

**แนวทางการปรับเกลียรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ปีงบประมาณ ๒๕๖๖**

**ก. รายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป**

๑. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ กำหนดแนวทางปรับเกลียรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ในส่วนค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ดังนี้

๑.๑ การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ให้สามารถกันเงินไว้ปรับเกลียจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ได้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จะได้รับปี ๒๕๖๖ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ เขต จังหวัด และสำหรับการปรับเกลียรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๑.๒ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลีย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กั้นดารและพื้นที่เสี่ยงภัยหน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ.จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลียต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณา

๒.มติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ และ ครั้งที่ ๘/๒๕๖๕ วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕ เห็นชอบแนวทางการบริหารการจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. โดยกันเงินไว้ปรับเกลียจากรายรับ

ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป จำนวน ๗,๕๐๐ ล้านบาท ภายใต้กรอบหลักเกณฑ์และแนวทาง ดังนี้

๒.๑ การจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้การจัดสรรแบบขั้นบันได (Step Ladder) และปรับตัวอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิระดับจังหวัด และค่าบริการผู้ป่วยในการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) และปรับเกลี่ยเงินกันให้ตามการประกันรายรับหลังหักเงินเดือน

๒.๒ สำหรับการบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ ล้านบาท ดำเนินการจัดสรรผ่านกลไกของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ โดยจะดำเนินการภายในไตรมาส ๔

๒.๓ สำหรับการบริหารจัดการระดับเขต จำนวน ๓,๒๐๐ ล้านบาท

๒.๔ ให้ระดับเขตสามารถปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน โดยให้ปรับ (ค่า K) ของส่วนกลาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ภายใต้ประมาณการวงเงินระดับเขตที่ได้รับโดยอย่างน้อยต้องคงหลักเกณฑ์การประกันรายรับ ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการแต่ละแห่ง และสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะกรรมการ ๕x๕)

๒.๕ ประกันรายรับให้หน่วยบริการ

๒.๕.๑ สำหรับหน่วยบริการทุกแห่ง ประกันรายรับไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ของรายรับภาพรวมขั้นต่ำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยเขตสุขภาพสามารถประกันรายรับได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของรายรับภาพรวมขั้นต่ำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๒.๕.๒ สำหรับหน่วยบริการกลุ่ม รพช.ที่มีจำนวนประชากร UC น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๐,๐๐๐ คน ประกันรายรับไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ของ Minimum operating Expense (MOE) ของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิ UC และเพิ่มรายการ Fixed cost ที่ต้องจ่ายให้ รพ.สต.ภายใต้ CUP เพิ่มเติม

๒.๕.๓ สำหรับหน่วยบริการเป้าหมายที่ช่วยเหลือเป็นการเฉพาะที่มีความเสี่ยงทางการเงิน (ป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ) หน่วยบริการที่มียอดหลังประกันรายรับตามข้อ ๒.๕.๑ และข้อ ๒.๕.๒ แล้วไม่ถึง ๑๐ ล้านบาท ให้เพิ่มเติมจนเท่ากับ ๑๐ ล้านบาท

ทั้งนี้ คณะทำงานของ สป.สธ. ได้ดำเนินการคำนวณตามกรอบหลักเกณฑ์และแนวทางฯ และคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศพิจารณาเห็นชอบแล้ว โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

ก-๑. การคำนวณวงเงินระดับเขต สำหรับประมาณการรายรับและการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการจ่ายเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๑. คำนวณประมาณการรายรับ สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ตามแนวทางของการบริหารกองทุนฯ ก่อนการปรับ Step ladder และค่า K ประกอบด้วย ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ดังนี้

๑.๑. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว คำนวณจัดสรรตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัด โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี

๑.๒. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานคำนวณจัดสรรตามอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรของแต่ละจังหวัด โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี (หลังหักเงินค่าบริการตรวจคัดกรองการได้ยินตามมติคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศ ครั้งที่ ๘/๒๕๖๕ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๕) และตามผลงานการให้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๕

๑.๓. ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป คำนวณจัดสรรด้วยผลงานบริการตามข้อมูลการให้บริการตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๒ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๖๒

๒. กันเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ดังนี้

๑) ไม่น้อยกว่า ๖๐๐ ล้านบาท สำหรับการบริหารจัดการระดับประเทศ

๒) ไม่เกิน ๓,๒๐๐ ล้านบาท สำหรับบริหารจัดการระดับเขต

๓) ส่วนที่เหลือ ๓,๗๐๐ ล้านบาท สำหรับปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๓. คำนวณจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน โดยคำนึงถึงต้นทุนในการจัดบริการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตามปัจจัย Economy of scale เพื่อให้ค่าน้ำหนักของแต่ละขั้นการจัดสรร โดยใช้จำนวนประชากร UC ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ และปรับด้วยอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ ระดับจังหวัด โดยค่าน้ำหนักของแต่ละขั้นการจัดสรร ดังนี้

ประชากรที่ใช้ชั้นการจัดสรรOP/PP	คะแนน จัดสรร
≤๕,๐๐๐	๒.๐๐
>๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐	๑.๘๐
>๑๐,๐๐๐-๒๐,๐๐๐	๑.๖๐
>๒๐,๐๐๐-๓๐,๐๐๐	๑.๔๐
>๓๐,๐๐๐-๔๐,๐๐๐	๑.๒๐
>๔๐,๐๐๐-๕๐,๐๐๐	๑.๑๐
>๕๐,๐๐๐-๖๐,๐๐๐	๑.๐๐
>๖๐,๐๐๐-๗๐,๐๐๐	๐.๙๕
>๗๐,๐๐๐-๘๐,๐๐๐	๐.๙๐
>๘๐,๐๐๐-๑๒๐,๐๐๐	๐.๘๕
>๑๒๐,๐๐๐-๑๕๐,๐๐๐	๐.๘๐
>๑๕๐,๐๐๐	๐.๗๐

๔. การคำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) กำหนดการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก อัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง ดังนี้

ชั้นการกำหนดค่า K	คะแนนจัดสรร
รพช.≤๑๐	๑.๕๐
รพช.B>๑๐-≤๖๐ POP≤๕,๐๐๐	๑.๔๕
รพช.B>๑๐-≤๖๐ POP>๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐	๑.๔๐
รพช.B>๑๐-≤๖๐ POP>๑๐,๐๐๐-๒๐,๐๐๐	๑.๓๕
รพช.B>๑๐-≤๖๐ POP>๒๐,๐๐๐-๓๐,๐๐๐	๑.๓๐
รพช.B>๑๐-≤๖๐ POP>๓๐,๐๐๐-๔๐,๐๐๐	๑.๒๕
รพช.B>๑๐-≤๖๐ POP>๔๐,๐๐๐-๕๐,๐๐๐	๑.๒๐
รพช.B>๑๐-≤๖๐ POP>๕๐,๐๐๐-๖๐,๐๐๐	๑.๑๕
รพช.B>๑๐-≤๖๐ POP>๖๐,๐๐๐	๑.๑๐
รพช.B>๖๐ POP≤๖๐,๐๐๐	๑.๑๕
รพช.B>๖๐ POP>๖๐,๐๐๐	๑.๑๐
รพท.≤๓๐๐	๑.๑๕
รพท.>๓๐๐-๖๐๐	๑.๑๐
รพท.>๖๐๐	๑.๐๕
รพศ.≤๖๐๐	๑.๑๐
รพศ.>๖๐๐-๑,๐๐๐	๑.๐๕
รพศ.>๑,๐๐๐	๑.๐๐

๕. การคำนวณประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ หลังคำนวณการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการจ่ายเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการและปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) จะปรับประมาณการรายรับให้ได้ตามเกณฑ์ยอดประกัน โดยใช้เงินที่กันไว้สำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) (ส่วนที่กันไว้ประมาณจำนวน ๓,๗๐๐ ล้านบาท) และคำนวณประกันรายรับตามข้อ ๒.๕

ก-๒. กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การบริหารเงินที่กันไว้ปรับเกลี่ยระดับประเทศ

สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ ล้านบาท ดำเนินการจัดสรรผ่านกลไกของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (๗x๗) โดยจะดำเนินการภายในไตรมาส ๔

ก-๓. กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การบริหารเงินที่กันไว้ปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด

สำหรับบริหารจัดการระดับเขต ประกอบด้วย จำนวน ๓,๒๐๐ ล้านบาท โดยการคำนวณวงเงินกระจายให้ ๑๒ เขต ตามข้อมูลประมาณการรายรับ OP-PP-IP ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และข้อมูลทางการเงินปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สรุปวงเงินสำหรับดำเนินการปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด แต่ละเขต ดังนี้

เขต	จำนวนเงินสำหรับเขต
๐๑	๒๕๐,๖๗๙,๑๖๓.๐๐
๐๒	๒๒๕,๖๑๕,๒๙๕.๐๐
๐๓	๑๕๒,๗๓๖,๙๘๓.๐๐
๐๔	๒๒๘,๔๖๙,๘๘๒.๐๐
๐๕	๓๓๖,๙๘๓,๓๒๖.๐๐
๐๖	๓๘๙,๒๘๗,๓๔๖.๐๐
๐๗	๒๗๙,๒๗๐,๒๖๑.๐๐
๐๘	๒๗๙,๘๗๒,๕๔๔.๐๐
๐๙	๓๕๙,๒๑๓,๑๗๗.๐๐
๑๐	๒๐๘,๕๖๘,๖๕๙.๐๐
๑๑	๒๒๙,๖๑๒,๗๓๑.๐๐
๑๒	๒๕๙,๖๙๐,๖๓๓.๐๐
ผลรวม	๓,๒๐๐,๐๐๐,๐๐๐

ก-๕. ให้คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. ระดับเขต (๕x๕) ดำเนินการดังนี้

๑) ปรับเปลี่ยนรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ บริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป (จะดำเนินการหรือไม่ก็ได้)

๑.๑) ให้สามารถปรับค่าคะแนนจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) แต่ละช่วงประชากร ค่าถ่วง น้ำหนักอัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ โดยให้ปรับค่า น้ำหนักคะแนนของส่วนกลางปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการแต่ละแห่ง

๑.๒) หลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักอัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (ค่า K) ตามกลุ่ม หน่วยบริการ และ ปรับค่าคะแนนจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) แล้ว ต้องคงหลักเกณฑ์การประกันรายรับ ในข้อ ๒.๕

๒) ปรับเปลี่ยนเงินสำหรับบริหารจัดการระดับเขต จำนวน ๓,๒๐๐ ล้านบาท

๒.๑) ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยบริการที่ต้องติดตามสถานะทางการเงิน อย่างใกล้ชิด ที่มีความจำเป็นที่ต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดงและพื้นที่เสี่ยงภัย เพื่อให้ไม่กระทบกับการ ใช้บริการของประชาชน

๒.๒) ให้ใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาคำนวณ และพิจารณารายจ่ายและรายรับที่ เหมาะสมของหน่วยบริการ ข้อมูลทุนสำรองสุทธิ และหรือต้นทุนบริการ รวมทั้ง การจัดบริการในรูปแบบ Value Base Health care โดยข้อมูลที่ใช้ประกอบการคำนวณ ให้มีการตรวจทานจากหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ทุก ระดับในเขต

๒.๓) การเปลี่ยนให้หน่วยบริการที่มีปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน ให้มีเงื่อนไขในการพัฒนา ประสิทธิภาพของหน่วยบริการให้ดีขึ้น และหรือ มีการปรับระบบการจัดบริการที่วางแผนร่วมกันทุกหน่วยบริการ ในระดับจังหวัดและระดับเขตอย่างต่อเนื่อง และสามารถกันเงินไว้ปรับเปลี่ยนได้ไม่เกินร้อยละ ๑๕ แต่ต้องปรับ เปลี่ยนภายในไตรมาส ๓

ทั้งนี้ กลไกการปรับเปลี่ยน ให้ดำเนินการโดยคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับเขต (คณะทำงาน ๕x๕) โดยการมีส่วนร่วมจาก ระดับจังหวัด

ข. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (กรณีสิทธิอื่นๆ ที่ไม่ใช่สิทธิ UC) คำนวณวงเงินตามจำนวนประชากรสิทธิอื่นๆ ระดับจังหวัด เนื่องจากประชากรสิทธิอื่นๆ ไม่มีการลงทะเบียนกับ หน่วยบริการ โดยให้ปรับเปลี่ยนให้หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทุกสังกัด ตามความจำเป็นและความเหมาะสม ในการให้บริการดังนี้

๑) โดยคำนึงถึงการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริหารสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒) การปรับเปลี่ยน ให้ สปสช.เขต ทหารือกับผู้แทน สธ.ระดับเขตหรือจังหวัด หรืออาจจะหารือ ร่วมกับผู้แทนกองทุนสิทธิที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาชน เพื่อดำเนินการปรับเปลี่ยนให้หน่วยบริการ โดยขอ

คำแนะนำ หรือความเห็นจาก อปสข.ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ ทั้งนี้ ให้ สปสช.เขต จัดให้มีกลไก มาตรการ กำกับติดตามเพื่อให้ประเทศไทยสิทธิอื่นเข้าถึงบริการ และไม่ถูกเรียกเก็บเงิน

ค. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ตามมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ ในวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๕ เห็นชอบหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

๑. สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย ปรับเปลี่ยนให้เฉพาะหน่วยบริการเป้าหมายในพื้นที่เฉพาะ ระดับ ๑ ,พื้นที่เฉพาะ ระดับ ๒ และหน่วยบริการพื้นที่ยากลำบากในการบริหารทรัพยากร ระดับ ก,ระดับ ข จำนวน ๑๖๘ แห่ง

๒. สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัด นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ปรับเปลี่ยนให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีพยาบาลตามโครงการการเพิ่มพยาบาล ๓,๐๐๐ อัตรา ตามข้อเท็จจริงของจำนวนพยาบาลดังกล่าวที่ปฏิบัติงานโดยไม่ลิดรอนสิทธิในการรับค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายการอื่นๆ

ทั้งนี้ การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดำเนินการปรับเปลี่ยนโดยผ่านกลไกคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับเขต (คณะทำงาน ๕x๕) (ตามหนังสือที่ สธ ๐๒๑๐.๐๓/๑๙๑๗๔ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕)

ง. กำหนดเวลาการดำเนินการ

ไม่เกินวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๕ ระดับเขตส่งผลการปรับเปลี่ยนฯ ของรายการ ก-๓,ข,ค กลับมายัง สปสช. ส่วนกลาง และ สป.สธ.โดยทุกเขตส่งเอกสารและข้อมูลต่างๆ ดังนี้

๑. มติการประชุมเกี่ยวกับกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การปรับเปลี่ยนในระดับเขต และการกระจายรายรับลงระดับ CUP

๒. แนวทางและหลักเกณฑ์การปรับค่าคะแนนจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) , ปรับค่าถ่วงน้ำหนัก อัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (กำหนดค่า K) , การปรับเปลี่ยนในระดับเขตและการกระจายรายรับลงระดับ CUP

๓. วงเงินที่ขอให้กันไว้แบบบัญชีเสมือน (Virtual account) เพื่อให้ สปสช.ทำการ Clearing house สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อนอกจังหวัด และสำหรับบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน จังหวัด (หากมี) ทั้งนี้ หากมีการกัน Virtual account จะถูกนำมาหักกับรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกที่จะได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๔. ตัวเลขผลการปรับเปลี่ยนเป็นรายหน่วยบริการ (CUP) ในรูป excel file

จ.แผนการโอนเงินตามตัวเลขประมาณการรายรับปีงบประมาณ ๒๕๖๖

รายการ	งวดการโอนเงิน
๑.ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ ๑ : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ ๕๐ ของตัวเลขรายรับปี ๒๕๖๖ ไม่เกินวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ งวดที่ ๒ : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี ๒๕๖๖ ไม่เกินวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖
๒.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ ๑ : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ ๕๐ ของตัวเลขรายรับปี ๒๕๖๖ ไม่เกินวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ งวดที่ ๒ : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี ๒๕๖๖ ไม่เกินวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖ หมายเหตุ : กรณีได้ข้อสรุปเรื่องการแยกจ่ายชดเชยค่าบริการฉีดวัคซีน พื้นฐาน EPI จะดำเนินการหักเงินจากรายรับในงวด ๒ ตามยอดคำนวณ จัดสรรผลงาน EPI ตามเกณฑ์กลาง
๓.ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ในพื้นที่กั้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ย ไม่เกินวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕
๔.เงินบริหารจัดการระดับเขต จำนวน ๓,๒๐๐ ล้านบาท	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ย ไม่เกินวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ทั้งนี้ หากเขตมีเงินไว้ปรับเกลี่ย จะต้องแจ้งผลการจัดสรรให้ สปสช. ภายในไตรมาส ๓ เพื่อโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป
๕.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณี สิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ย ไม่เกินวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕
๖.ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	๑) สปสช.โอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน โดย การให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขต จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วง น้ำหนัก (ค่า K) ที่เขตปรับตอนต้นปีงบประมาณ ทั้งนี้ หากเขตที่ส่งผลการปรับเกลี่ยไม่ทันตามกำหนด จะ คำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก ค่า K เดิม (ตามค่าน้ำหนักคะแนน ของส่วนกลาง) (รายละเอียดกำหนดการโอนเงิน ตามที่กำหนดใน คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖) ๒) สำหรับหน่วยบริการที่มีประมาณการรายรับปีงบประมาณ ๒๕๖๖ น้อยกว่าจำนวนค่าแรงที่ต้องปรับลดก่อนได้รับการเติมเงินตาม เกณฑ์ หรือ หน่วยบริการกลุ่มที่ยอดประกันรายรับ จำนวน ๑๐ ล้านบาท จะดำเนินการปรับลดค่าแรงส่วนค่าบริการผู้ป่วยในให้ ครบถ้วนตามที่กำหนดก่อน จึงได้รับการโอนรายรับตามผลงานใน เดือนถัดไป

รายการ	งวดการโอนเงิน
	๓) สปสช.จะเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในให้ทราบโดยทั่วกัน โดยให้ สปสช. ทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดร่วมกันกำกับติดตามระบบการจัดบริการ โดยคำนึงถึงคุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างใกล้ชิด โดยผ่านกลไกคณะทำงานฯ ระดับเขต (๕x๕) ๔) เมื่อสิ้นไตรมาส ๔ คณะกรรมการร่วม สป.สธ.และ สปสช.ระดับประเทศ จะพิจารณาผลงาน และจำนวนเงินรายรับโดยภาพรวม OP-PP-IP ของยอดประกันรายรับปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อีกครั้ง

หมายเหตุ : ทั้งนี้ สปสช.ต้องได้รับผลการปรับเปลี่ยนเป็นตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด