

# บทที่ 1

## การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

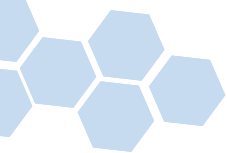
### 1. แนวคิดการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2561 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณเพิ่มเติม 1 รายการ คือ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ดังนั้นสรุปรายการงบประมาณที่ได้รับในปี 2561 จำนวน 7 รายการ ประกอบด้วย 1) บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดงพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 6) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 7) ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 18(4) มาตรา 38 มาตรา 41 มาตรา 45 มาตรา 46 มาตรา 47 และคำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 (คำสั่ง คสช. ที่ 37/2559) ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2564 และแผนแม่บทบูรณาการการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2561-2564 ภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

- 1.1 การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- 1.2 การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
- 1.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข

- 1.4 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

1.4.1 ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม



1.4.2 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช.กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผล เงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

1.4.3 เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

1.4.4 การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ

1.4.5 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้หน่วยบริการเครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงาน และผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

1.4.6 ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

1.4.7 สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด ได้แก่ รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตามกำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ 2561 ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช.รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

1.4.8 ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่าย หรือประมาณการจ่ายตาม

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2561 ในหมวด 2 ถึงหมวด 8 เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2561 แล้ว ให้ สปสช.จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

## 2. กรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 2.1 บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามประเภทและขอบเขตบริการ (สิทธิประโยชน์) ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัว การบริการกรณีเฉพาะ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การบริการการแพทย์แผนไทย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และบริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนไทยทั้งประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2561 ได้รับการจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 3,197.32 บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 48,797,000 คน

การบริหารจัดการเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2561 แบ่งเป็นประเภทบริการ 9 บริการ โดยจัดสรรเป็นค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,167.41
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,113.93
3. บริการกรณีเฉพาะ	337.08
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	415.55
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13
6. บริการการแพทย์แผนไทย	11.61

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	4.92
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,197.32

หมายเหตุ : - ประเภทบริการที่ 4 จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

## 2.2 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ครอบคลุมบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้องบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	224,400	2,952.2496
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	72,500	200.0000
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		66.0000
รวม	296,900	3,218.2496

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

## 2.3 บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็น ประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	26,570	4,243.6145
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	19,110	3,417.8287
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)	5,320	73.4720
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต		
- ผ่าตัด (KT)	172	58.2667
- รับประทานภูมิ (KTI)	1,804	372.4251
<b>รวม</b>	<b>52,976</b>	<b>8,165.6070</b>

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

#### 2.4 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามมาตรฐาน และ ครอบคลุมบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	2,907,200	1,019.2033
2. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	10,250	61.5000
<b>รวม</b>	<b>2,917,450</b>	<b>1,080.7033</b>

#### 2.5 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เป็นหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ในปีงบประมาณ 2561 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,490.2880 ล้านบาท

## 2.6 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน สถานพยาบาล/หน่วยบริการ อย่างเป็นระบบ ในปีงบประมาณ 2561 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,159.2000 ล้านบาท

## 2.7 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

เป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข. (5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ในปีงบประมาณ 2561 ได้รับงบประมาณจำนวน 240 ล้านบาท โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

## 3. เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุนปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 เฉพาะประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุนปีงบประมาณ 2561 มีการเปลี่ยนแปลง ในประเด็นที่สำคัญ โดยสรุป ดังนี้

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
1. บริการผู้ป่วยนอก	1.1 สำหรับหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นตัวแทนในการจัดสรร 1.2 รวมบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งได้งบประมาณในปี 2561 จำนวน 2.28 บาทต่อผู้มีสิทธิ
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	2.1 การกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตสำหรับบริการผู้ป่วยใน ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) ภายใน 30 กันยายน 2560 (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) และหากเป็นรายการบริการที่กำหนดใหม่เพิ่มเติม รวมถึงรายการบริการที่มีการปรับเงื่อนไขการจ่ายจากปีงบประมาณ 2560 ให้เริ่มการจ่ายค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 ทั้งนี้หากทุกรายการบริการที่กำหนดไว้แล้วจะดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 จะต้องมีการประเมินว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
3. บริการกรณีเฉพาะ (CR)	<p>3.1 ย้ายงบประมาณรายการบริการกรณีเฉพาะ (CR) เข้า OP-ทั่วไป/IP-ทั่วไป จำนวน 3 รายการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) บริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน</li> <li>2) บริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (การให้ยารักษาเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จ่อประสาทตา)</li> <li>3) การรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ ตามยอดวงเงินงบประมาณที่ได้รับ</li> </ol>
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	<p>4.1 สำหรับฝ่ายบริการสังกัด สป.สธ. ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA) ใช้ประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2560 เพื่อจัดแบ่งวงเงินระดับเขต</p> <p>4.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA) การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board: DHB) และหากมีเงินเหลือให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.</p>
5. บริการการแพทย์แผนไทย	<p>5.1 ปรับเงื่อนไขการจ่าย ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ไม่เกินร้อยละ 10 ให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพและการบริการที่เป็นต้นแบบการบริการแพทย์แผนไทยที่ครอบคลุมทุกมิติ</li> <li>• ไม่เกินร้อยละ 40 ตามศักยภาพการบริการแพทย์แผนไทย ยกเว้นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบ</li> <li>• ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ยกเว้นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบ</li> </ul>
6. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	<p>6.1 บูรณาการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ที่อยู่ในรายการต่างๆ [OP-ทั่วไป 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ PPB 9 บาทต่อคนไทย รายการค่าบริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ]</p>



รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)	<p>7.1 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) กรณีผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนประชากร ณ 1 เมษายน 2560 ในการจัดสรรเงิน</li><li>• กรณีหน่วยบริการสังกัดนอก สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนประชากร ณ 1 พฤศจิกายน 2560 ในการจัดสรรเงิน</li></ul> <p>7.2 สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยในใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมา ระหว่าง ตุลาคม 2559- มีนาคม 2560 ในการจัดสรรเงิน</p> <p>7.3 สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปรับสัดส่วนการจัดสรรเพื่อการบริการในแต่ละระดับ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ไม่น้อยกว่า 70% จ่ายตรงให้หน่วยบริการ</li><li>• ไม่เกิน 20% สำหรับการบริหารระดับจังหวัด</li><li>• ไม่เกิน 10% สำหรับการบริหารระดับเขต</li></ul>
8. บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์	8.1 เพิ่มการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี
9. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	9.1 เพิ่มสัดส่วนการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ 2 <sup>nd</sup> Prevention จากร้อยละ 40 เป็น 60 โดยกำหนดให้มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy)
10. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	เพิ่มรายการบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งมีเป้าหมายทำให้เกิดการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ภายใต้รูปแบบที่สนับสนุนการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว



#### 4. การดำเนินงานในปี 2561

ในการดำเนินการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในปี 2561 นั้น จะคำนึงถึงการใช้จ่าย วัคซีน เวชภัณฑ์ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ที่เป็นรายการเพื่อสนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์ และการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในบัญชีนวัตกรรมไทย ตามแนวทางที่กระทรวงการคลังกำหนด

#### 5. การกำหนดทิศทางการพัฒนาและปรับปรุงในงบประมาณ 2562

เพื่อให้แนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประสิทธิภาพ จึงมีการกำหนดทิศทางในการพิจารณาและปรับปรุง โดยแต่ละประเด็นจะมีการวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการ และผู้บริการ รวมทั้งมีการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ ทิศทางการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกองทุน มีดังนี้

1. การปรับปรุง DRGs สำหรับจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป
2. การปรับปรุงการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ต่อเนื่องจากปี 2561
3. การปรับบริการกรณีเฉพาะบางรายการเข้าระบบปกติผู้ป่วยนอกทั่วไป/ ผู้ป่วยในทั่วไป รวมทั้งการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ อาจไปรวมในค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยในทั่วไป โดยเฉพาะข้อเข้าเทียมและส่วนที่เกี่ยวข้องหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI)
4. การปรับรูปแบบการจัดหาบริการและแนวทางจ่ายงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้มีสิทธิอื่นๆ มากขึ้น
5. พัฒนารูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชนรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระยะหลังเฉียบพลัน (Sub-acute care)
6. ปรับสัดส่วนการจัดสรรตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (DM/HT) เพิ่มขึ้น โดยจะประมวลผลข้อมูลจากฐานข้อมูลบริการต่างๆ จากระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP/PP individual records)
7. ศึกษาความเป็นไปได้ของบูรณาการงบประมาณเพื่อสนับสนุนคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) และบริการ PCC (ตามมติ ครม. เรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข)
8. ศึกษาวิธีการที่เหมาะสมในการผ่าตัดต้อกระจกที่มุ่งเป้าการแก้ปัญหาตาบอดและสายตาสั้นกลางรุนแรงจากต้อกระจก (Blinding cataract & Severe cataract)