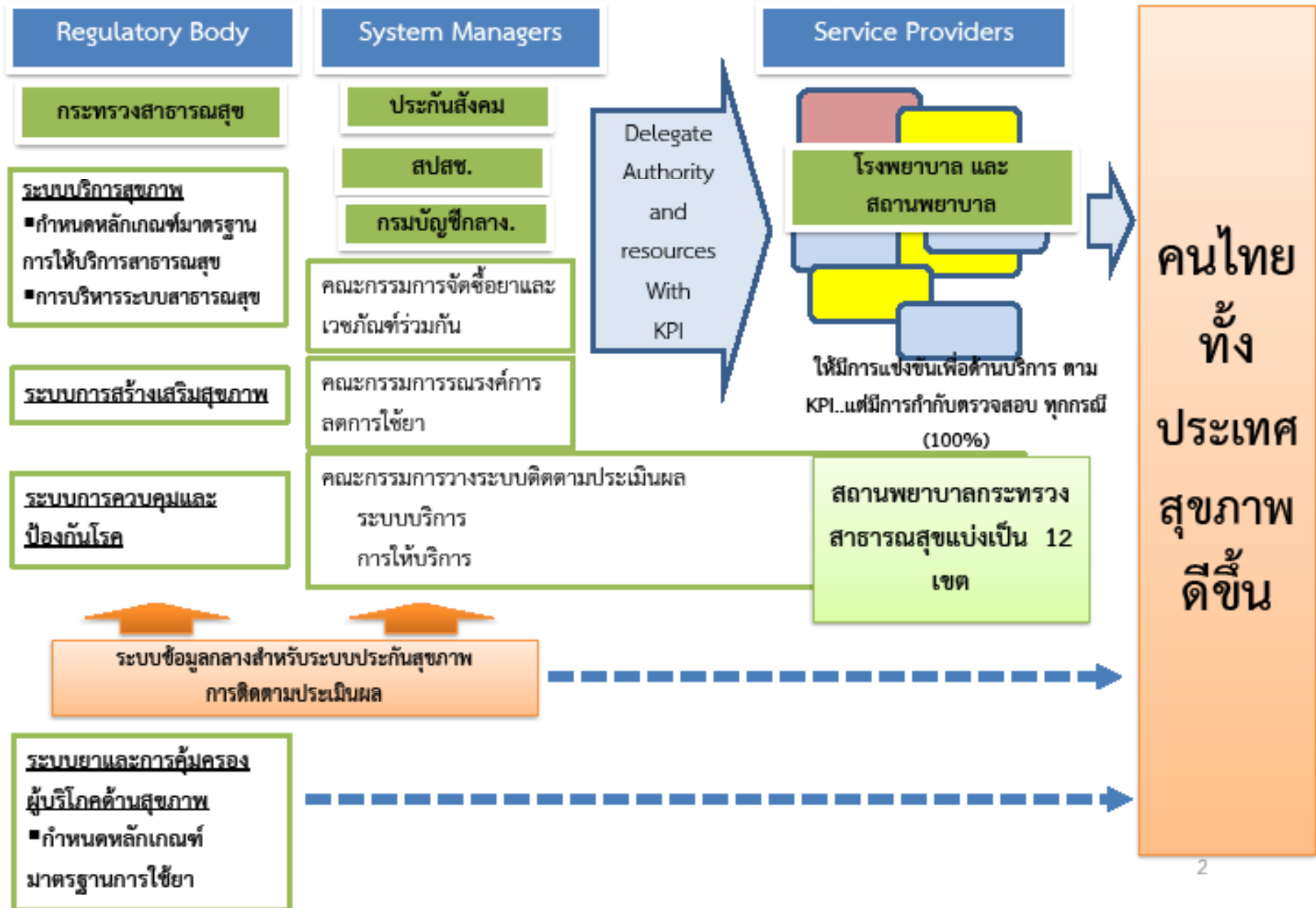


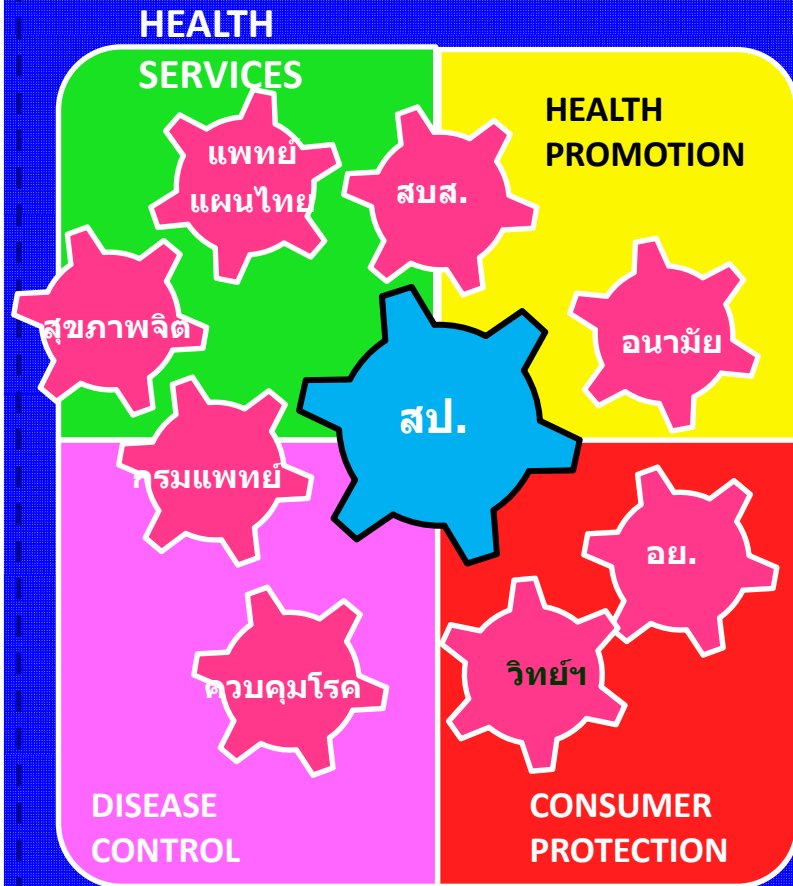
การบริหารงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและ คุณภาพบริการของเขตบริการสุขภาพ

โดย นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วันที่ 4 ตุลาคม 2556
โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี.

โครงสร้างการทำงานระบบสาธารณสุขประเทศไทย



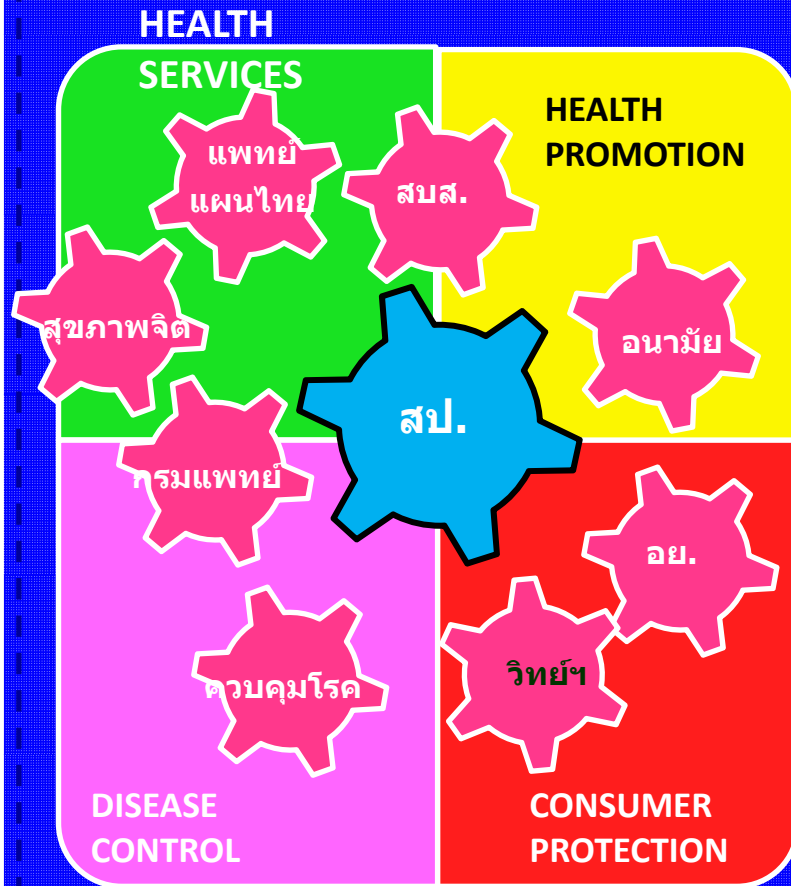
บทบาทกระทรวงสาธารณสุข



MOPH Reform

1. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์กลาง
ของประเทศ บนข้อมูลและฐานความรู้
2. การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสาร
ประชาสัมพันธ์
3. การประเมินนโยบายและเทคโนโลยี
ด้านสุขภาพ
4. การกำหนดมาตรฐานบริการต่างๆ
5. การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวัง
โรคและภัยสุขภาพ
6. การพัฒนากลไกด้านกฎหมาย
เพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพ
ประชาชน

บทบาทกระทรวงสาธารณสุข



MOPH Reform

7. การพัฒนาสุขภาพโลก และความร่วมมือระหว่างประเทศ

8. การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน

9. การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ

10. การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้

11. การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

12. การพัฒนาเขตสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงการทำงานกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการนโยบาย
ระบบสาธารณสุข(PHSPB)

สำนักงานรัฐมนตรี

สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์/ยกระดับ สนย.

สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มภารกิจด้าน
พัฒนาการแพทย์

กลุ่มภารกิจด้าน
พัฒนาการสาธารณสุข

กลุ่มภารกิจด้าน
สนับสนุนงานบริการสุขภาพ

**คณะกรรมการ
เขตสุขภาพ(AHB)**

สำนักงาน
สาธารณสุขเขต

ส่วนภูมิภาค

- สสจ./สสอ.
- รพศ./รพท.
- รพช./รพสต.

กรมการแพทย์

กรมสุขภาพจิต

กรมพัฒนาการแพทย์แผน
ไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมอนามัย

กรมควบคุมโรค

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา

- หน่วยงานในกำกับ :
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 - สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

- องค์การมหาชน :
- โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
 - สถาบันรับรองคุณภาพ
สถานพยาบาล

- รัฐวิสาหกิจ :
- องค์การเภสัชกรรม

โครงสร้างแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มพัฒนาระบบ
บริหาร

กลุ่มตรวจสอบภายใน

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

3 CLUSTER

กลุ่มภารกิจด้านยุทธศาสตร์

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
(บทบาทระดับชาติ/กระทรวง/สป.)

- IHPP , HITAP

สำนักพัฒนานโยบายการคลังและ
เศรษฐกิจสุขภาพ (CFO กลาง)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กำลังคนด้านสุขภาพ

สำนักการสาธารณสุขระหว่าง
ประเทศ

สำนักส่งเสริมและสนับสนุน
อาหารปลอดภัย

ศูนย์อำนวยการป้องกันและ
ปราบปรามยาเสพติด

กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุน

สำนักตรวจและประเมินผล

สำนักบริหารกลาง

- กลุ่มบริหารทั่วไป
- กลุ่มคลังและพัสดุ
- กลุ่มเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม

สำนักบริหารงานบุคคล

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม
พัฒนากฎหมายเพื่อสุขภาพ

สบช./วนส./แกวัลยา/
สบพช.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ

สำนักสารนิเทศ

หน่วยงานที่ตั้งเป็นการภายใน สป.

- ศูนย์ประสานการแก้ปัญหาข้อร้องเรียน
- ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข
- กลุ่มกระจายอำนาจ, อื่นๆ

กลุ่มภารกิจด้านประสาน

สำนักพัฒนาระบบบริการ
สาธารณสุข

สำนักการพยาบาล

สำนักวิชาการ

สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

สำนักการคลังเขตสุขภาพ
(CFO ระดับเขต)

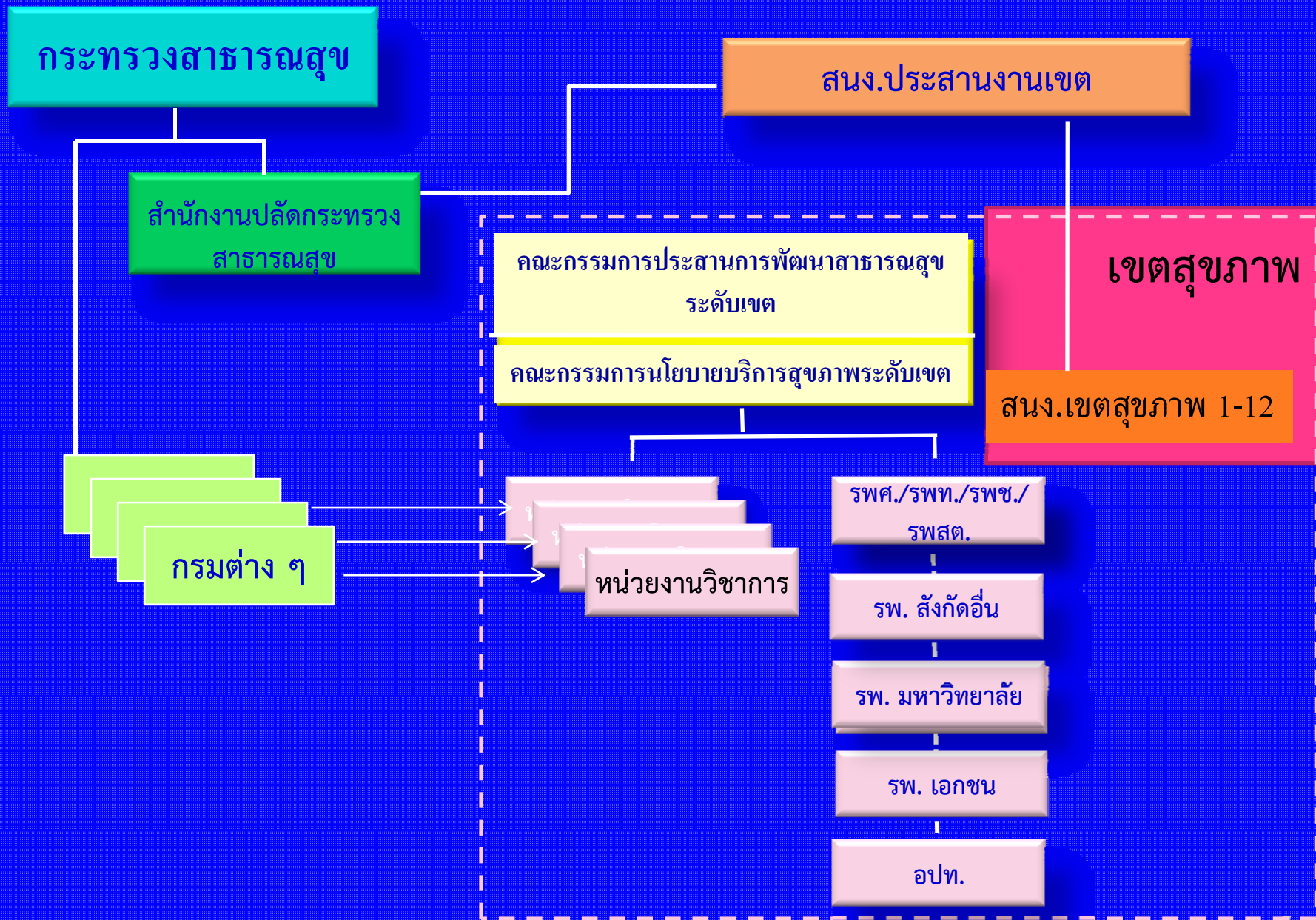
สำนักงานสาธารณสุขเขต 1-12

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

AREA HEALTH BOARD

โครงสร้างระบบสาธารณสุขในระดับเขต



โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพ เป็น Back up Office ของ AHB

สนง. ประสานงานเขต สตป/สป.

สำนักงานเขตสุขภาพ 1-12+ กทม.



บทบาทของ Provider และ Regulator ในเขตสุขภาพ

Provider

- * จัดระบบบริการสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมทั้งงานคุ้มครองผู้บริโภค
- * บริหารจัดการให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของกระทรวง โดยมีแผนร่วม
 - แผนลงทุนร่วม
 - แผนเงินบำรุงและแผนการใช้งบประมาณ
 - แผนการจัดซื้อยาและวัสดุวิทยาศาสตร์ร่วม
 - ติดตาม ควบคุม กำกับงานและพัฒนา ปรับปรุง (M/E, Supervisor)

บทบาทของ Provider และ Regulator ในเขตสุขภาพ

Regulator

* ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายของกสร.

- เขตบริการสุขภาพ
- ท้องถิ่น
- ภูมิภาค
- เอกชน

โดยติดตามดู ผลลัพธ์ (output/outcome) ที่เกิดกับปชช.

- process ที่สำคัญ
- การบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง การพัสดุ
- การบริหารบุคคล
- ความโปร่งใส สุจริต

กลไกการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ระดับเขต

1. พัฒนาโครงสร้างการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการระดับเขต

- * จัดทำแนวทางการจัดตั้งสนง.เขตสุขภาพ
(องค์ประกอบด้านคน เช่น CIO CSO CFO และโครงสร้างงาน)
- * จัดตั้งคณะกก.พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต
(Service Provider Board)
- * มอบนโยบายการบริหารแผนงานและข้อมูลระดับเขต
 - พัฒนาระบบบริการสุขภาพ/
 - บริหารการเงินการคลัง
 - บริหารทรัพยากร ฯลฯ

กลไกการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ระดับเขต

2. การบริหารร่วม

- **บริหารแผน** : มียุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดระดับเขต
- **บริหารทรัพยากรบุคคล** : มีการวางแผนกำลังคน โดยวิเคราะห์อัตรากำลัง ความต้องการรายหน่วยบริการ จัดสรรอัตรากำลัง พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากร การจ้างพนักงานกสธ. และการกำหนดค่าตอบแทน แรงจูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม

กลไกการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ระดับเขต

- **บริหารงบประมาณ :** บริหารงบ UC ได้แก่ ค่าใช้จ่ายรายหัว และงบ PP ทั้ง และงบ Non UC ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า ทั้งนี้ส่วนกลางกำหนดวงเงินให้เขตบริหารเอง
- **บริหารงบลงทุน :** วางแผนการลงทุนและแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขต
- **บริหารการจัดซื้อจัดจ้าง :** มีแผนการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างให้เป็นไปตามเป้าหมายของกสร. โดยเฉพาะยา และวัสดุวิทยาศาสตร์ มีการดำเนินการร่วมกัน

กลไกการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ระดับเขต

3. การจัดการบริการร่วม

- * มีแผนการจัดการบริการที่บูรณาการครอบคลุม 4 มิติ เพื่อตอบสนองเป้าหมายและตัวชี้วัดตามกลุ่มวัย
- * มีแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ 10 สาขาและยกระดับขีดความสามารถของสถานบริการในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงทุกระดับ (Service Plan) ทั้งในเขตและนอกเขต
- * ดำเนินการติดตามและบริหารผลการดำเนินงานตามระยะเวลา
- * ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานและการจัดการบริการร่วม

เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2557

วิสัยทัศน์ : ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน

- พันธกิจ : 1) กำหนดนโยบาย มาตรฐาน กฎหมาย และบริหารจัดการบนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพและการจัดการความรู้ รวมถึงการติดตามกำกับประเมินผล (Regulator)
2) จัดระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพครอบคลุม และระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (Provider)

เป้าหมาย : 1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 80 ปี 2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย	ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้	ยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจ้ดบริการ
<p>กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5ปี) /สตรี</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการมารดาตาย (ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) อัตราการเสียชีวิตของมารดา (ไม่น้อยกว่า 85) <p>กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 -14 ปี)</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน (ไม่เกิน 15) เด็กไทยมีความฉลาดทางสติปัญญาเฉลี่ย (ไม่น้อยกว่า 100) <p>กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน) ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ 15 - 19 ปี (ไม่เกิน 13) <p>กลุ่มวัยทำงาน (22 – 59 ปี)</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน) อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน) <p>กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)และผู้พิการ</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน) ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว(ขาขาด) ได้รับการครบถ้วน (ร้อยละ100 ภายใน 3ปี) 	<p>การเข้าถึงบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (เท่ากับ 16) ลดความแออัด และเวลารอคอย (เป้าหมาย) ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ(ลดลงร้อยละ 50) ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ(70) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (มากกว่า 31) <p>คุณภาพบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของบริการNC คุณภาพ(ไม่น้อยกว่า 70) ร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70) ร้อยละของ WCC คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70) ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70) ร้อยละของศูนย์ให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Support Unit) และเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือ) ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ (70) ร้อยละของอำเภอที่มีทีม minimERT, MCATT, SRRT คุณภาพ (เท่ากับ 80) ร้อยละของ ER, EMS คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70) ร้อยละของเครือข่ายห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพ/คุณภาพ/หรือรับรองคุณภาพมาตรฐาน (100) ดัชนีผู้ป่วยใน(CMI)ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตามService Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย ร้อยละของ รพ.สค./สสม.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น (45) <p>คุณภาพการบำบัดรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการตายผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ภายใน 28 วัน ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าขอบข่ายสุขภาพ (60) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ไม่น้อยกว่า 40) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่า 50) ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น <p>บริการเฉพาะ</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้เสียยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตาม ไม่กลับไปเสพซ้ำ (80) ร้อยละของข้อร้องเรียนของผู้บริโภคได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด (98) <p>กลุ่มระบบบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 50) 	<p>บุคลากร</p> <ol style="list-style-type: none"> มีแผนกำลังคนและดำเนินการตามแผน <ul style="list-style-type: none"> มีการบริหารจัดการการกระจายบุคลากรในเขต/จังหวัด มีการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน มีการใช้ FTE มีการบริหารจัดการ Labor cost ที่เหมาะสมในเขต/จังหวัด <p>การเงินการคลัง</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ/จังหวัด <ul style="list-style-type: none"> การบริหารหนี้สาธารณะ การลงทุนร่วม การดูแลความยั่งยืนร่วม <p>ตัวชี้วัด ด้านบริหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> ประสิทธิภาพของระบบการควบคุมให้หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีปัญหาการเงินระดับ 7(ไม่เกินร้อยละ 10) หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน (ร้อยละ 20) <p>ความยั่งยืน</p> <ol style="list-style-type: none"> ลดต้นทุนของยา เวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา <p>ระบบข้อมูล</p> <ol style="list-style-type: none"> มีระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการในทุกระดับ <p>การบริหารจัดการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุนสามารถลงนามในสัญญาได้ครบถ้วนที่ 1 (100) ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณภาพรวมในปีงบประมาณ 2557 (ไม่น้อยกว่า 95)

ระดับกระทรวง

ระดับเขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดกลุ่มวัย

ตัวชี้วัด คุณภาพบริการ

ตัวชี้วัด

ด้านบริหาร

1.การจัดสรรงบดำเนินงานพื้นฐานจังหวัด

เขตบริการ	วงเงินจัดสรร
รวม	456.1574
เขต 1	52.6106
เขต 2	29.4697
เขต 3	27.9150
เขต 4	39.5422
เขต 5	40.7776
เขต 6	41.0776
เขต 7	28.9290
เขต 8	45.3225
เขต 9	30.7131
เขต 10	32.9850
เขต 11	42.5097
เขต 12	44.3053

เกณฑ์การจัดสรร

1. ร้อยละ 40 ของวงเงินทั้งหมด
จัดสรรเท่ากันทุกจังหวัด

2. ร้อยละ 60 ของวงเงินทั้งหมด
จัดสรรแปรผันตามสัดส่วนดังนี้

2.1 ร้อยละ 20 ของวงเงินทั้งหมด
จำนวนอำเภอของแต่ละจังหวัด

2.2 ร้อยละ 20 ของวงเงินทั้งหมด
จำนวน รพ. สต. ของแต่ละจังหวัด

2.3 ร้อยละ 10 ของวงเงินทั้งหมด
ค่าเฉลี่ยของระยะทางจากอำเภอไป
ยังจังหวัดของแต่ละจังหวัด

2.4 ร้อยละ 10 ของวงเงินทั้งหมด
ค่าเฉลี่ยของระยะทางจากจังหวัดไป
ยัง กสธ. ของแต่ละจังหวัด

2.จัดสรรงบดำเนินงานเขตบริการสุขภาพ

เครือข่าย 10 : จังหวัด 90

หน่วย : ล้านบาท

เขต	ประชากร กลางปี 55	จำนวน รพ.สต.	เขตบริการ 10%	สสจ. 90%	รวม
รวม	58,592,163	9,758	84.21	757.85	842.05
เขต 1	5,678,736	1,098	8.82	79.36	88.18
เขต 2	3,436,870	621	5.15	46.34	51.49
เขต 3	3,010,545	581	4.67	42.03	46.70
เขต 4	5,077,138	797	7.09	63.78	70.87
เขต 5	5,080,075	911	7.58	68.23	75.81
เขต 6	5,651,089	770	7.38	66.45	73.83
เขต 7	5,003,067	810	7.09	63.81	70.90
เขต 8	5,437,969	873	7.67	69.07	76.74
เขต 9	6,669,724	952	8.90	80.10	89.00
เขต 10	4,530,929	834	6.85	61.69	68.54
เขต 11	4,280,240	714	6.16	55.41	61.56
เขต 12	4,735,781	797	6.84	61.58	68.42

3. งบประมาณเขตบริการสุขภาพเขตละ 5 ล้านบาท
รวมวงเงิน 60 ล้านบาท

4. งบบริหารระดับอำเภอ วงเงิน 219.50 ล้านบาท

รวมวงเงินจัดสรรส่วนภูมิภาคทั้งสิ้น

(ข้อ 1-4)

1,577.71 ล้านบาท

โดยเฉลี่ยเขตละ 131 ล้านบาท

ภาพรวมผลการคาดการณ์รายรับ/รายจ่าย ปีงบประมาณ 2557

ประมาณการรายรับหน่วยบริการสป.สธ.	
1. เงินระบบบริการUCรวมเงินเดือน	104,617 ล้าน
- เงินสด UC จากสปสข.	67,795 ล้าน
- เงินเดือนระบบบริการUCจากสำนักงานประมาณ	36,822 ล้าน
2. เงินเดือนจากการบริการระบบอื่น	29,514 ล้าน
3. รายรับจากกรมบัญชีกลาง	23,771 ล้าน
4. รายรับจากประกันสังคม	6,573 ล้าน
5. รายรับจากการบริการรักษาอื่นๆ (ประชากรรอพิสูจน์ฐานะ ประชากรต่างด้าว อื่นๆ)	13,273 ล้าน
5.งบค่าบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วย บริการ (hardship)	900 ล้าน
6. งบค่าตอบแทนส่วนเพิ่ม	3,000 ล้าน
รวม	181,648 ล้าน

ประมาณการรายจ่าย หน่วยบริการสป.สธ.		
ค่าแรง	1.เงินเดือนจากงบประมาณ	66,336 ล้าน
	- เงินเดือนระบบบริการ UC :	36,822 ล้าน
	- เงินเดือนระบบบริการอื่น :	29,514 ล้าน
	2. ค่าจ้างชั่วคราว	14,855 ล้าน
ค่าแรง	3. ค่าตอบแทนไม่รวม พตส. (ค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ / ค่าOT / ค่าตอบแทนฉบับ 4,6,7)	22,919 ล้าน
	4. ค่าใช้จ่ายสำหรับ P4P ,พนักงาน กสธ., ค่าครองชีพสำหรับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า 15,000 บาท,ค่าแรงขั้นต่ำ 300 บาทต่อวันของลูกจ้างชั่วคราว	10,000 ล้าน
ไม่ใช่ค่าแรง	5. ค่ายาเวชภัณฑ์	45,844 ล้าน
	6. ค่าสาธารณูปโภค	6,103 ล้าน
	7. ค่าดำเนินการอื่นๆ	25,480 ล้าน
รวม	191,537 ล้าน	

ส่วนต่าง รายรับ หัก รายจ่าย **-9,889** ล้านบาท

หมายเหตุ

1. หน่วยบริการสป.สธ.มีทั้งหมด 835 CUP
2. ประมาณการรายรับรายจ่ายของหน่วยบริการสป.สธ.นี้ไม่รวมค่าเสื่อม ไม่รวมครุภัณฑ์ด้านสิ่งก่อสร้าง และไม่นำรายจ่ายครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้างมาคำนวณทางบัญชี
3. เนื่องจากยังไม่ทราบตัวเลขจากกระทรวงสาธารณสุขในรายการต่อไปนี้ พนักงานกสธ., ค่าใช้จ่ายP4P, ค่าครองชีพสำหรับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 15,000 บาท,ค่าแรงขั้นต่ำ300 บาทต่อวันของลูกจ้างชั่วคราว จึงประมาณการเบื้องต้นที่ 10,000 ล้านบาท
4. รายรับค่ารักษาข้าราชการ ,ประกันสังคม และอื่นๆ ใช้ตัวเลขเดียวกับที่ปรากฏในงบการเงินปี55
5. รายจ่ายค่าแรง, ไม่ใช่ค่าแรง(ไม่รวมส่วนที่เป็นเงินเดือนบุคลากร) ใช้ข้อมูลงบการเงินปี 55 ปรับด้วย cost inflation rate (แสดงในหน้าถัดไป) เพื่อประมาณการเป็นรายรับปี 57
6. ข้อมูลรายรับ/รายจ่าย ส่วนที่เป็นเงินเดือนบุคลากร ใช้ตัวเลขที่ปรากฏใน พรบ.งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 57

ข้อเสนอเพื่อปรับปรุง
ประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข
การรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
ปีงบประมาณ ๒๕๕๗

๑.งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

๑.๑ จัดสัดส่วนงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ดังนี้

- ๑) เหมากจ่ายต่อผู้มีสิทธิร้อยละ๘๐
- ๒) ตามผลงานบริการ ร้อยละ ๕
- ๓) ตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ร้อยละ๕
- ๔) การกั้นเงินเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อร้อยละ ๑๐

ทั้งนี้ให้ปรับเกลี่ยระหว่างหมวดได้ตามดุลพินิจของเขต
เครือข่ายบริการสุขภาพ ในกรณีการกั้นเงิน เพื่อส่งต่อสามารถ
ใช้ดุลพินิจกั้นเงินได้ทั้งระดับจังหวัด หรือระดับเขต

๑.๒ ในกรณีจ่ายตามผลงานบริการให้เขตเครือข่ายบริการสุขภาพกำหนด เป้าหมายเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก ให้เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่

๑.๓ ในกรณีจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ให้มุ่งเน้น พัฒนาบริการปฐมภูมิตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีตัวชี้วัด ทุกระดับตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด และอำเภอในสัดส่วนที่เหมาะสม

๑.๔ ในกรณีการกันเงินเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อ ให้เขตเครือข่ายบริการ สุขภาพ กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราเรียกเก็บการส่งต่อ ตาม ความเหมาะสมของพื้นที่ ในกรณีนอกจังหวัด อัตราตามที่จ่ายจริงแต่ไม่ เกิน ๗๐๐บาท และกรณีที่เป็นค่าใช้จ่ายสูงให้กำหนดรายการและอัตรา ตามความเหมาะสมของแต่ละเขต

๒.งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๑ กั้นเงินไว้เพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ไม่เกิน ๒๐ บาท/ผู้มีสิทธิควรปรับดัชนีชี้วัดตาม

บริบทของเขตเครือข่ายบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๒ ให้แยกค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ สำหรับ
อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ออกจากงบ

เหมาจ่ายรายหัวเป็นหมวดต่างหาก เพื่อป้องกันความเสี่ยงการ
จ่ายเงินชดเชยให้หน่วยบริการสังกัดอื่นจนเงินของหน่วย
บริการไม่เพียงพอ

๒.๓ ให้มีการต่อรองอัตรการเรียกเก็บที่เหมาะสมตามระบบ DRG กับหน่วยบริการนอกสังกัดโดยกระทรวงสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการในพื้นที่ให้ตกลงกันเองตามบริบท

๒.๔ ให้เขตเครือข่ายบริการสุขภาพมีส่วนร่วมในการบริหารควบคุมยอดงบประมาณผู้ป่วยในเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเครือข่าย โดยพัฒนาระบบบริการตาม Service plan

๒.๕ การส่งต่อออกนอกเขต ให้พิจารณาตามความจำเป็น ในกรณีที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งนี้ต้องผ่านความเห็นชอบจากโรงพยาบาลศูนย์หรือตามเงื่อนไขที่กำหนดและกำหนดรายการที่สามารถส่งข้ามขั้นตอนออกนอกเขตได้ ให้มีการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการ จากหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๖ ให้จัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในทั่วไป เพื่อชดเชยให้ระบบบริการแบบ
Ambulatory care

๒.๗ ให้เพิ่มเงินค่าบริการในอัตราพิเศษเพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนา
ศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยใน

ของโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบาย Service plan ของเขต

๓. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหาร

ระดับประเทศ (P&P National priority program and

central procurement) ในกรณีการจัดซื้อร่วม เช่นวัคซีน สมุด

สุขภาพ ให้ส่วนกลางทำหน้าที่กำหนดรูปแบบ คุณสมบัติ และ

ต่อรองราคา หน่วยบริการทำหน้าที่จัดซื้อ

๓.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการระดับพื้นที่ (P&P Area health services) ให้มีการปรับสัดส่วนจากบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานให้เพิ่มมากขึ้นอย่างเพียงพอต่อการจัดการปัญหาในพื้นที่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข โดย

๑) ให้แยกกองทุนฯ ท้องถิ่นออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวโดยจัดสรรงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเต็มอัตรา ๖๖.๓๘ บาท เพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถให้บริการภายใต้ความรับผิดชอบผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างเต็มที่ หรือ

๒) ให้จัดสัดส่วนงบส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่เพิ่มมากขึ้น โดยปรับสัดส่วนจากบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานมาไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ให้เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพเชิงพื้นที่

๓.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic services) คณะกรรมการส่วนกลางควรเป็นชุดเดียวกัน ระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ถ่ายทอดตัวชี้วัด ลงมา ระดับเขต ที่คณะทำงานส่งเสริมป้องกันในระดับเขต ภายใต้ Service provider board กับ สปสช. มีองค์ประกอบร่วม M&E กำหนดเป้าหมาย และติดตามผลดำเนินงาน โดยคณะกรรมการชุดเดียวกัน เขตเครือข่าย บริการสุขภาพ ทำหน้าที่ตรวจสอบผลการดำเนินงาน ส่วนตรวจสอบด้านการใช้งบประมาณ ให้ สปสช. ตรวจสอบ ตาม MOU ที่ทำร่วมกัน

๓.๔ สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้บริหารจัดการโดยคณะทำงานระดับเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ

๔. การบริหารปรับเปลี่ยนด้วยค่าใช้จ่ายขั้นต่ำในการดำเนินงาน (Minimum or minimal operating cost) ของหน่วยบริการและงบหมวดอื่น ๆ

๔.๑ ให้มีการจัดสรรงบค่าใช้จ่ายขั้นต่ำหรือ Minimum Operating Cost (MOC) เป็นเบื้องต้นประเมินตามสัดส่วนจากทั้ง prepaid และ postpaid โดยให้ใช้วงเงิน MOC ของเขตที่ได้รับแยกส่วนจากค่าใช้จ่ายของรพสต.แล้ว จัดสรรเป็นวงเงินดำเนินการก่อนปรับด้วยผลงานจริงจากการจัดบริการรายไตรมาส หากผลงานต่ำ ให้เขตพิจารณาประเมินกรณีมีปัญหาประสิทธิภาพให้จัดทำ LOI กรณีมีประสิทธิภาพให้จัดสรรงบชดเชยให้เหมาะสมโดยมีแผนปรับปรุงประสิทธิภาพแผน และแผนการเงินมาตรฐานกำกับ ในกรณีที่งบขั้นต่ำจากงบหลักประกันสุขภาพไม่เพียงพอในบางเขตให้พิจารณาแหล่งรายได้อื่น ประกอบการปรับเปลี่ยนในเขต

๔.๒ งบค่าเสื่อม ให้การบริหารงบค่าเสื่อมตามระเบียบราชการโดยมีการทำสัญญาก่อนจึงจะโอนเงิน โดยมี

คณะกรรมการจังหวัดบริหารวงเงินของทุกโรงพยาบาล ภายใต้การมีแผนลงทุนทั้งระบบที่กำหนดร่วมในระดับจังหวัดก่อนแล้วจึงกำหนดประเภทงบ โดยงบไม่จำเป็นต้องอยู่ที่เขตหรือจังหวัด

๔.๓ ให้กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนร่วมรับรู้ในยอดงบทุกประเภท ได้แก่งบตามมาตรา ๔๑, AE/HC

รวมถึงยอดเงินกองทุนเหลือในบัญชีเพื่อชดเชยสนับสนุนหน่วยบริการที่พึงได้รับตามผลงานบริการที่ไม่เพียงพอ

ข้อสังเกต

การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าว
ให้สปสช.โอนการจัดสรรไปยังหน่วยบริการสุขภาพเช่นเดิมโดยไม่
มีการโอนงบดังกล่าวผ่านให้กระทรวงสาธารณสุขแต่อย่างใด

ข้อเสนอดังกล่าวได้ผ่านการกลั่นกรองของผู้บริหารและ
ความเห็นของผู้แทนทุกระดับของหน่วยงานสังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากการระดมความเห็นการปรับปรุง
การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2557แล้ว



... สวยสดดี