



“จุดเน้นและประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลง” การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561

**นายแพทย์วีระพันธ์ ลีธนะกุล
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 13
กรุงเทพมหานคร
15 พฤศจิกายน 2560**

ประมาณการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561

 **171,373.67**
ล้านบาท

งบเหมาจ่ายรายหัว
*** 156,019.62**
ล้านบาท

 **1,167.41**
ผู้ป่วยนอก (+2.62) บาท/ผู้มีสิทธิ (%)

 **1,113.93**
ผู้ป่วยใน (+2.16)

 **11.61**
แผนไทย (เท่าปี 60)

 **337.08**
บริการCR (+6.96)

 **128.69**
ค่าเสื่อม (เท่าปี 60)

 **415.55**
บริการPP (+2.53)

 **4.92**
เงินช่วยเหลือผู้ให้ผู้รับ (-1.99)

 **16.13**
ฟื้นฟูสมรรถภาพ (เท่าปี 60)

 **2.00**
การจ่ายตามคุณภาพ


3,197.32
บาท/ผู้มีสิทธิ

งบเพิ่มเติมเพื่อดูแลกลุ่มเฉพาะ
15,354.04
ล้านบาท

 **3,218.24**
HIV (+3.60)


 **1,490.28**
Hardship (+0.00)

 **8,165.60**
ไตวาย (+19.17)

 **1,159.20**
LTC (+50.00)

 **1,080.70**
โรคเรื้อรัง (+0.15)

 **240.00**
PCC

 **ไม่ได้รับงบประมาณ**
ค่าบริการผลงานกรณี
งบประมาณเกินกว่าเป้าหมาย

หมายเหตุ : * เป็นยอดที่รวมเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐจำนวน 44,840.5391 ล้านบาท ซึ่งกรมบัญชีกลางจ่ายตรงไปที่หน่วยบริการ

เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่สปสช.ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2561



126,533.1311
(+2.5%) ล้านบาท



48.797

ล้านคน

ดูแลประชาชน



Capitation

111,179.08 ลบ. (+1.6%)

รายการ
เดิม

110,849.25 ลบ. (1.595%)

รายการใหม่
• CA colon
• UCEP

329.84 ลบ. (0.005%)



นอก
Capitation

15,354.05 ลบ. (+9.65%)

รายการ
เดิม

15,114.05 ลบ. (9.5%)

รายการใหม่
• PCC

240.00 ลบ. (0.15%)



ประเด็นที่ปรับปรุงไปจากปี 2560



บริการใหม่

● บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (2.28 บ./ปชก.)

- เขตเป็นผู้บริหารเป้าหมายตามโควตา
- อีสาระในการเลือกรูปแบบการจัดบริการ 3 รูปแบบ ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการ กลุ่มเสี่ยงมีประวัติครอบครัว และกลุ่มเสี่ยงประชากรทั่วไป

● บริการคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (67.32 ลบ.)

- กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, กลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี
- จ่ายตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

● บริการ PCC (240 ลบ.)

- การให้บริการเพิ่มเติมในหน่วยบริการและพื้นที่ ทั้งใน นอกเขตกทม. โดยทีมแพทย์ประจำครอบครัว
- เกณฑ์หน่วยบริการ PCC เป็นไปตามที่ กสธ. กำหนด
- จ่ายตามจำนวน ปชก.+ผลงานบริการ (พท.นอกกทม.) จ่ายตามผลงานบริการและตามเกณฑ์คุณภาพ(กทม.)

● บริการ UCEP ปรับรูปแบบการจ่ายตาม Fee schedule (218.53 ลบ.)

- ปรับการจ่ายชดเชยบริการ UCEP จาก DRG เป็นแบบ fee schedule



ประเด็นที่ปรับปรุงไปจากปี 2560 (ต่อ)

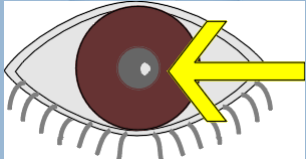
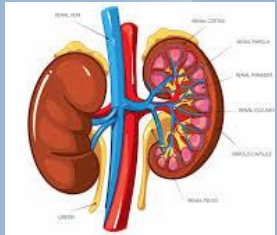


ปรับการจ่าย
ยา/วัคซีน/
อุปกรณ์ฯ ตาม
ระบบใหม่

- ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นไปตามแผนและวงเงินการจัดหาที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายจะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจาก สปสช.โดยตรงตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด
- กำหนดกลไกการบริหารจัดการในปี 2561 ได้แก่ คณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ และการคณะทำงานต่อรองราคายา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปี 2561
- ให้มีระบบติดตามการบริหารจัดการของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ และรายงานผลต่อ กกก.หลักประกันสุขภาพฯทุกเดือน เพื่อให้ทราบว่าเครือข่ายฯได้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนไม่ได้รับผลกระทบ



ประเด็นที่ปรับปรุงไปจากปี 2560 (ต่อ)



**ย้ายบริการ
CR เข้า
ระบบปกติ**

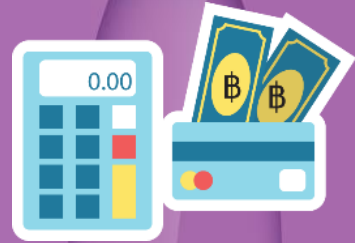
- ย้ายรายการบริการกรณีเฉพาะ (CR) เข้า OP-ทั่วไป/IP-ทั่วไป จำนวน 3 รายการ ได้แก่
 - 1) บริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน*
 - 2) บริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา)*
 - 3) การรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์* (เป็นไปตามงบประมาณที่ได้รับ)

หลักเกณฑ์การพิจารณารายการบริการ CR 4 ข้อ ได้แก่

- 1) การรวมความเสี่ยง Risk pooling เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ/หรือมีผู้ป่วยไม่มาก
- 2) ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or Central procurement)
- 3) ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่ายบริการที่เป็นนโยบายสำคัญ
- 4) คำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาในระดับพื้นที่



ประเด็นที่ปรับปรุงไปจากปี 2560 (ต่อ)



ปรับปรุง แนวทาง และอัตราการ จ่าย

- **ปรับช่วงเวลาข้อมูลที่เป็นตัวแทนการจ่าย เพื่อให้สามารถจ่ายได้ภายในปีงบประมาณ**
ปรับใช้ข้อมูล ณ เม.ย.60
- **ปรับแนวทาง เงื่อนไขบริการ การกำหนดอัตราจ่าย rate พิเศษบริการ IP ในเขต**
กรณีกำหนดรายการใหม่ จะเบิกจ่ายได้ เม.ย..60
- **ปรับอัตราจ่ายค่าผ่าตัดต่อกระจกกรณีผู้ป่วยสายตาอื่น ๆ**
จากอัตรา 7,000 เป็น 5,000 บาท เพื่อมุ่งเป้าหมายกลุ่มที่มีสายตาผิดปกติรุนแรงเพิ่มขึ้น
- **ปรับสัดส่วนการจ่ายงบค่าเสื่อม**
เดิมสัดส่วน หน่วยบริการ 90: จังหวัด 10 ปรับเป็น หน่วยบริการ 70: จังหวัด 20: เขต 10
- **ปรับเงื่อนไขการจ่าย และสัดส่วนการจ่ายบริการการแพทย์แผนไทย**
ปรับสัดส่วนการจ่าย เป็น ตามศักยภาพหน่วยบริการต้นแบบ (10) : ตามศักยภาพบริการแผนไทย (40) : ตามผลงานบริการ (50)
- **บูรณาการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ**
จากงบ OP 9 บ./ปชก. จากงบ PP 9 บ./ปชก. และงบคุณภาพ 2 บ./ปชก.
- **เพิ่มสัดส่วนการจ่ายตามคุณภาพบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วย DM/HT**
เพิ่มสัดส่วนการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน จากร้อยละ 40 เป็น 60



ประเด็นที่ปรับปรุงไปจากปี 2560 (ต่อ)



ดำเนินงาน ตามนโยบาย

- **แนวทางตามประกาศ กสธ.ที่ออกคำสั่ง คสช. ที่ 37/2559**
เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการ สำหรับ
บริการ PPA, ค่าใช้จ่ายประจำหน่วยบริการ, ค่าเสื่อมรายการต่างๆ, เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ

บริการ One Day Surgery (ODS)

- ปรับหลักเกณฑ์การจ่ายกรณี One Day Surgery ในปีงบประมาณ 2561
- ให้ดำเนินการในหน่วยบริการทุกสังกัด และมีการวางระบบการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการบริการ
- กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานหลักในการจัดระบบบริการ ดำเนินการ กำกับติดตาม ประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงาน
- จ่ายตาม DRG โดยไม่ Discount สำหรับ 12 กลุ่มโรค

- **PPA ให้ดำเนินงานจัดบริการโดยคำนึงถึงการบูรณาการกับ DHB**

เป็นไปตามมติ ครม. และนโยบายของ กสธ.



ประเด็นที่ปรับปรุงไปจากปี 2560 (ต่อ)



STEP 1

STEP 2

STEP 3

ปรับแนวทางจัดสรร
Basic payment
ของ สป.สธ.

- กัณเงิน 3,000 ลบ.สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด
กัณเงินไม่เกิน 7,000 ลบ. สำหรับปรับเกลี่ยรายรับแบบ Step และ K
- แนวทางการปรับเกลี่ยต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงาน
ของหน่วยบริการโดยเฉพาะหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร เสี่ยงภัย และที่
ต้องติดตามสถานะการเงินอย่างใกล้ชิด
- หลักเกณฑ์ แนวทางการจัดสรรเป็นไปตามข้อเสนอของ กสธ.
โดย กสธ. จะติดตาม กำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของ
หน่วยบริการอย่างเคร่งครัดและรายงานต่อคณะอนุกรรมการกำหนด
หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนทราบทุกไตรมาส

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร

- รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว
 - บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 4,669,683,573.36 บาท
 - บริการผู้ป่วยในทั่วไป 4,413,591,440.30 บาท
 - บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 1,753,700,705.89 บาท

กรอบการบริหาร บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) กทม. ปีงบประมาณ 2561

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช.กทม.ได้รับ 1,196.88 บาท/ปชก.

จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ
965.65 บาท/ปชก.

จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัว
ต่อผู้มีสิทธิเท่ากัน 231.23 บาท/ปชก.

จัดสรรให้หน่วยบริการ (Diff Cap.)
877.88 บาท/ปชก.

Central reimburse
87.77 บาท/ปชก.

Central Reimburse 313+6 = 319 บาท/ปชก.

New !

ทันตกรรมรักษา
4 บาท/ปชก.

PD/HD
2 บาท/ปชก.

OP AE
15 บาท/ปชก.

OP พิจาร
100 บาท/ปชก.

OP Refer
160 บาท/ปชก.

OP High cost
3 บาท/ปชก.

NONI
5 บาท/ปชก.

Chronic
20 บาท/ปชก.

OP Individual
10 บาท/ปชก.

กรอบการบริหารจัดการ บริการผู้ป่วยในทั่วไป(IP) กทม. ปี2561 สปสช.

IP-ทั่วไป
(1,113.93- บาทต่อผู้มีสิทธิ)

Global budget ระดับเขต
4,413,591,440.30 บาท (1,131.24 บาท/ประชากรสิทธิ)

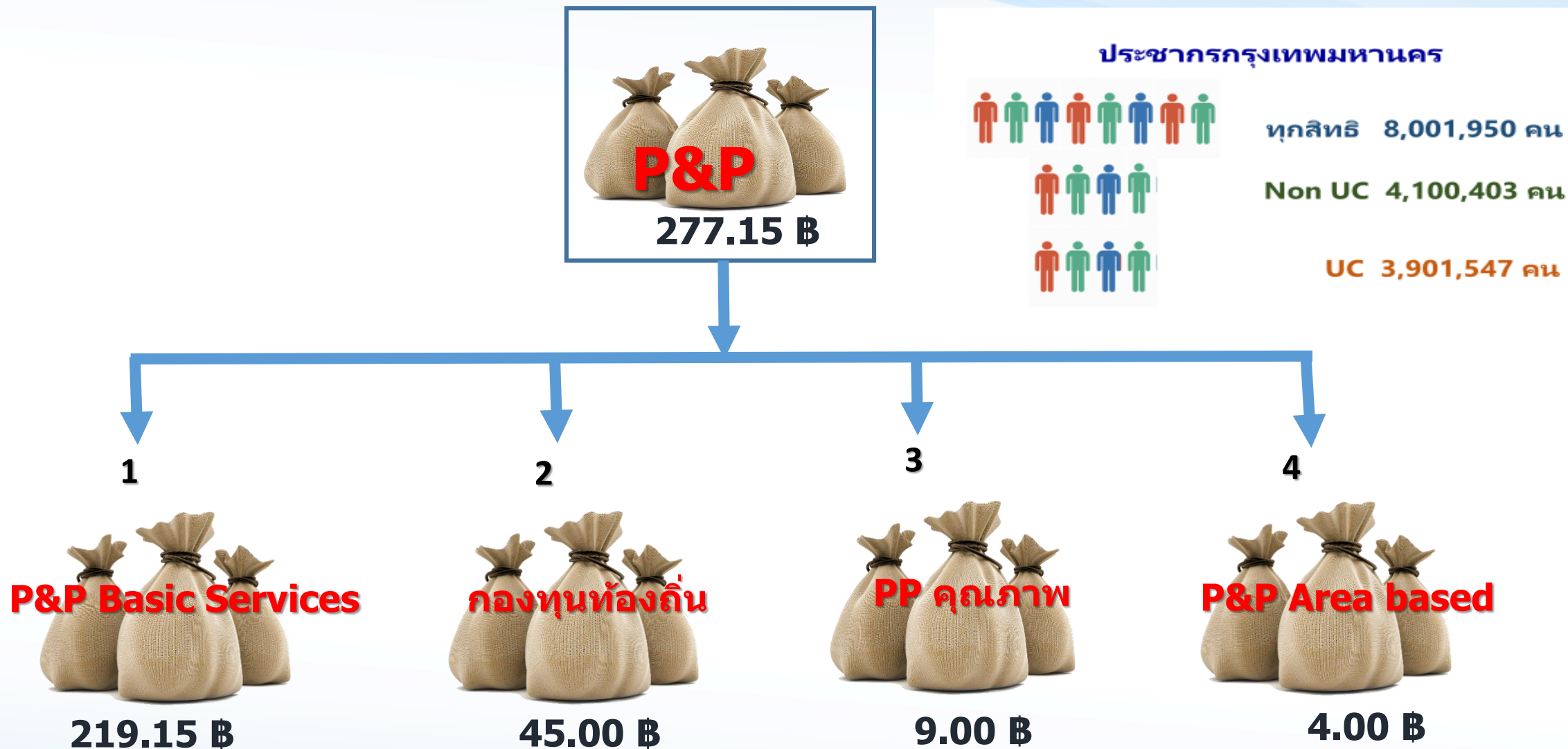
การคำนวณ GB-ระดับเขต ภายใต้
ใช้เงื่อนไขบริการเฉพาะ โครงสร้าง
อายุประชากร และ workload ตาม
ระบบ DRG

จ่ายด้วยราคากลาง

จ่ายด้วย GB ตามเงินที่เหลือจากจ่ายด้วยราคากลาง
อัตราเบื้องต้น 7,100 บาท/adj.RW.

- 1) ม.7 (รวม UCEP)
- 2) บริการสำรองเตียง
- 3) ใช้บริการข้ามเขต 9,600 บาท/adj.RW.
- 4) นำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะที่รักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว
- 5) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนัก <1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย 9,000 บาท/adj.RW.
- 6) กรณี Embolization 24 รายการ และรายการ/ยาราคาแพง
- 7) จ่ายชดเชยกรณี NONI ตามรายการและอัตราที่กำหนด
- 8) จ่ายชดเชยกรณีรับดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลนอกระบบ (EMCO/UCEP) ในอัตราไม่เกิน 9,600 บาท/adj.RW.
- 9) กรณีบริการการตรวจวินิจฉัยฉายราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดของบริการแบบ Ambulatory care จ่ายตาม Global budget ระดับเขต โดยไม่หักเงินเดือน
- 10) กรณีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)

กรอบการบริหาร บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ปีงบประมาณ 2561



กรอบการบริหาร บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ปีงบประมาณ 2561

P&P Basic Services





☆ ทิศทางการพัฒนาและปรับปรุงในปี 2562 ☆

ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำ DRGs Version ใหม่ มาใช้จ่ายค่าบริการ IP-ทั่วไป



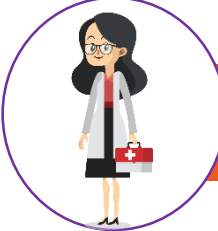
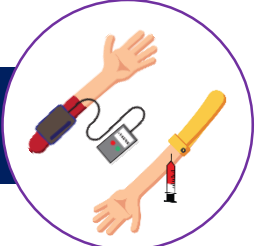
พิจารณาปรับปรุงรายการบริการ CR อื่นๆ

ปรับรูปแบบและแนวทางการจ่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ PP สิทธิอื่นๆ



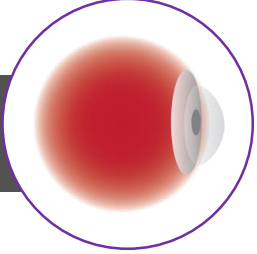
พัฒนารูปแบบบริการ รูปแบบการจ่าย รองรับ Sub-acute care

พิจารณาการใช้ข้อมูลจาก OP PP individual สำหรับประมวลผลบริการ DM/HT



ศึกษาความเป็นไปได้ของการบูรณาการงบเพื่อสนับสนุน DHB, PCC

หากวิธีที่เหมาะสมในการผ่าตัดต่อกระจกและมุงเป้า



ศึกษาความปลอดภัยในการให้และรับบริการ และดูผลกระทบการงบประมาณกรณีบริการ MIS



ขอบคุณ
ครับ