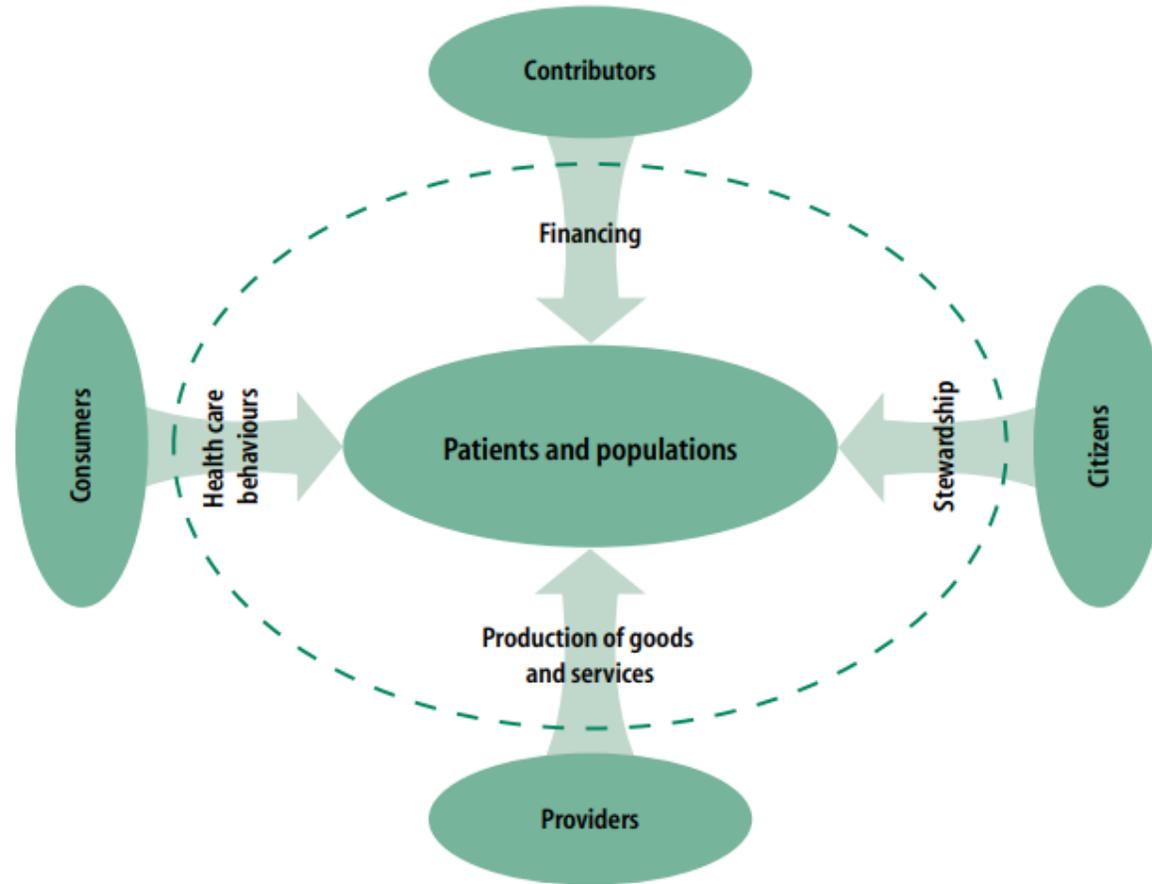


# Public health policy

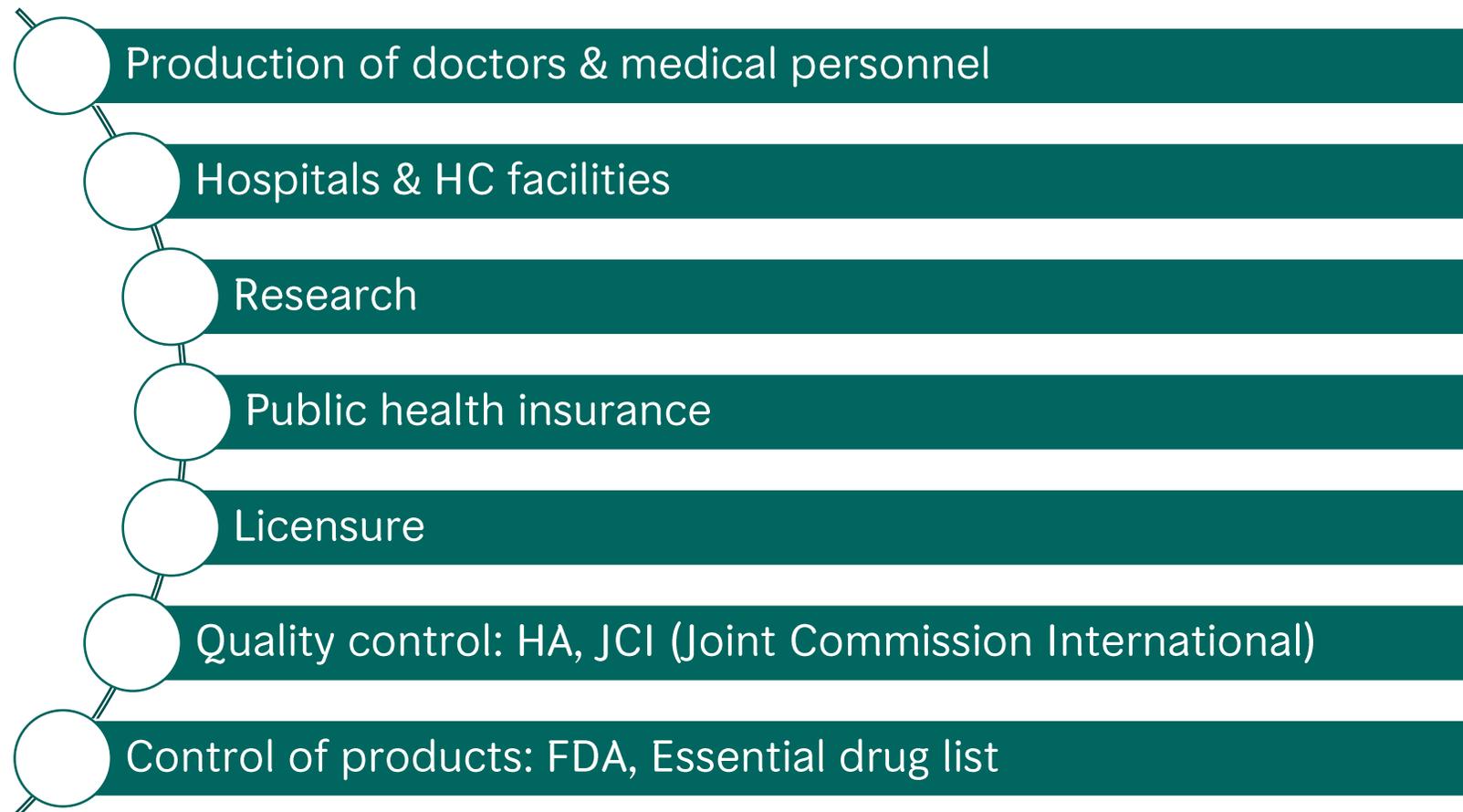
CHSS 414

# บทบาทในระบบสุขภาพ

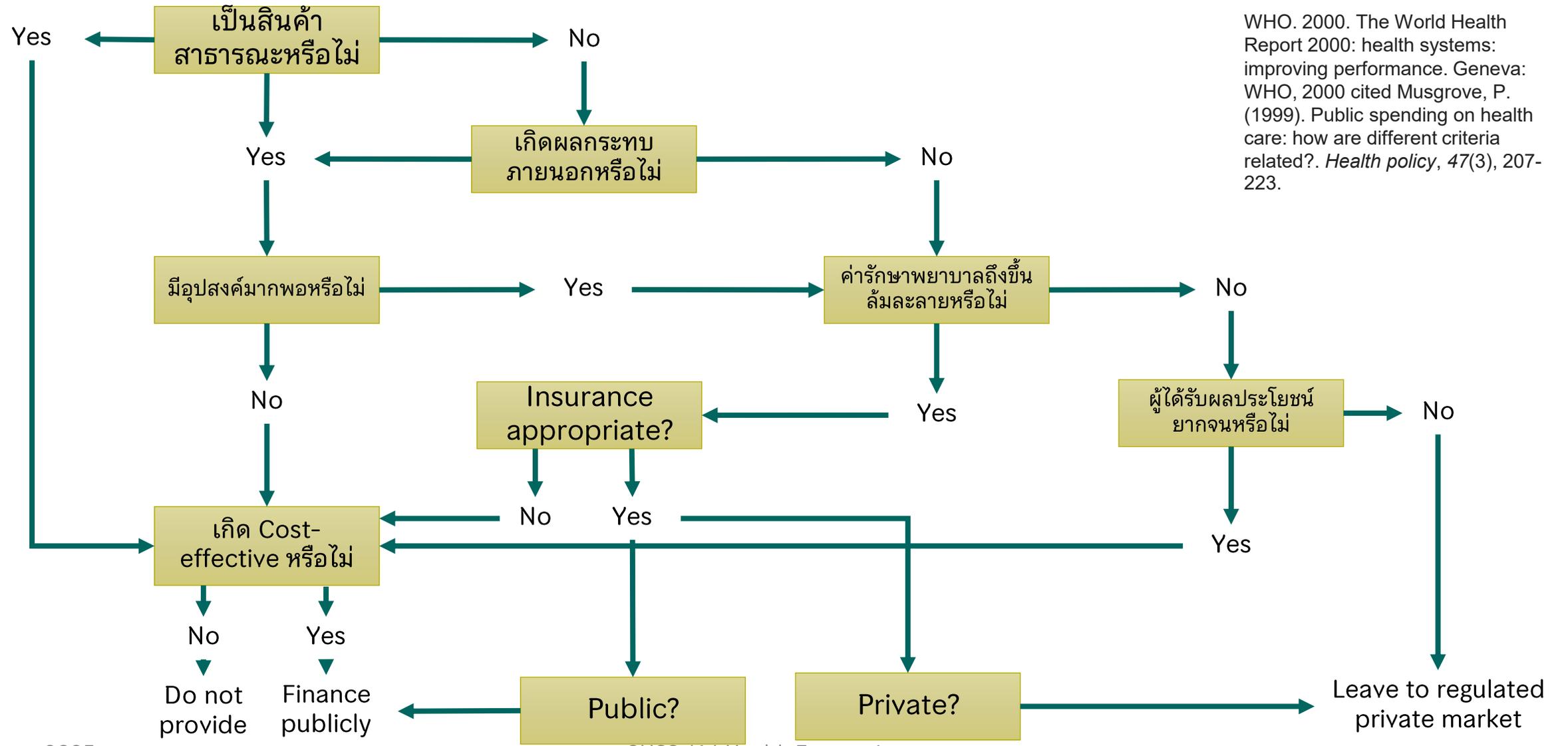


# การมีส่วนร่วมของภาครัฐ (Government involvement)

Government has involved in both demand & supply sides:

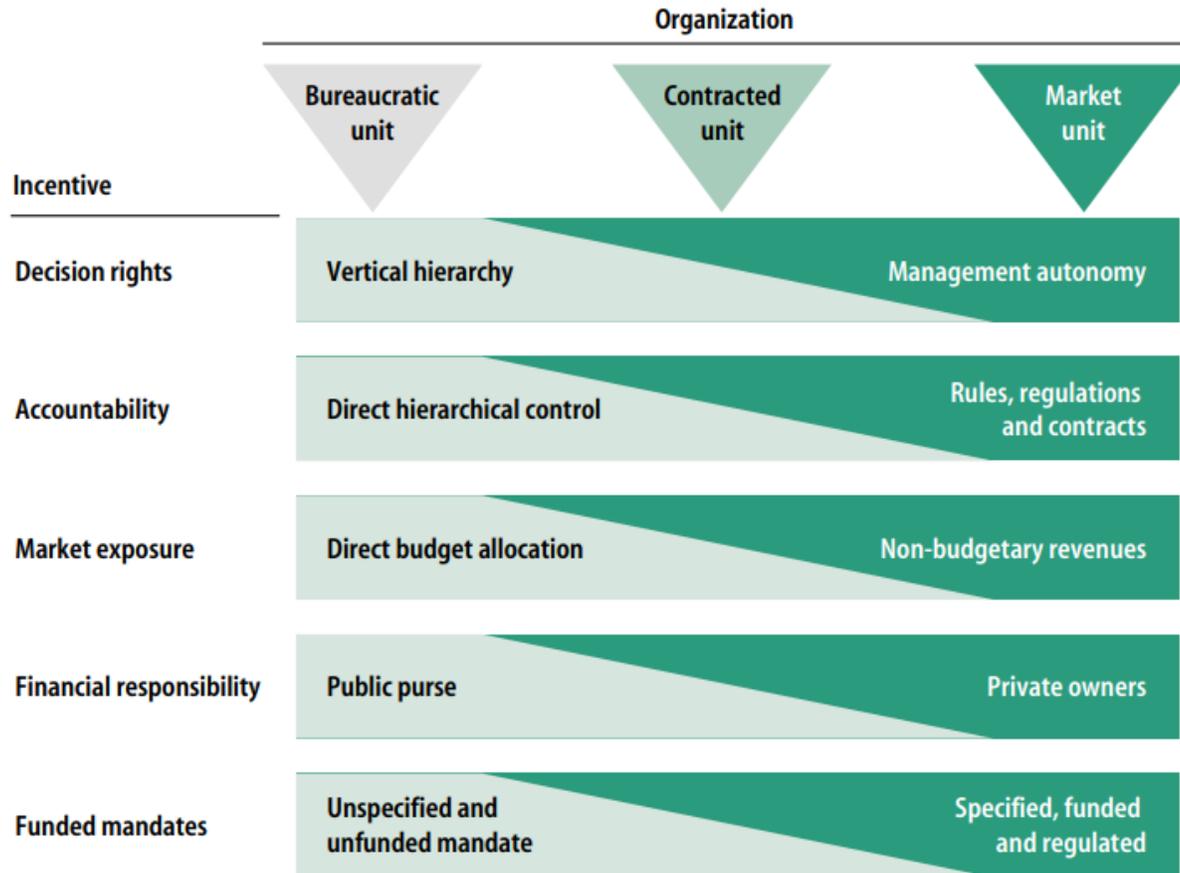


# แนวทางการตัดสินใจให้การสนับสนุนสินค้าหรือบริการสุขภาพ



WHO. 2000. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000 cited Musgrove, P. (1999). Public spending on health care: how are different criteria related?. *Health policy*, 47(3), 207-223.

# แรงจูงใจภายในที่แตกต่างกันในโครงสร้างองค์กร 3 แบบ



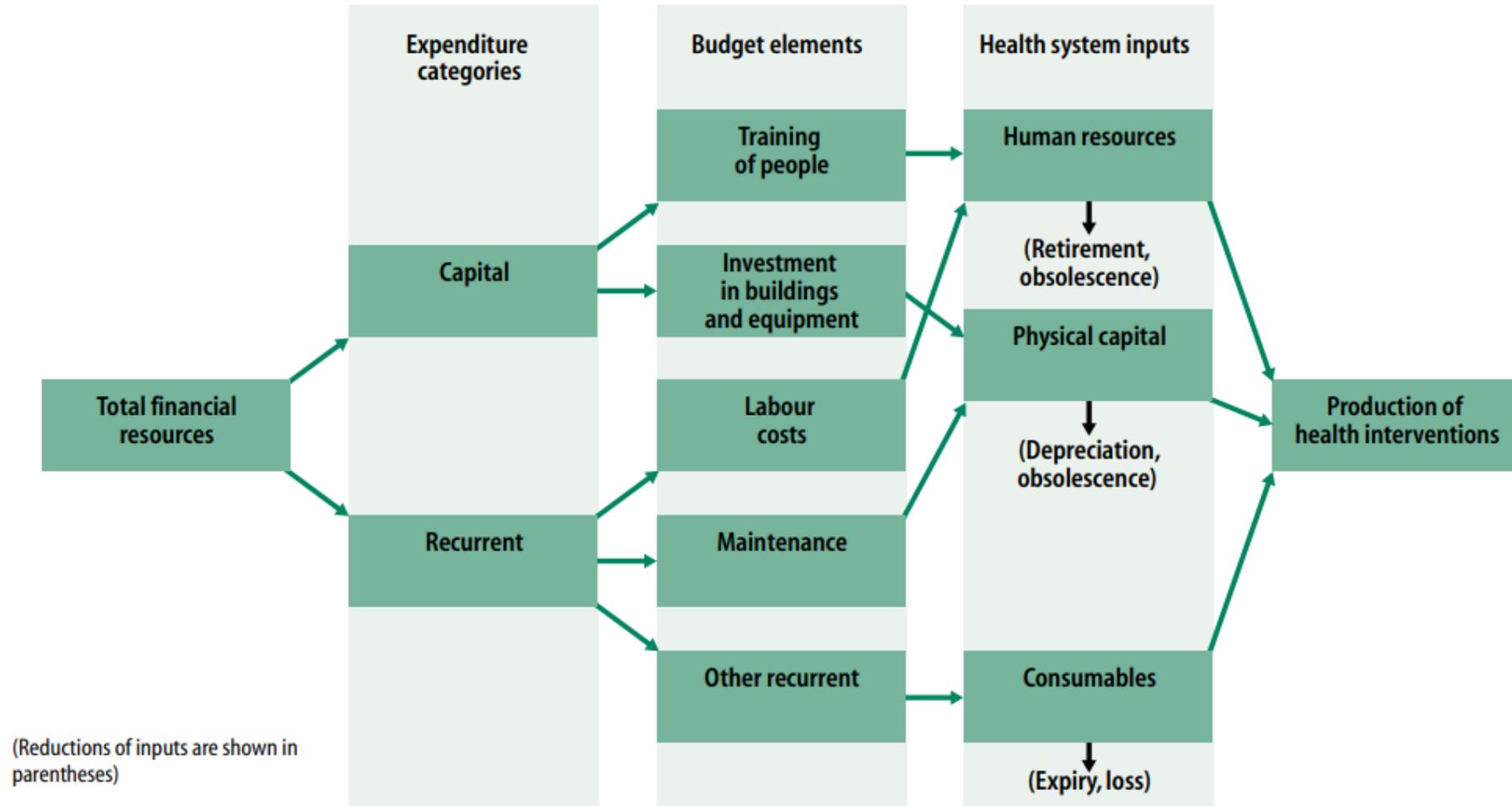
- The degree of *autonomy* (decision rights) that the organization has *vis-à-vis* its owners, policy-based purchasers such as insurance funds, the government, and consumers. Critical decision rights include control over input mix and level, outputs and scope of activities, financial management, clinical and nonclinical administration, strategic management and market strategy (where appropriate).
- The degree of *accountability*. As decision rights are delegated to the organization, the ability of governments to assert direct accountability (through the hierarchy) is diminished. When autonomy increases, accountability must be secured by shifting from hierarchical supervision to reliance on monitoring, regulations, and the economic incentives embedded in contracts.
- The degree of *market exposure* or revenues that are earned in a competitive way rather than through a direct budget allocation. Market participation need not imply out-of-pocket financing; it is preferable for provider organizations to compete for prepaid revenues. When governments bail out organizations that run deficits or are indebted as a result of weak technical performance, they undermine the impact of market exposure.
- The degree of *financial responsibility* for losses and rights to profit (retained earnings and the proceeds from the sale of capital). This determines the financial incentive for managers and staff to economize. Under increased autonomy they, rather than the public purse, become the “residual claimant” on revenue flows, but such claims must be clearly spelled out and regulated.
- The degree of *unfunded mandates*. Where the share of total revenues earned through markets is significant, organizations are at financial risk because of the unrecoverable costs associated with requirements for which no funds are provided, such as care for the poor or very sick. Organizational reforms that increase autonomy should therefore be accompanied by complementary reforms in health financing to protect the poor. Chapter 5 discusses some recent examples in Latin America.

เช่น โรงพยาบาลของรัฐในสิงคโปร์ ได้รับอำนาจตัดสินใจด้านการจัดการอย่างอิสระตั้งแต่การจัดซื้อไปจนถึงบุคลากร

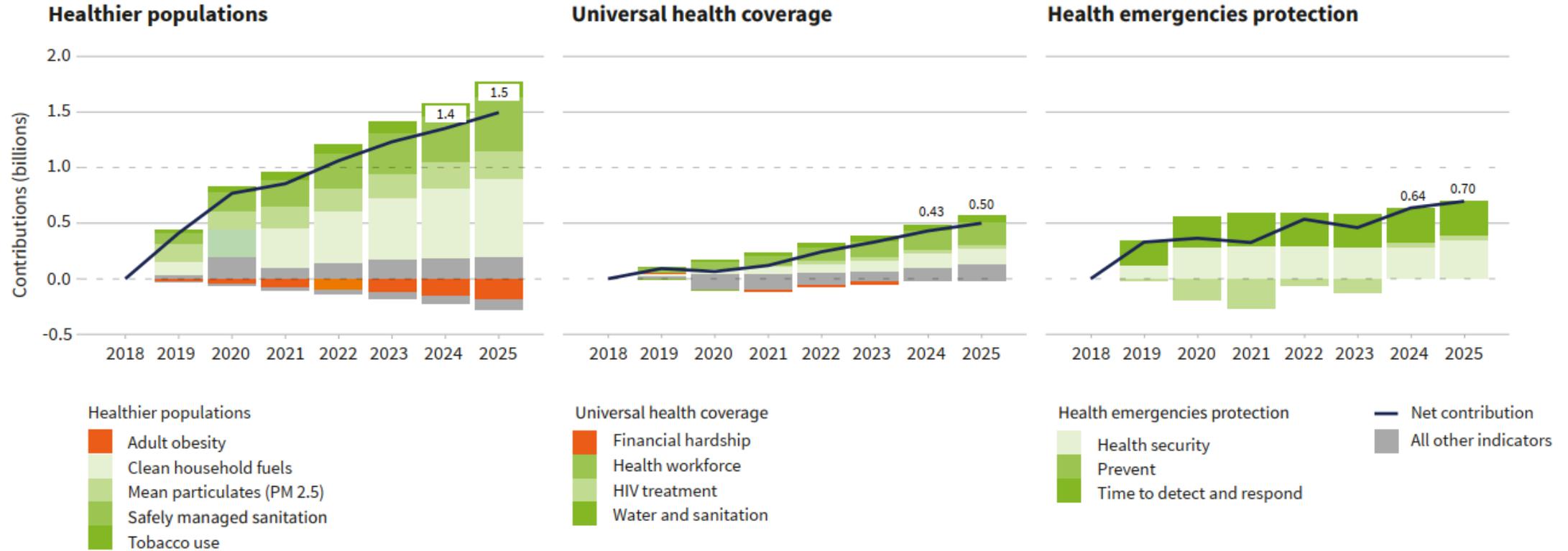
# ตัวอย่างแรงจูงใจขององค์กรในการดูแลผู้ป่วยนอก

Organization affected	Country examples
<p><b>Local or district teams that manage several clinical facilities and public health services</b></p> <p>Includes district level ministry of health offices and municipal councils. Changes in organizational incentives are often modest and mostly related to decision rights over budget and staff. Financial risk remains limited. Actual degree of market exposure may be greater than intended when user fees are significant.</p>	<p><b>Finland:</b> municipalities own and manage health centres, employ staff, raise taxes and set fees.</p> <p><b>Philippines:</b> decentralization of responsibility for primary health care (and other social services) to local governments in 1993. Assets, staff and budgets transferred to local level. Ministry of Health (MoH) set up community health care associations along with each local government unit. Health workers now report to local government, not to MoH. Supervision by MoH has become more difficult.</p> <p><b>Zambia:</b> the Central Board of Health (CBoH), the executive arm of the MoH, now contracts through annual district plans with independent district health boards/ district teams. Districts have gained greater control over their non-salary recurrent budget. But staff are mostly still employed by the civil service. This is changing as new graduates are hired by districts and unskilled staff are recruited locally. Accountability to CBoH is retained through sanctions if agreed performance targets are not met. Income from user fees is retained by facilities.</p>
<p><b>Individual facilities</b></p>	<p><b>Belarus:</b> polyclinics now receive their own budget and can retain a proportion of their earnings from user fees.</p> <p><b>Burkina Faso:</b> community-managed health centres established under the Bamako Initiative comprise one-third of public facilities and manage user fees (up to 10% of recurrent budget) for drugs mainly. Staff management is formally centralized. There are no clear accountability lines between community boards and health centre staff.</p> <p><b>Mali:</b> independent health centres are not-for-profit cooperative establishments owned, financed and managed by community associations. These health centres recruit their own staff. Few are as yet financially independent in practice.</p>
<p><b>General practitioners</b></p>	<p><b>Croatia:</b> previously centrally employed, salaried ambulatory care physicians. Now they are independent contractors.</p>

# Health system inputs: from financial resources to health interventions

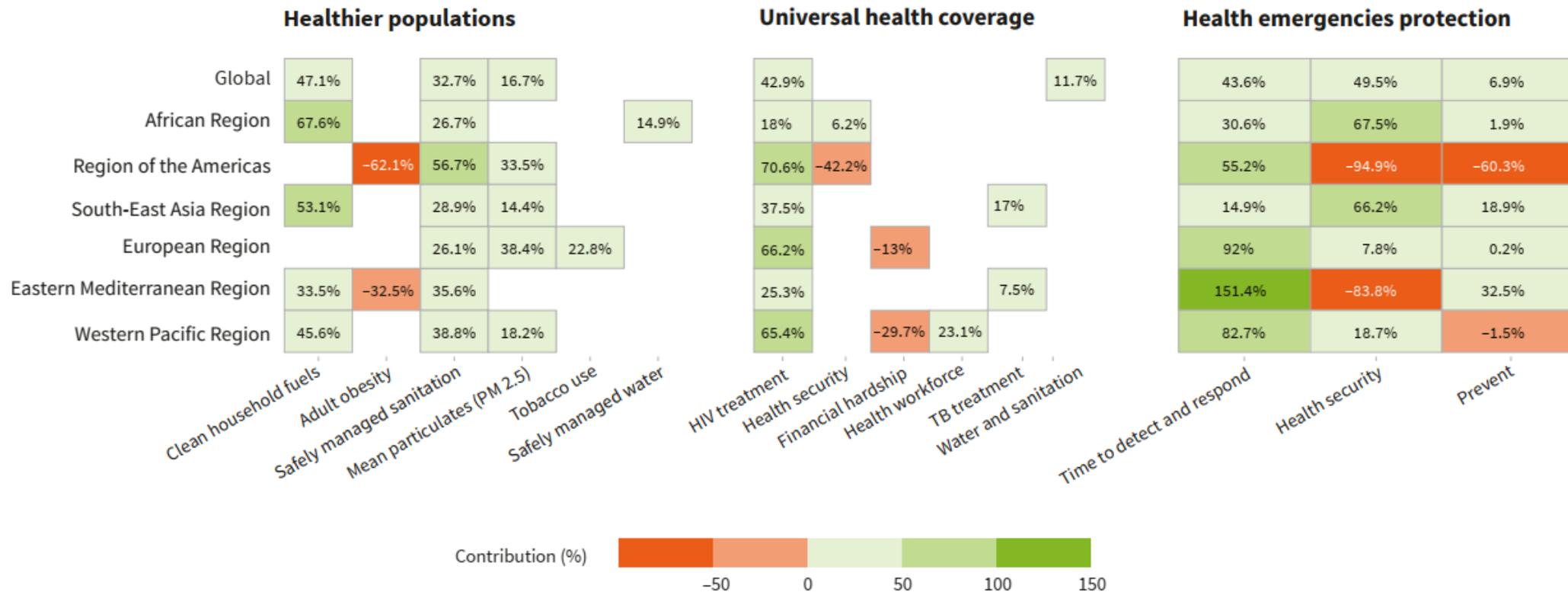


# Progress in achieving the Triple Billion targets and estimated contributions by indicator



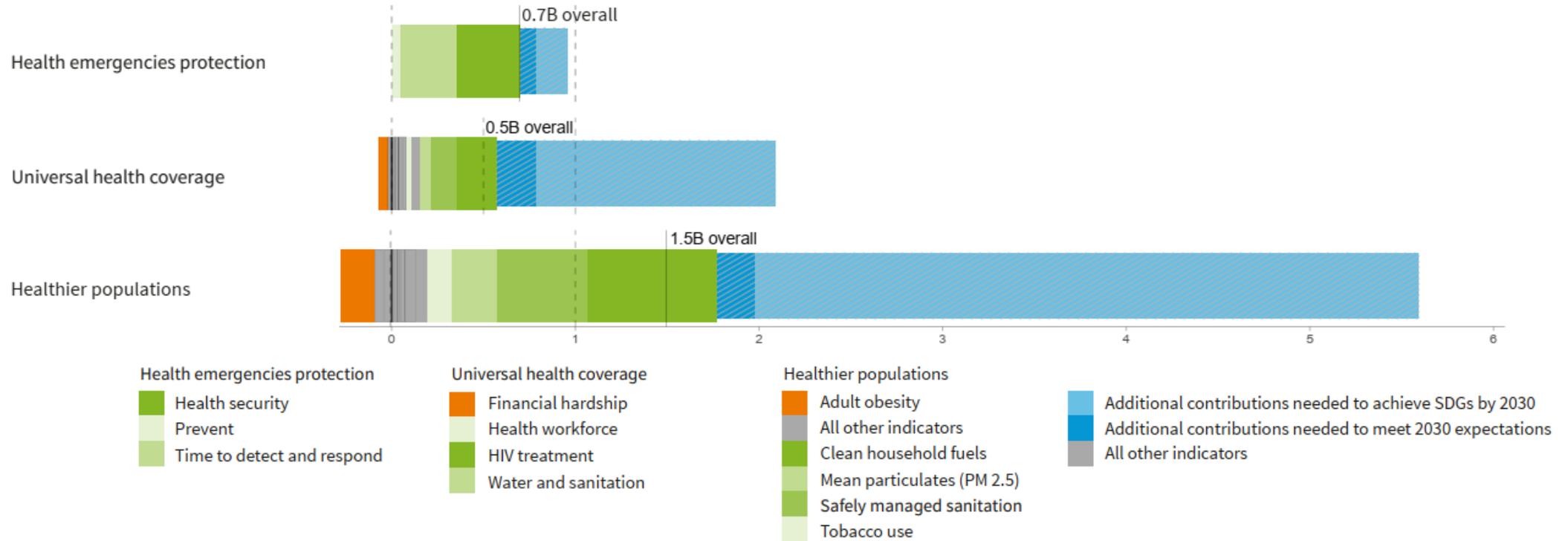
World Health Organization. (2025, p52). *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization.

# Top indicators with most contributions to the Triple Billion targets, 2018–2025a



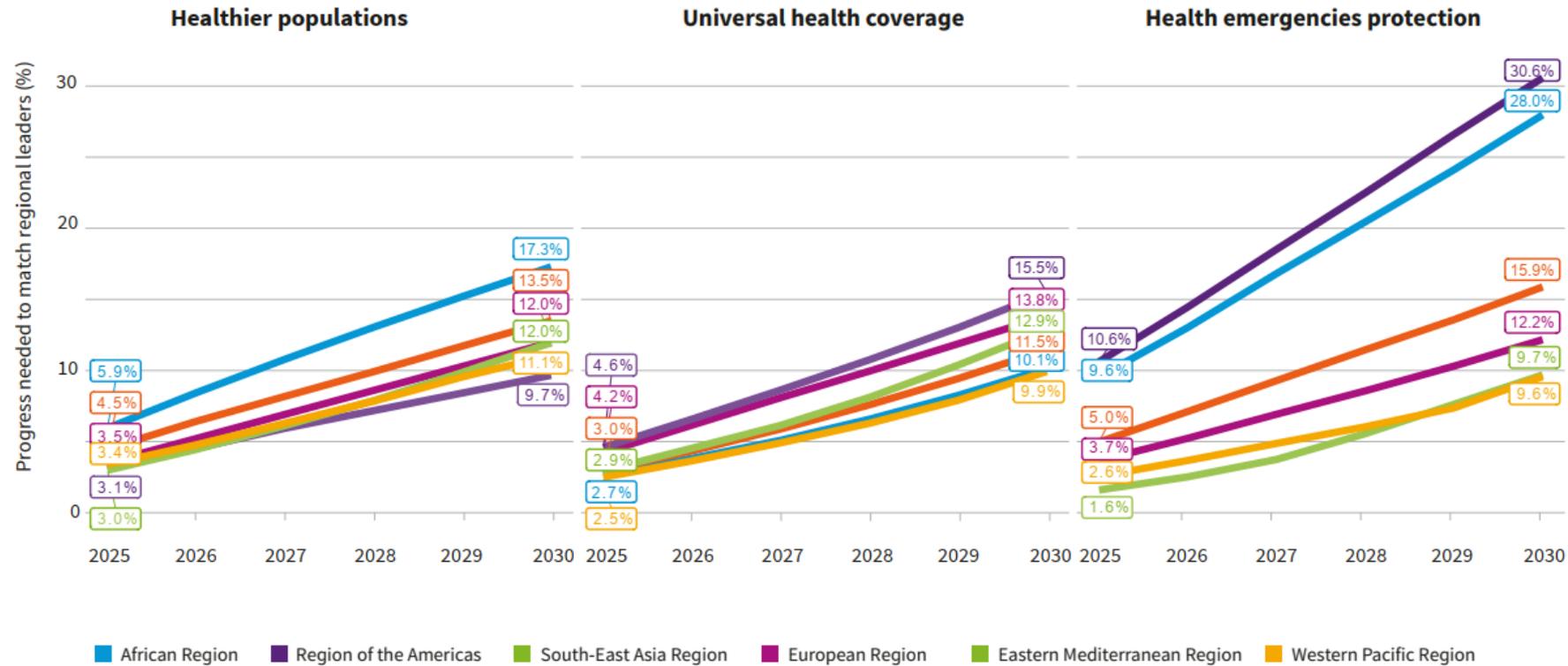
World Health Organization. (2025, p53). *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization.

# Progress needed to achieve the Triple Billion and 2030 global targets



World Health Organization. (2025, p55). *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization.

# Progress required for all countries to match the top performers in their region, on top of the Triple Billion target projections 2025–2030



<sup>a</sup> Matching the top performers means achieving the values of the indicators from the 10% best-performing countries in the same WHO region, by 2030.

<sup>b</sup> Percentages are calculated as the ratio of additional persons required to match the top performers over the total 2030 population in the region.

World Health Organization. (2025, p56). *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization.

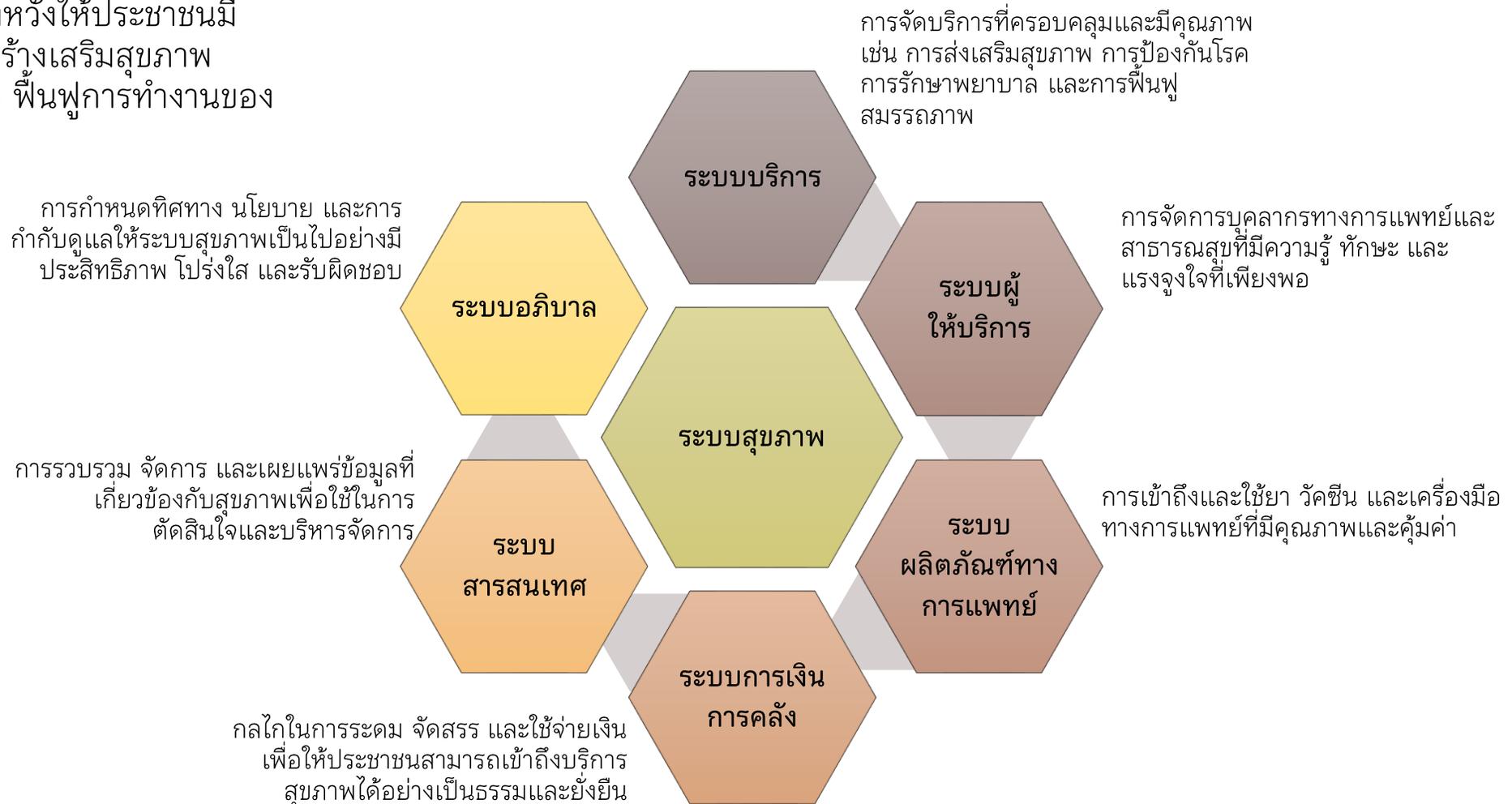
# เศรษฐศาสตร์กับ ระบบบริการสุขภาพ



# ระบบสุขภาพ

- ระบบสุขภาพ (Health System) หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ผ่านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย

## องค์ประกอบหลัก





# ระบบบริการสุขภาพ

- ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) หมายถึง ระบบดูแลสุขภาพที่มีการจัดบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และได้มาตรฐาน โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ ซึ่ง**เน้นที่การจัดกิจกรรมและกลไกต่างๆ ที่เป็น การดำเนินการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข**
- ในขณะที่ ระบบสุขภาพ จะครอบคลุมทุกปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของคน (รวมถึงสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ)
- ระบบบริการสุขภาพจะครอบคลุมบริการ 4 มิติหลักที่ผู้คนส่วนใหญ่คุ้นเคยและเข้าถึงจากหน่วยงานบริการสุขภาพ (เช่น โรงพยาบาล, คลินิก, ศูนย์สุขภาพชุมชน) ได้แก่:

## การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

- เช่น การให้ความรู้เรื่อง โภชนาการ การออกกำลังกาย

## การป้องกันโรค (Disease Prevention)

- เช่น การฉีดวัคซีน การคัดกรองโรค (Screening)

## การรักษาพยาบาล (Curative Care)

- เช่น การตรวจวินิจฉัย การผ่าตัด การให้ยา

## การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

- เช่น กายภาพบำบัด การฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการรักษา



# ลักษณะสำคัญของระบบบริการสุขภาพ

- บริการที่จัดให้ต้องได้มาตรฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข



- มีการจัดโครงสร้างบริการตามระดับความซับซ้อนของการดูแลรักษา (เช่น ปฐมภูมิ ที่ใกล้ชิดชุมชนที่สุด, ทติยภูมิ, และ ตติยภูมิ ที่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางขนาดใหญ่) และมีการเชื่อมโยงส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน

- ต้องสอดคล้องกับสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนได้รับตามระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ (เช่น หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ประกันสังคม,สวัสดิการข้าราชการ)



# ระดับของบริการสุขภาพ (Levels of Care)

## การดูแลสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ (Primary Care)

- **เน้นอะไร:** การดูแลเบื้องต้นที่ใกล้ชิดชุมชนที่สุด เป็นด่านหน้าในการเข้าถึงระบบบริการ
- **ลักษณะบริการ:** การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค, การรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน (โรคทั่วไป), การดูแลต่อเนื่อง, และการจัดการปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)
- **สถานที่:** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), ศูนย์สุขภาพชุมชน, คลินิกใกล้บ้าน
- **เป้าหมาย:** ให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นจุดแรกที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่

## การดูแลสุขภาพ ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care)

- **เน้นอะไร:** การดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนขึ้น ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น
- **ลักษณะบริการ:** การรักษาโรคที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น การผ่าตัดเล็ก/กลาง การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์บางอย่างที่จำเป็น
- **สถานที่:** โรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอ/จังหวัด (Hospital เช่น ระดับ F3, M2)
- **เป้าหมาย:** รับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับปฐมภูมิ และให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่สูงกว่าการดูแลขั้นพื้นฐาน

## การดูแลสุขภาพ ระดับตติยภูมิ (Tertiary Care)

- **เน้นอะไร:** การดูแลรักษาโรคที่ซับซ้อนและร้ายแรงที่สุด ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลายสาขา และเทคโนโลยีขั้นสูง
- **ลักษณะบริการ:** การผ่าตัดใหญ่ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ICU) การรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษเฉพาะทาง
- **สถานที่:** โรงพยาบาลศูนย์ (Center Hospital), โรงเรียนแพทย์, โรงพยาบาลเฉพาะทางระดับชาติ (เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)
- **เป้าหมาย:** รับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับทุติยภูมิ และเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์

# ระบบส่งต่อ (Referral System)

หัวใจสำคัญที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพทำงานได้ดีคือ ระบบส่งต่อ (Referral System) ซึ่งเป็นกลไกที่เชื่อมโยงบริการทั้งสามระดับเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระดับที่เหมาะสมและทัน่วงที:



- **ส่งต่อเข้า (In-referral):** เมื่อผู้ป่วยมีอาการซับซ้อนเกินกว่าขีดความสามารถของหน่วยบริการนั้นๆ จะถูกส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับที่สูงขึ้น
- **ส่งต่อกลับ (Out-referral):** เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นและอยู่ในช่วงฟื้นฟูหรือต้องดูแลต่อเนื่อง จะถูกส่งกลับไปให้หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านดูแลต่อ

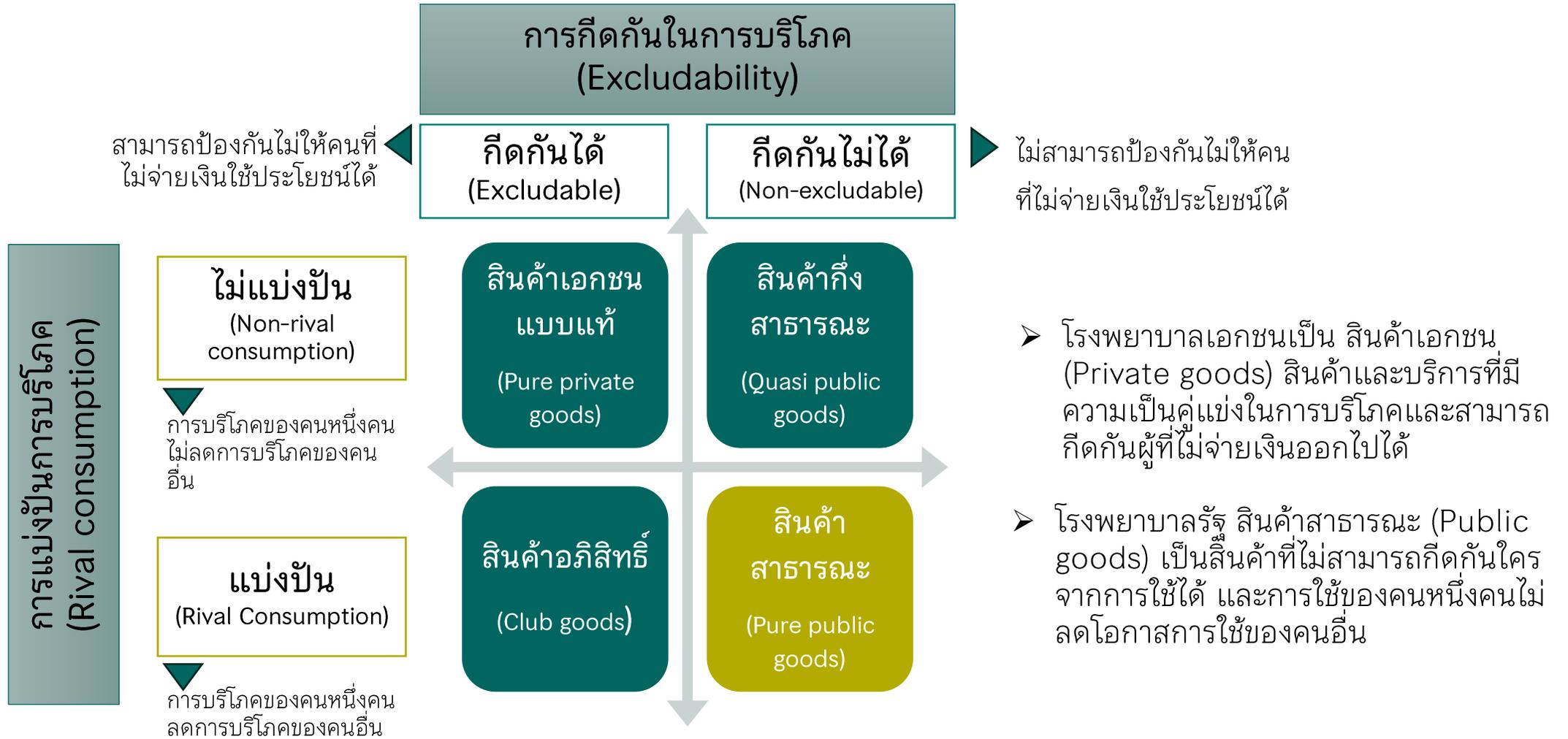


# ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นอย่างไร





# สินค้าสาธารณะ



# สินค้าคุณธรรม (merit goods)

บริการสาธารณสุขเป็น**สินค้าคุณธรรม (merit goods)** เป็นบริการที่ไม่สามารถเลือกให้กับผู้รับบริการได้ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ บุคคลนั้นต้องได้รับการบริการ ความแตกต่างระหว่างสินค้าทั่วไปและสินค้าในระบบสุขภาพ เป็นดังนี้

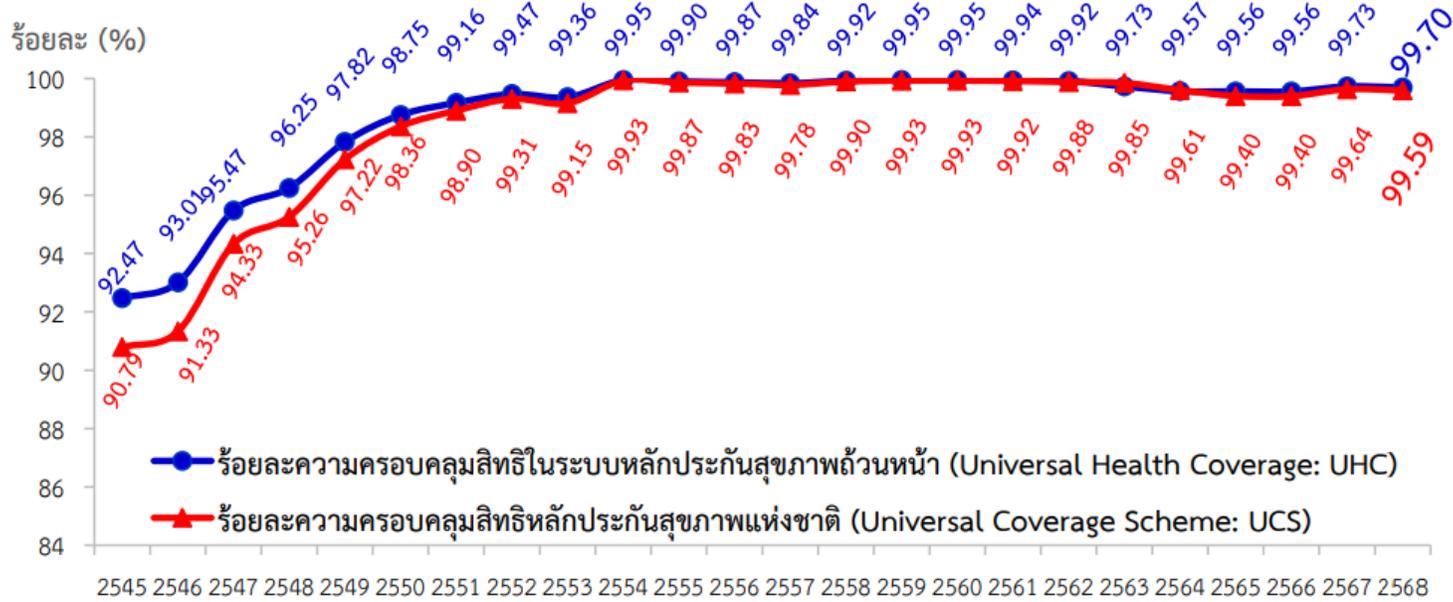
สินค้าทั่วไป	สินค้าและบริการในระบบสุขภาพ
1. ราคาสินค้าและบริการทั่วไปจะมีความสัมพันธ์กับอรรถประโยชน์ (Utility) ที่ผู้บริโภคได้รับจากสินค้าและบริการนั้น ๆ	1. ราคาที่ผู้จ่ายจ่ายสำหรับการเข้ารับบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นลักษณะสินค้าสาธารณะ อาจไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอรรถประโยชน์ที่ได้จากบริการ เช่น โรงพยาบาลรัฐ ผู้จ่ายภาษีไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวที่เข้ารับบริการได้
2. ไม่มีผลกระทบภายนอกจากการบริโภคสินค้าและบริการ เช่น การซื้ออาหารมีผลโดยตรงกับผู้รับประทานอาหารนั้น	2. เกิดผลกระทบภายนอก จากการบริโภค เช่น ผู้ป่วยวัณโรค หากไม่รักษาให้หายขาด ก็สามารถกระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้
3. การบริโภคตั้งอยู่บนสมมติฐานของควมมีเหตุผลทางเศรษฐกิจ เช่น ผู้บริโภคจะเลือกบริโภคสินค้าและบริการที่ให้ความพึงพอใจสูงสุด	3. การบริโภคอาจไม่ได้อยู่บนสมมติฐานของความเป็นเหตุเป็นผลในทางเศรษฐกิจ เช่น เวลาเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีความยินดีจ่ายค่าบริการโดยไม่คำนึงว่าคุ้มค่าหรือไม่
4. ผู้บริโภคทราบราคาและอรรถประโยชน์ที่ได้ก่อนการตัดสินใจบริโภค	4. ผู้บริโภคไม่ทราบราคาและคุณภาพที่แน่นอน (Utility) ก่อนการตัดสินใจบริโภค เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบราคาและคุณภาพการรักษาก่อนการเข้ารับการรักษา
5. ผู้บริโภคเป็นผู้กำหนดปริมาณความต้องการบริโภค ณ ราคาค่าที่ผู้ผลิตเสนอขาย	6. ผู้บริโภคไม่สามารถกำหนดจำนวนการเข้ารับบริการได้ การกำหนดนั้นอยู่ในขอบเขตของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์



# ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)

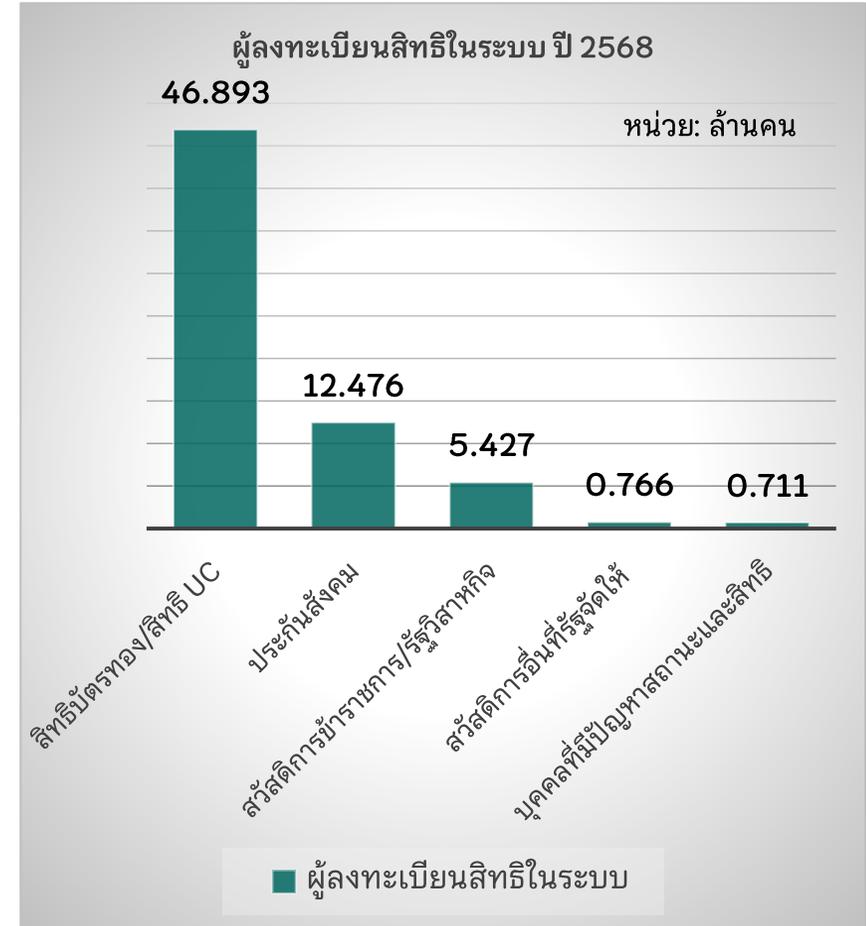
- ประชากรไทยผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66.747 ล้านคน ลงทะเบียนสิทธิในระบบคิดเป็น 99.7%

แผนภาพที่ 1 ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545 – 2568



ที่มา : ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช.ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2568

<https://www.nhso.go.th/th/docman-document/doc-report-budget/bg2569/55514-1-69-2569/file>





# งบประมาณภาพรวม สำนักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หน่วย : ล้านบาท

งบประมาณจำแนกตามกลุ่มงบประมาณรายจ่าย	งบประมาณปี 2568 - 2569				
	ปี 2568		ปี 2569 งบประมาณ ตามร่าง พ.ร.บ.	เพิ่ม / ลด จากปี 2568	
	งบประมาณ ตาม พ.ร.บ.	ผลการใช้จ่าย*		จำนวน	ร้อยละ
งบประมาณรวม	1,564.5480	1,000.1756	1,710.7059	146.1579	9.34
1. งบประมาณรายจ่ายงบกลาง					
2. งบประมาณรายจ่ายของหน่วยรับงบประมาณ	953.7840	592.9989	1,112.9191	159.1351	16.68
1) แผนงานพื้นฐานด้านการสร้างโอกาสและความ เสมอภาคทางสังคม					
2) แผนงานยุทธศาสตร์สร้างหลักประกันทางสังคม	953.7840	592.9989	1,112.9191	159.1351	16.68
3. งบประมาณรายจ่ายบูรณาการ					
4. งบประมาณรายจ่ายบุคลากร	610.7640	407.1767	597.7868	-12.9772	-2.12
5. งบประมาณรายจ่ายสำหรับทุนหมุนเวียน					
6. งบประมาณรายจ่ายเพื่อการชำระหนี้ภาครัฐ					
7. งบประมาณรายจ่ายเพื่อชดใช้เงินคงคลัง					

หมายเหตุ \* ผลการใช้จ่าย ณ 30 เมษายน 2568

<https://www.nhso.go.th/th/docman-document/doc-report-budget/bg2569/55514-1-69-2569/file>  
CHSS 414 Health Economics



# หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2568

สังกัด	ประเภทหน่วยบริการตามการขึ้นทะเบียน (แห่ง)					หน่วยบริการ (นับไม่ซ้ำตามประเภท การขึ้นทะเบียน)
	ปฐมภูมิ	ประจำ	รับส่งต่อทั่วไป		รับส่งต่อ เฉพาะด้าน <sup>4</sup>	
			Capitation <sup>2</sup>	Non Capitation <sup>3</sup>		
1. รัฐใน สธ. (สังกัด สป.)	6,484	911	894	-	1,447	7,442
2. รัฐใน สธ. (นอก สป.)	10	8	6	56	108	110
3. รัฐนอกกระทรวง สธ.	345	176	101	19	259	463
4. เอกชน	400	117	30	5	16,005	15,647
5. รัฐพิเศษ (กระทรวงอื่น)	11	3	4	1	27	23
6. รัฐนอก สธ. (อปท.)	4,729	26	3	-	52	4,762
<b>รวม</b>	<b>11,979</b>	<b>1,241</b>	<b>1,038</b>	<b>81</b>	<b>17,898</b>	<b>28,747</b>

ที่มา : สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2568

หมายเหตุ : 1. หน่วยบริการ 1 แห่ง สามารถขึ้นทะเบียนได้มากกว่า 1 ประเภท

2. Capitation หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปโดยรับงบประมาณจ่ายรายหัว

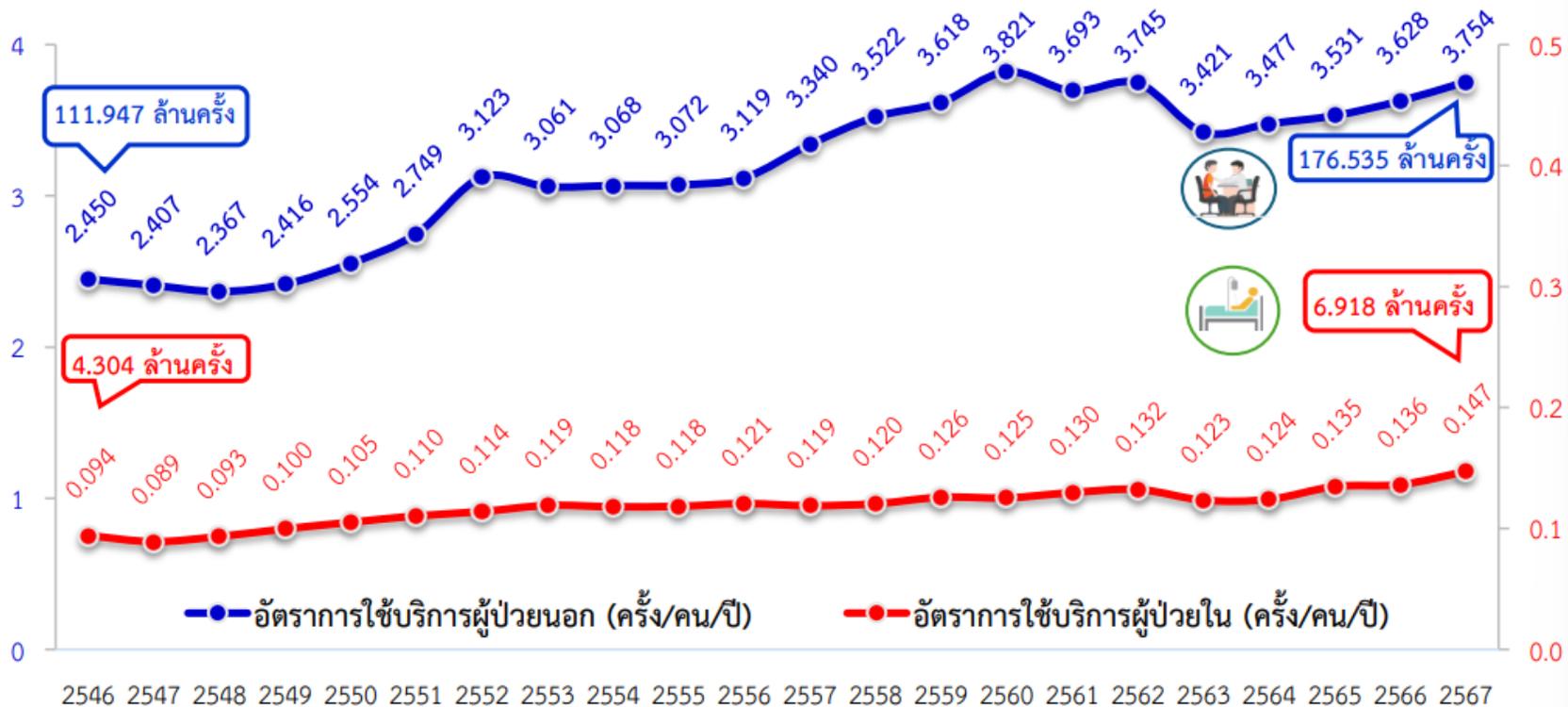
3. Non-Capitation หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปโดยไม่รับงบประมาณจ่ายรายหัว

4. รับส่งต่อเฉพาะด้าน ได้แก่ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้านเภสัชกรรม  
ด้านเวชกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านทันตกรรม ด้านเทคนิคการแพทย์ ด้านสร้างเสริมสุขภาพและ  
ป้องกันโรค ด้านแพทย์แผนไทย ด้านกายภาพบำบัด เป็นต้น



# ปี 2567 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยในอัตราใช้บริการค่อนข้างคงที่

แผนภาพที่ 2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2546 - 2567

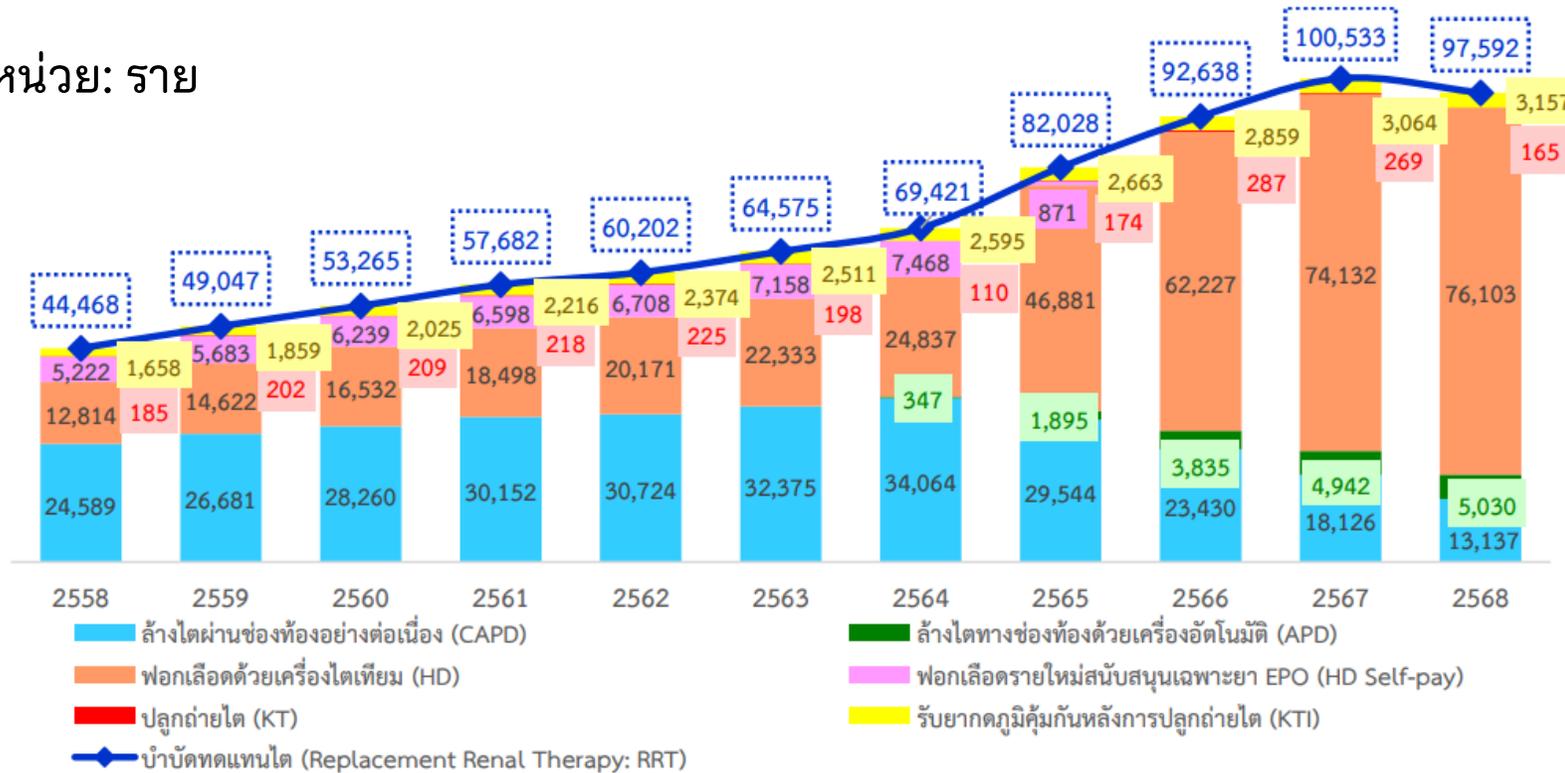


ที่มา : ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในรายบุคคลสิทธิ UC โดยสายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์และกลุ่มภารกิจ  
กำกับติดตามประเมินผล สปสช.



# ตัวอย่าง การใช้บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2558-2568

หน่วย: ราย



ที่มา : ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (CKD Reports), สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2568

- หมายเหตุ :
- 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถเปลี่ยนวิธีการรักษาได้ภายในปีงบประมาณ
  - 2) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) เป็นบริการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยกองทุนฯ สนับสนุนค่าเตรียมเส้นเลือด ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO) และค่าบริการจัดการ
  - 3) บริการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) เป็นสิทธิประโยชน์ที่เริ่มในปี 2564

<https://www.nhso.go.th/th/docman-document/doc-report-budget/bg2569/55514-1-69-2569/file>

CHSS 414 Health Economics

# การช่วยเหลือแก่ผู้ให้บริการ กรณีชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการ

ตารางที่ 3 การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ กรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ปีงบประมาณ 2561 - 2568

ประเภท	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
<b>ผู้รับบริการ</b>								
ยื่นคำร้อง (ราย)	1,158	1,188	1,079	1,026	1,314	1,558	1,864	908
ได้รับการชดเชย (ราย)	927	970	903	845	1,118	1,206	1,343	702
เงินที่ชดเชย (ล้านบาท)	202.156	228.014	213.957	208.259	291.109	281.125	311.439	165.846
<b>ผู้ให้บริการ</b>								
ยื่นคำร้อง (ราย)	511	538	590	760	11,700	31,684	5,793	537
ได้รับการชดเชย (ราย)	427	464	528	677	11,314	22,096	3,192	367
เงินที่ชดเชย (ล้านบาท)	6.305	7.005	6.254	9.873	120.665	169.731	21.824	3.222

ที่มา : ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการ และกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการ  
ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2568

<https://www.nhso.go.th/th/docman-document/doc-report-budget/bg2569/55514-1-69-2569/file>



# บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทุกสิทธิ ตามรายงานการจ่ายชดเชย โดยเบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด หรือ PP Fee Schedule ปีงบประมาณ 2567 - 2568

รายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จ่ายตามรายการที่กำหนด (PP Fee Schedule)	ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568	
	ผลงาน (คน)	ผลงาน (ครั้ง/รายการ)	ผลงาน (คน)	ผลงาน (ครั้ง/รายการ)
1) บริการฝากครรภ์	502,521	2,471,782	383,537	1,700,794
2) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	160,875	178,868	86,654	251,736
3) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	54,934	72,702	41,137	57,431
4) บริการคัดกรองธาลัสซีเมียและคัดกรองซฟีลิส ในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์	64,448	68,228	2,162	3,134
5) คัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในทารกแรกเกิด และโรคพินิลคิโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด	343,867	361,187	168,840	178,756
6) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	340,158	357,141	168,442	178,307
7) บริการตรวจหลังคลอด	208,152	450,892	159,032	350,027
8) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	28,547	32,442	25,518	27,454
9) บริการทดสอบการตั้งครรภ์	496,761	700,085	391,640	564,891
10) บริการแวนตาเด็กที่มีสายตามืดปกติ	59,547	-	57,378	-
11) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	9,549	13,188	10,180	14,257
12) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1,641,572	2,730,386	672,131	977,067
13) บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม BRCA1/ BRCA2	4,478	8,360	3,991	6,523
14) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	1,238,818	1,410,788	928,068	1,068,571
15) บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	1,945,579	2,320,460	1,468,701	1,724,866
16) บริการคัดกรอง และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย (ตรวจระดับน้ำตาล (FPG) และตรวจปริมาณไขมัน (Cholesterol/HDL))	11,404,175	15,577,491	1,907,657	3,226,246
17) บริการคัดกรองโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก	1,253,976	1,313,280	1,194,333	1,222,962
18) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก	1,191,710	1,530,753	996,835	1,283,708
19) บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	311,178	312,314	243,978	256,670
20) บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)	283,993	354,889	527,728	670,487
21) บริการวางแผนครอบครัว และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	372,551	572,387	198,767	260,151
22) บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (โดส)	-	4,189,676	-	1,594,511
23) การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี	2,416,589	2,431,874	1,514,865	1,538,513
24) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	2,948,765	2,955,409	1,948,069	1,960,547
25) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	657	657	3,118	3,118
26) บริการชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง	224,843	254,957	330,229	405,828
27) บริการชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยตนเองโดยใช้ปัสสาวะ	-	-	44,336	47,943

<https://www.nhso.go.th/th/docman-document/doc-report-budget/bg2569/55514-1-69-2569/file>

ที่มา : 1. Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล ข้อมูลจาก กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค (1) ผลงานปีงบประมาณ 2567 ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2567 (2) ผลงานปีงบประมาณ 2568 ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2568  
2. รายงานการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ประจำปี.ศ.2568 รายงานการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ประจำปี.ศ.2568 > หน้าหลัก  
3. Web Report ระบบสารสนเทศ เพื่อกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งโดยใช้ชุดตรวจปัสสาวะ (OV ATK KIT)  
4. รายงานบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์  
<https://medata.nhso.go.th/appcenter/mis/mammogram>  
\* ปีงบประมาณ 2568 บริการจ่ายเป็นการจ่ายเฉพาะการตรวจระดับน้ำตาลและไขมัน



ราชวิทยาลัย  
จุฬารัตน์

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

# จำนวนการสอบถามข้อมูล ร้องเรียน ร้องทุกข์ ประสานส่งต่อผู้ป่วย การบริการเชิงรุก และ การบริการช่องทางอื่น ปีงบประมาณ 2568

## 1. สอบถามข้อมูล 1,007,378 เรื่อง Inquiries Serviced (cases)

### 1.1 ประชาชน (consumers) 417,876 เรื่อง

- ขอให้ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ
- สิทธิและวิธีใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข
- ลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการ

### 1.2 ผู้ให้บริการ (providers) 177,555 เรื่อง

- เรื่องระบบและโปรแกรม
- การเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ
- ขอให้ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

### 1.3 ระบบตอบรับอัตโนมัติ (IVR) 411,947 เรื่อง

## 2. ร้องเรียน 24,358 เรื่อง Complaints Serviced (cases)

- ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข (1.10%)
- ไม่ได้ได้รับความสะดวกตามสมควร (25.54%)
- ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ (5.67%)
- ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด (67.69%)
- ได้รับการแก้ไขแล้วเสร็จภายใน 25 วัน (92.67%)

## 3. ร้องทุกข์ 33,325 เรื่อง Petition Serviced (cases)

- ขอความช่วยเหลือการลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการ
- ขอความช่วยเหลือการใช้สิทธิรูปแบบใหม่ในพื้นที่กรุงเทพฯ
- ขอแจ้งเรื่องการใช้สิทธิ น.7 เหตุอันสมควร โนนพ.เอกชน

## การคุ้มครองผู้มีสิทธิ UCS ปี 2568 (Consumer Rights Protection)



รวม 1,500,880 เรื่อง (Cases)

## 4. ประสานส่งต่อ 39,043 เรื่อง

### Referral Coordination (persons)

- ประสานส่งต่อกรณีเข้ารับรักษาในรพ.เอกชนที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
- ประสานหาเตียงกรณีเกินศักยภาพหน่วยบริการที่รักษาอยู่
- ประสานหาเตียงสิทธิอื่นๆที่ต้องการความช่วยเหลือ

## 5. บริการเชิงรุก 12,630 เรื่อง Outbound (Case)

- ประเมินความพึงพอใจการใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ
- โทรสำรวจและแนะนำบริการผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (UCEP/NON UCEP)
- โทรสำรวจความพึงพอใจTelemedicine
- โทรแนะนำบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2
- โทรสำรวจกรณีรับส่งผู้ป่วยทุพพลภาพ (กปท.)

## 6. บริการช่องทางอื่น 384,146 เรื่อง Non-Voice (Case)

### ช่องทางการให้บริการ

- |             |                        |                 |
|-------------|------------------------|-----------------|
| 1.Line      | 2.Facebook             | 3.Traffy Fondue |
| 4.Live Chat | 5.Pantip               | 6.Web Board     |
| 7.Mail 1330 | 8.สายด่วนภาครัฐ (1111) |                 |

ที่มา : ส่วนงานด้านบริการประชาชน (Contact Center) สปสช. ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2568

ตารางที่ 5 จำนวนการสอบถามข้อมูล ร้องเรียน ร้องทุกข์ ประสานส่งต่อผู้ป่วย การบริการเชิงรุก และการบริการช่องทางอื่น  
ปีงบประมาณ 2562-2568

ประเภท	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ประเด็นส่วนใหญ่
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>916,428</b>	<b>995,571</b>	<b>2,585,915</b>	<b>7,386,316</b>	<b>6,065,411</b>	<b>2,715,901</b>	<b>1,500,880</b>	
1. สอบถามข้อมูล	886,913	966,764	2,276,407	3,452,917	2,334,588	1,720,167	1,007,378	การตรวจสอบข้อมูลสิทธิ/วิธีใช้สิทธิ / ลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการ การเบิกชดเชยค่าบริการ/เรื่องระบบ และโปรแกรม
↓ - ประชาชน	775,175	863,154	1,607,603	1,400,836	1,494,745	927,856	417,876	
↓ - ผู้ให้บริการ	111,738	103,610	97,957	53,538	164,410	187,939	177,555	
↓ - ระบบตอบรับอัตโนมัติ (IVR)	-	-	570,847	1,998,543	675,433	604,372	411,947	
2. ร้องเรียน 	4,052	4,210	5,276	19,085	8,266	19,034	24,358	ร้องเรียนกรณีไม่ได้รับความสะดวก ในการใช้บริการ/ไม่ได้รับบริการตาม สิทธิ/ถูกเรียกเก็บเงิน/ไม่ปฏิบัติตาม มาตรฐานการให้บริการ ในปี 2568 เรื่องร้องเรียนได้รับการแก้ไขเสร็จ ภายใน 25 วัน ร้อยละ 92.67
3. ร้องทุกข์และบริการอื่น 	5,832	5,099	180,525	730,724	63,795	43,842	33,325	ขอความช่วยเหลือการลงทะเบียนและ เลือกหน่วยบริการ/ขอความช่วยเหลือ การใช้สิทธิรูปแบบใหม่ในพื้นที่ กทม./ การให้บริการรับแจ้งเรื่องขอใช้สิทธิ มาตรา 7 เหตุอันสมควรในรพ.เอกชน/ ขอรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับ
4. ประสานส่งต่อ	19,631	19,498	123,707	499,876	28,419	65,741	39,043	ประสานหาเตียงผู้ป่วย UCEP-NONUCEP/ หาเตียงพื้นที่ กทม. เครือข่ายส่งต่อ 1330/ ประสานจองคิวทำเส้นฟอกไต
5. บริการเชิงรุก 	-	-	-	1,260,874	2,478,659	263,726	12,630	โทรประเมินความพึงพอใจการใช้บริการ ตามสิทธิประโยชน์/แนะนำบริการผู้ป่วย UCEP-NONUCEP/ โทรสำรวจความพึง พอใจ Telemedicine/โทรแนะนำตรวจ ยีน BRCA1/BRCA2/โทรสำรวจกรณีส่ง ผู้ป่วยทุพพลภาพ (กปท.)
6. บริการช่องทางอื่น (Social media, Non-voice) 				1,422,840	1,151,684	603,391	384,146	ช่องทางการให้บริการ Line/ Facebook/ Traffy Fondue/Live Chat/ Pantip/ Web Board/Mail 1330/สายด่วน ภาครัฐ (1111)

# นโยบายสาธารณสุขสุข



# วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจ 3-6  
(พ.ศ. 2515 – 2534)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจ 7-8  
(พ.ศ. 2535 – 2544)

พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
พ.ศ. 2545

ระยะก่อตั้ง  
ระบบประกันสุขภาพหลัก

ระยะขยาย  
ระบบประกันสุขภาพหลัก

ระยะประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้า

- มีระบบประกันสุขภาพให้ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เช่น
  - ระบบราชการและครอบครัว
  - ลูกจ้างในภาคเอกชน
  - ประชาชนกลุ่มเปราะบาง

- ขยายความครอบคลุมบริการสุขภาพในกลุ่มประชากร
  - กลุ่มลูกจ้างภาคเอกชน
  - กลุ่มประชากรทั่วไป
  - กลุ่มเปราะบาง

- นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - รวมระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)
  - โครงการบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง, 30 บาทรักษาทุกโรค)

# รู้จัก หน่วยบริการ

## ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**ประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค)**

ต้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตัวก่อน และเมื่อเจ็บป่วย เข้ารักษาที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายหน่วยบริการประจำของตน หากเกินศักยภาพ แพทย์จะพิจารณาส่งต่อไปรักษาที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือมีความจำเป็น สามารถเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการอื่นได้

ตรวจสอบสิทธิรักษา และหน่วยบริการประจำตัวได้ที่



### แล้วสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอะไรบ้าง ?

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (มาตรา 3) จะใช้คำว่า **หน่วยบริการ** แทนคำว่า **สถานพยาบาล**

กฎหมายฉบับนี้กำหนดว่า **"หน่วยบริการ"** คือ สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้ โดย **"สถานบริการ"** หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการ **การประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุข** ที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

ทั้งนี้ **หน่วยบริการ** ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบไปด้วย



สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อแบ่งเป็น

1. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป
  1. การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด
  2. การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
  3. ด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
  4. ด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
  5. ด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
  6. ด้านล้างไตผ่านทางหน้าท้อง
  7. ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
  8. ด้านเทคนิคการแพทย์
  9. ด้านเวชกรรม
2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน มีดังนี้
  10. ด้านทันตกรรม
  11. ด้านกายภาพบำบัด
  12. ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
  13. ด้านแพทย์แผนไทย
  14. ด้านเภสัชกรรม
  15. ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
  16. ด้านบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
  17. ด้านสถานชีวภิบาล

วันที่จัดทำ 10 พฤศจิกายน 2568



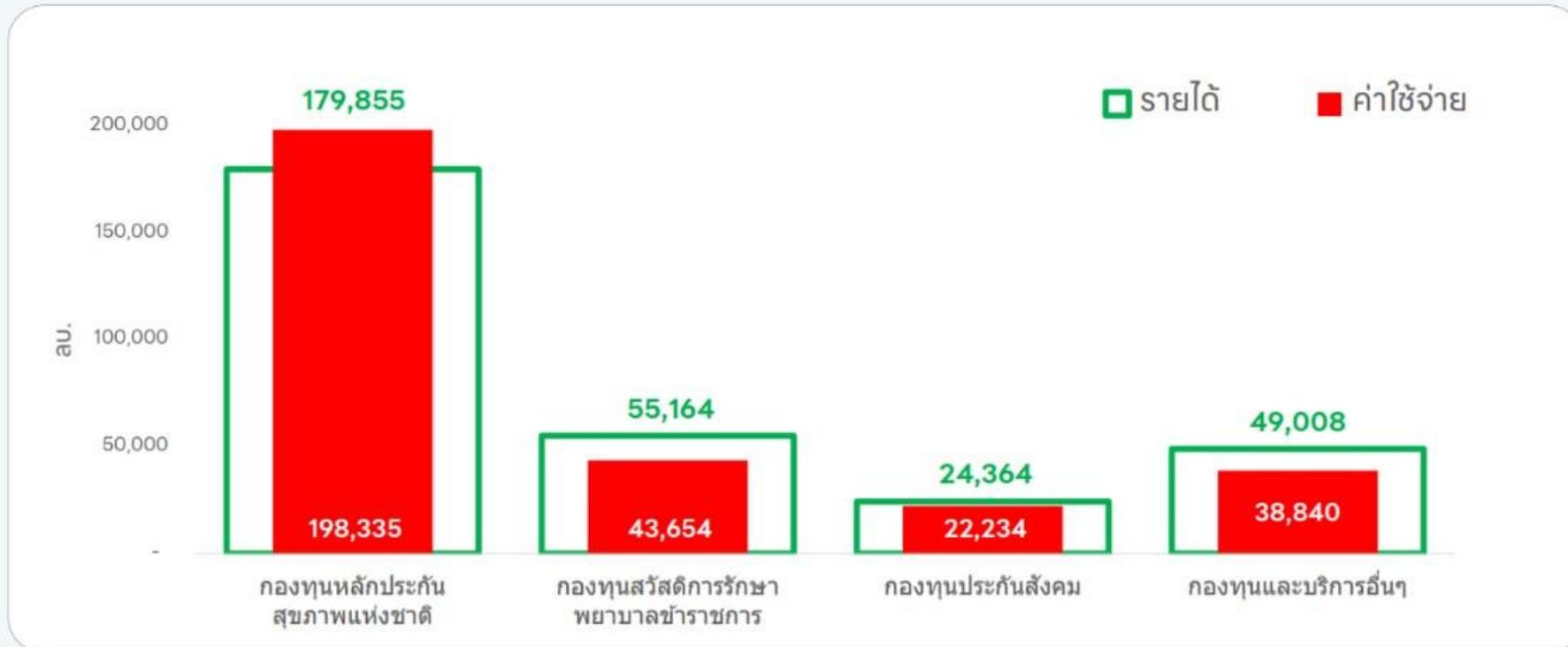
# ระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบในประเทศไทย

	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพ
แนวคิด	สวัสดิการ (fringe benefit) สำหรับผู้ ทำงานภาครัฐ	ความมั่นคงด้านสังคม (security)	สิทธิขั้นพื้นฐานประชาชน (entitlement)
กลไก	คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการ รักษายาบาลข้าราชการ	คณะกรรมการประกันสังคม	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยงานบริหาร	กรมบัญชีกลาง (กบค.)	สำนักงานประกันสังคม (สปส.)	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	ผู้ประกันตนในมาตรา 33, 39 และ 40.	คนไทยทุกคนที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ยกเว้นผู้มีสิทธิอื่น: ผู้ที่มีสิทธิ ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือ สิทธิอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ รายจ่ายปี 2567 ประมาณ 7.5 หมื่นล้านบาท	สมทบจากรัฐ นายจ้างและลูกจ้างฝ่าย ละเท่ากันในอัตราเหมาจ่าย	งบประมาณรัฐในอัตราเหมาจ่าย



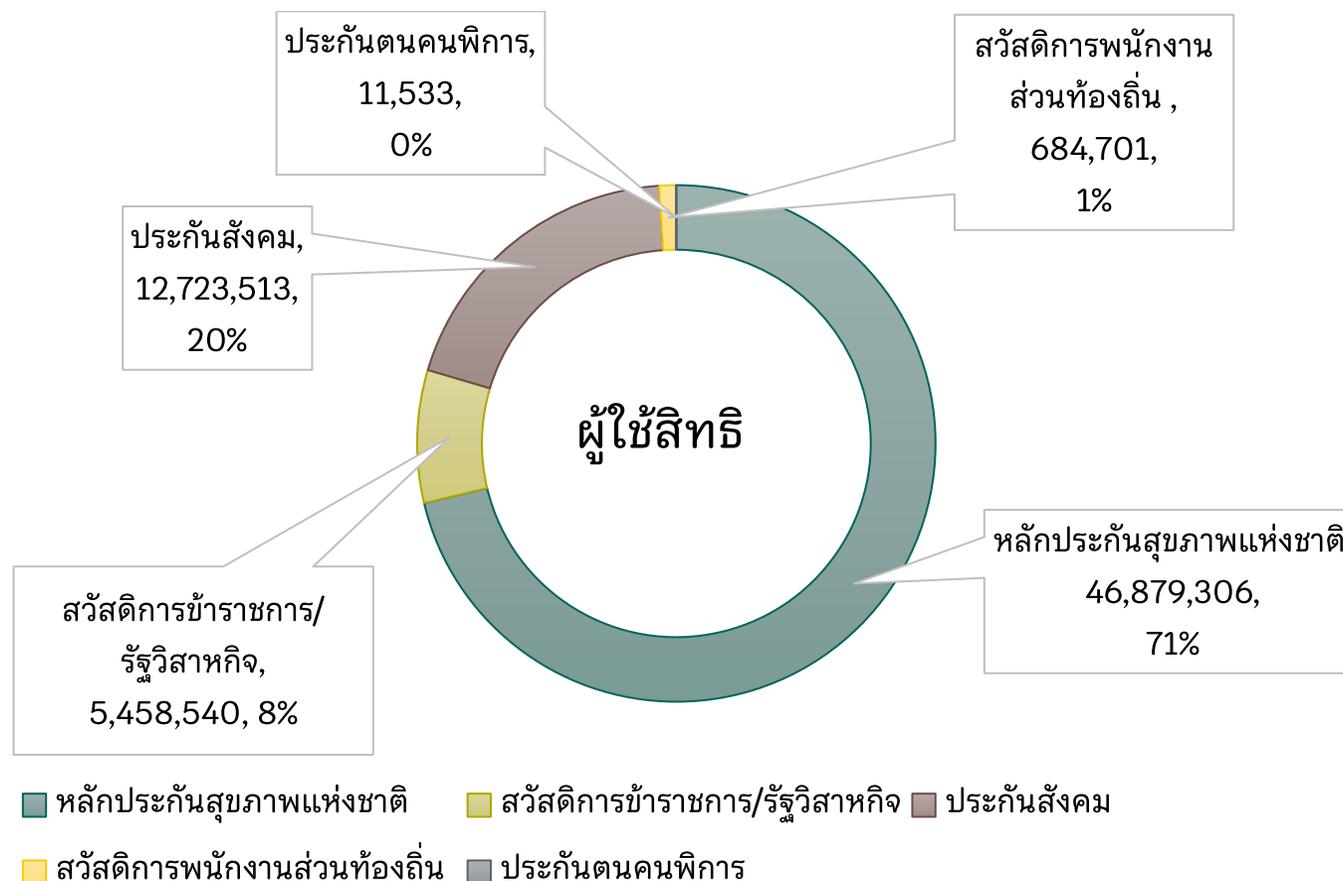
## เปรียบเทียบรายได้-ค่าใช้จ่าย ปี 2567

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีค่าใช้จ่ายมากกว่ารายได้ คิดเป็น 110% ของรายได้ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนและบริการอื่นๆ มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ารายได้ คิดเป็น 79% และ 91% และ 79% ของรายได้



# ปัจจุบันมีประชากรไทยจำนวนทั้งหมด 67,120,433 คน

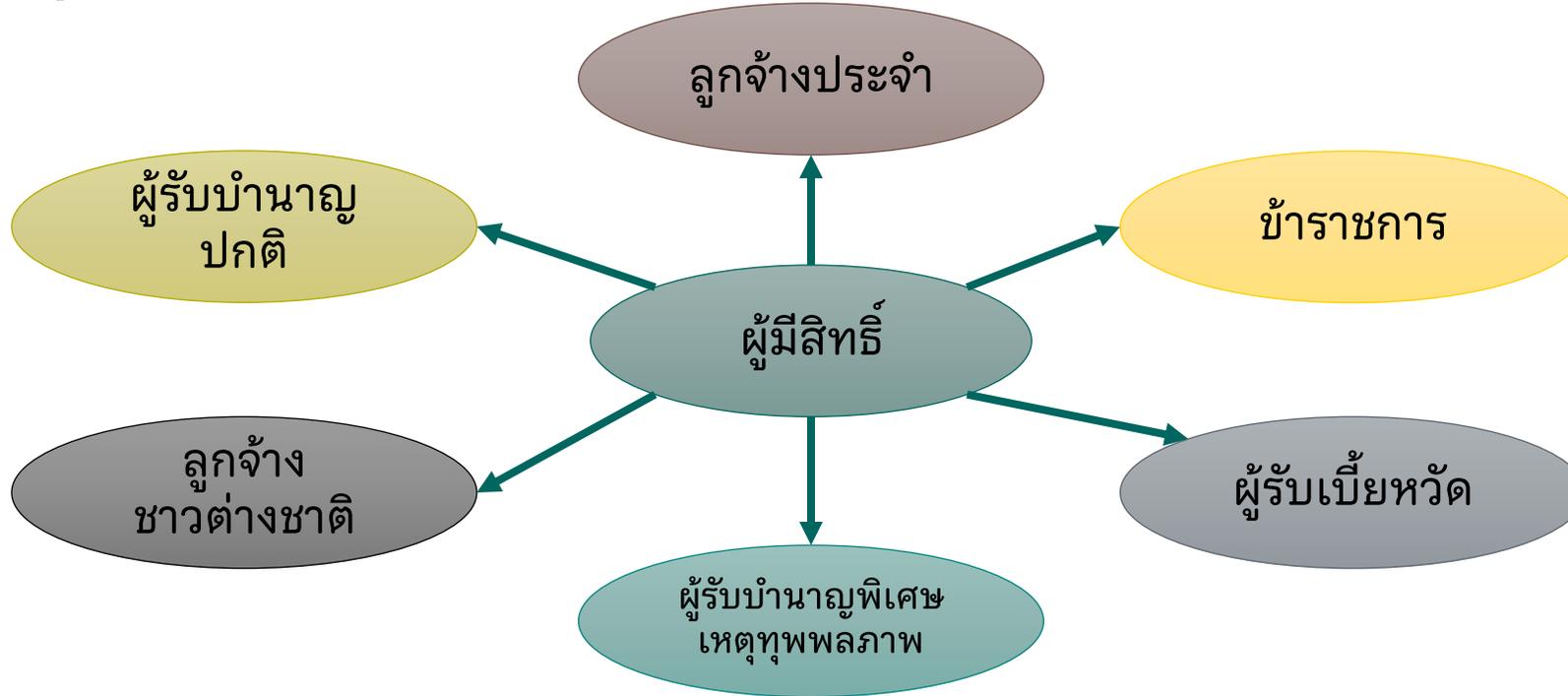
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีการอัปเดตล่าสุดในเดือน ส.ค. 2568





# ผู้มีสิทธิสวัสดิการจ่ายตรง

- บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ ที่ผู้มีสิทธิสามารถนำค่ารักษาพยาบาลมาเบิกจ่ายเป็น ค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ได้นั้นประกอบด้วยบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ซึ่งต้องเป็นบุคคลในครอบครัวที่ชอบด้วยกฎหมายด้วย
- สำหรับคำว่า “ชอบด้วยกฎหมาย” นั้น หมายถึงจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัวที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยมีหลักฐานทางราชการรับรองความถูกต้อง



# 3 ทางเลือก ผู้ประกันตน ม.40 รับสิทธิประโยชน์ กองทุนประกันสังคม

ผู้ประกันตนมาตรา 40 เป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ เจ้าของกิจการ และแรงงานนอกระบบ (ฟรีแลนซ์) ที่มีอายุ 15 – 65 ปี แต่ได้แจ้งความประสงค์ขอเป็นผู้ประกันตน



### ทางเลือกที่ 1

**70 บาท** ต่อเดือน

**คุ้มครอง 3 กรณี**

- กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย
- กรณีทุพพลภาพ
- กรณีเสียชีวิต

### ทางเลือกที่ 2

**100 บาท** ต่อเดือน

**คุ้มครอง 4 กรณี**

- กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย
- กรณีทุพพลภาพ
- กรณีเสียชีวิต
- กรณีชราภาพ

### ทางเลือกที่ 3

**300 บาท** ต่อเดือน

**คุ้มครอง 5 กรณี**

- กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย
- กรณีทุพพลภาพ
- กรณีเสียชีวิต
- กรณีชราภาพ
- กรณีสงเคราะห์บุตร

สมัครทางเว็บไซต์ [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) หรือเคาน์เตอร์เซอร์วิส หรือสำนักงานประกันสังคมทั่วประเทศ

สายด่วน 24 ชั่วโมง **1506**



# เช็กสิทธิประกันสังคม ม.33 ม.39



## เจ็บป่วยหรือ ประสบเหตุอันตราย

### สิทธิประโยชน์

- เข้ารักษาในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติตามบัตรรับรองสิทธิ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- ได้รับเงินทดแทน 50% ของค่าจ้างเฉลี่ยตามที่หยุดงาน ครั้งละไม่เกิน 90 วัน และใน 1 ปี ไม่เกิน 180 วัน ยกเว้นโรคเรื้อรัง ได้ไม่เกิน 365 วัน

### รับเงินชดเชยเพิ่มกรณีเหตุเกิดจากการทำงาน

- ได้ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 50,000 บาท หากเจ็บป่วยหนักได้เพิ่ม 150,000 บาท แต่ไม่เกิน 300,000 บาท
- ได้ค่าทดแทน 70% ของค่าจ้างรายเดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี
- สูญเสียอวัยวะและสมรรถภาพในการทำงาน รับค่าทดแทน 70% ของค่าจ้างรายเดือน แต่ไม่เกิน 10 ปี
- ได้ค่าใช้จ่ายการฟื้นฟูด้านการแพทย์และอาชีพ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 24,000 บาท
- ได้ค่าผ่าตัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่เกิน 40,000 บาท



## ทุพพลภาพ (สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะ)

### สิทธิประโยชน์

- ได้รับเงินทดแทน 50% ของค่าจ้างเฉลี่ยตลอดชีวิต
- sw.รัฐ ผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ไม่เสียค่าใช้จ่าย
- sw.เอกชน ผู้ป่วยนอก เบิกได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน และผู้ป่วยในเบิกได้ไม่เกิน 4,000 บาท/เดือน

- ค่ารถพยาบาลไม่เกิน 500 บาท/เดือน
- ได้ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ 40,000 บาท
- เมื่อเสียชีวิตจากทุพพลภาพ จะได้สิทธิเช่นเดียวกับกรณีเสียชีวิต

### รับเงินชดเชยเพิ่มกรณีเหตุเกิดจากการทำงาน

- ได้ค่าทดแทน 70% ของค่าจ้างรายเดือน กรณีทำงานไม่ได้ ตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป แต่ไม่เกิน 1 ปี
- ได้ค่าทดแทน 70% ของค่าจ้างรายเดือน กรณีทุพพลภาพ ไม่น้อยกว่า 15 ปี



## เสียชีวิต

### สิทธิประโยชน์

- ได้ค่าทำศพ 50,000 บาท
- เงินสงเคราะห์ หากจ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 36 เดือน แต่ไม่ถึง 10 ปี จะได้เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ย 2 เดือน ถ้าจ่ายเงินสมทบเกิน 10 ปี จะได้เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ย 6 เดือน

### รับเงินชดเชยเพิ่มกรณีเหตุเกิดจากการทำงาน

- ได้ค่าทำศพ 100 เท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน
- ได้ค่าทดแทน 70% ของค่าจ้างรายเดือน เป็นเวลาไม่เกิน 10 ปี



## คลอดบุตร

### สิทธิประโยชน์

- เหมาะจ่าย 15,000 บาท/การคลอดบุตร 1 ครั้ง ใช้สิทธิได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน
- ได้เงินสงเคราะห์จากการหยุดงาน 50% ของค่าจ้างเฉลี่ย 90 วัน



## ชราภาพ

(จะได้เมื่อสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตน และมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์)

### สิทธิประโยชน์

- กรณีจ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน ได้รับบำเหน็จชราภาพ 20% ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย และหากจ่ายเงินสมทบเกิน 180 เดือน ได้เพิ่ม 1.5% ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบทุก 12 เดือน
- กรณีจ่ายเงินสมทบครบไม่ถึง 180 เดือน จะได้รับบำเหน็จชราภาพเท่ากับเงินสมทบที่จ่ายของผู้ประกันตนและส่วนของนายจ้าง



## สงเคราะห์บุตร

### สิทธิประโยชน์

- ได้เงินสงเคราะห์ 800 บาท/บุตร/เดือน ครั้งละไม่เกิน 3 คน (บุตรอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์)



## ว่างงาน (ยกเว้น ม.39)

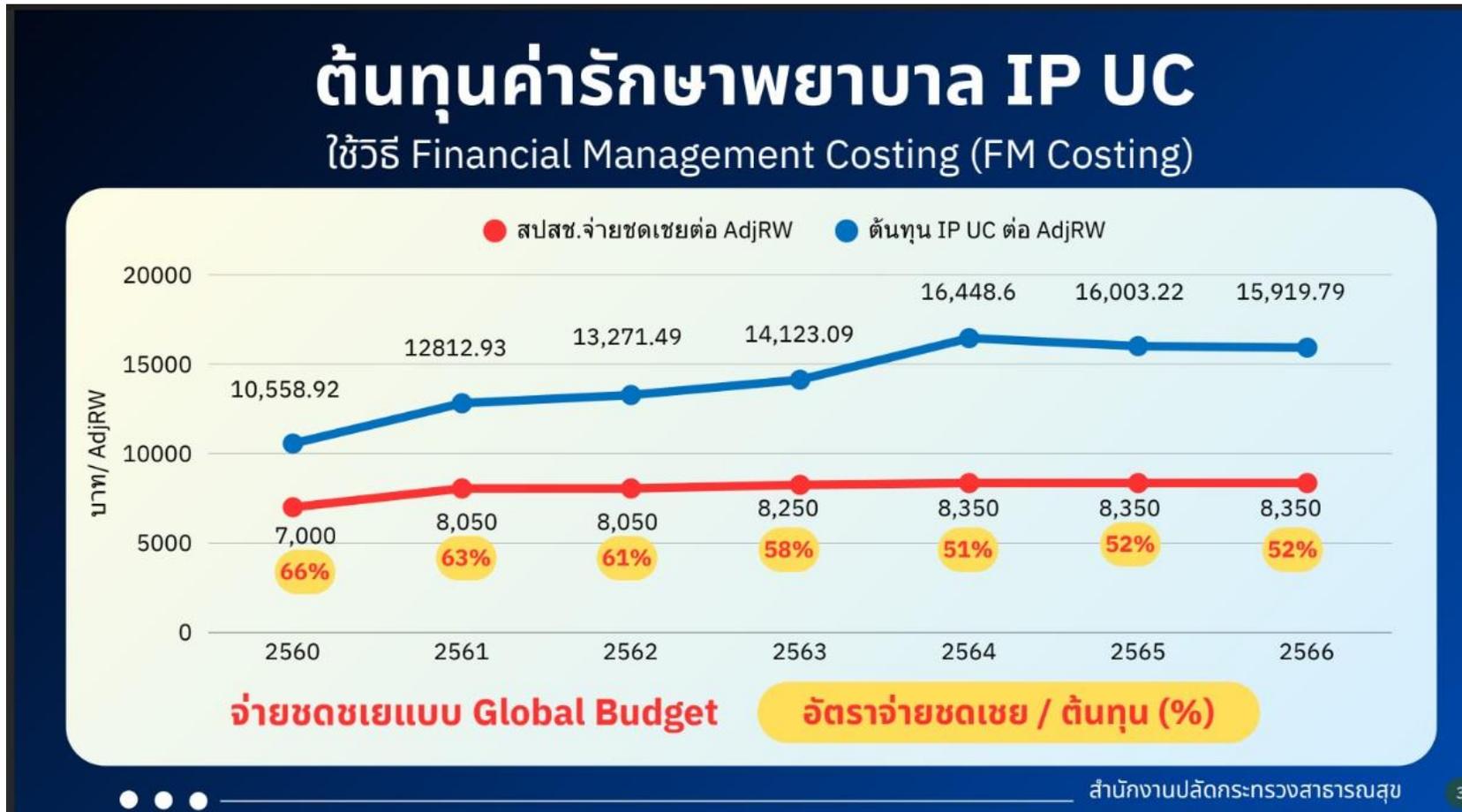
### สิทธิประโยชน์

- ถูกเลิกจ้าง ได้เงิน 50% ของค่าจ้างเฉลี่ย ไม่เกิน 180 วัน



# งบบัตรทองต่ำกว่าต้นทุนการรักษา

ในช่วงปี 64 และปี 66 ต้นทุนการรักษา อยู่ที่ 15,919.79 บาท ต่อ AdjRW แต่ตลอดยทั้ง 3 ปี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)จ่ายให้รพ.อัตราเดียวกัน คือ 8,350 บาทต่อ AdjRW



AdjRW (Adjusted Relative Weight: AdjRW คือ คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ถูกปรับตามจำนวนวันนอนของผู้ป่วย)

## แผนงบประมาณ

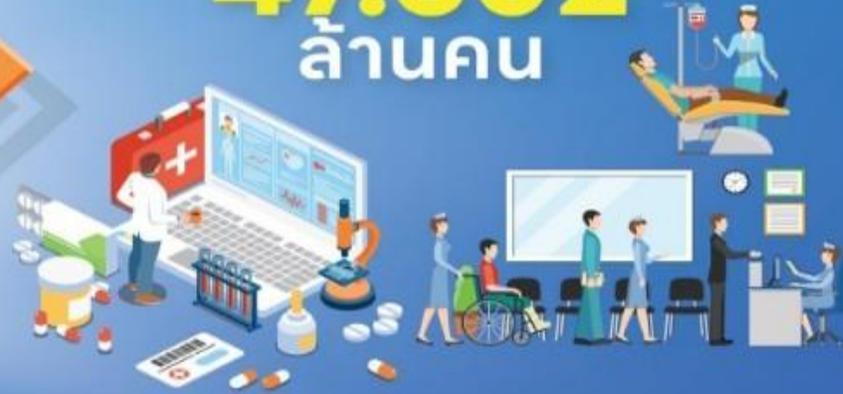


# งบเหมาจ่ายรายหัว ปี 2569 / กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง / 30 บาท รักษาทุกโรค)

งบเหมาจ่ายรายหัว  
**198,227.74**  
ล้านบาท



ดูแลประชากร  
**47.502**  
ล้านคน



เพิ่มขึ้นจากปี 2568 **16,386.5** ล้านบาท  
งบรายหัว = **4,173.04** บาท / ประชากร

จัดทำวันที่ 1 ตุลาคม 2568

สปสช.  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

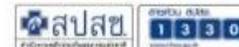
สายด่วน สปสช.  
1330  
www.thaipbs.or.th

# กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2569

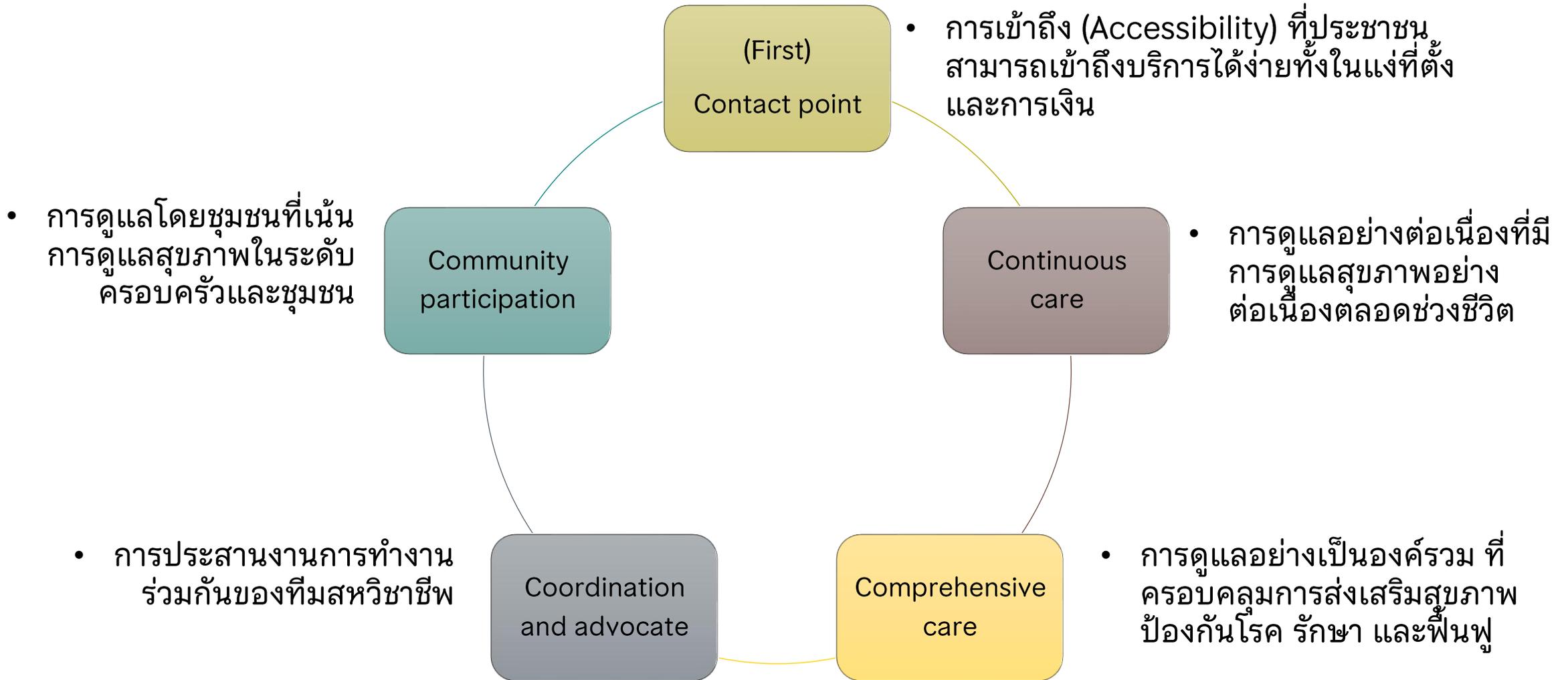


จัดทำวันที่ 1 ตุลาคม 2568

ที่มา : ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569



# คุณลักษณะบริการปฐมภูมิ



# แนวทางแบบองค์รวม ของรัฐบาลและแบบ องค์รวมของสังคมใน การแก้ไขปัญหา NCDs



Advocate for additional increases on taxes on health-harming products and for subsidies for healthy products.



Strengthen enforcement of preventive NCD regulations and ensure accountability in all sectors and at all levels.



Implement novel policies to improve access to safe, nutritious food for all.



Address interference from tobacco, alcohol, polluting and food industries to ensure that the public interest supersedes commercial interests.



Strengthen national leadership, coordination and accountability for preventing and controlling NCDs.



Support the work of champions and agents of change.



Develop a robust method for calculating the return on investment of a policy package to reduce air pollution.

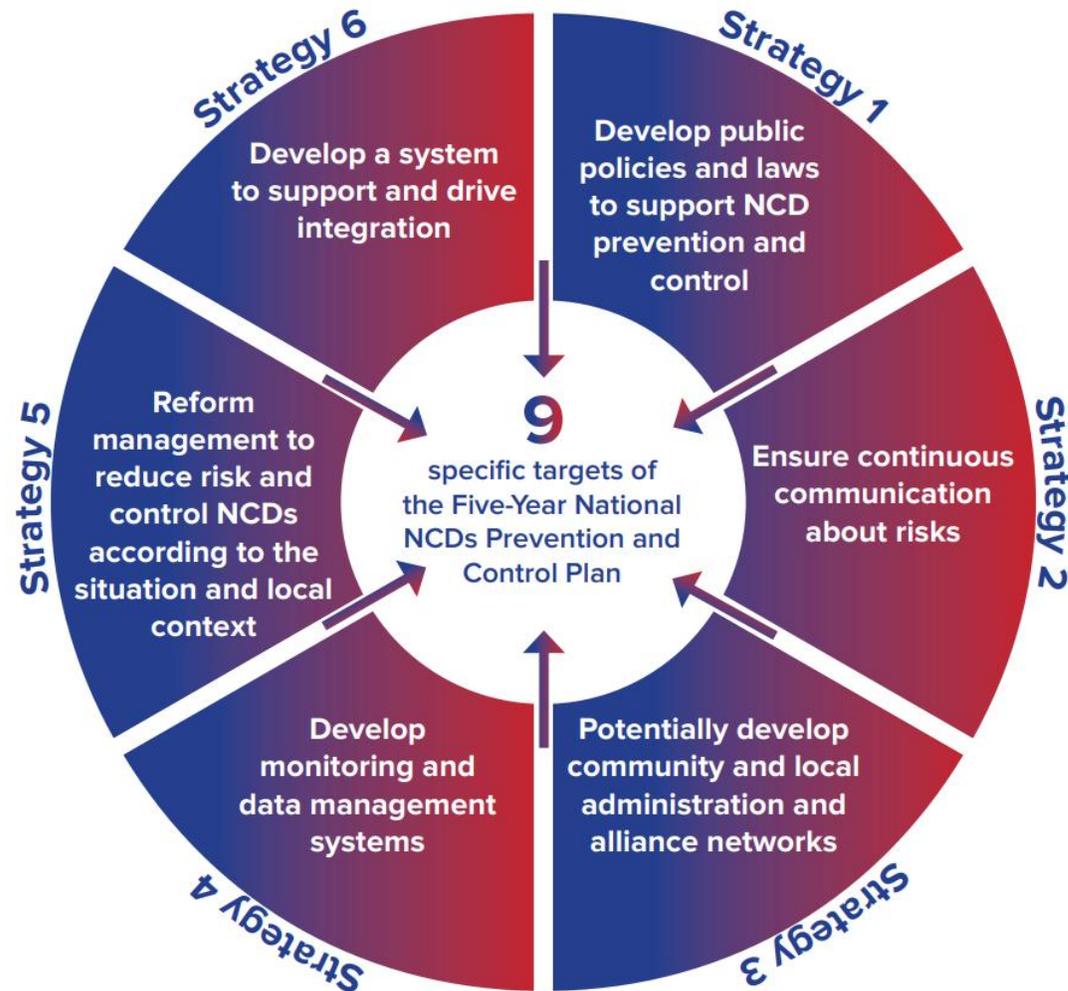
Indicators	Baseline value (year)	Latest value (year)	NCD target by 2030
Probability of dying from CVD, cancer, diabetes or chronic respiratory disease between 30 and 70 years of age (%)	14.8 (2010)	12.7 (2018)	10.3 (25% reduction)
Prevalence of current tobacco use in people aged ≥ 15 years (%)	21.4 (2011)	17.4 (2021)	15.00 (30% reduction)
Prevalence of insufficient physical activity in people aged ≤ 18 (%)	18.5 (2009)	43.7 (2021)	16.7 (10% reduction)
Total alcohol consumption per capita (≥ 15 years of age) (L pure alcohol)	7.13 (2011)	6.86 (2019)	6.0 (10% reduction)
Mean population intake of sodium (mg/day)	3,246 (2009)	3636 (2020)	2285 (30% reduction)
Prevalence of raised blood pressure (%)	21.4 (2009)	25.4 (2021)	16.1 (25% reduction)
Prevalence of diabetes in people aged ≥ 18 years (%)	6.9 (2009)	9.5 (2021)	6.9 (0% increase)
Prevalence of overweight (body mass index ≥ 25 kg/m <sup>2</sup> ) in people aged ≥ 18 years (%)	34.7 (2009)	42.2 (2021)	34.7 (0% increase)
Facilities with essential medicines and technologies to treat major NCDs (%)	More than 80%	More than 80%	80%
At least 50% eligible people receive drug therapy and counselling (including glycaemic control) to prevent heart attacks and strokes	More than 50%	More than 50%	50%
Annual mean concentrations of fine particulate matter (PM <sub>2.5</sub> ) in urban areas (µg/m <sup>3</sup> ) 2025	-	31.9 (2016)	-

# เป้าหมายและ ตัวชี้วัดโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังใน ประเทศไทย

# เป้าหมายเฉพาะ 9 ประการของแผน ป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ แห่งชาติ 5 ปี



# 6 กลยุทธ์สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมาย



# การผลิตบริการสุขภาพ



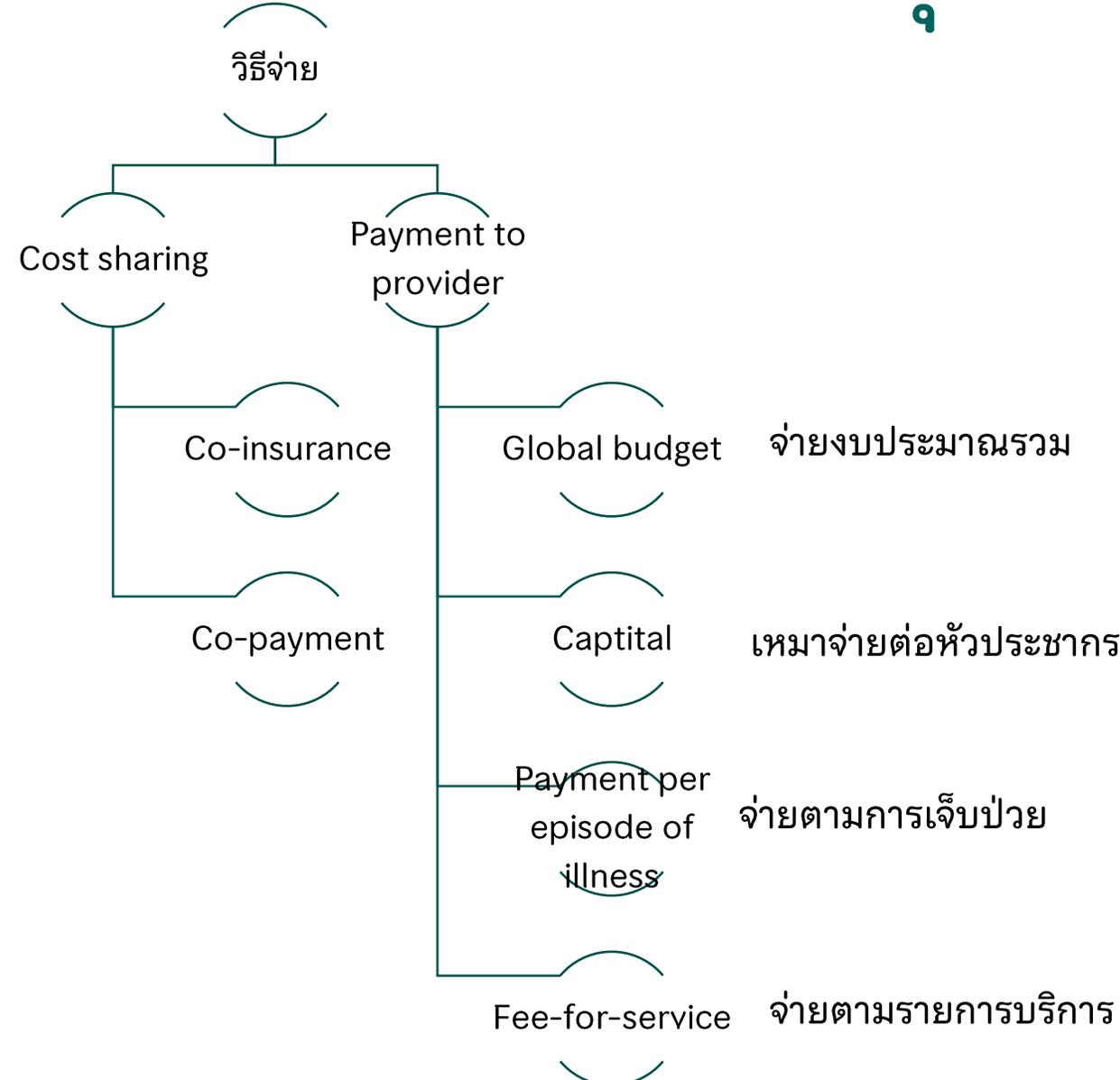
# อุปสงค์และอุปทานกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ (human resources for health) หมายถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ และบุคลากรสนับสนุน (Allied health professional) รวมถึงบุคลากรแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยที่ให้บริการทั้งในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

## การกำหนดอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุขมีหลายวิธี ดังนี้

1. วิธีกำหนดอัตราส่วนต่อประชากร (population ratio method)
  - กำหนดตามความหนาแน่นของประชากร
2. วิธีความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs method)
  - กำหนดจากบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนที่จะทำให้มีสุขภาพดี
3. วิธีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ (health demand method)
  - ประเมินการจากการใช้บริการสุขภาพ (health care utilization)
4. วิธีเป้าหมายการบริการ (service targets method)
5. วิธีกลไกงบประมาณ (budget driven mechanisms)
6. วิธีภาระงานต่อวันร่วมกับค่ามาตรฐาน
  - เช่น พยาบาลมีเกณฑ์ภาระงานมาตรฐาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
7. วิธีภาระงาน (work point)
  - กำหนดภาระงานเป็นกิจกรรม และนำกิจกรรมมาคำนวณหา กำลังคนที่ต้องการ
8. วิธีบัญชีผู้รอรับบริการ (waiting lists)
9. วิธีรูปแบบการวางแผนด้วยกลุ่มอาชีพ (professional group planning)
10. วิธีรูปแบบการประเมินความจำเป็น (needs assessment models)

# วิธีการจ่ายเงินในระบบสุขภาพ



กลไกการจ่ายเงินกำหนดเป้าหมายในการทำงานของระบบสุขภาพ

- FFS หากต้องการให้ระบบเน้นการรักษาแบบเข้มข้น
- Capitation หากต้องการให้ระบบยั่งยืนและเน้นการป้องกัน

# การจ่ายแบบงบประมาณรวม (Global Budget)

การจ่ายแบบงบประมาณรวม (Global Budget) ในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการภาครัฐที่ต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดอย่างเข้มงวด

- หลักการ: Global Budget จะกำหนดวงเงินรวมคงที่สำหรับหน่วยบริการ (เช่น โรงพยาบาล หรือเครือข่ายบริการระดับเขต) เป็นระยะเวลาหนึ่ง (มักจะเป็นรายปี) เพื่อใช้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการทั้งหมด โดยไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณบริการที่แท้จริง หรือจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในปีนั้น ๆ
- วิธีนี้ ถ่างโอนความเสี่ยงทางการเงินทั้งหมด ของการให้บริการเกินงบประมาณ (Overspending) ไปยังผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล)
- การคำนวณวงเงิน: วงเงินมักจะกำหนดโดยอิงจาก:
  - ค่าใช้จ่ายในอดีตของโรงพยาบาลนั้น ๆ
  - การปรับเพิ่มตามอัตราเงินเฟ้อ
  - การปรับเพิ่มตามการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรหรือเทคโนโลยีใหม่

## + ข้อดี (ด้านการควบคุมและการบริหาร)

- ควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด: คาดการณ์ค่าใช้จ่ายรวมของระบบได้
- ส่งเสริม Technical Efficiency: ผู้บริหารโรงพยาบาลจะถูกบังคับให้บริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพที่สุด เพื่อให้งบประมาณรวมเพียงพอต่อการให้บริการตลอดทั้งปี
- ลด Over-provision: ไม่มีแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการสั่งการตรวจหรือการรักษาที่ไม่จำเป็น เนื่องจากไม่มีการจ่ายเงินเพิ่มตามรายการบริการ

## - ข้อเสียและความเสี่ยง (ด้านคุณภาพและการเข้าถึง)

- ความเสี่ยงต่อคุณภาพ (Under-provision): หากปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หรือมีค่าใช้จ่ายต่อเคสสูงขึ้น โรงพยาบาลจะพยายามลดต้นทุน ซึ่งอาจนำไปสู่:
  - การลดคุณภาพหรือปริมาณบริการบางอย่างที่ไม่จำเป็นเร่งด่วน
  - การจำกัดการเข้าถึงเทคโนโลยีหรือยาราคาแพง
- ความยืดหยุ่นต่ำ: โรงพยาบาลอาจขาดความยืดหยุ่นในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดคิด (เช่น การระบาดของโรค) เนื่องจากไม่ได้รับเงินเพิ่ม
- คัดเลือกผู้ป่วย/จำกัดบริการ: มีแนวโน้มที่โรงพยาบาลจะจำกัดการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องใช้ต้นทุนสูง หรือพยายามส่งต่อผู้ป่วยเหล่านั้นไปยังโรงพยาบาลอื่น

# การจ่ายตามประชากร/เหมาจ่ายต่อหัว (Capitation)

- เป็นวิธีการจ่ายเหมาจ่ายล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการ สำหรับการดูแลประชากรกลุ่มหนึ่ง เป็นรายปี โดยไม่คำนึงว่าประชาชนคนนั้นจะมาใช้บริการหรือไม่ **ถ่ายโอนความเสี่ยงทางการเงินเกือบทั้งหมดมาให้ผู้ให้บริการ** โดยเฉพาะในบริการปฐมภูมิ

**หลักการ:** จ่ายเงิน คงที่ต่อหัว (Per Capita) ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชากรที่ลงทะเบียนไว้ **คำนวณจาก:** จำนวนประชากรที่ลงทะเบียน  $\times$  อัตราเหมาจ่ายต่อหัว/ปี

ตัวอย่าง: จ่าย 1,000 บาทต่อคน/ปี สำหรับดูแลประชากร 10,000 คน หน่วยบริการได้รับเงิน 10 ล้านบาท ไม่ว่าจะป่วยมากหรือน้อย

- **ข้อดี:**
  - ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ: มีงบประมาณที่คาดการณ์ได้แน่นอนล่วงหน้า
  - ส่งเสริมการให้บริการ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive Care) (เพราะหากประชาชนแข็งแรง ไม่ป่วยหนัก หน่วยบริการจะประหยัดต้นทุน โรงพยาบาลไม่ต้องใช้เงินในการรักษา ทำให้เงินเหมาจ่ายเหลือเป็นกำไร)
  - ลด Over-provision อย่างมาก
- **ข้อเสีย (ความเสี่ยง):** ผู้ให้บริการต้องแบกรับความเสี่ยงทางการเงินที่สูง อาจนำไปสู่การให้ บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน หรือการคัดเลือกผู้ป่วยที่ดี (Cream Skimming) เพื่อหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

# Global Budget vs. Capitation

ทั้งสองวิธีจะเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่าย ล่วงหน้า แต่ก็มี ความแตกต่างกันในเชิงของการจัดการและขอบเขต :

ลักษณะ	Global Budget (งบประมาณรวม)	Capitation (เหมาจ่ายต่อหัว)
หน่วยที่จ่าย	จ่ายเป็น ก้อนรวม (Lump Sum)	จ่ายเป็น ต่อคนต่อปี (Per Capita)
ความรับผิดชอบ	ความรับผิดชอบต่อ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ขององค์กร/โรงพยาบาล	ความรับผิดชอบต่อ ประชากรที่ลงทะเบียน
แรงจูงใจหลัก	ควบคุมค่าใช้จ่าย ในระดับองค์กร	ป้องกันโรค และทำให้ประชากรสุขภาพดี
การใช้ในไทย	ถูกนำไปใช้ในบริบทของการจัดสรรงบประมาณรวม ให้แก่เขตสุขภาพ หรือกลุ่มโรงพยาบาลในอดีต (เช่น ในช่วงเริ่มต้นของระบบ 30 บาทรักษาทุกโรค)	ใช้เป็นกลไกหลักในการจ่ายบริการ ผู้ป่วยนอก และบริการ ปฐมภูมิ

Global Budget จึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการบีบให้หน่วยบริการลดต้นทุน แต่ต้องมีการกำกับดูแลคุณภาพบริการอย่างเข้มงวดควบคู่กันไป เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด Under-provision

# จ่ายตามการเจ็บป่วย

## Payment per episode of illness

- เป็นวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายตามการรักษาหนึ่งตอนหรือตามกลุ่มโรค โดยไม่สนใจจำนวนรายการบริการย่อยภายใน ซึ่งเป็นการถ่ายโอนความเสี่ยงบางส่วนจากผู้จ่ายไปยังผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคม
- **หลักการ:** จ่ายเงินคงที่ต่อหนึ่งกรณีการรักษา (Episode) หรือหนึ่งกรณีวินิจฉัย (Case) โดยอิงตามต้นทุนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกัน (เช่น ผู้ป่วยใน) โดยไม่สนว่าผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลกี่วันหรือได้รับยาไปกี่ชนิด
- **ตัวอย่าง:**
  - DRGs (Diagnosis-Related Groups): การจ่ายเหมาจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (ใช้มากในผู้ป่วยใน เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย)
  - Bundled Payment: การเหมาจ่ายสำหรับการรักษาทั้งหมดของโรคหนึ่ง ๆ (เช่น การเปลี่ยนข้อเข่า) ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลและค่าแพทย์
- **ข้อดี:** ลดแรงจูงใจในการให้บริการที่มากเกินไป (Over-provision) และส่งเสริม Technical Efficiency ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ: หากสามารถรักษาผู้ป่วยได้ด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าเงินเหมาจ่าย โรงพยาบาลจะได้กำไร (เพราะต้องพยายามลดต้นทุนต่อการรักษาหนึ่งครั้ง)
- **ข้อเสีย (ความเสี่ยง):** อาจสร้างแรงจูงใจให้มีการให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (Under-provision) หรือ รีบส่งผู้ป่วยออก เพื่อประหยัด

# การจ่ายตามรายการบริการ (Fee-for-Service: FFS)

FFS เป็นวิธีการจ่ายเงินที่ ถ่ายโอนความเสี่ยงทางการเงินจากผู้ให้บริการไปให้ผู้จ่าย/ผู้รับบริการ

## การจ่ายตามรายการบริการ (Fee-for-Service: FFS)

- **หลักการ:** จ่ายตามต้นทุนการผลิตจริง + ส่วนต่าง (Profit Margin)
  - ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล/คลินิก/แพทย์) จะเรียกเก็บเงินสำหรับ ทุกรายการบริการ ที่ได้ทำไปจริง เช่น ค่าตรวจ, ค่าห้อง, ค่าฉีดยา, ค่าผ่าตัด คำนวณจาก: ปริมาณบริการ x ราคาต่อหน่วย
- **ข้อดี:** ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการมอบบริการที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเต็มที่ และส่งเสริมการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้
- **ข้อเสีย (ความเสี่ยง):** สร้างแรงจูงใจให้มีการให้บริการที่มากเกินไป (Over-provision) หรือ Supplier-Induced Demand (SID) เนื่องจากยิ่งให้บริการมากก็ยิ่งได้เงินมาก ทำให้ต้นทุนรวมของระบบพุ่งสูงขึ้น
- ใช้ในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกและค่าหัตถการในโรงพยาบาลเอกชน และใช้เป็นฐานในการจ่ายสำหรับระบบอื่น ๆ



# การเปรียบเทียบแรงจูงใจกับวิธีจ่าย

วิธีการจ่าย	ต้นทุน	แรงจูงใจหลัก	ความเสี่ยงของผู้ให้บริการ
FFS	สูง	<ul style="list-style-type: none"> <li>เน้นปริมาณ: ให้บริการมากเกินไป</li> <li>ไม่มีแรงจูงใจในการประหยัด: พยาบาลอาจไม่ได้ใส่ใจเรื่องต้นทุนมากนักในการใช้วัสดุทางการแพทย์ หรือการสั่งใช้ชุดตรวจ เนื่องจากทุกอย่างสามารถเรียกเก็บเงินได้</li> </ul>	ต่ำมาก
DRGs/Bundled	ปานกลาง	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลดต้นทุนต่อเคส (Efficiency) เน้นประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็วที่สุด เพื่อลดวันนอนโรงพยาบาลและลดต้นทุนโดยไม่กระทบคุณภาพ</li> <li>เน้นการประหยัด: มีแรงจูงใจในการบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และเวลาในการทำงานให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด เพื่อให้ต้นทุนรวมต่อเคสต่ำกว่าเงินเหมาจ่าย</li> </ul>	ปานกลาง
เหมาจ่ายต่อหัวประชากร (Capitation)	ต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>เน้นการป้องกัน ติดตามผู้ป่วยเรื้อรังถึงบ้าน (Home Visit)</li> <li>ลดบริการ (Efficiency)</li> <li>จัดสรรทรัพยากรไปสู่โครงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การจัด Club ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน, การรณรงค์ฉีดวัคซีน, หรือการให้ความรู้ด้านโภชนาการ</li> </ul>	สูง