

กรอบเวลาการปรับเปลี่ยนค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป  
ปีงบประมาณ 2561 ภายหลังจากได้รับงบกลาง  
ของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

---

การประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 8  
ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 2 พฤษภาคม 2561  
ณ ห้องประชุมร่มโพธิ์ทอง 1  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี อ.เมือง จ.อุดรธานี

- 31 มค.61 กสธ.เสนอ สงป.ขอรับงบกลางปี2561 สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 7,805.2975 ล้านบาท โดยผ่านการหารือร่วมระหว่าง พลเอกฉัตรชัย สาริกัลยะ รองนายกรัฐมนตรี กับ รมว.กสธ., ปลัดกสธ., รองปลัด กสธ., รองผอ.สำนักงานงบประมาณ, รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง, รองเลขา สปสช., นายกแพทยสภา, ผอ.รพ.พระมงกุฎเกล้า, ผอ.สำนักงานแพทย์ทหารบก, และผู้แทนเครือข่ายสถาบันการแพทย์ศึกษา โดยมีสาระสำคัญ 3 ข้อ
  - 1) รับทราบข้อเสนอของงบกลาง ในส่วนงบบริการผู้ป่วยใน 7,805.2975 ล้านบาท (Base rate 8,500 และ SumAdjRW 7.2 ล้านบาท)
  - 2) มอบหมาย สปสช.จัดทำข้อมูลตามข้อสรุปการหารือ 1) ปรับ Base rate เป็น 8,214 ซึ่งมาจากใช้อัตราเงินเพื่อค่าแรงและยาที่ 2.68% จากปี60, 2) ปรับอัตราเติบโตผลงานเป็น 4.36%, 3) จำนวนประชากรลงทะเบียนสิทธิที่จะมีผลต่องบประมาณเหลือจ่ายปลายปี
  - 3) ให้นโยบายในการใช้ตัวเลขที่เป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายในการจัดทำงบประมาณปี 2562

- [16 กพ.61](#) สบ.ทำหนังสือกราบเรียนนายกรัฐมนตรี และเสนอความเห็นให้สนับสนุนงบกลางสำหรับบริการผู้ป่วยในจำนวน 4,186.1272 ล้านบาท โดยมีความเห็นประกอบการศึกษาครั้งนี้

๒.๑.๑ ค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้ป่วยใน สำหรับหน่วยบริการทุกสังกัดภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๔,๑๘๖,๑๒๗,๒๐๐ บาท โดยใช้อัตราที่ได้รับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รวมกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพิ่มเติมจากงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น มาเป็นฐานในการคำนวณอัตราการให้บริการที่เพิ่มขึ้น คิดเป็นประมาณ ๘,๒๐๐ บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ซึ่งคาดว่าจะใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น จำนวน ๕,๒๒๓,๗๑๗,๘๐๐ บาท แต่เนื่องจากผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงทะเบียนจริงน้อยกว่าประมาณการที่ตั้งงบประมาณไว้ จำนวน ๔๕๕,๔๐๓ คน คาดว่าจะมีงบประมาณเหลือจ่ายจำนวน ๑,๐๓๗,๕๙๐,๖๐๐ บาท ดังนั้น จึงควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม จำนวน ๔,๑๘๖,๑๒๗,๒๐๐ บาท (สี่พันหนึ่งร้อยแปดสิบหกล้านหนึ่งแสนสองหมื่นเจ็ดพันสองร้อยบาทถ้วน) (๕,๒๒๓,๗๑๗,๘๐๐ บาท - ๑,๐๓๗,๕๙๐,๖๐๐ บาท) โดยเบิกจ่ายในงบรายจ่ายอื่น

- 6 มี.ค. 61 คณะรัฐมนตรี พิจารณามีมติ

๑. อนุมัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการบูรณาการการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคร่วมกันให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ซึ่งเป็นบริการเชิงรุกเพื่อเน้นการดูแลป้องกันก่อนการเจ็บป่วย เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงาน และภาระงบประมาณด้านสาธารณสุขในพื้นที่ต่าง ๆ รวมทั้งเพื่อลดภาระงบประมาณในระยะยาวต่อไปด้วย

๒. ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดทำข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระบบการให้บริการสาธารณสุขของไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ และชี้แจงทำความเข้าใจกับประชาชนต่อไปด้วย

กสร.เสนอกรม.ขอสนับสนุนงบกลางเพื่อ  
ชดเชยค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ  
สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561 จำนวน  
2 รายการ



๑) ค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้ป่วยใน สำหรับหน่วยบริการทุกสังกัด ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๔,๑๘๖,๑๒๓,๒๐๐ บาท (สี่พันหนึ่งร้อยแปดสิบหกล้านหนึ่งแสนสองหมื่นเจ็ดพันสองร้อยบาทถ้วน)

๒) ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข จำนวน ๑,๐๐๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันล้านบาทถ้วน)



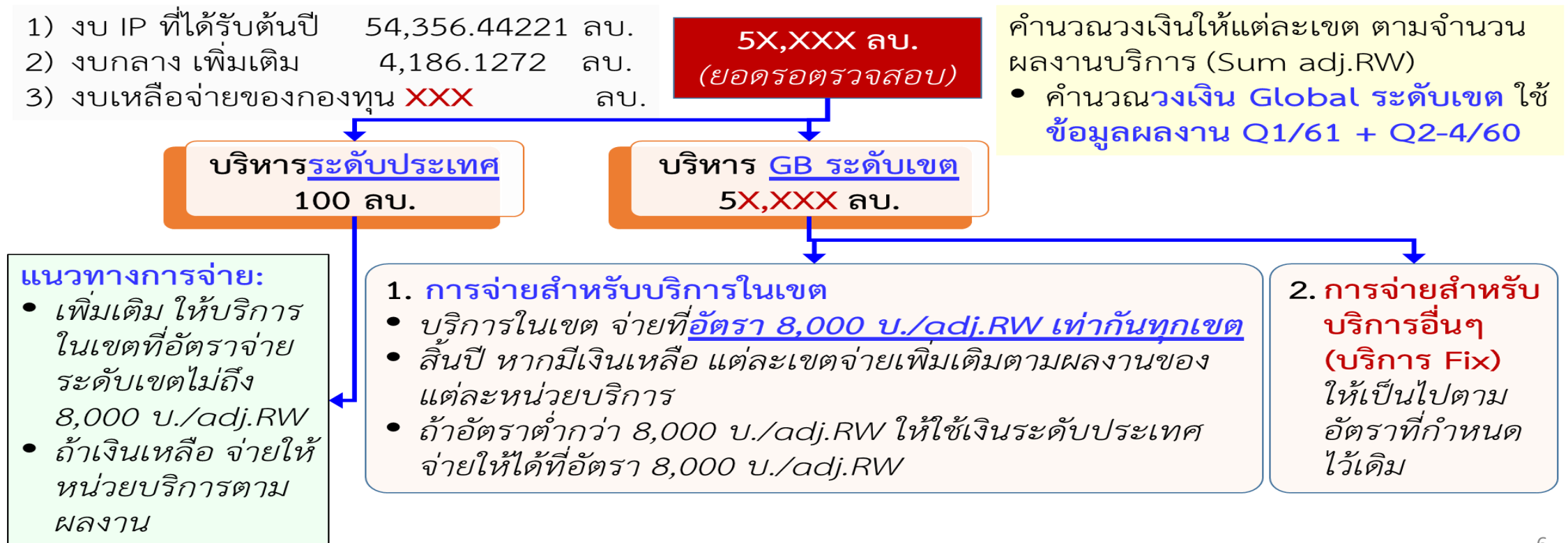
- สปสช.ได้เสนอความเห็นกรณีกสร.เสนอขอรับกลางปี 2561 เพื่อประกอบการพิจารณาของ กรม.  
วันที่ 6 มีค.61 สาระสำคัญดังนี้

ในการนี้ ตามสิ่งที่อ้างถึง ๒ ที่ประชุมร่วมระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานงบประมาณ กรมบัญชีกลาง แพทยสภา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผอ.รพ.พระมงกุฎเกล้า สำนักงานแพทย์ทหารบก และกลุ่มเครือข่ายสถาบันการแพทย์ศึกษา โดยมีรองนายกรัฐมนตรี (พลเอก ฉัตรชัย สาริกัลยะ ; ) เป็นประธานการประชุม ได้เห็นชอบอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เป็น ๘,๒๑๔ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ สำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ซึ่งเป็นตัวเลขที่ยอมรับ และเพียงพอสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกสังกัด เป็นจำนวน ๕,๓๑๓.๙๔๒๔ ล้านบาท ทั้งนี้สำนักงานงบประมาณได้เสนอ นายกรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบสนับสนุนงบกลางสำหรับบริการผู้ป่วยในเพียง ๔,๑๘๖,๑๒๗,๒๐๐

บาท ซึ่งวงเงินดังกล่าวน้อยกว่าที่คาดการณ์ ซึ่งต้องมีการติดตามความเพียงพอของงบประมาณดังกล่าว ตามผลการหารือกับรองนายกรัฐมนตรี (พลเอก ฉัตรชัย สาริกัลยะ ) เมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ และ จะมีการประชุมติดตามความเพียงพอของงบประมาณอีกครั้งในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๑

มติคณะกรรมการจัดทำข้อมูลเพื่อขอสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2562 วันที่ 12 มี.ค.61 : แนวทางการบริหารงบบริการผู้ป่วยในที่ได้รับเพิ่มเติมฯ

- ประกันขั้นต่ำอัตราจ่าย Base rate สำหรับบริการทุกสังกัดในเขต ไม่ต่ำกว่า 8,000 บาท/adj.RW ตลอดทั้งปี
- กั้นเงินส่วนกลางระดับประเทศจำนวน 100 ล้านบาท
- ส่วนที่เหลือจัดสรรเป็นวงเงิน Global budget ระดับเขต ใช้กลไกบริหารระดับเขต



# คาดการณ์จำนวนผลงานและงบประมาณที่ต้องใช้

	ปี 2561 (est.จากจ่ายจริง 61Q1)		
	[1] ผลงานเท่ากับ ที่ของบกลาง	[2] ผลงานที่ใช้ หมดเงิน 3 แหล่ง	[3] ผลงานสูงสุดที่ เป็นไปได้
1. งบประมาณ 3 แหล่ง* (ล้านบาท)	59,493	59,493	59,493
2. ผลงาน Sum adjRW IP-ทั่วไปรวม (ล้านหน่วย)	7.12	7.26	7.23
% sum adjRW IP-ทั่วไป growth	4.36%	6.34%	5.97%
3 อัตราจ่ายเฉลี่ยต่อ adjRW ในภาพรวม IP-ทั่วไป (บาท)	8,192	8,200	8,200
3.1 เฉลี่ยจ่าย base rate เฉพาะบริการในเขต (บาท)	8,000	8,000	8,000
3.2 เฉลี่ยจ่าย base rate เฉพาะบริการข้ามเขต (บาท)	9,600	9,600	9,600
4. ค่าการณจ่ายชดเชยรวม (ล้านบาท)	58,327	59,493	59,282
5. คงเหลืองบประมาณ (1-4) (ล้านบาท)	1,166	0	210

หมายเหตุ: งบผู้ป่วยใน 54,356 งบกลาง 4,186 งบเหลือจ่ายของกองทุน 950 ลบ.

(รายได้สูงต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสะสม 300 ลบ. ดอกเบี้ยในปี 50 ลบ. และเหลือจ่ายจากผลต่างประชากรจำนวน 600 ลบ.)

# มติคณะกรรมการฯ 7x7 ครั้งที่ 3/2561 ในวันที่ 13 มีนาคม 2561

## 1) มอบ กสร.และ สปสช.ดำเนินการตามมติกรม.

- 1.1) จัดทำรายละเอียดเกี่ยวกับระบบการให้บริการสาธารณสุขของไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ และชี้แจงทำความเข้าใจกับประชาชน
- 1.2) ประสานหน่วยงานและกลไกที่เกี่ยวข้อง พิจารณาแนวทางการบูรณาการการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคร่วมกันให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะบริการ PCC เพื่อเน้นการดูแลป้องกันก่อนเจ็บป่วย เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงาน ภาระงบประมาณด้านสาธารณสุขในพื้นที่ต่างๆ และลดภาระงบประมาณในระยะยาว

## 2) เห็นชอบในหลักการ ให้แนวทางการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน (IP) เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2561 ของหน่วยบริการทุกสังกัด **ตามที่เสนอ โดยไม่มีการกันเงินระดับประเทศ 100 ลบ.**

## 3) เห็นชอบให้หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ยสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สร.เป็น ดังนี้

- 3.1) งบค่าบริการ IP ทั่วไปเดิมคงการจ่ายแบบค่า K
- 3.2) งบกลาง จ่ายแบบ Add on ในอัตราต่อ adjRW เท่ากันระดับเขต โดยให้เขตสามารถพิจารณาปรับโดยกำหนดค่าน้ำหนักรายโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

## 4) มอบ สป.สร. เสนอ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ยสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สร. ต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานและบริหารหลักการกองทุนฯ เพื่อพิจารณาต่อไป



# ความเห็นคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน วันที่ 14 มีนาคม 2561

1. แหล่งงบประมาณเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2561 ที่คาดว่าจะเหลือจ่ายจากผลต่างประชากรที่จะนำมาสมทบจ่าย สามารถดำเนินการได้ในระหว่างปีงบประมาณหรือไม่
2. ผลงานบริการที่นำมาใช้คำนวณควรปรับเป็นผลงานบริการระหว่าง ตค.60-มีค.61 เพื่อให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง
3. ให้มีการติดตามแนวโน้มผลงานบริการอย่างใกล้ชิดและรายงานต่ออนุกรรมการฯ ทราบทุกเดือน
4. ควรมีการคาดการณ์สถานการณ์แนวโน้มผลงานบริการและงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยในปี 2562 เพิ่มเติม
5. ตัวเลขคาดการณ์เงินเหลือจ่ายจากผลต่างประชากรที่ สงป.รายงานไปยังนายกรัฐมนตรี ไม่สอดคล้องกับตัวเลขคาดการณ์ที่ สปสช.ประมาณการและใช้ในการคำนวณจ่าย ประเด็นนี้คณะกรรมการฯ พิจารณาแล้วเห็นว่า เป็นเพียงความเห็นของ สงป.ที่รายงานต่อนายกรัฐมนตรี เอกสารที่ สงป.แจ้งกลับมา ยัง กสธ.ไม่ได้ระบุข้อมูลดังกล่าวไว้ อย่างไรก็ตามคณะกรรมการฯ ให้รายงานประเด็นดังกล่าวนี้ต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ

# มติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 2/2561 ในวันที่ 14 มีนาคม 2561

1. เห็นชอบ (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) ที่ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะอนุกรรมการฯ แล้ว
2. มอบ สปสช.ดำเนินการ
  - 2.1 นำเสนอ (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ที่ปรับแก้ไขแล้วต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาต่อไป
  - 2.2 ติดตามกำกับอย่างใกล้ชิดเพื่อดูแนวโน้มผลงานบริการผู้ป่วยในและรายงานผลการติดตามต่อคณะอนุกรรมการฯ ทราบทุกเดือน
3. รับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการตามมติได้ทันที

# มติคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ ครั้งที่ 3/2561 วันที่ 22 มีนาคม 2561

1. เห็นชอบในหลักการ (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ โดย
  - 1.1 มอบ นายสมใจ โตสุวรรณ และนายประเวศ อรรถสุภผล พิจารณาเนื้อหาของ (ร่าง) ประกาศฯ ให้สอดคล้องกับระเบียบ ประกาศ และแนวทางการบริหารจัดการเงินกองทุน และปรับรูปแบบให้ถูกต้องตามหลักกฎหมาย
  - 1.2 มีข้อสังเกตเพิ่มเติมประเด็นการจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปเพิ่มเติมจากงบกลางที่ได้รับนั้นจะจ่ายภายในวงเงินที่ได้รับเพิ่มเติมเท่านั้น
2. มอบสปลช. นำเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาต่อไป
3. รับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการตามมติได้ทันที

# มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2561 ในวันที่ 2 เมษายน 2561

เรื่อง (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2561 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2)

- 1) เห็นชอบให้ใช้เงินกองทุนเหลือจ่ายจำนวน 950 ลบ.เป็นค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปปีงบประมาณ 2561 เพิ่มเติม(รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม 300 ลบ.ดอกเบี้ยในปี 50 ลบ.และเหลือจ่ายจากผลต่างประชากรจำนวน 600 ลบ.
- 2) เห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2561 เพิ่มเติม โดยเพิ่มเติมให้คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ
- 3) เห็นชอบ(ร่าง)ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2561 และหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ(ฉบับที่ 2)” ที่ปรับแก้ไขในที่ประชุม
- 4) รับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการตามมติได้ทันที

# หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2561 (เพิ่มเติม)

- 1) งบ IP ที่ได้รับต้นปี 54,356.44221 ลบ.
- 2) งบกลาง เพิ่มเติม 4,186.1272 ลบ.
- 3) งบเหลือจ่ายของกองทุน 950 ลบ. (รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม 300 ลบ. ดอกเบี้ยในปี 50 ลบ. และเหลือจ่ายจากผลต่างประชากรจำนวน 600 ลบ.)



59,492.56941 ลบ.

คำนวณเพิ่มให้แต่ละเขตมี GB ระดับเขต  
สะท้อนตามจำนวนผลงานบริการ (Sum  
adjRW) โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

100 ลบ.  
บริหารระดับประเทศ

ส่วนที่เหลือ  
บริหาร GB ระดับเขต

## แนวทางการจ่าย:

- เพิ่มเติม ให้บริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,000 บาทต่อ adjRW
- ถ้าเงินเหลือ จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงาน
- คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขการจ่าย

## 1. การจ่ายสำหรับบริการในเขต

- บริการในเขต จ่ายที่อัตรา 8,000 บ./adj.RW เท่ากันทุกเขต
- สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของหน่วยบริการ
- ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,000 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,000 บาทต่อ adjRW

2. การจ่ายสำหรับบริการอื่นๆ (บริการแบบ Fix ) ให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้เดิม

สำหรับการปรับเกลียจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน เป็นผู้พิจารณา

หมายเหตุ: รายการรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสมเป็นเงินที่มาจากเงินคงเหลือปีก่อน เงิน Audit ปีก่อน และงบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคงเหลือปีก่อน เป็นต้น



- 1) วันที่ 9 เมษายน 2561 แจ้ง สปสช.เขต ดำเนินการประสานผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ พิจารณาการกำหนดค่า K2 รายหน่วยบริการ โดยแนวทางเป็นไปตามที่ สป.สร.กำหนด
- 2) กำหนดให้ส่งผลการพิจารณากำหนด ค่า K2 รายหน่วยบริการ ที่ผ่านความเห็นชอบจากอปสช.ภายในวันที่ 30 เมษายน 2561
- 3) สปสช.เริ่มประมวลผลจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน ปี 2561 ย้อนหลังตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยจะดำเนินการในรอบ Statement เดือน เมษายน 2561 แต่ทั้งนี้ ต้องได้ผลการพิจารณาการกำหนดค่า K2 ตามระยะเวลาที่กำหนด

## เสนอคณะกรรมการฯ เพื่อ

- 1) รับทราบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง(ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2561 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2)
- 2) รับทราบกรอบเวลาการปรับเกลี่ยค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปปีงบประมาณ 2561 ภายหลังจากได้รับงบกลางของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.
- 3) มอบคณะทำงานฯ 5x5 เร่งรัดการกำหนดค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K2) รายหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2561
- 4) มอบ สปสช.เขตเสนอ อปสช.พิจารณาและแจ้ง สปสช. ส่วนกลางภายในวันที่ 30 เมษายน 2561 เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

# แนวทางการประมวลจ่ายเงินกองทุนผู้ป่วยในเพิ่มเติม ปีงบประมาณ2561

# หลักการบริหารค่าบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ2561

- ❑ บริหารเป็นวงเงิน Global budget ระดับเขต
- ❑ งบกลางที่ได้รับถือเป็นการจ่ายเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการ
- ❑ แนวทางการประมวลผลจ่ายปีงบประมาณ2561 (ตั้งแต่1 ต.ค.60)
  - รายการ Fixed rate จ่ายตามอัตราที่กำหนด
  - IP ในเขตและเด็กแรกเกิดปกติ นน.>1,500 กรัมขึ้นไป
    - จ่ายที่อัตรา8,000 บาทต่อAdj.RW
    - หากGlobal budget ระดับเขตมีเงินไม่พอจ่ายให้ใช้เงินกัน100 ล้านบาทจ่ายเพิ่มเติมให้ครบอัตรา8,000 บาท *ทั้งนี้หากไม่พอจ่ายในอัตรา8,000 บาทให้จ่ายตามวงเงินที่มี*
  - เมื่อสิ้นปีงบประมาณหากมีเงินเหลือจ่ายGlobal budget ระดับเขตและเงินกัน100 ล้านบาทให้จ่ายเงินเพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามผลงาน IP ในเขตและเด็กแรกเกิด นน.>1,500 กรัมขึ้นไป

# (ร่าง) ตัวอย่างการประมวลผลจ่าย: ในเขต& เด็กแรกเกิดนน.>1,500 กรัม

สังกัดอื่นๆ

สป.สธ.

Step1: BR01 = [7,098]

$$\frac{\text{GBเดิม1 (หลังหัก Fixed)}}{\text{SumAdj.RW(ในเขต + normalNewborn)}}$$

Step2: BR02 = [6,006]

$$\frac{(\text{GB2 - เงินกันสป.})}{\text{SumAdj.RWสป.(K1)}}$$

$$(\text{GB2} = \text{BR01} \times \text{SumAdj.RWสป.})$$

+ - - - - แนวทางการเติมเงิน(Top Up) ๕,๐๓๖,๑๒๗,๒๐๐ - - - - +

Step3: เติมให้ BR01 = [8,000]

Step4: กรณีมีการปรับเกลี่ยรายรพ. K2

$$\text{BR03} = (8,000 - 7,098) = [902]$$

$$\text{BR04} = \frac{\text{GB3}}{\text{SumAdj.RW สป.(K2)}} = [802]$$

$$(\text{GB3} = \text{BR03} \times \text{SumAdj.RWสป.})$$

- หาก BR01 < 8,000 บาท เติมให้ 8,000 บาท
- หาก BR01 > 8,000 บาท จ่ายแค่ 8,000 บาท

สรุป รัฐนอกสปสธ.และเอกชน จ่าย 8,000 บาทต่อ Adj.RW  
= (BR01 + BR03)

สรุป สปสธ.จ่าย 6,006/Adj.RWสป.(K1)+ 802/Adj.RWสป.(K2)  
= (BR02 + BR04)

- หมายเหตุ : 1. กรณี Step1: คำนวณ BR1 ได้ 8,000 บาท จะไม่มีการเติมเงิน Top Up ใน Step3 & Step4  
2. กรณีอปสข.ไม่มีการปรับเกลี่ยรายรพ.(ไม่มีค่า K2) การเติมเงินทุกสังกัดจะเท่ากับ BR03



# ร่าง การดำเนินการในการประมวลผลจ่าย IPในเขต & เด็กแรกเกิด นน.>1,500 กรัม

งวดเดือน ต.ค.60 – มี.ค.61

1. **Recalculate** ข้อมูลเดิมตามหลักเกณฑ์ใหม่
2. หักกลับเงินที่จัดสรรไปแล้วตามการประมวลผลเดิม
3. โอนเงินให้หน่วยบริการ

งวดเดือน เม.ย.61 – ก.ย.61

1. **Calculate** ข้อมูลที่ส่งเข้ามาตามหลักเกณฑ์ใหม่
2. โอนเงินให้หน่วยบริการ

หมายเหตุ คิดจากได้รับงบกลางมาในเดือน พ.ค. 61 อาจเปลี่ยนแปลงได้หากเดือนที่ได้รับงบกลางเปลี่ยนแปลง



หลอมรวมเครือข่าย...หลอมรวมใจเพื่อหนึ่งเดียว :  
รวมพลังสร้างสวัสดิ์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน