

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559

**"จุดเน้นและประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลง"**



*นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ รองเลขาธิการ สปสช.*

*7 ตุลาคม 2558*

# งบกองทุน UC ปี 2559 ที่ได้รับ

## รายการเหมือนปี 2558

### ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว

1. บริการทั่วไป 9 ประเภท  
(3,028.94 บาทต่อหัว 147,772 ล้านบาท)

### ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (2,811 ล้านบาท)
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (6,318 ล้านบาท)
4. ควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเรื้อรัง  
(ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) (909 ล้านบาท)
5. พื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย (866 ล้านบาท)
6. ค่าตอบแทนกำลังคน (ก.สธ.) (3,000 ล้านบาท)

## เพิ่มใหม่ปี 2559

### ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว

บริการคนพิการและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง  
(รวมในบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์)

### ค่าบริการนอกงบเหมาจ่ายรายหัว

2. เพิ่ม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (200 ล้านบาท)
4. เพิ่ม ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (49 ล้านบาท)
5. เพิ่ม พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้  
(ชดเชยภาระพยาบาล 3,000 อัตรา) (624 ล้านบาท)
7. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (600 ล้านบาท)

สรุปได้รับเงินกองทุน 163,152 ล้านบาท เพิ่มจากปี 58 ในภาพรวม 6.5%  
โดยเป็น "เงินที่มา สปสช.+ค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐ = 123,009+40,143 ล้านบาท"

# สรุปงบกองทุน UC ปี 2559 ที่ได้รับ

รายการ	ปี 2558	ปี2559 [ได้รับ]		
		ปี2559-ได้รับ	เพิ่ม / ลด จากปี 58	
			จำนวน	ร้อยละ
<b>กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว</b>				
1. ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว				
- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) *	2,895.09	3,028.94	133.85	4.6%
- ประชากรสิทธิ (ล้านคน)	48.6060	48.7870	0.1810	0.4%
<b>รวมกลุ่ม A</b>				
- จำนวนงบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว	140,718.7445	147,772.8960	7,054.1514	5.0%
- จำนวนเงินเดือนภาครัฐขั้นปกติในระบบ	38,188.0210	40,143.1400	1,955.1190	5.1%
- คงเป็นเงินกองทุนที่ส่งให้ สปสช.	102,530.7235	107,629.7560	5,099.0324	5.0%
<b>กลุ่ม B - ค่าบริการอื่นๆ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว</b>				
2. ค่าบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อ เอช.ไอ.วีและผู้ป่วยเอดส์ (ปี59 รวมควบคุมป้องกันการติดเชื้อ เอช.ไอ.วี)	2,811.9010	3,011.9010	200.0000	7.1%
3. ค่าบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	5,247.2240	6,318.0990	1,070.8750	20.4%
4. ค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเรื้อรัง (DM/HT และปี59 รวมจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	908.9870	959.0000	50.0130	5.5%
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปี59 รวมกรณี 3000 อัตรา)	464.8040	1,490.2875	1,025.4835	220.6%
6. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข	3,000.0000	3,000.0000	-	0.0%
7. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	-	600.0000	600.0000	
<b>รวมกลุ่ม B</b>	12,432.9160	15,379.2875	2,946.3715	23.7%
<b>รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A+B)</b>	<b>153,151.6605</b>	<b>163,152.1835</b>	<b>10,000.5229</b>	<b>6.5%</b>
<b>คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้ สปสช.</b>	<b>114,963.6395</b>	<b>123,009.0435</b>	<b>8,045.4039</b>	<b>7.0%</b>

หมายเหตุ : \*ค่าบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมอยู่ในรายการค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว

# สรุปงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2559-ชาลง

เป้าหมายประชากรลงทะเบียน UC ปี 2558=48.606 ล้านคน ->> ปี 2559=48.787 ล้านคน

ประเภทบริการ	ปี 2558 [ชาลง]	ปี 2559 [ได้รับ]	ปี 2559 [ชาลง]	ผลต่างปี59ชาลงกับปี58ชาลง	
				บาท	%
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,056.96	1,103.92	1,103.92	46.96	4.4%
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	998.26	1,060.14	1,060.14	61.88	6.2%
3. บริการกรณีเฉพาะ	301.01	305.29	305.29	4.28	1.4%
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	383.61	398.60	398.60	14.99	3.9%
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	14.95	16.13	16.13	1.18	7.9%
6. บริการแพทย์แผนไทย	8.19	10.77	10.77	2.58	31.5%
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายใน ลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อมจากการ บริการ)	128.69	128.69	128.69	-	-
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	3.32	5.40	5.40	2.08	62.7%
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	0.10	-	หมายเหตุ	(0.10)	-100.0%
<b>รวม</b>	<b>2,895.09</b>	<b>3,028.94</b>	<b>3,028.94</b>	<b>133.85</b>	<b>4.6%</b>

หมายเหตุ: 1. ค่าบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมอยู่ในรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
2. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ อยู่ระหว่างการพิจารณาความชัดเจน ถ้าให้สามารถจ่ายจากเงินกองทุนได้จะใช้งบประมาณ 0.10 บาทต่อหัว (4.87 ล้านบาท) โดยเงินรายการนี้รวมไว้ในรายการ "ผู้ป่วยในทั่วไป" ไว้ก่อน

# กรอบและแนวคิดในการกำหนด หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนปี2559

ก



กรอบตามกฎหมาย  
(พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7, 18, 19, 38, 39, 41, 46, 47)

ผลรับฟังความคิดเห็นฯ ตามมาตรา 18(13) ปี 2558

ข

มติ ครม. วันที่ 20 เมษายน 2558

กรณีอนุมัติงบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2559

ค

นโยบายรัฐมนตรี/รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ง

รายงานผลการตรวจสอบของ คตร. วันที่ 15 พ.ค.2558

แนวคิดพื้นฐานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จ

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

ฉ

การหารือร่วมกับ สป.สธ. ในส่วนที่เกี่ยวข้อง

1

กรอบการบริหารฯ ภาพรวมเหมือนปี 2558 ปรับปรุงเฉพาะประเด็นที่ได้มีการตั้งข้อสังเกตไว้ในปีที่ผ่านมา และรายการงบประมาณใหม่

2

สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ตามกรอบหลักการตามมติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 ก.พ.2558 โดยปรับปรุงเฉพาะ การมีคณะกรรมการร่วม สปสช.กับ สป.สธ. และกรณีที่มีเงื่อนไขอื่นๆ ที่คณะกรรมการร่วมฯ เสนอ

ทั้งหมดพิจารณา โดยคำนึงถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ มติ ครม.20 เม.ย.58 และผลการดีความของ คณะกรรมการพิจารณาประเด็นข้อกฎหมายเพื่อสร้างความชัดเจนในการบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามรายงานการตรวจสอบของ คตร.

# แนวทางสำหรับประเด็นตาม ครม. /คตร.

เนื่องจาก ขณะนี้**ยัง**ไม่มีการเปลี่ยนแปลง มติ ครม. 20 เม.ย.58 หรือ ข้อสรุปต่อผลสอบของ คตร. จึงเสนอให้หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนปี 2559 เป็นดังนี้ไว้ก่อน

ประเด็น	ข้อเสนอหลักเกณฑ์ฯ ปี 2559
1) ขอบเขตการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)	ขอบเขตบริการให้ ยกเว้น การก่อสร้าง และซ่อมแซมอาคาร
2) ห้ามมิให้นำไปสนับสนุนมูลนิธิต่างๆ	เงินกองทุนจะจ่ายให้ หน่วยบริการ สถานบริการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานภาครัฐ เท่านั้น
3) การจ่ายเงินกองทุนฯ สำหรับ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการ”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ในงบประมาณ 2559 ให้งบรวมอยู่ในประเภทรายการผู้ป่วยในทั่วไปไว้ก่อน จำนวน 0.10 บาทต่อผู้มีสิทธิ หากไม่สามารถจ่ายจากเงินกองทุนเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการฯ ให้ปรับเงินเป็นค่าใช้จ่ายประเภทบริการผู้ป่วยในทั่วไป</li> </ul> <p>(ในระหว่างนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2558 เห็นชอบให้ สปสช.ดำเนินงานช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการต่อไป ตามข้อบังคับเดิม โดยให้เปลี่ยนการเบิกจ่ายจากแหล่งเงินเดิมคือเงินกองทุน เป็นการเบิกจ่ายจากเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการฯ ว่าด้วยเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐ พ.ศ.2557 ข้อ 6(5) ทั้งนี้ การเบิกจ่ายจากเงินดังกล่าวให้เป็นการจ่ายขาด)</p>
4) การจ่ายเงินกองทุนรายการค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข)	เป็นการจ่ายตามวัตถุประสงค์ที่ได้รับงบประมาณ จึงสามารถจ่ายได้

# ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ มีรายละเอียดตามเอกสาร ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง "หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559" ซึ่งมีรายละเอียด จำนวน 8 หมวด ดังนี้

หมวด 1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

หมวด 2 รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ส่วนที่ 1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ส่วนที่ 3 บริการกรณีเฉพาะ

ส่วนที่ 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ส่วนที่ 5 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ส่วนที่ 6 บริการการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 7 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) \*

ส่วนที่ 8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ

ส่วนที่ 9 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ \*

ส่วนที่ 10 การปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ ที่ให้บริการผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ 11 การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

หมวด 3 รายการบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 1 บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 4 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

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 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

หมวด 7 ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

หมวด 8 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หมายเหตุ : \* เป็นประเด็นที่ปรับตาม มติ ครม. และการตีความของคณะกรรมการพิจารณาประเด็นข้อกฎหมายฯ



**1**

กรอบการบริหารเงินกองทุนฯ ปีงบประมาณ 25559

**จุดเน้นและประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลง - ภาพรวมทุกสังกัด**

1. เงินกองทุนจะจ่ายให้ หน่วยบริการ สถานบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ หน่วยงานภาครัฐ เท่านั้น (จนกว่ากฤษฎีกาจะตีความ)
2. หมวด 2 การคำนวณวงเงินระดับเขต
  - ปรับปรุงการคำนวณกรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นบริการพื้นฐาน และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ โดยให้ใช้ปัจจัยด้านประชากรเป็นหลัก
3. หมวด 2 ส่วนที่ 1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปสำหรับพื้นที่ กทม.
  - เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของผู้ลงทะเบียนสิทธิในเขต 13-กทม. โดย อาจ กั้นเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปจากหน่วยบริการประจำในเขต 13-กทม.ไว้จำนวนหนึ่ง แบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยร่วมบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. และให้ สปสช. ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วย บริการประจำ

### 4. หมวด 2 ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป

- การขยายสิทธิการคลอดโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ฯ) โดยให้ติดตามผลการใช้บริการการคลอดและหางบประมาณที่กำหนดไว้ในประเภทบริการนี้ไม่เพียงพอ ให้ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อนและให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป

### 5. หมวด 2 ส่วนที่ 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- เพิ่มการให้วัคซีน IPV โดยใช้งบกองทุนฯ ปี 2559 ในส่วนค่าวัคซีนโพลีโอแบบเดิม และเงินส่วนต่างระหว่างราคาวัคซีนอื่นๆ ที่ได้รับงบประมาณกับราคาที่จัดซื้อได้ และหากยังไม่เพียงพอ ให้ของบประมาณเพิ่มเติมจากรัฐบาล ทั้งนี้วัคซีน IPV ต้องได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน

# จุดเน้นและประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลง : ภาพรวมทุกสังกัด(ต่อ)

## 6. หมวด 2 ส่วนที่ 3 รายการบริหารบริการกรณีเฉพาะ

- Cataract ให้กำหนดเป็น regional target
- กรณี Asthma & COPD อยู่ในบริการ OP ทั่วไป ตั้งแต่ขั้นตอนค่าของประมาณ เพื่อไปจ่ายตาม QOF

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
1.2 OP refer ข้ามจังหวัด
1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
1.4 IP newborn (DRGv5)
1.5 IP-PUC/IPPRCC/SSS (DRGv5)
2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
2.1 Dialysis สำหรับ acute case-OP&IP
2.2 ยา OI [Crypto/CMV]-OP/IP
2.3 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
2.4 Chemo/Radio-OP&IP (IP เริ่มปี 58)
2.5 Cataract [all] รวมเลนส์ (Regional Target)
2.6 Laser project for diabetic retinopathy
2.7 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่

3. Provider financial risk protection
3.1 Instrument-OP&IP
3.2 สารประกอบเลือดเข้มข้น สำหรับ Hemophilia (ย้ายไปรวมกับยา จ.2)
3.3 Hyperbaric O2-OP&IP
3.4 Corneal transplantation (ส่ารองดวงตา)
3.5 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant)
4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
4.1 ยา Methadone สำหรับ MMT
4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยากาแฟ)
5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค
5.1 Thalassemia (ปรับเป็นดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ปี 58)
5.2 Tuberculosis
5.3 การดูแลแบบประคับประคอง(Morphine ในผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน)

## 7. หมวด 2 ส่วนที่ 5 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

- รวมการให้บริการคนพิการและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (ได้รับงบเพิ่ม) โดยบูรณาการการจ่ายไปกับบริการฟื้นฟูฯ ในชุมชน

## 8. หมวด 2 ส่วนที่ 7 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

- ปรับ**ขอบเขตโดยให้ชะลอ การก่อสร้างและซ่อมแซมอาคาร**
- ปรับแนวทางบริหารเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. โดย
  - ไม่น้อยกว่า 90% จ่ายตรงให้หน่วยบริการ (จากเดิมไม่น้อยกว่า 80%)
  - ไม่เกิน 10% ให้บริหารระดับจังหวัด โดยเน้นส่งเสริมบริการปฐมภูมิ และงาน Family care team (จากเดิมไม่เกิน 20% บริหารระดับประเทศ/เขต/จังหวัด เพื่อส่งเสริมการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการไปใช้บริการนอกเขตพื้นที่)

## 9. หมวด 1 ส่วนที่ 8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการ

- ให้งบรวมอยู่ในประเภทรายการผู้ป่วยในทั่วไปไว้ก่อน จำนวน 0.10 บาทต่อผู้มีสิทธิ หากไม่สามารถจ่ายจากเงินกองทุนเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการฯ ให้ปรับเงินเป็นค่าใช้จ่ายประเภทบริการผู้ป่วยในทั่วไป

(ในระหว่างนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2558 เห็นชอบให้ สปสช. ดำเนินงานช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการต่อไป ตามข้อบังคับเดิม โดยให้เปลี่ยนการเบิกจ่ายจากแหล่งเงินเดิมคือเงินกองทุน เป็นการเบิกจ่ายจากเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการฯ ว่าด้วยเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐ พ.ศ.2557 ข้อ 6(5) ทั้งนี้ การเบิกจ่ายจากเงินดังกล่าวให้เป็นการจ่ายขาด)

### 10. หมวด 3 เพิ่มขอบเขตบริการ “บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี” ในบริการผู้ป่วยติดเชื้อ

**HIV/AIDS** เป็นการดำเนินงานร่วมกับกรมควบคุมโรค และองค์กรที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางการบริหาร  
ฯ ดังนี้

- 1) สำหรับประชาชนทุกคน เน้นเป้าหมายในการดำเนินการ เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง เป็นต้น
- 2) การบริการเป็นการดำเนินการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำประชากรที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อมีความเสี่ยงต่อการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆในประชากรกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
- 3) การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

## 11. หมวด 5 ส่วนที่ 2 การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (งบใหม่ปีแรก)

- เป็นการให้บริการในชุมชน
- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายให้หน่วยบริการและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเงื่อนไข อัตรา และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามที่กำหนดโดย คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหรือคณะอนุกรรมการอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย





# หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ)

## วัตถุประสงค์

- เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการบริการต่อเนื่องในชุมชน
- เพื่อลดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ

## กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังสิทธิ UC ที่ได้รับการบริการต่อเนื่องในชุมชน 8,300 คน
- ให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20 Schizophrenia) เป็นหลัก แต่ให้บริการผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ (F20-F29 Schizophrenia and other psychotic disorders) พร้อมกันไปในกิจกรรมชุมชน
- กำหนดเป้าหมายเป็นระดับอำเภอโดยใช้ข้อมูลฐานทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังสิทธิ UC

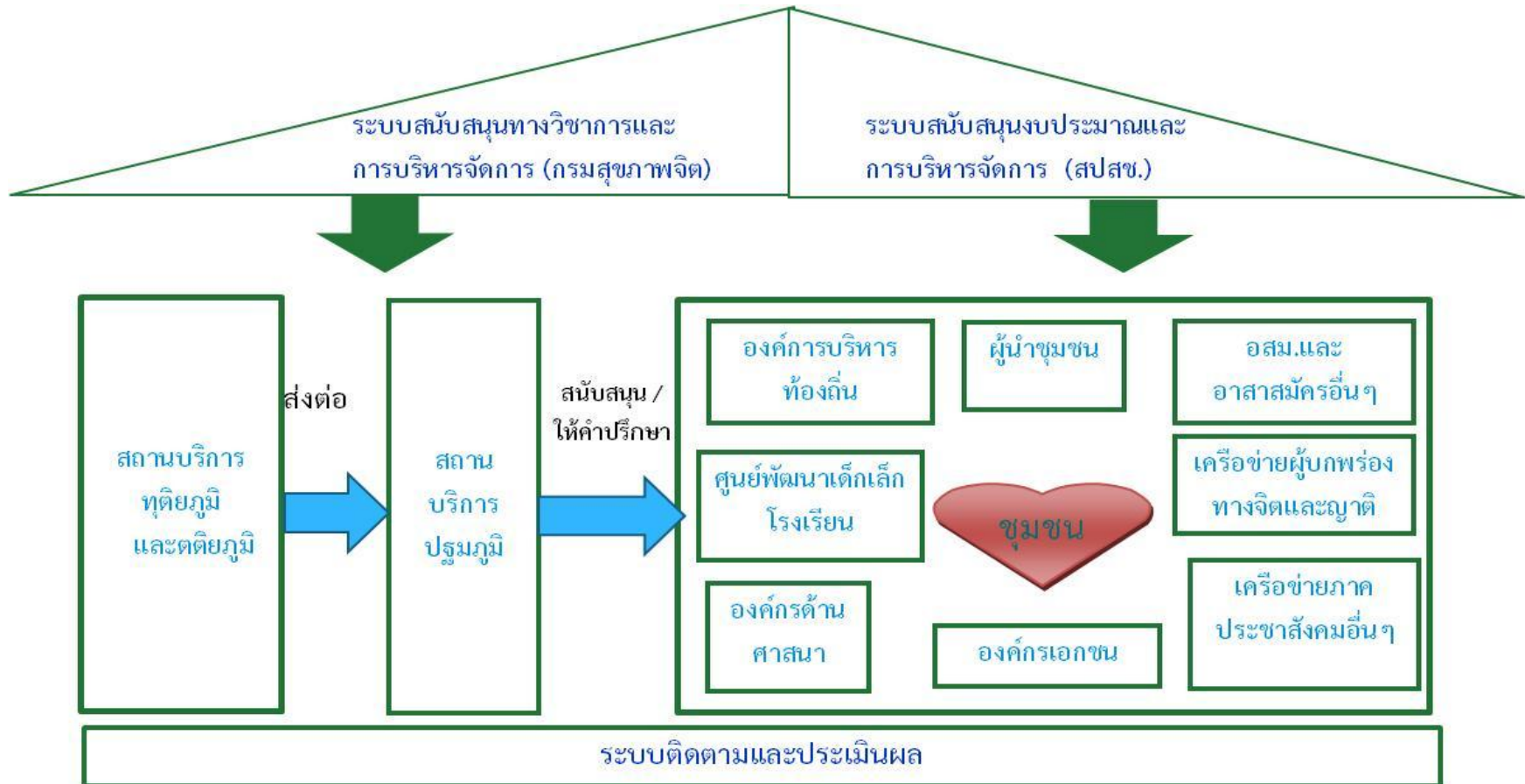
## การจ่ายให้หน่วยบริการ

- จ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ เฉลี่ยคนละ 6,000 บาท/ปี ให้หน่วยบริการตามจำนวนผู้ป่วยจิตเภท
- หากผลงานมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ต้นปีงบประมาณ ให้เฉลี่ยงบประมาณภายในระดับจังหวัด/เขต และหรือกำหนดเพดานการให้งบประมาณ

## การบริหารจัดการ

- กรมสุขภาพจิตและภาคีที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตรฐานการให้บริการให้เหมาะสมกับเป้าหมาย รวมทั้งกำกับ ติดตาม พัฒนาคุณภาพการบริการ
- มีการบูรณาการระดับพื้นที่ เพื่อให้เห็นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (เช่น CUP และอปท.)

# กรอบการดำเนินงานและบริหารจัดการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

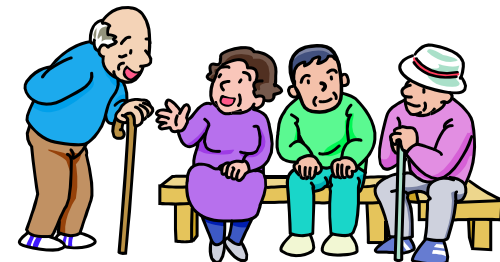


## การบริการต่อเนื่องในชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และติดตามผู้ป่วยกรณีขาดนัด หรือขาดยา
2. ให้บริการสุขภาพจิตศึกษา ส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชน ร่วมดูแลผู้ป่วย
3. ฉีดยา หรือให้ยา (ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการได้)
4. ประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วย (เช่น การใช้แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางจิตใจ ตามแนวทางของ ICF)
5. ประเมินความรุนแรงของอาการ อาการแทรกซ้อน สิ่งแวดล้อม และความเสี่ยงต่ออาการกำเริบ
6. ปรับทัศนคติในชุมชนเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างปกติ

### 12. หมวด 8 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- เป็นการให้บริการในชุมชน
- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเงื่อนไข อัตรา และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามที่กำหนดโดย คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหรือ คณะอนุกรรมการอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย



## หลักการและแนวทางสำคัญ

- 1) เน้นบูรณาการด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว)
- 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณในอนาคต
- 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่
- 4) ขยายระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยมีอาสาสมัคร Care giver ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก 1:10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนภายใต้การบริหารของ อปท.

## ระบบบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในพื้นที่ ปี 2559



**หมายเหตุ** ขุดสิทธิประโยชน์บริการ LTC ด้านการแพทย์ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ หรือ สปสช.กำหนด

# การบูรณาการงบประมาณ ปี 2559 ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## งบประมาณเพื่อการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (เป้าหมาย 100,000 ราย)

### งบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**600 ล้านบาท**

**500 ลบ.** ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพอปท. (เทศบาลและอบต.ขนาดใหญ่) จำนวน 1,000 แห่งทั่วประเทศ อัตรา 5,000 บาท/ราย ตามจำนวนผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการบริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์

**100 ลบ.** ให้ CUP ในพื้นที่ จำนวน 1,000 แห่ง อัตราหนึ่งแสนบาทต่อแห่ง เพื่อบริการสนับสนุนการจัดบริการเชิงรุก LTC ในพื้นที่ และรับส่งต่อ

### กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่

**50 ล้านบาท**

เป็นค่าดำเนินงานของ Care manager และ Care giver ในอัตรา หลักเกณฑ์ แนวทางตามประกาศการบริหารงบกองทุน อปท. ของ สปสช.

### งบปกติ อปท.

**500 ล้านบาท**

เป็นค่าบริการด้านสังคมที่ อปท. ทำอยู่แล้วในขณะนี้

**หมายเหตุ** บริหารโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท. ที่มีอยู่แล้ว

## บริการด้านการแพทย์ เช่น

- บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, บริการกายภาพบำบัด, บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด

## บริการด้านสังคม เช่น

- บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน , บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม , กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ

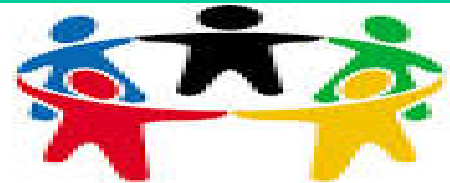


- 13. หมวด 1** กรณีในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ ให้ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อนและให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป
- 14. หมวด 1** กรณีหากจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด 2 ถึงหมวด 8 เสร็จสิ้นภารกิจตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2559 แล้ว ให้ สปสช.จ่ายเงินที่เหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการตามความจำเป็น ให้หน่วยบริการตามจำนวนประชากรหรือผลงานการให้บริการ หรือจ่ายเป็นค่าเวชภัณฑ์ที่ให้องค์การเภสัชกรรมหรือหน่วยงานอื่นจัดหาให้

## 2

กรอบการบริหารเงินกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2559

**จุดเน้นและประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลง – เฉพาะสังกัด สป.สธ.**



## 1. หมวด 2 ส่วนที่ 11 ใช้ตามกรอบหลักการตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 ก.พ.2558

- เพื่อให้ได้ตัวเลขประมาณการรายรับขั้นต่ำคงที่ของหน่วยบริการ สป.สธ. มีความชัดเจนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณโดยไม่ให้มีการตั้งหนี้และหักจากเงินที่จะโอนให้ใหม่ อันเกิดจากผลงานต่ำกว่าประมาณการในปลายปีงบประมาณ ให้ดำเนินการดังนี้
  - 1) ประมาณการอัตราจ่ายในแต่ละหน่วยบริการของทุกเขตให้เหมาะสม เพื่อให้จำนวนประมาณการขั้นต่ำมีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของประมาณการทั้งปี ซึ่งจะมีเงินเหลือสำรองไว้ แล้วนำเงินที่สำรองนั้นไว้ตามจ่ายตามผลงานของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ด้วย ผลงานภาพรวมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ของแต่ละเขตมาคำนวณช่วยสนับสนุนหน่วยบริการที่ผลงานต่ำกว่าประมาณการขั้นต่ำ
  - 2) การประมาณการขั้นต่ำนั้น ให้ความสำคัญกับการสนับสนุน รพ.สต.และศูนย์สาธารณสุขชุมชนที่มีความจำเป็นสำหรับการให้บริการในพื้นที่ประชากรเบาบางและห่างไกล
  - 3) สามารถปรับปรุงแนวทางข้อ 1)-2) ได้ โดยให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังฯ เป็นผู้พิจารณา ตามข้อเสนอของคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. ภายในเดือนกันยายน 2558



### 2. หมวด 2 ส่วนที่ 7 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

- ปรับขอบเขตโดยให้ชะลอ การก่อสร้างและซ่อมแซมอาคาร
- ปรับแนวทางการบริหารเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. โดย
  - ไม่น้อยกว่า 90% จ่ายตรงให้หน่วยบริการ (จากเดิมไม่น้อยกว่า 80%)
  - ไม่เกิน 10% ให้บริหารระดับจังหวัด โดยเน้นส่งเสริมบริการปฐมภูมิ และงาน Family care team (จากเดิมไม่เกิน 20% บริหารระดับประเทศ/เขต/จังหวัด เพื่อส่งเสริมการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการไปใช้บริการนอกเขตพื้นที่)

### 3. หมวด 2 ส่วนที่ 10 การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐในระบบ ในส่วน สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้หลักการตามแนวทางฯ ปี 2558 ที่มีการ ปรับปรุง ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 9 ก.พ.2558




สำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สธ. ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้กำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานประมาณ โดยให้มี **คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.** มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอรายละเอียดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และเสนอให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังฯ พิจารณาภายใน**เดือนกันยายน 2558** โดย

- 1) ให้ใช้ตัวเลขข้อมูลบุคลากรของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ที่มีการเบิกจ่ายจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMS เป็นข้อมูลอ้างอิงในการบริหารจนถึงระดับจังหวัด
- 2) ให้สามารถปรับลดค่าแรงฯ เพิ่มจากที่สำนักงานประมาณกำหนดได้ เพื่อกันไว้รับเกลี้ยดังนี้
  - สำหรับบริหารระดับประเทศไม่เกิน 1%
  - สำหรับการบริหารระดับเขต เป็นไปตามข้อเท็จจริงในแต่ละเขต และให้สามารถกันไว้ไม่เกิน 2% ส่วนบางเขตที่อาจต้องกันเงินเกิน 2% แต่ไม่เกิน 5% ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังพิจารณาอนุมัติตามเหตุผลความจำเป็นของเขตนั้นๆ
  - การปรับเกลี้ยต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานในหน่วยบริการตามลำดับ ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สาธารณสุขชุมชน หน่วยบริการในพื้นที่กึ่งดาร์/เสี่ยงภัย/ หน่วยบริการในพื้นที่ประชากรน้อยกว่า 30,000 คน และต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา ทั้งนี้ คณะกรรมการร่วมฯ อาจเสนอรายละเอียดหลักเกณฑ์อื่นๆ เพิ่มเติมได้

## 4. หมวด 6 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี 2559 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. แบ่งเป็น 2 รายการ

### 1) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย ให้



คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้กำหนดแนวทางการและหลักเกณฑ์ฯ โดยให้คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอรายละเอียดแนวทางการและหลักเกณฑ์ฯ และเสนอให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังฯ พิจารณาภายในเดือนกันยายน 2558 โดย

- ให้มีการปรับปรุงรายชื่อหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายได้ โดยจะต้องระบุหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน (เช่น หน่วยบริการในพื้นที่ประชากรน้อยกว่า 30,000 คน เป็นต้น)
- อาจประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือข้อมูลทางการเงินของหน่วยบริการ หรือข้อมูลต้นทุนหน่วยบริการ

### 2) กรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นการเพิ่มเติมกรณีมีการเพิ่มค่าแรงแบบก้าวกระโดด เนื่องจากการเพิ่มพยาบาล 3,000 อัตรา ให้จ่ายตามข้อเท็จจริงของจำนวนพยาบาล โดยไม่ลิดรอนสิทธิในการรับค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุน UC รายการอื่นๆ

### 5. หมวด 7 ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ให้มีแนวทางบริหารจัดการ ดังนี้

- 1) เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่เป็นค่าตอบแทนให้กับบุคลากรของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. เฉพาะการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าตอบแทนบุคลากรแบบเหมาจ่าย และหรือค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน
- 2) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้กำหนดแนวทางการและหลักเกณฑ์ฯ โดยให้ **คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สป.สช.** มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอรายละเอียดแนวทางการและหลักเกณฑ์ฯ และเสนอให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังฯ พิจารณา **ภายในเดือนกันยายน 2558** โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานในหน่วยบริการตามลำดับ ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สาธารณสุขชุมชน หน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร์/เสี่ยงภัย/ หน่วยบริการในพื้นที่ประชากรน้อยกว่า 30,000 คน และหน่วยบริการอื่นๆ



# สรุปงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2559-ชาลง

เป้าหมายประชากรลงทะเบียน UC ปี 2558=48.606 ล้านคน ->> ปี2559=48.787 ล้านคน

ประเภทบริการ	ปี 2558 [ชาลง]	ปี 2559 [ได้รับ]	ปี 2559 [ชาลง]	ผลต่างปี59ชาลงกับปี58ชาลง	
				บาท	%
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,056.96	1,103.92	1,103.92	46.96	4.4%
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	998.26	1,060.14	1,060.14	61.88	6.2%
3. บริการกรณีเฉพาะ	301.01	305.29	305.29	4.28	1.4%
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	383.61	398.60	398.60	14.99	3.9%
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	14.95	16.13	16.13	1.18	7.9%
6. บริการแพทย์แผนไทย	8.19	10.77	10.77	2.58	31.5%
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อมจากการบริการ)	128.69	128.69	128.69	-	-
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	3.32	5.40	5.40	2.08	62.7%
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	0.10	-	หมายเหตุ	(0.10)	-100.0%
<b>รวม</b>	<b>2,895.09</b>	<b>3,028.94</b>	<b>3,028.94</b>	<b>133.85</b>	<b>4.6%</b>

หมายเหตุ: 1. ค่าบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมอยู่ในรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ อยู่ระหว่างการพิจารณาความชัดเจน ถ้าให้สามารถจ่ายจากเงินกองทุนได้จะใช้งบประมาณ 0.10 บาทต่อหัว (4.87 ล้านบาท) โดยเงินรายการนี้รวมไว้ในรายการ "ผู้ป่วยในทั่วไป" ไว้ก่อน



# (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ มีรายละเอียดตามเอกสาร (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง "หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559" ซึ่งมีรายละเอียด จำนวน 8 หมวด ดังนี้

หมวด 1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

หมวด 2 รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ส่วนที่ 1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ส่วนที่ 3 บริการกรณีเฉพาะ

ส่วนที่ 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ส่วนที่ 5 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ส่วนที่ 6 บริการการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 7 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) \*

ส่วนที่ 8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ

ส่วนที่ 9 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ \*

ส่วนที่ 10 การปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ ที่ให้บริการผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ 11 การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

หมวด 3 รายการบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 1 บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 4 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หมวด 4 รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริการทดแทนไต

ส่วนที่ 2 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

หมวด 5 รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติภูมิ (Secondary prevention)

ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

หมวด 6 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

หมวด 7 ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

หมวด 8 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หมายเหตุ : \* เป็นประเด็นที่ปรับตาม มติ ครม และการตีความของคณะกรรมการพิจารณาประเด็นข้อกฎหมายฯ

# ขอบคุณครับ



หลอมรวมเครือข่าย...หลากหลายเพื่อหนึ่งเดียว :  
ร่วมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน