ข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๘ ให้นโยบายการจัดทำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ทั้งนี้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ได้จัดทำข้อเสนอฯเป็นไปตามนโยบายและปรับปรุงบางส่วนตามข้อจำกัดของข้อมูล ดังนี้

๑) นโยบายเชิงหลักการของการจัดทำข้อเสนองบกองทุนปีงบประมาณ ๒๕๕๙

- เป็นงบประมาณบริการตามสิทธิประโยชน์ ไม่รวมกรณีเกิดสาธารณะภัยและการระบาดรุนแรงของโรค
- เป็นงบประมาณแบบปลายปิด และหากการดำเนินงานจริงมีจำนวนประชากรที่เพิ่มมากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ดำเนินการของบเพิ่มเติม
- ให้เพียงพอ โดยไม่ให้มีการอุดหนุนข้ามระบบ (cross subsidy) กับระบบประกันสุขภาพอื่น
- กำหนดเป้าหมายและความครอบคลุมในการให้บริการตามศักยภาพของระบบบริการที่จะพัฒนาได้ และเน้นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประมาณการเป้าหมายและงบประมาณ
- การประมาณการงบประมาณรายการย่อยต่างๆ <u>จะต้องไม่ซ้ำซ้อนกัน และไม่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น</u>

๒) โครงสร้างต้นทุนบริการสาธารณสุข

- <u>รวม</u>ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากนโยบายรัฐบาลกรณีให้เพิ่มเงินค่าครองชีพของข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว ที่มีผลตั้งแต่เริ่ม ๑ ต.ค. ๒๕๕๗
- <u>รวม</u>ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากนโยบายรัฐบาลกรณีการปรับเพิ่มฐานเงินเดือนและค่าจ้างประจำของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานของรัฐ ที่จะเริ่ม ๑ เม.ย. ๒๕๕๘
- <u>รวม</u>ค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้นจากการปรับลูกจ้างชั่วคราวเป็นพนักงานของกระทรวงสาธารณสุข
- <u>ไม่รวม</u>ค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้น จากการปรับลูกจ้างชั่วคราวเป็นพนักงานของกระทรวงสาธารณสุข (แต่จะรวมค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวแบบระบบเดิม)
- <u>ไม่รวม</u>งบลงทุนใหม่เพื่อยกระดับศักยภาพสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

- ไม่รวม ค่าตอบแทนที่หน่วยงานได้รับโดยตรงจาก สงป. (ได้แก่ พตส. เป็นต้น)
- จำแนกต้นทุนค่าแรงของพื้นที่เสี่ยงภัยของ ๓ จังหวัดภาคใต้ที่สูงกว่าพื้นที่อื่นให้ชัดเจน (พยาบาล ๓,๐๐๐ อัตรา)

๓) บริการสาธารณสุขที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

- งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพิ่มสัดส่วนงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นร้อยละ ๑๔ ของงบเหมาจ่ายรายหัว (ปี ๒๕๕๘ = ๑๓.๓%) และให้สอดคล้องกับแผนบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพฯ ของประเทศ
- งบบริการการแพทย์แผนไทย เพิ่มการสนับสนุนทางการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการใช้บริการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลและการใช้ยาสมุนไพร
- เน้นการพัฒนาขีดความสามารถและความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ และระบบเครือข่ายการส่งต่อระหว่างสถานบริการสาธารณสุข โดยจัดเป็นงบบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุข โดยเงินกองทุนจะเป็นค่าบริการทางการแพทย์
- คงงบบริการผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไว้ในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว
- เพิ่มค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายการหลักใหม่ และเพิ่มค่าบริการผู้ป่วยผู้พิการติดบ้านติดเตียงไว้ในรายการค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
- เพิ่มงบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยุติปัญหาเอดส์ (ตามมติคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ)
- แยกงบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นรายการเฉพาะ โดยระบุให้ชัดเจนว่าจะเพิ่มการเข้าถึงบริการประเภทใด

ทั้งนี้ การเพิ่มรายการใหม่ ต้องเป็นงบประมาณที่เพิ่มใหม่ และต้องแสดงรายละเอียดของที่มาพร้อมข้อมูลผลการบริการที่ผ่านมา

๔) เพิ่มการปรับปรุงประสิทธิภาพ

- คำนึงถึงต้นทุนบริการที่สามารถปรับลดได้ โดยคงคุณภาพการบริการ เช่น ค่ายา เป็นต้น
- คงรายการค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย (รวมการที่ต้องชดเชยค่าแรงของ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้)
- แยกการดำเนินการตามมาตรา ๔๗ (การสร้างหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่) ให้ชัดเจน

ข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะประกอบด้วยรายการงบประมาณจำนวน ๘ รายการ ซึ่งงบประมาณแต่ละรายการไม่ซ้ำซ้อนกัน คือ

๑. งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว
๒. งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
๓. งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
๔. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย
๖. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)
๗. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
๘. ค่าบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ทั้งนี้ แต่ละรายการมีรายละเอียดของข้อเสนอ ดังนี้

๑. งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่เริ่มดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับคนไทยทั้งประเทศ การประมาณการงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ยังคงใช้หลักการคำนวณเช่นเดียวกับ ปีที่ผ่านๆ มา แต่มีการใช้ข้อมูลที่ทันสมัยขึ้น ได้แก่ วิธีการของราคาและปริมาณ (Price and Quantity approach: PQ approach) โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัว เท่ากับ ผลรวมของอัตราต่อหัวประชากรของการบริกาสาธารณสุขต่างๆ ตามสิทธิประโยชน์แต่ละรายการย่อย โดยมีรายละเอียดการคำนวณดังนี้

๑.๑. <u>งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (รวมส่งเสริมบริการระดับปฐมภูมิ)</u> ขั้นตอนการประมาณการ เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่ใช้ในการประมาณการต้นทุนบริการด้านรักษาพยาบาล การคำนวณจึงเริ่มด้วยการประมาณการค่าใช้จ่ายในการบริการผู้ป่วยนอกภาพรวมก่อน จากนั้นจึงหักงบประมาณรายการย่อยอื่นๆ ที่มีต้นทุนซ้ำซ้อน คงเหลือเป็นงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (รวมส่งเสริมบริการระดับปฐมภูมิ) รายละเอียดการประมาณการมีดังนี้

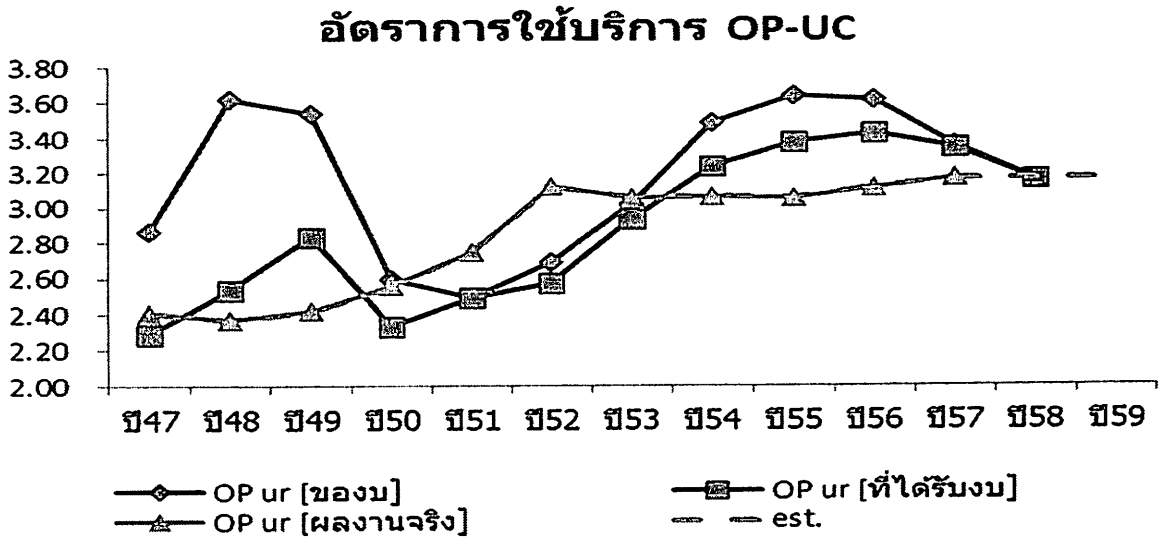
๑.๑.๑. งบบริการผู้ป่วยนอกภาพรวม ประกอบด้วยการประมาณการจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกภาพรวมและต้นทุนการบริการผู้ป่วยนอกภาพรวม และอัตราเงินเฟ้อของราคาต้นทุนบริการ ดังนี้

๑) จำนวนการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OP visits) ในแต่ละระดับหน่วยบริการ คำนวณจากอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภาพรวมของปีงบประมาณ ๒๕๕๙ คูณด้วยจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคูณด้วยสัดส่วนการใช้บริการในแต่ละระดับหน่วยบริการ ตามแบบแผนการใช้บริการโดยมีรายละเอียดในการประมาณการ ดังนี้

๑.๑) อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภาพรวมของปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ใช้ข้อมูลย้อนหลังรายปีตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จากข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP individual record) เพื่อพิจารณาแนวโน้มของการใช้บริการ และประมาณการอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กำหนดให้เท่ากับอัตราปี ๒๕๕๗ ซึ่งเท่ากับร้อยละ ๓.๑๗ (แผนภูมิที่ ๑)

๑.๒) สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกภาพรวมในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ใช้แบบแผนการใช้บริการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ จากข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP individual record) โดยแยกการคำนวณตามประเภทหน่วยบริการ (ตารางที่ ๒)

แผนภูมิที่ ๑ อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๕๗ และประมาณการปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๕๙



	ปี๔๗	ปี๔๘	ปี๔๙	ปี๕๐	ปี๕๑	ปี๕๒	ปี๕๓	ปี๕๔	ปี๕๕	ปี๕๖	ปี๕๗	ปี๕๘*	ปี๕๙*
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกภาพรวมที่ได้รับงบประมาณ	๒.๒๙	๒.๕๓	๒.๘๓	๒.๓๓	๒.๔๙	๒.๕๗	๒.๙๔	๓.๒๕	๓.๓๘	๓.๔๓	๓.๓๕	๓.๑๗	
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกภาพรวม	๒.๔๑	๒.๓๗	๒.๔๒	๒.๕๕	๒.๗๕	๓.๑๒	๓.๐๖	๓.๐๗	๓.๐๖	๓.๑๒	๓.๑๗	๓.๑๗	๓.๑๗
% เปลี่ยนแปลงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกภาพรวม		(๑.๗%)	๒.๑%	๕.๗%	๗.๖%	๑๓.๖%	(๒.๐%)	๐.๒%	(๐.๒%)	๑.๙%	๑.๗%	๐%	๐%

* เป็นค่าประมาณการจากข้อมูลผลงานจริงปี ๒๕๕๗ ด้วยค่าอัตราการเติบโตของอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภาพรวม

๒) ต้นทุนบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภาพรวม คำนวณเป็นราคาต่อครั้ง ตามประเภทหน่วยบริการ ดังนี้

๒.๑) ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกภาพรวม ใช้ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการจากข้อมูลรายงานสถานการณ์การเงินปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) และปรับเพิ่มด้วยอัตราเงินเฟ้อของราคาต้นทุน (Cost Inflation Rate) ให้เป็นต้นทุนปี ๒๕๕๙ รายการค่าใช้จ่ายที่นำมาคำนวณต้นทุน เป็นค่าใช้จ่ายตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างเฉพาะค่าใช้จ่ายในการดำเนินการให้บริการของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. <u>โดยไม่รวม</u> ดังนี้ (๑) ค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย (๒) ค่าตอบแทน พตส.

๒.๒) ต้นทุนบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คำนวณจากค่าเฉลี่ยต้นทุนบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ และปรับต้นทุนค่ายาให้เป็นต้นทุนเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยค่าคงที่จากการเปรียบเทียบราคาเรียกเก็บ (Charge) ของหน่วยบริการต่อสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ แยกตามประเภทหน่วยบริการ เป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.)

๒.๓) สำหรับต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกภาพรวมของหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ เป็นดังนี้

๒.๓.๑) ศูนย์บริการสาธารณสุข ให้มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ รพ.สต.

๒.๓.๒) คลีนิกเอกชน ให้มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ ๑.๒๕ เท่าของ รพ.สต.

๒.๓.๓) โรงพยาบาลเอกชนให้มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.)

๒.๓.๔) โรงพยาบาลที่เป็นสถาบันแพทยศาสตร์ ใช้ต้นทุนที่ได้จากการสำรวจในปี ๒๕๔๗ เป็นปีฐานในการคำนวณ

๒.๓.๕) โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ให้มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ รพศ./รพท.

๓) อัตราเงินเฟ้อของต้นทุนบริการ (Cost Inflation Rate) สำหรับการปรับต้นทุนบริการรักษาพยาบาลให้เป็นปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการแยกโครงสร้างต้นทุนเป็น ๖ ประเภท คือ เงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทน ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยให้มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามอัตราการเพิ่มเงินเดือนภาครัฐและอัตราเงินเฟ้อแต่ละประเภทต้นทุน และคำนวณตามสัดส่วนโครงสร้างต้นทุน โดยในปี ๒๕๕๘ ให้มีการเพิ่มขึ้นเป็นกรณีพิเศษจากการปรับเพิ่มฐานเงินเดือนของบุคลากรภาครัฐตามนโยบายรัฐบาล ซึ่งผลการประมาณการอัตราเงินเฟ้อของต้นทุนบริการสำหรับปี ๒๕๕๘ และปี ๒๕๕๙ อัตราเงินเฟ้อเท่ากับร้อยละ ๓.๑๖ และ ๒.๘๕ ตามลำดับ (ตารางที่ ๑) และสรุปประมาณการต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกภาพรวมปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๑ อัตราเงินเฟ้อของราคาต้นทุน (Cost Inflation Rate) ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙

ประเภทต้นทุน	ประเภทเงินเฟ้อ	สัดส่วนโครงสร้างต้นทุน ๒๕๕๗	อัตราเงินเฟ้อ ปี ๒๕๕๗	อัตราเงินเฟ้อ ปี ๒๕๕๘	อัตราเงินเฟ้อ ปี ๒๕๕๙
เงินเดือนค่าจ้างประจำ	การเพิ่มเงินเดือนภาครัฐ	๓๐.๕%	๖%*	๗%*	๖%*
ค่าจ้างชั่วคราว	การเพิ่มเงินเดือนภาครัฐ	๘.๗%	๓%*	๓%*	๓%*
ค่าตอบแทน	อัตราเปลี่ยนค่าตอบแทน	๑๕.๔%	๐%	๐%	๐%
ค่ายาเวชภัณฑ์	เท่ากับอัตราปีงบประมาณ๒๕๕๗	๒๘.๑%	๑.๓%	๑.๓%	๑.๓%
ค่าสาธารณูปโภค	เท่ากับอัตราเปลี่ยนแปลงของ Electricity /Utility CPI ระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๗	๓.๕%	๓.๙%	๓.๙%	๓.๙%
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	เท่ากับอัตราเปลี่ยนแปลงของ CPI ที่ไม่รวม Medical CPI และ Electricity /Utility CPI ระหว่างปีงบประมาณ-๒๕๕๗	๑๓.๙%	๑.๙%	๑.๙%	๑.๙%
อัตราการเปลี่ยนแปลงรวม			๒.๘๕%	๓.๑๖%	๒.๘๕%

หมายเหตุ CPI = Consumer Price Index (ดัชนีราคาผู้บริโภค)

* เป็นการเพิ่มตามเงินเดือนภาครัฐขั้นปกติ รวมการปรับเพิ่มฐานเงินเดือนบุคลากรภาครัฐตามนโยบายด้านค่าแรงของรัฐบาล

ตารางที่ ๒ ประมาณสัดส่วนการใช้บริการและต้นทุนต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภาพรวม ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

	สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก	ต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อครั้ง*
ไปสถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข	๔๖.๕%	๑๒๑
ไปโรงพยาบาลชุมชน	๓๕.๒%	๔๕๒
ไปโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	๑๓.๓%	๑,๑๐๖
ไปโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	๐.๙%	๒,๓๐๔
ไปโรงพยาบาลรัฐอื่น	๑.๗%	๑,๑๐๖
ไปคลินิกเอกชน	๑.๓%	๑๕๒
ไปโรงพยาบาลเอกชน	๑.๑%	๗๗๙
เฉลี่ยรวม	๑๐๐%	๔๐๘

* ต้นทุนรวมค่าแรง วัสดุ สาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ใช้ในการให้บริการสาธารณสุข ยกเว้น ค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย, ค่าตอบแทน พตส.

๔) ผลการคำนวณประมาณการค่าใช้จ่ายในการบริการผู้ป่วยนอกภาพรวม หักด้วยงบประมาณรายการย่อยอื่นๆ ที่มีต้นทุนซ้ำซ้อน คงเป็นงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่ ๑,๑๕๓.๙๔ บาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* ซึ่งจะเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป การจ่ายตามปริมาณผลงานบริการผู้ป่วยนอก และการจ่ายตามเกณฑ์การบริการระดับปฐมภูมิ

๑.๒. <u>งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป</u> เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่ใช้ในการประมาณการต้นทุนบริการด้านรักษาพยาบาล ขั้นตอนการคำนวณจึงเริ่มด้วยการประมาณการค่าใช้จ่ายในการบริการผู้ป่วยในภาพรวมก่อน จากนั้นจึงนำงบประมาณรายการย่อยอื่นๆ ที่มีต้นทุนซ้ำซ้อนมาหักออก คงเหลือเป็นงบบริการผู้ป่วยในทั่วไป รายละเอียดการประมาณการมีดังนี้

๑.๒.๑. จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยในและความซับซ้อนของบริการ (Inpatient Admission and Severity) ผู้ป่วยในแต่ละรายมีความแตกต่างของการเจ็บป่วยที่ต้องให้บริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันอย่างมาก การประมาณการการใช้บริการใช้วิธีคำนวนอัตราการใช้บริการและปรับเป็นหน่วยน้ำหนักความซับซ้อนของบริการด้วยดัชนีค่าเฉลี่ยความซับซ้อนที่ปรับค่าของบริการต่อราย (Adjust Case Mix Index : adjCMI) จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ เพื่อให้สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ดังนี้

๑) อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาพรวม ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๘๙ จากข้อมูลย้อนหลังรายปีตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๓-๒๕๕๗ พบว่าในปี ๒๕๕๗ มีอัตราการใช้บริการลดลงจากปี ๒๕๕๖ แต่ยังมากกว่าอัตราการใช้บริการปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ เล็กน้อย ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากศักยภาพของการให้บริการมีจำกัด และจำนวนเตียงสำหรับบริการผู้ป่วยในยังไม่มีการเพิ่มขึ้นรวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เป็นข้อจำกัดในการใช้บริการผู้ป่วยในของประชาชน ประกอบกับมีความชัดเจนว่าการเพิ่มจำนวนเตียงและบุคลากรยังไม่พร้อมที่จะเสริมศักยภาพในการบริการมากขึ้นอย่างก้าวกระโดดในระยะเวลา ๑-๒ ปี จึงประมาณการว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวมในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ และในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เท่ากับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ซึ่งจะทำให้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวม ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เท่ากับ ๐.๑๑๗ ครั้งต่อคนต่อปี (แผนภูมิที่ ๒)

๒) สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทหน่วยบริการในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ใช้แบบแผนการใช้บริการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ และใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล (IP individual record) (ตารางที่ ๓)

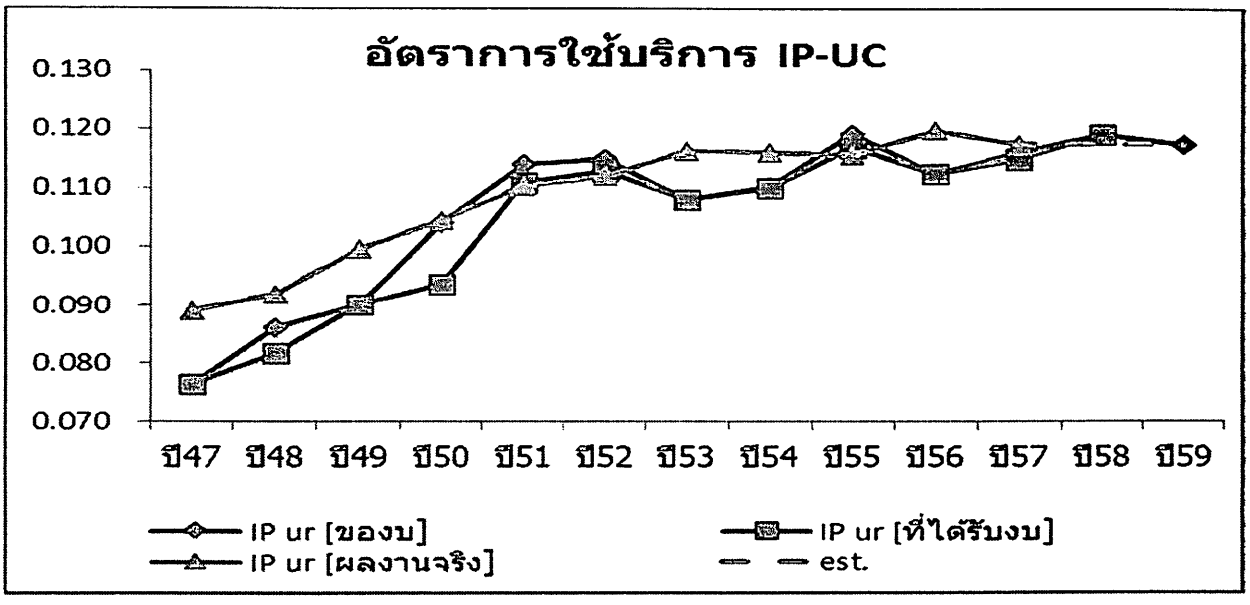
๓) ดัชนีความซับซ้อนของบริการต่อราย (adjCMI) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้ระบบ Diagnosis Related Groups (DRG) โดยประยุกต์ระบบ DRG ในการจ่ายค่าบริการให้กับหน่วยบริการต่างๆ ซึ่งเป็นระบบที่กำหนดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป็นตัวแทนทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ โดย

---

* เปลี่ยนคำที่ใช้จากเดิม "ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" เป็น "ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และบาทต่อประชากรสิทธิ หมายถึง จำนวนบาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าเฉลี่ยภาพรวมจะมีค่าเท่ากับ ๑ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จึงคาดว่าจะทำให้จำนวนรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วจะเท่ากับ ๕.๗๔ ล้านหน่วย

แผนภูมิที่ ๒ อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวม ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๕๗ และประมาณการปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๕๙



	ปี๔๗	ปี๔๘	ปี๔๙	ปี๕๐	ปี๕๑	ปี๕๒	ปี๕๓	ปี๕๔	ปี๕๕	ปี๕๖	ปี๕๗	ปี๕๘*	ปี๕๙*
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวมที่ได้รับงบประมาณ	๐.๐๗๖	๐.๐๘๒	๐.๐๙๐	๐.๐๙๔	๐.๑๑๑	๐.๑๑๓	๐.๑๐๘	๐.๑๑๐	๐.๑๑๗	๐.๑๑๓	๐.๑๑๕	๐.๑๑๙	
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวม	๐.๐๘๙	๐.๐๙๒	๐.๑๐๐	๐.๑๐๕	๐.๑๑๐	๐.๑๑๒	๐.๑๑๖	๐.๑๑๖	๐.๑๑๖	๐.๑๒๐	๐.๑๑๗	๐.๑๑๗	๐.๑๗๗
% เปลี่ยนแปลงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวม		๓.๒%	๘.๒%	๕.๐%	๕.๖%	๑.๕%	๓.๙%	๐%	๐%	๓.๖%	(๒.๐%)	๐%	๐%

* เป็นค่าประมาณการจากข้อมูลผลงานจริงปี ๒๕๕๗

๑.๒.๒. ต้นทุนบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาพรวม สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คำนวณจากค่าเฉลี่ยต้นทุนบริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการที่ปรับลดค่ายาตามเงื่อนไขให้เป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับด้วย adjCMI ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นต้นทุนบริการต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ให้มีต้นทุนต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากับต้นทุนของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากความซับซ้อนต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ ๓)

๑.๒.๓. ผลการคำนวณประมาณการค่าใช้จ่ายในการบริการผู้ป่วยในภาพรวมหักด้วยงบประมาณรายการย่อยอื่นๆ ที่มีต้นทุนซ้ำซ้อน คงเป็นบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่มีผลรวมของความซับซ้อนของบริการผู้ป่วยใน (sum adjRW) จำนวน ๕.๗๔ ล้านหน่วย และต้นทุนบริการเท่ากับ ๑๒,๑๓๐ บาทต่อadjRW

๑.๒.๔. เพิ่มเติมงบประมาณสำหรับการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในส่วนที่ต้นทุนบริการที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของต้นทุนบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยประมาณการเท่ากับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยราคาเรียกเก็บต่อ adjRW กับต้นทุนเฉลี่ยของบริการผู้ป่วยในทั่วไป ทำให้ต้องใช้งบประมาณเพิ่มจำนวน ๑,๒๕๓.๗๐ ล้านบาท หรือจำนวน ๒๕.๖๔ บาทต่อประชากรสิทธิ

๑.๒.๕. ผลการคำนวณ หักด้วยงบประมาณรายการย่อยอื่นๆ ที่มีต้นทุนซ้ำซ้อน และรวมค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยในอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำให้ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑,๑๐๔.๖๖ บาทต่อประชากรสิทธิ

ตารางที่ ๓ คาดการณ์สัดส่วนการใช้บริการและต้นทุนต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในภาพรวม
ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ

	สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน	ต้นทุนต่อน้ำหนักสัมพัทธ์*
ไปโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	๔๗.๑%	๑๓,๔๑๔
ไปโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	๔๐.๙%	๑๐,๙๖๘
ไปโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	๒.๗%	๑๐,๙๖๘
ไปโรงพยาบาลรัฐอื่น	๕.๖%	๑๐,๙๖๘
ไปโรงพยาบาลเอกชน	๓.๗%	๑๐,๙๖๘
รวม	๑๐๐%	๑๒,๑๓๐

* ต้นทุนบริการ ครอบคลุมค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ใช้ในการให้บริการสาธารณสุข ยกเว้นค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย, ค่าตอบแทน พตส.

๑.๓. งบบริการกรณีเฉพาะ เป็นงบประมาณที่กำหนดให้มีการแยกงบประมาณมาบริหารแบบภาพรวมระดับประเทศเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ ลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการจากกรณีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว บริการที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะใช้งบประมาณจำนวน ๓๖๑.๐๒ บาทต่อประชากรสิทธิ โดยงบประมาณจำนวนหนึ่งจะแยกออกมาจากงบผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในภาพรวม บางส่วนเป็นการของบประมาณเพิ่มเนื่องจากเป็นรายการที่ค่าใช้จ่ายบริการไม่ได้รวมอยู่ในต้นทุนของหน่วยบริการ และบางส่วนย้ายไปรวมกับงบประมาณปกติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑.๓.๑. กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เนื่องจากประชาชนอาจเกิดการเจ็บป่วยในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินในต่างพื้นที่ที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ ซึ่งไม่สามารถกลับมารับบริการที่หน่วยบริการประจำได้ จึงให้สามารถไปใช้บริการที่หน่วยบริการอื่นได้และได้แยกงบประมาณบริหารแบบภาพรวมในบางบริการเป็นการเฉพาะ การประมาณการส่วนใหญ่ใช้วิธี PQ approach โดยใช้ข้อมูลผลงานที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๕๗ และคาดการณ์เป็นปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ด้วยแนวโน้มการเพิ่ม/ลดของบริการ สำหรับค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอกเป็นไปตามค่าเฉลี่ยของราคาบริการแต่จะไม่เกินราคากลางที่กำหนด กรณีผู้ป่วยในจะเป็นไปตามระบบ DRG จะใช้งบประมาณจำนวน ๑๒๑.๙๑ บาทต่อประชากรสิทธิ ซึ่งมีบริการต่างๆ ดังนี้

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
๑) การบริการผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	เป็นค่าบริการผู้ป่วยนอก เมื่อมีการใช้บริการกับหน่วยบริการที่อยู่นอกจังหวัดที่ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกรณีคนพิการที่ใช้บริการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใดก็ได้ ประมาณการการใช้บริการปีงบประมาณ ๒๕๕๙ อัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๑ จากผลงานการใช้บริการจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ จำนวน ๑,๒๔๐,๙๐๓ ครั้ง
๒) การร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ	เป็นค่าบริการรับส่งต่อผู้ป่วยนอก เมื่อมีการใช้บริการกับหน่วยบริการที่อยู่นอกจังหวัดที่ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันฯ โดย สปสช.จะจ่ายในส่วนที่เกิน ๑,๖๐๐ บาท ประมาณการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ เจากผลงานการใช้บริการจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ คาดว่าในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะมีผู้ใช้บริการจำนวน ๑,๐๑๔,๕๑๘ ครั้ง
๓) ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ	สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า ประมาณการการใช้บริการเท่ากับการใช้บริการจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ คาดว่าในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะมีการใช้บริการจำนวน ๒๒๘,๘๐๐ ครั้ง
๔) การใช้บริการผู้ป่วยใน กรณีเด็กแรกเกิดทุกราย	กรณีเด็กแรกเกิดทุกราย ประมาณการการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ จากผลงานการใช้บริการจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ คาดว่าปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะมีผู้ใช้บริการจำนวน ๖๒๐,๖๘๔ ราย โดยค่าใช้จ่ายเป็นไปตามระบบ DRG
๕) การใช้บริการผู้ป่วยใน	ประมาณการผู้ป่วยปีงบประมาณ ๒๕๕๙ โดยให้อัตราการใช้บริการ

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
- กรณีผู้มีสิทธิแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำเข้ารับบริการครั้งแรก (มาตรา ๘) - กรณีผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนสิทธิ - กรณีผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพ	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ จากผลงานการใช้บริการจริงปีงบประมาณ ๒๕๕๗ คาดว่าจะมีผู้ใช้บริการจำนวน ๑๕,๖๙๒ ราย โดยค่าใช้จ่ายเป็นไปตามระบบ DRG

๑.๓.๒. กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและกลุ่มโรคที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ รวมถึงการปรับปรุงมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการกำหมดเงื่อนไขบริการ (Protocol) และป้องกันความรุนแรงของโรคนั้นๆ การประมาณการส่วนใหญ่ใช้วิธี PQ approach โดยใช้ข้อมูลผลงานที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๕๗ และคาดการณ์เป็นปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ด้วยแนวโน้มการเพิ่ม/ลดของบริการ สำหรับค่าใช้จ่ายเป็นไปตามค่าเฉลี่ยของราคาบริการแต่จะไม่เกินราคากลางที่กำหนด จะใช้งบประมาณจำนวน ๙๓.๖๔ บาทต่อประชากรสิทธิ โดยมีรายการบริการต่างๆ ดังนี้

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
๑) การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis / Hemodialysis for acute renal failure)	สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วนในเบื้องต้น ก่อนที่จะมีการตรวจรักษาต่อไป ประมาณการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙ จากผลงานการใช้บริการจริงปีงบประมาณ ๒๕๕๗ เป้าหมายผู้ใช้บริการจำนวน ๓๕,๘๑๒ ครั้ง
๒) ยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วย เอชไอวี	เป็นค่ายาสำหรับรักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) และค่ายารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) เป้าหมายผู้ใช้บริการให้เท่ากับผลงานการใช้บริการจริงในปี ๒๕๕๗ จำนวน ๕,๖๒๑ ครั้ง
๓) ยาละลายลิ่มเลือดในโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ (ST Evaluated MI: STEMI)	เป็นการให้ยาสลายลิ่มเลือดโดยให้ผู้ป่วยได้รับยาในเวลาที่เร็วที่สุด เพื่อลดความพิการในผู้ป่วย ทำให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ เป้าหมายผู้ใช้บริการจำนวน ๒,๘๑๖ ราย
๔) ยาละลายลิ่มเลือดในโรคที่เกี่ยวกับการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track)	เป็นการตรวจวินิจฉัยด้วย CT Scan และให้ยาสลายลิ่มเลือดโดยให้ผู้ป่วยได้รับยาในเวลาที่เร็วที่สุด เพื่อลดความพิการในผู้ป่วย ทำให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ เป้าหมายผู้ใช้บริการ จำนวน ๒,๒๗๘ ราย
๕) การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง กรณีผู้ป่วยนอก	เป็นค่ายาและค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกอวัยวะ โดยมีเป้าหมายปี ๒๕๕๙ การใช้บริการผู้ป่วยนอก จำนวน ๔๐,๘๖๗ คน เท่ากับการใช้บริการในปี ๒๕๕๗ และผู้ป่วยในจำนวน ๒๙๕,๕๐๐ ครั้ง (เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๕)
๖) โรคต้อกระจก (Cataract)	เป็นค่าบริการสำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาให้ผู้ป่วย (รวมค่าเลนส์ตา) จำนวน ๑๔๖,๖๖๑ ราย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ให้บริการในโรงพยาบาล จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปยังโรงพยาบาลในชนบท เพิ่มขึ้นตามอัตรามาตรฐานการผ่าตัดของ WHO (๓,๐๐๐ ครั้งต่อล้านประชากร)

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
๗) โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy)	เป็นค่าบริการรักษาโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานด้วยแสงเลเซอร์ เพื่อป้องกันตาบอด ประมาณการเป้าหมายในปี ๒๕๕๙ จากอัตราความชุกของโรค (ร้อยละ ๒๕ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ ๒nd Prevention และต้องได้รับบริการเลเซอร์ร้อยละ ๖) เป้าหมายร้อยละ ๘๑ เท่ากับ ๑๒,๕๐๙ ราย
๘) โรคหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (เข้าระบบ OP ปกติ เพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการ)	เป็นการเพิ่มการเข้าถึงยาสเตอร์รอยด์ (Inhaled Corticosteroid) สำหรับผู้ป่วยโรคหืด และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมถึงการได้รับการฟื้นฟูและตรวจสมรรถภาพปอด เพื่อลดภาวะความรุนแรงของโรค
๙) การจัดฟันสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัด	เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดฟันจนครบขั้นตอนการรักษาสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัด โดยคาดการณ์ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการจัดฟันและสามารถเข้าถึงบริการ (ร้อยละ ๗๗ ของผู้ที่ต้องทำการจัดฟัน) จำนวน ๒๗๙ ราย

๑.๓.๓. กรณีลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ (Provider financial risk protection) เป็นบริการที่มีหน่วยบริการสามารถให้บริการได้น้อยแห่ง และเพิ่มการเข้าถึงจากการให้บริการกรณีหัตถการและกลุ่มโรคที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ การประมาณการงบประมาณใช้ PQ approach และเป็นไปตามแนวทางการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ในแต่ละหัตถการหรือกลุ่มโรค ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่ายที่เป็นราคากลางซึ่งกำหนดตามต้นทุนบริการจะใช้งบประมาณจำนวน ๑๐๓.๔๒ บาทต่อประชากรสิทธิ โดยมีหัตถการและกลุ่มโรคต่างๆ ดังนี้

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
๑) อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค	เป็นค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคตามรายการที่กำหนดตามความจำเป็นที่สำคัญเฉพาะที่จะช่วยส่งเสริมให้หน่วยบริการ มีการบริการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (สำหรับรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ ที่ไม่ได้กำหนดไว้ หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและงบบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ประมาณการในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการใช้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑.๓ จากเป้าหมายปี ๒๕๕๘ โดยเพิ่มอุปกรณ์รายการใหม่ จากปี ๒๕๕๘ จำนวน ๑ รายการ มีการปรับราคาอุปกณ์ลดลง ๑๘ รายการ และเพิ่มขึ้น ๒ รายการ
๒) สารประกอบเลือดเข้มข้น สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดฮีโมฟีเลีย (เนื่องจากมีการบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ จ.(๒) จึงย้ายไปรวมในยาบัญชี จ.(๒))	เป็นค่ายา (Factor Concentration) เพื่อใช้รักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น ป้องกันกรณีเลือดออกไม่หยุดในผู้ป่วย งบประมาณใช้สำหรับการสนับสนุนค่ายาที่มีราคาแพงให้กับหน่วยบริการ
๓) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen	เป็นค่าบริการเฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) จำนวน ๑๐ คน (๔๘ ครั้ง) เฉลี่ยใช้บริการคนละ ๔.๘ ครั้ง

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
therapy)	
๔) การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal transplantation)	เป็นค่าใช้จ่ายให้กับสภากาชาดไทยในการจัดหาและจัดเก็บดวงตาจากผู้บริจาค สำหรับให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา โดยประมาณการจำนวนผู้ที่จะได้รับการผ่าตัดจากการใช้บริการจริงปีงบประมาณ ๒๕๕๒-๒๕๕๗ และคาดการณ์ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ให้เท่ากับผู้รับบบริการผ่าตัดในปี ๒๕๕๗ จำนวน ๔๐๖ ราย
๕) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กที่มีภาวะท่อน้ำดีอุดตันแต่กำเนิด (Pediatric Liver transplantation)	เป็นค่าบริการผ่าตัดสำหรับผู้บริจาคอวัยวะและผู้รับอวัยวะ (การเตรียมก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด) จำนวน ๒๒ ราย (เท่ากับผู้รับบบริการผ่าตัดในปี ๒๕๕๗) และค่ายากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ จำนวน ๑๕๒ ราย
๖) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)	เป็นค่าบริการผ่าตัดสำหรับผู้บริจาคอวัยวะและผู้รับอวัยวะ (การเตรียมก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด) จำนวน ๑๑ ราย (เท่ากับผู้รับบบริการผ่าตัดในปี ๒๕๕๗) และค่ายากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ จำนวน ๕๕ ราย
๗) การปลูกถ่ายไขกระดูก (Bone marrow transplantation)	สำหรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิด เม็ดโลหิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย จำนวน ๕๔ ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๒ จากผู้รับบริการผ่าตัดในปี ๒๕๕๗

๑.๓.๔. กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการบริหารจัดการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้อย่างต่อเนื่อง การประมาณการงบประมาณใช้ PQ approach และเป็นไปตามแนวทางการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ในแต่ละโรค ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่ายที่เป็นราคากลางซึ่งกำหนดตามต้นทุนบริการจะใช้งบประมาณจำนวน ๓๐.๓๓ บาทต่อประชากรสิทธิ โดยมีรายการบริการ ดังนี้

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
๑) สารเมทาโดนสำหรับการบำบัดรักษาระยะยาว	เป็นค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ เป้าหมาย ๔,๕๑๖ ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑ จากผลการใช้บริการจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗
๒) ยาบัญชียาย่อย จ. ของบัญชียาหลักแห่งชาติ (รวมสารประกอบเลือดเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดฮีโมฟีเลีย)	เนื่องจากประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ และบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ฉบับที่ ๒ มีการเพิ่มรายการยาต่างๆ มากขึ้น โดยเฉพาะยาในบัญชี จ(๒) ที่เป็นยาราคาแพงซึ่งมีเงื่อนไขการใช้ยาและการติดตามการใช้ยาเป็นการเฉพาะ สำหรับการประมาณการปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายยา ในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ คาดการณ์ในปี ๒๕๕๙ (เพิ่มรายการยาใหม่ ๓ รายการ และรวมค่า

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
	สารประกอบเลือดเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดฮีโมฟีเลีย) จะมีผู้ป่วยที่เข้าถึงยา จำนวน ๒๔,๓๐๒ คน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๘ จากปี ๒๕๕๗
๓) ยาที่ใช้สิทธิ Compulsory licensing (CL)	ได้แก่ ยา Clopidogrel (ยารายการอื่นที่ทำ CL จะอยู่ในงบบริการผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และ AIDS) ใช้ผลการเบิกจ่ายยาในปีงบประมาณ ๒๕๕๔-๒๕๕๗ และประมาณการว่าในปี ๒๕๕๙ จะมีผู้ป่วยที่จะต้องใช้ยา จำนวน ๑๘๒,๔๗๗ คน คิดเป็น ๓๖,๗๙๙,๔๘๘ เม็ด
๔) ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	ได้แก่ ยากำพร้า เป็นต้น โดยประมาณการค่าใช้จ่ายจากข้อมูลการนำเข้ายาปี ๒๕๕๓ ข้อมูลการใช้ยาปีงบประมาณ ๒๕๕๕-๒๕๕๗ และข้อมูลอุบัติการณ์โรคจากสมาคมพิษวิทยาประกอบกับเงื่อนไขในการจัดหา คาดการณ์ว่าในปี ๒๕๕๙ จะมีผู้ป่วยเข้าถึงยา จำนวน ๖,๓๓๕ คน

๑.๓.๕. กรณีที่ต้องบริหารแบบบริการเฉพาะโรค เป็นการสนับสนุนการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร และรวมถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การประมาณการงบประมาณใช้ PQ approach และเป็นไปตามแนวทางการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ในแต่ละโรค ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่ายที่เป็นราคากลางซึ่งกำหนดตามต้นทุนบริการ จะใช้งบประมาณจำนวน ๗.๙๖ บาทต่อประชากรสิทธิ โดยมีรายการบริการและโรคต่างๆ ดังนี้

โรค/บริการ	บริการที่ใช้คำนวณงบประมาณ
๑.๑) ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย (Thalassemia)	สำหรับบริการให้เลือดและยาขับเหล็กในผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรง โดยประมาณการจากสัดส่วนผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรงต่อจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียสะสม คิดเป็นร้อยละ ๐.๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ตั้งเป้าหมายผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล จำนวน ๓,๒๖๗ ราย
๒) ผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)	เป็นการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยครอบคลุมค่ายา การตรวจกลุ่มเสี่ยง และกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยกินยารักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ เพราะหากผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดการดื้อยา ส่งผลให้การรักษายากและใช้ต้นทุนสูงขึ้น มีอัตราเพิ่มร้อยละ ๔ จากผลงานการใช้บริการจริงปีงบประมาณ ๒๕๕๗ จำนวน ๕๗,๐๐๐ คน
๓) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)	เป็นการให้ยา Morphine เพื่อบรรเทาอาการปวดรุนแรงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พักรักษาที่บ้าน และดูแลประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป้าหมาย ๑๓,๘๒๓ ราย

๑.๔. <u>งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</u> เป็นงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัวที่ครอบคลุมประชากรไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการปรับปรุงกิจกรรมและเงื่อนไขขอบเขตบริการ และเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ใหม่ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ วันที่ ๒๑ มกราคม

๒๕๕๘ และในปี ๒๕๕๙ ส่วนหนึ่งมีการให้ท้องถิ่นร่วมจัดหาบริการ ซึ่งจะย้ายงบประมาณส่วนหนึ่งไปรายการ "ค่าบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ดังนั้นความครอบคลุมประชากรของกิจกรรมที่ให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมจัดหาบริการจะลดลง ทำให้งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๒๘๘.๔๕ บาทต่อประชากรไทย หรือจำนวน ๓๗๙.๕๒ ต่อประชากรสิทธิ โดยมีรายละเอียดการประมาณการงบประมาณ ดังนี้

๑.๔.๑. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป วิธีการประมาณการงบประมาณใช้วิธีต้นทุนรายกิจกรรมมาตรฐาน (Standard Activity Based Costing) โดยไม่รวมงบลงทุน/ค่าเสื่อม โดยใช้ข้อมูลการคิดต้นทุนในแต่ละกิจกรรมที่มีความทันสมัยและใกล้เคียงกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น ได้แก่ ราคาวัคซีนพื้นฐาน ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธ์ เป็นต้น และมีการปรับปรุงกิจกรรมและเงื่อนไขขอบเขตบริการ ซึ่งผลการประมาณการต้องใช้งบประมาณจำนวน ๓๘๕.๔๓ บาทต่อประชากรสิทธิ ซึ่งจะบริหารจัดการโดยเป็นค่าบริการสำหรับหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๔.๒. งบค่าวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Influenza vaccine) ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับคนไทยทั้งประเทศ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ คิดอัตราความครอบคลุม ตามศักยภาพของระบบเท่ากับ ๓๐% คิดเป็นเป้าหมายที่ ๓.๑๕๔ ล้านคน ต้องใช้วัคซีน ๓.๓๑๒ ล้านโด๊ส (อัตราสูญเสียร้อยละ ๕) ใช้งบประมาณจำนวน ๑๐.๒๕ บาทต่อประชากรสิทธิ หรือจำนวน ๗.๖๗ บาทต่อประชากรไทยทั้งหมด

๑.๕. <u>งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์</u> ครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการและกลุ่มประชากรที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่ใช้รูปแบบการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ การบริการในชุมชน และการบริการในระบบทางเลือกต่างๆ โดยทิศทางหลักจะเป็นการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้มีการเน้นหนักการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์เชิงรุกในชุมชนร่วมกับการบริการที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการ และเน้นให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งทางด้านงบประมาณและการบริการ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ การประมาณการงบประมาณใช้แนวโน้มการบริการจากผลการดำเนินงานในอดีตและจำนวนคนพิการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และเพิ่มการดูแลผู้ป่วยผู้พิการติดบ้านติดเตียงที่บ้าน ทำให้ต้องใช้งบประมาณ จำนวน ๑๖.๑๓ บาทต่อประชากรสิทธิ ซึ่งประกอบด้วย

๑.๕.๑. ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือคนพิการ จำนวน ๕.๒๗ บาทต่อประชากรสิทธิ

๑.๕.๒. ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน ๗.๓๖ บาทต่อประชากรสิทธิ และการดูแลผู้ป่วยผู้พิการติดบ้านติดเตียงที่บ้าน จำนวน ๑.๑๕ บาทต่อประชากรสิทธิ

๑.๕.๓. ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือคนพิการ จำนวน ๐.๖๓ บาทต่อประชากรสิทธิ

๑.๕.๔. การพัฒนารูปแบบระบบบริการและการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพคนพิการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนและแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม จำนวน ๐.๕๘ บาทต่อประชากรสิทธิ

๑.๖. งบบริการแพทย์แผนไทย เป็นงบประมาณค่าบริการแพทย์แผนไทยเฉพาะรายการที่ได้รับความเห็นชอบว่าเป็นบริการที่ช่วยเสริมการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ได้ชัดเจน ซึ่งในการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ละปีที่ผ่านมา จะมีการแยกงบประมาณเป็นรายการย่อยเฉพาะ สำหรับในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ การประมาณการงบประมาณใช้ข้อมูลผลงานและอัตราการใช้บริการใช้ข้อมูลการใช้บริการแพทย์แผนไทยปี ๒๕๕๓-๒๕๕๗ ในการประมาณการ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้แบ่งบริการแผนไทยเป็น ๓ รายการ ได้แก่ นวด อบ ประคบ, การฟื้นฟูแม่ก่อนคลอดและหลังคลอด และบริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยการคาดการณ์อัตราการใช้บริการแพทย์แผนไทยใช้อัตราการใช้บริการในปี ๒๕๕๗ เป็นปีฐาน ซึ่งจะใช้งบประมาณรวมทั้งสิ้นจำนวน ๑๐.๗๗ บาทต่อประชากรสิทธิ

๑.๗. งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เป็นค่าเสื่อมจากการให้บริการ การคำนวณคิดจากสัดส่วนต้นทุนค่าเสื่อมกับต้นทุนบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งหมดของหน่วยบริการ โดยใช้ข้อมูลทางบัญชีปี ๒๕๕๗ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวแทน ซึ่งพบว่าค่าเสื่อมสำหรับบริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ ๗.๗๔ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก /ผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งคิดเป็น ๒๔๙.๔๐ บาทต่อประชากรสิทธิ แต่ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ขอสนับสนุนที่ ๑๒๘.๖๙ บาทต่อประชากรสิทธิ ซึ่งเท่ากับที่ได้รับงบประมาณในปี ๒๕๕๘

๑.๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา ๔๑ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประมาณการจากจำนวนรายและงบประมาณที่ใช้จ่ายจริงตามประเภทความเสียหายตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๕๗ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ คาดการณ์จากอัตราเพิ่มเฉลี่ย ๔ ปีเท่ากับร้อยละ ๘ จะมีผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล จำนวน ๑,๐๗๙ ราย และเกือบครึ่งหนึ่งที่เป็นความเสียหายแบบเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร จะต้องใช้งบประมาณ จำนวน ๓๑๔.๗๒ ล้านบาท หรือเท่ากับ ๖.๔๔ บาทต่อประชากรสิทธิ (รวมงบประมาณปี ๒๕๕๘ ที่คาดว่าจะไม่เพียงพอ)

๑.๙. เงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกข้อบังคับฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา ๑๘(๔) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการนี้ จะไม่เป็นการตัดสิทธิของผู้ให้บริการที่จะพึงได้รับตามกฎ ระเบียบ หรือกฎหมายอื่น โดยกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยตามประเภทความเสียหาย ประมาณการจากจำนวนรายและงบประมาณที่ใช้จ่ายจริงตามประเภทความเสียหายตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๕๗ คาดการณ์ว่าในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะมีบุคลากรของหน่วยบริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการจำนวน ๔๒๐ ราย และเกือบทั้งหมดเป็นการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ต้องใช้งบประมาณจำนวน ๕.๑๐ ล้านบาท หรือเท่ากับ ๐.๑๐ บาทต่อประชากรสิทธิ

๑.๑๐. <u>การประมาณการจำนวนประชากร</u> คาดการณ์ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๕๙ โดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเฉลี่ย ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ และปรับด้วยอัตราเกิดที่ร้อยละ ๑.๒๐ และอัตราตายที่ร้อยละ ๐.๗๑ ซึ่งเป็นอัตราเกิดและอัตราตายเฉลี่ยของคนไทยทุกกลุ่มอายุ ผลการประมาณการในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ คาดว่าจะมีผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๔๘,๘๘๗,๐๐๐ คน ทั้งนี้ มีข้อเสนอว่าหากมีการดำเนินงานจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ แล้วผลปรากฏว่ามีการลงทะเบียนประชากรได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้ สปสช.ของบอัตราเหมาจ่ายรายหัวจากรัฐบาลเพิ่มได้ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนเพิ่มขึ้น และหากมีการลงทะเบียนได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด ให้หักคืนงบในปีต่อไป

๑.๑๑. <u>ผลการประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๕๙</u> สรุปข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวก่อนย้ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปรายการ “งบบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” เท่ากับ ๓,๒๒๒.๙๗ บาทต่อประชากรสิทธิ สูงกว่าปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๓๒๗.๘๘ บาทต่อผู้มีสิทธิ และหลังจากย้ายไปรายการ“งบบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” จะคงเหลือเท่ากับ ๓,๑๕๗.๕๑ บาทต่อประชากรสิทธิ (ตารางที่ ๔) และเมื่อเปรียบเทียบตามเงื่อนไขต้นทุนบริการกับอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๕๘ สรุปได้ดังนี้

๑) งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (กรณีเงื่อนไขต้นทุนเหมือนกับปี ๒๕๕๘) จะเท่ากับ ๓,๑๖๐.๙๔ บาทต่อประชากรสิทธิ (ก่อนย้ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปรายการ “งบบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่”) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากที่ได้รับงบประมาณในปี ๒๕๕๘ จำนวน ๒๖๕.๘๕ บาทต่อประชากรสิทธิ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙.๒

๒) งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว กรณีรวมเงื่อนไขบริการที่เพิ่มขึ้นและสิทธิประโยชน์เพิ่ม ต้องใช้งบประมาณเพิ่มอีกจำนวน ๖๒.๐๓ บาทต่อประชากรสิทธิ ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายรายหัว (ก่อนย้ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปรายการ “งบบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่”) จะเท่ากับ ๓,๒๒๒.๙๗ บาทต่อประชากรสิทธิ

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กับประมาณการปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ประเภทบริการ	ปี 2558 [ขาลง]	ปี2559 ตามงานเดิมของปี2558			ปี2559 รวมเพิ่มเงื่อนไขบริการ/ตามนโยบาย				ปี2559 รวมเพิ่มเงื่อนไขบริการ/ตามนโยบาย ไม่รวมบริการในระดับท้องถิ่นฯ		
		บาทต่อหัว	ผลต่างจากปี 2558	%เพิ่มลด	เพิ่ม	บาทต่อหัว	ผลต่างจากปี 2558	%เพิ่มลด	บาทต่อหัว	ผลต่างจากปี 2558	%เพิ่มลด
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,056.96	1,153.94	96.98	9.2%	-	1,153.94	96.98	9.2%	1,153.94	96.98	9.2%
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	998.26	1,079.02	80.76	8.1%	25.64	1,104.66	106.40	10.7%	1,104.66	106.40	10.7%
3. บริการกรณีเฉพาะ	301.01	357.26	56.25	18.7%	-	357.26	56.25	18.7%	357.26	56.25	18.7%
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	383.61	409.74	26.13	6.8%	35.24	444.98	61.37	16.0%	379.52	-4.09	-1.1%
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	14.95	14.98	0.03	0.2%	1.15	16.13	1.18	7.9%	16.13	1.18	7.9%
6. บริการแพทย์แผนไทย	8.19	10.77	2.58	31.5%	-	10.77	2.58	31.5%	10.77	2.58	31.5%
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อมจากการบริการ)	128.69	128.69	-	0.0%	-	128.69	-	0.0%	128.69	-	0.0%
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	3.32	6.44	3.12	94.0%	-	6.44	3.12	94.0%	6.44	3.12	94.0%
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	0.10	- 0.10	-	0.0%	-	0.10	-	0.0%	0.10	-	0.0%
รวม	2,895.09	3,160.94	265.85	9.2%	62.03	3,222.97	327.88	11.3%	3,157.51	262.42	9.1%

๒. งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDs)

โครงสร้างงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ แบ่งเป็น ๒ รายการหลัก ได้แก่ ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

๒.๑ ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เป็นงบประมาณสำหรับค่ายาต้านไวรัสฯ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับการรับยาต้านไวรัสฯ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนส่งเสริมระบบบริการให้ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง การประมาณการงบประมาณใช้วิธีการของราคาและปริมาณ (Price and Quantity Approach: PQ approach) เช่นเดียวกับการประมาณการงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนผู้รับยาต้านไวรัสฯ รายบุคคล (National AIDS Program: NAP) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การประมาณการงบประมาณมีรายละเอียดดังนี้

๒.๑.๑. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เป็นค่ายาต้านไวรัสฯ สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยารักษาอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสฯ ค่ายาต้านไวรัสฯสำหรับป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก และค่ายาต้านไวรัสฯ ภายหลังสัมผัสเชื้อ

๑) จำนวนเป้าหมายผู้รับยาต้านไวรัสฯ สูตรพื้นฐาน ตั้งแต่ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ได้ขยายบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อฯ ทุกรายที่มีความพร้อมเร็วขึ้น โดยการปรับมาตรฐานการรับยาต้านไวรัสจากให้เฉพาะผู้ป่วยที่มี CD๔ =< ๓๕๐ เป็นให้ทุกรายที่มีการติดเชื้อตามความสมัครใจของผู้ติดเชื้อจากการทำ pre-test /post-test counselling ทั้งนี้ใช้หลักการ/แนวทางการดูแลรักษา HIV National Guideline ล่าสุด ซึ่งได้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ติดเชื้อเองโดยสามารถลดการติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิต

และได้ประโยชน์ต่อสังคมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีต่อไป ซึ่งการประมาณการจำนวนเป้าหมายผู้รับยาต้านไวรัสตามการปรับมาตรฐานการรับยาต้านไวรัส ประมาณการจากสมการเส้นแนวโน้มจากข้อมูลผู้ได้รับยาและผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยา โดยคาดการณ์ว่า ณ กันยายน ๒๕๕๙ จะมีผู้รับยาสะสมจำนวน ๒๓๕,๓๐๐ คน โดยจะเป็นผู้รับยาสูตรพื้นฐานจำนวน ๒๐๙,๘๐๐ คน และเป็นผู้รับยาสูตรดื้อยาจำนวน ๒๕,๕๒๐ คน หรืออัตราการดื้อยาร้อยละ ๑๐.๘ ของเป้าหมายผู้รับยาทั้งหมด

๒) สำหรับเป้าหมายผู้รับยารักษาอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสฯ ประมาณการจากจำนวนผู้ป่วยกินยาลดไขมันปี ๒๕๕๗ สำหรับเป้าหมายผู้รับยาต้านไวรัสฯ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกและเป้าหมายผู้รับยาต้านไวรัสฯ ภายหลังสัมผัสเชื้อ คิดเป้าหมายตามผลงานการให้บริการจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗

๓) สำหรับต้นทุนค่ายาต้านไวรัสฯ สูตรพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ มีการปรับปรุงมาตรฐานสูตรยาสำหรับผู้ป่วยรับยารายใหม่โดยมีการกำหนดเป็น Thai National Guideline ที่ผ่านการประชุมผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง/กรรมการเอดส์ชาติ ต้นทุนยาสูตรสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ ราคา ๙,๐๐๐ บาท และคาดว่าจะต่อรองราคาลดลงได้ ๓% เหลือราคา ๘,๗๓๐ บาท/คน สำหรับยาป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก และยาป้องกันการติดเชื้อภายหลังได้รับเชื้อ (เฉพาะยาต้าน) มีการปรับสูตรยาทำให้ต้นทุนลดลง

๒.๑.๒. การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ เป็นค่าตรวจและสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับประเมินสภาวะและติดตามการรักษาสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเพื่อรับยาสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา โดยประมาณการตามจำนวนเป้าหมายผู้รับยาและอัตราการเข้าถึงบริการ

๒.๑.๓. การให้คำปรึกษาและสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เป็นค่าบริการให้คำปรึกษาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ประชาชนที่สงสัยว่าจะสัมผัสเชื้อฯ ซึ่งสมัครใจเข้ารับการตรวจและค่าบริการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การประมาณการเป้าหมายอิงตามข้อมูลผลงานจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องตรงเวลาและป้องกันการแพร่เชื้อฯ ไปสู่ผู้อื่น จึงจำเป็นต้องสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อช่วยติดตามการรักษาโดยการเยี่ยมบ้าน และสนับสนุนถุงยางอนามัยสำหรับผู้ติดเชื้อฯ โดยดำเนินการในรูปแบบศูนย์องค์รวม ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้มีการปรับเพิ่มต้นทุน เพื่อให้เหมาะสมและสามารถดำเนินการได้

๒.๑.๔. การสนับสนุนส่งเสริมระบบบริการให้ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง รวมทั้งการกำกับและติดตามประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและคุณภาพห้องตรวจวินิจฉัยทางการปฏิบัติการ และการพัฒนาศักยภาพแก่ทีมดูแลรักษา (แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, เจ้าหน้าที่ชันสูตร, ผู้ให้การปรึกษา, อาสาสมัครผู้ติดเชื้อ)

๒.๑.๕. ผลการประมาณการงบบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องใช้งบประมาณทั้งสิ้น ๓,๒๖๖.๗๙๙ ล้านบาท เพิ่มจากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ประมาณ ๔๕๔.๘๕ ล้านบาท

๒.๒ ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

จากมติที่ประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๖ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๖ เห็นชอบกับมาตรการยุติปัญหาเอดส์ที่ผนวกรวมกับแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ โดยให้ สปสช.ขยายขอบเขตของกองทุนเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ให้ครอบคลุมการป้องกัน โดยพิจารณาจัดตั้งงบประมาณตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ ดังนั้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ สปสช.ตั้งงบป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง สปสช. และกรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) และศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบจอ.) และได้หารือร่วมกันสำหรับกิจกรรมการดำเนินงานและงบประมาณที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน

๒.๒.๑ กลุ่มเป้าหมายสำหรับงบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวนรวม ๑๔๒,๖๗๑ คน โดยกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง พนักงานบริการหญิง พนักงานบริการชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง และคู่ของผู้มีผลเลือดบวก โดยมีกิจกรรมบริการ และงบประมาณของแต่ละรายการ (ตารางที่ ๕)

ตารางที่ ๕ กิจกรรมบริการและงบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

รายการกิจกรรมบริการ	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. เข้าถึงและชักชวนประชากรหลักให้ได้บริการการป้องกัน	๑๐๓.๓๒๔
๒. การสร้างความต้องการและให้บริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ	๙๒.๖๖๖
๓. ขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวีและปรับระบบบริการในสถานที่	๙๒.๔๔๗
๔. ปรับคุณภาพและบริการป้องกันผสมผสานและรู้สถานะการติดเชื้อประชากรเป้าหมาย	๗๗.๘๗๑
๕. การส่งเสริม และสนับสนุนการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๓๓.๙๗๙
๕.๑ การพัฒนาและเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพสู่ระบบอำเภอ ตำบล และชุมชน	
๕.๒ พัฒนาคุณภาพบริการปรึกษาในชุมชนและหน่วยบริการ	
รวม	๔๐๐.๒๘๗

๒.๓ ผลการประมาณการงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDs) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ต้องใช้งบประมาณจำนวนทั้งสิ้น ๓,๖๖๗.๐๘๗ ล้านบาท (ตารางที่ ๖)

ตารางที่ ๖ เป้าหมายและงบประมาณสำหรับบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDs) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

	เป้าหมาย	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๒๓๕,๓๐๐	๓,๒๖๖.๘๐๐
๒. งบป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๑๔๒,๖๗๑	๔๐๐.๒๘๗

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

	เป้าหมาย	งบประมาณ (ล้านบาท)
รวม		๓,๖๖๗.๐๘๗

๓. งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ตามสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังประกอบด้วยการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) (เป็นบริการหลักขั้นต้นที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถดำเนินการได้เองที่บ้านหลังจากได้รับการฝึกอบรมแล้ว ซึ่งจะทำให้ลดภาระในการเดินทางมาหน่วยบริการและผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้) การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่สามารถทำ CAPD ได้ การสนับสนุนค่ายาเพิ่มเม็ดเลือด (Erytropoietin) สำหรับผู้ป่วยที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเอง การบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant: KT) และค่ายากดภูมิหลังผู้ป่วยรับบริการผ่าตัดเปลี่ยนไต (KT Immunosuppressive drug: KTI) โดยการประมาณการงบประมาณปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะใช้ข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมาควบคู่ไปกับการคาดการณ์ความเป็นไปได้ในการพัฒนาศักยภาพระบบบริการทดแทนไต ดังนี้

๓.๑. จำนวนผู้ใช้บริการทดแทนไต ใช้ข้อมูลผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๕๑-๒๕๕๗ เป็นรายเดือน และประมาณการด้วยอัตราเพิ่มในผู้ป่วยรายใหม่ และจำนวนผลงานย้อนหลัง คาดการณ์ว่าจะมีผู้รับบริการทดแทนไตทุกประเภททั้งสิ้น ๕๐,๔๒๒ คน ตามตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ เป้าหมายบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (คน)

	CAPD	HD ตามเงื่อนไข	HD จ่ายเอง	KT	KTI
ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	๑๘,๑๗๒	๑๐,๗๒๑	๓,๒๘๓		๑,๑๕๙
รายใหม่	๗,๘๑๖	๔,๐๘๘	๑,๒๗๕	๙๘	๙๘
อัตราการออกจากระบบ*	๒๗.๐%	๒๐.๗%	๒๔.๗%		๑๓.๗%
จำนวนที่ออกจากระบบ	๗,๖๙๙	๓,๑๙๒	๑,๒๓๖		๑๘๙
คงเหลือมีชีพยกไปปีต่อไป	๒๐,๘๑๗	๑๒,๒๓๒	๓,๗๖๖		๑,๑๙๔
เฉลี่ยใช้บริการในปี ๒๕๕๙	๒๘,๕๑๖	๑๕,๔๒๔	๕,๐๐๒	๙๘	๑,๓๘๓

*อัตราการออกจากระบบทั้งจากการเสียชีวิตและจากสาเหตุต่างๆ (dead and other drop out)

หมายเหตุ :

CAPD	หมายถึงผู้รับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
HD ตามเงื่อนไข	หมายถึงผู้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่สามารถทำ CAPD ได้
HD จ่ายเอง	หมายถึงผู้ป่วยที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเองทั้งหมด แต่ได้สิทธิประโยชน์ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)
KT	หมายถึงผู้รับบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant: KT)
KTI	หมายถึงผู้รับยากดภูมิหลังผู้ป่วยรับบริการผ่าตัดเปลี่ยนไต (KT Immunosuppressive drug: KTI)

๓.๒. ต้นทุนบริการ ครอบคลุมค่าผ่าตัดใส่สายทางหน้าท้อง ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการล้างไต การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ไม่รุนแรง ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ค่าผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามชุดการบริการ (Protocol) ประเภทต่างๆ ค่าติดตามหลังการผ่าตัด ค่าผ่าตัดผู้บริจาคไตและตรวจการยอมรับเนื้อเยื่อ และค่ายากดภูมิหลังผู้ป่วยรับบริการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Immunosuppressive drug) (ตารางที่ ๘)

ตารางที่ ๘ ต้นทุนบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

บริการทดแทนไต	ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่อปี
๑. CAPD	๒๔๑,๕๐๐
๒. HD ตามเงื่อนไข	๒๒๒,๐๖๐
๓. HD จ่ายเอง	๒๕,๔๔๐
๔. KT	๓๖๓,๗๑๓
๕. KT ยากดภูมิ	
๕.๑ รับยากดภูมิหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตเดือนที่ ๑ - ๖	๓๖๐,๐๐๐
๕.๒ รับยากดภูมิหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตเดือนที่ ๗ – ๑๒	๓๐๐,๐๐๐
๕.๓ รับยากดภูมิหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตเดือนที่ ๑๓ – ๒๔	๒๔๐,๐๐๐
๕.๔ รับยากดภูมิหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตเดือนที่ ๒๔ ขึ้นไป	๑๘๐,๐๐๐

๓.๓. การส่งเสริมและสนับสนุนระบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นค่าใช้จ่ายในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เครือข่ายอาสาสมัคร การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิสำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและเครือข่ายระบบการบริจาคไตอย่างต่อเนื่อง การจัดตั้งและพัฒนาคลินิกไตวายเรื้อรังในหน่วยบริการ (นำร่อง) รวมถึงการสนับสนุนกลไกในพื้นที่ (ระดับจังหวัด/เขต) ให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต และการจัดตั้งศูนย์บำบัดรักษาทดแทนไตรายเขตเพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการ

๓.๔. ผลการประมาณการงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ต้องใช้งบประมาณทั้งสิ้น ๘,๐๙๘.๒๒๐ ล้านบาท (รายละเอียดตามตารางที่ ๙)

ตารางที่ ๙ เป้าหมายและงบประมาณบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

	เป้าหมาย (ราย)	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. ค่าบริการทดแทนไต	๕๐,๔๒๒	๘,๐๓๕.๖๒๐
๑.๑ บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)	๒๘,๕๑๖	
๑.๒ บริการล้างไตทางเส้นเลือด (HD) ที่จำเป็นตามเกณฑ์	๑๕,๔๒๔	
๑.๓ การสนับสนุนค่ายาเพิ่มเม็ดเลือดสำหรับผู้ป่วยที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเอง	๕,๐๐๒	
๑.๔ บริการปลูกถ่าย	๙๘	
๑.๕ สนับสนุนค่ายากดภูมิหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต	๑,๓๘๓	
๒. การส่งเสริมและสนับสนุนระบบบริการ		๖๒.๖๐๐
รวม		๘,๐๙๘.๒๒๐

๔. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

รัฐบาลเห็นความสำคัญของปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ว่าเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและต่อเนื่องการดำเนินของโรคจะเข้าสู่โรคที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในอนาคต โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ได้มีการจัดสรรงบประมาณให้สำหรับการควบคุมความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จึงขอสนับสนุนงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับบริการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน ๒ รายการย่อย ได้แก่ งบบริการควบคุมความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และงบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยมีการประมาณการค่าใช้จ่ายดังนี้

๔.๑. งบบริการควบคุมความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ ๒๕๕๓ โดยเพิ่มความครอบคลุมบริการและเพิ่มมาตรฐานการบริการ โดยขอบเขตบริการจะครอบคลุมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้ได้รับบริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน (Secondary Prevention) เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค โดยมีการประมาณการค่าใช้จ่าย ดังนี้

๔.๑.๑. จำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและที่ต้องได้รับบริการ Secondary Prevention เนื่องจากปัจจุบันมีประชาชนจำนวนหนึ่งที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่รู้ว่าตนเองป่วยและผู้ที่รู้ว่าป่วยแต่ยังเข้าไม่ถึงบริการ Secondary Prevention การประมาณการเป้าหมายบริการจึงคำนวณเป็น ๒ ขั้นตอน คือมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยภาพรวมและเพิ่มความครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องได้รับบริการ Secondary Prevention โดยผู้ป่วยที่ต้องได้รับบริการ Secondary Prevention ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๑) จากอัตราความชุกของคนไทยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๖.๙ โดยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน Type I ร้อยละ ๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตั้งครรภ์ (GDM) ร้อยละ ๑ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน Type II ร้อยละ ๙๘ และจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๗ และจากผลการสำรวจการใช้บริการ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ เข้าถึงบริการร้อยละ ๙๖ และจะเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ตา และ/หรือไต เฉลี่ยร้อยละ ๑๔.๓

๒) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอัตราความชุกของคนไทยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ปีขึ้นไป จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๒๑.๔ และจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๗ และจากผลการสำรวจการใช้บริการ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าถึงบริการร้อยละ ๖๔ และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ตา และ/หรือไต เฉลี่ยร้อยละ ๑.๘

๓) จากข้อมูลดังกล่าวในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่จะต้องได้รับบริการ Secondary Prevention รวมจำนวน ๓.๑๕ ล้านคน โดยมีผู้เข้าถึงบริการ Secondary Prevention ร้อยละ ๖๙.๑/๕๔.๔ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จึงตั้งเป้าหมายให้มีผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เข้าถึงบริการเท่ากับผลการใช้บริการปีงบประมาณ ๒๕๕๗ คือร้อยละ ๙๕.๖/๖๓.๙ และอัตราการเข้าถึงบริการ Secondary Prevention ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๓.๔ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕๔.๖ จะทำให้มีผู้เข้าถึงบริการ Secondary Prevention เพิ่มขึ้นตามไปด้วย (ตารางที่ ๑๐)

ตารางที่ ๑๐ ประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM)/โรคความดันโลหิตสูง (HT) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

รายการ	DM และ DM with HT	HT only
๑. จำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ปี (คน)	๓๗,๖๗๗,๔๗๘	๓๗๖๗๗,๔๗๘
๒. อัตราการป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (prevalence rate)	๖.๙%	๑๓.๙%*
๓. จำนวนผู้ป่วย (จาก prevalence rate)	๒,๕๙๙,๗๔๖	๕,๐๔๖,๕๑๕
๔. ประมาณการจำนวนที่จะเข้าถึงบริการ (คน)	๒,๔๘๔,๑๐๘	๓,๒๒๒,๙๕๗
๕. เป้าหมายการเข้าถึง ๒nd prevention ภาพรวม (คน)	๑,๕๖๒,๗๕๑	๑,๗๒๘,๖๐๑
๖. เป้าหมายจำนวนที่เข้าถึงบริการ ๒nd prevention – เฉพาะงบที่ไม่ซ้ำซ้อนกับงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว**	๑,๒๕๐,๒๐๑	๑,๗๑๓,๔๓๖

* อัตราการป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (prevalence rate) สำหรับผู้ป่วย HT และ DM with HT เท่ากับ ๒๑.๔%

** เนื่องจากมีงบประมาณบางส่วนซ้ำซ้อนอยู่ในงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวจึงคำนวณเป้าหมายเฉพาะที่ต้องได้รับงบประมาณเพิ่มเติม

๔.๑.๒. การบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลและต้นทุนบริการเท่ากับปีที่ผ่านมา โดยเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลผู้ป่วย

การประมาณการค่าใช้จ่ายใช้จำนวนผู้ป่วยคูณด้วยอัตราความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมาย และคูณด้วยราคากลางแต่ละประเภทบริการ (ตารางที่ ๑๑)

ตารางที่ ๑๑ ราคาค่าบริการและมาตรฐานการตรวจสำหรับ Secondary Prevention ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ครั้งต่อคนต่อปี)

	ราคาต่อครั้ง	มาตรฐานบริการ (ครั้งต่อคนต่อปี)			
		DM typel	GDM	DM และ DM with HT	HT
ตรวจ HbA๑c	๑๕๐	๑	๑	๑	-
ตรวจ Micro albumin	๕๐	๑	๑	๑	-
ตรวจตา	๖๐	๑	๑	๑	-
ตรวจ Lipid Profiie	๑๒๐	๑	๑	๑	๑
SMBG แบบ ๑	๑๒,๐๐๐	๑	-	-	-
SMBG แบบ ๒	๓,๐๐๐	-	๑	-	-
ตรวจ Urine Protien	๑๐	-	-	-	๑
ตรวจ FBS	๕๐	-	-	-	๑
ต้นทุนต่อคนต่อปี		๑๒,๓๘๐	๓,๓๘๐	๓๘๐	๑๘๐

๔.๑.๓. จากการที่ต้องเพิ่มความครอบคลุมบริการ และผู้ป่วยกลุ่มนี้กระจายอยู่ทั่วไป การดำเนินการให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายและเพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ในการควบคุม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และชลอการเกิดโรคเรื้อรังในระยะยาว จึงต้องมีงบประมาณจำนวนหนึ่งสำหรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดและปรับระบบบริการให้เป็นเครือข่ายการบริการจากระดับโรงพยาบาลถึงระดับสถานีอนามัยและชุมชน

๔.๑.๔. ผลการประมาณการงบบริการควบคุมความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ต้องใช้งบประมาณที่ไม่ซ้ำซ้อนกับงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว จำนวนทั้งสิ้น ๙๙๐.๕๒๕ ล้านบาท (ตารางที่ ๑๒)

ตารางที่ ๑๒ เป้าหมายและงบประมาณสำหรับบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

	เป้าหมาย (ราย)	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. ค่าบริการสำหรับ Secondary Prevention ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	๒,๙๖๓,๖๓๗	๙๗๑.๐๒๕
๒. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดและปรับระบบบริการ		๑๙.๕๐๐
รวม		๙๙๐.๕๒๕

๔.๒. งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

จากเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่ระบุว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติด้านลบต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้นจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนหรือผู้อื่น และเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ๒๕๕๒ พบประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ ๑๒ หรือประมาณ ๕ ล้านคน ซึ่งคนกลุ่มนี้ยังไม่ใช่ผู้ป่วย เพราะหากได้รับการดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมอาการก็จะทุเลาและสามารถหายเป็นปกติได้ จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) มากที่สุด พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรค จิตเภทเท่ากับ ๐.๕ – ๑% ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง อาจเกิดอาการกำเริบ และเมื่ออาการกำเริบ อาจเกิดความเดือดร้อนต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้

การจัดทำข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จึงขอสนับสนุนงบประมาณสำหรับรายการ “งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และงบประมาณสำหรับรายการนี้จึงกำหนดเฉพาะเป้าหมายส่วนเพิ่มจากการเข้าถึงบริการเดิมที่มีอยู่แล้ว โดยมีการประมาณการดังนี้

๔.๒.๑. ขอบเขตบริการเป็นบริการต่อเนื่องในชุมชนเพื่อสนับสนุนระบบบริการที่มีคุณภาพ (Continuous care) โดยการบริการต่อเนื่องในชุมชน เพื่อสนับสนุนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมบริการ การให้สุขภาพจิตศึกษา การประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วย (เช่น การใช้แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางจิตใจ ตามแนวทางของ ICF) การประเมินความรุนแรงของอาการ อาการแทรกซ้อน สิ่งแวดล้อม และความเสี่ยงต่ออาการกำเริบ การให้ยาในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการได้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมดูแลผู้ป่วย

๔.๒.๒. จำนวนเป้าหมาย กำหนดอัตราความครอบคลุมร้อยละ ๘ ของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้าถึงบริการที่หน่วยบริการ คิดเป็นจำนวน ๑๓,๓๐๒ ราย

๔.๒.๓. ต้นทุนบริการ เนื่องจากสถานการณ์การบริการในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าหน่วยบริการที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลชุมชนจะมีพยาบาลจิตเวช เกือบทุกแห่งอย่างน้อยแห่งละ ๑ คน แต่พยาบาลจิตเวชเหล่านี้ก็มีภาระงานในเรื่องการให้บริการในหน่วยบริการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน จำเป็นต้องเพิ่ม “ผู้ให้บริการ” อาจเป็น พยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยาคลินิกเพื่อทำหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยเฉพาะ และจำเป็นต้องมีบริการทางไกล เพื่อลดภาระของผู้ให้บริการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการกำกับดูแลผู้ป่วย ดังนั้นต้นทุนบริการจึงครอบคลุมค่าบุคลากรทางจิตเวช ค่าตอบแทนบริการในชุมชน ค่าพาหนะ และค่าบริการอื่นๆ คิดเป็นต้นทุนบริการต่อผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเท่ากับ ๘,๘๙๙ บาทต่อคนต่อปี

๔.๒.๔. ผลการประมาณการงบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และเป็นงบประมาณที่ไม่ซ้ำซ้อนกับงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว จำนวนทั้งสิ้น ๑๑๘.๓๘๑ ล้านบาท

๕. ค่าบริการเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย

เป็นงบประมาณต่อเนื่องจากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เป้าหมายครอบคลุมเฉพาะพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย โดยมีการประมาณการดังนี้

๕.๑. หน่วยบริการเป้าหมาย เป็นหน่วยบริการและเครือข่ายในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย ซึ่งพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย การจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๕๖ มีทั้งหมดจำนวน ๑๓๗ แห่ง ที่กำหนดพื้นที่เป็น

๑) CUP รพช. ประเภทพื้นที่เฉพาะ ระดับ ๑ และ พื้นที่เฉพาะ ระดับ ๒

๒) CUP รพท. ประเภท รพท. ยากลำบาก ระดับ ก และ รพท.ยากลำบากมาก ระดับ ข

๕.๒. แนวทางการประมาณการ

๕.๒.๑. การประมาณการเป็นการประมาณการเฉพาะการให้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหลักการว่าให้หน่วยบริการเป้าหมายได้รับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและบริการส่งเสริมป้องกันโรคอย่างน้อยเท่ากับต้นทุนบริการที่เหมาะสม

๕.๒.๒. ต้นทุนบริการที่เหมาะสม ใช้วิธีทำนายด้วยสมการต้นทุนบริการสาธารณสุข (Cost Function) และคาดการณ์รายรับทั้งหมดที่หน่วยบริการจะได้รับ

๕.๒.๓. เปรียบเทียบต้นทุนที่เหมาะสมมาเปรียบเทียบกับคาดการณ์รายรับทั้งหมดที่หน่วยบริการ โดยคิดเฉพาะส่วนต่างที่ต้นทุนที่น่าจะเป็นมากกว่าประมาณการรายรับ

๕.๒.๔. เสนอขอเฉพาะส่วนเพิ่ม และประมาณการเฉพาะบริการสิทธิ UC โดยใช้สัดส่วนการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวนงบประมาณที่จะต้องเพิ่มเติมให้สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดารและเสี่ยงภัย รวมเป็นงบประมาณ ๘๖๖.๐๑๓ ล้านบาท

๕.๒.๕. ปี ๒๕๕๙ จะรวมงบเพิ่มเติมเพื่อชดเชยค่าบริการที่ลดลงจากค่าแรงพยาบาล กรณีการเพิ่มเงินเดือนแบบก้าวกระโดดของ ๓ จังหวัดชายแดนภายใต้ (พยาบาล ๓,๐๐๐ อัตรา ตามนโยบายรัฐบาลที่ผ่านมา) เป็นงบประมาณ ๖๒๔.๒๗๕ ล้านบาท

๕.๒.๖. ดังนั้นค่าบริการเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัยสำหรับปี ๒๕๕๙ จึงเสนอ ๒ รายการ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๔๙๐.๒๘๘ ล้านบาท (ตารางที่ ๑๓)

ตารางที่ ๑๓ เป้าหมายและงบประมาณสำหรับค่าบริการเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

	เป้าหมาย (แห่ง)	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. ค่าบริการเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย	๑๓๗	๘๖๖.๐๑๓
๒. งบเพิ่มเติมเพื่อชดเชยค่าบริการที่ลดลงจากค่าแรงพยาบาล กรณีการเพิ่มเงินเดือนแบบก้าวกระโดดของ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้และบางส่วนของจังหวัดสงขลา	๓๖	๖๒๔.๒๗๕
รวม		๑,๔๙๐.๒๘๘

๖. งบค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าตอบแทนให้กับบุคลากรของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเฉพาะการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งขอบเขตของค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข จะมี ๒ ส่วน คือ ค่าตอบแทนบุคลากรแบบเหมาจ่าย และค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน โดยมีการประมาณการ ดังนี้

๖.๑. การประมาณการใช้ค่าจ่ายของหน่วยบริการ จากข้อมูลรายงานสถานการณ์การเงินปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ในการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายสำหรับ รพช. รพท.ในพื้นที่ยากลำบาก ก/ข และ รพ.สต./สสช. จำนวน ๔,๐๐๒.๓๗ ล้านบาท และค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ทุกประเภท จำนวน ๓,๑๓๑.๖๐ ล้านบาท รวมมีการใช้จ่ายจริงทั้งสิ้น ๗,๑๓๓.๙๗ ล้านบาท

๖.๒. คำนวณเป็นเฉพาะการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยสัดส่วนรายได้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อรายได้ทุกสิทธิโดยใช้ข้อมูลจากรายงานงบการเงินหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปี ๒๕๕๗

๖.๓. ผลการประมาณการงบค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ต้องใช้งบประมาณจำนวนทั้งสิ้น ๔,๘๖๘.๖๒ ล้านบาท

๗. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เป็นรายการงบประมาณใหม่เริ่มในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และเป็นส่วนหนึ่งของแผนบูรณาการระดับประเทศในการดูแลผู้สูงอายุ ขอบเขตบริการของงบประมาณรายการนี้ ครอบคลุมการดูแลด้าน

การแพทย์และการสาธารณสุขที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางและมากที่เป็นคนไทยทุกคน มีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถอยู่กับครอบครัวในชุมชนและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยบริหารจัดการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน และครอบครัว การประมาณการงบประมาณเป็นดังนี้

๗.๑. จากผลการศึกษาประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางและมาก คิดเป็นร้อยละ ๘ ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จึงประมาณการว่าจะมีจำนวน ๘๖๒,๖๗๐ คน และจากศักยภาพของการจัดระบบบริการซึ่งต้องใช้ความร่วมมือจากหลายส่วนจึงคาดว่าจะดำเนินการดูแลผู้สูงอายุได้ ๑๐๐,๐๐๐ คน หรือที่อัตราความครอบคลุมร้อยละ ๑๑.๖

๗.๒. ต้นทุนบริการ ในการดำเนินการจะมีต้นทุนในส่วนผู้ดูแล (care giver) และ ต้นทุนจากหน่วยบริการที่เป็นค่าแรงและค่าวัสดุในการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุข และเนื่องจากรูปแบบระบบบริการจะเป็นความร่วมมือกับหลายส่วน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงครอบคลุมค่าใช้จ่ายเฉพาะที่เป็นค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ ซึ่งจากผลการศึกษาต้นทุนบริการผู้สูงอายุในชุมชนของ รพ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี จะมีต้นทุนวัสดุและเวชภัณฑ์ ที่จำนวน ๘,๘๙๙ บาทต่อปีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหนึ่งคน และเนื่องจากเป็นการเริ่มดำเนินการจึงจำเป็นต้องมีงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ

๗.๓. ผลการประมาณการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ จำนวน ๘๘๙.๙๔๙ ล้านบาท ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ จำนวน ๕๙.๔๖๒ ล้านบาท รวมทั้งสิ้น ๙๔๙.๔๑๑ ล้านบาท

๘. ค่าบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เป็นขอบเขตบริการเดิมที่แยกเป็นรายการใหม่ เพื่อให้มีการดำเนินการตามมาตรา ๔๗ ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕[๒] มีความชัดเจนขึ้น ทั้งนี้ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้จัดสรรเงินกองทุนเพื่อดำเนินการร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจัดให้มี “กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” ซึ่งได้รับงบประมาณจากกองทุนและ อปท. สมทบในสัดส่วนที่กำหนด

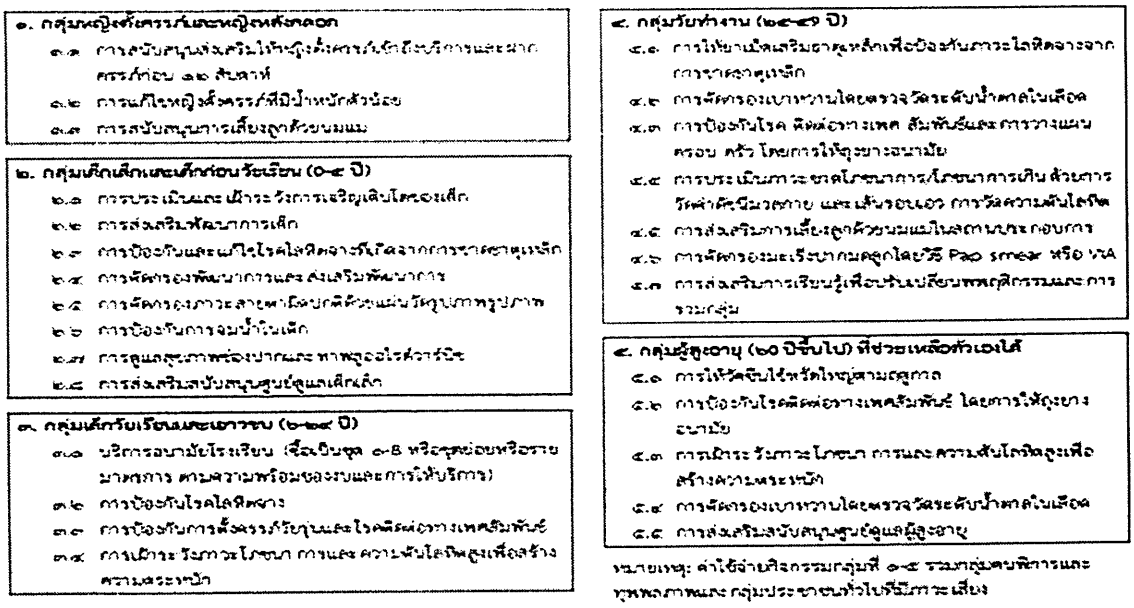
ตามประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ กำหนดบริการสาธารณสุขและตัวอย่างกิจกรรมบริการที่จะใช้งบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

---

[๒] มาตรา 47 เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และมีบทบาททั้งเป็นผู้จัดบริการเอง และเป็นผู้จัดหาบริการ

ในการคำนวณงบประมาณจึงครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัวสำหรับคนไทยทุกคน ดังนี้



๘.๑. วิธีการประมาณการงบประมาณ ใช้วิธีต้นทุนรายกิจกรรมมาตรฐาน (Standard Activity Based Costing) โดยไม่รวมงบลงทุน/ค่าเสื่อม โดยใช้ข้อมูลการคิดต้นทุนในแต่ละกิจกรรมที่มีความทันสมัยและใกล้เคียงกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น

๘.๒. กำหนดอัตราความครอบคลุมประชากรของแต่ละกิจกรรมอยู่ระหว่างร้อยละ ๕ -๖๐ โดยมีการพิจารณาเพิ่มเป้าหมายความครอบคลุมประชากรของแต่ละกิจกรรม โดยเมื่อรวมกับค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว จะไม่เกินร้อยละ ๑๐๐

๘.๓. เป้าหมายการบริหารจัดการ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กำหนด National priority ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ดำเนินการ ๒ ประเด็น คือ การตรวจพัฒนาการและสายตาในกลุ่มเด็กเล็ก/เด็กก่อนวัยเรียน และการชะลอผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มอายุอื่นๆ ให้เป็นไปตามลำดับความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละท้องถิ่น

๘.๔. ผลการประมาณการต้องใช้งบประมาณจำนวน ๓,๒๐๐.๑๔ ล้านบาท หรือ จำนวน ๔๘.๙๙ บาทต่อประชากรไทย หรือจำนวน ๖๕.๔๖ บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สรุปการประมาณการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ประกอบด้วยงบ ๘ รายการหลัก จำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๔๘.๘๘๗ ล้านคน ประชากรคนไทยจำนวน ๖๕.๓๒๓ ล้านคน เป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น ๑๗๗,๗๔๓.๘๖ ล้านบาท (ตารางที่ ๑๔)

ตารางที่ ๑๔ สรุปข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ล้านบาท)

รายการหลัก	ปี ๒๕๕๘ [ได้รับ]	ปี ๒๕๕๙ [ข้อเสนอ]	ผลต่างจะได้รับปี ๕๙>ปี๕๘ได้รับ	% เพิ่ม ลด
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว				
- จำนวนประชากรสิทธิ UC (ล้านคน)	๔๘.๖๐๖	๔๘.๘๘๗	๐.๒๘๑	๐.๖%
- อัตราเหมาจ่ายรายหัว-ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนฯ (บาท)	๒,๘๙๕.๐๙	๓,๑๕๗.๕๑	๒๖๒.๔๒	๙.๑%
- งบเหมาจ่ายรายหัว-ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนฯ	๑๔๐,๗๑๘.๗๔	๑๕๔,๓๖๑.๑๙	๑๓,๖๔๒.๔๕	๙.๗%
๒. บริการผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์				
๒.๑ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๒,๘๑๑.๙๐	๓,๒๖๖.๘๐	๔๕๔.๙๐	๑๖.๒%
๒.๒ บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	-	๔๐๐.๒๙	๔๐๐.๒๙	๑๐๐.๐%
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๕,๒๔๗.๒๒	๘,๐๙๘.๒๒	๒,๘๕๑.๐๐	๕๔.๓%
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (เป้าหมายส่วนเพิ่ม)				
๔.๑ บริการควบคุมความรุนแรงโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	๙๐๘.๙๙	๙๙๐.๕๒	๘๑.๕๔	๙.๐%
๔.๒ บริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	-	๑๑๘.๓๘	๑๑๘.๓๘	๐.๐%
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัย				
๕.๑ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย	๔๖๔.๘๐	๘๖๖.๐๑	๔๐๑.๒๑	๘๖.๓%
๕.๒ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมค่าบริการที่ได้รับลดลงกรณีการเพิ่มเงินเดือนแบบก้าวกระโดดของ ๓ จังหวัดชายแดนภายใต้และบางส่วนของจังหวัดสงขลา		๖๒๔.๒๘	๖๒๔.๒๘	๑๐๐%
๖. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) เฉพาะในระบบ UC	๓,๐๐๐.๐๐	๔,๘๖๘.๖๒	๑,๘๖๘.๖๒	๖๒.๓%
๗. บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		๙๔๙.๔๑	๙๔๙.๔๑	๑๐๐%
๘. บริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่		๓,๒๐๐.๑๔	๓,๒๐๐.๑๔	๑๐๐%
รวมทั้งสิ้น	๑๕๓,๑๕๑.๖๖	๑๗๗,๗๔๓.๘๖	๒๔,๕๙๒.๒๐	๑๖.๑%
จำนวนเงินเดือนภาครัฐในระบบ*	๓๘,๑๘๘.๐๒	๔๑,๙๓๕.๗๙	๓,๗๔๗.๗๗	๙.๘%

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

รายการหลัก	ปี ๒๕๕๘ [ได้รับ]	ปี ๒๕๕๙ [ข้อเสนอ]	ผลต่างจะได้รับปี ๕๙>ปี๕๘ได้รับ	% เพิ่ม ลด
คงเหลืองบกองทุนที่ส่งให้ สปสช.	๑๑๔,๙๖๓.๖๔	๑๓๕,๘๐๘.๐๗	๒๐,๘๔๔.๔๓	๑๘.๑%

* เป็นเงินเดือนและค่าจ้างสำหรับข้าราชการ พนักงานของรัฐ และลูกจ้างประจำ ที่ได้รับเงินเดือนจากงบประมาณของหน่วยงานต้นสังกัดที่ได้รับจากระบบงบประมาณรายจ่ายประจำปีแล้ว

เมื่อจำแนกข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๕๙ โดยจัดกลุ่มตามเงื่อนไขงบประมาณแบบเดียวกับปี ๒๕๕๘ ที่ได้รับ และที่เพิ่มเงื่อนไขใหม่/รายการเพิ่มในปี ๒๕๕๙ (ตารางที่ ๑๕) สรุปข้อเสนอจะเป็นดังนี้

๑) กรณีใช้เงื่อนไขนโยบายต้นทุนที่เหมือนกับปีงบประมาณ ๒๕๕๘

๑.๑) อัตราเหมาจ่ายรายหัวจะเท่ากับ ๓,๑๖๐.๙๔ บาทต่อผู้มีสิทธิ (รวมที่จะย้ายไปรายการ “บริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่”) ซึ่งจะเพิ่มจากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ร้อยละ ๙.๒ โดยปัจจัยที่ทำให้เพิ่มขึ้น ได้แก่ อัตราเงินเฟ้อด้านต้นทุนบริการ อัตราการใช้บริการและจำนวนผลงานบริการ

๑.๒) รวมข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๕๙ จะเท่ากับ ๑๗๒,๖๑๙.๐๕ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๑๙,๔๖๗.๓๙ ล้านบาทคิดเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๒.๗

๒) กรณีปรับเพิ่มตามเงื่อนไขใหม่และรายการเพิ่มใหม่ จำนวน ๕,๑๒๔.๘๑ ล้านบาท ประกอบด้วย (ตารางที่ ๑๕)

๒.๑) บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การปรับเพิ่มต้นทุนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการดูแลผู้ป่วยผู้พิการติดบ้านติดเตียงที่บ้าน ต้องใช้งบเพิ่มจำนวน ๖๒.๐๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ อัตราเหมาจ่ายรายหัวจะเท่ากับ ๓,๒๒๒.๙๗ บาทต่อผู้มีสิทธิ ซึ่งจะเพิ่มจากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ร้อยละ ๑๑.๓ หรืองบประมาณเพิ่มขึ้น ๓,๐๓๒.๔๖ ล้านบาท

๒.๒) บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เพิ่มรายการใหม่ “ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี” จำนวน ๔๐๐.๒๙ ล้านบาท

๒.๓) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เพิ่มรายการใหม่ “งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน” จำนวน ๑๑๘.๓๘ ล้านบาท

๒.๔) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารหรือพื้นที่เสี่ยงภัย โดยเพิ่มรายการ “เพิ่มเติมค่าบริการที่ได้รับลดลงกรณีการเพิ่มเงินเดือนแบบก้าวกระโดดของ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้และบางส่วนของจังหวัดสงขลา” จำนวน ๖๒๔.๒๘ ล้านบาท

๒.๕) บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามนโยบายการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๙๔๙.๔๑ ล้านบาท

๓) รวมข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๕๙ จะเท่ากับ ๑๗๗,๗๔๓.๘๖ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๕๗ จำนวน ๒๔,๕๙๒.๒๐ ล้านบาทคิดเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๘.๑

ตารางที่ ๑๕ สรุปเปรียบเทียบข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ล้านบาท)

รายการ	ปี ๒๕๕๘	ข้อเสนอ ปี ๒๕๕๙

	[ได้รับ]	จำนวน	ผลต่างจาก ๒๕๕๘	%เพิ่ม ลด
ก. รายการตามเดิมของปี ๒๕๕๗				
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว				
- จำนวนประชากรสิทธิ UC (ล้านคน)	๔๘.๖๐๖	๔๘.๘๘๗	๐.๒๘๑	๐.๖%
- อัตราเหมาจ่ายรายหัว-ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนฯ (บาท)*	๒,๘๙๕.๐๙	๓,๑๖๐.๙๔	๒๖๕.๘๕	๙.๒%
- งบเหมาจ่ายรายหัว-ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนฯ	๑๔๐,๗๑๘.๗๔	๑๕๔,๕๒๘.๘๗	๑๓,๘๑๐.๑๓	๙.๘%
๒. งบบริการผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์				
๒.๑ ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๒,๘๑๑.๙๐	๓,๒๖๖.๘๐	๔๕๔.๙๐	๑๖.๒%
๓. งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๕,๒๔๗.๒๒	๘,๐๙๘.๒๒	๒,๘๕๑.๐๐	๕๔.๓%
๔. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (เป้าหมายส่วนเพิ่ม)				
๔.๑ งบบริการควบคุมความรุนแรงโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	๙๐๘.๙๙	๙๙๐.๕๒	๘๑.๕๔	๙.๐%
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย				
๕.๑ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัย	๔๖๔.๘๐	๘๖๖.๐๑	๔๐๑.๒๑	๘๖.๓%
๖. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) เฉพาะในระบบUC	๓,๐๐๐.๐๐	๔,๘๖๘.๖๒	๑,๘๖๘.๖๒	๖๒.๓%
รวมรายการตามงานเดิมปี ๒๕๕๘ [ก]	๑๕๓,๑๕๑.๖๖	๑๗๒,๖๑๙.๐๕	๑๙,๔๖๗.๓๙	๑๒.๗%
จำนวนเงินเดือนภาครัฐขั้นปกติ	๓๘,๑๘๘.๐๒	๔๑,๙๓๕.๗๙		
คงเหลืองบกองทุนที่ส่งให้ สปสช. [๑]	๑๑๔,๙๖๓.๖๔	๑๓๐,๖๘๓.๒๖	๑๕,๗๑๙.๖๒	๑๓.๗%
ข. เพิ่มเงื่อนไขใหม่และรายการเพิ่มปี ๒๕๕๙				
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว				
- อัตราเหมาจ่ายรายหัว-ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนฯ (บาท)		๖๒.๐๓	๖๒.๐๓	
- งบเหมาจ่ายรายหัว-ไม่รวมค่าตอบแทนกำลังคนฯ		๓,๐๓๒.๔๖	๓,๐๓๒.๔๖	
๒. งบบริการผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์				
๒.๒ ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		๔๐๐.๒๙	๔๐๐.๒๙	
๔. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (เป้าหมายส่วนเพิ่ม)				
๔.๒ งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน		๑๑๘.๓๘	๑๑๘.๓๘	

รายการ	ปี ๒๕๕๘ [ได้รับ]	ข้อเสนอ ปี ๒๕๕๙		
		จำนวน	ผลต่างจาก ๒๕๕๘	%เพิ่ม ลด
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย				
๕.๒ เพิ่มเติมค่าบริการที่ได้รับลดลงกรณีการเพิ่มเงินเดือนแบบก้าวกระโดดของ๓จังหวัดชายแดนภาคใต้และบางส่วน จ.สงขลา		๖๒๔.๒๘	๖๒๔.๒๘	
๗. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		๙๔๙.๔๑	๙๔๙.๔๑	
รวมเพิ่มเงื่อนไขและรายการเพิ่มปี๒๕๕๙ [ข]	-	๕,๑๒๔.๘๑	๕,๑๒๔.๘๑	
รวมทั้งสิ้น [ก]+[ข] (เดิม+เพิ่ม)	๑๕๓,๑๕๑.๖๖	๑๗๗,๗๔๓.๘๖	๒๔,๕๙๒.๒๐	๑๖.๑%
จำนวเงินเดือนภาครัฐขั้นปกติ	๓๘,๑๘๘.๐๒	๔๑,๙๓๕.๗๙		
คงเหลืองบกองทุนที่ส่งให้ สปสช. [๒]	๑๑๔,๙๖๓.๖๔	๑๓๕,๘๐๘.๐๗	๒๐,๘๔๔.๔๓	๑๘.๑%

* รวมงบที่จะย้ายไปรายการ “บริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่”
