

หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561

วันที่ 15 กันยายน 2560

นพ.การุณย์ คุณติรานนท์
รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรอบและแนวคิดในการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนฯ ปี 2561

- 1



กรอบตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
มาตรา 7, 8, 38, 41, 45, 46, 47

ผลรับฟังความคิดเห็นฯ ตามมาตรา 18(13) ปี 2560 (5 เขต)
- 2

คำสั่ง คสช. ที่ 37/2559 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559

- ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560

- (๔) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน
 - (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วน ที่เหมาะสม

- 3

- มติ ครม.ที่เกี่ยวข้อง (UCEP, อนุมัติงบประมาณปี 2561, การจัดหาฯ, ข้อเสนอการปฏิรูประบบสาธารณสุข)
 - ผลการตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบต่างๆ
- 4

แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ / ยุทธศาสตร์ของอนุกรรมการฯ
แผนแม่บทบูรณาการการพัฒนาระบบประกันสุขภาพฯ →



แนวคิดพื้นฐานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- 5

1. ความเป็นธรรมตาม Health need ของประชาชนและพื้นที่ดำเนินการ
 2. ประสิทธิภาพและคุณภาพของผลงานบริการสาธารณสุข
 3. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินการหลักประกันสุขภาพและการบริการสาธารณสุข
 4. ประสิทธิภาพการบริหารค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สรุปเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2561 : ที่จะได้รับ

รับแจ้งจาก สบป. วันที่ 25 เม.ย. 2560 (ไม่เป็นทางการ) มีการปรับลดจากมติ ครม. 28 กพ.60 โดย
ตัดรายการค่าบริการกรณีเฝ้าผลงานปี 2556-2559 ที่เกินกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ

รายการ	เงินกองทุนปี61 - ที่จะได้รับ	
	เป้าหมาย	ล้านบาท
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	48.797 ล้านคน (งบ PP= 65.700 ล้านคน)	156,019.6223
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	296,900 ราย	3,218.2496
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	52,976 ราย	8,165.6070
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	2,907,200 ราย	1,080.7033
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	157 แห่ง	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	193,200 คน	1,159.2000
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	652,173 ครั้ง	240.0000
8. ค่าบริการกรณีเฝ้าผลงานปี 2556-2559 ที่เกินกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ	-	ปรับลดหลังมติ ครม. 28 กพ.60
รวมทั้งสิ้น		171,373.6703
จำนวนเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐฯ		44,840.5391
คงเหลืองบกองทุนที่ส่งให้ สปสช.		126,533.1311

บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2561

ประเภทบริการ	บาทต่อผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (รวม CA Colon และงบจ่ายตามคุณภาพผลงาน)	1,167.41
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป (รวมบริการ UCEP ที่เพิ่มขึ้น)	1,113.93
3. บริการกรณีเฉพาะ	337.08
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (วัคซีน HPV ครอบคลุม 100% และงบจ่ายตามคุณภาพผลงาน)	415.55
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13
6. บริการแพทย์แผนไทย	11.61
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	4.92
9. การจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการที่เพิ่มขึ้น	2.00
รวม	3,197.32

สรุปยอดงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2561 ที่ได้รับ (รับแจ้งจาก สงป. 25 เม.ย. 60)



รายการ	ปี 2560 [ได้รับ]	ปี 2561 [ข้อเสนอ]	ปี 2561 [ได้รับ มติครม. 28กพ.]	ปี 2561 [ได้รับ รับแจ้งจาก สงป. 25 เม.ย. 60]	ผลต่างปี61กับปี60ที่ ได้รับ	% growth
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว						
1 ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว						
- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) *	3,109.87	3,374.70	3,197.32	3,197.32	87.45	2.81%
- ประชากรสิทธิ (ล้านคน)	48.8029	48.7970	48.7970	48.80	(0.0059)	-0.01%
- จำนวนงบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว	151,770.6746	164,675.2359	156,019.6224	156,019.6224	4,248.9478	2.80%
- จำนวนเงินเดือนภาครัฐขึ้นปกติในระบบ	42,307.2340	43,828.2800	44,840.5392	44,840.5392	2,533.3052	5.99%
- คงเป็นเงินกองทุนที่ส่งให้ สปสช	109,463.4406	120,846.9559	111,179.0832	111,179.0832	1,715.6426	1.57%
กลุ่ม B - ค่าบริการอื่นๆ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว	14,002.3398	16,756.4697	15,354.0479	15,354.0479	1,351.7081	9.65%
2 ค่าบริการสาธารณสุขผู้ติดเชื้อ เอช.ไอ.วีและผู้ป่วย เอดส์ (รวมควบคุมป้องกันการติดเชื้อ เอช.ไอ.วี)	3,122.4080	3,418.2012	3,218.2496	3,218.2496	95.8416	3.07%
3 ค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	7,529.2353	8,332.3245	8,165.6070	8,165.6070	636.3717	8.45%
4 ค่าบริการสาธารณสุขเพื่อควบคุมป้องกันความรุนแรง ของโรคเรื้อรัง (DM/HT และจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	960.4090	1,356.4560	1,080.7033	1,080.7033	120.2943	12.53%
5 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนภาคใต้	1,490.2875	1,490.2880	1,490.2880	1,490.2880	0.0005	0.00%
6 ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข	-	-	-	-	-	0.00%
6 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	900.0000	1,159.2000	1,159.2000	1,159.2000	259.2000	28.80%
7 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับ ปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	-	1,000.0000	240.0000	240.0000	240.0000	100.00%
กลุ่ม C - เพิ่มเติมเฉพาะกรณี	-	4,312.4994	1,487.6315	-	-	-
8 ค่าบริการกรณีผลงานปี 2556-2559 มากกว่าเป้าหมาย ที่ได้รับงบประมาณ	-	4,312.4994	1,487.6315	ปรับลดหลังมติ ครม. 28 กพ.60	-	0.00%
รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A + B + C)	165,773.0144	185,744.2050	172,861.3018	171,373.6703	5,600.6559	3.38 %
คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้ สปสช	123,465.7804	141,915.9250	128,020.7626	126,533.1311	3,067.3507	2.48 %
รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A + B)	165,773.0144	181,431.7056	171,373.6703	171,373.6703	5,600.6559	3.4 %

หลักการสำคัญที่ปรับปรุงจากปี 2560

1. รายการที่ดำเนินการตาม “ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามคำสั่ง คสช.ที่ 37/2559”
2. กรณีที่เดิมจ่ายเป็นยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่ให้องค์การเภสัชกรรม จัดหาให้ ระบุให้เป็นได้ทั้ง 2 รูปแบบ คือ จ่ายเป็นของและหรือจ่ายชดเชยเป็นเงิน เพื่อรายการใดพร้อมที่จะจ่ายแบบจ่ายชดเชยเป็นเงิน ก็สามารถดำเนินการได้
3. ย้ายรายการบริการกรณีเฉพาะบางรายการ เข้าระบบ OP-ทั่วไป/IP-ทั่วไป
4. ระบุช่วงเวลาข้อมูลที่เป็นตัวแทนการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อให้จ่ายเงินกองทุนได้ภายในปีงบประมาณ
5. บูรณาการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ที่อยู่ในรายการต่างๆ
6. รายการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิดให้มีการติดตามการดำเนินงานและหากงบประมาณปี 2561 ไม่เพียงพอ ให้ของบประมาณเพิ่มเติมต่อไป (ได้แก่ บริการกรณีเฉพาะ, UCEP, บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง)
7. กำหนดทิศทางการพัฒนาและปรับปรุงในปี 2562 เพื่อให้หน่วยบริการทราบและเตรียมการรองรับ

(ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ มีรายละเอียดตามเอกสาร (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 ” ซึ่งมีรายละเอียด จำนวน 8 หมวด ดังนี้

หมวด 1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

หมวด 2 รายการบริการทางการแพทย์เหมาะสมรายหัว

ส่วนที่ 1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ส่วนที่ 3 บริการกรณีเฉพาะ

ส่วนที่ 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ส่วนที่ 5 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ส่วนที่ 6 บริการการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 7 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ส่วนที่ 8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 9 การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ส่วนที่ 10 การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ 11 การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สช.

หมวด 3 รายการบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 1 บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

หมวด 4 รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริการทดแทนไต

ส่วนที่ 2 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

หมวด 5 รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)

ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

หมวด 6 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

หมวด 7 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หมวด 8 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

หมวด 9 ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ



ประกาศกองทุนปี 61
เสนอบอร์ด



ประกาศกองทุนปี 61
เสนอบอร์ด

ตามเอกสาร
ที่แนบ 1

1. รายการที่ดำเนินการตาม “ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามคำสั่ง คสช.ที่ 37/2559”
 - บริการ PP ที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA) (หมวด 2 ส่วนที่ 4)
 - ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (หมวด 2 ส่วนที่ 7)
 - เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ (หมวด 2 ส่วนที่ 8)
 - งบสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS และการป้องกันการติดเชื้อ HIV เพื่อสนับสนุนหน่วยบริการและศูนย์องค์รวม (หมวด 3 ส่วนที่ 2 และ 3)
2. กรณีที่เดิมจ่ายเป็นยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษที่ให้องค์การเภสัชกรรมจัดหาให้ ระบุให้เป็นที่ได้ทั้ง 2 รูปแบบ คือ จ่ายเป็นของและหรือจ่ายชดเชยเป็นเงิน เพื่อรายการใดพร้อมที่จะจ่ายแบบจ่ายชดเชยเป็นเงิน ก็สามารถดำเนินการได้

รายการและกรอบวงเงิน สำหรับ ยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่ให้องค์การเภสัชกรรมจัดหาให้ ปี 2561

รายการ	ลำดับ	โครงการพิเศษ	งบปี 2561 (ลบ.)
ก. ยาจำเป็น (ยา จ.2 ยาทาตามระบบ CL ยากำพร้า และยาต้านพิษ)	1	โครงการ ยาบัญชี จ (2)	2,426.78
	2	โครงการ ยาCL	
	3	โครงการ ยากำพร้าและยาต้านพิษ	
ข. ยารักษาโรค	4	โครงการ ยารักษาโรค (TB)	440.31
ค. วัคซีน	5	โครงการ วัคซีน(Vaccine)	1,866.90
ง. สำหรับผู้ป่วย HIV/AIDS	6	โครงการ ยาต้านไวรัสเอดส์ ARV	2,583.30
	7	โครงการ ถุงยางป้องกันเอดส์	11.145
จ. สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	8	โครงการ CAPD และ EPO	4,107.31
	9	โครงการ สาย KT สำหรับผู้ป่วย CAPD	
ฉ. อุปกรณ์และอวัยวะเทียม	10	โครงการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ได้แก่ ข้อเท้า และ ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดโคโรนารี (stent)	960.83
		รวม	12,396.57



แผนจัดหายา
ชวทันตปี 61 เสนอขอ

รายละเอียดตาม
เอกสารที่แนบ 2

* ตัวเลขประมาณงบประมาณ ได้จากความต้องการหักด้วย stock และเพิ่ม buffer stock 1 เดือน

ประเด็นสำคัญที่ปรับปรุง (ต่อ)

3. ย้ายรายการบริการกรณีเฉพาะบางรายการ เข้าระบบ OP-ทั่วไป/IP-ทั่วไป

3.1 ย้ายรายการบริการกรณีเฉพาะ (CR) เข้า OP-ทั่วไป/IP-ทั่วไป จำนวน 3 รายการ ได้แก่

- บริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน,
- บริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ และการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จ่อประสาทตา),
- การรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (เป็นไปตามงบประมาณที่ได้รับ)

3.2 ย้ายรายการบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ได้รับงบเพิ่มใหม่ในปี 2561 จำนวน 2.28 บาทต่อผู้มีสิทธิ) เข้า OP-ทั่วไป (หมวด 2 ส่วนที่ 1) โดย

- จัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนอายุ 50-70 ปี
- จ่ายให้หน่วยบริการในลักษณะโครงการโดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.
- รูปแบบระบบบริการหรือเงื่อนไขบริการ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กำหนด

ประเด็นสำคัญที่ปรับปรุง (ต่อ)

4. ระบุช่วงเวลาข้อมูลที่เป็นตัวแทนการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อให้จ่ายเงินกองทุนได้ภายในปีงบประมาณ

บริการ	ช่วงเวลาข้อมูลที่เป็นตัวแทนจ่ายปี 2560	ช่วงเวลาข้อมูลที่เป็นตัวแทนจ่ายปี 2561
1) บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	เฉพาะ สป.สธ. ใช้ปชก. 1 กค.59	เฉพาะ สป.สธ. ใช้ปชก. 1 เมย.60
2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	PPA -> ใช้ปชก. ณ 1 กค.59 จัดแบ่งวงเงินเขต	PP ทัวไป -> ใช้ปชก. ณ 1 เมย.60
	PP ทัวไป -> ใช้ปชก. ณ 1 กค.59	PPA -> ใช้ปชก. ณ 1 เมย.60 จัดแบ่งวงเงินเขต
3) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	ใช้ปชก. 1 กค. 59 คำนวณวงเงิน GB เขต	ใช้ปชก. 1 เมย.60 คำนวณวงเงิน GB เขต
4) บริการแพทย์แผนไทย	ข้อมูลผลงาน เมย.58-มีค.59	ข้อมูลผลงาน เมย.60 - มีค.61
5) ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)	กรณี OP-PP -> ใช้ปชก. 1 พย.59 จัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด	กรณี OP-PP -> - ใช้ปชก. 1 เมย.60 แบ่งเงิน สป.และนอกสป, - กรณีสป. ใช้ ปชก. 1 เมย.60 จัดสรรเงิน - กรณีนอกสป. ใช้ ปชก. 1 พย.60 จัดสรรเงิน
	กรณี IP -> ใช้ผลงาน IP ตามวันจำหน่าย 10 เดือนระหว่าง ตค.58-กค.59	กรณี IP -> ใช้ผลงาน IP ตาม sent date 6 เดือน ระหว่าง ตค.59 - มีค.60

ประเด็นสำคัญที่ปรับปรุง (ต่อ)

5. บริการผู้ป่วยในทั่วไป (หมวด 2 ส่วนที่ 2)

- **การกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่าย**สำหรับบางบริการเฉพาะเขตกรณีรายการบริการที่กำหนดใหม่เพิ่มเติม จากปีงบประมาณ 2560 ให้เริ่มการจ่ายค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 และให้มีประเมินผลว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตก่อนการดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562

6. บริการกรณีเฉพาะ (หมวด 2 ส่วนที่ 3)

- ระบุอัตราผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาอื่นๆ จากไม่เกินข้างละ 7,000 บาท เป็นข้างละ 5,000 บาท (เท่ากับที่จ่ายจริงในปี 2560)
- สนับสนุนระบบการคัดกรองต้อกระจกเพื่อวางแผนการจัดบริการ
- ให้มีการดำเนินการศึกษากลวิธีที่เหมาะสมในการผ่าตัดต้อกระจกที่มุ่งเป้าการแก้ปัญหาตาบอดและสายตาเลือนลางรุนแรงจากต้อกระจก (Blinding cataract & Severe cataract)

ประเด็นสำคัญที่ปรับปรุง (ต่อ)

7. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (หมวด 2 ส่วนที่ 4)

- 7.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA) ให้
- การดำเนินงานจัดบริการให้ค่านึงถึง**การบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board: DHB)**
 - หากมี**เงินเหลือ**ให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค**สำหรับบริการพื้นฐาน** ให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

8. บริการการแพทย์แผนไทย (หมวด 2 ส่วนที่ 6) ปรับเงื่อนไขการจ่าย ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ดังนี้

- 8.1 ไม่เกินร้อยละ 10 ให้**หน่วยบริการที่มีศักยภาพและการบริการที่เป็นต้นแบบ**การบริการการแพทย์แผนไทยที่ครอบคลุมทุกมิติ
- 8.2 ไม่เกินร้อยละ 40 **ตามศักยภาพการบริการการแพทย์แผนไทย** ยกเว้นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบ
- 8.3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 **ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย** โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่ 1 เมย.60 ถึง 31 มีค.61 ยกเว้นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบ

ประเด็นสำคัญที่ปรับปรุง (ต่อ)

9. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (หมวด 2 ส่วนที่ 9) บุคลากรจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ที่อยู่ในรายการต่างๆ [OP-ทั่วไป 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ , PPB 9 บาทต่อคนไทย, รายการค่าบริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ]
- **บริหารแบบ Global budget ระดับเขต**ของแต่ละเขต จ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเกินกว่าเป้าหมายตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด
 - หากมี**เงินเหลือ** ให้จ่ายให้หน่วยบริการประจำ**ตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ** โดยผ่านความเห็นชอบจากอปสช.
10. การจัดสรรค่าบริการ OP-PP-IP (Basic payment) หน่วยบริการสังกัด สป.
- กั้นเงินไม่เกิน 3,000 ลบ. สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และ
 - **ไม่เกิน 7,000 ลบ.**สำหรับปรับเปลี่ยนรายรับภายใต้เงื่อนไข **Step ladder และ K**
 - หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเปลี่ยน ให้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใน กรกฎาคม 2560

ประเด็นสำคัญที่ปรับปรุง (ต่อ)

11. บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอช.ไอ.วีและผู้ป่วยเอดส์ (หมวดที่ 3) เพิ่มการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี

- กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี
- การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามผลการบริการฯ ตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช.กำหนด ซึ่งจะมาจากการหารือร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

12. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันสูง (หมวด 5 ส่วนที่ 1)

- เพิ่มสัดส่วนการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ 2nd prevention จากร้อยละ 40 เป็น 60
- กำหนดให้มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy)

ประเด็นสำคัญที่ปรับปรุง (ต่อ)

13. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (หมวดที่ 8) (ได้รับงบประมาณเพิ่มใหม่ในปี 2561) มีเป้าหมาย**เพิ่มการเข้าถึงบริการทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน** ภายใต้รูปแบบที่สนับสนุนการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดย

13.2 จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งหน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่จัดให้มีบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติเป็น “**คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)**” ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนด PCC เป้าหมายเป็น 2 ช่วง คือ ณ 30 กันยายน 2560 และ ณ 30 เมษายน 2561

13.3 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย

- 1) จำนวน 200 ล้านบาท (+543,473 visit) สำหรับ PCC เป้าหมายใน**พื้นที่นอก กทม.** ให้**ไม่เกินร้อยละ 80** ให้จ่ายตามจำนวนประชากร และหรือจำนวนทีมคลินิกหมอครอบครัว และ**ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20** ให้จ่ายตามผลการบริการที่เพิ่มขึ้น
- 2) จำนวน 40 ล้านบาท (+108,700 visit) สำหรับ PCC เป้าหมาย**ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร** ให้แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70** จ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการที่เพิ่มขึ้นของ PCC เป้าหมาย ทั้งนี้ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการได้ และ**ไม่เกินร้อยละ 30** จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
- 3) ให้ สปสช.สามารถปรับเกลียววงเงินระหว่างข้อ 1) และข้อ 2) ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

(ร่าง) คุณสมบัติ “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)” ของกระทรวงสาธารณสุข



บุคลากร	ระบบงาน	โครงสร้างพื้นฐาน
• แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือผ่านการอบรมระยะสั้นราชวิทยาลัย 1 คนต่อทีม • พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 ต่อประชากร 2,500 (4 คน) อย่างน้อย 50% • นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 ต่อประชากร 2,500 (4 คน) อย่างน้อย 50%	• ระบบบริการ - o Service package รายการวัย, EPI, ANC, เปลี่ยนพฤติกรรม - o การคัดกรองผู้ป่วยตามกลุ่มวัย - o บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน/บริการผู้ป่วยนอกเบื้องต้น - o บริการ Home visit/ Home care - o บริการ Long term care - o บริการให้คำปรึกษา • ระบบส่งต่อ/ส่งกลับ (Green channel/ Refer back) • ระบบข้อมูลและข่าวสาร - o ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลในการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับคลินิกหมอครอบครัว - o โปรแกรมจัดเก็บข้อมูลและส่งออกตามมาตรฐานที่กำหนด - o ระบบรายงานประจำเดือนและรายไตรมาส	• มีสถานบริการที่เหมาะสม • มีครุภัณฑ์ที่จำเป็นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ทิศทางการพัฒนาและปรับปรุงในปี 2562

1. การปรับปรุง DRGs สำหรับจ่ายค่าบริการ IP-ทั่วไป
2. การปรับปรุงการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ต่อเนื่องจากปี 2561
3. การปรับบริการกรณีเฉพาะบางรายการเข้าระบบปกติ OP-ทั่วไป/IP-ทั่วไป รวมทั้งการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ อาจไปรวมในค่าบริการใน IP-ทั่วไป โดยเฉพาะ ข้อเข้าเทียมและส่วนที่เกี่ยวกับผ่าตัด PCI
4. การปรับรูปแบบการจัดหาบริการและแนวทางการจ่ายงบ PP เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้มีสิทธิอื่นๆ มากขึ้น
5. พัฒนารูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชนรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระยะหลังเฉียบพลัน (Subacute care)
6. ปรับสัดส่วนการจัดสรรตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วย DM/HT เพิ่มขึ้น โดยจะประมวลผลข้อมูลจากฐานข้อมูลบริการต่างๆ จากระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP/PP individual records)
7. ศึกษาความเป็นไปได้ของการบูรณาการงบประมาณเพื่อสนับสนุน คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB), และบริการ PCC (ตามมติกรม.เรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข)
8. ศึกษากลวิธีที่เหมาะสมในการผ่าตัดต้อกระจกที่มุ่งเป้าการแก้ปัญหาตาบอดและสายตาสีบอดรุนแรงจากต้อกระจก (Blinding cataract & Severe cataract)

ในทุกประเด็นที่เสนอจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ รวมทั้งมีการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ



ทดลองรวมเครือข่าย...ทดลองหลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน