการตรวจสอบของผู้สอบบัญชีดังกล่าวไม่เป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชี พ.ศ.๒๕๖๒ข้อ ๖ (๓) และ ข้อ ๑๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับประกาศผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาแจ้งผลการตรวจสอบไปยังหน่วยรับตรวจ กรณีการตรวจสอบรายงานการเงินโดยผู้สอบบัญชีที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเห็นชอบ พ.ศ. ๒๕๖๓ ข้อ ๓ ทั้งนี้ ผู้ชนะการเสนอราคาได้ยื่นข้อเสนอตามขอบเขตการว่าจ้างผู้สอบบัญชีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชีตามหนังสือนี้เป็นการตรวจสอบคุณสมบัติและคุณลักษณะของผู้สอบบัญชีรวมทั้งข้อกำหนดอื่นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชี พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๑๐ วรรคสาม และ ข้อ ๑๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘ เท่านั้น มิใช่การรับรองว่าการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชอบด้วยกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายประวิทย์ ตันตราจินต์)
รองผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน

๑๑ ก.พ. ๖๘ เวลา ๑๖:๒๖:๑๖ (Trusted TSA) Personal and Central PKI-LN
Signature Code : 2eKb0-EXRLO-FH7jy-undK/

สำนักควบคุมและประกันคุณภาพการตรวจเงินแผ่นดิน
โทร. ๐ ๒๒๗๑ ๘๐๐๐ ต่อ ๒๕๐๓
โทรสาร ๐ ๒๖๑๘ ๕๗๙๘
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sqao@oag.go.th

-มอบฝ่ายการเงินและบัญชีบริหารและฝ่ายบริหารทั่วไปดำเนินการ
-แจ้งรองสินชัยและผู้บริหารสายงานบริหารกองทุน/ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุนทราบ

"เงินแผ่นดินนั้น คือเงินของประชาชนทั้งชาติ"

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายงานการเงิน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

๒๕๖๘

โดย บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด

THIRTY-FOUR AUDIT OFFICE CO.,LTD.
48 Thana Place, 2nd Floor, Room No. 211, Soi Charansanitwong 34,
Charansanitwong Rd., Arun Amarin,
Bangkok Noi, Bangkok 10700.
Tel.0-2434-9999 Fax.0-2434-9998 E-mail: thana_34@thanacorp.com

THIRTY-FOUR AUDIT

บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด
48 อาคารธนาเพลส ชั้น 2 ห้อง 211 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34
ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. 0-2434-9999 แฟกซ์ 0-2434-9998

รายงานของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต

เสนอ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเห็น

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบรายงานการเงินของ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย งบแสดงฐานะการเงิน ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน และงบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน สำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน และหมายเหตุประกอบงบการเงิน รวมถึงสรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ

ข้าพเจ้าเห็นว่า รายงานการเงินข้างต้นนี้แสดงฐานะการเงินของ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 และผลการดำเนินงานสำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน โดยถูกต้องตามที่ควรในสาระสำคัญ ตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้

เกณฑ์ในการแสดงความเห็น

ข้าพเจ้าได้ปฏิบัติงานตรวจสอบตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและมาตรฐานการสอบบัญชี ความรับผิดชอบของข้าพเจ้าได้กล่าวไว้ในวรรคความรับผิดชอบของผู้สอบบัญชีต่อการตรวจสอบรายงานการเงินในรายงานของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ามีความเป็นอิสระจากหน่วยงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินที่กำหนดโดยคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชีรวมถึงมาตรฐานเรื่องความเป็นอิสระที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพบัญชี (ประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชี) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบรายงานการเงิน และข้าพเจ้าได้ปฏิบัติตามความรับผิดชอบด้านจรรยาบรรณอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชี ข้าพเจ้าเชื่อว่าหลักฐานการสอบบัญชีที่ข้าพเจ้าได้รับเพียงพอและเหมาะสมเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการแสดงความเห็นของข้าพเจ้า

ข้อมูลและเหตุการณ์ที่เน้น

ข้าพเจ้าขอให้สังเกตหมายเหตุประกอบรายงานการเงิน ข้อ 15 ซึ่งอธิบายถึงสถานการณ์ที่กองทุนฯ มียอดหนี้สินมากกว่าสินทรัพย์ส่งผลให้สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนแสดงยอดติดลบ อย่างไรก็ตาม กองทุนฯ เชื่อว่าสถานการณ์ดังกล่าวจะไม่ส่งผลต่อการดำเนินงานต่อเนื่องของกองทุนฯ ข้าพเจ้ามิได้แสดงความเห็นอย่างมีเงื่อนไขจากกรณีดังกล่าว

เรื่องอื่น

รายงานการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567 ที่แสดงเป็นข้อมูลเปรียบเทียบตรวจสอบโดยผู้สอบบัญชีอื่น ซึ่งแสดงความเห็นอย่างไม่มีเงื่อนไขตามรายงานลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2568

ข้อมูลอื่น

ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบต่อข้อมูลอื่น ข้อมูลอื่นประกอบด้วย ข้อมูลซึ่งรวมอยู่ในรายงานประจำปี แต่ไม่รวมถึงรายงานการเงินและรายงานของผู้สอบบัญชีที่อยู่ในรายงานประจำปีนั้น ซึ่งผู้บริหารจะจัดเตรียมรายงานประจำปีให้ข้าพเจ้าภายหลังวันที่ในรายงานของผู้สอบบัญชีนี้

THIRTY-FOUR AUDIT OFFICE CO.,LTD.
48 Thana Place, 2nd Floor, Room No. 211, Soi Charansanitwong 34,
Charansanitwong Rd., Arun Amarin,
Bangkok Noi, Bangkok 10700.
Tel.0-2434-9999 Fax.0-2434-9998 E-mail: thana_34@thanacorp.com

THIRTY-FOUR AUDIT

บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด
48 อาคารธนาเพลส ชั้น 2 ห้อง 211 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34
ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. 0-2434-9999 แฟกซ์ 0-2434-9998

ความเห็นของข้าพเจ้าต่อรายงานการเงินไม่ครอบคลุมถึงข้อมูลอื่นและข้าพเจ้าไม่ได้ให้ความเชื่อมั่นต่อข้อมูลอื่น

ความรับผิดชอบของข้าพเจ้าที่เกี่ยวเนื่องกับการตรวจสอบรายงานการเงิน คือการอ่านและพิจารณาว่าข้อมูลอื่นมีความขัดแย้งที่มีสาระสำคัญกับรายงานการเงินหรือกับความรู้ที่ได้รับจากการตรวจสอบของข้าพเจ้า หรือปรากฏว่าข้อมูลอื่นมีการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญหรือไม่

เมื่อข้าพเจ้าได้อ่านรายงานประจำปี หากข้าพเจ้าสรุปได้ว่ามีการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญ ข้าพเจ้าต้องสื่อสารเรื่องดังกล่าวกับผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแล

ความรับผิดชอบของผู้บริหารและผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลต่อรายงานการเงิน

ผู้บริหารมีหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำและการนำเสนอรายงานการเงินเหล่านี้ โดยถูกต้องตามที่ควรตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้ และรับผิดชอบเกี่ยวกับการควบคุมภายในที่ผู้บริหารพิจารณาว่าจำเป็น เพื่อให้สามารถจัดทำรายงานการเงินที่ปราศจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญ ไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด

ในการจัดทำรายงานการเงิน ผู้บริหารรับผิดชอบในการประเมินความสามารถของหน่วยงานในการดำเนินงานต่อเนื่อง เปิดเผยเรื่องที่เกี่ยวกับการดำเนินงานต่อเนื่องตามความเหมาะสม และการใช้เกณฑ์การบัญชีสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่อง เว้นแต่มีข้อกำหนดในกฎหมายหรือเป็นนโยบายรัฐบาลที่จะเลิกหน่วยงานหรือหยุดดำเนินงาน หรือไม่สามารถดำเนินงานต่อเนื่องต่อไปได้

ผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลมีหน้าที่ในการกำกับดูแลกระบวนการในการจัดทำรายงานการเงินของหน่วยงาน

ความรับผิดชอบของผู้สอบบัญชีต่อการตรวจสอบรายงานการเงิน

การตรวจสอบของข้าพเจ้ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่า รายงานการเงินโดยรวมปราศจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญหรือไม่ ไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด และเสนอรายงานของผู้สอบบัญชี ซึ่งรวมความเห็นของข้าพเจ้าอยู่ด้วย ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลคือความเชื่อมั่นในระดับสูงแต่ไม่ได้เป็นการรับประกันว่าการปฏิบัติงานตรวจสอบตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและมาตรฐานการสอบบัญชีจะสามารถตรวจพบข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญที่มีอยู่ได้เสมอไป ข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอาจเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด และถือว่ามีสาระสำคัญเมื่อคาดการณ์ได้อย่างสมเหตุสมผลว่ารายการที่ขัดต่อข้อเท็จจริงแต่ละรายการหรือทุกรายการรวมกันจะมีผลต่อการตัดสินใจทางเศรษฐกิจของผู้ใช้รายงานการเงินจากการใช้รายงานการเงินเหล่านี้

ในการตรวจสอบของข้าพเจ้าตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและมาตรฐานการสอบบัญชี ข้าพเจ้าได้ใช้ดุลยพินิจและการสังเกต และสงสัยเยี่ยงผู้ประกอบวิชาชีพตลอดการตรวจสอบ การปฏิบัติงานของข้าพเจ้ารวมถึง

- ระบุและประเมินความเสี่ยงจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญในรายงานการเงินไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด ออกแบบและปฏิบัติงานตามวิธีการตรวจสอบ เพื่อตอบสนองต่อความเสี่ยงเหล่านั้น และได้หลักฐานการสอบบัญชีที่เพียงพอและเหมาะสม เพื่อเป็นเกณฑ์ในการแสดงความเห็นของข้าพเจ้า ความเสี่ยงที่ไม่พบข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญซึ่งเป็นผลมาจากการทุจริตจะสูงกว่าความเสี่ยงที่เกิดจากข้อผิดพลาด เนื่องจากการทุจริตอาจเกี่ยวกับการสมรู้ร่วมคิด การปลอมแปลงเอกสารหลักฐาน การตั้งใจละเว้นการแสดงข้อมูล การแสดงข้อมูลที่ไม่ตรงตามข้อเท็จจริงหรือการแทรกแซงการควบคุมภายใน

THIRTY-FOUR AUDIT OFFICE CO.,LTD.
48 Thana Place, 2nd Floor, Room No. 211, Soi Charansanitwong 34,
Charansanitwong Rd., Arun Amarin,
Bangkok Noi, Bangkok 10700.
Tel.0-2434-9999 Fax.0-2434-9998 E-mail: thana_34@thanacorp.com

THIRTY-FOUR AUDIT

บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด
48 อาคารธนาเพลส ชั้น 2 ห้อง 211 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34
ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. 0-2434-9999 แฟกซ์ 0-2434-9998

- ทำความเข้าใจในระบบการควบคุมภายในที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ เพื่อออกแบบวิธีการตรวจสอบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ แต่ไม่ใช่เพื่อวัตถุประสงค์ในการแสดงความเห็นต่อความมีประสิทธิผลของการควบคุมภายในของหน่วยงาน
- ประเมินความเหมาะสมของนโยบายการบัญชีที่ผู้บริหารใช้และความสมเหตุสมผลของประมาณการทางบัญชีและการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งจัดทำขึ้นโดยผู้บริหาร
- สรุปเกี่ยวกับความเหมาะสมของการใช้เกณฑ์การบัญชีสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องของผู้บริหารและจากหลักฐานการสอบบัญชีที่ได้รับ สรุปว่ามีความไม่แน่นอนที่มีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดข้อสงสัยอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถของหน่วยงานในการดำเนินงานต่อเนื่องหรือไม่ ถ้าข้าพเจ้าได้ข้อสรุปว่ามีความไม่แน่นอนที่มีสาระสำคัญ ข้าพเจ้าต้องกล่าวไว้ในรายงานของผู้สอบบัญชีของข้าพเจ้าโดยให้ข้อสังเกตถึงการเปิดเผยข้อมูลในรายงานการเงินที่เกี่ยวข้อง หรือถ้าการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงพอ ความเห็นของข้าพเจ้าจะเปลี่ยนแปลงไป ข้อสรุปของข้าพเจ้าขึ้นอยู่กับหลักฐานการสอบบัญชีที่ได้รับจนถึงวันที่ในรายงานของผู้สอบบัญชีของข้าพเจ้า อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์หรือสถานการณ์ในอนาคตอาจเป็นเหตุให้หน่วยงานต้องหยุดการดำเนินงานต่อเนื่อง
- ประเมินการนำเสนอ โครงสร้างและเนื้อหาของรายงานการเงินโดยรวม รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลว่ารายงานการเงินแสดงรายการและเหตุการณ์ในรูปแบบที่ทำให้มีการนำเสนอข้อมูลโดยถูกต้องตามที่ควรหรือไม่

ข้าพเจ้าได้สื่อสารกับผู้บริหารและผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลในเรื่องต่าง ๆ ที่สำคัญ ซึ่งรวมถึงขอบเขตและช่วงเวลาของการตรวจสอบตามที่ได้วางแผนไว้ ประเด็นที่มีนัยสำคัญที่พบจากการตรวจสอบ รวมถึงข้อบกพร่องที่มีนัยสำคัญในระบบการควบคุมภายใน หากข้าพเจ้าได้พบในระหว่างการตรวจสอบของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเป็นผู้รับผิดชอบงานสอบบัญชีและการนำเสนอรายงานฉบับนี้

(ดร.จตุร์วิทย์ เขียวชะอุ่ม)
ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตทะเบียนเลขที่ 6356
48 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34 ถนนจรัญสนิทวงศ์
แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร 10700
วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	หมายเหตุ	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	5	5,058,247,015.06	2,028,187,365.97
ลูกหนี้ระยะสั้น	6	17,025,797,851.39	3,709,163,761.60
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	7	118,066,755.70	9,046,507,059.12
เงินลงทุนระยะสั้น	8	531,767,248.46	525,714,978.42
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		**22,733,878,870.61**	**15,309,573,165.11**
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
ลูกหนี้ระยะยาว	9	3,831,445.93	-
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		**3,831,445.93**	**-**
รวมสินทรัพย์		**22,737,710,316.54**	**15,309,573,165.11**

หมายเหตุประกอบงบการเงินถือเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

ลงชื่อ.....กิ่งไผ่ จันทร์อยู่.....
(นางกิ่งไผ่ จันทร์อยู่)
ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

ลงชื่อ.....
(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน (ต่อ)

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	หมายเหตุ	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
หนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
เจ้าหนี้ระยะสั้น	10	36,831,684,142.23	13,294,778,928.75
เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะสั้น	11	0.00	106,924,610.07
เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขคนพิการ สิทธิ สปส.	12	299.12	565,323.49
เงินรับฝากระยะสั้น	13	182,075,451.20	232,282,580.53
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	14	65,321,658.47	95,667,054.46
รวมหนี้สินหมุนเวียน		**37,079,081,551.02**	**13,730,218,497.30**
รวมหนี้สิน		**37,079,081,551.02**	**13,730,218,497.30**
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
ทุน	15	419,483,824.03	419,483,824.03
รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	16	(14,760,855,058.51)	1,159,870,843.78
รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		**(14,341,371,234.48)**	**1,579,354,667.81**
รวมหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		**22,737,710,316.54**	**15,309,573,165.11**

หมายเหตุประกอบงบการเงินถือเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

ลงชื่อ.....

(นางกิ่งไผ่ จันทร์อยู่)

ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

ลงชื่อ.....

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	หมายเหตุ	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
รายได้			
รายได้จากงบประมาณ ม.39 (1)	18.1	166,129,047,504.39	154,906,080,095.61
รายได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ม.39 (2)	18.2	6,506,402,762.92	16,270,863,136.18
รายได้งบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น	18.3	1,115,268,300.00	5,924,408,200.00
รายได้ค่าปรับทางปกครอง ม.39 (4)		200,000.00	100,000.00
รายได้ดอกเบี้ย		187,227,782.29	190,260,570.20
รายได้ค่าบริการสาธารณสุขปีก่อนรับคืน		1,062,827,559.74	346,362,134.23
รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน		34,661,603.85	196,752,003.91
รายได้อื่น	19	1,209,111.14	679,934.51
รวมรายได้		**175,036,844,624.33**	**177,835,506,074.64**
ค่าใช้จ่าย			
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	20.1	190,957,513,515.62	179,155,062,149.47
ค่าใช้จ่ายงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น	20.2	57,000.00	5,924,408,200.00
ค่าใช้จ่ายอื่น		11.00	1,494.85
รวมค่าใช้จ่าย		**190,957,570,526.62**	**185,079,471,844.32**
รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ		**(15,920,725,902.29)**	**(7,243,965,769.68)**

หมายเหตุประกอบงบการเงินถือเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

ลงชื่อ.....
(นางกิ่งไผ่ จันทร์อยู่)
ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

ลงชื่อ.....
(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	หมายเหตุ	ทุน	รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566		419,483,824.03	8,460,745,199.91	8,880,229,023.94
- ตามที่รายงานไว้เดิม				
ผลสะสมจากการแก้ไขผิดพลาดปีก่อน	17	-	(56,908,586.45)	(56,908,586.45)
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566		419,483,824.03	8,403,836,613.46	8,823,320,437.49
- หลังปรับปรุง				
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสำหรับปี 2567				
รายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด (ปรับปรุงใหม่)		-	(7,243,965,769.68)	(7,243,965,769.68)
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2567		419,483,824.03	1,159,870,843.78	1,579,354,667.81
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2567		419,483,824.03	1,216,779,430.23	1,636,263,254.26
- ตามที่รายงานไว้เดิม				
ผลสะสมจากการแก้ไขผิดพลาดปีก่อน	17	-	(56,908,586.45)	(56,908,586.45)
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2567		419,483,824.03	1,159,870,843.78	1,579,354,667.81
- หลังปรับปรุง				
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสำหรับปี 2568				
รายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด		-	(15,920,725,902.29)	(15,920,725,902.29)
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2568		419,483,824.03	(14,760,855,058.51)	(14,341,371,234.48)

หมายเหตุประกอบงบการเงินถือเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

ลงชื่อ.....

(นางกิ่งไผ่ จันทร์อยู่)

ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

ลงชื่อ.....

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุประกอบงบการเงิน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ	สารบัญ	หน้า
1	ข้อมูลทั่วไป	9
2	เกณฑ์การจัดทำรายงานการเงิน	13
3	มาตรฐานการบัญชีและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่	13
4	สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ	13
5	เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	15
6	ลูกหนี้ระยะสั้น	16
7	ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	17
8	เงินลงทุนระยะสั้น	18
9	ลูกหนี้ระยะยาว	18
10	เจ้าหนี้ระยะสั้น	18
11	เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะสั้น	19
12	เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขคนพิการ สิทธิ สปส.	20
13	เงินรับฝากระยะสั้น	20
14	หนี้สินหมุนเวียนอื่น	21
15	ทุน	21
16	รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	22
17	การแก้ไขข้อผิดพลาดของงวดก่อนและการปรับปรุงบัญชี	22
18	รายได้จากงบประมาณ	23
19	รายได้อื่น	25
20	ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	25
21	รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายปีปัจจุบันและปีก่อน	27
22	รายงานรายได้แผ่นดิน	28
23	การอนุมัติรายงานการเงิน	28

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุประกอบงบการเงิน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ความเป็นมา

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งตามมาตรา 39 ระบุว่า กองทุน ประกอบด้วย

1. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
2. เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
3. เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
4. เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
5. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
6. ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
7. เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
8. เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

ทั้งนี้ เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ดังนั้นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีสภาพเป็นเงินนอกงบประมาณที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งอยู่ที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550" ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 และมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต ที่ตั้งอยู่ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จำนวน 13 แห่ง

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตามมาตรา 39 (1) และ (2) จำนวน 178,402,961,799.53 บาท และจากงบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น จำนวน 1,115,268,300.00 บาท รวมจำนวนเงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเพื่อการใช้จ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 179,518,230,099.53 บาท (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 165,409,431,699.57 บาท และจากงบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น จำนวน 5,924,408,200 บาท) สำหรับจ่ายค่าบริการสาธารณสุขการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการให้กับหน่วยบริการ

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

1.2 การบริหารโครงการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงาน) มีหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคณะกรรมการมีหน้าที่ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ดำเนินกิจการกองทุนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมถึงกำหนดระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศต่าง ๆ ในการบริหารกองทุน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับโอนกิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้และความรับผิด รวมถึงเงินงบประมาณปี 2546 ของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติฯ และเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ตามนัยมาตรา 69 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จำนวน 9 รายการ ได้แก่

1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
6. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ
7. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
   - 7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
   - 7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
   - 7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
9. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามสิทธิประโยชน์ฯ ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยในทั่วไป บริการกรณีเฉพาะ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการการแพทย์แผนไทย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวในอัตราเหมาจ่าย 3,856.08 บาท ต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมาย ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 47.1570 ล้านคน ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 119,539.1088 ล้านบาท ตามประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

1.2 การบริหารโครงการ (ต่อ)

ประเภทบริการ		จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1.	บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,391.20
2.	บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,790.73
3.	บริการกรณีเฉพาะ	503.92
4.	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	9.64
5.	บริการการแพทย์แผนไทย	31.90
6.	ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)		**3,856.08**

2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขครอบคลุมถึงบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 4,209.4455 ล้านบาท

3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับค่ายา/บริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 13,506.1662 ล้านบาท

4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน โดยเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นเบาหวาน และครอบคลุมบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 1,298.9243 ล้านบาท

5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) ที่เป็นหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 1,490.2880 ล้านบาท

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

1.2 การบริหารโครงการ (ต่อ)

6. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ เป็นค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการและในชุมชนทั้งในเขตพื้นที่และนอกเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมทั้งบริการในหน่วยนวัตกรรมต่าง ๆ ตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 2,180.2280 ล้านบาท

7. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ ของประชาชนในท้องถิ่น สำหรับประชากรไทยทุกคน ซึ่งจัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นค่าบริการสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 530.9680 ล้านบาท

7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลเมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนให้กับองค์กรตามจำนวนเป้าหมายประชากรไทยทุกคน จำนวนไม่เกิน 45 บาทต่อประชากร โดยจัดสรรเมื่อคณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติแผนตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงาน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 2,522.2070 ล้านบาท

7.3 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 2,900.2460 ล้านบาท

8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา 41 สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมกรณีผลกระทบจากการรับบริการวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 และเงินช่วยเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมกรณีผู้ให้บริการติดเชื้อโควิด 19 จากการให้บริการผู้ป่วย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 522.9230 ล้านบาท

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

1.2 การบริหารโครงการ (ต่อ)

9. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่ บุคคล กลุ่มบุคคล หรือครอบครัว สำหรับประชาชนไทยทุกคน เน้นการขยายระบบบริการ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ ปัญหาพื้นที่ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัด และสำหรับบริการพื้นฐาน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้รับเงินจัดสรร จำนวน 19,596.3819 ล้านบาท

หมายเหตุ 2 เกณฑ์การจัดทำและนำเสนอรายงานการเงิน

รายงานการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้ ซึ่งรวมถึงหลักการและนโยบาย การบัญชีภาครัฐ มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ และแสดงรายการในรายงานการเงินตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 1 เรื่องการนำเสนอรายงานการเงิน ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0410.2/ว15 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 ตามหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0410.2/ว479 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2563 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2566 ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0410.2/ว 559 ลงวันที่ 25 กันยายน 2566

รอบระยะเวลาบัญชีตามปีงบประมาณ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน ของปีถัดไป

หมายเหตุ 3 มาตรฐานการบัญชีและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่

ไม่มีมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่ที่มีผลบังคับใช้ในปีปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม กรมบัญชีกลางได้มีหนังสือที่ กค 0410.3/ว506 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 เรื่อง คู่มือการบัญชีภาครัฐเรื่องแนวทางประกอบการนำเสนอรายงานการเงิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การจัดทำรายงานการเงินมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ คู่มือฉบับดังกล่าวไม่มีผลกระทบอย่างมีสาระสำคัญต่อการจัดทำรายงานการเงินฉบับนี้

หมายเหตุ 4 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ

4.1 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

เงินสด หมายถึง เงินสดในมือ เช็ค และเงินฝากธนาคารในราคาตามมูลค่าที่ตราไว้ และแสดงรายการดังกล่าวไว้ในเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดในงบแสดงฐานะการเงิน

รายการเทียบเท่าเงินสด หมายถึง เงินลงทุนระยะสั้นที่มีสภาพคล่องสูง ซึ่งพร้อมที่จะเปลี่ยนเป็นเงินสดในจำนวนเงินที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกับมูลค่าเดิม ซึ่งความแตกต่างในมูลค่าดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญ

4.2 ลูกหนี้ระยะสั้น

ลูกหนี้ระยะสั้น หมายถึง จำนวนเงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิได้รับชำระจากบุคคลภายนอกหรือหน่วยงานอื่น ที่กำหนดชำระคืนระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

หมายเหตุ 4 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ (ต่อ)

4.3 เงินลงทุนระยะสั้น

เงินลงทุนระยะสั้น หมายถึง เงินฝากธนาคารประเภทเงินฝากประจำซึ่งมีอายุเกิน 3 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน

4.4 เจ้าหนี้ระยะสั้น

เจ้าหนี้ระยะสั้น เป็นภาระผูกพันที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีต่อหน่วยบริการหรือคู่สัญญา เมื่อได้รับมอบบริการหรือผลงานตามเงื่อนไขการจ่ายเงิน ที่กำหนดชำระภายใน 1 ปี

4.5 เงินรับฝากระยะสั้น

เงินรับฝากระยะสั้น หมายถึง จำนวนเงินที่กองทุนได้รับไว้ โดยมีข้อผูกพันในการจ่ายคืน หรือจ่ายต่อ อาจเป็นเงินที่รับไว้ตามข้อกำหนด เงินประกัน หรือเงินอื่นใด ซึ่งจะต้องจ่ายคืนให้แก่ผู้ฝากหรือเป็นเงินผ่านมือที่จะต้องส่งต่อไปยังบุคคลที่สาม ภายในระยะเวลา 1 ปี

4.6 ทุน

ทุน รับรู้เมื่อเริ่มตั้งสำนักงาน โดยการโอนทรัพย์สิน สิทธิ และภาระความรับผิดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานประกันสุขภาพตาม มาตรา 69 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

4.7 รายได้จากเงินงบประมาณ

รายได้จากเงินงบประมาณ รับรู้เมื่อได้รับเงินเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

1. รายได้จากงบประมาณ ม. 39 (1) เป็นรายได้ที่ได้รับงบประมาณ เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการสาธารณสุขของหน่วยบริการจากกรมบัญชีกลาง

2. รายได้จากงบประมาณ ม. 39 (2) เป็นรายได้ที่ได้รับเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น จากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

4.8 รายได้ค่าปรับทางปกครอง ม. 39 (4)

รายได้ค่าปรับทางปกครอง ม. 39 (4) เป็นเงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กรณีหน่วยบริการหรือคู่สัญญาให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด โดยเป็นการกระทำที่มีเจตนากระทำผิด

4.9 รายได้ค่าบริการสาธารณสุขปีก่อนรับคืน

รายได้ค่าบริการสาธารณสุขปีก่อนรับคืน เป็นรายได้ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เรียกเงินคืนจากหน่วยบริการหรือคู่สัญญา เนื่องจากไม่สามารถดำเนินงานได้ครบถ้วนตามข้อกำหนดในสัญญา ข้อตกลง หนังสือแสดงความจำนง หรือโครงการ ซึ่งจะบันทึกรับรู้เมื่อรายการที่เรียกคืนเงินเป็นข้อมูลของปีงบประมาณก่อน

หมายเหตุ 4 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ (ต่อ)

4.10 รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน

รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน เป็นรายได้ที่เกิดจากการเรียกคืนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากผลการตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการแล้ว พบว่า หน่วยบริการส่งเบิกและได้รับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยให้รับรู้รายได้จากการตรวจสอบเวชระเบียนเมื่อมีการเรียกคืนเงิน

4.11 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคู่สัญญา จะบันทึกรับรู้เป็นค่าใช้จ่ายเมื่อมีการทำสัญญา หรือหนังสือแสดงความจำนง หรือข้อตกลง หรือโครงการ

หมายเหตุ 5 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
เงินฝากสถาบันการเงิน		
- เงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	2,619,388,443.45	1,781,547,620.95
- เงินฝากออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)	2,438,858,571.61	246,639,745.02
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	**5,058,247,015.06**	**2,028,187,365.97**

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด จำนวน 5,058,247,015.06 บาท ประกอบด้วย เงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme (UCS)) จำนวน 4,744,479,422.45 บาท เงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง จำนวน 311,087,083.80 บาท เงินรับฝากของสำนักงานประกันสังคม สำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคนพิการสิทธิประกันสังคมที่มาใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 36,213.37 บาท และเงินกู้เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) จำนวน 2,644,295.44 บาท

หมายเหตุ 6 ลูกหนี้ระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข - UCS		
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	16,872,091,770.84	3,635,494,306.02
ลูกหนี้ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,163,600.00	1,136,700.00
ลูกหนี้ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	17,353,689.11	3,648,820.00
ลูกหนี้ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง	2,000.00	26,250.00
ลูกหนี้ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	546,000.00	582,000.00
ลูกหนี้ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	17,039,400.57	1,075,634.60
ลูกหนี้ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	56,620,996.39	45,218,960.63
ลูกหนี้ค่าบริการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 - UC	47,246.81	-
รวม ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข - UCS	16,966,864,703.72	3,687,182,671.25
ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น		
ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง	41,052,140.62	2,678,981.25
ลูกหนี้ค่าบริการสาธารณสุขของคนพิการสิทธิประกันสังคม	450.00	156,105.16
ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเงินกู้เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	13,097,286.70	13,514,295.50
ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขฉุกเฉิน EMCO	4,626,857.35	4,476,726.10
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ ม.12	156,413.00	156,413.00
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์อื่น	-	998,413.44
ลูกหนี้กรมสรรพากร	-	155.90
รวม ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น	58,933,147.67	21,981,090.35
รวม ลูกหนี้ระยะสั้น	**17,025,797,851.39**	**3,709,163,761.60**

หมายเหตุ 6 ลูกหนี้ระยะสั้น (ต่อ)

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 ลูกหนี้ระยะสั้น จำนวน 17,025,797,851.39 บาท เป็นค่าบริการด้านสาธารณสุขและอื่น ๆ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเรียกคืนเงินจากหน่วยบริการ กรณีการจ่ายค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดในส่วนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำที่มีการส่งต่อในและนอกจังหวัด และกรณีที่ตรวจสอบพบว่าการให้บริการไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติหรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนด และกรณีการประมวลผลจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในที่ปิด Global budget ประจำปี ซึ่งมีการเรียกคืนเงินจากหน่วยบริการที่ได้รับเงินเกินไปจึงบันทึกเป็นลูกหนี้เพื่อรอเรียกคืนเงิน

ลูกหนี้ระยะสั้น ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 และ 2567 แยกตามอายุหนี้ ดังนี้

(หน่วย : บาท)

ลูกหนี้ระยะสั้น	ยังไม่ถึงกำหนดชำระ	เกินกำหนดชำระไม่เกิน 30 วัน	เกินกำหนดชำระเกินกว่า 30 วัน	รวม
ปี 2568 (30 ก.ย. 68)	14,089,486,632.55	66,743,311.84	2,869,567,907.00	**17,025,797,851.39**
ปี 2567 (30 ก.ย. 67)	1,761,824,906.85	1,857,113,327.24	90,225,527.51	**3,709,163,761.60**

หมายเหตุ 7 ลูกหนี้อื่นระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
รายได้ค้างรับ - กรมบัญชีกลาง	109,649,099.53	9,040,664,435.23
ดอกเบี้ยค้างรับ		
เงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	128,775.95	120,203.76
เงินฝากออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)	6,480,871.57	3,310,738.57
เงินฝากประจำ 6 เดือน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	1,808,008.65	2,411,681.56
รวม ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	**118,066,755.70**	**9,046,507,059.12**

ลูกหนี้อื่นระยะสั้น จำนวน 118,066,755.70 บาท ประกอบด้วย รายได้ค้างรับสำหรับค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน 109,649,099.53 บาท และดอกเบี้ยค้างรับในปี 2568 จำนวน 8,417,656.17 บาท จากเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรและธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยรับดอกเบี้ยจากเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร อัตราร้อยละ 0.50 ต่อปี ดอกเบี้ยจากเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) อัตราร้อยละ 0.40 และ 0.725 ต่อปี และดอกเบี้ยจากเงินฝากประจำธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร อัตราร้อยละ 0.85 ต่อปี

หมายเหตุ 8 เงินลงทุนระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
เงินฝากประจำ 6 เดือน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	531,767,248.46	525,714,978.42
รวม เงินลงทุนระยะสั้น	**531,767,248.46**	**525,714,978.42**

เงินลงทุนระยะสั้น จำนวน 531,767,248.46 บาท เป็นเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ประเภทประจำ 6 เดือน อัตราดอกเบี้ยร้อยละ 0.85 ต่อปี ครบกำหนดไถ่ถอนเดือนพฤศจิกายน 2568

หมายเหตุ 9 ลูกหนี้ระยะยาว

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
ลูกหนี้ระยะยาว	3,831,445.93	-
รวม ลูกหนี้ระยะยาว	**3,831,445.93**	-

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 ลูกหนี้ระยะยาว จำนวน 3,831,445.93 บาท เป็นรายการลูกหนี้ที่แสดงความยินยอมชดใช้ค่าเสียหายแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ลงนามในสัญญาประนีประนอมยอมความผูกพันตนเรียบร้อยแล้ว และขอผ่อนชำระหนี้คืนสำนักงาน จำนวน 18 งวด

หมายเหตุ 10 เจ้าหนี้ระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
เจ้าหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข - UCS		
เจ้าหนี้ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	26,260,337,696.59	6,020,500,294.60
เจ้าหนี้ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	661,778,510.29	34,282,077.99
เจ้าหนี้ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	2,425,085,024.54	40,159,610.00
เจ้าหนี้ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง	131,268,500.70	11,585,074.71
เจ้าหนี้ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	346,377,117.04	21,135,541.95
เจ้าหนี้ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	551,488,578.00	-

หมายเหตุ 10 เจ้าหนี้ระยะสั้น (ต่อ)

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
เจ้าหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข - UCS (ต่อ)		
เจ้าหนี้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	1,455,000.00	1,607,000.00
เจ้าหนี้ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	1,340,031,234.53	114,404,622.60
เจ้าหนี้ค่าบริการสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 - UC	9,550.00	3,679,534.06
รวมเจ้าหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข - UCS	31,717,831,211.69	6,247,353,755.91
เจ้าหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น		
เจ้าหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลของข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง	5,113,038,304.44	7,018,890,349.64
เจ้าหนี้ค่าบริการสาธารณสุขคนพิการ สิทธิ สปส.	36,424.25	3,231,767.17
เจ้าหนี้ค่าใช้จ่ายเงินกู้เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาจากการระบาดของโรคโควิดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	24,110.00	68,160.00
เจ้าหนี้ค่าบริการทางการแพทย์	754,091.85	25,234,896.03
รวม เจ้าหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น	5,113,852,930.54	7,047,425,172.84
รวมเจ้าหนี้ระยะสั้น	**36,831,684,142.23**	**13,294,778,928.75**

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 เจ้าหนี้ระยะสั้น จำนวน 36,831,684,142.23 บาท เป็นค่าใช้จ่ายที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการภาคเอกชน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 เจ้าหนี้ระยะสั้นเพิ่มขึ้นจาก ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 จำนวน 23,536,905,213.48 บาท เนื่องจากมีข้อมูลผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ

หมายเหตุ 11 เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	-	106,924,610.07
รวม เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะสั้น	-	**106,924,610.07**

หมายเหตุ 12 เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขคนพิการ สิทธิ สปส.

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขคนพิการ สิทธิ สปส.	299.12	565,323.49
รวม เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขคนพิการ สิทธิ สปส.	**299.12**	**565,323.49**

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการสิทธิสำนักงานประกันสังคม จำนวน 299.12 บาท โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือปฏิบัติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 58/2559 เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ณ วันที่ 14 กันยายน 2559 และตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข ที่จ่ายให้สำหรับคนพิการที่เลือกรับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560 กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับเงินและจ่ายเงินเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการที่มาใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ 13 เงินรับฝากระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
เงินรับฝากอื่น	21,315,700.00	59,816,900.53
เงินประกันสัญญาหน่วยบริการ	160,759,751.20	172,465,680.00
รวม เงินรับฝากระยะสั้น	**182,075,451.20**	**232,282,580.53**

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 เงินรับฝากอื่น จำนวน 21,315,700.00 บาท เป็นเงินที่หน่วยบริการได้มาทำสัญญาประนีประนอมยอมความกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยยอมรับค่าเสียหายและยินยอมให้สำนักงานยึดหน่วงค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มภาวะเมตาบอลิก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นหลักประกันการชำระหนี้

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 เงินประกันสัญญาของหน่วยบริการ จำนวน 160,759,751.20 บาท ประกอบด้วย เงินประกันสัญญาของหน่วยบริการภาคเอกชนที่ทำสัญญาให้บริการสาธารณสุข จำนวน 158,402,000.00 บาท และเงินประกันสัญญาจากการดำเนินงานตามโครงการของคู่สัญญา จำนวน 2,357,751.20 บาท

หมายเหตุ 14 หนี้สินหมุนเวียนอื่น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
เงินโอนรอการรับรู้	65,165,781.47	95,511,177.46
ค่าสินไหมทดแทนค้างส่งต่อหน่วยบริการ	155,877.00	155,877.00
รวม หนี้สินหมุนเวียนอื่น	**65,321,658.47**	**95,667,054.46**

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 เงินโอนรอการรับรู้ จำนวน 65,165,781.47 บาท เป็นเงินที่ได้รับจากหน่วยบริการโอนเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 ยังมิได้รับหนังสือแจ้งจากหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่โอนเงินเข้าบัญชี

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 ค่าสินไหมทดแทนค้างส่งต่อหน่วยบริการ จำนวน 155,877.00 บาท เป็นเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข การจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเรียกเก็บจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการตามกฎหมาย

หมายเหตุ 15 ทุน

ทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 69 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มียอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 จำนวน 419,483,824.03 บาท

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มียอดหนี้สินมากกว่าสินทรัพย์ส่งผลให้สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ติดลบ จำนวน 14,341,371,234.48 บาท ทั้งนี้เป็นผลมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีค่าใช้จ่ายที่ต้องรับรู้ตามเกณฑ์คงค้างในช่วงสิ้นงวดบริหารการจ่ายของปีงบประมาณ 2568 ตามที่หน่วยบริการได้ให้บริการสาธารณสุขกับผู้มีสิทธิและส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายมายังกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำการเบิกจ่าย จึงมีการตั้งเจ้าหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขค้างจ่ายแสดงรวมเป็นหนี้สินในงบแสดงฐานะการเงินดังกล่าว โดยมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2568 วันที่ 1 กันยายน 2568 มีมติเห็นชอบข้อเสนอการบริหารค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 ภายหลังจากได้รับงบกลางแล้วไม่เพียงพอ ให้ใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569 และให้ สปสช.เสนอปรับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 กรณีจำเป็น

หมายเหตุ 15 ทุน (ต่อ)

ซึ่งในอดีตกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เคยรับรู้รายการค้างรับเงินงบประมาณที่ขอรับจัดสรรจากงบกลางในรายงานการเงิน เนื่องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับเงินดังกล่าวในภายหลังรอบระยะเวลารายงานการเงิน อย่างไรก็ตามในปี 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่รับรู้เงินส่วนที่ขอรับจัดสรรเพิ่มจากงบกลางดังกล่าวในรายงานการเงิน เพื่อให้รายงานการเงินสะท้อนถึงฐานะการเงินและผลการดำเนินงานที่แท้จริงในระหว่างปี อีกทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ สปสช 9.69/31685 ลงวันที่ 5 กันยายน 2568 เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี และหนังสือด่วนที่สุด ที่ สปสช 9.69/35150 ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2568 เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอรับจัดสรรงบกลางเพิ่มเติม จำนวน 17,185,842,300.00 บาท มาชดเชยในส่วนของรายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2568 อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังคงอยู่ระหว่างรอการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม

ทั้งนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงเชื่อมั่นว่าจะสามารถดำเนินงานต่อเนื่องต่อไปได้ เนื่องจากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นไปตามกระบวนการและการดำเนินงานตามปกติของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ 16 รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
ยอดรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสมคงเหลือยกมา	1,216,779,430.23	8,460,745,199.91
บวก ผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาด	(56,908,586.45)	(56,908,586.45)
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสมหลังปรับปรุง	1,159,870,843.78	8,403,836,613.46
หัก รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	(15,920,725,902.29)	(7,243,965,769.68)
ยอดรายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสมคงเหลือยกไป	**(14,760,855,058.51)**	**1,159,870,843.78**

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสะสมยกไป จำนวน 14,760,855,058.51 บาท เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสำหรับงวดสูงกว่าเงินที่ได้รับจัดสรร ซึ่งรอรับเงินงบประมาณจัดสรรเพิ่มเติมในปีงบประมาณถัดไป ตามที่กล่าวไว้ในหมายเหตุ 15

หมายเหตุ 17 การแก้ไขข้อผิดพลาดของงวดก่อนและการปรับปรุงบัญชี

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับปรุงย้อนหลังข้อมูลเปรียบเทียบเพื่อแก้ไขข้อผิดพลาดในงวดก่อน ผลกระทบจากการแก้ไขข้อผิดพลาดที่ส่งผลต่อรายการในงบแสดงฐานะการเงิน ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567 และงบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567 ดังนี้

หมายเหตุ 17 การแก้ไขข้อผิดพลาดของงวดก่อนและการปรับปรุงบัญชี (ต่อ)

(หน่วย : บาท)

	ก่อนปรับปรุง	ปรับปรุง	ปรับปรุงใหม่
งบแสดงฐานะการเงิน ณ วันที่ 30 กันยายน 2567			
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
ลูกหนี้ระยะสั้น	3,709,169,434.00	(5,672.40)	3,709,163,761.60
หนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
หนี้สิน			
เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะสั้น	50,021,696.02	56,902,914.05	106,924,610.07
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม ณ วันที่ 30 ก.ย. 66	8,460,745,199.91	(56,908,586.45)	8,403,836,613.46
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม ณ วันที่ 30 ก.ย. 67	1,216,779,430.23	(56,908,586.45)	1,159,870,843.78

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบัญชีผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาดปีก่อน จำนวน 56,908,586.45 บาท ซึ่งเกิดขึ้นจากการบันทึกปรับปรุงบัญชีงวดปีบัญชีก่อนปีงบประมาณ 2567 ส่งผลให้ข้อมูลของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความคลาดเคลื่อน ดังนี้

1. ปรับปรุงบัญชีลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน - EMCO ซึ่งเกิดขึ้นก่อนปีงบประมาณ 2567 เนื่องจากมีความคลาดเคลื่อนในการเรียกคืนเงิน ทำให้บัญชีลูกหนี้ดังกล่าวแสดงยอดสูงไป จำนวน 5,672.40 บาท

2. ปรับปรุงบัญชีรายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง ซึ่งเกิดขึ้นก่อนปีงบประมาณ 2567 เนื่องจากมีการตรวจสอบและเรียกคืนเงินปีก่อนจากหน่วยบริการ และนำเงินส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน จำนวน 56,902,914.05 บาท

หมายเหตุ 18 รายได้จากงบประมาณ ประกอบด้วย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรายได้จากเงินงบประมาณตามหมายเหตุประกอบงบการเงิน ข้อ 4.7 จำนวน 173,750,718,567.31 บาท ซึ่งประกอบด้วย

1. รายได้จากงบประมาณ ม. 39 (1) เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการสาธารณสุขของหน่วยบริการ จากกรมบัญชีกลาง จำนวน 168,296,886,700.00 บาท ซึ่งมีการปรับปรุงรายการบัญชีรายได้ค้างรับ จำนวน 2,167,839,195.61 บาท รวมเป็นเงินจำนวน 166,129,047,504.39 บาท

2. รายได้จากงบประมาณ ม. 39 (2) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลของ ข้าราชการ หรือพนักงานส่วนท้องถิ่น จากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9,996,426,000.00 บาท ซึ่งมีการปรับปรุงรายการบัญชีรายได้ค้างรับ จำนวน 3,599,672,336.61 บาท และรอจัดสรรเพิ่มเติม จำนวน 109,649,099.53 บาท รวมเป็นเงินจำนวน 6,506,402,762.92 บาท

หมายเหตุ 18 รายได้จากงบประมาณ (ต่อ) ประกอบด้วย

3. รายได้งบกลางรายการค่าใช้จ่ายเพื่อการกระตุ้นเศรษฐกิจและสร้างความเข็มแข็งของระบบเศรษฐกิจ จำนวน 1,115,268,300.00 บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามแผนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
18.1 รายได้ที่ได้รับมาเพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการฯ (ม. 39 (1)) ประกอบด้วย		
งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว		
- ค่าบริการทางการแพทย์	113,470,474,500.00	100,015,188,000.00
- ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,068,634,300.00	6,134,781,000.00
ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,209,445,500.00	4,017,095,700.00
ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	13,506,166,200.00	12,807,298,600.00
ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,298,924,300.00	1,197,615,700.00
ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490,288,000.00	1,490,288,000.00
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	2,900,246,000.00	2,760,554,000.00
ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	2,180,228,000.00	2,062,787,900.00
ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,522,207,000.00	2,550,601,000.00
ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	530,968,000.00	530,712,000.00
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	522,923,000.00	642,808,300.00
ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	19,596,381,900.00	18,528,510,700.00
รายได้ ม. 39 (1) รอจัดสรรเพิ่มเติม	(2,167,839,195.61)	2,167,839,195.61
รวม รายได้ ม. 39 (1)	**166,129,047,504.39**	**154,906,080,095.61**
18.2 รายได้ที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่นและลูกจ้าง		
รายได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ม. 39 (2)	10,106,075,099.53	12,671,190,799.57
รายได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรอจัดสรร	(3,599,672,336.61)	3,599,672,336.61
รวม รายได้ตาม ม. 39 (2)	**6,506,402,762.92**	**16,270,863,136.18**

หมายเหตุ 18 รายได้จากงบประมาณ (ต่อ) ประกอบด้วย

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
18.3 รายได้งบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น		
รายได้งบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น	1,115,268,300.00	5,924,408,200.00
รวม รายได้งบกลางฯ	**1,115,268,300.00**	**5,924,408,200.00**
รวม รายได้จากงบประมาณ	**173,750,718,567.31**	**177,101,351,431.79**

หมายเหตุ 19 รายได้อื่น

รายได้อื่น สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568 และ 2567 จำนวน 1,209,111.14 บาท และ 679,934.51 บาท ตามลำดับ ประกอบด้วย ดอกเบี้ยและค่าปรับที่เกิดจากงบลงทุนคืนจากหน่วยงานบริการ

หมายเหตุ 20 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
20.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข		
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย		
ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว		
- ค่าบริการทางการแพทย์	118,337,631,242.61	113,734,529,461.57
- ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,062,026,099.27	6,119,947,932.37
ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,985,291,074.04	3,832,316,855.86
ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	17,600,016,416.47	15,353,003,939.93
ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	790,161,616.00	593,569,154.50
ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490,288,000.00	1,490,288,000.00
ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	7,428,511,728.44	926,446,467.63
ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,371,025,950.00	2,395,091,728.50
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	3,793,739,108.00	1,798,557,900.00
ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	309,945,147.00	247,302,999.50

หมายเหตุ 20 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (ต่อ)

(หน่วย : บาท)

	2568	2567 (ปรับปรุงใหม่)
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ต่อ) ประกอบด้วย		
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	268,255,600.00	341,297,400.00
ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	17,091,772,756.59	15,584,554,061.80
รวม ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตาม พรบ.ฯ	179,528,664,738.42	162,452,905,901.66
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-	435,451,914.01
รวม ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข UC	**179,528,664,738.42**	**162,888,357,815.67**
20.2 ค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาของข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง		
ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง	11,428,848,777.20	16,266,704,333.80
รวม ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง	**11,428,848,777.20**	**16,266,704,333.80**
20.3 ค่าใช้จ่ายงบกลาง รายการค่าใช้จ่ายเพื่อการกระตุ้นเศรษฐกิจ และสร้างความเข็มแข็งของระบบเศรษฐกิจ		
ค่าใช้จ่ายงบกลาง รายการค่าใช้จ่ายเพื่อการกระตุ้นเศรษฐกิจ และสร้างความเข็มแข็งของระบบเศรษฐกิจ	57,000.00	5,924,408,200.00
รวม ค่าใช้จ่ายงบกลางฯ	**57,000.00**	**5,924,408,200.00**
รวม ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	**190,957,570,515.62**	**185,079,470,349.47**

สำหรับปีสิ้นสุด วันที่ 30 กันยายน 2568 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จำนวน 190,957,570,515.62 บาท ประกอบด้วย

1. เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จำนวน 178,295,936,202.45 บาท และเงินจากรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม จำนวน 1,232,728,535.97 บาท

2. ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง จำนวน 11,422,071,392.21 บาท และเงินรายจากการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม จำนวน 6,777,384.99 บาท

3. ค่าใช้จ่ายงบกลาง รายการค่าใช้จ่ายเพื่อการกระตุ้นเศรษฐกิจและสร้างความเข็มแข็งของระบบเศรษฐกิจ จำนวน 57,000.00 บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามแผนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

หมายเหตุ 21 รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายปีปัจจุบันและปีก่อน

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(หน่วย : บาท)

รายการ	งบสุทธิหลังโอนเปลี่ยนแปลง	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณปี 2568			
งบอุดหนุน UC	168,296,886,700.00	178,295,936,202.45	(9,999,049,502.45)
งบอุดหนุน อปท.	10,106,075,099.53	11,422,071,392.21	(1,315,996,292.68)
งบกลางรายการสำรองจ่ายฉุกเฉินฯ	1,115,268,300.00	57,000.00	1,115,211,300.00
รวม	**179,518,230,099.53**	**189,718,064,594.66**	**(10,199,834,495.13)**

หมายเหตุ : รายการเบิกจ่ายเงินอุดหนุน UC และเงินอุดหนุน อปท. มียอดสูงกว่าเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ได้มีการบันทึกข้อมูลเรียกเก็บเงินจากหน่วยบริการเพื่อรอรับเงินงบประมาณจัดสรรเพิ่มเติม

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

(หน่วย : บาท)

รายการ	งบสุทธิหลังโอนเปลี่ยนแปลง	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณปี 2567			
งบอุดหนุน UC	152,738,240,900.00	162,888,357,815.67	(10,150,116,915.67)
งบอุดหนุน อปท.	12,671,190,799.57	16,266,704,333.80	(3,595,513,534.23)
งบกลางรายการสำรองจ่ายฉุกเฉินฯ	5,924,408,200.00	5,924,408,200.00	-
รวม	**171,333,839,899.57**	**185,079,470,349.47**	**(13,745,630,449.90)**

หมายเหตุ : รายการเบิกจ่ายเงินอุดหนุน UC และเงินอุดหนุน อปท. มียอดสูงกว่าเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ได้มีการบันทึกข้อมูลเรียกเก็บเงินจากหน่วยบริการเพื่อรอรับเงินงบประมาณจัดสรรเพิ่มเติม

หมายเหตุ 22 รายงานรายได้แผ่นดิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการนำส่งเงินคืนกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินระหว่างปี จำนวน 59,977,085.55 บาท ซึ่งเป็นเงินที่ได้รับคืนจากการหน่วยบริการที่รับเงินค่าใช้จ่ายเงินกู้เพื่อแก้ไขปัญหาเยียวยา จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
รายงานรายได้แผ่นดิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
รายได้แผ่นดินที่จัดเก็บ		
รายได้แผ่นดิน – ภาษี	-	-
รายได้แผ่นดิน – นอกจากภาษี	59,977,085.55	50,177,636.52
รวมรายได้แผ่นดินที่จัดเก็บ	**59,977,085.55**	**50,177,636.52**
หัก รายได้แผ่นดินถอนคืนจากคลัง	-	-
รายได้แผ่นดินจัดสรรตามกฎหมาย	-	-
รายได้แผ่นดินจัดเก็บสุทธิ	**59,977,085.55**	**50,177,636.52**
รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	-	-
รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	**59,977,085.55**	**50,177,636.52**
ปรับ รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	59,977,085.55	50,177,636.52
รายการรายได้แผ่นดินสุทธิ	-	-

หมายเหตุ 23 การอนุมัติรายงานทางการเงิน

รายงานการเงินที่ได้รับการอนุมัติให้ออกโดยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569

ภาคผนวก 4

รายงานของผู้ตรวจสอบบัญชีและ รายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุด

วันที่ 30 กันยายน 2568

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Annex 4: Financial Report of National Health Security Office:
Administrative Budget in the Fiscal Year 2025



ที่ ตผ ๐๐๑๖/ ๙๕๗ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง การให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช ๗.๗๑/๑๕๑๐ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เสนอชื่อ นายธนาดล รักษาพล หรือ นายจตุร์วิทย์ เขียวชะอุ่ม บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด เป็นผู้สอบบัญชีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการตรวจสอบรายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ พร้อมทั้งส่งสำเนาเอกสารประกอบการพิจารณาตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชี พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินพิจารณาให้ความเห็นชอบ นั้น

สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้พิจารณาคุณสมบัติและคุณลักษณะของผู้สอบบัญชี รวมทั้งข้อกำหนดอื่นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชี พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๑๐ วรรคสาม และข้อ ๑๒ แล้ว เห็นชอบให้ นายธนาดล รักษาพล หรือ นายจตุร์วิทย์ เขียวชะอุ่ม บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด เป็นผู้สอบบัญชีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการตรวจสอบรายงานการเงินประจำปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ โดยผู้สอบบัญชีจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดในขอบเขตการว่าจ้างผู้สอบบัญชีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรายละเอียดข้อเสนอของผู้สอบบัญชี และตามประกาศผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาแจ้งผลการตรวจสอบไปยังหน่วยรับตรวจ กรณีการตรวจสอบรายงานการเงินโดยผู้สอบบัญชีที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเห็นชอบ พ.ศ. ๒๕๖๓

การให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชีตามหนังสือนี้เป็นการตรวจสอบคุณสมบัติและคุณลักษณะของผู้สอบบัญชี รวมทั้งข้อกำหนดอื่นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ความเห็นชอบผู้สอบบัญชี พ.ศ.๒๕๖๒ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๑๐ วรรคสาม และ ข้อ ๑๒ เท่านั้น มิใช่การรับรองว่าการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชอบด้วยกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วย

จึงเรียนมา...



"เงินแผ่นดินนั้น คือเงินของประชาชนทั้งชาติ"

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายประวิทย์ ตันตราจินต์)
รองผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน

ส.ต.ง. (Trusted TSA) Personal and Central PKI-LN
Signature Code : 3V9Ze-+nKuh-Qs1Ok-ax7h8

-มอบฝ่ายการเงินและบัญชีบริหารและฝ่ายบริหารทั่วไปดำเนินการ
- แจ้งรองสินชัย/ผู้บริหารสายงานบริหารกองทุน
และผอ.ฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุนทราบ

สำนักควบคุมและประกันคุณภาพการตรวจเงินแผ่นดิน
โทร. ๐ ๒๒๗๑ ๘๐๐๐ ต่อ ๒๕๐๓
โทรสาร ๐ ๒๖๑๘ ๕๗๙๘
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sqao@oag.go.th

"เงินแผ่นดินนั้น คือเงินของประชาชนทั้งชาติ"

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายงานการเงิน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

๒๕๖๘

โดย บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด

รายงานของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต

เสนอ คณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเห็น

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบรายงานการเงินของ **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ซึ่งประกอบด้วยงบแสดงฐานะการเงิน ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน และงบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน สำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน และหมายเหตุประกอบงบการเงิน รวมถึงสรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ

ข้าพเจ้าเห็นว่า รายงานการเงินข้างต้นนี้แสดงฐานะการเงินของ **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ณ วันที่ 30 กันยายน2568 และผลการดำเนินงานสำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน โดยถูกต้องตามที่ควรในสาระสำคัญตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้

เกณฑ์ในการแสดงความเห็น

ข้าพเจ้าได้ปฏิบัติงานตรวจสอบตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและมาตรฐานการสอบบัญชีความรับผิดชอบของข้าพเจ้าได้กล่าวไว้ในวรรคความรับผิดชอบของผู้สอบบัญชีต่อการตรวจสอบรายงานการเงินในรายงานของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ามีความเป็นอิสระจากหน่วยงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินที่กำหนดโดยคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชีรวมถึงมาตรฐานเรื่องความเป็นอิสระที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพบัญชี (ประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชี) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบรายงานการเงินและข้าพเจ้าได้ปฏิบัติตามความรับผิดชอบด้านจรรยาบรรณอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชี ข้าพเจ้าเชื่อว่าหลักฐานการสอบบัญชีที่ข้าพเจ้าได้รับเพียงพอและเหมาะสมเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการแสดงความเห็นของข้าพเจ้า

ข้อมูลและเหตุการณ์ที่เน้น

ข้าพเจ้าขอให้สังเกตหมายเหตุประกอบงบการเงินหมายเหตุ 2 เกณฑ์การจัดทำรายงานการเงิน มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่มีทุนหมุนเวียนที่ไม่เป็นนิติบุคคลต้องจัดทำรายงานการเงินรวม ตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 35 เรื่องรายงานการเงินรวม (เมื่อมีการประกาศใช้) แต่กระทรวงการคลังยังมิได้ประกาศใช้มาตรฐานการบัญชีภาครัฐฉบับดังกล่าว ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงยังมิได้จัดทำรายงานการเงินรวม ทั้งนี้ ข้าพเจ้ามิได้แสดงความเห็นอย่างมีเงื่อนไขในเรื่องนี้

เรื่องอื่น

รายงานการเงินของ **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567 ที่แสดงเป็นข้อมูลเปรียบเทียบตรวจสอบโดยผู้สอบบัญชีอื่น ซึ่งแสดงความเห็นอย่างไม่มีเงื่อนไขตามรายงานลงวันที่ 3 มีนาคม 2568

ข้อมูลอื่น

ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบต่อข้อมูลอื่น ข้อมูลอื่นประกอบด้วยข้อมูลซึ่งรวมอยู่ในรายงานประจำปี แต่ไม่รวมถึงรายงานการเงินและรายงานของผู้สอบบัญชีที่อยู่ในรายงานประจำปีนั้น ซึ่งผู้บริหารจะจัดเตรียมรายงานประจำปีให้ข้าพเจ้าภายหลังวันที่ในรายงานของผู้สอบบัญชีนี้

ความเห็นของข้าพเจ้าต่อรายงานการเงินไม่ครอบคลุมถึงข้อมูลอื่นและข้าพเจ้าไม่ได้ให้ความเชื่อมั่นต่อข้อมูลอื่น

THIRTY-FOUR AUDIT OFFICE CO.,LTD.
48 Thana Place, 2nd Floor, Room No. 211, Soi Charansanitwong 34,
Charansanitwong Rd., Arun Amarin,
Bangkok Noi, Bangkok 10700.
Tel.0-2434-9999 Fax.0-2434-9998 E-mail: thana_34@thanacorp.com

THIRTY-FOUR AUDIT

บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด
48 อาคารธนาเพลส ชั้น 2 ห้อง 211 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34
ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. 0-2434-9999 แฟกซ์ 0-2434-9998

ความรับผิดชอบของข้าพเจ้าที่เกี่ยวเนื่องกับการตรวจสอบรายงานการเงิน คือการอ่านและพิจารณาว่าข้อมูลอื่นมีความขัดแย้งที่มีสาระสำคัญกับรายงานการเงินหรือกับความรู้ที่ได้รับจากการตรวจสอบของข้าพเจ้า หรือปรากฏว่าข้อมูลอื่นมีการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญหรือไม่

เมื่อข้าพเจ้าได้อ่านรายงานประจำปี หากข้าพเจ้าสรุปได้ว่ามีการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญข้าพเจ้าต้องสื่อสารเรื่องดังกล่าวกับผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแล

ความรับผิดชอบของผู้บริหารและผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลต่อรายงานการเงิน

ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำและการนำเสนอรายงานการเงินเหล่านี้โดยถูกต้องตามที่ควรตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้ และรับผิดชอบเกี่ยวกับการควบคุมภายในที่ผู้บริหารพิจารณาว่าจำเป็นเพื่อให้สามารถจัดทำรายงานการเงินที่ปราศจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด

ในการจัดทำรายงานการเงิน ผู้บริหารรับผิดชอบในการประเมินความสามารถของหน่วยงานในการดำเนินงานต่อเนื่อง เปิดเผยเรื่องที่เกี่ยวกับการดำเนินงานต่อเนื่องตามความเหมาะสม และการใช้เกณฑ์การบัญชีสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่อง เว้นแต่มีข้อกำหนดในกฎหมายหรือเป็นนโยบายรัฐบาลที่จะเลิกหน่วยงานหรือหยุดดำเนินงานหรือไม่สามารถดำเนินงานต่อเนื่องต่อไปได้

ผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลมีหน้าที่ในการกำกับดูแลกระบวนการในการจัดทำรายงานทางการเงินของหน่วยงาน

ความรับผิดชอบของผู้สอบบัญชีต่อการตรวจสอบรายงานการเงิน

การตรวจสอบของข้าพเจ้ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่ารายงานการเงินโดยรวมปราศจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญหรือไม่ ไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด และเสนอรายงานของผู้สอบบัญชี ซึ่งรวมความเห็นของข้าพเจ้าอยู่ด้วย ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลคือความเชื่อมั่นในระดับสูงแต่ไม่ได้เป็นการรับประกันว่าการปฏิบัติงานตรวจสอบตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและมาตรฐานการสอบบัญชีจะสามารถตรวจพบข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญที่มีอยู่ได้เสมอไปข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอาจเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาดและถือว่ามีสาระสำคัญเมื่อคาดการณ์ได้อย่างสมเหตุสมผลว่ารายการที่ขัดต่อข้อเท็จจริงแต่ละรายการหรือทุกรายการรวมกันจะมีผลต่อการตัดสินใจทางเศรษฐกิจของผู้ใช้รายงานการเงินจากการใช้รายงานการเงินเหล่านี้

ในการตรวจสอบของข้าพเจ้าตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและมาตรฐานการสอบบัญชี ข้าพเจ้าได้ใช้ดุลยพินิจและการสังเกตและสงสัยเยี่ยงผู้ประกอบวิชาชีพตลอดการตรวจสอบ การปฏิบัติงานของข้าพเจ้ารวมถึง

- ระบุและประเมินความเสี่ยงจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญในรายงานการเงิน ไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด ออกแบบและปฏิบัติงานตามวิธีการตรวจสอบเพื่อตอบสนองต่อความเสี่ยงเหล่านั้น และได้หลักฐานการสอบบัญชีที่เพียงพอและเหมาะสมเพื่อเป็นเกณฑ์ในการแสดงความเห็นของข้าพเจ้า ความเสี่ยงที่ไม่พบข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากการทุจริตจะสูงกว่าความเสี่ยงที่เกิดจากข้อผิดพลาด เนื่องจากการทุจริตอาจเกี่ยวกับการสมรู้ร่วมคิด การปลอมแปลงเอกสารหลักฐาน การตั้งใจละเว้นการแสดงข้อมูล การแสดงข้อมูลที่ไม่ตรงตามข้อเท็จจริงหรือการแทรกแซงการควบคุมภายใน
- ทำความเข้าใจในระบบการควบคุมภายในที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ เพื่อออกแบบวิธีการตรวจสอบที่เหมาะสมกับสถานการณ์แต่ไม่ใช่เพื่อวัตถุประสงค์ในการแสดงความเห็นต่อความมีประสิทธิผลของการควบคุมภายในของหน่วยงาน

THIRTY-FOUR AUDIT OFFICE CO.,LTD.
48 Thana Place, 2nd Floor, Room No. 211, Soi Charansanitwong 34,
Charansanitwong Rd., Arun Amarin,
Bangkok Noi, Bangkok 10700.
Tel.0-2434-9999 Fax.0-2434-9998 E-mail: thana_34@thanacorp.com

THIRTY-FOUR AUDIT

บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด
48 อาคารธนาเพลส ชั้น 2 ห้อง 211 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34
ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. 0-2434-9999 แฟกซ์ 0-2434-9998

- ประเมินความเหมาะสมของนโยบายการบัญชีที่ผู้บริหารใช้และความสมเหตุสมผลของประมาณการทางบัญชีและการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจัดทำขึ้นโดยผู้บริหาร
- สรุปเกี่ยวกับความเหมาะสมของการใช้เกณฑ์การบัญชีสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องของผู้บริหารและจากหลักฐานการสอบบัญชีที่ได้รับ สรุปว่ามีความไม่แน่นอนที่มีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดข้อสงสัยอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถของหน่วยงานในการดำเนินงานต่อเนื่องหรือไม่ ถ้าข้าพเจ้าได้ข้อสรุปว่ามีความไม่แน่นอนที่มีสาระสำคัญ ข้าพเจ้าต้องกล่าวไว้ในรายงานของผู้สอบบัญชีของข้าพเจ้าโดยให้ข้อสังเกตถึงการเปิดเผยข้อมูลในรายงานการเงินที่เกี่ยวข้อง หรือถ้าการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงพอ ความเห็นของข้าพเจ้าจะเปลี่ยนแปลงไป ข้อสรุปของข้าพเจ้าขึ้นอยู่กับหลักฐานการสอบบัญชีที่ได้รับจนถึงวันที่ในรายงานของผู้สอบบัญชีของข้าพเจ้า อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์หรือสถานการณ์ในอนาคตอาจเป็นเหตุให้หน่วยงานต้องหยุดการดำเนินงานต่อเนื่อง
- ประเมินการนำเสนอ โครงสร้างและเนื้อหาของรายงานการเงินโดยรวม รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลว่ารายงานการเงินแสดงรายการและเหตุการณ์ในรูปแบบที่ทำให้มีการนำเสนอข้อมูลโดยถูกต้องตามที่ควรหรือไม่

ข้าพเจ้าได้สื่อสารกับผู้บริหารและผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลในเรื่องต่าง ๆ ที่สำคัญ ซึ่งรวมถึงขอบเขตและช่วงเวลาของการตรวจสอบตามที่ได้วางแผนไว้ ประเด็นที่มีนัยสำคัญที่พบจากการตรวจสอบ รวมถึงข้อบกพร่องที่มีนัยสำคัญในระบบการควบคุมภายในหากข้าพเจ้าได้พบในระหว่างการตรวจสอบของข้าพเจ้า

(ดร.จตุร์วิทย์ เขียวชะอุ่ม)
ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตทะเบียนเลขที่ 6356
48 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34 ถนนจรัญสนิทวงศ์
แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร 10700
วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	หมายเหตุ	2568	2567
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	5	288,669,748.55	291,510,459.25
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	6	325,535.52	9,950,712.63
เงินลงทุนระยะสั้น	7	57,981,112.25	57,981,112.25
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	8	3,347,834.50	9,291,948.62
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		350,324,230.82	368,734,232.75
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
อาคาร และอุปกรณ์ - สุทธิ	9	290,604,370.80	293,991,860.33
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	10	73,171,455.65	79,669,268.55
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น	11	3,638,282.00	3,703,922.00
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		367,414,108.45	377,365,050.88
รวมสินทรัพย์		717,738,339.27	746,099,283.63

หมายเหตุประกอบงบการเงินถือเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นางสาวสมพร บำรุงศรี)
ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีบริหาร

(นายจเด็จ ธรรมรัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน (ต่อ)

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	หมายเหตุ	2568	2567
หนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
เจ้าหนี้การค้า	12	57,877,997.79	61,827,472.05
เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	13	54,109,123.32	46,162,820.48
รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	14	1,689,987.43	2,752,526.00
เงินรับฝากระยะสั้น	15	28,376,767.03	37,540,716.67
รวมหนี้สินหมุนเวียน		142,053,875.57	148,283,535.20
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
เงินรับฝากระยะยาว		1,317,122.00	527,603.30
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน		1,317,122.00	527,603.30
รวมหนี้สิน		143,370,997.57	148,811,138.50
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
ทุน		248,595,506.76	248,595,506.76
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม	17	325,771,834.94	348,692,638.37
รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		574,367,341.70	597,288,145.13
รวมหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		717,738,339.27	746,099,283.63

หมายเหตุประกอบงบการเงินถือเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นางสาวสมพร บำรุงศรี)
ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีบริหาร

(นายจเด็จ ธรรมรัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	หมายเหตุ	2568	2567
รายได้			
รายได้จากงบประมาณ	18	1,564,548,000.00	1,566,700,000.00
รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค	19	32,067.90	438,388.40
รายได้อื่น	20	186,601,084.50	195,810,017.67
รวมรายได้		1,751,181,152.40	1,762,948,406.07
ค่าใช้จ่าย			
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	21	983,722,826.29	844,151,818.47
ค่าใช้สอย	22	614,721,196.54	643,201,918.04
ค่าวัสดุ	23	15,696,776.26	18,334,343.48
ค่าสาธารณูปโภค	24	36,189,558.22	40,377,963.07
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	25	123,437,660.20	128,263,160.85
ค่าใช้จ่ายอื่น	26	333,938.32	32,594.80
รวมค่าใช้จ่าย		1,774,101,955.83	1,674,361,798.71
รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ		(22,920,803.43)	88,586,607.36

หมายเหตุประกอบงบการเงินถือเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นางสาวสมพร บำรุงศรี)
ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีบริหาร

(นายจเด็จ ธรรมรัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน

สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

	หมายเหตุ	ทุน	รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566		248,595,506.76	260,106,031.01	508,701,537.77
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน สำหรับปี 2567				
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	17	-	88,586,607.36	88,586,607.36
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2567		248,595,506.76	348,692,638.37	597,288,145.13
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2567		248,595,506.76	348,692,638.37	597,288,145.13
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน สำหรับปี 2568				
รายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	17	-	(22,920,803.43)	(22,920,803.43)
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2568		248,595,506.76	325,771,834.94	574,367,341.70

หมายเหตุประกอบงบการเงินถือเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นางสาวสมพร บำรุงศรี)
ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชีบริหาร

(นายจเด็จ ธรรมรัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุประกอบงบการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ	สารบัญ	หน้า
1	ข้อมูลทั่วไป	9
2	เกณฑ์การจัดทำรายงานการเงิน	10
3	มาตรฐานการบัญชีและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่	11
4	สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ	11
5	เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	16
6	ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	16
7	เงินลงทุนระยะสั้น	16
8	สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	16
9	อาคาร และอุปกรณ์ – สุทธิ	17
10	สินทรัพย์ไม่มีตัวตน – สุทธิ	18
11	สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น	20
12	เจ้าหนี้การค้า	20
13	เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	20
14	รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	21
15	เงินรับฝากระยะสั้น	21
16	ภาระผูกพัน	21
17	รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม	22
18	รายได้จากงบประมาณ	23
19	รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค	23
20	รายได้อื่น	23
21	ค่าใช้จ่ายบุคลากร	24
22	ค่าใช้สอย	24
23	ค่าวัสดุ	25
24	ค่าสาธารณูปโภค	25
25	ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	25
26	ค่าใช้จ่ายอื่น	26
27	สินทรัพย์และหนี้สินที่อาจจะเกิดขึ้น	26
28	อื่น ๆ	27
29	รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย	28
30	รายงานรายได้แผ่นดิน	30
31	การอนุมัติรายงานการเงิน	30

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุประกอบงบการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ รวมถึงกำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสถานที่ตั้งอยู่ใน ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ อาคาร 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคารบี) ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

ณ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับโอนกิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้สินและความรับผิดรวมทั้งเงินงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวกับงานหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 69 และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรทรัพย์สินและหนี้สินเป็นส่วนของงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบบริหารจัดการ)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับจัดสรรงบประมาณรวมจำนวน 1,564,548,000.00 บาท (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 1,566,700,000.00 บาท ประกอบด้วยรายจ่ายตามแผนงบประมาณประจำปี จำนวน 1,486,310,500.00 บาท และได้รับงบกลาง สำหรับโครงการบริหารจัดการการขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาล ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกโรค "บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่" ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 80,389,500.00 บาท) รายจ่ายตามแผนงบประมาณประจำปี เป็นงบอุดหนุนทั่วไป ภายใต้ยุทธศาสตร์จัดสรร : ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ประกอบด้วย

- แผนงานบุคลากรภาครัฐ จำนวน 610,764,000.00 บาท
- แผนงานยุทธศาสตร์สร้างหลักประกันทางสังคม จำนวน 953,784,000.00 บาท

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสำนักงานสาขาเขต ที่เปิดดำเนินการจำนวน 13 แห่ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
5) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

6) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
7) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น
8) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี
9) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
10) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
11) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
12) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
13) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีทุนหมุนเวียนที่ไม่เป็นนิติบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ จำนวน 1 ทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่ได้นำรายการบัญชีของทุนหมุนเวียนที่ไม่เป็นนิติบุคคลดังกล่าวมาแสดงรวมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจของทุนหมุนเวียนที่ไม่เป็นนิติบุคคล ตามนัยพระราชบัญญัติการบริหารทุนหมุนเวียน พ.ศ. 2558

ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น

รายงานการเงินนี้จัดทำขึ้นโดยรวมข้อมูลทางการเงินในส่วนของสินทรัพย์ หนี้สิน รายได้และค่าใช้จ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต 12 แห่ง ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อนุมัติให้สำนักงานสาขาเขต มีเงินทดรองไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ เขตละ 5,000,000.00 บาท ต่อมาเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานด้านการเงินและบัญชี โดยแจ้งยกเลิกระบบเงินทดรองสปสช. สาขาเขต 12 แห่ง รายละเอียดตามหนังสือที่ สปสช.7.71/11124 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567 สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เบิกจ่ายรวมศูนย์งานการเงินและบัญชีกับฝ่ายการเงินและบัญชีบริหาร สายงานสนับสนุนองค์กร

หมายเหตุ 2 เกณฑ์การจัดทำรายงานการเงิน

รายงานการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับนี้จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 รายการที่ปรากฏในรายงานการเงินฉบับนี้เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้ ซึ่งรวมถึงหลักการและนโยบายบัญชีสำหรับหน่วยงานภาครัฐ มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ และแสดงรายการในรายงานการเงินตามแนวปฏิบัติทางการบัญชี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำรายงานการเงินประจำปี ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0410.2/ว 15 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 เรื่อง รูปแบบการนำเสนอรายงานการเงินของหน่วยงานของรัฐ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0410.2/ว 479 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2563 เรื่อง รูปแบบการนำเสนอรายงานการเงินของหน่วยงานของรัฐ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2566) ตามหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0410.2/ว 559 ลงวันที่ 25 กันยายน 2566 และเรื่อง รูปแบบการนำเสนอรายงานการเงินของหน่วยงานของรัฐที่มีทุนหมุนเวียนที่ไม่เป็นนิติบุคคล ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0410.2/ว 133 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568

หมายเหตุ 2 เกณฑ์การจัดทำรายงานการเงิน (ต่อ)

รายงานการเงินนี้ จัดทำขึ้นโดยใช้เกณฑ์ราคาทุนเดิม เว้นแต่จะได้เปิดเผยไว้เป็นอย่างอื่นในนโยบายการบัญชี

มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ กำหนดให้การจัดทำรายงานการเงินรวมของหน่วยงานของรัฐต้องรวมหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การควบคุมทุกแห่งของหน่วยงานของรัฐนั้น คือ ทุนหมุนเวียนที่ไม่เป็นนิติบุคคล หน่วยงานบริการรูปแบบพิเศษ และหน่วยงานที่อยู่ในความควบคุมลักษณะอื่นใดที่มีกฎหมายกำหนดให้จัดทำรายงานการเงินแยกต่างหากโดยให้หน่วยงานทั้งกลุ่มที่ถือเป็นหน่วยงานทางเศรษฐกิจจัดทำรายงาน การเงินรวม ตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 35 เรื่อง รายงานการเงินรวม (เมื่อมีการประกาศใช้) อย่างไรก็ตาม กระทรวงการคลัง ยังมิได้ประกาศใช้มาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 35 เรื่อง รายงานการเงินรวม ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงยังมิได้จัดทำรายงานการเงินรวม

หมายเหตุ 3 มาตรฐานการบัญชีและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่

ไม่มีมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่ที่มีผลบังคับใช้ในปีปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม กรมบัญชีกลางได้มีหนังสือที่ กค 0410.3/ว 506 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 เรื่อง คู่มือการบัญชีภาครัฐเรื่องแนวทางประกอบการนำเสนอรายงานการเงิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การจัดทำรายงานการเงินมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ คู่มือฉบับดังกล่าวไม่มีผลกระทบอย่างมีสาระสำคัญต่อการจัดทำรายงานการเงินฉบับนี้

หมายเหตุ 4 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ

4.1 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

- เงินสด หมายถึง เงินสดในมือ เช็ค จะรับรู้เงินสดตามมูลค่าที่ตราไว้

- เงินทดรอง เป็นเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต มีไว้เพื่อทดรองจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสาขาเขตตามวงเงินที่ได้รับอนุมัติ และแสดงรายการเงินทดรองไว้เป็นเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

- รายการเทียบเท่าเงินสด ได้แก่ เงินลงทุนระยะสั้นที่มีสภาพคล่องพร้อมที่จะเปลี่ยนเป็นเงินสดในจำนวนเงินที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกับมูลค่าเดิม ซึ่งความแตกต่างในมูลค่าไม่มีนัยสำคัญ เช่น เงินฝากประจำระยะเวลาครบกำหนดที่จะเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ภายใน 3 เดือน แสดงไว้เป็นรายการเทียบเท่าเงินสด

4.2 ลูกหนี้

ลูกหนี้เงินยืม กรณีให้เจ้าหน้าที่ยืมเงินไปใช้จ่ายในการปฏิบัติงานจะรับรู้ตามจำนวน มูลค่าในสัญญาโดยไม่มีดอกเบี้ยและไม่บันทึกค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ และให้แสดงมูลค่าตามบัญชีของลูกหนี้เงินยืมในรายการลูกหนี้อื่นระยะสั้นในงบแสดงฐานะการเงิน โดยแสดงรายละเอียดของลูกหนี้เงินยืมไว้ในหมายเหตุประกอบงบการเงิน

4.3 เงินลงทุนระยะสั้น

เงินลงทุนระยะสั้นแยกแสดงในงบแสดงฐานะการเงินที่เป็นเงินลงทุนระยะสั้น ภายใต้หัวข้อสินทรัพย์หมุนเวียน ได้แก่ เงินฝากประจำ ซึ่งมีระยะเวลาครบกำหนดที่จะเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ภายใน 12 เดือน นับจากวันสิ้นปี

หมายเหตุ 4 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ (ต่อ)

4.4 อาคาร และอุปกรณ์

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงรายการอาคาร และอุปกรณ์ตามราคาทุนหักค่าเสื่อมราคาสะสม

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับรู้รายการอุปกรณ์ เฉพาะรายการที่มีมูลค่าขั้นต่ำต่อหน่วยหรือต่อชุดตั้งแต่ 10,000.00 บาท ขึ้นไป ยกเว้นรายการได้มาก่อนปี 2563 รับรู้เป็นอุปกรณ์เมื่อมีมูลค่าขั้นต่ำตั้งแต่ 5,000.00 บาท ขึ้นไป

- ราคาทุนรวมต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาสินทรัพย์ เพื่อให้สินทรัพย์นั้นอยู่ในสภาพและสถานที่ที่พร้อมจะใช้งานได้ตามความประสงค์ของฝ่ายบริหาร ราคาทุนของสินทรัพย์ที่ก่อสร้างขึ้นเองประกอบด้วย ต้นทุนค่าวัสดุ ค่าแรงงานทางตรง และต้นทุนทางตรงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาสินทรัพย์

- ส่วนประกอบของรายการอาคาร และอุปกรณ์แต่ละรายการที่มีรูปแบบและอายุการให้ประโยชน์ที่แตกต่างกัน และมีต้นทุนที่มีนัยสำคัญจะบันทึกส่วนประกอบนั้นแยกต่างหากจากกัน

- ต้นทุนที่เกิดขึ้นในภายหลัง ต้นทุนในการเปลี่ยนแทนส่วนประกอบจะรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของมูลค่าตามบัญชีของรายการอาคาร และอุปกรณ์ เมื่อมีความเป็นไปได้ค่อนข้างแน่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการเพิ่มขึ้นจากรายการนั้น และสามารถวัดมูลค่าต้นทุนของรายการนั้นได้อย่างน่าเชื่อถือ และตัดมูลค่าของชิ้นส่วนที่ถูกเปลี่ยนแทนออกจากบัญชีด้วยมูลค่าตามบัญชีส่วนต้นทุนที่เกิดขึ้นในการซ่อมบำรุงอาคาร และอุปกรณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำ จะรับรู้เป็นค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดขึ้น

- ค่าเสื่อมราคาบันทึกเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน คำนวณโดยวิธีเส้นตรงตามอายุการให้ประโยชน์โดยประมาณ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0410.3/ว 43 ลงวันที่ 29 มกราคม 2562 เรื่อง คู่มือการบัญชีภาครัฐ เรื่อง ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์ ดังนี้

อาคารถาวร	20 ปี
สิ่งปลูกสร้าง	15 ปี
ส่วนปรับปรุงอาคาร ตามอายุสัญญาเช่าหรือไม่เกิน	3-5 ปี
ครุภัณฑ์สำนักงาน	3-12 ปี
ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	3-5 ปี
ครุภัณฑ์ยานพาหนะ	5-10 ปี
ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ	5-10 ปี
ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่	5-10 ปี
ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว	2-5 ปี
ครุภัณฑ์กีฬา	2-5 ปี
ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์	5-15 ปี

- ไม่มีการคิดค่าเสื่อมราคาสำหรับงานระหว่างปรับปรุงสินทรัพย์เช่า และงานระหว่างก่อสร้าง

หมายเหตุ 4 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ (ต่อ)

4.5 สินทรัพย์ไม่มีตัวตน

- สินทรัพย์ไม่มีตัวตน ได้แก่ ต้นทุนที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ รวมถึงระบบงานต่าง ๆ และต้นทุนเว็บไซต์ ทั้งที่ได้มาจากการจัดซื้อ และการจ้างพัฒนาขึ้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิควบคุมการใช้ประโยชน์จากสินทรัพย์นั้น และคาดว่าจะได้รับประโยชน์เชิงเศรษฐกิจหรือศักยภาพในการให้บริการจากสินทรัพย์นั้นเกินกว่าหนึ่งปี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแสดงรายการสินทรัพย์ไม่มีตัวตนตามราคาทุนหักค่าตัดจำหน่ายสะสม

- ค่าตัดจำหน่ายสินทรัพย์ไม่มีตัวตนบันทึกเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน คำนวณโดยวิธีเส้นตรงตามอายุการให้ประโยชน์โดยประมาณ ดังนี้

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 3 ปี

- ไม่มีการคิดค่าตัดจำหน่ายสำหรับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ระหว่างพัฒนา

4.6 สัญญาเช่าดำเนินงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับรู้จำนวนเงินที่จ่ายตามสัญญาเช่าดำเนินงานเป็นค่าใช้จ่ายตามวิธีเส้นตรงตลอดอายุสัญญาเช่า นอกจากว่าจะมีเกณฑ์อื่นที่เป็นระบบซึ่งสะท้อนถึงระยะเวลาที่ผู้เช่าได้รับประโยชน์ได้ดีกว่า

4.7 รายได้จากเงินงบประมาณ

รายได้จากเงินงบประมาณรับรู้รายได้เมื่อได้รับอนุมัติขอเบิกจากกรมบัญชีกลาง

4.8 รายได้แผ่นดิน

รายได้แผ่นดินเป็นรายได้ของรัฐบาลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับและจะต้องนำส่งคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะรับรู้เงินรายได้แผ่นดินเมื่อได้รับรายได้ และเนื่องจากรายได้แผ่นดินเป็นรายได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถนำมาใช้จ่ายในการดำเนินงานได้ ดังนั้น ณ วันสิ้นสุดรอบระยะเวลารายงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะปิดบัญชีรายได้แผ่นดินและบัญชีรายได้แผ่นดินนำส่งคลังไปเข้าบัญชีรายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง เพื่อแสดงภาระผูกพันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องนำเงินส่งคลังในงวดบัญชีต่อไป

4.9 รายได้จากการอุดหนุนและบริจาค

รายได้จากการอุดหนุนและบริจาค เป็นส่วนหนึ่งของรายการโอนตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 23 เรื่อง รายได้จากรายการไม่แลกเปลี่ยน คือ การโอนทรัพยากรจากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่งโดยไม่ได้ให้สิ่งตอบแทนที่มีมูลค่าใกล้เคียงกันเป็นการแลกเปลี่ยน และไม่ใช่รายการทางภาษี

รายได้จากการอุดหนุนและบริจาคที่มีเงื่อนไขของสินทรัพย์ที่โอนรับรู้เป็นรายได้รอการรับรู้เมื่อได้รับเงินและทยอยรับรู้เป็นรายได้เมื่อได้ทำตามเงื่อนไขที่กำหนด สำหรับรายได้จากการอุดหนุนและบริจาคที่ไม่มีเงื่อนไขของสินทรัพย์ที่โอน ไม่ว่าจะมีข้อจำกัดของสินทรัพย์ที่โอนหรือไม่ รับรู้เป็นรายได้เมื่อได้รับสินทรัพย์รับโอนที่เป็นไปตามเกณฑ์การรับรู้สินทรัพย์

หมายเหตุ 4 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ (ต่อ)

4.9 รายได้จากการอุดหนุนและบริจาค (ต่อ)

- ข้อจำกัดของสินทรัพย์ที่โอน ไม่รวมถึงข้อกำหนดให้ต้องคืนสินทรัพย์ที่รับโอนหรือประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการอื่นที่ต้องคืนให้แก่ผู้โอน ถ้าไม่ใช้สินทรัพย์ตามที่ระบุไว้ ดังนั้น เมื่อเริ่มมีสิทธิควบคุมสินทรัพย์ภายใต้ข้อจำกัด ผู้รับโอนไม่ได้มีภาระผูกพันในปัจจุบันที่จะต้องโอนประโยชน์เชิงเศรษฐกิจหรือศักยภาพในการให้บริการให้แก่บุคคลที่สาม เมื่อผู้รับโอนทำผิดข้อจำกัด ผู้โอนหรือฝ่ายอื่นอาจมีทางเลือกในการใช้บทลงโทษต่อผู้รับโอน ดังนั้น เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับสินทรัพย์ตามข้อจำกัด จึงรับรู้รายได้ทันที

- เงื่อนไขของสินทรัพย์ที่โอน กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องใช้ประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการของสินทรัพย์ตามที่ระบุไว้ หรือต้องคืนประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้โอนในกรณีที่ผิดเงื่อนไขนั้น ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้รับโอนสินทรัพย์จึงมีภาระผูกพันในปัจจุบันที่ต้องส่งมอบประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการแก่บุคคลที่สามเมื่อเริ่มมีสิทธิควบคุมสินทรัพย์ที่อยู่ภายใต้เงื่อนไข ทั้งนี้ เป็นเพราะผู้รับโอนไม่สามารถหลีกเลี่ยงกระแสไหลออกของทรัพยากร เนื่องจากมีข้อกำหนดให้ใช้ประโยชน์จากสินทรัพย์ในการส่งมอบสินค้าหรือบริการให้แก่บุคคลที่สาม หรือไม่เช่นนั้นต้องส่งคืนประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการให้แก่ผู้โอน ดังนั้น เมื่อผู้รับโอนเริ่มรับรู้สินทรัพย์ตามเงื่อนไข จึงเกิดหนี้สินขึ้นด้วย

4.10 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2546 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จดทะเบียนกองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ. 2530 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายสมทบเงินในอัตราร้อยละ 5 ของค่าจ้างเพื่อเป็นทุนประเดิมรายบุคคล ตั้งแต่วันที่ได้บรรจุแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนถึงวันที่จัดตั้งกองทุนแต่ไม่เกิน 2 เดือน ตามระเบียบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ. 2546 และระเบียบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตรา เกี่ยวกับเงินสะสมและเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนในวันเดียวกับที่เจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้างจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนในอัตราร้อยละของค่าจ้างของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างก่อนหักภาษี ตามระยะเวลาการปฏิบัติงานติดต่อกันในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

(1) ระยะเวลาไม่ถึง 3 ปี	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 5
(2) ระยะเวลาตั้งแต่ 3 ปี แต่ไม่ถึง 7 ปี	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 7
(3) ระยะเวลาตั้งแต่ 7 ปี แต่ไม่ถึง 12 ปี	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 10
(4) ระยะเวลาตั้งแต่ 12 ปีเป็นต้นไป	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 12

หมายเหตุ 4 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ (ต่อ)

4.10 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (ต่อ)

และตามข้อบังคับกองทุนเฉพาะส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว ข้อ 6.1 อัตราเงินสะสม สมาชิกสามารถเลือกจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนได้ในอัตราที่เป็นจำนวนเต็มตั้งแต่ร้อยละ 3 แต่ไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าจ้าง ทั้งนี้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงอัตราการจ่ายเงินสะสมได้ปีละ 2 ครั้ง โดยหลักเกณฑ์เงื่อนไข และวิธีการในการเลือกหรือเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมให้เป็นไปตามที่กองทุนเฉพาะส่วนกำหนดไว้ เพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้าง เมื่อออกจากงานภายใต้การบริหารจัดการโดย บริษัท หลักทรัพย์จัดการกองทุนกสิกรไทย จำกัด

ระเบียบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตรา เกี่ยวกับเงินสะสมและเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2568 แก้ไขเพิ่มเติมปรับอัตราเงินสมทบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายเข้ากองทุนตามระเบียบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตรา เกี่ยวกับเงินสะสมและเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ 1 กันยายน 2568 ให้สำนักงานจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนในวันเดียวกันกับที่เจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนในอัตราร้อยละของค่าจ้างของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างก่อนหักภาษี ตามระยะเวลาการปฏิบัติงานติดต่อกันในสำนักงาน ดังนี้

(1) ระยะเวลาไม่ถึง 1 ปี	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 8
(2) ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปี แต่ไม่ถึง 3 ปี	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 9
(3) ระยะเวลาตั้งแต่ 3 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปี	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 10
(4) ระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปี แต่ไม่ถึง 8 ปี	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 11
(5) ระยะเวลาตั้งแต่ 8 ปี แต่ไม่ถึง 10 ปี	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 12
(6) ระยะเวลาตั้งแต่ 10 ปีเป็นต้นไป	จ่ายเงินสมทบร้อยละ 13

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ระหว่างจดทะเบียนแก้ไขข้อบังคับกองทุน (เฉพาะส่วน) ตามที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์กำหนด โดยให้ส่งเงินสมทบของเดือนกันยายน 2568 ในอัตราเดิมไปก่อน และให้ส่งเงินสมทบอัตราใหม่ในเดือนตุลาคม 2568 และ พฤศจิกายน 2568 พร้อมทั้งเงินสมทบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพส่วนที่ตกเบิกเดือนกันยายน 2568

หมายเหตุ 5 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
เงินทดรอง -- สปสช.เขต	-	60,000,000.00
เงินฝากธนาคาร	288,669,748.55	231,510,459.25
รวม เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	**288,669,748.55**	**291,510,459.25**

เงินฝากธนาคาร ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 จำนวน 288,669,748.55 บาท ได้รวมยอดที่หักเช็คจ่ายรอตัดบัญชีที่ผู้รับยังไม่ได้นำไปขึ้นเงินของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร จำนวน 37,976.00 บาท

หมายเหตุ 6 ลูกหนี้อื่นระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
ลูกหนี้อื่น	325,535.52	9,950,712.63
รวม ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	**325,535.52**	**9,950,712.63**

ลูกหนี้อื่น จำนวน 325,535.52 บาท ประกอบด้วย ลูกหนี้จากกรมบัญชีกลาง จำนวน 106,831.52 บาท ลูกหนี้จากองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำนวน 203,000.00 บาท และอื่น ๆ จำนวน 15,704.00 บาท

หมายเหตุ 7 เงินลงทุนระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
เงินฝากประจำ 6 เดือน - ธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร	57,981,112.25	57,981,112.25
รวม เงินลงทุนระยะสั้น	**57,981,112.25**	**57,981,112.25**

หมายเหตุ 8 สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
เงินมัดจำและเงินประกันเช่าอาคาร - ระยะสั้น	225,000.00	-
ค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์จ่ายล่วงหน้า - ระยะสั้น	107,077.25	107,237.06
ค่าเบี้ยประกันจ่ายล่วงหน้า	41,241.86	41,345.22
ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้า	2,974,515.39	9,143,366.34
รวม สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	**3,347,834.50**	**9,291,948.62**

หมายเหตุ 9 อาคาร และอุปกรณ์ - สุทธิ

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
อาคารและสิ่งปลูกสร้าง	237,283,728.79	181,620,746.14
หัก ค่าเสื่อมราคาสะสม - อาคารและสิ่งปลูกสร้าง	(74,475,305.19)	(69,279,950.92)
อาคารและสิ่งปลูกสร้าง - สุทธิ	**162,808,423.60**	**112,340,795.22**
ครุภัณฑ์	642,928,195.51	667,872,834.09
หัก ค่าเสื่อมราคาสะสม - ครุภัณฑ์	(522,022,479.46)	(504,623,768.98)
ครุภัณฑ์ - สุทธิ	**120,905,716.05**	**163,249,065.11**
งานระหว่างก่อสร้าง	**6,890,231.15**	**18,402,000.00**
รวม อาคาร และอุปกรณ์ - สุทธิ	**290,604,370.80**	**293,991,860.33**

(หน่วย : บาท)

	2567			
	อาคารและสิ่งปลูกสร้าง	**ครุภัณฑ์**	**งานระหว่างก่อสร้าง**	**รวม**
ราคาทุน				
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566	142,881,582.99	671,022,465.26	30,935,950.58	844,839,998.83
มูลค่าของสินทรัพย์ที่เพิ่มขึ้น	41,468,335.85	83,943,469.70	18,402,000.00	143,813,805.55
การจำหน่ายออก	(2,729,172.70)	(87,093,100.87)	(30,935,950.58)	(120,758,224.15)
ณ วันที่ 30 กันยายน 2567	181,620,746.14	667,872,834.09	18,402,000.00	867,895,580.23
ค่าเสื่อมราคาสะสม				
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566	(65,463,842.29)	(533,172,686.51)	-	(598,636,528.80)
ค่าเสื่อมราคาระหว่างปี	(6,545,275.33)	(58,511,610.54)	-	(65,056,885.87)
การจำหน่ายออก	2,729,166.70	87,060,528.07	-	89,789,694.77
ณ วันที่ 30 กันยายน 2567	(69,279,950.92)	(504,623,768.98)	-	(573,903,719.90)
มูลค่าตามบัญชี				
ณ วันที่ 30 กันยายน 2567	**112,340,795.22**	**163,249,065.11**	**18,402,000.00**	**293,991,860.33**

หมายเหตุ 9 อาคาร และอุปกรณ์ – สุทธิ (ต่อ)

(หน่วย : บาท)

	2568			
	อาคารและสิ่งปลูกสร้าง	ครุภัณฑ์	งานระหว่างก่อสร้าง	รวม
ราคาทุน				
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567	181,620,746.14	667,872,834.09	18,402,000.00	867,895,580.23
มูลค่าของสินทรัพย์ที่เพิ่มขึ้น	73,176,982.65	53,294,913.85	6,002,231.15	132,474,127.65
การจำหน่ายออก	(17,514,000.00)	(78,239,552.43)	(17,514,000.00)	(113,267,552.43)
ณ วันที่ 30 กันยายน 2568	237,283,728.79	642,928,195.51	6,890,231.15	887,102,155.45
ค่าเสื่อมราคาสะสม				
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567	(69,279,950.92)	(504,623,768.98)	-	(573,903,719.90)
ค่าเสื่อมราคาระหว่างปี	(8,258,953.85)	(60,942,181.45)	-	(69,201,135.30)
การจำหน่ายออก	3,063,599.58	43,543,470.97	-	46,607,070.55
ณ วันที่ 30 กันยายน 2568	(74,475,305.19)	(522,022,479.46)	-	(596,497,784.65)
มูลค่าตามบัญชี				
ณ วันที่ 30 กันยายน 2568	162,808,423.60	120,905,716.05	6,890,231.15	290,604,370.80

หมายเหตุ 10 สินทรัพย์ไม่มีตัวตน – สุทธิ

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
โปรแกรมคอมพิวเตอร์	674,821,351.12	621,216,105.12
หัก ค่าตัดจำหน่ายสะสม – โปรแกรมคอมพิวเตอร์	(604,784,895.47)	(566,082,564.57)
โปรแกรมคอมพิวเตอร์ – สุทธิ	**70,036,455.65**	**55,133,540.55**
โปรแกรมคอมพิวเตอร์ระหว่างพัฒนา	3,135,000.00	24,535,728.00
รวม สินทรัพย์ไม่มีตัวตน – สุทธิ	**73,171,455.65**	**79,669,268.55**

หมายเหตุ 10 สินทรัพย์ไม่มีตัวตน – สุทธิ (ต่อ)

(หน่วย : บาท)

	2567		
	โปรแกรมคอมพิวเตอร์	โปรแกรมคอมพิวเตอร์ระหว่างพัฒนา	รวม
ราคาทุน			
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566	607,891,843.12	3,135,000.00	611,026,843.12
มูลค่าของสินทรัพย์ที่เพิ่มขึ้น	16,172,085.00	21,400,728.00	37,572,813.00
การจำหน่ายออก	(2,847,823.00)	-	(2,847,823.00)
ณ วันที่ 30 กันยายน 2567	621,216,105.12	24,535,728.00	645,751,833.12
ค่าตัดจำหน่ายสะสม			
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566	(505,724,096.59)	-	(505,724,096.59)
ค่าตัดจำหน่ายระหว่างปี	(63,206,274.98)	-	(63,206,274.98)
การจำหน่ายออก	2,847,807.00	-	2,847,807.00
ณ วันที่ 30 กันยายน 2567	(566,082,564.57)	-	(566,082,564.57)
มูลค่าตามบัญชี			
ณ วันที่ 30 กันยายน 2567	**55,133,540.55**	**24,535,728.00**	**79,669,268.55**

(หน่วย : บาท)

	2568		
	โปรแกรมคอมพิวเตอร์	โปรแกรมคอมพิวเตอร์ระหว่างพัฒนา	รวม
ราคาทุน			
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567	621,216,105.12	24,535,728.00	645,751,833.12
มูลค่าของสินทรัพย์ที่เพิ่มขึ้น	69,139,456.00	-	69,139,456.00
การจำหน่ายออก	(15,534,210.00)	(21,400,728.00)	(36,934,938.00)
ณ วันที่ 30 กันยายน 2568	674,821,351.12	3,135,000.00	677,956,351.12
ค่าตัดจำหน่ายสะสม			
ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567	(566,082,564.57)	-	(566,082,564.57)
ค่าตัดจำหน่ายระหว่างปี	(54,236,524.90)	-	(54,236,524.90)
การจำหน่ายออก	15,534,194.00	-	15,534,194.00
ณ วันที่ 30 กันยายน 2568	(604,784,895.47)	-	(604,784,895.47)
มูลค่าตามบัญชี			
ณ วันที่ 30 กันยายน 2568	**70,036,455.65**	**3,135,000.00**	**73,171,455.65**

หมายเหตุ 11 สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
เงินมัดจำและเงินประกัน – ระยะยาว	2,259,842.00	2,259,842.00
ค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์จ่ายล่วงหน้า - ระยะยาว	1,378,440.00	1,444,080.00
รวม สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น	3,638,282.00	3,703,922.00

เงินมัดจำและเงินประกันระยะยาว จำนวน 2,259,842.00 บาท เป็นเงินประกันการเช่าพื้นที่และประกันการใช้สาธารณูปโภค ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี เขต 6 ระยอง และเขต 12 สงขลา จำนวน 746,330.00 บาท และเงินประกันการเช่าพื้นที่และการใช้สาธารณูปโภคสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง จำนวน 1,513,512.00 บาท

ค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์จ่ายล่วงหน้า - ระยะยาว จำนวน 1,378,440.00 บาท เป็นเงินจ่ายให้กรมธนารักษ์ เพื่อเช่าที่ดินราชพัสดุใช้สำหรับเป็นที่ตั้งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์ โดยมีระยะเวลา 30 ปี (พ.ศ. 2561 - 2590) ทยอยรับรู้เป็นค่าใช้จ่ายตามปีงบประมาณ

หมายเหตุ 12 เจ้าหนี้การค้า

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
เจ้าหนี้การค้า - หน่วยงานภาครัฐ	15,484,822.51	15,992,591.14
เจ้าหนี้การค้า - บุคคลภายนอก	42,393,175.28	45,834,880.91
รวม เจ้าหนี้การค้า	57,877,997.79	61,827,472.05

หมายเหตุ 13 เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
เจ้าหนี้ระหว่างกัน – สาขาเขต	-	11,304,826.85
ค่าสาธารณูปโภคค้างจ่าย	2,929,506.64	1,877,738.18
เงินชดเชยกรณีเลิกจ้างค้างจ่าย	40,777,770.67	19,274,593.33
ใบสำคัญค้างจ่าย	5,926,433.01	7,809,165.43
ค่าสอบบัญชีค้างจ่าย	1,900,000.00	3,500,000.00
ภาษี หัก ณ ที่จ่าย รอนำส่ง	2,575,413.00	2,396,496.69
รวม เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	54,109,123.32	46,162,820.48

หมายเหตุ 14 รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	1,689,987.43	2,752,526.00
รวม รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	**1,689,987.43**	**2,752,526.00**

รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง จำนวน 1,689,987.43 บาท เป็นดอกเบี้ยรับจากสถาบันการเงิน จำนวน 1,686,737.43 บาท และอื่น ๆ จำนวน 3,250.00 บาท

หมายเหตุ 15 เงินรับฝากระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
เงินประกันสัญญา	8,033,420.14	8,789,910.65
เงินประกันผลงาน	-	4,925.00
เงินรับฝาก	20,343,346.89	28,745,881.02
รวม เงินรับฝากระยะสั้น	**28,376,767.03**	**37,540,716.67**

เงินรับฝาก ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 และ 2567 ประกอบด้วย

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	12,289,931.65	27,757,459.84
กรมบัญชีกลาง	-	401.69
สำนักงานประกันสังคม	-	312,666.49
กองทุน ววน.	5,623,957.29	-
กรุงเทพมหานคร	-	78,603.00
องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ	-	209,250.00
เงินรับฝากอื่น	2,429,457.95	387,500.00
รวม เงินรับฝาก	**20,343,346.89**	**28,745,881.02**

หมายเหตุ 16 ภาระผูกพัน

- ภาระผูกพันตามสัญญาเช่าดำเนินงาน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะผู้เช่ามีจำนวนเงินขั้นต่ำที่ต้องจ่ายในอนาคตตามสัญญาเช่าดำเนินงาน ดังนี้

หมายเหตุ 16 ภาระผูกพัน (ต่อ)

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
ไม่เกิน 1 ปี	29,217,083.64	34,268,808.96
เกิน 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี	60,299,351.08	39,147,292.56
รวม	**89,516,434.72**	**73,416,101.52**

- ภาระผูกพันเกี่ยวกับรายจ่ายฝ่ายทุน

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
สัญญาที่ยังไม่รับรู้		
อาคาร และสิ่งปลูกสร้าง	37,652,593.85	46,400,700.00
อุปกรณ์ และอื่น ๆ	-	34,622,728.02
รวม	**37,652,593.85**	**81,023,428.02**

ภาระผูกพันข้างต้นเกิดจากมูลค่าตามสัญญาก่อสร้างอาคารห้องชุดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก เขต 10 อุบลราชธานี และการปรับปรุงสถานที่ปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง

- ภาระผูกพันตามสัญญาจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและบริการอื่น ๆ

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 และ 2567 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีภาระผูกพันที่เกิดจากสัญญาจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและบริหารอื่น ๆ จำแนกตามระยะเวลาของสัญญาได้ ดังนี้

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
ไม่เกิน 1 ปี	26,097,550.00	6,229,500.00
รวม	**26,097,550.00**	**6,229,500.00**

หมายเหตุ 17 รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสมยกมา	348,692,638.37	260,106,031.01
รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	(22,920,803.43)	88,586,607.36
รวม รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม	**325,771,834.94**	**348,692,638.37**

หมายเหตุ 18 รายได้จากงบประมาณ

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
รายได้จากงบประมาณ	1,564,548,000.00	1,566,700,000.00
รวม รายได้จากงบประมาณ	**1,564,548,000.00**	**1,566,700,000.00**

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับจัดสรรงบประมาณจำนวน 1,564,548,000.00 บาท ประกอบด้วย รายจ่ายตามแผนงบประมาณประจำปีทั้งจำนวน

หมายเหตุ 19 รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
รายได้จากการบริจาค	32,067.90	438,388.40
รวม รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค	**32,067.90**	**438,388.40**

รายได้จากการบริจาค จำนวน 32,067.90 บาท เป็นการรับบริจาคเครื่องชงกาแฟสด

หมายเหตุ 20 รายได้อื่น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
รายได้ที่ได้รับสนับสนุนจาก		
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	165,413,828.19	150,143,359.95
- สำนักงานประกันสังคม	3,569,706.49	4,170,884.87
- กรมบัญชีกลาง	8,546,512.00	37,225,210.31
- กองทุน ววน.	2,352,446.00	-
- กรุงเทพมหานคร	3,248,253.00	3,018,285.00
- องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ	1,033,750.00	209,250.00
- รายได้จากการรับคืนเงินปีก่อน	2,436,588.82	1,043,027.54
รวม รายได้อื่น	**186,601,084.50**	**195,810,017.67**

รายได้จากการรับคืนเงินปีก่อน จำนวน 2,436,588.82 บาท เป็นเงินเรียกคืนค่าเสียหายอันเนื่องจากหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินจริง จำนวน 2,433,432.82 บาท และเงินรับอื่น จำนวน 3,156.00 บาท

หมายเหตุ 21 ค่าใช้จ่ายบุคลากร

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
เงินเดือนและค่าจ้าง	843,486,419.14	728,735,798.77
ค่าตอบแทนตามผลงาน	1,184,588.00	730,414.00
ค่าล่วงเวลา	15,115,765.00	8,019,250.00
เงินสมทบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	66,095,025.44	63,240,970.54
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	1,292,938.73	1,297,290.00
เงินชดเชยการเลิกจ้าง	42,263,584.67	23,524,633.33
ค่าช่วยการศึกษาบุตร	1,957,804.50	1,978,154.75
ค่ารักษาพยาบาล	12,326,700.81	16,624,677.08
รวม ค่าใช้จ่ายบุคลากร	**983,722,826.29**	**844,151,818.47**

ในงวดบัญชีนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ จำนวน 66,095,025.44 บาท ซึ่งเป็นกองทุนสำรองเลี้ยงชีพที่บริหารโดย บริษัท หลักทรัพย์จัดการกองทุนกสิกรไทย จำกัด

หมายเหตุ 22 ค่าใช้สอย

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
ค่าใช้จ่ายด้านการฝึกอบรมบุคลากร	18,270,859.76	13,628,868.20
ค่าใช้จ่ายด้านการฝึกอบรมบุคคลภายนอก	33,266,863.24	33,070,704.99
ค่าใช้จ่ายเดินทางเพื่องานราชการ	12,515,419.98	13,492,249.97
ค่าซ่อมแซมและบำรุงรักษา	202,296,272.65	197,703,855.90
ค่าจ้างเหมาบริการ	64,012,241.71	114,650,033.63
ค่าธรรมเนียมธนาคาร	307,193.00	304,173.00
ค่าธรรมเนียมทางกฎหมาย	2,073,436.00	80,090.00
ค่าธรรมเนียมอื่น	415,674.40	378,679.29
ค่าจ้างที่ปรึกษา	1,400,500.00	1,078,500.00
ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมอบรมสัมมนา	90,408,239.02	89,598,154.61
ค่าเช่า	69,054,663.22	64,382,430.96
ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนโครงการ	13,766,544.00	14,796,749.00
ค่าตรวจสอบบัญชี	1,900,000.00	3,500,000.00
ค่าใช้จ่ายตรวจสอบเวชระเบียน	54,356,573.00	53,912,150.90
ค่าประชาสัมพันธ์	50,620,236.81	42,576,150.90

หมายเหตุ 22 ค่าใช้สอย (ต่อ)

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
ค่าเบี้ยประกันภัย	47,479.75	25,589.59
ค่ารับรองและพิธีการ	9,000.00	23,393.00
รวม ค่าใช้สอย	**614,721,196.54**	**643,201,918.04**

หมายเหตุ 23 ค่าวัสดุ

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	3,964,028.89	4,189,850.40
ค่าจัดหาสินทรัพย์มูลค่าต่ำกว่าเกณฑ์	4,866,585.76	6,869,699.60
ค่าวัสดุ	6,019,431.71	5,337,085.28
ค่าสิ่งพิมพ์และแบบพิมพ์	822,869.90	1,911,663.20
ค่าหนังสือและวารสาร	23,860.00	26,045.00
รวม ค่าวัสดุ	**15,696,776.26**	**18,334,343.48**

หมายเหตุ 24 ค่าสาธารณูปโภค

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
ค่าไฟฟ้า	8,695,329.55	9,024,393.12
ค่าน้ำประปา	191,288.18	126,710.00
ค่าโทรศัพท์	5,289,123.74	5,912,017.19
ค่าบริการสื่อสารและโทรคมนาคม	11,783,166.50	13,907,390.86
ค่าบริการไปรษณีย์	4,146,027.00	4,433,661.00
ค่าพลังงานความเย็นระบบปรับอากาศ	6,084,623.25	6,973,736.90
รวม ค่าสาธารณูปโภค	**36,189,558.22**	**40,377,963.07**

หมายเหตุ 25 ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
อาคารและสิ่งปลูกสร้าง	8,258,953.85	6,545,275.33
ครุภัณฑ์	60,942,181.45	58,511,610.54
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน	54,236,524.90	63,206,274.98
รวม ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	**123,437,660.20**	**128,263,160.85**

หมายเหตุ 26 ค่าใช้จ่ายอื่น

(หน่วย : บาท)

	2568	2567
ค่าตัดจำหน่ายครุภัณฑ์	303,938.32	32,594.80
ค่าใช้จ่ายอื่น	30,000.00	-
รวม ค่าใช้จ่ายอื่น	**333,938.32**	**32,594.80**

หมายเหตุ 27 สินทรัพย์และหนี้สินที่อาจจะเกิดขึ้น

- สินทรัพย์ที่อาจจะเกิดขึ้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นโจทก์ยื่นฟ้องบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เป็นจำเลย กรณีจ้างพัฒนาโปรแกรมการตรวจสอบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical : eMA) ปี 2559 ระยะที่ 2 โดยเรียกค่าเสียหาย จำนวนทุนทรัพย์ จำนวน 4,837,195.58 บาท พร้อมดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปีของต้นเงินจำนวน 4,484,060.00 บาท นับจากวันฟ้องเป็นต้นไป พร้อมกับชดใช้ค่าฤชาธรรมเนียมและค่าทนายความแทนด้วย และเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ตามหมายเลขคดีแดงที่ 325/2566 ศาลปกครองกลาง มีคำพิพากษาให้จำเลยชำระเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2,256,899.00 บาท พร้อมดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปีของเงินต้นจำนวน 2,099,060.00 บาท นับถัดจากวันที่ฟ้องเป็นต้นไป จนถึงวันที่ 10 เมษายน 2564 และชำระดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 3 ต่อปี บวกด้วยอัตราร้อยละ 2 ต่อปี ตั้งแต่วันที่ 11 เมษายน 2564 จนกว่าจะชำระเสร็จ ต่อมาจำเลยได้อุทธรณ์ต่อศาลปกครองและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ยื่นแก้อุทธรณ์ ตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช. 9.78/38817 ลงวันที่ 19 กันยายน 2566 ปัจจุบันคดีอยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลปกครองสูงสุด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ้างพัฒนาโปรแกรมรับส่งข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรุงเทพมหานคร เป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 1,250,000.00 บาท กำหนดการจ่ายค่าจ้างเป็นรายงวด จำนวน 2 งวด ได้เบิกจ่ายเงินให้กับผู้รับจ้างแล้วจำนวน 1 งวด จำนวน 750,000.00 บาท ทั้งนี้ผู้รับจ้างไม่สามารถส่งมอบงานงวดที่ 2 ได้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้บอกเลิกสัญญา บริษัทผู้รับจ้างยื่นฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายต่อศาลปกครองกลาง วันที่ 9 กรกฎาคม 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ฟ้องแย้ง ปัจจุบันศาลปกครองกลางได้มีคำพิพากษา หมายเลขคดีแดงที่ 2492/2566 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566 ให้ผู้รับจ้างชำระเงินให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 1,016,709.94 บาท พร้อมด้วยดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปีของเงินต้น นับถัดจากวันฟ้องแย้งเป็นต้นไปจนถึงวันที่ 10 เมษายน 2564 และดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 3 ต่อปีบวกด้วยอัตราเพิ่มร้อยละ 2 ต่อปี นับตั้งแต่วันที่ 11 เมษายน 2564 เป็นต้นไป จนกว่าจะชำระเสร็จสิ้น ต่อมาผู้ฟ้องคดีได้ยื่นอุทธรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขอความอนุเคราะห์อัยการยื่นแก้อุทธรณ์ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลปกครองสูงสุด

หมายเหตุ 27 สินทรัพย์และหนี้สินที่อาจจะเกิดขึ้น (ต่อ)

- หนี้สินที่อาจจะเกิดขึ้น

คดีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถูกฟ้องเรียกค่าเสียหาย

คดีปกครองระหว่างนิติบุคคลประเภทบริษัทมหาชนจำกัด กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามคดีหมายเลขแดงที่ 1346/2562 เรื่อง คดีพิพาทเกี่ยวกับสัญญาทางปกครอง เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2562 และศาลปกครองได้มีคำพิพากษาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชำระเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้กับนิติบุคคลประเภทบริษัทมหาชนจำกัด จำนวน 30,768,019.87 บาท และเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ยื่นอุทธรณ์ต่อศาลปกครองสูงสุด ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลปกครองสูงสุด

อย่างไรก็ตาม ฝ่ายบริหารเชื่อมั่นว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะไม่ได้รับความเสียหายอย่างเป็นสาระสำคัญจากการฟ้องร้องดังกล่าว ซึ่งเป็นเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงยังมิได้บันทึกประมาณการหนี้สินที่อาจจะเกิดขึ้นไว้ในรายงานการเงิน

หมายเหตุ 28 อื่น ๆ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำบันทึกข้อตกลงการใช้ประโยชน์ในพื้นที่อาคารศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 (โครงการศูนย์ราชการบริเวณถนนแจ้งวัฒนะกรุงเทพมหานคร) ตามบันทึกฉบับที่ 8/2551 ลงวันที่ 30 กันยายน 2551 กับบริษัท ธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด โดยมีพื้นที่การใช้ประโยชน์ภายในอาคาร จำนวน 8,110 ตารางเมตร วงเงิน 1,375,919,697.36 บาท ประกอบด้วย ค่าเช่าอาคาร จำนวน 540,635,859.48 บาท ค่าบริการ จำนวน 810,953,837.88 บาท มีกำหนดระยะเวลา 30 ปี นับแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2551 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2581 และค่าเช่าเฟอร์นิเจอร์ จำนวน 24,330,000.00 บาท มีกำหนดระยะเวลา 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2551 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2556 เมื่อครบกำหนดเวลาของการเช่าเฟอร์นิเจอร์ โดยกรมธนารักษ์ ส่งมอบต่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียบร้อยแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นผู้ดูแลรักษาเฟอร์นิเจอร์ในพื้นที่ใช้ประโยชน์การจ่ายเงินตามข้อตกลงดังกล่าว กรมธนารักษ์จะดำเนินการตั้งเบิกเงินงบประมาณจากกรมบัญชีกลาง และนำเงินตลอดระยะเวลาที่กำหนดจ่ายให้บริษัท ธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามบันทึกข้อตกลง

หมายเหตุ 29 รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายปีปัจจุบันและปีก่อน

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(หน่วย : บาท)

รายการ	งบสุทธิ	การสำรองเงิน	ใบสั่งซื้อ/สัญญา	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณปี 2568					
งบบุคลากร					
งบดำเนินงาน					
งบลงทุน					
งบอุดหนุน - อุดหนุนเพื่อบุคลากร - อุดหนุนเพื่อยุทธศาสตร์	1,564,548,000.00	-	61,850,143.85	1,393,676,652.62	109,021,203.53
งบรายจ่ายอื่น					
รวม	1,564,548,000.00	-	61,850,143.85	1,393,676,652.62	109,021,203.53

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายจากเงินกันไว้เบิกเหลื่อมปี ก่อนปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(หน่วย : บาท)

รายการ	เงินกันไว้เบิกเหลื่อมปี (สุทธิ)	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณปี 2567			
งบบุคลากร			
งบดำเนินงาน			
งบลงทุน			
งบอุดหนุน	176,588,315.15	176,588,315.15	-
งบรายจ่ายอื่น			
รวม	176,588,315.15	176,588,315.15	-

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

(หน่วย : บาท)

รายการ	งบสุทธิ	การสำรองเงิน	ใบสั่งซื้อ/สัญญา	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณปี 2567					
งบบุคลากร					
งบดำเนินงาน					
งบลงทุน					
งบอุดหนุน - อุดหนุนเพื่อบุคลากร - อุดหนุนเพื่อยุทธศาสตร์	1,566,700,000.00	-	34,791,500.02	1,390,111,684.85	141,796,815.13
งบรายจ่ายอื่น					
รวม	1,566,700,000.00	-	34,791,500.02	1,390,111,684.85	141,796,815.13

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายจากเงินกันไว้เบิกเหลื่อมปี ก่อนปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

(หน่วย : บาท)

รายการ	เงินกันไว้เบิกเหลื่อมปี (สุทธิ)	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณปี 2566			
งบบุคลากร			
งบดำเนินงาน			
งบลงทุน			
งบอุดหนุน	113,021,175.54	113,021,175.54	-
งบรายจ่ายอื่น			
รวม	113,021,175.54	113,021,175.54	-

หมายเหตุ 30 รายงานรายได้แผ่นดิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
รายงานรายได้แผ่นดิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

(หน่วย : บาท)

รายได้แผ่นดินที่จัดเก็บ	2568	2567
รายได้แผ่นดิน-ภาษี	-	-
รายได้แผ่นดิน-นอกจากภาษี	5,506,355.88	12,725,526.20
รวมรายได้แผ่นดินที่จัดเก็บ	**5,506,355.88**	**12,725,526.20**
หัก รายได้แผ่นดินถอนคืนจากคลัง	-	-
รายได้แผ่นดินจัดสรรตามกฎหมาย	-	-
รายได้แผ่นดินที่จัดเก็บสุทธิ	**5,506,355.88**	**12,725,526.20**
รายได้แผ่นดินนำส่งคลัง	3,816,368.45	9,973,000.20
รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	**1,689,987.43**	**2,752,526.00**
ปรับ รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	1,689,987.43	2,752,526.00
รายการรายได้แผ่นดินสุทธิ	-	-
รายได้แผ่นดิน - นอกจากภาษี		
รายได้ดอกเบี้ย	4,783,220.32	2,555,633.35
รายได้อื่น	723,135.56	10,169,892.85
รวมรายได้แผ่นดิน - นอกจากภาษี	**5,506,355.88**	**12,725,526.20**

หมายเหตุ 31 การอนุมัติรายงานการเงิน

รายงานการเงินนี้ได้รับการอนุมัติให้ออกโดยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569

ภาคผนวก 5

ตารางแสดงรายละเอียด ผลการดำเนินงาน

Annex5: Table shown Details of Performance

ตารางที่ 5-1

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Thai population in all Health security schemes classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

หน่วย: คน

สิทธิหลักประกันสุขภาพ	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	46,802,360	3,894,590	2,490,909	2,081,610	3,533,431	3,754,320	4,297,871	3,546,672	4,111,455	4,800,316	3,287,218	3,437,089	3,958,176	3,554,449
2. สิทธิประกันสังคม	12,766,841	1,048,922	603,654	528,007	1,317,169	995,333	1,427,726	920,828	882,384	1,296,262	843,553	657,398	639,649	1,605,955
3. สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5,461,690	548,766	287,933	218,673	526,925	444,468	397,044	410,264	352,184	465,277	332,833	385,156	467,705	624,462
4. สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น	684,172	78,606	37,898	29,684	44,988	54,029	44,431	73,100	63,988	70,618	57,441	52,755	69,213	7,421
5. บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	707,911	320,628	137,441	2,137	11,401	120,218	27,302	1,252	12,480	2,939	9,935	34,235	5,338	22,605
6. สิทธิครูเอกชน	65,272	5,252	2,383	2,058	5,536	5,752	6,496	3,548	3,281	3,858	2,875	4,733	12,613	6,887
7. คนพิการสิทธิประกันสังคม (ผู้ประกันตนคนพิการ)	11,502	960	572	448	1,210	1,083	1,507	641	684	1,043	649	648	615	1,442
8. บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิตามมาตรา 6	148,738	19,539	7,791	3,666	7,130	7,687	16,061	5,667	5,968	8,857	5,264	6,563	5,994	48,546
9. บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ)	74,893	16,907	1,459	338	11,374	2,737	3,497	996	2,008	3,650	824	1,234	1,399	28,470
10. คนไทยในต่างประเทศ	9,441	699	235	196	901	357	804	368	439	646	236	185	349	4,026
11. คนต่างด้าว	387,963	64,553	39,531	2,699	19,663	65,781	45,382	3,440	10,033	4,754	4,821	31,099	11,489	84,716
12. บุคคลต่างด้าว (ซื้อประกันสุขภาพ)	80	67	4	2	-	1	2	-	-	4	-	-	-	-
13. รวมประชากรทั้งประเทศ (Total Population)	67,120,863	5,999,489	3,609,810	2,869,518	5,479,728	5,451,766	6,268,123	4,966,776	5,444,904	6,658,224	4,545,649	4,611,095	5,172,540	5,988,979
14. รวมผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC Population: 1+2+3+4+5+6+7+8+9+10) [1]	66,732,820	5,934,869	3,570,275	2,866,817	5,460,065	5,385,984	6,222,739	4,963,336	5,434,871	6,653,466	4,540,828	4,579,996	5,161,051	5,904,263
15. รวมผู้ลงทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Registered UHC Population: 1+2+3+4+5+6+7)	66,499,748	5,897,724	3,560,790	2,862,617	5,440,660	5,375,203	6,202,377	4,956,305	5,426,456	6,640,313	4,534,504	4,572,014	5,153,309	5,823,221
16. รวมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS Population: 1+8+9) [2]	47,025,991	3,931,036	2,500,159	2,085,614	3,551,935	3,764,744	4,317,429	3,553,335	4,119,431	4,812,823	3,293,306	3,444,886	3,965,569	3,631,465

(ต่อ) ตารางที่ 5-1

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of Thai population in all Health security schemes classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

หน่วย: คน

สิทธิหลักประกันสุขภาพ	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
17. ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (% of Universal Health Coverage) (15/14*100)	99.65	99.37	99.73	99.85	99.64	99.80	99.67	99.86	99.85	99.80	99.86	99.83	99.85	98.63
18. ร้อยละความครอบคลุมของประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (% of Universal Coverage Scheme) (1/16*100)	99.52	99.07	99.63	99.81	99.48	99.72	99.55	99.81	99.81	99.74	99.82	99.77	99.81	97.88

ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: 1) ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)

$$\text{จากเดิม} = \frac{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ x 100}}{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ}}$$

$$\text{เปลี่ยนเป็น} = \frac{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ x 100}}{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ + บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน + คนไทยในต่างประเทศ}}$$

2) ร้อยละความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS)

$$\text{จากเดิม} = \frac{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC x 100}}{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ}}$$

$$\text{เปลี่ยนเป็น} = \frac{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC x 100}}{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ + บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน}}$$

3) จำนวนประชากร สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่กรมแพทย์ทหาร 54,254 คน และบุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ ไม่ระบุเขตสุขภาพ 8 คน

ตารางที่ 5-2

จำนวนหน่วยบริการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียน และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of UCS Healthcare units classified by Types of Registered and Health regions in the Fiscal Year 2025)

หน่วย: แห่ง

ประเภทการขึ้นทะเบียน	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
1. หน่วยบริการปฐมภูมิ	**11,988**	1,313	744	674	1,036	1,043	959	935	1,001	1,102	960	874	986	361
2. หน่วยบริการประจำ	**1,289**	134	55	58	153	81	114	85	97	111	81	91	89	140
3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป	**1,147**	128	57	60	96	85	103	90	99	99	81	94	93	62
- Capitation	**1,044**	118	54	57	86	77	86	82	95	97	77	90	85	40
- Non-capitation	**103**	10	3	3	10	8	17	8	4	2	4	4	8	22
4. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน	**19,737**	2,218	1,303	799	1,346	976	1,685	1,978	1,534	1,734	1,419	1,273	1,268	2,204
- บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	**969**	82	40	23	79	78	99	93	76	61	94	50	46	148
- บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)	**4**	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
- รักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน	**88**	7	6	2	8	9	11	4	4	4	2	5	5	21
- รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการผ่าตัด	**70**	5	3	1	6	6	8	4	2	4	2	4	5	20
- บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	**12**	1	1	-	-	-	1	2	-	-	1	-	2	4
- บริการรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง	**46**	4	3	1	4	3	6	3	2	2	1	2	2	13
- ด้านเทคนิคการแพทย์	**387**	45	17	14	29	18	41	17	15	19	20	44	33	75
- ด้านเวชกรรม	**1,129**	154	123	59	56	22	73	80	26	92	52	38	99	255
- ด้านทันตกรรม	**2,107**	291	105	110	243	104	256	116	101	177	96	57	100	351
- ด้านกายภาพบำบัด	**422**	58	25	13	33	18	42	36	37	25	30	35	42	28
- ด้านแพทย์แผนไทย	**910**	86	95	69	97	26	49	49	105	60	69	46	114	45
- ด้านเภสัชกรรม	**5,956**	556	205	171	545	401	821	349	264	305	238	639	518	944

(ต่อ) ตารางที่ 5-2

จำนวนหน่วยบริการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียน และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Number of UCS Healthcare units classified by Types of Registered and Health regions in the Fiscal Year 2025)

หน่วย: แห่ง

ประเภทการขึ้นทะเบียน	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
- ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	**1,378**	134	52	62	98	91	118	90	104	98	78	95	98	260
- ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์	**6,065**	758	617	269	132	189	143	1,113	788	877	717	251	190	21
- ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	**42**	5	1	1	9	2	4	6	1	1	4	1	1	6
- บริการเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	**87**	26	4	1	2	6	8	8	2	3	13	2	8	4
- ด้านเวชกรรมจัดบริการเฉพาะกิจกรรมฯ	**11**	-	-	-	2	1		1	1	-	-	1	-	5
- ด้านสถานชีวาภิบาล	**54**	6	6	3	3	2	5	6	6	6	2	3	5	1
รวมหน่วยบริการทั้งหมดในระบบ UC (นับซ้ำตามประเภทการขึ้นทะเบียน)	**34,161**	3,793	2,159	1,591	2,631	2,185	2,861	3,088	2,731	3,046	2,541	2,332	2,436	2,767
หน่วยบริการในระบบ UC (นับไม่ซ้ำตามประเภทการขึ้นทะเบียน)	**30,423**	3,423	1,975	1,439	2,302	1,944	2,540	2,839	2,466	2,753	2,300	2,090	2,157	2,195

ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ: 1) หน่วยบริการสามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มากกว่า 1 ประเภท

2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป แบบ Capitation หมายถึง หน่วยบริการที่รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว

แบบ Non-capitation หมายถึง หน่วยบริการที่ไม่รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว

ตารางที่ 5-3

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2021-2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1. ผลงานตามเป้าหมายการใช้บริการทางการแพทย์ในงบเหมาจ่ายรายหัว					
1.1 ประชากรเป้าหมาย					
1) ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) (คน)[1]	66,852,578	66,983,983	66,896,883	66,807,912	66,732,820
2) ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) (คน)[1]	47,742,929	47,462,723	47,218,475	47,092,850	47,025,991
1.2 การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก					
1) บริการผู้ป่วยนอก (OP Visit) (ครั้ง)[2]	163,583,514	167,372,891	170,390,857	186,252,911	185,776,318
- อัตรา UR-OP (ครั้งต่อคนต่อปี)[2]	3.477	3.531	3.628	3.961	3.947
1.3 การใช้บริการแบบผู้ป่วยใน					
1) บริการผู้ป่วยใน (IP Visit) (ครั้ง)[2]	5,835,018	6,384,625	6,398,630	6,917,987	7,078,700
- อัตรา UR-IP (ครั้งต่อคนต่อปี)[2]	0.124	0.135	0.136	0.147	0.150
- ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum Adj. RW)[2]	7,569,970	8,079,731	8,897,992	9,628,116	10,162,854
2) บริการรักษาโรคความดันเลือดในปอดสูงของทารก (PPHN) (คน/ครั้ง)[3]	1,806/ 1,884	1,731/ 1,856	1,854/ 1,976	1,702/ 1,923	1,689/ 1,932
3) บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนหรือผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) (คน/ครั้ง/รายการ)[4]	13,240/ 14,582/ 42	25,503/ 26,964/ 65	71,927/ 75,007/ 67	91,019/ 94,552/ 70	86,441/ 86,718/ 70
4) บริการผ่าตัดผ่านกล้อง (MIS) (คน/ครั้ง/รายการ)[4]	8,212/ 8,217/ 8	13,281/ 13,300/ 15	18,202/ 18,231/ 19	17,820/ 17,832/ 23	16,183/ 16,183/ 23
5) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่อายุ 50-70 ปี ด้วยวิธี Fit test (คน)[4]	585,918	662,464	1,353,299	1,353,045	1,383,873
6) บริการส่องกล้องตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี Colonoscopy, Colonoscopy with biopsy of colon, Colonoscopy with polypectomy (คน)[4]	41,369	56,270	107,293	135,985	40,468
7) บริการรักษานิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (คน/ครั้ง)[5]	11,936/ 18,972	10,568/ 16,905	12,295/ 19,604	26,475/ 39,136	27,504/ 41,345

(ต่อ) ตารางที่ 5-3

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568
(Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2021-2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
8) บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) (คน/ครั้ง)[4]	-	-	10,137/ 20,852	66,766/ 74,357	202,322/ 239,147
9) บริการฉุกเฉินภาครัฐ (UCEP) (คน/ครั้ง)[4]	-	-	77,849/ 86,233	489,968/ 933,024	423,136/ 924,280
1.4 การใช้บริการกรณีเฉพาะ					
1.4.1 การใช้บริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น					
1) บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน: กรณีใช้บริการข้ามจังหวัดที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียน และกรณีคนพิการที่ใช้บริการต่างหน่วยที่ลงทะเบียน (OP-AE) (คน/ครั้ง)[5]	3,601,904/ 4,400,571	2,116,962/ 3,801,867	1,058,577/ 1,902,671	1,107,506/ 1,918,318	1,161,325/ 2,152,066
2) บริการรับส่งต่อผู้ป่วยนอก: กรณีใช้บริการในหน่วยบริการนอกจังหวัดที่ลงทะเบียน หรือส่งต่อจาก รพศ. /รพท. ไป รพ.มหาวิทยาลัย ภายในจังหวัด (OP-Refer) (คน/ครั้ง)[3]	365,984/ 1,371,129	358,344/ 1,315,672	384,086/ 1,332,695	362,459/ 1,327,655	326,966/ 1,251,262
3) ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ (คน/ครั้ง)[5]	220,660/ 248,255	284,273/ 307,745	207,462/ 233,347	202,846/ 229,095	208,177/ 236,609
4) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (มาตรา 8) และผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิประกันสังคมใช้บริการแบบผู้ป่วยในครั้งแรก (คน/ครั้ง)[5]	76,707/ 99,816	4,486/ 5,365	8,578/ 9,689	7,553/ 7,842	7,216/ 7,550
5) บริการผู้ป่วยนอกแบบปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP anywhere) (คน/ครั้ง)[4]	42,836/ 57,129	209,032/ 284,704	1,353,307/ 2,612,141	4,346,258/ 10,738,421	4,565,368/ 11,358,545
6) ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิและใช้สิทธิทันที (ครั้ง)[3]	264,636	224,316	584,795	716,725	561,333
1.4.2 การใช้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงในโรคที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ: เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ					
1) ได้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (คน/ครั้ง)[5 (1)]	3,644/ 3,743	3,406/ 3,501	3,407/ 3,517	2,820/ 2,873	2,951/ 3,006
2) ได้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke) (คน/ครั้ง)[5]	6,808/ 6,833	6,871/ 6,907	9,111/ 9,161	9,028/ 9,094	10,084/ 10,198
3) ผู้ป่วยมะเร็ง (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ได้รับเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา (คน/ครั้ง)[5]	90,332/ 757,598	94,154/ 762,343	104,923/ 855,862	118,088/ 937,891	129,034/ 1,002,683
- ในผู้ป่วยมะเร็ง Protocol (คน/ครั้ง)[5]	79,421/ 618,350	83,267/ 627,334	93,768/ 715,872	105,599/ 788,189	112,066/ 829,010

(ต่อ) ตารางที่ 5-3

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2021-2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
4) ผู้ป่วยมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (ผู้ป่วยนอก) (Cancer anywhere) (คน/ครั้ง)[4]	193,483/ 1,047,605	262,265/ 1,747,352	324,679/ 2,194,718	397,954/ 2,821,469	410,335/ 2,818,712
- ผู้ป่วยมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ฯ ได้รับเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา (คน/ครั้ง)[5]	66,313/ 471,188	86,641/ 734,679	96,285/ 823,843	115,957/ 891,812	110,118/ 859,383
5) ได้ผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยโรคต้อกระจก (Cataract) (คน/ครั้ง)[5]	86,565/ 93,945	110,245/ 122,504	157,024/ 173,945	176,744/ 195,391	185,739/ 205,167
6) ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดในผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ (คน)[3]	999 (Ortho 256 Speech 743)	1,044 (Ortho 342 / Speech 720)	1,353 (Ortho 350/ Speech 1,025)	1,670 (Ortho 351/ Speech 1,347)	1,644 (Ortho 355/ Speech 1,330)
7) บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงที่มีเหตุสมควร (ER คุณภาพ) (คน/ครั้ง)[4]	178,528/ 241,925	344,359/ 459,099	1,019,847/ 1,584,128	1,149,682/ 1,787,113	1,209,431/ 1,809,879
1.4.3 การใช้บริการหัตถการ ในโรคที่มีปัญหาการเข้าถึง : ลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ					
1) อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ชิ้น/คน/ครั้ง)[3]	3,348,295	3,797,642	4,739,584/ 916,945/ 1,136,215	4,922,979/ 1,132,088/ 1,372,556	5,029,853/ 1,174,467/ 1,440,741
2) ได้รักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy) (คน/ครั้ง/ชั่วโมง)[5]	18 /20 / 166	22 /25 / 240	10 /12/ 96	7/ 13/42	9/ 14/ 97
3) ได้จัดหาและจัดเก็บดวงตาจากผู้บริจาค สำหรับผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal Transplantation) (ดวงตา)[3]	529	426	1,336	896	1,072
4) ได้ผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ (Transplatation)					
4.1) ผ่าตัดปลูกถ่ายตับและรับยากดภูมิต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กท่อน้ำดีอุดตัน (คน)[3] - ตั้งแต่ปี 2565 เพิ่มสิทธิประโยชน์ปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยตับแข็ง	427 (ผ่าตัด 41 ยากดภูมิ 386)	533 (ผ่าตัด 74 ยากดภูมิ 459)	634 (ผ่าตัด 91 ยากดภูมิ 543)	696 (ผ่าตัด 85 ยากดภูมิ 611)	794 (ผ่าตัด 103 ยากดภูมิ 691)
4.2) ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและรับยากดภูมิต่อเนื่อง (คน)[3]	112 (ผ่าตัด 8 ยากดภูมิ 104)	137 (ผ่าตัด 16 ยากดภูมิ 121)	144 (ผ่าตัด 18 ยากดภูมิ 126)	167 (ผ่าตัด 20 ยากดภูมิ 147)	188 (ผ่าตัด 25 ยากดภูมิ 163)
4.3) ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคไขกระดูกผิดปกติ (HSCT) (คน)[3]	107 (Allogeneic MRD: 22, Allogeneic MUD: 8, Autologous: 77)	119 (Allogeneic MRD: 24, Allogeneic MUD: 16, Autologous: 79)	170 (Allogeneic MRD: 33 Allogeneic MUD: 19, Autologous: 118)	195 (Allogeneic MRD: 25 Allogeneic MUD: 19, Autologous: 151)	259 (Allogeneic MRD: 24 Allogeneic MUD: 28, Autologous: 207)

(ต่อ) ตารางที่ 5-3

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2021-2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1.4.4 การเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด					
1) ได้สารเมทาโดนสำหรับการบำบัดรักษาระยะยาว (MMT) (คน/ครั้ง)[5]	8,716/ 70,129	9,623/ 70,702	11,013/ 86,731	10,639/ 115,135	11,558/ 182,251
2) ได้รับยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง					
2.1) รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) (คน)[3]	52,013	62,289	80,692	99,212	113,867
2.2) รับยากำพร้า ยาต้านพิษ (คน)[3]	6,216	7,347	7,703	7,232	6,181
1.4.5 การใช้บริการโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค					
1) ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กอย่างต่อเนื่อง (คน/ครั้ง)[6]					
- ได้รับเลือด (คน/ครั้ง)	12,336/ 74,575	11,432/ 70,389	12,074/ 75,785	12,941/ 82,061	14,820/ 93,446
- ได้ยาขับเหล็ก (คน/ครั้ง)	9,252/ 53,146	8,990/ 50,685	9,449/ 55,031	10,374/ 60,709	11,531/ 68,494
- ได้รับยา Deferasirox (คน/ครั้ง)	1,971/ 11,189	2,146/ 11,589	2,580/ 14,665	2,844/ 15,623	3,238/ 18,122
2) ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรค (คน/ครั้ง)[7]	82,005/ 320,210	76,542/ 284,406	85,066/ 326,332	88,284/ 333,122	82,654/ 313,002
3) ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยเอกซเรย์ปอด (Active Case finding) (คน)[7 (2)] * ตั้งแต่ปี 2565 เพิ่มกลุ่มเป้าหมายเป็น 7 กลุ่มเสี่ยง	359,143	1,540,412	2,206,580	1,945,579	2,473,374
4) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (คน/ครั้ง)[3]	73,854/ 189,610	66,128/ 179,569	94,129/ 257,683	113,617/ 309,635	113,158/ 308,197
5) ผู้ป่วยโรคหายากได้รับบริการ (Rare disease) (คน/ครั้ง)[3]	80/ 81	114/ 154	188/ 349	236/ 388	198/ 302

(ต่อ) ตารางที่ 5-3

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568

(Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2021-2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
1.5 การใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์					
1) คนพิการลงทะเบียน: ท.74 (คน)	1,309,552	1,292,496	1,301,413	1,592,198	1,613,930
2) คนพิการที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วย (คน/ชิ้น)[5]	24,842/ 30,769	30,003/ 37,291	28,873/ 34,461	37,028/ 45,935	37,665/ 45,089
3) การใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (คน/ครั้ง)[3, 5]	951,998/ 3,098,314	995,791/ 3,151,767	1,195,072/ 3,942,256	1,522,987/ 5,460,814	1,668,505/ 6,111,985
- คนพิการ (คน/ครั้ง)[5]	163,766/ 544,430	152,556/ 509,572	162,772/ 544,881	197,318/ 731,891	227,646/ 837,627
- ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู (คน/ครั้ง)[5]	397,248/ 1,235,527	385,377/ 1,196,503	463,414/ 1,513,090	599,592/ 2,136,315	646,840/ 2,286,786
- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู (คน/ครั้ง)[5]	377,908/ 1,257,357	388,134/ 1,258,064	469,155/ 1,516,973	622,608/ 2,153,238	684,113/ 2,372,697
- ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (คน/ครั้ง)[5]	567/ 2,160	458/ 1,477	538/ 1,715	586/ 2,088	607/ 1,983
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่สมอง บาดเจ็บที่ไขสันหลัง สะโพกแตกหัก ได้รับการฟื้นฟูฯ ระยะกลาง (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) (คน/ครั้ง)[3]	12,509/ 58,840	69,266/ 186,151	99,193/ 365,597	102,883/ 437,282	109,299/ 612,892
1.6 การใช้บริการแพทย์แผนไทย					
1) บริการนวด ประคบ อบสมุนไพร (คน/ครั้ง)[4, 5]	1,942,487/ 3,911,754	1,533,830/ 3,081,637	1,671,483/ 3,359,107	1,830,622/ 3,835,825	1,529,410/ 4,051,059
2) บริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด (คน/ครั้ง)[4, 5]	60,493/ 189,358	41,763/ 131,018	42,649/ 114,561	47,435/ 121,956	30,666/ 93,146
3) บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (คน/ครั้ง)[4, 5]	4,393,825/ 9,089,167	6,547,799/ 12,121,607	4,868,898/ 9,333,162	5,335,876/ 11,163,591	4,474,897/ 8,951,169
4) ฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ (คน/ครั้ง)[3, 4]	2,144/ 12,845	2,489/ 14,406	4,847/ 28,311	4,706/ 26,596	6,368/ 37,912
5) บริการน้ำมันกัญชาและยาที่มีส่วนผสมของกัญชา (คน/ครั้ง)[3, 4]	-	10,397/ 19,319	7,367/ 10,181	10,801/ 14,865	-

(ต่อ) ตารางที่ 5-3

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568
(Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2021-2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
6) ยาสมุนไพร 9 รายงาน (ปี 66-67) ยาสมุนไพร 32 รายการ (ตั้งแต่ปี 68) (จ่ายตามรายการบริการ) (คน/ครั้ง)[3, 4]	-	-	1,619,706/ 2,434,120	3,393,894/ 5,820,799	2,745,706/ 4,253,435
7 พอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (คน/ครั้ง)[4]	-	-	-	-	103,329/ 151,538
8) นวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ ตามหน่วยบริการ มาตรา 3 (คน/ครั้ง)[4]	-	-	-	-	188/ 3,202
2) ผลงานตามเป้าหมายการใช้บริการทางการแพทย์ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว (งบเพิ่มเติมในกลุ่มเฉพาะ)					
2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (คน)[9]	289,116	297,566	306,073	315,200	325,325
2.2 กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (คน)[3, 9, 10]	80,382	198,199	3,571,756	4,115,675	4,567,220
2.3 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการบำบัดทดแทนไต (คน)[11]	69,421	82,020	93,466	101,942	111,885
2.4 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับบริการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (2nd prevention) (คน)[5]	4,001,003	4,156,119	4,269,315	4,423,716	4,600,220
2.5 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแล ตามแผนการดูแลรายบุคคล (คน)[3]	10,341	10,723	13,107	12,367	13,786
2.6 ผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ได้รับบริการ (คน)[3]	-	-	-	-	14,075
2.7 หน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ได้รับการจัดสรรงบเพิ่มเติม (แห่ง)[3]	207	225	225	225	255
2.8 ผู้ป่วยได้รับบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (ครั้ง)[3, 4, 12]	2,928,67	1,745,633	2,938,303	17,785,655	38,258,937
2.9 ผู้ได้รับบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คน)[13]	-	25,434,427	43,310,514	42,598,645	40,223,352
2.10 ผู้ได้รับบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด (คน)[3]	-	-	-	201,527	254,529
2.11 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียง ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ได้รับการดูแลที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล (คน)[13]	186,284	201,291	334,823	468,517	544,215
2.12 การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการและให้บริการ (คน)[14]	1,522	12,432	23,302	4,535	1,781
- ผู้รับบริการ (คน)	845	1,118	1,206	1,343	1,150
- ผู้ให้บริการ (คน)	677	11,314	22,096	3,192	631

(ต่อ) ตารางที่ 5-3

ผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2568
(Outputs according to the UCS budget allocated categorized by service items in the Fiscal Year 2021-2025)

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	2564 (2021)	2565 (2022)	2566 (2023)	2567 (2024)	2568 (2025)
2.13 ประชาชนที่มีสิทธิได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (คน)[1]	-	66,983,983	66,896,883	66,807,912	66,732,820
- บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในกลุ่มเป้าหมายฉพาะ (คน)[3] ปี 2568 เพิ่มกลุ่มเป้าหมายผู้ต้องขังในเรือนจำทัณฑสถาน และสถานพินิจ	4,995,582	4,201,860	4,114,997	4,221,073	5,708,397

ที่มา [1] *ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[2] *ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สิทธิ UC ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. วิเคราะห์โดย สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. โดย 1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim ณ 16 มกราคม 2569 และ 2) ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim ณ 17 ธันวาคม 2568*

[3] *ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim และข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) จาก IP E-claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[4] *Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[5] *รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[6] *ระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (NPRP) กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[7] *บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[8] *รายงานการดำเนินงานฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. และสายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[9] *บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[10] *โครงการบูรณาการระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[11] *ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[12] *กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สปสช. ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[13] *กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

[14] *ฝ่ายกฎหมายพิทักษ์สิทธิ สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568*

หมายเหตุ *(1) แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 แนะนำให้การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนแบบฉุกเฉิน (Primary PCI) ภายในระยะเวลาที่กำหนด เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ยกเว้นในกรณีหน่วยบริการในพื้นที่ไม่สามารถให้การรักษาด้วย Primary PCI ได้ ในเวลาที่กำหนด แนะนำให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยและส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่สามารถให้การรักษาได้ ประกอบกับปัจจุบันหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI) มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการ Primary PCI ได้มากขึ้น การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ลดลง*

(2) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงโดยวิธี Chest X-ray ใน 7 กลุ่มเสี่ยง (เริ่มปี 2565) ได้แก่ 1.บุคลากรสาธารณสุข 2.ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีโรคร่วม 3.กลุ่มแรงงานข้ามชาติ 4.ผู้ป่วยเบาหวาน (DM ที่มีระดับ HbA1C ≥ 7) 5.ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 6.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 7.ผู้ต้องขังในเรือนจำ

(3) บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใช้งบประมาณจาก 1) บริการผู้ป่วยนอกแบบปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP Anywhere) และ 2) บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC)

ตารางที่ 5-4

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis of UCS Outpatient visits classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	น้อยกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
1. I10 Essential (primary) hypertension (ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ))	**24,325,162**	205	525	5,321	7,137,257	8,264,584	8,917,270
2. E78 Disorders of lipoprotein metabolism and other lipidaemia's (ความผิดปกติของเมตะบอลิซึมของไลโปโปรตีนและภาวะไขมันในเลือดอื่น)	**13,707,523**	87	240	3,103	4,421,021	4,793,812	4,489,260
3. E11 Non-insulin-dependent diabetes mellitus (เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน)	**13,314,472**	70	349	3,031	4,639,952	4,734,240	3,936,830
4. J00 Acute nasopharyngitis [common cold] (คอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน (ไข้หวัด))	**7,260,787**	265,924	1,404,900	1,851,564	2,299,063	786,856	652,480
5. N18 Chronic renal failure (ไตวายเรื้อรัง)	**6,468,067**	74	236	5,148	1,970,834	1,978,080	2,513,695
6. K02 Dental caries (ฟันผุ)	**4,630,544**	62,015	534,673	1,761,704	1,830,158	289,443	152,551
7. M79 Other soft tissue disorders, not elsewhere classified (ความผิดปกติแบบอื่นของเนื้อเยื่ออ่อน มิได้จำแนกไว้ที่ใด)	**4,196,471**	567	6,642	60,237	2,066,749	1,162,279	899,997
8. M62 Other disorders of muscle (ความผิดปกติอื่นของกล้ามเนื้อ)	**3,553,166**	670	10,173	79,706	1,691,759	987,900	782,958
9. K30 Dyspepsia (อาหารไม่ย่อย)	**2,900,211**	3,234	27,164	157,912	1,255,866	736,956	719,079
10. K05 Gingivitis and periodontal diseases (เหงือกอักเสบและโรคปริทันต์)	**2,330,349**	9,228	45,029	275,892	1,242,896	476,506	280,798
11. R42 Dizziness and giddiness (เวียนศีรษะ)	**2,180,055**	131	1,191	34,171	829,526	589,035	726,001
12. K04 Diseases of pulp and periapical tissues (โรคของเนื้อเยื่อในฟันและเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน)	**1,735,718**	96	33,807	291,533	883,747	339,481	187,054
13. M17 Gonarthrosis [arthrosis of knee] (ข้อเข่าเสื่อม)	**1,592,897**	17	44	461	384,676	614,431	593,268
14. R73 Elevated blood glucose level (ระดับกลูโคสในเลือดสูง)	**1,427,395**	46	54	877	571,270	457,671	397,477
15. R10 Abdominal and pelvic pain (ปวดท้องและปวดอุ้งเชิงกราน)	**1,284,456**	3,942	30,038	147,627	639,993	233,766	229,090
16. R05 Cough (ไอ)	**1,278,309**	10,743	63,726	130,691	509,786	280,586	282,777
17. K03 Other diseases of hard tissues of teeth (โรคอื่นของเนื้อเยื่อของฟัน)	**1,264,367**	23,685	126,111	431,961	405,668	172,593	104,349
18. I69 Sequelae of cerebrovascular disease (โรคที่ตามมาของหลอดเลือดสมอง)	**1,233,187**	15	109	392	346,912	393,425	492,334

(ต่อ) ตารางที่ 5-4

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis of UCS Outpatient visits classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	น้อยกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
19. M10 Gout (โรคเกาต์)	**1,221,305**	3	20	89	366,540	377,964	476,689
20. J45 Asthma (โรคหืด)	**1,206,369**	3,603	99,787	251,621	409,489	233,131	208,738
รวม 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค (Top 20 Diagnosis) ของบริการผู้ป่วยนอก	**97,110,810**	**384,355**	**2,384,818**	**5,493,041**	**33,903,162**	**27,902,739**	**27,042,695**
สัดส่วน 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค จากการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (% Top 20 Diagnosis from Total OP services)	**52.27%**	**21.38%**	**33.62%**	**31.81%**	**42.49%**	**65.88%**	**73.70%**
รวมการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP services Total)	**185,776,318**	**1,797,380**	**7,093,012**	**17,270,029**	**79,792,217**	**42,356,760**	**36,691,057**

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OP) สิทธิ UC จาก OP 43 แฟ้ม และ OP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568
ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 24 กุมภาพันธ์ 2569

หมายเหตุ: คำนวณจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก นับตามโรคหลัก ไม่นับรวมปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ (ICD-10: Z00-Z99) และบริการแพทย์แผนไทย (ICD10: U50-U77)

ตารางที่ 5-5

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis of UCS Inpatient visits classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยใน (ครั้ง)	น้อยกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
1. A09: Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบและลำไส้ใหญ่อักเสบจากการติดเชื้อและจากสาเหตุที่ไม่ระบุรายละเอียด)	**293,822**	9,236	57,412	60,893	80,821	34,448	50,962
2. J18: Pneumonia, organism unspecified (ปอดบวม ไม่ระบุเชื้อต้นเหตุ)	**280,089**	8,459	65,974	36,743	51,486	37,113	80,192
3. H25: Senile cataract (ต้อกระจกในวัยชรา)	**208,776**	-	-	-	24,466	78,327	105,970
4. I10: Essential (primary) hypertension (ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ))	**174,604**	-	10	200	57,692	55,540	61,129
5. E11: Non-insulin-dependent diabetes mellitus (เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน)	**171,463**	1	8	212	66,365	52,393	52,440
6. Z38: Liveborn infants according to place of birth (ทารกเกิดมีชีวิต)	**163,707**	163,707	-	-	-	-	-
7. J44: Other chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น)	**154,877**	-	80	96	21,154	42,579	90,926
8. I50: Heart failure (หัวใจล้มเหลว)	**150,361**	52	96	183	42,960	36,259	70,722
9. N18: Chronic renal failure (ไตวายเรื้อรัง)	**143,253**	4	12	231	44,287	41,114	57,547
10. I63: Cerebral infarction (เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด)	**137,607**	2	17	51	42,457	40,729	54,230
11. D56: Thalassemia (ธาลัสซีเมีย)	**133,199**	148	8,034	56,318	52,091	8,716	7,883
12. J20: Acute bronchitis (หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน)	**121,753**	6,630	47,913	26,481	16,656	8,588	15,463
13. N39: Other disorders of urinary system (ความผิดปกติแบบอื่นของระบบปัสสาวะ)	**108,990**	761	2,437	3,056	28,528	23,466	50,676
14. F15 : Mental and behavioral disorders due to use of other stimulants, including caffeine (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นชนิดอื่น (รวมถึงคาเฟอีน))	**90,998**	2	18	530	89,313	986	114
15. S06: Intracranial injury (การบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ)	**78,490**	331	2,515	5,687	37,926	13,206	18,783
16. J15: Bacterial pneumonia, not elsewhere classified (ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียมิได้จำแนกไว้ที่ใด)	**74,655**	1,181	9,991	6,662	16,340	12,484	27,935
17. R50: Fever of unknown origin ((ไข้จากสาเหตุอื่นและไม่ทราบสาเหตุ)	**70,239**	1,194	8,685	9,754	25,159	10,251	15,171

(ต่อ) ตารางที่ 5-5

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของบริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis of UCS Outpatient visits classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยใน (ครั้ง)	น้อยกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
18. O80: Single spontaneous delivery (การคลอดเองครรภ์เดี่ยว)	**69,493**	-	-	377	69,111	-	-
19. L03 : Cellulitis (โรคเซลลูไลติส)	**66,974**	181	3,011	3,376	24,430	15,401	20,551
20. I21: Acute myocardial infarction (กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน)	**65,789**	-	4	5	17,672	20,695	27,348
รวม 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค (Top 20 Diagnosis) ของบริการผู้ป่วยใน	**2,759,139**	191,889	206,217	210,855	808,914	532,295	808,042
สัดส่วน 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค จากการใช้บริการผู้ป่วยในทั้งหมด (% Top 20 Diagnosis from Total IP services)	**38.98%**	45.86%	48.03%	40.17%	30.01%	40.13%	48.14%
รวมการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP services Total)	**7,078,700**	418,424	429,306	524,906	2,695,574	1,326,269	1,678,587

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ :
1. *คำนวณจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน นับตามโรคหลัก*
2. *ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่รักษาในโรงพยาบาล พบว่า โรค/กลุ่มโรคที่พบสัดส่วนสูงสุด คือ P59: ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเพราะสาเหตุอื่นและที่ไม่ระบุสาเหตุ (ร้อยละ 10.29 หรือ 43,062 ครั้ง) และ P07: ความผิดปกติเกี่ยวกับอายุครรภ์น้อยและน้ำหนักแรกเกิดน้อย มิได้จำแนกไว้ที่ใด (ร้อยละ 7.66 หรือ 32,058 ครั้ง)*

ตารางที่ 5-6

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis of In-hospital Mortality under Inpatients the UCS classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยใน (คน)	น้อยกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
1. J18: Pneumonia, organism unspecified (ปอดบวม ไม่ระบุเชื้อต้นเหตุ)	**16,565**	23	38	73	3,284	3,366	9,749
2. J15: Bacterial pneumonia, not elsewhere classified (ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มิได้จำแนกไว้ที่ใด)	**8,493**	24	28	25	1,788	1,726	4,882
3. I61: Intracerebral haemorrhage (เลือดออกในสมองใหญ่)	**8,249**	2	2	6	3,485	1,972	2,765
4. I50: Heart failure (หัวใจล้มเหลว)	**6,504**	4	3	10	1,496	1,326	3,648
5. J44: Other chronic obstructive pulmonary disease (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น)	**4,822**	-	-	-	332	915	3,567
6. N39: Other disorders of urinary system (ความผิดปกติแบบอื่นของระบบปัสสาวะ)	**4,782**	2	1	2	568	929	3,270
7. I63: Cerebral infarction (เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด)	**4,746**	-	-	-	850	1,065	2,822
8. I21: Acute myocardial infarction (กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน)	**4,723**	-	-	-	790	1,251	2,673
9. S06: Intracranial injury (การบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ)	**4,715**	7	20	106	2,410	939	1,217
10. C22: Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts (มะเร็งหลอดลมและปอดตับและท่อน้ำดีในตับ)	**4,077**	-	4	2	1,189	1,471	1,401
11. C34: Malignant neoplasm of bronchus and lung (มะเร็งหลอดลมและปอด)	**3,948**	-	-	-	896	1,366	1,677
12. N18: Chronic renal failure (ไตวายเรื้อรัง)	**3,881**	-	3	3	941	1,014	1,916
13. A41: Other septicemia (การติดเชื้ออื่นในกระแสเลือด)	**3,712**	6	6	10	906	845	1,934
14. K92: Other diseases of digestive system (โรคแบบอื่นของระบบย่อยอาหาร)	**2,692**	-	-	2	940	588	1,161
15. J69: Pneumonitis due to solids and liquids (ปอดอักเสบจากของแข็งและของเหลว)	**2,523**	5	18	12	332	417	1,734
16. A09: Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบและลำไส้ใหญ่อักเสบจากการติดเชื้อและจากสาเหตุที่ไม่ระบุรายละเอียด)	**1,972**	3	5	13	503	415	1,028
17. L89 : Pressure ulcer (แผลกดทับ)	**1,969**	-	-	1	224	350	1,389

(ต่อ) ตารางที่ 5-6

20 อันดับโรค/กลุ่มโรค ของผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis of In-hospital Mortality under Inpatients the UCS classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

โรค/กลุ่มโรค (ICD10: Diseases)	ผู้ป่วยใน (คน)	น้อยกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
18. B20: HIV disease resulting in infectious and parasitic diseases (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัสเอชไอวี ทำให้เกิดโรคติดเชื้อและโรคปรสิต)	**1,686**	-	2	3	1,491	146	41
19. N10: Acute tubulo-interstitial nephritis (หลอดไตฝอยและเนื้อเยื่อระหว่างหลอดไตฝอยอักเสบเฉียบพลันกรวยไตและไตอักเสบเฉียบพลัน)	**1,656**	-	-	-	236	336	1,018
20. R57: Shock, not elsewhere classified (ช็อก มิได้จำแนกไว้ที่ใด)	**1,621**	6	11	16	483	364	737
รวม 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค (Top 20 Diagnosis) ผู้ป่วยในที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	**93,336**	82	141	284	23,144	20,801	48,692
สัดส่วน 20 อันดับโรค/กลุ่มโรค จากผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลทั้งหมด (% Top 20 Diseases from Total IP services, died in hospitalized)	**59.82%**	5.92%	31.83%	40.40%	53.93%	57.57%	65.82%
รวมผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล (IP services, died in hospitalized Total)	**156,016**	1,385	443	703	42,916	36,129	73,972

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ :

1. *คำนวณจำนวนคนที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต นับตามโรคหลัก*
2. *สถานะการจำหน่าย = เสียชีวิต (Discharge Type = 8 หรือ 9)*
3. *ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต พบว่า โรค/กลุ่มโรคที่พบสัดส่วนสูงสุด คือ P07: ความผิดปกติเกี่ยวกับอายุครรภ์น้อยและน้ำหนักแรกเกิดน้อย มิได้จำแนกไว้ที่ใด (ร้อยละ 48.74 หรือ 675 คน)*

ตารางที่ 5-7

20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of UCS Inpatient visits classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster	ผู้ป่วยใน (คน)	น้อยกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
1. 0452 : Respiratory infection/inflammation	**360,145**	11,639	85,486	45,750	72,066	47,274	97,778
2. 1554 : Newborn admit wt >2499 gm without procedure	**265,368**	265,368	-	-	-	-	-
3. 0459 : Bronchitis and asthma	**213,348**	10,501	68,593	43,929	41,425	20,433	28,435
4. 0657 : Gastroenteritis age > 9 yrs	**206,473**	-	-	21,870	91,477	37,780	55,301
5. 0206 : Major lens procedures	**195,827**	5	29	95	24,584	74,116	96,986
6. 0560 : Hypertension	**175,631**	1	12	262	58,119	55,719	61,484
7. 0155 : Specific cerebrovascular disorders exclude TIA	**175,089**	40	86	241	59,045	50,110	65,383
8. 1653 : Red blood cell disorders w blood transfusion	**167,804**	550	8,717	56,010	62,594	16,438	23,472
9. 1154 : Kidney and urinary tract infection	**167,730**	890	3,322	4,996	50,053	36,054	72,308
10. 0352 : Nose, mouth, throat and larynx diseases	**155,388**	4,698	45,887	46,381	38,838	9,149	10,402
11. 0555 : Heart failure and shock	**151,341**	48	95	181	43,280	36,435	71,217
12. 0658 : Gastroenteritis age < 10	**135,824**	10,142	70,930	54,745	-	-	-
13. 1150 : Renal failure	**130,002**	-	-	-	38,144	36,794	55,011
14. 0455 : Chronic obstructive pulmonary disease	**127,185**	11	139	160	19,312	35,601	71,936
15. 1056 : Diabetes without complicated PDx	**109,757**	1	21	554	46,028	34,352	28,778
16. 1450 : Vaginal delivery	**105,556**	-	-	655	104,887	-	-
17. 0407 : Noninvasive ventilation	**103,609**	5,613	29,390	10,990	12,363	12,695	32,510
18. 0403 : Ventilator support	**84,552**	1,022	3,112	1,255	20,600	19,292	39,176
19. 1401 : Caesarean delivery w severe	**81,557**	-	-	193	81,345	-	-
20. 0956 : Cellulitis Age > 17	**76,465**	-	-	-	32,926	19,268	24,232
รวม 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Top 20 Diseases Cluster) ของบริการผู้ป่วยใน	**3,188,651**	310,529	315,819	288,267	897,086	541,510	834,409
สัดส่วน 20 อันดับวินิจฉัยโรคร่วม จากการใช้บริการผู้ป่วยในทั้งหมด (% Top 20 Diseases Cluster from Total IP services)	**45.05%**	74.21%	73.57%	54.92%	33.28%	40.83%	49.71%
รวมการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP services Total)	**7,078,700**	418,424	429,306	524,906	2,695,574	1,326,269	1,678,587

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ : 1. คำนวณจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการผู้ป่วยใน นับตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างๆ ตามการวินิจฉัยและการรักษาใกล้เคียงกัน หรือ Disease Cluster (DC)

2. ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่รักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG: Disease Cluster) สัดส่วนสูงสุด คือ 1501-1555: Newborn ทุกกรณี (ร้อยละ 86.39 หรือ 361,470 ครั้ง)

ตารางที่ 5-8

20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster ของผู้ป่วยสิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Top 20 Diagnosis related groups: Disease Cluster of In-hospital Mortality under the UCS Inpatients classified by Age-groups in the Fiscal Year 2025)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตาม Disease Cluster	ผู้ป่วยใน (คน)	น้อยกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-14 ปี	15-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
1. 0403 : Ventilator support	**20,946**	66	103	83	5,673	4,972	10,005
2. 0155 : Specific cerebrovascular disorders exclude TIA	**12,889**	4	4	4	4,121	2,938	5,794
3. 0452 : Respiratory infection/inflammation	**9,722**	5	10	24	1,428	1,675	6,560
4. 0407 : Noninvasive ventilation	**9,253**	7	12	36	1,192	1,774	6,214
5. 1154 : Kidney and urinary tract infection	**6,511**	1	1	2	805	1,284	4,405
6. 0555 : Heart failure and shock	**6,448**	4	5	10	1,479	1,308	3,627
7. 1850 : Septicemia	**5,547**	-	-	-	1,475	1,281	2,783
8. 1150 : Renal failure	**3,751**	-	-	-	902	973	1,873
9. 0751 : Malig of hepatoid syst/pancreas	**3,042**	-	4	-	854	1,077	1,098
10. 0165 : Intracranial injury	**2,831**	5	13	27	1,317	619	842
11. 0651 : G.I. hemorrhage	**2,753**	-	-	2	982	594	1,173
12. 0552 : Acute MI w major comp	**2,748**	-	-	-	430	711	1,602
13. 0010 : Tracheostomy with mechanical ventilator 96+ hour	**2,078**	10	2	14	510	483	1,047
14. 0657 : Gastroenteritis age > 9 yrs	**2,052**	-	-	7	530	435	1,075
15. 0650 : Digestive malignancy	**1,900**	-	-	-	577	666	655
16. 2552 : HIV-related infection	**1,669**	-	2	3	1,478	145	39
17. 0102 : Craniotomy except for trauma	**1,645**	3	8	16	770	443	399
18. 0461 : Respiratory neoplasms	**1,616**	-	-	-	347	539	727
19. 0750 : Cirrhosis & alcoholic hepatitis	**1,561**	-	1	-	903	382	270
20. 1050 : Diabetes with complicated PDx	**1,455**	1	-	6	486	326	634
รวม 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Top 20 Diseases Cluster) ผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	**100,417**	106	165	234	26,259	22,625	50,822
สัดส่วน 20 อันดับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จากผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลทั้งหมด (% Top 20 Diseases Cluster from Total IP services, died in hospitalized)	**64.36%**	7.65%	37.25%	33.29%	61.19%	62.62%	68.70%
รวมผู้ป่วยใน ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล (IP services, died in hospitalized Total	**156,016**	1,385	443	703	42,916	36,129	73,972

ที่มา: ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC จาก IP E-Claim สายงานบริหารกองทุน สปสช. ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผลโดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ณ 17 ธันวาคม 2568

หมายเหตุ : 1. คำนวณจำนวนคนที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต และนับตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างๆ ตามการวินิจฉัยและการรักษาใกล้เคียงกัน หรือ Disease Cluster (DC)

2. สถานะการจำหน่าย = เสียชีวิต (Discharge Type = 8 หรือ 9)

ตารางที่ 5-9

การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จำแนกตามประเภทอุปกรณ์ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Assistive devices support to disabled classified by Type of devices and Health regions in the Fiscal Year 2025)

อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
1. ทางการเคลื่อนไหวได้รับแขนเทียม-ขาเทียม														
- คน	**7,372**	470	448	276	949	637	707	806	585	778	534	563	593	53
- ชิ้น	**10,420**	577	553	409	1,467	825	996	1,377	788	1,063	799	734	772	60
2. ทางการได้ยิน ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง														
- คน	**11,354**	1,598	1,264	728	1,189	940	1,396	1,125	572	946	590	382	625	-
- ชิ้น	**11,539**	1,609	1,271	768	1,198	954	1,439	1,175	573	948	590	385	629	-
3. ทางการเห็น ได้รับไม้เท้าสำหรับคนตาบอด														
- คน	**311**	59	2	16	18	45		74	12	10	5	-	3	-
- ชิ้น	**312**	59	2	16	18	46		74	12	10	5	-	3	-
4. เครื่องช่วยความพิการอื่น ๆ														
- คน	**19,370**	2,139	1,291	1,043	1,238	777	478	2,555	2,062	2,356	3,003	570	1,860	12
- ชิ้น	**22,813**	2,951	1,354	1,063	1,641	816	569	3,670	2,331	2,434	3,302	621	2,048	13
รวมอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ														
- คน	**37,655**	4,218	2,985	2,050	3,330	2,362	2,557	4,449	3,171	4,038	3,931	1,482	3,008	65
- ชิ้น	**45,089**	5,196	3,181	2,256	4,324	2,645	3,004	6,296	3,704	4,455	4,696	1,740	3,452	73

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568
วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ : คนพิการ 1 คน อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการได้มากกว่า 1 ประเภท

ตารางที่ 5-10

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทผู้รับบริการ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitees and Health regions in the Fiscal Year 2025)

ประเภทผู้รับบริการ	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
1. คนพิการ														
- คน	**227,646**	36,149	15,182	9,257	17,832	11,957	15,132	23,370	25,308	26,366	22,700	11,732	13,579	76
- ครั้ง	**837,627**	145,034	48,076	27,854	85,610	59,135	71,277	79,684	73,434	78,667	64,187	44,431	59,674	92
2. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องฟื้นฟูฯ														
- คน	**646,840**	123,582	42,659	25,239	44,131	36,689	59,923	74,087	67,701	61,116	40,448	40,394	31,126	183
- ครั้ง	**2,286,786**	424,344	141,035	102,447	213,970	217,930	227,944	217,199	173,745	159,693	93,991	169,034	143,621	245
3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟื้นฟูฯ														
- คน	**684,113**	90,265	48,572	20,442	36,152	34,503	57,492	74,227	78,565	89,005	48,109	56,423	51,834	26
- ครั้ง	**2,372,697**	335,559	180,356	81,168	132,803	145,239	205,274	234,422	228,085	272,700	134,023	221,661	200,585	36
4. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (อัมพาต อัมพฤกษ์)														
- คน	**607**	102	24	24	62	40	33	89	81	31	46	38	37	2
- ครั้ง	**1,983**	352	63	38	178	184	104	341	263	77	100	177	99	5
5. ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง แบบผู้ป่วยนอก (Intermediate Care: IMC)														
- คน	**71,023**	10,342	4,331	2,498	4,911	4,396	5,461	7,317	7,800	5,365	7,763	4,161	5,535	1,308
- ครั้ง	**494,000**	69,589	28,710	11,539	33,507	27,108	38,354	56,839	57,511	27,117	65,343	28,410	39,017	9,172
6. ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง แบบผู้ป่วยใน (Inpatient IMC)														
- คน	**108,196**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ครั้ง	**118,892**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ														
- คน	**1,668,505**	260,440	110,768	57,460	103,088	87,585	138,041	179,090	179,455	181,883	119,066	112,748	102,111	1,595
- ครั้ง	**6,111,985**	974,878	398,240	223,046	466,068	449,596	542,953	588,485	533,038	538,254	357,644	463,713	442,996	9,550

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และระบบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในและการเบิกจ่าย (OP, IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

ตารางที่ 5-11

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitation services and Health regions in the Fiscal Year 2025)

ประเภทการฟื้นฟูสมรรถภาพ	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
1. กายภาพบำบัด														
- คน	**902,643**	163,366	62,033	34,366	52,807	48,494	86,177	65,143	113,694	92,920	56,951	66,317	59,403	1,722
- ครั้ง	**3,342,611**	497,980	219,499	160,442	286,440	306,967	350,021	183,529	321,525	254,400	152,965	311,955	287,267	6,775
2. จิตบำบัด														
- คน	**531,380**	90,626	31,702	18,582	38,492	32,615	41,749	49,888	52,629	67,707	43,410	31,265	34,197	-
- ครั้ง	**1,422,043**	254,583	83,500	42,801	98,294	94,283	102,268	135,832	134,387	185,030	122,256	77,695	91,114	-
3. พฤติกรรมบำบัด														
- คน	**229,828**	37,796	12,447	2,447	9,842	2,660	11,630	70,927	14,668	22,068	18,980	19,486	6,967	-
- ครั้ง	**613,614**	96,928	30,583	5,161	31,155	6,683	23,763	220,747	32,011	54,659	42,737	51,917	17,270	-
4. กิจกรรมบำบัด														
- คน	**82,724**	25,670	11,050	2,856	5,131	5,591	8,235	4,831	4,843	4,863	1,551	2,513	5,414	312
- ครั้ง	**278,404**	78,901	37,238	8,407	26,820	21,510	36,207	11,495	13,327	9,256	2,327	8,606	23,359	951
5. การฟื้นฟูการได้ยิน														
- คน	**26,773**	5,977	4,116	1,178	1,345	2,156	1,538	2,067	495	4,930	2,055	303	630	-
- ครั้ง	**38,068**	8,216	6,502	1,666	1,891	3,009	2,395	3,814	763	6,316	2,239	373	884	-
6. กระตุ้นพัฒนาการ														
- คน	**29,937**	3,148	3,366	773	1,810	1,186	2,592	2,480	3,303	4,969	1,620	1,424	3,310	-
- ครั้ง	**69,211**	8,531	10,031	1,374	3,992	4,594	6,181	5,420	6,520	9,384	2,988	2,631	7,565	-
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็น														
- คน	**7,296**	685	-	-	110	34	185	580	-	4,242	1,427	-	34	-
- ครั้ง	**14,363**	1,224	-	-	115	34	375	643	-	9,927	2,011	-	34	-
8. การประเมิน/แก้ไขการพูด														
- คน	**15,817**	1,349	500	22	1,327	2,483	3,613	1,737	782	666	732	770	1,834	34
- ครั้ง	**42,738**	4,569	995	27	5,506	7,562	9,166	3,437	1,383	1,580	1,598	2,088	4,767	60

(ต่อ) ตารางที่ 5-11

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามประเภทการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Rehabilitation services classified by Type of rehabilitation services and Health regions in the Fiscal Year 2025)

ประเภทการฟื้นฟูสมรรถภาพ	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
9. ฉีดยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ														
- คน	**591**	56	68	22	76	11	78	11	18	26	150	27	46	-
- ครั้ง	**795**	68	92	31	104	12	120	11	18	26	207	27	77	-
10. ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง แบบนอกหน่วยบริการ/ชุมชน (IMC)														
- คน	**44,166**	6,688	2,744	1,279	2,779	1,412	3,001	5,516	5,895	2,874	6,246	2,263	2,736	988
- ครั้ง	**171,246**	23,878	9,800	3,137	11,751	4,942	12,457	23,557	23,104	7,676	28,316	8,421	10,659	3,548
11. ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง แบบผู้ป่วยใน (Inpatient-IMC)														
- คน	**108,196**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ครั้ง	**118,892**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ														
- คน	**1,668,505**	260,440	110,768	57,460	103,088	87,585	138,041	179,090	179,455	181,883	119,066	112,748	102,111	1,595
- ครั้ง	**6,111,985**	974,878	398,240	223,046	466,068	449,596	542,953	588,485	533,038	538,254	357,644	463,713	442,996	9,550

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) และระบบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในและการเบิกจ่าย (OP, IP E-Claim) สายงานบริหารกองทุน สปสช.
ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

ตารางที่ 5-12

บริการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทบริการ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Thai Traditional Medicine services classified by Type of services and Health regions in Fiscal Year 2025)

บริการแพทย์แผนไทย	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
1. นวด ประคบ อบสมุนไพร														
- คน	**1,529,410**	155,662	47,853	48,604	55,109	47,631	57,731	211,829	307,177	154,454	230,301	83,468	128,146	2,333
- ครั้ง	**4,051,059**	437,516	128,968	146,139	171,178	161,184	178,974	439,837	738,861	355,574	506,080	316,222	459,640	10,886
2. ฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด														
- คน	**30,666**	3,014	1,912	1,058	574	905	969	2,094	3,697	2,042	3,087	2,567	8,749	4
- ครั้ง	**93,416**	8,402	5,845	3,588	1,512	2,592	2,960	6,860	12,132	5,034	9,986	6,916	27,581	8
3. สมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ														
- คน	**4,474,897**	351,086	263,763	225,896	183,602	267,712	345,829	407,981	559,373	549,453	588,478	315,203	387,694	28,827
- ครั้ง	**8,951,169**	628,908	518,094	470,483	328,273	493,434	616,879	768,527	1,264,467	1,031,344	1,372,995	622,637	782,187	52,941
4. ฝังเข็มในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่														
- คน	**6,368**	574	377	78	370	701	549	1,042	360	1,080	90	528	441	184
- ครั้ง	**37,912**	3,563	1,923	210	1,990	5,600	2,934	5,049	2,269	7,116	658	3,079	2,906	615
5. ยาสมุนไพร 32 รายการ (จ่ายตามรายการบริการ)														
- คน	**2,745,706**	269,031	127,236	91,961	144,648	186,178	211,969	179,972	442,570	319,161	372,799	157,302	222,530	22,898
- ครั้ง	**4,253,435**	412,932	197,656	139,269	212,693	286,643	300,454	257,679	753,485	467,445	623,160	231,541	335,747	34,731
6. พอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม														
- คน	**103,329**	17,036	7,445	5,859	4,430	3,692	3,405	11,532	15,544	5,221	13,988	8,029	7,148	-
- ครั้ง	**151,538**	24,962	11,366	8,542	6,232	6,392	4,923	16,044	21,389	6,380	18,811	13,682	12,815	-

(ต่อ) ตารางที่ 5-12

การใช้บริการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทบริการ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Thai Traditional Medicine services classified by Type of services and Health regions in Fiscal Year 2025)

บริการแพทย์แผนไทย	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
7. นวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ														
- คน	**188**	-	-	-	30	-	47	-	-	-	-	40	-	71
- ครั้ง	**3,202**	-	-	-	30	-	145	-	-	-	-	556	-	2,471
รวมบริการแพทย์แผนไทย														
- คน	**8,890,564**	796,403	448,586	373,456	388,763	506,819	620,499	814,450	1,328,721	1,031,411	1,208,743	567,137	754,708	54,317
- ครั้ง	**17,541,731**	1,516,283	863,852	768,231	721,908	955,845	1,107,269	1,493,996	2,792,603	1,872,893	2,531,690	1,194,633	1,620,876	101,652

ที่มา: Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 ประมวลผล ณ 11 มกราคม 2569 วิเคราะห์โดย กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.

หมายเหตุ: (1) ปรับการจ่ายยาสมุนไพร ตามรายการบริการ (Fee schedule) จาก 9 รายการ เป็น 32 รายการ

(2) เพิ่มบริการพอกเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อ

(3) เพิ่มบริการนวด ประคบ ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ในศูนย์บริการคนพิการฯ ตามหน่วยบริการ มาตรา 3

ตารางที่ 5-13

บริการสาธารณสุขระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่ได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Long Term Care in the community according to individual care plan for dependency persons, home-bound and bedridden under all schemes classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

บริการดูแลระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ ที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรักษารายบุคคล (หน่วย: คน)	**544,138**	40,797	24,827	26,277	28,977	23,176	23,979	76,017	76,615	74,301	91,295	26,987	26,741	4,149
- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)	**474,675**	35,387	21,859	23,395	23,517	19,701	20,364	67,056	68,822	66,129	81,369	22,231	21,492	3,353
- สิทธิอื่น	**69,463**	5,410	2,968	2,882	5,460	3,475	3,615	8,961	7,793	8,172	9,926	4,756	5,249	796
- อายุ ≥ 60 ปี	**456,695**	34,197	20,712	22,375	24,278	19,036	19,441	65,465	62,012	63,189	78,923	22,215	21,314	3,538
- อายุ < 60 ปี	**87,443**	6,600	4,115	3,902	4,699	4,140	4,538	10,552	14,603	11,112	12,372	4,772	5,427	611
2. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (หน่วย: แห่ง)	**7,759**	814	466	452	649	684	576	718	714	852	658	558	617	1
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ (หน่วย: แห่ง)	**7,485**	773	464	449	628	587	467	718	714	852	658	557	617	1
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการและได้รับจัดสรรงบประมาณ (หน่วย: แห่ง)	**7,018**	632	462	422	573	532	422	717	705	838	657	521	536	1

ที่มา : กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568 วิเคราะห์ ณ 5 ตุลาคม 2568

หมายเหตุ: ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีผลการประเมิน ADL หลังจากได้รับการดูแลครบ 9 เดือนขึ้นไป จำนวน 298,133 คน โดยผู้ป่วยที่มีผล ADL ดีขึ้นจากก่อนรับการดูแล ร้อยละ 24.65 ผู้ป่วยที่มีผล ADL เท่าเดิม ร้อยละ 47.04 และผู้ป่วยที่มีผล ADL ลดลง ร้อยละ 28.32

ตารางที่ 5-14

การรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการแม่ข่ายและหน่วยบริการลูกข่าย จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Service care for Chronic Psychiatric/ Schizophrenia patients in the community classified by Health regions in the Fiscal Year 2025)

บริการในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	รวม	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
1. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ (หน่วย: คน)	**13,786**	791	841	1,069	1,588	1,427	1,926	1,621	1,073	1,027	791	841	1,069	1,588
2. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง ตามแผนการดูแลรักษารายบุคคล (หน่วย: คน))	**13,786**	791	841	1,069	1,588	1,427	1,926	1,621	1,073	1,027	791	841	1,069	1,588
3. หน่วยบริการแม่ข่าย/พี่เลี้ยง (หน่วย: แห่ง) (รพ.จิตเวช รพศ./รพท. ที่ร่วมให้บริการ)	**118**	13	17	10	5	7	10	7	12	10	13	17	10	5
4. หน่วยบริการลูกข่าย (หน่วย: แห่ง) (หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการ)	**905**	73	64	77	77	85	96	71	81	79	73	64	77	77
5. หน่วยบริการที่ติดตามในพื้นที่ (หน่วย: แห่ง)	**3,374**	155	196	243	342	427	476	248	253	337	155	196	243	342

ที่มา: ระบบข้อมูล Care Transition โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568

ภาคผนวก 6

ตารางตัวชี้วัดบริการสุขภาพที่สำคัญ
ในรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
Annex 6: Key Indicators in NHSO Annual Report

ตารางที่ 6-1

ตัวชี้วัดในรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Key Indicators in NHSO Annual Report in the Fiscal Year 2025)

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ (เงื่อนไข)/หน่วยวัด
1. วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน (Average Length of Stay: Average-LOS) สิทธิ UC **(แผนภาพที่ 2-11)**	**สูตรคำนวณ = ตัวตั้ง/ตัวหาร** **ตัวตั้ง** : ผลรวมจำนวนวันนอนผู้ป่วยใน สิทธิ UC **ตัวหาร** : จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC **หมายเหตุ** : 1. นับรวมผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป 2. นับรวมทารกปกติที่คลอดในโรงพยาบาล (Z380) **หน่วยวัด** : วัน ต่อ ครั้ง
2. ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอนของผู้ป่วยใน (CaseMix Index-Adjusted Relative Weight: CMI-Adj.RW) สิทธิ UC **(แผนภาพที่ 2-12)**	**สูตรคำนวณ = ตัวตั้ง/ตัวหาร** **ตัวตั้ง** : ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Sum of Adjusted Relative Weight: Sum Adj.RW) สิทธิ UC **ตัวหาร** : จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC **หมายเหตุ** : นับรวมทารกปกติที่คลอดในโรงพยาบาล (Z380) **หน่วยวัด** : ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adj.RW) ต่อ ครั้ง
3. อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (Hmain) **(แผนภาพที่ 2-16)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100000** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) (pdx=I210-I213, I22) and (age=15-124) **ตัวหาร** : จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน **หน่วยวัด** : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป 100,000 คน
4. ร้อยละการได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ (PCI) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST- elevation (STEMI) สิทธิUC อายุ 15 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลที่ให้บริการ (Hcode) **(แผนภาพที่ 2-16)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI : I210-I213 or I22) และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Injection or infusion of thrombolytic agent: 9910) และ/หรือ ได้ทำหัตถการ PCI ตามที่ expert ระบุดังนี้ Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy (0066) ร่วมกับจำนวนของ Vessel/ตำแหน่งที่ทำหัตถการ (0040–0044) หรือใส่ Stent (0045–0048), หรือทำ Insertion of the non-drug-eluting stent (3606) หรือ Insertion of Drug-eluting stent (3607) [(pdx=I210-I213 or I22) and ((Procedure=9910) and (Procedure=(0066 and 0040-0048) or (3601-3602) or (3605-3607) or (3609)] and (age =15-124) **หมายเหตุ** : รวมผลบริการฉีดยาละลายลิ่มเลือดที่แผนกผู้ป่วยจากฐาน OP E-Claim แล้ว **ตัวหาร** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) ในช่วงเวลาเดียวกัน, (pdx=I210-I213 or I22)) and (age =15-124)

(ต่อ) ตารางที่ 6-1

ตัวชี้วัดในรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Key Indicators in NHSO Annual Report in the Fiscal Year 2025)

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ (เงื่อนไข)/หน่วยวัด
5. ร้อยละการป่วยตายภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (Hcode) **(แผนภาพที่ 2-16)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) และเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล, [(pdx=I210-I213 or I22) and (death_date - dateadm ≤30 days)] and (age =15-124) **ตัวหาร** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI ในช่วงเวลาเดียวกัน, (pdx=I210-I213 or I22) and (age =15-124) **หมายเหตุ :** ยืนยันการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากข้อมูลแจ้งตายของทะเบียนราษฎร์
6. ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน (Re-admission rate) ภายใน 28 วัน หลังการจำหน่ายครั้งก่อน ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode) **(แผนภาพที่ 2-16)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) และกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อน [(pdx =I210-I213 or I22)) within 28 days after D/C and (discht=1)] and (age =15-124) **ตัวหาร** : จำนวนครั้งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และมีสถานะจำหน่ายเป็น improve (discht=1) ในช่วงเวลาเดียวกัน **หมายเหตุ :** 1) ใช้ข้อมูลที่จำหน่ายเป็น improve เพื่อดูคุณภาพการวางแผนการจำหน่าย 2) ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วย plan หรือ unplan จากข้อมูลผู้ป่วยใน (IP) ได้ การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน อาจนัดมาทำหัตถการต่อเนื่อง
7. อัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (Hmain) **(แผนภาพที่ 2-20)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100000** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, (pdx = I630-I639) and (age =15-124) **ตัวหาร** : จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน **หนวยนับ** : คน ต่อ ประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป 100,000 คน
8. ร้อยละการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (Hcode) **(แผนภาพที่ 2-20)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Injection or infusion of thrombolytic agent : 9910), (pdx=I630-I639) and (Procedure=9910) and (age =15-124) **ตัวหาร** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในช่วงเวลาเดียวกัน, (pdx=I630-I639) and (age =15-124)
9. ร้อยละการทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดด้วยวิธี EVT (Thrombectomy) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (Hcode) **(แผนภาพที่ 2-20)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และได้ทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดด้วยวิธี EVT (Thrombectomy, EVT: 3974), (pdx=I630-I639) and (Procedure=3974) and (age =15-124) **ตัวหาร** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในช่วงเวลาเดียวกัน, (pdx=I630-I639) and (age =15-124)

(ต่อ) ตารางที่ 6-1

ตัวชี้วัดในรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Key Indicators in NHSO Annual Report in the Fiscal Year 2025)

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ (เงื่อนไข)/หน่วยวัด
10. ร้อยละการป่วยตายภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Fatality rate within 30 days) ด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (Hcode) **(แผนภาพที่ 2-20)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล, [(pdx=I630-I639) and (death_date - dateadm ≤30 days)] and (age =15-124) **ตัวหาร** : จำนวนผู้ป่วย สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในช่วงเวลาเดียวกัน, (pdx=I630-I639) and (age =15-124) **หมายเหตุ** : ยืนยันการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากข้อมูลแจ้งตาย
11. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) **(แผนภาพที่ 2-41)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ยกเว้น GDM) ทุกช่วงอายุ สิทธิ UC ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนสิทธิ 100 คน นับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ทุกช่วงอายุ ที่มีรหัส ICD-10 เป็น E10-E14 ที่มีชีวิตอยู่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด และได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยใช้ข้อมูลการตรวจ HbA1c จาก แฟ้ม LABFU column LABTEST = 0531601 **ตัวหาร** : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ทุกช่วงอายุ นับจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน สิทธิ UC ทุกช่วงอายุ รหัส ICD-10 เป็น E10-E14 ที่มีชีวิตอยู่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด **หมายเหตุ :** 1. ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเบาหวาน ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง สิทธิ UC ทุกช่วงอายุ ที่มีชีวิตอยู่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด จากทุกการวินิจฉัย ที่มีรหัสโรค DM = E10-E14 / GDM = O244 (ไม่นับรวมผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่) จำแนกตาม 1) โรคเบาหวาน DM only, 2) โรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง DM ร่วม HT, 3) โรคเบาหวาน ร่วมกับ โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25), 4) โรคเบาหวาน ร่วมกับ โรคหัวใจล้มเหลว (I50), 5) โรคเบาหวาน ร่วมกับ โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69), 6) โรคเบาหวาน ร่วมกับ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 (N.18.4-N18.5), 7) โรคเบาหวาน ร่วมกับ โรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง (G40-G41), 8) โรคเบาหวานในขณะครรภ์ GDM 2. ข้อมูลจาก OP&IP e-claim, OP 43 แฟ้ม (แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC, CHRONICFU) และ OPBKK ของกทม. 3. ไม่นับผู้ป่วย DM รายใหม่

(ต่อ) ตารางที่ 6-1

ตัวชี้วัดในรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

(Key Indicators in NHSO Annual Report in the Fiscal Year 2025)

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ (เงื่อนไข)/หน่วยวัด
12. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี **(แผนภาพที่ 2-42)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ทุกช่วงอายุ ที่มีผลการตรวจ HbA1c น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% กรณีที่ไม่มีโรคร่วม หรือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 mg% กรณีที่มีโรคร่วม ณ ช่วงเวลาที่กำหนด นับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ทุกช่วงอายุที่มีชีวิตอยู่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด ที่มีรหัส ICD-10 เป็น E10-E14 และมีการผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ HbA1c น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% กรณีไม่มีโรคร่วม หรือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 mg% กรณีมีโรคร่วม โดยใช้ข้อมูลผลตรวจ HbA1c จากแฟ้ม LABFU column LABRESULT ≤7 mg% หรือ ≤8 mg% ตามลำดับ **ตัวหาร** : 1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ทุกช่วงอายุที่ไม่มีโรคร่วม นับจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน สิทธิ UC ทุกช่วงอายุ รหัส ICD-10 เป็น E10-E14 ที่มีชีวิตอยู่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนดและไม่มีโรคร่วม 2. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ทุกช่วงอายุที่มีโรคร่วม นับจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน สิทธิ UC ทุกช่วงอายุ รหัส ICD-10 เป็น E10-E14 ที่มีชีวิตอยู่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนดและมีโรคร่วมตามรหัส ICD 10 ที่ระบุ **หมายเหตุ :** 1. รหัส ICD 10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25), โรคหัวใจล้มเหลว (I50), โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69), โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 (N.18.4-N18.5), โรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง (G40-G41) 2. ข้อมูลจาก OP&IP e-claim, OP 43 แฟ้ม (แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC, CHRONICFU) และ OPBKK ของกทม. 3. ไม่นับผู้ป่วย DM รายใหม่
13. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี **(แผนภาพที่ 2-43)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC ทุกช่วงอายุ ได้รับการวัดระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย<140/90 mmHg ในช่วงเวลาที่กำหนด จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ทุกช่วงอายุ ที่มีชีวิตอยู่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด ตามรหัส ICD10=I10-I15 ที่วัดระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 140/90 mmHg โดยใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU Field SBP = 50-139 และ CHRONICFU Field DBP = 50-89 **ตัวหาร** : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ทุกช่วงอายุ นับจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ทุกช่วงอายุ รหัส ICD-10 เป็น I10-I15 ที่มีชีวิตอยู่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด จาก OP&IP e-claim, OP 43 แฟ้ม (แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC) และ OPBKK ของกทม. **หมายเหตุ :** 1. ข้อมูลจาก OP&IP e-claim, OP 43 แฟ้ม (แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC, CHRONICFU) และ OPBKK ของกทม. 2. ไม่นับผู้ป่วย HT รายใหม่
14. ร้อยละการผ่าคลอดทางหน้าท้องสิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (Hcode) **(แผนภาพที่ 2-51)**	**สูตรคำนวณ = (ตัวตั้ง/ตัวหาร)*100** **ตัวตั้ง** : จำนวนหญิงที่มาคลอดบุตร สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยวิธีผ่าคลอดทางหน้าท้อง Single delivery by C/S (O82) หรือ Multiple delivery all by C/S (O842) และมีหัตถการผ่าคลอดทางหน้าท้อง, [pdx=(O82 or O842) and (procedure=740-744 or 7499)] or [sdx=(O82 or O842) and (procedure=740-744 or 7499)] **ตัวหาร** : จำนวนหญิงที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล สิทธิ UC ในช่วงเวลาเดียวกัน, [pdx=O80-O84 or sdx=O80-O84]

ภาคผนวก 7

รายนามบรรณาธิการและคณะผู้จัดทำ
รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
   เลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. นางวราภรณ์ สุวรรณเวลา
   ผู้ทรงคุณวุฒิสายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

บรรณาธิการ

1. นพ.นิธิวัชร์ แสงเรือง
   รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บรรณาธิการบริหาร)

2. นพ.ชัยยศ คุณานุสนธิ์
   ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล (บรรณาธิการรอง)

3. นางจุฑาทิพ ทั่งทอง
   ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

4. นางโชติรส โสมนรินทร์
   ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

5. นางอรวรรณ ไชยวรรณ
   ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายรายงานผลการดำเนินงานและตัวชี้วัดองค์กร กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

6. นางเพียงหทัย อินกัน
   ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการเข้าถึงบริการ กลุ่มโรคสำคัญ 1 กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
   และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

7. นางดวงกมล อิทธิสารนัย
   ผู้จัดการกลยุทธ์ฝ่ายข่าว ฝ่ายการตลาดเพื่อสังคมและการบริหารงานข่าว
   กลุ่มภารกิจสื่อสารหลักประกันสุขภาพ

8. ผศ.ดร.ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล
   ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ฝ่ายบริหารทั่วไป สายงานสนับสนุนองค์กร

คณะผู้จัดทำรายงาน

1. นางสาวอมรรัตน์ เงาวะบุญพัฒน์
   ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายรายงานผลการดำเนินงานและตัวชี้วัดองค์กร
   กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล (ผู้รับผิดชอบหลัก 1)

2. นางสาวประกายพฤกษ์ สุทนต์
   ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายรายงานผลการดำเนินงานและตัวชี้วัดองค์กร
   กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล (ผู้รับผิดชอบหลัก 2)

3. นางสาวศิรินภา ใจยะบาล
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายวิเคราะห์เพื่อการติดตามประเมินผล กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

4. นางวิลาสิณี สเลลานนท์
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

5. นางสาวศศพร แววคล้ายหงษ์
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

6. นางกนิษฐา ศรีวงษา
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

7. ดร.สพญ.สุชัญญา อังกุลานนท์
ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ฝ่ายสนับสนุนการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคสำคัญ 2
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

8. ดร.ภญ.ฐนิตา ทวีธรรมเจริญ
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคสำคัญ 1
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

9. ดร.ภญ.ประภาพร นพรัตยาภรณ์
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีการแพทย์
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

10. นายอาทิตย์ วสุรัตน์
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

11. นายปริญญา ระลึก
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

12. นางศศิธร ไชยสิทธิพร
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายสนับสนุนการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

13. นางสาววัลลภา ภาคเพียร
ผู้จัดการ ฝ่ายสนับสนุนการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

14. นางชนาทิพย์ มารมย์
ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายและกลไกคุ้มครองสิทธิ
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการมีส่วนร่วมและคุ้มครองสิทธิ

15. นางสาวปริตา ชีไธสง
นักวิชาการ ฝ่ายบูรณาการและพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพภาคประชาชน
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการมีส่วนร่วมและคุ้มครองสิทธิ

16. นางสาวชนิสรา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม
ผู้จัดการฝ่ายรัฐกิจสัมพันธ์และสื่อใหม่ ฝ่ายขับเคลื่อนสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็น
กลุ่มภารกิจสื่อสารหลักประกันสุขภาพ

17. นางนฤมล ไชยรังสินันท์
ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายนโยบายและยุทธศาสตร์ สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

18. นางสาวทิชา เสนาธรรม
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายนโยบายและยุทธศาสตร์ สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

19. นางรสสุคนธ์ ศิริโพธิ์
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายนโยบายและยุทธศาสตร์ สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

20. นางสุรางค์รัตน์ จิรนันทนากร
ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ฝ่ายแผนและงบประมาณ สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

21. นางสาวชลัญธร โยธาสมุทร
ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายหลักประกันสุขภาพระหว่างประเทศ สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

22. นางอัญชลี หอมหวล
รองผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ สายงานบริหารกองทุน

23. นางสาวกฤษณา จงส่งเสริม
ผู้ทรงคุณวุฒิ ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สายงานบริหารกองทุน

24. นางกิ่งไผ่ จันทร์อยู่
ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน สายงานบริหารกองทุน

25. นางสาวณัฐณภัค ลุผล
ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล สายงานสนับสนุนองค์กร

26. นางสาวสมพร บำรุงศรี
ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายการเงินและบัญชีบริหาร สายงานสนับสนุนองค์กร

27. นางสุมลรัตน์ ดอกเขียว
ผู้อำนวยการ สำนักตรวจสอบ ส่วนงานขึ้นตรงเลขาธิการ

28. นางสาวเพ็ญโสม เพ็งสมบัติ
ผู้เชี่ยวชาญ หน่วยปฏิบัติการเฉพาะกิจ ส่วนงานขึ้นตรงเลขาธิการ

29. นางจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์
ผู้อำนวยการกลุ่ม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

30. นางสาวสุจินดา วศิษฏ์นิฏิวัฒน์
ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายคุณภาพและมาตรฐานงานบริการประชาชน ส่วนงานบริการประชาชน

31. นางสาวสุธัญญา ศรีกุล
ผู้จัดการ ฝ่ายบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนและประสานส่งต่อ ส่วนงานบริการประชาชน

32. นางสาวจารุวรรณ น้อยพิชัย
ผู้อำนวยการกอง ฝ่ายกฎหมายพิทักษ์สิทธิ ส่วนงานด้านกฎหมาย

33. นายประเทือง เผ่าดิษฐ
ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนงานด้านดิจิทัล

34. นายอัครรัฐ หย่างไพบูลย์
ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายบริหารนโยบายดิจิทัลและความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ส่วนงานด้านดิจิทัล

ทีมจัดทำข้อมูลสนับสนุน

1. นางสาวพรพิมล ศิริมัย
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายบริหารข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

2. นายธนะศักดิ์ แก้วชมภู
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายบริหารข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

3. นายกมล เกษธรรม
ผู้เชี่ยวชาญ ฝ่ายบริหารข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

4. ดร.วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล
ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ฝ่ายวิเคราะห์เพื่อการติดตามประเมินผล กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล

รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2569 จำนวน 1,700 เล่ม
จัดทำโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4
อาคารรัฐประศาสนภักดี ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730-1 Website :www.nhso.go.th
ศิลปกรรม วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์
พิมพ์ที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์
ISBN 978-616-490-144-5

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(National Health Security Office)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730

E-Book รายงาน
ประจำปี 2568

PDF รายงานประจำปี 2568

พัฒนาการสิทธิประโยชน์
ในระบบ UC ปี 2545-2568

VTR ผลงาน ปี 2568