



แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568

ภายใต้โครงการประสิทธิภาพการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสุขภาพ
ปฐมภูมิที่พึงประสงค์ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด



การถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกลไกสำคัญในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น ภายใต้กรอบพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยกำหนดให้แต่ละจังหวัดที่ประสงค์รับการถ่ายโอน มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ กำกับดูแล สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน โดยคำนึงถึงความจำเป็นและความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เป็นสำคัญ ดังนั้น เพื่อให้การใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้านบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมาย คู่มือ “แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568” ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติการสำหรับ กสพ. องค์การบริหารส่วนจังหวัด CUP และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับภาระงานและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

คู่มือฉบับนี้ตระหนักถึงบทบาทสำคัญของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ในฐานะกลไกกลาง ที่เชื่อมโยงระหว่างนโยบายระดับชาติ ทรัพยากรด้านการคลังสุขภาพ และการจัดบริการของ รพ.สต. ในระดับชุมชน เนื้อหาในเล่มจึงมุ่งเสนอแนวทางจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ คำนึงถึงประสิทธิภาพ การเข้าถึง ความเป็นธรรม และคุณภาพบริการ อันจะช่วยให้การถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งและยั่งยืนในระยะยาว

คณะผู้วิจัย

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนาภัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พ.ศ. 2564 เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิในมิติการกระจายอำนาจ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มี สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอนให้แก่อบจ. จำนวน 3,263 แห่ง (ร้อยละ 33.0) จาก รพ.สต. ทั้งหมด 9,878 แห่ง ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีการถ่ายโอนเพิ่มอีก 933 แห่ง (ร้อยละ 9.4) และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2568) เพิ่มอีก 256 แห่ง (ร้อยละ 2.6) รวมถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่อบจ. แล้วทั้งสิ้น 4,452 แห่ง (ร้อยละ 45.1) นอกจากนี้ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2551–2567 ยังมีการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล จำนวน 85 แห่ง (ร้อยละ 0.9) ขณะที่ปัจจุบันยังคงมี สอน. และ รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5,341 แห่ง (ร้อยละ 54.1) สะท้อนให้เห็นว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศกำลังอยู่ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ที่มีความซับซ้อนทั้งด้านโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ และกลไกการบริหารจัดการงบประมาณระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่น

การเปลี่ยนผ่านดังกล่าวก่อให้เกิดประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ทั้งในด้านการอภิบาลระบบ โครงสร้างกำลังคน การบริหารจัดการงบประมาณ ผลกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ ตลอดจนกลไกการกำกับติดตามและการรายงานตัวชี้วัดด้านสุขภาพของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน ตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 ทุกจังหวัดต้องจัดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพของพื้นที่ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา คู่มือ “แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568” ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือเชิงปฏิบัติการให้ กสพ. อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถกำหนดกรอบและหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่าง CUP และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่

	หน้า
คำนำ	2
บทสรุปผู้บริหาร	3
สารบัญ 4	
สารบัญตาราง	5
สารบัญภาพ	6
บทที่ 1 ความเป็นมาและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	7
1.1 ความเป็นมา	8
1.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	10
บทที่ 2 หลักการ แนวทางการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
สำหรับ สอน. หรือ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.	12
2.1 ขอบเขตการดำเนินการด้านสุขภาพของ สอน. และ รพ.สต.	12
2.2 ภาพรวมการได้รับจัดสรรงบประมาณของ สอน. หรือ รพ.สต.	14
2.3 หลักการในการบริหารจัดการงบ (OP) และ (P&P) ของ สปสช.	15
บทที่ 3 ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจของ กสพ.	25
อ้างอิง	33
ภาคผนวก	34
ภาคผนวก 1 ข้อเสนอแนะการบันทึกข้อมูลเพื่อการจัดสรรค่าใช้จ่ายค่าบริการ	
สาธารณสุขแบบจ่ายตามผลงาน (P&P Free schedule)	35
ภาคผนวก 2 ข้อเสนอแนะการบันทึกข้อมูลเพื่อการจัดสรรค่าใช้จ่ายค่าบริการ	
สาธารณสุขแบบจ่ายแบบรายบริการ (P&P Workload) ร้อยละ 35	36

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 3.1 สัดส่วนร้อยละของต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนรวมของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	27
ในกลุ่มอายุ 25- 59 ปี ในกิจกรรม "การวัดความดันโลหิต"	
ในปีงบประมาณ 2566	
ตาราง 3.2 ผลการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้	31



สารบัญภาพ

	หน้า
รูปที่ 2.1 ภาพรวมการได้รับจัดสรรงบประมาณของ สอน. หรือ รว.สต.	14
รูปที่ 3.1 การสร้างความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล	30
รูปที่ 3.2 ข้อเสนอแนะการจัดสรรเงินบำรุงตามขนาด สอน. และ รว.สต.	32

บทที่ 1 ความเป็นมาและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หลักการ

1. กฎหมายที่เป็นหลักการในการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจของ สอน. และ รพ.สต. คือ ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามียเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยประกาศดังกล่าวเป็นกฎหมายลูกที่ออกตามความในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542
2. ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจฯ ได้กำหนดให้ อบจ. ที่รับการถ่ายโอนภารกิจฯ มีหน้าที่ในเรื่องสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ การป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค และให้ อบจ. ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังแก่ อบจ. โดยอย่างน้อยต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศ
3. เอกสารแนบท้ายคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจฯ กำหนดให้ ให้ สอน. และ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. มีแหล่งรายได้จาก

(1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

(2) งบประมาณรายจ่ายประจำปีตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(3) งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

การถ่ายโอนภารกิจสถานีนามียเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นไปตามนโยบายของรัฐที่ต้องการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยในกรณีนี้เป็นการกระจายอำนาจในการให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพเพื่อสนองตอบความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ โดยจะเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีความเป็นมาและกฎหมายที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568

โดย ผศ.ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม และ นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกศล

1.1 ความเป็นมา

วันที่ 18 พฤศจิกายน 2542 ประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งกฎหมายนี้มีสาระสำคัญ คือ กำหนดขั้นตอนและแนวทางในการกระจายอำนาจการบริหารจัดการและบริการสาธารณะจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2542

วันที่ 19 ตุลาคม 2564 ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีผลใช้บังคับ โดย ข้อ 2 และ 3 ของประกาศฉบับนี้ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับ การป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งนั้น โดยอย่างน้อยต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศนี้

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 2/2565 เห็นชอบ ข้อเสนอการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยเห็นชอบข้อเสนอแนวทางการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ทั้งหลักการ ทางเลือกรูปแบบการจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และการดำเนินการต่อไป

วันที่ 7 มิถุนายน 2566 คณะทำงานประสานและจัดทำข้อเสนอการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ สอน.และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อปท. กระทรวงมหาดไทย มีมติเห็นชอบในหลักการ แนวทาง และรูปแบบการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายกระจายอำนาจปี 2567

วันที่ 2 ตุลาคม 2566 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 11/2566 เห็นชอบในหลักการแนวทางการจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนวมินทราชินี (สอน.)และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (สว.สต.) ให้กับ อปท. ปี 2567 โดยมีแนวทางในการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. เป็นไปภายใต้มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565 (และประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น (กกต.) ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2564) โดย

1.1 หลักการ สอน. และ สว.สต. ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ถ่ายโอนให้ อบจ.แล้ว โดยอาจเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการสังกัด กระทรวงสาธารณสุข (สวช. สวท. สวศ.), เครือข่ายกับหน่วยบริการนอก กระทรวงสาธารณสุข, เครือข่ายกันเอง, หรือเครือข่ายกับหน่วยบริการเอกชน ฯลฯ

1.2 ทางเลือก รูปแบบ การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2.1 จัดสรรงบประมาณผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP)

1.2.2 โอนงบประมาณตรงให้ สว.สต. ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ (CUP)

1.2.3 ทางเลือกอื่นๆ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ สามารถเลือกทางเลือกได้ โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการเหมือนกันทุกแห่ง

2. การจัดบริการในระดับพื้นที่ ยังคงเป็นเครือข่ายหน่วยบริการที่เชื่อมต่อกันทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ โดยประชาชนผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการได้ตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. หน่วยบริการประจำยังคงสนับสนุนฯ เวชภัณฑ์ การจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพ และทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดบริการให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ(ถ่ายโอน) ตามความเหมาะสมและตามรูปแบบข้อตกลง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

4. ค่าบริการสาธารณสุขตามผลงานบริการ จ่ายให้กับหน่วยที่เป็นผู้จัดบริการโดยตรง บริการใดที่เป็นค่าดำเนินการร่วมกันระหว่าง แม่ข่ายกับ สอน./สว.สต. ถ่ายโอน ให้มีการกำหนดสัดส่วนการจ่ายให้ชัดเจน มีการประเมินศักยภาพการจัดบริการของ สอน./สว.สต.ถ่ายโอน กรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด โดยใช้อัตราค่าบริการและค่ายา เวชภัณฑ์ตามอัตราที่กำหนด

5. ควรให้มีการศึกษาต้นทุนการจัดบริการ ผลกระทบ ผลลัพธ์ ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค ของ สอน./สว.สต. ถ่ายโอน อย่างเป็นระบบในช่วงปี 2566-2567 เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ประกอบการพิจารณาเป็นข้อเสนอในปี 2568

6. แนวทางตามเอกสารแนบท้ายนี้ ให้ใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจของ กสพ. ในกรณีที่พื้นที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ (ในส่วนงบ OP, PPB,ค่าเสื่อมฯ) โดยไม่ต้องเป็นการสั่งการจากส่วนกลาง ยกเว้นในกรณีที่ไม่สามารถตกลงกันได้ (ภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2566) ให้ สปสช. จัดสรรตามเอกสารแนบท้ายนี้ (เอกสารชุดใด)

1.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา 7 บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 46 หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ข้อ 2 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการป้องกัน และบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน การแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค

ข้อ 3 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งนั้น โดยอย่างน้อยต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศนี้

ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

5.3.1 ให้สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแหล่งรายได้ ดังนี้

(1) รายได้จากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการประจำแม่ข่ายจะจัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงกำหนดไว้ โดยต้องไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณก่อนการถ่ายโอน

ภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และต้องมีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(2) งบประมาณรายจ่ายประจำปีตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

(2.1) เงินอุดหนุนเฉพาะกิจสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเป็นงบประมาณอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

(2.2) เงินอุดหนุนทั่วไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อุดหนุนเป็นงบดำเนินงาน (เงินบำรุง) ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(3) งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

5.3.2 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บริหารงบประมาณ การเงิน และบัญชีของสถานอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามระเบียบต่อไปนี้อย่างน้อยกว่าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจะปรับปรุงแก้ไข

(1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561

(2) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562

บทที่ 2 หลักการ แนวทางการจัดสรรกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับ สอน. หรือ sw.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

หลักการ

1. สอน. และ sw.สต. เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นโดยกฎหมายของฝ่ายบริหาร โดยหน้าที่ของ สอน. และ sw.สต. ตามกฎหมายแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 หน้าที่ตามกฎหมายที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่ของ สอน.หรือ sw.สต. เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่
 - 1.2 หน้าที่ตามที่ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ กำหนด
 - 1.3 หน้าที่ตามกฎหมายจัดตั้ง อปท. ที่ สอน. หรือ sw.สต. สังกัด
2. เอกสารแนบท้ายคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ กำหนดให้ ให้ สอน. และ sw.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. มีแหล่งรายได้จาก
 - (1) งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
 - (2) งบประมาณรายจ่ายประจำปีตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - (3) งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
3. ในการให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ของ สอน. หรือ sw.สต. ใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. สำหรับปีงบประมาณ 2549 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดหลักการในการ
....

ในบทนี้จะกล่าวถึงหลักการ แนวทางในการจัดสรรบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับ สอน. และ sw.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดยอธิบายเป็นลำดับไปดังต่อไปนี้

2.1 ขอบเขตการดำเนินการด้านสุขภาพของ สอน. และ sw.สต.

การให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ของ สอน. หรือ sw.สต. แก่ประชาชนนั้นจะเกี่ยวพันกับการกิจและหน้าที่ของ สอน. หรือ sw.สต. ตามกฎหมาย โดยเมื่อพิจารณากฎหมายฉบับต่าง ๆ พบว่า

สอน. และ รว.สศ มีสถานะเป็นองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายของฝ่ายบริหาร โดยมีมติคณะรัฐมนตรี คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ประกาศกระทรวงสาธารณสุข และมีคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดที่ได้ยืนยันสถานะความเป็นหน่วยงานของรัฐของ สอน. และ รว.สศ. ด้วย เมื่อพิจารณากฎหมายสุขภาพฉบับต่าง ๆ พบว่า อำนาจหน้าที่ของ รว.สศ. จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ๆ คือ

(1) อำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ รว.สศ. เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่

เมื่อพิจารณากฎหมายระดับพระราชบัญญัติที่กำหนดให้ รว.สศ. เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่พบว่า มีกฎหมาย 20 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562, พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560, พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560, พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559, พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558, พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558, พระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2558, พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556, พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556, พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551, พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551, พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522, พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542, พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535, พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535, พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510, พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542, ประมวลกฎหมายยาเสพติด, พระราชบัญญัติสุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. 2528 และพระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 ดังนั้นเจ้าหน้าที่ของ รว.สศ. จะต้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายเหล่านี้กำหนดด้วย

(2) อำนาจหน้าที่ตามที่คณะกรรมการกระจายอำนาจ ฯ ได้มอบหมายให้ดำเนินการ

ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ ฯ ได้กำหนดให้ อบจ. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รว.สศ. มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับ การป้องกันและบำบัดโรค, การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน, การรักษาพยาบาลอย่างง่าย, การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค

(3) อำนาจหน้าที่ตามกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ของ อบจ. ในเรื่องภารกิจด้านสุขภาพไว้ ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

ก. หน้าที่ของ อบจ. ในด้านสุขภาพ ได้แก่ จัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล , บำบัดน้ำเสีย, จัดให้มีการสังคมสงเคราะห์, ป้องกันและบำบัดรักษาโรค, จัดตั้งและบำรุงสถานพยาบาล

ข. หน้าที่ของเทศบาล ในด้านสุขภาพ ได้แก่ รักษาความสะอาดของถนนหรือทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล, ป้องกันและระงับโรคติดต่อ, ส่งเสริมการพัฒนาด้านเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ, ให้น้ำสะอาดหรือการประปา, ให้มีโรงฆ่าสัตว์, ให้มีตลาด, ให้มีสุสานและฌาปนสถาน, ให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์รักษาคน

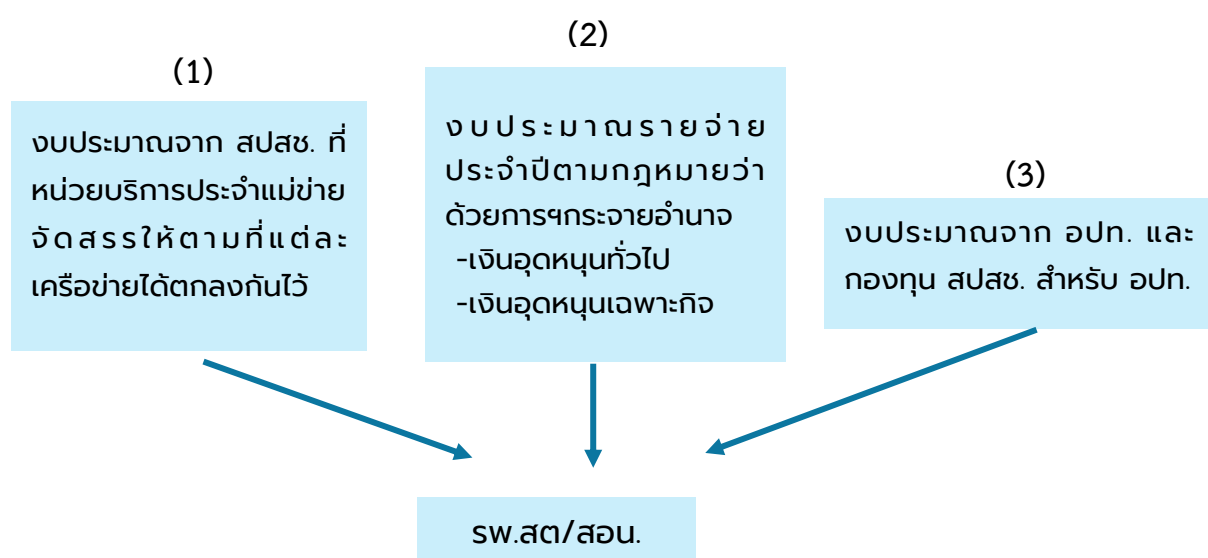
เจ็บไข้, ให้มีโรงฆ่าสัตว์, ให้มีและบำรุงทางระบายน้ำ, ให้มีและบำรุงส้วมสาธารณะ, ให้มีและบำรุงการสงเคราะห์มารดาและเด็ก, ให้มีและบำรุงโรงพยาบาล, จัดทำกิจการซึ่งจำเป็นเพื่อการสาธารณสุข รักษาความสะอาดเรียบร้อยของท้องถิ่น, ให้มีและบำรุงการสงเคราะห์มารดาและเด็ก, การควบคุมสุขลักษณะและอนามัยในร้านจำหน่ายอาหาร โรงมหรสพ และสถานบริการอื่น, จัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและการปรับปรุงแหล่งเสื่อมโทรม

ค. หน้าทีของ อบต. ในด้านสุขภาพ ได้แก่ จัดให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค, จัดให้มีและรักษาทางระบายน้ำ และรักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการทำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล, ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ, รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการทำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล, ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ, ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ, ให้มีและบำรุงรักษาทางระบายน้ำ ในกรณีของ สอน. หรือ sw.สต. ที่ได้ถ่ายโอนไปยัง อปท. ประเภทต่างๆ ควรคำนึงถึงขอบเขตการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สังกัดด้วย

2.2 ภาพรวมการได้รับจัดสรรงบประมาณของ สอน. หรือ sw.สต.

ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ได้กำหนดให้ อบจ. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ สอน./sw.สต. ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังแก่ อบจ. แห่งนั้น โดยอย่างน้อยต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศ

โดยเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ได้กำหนดแหล่งงบประมาณของ sw.สต ไว้ 3 ส่วน ดังต่อไปนี้



รูปที่ 2.1 ภาพรวมการได้รับจัดสรรงบประมาณของ สอน. หรือ sw.สต.

จากแผนภาพข้างต้นจะมีงบประมาณจาก สปสช. ไปยัง sw.สต 2 ส่วน คือ

(1) จากหน่วยบริการประจำแม่ข่าย โดยจะเป็นเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จ่ายให้หน่วยบริการประเภทต่าง ๆ และ

(2) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จะเป็นงบประมาณที่ สปสช. จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ อปท. เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น **โดยค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะไม่เกี่ยวข้องกับงบ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)**

งบประมาณที่ สอน. หรือ sw.สต. นำไปค่าบริการสาธารณสุขสำหรับบริการ (OP) และ (P&P) นั้น สปสช. จะจัดสรรผ่านหน่วยบริการแม่ข่ายนอกจากนั้น sw.สต. ก็ยังสามารถนำงบประมาณจากแหล่งอื่นมาสนับสนุนการจัดการบริการสาธารณสุขได้ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เป็นไปตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ได้กำหนดให้หน่วยบริการแม่ข่ายและ sw.สต. ในเครือข่ายในพื้นที่แต่ละพื้นที่ทำข้อตกลงระหว่างกัน โดยในทางปฏิบัติข้อตกลงนี้เป็นข้อตกลงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดของหน่วยบริการแม่ข่ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ กับ อบจ. ที่เป็นหน่วยงานต้นสังกัดของ สอน. หรือ sw.สต. ถ่ายโอนโดย สอน. หรือ sw.สต. จะมีสถานะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP)¹

โดยในระดับพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน (swช.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (swท.) หรือโรงพยาบาลศูนย์ (swศ.) จะทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่าย (Main Contracting Unit = MCU) และทำหน้าที่เป็น CUP ที่ดูแล สอน. หรือ sw.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นในเครือข่าย โดย สอน. หรือ sw.สต. จะมีสถานะเป็น “หน่วยบริการประจำ” ที่ทำสัญญาเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งจะทำหน้าที่ดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตามเขตรับผิดชอบ (Catchment area)

2.3 หลักการในการบริหารจัดการงบ (OP) และ (P&P) ของ สปสช.

ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ กำหนดให้ sw.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการสาธารณสุขจากกองทุน

¹ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญารับงบประมาณหน่วยจ่ายต่อหัว ประชากรได้ โดยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ในที่สามารถเดินทางไปใช้บริการ ได้สะดวกภายใน 30 นาทีมีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์และ การจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแล ประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วย หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาล หน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกัน ให้บริการได้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568

โดย ผศ.ดร.นงนา สิงห์วีรธรรม และ นายพิสิษฐ์ ศรีอัคคโกศล

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นจึงจะต้องมาพิจารณากฎหมาย ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณให้แก่ รพ.สต. จะพบว่า

กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้ประชาชนที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง โดยหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ ที่ได้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 พ.ศ. 2568 ได้กำหนดหมวดงบประมาณเพื่อเป็นค่าบริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการ ดังนี้

- (1) บริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)
- (2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)
- (3) ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)
- (4) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการทางการแพทย์แผนไทย
- (5) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

โดยการจ่ายค่าใช้จ่าย อัตราค่าใช้จ่าย สรุปได้ดังนี้

2.3.1 คูณณิค่าใช้จ่าย OP

2.3.1.1 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการโดยจะจ่ายเป็นงบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับปีงบประมาณ 2569 ได้กำหนดให้จ่ายในอัตรา 1,448.86 บาทต่อหัวประชากร โดยสามารถปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิเพื่อรองรับนโยบายของรัฐบาลได้ตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางที่ สปสช. กำหนด

2.3.1.2 ในการจ่ายงบเหมาจ่ายนี้จะแบ่งการจ่ายเป็น 2 ส่วน คือ จ่ายร้อยละ 80 แบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการ โดยปรับอัตราจ่ายตามสูตรการคำนวณตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด โดยมีแนวทางในการคำนวณเป็นไปตามประกาศที่ สปสช. กำหนด และจ่ายร้อยละ 20 ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิที่เท่ากันทุกกลุ่มอายุ

2.3.1.3 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคม กรณีคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการนี้ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568

โดย ผศ.ดร.นภชา สิงห์วิธธรรม และ นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกศล

2.3.2 กรณีค่าใช้จ่าย P&P

2.3.2.1 เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นค่าบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้บริการไทยทุกสิทธิ โดยค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็น

2.3.2.2 **บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** โดยจะแบ่งเป็น

(1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ โดยมีการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 40.06 บาทต่อคน ซึ่งหลักเกณฑ์การจ่ายในกรณีนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ดังต่อไปนี้

ก. ค่าวัคซีนต่าง ๆ ได้แก่

- 1) ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ
- 2) ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 4 เดือนขึ้นไป เด็กอายุ 5 เดือนถึง 2 ปี ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) ผู้ต้องขัง และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

3) ค่าวัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์สำหรับหญิงตั้งครรภ์

4) ค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด

ข. ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวัง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กโดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์ จัดหา หรืออาจทำในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

ค. ค่ายาสำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

ง. โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยหน่วยบริการ ได้แก่ บริการถุงยางอนามัย บริการสายด่วนสุขภาพจิต บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ บริการสายด่วนวัยรุ่น บริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม บริการสายด่วนเลิกเหล้า บริการมีตรวจภาพบำบัด ธนาคารนมแม่ ศูนย์ให้การปรึกษาสุขภาพจิต

(2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด โดยมีการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 4.00 บาทต่อคน จ่ายตามโครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหพื้นที่ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึง

ก. การเข้าถึงบริการของ**ประชากรไทยทุกสิทธิ**ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ

ข. คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 33/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559

ค. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงินการจ่ายเงินการรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

ให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไกการอนุมัติ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของทุกโครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณตามที่ โดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับเขตพื้นที่

(3) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

โดยมีการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 366.460 บาทต่อคน โดยจะเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขแก่**ประชากรไทยทุกสิทธิ**ที่ได้รับบริการ**ในหน่วยบริการ และหรือนอกหน่วยบริการ** โดยจะจ่ายให้หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

ก. จ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 93.44 บาทต่อคน โดยจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) และอัตราการจ่ายในแต่ละรายการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันประเทศ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง

ข. จ่ายเงินเหมาจ่ายจำนวน 273.02 บาทต่อคน เป็นการจ่ายสำหรับบริการพื้นฐานรวมบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดทุกราย บริการหัตถกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4 ถึง 12 ปี การเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ ถึง 12 ปี) บริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก บริการคัดกรองโควิด 19 บริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในการกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ต้องขัง ดังต่อไปนี้

- ร้อยละ 65 ให้จ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยเพิ่มหรือลดไม่เกินร้อยละ 10

- ร้อยละ 35 ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนด

- กรณีที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่ โดยคำนึงถึงการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ปรับสัดส่วนจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อคน จ่ายตามผลงานบริการหรือจ่ายตามผลลัพธ์บริการ รวมทั้งกำหนดให้มีการจ่ายตามรายการบริการให้แก่หน่วยบริการในเขตพื้นที่ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก สปสช. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่

2.1.2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำนวน 1252.2718 ล้านบาท โดยการดำเนินการจ่ายเงินเกี่ยวกับบริการนี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

2.3.3 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

2.3.3.1 หลักการในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อทดแทนส่วนที่ขาดและซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยขอบเขตการดำเนินงานให้เป็นไปตาม

(1) คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559

(2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

(3) ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
การจ่ายค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้แบ่งสัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการ

2.3.3.2 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ดังต่อไปนี้

(1) การจ่ายค่าใช้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ ให้คำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์เป็นรายหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

ก. สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แยกวงเงินเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการ สังกัด สป.สร. และกลุ่มหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เหลือ สำหรับกลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สร.

ข. สำหรับบริการผู้ป่วยใน ใช้จำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ

2.3.4 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการทางการแพทย์แผนไทย

2.3.4.1 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิ ที่รวมการฝังเข็มหรือการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระยะกลาง การใช้น้ำมันกัญชาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสันและไมเกรน การใช้สารสกัดกัญชาสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักและมะเร็ง ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของกัญชา ยาสมุนไพรอื่น ๆ การพอกเข้าและการนวดในเด็กพิการ

2.3.4.2 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทยและบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า เหมาะจ่ายจำนวน 63.42 บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยระหว่างประเภทบริการย่อยได้

(1) เหมาะจ่ายไม่น้อยกว่า 63.21 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการการแพทย์แผนไทย กรณียาสมุนไพร บริการน้ำมันกัญชาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสันและไมเกรน การใช้สารสกัดกัญชา สำหรับผู้ป่วยโรคลมชักและผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของกัญชา และยาสมุนไพรอื่น ๆ ที่ได้รับการบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร จ่ายแบบเหมาะสมตามจำนวนผลงานหรือตามผลลัพธ์บริการ หรือจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ให้กับหน่วยบริการ

(2) เหมาะจ่ายไม่เกิน 0.21 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ตามรายการบริการ (Fee schedule) และหรือเหมาะสม

2.3.5 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

2.3.5.1 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ รวมถึงสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพทางจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลออทิสติก

2.3.5.2 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เหมาะจ่ายจำนวน 10.59 บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ **สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในรายการค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ดังต่อไปนี้**

(1) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือกรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) หรือกระดูกสะโพกหัก (Fragility fracture hip) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคย กับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ บริการฟื้นฟู สุขภาวะทางจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลออทิสติก จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ

(2) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ จ่ายตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ โดยสามารถสรุปได้ดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 ลักษณะการคำนวณ การจ่าย ระดับการบริหารจัดการ/ร้อยละการบริหารจัดการแยกตามกองทุน

ค่าบริการ/ กองทุน	บาท/คน*	คำนวณ	กลไกการ จ่ายเงิน	ผ่าน ระบบ	ระดับการบริหารจัดการ/ ร้อยละการบริหารจัดการ					
					สปสช.	อปสช.	คปสช.	สสจ.	CUP	sw.สต.
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ										
1. ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)	1,448.86	Capitation	Capitation	E-claim						100
2. P&P (ทุกสิทธิ)	405.19									
2.1 P&P ระดับประเทศ	40.06	Capitation	Global budget		100					
2.2 P&P ระดับเขต/ จังหวัด	4.00	Capitation	Global budget			*	*			
2.3 P&P Basic service	366.46	Capitation	Basic payment	E-claim						100
1) P&P Fee schedule)	93.44	Capitation	Fee schedule	E-claim						100
2) P&P Capitation	273.02	(65%) Capitation	Capitation	E-claim						100
3) P&P Workload	226.71	(35%) Capitation	Workload	E-claim						100
3. ค่าบริการทาง การแพทย์ที่เบิกจ่ายใน ลักษณะงบลงทุน	128.69	Capitation	Global budget				10	20	70	
4. บริการการแพทย์แผน ไทย	63.42	Capitation	Fee schedule or Point system	E-claim						100
5. พันฟูสมรรถภาพด้าน การแพทย์	10.59	Capitation	Fee schedule or Point system	E-claim				10	90	
6. บริการเฉพาะราย: บริการแบบประคับประ ครองที่ได้รับการดูแล ที่บ้าน	จ่ายตาม หลักเกณฑ์แต่ ไม่ เกิน 6 เดือน	Capitation	Fee schedule	E-claim						100

หมายเหตุ: * จำนวนเงิน บาท/คน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและ
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจำร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ให้ สปสช. เพื่อประโยชน์ในการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทั้ง กรณี สอน. หรือ รพ.สต. ที่ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการประจำ แม้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยอาจจะเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์) เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเครือข่ายกันเอง หรือ เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการภาคเอกชน

แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568

โดย ผศ.ดร.นภชา สิงห์วีธรรม และ นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกศล

1. จัดสรรผ่านหน่วยบริการประจำ CUP

2. จัดสรรโดยตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ สอน. หรือ sw.สต. แล้วแต่กรณี ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ

บริการสาธารณสุขบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน P&P basic services เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขแก่ประชากรไทยทุกคนที่รับบริการในหน่วยบริการหรือนอกหน่วยบริการ ซึ่งประกอบด้วย 1) P&P Fee schedule แบบจ่ายตามรายการบริการ 2) P&P Capitation แบบเหมาจ่ายต่อหัวประชากร และ 3) P&P Workload แบบเหมาจ่ายตามผลงานผลงาน ทั้งนี้รายการบริการจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละปีตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังตาราง 2.2

1. P&P Fee schedule แบบจ่ายตามรายการบริการ

รายการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P Fee schedule แบบจ่ายตามรายการบริการจะมีการกำหนดรายการบริการอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละปีตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังตาราง 2.2

ตาราง 2.2 รายการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P Fee schedule แบบจ่ายตามรายการบริการ สำหรับ sw.สต.

รายการ*	ช่องทางการขอค่าชดเชย	ICD 10	บดเชย* (บาท)	จำนวนครั้งสูงสุด
1. หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด คนไทยทุกคนทุกสิทธิ				
1.1 ค่าตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ 4 ครั้ง/ปี	eClaim	Z320,Z321	75	
1.2 ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์	eClaim	Z340,Z348	360	
1.3 การตรวจ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)	eClaim		600	
1.4 การตรวจ VDRL และ HIV	eClaim		190	
1.5 ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์	eClaim		400	
1.6 ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน	eClaim	Z012,K051	500	
1.7 ค่าบริการตรวจหลังคลอด (8-15 / 16-42 วัน)	eClaim	Z391	150	
1.8 ค่าบริการป้องกันการขาด ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine) (ไม่เกิน 90 เม็ด/ครั้ง/2 ครั้ง)	eClaim	Z392	135	
2. เด็ก 0 – 5 ปี คนไทยทุกคนทุกสิทธิ				
2.1 ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวบรวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา (3-12 ปี, อนุบาล 1 - ป.6)	eClaim	Z135	800	1

แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568

โดย ผศ.ดร.นภชา สิงห์วิธธรรม และ นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกศล

รายการ*	ช่องทางการ ขอค่าชดเชย	ICD 10	ขดเชย* (บาท)	จำนวน ครั้ง สูงสุด
3. เด็กโตและวัยรุ่น 6 – 24 ปี คนไทยทุกคนทุกสิทธิ์				
3.1 ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) (13-14 ปี)	eClaim	Z138	56	1
3.2 ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก และการให้คำแนะนำติดตาม (13-45 ปี)	eClaim	Z130	80	1
4. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์				
4.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน(แบบฮอร์โมนรวม)	eClaim	Z304	40	13
4.2 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน(แบบฮอร์โมนเดี่ยว)	eClaim	Z304,Z392	80	13
4.3 ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด (ไม่เกิน 2 แผง/ปี)	eClaim	Z304	50	2
4.4 ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด (ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี)	eClaim	Z304	60	5
5. คัดกรองสุขภาพ 15 – 59 ปี				
5.2 ชุดบริการตรวจและประเมินความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวง ความเครียดและซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ (35-59 ปี)	eClaim	Z000,Z135,Z136, Z131,Z013	100	1
5.1 ชุดบริการตรวจและประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และเจาะเลือดปลายนิ้วภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง เพื่อตรวจระดับน้ำตาล(FCG) วัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความเครียดและซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ (35-59 ปี)	eClaim	Z000,Z135,Z136, Z131,Z013	150	1
5.3 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับกลุ่มเสี่ยง จากการประเมินความเสี่ยงตามข้อ 5.3 หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุ ในประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (35-59 ปี) ปีละ1 ครั้ง	eClaim	Z131	40	1
5.4 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจ Total Cholesterol และ HDL (อายุ 45-70 ปี) ทุก 5 ปี	eClaim	Z136	160	1
5.5 ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการ	eClaim	Z121	60	1

แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568
โดย ผศ.ดร.นภชา สิงห์วีธรรม และ นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกศล

รายการ*	ช่องทางการ ขอค่าชดเชย	ICD 10	ชดเชย* (บาท)	จำนวน ครั้ง สูงสุด
ตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้ คาปรีกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบ ความผิดปกติ (50-70 ปี) 1 ครั้ง ทุก 2 ปี				
5.6 ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี PAP Smear	eClaim	Z124	250	
5.7 ค่าเก็บตัวอย่างมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test	eClaim		50	
5.8 ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA	eClaim		250	
6. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค				
6.1 ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและ บาดทะยัก(dT) (25 ปี ขึ้นไป)	mophClaim		20	1
6.2 ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตาม ฤดูกาล (7 กลุ่มเสี่ยง)	mophClaim		20	1
6.3 บริการวัคซีน EPI ตามแผนอายุ 0-14 ปี	mophClaim		20	1
7 กันตกรรรม				
7.1 ค่าบริการบริการเคลื่อนฟลูออไรด์ชนิดเข็มชั้นสูง เฉพาะที่ในกลุ่มเสี่ยง (25-59 ปี)	eClaim		100	1

หมายเหตุ: * รายการและชดเชย บาท/คน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

2. P&P Capitation แบบเหมาจ่ายต่อหัวประชากร ให้จ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยเพิ่มหรือลดไม่เกินร้อยละ 10

3. P&P Workload แบบเหมาจ่ายตาม workload ตามผลงานผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนด โดยนำข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568 หรือที่เป็นปัจจุบัน ดังรายการ

- ก) จำนวนเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการ (คน)
- ข) จำนวนเด็กอายุ 6 ปี ถึง 12 ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (คน)
- ค) จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 4 ถึง 12 ปี ที่ได้รับการเคลื่อนฟลูออไรด์ (คน)
- ง) จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 6 ถึง 12 ปี ที่ได้รับบริการเคลื่อนหลุมร่องฟันถาวร (คน)
- จ) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

บทที่ 3 ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจของ กสพ.

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดสรรสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ให้แก่ สอน. และ sw.สต.

1. หลักการตามที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ sw.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

1.1 กำหนดภารกิจและอำนาจหน้าที่ของ อบจ. ที่รับถ่ายโอน สอน. และ sw.สต ให้ดำเนินการ 5 ด้าน คือ การป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค

1.2 กำหนดให้ อบจ. **ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งนั้น** อย่างน้อยต้องได้รับการจัดสรรแนบท้ายประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ โดย **เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ ฯ ได้กำหนดให้** สอน. และ sw.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้ อบจ. มีแหล่งรายได้ 3 ช่องทาง ดังนี้

(1) **รายได้จากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** โดยหน่วยบริการประจำแม่ข่ายจะจัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงกำหนดไว้ โดยการจัดสรรงบประมาณต้องไม่แตกต่างจากก่อนการถ่ายโอน และต้องมีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(2) งบประมาณรายจ่ายประจำปีตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เงินอุดหนุนเฉพาะกิจเพื่อเป็นงบประมาณอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง และ เงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อเป็นงบดำเนินงาน (เงินบำรุง)

(3) งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

1.3 ให้ทุก สอน. และ sw.สต ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ

2. ประเด็นในทางปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาจากปีงบประมาณ 2569 มีการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. ให้ สอน. และ sw.สต โดยตรงใน 3 รายการ ได้แก่ (1) งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P Fee schedule แบบจ่ายตามรายการบริการ (2) งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P Capitation แบบเหมาจ่ายต่อหัวประชากร และ (3) งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P Workload แบบเหมาจ่ายตามผลงาน โดยการจ่ายตามรายการบริการจะมีความแตกต่าง

กันไปในแต่ละปีขึ้นอยู่กับมติคณะกรรมการ นอกจากนั้นยังไม่มี การส่งต่อข้อมูลจาก สอน./สว. สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง สปสช. แต่อย่างใด

ข้อเสนอแนะรูปแบบการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้กับ สว.สต. ที่ถ่ายโอนไป สปช.

การจัดสรรค่าบริการสาธารณสุขค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการ (OP) และ (P&P) ควรมีการพิจารณาการจัดสรรเพื่อให้เกิดความเหมาะสมภายใต้เจตนารมณ์ของการจัดตั้ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545 และ พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2562 โดยมีข้อเสนอแนะแบ่งเป็นประเด็น ดังนี้

1) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

การถ่ายโอนงานด้านสุขภาพมีการถ่ายโอนไปยัง กสพ. โดย กสพ. มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่และแผนความต้องการทรัพยากรรวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศ โดย กสพ. ทั้งนี้ได้มีการระบุหน้าที่และอำนาจตามข้อ (6) พิจารณารอบการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อสมทบงบประมาณโครงการและกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ สปช. ทั้งนี้สามารถพิจารณาให้มีคณะอนุกรรมการย่อยตามหน้าที่และอำนาจ ข้อ (11) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการพิจารณาหรือปฏิบัติการได้ตามความจำเป็นและสอดคล้องกับหน้าที่และอำนาจของ กสพ.

ข้อเสนอแนะ (คณะทำงานด้านการเงินการคลังในระดับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่)

1. กสพ. ควรมีคณะทำงานย่อยหรืออนุกรรมการย่อย โดยมีอำนาจและหน้าที่เพื่อจัดทำข้อมูล จัดทำสัดส่วนการจัดสรร และข้อเสนอแนวทางในการจัดสรร เพื่อเสนอให้กับ กสพ.
2. โครงสร้างคณะทำงานย่อยหรืออนุกรรมการควรประกอบไปด้วยตัวแทนจากทั้งกระทรวงสาธารณสุขและผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. จำนวนคณะทำงานย่อยหรืออนุกรรมการควรมีสัดส่วนในจำนวนที่เท่ากันทั้ง 2 จาก สสว. และ อบจ. เช่น 5X5 หรือ 7X7 และควรมีการประชุมย่อยเพื่อจัดทำข้อมูลและข้อเสนอแนวทางในการจัดสรรให้ กสพ. พิจารณาในสัดส่วนที่เท่ากัน

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพ

ภายใต้บริบทของการจัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (CPP) หรือตามการจัดบริการจริงของ สอน. และ สว.สต. ควรพิจารณาค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สอดคล้องไปกับการจัดบริการและครอบคลุมการจัดบริการทั้งที่จัดบริการในระดับ สว.สต. ด้วยตัวเอง เช่น การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพบริการอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และบริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน รวมถึงบริบท

การจัดบริการร่วมกันระหว่าง sw.แม่ข่ายเช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีบริการการฝากครรภ์ คุณภาพ และการเยี่ยมบ้านกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และบริการเฉพาะราย: บริการแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลที่บ้าน มีข้อเสนอดังนี้

2.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)

การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้นการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยนอกของ สอน. และ sw.สต. ควรจัดสรรให้เกิดความสอดคล้องกับ ลักษณะการจัดสรรเงิน การจัดบริการข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ และลักษณะการเจ็บป่วย ที่มีโอกาสในการเข้ารับบริการใน sw.สต. และการรับบริการใน sw.แม่ข่ายมีข้อเสนอดังนี้

ข้อเสนอ (ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)

1. กรณีที่ตกลงได้: ให้จัดสรรตามข้อตกลงและเป็นไปตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่ที่ อาจมีความหลากหลายในรูปแบบการจัดสรร เช่น

1) จัดเป็นสัดส่วน sw: sw.สต. เป็นการจัดสรรด้วยรูปแบบเหมาจ่ายตามหัวประชากร โดยคิดสัดส่วน แบ่ง sw. 80% : sw.สต. 20%

2) จัดสรรต่อประชากร เป็นการจัดสรรต่อหัวประชากรที่รวมสิ่งสนับสนุนจาก CUP ที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ ประมาณ 3 บาทต่อหัวประชากร

3) จัดเป็นระดับตามขนาดของ สอน./sw.สต. (S M L) เป็นการจัดสรรในลักษณะ Fixed cost

4) การจัดสรร P&P (OP ผ่าน CUP) โดยจัดสรรงบค่าบริการผู้ป่วยนอกผ่าน โรงพยาบาลแม่ข่ายโดย เบิกจ่ายปลายปีงบประมาณ

5) จัดสรรงบเท่ากันทุกแห่ง โดยจัดสรรแบบเหมาจ่าย โดยให้ สปสช. โอนตรงไปยัง sw.สต. เป็นเงิน 33,000 บาท/เดือน/แห่ง

2. กรณีที่ตกลงไม่ได้: เสนอให้จัดสรรตามสัดส่วนต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง sw. 80% และ sw.สต. 20% (โอนตรง)

ข้อมูลเพื่อการพิจารณา

กรณีศึกษาค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) “บริการวัดความดันโลหิต” ในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี สัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนรวม ทั้งหมด ในปี 2566 เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 86.3 โดยการวิเคราะห์ปัจจัยขนาดของ สอน. และ sw.สต. ไม่ส่งผลต่อสัดส่วนของต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนรวม

ตาราง 3.1 สัดส่วนร้อยละของต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนรวมของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่ม อายุ 25- 59 ปี ในกิจกรรม “การวัดความดันโลหิต” ในปีงบประมาณ 2566

รายการ	ร้อยละเฉลี่ย	SD	Min	Max
ร้อยละต้นทุนค่าแรง ต่อ ต้นทุนรวม	86.3	7.8	63.8	97.6

2.2 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 1) แบบจ่ายตามผลงาน (P&P Free schedule) และ 2) บริการการแพทย์แผนไทย

การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกลุ่มเหมาจ่ายตามบริการ P&P 1) แบบจ่ายตามผลงาน (P&P Free schedule) และ 2) บริการการแพทย์แผนไทย จาก สปสช. เป็นแบบรายบริการ (Fee schedule) ดังนั้นควรจัดสรรให้เกิดความสอดคล้องกับลักษณะการจัดสรรเงิน การจัดบริการข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลักษณะการเจ็บป่วย ที่มีโอกาสในการเข้ารับบริการใน รพ.สต. และการรับบริการใน รพ.แม่ข่ายมีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อเสนอ (ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P) 1) แบบจ่ายตามผลงาน (P&P Free schedule) และ 2) บริการการแพทย์แผนไทย)

1. กรณีที่ตกลงได้: ให้จัดสรรตามข้อตกลงและเป็นไปตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่ที่อาจมีความหลากหลายของสัดส่วนการจัดสรร
2. กรณีที่ตกลงไม่ได้: เสนอให้จัดสรรตามสัดส่วนต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง รพ. 80% และ รพ.สต. 20% (โอนตรง)

2.3 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 1) แบบเหมาบริการ (P&P capitation) และ 2) แบบรายบริการ (P&P Workload)

การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ รพ.สต. ได้รับโดยการโอนตรงจาก สปสช. ตาม MOU จะพิจารณาจาก 1) แบบเหมาบริการ (P&P capitation) และ 2) แบบรายบริการ (P&P Workload) โดยมีรายละเอียดของทั้ง 2 รายการดังนี้

1) แบบเหมาบริการ (P&P capitation) ให้จ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยเพิ่มหรือลดไม่เกินร้อยละ 10

2) แบบเหมาจ่ายตามบริการพื้นฐาน (P&P Workload) โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนด โดยนำข้อมูลผลบริการตั้งแต่เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568 หรือที่เป็นปัจจุบันตามรายการบริการ ดังต่อไปนี้

- ก) จำนวนเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการ (คน)
- ข) จำนวนเด็กอายุ 6 ปี ถึง 12 ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (คน)
- ค) จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 4 ถึง 12 ปี ที่ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ (คน)
- ง) จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 6 ถึง 12 ปี ที่ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร (คน)
- จ) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

ทั้งนี้การจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขดังกล่าว ไม่ได้นำประเด็นการจัดบริการข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาร่วมพิจารณา แต่จะเป็นการจัดสรรตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัด และจ่ายตามผลงานบริการโดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการที่ สปสช. กำหนด ดังนั้นการพิจารณาเงินดังกล่าวควรจะมีการนำข้อมูลประชากรและข้อมูลการจัดบริการมาร่วมในการพิจารณาด้วย จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อเสนอ (ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P) 1) แบบเหมาบริการ (P&P capitation) และ 2) แบบรายบริการ (P&P Workload)

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่พิจารณาข้อมูลประชากรในพื้นที่และข้อมูลผลงานบริการที่อยู่ในแบบเหมาบริการ (P&P capitation) และ แบบรายบริการ (P&P Workload) อย่างละเอียดตามรายการที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ข้อมูลประชากรในพื้นที่และข้อมูลการจัดบริการในแต่ละรายบริการจะสามารถสะท้อนถึงจำนวนเงินที่จะได้รับ และนำสัดส่วนของข้อมูลการจัดบริการที่เกิดขึ้นตามรายบริการของ สปสช. มาเป็นตัวกระจายสัดส่วนเงินเพื่อให้เกิดความเหมาะสม โดยพิจารณาเป็น 2 กรณี

1. กรณีที่ตกลงได้: ให้จัดสรรตามข้อตกลงและเป็นไปตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่ที่อาจจะมี ความหลากหลายของสัดส่วนการจัดสรร

2. กรณีที่ตกลงไม่ได้: เสนอให้จัดสรรตามสัดส่วนต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง sw. 80% และ sw. สต. 20% (โอนตรง)

2.4 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข: กรณีฟื้นฟูสภาพด้านการแพทย์ และกรณีผู้ป่วยเฉพาะราย ข้อ 3) บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีฟื้นฟูสภาพด้านการแพทย์ และกรณีผู้ป่วยเฉพาะราย จาก สปสช. เป็นการจ่ายตามระดับคะแนนภายใต้การบริหารแบบมีเพดานของรายบริการให้กับหน่วยบริการ ส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขบริการแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน จาก สปสช. เป็นแบบรายบริการ โดยการจัดสรรทั้งสองการจัดบริการนี้จัดสรรผ่าน CUP แต่การจัดบริการเป็นการจัดบริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย ดังนั้นควรจัดสรรให้เกิดความสอดคล้องกับลักษณะการจัดสรรเงิน การจัดบริการข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลักษณะการจัดบริการที่เกิดขึ้นจาก sw.แม่ข่ายร่วมกับการทำงานกับ sw.สต. มีข้อเสนอดังนี้

ข้อเสนอ (ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีฟื้นฟูสภาพด้านการแพทย์ และกรณีผู้ป่วยเฉพาะราย ข้อ 3) บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน)

1. กรณีที่ตกลงได้: ให้จัดสรรตามข้อตกลงและเป็นไปตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่ที่อาจจะมี ความหลากหลายของสัดส่วนการจัดสรร

2. กรณีที่ตกลงไม่ได้: เสนอให้จัดสรรตามสัดส่วนต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง sw. 80% และ sw. สต. 20% จากการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง (โอนตรง)

2.5 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข: เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข: เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) เป็นการจัดสรรในลักษณะ (Global budget) ควรพิจารณาการจัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเบื้องต้นและพิจารณาการแบ่งสัดส่วน ดังนี้ การจัดบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ข้อเสนอ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข: เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)

1. กรณีที่ตกลงได้: ให้จัดสรรตามข้อตกลงและเป็นไปตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่ที่อาจมีความหลากหลายของสัดส่วนการจัดสรร
2. กรณีที่ตกลงไม่ได้: พิจารณาจากยอดเงิน (OP และ PP) ในส่วนของ CUP (70%)
 - 1) จัดสรรให้ sw. 70 % : sw.สต. 30% ตามสัดส่วน
 - 2) จัดสรรให้ sw. 60% : sw.สต. 30% : 10% ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนในกรณี sw.สต. ขนาด S จำนวนมากในพื้นที่

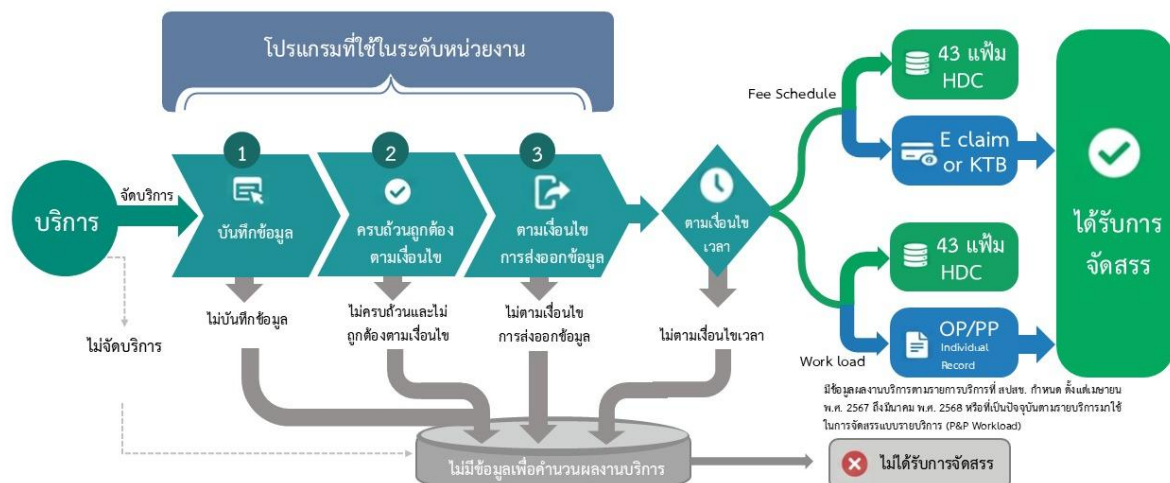
3) ข้อเสนอแนะการจัดการบริการและบันทึกข้อมูลเพื่อการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การจัดการบริการเพื่อให้ได้รับการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในทุกกิจกรรม ควรมีกระบวนการดำเนินงานตามเงื่อนไขของแต่ละกิจกรรมบริการที่ต้องพิจารณาทั้งในระดับ สอน., sw.สต., อบจ. และ สสจ. ที่ต้องมีการดำเนินการร่วมกัน

1. การบันทึกข้อมูลต้องบันทึกให้ครบถ้วนและตรงตามเงื่อนไขการจัดการบริการในแต่ละกิจกรรม
2. การส่งออกข้อมูลต้องดำเนินการให้เป็นไปตามเงื่อนไขการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลของทั้ง sw.สต. และ สสจ.
3. การดึงข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการพิจารณาการจัดสรรจะขึ้นอยู่กับแต่ละประเภทของการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย

3.1 แบบจ่ายตามผลงาน (P&P Free schedule) จะผ่านระบบ eClaim หรือ KTB โดยตัวอย่างการบันทึกข้อมูลในภาคผนวก 1

3.2 แบบรายบริการ (P&P Workload) จะผ่านระบบ OP/PP individual record โดยตัวอย่างการบันทึกข้อมูลในภาคผนวก 2



รูปที่ 3.1 การสร้างความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568

โดย ผศ.ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม และ นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกศล

4) ประสิทธิภาพรูปแบบการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม

ประสิทธิภาพการจัดสรรเงินแต่ละรูปแบบ เมื่อพิจารณาเงินที่ได้รับการจัดสรร ส่วนต่างค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. เงินบำรุงคงเหลือ พบว่าการจัดสรรรูปแบบต่อประชากรมีจำนวนเพิ่มขึ้นสูงมาก และรูปแบบผ่าน CUP /แบ่งสัดส่วน CUP (สร.): sw.สต. เพิ่มขึ้นในระดับปานกลางถึงมาก

ประสิทธิภาพเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผู้ป่วย OP ที่รับบริการใน CUP พบว่า การจัดสรรรูปแบบต่อประชากร ผู้ป่วยเข้าไปรับบริการใน sw. เพิ่มมากขึ้น

ประสิทธิภาพผลงาน P&P แบบจ่ายตามผลงาน (P&P Fee schedule) และ ผลงาน P&P แบบรายบริการ (P&P Workload) พบว่า การจัดสรรรูปแบบต่อประชากรและ รูปแบบผ่าน CUP /แบ่งสัดส่วน CUP (สร.): sw.สต. ผลงานต่ำ

ประสิทธิภาพจำนวนบุคลากรสายวิชาชีพต่อปริมาณผลงาน พบว่า การจัดสรรรูปแบบต่อประชากรและ รูปแบบผ่าน CUP /แบ่งสัดส่วน CUP (สร.): sw.สต. ผลงานต่ำ รายละเอียดดังตารางที่ 4.22

ตาราง 3.2 ผลการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้

รูปแบบการจัดสรร	ประสิทธิผลการจัดสรร						
	เงินที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช.	ส่วนต่างค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช.	เงินบำรุงคงเหลือ	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผู้ป่วย OP ที่รับบริการใน CUP	ผลงาน P&P แบบจ่ายตามผลงาน (P&P Fee schedule)	ผลงาน P&P แบบรายบริการ (P&P Workload)	จำนวนบุคลากรสายวิชาชีพต่อปริมาณผลงาน
1. เป็นสัดส่วน sw: sw.สต.	เพิ่มขึ้นมาก	ติดลบ	ปานกลาง	เพิ่มขึ้น	ผันผวน	ผันผวน	ผันผวน
2. เป็นต่อประชากร	เพิ่มขึ้นมาก	มาก	เพิ่มขึ้นมาก	เพิ่มขึ้นมาก	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
3. เป็นระดับ SML	เพิ่มขึ้นมาก	ติดลบ	ปานกลาง	เพิ่มขึ้นมาก	สูง	สูง	สูง
4. จัดสรรผ่าน sw.แม่ข่าย (CUP สร.)	ไม่เพิ่มขึ้น	ติดลบ	ปานกลาง	ผันผวน	สูง	สูง	สูง
5. จัดสรร PP (OP ผ่าน CUP)	ไม่เพิ่มขึ้น	ติดลบ	มาก	ผันผวน	ผันผวน	ผันผวน	ผันผวน
6. สรรเท่ากันทุกแห่ง	ผันผวน	ติดลบ	ปานกลาง	ผันผวน	สูง	สูง	สูง
7. ผ่าน CUP /แบ่งสัดส่วน CUP (สร.): sw.สต.	เพิ่มขึ้นมาก	ติดลบ	ปานกลาง	ผันผวน	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
8. พื้นที่เปรียบเทียบ	ไม่มีรายงาน	ติดลบ	ไม่เพียงพอ	ผันผวน	สูง	สูง	สูง

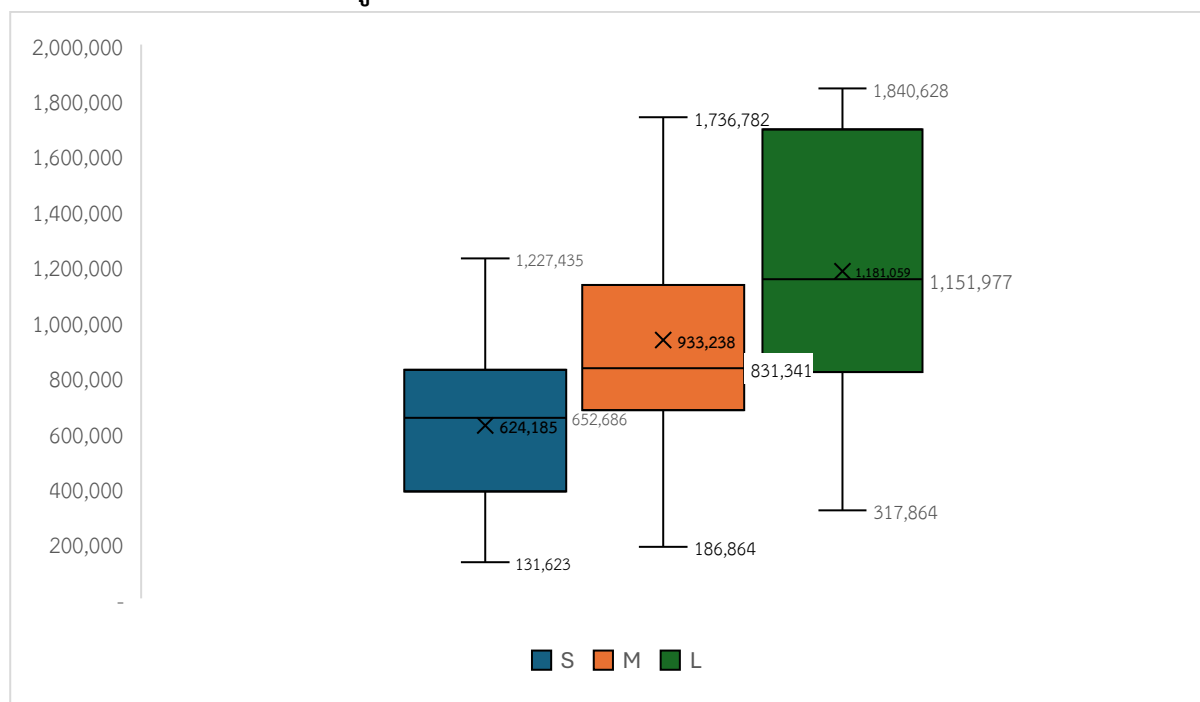
5) ข้อเสนอแนะการจัดสรรเงินบำรุงตามขนาด สอน. และ sw.สต.

การจัดสรรเป็นระดับ SML sw.สต. ถือได้ว่ามีเสถียรภาพมากที่สุด ดังนั้นในการพิจารณาการจัดสรรเงินแบบ SML ควรพิจารณาจากค่าใช้จ่ายเงินบำรุงที่ สอน. และ sw.สต. ใช้จ่ายไปในภาพรวมที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย ด้านบุคลากร/สาธารณสุข/โรค/การจัดซื้อวัสดุจากการวิเคราะห์ข้อมูลหากต้องการจัดสรรเพื่อให้เกิดความเพียงพอต่อการจัดบริการ ควรปรับมูลค่าการจัดสรร ขนาด S = 600,000 บาทต่อปี (50,000 บาทต่อเดือน) ขนาด M = 800,000 บาทต่อปี (60,000 บาทต่อเดือน) และ ขนาด L = 1,000,000 บาทต่อปี

แนวทางปฏิบัติการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2568

โดย ผศ.ดร.นงนา สิงห์วิธธรรม และ นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกศล

(80,0000 บาทต่อเดือน) โดยเทียบเคียงจากการศึกษาค่าใช้จ่ายเงินบำรุงของ 48 sw.สต. ในปีงบประมาณ 2568 ดังรูป



รูปที่ 3.2 ข้อเสนอแนะการจัดสรรเงินบำรุงตามขนาด สอน. และ sw.สต.

6. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้เป็นไปตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ ฯ และบริบทการกระจายอำนาจดังต่อไปนี้

3.1 สปสช. ควรสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดบริการในเรื่อง การป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค ให้ สอน./sw.สต. ตามเจตนารมณ์ของประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ ฯ

3.2 สปสช. ควรตั้งคณะทำงานร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและ อบจ. ทั้งประเทศเพื่อวิเคราะห์การจ่ายเงินตามข้อตกลงในแต่ละจังหวัด เพื่อวางแผนการสนับสนุนงบประมาณให้สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละพื้นที่ สอน./sw.สต.

3.3 ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ ฯ ได้กำหนดให้ สอน./sw.สต จะต้องจดทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจะต้องดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดให้มีการจัดระบบข้อมูลการให้บริการปฐมภูมิในแต่ละเครือข่าย ตลอดจนมีระบบการส่งข้อมูลและคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินการระบบสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น สปสช. ควรดำเนินการร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. ทั้งประเทศ ในการจัดทำระบบข้อมูลและมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำงบประมาณและการจัดทำนโยบายสุขภาพในแต่ละพื้นที่

อ้างอิง

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติงานในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด; 2565.
- ปรุฬห์ รุจนธำรงค์, นกชา สิงห์วีรธรรม, วิน เตชะเคหะกิจ, นภัทร บุญเทียม, พรทิพย์ แก้วสิงห์, อำพล บุญ
เพียร, et al. การพัฒนาข้อเสนอแนวทางการบริหารจัดการของกองทุนประกันสุขภาพในการจัดสรร
งบประมาณให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565.
- รัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, วิทยา โชคเศรษฐกิจ, ภักพัฒน์ ภูริพงษ์รัตนวัต, อุกฤษณ์ กฤตยโสภณ, ณัฐน
ศรีถาวรธรรม, เยาวลยา อ่อนโพธิ์ทอง. รายงานฉบับสมบูรณ์:โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบ
เชิงนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด.
กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
- นกชา สิงห์วีรธรรม, ดวงรัตน์ โพธิ์, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, & ศรวณีย์ อวนศรี. (2568). การประเมินค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.
- นกชา สิงห์วีรธรรม, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิน เตชะเคหะกิจ, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, อำพล บุญเพียร, & สนิทนา
วาทะการ. (2567). การศึกษาต้นทุนการจัดบริการสาธารณสุขของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60
พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนจังหวัด.
- นกชา สิงห์วีรธรรม, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิน เตชะเคหะกิจ, ธีระศักดิ์ วงศ์ใหญ่, อำพล บุญเพียร, & พัลลภ เชี่ยว
ชัยสกุล. (2566). การเปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระหว่างคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนและ
ไม่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย.
- นกชา สิงห์วีรธรรม, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิน เตชะเคหะกิจ, ธีระศักดิ์ วงศ์ใหญ่, อำพล บุญเพียร, & พัลลภ เชี่ยว
ชัยสกุล. (2567). การเปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่าง
คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนและไม่ถ่าย
โอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย. . วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล
และการสาธารณสุขภาคใต้, 11(3), e266462.
- กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2567). คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 - 2570. กระทรวง
สาธารณสุข.
- เจริญพงษ์ สุภธีระธาดา. (2563). ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุน
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจถ่ายโอน กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- กองแบบแผน. (2558). เกณฑ์มาตรฐานและแนวทางการออกแบบสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ปีงบประมาณ 2558. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.



כנסת

ภาคผนวก 1 ข้อเสนอแนะการบันทึกข้อมูลเพื่อการจัดสรรค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขแบบจ่ายตามผลงาน (P&P Free schedule)

ตัวอย่าง การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขแบบจ่ายตามผลงาน (P&P Free schedule)

**เป้าหมาย จำนวนเป้าหมาย ประชากรทั้งชายและหญิงอายุ 50 – 70 ปีทุกคนในเขต
รับผิดชอบ 1B0061 (พบผิดปกติ นับผลล่าสุด)**

สำหรับโรงพยาบาลลูกข่าย

ร้อยละ Fit test Positive

$$\frac{\text{จำนวนผู้ที่มีผล Fit test Positive ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy}}{\text{จำนวนผู้ที่มีผล Fit test Positive ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด}} \times 100$$

สำหรับ sw. Node (รับตรวจ Colonoscopy)

ร้อยละ Fit test Positive

$$\frac{\text{จำนวนผู้ที่มีผล Fit test Positive ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ + จำนวนผู้ที่มีผล Fit test positive จากโรงพยาบาลลูกข่าย ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy}}{\text{จำนวนผู้ที่มีผล Fit test Positive ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด + จำนวนผู้ที่มีผล Fit test Positive จากโรงพยาบาลลูกข่าย}} \times 100$$

หมายเหตุ ประชากรเป้าหมายคือ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง Fit test พบผล Positive ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566-2568 นับเฉพาะผู้ที่ยังไม่มีผล Colonoscopy

ผลงาน: A-ได้รับการส่องกล้อง ซึ่งนับจากแฟ้มหัตถการที่รหัส 43.23,45.25,45.42,453-00-21,453-04-39,453-26-20

C1=Colonoscopy= รหัส (ICD-9-CM 2010) หรือ 453-00-21 (ICD-10-TM 2014) C2= Colonoscopy with polypectomy = รหัส 45.42 (ICD-9-CM 2010) หรือ 453-26-20 (ICD-10TM 2014) C3= Colonoscopy with biopsy of colon = รหัส 45.25 (ICD-9-CM 2010) หรือ 453-40-39 (ICD-10-TM 2014)***จากแฟ้ม procedure_opd,procedura_ipd***

การบันทึกรหัสกิจกรรมใน SPECIALPP ที่สมบูรณ์ร่วมกับการลงรหัสวินิจฉัย (ICD-10) ที่สอดคล้องกัน จะช่วยสะท้อนภาระงานที่แท้จริง (PP Workload) และเพิ่มโอกาสในการรับรายได้จากการเบิกจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule)

การจัดการความครอบคลุมและรอบเวลา (Frequency & Coverage): ต้องตรวจสอบความซ้ำซ้อนและรอบเวลาการให้บริการ โดยผู้สูงอายุต้องได้รับการคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีงบประมาณ (เริ่มนับ 1 ต.ค. - 30 ก.ย. ของปีถัดไป) เพื่อให้สอดคล้องกับรอบการประมวลผลของ สปสช. และ HDC

ภาคผนวก 2 ข้อเสนอแนะการบันทึกข้อมูลเพื่อการจัดสรรค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข แบบจ่ายแบบรายบริการ (P&P Workload) ร้อยละ 35

การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขแบบรายบริการ (P&P Workload) ร้อยละ 35

การขับเคลื่อนสาธารณสุขด้วยข้อมูล (Data-Driven Healthcare) การบันทึกข้อมูล (P&P Workload) มิใช่เพียงภาระงานด้านธุรการ แต่คือ "สินทรัพย์ทางยุทธศาสตร์" ที่สะท้อนศักยภาพของหน่วยบริการและเป็นกลไกหลักในกระบวนการ บริหารวงจรรายได้ของสถานพยาบาล การบริหารจัดการ "คุณภาพข้อมูล" เพื่อความยั่งยืนของหน่วยบริการ การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องคือหัวใจสำคัญของการคำนวณ การชดเชยค่าบริการ (P&P Workload) ซึ่งมีสัดส่วนถึง 35% ข้อมูลที่ถูกบันทึกอย่างถูกต้องจะส่งผลโดยตรงต่อการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การส่งออกข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม ลดอัตราการไม่ได้รับการชดเชย (Reimbursement) และสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ มาตรฐานการบันทึกข้อมูลหน้างาน (Data Entry Workflow) สิ่งที่ต้องพิจารณา ประกอบด้วย

1. การบันทึกข้อมูล ณ จุดแรกรับและจุดบริการ (Point of Entry) การพิจารณาต้นทางของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ หากข้อมูลต้นทางบกพร่อง แม้ระบบการส่งออกจะดีเพียงใดก็ไม่สามารถสร้างข้อมูลที่สมบูรณ์ได้ ประกอบด้วย การตรวจสอบสิทธิ์และลงทะเบียน (Registration & Eligibility) ผู้ปฏิบัติงานต้องดำเนินการตรวจสอบข้อมูลพื้นฐานอย่างเคร่งครัด ดังนี้:

1) Validation of Identity (CID): ตรวจสอบเลขบัตรประชาชนให้ถูกต้องตรงกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร (Smart Card Read)

2) Demographic Update: ปรับปรุงที่อยู่ปัจจุบันให้เป็นข้อมูลล่าสุด เพื่อประโยชน์ในการจัดกลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่

3) Service Classification: ระบุประเภทการมาให้ชัดเจน (เช่น ตรวจสุขภาพโรงเรียน หรือ มารับบริการที่ sw.) เพื่อให้ระบบสามารถจัดประเภทกิจกรรมในแฟ้ม SERVICE ได้อย่างถูกต้อง

2. การสร้างความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล (Data Integrity) เพื่อให้ระบบสามารถประมวลผลเข้าสู่แฟ้ม NUTRITION และ SERVICE ได้อย่างสมบูรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของ สปสช. ประกอบด้วย

1) การสร้างมาตรฐานความสมบูรณ์ของข้อมูล (Data Completeness): ประกันความมั่นใจว่าทุกกิจกรรมการบริการจะถูกบันทึกด้วยโครงสร้างข้อมูลที่พร้อมสำหรับการส่งออก (Export-Ready)

2) การควบคุมคุณภาพเชิงคลินิกและตรรกะ (Clinical & Logical Quality Control): คัดกรองและป้องกันข้อมูลผิดปกติ (Outliers) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการถูกปฏิเสธการจ่าย

3) การเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่าย (Reimbursement Optimization): ลดอัตราการเกิด Error Code (เช่น Error 403) และป้องกันปัญหาการเบิกจ่ายซ้ำซ้อนเพื่อเสถียรภาพทางการเงินของหน่วยงาน

การสร้างมาตรฐานความสมบูรณ์ของข้อมูล (Data Completeness): ประกันความมั่นใจว่าทุกกิจกรรมการบริการจะถูกบันทึกด้วยโครงสร้างข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการส่งออก (Export-Ready) การควบคุมคุณภาพเชิงคลินิกและตรรกะ (Clinical & Logical Quality Control): คัดกรองและป้องกันข้อมูลผิดปกติ (Outliers) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการถูกปฏิเสธการจ่าย การเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่าย (Reimbursement Optimization): ลดอัตราการเกิด Error Code (เช่น Error 403) และป้องกันปัญหาการเบิกจ่ายซ้ำซ้อนเพื่อเสถียรภาพทางการเงินของหน่วยงาน กระบวนการสร้างข้อมูลที่มีคุณภาพต้องเริ่มต้นด้วย "Data Capture" ที่แม่นยำ ณ จุดบริการ เพื่อเป็นรากฐานให้กับกระบวนการตรวจสอบและส่งออกข้อมูลในลำดับถัดไป ทั้งนี้ข้อมูลที่มีคุณภาพสะท้อนถึงมาตรฐานการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเราลงรหัสได้แม่นยำ ระบบสาธารณสุขไทยจะมีฐานข้อมูลที่แข็งแกร่งงบประมาณจะถูกจัดสรรได้อย่างตรงจุด "ทุกรหัสที่คุณบันทึก คือพลังขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขไทย"

ก) จำนวนเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการ (คน)

การตรวจคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type 1: ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริง และ Type 3: ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับบริการ

ตาราง 1 รายละเอียดตัวชี้วัด Template เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการ (คน)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. เพื่อพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคนทุกสิทธิ์ ที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

หัวข้อ	รายละเอียด
	ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ตามกลุ่มอายุดังนี้ 1) อายุ 9 เดือน ถึง 9 เดือน 29 วัน 2) อายุ 18 เดือน ถึง 18 เดือน 29 วัน 3) อายุ 30 เดือน ถึง 30 เดือน 29 วัน 4) อายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน 5) อายุ 60 เดือน ถึง 60 เดือน 29 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฟียร์วังก์และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260)

2. การลงรหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-10 TM)

ตาราง 2 รหัสทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการ

รหัส (Code)	คำอธิบาย	เครื่องมือ (Tool)	บริบท (Context)
1B260	พัฒนาการปกติ	DSPM	ผลการประเมินครั้งที่ 1 หรือ 2
1B261	สงสัยพัฒนาการล่าช้า	DSPM	ผลการประเมินครั้งที่ 1
1B262	ล่าช้าส่งต่อทันที	การสังเกต	กรณีพบความผิดปกติชัดเจน
1B201-1B241	สงสัยล่าช้า (ระบุด้าน)	DSPM	ลงคู่กับ 1B261
1B202-1B242	ล่าช้า (ระบุด้าน)	DSPM	ผลยืนยันจากการประเมินครั้งที่ 2
1B270	พัฒนาการปกติหลังกระตุ้น	TEDA4I	ผลการกระตุ้น (ครั้งแรกหรือติดตาม)
1B271	ล่าช้าด้านการเคลื่อนไหว	TEDA4I	อยู่ระหว่างการกระตุ้น
1B272	ล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กฯ	TEDA4I	อยู่ระหว่างการกระตุ้น
1B273	ล่าช้าด้านความเข้าใจภาษา	TEDA4I	อยู่ระหว่างการกระตุ้น
1B274	ล่าช้าด้านการใช้ภาษา	TEDA4I	อยู่ระหว่างการกระตุ้น
1B275	ล่าช้าด้านการช่วยเหลือตนเองฯ	TEDA4I	อยู่ระหว่างการกระตุ้น

หมายเหตุ: กรณี sw.สต. ประเมิน DSPM1 และ DSMP2 และพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ให้โทรประสานส่งต่อโรงพยาบาลในพื้นที่และติดตามผลการประเมินจาก โรงพยาบาลเพื่อบันทึกในระบบ HIS

ตาราง 3 ขั้นตอนการบันทึกข้อมูล (P&P Workload)

ขั้นตอนหลัก	รายละเอียดการปฏิบัติ (Implementation)	จุดเน้นเพื่อ Compliance และการเบิกจ่าย
1. ตรวจสอบสิทธิและ Type Area	ตรวจสอบสิทธิบัตรทอง ร่วมกับสถานะบุคคล	ต้องเป็น TypeArea 1 หรือ 3 เท่านั้น (หัวใจสำคัญของการนับผลงาน)
2. บันทึกผลตรวจ DSPM	ลงรหัส 1B260-1B262 ผ่านเมนูที่กำหนด	เลือกให้ตรงตามช่วงเดือน (9, 18, 30, 42, 60 เดือน)
3. บันทึกโภชนาการ	บันทึกน้ำหนัก (Weight) และส่วนสูง (Height)	ข้อมูลต้องสมบูรณ์เพื่อสร้างแฟ้ม NUTRITION

หมายเหตุ: การละเลยการบันทึกข้อมูลโภชนาการส่งผลให้ Visit การรับบริการนั้นล้มเหลวในการประเมินคุณภาพแบบองค์รวม (WCC + Growth) ข้อมูลในแฟ้ม NUTRITION และ SPECIALPP ต้องมีความสอดคล้องกันตามวันเวลาที่รับบริการเพื่อผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ (Audit) ของกองทุน

เพื่อให้ข้อมูลชุดนี้ส่งออกไปยังแฟ้ม DIAG และ PROCEDURE ได้อย่างถูกต้อง แนะนำให้ลงข้อมูลตามโครงสร้างนี้

1. Main Diagnosis (วินิจฉัยหลัก): ลงรหัส Z00.1 (ตรวจสุขภาพเด็กตามนัด)
2. Diag: หากมีการให้วัคซีน ให้ลงรหัสกลุ่ม Z23-Z27 ร่วมด้วย
3. Special PP: ลงรหัส 1B260 - 1B262 ในช่องที่ระบบกำหนดเพื่อดึงไปแฟ้ม SPECIALPP
4. Nutrition: บันทึกในส่วนน้ำหนัก/ส่วนสูง เพื่อให้ระบบดึงไปแฟ้ม NUTRITION อัตโนมัติ

ข) จำนวนเด็กอายุ 6 ปี ถึง 12 ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (คน)

การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคัดกรองภาวะโภชนาการและป้องกันโรคอ้วน โดยเป็นส่วนหนึ่งของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) สำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-12 ปี

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับบริการ

ตาราง 4 รายละเอียดตัวชี้วัด Template เด็กอายุ 6 ปี ถึง 12 ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (คน)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-14 ปี 2. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี / เด็กอายุ 12 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ช่างน้ำหนักและวัดส่วนสูง บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 47.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 160.5 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ PCU จากโรงพยาบาลนำเข้าข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการทุกแห่ง เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกเพิ่มข้อมูลงานโภชนาการ (เพิ่ม Nutrition) ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43เพิ่ม หมายเหตุ : - 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเกิน 1 ครั้งต่อเทอม จะยึดค่าน้ำหนักและส่วนสูงครั้งสุดท้ายของเทอม - 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ทั้ง 2 เทอมจะนับให้เทอมละ 1 ครั้ง

3. การบันทึกข้อมูลระบบข้อมูล: โครงสร้าง 43 เพิ่ม (Data Structure)

การบริหารจัดการและตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) ในระบบ HosXP เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการชดเชยงบประมาณ PP WL การบันทึกข้อมูลเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) ที่ถูกต้องในระบบ HosXP มิได้เป็นเพียงการกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน แต่คือการสร้าง Data Integrity เพื่อให้ระบบสามารถประมวลผลเข้าสู่แฟ้ม NUTRITION และ SERVICE ได้อย่างสมบูรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของ สปสช.

- ค) จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 4 ถึง 12 ปี ที่ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ (คน)
 ง) จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 6 ถึง 12 ปี ที่ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร (คน)

เด็กอายุ 12 ปี หมายถึง เด็กอายุ 12 ปี ถึง อายุ 12 ปี 11 เดือน 29 วัน - ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free) หมายถึง ไม่มีรูฟันผุ ฟันทอง และอุด เนื่องมาจากโรคฟันผุในฟันถาวร

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับบริการ

ก่อนจะเริ่มขั้นตอนการรักษา สิ่งแรกที่ต้องทำคือ "การคัดกรองสิทธิ์" ตามเกณฑ์ Inclusion Criteria ของกองทุน หากผ่านด่านนี้ไม่ได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกคัดออกทันทีโดยไม่มีข้อยกเว้น

1.1 สัญชาติ: ต้องเป็นคนไทยที่มี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ตรวจสอบสิทธิ์ได้จริงเท่านั้น

1.2 ช่วงอายุ (Age Range): ระบบจะคำนวณอายุ ณ วันที่รับบริการจนถึงวันก่อนอายุครบ 13 ปีบริบูรณ์ (หากอายุเกินเพียง 1 วัน ระบบจะตัดการชดเชยทันที)

งานตรวจฟันและเคลือบฟลูออไรด์: สำหรับเด็กอายุ 4 - 12 ปี

งานเคลือบหลุมร่องฟัน: สำหรับเด็กอายุ 6 - 12 ปี

1.3 สถานะที่อยู่อาศัย (Type Area): ต้องบันทึกสถานะให้ถูกต้องตามความจริงในแฟ้ม PERSON

Type 1: มีชื่อในทะเบียนบ้านและอยู่อาศัยจริงในเขตรับผิดชอบ

Type 3: มาอยู่อาศัยจริงในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน

[!CAUTION] Warning: หากบันทึกเป็น Type 2 (มีชื่อแต่ตัวไม่อยู่) หรือ Type 4 (ไม่มีชื่อและตัวไม่อยู่ในพื้นที่) ข้อมูลจะถูกปฏิเสธการจ่าย Workload 0% ทันที

ตาราง 5 รายละเอียดตัวชี้วัดเด็กอายุ 12 ปี หมายถึง เด็กอายุ 12 ปี ถึง อายุ 12 ปี 11 เดือน 29 วัน ปราศจากโรคฟันผุ

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1.ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free) หมายถึง ไม่มีรูฟันผุ ฟันทอง และอุด เนื่องมาจากโรคฟันผุในฟันถาวร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สัญชาติ: ต้องเป็นคนไทยที่มี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ตรวจสอบสิทธิ์ได้จริงเท่านั้น ระบบจะคำนวณอายุ ณ วันที่รับบริการจนถึงวันก่อนอายุครบ 13 ปีบริบูรณ์ (หากอายุเกินเพียง 1 วัน ระบบจะตัดการชดเชยทันที) ·งานตรวจฟันและเคลือบฟลูออไรด์: สำหรับเด็กอายุ 4 - 12 ปี ·งานเคลือบหลุมร่องฟัน: สำหรับเด็กอายุ 6 - 12 ปี Type 1: มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอยู่อาศัยจริง Type 3: ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่มาอยู่อาศัยจริง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คัดจาก 43 แฟ้ม ช่วงปีงบประมาณ

หัวข้อ	รายละเอียด
	A: ข้อมูลจาก B ที่ได้รับบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ Prececode = 2377020 หรือ 2377021 B: เด็กอายุ 4-12 ปีทุกสิทธิ์ นับจำนวนจากแฟ้ม Person ที่มีอายุ 4 ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่ 1 มค. มี Person Type Area ("1","3") และมี Person Discharge = "9" ยังมีชีวิตอยู่ที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด (d_update), ไม่นับซ้ำ (distinct) cid

2. การลงรหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-10 TM)

หัวใจของการ Audit คือ "ความสัมพันธ์เชิงตรรกะ" (Clinical Mapping) ข้อมูลจะไหลผ่านระบบ e-Claim ได้อย่างราบรื่นก็ต่อเมื่อรหัสโรคและรหัสหัตถการสนับสนุนซึ่งกันและกัน กรณี เด็กวัยเรียนอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ และ เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน

ตาราง 6 การจับคู่รหัสมาตรฐาน (Mapping Table)

เรื่อง	โปรแกรมบันทึกข้อมูล		แฟ้มที่เกี่ยวข้อง (43 แฟ้ม)
	43 แฟ้ม	e-Claim	
บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน - ฟลูออไรด์ กลุ่มวัยเรียน อายุ 4-12 ปี (คน) - เคลือบหลุมร่องฟัน กลุ่มวัยเรียนอายุ 6-12 ปี (ช้)	หน่วยบริการในสังกัด สป.สร. sw.สต.	หน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สร. sw.ศ./ sw.ท./sw.ช. และ หน่วยบริการนอกสังกัด สป.สร.	PROVIDER ID (ผู้ให้บริการ USER รหัสทันตแพทย์ หรือ ทันตภิบาล) PERSON SERVICE PROCEDURE_OPD

ตาราง 7 กิจกรรมบริการ รหัสหัตถการ คำอธิบาย และ รหัสโรค (ICD-10) บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน อายุ 4-12 ปี

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ (ICD-10 TM)	คำอธิบาย	รหัสโรค (ICD-10)
เด็กไทย อายุ 4-12 ปี ทุกสิทธิ์ (นับคนที่อายุ 4-12 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันรับบริการ)			
ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก	2330011 2330013	Comprehensive oral evaluation Periodic oral evaluation	Z01.2
การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่	2377020 2377021	Topical application of Fluoride-child	K02.0 Initial caries

กิจกรรมบริการ	รหัส หัตถการ (ICD-10 TM)	คำอธิบาย	รหัสโรค (ICD-10)
		Topical application of Fluoride (Including prophylaxis-child)	K03.8 Other special disease of hard tissues of teeth
กลุ่มเด็ก 6-12 ปี ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน			
ตรวจสอบสภาพช่องปาก	2330011 2330013	Comprehensive oral evaluation Periodic oral evaluation	Z01.2
การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่	2377020 2377021	Topical application of Fluoride-child Topical application of Fluoride (Including prophylaxis-child)	K02.0 Initial caries K03.8 Other special disease of hard tissues of teeth
การเคลือบหลุมร่องฟันถาวร	230830 238703A 238703B 238703C 238703D 238703E 238703E 238703G 238703H	(Sealant per tooth, -premanent) 16 17 26 27 36 37 46 47	K02.0 initial caries K02.3 Arrested dental caries

ตาราง 8 รายการบริการ และรหัสโรค (ICD-10) บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน อายุ 4-12 ปี

รายการบริการ	ICD-10 TM
ทา/เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ สำหรับเด็กอายุ 4-12 ปี	2377020,2377021
เคลือบหลุมร่องฟัน (เฉพาะฟันกรามถาวร) สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี (ฟันกรามถาวร ซี่ 16 17 26 27 36 37 46 47)	#16=238703A, #17=238703B #26=238703C, #27=238703D #36=238703E, #37=238703E #46=238703G, #47=238703H

ต้องลงรหัส K02.0 คู่กับการ เคลือบหลุมร่องฟัน เพราะรหัสโรคนี้บ่งชี้ว่าฟันซี่นั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะผุ หรือมีการละลายแร่ธาตุในระยะแรก จึงมีความจำเป็นทางการแพทย์ในการทำหัตถการเพื่อป้องกัน หากใช้รหัส Z01.2 (ตรวจฟันปกติ) คู่กับงาน Sealant ระบบจะมองว่าไม่มีความจำเป็นต้องทำหัตถการ และจะขึ้น Error ในระบบตรวจสอบกันที่
หมายเหตุ: ในกรณีที่เด็กได้รับบริการหลายอย่างในวันเดียวกัน (เช่น ตรวจฟัน + เคลือบฟลูออไรด์ + Sealant) ให้บันทึกแยกกิจกรรมให้ครบถ้วน เพื่อให้ได้รับ Workload ครบตามจริง

งานเคลือบหลุมร่องฟัน: แผนผังรหัสตามตำแหน่งซี่ฟัน

เพื่อให้การตรวจสอบ (Audit) เป็นไปอย่างแม่นยำ งานเคลือบหลุมร่องฟันกรามถาวร (Permanent Molars) ต้องระบุรหัสให้ตรงกับเลขซี่ฟัน โดยใช้แผนผังแบบ Mirror-Image (เหมือนการมองหน้าคนไข้) ดังนี้:

ตาราง 9 รหัสหัตถการแยกตามตำแหน่งซี่ฟัน (Dental Chart Layout)

ด้านขวาของผู้ป่วย (Right)	ด้านซ้ายของผู้ป่วย (Left)
ฟันบน (Upper) ซี่ 17: 238703B ซี่ 16: 238703A	ฟันบน (Upper) ซี่ 26: 238703C ซี่ 27: 238703D
ฟันล่าง (Lower) ซี่ 47: 238703H ซี่ 46: 238703G	ฟันล่าง (Lower) ซี่ 36: 238703E ซี่ 37: 238703F

3. การบันทึกข้อมูลระบบข้อมูล: โครงสร้าง 43 แฟ้ม (Data Structure)

ข้อมูลที่คุณบันทึกจะถูกส่งออกผ่านระบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน โดยมี "ฟิลด์ข้อมูลสำคัญ" ที่คุณต้องตรวจสอบในโปรแกรม (เช่น HOSxP, JHCIS) ดังนี้:

แฟ้ม PERSON: ตรวจสอบเลข 13 หลัก และสถานะการอยู่อาศัย (TYPEAREA)

แฟ้ม SERVICE: ต้องตรวจสอบฟิลด์ DATE_SERV (วันที่รับบริการต้องอยู่ในรอบปีงบประมาณ)

แฟ้ม PROCEDURE_OPD: ต้องบันทึกหัตถการและระบุตำแหน่งซี่ฟันให้ครบถ้วน

แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD: ต้องบันทึกรหัสโรคหลัก (Primary Diagnosis) ให้สัมพันธ์กับหัตถการ

แฟ้ม PROVIDER: ต้องระบุ เลขบัตรประชาชนของผู้ให้บริการ (ทันตแพทย์หรือทันตภิบาล) ที่ได้รับสิทธิ์ปฏิบัติงานจริงเพื่อยืนยันมาตรฐานวิชาชีพ

แนวทางการตรวจสอบความถูกต้อง (3-Level Audit Checklist) ก่อนส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบกลาง ให้ใช้โครงสร้างการตรวจสอบ 3 ระดับนี้ เพื่อให้มั่นใจว่างานของคุณจะ "ไร้ที่ติ"

ระดับที่ 1: การตรวจสอบความสอดคล้องระดับบุคคล (Person & Eligibility)

[] ผู้รับบริการมีเลขบัตร 13 หลักที่ถูกต้อง

[] อายุ ณ วันรับบริการอยู่ในเกณฑ์ (ไม่เกิน 12 ปี 364 วัน)

[] สถานะที่อยู่อาศัยเป็น Type 1 หรือ Type 3 เท่านั้น

ระดับที่ 2: การตรวจสอบความถูกต้องเชิงหัตถการ (Clinical Coding)

[] รหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-10 TM) สัมพันธ์กันตามตาราง Mapping

[] กรณี Sealant รหัสตัวท้าย (A-H) ตรงกับตำแหน่งซี่ฟันที่ทำจริง

ระดับที่ 3: การตรวจสอบความครบถ้วนของแฟ้มข้อมูล (Data Structure)

[] ระบุวันที่รับบริการ (DATE_SERV) ถูกต้อง

[] ระบุรหัสผู้ให้บริการ (PROVIDER ID) ที่เป็นเลขบัตรประชาชนของทันตบุคลากรผู้ทำหัตถการจริง

จ) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับบริการ

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้งานบริการการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามมาตรฐาน 2.เพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบภายในปีงบประมาณนั้นจาก HDC PP WORKLOAD ส่งผ่านข้อมูลผ่าน 43 แฟ้ม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

2. การลงรหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-10 TM)

ตาราง 10 รหัสและคำอธิบายผู้ที่มียาตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

รหัส	คำอธิบาย
1B0280	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ
1B0281	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ
1B0282	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าผลปกติ
1B0283	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าผลซึมเศร้า น้อย (คะแนน 7 – 12)
1B0284	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าผลซึมเศร้า ปานกลาง (คะแนน 13 – 18)
1B0285	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าผลซึมเศร้า รุนแรง (คะแนน 19)
1B0286	ประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้สูงอายุ พบว่าผลปกติ
1B0287	ประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้สูงอายุ พบว่าผลผิดปกติ
1B0289	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียด ในผู้สูงอายุ ไม่ระบุรายละเอียด

หมายเหตุ

- รหัสการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 1B0280= ปกติ, 1B0281 = ผิดปกติ, 1B0212 = ผิดปกติ (plus)
- รหัสการคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 1B1280 = ติดสังคม, 1B1281 = ติดบ้าน, 1B1282 = ติดเตียง

ตาราง 11 เปรียบเทียบการจำแนกกลุ่มและรหัส SPECIALPP

กลุ่มผู้สูงอายุ	รหัส SPECIALPP	เกณฑ์คะแนน (Barthel ADL)	นัยสำคัญทางการจัดการ
กลุ่มติดสังคม	1B1280	12 คะแนนขึ้นไป	ส่งเสริมสุขภาพ/ ป้องกันภาวะพึ่งพา
กลุ่มติดบ้าน	1B1281	5 - 11 คะแนน	จัดทำแผน Care Plan รายบุคคล
กลุ่มติดเตียง	1B1282	0 - 4 คะแนน	การดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ

3. การบันทึกข้อมูลระบบข้อมูล: โครงสร้าง 43 แฟ้ม (Data Structure)

แนวทางการบันทึกการคัดกรองสุขภาพจิต (Depression Screening: 2Q/9Q)

การค้นหาความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุต้องใช้กระบวนการคัดกรองที่เป็นลำดับขั้นตอน (Stepwise Screening) เพื่อความถูกต้องเชิงระบาดวิทยา โดยมีแนวทางการตัดสินใจ (Decision Logic) และการบันทึกรหัสกลุ่ม 1B028x ดังนี้:

ผังการตัดสินใจการบันทึกข้อมูล (Decision Logic Flowchart):

- * STEP 1: ดำเนินการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q (รหัส 1B0280 หรือ 1B0281)
- * IF 2Q = Negative (รหัส 1B0280: ปกติ)
- * -> ให้ยุติกระบวนการ (บันทึกการคัดกรองทั่วไปตามรอบปีงบประมาณ)
- * IF 2Q = Positive (รหัส 1B0281: ผิดปกติ/มีความเสี่ยง)
- * -> PROCEED TO STEP 2: ต้องดำเนินการประเมินต่อด้วยแบบคัดกรอง 9Q เสมอ
- * -> บันทึกการคัดกรองระดับความรุนแรงตามผลที่ได้: 1B0282 (ไม่มี/น้อย), 1B0283 (ปานกลาง), 1B0284 (รุนแรง), หรือ 1B0285 (รุนแรงมาก)
- * STEP 3 (Comorbidity Analysis): บันทึกการประเมินระดับความเครียดร่วม (ST5)
- * ใช้รหัส 1B0286 (ปกติ) หรือ 1B0287 (เครียดผิดปกติ) เพื่อให้เห็นภาพรวมของสุขภาพจิตที่สมบูรณ์และช่วยในการตัดสินใจส่งต่อ (Referral)

ความเชื่อมโยงสู่การรักษา (Clinical Integration): หากผลการคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ แพทย์ต้องดำเนินการวินิจฉัยและลงรหัสโรคในกลุ่ม ICD-10 หมวด F ที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมโยงนี้มีความสำคัญต่อการเพิ่มค่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) ในมิติของคุณภาพข้อมูลการวินิจฉัย และเพื่อให้ระบบสามารถติดตามผู้ป่วย (Follow-up) ได้อย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ตัวชี้วัด HDC

มาตรฐานการจำแนกและบันทึกการคัดกรองสมรรถนะทางร่างกาย (Barthel ADL)

คะแนน Barthel ADL คือเครื่องมือทางสถิติที่สำคัญในการจำแนกกลุ่มเป้าหมายเพื่อวางแผนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยต้องมีการบันทึกการคัดกรองในแฟ้ม SPECIALPP ให้สอดคล้องกับสถานะจริงของผู้ป่วยกลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

หากมีการบันทึกการคัดกรองคลาดเคลื่อน (Misclassification) เช่น ผู้ป่วยติดเตียงแต่บันทึกเป็นติดสังคม จะส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณ Case Management และทรัพยากร Care Kit ในระดับพื้นที่ ทำให้การดูแลไม่ตรงตามความจำเป็นของสภาวะสุขภาพจริง

กระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (Data Quality Audit) ก่อนส่งออก 43 แฟ้ม

เพื่อให้ข้อมูลผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ (Validation Rules) ของ สปสช. และระบบ HDC งานเวชสถิติและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบต้องตรวจสอบรายการดังต่อไปนี้ก่อนส่งออก:

1. การตรวจสอบสิทธิ (Eligibility Check): ตรวจสอบสถานะสิทธิในหน้าลงทะเบียน (Registration) ต้องเป็นสิทธิ UC (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) หรือสิทธิที่ครอบคลุมบริการ PP เพื่อให้สามารถเบิกจ่ายในระบบ Fee Schedule ได้

2. แฟ้ม SERVICE (Service Folder)

- * ต้องมีระเบียนการรับบริการ (Visit) ในวันที่มีการคัดกรอง

- * ตรวจสอบความสอดคล้องของวันที่ (DATE_SERV) ให้ตรงกับเหตุการณ์

3. แฟ้ม SPECIALPP (Special PP Folder)

- * Mapping: ตรวจสอบรหัส PPSPECIAL ให้ตรงกับกิจกรรม (เช่น 1B0280-1B0287, 1B1280-1B1282)

- * HOSPCODE: ตรวจสอบรหัสหน่วยบริการ 5 หลักให้ถูกต้องตามมาตรฐานโครงสร้างแฟ้ม

- * วันที่ในแฟ้ม SPECIALPP ต้องตรงกับวันที่ในแฟ้ม SERVICE แบบ 1:1

4. แฟ้ม PERSON (Person Folder) และ TYPEAREA:

- * ตรวจสอบสถานะบุคคลในเขตรับผิดชอบ: ระบบ HDC จะคำนวณตัวชี้วัดเฉพาะประชากรที่มี TYPEAREA เป็น 1 (ตามทะเบียนบ้านและอยู่จริง) หรือ 3 (มาอาศัยอยู่จริงแต่ทะเบียนบ้านอยู่ที่อื่น) เท่านั้น

- * ขั้วระวางเชิงเทคนิค: หากระบุเป็น TYPEAREA 4 (เชิงรับ) ผลงานจะปรากฏในระบบการเคลมเงิน แต่จะ "ไม่ถูกนับรวม" ในตัวชี้วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรในพื้นที่ ทำให้หน่วยงานตกเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับเขต

