

การบริหารงบกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551

แนวคิดหลัก

การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (Differential capitation) ของประชาชน

การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กำหนดระบบการจ่ายค่าบริการที่สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบบริการ ให้ความสำคัญคุ้มครองค่าใช้จ่ายบางรายการเพื่อมิให้เป็นข้อจำกัดของหน่วยบริการในการให้บริการกับประชาชน

การบริหารผู้ป่วยโรคเฉพาะ

สำหรับผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลแพงมากและต้องได้รับการต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

คุ้มครองการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และ
การส่งต่อข้ามจังหวัด/เขตพื้นที่

การเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรค

การสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ

โครงสร้างงบประมาณจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2551

ประเภทบริการ	ปี 2551
1. บริการผู้ป่วยนอก	645.52
2. บริการผู้ป่วยใน	845.08
3. บริการส่งเสริมป้องกัน	253.01
4. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ	145.26
5. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	12.00
6. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	4.00
7. งบประมาณบำรุงและทดแทนครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง	143.73
8. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร/เสี่ยงภัย	30.00
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	ใช้งบคงเหลือ
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	0.40
11. งบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการ	20.00
12. สมทบค่าบริการการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก	1.00
รวม (บาท/ประชากร 46.477 ล้านคน)	2,100.00

การบริหารงบกองทุน กรุงเทพมหานคร ปี 2551

งบบริการผู้ป่วยนอก

การบริหารงบประมาณของส่วนกลาง

การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 2 ส่วน

- **ส่วนที่ 1** งบผู้ป่วยนอก 600.80 บาทต่อประชากร จ่ายให้กับคู่สัญญาของหน่วยบริการปฐมภูมิ แบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร และจำนวนการใช้บริการ (สัดส่วน 90:10)
- **ส่วนที่ 2** งบบริการผู้ป่วยนอกส่วนเพิ่มเติมจำนวน 44.72 บาทต่อประชากร ใช้ในการปรับปรุงระบบข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอก และปรับปรุงบริการของหน่วยบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นในลักษณะที่ตรวจสอบ

กรุงเทพมหานคร ได้รับงบ ดังนี้
ส่วนที่ 1 งบ OP เหม่าจ่ายรายหัวปรับตามโครงสร้างอายุ
= 585.62 บาทต่อประชากร

ส่วนที่ 2 งบบริการผู้ป่วยนอกส่วนเพิ่มเติมจำนวน
= 44.72 บาทต่อประชากร

กทม. นำงบส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 มาบริหารรวมกัน
แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 จัดสรรให้หน่วยบริการในกทม.ใน**วงเงิน**เท่ากับปี 2550
(618.88 บาท x ประชากรUC ทั้งหมด) ปรับตามโครงสร้างอายุแยกตาม
หน่วยบริการด้วยสูตรคำนวณเดียวกับสปสช.กลางคำนวณให้รายจังหวัด

วิธีคำนวณ

1.1 คำนวณ differential capitation ตามโครงสร้างอายุ
(ใช้จำนวนประชากร ณ กันยายน 2550 เหมือนกับส่วนกลาง)

1.2 คำนวณวงเงินทั้งหมดในการกระจายงบประมาณที่ยังไม่หักเงินเดือน
ตามตัวแปรอายุ

= 618.88 บาท x จำนวนประชากร ณ กันยายน 2550

= 2,156,920.57 บาท

น้ำหนักสัมพัทธ์ตามโครงสร้างอายุ

0.954	0.518	0.386	0.293	0.805	1.525	3.102	4.774	1.000
0-4 ปี	5-9 ปี	10-14 ปี	15-24 ปี	25-44 ปี	45-59 ปี	60-69 ปี	70+ ปี	ไม่ สามารถ ระบุอายุ

1.3 คำนวณงบประมาณ (total cost) ของแต่ละหน่วยบริการตามจำนวนประชากรของแต่ละหน่วยบริการและน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกลุ่มอายุ

1.4 กระจายงบประมาณที่ได้ตามข้อ 1.2 (total cost) ตามหน่วยบริการจนหมดวงเงินใน ข้อ 1.2

1.5 ปรับ (Trim) capitation ขั้นต่ำ = 595.10 บาท (ขั้นต่ำปี 2550) และขั้นสูงไม่ให้งบประมาณเกินวงเงินตามข้อ 1.2

1.6 ได้ capitation อยู่ระหว่าง 595.10 – 642.89 บาท

ส่วนที่ 2 ชดเชยค่าข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ให้แก่หน่วยบริการที่ส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกรายvisit ผ่านระบบสารสนเทศ ตามที่สปสช.กำหนด ในอัตราเดียวกับสปสช.ส่วนกลาง

ส่วนที่ 3 สำหรับพัฒนาระบบข้อมูล ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2550 ที่ได้ดำเนินการในคลินิกชุมชนอบอุ่น (Hospital OS)

ส่วนที่ 4 ส่วนที่เหลือจาก 2 และ 3 ชดเชยตามภาระเสี่ยง (โรคเรื้อรัง เฉพาะผู้ป่วยนอก)

ระบบบริการผู้ป่วยใน

รพ.Inclusive

จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว 749.98 บาทต่อประชากร
รับผิดชอบตามจ่ายกรณี ส่งต่อ อุบัติเหตุฉุกเฉิน
สปสช.กทม.เป็น Clearing House
(ข้อมูลปัจจุบัน 7 รพ.)
ปี 2552 เปลี่ยนเป็น Exclusive ทั้งหมด

รพ.Exclusive

- จ่ายด้วยระบบ DRG with global budget ระดับเขตพื้นที่ (เป็นบริการผู้ป่วยในทั้งหมด ที่รวมถึงกรณีค่าใช้จ่ายสูง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน เดิม ยกเว้นรายการที่กำหนดให้จ่ายจากกองทุนซึ่งบริหารจัดการที่ ส่วนกลาง) โดยใช้ระบบ DRG version 4.0

- กองทุนผู้ป่วยในเขตพื้นที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณ เพื่อเป็น global budget ของแต่ละเขตพื้นที่ (ตามประมาณการอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ (บาทต่อ 1 adjusted relative weight) ที่เท่ากันทุกเขตพื้นที่คูณกับจำนวนผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adj.RW) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปี 2551 ของแต่ละเขตพื้นที่และกองทุนผู้ป่วยในเขตพื้นที่ จะจ่ายให้หน่วยบริการตามการใช้บริการที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ 2551)

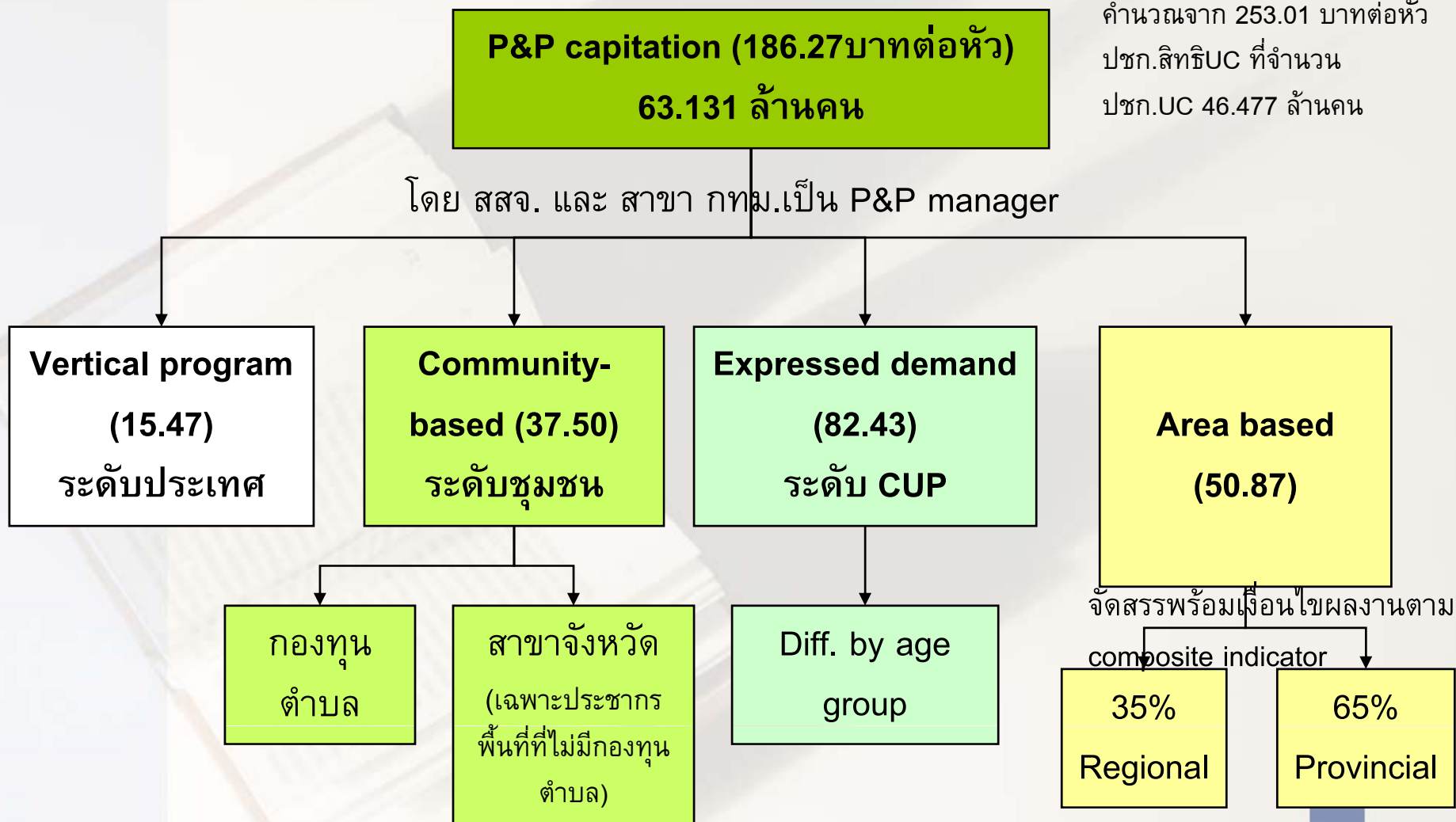
อัตราการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

- การใช้บริการต่างเขตพื้นที่ ให้มีการประกัน อัตราจ่ายต่อ
น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ 9,000 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับ
หน่วยบริการทุกระดับ
- กรณีส่งต่อและกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างรพ. Inclusive
และรพ. Exclusive จ่ายชดเชยในอัตรา adjust RW ละ
13,000 บาท

การบริหารระบบบริการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรค

กรอบการบริหารงบประมาณ P&P ปี 2551

คำนวณจาก 253.01 บาทต่อหัว
 ปชก.สิทธิUC ที่จำนวน
 ปชก.UC 46.477 ล้านคน



Expressed demand : ANC, PNC, FP, EPI ทุกช่วงอายุ, อนามัยเด็กเล็ก(Well child)

ข้อมูลประชากร กทม.

ประชากร UC ทั้งหมด	3,503,534 คน
ประชากร SSS	2,922,771 คน
ประชากรสิทธิอื่นๆ	1,319,138 คน
ประชากรทุกสิทธิในกทม.	7,624,989 คน

ข้อมูลเดือนส.ค.50

ที่มา งานกองทุนฯ

Vertical Program

งบบริการส่งเสริมป้องกันที่บริหาร ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 51

Vertical Program	ค่าวัคซีน/วัสดุ	อื่นๆ	รวม
	โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	791,550,000	-
โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว	14,500,000	55,492,000	69,992,000
โครงการวัยเรียน วัยใส อหามัยดีดี	9,850,000	41,309,960	51,159,960
โครงการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังโรควัยทำงาน	8,000,000	25,101,000	33,101,000
โครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังโรค กลุ่มผู้สูงอายุ	-	23,735,000	23,735,000
โครงการพัฒนาระบบการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stroke Fast Track)	-	5,730,000	5,730,000
โครงการค้นหาพาหะและป้องกันโรคฮีโมฟีเลีย		1,270,000	1,270,000
รวม	823,900,000	152,637,960	976,537,960

งบประมาณจ่ายรายหัวที่กทม.ได้รับ

กิจกรรม	บาทต่อประชากร
Expressed demand UC หักเงินเดือน30%	86.15
Expressed demand ประกันสังคม หักเงินเดือน30%	54.58
Expressed demand ข้าราชการ หักเงินเดือน30%	19.83
Area based (ทุกสิทธิ) หักเงินเดือน30%	50.87
Community based(ทุกสิทธิ)	37.50

1. PP_{นอก} (**งบ Community-based**)

1.1 จัดสรรให้หน่วยบริการ PP นอก = 37.50 บาทต่อประชากร ไม่หักเงินเดือน

เป้าหมาย

- * เยี่ยมบ้าน 208 ครั้ง/ปชก.10,000คน/ปี
- * HHC (โดยพยาบาลวิชาชีพ หรือนักกายภาพ) 208 ครั้ง/ปชก.10,000คน/ปี
- * มีชมรมสุขภาพ 3 ชมรม /10,000คน/ปี
- * แต่ละชมรมมี activity 4 ครั้ง /10,000 คน/ปี
- * มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อ 10,000 ปชก.

มากกว่า 10,000 มีนักกายภาพบำบัดหรือพยาบาลวิชาชีพ

การจ่ายเงิน

1. จ่ายล่วงหน้า 3 เดือน x ปชก.ที่รับผิดชอบ
2. ครบ 6 เดือน จ่ายงวด 2
3. งวดสุดท้ายจ่ายครบ แต่ถ้าผลงานไม่ครบตามเป้าหมาย หักเงินตามอัตราที่กำหนด

รายงานผลงานใน โปรแกรม Hospital OS หรือ BPPDS

2. งบ PP ใน (expressed demand)

2. งบ PP ใหม่ที่จัดสรร/ชดเชย ให้หน่วยบริการ

2.1 จัดสรรให้หน่วยบริการ UC

= $(86.15 + 25.19) \times 111.34$ บาทต่อประชากร uc

2.2 On Top ให้กับหน่วยบริการ UC กรณีให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง

2.3 PP performance

2.4 ชดเชยตามผลงานบริการ ประชากร NON-UC

2.5 จ่ายชดเชยหน่วยบริการ UC กรณีให้บริการธาลัสซีเมีย

2.6 ชดเชยกรณี การคัดกรองภาวะพร่องไทโรอิดฮอร์โมน

2.1 จัดสรรให้หน่วยบริการ UC 111.34 บาทต่อประชากร UC

การให้บริการ 11 กิจกรรม เหมือนปี 2550

(ANC EPI PNC พัฒนาการเด็ก วางแผนครอบครัว คัดกรองความเสี่ยง pap smear ตรวจมะเร็งเต้านม ให้คำปรึกษาแนะนำ บริการทันตกรรม ทันตกรรมสำหรับเด็ก

ผลงานต้องถึงเป้าหมายที่กำหนด

รายงานผลงานใน โปรแกรม BPPDS & Hospital OS

การจ่ายเงิน รายเดือน

2.2 On Top ให้กับหน่วยบริการ UC กรณีให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT Stroke CVD TB HIV Asthma COPD

อัตราการชดเชย รายกิจกรรม

Register + ข้อมูล + ให้คำปรึกษา+ อื่นๆด้านป้องกันโรคแทรกซ้อน

การจ่ายเงิน ปีละ 2 ครั้ง

2.3 PP performance

2.3.1 จ่ายตาม record ละ 6 บาท

2.3.2 ชดเชยบางกิจกรรมที่เกินเป้าหมายที่สปสช.กทม.กำหนด

เช่น คัดกรองฯ pap smear จ่ายตามอัตราที่กำหนด

2.3.3 เงินเหลือจาก 2.3.1, 2.3.2 จ่ายตามผลงานตามเป้าหมาย
ที่สปสช.กลางกำหนด

2.4 ชดเชยตามผลงานบริการ ประชากร NON-UC

ก.ประกันสังคม ชดเชยให้ โรงพยาบาล uc+non uc /ศบส. ที่ร่วมโครงการ

กิจกรรม : ANC+PNC+FP+pap smear+คัดกรองความเสี่ยง

(ANC เฉพาะสิทธิตัวเอง ไม่ใช่สิทธิสามี)

pap smear ทุกกลุ่มอายุ

ควรไปตามบัตร

ข. ข้าราชการ ชดเชยให้หน่วยบริการเฉพาะภาครัฐ

กิจกรรม : pap smear +คัดกรองความเสี่ยง + FP

รายงานผลงานใน โปรแกรม BPPDS & Hospital OS

การจ่ายเงิน ทุกเดือน

อัตราการชดเชย

ANC	ครั้งแรก	=1,200 บาทต่อครั้ง (non uc)
	ครั้งต่อไปครั้งละ	= 400 บาทต่อครั้ง(non uc)
ดูแลหลังคลอด+pap smear		= 400 บาทต่อราย (non uc)
FP	ยาเม็ด	= 20 บาทต่อแผง (non uc)
	ยาฉีด	= 60 บาทต่อครั้ง(non uc)
	ห่วงอนามัย	= 180 บาทต่อราย (non uc)
	ยาฝัง	= 190 บาทต่อราย(non uc)
คัดกรองความเสี่ยง		= 50 บาทต่อราย (uc+non uc)
pap smear		= 250 บาทต่อราย(uc+non uc)

2.5 จ่ายชดเชยหน่วยบริการ UC กรณีให้บริการธาลัสซีเมีย

ชดเชยตามอัตราที่กำหนด

DCIP = 17 บาทต่อราย OF= 13 บาทต่อราย

HB typing = 250 บาทต่อราย

Alpha thalassemia = 350 บาทต่อราย

รายงานตามโปรแกรม BPPDS / HOS OS

การจ่ายเงิน ทุก 3 เดือน

2.6 การคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด

รพ.ที่ทำคลอด ส่งตรวจกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
(เหมือนปี 50) กรมวิทย์ฯ เป็น manager

หรือ

รพ.ที่ทำคลอด ตรวจสอบเอง
เบิกเงินที่ สปสช.กทม.
paper claim

การคัดกรองความเสี่ยง UC+NON-UC

ก่อน 31 ธ.ค.50 จ่ายให้หน่วยทุกแห่งที่คัดกรองฯ ทุกราย

1 ม.ค.51 เป็นต้นไป ตามนี้

- Clinic ตรงตามบัตร อยู่เหมาจ่ายรายหัว (ตามเป้าหมาย)
- สปสช. ตรงตามบัตร สปสช.กทม. clearing house
(บัตร model1,4) หักเงินPPรายหัว จากรพ.ให้ สปสช.

OKPI

1. อัตราตายปริกำเนิดของทารก (ไม่เกิน 15ต่อพันเด็กเกิดมีชีวิต)
2. %ของเด็กแรกเกิด - 5 ปีได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์มาตรฐาน (90%)
3. % ของเด็กแรกเกิดที่เจาะเลือดตรวจ TSH (Thyroid Stimulating Hormone) แล้วพบว่าผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน
4. % ของ นร.ป 1 ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟัน
ขอปรับเป็น “%ของนร.ป.1+ป.2 ที่ทันตแพทย์ระบุว่าควรได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบหลุมร่องฟันโดยทันตแพทย์” (50%)
5. % ของ นร.ป 1และ ป.3 ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและ ลงบันทึก
6. % ของ นร.ชั้น ป.5และ ม.1 มีและใช้แบบบันทึกสุขภาพตนเอง (80%)

7. อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 90%)
8. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (Low birth weight rate)
9. มีกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมอัมพฤกษ์ อัมพาตตามมาตรฐาน
- 10 อัตราการวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี
- 11 สตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี ได้รับการตรวจ Pap Smear (60%)
- 12 หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย (80%)
- 13 %ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต (60%)
- 14 %ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน (60%)