



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ด่วนที่สุด

ที่ สปสช. 05/ 006484

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

200 หมู่ 4 ชั้น 28 อาคารจัดมิน อินเทอร์เน็ตชั้นแนล ถนนแจ้งวัฒนะ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ 0 2831 4000 โทรสาร 0 2831 4004 [www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th), [www.30baht.net](http://www.30baht.net)

15 พฤษภาคม 2550

วันที่ 15 พ.ค. 2550 เวลา 13.11 น.  
ที่ 9865  
เลขที่ 15 พ.ค. 2550

เรื่อง ข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2551

ณ. 2/2551  
15 พ.ค. 50  
13.55 น.

เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2551  
จำนวน 70 ชุด

ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 4/2550 วันที่ 9 เมษายน 2550 เห็นชอบในหลักการและแนวทางการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2551 โดยพิจารณาจากข้อเสนอที่คณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง แต่งตั้งขึ้นโดยมีนายอัมมาร์ สยามวาลา เป็นประธาน ทั้งนี้มอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำความตกลงรายละเอียดกับสำนักงานงบประมาณก่อนเสนอคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้ข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2551 เท่ากับ 2,139.83 บาทต่อประชากรนั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2551 เท่ากับ 2,139.83 บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 47,386,027 คน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา ดังนี้

1. อนุมัติอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2551 เท่ากับ 2,139.83 บาทต่อประชากร
2. อนุมัติงบประมาณสำหรับประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ 47,386,027 คน

ขอแสดงความนับถือ

(นายมรกต กรเกษม)

รัฐมนตรีช่วยว่าการฯ รักษาการแทน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักนโยบายและแผน

โทร. 0 2831 4000 ต่อ 8608

โทรสาร 0 2831 4004

ผู้ประสานงาน อูรา สุวรรณรักษ์

# **ข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัว**

**การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2551**

**เพื่อขออนุมัติตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2551**

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข

# ข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2551

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

20 เมษายน 2550

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พัฒนาข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2551 ขึ้น ตามแนวทางที่คณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ ซึ่งอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง (ม.ร.ว.ปรีดิยาธร เทวกุล) แต่งตั้งขึ้น มี ศ.ดร.อัมมาร์ สยามวาลา เป็นประธาน ทั้งนี้มีรายละเอียดของการพัฒนาข้อเสนอดังนี้

## 1. แนวคิดและหลักการ

การประมาณการงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2551 ดำเนินการภายใต้แนวทาง ดังนี้

- 1) ต้นทุนคิดเฉพาะต้นทุนบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่รวมต้นทุนค่ายาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และต้นทุนการรักษาพยาบาลกรณีเกิดโรคระบาดและสาธารณภัย
- 2) งบประมาณสำหรับการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเพียงพอโดยไม่จำเป็นต้องมีการอุดหนุนข้ามระบบ (cross subsidy) จากระบบประกันสุขภาพอื่น
- 3) กรณีที่ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณให้ได้ตามที่เสนอ ต้องมีความชัดเจนว่าจะคัดถอนสิทธิประโยชน์หรือบริการใด โดยไม่ผลักระให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับภาระรายจ่ายเอง

## 2. ระเบียบวิธีคำนวณ

2.1 จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (OP visit / IP admission) ของปี 2551 ได้จากอัตราการให้บริการปี 2551 คูณด้วยแบบแผนการใช้บริการแต่ละระดับหน่วยบริการ และจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยใน ได้จากจำนวนผู้ป่วยในคูณด้วยค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ความซับซ้อนการให้บริการ (case mix index: CMI) ของแต่ละระดับหน่วยบริการ โดย

- 1) อัตราการใช้บริการปี 2551 ใช้ข้อมูลย้อนหลังรายได้ไตรมาสตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึงไตรมาส 1 ของปีงบประมาณ 2550 และประมาณการโดยใช้ สมการแนวโน้มทางสถิติ ซึ่งจะได้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 2.490 ครั้งต่อคนต่อปี และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเท่ากับ 0.114 ครั้งต่อคนต่อปี

- 2) สัดส่วนการให้บริการแต่ละระดับปี 2551 ใช้แบบแผนการให้บริการของปี 2549 โดยบริการผู้ป่วยนอกใช้ข้อมูลจากรายงาน 0110- รง.5 และบริการผู้ป่วยในใช้ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล โดยแยกการคำนวณตามประเภทพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่กึ่งancar
- 3) Case mix Index (CMI = ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อ admission) ในปี 2551 ให้เท่ากับ CMI ปี 2549 โดยคำนวณด้วยวิธีการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม version 3.5 (Diagnosis Related Group: DRG version 3.5)

ตารางที่ 1 แบบแผนการให้บริการและ CMI ปี 2549 จำแนกตามประเภทหน่วยบริการและพื้นที่

|                                                         | พื้นที่ทั่วไป | พื้นที่กึ่งancar |
|---------------------------------------------------------|---------------|------------------|
| <b>แบบแผนการให้บริการผู้ป่วยนอก (รายงาน 0110 รง. 5)</b> |               |                  |
| ไปสถานเอนามัย                                           | 45.4%         | 47.4%            |
| ไปศูนย์บริการสาธารณสุข                                  | 0.5%          |                  |
| ไปโรงพยาบาลชุมชน                                        | 35.4%         | 52.3%            |
| ไปโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์                        | 16.6%         | 0.4%             |
| ไปโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย                               | 0.1%          |                  |
| ไปโรงพยาบาลรัฐอื่น                                      | 1.5%          |                  |
| ไปคลินิกเอกชน                                           | 0.3%          |                  |
| ไปโรงพยาบาลเอกชน                                        | 0.2%          |                  |
| รวม                                                     | 100.0%        | 100.0%           |
| <b>แบบแผนการให้บริการผู้ป่วยใน</b>                      |               |                  |
| ไปโรงพยาบาลชุมชน                                        | 45.6%         | 93.0%            |
| ไปโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์                        | 44.5%         | 7.0%             |
| ไปโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย                               | 2.8%          |                  |
| ไปโรงพยาบาลรัฐอื่น                                      | 4.6%          |                  |
| ไปโรงพยาบาลเอกชน                                        | 2.5%          |                  |
| รวม                                                     | 100.0%        | 100.0%           |
| <b>ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อ admission</b>         |               |                  |
| โรงพยาบาลชุมชน                                          | 0.38          | 0.33             |
| โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์                          | 0.86          | 0.86             |
| โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย                                 | 1.24          |                  |
| โรงพยาบาลรัฐอื่น                                        | 2.28          |                  |
| โรงพยาบาลเอกชน                                          | 0.81          |                  |

2.2 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกคำนวณเป็นราคาต่อครั้ง (visit) ตามประเภทหน่วยบริการและประเภทพื้นที่ทั่วไป/กึ่งนคร และต้นทุนบริการผู้ป่วยในคำนวณเป็นราคาต่อหน้าหนักสัมพัทธ์มี 2 อัตรา คือ อัตราพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่กึ่งนคร โดย

- 1) คำนวณจากค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการจากข้อมูล 0110-รจ.5 ปี 2549 ที่ไม่รวมบริการส่งเสริมป้องกัน และปรับเพิ่มด้วยอัตราเงินเฟ้อของราคาต้นทุน (cost inflation) เป็นต้นทุนปี 2551
- 2) ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก คำนวณค่าเฉลี่ยต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ และปรับต้นทุนค่ายาเป็นต้นทุนเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพด้วยราคาเรียกเก็บ (charge) ต่อหน่วยบริการระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพกับอื่นๆ ตามประเภทหน่วยบริการ
- 3) ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน คำนวณจากค่าเฉลี่ยต้นทุนบริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการ และปรับด้วย CMI ของสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นต้นทุนบริการต่อหน้าหนักสัมพัทธ์เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพ
- 4) อัตราเงินเฟ้อของราคาต้นทุน (Cost Inflation) ให้อัตราเพิ่มเงินเดือนและค่าจ้าง 6% ค่าตอบแทนเพิ่ม 0% และอัตราเพิ่มของค่าวัสดุ (material cost) ให้ใช้อัตราเพิ่มของดัชนีผู้บริโภคทั่วไปด้านการแพทย์และการรักษา (medical price index) เท่ากับ 1.8% โดยสัดส่วนเงินเดือนค่าจ้างประจำ (L11) ค่าจ้างชั่วคราว(L12) ค่าตอบแทน(L2) และค่าวัสดุ = L11:L12:L2:MC = 37:7:15:41 ตามข้อมูลรายจ่ายปี 2549 รวมเป็น cost inflation ปี 2551 เท่ากับ 3.43%

ผลจากการคำนวณตามแนวทางดังกล่าว ในปีงบประมาณ 2551 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้งบริการของหน่วยบริการในพื้นที่ทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 64 - 1,812 บาท และในพื้นที่กึ่งนครจะอยู่ระหว่าง 75 - 522 บาท สำหรับต้นทุนบริการผู้ป่วยในต่อหน้าหนักสัมพัทธ์ (DRG version 3.5) ของหน่วยบริการในพื้นที่ทั่วไปเท่ากับ 14,455 บาท และในพื้นที่กึ่งนครเท่ากับ 17,802 บาท (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประมาณการต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2551

|                                                                | พื้นที่ทั่วไป | พื้นที่กึ่งนคร |
|----------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| ต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อครั้ง (OP unit cost per visit )             |               |                |
| ▪ สถานีอนามัย                                                  | 64            | 75             |
| ▪ ศูนย์บริการสาธารณสุข                                         | 67            |                |
| ▪ โรงพยาบาลชุมชน                                               | 311           | 349            |
| ▪ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์                               | 562           | 562            |
| ▪ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย                                      | 1,812         |                |
| ▪ โรงพยาบาลรัฐอื่น                                             | 562           |                |
| ▪ คลินิกเอกชน                                                  | 170           |                |
| ▪ โรงพยาบาลเอกชน                                               | 562           |                |
| ต้นทุนผู้ป่วยในต่อหน้าหนักสัมพัทธ์ ( IP unit cost per adj. RW) | 14,455        | 17,802         |

2.3 งบประมาณบริการเฉพาะโรค (Disease management) คิดคำนวณแยกเฉพาะบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตวิทยา (Leukemia) สำหรับผู้ป่วยเด็ก (รายใหม่) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าต้นทุนทั่วไปและอัตราการหายขาดสูงหากได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม คำนวณต้นทุนด้วยวิธีต้นทุนกิจกรรม (activity base costing) และการประมาณการเป็นไปตามแบบแผนการรักษาพยาบาลและการป้องกันความรุนแรงที่กำหนด เป้าหมายบริการคาดประมาณตามอัตราการเกิดโรคและศักยภาพบริการ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยาได้ประมาณการอุบัติการณ์โรคสำหรับรายใหม่ในปี 2551 ไว้จำนวน 526 ราย และใช้งบประมาณจำนวน 197 ล้านบาท

ตารางที่ 3 ประมาณการบริการผู้ป่วย Leukemia เด็ก (รายใหม่) ปีงบประมาณ 2551 ตามประเภทการป่วย

| ประเภทการป่วย | ประเภทการรักษา       | จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ | สัดส่วนการให้บริการ | ประมาณการจำนวนการให้บริการตามประเภทการรักษา | ต้นทุนต่อคนต่อปี |
|---------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------------------|------------------|
| ALL           | Low-risk             | 389                 | 0.50                | 195                                         | 341,400          |
|               | High-risk            |                     | 0.50                | 195                                         | 372,800          |
|               | Relapse              |                     | 0.20                | 78                                          | 372,800          |
| AML           | Chemotherapy         | 119                 | 0.75                | 89                                          | 288,700          |
|               | Relapse              |                     | 0.36                | 11                                          | 288,700          |
| CML           | Reduced complication | 18                  | 0.75                | 14                                          | 15,700           |
| รวม           |                      | 526                 |                     |                                             |                  |

หมายเหตุ ALL หมายถึง Acute Lymphoblastic Leukemia

AML หมายถึง Acute Myeloid Leukemia

CML หมายถึง Chronic Myeloid Leukemia

2.4 งบประมาณส่งเสริมป้องกัน ประมาณการด้วยวิธี activity base costing โดยกิจกรรมบริการเป็นไปตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นกิจกรรมค่ายต้านไวรัสสำหรับป้องกันการติดเชื้อ HIV จากหญิงตั้งครรภ์ไปสู่ทารกแรกเกิด เนื่องจากรวมอยู่ในงบยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี) โดยไม่รวมงบลงทุน/ค่าเสื่อม และคิดอัตราความครอบคลุมประชากรอยู่ระหว่าง 20% - 100% ของแต่ละกลุ่มอายุบริการ ซึ่งจะต้องใช้งบประมาณจำนวน 253.01 บาทต่อหัวประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือจำนวน 188.15 บาทต่อหัวประชากรไทยทั้งหมด

2.5 งบประมาณบำรุงและทดแทนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการทบทวนนิยามร่วมกับสำนักงานประมาณ และได้ข้อสรุปดังนี้

- 1) กำหนดให้งบประมาณบำรุงและทดแทนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นงบประมาณเพื่อ “การซ่อมบำรุงและทดแทนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างเดิม” เท่านั้น ทั้งนี้ไม่รวมถึง งบลงทุนเพื่อพัฒนาส่วนขาดจากมาตรฐาน และงบลงทุนเพื่อการพัฒนา
- 2) ให้หน่วยงานต้นสังกัดหน่วยบริการของรัฐ เป็นผู้จัดทำคำของบประมาณสำหรับงบลงทุนเพื่อพัฒนาส่วนขาดจากมาตรฐานและงบลงทุนเพื่อการพัฒนา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานผู้ซื้อบริการภาครัฐอื่นๆ (ได้แก่ สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง) ควรร่วมกันกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้เกิดเอกภาพการพัฒนาหน่วยบริการ
- 3) การคำนวณงบประมาณเพื่อ “การซ่อมบำรุงและทดแทนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างเดิม” ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้คิดจากต้นทุนค่าเสื่อมทั้งหมดคูณด้วยสัดส่วนการให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อกระจายต้นทุนค่าเสื่อมไปยังภาระการให้บริการอื่นของหน่วยบริการ ซึ่งผลการคำนวณพบว่า ค่าเสื่อมสำหรับบริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 7.4 ของค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการส่งเสริมป้องกัน

2.6 การประมาณการงบประมาณสำหรับการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการ ตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พบว่าต้องใช้งบประมาณในปี 2551 จำนวน 87.53 ล้านบาท แต่เนื่องจากมีงบประมาณในส่วนนี้คงเหลืออยู่เพียงพอ จึงไม่ของบประมาณส่วนนี้ในปี 2551

2.7 ประมาณการจำนวนประชากรเป้าหมาย ด้วยอัตราเกิด อัตราตาย และสิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ คาดการณ์ว่าจะมีประชากรลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2551 จำนวน 47,386 ล้านคน

### 3. ผลการประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัว

ผลจากการประมาณการตามหลักการ แนวทาง และระเบียบวิธีที่กำหนด ในปีงบประมาณ 2551 อัตราเหมาจ่ายรายหัวจะเท่ากับ 2,139.83 บาท โดยมีเป้าหมายประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 47,386,027 คน ทั้งนี้จะต้องได้รับค่าใช้จ่ายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 101,398.02 ล้านบาท โดยมีรายละเอียดอัตราต่อหัวรายประเภทบริการตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2550-2551 ตามประเภทบริการ

| ประเภทบริการ                                     | ปี50 [ข้อเสนอ] | อัตราปี50 [ได้รับ] | อัตราปี51 [ข้อเสนอ] |
|--------------------------------------------------|----------------|--------------------|---------------------|
| 1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)                         | 719.87         | 656.32             | 600.80              |
| 2. บริการผู้ป่วยใน (IP)                          | 632.97         | 822.53             | 1,121.39            |
| 3. บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)                    | 252.57         | 248.04             | 253.01              |
| 4. บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)         | 83.69          | รวมใน1,2           | รวมใน1,2            |
| 5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)                 | 217.82         |                    |                     |
| - ฟันปลอม                                        | 2.31           | รวมใน1,2           | รวมใน1,2            |
| - DMI (ปี2551 เฉพาะผู้ป่วย leukemia เค็กรายใหม่) | 15.71          | 15.71              | 4.16                |
| - HC อื่นๆ                                       | 199.79         | รวมใน1,2           | รวมใน1,2            |
| 6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)                   | 10.00          | 10.00              | 10.00               |
| 7. งบประมาณฟูลสมรรถนะ                            | 4.00           | 4.00               | 4.00                |
| 8. งบลงทุนเพื่อการทดแทน                          | 165.44         | 142.55             | 146.47              |
| 9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41             | 0.53           | 0.53               | ใช้เงินคงเหลือ      |
| รวมงบเหมาจ่ายรายหัว (บาท)                        | 2,086.89       | 1,899.69           | 2,139.83            |
| รวมงบประมาณ (ล้านบาท) (ประชากรUC=47,386,027)     |                |                    | 101,398.02          |