



รายงานความก้าวหน้าผลงานการบริการ
การชดเชยกองทุนผู้ป่วยใน และการชดเชยตามนโยบายรัฐบาลฯ
ปีงบประมาณ 2567 หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ.เขตสุขภาพที่ 8

การประชุมคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (5x5)

ครั้งที่ 2/2567 วันที่ 19 มิถุนายน 2567 เวลา 13.30 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมรวงผึ้ง ชั้น 5 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ระบบ Zoom meeting ห้องสัญญาณ ID : 434 908 3271 PASS : r8waycfo ycfo

4.1 (ร่าง) ประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ

ร่างมติที่ประชุม

1. เห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 รายการงบนอกเหมาจ่าย และรายการงบนอเหมาจ่าย ตามร่างประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ปี 2567 ตามที่เสนอ โดยวันใช้บังคับในสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานเสนอ
2. เมื่อได้รับงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2567 แล้ว เห็นชอบให้ สปสช.ใช้งบประมาณเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ปี 2567 ได้ทันที
3. เห็นชอบให้ สปสช.ปรับปรุงประกาศ ระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับ ให้สอดคล้องกับประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริการจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2567
4. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

ส่วนที่ ๒ บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๗ ค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิโดยรวมถึงบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตพื้นที่และข้ามเขตพื้นที่โดย**ไม่ต้องใช้ใบส่งตัว**

ข้อ ๑๘ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑๘.๑ กั้นไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน **๑,๕๑๔.๕๕ ล้านบาท**

๑๘.๒ ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขตพื้นที่ โดยจัดสรรเงินเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (GB ระดับเขตพื้นที่)

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจากการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (GBระดับเขตพื้นที่) ตามข้อ ๑๘.๒ ให้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) **ฉบับที่ ๖ เว้นแต่เป็นการดำเนินการก่อนเดือนพฤษภาคม**

พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้ใช้ตามฉบับที่ ๕ ภายใต้เงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตราที่กำหนด

๒๐.๑๐.๑๒ หากจ่ายที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ไปจนถึงการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (GB ระดับเขตพื้นที่) มีวงเงินไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ให้ สปสช. จ่ายเงินที่กั้นไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ ๑๘.๑ จำนวน ๑๐๐ ล้านบาท จ่ายเพิ่มเติมในอัตราจ่ายเป็น ๘,๓๕๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

หากเงินตามข้อ ๑๘.๑ จำนวน ๑๐๐ ล้านบาท มีไม่เพียงพอ ให้จ่ายลดลงตามส่วน หากเงินที่จ่ายลดลงตามส่วนแล้วยังมีผลต่อสภาพคล่องของหน่วยบริการ ให้ขอรับงบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป **สำหรับงบประมาณส่วนที่เหลือให้จ่ายเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการที่ได้รับ**

ผลกระทบจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ฉบับที่ ๖ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดโดยคำแนะนำหรือ

Base Rate 67-by date sent REGION 08

month	ตค.66	พย.66	ธค.66	มค.67	กพ.67	มีค.67	เมย.67	พค.67
BR01	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350
BR02-R08	7,184	7,191	7,065	7,169	7,248	7,255	7,090	7,090
K-BR-CUP								
1	7,184	7,191	7,065	7,169	7,248	7,255	7,090	7,090
1.05	7,543	7,551	7,418	7,527	7,610	7,618	7,445	7,445
1.1	7,902	7,910	7,772	7,886	7,973	7,981	7,799	7,799
1.15	8,262	8,270	8,125	8,244	8,335	8,343	8,154	8,154
1.2	8,621	8,629	8,478	8,603	8,698	8,706	8,508	8,508
1.25	8,980	8,989	8,831	8,961	9,060	9,069	8,863	8,863
1.3	9,339	9,348	9,185	9,320	9,422	9,432	9,217	9,217
1.35	9,698	9,708	9,538	9,678	9,785	9,794	9,572	9,572
1.4	10,058	10,067	9,891	10,037	10,147	10,157	9,926	9,926
1.45	10,417	10,427	10,244	10,395	10,510	10,520	10,281	10,281
1.5	10,776	10,787	10,598	10,754	10,872	10,883	10,635	10,635

ขั้นการกำหนดค่า K	คะแนนจัดสรร
รพช.≤10	1.50
รพช.B>10-≤60 POP≤5,000	1.45
รพช.B>10-≤60 POP>5,000-10,000	1.40
รพช.B>10-≤60 POP>10,000-20,000	1.35
รพช.B>10-≤60 POP>20,000-30,000	1.30
รพช.B>10-≤60 POP>30,000-40,000	1.25
รพช.B>10-≤60 POP>40,000-50,000	1.20
รพช.B>10-≤60 POP>50,000-60,000	1.15
รพช.B>10-≤60 POP>60,000	1.10
รพช.B>60 POP≤60,000	1.15
รพช.B>60 POP>60,000	1.10
รพท.≤300	1.15
รพท.>300-600	1.10
รพท.>600	1.05
รพศ.≤600	1.10
รพศ.>600-1,000	1.05
รพศ.>1,000	1.00

การคำนวณ BR02 หน่วยบริการสังกัด สป.สร. รายเดือน

1.SumAdjRW (month) สังกัด สป.สร. *8350 บาท = [A]

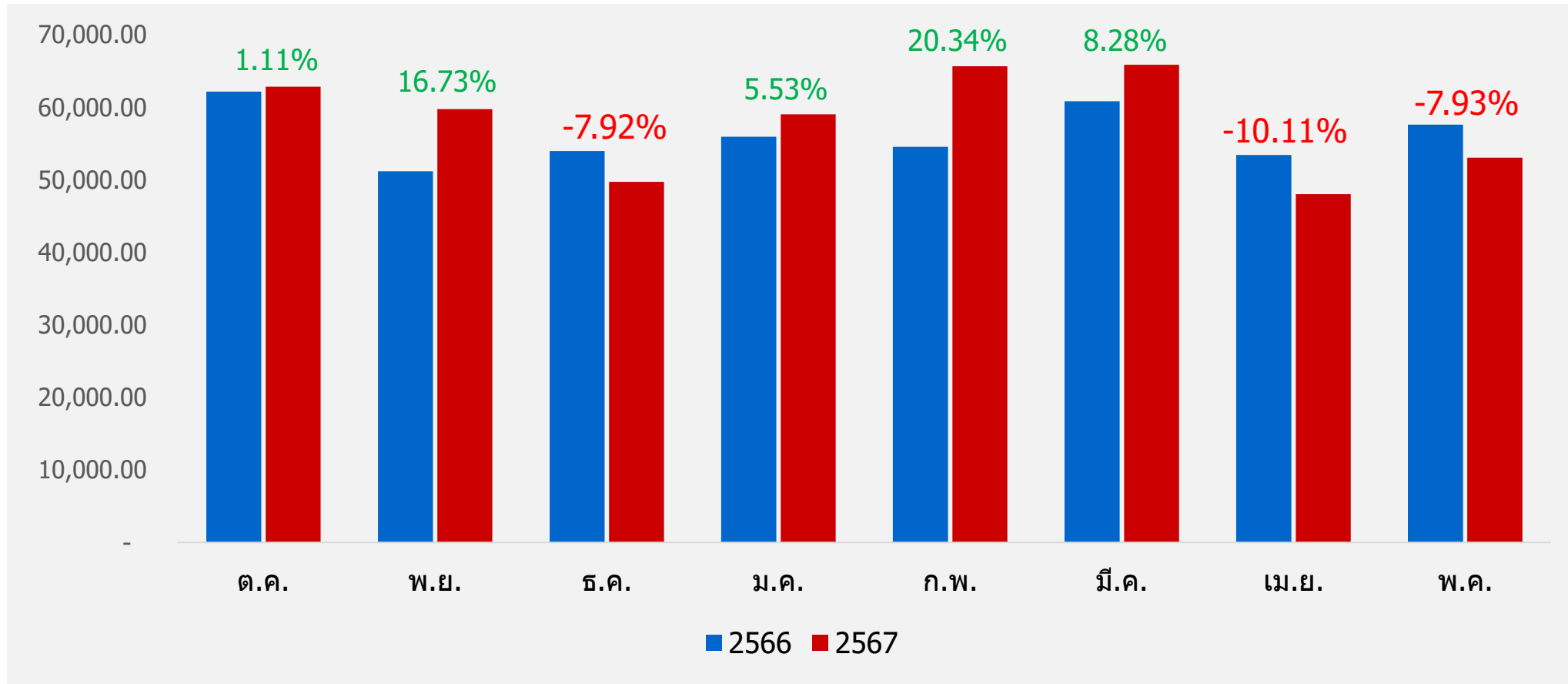
2.SumAdjRW (month) สังกัด สป.สร. * K ราย รพ. = [B]

3.BR02=[B]/[A]

4.K-BR-CUP = K*BR02

5.การจ่ายชดเชย = SumAdjRW (month) *K*BR02-ค่าแรงCUP

บริการผู้ป่วยใน ในเขต (IP01) ที่ส่งผ่านระบบ E-Claim ผ่านการตรวจสอบ แยกรายเดือนส่งข้อมูล



-ภาพรวมเขต เพิ่มขึ้น 3.17%

-ตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 หน่วยบริการ 938 แห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งข้อมูลเพื่อเบิกเคลม สปสช.

ผ่านช่องทาง FDH เพียงช่องทางเดียว

ผลกระทบของการเปลี่ยน DRG5 -> DRG6

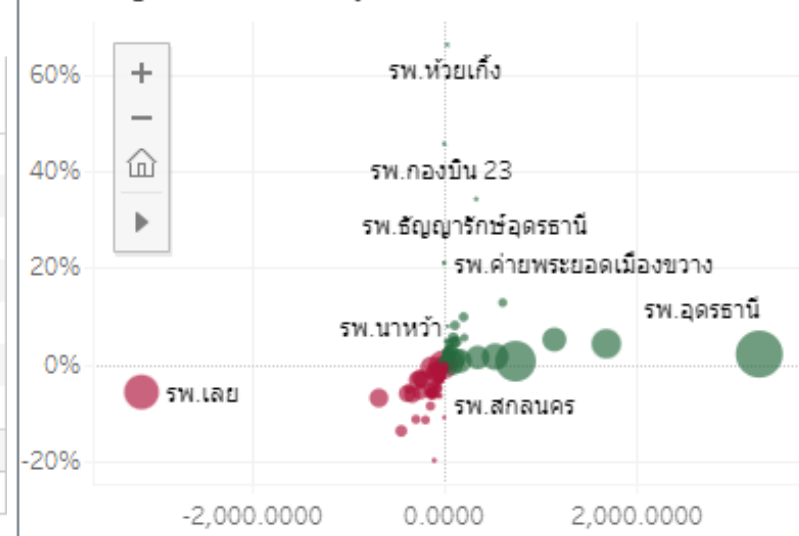
PayRate(THB/adjRW) 8,350

ปีงบประมาณ 2566

เปรียบเทียบ DRG5 vs DRG6 รายพื้นที่

สปสช.เขต	จังหวัด	หน่วยบริการ	จำนวนเคส	ΣRW.V5	ΣAdjRW...	ΣRW.V6	ΣAdjRW...	ผลต่าง ΣAdjRW	%Chg ΣAdjRW	ΣAdjRW เพิ่ม (แห่ง)	ΣAdjRW BudgetImpe ลดลง (แห่ง)	ผลต่าง (ล้าน..)	
เขต 8 อุตรธานี	นครพนม	14	63,419	62,725	62,399	63,787	63,103	704	1.13%	9	5	5.88	
		บึงกาฬ	8	46,707	44,256	43,994	44,201	43,715	-279	-0.63%	2	6	-2.33
		เลย	17	86,722	94,797	94,232	91,736	90,381	-3,850	-4.09%	6	11	-32.15
		สกลนคร	20	140,608	186,849	185,874	186,806	185,123	-750	-0.40%	9	11	-6.26
		หนองคาย	10	68,048	80,774	80,324	83,071	82,480	2,156	2.68%	9	1	18.00
		หนองบัวลำภู	8	45,483	52,917	52,634	52,645	52,004	-630	-1.20%	3	5	-5.26
		อุตรธานี	26	164,977	245,865	244,488	251,307	248,111	3,623	1.48%	16	10	30.25
		รวม	103	615,964	768,184	763,944	773,553	764,918	974	0.13%	54	49	8.13
รวมทั้งหมด		103	615,964	768,184	763,944	773,553	764,918	974	0.13%	54	49	8.13	

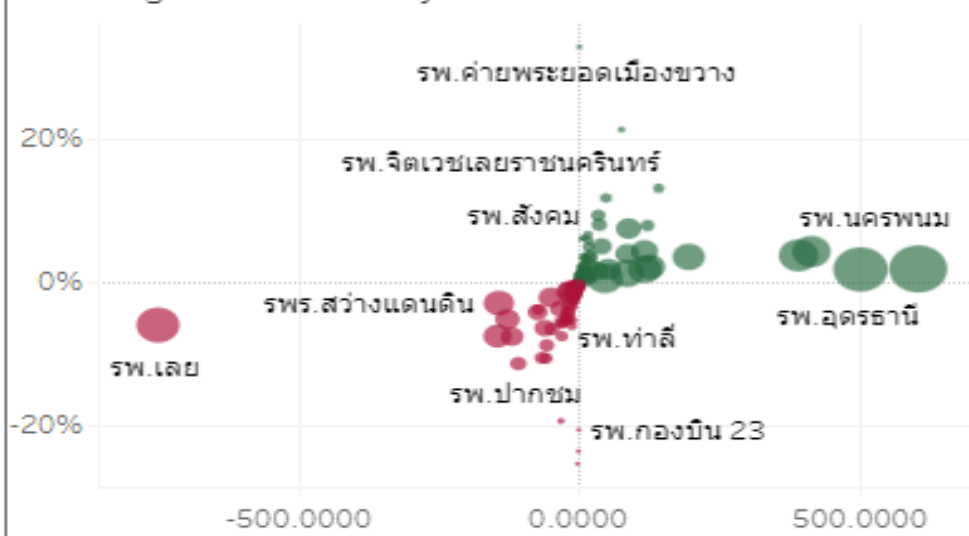
%change vs ผลต่าง AdjRW



ปีงบประมาณ 2567

Summary	1.เพิ่มขึ้น	2.ลดลง	ทั้งหมด
จำนวนเคส	103,515	58,661	162,176
หน่วยบริการ (แห่ง)	100	99	100
ΣRW.V5	93,391	102,258	195,649
ΣAdjRW.V5	93,130	101,274	194,405
ΣRW.V6	125,153	73,035	198,188
ΣAdjRW.V6	124,059	71,484	195,543
ผลต่าง ΣAdjRW	30,928	-29,790	1,138
%Chg ΣAdjRW	33.21%	-29.42%	0.59%
ΣAdjRW เพิ่ม (แห่ง)	51	50	51
ΣAdjRW ลดลง (แห่ง)	49	49	49
BudgetImpact (ล้านบาท)	258.25	-248.75	9.50

%change vs ผลต่าง AdjRW





รายงานสถานการณ์ตามนโยบายรัฐบาล
ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค
“บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่” ระยะ 3
หน่วยบริการในพื้นที่เขต ๘ อุดรธานี

ที่มาและความสำคัญ

30 บาท
รักษาทุกที่
ด้วยบัตรประชาชน
ใบเดียว



เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของนโยบาย 30 บาทฯ

- 1) ช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล เพิ่มหน่วยบริการนวัตกรรมรองรับ
- 2) เพิ่มความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ
- 3) การบูรณาการเชื่อมโยงระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งข้อมูลบริการและข้อมูลการเบิกจ่ายฯ

กลุ่ม	เป้าหมายของการขับเคลื่อนนโยบายฯ
ประชาชน	<ol style="list-style-type: none">1. การเข้าถึงบริการอย่าง มีคุณภาพ และ เท่าเทียม2. ความพึงพอใจ3. ลดระยะเวลารอคอย
ระบบบริการ	<ol style="list-style-type: none">1. การลดความแออัดในโรงพยาบาล2. หน่วยนวัตกรรมเพิ่มขึ้น เพียงพอและทั่วถึง3. ระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง และมีระบบ 4 C (Continuity care, First contact care, Coordinating care, Comprehensive care)4. ข้อมูลบริการสุขภาพเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ และหน่วยนวัตกรรม5. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการประจำ และ หน่วยนวัตกรรม
การบริหารงบประมาณ	<ol style="list-style-type: none">1. ระบบตรวจสอบก่อนจ่ายที่มีประสิทธิภาพ2. หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการ ถูกต้อง และรวดเร็ว

วาระ 4.2 การขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาล “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระยะที่ 3

รายละเอียดการนำเสนอ

1. ความก้าวหน้าการขอรับจัดสรรงบประมาณตามนโยบาย ปีงบประมาณ 2567

- **ระยะที่ 1** สปสช. มีหนังสือด่วนที่สุด ลงวันที่ 12 ม.ค. 2567 เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาของท่านนายกรัฐมนตรี
- **ระยะที่ 2** สปสช. มีหนังสือด่วนที่สุดลงวันที่ 29 เม.ย. 2567 เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงบประมาณ

2. ผลการเบิกจ่ายค่าบริการตามนโยบาย ระยะที่ 1-3 (ล้านบาท)

รายการ	จำนวนเงิน
รับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร	188.67
บริการกลุ่มนวัตกรรม	121.47
รวม	310.13

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2567 วันที่ 15 พฤษภาคม 2567

วาระ 4.2 การขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาล “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระยะที่ 3

มติที่ประชุม

1. รับทราบผลการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ตามที่เสนอ
2. เห็นชอบการขยายพื้นที่ขับเคลื่อน นโยบายรัฐบาล “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระยะที่ 3 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเริ่มดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2567 และในพื้นที่กรุงเทพมหานครเริ่มดำเนินงานตามความพร้อม
3. เห็นชอบให้เสนอของบกลางทั้งระยะที่ 2 และ 3 ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 25 ธันวาคม 2566 โดยในระหว่างรองบกลาง ให้สำนักงานฯ ~~สำรองจ่ายเงินที่มีไปก่อนจากกองทุนค่าบริการทางการแพทย์~~
4. มอบ สปสช.ตรวจสอบข้อมูลก่อนและภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข (Pre-Post Audit) กรณีจังหวัดร้อยเอ็ด และนำมารายงานคณะกรรมการ ในการประชุมครั้งถัดไป
5. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

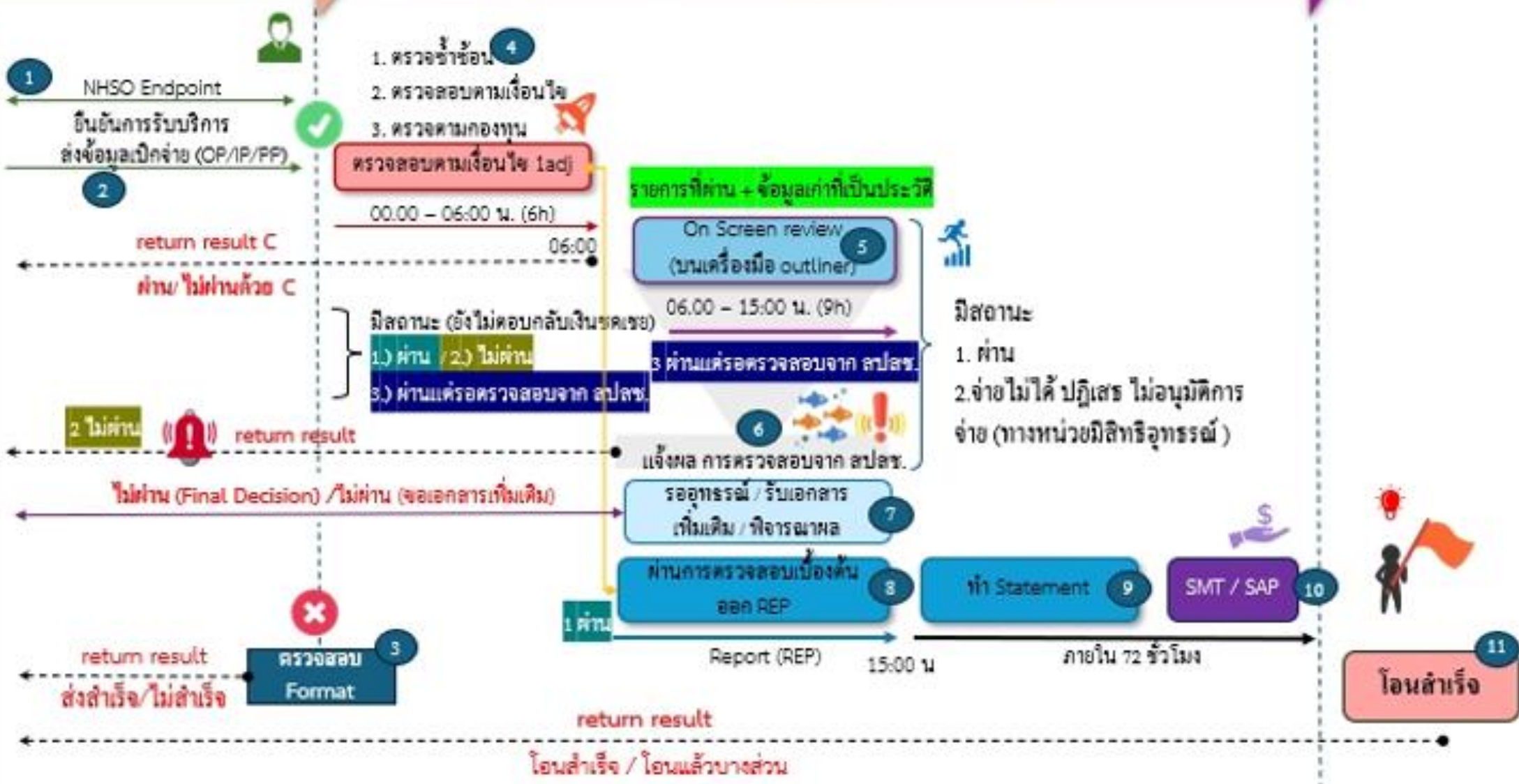


ขั้นตอนกระบวนการยืนยันและกระบวนการเบิกชดเชยในจังหวัดนำร่อง

หน่วยบริการ / platform ส่งข้อมูล

1 day - 3 day

- ราช/รพช/รพท.
 /รพ.สต.
 วิทยา / คลินิก
 Any Platform
 e-Claim
 AMED/ KTB
 Financial data Hub
 หมดอายุ
 HosXP
 MyPCU
 JHCIS
 Abstract
 ฯลฯ



ภาพรวมการจ่ายชดเชย ONE ID เขต 8 อุดรธานี



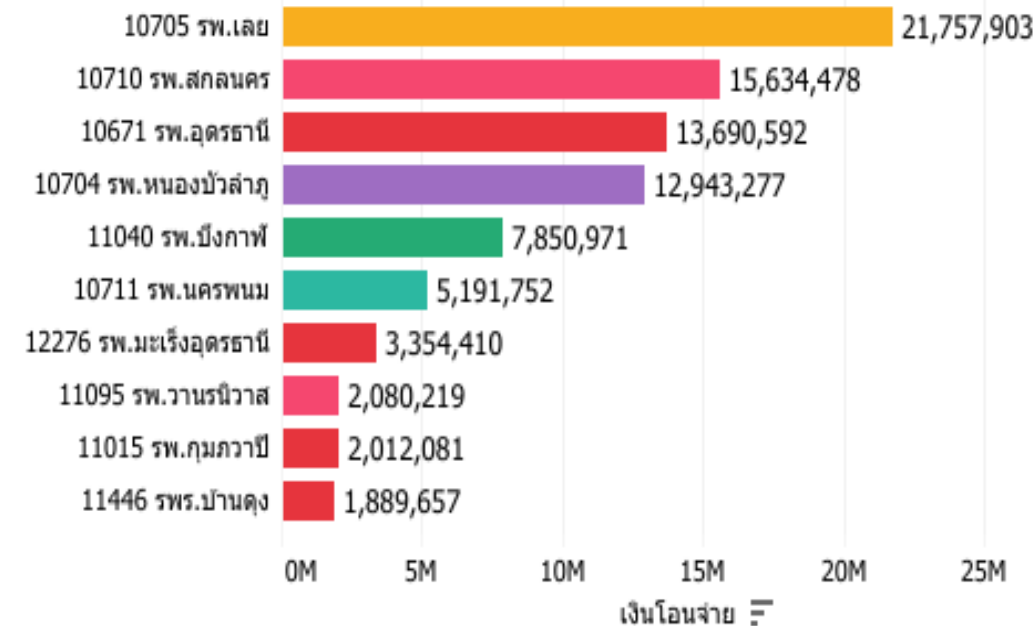
ยอดโอนสุทธิ โครงการบัตรประช.ใบเดียว

(เลขงวด %ONEID, DKTP% DDSA% DAME% DINS%)

ประเภทหน่วยบริการ	รวมทั้งหมด			
	จำนวนหน่วยบริการ	คน	ครั้ง	เงินโอนจ่าย
โรงพยาบาล	98	63,797	89,622	111,619,137.57
คลินิกพยาบาล	170	53,339	87,035	23,722,686.52
ร้านยาเภสัชกรรม	109	27,745	42,978	9,633,991.95
คลินิกกายภาพบำบัด	20	693	6,476	2,746,050.50
คลินิกเวชกรรม	6	2,513	2,745	1,700,920.15
รพ.สต.	193	18,298	19,217	1,475,261.88
คลินิกทันตกรรม	7	539	737	765,274.00
เทคนิคการแพทย์	2	206	207	146,613.15
คลินิกแพทย์แผนไทย	8	140	357	127,823.54
หน่วยบริการอื่นๆ	1	1	1	30.00
Grand Total	614	167,271	249,375	151,937,789.26

10 อันดับที่ยอดโอนสูงที่สุด

ยอดโอนสุทธิ รายหน่วยบริการ



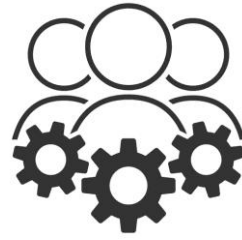
สถานะการเบิกจ่าย ONE ID เขต 8 อุดรธานี



โรงพยาบาล	จำนวนเคส	ร้อยละ	เรียกเก็บ (บาท)	จ่ายชดเชย (บาท)
P-ผ่านขั้นต้น	331,725	83.28%	972,221,279	101,414,177
1-รอดตรวจสอบ	22	0.01%	101,471.22	41,092.74
2-กำลังพิจารณา	120	0.03%	1,403,760.04	122,318.97
3-ผ่าน	57,444	14.42%	295,359,294.04	51,388,684.78
4-ไม่ผ่าน	4,249	1.07%	31,594,075.92	14,206,705.29
6-อุทธรณ์เรียบร้อยแล้ว	59	0.01%	194,771.37	149,918.32
7-ไม่ขออุทธรณ์	1,237	0.31%	4,456,920.84	688,882.43
8-ขอแก้ไขข้อมูลและส่งข้อมูลใหม่	3,457	0.87%	17,243,163.59	9,826,499.00
Grand Total	398,313	100.00%	1,322,574,736	177,838,278

รพ.สต.	จำนวนเคส	ร้อยละ	เรียกเก็บ (บาท)	จ่ายชดเชย (บาท)
P-ผ่านขั้นต้น	137,266	85.80%	53,411,539	9,583,929
1-รอดตรวจสอบ	12	0.01%	2,475	2,385
2-กำลังพิจารณา	23	0.01%	4,846	4,646
3-ผ่าน	21,154	13.22%	27,040,055	2,080,085
4-ไม่ผ่าน	1,341	0.84%	861,834	244,941
6-อุทธรณ์เรียบร้อยแล้ว	5	0.00%	1,645	675
7-ไม่ขออุทธรณ์	45	0.03%	7,627	5,869
8-ขอแก้ไขข้อมูลและส่งข้อมูลใหม่	141	0.09%	39,049	23,789
Grand Total	159,987	100%	81,369,070	11,946,319

การกำกับติดตาม (M&E)



- อปสข.เขต 8 อุดรธานี
- อคม.เขต 8 อุดรธานี
- คณะทำงาน 5x5
- คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 8 , CFO ,SP

31 พค.67 ระดับ รพ.สต.ผ่านระบบZOOM

ลงพื้นที่คืนข้อมูลONEID ระดับ รพ.รายจังหวัด

6 มีย.67 จ.เลย

12 มีย.67 จ.นครพนม

20 มีย.67 จ.อุดรธานี

24 มีย.67 จ.หนองบัวลำภู

25 มีย.67 จ.สกลนคร

26 มีย.67 จ.หนองคาย

27 มีย.67 จ.บึงกาฬ

หน่วยนวัตกรรม ผ่านระบบ ZOOM : คลินิกพยาบาล ร้านยา ฯ



ระบบสารสนเทศการสร้างหลักประกันสุขภาพ (MIS)

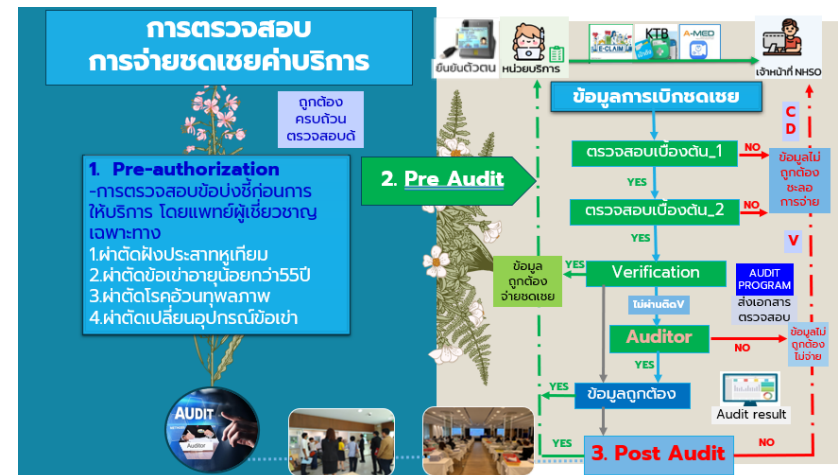


สำหรับดูข้อมูลสารสนเทศการ รูปแบบ Dashboard ตามบริการตามสิทธิประโยชน์

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

มี USER/PASSWORD

- ✓ [Medata.nhso.go.th](https://medata.nhso.go.th/)
- ✓ mishos.nhso.go.th
- ✓ medata.nhso.go.th/fdhmonitor
- ✓ [medata.nhso.go.th /IPMonitorforCFO](https://medata.nhso.go.th/IPMonitorforCFO)



หมวด 2 การดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ เมื่อสำนักงานตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอันพิสูจน์ได้ว่าเป็นเท็จ โดยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยการสรุป
โรคหรือสรุปการทำหัตถการมากเกินไปโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรค
หรือรหัสหัตถการโดยไม่พบหลักฐาน หรือการเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในกรณีต่าง ๆ โดยไม่พบหลักฐาน
การให้บริการ หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไป
แก่กรณี ให้สำนักงานพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) เรียกคืนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการได้รับพร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอม
คืนค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้สำนักงานดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป

(๒) ระงับหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ

(๓) ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญากับบุคคลผู้กระทำความผิด

(๔) แจ้งสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบการวิชาชีพ

(๕) พิจารณาว่าหน่วยบริการนั้นกระทำความผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายชลน่าน ศรีแก้ว)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เสนอคณะอนุกรรมการฯ เพื่อ

- รับทราบรายงานสรุปการเบิกจ่ายชดเชยกองทุนผู้ป่วยใน และการชดเชยตามนโยบายรัฐบาลฯ ปีงบประมาณ 2567 หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ.เขตสุขภาพที่ 8
- มอบ สปสช.เขต 8 อุดรธานี ร่วมกับ CFO เขตสุขภาพที่ 8 กำกับติดตามผลงานบริการของหน่วยบริการในพื้นที่ต่อไป หากพบความผิดปกติให้รายงานคณะอนุกรรมการฯ เพื่อทราบและพิจารณา