



การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2566
จุดเน้นและประเด็นสำคัญที่เปลี่ยนแปลง

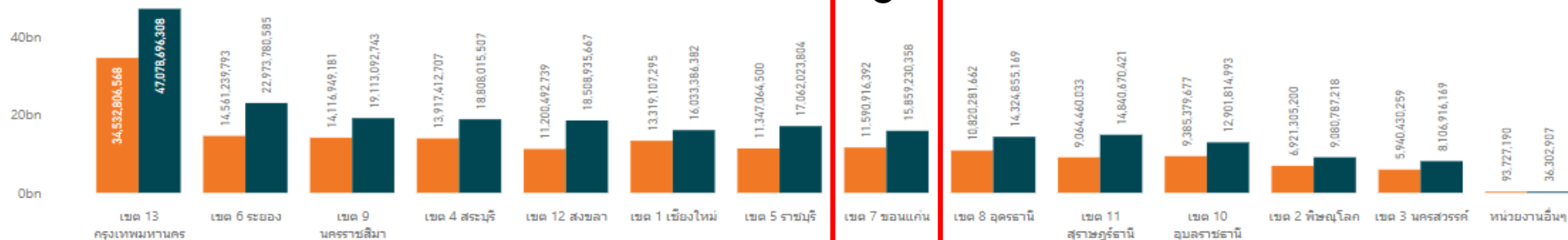
ความเป็นมา/กฎหมาย/ ระเบียบ/ มติที่เกี่ยวข้อง

1. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 เห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566
2. (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

การโอนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2564 – 2565 ทั้งประเทศทุกหน่วยงาน แยกรายเขต รวมงบโควิด-19

งบประมาณที่ได้รับโอนรายเขต

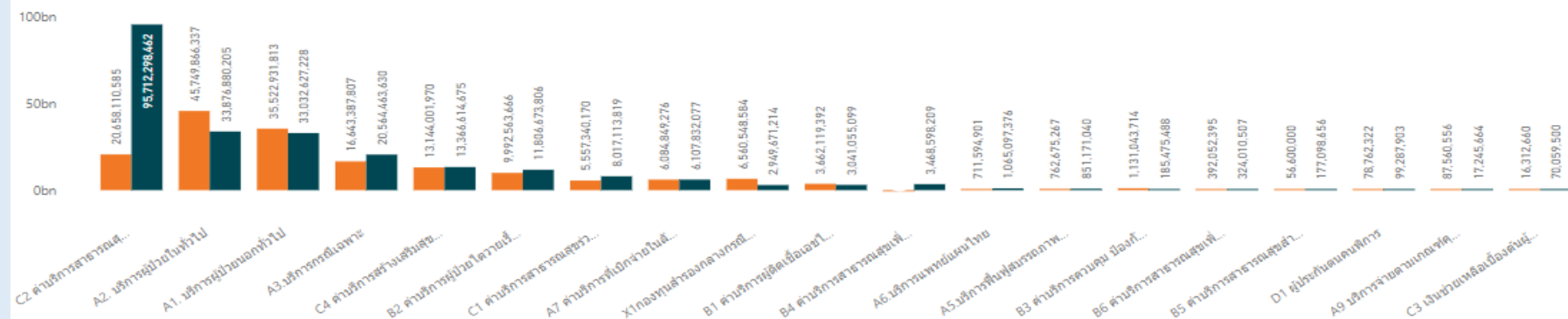
YEAR ● 2564 ● 2565



8

งบประมาณที่ได้รับโอนแยกกองทุน

YEAR ● 2564 ● 2565



ที่มา : budget.nhso.go.th/ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ประมาณการจัดสรรงบประมาณฯ ปี 2565 และงบประมาณที่ได้รับโอนตามผลงานจริง

หน่วยงานในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

รายการ	ประมาณการ 2565	โอนงบประมาณ 2565
A งบเหมาจ่ายรายหัว	8,550,773,495	7,867,387,779
A1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	2,857,530,401	2,593,108,683
A2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	3,831,102,615	3,127,070,415
A3. บริการกรณีเฉพาะ	1,173,149,766	1,382,203,343
A5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	67,135,102	79,781,487
A6. บริการแพทย์แผนไทย	112,155,934	175,524,174
A7. ค่าบริการที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	502,444,803	502,444,803
A9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน	7,254,874	7,254,874
B งบเหมาจ่ายรายหัว	665,770,773	993,276,794
B1. ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	86,831,480	85,654,565
B2. ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	276,152,483	341,735,653
B3. ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HT และจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	80,045,871	71,824,283
B4. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดารเสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชาย	22,713,264	297,366,255
B5. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	177,098,656	172,332,329
B6. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	22,929,019	24,363,710
C รายการใหม่ที่ย้ายมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว	2,360,256,503	6,866,957,309
C1. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	622,762,392	814,902,698
C2. ค่าบริการสาธารณสุขบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	803,783,250	5,177,681,583
C3. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ(ย้ายจาก A8)	445,487	940,500
C4. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ย้ายจาก A4)	933,710,862	873,432,528
D1. D1 ผู้ประกันตนคนพิการ	2,439,119	2,977,843
X1f X1 กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน		128,630,633
รวม	11,579,239,890	15,859,230,357
รวม (หักงบบริการโควิด 19)	10,775,456,640	10,681,548,774

ที่มา : ข้อมูล การโอนงบประมาณ <https://ucapps1.nhso.go.th/budgetreport/> และประมาณการตามเงื่อนไขการได้รับงบประมาณแต่ละรายการ หลังหักเงินเดือนภาครัฐ

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาพรวม ปีงบประมาณ 2566

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	161,602.6675
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,978.4785
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,952.1756
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,071.4748
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	1,265.6460
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	188.8543
8. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,772.0000
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	437.3360
10. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	21,381.1071
รวมทั้งสิ้น	204,140.0278
ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	61,842.0911
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	142,297.9367



ร่าง บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2566	
ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,344.40
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,477.01
3. บริการกรณีเฉพาะ	399.49
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	17.23
5. บริการการแพทย์แผนไทย	19.16
6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,385.98

สิ่งใหม่ที่ประชาชนได้รับ ปี 2566

Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn 320 ราย 32 ลบ.

Vital Pulp Therapy 56,300 ราย 78.82 ลบ.

ผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองรับ 48,554 ราย 505.08 ลบ.

รากฟันเทียม 15,200 ราย 191.37 ลบ.

HIV-PEP 27,000 ราย 36.05 ลบ.

ฉุกเฉินคุณภาพภาครัฐ

53,184 ราย 759.79 ลบ.

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษ 7,598 ราย

ยาจ.2 14 รายการ 9,634 ราย 302.93 ลบ.

Home Ward

คลินิกพยาบาล /กายภาพบำบัด/

ชุมชนอบอุ่น/เวชกรรม/ทันตกรรม

2,002,295 ราย 139.73 ลบ.



Intermediate care

30,283 ราย 271.83 ลบ.

บริการ P&P 3,653,215 ราย 509.40 ลบ.

- ✓ ตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี HBsAg Positive
- ✓ คัดกรองธาลัสซีเมียในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
- ✓ คัดกรองซิฟิลิสในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
- ✓ ตรวจวัดความดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้าน
- ✓ สายด่วนเลิกบุหรี่/สุขภาพจิต
- ✓ คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ✓ คัดกรองมะเร็งและมะเร็งช่องปาก
- ✓ คัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง TMS
- ✓ คัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง
- ✓ ตรวจยีน BRCA1/BRCA2

เพิ่มการเข้าถึง คุณภาพ การบริการ และประสิทธิภาพการจ่าย



COVID-19 451,987 ลบ. 1,358.86 ลบ.

รวมงบ COVID-19 และ long COVID-19 ใน
บริการ OP-IP-PP-เงินช่วยเหลือเบื้องต้น



นโยบายยกระดับบัตรทอง 2,689,480 ราย 1,987.64 ลบ.

ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/มะเร็ง



เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง

ปรับการจ่ายตามรายการบริการ 4,097,967 ราย 908.00 ลบ.



ผ่าตัดข้อเข่า / ผ่าตัดต้อกระจก 1,777.99 ลบ.

กำหนดเป้าหมาย ตามบริบทในระดับพื้นที่ 130,514 ราย



บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

1,265.65 ลบ. 210,941 ราย

จ่ายตาม Care plan และปรับรอบการจ่ายเป็นทุก 15 วัน



กรณีสปสช. เขต

บริการ PPB ปรับการจ่ายตาม Fee Schedule/ผลงาน/
เหมาะสม โดยความเห็นชอบของ สปสช.



เพิ่มยารักษาแพะรักษามะเร็ง 125.31 ลบ.

ผ่านกลไกและภายใต้งบประมาณที่มีอยู่



กัญชา 21,100 ราย 44.41 ลบ.

จ่ายตามรายการบริการ ในรายการที่เข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ
ด้านสมุนไพร



บริการฟื้นฟูฯ 3,870,191 ราย 822.19 ลบ.

เพิ่มสัดส่วนการสมทบกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัดตามความ
พร้อมในแต่ละพื้นที่



✓ **บริการสาธารณสุขร่วมกับท้องถิ่น** 26,514,000 ราย

✓ สปสช.เขต และอปสช. บริหารารวจเงินระดับเขต
✓ กรณีเงินคงเหลือหลัง 31 มี.ค.65 ทำโครงการเพิ่มเติม โดยรวมตำบล



บริการไตวายเรื้อรัง 67,786 ราย 9,952.18 ลบ.

- ✓ Patient-centered care
- ✓ เพิ่มทางเลือกจัดหาตัวกรองแบบ single use
- ✓ เพิ่มทางเลือกจ่ายชดเชยเป็นเงิน น้ำยาล้างไต และยา EPO



บริการสำรองเตียง

จ่ายบริการสำรองเตียงให้เป็นอัตรากลาง ในบริการเดียวกัน

รายการ Authentication

- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๘.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ จ่ายตามราคาของรายการที่กำหนด (Fee Schedule) และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ ทั้งนี้ ให้ สปสช. จัดให้มีกลไกการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ... ทั้งก่อนและหลังการจ่ายชดเชย

ข้อ ๓๑ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยภาพรวม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณผ่านกลไกคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พัฒนาและทบทวนรายการและอัตราจ่ายที่เหมาะสม และกำหนดให้รายการที่มีการจ่าย ตามรายการบริการ (Fee Schedule) มีระบบการพิสูจน์ตัวตน และการตรวจสอบก่อนจ่าย

รูปแบบการยืนยันและพิสูจน์ตัวตน



ERM
(Web Online)

01 Smart Card

เสียบบัตรประชาชนผ่านเครื่อง
อ่านบัตร SMC

02 Insert PID

Key in

รับรองโดยเจ้าหน้าที่ / ผู้ปกครอง
(เสียบบัตรเจ้าหน้าที่ / ผู้ปกครองแทน)



MOBILE
/LINE (QR)

03 Scan QR

ผ่าน line Application
โดยประชาชน



New Authen
(Web Online)

01 Smart Card

เสียบบัตรประชาชนผ่านเครื่อง
อ่านบัตร SMC

02 Take a Photo

ถ่ายรูปหน้าผู้ป่วย
พร้อมบัตรประจำตัวประชาชน

02 Insert PID

Key in

รับรองโดยเจ้าหน้าที่ / ผู้ปกครอง
(เสียบบัตรเจ้าหน้าที่ / ผู้ปกครองแทน)



KIOSK &
STATION (API)

01 Smart Card

เสียบบัตรประชาชนผ่านเครื่อง
อ่านบัตร SMC



** ทุกระบบต้องยืนยันตัวตน ณ วันที่รับบริการ
และต้องบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย/ผู้ปกครอง (ติดต่อได้)

แนวทางการพิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ (Authentication)

- 1) หน่วยบริการ Authentication วิธีใดวิธีหนึ่งตามความพร้อม ดังนี้
 - 1.1) ระบบ New Authen
 - 1.2) ระบบ QR code ผ่าน Line สปสช. ID Line: @nhso ,
 - 1.3) ระบบ ERM
 - 1.4) ตู้ KIOSK
 - 2) ประชาชนผู้มีสิทธิ Authentication ได้ด้วยตนเอง โดยใช้ระบบ QR code ผ่าน line สปสช. ID Line: @nhso หรือเสียบบัตรประชาชน Smart Card ผ่านตู้ KIOSK หรือ Station ที่หน่วยบริการจัดเตรียมไว้ให้ประชาชน ซึ่งจะมีการเชื่อมต่อข้อมูลอัตโนมัติกับระบบของ สปสช.
 - 3) กรณี Authen ด้วยการรับรองโดยผู้ปกครอง/เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ ใช้ในกรณีผู้สูงอายุ ที่มีบัตรประชาชนที่ไม่ได้ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี
 - 4) สปสช.กำหนดวิธีการ Authentication สำหรับการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2566 ตามประเภทบริการ ดังนี้
 - 4.1) เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)** ในรายการที่กำหนด
 - 4.2) Self Isolation
 - 4.3) UCEP Plus (สถานบริการอื่น)
 - 4.4) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม_HD
 - 4.5) การบริการดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น Common Illness
- โดยเลือกประเภทการ Authentication ตามประเภทการเข้ารับบริการแต่ละกรณี

หมายเหตุ เน้นให้ใช้การ Authen ด้วยบัตรประชาชน Smart card หากเป็นการ authen โดยการ key in หรือการรับรองโดย จนท.ของหน่วยบริการ อาจจะมีการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

รายการบริการที่กำหนดให้ Authentication

- กำหนดให้มีการ Authentication สำหรับการรับบริการที่กำหนดรูปแบบการจ่ายตามรายการและอัตราจ่ายแบบ Fee Schedule ดังนี้
 - 1) ประเภผู้ป่วยนอก
 - 2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- รายการที่ได้รับการยกเว้น การ Authentication

ลำดับ	บริการ	รายการบริการที่ได้รับการยกเว้นการ Authentication
1	บริการผู้ป่วยนอก	บริการ Telehealth (กรณีค่าบริการ 50 บาท)
2		บริการดูแลให้คำปรึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับพิษ
3		บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีการเบิกจ่าย Fee Schedule ร่วมด้วย
4		บริการ CAPD ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
5		บริการ Rare disease กรณีบริการผู้ป่วยนอก
6		บริการผู้ป่วย HIV และผู้ป่วยเอดส์
7		
8	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์(TSH) และ โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด
9		บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
10		บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem Mass Spectrometry (TMS)
11	บริการอื่นๆ	บริการของหน่วยบริการที่ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง เช่น หน่วยที่รับตรวจ lab

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1. ผู้ป่วยนอก OP ที่เบิกจ่ายจาก ส่วนกลาง เช่น กรณีOPAE,OP Anywhere, CA Anywhere เป็นต้น	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) จ่ายตามรายการ Fee Schedule และ Fee For Service 2) มีระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการรับบริการ (Authentication) บางรายการ	1) จ่ายตามอัตราและรายการ Fee Schedule ที่ สปสช.กำหนดเท่านั้น <u>สำหรับกรณีที่ไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้ง สปสช. เป็นรายกรณี</u> 2) กำหนดให้มีการ Authentication ที่เบิกจ่ายแบบ Fee Schedule <u>ทุกรายการ</u> 3) มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS และ FFS	<u>จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด</u>
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1.1 บริการรักษาเนื้อเยื่อ ในแบบคงความมีชีวิต (Vital Pulp Therapy) ในฟันถาวร	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	จ่ายรวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายรายหัว
	ผู้มีสิทธิ	-	เด็กอายุ 6-15 ปี
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	-	-
	โปรแกรม	-	-
1.2 การรักษา COVID-19	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ตามประกาศหลักเกณฑ์ เงื่อนไข กรณี Covid-19	บริการรักษา COVID-19 และ long COVID-19 ประเภทผู้ป่วย นอกตามระบบปกติ
	ผู้มีสิทธิ	-กรณีคัดกรอง+ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ >> ทุกสิทธิ -กรณีรักษา >> สิทธิ UC	-ไม่มีการจ่ายกรณีตรวจคัดกรอง+lab -กรณีการรักษา >>สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	ทุกหน่วยบริการ/สถานพยาบาล	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณี Covid-19	จ่ายตามระบบปกติรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1.3 บริการ OP Anywhere	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	- บริการ OP ไม่มีหนังสือส่งต่อ ไม่ใช่กรณีนัดหมาย ไม่ใช่อุบัติเหตุฉุกเฉิน - จำกัดบริการเฉพาะ OP ในจังหวัด /ข้ามจังหวัด ภายในเขต/ข้ามเขตเฉพาะเขตพื้นที่รอยต่อ	ขยายบริการไปทั่วประเทศ โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะพื้นที่ รอยต่อ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS กรณีไม่มีรายการ FS จ่ายตาม FFS	ตามรายการ FS (ประกาศรายการเพิ่มเติม)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม
1.4 บริการ OP เขต 13 กทม.	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ตามที่มีประกาศกำหนด	เพิ่มเติมการบริหารจัดการกรณีผู้มีสิทธิได้รับผลกระทบจากการยกเลิกหน่วยบริการ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยในระบบ UC ในเขต 13 กทม.	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS	ตามรายการ FS
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. ผู้ป่วยใน (IP) 2.1 บริการผู้ป่วยใน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs v.5 2) คำนวณ Base Rate รายเดือน 3) จ่ายตามวันที่ส่งข้อมูล (Sent Date) 4) กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จัดสรรในลักษณะค่า K ให้กับหน่วยบริการ	คงเดิม และยังคงใช้ข้อมูลผลงานระหว่าง มค.62 - ธค.62 เป็นตัวแทนในการคำนวณ Global budget ระดับเขต เนื่องจาก สะท้อนผลงานจริง โดยไม่มีผลกระทบจากบริการ Covid
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	■ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงหน่วยงานรัฐ) ■ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.2 บริการฉุกเฉิน ภาครัฐ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<u>บริการใหม่</u> เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการเข้ารับบริการฉุกเฉินในหน่วยบริการภาครัฐโดยไม่มีอุปสรรคการจ่ายค่าใช้จ่าย ▪ บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รักษาในหน่วยบริการภาครัฐ ▪ จ่ายเพิ่มเติมตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนดภายใน 24 ชม.แรก และจ่ายตามระบบ DRGs
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	จ่ายเฉพาะหน่วยบริการ UHos Net และ หน่วยบริการตามประกาศ ER คุณภาพ
	อัตราจ่าย	-	1) จ่ายตามระบบ DRGs ▪ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงหน่วยงานรัฐ) ▪ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) 2) จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการใน 24 ชม.แรก ตามรายการและอัตรา FS สำหรับบริการฉุกเฉินที่กำหนด
	โปรแกรม	-	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.3 บริการ Home Ward	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	- - เฉพาะบริการในเขต - มีระบบการ Authentication เมื่อรับบริการ IP ที่บ้าน (ผ่าน AMED) - จ่ายเฉพาะ 7 กลุ่มโรค ดังนี้ - โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง - โรคความดันโลหิตสูง (severe hypertension) - โรคแผลกดทับและพื้นที่กดทับ (decubitus ulcer and pressure area) - โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) - โรคปอดอักเสบ (pneumonia) - โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) ภายหลังได้รับการผ่าตัด - โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - นับจำนวนวันนอนแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ รวมถึงในสถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-เฉพาะหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปภาครัฐ ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด -หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบฯ ต้องผ่านการประเมิน ODS (ได้รับรองจากกก.กรมการแพทย์)
	อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบ DRGs บริการภายในเขต ในอัตราเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adj.RW
	โปรแกรม	e-Claim ร่วมกับโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยที่บ้านได้ (โปรแกรม AMED)

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.4 บริการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกด้วยก๊าซ ไนตริกออกไซด์ (PPHN)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<u>บริการใหม่</u> เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจากภาวะ PPHN ▪ บริการรักษาผู้ป่วยทารกที่มีความดันปอดสูงแต่กำเนิด ▪ จ่ายให้หน่วยบริการที่สามารถให้บริการด้วยการใช้ก๊าซไนตริกออกไซด์
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยทารกที่มีความดันปอดสูงแต่กำเนิด (28 แห่ง)
	อัตราจ่าย	-	ตามระบบ DRGs ในอัตรา 12,000 บาท/AdjRW
	โปรแกรม	-	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.5 บูรณาการ Intermediate care 4 กลุ่มโรค ร่วมกับ บริการฟื้นฟู และ แพทย์แผนไทย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	1) บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย ▪ บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (เพิ่มการจ่าย) ▪ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ▪ บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง 2) กำหนดบริการ 4 กลุ่มโรค ▪ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) ▪ กระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ในผู้ป่วย อายุ >50 ปี (เพิ่มกลุ่มโรค)
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือ/แนวทางที่กระทรวงสธ.กำหนด
	อัตราจ่าย	-	-บริการ IP คำนวณจ่าย DRGs ตามอัตรากรณีในเขต ข้ามเขต โดยกรณีรักษาในหน่วยบริการเดียวกันตั้งแต่ระยะ acute จนถึง IMC จะจ่ายเหมือนกรณีแยกเป็น 2 episodes -บริการ OP ตามรายการ FS ที่กำหนด
	โปรแกรม	-	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.6 บริการสำรอง เตียง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	สถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจ มาตรฐานตามเกณฑ์ และได้ลงนามใน ข้อตกลงการให้บริการร่วมกันกับ สปสช. เขต ตามเงื่อนไขที่กำหนด	ปรับอัตราจ่ายกรณีบริการเดียวกันให้เป็นอัตรากลาง เดียวกันในทุกเขตทุกหน่วยบริการ ได้แก่ 1) บริการทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย 2) บริการผ่าตัดสมอง 3) ผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน /สถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	อัตราที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการ อื่นกับ สปสช. เขต (กำหนดอัตรา ไม่เกิน 15,000 บาท/ adjRW)	อยู่ระหว่างการกำหนดอัตรากลาง
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.7 กรณีย่าน นวัตกรรมการแพทย์ โยธี และกลุ่มหน่วย บริการที่ประสงค์จะ แบ่งปันทรัพยากรด้าน สุขภาพ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการของย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ▪ บริการ 3 กลุ่มโรค 1) ใส่ตังอักษ (เริ่ม 1 พ.ค. 65) 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (เริ่ม 1 ก.ค. 65) 3) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI (เริ่ม 1 ก.ค.65)	-บริการของย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี >>คงเดิม -บริการในเขตอื่นๆ หากต้องการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ สำหรับการให้บริการมากกว่า 1 หน่วยบริการ สามารถทำความตกลงร่วมกัน และแจ้งผ่าน สปสช.เขต โดยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่ สปสช.กำหนด
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ตามที่ทำความตกลงร่วมกับสปสช.	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบ DRGs โดยการจ่ายสำหรับการดูแลของหน่วยบริการที่มากกว่า 1 แห่ง จะจ่ายเท่ากับการดูแลในหน่วยบริการแห่งเดียว	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.8 รายการบริการ ODS	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) บริการ ODS จำนวน 65 กลุ่มโรค/หัตถการ 2) จ่ายเฉพาะกลุ่มโรคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3) มีชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น หาย (With Approval) 4) มีจำนวนวันนอน (LOS) ตั้งแต่ 2 - 24 ชั่วโมง 5) จ่ายตามค่า RW	เพิ่มรายการบริการ ODS จำนวน 2 กรณี 1) เพิ่มบริการ Vascular Access for hemodialysis 3 รายการ ■ Tunnel cuffed catheter (TCC) ■ Arteriovenous Fistula (AVF) ■ Arteriovenous Graft (AVG) 2) บริการ Appendectomy โดยใช้ Platform ODS แต่จ่ายแบบบริการ Home Ward
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการ ODS	คงเดิม
	อัตราจ่าย	■ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW ■ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim (บันทึกข้อมูล Ambulatory care)	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.9 รายการ บริการ MIS	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) จ่ายเฉพาะ DRGs และ ICD10 ของกลุ่มโรคที่กำหนด รวม 16 กลุ่มโรค 2) เฉพาะกลุ่มโรคที่ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน 3) จ่ายตาม adjRW (MIS) = adjRW (ราย case ราย DRGs) + ค่า K (MIS) 4) กรณีหน่วยไม่ผ่านประเมิน MIS จ่ายแบบ IP Normal	1) เพิ่มรายการบริการ MIS จำนวน 4 รายการ ■ Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplasty ค่า K = 1.8922 ■ Arthroscopic Bankart surgery and labral repair ค่า K 1.8922 ■ Radical hysterectomy - o กรณี Malignant neoplasm of ovary ค่า K= 2.4562 - o กรณี Malignant neoplasm of corpus uteri : Endometrium ค่า K= 0.7771 ■ Laparoscopic Prostatectomy and robotic prostatectomy (การกำหนดค่า K อยู่ระหว่าง re-calibrate ข้อมูล) 2) อยู่ระหว่างการจัดทำโปรแกรม PA ภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุพพลภาพ (บริการปี งบฯ 64) ** ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยผ่านรับรองศักยภาพให้บริการจากกรมการแพทย์**
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการ MIS	คงเดิม
	อัตราจ่าย	■ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บ. /Adj.RW ■ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บ./Adj.RW	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.10 กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของระบบ DRGs version 5 ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด <u>วิธีการ</u> 1) สปสช.ตรวจสอบข้อมูลบริการปีงบฯ 64 ที่เข้าเกณฑ์ ORS 2) สปสช.แจ้งหน่วยบริการส่งหนังสืออุทธรณ์ข้อมูลพร้อมสำเนาเวชระเบียนภายในเวลาที่กำหนด 3) สปสช.คำนวณจ่ายเพิ่มเติม	ใช้ข้อมูลบริการปีงบฯ 65
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	- Reimburse Ratio รพ. คุณกับ ความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นฯ ($\text{Reimburse ratio} \times [\text{Loss} - (0.5 \times \text{OLT})]$) - กำหนดเพดาน Reimburse ratio ไว้ไม่เกิน 0.8	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.11 กรณีบริการ ดูแลแบบ ประคับประคอง ใน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ บ้าน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยเป็น Pallative เมื่อผ่านการ admitted แล้ว ตาม Guideline ของกรมการแพทย์ 2) มีการ Register ผู้ป่วย Pallative Care 3) กรณีการเบิกการเยี่ยมบ้านซ้อนกัน จ่ายให้หน่วยฯ ที่เบิกก่อน และหน่วยฯ ที่ส่งเบิกหลังให้อุทธรณ์มาเป็นเอกสาร 4) บริการ Palliative Care ในเด็กอายุที่ต่ำกว่า 15 ปี ทุกกลุ่มโรค	มีระบบการAuthentication เมื่อเยี่ยมบ้าน
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ค่าบริการเยี่ยมบ้าน อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/เดือน จ่ายไม่เกิน 6 ครั้งนับจากครั้งแรกที่เยี่ยมบ้าน กรณีเสียชีวิต จ่ายเพิ่มเมื่อเสียชีวิต อัตรา 3,000 บาท (จ่ายครั้งเดียว/คน)	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3. บริการกรณีเฉพาะ 3.1 บริการโรคมะเร็ง 3.1.1 กรณี CA Anywhere	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยต้องมีรหัสการวินิจฉัยโรคอยู่ในกลุ่มโรคมะเร็ง 2) การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีการรักษาโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม ครอบคลุมถึง ■ การ Confirm Diagnosis ■ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ■ การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น ■ การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up)	1) มีระบบการ Authentication 2) จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่กำหนดเท่านั้น <u>สำหรับกรณีไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้งสปสช. เป็นรายกรณี</u>
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการ CA	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS 515 รายการ	เพิ่มรายการ FS
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.1 บริการโรคมะเร็ง 3.1.2 กรณีการให้เคมีบำบัด/รังสีรักษา	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. กำหนด Protocol การรักษาโรคมะเร็ง 2. ประมวลผลการจ่ายตามการรักษาตาม Protocol ที่กำหนด	1) มีระบบการ Authentication (เฉพาะ OP) 2) จะมีการปรับปรุง Protocol ใหม่ 3) ขยายบริการไปยัง รพ.เอกชน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยมะเร็ง
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการเคมีบำบัด/รังสีรักษา	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.1 บริการ โรคมะเร็ง 3.1.2 กรณี การให้เคมี บำบัด/รังสี รักษา (ต่อ)	อัตราจ่าย	<u>กรณี IP</u> กรณีโรคมะเร็งที่กำหนด Protocol แล้ว - รักษาตรงตาม Protocol จ่าย Deduct DRGs และ Add on ค่ายามะเร็งตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด - รักษาไม่ตรง Protocol จ่ายตาม DRGs ปกติ <u>กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนด Protocol</u> - จ่ายตาม DRGs ปกติ หมายเหตุ : กรณี IP ค่ารังสีรวมอยู่ใน DRGs <u>กรณี OP</u> กรณีโรคมะเร็งที่กำหนด Protocol แล้ว - รักษาตรงตาม Protocol จ่ายค่ายาตามจริงไม่เกินราคาที่ประกาศ+ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด - รักษาไม่ตรง Protocol จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาทและรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด <u>กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนด Protocol</u> - จ่ายค่ายาเคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา ตามจริง ไม่เกิน 4,000 บาท/ครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.2 กรณี OP Anywhere	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) มีระบบการ Authentication 2) เข้ารับบริการประเภท OP โดยไม่มีหนังสือส่งตัว ไม่ใช้กรณีนัดหมายและไม่ใช้กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก <u>ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ</u>	1) มีระบบการ Authentication 2) ขยายบริการโดยให้บริการข้ามเขตได้ทั่วประเทศ 3) การเข้ารับบริการในร้านยา และคลินิกเวชกรรม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด จ่ายตามรายการ FS เฉพาะรายชื่อของรพ.ที่กำหนด 2) การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต และการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ ▪ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้ง ▪ หน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ 5 วันต่อสัปดาห์ จ่ายตามรายการ FS หรือ FFS	จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่กำหนดเท่านั้น <u>สำหรับกรณีไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้งสปสช.เป็นรายการ</u>
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.3 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) จ่ายตามรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ ตามประกาศรายการอุปกรณ์ฯ พ.ศ. 2566 2) บันทึกรหัสโรค (ICD10) รหัสหัตถการ (ICD9) และจำนวนอุปกรณ์ ตามข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ที่กำหนด	1) มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP 2) <u>เพิ่มรายการอุปกรณ์ใหม่ จำนวน 10 รายการ ได้แก่</u> หมวด 2 ตา หู คอ จมูก จำนวน 2 รายการ หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 รายการ หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น จำนวน 6 รายการ หมวด 9 อื่นๆ จำนวน 1 รายการ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC โดยกำหนดศักยภาพหน่วยบริการในบางบริการ เช่น ชุดประสาทหูเทียม เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ เป็นต้น	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเรียกเก็บไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด โดยจ่าย Add on เพิ่มจากระบบปกติ ทั้ง OP และ IP	<u>ปรับอัตราจ่ายอุปกรณ์หมวด 7 กระดูก จำนวน 4 รายการ ได้แก่</u> 1) 7004 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้ และ 7005 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (จาก 49,800 เป็น 48,000 บาท/ข้อ) 2) 7214B แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate) (จาก 20,000 เป็น 17,000 บาท/ชิ้น) 3) 7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw) (จาก 2,000 เป็น 1,600 บาท/ ตัว)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่เพิ่มใหม่

ลำดับ	รายการ	อัตราจ่ายต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
1	2206 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตามผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตามผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	600	
2	2207 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตามผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตามผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens)	600	
3	4905 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)	5,000	
4	7207 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Full set	100,000	
5	7208 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วนฟีเมอร์ (Femoral component)	75,000	
6	7209 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วนทibia (Tibial component)	75,000	
7	7300 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Hinge knee	150,000	ให้มีระบบ PA ก่อนผ่าตัด
8	7224 อุปกรณ์ใส่โพรงกระดูกเพื่อเชื่อมข้อเท้าและข้อใต้เท้า(Tibiotalocalcaneal fusion nail : TTC nail) พร้อมสกรู 3-4 ชิ้น	20,000	
9	7315 สกรูยึดกระดูกชนิดมีรูสอดแกนนำทาง (Cannulated screw)	2,000	
10	9220 ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมทั้งปาก	3,000	จ่ายผ่านระบบ VMI

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.4 บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับ ผู้ไม่มีฟันทั้งปาก	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) บันทึกกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด 2) บริการเริ่ม 1 ม.ค. 65	มีระบบการ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม 2) จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราดังนี้ 2.1) ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาทต่อราย 2.2) ค่าติดตามการรักษา จ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี - ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท - ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,800 บาทต่อปี โดยมีการติดตามการรักษา อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.5 บริการผ่าตัด ข้อเข่าเทียม	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) ผู้ป่วยอายุ >55 ปี ไม่ต้องขอ PA 2) กำหนดการขอ PA ก่อนให้บริการผ่าตัด ในกลุ่มผู้ป่วย <u>อายุ <= 55 ปี</u> และข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือไม่ทราบสาเหตุ 3) บันทึกโรค/หัตถการตามที่กำหนด 4) พิจารณา PA ผ่านโปรแกรม e-Claim (เริ่ม 1 ส.ค. 65)	1) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการรายเขต โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่ 2) การขออนุมัติก่อนผ่าตัดเฉพาะผู้ป่วย<u>อายุน้อยกว่า 55 ปี</u> 3) ดำเนินการ PA ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายค่าบริการผ่าตัดข้อเข่าตามระบบ DRGs และค่าอุปกรณ์ตามประกาศรายการอุปกรณ์ฯ ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงของหน่วยฯรัฐ) ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.6 บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ต้องมี Pre-authorize (PA) ก่อนบริการ 2) บันทึก PA ผ่านโปรแกรม e-Claim 3) กรณีผ่าน PA แล้ว ต้องดำเนินการภายใน 6 เดือน (นับจากวันได้รับการอนุมัติ PA) 4) บันทึกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC อายุ ≤ 5 ปี	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายค่าบริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ตามระบบ DRGs ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) รายการอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม จ่ายผ่านระบบ VMI (เริ่ม 1 เม.ย. 65)	รายการอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม จ่ายผ่านระบบ VMI (ยอดเงินจ่ายในโปรแกรม e-Claim = 0 บาท)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.7 บริการผ่าตัดต้อกระจก	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) กำหนดเป้าหมายบริการระดับเขต 2) บริการ OP บันทึกเบิกหน้า IP Ambulatory Care 3) บันทึกโรค/หัตถการตามที่กำหนด	1) มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP 2) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการ โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC อายุมากกว่า 40 ปี	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดต้อกระจก	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) ผ่าตัดต้อกระจก (สายตา (VA) แย่กว่า 20/200) ■ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และผ่าตัด 1ข้าง อัตรา 7,000 บ./ข้าง ■ มีภาวะแทรกซ้อน และผ่าตัด 1 ข้าง อัตรา 9,000 บ./ข้าง 2) ระดับสายตา (VA) 20/200 ถึง 20/100 ที่มีความจำเป็นต้องรับการผ่าตัด อัตรา 5,000 บ./ข้าง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.8 บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal Transplant) : ค่าจัดเตรียมกระจกตา ชั้นใน สำหรับบริการ DSAEK	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) บันทึก Project code : DMICNT 2) บันทึกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด 3) จ่ายค่าบริการผ่าตัด และจ่ายเพิ่มค่าจัดหา ดวงตาให้สภากาชาดไทย	เพิ่มค่าบริการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน DSAEK เฉพาะหน่วยที่มีศักยภาพให้บริการ DSAEK
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	1) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา 2) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา DSAEK
	อัตราจ่าย	1) จ่ายค่าบริการผ่าตัดตามระบบ DRGs ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) 2) จ่ายเพิ่มค่าจัดหาดวงตาอัตรา 15,000 บาท/ดวงตา ให้หน่วยฯ ที่ผ่าตัด (เพื่อนำไปจ่ายต่อให้สภากาชาดไทย)	1) จ่ายค่าบริการผ่าตัดตามระบบ คงเดิม 2) เพิ่มค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน DSAEK โดยจ่าย Top up ให้หน่วยบริการที่ผ่าตัด ▪ อัตราจ่าย Corneal Transplant 15,000 บาท/ดวงตา (เงื่อนไขเดิมเหมือนปีงบประมาณ 65) ▪ จ่ายเพิ่มค่าบริการจัดเตรียมกระจกตาชั้นในแบบ DSAEK อัตรา 13,000 บาท/ดวงตา โดยหน่วยบริการจ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.9 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	ขอบเขตบริการให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับพิษ 1) การให้คำปรึกษาทางการแพทย์เกี่ยวกับสารพิษ, ยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงู แก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป 2) การให้ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงูแก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ 3) การติดตามการรักษาและประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านพิษ และเซรุ่มป้องกันพิษงูจากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษา และประชาชนผู้ได้รับการรักษา
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลรามารักษ์ดี โรงพยาบาลศิริราช
	อัตราจ่าย	-	500 บาทต่อราย
	โปรแกรม	-	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4.บริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<u>1. ค่าบริการสำหรับ</u> 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 2) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น GDM 3) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่พบเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (PDM) 2. บันทึกโรคตามที่กำหนด	เพิ่มเติม การ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC ที่วินิจฉัยเป็น T1DM , GDM และ PDM โดยมีการลงทะเบียน	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการมีศักยภาพรักษา T1DM GDM และ PDM ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เหม่าจ่ายค่าบริการ เป็นรายเดือนครอบคลุม -ค่าบริการสอนและประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง -ชุดตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง -ค่าบริการตรวจน้ำตาล/ตรวจภาวะแทรกซ้อน	ค่าบริการเหม่าจ่ายรายเดือน ครอบคลุมกิจกรรมบริการเหมือนปี 2565 มีการปรับลดอัตราจ่าย <u>เพิ่มเติม</u> ค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับ T1DM สำหรับผู้ป่วยที่มีความประจําต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จําเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดยจ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/สัปดาห์ (ในการเบิก เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุม ป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (ต่อ)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ค่าบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง จ่ายแบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด	กำหนดการจ่ายค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง แบบ FS 1) บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บริการตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน 2) บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ การให้บริการตรวจ serum creatinine และ serum potassium
	ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง สิทธิ UC	เบาหวานชนิดที่ 2 สิทธิ UC ทุกราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายแบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด	1) ผู้ป่วย DM ชนิดที่ 2 : จ่ายค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง 2) ผู้ป่วย HT: การให้บริการตรวจ serum creatinine อัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ serum potassium อัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/ปี
	โปรแกรม	e-Claim	กรณี DM HT บันทึกในโปรแกรมหมอพร้อม

กรณีบริการโรคเฉพาะ
(Disease management)

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1. การดูแลรักษาโรค ค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่ายรายเดือน เป็นเงิน หรือเป็นยาตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย	เพิ่มการจ่ายกรณีโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์
	ผู้มีสิทธิ	UC หรือสิทธิว่าง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการ ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) เหมาจ่ายเป็นเงินตามประเภทของโรค ฮีโมฟีเลีย 2) จ่ายเป็นยา Factor VIII ให้สภากาชาด ไทย โดยจ่ายผ่านระบบ VMI	จ่ายเป็นเงิน ค่าแฟคเตอร์ 250 IU อัตรา 2,460 บาท ค่าแฟคเตอร์ 500 IU อัตรา 4,920 บาท และกำหนดอัตราการใช้แฟคเตอร์ตามประเภทของ โรคฮีโมฟีเลีย
	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อเอช ไอวี และผู้ป่วยเอดส์ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2.1 กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ ฤงยางอนามัย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ ฤงยางอนามัย อยู่ที่งบบริการรักษผู้ติดเชื้อเอชไอวี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วย HTC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	VCT = 7 บาท / Anti-HIV = 140 บาท / ฤงยางอนามัยตามงบประมาณ	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม ปี 2565	ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อเอช ไอวี และผู้ป่วยเอดส์ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2.2 กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ ถุงยางอนามัย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (HIV PEP)	ขยายกลุ่มเป้าหมายบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (HIV PEP) ไปประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม (เริ่ม 1 ม.ค. 65)
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ที่มีความเสี่ยง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถจ่ายยาต้านไวรัส	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและยาต้านไวรัสตามที่ สปสช. กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอวี และผู้ป่วย เอดส์ การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี 2.3 บริการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัส (PrEP)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (PrEP)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ผ่านการอบรมจากกรมคุมโรค	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและยาต้านไวรัส ตามที่ สปสช. กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ การ ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี 2.4 กรณีตรวจ ยืนยันการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กรณีตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบบี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ PWID สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถจ่ายยาต้านไวรัส	คงเดิม
	อัตราจ่าย	Anti HCV Rapid - test 70 บาท/ครั้ง - อัตโนมติ 300 บาท/ครั้ง HCV RNA Quantitative 2,300 บาท APRI score หรือ Fibrosis-4 score 200 บาท หรือ Fibro scan 2,000 บาท หรือ Fibro marker panel 2,000 บาท	ตรวจคัดกรอง (Rapid Test Or Automate) 50 บาท/ครั้ง ตรวจยืนยันก่อนการรักษา - HCV core antigen 600 บาท/ครั้ง หรือ - HCV RNA (qualitative or quantitative) 1,300 บาท/ครั้ง ค่าตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ 200 บาท/ครั้ง ตรวจยืนยันหลังการรักษา - HCV core antigen 600 บาท/ครั้ง หรือ - HCV RNA (qualitative or quantitative) 1,300 บาท/ครั้ง
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

หมายเหตุ กรณีไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ HIV สามารถตรวจไวรัสตับอักเสบบี เพื่อยืนยันก่อนและหลังรักษาโดยเบิกจ่ายจากโปรแกรม e-Claim

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS	เพิ่ม ผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ป่วย Shift mode ให้ทำ Consent Form  consent form
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. ค่าบริการ จ่าย 2,500 บาท/เดือน 2. ค่าวางสาย TK 3. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct	เพิ่ม 1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ - ทางเลือกที่ 1 ขอรับผ่านระบบ VMI (เหมือนปี 65) - ทางเลือกที่ 2 ขอรับเป็นเงิน จ่าย CAPD 15,000 / APD 18,000 บาทต่อรายต่อเดือน 2. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct 3. ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายเพิ่มเติม 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน (หน่วยบริการ 85 แห่ง)
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ UC ที่มีบริการ CAPD - APD	คงเดิม
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566																				
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ต่อ)	-	3.อัตราจ่าย ■ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ■ หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 ลำดับแรก จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน <table><tr><th colspan="2">เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ</th><th>วิธีคำนวณ</th><th>น้ำหนักเกณฑ์ (a)</th></tr><tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT</td><td>จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น</td><td>25%</td></tr><tr><td>2</td><td>ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl</td><td>จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น</td><td>25%</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน</td><td>One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66</td><td>25%</td></tr><tr><td>4</td><td>ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)</td><td>จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น</td><td>25%</td></tr></table> ■ รอบเวลาในการติดตามผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังนี้ ○ รอบที่ 1 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรก (ตค.65 – มีค.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา (เมย.-กย.66) ○ รอบที่ 2 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนหลัง (เมย – กย.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง 6 เดือนถัดมา (ตค.66 –มีค.67)	เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)	1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น	25%	2	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%	3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%	4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%
เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)																			
1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น	25%																			
2	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%																			
3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%																			
4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%																			

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS	<u>เพิ่ม</u> ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	- ค่าฟอกเลือด 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง - ผู้ป่วยโควิด จ่ายเพิ่ม ชุด PPE / ค่าพาหนะ / ฆ่าเชื้อ - ค่าทำ Vascular access 5,000 – 22,000 บาท - ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct	<u>เพิ่ม</u> - ค่าฟอกเลือด - ทางเลือกที่ 1 จ่าย 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง - ทางเลือกที่ 2 จ่าย 1,300 , 3,800 บาท/ครั้ง + ตัวกรอง สาย เข็ม [HIV, TB, Covid 19 (ค่าอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ค่ารถ ค่าทำความสะอาดรถคงเดิม)] - ค่าทำ Vascular access - TCC จ่าย 5,600 บาท + รหัส 4905 จ่าย 5,000 บาท - AVF จ่าย 13,500 บาท - AVG จ่าย 13,500 บาท + รหัส 4016 จ่าย 600 บาท/ชม. - DLC จ่าย 5,000 บาท - ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD และบันทึกข้อมูลใน CPP	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD กรณีฟอกเลือด หน่วยบริการ UC ที่มีศักยภาพทำ Vascular access / หน่วย บริการ ODS (หน่วยบริการที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่าย DLC ได้เฉพาะเคสที่มีปัญหาในขณะที่ทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตัน ต้อง revise สาย เป็นต้น โดยบันทึกเบิกผ่าน e-Claim)
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
3. บริการ ปลูกถ่ายไต	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS	<u>เพิ่ม</u> ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. ค่าเตรียมผู้รับบริจาค 2. ค่าเตรียมผู้บริจาค 3. ค่าผ่าตัด ตาม Protocol 4. ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัด	คงเดิม
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการที่เป็นสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย	คงเดิม
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม

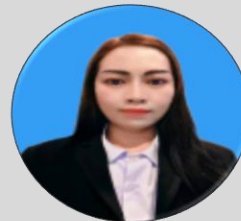
โครงสร้างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

งานสนับสนุน และ กำกับติดตามประเมินผล กองทุนหลักประกันสุขภาพ

- กำกับติดตามการเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ
- กำกับติดตามคุณภาพ และมาตรฐานหน่วยบริการ
- กำกับติดตามการเข้าถึงบริการ
- กำกับติดตามและตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการ
- Help Desk



นางนาฏญา สังข์วัฒน์
090-197-5210



น.ส.ภาวิกา ภัทรธิดาสกุล
098-746-5879



น.ส.สุทาร์ตน์ สัตตะวสุ
061-386-7188



นายณัฐพล ชัยศิริถาวรกุล
092-281-2610



น.ส.ปริยทรรต์ ปญญะมัตย์



ติดต่อเรา

Call Center : 1330 กด 5 กด 3

Provider Center : 02 554 0505

เว็บไซต์ (<http://eclaim.nhso.go.th>)

