Mahidol University
Faculty of Nursing

ระบบการจ่ายเงินชดเชย ตามระบบกองทุนในระบบสุขภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเชต วงรอต

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Phichet.won@mahidol.ac.th

Mahidol University
Faculty of Nursing

ปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยนำเข้า

- กำลังคนด้านสุขภาพ
- สถานบริการด้านสุขภาพ
- ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- การเงินการคลังด้านสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์

- การเข้าถึงบริการสุขภาพ
- ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการสุขภาพ
- ความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ

Mahidol University
Faculty of Nursing

ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน

จำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย ปี 2567

ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค
2,963 บาท
(ภาษี ดอกเบี้ย สลากกินแบ่ง เบี้ยประกัน ฯลฯ)

13.3%

86.7%

ค่าใช้จ่ายอุปโภคบริโภค
19,319 บาท

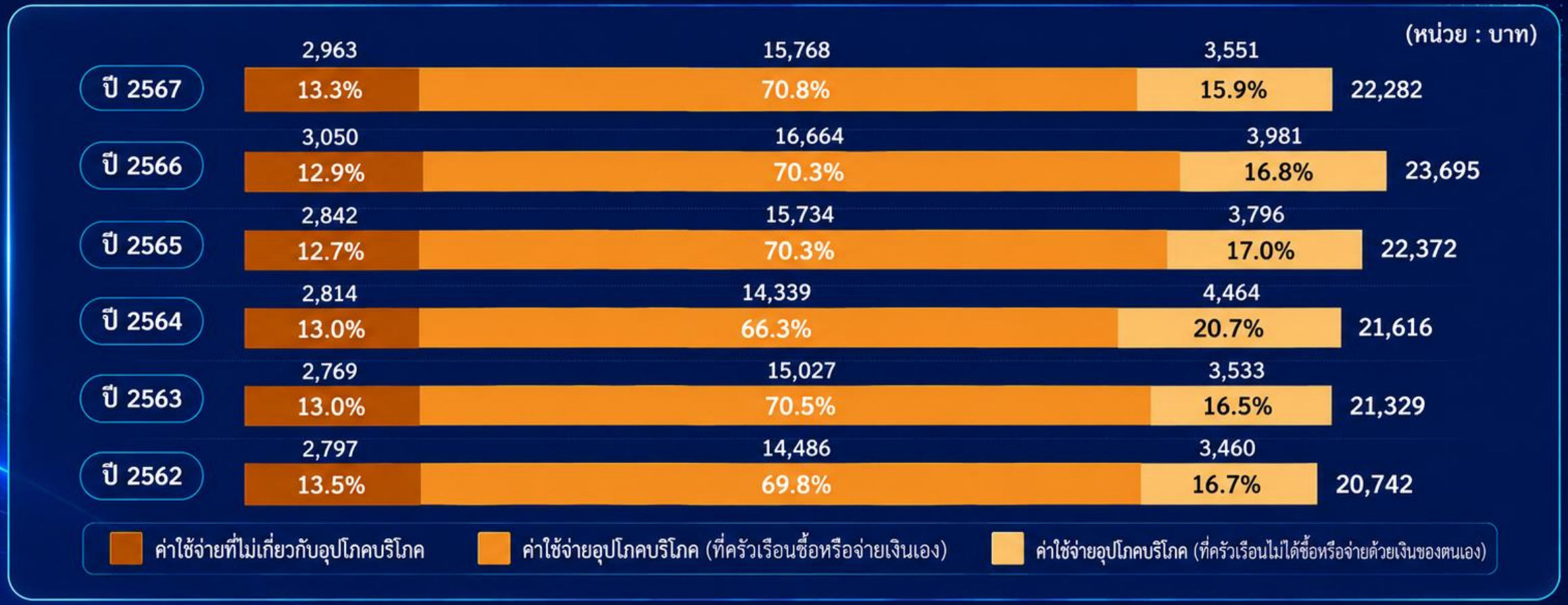
แบ่งตามหมวดค่าใช้จ่าย ดังนี้

- อาหาร เครื่องดื่ม ยาสูบ 8,005 บาท (35.9%)
- ค่าที่อยู่อาศัย/เครื่องใช้ 4,736 บาท (21.3%)
- ยานพาหนะ/การเดินทาง 3,713 บาท (16.7%)
- เครื่องนุ่งห่ม/รองเท้า ของใช้ส่วนบุคคล 1,036 บาท (4.6%)
- ค่าใช้จ่ายการสื่อสาร 826 บาท (3.7%)
- ค่าใช้จ่ายการศึกษา 293 บาท (1.3%)
- เวชภัณฑ์/ค่ารักษา 272 บาท (1.2%)
- การบันเทิง/จัดงานพิธี 242 บาท (1.1%)
- กิจกรรมทางศาสนา 197 บาท (0.9%)

ที่มา: กลุ่มสถิติรายได้รายจ่าย, กองสถิติสังคม, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2567.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2567.

Mahidol University
Faculty of Nursing

ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน จำแนกตามประเภทค่าใช้จ่าย ปี 2562 - 2567



ที่มา: กลุ่มสถิติรายได้รายจ่าย, กองสถิติสังคม, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2567. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2567.

Mahidol University
Faculty of Nursing

แนวโน้มงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข
และสัดส่วนต่องบประมาณของประเทศ ปีงบประมาณ 2555 - 2567

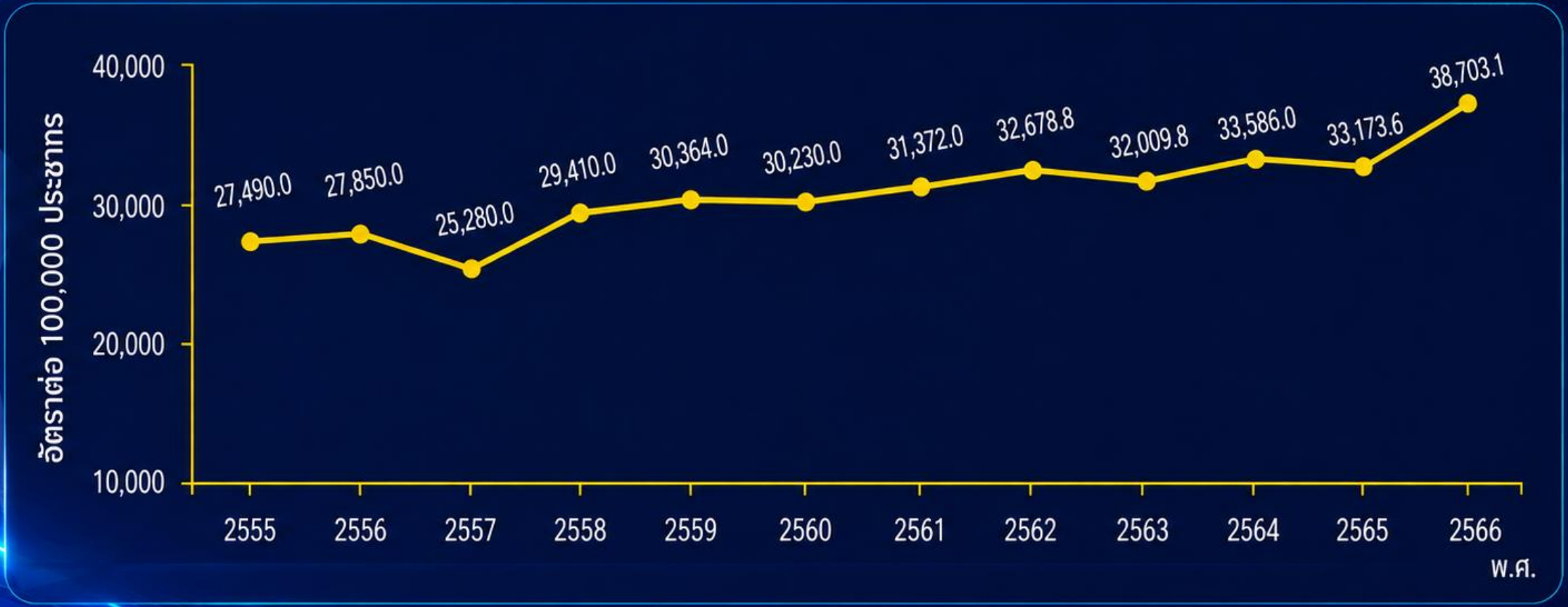
ที่มา: รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567

อัตราผู้ป่วยนอกต่อพันประชากร พ.ศ. 2555-2566 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

ที่มา: รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567

Mahidol University
Faculty of Nursing

อัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากร พ.ศ. 2555-2566



ที่มา: รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567

Mahidol University
Faculty of Nursing

สถานะ 3 กองทุนสุขภาพ

กองทุนประกันสังคม

งบประมาณ
846,544 ล้านบาท
(รัฐสมทบ 33.3%)

ผู้มีสิทธิ/ล้านคน
10.4

ค่าใช้จ่าย/คน/บาท
2,105

+

หลักประกันสุขภาพ

งบประมาณ
120,846 ล้านบาท
(รัฐสมทบ 100%)

ผู้มีสิทธิ/ล้านคน
47.1

ค่าใช้จ่าย/คน/บาท
2,755

+

กองทุนข้าราชการ

งบประมาณ
62,195 ล้านบาท
(รัฐสมทบ 100%)

ผู้มีสิทธิ/ล้านคน
4.9

ค่าใช้จ่าย/คน/บาท
11,000-12,000

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม “3 กองทุนสุขภาพ” รับความท้าทายในอนาคต. HSRI Forum. 2555; 1(6): 3-7.

ระบบกองทุนสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพ	ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS)	ระบบประกันสังคม (SSS)	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS)
แนวคิด	รัฐสวัสดิการสำหรับผู้ทำงานภาครัฐ	ความมั่นคงด้านสังคม	สิทธิขั้นพื้นฐานประชาชน
หน่วยงานรับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
สัดส่วนผู้มีสิทธิ (ปี พ.ศ.2551)	8%	15.8%	75%
แหล่งเงินทุน	งบประมาณรัฐ	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้างฝ่ายละเท่ากัน	งบประมาณรัฐ

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม “3 กองทุนสุขภาพ” รับความท้าทายในอนาคต. HSRI Forum. 2555; 16(6): 3-7.

ระบบกองทุนสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพ	ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS)	ระบบประกันสังคม (SSS)	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS)
สิทธิประโยชน์	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ในตามประกาศกรมบัญชีกลาง	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ในตามเกณฑ์สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ในตามเกณฑ์ชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.
เงื่อนไขการใช้บริการ	สถานพยาบาลรัฐแห่งใดก็ได้ตามอิสระ และใช้ รพ.เอกชนได้ตามประกาศ	เฉพาะโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่ขึ้นทะเบียน ผู้ใช้บริการมีสิทธิเลือกสถานบริการ	เฉพาะโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่ขึ้นทะเบียนด้วย และสถานพยาบาลในเครือข่าย
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	• ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง • ผู้ป่วยในตามรายป่วยในอัตราที่กำหนด (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและในและจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี	• เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และผู้ป่วยนอก • งบประมาณจำกัดวงเงินรวมถ่วงน้ำหนักตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม “3 กองทุนสุขภาพ” รับความท้าทายในอนาคต. HSRI Forum. 2555; 1(6): 3–7.

Mahidol University
Faculty of Nursing

ความสำคัญของระบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

1. ระบบการจ่ายค่าบริการ (provider payment mechanisms) เป็นหนึ่งใน "กลไกหลักของการเงินสุขภาพ" ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการ คุณภาพบริการ และความยั่งยืนทางด้านการคลังของประเทศ

2. การกำหนดวิธีจ่ายค่าตอบแทนจะสร้างแรงจูงใจ (incentives) ให้ผู้ให้บริการกระทำในทิศทางที่ต้องการหรือไม่ต้องการ?

3. รูปแบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (payment methods) มีผลต่อพฤติกรรมการให้บริการ การเลือกรูปแบบต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อคุณภาพ ความเสมอภาค และต้นทุนรวมของระบบสุขภาพด้วย

อ้างอิง (4 รายการ)

1 World Health Organization. Health financing: provider payment mechanisms. Geneva: WHO; 2022.

2 Cashin C, Sparkes S, Bloom D. Aligning public financial management and health financing. WHO; 2017.

3 Langenbrunner J, Cashin C. Designing and implementing health care provider payment systems. World Bank; 2009.

4 Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. Int J Health Plann Manage. 1995;10:23–45.

Mahidol University
Faculty of Nursing

การจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนให้สถานบริการ

- งานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพชี้ชัดว่า **'การจ่ายค่าตอบแทน (payment) ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริการ (behavior)'**

1 หากจ่ายตามปริมาณบริการ (volume-based เช่น FFS)

จะทำให้ปริมาณการให้บริการ **เพิ่มขึ้น**อย่างมีนัยสำคัญ

2 หากจ่ายแบบเหมาจ่าย (capitation)

จะ**ลด**ปริมาณบริการลง แต่เพิ่มบทบาทการ**ป้องกันโรค**

3 หากจ่ายแบบ prospective เช่น DRG

จะทำให้โรงพยาบาลใช้ทรัพยากรอย่าง**มีประสิทธิภาพมากขึ้น**

ที่มา: จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544.
Health Insurance System Research Office. Thai DRG Version 6. Bangkok; 2020.

Mahidol University
Faculty of Nursing

การจ่ายตามบริการ (Fee-for-service: FFS)

1. จ่ายตามบริการ (Fee-for-service) การจ่ายค่าตอบแทนในมูลค่าและตามจำนวนที่ได้ให้บริการไป เช่น กองทุนสวัสดิการรักษาของข้าราชการ (CSMBS)
2. เป็นระบบที่จ่ายเงินตามรายการบริการที่ทำจริง เช่น ตรวจเลือดหนึ่งครั้งจ่ายหนึ่งครั้ง ใช้แพร่หลายมากในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และในระบบเอกชนทั่วโลก
3. สามารถกำหนดอัตราค่าตอบแทนที่มีความแตกต่างกันตามส่วนผสมของการบริการที่มีความแตกต่างกัน
4. เพิ่มปริมาณบริการและการเข้าถึงทันที เพราะยิ่งให้บริการมาก ยิ่งได้เงินมาก
5. สนับสนุนบริการซับซ้อน เช่น MRI, endoscopy สะท้อนต้นทุนจริงของบริการ ทำให้สถาบันสามารถลงทุนด้านเทคโนโลยีได้

การจ่ายตามบริการ (Fee-for-service: FFS)

1. สร้างแรงจูงใจให้บริการเกินจำเป็น (overuse) เพื่อเพิ่มรายได้ของหน่วยบริการ เช่น การสั่งตรวจ CT/MRI โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก
2. ต้นทุนระบบสูง ควบคุมยาก เช่น สหรัฐฯ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงที่สุดในโลก แต่ผลลัพธ์โดยรวมไม่ได้ดีที่สุด
3. ไม่ส่งเสริมงานป้องกันโรค เนื่องจากไม่สามารถคิดค่าบริการจากกิจกรรมที่มองไม่เห็นผลลัพธ์ทันที
4. กระตุ้น Low-value care เช่น การสั่งยา/ตรวจที่ไม่เพิ่มคุณค่าแก่ผู้ป่วย
5. มีแนวโน้มที่จะไม่ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานบริการที่เหมาะสม

Mahidol University
Faculty of Nursing

การจ่ายแบบ Fee Schedule

1. เป็นะะบบที่ **“กำหนดราคาค่าบริการล่วงหน้า”** โดยอิงต้นทุนมาตรฐาน และโครงสร้างราคา ใช้มากในบางประเทศ เช่น ค่าคลอดบุตร ค่าทำฟัน
2. โปร่งใส ตรวจสอบง่าย คาดการณ์งบประมาณได้ง่าย
3. ควบคุมราคาได้ดี ลดความเหลื่อมล้ำของราคาที่หน่วยบริการกำหนดเอง
4. หาก **“ราคาไม่สอดคล้องกับต้นทุนจริง”** อาจจะส่งผลให้โรงพยาบาลขาดทุน จำเป็นต้องปรับปรุงราคาอย่างสม่ำเสมอเพราะเทคโนโลยีเปลี่ยนเร็ว

ที่มา: Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. Price setting in health care. WHO; 2019. | Medicare Payment Advisory Commission. Fee schedule update. Washington DC; 2020.

Mahidol University
Faculty of Nursing

การจ่ายเหมาจ่ายต่อครั้ง (Per-Visit Payment)

เหมาจ่ายต่อครั้ง

จ่ายคงที่ต่อการให้บริการแต่ละครั้ง

1. การจ่ายค่าตอบแทนในแบบเหมาจ่ายในอัตราคงที่ต่อการให้บริการแต่ละครั้ง โดยไม่มีการพิจารณารายละเอียดและประเภทของการบริการ
2. ลดความยุ่งยากทางเอกสาร ลดการตรวจซ้ำที่ไม่จำเป็น
3. อาจเกิด under-service
4. ไม่เหมาะกับผู้ป่วยซับซ้อนสูง
5. ไม่มีแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพบริการ

Mahidol University
Faculty of Nursing

การจ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment)

ประโยชน์

1. การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาจ่ายเป็นรายเดือนโดยไม่คำนึงถึงจำนวนผู้ป่วยที่ดูแล หรือจำนวนครั้งที่ให้บริการ
2. บริหารจัดการง่าย จำกัดวงเงินได้ งบประมาณไม่บานปลาย
3. สร้างเสถียรภาพของบุคลากรสุขภาพ
4. เหมาะกับระบบปฐมภูมิและงานส่งเสริมสุขภาพที่ไม่สามารถคิดค่าบริการเป็นชิ้นได้

ข้อจำกัด

5. ลดแรงกระตุ้นในการลด-เพิ่มการจัดบริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเพื่อควบคุมต้นทุน
6. ขาดแรงจูงใจในการสร้างผลผลิต ระบบการบริการอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ การให้บริการอาจจะได้น้อยเกินความจำเป็น
7. การกำหนดค่าตอบแทนในลักษณะของเงินเดือนที่ต่ำเกินไปอาจจะทำให้เกิดการย้ายงานของบุคลากร

Mahidol University
Faculty of Nursing

การจ่ายตามรายหัว (Capitation Payment)

แนวคิด

เป็นการจ่ายค่าตอบแทนล่วงหน้า
ตามรายหัวของผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
โดยมีการกำหนดกรอบเวลาของการให้บริการ

ข้อดี

1. เป็นการจ่ายค่าตอบแทนล่วงหน้าตามรายหัวของผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยมีการกำหนดกรอบเวลาของการให้บริการ
2. บริการจัดการง่าย ลดกระบวนการในการเบิกจ่าย (Claim processing)
3. กระตุ้นให้เกิดการแข่งขันการบริหารจัดการ และการจัดบริการที่มีคุณภาพ เพื่อเพิ่มผู้ลงทะเบียน
4. ส่งเสริมการป้องกันโรคและการดูแลตลอดกระบวนการ (continuity of care)
5. ส่งเสริมระบบปฐมภูมิ (primary care strengthening)
6. กระตุ้นให้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care)
7. ผู้ให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการเพื่อลดการใช้บริการ
8. จำกัดงบประมาณได้อย่างแม่นยำ

ที่มา: National Health Security Office. Payment systems under the Universal Coverage Scheme. Bangkok; 2021.

การจ่ายตามรายหัว (Capitation Payment)

ข้อควรระวัง / ข้อจำกัด

1. ต้องมีการศึกษา Health risk indicators อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การกำหนดอัตราค่าบริการรายหัวมีความเพียงพอ
2. สถานบริการอาจจะให้บริการต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น เพื่อลดต้นทุนในการให้บริการ การควบคุมคุณภาพมีความจำเป็นสูง
3. แนวคิดในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพจะไม่เกิดขึ้น หากระบบไม่ได้ส่งเสริมให้ลงทะเบียนในระยะยาว
4. ต้องมีการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่าย เพื่อให้ผู้ซื้อบริการมีการกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายรายหัวได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

Mahidol University
Faculty of Nursing

บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน/ปี (บาท)
1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,279.31
2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,440.03
3 บริการกรณีเฉพาะ	373.67
4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	455.39
5 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.40
6 บริการการแพทย์แผนไทย	17.50
7 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมของหน่วยบริการ)	128.69
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	3.84
9 บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	**3,719.23**

Mahidol University
Faculty of Nursing

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป
1,279.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ

จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ (1,270.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

1) จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดย สังกัด สป.สธ.ใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนการจ่าย สังกัดอื่นๆ เป็นไปตามผู้มีสิทธิรายเดือน
2) หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยคำนวณ อัตราจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
   - 80% คำนวณด้วยโครงสร้างอายุประชากรระดับจังหวัด และให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย ±10%
   - 20% คำนวณด้วยอัตราเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (9.00 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- จัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขตตามจำนวนผู้มีสิทธิ
- หลักเกณฑ์การจ่าย รวมบริหารในรายการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิซซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ารับบริการกรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,440.03 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ. บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย:

- จ่ายเพิ่มเติม สำหรับบริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,350 บาทต่อ adjRW ตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด
- ถ้าเงินเหลือจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงาน

ส่วนที่เหลือ บริหารจัดการระดับเขต จัดสรร Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย: ใช้ DRG v5

1. การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 (รวม UCEP) สำรองเตียง การใช้บริการนอกเขต และกรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย สถายนิ่ว ODS & MIS และ Home Chemo ตามราคาที่กำหนด
2. การใช้บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม, ODS & MIS, และ Home Chemo และรวมกรณีที่เขตจะกำหนดอัตราเฉพาะเขต)
   - จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต (ในระหว่างปี อาจปรับอัตราจ่ายเพิ่ม ตามประมาณการผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง โดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น)
   - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานผองแต่ละหน่วยบริการ
   - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินบริหารจัดการระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

3. บริการกรณีเฉพาะ

เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" **ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว**

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิซซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

3. บริการกรณีเฉพาะ

หลักเกณฑ์การบริหารจัดการบริการกรณีเฉพาะ

01 การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

02 ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)

03 ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

04 การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

3. บริการกรณีเฉพาะ

1. กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- **1.1** การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OP-AE ข้ามจังหวัด)
- **1.2** การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
- **1.3** การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP refer ข้ามจังหวัด)
- **1.4** ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- **1.5** กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ/ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม/กรณีผู้ป่วยในที่ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ/สำรองเตียง

2. กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- **2.1** ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
- **2.2** บริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Chemo/Radio-OP&IP)
- **2.3** บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก พร้อมเลนส์ (Cataract)
- **2.4** ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่
- **2.5** บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควรและกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิซซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

3. บริการกรณีเฉพาะ

3. กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

- 3.1 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument-OP&IP)
- 3.2 การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)
- 3.3 การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal transplantation)
- 3.4 การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ (Liver tranplantation ในเด็ก, Heart tranplantation, Hematopoietic stem cell tranplantation)

4. กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ค่าบริการสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)
- 4.2 ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ (2), ยา CL และยากำพร้า)

5. กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
- 5.2 การดูแลเะผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
- 5.4 การดูแลเะผู้ป่วยโรคหายาก สำหรับโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิซซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

4. การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรง แก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

01 **เพิ่มการเข้าถึง**บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัย

02 **ป้องกันหรือลด**ปัญหาสาธารณสุข หรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ

03 **สนับสนุน**การแก้ไขปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่

04 **เพิ่มคุณภาพ**บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

4. การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ค่าบริการ P&P
(328.57 บาทต่อ ปชก. ทุกสิทธิ 66.0330 ล้านคน)

- ได้รับ 455.39 บาทต่อหัว UC pop 47.6440 ล้านคน
- เป้าหมาย thai pop 66.0330 ล้านคน โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

1. Central Procurement & NPP (30.83 บาท/คน)

บริหารจัดการระดับประเทศ
- การจัดซื้อ/จัดสร้างภายในประเทศ
- ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นนโยบายหรือปัญหาสำคัญระดับประเทศ

2. P&P ในชุมชน (45 บาท/คน)

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

3. P&P Area based (4 บาท/คน)

บริหารจัดการระดับเขตให้เป็นค่าบริการที่ต้องการ เร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

4. P&P basic service (239.74 บาท/คน)

1) จำนวน 203.57 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ
2) จำนวนที่เหลือ 36.17 บาทต่อคน จ่ายแบบ Free schedule

5. จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (9 บาท/คน)

1) บริการแบบ Global budget ระดับเขต
2) จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ ผลงานบริการ (QOF)

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

1. คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและครอบคลุม

2. คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

3. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร คนพิการ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่กลุ่มเป้าหมายร่วมกัน ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างยั่งยืน

4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 18.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด (ไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

1. จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด ที่มีความพร้อมตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ.2562
2. อัตราจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย
3. ครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการในชุมชน และอื่นๆ ตามหน้าที่ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

จ่ายตามผลงานบริการ บริหารจัดการระดับจังหวัด (ส่วนที่เหลือ ไม่น้อยกว่า 13.40 บาท ต่อผู้มีสิทธิ)

1. ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด)
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stoke) การตีบและบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ จ่ายตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ
4. กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมการบริการค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้บริการในชุมชน

Mahidol University
Faculty of Nursing

6. บริการการแพทย์แผนไทย

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพิ่มการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
4. บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สงมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.2563.

6. บริการการแพทย์แผนไทย

บริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2564
17.90 บาทต่อผู้มีสิทธิ UC

บริการการแพทย์แผนไทย
16.30 บาทต่อผู้มีสิทธิ UC

จ่ายตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย ตามรายการบริการดังนี้

1. บริการนวด
2. บริการประคบ
3. บริการนวดและประคบ
4. บริการอบสมุนไพร
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย
6. การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

บริการฝังเข็ม
หรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า
1.60 บาท ต่อผู้มีสิทธิ UC

จ่ายตามรายการบริการ ตามมาตรฐานชุดบริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า

จ่ายแบบเหมาจ่าย เพิ่มเติมตามมาตรฐานบริการที่ สปสช.กำหนด

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะของงบลงทุน

1. เพื่อชดเชย**ค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์**ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. เพื่อให้หน่วยบริการ**จัดหา และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์**ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายใน ลักษณะงบลงทุน

งบเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

คำนวณตามสัดส่วนอัตราต่อผู้มีสิทธิของงบ OP-P&P-IP

งบเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการ OP

ตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ

งบเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการ P&P

ตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ

งบเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการ IP

ตามจำนวนผู้มารับบริการ IP
(Sum adjRW ของหน่วยบริการ)

รวมงบเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนที่คำนวณตามสัดส่วน OP-P&P-IP (100%)

หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

1. ไม่น้อยกว่า 70% จ่ายตรงให้หน่วยบริการ
2. ไม่เกิน 20% จ่ายให้หน่วยบริการตามแผนการบริหารจัดการระดับจังหวัด
3. ไม่เกิน 10% จ่ายให้หน่วยบริการตามแผนการบริหารจัดการระดับเขต

โดยทั้ง 3 ระดับผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

หน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ยกเว้น สป.สธ.

ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด 100% ยกเว้นศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพฯ ให้จ่ายตามแผนของสำนักอนามัย โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

8. การบริหารเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณี ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย

1. เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ
2. เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด
3. เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในอันที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข
4. ผู้ให้บริการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิซซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

9. การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

1. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
2. หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

Mahidol University
Faculty of Nursing

9. การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

1	บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	9 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน
2	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน 66.0330 ล้านคน
3	บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

การจ่ายตามรายป่วย (Per-case payment)

- การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาตามประเภทของภาระโรคของผู้ป่วย โดยไม่สนใจจำนวนครั้งและรายละเอียดของการให้บริการ
- กระตุ้นให้สถานบริการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า คุ้มทุน เช่น ลดวันนอน (length of stay)
- ควบคุมต้นทุนระดับประเทศได้ดี (cost containment)
- สนับสนุนการใช้ clinical pathways
- เพิ่มความยุติธรรม เพราะจ่ายตามความซับซ้อนของโรค ไม่ใช่ปริมาณบริการ

ที่มา: จิรุตม์ ศรีรัตนนัลส์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2544.
Health Insurance System Research Office. Thai DRG Version 6. Bangkok; 2020.

Mahidol University
Faculty of Nursing

การจ่ายตามรายป่วย (Per-case payment)

1. โรงพยาบาลเสี่ยงขาดทุนในเคสหนักมาก (high severity)
2. กระตุ้นการ “upcoding” เพื่อเพิ่มรายรับ
3. เสี่ยงจำหน่ายผู้ป่วยเร็วกว่าเหมาะสม
4. ตัวอย่าง
   - การชดเชยค่ารักษา IPD ของระบบ UC และ CSMBS ใช้ **Thai DRG**

ที่มา: จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2544.

Health Insurance System Research Office. Thai DRG Version 6. Bangkok; 2020.

Mahidol University
Faculty of Nursing

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

01

ระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยระบบหนึ่ง โดยเป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยในที่มี **การเจ็บป่วย การรักษา และการใช้ทรัพยากร/ต้นทุน**ในการดูแลรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

02

ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกัน จะมี**ต้นทุน**ในการดูแลรักษาพยาบาล**และจำนวนวันนอนที่ใกล้เคียงกัน**

03

นำมาใช้ในกระบวนการการเงินการคลังสาธารณสุข ได้แก่ **การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล** เพราะเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงด้วยกันระหว่างองค์กรประกันกับสถานพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย

ที่มา: ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. http://www.tcmc.or.th/main/index.php?start=18

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

- กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (Thai diagnosis related groups; TDRGs) ฉบับ (version) **5.1** ประกาศใช้เมื่อปี 2555 โดย สปสช. ยังคงใช้เป็นเครื่องมือในการกำหนดค่าใช้จ่าย

- กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (Thai diagnosis related groups; TDRGs) ฉบับ (version) **6.2** ประกาศในปี 2561 สำหรับผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคม

ที่มา: ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. http://www.tcmc.or.th/main/index.php?start=18

ข้อมูลที่ใช้กำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

1. โรคหลัก (Principal Diagnosis)
2. การวินิจฉัยรอง (Secondary Diagnosis: SDx)
   ได้แก่ โรคแทรก (Complications) และโรคร่วม (Comorbidities)

   } ICD10
3. การผ่าตัดและหัตถการ --> ICD9
4. อายุของผู้ป่วย
5. ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย
6. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay)
7. น้ำหนักตัวแรกรับ (Admission weight)

ที่มา: ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. http://www.tcmc.or.th/main/index.php?start=18

Mahidol University
Faculty of Nursing

น้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW)

1. น้ำหนักสัมพัทธ์ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วย DRG นั้น เทียบกับต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด
2. RW จึงเป็นตัวเลขเปรียบเทียบต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRG นั้นว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG
3. คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ใช้เป็นหน่วยในการคำนวณจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลได้

$$RW = \frac{\text{mean charge of each DRG}}{\text{aggregated mean charge of all patients}}$$

Mean charge of each DRG คือ ค่ารักษาเฉลี่ยรายกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

Aggregated mean charge of all patients คือ ค่ารักษาเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด

ที่มา: ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. http://www.tcmc.or.th/main/index.php?start=18

Mahidol University
Faculty of Nursing

น้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW)

1. องค์กรประกันสุขภาพจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาสำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight; RW) คูณด้วยอัตราฐาน (base rate)
2. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปบริการนอกเขต จ่ายที่อัตรา **9,600** บาทต่อ AdjRW
3. บริการในเขตผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา **8,050** บาท ต่อ RW
4. RW เป็นชุดตัวเลขที่สถานพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ความสนใจมาก เพราะเป็นจำนวนเงินที่สถานพยาบาลจะได้รับตามข้อตกลงกับกองทุนประกันสุขภาพ

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.2562.

CaseMix Index: CMI

- CMI ถูกนำมาใช้ในการกำหนดศักยภาพของการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

$$\text{CMI} = \frac{\text{ผลรวมของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Sum of RW)}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

- กรณี CMI มี**ค่าน้อยกว่าในช่วง** อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์ หรือการให้บริการผู้ป่วยในไม่เหมาะสม อาทิ อาจไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล

- กรณี CMI **อยู่ในช่วงหรือสูงกว่า**ค่าตัซนีดังกล่าว ถือว่ามีการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพเพราะรับรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม และ/หรือมีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

ที่มา: ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. http://www.tcmc.or.th/main/index.php?start=18

ค่า CMI สำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ

ระดับบริการ	ค่าปัจจุบัน	ค่าเป้าหมาย 5 ปี
โรงพยาบาลศูนย์	1.10 - 1.55	1.80 - 2.00
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	0.90 - 1.20	1.40 - 1.50
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	0.65 - 1.00	1.10 - 1.30
โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย	0.55 - 0.75	0.90 - 1.00
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	0.50 - 0.70	0.80 - 0.85
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	0.45 - 0.65	0.75 - 0.80
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	0.40 - 0.60	0.70 - 0.75

ที่มา: กลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บริการผู้ป่วยในทั่วไปในสิทธิ UC

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่เข้ารับบริการกรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,440.03 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ. บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย:

- จ่ายเพิ่มเติม สำหรับบริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,350 บาทต่อ adjRW ตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด
- ถ้าเงินเหลือจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงาน

ส่วนที่เหลือ บริหารจัดการระดับเขต จัดสรร Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย: ใช้ DRG v5

1. การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 (รวม UCEP) สำรองเตียง การใช้บริการนอกเขต และกรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย สถาบนิว่า ODS & MIS และ Home Chemo ตามราคาที่กำหนด
2. การใช้บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม, ODS & MIS, และ Home Chemo และรวมกรณีที่เขตจะกำหนดอัตราเฉพาะเขต)
   - จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต (ในระหว่างปี อาจปรับอัตราจ่ายเพิ่ม ตามประมาณการผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง โดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น)
   - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
   - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินบริหารจัดการระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิสซิ่ง.2563.

ประโยชน์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

1. ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดสรรเงิน การจ่ายเงิน และการประเมินผลงานการจัดบริการของโรงพยาบาล
2. การสร้างมาตรฐานการคิดค่าบริการทางการแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
3. ใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
4. ใช้ในการประเมินความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วย
5. ใช้ประมาณการค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพในแต่ละกลุ่มสิทธิ์

ที่มา: ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. http://www.tcmc.or.th/main/index.php?start=18

Mahidol University
Faculty of Nursing

ปัญหาการใช้การวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

01

ปัญหา

ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน อาทิ แพทย์ลงโรคหลักผิดพลาด ลงโรคร่วมไม่ครบถ้วน และ/หรือไม่ลงหัตถการ

แนวทางแก้ไข

- ต้องปรับวิธีการเป็นการบันทึกทันที หรือเร็วที่สุดเท่าที่จะบันทึกได้
- มอบหมายผู้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์และการพยาบาลในเวชระเบียน

02

ปัญหา

เจ้าหน้าที่ Coding ICD 10, ICD 9 ผิดพลาด

แนวทางแก้ไข

- มอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง

ที่มา: ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. http://www.tcmc.or.th/main/index.php?start=18

Mahidol University
Faculty of Nursing

การเปรียบเทียบระบบการจ่ายของ 3 กองทุนสุขภาพไทย

กองทุน	ระบบการจ่าย	จุดเด่น	จุดด้อย
CSMBS	OP = FFS, IP = DRG	ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดี	ค่าใช้จ่ายสูง เสี่ยง overuse
SSS	Capitation + DRG	ควบคุมงบได้ดี	คุณภาพไม่เท่าเทียมระหว่างหน่วยบริการ
UC	Capitation (OP) + DRG (IP)	สมดุลต้นทุน-คุณภาพ	อัตรารายหัวต่ำ

ที่มา: World Health Organization. Health financing: provider payment mechanisms. Geneva: WHO; 2022.
National Health Security Office. Payment systems under the Universal Coverage Scheme. Bangkok; 2021.

Mahidol University
Faculty of Nursing

บทบาทของพยาบาลกับการเบิกจ่ายในระบบบริการ

1. บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและถูกต้อง
2. สร้างความตระหนักและวัฒนธรรมของการบันทึกทางการแพทย์ และบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง
3. จัดระบบของการตรวจสอบ ทบทวนบันทึกทางการแพทย์และทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
4. ศึกษาคู่มือและทำความเข้าใจวิธีการเบิกจ่ายงบประมาณของแต่ละกองทุนสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์ในผู้ป่วย เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วย
5. นำผลการวิเคราะห์การเบิกจ่าย และความคุ้มค่าคุ้มทุน และผลลัพธ์ทางการดูแลรักษามาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย อาทิ การพัฒนาบุคลากร การปรับวิธีการในการพยาบาล เป็นต้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย