

**แนวทางการปรับเกลียรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สร.ปีงบประมาณ ๒๕๖๘**

**ก. รายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป**

๑) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑.๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ซึ่งมีวัตถุประสงค์เป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจําร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย และกรณีสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้ว โดยอาจเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์) เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเครือข่ายกันเอง หรือเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการภาคเอกชน ให้ สปสช. พิจารณาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) จัดสรรผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP)

(๒) จัดสรรโดยตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วแต่กรณี ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ

(๓) จัดสรรตามแนวทางอื่นที่ สปสช. กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

๑.๒ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานและค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(๑) ให้สามารถกันเงินไว้ปรับเกลียจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ได้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของงบประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สร. จะได้รับปี พ.ศ. ๒๕๖๘ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ เขต จังหวัด และสำหรับการปรับเกลียรายรับของแต่ละหน่วยบริการประจำ ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานและการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

(๒) หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลีย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของผู้มีสิทธิ โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการผู้มีสิทธิในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย หน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิดต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สร. จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเปลี่ยนโดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนที่คณะกรรมการแต่งตั้ง พิจารณา

(๓) คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๗ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗ เห็นชอบแนวทางการบริหารจัดการจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. โดยกันเงินไว้ปรับเปลี่ยนจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป คงหลักการเดิมปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) ตามที่คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) ในวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๗ เห็นชอบกันเงินไว้ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) จำนวน ๗,๙๐๐ ล้านบาท ภายใต้กรอบหลักเกณฑ์และแนวทาง ดังนี้

(๓.๑) การจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้การจัดสรรแบบขั้นบันได (Step Ladder) และปรับด้วยอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ ระดับจังหวัด และค่าบริการผู้ป่วยในการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) และปรับเปลี่ยนเงินกันให้ตามการประกันรายรับหลังหักค่าแรง

(๓.๒) สำหรับการบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ ล้านบาท ดำเนินการจัดสรรผ่านกลไกของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ โดยจะดำเนินการภายในไตรมาส ๔

(๓.๓) สำหรับการบริหารจัดการระดับเขต จำนวน ๓,๖๐๐ ล้านบาท

(๓.๔) ให้ระดับเขตสามารถปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน โดยให้ปรับ (ค่า K) ของส่วนกลางปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ภายใต้ประมาณการวงเงินระดับเขตที่ได้รับโดยอย่างน้อยต้องคงหลักเกณฑ์การประกันรายรับ ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการแต่ละแห่ง และสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงาน ๕x๕)

(๓.๕) ประกันรายรับให้หน่วยบริการ

(๑) สำหรับหน่วยบริการทุกแห่ง ประกันรายรับไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของประมาณการรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ตามวงเงินงบประมาณที่ได้รับ หลังกันเงิน หลังปรับลดค่าแรง และได้รับการเติมเงินตามหลักเกณฑ์ โดยเขตสุขภาพสามารถประกันรายรับได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ ของประมาณการรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ตามวงเงินงบประมาณที่ได้รับ หลังกันเงิน หลังปรับลดค่าแรง และได้รับการเติมเงินตามหลักเกณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ได้รับยอดประกันรายรับ จำนวน ๑๐ ล้านบาท

(๒) สำหรับหน่วยบริการเป้าหมายที่ช่วยเหลือเป็นการเฉพาะที่มีความเสี่ยงทางการเงิน (ป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ) หน่วยบริการที่รายรับตามยอดประกันรายรับตามข้อ ๓.๕ (๑) ไม่ถึง 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 ๒๕๖๘ ตามแนวทางของการบริหารกองทุนฯ ก่อนการปรับ Step ladder และค่า K ประกอบด้วย ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ดังนี้

๑.๑. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว คำนวณจัดสรรตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัด โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ (หลังที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ) เป็นตัวแทนในจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี โดยอาจปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิเพื่อรองรับนโยบายรัฐบาล ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๑.๒. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานคำนวณจัดสรรตามอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรของแต่ละจังหวัด โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ (หลังที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และตามผลงานการให้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๗

๑.๓. ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป คำนวณจัดสรรด้วยผลงานบริการตามข้อมูลการให้บริการตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๗

๒. กันเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ดังนี้

๑) ไม่น้อยกว่า ๖๐๐ ล้านบาท สำหรับการบริหารจัดการระดับประเทศ

๒) ไม่เกิน ๓,๖๐๐ 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 เพื่อให้ค่าน้ำหนักของแต่ละชั้นการจัดสรร โดยใช้

จำนวนประชากร UC ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ และปรับด้วยอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ ระดับจังหวัด โดยค่าน้ำหนักของแต่ละชั้นการจัดสรร ดังนี้

ประชากรที่ใช้ชั้นการจัดสรร OP/PP	คะแนนจัดสรร
≤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
>๘๐,๐๐๐-๙๐,๐๐๐	๐.๘๕
>๙๐,๐๐๐-๑๐๐,๐๐๐	๐.๘๐

๔. การคำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) กำหนดการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก อัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการ จำนวนเตียง และจำนวนประชากร UC ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ 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 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ หลังคำนวณการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการจ่ายเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ และปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) จะปรับประมาณการรายรับให้ได้ตามเกณฑ์ยอดประกัน โดยใช้เงินที่กันไว้สำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) (ส่วนที่กันไว้ประมาณจำนวน ๓,๗๐๐ ล้านบาท) และคำนวณประกันรายรับตามข้อ ๓.๕

ก-๒. กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การบริหารเงินที่กันไว้ปรับเกลี่ยระดับประเทศ

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

ก-๓. กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การบริหารเงินที่กันไว้ปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด

สำหรับบริหารจัดการระดับเขต ประกอบด้วย จำนวน ๓,๖๐๐ ล้านบาท โดยการคำนวณวงเงินกระจายให้ ๑๒ เขต สรุปลงเงินสำหรับการปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด แต่ละเขต ตามที่คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศพิจารณาเห็นชอบ

ก-๔. ให้คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. ระดับเขต (๕x๕) ดำเนินการดังนี้

๑) ปรับเกลี่ยรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป (จะดำเนินการหรือไม่ก็ได้)

๑.๑) ให้สามารถปรับค่าคะแนนจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) แต่ละช่วงประชากร ค่าถ่วงน้ำหนักอัตราการจัดจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ โดยให้ปรับค่าน้ำหนักคะแนนของส่วนกลางปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการแต่ละแห่ง

๑.๒) หลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักอัตราการจัดจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (ค่า K) ตามกลุ่มหน่วยบริการ และปรับค่าคะแนนจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) แล้ว ต้องคงหลักเกณฑ์การประกันรายรับในข้อ ๓.๕

๒) ปรับเกลี่ยเงินสำหรับบริหารจัดการระดับเขต จำนวน ๓,๖๐๐ ล้านบาท

๒.๑) ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยบริการที่ต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด ที่มีความจำเป็นที่ต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดงและพื้นที่เสี่ยงภัย เพื่อให้ไม่กระทบกับการให้บริการของประชาชน

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

๒.๓) การเกลี้ยให้หน่วยบริการที่มีปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน ให้มีเงื่อนไขในการพัฒนาประสิทธิภาพของหน่วยบริการให้ดีขึ้น และหรือ มีการปรับระบบการจัดบริการที่วางแผนร่วมกันทุกหน่วยบริการ ในระดับจังหวัดและระดับเขตอย่างต่อเนื่อง และสามารถกันเงินไว้ปรับเกลี้ยได้ไม่เกินร้อยละ ๑๕ แต่ต้องปรับ เกลี้ยภายในไตรมาส ๓

ทั้งนี้ กลไกการปรับเกลี้ย ให้ดำเนินการโดยคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับเขต (คณะทำงาน ๕x๕) โดยการมีส่วนร่วมจาก ระดับจังหวัด

ข. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)

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

๑) โดยคำนึงถึงการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒) การปรับเกลี้ย ให้ สปสช.เขตหารือกับผู้แทน สธ.ระดับเขตหรือจังหวัด หรืออาจจะหารือ ร่วมกับผู้แทนกองทุนสิทธิที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาชน เพื่อดำเนินการปรับเกลี้ยให้หน่วยบริการ โดยขอ คำแนะนำ หรือความเห็นจาก อปสช.ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ ทั้งนี้ ให้ สปสช.เขต จัดให้มีกลไก มาตรการ กำกับติดตามเพื่อให้ประชากรไทยสิทธิอื่นเข้าถึงบริการ และไม่ถูกเรียกเก็บเงิน

ค. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ตามมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการ ประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๗ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗ เห็นชอบหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วย บริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

๑. สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย ปรับเกลี้ยให้ เฉพาะหน่วยบริการเป้าหมายในพื้นที่เฉพาะ ระดับ ๑ ,พื้นที่เฉพาะ ระดับ ๒ และหน่วยบริการพื้นที่ยากลำบากใน การบริหารทรัพยากร ระดับ ก,ระดับ ข (รวมรพช.ที่ได้รับการยกฐานะเป็นรพท.ที่จัดอยู่ในระดับพื้นที่ยากลำบากน การบริหารจัดการระดับ ก) รวมจำนวน ๑๗๕ แห่ง

๒. สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัด นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ปรับเกลี้ยให้เฉพาะหน่วยบริการที่ มีพยาบาลตามโครงการการเพิ่มพยาบาล ๓,๐๐๐ อัตรา ตามข้อเท็จจริงของจำนวนพยาบาลดังกล่าวที่ปฏิบัติงาน โดยไม่ลิดรอนสิทธิในการรับค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายการอื่นๆ

ทั้งนี้ การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดำเนินการการปรับเปลี่ยนโดยผ่านกลไกคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับเขต (คณะทำงาน ๕๕) (ตามหนังสือที่ สธ ๐๒๑๐.๐๓/๓๓๓๘๐ ลงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗)

ง. กำหนดเวลาการดำเนินการ

ไม่เกินวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๗ 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. จำนวนเงินที่ขอให้กันไว้แบบบัญชีเสมือน (Virtual account) เพื่อให้ สปสช.ทำการ Clearing house สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อนอกจังหวัด และสำหรับบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน จังหวัด (หากมี) ทั้งนี้ หากมีการกัน Virtual account จะถูกนำมาหักกับรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกที่จะได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๔. จำนวนเงินที่จะนำมาปรับลดค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป สำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรในหน่วยบริการอื่น นอกจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องของผู้รับบริการภายในจังหวัด (ทุกจังหวัด) เพื่อนำไปจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรในหน่วยบริการอื่นภายในจังหวัด ตามอัตราที่ตกลงกันภายในจังหวัด ทั้งนี้ จะถูกนำมาหักกับรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกที่จะได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๕. ตัวเลขผลการปรับเปลี่ยนเป็นรายหน่วยบริการ (CUP) ในรูป excel file

จ.แผนการโอนเงินตามตัวเลขประมาณการรายรับปีงบประมาณ ๒๕๖๘

รายการ	งวดการโอนเงิน
๑.ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ ๑ และ ๒ : สปสช.โอนเงินงบประมาณไม่เกินร้อยละ ๙๐ ภายในไตรมาส ๒ งวดที่ ๓ : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี ๒๕๖๘ ภายหลังจากพิจารณาการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรในหน่วยบริการอื่น นอกจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องของผู้รับบริการภายในจังหวัด ตามอัตราที่ตกลงกันภายในจังหวัดทุกสังกัด
๒.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ ๑ และ ๒ : สปสช.โอนเงินร้อยละ ๕๐ ของตัวเลขรายรับปี ๒๕๖๘ ไม่เกิน วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗

รายการ	งวดการโอนเงิน
	งวดที่ ๓ : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี ๒๕๖๘ ภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๘
๓.ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ยแล้ว ภายหลังได้รับการปรับเกลี่ย
๔.เงินบริหารจัดการระดับเขต จำนวน ๓,๖๐๐ ล้านบาท	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ย ภายหลังได้รับการปรับเกลี่ย
๕.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ย ภายหลังได้รับการปรับเกลี่ย
๖.ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	๑) สปสช.โอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ โดยการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขต จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ของส่วนกลางตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ทั้งนี้ กรณีเขตปรับ K จะใช้ประมวลจ่ายในรอบการส่งข้อมูลในเดือนธันวาคม ๒๕๖๘ หากเขตที่ส่งผลการปรับเกลี่ยไม่ทันตามกำหนด จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก ค่า K เดิม (ตามค่าน้ำหนักคะแนนของส่วนกลาง) โดยจะคำนวณการจ่ายค่าบริการผลงานการให้บริการ ตามค่า K ที่เขตปรับสำหรับข้อมูลที่ส่งมาในเดือนถัดไป ๒) สำหรับหน่วยบริการที่มีประมาณการรายรับปีงบประมาณ ๒๕๖๘ น้อยกว่าจำนวนค่าแรงที่ต้องปรับลดก่อนได้รับการเติมเงินตามเกณฑ์ หรือ หน่วยบริการกลุ่มที่ยอดประกันรายรับ จำนวน ๑๐ ล้านบาท จะดำเนินการปรับลดค่าแรงส่วนค่าบริการผู้ป่วยในให้ครบถ้วนตามที่กำหนดก่อน จึงได้รับการโอนรายรับตามผลงานในเดือนถัดไป 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 ๒๕๖๘ อีกครั้ง

หมายเหตุ : ทั้งนี้ สปสช.ต้องได้รับผลการปรับเกลี่ยเป็นตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด