

รายงานการวิเคราะห์

แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุน :

หลักคิด ปัญหา และข้อพิจารณาที่สำคัญ

เสนอ

กองเสรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (กศภ.)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จัดทำโดย

ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง และ คณะ

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ)





TDRI THAILAND
DEVELOPMENT
RESEARCH
INSTITUTE

รายงานการวิเคราะห์

แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุน :
หลักคิด ปัญหา และข้อพิจารณาที่สำคัญ

เสนอ

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (กศภ.)
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จัดทำโดย

ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

30 กันยายน 2564

แก้ไข 27 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ชื่อโครงการ

“แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุน :
หลักคิด ปัญหา และข้อพิจารณาที่สำคัญ”

หน่วยงานเจ้าของ

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

โครงการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(กศภ.)



หน่วยงานที่ปรึกษา

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

โครงการ



ระยะเวลาดำเนินการ

1 ปี

คณะผู้วิเคราะห์

รายชื่อ

1. ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง
2. วุฒิพงษ์ ตันยุทธ์
3. อรุณ สถิตพงศ์สถาพร
4. ศิราภรณ์ ฐปเทียน

(หัวหน้าโครงการ)

(เลขานุการ)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุนหลัก ตั้งแต่ในด้านหลักการ แนวคิด ปัญหา และข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับกลไกการจ่ายเงินของทั้ง 3 กองทุน ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปที่จะใช้กลไกการเงินเป็นเครื่องมือสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิในทุกกองทุนอย่างถ้วนหน้า และทั่วถึง

การทบทวนระบบสวัสดิการหรือความคุ้มครองด้านสุขภาพ พบว่าประเทศส่วนใหญ่เลือกใช้ระบบที่รัฐเข้ามาแทรกแซงในบางระดับ ด้วยเหตุผลหลักที่ว่าปัญหาความล้มเหลวของกลไกตลาดสุขภาพภาคเอกชนแต่ระดับและรายละเอียดของการแทรกแซงต่างกันในแต่ละประเทศ ซึ่งส่วนหนึ่งขึ้นกับประวัติศาสตร์ ระบบสวัสดิการพื้นฐานของประเทศ และสถานะทางการเงินของประเทศทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ทำให้ถึงแม้ว่าหลายประเทศจะยังใช้ระบบหลักที่เริ่มมาตั้งแต่ต้น (เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอังกฤษเป็นต้นแบบ ระบบประกันสังคมที่มีเยอรมนีเป็นต้นแบบ และระบบรัฐสวัสดิการที่มีประเทศกลุ่มแอสกันดินเวียเป็นต้นแบบ) แต่ก็อาจมีการผสมผสานระบบที่ต่างจากระบบหลักเข้ามาด้วย รวมทั้งบางประเทศมีระบบเฉพาะสำหรับคนบางกลุ่ม และมีทั้งประเทศที่ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ประชาชนแทบจะไม่ต้องร่วมจ่าย กับบางประเทศที่ประชาชนอาจต้องร่วมจ่ายในระดับที่มีนัยสำคัญหรือในการรักษาที่ยังถือว่าเป็นทางเลือก

ในปัจจุบัน กองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพหลักของไทยได้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งรับผิดชอบผู้มีสิทธิบัตรทองเป็นหลัก) ใช้ระบบจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) เป็นหลักสำหรับผู้ป่วยนอก ร่วมกับการจ่ายตามน้ำหนักความรุนแรงตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups หรือ DRG) ภายใต้งบรวม (Global budget) สำหรับผู้ป่วยใน โดยมีกรณีที่สำคัญเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มโรคที่มีต้นทุนสูงที่ไปรักษาในโรงเรียนแพทย์เป็นหลักด้วย ในขณะที่กองทุนประกันสังคมยังใช้การเหมาจ่ายรายหัวกับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในโรคที่ไม่ซับซ้อน แต่มีการจ่ายเพิ่มสำหรับโรคเรื้อรัง และจ่ายให้โรคที่มีต้นทุนการรักษาส่งตาม DRG ด้วย สำหรับสวัสดิการรักษายาของข้าราชการก็จ่ายเงินตามบริการจริงตามเกณฑ์ราคาที่กำหนดไว้ก่อน (Fee Schedule) สำหรับผู้ป่วยนอก ร่วมกับระบบการจ่ายตามน้ำหนักความรุนแรงที่วัดตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) สำหรับผู้ป่วยใน แต่ในราคาที่ต่างกันตามระดับสถานพยาบาล (เช่น โรงเรียนแพทย์) ด้วย นอกจากนี้ แต่ละกองทุนยังมีการกำหนดวิธีการจ่ายด้วยวิธีอื่นสำหรับบางรายการเฉพาะ เช่น ค่าบริการกรณีฝากครรภ์และคลอดบุตร และค่าวัคซีนและการตรวจโรคกรณีพิเศษ

ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพ (ที่วัดโดยไม่ได้รวมงบลงทุน) เพิ่มขึ้นทุกปี แต่ถ้าพิจารณาค่าใช้จ่ายนี้ต่อ GDP จะพบว่าไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2561 ประมาณร้อยละ 3.79 ของ GDP ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศกลุ่มที่มีระดับรายได้ปานกลางขั้นสูงซึ่งมีค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ที่ไม่รวมงบลงทุน) ต่อ GDP ที่ร้อยละ 5.74

ถ้าพิจารณาจากโครงสร้างของรายจ่ายสุขภาพ จะพบว่าในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพจากภาครัฐสูงถึงร้อยละ 76 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ถือเป็นประเทศที่รัฐมีส่วนในรายจ่ายสุขภาพที่ค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเทียบกับค่าเฉลี่ยของโลกหรือของกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางหรือระดับรายได้ปานกลางขั้นสูง

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2560 งบประมาณค่ารักษาพยาบาลของทั้ง 3 กองทุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นสวัสดิการข้าราชการที่มีการปรับลดลงบ้างในช่วงปีหลังๆ โดยหากพิจารณาเป็นงบประมาณรายหัวประชากรในความคุ้มครองของทั้ง 3 กองทุน จะพบว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีงบเฉลี่ยต่อหัว 4.29 เท่าของงบค่าหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบรวม) และ 3.53 เท่าของงบเฉลี่ยต่อหัวของกองทุนประกันสังคม (ซึ่งคิดรวม 4 กรณี คือ เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพลาภาพ และตายด้วย) และอีกประเด็นสำคัญที่ควรต้องให้ความสนใจคือ กองทุนประกันสังคมเก็บเงินสมทบใน 4 กรณีโดยคิดจากเพดานค่าจ้างที่ไม่เคยปรับขึ้นเลยจากเมื่อ 30 ปีก่อน ทำให้รายรับจากเงินสมทบต่อหัวในส่วนนี้เพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้ากว่ารายจ่ายต่อหัวมาก ซึ่งถ้าไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้ กองทุนประกันสังคมมีความเสี่ยงที่จะมีรายรับไม่เพียงพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลในระดับที่จะรักษาคุณภาพของบริการในระยะยาว

คณะผู้วิเคราะห์ได้นำข้อมูลงบการเงินของสถานพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดมาวิเคราะห์ พบว่าในปี 2563 สถานพยาบาลที่มีกำไรก่อนหักดอกเบี้ย ภาษี ค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) ติดลบ 130 แห่งจาก 896 แห่ง และพบสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) ติดลบมากถึง 373 แห่งจาก 896 แห่ง

เมื่อพิจารณารายละเอียดในงบการเงิน พบว่าสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีรายได้หลักมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่าน สปสช.) โดยสถานพยาบาลขนาดใหญ่จะมีสัดส่วนของรายได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ น้อยกว่าสถานพยาบาลขนาดเล็ก เนื่องจากมีรายได้จากผู้ถือสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการที่มีแนวโน้มจะใช้บริการในสถานพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่า ขณะที่รายการค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนมากที่สุดของสถานพยาบาลคือรายจ่ายด้านบุคลากรทั้งในส่วนของเงินเดือน ค่าจ้างข้าราชการและค่าจ้างพนักงาน คิดเป็นเกือบร้อยละ 70 ของต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

ผลการเปรียบเทียบโครงสร้างงบการเงินระหว่างสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิเป็นลบกับเป็นบวก พบว่ากลุ่มสถานพยาบาลที่เงินบำรุงสุทธิเป็นลบมีมูลค่า “เจ้าหน้าที่การค้ำค่ายา” สูงกว่ากลุ่มที่เป็นบวกอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการค้ำค่ายาถือเป็นวิธีการบริหารที่สำคัญสำหรับสถานพยาบาลที่มีปัญหาในการบริหารเงินสด และโรงพยาบาลชุมชนที่เงินบำรุงสุทธิเป็นลบก็มักจะมีรายการ “ลูกหนี้การค้ำ” สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในแทบทุกรายการลูกหนี้ สะท้อนว่าการขาดเงินสดส่วนหนึ่งเป็นผลจากความล่าช้าในการรับชำระหนี้ของสถานพยาบาลขนาดเล็ก แต่ปัญหานี้ส่วนหนึ่งเกิดจากความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินของหน่วยราชการด้วยตนเองด้วย

ในด้านความครอบคลุมของการมีสวัสดิการด้านสุขภาพของประชาชน พบว่าประชากรไทยกว่าร้อยละ 99 ของประเทศมีสวัสดิการด้านสุขภาพจากทั้ง 3 กองทุนหลักร่วมกับกองทุนย่อยอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2562 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) พบว่าในการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดนั้น มีคนจำนวนมากถึงร้อยละ 35.62 ที่ไม่ได้ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาล ซึ่งสาเหตุหลักๆ ในกรณีเหล่านี้มาจากการที่เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การไม่เอายากรอนาน หรือสวัสดิการไม่ครอบคลุม

ในด้านความครอบคลุมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพในมิติของบริการ ดัชนีความครอบคลุมการบริการ (UHC Service Coverage Index) ของธนาคารโลก ให้คะแนนไทย 80 จาก 100 คะแนน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก (65.7 คะแนน) และค่าเฉลี่ยของประเทศรายได้ปานกลางขั้นสูง (75.0 คะแนน) แต่ก็มีองค์ประกอบที่ไทยได้คะแนนต่ำ ได้แก่การรักษาวินโรค การรักษา HIV และจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร

ในด้านความครอบคลุมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพในมิติค่าใช้จ่าย พบว่าไทยสามารถพัฒนาความครอบคลุมในด้านนี้ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีสัดส่วนครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment) ลดลงอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพระบบเบิกจ่ายของระบบสาธารณสุขในช่วงโควิด-19 ซึ่งเป็นกรณีภาวะวิกฤติทางสุขภาพ พบว่าระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนเลือกใช้รายวิธีการจ่ายแบบ Fee Schedule เพิ่มเติมจากการจ่ายแบบ DRGs และระบบประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง 3 ระบบมีการทำงานร่วมกันในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้โดยไม่มีปัญหามาก ซึ่งน่าจะเกิดจากการกำหนดกติกาการจ่ายที่ในภาพรวมมีวิธีการจ่ายที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน ทำให้สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยจากหลายกองทุนไม่ได้มีปัญหาในการดำเนินการมากนัก ถึงแม้จะมีรายละเอียดบางประการที่อาจยังเป็นที่ยกเถียงกันบ้าง เช่น การกำหนดผู้รับผิดชอบต้นทุนค่าตรวจรักษาระหว่างสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยกับสถานพยาบาลต้นสิทธิของผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม รวมทั้งยอมให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้มีสัญญาเกี่ยวกับระบบ

ประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง 3 ระบบ โดยกำหนดวิธีจ่ายแบบ Fee Schedule ที่สูงกว่าที่จ่ายให้โรงพยาบาลรัฐ

จากการประมวลข้อสรุปในประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้น คณะผู้วิเคราะห์พบว่า ในภาพรวมนั้น ปัญหาหลักน่าจะเกิดจากการที่ระบบบริการได้รับงบที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ การกำหนดกติกาการจ่ายเงินโดยผู้ซื้อหลายรายและใช้หลายกลไกการจ่ายเงิน ที่แม้ว่าแต่ละวิธีจะมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน แต่ก็นำมาสู่ความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน นอกจากนี้ ยังมีประเด็นด้านการบริหารงบประมาณที่มีบางจุดที่ควรต้องมีการพัฒนา แต่ก็มีบางเรื่องที่เป็นผลที่ตามมาจากการได้รับงบที่ไม่เพียงพอ ที่ถึงแม้ว่าจะไม่กระทบการได้รับเงินเดือนของทางราชการที่มีการแยกออกมาตั้งแต่ต้นทางในการจัดสรรงบให้ สปสช. และหน่วยราชการต่างๆ แล้ว แต่การมีงบหรือกระแสเงินสดที่ไม่คล่องตัวพอ ก็ทำให้สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งต้องใช้วิธีการบริหารที่รักษาสภาพคล่องโดยการจ่ายเบี้ยเลี้ยงในส่วนที่นอกเหนือจากเงินเดือนไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วยหรือล่าช้า ทำให้บุคลากรจำนวนไม่น้อยมีความเข้าใจผิดว่าเป็นปัญหาที่เป็นผลมาจากการคิดรวมเงินเดือน (บางส่วน ประมาณร้อยละ 60) ในการคำนวณงบที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสถานพยาบาลจะได้รับจาก สปสช.

คณะผู้วิเคราะห์ที่ได้จัดทำบทวิเคราะห์สภาพปัญหา ประมวลข้อมูลและความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานกองทุนที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งประเด็นพิจารณาออกเป็น 4 ส่วนหลัก (A-D) และได้สรุปปัญหาในแต่ละประเด็นและข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นเหล่านั้นไว้ดังนี้

A. ประเด็นด้านความเหมาะสมของบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ

A1 ควรพิจารณาเพิ่มงบด้านสุขภาพของประเทศขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อเทียบกับประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศรายได้สูงหรือปานกลางระดับสูง พบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่อ GDP ที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศทั้งสองกลุ่มมาก

ในประเทศที่ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งรายจ่ายหลักจะมาจากงบของรัฐ ถ้ารัฐบาลจัดสรรงบให้ไม่เพียงพอ นอกจากจะทำให้ระบบไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพแล้ว ยังส่งผลให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในภาวะขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาการได้รับงบที่ไม่เพียงพอ นั้น มีมาตั้งแต่เมื่อเริ่มระบบนี้ตั้งแต่เมื่อเกือบสองทศวรรษก่อน ดังนั้น ถึงแม้ว่าที่ผ่านมางบและยอดเงินที่ทั้ง 3 กองทุนจ่ายออกมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด

แต่ก็เป็น การเพิ่มปีละเล็กน้อย ซึ่งหลายปีเพิ่มในอัตราที่ต่ำกว่าเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นของบุคลากรเสียด้วยซ้ำไป

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศในอดีต ก็พบว่าประเทศที่ต้องการปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพบริการในด้านใด เช่น การทำให้ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัย หรือการลดเวลารอคิวในการเข้ารับบริการ ก็มักจะต้องทำโดยการเพิ่มเงินเข้าไปในระบบเสมอ

และในภาพรวม ถ้างบหรือทรัพยากรที่ได้รับไม่เพียงพอ การปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินจะไม่สามารถช่วยแก้ไขข้อปัญหาได้มากนัก และมักจะเป็นการย้ายปัญหาที่จุดหนึ่งไปเป็นปัญหาที่จุดอื่นแทน

ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ของไทยอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่มีรายได้สูงและปานกลางระดับสูง และการที่คนไทยจำนวนมากไม่มีความมั่นใจหรือไม่ใช้บริการโครงการรักษาฟรีของภาครัฐ ก็น่าจะบ่งชี้ว่าภาครัฐของไทยยังลงทุนด้านนี้ไม่เพียงพอ (ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีข้อกำหนดตายตัวว่าสัดส่วนดังกล่าวควรจะต้องเป็นเท่าใดก็ตาม) ทั้งนี้ ถ้าประเทศและรัฐบาลไทยยังคงยึดนโยบายการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ ก็ควรต้องพิจารณาเพิ่มงบด้านบริการสาธารณสุขของประเทศขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

A2 พิจารณาลดความเหลื่อมล้ำโดยการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักที่เหมือนกันและเน้นการยกระดับคุณภาพบริการของสิทธิประโยชน์หลัก ซึ่งจะช่วยลดความแตกต่างในส่วนที่เป็นชุดสิทธิประโยชน์เสริมลงมาในระยะยาวด้วย

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าเป็นสวัสดิการที่ให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพดีที่สุดในเมื่อเทียบกับอีก 2 กองทุน และผู้มีสิทธิไม่ค่อยมีข้อกังขาหรือกังวลเรื่องคุณภาพของบริการเมื่อเทียบกับอีก 2 กองทุน ในขณะที่ผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมจำนวนไม่น้อยยังได้รับสวัสดิการรักษายาบาลจากนายจ้างหรือซื้อประกันสุขภาพเอกชน

และเมื่อพิจารณาจากงบที่ใช้ จะเห็นได้ว่างบเฉลี่ยต่อหัวของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงถึง 4.3 เท่าของงบต่อหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 3.5 เท่าของงบต่อหัวของกองทุนประกันสังคม แม้ว่าอาจมีข้อกังขาในเรื่องประสิทธิภาพของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งน่าจะยังปรับประสิทธิภาพให้ดีขึ้นและลดงบต่อหัวลงมาได้บ้าง แต่ก็อาจจะอนุมานได้ว่า การที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพที่ประชาชนทั่วไปไว้วางใจทัดเทียมกับในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น มีความจำเป็นต้องเพิ่มงบและทรัพยากรด้านสาธารณสุขในระบบขึ้นอีกมาก (อาจไม่น้อยกว่าอีกหนึ่งเท่าตัว)

ในปัจจุบันที่มีความเหลื่อมล้ำระหว่างสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับกองทุนที่เหลือน้อยค่อนข้างมากนั้น เป้าหมายในระยะยาวควรเป็นการยกระดับคุณภาพของสองกองทุนที่เหลือให้ผู้มีสิทธิมีความเชื่อมั่นใกล้เคียงกับผู้มีสิทธิมีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ถึงแม้ว่าควรรหาทางปรับการบริหารไม่ให้ต้นทุนต่อหัวของกองทุนอื่นเพิ่มสูงขึ้นเป็น 3-4 เท่าตัวด้วย แต่การยกระดับคุณภาพของกองทุนที่เหลือให้ทัดเทียมกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ก็คงต้องลงทุนเพิ่มศักยภาพการรักษาพยาบาลอย่างขนานใหญ่ ซึ่งเมื่อดำเนินการจนบรรลุเป้าหมายแล้ว งบที่ใช้ในแต่ละปีอาจต้องเพิ่มขึ้นจากที่เป็นอยู่อีกเป็นเท่าตัว

A3 กองทุนประกันสังคมจำเป็นต้องขยายเพดานค่าจ้างเงินสมทบเพื่อความมั่นคงทางการเงินของกองทุน

กองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนเดียวใน 3 กองทุนสวัสดิการสุขภาพหลัก ที่รายได้ส่วนใหญ่มาจากการร่วมจ่ายของผู้รับสิทธิประโยชน์และนายจ้างของผู้รับสิทธิประโยชน์ ซึ่งทำให้กองทุนมีความท้าทายเรื่องความมั่นคงทางการเงินสูงกว่าอีก 2 กองทุน

วิโรจน์ ฌ ระนองและคณะ (2564) ได้สัมภาษณ์กรรมการและผู้บริหารกองทุนประกันสังคมและทบทวนความเห็นของผู้ประกันตนในประเด็นนี้ พบว่ากรรมการและผู้บริหารกองทุนประกันสังคมก็ตระหนักถึงความจำเป็นในขยายเพดานค่าจ้างเงินสมทบ และได้มีความพยายามผลักดันให้ขยายเพดานนี้หลายครั้งแต่ก็ยังไม่เคยประสบความสำเร็จ โดยมักจะประสบการคัดค้านจากทั้งฝ่ายลูกจ้าง นายจ้าง NGO และกลุ่มการเมืองที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกองทุนประกันสังคม รวมถึงรัฐบาลต่างๆ ที่ไม่ต้องการดำเนินนโยบายที่ไม่เป็นที่นิยม

กองทุนประกันสังคมควรปรับเพิ่มฐานเพดานค่าจ้างให้เหมาะสมกับภาวะเงินเฟ้อ และการเพิ่มขึ้นของต้นทุนการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นการขยายฐานรายได้ให้กับกองทุนและสร้างความมั่นคงทางการเงินในระยะยาว โดยทั้งรัฐบาลและกองทุนประกันสังคมควรดำเนินการโดยการประกาศล่วงหน้าอย่างน้อย 2-3 ปี พิจารณาช่วงเวลาที่เหมาะสมและเตรียมพร้อมที่จะชี้แจงเหตุผลแก่สาธารณชนอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความกดดันทางการเมืองในการดำเนินนโยบายนี้

A4 งบลงทุนเป็นส่วนที่จำเป็นเพื่อการพัฒนาและเติบโตในระยะยาว จึงควรมีการจัดสรรที่ชัดเจน โดยไม่ให้ถูกเบียดบังจากงบดำเนินการ

จากการทบทวนเอกสาร พบว่าประเทศไทยมีการตั้งเป้าหมายการลงทุนด้านสาธารณสุขไว้ รวมถึงพบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์และการขาดเงินลงทุนในอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยหลายกรณี

งบลงทุนด้านสาธารณสุข—นอกเหนือจากการลงทุนทดแทนส่วนที่เสื่อมไป—เป็นงบส่วนที่ระบบจำเป็นต้องมี ซึ่งควรต้องวางแผนในบริบทของแผนการพัฒนาคูณภาพของระบบบริการรักษาพยาบาลของประเทศ และเมื่อตั้งงบส่วนนี้แล้ว ก็ควรดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบเป้าหมาย โดยไม่ควรถูกละเลยหรือโยกย้ายมาใช้เป็นงบดำเนินการแทน

A5 ระบบการร่วมจ่ายมีความเสี่ยงที่จะขัดแย้งกับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมักจะมีผลต่อรายได้ของระบบไม่มาก

หลักการสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็คือการทำให้ทุกคนที่มีความจำเป็นสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยจะต้องไม่ถูกขัดขวางด้วยข้อจำกัดทางการเงิน

การมีระบบร่วมจ่ายส่งผลด้านบวกได้ในสองกรณีคือ ลดแรงจูงใจในการใช้บริการที่เกินความจำเป็น และมีส่วนในการช่วยหาเงินเข้าระบบ

อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่ยังมีคนจำนวนมากที่มีรายได้ใกล้เคียงกับเส้นความยากจนนั้น ย่อมมีความเสี่ยงสูงที่การร่วมจ่ายที่ออกแบบไม่ดีพอจะทำให้มีคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และในประเทศที่ยังมีคนจำนวนมากที่อยู่ในภาคนอกระบบ ก็ทำให้ยากที่จะมีข้อมูลด้านรายได้และการจ่ายภาษีที่น่าเชื่อถือและสามารถนำมาออกแบบระบบการร่วมจ่ายที่รัดกุมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพซึ่งการเจ็บป่วยในประเทศที่ระบบสวัสดิการสังคมไม่ได้ดีนักมักมาพร้อมกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นและการขาดรายได้ของผู้ป่วยด้วย

ที่ผ่านมา การร่วมจ่ายในระดับต่ำที่คนส่วนใหญ่สามารถจ่ายได้ เช่น เรียกเก็บ 30 บาทต่อครั้งจากกลุ่มผู้มีสิทธิโครงการบัตรทองกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่ม สปร. เดิม สามารถนำรายได้เข้ามาสู่ระบบเพียงประมาณปีละ 2,000 ล้านบาท ซึ่งไม่ถึงร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ในขณะที่การทำระบบการร่วมจ่ายก็ต้องมีต้นทุนที่เพิ่มขึ้นในส่วนของ การเก็บข้อมูลและการปรับระบบซอฟต์แวร์

การใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งงบหลักมาจากภาษีนั้น ในกรณีที่จำเป็นก็ควรจัดสรรงบเพิ่มให้ รวมถึงอาจปรับขึ้นภาษี ปรับระบบภาษี รวมทั้งการขยายฐานของโครงการประกันสังคม อย่างไรก็ตาม การนำคนเข้ามาสู่ระบบประกันสังคม (แบบปกติ หรือตามมาตรา 33) ไม่ได้ทำให้ภาระการอุดหนุนของรัฐบาล (ร้อยละ 2.75 ของเงินเดือนในส่วนที่ไม่เกิน 15,000 บาท ซึ่งเท่ากับ 4,950 บาทต่อปีสำหรับผู้มีสิทธิที่มีรายได้ในระดับดังกล่าว) ซึ่งสูงกว่างบค่าหัวที่รัฐบาลจ่ายให้ผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ที่ 3,364 บาทต่อคนในปี 2565) มาก และถึงแม้ว่าภาระการอุดหนุนเฉลี่ยต่อผู้มีสิทธิประกันสังคมจะไม่ถึง 4,950 บาทต่อปี (เนื่องจากผู้มีสิทธิจำนวนมาก

มากพอสมควรมีเงินเดือนไม่ถึง 15,000 บาท) แต่ภาระของรัฐจะยังเพิ่มขึ้น トラบที่คนที่เข้ามาใหม่ในโครงการประกันสังคมมีเงินเดือนเฉลี่ยที่สูงกว่าเดือนละ 10,000 บาท

ระบบร่วมจ่ายที่สอดคล้องกับหลักการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ควรเป็นการร่วมจ่ายที่มีนัยสำคัญเมื่อไปรับการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจทำให้คนจนจำนวนหนึ่งเกิดการล้มเลิกที่จะไปขอรับการรักษาและเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาลในที่สุด และไม่ควรเป็นระบบที่เน้นการร่วมจ่ายที่เป็นสัดส่วนของค่าใช้จ่าย หรือที่มีการกำหนดเพดานสิทธิประโยชน์ขั้นสูง หรือในอีกแง่หนึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นหลักการประกันภัยทั่วไปที่ครอบคลุมไปถึงกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงไปจนถึงบาทสุดท้าย (last dollar) ที่ปัจเจกแต่ละรายอาจไม่สามารถรับภาระได้ด้วยตัวเอง และในกรณีของไทยนั้น มีคนจำนวนมากที่ต้องการหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายตั้งแต่บาทแรก (first dollar) ด้วย

แนวทางหนึ่งที่บางประเทศ เช่น แคนาดา นำมาใช้ ก็คือการเก็บเบี้ยประกันเป็นรายเดือน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่มีการร่วมจ่ายที่ไม่ใช่เป็นการจ่ายเมื่อเข้าไปรับการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม การเก็บเงินวิธีนี้ของแคนาดาที่ให้ประชาชนจ่ายเบี้ยประกันเป็นรายเดือน มีค่าใช้จ่ายในการเก็บที่ค่อนข้างสูง (ประมาณร้อยละ 15 ของรายรับที่ได้ในปี 2546-47)

B. ประเด็นด้านกระบวนการบริหารการเงิน

B1 พิจารณาความเหมาะสมของระบบโครงสร้างเงินเดือนบุคลากรทางสาธารณสุข

จากจุดเริ่มต้นของโครงการที่ต้องการให้พิจารณาความเหมาะสมของระบบโครงสร้างเงินเดือนบุคลากรทางสาธารณสุขและกระบวนการงบประมาณ โดยเฉพาะเรื่องการแยกหรือรวมงบเงินเดือนข้าราชการในระบบบริการสาธารณสุขกับงบที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ผลการวิเคราะห์พบว่างบบุคลากรเป็นงบหลักของกระทรวงสาธารณสุข ประมาณร้อยละ 60-70% ของงบบุคลากรรัฐส่วนใหญ่ โดยแบ่งเป็น

- 1) ค่าจ้างและค่าตอบแทนข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 2) ค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น ค่าตอบแทนเบี่ยงเบนมาจ่าย ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน
- 3) ค่าตอบแทนลูกจ้างสถานพยาบาล

ในปัจจุบันงบประมาณเดือนข้าราชการทางการแพทย์ได้รับเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางโดยตรง จึงไม่เคยมีความเสี่ยงเรื่องการไม่มียกในส่วนนี้ ส่วนค่าตอบแทนลูกจ้างสถานพยาบาล จะเป็นการบริหารงบบ้าง โดยสถานพยาบาลเอง สำหรับค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะถูกจ่ายภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณบุคลากร ซึ่งส่วนใหญ่มาจากรายได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจจะมีการกำหนดวงเงินจ่ายค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีกรอบวงเงินงบประมาณรวมถึงผลการดำเนินการที่แตกต่างกัน

ในกระบวนการงบประมาณ สปสช. มีสถานะเป็นผู้จ่ายเงินหลักของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ แต่ สปสช. ไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจกำหนดวงเงินงบประมาณของระบบ หน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนนี้คือสำนักงานงบประมาณ

การปรับให้แยกงบบุคลากรส่วนที่นอกเหนือจากเงินเดือนออกจากงบค่าเหมาจ่ายรายหัวกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นจะมีผลเพียงเปลี่ยนตัวผู้จ่ายเงิน แต่ไม่ได้เปลี่ยนผู้กำหนดวงเงินจ่าย

คณะผู้วิเคราะห์ยังไม่พบมูลเหตุใดที่จะทำให้เชื่อได้ว่าหากมีการเปลี่ยนตัวผู้จ่ายค่าตอบแทนส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือนไปเป็นกรมบัญชีกลาง แล้วสำนักงานงบประมาณจะพิจารณาเพิ่มวงเงินงบประมาณบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในระบบปัจจุบัน ซึ่งการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากงบหรือเงินบำรุงของสถานพยาบาล ซึ่งงบที่สถานพยาบาลได้รับมีส่วนที่กำหนดมาจากจำนวนประชากรด้วย ซึ่งอาจทำให้แต่ละสถานพยาบาลมีศักยภาพในการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน แต่ก็มีส่วนที่สะท้อนภาระงานที่อาจแตกต่างกันด้วย

ในกรณีที่ผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นวาระที่ใช้อยู่ทำให้มีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นในระดับที่มีนัยสำคัญและในสถานพยาบาลจำนวนมาก ก็ย่อมหมายความว่าระบบการคำนวณงบที่ใช้อยู่มีกฎเกณฑ์ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งควรผลักดันให้มีการจัดสรรงบเพิ่มขึ้น (รวมทั้งอาจเสนอให้ปรับสูตรที่ใช้ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น)

B2 ส่งเสริมทักษะการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการลงทุน และการบริหารการเงิน (Financial management) รวมทั้งการทำ Unit Cost Analysis เพื่อนำไปใช้ในการประมาณการต้นทุน ปริมาณงาน/รายรับ การทำแผนและงบประมาณ รวมทั้งการกำกับให้เป็นไปตามแผน เพื่อให้ระบบและสถานพยาบาลมีข้อมูลด้านต้นทุนและนำไปสู่การปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณและการบริหารระบบและสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการสัมภาษณ์สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งในทุกภาค พบว่าสถานพยาบาลจำนวนมากมีปัญหาการขาดกระแสเงินสด ซึ่งอาจจะเกิดจากทั้งการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอหรือจากเหตุผลอื่นๆ เช่น มีปัญหาสภาพคล่อง (ขาดเงินสด \neq ขาดทุน) ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับงบล่าช้า การขาดความรู้ความชำนาญในการวางแผนทางการเงินหรืออาจมีปัญหาการบริหารลูกหนี้การค้าด้วย

โดยแม้ว่าจำนวนสถานพยาบาลที่เงินบำรุงติดลบจะมีจำนวนลดลงในปีหลังๆ แต่โดยเฉลี่ยแล้วแต่ละสถานพยาบาลจะมีเงินบำรุงลดลง และต้นทุนค่าบุคลากร 60%-70% ของต้นทุนค่ารักษา รวมซึ่งรายจ่ายส่วนนี้ถือเป็นต้นทุนคงที่ของระบบสถานพยาบาลที่แต่ละสถานพยาบาลจะปรับได้ไม่มากนัก

จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลหลายระดับในหลายพื้นที่ พบว่าสถานพยาบาลหลายแห่งในหลายระดับไม่ทราบต้นทุนการให้บริการของตนเอง การส่งเสริมการทำ Unit Cost Analysis จะช่วยให้ระบบและสถานพยาบาลมีข้อมูลด้านต้นทุนและนำไปสู่การปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณและการบริหารระบบและสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมมากขึ้น เช่น สามารถแยกกรณีขาดทุนเนื่องจากสถานพยาบาลให้บริการในพื้นที่ประชากรเบาบาง ออกจากกรณีขาดทุนเนื่องจากต้นทุนบริการที่สูงหรือได้รับการจัดสรรงบที่ต่ำเกินไป ซึ่งกองทุนสุขภาพต่างๆ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดอัตราจ่ายที่เหมาะสม และควรปรับเปลี่ยนระบบงานงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารสินค้าคงคลัง การเงิน และการบัญชีที่ปัจจุบันยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วนและส่วนใหญ่อังเป็นการใช้คอมพิวเตอร์แทนเครื่องพิมพ์ดีดและเครื่องคิดเลข มาเป็นระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่บูรณาการงานบริหารโรงพยาบาล หรือที่เรียกกันว่าระบบ Enterprise resource planning ที่ใช้กันมานานแล้วในภาคธุรกิจอื่น และมีการศึกษายืนยันว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผล เนื่องจากการดำเนินการนี้ศึกษาในส่วนนี้มีต้นทุนการลงทุนในการดำเนินการ จึงควรได้รับการสนับสนุนเงินอุดหนุนเพิ่มเติมจากกองทุนด้านสุขภาพ ซึ่งจะได้ประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต การสนับสนุนดังกล่าวนี้เป็นลักษณะเดียวกับที่กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เคยจ่ายค่าส่ง

ข้อมูลบริการแบบอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายสำหรับงานบริการของโรงพยาบาล ผลการศึกษาโครงสร้างงบการเงินระหว่างสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิเป็นลบกับเป็นบวก พบว่าในกรณีของโรงพยาบาลชุมชนที่เงินบำรุงสุทธิเป็นลบ มักจะมีรายการ “ลูกหนี้การค้า” สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในแทบทุกรายการลูกหนี้ สะท้อนว่าการขาดเงินสดส่วนหนึ่งเป็นผลจากความล่าช้าในการรับชำระหนี้ของสถานพยาบาลขนาดเล็ก แต่ปัญหานี้ส่วนหนึ่งเกิดจากความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินของหน่วยราชการด้วยกันเองด้วย

B3 ส่งเสริมระบบการ Audit สถานพยาบาลแม่ข่ายลูกข่าย

จากการศึกษาพบว่านโยบายการบริหารลูกข่ายของสถานพยาบาลแม่ข่าย เช่น การกำหนดอัตราค่าบริการ การกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่าย ส่งผลอย่างมากต่อพฤติกรรมทำให้บริการของสถานพยาบาลลูกข่าย

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่พบว่าประกันสังคมสำนักงาน (สปส.) ยังมีข้อจำกัดในบทบาทด้านการเป็น Strategic Purchaser-Regulator เช่น เมื่อเทียบกับ สปสช. ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์และการตรวจคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบมากกว่า โดยเฉพาะในด้านมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลและสถานพยาบาลลูกข่ายในการให้บริการกับประชาชน

กองทุนประกันสังคมจึงควรมีการบริหารสัญญาเชิงรุก ส่งเสริมระบบการตรวจสอบการดำเนินการระหว่างสถานพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย โดยกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และตรวจสอบกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยอาจจะร่วมมือกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีทรัพยากรบุคคลในการดำเนินการในด้านนี้มากกว่า

B4 ปรับงบ “เงินค้ำกันดาร” ตามความเหมาะสมกับสภาพปัจจุบันของพื้นที่และความจำเป็น

การสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้รับความเห็นว่ารายจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการที่เป็นรายการสำคัญมากคือ “ค่าเบี่ยงเหลียงเหมาจ่าย” ที่เป็นเงินก้อนใหญ่สำหรับทุกสถานพยาบาล และเป็นเงินก้อนที่มีข้อจำกัดทางการเมืองในการปรับเปลี่ยน แม้ว่าในปัจจุบันปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์จะลดลงกว่าเมื่อก่อนมากแล้วก็ตาม

นอกจากนี้ หลายท่านยังให้ความเห็นว่าการจ่าย “เงินค้ำกันดาร” เป็นรายการที่ยังไม่ได้มีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบันเท่าที่ควร เนื่องจากการกำหนดพื้นที่กันดารไม่ได้มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันซึ่งพื้นที่หลายแห่งมีความเจริญมากขึ้นและมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรน้อยลง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรพิจารณาปรับปรุงรายการจ่ายต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัจจุบันมากขึ้น โดยในกรณีเงินค่ากันดาร ควรปรับพิจารณาพื้นที่กันดารตามความเป็นจริงจากโครงสร้างพื้นฐานและระดับการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งถ้าใช้เกณฑ์ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในปัจจุบัน การปรับก็คงไม่ประสบปัญหาการโต้แย้งมากนัก

C. ประเด็นด้านกระบวนการจัดสรรและจ่ายเงิน

C1 พิจารณาการบูรณาการระบบกลไกการจ่ายเดียว (Single Payment Mechanism) แม้จะมีผู้จ่ายหลายคน (Multiple Payer)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีเจตนารมณ์ให้มีการควมรวมกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพสู่ระบบผู้จ่ายรายเดียวกลไกจ่ายเดียว (Single-Payer Single-Payment Mechanism) โดยกำหนดบทเฉพาะกาลในมาตรา 66 ให้สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการตกลงกันในประเด็นนี้ และขยายระยะเวลาการเจรจาได้ครั้งละ 1 ปี ซึ่งในการปฏิบัติจริงแต่ละฝ่ายก็ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างจริงจังมากนักตั้งแต่เริ่มต้นจวบจนถึงปัจจุบัน

การกำหนดกระบวนการจ่ายแบบหลายผู้ซื้อหลายกลไกการจ่ายที่แม้แต่ละวิธีจะมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน แต่ก็นำมาสู่ความเหลื่อมล้ำระหว่างกัน ซึ่งในเชิงหลักการแล้ว ประเทศไทยควรหาทางบูรณาการระบบประกันสุขภาพทั้งระบบ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุนหลัก อันได้แก่สวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรทอง

แม้ว่าการรวมเป็นกองทุนเดียวคงยังเป็นไปได้ยากในทางการเมือง แต่ก็ควรปรับให้ระบบการเบิกจ่ายเป็นกลไกเดียวกัน (Single Payment Mechanism) เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลายมาเป็นเวลานานในประเทศที่มีดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายหลายราย (Multiple payer system) เช่น ประเทศเยอรมนี และประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น โดยแต่ละกองทุนอาจจะกำหนดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันตามเหตุผลที่เป็นที่ยอมรับได้ในสังคม แต่ในสิทธิประโยชน์เดียวกันควรปรับใช้กลไกการจ่ายเดียวกัน โดยพิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีการจ่าย งบประมาณและการตกลงร่วมกัน ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในสิทธิเดียวกันแล้ว ยังเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของระบบ และลดต้นทุนทางธุรกรรมลงจากการตัดความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นบางส่วนออกไป

C2 พัฒนาระบบการตรวจสอบและการประเมินผลการบริการ เพื่อรองรับรูปแบบการจ่ายที่ส่งเสริมคุณภาพบริการและเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น

การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวมีจุดอ่อนสำคัญคือ เป็นระบบที่ไม่มุ่งใจให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพบริการ ขณะที่การจ่ายตามรายบริการและการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ เป็นวิธีที่ส่งเสริมคุณภาพบริการมากกว่า แต่ต้องการการตรวจสอบที่มีคุณภาพ

ระบบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ เช่น กรณีงบ QOF และงบส่งเสริมป้องกันโรคของ สปสช. มีหลักการที่ส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ แต่เนื่องจากการประเมินผลการบริการในทางปฏิบัติไม่สามารถประเมินจากผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome Based) ได้ง่ายนัก จึงมีการตั้งเกณฑ์ตามกิจกรรม (Activity Based) ในขณะที่การจ่ายตามวงจรการเจ็บป่วยก็มีหลักการที่ส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome Based) แต่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวทางการดำเนินการในทางปฏิบัติ

กองทุนสวัสดิการสุขภาพทั้ง 3 ควรส่งเสริมและบูรณาการรูปแบบการตรวจสอบคุณภาพบริการ และการวัดผลลัพธ์การให้บริการและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยร่วมกันสนับสนุนเงินในการวิจัยเรื่องนี้ และมีการใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาร่วมกัน

C3 พิจารณาเกณฑ์การจ่ายที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น

ปัจจุบัน สปสช. มีงบที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) และงบส่งเสริมป้องกันซึ่งในทางปฏิบัติก็ยังใช้เกณฑ์การจ่ายตามกิจกรรม (Activity Based) มากกว่าการจ่ายตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome Based) หรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่อเงินที่จ่าย (Value-based)

กองทุนประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการก็ยังไม่ได้ใช้การจ่ายตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome Based) ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2561 กองทุนประกันสังคมเคยตั้งเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มเติมจากระดับคุณภาพสถานพยาบาล การประเมินความพึงพอใจและอัตรา Discharge แต่ได้ยกเลิกไปในปี พ.ศ. 2563

ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาเกณฑ์และกลไกการจ่ายที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้นมากกว่าการจ่ายตามการรักษาการเจ็บป่วย และควรมีการร่วมลงทุนระบบการประเมินและจัดเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากร เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย

C4 หลีกเลียงการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลล่าช้าและการปรับอัตราระหว่างปี

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และสถานพยาบาลหลายแห่ง ผู้ให้สัมภาษณ์ชี้ปัญหาว่า กองทุนสุขภาพ โดยเฉพาะ สปสช. มักมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การจ่ายต่างๆ

รวมทั้งการปรับอัตราค่าจ่าย (เช่นปรับราคาต่อหน่วยน้ำหนักหรือ RW.) ระหว่างปีๆ ส่งผลให้สถานพยาบาลมีปัญหาในการคาดการณ์รายได้ของตน รวมทั้งปัญหาการเบิกจ่ายล่าช้าในบางกรณี ซึ่งในกรณีหลังสถานพยาบาลมักจะพอใจการดำเนินงานของกองทุนประกันสังคมที่มีความคงเส้นคงวามากกว่า

กองทุนสุขภาพทุกกองทุนควรเลี่ยงการจ่ายค่าบริการล่าช้าและการปรับอัตราระหว่างปี ซึ่งส่งผลต่อการบริหารเงินของสถานพยาบาล และควรมีการวางแผนและกำหนดเกณฑ์การจ่ายต่างๆ ล่วงหน้า และดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

C5 ลดความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นผ่านการใช้ระบบ E-Claim ร่วม และปรับปรุงฐานข้อมูลตามกำหนดเวลาแน่นอน

จากการรวบรวมข้อมูลความเห็นและการทบทวนเอกสาร พบว่าสถานพยาบาลมีกระบวนการเอกสารหลายขั้นตอนในการทำเบิกจ่าย ในหลายกรณีขั้นตอนเอกสารกระดาษค่อนข้างมาก รวมถึงทั้ง 3 กองทุน มีระบบเบิกจ่ายที่แยกจากกันทำให้เกิดความซับซ้อนในกระบวนการเบิกจ่าย

จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลหลายแห่ง พบว่าการเบิกจ่ายตามระบบประกันสังคมทำได้ลำบาก เนื่องจากเว็บไซต์ที่ใช้ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยให้ข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน รวมถึงระบบไม่ได้แสดงข้อมูลสิทธิอย่างละเอียด โดยจะแสดงเพียงสถานพยาบาลตามสิทธิและกลุ่มมาตราของผู้ประกันตน ในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีการกำหนดเงื่อนไขที่ซับซ้อน เช่น ระยะเวลาในการส่งเงิน ระยะเวลาในการออกจากงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่มีสิทธิรักษาบางอย่าง การติดต่อสอบถามกับสำนักงานประกันสังคมต้องรอในเวลาราชการ ซึ่งมีปัญหามากสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

ในขณะที่กรณีของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิผ่านบัตรประจำตัวประชาชนและดำเนินการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim ได้เกือบทุกกรณี ส่วนกรณีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิผ่านบัตรประจำตัวประชาชนและดำเนินการเบิกจ่ายผ่านระบบจ่ายตรงได้เกือบทุกกรณี

ทั้ง 3 กองทุนจึงควรบูรณาการฐานข้อมูลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยอาจเลือกใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นตัวตั้ง เนื่องจากสถานพยาบาลหลายแห่งให้การยอมรับว่าเป็นระบบที่เป็นปัจจุบันและให้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด ควรลดการตรวจผ่านเอกสารกระดาษ (Hard Copy) และใช้โปรแกรม E-Claim เป็นหลัก

สำนักงานประกันสังคมควรกำหนดวันและเวลาในการปรับปรุงฐานข้อมูลสิทธิของประชากรอย่างชัดเจน และแจ้งกำหนดวันเวลาที่ชัดเจน และแจ้งวันเวลาในกรณีที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว และ

ในกรณีหรือในทุกกรอบที่ไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนดได้ ก็ควรแจ้งให้ทราบเมื่อถึงเวลา รวมทั้งแจ้งเวลาใหม่ที่คาดว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จในเว็บไซต์ที่สถานพยาบาลและผู้ประกันตนสามารถเข้าไปตรวจสอบข้อมูลได้

D. ประเด็นที่ควรดำเนินการในระยะยาว

D1 ส่งเสริมความร่วมมือของกองทุนต่างๆ

การประสานงานร่วมกันและบูรณาการทั้งระบบการเบิกจ่าย และกลไกการเบิกจ่ายจะช่วยให้สถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาว รวมถึงการลดความสับสนเมื่อต้องรับมือกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ

ทั้ง 3 กองทุนควรมีการส่งเสริมให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งในมิติของประชากร บริการ และค่าใช้จ่าย รวมถึงการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ระหว่าง 3 กองทุน ควรคำนึงถึงหลักการว่าโรคเดียวกันไม่ควรมิตันทุนที่ต่างกันมาก สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันระหว่างกองทุนควรเป็นไปตามเหตุผลที่สังคมยอมรับ แต่สิทธิประโยชน์เดียวกันควรใช้กลไกการจ่ายที่สอดคล้องกัน

แม้ว่าการรวมเป็นกองทุนเดียวยังเป็นไปได้ยากทางการเมืองแม้ในระยะยาว แต่ก็ควรปรับระบบการเบิกจ่ายให้ใช้กลไกเดียวกัน (Single-Payment Mechanism) โดยพิจารณาเลือกกลไกที่เหมาะสมที่สุดเพื่อยกระดับประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

D2 สร้างระบบแผนรองรับสภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ

กรณีศึกษา COVID-19 พบว่าไทยยังขาดระบบศูนย์บริหารสถานการณ์ฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่ที่ เป็นระบบ จนต้องจัดตั้งศูนย์เฉพาะกิจในการดูแลสถานการณ์ จึงควรวางแผนสร้างระบบที่กำหนดบทบาทหน้าที่และอำนาจของหน่วยงานต่างๆ ในสภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ

บทเรียนจากการระบาด COVID-19 พบว่า 3 กองทุนมีการกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน ช่วยให้สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยทำงานร่วมกันได้โดยไม่มีปัญหา และทำให้ประชาชนสามารถเข้าใจสิทธิประโยชน์ของตนได้โดยรวดเร็ว

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	5
สารบัญ.....	21
สารบัญรูป.....	25
ส่วนที่ 1 หลักการและวัตถุประสงค์การวิเคราะห์.....	31
1. หลักการและเหตุผล.....	31
2. วัตถุประสงค์และผลผลิตการวิเคราะห์.....	33
2.1 วัตถุประสงค์การวิเคราะห์.....	33
2.2 ผลผลิตการวิเคราะห์.....	33
2.3 วิธีการดำเนินการ.....	33
2.4 การออกแบบการศึกษา.....	34
ส่วนที่ 2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสุขภาพ.....	37
3. สวัสดิการทางสุขภาพ: หลักการและแนวทางการจัดสวัสดิการสุขภาพ.....	37
3.1 หลักการเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม.....	37
3.2 แนวทางการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ (แบบคลาสสิก).....	43
4. ทางเลือกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล.....	48
4.1 รูปแบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้กับสถานพยาบาล.....	48
4.2 ข้อพิจารณาของรูปแบบการจ่ายที่มีความน่าสนใจ.....	51
5. ภาพรวมรูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ.....	56
5.1 การเปรียบเทียบรูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ.....	56
5.2 ภาพรวมการพัฒนารูปแบบการจัดสวัสดิการในไทย.....	65
ส่วนที่ 3 หลักการและกติกาปัจจุบันของ 3 กองทุนหลักของประเทศไทย.....	81
6. สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ.....	81
6.1 ขอบเขตความคุ้มครอง.....	81
6.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ.....	84
6.3 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิ.....	84

6.4	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของสถานพยาบาล	86
7.	กองทุนประกันสังคม	88
7.1	ขอบเขตความคุ้มครอง	88
7.2	หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ	94
7.3	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิ	100
7.4	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของสถานพยาบาล	102
8.	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	110
8.1	ขอบเขตความคุ้มครอง	110
8.2	หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ	114
8.3	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิ	119
8.4	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของสถานพยาบาล	120
9.	เปรียบเทียบ 3 กองทุน	161
ส่วนที่ 4	การวิเคราะห์ห่วงโซ่มูลค่าของระบบสาธารณสุขไทย	181
10.	ต้นทุนทางสุขภาพและระบบงบประมาณของไทย	181
10.1	การเปรียบเทียบรูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ	181
10.2	รายจ่ายด้านสาธารณสุขรายกองทุน	185
11.	การกำหนดกติกาการจ่าย วิธีการในการกำกับดูแล.....	192
11.1	ข้อมูลความเห็นของ “สถานพยาบาล” ต่อ การดำเนินการร่วมกับ 3 กองทุนสุขภาพ .	192
11.2	ความเห็นของหน่วยงานราชการที่มีบทบาทการจัดสรรงบประมาณในพื้นที่	200
11.3	โครงสร้างทางการเงินของสถานพยาบาล.....	219
11.4	การปรับเกลี่ยรายรับของสถานพยาบาล.....	251
11.5	การกำหนดค่าตอบแทนของบุคลากรสาธารณสุข	262
12.	ผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสาธารณสุข	274
12.1	การสร้างความปลอดภัยด้านสวัสดิการสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ	274
12.2	ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพหลักในไทยในภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข: กรณีโรคโควิด-19	279

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอเชิงนโยบายและสรุปผลการศึกษา	309
13. ข้อเสนอเชิงนโยบายและทางเลือก	309
14. สรุปผลการวิเคราะห์	329
บรรณานุกรม.....	334
ภาคผนวก	339
ภาคผนวก ก. โครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุขประเทศต่างๆ.....	339
ภาคผนวก ข. กรอบการประเมินระบบสวัสดิการสุขภาพ	343
ภาคผนวก ค. สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	344
ภาคผนวก ง. สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	354
ภาคผนวก จ. หลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ.....	361

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ลักษณะเด่นของแต่ละรูปแบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้กับสถานพยาบาล	50
ตารางที่ 2	กรอบแนวคิดทางเลือกเรื่องการแบ่งประเภทการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ	54
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบลักษณะสำคัญของระบบสาธารณสุขใน 4 ประเทศ	58
ตารางที่ 4	จำนวนประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการการรักษาพยาบาล เขตการปกครอง	65
ตารางที่ 5	เส้นทางการพัฒนาระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	66
ตารางที่ 6	อัตราเงินสมทบเข้าสิทธิประโยชน์แต่ละส่วนในกองทุนประกันสังคม	69
ตารางที่ 7	จำนวนสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม พ.ศ. 2563	69
ตารางที่ 8	เส้นทางการพัฒนาระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	70
ตารางที่ 9	จำนวนประชากรที่เจ็บป่วยและมีการรักษาพยาบาลในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์	75
ตารางที่ 10	จำนวนประชากรที่เจ็บป่วยและมีการรักษาพยาบาล แต่ไม่ใช่สวัสดิการการรักษาพยาบาล	76
ตารางที่ 11	เกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	109
ตารางที่ 12	การจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2564	114
ตารางที่ 13	ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	115
ตารางที่ 14	ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	116
ตารางที่ 15	ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	117
ตารางที่ 16	ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ	121
ตารางที่ 17	รายการบริการกรณีเฉพาะ	129
ตารางที่ 18	เปรียบเทียบ 3 กองทุน	161
ตารางที่ 19	งบประมาณ 3 กองทุน	186
ตารางที่ 20	งบประมาณต่อหัว 3 กองทุน	186
ตารางที่ 21	ข้อมูลความเห็นของ “สถานพยาบาล” ต่อ การดำเนินการร่วมกับ 3 กองทุนสุขภาพ	192
ตารางที่ 22	ข้อมูลความเห็นของหน่วยงานราชการที่มีบทบาทการจัดสรรงบประมาณในพื้นที่	200
ตารางที่ 23	จำนวนสถานพยาบาล จำแนกตามเกณฑ์ทางการเงิน	219
ตารางที่ 24	งบแสดงสถานะการเงิน และ งบแสดงผลการดำเนินงาน ของ รพศ. ปี 2563	222
ตารางที่ 25	งบแสดงสถานะการเงิน และ งบแสดงผลการดำเนินงาน ของ รพท. ปี 2563	230
ตารางที่ 26	งบแสดงสถานะการเงิน และ งบแสดงผลการดำเนินงาน ของ รพช. ปี 2563	238
ตารางที่ 27	รายได้ค่าบริการ จำแนกตามแหล่งที่มาและประเภทสถานพยาบาล	247
ตารางที่ 28	ต้นทุนค่าบริการ จำแนกตามรายการจ่ายและประเภทสถานพยาบาล	249
ตารางที่ 29	อัตราขั้นบันได (Step ladder)	257
ตารางที่ 30	ขั้นการกำหนดค่า K	258

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 31	วงเงินสำหรับดำเนินการปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด แต่ละเขต.....	260
ตารางที่ 32	แสดงสัดส่วนจากประสิทธิภาพด้านการเงิน จำแนกรายโรงพยาบาล	266
ตารางที่ 33	แสดงสัดส่วนจากประสิทธิภาพด้านการเงิน จำแนกรายโรงพยาบาล	268
ตารางที่ 34	ค่าน้ำหนักของระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล	269
ตารางที่ 35	แสดงค่าคะแนนประกันผลการปฏิบัติงานขั้นต่ำในแต่ละเดือน	271
ตารางที่ 36	แสดงสัดส่วนระหว่างวิชาชีพ.....	272
ตารางที่ 37	รายละเอียดการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพหลักในไทยที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19.....	277
ตารางที่ 38	รายละเอียดการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพหลักในไทยที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19.....	279
ตารางที่ 39	กรอบแนวคิดทางเลือกเรื่องการแบ่งประเภทการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ.....	310
ตารางที่ 40	บัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	361

สารบัญรูป

รูปที่ 1	กลไกการคุ้มครองทางสุขภาพ	39
รูปที่ 2	ตัวอย่างการจัดสวัสดิการสุขภาพ.....	46
รูปที่ 3	ตัวอย่างรูปแบบการกำหนดผู้รับผู้จ่ายในระบบสาธารณสุข.....	55
รูปที่ 4	สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ของประเทศในกลุ่มรายได้ต่างๆ.....	56
รูปที่ 5	สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ของประเทศในกลุ่มรายได้ต่างๆ.....	57
รูปที่ 6	จำนวนผู้ประกันตนในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม ณ สิ้นไตรมาสที่ 4 พ.ศ. 2563	67
รูปที่ 7	จำนวนผู้ประกันตนชาวต่างชาติตามมาตรา 33 สิ้นไตรมาสที่ 4 พ.ศ. 2563 แยกตามสัญชาติ.....	68
รูปที่ 8	จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563	73
รูปที่ 9	จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563	74
รูปที่ 10	รูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป.....	120
รูปที่ 11	รูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป.....	123
รูปที่ 12	รูปแบบการจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค.....	130
รูปที่ 13	รูปแบบการจ่ายค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	136
รูปที่ 14	รูปแบบการจ่ายค่าบริการการแพทย์แผนไทย	138
รูปที่ 15	รูปแบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	140
รูปที่ 16	รูปแบบการบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	148
รูปที่ 17	รูปแบบการบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	150
รูปที่ 18	รูปแบบการบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	152
รูปที่ 19	รูปแบบการบริหารค่าบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน.....	154
รูปที่ 20	รูปแบบการบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	155
รูปที่ 21	รูปแบบการบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	156
รูปที่ 22	การแบ่งค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ.....	156
รูปที่ 23	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน ต่อ ประเทศไทย.....	182
รูปที่ 24	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน ต่อ GDP จำแนกตามกลุ่มประเทศ	182
รูปที่ 25	รายจ่ายสุขภาพ จำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน.....	183
รูปที่ 26	รายรับกองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย)	188
รูปที่ 27	ค่าใช้จ่ายกองทุน 4 กรณี.....	190
รูปที่ 28	เงินสมทบและค่าใช้จ่ายกองทุน 4 กรณี.....	191
รูปที่ 29	อัตราเติบโตของยอดเงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) เทียบปี พ.ศ. 2560 กับ พ.ศ. 2563.....	220
รูปที่ 30	รายได้ค่าบริการ จำแนกตามแหล่งที่มาและประเภทสถานพยาบาล.....	246

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 31 ต้นทุนค่าบริการ จำแนกตามรายการจ่ายและประเภทสถานพยาบาล.....	248
รูปที่ 32 หลักการเบื้องต้น (General Principle) ในการกำหนดค่าตอบแทนของบุคลากรสาธารณสุข.....	262
รูปที่ 33 ความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพ 3 มิติ.....	274
รูปที่ 34 คะแนน UHC service coverage index เทียบกับระดับรายได้ต่อหัว ปี พ.ศ. 2560.....	276
รูปที่ 35 คริวเรือยนต์ที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล (%).....	278
รูปที่ 36 คริวเรือยนต์ที่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคริวเรือยนต์มากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายโดยรวม.....	278
รูปที่ 37 โครงสร้างหน่วยงานทางสาธารณสุขของอังกฤษ.....	339
รูปที่ 38 โครงสร้างหน่วยงานทางสาธารณสุขของเยอรมนี.....	340
รูปที่ 39 โครงสร้างหน่วยงานทางสาธารณสุขของไต้หวัน.....	341
รูปที่ 40 โครงสร้างหน่วยงานทางสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา.....	342
รูปที่ 41 กรอบการประเมินระบบสวัสดิการสุขภาพ.....	343

ส่วนที่ 1 หลักการและวัตถุประสงค์ การวิเคราะห์

- ที่มาและความสำคัญของโครงการ
- วัตถุประสงค์และผลผลิตการวิเคราะห์
- ขั้นตอนและแผนการดำเนินการ

แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุน: หลักคิด ปัญหา และข้อพิจารณาที่สำคัญ

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ¹
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

ส่วนที่ 1 หลักการและวัตถุประสงค์การวิเคราะห์

1. หลักการและเหตุผล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เรื่อง และประเด็นปฏิรูปที่ 10: ระบบประกันสุขภาพ กำหนดให้มีการจัดทำสิทธิประโยชน์หลักสำหรับประชาชนไทย ทุกคน และให้มีสิทธิประโยชน์เสริมด้านความต้องการและทางเลือกของประชาชนเพิ่มเติม รวมทั้งกำหนดให้มีการพัฒนากลไกระดับชาติขึ้น เพื่อกำหนดนโยบายพัฒนาให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพโดยรวมให้มีความยั่งยืน เช่น กลไกกลางสำหรับการปรับปรุงวิธีการจ่ายเงิน กลไกกลางในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพื่อเรียกเก็บค่าบริการ รวมทั้งสารสนเทศการคลัง ตลอดจน การศึกษาและขับเคลื่อนเพื่อเพิ่มแหล่งเงินสำหรับบริการสุขภาพ

ประเทศไทยได้พยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ซึ่งที่ผ่านมาอาศัยหลักประกันสุขภาพจาก 3 กองทุนหรือระบบหลัก อันได้แก่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ² โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่รู้จักกันในชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (โครงการบัตรทอง) เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ครอบคลุมกลุ่มผู้มีสิทธิโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพ 20 ล้านคนเศษ และกลุ่มประชาชนที่ไม่มีสิทธิอีกประมาณ 20 ล้านคน ซึ่งเมื่อรวมกันแล้ว ในปี พ.ศ. 2561 3 กองทุนนี้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 99.94 ของประเทศ³

ที่ผ่านมา ด้วยหลักคิดและประวัติความเป็นมาที่ต่างกัน ทั้ง 3 กองทุนจึงมีกติกาและกลไกการจ่ายเงิน ที่แตกต่างกันด้วย ถึงแม้ว่าการออกแบบโครงการบัตรทองจะได้รับอิทธิพลจากโครงการประกันสังคมอยู่บ้าง

¹ หัวหน้าโครงการ: ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง ผู้อำนวยการวิจัยด้านนโยบายสาธารณสุขและการเกษตร

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) อีเมล: viroj@tdri.or.th หรือโทร 081-382-7846 หรือติดต่อ

ผู้ประสานงาน: วุฒิพงษ์ ตันยุพธ์ อีเมล: wuttipong@tdri.or.th_ หรือโทร 02-718-5460 ต่อ 383

² นอกจากนี้ยังมีโครงการย่อยอื่นๆ เช่น ระบบสวัสดิการของพนักงานส่วนท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทย ข้าราชการสังกัด กรุงเทพมหานคร ลูกจ้างองค์กรมหาชน

³ ข้อมูลจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2562)

แต่ทั้ง 2 กองทุนก็เกิดขึ้นในบริบทที่ต่างกัน และในบางด้านก็มีการพัฒนาไปในทางที่ต่างกันด้วย นอกจากนี้ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะมีเป้าหมายให้เกิดการรวมกองทุนหรือบริหารจัดการร่วมกัน แต่ก็ยังไม่มีการดำเนินการในแนวทางดังกล่าวให้เกิดขึ้นจริง และยังไม่มีความชัดเจนว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจที่สำคัญในการจัดทำและเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์ ระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงินการคลังสุขภาพ และระบบเศรษฐกิจสุขภาพของประเทศที่มีประสิทธิภาพ เพียงพอ ยั่งยืนและเป็นธรรม จึงเห็นควรให้มีการวิเคราะห์แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุนหลัก ตั้งแต่ในด้านหลักการ/แนวคิด ปัญหา และข้อเสนอแนะของฝ่ายต่างๆ ในการพัฒนาและปรับกลไกการจ่ายเงินของทั้ง 3 กองทุนให้เหมาะสม ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปกลไกการเงินที่จะใช้เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยที่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิในทุกกองทุนอย่างถ้วนหน้าและทั่วถึง

เพื่อตอบโจทย์ตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ได้กำหนดไว้ข้างต้น คณะผู้วิเคราะห์จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ที่เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการศึกษาโครงการนี้ จึงได้กำหนดโครงสร้างการศึกษาออกเป็น 5 ส่วน โดยแบ่งเป็น ส่วนที่ 1 ที่มาและประเด็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะแสดงวัตถุประสงค์และการออกแบบการดำเนินการทำวิเคราะห์ ส่วนที่ 2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการหรือหลักประกันสุขภาพ ซึ่งจะสรุปแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการ ทางเลือกในการจ่าย และรูปแบบสวัสดิการในทางปฏิบัติ ส่วนที่ 3 หลักการและกติกาศักยภาพของ 3 กองทุนหลัก จะแสดงรายละเอียดกติกาการจ่ายในปัจจุบัน ก่อนที่จะนำข้อมูลทั้ง 3 ส่วน มาทำการวิเคราะห์ในส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ห่วงโซ่มูลค่าของระบบสาธารณสุขไทย ซึ่งจะแสดงรายละเอียดสภาพปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งต้นทุน กระบวนการ และผลลัพธ์ของระบบสวัสดิการสุขภาพไทย และสุดท้ายจะนำเสนอเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในส่วนที่ 5 ซึ่งเป็นการสรุปภาพรวมของการศึกษานี้ด้วย

2. วัตถุประสงค์และผลผลิตการวิเคราะห์

2.1 วัตถุประสงค์การวิเคราะห์

- 1) เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และเสนอแนะแนวทางการปรับระบบการจ่ายเงินของกองทุนต่างๆ
- 2) เพื่อศึกษานโยบาย/มาตรการด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ที่เอื้อกับการจ่ายค่าบริการที่เพียงพอสำหรับหน่วยบริการที่จะให้บริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ
- 3) เพื่อวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ และข้อพิจารณาที่สำคัญของแต่ละทางเลือก ในการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุน ในบริบทที่เชื่อมโยงกัน

2.2 ผลผลิตการวิเคราะห์

เอกสารรายงานผลการวิเคราะห์ เรื่อง “แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุน : หลักคิด ปัญหา และข้อพิจารณาที่สำคัญ” เพื่อให้เกิดระบบและกลไกการจ่ายที่เอื้อและสอดคล้องกับการดำเนินงานของหน่วยบริการ ในระดับต่างๆ

2.3 วิธีการดำเนินการ

- 1) ศึกษาประเด็นปัญหา แนวทางหลักเกณฑ์ สมมติฐานเบื้องต้น ข้อพิจารณาเกี่ยวกับทางเลือกที่ควรนำมาพิจารณาแนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข 3 กองทุน
- 2) ศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบัน รวมถึงข้อเสนอแนะและทางเลือกต่างๆ
- 3) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับต่างๆ โดยเน้นหน่วยบริการในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 4) รับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และปรับ (ร่าง) รายงานให้ครอบคลุมในประเด็นของการวิเคราะห์ข้อมูล
- 5) จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์วิเคราะห์แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข 3 กองทุน : หลักคิด ปัญหา และข้อพิจารณาที่สำคัญ

2.4 การออกแบบการศึกษา

คณะผู้วิเคราะห์เสนอโครงสร้างของการศึกษา ซึ่งจะเป็นแนวทางในการดำเนินการวิเคราะห์ และกำหนดโครงสร้างของรายงานวิเคราะห์ รวมทั้งกำหนดคำถามสำคัญในแต่ละส่วนการวิเคราะห์ ไว้ในตัวอย่างในกรอบต่อไปนี้

กรอบที่ 1 โครงสร้างของการศึกษา

ส่วนที่ 1 ที่มาและประเด็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

1. หลักการและเหตุผล
2. วัตถุประสงค์และผลผลิตการวิเคราะห์

ส่วนที่ 2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการหรือหลักประกันสุขภาพ

3. สวัสดิการทางสุขภาพ: หลักการและแนวทางการจัดสวัสดิการสุขภาพ
4. ทางเลือกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล
5. ภาพรวมรูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ

ส่วนที่ 3 หลักการและกติกาปัจจุบันของ 3 กองทุนหลัก

6. กรณีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
7. กรณีกองทุนประกันสังคม
8. กรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
9. เปรียบเทียบ 3 กองทุนหลัก และข้อพิจารณา

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ห่วงโซ่มูลค่าของระบบสาธารณสุขไทย

10. ต้นทุนทางสุขภาพและระบบงบประมาณของไทย
11. การกำหนดกติกาการจ่าย วิธีการในการกำกับดูแล
12. ผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอเชิงนโยบายและสรุปผลการศึกษา

13. ข้อเสนอเชิงนโยบายและทางเลือก
14. สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับ สวัสดิการสุขภาพ

- สวัสดิการทางสุขภาพ: หลักการและแนวทางการจัดสวัสดิการสุขภาพ
- ทางเลือกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล
- ภาพรวมรูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ

ส่วนที่ 2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสุขภาพ

เนื้อหาส่วนนี้จะกล่าวถึงภาพรวมของหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ในส่วนถัดไป โดยส่วนนี้จะประกอบด้วย 3 หัวข้อ คือ 1) สวัสดิการทางสุขภาพ: หลักการและแนวทางการจัดสวัสดิการสุขภาพ ซึ่งจะสรุปแนวคิดและหลักการการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ 2) ทางเลือกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละวิธีและข้อสังเกตที่น่าสนใจสำหรับประเทศไทย และ 3) ภาพรวมรูปแบบสวัสดิการของประเทศต่างๆ รวมถึงการพัฒนาการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพของไทย

3. สวัสดิการทางสุขภาพ: หลักการและแนวทางการจัดสวัสดิการสุขภาพ

ในปัจจุบันประเทศต่างๆ เกือบทั่วโลกมีการจัดสวัสดิการทางสังคมเพื่อคุ้มครองประชาชนในประเทศในกรณีต่างๆ เช่น กรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร ตลอดจนกรณีชราภาพ โดยแต่ละประเทศมีรูปแบบการจัดสวัสดิการและขอบเขตความคุ้มครองที่แตกต่างกัน ในหัวข้อนี้คณะผู้วิเคราะห์ได้สรุปประเด็นพื้นฐานเกี่ยวกับทฤษฎีและหลักการการจัดสวัสดิการทางสังคมโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข และภาพรวมของระบบในไทยในปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจในภาพกว้างของการออกแบบระบบสวัสดิการสุขภาพ

3.1 หลักการเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม

นิยามและขอบเขตของ “สวัสดิการสังคม” (Social Welfare) จะมีความหลากหลาย แตกต่างไปในแต่ละการศึกษาและบริบทของแต่ละสังคม แต่ในภาพรวมแล้วจะหมายถึง การที่สังคมจัดให้มีสินค้าหรือบริการแก่ผู้คนในสังคมเพื่อให้สามารถมีระดับคุณภาพชีวิตหรือการกินดีอยู่ดี (Quality of Life or Well-Being) ตามเกณฑ์ที่สังคมได้กำหนดไว้ (ผู้อ่านสามารถพิจารณานิยามจากการศึกษาต่างๆ ที่ได้รวบรวมไว้ในการศึกษาของ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555))⁴

⁴ ตัวอย่างการให้นิยามอย่างเป็นทางการในไทย เช่น ในพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ระบุว่า “สวัสดิการสังคม” คือ ระบบการจัดบริการทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนา และการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง เหมาะสมเป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับ และการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ

การออกแบบระบบความคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) เพื่อให้ประชาชนสามารถมีสวัสดิการทางสังคมที่พึงประสงค์ก็อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของสังคม โดยการศึกษาจะแบ่งกลไกหรือเครื่องมือของระบบความคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) ออกเป็น 2 ประเภทหลักๆ⁵ (ประยุกต์จากกรอบแนวคิดของในการศึกษาของ Carter, Roelen, Enfield, & Avis, 2019; ILO⁶, 2017; OECD, 2013; World Bank, 2018)) คือ 1) ระบบหลักประกันทางสังคม (Social Security) ซึ่งเกิดจากการใช้กลไกนโยบายภาครัฐในการจัดการให้เกิดความคุ้มครองทางสังคม และ 2) ระบบกลไกภาคเอกชน คือ ระบบที่เอกชนเป็นผู้ดำเนินการให้เกิดความคุ้มครองทางสังคมเองโดยไม่ต้องพึ่งภาครัฐ ผ่านกลไกต่างๆ เช่น ระบบการเจรจาต่อรองและการแข่งขันในตลาดแรงงานจนเกิดสวัสดิการภาคเอกชน หรือ การสังคมสงเคราะห์และการกุศลต่างๆ ของภาคเอกชน

ระบบหลักประกันทางสังคม (Social Security) จะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ระบบหลักประกันทางสังคมที่ไม่มีการร่วมจ่าย (Non-Contributory) เช่น การช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) 2) ระบบหลักประกันทางสังคมที่มีการร่วมจ่าย (Contributory) เช่น การประกันสังคม (Social Insurance) และ 3) การแทรกแซงตลาด (Market Intervention) เพื่อลดความทับซ้อนและขัดแย้งกันของนิยามที่กำหนดในแต่ละการศึกษา การศึกษาฉบับนี้จะอิงนิยามที่ใช้ในรายงานของ World Bank (2018) เป็นหลัก (ดูรูปที่ 1 ประกอบ)

⁵ การแบ่งประเภททั่วโลกความคุ้มครองทางสังคม มีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยคำเหล่านี้มีการใช้ทดแทนกัน (Interchangeably) รวมถึงอาจจะมีความทับซ้อนกันในบางกรณี รวมทั้ง อาจมีการใช้คำอื่นๆ เช่น โครงข่ายรองรับทางสังคม (Social Safety Net) ในความหมายทดแทนคำว่า การสังคมสงเคราะห์ (social assistance) (Carter et al., 2019; International Labour Organization, 2017; World Bank, 2018)

⁶ ในรายงาน Social Protection: A Life Cycle Continuum Investment for Social Justice, Poverty Reduction and Sustainable Development ของ ILO แบ่งการพัฒนาความคุ้มครองทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ การให้ความช่วยเหลือทางสังคม การให้ประกันสังคม และขั้นสูงสุดคือสวัสดิการเพื่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและสังคม

รูปที่ 1 กลไกการคุ้มครองทางสุขภาพ



ที่มา: คณะผู้วิจัยแปลงจาก Carter, Roelen, Enfield, & Avis (2019). Social Protection: Topic guide. Institute of Development Studies.

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์แปลงจาก Carter, Roelen, Enfield, & Avis (2019)

- ระบบหลักประกันทางสังคมที่ไม่มีการร่วมจ่าย (Non-Contributory) หมายถึงระบบที่ภาครัฐเป็นผู้จ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ โดยที่ผู้รับผลประโยชน์ไม่มีส่วนร่วมจ่ายโดยตรงเพื่อให้ได้รับสวัสดิการดังกล่าว เช่น โครงการเงินโอน/เงินสนับสนุนจากภาครัฐ (Cash Transfer) เบี้ยผู้สูงอายุ การแจกจ่ายสินค้า/บริการแก่ประชาชน โครงการอุดหนุนอาหารกลางวัน งานบริการสาธารณะ (Public Work or Service) การให้ทุนการศึกษา การยกเว้นหรือลดภาษีหรือค่าธรรมเนียมต่างๆ รวมทั้งสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (Civil Servant Medical Benefit) ซึ่งในระยะหลังกำหนดให้มีการร่วมจ่ายด้วยในส่วนที่อาจถือว่าเป็นสิทธิประโยชน์ส่วนเพิ่ม ที่ไม่ใช่สิทธิประโยชน์หลัก
 - ในบางการศึกษา เช่น OECD (2013) ให้นิยามการประกันสังคมในลักษณะเดียวกัน แต่ผู้รับผลประโยชน์อาจจะไม่ต้องร่วมจ่ายโดยตรงก็ได้ นิยามดังกล่าวอาจก่อให้เกิดคำถามว่า**ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยถือเป็นหนึ่งในการประกันสังคมหรือไม่** ซึ่งการศึกษานี้จะจัดกลุ่มให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหนึ่งในความช่วยเหลือทางสังคม ไม่ใช่การประกันสังคม เนื่องจากลักษณะการ

ดำเนินการที่เป็นการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ ที่ผู้มีสิทธิในระบบนี้ไม่จำเป็นต้องร่วมจ่าย หรือจ่ายน้อยมากในทางปฏิบัติ⁷

- **ระบบหลักประกันทางสังคมที่มีการร่วมจ่าย (Contributory)** ซึ่งมีระบบหลักคือการประกันสังคม (Social Insurance) หมายถึงระบบที่รัฐเข้ามาแทรกแซงตลาดการประกันเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) สามารถมีหลักประกันที่มีระดับของสวัสดิการตามที่ระบบได้ออกแบบไว้ โดยผู้รับผลประโยชน์จะต้องมีส่วนร่วมร่วมจ่ายโดยตรง (Contribution) เพื่อเป็นทรัพยากรในการจัดสวัสดิการ โดยอาจจะเป็น การประกันการเกษียณ การพิการ การเจ็บไข้ได้ป่วย การมีบุตร เช่น กองทุนประกันสังคมของไทยในปัจจุบันที่ผู้ประกันตนจะต้องร่วมจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคมร่วมกับนายจ้างและภาครัฐ
- **การแทรกแซงตลาดแรงงาน (Labour Market Intervention)** หมายถึง ระบบที่รัฐเป็นผู้จ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ โดยที่ผู้รับผลประโยชน์อาจจะมีหรือไม่มีส่วนร่วมร่วมจ่ายโดยตรงเพื่อให้ได้รับสวัสดิการดังกล่าว (Contributory and Non-Contributory) ซึ่งเป็นนิยามในความหมายที่แคบกว่าการแทรกแซงตลาดโดยทั่วไป⁸ โดยหมายถึงการที่ภาครัฐเข้ามากำหนดกติกาหรือกำกับดูแลตลาดโดยที่อาจจะไม่ได้เข้ามาเป็นผู้ซื้อผู้ขายในตลาดโดยตรง เช่น การออกกฎหมายควบคุมมาตรฐานการจ้างงาน การอุดหนุนค่าจ้าง (Non-Contributory) การอุดหนุนการอบรม (Contributory)

นอกจากนี้ ในบางการศึกษา เช่น วิสา ตั้งนทีทวีผล (2560)⁹ ยังมีการจัดกลุ่มกลไกความคุ้มครองทางสังคมเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งกลุ่ม คือการอุดหนุนเพื่อส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนทางสังคม (Social Promotion) เช่น การตั้งกองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการทางสังคม การส่งเสริมกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งเป็นได้ทั้งการช่วยเหลือสังคม (Social Assistance) และการแทรกแซงตลาดแรงงาน (Labour Market Intervention)

ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติ คนแต่ละกลุ่มจะรับสวัสดิการแต่ละประเภทได้จากหลายกลไกความคุ้มครองทางสังคม ยกตัวอย่างเช่น กรณีสวัสดิการด้านการคลอดบุตรของผู้ประกันตนประกันสังคม ที่ผู้ประกันตนจะได้รับ ความคุ้มครองจากทั้ง สิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรจากกองทุนประกันสังคม ที่ได้รับเป็นเงินอุดหนุนค่าบริการทางการแพทย์ เงินชดเชยการหยุดงาน รวมถึงสิทธิประโยชน์ค่าเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ ผู้ประกันตนจะยังได้รับความคุ้มครองจากนโยบายสังคมสงเคราะห์ เช่น เงินเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและ

⁷ ดูเพิ่มเติมได้ในบทความของ ปานเทพ คณานุกรักษ์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/story/detail1.aspx>

⁸ โดยทั่วไปการที่ภาครัฐเข้ามามีบทบาทในตลาดต่างๆ ทั้งการเป็นนายประกันในตลาดประกันสังคม หรือการมาเป็นผู้ให้บริการในโครงการช่วยเหลือทางสังคม ก็ถือเป็นการแทรกแซงตลาด

⁹ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

ความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) สิทธิการฝากครรภ์ฟรีจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เจ็อนไขต่างๆ ตามกฎหมายแรงงาน รวมทั้ง สวัสดิการภาคเอกชน ฉะนั้น การพิจารณาการบริหารจัดการ ทรัพยากรเพื่อสวัสดิการทางสุขภาพในทางปฏิบัติจึงควรพิจารณาจากภาพรวม ของระบบ ไม่ใช่เพียงแค่ การพิจารณาจากหน่วยงานหรือกองทุนใดกองทุนหนึ่ง

ความจำเป็นที่รัฐเข้ามามีบทบาทในการสร้างกลไกความคุ้มครองทางสังคม

อีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ คือความจำเป็นที่รัฐต้องเข้ามามีบทบาทในการจัดสวัสดิการทางสังคม เพราะการสร้างมาตรฐานคุณภาพชีวิตให้แก่คนในสังคมก็อาจจะทำได้ผ่านกลไกตลาดของเอกชน ซึ่งในมุมมอง เศรษฐศาสตร์จะอธิบายความจำเป็นส่วนนี้ด้วยความล้มเหลวของกลไกตลาด (Market Failure) รวมถึงการ ตั้งเป้าหมายการพัฒนาสังคมและเป้าหมายทางการเมือง (Chetty & Finkelstein, 2013; Gruber, 2016)

- **ปัญหาความไม่สมมาตรของข้อมูลข่าวสาร (Asymmetric Information)** ระหว่าง ผู้ขายและผู้ซื้อประกันสุขภาพ จนก่อให้เกิดปัญหาการเลือกที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Selection) จนทำให้ประชากรจำนวนมากไม่อาจเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ภาคเอกชนได้ กล่าวคือ ผู้ซื้อประกันภัยแต่ละคนรู้ความเสี่ยงของตนเองและแต่ละคนมีความเสี่ยงไม่เท่ากัน ผู้ซื้อที่มีความเสี่ยงมากย่อมมีความยินดีจ่ายค่าประกันในราคาที่สูงกว่าผู้ซื้อที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า ขณะที่ฝั่งผู้ขายประกันภัยไม่รู้ข้อมูลส่วนนี้ทำให้ไม่สามารถตั้งราคาประกันภัยตามระดับความเสี่ยงของผู้ซื้อแต่ละคนได้ จึงต้องตั้งราคา ค่าประกันภัยเท่ากันกับผู้ซื้อทุกราย พฤติกรรมแบบนี้ทำให้ผู้ซื้อประกันภัยที่มีความเสี่ยงต่ำไม่ซื้อประกันภัยเพราะราคาสูงกว่าระดับที่จะยินดีจ่าย จนทำให้ในตลาดประกันภัยมีแต่ผู้ซื้อที่มีความเสี่ยงสูงจนผู้ขายประกันภัยไม่สามารถขายประกันได้ ซึ่งภาครัฐอาจเข้ามาแทรกแซงเพื่อช่วยให้เกิดตลาดประกันภัยขึ้น หนึ่งในวิธีการคือ การทำประกันสังคมและบังคับคนกลุ่มใหญ่เข้ามาในระบบประกันภัยเพื่อดึงคนที่มีความเสี่ยงต่ำเข้าสู่ระบบประกันภัยทำให้ราคาประกันภัยไม่สูงเกินไป เพราะมีคนที่มีความเสี่ยงต่ำมาช่วยเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในระบบ จนคนจำนวนมากสามารถซื้อประกันได้
 - การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขเป็นระบบการเพิ่มความเป็นธรรม (คนละความหมายกับความเท่าเทียม) คือ การให้คนที่มีความเสี่ยงต่ำเข้ามาช่วยอุดหนุนผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ผ่านการช่วยให้คนที่มีความเสี่ยงสูงสามารถซื้อประกันภัยได้ในราคาที่ถูกลง ซึ่งถือเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมที่ต้องอาศัยการตัดสินใจโดยรัฐผ่านกลไกตลาดการเมืองของแต่ละประเทศ
 - นอกเหนือจากการที่ภาครัฐเข้ามาทำหน้าที่สร้างระบบประกันภัยในฐานะ นายประกันด้วยตนเอง อีกทางเลือกเกี่ยวกับสวัสดิการสุขภาพ คือ การที่ ภาครัฐออกนโยบายแทรกแซงตลาดแรงงานโดยกำหนดเงื่อนไขการให้

สวัสดิการทางสุขภาพแก่ลูกจ้าง หรือแม้แต่การใช้นโยบายที่ไม่มี การร่วมจ่าย (Non-Contributory) เช่น การช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) หรือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อช่วยคนในประเทศให้สามารถมีหลักประกันทางสุขภาพ

- **ผลกระทบภายนอก (Externality)** โดยการมีประกันภัยของคนคนหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนอื่นในสังคม เช่น ในกรณีที่คนคนหนึ่งเจ็บไข้ได้ป่วยการที่เขา มีหลักประกันทางสุขภาพนอกจากจะทำให้เขาสามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้มากขึ้น ยังส่งผลต่อคนอื่นในสังคม เช่น การที่ไม่ต้องมีภาระในการดูแลคนป่วยที่ไม่มีเงิน ค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยในกรณีที่ถูกผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อ
- **ลดต้นทุนในการบริหารจัดการ (Administrative Costs)** เนื่องจากธรรมชาติของการ จัดหลักประกันทางสุขภาพ เช่น การทำธุรกิจประกันมักจะมีต้นทุนคงที่บางส่วน เช่น ค่าบุคลากร ค่าระบบสารสนเทศ การที่ภาครัฐสามารถทำระบบประกันขนาดใหญ่ ทำให้มีต้นทุนต่อหน่วยที่ลดลง และสามารถตั้งราคาประกันภัยได้ถูกลง ตัวอย่างใน กรณีของสหรัฐ ที่ระบบ Medicare มีต้นทุนค่าบริหารจัดการคิดเป็นร้อยละ 1.35 ของ รายจ่ายค่าประกัน ขณะที่ระบบประกันภัยเอกชนจะมีต้นทุนส่วนนี้สูงถึงร้อยละ 15 (Gruber, 2016)

นอกจากประเด็นเรื่องความล้มเหลวของตลาด (Market Failure) ก็อาจจะมีเหตุผลเชิงเป้าหมายทาง การเมือง ที่รัฐมองว่าตนตัดสินใจได้เหมาะสมกว่าประชาชนตัดสินใจด้วยตนเอง (เกิดระบบ Paternism) คือ รัฐบาลอาจจะมีมุมมองว่าหากปล่อยให้ตลาดประกันภัยดำเนินการโดยประชาชนเท่านั้น คนในประเทศอาจ จะซื้อประกันน้อยเกินไปกว่าที่ควร (The Failure of Individuals to Maximize Their Own Utility) รัฐบาลจึง เข้ามาบังคับให้เกิดตลาดประกันสังคมเพื่อให้คนในประเทศมีประกันในระดับที่ตั้งเป้าไว้

ทั้งนี้ การแทรกแซงตลาดของรัฐเองก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น พฤติกรรมเชิงจริยธรรม (Moral Hazard) จากการที่คนอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นเพราะรู้ว่าตัวเองมีประกัน ความล้มเหลวของรัฐ (Government Failure) ในการแทรกแซงตลาดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในมุมมองเศรษฐศาสตร์ การดำเนินการภาครัฐผ่านการเก็บภาษี จะมีต้นทุนสูงกว่าเงินของประชาชน เพราะภาษีจะต้องมีต้นทุนในการ จัดเก็บและบริหาร (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2561)

3.2 แนวทางการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ (แบบคลาสสิก)

การจัดสวัสดิการรักษายาบาลในโลกอาจจัดแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1) รัฐสวัสดิการ (Welfare System) หรือระบบประกันความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Security System)

- ในระบบอังกฤษเรียกว่า Beveridge Model ที่ตั้งชื่อตาม Sir. William Beveridge ผู้บัญญัติระบบนี้ ที่ประเทศอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1948
- เป็นระบบผู้จ่ายรายเดียว คือ รัฐบาลจ่ายให้กับสถานพยาบาลที่ส่วนใหญ่เป็นของรัฐ (Public Funding, Public Delivery)
- ระบบนี้การรักษายาบาลถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับอย่างเท่าเทียม ฉะนั้น รัฐบาลจึงเป็นผู้จ่ายค่ารักษายาบาลผ่านการเก็บภาษีจากประชาชน ทำให้ผู้ซื้อคือรัฐบาลมีอำนาจผูกขาดตลาด (Monopsony) สามารถกำหนดราคาและมาตรฐานค่ารักษายาบาลภายในประเทศ ผู้ป่วยหรือประชาชนภายในประเทศจะไม่ต้องจ่ายค่ารักษายาบาลให้กับสถานพยาบาล (No Out-of-Pocket Fees) ไม่ต้องมีการร่วมจ่าย (No Cost-Sharing) ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับใบเรียกเก็บค่ารักษายาบาล (No Medical Bill)
- สิ่งที่ต้องแลกกับสวัสดิการลักษณะนี้ คือ การที่มีภาษีสูง (Higher Taxes) อาจมีการเข้ารับบริการที่มากเกินไปจนความจำเป็น (Overutilized) ประชาชนต้องใช้เวลาในการรอคิวนาน (Tendency toward Long Waiting Lists) (ซึ่งปัญหาการจัดบริการมากเกินไปจนความจำเป็นก็สามารถเกิดขึ้นได้จากฝั่งผู้ให้บริการ หากรัฐไม่มีกลไกที่เข้ามาควบคุม เช่น ระบบจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว) รวมถึงความเสี่ยงของการบริหารจัดการของรัฐในภาวะวิกฤติ (Government Response to Crisis) เช่น ภาวะสงครามหรือภาวะโรคระบาดที่ภาครัฐจะมีความเข้มแข็งทางการคลังลดลง
- ตัวอย่างประเทศที่ใช้ระบบนี้¹⁰ คือ อังกฤษ สเปน นิวซีแลนด์ คิวบา ประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย

2) ระบบประกันสังคม (Social Security)

- บางครั้งเรียก Bismarck Model ตาม Otto von Bismarck ผู้ริเริ่มระบบนี้ที่ประเทศเยอรมนี ในปี ค.ศ. 1883
- เป็นระบบที่กระจายอำนาจมากขึ้น (Decentralized) กว่าระบบก่อนหน้า เนื่องจากเป็นระบบที่มีผู้จ่ายหลายฝ่ายจ่ายค่าบริการรักษายาบาลผ่านระบบประกันที่

¹⁰ เป็นระบบหลักของประเทศเหล่านี้ ในทางปฏิบัติหลายประเทศจะใช้ระบบผสม

อาจจะเป็นรัฐหรือเอกชน ให้กับสถานพยาบาลที่ส่วนใหญ่เป็นของเอกชน (Mixed Funding, Private Delivery)

- โดยรัฐบาลเข้ามามีบทบาทในการจัดให้มีระบบประกันการเจ็บป่วย (Sickness Funds) ที่บังคับให้ลูกจ้างทุกคนต้องจ่ายหรือร่วมจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพของตน ร่วมกับนายจ้างและรัฐบาล เพื่อนำเงินไปใช้สร้างระบบประกันสุขภาพ โดยอาจจะ เป็นระบบที่รัฐเป็นนายประกันแต่เพียงผู้เดียว (Single Insurer) แบบในเกาหลีใต้ หรือฝรั่งเศส หรือ อาจจะมีนายประกันหลายราย (Multiple Insurers) ที่มี นายประกันหลายรายเป็นทั้งรัฐและเอกชน
- สิ่งที่ต้องแลกกับสวัสดิการลักษณะนี้ คือ การที่ประเทศจะมีต้นทุนการจ้างงานที่สูงขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความสามารถทางการแข่งขันกับคู่แข่งทางธุรกิจในประเทศ รวมถึง ความท้าทายในการจัดสวัสดิการให้กับกลุ่มคนอีกหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มที่ไม่ได้ทำงานทั้งจากการตกงานหรือการไม่สามารถทำงานได้ กลุ่มคนที่ไม่สามารถร่วมจ่ายค่าประกันได้ กลุ่มคนที่ประกอบอาชีพอิสระ กลุ่มคนที่อาศัยตามชนบทห่างไกล และการเข้ารับบริการที่มากเกินไปจนความจำเป็น (Overutilized) ที่อาจจะต้องควบคุมด้วยการกำหนดเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ของประกัน
- ตัวอย่างประเทศที่ใช้ระบบนี้ คือ ญี่ปุ่น สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมนี (เยอรมนีมีแนวโน้มที่จะลดการใช้ระบบ Bismarck Model ไปสู่ระบบ National Health Insurance Model)

3) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Insurance Model)

- เป็นระบบที่มีลักษณะผสมของ 2 ระบบแรก คือ มีผู้จ่ายรายเดียวคือรัฐบาล จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลผ่านระบบประกัน ให้กับสถานพยาบาลที่ส่วนใหญ่เป็นของเอกชน (Public Funding, Private Delivery) (แต่ในบางกรณีสถานพยาบาลส่วนใหญ่ก็อาจเป็นของรัฐ)
- รัฐบาลเข้ามามีบทบาทในการจัดให้มีระบบประกันสุขภาพที่เก็บเงินหรือภาษีจากประชาชนทุกคน (ไม่ใช่แค่ลูกจ้างที่รับสิทธิประโยชน์) เพื่อนำเงินไปสร้างระบบประกันสุขภาพกับโรงพยาบาล โดยประชาชนจะเข้ารับการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลฟรี (หรืออาจต้องร่วมจ่ายบ้างบางส่วนในบางกรณี) ซึ่งโดยภาพรวม รัฐบาลทำหน้าที่เป็นเสมือนนายประกันให้กับประชาชนในประเทศแทนบริษัทประกันสุขภาพเอกชน

- สิ่งที่บางฝ่ายเชื่ออีกก็คือ ระบบนี้อาจจูงใจให้ประชาชนเข้ารับบริการที่มากกว่าความจำเป็น (Overutilized) รวมถึงความท้าทายทางการเงินการคลังสำหรับประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก (Aging Society) เพราะประเทศจะมีรายจ่ายสุขภาพสูงขณะที่มีประชากรในวัยแรงงานที่เป็นผู้เสียภาษีน้อย อย่างไรก็ตามระบบนี้มักจะให้บริการได้ต่ำกว่าความต้องการ และทำให้เกิดการรอคิวที่หลายกรณีค่อนข้างยาว
- ตัวอย่างประเทศที่ใช้ระบบนี้ คือ แคนาดา เขตแดนใต้หวัน เกาหลีใต้

4) ระบบผู้ป่วยจ่ายเอง (The Out of Pocket Model)

- เป็นระบบที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองไม่มีการประกันสุขภาพหรือมีประกันสุขภาพภาคสมัครใจของเอกชน มีใช้มากในประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศที่พัฒนาแล้วที่ยึดในระบบทุนนิยมเสรี
- ตัวระบบเองก็มีจุดเด่นตรงและจุดด้อยของระบบที่ขับเคลื่อนโดยตลาด (Market Driven) โดยเปิดโอกาสให้เกิดการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาล ทั้งทางด้านราคาและการพัฒนาการบริการของตน รวมทั้งมักจะไม่สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น แต่จะมีข้อเสียในด้านความล้มเหลวของกลไกตลาด และการมีตลาดประกันที่ไม่สมบูรณ์
- ตัวอย่างประเทศที่ใช้ระบบนี้ คือ สหรัฐอเมริกา (ผสมกับรูปแบบอื่นๆ) และหลายประเทศในแอฟริกา

รูปที่ 2 ตัวอย่างการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ

ในทางปฏิบัติประเทศต่างๆ จะใช้ระบบผสมกับประชากรในแต่ละกลุ่ม เช่น สหรัฐอเมริกา การแบ่งจากเกณฑ์การบริหารงบฯ อาจจะไม่พอที่จะสร้างความเข้าใจรูปแบบการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ

ระบบประกันความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Security System: Beveridge Model)	ระบบประกันสังคม (Social Security: Bismarck Model)
<ul style="list-style-type: none"> • คนพื้นเมือง ข้าราชการ และกองทัพ 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Premiums • Obama Care <ul style="list-style-type: none"> ○ the Affordable Care Act (ACA) --> "Medicaid gap"
ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Insurance Model)	ระบบผู้ป่วยจ่ายเอง (The Out of Pocket Model)
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Part A สำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและคนโรคไตระดับร้ายแรง • Medicaid สำหรับคนกลุ่มเปราะบาง <ul style="list-style-type: none"> • คนจนซึ่งมีกำหนดเกณฑ์รายได้ • เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ((CHIP)) 	<ul style="list-style-type: none"> • + สวัสดิการการจ้างงาน ประกันสุขภาพจากนายจ้าง ที่มีสัญญาซื้อประกันแบบกลุ่มจากบริษัทเอกชน • บริการที่หลักประกันที่มีไม่ได้คุ้มครอง

ในทางปฏิบัติประเทศต่างๆ จะใช้ระบบผสมกับประชากรในแต่ละกลุ่ม เช่น ไทย การแบ่งจากเกณฑ์การบริหารงบฯ อาจจะไม่พอที่จะเข้าใจความซับซ้อนของการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ

ระบบประกันความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Security System: Beveridge Model)	ระบบประกันสังคม (Social Security: Bismarck Model)
<ul style="list-style-type: none"> • สวัสดิการข้าราชการและกองทัพ • กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ • คนไร้สิทธิการรักษา (ไม่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนใดเลย) <ul style="list-style-type: none"> ○ ขึ้นกับเงื่อนไขการให้ความช่วยเหลือของรัฐบาล 	<ul style="list-style-type: none"> • กองทุนประกันสังคม <ul style="list-style-type: none"> ○ ม. 33, ม. 39, ม. 40 • กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว
ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Insurance Model)	ระบบผู้ป่วยจ่ายเอง (The Out of Pocket Model)
<ul style="list-style-type: none"> • กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) <ul style="list-style-type: none"> ○ คนที่ไม่มีประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ ○ ผู้ประกันตน ม. 40 กรณีเจ็บป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> • บริการที่หลักประกันที่มีไม่ได้คุ้มครอง

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์

ในปัจจุบันหลายประเทศใช้ระบบผสม (Mixed Model) คือมีรูปแบบการจัดสวัสดิการรักษายาบาลหลายๆ รูปแบบผสมกันสำหรับคนแต่ละกลุ่ม ยกตัวอย่าง เช่น เยอรมนีที่ประชาชนส่วนหนึ่งอยู่ในระบบประกันสังคม (ที่มีส่วนผสมของรัฐและเอกชน) ร่วมกับการจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีของสหรัฐอเมริกาที่คนในวัยทำงานส่วนใหญ่มีประกันสุขภาพจากนายจ้าง ที่มีสัญญาซื้อประกันแบบกลุ่มจากบริษัทเอกชน ขณะที่คนพื้นเมือง ข้าราชการและกองทัพจะได้รับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลของรัฐฟรี นอกจากนี้ รัฐยังจัดให้มีระบบประกันสุขภาพที่รัฐเป็นคนจ่ายผู้เดียว (The National Health Insurance Model) ให้กับประชากรบางกลุ่ม เช่น Medicare (Plan A) สำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ และคนโรคไตระดับร้ายแรง Medicaid สำหรับคนจนซึ่งมีกำหนดเกณฑ์รายได้ และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี (Children's Health Insurance Program (CHIP)) รวมถึงระบบการร่วมจ่าย เช่น Medicare (Premiums) ที่ให้สิทธิประโยชน์มากขึ้นกว่าแบบ Plan A รวมถึงการผ่านกฎหมาย The Affordable Care Act (ACA) หรือเรียกกันว่า Obamacare ที่ให้คนที่ไม่เข้าเงื่อนไขการรับ Medicaid สามารถร่วมจ่ายและมีประกันสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม มีคนจำนวนหนึ่งประมาณร้อยละ 9 (ตัวเลขปี ค.ศ. 2019 โดยก่อนจะมีโครงการ Obama Care ในปี ค.ศ. 2008 ตัวเลขนี้เคยสูงถึงร้อยละ 15) ที่ไม่เข้าเกณฑ์ระบบประกันสุขภาพที่กล่าวมาทั้งหมดก็จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง (The Out of Pocket Model)

การแบ่งรูปแบบการจัดสวัสดิการตามแบบข้างต้นยังเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน แม้กระทั่งในการศึกษาขององค์กรระหว่างประเทศต่างๆ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ถูกใช้มานาน และประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างหันมาใช้ระบบผสมมากขึ้น จึงได้มีการศึกษาที่เสนอแนวคิดทางเลือกเกี่ยวกับการแบ่งรูปแบบการจัดสวัสดิการสุขภาพซึ่งคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล โดยจะกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป

4. ทางเลือกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล

4.1 รูปแบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้กับสถานพยาบาล

รูปแบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้กับสถานพยาบาล มีหลากหลายรูปแบบ โดย Barber, Lorenzoni, & Ong, (2019) จาก OECD ได้สรุปไว้ 9 รูปแบบดังนี้

1) ระบบงบประมาณแบบแสดงรายการ (Line Item Budgeting)

คือ ระบบที่ผู้จ่ายกำหนดรายการบัญชีของสิ่งที่สถานพยาบาลจะสามารถเรียกเก็บจากผู้จ่ายได้ โดยแต่ละรายการจะมีการกำหนดอัตราที่เบิกได้ไว้อย่างคงที่ เพื่อรับค่าบริการ สถานพยาบาลจะต้องชี้แจงรายการของสิ่งที่ใช้ไปในการให้บริการ และผู้จ่ายจะจ่ายตามรายการที่สถานพยาบาลชี้แจง ซึ่งเป็นระบบที่ออกแบบมาเพื่อเน้นควบคุมค่าใช้จ่ายมากกว่า เน้นการสร้างความสำเร็จในการดำเนินการ

2) ระบบงบประมาณรวม (Global Budget)

คือ ระบบที่มีการกำหนดเพดานงบประมาณรวมที่จ่ายให้สถานพยาบาลแบบเงินก้อน (Lump-Sum Payment) เพื่อให้สถานพยาบาลให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

3) ระบบจ่ายตามบริการจริง (Fee for Service)

คือ ระบบที่ผู้จ่ายจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตาม “รายบริการ” ที่เกิดขึ้นจริง โดยไม่ได้คำนึงถึงต้นทุนหรือผลลัพธ์การให้บริการ เช่น เมื่อโรงพยาบาลผ่าตัดคนไข้ โรงพยาบาลจะสามารถเบิกค่าบริการผ่าตัด ตามอัตราค่าผ่าตัดที่กำหนด ในจำนวนครั้งที่ให้บริการผ่าตัด โดยอัตราที่สถานพยาบาลเบิกได้จะไม่ขึ้นกับต้นทุนของโรงพยาบาลและผลการผ่าตัดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ อาจกำหนดเป็นการจ่ายตามบริการจริง แต่มีเงื่อนไขรายการแบบมีเพดาน (Fee Schedule)

4) ระบบจ่ายรายวัน (Per Diem)

คือ ระบบที่ผู้จ่ายจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลตามจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ โดยมีการกำหนดไว้ว่าจะจ่ายให้วันละเท่าใด โดยในทางปฏิบัติอาจจะมีการกำหนดอัตราให้แปรตามคุณสมบัติต่างๆ เช่น ประเภทของแผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ลักษณะของคนไข้

5) ระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs)

คือ ระบบที่ผู้จ่ายจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ โดยจะไม่ได้จ่ายตามรายบริการ แต่เป็นการจ่ายตามกลุ่มของผู้ป่วย ที่จะถูกแบ่งกลุ่มตามกลุ่มโรค โดยในกลุ่มเดียวกันไม่ว่าจะเป็นโรคอะไรจะมีการกำหนดราคาค่าบริการที่เท่ากัน (อาศัยหลักการที่ว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลาอนในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และสิ้นเปลืองค่ารักษาหรือทรัพยากรใกล้เคียงกัน)

6) ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

คือ ระบบที่ผู้จ่ายจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวประชากรให้สถานพยาบาลแบบก้อนรวม (Lump-Sum Payment) และกำหนดรายการบริการที่สถานพยาบาลจะต้องให้แก่ประชากรที่ตนรับผิดชอบ หากประชากรที่รับผิดชอบเข้ามาขอรับบริการ เช่น กำหนดให้โรงพยาบาล ก. ให้บริการกับประชากรจำนวน 1,000 คนตามรายชื่อที่กำหนด กำหนดค่าเหมาจ่ายรายหัว 3,000 บาท โรงพยาบาล ก. จะได้รับรายได้ 3,000,000 บาท และจะต้องให้บริการกับประชากรตามรายชื่อทั้ง 1,000 คน เมื่อคนเหล่านั้นเจ็บป่วยตามรายการที่กำหนดไว้ โดยโรงพยาบาลจะแบกรับความเสี่ยงต้นทุนค่าบริการ เพราะไม่ว่าประชากรเหล่านั้นจะเจ็บป่วยมากน้อยแค่ไหน โรงพยาบาลก็จะได้รับเงินค่าบริการจำนวนคงที่

7) ระบบเหมาจ่ายทั้งวงจรการเจ็บป่วย (Bundled Episode)¹¹

คือ รูปแบบที่ผสมระหว่างระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) กับ ระบบจ่ายตามบริการจริง (Fee for Service) โดยกำหนดการจ่ายค่ารักษาแบบเหมาจ่ายเป็นรายการเจ็บป่วย (Episode of Care) ให้กับสถานพยาบาล เช่น กำหนดค่ารักษากรณีโรคหัวใจ 1 แสนบาท โรงพยาบาลที่ให้การรักษาจะได้รับเงิน 1 แสนบาท และต้องดำเนินการใดก็ตามเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหัวใจ ไม่ว่าจะต้องให้บริการรายการใดกี่ครั้งก็ตาม หรือแม้แต่การจะต้องซื้อบริการจากสถานพยาบาลอื่นมาเสริมประกอบบริการครั้งนี้ ซึ่งเป็นระบบที่ส่งเสริมให้เกิด หน่วยบริการร่วม (Integrated Practice Units: IPUs)

8) ระบบเหมาจ่ายแบบก้อนรวม (Global Capitation)

เป็นระบบเหมาจ่ายต่อประชากรรูปแบบหนึ่ง แต่แทนที่จะจ่ายให้กับสถานพยาบาลเดียว จะกลายเป็นการจ่ายให้กับหน่วยบริการร่วม (Integrated Practice Units: IPUs)

9) ระบบจ่ายตามผลงาน (Pay for Performance)

คือ ระบบการจ่ายที่จ่ายตามผลการประเมินผลลัพธ์การให้บริการที่กำหนดเกณฑ์มาตรฐานไว้

โดยการศึกษาของ Barber, Lorenzoni, & Ong (2019) ได้วิเคราะห์ลักษณะเด่นของแต่ละรูปแบบไว้ตามตารางต่อไปนี้

¹¹ อ้างอิงตามการศึกษาของ บวรศม สิริพันธ์ (2562)

ตารางที่ 1 ลักษณะเด่นของแต่ละรูปแบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้กับสถานพยาบาล

รูปแบบการจ่าย	ผลลัพธ์ต่อระบบสุขภาพ						
	การเพิ่มจำนวนการเข้าใช้บริการ	การเพิ่มจำนวนการให้บริการ	ควบคุมค่าใช้จ่าย	เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา	ลดขั้นตอนการกำกับดูแล	ความโปร่งใส
กลุ่มเน้นงบประมาณ							
ระบบงบประมาณแบบแสดงรายการ (Line Item Budgeting)	-	-	+	-	0	+	+
ระบบงบประมาณรวม (Global Budget)	-	-	+	0	0	+	-
กลุ่มเน้นบริการ							
ระบบจ่ายตามบริการจริง (Fee for Service)	+	+	-	-	0	+	+
ระบบจ่ายรายวัน (per Diem)	+	+	-	-	0	+	-
ระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs)	+	-	0	+	0	-	+
กลุ่มเน้นประชากร							
ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)	-	-	+	+	0	+	-
กลุ่มเน้นความร่วมมือ							
เหมาจ่ายทั้งวงจรการเจ็บป่วย (Bundled Episode)	0	+	0	+	0	-	-
ระบบเหมาจ่ายแบบก้อนรวม (Global Capitation)	-	-	+	0	0	+	-
กลุ่มส่วนเสริม							
ระบบจ่ายตามผลงาน (Pay for Performance)	+	+	0	0	0	-	+

หมายเหตุ + คือ เพิ่มส่วนนี้ - คือ ลดส่วนนี้ และ 0 คือ ไม่ชัดเจน

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์แปลงจาก Barber, Lorenzoni, & Ong, (2019)

4.2 ข้อพิจารณาของรูปแบบการจ่ายที่มีความน่าสนใจ

ในปัจจุบัน กองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพหลักของไทยดังเช่นกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ใช้ระบบจ่ายคือ ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ร่วมกับ ระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups:DRGs) สำหรับกรณีผู้ป่วยในและโรคที่มีต้นทุนการรักษาสูงเป็นหลัก ขณะที่สวัสดิการรักษายาของข้าราชการจะมีการจ่ายในลักษณะจ่ายตามบริการจริงโดยกำหนดเงื่อนไข (Fee Schedule) ร่วมกับระบบการวินิจฉัยโรคร่วมเป็นหลัก โดยแต่ละกองทุนจะยังมีการกำหนดวิธีการจ่ายด้วยวิธีอื่นสำหรับบางรายการเฉพาะ เช่น ค่าบริการกรณีฝากครรภ์คลอดบุตร ค่าวัคซีนและการตรวจโรคกรณีพิเศษ

โดยข้อมูลและบทวิเคราะห์การจ่ายของแต่ละกองทุนจะปรากฏรายละเอียดในส่วนถัดไป ทั้งนี้ในส่วนนี้จะเป็นการสรุปประเด็นข้อสังเกตที่น่าสนใจและจะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ในส่วนถัดไป ซึ่งประกอบไปด้วย แนวคิดเรื่องการจ่ายตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ กรอบแนวคิดทางเลือกกว่าด้วยการจัดสวัสดิการสุขภาพและการออกแบบระบบงบประมาณสำหรับผู้ให้บริการ

4.2.1 แนวคิดเรื่องการจ่ายตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากรูปแบบการจ่ายของกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพของไทยตามที่ได้ชี้แจงข้างต้น จะพบว่ารูปแบบการจ่ายหลักทั้งหมดจะเป็นการจ่ายเพื่อการรักษาการเจ็บป่วย (Sickness Based) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้มาอย่างยาวนาน ขณะที่ระบบสาธารณสุขทั่วโลกต่างพบปัญหาที่ว่าแม้ประเทศจะมีต้นทุนทางด้านสาธารณสุขที่สูงขึ้น แต่ประชากรกลับไม่ได้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สูงขึ้นตามเท่าที่ควร ทำให้ในช่วงหลังได้มีการเสนอแนวคิดการจัดสวัสดิการทางด้านสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Health-Outcome Based)

หนึ่งในแนวคิดที่มีชื่อเสียง คือ แนวคิดการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) ที่มีนักวิชาการอย่างศาสตราจารย์ Michael E. Porter แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เป็นผู้นำทางความคิด โดยสมการที่เป็นที่กล่าวถึงมากภายใต้แนวคิดนี้ คือ “คุณค่า” เท่ากับ “ผลลัพธ์”หารด้วย “ค่าใช้จ่าย” โดยผลลัพธ์สุขภาพครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การมีภาวะแทรกซ้อน การฟื้นตัวเร็วและสมบูรณ์ การกลับเป็นซ้ำ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2564)

แนวคิดเรื่องการพัฒนาการจัดสวัสดิการข้างต้น จะมีองค์ประกอบสำคัญหนึ่ง คือ การปรับแนวคิดเรื่องการจ่ายเงินงบประมาณให้แก่สถานพยาบาล โดยการจ่ายจะต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยอาจจะต้องปรับรูปแบบการจ่ายในลักษณะเหมาจ่ายทั้งวงจรการเจ็บป่วย (Bundled Episode) ร่วมกับการจ่ายตามผลงาน (Pay for Performance หรือ P4P) และกำหนดตัวชี้วัดการจ่ายตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากร (ทั้งกลุ่มประชากรไม่ใช่แค่ที่เป็นผู้ป่วย) เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถบริหารจัดการได้ตลอดช่วงวงจรของการเจ็บป่วยของประชากรตั้งแต่กระบวนการส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เจ็บป่วย ไปจนถึงการฟื้นฟูเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นการจ่ายที่แตกต่างไปจากระบบจ่ายเพื่อการรักษาการเจ็บป่วย

(Sickness Based) ที่สถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณก็ต่อเมื่อประชากรกลายเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาแล้ว และต่างจากระบบเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ในทางปฏิบัติ ในไทยก็มีการพัฒนารูปแบบการจ่ายโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตัวอย่างเช่น กรณีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้มีการตั้งงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) มีการกำหนดให้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคสำคัญ การส่งเสริมการป้องกัน และงบประมาณอีกส่วนหนึ่ง คือ การจัดโครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework: QOF) ซึ่งมีการกำหนดการจ่ายตามตัวชี้วัดเช่น ร้อยละของการคัดกรองโรค ร้อยละของการรับวัคซีน จำนวนการเกิดปลอดภัย อัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการเจริญโตที่สมบูรณ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ซึ่งแม้ว่าโดยภาพรวมงบประมาณทั้ง 2 ส่วนจะเป็นการจ่ายตามกิจกรรม (Activity-Based) มากกว่าการจ่ายตามผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยตรง แต่ก็ปรากฏบางตัวชี้วัดที่กำหนดการจ่ายตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากในทางปฏิบัติการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมาะสมอาจจะทำได้โดยยากลำบาก เพราะแต่ละพื้นที่มีปัจจัยกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมไปถึงการมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของระบบสาธารณสุข

4.2.2 แนวทางการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ (กรอบแนวคิดทางเลือก)

กรอบแนวคิดเรื่องการแบ่งประเภทการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ 4 แบบคลาสสิก เป็นการจัดประเภทโดยมุ่งเน้นการแบ่งตามรูปแบบการบริหารงบประมาณเป็นหลัก ซึ่งในทางปฏิบัติประเทศต่างๆ อาจมีการใช้ระบบผสมสำหรับประชากรแต่ละกลุ่ม แนวคิดการจัดประเภทข้างต้นจึงอาจจะยังไม่ดีพอที่จะใช้ในการสร้างความเข้าใจรูปแบบการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพในโลกแห่งความเป็นจริง ทำให้มีการศึกษาที่นำเสนอแนวคิดทางเลือกในการแบ่งประเภทรูปแบบการจัดสวัสดิการฯ เพื่อให้สามารถเข้าใจรูปแบบการจัดสวัสดิการฯ ในโลกแห่งความเป็นจริงได้ดียิ่งขึ้น

หนึ่งในการศึกษาที่มีความน่าสนใจ คือ การศึกษาของ Wendt (2009) ที่ได้เสนอการแบ่งประเภทการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพโดยคำนึงถึงรูปแบบการบริหารงบประมาณ รายจ่ายงบประมาณ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการกำกับดูแลผู้ให้บริการ โดยสามารถแบ่งกลุ่มรูปแบบการจัดสวัสดิการสุขภาพของประเทศในยุโรปได้ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ประเทศที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพ ประเทศที่มุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัย และประเทศที่มุ่งเน้นการใช้จ่ายภายใต้งบประมาณจำกัด ซึ่งแต่ละกลุ่มมีลักษณะการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขของตนเองที่แตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประเทศที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพ (Health Service Provision - Oriented Type) จะเป็นประเทศที่รัฐบาลกำหนดสวัสดิการด้านสุขภาพโดยไม่ได้ควบคุมเงื่อนไขการจ่ายและการเข้าถึงบริการอย่างเข้มข้น ทำให้ประเทศมีรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูง เนื่องจากไม่มีการควบคุมมาก ประเทศกลุ่มนี้มักจะมีจำนวนผู้ให้บริการหลายราย แต่ละรายเป็นเอกชนที่แข่งขันกันเอง เพราะภาครัฐจ่ายให้ตามรายบริการ ประชาชนมีอิสระในการเลือกสถานพยาบาลที่ตนเองพอใจ แต่ต้องแลกด้วยระบบการร่วมจ่าย และ

การจ่ายส่วนเพิ่มสำหรับบริการพิเศษกว่าสิทธิที่กำหนด ตัวอย่างประเทศที่มีรูปแบบนี้ คือ ออสเตรีย เบลเยียม ฝรั่งเศส เยอรมนี และลักเซมเบิร์ก

กลุ่มที่ 2 ประเทศที่มุ่งเน้นการสร้างความครอบคลุม (Universal Coverage - Controlled Access Type) ซึ่งจะเป็นประเทศที่รัฐบาลควบคุมเงื่อนไขการเข้ารับบริการเข้มงวด โดยสิทธิการรักษาพยาบาลจะเป็นสิทธิถ้วนหน้า รัฐบาลต้องควบคุมเงื่อนไขการเข้ารับบริการ เน้นการเหมาจ่ายรายหัว ยกเว้นเงินเดือนของแพทย์ที่จ่ายแบบงบประมาณเงินเดือน ทำให้ไม่มีผู้ให้บริการผู้ป่วยนอกมากนัก ตัวอย่างประเทศที่มีรูปแบบนี้ คือ สหราชอาณาจักร อิตาลี เดนมาร์ก สวีเดน และไอร์แลนด์

กลุ่มที่ 3 ประเทศที่มุ่งเน้นการใช้จ่ายภายใต้งบประมาณจำกัด (Low Budget – Restricted Access Type) ซึ่งจะเป็นประเทศที่รัฐบาลมีข้อจำกัดด้านงบประมาณสาธารณสุข ทำให้ต้องควบคุมเงื่อนไขการเข้ารับบริการเข้มงวด ประเทศกลุ่มนี้จะมีรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรในระดับที่ต่ำ รัฐบาลมักจะกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับบริการที่เข้มงวด และเลือกให้บริการตามความจำเป็นของคนใช้ สถานพยาบาลมักจะเป็นของรัฐ และมีการจ่ายค่าตอบแทนเป็นระบบงบประมาณเงินเดือน ประชากรที่ไม่เข้าเกณฑ์การรับบริการจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง ตัวอย่างประเทศที่มีรูปแบบนี้ คือ โปรตุเกส สเปน และฟินแลนด์

ทั้งนี้ ในการศึกษาข้างต้นได้กำหนดเกณฑ์การพิจารณาจากการประมวลข้อมูลคุณลักษณะ (Characteristics) ของระบบสาธารณสุขของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป และพบกลุ่มของรูปแบบการจัดสวัสดิการเป็น 3 กลุ่ม ตามรายการในตารางที่ 2 ทั้งนี้ เกณฑ์กรอบแนวคิดที่ถูกนำเสนอยังเป็นกรอบแนวคิดที่ยังไม่เป็นสากลสมบูรณ์ เนื่องจากถูกประมวลจากกลุ่มประเทศเพียงไม่กี่ประเทศในยุโรป และยังไม่ควรรวมในหลายๆ กรณี เช่น กรณีที่ประเทศมีส่วนร่วมนายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจากภาครัฐต่ำ ประชาชนต้องจ่ายเงินเองในระดับที่สูง อย่างเช่นประเทศยากจนในทวีปแอฟริกา

ตารางที่ 2 กรอบแนวคิดทางเลือกเรื่องการแบ่งประเภทการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ

คุณลักษณะ	กลุ่มที่ 1 มุ่งเน้นการจัดบริการ สุขภาพ	กลุ่มที่ 2 มุ่งเน้นการสร้าง ความครอบคลุม	กลุ่มที่ 3 มุ่งเน้นการใช้จ่าย ภายใต้งบประมาณ จำกัด
ประเทศ	ออสเตรีย เบลเยียม ฝรั่งเศส เยอรมนี และลักเซมเบิร์ก	สหราชอาณาจักร อิตาลี เดนมาร์ก สวีเดน และไอร์แลนด์	โปรตุเกส สเปน และฟินแลนด์
รายจ่ายด้านสุขภาพ ต่อหัวประชากร	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
สัดส่วนรายจ่ายด้าน สุขภาพที่มาจากรัฐ	สูง	สูง	ปานกลาง
สัดส่วนรายจ่ายด้าน สุขภาพที่มาจากเอกชน โดยเป็นเงินที่ผู้รับบริการ จ่ายเอง	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง
ดัชนีผู้ป่วยใน ¹	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ
ดัชนีผู้ป่วยนอก ¹	สูง	ต่ำ	ปานกลาง
การได้รับสิทธิการรักษา	ร่วมจ่าย	สัญชาติ	สัญชาติ
การชำระค่าตอบแทน ของผู้ให้บริการ	จ่ายตามรายบริการ	เหมาจ่ายรายหัว (ยกเว้นเงินเดือน)	เงินเดือน
ดัชนีการกำกับดูแลการ เข้ารับบริการ ²	ควบคุมต่ำ	ควบคุมปานกลาง	ควบคุมสูง

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์แปลงมาจาก Wendt (2009)

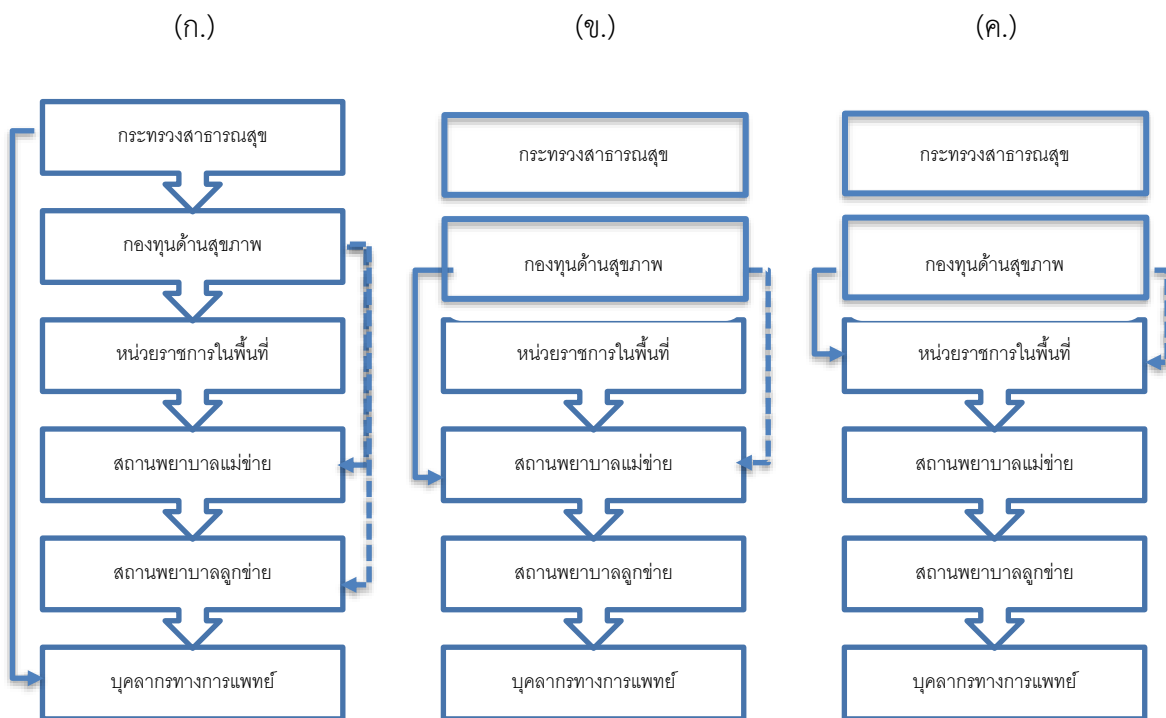
หมายเหตุ:

1. ดัชนีวัดการพึ่งพาระดับการให้บริการด้านสุขภาพ โดยการพิจารณากำลึงคนด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยนอกอย่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและเภสัชกร กับกำลึงคนด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยในอย่างแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลประจำสถานพยาบาล
2. ดัชนีผสม ที่คำนวณจาก การบังคับขึ้นทะเบียนแพทย์ เงื่อนไขเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ เงื่อนไขเพื่อรับบริการจากแพทย์เฉพาะทาง

4.2.3 การกำหนดผู้รับผู้จ่ายในระบบสาธารณสุข

การกำหนดผู้รับผู้จ่ายในระบบสาธารณสุขเป็นอีกปัจจัยที่ควรพิจารณาในด้านการเบิกจ่าย เพราะจะส่งผลต่อการกำหนดผู้ให้บริการในระดับต่างๆ และแรงจูงใจการให้บริการ โดยในการศึกษาของ Vujicic (2009) ได้กำหนดระดับของผู้รับผู้จ่ายตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานราชการในพื้นที่ สถานพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ ในการศึกษาฉบับนี้ จะปรับให้สถานพยาบาลแบ่งออกเป็น สถานพยาบาลแม่ข่ายและสถานพยาบาลลูกข่าย พร้อมทั้งเพิ่มกองทุนด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการวิเคราะห์ในส่วนถัดไป

รูปที่ 3 ตัวอย่างรูปแบบการกำหนดผู้รับผู้จ่ายในระบบสาธารณสุข



ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์แปลงมาจาก Vujicic (2009)

- หมายเหตุ:
- ⇨ คือ อำนาจสั่งการ และวงเงินงบประมาณ
 - คือ การจ่ายเงินเดือน
 - ⇨⇨ คือ การกำกับดูแล และการจ่ายตามการปฏิบัติการ

รูปข้างต้น เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการออกแบบการกำหนดผู้รับผู้จ่ายในระบบสาธารณสุขสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น กองทุนสุขภาพอาจจะให้วงเงินงบประมาณกับพื้นที่ โดยกำกับดูแลและการจ่ายตามผลปฏิบัติการกับสถานพยาบาลในทุกกระดับ หรืออาจจะจ่ายและกำกับดูแลเฉพาะสถานพยาบาลแม่ข่าย โดยไม่ผ่านหน่วยงานราชการในพื้นที่ ทั้งนี้ การศึกษาในอดีตยังไม่สามารถสรุปข้อดีข้อเสียที่ชัดเจนของแต่ละรูปแบบ แต่การดำเนินการศึกษาในส่วนถัดไปพบข้อมูลว่ารูปแบบที่ต่างกันของแต่ละกองทุนในไทยส่งผลพฤติกรรมและคุณภาพการให้บริการที่แตกต่างกัน

5. ภาพรวมรูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ

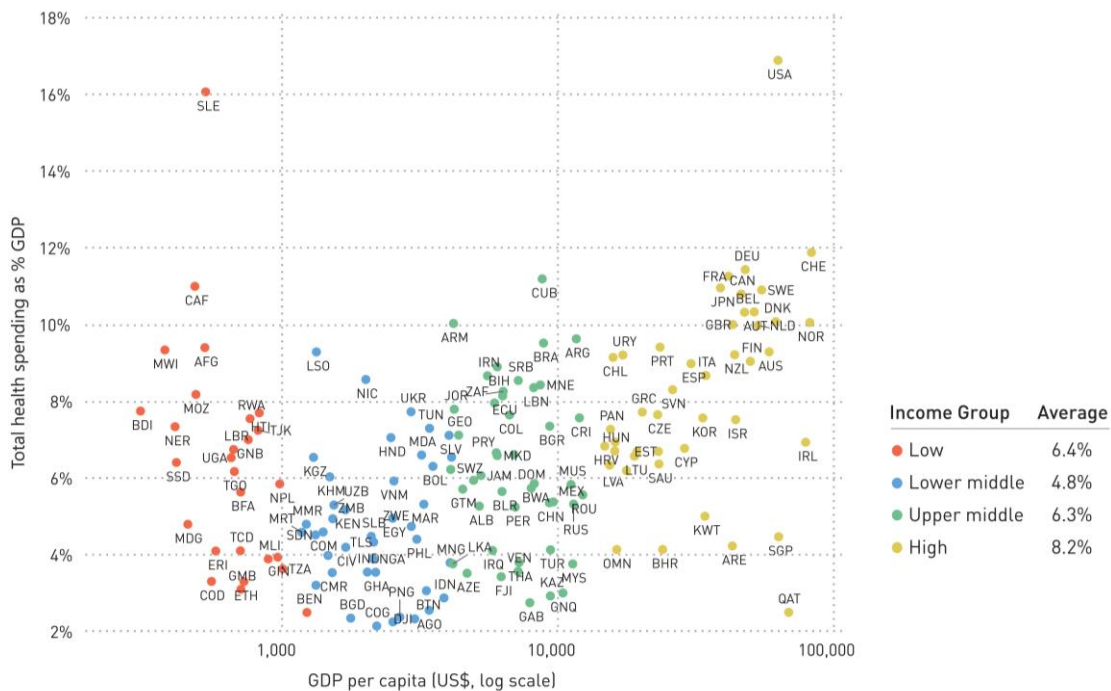
5.1 การเปรียบเทียบรูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ

การเปรียบเทียบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ไม่อาจทำได้เพียงแค่เปรียบเทียบจำนวนเงินงบประมาณที่ใช้ หรือคาดการณ์จากระดับรายได้ของประเทศ เนื่องจากแต่ละประเทศมีรายละเอียดลักษณะของการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน และไม่อาจจะสรุปได้ว่าประเทศที่ร่ำรวยกว่าจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าหรือต่ำกว่าประเทศยากจน

โดยหากพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาของ World Health Organization (2020) ซึ่งใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล Global Health Expenditure Database จะพบว่า สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับระดับรายได้ต่อหัวของประเทศ ในแต่ละกลุ่มรายได้จะมีทั้งประเทศที่มีสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูงหรือต่ำ ขึ้นกับลักษณะการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศนั้นๆ

รูปที่ 4 สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ของประเทศในกลุ่มรายได้ต่างๆ

Health spending share of GDP and GDP per capita, 2018

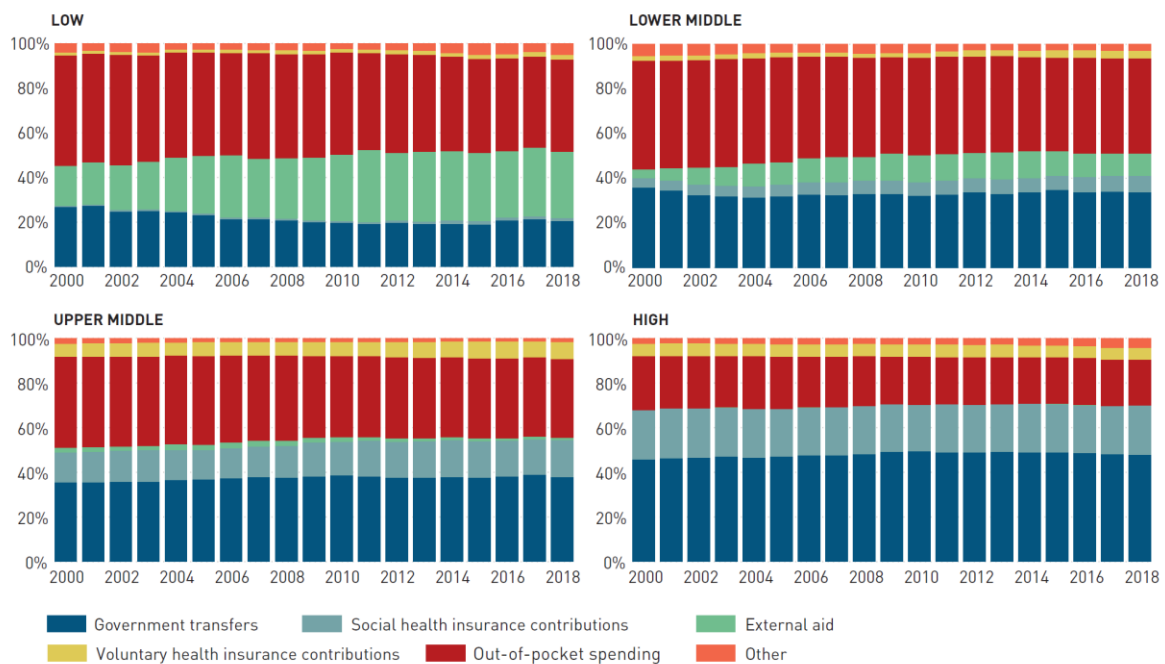


Note: Country codes can be found in Annex 1.

ที่มา: World Health Organization (2020)

ทั้งนี้ หากพิจารณาข้อมูลแหล่งที่มาของรายจ่ายด้านสุขภาพ ก็พอจะสรุปโดยภาพรวมได้ว่าประเทศที่มีระดับรายได้ต่อหัวที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจากรัฐสูงขึ้น เช่น เงินโอนภาครัฐ ประกันสังคม ในทางตรงข้าม ประเทศที่มีระดับรายได้ต่อหัวที่ต่ำกว่าจะมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจาก การจ่ายโดยผู้รับบริการเอง (Out of Pocket) ที่สูงกว่า ทั้งนี้ นี่เป็นข้อสังเกตโดยภาพรวม ซึ่งในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่อหัวสูงก็อาจจะมีประเทศที่มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจาก การจ่ายโดยผู้รับบริการเองใน ระดับที่สูงได้เช่นกัน เช่น สหรัฐอเมริกา

รูปที่ 5 สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ของประเทศในกลุ่มรายได้ต่างๆ



ที่มา: World Health Organization (2020)

การพิจารณาการจัดสวัสดิการของแต่ละประเทศ จะต้องพิจารณาจากรูปแบบแนวคิดการจัดสวัสดิการ ที่นอกจากจะพิจารณาจากลักษณะการกำหนดงบประมาณแบบการจำแนกเป็น 4 รูปแบบคลาสสิก ตามที่ เสนอในหัวข้อก่อนหน้า ก็อาจจะต้องพิจารณาถึงคุณลักษณะอื่นๆ ประกอบ เช่น บทบาทของรัฐต่อผู้ให้บริการ การออกแบบเงื่อนไขการรับบริการ สัดส่วนของการร่วมจ่าย เช่น ประเทศที่ใช้ระบบประกันสังคมเป็นหลัก เหมือนกัน อาจจะมีสัดส่วนการร่วมจ่ายทั้งในกองทุนประกันสังคม และสัดส่วนเงินที่จ่ายเพิ่มเติมโดย ผู้รับบริการเองที่แตกต่างกัน

คณะผู้วิเคราะห์ทำการเปรียบเทียบรูปแบบการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ โดยเลือกกรณีศึกษาของต่างประเทศจำนวน 4 ประเทศที่มีความโดดเด่นและมีการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจ ประกอบด้วย เยอรมนี สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกาและไต้หวัน เพื่อให้เข้าใจถึงรายละเอียดของแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน และอาจจะนำมาใช้ประกอบการพิจารณาเป็นแนวทางการปรับปรุงของไทยในอนาคต โดยสามารถสรุปลักษณะสำคัญของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศ ตามตารางต่อไปนี้ (รายละเอียดผลลัพธ์ทางสุขภาพจะถูกแสดงในส่วนที่ 5)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะสำคัญของระบบสาธารณสุขใน 4 ประเทศ

ลักษณะ	อังกฤษ	เยอรมนี	ไต้หวัน	สหรัฐอเมริกา
ปัจจัยพื้นฐาน				
จำนวนประชากร (ล้านคน)	66.3	82.8	23.6	327.1
ระดับรายได้ต่อหัว (USD)	43,167	47,876	25,780	62,918
โครงสร้างรายจ่ายสุขภาพ				
รายจ่ายสุขภาพ ต่อ GDP (%)	10.00	11.43		16.89
รายจ่ายสุขภาพต่อ หัวประชากร (USD)	4,315.43	5,472.20		10,623.85
สัดส่วนรายจ่าย สุขภาพ ภายในประเทศ (%)	99.99	100.00		100.00
รายจ่ายสุขภาพ ที่มาจากรัฐ (%)	78.60	77.68		50.41
รายจ่ายสุขภาพ ที่มาจากเอกชน (%)	21.38	22.32		49.59

ลักษณะ	อังกฤษ	เยอรมนี	ไต้หวัน	สหรัฐอเมริกา
รายจ่ายสุขภาพ ที่มาจากประกัน ตามความสมัครใจ (%)	2.94	1.45		-
รายจ่ายสุขภาพ ที่มาจาก การจ่าย ของผู้รับบริการ (%)	16.71	12.65		10.81
รายจ่ายสุขภาพ ที่มาอื่นๆ (%)	4.67	9.67		38.78
สัดส่วนรายจ่าย สุขภาพภายนอก ประเทศ (%)	0.01	-		-
รายจ่ายสุขภาพที่ จ่ายเองของ ผู้รับบริการต่อหัว ประชากรต่อปี (USD)	721.04	692.16		1,148.32
บทบาทของรัฐ และการกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน				
ประเภท สวัสดิการหลัก	สวัสดิการของรัฐ โดย NHC	ประกันสุขภาพโดย กองทุนเอกชน ไม่แสวงกำไร	หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ รัฐเป็นนายประกัน ผู้รับประกันจ่าย ฝ่ายเดียว	ผสม ส่วนมากเป็น สวัสดิการจากการ จ้างงาน โดยทำ ผ่านประกันเอกชน Medicare: เน้น กลุ่มผู้สูงอายุ Medicaid: เน้น กลุ่มรายได้น้อย

ลักษณะ	อังกฤษ	เยอรมนี	ไต้หวัน	สหรัฐอเมริกา
การครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ	ทุกคน	ทุกคนผ่านประกันสุขภาพภาคบังคับ	ทุกคนบังคับทำประกัน	คนประมาณ 8.5% ไม่มีประกันสุขภาพ
บทบาทของรัฐบาลกลาง	ให้งบประมาณกำกับดูแลเป็นเจ้าของสถานพยาบาล	กำกับดูแลบริษัทประกันเอกชน	รับประกันสุขภาพกำหนดวงเงินงบประมาณกำหนดอัตราจ่ายและวิธีจ่ายเป็นเจ้าของสถานพยาบาลหลายแห่ง	กำหนดวงเงินงบประมาณให้ระบบประกันของรัฐ
บทบาทของรัฐบาลภูมิภาค	ควบคุมการให้บริการของสถานพยาบาลในพื้นที่	วางแผนและลงทุนกับสถานพยาบาลรวมถึงการผลิตบุคลากรทางการแพทย์		ร่วมจ่ายโครงการภาครัฐ
บทบาทของรัฐบาลท้องถิ่น	สนับสนุนวงเงินกับกิจกรรมเพื่อสังคมด้านสาธารณสุข	สนับสนุนวงเงินกับกิจกรรมเพื่อสังคมด้านสาธารณสุข	เป็นเจ้าของบางสถานพยาบาลสนับสนุนวงเงินกับกิจกรรมเพื่อสังคมด้านสาธารณสุข	เป็นเจ้าของบางสถานพยาบาลสนับสนุนวงเงินกับกิจกรรมเพื่อสังคมด้านสาธารณสุข
ที่มาของงบประมาณ	ภาษีเป็นหลักและ อีกร้อยละ 20 จากระบบประกันสังคมที่นายจ้าง ลูกจ้างร่วมจ่าย	ระบบประกันสังคมที่นายจ้าง ลูกจ้างรัฐ ร่วมจ่าย	เงินประกันและอุดหนุนด้วยภาษีและ ภาษีสรรพสามิต	เงินประกันที่จ่ายโดยนายจ้างลูกจ้างรัฐช่วยอุดหนุนในบางโครงการ
การกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานในระดับประเทศ	ไม่มี ขึ้นกับรัฐบาลแต่ละภูมิภาค	มีการกำหนดขึ้นพื้นฐานในระดับประเทศ	มีการกำหนดขึ้นพื้นฐานในระดับประเทศ	ไม่มี ขึ้นกับประกันที่ทำ

ลักษณะ	อังกฤษ	เยอรมนี	ไต้หวัน	สหรัฐอเมริกา
การจ่ายเพื่อรับบริการ				
ค่าพบแพทย์ ในระดับปฐมภูมิ	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	1.65-5.61 USD ถ้ามีใบส่งตัว 1.65-13.86 USD ถ้าไม่มีใบส่งตัว	Medicare: ผู้ป่วย จ่าย 100% ใน ค่าใช้จ่าย 185 USD แรกต่อปี หลังจาก 185 USD แรก ผู้ป่วยจ่าย 20% ของ ค่าใช้จ่าย Medicaid: ผู้ป่วย จ่าย 20% ของ ค่าใช้จ่าย ประกันเอกชน: ขึ้นกับเงื่อนไข ประกัน แต่มักจะ ครอบคลุม
ค่าพบแพทย์ เฉพาะทาง กรณีผู้ป่วยนอก	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	1.65-5.61 USD ถ้ามีใบส่งตัว 1.65-13.86 USD ถ้าไม่มีใบส่งตัว	Medicare: ผู้ป่วย จ่าย 100% ใน ค่าใช้จ่าย 185 USD แรกต่อปี หลังจาก 185 USD แรก ผู้ป่วยจ่าย 20% ของ ค่าใช้จ่าย Medicaid: ผู้ป่วย จ่าย 20% ของ ค่าใช้จ่าย ประกันเอกชน: ขึ้นกับเงื่อนไข ประกัน แต่มักจะ ครอบคลุม

ลักษณะ	อังกฤษ	เยอรมนี	ไต้หวัน	สหรัฐอเมริกา
การเป็นผู้ป่วยใน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	12.84 USD ต่อวัน	5%-30%	Medicare: 60 วันแรก ผู้ป่วยจ่าย 100% ในค่าใช้จ่าย 1,364 USD แรก วันที่ 61-90 จ่ายวันละ 341 USD วันที่ 90+ จ่ายวันละ 682 USD Medicaid: ร่วมจ่ายไม่เกิน 75 USD ต่อการเข้ารับการรักษา
ค่ายา	12.5 USD ต่อใบสั่ง	ยาตามบัญชีจ่าย 6.42-12.84 USD + ส่วนต่างราคายากับราคาอ้างอิง แต่ถ้าวินิจฉัยต่ำกว่าราคาอ้างอิงมากกว่า 30% ผู้ป่วยไม่ต้องจ่าย	ยาตามบัญชีจ่าย 6.64 USD ต่อการรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอก ไม่ว่าจะจ่ายยาเท่าไร	Medicare B: ผู้ป่วยจ่าย 20% เฉพาะยาตามบัญชี Medicare D: ผู้ป่วยจ่าย 0-5% เฉพาะยาตามบัญชี ผู้ป่วยจ่ายไม่เกิน 50% กรณียานอกบัญชี Medicaid: ผู้ป่วยจ่าย 4 USD เฉพาะยาตามบัญชี ผู้ป่วยจ่ายขั้นต่ำ 8USD แต่ไม่เกิน 20% กรณียานอกบัญชี

ลักษณะ	อังกฤษ	เยอรมนี	ไต้หวัน	สหรัฐอเมริกา
การยกเว้นการจ่าย	<p>เว้นจ่ายค่ายา สำหรับคนจน คน ท้อง เด็ก ผู้สูงวัย ผู้พิการ ผู้ป่วย เรื้อรัง สตรีเฟิงมี บุตร</p> <p>ทันตกรรมฟรี สำหรับ เด็ก คนจน นักเรียน สตรีตั้งครรภ์ นักโทษ</p> <p>ตรวจสายตาฟรี สำหรับ เด็ก ผู้สูงอายุ และคน จน</p>	เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่ต้องร่วมจ่าย ใดๆ	ไม่ต้องร่วมจ่าย กรณีคลอดบุตร และ คนจน รวมถึง ผู้ป่วยตามเงื่อนไข ที่ระบุ	เงินอุดหนุน ส่วนลดจนถึงการ ยกเว้นค่าประกัน ในกลุ่มคนจน ตาม เงื่อนไขแต่ละ โครงการ
ประเภทสถานพยาบาล				
สถานพยาบาล ปฐมภูมิ	เอกชนเป็นหลัก	เอกชนเป็นหลัก	เอกชนเป็นหลัก	เอกชนเป็นหลัก
การจ่ายให้ สถานพยาบาล ปฐมภูมิ	Capitation + FFS + PFP	FFS เป็นหลัก	FFS เป็นหลัก แต่มี วงเงินงบคุม และมี PFP ไม่เกิน 1%	FFS เป็นหลัก และมี Capitation และ PFP บางส่วน
ระบบ สถานพยาบาล คัดกรองขั้นต้น (Gatekeeping)	มี	ไม่มี (ยกเว้นบางกรณี)	ไม่มี	ไม่มี
สถานพยาบาล ทุติยภูมิ	รัฐบาลเป็นหลัก	ผสมระหว่างรัฐ เอกชนและองค์กร ไม่แสวงกำไร	เอกชนไม่แสวง กำไรเป็นหลัก และรัฐบาล	เอกชนไม่แสวง กำไรเป็นหลัก

ลักษณะ	อังกฤษ	เยอรมนี	ไต้หวัน	สหรัฐอเมริกา
				รัฐบาล และ เอกชน ตามลำดับ
การจ่ายให้ สถานพยาบาล ทุติยภูมิ	FFS เป็นหลัก และ มีการจ่ายแบบ Local Bundle	DRGs เป็นหลัก และจ่ายเพิ่ม สำหรับอุปกรณ์ หรือการรักษา พิเศษบางรายการ	FFS และ DRGs เป็นหลัก ภายใต้วาง เงินงบประมาณ	ผสมระหว่าง FFS DRGs Per Diem PFP และ Bundle
ระบบการผลิตกำลังคน				
โรงเรียนแพทย์	รัฐบาล	รัฐบาล 35 แห่ง เอกชน 5 แห่ง	ผสม	62% เป็นรัฐบาล

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์ประมวลจาก OECD and World Health Organization (2019), Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton (2020) และรายงาน Health systems in transition ของ World Health Organization (2015, 2018, 2020)

หมายเหตุ: ตัวย่อ

- 1) FFS: จ่ายตามบริการจริง
- 2) PFP: จ่ายตามผลงาน
- 3) Capitation: เหมจ่ายรายหัว
- 4) Bundle: จ่ายแบบเหมากการรักษา
- 5) Per Diem: จ่ายรายวัน

5.2 ภาพรวมการพัฒนาารูปแบบการจัดสวัสดิการในไทย

ประเทศไทยถือเป็นประเทศกำลังพัฒนาหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่สามารถพัฒนาความครอบคลุมของการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า (Universal Healthcare) โดยจากเดิมที่หลักประกันสุขภาพจะเป็นสวัสดิการเฉพาะของกลุ่มข้าราชการและพนักงานของรัฐ ซึ่งการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 พบว่า ในปัจจุบันมีผู้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากระบบนี้ประมาณร้อยละ 7.1 ขณะที่ประชากรที่เหลือของประเทศจะได้รับหลักประกันด้านสุขภาพผ่านอีก 2 ระบบกองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มีประชากรรับสิทธิร้อยละ 75.9) และกองทุนประกันสังคม (มีประชากรรับสิทธิร้อยละ 17.8) และยังมีระบบสวัสดิการย่อยอื่นๆ เช่น สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการนายจ้าง รายละเอียดตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 จำนวนประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการข้าราชการ โรงพยาบาล เขตการปกครอง

การมีสวัสดิการฯ และประเภทสวัสดิการฯ ที่มี	รวม	เขตการปกครอง		ภาค				
		ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
ประชากรที่มีสวัสดิการฯ	99.3	99.0	99.6	98.3	99.4	99.2	99.9	99.2
ประเภทสวัสดิการฯ ที่มี ^{1/}								
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	75.9	66.9	83.2	54.6	66.9	82.1	88.6	82.5
บัตรประกันสังคม/ กองทุนเงิน	17.8	25.2	11.8	39.0	26.6	9.4	6.9	10.8
สวัสดิการข้าราชการ/ ข้าราชการ	6.6	8.1	5.4	6.6	6.4	7.5	5.9	7.3
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	0.7	1.2	0.4	2.0	0.9	0.4	0.2	0.8
หน่วยงานอิสระ	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	< 0.1
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.5	0.6	0.4	0.6	0.5	0.8	0.4	0.7
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	7.3	10.4	4.8	15.2	7.9	7.2	3.6	7.3
สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง	1.6	2.4	0.9	3.6	2.3	1.1	0.3	1.7
อื่นๆ	1.2	1.1	1.2	1.0	1.0	1.6	0.8	1.1

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

หมายเหตุ: 1. ผู้ตอบการสำรวจตอบได้มากกว่า 1 ประเภทสวัสดิการ

การพัฒนาสวัสดิการด้านสุขภาพของไทย มีรายละเอียดเส้นทางการพัฒนาที่น่าสนใจ ทั้งในส่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคม เริ่มจากประกันสังคมในไทยที่มีจุดเริ่มต้นมาตั้งแต่ในยุคของ จอมพล ป. พิบูลสงคราม โดยในปี พ.ศ. 2495 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่ง ชื่อว่า “คณะกรรมการสังคมสงเคราะห์” เข้ามาทำหน้าที่หาวิธีการจัดให้มีสวัสดิการทางสังคมแก่ประชาชนคนไทย ซึ่งคณะกรรมการสังคมสงเคราะห์ได้เสนอให้นำรูปแบบการประกันสังคม (Social Insurance) ตามแบบของประเทศเยอรมนีมาใช้ และพัฒนามาเป็นระบบประกันสังคมในปัจจุบัน สามารถสรุปภาพรวมเส้นทางการพัฒนาได้ ตามตารางต่อไปนี้

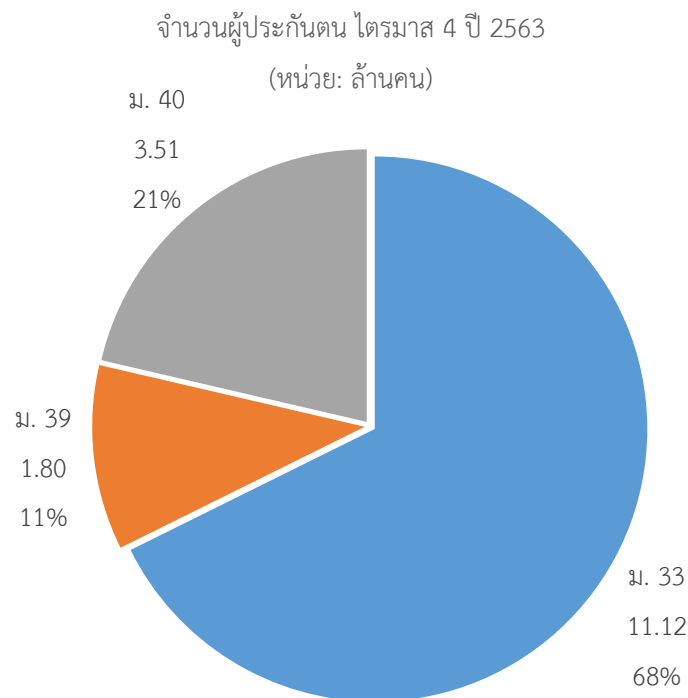
ตารางที่ 5 เส้นทางการพัฒนาระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี พ.ศ.	การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
2495	การแต่งตั้ง “คณะกรรมการสังคมสงเคราะห์” เข้ามาทำหน้าที่หาวิธีการจัดให้มีสวัสดิการทางสังคมแก่ประชาชนคนไทย ซึ่งคณะกรรมการสังคมสงเคราะห์ได้เสนอให้ใช้รูปแบบการประกันสังคม (Social Insurance) ตามแบบของประเทศเยอรมนี
2497	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งมีรายละเอียดของรูปแบบกองทุน เงินสมทบ และสิทธิประโยชน์ และได้จัดตั้งกรมประกันสังคมขึ้นในกระทรวงการคลัง เพื่อมาดำเนินการตามกฎหมายดังกล่าว กฎหมายฉบับนี้ได้ถูกคัดค้านอย่างมาก เนื่องจากฝ่ายต่างๆ รวมทั้งจากลูกจ้างที่ไม่แน่ใจว่าตนจะได้รับสิทธิประโยชน์จริง และฝ่ายนายจ้างที่มีความไม่พอใจที่จะต้องจ่ายสมทบสวัสดิการสังคมของลูกจ้าง
2499	ยกเลิก พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ยุบกรมประกันสังคมมาเป็นกองความมั่นคงแห่งชาติ กรมประชาสงเคราะห์ หลังจากนั้น ก็ได้มีความพยายามจัดตั้งระบบประกันสังคมขึ้นอีกหลายครั้ง แต่ไม่ประสบความสำเร็จ
2515	รัฐบาลในยุคนั้นได้ออกกฎหมายเพื่อก่อตั้ง “กองทุนเงินทดแทน” มีฐานะเป็นกองหนึ่งในกรมแรงงาน ทำหน้าที่เรียกเก็บเงินจากนายจ้างและจ่ายชดเชยให้ลูกจ้างกรณีได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2517
2533	มีการผลักดันให้เกิดการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมมาโดยตลอด และประสบความสำเร็จเมื่อเกิดพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งมีผลบังคับใช้ใน วันที่ 2 กันยายน 2533 และก่อตั้งสำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงมหาดไทย ในวันที่ 3 กันยายน 2533 มีการโอนงานเกี่ยวข้องกับการประกันสังคมของกรมประชาสงเคราะห์ และงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนของกรมแรงงานมาอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จากนั้นก็มีการโอนสำนักงานประกันสังคมไปอยู่ภายใต้กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมหรือกระทรวงแรงงานจนถึงปัจจุบัน ช่วงต้นให้ความคุ้มครองกรณี เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย
2541	เพิ่มความคุ้มครองอีก 2 กรณี คือ สงเคราะห์บุตร และชราภาพ
2547	ขยายความคุ้มครองครอบคลุมกรณีว่างงาน ทำให้ปัจจุบันกองทุนประกันสังคมคุ้มครองทั้งหมด 7 กรณี
ปัจจุบัน	สำนักงานประกันสังคมมีหน้าที่หลักในการดูแล 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมหลักประกันสุขภาพลูกจ้างที่ไม่มีเหตุมาจากการทำงาน และกองทุนเงินทดแทน ซึ่งเป็นหลักประกันสุขภาพลูกจ้างในส่วนของที่เกิดจากการทำงาน

ที่มา: วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ (2564)

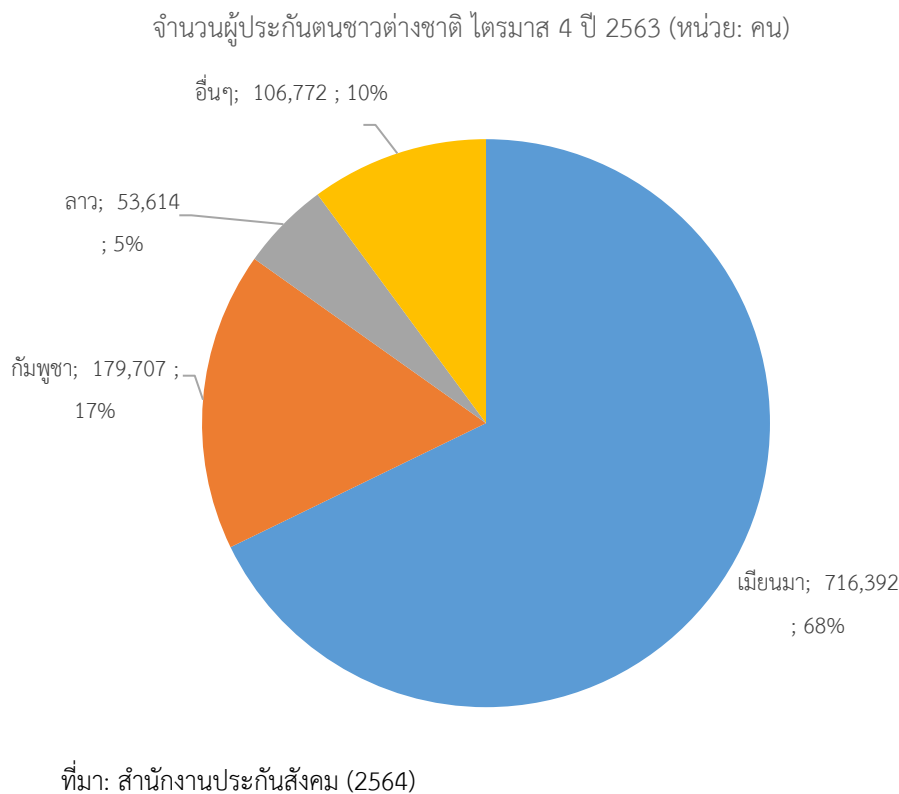
หากพิจารณาสถานะของกองทุนประกันสังคม ณ สิ้นไตรมาสที่ 4 พ.ศ. 2563 จะพบว่า ในด้านจำนวนผู้ประกันตน มีผู้ประกันตนในความคุ้มครองของกองทุนฯ ทั้งหมด 16.43 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จำนวน 11.12 ล้านคน ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จำนวน 1.80 ล้านคน และผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จำนวน 3.51 ล้านคน ทั้งนี้ หากพิจารณาเฉพาะผู้ประกันตนตามมาตรา 33 โดยแยกตามสัญชาติ จะพบว่า ในจำนวนผู้ประกันตนต่างชาติ 1,056,485 คน มีผู้ประกันตนสัญชาติเมียนมามากที่สุดโดยมีจำนวน 716,392 คน คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาเป็นสัญชาติกัมพูชา มีจำนวน 179,707 คน คิดเป็นร้อยละ 17 สัญชาติลาว มีจำนวน 53,614 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และสัญชาติอื่นๆ อีก 106,772 คน คิดเป็นร้อยละ 10

รูปที่ 6 จำนวนผู้ประกันตนในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม ณ สิ้นไตรมาสที่ 4 พ.ศ. 2563
แยกตามมาตรา



ที่มา: สำนักงานประกันสังคม (2564)

รูปที่ 7 จำนวนผู้ประกันตนชาวต่างชาติตามมาตรา 33 สิ้นไตรมาสที่ 4 พ.ศ. 2563 แยกตามสัญชาติ (คน)



เงินของกองทุนฯ ได้รับมาจากผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล ในอัตราที่ไม่เท่ากัน โดยสำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จะถูกหักเงินสมทบเข้ากองทุนฯ ในอัตราร้อยละ 5 ของค่าจ้าง แต่ไม่เกินเดือนละ 750 บาท (เนื่องจากการคำนวณเงินสมทบมีการกำหนดเพดานค่าจ้างไว้ที่ 15,000 บาท) และนายจ้างจะร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฯ ในอัตราที่เท่ากับผู้ประกันตน ส่วนรัฐบาลจะร่วมจ่ายสมทบในอัตราร้อยละ 2.75 ในขณะที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จะต้องนำส่งเงินเข้ากองทุนเป็นจำนวน 432 บาทต่อเดือน หรือร้อยละ 9 ของค่าจ้าง 4,800 บาทต่อเดือน (เสมือนเป็นนายจ้างตนเองที่มีค่าจ้าง 4,800 บาทต่อเดือน โดยไม่ได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน) ในอัตราคงที่เท่ากันทุกคนทุกเดือน และรัฐบาลจะร่วมจ่ายสมทบเป็นจำนวน 120 บาทต่อเดือน หรือร้อยละ 2.5 ของค่าจ้าง 4,800 บาทต่อเดือน ส่วนเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จะถูกแยกจัดเก็บอยู่ในกองทุนสำหรับผู้ประกันตนมาตรา 40 โดยเฉพาะ ทั้งนี้ เงินสมทบที่ได้มาจะถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามประโยชน์ทดแทน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง เงินกองทุนเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย และคลอดบุตร) ส่วนที่สอง เงินกองทุนเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) และส่วนที่สาม เงินกองทุนเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน (เฉพาะผู้ประกันตนตามมาตรา 33) โดยแต่ละส่วนมีอัตราเงินสมทบแตกต่างกันตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 อัตราเงินสมทบเข้าสิทธิประโยชน์แต่ละส่วนในกองทุนประกันสังคม

สิทธิประโยชน์ในกรณี	อัตราเงินสมทบ			รวม
	ผู้ประกันตน	นายจ้าง	รัฐบาล	
เจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย และคลอดบุตร	1.5%	1.5%	1.5%	4.5%
สงเคราะห์บุตรและชราภาพ	3%	3%	1%	7%
ว่างงาน	0.5%	0.5%	0.25%	1.25%
รวม	5%	5%	2.75%	12.75%

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม (2564)

ในปี พ.ศ. 2563 มีสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมทั่วประเทศรวม 2,448 แห่ง ประกอบด้วยสถานพยาบาลหลัก (ซึ่งเป็นผู้สัญญาโดยตรง) 238 แห่ง (เป็นสถานพยาบาลของรัฐ 159 แห่ง และสถานพยาบาลของเอกชน 79 แห่ง) และสถานพยาบาลเครือข่าย 2,210 แห่ง (เป็นสถานพยาบาลของรัฐ 1,489 แห่ง และสถานพยาบาลของเอกชน 721 แห่ง) ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติครบประสงค์ที่จะสมัครเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ก็สามารถยื่นขอตามประกาศรับสมัครของสำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 7 จำนวนสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม พ.ศ. 2563

หน่วย: แห่ง

ประเภทสถานพยาบาล	รูปแบบสถานพยาบาล		
	รัฐบาล	เอกชน	รวม
สถานพยาบาลหลัก	159	79	238
สถานพยาบาลเครือข่าย	1,489	721	2,210
รวม	1,648	800	2,448

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม (2564)

กองทุนประกันสังคมมีกองทุนภายใต้การบริหารประกอบด้วย 5 กองทุนย่อย คือ

- 1) กองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย)
- 2) กองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตร และชราภาพ)
- 3) กองทุนกรณีว่างงาน
- 4) กองทุนมาตรา 40 (สิทธิประโยชน์ทั่วไป)
- 5) กองทุนมาตรา 40 (บำเหน็จชราภาพ)

โดยที่กองทุนในรายการที่ (1) – (3) จะเป็นกองทุนแบบบังคับเข้าร่วม (Mandatory Scheme) ขณะที่กองทุนมาตรา 40 ในรายการที่ (4) – (5) เป็นกองทุนแบบสมัครใจเข้าร่วม (Voluntary Scheme)

ในส่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจุดเริ่มต้นมาตั้งแต่ โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) ในรัฐบาล มรว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ซึ่งเป็นโครงการสังคมสงเคราะห์ จนมาเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่บริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการให้สิทธิแบบถ้วนหน้า สามารถสรุปภาพรวมเส้นทางการพัฒนาได้ ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 เส้นทางการพัฒนาระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี พ.ศ.	การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
2517	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2517 (ร่างหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516) เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่บัญญัติไว้ว่า “รัฐพึงให้การรักษาแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า” (มาตรา 92)
2518	รัฐบาล มรว. คึกฤทธิ์ ปราโมช เริ่มมีการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (เป็นงบหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปให้สถานพยาบาล) ภายใต้ โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) มีการออกบัตรสงเคราะห์เฉพาะในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร และจังหวัดใหญ่ โดยถือเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน แต่มีผู้มาขอทำบัตรค่อนข้างน้อย
2519 – 2522	ยกเลิกการออกบัตร แล้วมอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจเป็นผู้พิจารณาให้การสงเคราะห์โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2522	ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือนสำหรับครอบครัว และให้หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นผู้พิจารณา
2524 – 2525	ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัวให้บัตรมีอายุ 3 ปี และไม่กำหนดชื่อสถานพยาบาลไว้ในบัตร สามารถใช้บริการได้ทุกแห่ง กำหนดรายได้ของผู้ที่จะได้รับสิทธิใหม่สำหรับคนโสดเป็นต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน ส่วนรายได้ครอบครัวคงเดิม
2527 – 2530	ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2524 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2527 โดยหลักเกณฑ์รายได้คงเดิม แต่กำหนดสถานพยาบาลในบัตร 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

ปี พ.ศ.	การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
2530 – 2533	ออกบัตรสงเคราะห์ครั้งที่ 3 โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวคือ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา
2532	รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2534 – 2537	ประกาศใช้ พ.ร.บ. พินทุสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
2535	รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ สามเณร และ ผู้นำศาสนาเข้ามาในโครงการด้วย
2537	เปลี่ยนชื่อ โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล เป็นโครงการ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ยกเลิกระเบียบ สำนักนายทฯ พ.ศ. 2527 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการ ประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่ เป็นคนโสดรายได้ ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังคงกำหนด สถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว
2540 – 2543	พ.ศ. ออกบัตร สปร. ระยะที่หก ใช้เกณฑ์รายได้เหมือนเดิม แต่เพิ่มสถานพยาบาลเป็น สองแห่ง (โรงพยาบาลหนึ่งแห่งและสถานีอนามัยหนึ่งแห่ง)
เมษายน 2544	เริ่มโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ใน 6 จังหวัดนำร่อง ออก “บัตรทอง” สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ดำเนินการแบบเดียวกับโครงการ สปร.
มิถุนายน 2544	เริ่มโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ในจังหวัดนำร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด ออก “บัตรทอง” สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ หลายจังหวัดมี สถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม
ตุลาคม 2544	ขยายโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ไปครบทุกจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน) ยุบรวมโครงการ สปร. เข้ากับโครงการนี้และเปลี่ยนบัตร สปร. เป็นบัตรทองหมวด “ท” (ซึ่งผู้ถือบัตรไม่ต้องจ่าย 30 บาท) เลิกขายบัตรสุขภาพ 500 บาท และค่อยๆ เปลี่ยน บัตรสุขภาพที่หมดอายุเป็นบัตรทองทั้งหมดภายในหนึ่งปี
1 เมษายน 2545	ดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ครบทั่วประเทศ
พฤษภาคม 2545	ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... ผ่านสภาผู้แทนราษฎร
พฤศจิกายน 2545	พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกาศใช้เป็นกฎหมาย

ปี พ.ศ.	การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
2549	จากปัญหาสถานพยาบาลปฐมภูมิไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเกินครึ่ง สปสช. จึงเริ่มมีการจัดงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิ สนับสนุนการผลิตและพัฒนากำลังคน โดยความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ และภาคีที่เกี่ยวข้อง
2551	สปสช. เริ่มจัดงบประมาณเพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการระดับปฐมภูมิเพื่อเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดการบริการที่มีคุณภาพ เรียกงบส่วนนี้ “ งบกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ”
2552 – 2557	สปสช. มติเห็นชอบจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวเป็นงบเพื่อชดเชย ค่าบริการเพิ่มเติม (On Top Payment) ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาศักยภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำ (CUP) สนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย และเป็นการกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการพัฒนา ศักยภาพ การดำเนินการช่วงแรกเน้นตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง และในปีต่อๆ มา ได้มีการขยายเกณฑ์หรือตัวชี้วัดเน้นด้านผลลัพธ์บริการปฐมภูมิมากขึ้น
2557	สปสช. มีแนวความคิดพัฒนาตัวชี้วัดและแนวทางการจัดสรรอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทาง Quality and Outcome Framework (QOF) ของประเทศอังกฤษมาเป็นแนวทาง และเรียกงบนี้ว่า งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF)

ที่มา: ดัดแปลงจาก วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง และคณะ (2547) และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2562) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557)

ในกรณีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้สิทธิกับประชาชนคนไทยที่ไม่อยู่ภายใต้ ความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมถึงกรณีเจ็บป่วยของ ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของกองทุนประกันสังคม ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้มีสิทธิบัตรทอง 47.605 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 71.3 ของประชากรรวม

รูปที่ 8 จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563

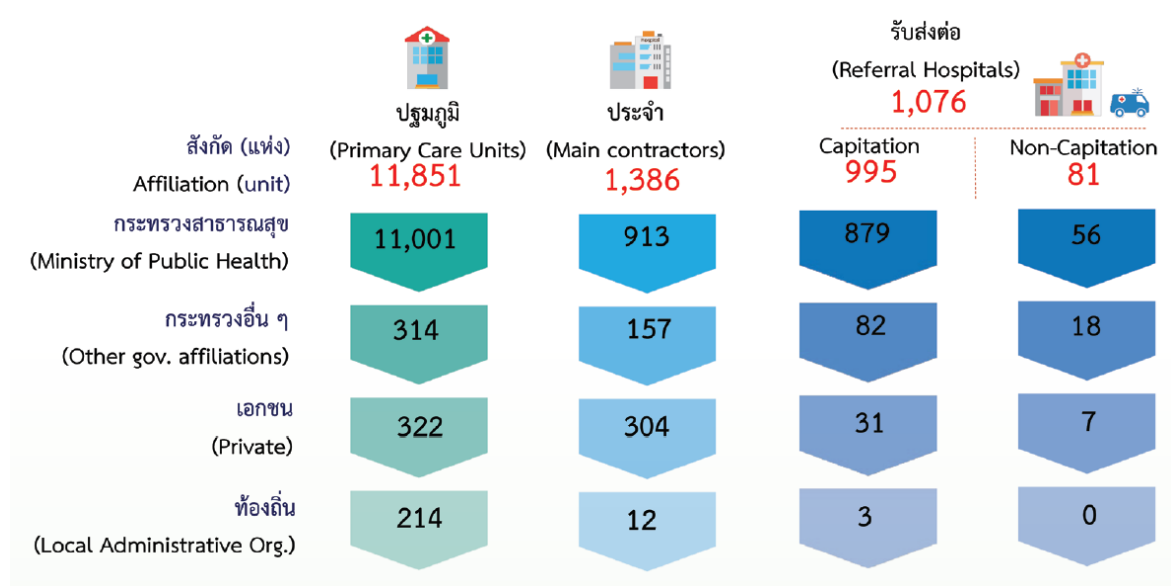


ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563)

ในปีงบประมาณ 2563 มีหน่วยบริการขึ้นทะเบียนให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

- 1) หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 11,851 แห่ง (เป็นหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 92.83)
- 2) หน่วยบริการประจำ จำนวน 1,386 แห่ง (เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 65.88 และหน่วยบริการเอกชน ร้อยละ 21.93)
- 3) หน่วยบริการรับส่งต่อ จำนวน 1,076 แห่ง (เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 86.90) โดยเป็นหน่วยบริการที่รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จำนวน 995 แห่ง และหน่วยบริการที่ไม่รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Non-Capitation) จำนวน 81 แห่ง โดยมีองค์ประกอบของสถานพยาบาลตามรูปต่อไปนี้

รูปที่ 9 จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563)

หมายเหตุ:

- 1) หน่วยบริการสามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มากกว่า 1 ประเภท
- 2) หน่วยบริการรับส่งต่อ แบบ Capitation หมายถึง หน่วยบริการที่รับค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายรายหัว แบบ Non-Capitation หมายถึง หน่วยบริการที่ไม่รับค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายรายหัว
- 3) สังกัดกระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ

ในปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดสรรเป็นกองทุนย่อย ประกอบด้วย

- 1) งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 2) กองทุนทันตกรรม
- 3) กองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย
- 4) กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 5) กองทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช
- 6) การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- 7) กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
- 8) แผนงานสนับสนุนระบบบริการเอดส์ วัณโรค และผู้ติดเชื้อ
- 9) กองทุนไต
- 10) งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
- 11) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เนื่องจากประชากรกว่าร้อยละ 99 ของประเทศมีสวัสดิการด้านสุขภาพจากทั้ง 3 กองทุนหลักร่วมกับกองทุนย่อยอื่นๆ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) จึงพบคนเพียงร้อยละ 0.31 ที่เจ็บป่วยและมีการรักษาพยาบาลในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ และแจ้งว่าไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด

**ตารางที่ 9 จำนวนประชากรที่เจ็บป่วยและมีการรักษาพยาบาลในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์
จำแนกตามสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย**

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย	ทั่วราชอาณาจักร Whole Kingdom		
	รวม Total		นอกเขตเทศบาล Non - Municipal Area
รวม	13,205,065		7,436,457
ไม่มีสวัสดิการฯ	41,175	0.31%	20,881
มีสวัสดิการฯ และใช้			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	6,523,584	49.40%	4,232,139
ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน	804,653	6.09%	282,569
ข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ	745,258	5.64%	346,527
รัฐวิสาหกิจ	61,375	0.46%	26,007
หน่วยงานอิสระของรัฐ	7,051	0.05%	4,372
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	45,169	0.34%	7,233
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	164,346	1.24%	50,708
สวัสดิการโดยนายจ้าง	34,086	0.26%	12,426
อื่น ๆ	68,394	0.52%	34,063
มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้	4,703,898	35.62%	2,418,421
ไม่ทราบ	6,075	0.05%	1,112

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีสวัสดิการด้านสุขภาพ การสำรวจก็ยังพบว่าในกลุ่มคนที่มีการเจ็บป่วยละมีการรักษาพยาบาลในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย มีคนจำนวนมากถึงร้อยละ 35.62 ที่ไม่ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาล สาเหตุหลักๆ มาจากการที่เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การไม่ยอมรับเป็นระยะเวลาานาน และสวัสดิการไม่ครอบคลุม

ตารางที่ 10 จำนวนประชากรที่เจ็บป่วยและมีการรักษาพยาบาล แต่ไม่ใช้สวัสดิการคำรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามสาเหตุที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ

สาเหตุที่ไม่ใช้สวัสดิการคำรักษาพยาบาล	ทั่วราชอาณาจักร Whole Kingdom		
	รวม Total	ในเขตเทศบาล Municipal Area	นอกเขตเทศบาล Non - Municipal Area
รวม	4,703,898	2,285,477	2,418,421
เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	2,643,098	56.2%	1,326,517
อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน	57,125	1.2%	42,490
สถานพยาบาลอยู่ไกล/ เดินทางไม่สะดวก	124,660	2.7%	68,661
ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ	309,275	6.6%	146,618
ไม่มีค่าพาหนะ	2,066	0.0%	602
ซ้ำ รอนาน	970,935	20.6%	410,214
ไม่แน่ใจคุณภาพยา	171,221	3.6%	75,311
ถูกเลือกปฏิบัติ	2,769	0.1%	2,769
บุคลากรในโรงพยาบาลดู/ พุดไม่ไพเราะ	14,498	0.3%	6,952
แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง/ รักษาไม่หาย	101,077	2.1%	31,411
ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ	70,228	1.5%	50,494
สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม	165,887	3.5%	83,888
อื่น ๆ	57,545	1.2%	36,010
ไม่ทราบ	13,512	0.3%	3,541

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562)

ดังจะเห็นว่าการพัฒนาระบบสวัสดิการด้านสุขภาพของไทย ค่อนข้างที่จะประสบความสำเร็จในด้านความครอบคลุมด้านประชากร แต่ยังมีรายละเอียดเกี่ยวกับการสร้างความครอบคลุมด้านสิทธิ การบริหารงบประมาณ รวมไปถึงข้อถกเถียงเกี่ยวกับรูปแบบการให้สวัสดิการที่เหมาะสม ประเด็นเหล่านี้รวมถึงรายละเอียดเรื่องงบประมาณ การเบิกจ่าย เงื่อนไขการให้สวัสดิการผู้ถือสิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพของแต่ละกองทุนหลักในส่วนถัดไป

กรอบที่ 2 ข้อเสนอส่วนที่ 2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสุขภาพ

ประเทศต่างๆ เกือบทั่วโลกมีการจัดสวัสดิการทางสังคมเพื่อคุ้มครองประชาชนในประเทศในกรณีต่างๆ เช่น กรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร ตลอดจนกรณีชราภาพ โดยแต่ละประเทศมีรูปแบบการจัดสวัสดิการและขอบเขตความคุ้มครองที่แตกต่างกัน การออกแบบระบบความคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) เพื่อให้ประชาชนสามารถมีสวัสดิการทางสังคมที่พึงประสงค์ก็อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของสังคม โดยการศึกษาจะแบ่งกลไกหรือเครื่องมือของระบบความคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) ออกเป็น 2 ประเภทหลักๆ คือ 1) ระบบหลักประกันทางสังคม (Social Security) ซึ่งเกิดจากการใช้กลไกนโยบายภาครัฐในการจัดการให้เกิดความคุ้มครองทางสังคม และ 2) ระบบกลไกภาคเอกชน โดยระบบหลักประกันทางสังคม (Social Security) จะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ระบบหลักประกันทางสังคมที่ไม่มีการร่วมจ่าย (Non-Contributory) เช่น การช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางกรณี 2) ระบบหลักประกันทางสังคมที่มีการร่วมจ่าย (Contributory) เช่น การประกันสังคม (Social Insurance) และ 3) การแทรกแซงตลาด (Market Intervention)

ภาครัฐสามารถที่จะมีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสวัสดิการทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่กลไกตลาดสุขภาพภาคเอกชนไม่สามารถแก้ได้ เช่น **ปัญหาความไม่สมมาตรของข้อมูลข่าวสาร (Asymmetric Information)** ระหว่างผู้ขายและผู้ซื้อประกันสุขภาพ จนก่อให้เกิดปัญหาการเลือกที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Selection) จนทำให้ประชากรจำนวนมากไม่อาจเข้าถึงหลักประกันสุขภาพภาคเอกชนได้ การสร้างเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขเป็นระบบการเพิ่มความเป็นธรรม การส่งเสริมให้เกิด**ผลกระทบภายนอก (Externality)** เชิงบวกต่อการมีหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อ**ทุนมนุษย์ของประเทศ** รวมถึงการ**ลดต้นทุนในการบริหารจัดการ (Administrative Costs)** เนื่องจากธรรมชาติของการจัดหลักประกันทางสุขภาพ ทั้งนี้ การแทรกแซงตลาดของรัฐเองก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น พฤติกรรมเชิงจริยธรรม (Moral Hazard) จากการที่คนอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นเพราะรู้ว่าตัวเองมีประกัน ความล้มเหลวของรัฐ (Government Failure) ในการแทรกแซงตลาดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในมุมมองเศรษฐศาสตร์ การดำเนินการภาครัฐผ่านการเก็บภาษี จะมีต้นทุนสูงกว่าเงินของประชาชน เพราะภาษีจะต้องมีกระบวนการในการจัดเก็บและบริหาร

โดยในปัจจุบันหลายประเทศใช้ระบบผสม (Mixed Model) คือมีรูปแบบการจัดสวัสดิการรักษายาบาลหลายๆ รูปแบบผสมกันสำหรับคนแต่ละกลุ่ม ทั้งการ**มีระบบประกันความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ (แบบอังกฤษดั้งเดิม) มีระบบประกันสังคม (แบบเยอรมนีดั้งเดิม) มีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่ต้องร่วมจ่าย รวมถึงการให้จ่ายเองในบางกรณี** ภายในแต่ละประเทศ

ปัจจุบันกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพหลักของไทยอย่าง กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ใช้ระบบจ่ายคือระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ร่วมกับ ระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) สำหรับกรณีผู้ป่วยใน และโรคที่มีต้นทุนการรักษาสูงเป็นหลัก ขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะมีการจ่ายใน

กรอบที่ 2 ข้อเสนอส่วนที่ 2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสุขภาพ

ลักษณะจ่ายตามบริการจริงโดยกำหนดเงื่อนไข (Fee Schedule) ร่วมกับระบบการวินิจฉัยโรคร่วมเป็นหลัก โดยแต่ละกองทุนจะยังมีการกำหนดวิธีการจ่ายด้วยวิธีอื่นสำหรับบางรายการเฉพาะ เช่น ค่าบริการกรณี ผ่าศรร์รคโคลตบุตร ค่าวัคซีนและการตรวจโรคกรณีพิเศษ โดยมีประเด็นข้อสังเกตที่น่าสนใจและจะเป็น ประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ คือ แนวคิดเรื่องการจ่ายตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ กรอบแนวคิดทางเลือกว่าด้วย การจัดสวัสดิการสุขภาพและการออกแบบระบบงบประมาณสู่ผู้ให้บริการ ที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมและ คุณภาพการให้บริการแก่สถานพยาบาล

โดยสรุปในภาพรวม การพัฒนาระบบสวัสดิการด้านสุขภาพของไทย พบว่า ไทยค่อนข้างที่จะ ประสบความสำเร็จในด้านการขยายความครอบคลุมด้านประชากร แต่ยังมีรายละเอียดเกี่ยวกับการสร้าง ความครอบคลุมด้านสิทธิ การบริหารงบประมาณ รวมไปถึงข้อถกเถียงเกี่ยวกับรูปแบบการให้สวัสดิการ ที่เหมาะสม ประเด็นเหล่านี้รวมถึงรายละเอียดเรื่องงบประมาณ การเบิกจ่าย เงื่อนไขการให้สวัสดิการ ผู้ถือสิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพของแต่ละกองทุนหลักในส่วนถัดไป

ส่วนที่ 3 หลักการและกติกาปัจจุบันของ 3 กองทุนหลักของประเทศไทย

- กรณีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- กรณีกองทุนประกันสังคม
- กรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- เปรียบเทียบ 3 กองทุนหลัก และข้อพิจารณา

ส่วนที่ 3 หลักการและกติกาปัจจุบันของ 3 กองทุนหลักของประเทศไทย

ส่วนนี้กล่าวถึงหลักการและกติกาปัจจุบันของ 3 กองทุนหลักของประเทศไทย โดยเนื้อหาจะประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ 1) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2) กองทุนประกันสังคม 3) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในแต่ละหัวข้อจะประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ขอบเขต ความคุ้มครอง หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิ และ 4) เป็นการสรุปเปรียบเทียบ 3 กองทุนหลัก และข้อพิจารณา

6. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

6.1 ขอบเขตความคุ้มครอง

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อยู่ภายใต้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับรักษายาบาล อันเป็นกฎหมายว่าด้วยการเบิกค่ารักษายาบาลของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว อันได้แก่ บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ บุตรที่เป็นผู้ไร้ความสามารถ คู่สมรส และบิดามารดา ซึ่งเริ่มจากพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2521¹² จากนั้นได้ปรับปรุงใหม่เป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523¹³ ซึ่งต่อมามีการแก้ไขเพิ่มเติมอีก 7 ครั้ง

ต่อมา เนื่องจากภาครัฐต้องการปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์ และระบบหลักประกันสุขภาพอื่น และเพื่อขยายสิทธิให้ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนให้กว้างขึ้น และกำหนดให้การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นการรักษายาบาลด้วย รวมทั้งกำหนดให้นำระบบการเบิกจ่ายตรงมาใช้กับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล ด้วยเหตุนี้ ภาครัฐจึงได้ประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553¹⁴ ซึ่งเป็นพระราชกฤษฎีกาฉบับที่บังคับใช้มาจนจวบปัจจุบันและมีการแก้ไขเพิ่มเติม 1 ครั้ง คือ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 โดยมีขอบเขตและความคุ้มครองดังนี้

¹² (พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2521)

¹³ (พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523)

¹⁴ (พระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553)

“มาตรา 4 ในพระราชกฤษฎีกานี้

...

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

(1) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

(2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร

(5) ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

(6) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

(7) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

(8) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

...

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า

(1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย งบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่างรับการศึกษอบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ

(2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมีได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้

(3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

“บุคคลในครอบครัว” หมายความว่า

(1) บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนที่ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิแต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

(2) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(3) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

...

มาตรา 6 ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรได้เพียงคนที่หนึ่งถึงคนที่สาม

ผู้มีสิทธิผู้ใดมีบุตรเกินสามคน และต่อมาบุตรคนหนึ่งคนใดในจำนวนสามคนตามวรรคหนึ่งตายลงก่อนที่จะบรรลุนิติภาวะ ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรเพิ่มขึ้นอีกเท่าจำนวนบุตรที่ตาย โดยให้นับบุตรคนที่อยู่ในลำดับถัดไปก่อน

การนับลำดับบุตร ให้นับเรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลัง ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นบุตรที่เกิดจากการสมรสครั้งใด หรืออยู่ในอำนาจปกครองของตนหรือไม่

...

มาตรา 8 ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของตน ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

(2) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ประเภทผู้ป่วยใน

(3) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน เฉพาะกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

(4) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนตามที่กระทรวงการคลังกำหนดประเภทผู้ป่วยนอก เป็นครั้งคราว เพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชนนั้น ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลของเอกชนตามพระราชกฤษฎีกานี้หรือไม่ก็ตาม

การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ให้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลโดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ประเภท และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด”

6.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

กรมบัญชีกลางมีหน้าที่เป็นผู้จัดทำประมาณการรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแต่ละปีงบประมาณ โดยมีสมมติฐาน ดังนี้

- 1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 3
- 2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 2

ในแต่ละปีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานของรัฐที่เกิดขึ้นจริงจะเกินกว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรร ซึ่งกรมบัญชีกลางจะทำเรื่องของงบเพิ่มไปยังสำนักงบประมาณ (จัดทำโดยกองการเงินการคลังภาครัฐ) ซึ่งในกรณีที่ไม่ได้รับเพิ่มหรือให้เพิ่มแล้วแต่ยังไม่พอกับค่าใช้จ่ายฯ ก็จะต้องขอใช้งบประมาณจากเงินคงคลัง แล้วตั้งงบประมาณขอใช้เงินคงคลังในปีถัดไป

6.3 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิ

สำหรับการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิ ณ สถานพยาบาลของทางราชการ มี 2 วิธี ได้แก่ การเบิกในระบบเบิกจ่ายตรง และการยื่นใบเสร็จเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด โดยมีบางรายการที่ผู้มีสิทธิอาจต้องชำระส่วนเกินสิทธิเอง โดยแบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

1) ผู้ป่วยนอก หากสถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้มีสิทธิอาจต้องชำระส่วนเกินสิทธิ ยกเว้น ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาที่ใช้ในสถานพยาบาล ค่าทำหัตถการในห้องผ่าตัด ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู ซึ่งให้เบิกได้ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายอื่นที่ไม่ใช่สำหรับการรักษาพยาบาลโดยตรงไม่สามารถเบิกได้ ผู้ป่วยต้องชำระเงินเองทั้งหมด

2) ผู้ป่วยใน มีส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่าย ได้แก่

2.1 ค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่สำหรับการรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น

2.2 ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินสิทธิ ได้แก่

(1) ค่าใช้จ่ายในหมวดค่าห้องค่าอาหาร และหมวดค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคส่วนที่เกินอัตราที่กำหนด

(2) ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นที่เบิกไม่ได้ เช่น ยาบำรุง ค่าผ่าตัดที่เป็นการเสริมสวย ค่าธรรมเนียมแพทย์ เป็นต้น

ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน ผู้มีสิทธิสามารถเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะ 3 กรณี ดังนี้

- 2.1) กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน เนื่องจากเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 แบ่งพิจารณาได้ดังนี้

2.1.1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้มีสิทธิไม่ต้องทอดรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยสถานพยาบาลของเอกชนจะเป็นผู้เบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิ ในระบบเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมงนับแต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลของเอกชน เกินกว่าเจ็ดสิบสองชั่วโมงนับแต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้ารับการรักษาพยาบาล ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินเกินกว่าเจ็ดสิบสองชั่วโมง ดังนี้

(1) กรณีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ายังไม่พ้นภาวะวิกฤตและไม่สามารถย้ายกลับไปยังสถานพยาบาลของทางราชการได้ ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

ก. ค่าห้องและค่าอาหาร ให้เบิกได้เช่นเดียวกับกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

ข. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้เช่นเดียวกับกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

ค. ค่ารักษาพยาบาลประเภทอื่นๆ ให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินทั้งหมดที่ได้จ่ายไปจริง

(2) กรณีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าพ้นภาวะวิกฤตและสามารถย้ายกลับไปยังสถานพยาบาลของทางราชการได้ แต่ไม่มีเตียงสถานพยาบาลของทางราชการรับย้าย ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ดังนี้

ก. ค่าห้องและค่าอาหาร ให้เบิกได้เช่นเดียวกับกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

ข. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้เช่นเดียวกับกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

ค. ค่ารักษาพยาบาลประเภทอื่นๆ ให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินทั้งหมดที่ได้จ่ายไปจริง แต่ไม่เกินแปดพันบาท

2.1.2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ผู้มีสิทธิต้องทอดรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน แล้วยื่นเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด (แบบ 7131) พร้อมหลักฐานการรับเงินที่สถานพยาบาล

ออกให้ (ใบเสร็จรับเงิน) ต่อส่วนราชการต้นสังกัดภายหลัง โดยให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

- (1) ค่าห้องและค่าอาหาร ให้เบิกได้เช่นเดียวกับกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
- (2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้เช่นเดียวกับกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
- (3) ค่ารักษาพยาบาลประเภทอื่นๆ ให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินทั้งหมดที่ได้จ่ายไปจริง แต่ไม่เกินแปดพันบาท

2.2) กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนที่เข้าร่วมโครงการประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชนจะเป็นผู้เบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิ โดยเบิกได้ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยในของสถานพยาบาลของทางราชการ แต่อัตราฐาน (Base rate) ที่ใช้ในการคำนวณ กรณีนี้จะเป็นแบบคงที่ (fixed rate) สำหรับทุกสถานพยาบาลของเอกชน โดยเทียบเคียงกับค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลของราชการขนาดใหญ่ ซึ่งมีขนาดและศักยภาพใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ AdjRW ซึ่งอ้างอิงความหนักเบาของโรคตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ใช้ค่าในการคำนวณเช่นเดียวกันกับสถานพยาบาลรัฐ

2.3) กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลของเอกชนตามที่กระทรวงการคลังกำหนดประเภทผู้ป่วยนอกเป็นครั้งคราว เพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชน เช่น กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรังเนื่องจากสถานพยาบาลของทางราชการไม่มีเครื่องไตเทียม หรือมีแต่ไม่เพียงพอในการให้บริการ ซึ่งกรณีนี้ ให้นำหน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น เว้นแต่ ผู้ป่วยยังไม่ได้ลงทะเบียนในระบบเบิกจ่ายตรงกลุ่มโรคเฉพาะ ให้สามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ส่วนราชการได้

6.4 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของสถานพยาบาล

กรมบัญชีกลางจะใช้ระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลและฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐมาใช้ในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการเบิกจ่ายกับสถานพยาบาลในภาพรวม โดยรูปแบบการจ่ายจะแบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก ดังนี้

- 1) การจ่ายตามรายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Fee for Service) โดยให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ซึ่งจะใช้ในกรณีการรักษาผู้ป่วยนอก

- 2) การจ่ายโดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ซึ่งจะใช้ในกรณีการรักษาผู้ป่วยใน

ในอีกทางหนึ่ง สามารถอธิบายรูปแบบการจ่ายในแต่ละกรณีหลักๆ ได้ดังนี้

- 1) กรณีผู้ป่วยนอก ข้าราชการสามารถเบิกได้ตามสิทธิที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
- 2) กรณีผู้ป่วยใน จะเบิกได้ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ให้ใช้อัตราฐาน (Base Rate) ในบัญชีที่สำนักงานสารสนเทศบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายได้จัดทำ ซึ่งอ้างอิงจากค่าใช้จ่ายของแต่ละสถานพยาบาล ข้อมูลการเบิกของช่วงก่อนหน้า ข้อมูลจากการตรวจสอบ รวมถึงขนาดและศักยภาพของสถานพยาบาล และจะมีการปรับตามความเหมาะสมและความจำเป็นอย่างสม่ำเสมอ โดยแต่ละกลุ่มสถานพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการและระดับการให้บริการใกล้เคียงกันจะมีอัตราเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน คำนวณด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอนจริง (AdjRW) ของแต่ละกลุ่มโรคตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา (จำนวนเงินที่จ่ายตาม DRGs = Base rate คูณ AdjRW)

ทั้งนี้ การเบิกจ่ายค่าห้องและค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ค่ายา กระจก และค่ายาประเภทอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ให้เบิกจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

สำหรับการยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงในปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลแล้ว สถานพยาบาลจะส่งข้อมูลค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงตามรายการที่กำหนดเป็นรายบุคคล ไปยังหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือสำนักงานสารสนเทศบริการสุขภาพ (สภส.) แล้วแต่กรณี จากนั้น สปสช. หรือ สภส. จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและแจ้งให้สถานพยาบาลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลค่าใช้จ่าย เมื่อสถานพยาบาลยืนยันข้อมูลค่าใช้จ่าย สถานพยาบาลจะจัดทำคำขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามแบบที่กำหนด และส่งให้แก่ สปสช. หรือ สภส. จากนั้น สปสช. หรือ สภส. จะจัดส่งมาที่กรมบัญชีกลางต่อ เพื่อดำเนินการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลตามรอบบัญชีที่กำหนด และส่งแบบแจ้งการโอนเงินให้สถานพยาบาลทราบ โดยให้สถานพยาบาลเก็บรวบรวมต้นฉบับคำขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งไว้คู่กับแบบแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาล เพื่อใช้ในการตรวจสอบ โดยกรมบัญชีกลางได้กำหนดระยะเวลาส่งเบิก ดังนี้

- 1) กรณีผู้ป่วยนอกกำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลภายใน 1 ปี

2) กรณีผู้ป่วยในได้กำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลภายใน 30 วันหลักจากวันที่จำหน่าย หากล่าช้า จะมีการปรับลดค่ารักษาพยาบาลส่วนที่จัดสรรตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRGs ลง ร้อยละ 5 ร้อยละ 10 และร้อยละ 20 ตามระยะเวลาที่ส่งล่าช้า

ทั้งนี้ ข้อมูลที่เกิน 1 ปี ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะถือว่าสถานพยาบาลไม่ประสงค์จะส่งเบิก อย่างไรก็ตาม หากสถานพยาบาลประสงค์จะยื่นเบิกข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิน 1 ปี สถานพยาบาลจะต้องขออนุมัติ กรมบัญชีกลางเป็นกรณีๆ ไป

7. กองทุนประกันสังคม

7.1 ขอบเขตความคุ้มครอง

โดยหลักใหญ่แล้ว กองทุนประกันสังคมให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต อันมิได้มีสาเหตุจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงานด้วย ดังพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมมาแล้ว 3 ครั้ง ได้แก่ พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 ซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

“มาตรา 33 ให้ลูกจ้างซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่าสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์ เป็นผู้ประกันตน

ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนอยู่แล้วตามวรรคหนึ่งเมื่อมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ และยังเป็นลูกจ้างของนายจ้างซึ่งอยู่ภายใต้บังคับแห่งพระราชบัญญัตินี้ให้ถือว่าลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนต่อไป

...

มาตรา 39 ผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 โดยจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน และต่อมาความเป็นผู้ประกันตนได้สิ้นสุดลงตามมาตรา 38(2) ถ้าผู้นั้นประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป ให้แสดงความจำนงต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

จำนวนเงินที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบที่ผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่ง ต้องนำส่งเข้ากองทุนตามมาตรา 46 วรรคสาม ให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจในขณะนั้นด้วย

ให้ผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งนำส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเดือนละครั้งภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดไป

ผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งซึ่งไม่ส่งเงินสมทบ หรือส่งไม่ครบจำนวนภายในเวลาที่กำหนดตามวรรคสาม ต้องจ่ายเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินสมทบที่ยัง

มิได้นำส่ง หรือของจำนวนเงินสมทบที่ยังขาดอยู่นับแต่วันถัดจากวันที่ต้องนำส่งเงินสมทบ สำหรับเศษของเดือนถ้าถึงสิบห้าวันหรือกว่านั้นให้นับเป็นหนึ่งเดือนถ้าน้อยกว่านั้นให้ปัดทิ้ง

มาตรา 40 บุคคลใดซึ่งมิใช่ลูกจ้างตามมาตรา 33 หรือไม่อยู่ในบังคับแห่งพระราชบัญญัตินี้อาจสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัตินี้ได้ โดยแสดงความจำนงต่อสำนักงาน ทั้งนี้ คุณสมบัติของบุคคลดังกล่าวให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตน ประเภทของประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับตามมาตรา 54 ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา

ให้รัฐบาลจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่ไม่เกินกึ่งหนึ่งของเงินสมทบที่ได้รับจากผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่ง

...

มาตรา 54 ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุน ดังต่อไปนี้

(1) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

(2) ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร

(3) ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ

(4) ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย

(5) ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร

(6) ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ

(7) ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

สิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามวรรคหนึ่งไม่อาจโอนกันได้และไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี”

ทั้งนี้ ประโยชน์ทดแทนในแต่ละกรณีมีขอบเขตและความคุ้มครองแตกต่างกันไป ดังนี้

1) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

“มาตรา 62 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสามเดือน

มาตรา 63 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้แก่

(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค

(2) ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(3) ค่าบำบัดทางการแพทย์และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ

(4) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(5) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(6) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(7) ค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนไปแล้ว ให้สำนักงานมีสิทธิไต่เบี่ยแก่ผู้กระทำผิดได้

(8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ผู้ประกันตนที่ต้องหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ให้ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรา 64 ด้วย

มาตรา 64 ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละห้าสิบของค่าจ้างตามมาตรา 57 สำหรับการที่ผู้ประกันตนต้องหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ครั้งหนึ่งไม่เกินเก้าสิบวัน และในระยะเวลาหนึ่งปีปฏิทินต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน เว้นแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามที่กำหนดในกฎกระทรวงก็ให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน แต่ไม่เกินสามร้อยหกสิบห้าวัน

ระยะเวลาได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ให้เริ่มนับแต่วันแรกที่ต้องหยุดงานตามคำสั่งของแพทย์จนถึงวันสุดท้ายที่แพทย์กำหนดให้หยุดงาน หรือจนถึงวันสุดท้ายที่หยุดงาน ในกรณีที่ผู้ประกันตนกลับเข้าทำงานก่อนครบกำหนดเวลาตามคำสั่งของแพทย์แต่ไม่เกินระยะเวลาที่กำหนดในวรรคหนึ่ง

ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าจ้างจากนายจ้างในระหว่างหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานหรือมีสิทธิตามระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน สัญญาจ้างแรงงาน หรือข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพการจ้างแล้วแต่กรณี ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับเงินทดแทนตามวรรคหนึ่งจนกว่าสิทธิได้รับเงินค่าจ้างนั้นได้สิ้นสุดลง จึงจะมีสิทธิได้รับเงินทดแทนดังกล่าวเท่าระยะเวลาที่คงเหลือ และถ้าเงินค่าจ้างที่ได้รับจากนายจ้างในกรณีใดน้อยกว่าเงินทดแทนการขาดรายได้จากกองทุน ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากกองทุนในส่วนที่ขาดด้วย”

2) กรณีคลอดบุตร

“มาตรา 65 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตรสำหรับตนเองหรือภริยาต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าห้าเดือน

ในกรณีที่ผู้ประกันตนไม่มีภริยา หากผู้ประกันตนอยู่กินฉันสามีภริยากับหญิงใดโดยเปิดเผยตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตรสำหรับหญิงนั้นด้วย

มาตรา 66 ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ได้แก่

- (1) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
- (4) ค่าทำคลอด
- (5) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (6) ค่าบริบาลและค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด
- (7) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ผู้ประกันตนซึ่งต้องหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรให้ได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรา 67 ด้วย

มาตรา 67 ในกรณีที่ผู้ประกันตนหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรไม่เกินสองครั้งเป็นการเหมาจ่ายในอัตราครึ่งร้อยละห้าสิบของค่าจ้างตามมาตรา 57 เป็นเวลาเก้าสิบวัน”

3) กรณีทุพพลภาพ

“มาตรา 69 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนทุพพลภาพผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสามเดือน

มาตรา 70 ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ได้แก่

- (1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(4) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ

(6) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจและอาชีพ

(7) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา 71 ในกรณีที่ผู้ประกันตนทุพพลภาพอันมิใช่เนื่องจากการทำงานให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ตามอัตราและระยะเวลาที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ทั้งนี้ เงินทดแทนการขาดรายได้ต้องไม่เกินอัตราร้อยละห้าสิบของค่าจ้างตามมาตรา 57

ในกรณีที่ผู้ประกันตนทุพพลภาพอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และการทุพพลภาพนั้นมีระดับความสูญเสียรุนแรงตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละห้าสิบของค่าจ้างตามมาตรา 57 ตลอดชีวิต”

4) กรณีเสียชีวิต

“มาตรา 73 ในกรณีที่ผู้ประกันตนถึงแก่ความตายโดยมิใช่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ถ้าภายในระยะเวลาหกเดือนก่อนถึงแก่ความตายผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งเดือน ให้จ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย ดังนี้

(1) เงินค่าทำศพตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่ต้องไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยเท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน ให้จ่ายให้แก่บุคคลตามลำดับ ดังนี้

(ก) บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ และได้เป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน

(ข) สามเณร บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตนซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน

(ค) บุคคลอื่นซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน

(2) เงินสงเคราะห์กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย ให้จ่ายแก่บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์นั้น แต่ถ้าผู้ประกันตนมิได้มีหนังสือระบุไว้ก็ให้นำมาเฉลี่ยจ่ายให้แก่สามเณรหรือภริยา บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตนในจำนวนที่เท่ากัน ดังนี้

(ก) ถ้าก่อนถึงแก่ความตาย ผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่สามสิบหกเดือนขึ้นไปแต่ไม่ถึงหนึ่งร้อยยี่สิบเดือน ให้จ่ายเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนเท่ากับร้อยละห้าสิบของค่าจ้างรายเดือนที่คำนวณได้ตามมาตรา 57 คูณด้วยสี่

(ข) ถ้าก่อนถึงแก่ความตาย ผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่หนึ่งร้อยยี่สิบเดือนขึ้นไป ให้จ่ายเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนเท่ากับร้อยละห้าสิบของค่าจ้างรายเดือนที่คำนวณได้ตามมาตรา 57 คูณด้วยสิบสอง”

5) กรณีสงเคราะห์บุตร

“มาตรา 74 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตรต่อเมื่อภายในระยะเวลาสามสิบหกเดือนก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน

มาตรา 75 ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร ได้แก่

- (1) ค่าสงเคราะห์ความเป็นอยู่ของบุตร
- (2) ค่าเล่าเรียนบุตร
- (3) ค่ารักษาพยาบาลบุตร
- (4) ค่าสงเคราะห์อื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

6) กรณีชราภาพ

“มาตรา 76 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบเดือน ไม่ว่าจะระยะเวลาหนึ่งร้อยแปดสิบเดือนจะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม

มาตรา 77 ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ ได้แก่

- (1) เงินเลี้ยงชีพรายเดือน เรียกว่า เงินบำนาญชราภาพ หรือ
- (2) เงินบำเหน็จที่จ่ายให้ครั้งเดียว เรียกว่า เงินบำเหน็จชราภาพ

หลักเกณฑ์ วิธีการ ระยะเวลา และอัตราการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”

7) กรณีว่างงาน

“มาตรา 78 ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าหกเดือน และต้องอยู่ภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนการว่างงาน และจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในเงื่อนไขดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้มีความสามารถในการทำงาน พร้อมทั้งจะทำงานที่เหมาะสมตามที่จัดหาให้ หรือต้องไม่ปฏิเสธการฝึกงาน และได้ขึ้นทะเบียนไว้ที่สำนักจัดหางานของรัฐ โดยต้องไป รายงานตัวไม่น้อยกว่าเดือนละหนึ่งครั้ง

(2) การที่ผู้ประกันตนว่างงานต้องมีใช้ถูกเลิกจ้างเนื่องจากทุจริตต่อหน้าที่ หรือกระทำความผิดอาญาโดยเจตนาแก่นายจ้าง หรือจงใจทำให้นายจ้างได้รับความเสียหาย หรือฝ่าฝืนข้อบังคับหรือระเบียบเกี่ยวกับการทำงาน หรือคำสั่งอันชอบด้วยกฎหมายในกรณี ร้ายแรง หรือละทิ้งหน้าที่เป็นเวลาเจ็ดวันทำงานติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร หรือ ประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้นายจ้างได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง หรือได้รับโทษจำคุก ตามคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือ ความผิดลหุโทษ

(3) ต้องมิใช่ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพตามหมวด 7 ใน ลักษณะนี้

มาตรา 79 ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนการว่างงานตั้งแต่วันที่แปด นับแต่วันว่างงานจากการทำงานกับนายจ้างรายสุดท้าย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่ กำหนดในกฎกระทรวง”

7.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

กองทุนประกันสังคมมีรายได้หลักมาจากการได้รับเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ผู้ประกันตน และรัฐบาล โดยกำหนดอัตราสมทบตามฐานค่าจ้าง ดังนี้

1) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33

- เรียกเงินสมทบจากผู้ประกันตนตามมาตรา 33 รวมร้อยละ 5 ของฐานค่าจ้าง นำเข้า กองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ร้อยละ 1.5 ของฐานค่าจ้าง (ที่เหลืออีกร้อยละ 3.5 จะนำเข้าสู่กองทุน 2 กรณี ร้อยละ 3 และกองทุนกรณีว่างงาน ร้อยละ 0.5) โดยมีนายจ้างและรัฐบาลร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุน 4 กรณี อีกฝ่ายละ ร้อยละ 1.5 ของฐานค่าจ้าง (ส่วนที่เหลือ นายจ้างร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุน 2 กรณี ร้อยละ 3 และกองทุนกรณีว่างงาน ร้อยละ 0.5 ส่วนรัฐบาลร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุน 2 กรณี ร้อยละ 1 และกองทุนกรณีว่างงาน ร้อยละ 0.25)
- ฐานค่าจ้างตามค่าจ้างที่ได้รับจริง กำหนดไว้ต่ำสุดที่ 1,650 บาทต่อเดือน สูงสุดที่ 15,000 บาทต่อเดือน (กรณีค่าจ้างสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป จะจ่ายเงินสมทบ ที่ฐานค่าจ้าง 15,000 บาทต่อเดือน) ทำให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมากที่สุด 750 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 5 ของ 15,000 บาท)

2) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 39

- เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนตามมาตรา 39 รวมร้อยละ 9 ของฐานค่าจ้าง นำเข้ากองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ร้อยละ 3 ของฐานค่าจ้าง (ที่เหลืออีกร้อยละ 6 จะนำเข้าสู่กองทุน 2 กรณี โดยที่ไม่มีเงินส่งเข้ากองทุนกรณีว่างงาน) โดยมีรัฐบาลร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุน 4 กรณี ร้อยละ 1.5 ของฐานค่าจ้าง และเข้ากองทุน 2 กรณี อีกร้อยละ 1 ของฐานค่าจ้าง
- กำหนดฐานค่าจ้างเท่ากับ 4,800 บาทต่อเดือน ทำให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเท่ากับ 432 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 9 ของ 4,800 บาท) และได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล 120 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 2.5 ของ 4,800 บาท) เท่ากันทุกคน

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาในบางช่วงเวลาอาจมีการปรับลดอัตราเงินสมทบเป็นกรณีพิเศษ เช่น ในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม และกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 และในช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม และ มิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 สำนักงานประกันสังคมประกาศปรับลดอัตราเงินสมทบทั้งในส่วนของ นายจ้างและผู้ประกันตนเพื่อช่วยบรรเทาผลกระทบที่ทั้ง 2 ฝ่ายได้รับจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เงินกองทุนประกันสังคมจะถูกจัดสรรให้แก่สถานพยาบาลดังระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน และการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. 2561 ที่ บัญญัติไว้ดังนี้

“ข้อ 6 ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลโดยวิธี เหมาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติมต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน ภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลโดยให้จ่ายภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน

ให้สำนักงานแบ่งจ่ายเงินตามวรรคหนึ่ง เป็นรายเดือน ๆ ละไม่น้อยกว่าร้อยละเจ็ดสิบห้าของจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ในวันทำการสุดท้าย ของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์โดยใช้จำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อ ตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลในการไปรับบริการทางการแพทย์เป็นเกณฑ์คำนวณ

เมื่อมีการจ่ายเงินในแต่ละเดือนแล้ว ให้มีการคิดคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายเงิน โดยให้ใช้จำนวน ผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันต้นเดือน รวมกับจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันสิ้น

เดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ และในกรณีที่ต้องจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่ม ให้แก่สถานพยาบาล ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จ ภายในสามเดือน

ข้อ 7 ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนหนึ่งคน ภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546 และ ที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยแบ่งงบประมาณเป็นสองส่วน ส่วนที่ 1 แบ่งจ่ายเป็นรายเดือน เดือนละเท่า ๆ กัน จำนวนสิบเอ็ดงวด ส่วนที่ 2 จ่ายเป็นงวดที่ 12 และให้จ่ายเงินภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ ดังนี้

งวดที่ 1 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับ ตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายใน เดือนมกราคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 1 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ 2 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับ ตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายใน เดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือน กุมภาพันธ์ และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 2 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ 3 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับ ตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายใน เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 ถึงงวดที่ 2 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 3 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ 4 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับ ตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายใน เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 ถึงงวดที่ 3 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 4 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ 5 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับ ตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายใน เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือน

งวดที่ 12 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลปีนั้น ทั้งหมดที่ส่งภายใน ระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม และนำเงิน ค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 ถึงงวดที่ 11 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง งวดที่ 12 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ ตามภาระเสี่ยง การกำหนดสัดส่วนงบประมาณระหว่างส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 หรือการกำหนดสัดส่วน ค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งคะแนนโรคเรื้อรังแต่ละโรค เพื่อคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ให้สำนักงานพิจารณาตามคำแนะนำของ คณะกรรมการการแพทย์

สำหรับปีที่สำนักงานมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ใช้ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ทำให้ต้องขยายระยะเวลา การส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ในช่วงแรกที่ยังไม่ได้รับข้อมูลการให้บริการ ทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ให้คำนวณคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอก และน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตาม วันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จากข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ของปีก่อนหน้า และใช้ข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยตามปีที่จ่าย ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาล เป็นรายเดือนไปก่อน และเมื่อได้รับข้อมูลปีที่จะจ่ายจริงแล้ว จึงคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ 11 สำหรับสถานพยาบาลที่เข้าใหม่ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนของปีที่จ่าย ด้วยอัตราร้อยละสิบห้าของอัตราที่กำหนดตามประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน และเมื่อได้รับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ แก่ผู้ประกันตน ปีที่จะจ่ายจริงแล้ว ให้คำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ 11

...

ข้อ 9 ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน

กรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Related Weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ในอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับ

ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยให้แบ่งจ่ายเป็นรายงวด ภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนผ่านไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสองเดือนถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เพื่อให้สำนักงานนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม เมื่อจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ครบทุกรายการแล้วหากมีค่าบริการทางการแพทย์คงเหลือจำนวนเท่าใด ให้เป็นดุลพินิจของสำนักงานในการพิจารณาคำนวณจ่ายเงินเพิ่มเติมหรือลดลงให้แก่สถานพยาบาล ภายในวงเงินที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

...

ข้อ 12 ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีที่สถานพยาบาลได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS) ที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินกว่าหนึ่งล้านบาท และเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการที่ได้ปรับตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ได้ปรับตามอัตราดังกล่าวเมื่อนำมาหักด้วยค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานจ่ายให้แก่สถานพยาบาลครบทุกรายการแล้ว ปรากฏว่ามีค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องรับภาระเกินกว่าสองแสนห้าหมื่นบาทขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS) โดยให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลในอัตราร้อยละแปดสิบของค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะส่วนที่เกินหนึ่งล้านบาท ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจให้ความเห็นชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS) และให้จ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ”

โดยปัจจุบัน พ.ศ. 2564 สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดกรณีเหมาจ่ายในอัตรา 1,640 บาทต่อคนต่อปี กรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2) อัตรา 746 บาทต่อคนต่อปี กรณี

ผู้ป่วยนอก ที่สถานพยาบาลต้องมีภาระการรักษาผู้ประกันตนป่วยด้วยโรคเรื้อรังอัตรา 453 บาทต่อคนต่อปี รวมจ่ายให้สถานพยาบาลคู่สัญญาในอัตรา 2,839 บาทต่อคนต่อปี หากรวมค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือ เหม่าจ่ายด้วย ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนจะเท่ากับ 3,959 บาทต่อคนต่อปี โดยมีรายละเอียด ตามในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับ ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

“(1) เหม่าจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ ให้แก่สถานพยาบาล และมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในอัตรา 1,640 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลา หนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตรา ตามวรรคหนึ่งในอัตรา 453 บาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้าย ประกาศฉบับนี้

...

ข้อ 5/1 กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ 3 หรือสถานพยาบาลอื่นได้ ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงาน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทาง การแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ทำการรักษาซึ่งได้ทำความ ตกลงกับสำนักงาน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวัน นอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้งบวงเงินที่คำนวณจากจำนวน ผู้ประกันตนแต่ละปี ในอัตรา 746 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตาม หลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

7.3 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการได้ที่สถานพยาบาลตามสิทธิ ยกเว้น กรณีทันตกรรม (ซุด/อุด/ถอน) ที่ผู้ประกันตนสามารถไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลใดก็ได้ ภายใต้งบเงิน 900 บาทต่อปี โดยมีวิธีเบิกจ่าย 2 วิธี คือ เบิกจ่ายตรง (ในกรณีที่สถานพยาบาลคู่สัญญาสำนักงาน ประกันสังคม) กับ นำใบเสร็จไปเบิกที่สำนักงานประกันสังคมด้วยตนเอง

กรณีส่งตัวผู้ประกันตนไปยังสถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลปลายทางจะเรียกเก็บจากสถานพยาบาลต้นทาง แล้วสถานพยาบาลต้นทางจะมาเบิกกับสำนักงานประกันสังคม แต่ในกรณีที่ผู้ประกันตนไม่ได้เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นใดที่ไม่ใช่สถานพยาบาลต้นทาง แล้วค่า AdjRW มากกว่า 2 ทางผู้ประกันตนต้องทำเรื่องเบิกค่ารักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาที่สำนักงานประกันสังคม ทางสำนักงานประกันสังคมจะขอประวัติการรักษาทั้งหมดเพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญคำนวณค่า AdjRW หากมีค่ามากกว่า 2 ผู้ประกันตนจะได้รับเงินในอัตราไม่เกิน 15,000 บาทต่อค่า 1 AdjRW นอกจากนี้ ยังสามารถเบิกค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคเพิ่มเติมได้ 167 รายการ เช่น สเตนต์ (Stent) บอลลูน (Balloon) ฉีดยา เป็นต้น และอวัยวะเทียมอีก 96 รายการ

กรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลใดก็ได้ที่ใกล้ที่สุด กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายไปก่อนแล้วมาเบิกกับสำนักงานประกันสังคมในภายหลัง ทั้งนี้ หากเป็นสถานพยาบาลของรัฐจะสามารถเบิกได้ตามที่จ่ายจริง แต่หากเป็นสถานพยาบาลเอกชนจะสามารถเบิกได้ภายใต้เขตแดนที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด กรณีผู้ป่วยใน ผู้ประกันตนจะต้องแจ้งสิทธิประกันสังคมแก่สถานพยาบาลตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา สถานพยาบาลตามสิทธิจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้ง อีกทั้งยังมีหน้าที่ส่งแพทย์มาประเมินว่าสามารถย้ายตัวผู้ป่วยได้หรือไม่ ถ้าย้ายได้ สถานพยาบาลตามสิทธิต้องรับตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อ แต่ถ้าย้ายไม่ได้ สถานพยาบาลตามสิทธิจะต้องจ่ายค่ารักษาที่เกิดขึ้น ณ สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาอยู่

กรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตนได้รับเป็นเงินเหมาจ่ายโดยตรงจากสำนักงานประกันสังคม 15,000 บาท ต่อการคลอดหนึ่งครั้ง¹⁵ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง โดยจะได้รับพร้อมกับเงินสงเคราะห์การหยุดงาน (เฉพาะผู้ประกันตนหญิงที่คลอดบุตร) ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นเวลา 90 วัน เบิกได้ 2 ครั้ง (กรณีลูกคนที่ 3 ขึ้นไปจะไม่ได้สิทธินี้) และเบิกค่าตรวจและรับฝากครรภ์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท¹⁶

กรณีทุพพลภาพ ในกรณีทุพพลภาพไม่รุนแรง ผู้ประกันตนจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ตามหลักเกณฑ์ และระยะเวลาตามประกาศฯ กำหนด ส่วนในกรณีทุพพลภาพรุนแรง จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้าง เป็นรายเดือนตลอดชีวิต

กรณีเสียชีวิต ญาติของผู้ประกันตนจะได้รับเงินค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ตามประกาศฯ กำหนด

กรณีสงเคราะห์บุตร ในอัตราเหมาจ่ายเดือนละ 800 บาท ต่อบุตร 1 คน คราวละไม่เกิน 3 คน โดยให้ตั้งแต่แรกเกิดจนบุตรอายุครบ 6 ปีบริบูรณ์

¹⁵ (ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563)(ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563, n.d.)(ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563, n.d.)

¹⁶ (ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563)

กรณีชราภาพ ผู้ประกันตนจะได้รับเป็นเงินบำนาญชราภาพหรือเงินบำเหน็จชราภาพ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและการตัดสินใจของผู้ประกันตน

กรณีว่างงาน ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนการว่างงานตั้งแต่วันที่ 8 นับแต่วันว่างงานจากการทำงานกับนายจ้างรายสุดท้าย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

7.4 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของสถานพยาบาล

กองทุนประกันสังคมจะใช้วิธีจ่ายทั้งจ่ายไปให้สถานพยาบาลและจ่ายไปให้ผู้ประกันตนโดยตรง โดยรูปแบบการจ่ายจะแบ่งเป็น 3 รูปแบบหลัก ดังนี้

- 1) การจ่ายค่าเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกทั่วไปและกรณีผู้ป่วยในมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า 2 รวมต้นทุนการดำเนินการของสถานพยาบาล
- 2) การจ่ายโดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับกรณีผู้ป่วยในมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งสถานพยาบาลจะได้เงินส่วนนี้เพิ่มจากค่าเหมาจ่ายรายหัว
- 3) การจ่ายให้ผู้ประกันตนโดยตรง เช่น สิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร สิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยในด้านทันตกรรม เป็นต้น

ทั้งนี้ สามารถอธิบายรูปแบบการจ่ายในแต่ละกรณีหลักๆ ได้ดังนี้

- 1) กรณีเจ็บป่วยทั่วไป

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายในอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลแห่งนั้นไว้และเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในอัตรา 1,640 บาทต่อคนภายในระยะเวลา 1 ปี

- 2) กรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง

สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระรักษาโรคที่มีภาระเสี่ยง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราเหมาจ่ายในข้อ 1 ในอัตรา 453 บาท ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน โดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 6 มีนาคม 2563 ดังนี้

“สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

1. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกกำหนดบัญชีรายการโรคเรื้อรัง ดังนี้

- (1) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)
- (2) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- (3) โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง (Chronic Hepatitis, Cirrhosis of Liver)
- (4) โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)
- (5) โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน (Cerebrovascular Accident)
- (6) โรคมะเร็ง (Malignancy)
- (7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)
- (8) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)
- (9) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure)
- (10) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease)
- (11) โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia Gravis)
- (12) โรคเบาจืด (Diabetes Insipidus)
- (13) โรคมัลติเพิล สเคลอโรสิส (Multiple Sclerosis)
- (14) โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)
- (15) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)
- (16) โรคต้อหิน (Glaucoma)
- (17) โรคไต เนฟโรติก (Nephrotic Anemia)
- (18) โรคลูปัส (SLE)
- (19) โรคเลือดอะพลาสติก (Aplastic Anemia)
- (20) โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia)
- (21) โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
- (22) โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis)
- (23) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic Vesiculobullous Disease)
- (24) โรคเลือดไอทีพี (ITP)
- (25) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)
- (26) โรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD 10) รหัส F20 – F29

2. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาผู้ป่วยในทุกราย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) น้อยกว่า 2”

3) กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

กรณีสถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : AdjRW) ภายใต้กรอบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนรายปี ในอัตรา 746 บาทต่อผู้ประกันตน 1 คนภายใน 1 ปี โดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 6 มีนาคม 2563 ดังนี้

“ 1. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

2. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

3. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ($AdjRW > 2$) ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาทต่อ 1 น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

4. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์แล้ว สถานพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนได้และได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลจัดส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ 2

(Adjusted Relative Weight: AdjRW \geq 2) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ 3 โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

5. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ แล้วต่อมาผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่นหรือกรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

5.1 ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 (Adjusted Relative Weight: AdjRW \geq 2) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 1 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) ไม่เกิน 15,000 บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(1) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษายาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

(2) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษายาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

5.2 ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า 2 (Adjusted Relative Weight: AdjRW $<$ 2) และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(1) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษายาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(2) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษายาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

6. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

6.1 ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 (Adjusted Relative Weight: AdjRW \geq 2) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 1 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) ไม่เกิน 15,000 บาท ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

6.2 ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า 2 (Adjusted Relative Weight: AdjRW $<$ 2) ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

7. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 (Adjusted Relative Weight: AdjRW \geq 2) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ 3 แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามข้อ (ข) ถึง (จ) ใน (2) ข้อ 5 แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

8. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล แล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืน หรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป

9. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม ทั้งกรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้ดำเนินการ

9.1 ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ทำการรักษา หรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษามีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง ดังนี้

1) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiogram: CAG) เหม่าจ่ายในอัตรา 32,000 บาท

2) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiogram: CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

2.1) แบบ Simple

เหม่าจ่ายในอัตรา 98,000 บาท

2.2) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหม่าจ่ายในอัตรา 170,000 บาท

2.3) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการ และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหม่าจ่ายในอัตรา 170,000 บาท

3) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA

เหม่าจ่ายในอัตรา 95,000 บาท

4) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ 3 มิติ (EPS with Carto)

เหม่าจ่ายในอัตรา 95,000 บาท

5) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker)

เหม่าจ่ายในอัตรา 80,000 บาท

6) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

เหม่าจ่ายในอัตรา 39,000 บาท

7) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกับ CRTD หรือ CRTD

เหม่าจ่ายในอัตรา 39,000 บาท

9.2 การกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในข้อ 9.1 ให้มีผลเป็นระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ทั้งนี้ จะดำเนินการปรับอัตราตามมติคณะกรรมการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม โดยสำนักงานจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบก่อนมีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง หากสำนักงานยังไม่ดำเนินการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้สถานพยาบาลใช้อัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ 9.1 ไปก่อน จนกว่าจะมีการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับอัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ สามารถเบิกได้ตามบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของสำนักงานประกันสังคม

9.3 ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน เป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดจากสำนักงานประกันสังคม โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการให้บริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

9.4 สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน ต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนถึงสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการให้บริการทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่น ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน เป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนให้เรียบร้อยก่อนการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจาก สถานพยาบาล

9.5 สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม จะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

- 1) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ
- 2) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
 - (1) ข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล
 - (2) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ
 - (3) รายงานภาวะแทรกซ้อน (Complication Rate) ในแต่ละหัตถการ
 - (4) ระยะเวลารอคอยการทำหัตถการ (Door to the Balloon Time) ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)
 - (4) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

9.6 สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้ หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม”

4) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลนอกสิทธิได้ โดยมีเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามตารางข้างล่างนี้ นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) แล้วเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน ทางสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาจนพ้นวิกฤตในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงแรก โดยผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายไปก่อน

ตารางที่ 11 เกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีมีความจำเป็นต้องรักษาที่สถานพยาบาลนอกสิทธิ

ประเภท	สถานพยาบาลรัฐ	สถานพยาบาลเอกชน
ผู้ป่วยนอก	สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น	ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท ในกรณีที่ค่าบริการทางการแพทย์เกิน 1,000 บาท ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมกรณีที่ได้รับการตรวจรักษาตามรายการและอัตราตามที่ประกาศในข้อ 4.1.2 (1) ของประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2560
ผู้ป่วยใน	สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามความจำเป็น ไม่เกิน 72 ชั่วโมงแรก ไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ ยกเว้นค่าห้องและค่าอาหารจ่ายตามจริง ไม่เกิน 700 บาท/วัน	ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงแรก โดยไม่รวมวันหยุดราชการ หากวันหยุดราชการในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงนั้น ให้นับรวมค่าบริการทางการแพทย์ในวันหยุดราชการด้วย ตามรายการและอัตราตามที่ประกาศในข้อ 4.1.2 (2) ของประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2560

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม (2562)

5) กรณีจ่ายให้ผู้ประกันโดยตรง

ในระบบประกันสังคม นอกจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปให้สถานพยาบาลแล้ว ยังมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนโดยตรงด้วย ยกตัวอย่างเช่น สิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรที่สำนักงานประกันสังคมเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ คลอดบุตร และดูแลบุตรในอัตรา 15,000 บาท ต่อการคลอดบุตร 1 ครั้ง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง สิทธิประโยชน์ในด้านทันตกรรม ที่สำนักงานประกันสังคมให้ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการชุดหินปูน อดฟัน ถอนฟัน และผ่าฟันคุด ในวงเงินรวมไม่เกิน 900 บาทต่อปี (มีสถานพยาบาลบางแห่งได้อำนวยความสะดวกในการเบิกจ่ายตรงให้ผู้ประกันตน)

8. กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

8.1 ขอบเขตความคุ้มครอง

ในปี พ.ศ. 2545 หลังจากที่เริ่มโครงการ 30 บาทฯ รัฐบาลก็พยายามสร้างโครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ” โดยออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา ซึ่งในพระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นมาพร้อมกับจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกองทุนมีแหล่งรายได้มาจากภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งมีขอบเขตและความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติในมาตราต่างๆ ต่อไปนี้

“มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

...

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่

- (1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- (2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (3) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- (5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- (6) ค่าทำคลอด
- (7) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- (8) ค่าบริหารทารกแรกเกิด
- (9) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- (11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- (12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริหารสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

...

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้ คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

...

มาตรา 9 ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลดังต่อไปนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งใดๆ ที่กำหนดขึ้นสำหรับส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้ใช้สิทธิดังกล่าวตามพระราชบัญญัตินี้

- (1) ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ
- (2) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (3) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ
- (4) บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (1) (2) หรือ (3)

ในการนี้ ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดการให้บุคคลดังกล่าวสามารถได้รับบริการสาธารณสุขตามที่ได้ตกลงกันกับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี

การกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งประเภทใด หรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสามใช้บังคับแล้ว ให้รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี ดำเนินการจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกานั้นให้แก่กองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการ

มาตรา 10 ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การขยายบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

ให้คณะกรรมการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และเมื่อได้ตกลงกันเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการสาธารณสุขกับคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว ให้คณะกรรมการเสนอรัฐบาลเพื่อตราพระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้แก่ผู้มีสิทธิดังกล่าว

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนตามจำนวนที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

มาตรา 11 ในกรณีที่ถูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้วให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้เป็นลูกจ้างของนายจ้างที่ไม่มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน ให้สำนักงานมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนแทนลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนเพื่อชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรานี้ ให้ถือเป็นการจ่ายเงินทดแทนในส่วนของการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

...

มาตรา 38 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย

มาตรา 39 กองทุนประกอบด้วย

- (1) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- (2) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- (3) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
- (4) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้

- (5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
- (6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
- (7) เงินหรือทรัพย์สินใดๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
- (8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับงบประมาณตาม (1) ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อ คณะรัฐมนตรีโดยพิจารณาประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐาน ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุนในขณะจัดทำคำขอ ดังกล่าว”

โดยสรุปแล้ว พระราชบัญญัติฉบับนี้ก่อให้เกิดการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มโดยเน้นการจัดหลักประกันทางด้านสุขภาพ ให้ประชาชนที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม สวัสดิการการรักษาพยาบาลพนักงานข้าราชการส่วนท้องถิ่น และสวัสดิการการรักษาพยาบาลพนักงาน รัฐวิสาหกิจ โดยกองทุนได้รับเงินมาจากงบประมาณรายจ่ายของภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งมีเจตนารมณ์ที่จะรวมการบริหารทุกกองทุนในอนาคต อย่างไรก็ตาม จนถึงขณะนี้เวลาผ่านไปเกือบ 2 ทศวรรษ ก็มีแนวโน้มว่ากองทุนนี้ จะยังดูแลเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือระบบประกันสังคมต่อไปเหมือนเดิม

8.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

ในปีงบประมาณ 2564 ได้รับการจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 3,719.23 บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 47.6440 ล้านคน โดยค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2564 แบ่งเป็น 9 ประเภทบริการ ดังนี้

ตารางที่ 12 การจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2564

ประเภทบริการ	อัตราเหมาจ่าย (บาทต่อผู้มีสิทธิ)
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)	1,279.31
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)	1,440.03
3. บริการกรณีเฉพาะ (CR)	373.67
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)	455.39
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.40
6. บริการการแพทย์แผนไทย	17.90
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	3.84
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,719.23

หมายเหตุ: ประเภทบริการที่ 4 จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

นอกจากนี้ ยังมีงบประมาณเพิ่มเติมอีก 6 รายการ ดังนี้

- 1) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้อง บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2564 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 13 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	271,704	3,405.51
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	72,500	250.84
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		20.00
รวม	344,204	3,676.35

ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

- 2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเริ่มบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis: APD) หากไม่มีปัญหา ค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติจะทำให้ค่าบริการเพิ่มขึ้น โดยในงบประมาณ 2564 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 14 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD)		
- บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	31,790	4,982.45
- บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)	100	21.47
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	22,949	4,087.18
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD Self Pay)	6,569	68.66
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต		
- ผ่าตัด (KT)	224	132.12
- รับายกดภูมิ (KTI)	2,183	428.40
รวม	63,815	9,720.28

ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

- 3) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามมาตรฐาน โดยปีงบประมาณ 2564 ยังคงเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และครอบคลุมบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 15 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	3,699,100	1091.21
2. บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	12,000	72.00
รวม	3,711,100	1,163.21

ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

- 4) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เป็นหน่วยบริการในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,490.2880 ล้านบาท
- 5) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับประชาชนไทยทุกคนและทุกกลุ่มวัย ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณจำนวน 838.0260 ล้านบาท
- 6) ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ เป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข.(5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการและในชุมชนทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร จากหน่วยบริการ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ ในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณจำนวน 421.6400 ล้านบาท

8.3 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิ

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สิทธิบัตรทอง เป็นหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนชาวไทยที่ได้ลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำแล้วตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องไม่มีคุณสมบัติตรงตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ
- 2) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ
- 4) เป็นบิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม 3 ข้อข้างต้น
- 5) เป็นผู้ประกันตนที่อยู่ภายใต้กองทุนประกันสังคม ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในบางกรณี

ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิสามารถลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำได้ 4 ครั้ง/ปีงบประมาณ โดยเมื่อต้องการรับการรักษาพยาบาล ผู้มีสิทธิต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิตามสิทธิก่อนเสมอ แต่หากจำเป็นต้องอาศัยการรักษาที่ซับซ้อนจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยที่มีศักยภาพสูงกว่า

8.4 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเบิกจ่ายของสถานพยาบาล

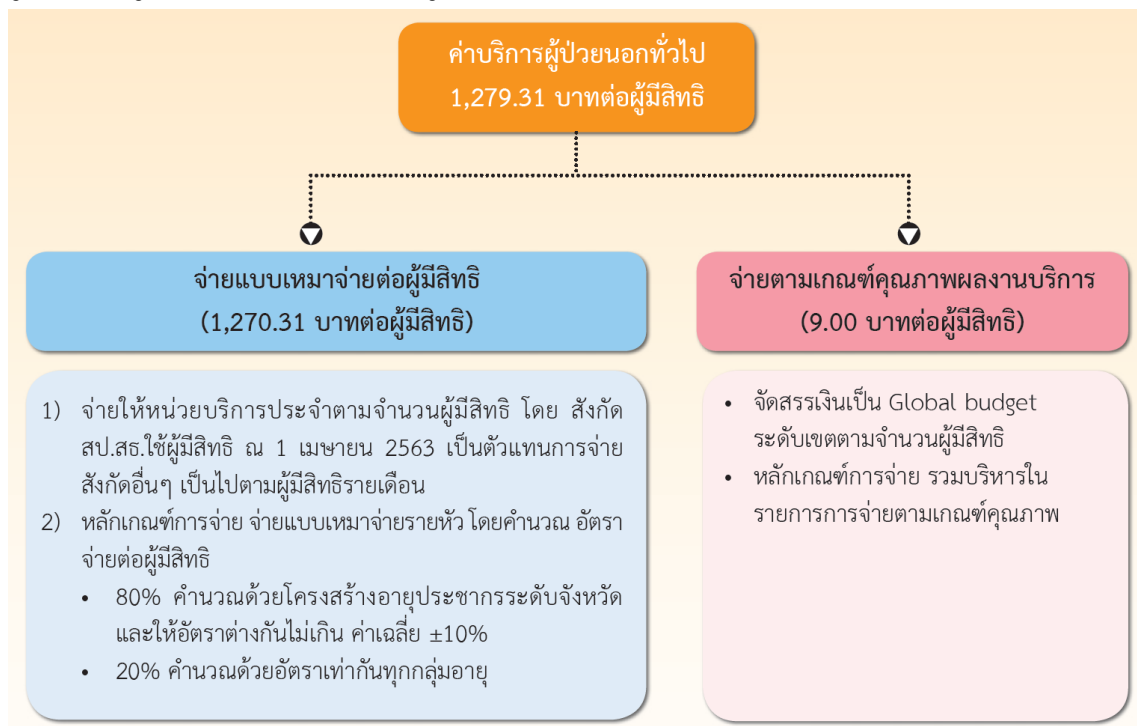
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเน้นการจ่ายตรงไปยังสถานพยาบาล โดยรูปแบบการจ่ายจะแบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

- 1) การจ่ายค่าเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับค่ารักษาพยาบาลผู้ถือสิทธิบัตรทอง และรวมต้นทุนการดำเนินการของสถานพยาบาล
- 2) การจ่ายโดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) สำหรับกรณีกลุ่มคนไข้ในที่ถือสิทธิบัตรทอง ซึ่งสถานพยาบาลจะได้เงินส่วนนี้เพิ่มจากค่าเหมาจ่ายรายหัว
- 3) การจ่ายแบบ Fee Schedule ซึ่งเป็นการจ่ายที่กำหนดราคาสำหรับรายการพิเศษบางรายการ เช่น การฝากครรภ์ (ซึ่งจะต่างจาก Fee for Service ตรงที่ Fee Schedule จะเป็นการจ่ายที่มีการกำหนดรายการและราคาไว้ก่อน)

ทั้งนี้ สามารถอธิบายรูปแบบการจ่ายในแต่ละประเภทบริการได้ดังนี้

- 1) บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

รูปที่ 10 รูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,270.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการ ประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ ด้วย อัตราจ่ายต่อประชากรที่คำนวณระดับจังหวัด โดย ปี 2564 อัตราจ่ายที่คำนวณครอบคลุมค่าวัคซีนป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า การคำนวณอัตราเหมาจ่ายระดับจังหวัด เป็นดังนี้

1.1) จำนวน 1,270.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ จัดสรรโดย

1.1.1) ร้อยละ 80 คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดย ปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ \pm 10%) โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age Adjusted Cost Index of Outpatient Care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังนี้

ตารางที่ 16 ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< 3	3 - 10	11 - 20	21 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	> 70
บริการผู้ป่วยนอก	0.464	0.364	0.306	0.407	0.789	1.348	1.972	2.351

ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1.1.2) ร้อยละ 20 คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

1.2) การคำนวณจ่ายสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนรายเดือน (Point) ในปีงบประมาณ 2564

1.3) สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 58/2559 เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ 14 กันยายน 2559 และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 45/2560 เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 58/2559 ลงวันที่ 25 ตุลาคม

2560 ให้การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการนี้ให้กับหน่วยบริการ
ทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนรายเดือน (Point) ในปีงบประมาณ 2564

2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้
หน่วยบริการ ดังนี้

2.1) บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global Budget ระดับเขต
(รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ)

2.2) หลักเกณฑ์การจ่ายให้เป็นไปตามหัวข้อที่ 9 การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน
บริการ

3) การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทย
ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือ
ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็น
ผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มี
การหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5) บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและ
เจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบ
ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหาร
จัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual Account)
รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing House) แทนหน่วยบริการประจำตาม
ข้อเสนอของ สปสช. เขต ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน
(Clearing House) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช.หักรายรับจาก
เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือ
ค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

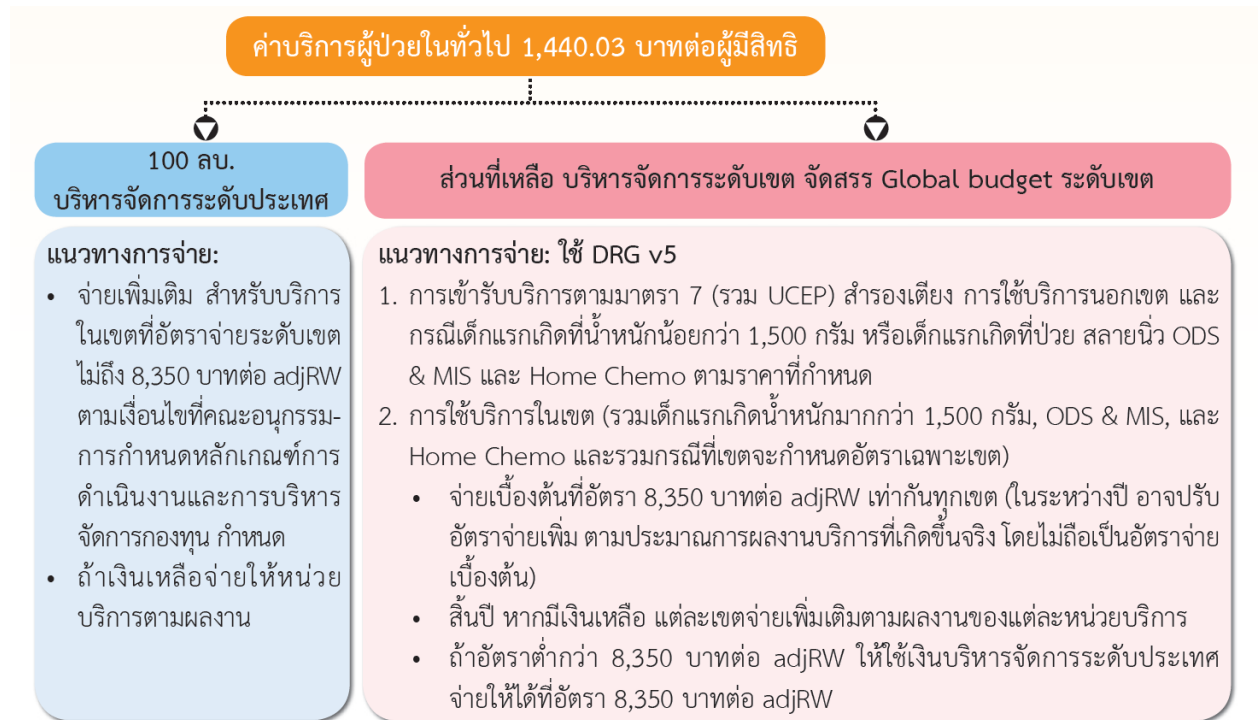
6) กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
ร่วมกับหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม อาจให้ สปสช.ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน
(Clearing house) แทนหน่วยบริการเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการ
ตกลงให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อเสนอของหน่วยบริการ

สำหรับ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายตาม ข้อ 1 และอาจปรับอัตราจ่ายได้ใน
ระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตาม
รายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ หรือ อาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพ
โดยเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการ
บริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก

ทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual Account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ สปสข. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing House) แทนหน่วยบริการประจำ

2) บริการผู้ป่วยในทั่วไป กำหนดให้มีการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็น 2 ระดับ ดังนี้

รูปที่ 11 รูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) การบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวน 100 ล้านบาท กันไว้สำหรับจ่ายเพิ่มเติม สำหรับบริการในเขตให้ได้อัตราไม่ต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW หากเงินมีไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW ให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด กรณีถ้าเงินเหลือ สปสข. จ่ายเงินที่เหลือเพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการใช้บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม, One Day Surgery (ODS), Minimally Invasive (MIS)) และ Home Chemotherapy for CA Colon

2) การบริหารจัดการระดับเขต (ส่วนที่เหลือ)

2.1) แนวทางการคำนวณ Global Budget ระดับเขต จะใช้ข้อมูลผลการบริการ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2562 ถึง ธันวาคม 2562 หรือที่เป็นปัจจุบันเป็นตัวแทนในการ คาดการณ์ผลงาน ปีงบประมาณ 2564 ตามแนวทาง ดังนี้

2.1.1) คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม adjRW ที่จะเกิดขึ้นใน ปีงบประมาณ 2564 โดยเป็นผลงานบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต สำหรับ ผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขต ของ สปสช.เขต ให้บริการทุกราย

2.1.2) กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถาน บริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณี เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ตามจำนวนผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณ ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

2.1.3) กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์ จำนวน ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ UCEP และคำนวณ เป็นวงเงินของแต่ละเขต

2.1.4) กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

2.1.5) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่สปสช. กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

2.1.6) กรณีใช้บริการในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ 1,500 กรัมขึ้นไป (การใช้บริการในเขตฯ) ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ คูณ ด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

2.1.7) ให้คำนวณ Global Budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่ เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณจนหมดวงเงินตาม ข้อ 2

2.2) การจัดสรรเงินเป็น Global Budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน กับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยใน ทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต บริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขต ของ สปสช. เขต และบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดย สปสช. ประมวลผลจ่ายด้วย

ระบบ DRGs version 5 ตามผลงานการให้บริการ ที่หน่วยบริการส่งมาแต่ละเดือน ใน
ปีงบประมาณ 2564 ประกอบด้วย

2.2.1) การใช้บริการนอกเขต จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW สำหรับ
หน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับ
หน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตที่ใกล้เคียงพื้นที่ สปสช. เขตอื่น ให้สามารถกำหนด
อัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ
adjRW

2.2.2) การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One
Day Surgery) ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายที่
อัตรา 9,600 บาท ต่อ RW

2.2.3) การใช้บริการนอกเขต กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย
ยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) จ่ายให้เฉพาะ
หน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานบริการหรือแนวทาง
ปฏิบัติการของวิชาชีพ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เสมือนกรณีการบริการผ่าตัด
แบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery) ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช.
กำหนด

2.2.4) การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ
Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามที่ สปสช. กำหนด จ่ายที่อัตรา 9,600
บาทต่อ adjRW ตามแนวทาง และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์
การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.2.5) การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้
เป็นไปตาม อัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช.เขตแต่
ละเขต โดยกำหนดอัตรา จ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW

2.2.6) การใช้บริการกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมี
ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการ
รักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ที่หน่วยบริการประจำหรือสปสช.
และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการ
ประจำหรือ สปสช. ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลง
กับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการ

ชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเองจาก Global Budget ระดับเขต

2.2.7) การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อให้นำี้ออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จ่ายในอัตรา 6,500 บาทต่อ adjRW

2.2.8) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

2.2.9) จ่ายกรณีที่กำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการ เฉพาะเขต เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพบริการ และหรือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global Budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใน 31 กรกฎาคม 2563 (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) ทั้งนี้ ให้ สปสช.เขต ติดตามผลการดำเนินงาน รายงานต่อ อปสข.ทุกไตรมาส และเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน

2.2.10) สำหรับ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดเงื่อนไขและอัตราจ่ายหรือราคาจ่ายตามรายการ สำหรับบริการที่เคยเป็นบริการแบบผู้ป่วยในแล้วปรับเป็นบริการผู้ป่วยนอก (Non OP Non IP: NONI) หรือผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติที่ค่ารักษาพยาบาลกับเงินชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แตกต่างกันมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หรืออาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.2.11) การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ

2.2.11.1) การใช้บริการภายในเขตฯ จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาท ต่อ adjRW

2.2.11.2) การใช้บริการในเขตฯ กรณีผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ RW

2.2.11.3) การใช้บริการในเขต กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) จ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการต้องเป็นไปตาม

มาตรฐานบริการหรือแนวทางปฏิบัติการของวิชาชีพ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ RW

2.2.11.4) การใช้บริการภายในเขตฯ บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่าย เบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาท ต่อ adjRW ตามแนวทางและเงื่อนไขที่ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ กองทุนกำหนด

2.2.11.5) ในระหว่างปีให้ สปสช. สามารถปรับอัตราจ่ายเพิ่มจาก อัตราการจ่ายตามข้อ 1) ถึง ข้อ 4) ได้ตามประมาณผลงานบริการที่จะ เกิดขึ้นโดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น

2.2.11.6) เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ 2564 หาก Global Budget ระดับเขตมีเงินเหลือ สปสช. จะจ่ายเงินที่เหลือของแต่ละเขต เพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานการให้บริการตามข้อ 2.2.11

2.2.11.7) หาก Global Budget ระดับเขตมีวงเงินไม่เพียงพอ สำหรับจ่ายผลงานการให้บริการตามข้อ 2.2.11 ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW สปสช. จะใช้เงินกันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ 1 จ่ายเพิ่มเติมให้จนอัตราจ่ายเป็น 8,350 บาทต่อ adjRW ซึ่งหากเงินกันไว้ไม่ เพียงพอที่จะจ่ายให้ครบอัตราที่ 8,350 บาท จะจ่ายเพิ่มเติมให้ตามจำนวน ที่มี ทั้งนี้ เงื่อนไขการจ่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนกำหนด และหากมีเงินคงเหลือ สปสช. จะจ่ายเงินที่เหลือ เพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานการ ให้บริการตามข้อ 2.2.11

2.2.12) การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการ เป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.13) ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหาร จัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.14) สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สปสช. จะมีการปรับลดค่าแรงตาม แนวทางที่กำหนด

2.2.15) การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ 2.2 ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

3) บริการกรณีเฉพาะ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8/2559 วันที่ 1 สิงหาคม 2559 กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ 4 ข้อ ได้แก่

- 1) การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อป้องกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก
- 2) ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central Bargaining and/or Central Procurement)
- 3) ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่ายบริการที่เป็นนโยบายสำคัญ
- 4) การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวมให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสข. กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการ ตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

ตารางที่ 17 รายการบริการกรณีเฉพาะ

ประเภท
1. กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
1.1 การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OP-AE ข้ามจังหวัด)
1.2 การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
1.3 การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer ข้ามจังหวัด)
1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
1.5 กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ/ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม/กรณีผู้ป่วยในที่ได้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ/สำรองเตียง
2. กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
2.1 ยาละลายกล้ามเนื้อ (STEMI, Stroke)
2.2 บริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Chemo/Radio-OP&IP)
2.3 บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก พร้อมเลนส์ (Cataract)
2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่
2.5 บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควรและกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน
3. กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ
3.1 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument-OP&IP)
3.2 การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy)
3.3 การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal Transplantation)
3.4 การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ (Liver Transplantation ในเด็ก, Heart Transplantation, Hematopoietic Stem Cell Transplantation)
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 การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)
5.3 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
5.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก สำหรับโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of Small Molecules)

ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

4) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

รูปที่ 12 รูปแบบการจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ จำนวน 30.83 บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ โดยมีแนวทางบริหารจัดการดังนี้

1.1) ค่าวัคซีน จ่ายชดเชยเป็นวัคซีน โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ (เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี) ดำเนินการจัดหาวัคซีนตามแผนความต้องการจัดหายา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2564 โดยจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือแหล่งผลิตอื่น เพื่อสนับสนุนวัคซีนให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้บริการสำหรับคนไทยทุกคน

1.2) ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์จัดหาตามเป้าหมายที่กำหนดเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ

1.3) ค่าบริการให้เด็กที่มีผลการตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติ ได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง โดยจ่ายให้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อไปดำเนินการติดตามเด็กให้เข้ารับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการในพื้นที่ ตามจำนวนการให้บริการ

1.4) ค่ายา Misoprostal 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด Combination Pack สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย จ่ายชดเชยเป็นยา โดยให้

เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือแหล่งผลิตอื่นเพื่อสนับสนุนยาให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย

2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน จำนวน 45 บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

2.1) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับกลไกต่างๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต กรุงเทพมหานคร (พชช.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ตามประเด็นสุขภาพ กลุ่มเน้นหนัก ได้แก่ กลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ พระสงฆ์และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง

2.2) แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

2.2.1) พื้นที่ สปสช. เขต 1-12 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับ อปท. ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนฯ ท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน และการดำเนินงานให้ค้ำถึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังไม่เข้าถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ. ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2.2.2) พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดำเนินงานให้ค้ำถึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชน สิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังไม่เข้าถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชช.) ทั้งนี้ หากมีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร คงเหลือมากกว่าสองเท่าของรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในปีที่ผ่านมา สปสช. อาจงดการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครตามข้อ 6(4) ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ให้สนับสนุนค่าใช้จ่ายได้ไม่เกินวงเงินของปีงบประมาณที่ผ่านมา

2.2.3) ค่าบริการตามข้อ 2.2.1) และข้อ 2.2.2) หากมีเงินเหลือ สปสช.จะจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานในภาพรวมระดับประเทศ

3) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน 4 บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

3.1) จัดสรรให้ สปสช.เขต บริหารจัดการเป็น Global budget ตามจำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2563

3.2) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ตามความจำเป็นทางสุขภาพ (Health needs) ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้ค้ำถึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ

3.3) สำหรับการดำเนินงานให้ค้ำถึงถึงการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชช.) เพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ และหรือการพัฒนารูปแบบนาร่อง การปฏิรูประบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่และการบริหารการจ่าย

4) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จำนวนเงิน 239.74 บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่ประชาชนไทยทุกคนในหน่วยบริการและหรือนอกหน่วยบริการ โดยปี 2564 รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Fit test สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ จะจ่ายชดเชยผ่านหน่วยบริการประจำ โดยการบริหารจัดการแบ่งเป็น 2 รายการ ได้แก่

4.1) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) จำนวน 36.17 บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการเฉพาะของประชาชนทุกสิทธิ จ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรายการดังนี้

4.1.1) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการตรวจด้วย HPV DNA Test และการตรวจเป็นย่นกรณีผลผิดปกติด้วยวิธี Liquid based cytology

4.1.2) บริการฝากครรภ์ (ANC)

1) บริการฝากครรภ์ (ANC) ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 5

2) บริการอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์

3) บริการทันตกรรมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ (การตรวจสุขภาพช่องปาก การขัดและทำความสะอาดฟัน)

4.1.3) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

4.1.4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ

4.1.5) บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคฟีนิลคีโตนูเรียในเด็กแรกเกิด

4.1.6) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี

4.1.7) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

4.1.8) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) หลังยุติการตั้งครรภ์ ในหญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป

4.1.9) บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน

1) เคลือบฟลูออไรด์ ในเด็กอายุ 4 – 12 ปี

2) เคลือบหลุมร่องฟันถาวร ในเด็กอายุ 6 – 12 ปี

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

4.2) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่าย จำนวน 203.57 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกสิทธิ ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข โดยมีแนวทางบริหารจัดการ ดังนี้

4.2.1) ร้อยละ 65 จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10

(ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm 10\%$) จ่ายให้หน่วยบริการประจำ ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน สำหรับประชากรไทยอื่น (สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ) ให้ สปสช.เขต ดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการ โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ และผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

4.2.2) ร้อยละ 35 จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่กำหนด เป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 หรือที่เป็นปัจจุบัน โดยมีรายการบริการ ดังนี้

- 1) จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับบริการดูแลหลังคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (คน)
- 2) จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด (ครั้ง)
- 3) จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)
- 4) จำนวนเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)
- 5) จำนวนการได้รับบริการวัคซีน EPI ทุกชนิดในเด็กแรกเกิด ถึงเด็ก ป. 6 (เข็ม)
- 6) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (คน)
- 7) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

4.2.3) สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนจากศูนย์ทะเบียนข้อมูล สปสช. ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่าย ค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ในปีงบประมาณ 2564 สำหรับประชากรไทยอื่น ให้ สปสช.เขตดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพและต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

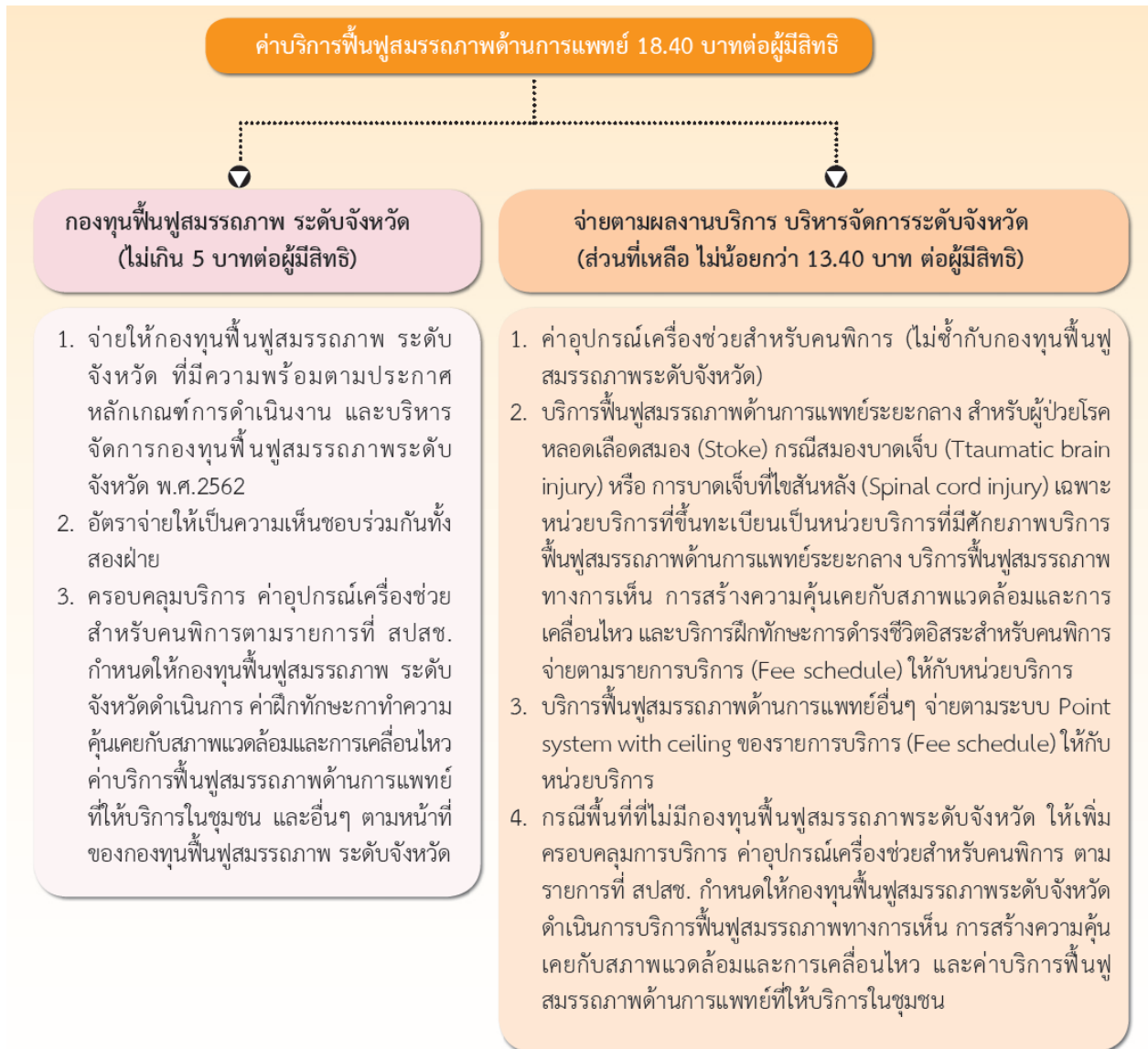
4.2.4) สำหรับกรณี สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน สามารถกำหนดรูปแบบการบริการ วิธีและราคา การเบิกชดเชย อาจจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) หรืออาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based

Health Care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงการพัฒนานวัตกรรม การดำเนินการที่ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินการจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ./พชข.

5) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อคน การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการ เป็นการบริหารจัดการระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือ และ กรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตาม หัวข้อที่ 9 ในบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เรื่อง การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

5) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

รูปที่ 13 รูปแบบการจ่ายค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดที่มีความพร้อม

1.1) จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูจังหวัดที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน ตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2562

1.2) อัตราการจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย

1.3) ครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกทักษะการทำ ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ที่ให้บริการในชุมชน และอื่นๆ ตามหน้าที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ จังหวัด

1.4) หากจ่ายค่าบริการตามข้อ 1 แล้วมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าบริการ ตามข้อ 2

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จ่ายให้หน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 13.40 บาทต่อผู้มี สิทธิจ่ายให้กับหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

2.1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนด (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด)

2.2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในรายการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ดังนี้

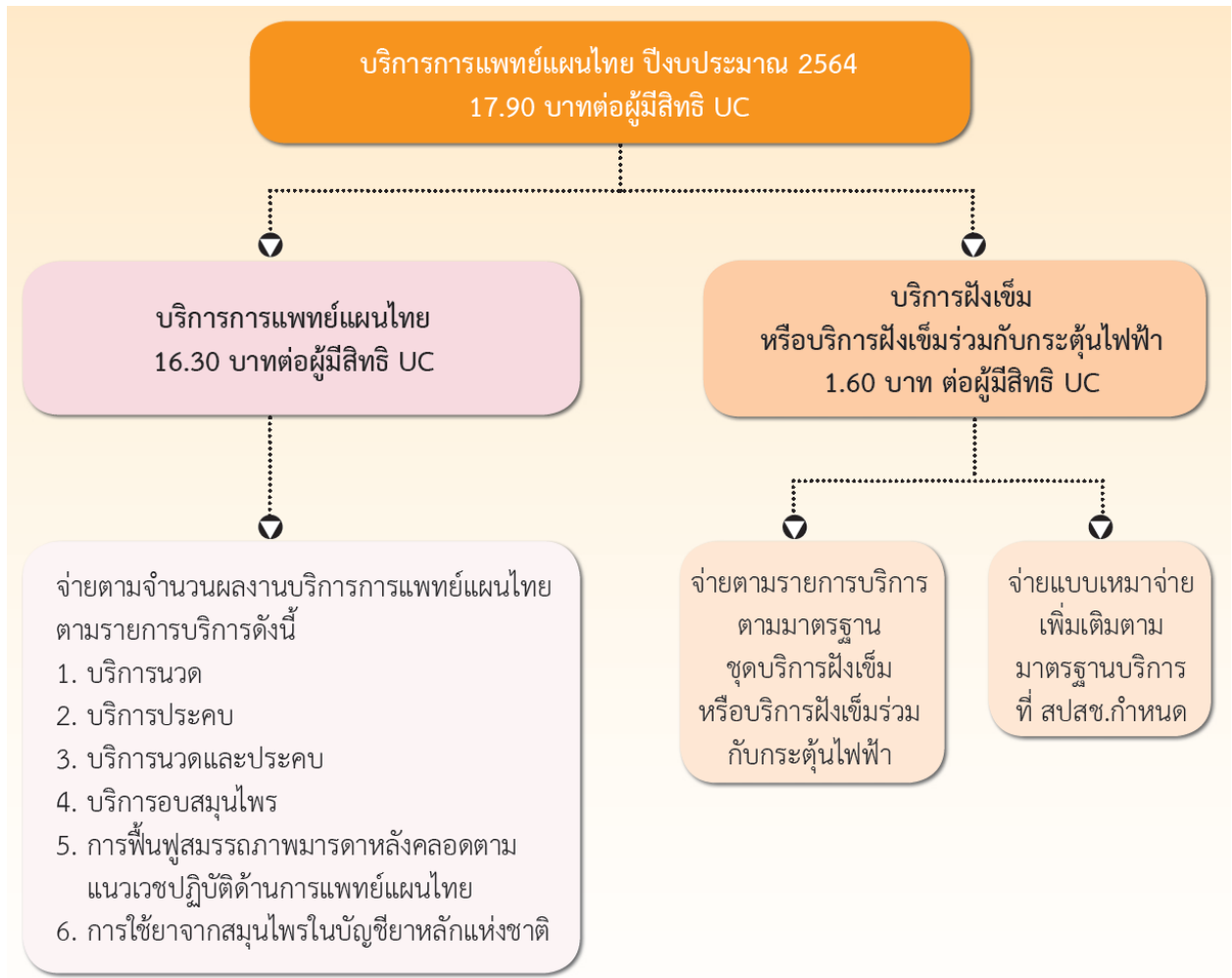
2.2.1) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (Stroke) กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic Brain Injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและ การเคลื่อนไหวและบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ จ่ายตาม รายการบริการ (Fee Schedule) ให้กับหน่วยบริการ

2.2.2) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ จ่ายตามระบบ Point System with Ceiling ของรายการบริการ (Fee Schedule) ให้กับหน่วยบริการ

2.3) กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้าง ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน การแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทาง ปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

6) บริการการแพทย์แผนไทย มีหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

รูปที่ 14 รูปแบบการจ่ายค่าบริการการแพทย์แผนไทย



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) จำนวนไม่น้อยกว่า 16.30 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อบริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพตามรายการบริการที่กำหนด ได้แก่ บริการนวด บริการประคบ บริการนวดและประคบ บริการอบสมุนไพร การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย และการเข้ายาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

1.1) จ่ายให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

1.2) จ่ายให้หน่วยบริการประจำ ตามผลงานบริการการแพทย์แผนไทยของรายการบริการ (Fee schedule) ด้วยระบบ Point system with ceiling ในอัตรา Point ละ ไม่เกิน 1 บาท ภายใต้วงเงินที่ได้รับจัดสรร (Global Budget) (สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำจะจ่ายผ่านหน่วยบริการประจำ) ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

2) จำนวนไม่เกิน 1.60 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพการให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลางเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการฝังเข็ม แบ่งเป็น ดังนี้

2.1) จ่ายตามรายการบริการตามมาตรฐานชุดบริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า

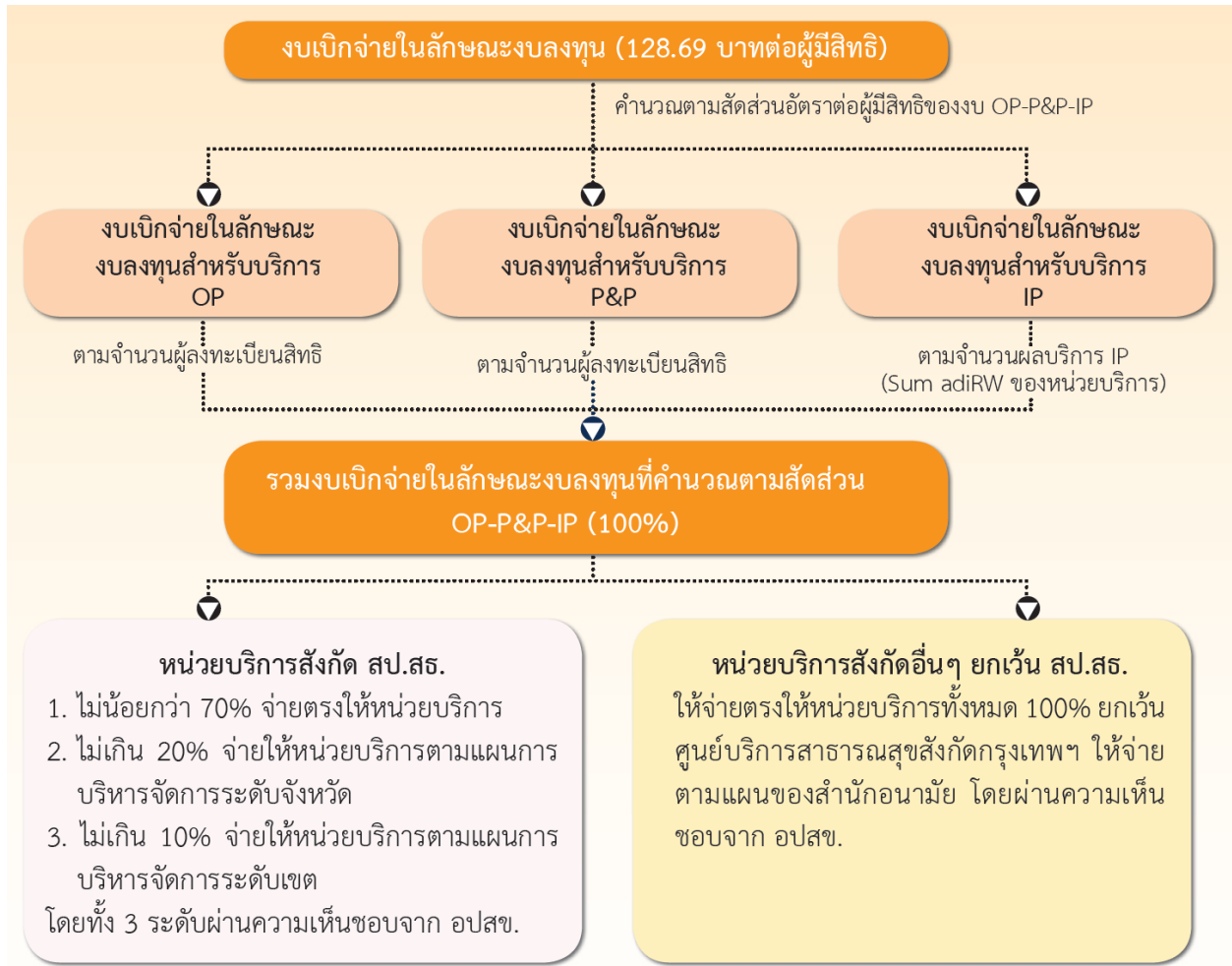
2.2) จ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมตามมาตรฐานบริการ ที่ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

3) ให้ สปสช.สามารถปรับเกลี่ยระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ 1 ถึงข้อ 2 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

7) ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) มีหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

รูปที่ 15 รูปแบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) หน่วยบริการที่มีสิทธิรับเงิน

1.1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ทั้งนี้ สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ 2564 จะไม่ได้รับจัดสรรเงิน

1.2) กรณีที่มีหน่วยบริการประจำลาออก และมีการโอนย้ายประชากรให้หน่วยบริการประจำที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่

เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการประจำที่รับผิดชอบประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

1.3) หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

2) การแบ่งสัดส่วนเงินสำหรับคำนวณจัดสรรค่าบริการเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เป็นการจ่ายชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในปี 2564 แล้วนำอัตราที่ได้ คูณกับเป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47.6440 ล้านคน ผลของการแบ่งสัดส่วนเงินของแต่ละประเภทบริการ มีดังนี้

2.1) สัดส่วนบริการผู้ป่วยนอก 51.86 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

2.2) สัดส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 18.46 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

2.3) สัดส่วนบริการผู้ป่วยใน 58.37 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

3) การคำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เป็นรายหน่วยบริการ มีการบริหารจัดการ ดังนี้

3.1) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น 2 กลุ่ม ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับกลุ่มหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทน ในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.2) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6 เดือน (ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.3) สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

3.3.1) ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ สำหรับบริหารระดับเขต จัดสรรให้กับ รพ.สต. และ รพช. โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.3.2) ไม่เกินร้อยละ 20 ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ สำหรับบริหารระดับจังหวัด จัดสรรให้กับ รพ.สต. และ รพช. โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.3.3) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ จัดสรรตรงให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.4) สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ ให้จัดสรรตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ยกเว้นหน่วยบริการในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ จัดสรรเป็นภาพรวมให้กับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ โดยส่งให้ สปสช.อนุมัติ

3.5) สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัด กรุงเทพมหานครที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรตรงให้หน่วยบริการตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.6) กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการแผน ให้ อปสข. พิจารณาอนุมัติ หรือ คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการที่ อปสข. มอบอำนาจ หรือผู้อนุมัติแผนในแต่ละระดับ สำหรับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ส่งมายัง สปสช.เพื่อพิจารณาอนุมัติ ทั้งนี้ หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น (ยกเว้นหน่วยบริการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ) และภาคเอกชน ที่ยังไม่ได้ทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข/สัญญาให้บริการสาธารณสุข ที่เป็นรูปแบบที่ใช้ในปัจจุบัน (รูปแบบปัจจุบันใช้ในปีงบประมาณ 2558) ต้องมีหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

8) การบริหารเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ได้รับการจัดสรรเป็นจำนวน 3.84 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน เพื่อให้ ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ เพื่อบรรเทาความ เดือดร้อนเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถุกผิด โดยมีนิยามดังนี้

1) ผู้รับบริการ

1.1) ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ ตามมาตรา 41 ที่ กำหนดว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วย บริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

1.2) ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ในข้อบังคับ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และตามคู่มือ “แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มาตรา 41” ที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้จัดทำขึ้น และ ตามคู่มือ ”ดำเนินงานมาตรา 41” สำหรับฝ่ายเลขานุการ ที่สำนักกฎหมายจัดทำขึ้น โดยสามารถ Download ได้ที่ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช. <http://law.nhso.go.th>

2) ผู้ให้บริการ

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคำสั่งคณะ รักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการ สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 (ประกาศ กระทรวง สาธารณสุขฯ ตามคำสั่ง คสช.) โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง และตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

9) การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ มาจาก 3 ส่วน ดังนี้

1) บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านบาท

2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน 66.0330 ล้านบาท

3) บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านบาท

งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการนี้ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต และจัดสรรให้แก่ หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมาย ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 ดังนี้

1) สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care: VBHC) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

2) กรณีเขตอื่นๆ ที่ต้องการนำร่องศึกษาการจ่ายตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care: VBHC) ให้ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขข้างต้น โดยให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

3) หากมีเงินเหลือจาก Global Budget ระดับเขตของแต่ละเขต ให้จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นจาก อปสช.

10) การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การประมาณการรายรับเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) และค่าบริการผู้ป่วยใน ก่อนที่จะมีการกันเงินตามเกณฑ์ของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและจัดสรรภายใต้เงื่อนไขของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Step ladder และการกำหนดค่า K) จำนวนดังนี้

1) เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวนวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจาก หลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทน ในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปีสำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน

ใหม่ในปีงบประมาณ 2564 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิ ตามที่ สปสช. เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563

2) เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

2.1) คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วย อัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้ จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่าย แบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช. เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563

2.2) คำนวณวงเงินตามผลงานบริการเป็นรายหน่วยบริการประจำหรือ สถานบริการ ด้วยหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่ เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือน มีนาคม 2563

3) ประมาณการรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับ ตามวันนอน (adjRW) โดยประมาณการผลงาน adjRW ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2564 ด้วยข้อมูลผลงานบริการเดือนมกราคม 2562 - ธันวาคม 2562

3.1) กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันประมาณ การเงินรายรับที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

3.2) กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย ประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

3.3) กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตประมาณการเงิน รายรับที่อัตราที่ 9,600 บาทต่อ adjRW

4) ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบ บุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMS เป็นตัวอ้างอิงระดับจังหวัด และ กระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกอง เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.

11) การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน จะได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ดังนี้

1) ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

2) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จัดสรรตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 และผลงานการให้บริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ในการคำนวณจัดสรร รวมทั้งการจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตาม หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

3) งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป จัดสรรตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2564 ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ มีดังนี้

1) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 1-12 มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรร ดังนี้

1.1) งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จะจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการประจำ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2) งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

1.2.1) จัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2.2) จัดสรรตามผลงานบริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ในการคำนวณจัดสรร

1.2.3) จ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

1.3) งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW กรณีรักษาภายในเขต

1.4) การปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นในพื้นที่ สปสช. เขต 1 - 12 จะแยกการปรับลดค่าแรงเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.4.1) กลุ่ม UHOSNET จะหักเงินเดือนภายใต้พีดาน โดย สปสช. จะแจ้งยอดเงินเดือนที่ต้องหักให้ทราบตอนต้นปี

1.4.2) กลุ่มภาครัฐอื่นๆ ที่เหลือ (ยกเว้น UHOSNET) จะปรับลดค่าแรงจากรายรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และบริการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic Services) ในสัดส่วนร้อยละ 32 ของรายรับ และปรับลดค่าแรงสำหรับบริการผู้ป่วยในเฉพาะบริการภายในเขตในสัดส่วนร้อยละ 28 ของรายรับ

1.5) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช. เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช. เขต ทั้งนี้สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช. หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

1.6) กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม อาจให้ สปสช. ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการตกลงให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อเสนอของหน่วยบริการ

2) สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร

2.1) งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป สามารถปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ หรืออาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก

อปสช. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

2.2) งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

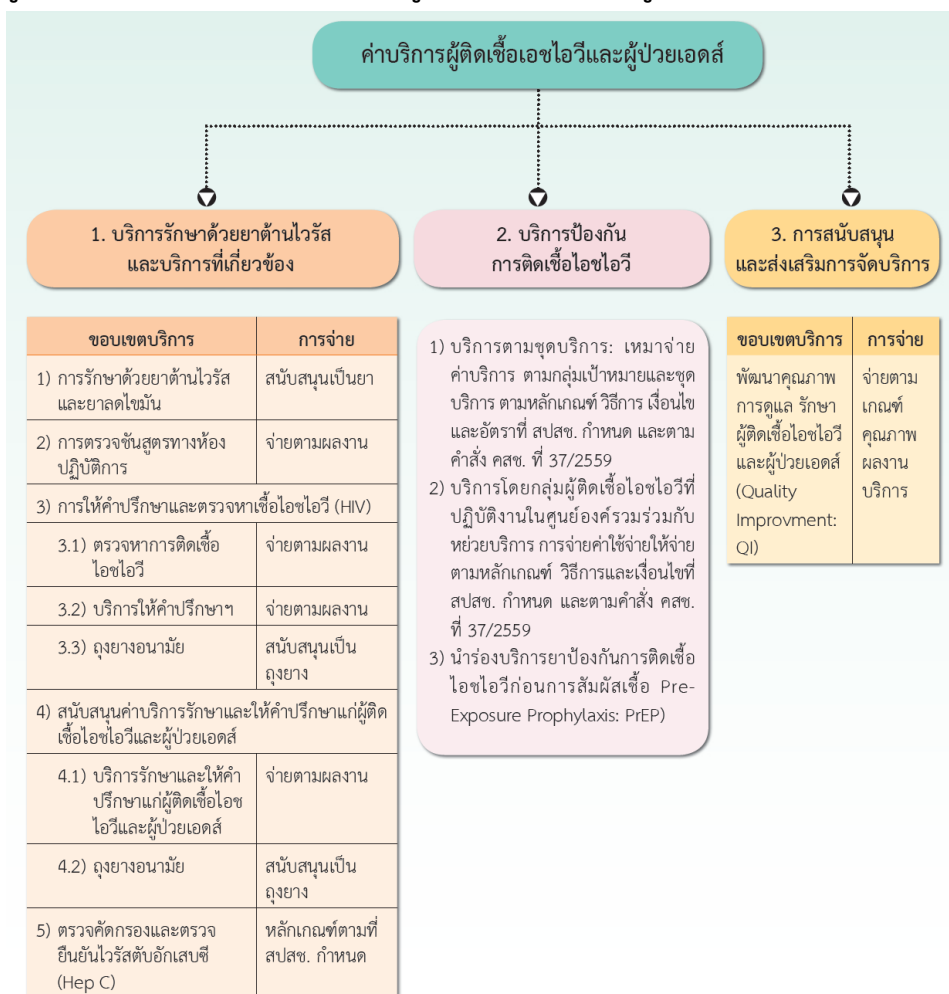
2.3) งบประมาณผู้ป่วยในบริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW กรณีรักษาภายในเขต

2.4) การปรับลดค่าแรงจะปรับลดตามที่กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

12) การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

รูปที่ 16 รูปแบบการบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

1.1) แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

1.2) แนวทางการจ่ายค่าบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี ไวรัส ตับอักเสบบี จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ อัตราการชดเชยตามที่ สปสช. กำหนด หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

2) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2.1) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ/หน่วยงาน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่ง คสช. คู่สัญญาที่รับดำเนินงานตามข้อตกลง/สัญญาดำเนินงานตามโครงการ/โครงการ

2.2) บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ/หน่วยงาน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขตามคำสั่ง คสช. คู่สัญญาที่รับดำเนินงานตามข้อตกลง/สัญญาดำเนินงานตามโครงการ

2.3) นำร่องบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) สปสช. พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินความพร้อมการให้บริการตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สปสช. กำหนด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

3) การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยบริหารวงเงินที่ส่วนกลาง และพิจารณาจัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานบริการและตัวชี้วัด ดังนี้

3.1) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกับการวินิจฉัย (Same day ART)

3.2) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ได้รับยาต้านไวรัส

13) การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

รูปที่ 17 รูปแบบการบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD)

1.1) บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณี ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด โดยให้มีกลไกคณะกรรมการ หรือคณะทำงานในการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพ และประเมินผล การให้บริการ CAPD ในพื้นที่

1.2) บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis: APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 เป็นค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อม

อุปกรณ์สำหรับ APD ค่ายาที่เกี่ยวข้องกับ APD ทั้งนี้ สปสช. ประสานให้หน่วยบริการต้องเตรียมระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยการเตรียมระบบบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.2.1) บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตฯ (PD Nurse) และทีมสหวิชาชีพ (นักกำหนดอาหาร เภสัชกร ศัลยแพทย์วางสาย อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ)

1.2.2) การให้บริการ เช่น การอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถล้างไตแบบ APD ที่บ้านด้วยตนเอง (ระบบ Call Center, ความรู้ด้าน Clinic/Technique, การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย, ช่างเทคนิคเพื่อให้บริการ เป็นต้น)

1.2.3) ระบบการจัดส่งน้ำยาล้างไตและเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติไปที่บ้านผู้ป่วย

1.2.4) ระบบการติดตามผลการรักษาและประเมินผล

2) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) สำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดโดย เฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

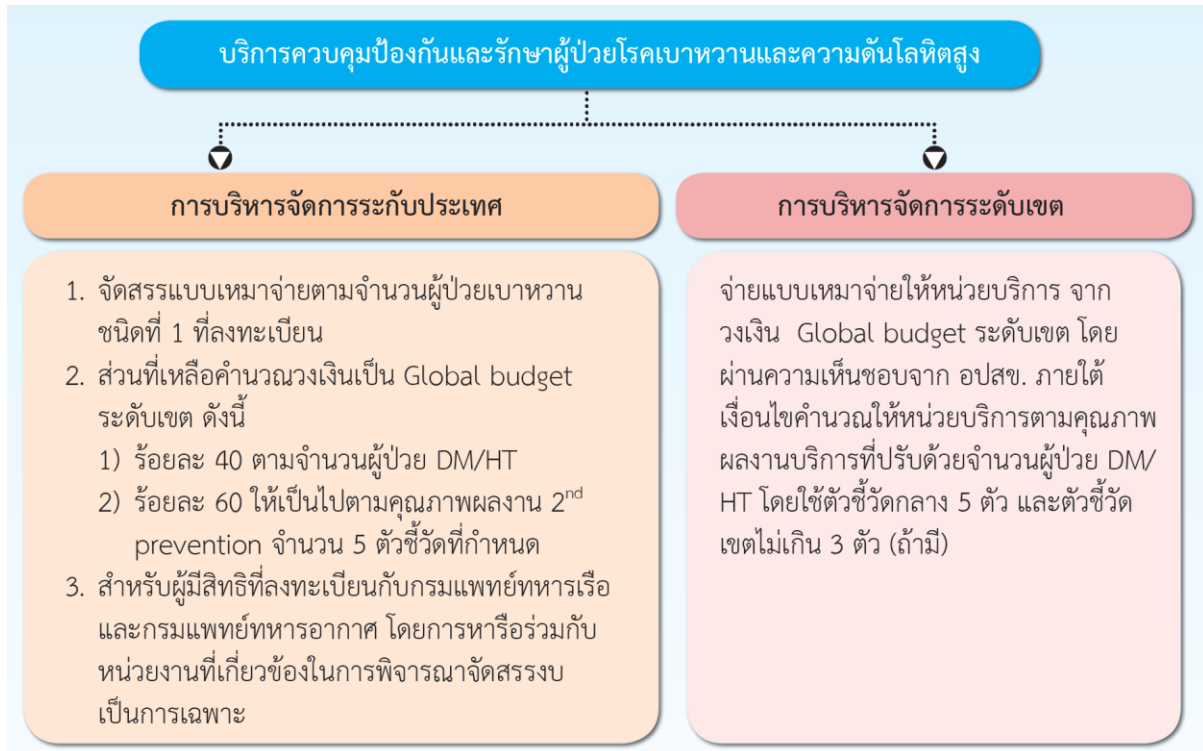
3) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (HD SelfPay) สำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป ซึ่งไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้ดำเนินการตามที่ สปสช. กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

4) บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการปลูกถ่ายไต เช่น ภาวะสลัดไต (Graft rejection) รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

14) การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

รูปที่ 18 รูปแบบการบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) การบริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศ

1.1) จัดสรรแบบเหมาจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามแนวทางการบริบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetic Self Management Program) รายละ 13,636 บาท ให้แก่หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพเข้าร่วมบริการรักษาเบาหวานชนิดที่ 1 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเหมาจ่ายเต็มจำนวน หลังหน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในระบบเรียบบ่อยเป็นไปตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.1.1) ค่า Diabetic self management education 11 module (DSME)

1.1.2) ค่าแผ่นตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง Self Monitoring Blood Glucose (SMBG) พร้อมเครื่องตรวจ

1.1.3) ค่าตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c, LDL, Microalbuminuria, ตรวจตาและตรวจเท้าอย่างละเอียด

1.2) จำนวนเงินแบบ Global Budget ระดับเขต สำหรับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้ สปสช.เขต ดังนี้

1.2.1) ร้อยละ 40 จัดสรรตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูล ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ตามระบบข้อมูลบริการในเขตนั้นๆ โดยจำนวนผู้ป่วยได้มาจากฐานข้อมูล OP individual OP/AE และ IP individual ผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2563

1.2.2) ร้อยละ 60 จัดสรรตามผลงานภาพรวมระดับเขตโดยใช้เกณฑ์คุณภาพและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OP/e-Claim) สปสช. จำนวน 5 ตัวชี้วัด โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2563 ได้แก่

- อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของ รพ. ที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ของผู้ป่วยตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- อัตราการได้รับการรักษาด้วยวิธี Laser ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนตา

ทั้งนี้ จำนวนเงินในข้อ 1.2.1 และ ข้อ 1.2.2 ให้ สปสช. เขตรวมเป็นเงิน Global Budget ระดับเขต เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ในข้อ 2 ต่อไป

2) การบริหารจัดการระดับเขต มีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายแบบ Global Budget โดย สปสช. เขตจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้แก่หน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากงบ Global Budget ระดับเขต โดยหลักเกณฑ์และผลการจัดสรรต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ดังนี้

2.1) กำหนดให้หน่วยบริการตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ปรับ (Adjust) ด้วยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.2) ใช้ข้อมูลและตัวชี้วัด 5 ตัว ตามที่ส่วนกลางกำหนดและ สปสช. เขตสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดได้อีกไม่เกิน 3 ตัว ตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลที่ สปสช. เขตสามารถบริหารจัดการเองได้

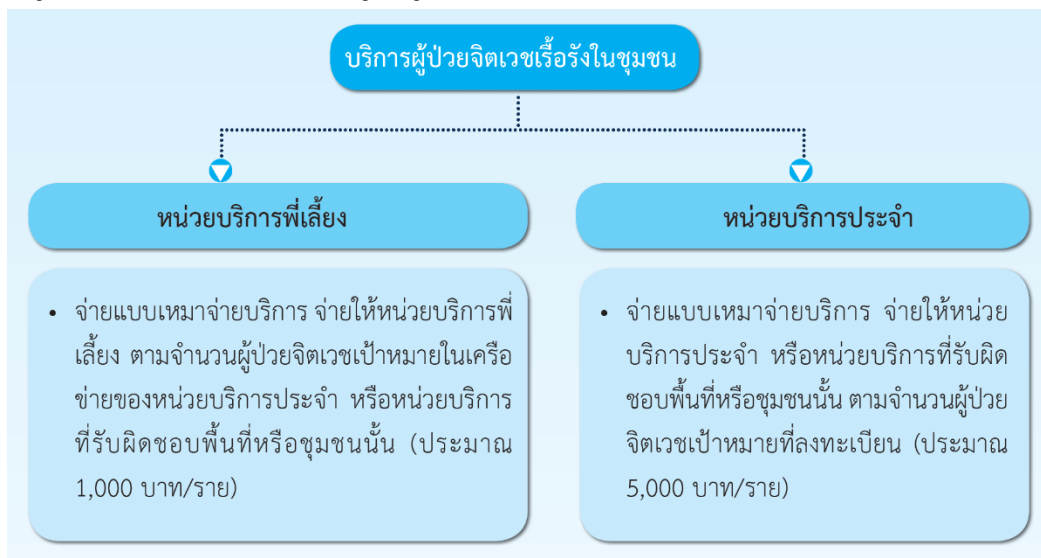
2.3) สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับจ่ายตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) และอาจจะบูรณาการจ่ายค่าใช้จ่ายกับรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

3) การบริหารการจ่ายจัดสรรงบประมาณบริการเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศและทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ โดยให้มีกลไกคณะกรรมการ/คณะทำงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาการจัดสรร

15) การบริหารค่าบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

รูปที่ 19 รูปแบบการบริหารค่าบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

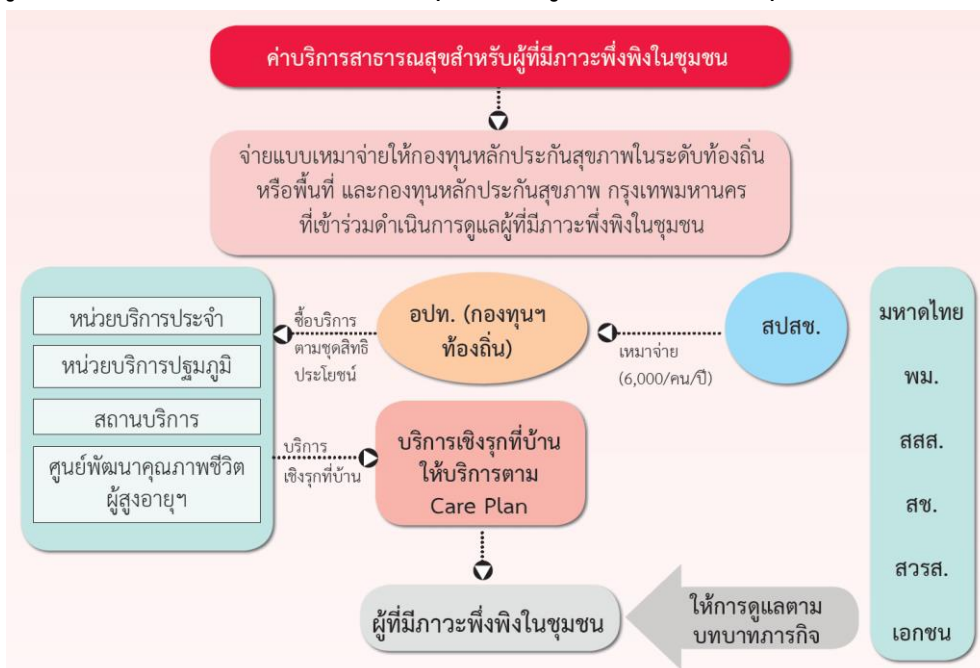
1) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการพี่เลี้ยงตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงในพื้นที่หรือชุมชนนั้น

2) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในพื้นที่หรือชุมชนนั้นตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการลงทะเบียน ภายใต้จำนวนเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรร ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

16) การบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จ่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแนวทางการบริหารจัดการ โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา 6,000 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องและตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด สำหรับหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

รูปที่ 20 รูปแบบการบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

17) การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

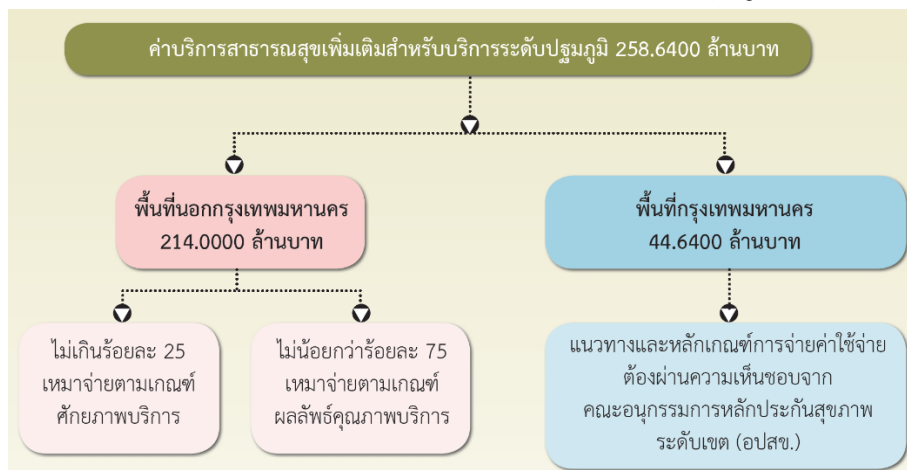
รูปที่ 21 รูปแบบการบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1) ค่าบริการระดับปฐมภูมิ การบริหารจัดการค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็น ค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร และค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังรูปข้างล่าง

รูปที่ 22 การแบ่งค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ



ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (2563)

1.1) ค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร จำนวน 214.0000 ล้านบาท เป็นการจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการประจำ (ภาครัฐหรือภาคเอกชน) ตามจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีความพร้อมและมีศักยภาพการจัดบริการระดับปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ศักยภาพที่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด ดังนี้

1.1.1) ต้องมีข้อมูลชื่อแพทย์คู่กับประชาชน และประกาศให้ประชาชน รับทราบ

1.1.2) ต้องมีทะเบียนประชาชนกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อย จำนวน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 1 ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงมีข้อมูลสถานะสุขภาพพื้นฐาน

1.1.3) มีระบบข้อมูลรองรับการบันทึกผลงานและระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง การรับ-ส่งต่อ ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลประจำแม่ข่าย (CUP)

1.1.4) หน่วยบริการประจำแม่ข่ายมีความพร้อมในการสนับสนุนบุคลากร ทรัพยากร และการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ

1.2) ค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จ่ายให้กับ หน่วยบริการ โดยแนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) ทั้งนี้ อาจปรับการจ่ายเป็นไปตาม หลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้

2) บริการด้านยา และเวชภัณฑ์ (ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และค่าบริการด้านยาและ เวชภัณฑ์)

2.1) ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับหน่วยบริการแม่ข่าย (โรงพยาบาล)

2.1.1) หน่วยบริการแม่ข่าย (โรงพยาบาล) ที่เข้าโครงการโดยมีรูปแบบ บริหารจัดการเครือข่ายร้านยาแบบหน่วยบริการแม่ข่ายจัดยาให้ผู้ป่วยรายบุคคล (รูปแบบที่ 1) หรือ หน่วยบริการแม่ข่ายจัดส่งยาให้ร้านยาในเครือข่ายจัดและจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ของ หน่วยบริการแม่ข่าย (รูปแบบที่ 2) หน่วยบริการแม่ข่ายจะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและ เวชภัณฑ์ 30 บาทต่อครั้งบริการ และหรือที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ขอบเขตหน้าที่ของ หน่วยบริการ มีดังนี้

- จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย นำส่งร้านยา และบริหารจัดการคลังยาที่ร้านยาร่วมกับร้านยา
- ประสาน ติดตาม และมีการเชื่อมต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการ (ร้านยา หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยร่วมให้บริการประเภทอื่น)

2.1.2) หน่วยบริการแม่ข่าย (โรงพยาบาล) ที่เข้าโครงการ โดยร้านยารับผิดชอบในการบริหารจัดการ (จัดหายาทั้งหมดจากร้านยาองค์การเภสัชกรรมหรือจากบริษัทผู้จำหน่าย และการดูแลยาดังกล่าวในคลังร้านยา) (รูปแบบที่ 3) หน่วยบริการแม่ข่ายจะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ 50 บาทต่อครั้งบริการ และหรือที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ขอบเขตหน้าที่ของหน่วยบริการ มีดังนี้

- การให้ความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการเข้ารับบริการรับยาที่ร้านยาและคุณภาพยาที่ร้านยา
- คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การส่งไปรับยาที่ร้านยาและคัดเลือกร้านยาใกล้บ้านให้แก่ผู้ป่วย
- วิเคราะห์ใบสั่งยา (Prescription Analysis) และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drugrelated Problems) ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมก่อนส่งใบสั่งยาให้ร้านยา
- กำกับติดตาม การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจากการให้บริการที่ร้านยา
- ประสาน ติดตาม และเชื่อมต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการ (ร้านยาหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยร่วมให้บริการประเภทอื่นๆ) โดยอาจจะมีการใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางไกล

2.2) ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับหน่วยร่วมบริการด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ 70 บาทต่อครั้งบริการ และหรือที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีขอบเขตหน้าที่จัดและจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด อ้างอิงตามประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม

2.2.1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วย (Patient Registration) และ แฟ้มประวัติผู้ป่วย (Patient Profile)

2.2.2) ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ผลึกภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร ประเมินอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา ให้คำแนะนำการบริหารยา การจัดการเมื่อผู้ป่วยลืมใช้ยา การเก็บรักษา

2.2.3) การทบทวนประวัติการใช้ยา (Review Drug Profile) เพื่อป้องกันปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อนจากหน่วยบริการหลายแห่ง และการจัดการยาเหลือ และยาหมดอายุให้ผู้ป่วย

2.2.4) ให้บริการตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดีทางเภสัชกรรม และประสานกับโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย

ทั้งนี้ อัตราการจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ร้านยาเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาและดูแลเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยในโครงการเป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

3) ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อลดความแออัดในหน่วยบริการ และลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย กำหนดให้หน่วยบริการ และหน่วยบริการอื่นมีสิทธิได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยจ่ายเพิ่มเติมสำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยรายเก่าที่บ้าน ตามจำนวนผลงานบริการในอัตราไม่เกิน 50 บาท ต่อครั้งบริการ รายละเอียดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

4) ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine) จ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine) โดยจ่ายตามรายการบริการตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช.กำหนด รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

5) ค่าบริการสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์หรือด้านกายภาพบำบัด จ่ายเป็นค่าบริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์ หรือด้านกายภาพบำบัด โดยจ่ายตามรายการบริการตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช. กำหนดรายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

18) การบริหารค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

1) สปสช.จ่ายเงินกองทุนให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้ได้ดำเนินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษในภาพรวม และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

2.1) จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหา เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2.2) จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นค่าชุดเซชค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการ พิเศษ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่มจาก ผู้ป่วย

3) กรณีจำเป็นให้ สปสช. จ่ายเงินกองทุนตามข้อ 2.1 ล่วงหน้าได้ เพื่อให้เครือข่ายหน่วย บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถดำเนินการจัดหาได้ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ

4) เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหา ฯ รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี ทั้งนี้ ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้ถือเป็นทรัพย์สินของ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

5) กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

5.1) หากมีเงินเหลือให้ใช้สำหรับการจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษครั้งถัดไป

5.2) หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณ ที่ได้รับในปีงบประมาณ 2564 ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับปรุงประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อ คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช. รวบรวม ข้อมูลเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

9. เปรียบเทียบ 3 กองทุน

จากการทบทวนหลักเกณฑ์ กติกา และเงื่อนไขการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน สามารถสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบ 3 กองทุน

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
1. ผู้มีสิทธิ	<p>1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย งบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่างรับการศึกษาอบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ</p> <p>2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมีได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษายาบาลไว้</p> <p>3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่า</p>	<p>1) ลูกจ้างที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ผู้ประกันตนตามมาตรา 33)</p> <p>2) ลูกจ้างที่สิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตนแล้ว เพราะออกจากงานแต่ประสงค์จะจ่ายเงินสมทบเองเพื่อเป็นผู้ประกันตนต่อไป (ผู้ประกันตนตามมาตรา 39)</p> <p>3) บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ลูกจ้างสถานประกอบการในระบบแต่ประสงค์จะสมัครเข้ามาเป็นผู้ประกันตน (ผู้ประกันตนตามมาตรา 40)</p>	<p>ประชาชนชาวไทยที่ได้ลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำแล้ว ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องไม่มีคุณสมบัติตรงตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>1) เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ</p> <p>2) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>3) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐ หรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ</p> <p>4) เป็นบิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคล</p>

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	<p>ด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุน มีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด</p> <p>4) บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิทั้ง 3 กลุ่มข้างต้น ประกอบด้วยบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ซึ่งต้องเป็นบุคคลในครอบครัวที่ชอบด้วยกฎหมาย โดยมีหลักฐานทางราชการรับรองความถูกต้อง ในกรณีบุตรนั้น ให้ไม่เกิน 3 คน เรียงลำดับก่อนหลัง โดยต้องเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย และยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแต่เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถที่อยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ (ไม่รวมบุตรบุญธรรมและบุตรที่ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมผู้อื่น) หากบุตรคนใดเสียชีวิตลงก่อนบรรลุนิติภาวะให้สามารถเบิกค่ารักษายาบาลสำหรับบุตรคนถัดไปแทนได้ (กรณีบุตรมากกว่า 3 คน)</p>		<p>อื่นใดที่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม 3 ข้อข้างต้น</p> <p>5) เป็นผู้ประกันตนที่อยู่ภายใต้กองทุนประกันสังคม ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในบางกรณี</p>

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. แหล่งเงินสมทบ/ งบประมาณ	<p>กรมบัญชีกลางมีหน้าที่เป็นผู้จัดทำประมาณการรายจ่ายค่ารักษายาบาลในแต่ละปีงบประมาณ โดยมีสมมติฐาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 3 2) ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 2 <p>ในแต่ละปีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานของรัฐที่เกิดขึ้นจริงจะเกินกว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรร ซึ่งกรมบัญชีกลางจะทำเรื่องขอเพิ่มไปยังสำนักงบประมาณ (จัดทำโดยกองการเงินการคลังภาครัฐ) ซึ่งในกรณีที่มิได้รับเพิ่มหรือให้เพิ่มแล้วแต่ยังไม่พอกับค่าใช้จ่ายๆ ก็จะต้องขอใช้งบประมาณจากเงินคงคลังแล้วตั้งงบประมาณขอใช้เงินคงคลังในปีถัดไป</p>	<p>รายรับมาจากเงินสมทบ 3 ฝ่ายจากผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33 <ul style="list-style-type: none"> - เงินสมทบจากผู้ประกันตนมาตรา 33 รวมร้อยละ 5 ของฐานค่าจ้าง - ฐานค่าจ้างตามค่าจ้างที่ได้รับจริง กำหนดไว้ต่ำสุดที่ 1,650 บาทต่อเดือน สูงสุดที่ 15,000 บาทต่อเดือน 2) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 39 <ul style="list-style-type: none"> เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนตามมาตรา 39 รวมร้อยละ 9 ของฐานค่าจ้าง <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดฐานค่าจ้างเท่ากับ 4,800 บาทต่อเดือน ทำให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเท่ากับ 432 บาทต่อเดือน - ส่วนเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จะถูกแยกจัดเก็บอยู่ในกองทุนสำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 40 โดยเฉพาะ 	<p>งบประมาณที่ได้รับเป็นไปตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยในปีงบประมาณ 2564 ได้รับการจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 3,719.23 บาทต่อผู้มีสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 47.6440 ล้านคน</p>

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหาร	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
4. จำนวนผู้มีสิทธิ	ประมาณ 4.3 ล้านคน	ณ สิ้นไตรมาสที่ 4 พ.ศ. 2563 มีผู้ประกันตน ในความคุ้มครองของกองทุนฯ ทั้งหมด 16.43 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ประกันตนตาม มาตรา 33 จำนวน 11.12 ล้านคน ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จำนวน 1.80 ล้านคน และผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จำนวน 3.51 ล้านคน	ผู้มีสิทธิจำนวนทั้งหมด 47.6440 ล้านคน (ข้อมูล ณ ปีงบประมาณ 2564)
5.สถานพยาบาล ผู้ให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง - สถานพยาบาลของเอกชน (เฉพาะกรณี เจ็บป่วยฉุกเฉิน) - ขยายสถานพยาบาลของเอกชนที่เข้าร่วม โครงการ (ผู้ป่วยใน) โดยให้ไปใช้บริการได้ ตามเงื่อนไข/โรคที่กำหนด - สถานพยาบาลของเอกชน กรณี สถานพยาบาลของทางราชการ ส่งตัวไปเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม และฉายรังสี 	โรงพยาบาลคู่สัญญาทั้งสถานพยาบาล ภาครัฐ สถานพยาบาลเอกชน และ สถานพยาบาลเครือข่าย	โรงพยาบาลคู่สัญญาทั้งภาครัฐ/เอกชน และลูกข่าย

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. ทางเลือกของ ผู้รับบริการ	<p>- ไม่ต้องลงทะเบียนเลือกโรงพยาบาล กรณีเข้ารับบริการหน่วยบริการรัฐ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประเภทผู้ป่วยนอกใช้ระบบเบิกจ่ายตรงหรือสำรองจ่ายเงินและนำไปเบิกก็ได้ • ประเภทผู้ป่วยในระบบเบิกจ่ายตรงโดยใช้ฐานข้อมูลหรือหนังสือส่งตัวเพื่อเข้ารับบริการ <p>กรณีเข้ารับบริการหน่วยบริการเอกชน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประเภทผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีหน่วยบริการรัฐ ส่งตัวไปฟอกเลือด หรือส่งตัวไปฉายรังสีเนื่องจากเป็นมะเร็ง ซึ่งต้องเป็นหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญา • ประเภทผู้ป่วยใน กรณีการนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective Surgery) เฉพาะหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญา หรือกรณีฉุกเฉินถึงชีวิตไม่จำกัดหน่วยบริการ <p>- กรณีเข้ารับบริการหน่วยบริการเอกชน ประเภทผู้ป่วยนอก มี 3 กรณี คือ 1) เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเบิกได้จากระบบร่วมสามกองทุน (EMCO) 2) กรณีที่</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (สถานพยาบาลที่มีศักยภาพ 100 เตียง) และสามารถใช้บริการได้ในโรงพยาบาลตามบัตรและเครือข่าย - กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือประสบอันตรายสามารถใช้บริการที่ใดก็ได้ โดย - หากรับบริการที่ รพ.รัฐ เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น - หากไป รพ.เอกชน เบิกจ่ายได้ตามอัตราเพดานที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำได้ 4 ครั้ง/ปีงบประมาณ สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนเสมอ หากเกินศักยภาพจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยที่มีศักยภาพสูงกว่า

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	<p>สถานพยาบาลของทางราชการไม่มี ยา อุปกรณ์อวัยวะเทียม หรือห้องทดลอง การฉายรังสี สามารถส่งตัวเพื่อเข้ารับบริการสถานพยาบาลเอกชนได้ตามหลักเกณฑ์และ 3) การส่งต่อเพื่อพอกเลือดกรณีโรคไตหรือรังสีรักษากับหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการกับกรมบัญชีกลาง</p> <p>- <u>ประเภทผู้ป่วยใน</u> กรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective Surgery) เฉพาะหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญากับกรมบัญชีกลาง และกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงชีวิตไม่จำกัดหน่วยบริการ</p>		
7. รูปแบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล	<p>- ผู้ป่วยนอก จ่ายเงินตามรายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บไม่เกินอัตราที่กำหนด (Fee for Service with Ceiling) โดยใช้ระบบเบิกจ่ายตรง หรือนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกจากต้นสังกัด</p> <p>- ผู้ป่วยใน จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยไม่มีเพดานงบประมาณ (เริ่มใช้ปีงบประมาณ 2550)</p>	<p>ค่าใช้จ่ายกรณีค่าบริการทางการแพทย์ โดยเฉลี่ยอัตรา 3,959 บาท/คน/ปี (เริ่มใช้ปี 2563) แบ่งเป็น</p> <p>- กรณีเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน อัตรา 1,640 บาท/คน/ปี</p> <p>- กรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2) อัตรา 746</p>	<p>ข้อมูล ณ ปีงบประมาณ 2564</p> <p>- ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ได้รับจำนวน 1,279.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทบริการย่อย 2 รายการ ได้แก่</p> <p>1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิจำนวน 1,270.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ</p> <p>1.1) จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้</p>

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
		บาท/คน/ปี - กรณีผู้ป่วยนอก ที่สถานพยาบาลต้องมี ภาระการรักษาผู้ประกันตนป่วยด้วยโรค เรื้อรังอัตรา 453 บาท/คน/ปี - รวมจ่ายให้สถานพยาบาลคู่สัญญา อัตรา 2,839 บาท/คน/ปี - นอกนั้นเป็นค่าบริการทางการแพทย์ นอกเหนือเหมาจ่าย แยกกรณีอุบัติเหตุ อุกฉุค ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ บำบัดรักษาโรค	มีสิทธิ โดยสังกัดสำนักปลัดกระทรวง สาธารณสุขใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนการจ่ายสังกัดอื่นๆ เป็นไปตามผู้มี สิทธิรายเดือน 1.2) หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่าย รายหัวโดยคำนวณ อัตราจ่ายต่อผู้มีสิทธิ • 80% คำนวณด้วยโครงสร้างอายุประชากร ระดับจังหวัดและให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย $\pm 10\%$ • 20% คำนวณด้วยอัตราเท่ากันทุกกลุ่มอายุ 2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน บริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ - ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ได้รับจำนวน 1,440.03 บาทต่อผู้มีสิทธิ กำหนดให้มีการ บริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) กั้นเงินไว้บริหารจัดการระดับประเทศ จำนวน 100 ล้านบาท ไว้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับ บริการในเขตให้ได้อัตราไม่ต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW หากไม่เพียงพอ ให้จ่าย

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
			<p>เพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี</p> <p>2) จัดสรรเงินเป็น Global budget เพื่อบริหารจัดการระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป รวมบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละพื้นที่ของ สปสช. เขต และบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)</p> <p>- วงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ค่าบริการกรณีเฉพาะได้รับจำนวน 373.67 บาทต่อผู้มีสิทธิ จัดเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น 2) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
			<p>3) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ</p> <p>4) กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด</p> <p>5) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค</p> <p>- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p>328.57 บาทต่อประชากรไทย 66.0330 ล้านคน (หรือคิดเป็น 455.39 บาทต่อผู้มีสิทธิ) แบ่งเป็น</p> <p>1) ค่าใช้จ่ายในการบริหารระดับประเทศ 30.83 บาทต่อประชากรทั่วประเทศ</p> <p>2) ค่าใช้จ่ายสำหรับท้องถิ่น 45 บาทต่อประชากรทั่วประเทศ</p> <p>3) ค่าใช้จ่ายสำหรับเขต/จังหวัดที่มีปัญหา 4 บาทต่อประชากรทั่วประเทศ</p> <p>4) ค่าบริการพื้นฐาน 239.74 บาทต่อประชากรทั่วประเทศ (แบ่งเป็นเงินเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ 203.57 บาท และเงินที่จ่ายแบบ Fee Schedule 36.17 บาท)</p>

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
			<p>5) จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 9 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ จ่ายให้หน่วยบริการแบบ Global Budget ระดับเขต และจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 18.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ แบ่งเป็นเงินที่จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ไม่เกิน 5 บาท และเงินที่จ่ายตามผลงานบริการระดับจังหวัด ส่วนที่เหลือไม่น้อยกว่า 13.40 บาท - ค่าบริการการแพทย์แผนไทย 17.90 บาทต่อผู้มีสิทธิ แบ่งเป็นค่าบริการการแพทย์แผนไทย 16.30 บาท และค่าบริการฝังเข็ม/กระตุ้นไฟฟ้า 1.60 บาท - งบเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ คำนวณตามสัดส่วนอัตราต่อผู้มีสิทธิตามงบสำหรับค่าบริการผู้ป่วยใน

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
			<p>ค่าบริการผู้ป่วยนอก และค่าบริการส่งเสริมป้องกันโรค</p> <p>- เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษายาบาล และผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข 3.84 บาทต่อผู้มีสิทธิ</p> <p>- ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ มาจาก 3 ส่วน ดังนี้</p> <p>1) บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ</p> <p>2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน</p> <p>3) บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ</p>

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8. กระบวนการจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่สถานพยาบาล	<p>ใช้ระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลร่วมกับฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ โดยมีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา สถานพยาบาลต้องส่งข้อมูลค่ารักษายาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงตามรายการที่กำหนดเป็นรายบุคคล ไปยังหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย (สปสช. หรือ สกส. แล้วแต่กรณี) 2) จากนั้น สปสช. หรือ สกส. จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและแจ้งให้สถานพยาบาลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลค่าใช้จ่าย 3) เมื่อสถานพยาบาลยืนยันข้อมูลค่าใช้จ่าย สถานพยาบาลจะจัดทำคำขอเบิกเงินค่ารักษายาบาลตามแบบที่กำหนดและส่งให้แก่ สปสช. หรือ สกส. 4) จากนั้น สปสช. หรือ สกส. จะจัดส่งมาที่กรมบัญชีกลางต่อ เพื่อดำเนินการ 	<p>ในการจัดสรรงบประมาณของกองทุนประกันสังคมให้สถานพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้</p> <p><u>กรณีเจ็บป่วยทั่วไป</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลแห่งนั้น โดยแบ่งจ่ายภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน เดือนละไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินเหมาจ่ายในวันทำการสุดท้ายของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินเหมาจ่าย 2) เมื่อมีการจ่ายเงินในแต่ละเดือนแล้ว ให้มีการคิดคำนวณเงินเหมาจ่ายที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการ 	<p>ในการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. ให้หน่วยบริการ มีหลักการและขั้นตอนเบื้องต้นดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จัดสรรงบดำเนินการปีปัจจุบันของแต่ละจังหวัดให้ไม่น้อยกว่าปีก่อนหน้า 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาเงินไวบริหารจัดการที่ระดับจังหวัด และปรับเกลี่ยให้แก่หน่วยบริการภายในจังหวัด ตามความเหมาะสมของพื้นที่ 3) คำนวณยอดเงินประมาณการจัดสรรของปีปัจจุบัน โดยใช้ฐานข้อมูลประชากรปริมาณการให้บริการ จำนวนผู้ป่วยในปกติ/AE/HC และข้อมูลเงินเดือนของหน่วยบริการของปีก่อนหน้า 4) จัดสรรกรณีผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วมแบบมีเพดานวงเงิน (DRGs with Global Budget) ดวยคา RW อัตราเดียวกันทุกหน่วยบริการ

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	<p>จ่ายเงินค่ารักษายาบาลให้แก่สถานพยาบาลตามรอบบัญชีที่กำหนด</p> <p>5) กรมบัญชีกลางจะส่งแบบแจ้งการโอนเงินให้สถานพยาบาลทราบ โดยสถานพยาบาลจะต้องเก็บรวบรวมต้นฉบับคำขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลแต่ละครั้งไว้คู่กับแบบแจ้งการโอนเงินค่ารักษายาบาล เพื่อใช้ในการตรวจสอบ</p>	<p>จ่ายเงิน โดยให้ใช้จำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันต้นเดือน รวมกับจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันสิ้นเดือนหารด้วย 2 เป็นเกณฑ์คำนวณ และในกรณีที่ต้องจ่ายเงินเหมาจ่ายเพิ่มให้แก่สถานพยาบาล ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จ ภายใน 3 เดือน</p> <p><u>กรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง</u></p> <p>1) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี โดยแบ่งงบประมาณเป็นสองส่วน ส่วนที่ 1 แบ่งจ่ายเป็นรายเดือน เดือนละเท่า ๆ กัน</p>	<p>5) กั้นเงินการตามจ่ายกรณีผู้ป่วยในที่ไม่ใช่ AE/HC ที่หน่วยบริการส่งต่อเพื่อการรักษาในหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยบริการไม่ต้องตามจ่าย</p> <p>6) จัดสรรงบเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการ (Contingency Fund: CF) พร้อมงบดำเนินการตั้งแต่นั้น และจัดสรรให้กับจังหวัดเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปีโดยคณะทำงานที่ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>7) หักเงินเดือนในระดับจังหวัดจากเงินที่ได้รับจัดสรร (OP/PP,IP,AE/HC)</p>

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
		<p>จำนวน 11 งวด ส่วนที่ 2 จ่ายเป็นงวดที่ 12 และให้จ่ายเงินภายใน 15 วันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ</p> <p>2) งวดที่ 1 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและ DRGs ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 1 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล</p> <p>3) อีก 11 งวดที่เหลือ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและ DRGs ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ที่ส่งตั้งแต่มกราคมจนถึงเดือนที่คำนวณ และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนที่คำนวณ และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดก่อนหน้าทั้งหมดมาหักออก ก็จะเท่ากับเงิน</p>	

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
		<p>ค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงของงวดนั้นๆ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล <u>กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง</u></p> <p>1) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนกรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยกำหนด DRGs ที่มีค่า AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2 โดยให้แบ่งจ่ายเป็นรายงวด ภายใน 15 วันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ</p> <p>2) สถานพยาบาลต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนผ่านไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ภายใน 2 เดือนถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เพื่อให้สำนักงานนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์</p>	

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
		<p>แพทย์ของเดือนมกราคมถึงเดือน ธันวาคม</p> <p>3) เมื่อจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ครบทุกรายการแล้วหากมีค่าบริการทางการแพทย์คงเหลือจำนวนเท่าใด ให้เป็นดุลพินิจของสำนักงานในการพิจารณา คำนวณจ่ายเงินเพิ่มเติมหรือลดลงให้แก่สถานพยาบาล ภายในวงเงินที่กำหนด</p>	
ตัวอย่างกรณีที่มีการจ่ายตรงให้ผู้รับสิทธิ	<p>บางกรณี ข้าราชการจะต้องเบิกด้วยระบบใบเสร็จ โดยจะได้รับเงินโดยตรงโดยไม่ผ่านสถานพยาบาล เนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่มีชื่อในระบบทะเบียนบุคลากร 2) สถานพยาบาลไม่ได้เข้าร่วมระบบเบิกจ่ายตรง 3) เข้ารับบริการที่ รพ.สต. 4) สถานพยาบาลเอกชนรับส่งต่อจากสถานพยาบาลรัฐ 5) สถานพยาบาลเอกชน รับคนไข้ในกรณีฉุกเฉิน 	<p>ในระบบประกันสังคม มีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนโดยตรงในบางกรณี ยกตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - สิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร ที่สำนักงานประกันสังคมเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาทต่อการคลอดบุตร ไม่จำกัดจำนวนครั้ง - สิทธิประโยชน์ในด้านทันตกรรม ที่ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษา หินปูน อุดฟัน ถอนฟัน และผ่าฟันคุด ในวงเงินรวมไม่เกิน 900 บาทต่อปี แล้ว 	-

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	กองทุนประกันสังคม	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	6) ค่ารักษายาบาลที่กรมบัญชีกลาง ประกาศไม่ให้ออกเบิกจ่ายตรง เช่น ยามะเร็ง	สามารถนำใบเสร็จไปเบิกกับสำนักงาน ประกันสังคมด้วยตนเองได้ แต่ก็มี สถานพยาบาลบางแห่งได้อำนวยความ สะดวกในการเบิกจ่ายตรงให้	

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์

ส่วนที่ 4 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับ สวัสดิการสุขภาพ

- ต้นทุนทางสุขภาพและระบบงบประมาณของไทย
- การกำหนดกติกาการจ่าย วิธีการในการกำกับดูแล
- ผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ห่วงโซ่มูลค่าของระบบสาธารณสุขไทย

ส่วนนี้กล่าวถึงการวิเคราะห์ห่วงโซ่มูลค่าของระบบสาธารณสุขไทย เพื่อเป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงระบบ ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้กรอบการประเมินระบบสวัสดิการสุขภาพที่ถูกรับรองโดย International Health Partnership + (IHP+) 2008 (อ้างอิงใน Papanicolas & Smith, 2013) (ดูในภาคผนวก) ซึ่งจะพิจารณาตั้งแต่ต้นทุนของระบบสวัสดิการสุขภาพไทย การดำเนินการในการบริหารจัดการ ตลอดจนผลลัพธ์ของระบบสวัสดิการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารงบประมาณและการเบิกจ่าย ซึ่งเป็นโจทย์วิเคราะห์หลัก

เนื้อหาจะประกอบด้วย 3 หัวข้อ คือ 1) ต้นทุนทางสุขภาพและระบบงบประมาณของไทย 2) การกำหนดกติกาการจ่าย วิธีการในการกำกับดูแล และ 3) ผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสาธารณสุข

10. ต้นทุนทางสุขภาพและระบบงบประมาณของไทย

10.1 การเปรียบเทียบรูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ

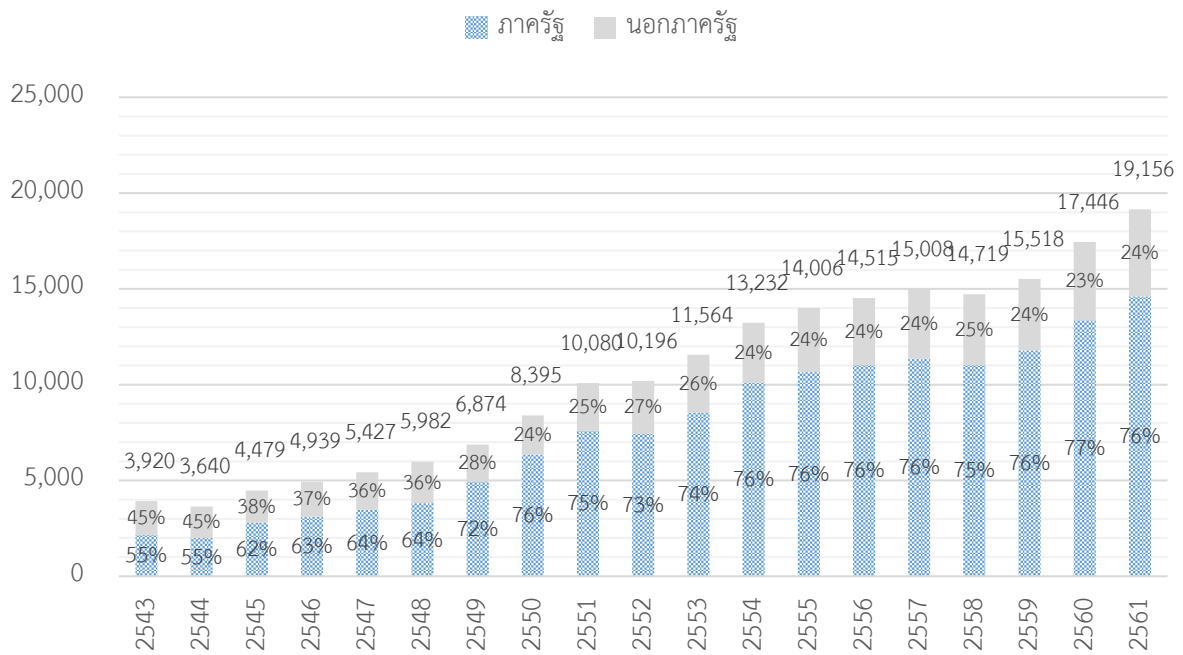
ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุนต่างๆ รวม 19,156 ล้าน ดอลลาร์ สรอ. หรือประมาณ 618,930 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นปีก่อนที่ไทยจะสามารถขยายโครงการ 30 รักษาทุกโรค หรือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ครอบคลุมทั้งประเทศ ที่ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุนต่างๆ รวม 19,156 ล้าน ดอลลาร์ สรอ. หรือประมาณ 157,270 ล้านบาท โดยเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 389% หรือ เกือบ 4 เท่าตัวในช่วงเกือบ 2 ทศวรรษ และจากข้อมูลจะพบว่ารายจ่ายด้านสุขภาพของไทยมีการเพิ่มขึ้นทุกปี

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุนต่อ GDP จะพบว่าไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นประมาณร้อยละ 3.79 ของ GDP ซึ่งถือว่าไม่ได้สูงมากเมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงที่ว่าไทยมีการให้สวัสดิการด้านสุขภาพแบบถ้วนหน้า มีประชากรกว่าร้อยละ 99 ที่มีสวัสดิการรักษาพยาบาล (รายละเอียดในส่วนที่ 3) และน้อยเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศต่างๆ ทั่วโลก (รูปที่ 24) ซึ่งประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางตอนบนจะมีค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุนต่อ GDP ประมาณสูงถึงร้อยละ 5.74

หากพิจารณาจากโครงสร้างของรายจ่ายสุขภาพ จะพบว่า ในปี พ.ศ. 2561 ไทยเป็นประเทศที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพฯ จากภาครัฐ สูงถึงร้อยละ 76 ของรายจ่ายด้านสุขภาพฯ ซึ่งก่อนจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสัดส่วนนี้เคยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 55 และพบว่าไม่ว่าจะเทียบกับค่าเฉลี่ยของโลก ค่าเฉลี่ยของประเทศระดับรายได้ปานกลาง และระดับรายได้ปานกลางตอนบน ประเทศไทยก็ถือเป็นประเทศที่รัฐมีสัดส่วนในรายจ่ายสุขภาพที่สูง (รูปที่ 25)

รูปที่ 23 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน ต่อ ประเทศไทย

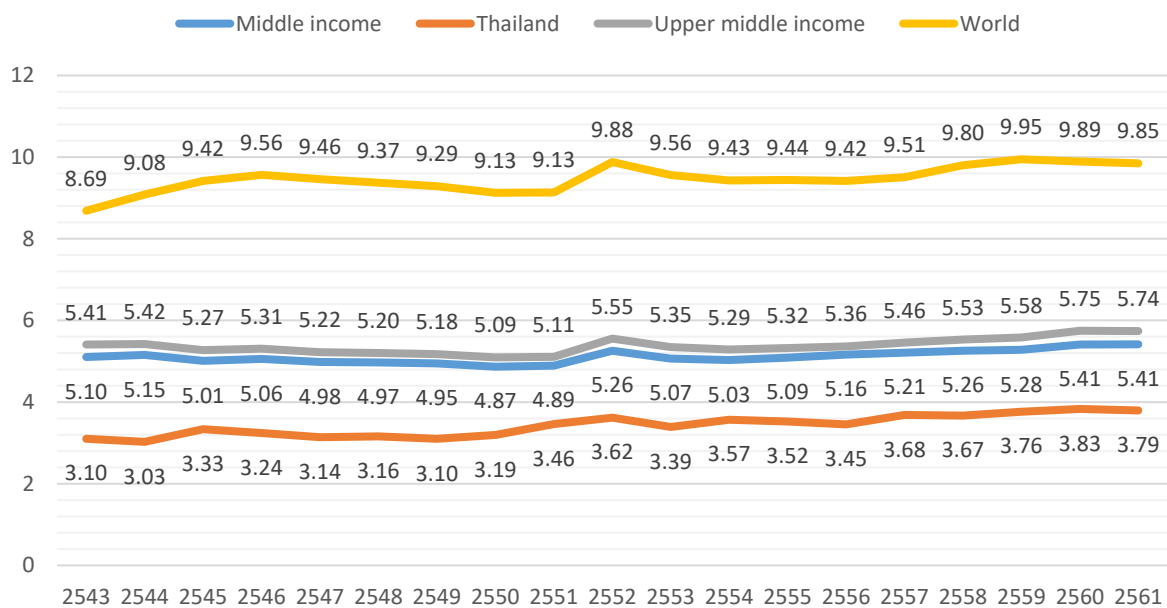
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน (หน่วย: ล้านดอลลาร์ สหรัฐ.)



ที่มา: World Bank (2021)

รูปที่ 24 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน ต่อ GDP จำแนกตามกลุ่มประเทศ

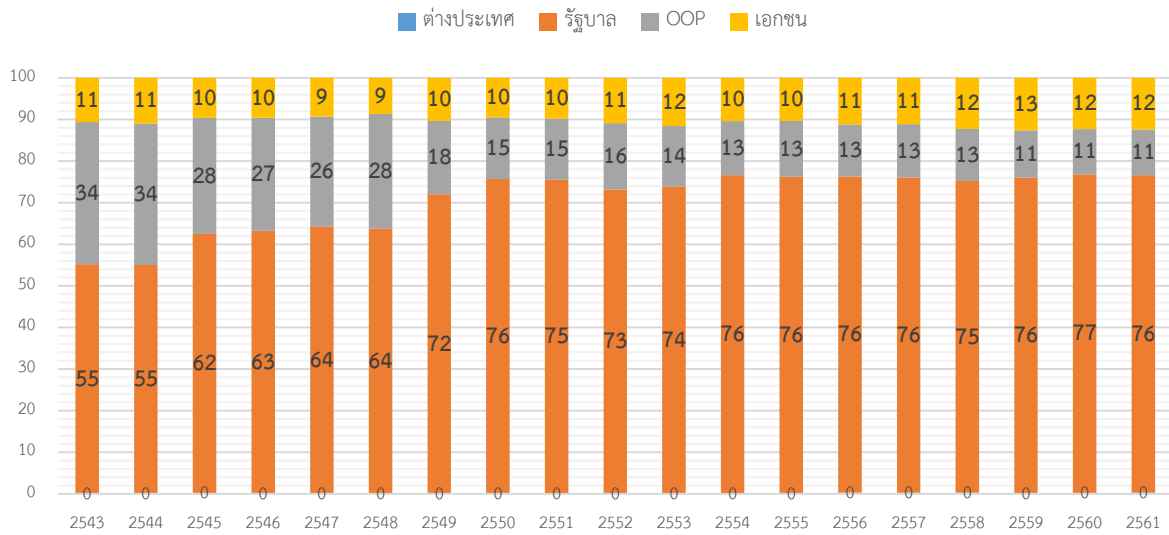
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุน (% of GDP)



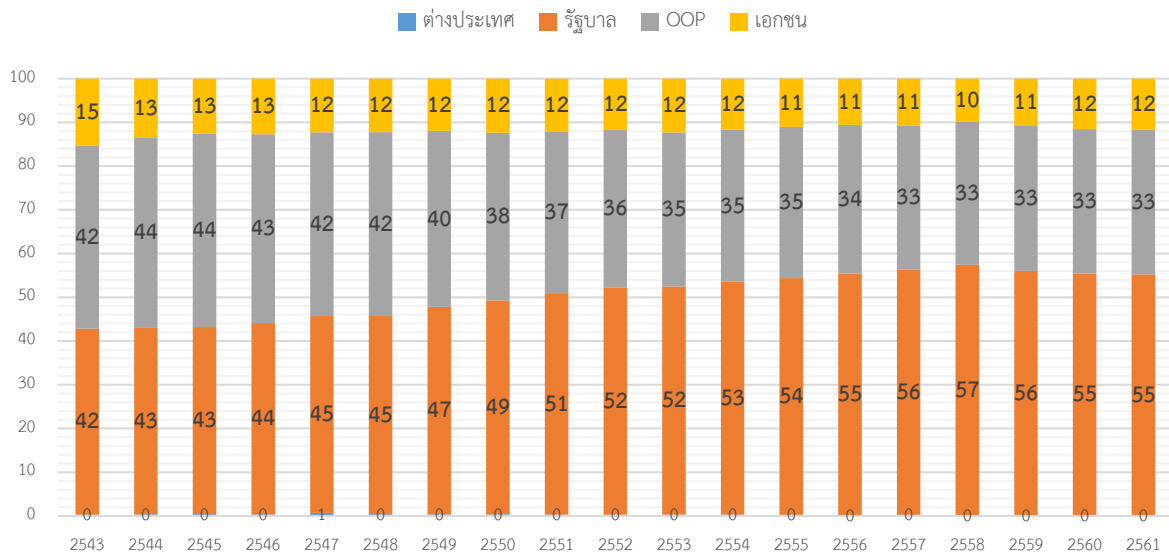
ที่มา: World Bank (2021)

รูปที่ 25 รายจ่ายสุขภาพ จำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน

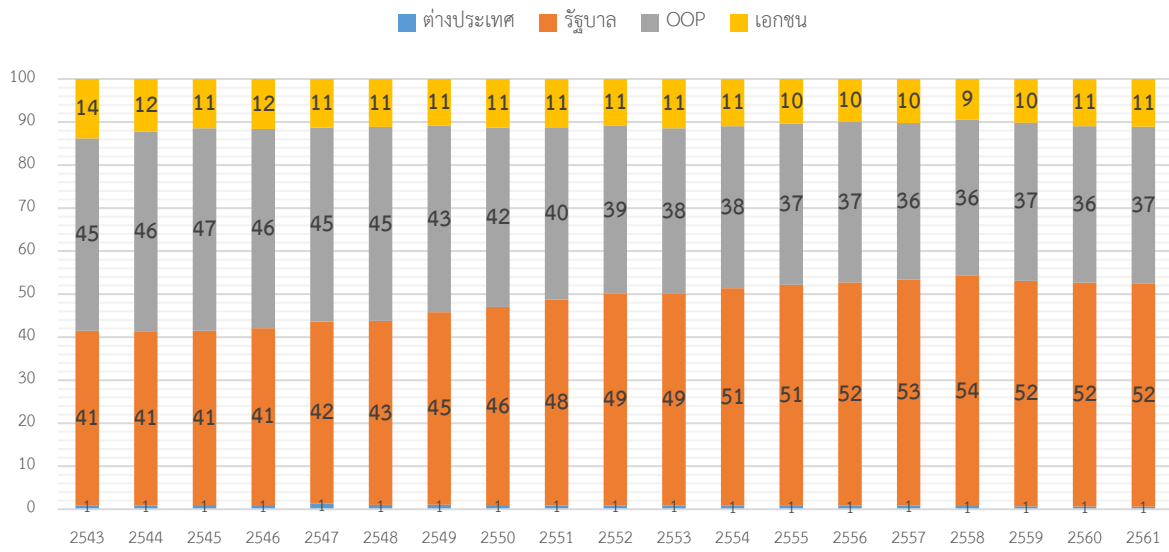
รายจ่ายสุขภาพจำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน - ไทย



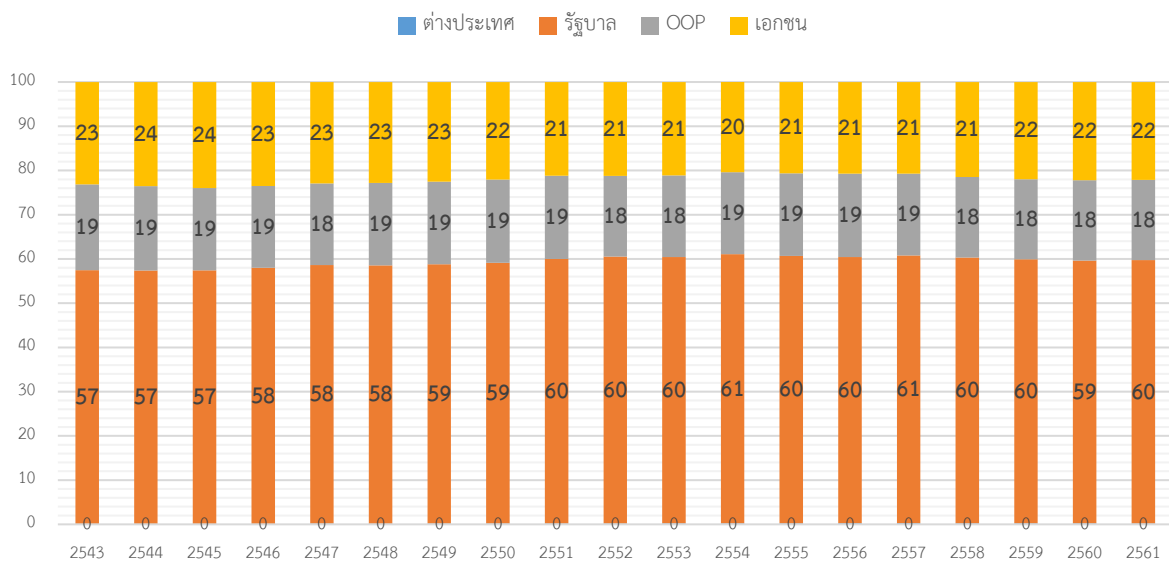
รายจ่ายสุขภาพจำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน - ประเทศรายได้ปานกลางตอนบน



รายจ่ายสุขภาพจำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน - ประเทศรายได้ปานกลาง



รายจ่ายสุขภาพจำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน - โลก



ที่มา: World Bank (2021)

หมายเหตุ: OOP คือ ส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเอง

10.2 รายจ่ายด้านสาธารณสุขรายกองทุน

ในหัวข้อนี้จะเป็นการศึกษางบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขรายกองทุน ซึ่งจากส่วนก่อนหน้าได้พบว่า 3 กองทุนมีการจัดสวัสดิการทางสุขภาพให้แก่คนในองค์กรที่แตกต่างกัน รวมถึงมีวิธีการในการจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่า โดยภาพรวมสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะเป็นสวัสดิการที่ให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพดีที่สุดในเมื่อเทียบกับ 2 กองทุน ทั้งในแง่รายการสิทธิประโยชน์และขอบเขตของสวัสดิการที่มอบให้แก่ครอบครัวของข้าราชการ แม้จะมีบางรายการสิทธิประโยชน์ที่สวัสดิการข้าราชการแตกต่างจากอีก 2 กองทุน เช่น ค่าทันตกรรม

นับตั้งแต่ปี 2552-2560 งบประมาณค่ารักษายาบาลของทั้ง 3 กองทุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นสวัสดิการข้าราชการที่มีการปรับลดลงบ้างในช่วงปีหลังๆ โดย

- งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เฉพาะงบรายหัว) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 4.86%
- งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวม) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 5.33%
- งบประมาณกองทุนประกันสังคม (เฉพาะกองทุน 4 กรณี เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพตาย) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 7.46%
- งบประมาณสวัสดิการข้าราชการ เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 1.62%

โดยหากพิจารณาเป็น งบประมาณรายหัวประชากรในองค์กรของทั้ง 3 กองทุน จะพบว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีงบต่อหัวสูงที่สุดถึง 16,049 บาท/คน/ปี

- มากกว่า สวัสดิการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบรวม) ที่เท่ากับ 3,738 บาท/คน/ปี ถึง 4.29 เท่า
- มากกว่ากองทุนประกันสังคม (เฉพาะกองทุน 4 กรณี เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพตาย) ที่เท่ากับ 4,544 บาท/คน/ปี ถึง 3.53 เท่า

ทั้งนี้ ช่องว่างระหว่างกองทุนนี้แม้จะมีการเพิ่มขึ้นบ้างในบางปี แต่ในภาพรวมมีแนวโน้มที่จะลดลง และ การพิจารณาสภาพปัญหาในส่วนนี้มีความจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่า ผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมเองก็อาจจะได้รับสวัสดิการรักษายาบาลจากนายจ้าง แต่มักจะเป็นเฉพาะแต่กับผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ที่มีการจัดสวัสดิการสุขภาพในส่วนนี้ ขณะที่ข้าราชการจะมีนายจ้างคือรัฐ ทำให้สวัสดิการทั้งหมดจึงมาจากงบประมาณของกองทุน

ตารางที่ 19 งบประมาณ 3 กองทุน

ปี พ.ศ.	บัตรทอง (เหมาจ่ายรายหัว)	บัตรทอง (นอกรายหัว)	ประกันสังคม	ข้าราชการ
2550	91,369		-	46,724
2552	103,551	4,514	29,522	61,273
2554	122,222	7,058	32,195	61,844
2556	133,495	8,045	39,049	59,772
2558	140,719	12,433	45,939	66,456
2560	151,771	14,002	53,491	73,632
2562	166,445	15,139	60,593	71,943

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564), สำนักงานประกันสังคม (2564)
สำนักงานสถิติ (2562) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

ตารางที่ 20 งบประมาณต่อหัว 3 กองทุน

ปี พ.ศ.	บัตรทอง (เหมาจ่าย รายหัว)	กรณี ข้าราชการ มากกว่า	บัตรทอง (รวม)	กรณี ข้าราชการ มากกว่า	ประกันสังคม	กรณี ข้าราชการ มากกว่า	ข้าราชการ
	(บาทต่อหัว)	(เท่า)	(บาทต่อหัว)	(เท่า)	(บาทต่อหัว)	(เท่า)	(บาทต่อหัว)
2552	2,202	5.22	2,298	5.00	3,154	3.65	11,501
2554	2,546	4.17	2,694	3.94	3,249	3.27	10,610
2556	2,756	3.82	2,922	3.60	3,597	2.93	10,523
2558	2,895	4.61	3,151	4.24	3,964	3.37	13,361
2560	3,110	4.95	3,397	4.53	4,379	3.52	15,398
2562	3,427	4.68	3,738	4.29	4,544	3.53	16,049

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564), สำนักงานประกันสังคม (2564)
สำนักงานสถิติ (2562) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

หมายเหตุ: งบประมาณต่อหัวของ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่รายงานข้างต้นจะ Overestimated
เนื่องจากในงบประมาณ จะมีค่าใช้จ่ายส่วนที่คนจากกองทุนอื่นได้ประโยชน์ด้วย เช่น งบรักษากลุ่มโรคเฉพาะ

นอกจากนี้ อีกประเด็นสำคัญที่มีความน่าสนใจคือ ประเด็นด้านที่มาของงบประมาณ ซึ่ง กองทุนประกันสังคมมีลักษณะที่แตกต่างจากอีก 2 กองทุนตรงที่เป็นกองทุนที่มีการร่วมจ่ายจาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ในอัตราร่วมจ่ายที่มีการกำหนดไว้อย่างแน่นอน ต่างจากอีก 2 กองทุนที่เป็นการบริหารผ่านงบประมาณภาครัฐ ทำให้กองทุนประกันสังคมจะมีประเด็นด้านความท้าทายด้านความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนเข้าร่วม

ในการศึกษาของ วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ (2564) ซึ่งศึกษาแนวทางการจัดสวัสดิการกรณีคลอดบุตร ให้แก่กองทุนประกันสังคม ได้มีการวิเคราะห์การเงินของกองทุนประกันสังคม โดยเฉพาะกองทุน 4 กรณี เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย พบประเด็นที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

กองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) มีผู้รับผลประโยชน์ทดแทนเป็นผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคม มาตรา 33 และ มาตรา 39 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยรายรับของกองทุนมาจากการเก็บเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ ผู้ประกันตน นายจ้างและรัฐบาล โดยกำหนดอัตราสมทบตามฐานค่าจ้างและสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนแต่ละมาตราได้รับ

1) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33

- เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนตามมาตรา 33 รวมร้อยละ 5 ของฐานค่าจ้าง นำเข้ากองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ร้อยละ 1.5 ของฐานค่าจ้าง (ที่เหลืออีกร้อยละ 3.5 จะนำเข้าสู่กองทุน 2 กรณี ร้อยละ 3 และกองทุนกรณีว่างงาน ร้อยละ 0.5) โดยมีนายจ้างและรัฐบาลร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุน 4 กรณี อีกฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของฐานค่าจ้าง (ส่วนที่เหลือ นายจ้างร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุน 2 กรณี ร้อยละ 3 และกองทุนกรณีว่างงาน ร้อยละ 0.5 ส่วนรัฐบาลร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุน 2 กรณี ร้อยละ 1 และกองทุนกรณีว่างงาน ร้อยละ 0.25)
- ฐานค่าจ้างตามค่าจ้างที่ได้รับจริง กำหนดไว้ต่ำสุดที่ 1,650 บาทต่อเดือน สูงสุดที่ 15,000 บาทต่อเดือน (กรณีค่าจ้างสูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป จะจ่ายเงินสมทบที่ฐานค่าจ้าง 15,000 บาทต่อเดือน) ทำให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมากที่สุด 750 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 5 ของ 15,000 บาท)

2) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 39

- เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนตามมาตรา 39 รวมร้อยละ 9 ของฐานค่าจ้าง นำเข้า กองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ร้อยละ 3 ของฐานค่าจ้าง¹⁷ (ที่เหลืออีกร้อยละ 6 จะนำเข้าสู่กองทุน 2 กรณี โดยที่ไม่มีการส่งเงินเข้ากองทุนกรณีว่างงาน) โดยมีรัฐบาลร่วมจ่ายสมทบ

¹⁷ คิดเป็น 2 เท่าของกรณีผู้ประกันตนมาตรา 33 โดยมีหลักการคือ ผู้ประกันตนมาตรา 39 จะจ่ายเงินสมทบทั้งในส่วนของผู้ประกันตนและนายจ้าง (เป็นเจ้านายตัวเอง) ยกเว้นกรณีว่างงาน

เข้ากองทุน 4 กรณี ร้อยละ 1.5 ของฐานค่าจ้าง และเข้ากองทุน 2 กรณี อีกร้อยละ 1 ของฐานค่าจ้าง

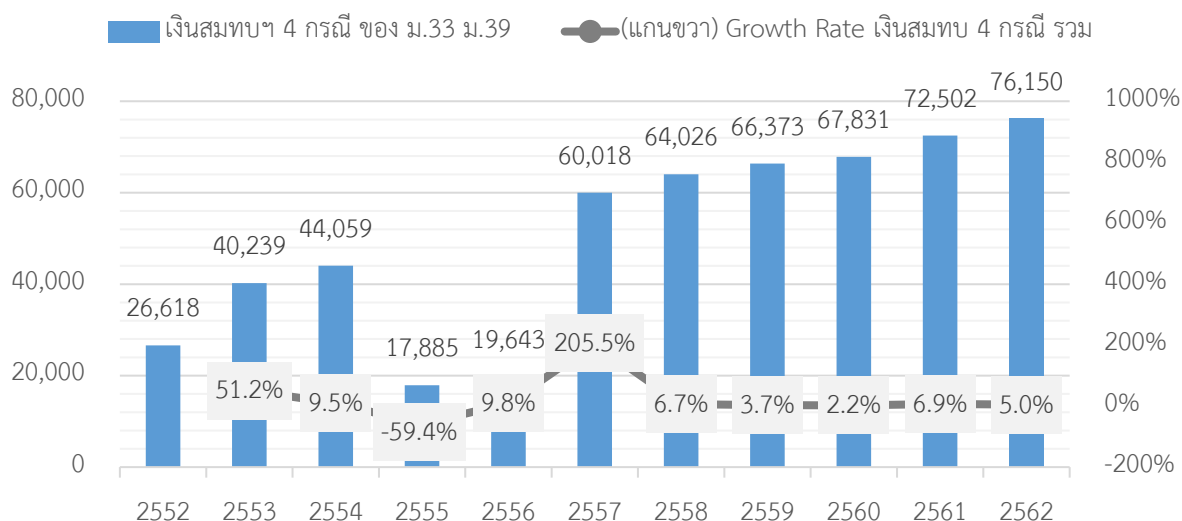
- กำหนดฐานค่าจ้างเท่ากับ 4,800 บาทต่อเดือน ทำให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเท่ากับ 432 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 9 ของ 4,800 บาท) และได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล 120 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 2.5 ของ 4,800 บาท) เท่ากันทุกคน

ทั้งนี้ บางช่วงเวลาอาจมีการปรับลดอัตราเงินสมทบเป็นกรณีพิเศษ เช่น ในช่วงมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2563 สำนักงานประกันสังคมประกาศปรับลดอัตราเงินสมทบทั้งในส่วนของนายจ้างและผู้ประกันตน เพื่อช่วยบรรเทาผลกระทบที่ทั้ง 2 ฝ่ายได้รับจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หากพิจารณาสถิติย้อนหลังจะพบว่ากองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) มีรายรับจากเงินสมทบ รายละเอียดตามรูปต่อไปนี้

รูปที่ 26 รายรับกองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย)

เงินสมทบกองทุน 4 กรณี ของ ม.33 ม.39 (หน่วย: ล้านบาท)



ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์ประมวลผลจาก สถิติงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2552 – 2562 และ ข้อมูลจาก สำนักงานประกันสังคม (2564)

จะพบว่า รายรับจากเงินสมทบของกองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) นอกจากจะถูกกำหนดจากจำนวนผู้ประกันตน อัตราเงินสมทบปกติและเพดานค่าจ้างแล้ว ยังพบบางปีที่มีการเปลี่ยนแปลงเงินสมทบกองทุน 4 กรณี ต่อจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 ในอัตราที่สูง เนื่องจากปัจจัยทางนโยบายประกันสังคมที่มีการปรับลดอัตราสมทบเป็นกรณีพิเศษในบางปี เพื่อตอบสนองกับสถานการณ์พิเศษที่เกิดขึ้น โดยมีการกำหนดอัตราสมทบกรณีพิเศษดังต่อไปนี้

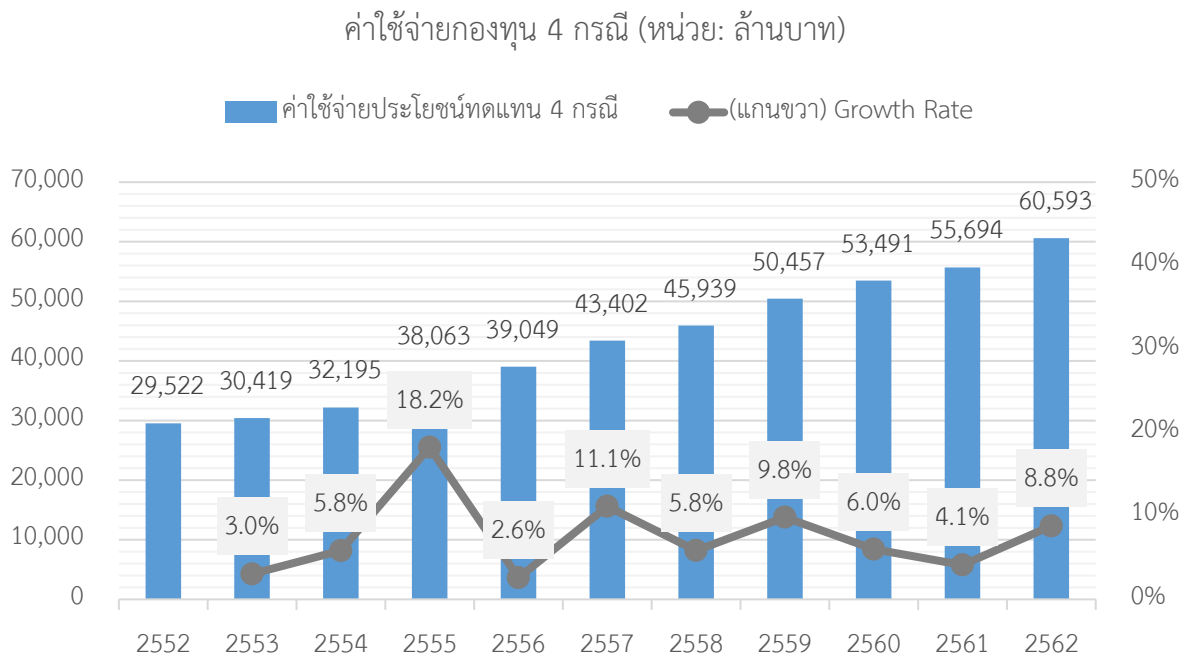
- 1) พ.ศ. 2552 (วิฤทธิเศรษฐกิจโลก 2550-2552) ให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และ นายจ้าง นำส่งเงินเข้ากองทุนประกันสังคม ลดเหลือฝ่ายละร้อยละ 3 จากเดิมฝ่ายละ ร้อยละ 5 ส่วนผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ให้นำส่งเงินสมทบเดือนละ 240 บาท จากเดิม 432 บาท เป็นระยะเวลา 6 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2552
- 2) พ.ศ. 2555 (มหาอุทกภัย 2554) ปรับเงินสมทบกองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) จากร้อยละ 1.5 เหลือร้อยละ 0.5 มีผลตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 พร้อมทั้งปรับเงินสมทบกองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและ ขราภาพ) จากร้อยละ 3 เหลือร้อยละ 2 มีผลตั้งแต่ 1 มกราคม – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555
- 3) พ.ศ. 2556 (ผลจากนโยบายค่าจ้างขั้นต่ำ 300 บาท 2556) กรณีของผู้ประกันตน มาตรา 33 ให้จัดเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนและนายจ้างในอัตราฝ่ายละร้อยละ 4 โดยลดในส่วนของ กองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) จากเดิม จ่ายในอัตราฝ่ายละร้อยละ 1.5 เหลือฝ่ายละร้อยละ 0.5 ทั้งนี้ ในส่วนของรัฐบาลยังคง จ่ายเงินสมทบในอัตราเดิมคือร้อยละ 2.75 ส่วนกรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 39 เดิมผู้ประกันตนจ่ายในอัตราร้อยละ 9 ของฐานค่าจ้าง 4,800 บาท มีการปรับลดลงเหลือ อัตราร้อยละ 7 ของฐานค่าจ้าง 4,800 บาท ใน พ.ศ. 2556 คือจ่ายเงินสมทบเดือนละ 336 บาท
- 4) พ.ศ. 2563 (การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)
 - มีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เงินสมทบกรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33 นายจ้างจ่ายลดลงจากร้อยละ 5 เหลือร้อยละ 4 ผู้ประกันตนจ่ายลดลงจาก ร้อยละ 5 เหลือร้อยละ 1 ส่วนกรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ผู้ประกันตนจ่าย ลดลงจากเดือนละ 432 บาท เหลือ 86 บาท
 - กันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เงินสมทบกรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33 นายจ้างและผู้ประกันตนจ่ายลดลงจากร้อยละ 5 เหลือร้อยละ 2 ส่วนกรณี ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จ่ายลดลงจากเดือนละ 432 บาท เหลือ 96 บาท
 - มกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2564 เงินสมทบกรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33 นายจ้างและลูกจ้างจ่ายลดลงจากร้อยละ 5 เหลือร้อยละ 3.1

จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่าในปีปกติ เช่น พ.ศ. 2562 ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 แต่ละคน จะจ่าย เงินสมทบ 432 บาทต่อเดือน (เข้ากองทุน 4 กรณี เท่ากับ $432 \times (3/9)$ ซึ่งเท่ากับ 144 บาท) รัฐบาลจ่าย สมทบเพิ่ม 120 บาทต่อเดือน (เข้ากองทุน 4 กรณี เท่ากับ $120 \times (1.5/2.5)$ ซึ่งเท่ากับ 72 บาท) ทำให้เงิน สมทบรายเดือนในกรณีมาตรา 39 ที่เข้าสู่กองทุน 4 กรณี เท่ากับ 216 บาทต่อเดือน และสามารถประมาณการ

เงินสมทบรวมในกรณีมาตรา 39 ที่เข้าสู่กองทุน 4 กรณี ใน พ.ศ. 2562 ได้เท่ากับ 4,272 ล้านบาท หรือเท่ากับ $216 \times 12 \times$ จำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 39

จากข้อมูลเงินสมทบรวมที่เข้าสู่กองทุน 4 กรณี สามารถประมาณการเงินสมทบรวมในกรณีมาตรา 33 ที่เข้าสู่กองทุน 4 กรณี ใน พ.ศ. 2562 ได้เท่ากับ 69,992 ล้านบาท (เท่ากับ เงินสมทบรวม ลบด้วยเงินสมทบรวมกรณีมาตรา 39) หรือ เงินสมทบรวมในกรณีมาตรา 33 ที่เข้าสู่กองทุน 4 กรณี เฉลี่ยเท่ากับ 441.1 บาทต่อคนต่อเดือน (เท่ากับ เงินสมทบรวมกรณีมาตรา 33หารด้วย จำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33) ซึ่งประมาณการเงินสมทบที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จ่ายเฉลี่ย 166.37 บาท/คน/เดือน (เท่ากับ $441.1 \times 1.5/4.5$) (อัตราข้างต้นนี้จะนำไปใช้ในการประมาณการในอนาคต)

รูปที่ 27 ค่าใช้จ่ายกองทุน 4 กรณี



ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์ประมวลผลจาก สถิติงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2552 – 2562 และ ข้อมูลจาก สำนักงานประกันสังคม (2564)

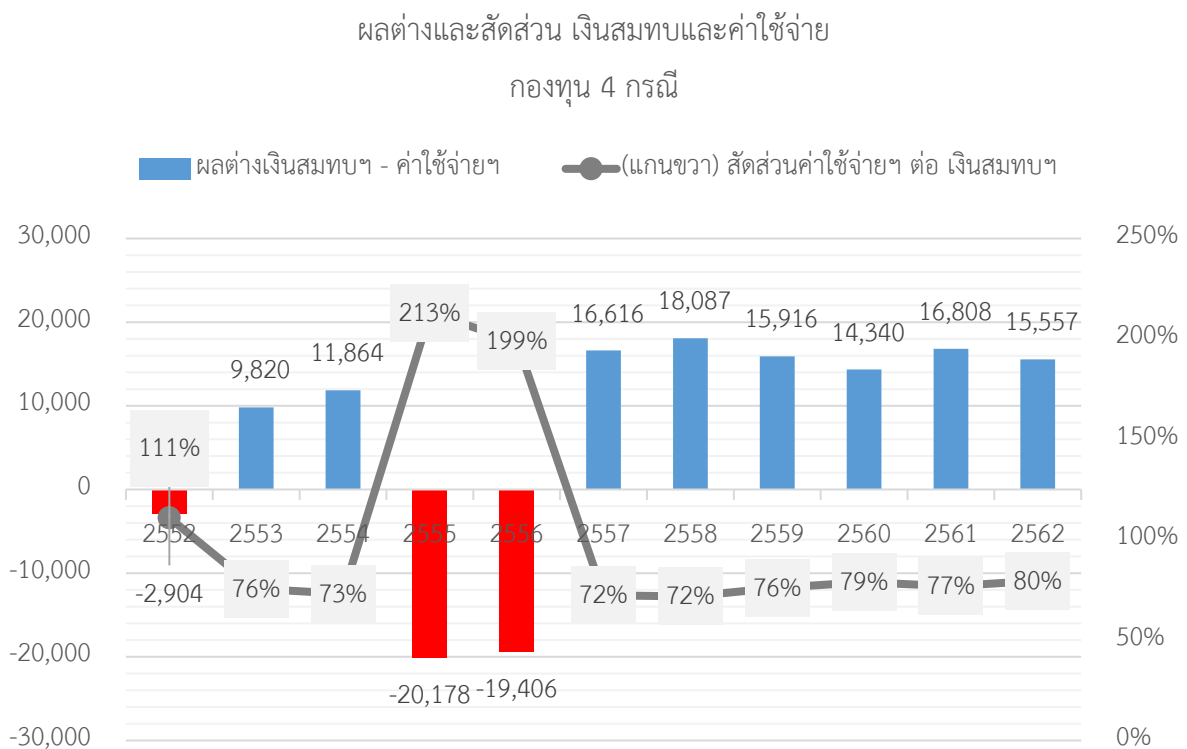
ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของกองทุนฯ 4 กรณี จะเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ประกันตนขอรับสิทธิประโยชน์เมื่อเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพหรือตาย ซึ่งกองทุนประกันสังคมได้มีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ทั้ง 4 กรณีอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ แม้ว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา (ปีหลังมหาอุทกภัย พ.ศ. 2554) จนถึง พ.ศ. 2562 เงินสมทบกองทุน 4 กรณีจะมีอัตราเติบโตเฉลี่ยต่อปีเท่ากับร้อยละ 4.9 ต่อปี¹⁸ ซึ่งมากกว่า อัตราเติบโตเฉลี่ยของ ค่าใช้จ่ายกองทุนประกันสังคมผลประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรที่เท่ากับ

¹⁸ คำนวณอัตราเติบโตเฉลี่ยแบบเรขาคณิต เช่น ปี 2557 กองทุน 4 กรณีมีรายได้ 60,018 ล้านบาท ปี 2562 กองทุน 4 กรณีมีรายได้ 76,150 ล้านบาท อัตราเติบโตเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 4.9% ($60,018 \times (1+4.9\%)^5 = 76,150$)

ร้อยละ 0.9 ต่อปี แต่อัตราเติบโตข้างต้นก็ยิ่งต่ำกว่าอัตราเติบโตของค่าใช้จ่ายกองทุนประกันสังคมผลประโยชน์ทดแทน 4 กรณี ที่เท่ากับร้อยละ 6.9 ต่อปี ซึ่งแม้ว่าปัจจุบัน โดยภาพรวมเงินสมทบกองทุน 4 กรณีในแต่ละปี จะมากกว่าค่าใช้จ่ายกองทุน 4 กรณี แต่ช่องว่างระหว่างค่าใช้จ่ายและรายได้ของกองทุน 4 กรณีมีแนวโน้มที่จะลดลงเรื่อยๆ

ซึ่งหากกองทุน 4 กรณี ยังคงมีรายได้ฯ และค่าใช้จ่ายฯ ที่เติบโตในอัตราคงที่ที่ร้อยละ 4.9 ต่อปี และร้อยละ 6.9 ต่อปีตามลำดับ จากการวิเคราะห์จะพบว่า กองทุน 4 กรณี จะยังคงมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายไปจนถึงปี พ.ศ. 2571 (รายได้ฯ เท่ากับ 116,888 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายฯ เท่ากับ 110,475 ล้านบาท) และจะเริ่มมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2572 (รายได้ฯ เท่ากับ 122,588 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายฯ เท่ากับ 118,099 ล้านบาท) อย่างไรก็ตาม การคำนวณข้างต้นเป็นการคำนวณภายใต้สมมติฐานอัตราเติบโตของรายได้และค่าใช้จ่ายที่ ทั้งนี้ในโลกความจริงมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อรายได้ฯ และค่าใช้จ่ายฯ ของกองทุนประกันสังคม ทำให้อัตราเติบโตในแต่ละปีมีการเปลี่ยนแปลง

รูปที่ 28 เงินสมทบและค่าใช้จ่ายกองทุน 4 กรณี



ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์

11. การกำหนดกติกาการจ่าย วิธีการในการกำกับดูแล

ในหัวข้อนี้ คณะผู้วิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาเกี่ยวกับ “กระบวนการ” จัดสรรและบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขของไทย ซึ่งได้ทำการประมวลเนื้อหาเกี่ยวกับกติกาทั้งการจัดสรรงบประมาณและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของ 3 กองทุนไว้แล้วในส่วนที่ 3 ของการศึกษา เนื้อหาในส่วนนี้จึงเป็นเนื้อหาต่อเนื้อเรื่องที่รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สภาพปัญหาในกระบวนการทำงานของหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขประกอบด้วย สถานพยาบาลตั้งแต่ระดับโรงเรียนแพทย์ จนถึงสถานพยาบาลปฐมภูมิระดับชุมชน และหน่วยงานที่มีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนไปยังสถานพยาบาล รวมถึงการวิเคราะห์โครงสร้างทางการเงินของสถานพยาบาล

11.1 ข้อมูลความเห็นของ “สถานพยาบาล” ต่อ การดำเนินการร่วมกับ 3 กองทุนสุขภาพ

คณะผู้วิเคราะห์ได้รวบรวมข้อมูลความเห็นของ “สถานพยาบาล” ต่อ การดำเนินการร่วมกับ 3 กองทุนสุขภาพ ผ่านการสัมภาษณ์แทนสถานพยาบาล ทั้งสถานพยาบาลประเภทโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ สถานพยาบาลของรัฐ และสถานพยาบาลเอกชน ในทั้ง 4 ภูมิภาค รวมทั้งหมด 12 แห่ง สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ตารางที่ 21 ข้อมูลความเห็นของ “สถานพยาบาล” ต่อ การดำเนินการร่วมกับ 3 กองทุนสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
โรงพยาบาลศูนย์	<p>ประเด็นที่ 1 การให้เงินเหมาจ่ายรายหัว อาจทำให้สถานพยาบาลไม่ยินยอมส่งต่อผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none">● การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) เป็นปัญหาหนึ่งของระบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นระบบจ่ายหลักของ สปสช. และสำนักงานประกันสังคม ที่ต่างให้เป็นเงินเหมาจ่ายรายหัวแก่สถานพยาบาล● กรณีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเกิดการส่งต่อผู้ป่วยไปที่อื่น สปสช. จะเป็นผู้รับผิดชอบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษา ทำให้สถานพยาบาลตามสิทธิไม่ต้องแบกรับต้นทุนค่ารักษาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากสถานพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสถานพยาบาลของรัฐเกือบทั้งหมด จึงกระทำเช่นนั้นได้● กรณีระบบประกันสังคม สถานพยาบาลตามสิทธิต้องเป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายค่าบริการให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษาด้วยตัวเอง ทำให้เกิดปัญหาว่าสถานพยาบาลตามสิทธิ (โดยเฉพาะเอกชน) บางแห่งไม่ยอมส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลที่เหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>กว่า แม้ต้นจะไม่มีศักยภาพในการรักษาอย่างมีคุณภาพ เพราะอาจเกิดความเสียหายที่จะขาดทุนได้ ทั้งนี้ เนื่องจากสถานพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมมีสถานพยาบาลเอกชนอยู่จำนวนมาก จึงจัดการและควบคุมได้ยาก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลที่ทำให้สัญญาประกันสุขภาพสามารถทำเรื่องเบิกค่ารักษายาบาลผ่านระบบเบิกจ่ายตรงได้ จึงไม่พบปัญหาด้านการส่งต่อผู้ป่วย <p>ประเด็นที่ 2 ภายใต้ระบบเหมาจ่ายรายหัว สถานพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มจ่ายยาในปริมาณน้อยกว่าหรือมีราคาสูงกว่าที่ควร</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลจะใช้บัตรประชาชนของผู้ใช้บริการในการเบิกจ่ายตรงไปยังกรมบัญชีกลางเมื่อมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น สถานพยาบาลจึงสามารถเบิกจ่ายยาได้ตามจริงเท่าที่จำเป็นต่อการรักษา ทั้งนี้ ข้าราชการอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในกรณีใช้นานอกบัญชีหลักๆ เช่น แคลเซียม วิตามินบำรุง เป็นต้น ● ส่วนกรณีระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานพยาบาลจะได้รับเป็นเงินเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิมาแล้ว การเบิกจ่ายยาจึงอยู่ในดุลพินิจของสถานพยาบาลว่าจะให้ยามากหรือน้อย ยาราคาแพงหรือถูก โดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ต้องลดต้นทุนให้เหลือน้อยที่สุดจึงอาจจ่ายยาน้อยหรือยาราคาถูก ส่วนสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ไม่มีส่วนรับรู้หรือส่วนได้ส่วนเสียในผลประกอบการอยู่แล้ว แพทย์จึงเบิกจ่ายยาเท่าที่จำเป็นต่อการรักษา ภายใต้บัญชีหลักๆ รายการเดียวกับข้าราชการ <p>ประเด็นที่ 3 ระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบหลักของไทย ควรบูรณาการสิทธิและวิธีเบิกจ่ายให้อยู่ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ประเทศไทยควรบูรณาการระบบประกันสุขภาพทั้งระบบ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างสวัสดิการข้าราชการ สิทธิบัตรทอง สิทธิประกันสังคม เช่น <ul style="list-style-type: none"> ○ กรณีทันตกรรม สิทธิบัตรทองคุ้มครองมากกว่าและไม่มีวงเงิน

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยางบางตัวของสิทธิบัตรทองไม่ต้องจ่าย ○ กรณีคลอดบุตร สิทธิบัตรทองและสวัสดิการข้าราชการไม่ต้องจ่ายแม่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด <p>ประเด็นที่ 4 ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบควรพิจารณาจำนวนเงินให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงก่อนเลือกวิธีการจ่ายที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การกำหนดสิทธิการรักษาควรเริ่มต้นจากกำหนดเงินให้เพียงพอในทางปฏิบัติ แล้วค่อยพิจารณาวิธีการจ่ายเงิน เพราะหากจำนวนเงินที่ให้ไม่เพียงพอ ผู้ให้สัมภาษณ์มองว่าจะจ่ายด้วยวิธีไหนก็ไม่แก้ปัญหายู่ดี โดยราคาที่ถูกนำมาพิจารณาควรเป็นราคาที่ผู้ป่วยต้องจ่ายจริงที่รวมทุกอย่างที่จำเป็นในทางปฏิบัติ ไม่ใช่แค่อ้างอิงจากราคากลางตามประกาศ
โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์	<p>ประเด็นที่ 1 การกำหนดเงื่อนไขในการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ซับซ้อนส่งผลให้สถานพยาบาลเกิดความยุ่งยากในการตรวจสอบสิทธิ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การเบิกจ่ายตามระบบประกันสังคมทำได้ลำบาก เนื่องจากเว็บไซต์ที่ใช้ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยให้ข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งทำให้โรงพยาบาลมีปัญหา มาก รวมถึงระบบไม่ได้แสดงข้อมูลสิทธิอย่างละเอียด โดยจะแสดงเพียงสถานพยาบาลตามสิทธิและกลุ่มมาตราของผู้ประกันตน แต่สิทธิประกันสังคมมีการกำหนดเงื่อนไขที่ซับซ้อน เช่น ระยะเวลาในการส่งเงิน ระยะเวลาในการออกจากงาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่มีสิทธิรักษาบางอย่าง การติดต่อสอบถามกับสำนักงานประกันสังคมต้องรอในเวลาราชการ ซึ่งมีปัญหามากสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ● ในขณะที่ กรณี ของ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิผ่านบัตรประจำตัวประชาชน และดำเนินการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim ได้เกือบทุกกรณี ● ส่วนกรณีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิผ่านบัตรประจำตัวประชาชนและดำเนินการเบิกจ่ายผ่านระบบจ่ายตรงได้เกือบทุกกรณี

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>ประเด็นที่ 2 ระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบ ควรมีการบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงินเพิ่มเติมทำได้ยากลำบาก เพราะแต่ละกองทุนมีระบบการส่งข้อมูลและความต้องการเอกสารที่แตกต่างกัน ● ระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบ ควรมีการบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกัน ให้สามารถแสดงข้อมูลสิทธิของผู้ป่วยที่มีรายละเอียดว่าผู้ป่วยเบิกอะไรได้และไม่ได้บ้าง และควรเป็นข้อมูลที่มีความเป็นปัจจุบันเพื่อให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ <p>ประเด็นที่ 3 หน่วยงานผู้ดูแลระบบประกันสุขภาพควรจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามอัตราที่ประกาศไว้ก่อนหน้า</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การประกาศอัตราต่างๆ ที่จ่ายให้แก่สถานพยาบาล ไม่ควรมีผลย้อนหลัง โดยทั้งสำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจ่ายในอัตราที่ประกาศก่อนหน้า เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถบริหารการเงินของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
<p>สถานพยาบาลของรัฐ</p>	<p>ประเด็นที่ 1 การปล่อยให้สถานพยาบาลแม่ข่ายกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวแก่สถานพยาบาลลูกข่ายอย่างอิสระ อาจทำให้สถานพยาบาลลูกข่ายประสบปัญหาขาดทุน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การเบิกเงินสิทธิประกันสังคมจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่พบปัญหาด้านการประสานงานแต่อย่างใด แต่พบปัญหาขาดทุน เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกำหนดให้เบิกตามต้นทุนที่กำหนด คือ 120 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ซึ่งหากค่ารักษาเกินกว่าอัตราดังกล่าว ทางโรงพยาบาลลูกข่ายจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินนั่นเอง ซึ่งส่วนใหญ่ต้นทุนการรักษาจะเกินกว่าอัตราดังกล่าว โดยเฉพาะค่าตรวจแล็บ และทางโรงพยาบาลก็ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้หากไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p data-bbox="544 257 1388 353">ประเด็นที่ 2 สิทธิการรักษาแต่ละสิทธิมีบัญชียาที่สามารถเบิกได้แตกต่างกัน</p> <ul data-bbox="595 376 1388 1099" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="595 376 1388 696">● แม้แพทย์จะสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยเหมือนกันในทุกสิทธิ แต่ผู้ป่วยจะต้องตรวจสอบที่ห้องจ่ายยาอีกครั้งว่า ยาที่แพทย์สั่งมานั้นสามารถเบิกได้ภายใต้สิทธิการรักษาของตนหรือไม่ เพราะโดยปกติแล้วสถานพยาบาลสามารถใช้บัญชียาและอัตราค่าบริการที่แตกต่างกันในแต่ละสิทธิได้ ฉะนั้น สิทธิการรักษาแต่ละสิทธิจึงอาจได้รับยาที่แตกต่างกัน <li data-bbox="595 719 1388 1099">● อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่ต้องการให้ผู้ใช้บริการแต่ละสิทธิเหลื่อมล้ำกัน รวมถึงไม่ต้องการให้เกิดความยุ่งยากในทางปฏิบัติ และลดความเสี่ยงในการคำนวณอัตราที่เบิกได้จากแต่ละสิทธิผิดพลาด โรงพยาบาลบางแห่งจึงอาจกำหนดให้ทุกสิทธิใช้บัญชียาและอัตราค่าบริการตามกรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นอัตราที่ถูกที่สุดเมื่อเทียบกับของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและของสำนักงานประกันสังคม <p data-bbox="544 1122 1388 1272">ประเด็นที่ 3 ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลักของไทย ควรบูรณาการวิธีการเบิกจ่ายร่วมกัน เพื่อให้สถานพยาบาลไม่มีความยุ่งยากในการเบิกจ่าย</p> <ul data-bbox="595 1294 1388 2018" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="595 1294 1388 1659">● สำหรับระบบประกันสังคม กรณีเจ็บป่วยทั่วไป ทางโรงพยาบาลจะได้รับเป็นงบเหมาจ่ายรายหัวมาบริหารเอง จึงไม่มีความยุ่งยาก แต่หากเป็นการเบิกกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ จะมีขั้นตอนการเบิกและบริหารยุ่งยาก และใช้หลักฐานแบบเอกสารกระดาษ (Hard Copy) ค่อนข้างมาก เช่น สูติบัตร ทะเบียนบ้าน บัตรประจำตัวประชาชน สมุดบัญชีธนาคาร ทะเบียนสมรส ใบรับรองแพทย์ เป็นต้น <li data-bbox="595 1682 1388 1906">● ในขณะที่ระบบการเบิกจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ “E-Claim” สถานพยาบาลกรอกเพียงรหัสโรคและรหัสหัตถการให้สอดคล้องกัน หากได้รับการอนุมัติก็สามารถทำการรักษาได้ทันที แล้วผู้ตรวจสอบบัญชีจะมาสุ่มตรวจทุกสิ้นปี <li data-bbox="595 1928 1388 2018">● ส่วนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลสามารถกรอกข้อมูลในระบบออนไลน์แล้วเบิกได้ทันที

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● สถานพยาบาลเสนอแนะให้การเบิกจ่ายในแต่ละสิทธิการรักษาไม่ควรใช้โปรแกรมที่หลากหลายมากเกินไป ควรบูรณาการให้ใช้โปรแกรมเดียวกัน โดยอาจตั้งต้นด้วยระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นระบบที่เป็นปัจจุบันที่สุด <p>ประเด็นที่ 4 ระบบประกันสุขภาพควรใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ทำให้เกิดความยุ่งยากแก่สถานพยาบาลและผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ระบบประกันสังคมมีขั้นตอนยุ่งยาก เช่น ต้องการหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ต้องมีใบรับรองแพทย์ ต้องให้ผู้ป่วยลงชื่อก่อนเข้ารับการรักษา เป็นต้น ซึ่งโดยปกติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยมักไม่ได้มีความพร้อมในการแสดงหลักฐานดังกล่าว อีกทั้งหากเกิน 72 ชั่วโมงแล้ว ทางสถานพยาบาลจะต้องประสานให้สถานพยาบาลตามสิทธิรับผู้ป่วยไปรักษาต่อ ● กรณีเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินภายใต้ระบบประกันสังคม สถานพยาบาลมักไม่มีการส่งตัวผู้ป่วยข้ามจังหวัด แม้จะเป็นสถานพยาบาลของรัฐเหมือนกัน ทำให้ผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองอยู่บ่อยครั้ง ● ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพียงแค่แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นกรณีฉุกเฉินก็สามารถใช้สิทธิรักษาได้ทันทีและรักษาที่สถานพยาบาลแห่งนั้นได้จนถึงสิ้นสุดการรักษาโดยไม่ต้องส่งตัวแต่อย่างใด ยกตัวอย่างเช่น กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะใช้ใบส่งตัวในการส่งต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถรักษาที่สถานพยาบาลนอกสิทธิได้ <p>ประเด็นที่ 5 รูปแบบการจ่ายที่ต้องให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายไปก่อนอาจทำให้เกิดการลักขโมยหรือทุจริตได้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ข้อด้อยประการหนึ่งของการให้ผู้ป่วยสำรองจ่าย คือ หากโรงพยาบาลต้องรับเงินสำรองจ่ายจำนวนมากจากผู้ใช้บริการ เจ้าหน้าที่ก็อาจลักขโมยหรือทุจริตเงินสำรองจ่ายดังกล่าวได้ โดยเฉพาะเงินสำรองจ่ายจากสิทธิประกันสังคมกับสิทธิการรักษาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
สถานพยาบาลเอกชน	<p>ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยแต่ละสิทธิมีแนวโน้มที่จะได้รับยาที่แตกต่างกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แม้ทั้งผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และผู้ป่วยสิทธิอื่น จะได้รับบริการที่เหมือนกัน และใช้ยาบัญชีเดียวกัน แต่ผู้ป่วยประกันสังคมจะได้ราคาเฉลี่ยที่ถูกกว่า <p>ประเด็นที่ 2 การจ่ายเงินในอัตราเหมาจ่ายรายหัว ทำให้สถานพยาบาลต้องแบกรับความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคร้ายแรงและต้องพักฟื้นเป็นเวลานาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายรายหัวแล้ว การให้บริการผู้ป่วยประกันสังคมจึงมีลักษณะแบบไม่มีเพดาน กล่าวคือ หากพบผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงและต้องพักฟื้นเป็นระยะเวลานาน โรงพยาบาลก็ต้องรักษาให้หาย ก่อให้เกิดต้นทุนที่สูง ทั้งนี้ ถือเป็นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขกับผู้ประกันตนที่ไม่ได้มาใช้สิทธิรักษา <p>ประเด็นที่ 3 ระบบประกันสุขภาพไม่ควรให้ผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานประกันสังคมควรพัฒนาระบบ E-Claim ให้สามารถเบิกจ่ายโดยตรงกับทางสถานพยาบาลได้ทุกกรณี เพื่อให้ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลและไม่จำเป็นต้องใช้หลักฐานเอกสารประกอบการเบิกเงินจำนวนมาก นอกจากนี้ การให้สิทธิโดยไม่ต้องสำรองจ่ายจะช่วยให้คนมีทางเลือกเพิ่มมากขึ้น ไม่ต้องเป็นหนี้สิน โดยเฉพาะในภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดีเช่นนี้ ผู้ป่วยมักขาดสภาพคล่องทางการเงินและหันไปใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น <p>ประเด็นที่ 4 หน่วยงานที่ดูแลระบบประกันสุขภาพไม่ควรปรับเปลี่ยนอัตราจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลระหว่างปี</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานที่ดูแลระบบประกันสุขภาพไม่ควรปรับเปลี่ยนอัตราจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลระหว่างปี เพราะจะส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลมีอุปสรรคทางการเงิน ทั้งการประมาณการรายได้ การวางแผนการเงิน และการจ่ายภาษี

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none">● ที่ผ่านมา การเบิกจ่ายกับสำนักงานประกันสังคมมีความล่าช้า และมีการปรับเปลี่ยนอัตราจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลในช่วงปลายปี ซึ่งต่างจากที่ประกาศไว้ในช่วงต้นปี

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์

11.2 ความเห็นของหน่วยงานราชการที่มีบทบาทการจัดสรรงบประมาณในพื้นที่

คณะผู้วิเคราะห์ได้รวบรวมข้อมูลความเห็นของหน่วยงานราชการที่มีบทบาทการจัดสรรงบประมาณในพื้นที่ ต่อ การดำเนินการร่วมกับ 3 กองทุนสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งหมด 3 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งหน่วยงานราชการเหล่านี้มีบทบาทโดยตรงต่อการจัดสรรงบประมาณที่สถานพยาบาลในพื้นที่ได้รับ และดำเนินนโยบายทิศทางการพัฒนาของแต่ละพื้นที่ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ตารางที่ 22 ข้อมูลความเห็นของหน่วยงานราชการที่มีบทบาทการจัดสรรงบประมาณในพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	<p>ประเด็นที่ 1 แนวทางการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่ในปัจจุบัน จุดแข็งและจุดอ่อนที่ควรปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none">● บทบาทของ สสจ. ในปัจจุบัน จะทำหน้าที่บริหารและดำเนินแผนสาธารณสุขรายจังหวัด ที่แต่ละจังหวัดจะมีแผนของตนเอง ทั้งนี้ในแง่ของการคลังสาธารณสุข <i>สสจ. จะรับบทบาทหลักเป็นเสมือนฝ่ายธุรการมากกว่าจะเป็นผู้กำหนดงบประมาณของโรงพยาบาล</i>● แม้ว่า สสจ. จะเป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด แต่การจัดสรรงบประมาณจะเป็นไปตามระเบียบกฎเกณฑ์ของเงินแต่ละก้อน <i>มีเพียงงบไม่กี่ส่วนเท่านั้นที่ สสจ. มีอำนาจตัดสินใจว่าจะจัดสรรไปใช้เพื่อการใด</i>● รายได้หลักของสถานพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบ UC) ในทางบัญชีงบ UC ถูกกำหนดมาแล้วว่าจะนำไปใช้เพื่อจ่ายค่าตอบแทนส่วนเงินเดือนข้าราชการเท่าใด นำส่งสถานพยาบาลเพื่อการดำเนินการเป็นจำนวนเท่าใด● ค่าตอบแทนข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละโรงพยาบาล ถูกกำหนดอัตรามาจากส่วนกลาง และเป็นไปตามระเบียบของทางราชการ ขณะที่ค่าตอบแทนลูกจ้างที่ไม่ใช่ข้าราชการของแต่ละสถานพยาบาลจะเป็นการบริหารของแต่ละโรงพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● งบ UC ส่วนที่ สสจ. มีอำนาจตัดสินใจ <ul style="list-style-type: none"> ○ งบลงทุนทดแทน (ค่าเสื่อม) จากงบ UC สำหรับใช้ในการจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งแต่ละจังหวัดแต่ละเขตพื้นที่จะมีนโยบายแตกต่างกัน โดยปกติจะถูกกำหนดมาแล้วว่าแต่ละสถานพยาบาลจะได้เท่าไร แต่เขตและจังหวัดจะกันส่วนหนึ่งไว้ (เขตกันไว้ได้มากที่สุดร้อยละ 10 จังหวัดกันไว้ได้มากที่สุดร้อยละ 20 รวมกันไว้ได้มากที่สุดร้อยละ 30) <ul style="list-style-type: none"> ■ ในส่วนของจังหวัดสงขลา ปัจจุบันกันไว้ที่ สสจ. ร้อยละ 10 ไว้สำหรับลงทุนเพิ่มในภาพรวมของจังหวัด ○ จัดสรรงบเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาหน่วยบริการ (Contingency fund: CF) จากส่วนกลาง โดยส่วนนี้จะถูกจัดสรรมาในระดับเขต และเขตจะจัดสรรว่าแต่ละจังหวัดจะได้อะไรบ้างเท่าไร ซึ่งปกติจะตกประมาณ 50 ล้าน หรือประมาณ 10% ของงบรวม ○ เงินเงินนโยบายพิเศษอื่นๆ จากส่วนกลางหรือ สปสช. ตามโครงการที่มอบหมายมาที่ สสจ. ● โดยหลักการ เงินเดือนร้อยละ 60 จะหักจากงบ UC แต่ในความเป็นจริง งบที่ส่งให้สถานพยาบาล เป็นงบที่รวมเงินเดือนอยู่แล้ว (เพราะในทางปฏิบัติ สถานพยาบาลจะทำงานได้ บุคลากรจะต้องมีหลักประกันด้านเงินเดือน) บทบาท สสจ. ทำหน้าที่แค่เป็นธุรการ ประทับตราในการส่งผ่านเงินไปยังสถานพยาบาล ● เงินเดือนข้าราชการปรับขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 6 ต่อปี ซึ่งสูงกว่าอัตราเพิ่มปกติของงบ UC ● ในปัจจุบันสัดส่วนของค่าตอบแทนบุคลากรโดยเฉลี่ยตกประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายรวม ● สปสช. มีการปรับอัตรการจ่ายเพื่อช่วยโรงพยาบาลที่มีคนน้อยอยู่แล้ว (เดิมใช้เกณฑ์ <20,000 แล้วเพิ่มเป็น <30,000) <ul style="list-style-type: none"> ○ บางโรงพยาบาลที่มีผู้มีสิทธิ์ UC เกิน 30,000 เล็กน้อย เช่น เช่น โรงพยาบาล BP (นามสมมติ)มีคน 32,000 แต่มี หมอ/

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>พยาบาลอาวุโสมาก สัดส่วนเงินเดือนต่อบ UC สูงถึงร้อยละ 70-80 ซึ่งทาง สสจ จัด CF ให้ปีละ 10 ล้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ โรงพยาบาล BK (ประชากรเบาบาง) ทาง สสจ ก็จัด CF ให้ปีละ 10 ล้าน ○ นอกจากงบ CF สปสช ยังใช้แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 <ul style="list-style-type: none"> ● ในภาพรวม สถานการณ์การเงินในระยะหลัง (ที่ค่าหัว 3,000+) ดีขึ้นกว่าในอดีตมาก และในภาพรวมเมื่อเกลี้ยและช่วยสถานพยาบาลที่มีปัญหาด้วยวิธีต่างๆ แล้ว ก็น่าจะถือได้ว่าสถานพยาบาลโดยส่วนใหญ่ได้รับงบเพียงพอสำหรับจ่ายเงินเดือนและค่าดำเนินการต่างๆ ● ถึงแม้งบที่ได้มารวมเงินเดือนอยู่ในนั้นแล้ว แต่ถ้าไม่แยกเงินเดือนให้ชัดเจน ก็อาจเป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมาวิจารณ์/เรียกร้องไปเรื่อยๆ <p>ประเด็นที่ 2 หลักคิดและแนวทางการจ่ายเงินของกองทุนต่างๆ มีอะไรที่ควรปรับปรุงอย่างไรบ้าง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เงินจากกองทุนประกันสังคม เป็นเงินที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายตรงไปที่สถานพยาบาลแม่ข่าย ● สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งระยะหลังเป็นระบบจ่ายตรงด้วย ก็เป็นเงินที่จ่ายตรงไปที่สถานพยาบาล ไม่ได้ผ่าน สสจ. ● สปสช. มีการดำเนินการที่พัฒนาขึ้นกว่าเมื่อก่อนมากแล้ว แต่ยังมีปัญหาคือ การกำหนดกติกาการจ่ายเงินในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สปสช. มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์ต่างๆ ตลอดเวลา จนสถานพยาบาลมีปัญหาในการคาดการณ์รายได้ของตน เช่น กว่าจะทราบกติกาใหม่ก็เดือนกันยายนแล้ว สปสช. ควรวางแผนและใช้เกณฑ์ต่างๆ ในระยะเวลาที่นานกว่านี้ก่อนที่จะปรับในแต่ละรอบ ● ความแตกต่างที่สำคัญของ สปสช. กับ สปส. ก็คือ สปส. ยังมีจุดอ่อนในบทบาทของการเป็น Regulator โดย สปสช. มีการกำหนดเกณฑ์และการตรวจคุณภาพของสถานพยาบาลเข้มแข็งกว่า สปส. มาก โดยเฉพาะมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลและสถานพยาบาลลูกข่าย เช่นในพื้นที่จังหวัด โรงพยาบาล A (นาม

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>สมมติ) กับ โรงพยาบาล B (นามสมมติ) เป็นสถานพยาบาลแม่ข่าย ประกันสังคมที่มีสถานพยาบาลลูกข่ายจำนวนมาก แต่นโยบายการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลลูกข่าย เช่น รพ.สต. และคลินิกต่างๆ ของ 2 สถานพยาบาลต่างกันสิ้นเชิง โดยโรงพยาบาล A (นามสมมติ) อาจจะให้ลูกข่ายเบิกตามจ่ายจริง แต่โรงพยาบาล B (นามสมมติ) กำหนดอัตราไว้ที่ 150 บาทต่อครั้งการรับบริการไม่ว่าผู้ประกันตน จะเป็นโรคอะไร ซึ่งน่าจะเป็นอัตราที่ต่ำเกินไป และ สปส. ควรต้องเข้ามาคุมเรื่องนี้ให้มากขึ้น</p> <p>ประเด็นที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่า <u>การแยกหรือรวมเงินเดือนข้าราชการออกจากงบ UC ไม่น่าจะสร้างความแตกต่างในแง่ความมั่นคงของเงินเดือนข้าราชการ</u> เพราะประเด็นเรื่องเงินเดือนข้าราชการอาจจะไม่ใช่รายจ่ายที่เป็นประเด็นปัญหาสำหรับรายการรายจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการ ● <u>รายจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการ ที่เป็นประเด็นสำคัญจริงๆ คือ “ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย” ที่เป็นเงินก้อนใหญ่สำหรับทุกสถานพยาบาล</u> และเป็นประเด็นที่ผู้บริหารกระทรวงไม่ค่อยอยากแตะต้อง ● แต่เดิมบุคลากรทางการแพทย์ขาดแคลนมาก ทำให้บุคลากรต้องทำงานหนักมากเทียบกับความต้องการบริการที่มี เงินเดือนข้าราชการอาจจะไม่จูงใจเพียงพอ จึงมีเงินส่วนนี้มาชดเชย แต่ในปัจจุบันอาจจะไม่ได้เป็นเช่นนั้นแล้ว เพราะทุกวันนี้หลายสถานพยาบาลโดยเฉพาะสถานพยาบาลขนาดใหญ่ต่างก็มีแพทย์—รวมถึงแพทย์เฉพาะทาง—เต็มอัตรา และโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็มีแพทย์ถึง 5 คน ● คิดว่า<u>การยกเลิกหรือลดอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายคงเป็นไปได้ยากในทางการเมือง</u> ซึ่งก็เข้าใจผู้บริหารกระทรวง เพราะเงินส่วนนี้เป็นเงินที่บุคลากรเคยได้กันมาก่อน ● แต่ก็อาจจะมีทางเลือก เช่น <u>ปรับลดพื้นที่กันดารตามความเป็นจริง</u> ปกติแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่กันดารจะได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายประมาณ 40,000 บาท มากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>กัณดารที่ได้ประมาณ 25,000 บาท แต่ในปัจจุบันหลายพื้นที่ที่เคยเป็นพื้นที่กัณดารพัฒนาขึ้นมากแล้ว (เช่น มีห้าง 7-11 และธนาคาร) ก็น่าจะถอดพื้นที่เหล่านั้นออกจากพื้นที่กัณดารได้แล้ว</p> <p>ประเด็นที่ 4 (ประเด็นเพิ่มเติม) นโยบาย มาตรการ และกระบวนการทำงานร่วมกับส่วนกลางเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดในปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>ปัจจุบันส่วนกลางทำหน้าที่กำหนดกรอบนโยบายและแนวทางต่างๆ แต่ให้ สสจ. มาบริหารจัดการในรายละเอียดตามบริบทของแต่ละจังหวัด ขณะที่ส่วนกลางคอยจัดการเรื่องข้อมูลต่างๆ ทำให้จังหวัดสามารถทำงานของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ</u> ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์พอใจมากกับแนวทางการดำเนินงานของส่วนกลางในปัจจุบัน ● ความท้าทายของภูมิภาคตอนนี้ คือ ส่วนของชายแดนมาเลเซีย แต่ความกดดันน้อยลงไปมาก ส่วนหนึ่งเพราะแรงงานไทยมีการย้ายกลับมาแล้วจำนวนมาก ● <u>จังหวัดพัฒนาแอปพลิเคชันในการทำ Contact Tracing ของตนเองขึ้นมา ชื่อว่า Songkhla care</u> โดยการพัฒนาของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดเพื่อใช้ติดตามคนที่มาจากพื้นที่สีแดงเพื่อคุมให้มีการกักตัวตามกฎที่จังหวัดกำหนด <u>แอปพลิเคชันนี้รายงานข้อมูลตรงไปถึงผู้ว่าราชการจังหวัด ใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายต่างๆ</u> ● คณะผู้วิเคราะห์สอบถามว่าทำไมถึงใช้ “Songkhla care” แทน “หมอชนะ” ได้ทราบข้อมูลว่า เดิมทีเคยมีการใช้หมอชนะ แต่มีปัญหาในการขอข้อมูลจากส่วนกลาง ซึ่งเคยทำการขอข้อมูลตั้งแต่มีการนำหมอชนะมาใช้ใหม่ๆ จนถึงทุกวันนี้จังหวัดก็ยังไม่ได้รับข้อมูลที่เคยขอไป จึงมีการนำ Songkhla care มาใช้แทน ● จังหวัดสงขลามี อสม. ในทุกพื้นที่ โดยปกติจะทำงานร่วมกับ รพ.สต. ถ้ากรณีในเขตเทศบาลนครที่ไม่มี รพ.สต. ก็จะมี อสม. ที่ขึ้นกับสำนักงานเทศบาลแทน

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
<p>ผู้บริหารจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>	<p>ประเด็นที่ 1 แนวทางการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่หน่วย บริการในพื้นที่ในปัจจุบัน จุดแข็งและจุดอ่อนที่ควรปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจุบัน สสจ. ดูแลงบประมาณหลายส่วน โดยหากจำแนกเป็นงบ เป็นงบที่ผ่าน สสจ. และงบที่จ่ายตรงไปยังสถานพยาบาลจะจำแนก ได้ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ งบที่ผ่าน สสจ. <ul style="list-style-type: none"> ■ งบค่าหัว UC ส่วนลงทุนค่าเสื่อม (อยู่ที่เขตฯ ร้อย ละ10 อยู่ที่ สสจ. ร้อยละ 20 ของงบส่วนนี้) ■ งบกองทุนแรงงานต่างด้าว ■ งบดำเนินการของกระทรวง ■ งบส่งเสริมป้องกันต่างๆ ■ งบดำเนินการลงทุน (ประมาณ 70-80 ล้านบาท ซึ่งส่วนหนึ่งในนี้拿去จ่ายค่าตอบแทนสำหรับ ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ (ค.ต.ส.)) ○ งบที่จ่ายตรงให้สถานพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> ■ งบ UC ส่วนของการจัดการรักษาพยาบาล (ส่วน ผู้ป่วยนอก และส่วนส่งเสริมป้องกัน) ■ งบสวัสดิการข้าราชการ ■ งบประกันสังคม ■ งบโครงการคนไร้รัฐ ■ งบกระทรวงงบลงทุนต่างๆ ○ นอกจากนี้ยังมี งบ UC ส่วนผู้ป่วยใน (DRGs) ที่จะผ่านจาก เขตไปยังสถานพยาบาล ไม่ได้ผ่าน สสจ. ● ฉะนั้น งบ UC ส่วนที่ สสจ. จะมีอำนาจบริหาร คืองบค่าหัว UC ส่วน ลงทุนค่าเสื่อม (อยู่ที่สสจ. ร้อยละ 20) ที่ใช้ในการลงทุนและเกลี้ยเพื่อ ช่วยเหลือสถานพยาบาลที่มีความต้องการ ขณะที่ งบ UC ส่วนของ การจัดการรักษาพยาบาล (ส่วนผู้ป่วยนอก และส่วนส่งเสริมป้องกัน) จะจ่ายตรงให้สถานพยาบาล และงบ UC ส่วนผู้ป่วยใน (DRGs) จะ จ่ายไปยังเขต

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>งบค่าหัว UC ส่วนลงทุนค่าเสื่อม ปัจจุบันจะประมาณ 200 บาทต่อหัวประชากร (แบ่ง เขต ≤10%, สถานพยาบาล ≤ 20%, สถานพยาบาล ≥ 70%)</u> ● <u>เงินเดือนข้าราชการ ใน สถานพยาบาล เป็นเงินส่วนที่ไม่ได้ผ่าน กระทรวงสาธารณสุข</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ สปสช. จะหักเงินส่วนเงินเดือนข้าราชการส่งกรมบัญชีกลาง ○ อัตรา คือ 60% ของเงินเดือนข้าราชการ ใน สถานพยาบาล จะถูกหักจาก งบ UC อีก 40% กรมบัญชีกลางจะจัดสรรงบประมาณจ่าย ○ ส่วนที่หักออกไปจะคิดเป็นประมาณ 40%-50% ของงบ UC โดยส่วนที่เหลือ 60%-50% จะถูกจ่ายให้สถานพยาบาล ● <u>เรื่องนำเงินประกันสังคมไปจ่ายเงินเดือนไม่น่าจะจริง เพราะเป็นเงินที่จ่ายตรงให้สถานพยาบาล ไม่ได้ผ่านกระทรวง</u> <p>ประเด็นที่ 2 หลักคิดและแนวทางการจ่ายเงินของกองทุนต่างๆ มีอะไรที่ควรปรับปรุงอย่างไรบ้าง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีของ UC <ul style="list-style-type: none"> ○ ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นว่า รูปแบบกติกาปัจจุบันของ UC เกิดจากฐานคิดว่าถ้าให้เงินทั้งก่อนไปให้สถานพยาบาล บริหารจัดการจะเกิดการโกง UC เลยกำหนดกติกาในลักษณะ “เอางานมาแลกเงิน” คือ มีการกำหนดเกณฑ์ชี้วัดต่างๆ ในการเบิกเงิน ซึ่งเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ในฐานะผู้บริหาร งบประมาณ ○ แต่ตนก็อยากให้ สปสช. เปลี่ยนความคิดว่า สถานพยาบาล ภาครัฐก็ทำเพื่อประชาชนอยู่แล้ว (และ ไม่ควรคิดเอาเองว่า สถานพยาบาลจะโกงหากรับเงินทั้งก่อนมาบริหาร เพราะตนเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นน้อยมากในวงการสาธารณสุข ภาครัฐ) <u>การตั้งเกณฑ์บางอย่างของ สปสช. ไม่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพในระดับท้องที่</u> เช่น การตั้งเกณฑ์การคัดกรองมะเร็งลำไส้ ที่คัดกรองไปก็ไม่พบผู้ป่วย แต่ยอดผู้ที่มีรักษากลับเท่าเดิม จะเห็นว่าเป็นการตั้งเกณฑ์ที่ไม่

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>เหมาะสม ตนคิดว่า สปสช. ควรจะกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายให้น้อยลง ให้พื้นที่สามารถบริหารตามบริบทของพื้นที่ที่เหมาะสมกว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีของ SSO <ul style="list-style-type: none"> ○ มีจุดที่น่าสนใจ คือ <u>การที่มีสถานพยาบาลเอกชนจำนวนมาก</u> และมักเกิดพฤติกรรมคือ ผู้ประกันตนเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย <u>เมื่อยังพอมีกำลังรักษาก็จะเลือกรักษาที่เอกชนแต่เมื่อเป็นโรคค่าใช้จ่ายสูงที่จ่ายเอกชนไม่ไหวก็ย้ายสิทธิมารักษาที่สถานพยาบาลภาครัฐ</u> ทำให้เกิดต้นทุนที่สถานพยาบาลรัฐต้องแบกรับ (ไม่สามารถปฏิเสธคนไข้ได้) มันแทบจะเป็นระบบที่ทำให้เอกชนได้กินฟรีและผลกำไรให้ภาครัฐ ● กรณีของข้าราชการ <ul style="list-style-type: none"> ○ เมื่อก่อนสวัสดิการข้าราชการอาจจะสูงกว่า UC มาก แต่ปัจจุบันไม่เป็นเช่นนั้นเพราะ UC มีการเพิ่มค่าหัวมากขึ้น และขยายขอบเขตมากขึ้น ○ กลุ่มข้าราชการจะได้รายการยาที่ดีกว่า UC เพราะมีหลายรายการที่สามารถใช้ยา Original ได้ ขณะที่ UC มักถูกบังคับใช้ยาที่ผลิตทดแทนภายในประเทศ ○ กลุ่มข้าราชการก็มีบางส่วนที่ด้อยกว่า UC เช่น ค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยที่ข้าราชการต้องจ่ายเอง แต่ UC มีการตามจ่ายให้ <p>ประเด็นที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>งบประมาณของสถานพยาบาลในปัจจุบันเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเกิน 50% ซึ่งจะมีทั้งเงินเดือน ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าทำงานนอกเวลา</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>โดยส่วนของค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายจะคิดเป็นประมาณ 30%-40% ของงบบุคลากร ที่มีการกำหนดอัตราจ่ายตามกฎหมาย โดยมีอัตราที่แปรตามพื้นที่และอายุราชการ</u> ● การขาดทุนของสถานพยาบาลต้องแยกพิจารณาสาเหตุ โดยมีลักษณะหลักๆ 2 แบบ คือ

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>แบบที่ 1 คือ สถานพยาบาลในพื้นที่ประชากรเบาบาง (UC น้อยกว่า 20,000 คน) แบบนี้ถ้าไม่คุมขนาดจะขาดทุนแน่นอน</u> (คณะผู้วิเคราะห์เข้าใจว่า “ขาดทุนแน่นอน” ในที่นี้เกิดจากการคุมขนาดในทางปฏิบัติทำได้จำกัด เพราะสถานพยาบาลต้องมีต้นทุนคงที่เพื่อให้มีศักยภาพในการให้บริการในขั้นพื้นฐานเป็นอย่างน้อย) ○ <u>แบบที่ 2 คือ สถานพยาบาลที่มีปัญหาการบริหารจัดการ เช่น มีการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาในโรงเรียนแพทย์จำนวนมาก</u> ทำให้มีรายจ่ายสูง แต่ส่วนนี้ก็อาจจะควบคุมได้ยาก เช่น กรณีของโรงพยาบาล AD ที่มีการส่งผู้ป่วยไปโรงเรียนแพทย์มาก เพราะ 1. โรงเรียนแพทย์อยู่ในเมืองและใกล้มากกว่าโรงพยาบาล NKP ที่แม้จะเป็นโรงพยาบาลศูนย์สังกัด สธ. ที่มีศักยภาพในการรักษาโรคที่รักษายาก แต่โรงพยาบาล NKP ตั้งอยู่ไกลบริเวณชานเมือง และ 2. ประชาชนที่มารับบริการเองก็มีความพึงพอใจที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงเรียนแพทย์มากกว่า ● ส่วนหนึ่งคิดว่า <u>กระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นที่จะต้องทำการคุมราคาค่ารักษาพยาบาลทั้งภาคเอกชน และสถานพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เพื่อลดปัญหาการขาดทุนจากการส่งตัวคนไข้</u> ● ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพมีความเป็นไปได้ทั้งคนที่อยู่ในเมืองและชนบท ยกตัวอย่างบริบทของเชียงใหม่ที่คนในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงสถานพยาบาลลำบาก ขณะที่คนในเมืองก็พบปัญหาว่า <u>สถานพยาบาลของรัฐในเมืองแทบไม่รับคน UC</u> เพราะมีแต่สถานพยาบาลเฉพาะทางและโรงเรียนแพทย์ ขณะที่สถานพยาบาลสังกัด สธ. กลับตั้งอยู่ชานเมือง คนในเมืองจึงมีทางเลือกคือสถานพยาบาลเอกชน (เป็นลักษณะเดียวกันกับ กทม.) ซึ่งหลายที่รับคนประกันสังคม แต่น้อยที่จะรับคน UC ● การมีสถานพยาบาลเอกชนในระบบ (ซึ่งมักจะคุ้มครองกลุ่มคนประกันสังคม และคนที่จ่ายด้วยตนเอง) ทำให้ <u>การดำเนินการในส่วนของการส่งเสริมป้องกันทำได้ลำบากด้วยกติกการจ่ายในปัจจุบัน โดยเฉพาะของประกันสังคม</u> เนื่องจากรายได้เบิกจากการรับผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>เข้ามารักษาเป็นผู้ป่วยใน (ได้ค่า DRGs) การส่งเสริมป้องกันในทางหนึ่งเป็นการลดรายได้สถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>ตนคิดเห็นว่าอาจจะต้องพิจารณาให้ค่าเหมาจ่ายสำหรับโรคที่ทำให้ต้องผู้ป่วยในบางโรค เช่น ให้เหมาจ่ายสำหรับโรคปอด เพื่อจูงใจให้สถานพยาบาลนำไปจัดการส่งเสริมป้องกัน ลดการเข้ามาเป็นผู้ป่วยในในโรคนี้ เพราะหากเป็นผู้ป่วยในจะเป็นต้นทุนการรักษาที่สูงแก่สถานพยาบาล</u> ● <u>ประเด็นที่อาจจะมีการกล่าวว่า “เงินเท่าไรก็พอ” ตนคิดว่าเป็นประเด็นที่ผู้บริหารงบประมาณอาจจะคิดเอาเอง เรื่องการให้เงินเพิ่มและจะเพิ่มต้นทุนโดยไม่จำเป็นเป็นเรื่องไม่จริงเพราะการเบิกจ่ายทุกอย่างของสถานพยาบาลรัฐมีกติกาที่กำหนดควบคุม แน่แน่นอนว่าแม้จะมีเงินน้อยแต่สถานพยาบาลก็ยังดำเนินการอยู่ได้ แต่ผู้บริหารงบประมาณต้องลงมาพิจารณาด้วยว่าอยู่ได้โดยลักษณะไหน เพราะทุกวันนี้ต้องมีการเกลี้ยเงินจากบางสถานพยาบาลมาช่วยบางสถานพยาบาล หลายสถานพยาบาลอยู่ได้ด้วยเงินบริจาค เงินผ้าป่า จึงควรเป็นคำถามย้อนกลับว่า สถานพยาบาลควรอยู่รอดด้วยการดำเนินการเช่นนี้หรือไม่</u> ● ประเด็นเรื่องการย้ายของแพทย์ <ul style="list-style-type: none"> ○ เป็นเรื่องจริงที่แพทย์จบใหม่มักจะถูกส่งไปทำงานยังพื้นที่ห่างไกล จากนั้นเมื่อมีอายุงานมากขึ้น แพทย์จำนวนมากก็จะดำเนินการขอย้ายเข้าสู่เมืองหรือออกจากความเป็นข้าราชการ <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>ส่วนที่ขอย้ายเข้าสู่ตัวเมือง มักจะเป็นเหตุผลส่วนตัวมากกว่าเหตุผลทางด้านการเงินส่วนตัว ค่าตอบแทน</u> เพราะ การอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจะได้ค่าตอบแทนส่วนเพิ่ม แต่การย้ายสู่พื้นที่เมือง ก็จะมีข้อดีเช่น โอกาสทางการศึกษาของบุตร โอกาสในการเปิดสถานพยาบาลของตนในการทำธุรกิจ โอกาสในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีความจำเป็นเมื่ออาวุโสขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ■ ขณะที่ส่วนของการย้ายออกไปสู่ภาคเอกชน เป็นสิ่งที่ภาครัฐแข่งขันลำบาก เพราะไม่ว่าภาครัฐจะมีการเพิ่มเงินเดือนไปเท่าใด เอกชนก็พร้อมที่จะเพิ่มเงินเดือนหนีห่างออกไป เนื่องจากเอกชนมีความสามารถในการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย <u>จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมเพดานราคาของสถานพยาบาลเอกชนด้วยเสมอ</u> ● <u>เป้าหมาย “เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข” ของ สปสช. ไม่มีทางเกิดขึ้นได้หากไม่ควบคุมพฤติกรรมรวมถึงราคาของสถานพยาบาลเอกชนให้ดี</u> เนื่องจากสถานพยาบาลเอกชนดึงคนที่มีกำลังจ่ายออกจากระบบ และเมื่อคนเหล่านี้ไม่มีกำลังจ่ายก็กลับมาเป็นภาระภาครัฐ <u>ตนคิดว่าควรมีการพิจารณาให้สถานพยาบาลเอกชนควรมีการจ่ายคืนให้ภาครัฐบ้างไม่ว่าจะด้วยช่องทางไหนก็ตาม เพราะเงินที่เอกชนได้รับไปไม่เคยกลับคืนสู่ระบบ</u> ● งบส่วนที่ สสจ. ควบคุมเป็นเครื่องมือหลักในการบริหารจัดการสถานพยาบาล แต่การพิจารณางบก็ต้องมีการพิจารณาด้วยสาเหตุของความไม่มีประสิทธิภาพเป็นความผิดของสถานพยาบาลจริง หรือเป็นประเด็นที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของสถานพยาบาล เช่น กรณีของโรงพยาบาล AD ที่แม้จะประสบปัญหาทางการเงินก็อาจจะทำอะไรมากไม่ได้เพราะเป็นเหตุจากประชากร <p>ประเด็นที่ 4 (ประเด็นเพิ่มเติม) นโยบาย มาตรการ และกระบวนการทำงานร่วมกับส่วนกลางเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดในปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจุบันพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ใช้ “CM-CHANA” เป็นระบบที่รายงานที่มาของคนที่เข้าออกจังหวัด ไม่ได้มีการติดตามการเคลื่อนไหว เป็นระบบที่ สสจ. ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ร่วมกันพัฒนามาก่อนที่จะมี “หมอชนะ” ● สาเหตุที่มีการตื่นตัวไวกว่าพื้นที่อื่น เพราะ เดิมเชียงใหม่เคยมีเที่ยวบินจากเมืองอุ๋นมาเชียงใหม่ถึง 3 เที่ยวบินต่อสัปดาห์ ● <u>ตนคิดว่าการทำ Contract Tracing น่าจะเป็นเรื่องไม่จำเป็นและละเมิดสิทธิส่วนบุคคลมากเกินไป ถ้าจะทำการติดตามการ</u>

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p><u>เคลื่อนไหวระบบของตำรวจก็ทำได้ แต่ปัจจุบันเรามีทั้ง CM-CHANA ไทยชนะ หมอชนะ ก็คิดว่าเพียงพอแล้วที่จะควบคุมปัญหา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>แนวทางการดำเนินการหนึ่งที่ภาครัฐควรพิจารณา คือ <i>การกักตัวที่</i> ต้นทางแทนการกักตัวปลายทาง <i>ความหมายคือ แทนที่จะให้ทั้ง 77 จังหวัดทำระบบกักตัวคนจากพื้นที่สีแดง ทำไม่มาให้จังหวัดที่เป็นพื้นที่สีแดงทำระบบกักตัวของตัวเองก่อนปล่อยคนออกมาจากพื้นที่ แล้วให้จังหวัดที่เหลือทำระบบแค่เพื่อกรณีสำรอง ซึ่งจังหวัดพื้นที่สีแดงก็สามารถระดมทรัพยากรเพิ่มเติมได้ ทำเช่นนี้จะเป็นการลดต้นทุนรวมของประเทศ และการที่ปล่อยคนมากักตัวที่ปลายทางเป็นการควบคุมการระบาดที่ไม่มีประสิทธิภาพยิ่ง</i></u> ● <u>จังหวัดเชียงใหม่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ <i>กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่</i> ลักลอบเข้าเมืองมาทำงาน ซึ่งเมื่อเกิดภาวะการระบาดก็มีการตรวจควบคุม ทำให้ปัญหาส่วนนี้ลดลงไปมากแต่ก็ยังมีอยู่เพราะการควบคุมชายแดนเป็นสิ่งที่ทำได้ลำบากในทางปฏิบัติ</u> ● <u>ตนเห็นด้วยที่ส่วนกลางให้อำนาจคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อในระดับจังหวัดกำหนดรายละเอียดของมาตรการ เพราะแต่ละจังหวัดมีปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>แต่ก็มีตัวอย่างที่ส่วนตัวผู้ให้สัมภาษณ์รู้สึกไม่เข้าใจกับการตัดสินใจของจังหวัด เช่น จังหวัดน่านที่มีการสั่งปิดจังหวัดทั้งๆ ที่เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงน้อยกว่าอีกหลายจังหวัดที่ยังคงเปิดจังหวัดอยู่มาก แต่ก็ต้องให้เกียรติยอมรับการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ในจังหวัดนั้นๆ</u> ● <u>อสม. ของเชียงใหม่มีประมาณ 34,000 คน กระจายทั่วทุกหมู่บ้าน</u> ● <u>แต่ อสม. ในเขตเมืองที่สังกัดเทศบาล อาจจะมีบริบทที่แตกต่างจาก อสม. ในเขตอื่นที่สังกัด รพ.สต.</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>อสม. มีหน้าที่ที่ถูกกำหนดเป็นขั้นต่ำ เช่น การนำส่งข้อมูลต่างๆ แต่มีงานส่วนหนึ่งที่เป็นงานอาสา เช่น งานดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่ต้องยอมรับว่า<i>การขอทำงานอาสาจาก อสม. ในเขตเมืองทำได้ยากกว่า อสม. ที่สังกัด รพ.สต.</i></u>

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>พบว่า อสม. ในเขตเมืองทำงานในบริบทของการเมืองสูงมาก โดยมักจะรับบทบาทเป็นหัวคะแนนให้กับการเลือกตั้งในพื้นที่</u> ● <u>ระบบการกระจายวัคซีนโควิด-19 ในปัจจุบันโรงพยาบาลสังกัด สธ. ก็มีระบบการกระจายวัคซีนอื่นอยู่แล้ว โดยหากเป็นวัคซีนที่ที่ต้องเก็บในอุณหภูมิ 2-8 องศา ก็สามารถกระจายผ่านโรงพยาบาลระดับอำเภอได้ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีตู้เก็บความเย็นและมีระบบสำรองไฟ แต่ รพ.สต. หลายที่อาจจะไม่พร้อมเพราะไม่มีระบบสำรองไฟ</u> ● <u>ข้อสำคัญอีกประการ เนื่องจากเป็นวัคซีนใหม่ การรับวัคซีนจำเป็นต้องมีแพทย์เพื่อกรณีฉุกเฉิน ซึ่งหากต้องกระจายไปยังพื้นที่ห่างไกล มีความจำเป็นต้องจัดในลักษณะโรงพยาบาลสนาม</u> ● <u>การใช้ระบบจองวัคซีนผ่านแอปพลิเคชันเป็นระบบที่ทำให้คนชายขอบจำนวนมากลำบาก โดยเฉพาะในเขตเชียงใหม่ที่ยังมีประชากรที่อาศัยบนดอยและเข้าไม่ถึงเทคโนโลยีจำนวนมาก*</u> ● <u>แม้แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองทั้งโรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลมหาราชนา ก็ไม่มีความพร้อมที่จะรับฉีดวัคซีนที่สถานพยาบาล <u>เนื่องจากการดำเนินการในวันปกติ โรงพยาบาลก็มีความหนาแน่นของผู้คนมากอยู่แล้ว หากมีการกระจายวัคซีนจำเป็นต้องมีการเปิดศูนย์ประชุมเพื่อดำเนินการเรื่องนี้โดยเฉพาะ</u></u> ● <u>การเกิดการระบาดโควิด-19 ทำให้คนใส่หน้ากากอนามัยกันมากขึ้น จากสถิติของพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเดิมมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ประมาณ 20,000 ราย ปี พ.ศ. 2563 พบว่าลดเหลือประมาณ 3,000-4,000 ราย</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>หากจะดูผลของโควิด-19 ต่อพฤติกรรมความร่วมมือเพศ การตามสถิติการฝากครรภ์คลอดบุตรอาจจะไม่ให้ข้อมูลเพราะคนมีการวางแผนมากขึ้น รวมทั้งการคุมกำเนิดทำได้สะดวก อาจจะต้องพิจารณาจากยอดขายถุงยางอนามัยหรือยาคุมกำเนิดแทน</u> ○ <u>ผลของการใส่หน้ากากต่อการป้องกันโรคจากมลพิษทางอากาศ เป็นสิ่งที่สรุปผลได้ยาก เพราะมลพิษทางอากาศ</u>

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	ไม่ได้เป็นสาเหตุก่อโรคโดยตรงไปตรงมาเหมือนการติดเชื้อโรค โดยพิสูจน์ได้แค่เพียงว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านั้นอาจจะมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง <i>การสรุปผลเชิงปริมาณจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ลำบาก</i>

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
<p>ผู้บริหารจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น</p>	<p>ประเด็นที่ 1 แนวทางการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่หน่วย บริการในพื้นที่ในปัจจุบัน จุดแข็งและจุดอ่อนที่ควรปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>สสจ. ขอนแก่น จะไม่เพียงทำหน้าที่เสมือนธุรการแต่จะทำหน้าที่เสมือน CFO ของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในจังหวัด</u> ที่นอกจากจะพิจารณาเกลี่ยงบกลางของ UC ตามขอบเขตที่ สสจ. มีอำนาจ สสจ. ยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการโอนงบระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ และบริหารจัดการเชิงรุกในภาพรวม เช่น <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>กรณีการจ่ายเงินระหว่างสถานพยาบาลแม่ข่ายกับลูกข่าย เพื่อให้เกิดการจ่ายที่เป็นธรรมและเป็นมาตรฐาน (ทั้ง UC และ ประกันสังคม)</u> ○ กรณีที่บุคลากรทำงานไม่ตรงกับตำแหน่งงาน เช่น ชี้ออยู่สถานพยาบาล A แต่ทำงานอยู่ที่สถานพยาบาล B ● <u>ผู้ให้สัมภาษณ์มองว่ามีความสำคัญ ที่ สสจ. ทั่วประเทศจะต้องรับหน้าที่เป็น CFO มากกว่าแค่การเป็นหน่วยงานด้านธุรการ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและประสิทธิภาพในการบริหาร</u> ● สสจ. ขอนแก่นมีการวางแผนการเงินและบริหารเชิงรุก <ul style="list-style-type: none"> ○ ติดตามคุณภาพการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การตรวจสอบบัญชียา การส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงอัตราที่เรียกเก็บจากการส่งต่อผู้ป่วย ○ <u>ทำระบบ Virtual Account เงินประกันสังคม โดยที่ สสจ. เป็นเจ้าภาพ เพื่อทดแทนระบบการตามจ่าย</u> ○ เกลี่ยงบที่ตนมีอำนาจ เช่น งบ CF เพื่อให้สถานพยาบาลทุกที่สามารถอยู่รอด ○ เป็นเจ้าภาพทำระบบจัดซื้อจัดจ้างในระดับจังหวัดเพื่อให้มีอำนาจในการต่อรองราคา ○ มีคณะกรรมการกำลังคน ในการพิจารณากำลังคนระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่ ○ ให้แต่ละสถานพยาบาลในพื้นที่มีแนวทางการพัฒนาที่ไปในทิศทางเดียวกัน เช่น แนวทางการบริหารงบ PP

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● สถานะทางการเงินของขอนแก่น เรียกว่า “ปริ่มๆ” สสจ. รับหน้าที่บริหารจัดการให้ทุกอย่างอยู่รอด ไม่ใช่แค่ทำงานธุรการ แต่มีแผนการเงินและทำงานเชิงรุก โดยรายได้ร้อยละ 90 ของพื้นที่มาจาก UC ● หากต้องการพิจารณาว่าสถานพยาบาลบริหารเงินดีแค่ไหน ตัวชี้วัดทางการเงินที่ตนคิดว่าง่ายสุด คือ <u>หนี้คงค้างองค์การเภสัชกรรม</u> เพราะองค์การเภสัชกรรมคือหน่วยงานที่มักจะเจียดยอมให้ค้างหนี้ สถานพยาบาลมักจะจ่ายหนี้ส่วนนี้หลังสุด <p>ประเด็นที่ 2 หลักคิดและแนวทางการจ่ายเงินของกองทุนต่างๆ มีอะไรที่ควรปรับปรุงอย่างไรบ้าง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แต่ละกองทุนไม่จำเป็นต้องได้รับบริการที่เหมือนกัน ต้องพิจารณาไปตามบริบทของแต่ละกองทุน ● กองทุนประกันสังคมเป็นส่วนของคนวัยทำงาน คนไม่ค่อยป่วย <u>ก็อาจจะต้องพิจารณาเรื่องของการให้ระบบสะสมสิทธิประโยชน์บางประการ</u> เพื่อกระตุ้นให้คนดูแลตนเอง ● เป้าหมายของ สปสช. ที่จะให้คนเข้าถึงบริการทางสุขภาพโดยทั่วถึง ไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ก็อาจจะต้องพิจารณาดูว่า <u>บริการที่ว่าคุณภาพมันได้ระดับไหน คนมีความเชื่อมั่นแค่ไหน</u> จะพบได้ว่าสถานพยาบาลเอกชนเติบโตต่อเนื่อง ก็เป็นตัวสะท้อนว่า มันทั่วถึงไม่จริงและสร้างระบบที่คนมีความเชื่อมั่นยังไม่ได้จริง รวมถึงหากจะแก้ไขปัญหาใด สปสช. ก็ควรมุ่งเน้นไปที่การสร้างระบบไม่ใช่การสร้างองค์กรใหม่ที่มาทำงานทับซ้อนกับองค์กรเก่าโดยไม่ยุบองค์กรเก่าทิ้งไป ● <u>ทั้ง 3 กองควรพิจารณาการจ่าย Health Outcome Based มากขึ้น โดยจำเป็นต้องมีการวิจัยให้ชัดว่าการจ่ายเงินเพื่อซื้อผลลัพธ์ทางสุขภาพมันดีกว่าการจ่ายเงินเพื่อการรักษาการเจ็บป่วยอย่างไร ทางไหนใช้เงินน้อยสุด</u> ซึ่งเป็นหนทางที่จะทำให้สามารถสื่อสารทางการเมื่อเพื่อให้เกิดการปรับรูปแบบการจ่ายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น <p>ประเด็นที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของไทย</p>

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> ● แม้ว่าปัจจุบันหากมองในเชิงการเงิน ในภาพรวมเงินจะพอ แต่อาจจะต้องพิจารณาว่าพอด้วยเงื่อนไขบริการแบบไหน หากจะมีการปรับคุณภาพบริการก็อาจจะต้องการเงินเพิ่มขึ้น ● การจัดสรรเงินในปัจจุบันอาจจะไม่สอดคล้องกับการสร้างการทำงานจริง ทำต่อเนื่องและหวังผลลัพธ์ได้ <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>งบ PP เป็นงบ Prospective แต่ดันมาจ่ายแบบ Cross-section</u> ○ <u>งบ PP ที่จริงๆ ควรจะเป็นงบที่กำหนดการจ่ายตามผลลัพธ์ในระยะยาว แต่ปัจจุบันดันเป็นระบบ E-claim รายกิจกรรมรายปี</u> ตัวอย่างที่ชัดเจน คือ งบด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่นกลุ่มเอทิสติก ซึ่งทำไปปีเดียวจะยังไม่สามารถวัดผลอะไรได้ <u>ควรจัดงบและตั้งเป้าการวัดผลไปอย่างน้อย 3 ปี</u> ○ งบ QOF ก็ควรตั้งเกณฑ์ที่คุณภาพผลลัพธ์เชิงสุขภาพแทนกิจกรรม ○ <u>งบ DRG ของไทยก็ทำละเอียดมากเกินไป</u> (และส่วนตัวเชื่อว่าละเอียดจนเกิดความมั่ว) แทนที่จะเป็นส่วนที่ออกแบบมาเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ง่าย ดันมาทำรายการขยับย่อย จนุงใจให้ต้องทำหัตถการหรือแม้แต่กรอกรายการให้มากขึ้นเพื่อให้ได้เบิกได้มากขึ้น ● <u>หน่วยงานภาครัฐควรมองในมุมของ Health Outcome Based มากขึ้นด้วยไม่ใช่แค่กับหน่วยงานด้านสาธารณสุข</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ สำนักงานฯ ยังมองการจัดสรรงบตามรายการที่จับต้องได้ เช่น ต้องมีตึก ต้องมีการรักษา ○ ทุกฝ่ายควรมองในแง่ Health Outcome Based มากขึ้น ชื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าแค่การรักษาโรค มองคนเป็นสินทรัพย์ให้มากขึ้น ลงทุนกับเด็กให้มากขึ้น ● <u>ในทุกกองทุน ระบบการ Copayment เป็นสิ่งที่ควรถูกส่งเสริม แทนระบบการจัดสวัสดิการผ่านกองทุนตัวแทน</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ ระบบการ Copayment คือ ระบบจ่ายแบบที่กองทุนจัดสรรเงินหรือให้ทรัพยากรส่วนหนึ่งให้ผู้รับบริการไปจ่าย

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>ให้สถานพยาบาลด้วยตัวผู้รับบริการเอง (ผู้ให้สัมภาษณ์เรียกว่า “จ่ายต่อหน้า”)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ระบบการ Copayment อาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นตัวเงิน แต่อาจจะสร้างกลไก ที่ทำให้ผู้รับบริการเป็นผู้จ่ายบางอย่างให้ผู้ให้บริการ แทนระบบการจ่ายผ่านกองทุนตัวแทน <ul style="list-style-type: none"> ▪ เช่น ผู้ให้บริการสามารถให้คะแนนสถานพยาบาล แล้วคะแนนดังกล่าวไปคิดเป็นรายได้ของสถานพยาบาล โดยจะต้องเป็นแบบ “<u>ให้กันต่อหน้า จากผู้รับบริการสู่ผู้ให้บริการ</u>” ไม่ใช่ไปให้ผ่านการประเมินของกองทุนตัวแทน หรือทำวิจัยประเมินความพอใจ ○ เมื่อไหร่ที่กองกลางจ่าย ผู้ให้บริการจะไม่เห็นค่าความพึงพอใจของผู้รับบริการ เท่ากับระบบที่ผู้รับบริการจ่ายต่อหน้า (Power of Payment) <u>การจ่ายกันต่อหน้าจะกระตุ้นการแข่งขันและการพัฒนาในภาพรวม</u> <p>ประเด็นที่ 4 (ประเด็นเพิ่มเติม) นโยบาย มาตรการ และกระบวนการทำงานร่วมกับส่วนกลางเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดในปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>ขอนแก่นมีแรงกดดันจากปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าหลายจังหวัดมาก</u> ทั้งแรงงานข้ามชาติที่มีจำนวนไม่มากและมีการจัดการได้เป็นระบบ รวมถึงเป็นจังหวัดทางผ่านที่คนต่างถิ่นไม่ได้เข้ามาพักอาศัยหรือทำงานนาน อาจจะมีการประชุม 2-3 วัน ● <u>แต่ก็ไม่สามารถพูดได้ว่าจะไม่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญเพราะจังหวัดก็มีสถานที่แบบ สนามมวย บ่อน ไม่ต่างจากจังหวัดอื่นที่เคยเป็นข่าว</u> ● <u>ขอนแก่นมีระบบความมั่นคงดี เพราะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร่วมเป็นหนึ่งใน กอ.รมน. ฉะนั้น นโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวกับกระบวนการด้านความมั่นคงต่างๆ จะผ่านมุมมองและการให้ความเห็นในทางสาธารณสุขด้วยเสมอ เช่น การตั้งด่าน การกักคน</u> ● <u>ขอนแก่นวางแผนฉีดวัคซีน 1 มิ.ย. โดยมีการวางแผนทั้ง รายชื่อกลุ่ม Priority คนที่จะฉีดก่อนหลัง แผนการซ่อมเจ้าหน้าที่ (กำหนดซ่อมวันที่ 25 เม.ย. และ 25 พ.ค.) แผนการกระจายวัคซีนสู่คนกลุ่มใหญ่</u>

ผู้ให้ข้อมูล	รายละเอียด
	<p>นอกเหนือจากกลุ่ม Priority โดยที่ผ่านมามีการตั้งคณะกรรมการวัคซีนโดยเฉพาะ และในเร็วๆ นี้จะมีการเปิดตัว Mr. Vaccine ทำหน้าที่ควบคุมการกระจายวัคซีนในระดับจังหวัดและสื่อสารองค์กร</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>การจัดลำดับคนฉีดก่อนหลังของขอนแก่นจะเป็นระบบประเมินคะแนนความเสี่ยง ไม่ใช่ระบบให้โควตาแล้วไปตัดสินใจเอาเองว่าจะฉีดใครก่อนหลังแบบที่เกิดขึ้นในบางจังหวัดก่อนหน้านี้</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ กลุ่ม Priority ที่จะต้องฉีดวัคซีนก่อน คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยโรคที่เปราะบางกับไวรัส เช่น กลุ่มคนเป็นเบาหวาน กลุ่มผู้สูงอายุ และอื่นๆ เช่น คนที่ทำงานในสถานที่เสี่ยง ○ <u>ประเมินข้อมูลรายบุคคล ผ่านการดึงข้อมูลจากระบบ HDC ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลโดยหน่วยงานในพื้นที่ และให้นักวิชาการทำ Model เพื่อประเมินค่าคะแนนความเสี่ยง ใครคะแนนมากกว่าก็จะได้ฉีดก่อน ฉะนั้น ทุกคนในกลุ่ม Priority จะมีคะแนนของตน มีลำดับของตน ไม่ใช่การมอบอำนาจให้ใครไปตัดสินใจว่าจะฉีดใครก่อนหลัง</u> ○ จากนั้น จึงค่อยฉีดตามความสมัครใจ ● <u>ระบบ Cold Chain ของจังหวัดพร้อม รพช. ทุกแห่งฉีดได้หมด มีแผนไว้แล้วว่าจะฉีดใครก่อนหลัง และฉีดที่ไหน</u> ● <u>ในกรณีของการกระจายวัคซีนสู่คนกลุ่มใหญ่นอกเหนือจากกลุ่ม Priority จะให้ รพ.สต. และเทศบาล ชนคนของตนมาฉีดวัคซีน โดยมีการกำหนดไว้ว่าจะฉีดกี่คน ที่สถานพยาบาลไหน</u> ● <u>กำลังอยู่ระหว่างพิจารณาว่าจะดึงสถานพยาบาลเอกชนมาช่วยได้หรือไม่</u> ซึ่งต้องใช้เวลาในการศึกษารายละเอียด ● <u>ขอนแก่นจะเปิดเผย Timeline ผู้ติดเชื้ออย่างละเอียด ก็ต้องเมื่อเป็นเคสที่เกี่ยวกับที่ทำงาน หรือเมื่อได้ข้อมูลแน่ชัด เพราะที่ผ่านมาพบกรณีและผู้ติดเชื้อให้ข้อมูลไม่ตรงความจริง จึงจะต้องทำการสืบจนแน่ชัดก่อนจะสื่อสารออกไป</u>

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์

11.3 โครงสร้างทางการเงินของสถานพยาบาล

คณะผู้วิเคราะห์ ได้นำข้อมูลงบการเงินของสถานพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 896 แห่ง ซึ่งประกอบไปด้วยทั้ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้ ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563 จากข้อมูลข้างต้น พบว่าในปี 2563 สถานพยาบาลที่มี กำไรก่อนหักดอกเบี้ยภาษี ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) ตีตลาด มากถึง 130 แห่งจาก 896 แห่ง และ พบสถานพยาบาลที่มี เงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) ตีตลาด มากถึง 373 แห่งจาก 896 แห่ง อย่างไรก็ตามจำนวนข้างต้นได้ลดลงจากปี พ.ศ. 2560 ที่มีจำนวนสถานพยาบาลที่กำไรก่อนหักดอกเบี้ยภาษี ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) ตีตลาด และ จำนวนพยาบาลที่มี เงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) ตีตลาด มากกว่านี้ รายละเอียดตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 23 จำนวนสถานพยาบาล จำแนกตามเกณฑ์ทางการเงิน

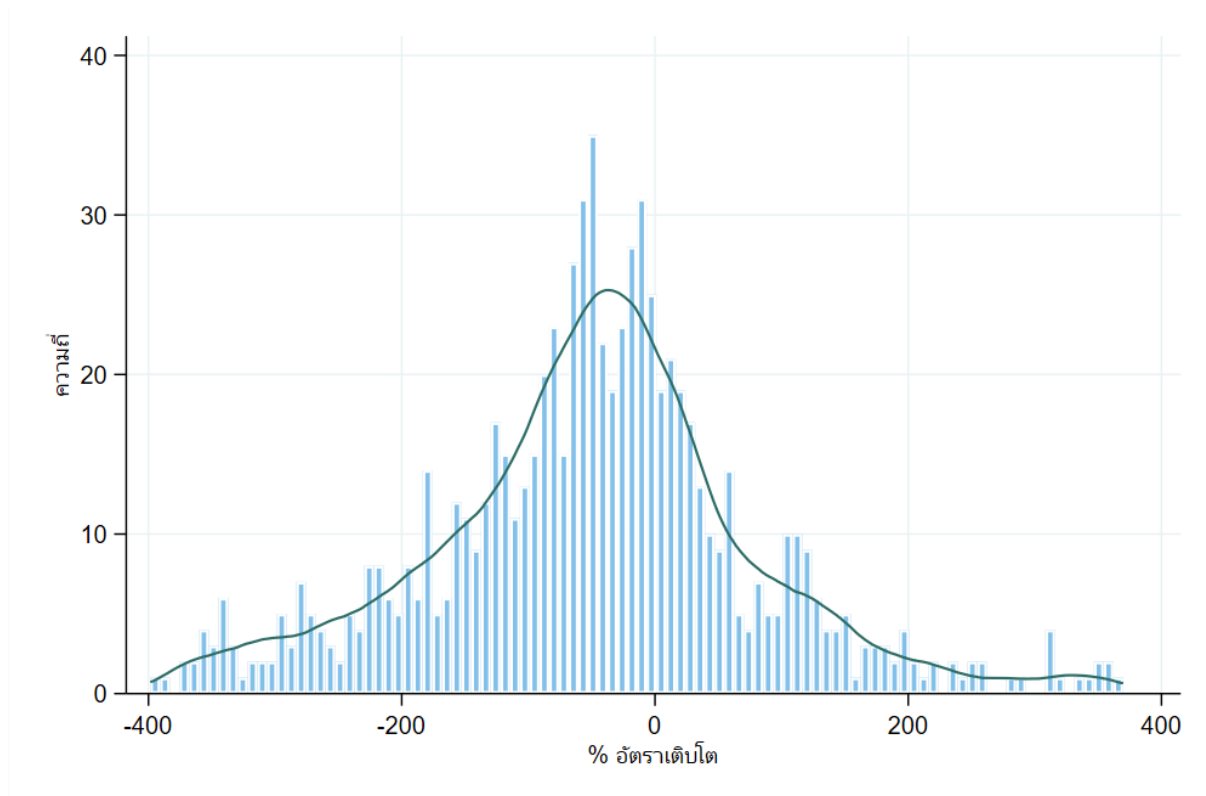
ประเภท	ปี	จำนวน	EBITDA ตีตลาด		เงินบำรุงฯ ตีตลาด	
			จำนวน	%	จำนวน	%
รพศ.	2560	34	6	17.6%	12	35.3%
	2561	34	5	14.7%	11	32.4%
	2562	34	5	14.7%	13	38.2%
	2563	34	4	11.8%	10	29.4%
รพท.	2560	87	21	24.1%	57	65.5%
	2561	87	16	18.4%	57	65.5%
	2562	87	6	6.9%	57	65.5%
	2563	87	10	11.5%	46	52.9%
รพช.	2560	775	202	26.1%	477	61.5%
	2561	775	182	23.5%	452	58.3%
	2562	775	42	5.4%	428	55.2%
	2563	775	116	15.0%	317	40.9%
รวม	2560	896	229	25.6%	546	60.9%
	2561	896	203	22.7%	520	58.0%
	2562	896	53	5.9%	498	55.6%
	2563	896	130	14.5%	373	41.6%

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

หมายเหตุ: ยอดเจ้าหนี้เงินบำรุง จะน้อยกว่าที่คำนวณโดยกระทรวงสาธารณสุขเล็กน้อย เนื่องจากไม่มีรายละเอียดของข้อมูลรายการ เจ้าหนี้การค้าอื่น ทำให้ ในรายงานของกระทรวงสาธารณสุข อาจจะมีตัวเลขสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) ตีคลบ มากกว่านี้

ทั้งนี้ หากพิจารณามูลค่ายอดเงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) ของแต่ละสถานพยาบาล พบว่าโดยภาพรวมสถานพยาบาลส่วนมากจะมี ยอดเงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) ลดลง โดยจากข้อมูลพบว่ามีจำนวนสถานพยาบาล 896 พบสถานพยาบาลที่ยอดเงินบำรุงในปี พ.ศ. 2563 ลดลงจาก พ.ศ. 2560 จำนวน 214 แห่ง (23.9%) และพบสถานพยาบาลที่ยอดเงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) ในปี พ.ศ. 2563 ลดลงจาก พ.ศ. 2560 จำนวน 601 แห่ง (67.1%)

รูปที่ 29 อัตราเติบโตของยอดเงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) เทียบปี พ.ศ. 2560 กับ พ.ศ. 2563



ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

โดยหากพิจารณางบการเงินในรายละเอียดเทียบระหว่าง กลุ่มโรงพยาบาลที่เงินบำรุงสุทธิฯ เป็นบวก กับ เงินบำรุงสุทธิเป็นลบ โดยแยกเทียบระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนด้วยกันเพื่อลดผลของขนาด เทียบรายการบัญชีต่างๆ และทำการทดสอบผลต่างค่าเฉลี่ย จะพบข้อสรุปที่น่าสนใจคือ ในทุกกลุ่มโรงพยาบาลรายได้ก้อนใหญ่สุด คือ รายได้จาก UC ขณะที่ค่าใช้จ่ายที่ใหญ่ที่สุด คือ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทั้งในส่วนของเงินเดือนค่าจ้างข้าราชการ และค่าจ้างพนักงาน

ในทุกกลุ่มโรงพยาบาล จะพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่เงินบำรุงสุทธิฯ เป็นลบ จะมีมูลค่า “เจ้าหนี้การค้า ค่ายา” สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการค้างชำระค่ายาถือเป็นทางออกสำคัญสำหรับสถานพยาบาล ที่มีปัญหาในการบริหารเงินสด และในกรณีของ โรงพยาบาลชุมชนที่เงินบำรุงสุทธิฯ เป็นลบ จะมีรายการ “ลูกหนี้การค้า” สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในแทบทุกรายการลูกหนี้ สะท้อนว่าการขาดเงินสดส่วนหนึ่งเป็นผล จากความสามารถในการเรียกรับชำระหนี้ของสถานพยาบาลขนาดเล็ก

ตารางที่ 24 งบแสดงสถานะการเงิน และ งบแสดงผลการดำเนินงาน ของ รพศ. ปี 2563

- จำแนกตามเงินบำรุงสุทธิ

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพศ.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
งบแสดงสถานะการเงิน(บริหาร)			
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสด	47,239	82,409	-35,170
เงินทดรองราชการ	42,500	0	42,500
บัญชีพัก (หน่วยเบิกจ่าย)	0	0	0
เงินฝากคลัง	91,852,658	31,137,682	60,714,976**
เงินฝากธนาคารพาณิชย์เพื่อรับจ่ายเงินกับคลัง	960,367	328,372	631,995
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณ	550,735,988	187,299,429	363,436,560***
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณมีวัตถุประสงค์	42,994,011	28,339,543	14,654,468
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณรอจัดสรร	117,807,675	62,512,115	55,295,560
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดไม่รวมเงินบริจาค	804,440,438	309,699,550	494,740,888***
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณมีวัตถุประสงค์ (เงินบริจาค)	58,912,382	50,097,391	8,814,991
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	863,352,820	359,796,941	503,555,879***
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลUC -สุทธิ	36,878,616	58,625,374	-21,746,759
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลตามจ่ายUC -สุทธิ	44,591,826	65,548,357	-20,956,531
ลูกหนี้คำรักษา OP Refer	1,576,065	10,899,905	-9,323,840*
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC กองทุนบริการเฉพาะสุทธิ	19,176,859	6,668,309	12,508,550
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลคำรักษา UC-P&P Expressed demand -สุทธิ	225,945	174,775	51,169
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจากกรมบัญชีกลาง OP -สุทธิ	42,143,633	62,153,711	-20,010,078
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจากกรมบัญชีกลาง IP-สุทธิ	23,693,323	20,803,975	2,889,347
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรง อปท-สุทธิ	10,760,154	11,887,474	-1,127,320
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกต้นสังกัด -สุทธิ	4,910,131	6,216,046	-1,305,915
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลประกันสังคม เครือข่าย -สุทธิ	31,714,174	18,071,234	13,642,940
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลประกันสังคม นอกเครือข่าย-สุทธิ	36,512,719	21,161,925	15,350,793*
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลพรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3 -สุทธิ	7,395,323	9,818,069	-2,422,747
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว -สุทธิ	0	0	0
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวตามจ่าย -สุทธิ	4,959,071	3,479,737	1,479,334
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ - สุทธิ	3,268,394	2,025,559	1,242,835
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลอื่นๆ -สุทธิ	790,934	440,318	350,616
รวมลูกหนี้คำรักษาพยาบาล	268,597,164	297,974,769	-29,377,605
ลูกหนี้บริการอื่นๆ	8,948,695	4,410,169	4,538,527
ลูกหนี้เงินยืม	2,742,620	1,449,739	1,292,881
ลูกหนี้อื่นๆ	287,111	157,277	129,834
รวมลูกหนี้อื่น	11,978,426	6,017,185	5,961,241*

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพศ.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
สินค้าคงเหลือ	0	0	0
ยาคงเหลือ	69,329,214	49,472,329	19,856,885
เวชภัณฑ์มีใช้ยาคงเหลือ	36,140,925	26,619,501	9,521,424
เวชภัณฑ์มีใช้ยาคงเหลือ - วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์คงเหลือ	6,056,457	6,421,351	-364,894
วัสดุคงเหลือ	3,497,902	4,151,279	-653,377
รวมยาและวัสดุคงเหลือ	115,024,498	86,664,459	28,360,038
รายได้ค้างรับ	12,113,268	13,536,643	-1,423,376
ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้าอื่นๆ	810,343	867,791	-57,448
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ	0	0	0
รวมสินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ	12,923,610	14,404,434	-1,480,824
รวม สินทรัพย์หมุนเวียน	1,271,876,519	764,857,788	507,018,730**
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
เงินฝากสถาบันการเงิน - งบลงทุน	27,277,873	10,204,573	17,073,300**
ที่ดิน อาคารและสิ่งปลูกสร้าง - สุทธิ	824,387,911	716,398,926	107,988,985
ครุภัณฑ์ - สุทธิ	410,288,256	374,562,255	35,726,001
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	1,139,455	262,159	877,296
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่นๆ - สุทธิ	186,481,348	83,592,055	102,889,293
รวม สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	1,449,574,844	1,185,019,968	264,554,876*
รวม สินทรัพย์	2,721,451,363	1,949,877,756	771,573,607**
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
เจ้าหนี้การค้าค้ำยา	90,312,267	166,297,806	-75,985,540***
เจ้าหนี้การค้าค้ำเวชภัณฑ์มีใช้ยา	69,455,617	103,976,586	-34,520,969
เจ้าหนี้การค้าค้ำเวชภัณฑ์มีใช้ยา-วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	23,042,481	28,342,673	-5,300,193
เจ้าหนี้การค้าค้ำวัสดุอื่นๆ	10,072,365	13,607,189	-3,534,825
เจ้าหนี้การค้าอื่น	38,971,241	26,732,647	12,238,593
เจ้าหนี้การค้าค้ำครุภัณฑ์	17,796,792	14,771,025	3,025,767
เจ้าหนี้การค้าค้ำอาคารและสิ่งปลูกสร้าง	973,875	369,647	604,228
เจ้าหนี้- งบลงทุน UC	1,105,312	1,845,173	-739,860
รวมเจ้าหนี้การค้า	251,729,949	355,942,747	-104,212,799*
เจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย UC สังกัด สธ.	527,011	1,104,331	-577,320
เจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย UC นอกสังกัด สธ.	389,085	3,459,375	-3,070,291
เจ้าหนี้ค่ารักษาตามจ่ายตามจ่าย Non-UC	2,496,475	3,244,542	-748,067
เจ้าหนี้ค่าบริการจากหน่วยงานภายนอก เช่น เจ้าหนี้ค่าจ้างตรวจทาง			
ห้องปฏิบัติการ	7,790,973	16,137,836	-8,346,863**
รวมเจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาล/เจ้าหนี้ค่าบริการ	11,203,544	23,946,084	-12,742,540**
เงินกองทุน ประกันสังคม	86,683,086	37,576,811	49,106,276*

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพศ.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
เงินกองทุน แร่งงานต่างด้าว	4,769,580	4,707,941	61,639
เงินประกัน	7,442,865	5,870,187	1,572,677
เงินรับฝากทั่วไป	19,369,127	11,738,636	7,630,491
เงินรับฝากกองทุน UC	4,664,953	2,191,644	2,473,309
เงินรับฝากกองทุน UC- สนับสนุนเครือข่าย	2,125,111	5,276,390	-3,151,279
เงินรับฝากกองทุน UC-งบลงทุน	1,693,046	484,811	1,208,234
เงินรับฝากกองทุนแร่งงานต่างด้าว	5,418,980	5,367,241	51,739
รายได้รับล่วงหน้า	20,021	170,817	-150,796**
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	46,374,042	37,235,887	9,138,155
รายได้รอการรับรู้	4,549,556	6,126,217	-1,576,661
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	1,114,184	37,589	1,076,595
รวมหนี้สินหมุนเวียนอื่น	184,224,550	116,784,172	67,440,378*
รวม หนี้สินหมุนเวียน	447,158,043	496,673,003	-49,514,961
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
เงินประกันระยะยาว	4,950	0	4,950
รายได้รอการรับรู้	76,398,658	90,063,840	-13,665,182
หนี้สินระยะยาวอื่น	42,833	2,000	40,833
รวม หนี้สินไม่หมุนเวียน	76,446,441	90,065,840	-13,619,399
รวม หนี้สิน	523,604,484	586,738,843	-63,134,360
ทุน			
ทุนตั้งต้น	651,284,854	628,656,857	22,627,997
ยอดสะสมยกมา	1,466,810,454	697,434,165	769,376,288***
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายงวดปัจจุบัน	79,751,572	37,047,891	42,703,681
รวมทุน	2,197,846,879	1,363,138,913	834,707,966***
รวม หนี้สินและทุน	2,721,451,363	1,949,877,756	771,573,607**
รายได้จากการดำเนินงาน			
รายได้จากกองทุน UC - OP เหม่าจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	1,911,585	227,277	1,684,309
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-OP ใน CUP	189,472,057	202,229,255	-12,757,198
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหม่าจ่ายรายหัว กองทุน UC OP ใน CUP	-69,112,144	-55,366,619	-13,745,525
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง OP	-70,772,675	-75,783,971	5,011,296
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-OP ใน CUP สุทธิ	51,498,823	71,305,941	-19,807,119
รายได้จากกองทุน UC - P&P เหม่าจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	21,300,743	24,654,316	-3,353,573
รายได้ค่ารักษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P	6,074,797	3,220,333	2,854,464
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหม่าจ่ายรายหัว - กองทุน UC P&P	-425,525	-9,686	-415,839
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง P&P	-13,334,384	-13,815,204	480,820
รายได้ค่ารักษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P สุทธิ	13,615,631	14,049,759	-434,128
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-IP	977,595,158	669,008,121	308,587,038*
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายตาม DRG กองทุน UC	-383,678,740	-255,552,254	-128,126,486

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพศ.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง IP	-282,129,855	-197,684,259	-84,445,596**
บวกส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายตาม DRG กองทุน UC	38,731,385	45,274,767	-6,543,382
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-IP เหม่าจ่ายรายหัว สุทธิ	350,517,948	261,046,373	89,471,574
รายได้จากการเรียกเก็บ UC นอกCUP ในจังหวัด ต่างจังหวัด ต่างสังกัด สป.	177,030,117	128,221,142	48,808,975
หักส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการตามจ่าย OP UC	-126,053,758	-76,191,498	-49,862,260
บวกส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการตามจ่าย OP UC	1,752,707	631,148	1,121,558
รายได้จากการเรียกเก็บ UC สุทธิ	52,729,066	52,660,793	68,274
รายได้ค่ารักษา OP Refer	20,219,002	18,236,121	1,982,881
รายได้ค่ารักษา UC - บริการเฉพาะ (CR)	187,156,686	114,459,189	72,697,497*
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่าย UC-บริการเฉพาะ (CR)	-32,638,772	-4,598,566	-28,040,206
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่าย UC-บริการเฉพาะ (CR)	2,616,130	2,126,287	489,843
รายได้ค่ารักษา UC - บริการเฉพาะ (CR)- สุทธิ	157,134,044	111,986,910	45,147,134
รายได้จากกองทุน UC - พื้นที่เฉพาะ	2,877,899	0	2,877,899
รายได้กองทุน UC P&P อื่น	16,318,167	11,439,644	4,878,523
รายได้จากกองทุนUC เฉพาะโรคอื่น	33,321,635	15,949,816	17,371,819
รายได้กองทุน UC- ตามผลงาน	1,520,991	1,888,694	-367,703
รายได้กองทุน UC- อื่นๆ	10,668,948	11,038,982	-370,034
รายได้กองทุน UC-CF	8,793,227	9,653,070	-859,843
รายได้จากการยกหนี้กรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง รพ.	117,481	0	117,481
รวมรายได้ UC	719,332,861	579,256,103	140,076,759
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	15,581,246	22,766,821	-7,185,574
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง OP	234,121,960	208,037,029	26,084,931
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง IP	170,942,801	130,582,112	40,360,689
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	-22,116,149	-24,668,248	2,552,099
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	15,924,381	18,331,797	-2,407,416
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชี IP สุทธิ	164,751,033	124,245,661	40,505,372
รวมรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	398,872,993	332,282,690	66,590,303
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. OP	28,234,986	27,406,383	828,603
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. IP	24,125,916	18,986,284	5,139,632
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายตรง อปท.	-3,179,828	-4,642,886	1,463,058
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายตรง อปท.	4,895,595	2,523,466	2,372,128
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. IP สุทธิ	25,841,683	16,866,864	8,974,819
รวมรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท.	54,076,669	44,273,246	9,803,422
รายได้ข้าราชการ	452,949,661	376,555,937	76,393,725
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมเครือข่าย	165,440,506	132,968,262	32,472,244
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหม่าจ่ายรายหัวกองทุนประกันสังคม	-71,656,360	-62,700,940	-8,955,420

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพศ.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
บวกส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าเหมาะจ่ายรายหัวกองทุนประกันสังคม	0	0	0
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมเครือข่าย สุทธิ	93,784,146	70,267,322	23,516,825
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	66,854,569	65,465,799	1,388,770
รายได้กองทุนประกันสังคม	47,121,107	31,561,584	15,559,523
รายได้ค่าตอบแทนและพัฒนากิจการ	5,268,494	2,618,495	2,649,998
รายได้ค่ารักษาประกันสังคม	213,028,316	169,913,200	43,115,116
รายได้ค่ารักษาจากแรงงานต่างด้าว	9,635,001	5,333,740	4,301,261
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหมาะจ่ายกองทุนต่างด้าว	-2,748,679	-1,333,235	-1,415,444
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าเหมาะจ่ายกองทุนต่างด้าว	0	0	0
รายได้ค่ารักษาจากแรงงานต่างด้าว สุทธิ	6,886,322	4,000,505	2,885,817
รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าวนอก CUP	5,298,863	3,079,732	2,219,131
รายได้กองทุนแรงงานต่างด้าว	2,067,613	3,187,753	-1,120,140
รายได้ค่าตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว	2,119,363	5,714,544	-3,595,181*
รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว	16,372,162	15,982,534	389,627
รายได้ค่ารักษาบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินอก CUP	8,853,605	4,274,376	4,579,229
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	-1,412,400	-1,168,908	-243,492
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	512,929	456,050	56,879
รายได้ค่ารักษาบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินอก CUP สุทธิ	7,954,134	3,561,519	4,392,616
รายได้ค่ารักษา-บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ OP ใน CUP	733,490	389,619	343,871
รายได้เงินอุดหนุนเหมาะจ่ายรายหัวสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	692,246	129,564	562,683
รายได้เงินอุดหนุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	9,379,871	4,080,701	5,299,169
รายได้ค่ารักษาจาก พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	36,613,276	29,248,239	7,365,038
รายได้ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	158,059,687	147,788,051	10,271,636
รายได้จากระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน (EMS)	1,648,242	1,423,225	225,017
รายได้ค่าบริการอื่นๆ	64,620,169	25,334,311	39,285,858*
รวมรายได้ค่ารักษาพยาบาล	1,687,585,492	1,372,349,121	315,236,370
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	581,625,019	457,060,185	124,564,834**
รวมรายได้ค่ารักษาพยาบาล/รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร/รายได้กองทุน	2,269,210,511	1,829,409,307	439,801,204
ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล			
ต้นทุนยา	511,274,374	421,430,016	89,844,359
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีไชยา	268,191,776	210,586,957	57,604,819
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีไชยา-วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	87,921,785	67,985,909	19,935,876
ต้นทุนวัสดุอื่น	23,577,897	22,456,678	1,121,219
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(บริการ)	533,032,392	418,395,621	114,636,770**
ค่าจ้างชั่วคราว(บริการ)	36,271,183	32,700,604	3,570,580

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพศ.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
ค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข(บริการ)	70,909,658	71,729,547	-819,889
ค่าจ้างเหมาบุคลากร (บริการ)	3,803,746	207,255	3,596,491
ค่าตอบแทน(บริการ)	311,240,208	249,001,893	62,238,315*
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น (สัดส่วน 70)	26,212,196	20,440,192	5,772,004**
ค่าใช้จ่าย (สัดส่วน 70)	68,331,775	54,320,029	14,011,746
ค่าสาธารณูปโภค (สัดส่วน 70)	35,538,475	29,838,928	5,699,547
วัสดุใช้ไป (สัดส่วน 70)	30,289,848	25,870,347	4,419,500
ค่ารักษาตามจ่าย UC	0	0	0
ค่ารักษาตามจ่ายในสังกัด สป	3,057,701	4,395,903	-1,338,202
ค่ารักษาตามจ่ายต่างสังกัด สป	6,177,718	8,354,740	-2,177,022
ค่ารักษาตามจ่ายแรงงานต่างด้าว	0	0	0
ค่ารักษาตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	41,443	40,495	948
ค่าจ้างตรวจทางห้องปฏิบัติการ	72,430,206	67,409,370	5,020,836
ค่าเสื่อมราคาอาคารและสิ่งปลูกสร้าง (บริการ)	55,356,555	46,425,920	8,930,636
ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์(บริการ)	134,883,424	94,026,356	40,857,068*
ค่าตัดจำหน่าย (บริการ)	299,169	130,828	168,341
รวมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล	2,278,841,529	1,845,747,587	433,093,942*
รวมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล(ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	2,088,302,381	1,705,164,484	383,137,897
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าต้นทุนค่ารักษาพยาบาลก่อนหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน	-9,631,018	-16,338,281	6,707,262
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลก่อนหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	180,908,130	124,244,823	56,663,307
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน			
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(สนับสนุน)	49,761,145	38,836,669	10,924,477
ค่าจ้างชั่วคราว(สนับสนุน)	5,388,362	7,982,336	-2,593,974
ค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข(สนับสนุน)	33,607,940	23,078,157	10,529,783*
ค่าจ้างเหมาบุคลากร (สนับสนุน)	1,064,840	4,499	1,060,341
ค่าตอบแทน(สนับสนุน)	36,847,834	28,520,165	8,327,670
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น (สัดส่วน 30)	11,233,799	8,760,083	2,473,716**
ค่าใช้จ่าย (สัดส่วน 30)	29,285,048	23,280,014	6,005,034
ค่าสาธารณูปโภค (สัดส่วน 30)	15,230,776	12,788,113	2,442,663
วัสดุใช้ไป (สัดส่วน 30)	12,981,364	11,087,292	1,894,072
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษา พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากการเรียกเก็บ UC OPD	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	6,388,276	3,602,862	2,785,414
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่าบริการอื่นๆ	456,070	247,242	208,827
หนี้สูญ จากค่ารักษา พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	13,555	348	13,208
หนี้สูญ จากค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	3,870	26,111	-22,242

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพศ.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
หนี้สูญ ลูกหนี้ค่ารักษา UC IP	0	0	0
หนี้สูญ จากการเรียกเก็บ UC OPD	585,184	5,513,219	-4,928,034
หนี้สูญ จากค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	4,529	797,023	-792,494
หนี้สูญ จากค่าบริการอื่นๆ	233,649	85,225	148,424
ค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยงาน (หน่วยเบิกจ่าย)	361,735,039	88,401,191	273,333,848
ค่าใช้จ่ายอื่น-ค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยงาน	7,022,546	3,796,789	3,225,758
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานอื่นๆ	0	0	0
ค่าเสื่อมราคาอาคารและสิ่งปลูกสร้าง (สนับสนุน)	0	0	0
ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (สนับสนุน)	10,945,393	4,965,481	5,979,912*
ค่าตัดจำหน่าย (สนับสนุน)	63,420	0	63,420
รวมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	582,852,639	261,772,818	321,079,821
รวมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	571,843,826	256,807,337	315,036,489
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลหลังหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน	-592,483,658	-278,111,099	-314,372,559
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลหลังหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	-390,935,697	-132,562,514	-258,373,182
รายได้/ค่าใช้จ่ายอื่น			
ค่าใช้จ่ายโครงการ	6,957,823	2,406,630	4,551,193
ค่าใช้จ่ายโครงการ PP	931,812	668,765	263,047
ค่าใช้จ่ายอื่นเช่น ค่าใช้จ่ายลักษณะอื่น คืนเงินค่ารักษาพยาบาล อุปกรณ์และอวัยวะเทียม ฯลฯ	57,710,153	37,495,487	20,214,666
ค่าจ้าง /ค่าเช่า /ค่าซ่อม บำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ (งบลงทุน UC)	265,000	178,139	86,861
รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ	65,864,789	40,749,021	25,115,768*
รายได้จากการช่วยเหลือเพื่อการดำเนินงานจากหน่วยงานอื่นๆ	9,237,434	2,521,925	6,715,509
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-งบลงทุน	116,840,252	48,902,627	67,937,625*
รายได้งบลงทุน UC	26,288,418	18,670,805	7,617,614**
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-อื่นๆ	86,048,802	65,497,554	20,551,249***
รายได้จากการรับบริจาค	61,240,663	74,144,252	-12,903,590
รายได้ดอกเบี้ย	2,818,315	889,379	1,928,936**
รับโอนจากแม่ข่าย(ไม่ใช่เงิน UC)			
รายได้ค่าบริการจัดการโครงการ UC			
รายได้ค่าบริการจัดการประกันสังคม			
รายได้ค่าบริการจัดการแรงงานต่างด้าว			
รายได้อื่นๆ เช่น รายได้ค่าธรรมเนียม ฯลฯ	43,888,728	20,366,500	23,522,228
รายได้อื่น-รายได้ระหว่างหน่วยงาน	3,829,272	19,828,902	-15,999,630*
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-เงินอุดหนุน	39,224,928	18,870,894	20,354,034*
รายได้ระหว่างหน่วยงาน (หน่วยเบิกจ่าย)	348,683,206	86,215,174	262,468,031
รวมรายได้อื่นๆ	738,100,018	355,908,011	382,192,008
รายได้/ค่าใช้จ่ายอื่น สุทธิ	672,235,230	315,158,990	357,076,240
รวมรายได้ทั้งหมด	3,007,310,529	2,185,317,318	821,993,212**

รายการ	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพศ.	
		กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	2,927,558,957	2,148,269,427	779,289,531**
รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ	79,751,572	37,047,891	42,703,681
รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	281,299,533	182,596,475	98,703,057
รายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) หัก ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	134,161,557	103,169,353	30,992,204

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

หมายเหตุ: ทดสอบ T-test Mean Comparison between two groups

ค่าทดสอบผลต่าง ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.01 (***) 0.05 (**) 0.1 (*)

ตารางที่ 25 งบแสดงสถานะการเงิน และ งบแสดงผลการดำเนินงาน ของ รพท. ปี 2563

- จำแนกตามเงินบำรุงสุทธิ

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพท.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
งบแสดงสถานะการเงิน(บริหาร)			
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสด	54,060	27,790	26,270
เงินทดรองราชการ	1,098	2,391	-1,294
บัญชีพัก (หน่วยเบิกจ่าย)	0	0	0
เงินฝากคลัง	19,623,141	8,598,930	11,024,211**
เงินฝากธนาคารพาณิชย์เพื่อรับจ่ายเงินกับคลัง	172,860	6,255,603	-6,082,743
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณ	130,775,047	77,089,948	53,685,099***
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณมีวัตถุประสงค์	9,782,318	4,149,414	5,632,903*
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณรอจัดสรร	38,930,927	24,090,283	14,840,645**
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดไม่รวมเงินบริจาค	199,339,450	120,214,359	79,125,091***
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณมีวัตถุประสงค์ (เงินบริจาค)	16,600,300	15,795,700	804,600
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	215,939,751	136,010,059	79,929,692***
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลUC -สุทธิ	11,243,713	18,101,347	-6,857,634
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลตามจ่ายUC -สุทธิ	13,768,709	17,507,039	-3,738,330
ลูกหนี้คำรักษา OP Refer	26,343	90,105	-63,762
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC กองทุนบริการเฉพาะสุทธิ	6,115,154	4,583,656	1,531,498
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลคำรักษา UC-P&P Expressed demand -สุทธิ	134,423	62,806	71,616
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจากกรมบัญชีกลาง OP -สุทธิ	11,432,516	10,236,299	1,196,217
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจากกรมบัญชีกลาง IP-สุทธิ	6,683,795	6,679,665	4,129
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรง อปท-สุทธิ	2,239,579	1,804,434	435,145
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกต้นสังกัด -สุทธิ	1,060,139	959,354	100,786
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลประกันสังคม เครือข่าย -สุทธิ	8,527,340	10,054,981	-1,527,641
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลประกันสังคม นอกเครือข่าย-สุทธิ	5,462,135	6,218,007	-755,872
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลพรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3 -สุทธิ	2,948,457	3,492,788	-544,331
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว -สุทธิ	0	0	0
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวตามจ่าย -สุทธิ	1,051,840	1,128,095	-76,255
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ - สุทธิ	573,234	601,070	-27,836
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลอื่นๆ -สุทธิ	437,220	331,631	105,589
รวมลูกหนี้คำรักษาพยาบาล	71,704,597	81,851,275	-10,146,678
ลูกหนี้บริการอื่นๆ	2,200,693	2,502,064	-301,371
ลูกหนี้เงินยืม	477,879	669,292	-191,413
ลูกหนี้อื่นๆ	239,504	114,891	124,613
รวมลูกหนี้อื่น	2,918,077	3,286,247	-368,170

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพพ.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
สินค้าคงเหลือ	6,907	13,038	-6,131
ยาคงเหลือ	16,988,038	14,734,520	2,253,517
เวชภัณฑ์มีใช้ยาคงเหลือ	7,688,177	9,040,061	-1,351,884
เวชภัณฑ์มีใช้ยาคงเหลือ - วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์คงเหลือ	2,054,165	2,432,432	-378,267
วัสดุคงเหลือ	1,425,547	1,430,516	-4,970
รวมยาและวัสดุคงเหลือ	28,162,833	27,650,568	512,266
รายได้ค้างรับ	2,508,880	3,117,875	-608,995
ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้าอื่นๆ	2,496,898	114,160	2,382,737
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ	6,392	0	6,392
รวมสินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ	5,012,169	3,232,035	1,780,134
รวม สินทรัพย์หมุนเวียน	323,737,427	252,030,184	71,707,243**
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
เงินฝากสถาบันการเงิน - งบลงทุน	5,686,568	7,090,002	-1,403,433
ที่ดิน อาคารและสิ่งปลูกสร้าง - สุทธิ	315,846,761	288,551,922	27,294,840
ครุภัณฑ์ - สุทธิ	109,370,929	111,229,413	-1,858,484
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	436,562	261,891	174,672
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น - สุทธิ	47,584,748	51,567,882	-3,983,133
รวม สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	478,925,569	458,701,109	20,224,461
รวม สินทรัพย์	802,662,996	710,731,292	91,931,704
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
			-
เจ้าหนี้การค้าค้ำยา	26,971,094	56,131,173	29,160,079***
			-
เจ้าหนี้การค้าค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา	15,824,196	32,169,797	16,345,601***
เจ้าหนี้การค้าค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา-วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	6,516,526	13,127,447	-6,610,921***
เจ้าหนี้การค้าค่าวัสดุอื่นๆ	3,149,883	5,244,725	-2,094,843***
เจ้าหนี้การค้าอื่น	8,738,768	8,068,774	669,993
เจ้าหนี้การค้าค่าครุภัณฑ์	6,401,467	6,747,118	-345,651
เจ้าหนี้การค้าค่าอาคารและสิ่งปลูกสร้าง	1,907,786	198,053	1,709,734
เจ้าหนี้- งบลงทุน UC	634,829	756,011	-121,183
			-
รวมเจ้าหนี้การค้า	70,144,549	122,443,098	52,298,550***
เจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย UC สังกัด สธ.	1,385,912	1,098,554	287,358
เจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย UC นอกสังกัด สธ.	184,151	391,787	-207,636
เจ้าหนี้ค่ารักษาตามจ่ายตามจ่าย Non-UC	1,693,731	2,419,693	-725,963
เจ้าหนี้ค่าบริการจากหน่วยงานภายนอก เช่น เจ้าหนี้ค่าจ้างตรวจทาง			
ห้องปฏิบัติการ	6,287,134	12,494,144	-6,207,010***
			-
รวมเจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาล/เจ้าหนี้ค่าบริการ	9,550,927	16,404,177	6,853,250***

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพพ.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
เงินกองทุน ประกันสังคม	17,935,934	14,310,681	3,625,252
เงินกองทุน แรงงานต่างด้าว	1,929,344	808,432	1,120,912
เงินประกัน	2,018,827	1,728,107	290,720
เงินรับฝากทั่วไป	3,018,017	1,943,801	1,074,216
เงินรับฝากกองทุน UC	3,013,454	1,812,061	1,201,393
เงินรับฝากกองทุน UC- สนับสนุนเครือข่าย	2,388,855	1,104,790	1,284,065**
เงินรับฝากกองทุน UC-งบลงทุน	871,639	1,047,098	-175,459
เงินรับฝากกองทุนแรงงานต่างด้าว	1,820,314	955,080	865,234
รายได้รับล่วงหน้า	107,122	1,628	105,494
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	15,024,418	24,966,485	-9,942,067***
รายได้รอการรับรู้	1,590,193	1,435,095	155,098
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	250,451	209,011	41,440
รวมหนี้สินหมุนเวียนอื่น	49,968,567	50,322,269	-353,702
			-
รวม หนี้สินหมุนเวียน	129,664,043	189,169,545	59,505,502***
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
เงินประกันระยะยาว	216,068	144,617	71,451
รายได้รอการรับรู้	25,414,259	24,479,996	934,263
หนี้สินระยะยาวอื่น	25,707	2,565	23,142
รวม หนี้สินไม่หมุนเวียน	25,656,034	24,627,178	1,028,856
			-
รวม หนี้สิน	155,320,078	213,796,723	58,476,645***
ทุน			
ทุนตั้งต้น	295,729,322	231,156,666	64,572,655*
ยอดสะสมยกมา	304,567,924	244,035,796	60,532,128
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายงวดปัจจุบัน	47,045,673	21,742,107	25,303,566*
รวมทุน	647,342,918	496,934,569	150,408,349**
รวม หนี้สินและทุน	802,662,996	710,731,292	91,931,704
รายได้จากการดำเนินงาน			
รายได้จากกองทุน UC - OP เหม่าจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	7,697,683	3,099,916	4,597,767
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-OP ใน CUP	98,176,788	104,797,450	-6,620,662
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหม่าจ่ายรายหัว กองทุน UC OP ใน CUP	-25,596,888	-25,995,797	398,908
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง OP	-49,846,276	-50,759,242	912,965
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-OP ใน CUP สุทธิ	30,431,306	31,142,327	-711,021
รายได้จากกองทุน UC - P&P เหม่าจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	12,886,654	14,837,949	-1,951,294
รายได้ค่ารักษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P	2,221,427	2,452,865	-231,438
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหม่าจ่ายรายหัว - กองทุน UC P&P	662,592	-35,843	698,435
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง P&P	-9,117,318	-9,010,611	-106,707
รายได้ค่ารักษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P สุทธิ	6,653,355	8,244,359	-1,591,004

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพพ.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-IP	243,145,679	243,181,016	-35,338
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายตาม DRG กองทุน UC	-77,190,524	-81,524,125	4,333,602
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง IP	-87,369,813	-78,818,514	-8,551,299
บวกส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายตาม DRG กองทุน UC	14,336,106	16,693,551	-2,357,445
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-IP เหม่าจ่ายรายหัว สุทธิ	92,921,448	99,531,927	-6,610,480
รายได้จากการเรียกเก็บ UC นอกCUP ในจังหวัด ต่างจังหวัด ต่างสังกัด สป.	38,906,393	37,118,116	1,788,277
หักส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการตามจ่าย OP UC	-18,715,934	-19,686,166	970,232
บวกส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการตามจ่าย OP UC	1,402,278	1,381,646	20,632
รายได้จากการเรียกเก็บ UC สุทธิ	21,592,737	18,813,596	2,779,141
รายได้ค่ารักษา OP Refer	154,807	193,531	-38,723
รายได้ค่ารักษา UC - บริการเฉพาะ (CR)	41,160,230	35,264,109	5,896,121
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่าย UC-บริการเฉพาะ (CR)	-4,862,714	-5,899,655	1,036,941
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่าย UC-บริการเฉพาะ (CR)	1,197,391	1,416,992	-219,601
รายได้ค่ารักษา UC - บริการเฉพาะ (CR)- สุทธิ	37,494,906	30,781,446	6,713,461
รายได้จากกองทุน UC - พื้นที่เฉพาะ	4,343,173	3,962,805	380,368
รายได้กองทุน UC P&P อื่น	9,995,346	7,521,074	2,474,272
รายได้จากกองทุนUC เฉพาะโรคอื่น	8,581,570	8,526,729	54,842
รายได้กองทุน UC- ตามผลงาน	1,087,876	1,168,698	-80,822
รายได้กองทุน UC- อื่นๆ	3,986,941	5,087,511	-1,100,570
รายได้กองทุน UC-CF	4,660,551	11,155,040	-6,494,489***
รายได้จากการยกหนี้กรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง รพ.	28,711	118,533	-89,822
รวมรายได้ UC	221,932,729	226,247,576	-4,314,848
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	3,436,182	2,836,907	599,276
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง OP	59,875,882	56,563,296	3,312,586
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง IP	44,913,079	39,160,273	5,752,806
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	-6,076,482	-5,678,589	-397,893
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	5,156,686	4,571,659	585,027
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชี IP สุทธิ	43,993,283	38,053,343	5,939,940
รวมรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	103,869,166	94,616,639	9,252,526
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. OP	7,820,542	7,750,303	70,238
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. IP	6,727,364	5,615,110	1,112,254
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายตรง อปท.	-1,037,955	-816,908	-221,047
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายตรง อปท.	827,482	785,766	41,716
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. IP สุทธิ	6,516,891	5,583,969	932,923
รวมรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท.	14,337,433	13,334,272	1,003,161
รายได้ข้าราชการ	118,206,598	107,950,911	10,255,687
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมเครือข่าย	40,277,708	40,286,004	-8,296
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหม่าจ่ายรายหัวกองทุนประกันสังคม	-17,746,902	-17,781,150	34,249

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพพ.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
บวกส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าเหมาจ่ายรายหัวกองทุนประกันสังคม	0	0	0
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมเครือข่าย สุทธิ	22,530,806	22,504,854	25,953
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	13,348,205	11,478,200	1,870,006
รายได้กองทุนประกันสังคม	15,010,650	16,126,174	-1,115,524
รายได้ค่าตอบแทนและพัฒนากิจการ	200,773	483,095	-282,322
รายได้ค่ารักษาประกันสังคม	51,090,434	50,592,322	498,112
รายได้ค่ารักษาจากแรงงานต่างด้าว	2,174,258	2,460,025	-285,766
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหมาจ่ายกองทุนต่างด้าว	-420,583	-285,445	-135,138
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าเหมาจ่ายกองทุนต่างด้าว	0	0	0
รายได้ค่ารักษาจากแรงงานต่างด้าว สุทธิ	1,753,676	2,174,580	-420,904
รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าวนอก CUP	1,156,708	1,354,522	-197,814
รายได้กองทุนแรงงานต่างด้าว	978,734	591,395	387,339
รายได้ค่าตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว	1,371,277	1,431,921	-60,644
รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว	5,260,395	5,552,418	-292,023
รายได้ค่ารักษาบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิใน CUP	2,996,977	1,175,996	1,820,981
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	-549,765	-89,061	-460,705
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	87,874	41,019	46,855
รายได้ค่ารักษาบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิใน CUP สุทธิ	2,535,085	1,127,955	1,407,131
รายได้ค่ารักษา-บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ OP ใน CUP	877,505	511,029	366,476
รายได้เงินอุดหนุนเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	1,405,738	1,617,994	-212,256
รายได้เงินอุดหนุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	4,818,328	3,256,978	1,561,350
รายได้ค่ารักษาจาก พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	12,218,555	11,486,562	731,993
รายได้ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	54,357,358	47,404,737	6,952,621
รายได้จากระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน (EMS)	641,618	623,182	18,436
รายได้ค่าบริการอื่นๆ	9,520,290	11,029,920	-1,509,629
รวมรายได้ค่ารักษาพยาบาล	481,482,488	466,981,512	14,500,976
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	216,131,224	205,444,989	10,686,235
รวมรายได้ค่ารักษาพยาบาล/รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร/รายได้กองทุน	697,613,712	672,426,502	25,187,211
ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล			
ต้นทุนยา	113,335,273	107,501,826	5,833,447
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีไชยา	55,779,225	57,173,607	-1,394,381
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีไชยา-วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	22,355,252	23,488,252	-1,133,000
ต้นทุนวัสดุอื่น	7,197,603	7,220,776	-23,172
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(บริการ)	185,666,680	183,027,730	2,638,950
ค่าจ้างชั่วคราว(บริการ)	12,234,043	15,179,884	-2,945,841
ค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข(บริการ)	25,288,954	25,281,778	7,176
ค่าจ้างเหมาบุคลากร (บริการ)	2,212,820	2,326,018	-113,198
ค่าตอบแทน(บริการ)	102,667,850	94,505,220	8,162,629

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพท.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น (สัดส่วน 70)	9,308,396	8,793,025	515,371
ค่าใช้จ่าย (สัดส่วน 70)	16,984,087	17,478,258	-494,171
ค่าสาธารณูปโภค (สัดส่วน 70)	13,248,513	13,200,968	47,546
วัสดุทั่วไป (สัดส่วน 70)	10,321,057	10,572,687	-251,631
ค่ารักษาตามจ่าย UC	0	0	0
ค่ารักษาตามจ่ายในสังกัด สป	4,975,480	5,140,148	-164,668
ค่ารักษาตามจ่ายต่างสังกัด สป	5,151,025	3,015,107	2,135,918
ค่ารักษาตามจ่ายแรงงานต่างด้าว	0	0	0
ค่ารักษาตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	20,875	5,595	15,279
ค่าจ้างตรวจทางห้องปฏิบัติการ	28,625,035	30,078,307	-1,453,272
ค่าเสื่อมราคาอาคารและสิ่งปลูกสร้าง (บริการ)	24,739,233	20,659,536	4,079,698*
ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์(บริการ)	34,716,473	33,456,026	1,260,447
ค่าตัดจำหน่าย (บริการ)	200,151	87,189	112,962
รวมต้นทุนการรักษาพยาบาล	675,028,026	658,191,938	16,836,088
รวมต้นทุนการรักษาพยาบาล(ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	615,372,168	603,989,187	11,382,981
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าต้นทุนการรักษาพยาบาลก่อนหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน	22,585,686	14,234,564	8,351,123
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนการรักษาพยาบาลก่อนหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	82,241,544	68,437,315	13,804,229
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน			
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(สนับสนุน)	29,447,849	22,449,285	6,998,565
ค่าจ้างชั่วคราว(สนับสนุน)	2,087,084	2,930,423	-843,339
ค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข(สนับสนุน)	9,454,401	9,432,257	22,144
ค่าจ้างเหมาบุคลากร (สนับสนุน)	610,588	504,623	105,965
ค่าตอบแทน(สนับสนุน)	10,144,619	12,237,396	-2,092,777
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น (สัดส่วน 30)	3,989,313	3,768,440	220,873
ค่าใช้จ่าย (สัดส่วน 30)	7,278,895	7,490,682	-211,787
ค่าสาธารณูปโภค (สัดส่วน 30)	5,677,935	5,657,558	20,377
วัสดุทั่วไป (สัดส่วน 30)	4,423,310	4,531,152	-107,842
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษา พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากการเรียกเก็บ UC OPD	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	2,525,917	3,334,359	-808,442
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่าบริการอื่นๆ	162,739	114,294	48,446
หนี้สูญ จากค่ารักษา พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	251,186	1,304	249,881
หนี้สูญ จากค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	1,244	0	1,244
หนี้สูญ ลูกหนี้ค่ารักษา UC IP	0	0	0
หนี้สูญ จากการเรียกเก็บ UC OPD	1,956,840	1,034,757	922,084
หนี้สูญ จากค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	269,264	50,228	219,036
หนี้สูญ จากค่าบริการอื่นๆ	15,130	21,127	-5,997
ค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยงาน (หน่วยเบิกจ่าย)	80,227,538	8,134,163	72,093,375**

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพพ.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
ค่าใช้จ่ายอื่น-ค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยงาน	3,245,745	2,616,194	629,552
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานอื่นๆ	0	0	0
ค่าเสื่อมราคาอาคารและสิ่งปลูกสร้าง (สนับสนุน)	0	0	0
ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (สนับสนุน)	2,181,585	1,625,479	556,106
ค่าตัดจำหน่าย (สนับสนุน)	34,191	0	34,191
รวมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	163,985,374	85,933,720	78,051,654**
รวมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	161,769,598	84,308,241	77,461,357**
	-		-
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลหลังหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน	141,399,687	-71,699,156	69,700,531**
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลหลังหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน(ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	-79,528,054	-15,870,926	-63,657,128*
รายได้/ค่าใช้จ่ายอื่น			
ค่าใช้จ่ายโครงการ	2,183,116	1,911,350	271,765
ค่าใช้จ่ายโครงการ PP	1,029,173	612,863	416,309
ค่าใช้จ่ายอื่นเช่น ค่าใช้จ่ายลักษณะอื่น คืนเงินค่ารักษาพยาบาล อุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯลฯ	7,746,586	8,020,185	-273,599
ค่าจ้าง /ค่าเช่า /ค่าซ่อม บำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ (งบลงทุน UC)	143,578	79,735	63,842
รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ	11,102,451	10,624,134	478,317
รายได้จากการช่วยเหลือเพื่อการดำเนินงานจากหน่วยงานอื่นๆ	2,828,209	4,110,503	-1,282,294
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-งบลงทุน	44,796,686	22,650,367	22,146,319**
รายได้งบลงทุนUC	9,272,481	9,442,100	-169,619
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-อื่นๆ	25,304,757	23,660,176	1,644,581
รายได้จากการรับบริจาค	20,014,008	17,540,791	2,473,216
รายได้ดอกเบี้ย	729,351	477,371	251,980**
รับโอนจากแม่ข่าย(ไม่ใช่เงิน UC)			
รายได้การบริหารจัดการโครงการ UC			
รายได้การบริหารจัดการประกันสังคม			
รายได้การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว			
รายได้อื่นๆ เช่น รายได้ค่าธรรมเนียม ฯลฯ	4,338,146	6,321,701	-1,983,555
รายได้อื่น-รายได้ระหว่างหน่วยงาน	10,914,022	8,598,911	2,315,111
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-เงินอุดหนุน	1,421,101	4,084,989	-2,663,889
รายได้ระหว่างหน่วยงาน (หน่วยเบิกจ่าย)	79,929,051	7,178,488	72,750,564**
รวมรายได้อื่นๆ	199,547,811	104,065,397	95,482,414***
รายได้/ค่าใช้จ่ายอื่น สุทธิ	188,445,360	93,441,263	95,004,097***
รวมรายได้ทั้งหมด	897,161,524	776,491,899	120,669,625
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	850,115,851	754,749,792	95,366,059
รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ	47,045,673	21,742,107	25,303,566*

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพท.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	108,917,306	77,570,337	31,346,969*
รายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) หัก ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	51,141,181	41,287,690	9,853,492

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

หมายเหตุ: ทดสอบ T-test Mean Comparison between two groups

ค่าทดสอบผลต่าง ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.01 (***) 0.05 (**) 0.1 (*)

ตารางที่ 26 งบแสดงสถานะการเงิน และ งบแสดงผลการดำเนินงาน ของ รพช. ปี 2563

- จำแนกตามเงินบำรุงสุทธิ

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพช.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
งบแสดงสถานะการเงิน(บริหาร)			
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสด	25,635	14,748	10,887
เงินทดรองราชการ	0	0	0
บัญชีพัก (หน่วยเบิกจ่าย)	98	0	98
เงินฝากคลัง	1,775,155	648,547	1,126,608***
เงินฝากธนาคารพาณิชย์เพื่อรับจ่ายเงินกับคลัง	72,226	321,040	-248,815**
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณ	29,354,482	15,138,357	14,216,124***
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณมีวัตถุประสงค์	941,079	842,332	98,747
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณรอจัดสรร	3,567,633	2,149,662	1,417,971***
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดไม่รวมเงินบริจาค	35,736,307	19,114,686	16,621,621***
เงินฝากสถาบันการเงิน - นอกงบประมาณมีวัตถุประสงค์ (เงินบริจาค)	1,311,714	1,833,745	-522,031
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	37,048,020	20,948,431	16,099,589***
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลUC -สุทธิ	989,030	1,336,949	-347,919**
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลตามจ่ายUC -สุทธิ	573,176	909,562	-336,386***
ลูกหนี้คำรักษา OP Refer	2,431	11,023	-8,592
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC กองทุนบริการเฉพาะสุทธิ	422,844	629,534	-206,690*
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลคำรักษา UC-P&P Expressed demand -สุทธิ	20,902	53,122	-32,221**
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจากกรมบัญชีกลาง OP -สุทธิ	1,047,658	1,483,551	-435,893***
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจากกรมบัญชีกลาง IP-สุทธิ	389,306	563,523	-174,217***
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรง อปท-สุทธิ	185,763	254,872	-69,109***
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลเบิกต้นสังกัด -สุทธิ	66,948	95,577	-28,629*
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลประกันสังคม เครือข่าย -สุทธิ	924,152	1,424,388	-500,236***
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลประกันสังคม นอกเครือข่าย-สุทธิ	408,099	479,395	-71,296
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลพรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3 -สุทธิ	194,397	287,665	-93,268***
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว -สุทธิ	288	1,560	-1,272
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวตามจ่าย -สุทธิ	31,820	77,945	-46,125**
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ - สุทธิ	83,684	98,459	-14,775
ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลอื่นๆ -สุทธิ	165,480	59,632	105,848
			-
รวมลูกหนี้คำรักษาพยาบาล	5,505,976	7,766,756	2,260,780***
ลูกหนี้บริการอื่นๆ	107,477	353,873	-246,396***
ลูกหนี้เงินยืม	164,018	232,741	-68,723*
ลูกหนี้อื่นๆ	24,925	38,722	-13,797

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพช.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
รวมลูกหนี้อื่น	296,421	625,337	-328,916***
สินค้าคงเหลือ	54,224	110,461	-56,237
ยาคงเหลือ	2,133,788	2,751,653	-617,866***
เวชภัณฑ์มีใช้ยาคงเหลือ	1,023,818	1,225,551	-201,733**
เวชภัณฑ์มีใช้ยาคงเหลือ - วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์คงเหลือ	414,964	472,180	-57,216
วัสดุคงเหลือ	337,347	388,932	-51,585*
รวมยาและวัสดุคงเหลือ	3,964,141	4,948,777	-984,636***
รายได้ค้างรับ	556,323	1,089,281	-532,959***
ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้าอื่นๆ	93,216	103,147	-9,931
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ	8,999	46,440	-37,442
รวมสินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ	658,538	1,238,869	-580,331***
รวม สินทรัพย์หมุนเวียน	47,473,096	35,528,170	11,944,926***
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
เงินฝากสถาบันการเงิน - งบลงทุน	2,081,340	2,385,027	-303,687*
ที่ดิน อาคารและสิ่งปลูกสร้าง - สุทธิ	41,660,500	48,847,043	-7,186,543*
ครุภัณฑ์ - สุทธิ	14,853,444	18,510,810	-3,657,366***
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	57,937	81,132	-23,195
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนอื่น - สุทธิ	458,810	1,289,075	-830,265
			-
รวม สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	59,112,031	71,113,086	12,001,055**
รวม สินทรัพย์	106,585,126	106,641,256	-56,129
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
เจ้าหนี้การค้าค่ายา	4,618,619	10,946,825	-6,328,206***
เจ้าหนี้การค้าค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา	1,532,236	3,213,052	-1,680,816***
เจ้าหนี้การค้าค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา-วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	1,223,794	2,546,721	-1,322,928***
เจ้าหนี้การค้าค่าวัสดุอื่นๆ	648,791	980,960	-332,169***
เจ้าหนี้การค้าอื่น	699,470	1,095,458	-395,988***
เจ้าหนี้การค้าค่าครุภัณฑ์	578,407	800,213	-221,806***
เจ้าหนี้การค้าค่าอาคารและสิ่งปลูกสร้าง	98,705	83,845	14,860
เจ้าหนี้- งบลงทุน UC	235,562	315,227	-79,665*
			-
รวมเจ้าหนี้การค้า	9,635,583	19,982,301	10,346,719***
เจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย UC สังกัด สธ.	1,623,798	2,479,726	-855,928***
เจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย UC นอกสังกัด สธ.	109,504	241,688	-132,184**
เจ้าหนี้ค่ารักษาตามจ่ายตามจ่าย Non-UC	87,787	86,943	844
เจ้าหนี้ค่าบริการจากหน่วยงานภายนอก เช่น เจ้าหนี้ค่าจ้างตรวจทาง			
ห้องปฏิบัติการ	736,435	1,756,386	-1,019,950***

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพช.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
รวมเจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล/เจ้าหน้าที่ค่าบริการ	2,557,524	4,564,742	2,007,218***
เงินกองทุน ประกันสังคม	232,301	76,656	155,645
เงินกองทุน แรงงานต่างด้าว	491,068	467,187	23,881
เงินประกัน	161,488	215,059	-53,572**
เงินรับฝากทั่วไป	230,675	280,947	-50,272
เงินรับฝากกองทุน UC	385,267	251,006	134,261
เงินรับฝากกองทุน UC- สนับสนุนเครือข่าย	763,486	476,726	286,760***
เงินรับฝากกองทุน UC-งบลงทุน	309,666	346,949	-37,284
เงินรับฝากกองทุนแรงงานต่างด้าว	216,539	248,751	-32,212
รายได้รับล่วงหน้า	4,289	1,513	2,776
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	2,884,363	3,822,756	-938,393***
รายได้รอการรับรู้	588,360	364,380	223,980
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	5,442	53,962	-48,520*
รวมหนี้สินหมุนเวียนอื่น	6,272,944	6,605,892	-332,948
รวม หนี้สินหมุนเวียน	18,466,051	31,152,936	12,686,885***
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
เงินประกันระยะยาว	116	39	76
รายได้รอการรับรู้	2,408,944	3,701,874	-1,292,930*
หนี้สินระยะยาวอื่น	0	10,273	-10,273
รวม หนี้สินไม่หมุนเวียน	2,409,060	3,712,186	-1,303,126*
รวม หนี้สิน	20,875,111	34,865,122	13,990,011***
ทุน			
ทุนตั้งต้น	30,758,925	32,625,777	-1,866,852
ยอดสะสมยกมา	50,472,154	35,205,481	15,266,673***
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายงวดปัจจุบัน	4,478,936	3,944,875	534,061
รวมทุน	85,710,015	71,776,134	13,933,881**
รวม หนี้สินและทุน	106,585,126	106,641,256	-56,129

รายได้จากการดำเนินงาน

รายได้จากกองทุน UC - OP เหม่าจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	10,100,693	7,788,026	2,312,667***
รายได้ค่าบริการพยาบาล UC-OP ใน CUP	30,271,557	37,286,898	-7,015,340***
หัก ส่วนต่างค่าบริการที่สูงกว่าเหม่าจ่ายรายหัว กองทุน UC OP ใน CUP	-1,284,444	-1,960,995	676,551
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง OP	-17,623,103	-21,328,403	3,705,300***

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพช.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-OP ใน CUP สุทธิ	21,464,703	21,785,525	-320,822
รายได้จากกองทุน UC - P&P เหม่าจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	6,771,462	8,018,809	-1,247,347***
รายได้ค่ารักษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P	1,767,285	1,857,912	-90,627
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหม่าจ่ายรายหัว - กองทุน UC P&P	-54,906	-28,518	-26,388
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง P&P	-3,236,269	-4,019,306	783,037***
รายได้ค่ารักษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P สุทธิ	5,247,573	5,828,897	-581,324*
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-IP	18,012,831	24,143,768	-6,130,937***
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายตาม DRG กองทุน UC	-3,092,560	-5,043,390	1,950,829***
หัก ส่วนปรับลดค่าแรง IP	-6,594,461	-8,684,786	2,090,326***
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายตาม DRG กองทุน UC	4,163,099	4,097,630	65,469
รายได้ค่ารักษาพยาบาล UC-IP เหม่าจ่ายรายหัว สุทธิ	12,488,908	14,513,222	-2,024,313**
รายได้จากการเรียกเก็บ UC นอกCUP ในจังหวัด ต่างจังหวัด ต่างสังกัด สป.	961,196	1,326,766	-365,570***
หักส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการตามจ่าย OP UC	-390,477	-586,433	195,957*
บวกส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการตามจ่าย OP UC	3,093,821	3,884,543	-790,721**
รายได้จากการเรียกเก็บ UC สุทธิ	3,664,540	4,624,876	-960,335**
รายได้ค่ารักษา OP Refer	20,810	16,764	4,046
รายได้ค่ารักษา UC - บริการเฉพาะ (CR)	2,112,123	3,485,688	-1,373,565***
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่าย UC-บริการเฉพาะ (CR)	-343,073	-316,150	-26,923
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่าย UC-บริการเฉพาะ (CR)	179,682	115,250	64,432*
			-
รายได้ค่ารักษา UC - บริการเฉพาะ (CR)- สุทธิ	1,948,733	3,284,788	1,336,055***
รายได้จากกองทุน UC - พื้นที่เฉพาะ	1,493,535	1,063,761	429,774
รายได้กองทุน UC P&P อื่น	2,639,388	2,900,062	-260,674
รายได้จากกองทุนUC เฉพาะโรคอื่น	1,587,865	1,998,515	-410,650**
รายได้กองทุน UC- ตามผลงาน	613,839	707,481	-93,642*
รายได้กองทุน UC- อื่นๆ	1,286,102	1,614,397	-328,295***
รายได้กองทุน UC-CF	1,943,915	3,878,558	-1,934,643***
รายได้จากการยกหนี้กรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง รพ.	376,468	448,921	-72,453
			-
รวมรายได้ UC	54,776,380	62,665,767	7,889,388***
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	139,165	168,967	-29,802
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง OP	5,550,467	7,781,250	-2,230,784***
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง IP	1,836,825	2,741,834	-905,009***
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	-311,644	-480,597	168,953***
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	250,282	314,274	-63,992**
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชี IP สุทธิ	1,775,463	2,575,511	-800,048***
			-
รวมรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	7,325,930	10,356,762	3,030,832***
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. OP	853,949	1,207,447	-353,498***
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. IP	286,462	429,013	-142,551***

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพช.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการจ่ายตรง อปท.	-55,674	-83,932	28,258***
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการจ่ายจริง อปท.	43,111	51,306	-8,195
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท. IP สุทธิ	273,899	396,386	-122,488***
รวมรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง อปท.	1,127,848	1,603,834	-475,986***
รายได้ข้าราชการ	8,453,778	11,960,595	3,506,817***
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมเครือข่าย	2,381,475	3,373,576	-992,101***
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหมาจ่ายรายหัวกองทุนประกันสังคม	-670,781	-1,054,315	383,533***
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าเหมาจ่ายรายหัวกองทุนประกันสังคม	0	0	0
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมเครือข่าย สุทธิ	1,710,694	2,319,261	-608,567***
รายได้ค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	639,711	801,506	-161,795
รายได้กองทุนประกันสังคม	243,555	206,715	36,840
รายได้ค่าตอบแทนและพัฒนาบุคลากร	7,819	27,859	-20,040*
รายได้ค่ารักษาประกันสังคม	2,601,779	3,355,341	-753,562**
รายได้ค่ารักษาจากแรงงานต่างด้าว	264,569	411,944	-147,375**
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหมาจ่ายกองทุนต่างด้าว	-55,118	-98,194	43,076
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าเหมาจ่ายกองทุนต่างด้าว	0	0	0
รายได้ค่ารักษาจากแรงงานต่างด้าว สุทธิ	209,451	313,750	-104,299*
รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าวนอก CUP	56,209	101,135	-44,926
รายได้กองทุนแรงงานต่างด้าว	315,843	342,764	-26,921
รายได้ค่าตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว	295,903	440,020	-144,117**
รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว	877,407	1,197,669	-320,263*
รายได้ค่ารักษาบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินอก CUP	276,693	270,039	6,653
หัก ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าข้อตกลงในการตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	-29,994	-31,881	1,887
บวก ส่วนต่างค่ารักษาที่ต่ำกว่าข้อตกลงในการตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	19,281	15,446	3,835
รายได้ค่ารักษาบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินอก CUP สุทธิ	265,980	253,605	12,376
รายได้ค่ารักษา-บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ OP ใน CUP	223,768	135,829	87,940
รายได้เงินอุดหนุนเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	474,137	518,277	-44,140
รายได้เงินอุดหนุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	963,885	907,710	56,176
รายได้ค่ารักษาจาก พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	689,186	915,771	-226,585***
รายได้ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	4,622,400	5,668,335	-1,045,935*
รายได้จากระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน (EMS)	202,449	208,314	-5,865
รายได้ค่าบริการอื่นๆ	1,307,082	2,090,887	-783,805***
รวมรายได้ค่ารักษาพยาบาล	74,633,511	89,139,357	14,505,847***
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	37,756,632	46,117,290	8,360,658***

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพช.		
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	ผลต่าง
รวมรายได้ค่ารักษาพยาบาล/รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร/รายได้กองทุน	112,390,143	135,256,648	22,866,505***
ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล			
ต้นทุนยา	11,298,892	14,759,640	-3,460,748***
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีโซยา	4,015,423	5,370,893	-1,355,470***
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีโซยา-วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	3,924,827	4,894,740	-969,912***
ต้นทุนวัสดุอื่น	795,922	1,031,471	-235,549***
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(บริการ)	34,653,782	42,324,278	-7,670,496***
ค่าจ้างชั่วคราว(บริการ)	2,271,075	2,876,073	-604,998***
ค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข(บริการ)	4,842,851	5,820,156	-977,305***
ค่าจ้างเหมาบุคลากร (บริการ)	870,249	1,015,918	-145,668
ค่าตอบแทน(บริการ)	18,271,142	21,666,898	-3,395,755***
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น (สัดส่วน 70)	1,525,462	1,855,512	-330,050***
ค่าใช้สอย (สัดส่วน 70)	3,002,627	3,438,003	-435,376**
ค่าสาธารณูปโภค (สัดส่วน 70)	1,912,786	2,304,424	-391,638***
วัสดุใช้ไป (สัดส่วน 70)	2,177,107	2,640,125	-463,018***
ค่ารักษาตามจ่าย UC	0	0	0
ค่ารักษาตามจ่ายในสังกัด สป	6,794,145	7,896,691	-1,102,547**
ค่ารักษาตามจ่ายต่างสังกัด สป	906,217	1,349,520	-443,303***
ค่ารักษาตามจ่ายแรงงานต่างด้าว	0	0	0
ค่ารักษาตามจ่ายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	31,090	22,025	9,066
ค่าจ้างตรวจทางห้องปฏิบัติการ	2,487,045	4,148,818	-1,661,773***
ค่าเสื่อมราคาอาคารและสิ่งปลูกสร้าง (บริการ)	3,313,112	3,730,255	-417,144*
ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์(บริการ)	4,597,216	5,474,308	-877,092***
ค่าตัดจำหน่าย (บริการ)	27,192	31,811	-4,619
			-
รวมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล	107,718,163	132,651,558	24,933,395***
			-
รวมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล(ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	99,780,643	123,415,184	23,634,541***
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าต้นทุนค่ารักษาพยาบาลก่อนหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน	4,671,980	2,605,090	2,066,890***
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลก่อนหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน(ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	12,609,499	11,841,463	768,036
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน			
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(สนับสนุน)	3,051,026	3,757,627	-706,601***
ค่าจ้างชั่วคราว(สนับสนุน)	612,091	843,910	-231,819***
ค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข(สนับสนุน)	2,320,092	2,898,614	-578,522***
ค่าจ้างเหมาบุคลากร (สนับสนุน)	328,124	350,414	-22,290
ค่าตอบแทน(สนับสนุน)	1,790,214	2,108,065	-317,852***
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น (สัดส่วน 30)	653,769	795,219	-141,450***
ค่าใช้สอย (สัดส่วน 30)	1,286,840	1,473,430	-186,590**

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพช.		
	กลุ่มเงินฯ	กลุ่มเงินฯ	ผลต่าง
	ไม่ติดลบ	ติดลบ	
ค่าสาธารณูปโภค (สัดส่วน 30)	819,765	987,610	-167,845***
วัสดุทั่วไป (สัดส่วน 30)	933,046	1,131,482	-198,436***
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษา พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากการเรียกเก็บ UC OPD	0	0	0
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	328,855	400,365	-71,509
หนี้สงสัยจะสูญ จากค่าบริการอื่นๆ	2,238	7,970	-5,732
หนี้สูญ จากค่ารักษา พรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3	3,611	965	2,646
หนี้สูญ จากค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย	5,105	148	4,957
หนี้สูญ ลูกหนี้ค่ารักษา UC IP	4,389	149	4,240
หนี้สูญ จากการเรียกเก็บ UC OPD	11,515	13,019	-1,504
หนี้สูญ จากค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	38,151	47,227	-9,076
หนี้สูญ จากค่าบริการอื่นๆ	1	281	-280
ค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยงาน (หน่วยเบิกจ่าย)	84	40	44
ค่าใช้จ่ายอื่น-ค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยงาน	1,377,440	1,290,524	86,916
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานอื่นๆ	0	0	0
ค่าเสื่อมราคาอาคารและสิ่งปลูกสร้าง (สนับสนุน)	0	0	0
ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (สนับสนุน)	339,883	407,064	-67,181**
ค่าตัดจำหน่าย (สนับสนุน)	486	1,428	-943
			-
รวมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	13,906,727	16,515,553	2,608,826***
			-
รวมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	13,566,358	16,107,061	2,540,703***
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลหลังหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน	-9,234,747	-13,910,463	4,675,717***
รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลหลังหักค่าใช้จ่ายดำเนินงาน(ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	-956,859	-4,265,597	3,308,739***
รายได้/ค่าใช้จ่ายอื่น			
ค่าใช้จ่ายโครงการ	675,863	805,307	-129,444**
ค่าใช้จ่ายโครงการ PP	302,819	386,636	-83,817**
ค่าใช้จ่ายอื่นเช่น ค่าใช้จ่ายลักษณะอื่น คืนเงินค่ารักษาพยาบาล อุปกรณ์ และ			
อวัยวะเทียมฯลฯ	1,079,216	1,181,736	-102,520
ค่าจ้าง /ค่าเช่า /ค่าซ่อม บำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ (งบลงทุน UC)	141,845	159,940	-18,095
รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ	2,199,742	2,533,619	-333,876
รายได้จากการช่วยเหลือเพื่อการดำเนินงานจากหน่วยงานอื่นๆ	587,553	665,023	-77,470
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-งบลงทุน	157,206	305,682	-148,476
รายได้งบลงทุนUC	2,992,216	3,398,033	-405,816**
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-อื่นๆ	1,598,207	1,906,728	-308,521***
รายได้จากการรับบริจาค	1,743,605	3,333,681	-1,590,076***
รายได้ดอกเบี้ย	168,177	109,993	58,184***
รับโอนจากแม่ข่าย(ไม่ใช่เงิน UC)			

รายการ	ค่าเฉลี่ยกลุ่ม รพช.		ผลต่าง
	กลุ่มเงินฯ ไม่ติดลบ	กลุ่มเงินฯ ติดลบ	
รายได้ค่าบริการจัดการโครงการ UC			
รายได้ค่าบริการจัดการประกันสังคม			
รายได้ค่าบริการจัดการแรงงานต่างด้าว			
รายได้อื่นๆ เช่น รายได้ค่าธรรมเนียม ฯลฯ	778,826	959,782	-180,956**
รายได้อื่น-รายได้ระหว่างหน่วยงาน	7,884,753	9,685,883	-1,801,130*
รายได้จากงบประมาณแผ่นดิน-เงินอุดหนุน	2,463	159	2,304
รายได้ระหว่างหน่วยงาน (หน่วยเบิกจ่าย)	418	23,994	-23,575
			-
รวมรายได้อื่นๆ	15,913,425	20,388,957	4,475,532***
			-
รายได้/ค่าใช้จ่ายอื่น สุทธิ	13,713,683	17,855,338	4,141,655***
			-
รวมรายได้ทั้งหมด	128,303,568	155,645,605	27,342,037***
			-
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	123,824,632	151,700,730	27,876,098***
รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ	4,478,936	3,944,875	534,061
รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	12,756,824	13,589,741	-832,917
รายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) หัก ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	7,787,424	7,651,738	135,686

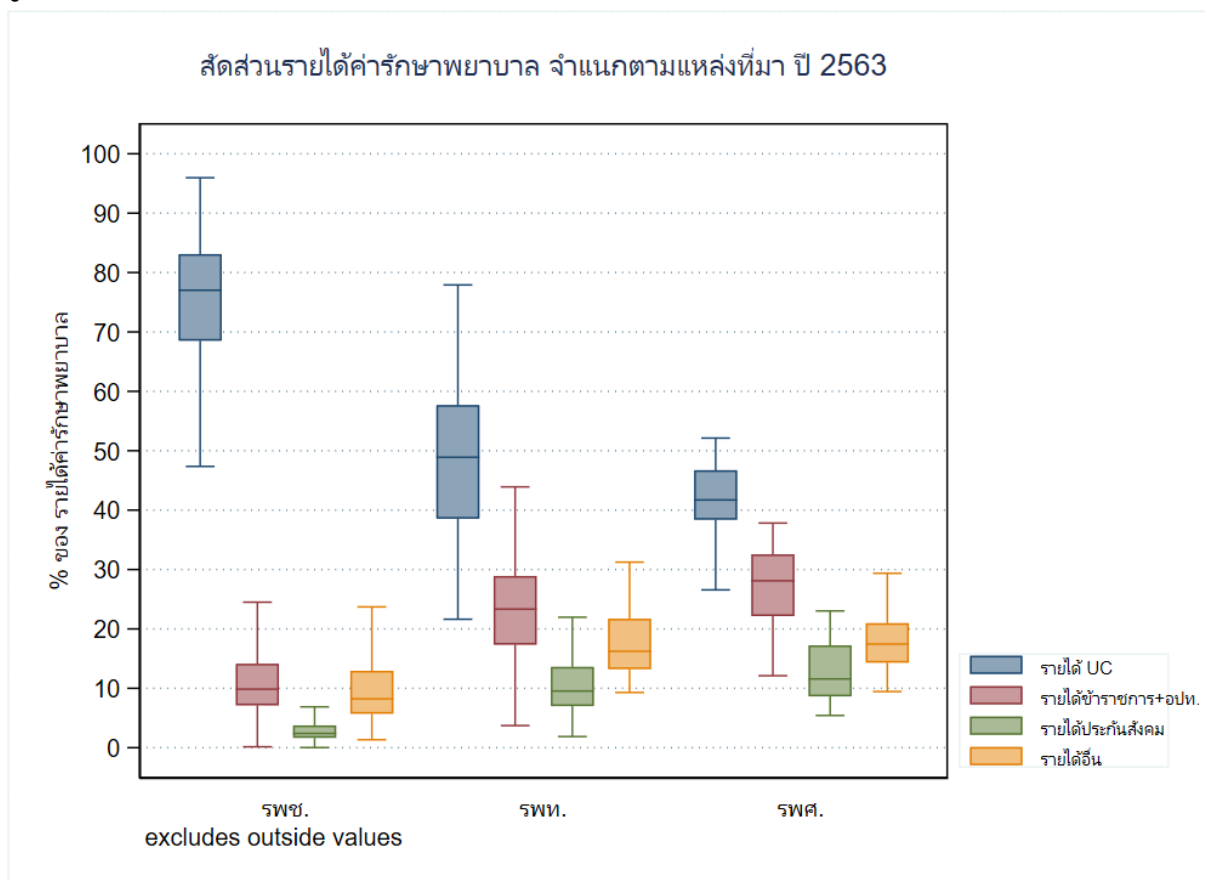
ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

หมายเหตุ: ทดสอบ T-test Mean Comparison between two groups

ค่าทดสอบผลต่าง ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.01 (***) 0.05 (**). 0.1 (*)

หากพิจารณาโครงสร้างของงบการเงินของสถานพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะพบว่ารายได้หลักของสถานพยาบาลคือ รายได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) รายได้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และรายได้จากกองทุนประกันสังคม ตามลำดับ และยังมี รายได้จากแหล่งอื่น เช่น รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว รายได้เงินอุดหนุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และรายได้ค่ารักษาจาก พรบ.ประกันภัย ทั้งนี้ จะสังเกตได้ว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้นจะมีสัดส่วนรายได้ของ รายได้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และรายได้จากกองทุนประกันสังคม เพิ่มมากขึ้นโดยมีรายละเอียดตามรูปและตารางต่อไปนี้

รูปที่ 30 รายได้ค่าบริการ จำแนกตามแหล่งที่มาและประเภทสถานพยาบาล



ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

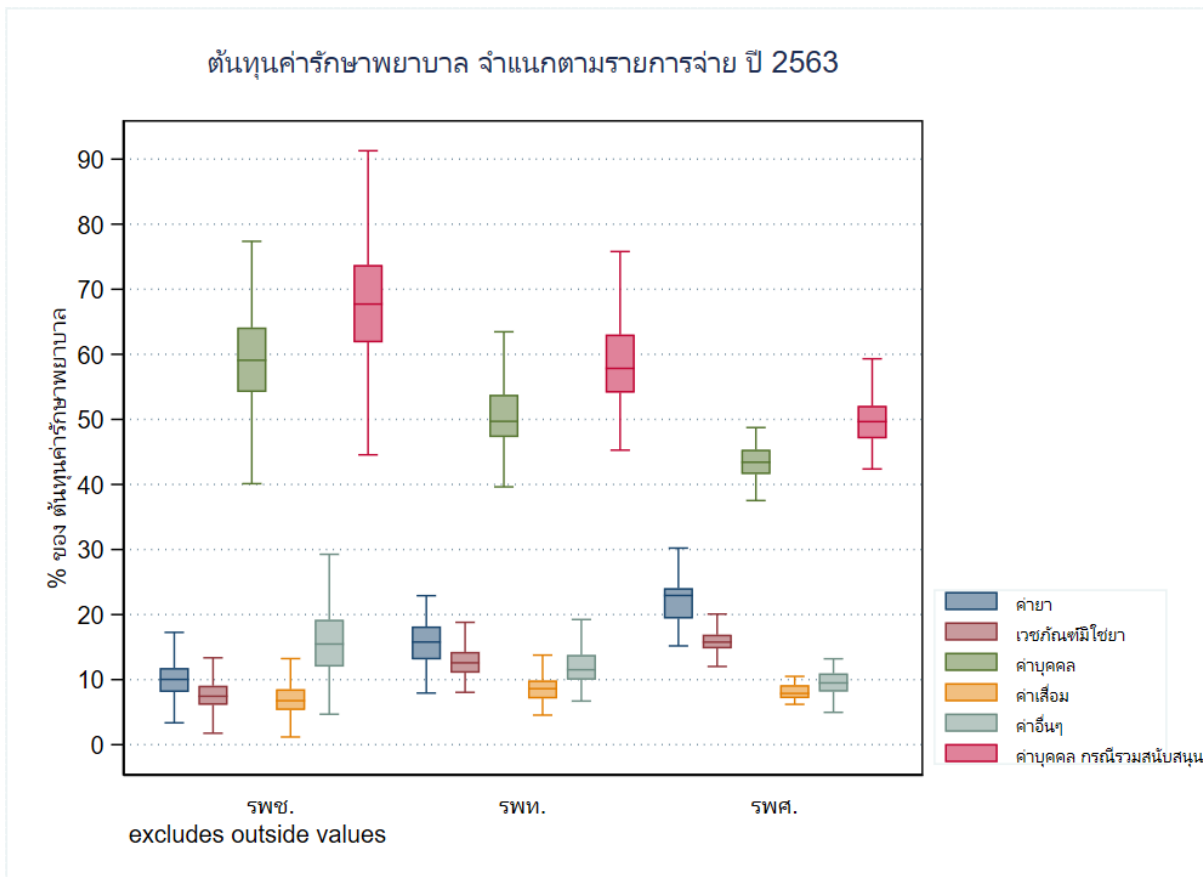
ตารางที่ 27 รายได้ค่าบริการ จำแนกตามแหล่งที่มาและประเภทสถานพยาบาล

ประเภท	ตัวแปร	จำนวน					
		ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ต่ำสุด	มัธยฐาน	สูงสุด
รพศ.	% ของ UC	34	42.33	6.640	26.57	41.71	60.59
	% ของ ข้าราชการและ อปท.	34	26.62	6.520	12.12	28.10	37.82
	% ของ ประกันสังคม	34	13.02	5.780	5.430	11.58	30.58
	% ของ อื่นๆ	34	18.03	5.290	9.450	17.44	31.66
รพท.	% ของ UC	87	47.94	12.54	21.63	48.90	77.91
	% ของ ข้าราชการและ อปท.	87	23.14	8.450	3.720	23.34	43.91
	% ของ ประกันสังคม	87	10.57	5.430	1.870	9.550	27
	% ของ อื่นๆ	87	18.35	7.150	9.290	16.24	43.96
รพช.	% ของ UC	775	74.80	11.10	25.45	77.02	95.96
	% ของ ข้าราชการและ อปท.	775	11.34	6.190	0.150	9.860	43.24
	% ของ ประกันสังคม	775	3.220	2.720	0.0200	2.400	20.67
	% ของ อื่นๆ	775	10.64	7.860	1.340	8.220	64.24

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

หากพิจารณาโครงสร้างของงบการเงินของสถานพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านค่าใช้จ่าย จะพบว่าค่าใช้จ่ายหลักของสถานพยาบาลในการให้บริการคือ เงินเดือนค่าจ้าง ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาและวัสดุอื่น ตามลำดับ โดย เงินเดือนค่าจ้างที่ไม่รวมฝ่ายสนับสนุนจะคิดเป็นประมาณร้อยละ 45-60 ของต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และเงินเดือนค่าจ้างที่รวมฝ่ายสนับสนุนจะคิดเป็นประมาณร้อยละ 50-68 ของต้นทุนค่ารักษาพยาบาล โดยต้นทุนเงินเดือนค่าจ้างจะคิดเป็นประมาณครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายรวม รวมถึงประมาณร้อยละ 50-65 ของรายได้เฉพาะรักษาพยาบาล/รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร/รายได้กองทุน หรือประมาณร้อยละ 40-60 ของรายได้รวม

รูปที่ 31 ต้นทุนค่าบริการ จำแนกตามรายการจ่ายและประเภทสถานพยาบาล



ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

ตารางที่ 28 ต้นทุนค่าบริการ จำแนกตามรายการจ่ายและประเภทสถานพยาบาล

ประเภท	ตัวแปร	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ต่ำสุด	มัธยฐาน	สูงสุด
รพศ.	% ของ ค่ายา	34	22.03	3.520	15.18	22.93	30.22
	% ของ ค่าเวชภัณฑ์และ วัสดุอื่น	34	16.10	2.410	11.55	15.76	21.55
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน (ไม่ รวมสนับสนุน)	34	43.57	3.760	35.55	43.41	53.15
	% ของ ค่าเสื่อมราคา	34	8.250	2.370	2.470	7.880	14.40
	% ของ ค่าใช้จ่ายอื่นเพื่อ บริการ	34	10.04	3.300	4.970	9.500	23.37
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน (รวมสนับสนุน)	34	49.53	3.790	42.38	49.65	59.31
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ รายได้รวม	34	39.66	6.700	19.93	40.50	51.56
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ รายได้ค่า รักษาพยาบาล/รายได้ งบประมาณส่วนบุคคลากร/ รายได้กองทุน	34	50.05	4.720	41.96	49.63	60.83
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม	34	40.69	6.800	20.13	42.51	53.32
	รพท.	% ของ ค่ายา	87	15.70	3.190	7.930	15.77
% ของ ค่าเวชภัณฑ์และ วัสดุอื่น		87	12.62	2.470	5.790	12.58	18.80
% ของ ค่าจ้างเงินเดือน (ไม่ รวมสนับสนุน)		87	50.76	5.430	39.63	49.70	69.06
% ของ ค่าเสื่อมราคา		87	8.650	2.260	2.250	8.610	15.63
% ของ ค่าใช้จ่ายอื่นเพื่อ บริการ		87	12.26	3.650	6.710	11.52	30.95
% ของ ค่าจ้างเงินเดือน (รวมสนับสนุน)		87	58.61	6.310	45.27	57.84	76.97

ประเภท	ตัวแปร	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ต่ำสุด	มัธยฐาน	สูงสุด
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ รายได้รวม	87	48	7.360	25.85	48.06	67.55
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ รายได้ค่า รักษาพยาบาล/รายได้ งบประมาณส่วนบุคคลากร/ รายได้กองทุน	87	57.34	6.710	40.10	57.65	76.97
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม	87	49.68	6.530	25.87	49.74	67.85
รพช.	% ของ ค่ายา	775	10.03	2.780	2.030	10.03	23.83
	% ของ ค่าเวชภัณฑ์และ วัสดุอื่น	775	7.710	2.320	1	7.440	18.47
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน (ไม่ รวมสนับสนุน)	775	59.03	7.150	29.76	59.09	77.36
	% ของ ค่าเสื่อมราคา	775	7.220	2.770	0.0200	6.760	20.60
	% ของ ค่าใช้จ่ายอื่นเพื่อ บริการ	775	16.01	5.460	4.690	15.47	49.79
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน (รวมสนับสนุน)	775	67.90	8.420	34.97	67.72	99.67
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ รายได้รวม	775	57.03	7.920	29.98	57.45	78.93
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ รายได้ค่า รักษาพยาบาล/รายได้ งบประมาณส่วนบุคคลากร/ รายได้กองทุน	775	65.06	8.340	33.05	64.90	97.85
	% ของ ค่าจ้างเงินเดือน ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม	775	58.73	6.830	31.63	58.62	76.15

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์คำนวณจาก ข้อมูลจากบัญชีบริหาร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2563

11.4 การปรับเกลี่ยรายรับของสถานพยาบาล

จากหัวข้อก่อนหน้า จะพบว่าในกรณีของสถานพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) ได้มีการกำหนดการจ่ายให้กับแต่ละสถานพยาบาลตามรายการต่างๆ โดยสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีบทบาทแค่เพียงการกำกับดูแลเฉพาะในกรณีของการเบิกจ่ายระหว่างสถานพยาบาลแม่ข่ายลูกข่ายในพื้นที่เท่านั้น ซึ่งระดับและมาตรการการกำกับดูแลจะแตกต่างกัน ขึ้นกับนโยบายผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ เช่น บางพื้นที่อาจจะให้เป็นการตัดสินใจและดำเนินการโดยสถานพยาบาลแม่ข่ายเป็นหลัก บางพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอาจรับบทบาทเป็นคนกลางในการเจรจาต่อรองและกำหนดกติกา

แต่ในกรณีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ที่มีบทบาทอย่างมากในการจัดสรรการกระจายรายรับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะนอกจากการกำกับดูแลการเบิกจ่ายระหว่างสถานพยาบาลแม่ข่ายลูกข่าย ยังมีหน้าที่เป็นหน่วยธุรการเรื่องการเบิกจ่ายจากกองทุนให้สถานพยาบาล นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ยังมีอำนาจในการบริหารการปรับเกลี่ยรายรับจากกองทุนฯ ในอีกหลายรายการ ซึ่งเป็นการออกแบบระบบการบริหารให้เกิดการกระจายทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้สามารถมีสถานพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล ประชากรเบาบาง การชดเชยกรณีสถานพยาบาลมีประชากรสูงอายุในพื้นที่มาก

รายละเอียดการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละส่วน ได้มีการอธิบายในรายละเอียดไว้แล้วในส่วนที่ 3 หัวข้อที่ 8 โดยในหัวข้อนี้ จะเป็นการให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับ รายการปรับเกลี่ยที่นอกจากจะมีการกำหนดวงเงินงบประมาณกลางที่ถูกกันไว้ให้เป็นการบริหารโดยสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น งบค่าเสื่อมราคา งบประมาณเพื่อความมั่นคง (Contingency Fund: CF) ยังมีอีกบางรายการสำคัญที่ สปสข. มีการกำหนดเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยเอาไว้ ประกอบด้วย

- 1) งบเหมาจ่ายรายหัว
 - งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยใน (IP)
 - งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP)
 - งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)
- 2) งบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Hardship)
- 3) งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ที่ไม่ได้ถือสิทธิ UC (PP NON UC)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดเกณฑ์การปรับเกลี่ยรายรับของสถานพยาบาลในส่วนของ งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) และ งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ด้วยเกณฑ์การจ่ายแบบขั้นบันได (Step Ladder) และกำหนดเกณฑ์การปรับเกลี่ยรายรับของสถานพยาบาลในส่วนของ งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยใน (IP) ด้วยเกณฑ์ค่าถ่วงน้ำหนักบริการ (ค่า K) โดย

สถานพยาบาลจะได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวจากกองทุนฯ ในแต่ละงบ ตามอัตราเหมาจ่ายของแต่ละงบที่ สปสช. กำหนด ปรับด้วยอัตรา Step Ladder หรือ ค่า K ของแต่ละสถานพยาบาล

อัตรา Step Ladder ของแต่ละสถานพยาบาลจะปรับไปตามจำนวนผู้มีสิทธิ UC (ผู้มีสิทธิ UC ยิ่งมาก อัตรา Step Ladder ยิ่งลด) ขณะที่ ค่า K ของแต่ละสถานพยาบาลจะปรับไปตามจำนวนเตียงและประเภทของสถานพยาบาล (สถานพยาบาลยิ่งใหญ่ ค่า K ยิ่งลด) ซึ่งทั้งสองอัตราคำนวณภายใต้กรอบแนวคิดว่าการให้บริการรักษาพยาบาลจะมีการประหยัดต่อขนาด (Economie of Scale) สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีประชากรน้อย มีขนาดเล็กก็จะได้เงินส่วนเพิ่มด้วยการปรับจากสองค่านี้

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สปสช. ได้กำหนดแนวทางการปรับเกลี่ยรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนของงบเหมาจ่ายรายหัว งบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Hardship) และงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ที่ไม่ได้ถือสิทธิ UC (PP NON UC) ไว้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ดังนี้

รายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป

- 1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2565 กำหนดแนวทางปรับเกลี่ยรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ดังนี้

- การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถกันเงินไว้รับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะได้รับปี 2565 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/

จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

- หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการใช้บริการของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัยหน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ.จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ยต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ (คณะกรรมการระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาในเดือนสิงหาคม 2564

2) มติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ 6/2564 วันที่ 17 มิถุนายน 2564 และครั้งที่ 10/2564 ในวันที่ 19 สิงหาคม 2564 เห็นชอบแนวทางการบริหารการจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกันเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป จำนวน 7,500 ล้านบาท ภายใต้กรอบหลักเกณฑ์และแนวทาง ดังนี้

- การจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้การจัดสรรแบบขั้นบันได (Step Ladder) และปรับด้วยอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ ระดับจังหวัด และค่าบริการผู้ป่วยในการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) และปรับเกลี่ยเงินกันให้ตามการประกันรายรับหลังหักเงินเดือน

- สำหรับการบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่น้อยกว่า 300 ล้านบาท ดำเนินการจัดสรรผ่านกลไกของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ โดยจะดำเนินการภายในไตรมาส 4
- สำหรับการบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด จำนวน 3,200 ล้านบาท
- ให้ระดับเขตสามารถปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน โดยให้ปรับ (ค่า K) ของส่วนกลางปีงบประมาณ 2565 ภายใต้ประมาณการวงเงินระดับเขตที่ได้รับโดยอย่างน้อยต้องคงหลักเกณฑ์การประกันรายรับ ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการแต่ละแห่ง และสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงาน 5x5)
- ประกันรายรับให้หน่วยบริการ
 - สำหรับหน่วยบริการทุกแห่ง ประกันรายรับไม่น้อยกว่าร้อยละ 92 ของรายรับภาพรวมขั้นต่ำ ปีงบประมาณ 2564 ยกเว้นหน่วยบริการในเขตนำร่องการปฏิรูปเขตสุขภาพ ประกอบด้วย เขต 1 เชียงใหม่ เขต 4 สระบุรี เขต 9 นครราชสีมา และเขต 12 สงขลา ให้สามารถประกันรายรับได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 87 ของรายรับภาพรวมขั้นต่ำ ปีงบประมาณ 2564
 - สำหรับหน่วยบริการกลุ่ม รพช.ที่มีจำนวนประชากร UC น้อยกว่า 30,000 คน ประกันรายรับไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของ Minimum operating Expense (MOE) ของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิ UC และเพิ่มรายการ Fixed cost ที่ต้องจ่ายให้ รพ.สต.ภายใต้ CUP เพิ่มเติม
 - สำหรับหน่วยบริการเป้าหมายที่ช่วยเหลือเป็นการเฉพาะที่มีความเสี่ยงทางการเงิน (ป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ) สำหรับ 4 กรณี ดังนี้
 - กรณี 1 สำหรับหน่วยบริการที่ประมาณการรายรับปีงบประมาณ 2565 น้อยกว่าจำนวนค่าแรงที่หน่วยบริการต้องปรับลดในระบบ UC และ EBITDA ติดลบ และไม่ได้รับเพิ่มเติมตามข้อ 2.5.2 จัดสรรเพิ่มเติมตาม EBITDA ที่ติดลบ

- กรณี 2 หน่วยบริการที่มียอดหลังประกันรายรับไม่น้อยกว่าร้อยละ 92 ของรายรับภาพรวมขั้นต่ำ ปีงบประมาณ 2564 และข้อ 2.5.3 กรณี 1 แล้วไม่ถึง 10 ล้านบาท ให้เพิ่มเติมจนเท่ากับ 10 ล้านบาท
 - กรณี 3 หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชายแดนกรณีเฉพาะ และตามเงื่อนไข ให้เพิ่มเติมอีก ร้อยละ 100 ของ EBITDA ที่ติดลบ (เพิ่มเติมเท่า EBITDA ที่ติดลบ แต่ไม่เกินจำนวนเงินภาระหนี้ที่ได้รับการพิจารณาช่วยเหลือ)
 - กรณี 4 หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ 4-7 และมีความคะแนนบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) ระดับ 7 – 15 และ EBITDA ติดลบ ณ ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2564 ให้เพิ่มเติมตาม EBITDA ที่ติดลบ (เพิ่มเติมเท่า EBITDA ที่ติดลบ แต่ไม่เกินจำนวนเงิน 10 ล้านบาท)
- 3) ทั้งนี้ คณะทำงานของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการคำนวณตามกรอบหลักเกณฑ์และแนวทางฯ และคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศพิจารณาเห็นชอบแล้ว โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

การคำนวณวงเงินระดับเขต สำหรับประมาณการรายรับและการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการจ่ายเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

- 1) คำนวณประมาณการรายรับ สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ปีงบประมาณ 2565 ตามแนวทางของการบริหารกองทุนฯ ก่อนการปรับ Step ladder และค่า K ประกอบด้วย ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ดังนี้
 - ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว จำนวนจัดสรรตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัด โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี
 - ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจำนวนจัดสรรตามอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรของแต่ละจังหวัดโดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1

เมษายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และตามผลงานการให้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564

- ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป คำนวณจัดสรรด้วยผลงานบริการตามข้อมูลการให้บริการตั้งแต่เดือนมกราคม 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2562
- 2) กั้นเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขดังนี้
- ไม่น้อยกว่า 300 ล้านบาท สำหรับการบริหารจัดการระดับประเทศ
 - ไม่เกิน 3,200 ล้านบาท สำหรับบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด
 - ส่วนที่เหลือประมาณ 4,000 ล้านบาท สำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

- 3) **คำนวณจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder)** ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน โดยคำนึงถึงต้นทุนในการจัดบริการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตามปัจจัย Economy of scale เพื่อให้ค่าน้ำหนักของแต่ละชั้นการจัดสรร โดยใช้จำนวนประชากร UC ณ 1 เมษายน 2564 และปรับด้วยอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ ระดับจังหวัด โดยค่าน้ำหนักของแต่ละชั้นการจัดสรร ดังนี้

ตารางที่ 29 อัตราขั้นบันได (Step ladder)

ประชากรที่ใช้ชั้นการจัดสรรOP/PP	คะแนนจัดสรร
น้อยกว่า 5,000	2.00
มากกว่า 5,000 ถึง 10,000	1.80
มากกว่า 10,000 ถึง 20,000	1.60
มากกว่า 20,000 ถึง 30,000	1.40
มากกว่า 30,000 ถึง 40,000	1.20
มากกว่า 40,000 ถึง 50,000	1.10
มากกว่า 50,000 ถึง 60,000	1.00
มากกว่า 60,000 ถึง 90,000	0.95
มากกว่า 90,000 ถึง 120,000	0.90
มากกว่า 120,000 ถึง 150,000	0.85
มากกว่า 150,000	0.80

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564)

- 4) การคำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) กำหนดการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักอัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง ดังนี้

ตารางที่ 30 ชั้นการกำหนดค่า K

ชั้นการกำหนดค่า K	คะแนนจัดสรร
รพช.≤10	1.50
รพช.B>10-≤60 POP≤5,000	1.45
รพช.B>10-≤60 POP>5,000-10,000	1.40
รพช.B>10-≤60 POP>10,000-20,000	1.35
รพช.B>10-≤60 POP>20,000-30,000	1.30
รพช.B>10-≤60 POP>30,000-40,000	1.25
รพช.B>10-≤60 POP>40,000-50,000	1.20
รพช.B>10-≤60 POP>50,000-60,000	1.15
รพช.B>10-≤60 POP>60,000	1.10
รพช.B>60 POP≤60,000	1.05
รพช.B>60 POP>60,000	1.10
รพท.≤300	1.15
รพท.>300-600	1.10
รพท.>600	1.05
รพศ.≤600	1.10
รพศ.>600-1,000	1.05
รพศ.>1,000	1.00

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564)

- 5) การคำนวณประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2565 หลังคำนวณการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการจ่ายเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการและปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) จะปรับประมาณการรายรับให้ได้ตามเกณฑ์ยอดประกัน โดยใช้เงินที่กั้นไว้สำหรับการปรับเก็ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) (ส่วนที่กั้นไว้ประมาณจำนวน 4,000 ล้านบาท) และคำนวณประกันรายรับตามข้อ 2.5

กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การบริหารเงินที่กั้นไว้ปรับเก็ยระดับประเทศ

สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่น้อยกว่า 300 ล้านบาท ดำเนินการจัดสรรผ่านกลไกของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (7x7) โดยจะดำเนินการภายในไตรมาส 4

กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การบริหารเงินที่กั้นไว้ปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด

สำหรับบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด ประกอบด้วย จำนวน 3,200 ล้านบาท โดยการคำนวณวงเงินกระจายให้ 12 เขต ตามข้อมูลประมาณการรายรับ OP-PP-IP ปีงบประมาณ 2565 และข้อมูลทางการเงินปีงบประมาณ 2563 สรุปลงเงินสำหรับดำเนินการปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด แต่ละเขต ดังนี้

ตารางที่ 31 วงเงินสำหรับดำเนินการปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด แต่ละเขต

เขต	จำนวนเงินสำหรับเขต
01	254,162,119.00
02	228,750,013.00
03	145,463,793.00
04	231,644,262.00
05	341,665,401.00
06	394,696,138.00
07	283,150,466.00
08	283,621,415.00
09	342,107,788.00
10	198,636,818.00
11	232,802,990.00
12	263,298,797.00
ผลรวม	3,200,000,000

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564)

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (กรณีสิทธิอื่นๆ ที่ไม่ใช่สิทธิ UC) คำนวณวงเงินตามจำนวนประชากรสิทธิอื่นๆ ระดับจังหวัด เนื่องจากประชากรสิทธิอื่นๆ ไม่มีการลงทะเบียนกับหน่วยบริการ โดยให้ปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทุกสังกัด ตามความจำเป็นและความเหมาะสมในการให้บริการดังนี้

- 1) โดยคำนึงถึงสัดส่วนของผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมและสัดส่วนตามทะเบียนราษฎร์ของสวัสดิการข้าราชการร่วมกับหน่วยบริการรัฐและเอกชนในพื้นที่ ทั้งนี้อาจจะนำผลงานบริการกลุ่มสิทธิอื่นประกอบการพิจารณาด้วย ภายใต้เงื่อนไขที่ผู้รับบริการสามารถใช้บริการในหน่วยบริการสังกัด UC ได้โดยไม่มี การเรียกเก็บเงิน
- 2) การปรับเกลี่ย ให้ สปสช.เขต ทารือกับผู้แทน สธ.ระดับเขตหรือจังหวัด หรืออาจจะหารือร่วมกับผู้แทนกองทุนสิทธิที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาชน เพื่อดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการ และผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ตามมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ 10/2564 ในวันที่ 19 สิงหาคม 2564 เห็นชอบหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

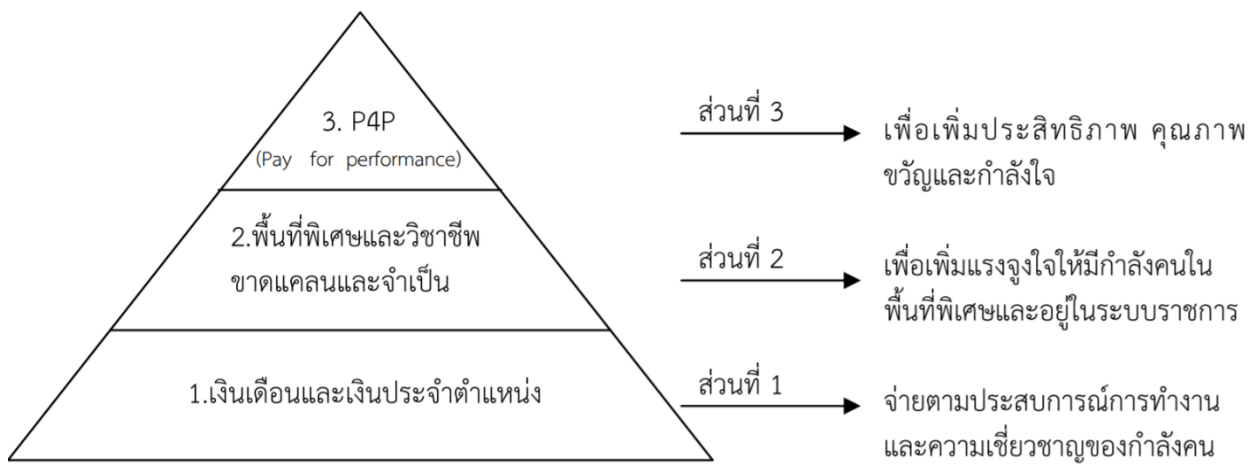
- 1) สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย ปรับเกลี่ยให้เฉพาะหน่วยบริการเป้าหมายในพื้นที่เฉพาะ ระดับ 1 ,พื้นที่เฉพาะ ระดับ 2 และหน่วยบริการพื้นที่ยากลำบากในการบริหารทรัพยากร ระดับ ก,ระดับ ข จำนวน 168 แห่ง
- 2) สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ปรับเกลี่ยให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีพยาบาลตามโครงการการเพิ่มพยาบาล 3,000 อัตรา ตามข้อเท็จจริงของจำนวนพยาบาลดังกล่าวที่ปฏิบัติงาน โดยไม่ลิดรอนสิทธิในการรับค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายการอื่นๆ

ทั้งนี้ กลไกการปรับเกลี่ยค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ดำเนินการโดยคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับเขต (คณะทำงาน 5x5) โดยการมีส่วนร่วมจากระดับจังหวัด

11.5 การกำหนดค่าตอบแทนของบุคลากรสาธารณสุข

นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 ที่กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวความคิดในการทบทวนหลักการและเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุขใหม่และขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2554 จนกระทั่งปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้หันมาใช้หลักการเบื้องต้น (General Principle) ในการกำหนดค่าตอบแทนของบุคลากร ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ดังรูปข้างล่าง

รูปที่ 32 หลักการเบื้องต้น (General Principle) ในการกำหนดค่าตอบแทนของบุคลากรสาธารณสุข



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2555)

ส่วนที่ 1 เป็นค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง (Basic Salary) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนพื้นฐาน ที่การจ่ายให้กับเจ้าหน้าที่ตามคุณวุฒิประสบการณ์และระดับความเชี่ยวชาญ ซึ่งมีอัตราตามบัญชีเงินเดือน เงินประจำตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด

ส่วนที่ 2 ค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ (Hardship Allowance) และวิชาชีพขาดแคลน ซึ่งเป็นค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจ และอัตรากำลังคนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษหรือทุรกันดาร รวมถึงค่าตอบแทนเพื่อดึงดูดกำลังคนสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลนให้ปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ส่วนที่ 3 ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance : P4P) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ที่ผันแปรตามผลการปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของงาน เพื่อเพิ่มผลผลิตการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมของการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นรูปธรรม

ด้วยเหตุนี้ นอกจากบุคลากรด้านสาธารณสุขจะได้รับเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง ซึ่งเป็นค่าตอบแทนพื้นฐานตามที่ ก.พ. กำหนด บุคลากรด้านสาธารณสุขยังมีโอกาสได้รับเงินค่าตอบแทนเพิ่มเติมอีก 2 ส่วน ดังนี้

1) ค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ (Hardship Allowance) และวิชาชีพขาดแคลน โดยสามารถแบ่งออกเป็นค่าตอบแทน 2 ประเภทหลัก ดังนี้

1.1 ค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงหมาจ่าย

ค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงหมาจ่าย เบิกจ่ายตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงหมาจ่าย สำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2548 อันประกอบด้วย

- ค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงหมาจ่ายสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ปกติ ที่จะจ่ายให้แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องในสถานบริการภาครัฐเกินกว่า 3 ปี ตามเกณฑ์ โดยกำหนดจ่ายให้แพทย์และทันตแพทย์ในอัตราคนละ 2,800 บาทต่อเดือน และเภสัชกร ในอัตราคนละ 600 บาทต่อเดือน
- ค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงหมาจ่ายสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่จะจ่ายให้ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำในสถานบริการที่ตั้งในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยกำหนดจ่ายให้แพทย์และทันตแพทย์ ในอัตราคนละ 10,000 บาทต่อเดือน เภสัชกร ในอัตราคนละ 5,000 บาทต่อเดือน และพยาบาลวิชาชีพ ในอัตราคนละ 1,000 บาทต่อเดือน

1.2 เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) เบิกจ่ายตาม ระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 28 กันยายน 2548 และระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2552 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม¹⁹ ซึ่งนิยามคำว่า “เหตุพิเศษ” หมายถึง การทำงานที่มีสภาพการทำงานไม่น่าอภิรมย์ ยากลำบาก ตรายคร่า เสี่ยงภัย เครื่องเครียด กัดดัน หรือเป็นการทำงานที่มีสภาพการทำงานเสี่ยงอันตรายทั้งต่อชีวิต ร่างกาย อาจมีผลกระทบต่อร่างกาย อาจก่อให้เกิดโรคจากการปฏิบัติงาน การสูญเสียอวัยวะ หรือเป็นการทำงานที่

¹⁹ ฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้แก่ ระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ลงวันที่ 30 เมษายน 2556 และระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2560

ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์สูง ซึ่งเป็นสาขาที่ขาดแคลน มีการสูญเสียผู้ปฏิบัติงานออกจากระบบราชการเป็นจำนวนมาก

ในระเบียบดังกล่าวได้ประกาศให้ข้าราชการที่ได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ อาจได้รับเงินเพิ่ม โดยใช้หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราตามประกาศ ก.พ. เรื่อง กำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2552 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม²⁰ (ดูรายละเอียดใน ระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2560)

ทั้งนี้ ในกรณีที่ข้าราชการมีสิทธิได้รับเงินเพิ่มหลายอัตรา ก็จะได้รับเงินเพิ่มในอัตราที่สูงที่สุดเพียงอัตราเดียว และหากข้าราชการปฏิบัติงานไม่เต็มเดือนในเดือนใด ก็จะได้รับเงินเพิ่มสำหรับเดือนนั้นตามส่วนของจำนวนวันที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ หรือหากข้าราชการไม่ได้ปฏิบัติงาน ก็จะไม่ได้รับเงินเพิ่มสำหรับเดือนนั้น เว้นแต่ในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) กรณีลาป่วย ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณหนึ่งไม่เกิน 60 วันทำการ เว้นแต่เป็นการป่วยอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ ก.พ. อาจกำหนดให้ได้รับเงินเพิ่มเกิน 60 วันทำการได้ตามควรแก่กรณี
- 2) กรณีลาคลอดบุตร ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกิน 90 วัน
- 3) กรณีลาจิสส่วนตัว ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณหนึ่งไม่เกิน 45 วันทำการ แต่สำหรับในปีแรกที่รับราชการ ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณนั้นไม่เกิน 15 วันทำการ
- 4) กรณีลาพักผ่อนประจำปี ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกินระยะเวลาที่ผู้นั้นมีสิทธิลาพักผ่อนประจำปีตามที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยการลาของข้าราชการ
- 5) กรณีลาอุปสมบทในพระพุทธศาสนาหรือลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ซึ่งมีใช่เป็นการลาภายในระยะเวลา 12 เดือนแรกที่เข้ารับราชการ และตั้งแต่เริ่มรับราชการยังไม่เคยลาอุปสมบทในพระพุทธศาสนาหรือยังไม่เคยลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกิน 60 วัน
- 6) กรณีลาไปเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกิน 60 วัน แต่ถ้าพ้นระยะเวลาที่ลาดังกล่าวแล้วผู้นั้นไม่ปรายงานตัวเพื่อเข้าปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งภายใน 7 วัน ให้งดจ่ายเงินเพิ่ม หลังจากนั้นไว้จนถึงวันเข้าปฏิบัติหน้าที่หลัก

²⁰ ฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้แก่ ประกาศ ก.พ. เรื่อง กำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2554 ลงวันที่ 11 มกราคม 2554 และประกาศ ก.พ. เรื่อง กำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2560

- 7) กรณีลาไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน หรือปฏิบัติการวิจัย ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกิน 60 วัน
- 8) กรณีการอุปสมบทในพระพุทธศาสนาที่คณะรัฐมนตรีมีมติเป็นกรณีพิเศษ โดยไม่ให้ถือเป็นวันลาของข้าราชการ ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างเวลาดังกล่าวได้ไม่เกิน 60 วัน
- 9) กรณีการลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตร ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาเฉพาะวันลาที่มีสิทธิได้รับเงินเดือนระหว่างลาตามกฎหมาย
- 10) กรณีการลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกิน 60 วัน

2) ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance : P4P)

ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน เป็นการเบิกจ่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายละเอียดการดำเนินการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2561 โดยหน่วยบริการต้องกำหนดให้มีคณะกรรมการพิจารณา ค่าคะแนนผลการปฏิบัติงานของตน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มงานต่างๆ แบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำข้อเสนอการดำเนินงานในหน่วยบริการและให้มีคณะกรรมการตรวจสอบค่าคะแนนผลการปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบการดำเนินการ และการติดตามประเมินผลของหน่วยบริการ

สำหรับการกำหนดกรอบวงเงินเพื่อเป็นค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน จะมีการกำหนดกรอบวงเงินที่ใช้เป็นค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานในแต่ละปีเป็นระยะๆ โดยในปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2563 ได้กำหนดกรอบวงเงินไว้ดังนี้

- 1) ค่าแรงทั้งหมดของหน่วยบริการที่นำมาคำนวณกรอบวงเงินสำหรับปีงบประมาณ 2562 ให้ใช้ข้อมูลจากบัญชีของหน่วยบริการ งบประมาณการเป็นค่าแรงรวมของปีงบประมาณ 2561 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 31 กรกฎาคม 2561 ในการกำหนดกรอบวงเงิน ส่วนปีงบประมาณ 2563 ให้ใช้ข้อมูลจากบัญชีของหน่วยบริการ งบประมาณการเป็นค่าแรงรวมของปีงบประมาณ 2562 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 31 กรกฎาคม 2563 ในการกำหนดกรอบวงเงิน
- 2) โรงพยาบาลชุมชน กำหนดกรอบวงเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานจากวงเงินค่าแรงของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 3
- 3) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กำหนดกรอบวงเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน โดยใช้กรอบสัดส่วนของโรงพยาบาลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน ประกอบด้วย ต้นทุนทางลัดต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วย สัดส่วนค่าแรงต่อรายรับทั้งหมด และระดับวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการ โดยจำแนกสัดส่วนราย

โรงพยาบาลและผลการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลดั่งตารางข้างล่าง กรอบวงเงิน รายโรงพยาบาลคำนวณจากสัดส่วนประสิทธิภาพทางการเงิน คุณด้วยค่าน้ำหนักของ ระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล แล้วคูณด้วยค่าแรงทั้งหมด (ตามข้อ 1)

ตารางที่ 32 แสดงสัดส่วนจากประสิทธิภาพด้านการเงิน จำแนกรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	สัดส่วนจาก ประสิทธิภาพ การเงิน	โรงพยาบาล	สัดส่วนจาก ประสิทธิภาพ การเงิน
รพ.พระนครศรีอยุธยา	8.75	รพ.หนองคาย	8.50
รพ.สระบุรี	8.50	รพ.มหาสารคาม	8.75
รพ.ชลบุรี	8.00	รพ.ร้อยเอ็ด	8.75
รพ.ระยอง	8.00	รพ.กาฬสินธุ์	8.50
รพ.พระปกเกล้า	9.00	รพ.สกลนคร	8.50
รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	8.50	รพ.นครพนม	8.25
รพ.มหาสารคามราชสีมา	9.00	รพ.มุกดาหาร	8.25
รพ.บุรีรัมย์	8.75	รพ.นครพนังค์	8.75
รพ.สุรินทร์	8.50	รพ.ลำพูน	8.75
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	8.50	รพ.แพร่	8.75
รพ.ขอนแก่น	9.00	รพ.น่าน	8.75
รพ.อุดรธานี	8.75	รพ.พะเยา	8.00
รพ.ลำปาง	8.75	รพ.เชียงใหม่	8.50
รพ.อุดรดิติถ์	8.50	รพ.อุทัยธานี	8.50
รพ.เขียงรายประชานุเคราะห์	8.50	รพ.กำแพงเพชร	8.75
รพ.สวรรคร์ประชารักษ์	8.50	รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	8.50
รพ.พุทธชินราช	8.75	รพ.แม่สอด	8.75
รพ.ราชบุรี	8.00	รพ.สุโขทัย	8.50
รพ.เจ้าพระยายมราช	8.50	รพ.ศรีสังวร สุโขทัย	8.75
รพ.นครปฐม	9.00	รพ.พิจิตร	8.25
รพ.มหาสารคามศรีธรรมราช	8.50	รพ.เพชรบูรณ์	8.50
รพ.สุราษฎร์ธานี	8.00	รพ.ดำเนินสะดวก	8.50
รพ.หาดใหญ่	8.50	รพ.บ้านโป่ง	8.50

โรงพยาบาล	สัดส่วนจาก ประสิทธิภาพ การเงิน	โรงพยาบาล	สัดส่วนจาก ประสิทธิภาพ การเงิน
รพ.ตรัง	8.75	รพ.โพธาราม	8.25
รพ.สมุทรปราการ	8.50	รพ.พหลพลพยุหเสนา	8.75
รพ.พระนั่งเกล้า	8.25	รพ.มะการักษ์	8.75
รพ.ปทุมธานี	9.00	รพ.สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17	8.50
รพ.เสนา	8.00	รพ.สมุทรสาคร	9.00
รพ.อ่างทอง	8.50	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	8.00
รพ.พระนารายณ์มหาราช	8.00	รพ.พระจอมเกล้า	8.75
รพ.บ้านหมี่	8.25	รพ.ประจวบคีรีขันธ์	8.50
รพ.สิงห์บุรี	8.75	รพ.กระบี่	8.50
รพ.อินทร์บุรี	8.00	รพ.พังงา	8.25
รพ.ชัยนาทเรนทร	9.00	รพ.วชิระภูเก็ต	8.25
รพ.พระพุทธบาท	8.25	รพ.ระนอง	8.25
รพ.ตราด	9.00	รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	8.50
รพ.พุทธโสธร	8.75	รพ.สงขลา	8.00
รพ.นครนายก	8.25	รพ.สตูล	8.50
รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	8.75	รพ.พัทลุง	8.50
รพ.ศรีสะเกษ	9.00	รพ.กระทุ่มแบน	8.25
รพ.ยโสธร	8.50	รพ.หัวหิน	8.00
รพ.ชัยภูมิ	8.75	รพ.สิรินธร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8.25
รพ.อำนาจเจริญ	8.50	รพ.บางละมุง	8.25
รพ.หนองบัวลำภู	8.25	รพ.ทุ่งสง	8.75
รพ.เลย	8.75		

ที่มา: ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายละเอียดการดำเนินการการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2561

- 4) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ยากลำบากในการบริหารจัดการทรัพยากร ระดับ ก และ ระดับ ข กำหนดกรอบวงเงินค่าตอบแทนประมาณร้อยละ 50 ของ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในพื้นที่ปกติ โดยจำแนกสัดส่วนรายโรงพยาบาล และผลการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ตามตารางข้างล่าง

ตารางที่ 33 แสดงสัดส่วนจากประสิทธิภาพด้านการเงินในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่มี ความยากลำบากในการบริหารทรัพยากร จำแนกรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	สัดส่วนจาก ประสิทธิภาพ การเงิน	โรงพยาบาล	สัดส่วนจาก ประสิทธิภาพ การเงิน
รพ.จอมทอง	4.25	รพ.นางรอง	4.38
รพ.ฝาง	4.25	รพ.ปราสาท	4.25
รพ.ศรีสังวาลย์	4.13	รพ. 50 พรรษาชวราชรังสฤษฎิ์	4.00
รพ.กบินทร์บุรี	4.38	รพ.วารินชำราบ	4.00
รพ.อรัญประเทศ	4.13	รพ.สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม	4.38
รพ.บางพลี	4.50	รพ.สีชล	4.50
รพ.แกลง	4.13	รพ.เกาะสมุย	4.25
รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ ระยอง	4.00	รพ.ตะกั่วป่า	4.38
รพ.ชุมแพ	4.13	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์	4.00
รพ.บึงกาฬ	4.13	รพ.สุโหงโกลก	4.25
รพ.กุมภวาปี	4.13	รพ.ปัตตานี	4.25
รพ.สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	4.25	รพ.ยะลา	4.38
รพ.เทพรัตนนครราชสีมา	4.13	รพ.เบตง	4.13
รพ.ปากช่องนานา	4.25		

ที่มา: ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายละเอียดการดำเนินการการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานตาม หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2561

ตารางที่ 34 คำน้ําหนักของระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

ระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล	ค่าน้ําหนัก
อยู่ในชั้นที่ 1 , 2 หรือ ใบรับรองครั้งที่ 1 หมดอายุ	0.9
ได้รับการรับรองคุณภาพ HA ครั้งที่ 1 หรือ ใบรับรอง Reaccredit หมดอายุ	1.0
ผ่านการรับรองคุณภาพ Re accreditation HA	1.1

หมายเหตุ: ผลการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้ใช้ข้อมูลระดับการพัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2561 สำหรับปีงบประมาณปี 2562 และ ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2562 สำหรับปีงบประมาณปี 2563

ที่มา: ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายละเอียดการดำเนินการการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนบายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2561

- 5) หน่วยบริการสามารถกำหนดวงเงินเพิ่มเติมจากข้อ 2 ถึง 4 ได้อีกไม่เกินร้อยละ 2 ของค่าแรงทั้งหมดของหน่วยบริการ เพื่อนำมาจ่ายเป็นค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามสถานะเงินบำรุงของหน่วยบริการ
- 6) กรณีที่หน่วยบริการมีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินจากที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 1 ของค่าแรงทั้งหมดของหน่วยบริการตามข้อ 3 ให้ขออนุมัติต่อคณะกรรมการพิจารณา ค่าตอบแทนตามข้อ 9 แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544
- 7) กรณีที่ขอเพิ่มวงเงินจากที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 2 ให้ขออนุมัติต่อคณะกรรมการระดับเขต ตามข้อ 12.7.1 แห่งหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนบายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559
- 8) กรณีหน่วยบริการสังกัดกรมมีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินจากที่กำหนด อีกไม่เกินร้อยละ 2 ของค่าแรงทั้งหมดของหน่วยบริการ ให้ขออนุมัติต่อคณะกรรมการพิจารณา ค่าตอบแทน ตามผลการปฏิบัติงานระดับกรม ตามข้อ 12.7.2 (3) แห่งหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนบายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559
- 9) หน่วยบริการต้องจัดสรรวงเงินค่าตอบแทนตามกรอบสำหรับการวัดผลการปฏิบัติงานเชิงคุณภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกระตุ้นคุณภาพงานในวิชาชีพที่ขาดแคลน

และมีความจำเป็นโดยกำหนดเป็นสัดส่วนของวงเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน
ทั้งหมด ดังนี้

- โรงพยาบาลชุมชน ขนาด F3 กำหนดร้อยละ 10 - 80
 - โรงพยาบาลชุมชน ขนาด F2 กำหนดร้อยละ 10 - 60
 - โรงพยาบาลชุมชน ขนาด F1 และ M2 กำหนดร้อยละ 10 - 50
 - โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด M1 กำหนดร้อยละ 10 - 40
- 10) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด A และ S กำหนดร้อยละ 10 - 30

11) ในการกำหนดค่าคะแนนประกันผลการปฏิบัติงานขั้นต่ำในเวลาราชการ จะใช้หลักการ เวลามาตรฐานในการทำงานเดือนละ 20 วัน โดยกำหนดความแตกต่างของแต่ละวิชาชีพตามอัตราค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในลักษณะเป็นเวรหรือเป็นผลัด (ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ: OT) ของแต่ละวิชาชีพ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2552 ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 35 แสดงค่าคะแนนประกันผลการปฏิบัติงานขั้นต่ำในแต่ละเดือน

วิชาชีพ/ประเภทเจ้าหน้าที่	ค่าคะแนนประกันผลการปฏิบัติงานขั้นต่ำ
แพทย์	2,200 คะแนน
ทันตแพทย์	2,200 คะแนน
เภสัชกร	1,440 คะแนน
พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย และนักวิทยาศาสตร์ (ตามหมายเหตุ)	1,200 คะแนน
พยาบาลเทคนิค และเจ้าพนักงานเทคนิค	960 คะแนน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทคนิค	720 คะแนน
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	
สายงานเริ่มต้นในระดับวุฒิ ปวช.	720 คะแนน
- สายงานเริ่มต้นในระดับวุฒิ ปวส.	960 คะแนน
- สายงานเริ่มต้นในระดับวุฒิปริญญาตรี	1,200 คะแนน
เจ้าหน้าที่อื่นที่ไม่ได้จ้างตามวุฒิการศึกษา เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน เป็นต้น	600 คะแนน

หมายเหตุ: นักวิทยาศาสตร์ หมายถึงถึง ผู้ดำรงตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีการแพทย์ นักวิชาการอาหารและยา นักเทคนิคการแพทย์ นักอชีวบำบัด หรือผู้ที่ปฏิบัติงานทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ดำรงตำแหน่งที่เรียกชื่ออย่างอื่น ซึ่งได้รับการบรรจุด้วยวุฒิไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งตามที่ กพ. กำหนด

ที่มา: ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายละเอียดการดำเนินการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2561

12) การกำหนดสัดส่วนระหว่างวิชาชีพเพื่อนำมาคำนวณวงเงินค่าตอบแทน ให้นำสัดส่วนที่กำหนด คูณด้วยจำนวนเจ้าหน้าที่แต่ละวิชาชีพที่มีอยู่จริงในกลุ่มงาน โดยจัดกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันไว้ในกลุ่มงานเดียวกัน แล้วจึงนำผลรวมสัดส่วนของกลุ่มงานดังกล่าวไปคำนวณวงเงินจากรอบวงเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานทั้งหมดของหน่วยบริการ สัดส่วนระหว่างวิชาชีพ ดังแสดงในตารางข้างล่าง หากหน่วยบริการประสงค์จะปรับสัดส่วนวิชาชีพ ให้สอดคล้อง เหมาะสม กับบริบทของหน่วยบริการ สามารถดำเนินการปรับเพิ่มในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ โดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาค่าคะแนนผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ แล้วเสนอขออนุมัติจากหัวหน้าหน่วยบริการ

ตารางที่ 36 แสดงสัดส่วนระหว่างวิชาชีพ

วิชาชีพ/ประเภทเจ้าหน้าที่	สัดส่วนวิชาชีพ
แพทย์	ไม่น้อยกว่า 1.00
ทันตแพทย์	ไม่น้อยกว่า 0.80
เภสัชกร	ไม่น้อยกว่า 0.35
พยาบาลวิชาชีพ	ไม่น้อยกว่า 0.25
นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย นักวิทยาศาสตร์ (ตามหมายเหตุ 2)	ไม่น้อยกว่า 0.20
เจ้าพนักงานเทคนิค เจ้าหน้าที่เทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล	ไม่น้อยกว่า 0.10
สายสนับสนุน ปฏิญญาตรี	ไม่น้อยกว่า 0.10
สายบริการอื่น เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้	ไม่น้อยกว่า 0.05
สายสนับสนุน ตากว่าปฏิญญาตรี	ไม่น้อยกว่า 0.05

หมายเหตุ 1: สัดส่วนระหว่างวิชาชีพตามตารางนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามผลการศึกษาทางวิชาการ

หมายเหตุ 2: นักวิทยาศาสตร์ หมายถึงรวมถึง ผู้ดำรงตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีการแพทย์ นักวิชาการอาหารและยา นักเทคนิคการแพทย์ นักอชีวบำบัด หรือผู้ที่ปฏิบัติงานทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ดำรงตำแหน่งที่เรียกชื่ออย่างอื่น ซึ่งได้รับการบรรจุด้วยวุฒิไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งตามที่ กพ. กำหนด

ที่มา: ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายละเอียดการดำเนินการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2561

- 13) การจัดเก็บค่าคะแนนผลการปฏิบัติงานตามกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติจริง (Activity Base) เป็นไปตามเกณฑ์การกำหนดค่าคะแนนรายกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพ หรือเกณฑ์การกำหนดค่าคะแนนรายกิจกรรม ที่หน่วยบริการกำหนด โดยมีตัวอย่างค่าคะแนนกิจกรรมรายวิชาชีพและกิจกรรมของหน่วยบริการ สามารถ ดาวน์โหลด ได้ จากเว็บไซต์ http://bps.moph.go.th/new_bps/people_exceUence หัวข้อ ค่าตอบแทนกำลังคน ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ คณะกรรมการพิจารณาค่าคะแนนผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ สามารถพิจารณากำหนดกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติจริง (Activity Base) ที่เหมาะสมกับหน่วยบริการแต่ละแห่ง และให้เสนอขออนุมัติจาก หัวหน้าหน่วยบริการ
- 14) ให้ดำเนินการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนหรือเทียบเท่าหน่วยบริการสังกัดส่วนราชการระดับกรม ให้พิจารณาดำเนินการตามความพร้อมของหน่วยบริการบนหลักการเทียบเคียงกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกันกับของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 15) กรณีหน่วยบริการมีความประสงค์จะกำหนดรายละเอียดการจ่ายเงินค่าตอบแทน ตามผลการปฏิบัติงานที่นอกเหนือจากประกาศ ให้เสนอขออนุมัติต่อคณะกรรมการ ตามข้อ 12.7.1 หรือ 12.7.2 แห่งหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2559

โดยสรุปแล้ว บุคลากรด้านสาธารณสุขจะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติมนอกเหนือจากค่าตอบแทนพื้นฐานที่เป็นเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งจาก 2 ส่วน คือ 1) ค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษและวิชาชีพขาดแคลน ที่ภาครัฐจ่ายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษหรือทุรกันดารและเพื่อดึงดูดกำลังคนสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลนให้ปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ โดยมีทั้งค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ปกติและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ที่จ่ายเพื่อชดเชยการทำงานที่มีสภาพการทำงานยากลำบากและเสี่ยงอันตรายต่อทั้งร่างกายและทางใจ หรือเป็นการทำงานที่ต้องใช้ความรู้ความชำนาญสูง ซึ่งเป็นสาขาที่ขาดแคลน และ 2) ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance : P4P) ซึ่งเป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ที่ผันแปรตามผลการปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของงาน โดยจะมีการคำนึงถึงปัจจัยด้านคุณลักษณะของสถานพยาบาลและวิชาชีพของบุคลากรด้วย

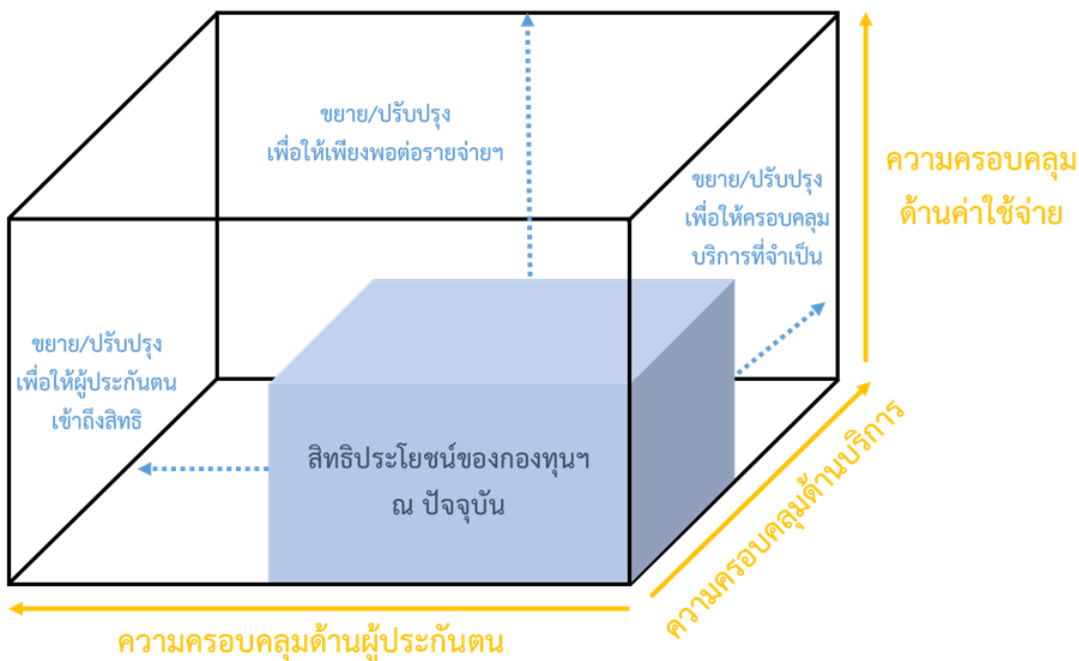
12. ผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสาธารณสุข

12.1 การสร้างความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ในหัวข้อที่ 5.2 ได้มีการสรุปไว้ว่า ประชากรไทยกว่าร้อยละ 99 ของประเทศมีสวัสดิการด้านสุขภาพ จากทั้ง 3 กองทุนหลักร่วมกับกองทุนย่อยอื่นๆ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) พบคนเพียงร้อยละ 0.31 ที่เจ็บป่วยและมีการรักษาพยาบาลในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ และแจ้งว่าไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด อย่างไรก็ตาม แม้จะมีสวัสดิการด้านสุขภาพ การสำรวจก็ยังพบว่าในกลุ่มคนที่มีการเจ็บป่วยละมีการรักษาพยาบาลในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย มีคนจำนวนมากถึงร้อยละ 35.62 ที่ไม่ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาล สาเหตุหลักๆ มาจากการที่เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การไม่ยอมรับเป็นระยะเวลาสั้น และสวัสดิการไม่ครอบคลุม

ในการวิเคราะห์ครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพนั้น ไม่ได้หมายถึงเพียงแค่ความครอบคลุมด้านการให้สิทธิเพียงอย่างเดียว โดยหากพิจารณากรอบแนวคิดความครอบคลุม 3 มิติของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เคยถูกเสนอโดย WHO ใน The World Health Report 2010 จะพบว่า นอกเหนือจากความครอบคลุมด้านสิทธิแล้ว การวิเคราะห์ความครอบคลุมยังควรคำนึงถึงความครอบคลุมด้านค่าใช้จ่ายและบริการประกอบด้วย

รูปที่ 33 ความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพ 3 มิติ



ที่มา: ผู้วิเคราะห์ประยุกต์มาจาก Figure 2 Three Dimensions To Consider When Moving Towards Universal Coverage ของ World Health Organization (2010)

ความครอบคลุมด้านบริการ

โดยหากพิจารณาความครอบคลุมด้านบริการ สามารถพิจารณาได้จากความสามารถของประชาชนในเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้านต่างๆ ทั้งการรักษา การป้องกันและการฟื้นฟู เพื่อที่จะศึกษาความครอบคลุมในมิตินี้ คณะผู้วิเคราะห์ได้วิเคราะห์จากข้อมูลสถิติ คือ ดัชนีความครอบคลุมการบริการ (UHC service coverage index) ซึ่งถูกพัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก

ดัชนีความครอบคลุมการบริการ แสดงถึงระดับความสามารถของประชากรในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข (ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้ฟรี) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ย่อยทั้งหมด 16 ตัว 4 หมวดคือ

หมวดอนามัยเจริญพันธุ์และเด็ก

- 1) การวางแผนครอบครัว: ช่วงอายุการแต่งงานของผู้หญิง
- 2) การคลอดบุตรการฝากครรภ์: สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เกิน 4 ครั้ง
- 3) สัดส่วนเด็กที่ได้รับวัคซีน DTP3
- 4) การดูแลเด็กที่เป็นโรคปอดบวม

หมวดโรคติดต่อ

- 5) การรักษาวัณโรค
- 6) การรักษา HIV
- 7) การป้องกันมาลาเรีย
- 8) สุขอนามัยครัวเรือน

หมวดโรคไม่ติดต่อ

- 9) การป้องกันโรคหัวใจหลอดเลือด
- 10) การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- 11) การตรวจและการรักษามะเร็ง
- 12) การควบคุมการสูบบุหรี่

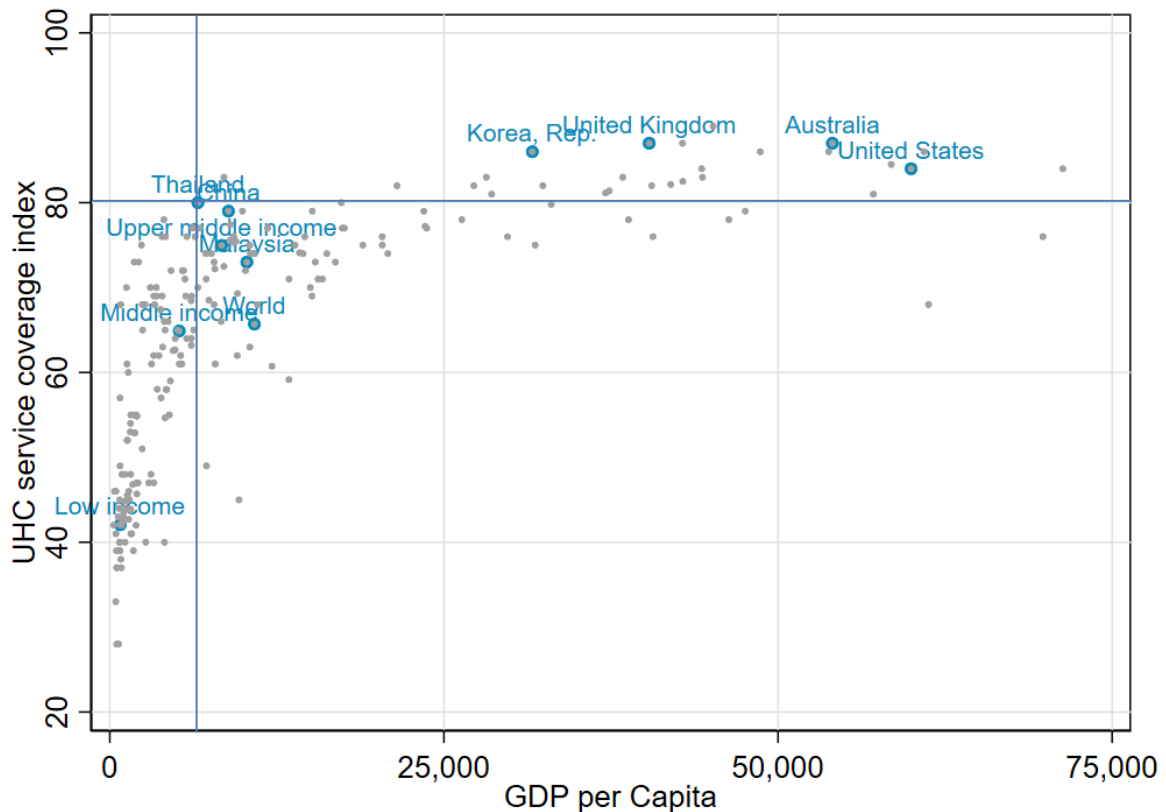
หมวดศักยภาพการให้บริการและการเข้าถึง

- 13) จำนวนเตียงต่อประชากร
- 14) ความหนาแน่นของบุคลากรทางการแพทย์
- 15) การเข้าถึงยาพื้นฐาน
- 16) หลักประกันสุขภาพ

โดยในปี พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประเมินคะแนนดัชนีความครอบคลุมการบริการ (UHC service coverage index) ของไทยสูงถึง 80 คะแนน (เต็ม 100) สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก (65.69) ค่าเฉลี่ยประเทศรายได้ปานกลางตอนบน (74.96 คะแนน) และอีกหลายๆ ประเทศที่ซึ่งล้วนแล้วแต่มีระดับรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรสูงกว่าไทย โดยในอาเซียนมีคะแนนเป็นรองแค่สิงคโปร์

(≥80%) และบรูไน (≥80%) องค์ประกอบที่ไทยอาจจะได้คะแนนไม่สูงมากนัก คือ การรักษาวัณโรค วัคซีนค่าประสิทธิภาพการรักษา การรักษา HIV วัคซีนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา และจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร

รูปที่ 34 คะแนน UHC service coverage index เทียบกับระดับรายได้ต่อหัว ปี พ.ศ. 2560
(แกนตั้ง คือ UHC service coverage index และ แกนนอน คือ GDP per Capita)



ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์ ประมวลจาก World Data Bank (2021)

นอกจากผลลัพธ์ทางสุขภาพตามที่กำหนดใน UHC service coverage index หากพิจารณาตัวชี้วัดด้านสุขภาพของไทยใน ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index) ด้านสุขภาพ จะพบว่าประเทศไทยมีระดับการพัฒนาทุนมนุษย์ด้านสุขภาพในระดับที่สูง แต่อาจจะมีบางตัวชี้วัดที่ยังสามารถเร่งพัฒนาได้ เมื่อเทียบกับประเทศที่มีระดับการพัฒนาสูงกว่าไทย เช่น การดูแลผู้ป่วย HIV ทูปโภชนาการเด็ก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการรักษาป้องกันวัณโรค รายละเอียดตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 37 รายละเอียดการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพหลักในไทยที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19

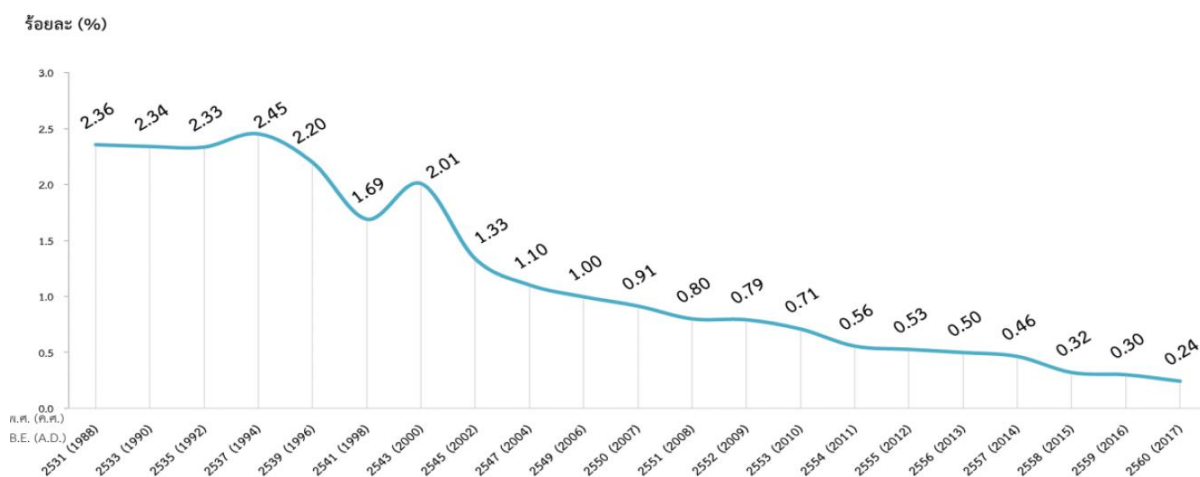
ตัวชี้วัด	ไทย	มาเลเซีย	จีน	สหราชอาณาจักร	เยอรมนี	สหรัฐฯ
Life expectancy at birth (years)	77.2	76.2	76.9	81.3	81.3	78.9
Age-standardized mortality rate attributed to noncommunicable diseases, female	348.2	446.4	476.6	295.1	295.9	353.5
Age-standardized mortality rate attributed to noncommunicable diseases, male	521.5	551	613.1	396	445.5	492.3
Child malnutrition, stunting (moderate or severe) (% under age 5)	10.5	20.7	8.1	n.a.	1.7	3.5
Current health expenditure (% of GDP)	3.7	3.9	5.2	9.6	11.2	17.1
HIV prevalence, adult (% ages 15-49)	1.1	0.4	n.a.	n.a.	0.1	n.a.
Infants lacking immunization, DTP (% of one-year-olds)	1	1	1	3	2	3
Infants lacking immunization, measles (% of one-year-olds)	4	3	1	9	3	10
Life expectancy at birth, female (years)	80.9	78.3	79.2	83	83.7	81.4
Life expectancy at birth, male (years)	73.5	74.2	74.8	79.6	78.9	76.3
Life expectancy index	0.879	0.864	0.876	0.943	0.944	0.906
Malaria incidence (per 1,000 people at risk)	0.4	0	0	n.a.	n.a.	n.a.
Mortality rate, female adult (per 1,000 people)	78	84	60	55	48	82
Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	7.8	6.7	7.4	3.6	3.1	5.6
Mortality rate, male adult (per 1,000 people)	187	160	94	86	87	139
Mortality rate, under-five (per 1,000 live births)	9.1	7.8	8.6	4.3	3.7	6.5
Tuberculosis incidence (per 100,000 people)	153	92	61	8	7.3	3

ที่มา: UNDP (2020)

ความครอบคลุมด้านค่าใช้จ่าย

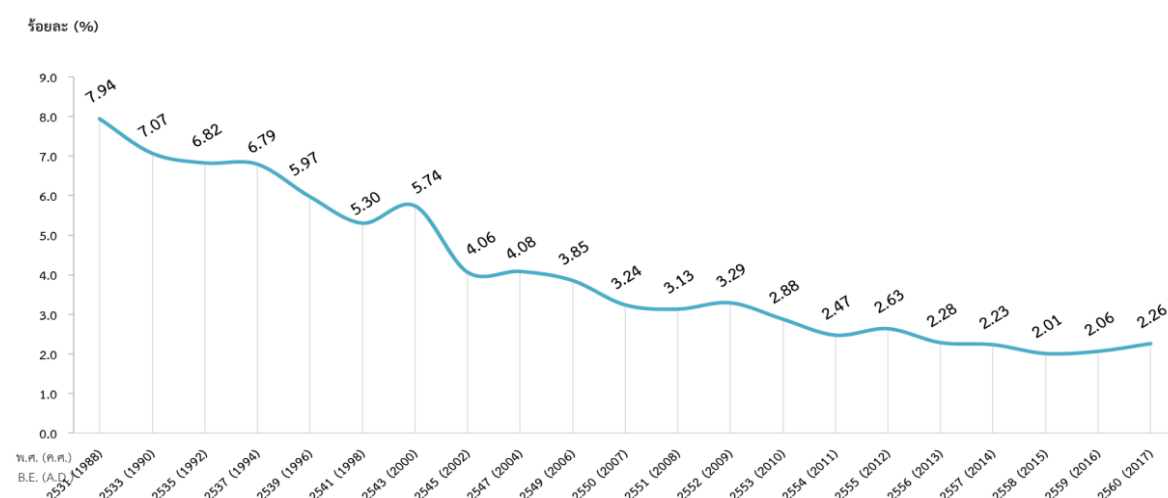
ในส่วนนี้วัดจาก สัดส่วนครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment) และ สัดส่วนครัวเรือนที่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายโดยรวมของครัวเรือน โดย จากรายงานของ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2564) ได้คำนวณจากข้อมูลภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลเส้นความยากจน จาก สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตามรูปด้านล่าง จะพบว่าประเทศไทยสามารถพัฒนาความครอบคลุมในด้านนี้ได้เป็นอย่างดี แม้ว่าช่วงหลังจะมี สัดส่วนครัวเรือนที่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายโดยรวมของครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นบ้าง

รูปที่ 35 ครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล (%)



ที่มา: คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2564)

รูปที่ 36 ครัวเรือนที่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายโดยรวมของครัวเรือน



ที่มา: คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2564)

12.2 ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพหลักในไทยในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข: กรณีโรคโควิด-19

จากการทบทวนระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 3 ระบบ ประกอบด้วย ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

ตารางที่ 38 รายละเอียดการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพหลักในไทยที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	<p>กรณีที่ 1 ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ หากแพทย์ผู้รักษาได้ดำเนินการสอบสวนโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้วมีความเห็นว่าจำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 มีรายการที่สามารถเบิกได้ดังนี้²¹</p> <p>1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19²²</p> <p>1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี Real time RT- PCR</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 2 ยืน ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - การทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 3 ยืน ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,700 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <p>2) การตรวจการติดเชื้อด้วยวิธี Antigen test</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้วยเทคนิค Chromatography ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 450 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

²¹ หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ 3 ที่ กค 0416.4/ว 102 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2563 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

²² หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ 3 ที่ กค 0416.4/ว 694 ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2564 เรื่อง แนวปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (เพิ่มเติม)

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>- ด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 550 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>3) การตรวจการติดเชื้อด้วยวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากข้อ 1) และข้อ 2) ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 550 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>2. ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</p> <p>1) สำหรับผู้มีสิทธิฯ ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 300 บาท ต่อวัน²³</p> <p>2) สำหรับบุคลากรเก็บตัวอย่าง ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 540 บาทต่อครั้ง</p> <p>กรณีที่ 2 ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 แล้ว ในกรณีที่สถานพยาบาลของทางราชการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมนอกเหนือจากการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) มีรายการที่สามารถเบิกได้ดังนี้²⁴</p> <p>1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19²⁵</p> <p>1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี Real time RT- PCR</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 2 ยืน ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - การทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 3 ยืน ให้เบิกได้เท่าที่จ่าย

²³ เรื่องเดียวกัน

²⁴ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 102 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2563 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

²⁵ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 694 ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2564 เรื่อง แนวปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (เพิ่มเติม)

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>จริงไม่เกิน 1,700 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>2) การตรวจการติดเชื้อด้วยวิธี Antigen test</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้วยเทคนิค Chromatography ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 450 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 550 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <p>3) การตรวจการติดเชื้อด้วยวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากข้อ 1) และข้อ 2) ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 550 บาท โดยรวมค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>2. ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีแสดงอาการเพียงเล็กน้อย ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 300 บาทต่อวัน²⁶ 2) กรณีแสดงอาการรุนแรง ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 740 บาทต่อชุด ไม่เกินจำนวน 30 ชุดต่อวัน <p>3. ค่าห้องพักรักษาตัวหรือดูแลรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 ให้ถือปฏิบัติดังนี้²⁷ <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท ต่อวัน - มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 3,000 บาท ต่อวัน - มีอาการรุนแรง (สีแดง) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 7,500 บาท ต่อวัน 2) กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 และแพทย์เห็นว่าอาการดีขึ้น สามารถส่งตัวไปพักฟื้น ณ สถานที่ที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดหาไว้เป็นการเฉพาะ เช่น สถานพยาบาลสนาม

²⁶ เรื่องเดียวกัน

²⁷ เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>หอผู้ป่วยโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน²⁸</p> <p>4. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 7,200 บาท</p> <p>5. ค่าพาหนะ ที่สถานพยาบาลของทางราชการจัดมารับผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวจากที่พักเพื่อไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท และค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะ รวมค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้ง²⁹</p> <p>5. ค่าใช้จ่ายระหว่างรักษาตัวที่บ้านหรือในสถานที่อื่น³⁰ ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคโควิด-19 และอยู่ระหว่างรอเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการหรือสถานที่อื่นที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดเตรียมไว้ หากแพทย์ผู้รักษา มีความเห็นว่า สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Isolation) หรือในสถานที่อื่น ๆ (Community Isolation) และได้ดำเนินการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าบริการของสถานพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยกรณีพักรอก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงวันละไม่เกิน 1,000 บาท ทั้งนี้ ไม่เกิน 14 วัน 2) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วย ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 9,900 บาท ต่อราย

²⁸ หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ 3 ตอนที่ กค 0416.4/ว 130 ลงวันที่ 3 เมษายน 2563 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (ฉบับที่ 2)

²⁹ หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ 3 ตอนที่ กค 0416.4/ว 471 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2564 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (ฉบับที่ 3)

³⁰ เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>3) ค่ายา ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม</p> <p>4) ค่าพาหนะส่งต่อในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท และค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อ ซึ่งรวมค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่แล้ว</p> <p>การเบิกจ่ายในกรณีอื่นๆ</p> <p>1. การเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเอกชน³¹</p> <p>สำหรับผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่เสี่ยงหรือติดเชื้อโควิด-19 ให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเอกชนได้ โดยผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ หากเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชน และแพทย์มีความเห็นว่าเสี่ยงหรือติดเชื้อโควิด-19 ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทผู้ป่วยใน โดยกรณีผู้ป่วยในเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้</p> <p>1) <u>กรณีติดเชื้อโควิด-19</u> การเบิกค่ารักษาพยาบาลจะครอบคลุมตั้งแต่สถานพยาบาลเอกชนรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมถึงการส่งตัวผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลเอกชนแห่งอื่นที่ได้จัดเตรียมไว้ ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ปฏิเสธการย้ายไปยังสถานพยาบาลเอกชนที่ได้จัดเตรียมไว้ หรือประสงค์จะย้ายไปรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลของเอกชนแห่งอื่น ค่ารักษาพยาบาลภายหลังจากนั้น จะไม่สามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการได้</p>

³¹ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 273 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2563 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชน กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>2) <u>กรณีไม่ติดเชื้อโควิด-19</u> การเบิกค่ารักษาพยาบาลจะครอบคลุมตั้งแต่สถานพยาบาลเอกชนรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงผู้ป่วยได้รับแจ้งผลการตรวจที่ยืนยันว่าไม่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน หลังจากที่ได้รับการยืนยันว่าไม่ติดเชื้อ ให้เบิกได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560</p> <p>2. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด 19 ก่อนเข้ารับการรักษา³²</p> <p>กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของทางราชการและมีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนเข้ารับการรักษา ค่าตรวจคัดกรองกรณีดังกล่าว สถานพยาบาลของทางราชการสามารถขอเบิกเงินจาก สปสช. ได้ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด-19 ให้ประชาชนคนไทยทุกกลุ่ม ทั้งนี้ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับสถานพยาบาลฯ ไม่ต้องแยกทำธุรกรรมในการส่งเบิกค่าตรวจคัดกรองไปยัง สปสช. โดยอนุญาตให้สถานพยาบาลฯ สามารถส่งค่าตรวจคัดกรองมาพร้อมกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลรายการอื่นๆ สำหรับวิธีการส่งข้อมูลให้เป็นไปตามหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายให้ทำหน้าที่รับส่งข้อมูลเป็นผู้กำหนด โดยที่กรมบัญชีกลางจะจัดส่งข้อมูลค่าตรวจคัดกรองให้ สปสช. ใช้ประมวลผลการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของทางราชการโดยตรงต่อไป</p> <p>3. การรักษาอาการผิดปกติภายหลังฉีดวัคซีน³³</p> <p>กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว มีอาการผิดปกติภายหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และแพทย์สันนิษฐานว่าเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน (Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia (VITT))</p>

³² หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 694 ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2564 เรื่อง แนวปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (เพิ่มเติม)

³³ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 471 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2564 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (ฉบับที่ 3)

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>ในกรณีที่สถานพยาบาลของทางราชการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมนอกเหนือจากการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าตรวจ Heparin-PF 4 Antibody (IgG) ELISA Assay และค่าตรวจ Heparin Induced Platelet Activation Test (HIPA) ตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2) ค่ายา IMIG (Human Normal Immunoglobulin, Intravenous) ตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
ระบบประกันสังคม	<p>กรณีที่ 1 ผู้ประกันตนเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคโควิด-19 และไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองนอกสถานพยาบาลได้ดังนี้³⁴</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 1,600 บาท 2) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราครั้งละ 600 บาท 2. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Saliva Samples) ไม่เกิน 5 รายต่อ 1 กลุ่ม <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ 320 บาท

³⁴ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราตัวอย่างละ 100 บาท</p> <p>กรณีที่ 2 ผู้ประกันตนได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 หรือเป็นผู้ที่มีอาการและแสดงอาการคล้ายโรคโควิด-19 สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยได้ดังนี้³⁵</p> <p><i>กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ ประเภทผู้ป่วยนอก</i></p> <p>1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample)</p> <p>1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 1,600 บาท</p> <p>2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราครั้งละ 600 บาท</p> <p>2. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Saliva Samples) ไม่เกิน 5 รายต่อ 1 กลุ่ม</p> <p>1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ 320 บาท</p> <p>2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราตัวอย่างละ 100 บาท</p> <p>3. ค่ายาต้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ 7,200 บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)</p> <p>4. ค่าพาหนะ กรณีใช้ยานพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน</p> <p>1) กรณีใช้ยานพาหนะในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 500 บาท</p> <p>2) กรณีใช้ยานพาหนะข้ามเขตท้องที่จังหวัดอื่น ให้จ่ายเงินเพิ่มจากข้อ 1) อีกในอัตรากิโลเมตรละ 4 บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้นและทางตรง</p>

³⁵ เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ครั้งละ 3,700 บาท</p> <p><i>กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ ประเภทผู้ป่วยใน</i></p> <p>1. ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา</p> <p>1) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหาร ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกินวันละ 2,500 บาท</p> <p>2) ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด-19 (Hospital) โรงพยาบาลสนาม และสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกินวันละ 1,500 บาท</p> <p>2. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ 1 Admission ให้คำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: adjRW) ในอัตรา 12,000 บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน</p> <p>3. ค่ายาต้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ 7,200 บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)</p> <p>4. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ 2,500 บาท</p> <p>5. ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) จำนวนตามอาการผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้</p> <p>1) กรณีอาการเล็กน้อยถึงอาการปานกลาง จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 15 ชุดต่อวัน จำนวน 740 บาทต่อชุด</p> <p>2) กรณีอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น ไม่เกิน 30 ชุดต่อวัน จำนวน 740 บาทต่อชุด</p> <p>6. ค่าพาหนะ กรณีใช้ยานพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตน</p> <p>1) กรณีใช้ยานพาหนะในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 500 บาท</p>

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>2) กรณีใช้ยานพาหนะข้ามเขตท้องที่จังหวัดอื่น ให้จ่ายเงินเพิ่มจากข้อ 1) อีกในอัตรากิโลเมตรละ 4 บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรรมทางหลวงในทางสั้นและทางตรง</p> <p>3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกินครั้งละ 3,700 บาท</p> <p><u>กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</u></p> <p>สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p><u>กรณีที่ 3 ผู้ประกันตนเข้าเกณฑ์การดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation)</u></p> <p>ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล ดังนี้³⁶</p> <p>1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินครั้งละ 1,600 บาท 2) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราครั้งละ 600 บาท 3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหมาจ่ายในอัตราครั้งละ 100 บาท <p>2. ค่าดูแลรักษาผู้ประกันตนในที่พัก ระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือค่าดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม</p>

³⁶ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) โดยเป็นค่าใช้จ่ายรวมค่าอาหาร 3 มื้อ การติดตามประเมินอาการ และการให้คำปรึกษา เหม่าจ่ายในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน ไม่เกิน 14 วัน</p> <p>3. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ประกันตนเป็นรายบุคคล สำหรับการติดตามอาการ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย ค่าปรอทวัดไข้แบบดิจิทัล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็น โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์ที่ใช้จริงไม่เกิน 1,100 บาทต่อราย หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้ 2) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาล สนามสำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเบิกกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 740 บาทต่อราย โดยในการเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้คิดจำนวนเบิกจ่ายตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน <p>4. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ กรณียาที่สถานพยาบาลได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือสถานพยาบาลได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory: VMI) จะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงินอีก</p> <p>5. ค่าพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตน สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีใช้ยานพาหนะในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 500 บาท 2) กรณีใช้ยานพาหนะข้ามเขตท้องที่จังหวัดอื่น ให้จ่ายเงินเพิ่มจากข้อ 1) อีกในอัตรากิโลเมตรละ 4 บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้นและทางตรง

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ครั้งละ 3,700 บาท</p> <p>6. ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) สำนักงานจ่ายชดเชยเพิ่มเติมสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก เพื่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของโรค และภาวะปอดอักเสบของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ก่อนเข้ารับไว้รักษาในที่พัก ระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแล รักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง</p> <p>การเบิกจ่ายในกรณีอื่นๆ</p> <p>1. การให้บริการฉีดวัคซีน³⁷</p> <p>สำนักงานจ่ายค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการฉีดวัคซีน ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ค่าบริการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ 40 บาทต่อคน - ค่าบริการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ 50 บาทต่อคน 2) กรณีผู้ประกันตนได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเฉพาะการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ 10 บาทต่อคน

³⁷ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>2. กรณีที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19³⁸ สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้</p> <p>1) กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>ประเภทผู้ป่วยนอก</u> จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น - <u>ประเภทผู้ป่วยใน</u> จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: adjRW) ในอัตรา 12,000 บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ทั้งนี้ หมายความว่ารวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนที่ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา Human Normal Immunoglobulin, Intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia: VITT) สำนักงานจะจ่ายชดเชยเป็นยา <p>2) กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>3. กรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19³⁹ สำนักงานจะจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประกันตน หรือกรณีที่ผู้ประกันตนเสียชีวิต ให้เฉลี่ยจ่ายให้แก่สามีหรือภริยา บิดามารดา บุตร ทั้งนี้ผู้ประกันตนดังกล่าวจะต้องไม่ได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น โดยอัตราการจ่ายเงินจะแบ่งตามประเภทความเสียหาย ดังนี้</p> <p>1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต</p>

³⁸ *เรื่องเดียวกัน*

³⁹ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท</p> <p>2) สูญเสียอวัยวะ หรือพิการที่มีผลกระทบต่อการทำงานชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท</p> <p>3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 100,000 บาท</p> <p>ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินช่วยเหลือให้เฉพาะผู้ประกันตนที่เข้ารับวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคโควิด-19 จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการรับวัคซีนดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงวัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ประกันตน</p>
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	<p>กรณีที่ 1 ประชาชนไทยทุกคน (ทุกสิทธิ) ที่ผ่านเกณฑ์การตรวจคัดกรอง ดังนี้⁴⁰</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด 2) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด 3) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ <p>เฉพาะกรณีดำเนินการภายในหน่วยบริการ</p> <p>สามารถเบิกค่าตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ดังนี้</p> <p>1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 2 ยิน⁴¹ <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริง ไม่เกิน 1,100 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 300 บาทต่อครั้งบริการ

⁴⁰ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.2.57/ว.2014 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2564 เรื่อง การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

⁴¹ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งชั่งชั่งความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ <p>2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 3 ยืน⁴²</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ <p>3) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Saliva Samples) ไม่เกิน 5 รายต่อหนึ่งกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกินตัวอย่างละ 320 บาท - ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตราตัวอย่างละ 100 บาท <p>4) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Nasopharyngeal and Throat Swab Samples) ไม่เกิน 4 รายต่อหนึ่งกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกินตัวอย่างละ 400 บาท - ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตราตัวอย่างละ 75 บาท - ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตราตัวอย่างละ 100 บาท

⁴² เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>2. ค่าตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาทต่อครั้งบริการ</p> <p>3. ค่าตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)⁴³</p> <p>1) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) ด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อครั้งบริการ</p> <p>2) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) ด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาทต่อครั้งบริการ</p> <p><u>กรณีที่ 2 ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการและแสดงอาการคล้ายโรคโควิด-19 หรือพบว่าติดเชื้อโควิด-19 ให้จ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ ดังนี้⁴⁴</u></p> <p><u>ประเภทบริการผู้ป่วยนอก (OP)</u></p> <p>1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19</p> <p>1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 2 ยืน⁴⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,100 บาทต่อครั้งบริการ

⁴³ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งชั่งช่อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

⁴⁴ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.2.57/ว.2014 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2564 เรื่อง การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

⁴⁵ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งชั่งช่อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ <p>2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 3 ยีน⁴⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ <p>2. ค่าตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาทต่อครั้งบริการ</p> <p>3. ค่าตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)⁴⁷</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) ด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อครั้งบริการ 2) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) ด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาทต่อครั้งบริการ <p>4. ค่าดูแลการให้บริการสำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High Risk Closed Contract) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง</p>

⁴⁶ เรื่องเดียวกัน

⁴⁷ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งชั่งชั่งความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสียงสูง รวมค่าอาหารจำนวน 3 มื้อ โดยจ่ายตามจริงไม่เกินจำนวน 1,000 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 14 วัน⁴⁸</p> <p>5. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา</p> <p>6. ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน โดยกรณีใช้รถยนต์จ่ายชดเชยตามระยะทางกรมทางหลวง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีใช้รถโดยสารน้อยกว่า 20 ที่นั่ง จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป – กลับ ดังนี้⁴⁹ <ul style="list-style-type: none"> - ระยะทางไปกลับไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 500 บาท - ระยะทางไปกลับมากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท 2) กรณีใช้รถโดยสารขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไป จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป – กลับ ดังนี้⁵⁰ <ul style="list-style-type: none"> - ระยะทางไปกลับไม่เกิน 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท - ระยะทางไปกลับมากกว่า 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 5,000 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 10 บาท 3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้ง⁵¹

⁴⁸ เรื่องเดียวกัน

⁴⁹ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.2.57/ว.4035 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอชักซ้อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

⁵⁰ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งชักซ้อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

⁵¹ เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p><u>ประเภทบริการผู้ป่วยใน (IP)⁵²</u></p> <p>1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19</p> <p>1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 2 ยืน⁵³</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,100 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ <p>2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 3 ยืน⁵⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ <p>2. ค่าตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาทต่อครั้งบริการ</p>

⁵² หมายถึง กรณีเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องสอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และแพทย์มีความเห็นว่าต้องรับไว้ในหน่วยบริการหรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด-19 หรือผู้ที่รับบริการในสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ. 2563 ฉบับที่ 2

⁵³ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งซักซ้อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

⁵⁴ เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>3. ค่าตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)⁵⁵</p> <p>1) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) ด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อครั้งบริการ</p> <p>2) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) ด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาทต่อครั้งบริการ</p> <p>4. ค่าห้องควบคุมรวมค่าอาหาร</p> <p>1) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษารวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ จ่ายตามจริง ไม่เกิน 2,500 บาทต่อวัน</p> <p>2) ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด-19 และสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน</p> <p>5. ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) จ่ายแบบเหมาจ่าย 740 บาทต่อชุด</p> <p>1) สำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง จ่ายตามการให้บริการจริง ไม่เกินจำนวน 15 ชุดต่อวัน</p> <p>2) สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง ไม่เกินจำนวน 30 ชุดต่อวัน</p> <p>6. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ</p> <p>1) สำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง จ่ายตามจริง ไม่เกินวันละ 11,100 บาท</p> <p>2) สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรง จ่ายตามจริง ไม่เกินวันละ 22,200 บาท</p> <p>7. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา</p>

⁵⁵ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งซักซ้อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>8. ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน โดยกรณีใช้รถยนต์จ่ายชดเชยตามระยะทางกรมทางหลวง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีใช้รถโดยสารน้อยกว่า 20 ที่นั่ง จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป – กลับ ดังนี้⁵⁶ <ul style="list-style-type: none"> - ระยะทางไปกลับไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 500 บาท - ระยะทางไปกลับมากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท 2) กรณีใช้รถโดยสารขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไป จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวง ไป – กลับ ดังนี้⁵⁷ <ul style="list-style-type: none"> - ระยะทางไปกลับไม่เกิน 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท - ระยะทางไปกลับมากกว่า 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 5,000 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 10 บาท 3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้ง⁵⁸

⁵⁶ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.2.57/ว.4035 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอชักซ้อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

⁵⁷ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งชักซ้อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

⁵⁸ เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>กรณีที่ 3 ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโควิด-19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาพิจารณาแล้วว่า ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม (Community Isolation) ให้นำหลักเกณฑ์การจ่ายประเภทบริการผู้ป่วยใน (IP) มาบังคับใช้ และจ่ายเพิ่มเติม ดังนี้⁵⁹</p> <p>1. ค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19</p> <p>1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 2 ยืน⁶⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,100 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ <p>2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and Throat Swab Sample) ประเภท 3 ยืน⁶¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 300 บาทต่อครั้งบริการ - ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

⁵⁹ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4322 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2564 เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ฉบับเพิ่มเติม)

⁶⁰ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งชั่งช่อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

⁶¹ เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>2. ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วยโควิด-19 โดยเป็นค่าดูแลรักษา ค่ายาพื้นฐาน รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และค่าติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 14 วัน</p> <p>3. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ประกันตนเป็นรายบุคคล สำหรับการติดตามอาการ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย ค่าปรอทวัดไข้แบบดิจิทัล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็น โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์ที่ใช้จริงไม่เกิน 1,100 บาทต่อราย หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory: VMI ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้ 2) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาล สนามสำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเบิกกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 740 บาทต่อราย โดยในการเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้คิดจำนวนเบิกจ่ายตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน <p>4. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ กรณียาที่สถานพยาบาลได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือสถานพยาบาลได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory: VMI) จะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงินอีก</p> <p>5. ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน โดยกรณีใช้รถยนต์จ่ายชดเชยตามระยะทางกรมทางหลวง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีใช้รถโดยสารน้อยกว่า 20 ที่นั่ง จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป – กลับ ดังนี้⁶²

⁶² หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.2.57/ว.4035 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอซักซ้อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะทางไปกลับไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 500 บาท - ระยะทางไปกลับมากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท <p>2) กรณีใช้รถโดยสารขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไป จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวง ไป – กลับ ดังนี้⁶³</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระยะทางไปกลับไม่เกิน 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท - ระยะทางไปกลับมากกว่า 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 5,000 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 10 บาท <p>3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้ง</p> <p>6. ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) สำนักงานจ่ายชดเชยเพิ่มเติมสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก เพื่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของโรคและภาวะปอดอักเสบของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ก่อนเข้ารับไว้รักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแล รักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง</p> <p><u>ค่าใช้จ่ายกรณีอื่นๆ</u></p> <p>1. การบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (สำหรับประชาชนไทยทุกคน)⁶⁴ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยจะจ่ายให้</p>

⁶³ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ขอแจ้งชั่งช้อมความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

⁶⁴ หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.6.70/ว.4320 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2564 เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ฉบับเพิ่มเติม)

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>หน่วยบริการแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อคน</p> <p>2. กรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือภาวะเจ็บป่วยแทรกซ้อน จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19⁶⁵</p> <p>1) <u>ประเภทบริการผู้ป่วยนอก</u> กรณีรักษาภายในจังหวัดและรักษาข้ามจังหวัด สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. โดยเหมาจ่ายในอัตรา 150 บาทต่อครั้งบริการ ทั้งกรณีที่หน่วยบริการรักษาผู้มีสิทธิที่มีหน่วยบริการประจำของตนเอง และรักษาผู้มีสิทธิหน่วยบริการประจำของหน่วยบริการอื่น</p> <p>2) <u>ประเภทบริการผู้ป่วยใน</u> หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวินนอน (adjRW) ด้วยอัตราจ่าย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต จ่ายด้วยอัตราจ่ายในเขต ทั้งนี้ หน่วยบริการภาครัฐ จะไม่มีการปรับลดค่าแรง รวมทั้ง ในกลุ่มหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป. สธ.) จะไม่มีคำนวณปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) - ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง <p>3. กรณีการตรวจวินิจฉัยและรักษา ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน (Vaccine Induced Thrombotic Thrombocytopenia: VITT)⁶⁶</p> <p>สำหรับผู้มีสิทธิที่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน หลังฉีดวัคซีนประมาณ 4 - 30 วัน ตามแนวทางที่สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย กำหนดหรือแนะนำ โดย สปสช. จ่ายชดเชยค่าบริการ ดังนี้</p> <p>1) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง CBC จ่ายตามจริงไม่เกิน 50 บาทต่อครั้งบริการ</p>

⁶⁵ เรื่องเดียวกัน

⁶⁶ เรื่องเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>2) การตรวจวินิจฉัยด้วย Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA Assay จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,550 บาทต่อครั้งบริการ</p> <p>3) การตรวจวินิจฉัย Heparin Induced Platelet Activation Test (HIPA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,550 บาทต่อครั้งบริการ</p> <p>4) ยา Human Normal Immunoglobulin, Intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะ VITT โดยรูปแบบของการชดเชยเป็นยา</p> <p>4. การใช้ยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร⁶⁷</p> <p>การใช้ยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีความรุนแรงน้อย เพื่อลดการเกิดโรคที่รุนแรง โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมเป็นค่ายา ในอัตราไม่เกิน 300 บาทต่อครั้งการรักษา ทั้งประเภทบริการผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2564 ทั้งนี้ สปสช.จ่ายชดเชยค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคโควิด-19 รวมทุกรายการ ในอัตราตามการใช้จริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย</p> <p>5. กรณีที่ผู้รับบริการที่เป็นประชาชนไทยทุกคนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19⁶⁸</p> <p>สำนักงานจะจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยอัตราการจ่ายเงินจะแบ่งตามประเภทความเสียหาย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 400,000 บาท 2) สูญเสียอวัยวะ หรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 240,000 บาท

⁶⁷ เรื่องเดียวกัน

⁶⁸ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2564

ระบบประกันสุขภาพ	รายละเอียด
	<p>3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 100,000 บาท</p> <p>ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินช่วยเหลือให้เฉพาะผู้ประกันตนที่เข้ารับวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคโควิด-19 จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการรับวัคซีนดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงวัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ประกันตน</p>

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์

จากตารางข้างต้น เมื่อพิจารณารายละเอียดและรูปแบบการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบของไทยแล้ว คณะผู้วิเคราะห์สามารถนำมาสรุปเป็นประเด็นที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพในไทย กรณีโรคโควิด-19 ได้ทั้งสิ้น 3 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานรองรับประชาชนไทยทุกคน

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยทุกคนทุกสิทธิ แม้กระทั่งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ระบบนี้ก็ได้อ้างรากฐานของสิทธิการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 อยู่หลายกรณี ไม่ว่าจะเป็นสิทธิการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 สิทธิการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และสิทธิการได้รับเงินช่วยเหลือเมื่อเกิดความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สิทธิเหล่านี้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่หลักประกันสุขภาพอื่นใช้เป็นแนวทางในการออกหนังสือหรือประกาศเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบของตนเช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้สิทธิเหล่านั้นที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศออกมา จะครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนทุกสิทธิอยู่แล้วก็ตาม ด้วยเหตุนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงถือเป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Net) ขั้นพื้นฐาน ที่คอยรองรับและเยียวยาประชาชนผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ หรือผู้ที่ตกหล่นจากความช่วยเหลือจากหลักประกันสุขภาพที่ตนมี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤตเช่นปัจจุบันที่หลักประกันสุขภาพมีความจำเป็นอย่างมากต่อสังคม

ประเด็นที่ 2 การที่ระบบประกันสุขภาพเลือกใช้วิธีการจ่ายแบบ Fee Schedule เป็นหลัก นับเป็นความเหมาะสมในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉิน

หากสังเกตรูปแบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องโรคโควิด-19 ทั้งค่าตรวจ ค่ายา ค่าอุปกรณ์ ค่าห้อง และค่าพาหนะ จะพบว่า ในทุกระบบจะใช้วิธีการจ่ายแบบ Fee Schedule เสียส่วนมาก ส่งผลให้ระบบการเบิกจ่ายไม่มีความซับซ้อนและยุ่งยากต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ นับเป็นสิ่งที่พึงกระทำ

และเหมาะสมกับภาวะวิกฤตฉุกเฉินเช่นนี้ เพราะหากเลือกใช้ระบบการเบิกจ่ายในรูปแบบอื่น เช่น DRGs อาจจะทำให้เกิดความลำบากและความยุ่งยากแก่หลายฝ่าย โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่ต้องตรวจสอบ รวบรวม หลักฐานการเบิกจ่าย และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้อง ซึ่งหากเกิดความผิดพลาด สถานพยาบาลก็อาจต้องแบกรับต้นทุนการรักษาที่เบิกไม่ได้เป็นจำนวนมาก ฉะนั้น การใช้วิธีการจ่ายแบบ Fee Schedule เป็นหลัก จึงเป็นวิธีที่ทำให้การดำเนินการป้องกันและรักษาโรคโควิด-19 เป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุด

ประเด็นที่ 3 ระบบประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง 3 ระบบ มีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ

เมื่อพิจารณาสิทธิการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ในแต่ละระบบประกันสุขภาพหลักของไทยแล้ว จะพบว่า ทุกระบบต่างให้สิทธิการรักษาที่คล้ายคลึงกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลักษณะและมูลค่าของ สิทธิที่ผู้มีสิทธิแต่ละระบบได้รับไม่มีความแตกต่างกันมาก แม้ในบางกรณีจะมีความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 ระบบ อยู่เล็กน้อย แต่สาเหตุสำคัญมักมาจากคุณลักษณะพื้นฐานของระบบ เช่น สิทธิการรักษาภายใต้สวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ จะมอบสิทธิให้แก่บุคคลในครอบครัวด้วย ส่วนสำนักงานประกันสังคม ก็มุ่งให้อิสระ ในการเลือกสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน ด้วยเหตุนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 ระบบประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง 3 ระบบ มีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอเชิงนโยบาย และสรุปผลการศึกษา

- ข้อเสนอเชิงนโยบายและทางเลือก
- สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอเชิงนโยบายและสรุปผลการศึกษา

เนื้อหาส่วนนี้ จะเป็นการประมวลข้อมูลความรู้ในส่วนก่อนหน้าเพื่อกำหนดเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย แนวทางการปรับระบบการจ่ายเงินของกองทุนต่างๆ นโยบายและมาตรการด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ที่เอื้อกับการจ่ายค่าบริการที่เพียงพอสำหรับหน่วยบริการที่จะให้บริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ และการสรุปภาพรวมของการวิเคราะห์ในครั้งนี้

13. ข้อเสนอเชิงนโยบายและทางเลือก

จากการดำเนินการศึกษาในส่วนก่อนหน้า พบว่ากระบวนการเบิกจ่ายและบริหารงบประมาณ สวัสดิการทางสุขภาพของทั้ง 3 กองทุน มีประเด็นที่สามารถพัฒนาเพื่อเอื้อกับการจ่ายค่าบริการที่เพียงพอ สำหรับหน่วยบริการที่จะให้บริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพหลายประเด็น

ทั้งนี้ จะพบได้ว่าภาพรวมของปัญหาที่เกิดขึ้นจะเกิดทั้งจากการที่ ต้นทุนของระบบที่อาจจะยังไม่ เพียงพอและเท่าเทียมระหว่างกัน การกำหนดกระบวนการจ่ายแบบหลายผู้ซื้อหลายกลไกการจ่ายที่แม้แต่ละ วิธีจะมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกันแต่ก็นำมาสู่ความเหลื่อมล้ำระหว่างกัน ประเด็นด้านการบริหารงบประมาณที่ ทั้งมีจุดที่ต้องพัฒนาและการถกเถียงในมายาคติบางประเด็น รวมทั้งประเด็นการพัฒนาในระยะยาวเพื่อรองรับ การเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น

โดยคณะผู้วิเคราะห์ได้จัดทำชุดข้อเสนอนโยบายตามประเด็นปัญหาหลัก 4 ส่วน ประกอบด้วย

- A. ประเด็นด้านความเหมาะสมของงบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ
- B. ประเด็นด้านกระบวนการบริหารการเงิน
- C. ประเด็นด้านกระบวนการจัดสรรและจ่ายเงิน
- D. ประเด็นที่ควรดำเนินการในระยะยาว

มีรายละเอียดข้อเสนอเชิงนโยบายและประเด็นพิจารณาประกอบ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 39 กรอบแนวคิดทางเลือกเรื่องการแบ่งประเภทการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
<p>A. ประเด็นด้านความเหมาะสมของงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ</p> <p>(ในเบื้องต้นข้อเสนอส่วนนี้จะกล่าวถึงความเหมาะสมของงบประมาณซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมในการบริหารจัดการควบคุม โดยจะกล่าวถึงในประเด็นปัญหาหัวข้อถัดไป)</p>	<p>A1 ควรพิจารณาเพิ่มสัดส่วนงบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● เมื่อเทียบกับประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศรายได้สูงหรือปานกลางระดับสูง จะพบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่อ GDP ที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศทั้งสองกลุ่มมาก ● ในประเทศที่ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งรายจ่ายหลักจะมาจากงบของรัฐ ถ้ารัฐบาลจัดสรรงบให้ไม่เพียงพอ นอกจากจะทำให้ระบบไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพแล้ว ยังส่งผลให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในภาวะขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องอย่างต่อเนื่อง ● ปัญหาการได้รับงบที่ไม่เพียงพอนั้น มีมาตั้งแต่เมื่อเริ่มระบบนี้ตั้งแต่เมื่อสองทศวรรษก่อน ดังนั้น ถึงแม้ว่าที่ผ่านมางบและยอดเงินที่ทั้ง 3 กองทุนจ่ายออกมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด แต่ก็เป็นการเพิ่มปีละเล็กน้อย ซึ่งหลายปีเพิ่มน้อยกว่าเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นของบุคลากรเสียด้วยซ้ำไป ● จากการศึกษาในต่างประเทศในอดีต ก็พบว่าประเทศที่ต้องการปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพบริการในแง่มุมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำให้ผู้มีสิทธิ์สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัย หรือการลดเวลารอคิวในการเข้ารับบริการ จะต้องทำโดยการใช้ด้วยการเพิ่มเงินเข้าไปในระบบเสมอ ● ในภาพรวมแล้ว ถ้างบหรือทรัพยากรที่ได้ไม่เพียงพอ การปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายจะไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้มากนัก และมักจะเป็นการย้ายปัญหาที่จุดหนึ่งไปเป็นปัญหาที่จุดอื่นแทน <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ของไทยอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่มีรายได้สูงและปานกลางระดับสูง และการที่คนไทยจำนวนมากไม่มีความมั่นใจหรือไม่ใช้บริการโครงการรักษาฟรีของภาครัฐ ซึ่งน่าจะบ่งชี้ว่าภาครัฐของไทยยังลงทุน

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>ด้านนี้ไม่เพียงพอ (ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีข้อกำหนดตายตัวว่าสัดส่วนดังกล่าวควรจะต้องเป็นเท่าใดก็ตาม) ทั้งนี้ ถ้าประเทศและรัฐบาลไทยยังคงยึดนโยบายการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ ก็ควรต้องพิจารณาเพิ่มงบด้านบริการสาธารณสุขของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทั้งนี้ ไม่มีข้อกำหนดตายตัวว่าภาครัฐควรมีสัดส่วนในรายจ่ายสุขภาพเท่าใดขึ้นกับเป้าหมายเชิงนโยบายของแต่ละประเทศ <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p> <p>A2 พิจารณาลดความเหลื่อมล้ำโดยการยกระดับคุณภาพบริการของอีกสองโครงการขึ้นมาทัดเทียมกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าเป็นสวัสดิการที่ให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพดีที่สุดเมื่อเทียบกับอีก 2 กองทุน และผู้มีสิทธิไม่ค่อยมีข้อกังขาหรือกังวลเรื่องคุณภาพของบริการ เมื่อเทียบกับอีก 2 กองทุน ซึ่งจะเห็นได้จากผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมจำนวนมากได้รับสวัสดิการรักษายาบาลจากนายจ้างหรือซื้อประกันสุขภาพเอกชน ● และเมื่อพิจารณาจากงบที่ใช้ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่างบเฉลี่ยต่อหัวของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงถึง 4.3 เท่าของงบต่อหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 3.5 เท่าของงบต่อหัวของกองทุนประกันสังคม แม้ว่าอาจมีข้อกังขาในเรื่องประสิทธิภาพของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งน่าจะยังปรับให้ดีขึ้นและลดงบต่อหัวลงมาได้บ้าง แต่ก็อาจจะอนุมานได้ว่า การที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพที่ประชาชนทั่วไปไว้วางใจทัดเทียมกับในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น มีความจำเป็นต้องเพิ่มงบและทรัพยากรด้านสาธารณสุขในระบบขึ้นอีกมาก (อาจไม่น้อยกว่าอีกหนึ่งเท่าตัว)

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>การมีวิธีการจ่ายที่แตกต่างกัน รวมถึงรายการสิทธิประโยชน์ ความครอบคลุมทั้งกับผู้รับสิทธิและครอบครัว เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้งบรายหัวของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าอีก 2 กองทุน</u> ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ● หากประเทศต้องการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนสวัสดิการสุขภาพ ก็ควรพิจารณาการปรับรูปแบบการจ่าย อัตราการจ่ายและขอบเขตสวัสดิการระหว่างกองทุนให้มีความใกล้เคียงกัน ● ควรพิจารณาให้งบประมาณที่แตกต่างกันเกิดจากขอบเขตสวัสดิการที่แตกต่างกันด้วยเหตุผลที่เป็นที่ยอมรับได้ แต่ไม่ควรให้งบประมาณที่แตกต่างกันเกิดจากวิธีการจ่ายที่แตกต่างกัน ● ในปัจจุบันที่มีความเหลื่อมล้ำระหว่างสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับกองทุนที่เหลือค่อนข้างมากนั้น เป้าหมายในระยะยาวควรเป็นการยกระดับคุณภาพของสองกองทุนที่เหลือให้ใกล้เคียงกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ถึงแม้ว่าควรหาทางปรับการบริหารให้ต้นทุนต่อหัวไม่สูงขึ้นเป็น 3-4 เท่าตัว แต่ก็คงต้องลงทุนเพิ่มศักยภาพการรักษายาบาลอย่างขนานใหญ่ ซึ่งเมื่อดำเนินการจนบรรลุเป้าหมายแล้ว งบที่ใช้ในแต่ละปีอาจต้องเพิ่มขึ้นจากที่เป็นอยู่อีกเป็นเท่าตัว <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p> <p>A3 กองทุนประกันสังคมควรพิจารณาขยายเพดานค่าจ้างเพื่อความมั่นคงทางการเงินของกองทุน</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● กองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนเดียวใน 3 กองทุนสวัสดิการสุขภาพหลัก ที่รายได้ส่วนใหญ่มาจากการร่วมจ่ายของผู้รับสิทธิประโยชน์และนายจ้างของผู้รับสิทธิประโยชน์ ซึ่งทำให้กองทุนมีความท้าทายเรื่องความมั่นคงทางการเงินสูงกว่าอีก 2 กองทุน ● จากการพิจารณาความมั่นคงทางการเงินของกองทุนประกันสังคมพบว่า กองทุนมีอัตราเติบโตของค่าใช้จ่ายต่อปี สูงกว่า อัตราเติบโตของรายได้กองทุน

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ขณะที่กองทุนกำหนดฐานเพดานค่าจ้างสำหรับเรียกเก็บเงินสบทบเข้ากองทุนจากผู้ประกันตนและนายจ้าง ไว้ที่เดือนละ 15,000 บาท ซึ่งเป็นอัตราที่กำหนดมาตั้งแต่เริ่มระบบกองทุน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมาเกือบ 30 ปี ● การศึกษาของวิโรจน์ ณ ระนองและคณะ (2564) ได้มีการสัมภาษณ์ผู้บริหารกองทุนประกันสังคม รวมถึงการทบทวนความเห็นของผู้ประกันตนในประเด็นนี้ พบว่าผู้บริหารกองทุนประกันสังคมก็ตระหนักถึงความจำเป็นในส่วนนี้ และได้มีความพยายามผลักดันให้ขยายเพดานเงินเดือนหลายครั้งแต่ยังไม่เคยประสบความสำเร็จ และมักจะมีการคัดค้านจากทั้งฝ่ายลูกจ้าง นายจ้าง NGO และกลุ่มการเมืองที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกองทุนประกันสังคม รวมถึงรัฐบาลเองที่ไม่ต้องการดำเนินนโยบายที่ไม่เป็นที่นิยม <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● กองทุนประกันสังคมควรมีการปรับเพิ่มอัตราฐานเพดานค่าจ้างให้เหมาะสมกับภาวะเงินเฟ้อ และการเติบโตของต้นทุนการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นการขยายฐานรายได้ให้กับกองทุนและสร้างความมั่นคงทางการเงินในระยะยาว โดยทั้งรัฐบาลและกองทุนประกันสังคมควรดำเนินการโดยการประกาศล่วงหน้าอย่างน้อย 2-3 ปี และพิจารณาช่วงเวลาที่เหมาะสม ดำเนินการจริงที่เหมาะสม และเตรียมพร้อมที่จะชี้แจงเหตุผลแก่สาธารณชนอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความกดดันทางการเมืองในการดำเนินนโยบายนี้ <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input type="checkbox"/> สธ. <input type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input type="checkbox"/> บก.</p> <p>A4 งบลงทุนเป็นส่วนที่จำเป็นเพื่อการพัฒนาและเติบโตในระยะยาว จึงควรมีการจัดสรรที่ชัดเจน โดยไม่ให้ถูกเบียดบังจากงบดำเนินการ</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากการทบทวนเอกสาร พบว่าประเทศไทยมีการตั้งเป้าหมายการลงทุนด้านสาธารณสุขไว้ รวมถึงพบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์และการขาดเงินลงทุนในอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยหลายกรณี

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● งบประมาณด้านสาธารณสุข—นอกเหนือจากการลงทุนทดแทนส่วนที่เสื่อมไป—เป็นงบส่วนที่ระบบจำเป็นต้องมี ซึ่งควรต้องวางแผนในบริบทของแผนการพัฒนาคูณภาพของระบบบริการรักษาพยาบาลของประเทศ และเมื่อตั้งงบส่วนนี้แล้ว ก็ควรดำเนินการตามแผนการพัฒนาและเป้าหมาย โดยไม่ควรถูกละเลยหรือโยกย้ายมาใช้เป็นงบดำเนินการแทน ● แม้จะมีกลไกการจ่ายแบบตั้งระบบงบประมาณรวม (Global Budget) แต่งบลงทุนและงบค่ารักษาพยาบาลควรเป็นวงเงินที่ถูกพิจารณาแยกออกจากกันอย่างชัดเจน มีแผนการลงทุนและรักษาวิสัยการลงทุนอย่างเคร่งครัด ● รายได้จากกองทุนประกันสังคม และกรมบัญชีกลางที่จ่ายตรงให้สถานพยาบาล บางส่วนควรถูกพิจารณาให้มีกลไกการันตีว่าจะนำไปสู่การลงทุนเพื่อพัฒนาสถานพยาบาล <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input type="checkbox"/> สปส. <input type="checkbox"/> บก.</p> <p>A5 ระบบการร่วมจ่ายมีความเสี่ยงที่จะขัดแย้งกับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมักจะมีผลต่อรายได้ของระบบไม่มาก</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● หลักการสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็คือการทำให้ทุกคนที่มีความจำเป็นสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยจะต้องไม่ถูกขัดขวางด้วยข้อจำกัดทางการเงิน ● การมีระบบร่วมจ่ายมีผลกระทบได้ในสองกรณีคือ ลดแรงจูงใจในการใช้บริการที่เกินความจำเป็น และมีส่วนในการช่วยหาเงินเข้าระบบ ● อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่ยังมีคนจำนวนมากที่มีรายได้ใกล้กับเส้นความยากจนนั้น ทำให้มีความเสี่ยงที่การร่วมจ่ายที่ออกแบบไม่ดีพอจะทำให้มีคนจนเพราะรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และในในประเทศที่ยังมีคนจำนวนมากที่อยู่ในภาคนอกระบบ ก็ทำให้ยากที่จะมีข้อมูลด้านรายได้และการจ่ายภาษีที่น่าเชื่อถือและสามารถนำมาออกแบบระบบการร่วมจ่ายที่รัดกุมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพซึ่งการ

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>เจ็บป่วยในประเทศที่ระบบสวัสดิการสังคมไม่ได้ดีนักมักมาพร้อมกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นและการขาดรายได้ของผู้ป่วยด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ที่ผ่านมา การร่วมจ่ายในระดับต่ำที่คนส่วนใหญ่สามารถจ่ายได้ เช่น เรียกเก็บ 30 บาทต่อครั้งจากกลุ่มผู้มีสิทธิโครงการบัตรทองกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่ม สปร. เดิม สามารถนำรายได้เข้ามาสู่ระบบเพียงประมาณปีละ 2,000 ล้านบาท ซึ่งไม่ถึงร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ในขณะที่การทำระบบการร่วมจ่ายก็ต้องมีต้นทุนที่เพิ่มขึ้นในส่วนของ การเก็บข้อมูลและการปรับระบบซอฟต์แวร์ ● การใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งบหลักมาจากภาษีนั้น ในกรณีที่เป็นก็ควรจัดสรรงบเพิ่มให้ รวมถึงอาจปรับขึ้นภาษี ปรับระบบภาษี รวมทั้งการขยายฐานของโครงการประกันสังคม อย่างไรก็ตาม การนำคนเข้ามาสู่ระบบประกันสังคม (แบบปกติ หรือตามมาตรา 33) ไม่ได้ทำให้ภาระการอุดหนุนของรัฐบาล (ร้อยละ 2.75 ของเงินเดือนในส่วนที่ไม่เกิน 15,000 บาท ซึ่งเท่ากับ 4,950 บาทต่อปี สำหรับผู้มีสิทธิ์ที่มีรายได้ในระดับดังกล่าว) ซึ่งสูงกว่าค่าหัวที่รัฐบาลจ่ายให้ผู้มีสิทธิ์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ที่ 3,364 บาทต่อคนในปี 2565) มาก และถึงแม้ว่าภาระการอุดหนุนเฉลี่ยต่อผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมจะไม่ถึง 4,950 บาทต่อปี (เนื่องจากผู้มีสิทธิ์จำนวนมากพอสมควรมีเงินเดือนไม่ถึง 15,000 บาท แต่ภาระของรัฐจะยังเพิ่มขึ้นตราบที่คนที่เข้ามาใหม่ในโครงการประกันสังคมมีเงินเดือนเฉลี่ยที่สูงกว่าเดือนละ 10,000 บาท <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบร่วมจ่ายที่สอดคล้องกับหลักการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ควรเป็นการร่วมจ่ายที่มีนัยสำคัญเมื่อไปปรับการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจทำให้คนจนจำนวนหนึ่งเกิดการล้มเลิกที่จะไปขอรับการรักษา และไม่ควรเป็นระบบที่เน้นการร่วมจ่ายที่เป็นสัดส่วนของค่าใช้จ่าย หรือที่มีการกำหนดเพดานขั้นสูง หรือในอีกแง่หนึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นหลักการประกันภัยทั่วไปที่ครอบคลุมไปถึงกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงไปจนถึงบาทสุดท้าย (last dollar) ที่ปัจเจกแต่ละรายอาจ

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>ไม่สามารถรับภาระได้ด้วยตัวเอง และในกรณีของไทยนั้น มีคนจำนวนมากที่ต้องการหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายตั้งแต่บาทแรก (first dollar)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางหนึ่งที่บางประเทศ เช่น แคนาดา นำมาใช้ ก็คือการเก็บเบี้ยประกันเป็นรายเดือน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่มีการร่วมจ่ายที่ไม่ใช่เป็นการจ่ายเมื่อเข้าไปรับการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม การเก็บเงินวิธีนี้ของแคนาดาที่ให้ประชาชนจ่ายเบี้ยประกันเป็นรายเดือน มีค่าใช้จ่ายในการเก็บที่ค่อนข้างสูง (ประมาณร้อยละ 15 ของรายรับที่ได้ในปี 2546-47) <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p>

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
<p>B. ประเด็นด้าน กระบวนการบริหาร การเงิน</p>	<p>B1 พิจารณาความเหมาะสมของระบบโครงสร้างเงินเดือนบุคลากรทาง สาธารณสุข</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากจุดเริ่มต้นของโครงการที่ต้องการให้พิจารณาความเหมาะสมของระบบโครงสร้างเงินเดือนบุคลากรทางสาธารณสุขและกระบวนการงบประมาณ โดยเฉพาะเรื่องการแยกหรือรวมงบเงินเดือนข้าราชการทางการแพทย์กับงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ● ผลการวิเคราะห์พบว่างบบุคลากรเป็นงบประมาณหลัก ประมาณร้อยละ 60-70% ของสถานพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ โดยแบ่งเป็น <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าจ้างและค่าตอบแทนข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2) ค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น ค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงเหมาจ่าย ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน 3) ค่าตอบแทนลูกจ้างสถานพยาบาล ● ในปัจจุบันงบเงินเดือนข้าราชการทางการแพทย์ได้รับเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางโดยตรง ซึ่งไม่เคยมีความเสี่ยงเรื่องการเมืองงบประมาณส่วนนี้ ส่วนค่าตอบแทนลูกจ้างสถานพยาบาล จะเป็นการบริหารงบประมาณโดยสถานพยาบาล และค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะถูกจ่ายภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณบุคลากร ซึ่งส่วนใหญ่มาจากรายได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ● จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจจะมีการกำหนดวงเงินจ่ายค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีกรอบวงเงินงบประมาณรวมถึงผลการดำเนินการที่แตกต่างกัน ● ในกระบวนการงบประมาณ สปสช. มีสถานะเป็นผู้จ่ายเงินหลักของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ แต่ สปสช. ไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจกำหนดวงเงินงบประมาณของระบบหน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนนี้คือสำนักงบประมาณ

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับให้แยงงบบุคลากรส่วนที่นอกเหนือจากเงินเดือนออกจากงบค่าเหมาจ่ายรายหัวกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นจะมีผลเพียงเปลี่ยนตัวผู้จ่ายเงิน แต่ไม่ได้เปลี่ยนผู้กำหนดวงเงินจ่าย <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● คณะผู้วิเคราะห์ยังไม่พบมูลเหตุใดที่จะทำให้เชื่อได้ว่าหากมีการเปลี่ยนตัวผู้จ่ายค่าตอบแทนส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือนไปเป็นกรมบัญชีกลางแล้วสำนักงานประมาณจะพิจารณาเพิ่มวงเงินงบประมาณบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ● ในระบบปัจจุบัน ซึ่งการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษข้าราชการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากงบหรือเงินบำรุงของสถานพยาบาล ซึ่งงบที่สถานพยาบาลได้รับมีส่วนที่กำหนดมาจากจำนวนประชากรด้วย ซึ่งอาจทำให้แต่ละสถานพยาบาลมีศักยภาพในการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน แต่ก็มีส่วนที่สะท้อนภาระงานที่อาจแตกต่างกันด้วย ● ในกรณีผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นว่าระบบที่ใช้อยู่ทำให้มีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นในระดับที่มีนัยสำคัญและในสถานพยาบาลจำนวนมาก ก็ย่อมหมายความว่าระบบการคำนวณงบที่ใช้อยู่มีกฎเกณฑ์ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งควรผลักดันให้มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น (รวมทั้งอาจเสนอให้ปรับสูตรที่ใช้ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น) <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input type="checkbox"/> สปส. <input type="checkbox"/> บก.</p> <p>B2 ส่งเสริมการทำ Unit Cost Analysis เพื่อให้ระบบและสถานพยาบาลมีข้อมูลด้านต้นทุนและนำไปสู่การปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณและการบริหารระบบและสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมมากขึ้น</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการสัมภาษณ์สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งในทุกภาค พบว่าสถานพยาบาลจำนวนมากมีปัญหาการขาดกระแสเงินสด ซึ่งอาจจะเกิดจากทั้งการได้รับงบไม่เพียงพอ หรือจากเหตุผลอื่นๆ เช่น

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>มีปัญหาสภาพคล่อง (ขาดเงินสด \neq ขาดทุน) ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับงบล่าช้า หรืออาจมีปัญหาการบริหารลูกหนี้การค้าด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โดยแม้ว่าจำนวนสถานพยาบาลที่เงินบำรุงติดลบจะมีจำนวนลดลงในปีหลังๆ แต่โดยเฉลี่ยแล้วแต่ละสถานพยาบาลจะมีเงินบำรุงลดลง และต้นทุนค่าบุคลากร 60%-70% ของต้นทุนค่ารักษารวม ซึ่งรายจ่ายส่วนนี้ถือเป็นต้นทุนคงที่ของระบบสถานพยาบาลที่แต่ละสถานพยาบาลจะปรับได้ไม่มากนัก ● จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลหลายระดับในหลายพื้นที่ พบว่าสถานพยาบาลหลายแห่งในหลายระดับไม่ทราบต้นทุนการให้บริการของตนเอง การส่งเสริมการทำ Unit Cost Analysis จะช่วยให้ระบบและสถานพยาบาลมีข้อมูลด้านต้นทุนและนำไปสู่การปรับปรุงการจัดสรรงบและการบริหารระบบและสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมมากขึ้น เช่น สามารถแยกกรณีการขาดทุนเนื่องจากสถานพยาบาลให้บริการในพื้นที่ประชากรเบาบาง ออกจากกรณีขาดทุนเนื่องจากต้นทุนบริการที่สูง หรือได้รับการจัดสรรงบที่ต่ำเกินไป ซึ่งกองทุนสุขภาพต่างๆ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดอัตราจ่ายที่เหมาะสม และเนื่องจากการศึกษาในส่วนนี้มีต้นทุนในการดำเนินการ จึงควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากกองทุนด้านสุขภาพซึ่งจะได้ประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต ● ผลการศึกษาโครงสร้างงบการเงินระหว่างสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิ เป็นลบกับเป็นบวก พบว่าในกรณีของโรงพยาบาลชุมชนที่เงินบำรุงสุทธิ เป็นลบ มักจะมีรายการ “ลูกหนี้การค้า” สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในแทบทุกรายการลูกหนี้ สะท้อนว่าการขาดเงินสดส่วนหนึ่งเป็นผลจากความล่าช้าในการรับชำระหนี้ของสถานพยาบาลขนาดเล็ก แต่ปัญหานี้ส่วนหนึ่งเกิดจากความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินของหน่วยราชการด้วยกันเองด้วย <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● การทำ Unit Cost Analysis จะช่วยให้สามารถพิจารณาแยกกรณีการขาดทุนเนื่องจากสถานพยาบาลให้บริการในพื้นที่ประชากรเบาบาง ออกจากกรณีขาดทุนเนื่องจากต้นทุนบริการสูงไม่เหมาะสมกับอัตราค่าบริการ ซึ่งช่วยให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานกองทุนสุขภาพสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลนี้ในการกำหนดอัตราจ่ายที่เหมาะสม ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในส่วนนี้มีต้นทุนในการดำเนินการ จึงควรได้รับการสนับสนุนจากกองทุนด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p> <p>B3 ส่งเสริมระบบการ Audit สถานพยาบาลแม่ข่ายลูกข่าย</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากการศึกษาพบว่านโยบายการบริหารลูกข่ายของสถานพยาบาลแม่ข่าย เช่น การกำหนดอัตราค่าบริการ การกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่าย ส่งผลอย่างมากต่อพฤติกรรมทำให้บริการของสถานพยาบาลลูกข่าย ● จากการศึกษาสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่พบว่า ประกันสังคมสำนักงาน (สปส.) ยังมีข้อจำกัดในบทบาทด้านการเป็น Regulator เช่น เมื่อเทียบกับ สปสช. ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์และการตรวจคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบมากกว่า โดยเฉพาะในด้านมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลและสถานพยาบาลลูกข่าย <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● กองทุนประกันสังคมจึงควรมีการส่งเสริมระบบการตรวจสอบการดำเนินการระหว่างสถานพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย โดยกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และตรวจสอบกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยอาจจะร่วมมือกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีทรัพยากรบุคคลในการดำเนินการในด้านนี้มากกว่า <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input type="checkbox"/> บก.</p>

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>B4 ปรับบบ “เงินค้ำกันดาร” ตามความเหมาะสมกับสภาพปัจจุบันของพื้นที่และความจำเป็น</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ให้ความเห็นว่ารายจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการที่เป็นรายการสำคัญมากคือ “ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย” ที่เป็นเงินก้อนใหญ่สำหรับทุกสถานพยาบาล และเป็นเงินก้อนที่มีข้อจำกัดทางการเมืองในการปรับเปลี่ยน แม้ว่าในปัจจุบันปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์จะลดลงกว่าเมื่อก่อนมากแล้วก็ตาม ● นอกจากนี้ หลายท่านยังให้ความเห็นว่าการจ่าย “เงินค้ำกันดาร” เป็นรายการที่ยังไม่ได้มีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบันเท่าที่ควร เนื่องจากการกำหนดพื้นที่กันดารไม่ได้มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันซึ่งพื้นที่หลายแห่งมีความเจริญมากขึ้นและมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรน้อยลง <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรพิจารณาปรับปรุงรายการจ่ายต่างๆ ให้ความเหมาะสมกับสภาพปัจจุบันมากขึ้น โดยในกรณีเงินค้ำกันดาร ควรปรับพิจารณาพื้นที่กันดารตามความเป็นจริง จากโครงสร้างพื้นฐานและระดับการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งถ้าใช้เกณฑ์ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในปัจจุบัน การปรับก็คงไม่ประสบปัญหาการโต้แย้งมากนัก <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input type="checkbox"/> สปส. <input type="checkbox"/> บก.</p>

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
<p>C. ประเด็นด้านกระบวนการจัดสรรและจ่ายเงิน</p>	<p>C1 พิจารณาการบูรณาการระบบกลไกการจ่ายเดี่ยว (Single Payment Mechanism) แม้จะมีผู้จ่ายหลายคน (Multiple Payer)</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีเจตนารมณ์ให้มีการควมรวมกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพสู่ระบบผู้จ่ายรายเดี่ยว กลไกจ่ายเดี่ยว (Single-Payer Single-Payment Mechanism) โดยกำหนดบทเฉพาะกาลในมาตรา 66 ให้สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการตกลงกันในประเด็นนี้ และขยายระยะเวลาการเจรจาได้ครั้งละ 1 ปี ซึ่งในการปฏิบัติจริงแต่ละฝ่ายก็ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างจริงจังมากนักตั้งแต่เริ่มต้นจวบจนถึงปัจจุบัน ● การกำหนดกระบวนการจ่ายแบบหลายผู้ซื้อหลายกลไกการจ่ายที่แม้แต่ละวิธีจะมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน แต่ก็นำมาสู่ความเหลื่อมล้ำระหว่างกัน ซึ่งในเชิงหลักการแล้ว ประเทศไทยควรรหาทางบูรณาการระบบประกันสุขภาพทั้งระบบ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุนหลัก อันได้แก่สวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรทอง <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● แม้ว่าการรวมเป็นกองทุนเดียวคงยังเป็นไปได้ยากในทางการเมือง แต่ก็ควรปรับให้ระบบการเบิกจ่ายเป็นกลไกเดียวกัน (Single Payment Mechanism) เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน โดยแต่ละกองทุนอาจจะกำหนดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันตามเหตุผลที่เป็นที่ยอมรับได้ในสังคม แต่ในสิทธิประโยชน์เดียวกันควรปรับใช้กลไกการจ่ายเดียวกัน โดยพิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีการจ่าย งบประมาณ และการตกลงร่วมกัน นอกจากลดความเหลื่อมล้ำในสิทธิเดียวกัน ยังเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของระบบ ต้นทุนทางธุรกรรมที่ลดลงจากการตัดความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นบางส่วนออกไป <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p>

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>C2 พัฒนาระบบการตรวจสอบและการประเมินผลการบริการ เพื่อรองรับรูปแบบการจ่ายที่ส่งเสริมคุณภาพบริการและเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น <u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวมีจุดอ่อนสำคัญคือ เป็นระบบที่ไม่จูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพบริการ ขณะที่การจ่ายตามรายบริการและการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ เป็นวิธีที่ส่งเสริมคุณภาพบริการมากกว่า แต่ต้องการการตรวจสอบที่มีคุณภาพ ● ระบบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ เช่น กรณีงบ QOF และงบส่งเสริมป้องกันโรคของ สปสช. มีหลักการที่ส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ แต่เนื่องจากการประเมินผลการบริการในทางปฏิบัติ ● ไม่สามารถประเมินจากผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome Based) ได้ง่ายนัก จึงมีการตั้งเกณฑ์ตามกิจกรรม (Activity Based) ในขณะที่การจ่ายตามวงจรการเจ็บป่วยก็มีหลักการที่ส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome Based) แต่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวทางการดำเนินการในทางปฏิบัติ <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● กองทุนสวัสดิการสุขภาพทั้ง 3 ควรส่งเสริมและบูรณาการรูปแบบการตรวจสอบคุณภาพบริการ และการวัดผลลัพธ์การให้บริการและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยร่วมกันสนับสนุนเงินในการวิจัยเรื่องนี้ และมีการใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาร่วมกัน <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p> <p>C3 ตั้งเกณฑ์การจ่ายที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น <u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีงบ QOF และ งบส่งเสริมป้องกันของ สปสช. โดยภาพรวมมีการตั้งเกณฑ์การจ่ายตามกิจกรรม (Activity Based) ซึ่งไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการจ่ายงบส่วนนี้ ทั้งนี้ เนื่องจากในทางปฏิบัติประเมินจากผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome Based) ทำได้ยาก ● กองทุนประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังไม่ส่งเสริมการจ่ายโดยเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome Based)

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>เท่าที่ควร โดยในปี พ.ศ. 2561 กองทุนประกันสังคมเคยมีการตั้งเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มเติมจากระดับคุณภาพสถานพยาบาล การประเมินความพึงพอใจและอัตรา Discharge แต่ได้ยกเลิกไปใน พ.ศ. 2563⁶⁹</p> <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรมีการจัดการศึกษาแนวทางการพัฒนาเกณฑ์ กลไกการจ่ายที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น มากกว่าการจ่ายตามการรักษาการเจ็บป่วย และควรมีการร่วมลงทุนระบบการประเมินและจัดเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพประชากร เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p> <p>C4 เลี่ยงการจ่ายล่าช้า การปรับอัตราระหว่างปี</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และสถานพยาบาลหลายแห่ง ผู้ให้สัมภาษณ์ชี้ปัญหาว่า กองทุนสุขภาพ โดยเฉพาะ สปสช. มักมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การจ่ายต่างๆ รวมทั้งการปรับอัตราการจ่าย (เช่นปรับราคาต่อหน่วยน้ำหนักหรือ RW.) ระหว่างปีอยู่บ่อยๆ ส่งผลให้สถานพยาบาลมีปัญหาในการคาดการณ์รายได้ของตน รวมทั้งปัญหาการเบิกจ่ายล่าช้าในบางกรณี ซึ่งในกรณีหลังสถานะพยาบาลมักจะพอใจการดำเนินงานของกองทุนประกันสังคมที่มีความคงเส้นคงวามากกว่า <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● กองทุนสุขภาพทุกกองทุนควรเลี่ยงการจ่ายค่าบริการล่าช้าและการปรับอัตราระหว่างปี ซึ่งส่งผลต่อการบริหารเงินของสถานพยาบาล และ

⁶⁹ ระบบประกันสังคมเคยจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ที่จ่ายให้สถานพยาบาลที่ผ่าน HA หรือ JCI (ดูได้ที่ <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/038/21.PDF>) ต่อมา ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 ได้ปรับเป็นการจ่ายตามผลประเมินความพึงพอใจและอัตรา Discharge (ดูได้ที่ https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/2537c41106cec04e2e553cf0aea86cc.pdf) และใน พ.ศ. 2563 ได้ถูกยกเลิก (ดูได้ที่ http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/053/T_0013.PDF)

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>ควรมีการวางแผนและกำหนดเกณฑ์การจ่ายต่างๆ ล่วงหน้า และดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้</p> <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p> <p>C5 ลดความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นผ่านการใช้ระบบ E-Claim ร่วม และปรับปรุงฐานข้อมูลตามกำหนดเวลาแน่นอน</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากการรวบรวมข้อมูลความเห็นและการทบทวนเอกสาร พบว่าสถานพยาบาลมีกระบวนการเอกสารหลายขั้นตอนในการทำเบิกจ่าย ในหลายกรณีมีขั้นตอนเอกสารกระดาษค่อนข้างมาก รวมถึงทั้ง 3 กองทุน มีระบบเบิกจ่ายที่แยกจากกันทำให้เกิดความซับซ้อนในกระบวนการเบิกจ่าย ● จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลหลายแห่ง พบว่าการเบิกจ่ายตามระบบประกันสังคมทำได้ลำบาก เนื่องจากเว็บไซต์ที่ใช้ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยให้ข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน รวมถึงระบบไม่ได้แสดงข้อมูลสิทธิอย่างละเอียด โดยจะแสดงเพียงสถานพยาบาลตามสิทธิและกลุ่มมาตราของผู้ประกันตน ในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีการกำหนดเงื่อนไขที่ซับซ้อน เช่น ระยะเวลาในการส่งเงิน ระยะเวลาในการออกจากงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่มีสิทธิรักษาบางอย่าง การติดต่อสอบถามกับสำนักงานประกันสังคมต้องรอในเวลาราชการ ซึ่งมีปัญหามากสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ● ในขณะที่กรณีของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิผ่านบัตรประจำตัวประชาชนและดำเนินการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim ได้เกือบทุกกรณี ส่วนกรณีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิผ่านบัตรประจำตัวประชาชนและดำเนินการเบิกจ่ายผ่านระบบจ่ายตรงได้เกือบทุกกรณี <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทั้ง 3 กองทุนจึงควรบูรณาการฐานข้อมูลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยอาจเลือกใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นตัวตั้ง เนื่องจาก

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>สถานพยาบาลหลายแห่งให้การยอมรับว่าเป็นระบบที่เป็นปัจจุบันและให้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด ควรลดการตรวจผ่านเอกสารกระดาษ (Hard Copy) และใช้โปรแกรม E-Claim เป็นหลัก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานประกันสังคมควรกำหนดวันและเวลาในการปรับปรุงฐานข้อมูลสิทธิของประชากรอย่างชัดเจน และแจ้งกำหนดวันเวลาที่ชัดเจน และแจ้งวันเวลาในกรณีที่ยังดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว และในกรณีหรือในทุกรอบที่ไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนดได้ ก็ควรแจ้งให้ทราบเมื่อถึงเวลา รวมทั้งแจ้งเวลาใหม่ที่คาดว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จในเว็บที่สถานพยาบาลและผู้ประกันตนสามารถเข้าไปตรวจสอบข้อมูลได้ <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p>

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
<p>D. ประเด็นด้านการดำเนินการในระยะยาว</p>	<p>D1 ส่งเสริมความร่วมมือและความเป็นเอกภาพของกองทุนต่างๆ</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● การประสานงานร่วมกันและบูรณาการทั้งระบบการเบิกจ่าย และกลไกการเบิกจ่ายจะช่วยให้สถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาว รวมถึงการลดความสับสนเมื่อต้องรับมือกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทั้ง 3 กองทุนควรมีการส่งเสริมให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งในมิติของประชากร บริการ และค่าใช้จ่าย รวมถึงการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ระหว่าง 3 กองทุนควรคำนึงถึงหลักการว่าโรคเดียวกันไม่ควรมียุทธศาสตร์ที่ต่างกันมาก สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันระหว่างกองทุนควรเป็นไปตามเหตุผลที่สังคมยอมรับ แต่สิทธิประโยชน์เดียวกันควรใช้กลไกการจ่ายที่สอดคล้องกัน ● แม้ว่าการรวมเป็นกองทุนเดียวยังเป็นไปได้ยากทางการเมืองแม้ในระยะยาว แต่ก็ควรปรับระบบการเบิกจ่ายให้ใช้กลไกเดียวกัน (Single-Payment Mechanism) โดยพิจารณาเลือกกลไกที่เหมาะสมที่สุดเพื่อยกระดับประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p> <p>D2 สร้างระบบแผนรองรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ</p> <p><u>ภาพรวมปัญหาและข้อพิจารณา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีศึกษา COVID-19 พบว่าไทยยังขาดระบบศูนย์บริหารสถานการณ์ฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่ที่เป็นระบบ จึงต้องจัดตั้งศูนย์เฉพาะกิจในการดูแลสถานการณ์ <p><u>ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรวางแผนสร้างระบบที่กำหนดบทบาทหน้าที่และอำนาจของหน่วยงานต่างๆ ในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ ● บทเรียนจากการระบาด COVID-19 พบว่า 3 กองทุนมีการกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน ช่วยให้สถานพยาบาลที่รับ

ประเด็นปัญหา	บทวิเคราะห์/ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย
	<p>ผู้ปวยทำงานร่วมกันได้โดยไม่มีปัญหามาก และทำให้ประชาชนสามารถ เข้าใจสิทธิประโยชน์ของตนได้โดยรวดเร็ว</p> <p><u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สธ. <input checked="" type="checkbox"/> สปสช. <input checked="" type="checkbox"/> สปส. <input checked="" type="checkbox"/> บก.</p>

ที่มา: คณะผู้วิเคราะห์

14. สรุปผลการวิเคราะห์

ประเทศไทยได้พยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ซึ่งที่ผ่านมามีหลักประกันสุขภาพจาก 3 กองทุนหรือระบบหลัก อันได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมา ด้วยหลักคิดและประวัติความเป็นมาที่ต่างกัน ทั้ง 3 กองทุนจึงมีกติกาและกลไกการจ่ายเงินที่แตกต่างกันด้วย

การศึกษานี้ จึงทำการวิเคราะห์แนวทางการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุนหลัก ตั้งแต่ในด้านหลักการ/แนวคิด ปัญหา และข้อเสนอแนะของฝ่ายต่างๆ ในการพัฒนาและปรับกลไกการจ่ายเงินของทั้ง 3 กองทุนให้เหมาะสม ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปกลไกการเงินที่จะใช้เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยที่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิในทุกกองทุนอย่างถ้วนหน้าและทั่วถึง

การทบทวนหลักการจัดสวัสดิการทางสุขภาพพบว่า การออกแบบระบบความคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) เพื่อให้ประชาชนสามารถมีสวัสดิการทางสังคมที่พึงประสงค์ก็อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของสังคม โดยภาครัฐสามารถที่จะมีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสวัสดิการทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่กลไกตลาดสุขภาพภาคเอกชนไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น ปัญหาความไม่สมมาตรของข้อมูลข่าวสาร (Asymmetric Information) ระหว่างผู้ขายและผู้ซื้อประกันสุขภาพ จนก่อให้เกิดปัญหาการเลือกที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Selection) จนทำให้ประชากรจำนวนมากไม่อาจเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพภาคเอกชนได้ การสร้างเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขเป็นระบบการเพิ่มความเป็นธรรม การส่งเสริมให้เกิดผลกระทบภายนอก (Externality) เชิงบวกต่อการมีหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อทุนมนุษย์ของประเทศ รวมถึงการลดต้นทุนในการบริหารจัดการ (Administrative Costs)

ในปัจจุบันหลายประเทศใช้ระบบผสม (Mixed Model) คือมีรูปแบบการจัดสวัสดิการรักษายาบาลหลายๆ รูปแบบผสมกันสำหรับคนแต่ละกลุ่ม ทั้งการมีระบบประกันความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ (แบบอังกฤษดั้งเดิม) มีระบบประกันสังคม (แบบเยอรมนีดั้งเดิม) มีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่ต้องร่วมจ่าย รวมถึงการให้จ่ายเองในบางกรณี ภายในแต่ละประเทศ

กองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพหลักของไทยอย่าง กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ใช้ระบบจ่ายคือระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ร่วมกับ ระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) สำหรับกรณีผู้ป่วยในและโรคที่มีต้นทุนการรักษาค่อนข้างสูงเป็นหลัก ขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะมีการจ่ายในลักษณะจ่ายตามบริการจริงโดยกำหนดเงื่อนไข (Fee Schedule) ร่วมกับระบบการวินิจฉัยโรคร่วมเป็นหลัก โดยแต่ละกองทุนจะยังมีการกำหนดวิธีการจ่ายด้วยวิธีอื่นสำหรับบางรายการเฉพาะ เช่น ค่าบริการกรณีฝากครรภ์คลอดบุตร ค่าวัคซีนและการตรวจโรคกรณีพิเศษ

ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุนต่างๆ เพิ่มขึ้นทุกปี อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุนต่อ GDP จะพบว่าไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็น

ประมาณร้อยละ 3.79 ของ GDP ซึ่งถือว่าไม่ได้สูงมากเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศต่างๆ ทั่วโลกซึ่งประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางตอนบนจะมีค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่รวมงบลงทุนต่อ GDP ประมาณสูงถึง ร้อยละ 5.74

หากพิจารณาจากโครงสร้างของรายจ่ายสุขภาพ จะพบว่า ในปี พ.ศ. 2561 ไทยเป็นประเทศที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพฯ จากภาครัฐ สูงถึงร้อยละ 76 ของรายจ่ายด้านสุขภาพฯ พบว่าประเทศไทยก็ถือเป็นประเทศที่รัฐมีส่วนในรายจ่ายสุขภาพที่สูงไม่ว่าจะเทียบกับค่าเฉลี่ยของโลก ค่าเฉลี่ยของประเทศระดับรายได้ปานกลาง และระดับรายได้ปานกลางตอนบน

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2552 – 2560 งบประมาณการรักษาพยาบาลของทั้ง 3 กองทุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นสวัสดิการข้าราชการที่มีการปรับลดลงบ้างในช่วงปีหลังๆ โดยหากพิจารณาเป็นงบประมาณรายหัวประชากรในความคุ้มครองของทั้ง 3 กองทุน จะพบว่า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีงบเฉลี่ยต่อหัว 4.29 เท่าของงบค่าหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบรวม) และ 3.53 เท่า ของงบเฉลี่ยต่อหัวของกองทุนประกันสังคม (ซึ่งคิดรวม 4 กรณี คือ เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตายด้วย) ถึง อีกประเด็นสำคัญที่ควรต้องให้ความคือ กองทุนประกันสังคมมีอัตราเติบโตของรายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย ทำให้กองทุนประกันสังคมจะปัญหาความท้าทายด้านความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนด้วย

คณะผู้วิเคราะห์ได้นำข้อมูลงบการเงินของสถานพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด มาวิเคราะห์ พบว่าในปี 2563 สถานพยาบาลที่มี กำไรก่อนหักดอกเบี้ยภาษี ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) ติดลบ มากถึง 130 แห่งจาก 896 แห่ง และ พบสถานพยาบาลที่มี เงินบำรุงสุทธิ (หลังหักหนี้แล้ว) ติดลบ มากถึง 373 แห่งจาก 896 แห่ง

โดยหากพิจารณารายละเอียดในงบการเงินจะพบข้อสรุปที่น่าสนใจคือ ในทุกกลุ่มสถานพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีรายได้หลักมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้สถานพยาบาลขนาดใหญ่จะมีสัดส่วนของรายได้จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก สะท้อนถึงการใช้บริการของผู้ถือสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการที่มีแนวโน้มจะใช้บริการในสถานพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่า ขณะที่รายการค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนมากที่สุดของสถานพยาบาล คือค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ทั้งในส่วนของเงินเดือนค่าจ้างข้าราชการ และค่าจ้างพนักงาน คิดเป็นเกือบร้อยละ 70 ของต้นทุนการรักษาพยาบาล

ผลการเปรียบเทียบโครงสร้างงบการเงินระหว่างสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิฯ เป็นลบกับเป็นบวก พบว่า กลุ่มสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิฯ เป็นลบ จะมีมูลค่า “เจ้าหนี้การค้าค่ายา” สูงกว่ากลุ่มที่เป็นบวก อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการค้างชำระค่ายาถือเป็นวิธีการบริหารที่สำคัญสำหรับสถานพยาบาลที่มีปัญหาในการบริหารเงินสด และในกรณีของโรงพยาบาลชุมชนที่มีเงินบำรุงสุทธิฯ เป็นลบ ก็มักจะมีรายการ

“ลูกหนี้การค้า” สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในแทบทุกรายการลูกหนี้ สะท้อนว่าการขาดเงินสดส่วนหนึ่งเป็นผล
จากความสามารถในการเรียกเก็บชำระหนี้ของสถานพยาบาลขนาดเล็ก

การพิจารณาความครอบคลุมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพในมิติของประชากร พบว่า ประชากร
ไทยกว่าร้อยละ 99 ของประเทศมีสวัสดิการด้านสุขภาพจากทั้ง 3 กองทุนหลักร่วมกับกองทุนย่อยอื่นๆ การ
สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) พบว่าในกลุ่มคนที่มีการเจ็บป่วย
ละมีการรักษาพยาบาลในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย มีคนจำนวนมากถึง
ร้อยละ 35.62 ที่ไม่ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาล สาเหตุหลักๆ มาจากการที่เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การไม่
อยากรอเป็นระยะเวลานาน และสวัสดิการไม่ครอบคลุม

การพิจารณาความครอบคลุมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพในมิติของบริการ โดยพิจารณาจาก ดัชนี
ความครอบคลุมการบริการ (UHC service coverage index) พบว่าไทยมีคะแนนในระดับที่สูงถึง 80 คะแนน
(เต็ม 100) สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก (65.69) ค่าเฉลี่ยประเทศรายได้ปานกลางตอนบน (74.96 คะแนน) และอีก
หลายๆ ประเทศ องค์กรประกอบที่ไทยอาจจะได้คะแนนไม่สูงมากนัก คือ การรักษาโรค วัตจากค่า
ประสิทธิภาพการรักษา การรักษา HIV วัตจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา และจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ต่อ
ประชากร

การพิจารณาความครอบคลุมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพในมิติค่าใช้จ่าย พบว่าไทยสามารถ
พัฒนาความครอบคลุมในด้านนี้ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีสัดส่วนครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนหลังจาก
จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health Impoverishment) และ สัดส่วนครัวเรือนที่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของ
ครัวเรือนมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายโดยรวมของครัวเรือน ลดลงอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพระบบเบิกจ่ายของระบบสาธารณสุขในช่วงโควิด ซึ่งเป็นกรณีภาวะวิกฤติทาง
สุขภาพพบว่า ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนเลือกใช้วิธีการจ่ายแบบ Fee Schedule เป็นหลัก นับเป็น
ความเหมาะสมในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยระบบประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง 3 ระบบ มีการทำงาน
ร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพในระดับหนึ่งช่วยให้

คณะผู้วิเคราะห์ที่ได้จัดทำชุดข้อเสนอนโยบายตามประเด็นปัญหาหลัก 4 ส่วน โดยในแต่ละส่วนได้เสนอ
ชุดข้อเสนอแนบมาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ประเด็นด้านความเหมาะสมของงบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ

- 1) ควรพิจารณาเพิ่มสัดส่วนงบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
- 2) พิจารณาลดความเหลื่อมล้ำโดยการยกระดับคุณภาพบริการของอีกสองโครงการขึ้นมา
ทัดเทียมกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- 3) กองทุนประกันสังคมจำเป็นต้องขยายเพดานค่าจ้างเพื่อความมั่นคงทางการเงินของกองทุน

- 4) งบประมาณเป็นส่วนที่จำเป็นเพื่อการพัฒนาและเติบโตในระยะยาว จึงควรมีการจัดสรรที่ชัดเจน โดยไม่ให้ถูกเบียดบังจากงบดำเนินการ
- 5) ระบบการร่วมจ่ายมีความเสี่ยงที่จะขัดแย้งกับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมักจะมีผลต่อรายได้ของระบบไม่มาก

ส่วนที่ 2 ประเด็นด้านกระบวนการบริหารการเงิน

- 1) พิจารณาความเหมาะสมของระบบโครงสร้างเงินเดือนบุคลากรทางสาธารณสุข
- 2) ส่งเสริมการทำ Unit Cost Analysis เพื่อให้ระบบและสถานพยาบาลมีข้อมูลด้านต้นทุนและนำไปสู่การปรับปรุงการจัดสรรงบและการบริหารระบบและสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมมากขึ้น
- 3) ส่งเสริมระบบการ Audit สถานพยาบาลแม่ข่ายลูกข่าย
- 4) ปรับงบประมาณ “เงินค่ากันดาร” ตามความเหมาะสมกับสภาพปัจจุบันของพื้นที่และความจำเป็น

ส่วนที่ 3 ประเด็นด้านกระบวนการจัดสรรและจ่ายเงิน

- 1) พิจารณาการบูรณาการระบบกลไกการจ่ายเดี่ยว (Single Payment Mechanism) แม้จะมีผู้จ่ายหลายคน (Multiple Payer)
- 2) พัฒนาระบบการตรวจสอบและการประเมินผลการบริการ เพื่อรองรับรูปแบบการจ่ายที่ส่งเสริมคุณภาพบริการและเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น
- 3) พิจารณาเกณฑ์การจ่ายที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น
- 4) หลีกเลี่ยงการจ่ายล่าช้าและการปรับอัตราระหว่างปี
- 5) ลดความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นผ่านการใช้ระบบ E-Claim ร่วม และปรับปรุงฐานข้อมูลตามกำหนดเวลาแน่นอน

ส่วนที่ 4 ประเด็นที่ควรดำเนินการในระยะยาว

- 1) ส่งเสริมความร่วมมือและความเป็นเอกภาพของกองทุนต่างๆ
- 2) สร้างระบบแผนรองรับสภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ แทนระบบบริหารโดยการใช้แผนเฉพาะกิจ

โดยในแต่ละชุดข้อเสนอเชิงนโยบายคณะผู้วิเคราะห์ได้ทำบทวิเคราะห์สภาพปัญหา การประมวลข้อมูลและความเห็นผู้ที่เกี่ยวข้อง ประเด็นพิจารณา หน่วยงานกองทุนที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นและชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยมีรายละเอียดของประเด็นที่เกี่ยวข้อง ตามรายงานในส่วนต่างๆ ของการศึกษานี้

คณะผู้วิเคราะห์ได้รับการอนุเคราะห์ข้อมูลความเห็นจากหลายฝ่าย ทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารในองค์กรที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาลและการศึกษาในอดีตจำนวนมาก จึงขอขอบพระคุณท่านทั้งหลายมา ณ ที่นี้ คณะผู้วิเคราะห์ยินดีรับข้อเสนอแนะและหวังว่าการศึกษานี้จะ

เป็นประโยชน์ในการพัฒนากลไกการถ่ายทอดจรรยาบรรณการบริหารการคลังทางสาธารณสุขไทยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2555). การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพัฒนาสังคมและสวัสดิการที่สอดคล้องกับความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการพัฒนาสังคมของประเทศ (สสว2).
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2564). รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2564). การดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care).
- บวรศม ลีระพันธ์. (2562). การจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-based Health Care: VBHC).
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ลงวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๔๘. (2548, 16 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 122 ตอนพิเศษ 132 ง.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2564. (2564, 6 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 178 ง. หน้า 59.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)). (2564, 6 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 178 ง. หน้า 65.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล. (2564, 6 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 178 ง. หน้า 67.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563. (2563, 25 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 302 ง.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563. (2563, 25 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 302 ง.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 6 มีนาคม

2563. (2563, 6 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 53 ง.
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2564. (2564, 21 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 110 ง. หน้า 26.
- พระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓, ๒๕๖๓ ราชกิจจานุเบกษา S (2010). (2553, 2 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 127 ตอนที่ 23 ก.
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๑. (2521, 16 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 95 ตอนที่ 30 ก.
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๓. (2523, 20 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 97 ตอนที่ 178 ก.
- วิโรจน์ ณ ระนอง. (2561). เมื่อถึงทางแยก ความท้าทายและอนาคตสวัสดิการไทย. In *งานสัมมนาพิเศษก้าวเข้าสู่ 70 ปี เศรษฐศาสตร์ ธรรมศาสตร์ ครั้งที่ 1*.
- วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ. (2564). *รูปแบบแนวทางการจัดบริการทางการแพทย์ กรณีคลอดบุตรที่เหมาะสมสำหรับผู้ประกันตน*. สำนักงานประกันสังคม.
- วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, ศรชัย เตரியวรกุล, & ศศิวิทย์ วงศ์มณฑา. (2547). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545-2546*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- วิสา ตั้งนพิตวิผล. (2560). *4 เสาหลักของระบบสวัสดิการสังคม*.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2562). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบนาร่องการปฏิรูประบบบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบโรคระดับพื้นที่*.
- สำนักงานประกันสังคม. (2562a). *คู่มือผู้ประกันตน*.
- สำนักงานประกันสังคม. (2562b). *รายงานประจำปี 2561*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562*.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แนวทางการดำเนินงานงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปีงบประมาณ 2557*.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562*.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2563*.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2564*.

หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๑๐๒ ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๑๐๒ ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา
ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคล
ในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙.

หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๑๐๓ ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๑๓๐ ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา
ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคล
ในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (ฉบับที่).

หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๑๐๓ ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๒๗๓ ลงวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา
ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชน กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลใน
ครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙.

หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๑๐๓ ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๔๗๑ ลงวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา
ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคล
ในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (ฉบับที่).

หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๑๐๓ ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๖๙๔ ลงวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ เรื่อง แนวปฏิบัติในการ
เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือ
โรคโควิด ๑๙ (เพิ่มเติม).

หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.๒.๕๗/ว.๒๐๑๔ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔ เรื่อง การ
ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม).

หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.๒.๕๗/ว.๔๐๓๕ ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ขอ
ชี้แจงความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙ ใน
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔.

หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.๖.๗๐/ว.๔๓๒๐ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เรื่อง
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ฉบับเพิ่มเติม).

หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.๖.๗๐/ว.๔๓๒๒ ลงวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เรื่อง
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ฉบับเพิ่มเติม).

หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.๖.๗๐/ว.๔๖๐๘ ลงวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ขอ
แจ้งชี้แจงความเข้าใจการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ กรณีดูแล
ใน Home Isolation และ Community Isolation และแจ้งปรับปรุงราคาการให้.

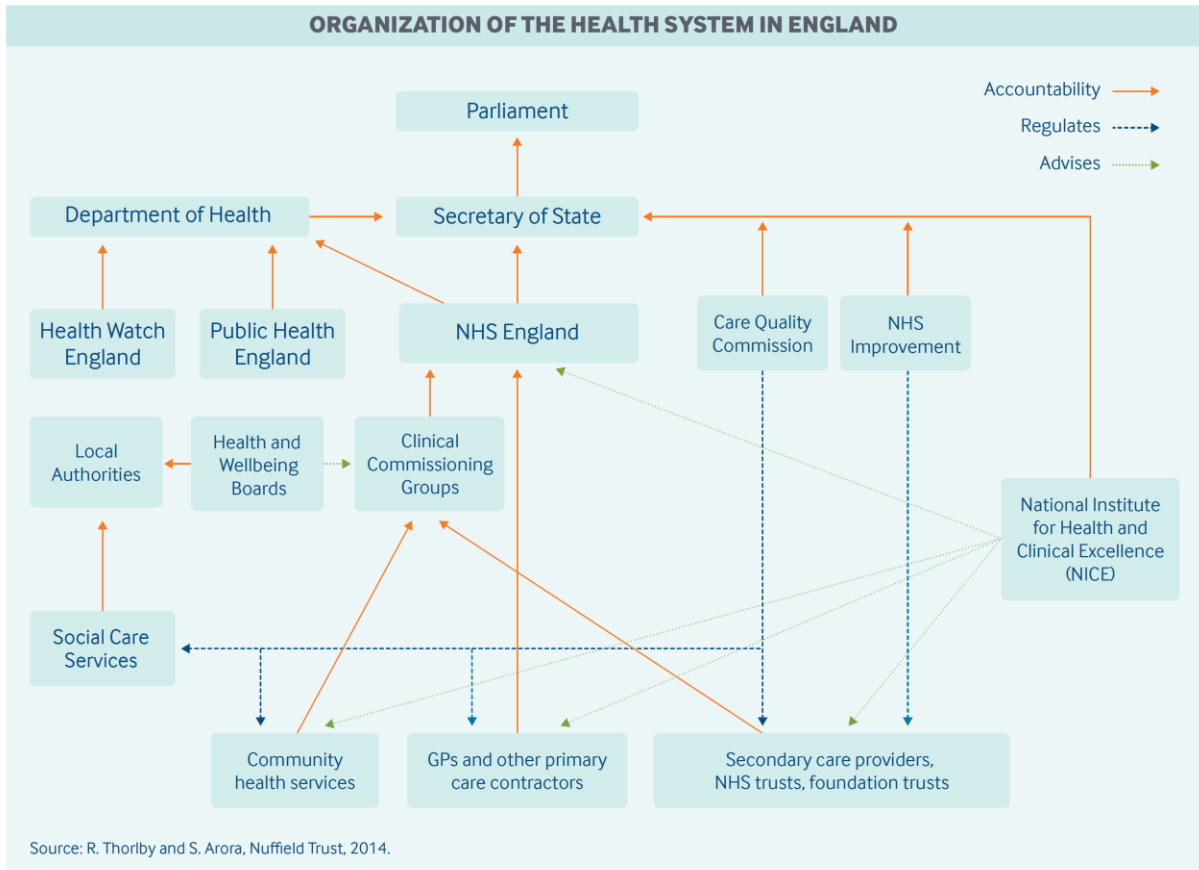
- Barber, S. L., Lorenzoni, L., & Ong, P. (2019). *Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage*. World Health Organization and the Organisation for Economic Co-operation and Development.
<https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>
- Barber, S., Lorenzoni, L., & Ong, P. (2019). *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for advancing Universal Health Coverage*. Retrieved from https://www-oecd-ilibrary-org.uchile.idm.oclc.org/social-issues-migration-health/price-setting-and-price-regulation-in-health-care_ed3c16ff-en
- Carter, B., Roelen, K., Enfield, S., & Avis, W. (2019). *Social Protection: Topic guide*. Institute of Development Studies.
- Chetty, R., & Finkelstein, A. (2013). *Social insurance: Connecting theory to data*. *Handbook of Public Economics* (Vol. 5). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53759-1.00003-0>
- Gruber, J. (2016). *Public Finance and Public Policy, 5th Edition*.
- International Labour Organization. (2017). *World Social Protection Report 2017–19. Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*.
- OECD. (2013). OECD Framework for Statistics on the Distribution of Household Income, Consumption and Wealth: An explanation of social assistance, pension schemes, insurance schemes and similar concepts, 225–227.
- OECD and World Health Organization. (2019). State of Health in the EU United Kingdom. *Country Health Profile 2019*.
- Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2013). *Health system performance comparison an agenda for policy information and research*.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020). International Profiles of Health Care Systems 2020.
- Vujicic, M. (2009). How You Pay Health Workers Matters: A Primer on Health Worker Remuneration Methods. Retrieved from www.rbfhealth.org
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5), 432–445. <https://doi.org/10.1177/0958928709344247>
- World Bank. (2018). *The State of Social Safety Nets 2018*. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29115>

- World Health Organization. (2015). United Kingdom Health System Review 2015. *Health Systems in Transition*, 17(5).
- World Health Organization. (2018). Spain Health system review 2018. *Health Systems in Transition*, 20(2). Retrieved from www.healthobservatory.eu
- World Health Organization. (2020a). Germany Health System Review 2020. *Health Systems in Transition*, 22(6).
- World Health Organization. (2020b). *Global spending on health: Weathering the storm 2020. Working paper.*
- World Health Organization. (2020c). United States Health System Review 2020. *Health Systems in Transition*, 22(4).

ภาคผนวก

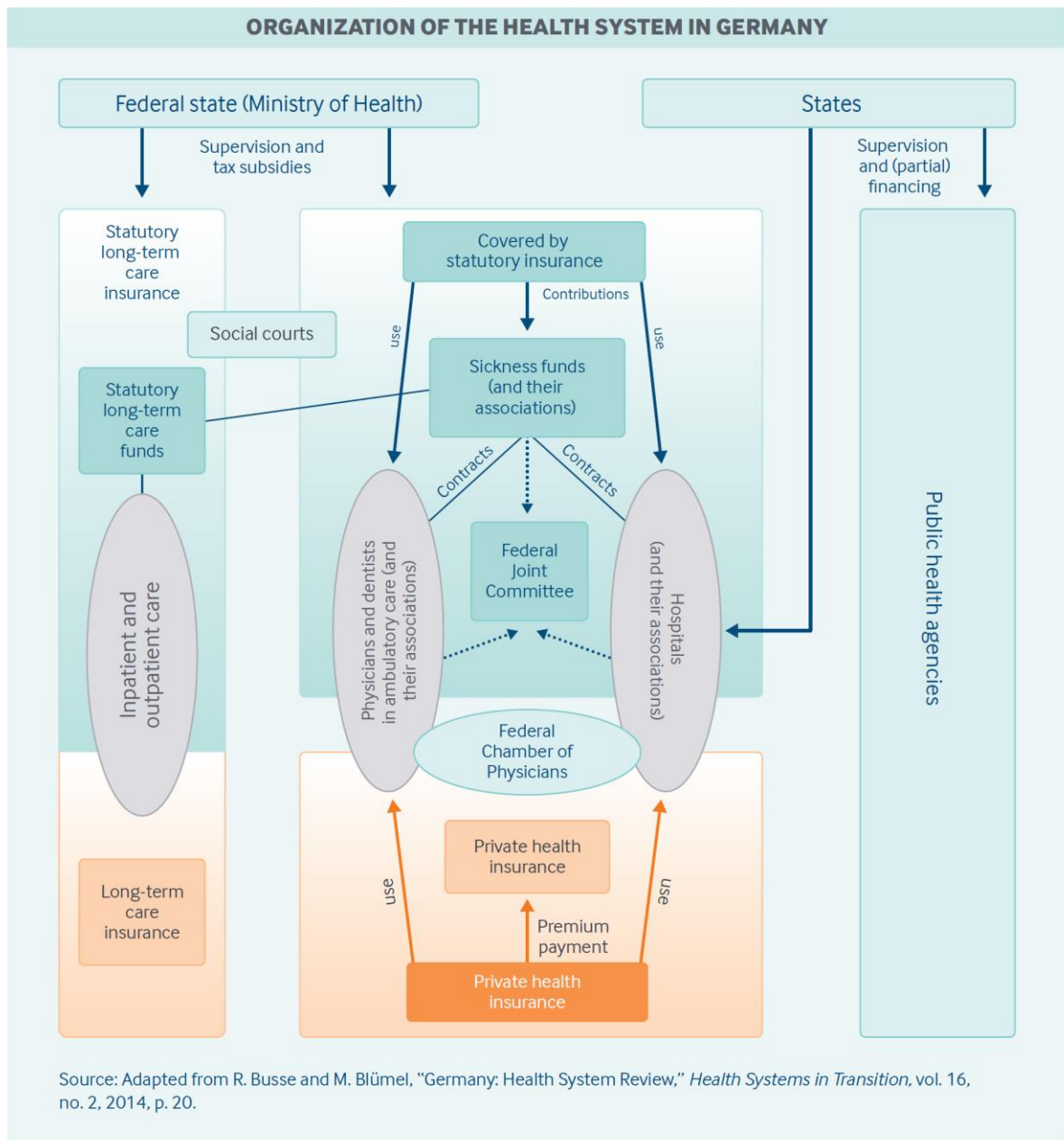
ภาคผนวก ก. โครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุขประเทศต่างๆ

รูปที่ 37 โครงสร้างหน่วยงานทางสาธารณสุขของอังกฤษ



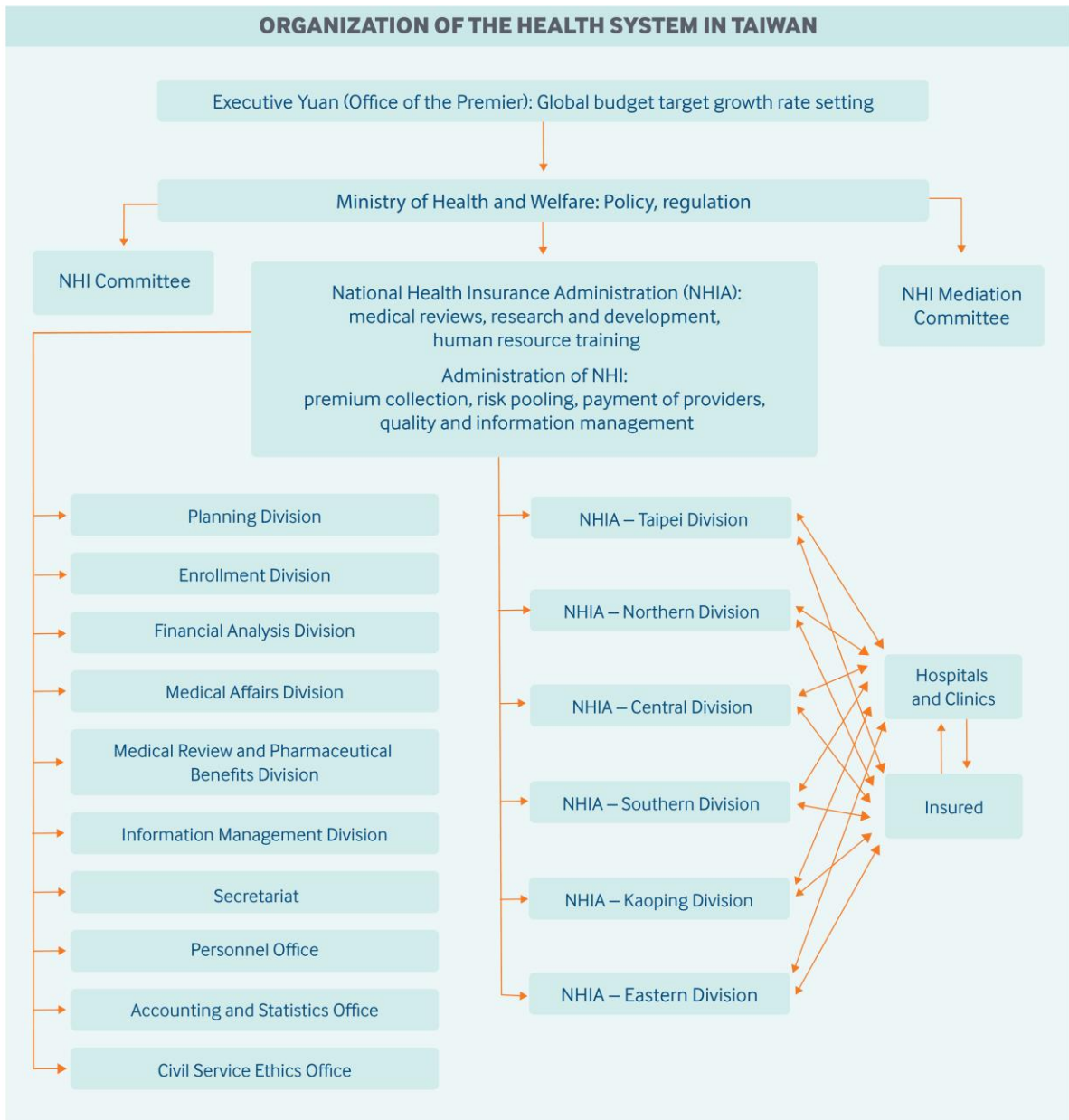
ที่มา: Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton (2020)

รูปที่ 38 โครงสร้างหน่วยงานทางสาธารณสุขของเยอรมนี



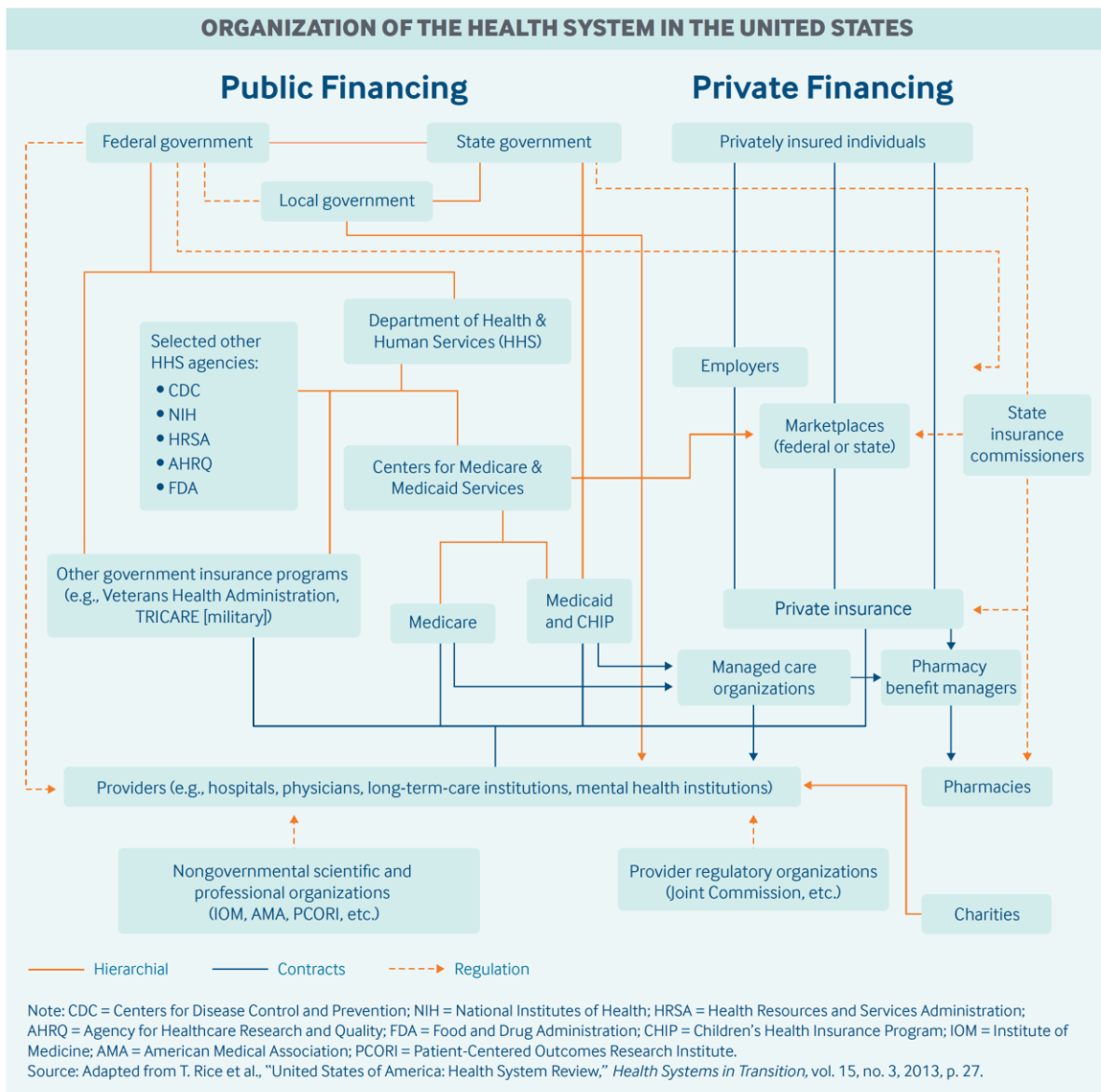
ที่มา: Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton (2020)

รูปที่ 39 โครงสร้างหน่วยงานทางสาธารณสุขของไต้หวัน



ที่มา: Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton (2020)

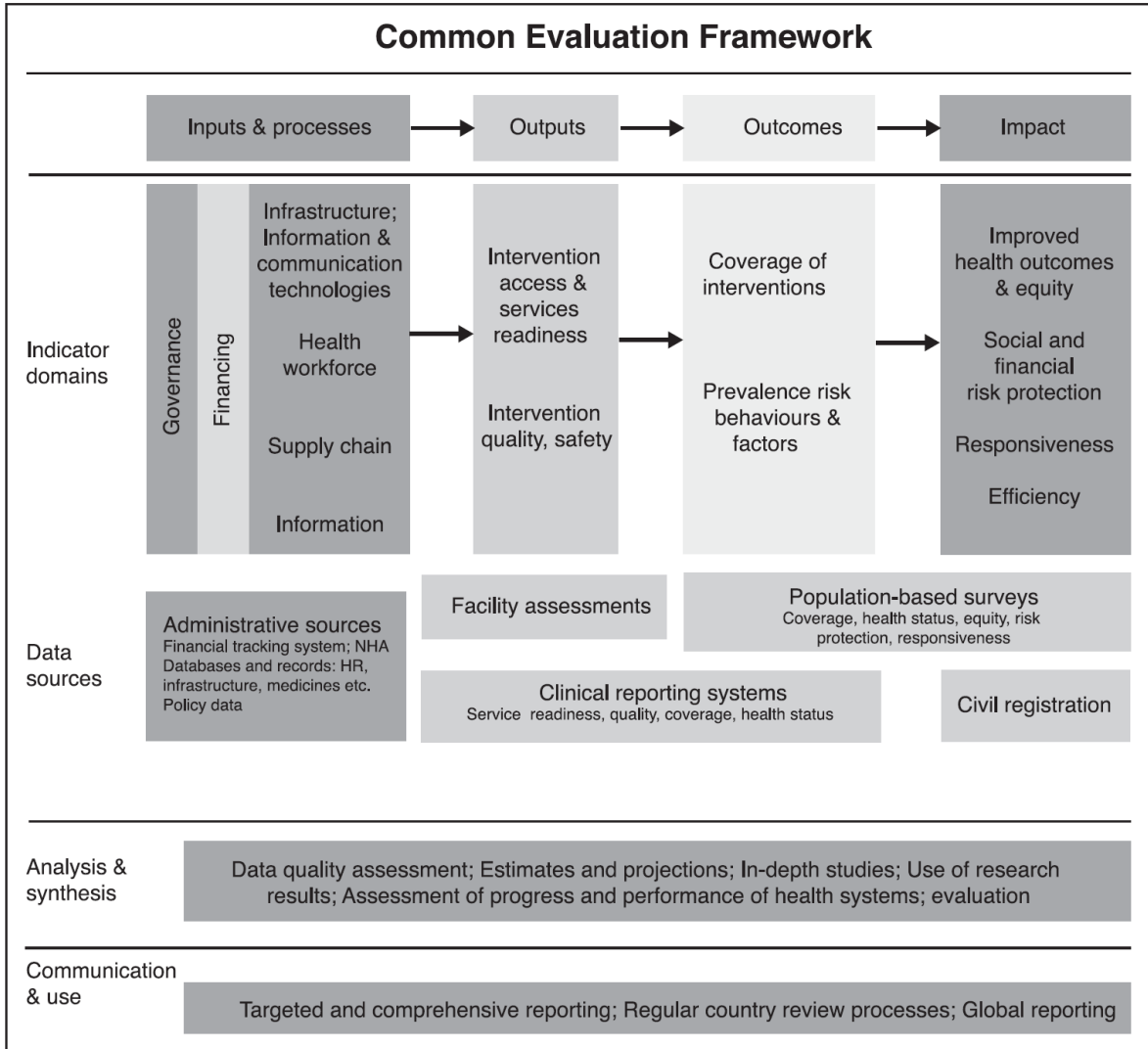
รูปที่ 40 โครงสร้างหน่วยงานทางสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา



ที่มา: Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton (2020)

ภาคผนวก ข. กรอบการประเมินระบบสวัสดิการสุขภาพ

รูปที่ 41 กรอบการประเมินระบบสวัสดิการสุขภาพ



ที่มา: International Health Partnership + (IHP+) (อ้างอิงใน Papanicolas & Smith, 2013)

ภาคผนวก ค. สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ให้สัมภาษณ์: นายแพทย์ จเด็จ ธรรมธัชอารี เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่สัมภาษณ์: 9 กันยายน พ.ศ. 2564

ประเด็นสัมภาษณ์

1. การแยกเงินเดือนบุคลากรออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว
2. การนำค่าบริการไปจ่ายเป็นค่าเบี้ยเลี้ยงบุคลากร
3. ความเป็นไปได้ในการบูรณาการระบบการเบิกจ่ายของ 3 กองทุน
4. ปัญหาการร่วมจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
5. การจ่ายให้สถานพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพ
6. ปัญหาการเบิกจ่ายกรณีฉุกเฉินและประสบอุบัติเหตุ
7. แรงกดดันต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8. บทบาทการจัดซื้อของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
9. ปัญหาการจัดซื้อชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ในช่วงโควิด-19
10. ความคิดเห็นต่อมาตรการรับมือกับโควิด-19

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 1 การแยกเงินเดือนบุคลากรออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว

- การแยกเงินเดือนบุคลากรออกจากเงินเหมาจ่ายรายหัวไม่ได้ทำให้เงินโดยรวมมากขึ้น หากมองในระดับมหภาค เงินในปัจจุบันมีอยู่ในกระเป๋า 2 ใบ เม็ดเงินมีเท่าเดิม แต่อยู่ที่ว่าจะกระจายอย่างไรและไปอยู่ที่ไหนมากกว่า การตัดเงินเดือนออกจึงไม่ได้ทำให้ได้รับเงินมากขึ้นแต่อย่างใด แต่อำนาจในการจัดสรรเงินที่จะจัดสรรให้สถานพยาบาลแห่งใด เป็นจำนวนเท่าใด เป็นประเด็นที่สำคัญกว่าซึ่งที่ผ่านมา อำนาจนี้อยู่ในมือของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาหลายปีแล้ว โดยการจัดสรรก็เป็นตามหลักวิชาการอยู่แล้ว เช่น จัดสรรให้เงินจำนวนมากเป็นพิเศษแก่สถานพยาบาลกัณฑ์คาร/ขนาดเล็ก ซึ่งก็ทำให้สถานพยาบาลขนาดเล็กมีโอกาสพัฒนาตนเองได้ สังเกตได้ว่า เป็นปัญหาไม่ได้อยู่ที่เงินเดือน แต่เป็นปัญหาด้านการออกแบบการจ่ายมากกว่า ซึ่งหากพิจารณาตามหลักวิชาการก็จะเห็นชัดเจนมากขึ้น ส่วนเรื่องการแยกเงินเดือนเป็นเพียงวาทกรรมที่ส่งต่อกันมาเท่านั้นว่า “สปสข. ไปรวมเงินเดือน ทำให้บุคลากรได้เงินเดือนน้อย”
- ในประเด็นนี้มีผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ (คณะกรรมการฯ 7*7) ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่จัดตั้งมาเพื่อหารือร่วมกันระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุขกับ สปสช. โดยส่งตัวแทนมาประชุมฝ่ายละ 7 คน และมีกองเศรษฐกิจเป็นผู้จัดทำรายงานประชุมคณะกรรมการในแต่ละครั้ง ซึ่งจะมีรายละเอียดเข้าอนุกรรมการการเงินการคลังหรือคณะกรรมการในทุกๆ ครั้ง เช่น การจัดสรรเงินให้หน่วยบริการแต่ละหน่วยของกระทรวง เม็ดเงินเท่าไร เป็นต้น

- อย่างไรก็ตาม ถ้าไม่แจกแจงงบประมาณให้ชัดเจน อาจเกิดการจ่ายเงินเดือนซ้ำซ้อนได้ เพราะในไทยมีอยู่ระบบประกันสุขภาพอยู่ 3 ระบบหลัก แต่ละฝ่ายต่างมีหลักการคิดคำนวณเกี่ยวกับภาระเงินเดือนต่างกัน ในเมื่อรัฐจ่ายเงินเดือนไปยังสถานพยาบาลโดยตรงแล้ว แต่สถานพยาบาลยังคงคิดค่าบริการโดยรวมเงินเดือนอยู่ในนั้นด้วย ก็เกิดการจ่ายซ้ำซ้อน ซึ่งทาง สปสช. ก็ไม่ได้มีมาตรการอะไร เพราะเกรงว่าจะเกิดความอ่อนไหวต่อประเด็นทางการเมืองและเกิดการโต้แย้ง
- ทั้งนี้ ในเมื่อรัฐมีหน้าที่ต้องใช้งบประมาณให้มีประสิทธิภาพอยู่แล้ว ระบบสาธารณสุขของไทยเองก็มีเหตุมีผลมากกว่าระบบอื่น หากมีโอกาส เช่น ในช่วงโควิด-19 นี้ที่มีเงินงบประมาณเหลือเฟือ ก็อาจจะใช้โอกาสนี้ในการปรับปรุง/เพิ่มประสิทธิภาพ ในปีนี้เงินเดือนถูกทอนลงไป 1,800 ล้านบาท ทำให้เงินลดลงมากกว่าปีที่แล้ว แต่ไม่มีสถานพยาบาลร้องเรียน เพราะมีเงินโควิด-19 กว่า 30,000 ล้านบาทลงไปเติม และสถานพยาบาลก็ให้บริการลดลง ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ จึงควรใช้โอกาสนี้ในการทบทวนและพัฒนาระบบการจ่าย เพราะไม่มีแรงกดดันในเรื่องเงินมาก การตัดภาระเงินเดือนออกไปจาก 2 ระบบก็อาจไม่กระทบรายได้สถานพยาบาล

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 2 การนำค่าบริการไปจ่ายเป็นค่าเบี้ยเลี้ยงบุคลากร

- ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ควรยอมรับว่า เงินค่าบริการบางส่วนจำเป็นต้องถูกนำไปเป็นค่าเบี้ยเลี้ยงเพื่อจูงใจบุคลากร จึงควรต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ โดยอย่างน้อย ค่าแรง ค่าทำงานล่วงเวลา ต้องไม่ขาด เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่บุคลากร โดยเฉพาะสถานพยาบาลในพื้นที่กันดารที่มักไม่ได้รับเงินอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ สปสช. ถูกวิพากษ์วิจารณ์อยู่บ่อยครั้ง อีกทั้งควรพัฒนาระบบการจ่ายให้ทุกคนได้รับเบี้ยเลี้ยงที่เท่าเทียมกันด้วย
- โดยทั่วไปแล้ว เงินค่าบริการจะถูกแปลงเป็นเงินบำรุงเพื่อไปจ่ายเป็นค่าเบี้ยเลี้ยงบุคลากร ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์ เงินดังกล่าวมีผลต่อแรงจูงใจแน่นอน ในบางกรณี เงินที่ได้จากเบี้ยเลี้ยงมากกว่าเงินเดือนที่ได้จากภาครัฐโดยตรงเสียด้วยซ้ำ เพียงแต่ช่วงที่ผ่านมา แรงกดดันน้อย เพราะโควิด-19 ทำให้มีเบี้ยเลี้ยง ค่าทำงานล่วงเวลา เพิ่มมากขึ้น 3 – 4 เท่า สถานพยาบาลจึงละลายเงินก้อนนี้ไป แต่เมื่อทรัพยากรลดลง เงินบำรุงจะยังคงเป็นรายได้หลักของสถานพยาบาล
- มีบางกรณี ที่สถานพยาบาลประสบภาวะขาดทุน แต่ก็ยังถูกตัดงบ อาจเป็นการจ้องใจเพื่อให้สถานพยาบาลเหล่านั้นเป็นเครื่องมือต่อรองกับ สปสช. และรัฐบาลได้ การขัดแย้งกับ สปสช. จึงมีผู้ได้รับประโยชน์

ประเด็นสัมพัทธ์ที่ 3 ความเป็นไปได้ในการบูรณาการระบบการเบิกจ่ายของ 3 กองทุน

- ทุกระบบมีแนวทางการจ่ายของตัวเอง อยู่ที่สถานพยาบาลจะจัดระบบอย่างไร มีเพียงการเบิกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีผู้ป่วยใน ที่สถานพยาบาลมักจะใช้ระบบของ สปสช. มีเพียงสถานพยาบาล 100 กว่าแห่งที่ใช้ของสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) แต่ระบบก็ไม่มี ความแตกต่างกันมาก ส่วนระบบอื่น เนื่องจากหลักในการเบิกจ่ายแตกต่างกันจึงทำให้ระบบย่อยแตกต่างกัน ถึงแม้จะใช้หลักการเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม Diagnosis Related Groups (DRGs) เหมือนกัน แต่ระบบส่งไม่เหมือนกัน เพราะมีรายละเอียดที่ไม่เหมือนกัน หากจะบูรณาการเป็นระบบเดียวกันจริงๆ สปสช. อาจต้องยอมถอยไปใช้ระบบอื่นแทน แม้สถานพยาบาลอาจจะต้องการใช้ สปสช. เป็นระบบหลักก็ตาม เพราะในการเจรจากับหน่วยงานอื่นๆ ฝ่ายไอทีแต่ละระบบต่างก็ต้องการสร้างระบบของตนให้เป็นมรดกสืบทอด (Legacy) ต่อไป และในความเป็นจริง ไม่ว่าจะใช้ระบบไหน เป็นระบบหลัก สุดท้ายแล้วสถานพยาบาลก็จะปรับตัวได้
- กรณีผู้ป่วยใน สปสช. จะจ่ายแบบ DRGs ที่จ่ายค่า adjRW แตกต่างกันไปในแต่ละสถานพยาบาล ทั้งนี้ประเทศไทยยังมีความเชื่อว่า โรคเดียวกันไม่ควรจะมีต้นทุนที่เท่ากัน ทำให้ต้นทุนของสถานพยาบาลแต่ละแห่งยังคงแตกต่างกันในโรคที่เหมือนกัน เช่น สถานพยาบาลขนาดเล็กจะได้เงินน้อยกว่าโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขให้ความสนใจในประเด็นนี้ แต่กระทรวงสาธารณสุขกลับมาให้ความสนใจที่ สปสช. มากเกินไป ทั้งที่ถ้าคำนวณดีๆ จะพบว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม เสียเงินโดยเปล่าประโยชน์ไปจำนวนมาก
- ระบบ DRGs เป็นระบบที่ยุงยากน้อยที่สุด เพียงแต่ทางสถานพยาบาลต้องออกแบบระบบให้ดี เพราะปัจจุบัน การจัดกลุ่มโรค (Grouper) ตามระบบ DRGs ลดลงมาก จาก 2,600 ระดับ เหลือเพียงไม่เกิน 1,500 ระดับ ซึ่งภายใต้ระบบนี้ สปสช. มีหน้าที่ทำชุดข้อมูลพื้นฐาน (Standard Data Set) ให้ทุกคนสามารถนำไปใช้ได้ แต่ไม่ได้มีหน้าที่บอกว่าให้ใช้โปรแกรมไหนเป็นหลัก ในขณะที่ ระบบ Fee Schedule จะถูกสถานพยาบาลวิพากษ์วิจารณ์มากกว่า เพราะมีการออกโปรแกรมใหม่อยู่เรื่อยๆ นอกจากนี้ ระบบ DRGs ยังเป็นระบบที่มีความเป็นไปได้ที่ทั้ง 3 กองทุนจะบูรณาการร่วมกันมากที่สุด เพราะทุกระบบมีความคุ้นเคยและมีการนำไปใช้ในการเบิกจ่ายอยู่แล้ว
- ในอดีต สปสช. เคยโอนงบประมาณในส่วนของงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ให้แก่สำนักงานประกันสังคม 400 – 500 ล้านบาทต่อปี แต่ไม่ได้ผลดีนัก เพราะวัฒนธรรมในการทำงานกับกติกาที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะความที่เป็นราชการ ทำให้การทำสัญญา (Contract) เป็นไปได้อย่าง ด้วยเหตุนี้ สปสช. จึงต้องบริหารงบ P&P โดยให้ผู้มีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการรับรู้การมีสิทธิ P&P ภายใต้ระบบของ สปสช. ด้วย เช่น ในช่วงโควิด-19 ที่ผู้มีสิทธิอื่นสามารถใช้สิทธิตรวจโควิด-19 จากงบ P&P ของ สปสช. ได้

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 4 ปัญหาการร่วมจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

- สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อีกไม่นานจะถูกตั้งคำถามเรื่องคุณภาพการให้บริการ เพราะการร่วมจ่ายที่ไม่สมเหตุสมผลและสร้างความเดือดร้อน จากการศึกษาที่มีสิทธิต้องร่วมจ่ายทุกครั้ง ยิ่งเป็นข้าราชการชั้นผู้น้อยก็ยิ่งประสบปัญหามาก สุดท้ายแล้วระบบที่แพงและไม่มีประสิทธิภาพจะดำรงอยู่ไม่ได้ ฉะนั้น จุดที่ปฏิรูปได้ อาจจะเป็นการบูรณาการระหว่าง 3 กองทุนในเรื่องการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพราะทั้ง 3 กองทุนก็แทบจะจ่ายเหมือนกันแล้ว อย่างสปสช. แทบจะจ่ายแบบ Fee Schedule กรมบัญชีกลางก็จ่ายแบบ Fee for Service ส่วนสำนักงานประกันสังคมก็กำหนดให้มี Reinsurance ถ้าการรักษาไม่แพง หากบูรณาการร่วมกันได้ ต้นทุนการรักษาโดยรวมก็จะถูกลง
- นอกจากนี้ กรมบัญชีกลางยังมีจุดเด่นคือ อำนาจซื้อ (Purchasing Power) ภาระนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันยังไม่ควรใช้อำนาจนั้นกับผู้ให้บริการ (Provider) แต่ควรใช้กับผู้ขายปัจจัยการผลิต (Supplier) ที่ในช่วงนี้กำลังได้รับกำไรมหาศาล เช่น ยา เป็นต้น การใช้อำนาจนี้จะทำให้ได้ราคาที่ถูกลง เพียงแต่ประเทศไทยนิยมให้การดูแลตั้งแต่ First Dollar ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว วิธีการร่วมจ่ายจะได้ผลที่สุดกับ First Dollar ไม่ใช่ให้ร่วมจ่ายที่ Last Dollar เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่บางกรณีผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายยามะเร็งเป็นจำนวนเงินหลักแสนหลักล้าน หากเป็นเช่นนี้ อีกไม่นานระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็อาจจะล่มสลาย
- ในขณะที่การร่วมจ่ายของ สปสช. เป็นการสกัดให้คนไม่ใช้เกินความจำเป็น ไม่ใช่เพื่อหวังให้เป็นแหล่งรายได้ของกองทุน ยิ่งในอนาคต หากมีเทคโนโลยีที่ดีขึ้น ต้นทุนก็จะยิ่งถูกลง เช่น Telemedicine ที่ช่วยลดต้นทุนในการเดินทาง แม้อาจไม่ได้พบแพทย์ตัวต่อตัวหรือได้พบแพทย์ถีน้อยลง ซึ่งอาจทำให้คุณภาพการรักษาตกลงไปบ้าง แต่เมื่อเทียบกับต้นทุนที่ลดลงอย่างมาก ก็เป็นเรื่องที่ยอมรับได้
- อีกประการหนึ่งที่กรมบัญชีกลางควรปรับ คือ ระบบตรวจสอบบัญชี (Audit) เนื่องจากจำนวนผู้ใช้สิทธิไม่มาก ก็ควรจะตรวจสอบบัญชีให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความโปร่งใส เพราะการจ่ายแบบ Fee for Service อาจจูงใจให้สถานพยาบาลให้บริการเกินความจำเป็น

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 5 การจ่ายให้สถานพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพ

- สปสช. สามารถจ่ายเงินตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes. Framework: QOF) ได้ เพราะ สปสช. มี Stakeholder ที่มีอิสระมากกว่า ในขณะที่ภายใต้ระบบประกันสังคม ผู้ให้บริการส่วนหนึ่งเป็นสถานพยาบาลเอกชน ที่ต้องคำนึงถึงผลกำไร จึงไม่แปลกที่สำนักงานประกันสังคมจะถูกกดดันหากนโยบายไปเบียดเบียนผลกำไรของสถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจึงอาจต้องมีการสอดส่องแหล่งรายได้ของสถานพยาบาลเหล่านั้นว่ามาจากไหน และเงินประเภท QOF เป็นแหล่งรายได้สำคัญถึงขั้นไปเบียดเบียนผลกำไรของสถานพยาบาลจริงหรือไม่ ภาระนั้น ในด้าน สปสช. ก็ถูกกดดันประเด็นนี้อยู่บ้าง เพียงแค่ต้องออกแบบระบบให้ดี

ปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผล คือ อิทธิพลของสำนักงาน ที่ระบบ สปสช. ตัวสำนักงานมีอิทธิพลมากกว่า คณะกรรมการ แต่ระบบประกันสังคม คณะกรรมการมีอิทธิพลมากกว่าสำนักงาน อย่างไรก็ตาม ทั้งความเป็นราชการแบบสำนักงานประกันสังคมและความเป็นอิสระแบบ สปสช. ก็มีข้อดีที่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละระบบควรทำให้มีความสมดุล ทั้งนี้ แต่ละระบบก็ยังคงควรมีการจ่ายเงินประเภท QOF ให้สถานพยาบาลบ้าง แต่อีกนัยหนึ่ง การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ก็คือ การจ่ายตามคุณค่า (Value-Based) รูปแบบหนึ่ง เพราะสถานพยาบาลต้องรักษาคนให้หายป่วยเร็วที่สุด เพื่อให้เสียต้นทุนน้อยที่สุด แต่ส่วนใหญ่กลับมองว่าการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวคือการโยนความเสี่ยงไปให้สถานพยาบาล

- QOF คือ การนำ Population Indicator มาคำนวณ แต่ Value-Based จะพิจารณาจากสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้นเป็นรายบุคคล หากมองในเรื่องการเบิกจ่ายก็คือ Differentiate Capitation ขึ้นอยู่กับว่า จะนำปัจจัยอะไรไปหาความแตกต่าง โดยส่วนใหญ่ สปสช. จะมองการจ่ายแบบนี้เป็นการให้รางวัลเพิ่มเติม ฉะนั้น ในความเป็นจริงแล้ว ระบบสามารถมองให้ระบบการจ่ายมีเพียง 3 รูปแบบ คือ 1) การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว 2) การจ่ายแบบ DRGs และ 3) การจ่ายแบบ Fee Schedule เพื่อให้สามารถออกแบบโปรแกรมได้ง่ายขึ้น เพราะในปัจจุบัน สปสช. มีโปรแกรมสำหรับการจ่ายแบบ Fee Schedule มากกว่า 50 โปรแกรม ซึ่งซับซ้อนเกินความจำเป็น ทั้งที่ควรรวมให้เป็นโปรแกรมเดียว

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 6 ปัญหาการจ่ายกรณีฉุกเฉินและประสบอุบัติเหตุ

- กรณีฉุกเฉินและประสบอุบัติเหตุ สถานพยาบาลของรัฐยังมีความอ่อนแออยู่มาก และต้องพึ่งพาสถานพยาบาลเอกชนมาก กลไกการเงินภาครัฐก็ไม่ค่อยตอบสนองที่จะกระตุ้นสถานพยาบาลของรัฐเข้ามาให้บริการมากนัก เช่น นโยบายรัฐบาล “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) จ่ายให้สถานพยาบาลของเอกชนแบบ Fee Schedule แต่จ่ายให้สถานพยาบาลของรัฐตาม DRGs ส่งผลให้ความรู้สึกและพฤติกรรมต่างกัน ฉะนั้น จึงควรคิดว่า จะทำอย่างไรให้ระบบ Fee Schedule มีความเข้มแข็งขึ้น ให้สามารถนำมาใช้กับบางบริการได้เหมือนประเทศญี่ปุ่น แต่ก็ไม่่ง่ายนัก เพราะระบบตรวจสอบของไทยยังไม่เข้มข้นพอ โดยอาจจะตรวจสอบง่าย ๆ เพียงแค่โทรศัพท์ติดต่อไปหาประชาชนว่าได้รับบริการหรือไม่ เช่น ในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม 2564 มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรง ทาง สปสช. ได้ติดต่อไปสอบถามประชาชนที่ลงทะเบียนเข้ามา พบว่า มีประชาชนได้รับบริการร้อยละ 50 ส่วนอีกร้อยละ 50 สถานพยาบาลไม่สามารถให้บริการได้

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 7 แรงกดดันต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- จุดตายของ สปสช. คือ การถูกกล่าวหาว่าทุจริต เพราะ สปสช. กุมเงินกว่าแสนล้าน หากไม่สามารถขจัดปัญหานี้ได้ อีกไม่นาน สปสช. ก็อาจอยู่ไม่ได้ สปสช. จึงต้องวางระบบการตรวจสอบบัญชีและระบบการจ่ายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ของดี ราคาถูก โปร่งใส ตรวจสอบได้
- การที่ สปสช. มีกลไกการตรวจสอบที่เข้มข้นและหลากหลาย ทำให้ สปสช. มีความแข็งแกร่งและมีโอกาสในการพัฒนาทางวิชาการมากขึ้น เช่น มีคนร้องเรียนว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวนมากจากการล้างไตหน้าท้อง สปสช. จึงเฝ้าระวังและนำเทคโนโลยีการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) เข้ามา เป็นต้น ในขณะที่ระบบประกันสังคม ไม่ค่อยมีกลไกไปตรวจสอบ ประชาชนไม่ค่อยวิพากษ์หรือร้องเรียน ทำให้ระบบไม่มีการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ภายหลังจะมีการกล่าวถึง สิทธิผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 40 กันมากขึ้น
- ในอีกทางหนึ่ง สปสช. พยายามจะอุดช่องโหว่ด้านการให้บริการด้วยคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และเขตปริมณฑล โดยในเขตปริมณฑลจะให้หน่วยบริการคุยกันเอง ทั้งที่ สปสช. ควรเป็นผู้คัดกรองคลินิกเข้ามาในระบบ แม้ว่าคลินิกจะเข้ามาช่วย แต่ก็มีความเสี่ยงหากระบบ สปสช. ไม่ดีพอ แล้วเกิดปัญหาทุจริตขึ้นมา ก็จะทำให้ สปสช. อ่อนแอลง ฉะนั้น สปสช. จึงควรต้องทบทวนบทบาทของตนเอง ควรหันมาสนใจระบบการจ่ายและการควบคุมการจ่ายให้ดีและโปร่งใส ก่อนที่จะไปสนใจทำระบบบริการ โดยจะต้องทำให้เกิดการ “ตรวจก่อนจ่าย” ครบหนึ่งร้อยเปอร์เซ็นต์ และทำเรื่องจ่ายให้รวดเร็วด้วย
- หากเปรียบกลไกการจ่าย ระบบตรวจสอบของ สปสช. กับระบบประกันสังคม จะพบว่า ระบบประกันสังคม ไม่มีหลักการตรวจสอบและถ่วงดุล (Check and Balance) ที่ดี ในขณะที่ผู้ประกันตนไม่ค่อยมีสิทธิมีเสียง มีหลายประเด็นที่ผู้ประกันตนควรจะเรียกร้องได้มากกว่าปัจจุบัน เช่น นโยบายการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ของสำนักงานประกันสังคมที่เป็นปัญหาอย่างมาก เพราะระบบประกันสังคมกำหนดว่า ถ้าผู้ประกันตนไปตรวจโควิด-19 ที่ใด สถานพยาบาลแห่งนั้นต้องรับการรักษา แทนที่จะกำหนดให้สถานพยาบาลตามสิทธิเป็นผู้รับการรักษาเหมือนปกติ จึงสร้างปัญหาความวุ่นวายให้ผู้ประกันตนไม่สามารถหาเตียงได้และ สปสช. ต้องรับผิดชอบหาเตียงให้ในหลายกรณี

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 8 บทบาทการจัดซื้อของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ในช่วงก่อน พ.ศ. 2557 สปสช. ยังคงมีอำนาจในการซื้อยา เวชภัณฑ์ วัคซีน อุปกรณ์ โดยสามารถจัดซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรม แต่ใน พ.ศ. 2560 ได้มีคำสั่ง คสช. ให้ สปสช. ยุติบทบาทดังกล่าว โดยให้เหตุผลว่า สปสช. ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย ซึ่งที่ผ่านมา มีกระบวนการเข้ามาตรวจสอบ สปสช. จาก การถูกร้องเรียนในหลายประเด็น เช่น ประเด็นการซื้อยา ที่ สปสช. ถูกกล่าวหาว่า ได้รับประโยชน์อันเกิดจากการมูลค่าของยาที่ซื้อ แม้จะซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรมก็ตาม อีกทั้งองค์การเภสัชกรรมยังระบุ

ไว้ว่า มีงบประมาณส่วนหนึ่งที่ สปสช. หรือผู้ซื้อสามารถทำโครงการพิเศษ โดยไปขอเงินมาใช้ในการกิจกรรมต่างๆ ได้ แต่คนบางกลุ่มก็ตีความว่า เงินดังกล่าวเป็นเงินสวัสดิการ หลังจากนั้น ได้มีหนังสือของกระทรวงหรือหน่วยงานต่างๆ แจ้งว่า ในการซื้อยาต้องไม่มีการให้เงินเป็นลักษณะเงินสวัสดิการหรือทำโครงการ จึงยกเลิกไป อีกส่วนหนึ่งก็ให้ความเห็นว่า สปสช. ไม่ควรมีบทบาทในการซื้อขายเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ หรือวัคซีนทั้งหมด ด้วยความที่กระทรวงสาธารณสุขก็ตระหนักได้ว่า หาก สปสช. ไม่มีอำนาจซื้อแล้วกลายเป็นเงินก้อนไปทั้งหมด ระบบก็ไม่สามารถดำเนินการต่อได้ เพราะว่ายาและอุปกรณ์ส่วนใหญ่มีราคาแพง ถ้าจ่ายเป็นเบี้ยหัวแตกแล้วให้ไปซื้อกันเองก็เสี่ยงที่จะเกิดความโกลาหล ดังนั้น จึงได้มีการออกกติกาใหม่ที่กำหนดให้หน่วยบริการมาทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อเอง และมอบหมายให้โรงพยาบาลราชวิถีเป็นหัวหน้า เพราะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สามารถซื้อได้ในจำนวนที่มากพอ แต่ยังคงต้องสั่งซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรมเช่นเดิม

- ด้วยเหตุนี้ ปัญหาการแจกจ่ายชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ในทางกฎหมาย สปสช. จึงมีหน้าที่เพียงกำหนดนโยบายว่า ปรารถนาให้มีการกระจาย ATK ให้หน่วยบริการเพื่อกระจายสู่ประชาชน และต้องโอนนโยบายไปให้อนุกรรมการชุดหนึ่งที่มีปลัดกระทรวงเป็นประธาน ทำเรื่องโดยกำหนดราคา คุณสมบัติหลัก และจำนวนที่ต้องการ แล้วส่งให้โรงพยาบาลราชวิถีดำเนินการซื้อกับองค์การเภสัชกรรม โดยเมื่อได้รับของมาแล้ว สปสช. ก็จะมีหน้าที่นำมากระจายสู่หน่วยบริการเพื่อกระจายให้ถึงประชาชน โดยสรุปแล้ว สปสช. ไม่มีอำนาจในการสั่งซื้อหรือบังคับให้ใครซื้อ รวมถึงไม่มีอำนาจในการกำหนดคุณสมบัติที่ต้องการอย่างละเอียดด้วย แต่ในช่วงที่จัดทำงบประมาณ สปสช. ทำได้เพียงสืบราคาและตั้งงบประมาณ ซึ่งเป็นคุณสมบัติหลักที่กำหนดได้
- ในทางปฏิบัติ การจัดซื้อแต่ละครั้งจะใช้กลไกแบบไม่ทางการที่ สปสช. โรงพยาบาลราชวิถี และองค์การเภสัชกรรม ต่างก็ทำงานร่วมกันแบบอะลุ่มอล่วย จนกระทั่ง เกิดการถกเถียงเรื่องคุณสมบัติของชุดตรวจ ATK
- National Health Service (NHS) หรือระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร ทำหน้าที่ในการซื้อเหมือนกัน เพราะ NHS กับสถานพยาบาลอยู่ด้วยกันและยังผูกติดกับกระทรวงสาธารณสุข NHS จึงเป็นเสมือนหัวหน้าผู้ให้บริการ (Provider) รายหนึ่ง ต่างจาก สปสช. ที่แยกกับสถานพยาบาลอย่างชัดเจนและไม่มีอำนาจ
- อย่างไรก็ตาม การที่ สปสช. ไม่มีอำนาจซื้อก็มีข้อดี เพราะการมีอำนาจซื้อ สปสช. จะต้องลงทรัพยากรจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นคน เงิน ของในการจัดระบบ ซึ่ง สปสช. อาจจะไม่พร้อม และแม้จะไม่มีข้อครหาในเรื่องเงินสวัสดิการ แต่ก็อาจมีข้อครหาในเรื่องอื่น เช่น เรื่องราคา เรื่องกำหนดคุณสมบัติ เจาะจงเพื่อเอื้อพวกพ้อง ฉะนั้น การสื่อสารกับสาธารณะว่า สปสช. ไม่มีอำนาจ อาจเป็นเรื่องดีในสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่า เพราะหากมีอำนาจมากเกินไปก็อาจทำให้หลักการตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจ (Check and Balance) ถูกบั่นทอน

- ปัจจุบัน โรงพยาบาลราชวิถีก็ไม่ได้เปรียบพร้อมนัก เพราะโรงพยาบาลยังรู้สึกว่หน้าที่คือการบริการประชาชนในพื้นที่เท่านั้น ส่วนการที่จะต้องแบ่งทรัพยากรมาบริหารจัดการอำนาจซื้อ ก็มีการร้องเรียนทุกปีว่า ต้องการคน เงิน ของมากขึ้น เดิมทางองค์การเภสัชกรรมก็ยินดีสนับสนุนเงินให้โรงพยาบาลราชวิถีไปพัฒนา แต่ติดปัญหาเกรงว่า เงินที่ให้จะเป็นเงินสวัสดิการหรือไม่ จึงเดินหน้าลำบาก และถึงแม้ สปสช. พอจะจัดสรรงบประมาณให้ได้ แต่ด้วยความที่โรงพยาบาลราชวิถีก็เป็นหน่วยงานภาครัฐเหมือนกัน จึงสามารถของไปที่รัฐบาลโดยตรงได้ โดยไม่มีความจำเป็นต้องโอนเงินระหว่างหน่วยงาน

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 9 ปัญหาการจัดซื้อชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ในช่วงโควิด-19

- กรณีการจัดซื้อชุดตรวจ ATK หากซื้อชุดตรวจที่มีคุณภาพสูงมาก ก็อาจถูกกล่าวหาว่าเป็นการตั้งคุณสมบัติที่สูงเกินไปเพื่อเอื้อให้พวกพ้อง ผู้จัดซื้อจัดจ้างอาจเห็นว่า การซื้อในราคาต่ำสุดจะปลอดภัยต่อการถูกครหามากกว่า แม้ สปสช. จะระบุว่า ในสถานการณ์เช่นนี้ อนุญาตซื้อแบบราคาแพงได้ แต่ก็ไม่มีใครอยากเสี่ยง
- ทั้งนี้ ชุดตรวจที่แพงขึ้นก็ทำให้ผลตรวจมีความแม่นยำขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียต้นทุนดูแลรักษาผู้ที่มีผลตรวจคลาดเคลื่อนจากชุดตรวจคุณภาพต่ำ แต่ในบางกรณี ผู้บริหารไม่ได้มองในมิติเช่นนี้ เพราะมีประเด็นเรื่องทุจริตและการหาผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง
- ปัญหาในการซื้อยารวมก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน ถ้าดูราคาเป็นหลัก ยาที่คุณภาพต่ำและผ่าน อย. ก็จะมีคะแนนประเมินสูง แต่มีหน่วยงานและกติกามาเกี่ยวข้อง และมีทั้งกรณีที่ต้องและไม่จำเป็นต้องมีความถูกต้องแม่นยำสูง ประเด็นนี้จึงเป็นเรื่องของดุลยพินิจ ไม่ใช่เรื่องของวิทยาศาสตร์ทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น ในปัจจุบันที่เรามองว่า การตรวจ RT-PCR (Polymerase Chain Reaction) ดีที่สุด ก็ยังมีผิดพลาด แต่เราก็ถือว่าเป็น Gold Standard หากในอนาคตมีวิธีตรวจที่ดีกว่านี้ เราอาจเปลี่ยนความคิดกลายเป็นว่า RT-PCR ไม่ใช่การตรวจที่ดีที่สุด แต่การตรวจที่ดีขึ้นต้องแลกมาด้วยการจ่ายที่แพงขึ้น เราก็ต้องพิจารณาว่าเรายอมรับราคานั้นได้หรือไม่ในการใช้ Public Money ทั้งนี้ ระบบการจัดซื้อยารวมก็มีข้อดีคือทำราคาให้ถูก แม้อาจต้องแลกกับคุณภาพที่น้อยลงบ้าง แต่โดยหลักการ เราก็ต้องการของถูกที่คุณภาพดีอยู่แล้ว ซึ่งอย่างน้อยมีการกำหนดคุณสมบัติขั้นต่ำเป็นคัดกรองคุณภาพพื้นฐาน และหากรู้จักใช้ศาสตร์ในการเจรจาต่อรองก็จะยิ่งได้ของดี ราคาถูก ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ข้อจำกัด และภาวะการแข่งขันในตลาดด้วย
- หากกรมอนามัยต้องการจัดหา ATK มาเพื่อใช้ในการตรวจทุกสัปดาห์ ก็สามารถปรับการจัดซื้อให้ไม่ขึ้นกับราคาได้ แต่ไม่จำเป็นต้องมอบอำนาจให้ สปสช. เป็นหน่วยงานเดียวที่ซื้อก็ได้ หน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องก็อาจซื้อได้ แต่ที่ผ่านมา หน่วยราชการมักมีจุดมุ่งหมายในการขอเงินมาใช้ในหน่วยราชการเท่านั้น มีโอกาสน้อยมากที่หน่วยงานเหล่านั้นจะขอเงินมาเพื่อแจกจ่ายให้ประชาชน มีเพียงกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ที่ดำเนินการอยู่บ้าง ทำให้ สปสช. มีสภาพที่ต้องไปทำหน้าที่นี้ กรณีการจัดซื้อชุดตรวจ ATK 8.5 ล้านชุด จึงถือเป็นบทเรียนที่ทำให้เราวางแผน

ต่อได้ว่าควรจะต้องซื้อต่อไปอย่างไร หากเราทุ่มซื้อมา 500 ล้านชุดเพื่อให้ทุกคนได้ตรวจ ก็อาจถูกกล่าวหาในการใช้เงินงบประมาณหลักหมื่นล้านบาท หน่วยงานรัฐจึงมีพันธนาการของความเป็นรัฐและวิชาการอยู่

- Clayton M. Christensen กล่าวถึงประเด็น Disruption ทำนองว่า ความคิดที่ว่า สำหรับการบริการทางสุขภาพแล้ว เราต้องใช้เงินจำนวนมากเพื่อให้ได้คุณภาพดีและเข้าถึงการบริการที่ง่าย เขาพบว่าความคิดดังกล่าวไม่เป็นความจริง เพราะมีบางกรณีที่ทำให้เราสามารถจัดให้มีการบริการสุขภาพที่ดีราคาถูก และประชาชนเข้าถึงง่ายด้วย โดยเพียงแค่นำปัจจัยด้านเทคโนโลยีเข้ามาช่วย โดยเฉพาะในเรื่องการบริการสาธารณสุข ที่ปกติแล้วนอกเหนือจากเทคโนโลยีทางการแพทย์แล้ว มักไม่ได้นำเทคโนโลยีอื่นๆ เข้ามาช่วยเท่าใดนัก แต่ปัจจุบันเมื่อมีการผนวกกับเทคโนโลยีด้านอื่นๆ เช่น การใช้ Telemedicine เข้ามาช่วย การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารทางวิดีโอคอลระหว่างกักตัวที่บ้าน ส่งผลให้ต้นทุนในการดูแลรักษาต่ำลงมาก ฉะนั้น เพียงแค่เราเติมเงินหรือปรับกระบวนการจ่ายเพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เราได้คุณภาพที่ดีขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมาก
- ยกตัวอย่างเช่น โดยปกติ ในการรักษามะเร็ง สปสข. จะจ่ายเงินไปให้สถานพยาบาลแล้ว ถ้าผู้ป่วยไปรักษาที่ไหน สถานพยาบาลต้องไปตามจ่ายกันเอาเอง แต่เมื่อ 2 ปีที่แล้ว สปสข. ได้ปรับนโยบายให้รักษามะเร็งที่สถานพยาบาลใดก็ได้ที่มีความพร้อมเพื่อลดความแออัด และเงินค่ารักษามะเร็งทั้งหมดก็ถูกรวมไว้ที่ส่วนกลาง ส่งผลให้ราคากลางในบางรายการถูกลงกว่าเดิม เช่น การทำ CT Scan จากปกติที่ค่าบริการอยู่ที่ประมาณ 3,500 บาท แต่เมื่อเจรจาเหมาบริษัทที่ทำทั่วประเทศกลับได้ในราคาเพียง 980 บาท ทั้งที่เทคโนโลยีและคุณภาพเท่าเดิม

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 10 ความคิดเห็นต่อมาตรการรับมือกับโควิด-19

- **มาตรการตรวจ รักษา และควบคุมโรค** - ในช่วงโควิด-19 ทั้ง 3 กองทุน มีการประชุมและลงมติร่วมกันว่า สปสข. จะรับหน้าที่ดูแลในส่วนของการป้องกัน การคัดกรอง และการตรวจหาผู้ป่วย ส่วนการรักษา แต่ละกองทุนจะช่วยกันดู ซึ่งหากมองย้อนกลับไป การรักษาไม่ควรปล่อยให้ต่างคนต่างดู ทั้ง 3 กองทุนควรขอเงินก้อนใหญ่จากรัฐบาลแล้วมอบหน้าที่ให้ สปสข. บริหารจัดการ เพื่อไม่ให้เกิดความวุ่นวายเช่นที่ผ่านมา โดยควรกำหนดในพระราชบัญญัติโรคติดต่อว่า หากเกิดโรคร้ายแรง ให้มีหน่วยงานในการรับผิดชอบดูแลรักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ และใช้กลไกจ่ายเงินภายใต้ระบบเดียว แต่กองทุนอื่นก็อาจเกิดความเคลือบแคลงว่าจะถูกแย่งยึดอำนาจได้ นอกจากนี้ สปสข. ยังมีบทบาทในการออกกติกาให้สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเงินบริหารจัดการโควิด-19 ไม่ได้ตั้งงบประมาณไว้ก่อน จึงต้องใช้เงินกู้ ซึ่งต้องมีการตั้งกติกาใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจ RT-PCT การตรวจด้วยชุดตรวจ ATK ฯลฯ หากกลไกการเงินของ สปสข. ไม่สนับสนุนกติกากระทรวง สปสข. ก็มีหน้าที่กำหนดกติกาการจ่ายเงินในบริการต่างๆ ให้สอดคล้องกับกระทรวง

- **มาตรการ UCEP-COVID** - โควิด-19 ถือเป็นกรณีฉุกเฉิน จึงถูกเข้าระบบ UCEP และใช้คำว่า “UCEP-COVID” เพราะฉะนั้น สถานพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกระบบจึงพึงพอใจกับการรับเงิน UCEP-COVID ที่จ่ายแบบ Fee Schedule ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้กำหนด นอกจากนั้นยังมีการกำหนดจ่ายให้เพิ่มเติมอีกร้อยละ 25 จากราคาที่กำหนด ส่งผลให้สถานพยาบาลเอกชนได้รับรายได้ส่วนนี้ค่อนข้างมาก เพราะมีการเปิด Hospital เพื่อเพิ่มจำนวนเตียงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สถานพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ แทบไม่มีที่ไหนรับผู้ป่วย
- **มาตรการส่งผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา** - ทำให้โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่งต้องจัดระบบการดูแลด้วยตัวเอง บางแห่งมีความเข้าใจมากขึ้นในการให้คำแนะนำและตรวจหาเชื้อด้วยชุดตรวจ ATK ให้ประชาชน ฉะนั้น หากในอนาคตมีความเตรียมพร้อม สถานการณ์การระบาดก็อาจไม่รุนแรง โดยเฉพาะในต่างจังหวัด ที่วัดและโรงเรียนพร้อมจะผันตัวเป็นโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็กระจายตัวอยู่ตามชุมชนเป็นจำนวนมาก ในขณะที่กรุงเทพฯ มีความซับซ้อนและแออัดกว่ามาก
- **มาตรการกักตัวผู้เดินทาง** - ในช่วงแรกที่มีการระบาด รัฐบาลใช้มาตรการกักตัวผู้เสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 โดยผู้เดินทางไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยกรณีกักตัวในสถานกักกันโรคแห่งรัฐสำหรับผู้เดินทางจากต่างประเทศ (State Quarantine) รับผิดชอบโดยกระทรวงกลาโหม ส่วนกรณีกักตัวในสถานกักกันโรคแห่งรัฐสำหรับผู้เดินทางข้ามจังหวัด (Local Quarantine) รับผิดชอบโดยกระทรวงมหาดไทย ซึ่งสถานกักกันส่วนใหญ่ให้บริการโดยสถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้ เป็นเรื่องที่ดีที่ สบสช. ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบ ในมาตรการนี้ เพราะมีค่าใช้จ่ายสูงมาก แต่ปัจจุบัน รัฐบาลได้ยกเลิกมาตรการนี้และเปลี่ยนเป็นการให้กักตัวในสถานที่กักตัวทางเลือก (Alternative Quarantine) ซึ่งผู้เดินทางต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่พักเอง และรัฐบาลสนับสนุนเพียงค่าตรวจบางส่วน

ภาคผนวก ง. สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้สัมภาษณ์: นายแพทย์ ภาวกร สกกุลพาณิชย์ ที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข รักษาการในตำแหน่ง
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค (นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ) (ด้านวิจัย)
วันที่สัมภาษณ์: 19 กันยายน พ.ศ. 2564

ประเด็นสัมภาษณ์

11. การแยกเงินเดือนบุคลากรออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว
12. การบริหารงบประมาณของ สปสช.
13. ปัญหาสถานพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน
14. แนวทางการวิเคราะห์สถานะทางการเงินของสถานพยาบาล
15. สถานะทางบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
16. ความคิดเห็นต่อระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
17. ความคิดเห็นต่อระบบประกันสังคม
18. ความเป็นไปได้ในการบูรณาการระบบการเบิกจ่ายของ 3 กองทุน

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 1 การแยกเงินเดือนบุคลากรออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว

- สำหรับอัตราค่าบริการต่อค่า RW สปสช. มีแนวโน้มจ่ายได้ไม่เต็มจำนวนมาโดยตลอด ทั้งนี้ แนวโน้มจะดีขึ้นหรือแย่ลง ขึ้นอยู่กับว่า สปสช. จะยื่นขอของบประมาณเพิ่มเติมจากรัฐบาลได้หรือไม่ แต่โดยปกติแล้ว แม้จะได้รับงบเพิ่มเติมมา ก็ยังไม่เพียงพอกับต้นทุนที่สถานพยาบาลเสียไป อย่างไรก็ตาม ปัญหาหนี้สะสมค่อนข้างยาก เนื่องจาก สปสช. ต้องค้ำประกันว่า ได้เงินรวมค่าแรง แล้วคำนวณออกมา แต่เมื่อจ่ายจริง สำนักงบประมาณจะหักส่วนที่เป็นเงินเดือนไว้ (ไม่รวมเบี้ยเลี้ยงต่างๆ ที่จะจ่ายให้ในกรณีพิเศษ) แล้วค่อยส่งออกมาเป็นก้อน ทำให้ สปสช. ได้รับเงินสุทธิต่ำกว่าที่คำนวณไว้ สปสช. จึงต้องจัดสรรเงินเท่าที่มีให้สถานพยาบาลแต่ละแห่ง โดยต้องหักส่วนที่เป็นเงินเดือนของสถานพยาบาลแต่ละแห่งออก ก่อให้เกิดปัญหาว่า สัดส่วนเงินเดือนที่หักออกไปอาจไม่มีความเหมาะสม เพราะสถานพยาบาลแต่ละแห่งกำหนดสัดส่วนเงินเดือนที่แตกต่างกันออกไปและมีความหลากหลายมาก เมื่อหักเงินเดือนออกในสัดส่วนที่เท่าๆ กันสำหรับสถานพยาบาลทุกแห่ง สถานพยาบาลที่มีสัดส่วนเงินเดือนสูงก็จะได้รับผลกระทบมาก ทั้งนี้ แม้แต่กระทรวงฯ ก็ยังไม่มีวิธีที่จะระบุสัดส่วนเงินเดือนที่แน่ชัดได้
- สำนักงบประมาณจะผูกพันเงินหลักๆ อยู่ 2 ประเภท คือ เงินเดือนและค่าวิชาชีพ โดยจะตั้งงบประมาณไว้ตลอดและไม่บิดพลิ้ว แต่จะใช้วิธีกำหนดเพดานไว้ หากมีการเพิ่มเงินเดือน เพดาน

งบประมาณในส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือนก็จะลดลง เงินก้อนที่จ่ายให้ สปสช. ก็ลดลง สถานพยาบาลก็ได้รับเงินบำรุงน้อยลง ส่งผลให้สถานพยาบาลจัดสรรเงินบำรุงบางส่วนมาจ่ายเป็นเบี้ยเลี้ยงหรือค่าแรงเพิ่มเติมให้กับบุคลากรได้น้อยลงตามไปด้วย วิธีที่จะแก้ปัญหานี้คือ ต้องไปปรับเพดานงบประมาณขึ้น

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 2 การบริหารงบประมาณของ สปสช.

- สปสช. ยังทำหน้าที่ในการต่อรองบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ไม่ค่อยดีเท่าที่ควร เพราะยังไม่มี การสร้างความสมดุลระหว่างเงินที่มีกับภารกิจที่จะทำ สปสช. มักเจรจาดูรองกับสถานพยาบาลและ วิเคราะห์ไว้เรียบร้อยแล้วว่าจะต้องจ่ายเท่าใด โดยการดูบัญชีของสถานพยาบาลที่ผ่านมาแล้วนำมา ปรับอัตราจ่ายที่เหมาะสม โดยที่ไม่ได้คำนึงว่า งบประมาณที่ตั้งขอไปอาจไม่ได้เต็มจำนวน ซึ่งจะต้อง คิดต่อว่า หากได้งบประมาณมาไม่ครบ จะต้องยกเลิก เลื่อน หรือลดรายการการบริการใด
- ทว่า สปสช. ยังคงทำงานเหมือนเดิมภายใต้งบประมาณที่ได้มาน้อยกว่าแผน จึงเสมือนว่า สปสช. บังคับให้สถานพยาบาลลดราคาลงไปอีกจากราคาเดิมที่ต่อรองกันไว้เหมาะสมแล้ว สภาพคล่องของ สถานพยาบาลก็จะลดลง เนื่องจากสถานพยาบาลต้องนำเงินสำรองมาหมุนเวียนใช้จ่าย ส่งผลให้ สถานะบัญชีของสถานพยาบาลติดลบ นอกจากนี้ ด้วยกลไกการจ่ายต่างๆ ที่ทำให้เงินถูกจัดสรรไปให้ สถานพยาบาลบางแห่งมากเกินไป ในขณะที่สถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้รับเงินเพียงพอ ยกตัวอย่าง เช่น สถานพยาบาลขนาดใหญ่ออกมาเรียกร้องให้จ่ายค่ารักษาตามเกณฑ์ DRG ในอัตราที่คงที่และมีความเหมาะสม ซึ่ง สปสช. ก็ออกมากำหนดอัตราที่แน่นอนไว้ที่ประมาณ 7,000 – 8,000 บาท ส่วน สถานพยาบาลขนาดเล็กที่ขาดทุนเพราะค่าแรงสูง ต่างก็ต้องการงบประมาณจ่ายเพิ่ม แต่ สปสช. ยังไม่ให้ความสนใจเท่าที่ควร สถานพยาบาลที่มีสถานะบัญชีติดลบส่วนใหญ่จึงเป็นสถานพยาบาลขนาดเล็ก หรือเป็นสถานพยาบาลที่ยกระดับเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่แล้วไม่มีผู้ป่วยมารักษามากพอจน ขาดทุน ด้วยเหตุนี้ ในปัจจุบัน สถานพยาบาลขนาดใหญ่ส่วนมากจึงมีสถานะทางบัญชีเป็นไปใน ทิศทางที่ดีขึ้นจากการการันตีอัตรา DRG
- งบประมาณในส่วนของงบสำหรับใช้จ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุผลของผู้ปฏิบัติงานด้านการ สาธารณสุข (พ.ต.ส.) ซึ่งหมายถึงงบสำหรับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในกรณีต่างๆ เช่น เบี้ยกันดาร ที่แต่ละ คนจะได้รับแตกต่างกันไปตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในพื้นที่กันดารแห่งนั้น เบี้ยเลี้ยงพื้นที่ 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ เบี้ยเลี้ยงในพื้นที่ปกติ เป็นต้น ก็มักได้งบมาไม่เต็มจำนวน ทำให้ต้องใช้วิธีการแบ่ง เกลี่ยกันในสถานพยาบาลแต่ละแห่ง โดยงบที่ได้จะถูกเกลี่ยลงไปในแต่ละเขตสุขภาพ ซึ่งทางเขตจะเป็น ผู้ตัดสินใจว่าจะเกลี่ยกันอย่างไร ส่วนที่เหลือ สถานพยาบาลจะเป็นผู้จัดการ ทั้งนี้ สถานพยาบาล อาจต้องนำเงินบำรุงบางส่วนมาชดเชยเงินที่ได้มาไม่เพียงพอ ด้วยเหตุนี้ จึงกลายเป็นประเด็นการจ่าย ค่าแรงไม่ครบในบางครั้ง
- โดยสรุปแล้ว จุดเริ่มต้นของปัญหาเกิดขึ้นตั้งแต่ที่มีการตัดงบ สำนักงบประมาณไม่เคยให้งบประมาณ ตามที่ สปสช. ขอ โดยจะถูกตัดงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ 10 เกือบทุกปี จากงบประมาณที่ สปสช.

ตกลงราคากับสถานพยาบาลไว้ กระนั้น สปสช. ก็ไม่เจรจากับสถานพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนการให้บริการเพราะได้รับงบประมาณมาน้อยกว่าที่ตกลงกันไว้ แต่กลับปล่อยให้สถานพยาบาลจัดการกันเอง อีกทั้งเมื่อเงินจ่ายไม่เพียงพอ สปสช. กลับให้ความสำคัญกับสถานพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่า ผลกระทบจึงตกไปอยู่ที่สถานพยาบาลขนาดเล็กเสียส่วนมาก วิธีแก้ปัญหาคือ สปสช. ควรจัดให้มีเวทีเจรจาระหว่าง สปสช. กับสถานพยาบาลว่าจะปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติงานหรือการให้บริการอย่างไร ภายใต้งบประมาณที่ได้รับมาลดลง ส่วนสถานพยาบาลก็ต้องหาวิธีบริหารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 3 ปัญหาสถานพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน

- สิ่งแรกที่สถานพยาบาลที่มีปัญหาขาดสภาพคล่องมักจะดำเนินการ คือ พยายามตัดค่าแรงและค่ายา เช่น ตัดงบค่าทำงานล่วงเวลา ปรับลดเงินเดือนบุคลากรบางส่วนที่เจรจาได้ พยายามชะลอจ่ายค่ายา เป็นต้น ทั้งนี้ การขาดสภาพคล่องก็ไม่ถึงกับส่งผลให้สถานพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้หรือเกิดความเสียหาย เพราะสถานพยาบาลยังมีเงินสำรองอยู่ และสามารถใช้กลไกของเขตสุขภาพในการเกลี้ยเงินให้แก่สถานพยาบาลที่ขาดทุน พร้อมทั้งส่งทีมไปดูแลช่วยเหลือเพื่อปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงิน เช่น บางแห่งที่มีการเรียไรเงินบริจาคเพื่อมาลงทุนสร้างอาคารแล้วภายหลังต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริหารอาคารเพิ่มสูงขึ้นจนทำให้สถานพยาบาลขาดทุน จึงต้องกำชับให้สถานพยาบาลไม่ลงทุนจนเกินตัว
- ค่าใช้จ่ายที่มักก่อให้เกิดหนี้แก่สถานพยาบาล นอกจากค่ายาและเวชภัณฑ์แล้ว ยังมีส่วนที่เป็นค่าแรง ค่าวัสดุอื่นๆ นอกเหนือจากยา เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าวัสดุงานบ้าน ค่าตรวจแล็บ ค่าเอ็กซเรย์ เป็นต้น โดยปกติ เมื่อสถานพยาบาลสั่งซื้อก็ต้องตามจ่าย ไม่มีกรณีที่ผู้ขายยกหนี้ให้ แต่จะเป็นลักษณะของการผ่อนจ่ายหรือหากสถานพยาบาลไม่มีจริงๆ ก็จะไม่จ่าย ซึ่งภายหลังผู้ขายบางรายต้องลงโทษด้วยการไม่ส่งของให้
- สถานพยาบาลไม่มีแรงจูงใจที่จะตั้งงบเงินพิเศษ (ที่เพิ่มเติมจากเงินเดือน) ให้สูงติดเพดาน โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง เพราะมีเงื่อนไขทางงบประมาณและสถานะของสถานพยาบาลคอยกำกับอยู่ อีกทั้งด้วยความที่เงินพิเศษเป็นเงินนอกงบประมาณ หากสถานพยาบาลตั้งงบเงินพิเศษไปสูงมาก สถานพยาบาลอาจต้องควักเงินจ่ายเอง ผู้อำนวยการสถานพยาบาลและทางเขตสุขภาพก็จะคอยกำกับไม่ให้สถานพยาบาลตั้งงบส่วนนี้มากเกินไป ซึ่งการกำกับดังกล่าวก็ส่งผลให้บุคลากรบางส่วนไม่พอใจและมีบางรายถึงขั้นย้ายที่ทำงาน วิธีแก้ปัญหาหนึ่งคือ การปล่อยให้ Dual Practice เพราะจะทำให้บุคลากรหารายได้เสริมจากงานนอกเวลาได้ เช่น เปิดคลินิก รับงานเสริมพิเศษที่สถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น
- สิ่งที่น่ากังวลในปัจจุบัน คือ เงินสำรองของสถานพยาบาลเหลือน้อย หมุนเงินเกือบไม่ทันแล้ว แต่งบกลับถูกจัดสรรไปกระจุกอยู่ในบางเรื่องมากเกินไป กระทรวงฯ สป. ก็ต้องลงมาจัดสรรเงินใหม่เพื่อพุงสถานพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง

- ปัญหาสำคัญหนึ่ง คือ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้จ่ายเงินบางประเภทเป็นช่วงกว้างๆ ไม่มีการกำหนดอัตราจ่ายที่แน่นอน สถานพยาบาลสามารถตกลงและต่อรองอัตรากันได้ ซึ่งหากได้ข้อตกลงและทำสัญญาจ่ายกันแล้ว สถานพยาบาลก็ต้องบันทึกข้อตกลงนั้นเป็นหนังสือไว้ก่อน แม้อาจไม่มีการจ่ายตามสัญญา แต่สถานพยาบาลบางแห่งก็ไม่ได้บันทึกทุกรายการหรือไม่ได้มีแนวปฏิบัติเช่นนั้น ทำให้สถานพยาบาลเหล่านั้นไม่ทราบสถานะหนี้ของตน

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 4 แนวทางการวิเคราะห์สถานะทางการเงินของสถานพยาบาล

- จากที่คณะผู้วิเคราะห์ได้วิเคราะห์สถานะทางการเงินของ รพท. ไตรมาสที่ 2 ปี 2564 แล้วพบว่า บัญชีสุทธิหลังหักลบหนี้สินแล้วอยู่ในสถานะติดลบประมาณครึ่งหนึ่งของสถานพยาบาลทั้งหมดนั้น เป็นตัวเลขที่สูงกว่าที่สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขรู้เล็กน้อย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะนิยามสถานะทางการเงินต่างกัน โดยอาจต้องพิจารณาว่า นิยามที่ใช้ตรงกับกระทรวงฯ หรือไม่ งบรวมค่าเสื่อมราคาหรือไม่ เป็นต้น เพราะบางรายการกระทรวงฯ ไม่นับเป็นหนี้ ยกตัวอย่างเช่น การเกิดหนี้สูญจากการที่สถานพยาบาลไม่สามารถเบิกได้ตามราคาที่ตั้งไว้ แต่ในภายหลังได้กำหนดไว้ว่า หากสถานพยาบาลยอมรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวและอัตรานั้นต่ำกว่าราคาที่ตั้งไว้ ก็จะไม่สามารถนับส่วนต่างเป็นหนี้สูญได้ โดยจะถูกนับเป็นส่วนลดทางการค้าแทน
- หากพิจารณาของสถานพยาบาลระหว่างปี ต้องระมัดระวังว่า สถานพยาบาลอาจมีเงินระหว่างทางที่กำลังส่งหรือยังไม่ส่งกัน เพราะระบบบัญชีที่สถานพยาบาลบันทึกนั้นผสมระหว่างเกณฑ์เงินสดกับเกณฑ์เงินค้าง เนื่องจากสำนักงานงบประมาณยังทำงานเหมือนเกณฑ์เงินสด เพราะฉะนั้น หากสถานพยาบาลยังไม่ปิดงบ ก็อาจวิเคราะห์และตัดสินใจได้ยาก ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่เงินยังไม่ส่ง สถานพยาบาลก็จะดูเหมือนว่าขาดทุน ทั้งที่ในความเป็นจริง ถ้าได้เงินมาแล้ว สถานพยาบาลก็อาจมีสถานะทางบัญชีที่เป็นบวกก็ได้ ด้วยเหตุนี้ หากจะวิเคราะห์ให้เห็นภาพ ก็ควรวิเคราะห์ที่ไตรมาสที่ 3 เป็นอย่างน้อย หรือที่ไตรมาสที่ 4 เพื่อให้สถานพยาบาลสะสางงบระหว่างกันให้เสร็จสิ้น
- ทั้งนี้ แม้จะมีการสะสางข้ามปีงบประมาณ แต่สถานพยาบาลจะมีการตั้งบัญชีไว้ และมักจะหักลบกลบหนี้กันพอดี เพราะสถานพยาบาลจะได้รับเงินตามหลังการให้การรักษายู่แล้ว โดยกระบวนการรักษาที่เสร็จสิ้นในช่วงท้ายปีงบประมาณ สถานพยาบาลจะได้รับเงินในปีงบประมาณถัดไป แต่ระบบมักทำให้สถานพยาบาลไม่สามารถสะสางบัญชีตรงนี้ได้ เนื่องจาก สปสช. และสำนักงานประกันสังคม ได้ออกแบบระบบให้สถานพยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลไว้ก่อน 3 เดือน แล้วจึงนำมาคำนวณ DRG หารเป็นอัตราแบบ Global Budget สถานพยาบาลจึงตั้งลูกหนี้ได้ไม่ค่อยถูกต้อง เพราะไม่ทราบแน่ชัดว่าส่งข้อมูลไปแล้วจะได้เงินกลับมาเท่าใด เนื่องจากไม่ทราบค่า DRG ที่แน่นอน จึงเป็นปัญหาแก่ทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชนในการประมาณการรายรับ เพราะปกติแล้ว เมื่อสถานพยาบาลรักษาเสร็จสิ้น จะต้องประเมินรายได้พึงรับตามเกณฑ์เงินค้าง แม้ในภายหลังจะมีความพยายามประมาณการให้ใกล้เคียง แต่ก็ยังประสบปัญหาการจ่ายล่าช้าด้วย

- ในขณะที่การดูงบประมาณปี จะมีเงินโอนกัน ซึ่งปกติกองเศรษฐกิจและสุขภาพจะสอดคล้องอยู่เช่นกัน แต่ก็จะมีระลอกไว้ว่าเป็นการสอดคล้องคุณภาพที่ไม่จริง เช่น ถ้าดูกระแสเงินสดในช่วงที่งบลงไปก็จะมีค่าเป็นบวก แต่จะค่อยๆ ติดลบในช่วงไตรมาสที่ 3 ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการระบบบริหารบัญชียังไม่ดี ไม่มีการคุมแผนของตัวเอง ยิ่งในปี 2564 ที่เป็นปีที่คาดเดายากมาก เพราะสถานการณ์โควิด-19 ทำให้สถานพยาบาลบางแห่งมีรายได้ลดลงและมีความผันผวนมาก สาเหตุประการหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยทั่วไปมักจะไม่สามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในช่วงนี้ และผู้ป่วยที่มาก็มักจะเป็นโควิด-19 ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายและลงทุนในการดูแลรักษาสูง การดูบประมาณสถานพยาบาลจึงอาจต้องเปรียบเทียบกับปีก่อนด้วย

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 5 สถานะทางบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากเปลี่ยนสถานะจากสถานีอนามัย ก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการปรับเงื่อนไขทางการเงิน ทำให้ รพ.สต. มีสถานะทางการเงินค่อนข้างดี มีการปรับปรุงอาคารและต่อเติมโครงสร้างพื้นฐาน เนื่องจากขอบเขตภารกิจของ รพ.สต. ไม่ต้องมีการใช้จ่ายมาก และเน้นการสัมภาษณ์เป็นหลัก ทั้งนี้ เราไม่อาจจะบ่งชี้สถานะทางบัญชีของ รพ.สต. ได้แน่ชัด เนื่องจาก รพ.สต. ต้องบันทึกข้อมูลผ่านระบบที่ไม่สามารถแยกข้อมูลเป็นรายแห่งได้และเราก็ไม่สามารถจำแนกผลผลิตจาก รพ.สต. ออกมาได้ชัดเจน แต่ รพ.สต. จะขาดสภาพคล่องหรือไม่ขึ้นอยู่กับการตกลงระดับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracted Unit of Primary Care: CUP) ว่า จะแบ่งให้ รพ.สต. ในสัดส่วนมากน้อยแค่ไหน อย่างไรก็ตาม โดยปกติ CUP จะจัดหายาและเวชภัณฑ์ให้อยู่แล้ว รพ.สต. จึงไม่มีความเสี่ยงที่จะขาดทุน
- ด้วยนโยบาย 3 หมอ หรือนโยบาย Primary Care แพทย์ต้องออกไปให้บริการที่ รพ.สต. เป็นประจำมากขึ้น ทำให้เกิดประเด็นว่า ผู้อำนวยการ รพ.สต. กับแพทย์ที่มาจากสถานพยาบาลอื่นจะทำงานร่วมกันอย่างไร ซึ่งสถานพยาบาลบางแห่งก็แก้ปัญหาด้วยการนำทรัพยากรของตนไปทั้งหมด โดยยกไปทั้งทีม หรือส่งพยาบาลเวชปฏิบัติไปประจำการ และให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ ในเขตเมือง โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มักมีความพยายามในการตั้งศูนย์ Primary Care แยกออกมา หรือใช้ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล มากกว่าที่จะใช้ รพ.สต.

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 6 ความคิดเห็นต่อระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

- สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ การออกแบบบริการ (Service Design) ยังคงมีปัญหา ด้วยวิธีและกลไกการจ่ายกรณีผู้ป่วยนอกเช่นปัจจุบัน ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง ส่วนกรณีผู้ป่วยใน สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมกว่าระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะการที่ยึดอัตราค่าบริการต่อค่า RW ได้แน่นอน จะทำให้สถานพยาบาลทำงานง่าย และกรมบัญชีกลางก็ควบคุมง่าย

- นอกจากนี้ กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจ่ายนอกเหนือ DRG โดยคัดผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงออกมาแล้วอนุมัติให้สถานพยาบาลสามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มาค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS) ได้ ซึ่งถือเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ระบบอื่น เพราะสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยลักษณะนี้มีไม่มาก การจ่ายเพิ่มให้กรณีเหล่านี้จึงเป็นการชดเชยสถานพยาบาลที่ตรงจุด
- อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจ่ายแบบ Fee Schedule ในหลายกรณี ผู้ป่วยจึงอาจต้องร่วมจ่ายในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าเพดานที่กำหนด ในขณะที่ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการแบบ Exclusive ด้วยการให้การรักษาตามรายการพื้นฐานที่กำหนดประกอบด้วยดุลยพินิจของสถานพยาบาล แต่ก็มีข้อเสียคือสถานพยาบาลอาจให้บริการน้อยกว่าที่ควร ในขณะที่เดียวกัน ประชาชนก็อาจรู้สึกว่าได้รับบริการน้อยเกินไป ไม่เท่าเทียม ซึ่งวิธีการหนึ่งที่จะช่วยอุดช่องโหว่เหล่านี้คือ ระบุรายการพื้นฐานให้ชัดเจน แต่ก็สร้างความยุ่งยากให้สถานพยาบาลเป็นอย่างมาก

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 7 ความคิดเห็นต่อระบบประกันสังคม

- ระบบประกันสังคม กำลังเข้าสู่สถานการณ์เช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ถูกกดดันไม่ให้ปรับเพิ่มเพดานค่าจ้างสำหรับคำนวณอัตราเงินสมทบเข้ากองทุน จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาเงินที่ได้รับไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่สถานพยาบาลเรียกร้อง แม้ระบบประกันสังคมจะมีเงินสำรองจากผลประโยชน์ระยะสั้น (Short-Term Benefits) สะสมอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันยังเพียงพออยู่ แต่หากถึงจุดที่เงินเริ่มไม่เพียงพอแล้วสำนักงานประกันสังคมไปกดราคาค่าบริการของสถานพยาบาลลง ระบบประกันสังคมก็จะประสบปัญหาเช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สถานพยาบาลบางส่วนขาดสภาพคล่องและอาจส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ โดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชน
- ทั้งนี้ สมาคมโรงพยาบาลเอกชนก็พยายามต่อรองเพื่อให้ได้อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่เหมาะสมไว้ก่อน ส่วน DRG ยังไม่มีความกังวลเท่าใดนัก เพราะระบบประกันสังคมจะจ่ายให้เฉพาะกรณีที่ค่า DRG มากกว่า 2 adjRW ซึ่งผู้ประกันตนที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานก็มักไม่ได้ป่วยรุนแรงถึงขั้นดังกล่าว สถานพยาบาลเอกชนจึงไม่ได้รับผลกระทบจากการจ่ายด้วยวิธี DRG มากนัก แต่จะไปกระทบโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ที่เต็มไปด้วยผู้ป่วยหนักเสียมากกว่า

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 8 ความเป็นไปได้ในการบูรณาการระบบการเบิกจ่ายของ 3 กองทุน

- ในเชิงตรรกะ การบูรณาการระหว่าง 3 กองทุนประกันสุขภาพหลักของไทยไม่มีปัญหา แต่ในความเป็นจริงที่การบูรณาการยังไม่เกิดขึ้นนั้น สาเหตุหลักเป็นเพราะต่างฝ่ายต่างยังคงยึดหน่วยงานของตนเป็นหลัก และยากที่จะผ่อนปรนมาใช้ระบบร่วมกัน ฉะนั้น เราอาจไม่จำเป็นต้องบูรณาการถึงขั้นให้มี

หน่วยงานที่ดูแลการเบิกจ่ายเพียงหน่วยงานเดียว (Single Purchaser) แต่อาจทำให้เป็นลักษณะที่มีหน่วยงานที่ดูแลการเบิกจ่ายหลายหน่วยงาน (Multi-Purchaser) ภายใต้กลไกการจ่ายรูปแบบเดียว (Single Payment Mechanism) ดังเช่นหลายประเทศที่มีหน่วยงานที่ดูแลการเบิกจ่ายหลายหน่วยงานที่ส่วนใหญ่แล้วก็สามารถควมรวมให้เหลือกลไกการจ่ายเพียงรูปแบบเดียวได้

- อุปสรรคอีกประการหนึ่งคือ ข้าราชการมีแนวโน้มที่จะไม่ยินยอมมาอยู่ภายใต้ สปสช. เพราะหากจะให้ข้าราชการมาอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. จะต้องผลักดันในหลายเรื่องอย่างหนักหน่วง เช่น การกำหนดให้ข้าราชการมีหมอประจำตัว การกำหนดให้ข้าราชการไปรักษาได้ที่สถานพยาบาลตามสิทธิแห่งเดียวเท่านั้น เป็นต้น
- ในขณะที่ฝ่ายสำนักงานประกันสังคม ยังมีความปรารถนาที่จะใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่บ้าง เนื่องจากระบบประกันสังคมเล็งเห็นว่า สปสช. บริหารจัดการในหลายๆ เรื่องได้ดีกว่า แต่ก็ยังมีคนบางส่วนไม่เห็นด้วย

ภาคผนวก จ. หลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ

ตารางที่ 40 บัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
(1)	ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนตามกลุ่มตำแหน่งที่ตกลงกับสำนักงาน ก.พ.	พ.ต.น.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานอยู่เป็นปกติ</p> <p>(1) ด้านการอภิบาล การศึกษา การฝึกและอบรม การปลูกฝังศีลธรรม จริยธรรม การฝึกระเบียบวินัย ดูแลและอบรมสั่งสอนเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนและศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน</p> <p>(2) ด้านการสงเคราะห์และบำบัด แก้ไข หรือการตรวจสุขภาพกายและจิตเด็กและเยาวชนที่ถูกควบคุม หรือการตรวจรักษาและพยาบาลเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนและศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ได้รับ พ.ต.น. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.น. ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.น. <p>(3) ด้านการสืบเสาะและพินิจขอเท็จจริงและสิ่งแวดลอมทั้งปวงเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน รวมทั้งสาเหตุแห่งการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน ให้ได้รับ พ.ต.น. ดังนี้</p>	<p>5,500</p> <p>5,500</p> <p>5,500</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.น. <p>สำหรับผู้ซึ่งมิได้ปฏิบัติงานตาม (1) (2) และ (3) อยู่เป็นปกติ แต่ได้รับคำสั่งมอบหมายจากผู้มีอำนาจให้ปฏิบัติงานตาม (1) หรือ (2) บางเวลา ให้ได้รับ พ.ต.น. ดังนี้</p> <p>(ก) ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 120 ชั่วโมงต่อเดือน ได้รับ พ.ต.น.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.น. <p>(ข) ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 80 ชั่วโมงต่อเดือน ได้รับ พ.ต.น.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.น. 	<p>3,500</p> <p>3,500</p> <p>3,500</p> <p>4,400</p> <p>4,400</p> <p>4,400</p> <p>2,800</p> <p>2,800</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.น. (ค) ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อเดือน ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.น. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.น. (ง) ปฏิบัติงานไม่ถึง 40 ชั่วโมงต่อเดือน ไม่ได้รับ พ.ต.น. ในเดือนนั้น 	<p>2,800</p> <p>1,400</p> <p>1,400</p> <p>1,400</p>
(2)	ผู้ปฏิบัติงานในกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	พ.ต.พ.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ โดยผู้ได้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากเป็นคนที่พิการทางกาย ทางสมองและปัญญา ทางจิตประสาท เป็นคนชราที่เจ็บป่วยหรือหลง หรือเป็นคนไร้ที่พึ่งที่มีปัญหาด้านจิตประสาท ซึ่งในการปฏิบัติงานต้องดูแลให้การสงเคราะห์ ฟื้นฟู และพัฒนา โดยสัมผัสกับผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยตรง ให้ได้รับ พ.ต.พ. ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>(1) ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 1 คน ต่อจำนวนผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 8 คน และให้เพิ่มจำนวนผู้มีสิทธิได้รับ พ.ต.พ. ดังกล่าว ได้ 1 คน ต่อจำนวนผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ที่เพิ่มขึ้นทุก 8 คน</p> <p>การคิดอัตราสวนผู้มีสิทธิได้รับ พ.ต.พ. ดังกล่าว ให้คิดจากจำนวนผู้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์นั้น ทั้งผู้ที่เป็นข้าราชการลูกจ้าง และพนักงานราชการด้วย</p>	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>(2) ผู้ปฏิบัติงาน ต้องมีเวลาปฏิบัติงาน สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 18 ชั่วโมง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.พ. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.พ. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.พ. 	<p>2,000</p> <p>2,000</p> <p>2,000</p>
(3)	ผู้ปฏิบัติงานที่เรือนจำตามกฎหมายราชทัณฑ์ในกรมราชทัณฑ์ตามกลุ่มตำแหน่งที่ตกลงกับสำนักงาน ก.พ.	พ.ต.ร.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานอยู่เป็นปกติ เกี่ยวข้องใกล้ชิดผู้ต้องขัง หรือผู้ต้องกักขัง หรือผู้ถูกกักกัน ได้แก่ งานด้านการควบคุม ทั้งภายในเรือนจำและภายนอกเรือนจำ งานด้านสุททกรรม งานด้านการให้การศึกษา และฝึกวิชาชีพแก่บุคคลดังกล่าวที่เรือนจำ ให้ได้รับ พ.ต.ร. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.ร. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.ร. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.ร. <p>สำหรับผู้ซึ่งมิได้ปฏิบัติงานข้างต้นอยู่เป็นปกติ แต่ได้รับคำสั่งมอบหมายจากผู้มีอำนาจให้ปฏิบัติงานข้างต้นบางเวลาซึ่งต้องไม่น้อยกว่า 75 ชั่วโมงต่อเดือน ให้ได้รับ พ.ต.ร. ดังนี้</p>	<p>6,500</p> <p>6,500</p> <p>6,500</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.ร. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.ร. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.ร. 	<p>3,300</p> <p>3,300</p> <p>3,300</p>
(4)	ครูการศึกษาพิเศษใน ทุกส่วนราชการ	พ.ค.ศ.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานเป็นครูการศึกษาพิเศษ สอนคนตาบอด สอนคนหูหนวก สอนคนร่างกายพิการทางแขนขาและลำตัว และสอนคนปัญญาอ่อน ที่ปฏิบัติงานสอนในสถานศึกษาหรือหน่วยงานของทางราชการ หรือในความควบคุมของทางราชการ ซึ่ง</p> <p>(1) เป็นผู้มีความสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ได้รับการศึกษาหรือได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการศึกษาของคนพิการโดยได้รับประกาศนียบัตรหรือปริญญาทางการศึกษาพิเศษของคนพิการจากสถาบันในประเทศหรือต่างประเทศ หรือเป็นครูการศึกษาพิเศษที่ได้รับการฝึกอบรมและได้รับประกาศนียบัตรตามหลักสูตรการฝึกอบรมครูสอนคนพิการของกระทรวงศึกษาธิการ หรือเป็นครูการศึกษาพิเศษที่ได้รับการฝึกอบรมและได้รับประกาศนียบัตรตามหลักสูตรการฝึกอบรมครูสอนคนปัญญาอ่อนของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>(2) ปฏิบัติงานการสอนไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 18 ชั่วโมง ถ้ามีเศษตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไปให้นับเป็น 1 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.ค.ศ. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน ให้ได้รับ พ.ค.ศ. 	2,000

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน หรือดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันหรือได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ค.ศ. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ให้ได้รับ พ.ค.ศ. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการ ให้ได้รับ พ.ค.ศ. - ดำรงตำแหน่งประเภทบริหาร ให้ได้รับ พ.ค.ศ. 	<p style="text-align: right;">2,500</p> <p style="text-align: right;">2,500</p> <p style="text-align: right;">2,500</p> <p style="text-align: right;">2,500</p>
(5)	ผู้ปฏิบัติงานด้านการข่าวในสำนักข่าวกรองแห่งชาติ	พ.น.ช.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสืบสวน การรวบรวมข่าว วิเคราะห์ข่าว หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการข่าวในการติดตามสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกประเทศตลอด 24 ชั่วโมง หรือเฝ้าระวังเหตุการณ์หรือสิ่งบอเหตุที่จะเกิดการก่อการร้ายหรือบ่อนทำลายความมั่นคง เพื่อแจ้งเตือนและรายงานรัฐบาลและผู้ใช้ข่าวระดับสูงทราบอย่างต่อเนื่อง ให้ได้รับ พ.น.ช. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.น.ช. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.น.ช. 	<p style="text-align: right;">5,500</p> <p style="text-align: right;">5,500</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			- ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.น.ช.	5,500
(6)	เจ้าพนักงานควบคุมจราจรทางอากาศในสำนักฝนหลวงและการบินเกษตรกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	พ.ค.จ.	<p>ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานควบคุมจราจรทางอากาศและปฏิบัติงานด้านการควบคุมจราจรทางอากาศและสื่อสารการบินตามที่ ก.พ. กำหนดในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์การทำงานด้านการควบคุมจราจรทางอากาศมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี ให้ได้รับ พ.ค.จ. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน ให้ได้รับ พ.ค.จ. 4,000 - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือคุณวุฒิต่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน หรือดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือคุณวุฒิต่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันหรือได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิต่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ค.จ. 5,000 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ค.จ. 5,000 - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ค.จ. 5,000 	
(7)	ผู้ปฏิบัติการใต้น้ำในกรมศิลปากร	พ.ป.น. 1	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงาน</p> <p>1) เกี่ยวกับการสำรวจและขุดค้นทางโบราณคดีใต้น้ำ การทำแผนผังใต้ทะเล และการบันทึกข้อมูลต่างๆ ทางโบราณคดีใต้น้ำและต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดำน้ำ (Scuba</p>	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>Diving) ที่ได้รับการรับรองจากสถาบันหรือองค์กรที่มีวัตถุประสงค์ในการฝึกอบรมการดำน้ำให้ได้รับ พ.ป.น. 1 ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาหรือทำงานที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติหรือดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิคหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาหรือทำงานที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติหรือดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาหรือทำงานที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติหรือได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 	<p>8,000</p> <p>8,000</p> <p>8,000</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
		พ.ป.น. 2	<p>2) เกี่ยวกับการสำรวจและขุดคนทำงานโบราณคดีใต้น้ำ การทำแผนผังใต้อุทธรูป และการบันทึกข้อมูลต่างๆ ทางโบราณคดีใต้น้ำและมีความรู้ความสามารถในการใช้วัตถุระเบิดใต้น้ำ และต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานกับวัตถุระเบิด หรือมีความรู้ความสามารถในการดำน้ำลึกด้วยแก๊สผสมเกินกว่าสองชนิดขึ้นไป โดยผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมหลักสูตรการดำน้ำลึกด้วยการหายใจแก๊สผสม (Mixed Gas Diving) ที่ได้รับการรับรองจากสถาบันหรือองค์กรที่มีวัตถุประสงค์ในการฝึกอบรมการดำน้ำลึกด้วยแก๊สผสม ให้ได้รับ พ.ป.น. 2 ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือคุณวุฒಿಯ่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาหรือทำงานที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติ หรือดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิคหรือคุณวุฒಿಯ่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาหรือทำงานที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติ หรือดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือคุณวุฒಿಯ่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาหรือทำงานที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติ หรือได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒಿಯ่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ป.น. 2 	10,000

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ป.น. 2</p> <p>ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ป.น. 2</p> <p>ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานตาม 1) หรือ 2) ที่จะได้ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 ต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้</p> <p>(1) ปีแรกที่ได้รับการแต่งตั้งเข้าปฏิบัติหน้าที่ ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณีทุกเดือน ตั้งแต่วันรายงานตัวเข้าปฏิบัติหน้าที่เป็นต้นไปจนถึงเดือนสุดท้ายของปี</p> <p>(2) ในปีต่อๆ ไปให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี ตามระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ได้นำในปีที่แล้วมาเป็นเกณฑ์คำนวณ ดังนี้</p>	<p>10,000</p> <p>10,000</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>(ก) ถ้ามีเวลาปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่ 50 ชั่วโมงขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี ทุกเดือนตลอดปี</p> <p>(ข) ถ้ามีเวลาปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่ 40 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 50 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี 10 เดือนนับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(ค) ถ้ามีเวลาปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่ 30 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 40 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี 8 เดือนนับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(ง) ถ้ามีเวลาปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่ 20 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 30 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี 6 เดือนนับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(จ) ถ้ามีเวลาปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่ 10 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 20 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี 4 เดือนนับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(ฉ) ถ้ามีเวลาปฏิบัติหน้าที่ไม่ถึง 10 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี 2 เดือน นับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(ช) ถ้าไม่มีเวลาปฏิบัติหน้าที่ ไม่ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2</p> <p>การคำนวณเวลาปฏิบัติหน้าที่ ถ้ามีเศษตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไปให้นับเป็น 1 ชั่วโมง</p>	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>(3) ผู้ปฏิบัติการได้นำผู้ใดจะได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติการได้นำ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติเป็นรายๆ ไป</p> <p>(4) ผู้ปฏิบัติการได้นำผู้ใดเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ในปีที่แล้วมาตั้งแต่ 330 วันขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี ทุกเดือนของปีถัดไป</p> <p>(5) ผู้ปฏิบัติการได้นำผู้ใดเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่จนแพทย์เวชศาสตร์ได้นำมีความเห็นว่าไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หากผู้นั้นมีเวลาปฏิบัติหน้าที่ในปีที่แล้วมาตั้งแต่ 50 ชั่วโมงขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ป.น. 1 หรือ พ.ป.น. 2 แล้วแต่กรณี ทุกเดือนของปีถัดไป เป็นเวลา 2 ปีติดต่อกัน</p> <p>(6) ผู้ปฏิบัติการได้นำ ต้องเข้ารับการตรวจสมรรถภาพร่างกายจากแพทย์เวชศาสตร์ได้นำ อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้งและแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้เหมาะสมที่จะปฏิบัติหน้าที่ราชการได้นำได้</p>	
(8)	<p>ผู้ปฏิบัติงานทางอากาศ</p> <p>1. นักบินหรือนักบินผู้ตรวจการบินบนอากาศยานเป็นประจำ</p>	พ.น.อ. 1	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานทางอากาศในฐานะ</p> <p>1) นักบิน ซึ่งเป็นผู้สำเร็จวิชาการบินตามหลักสูตรโรงเรียนการบินของกองทัพอากาศ หรือ กองทัพบก หรือสถาบันการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย และต้องผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นนักบิน ทำการบินประจำเครื่องบินหรือเฮลิคอปเตอร์ได้ ให้ได้รับ พ.น.อ. 1 ดังนี้</p>	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			(1) ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ที่มีชั่วโมงบินน้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	26,000
			(2) ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ และมีชั่วโมงบินมาแล้วไม่น้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	28,200
			(3) ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการ ที่มีชั่วโมงบินน้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	26,000
			(4) ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการ และมีชั่วโมงบินมาแล้วไม่น้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	28,200
			(5) ดำรงตำแหน่งประเภทบริหาร ที่มีชั่วโมงบินน้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	26,000
			(6) ดำรงตำแหน่งประเภทบริหาร และมีชั่วโมงบินมาแล้วไม่น้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	28,200
			2) นักบินผู้ตรวจการบิน ซึ่งเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตนักบินพาณิชย์ไม่ต่ำกว่านักบินพาณิชย์ตรีมี ศักยภาพบินด้วยเครื่องบินแบบหลายเครื่องยนต์และการบินด้วยเครื่องวัดประกอบการบิน และต้องผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการว่าเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับงานในหน้าที่ที่ เกี่ยวกับการบินที่จะเป็นนักบินผู้ตรวจการบินให้ได้รับ พ.น.อ. 1 ดังนี้	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			(1) ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ที่มีชั่วโมงบินน้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	26,000
			(2) ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ และมีชั่วโมงบินมาแล้วไม่น้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	28,200
			(3) ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการ ที่มีชั่วโมงบินน้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	26,000
			(4) ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการ และมีชั่วโมงบินมาแล้วไม่น้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	28,200
			(5) ดำรงตำแหน่งประเภทบริหาร ที่มีชั่วโมงบินน้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	26,000
			(6) ดำรงตำแหน่งประเภทบริหาร และมีชั่วโมงบินมาแล้วไม่น้อยกว่า 700 ชั่วโมงบิน ให้ได้รับ พ.น.อ. 1	28,200
	2. ผู้ตรวจสอบการปฏิบัติการบินทดสอบ (Avionics)	พ.น.อ. 2	3) ผู้ตรวจสอบการปฏิบัติการบินทดสอบ ซึ่งเป็นผู้ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบินทดสอบ การวิเคราะห์และประเมินผลการบินทดสอบจากกรมการขนส่งทางอากาศหรือหน่วยงานอื่นที่กรมการขนส่งทางอากาศรับรองหรือสถาบันอื่นในต่างประเทศ และต้องผ่านการคัดเลือก	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
	บนเครื่องบินทดสอบเป็นประจำ		จากคณะกรรมการให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบการปฏิบัติการบินทดสอบ ให้ได้รับ พ.น.อ. 2 ดังนี้ ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน หรือดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันหรือได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.น.อ. 2 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.น.อ. 2 - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.น.อ. 2	8,500 8,500 8,500
	3. ช่างอากาศ หรือช่างเครื่องบิน บนอากาศยานเป็นประจำ	พ.น.อ. 3	4) ช่างอากาศ หรือช่างเครื่องบิน ซึ่งเป็นผู้สำเร็จหลักสูตรวิชาช่างเครื่องบิน หรือหลักสูตรช่างอากาศยานจากกองทัพอากาศ หรือสถาบันการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยหรือสถาบันอื่นในต่างประเทศ และต้องผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นช่างอากาศ หรือช่างเครื่องบินประจำเครื่องบินหรือเฮลิคอปเตอร์ได้ ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 ดังนี้ - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.น.อ. 3	7,500

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 <p>ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานตาม 1) 2) 3) และ 4) ที่จะได้ พ.น.อ. 1 พ.น.อ. 2 หรือ พ.น.อ. 3 ต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้</p> <p><u>พ.น.อ. 1 หรือ พ.น.อ. 2</u></p> <p>(1) ปีแรกที่ได้รับแต่งตั้งเขาปฏิบัติหน้าที่ ให้ได้รับ พ.น.อ. 1 หรือ พ.น.อ. 2 ทุกเดือนตั้งแต่วันที่รายงานตัวเข้าปฏิบัติหน้าที่เป็นต้นไปจนถึงเดือนสุดท้ายของปี</p> <p>(2) ในปีต่อไป ให้ได้รับ พ.น.อ. 1 หรือ พ.น.อ. 2 แล้วแต่กรณี ตามระยะเวลาที่ได้ทำการบินในปีที่แล้วมาเป็นเกณฑ์คำนวณ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> (ก) ถ้ามีเวลาบินตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป ให้ได้รับ พ.น.อ. 1 หรือ พ.น.อ. 2 แล้วแต่กรณี ทุกเดือนตลอดปี (ข) ถ้ามีเวลาบินตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป แต่ไม่ถึง 48 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.น.อ. 1 หรือ พ.น.อ. 2 9 เดือน นับตั้งแต่เดือนแรกของปี (ค) ถ้ามีเวลาบินไม่ถึง 24 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.น.อ. 1 หรือ พ.น.อ. 2 7 เดือน นับตั้งแต่เดือนแรกของปี (ง) ถ้าไม่มีเวลาบิน ไม่ได้รับ พ.น.อ. 1 หรือ พ.น.อ. 2 <p>การคำนวณเวลาบินนั้น ถ้ามีเศษตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไปให้นับเป็น 1 ชั่วโมง</p>	<p>7,500</p> <p>7,500</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p><u>พ.น.อ. 3</u></p> <p>(1) ปีแรกที่ได้รับแต่งตั้งเข้าปฏิบัติหน้าที่ ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 ทุกเดือนตั้งแต่วันรายงานตัวเข้าปฏิบัติหน้าที่เป็นต้นไปจนถึงเดือนสุดท้ายของปี</p> <p>(2) ในปีต่อๆ ไปให้ได้รับ พ.น.อ. 3 ตามระยะเวลาที่ได้ทำการบินในปีที่แล้วมาเป็นเกณฑ์คำนวณ ดังนี้</p> <p>(ก) ถ้ามีเวลาบินตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 ทุกเดือนตลอดปี</p> <p>(ข) ถ้ามีเวลาบินตั้งแต่ 12 ชั่วโมงขึ้นไป แต่ไม่ถึง 24 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 9 เดือน นับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(ค) ถ้ามีเวลาบินไม่ถึง 12 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 7 เดือน นับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(ง) ถ้าไม่มีเวลาบิน ไม่ได้รับ พ.น.อ. 3</p> <p>การคำนวณเวลาบินนั้น ถ้ามีเศษตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไปให้นับเป็น 1 ชั่วโมง</p> <p>ในกรณีที่ทางราชการมีคำสั่งให้ผู้ปฏิบัติงานทางอากาศผู้ใดไปปฏิบัติหน้าที่อื่นอันเป็นเหตุให้ผู้ผู้นั้นไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับ พ.น.อ. 1 พ.น.อ. 2 หรือ พ.น.อ. 3 ตามข้อกำหนดนี้เมื่อใด ให้งดจ่าย พ.น.อ. 1 พ.น.อ. 2 หรือ พ.น.อ. 3 แล้วแต่กรณี สำหรับผู้นั้นตั้งแต่วันที่ไปปฏิบัติหน้าที่อื่นเป็นต้นไป นักบิน นักบินผู้ตรวจการบิน ผู้ตรวจสอบการปฏิบัติการบินทดสอบ ช่างอากาศ หรือช่างเครื่องบิน ต้องรับการตรวจสอบสมรรถภาพของร่างกายและทดสอบความรู้ความสามารถเพื่อความเหมาะสมของตำแหน่งหน้าที่นั้นๆ จากคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
(9)	ผู้ปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบังคับรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ ตามกลุ่มตำแหน่งที่ตกลงกับสำนักงาน ก.พ.	พ.ต.ป.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานอยู่เป็นปกติ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบังคับรักษา ได้แก่ งานด้านการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วย การจัดการฝึกอาชีพ และการให้การศึกษาให้กับผู้รับการฟื้นฟู และด้านติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และจัดทำรายงานผลการตรวจพิสูจน์และผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ได้รับ พ.ต.ป. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.ป. 2,000 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.ป. 2,000 - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.ป. 2,000 <p>สำหรับผู้ซึ่งมิได้ปฏิบัติงานข้างต้นอยู่เป็นปกติ แต่ได้รับคำสั่งมอบหมายจากผู้มีอำนาจให้ปฏิบัติงานข้างต้นบางเวลา ซึ่งต้องไม่น้อยกว่า 75 ชั่วโมงต่อเดือน ให้ได้รับ พ.ต.ป. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.ป. 1,200 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ต.ป. 1,200 - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ต.ป. 1,200 	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภท เงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
(10)	ผู้ปฏิบัติงานปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ในสำนักงานคณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามยา เสพติด	พ.ป.ส.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการสืบสวนหา ข่าว การวิเคราะห์ข่าว การเฝ้าตรวจและติดตามพฤติกรรม การล่อซื้อ การตรวจค้นจับกุม การ ดำเนินคดียาเสพติด โดยใช้มาตรการสมคบ การยึดอายัดทรัพย์สิน</p> <p>การบริหารจัดการทรัพย์สิน การเร่งรัดติดตามและประสานคดี การตรวจพิสูจน์ยาเสพติด การ สำรวจพืชเสพติด การเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในพื้นที่ และการจัดระเบียบสังคม โดยการ ปฏิบัติงานต้องใช้ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ให้ได้รับ พ.ป.ส. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตร วิชาชีพหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน หรือดำรงตำแหน่งระดับ ปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือคุณวุฒิอย่างอื่น ที่เทียบได้ในระดับเดียวกันหรือได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ป.ส. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับ ชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ป.ส. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ป.ส. 	<p>4,500</p> <p>4,500</p> <p>4,500</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
(11)	ผู้ปฏิบัติงานทางอากาศ ในสำนักฝนหลวงและการ บินเกษตร กระทรวงเกษตร และสหกรณ์ - ผู้แก้ไขและปรับแต่ง อุปกรณ์วิทยุสื่อสาร และเครื่องช่วยการ เดินอากาศ	พ.น.อ. 3	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานทางอากาศในฐานะผู้แก้ไขและปรับแต่งอุปกรณ์วิทยุสื่อสารและเครื่องช่วยการเดินอากาศ ซึ่งเป็นผู้ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการแก้ไขและปรับแต่งอุปกรณ์วิทยุสื่อสารและเครื่องช่วยการเดินอากาศจากสถาบันการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยหรือสถาบันอื่นในต่างประเทศ และต้องผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้แก้ไขและปรับแต่งอุปกรณ์วิทยุสื่อสารและเครื่องช่วยการเดินอากาศได้ ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 <p>ทั้งนี้ ผู้แก้ไขและปรับแต่งอุปกรณ์วิทยุสื่อสารและเครื่องช่วยการเดินอากาศที่จะได้รับ พ.น.อ. 3 ต้องอยู่ภายใต้เกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ปีแรกที่รับแต่งตั้งเขาปฏิบัติหน้าที่ ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 ทุกเดือนตั้งแต่วันรายงานตัวเข้าปฏิบัติหน้าที่เป็นต้นไปจนถึงเดือนสุดท้ายของปี (2) ในปีต่อๆ ไปให้ได้รับ พ.น.อ. 3 ตามระยะเวลาที่ได้ทำการบินในปีที่แล้วมาเป็นเกณฑ์คำนวณ ดังนี้ 	<p>7,500</p> <p>7,500</p> <p>7,500</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>(ก) ถ้ามีเวลาบินตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 ทุกเดือนตลอดปี</p> <p>(ข) ถ้ามีเวลาบินตั้งแต่ 12 ชั่วโมงขึ้นไป แต่ไม่ถึง 24 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 9 เดือน นับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(ค) ถ้ามีเวลาบินไม่ถึง 12 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.น.อ. 3 7 เดือน นับตั้งแต่เดือนแรกของปี</p> <p>(ง) ถ้าไม่มีเวลาบิน ไม่ได้รับ พ.น.อ. 3</p> <p>การคำนวณเวลาบินนั้น ถ้ามีเศษตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไปให้นับเป็น 1 ชั่วโมง</p> <p>ในกรณีที่ทางราชการมีคำสั่งให้ผู้ปฏิบัติงานทางอากาศผู้ใดไปปฏิบัติหน้าที่อื่นอันเป็นเหตุให้ผู้ผู้นั้นไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับ พ.น.อ. 3 ตามข้อกำหนดนี้เมื่อใด ให้งดจ่าย พ.น.อ. 3 สำหรับผู้นั้นตั้งแต่วันที่ไปปฏิบัติหน้าที่อื่นเป็นต้นไป</p> <p>ผู้แก้ไขและปรับแต่งอุปกรณ์วิทยุสื่อสารและเครื่องช่วยการเดินอากาศ ต้องรับการตรวจสอบสมรรถภาพของร่างกายและทดสอบความรู้ความสามารถเพื่อความเหมาะสมของตำแหน่งหน้าที่นั้นๆ จากคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>	
(12)	<p>ผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขที่เรือนจำตามกฎหมายราชทัณฑ์</p> <p>ในกรมราชทัณฑ์</p>	พ.ต.ส.ร.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ในการบำบัดรักษาและให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ต้องขัง หรือผู้ต้องกักขัง หรือผู้ถูกกักกันตลอดเวลา ให้ได้รับ พ.ต.ส.ร. ตามกลุ่มตำแหน่งตามลักษณะงานดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - นายแพทย์ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 	<p>6,000</p> <p>11,000</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ทันตแพทย์ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 - เกษัชกร กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 - พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3 - นักเทคนิคการแพทย์ - นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิก 	<p>6,000</p> <p>8,500</p> <p>2,500</p> <p>4,000</p> <p>2,000</p> <p>2,500</p> <p>3,000</p> <p>2,000</p> <p>2,000</p>
(13)	ผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	พ.ต.ส.พ.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ในการบำบัดรักษาและให้บริการทางการแพทย์แก่เด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ตลอดเวลา ให้ได้รับ พ.ต.ส.พ. ตามกลุ่มตำแหน่งตามลักษณะงาน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - นายแพทย์ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 	<p>6,000</p> <p>11,000</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 - นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิก 	<p style="text-align: right;">2,000</p> <p style="text-align: right;">2,500</p> <p style="text-align: right;">2,000</p>
(14)	ผู้ปฏิบัติงานด้านนิติวิทยาศาสตร์ในสถาบันนิติวิทยาศาสตร์	พ.ต.ว.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานด้านนิติวิทยาศาสตร์ โดยปฏิบัติงานในสถานที่เกิดเหตุหรือปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ ซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพในกรณีถูกวิสามัญฆาตกรรมและศพไม่ทราบชื่อ ศพที่ญาติร้องขอและศพที่ตายผิดธรรมชาติ ตรวจร่างกายผู้เสียหายในกรณีถูกทำร้ายร่างกาย ถูกข่มขืนกระทำชำเรา ตรวจร่างกายและวัตถุพยานของผู้ต้องสงสัยในกรณีกระทำความผิดอาญา รวมถึงกรณีที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมสอบสวนคดีพิเศษ หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร้องขอหรือที่ได้รับมอบหมาย ตรวจพิสูจน์หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ครบทุกสาขาในกรณีต่างๆ ตรวจเก็บหลักฐานในสถานที่เกิดเหตุในคดีต่างๆ ตรวจพิสูจน์ยาเสพติดให้โทษทุกชนิด รวมทั้งการตรวจยาพิษ รวบรวมศพ ชิ้นส่วนของศพที่ไม่ทราบชื่อมาทำการพิสูจน์บุคคลและสาเหตุการตาย ให้ได้รับ พ.ต.ว. ดังนี้</p> <p style="padding-left: 40px;">ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน ให้ได้รับ พ.ต.ว.</p> <p style="padding-left: 40px;">ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ว.</p> <p style="padding-left: 40px;">ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับชำนาญงาน ให้ได้รับ พ.ต.ว.</p> <p style="padding-left: 40px;">ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ต.ว.</p> <p style="padding-left: 40px;">ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับอาวุโส ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ว.</p>	<p style="text-align: right;">3,000</p> <p style="text-align: right;">3,500</p> <p style="text-align: right;">4,000</p> <p style="text-align: right;">4,700</p> <p style="text-align: right;">5,600</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ว.	3,500
			ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป และแต่งตั้งจากคุณวุฒิปริญญาตรี หรือดำรงตำแหน่งตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และแต่งตั้งจากคุณวุฒิปริญญาโท หรือดำรงตำแหน่งและแต่งตั้งจากคุณวุฒิปริญญาเอก หรือ ระดับชำนาญการให้ได้รับ พ.ต.ว.	4,000
			ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ว.	4,700
			ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ว.	5,600
			ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการ ให้ได้รับ พ.ต.ว.	5,600
			ดำรงตำแหน่งประเภทบริหาร ให้ได้รับ พ.ต.ว.	5,600
			ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานด้านนิติวิทยาศาสตร์ต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้	
			(1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในงานด้านนิติวิทยาศาสตร์ไม่น้อยกว่า 1 ปี	
			(2) ได้รับการฝึกอบรมตามที่สถาบันนิติวิทยาศาสตร์กำหนด	
			(3) มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน ดังนี้	
			(3.1) สำหรับการปฏิบัติงานในสถานที่เกิดเหตุต้องมีเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อยเดือนละ 8 ครั้ง หรือเดือนละ 64 ชั่วโมง	
			(3.2) สำหรับการปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการต้องมีเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อยเดือนละ 72 ชั่วโมง	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
(15)	ผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข ในสถาบันนิติวิทยาศาสตร์	พ.ต.ส.ว.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์กับผู้เสียหาย หรือผู้ต้องสงสัย หรือ วัตถุพยาน หรือศพ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. ตามกลุ่มตำแหน่งตามลักษณะงาน ดังนี้</p> <p><u>นายแพทย์</u></p> <p>กลุ่มที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 8,500 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือ ระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 9,000 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 9,700 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 10,600 <p>กลุ่มที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 13,500 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือ ได้รับวุฒิบัตรหรือ อนุมัติบัตร หรือบรรจुकุณวุฒิปริญญาเอก หรือ ระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 14,000 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 14,700 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 15,600 	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>กลุ่มที่ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 18,500 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือได้รับวุฒิต่ำหรืออนุปริญญาตรี หรือบรรณารักษศาสตร์หรือศึกษาศาสตร์ หรือระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 19,000 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 19,700 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 20,600 <p><u>ทันตแพทย์</u></p> <p>กลุ่มที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 8,500 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือ ระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 9,000 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 9,700 - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 10,600 <p>กลุ่มที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 11,000 	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือบรรจุคุณวุฒิปริญญาเอก หรือ ระดับชำนาญการให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 	<p>11,500</p> <p>12,200</p> <p>13,100</p>
			<p>กลุ่มที่ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือได้รับวุฒิปริญญาตรี หรืออนุปริญญาตรี หรือบรรจุคุณวุฒิปริญญาเอก หรือ ระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 	<p>13,500</p> <p>14,000</p> <p>14,700</p> <p>15,600</p>
			<p><u>พยาบาลวิชาชีพ</u></p> <p>กลุ่มที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภติวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป และบรรจุคุณวุฒิปริญญาตรี หรือดำรงตำแหน่งตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และบรรจุคุณวุฒิปริญญาโท หรือดำรงตำแหน่งและบรรจุคุณวุฒิปริญญาเอก หรือ ระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 	<p>4,500</p> <p>5,000</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภท เงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 5,700 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 6,600 	
			<p>กลุ่มที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 5,000 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป และบรรจุคุณวุฒิปริญญาตรี หรือดำรงตำแหน่งตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และบรรจุคุณวุฒิปริญญาโท หรือดำรงตำแหน่งและบรรจุคุณวุฒิปริญญาเอก หรือ ระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 5,500 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 6,200 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 7,100 	
			<p>กลุ่มที่ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 5,500 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป และบรรจุคุณวุฒิปริญญาตรี หรือดำรงตำแหน่งตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และบรรจุคุณวุฒิปริญญาโท หรือดำรงตำแหน่งและบรรจุคุณวุฒิปริญญาเอก หรือ ระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 6,000 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 6,700 	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. <p><u>นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป และบรรจุคุณวุฒิปริญญาตรี หรือดำรงตำแหน่งตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และบรรจุคุณวุฒิปริญญาโท หรือดำรงตำแหน่งและบรรจุคุณวุฒิปริญญาเอก หรือ ระดับชำนาญการ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ หรือ ระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับทรงคุณวุฒิ ให้ได้รับ พ.ต.ส.ว. 	<p>7,600</p> <p>4,500</p> <p>5,000</p> <p>5,700</p> <p>6,600</p>
(16)	ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงาน คุมประพฤติจังหวัด สำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดสาขา และสำนักงาน คุมประพฤติประจำศาล สังกัดกรมคุมประพฤติ	พ.ค.ป.	ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานอยู่เป็นปกติด้านใดด้านหนึ่งเกี่ยวกับการสืบเสาะและพินิจ การควบคุมและสอดส่อง การตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยการแสวงหาและรวบรวมข้อเท็จจริง การแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดในชุมชน การตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด การติดตามผลการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดในชุมชน และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งการจัดทำรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>(1) เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมตามที่กรมคุมประพฤติกำหนด</p> <p>(2) ผู้ปฏิบัติงานต้องมีเวลาการปฏิบัติ เดือนละไม่น้อยกว่า 150 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.ค.ป. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน หรือดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันหรือได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ หรือ ระดับชำนาญงาน หรือ ระดับอาวุโส ให้ได้รับ พ.ค.ป. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ หรือ ระดับชำนาญการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ค.ป. - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ให้ได้รับ พ.ค.ป. 	<p>2,000</p> <p>2,000</p> <p>2,000</p>
(17)	นิติกรในทูลุ่กส่วนราชการ	พ.ต.ก.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่หลักในตำแหน่งนิติกรตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในส่วนราชการหรือหน่วยงานตามที่กำหนดในประกาศ ก.พ. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ให้ได้รับ พ.ต.ก. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ตำแหน่งนิติกร ซึ่งปฏิบัติงานด้านกฎหมายในตำแหน่งนิติกร ไม่น้อยกว่า 1 ปีสำหรับผู้มีวุฒิปริญญาเอก ไม่น้อยกว่า 2 ปีสำหรับผู้มีวุฒิปริญญาโท หรือไม่น้อยกว่า 4 ปีสำหรับผู้มีวุฒิปริญญาตรี ให้ได้รับ พ.ต.ก. 	3,000

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ตำแหน่งนิติกร และได้รับ พ.ต.ก. ระดับปฏิบัติการมาแล้ว ให้ได้รับ พ.ต.ก. 3,000 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ตำแหน่งนิติกร ซึ่งปฏิบัติงานด้านกฎหมายในตำแหน่งนิติกร ไม่น้อยกว่า 2 ปี ให้ได้รับ พ.ต.ก. 4,500 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งนิติกร และได้รับ พ.ต.ก. ระดับชำนาญการมาแล้ว ให้ได้รับ พ.ต.ก. 4,500 - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งนิติกร ซึ่งปฏิบัติงานด้านกฎหมายในตำแหน่งนิติกร ไม่น้อยกว่า 2 ปี ให้ได้รับ พ.ต.ก. 6,000 - ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการ สายงานอำนวยการเฉพาะด้าน ตำแหน่งผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (นิติกร) ระดับต้น ซึ่งปฏิบัติงานด้านกฎหมายในตำแหน่งนิติกร ไม่น้อยกว่า 2 ปี ให้ได้รับ พ.ต.ก. 6,000 <p>ในกรณีที่ทางราชการมีคำสั่งให้ผู้ดำรงตำแหน่งนิติกรผู้ใดไปปฏิบัติหน้าที่อื่น หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่นอันเป็นเหตุให้ผู้ผู้นั้นไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับ พ.ต.ก. ตามข้อกำหนดนี้เมื่อใด ให้งดจ่าย พ.ต.ก. สำหรับผู้นั้นตั้งแต่วันที่ไปปฏิบัติหน้าที่อื่นเป็นต้นไป</p> <p>ในกรณีที่ผู้ดำรงตำแหน่งนิติกร ซึ่งได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษผู้ใดจะรับเงินเพิ่มในอัตราที่สูงขึ้นตามระดับตำแหน่งได้ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ต้องปฏิบัติงานด้านกฎหมายในส่วนราชการหรือหน่วยงานตามที่กำหนดในประกาศ ก.พ. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ระหว่างได้รับ พ.ต.ก. 	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			(2) เป็นผู้ผ่านการประเมินคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. วิสามัญเกี่ยวกับการรับรองมาตรฐานนักกฎหมายภาครัฐกำหนด	
(18)	ผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข	พ.ต.ส.	<p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข ให้ได้รับ พ.ต.ส. ตามกลุ่ม ตำแหน่งตามลักษณะงาน ดังนี้</p> <p>(1) นายแพทย์ หรือ ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)</p> <p>กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>กลุ่มที่ 2 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และอยู่ในหลักเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 เป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขาต่างๆ นอกเหนือจากกลุ่มที่ 3 จากแพทยสภา หรือ</p> <p>2.2 เป็นแพทย์ที่ได้รับปริญญาโทหรือปริญญาเอกทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง ก.พ. หรือคณะกรรมการกลางบริหารงานบุคคลอื่นรับรอง หรือ</p> <p>2.3 เป็นแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบคุณภาพ และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์เป็นจำนวนตามมาตรฐานที่สำนักงาน ก.พ. และกระทรวงการคลังกำหนด หรือ</p> <p>2.4 เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอ หรือศูนย์บริการระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลประเมินการปฏิบัติงานในเกณฑ์</p>	<p>5,000</p> <p>10,000</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภท เงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>ติดต่อกันมากกว่า 4 ปี โดยนับการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะเป็นปีที่ 1 ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>กลุ่มที่ 3 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ใน มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และเป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิปับตร หรือหนังสืออนุมัติแสดง ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ในสาขาใดสาขา หนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>3.1 สาขาพยาธิวิทยาทั่วไป</p> <p>3.2 สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค</p> <p>3.3 สาขาพยาธิวิทยาคลินิก</p> <p>3.4 สาขานิติเวชศาสตร์</p> <p>3.5 สาขาจิตเวชศาสตร์</p> <p>3.6 สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น</p> <p>3.7 สาขาประสาทศัลยศาสตร์</p> <p>3.8 สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก</p> <p>3.9 สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา)</p> <p>ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>(2) ทันทแพทย์ หรือ ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (ทันตแพทย์)</p> <p>กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ใน มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p>	<p>15,000</p> <p>5,000</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>กลุ่มที่ 2 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ใน มาตรฐานกำหนดตำแหน่งและได้รับปริญญาโทหรือปริญญาเอกทางทันตแพทย์หรือ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องซึ่ง ก.พ. หรือคณะกรรมการกลางบริหารงานบุคคลอื่นรับรอง ให้ ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>กลุ่มที่ 3 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ใน มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และเป็นทันตแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติแสดง ความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพทัน ตกรรมในสาขาต่างๆ จากทันตแพทยสภา ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>(3) เกสัชกร หรือ ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (เภสัชกรรม)</p> <p>กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ใน มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>กลุ่มที่ 2 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ใน มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และเป็นเภสัชกรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหลักอย่าง ใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 การเตรียมยาหรือวิเคราะห์ยาเคมีบำบัด หรือ</p> <p>2.2 ให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาในกลุ่มโรคติดต่อร้ายแรง เช่น เอชดี วัณโรค ฯลฯ ซึ่ง จัดเป็นคลินิกเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะแยกจากการจ่ายยาปกติ หรือ</p> <p>2.3 งานคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับการตรวจจับและทำคดี ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p>	<p>7,500</p> <p>10,000</p> <p>1,500</p> <p>3,000</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภท เงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>(4) พยาบาลวิชาชีพ</p> <p>กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>1.1 ให้บริการพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอก การพยาบาลครอบครัวและชุมชน การบริการพยาบาลอนามัยชุมชนอนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย หรือ</p> <p>1.2 อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการหรืองานบริการพยาบาลในกลุ่ม 1.1</p> <p>ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>กลุ่มที่ 2 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 ให้บริการพยาบาล ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องสังเกตอาการ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด แผนกผู้ป่วยใน หรือ</p>	<p>1,000</p> <p>1,500</p>

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>2.2 ให้บริการพยาบาล ซึ่งมีลักษณะงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - งานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) - งานตรวจบำบัดพิเศษโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางตรงตามสาขาที่ปฏิบัติงานในหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรอง ได้แก่ การพยาบาลในหน่วยเคมีบำบัด รังสีรักษา การตรวจรักษาผ่านกล้องหรือเครื่องมือพิเศษทาง การแพทย์ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การตรวจสวนหัวใจ การตรวจสมรรถภาพหัวใจและปอด การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ปอดและหัวใจเทียม ไตเทียม งานปลูกถ่ายอวัยวะ การบำบัดทางจิต-ประสาท การบำบัดยาเสพติด การบำบัดด้วยไฟฟ้า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการ การให้คำปรึกษาพิเศษด้านสุขภาพ (Counseling) - การตรวจบำบัดพิเศษเฉพาะทางอื่นๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไปที่สภาการพยาบาลรับรอง หรือ <p>2.3 อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในหน่วยบริการหรืองานบริการพยาบาลในกลุ่ม ตาม 2.1 หรือ 2.2</p> <p>ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p>	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>กลุ่มที่ 3 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>3.1 ให้บริการพยาบาล ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพยาบาลวิสัญญีโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป - การพยาบาลเวชปฏิบัติโดยพยาบาลที่ได้รับปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) - การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต (ICU หรือ CCU) หรือการพยาบาลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤตนอกแผนกดังกล่าว โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต - การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้รุนแรงหรืออันตราย (โรคตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข) - การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพฯ (APN) จากสภาการพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับปริญญาโทขึ้นไปทางการพยาบาลเฉพาะทางทางคลินิกและมีคุณสมบัติสมัครสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพฯ ของสภาการพยาบาล หรือ 	2,000

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภท เงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			<p>3.2 ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าทีมควบคุมในการพัฒนาระบบคุณภาพการบริการทางการแพทย์พยาบาล เป็นจำนวนตามมาตรฐานที่สำนักงาน ก.พ. และกระทรวงการคลัง กำหนด หรือ</p> <p>3.3 อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการหรืองานบริการพยาบาลในกลุ่ม ตาม 3.1</p> <p>ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p>	

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
			(5) นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายหรือนักวิชาการศึกษาพิเศษที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัดที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิก และนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ซึ่งปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ให้ได้รับ พ.ต.ส.	1,000
(19)	ผู้ปฏิบัติงานในสำนัก กษาปณ์ กรมธนารักษ์	พ.ต.ช.	ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการออกแบบการผลิตและการควบคุมคุณภาพในกระบวนการผลิตเหรียญกษาปณ์ เหรียญที่ระลึก หรือเครื่องราชอิสริยาภรณ์ โดยสัมผัสใกล้ชิดกับสารเคมีอันตราย ฝุ่นละออง ไอกรด หรือต้องปฏิบัติงานกับเครื่องจักรที่ก่อให้เกิดความร้อน เสียง แสงสะท้อน หรือแรงสั่นสะเทือน ตลอดเวลา ให้ได้รับ พ.ต.ช. ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ให้ได้รับ พ.ต.ช. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ให้ได้รับ พ.ต.ช. 	2,000 2,000
(20)	ผู้ปฏิบัติงานด้าน อุตุนิยมวิทยาในกรม อุตุนิยมวิทยา	พ.อ.ต.	ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานด้านอุตุนิยมวิทยาการบิน ด้านพยากรณ์อากาศและประกาศเตือนภัยธรรมชาติ ด้านการตรวจอากาศ โดยการติดตามฝ้าระวัง ตรวจวัด วิเคราะห์ พยากรณ์ แจ้งข่าวรายงาน และเตือนภัยพิบัติทางธรรมชาติ ตลอด 24 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.อ.ต. ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ให้ได้รับ พ.อ.ต. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ให้ได้รับ พ.อ.ต. 	2,000 2,000

ลำดับ	ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ	ประเภทเงินเพิ่ม	หลักเกณฑ์	อัตราเงินเพิ่ม (บาท/เดือน)
(21)	ผู้ปฏิบัติงานด้านการข่าว ในกรมการปกครอง	พ.ช.ป.	ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการติดตาม ศึกษา รวบรวมและวิเคราะห์ข่าว ประเมินสถานการณ์ ที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงภายในประเทศและความสงบเรียบร้อยของสังคม หรือติดตามและเฝ้าระวังเหตุการณ์ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงภายในประเทศ ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อแจ้งเตือนและรายงานให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบทราบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานด้านการข่าวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้รับ พ.ช.ป. ดังนี้ - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ให้ได้รับ พ.ช.ป.	4,000
(22)	เจ้าพนักงานปกครอง (ปลัดอำเภอ) ในกรมการ ปกครอง	พ.ป.ค.	ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสืบสวนสอบสวนคดีอาญา การอำนวยความสะดวก การรักษาความสงบเรียบร้อยในพื้นที่ การแก้ไขข้อขัดแย้งและไกล่เกลี่ยข้อพิพาท การปราบปราม ยาเสพติดและผู้มีอิทธิพล การจัดระเบียบสังคม หรืองานอื่นที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่ของ เจ้าพนักงานปกครอง (ปลัดอำเภอ) ให้ได้รับ พ.ป.ค. ดังนี้ - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ให้ได้รับ พ.ป.ค.	5,000
(23)	ผู้ปฏิบัติงานด้านการ คุ้มครองพยาน ในกรม คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ	พ.ค.พ.	ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองพยานในคดีอาญา และได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองพยาน โดยทำหน้าที่เป็นชุดคุ้มครองความปลอดภัยแก่ พยานในคดีอาญา ตามมาตรการทั่วไปและให้ความคุ้มครองพยานตามมาตรการพิเศษ ให้ได้รับ พ.ค.พ. ดังนี้ - ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ให้ได้รับ พ.ค.พ. - ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ให้ได้รับ พ.ค.พ.	4,000 4,000

ที่มา: ระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2560