การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล กองทุนหลักประกันสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ปีงบประมาณ 2566

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

ความเป็นมา/กฎหมาย/ ระเบียบ/ มติที่เกี่ยวข้อง

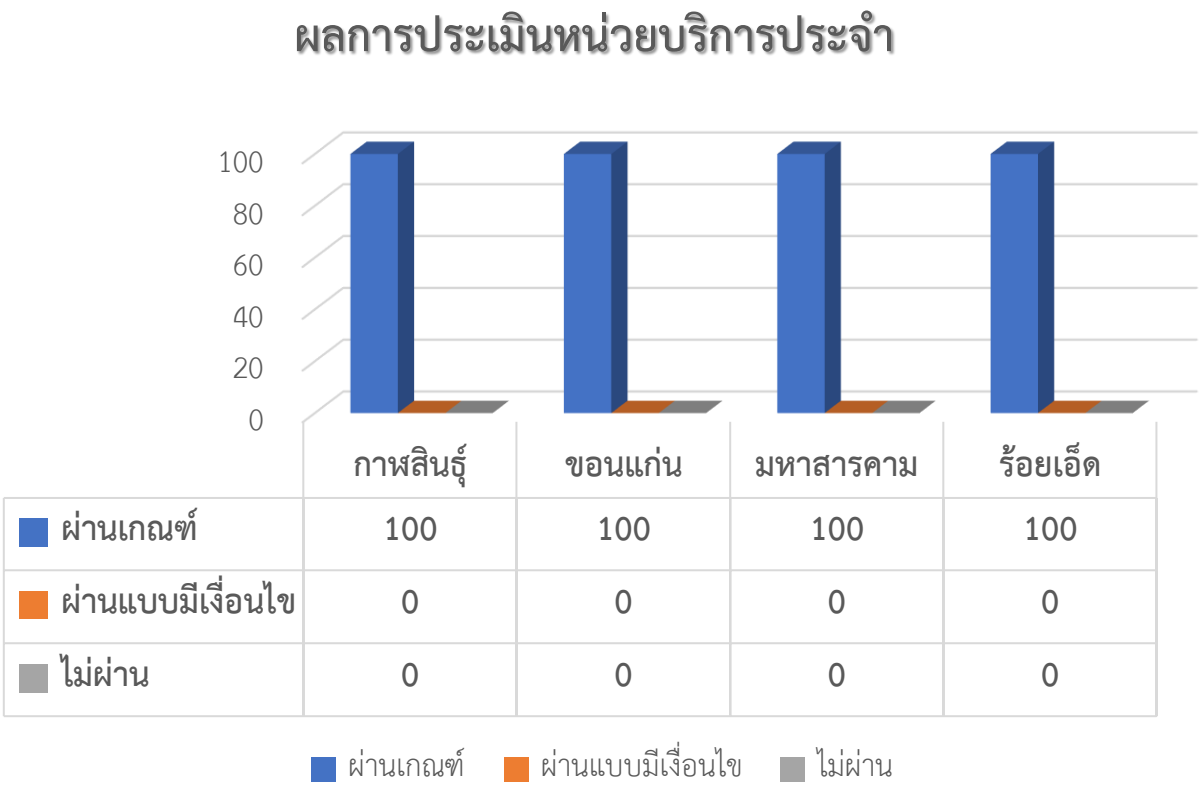
ตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดไว้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2548 ซึ่งใช้เป็นหลักในการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ โดยตรวจสอบคุณสมบัติของสถานบริการสาธารณสุขเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายฯ พ.ศ. 2558 ได้ กำหนดประเภทของหน่วยบริการเป็น 4 ประเภท

1. หน่วยบริการประจำ
2. หน่วยบริการปฐมภูมิ
3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป
4. หน่วยบริการรับการส่งต่อเฉพาะด้าน

ผลการประเมินขึ้นทะเบียน หน่วยบริการประจำ ปีงบประมาณ 2566

เขต	จำนวน (แห่ง)	ผ่านเกณฑ์	ผ่านมีเงื่อนไข	ไม่ผ่าน
เขต 1 เชียงใหม่	121	99.17	0.83	0.00
เขต 2 พิษณุโลก	54	100.00	0.00	0.00
เขต 3 นครสวรรค์	57	98.25	1.75	0.00
เขต 4 สระบุรี	147	97.96	1.36	0.68
เขต 5 ราชบุรี	79	96.20	3.80	0.00
เขต 6 ระยอง	107	88.79	11.21	0.00
เขต 7 ขอนแก่น	83	100.00	0.00	0.00
เขต 8 อุดรธานี	96	96.88	3.13	0.00
เขต 9 นครราชสีมา	107	100.00	0.00	0.00
เขต 10 อุบลราชธานี	79	100.00	0.00	0.00
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	92	96.74	3.26	0.00
เขต 12 สงขลา	87	98.85	1.15	0.00
เขต 13 กรุงเทพฯ	105	99.05	0.95	0.00
ภาพรวม	1,214	97.69	2.22	0.08



ที่มา ระบบตรวจประเมินขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2566

ผลการประเมินขึ้นทะเบียน หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ปีงบประมาณ 2566

เขต	จำนวน (แห่ง)	ผ่านเกณฑ์	ผ่านมีเงื่อนไข	ไม่ผ่าน
เขต 1 เชียงใหม่	122	88.52	9.84	1.64
เขต 2 พิษณุโลก	55	92.73	3.64	3.64
เขต 3 นครสวรรค์	55	90.91	7.27	1.82
เขต 4 สระบุรี	89	87.64	6.74	5.62
เขต 5 ราชบุรี	78	94.87	3.85	1.28
เขต 6 ระยอง	92	89.13	6.52	4.35
เขต 7 ขอนแก่น	83	93.98	6.02	0.00
เขต 8 อุดรธานี	99	93.94	6.06	0.00
เขต 9 นครราชสีมา	98	92.86	7.14	0.00
เขต 10 อุบลราชธานี	78	93.59	6.41	0.00
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	93	94.62	2.15	3.23
เขต 12 สงขลา	89	93.26	6.74	0.00
เขต 13 กรุงเทพฯ	42	85.71	11.90	2.38
ภาพรวม	1,073	91.80	6.43	1.77

ที่มา ระบบตรวจประเมินขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2566

บันทึกข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ Contracting Provider Profile : CPP

ระบบที่จัดเก็บข้อมูลภาพรวมของหน่วยบริการ เช่น ข้อมูลทั่วไป เครือข่ายหน่วยบริการ ประชากรในความรับผิดชอบ ศักยภาพการให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการ การพัฒนาคุณภาพ หรือการบริการที่เชื่อมโยงระหว่างเครือข่าย เป็นต้น ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ จะเป็นคุณลักษณะของหน่วยบริการตามประเภทการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

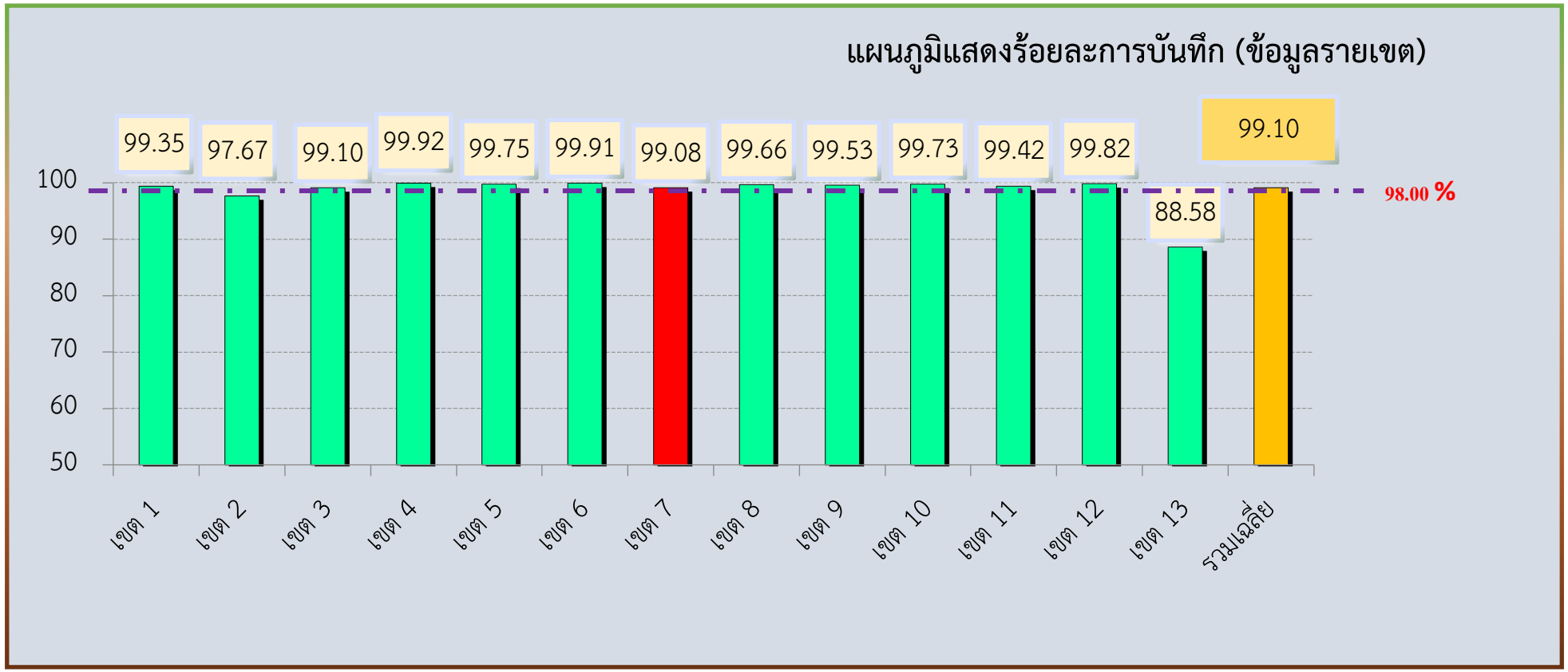
- **เป็นระบบที่เป็นศูนย์รวมข้อมูลของหน่วยบริการทุกประเภท**
- **เป็นฐานข้อมูลตั้งต้นในการใช้ประโยชน์ด้านต่าง ๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน, การบริหารกองทุนต่าง ๆ, การบริหารระบบส่งต่อและเครือข่ายบริการ เป็นต้น**
- **เพิ่มช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลของหน่วยบริการ**
- **เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลหน่วยบริการของประชาชน**

ข้อควรคำนึงของการบันทึกข้อมูล

- **ควรบันทึกข้อมูลด้วยความเป็นจริง เนื่องจากระบบจะมีการตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูล และ สปสช.มีการสุ่มตรวจภายหลัง (Surprise Visit)**
- **สปสช. จะประกาศข้อมูลสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนใช้ข้อมูล**
- **สปสช. จะใช้ข้อมูลในระบบ CPP ในการประสานส่งต่อ และให้ข้อมูลแก่ประชาชนที่ติดต่อสอบถามผ่าน Call Center**
- **ปีงบ 66 การขึ้นทะเบียนให้บริการเฉพาะด้านอ้างอิง จากการบันทึกการให้บริการในระบบ CPP)**

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการบันทึกข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(Contracting Provider Profile : CPP) ปีงบประมาณ 2565



ข้อมูล ณ กันยายน 2565

การสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

<u>หน่วยบริการเข้าใหม่ ทุกประเภทการให้บริการ (รัฐ/เอกชน)</u>

1. คุณสมบัติและหลักฐานประกอบการสมัคร
2. ประกาศเกณฑ์การขึ้นทะเบียนที่เกี่ยวข้อง
3. ช่องทางการสมัคร >> ระบบสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

   https://hra.nhso.go.th/hra/
4. เอกสารคู่มือการใช้งาน ระบบสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ >>

   "https://hra.nhso.go.th/hra/assets/pdf/1.hra_hospital_user_manual_v.3.0.pdf"
5. "ช่องทางติดต่อสอบถาม/แก้ไขปัญหาการสมัครหน่วยบริการใหม่ >>

   "กลุ่มไลน์ระบบรับสมัคร หน่วยบริการใหม่ สปสช." >>
6. ช่องทางสอบถามแนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

   โทร.02-554-0505
7. กรณีหน่วยบริการเอกชน จัดทำทำสัญญาร่วมกับสปสช.
8. วันที่มีผลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ยึดตามประกาศการขึ้นทะเบียนของ สปสช

<u>หน่วยบริการเดิม</u>

กรณี เพิ่มศักยภาพการให้บริการเฉพาะด้าน

เอกสารประกอบ

- แบบประเมินเฉพาะด้าน
- เอกสารแนบที่เกี่ยวข้อง
- หนังสือนำส่งขอเพิ่มศักยภาพฯ

รับรองโดยผู้บริหารหน่วยงาน

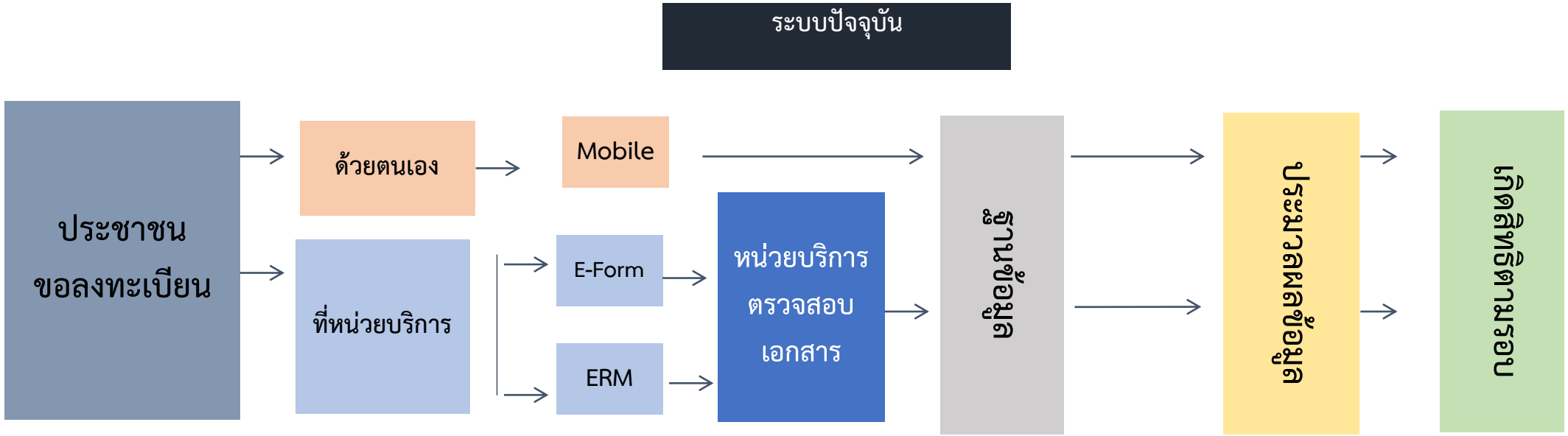
- ส่ง สปสช.เขต เพื่อดำเนินการพิจารณาเพิ่มศักยภาพการให้บริการ

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ
ปีงบประมาณ 2566

ระบบประมวลผลข้อมูลลงทะเบียนสิทธิ

ยกระดับบัตรทอง ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน



หมายเหตุ :

<u>เดิม</u> : ตัดรอบทุกวันที่ 10,22 ของทุกเดือน และประมวลผลเกิดสิทธิ ในวันที่ 15,28 ตามลำดับ

<u>ปัจจุบัน</u> : เกิดสิทธิทันทีทุกระบบ การขอยกเลิกการลงทะเบียน ต้องทำหนังสือแจ้ง สปสช. เพื่อยกเลิกการลงทะเบียน

**การประมวลผลเกิดสิทธิ กรณียอมรับ/แก้ไข มติบอร์ด รอ 3 วันเหมือนเดิม

ระบบลงทะเบียนของ สปสช.

ระบบ ERM คือ ระบบลงทะเบียนผ่านเว็ป โดยหน่วยบริการจะรับและพิจารณาเอกสาร พร้อมกับลงทะเบียนให้กับประชาชน และจัดเก็บเอกสารไว้สำหรับตรวจสอบ

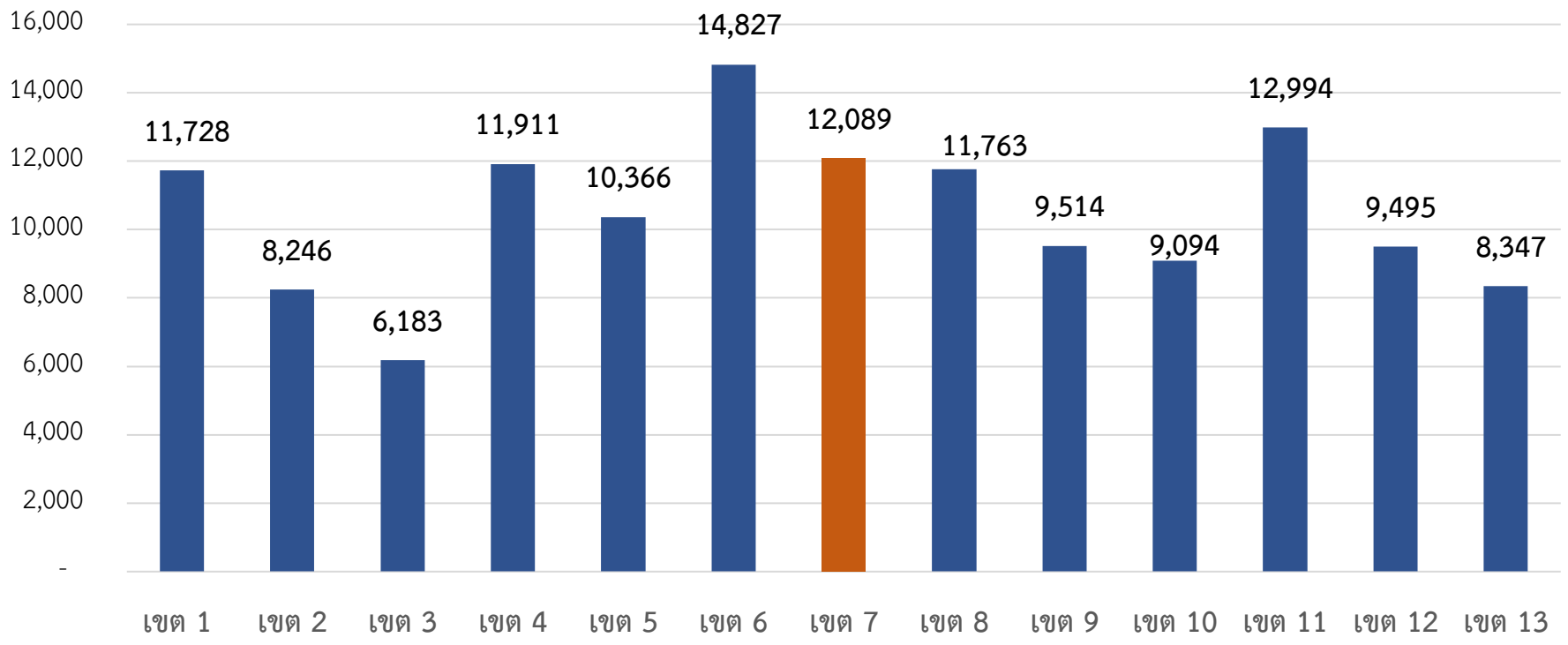
ระบบ e-form คือ ระบบลงทะเบียนผ่านเว็ป โดยหน่วยบริการจะพิจารณาหลักฐาน พร้อมกับลงทะเบียนให้กับประชาชน เอกสารจะถูกเก็บในระบบ

ระบบ MOBILE คือ ประชาชนสามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง ผ่าน Mobile APP สปสช.

ระบบ Line OA คือ ประชาชนสามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง ผ่าน Line OA @สปสช.

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลการลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการ/ลงทะเบียน ได้สิทธิทันที แยกรายเขต



หมายเหตุ : ข้อมูลการลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการ ทุกระบบ ตั้งแต่เดือน ม.ค.65 – ก.ย.65

ที่มา : https://medata.nhso.go.th/appcenter/mis

ข้อมูลการลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการ/ได้สิทธิทันที **แยกตามระบบการลงทะเบียน**

เขต	E- from	Line	ERM	mobile	BKK	รวม
เขต 1 เชียงใหม่	7,565	966	2,604	593	-	**11,728**
เขต 2 พิษณุโลก	5,864	415	1,734	233	-	**8,246**
เขต 3 นครสวรรค์	4,574	295	1,096	218	-	**6,183**
เขต 4 สระบุรี	7,838	1,425	1,772	876	-	**11,911**
เขต 5 ราชบุรี	6,947	1,019	1,729	671	-	**10,366**
เขต 6 ระยอง	8,816	2,071	2,472	1,468	-	**14,827**
เขต 7 ขอนแก่น	**9,630**	**380**	**1,792**	**287**	-	**12,089**
เขต 8 อุดรธานี	8,632	434	2,432	265	-	**11,763**
เขต 9 นครราชสีมา	6,651	553	2,052	258	-	**9,514**
เขต 10 อุบลราชธานี	7,111	395	1,295	293	-	**9,094**
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	9,047	806	2,527	614	-	**12,994**
เขต 12 สงขลา	6,581	562	2,067	285	-	**9,495**
เขต 13 กรุงเทพฯ	2,246	2,246	2,467	28	1,360	**8,347**

หมายเหตุ : ข้อมูล ตั้งแต่เดือน ม.ค.65 – ก.ย.65

ที่มา : https://medata.nhso.go.th/appcenter/mis

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

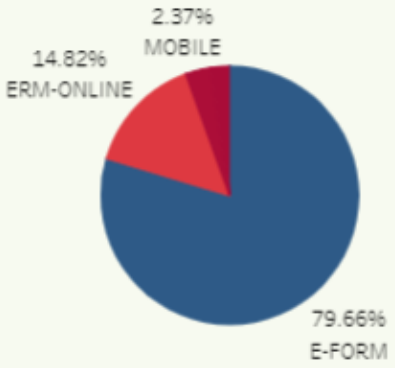
ข้อมูลการลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการ เขต 7 ขอนแก่น

กำกับติดตามยกระดับบัตรทอง

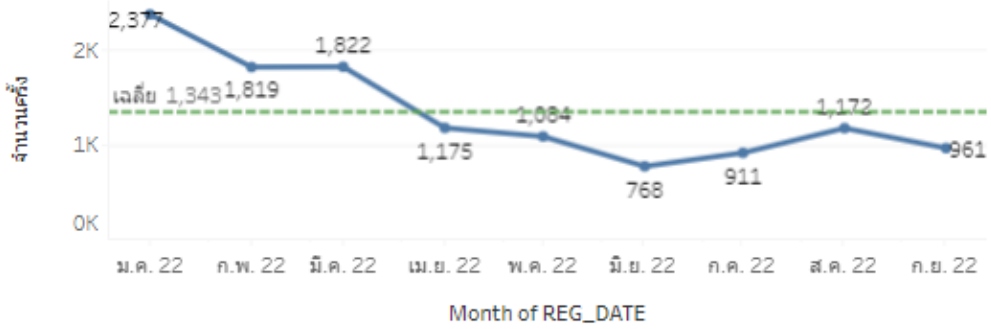
ข้อมูล ณ 20/10/2565 10:24:53

ลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการประจำ(คน)	ลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการประจำ(ครั้ง)	เข้ารับบริการ (ครั้ง)	จำนวนเงินเบิกจ่าย(บาท)
12,027	12,089	12,089	33,505,203

ช่องทางการลงทะเบียน



จำนวนการลงทะเบียนจำแนกรายเดือน



ประเภทสังกัดหน่วยบริการที่ลงทะเบียน

E-FORM	LINE OA
9,630	380

ERM-ONLINE	MOBILE
1,792	287

หมายเหตุ : ข้อมูลการลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการ ในพื้นที่ เขต 7 ขอนแก่น ตั้งแต่เดือน ม.ค.65 – ก.ย.65

ที่มา : https://medata.nhso.go.th/appcenter/mis

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

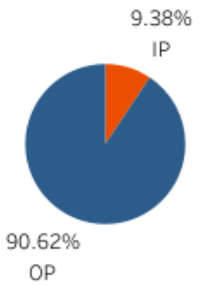
ข้อมูลการเข้ารับบริการหลังลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการทันที (0-1วัน) เขต 7 ขอนแก่น

การเข้ารับบริการหลังจากเปลี่ยนสิทธิทันที

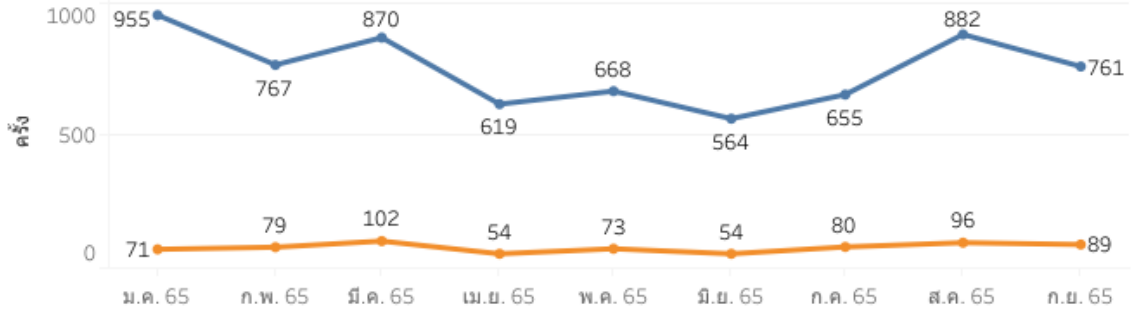
เข้ารับบริการทันที (ครั้ง)	จำนวนเงินเบิกจ่าย(บาท)
137,609	574,990,486

วันที่เริ่มใช้บริการ หลังจากลงทะเบียน

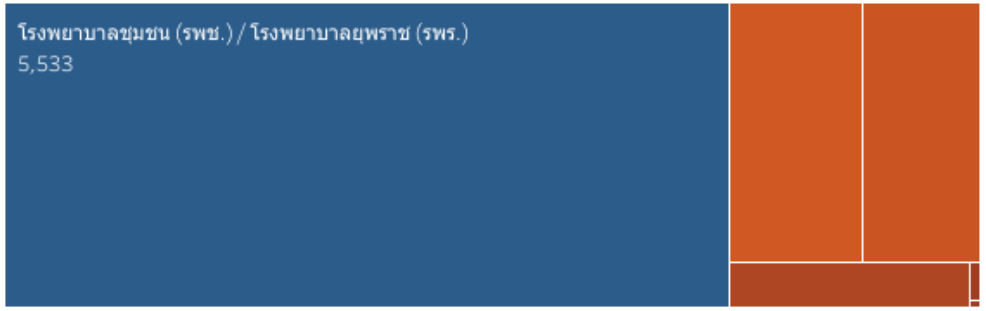
ประเภทบริการ



ประเภทบริการจำแนกรายเดือน



ประเภทหน่วยบริการที่เข้ารับบริการ



โรคที่ใช้บริการ(OP) 5ลำดับ

โรค	
Z00-Z99: ปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ	1,762
K00-K93: ระบบย่อยอาหาร	953
J00-J99: ระบบหายใจ	543
R00-R99: ความผิดปกติจากทางคลินิกและห้องป..	428
M00-M99: กล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	423

โรคที่ใช้บริการ(IP)5ลำดับ

โรค	
A00-B99: โรคติดเชื้อและโรคปรสิตบางโรค	107
J00-J99: ระบบหายใจ	99
R00-R99: ความผิดปกติจากทางคลินิกและห้องป..	62
O00-O99: การตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังค..	62
K00-K93: ระบบย่อยอาหาร	60

หมายเหตุ : การเข้ารับบริการใช้จากข้อมู

หมายเหตุ : ข้อมูลการเข้ารับบริการหลังลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการทันที (0-1วัน) ในพื้นที่ เขต 7 ตั้งแต่เดือน ม.ค.65 – ก.ย.65

ที่มา : https://medata.nhso.go.th/appcenter/mis

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2566

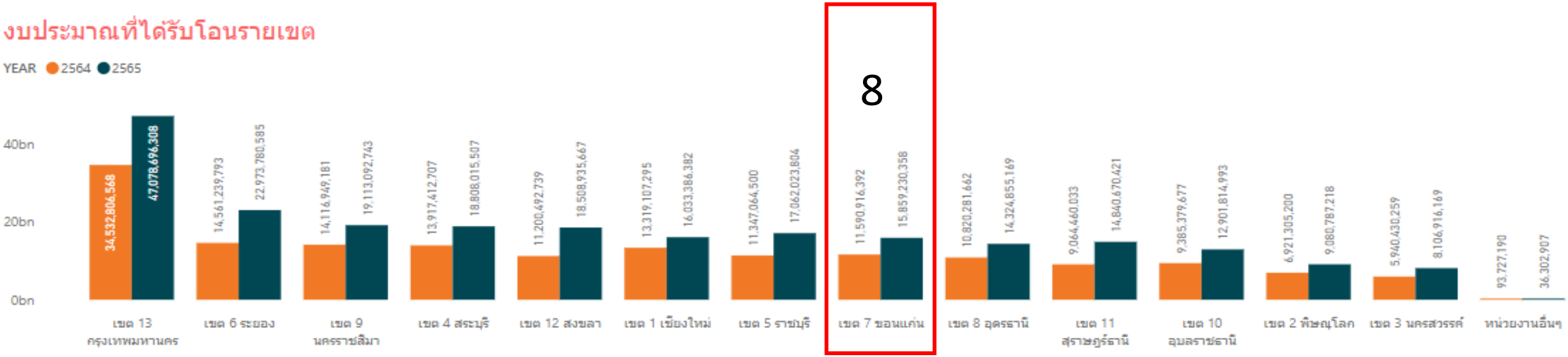
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาพรวม ปีงบประมาณ 2566

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

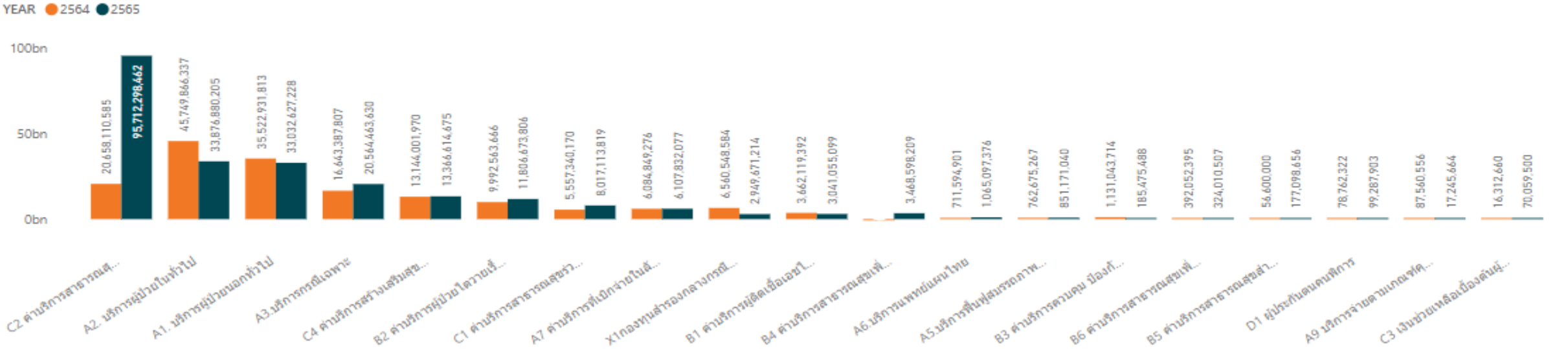
ร่าง บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2566	
ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,344.40
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,477.01
3. บริการกรณีเฉพาะ	399.49
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	17.23
5. บริการการแพทย์แผนไทย	19.16
6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน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

การโอนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี **2564 – 2565** ทั้งประเทศทุกหน่วยงาน แยกรายเขต รวมงบโควิด-**19**

งบประมาณที่ได้รับโอนรายเขต



งบประมาณที่ได้รับโอนแยกรายกองทุน



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 นอกงบเหมาจ่ายรายหัว	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/HTและจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	80,045,871	71,824,283
B4 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดารเสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชาย	22,713,264	297,366,255
B5 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	177,098,656	172,332,329
B6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	22,929,019	24,363,710
C รายการใหม่ที่แยกมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว	2,360,256,503	6,866,957,309
C1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	622,762,392	814,902,698
C2 ค่าบริการสาธารณสุขบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 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
X1 X1กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน		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

ประมาณการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566 หน่วยงานในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

รายการ	ประมาณการ 2566
A งบเหมาจ่ายรายหัว	7,980,548,002
A1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	2,671,161,254
A2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	3,162,093,604
A3.บริการกรณีเฉพาะ	1,397,407,580
A5.บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	73,390,990
A6.บริการแพทย์แผนไทย	174,049,771
A7 ค่าบริการที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	502,444,803
A9 บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน	-
B นอกงบเหมาจ่ายรายหัว	1,038,730,015
B1 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	90,451,221
B2 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	349,595,573
B3 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HTและจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	66,652,935
B4 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดารเสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	297,366,255
B5 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	220,240,716
B6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	14,423,316
C รายการใหม่ที่แยกมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว	1,786,680,779
C1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	815,717,600
C2 ค่าบริการสาธารณสุขบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019	
C3 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ(ย้ายจาก A8)	1,453,073
C4 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	969,510,106
D1 ı D1 ผู้ประกันตนคนพิการ	2,977,843
X1r X1กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน	
รวม	10,808,936,639

การบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล กองทุนหลักประกันสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

บริการสาธารณสุขที่ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ.2565 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ข้อ 5 บริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

(1) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(2) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(3) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

(4) การปลูกถ่ายอวัยวะที่นอกเหนือจากรายการที่กำหนด

(5) การบริการทางการแพทย์อื่น ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

1. เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ ในกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่ใดก็ได้
2. กรณีอุบัติเหตุจราจรต้องใช้สิทธิตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถจนครบวงเงินคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นก่อน
3. สามารถเข้ารับบริการสถานบริการอื่นได้ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีเหตุอันสมควร (มาตรา 7 และ UCEP)

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ใช้รหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 ของ WHO ปี 2010 และ ICD-10-TM
2. ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตาม ICD9-CM ปี 2010
3. รับไว้รักษาใน รพ. น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ให้นับเป็นผู้ป่วยนอก ยกเว้น D/C เป็น Dead, Refer, Escape และ Against Advice
4. หากไม่อยู่ใน รพ. เกิน 24 ชั่วโมง ถือเป็นการลากลับบ้าน (Leave day) และต้องหักลบออกจากการ Admit ครั้งนั้น
5. ต้องจัดทำ Drug catalogue และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการยา สำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที่ สปสช.กำหนด
6. การให้บริการผู้ป่วยนอก แล้วต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชม.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

6. กรณีผู้ป่วยใน ใช้ DRGs Version 5 ในการคำนวณจ่าย
7. การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (sent date)
8. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย
   - ส่งข้อมูลภายใน 30 วัน หลังจำหน่าย/ หลังให้บริการ หากส่งล่าช้ากว่าที่กำหนด จะมีการปรับลดอัตราจ่ายตามมาตรการรักษาวินัยทางการเงินการคลัง ที่คณะกรรมการกำหนด
   - ส่งข้อมูลเกิน 360 วัน ถือว่าไม่ประสงค์ขอเบิก
9. มีระบบพิสูจน์ตัวตน และการตรวจสอบก่อนจ่ายสำหรับรายการที่จ่ายแบบ Fee schedule ทุกรายการ (บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)
10. มีระบบตรวจสอบก่อนและหลังการจ่ายตามรายการที่กำหนด

การยืนยันและพิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ

Authentication

ที่มา

- 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 และให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณผ่านกลไกคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พัฒนาและทบทวนรายการและอัตราจ่ายที่เหมาะสม และกำหนดให้รายการที่มีการจ่าย ตามรายการบริการ (Fee Schedule) มีระบบการพิสูจน์ตัวตน และการตรวจสอบก่อนจ่าย

รูปแบบการยืนยันและพิสูจน์ตัวตน

ERM (Web Online)

01 Smart Card

เสียบบัตรประชาชนผ่านเครื่องอ่านบัตร 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

เสียบบัตรประชาชนผ่านเครื่องอ่านบัตร SMC

02 Take a Photo

ถ่ายรูปหน้าผู้ป่วย
พร้อมบัตรประจำตัวประชาชน

02 Insert PID Key in

รับรองโดยเจ้าหน้าที่ / ผู้ปกครอง
(เสียบบัตรเจ้าหน้าที่ / ผู้ปกครองแทน)

KIOSK & STATION (API)

01 Smart Card

เสียบบัตรประชาชนผ่านเครื่องอ่านบัตร SMC

** ทุกระบบต้องยืนยันตัวตน ณ วันที่รับบริการ
และต้องบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย/ผู้ปกครอง (ติดต่อได้)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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)

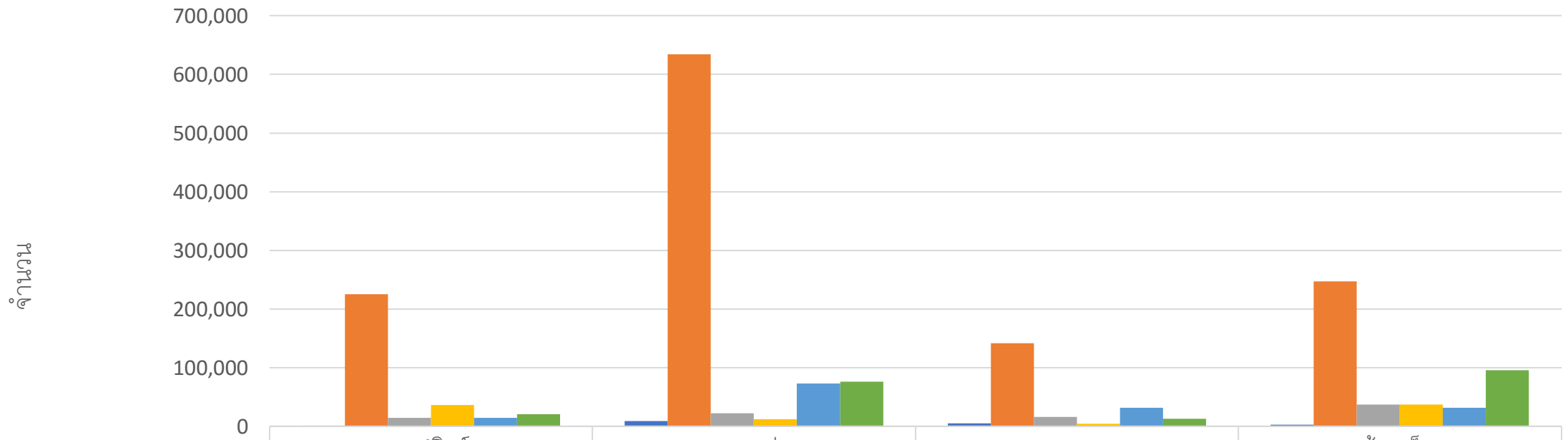
4.4) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม_HD

4.5) การบริการดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น Common Illness

โดยเลือกประเภทการ Authentication ตามประเภทการเข้ารับบริการแต่ละกรณี

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

ข้อมูลการพิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ (Authentication) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น



	กาฬสินธุ์	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด
A1.ERM Smart Card	1,169	8,933	4,845	3,149
A2.ERM กรอก PID	224,986	634,439	141,799	247,161
B1.Mobile Line	14,685	22,214	16,367	37,140
C1.New Authen Smart Card	36,306	12,201	4,563	37,485
C2.New Authen กรอก PID	14,429	72,656	31,917	32,029
D1.API	20,845	76,186	13,270	95,315

หมายเหตุ : ข้อมูลการ Authentication หน่วยบริการในเขต 7 ขอนแก่น ทุกประเภท ปีงบประมาณ 2565

รายการบริการที่กำหนดให้ Authentication

- กำหนดให้มีการ Authentication <u>สำหรับการรับบริการที่กำหนดรูปแบบการจ่ายตามรายการและอัตราจ่ายแบบ Fee Schedule</u> ดังนี้
  1) บริการประเภทผู้ป่วยนอก
  2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- รายการที่ได้รับการ ***<u>ยกเว้น</u>*** การ Authentication

ลำดับ	บริการ	รายการบริการที่ได้รับการ ***<u>ยกเว้น</u>*** การ 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	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์(TSH) และ โรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด
8		บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
9		บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem Mass Spectrometry (TMS)
10	บริการอื่นๆ	บริการของหน่วยบริการที่ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง เช่น หน่วยที่รับตรวจ lab

NHSO
National Health Security Office

แนวทางการตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ปีงบประมาณ 2566

ความเป็นมา/กฎหมาย/ ระเบียบ/ มติที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26(6) ตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
2. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 เห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566
3. (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 17-28)

รูปแบบการดำเนินงานตรวจสอบ

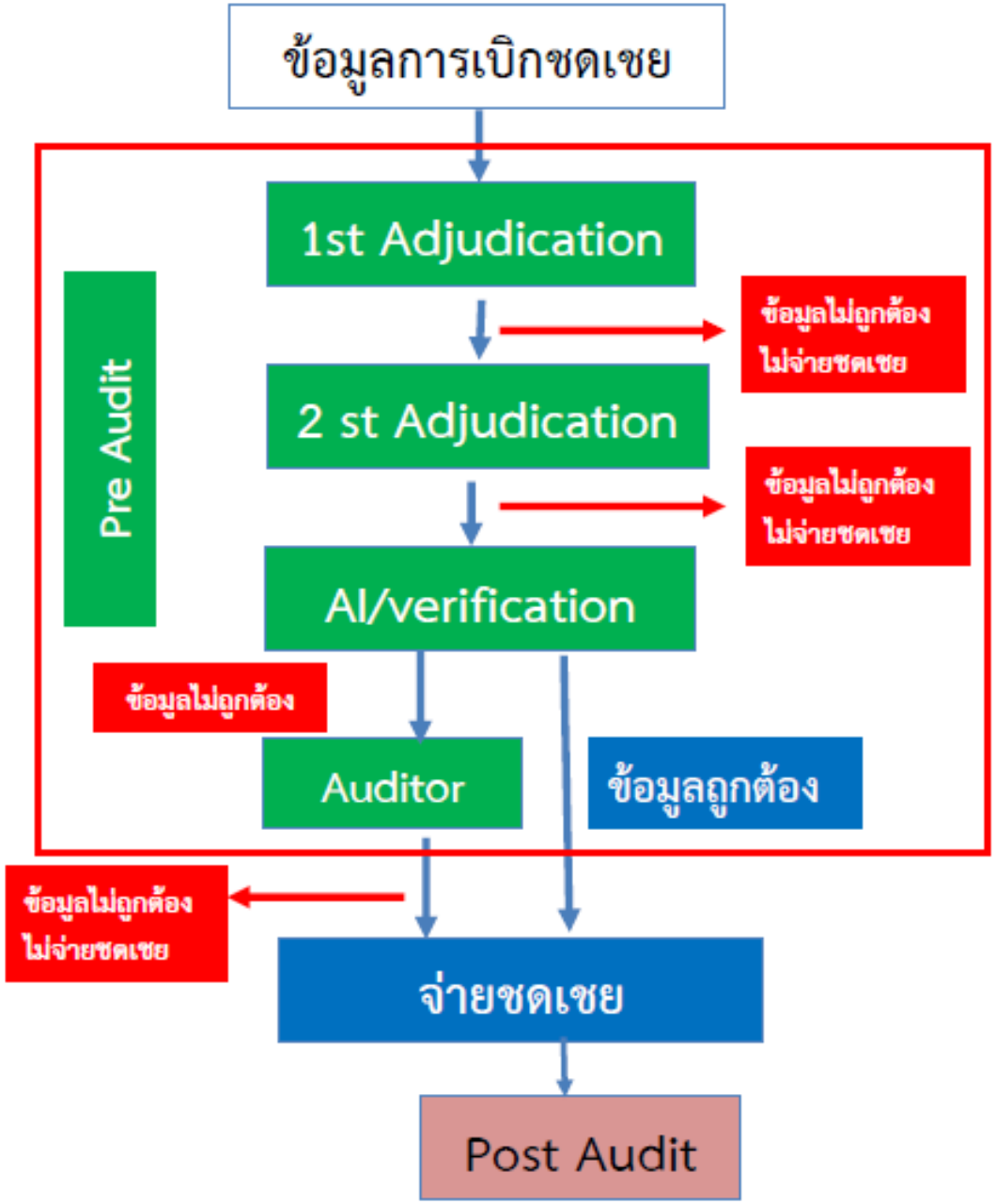
รูปแบบการดำเนินงานตรวจสอบตามช่วงเวลา 3 รูปแบบดังนี้

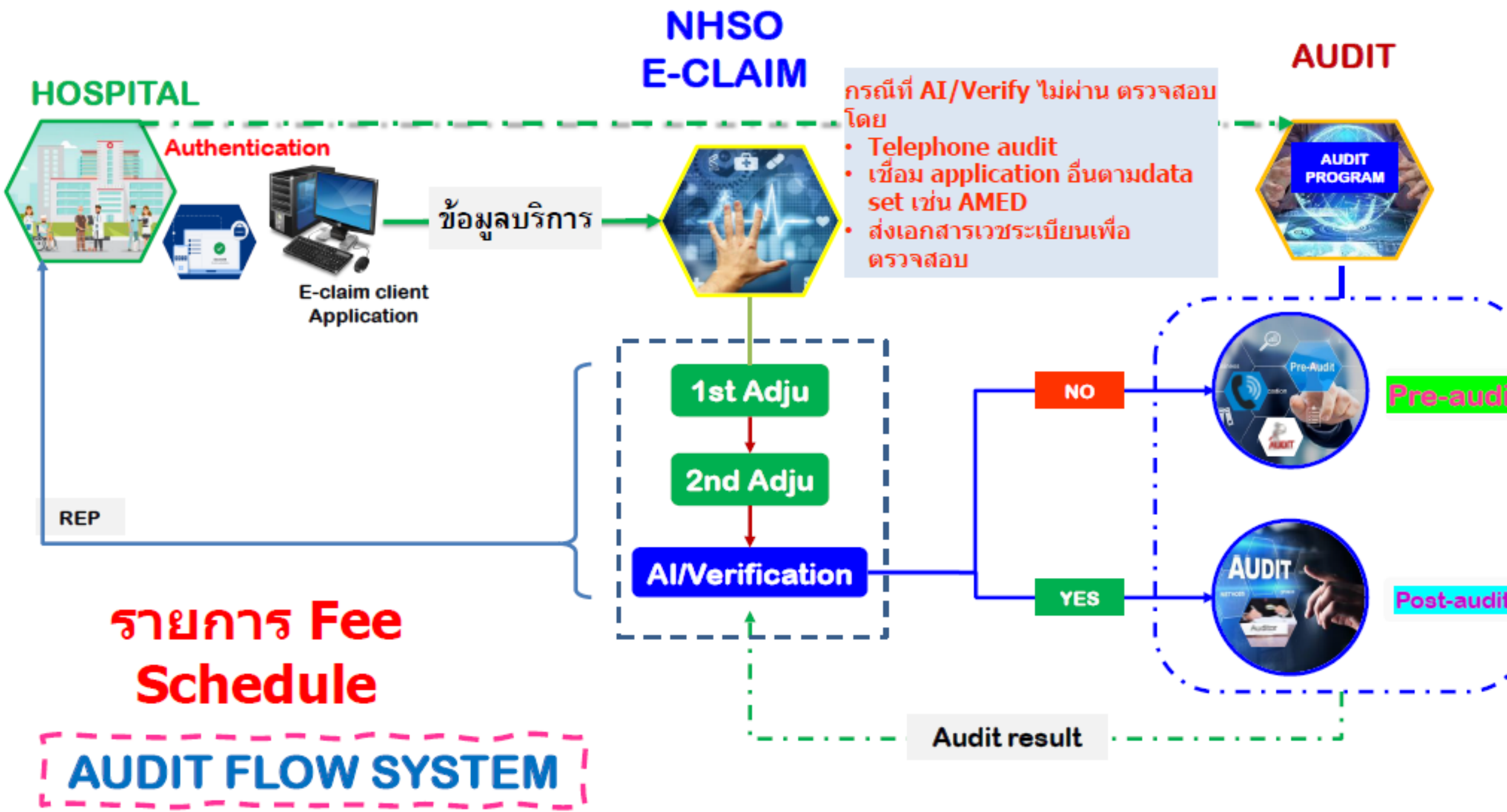
1) การตรวจสอบข้อบ่งชี้ก่อนการให้บริการ (Pre-authorization) : ตรวจสอบโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค
2) การตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre audit)
3) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Post audit)

หลักการในการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการ

- **ตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre-audit)** ใน**ทุกรายการ**ที่มีการเบิกชดเชย ซึ่งมีมาตรการในการตรวจสอบดังนี้
  - ระบบ authentication การตรวจสอบการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ
  - ระบบตรวจสอบ 1st Adjudication
  - ระบบตรวจสอบ 2nd Adjudication
  - ระบบ AI และ verification system เป็นการตรวจสอบข้อมูลเบิกจ่ายที่ผิดปกติ ที่ผ่านการตรวจสอบ 2nd Adjudication ซึ่งจะนำมาใช้ในการตรวจสอบรายการที่มีข้อมูลเบิกจำนวนมาก หรือมีค่าใช้จ่ายสูง
  - ตรวจสอบโดย auditor ภายนอก กรณีที่พบข้อมูลผิดปรกติ
- **ตรวจสอบหลังการจ่ายชดเขย (Post-audit) :**
  - กรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบ pre audit โดย auditor
  - กรณีที่ได้รับการตรวจสอบ pre audit แต่พบว่าข้อมูลของหน่วยบริการนั้นๆ พบความผิดปกติ หรือเป็นนโยบาย ของ คณะกรรมการ ฯ อนุกรรมการฯ หรือ สำนักงาน ให้ดำเนินการ

ผ่านความเห็นชอบจากคกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 6 กันยายน 2564




NHSO
E-CLAIM
AUDIT
HOSPITAL
Authentication
E-claim client
Application
ข้อมูลบริการ
กรณีที่ AI/Verify ไม่ผ่าน ตรวจสอบโดย
• Telephone audit
• เชื่อม application อื่นตามdata set เช่น AMED
• ส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบ
AUDIT PROGRAM
1st Adju
2nd Adju
AI/Verification
NO
YES
Pre-audit
Post-audit
REP
Audit result
รายการ Fee Schedule
AUDIT FLOW SYSTEM

รายการตรวจสอบเวชระเบียนสิทธิ UC ปี 2566

1. บริการ OP กทม

- OP-refer/AE/พิการ/ทันตกรรม/HC (กทม.)
- OP -ปฐมภูมิ (Model 5 กทม.)

2. บริการ IP

- IP normal (Coding audit)
- Homeward
- **ODS/MIS (Quality audit)**
- UCEP

3. บริการ CR

- CA anywhere (เฉพาะ OP)
- IP กรณี CAG /PCI
- IP กรณี Instrument
- OP บริการไปที่ไหนก็ได้เหตุสมควร
- OPAE

4. บริการ PP Fee schedule

- บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์
- บริการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
- บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ
- บริการ PPFS รายการใหม่

5. บริการฟื้นฟู

- อุปกรณ์ผู้พิการ
- บริการฟื้นฟู

6.บริการไตวายเรื้อรัง

- บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

7.บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

- **DM type I (Quality audit)**

8.สิทธิประโยชน์รายการใหม่

9.ตรวจสอบบริการสิทธิ อปท

- ตรวจสอบผู้ป่วยนอกสิทธิ อปท.
- IP (Coding audit)
- PA ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ยารักษามะเร็งใน OCPA

10. ตรวจสอบบริการสิทธิกรมบัญชีกลาง & สิทธิเบิกจ่ายตรง กทม.

- PA ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ยารักษามะเร็งใน OCPA
- IP
- HD

แผนการตรวจสอบเวชระเบียนรายการจ่ายชดเชย
สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2566

รายการ	ตรวจสอบเวชระเบียน	
	Pre audit	Post audit
1. บริการ OP กทม.		
- OP-refer/AE/พิการ/ทันตกรรม/HC (กทม.)	√	√
- OP -ปฐมภูมิ (Model 5 กทม.)	√	√
2. บริการ IP	-	√
- IP coding audit	-	√
- Homeward	√ (AMED)	√
- UCEP	-	√
3. บริการ CR		
- CA anywhere (OP)	√	√
- IP กรณี CAG /PCI	√	√
- IP กรณี Instrument อุปกรณ์/อวัยวะเทียม	√	√

สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2566

รายการ	ตรวจสอบเวชระเบียน	
	Pre audit	Post audit
4. บริการ PP Fee schedule		
1) บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์		
- บริการ ANC	√	√
- การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส	√	√
- การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม	√	√
- การตรวจอัลตร้าซาวด์ ในหญิงตั้งครรภ์	√	√
- การตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์	√	√
2) บริการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	√	√
4) บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	√	√
5) บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	√	√
6) บริการส่งเสริมป้องกันรายการใหม่	√	-
5. บริการฟื้นฟู		
- อุปกรณ์ผู้พิการ	-	√
- บริการฟื้นฟู	√	-
6. บริการไตวายเรื้อรัง : HD	√	√

แผนการตรวจสอบเวชระเบียนรายการจ่ายชดเชย
สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2566

รายการ	จำนวนที่ตรวจสอบ	
	Preaudit	Post audit
8. บริการ COVID19	-	√
9. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง		
- T1DM (Quality of care audit)	-	√
10. ODS & MIS (Quality of care audit)	-	√

หมายเหตุ : สำนักงานอาจมีการปรับเปลี่ยนแผนการตรวจสอบตามความเหมาะสม

การตรวจสอบ Pre Audit

- **ระบบ AI และ verification system** เป็นการตรวจสอบข้อมูลเบิกชดเชยที่ผิดปกติ หรือต้องสงสัย ที่ผ่านการตรวจสอบ 2nd Adjudication ซึ่งจะนำมาใช้ในการตรวจสอบรายการที่มีข้อมูลเบิกจำนวนมาก หรือมีค่าใช้จ่ายสูง

↓

ติด V

↓

- **ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน โดย Auditor ภายนอก** กรณีที่พบข้อมูลผิดปรกติ

ระบบ Verification system และ AI Audit ในการตรวจสอบ Pre audit

1. การเบิกจ่ายชดเชยโรคมะเร็งรับบริการได้ทุกสถานพยาบาลที่พร้อม
2. การเบิกจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอก : OP BKK, OPAE, OP ไปที่ไหนก็ได้เหตุสมควร
3. การเบิกจ่ายชดเชยกรณีส่งเสริมป้องกันโรค (PPFS)
4. การเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)
5. การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention-PCI)
6. การเบิกจ่ายเงินชดเชยการตรวจสายสวนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Angiography : CAG)

ตัวอย่างเงื่อนไขของระบบ Verification system กรณี PPFS : ANC

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
48	V101	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1-8	1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการฝากครรภ์ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564
49	V102	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 9	1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการฝากครรภ์ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564
50	V103	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติครั้งที่ 1ในการฝากครรภ์ (จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์)	1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.บันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564 กรณีที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 visit ให้ส่งทุกvisit ที่เกี่ยวข้อง

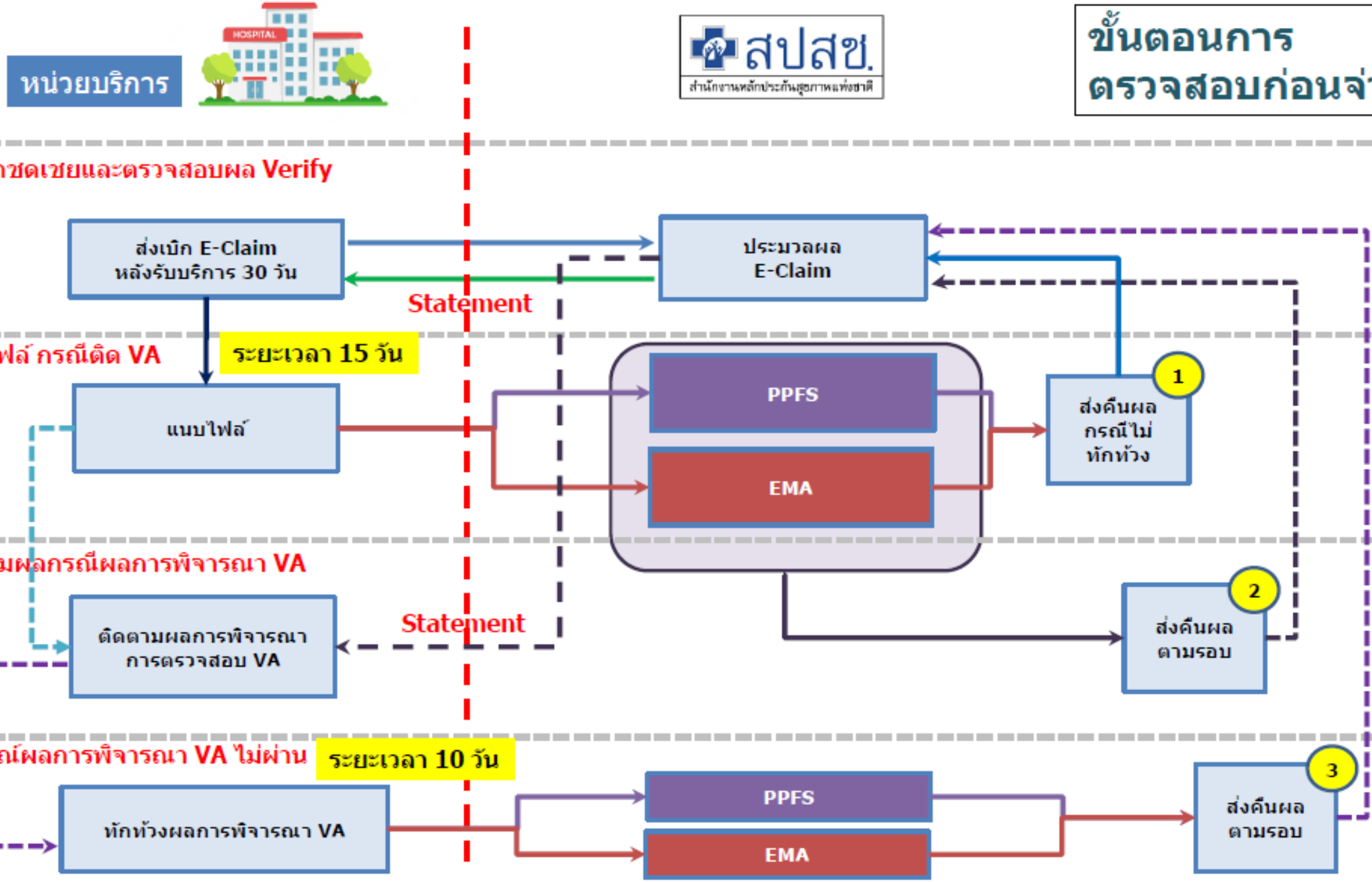
การดำเนินงานตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย Pre audit

1. ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิกโดยใช้ระบบตรวจสอบก่อนการเบิกจ่าย (Verification system) และหรือการประมวลผลอัจฉริยะโดยระบบปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence : AI) กำหนดเงื่อนไขประมวลผลเบื้องต้นคัดเลือกข้อมูลที่ผิดปกติ เพื่อดำเนินการตรวจสอบในขั้นตอนต่อไป
2. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ มีรูปแบบการดำเนินการดังนี้
   2.1 โทรศัพท์สอบถามข้อมูลการรับบริการจากผู้รับบริการโดยตรง
   2.2 ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามที่ส่งไปยังผู้รับบริการผ่านระบบ application ต่าง ๆ
   2.3 ตรวจสอบข้อมูลบริการที่บันทึกในรูปแบบ electronic ใน platform ต่าง ๆ ของหน่วยบริการ ทั้งนี้ platform ของหน่วยบริการจะต้องมีข้อมูลขั้นต่ำตามมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด
   2.3 ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการนำส่งให้สำนักงานเพื่อการตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบ **โดยสำนักงานจะกำหนดระยะเวลา รูปแบบเอกสารและช่องทางการรับเอกสารหลักฐานดังกล่าว**
3. ประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบ โดยมีแนวทางการประมวลผล ดังนี้
   3.1 ผลการตรวจสอบพบข้อมูลถูกต้องตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิก และหรือเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานพิจารณาจ่ายชดเชยรายการนั้น
   3.2 ผลการตรวจสอบพบข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิก และหรือเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบพร้อมระบุเหตุผลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบให้หน่วยบริการ

4. กรณีที่หน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ สปสช. จะดำเนินการจ่ายเงินตามข้อมูลผลการตรวจสอบ
5. กรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบนั้น ให้ดำเนินการขอทักท้วงภายในวันเวลาที่กำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณาการขอทักท้วง และถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ
   - หน่วยบริการสามารถขอทักท้วงผลการตรวจสอบได้ 1 ครั้ง
6. สำนักงานดำเนินการพิจารณาข้อทักท้วงของหน่วยบริการและรายงานผลการพิจารณาให้แก่หน่วยบริการรับทราบ
7. สำนักงานนำข้อมูลที่สิ้นสุดกระบวนการตรวจสอบไปดำเนินการประมวลผลจ่ายชดเชยตามผลการตรวจสอบ ตามรอบการจ่ายชดเชย

ขั้นตอนการตรวจสอบก่อนจ่าย

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



การ Download รายละเอียดแนวทางการแก้ไข

URL : https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/

Eclaim

การ Download รายละเอียดแนวทางการแก้ไข

แนวทางการแก้ไขข้อมูลติด Verify และ รายละเอียดการติด VA

Eclaim

โปรแกรม e-Claim Offline เวอร์ชัน 2.13 - update	ไม่ระบุ	78.25 MB	9 กรกฎาคม 2564
คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข			
แก้ไข เนื้อหาในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕			
แก้ไข เนื้อหาในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ไม่ระบุ	95 KB	10 มีนาคม 2565
คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2565			
คู่มือปี 2565	2565	6.67 MB	18 กุมภาพันธ์ 2565
คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2564			
คู่มือปี 2564	2564	113.26 MB	26 ธันวาคม 2563
คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2563			
คู่มือปี 2563	2563	104.87 MB	21 ธันวาคม 2562
เอกสารประกอบการใช้งานโปรแกรม e-Claim			
รายละเอียดการผิดพลาดของข้อมูล (รหัสติด C)			
รายละเอียดการผิดพลาดของข้อมูล (รหัสติด C)	-	440 KB	23 กันยายน 2565
รายละเอียดรหัส DENY			
รายละเอียดรหัส DENY	-	151 KB	23 กันยายน 2565
แนวทางแก้ไขข้อมูลติด VERIFY			
แนวทางแก้ไขข้อมูลติด VERIFY	ไม่ระบุ	117 KB	23 กันยายน 2565
ซักซ้อมความเข้าใจวิธีการบันทึกผู้ป่วยเบาหวาน T1DM GDM PDM			
ซักซ้อมความเข้าใจวิธีการบันทึกผู้ป่วยเบาหวาน T1DM GDM PDM	ไม่ระบุ	1.23 MB	21 มีนาคม 2565
แจ้งรายชื่อผู้ประสานงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่			
แจ้งรายชื่อผู้ประสานงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่	ไม่ระบุ	106 KB	9 มีนาคม 2565
บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง			
แจ้งหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง	ไม่ระบุ	106 KB	1 กุมภาพันธ์ 2565
รายละเอียดรหัส VA			
รายละเอียดรหัส VA	ไม่ระบุ	66 KB	12 มกราคม 2565
ระบบ NEW e-Claim			
ระบบ NEW e-Claim	ไม่ระบุ	9.30 MB	27 ธันวาคม 2564
คู่มือการบันทึกเฮลิคอปเตอร์			
คู่มือการบันทึกเฮลิคอปเตอร์	ไม่ระบุ	243 KB	2 ธันวาคม 2564
คู่มือการใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตน			
คู่มือการใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตน	ไม่ระบุ	4.38 MB	2 พฤศจิกายน 2564

Eclaim

ออกรายงานวันที่ 06/10/256

[redacted]

ข้อมูลปกติ

REP	ลำดับที่	ฟังรับ													ยอดชดเชยทั้งสิ้น	VA	COVID
		HC		AE		INST	DMIS			Palliative care	DMISHD	PP	FS	OPBKK			
			DRUG	AE	DRUG		ยอดชดเชยที่คำนวณได้	ยอดชดเชยที่จ่ายจริง	DMIS_DRUG								
[redacted]	155	.00	0.00	50.00	1,032.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,082.00		0.00
	156	.00	0.00	50.00	954.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,004.00		0.00
	157	.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	V203	0.00
	158	.00	0.00	2,975.00	2,119.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,094.00		0.00
	159	.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	V203	0.00
	160	.00	0.00	4,220.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,270.00		0.00

รายงานเท็งรับ | รายงานสรุป OP | รายละเอียด(ข้อมูลปกติ) 1 OP | รายละเอียด(ข้อมูลอุทธรณ์) OP

โปรแกรมแนบเวชระเบียนผ่านระบบ

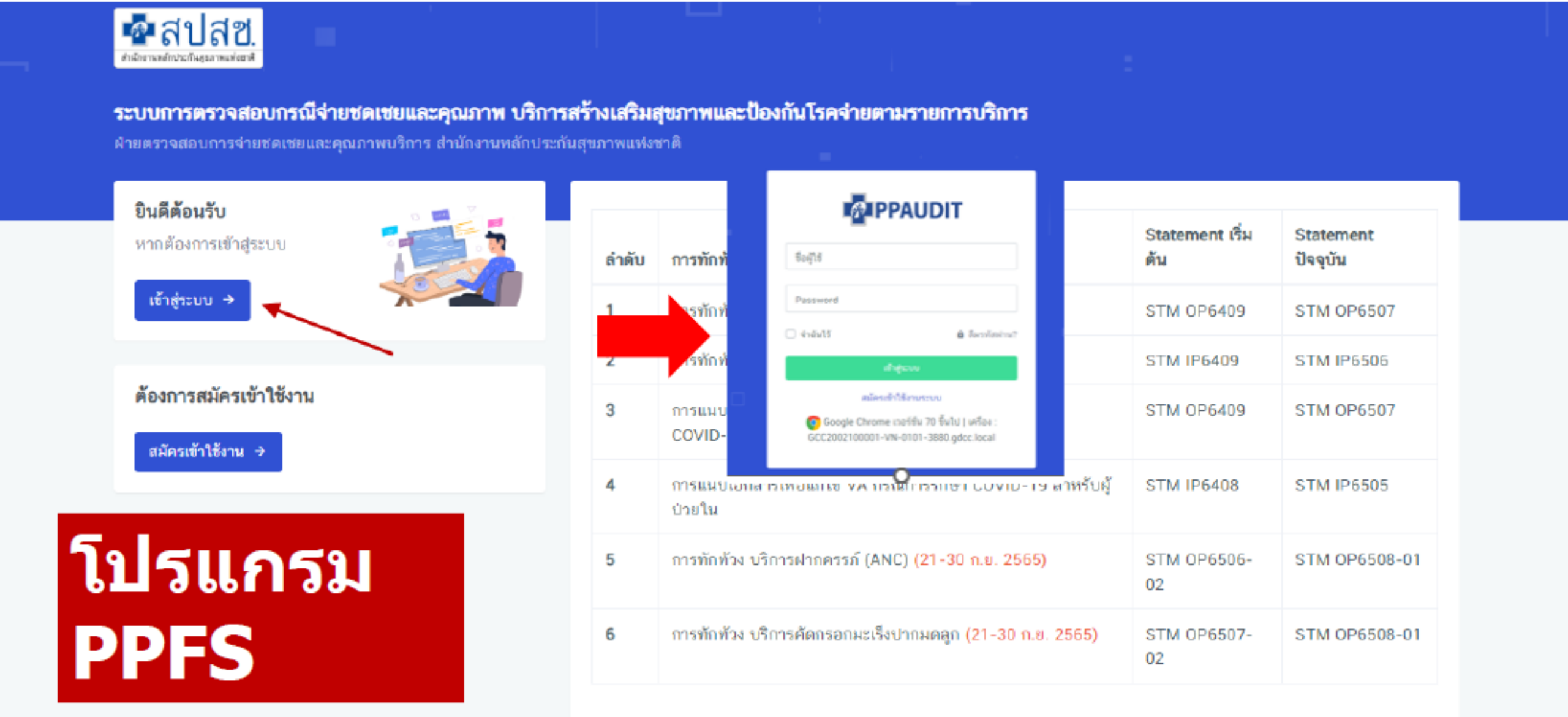
สปสช.

ลำดับที่	เรื่องที่ตรวจสอบแนบไฟล์ผ่านระบบ PPFS	การตรวจสอบก่อนจ่าย	การตรวจสอบหลังจ่าย
1	กรณีบริการฝากครรภ์ (ANC)	X	X
2	กรณีตรวจบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	X	X
3	กรณี บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	X	
4	กรณีบริการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	X	
5	กรณี THALASSEMIA	X	
6	กรณีบริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	x	

ลำดับที่	เรื่องที่ตรวจสอบแนบไฟล์ผ่านระบบ EMA Client Application	การตรวจสอบก่อนจ่าย	การตรวจสอบหลังจ่าย
1	ผู้ป่วยใน (DRG)		X
2	ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE)	X	X
3	ผู้ป่วยนอก OP Anywhere & CA Anywhere	X	X
4	บริการ OP กทม.	X	X
5	ผู้ป่วยนอกสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (OPLG)		X
6	อุปกรณ์อวัยวะเทียม	X	
7	HD		X
8	กรณีการรักษา COVID-19 สำหรับผู้ป่วยใน		X

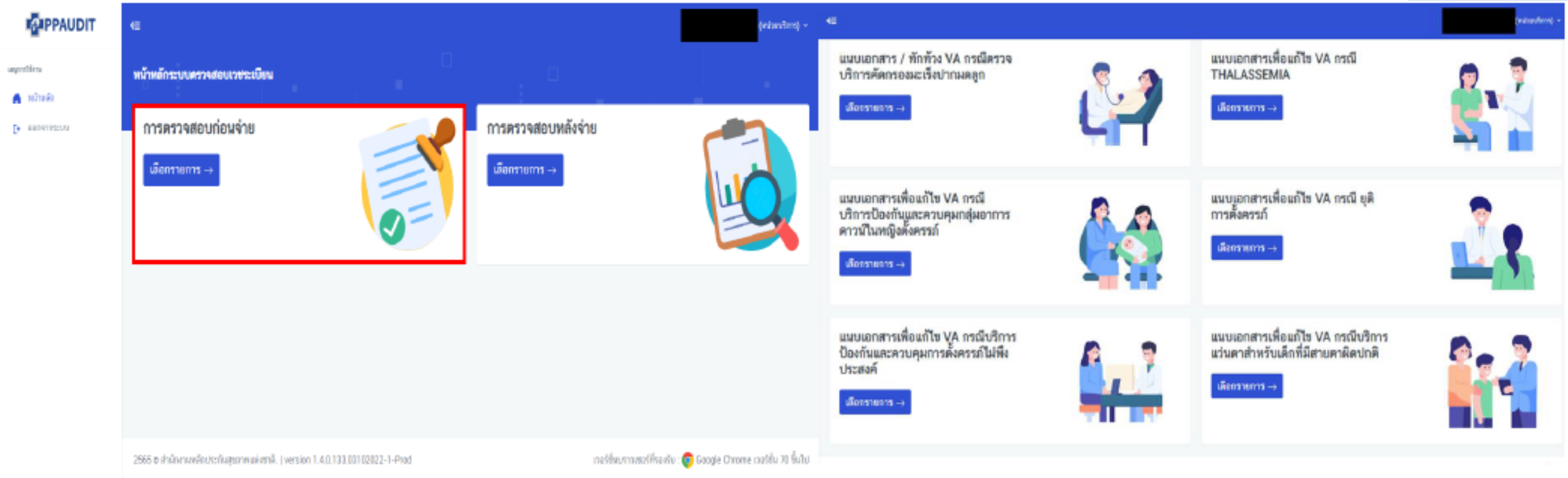
การแนบเวชระเบียนกรณีติด V ในโปรแกรม PPFS

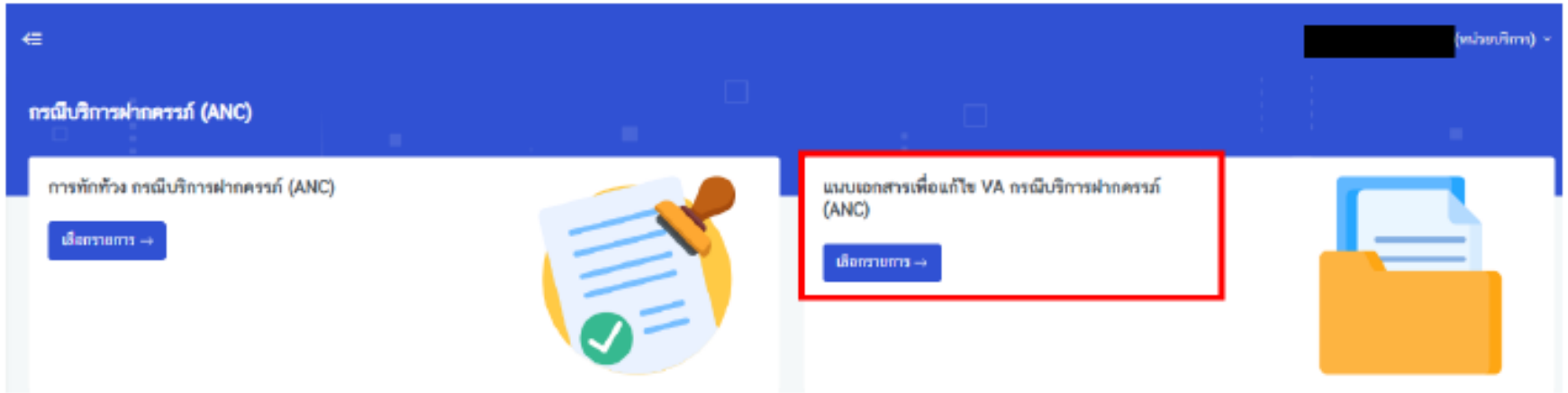
เข้าใช้งานที่ URL : https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/



โปรแกรม PPFS

การแนบเวชระเบียนกรณีติด V ในโปรแกรม PPFS



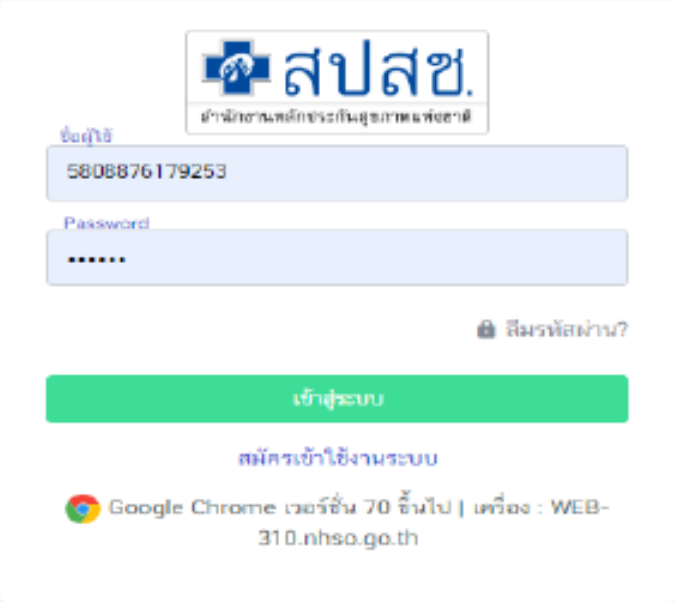


การแนบเวชระเบียนกรณีติด V ในโปรแกรม eMA Client Application

เข้าใช้งานที่ URL : https://audit.nhso.go.th/mrm/login

ใช้สำหรับตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนที่ส่งผ่านโปรแกรม eMA Client Application (V.2.0.4)

eMA Client Application



ข้อกำหนดในการจัดส่งเอกสารเพื่อตรวจสอบและการขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบกรณีการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยสำหรับหน่วยบริการ

สำนักงานมีนโยบายจ่ายให้ถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่าย รวดเร็ว และทันเวลา เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายและเพื่อประโยชน์สำหรับหน่วยบริการ สำนักงานจึงมีความจำเป็นต้องมีข้อกำหนดในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังนี้

1. การจัดส่งเอกสารหลักฐานยืนยันการให้บริการของหน่วยบริการเพื่อตรวจสอบ

1.1 สำนักงานจะกำหนดช่วงเวลาให้หน่วยบริการจัดส่งเอกสารให้สำนักงานเพื่อการตรวจสอบ

1.2 กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดส่งเอกสารหลักฐานในช่วงเวลาที่กำหนด สำนักงานจะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะเบิกชดเชยรายการนั้น ๆ

1.3 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการส่งเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบแล้ว สำนักงานจะพิจารณาเฉพาะเอกสารหลักฐานตามที่หน่วยบริการจัดส่งเท่านั้น

1.4 การจัดส่งข้อมูล เอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบ ต้องเป็นไปตามรูปแบบ ช่องทางการส่ง และระยะเวลาที่กำหนด

1.5 หน่วยบริการควรตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้ถูกต้อง ครบถ้วนก่อนส่งทุกครั้งและมีหลักฐานการนำส่งโดยผู้บริหารของหน่วยงานรับทราบ กรณีที่เป็นการจัดส่งผ่านระบบ web application ผู้ดำเนินการจัดส่งควรเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจากผู้บริหารของหน่วยงาน

2. การขอทักท้วงผลการตรวจสอบ ข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre Audit)

2.1 หน่วยบริการติดตามผลการตรวจสอบตามช่องทางที่สำนักงานแจ้งและดำเนินการขอทักท้วงผลการตรวจสอบตามช่องทาง และระยะเวลาที่กำหนด

2.2 กรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน ให้ดำเนินการขอทักท้วงผลการตรวจสอบทางช่องทางที่สำนักงานกำหนด พร้อมระบุเหตุผลประกอบการทักท้วง

2.3 การขอทักท้วงผลการตรวจสอบควรดำเนินการโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจเท่านั้น กรณีการส่งเสริมป้องกันโรคอาจเป็นเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ และได้รับมอบอำนาจ

2.4 หน่วยบริการสามารถดำเนินการขอทักท้วงผลการตรวจสอบได้ 1 ครั้ง ทั้งนี้สำนักงานจะไม่รับเอกสารเพิ่มเติมในขั้นตอนการพิจารณาข้อทักท้วง และผลการพิจารณาของสำนักงานถือเป็นที่สิ้นสุด

บทบาทของหน่วยบริการ

1. บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียน เอกสารอื่นหรือในรูปแบบอื่น รวมทั้งจัดเก็บเอกสารหลักฐานการให้บริการต่างๆอย่างน้อย 5 ปี สำหรับการตรวจสอบ
2. ส่งข้อมูลการให้บริการในรูปแบบอิเลกทรอนิกส์ มายัง สปสช.เพื่อเบิกจ่ายชดเชย
3. ติดตามผลการเบิกชดเชย และหรือผลจากการตรวจสอบโดยการ verify data หรือ AI เพื่อเตรียมส่งเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมกรณีที่ สำนักงานร้องขอ
4. จัดส่งเอกสารหลักฐานเพื่อยืนยันการให้บริการ ตามรูปแบบ แนวทางและระยะเวลาที่กำหนด
5. พิจารณาผลการตรวจสอบ หากไม่เห็นด้วยให้แจ้งทักท้วงมายังสำนักงาน
6. รับทราบผลการพิจารณาข้อทักท้วง และติดตามการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

การตรวจสอบ Post Audit

- Billing Audit
- Coding Audit
- Quality Audit
- ตรวจสอบร่วม 3 กองทุน

Coding Audit ปี 2566

1.การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน (IP-UC)

2.การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วย Homeward

3.การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน อปท (IP- อปท)

4.การตรวจสอบร่วม 3 กองทุน : ณ หน่วยบริการที่มีการเบิกจ่ายชดเชยมีความผิดปรกติสูงมาก จำนวน 3-5 แห่ง

Quality Audit ปี 2566

1. การตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการรักษาผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) (Billing & Quality audit)
2. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดด้วยการทำ PCI
3. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการฉีดตรวจหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Angiography : CAG)
4. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วย DM type I
5. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการกรณี ODS/MIS

Billing Audit ปี 2566

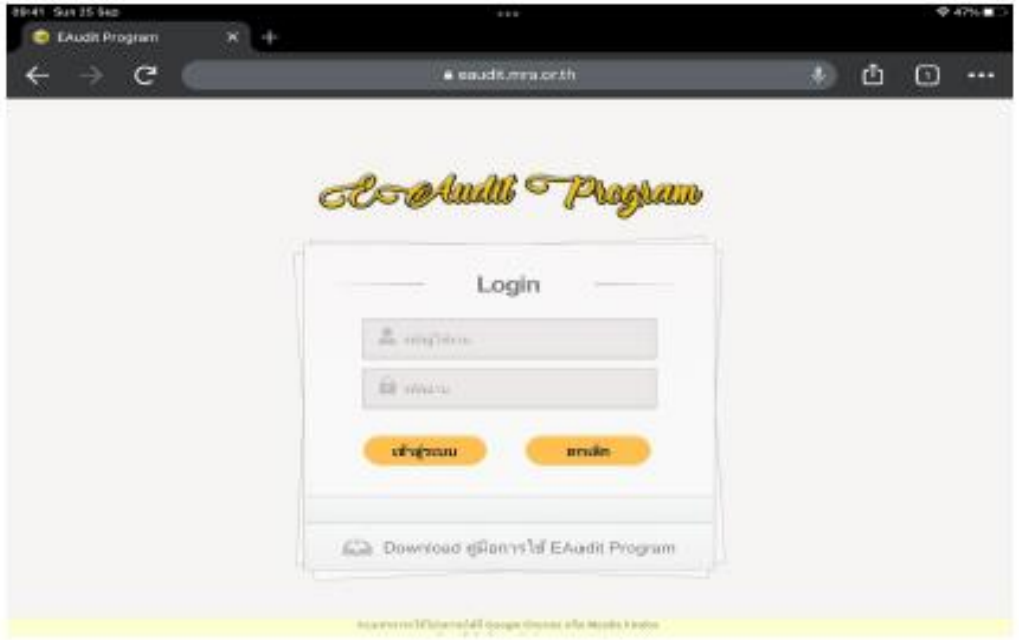
1. การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยนอก อปท. (OPLG)
2. การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยนอกกรณี OPFS : OP BKK, OPAE, OP ไปที่ไหนก็ได้เหตุสมควร, CA anywhere (OP)
3. กรณี อุปกรณ์อวัยวะเทียม
4. กรณี PPFS กรณีหน่วยบริการที่ผิดเกินเกณฑ์

การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
และ
การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรงของ
กรุงเทพมหานคร

รายการตรวจสอบ

- การตรวจสอบ Preauthorization ผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ โรคมะเร็งและโลหิตวิทยา โรครูมาติกส์โรคผิวหนังเรื้อรัง โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ภาวะตาอักเสบจากโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานผิดปกติและโรคนิวโรมัยอิลัยติส ออฟติกา (OCPA, RDPA, DDPA, Biologic) https://ocpa.mra.or.th/

- การตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรงประเภทผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์กลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
https://eaudit.mra.or.th/

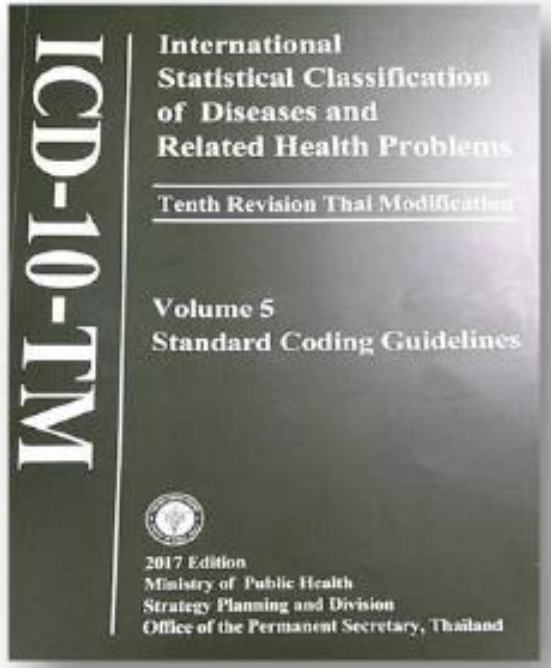


การตรวจสอบคุณภาพการรักษาผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

https://hd.mra.or.th/

ช่องทางการติดต่อนี้เป็นการชั่วคราวในกรณีเปลี่ยนแปลงจะแจ้งทางwebsite และหนังสือเวียนต่อไป

คู่มือและประกาศการจ่ายค่าใช้จ่าย ที่อ้างอิงในการตรวจสอบ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี.....

ค่าบริหารจัดการ งบเหมาจ่ายรายหัว
Basic payment

(OP PP IP)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

งบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการ (OP PP IP)

OP-ทั่วไป : การคำนวณอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (1,344.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

อัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวระดับจังหวัด = A + B

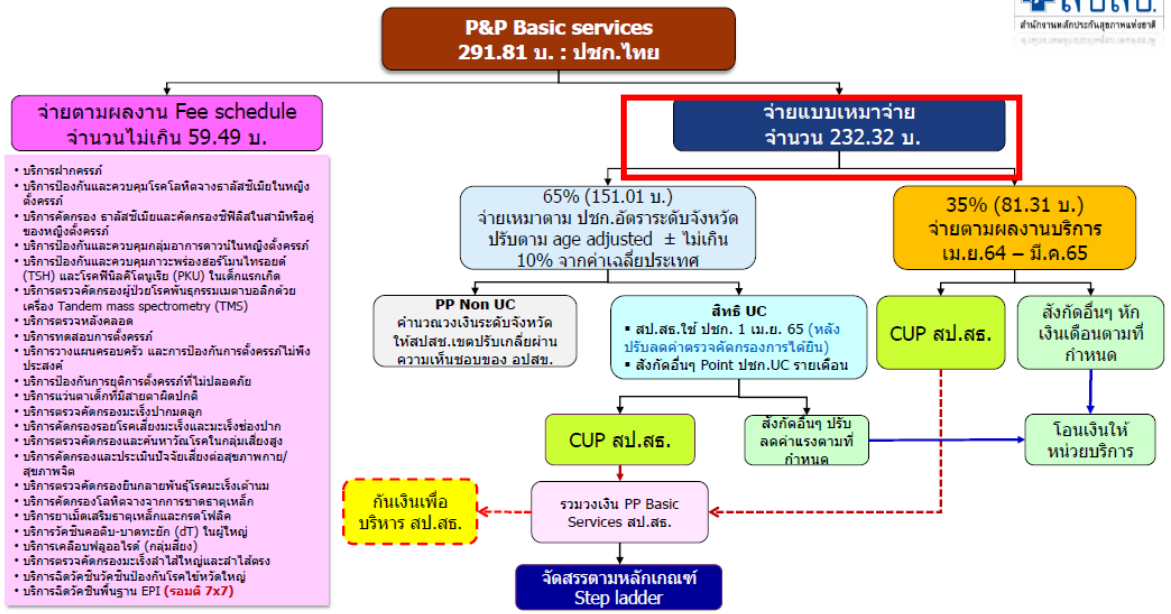
A 80% (1,075.52 บาทต่อผู้มีสิทธิ) adjusted ระดับจังหวัด โดย ±ไม่เกิน10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ

B 20% (268.88 บาทต่อผู้มีสิทธิ.) ใช้อัตราเท่ากันทุกจังหวัด [B]

1. จำนวนวงเงินรวม = อัตราจ่าย 1,075.52 * UC pop
2. Age Point = ผลรวมของ (UC pop ตามกลุ่มอายุ * cost index ตามกลุ่มอายุ) [คำนวนรายจังหวัด]
3. บาทต่อ age point = จำนวนวงเงินรวม ÷ ผลรวม age point
4. อัตราจ่ายต่อหัวก่อนปรับ ± 10% = (age point * บาทต่อ age point) ÷ UC pop) [คำนวนรายจังหวัด]
5. อัตราจ่ายต่อหัวหลังปรับ ± 10% [A] = ปรับค่าต่อหัวขั้นต่ำให้ได้ไม่น้อยกว่า -10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ โดยปรับจังหวัดที่อัตราสูงลงตามสัดส่วน จนไม่เกินจำนวนวงเงินรวม [จะมีบางจังหวัดได้เท่าข้อ 4]

OP cost index	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< ๓	๓ -๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	>๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๔๖๔	๐.๓๖๔	๐.๓๐๖	๐.๔๐๗	๐.๗๘๙	๑.๓๔๘	๑.๙๗๒	๒.๓๕๑

กรอบการบริหารจัดการงบบริการ PP Basic services ปี 66



แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2566

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,477.01 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ. บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย :
- เพิ่มเติม ให้บริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,350 บาทต่อ adjRW หากไม่พอ จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มีตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด

ส่วนที่เหลือ Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย : คงใช้ DRG v5 ที่มีการปรับปรุง
1. จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่น บริการข้ามเขต บริการเด็กแรกเกิด สำรองเตียง การใช้บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ORS) เป็นต้น
2. จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต
   - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
   - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW หากงบไม่พอจ่ายเท่าที่งบมีอยู่

การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐ ปี 66

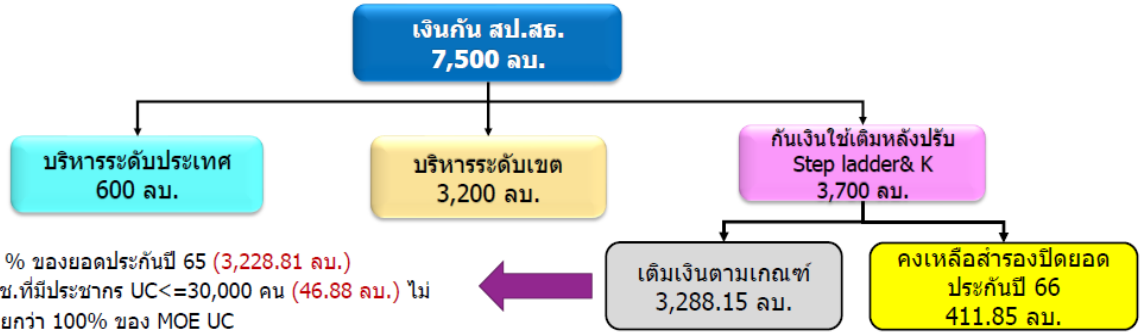
1. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นใน กทม. เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด
2. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นส่วนภูมิภาค
   - Uhosnet หักเงินเดือนให้ได้ตามเพดานเงินเดือนของแต่ละแห่ง โดยกระจายเงินเดือนในงบ OP เหมาจ่าย, PP เหมาจ่าย และ IP บริการในเขต
   - รัฐอื่นๆที่เหลือ หักเงินเดือนจากรายรับ OP เหมาจ่าย 32% PP Basic services 32% IP บริการในเขต 28%
3. หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปรับลดค่าแรงระดับ CUP จากงบ OP-PP-IP ให้ได้จำนวนค่าแรงตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ ใช้ข้อมูล GFMIS เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด กระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการกระทรวงสาธารณสุข

การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2566

การบริหารเงินกัน สป.สธ. ปี 2566

ตามประกาศฯปี 66 ให้กันเงินได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะได้รับปี 66 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัดและสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K)

ปี 66 สป.สธ.มีการกันเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับ OP-PP-IP จำนวน 7,500 ล้านบาท ดังนี้



1. 95 % ของยอดประกันปี 65 (3,228.81 ลบ.)
2. รพช.ที่มีประชากร UC<=30,000 คน (46.88 ลบ.) ไม่น้อยกว่า 100% ของ MOE UC
3. ป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ เพิ่มเติมจนเท่ากับ 10 ล้านบาท (12.46 ลบ)

แผนการโอนเงินหน่วยบริการ สป.สธ.

รายการ	งวดการโอนเงิน
1.ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2566
2.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ 1 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2565 หมายเหตุ : กรณีได้ข้อสรุปเรื่องการแยกจ่ายชดเชยค่าบริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI จะดำเนินการหักเงินจากรายรับในงวด 2 ตามยอดคำนวณเจ้ดสรรผลงาน EPI ตามเกณฑ์กลาง
3.ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมฯพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับจัดสรรไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565
4.เงินบริหารจัดการระดับเขต	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ย ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565
5. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2565 หมายเหตุ : ทั้งนี้ สปสช.ต้องได้รับผลการปรับเกลี่ยเป็นตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด
6.ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	สปสช.โอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน โดยการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขต จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) CUP ที่มีประมาณการรายรับ น้อยกว่าจำนวนค่าแรง หรือ CUP กลุ่มที่ยอดประกันรายรับ จำนวน 10 ล้านบาท จะหักค่าแรงส่วนค่าบริการผู้ป่วยในให้ครบถ้วนตามที่กำหนดก่อน จึงได้รับการโอนรายรับตามผลงานในเดือนถัดไป

แผนการโอนเงินหน่วยบริการ รัฐนอก&เอกชน (ส่วนภูมิภาค)

- OP/PP ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายตามประชากร (Point) รายเดือน
- IP ตามการส่งเบิกรายเดือน เดือนละ 1 งวด รวม 12 งวด
- โอนเงิน OP/PP/IP ให้หน่วยบริการ ทุกวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
ปีงบประมาณ 2565 - 2566

ความเป็นมา/กฎหมาย/ ระเบียบ/ มติที่เกี่ยวข้อง

1. คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สั่ง ณ 5 กรกฎาคม 2559
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2559
3. ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ.2564
4. มติที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของหน่วยบริการสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ [คณะกรรมการฯ 7x7] ครั้งที่ 4/2565 เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2565

ข้อ ๒๓ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้จ่ายตามรายการดังต่อไปนี้

(๑) รายการของสิ่งก่อสร้างชดเชยสิ่งที่มีอยู่แล้วเพื่อใช้ในการบริการ หรือสนับสนุนบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น ถนนในบริเวณโรงพยาบาล รั้วโรงพยาบาล ระบบสาธารณูปโภคที่ใช้ในการบริการ อาคารหรือหอผู้ป่วย ค่าเช่าอาคารสถานบริการ ท่อระบายน้ำในโรงพยาบาล หอถังน้ำ เป็นต้น

(๒) รายการของครุภัณฑ์ที่ชดเชยและซ่อมบำรุงสิ่งที่มีอยู่แล้ว เพื่อใช้ในการบริการหรือสนับสนุนการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน ครุภัณฑ์ยานพาหนะและขนส่ง ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่ ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว เครื่องปรับอากาศ ลิฟต์ และเฟอร์นิเจอร์ในโรงพยาบาล เป็นต้น

(๓) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็นนอกจาก (๑) - (๒) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะได้ประกาศกำหนดเพิ่มเติม

ส่วนที่ ๓
การรักษาเงิน

ข้อ ๒๔ ให้หน่วยบริการเก็บรักษาเงินที่ได้รับตามหมวดนี้ เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เก็บรักษาเงินไว้ได้ตามระยะเวลาที่กำหนดในโครงการหรือแผนงาน หากดำเนินการยังไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาดำเนินการไปได้อีก ๑ ปี แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน ๒ ปีงบประมาณ

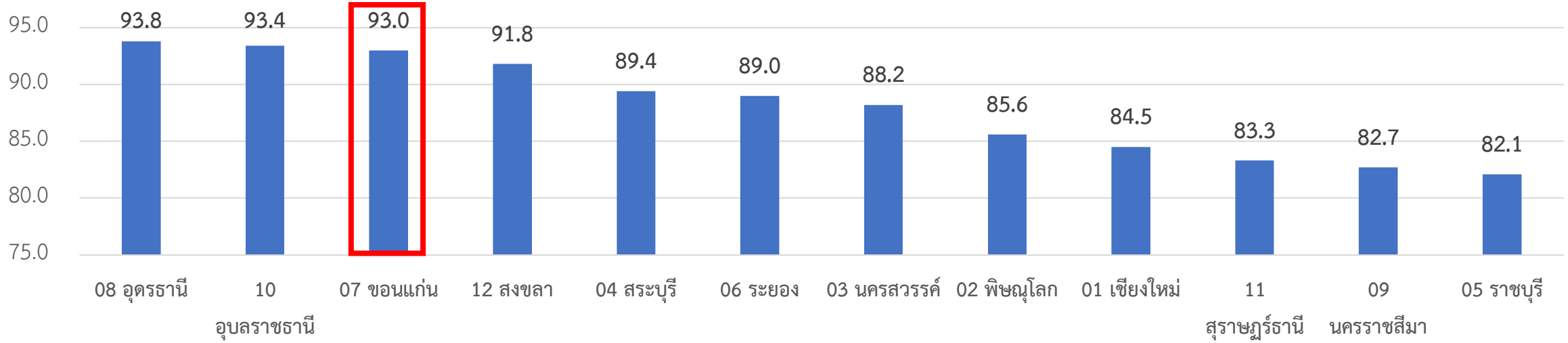
หากดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์แล้วมีเงินเหลือ ให้หน่วยบริการสามารถนำเงินไปใช้เพื่อการปฏิบัติราชการหรือการดำเนินงานของหน่วยบริการนั้น ๆ ได้

กรณีครบกำหนดเวลาตามวรรคหนึ่งแล้ว หน่วยบริการยังไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่แล้วเสร็จ ให้ส่งเงินที่เหลือคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็น ให้แจ้งเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งขออนุมัติเก็บรักษาเงินไว้จนกว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จ

รายงานผลการดำเนินงาน
งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
ปีงบประมาณ 2565

รายงานสรุปสถานการณ์ดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

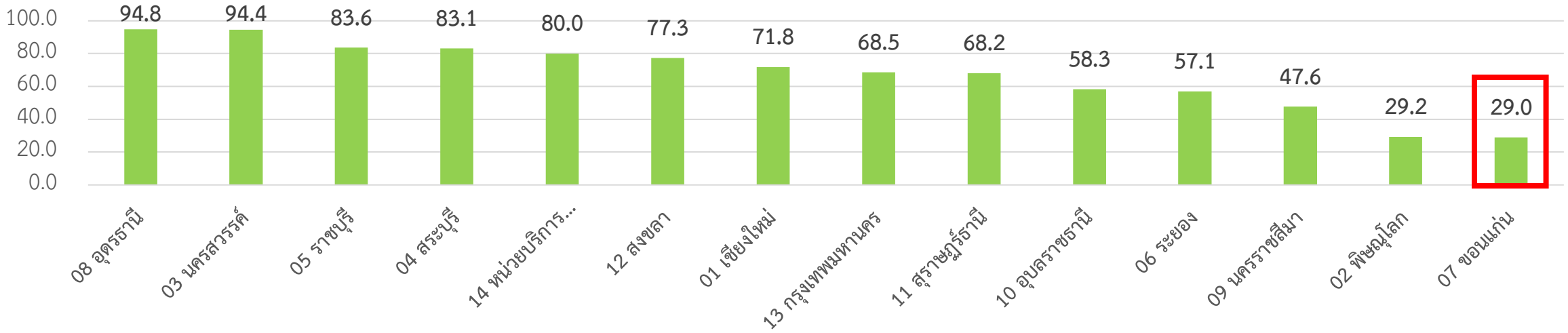
สังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2565



จังหวัด	งบประมาณ UC รวม	จำนวนรายการรวม	ยังไม่ดำเนินการ				กำลังดำเนินการ				ดำเนินการแล้ว			
			งบประมาณ UC		จำนวนรายการ		งบประมาณ UC		จำนวนรายการ		งบประมาณ UC		จำนวนรายการ	
			งบ UC	%	จำนวน	%	งบ UC	%	จำนวน	%	งบ UC	%	จำนวน	%
กาฬสินธุ์	84,053,983.07	741	-	0.0	-	-	17,463,291.07	20.78	40	5.4	66,590,692.00	79.2	701	94.6
ขอนแก่น	175,120,706.72	867	-	0.0	-	-	69,174,731.26	39.50	81	9.3	105,945,975.46	60.5	786	90.7
มหาสารคาม	81,467,207.74	602	-	0.0	-	-	10,878,377.30	13.35	21	3.5	70,588,830.44	86.6	581	96.5
ร้อยเอ็ด	125,322,014.35	578	-	0.0	-	-	51,630,945.17	41.20	54	9.3	73,691,069.18	58.8	524	90.7
รวม	**465,963,911.88**	**2,788**	**-**	0.0	**-**	-	**149,147,344.80**	32.01	**196**	7.0	**316,816,567.08**	68.0	**2,592**	93.0

ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565

รายงานสรุปสถานการณ์ดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
รัฐนอกสังกัด/เอกชน ปีงบประมาณ 2565



จังหวัด	งบประมาณ UC รวม	จำนวนรายการรวม	ยังไม่ดำเนินการ				กำลังดำเนินการ				ดำเนินการแล้ว			
			งบประมาณ UC		จำนวนรายการ		งบประมาณ UC		จำนวนรายการ		งบประมาณ UC		จำนวนรายการ	
			งบ UC	%	จำนวน	%	งบ UC	%	จำนวน	%	งบ UC	%	จำนวน	%
ขอนแก่น	30,103,718.97	49	1,577,028.72	5.2	1	2.04	27,710,226.69	92.05	40	81.6	816,463.56	2.7	8	16.3
มหาสารคาม	3,778,502.11	3	-	0.0	-	-	3,778,502.11	100.00	3	100.0	-	0.0	-	0.0
ร้อยเอ็ด	2,598,669.61	10	-	0.0	-	-	-	-	-	0.0	2,598,669.61	100.0	10	100.0
รวม	**36,480,890.69**	**62**	**1,577,028.72**	4.3	**1**	1.61	**31,488,728.80**	86.32	**43**	69.4	**3,415,133.17**	9.4	**18**	29.0

ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
ปีงบประมาณ 2566

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ปี 2566

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

คำนวณตามสัดส่วนอัตราต่อผู้มีสิทธิของงบ OP-P&P-IP

งบประมาณชดเชยค่าเสื่อมบริการ OP (52.92 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิ UC

งบประมาณชดเชยค่าเสื่อมบริการ P&P (17.63 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิ UC

งบประมาณชดเชยค่าเสื่อมบริการ IP (58.14 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

คำนวณตามผลบริการ IP (sum adjRW) ของหน่วยบริการ

รวมงบเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ที่คำนวณตามสัดส่วน OP-P&P-IP

หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. (หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช. เขต 2,3,5,6,7,8,10,11)

- ไม่น้อยกว่า 70% จ่ายตรงให้หน่วยบริการ
- ไม่เกิน 20% จ่ายให้หน่วยบริการตามแผนการบริหารจัดการระดับจังหวัด
- ไม่เกิน 10% จ่ายให้หน่วยบริการตามแผนการบริหารจัดการระดับเขต

ทั้ง 3 ระดับ ผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.เขต

หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. (หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช. เขต 1,4,9,12)

- ไม่เกิน 100% จ่ายให้หน่วยบริการตามแผนการบริหารจัดการระดับเขต

ผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.เขต

หน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ยกเว้น สป.สธ.

- ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด 100% ยกเว้นศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพฯ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผนของสำนักอนามัย โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.เขต

วงเงินค่าเสื่อมของหน่วยบริการ ปี 2566

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยขอบเขตการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559

เขต	เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ปีงบประมาณ 2566 [จำนวน 6,141.99 ล้านบาท]					
	สังกัดสป.สธ. จำนวน 5,331.67 ล้านบาท					สังกัดอื่นๆ
	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1,4,9,12	หน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า70%	จังหวัด ไม่เกิน20%	เขต ไม่เกิน 10%	รวม สป.สธ.	
เขต1 เชียงใหม่	546.52	0.00	0.00	0.00	546.52	
เขต2 พิษณุโลก		222.17	63.48	31.74	317.38	
เขต3 นครสวรรค์		193.82	55.38	27.69	276.89	
เขต4 สระบุรี	349.06				349.06	
เขต5 ราชบุรี		309.76	88.50	44.25	442.51	
เขต6 ระยอง		322.60	92.17	46.09	460.86	
เขต7 ขอนแก่น		337.17	96.34	48.17	481.68	810.32
เขต8 อุดรธานี		374.17	106.91	53.45	534.53	
เขต9 นครราชสีมา	649.94				649.94	
เขต10 อุบลราชธานี		319.89	91.40	45.70	456.98	
เขต11 สุราฎร์ธานี		277.08	79.16	39.58	395.82	
เขต12 สงขลา	419.51				419.51	
เขต13 กรุงเทพฯ						
กรมแพทย์ทหารเรือ/อากาศ						
รวมทั้งสิ้น	1,965.02	2,356.65	673.33	336.66	5,331.67	810.32

กรอบแนวทางการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม ปีงบ 2566

สป.สธ. 10% ระดับเขต	• คกก.เขตสุขภาพ จัดทำแผนฯ ส่ง สปสช.เขต • ให้จัดสรรให้เฉพาะ รพช. และ รพ.สต. • สปสช.เขต พิจารณาอนุมัติแผนฯ
สป.สธ. 20% ระดับจังหวัด	• คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัด (กวป.) จัดทำแผนฯ ส่ง สปสช.เขต • ให้จัดสรรให้เฉพาะ รพช. และ รพ.สต. • สปสช.เขต พิจารณาอนุมัติแผนฯ
สป.สธ. 70% ระดับ CUP	• คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จัดทำแผนฯ ส่งผ่าน สสจ. เห็นชอบ • สปสช.เขต พิจารณาอนุมัติแผนฯ
สังกัดอื่นๆ(รัฐนอก/เอกชน)	• หน่วยบริการ จัดทำแผนฯ ส่ง สปสช.เขต • สปสช.เขต พิจารณาอนุมัติแผนฯ

วงเงินงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (สังกัด สป.สธ.)

งบประมาณหลังปรับเกลี่ย					
จังหวัด	2562	2563	2564	2565	2566
กาฬสินธุ์	87,605,455.47	89,765,281.83	87,419,654.06	84,053,983.07	92,049,194.86
ขอนแก่น	173,072,182.80	174,811,047.08	171,224,298.08	175,120,706.72	177,537,366.43
มหาสารคาม	83,135,811.29	81,725,860.15	84,132,986.95	81,467,207.74	87,013,963.94
ร้อยเอ็ด	115,108,347.01	114,796,914.23	113,689,039.91	125,322,014.35	125,077,383.02
รวม	458,921,796.57	461,099,103.29	456,465,979.00	465,963,911.88	481,677,908.25

ข้อมูล ณ วันที่ 5 ตุลาคม 2565

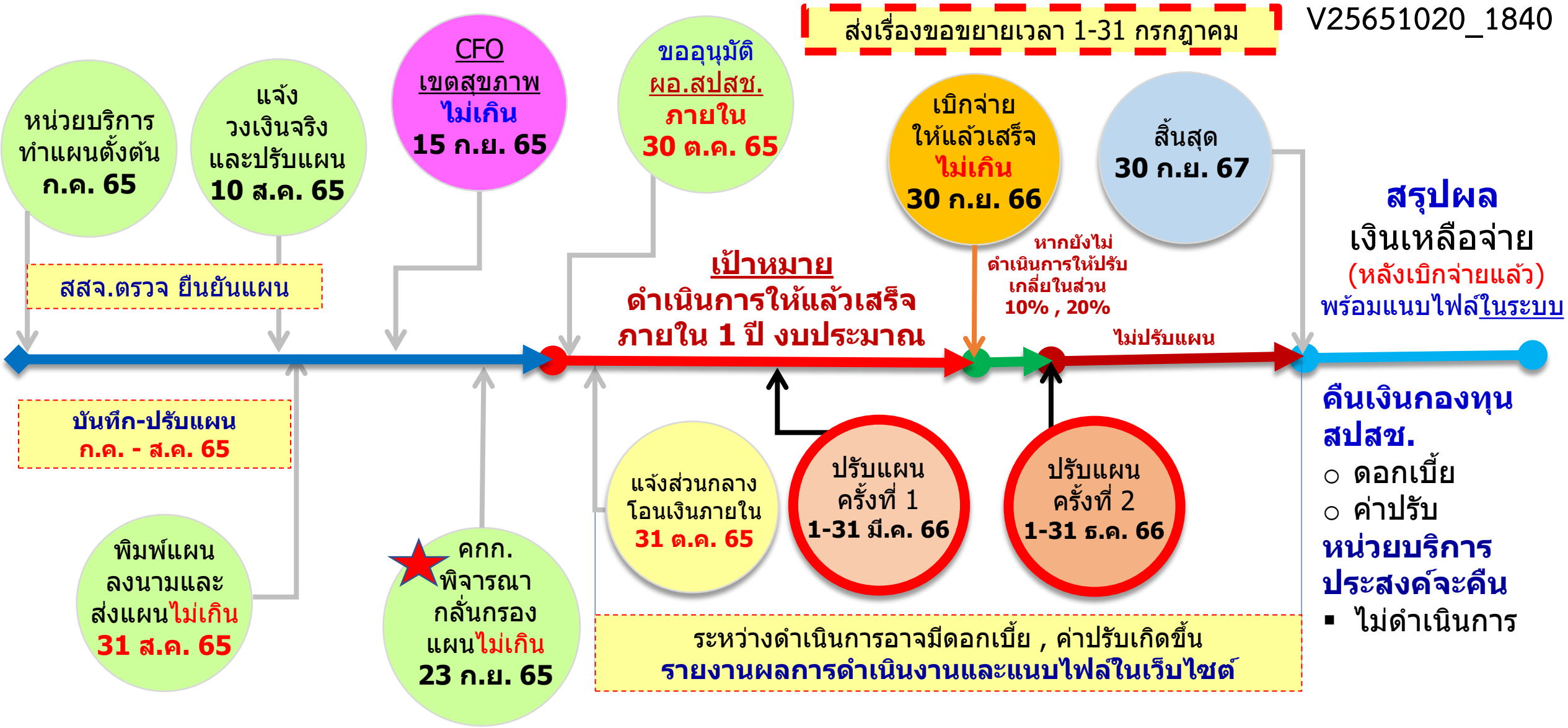
ตารางวงเงินจัดสรรงบค่าเสื่อม สังกัด สปสธ.
ปีงบประมาณ 2566 เขต 7 ขอนแก่น (ปรับเกลี่ยแล้ว)

จังหวัด	วงเงิน70% ระดับหน่วยบริการ	วงเงิน20% ระดับจังหวัด	วงเงิน10% ระดับเขต	รวม
กาฬสินธุ์	64,127,151.58	18,322,043.28	9,600,000.00	92,049,194.86
ขอนแก่น	124,084,618.32	35,452,748.11	18,000,000.00	177,537,366.43
มหาสารคาม	61,013,690.24	17,432,482.91	8,567,790.79	87,013,963.94
ร้อยเอ็ด	87,949,075.68	25,128,307.34	12,000,000.00	125,077,383.02
รวม	337,174,535.82	96,335,581.64	48,167,790.79	481,677,908.25

ข้อมูล ณ วันที่ 5 ตุลาคม 2565

Timeline สังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2566

V25651020_1840



หมายเหตุ : เมื่อเบิกจ่ายครบทุกรายการ ให้สรุปรายงานระดับ CUP โดยผู้บริหารลงนาม ส่งให้ สสจ. เพื่อรวบรวมส่ง สปสช.เขตผ่านระบบ

การโอนเงินงบประมาณให้กับหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2566

ตามที่คณะกรรมการ 7x7 ในการประชุม เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2565 มีมติเห็นชอบรูปแบบการจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ซึ่งในขณะนี้ สปสช. กำลังเร่งดำเนินการปรับโปรแกรมเพื่อรองรับการเบิกจ่ายให้แก่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน

แผนงานและรูปแบบการกำกับติดตามงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) ปีงบประมาณ 2566

รอบการส่งหนังสือติดตามและเร่งรัด ในปีงบประมาณ 2566

ไตรมาสที่ 1 ไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

ไตรมาสที่ 2 ไม่เกินวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

ไตรมาสที่ 3 ไม่เกินวันที่ 31 พฤษภาคม 2565

ไตรมาสที่ 4 ไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2565

เงื่อนไขการดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2566 (จากมติคณะทำงาน 5x5)

1. กรณีผ่านไป 3 เดือนและสถานะ <u>ยังไม่ได้ดำเนินการ</u> งบในส่วนระดับเขต (10%) และระดับจังหวัด (20%) สามารถปรับเกลี่ยในระดับเขตและระดับจังหวัดได้ตามความจำเป็น
2. ไม่ให้มีการปรับเปลี่ยนแผน ยกเว้น กรณีที่มีงบอื่นทดแทนแล้วเท่านั้น
3. การปรับเปลี่ยนแผนและการขอขยายเวลาการดำเนินงานทุกกรณี ให้ดำเนินการโดยผ่านความเห็นชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และให้แจ้งเขตสุขภาพที่ 7 รับทราบทุกครั้ง

เงื่อนไขการดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2566

4. ช่วงเวลาปรับเปลี่ยนแผน

- ครั้งที่ 1 วันที่ 1-31 มีนาคม (ไม่เกินไตรมาส 2 ในปีงบประมาณแรก)
- ครั้งที่ 2 วันที่ 1-31 ธันวาคม (ไม่เกินไตรมาส 1 ในปีงบประมาณที่สอง)

* หากมีการขอเปลี่ยนแปลงนอกช่วงเวลาดังกล่าว และเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วนให้พิจารณาเป็นรายกรณีไปเท่านั้น *

5. ช่วงเวลาการขอขยายเวลาการดำเนินงาน

- ระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม ของทุกปี

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

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 และหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(**ส่วนที่ 1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ข้อ 10**)

ส่วนที่ ๑

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๑๐ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*5801 ก่อนเริ่มยา Allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์ บริการรักษาเนื้อเยื่อในแบบคงความมีชีวิต (Vital Pulp Therapy) ของฟันถาวร และบริการรักษาผู้ป่วยโควิด

OP-ทั่วไป : การคำนวณอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (1,344.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวระดับจังหวัด = A + B

A

80% (1,075.52 บาทต่อผู้มีสิทธิ)
adjusted ระดับจังหวัด โดย ±ไม่เกิน10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ

B

20% (268.88 บาทต่อผู้มีสิทธิ.)
ใช้อัตราเท่ากันทุกจังหวัด [B]

1. จำนวนวงเงินรวม = อัตราจ่าย 1,075.52 * UC pop
2. Age Point = ผลรวมของ (UC pop ตามกลุ่มอายุ * cost index ตามกลุ่มอายุ) [คำนวนรายจังหวัด]
3. บาทต่อ age point = จำนวนวงเงินรวม ÷ ผลรวม age point
4. อัตราจ่ายต่อหัวก่อนปรับ ± 10% = (age point * บาทต่อ age point) ÷ UC pop) [คำนวนรายจังหวัด]
5. อัตราจ่ายต่อหัวหลังปรับ ± 10% [A] = ปรับค่าต่อหัวขั้นต่ำให้ได้ไม่น้อยกว่า -10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ โดยปรับจังหวัดที่อัตราสูงลงตามสัดส่วน จนไม่เกินจำนวนวงเงินรวม [จะมีบางจังหวัดได้เท่าข้อ 4]

OP cost index	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< ๓	๓ -๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	>๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๔๖๔	๐.๓๖๔	๐.๓๐๖	๐.๔๐๗	๐.๗๘๙	๑.๓๔๘	๑.๙๗๒	๒.๓๕๑

การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐ ปี 66

บริการผู้ป่วยนอก

ประเภท	การบริการ	งบประมาณ
OP Hmain	**บริการผู้ป่วยนอก ในหน่วยบริการประจำ รักษาทุกกรณี ทุกอาการ**	**เหมาจ่ายรายหัว**
OP Refer	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีรักษาส่งต่อการหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า	• ภายในจังหวัด จาก**งบเหมาจ่ายรายหัว** บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด • ข้ามจังหวัดจ่ายตามจริง จาก**งบเหมาจ่ายรายหัว** บัญชีเสมือน Virtual account 1600 บาท+ OP Refer ระดับประเทศ
OP AE	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	• ภายในจังหวัด จาก**งบเหมาจ่ายรายหัว** บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด • ข้ามจังหวัด จ่ายตามจริง จาก OPAE กองทุนกลางระดับประเทศ
OP Anywhere	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีเหตุสมควร	• ภายในจังหวัด จาก**งบเหมาจ่ายรายหัว** บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด หน่วยบริการตามประกาศ จ่ายตามจริง fee schedule • ข้ามจังหวัด กองทุนกลางระดับประเทศ OP Anywhere หน่วยบริกรปฐมภูมิ จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท หน่วยบริการระดับโรงพยาบาล จ่ายตามจริง fee schedule with point system

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
1. ผู้ป่วยนอก OP ที่เบิกจ่ายจากส่วนกลาง เช่น กรณี OPAE,OP Anywhere, CA Anywhere เป็นต้น	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	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
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
1.1 การรักษา COVID-19	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการรักษา COVID-19 และ long COVID-19 ประเภทผู้ป่วยนอกตามระบบปกติ
	ผู้มีสิทธิ	▪ สิทธิ UC ▪ การจ่ายกรณีตรวจ lab อยู่ในระบบปกติ
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบปกติ ตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
1.2 บริการ OP Anywhere	▪ หลักเกณฑ์เงื่อนไข	▪ บริการ OP ไม่มีหนังสือส่งต่อ ไม่ใช่กรณีนัดหมาย ไม่ใช่อุบัติเหตุฉุกเฉิน ▪ ขยายบริการไปทั่วประเทศ โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะพื้นที่รอยต่อ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยในระบบ UC
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS (ประกาศรายการเพิ่มเติม)
	โปรแกรม	e-Claim
1.3 บริการ OP เขต 13 กทม.	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	มีการบริหารจัดการกรณีผู้มีสิทธิได้รับผลกระทบจากการยกเลิกหน่วยบริการ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยในระบบ UC ในเขต 13 กทม.
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS
	โปรแกรม	e-Claim

บริการผู้ป่วยใน

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

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

(ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 17-28)

ส่วนที่ ๒

บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๗ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ รวมบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว บริการตรวจยืนยันการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องและกรณีผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon) บริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) ในหน่วยบริการ บริการรักษาโรคความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) ด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ iNO บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) และบริการฉุกเฉินภาครัฐ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

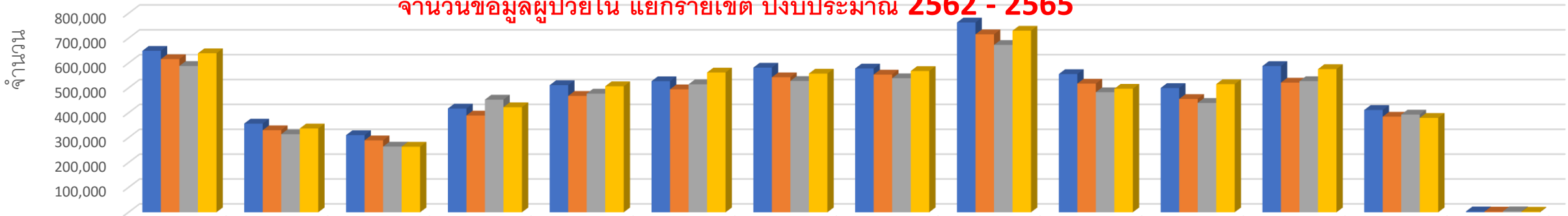
บริการผู้ป่วยใน (IP)

เป็นค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ รวมบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2566 ประกอบด้วยบริการต่างๆดังนี้

- บริการเจ็บป่วยทั่วไปที่หน่วยบริการประจำ
- บริการด้วยเงื่อนไขการรับ ส่งต่อผู้ป่วยใน
- บริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ รวมกำลังพลสำรอง ทหารเกณฑ์ (ทหารบก) อาสาสมัครทหารพราน
- บริการของคนพิการและทหารผ่านศึก
- บริการของทหารเกณฑ์สังกัดทหารเรือ ทหารอากาศ
- บริการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN)
- บริการ Home Ward
- บริการฉุกเฉินภาครัฐ
- บริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น
- บริการในระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง)
- บริการเด็กแรกเกิด
- บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)
- บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day Surgery)
- บริการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery)
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่ว
- บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)
- บริการย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี และกลุ่มหน่วยบริการที่ประสงค์จะแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ
- บริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
- บูรณาการ Intermediate care 4 กลุ่มโรคร่วมกับบริการฟื้นฟูและแพทย์แผนไทย

ข้อมูลการส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2562-2565

จำนวนข้อมูลผู้ป่วยใน แยกรายเขต ปีงบประมาณ 2562 - 2565



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	อื่นๆ
ปี 2562	649,371	356,661	310,093	417,038	511,180	527,069	581,636	578,087	763,270	555,699	499,609	588,078	411,335	3,549
ปี 2563	615,909	329,963	289,253	389,038	468,131	494,589	542,900	553,784	715,554	517,381	455,704	521,442	384,417	2,927
ปี 2564	588,352	314,009	264,131	453,019	477,159	514,654	527,989	539,059	672,931	482,772	439,793	527,374	392,941	3,980
ปี 2565	639,504	337,048	263,639	422,480	506,781	562,158	557,693	568,033	730,195	496,820	515,204	575,772	379,560	2,453

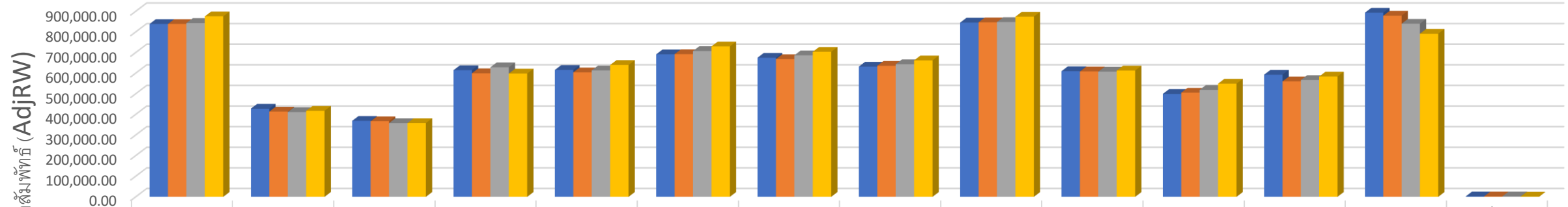
จำนวนข้อมูลผู้ป่วยใน หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2562 - 2565

	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด	กาฬสินธุ์	รวม
ปี 2562	231,376	102,466	128,820	118,974	581,636
ปี 2563	216,384	97,467	120,520	108,529	542,900
ปี 2564	211,652	92,617	121,194	102,526	527,989
ปี 2565	215,538	99,227	131,026	111,902	557,693

ที่มา : https://eclaim.nhso.go.th/ เมนู MIS รายงานข้อมูลผู้ป่วยใน

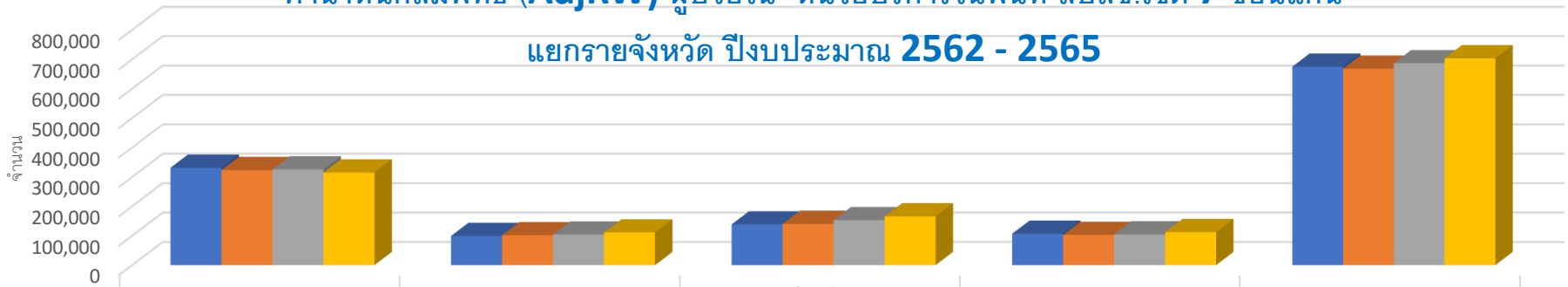
ข้อมูลการส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2562-2565

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) ผู้ป่วยใน แยกรายเขต ปีงบประมาณ 2562 - 2565



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	อื่นๆ
ปี 2562	838,466.05	427,650.55	368,733.66	614,293.13	615,526.98	691,320.09	674,769.99	631,628.31	845,255.27	609,506.42	499,315.11	592,528.32	893,308.67	2,001.53
ปี 2563	838,653.17	413,321.71	366,890.78	599,452.53	603,709.64	691,985.50	667,910.53	635,680.01	846,590.36	608,246.86	505,326.67	560,121.48	878,614.54	1,926.33
ปี 2564	843,258.88	411,140.59	357,534.87	628,316.63	613,434.46	707,265.50	686,509.94	643,337.12	847,904.93	607,393.96	519,020.76	566,798.87	839,667.97	2,171.05
ปี 2565	875,546.97	417,296.55	357,848.03	598,006.16	639,627.62	729,616.04	703,533.26	661,917.34	874,048.03	612,717.13	549,008.29	583,656.16	791,268.03	1,172.99

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) ผู้ป่วยใน หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2562 - 2565

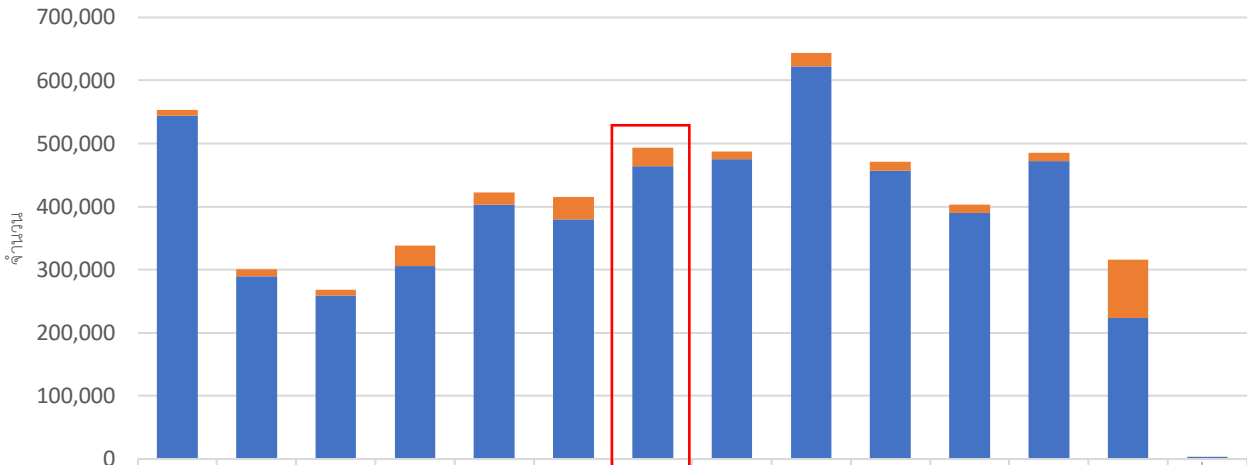


	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด	กาฬสินธุ์	รวม
ปี 2562	330,893	98,988	138,292	106,597	674,770
ปี 2563	323,292	101,629	140,211	102,779	667,911
ปี 2564	325,564	103,861	152,668	104,417	686,510
ปี 2565	314,674	110,935	165,781	112,143	703,533

ที่มา : https://eclaim.nhso.go.th/ เมนู MIS รายงานข้อมูลผู้ป่วยใน

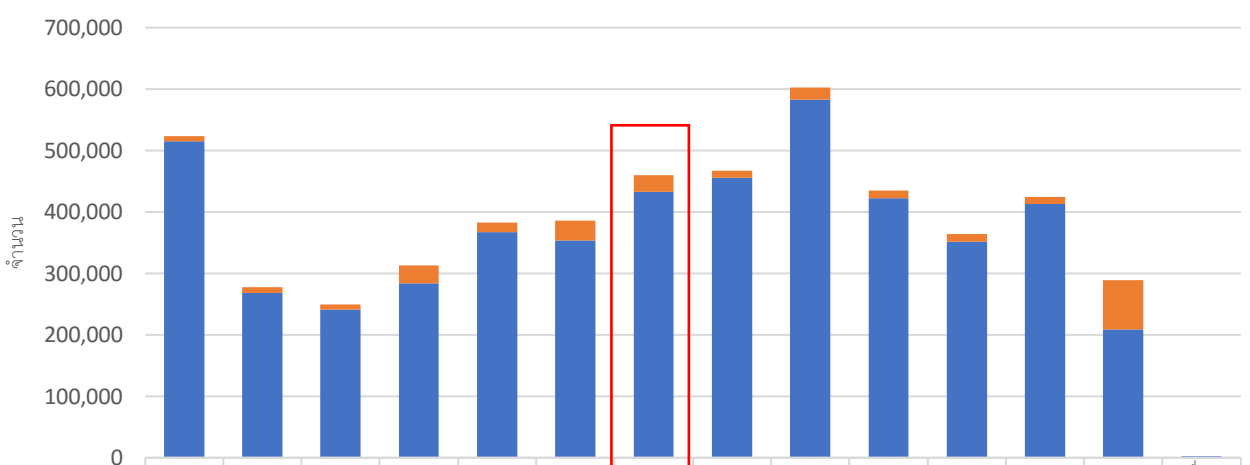
จำนวนการให้บริการ กรณีผู้ป่วยใน
ภายในเขต (IP01) และ นอกเขต (IP02) แยกรายเขต ปีงบประมาณ 2562-2565

ปีงบประมาณ 2562



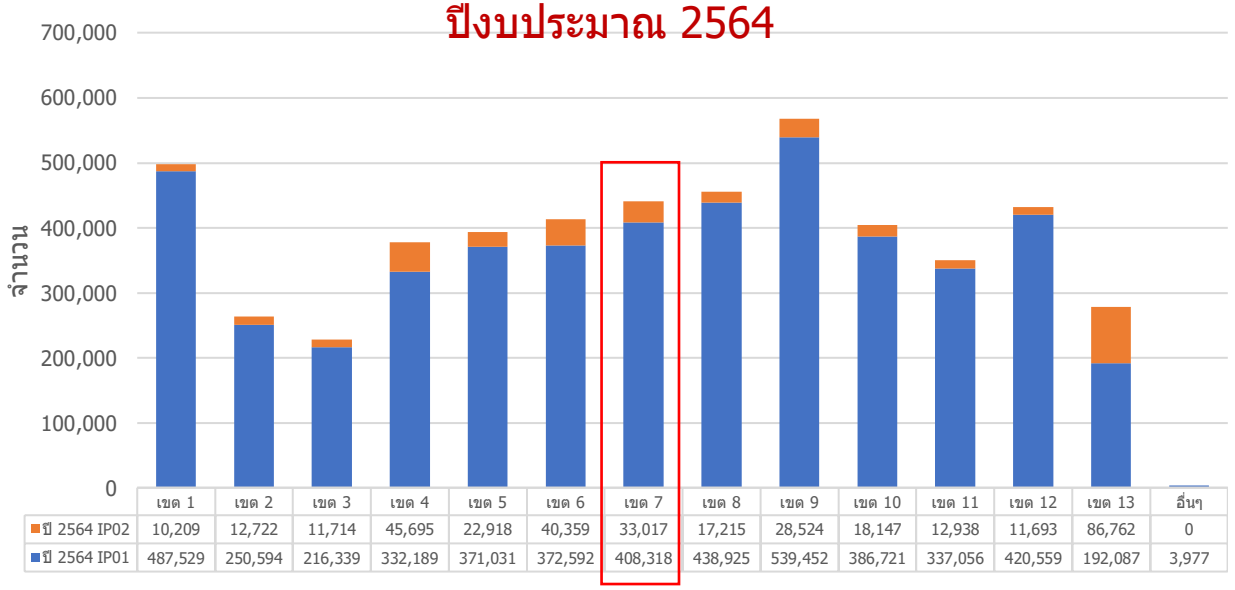
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	อื่นๆ
ปี 2562 IP02	9,296	11,225	8,900	32,609	19,409	35,199	28,466	12,157	21,262	13,674	13,918	13,112	92,170	0
ปี 2562 IP01	544,193	289,828	259,251	306,094	403,226	380,212	464,401	475,164	621,769	457,094	389,589	472,220	223,411	3,549

ปีงบประมาณ 2563



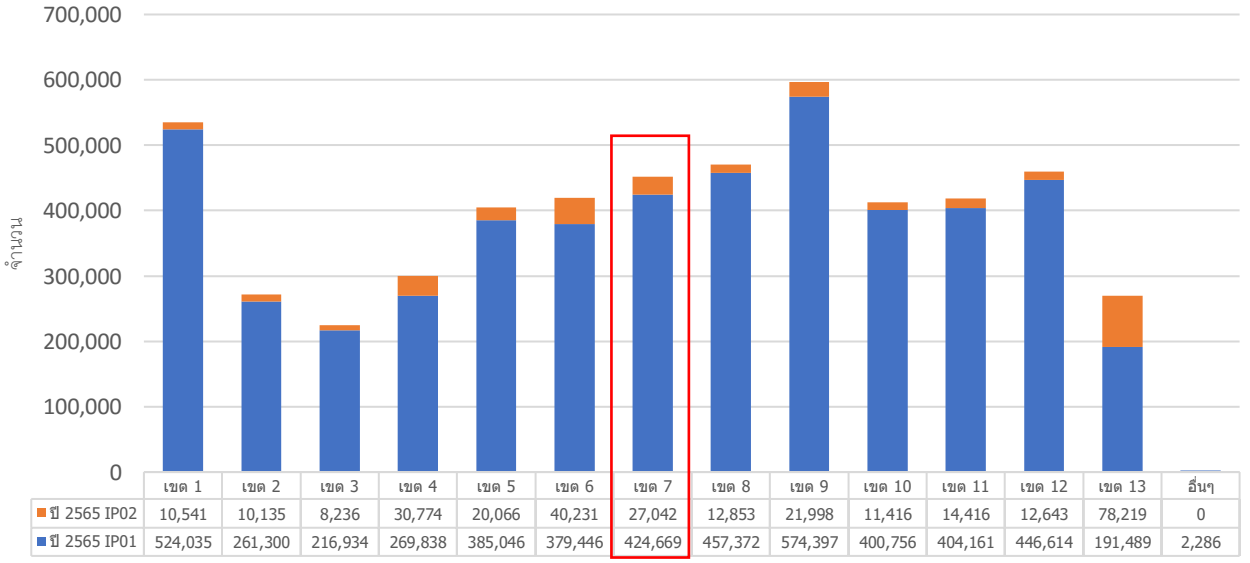
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	อื่นๆ
ปี 2563 IP02	8,136	9,853	8,397	28,899	16,077	31,909	26,957	11,531	19,992	11,964	11,884	11,756	80,121	0
ปี 2563 IP01	515,011	267,720	241,338	283,713	367,015	353,649	432,359	455,111	582,782	422,305	351,494	412,550	208,944	2,926

ปีงบประมาณ 2564



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	อื่นๆ
ปี 2564 IP02	10,209	12,722	11,714	45,695	22,918	40,359	33,017	17,215	28,524	18,147	12,938	11,693	86,762	0
ปี 2564 IP01	487,529	250,594	216,339	332,189	371,031	372,592	408,318	438,925	539,452	386,721	337,056	420,559	192,087	3,977

ปีงบประมาณ 2565



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	อื่นๆ
ปี 2565 IP02	10,541	10,135	8,236	30,774	20,066	40,231	27,042	12,853	21,998	11,416	14,416	12,643	78,219	0
ปี 2565 IP01	524,035	261,300	216,934	269,838	385,046	379,446	424,669	457,372	574,397	400,756	404,161	446,614	191,489	2,286

ที่มา : https://eclaim.nhso.go.th/ เมนู MIS รายงานการให้บริการ IP01 02

20 อันดับ การให้บริการกรณีผู้ป่วยในทั่วไป ภายในเขต (IP01) และ นอกเขต (IP02) ปีงบประมาณ 2564-2565

ลำดับ	โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2564				ปีงบประมาณ 2565			
		จำนวน		AdjRW		จำนวน		AdjRW	
		จำนวน IP01	จำนวน IP02	AdjRW IP01	AdjRW IP02	จำนวน IP01	จำนวน IP02	AdjRW IP01	AdjRW IP02
1	10670 รพ.ขอนแก่น	51,135	3,050	112,548.11	7,477.77	45,533	2,797	99,988.16	5,981.97
2	10708 รพ.ร้อยเอ็ด	45,858	1,678	87,316.09	2,463.21	48,347	1,380	92,670.88	2,282.66
3	10707 รพ.มหาสารคาม	28,057	1,027	49,764.36	1,604.87	30,693	1,082	54,410.35	1,594.17
4	10709 รพ.กาฬสินธุ์	27,856	1,038	47,945.39	1,651.42	29,800	932	51,636.09	1,507.85
5	13777 รพ.ศรีนครินทร์ ม	9,927	8,134	26,237.91	25,073.00	11,025	8,220	28,114.39	26,171.76
6	10998 รพ.ชุมแพ	12,368	1,854	18,462.83	2,415.16	14,395	1,848	22,594.05	2,554.78
7	14584 ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภ	1,873	1,056	13,275.51	7,293.69	1,663	1,005	11,367.18	6,691.11
8	11449 รพร.กุฉินารายณ์	8,290	358	8,154.77	272.00	9,136	312	9,498.83	270.43
9	11070 รพ.สุวรรณภูมิ	7,815	546	6,670.72	436.11	8,390	366	8,967.15	345.82
10	11066 รพ.โพนทอง	6,708	305	6,649.94	243.06	8,224	251	8,161.70	216.37
11	12275 รพ.สิรินธร(ภาคตะ	6,917	322	7,199.63	252.43	6,722	234	7,483.95	240.18
12	11055 รพ.บรบือ	7,087	338	6,800.56	224.94	8,525	280	7,394.43	218.18
13	11002 รพ.บ้านไผ่	6,968	384	6,418.00	267.76	6,700	224	6,210.81	170.24
14	11081 รพ.ยางตลาด	6,700	320	6,354.76	215.06	6,579	187	6,099.64	141.37
15	11061 รพ.เกษตรวิสัย	5,622	516	5,170.93	304.87	6,363	238	6,077.02	190.20
16	11058 รพ.วาปีปทุม	6,501	342	4,576.57	185.15	7,651	190	5,888.43	119.46
17	11445 รพร.กระนวน	7,547	306	5,416.90	194.80	7,082	235	5,775.98	177.43
18	11052 รพ.โกสุมพิสัย	6,960	371	5,430.63	225.18	7,244	201	5,360.04	128.34
19	11057 รพ.พยัคฆภูมิพิสัย	5,965	509	5,048.32	334.33	5,589	362	5,141.46	333.78
20	11000 รพ.น้ำพอง	8,160	284	6,125.18	149.35	6,663	174	5,021.40	107.29

ที่มา : https://eclaim.nhso.go.th/ เมนู MIS รายงานการให้บริการ IP01 02

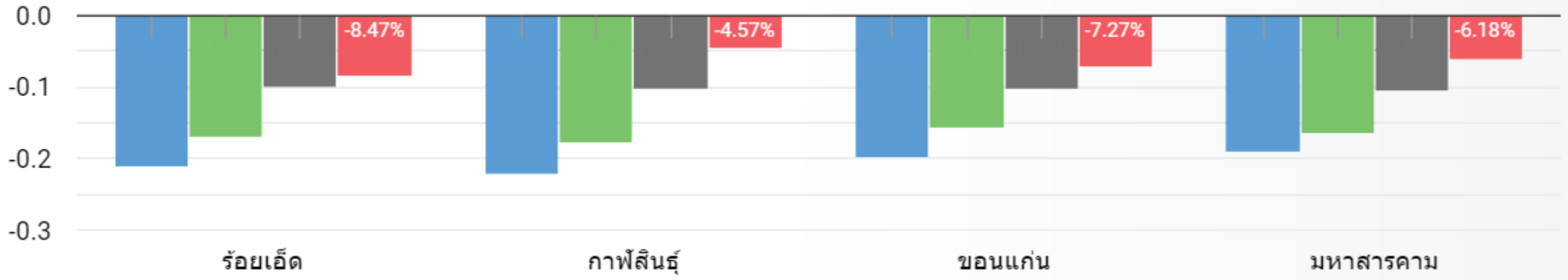
ผลการตรวจสอบข้อมูลหลักการจ่ายชดเชยบริการผู้ป่วยใน สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนและหลังการตรวจสอบเวชระเบียน (ADJRW)

จำนวน รพ.	จำนวนการตรวจสอบ	AdjRw ก่อนตรวจสอบ	AdjRw หลังตรวจสอบ	AdjRw เปลี่ยนแปลง	ร้อยละAdjRWเปลี่ยนแปลง
80	68,080	91,482.53	78,126.92	-13,355.62	-14.60

ปีที่ตรวจสอบ	จำนวนตรวจสอบ	AdjRw ก่อนตรวจสอบ	AdjRw หลังตรวจสอบ	AdjRw เปลี่ยนแปลง	ร้อยละเปลี่ยนแปลง
2562	18,000	26,847.11	21,329.96	-5,517.15	-20.55
2563	18,534	25,864.67	21,572.38	-4,292.29	-16.60
2564	19,398	25,362.32	22,737.54	-2,624.78	-10.35
2565	12,148	13,408.43	12,487.04	-921.39	-6.87

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนและหลังการตรวจสอบเวชระเบียน (ADJRW)



การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA)

0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับ การสรุปการวินิจฉัยและ การสรุปหัตถการใน discharge Summary

1 Principal diagnosis :PDx

1a Missing principal diagnosis : ไม่สรุป Pdx.

1b Incorrect principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่ถูกต้อง

1c Non-specific principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจง

2 Secondary diagnosis (co-morbidity and complication) : SDx

2a Missing secondary diagnosis (SDx) : ไม่สรุป SDx

2b Incorrect secondary iagnosis (SDx) : สรุป SDx ไม่ถูกต้อง (รวมกรณีที่สรุป other diagnosis เป็น SDx หรือสรุป SDx เป็น other diagnosis)

2c Non-specific secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx ไม่เฉพาะเจาะจง

2d Unjustified secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx. โดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน

3 Procedure : หมายถึง OR procedure หรือ non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย

3a Missing procedure : ไม่สรุป procedure

3b Incorrect procedure : สรุป procedure. ไม่ถูกต้อง

3c Non-specific procedure: สรุป procedure ไม่เฉพาะเจาะจง

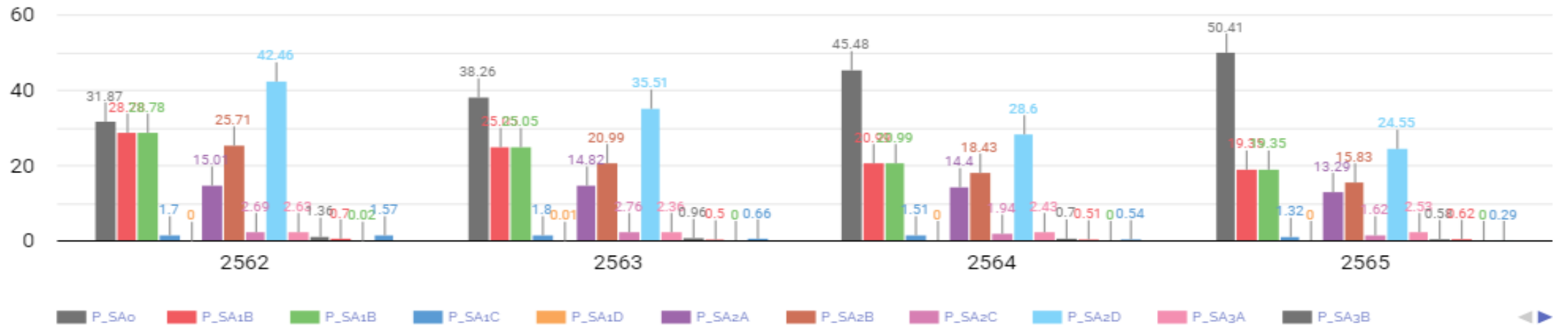
3d Unjustified procedure : สรุป procedure โดยไม่พบหลักฐานการทำหัตถการในเวชระเบียน

5 Not-summarized (no sign): หมายถึงไม่มีการสรุปเวชระเบียน ให้ยุติการตรวจสอบ ถือเป็นกรณีผิดเงื่อนไขตามแนวทางพิจารณาเอกสารผู้ป่วยในข้อ 2.2

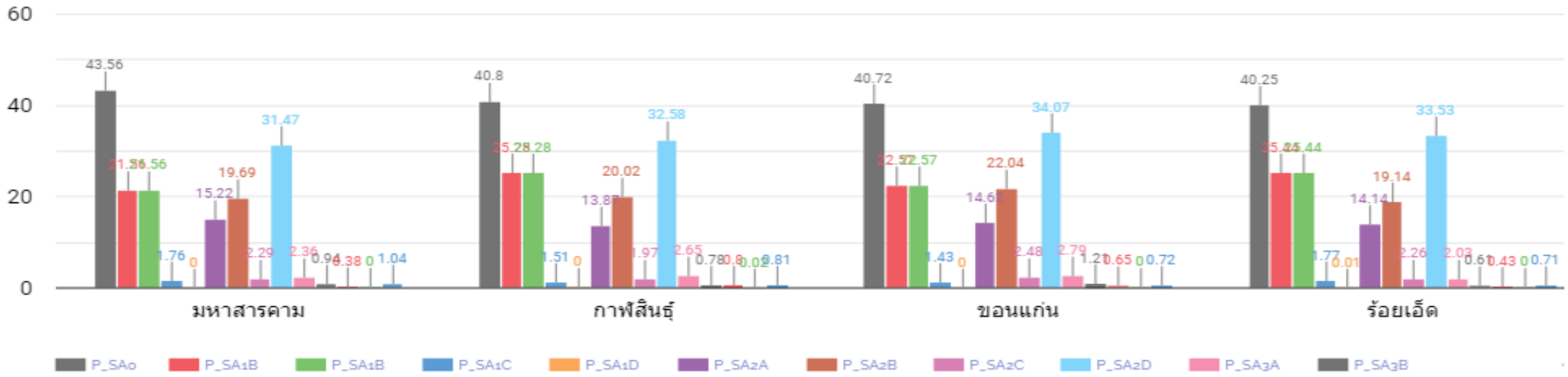
6 Other problem : ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยหรือหัตถการ ของ doctor และ auditor ต่างกัน เช่น ลายมืออ่านไม่ออก เขียนไม่ชัด หรือสรุปโรคกำกวม ใช้คำย่อที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลายโดยทั่วไป

การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA)

ร้อยละการประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) แยกรายข้อ แยกตามปีที่ตรวจสอบ

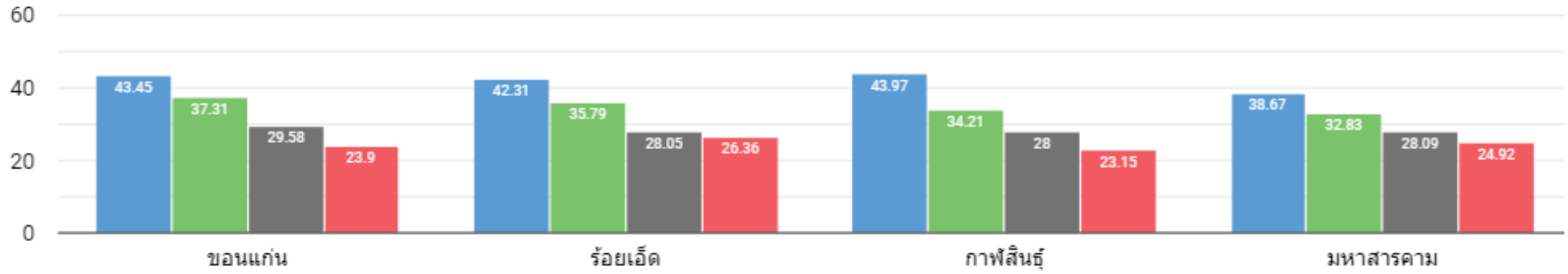


ร้อยละการประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) แยกรายข้อ รายจังหวัด

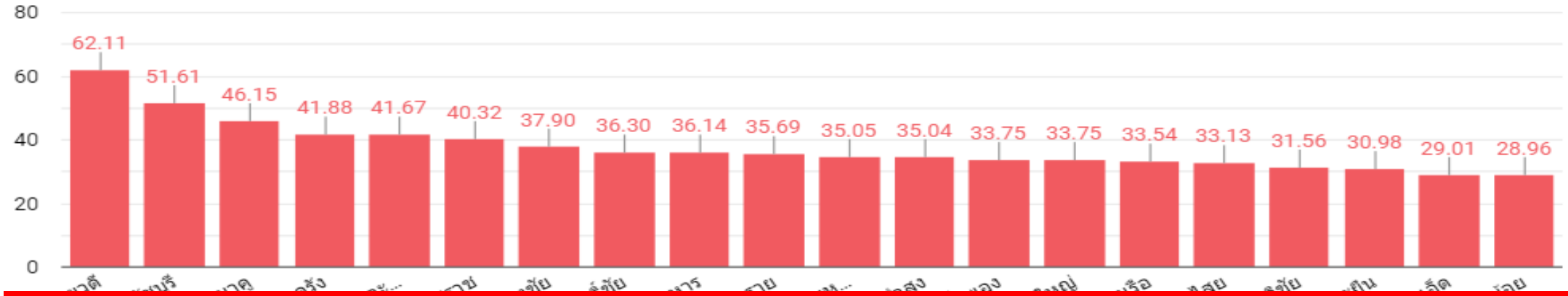


SA 2D : Unjustified secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx. โดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน

ร้อยละการประเมินการสรุปของแพทย์ SA 2D แยกตามปีที่ตรวจสอบ แยกรายจังหวัด



ร้อยละการประเมินการสรุปของแพทย์ SA 2D รายโรงพยาบาล ปี 2565



การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA)

0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ

1 Principal diagnosis code (PDx)

1b Incorrect principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

1c Non-specific principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

2 Secondary diagnosis code (co-morbidity and complication) : SDx

2a Missing secondary diagnosis code (SDx) : ไม่ให้รหัส SDx

2b Incorrect secondary diagnosis code (SDx) : ให้รหัส SDx ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (รวมกรณีที่ให้รหัส other diagnosis เป็น SDX หรือให้รหัส SDx เป็น other diagnosis)

2c Non-specific secondary diagnosis code (SDx) : ให้รหัส SDx ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

2d Unjustified secondary diagnosis code (SDx) : เพิ่มรหัส SDx โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

3 Procedure code หมายถึง OR procedure หรือ non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย

3a Missing procedure code : ไม่ให้รหัส procedure

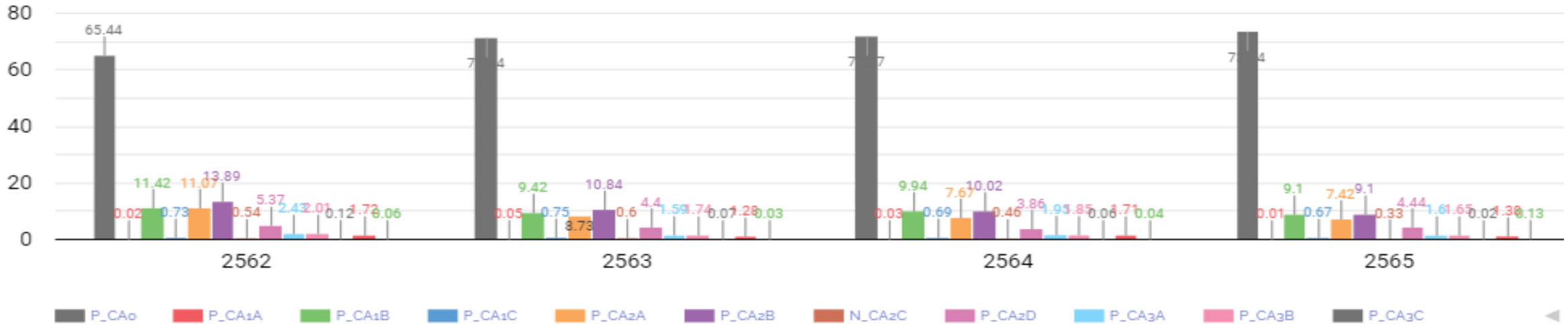
3b Incorrect procedure code : ให้รหัส procedure ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัส หัตถการ

3c Non-specific procedure code : ให้รหัส procedure ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสหัตถการ

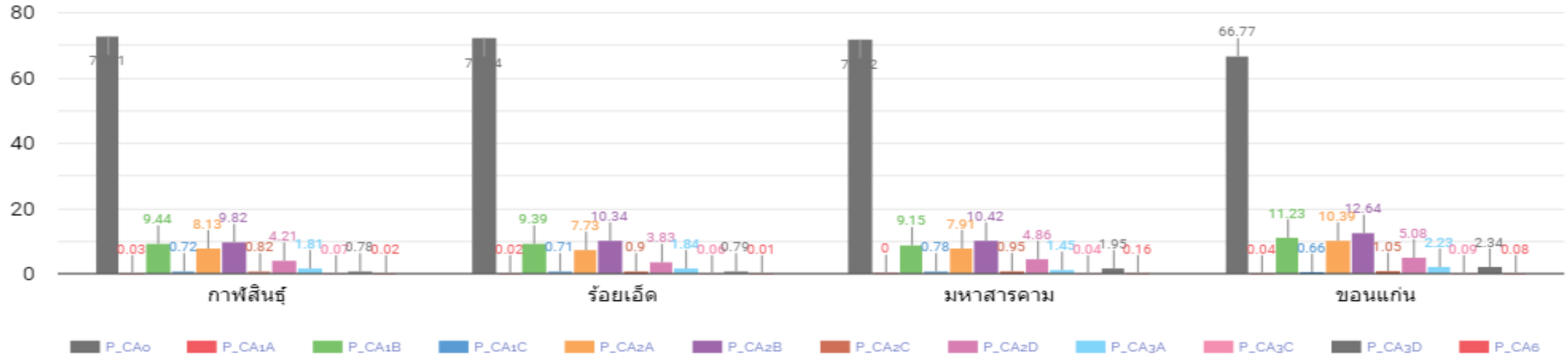
3d Unjustified procedure code: เพิ่มรหัส procedure โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA)

ร้อยละการประเมินการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA) แยกตามปีที่ตรวจสอบ

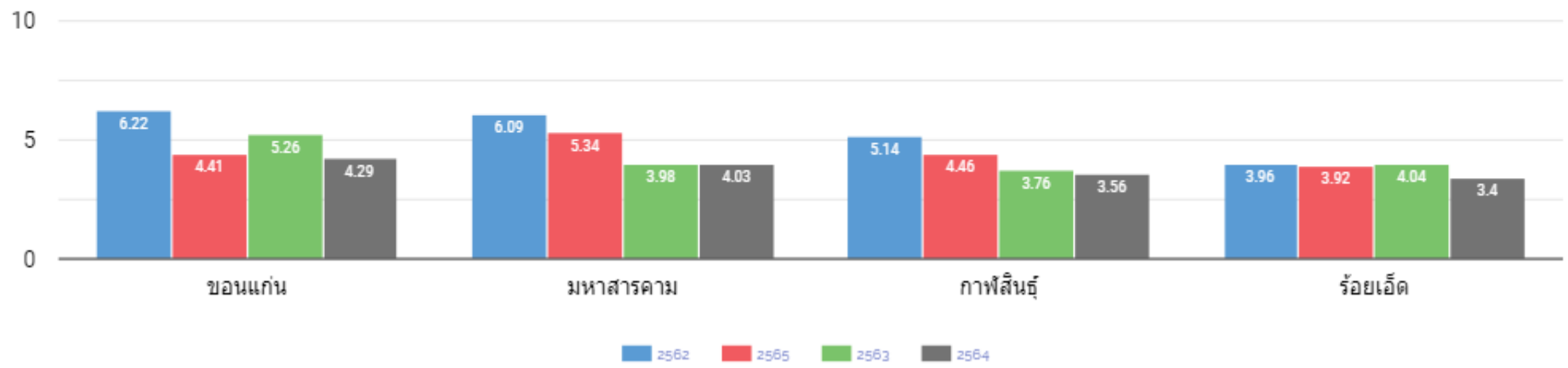


ร้อยละการประเมินการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA) รายจังหวัด

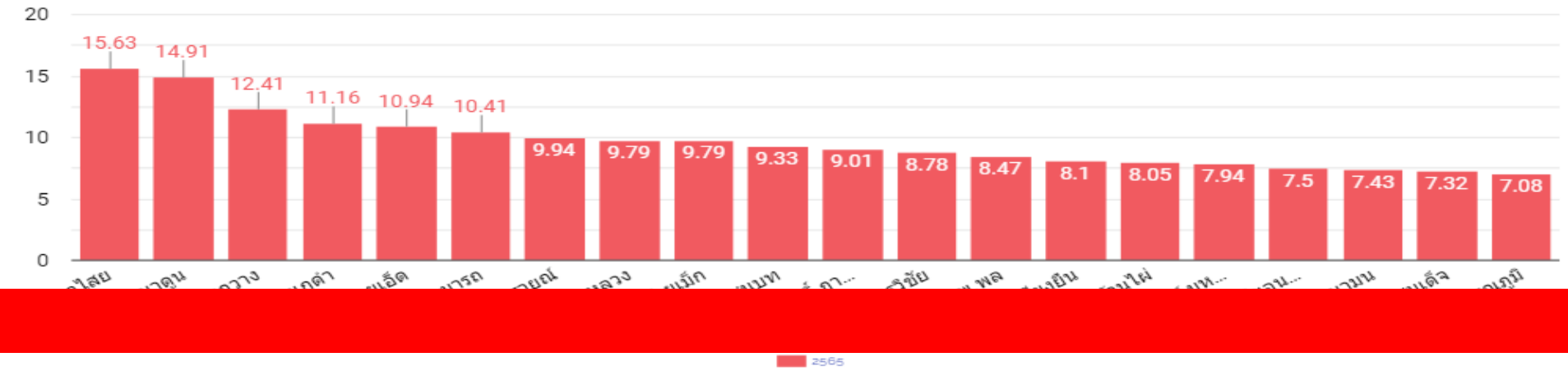


CA 2D : Unjustified secondary diagnosis code (SDx) : เพิ่มรหัส SDx โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

ร้อยละการประเมินการให้รหัส **CA 2D** แยกตามปีที่ตรวจสอบ แยกรายจังหวัด



ร้อยละการประเมินการให้รหัส **CA2D** รายโรงพยาบาล ปี 2565



เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย ในปัจจุบัน

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2566

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,477.01 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ.
บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย :
- เพิ่มเติม ให้บริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,350 บาทต่อ adjRW หากไม่พอ จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มีตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด

ส่วนที่เหลือ
Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย : คงใช้ DRG v5 ที่มีการปรับปรุง
1. จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่น บริการข้ามเขต บริการเด็กแรกเกิด สำรองเตียง การใช้บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ORS) เป็นต้น
2. จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต
   - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
   - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW หากงบไม่พอจ่ายเท่าที่งบมีอยู่

❖ เฉพาะกรณีการใช้บริการในเขต
- สังกัดอื่นจัดสรรตามการประมวลผลปกติ
- สป.สธ. คำนวณอีกครั้งโดยมีการกันเงิน และถ่วงน้ำหนักค่าK

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย IP

กรณีในเขต	กรณีข้ามเขต
▪ ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน(sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ▪ จ่ายชดเชยเบื้องต้นในอัตรา 8,350 บาท/AdjRW ▪ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ▪ หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง	หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง) อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้กับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น อัตราจ่ายไม่เกิน 9,600 บาท/AdjRW

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
1.บริการผู้ป่วยใน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	▪ คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs v.5 ▪ คำนวณ Base Rate รายเดือน ▪ จ่ายตามวันที่ส่งข้อมูล (Sent Date) ▪ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จัดสรรในลักษณะค่า K ให้กับหน่วยบริการ ▪ ยังคงใช้ข้อมูลผลงานระหว่าง มค.62 - ธค.62 เป็นตัวแทนในการคำนวณ Global budget ระดับเขต เนื่องจากสะท้อนผลงานจริง โดยไม่มีผลกระทบจากบริการ Covid
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	▪ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงหน่วยงานรัฐ) ▪ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
	โปรแกรม	e-Claim

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
2. บริการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<u>บริการใหม่ </u>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจากภาวะ PPHN ▪ บริการรักษาผู้ป่วยทารกที่มีความดันปอดสูงแต่กำเนิด ▪ จ่ายให้หน่วยบริการที่สามารถให้บริการด้วยการใช้ก๊าซไนตริกออกไซด์
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	▪ เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพรักษาผู้ป่วยทารกที่มีความดันปอดสูงแต่กำเนิดด้วยการใช้ก๊าซไนตริกออกไซด์
	อัตราจ่าย	ตามระบบ DRGs ในอัตรา 12,000 บาท/AdjRW
	โปรแกรม	e-Claim

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
3. บริการ Home Ward	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) เฉพาะบริการในเขต 2) มีระบบการ Authentication เมื่อรับบริการ IP ที่บ้าน (ผ่าน AMED) 3) 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) 4) นับจำนวนวันนอนแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ รวมถึงในสถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-เฉพาะหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปภาครัฐ ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด -หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบฯ ต้องผ่านการประเมิน ODS (ได้รับรองจากกก.กรมการแพทย์)
	อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบ DRGs บริการภายในเขต ในอัตราเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW
	โปรแกรม	e-Claim ร่วมกับโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยที่บ้านได้ (โปรแกรม AMED)

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
4. บริการฉุกเฉินภาครัฐ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<u>บริการใหม่</u> เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการเข้ารับบริการฉุกเฉินในหน่วยบริการภาครัฐโดยไม่มีอุปสรรคการจ่ายค่าใช้จ่าย ▪ บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รักษาในหน่วยบริการภาครัฐ ▪ จ่ายเพิ่มเติมตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนดภายใน 24 ชม.แรก เพิ่มเติมจากระบบ DRGs
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	จ่ายเฉพาะหน่วยบริการ UHOSNET 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

5. บริการสำรองเตียง

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	▪ สถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และได้ลงนามในข้อตกลงการให้บริการร่วมกันกับ สปสช. ตามเงื่อนไขที่กำหนด ▪ ปรับอัตราจ่ายกรณีบริการเดียวกันให้เป็นอัตรากลางเดียวกันในทุกเขตทุกหน่วยบริการ ได้แก่ 1)บริการทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย 2)บริการผ่าตัดสมอง 3)ผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน /สถานบริการอื่นที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง
อัตราจ่าย	อัตราที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขต (กำหนดอัตรา ไม่เกิน 15,000 บาท/ adjRW)
โปรแกรม	e-Claim

6. บริการเด็กแรกเกิด

เงื่อนไขและอัตราจ่ายฯ

1

เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย

จ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อ AdjRW

2

เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือ เด็กแรกเกิดที่ป่วย <u>ที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไข</u>

อัตราจ่าย 12,000 บ. / AdjRW

3

เด็กแรกเกิดที่นอกเหนือจาก 1 และ 2

จ่ายในอัตราภายในเขต โดยจ่ายเบื้องต้น 8,350 บ./ AdjRW

หมายเหตุ : เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

7. บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

คุณสมบัติหน่วยบริการ Home Chemotherapy

1. ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านเคมีบำบัดระดับที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. มีศักยภาพการให้บริการตามคู่มือการให้บริการสำหรับการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน(home chemotherapy) โดยคณะกรรมการจัดตั้งหน่วยบริการและคู่มือการให้บริการสำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy)

3. ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy)

อัตราจ่าย

จ่ายตาม DRGs ใช้ RW X Rate

โดยจ่ายจากกองทุน IP ระดับเขต

ในเขต = 8,350 บ/RW

ข้ามเขตอัตรา 9,600 บ/RW

118

หน่วยบริการ สป.สธ.

ไม่ต้องใช้ค่า K ในการคำนวณ

8. บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

หลักเกณฑ์

1. เป็นการบริการที่มีวันนอนตั้งแต่ 2 ชม.-24 ชม.
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมี D/C type = 1 (Approval)
3. เป็นบริการตามรายการโรค และ หัตถการที่กำหนด
4. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพตามที่กำหนด

เงื่อนไขและอัตราการจ่าย

1. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG v. 5)
2. จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)
3. จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต IP

อัตราจ่าย : ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW

ข้ามเขต - จ่าย 9,600 บาท/RW

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 2566

เพิ่มรายการบริการ ODS จำนวน 2 กรณี รวม 67 บริการ โดยบริการที่เพิ่มใหม่ ได้แก่

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

ขึ้นทะเบียน โดยกรมการแพทย์ (ผ่านเขตสุขภาพ)

โรคและหัตถการ One Day Surgery ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2564

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 มกราคม 2561	1 มกราคม 2562	1 มกราคม 2563	1 มกราคม 2564
1. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) 2. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele) 3. โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) 4. ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) 5. หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขอด (Esophageal varices, Gastric varices) 6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture) 7. มะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor) 8. ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp) 9. นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone) 10. นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone) 11. ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture) 12. ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)	1. สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract) 2. การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision) 3. การทำหมันแห้งในผู้หญิง (Female sterilization) 4. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation) 5. ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano) 6. ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess) 7. ฝีเต้านม (Breast abscess) 8. นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone) 9. นิ่วในท่อไต (Ureteric stone) 10. นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone) 11. ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture) 12. แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)	1.ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy) 2. การส่องกล้องโพรงมดลูก (Hysteroscopy) 3. การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger) 4. การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass) 5. ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (Simple Mastectomy) 6. การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด (Breast Conservative Surgery) 7. ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)	1. การตัดนิ้วเท้าในแผลเบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic foot With gangrene) 2. การปลูกถ่ายผิวหนังใน Granulation Wound 3. การทำผ่าตัดเส้นเลือดขอด (Varicose vein) 4. การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis) 5. การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy) 6. การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele) 7. การผ่าตัดปะแก้ว เพื่อรักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media) 8. การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue) 9. การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate) 10. การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's

กลุ่มโรค ODS ที่เพิ่มในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 20 รายการ

1) การส่องกล้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)
2) EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) pancreas
3) EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) liver
4) การฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียงการฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)
5) การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียง (Endoscopic laryngeal surgery)
6) การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)
7) การวางสาย Tenckhoff catheter
8) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในผู้ป่วย Fit test positive
9) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า
10) การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)
11) การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อบุตา (Trabeculectomy)
12) การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปใต้เยื่อบุตา (Tube shunt surgery)
13) การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)
14) การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery)
15) การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)
16) การผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อน (Rhytidectomy/Blepharoplasty)
17) การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)
18) การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอารีบอดี (Cyclophotocoagulation)
19) ผ่าตัดทำลายเยื่อบุตาและผ่าตัดตัดแต่งเยื่อบุตา
20) ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic cholecystectomy,

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 2566

เพิ่มรายการบริการ ODS จำนวน 2 กรณี รวม 67 บริการ โดยบริการที่เพิ่มใหม่ ได้แก่

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

9. บริการผ่าตัดส่องกล้องแบบ MIS

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

ปีงบฯ 2566 รวม 18 รายการ

1. เฉพาะหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพให้บริการ MIS (รายบริการ) ขึ้นทะเบียน โดยกรมการแพทย์ (ผ่านเขตสุขภาพ)
2. จ่ายตาม DRGs และ ICD10 ของกลุ่มโรคที่กำหนด
3. จ่ายเฉพาะบริการที่ไม่มีโรคร่วม/โรคแทรก (ยกเว้นบริการโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ จะจ่ายกรณีที่มีโรคร่วม)

หมายเหตุ 1. อยู่ระหว่างการจัดทำโปรแกรม PA ภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุพพลภาพ ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยผ่านรับรองศักยภาพให้บริการ

2. กรณีหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินศักยภาพในการให้บริการ MIS บันทึกขอรับค่าใช้จ่ายฯ จะคำนวณจ่ายแบบ IP ปกติ

การคำนวณจ่าย : จ่ายตาม adj.rw โดย adjRW (ราย case) + ค่า K (MIS) อัตราจ่าย : ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW

ข้ามเขต - จ่าย 9,600 บาท/RW

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 2566 เพิ่มรายการบริการ MIS จำนวน 4 รายการ	ค่า K (MIS)
▪ Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplasty	K = 1.8922
▪ Arthroscopic Bankart surgery and labral repair	K = 1.8922
▪ ค่า Radical hysterectomy	
o กรณี Malignant neoplasm of ovary	K= 2.4562
o กรณี Malignant neoplasm of corpus uteri : Endometrium	K= 0.7771
▪ Laparoscopic Prostatectomy and robotic prostatectomy	(การกำหนดค่า K อยู่ระหว่าง re-calibrate ข้อมูล)

โรคและหัตถการ Minimally Invasive Surgery ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2564

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ	1. โรคนิ่วในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดีอักเสบ 2. โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่ 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก	1. โรคนิ่วในถุงน้ำดี และหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ 2. โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่ 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก 5. ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาดและการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูก (ACL & Meniscal injury) 6. โรคถุงน้ำและเนื้องอกที่รังไข่ เยื่อบุและมดลูกเจริญผิดที่ (Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary , endometriosis of ovary) 7. โรคไส้เลื่อน (Lap hernioplasty) 8. โรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity)* **การให้บริการโรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity) ต้องผ่านระบบการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-authorized) ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด*

รายการ Minimally Invasive Surgery

กลุ่มโรค MIS ที่เพิ่มในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 6 รายการ

1) Laparoscopic Nephrectomy
2) การระบายน้ำดี (biliary drainage) ผ่านการส่องกล้องทางเดินน้ำดี (endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)
3) การผ่าตัดผ่านกล้องการวินิจฉัยและตัด ชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ หรือมะเร็งทางนรีเวช
4) Endoscopic sinus surgery using microdebrider
5) Laparoscopic adrenalectomy
6) Laparoscopic appendectomy

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 2566 เพิ่มรายการบริการ MIS จำนวน 4 รายการ	ค่า K (MIS)
▪ Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplasty ▪ Arthroscopic Bankart surgery and labral repair	K = 1.8922 K = 1.8922
▪ ค่า Radical hysterectomy o กรณี Malignant neoplasm of ovary o กรณี Malignant neoplasm of corpus uteri : Endometrium	 K= 2.4562 K= 0.7771
▪ Laparoscopic Prostatectomy and robotic prostatectomy	(การกำหนดค่า K อยู่ระหว่าง re-calibrate ข้อมูล)

10. บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

สิทธิประโยชน์ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการรักษาโรคนิ่ว ทั้ง 3 วิธี โดยอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อ

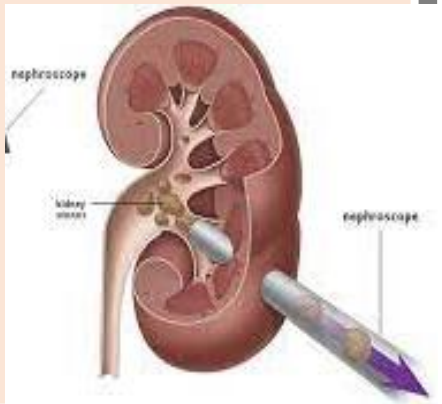
บริการสาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายรวมค่าตรวจ ค่าบริการรักษาภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1. กรณีการรักษานิ่วด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery)
2. การรักษานิ่วในกรวยไตโดยใช้วิธีเจาะผ่านผิวหนัง ส่องกล้องกรอนิ่วในไต (PCNL)

* คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า AdjRW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal

3. การนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ESWL)

- หน่วยบริการภาครัฐ เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่าย ไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี
- หน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อไตหนึ่งข้างที่สำเร็จต่อคนต่อปี



11.กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier reimburse schedule : ORS)

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจโรคร่วมของระบบ DRGs version 5 ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด <u>วิธีการ</u> 1) สปสช.ตรวจสอบข้อมูลบริการ ที่เข้าเกณฑ์ ORS 2) สปสช.แจ้งหน่วยบริการส่งหนังสืออุทธรณ์ข้อมูลพร้อมสำเนาเวชระเบียนภายในเวลาที่กำหนด 3) สปสช. ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / อาจมีการขอเอกสารเพิ่มเติม และพิจารณาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
อัตราจ่าย	▪ Reimburse Ratio รพ. คูณกับความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นฯ (Reimburse ratio ✕ [Loss – (0.5 ✕ OLT)]) ▪ กำหนดเพดาน Reimburse ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
โปรแกรม	e-Claim

12. บริการย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี และกลุ่มหน่วยบริการที่ประสงค์จะแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-บริการของย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ▪ บริการ 3 กลุ่มโรค 1) ไส้ติ่งอักเสบ (เริ่ม 1 พ.ค. 65) 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (เริ่ม 1 ก.ค. 65) 3) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI (เริ่ม 1 ก.ค.65) -บริการในเขตอื่นๆ หากต้องการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ สำหรับการให้บริการมากกว่า 1 หน่วยบริการ สามารถทำความตกลงร่วมกัน และแจ้งผ่าน สปสช.เขต โดยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่ สปสช. กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ตามที่ทำความตกลงร่วมกับ สปสช.
อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบ DRGs *โดยการจ่ายสำหรับการดูแลของหน่วยบริการที่มากกว่า 1 แห่ง จะจ่ายเท่ากับการดูแลในหน่วยบริการแห่งเดียว*
โปรแกรม	e-Claim

13. บูรณาการ Intermediate care 4 กลุ่มโรค ร่วมกับบริการฟื้นฟู และแพทย์แผนไทย

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย ▪ บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (เพิ่มการจ่าย) ▪ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ▪ บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง 2) กำหนดบริการ 4 กลุ่มโรค ▪ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) ▪ กระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (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

โปรแกรมการบันทึกและการประมวลผล

สปสช. รับข้อมูลและประมวลผลการจ่ายในโปรแกรม e-Claim ตามข้อมูลที่ส่งมารายเดือน (Sent date) ดังนี้

ข้อมูลจากหน่วยบริการทั้งหมด : รัฐ และเอกชน

ข้อมูลการ
ให้บริการในปี 2565

ข้อมูลการ
ให้บริการในปี 2566

ประมวลผลการจ่ายตาม
บริการ 65 ใช้เงื่อนไข 65 ใช้งบประมาณในปี 2566
บริการ 66 ใช้งบประมาณในปี 2566

หมายเหตุ : กรณีการให้บริการที่เข้าเกณฑ์กรณีค่าใช้จ่ายสูง(HC) หรือกรณีบริการเฉพาะ หน่วยบริการจะได้รับชดเชยเพิ่มเติมจากกองทุนผู้ป่วยใน

บริการกรณีเฉพาะ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

3. บริการกรณีเฉพาะ ประกอบด้วย

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด

1.2 OP refer ข้ามจังหวัด (เฉพาะที่เกินเพดานที่หน่วยบริการจ่าย)

1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

1.4 สิทธิว่าง และบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ IP-PUC/IPPRCC/SSS

1.5 กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควรฯ

1.6 บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

2.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast tract) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

2.2 Chemo/Radio-OP&IP

2.3 Cataract [all] รวมเลนส์

2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแห่วงเพดานโหว่

2.5 ER คุณภาพ

3. Provider financial risk protection

3.1 Instrument-OP&IP

3.2 PCI /Open Heart/ One page CAG

3.3 บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 3.4 บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

3.5 บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม 3.6 บริการอุปกรณ์รองเท้าเบาหวาน

3.7 Hyperbaric O2-OP&IP

3.8 Corneal transplantation

3.9 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

4.1 ค่าสาร Methadone

4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยากำพร้า)

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

5.1 Thalassemia

5.2 Tuberculosis

5.3 การดูแลแบบประคับประคอง palliative care

5.4 Rare disease

1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

1.1 กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด : (OPAE)

ประกอบด้วยบริการดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงกำลังพลสำรองทหารกองประจำการทหารเกณฑ์ สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพราน
2. ทหารผ่านศึก คนพิการ
3. ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ
4. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่างตามมาตรา 8
5. กรณีเฉพาะอื่น ๆ

เงื่อนไข

1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ
2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) “ทหารผ่านศึก คนพิการ”

เงื่อนไข

1) ทหารผ่านศึก คนพิการที่มีสิทธิตามระบบ UC จะได้รับสิทธิการรักษาโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความจำเป็นทางการแพทย์
2) เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัด ผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำหรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ

หมายเหตุ : ทหารผ่านศึก คนพิการ ที่เข้ารับบริการกรณี OP ที่หน่วยบริการภายในจังหวัด หรือ ที่เข้ารับบริการโดยผ่านระบบส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รักษาจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ
2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAE) "ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ"

เงื่อนไข

1) เป็นทหารเกณฑ์สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ หรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ (หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิพบ SN001 หรือ SP001)
2) เป็นการให้บริการต่างสังกัด (ต่างสังกัดหมายถึงหน่วยบริการทั่วไปรักษาผู้ป่วยสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ) ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม เช่น รพ.พังงา รักษาทหารเกณฑ์ ที่สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือที่อยู่ใน จ.พังงา
3) อาการแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

1.2 กรณี OP Refer ข้ามจังหวัด

ขอบเขตบริการ

1. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จากหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อ หรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ ได้ ยกเว้นกรณีส่งต่อในเขตพื้นที่รอยต่อที่มีพรมแดนติดกัน และสะดวกกว่าการส่งต่อภายในจังหวัดตนเอง ไม่ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด
2. จังหวัดในภูมิภาคที่มี รพ.มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ในจังหวัด (UHOSNET) กรณีที่จำเป็น ต้องส่งต่อจาก รพท./รพศ. ไปยัง รพ.มหาวิทยาลัยในจังหวัด ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด
3. การส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจพิเศษต่าง ๆ ถือเป็นการซื้อบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นถือเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการของหน่วยบริการรับส่งต่อในครั้งนั้นด้วย เว้นแต่จะมีการตกลงเป็นอย่างอื่น

อัตราการจ่าย

สปสช. เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการรับส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อทั้งหมด ดังนี้

1) ใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP cap) ที่จัดสรรให้กับ CUP ตามจ่ายค่ารักษาตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 1,600 บาท ต่อครั้งบริการ (visit)

2) ใช้เงิน OP Refer ตามจ่ายค่ารักษาใน ส่วนเกิน 1,600 บาท (ส่วนเกินจากข้อ 1) ต่อครั้งบริการ (visit)

หมายเหตุ :

สปสช.จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ และ หากเงินรายรับ OP Cap คงเหลือไม่พอหักชำระบัญชี จะหักจากรายรับอื่นๆ ของหน่วยบริการต่อไป

กรณี OP Refer ข้ามจังหวัด (ต่อ)

อัตราการจ่าย

สปสช. เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการรับส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อทั้งหมด ดังนี้

1) ใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP cap) ที่จัดสรรให้กับ CUP ตามจ่ายค่ารักษาตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 1,600 บาท ต่อครั้งบริการ (visit)

2) ใช้เงิน OP Refer ตามจ่ายค่ารักษาใน ส่วนเกิน 1,600 บาท (ส่วนเกินจากข้อ 1) ต่อครั้งบริการ (visit)

จังหวัด	หน่วยบริการส่งต่อ (รพท./รพศ.)	หน่วยบริการรับส่งต่อ (UHOSNET)
ขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	โรงพยาบาลสิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	
	โรงพยาบาลชุมแพ	
ปทุมธานี	โรงพยาบาลปทุมธานี	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
สงขลา	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
	โรงพยาบาลสงขลา	
เชียงใหม่	โรงพยาบาลนครพิงค์	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
นครนายก	โรงพยาบาลนครนายก	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
พิษณุโลก	โรงพยาบาลพุทธชินราช	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

หมายเหตุ : สปสช.จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ และ หากเงินรายรับ OP Cap คงเหลือไม่พอหักชำระบัญชี จะหักจากรายรับอื่นๆ ของหน่วยบริการต่อไป

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณี OP Refer ข้ามจังหวัด (ต่อ)

กรณีที่ 1

ผู้ป่วย
เข้ารับบริการ
ประเภทผู้ป่วยนอก

หน่วยบริการประจำ
ส่งต่อให้หน่วยบริการ
รับส่งต่อ

หน่วยบริการรับส่งต่อ
ในจังหวัด
(รพศ./รพท.)

หน่วยบริการรับส่งต่อ
ข้ามจังหวัด

กรณีที่ 2

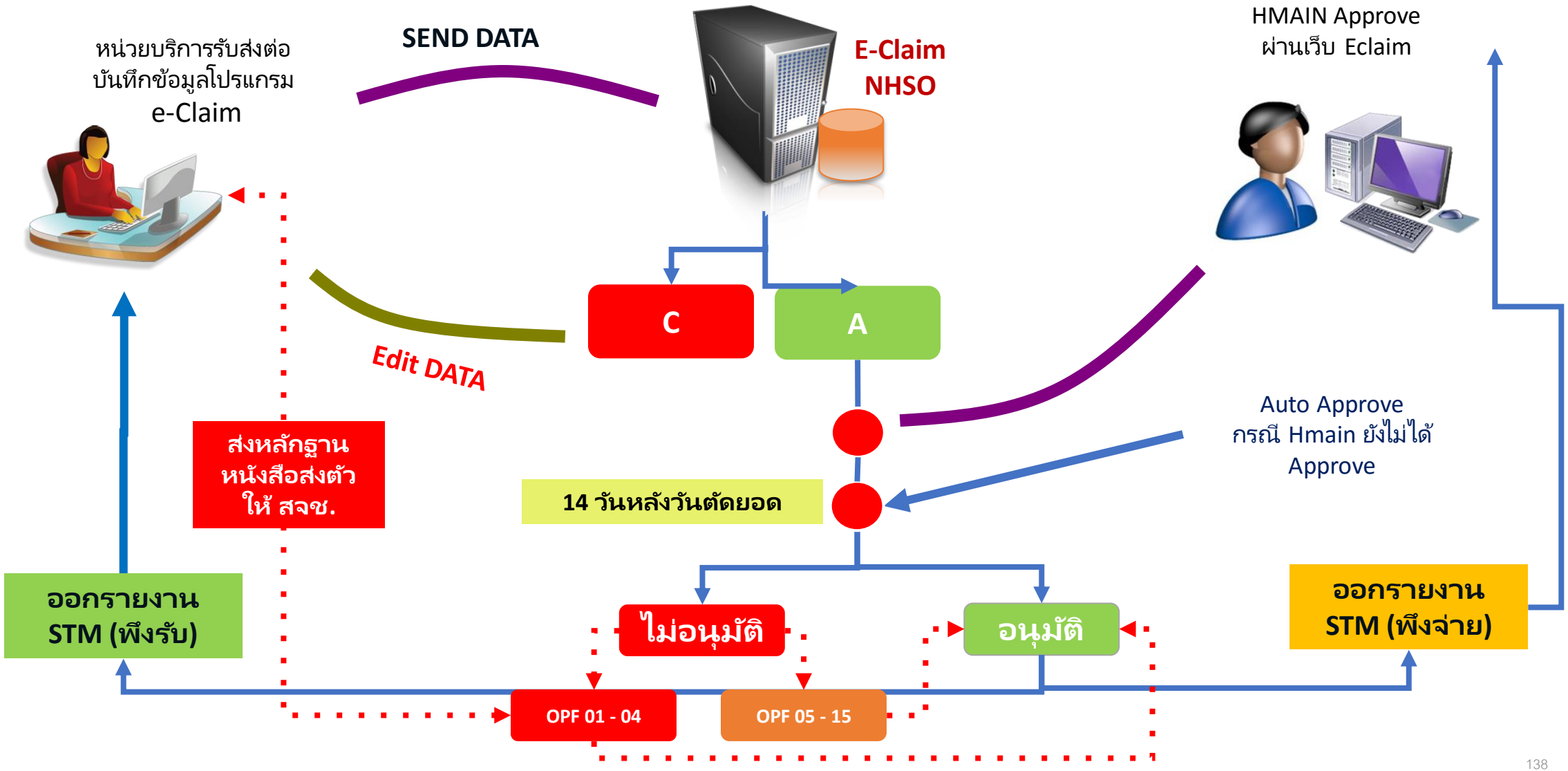
ผู้ป่วย
เข้ารับบริการ
ประเภทผู้ป่วย
นอก

หน่วยบริการประจำ
ส่งต่อให้หน่วยบริการ
รับส่งต่อ

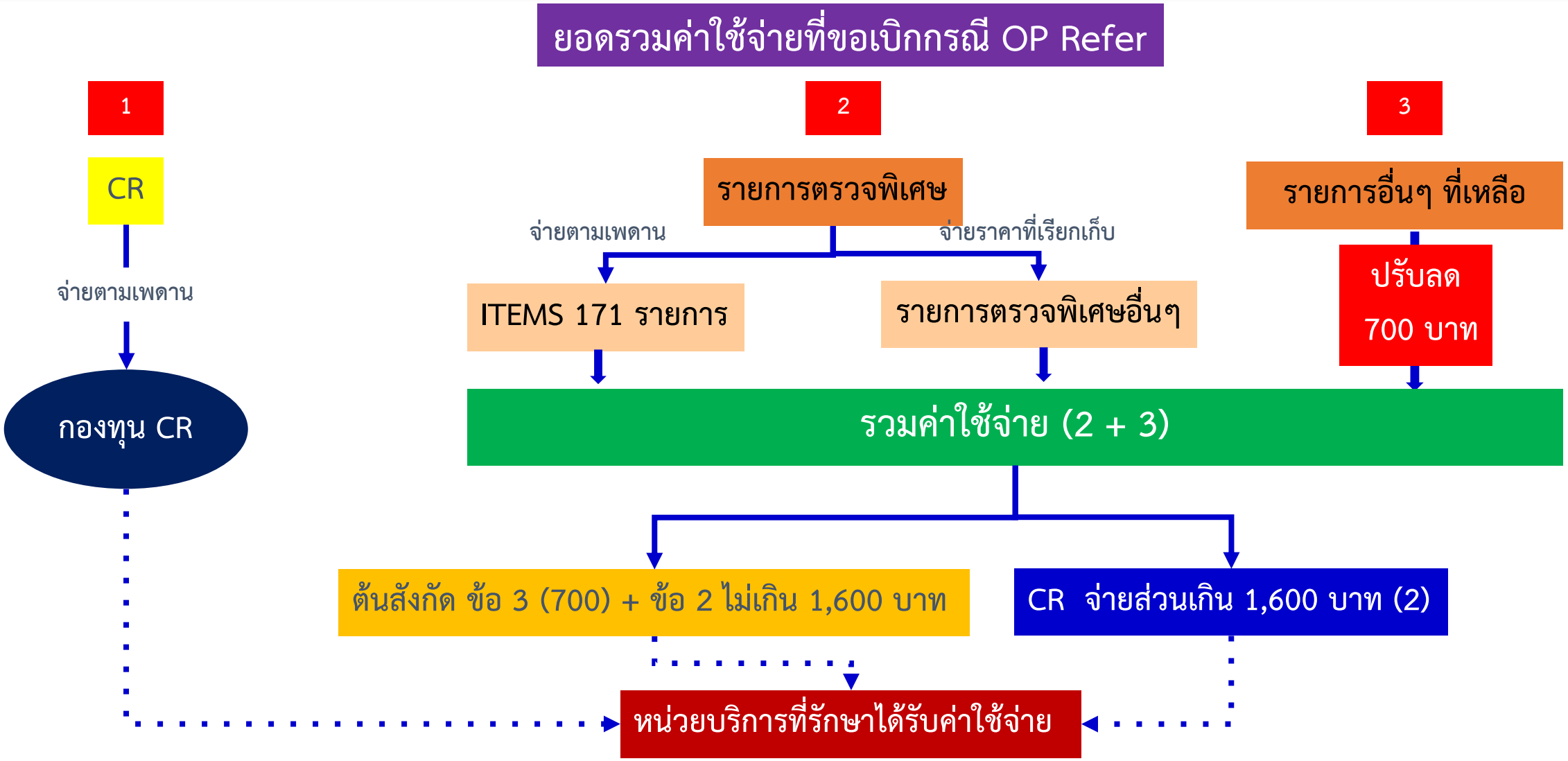
หน่วยบริการรับส่งต่อ
ในจังหวัด
(รพศ./รพท.)

หน่วยบริการรับส่งต่อ
ในจังหวัด
(UHOSNET)

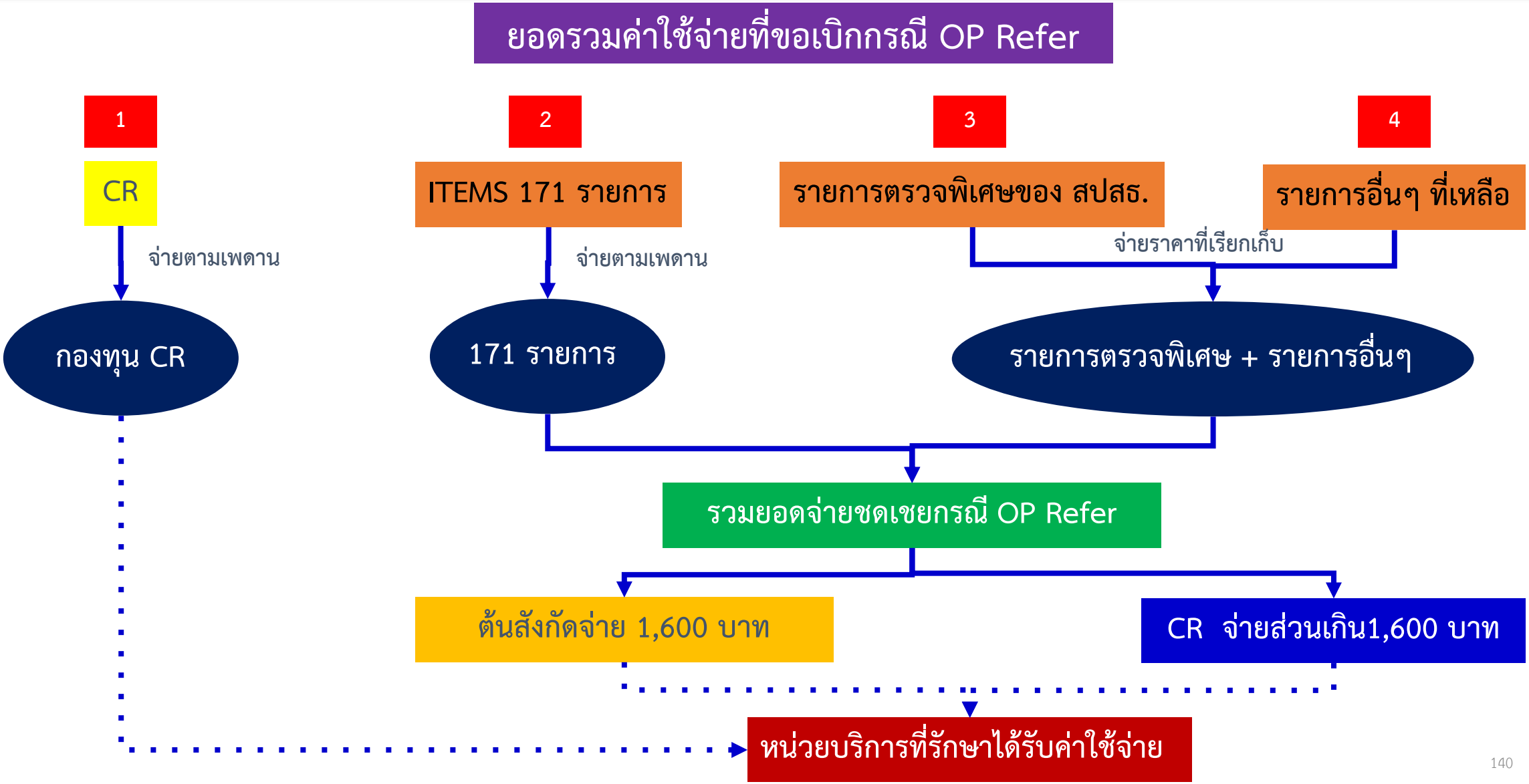
กรณี OP Refer ข้ามจังหวัด (ต่อ)



การประมวลผลจ่ายชดเชย สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.



การประมวลผลจ่ายชดเชย สำหรับหน่วยบริการรัฐนอกและเอกชน



กรณี OP Anywhere

หัวข้อ	ปี 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) มีระบบการ Authentication 2) เข้ารับบริการประเภท OP โดยไม่มีหนังสือส่งตัว ไม่ใช่กรณีนัดหมายและไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก <u>ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ</u> 3) ขยายบริการโดยให้บริการข้ามเขตได้ทั่วประเทศ 4. เพิ่มการเข้ารับบริการในร้านยา และคลินิกเวชกรรม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
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 *<u>หมายเหตุ สำหรับกรณีไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้งสปสช.เป็นรายกรณี</u>*
โปรแกรม	e-Claim

เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

การรับบริการที่ไหนก็ได้เหตุสมควร

ในจังหวัด

รพ.สต./รพช.

- จ่ายตามราคาที่ตกลงกัน
- โดยให้ สสจ. / หน่วยบริการ ทำหน้าที่ในการ Clearing house

รพท./รพศ.

กรณี walk in

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- จ่ายตาม Fee schedule

กรณี OP Refer/OPAE

- เบิกจ่ายตามราคาที่ตกลงกันในจังหวัด

ข้ามจังหวัดในเขต / ข้ามเขต *(ทุกระดับ)

กรณี walk in

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- ปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ประจำ จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท
- ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ปฏิบัติงาน 5 วัน/สัปดาห์ และหน่วยอื่นๆ จ่ายตาม Fee schedule

กรณี OP Refer/OPAE

- เบิกตามเงื่อนไขระบบปกติ

** ยกเลิกเขตพื้นที่รอยต่อ

1.3 กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

เงื่อนไข

กรณี OP เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์ OPAE หรือ สิทธิว่างเท่านั้น

กรณี IP

- ต้องเป็นผู้ป่วยใน จากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทาง
- เบิกค่าใช้จ่ายได้ ทั้งส่งไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า และรับกลับพักฟื้นหน่วยบริการใกล้บ้าน
- ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษ ระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

<u>ค่ารถ</u> : (จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวง)

- กรณีระยะทางไป-กลับ <u>ที่ไม่เกิน 50 กม.</u>

  จ่ายตามจริง ไม่เกิน 500 บาท

- กรณีระยะทางไป-กลับ <u>มากกว่า 50 กม.</u>

  จ่าย 500 บาท + จ่ายเพิ่มอัตรากม.ละ 4 บาท ตามระยะทางไป-กลับ

<u>ค่าเรือ</u> : ขึ้นอยู่กับประเภทของเรือ

อัตราจ่ายสูงสุด ไม่เกิน 35,000 บาท

<u>ค่าเฮลิคอปเตอร์</u> : จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน (ประสานผ่านและได้รับการอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

จ่ายสูงสุดไม่เกิน 160,000 บาทต่อครั้ง

1.4 กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือ สิทธิว่างตามมาตรา 8 แห่ง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) เป็นการเข้ารับบริการของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) อาการแรกรับอาจไม่ฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น

1.5 กรณีเฉพาะอื่น ๆ

(1) การให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม

- กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ (รหัสโครงการพิเศษ Z34003) ไม่รวม การตรวจครรภ์/วางแผนครอบครัว
- กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด (รหัสโครงการพิเศษ Z34007)

(2) ผู้ป่วย สิทธิว่าง เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

- เป็นคนไทย ที่มีสิทธิตาม UC และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น
- มีรหัสโครงการพิเศษ Z75000

5.3 กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน

- เป็นเด็กแรกเกิดที่ เกิดมามีชีวิตก่อน ต่อมาได้เสียชีวิตก่อน ลงทะเบียนฯทั้งนี้ ไม่นับรวมเสียชีวิตในครรภ์
- มีรหัสโครงการพิเศษ : เด็กแรกเกิดเสียชีวิตฯ Z39000

อัตราจ่าย

IPD

- ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม
- สิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน
- เด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน
- ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่าง ตามมาตรา 8

จ่ายตามอัตราเบื้องต้น IP (8,350 บาท/AdjRW)

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการจริง โดยไม่มีการหักเงินเดือน

OPD

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAE)

สปสช.จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด (fee Schedule)

ออกรายงานขออนุมัติโอนเงินให้แก่หน่วยบริการ

1.5 บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7

รายละเอียด	UCEP	Non- UCEP
1. ผู้มีสิทธิ	คนไทยทุกสิทธิ รวมถึงคนต่างชาติ/ต่างด้าวที่มีสิทธิข้าราชการ และ ประกันสังคม	เฉพาะสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนแล้ว
2. ภาวะเจ็บป่วย	เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (เหลือง-เขียว)
3. ระบบการจ่ายเงิน	72 ชม. แรก Fee Schedule หลัง 72 ชม. Fee for Service UCEP Plus กรณีให้การรักษาผู้ป่วย Covid-19 ที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จ่ายตามระบบ Fee Schedule ตั้งแต่ Admit – Discharge	24 ชม. แรก หรือนับตั้งแต่แจ้ง 1330 ครบ 24 ชม. ราคาตามกำหนด หลังแจ้ง 1330 ครบ 24 ชม. Fee for Service
4. ค่าใช้จ่ายที่นำมาตัดออกจากเงินชดเชย	พรบ. + ประกันชีวิต	พรบ.

Flow การเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับ ฯ มาตรา 7

ผู้มีสิทธิ

รพ.เอกชน นอกระบบ

กรณี UCEP Plus

Covid-19 ฉุกเฉินวิกฤติ

จ่ายตามระบบ Fee Schedule ตามบัญชีรายการของ UCEP-Plus ตั้งแต่ Admit-Discharge

ไม่เข้าเกณฑ์กรณี UCEP Plus

UCEP

72 ชม. แรก

จ่าย F/S

Non UCEP

24 ชม. ก่อนแจ้ง ราคาตามเพดาน

ประมวล/ออกรายงานจ่ายชดเชยทุกวันที่ 1 และ 16 ของเดือน และโอนเงินภายใน 15 วัน หลังออกรายงานวมบูรณ์

หลัง 72 ชม.

Fee for service

24 ชม. หลังแจ้ง

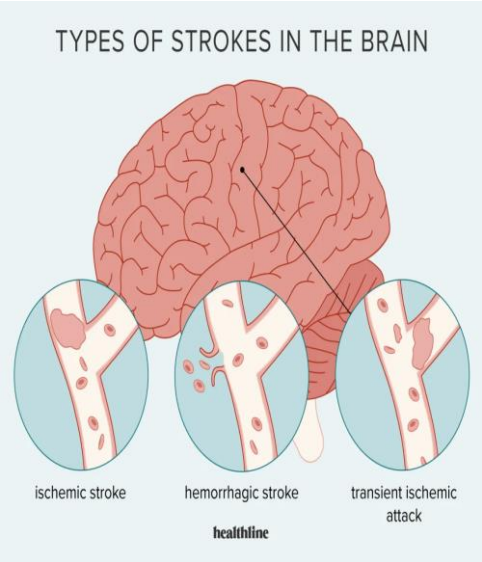
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke)

Stroke หรือ โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย อาจเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำหน้าที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือถึงขั้นเสียชีวิตได้

5 สัญญาณเตือนสำคัญของโรคหลอด

เลือดสมอง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สูญเสียหน้าที่ ดังนี้

1. ชาหรืออ่อนแรงใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน ทำให้มุมปากตก ปากเบี้ยว อมน้ำไม่อยู่ น้ำไหลออกจากมุมปาก
2. สูญเสียการทรงตัว
3. พูดไม่ชัด พูดไม่ออก สับสน นึกคำพูดไม่ออก
4. การมองเห็นมีปัญหาฉับพลัน อาจมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพครึ่งเดียว ตาบอดหนึ่งหรือสองข้าง
5. มีอาการปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน



สาเหตุหลักการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มี 3 ประเภท คือ

1. หลอดเลือดเกิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบได้มากถึง 85%
2. หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณ 15%
3. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วขณะ (Transient Ischemic Attack)

คืออาการโรคหลอดเลือดสมอง แต่อาการเป็นไม่นาน (< 24 ชั่วโมง) แล้วอาการดีขึ้นได้เอง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรพบแพทย์ทันทีเพื่อตรวจวินิจฉัยแยกโรค

วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง สิทธิประโยชน์ UCครอบคลุมทุกวิธี

การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ระยะแรกที่เกิดอาการเส้นเลือดในสมองตีบ แพทย์จะประเมินผู้ป่วย หากมีข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและไม่มีข้อห้าม แพทย์จะให้ยาละลายลิ่มเลือด และตรวจหลอดเลือดสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CTA brain) ในกรณีที่มีหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่อุดตัน แพทย์จะรักษาโดยการใช้สายสวนเข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบและขึ้นไปที่สมอง (endovascular procedure) เพื่อนำเอาลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดออกมา (Mechanical thrombectomy)

กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดที่คอตีบรุนแรง (severe carotid stenosis) และมีอาการของสมองขาดเลือด แพทย์จะรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อนำเอาส่วนของไขมันที่หลอดเลือดออกมา (carotid endarterectomy) หรือการใส่ขยายหลอดเลือดที่ตีบและใส่ขดลวด (carotid angioplasty and stenting)

การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองแตก

1.การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน 2.การผ่าตัดสมอง

3.การสวนหลอดเลือดและใส่ขดลวด (coiling) ในกรณีที่เกิดจากหลอดเลือดโป่งพอง

4. การสวนหลอดเลือดและใช่สารอุดหลอดเลือดที่ผิดปกติ (transarterial/venous embolization) หรือ radiosurgery ในโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (cerebral arteriovenous malformation)

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

1.จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด

2. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

** จะต้องบันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าค่ารักษาพยาบาล**

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา

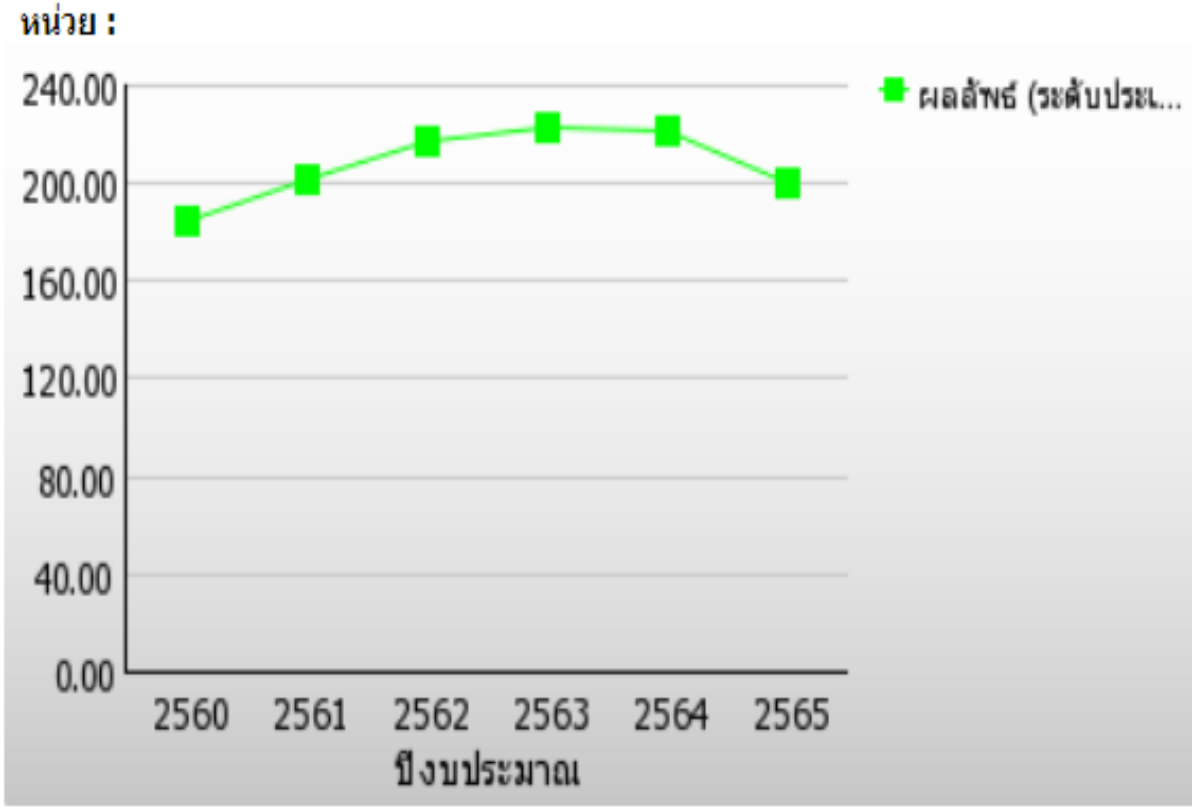
<u>เหมาจ่าย(ค่าฉีดยา/CT/PT)รายละ 49,000 บาท/ครั้ง</u>

ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ
กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator) www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

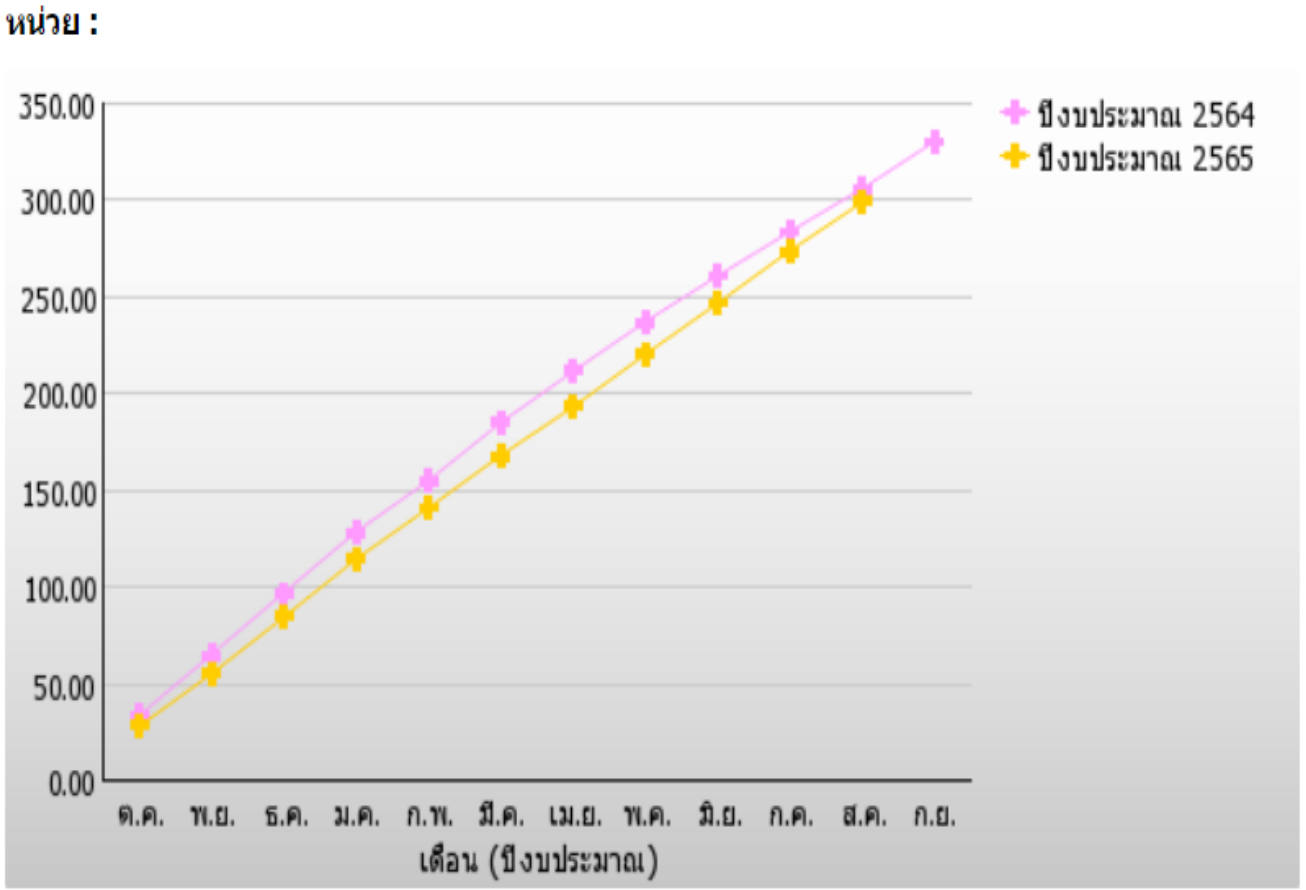
1. **อัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาล**ด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction) อายุ 15 ปี ขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	184.11	202.01	217.58	222.73	221.69	200.72

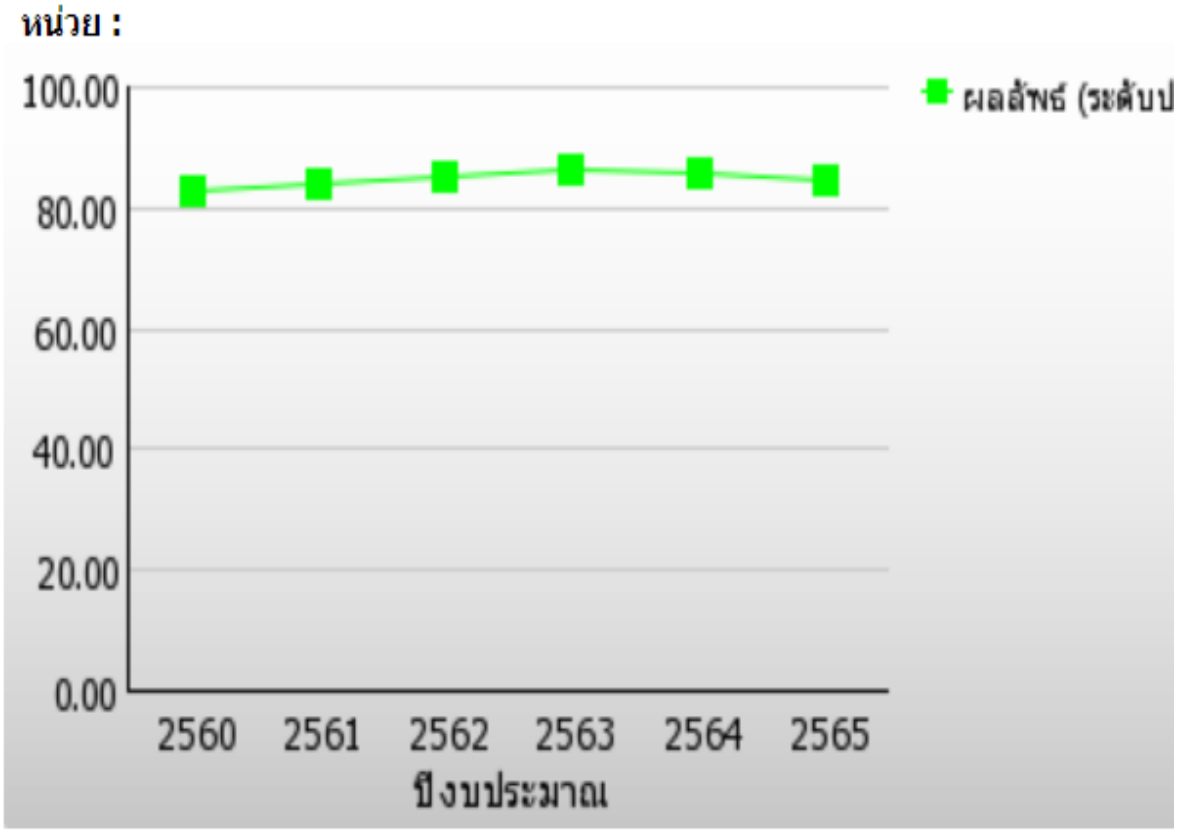
กราฟ 2 : แสดงเปรียบเทียบรายเดือน



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	33.70	64.49	96.69	127.84	154.95	185.29	212.36	236.44	261.30	283.42	305.82	330.21
2565	28.51	55.41	85.34	114.91	141.11	167.50	193.63	220.50	246.95	273.27	299.45	

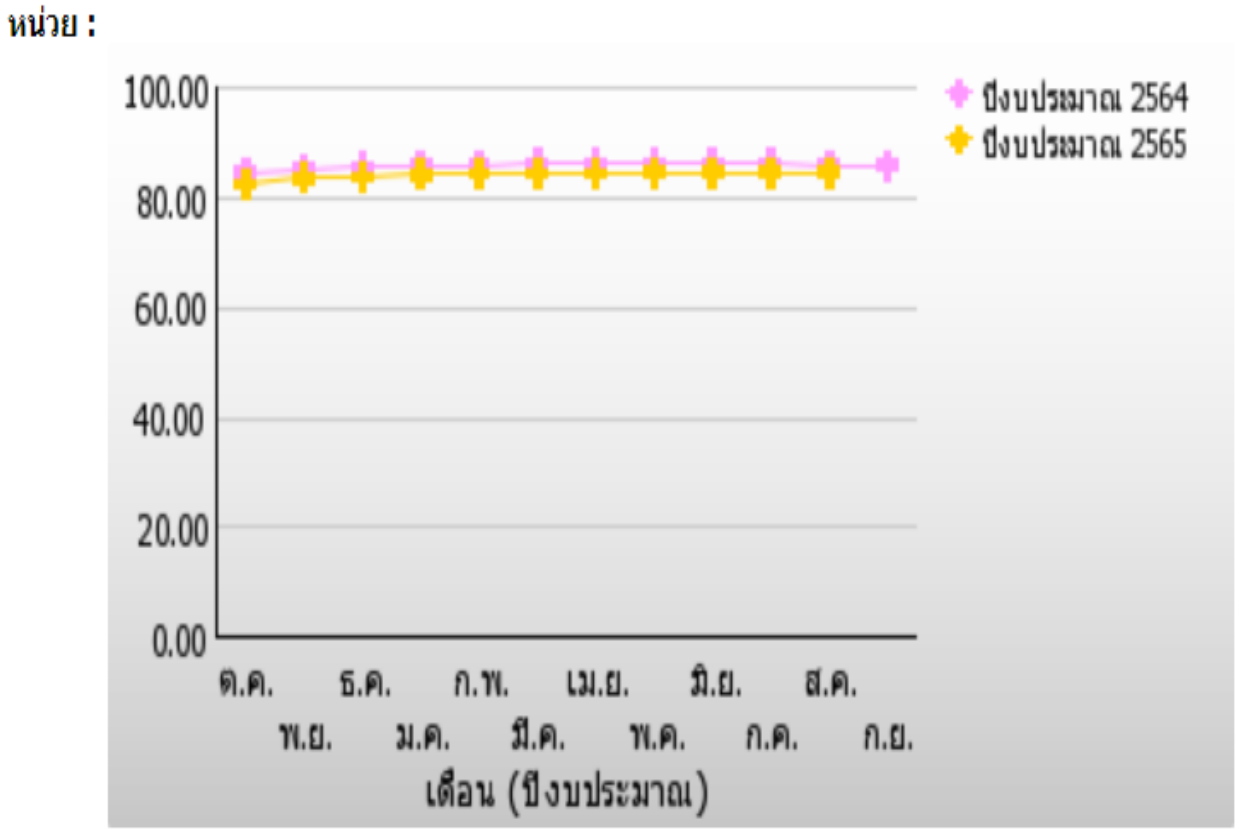
2. อัตราการทำ **CT Scan** ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตัน ตีบ หรือแตกของหลอดเลือดสมอง สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



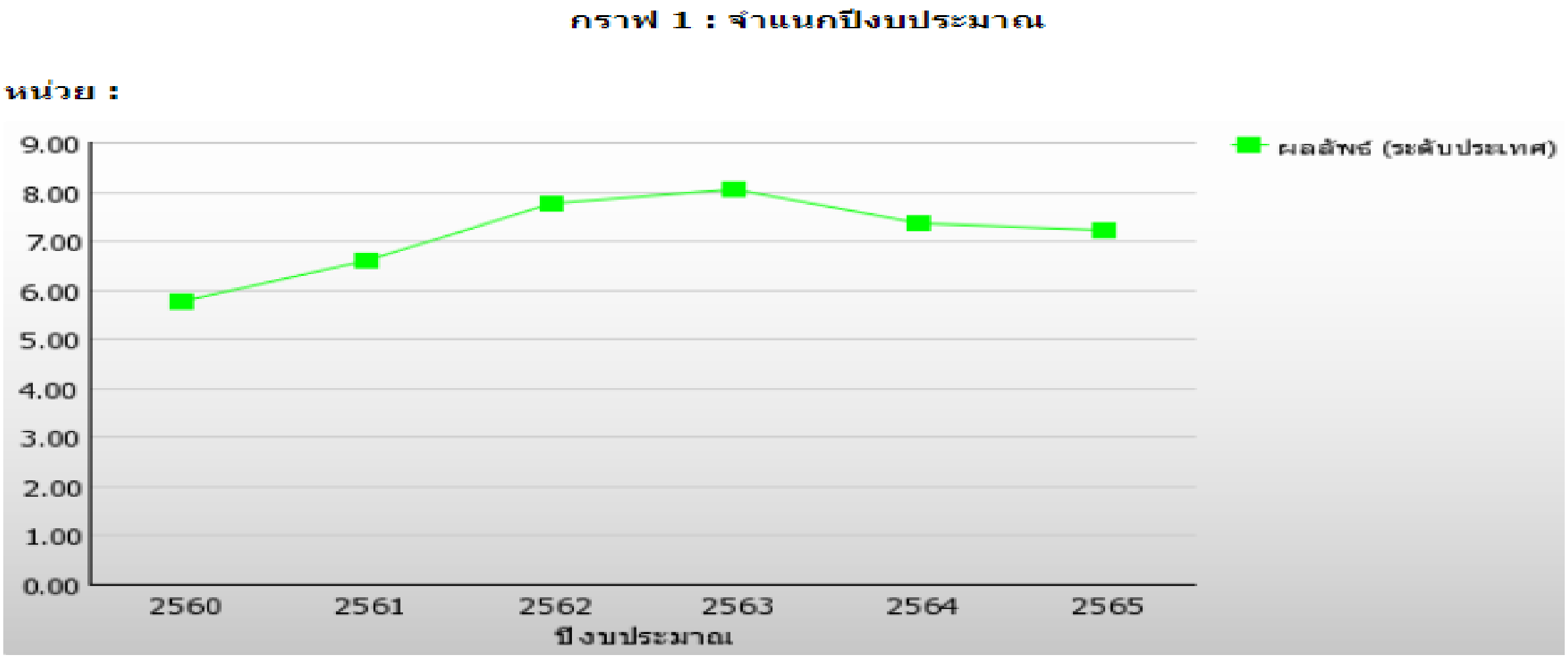
ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	83.07	84.06	85.37	86.19	86.01	84.67

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	84.61	85.27	85.52	85.86	85.96	86.11	86.09	86.16	86.19	86.12	86.04	86.01
2565	82.43	83.51	83.82	84.22	84.36	84.50	84.47	84.57	84.57	84.63	84.67	

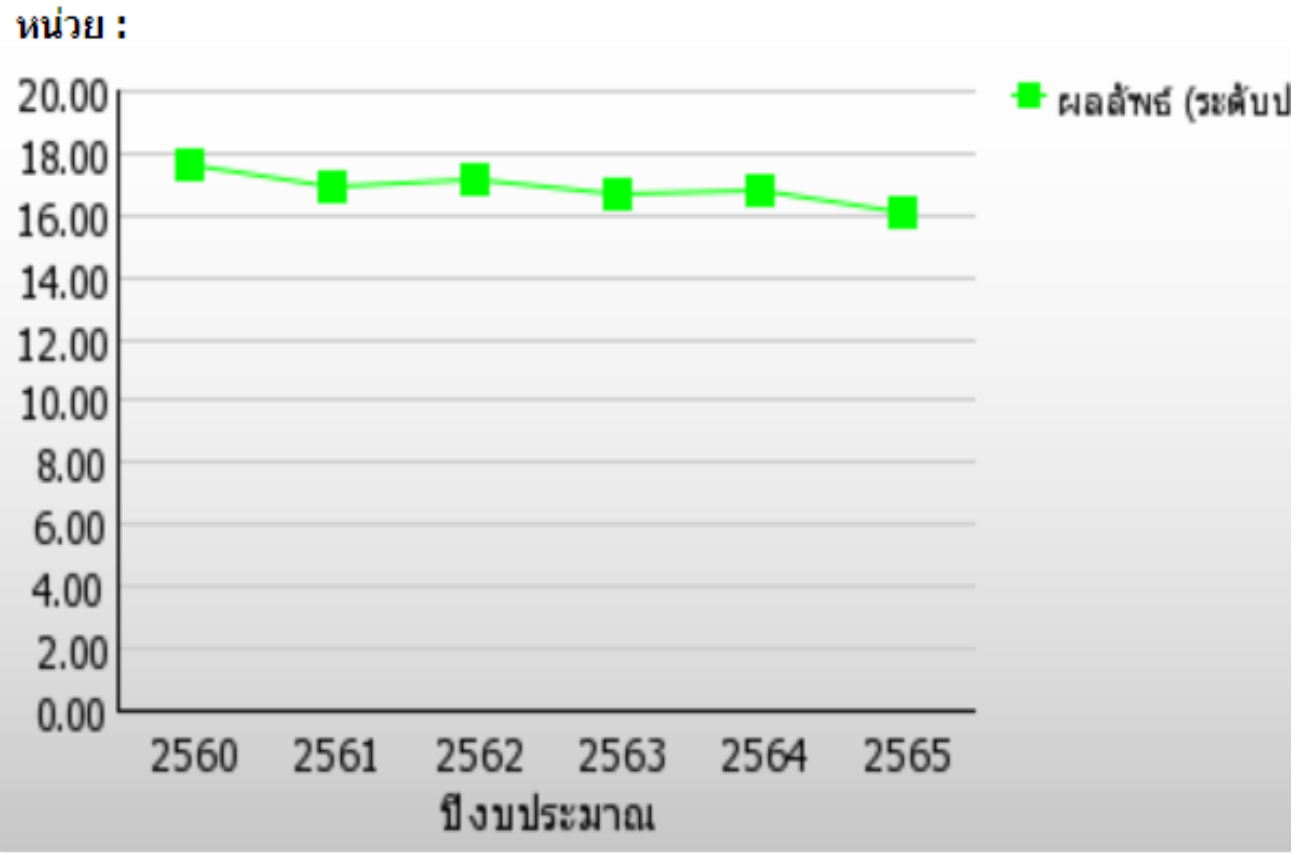
3.อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction)
อายุ 15 ปี ขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	5.77	6.59	7.75	8.04	7.38	7.23

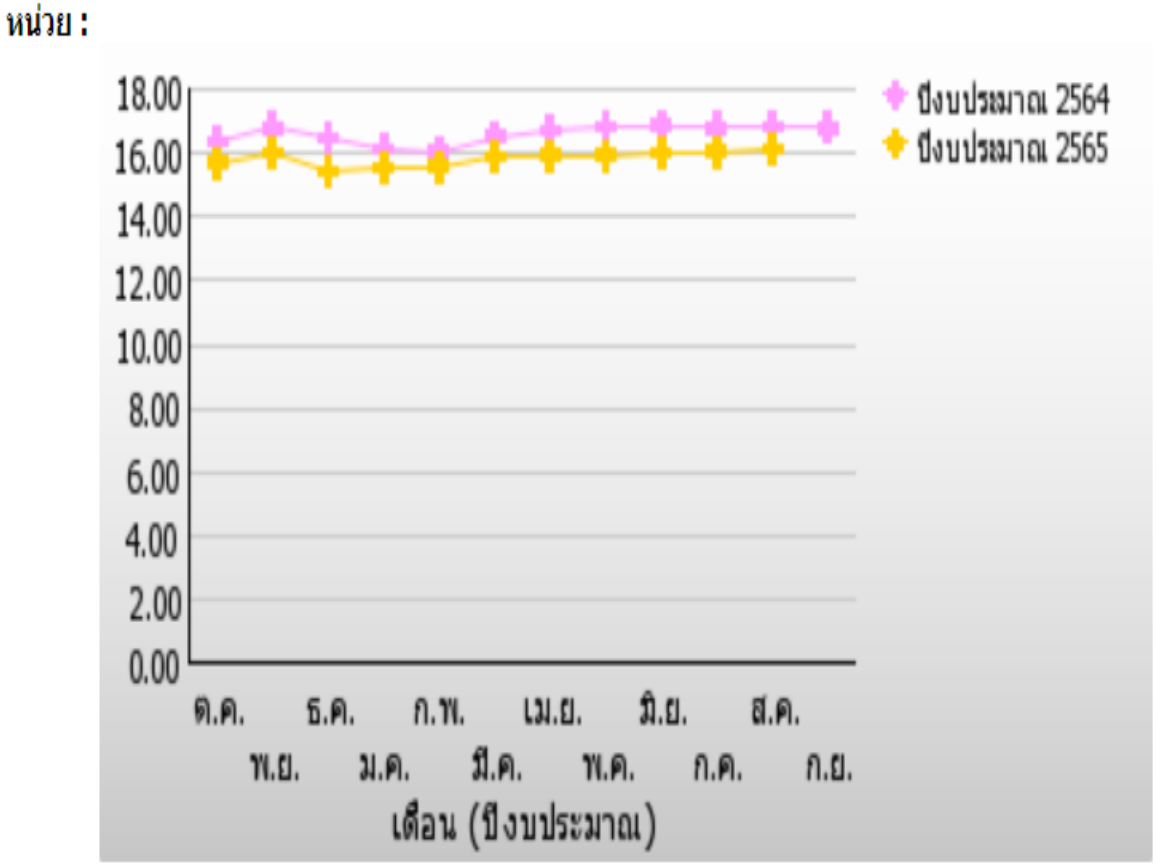
4.อัตราการทำผ่าตัดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral haemorrheage) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	17.68	16.93	17.11	16.72	16.79	16.12

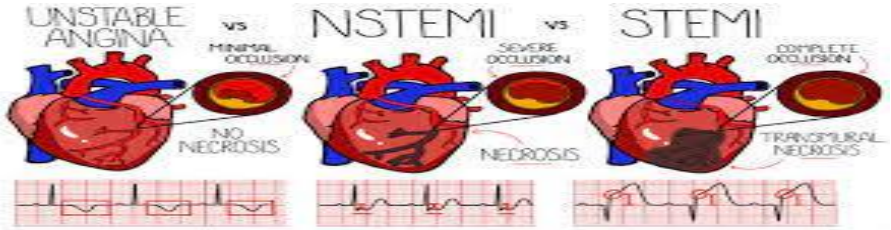
กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	16.37	16.80	16.50	16.15	16.04	16.51	16.72	16.83	16.87	16.80	16.83	16.79
2565	15.70	16.02	15.45	15.54	15.58	15.89	15.92	15.95	16.03	16.06	16.12	

การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย



1. จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
2. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST

** จะต้องบันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าค่ารักษาพยาบาล**

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1.	ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่าย	10,000 บาท/ครั้ง
2.	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย	49,000 บาท/ครั้ง
3.	ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA)	22,660 บาท/vial

การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

1. หน่วยบริการที่รักษา (HCODE)

   ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561

2. การตรวจสอบเงื่อนไขการให้บริการ PCI ตรวจสอบจากรหัส ICD9 ที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ PCI

3. กรณีหน่วยบริการ ที่ไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนจะไม่ได้รับการจ่ายชดเชย ทั้งกรณีผู้ป่วยในและรายการอุปกรณ์ (Instrument) กรณีให้บริการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ให้อุทธรณ์เป็นเอกสารเป็นรายๆ

G33 ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเอกสารเพื่ออุทธรณ์การเบิกจ่าย

4. อัตราจ่าย

157

1) กรณี IP จ่ายตาม DRGs ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW ข้ามเขต จ่าย Adj.RW 9,600 บาท/AdjRW
2) กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)
   2.1 รายการ Stent 4305 เบิกในระบบ VMI อย่างเดียวเท่านั้น ยกเว้น กรณีมีปัญหาในการใช้ สามารถอุทธรณ์ได้เป็นราย ๆ
   2.2 รายการอุปกรณ์อื่น ๆ จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน รวม stent 4304

กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการสวนหัวใจ
พ.ศ. ๒๕๖๔

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ต้องเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)
3. หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการตามข้อ 2 บันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)
4. กรณีหน่วยบริการไม่ส่งข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) สปสช.จะไม่พิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการทุกรายการในการรับบริการครั้งนั้น เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นให้หน่วยบริการขอทำความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี
5. สำหรับบริการตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป

ระบบการทำงานในโปรแกรม e-Claim Seamless : กรณีการสวนหัวใจ

หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการสวนหัวใจ	สปสช.	หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการสวนหัวใจ	สปสช.
บันทึกข้อมูลรายละเอียดตาม 1 page ที่กำหนด ก่อนจ่ายชดเชยกรณี CAG	**ตรวจสอบข้อมูลที่บันทึก** เพื่อใช้ Mapping กับข้อมูลขอเบิกจ่ายที่ส่งข้อมูลใน e-Claim	บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim	Mapping กับข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim หากไม่พบข้อมูลจาก 1 page จะได้รับการปฏิเสธการจ่าย (DENY G47)

1 บันทึกข้อมูลรายละเอียด ที่ web e-Claim ที่ https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/ เลือกเมนู “CAG (1 page)” เพื่อบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายฯ กรณีสวนหัวใจ (CAG) ให้ครบถ้วน

2 บันทึกข้อมูลเบิก e-Claim (เหมือนเดิม)

ถ้าไม่พบข้อมูล one page จะถูก DENY ในการประมวลจากระบบ e-Claim

3.4 การจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery)

มีการกำหนดเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการ

และ ตรวจสอบจากรหัสหัตถการตามที่กำหนด

อัตราการจ่ายชดเชย

1. **กรณี IP จ่ายตาม DRGs**

   ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ

   ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน

2. **กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)**

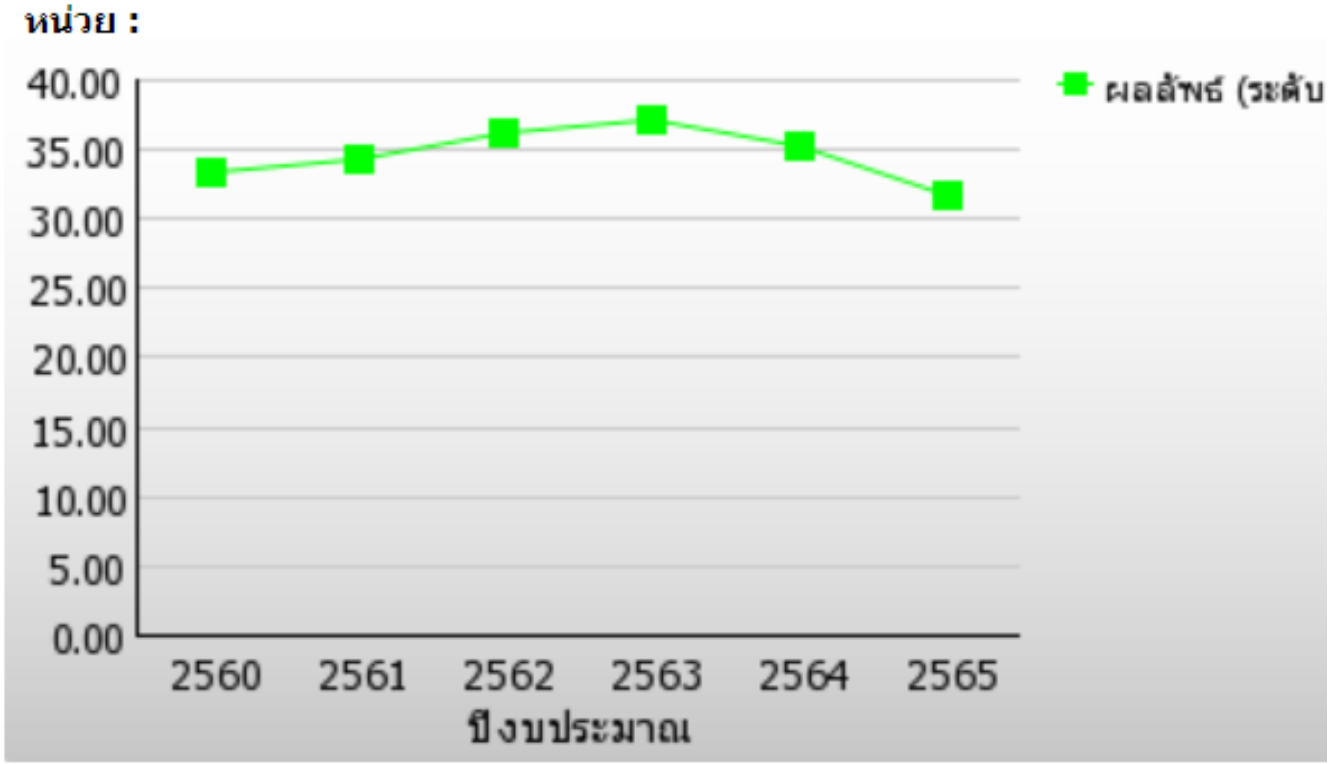
   จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator) www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

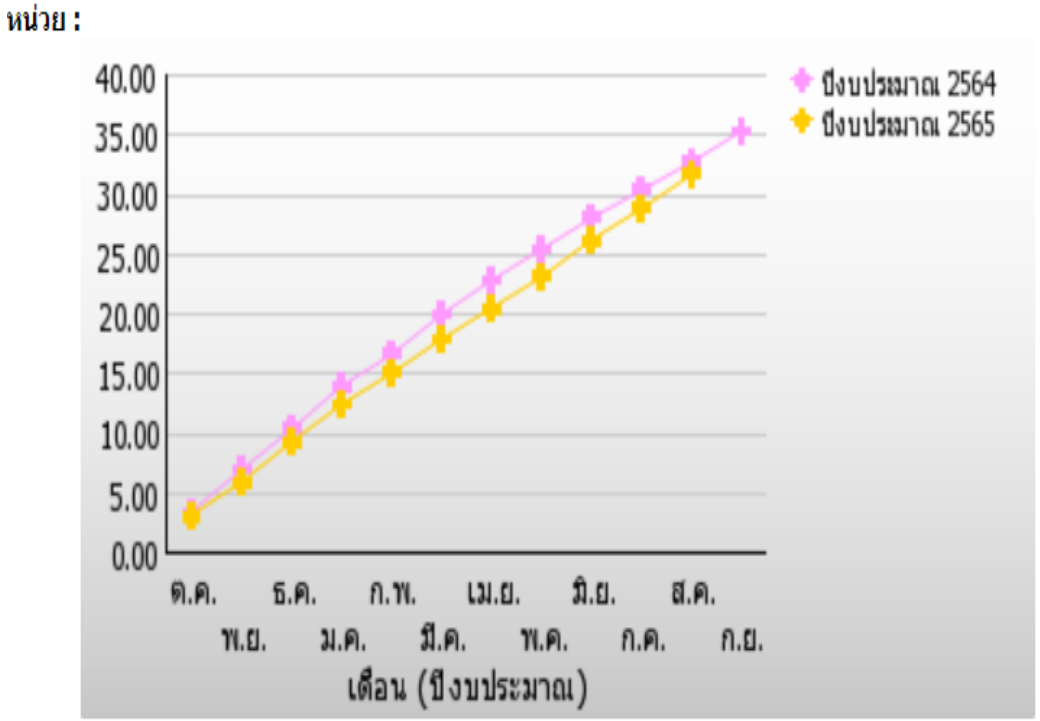
1.อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป
ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	33.30	34.42	36.10	37.09	35.30	31.76

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

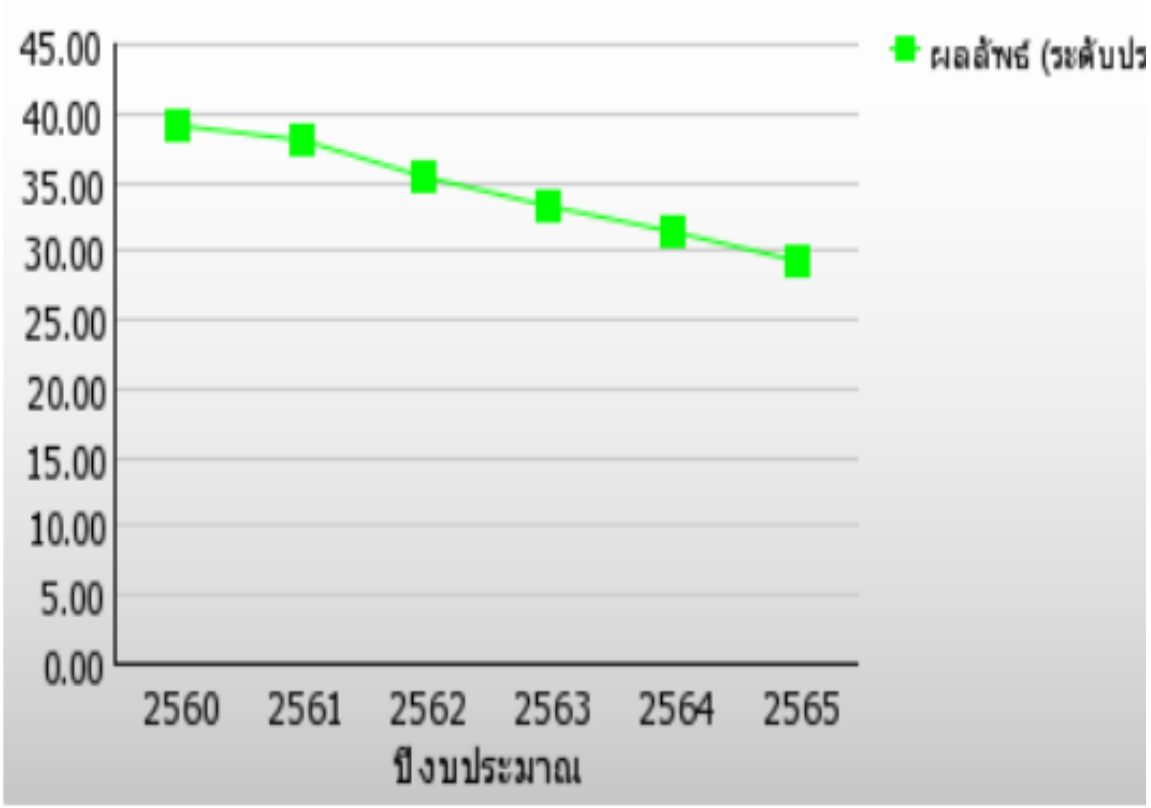


ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	3.48	7.04	10.58	14.00	16.80	20.04	22.87	25.48	28.14	30.48	32.80	35.30
2565	3.08	5.99	9.36	12.50	15.24	17.96	20.47	23.27	26.20	28.92	31.76	

2. **อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด**ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST Elevated (STEMI) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

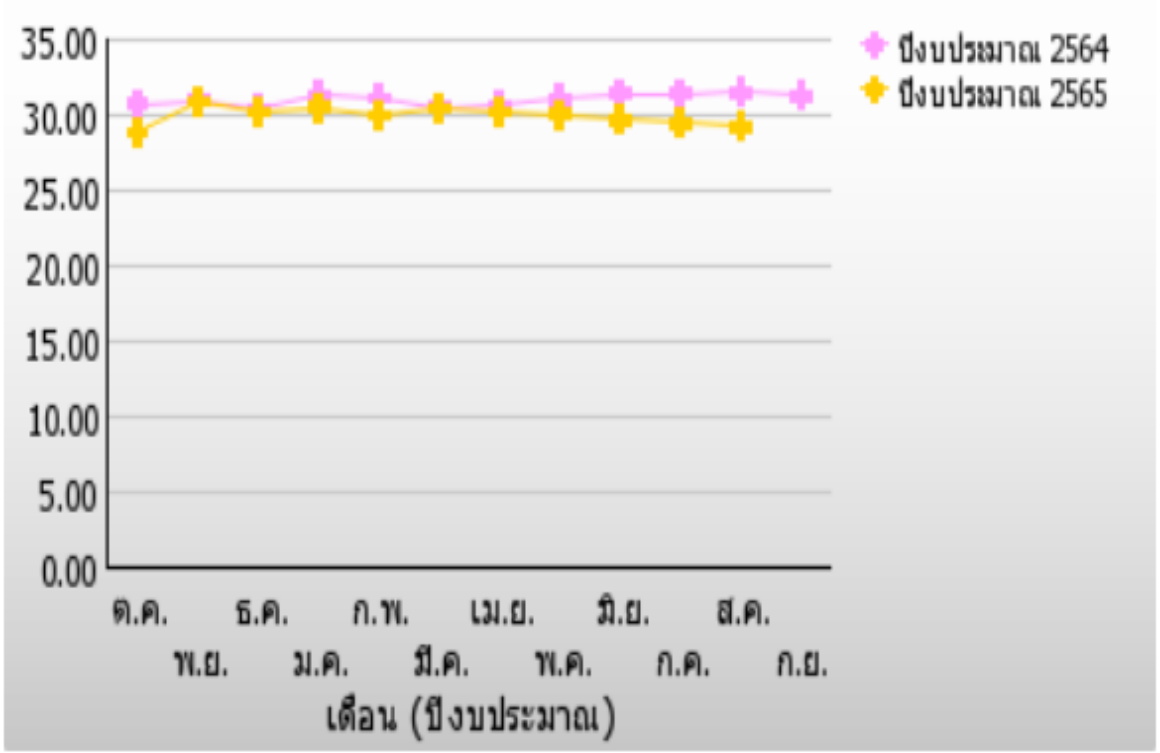
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	39.17	38.20	35.46	33.20	31.32	29.28

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

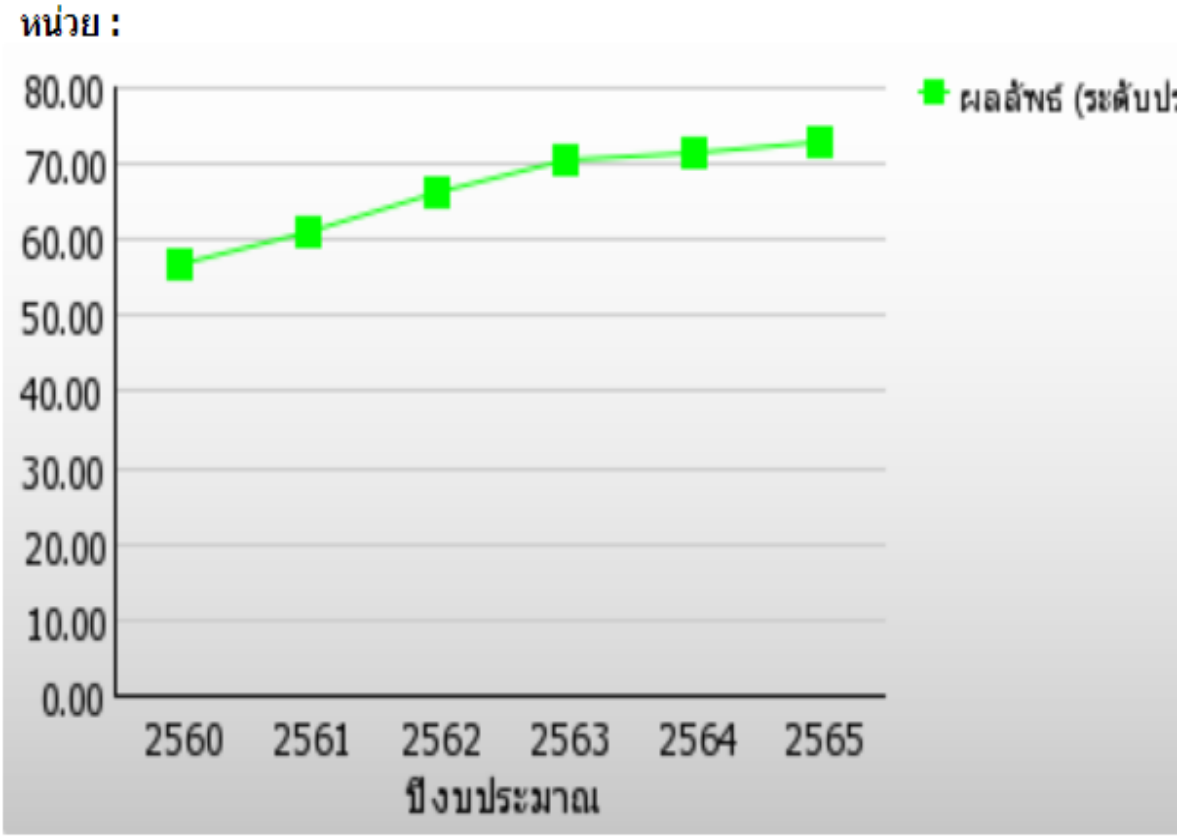
หน่วย :



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	30.78	30.96	30.44	31.26	31.18	30.53	30.59	31.08	31.45	31.44	31.49	31.32
2565	28.90	30.95	30.23	30.54	30.04	30.49	30.27	30.11	29.71	29.48	29.28	

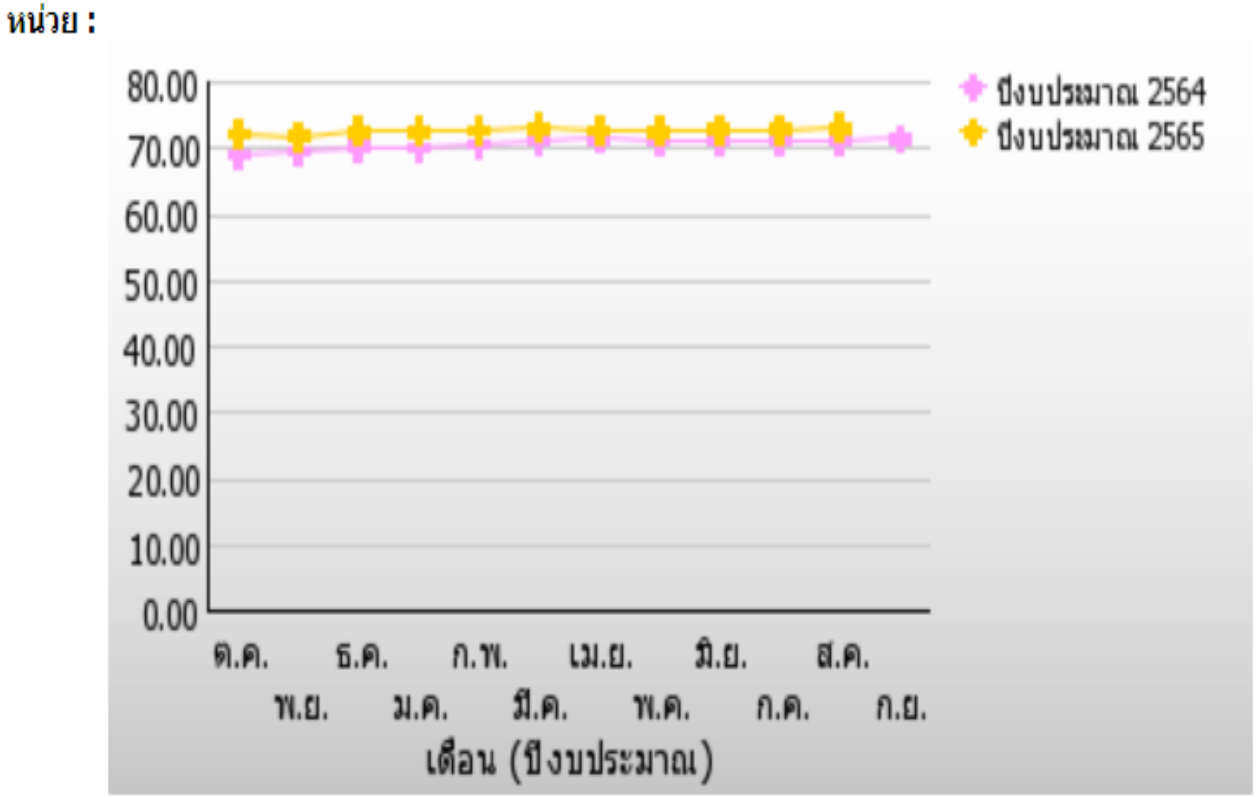
3. อัตราการทำ **Primary PCI** ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	56.97	61.20	66.04	70.75	71.45	73.12

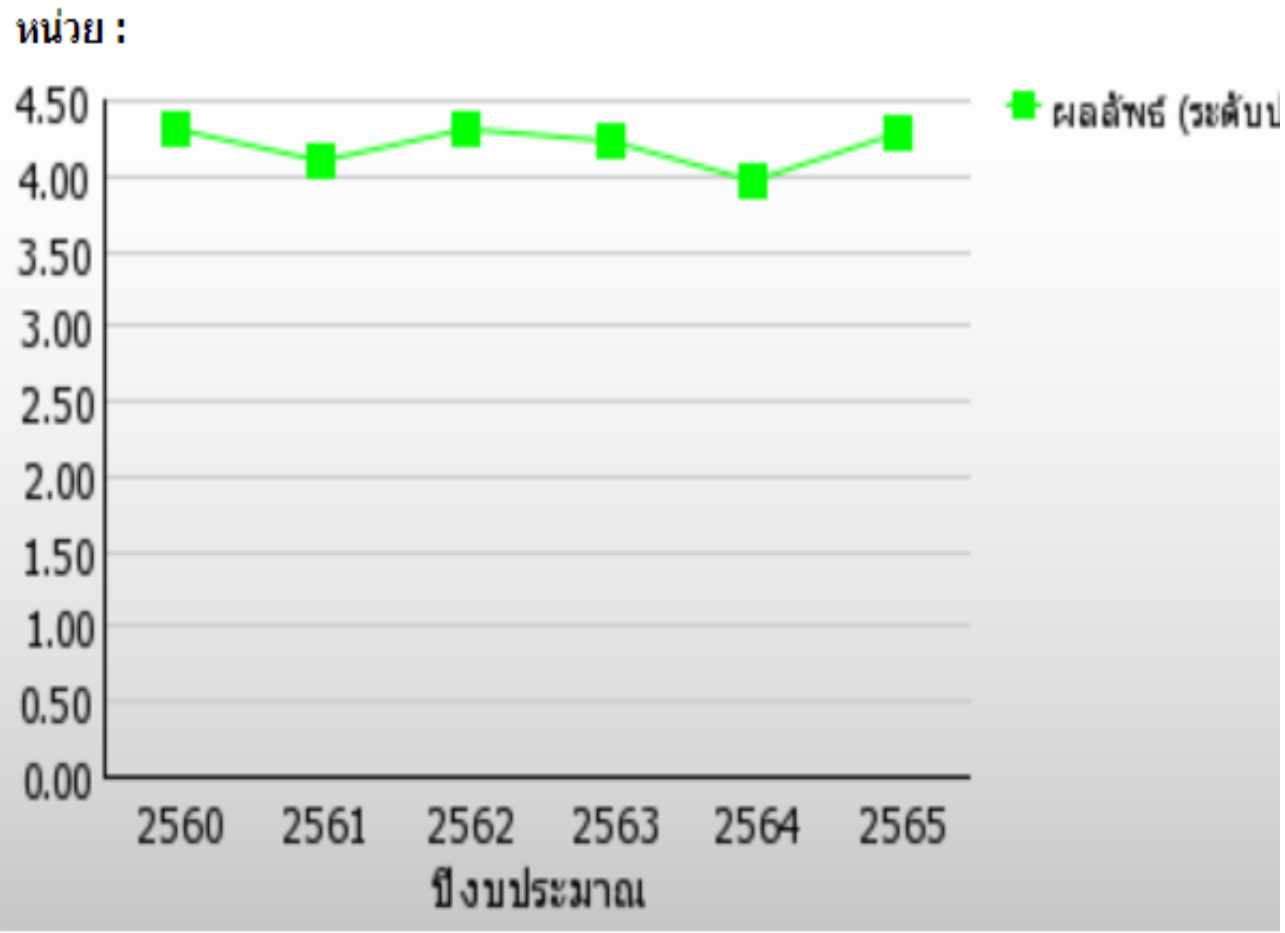
กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	69.14	69.59	70.31	70.22	70.75	71.16	71.51	71.42	71.34	71.18	71.38	71.45
2565	72.22	71.94	72.50	72.55	72.75	73.14	72.71	72.58	72.88	72.90	73.12	

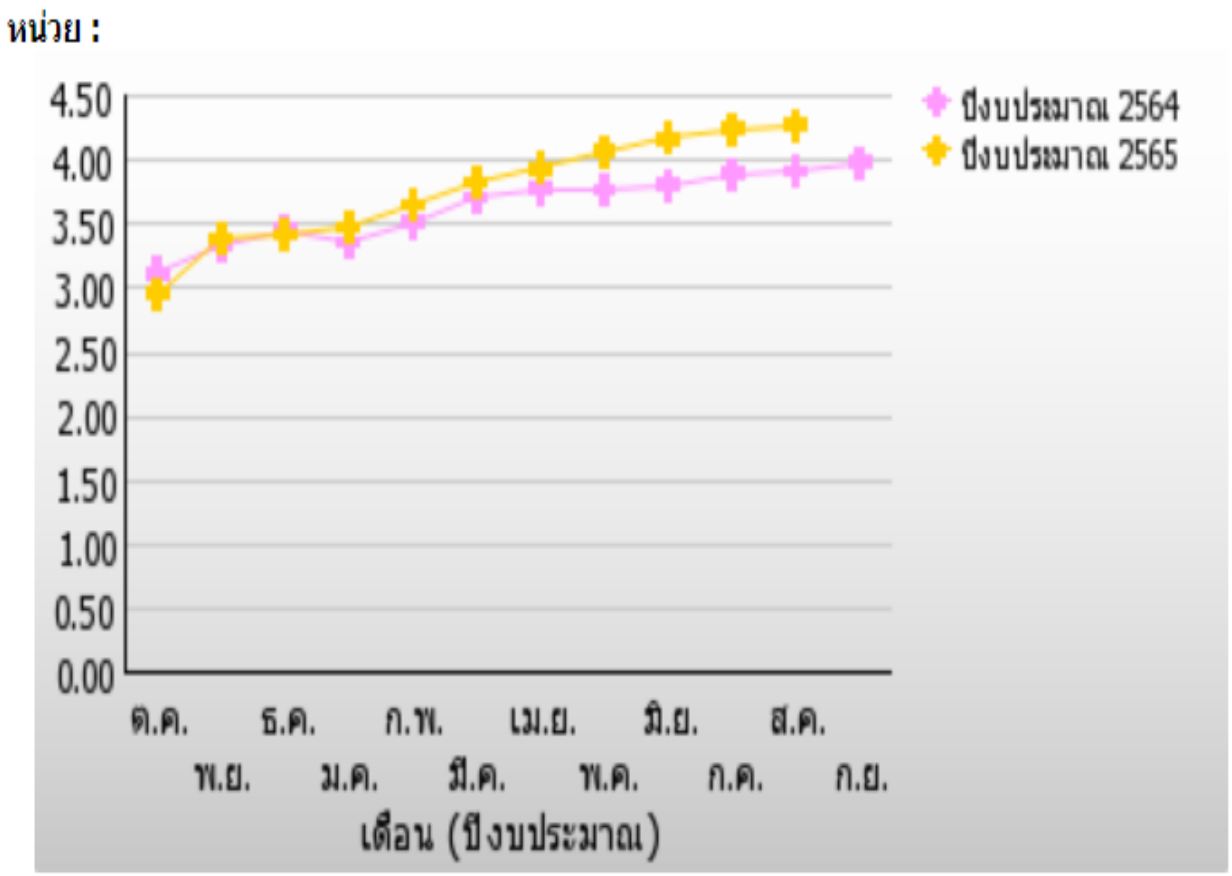
4. อัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	4.32	4.10	4.31	4.24	3.98	4.28

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	3.12	3.34	3.46	3.36	3.52	3.71	3.78	3.77	3.81	3.90	3.92	3.98
2565	2.96	3.39	3.42	3.48	3.65	3.83	3.94	4.07	4.17	4.25	4.28	

โรคมะเร็ง (Cancer)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อายุ <15 ปี	ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มี อายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เป็นไปตามคู่มือว่าด้วย แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
อายุ 15-18 ปี	ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มี อายุระหว่าง 15-18 ปี ให้เป็นไปตาม แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย หรือ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561
อายุ >18 ปี	ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุ มากกว่า 18 ปี ให้เป็นไปตาม แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่ม ความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขกรณีให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช.กำหนด คือ

1) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน

2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

ปีงบฯ 66 เพิ่มเติม

1) มีระบบการ Authentication (เฉพาะ OP)

2) อยู่ระหว่างการปรับปรุง Protocol ใหม่

3) ขยายบริการไปยัง รพ.เอกชน เพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยมะเร็ง

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินราคาที่ประกาศ + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท/ครั้ง และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	มะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล		จ่ายค่ายาและรังสีรักษาตามจริง รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท/ครั้ง
	การรักษาอื่นๆที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง		1.จ่ายตามรายการที่กำหนด (fee schedule) โดยจ่ายตามจริง แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด “เริ่มวันรับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 ”
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
	มะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs

การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การรักษากรณีโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้

1) กรณีให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนดในโรคมะเร็ง 20 ชนิด

2) กรณีไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1)

3) กรณีมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนดโปรโตคอล

ที่	โรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา
1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
4	มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)
5	มะเร็งปอด (Lung cancer)
6	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
7	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
9	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
10	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
11	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
12	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
13	มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma

ที่	โรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา
๑๔	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
๑๕	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
๑๖	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
๑๗	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL)
๑๘	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
๑๙	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอิโลมา (Myeloma)
๒๐	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง

No.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย	หมายเหตุ
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH test)	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น กรณีสั่งใช้ยา trastuzumab	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 บาท/ 1 ข้าง	หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e –Claim
2	การตรวจยีน mutation โดยการตรวจ ด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) หรือ Fluorescence insitu hybridization (FISH)	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) กรณีสั่งใช้ยา imatinib	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาท/ปีปฏิทิน (นับวันบริการ)	
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	รักษามะเร็งปอด กรณีการสั่งใช้ยา erlotinib	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 ครั้ง/ปี (1 รายจ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง)	

จ่าย หน่วยบริการ UC ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับ 1,2,3

กรณีโรคมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (CA Anywhere)

มีระบบการ Authentication

ขอบเขตบริการ

สำหรับบริการผู้มีสิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ครอบคลุม

1. การ Confirm Diagnosis และ Staging*
2. การรักษาโรคมะเร็ง*
3. การติดตามการรักษา(Follow up)*

เงื่อนไขการจ่าย

1. ผู้ป่วยสิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
2. ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง รายใหม่และรายเก่า (มะเร็งทุกชนิดที่มีโปรโตคอล และมะเร็งทั่วไป)
3. หน่วยบริการต้องมีศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็ง (ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
4. เป็นบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป

อัตราการจ่าย

1. กรณีเคมี/รังสีรักษา/ฮอร์โมน และค่าผสมยา จ่ายตามราคาที่กำหนด (ตามระบบเดิม)
2. รายการ Fee Schedule ตามที่สปสช.กำหนด
3. การจ่ายโรคมะเร็งกรณีผู้ป่วยใน(ตามระบบเดิม)

1. การ Confirm Diagnosis และ Staging หมายถึง การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการ Staging ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ทั้งนี้หากกรณีหน่วยบริการมีความจำเป็นต้องการยืนยันการวินิจฉัยซ้ำหรือเพิ่มเติมสามารถดำเนินการได้ตามเหมาะสมเป็นรายกรณี (ไม่รวมการ Screening และการตรวจยืนยันเพื่อการศึกษา)
2. การรักษาโรคมะเร็ง หมายถึง การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคและการรักษาโรคมะเร็ง รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษามะเร็งในครั้งนั้น)
3. การตรวจติดตามผลการรักษา (Follow up) รวมถึงการรักษาโรคร่วมที่พบในการรักษามะเร็งในครั้งนั้น

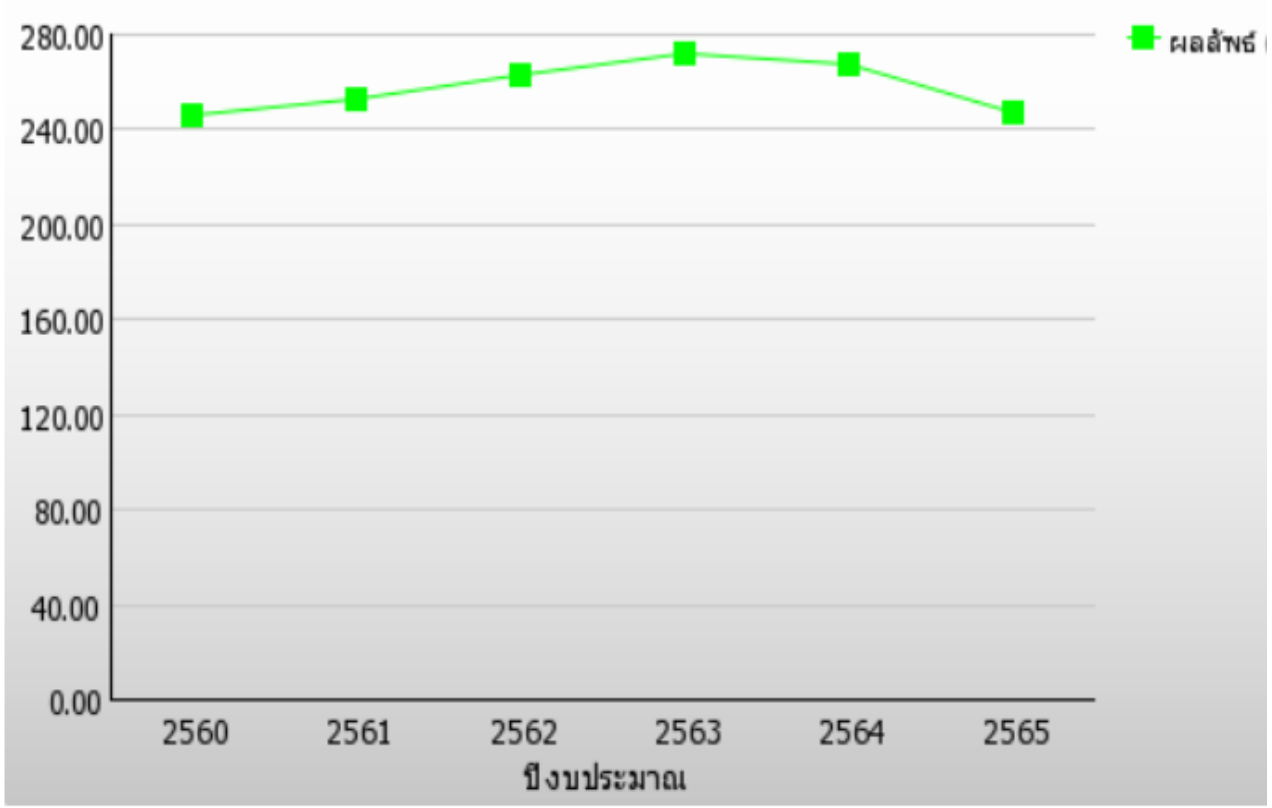
ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ
กลุ่มโรคมะเร็ง

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator) www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

1.อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคมะเร็ง (Malignant และ In situ)
สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

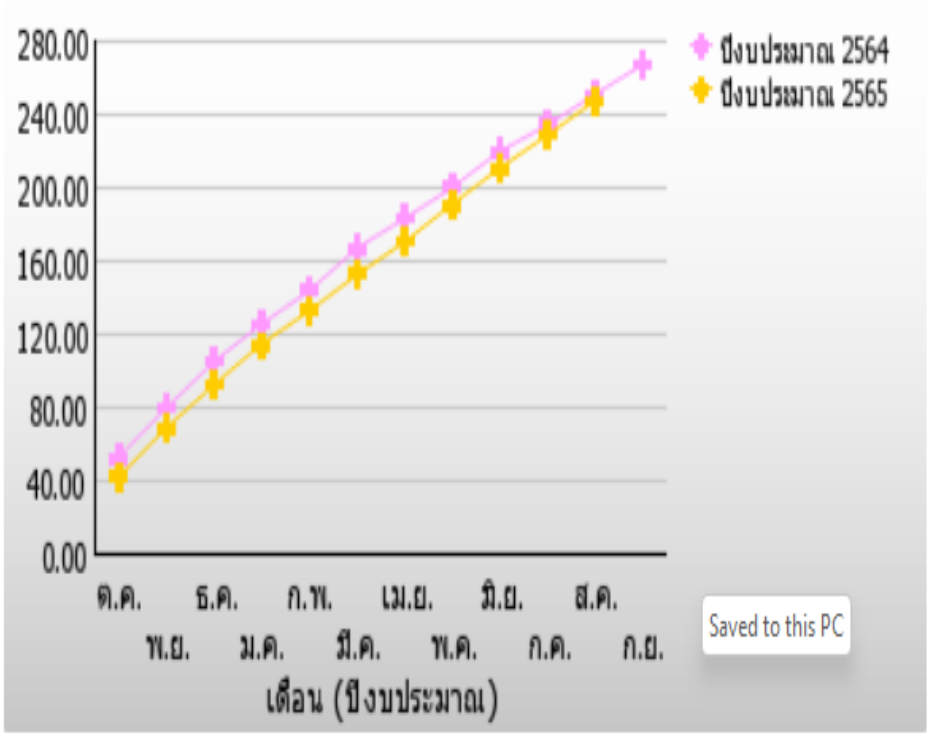
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	245.62	252.38	262.91	272.50	267.49	247.16

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :

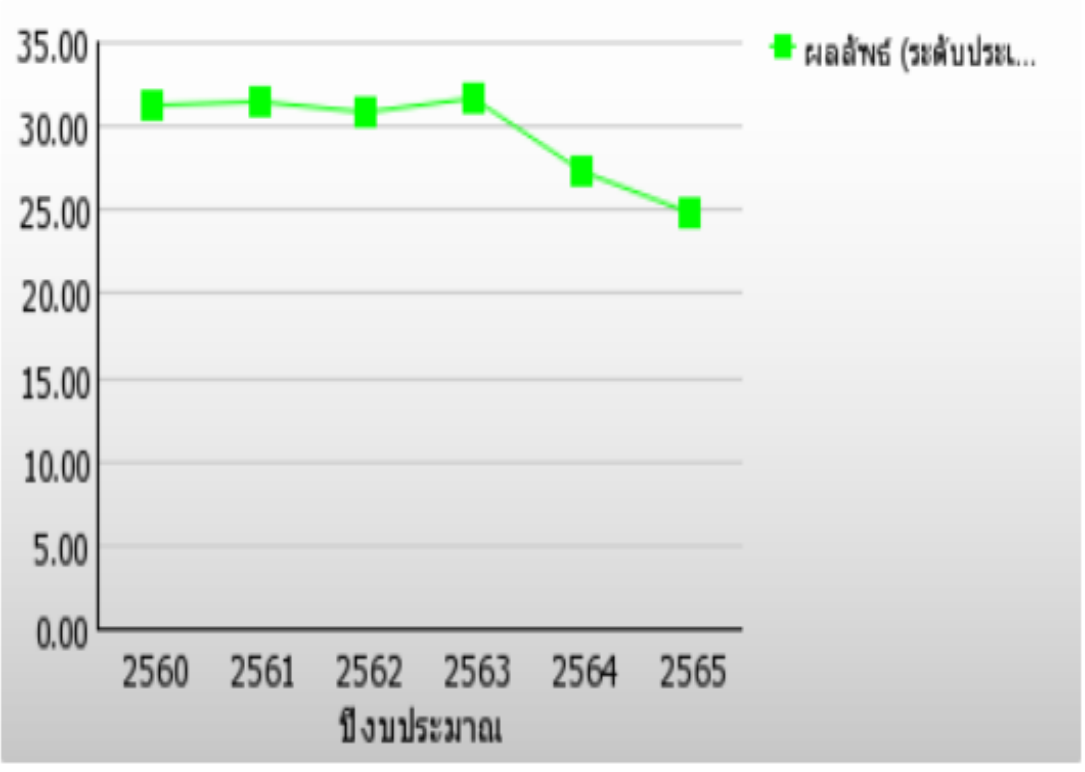


ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	52.53	80.67	105.53	125.67	144.71	166.64	183.98	200.78	219.27	235.30	250.69	267.49
2565	42.95	69.03	92.94	113.99	133.46	153.74	171.00	190.25	210.69	228.93	247.16	

3. อัตราการได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ชนิด Malignant neoplasms สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

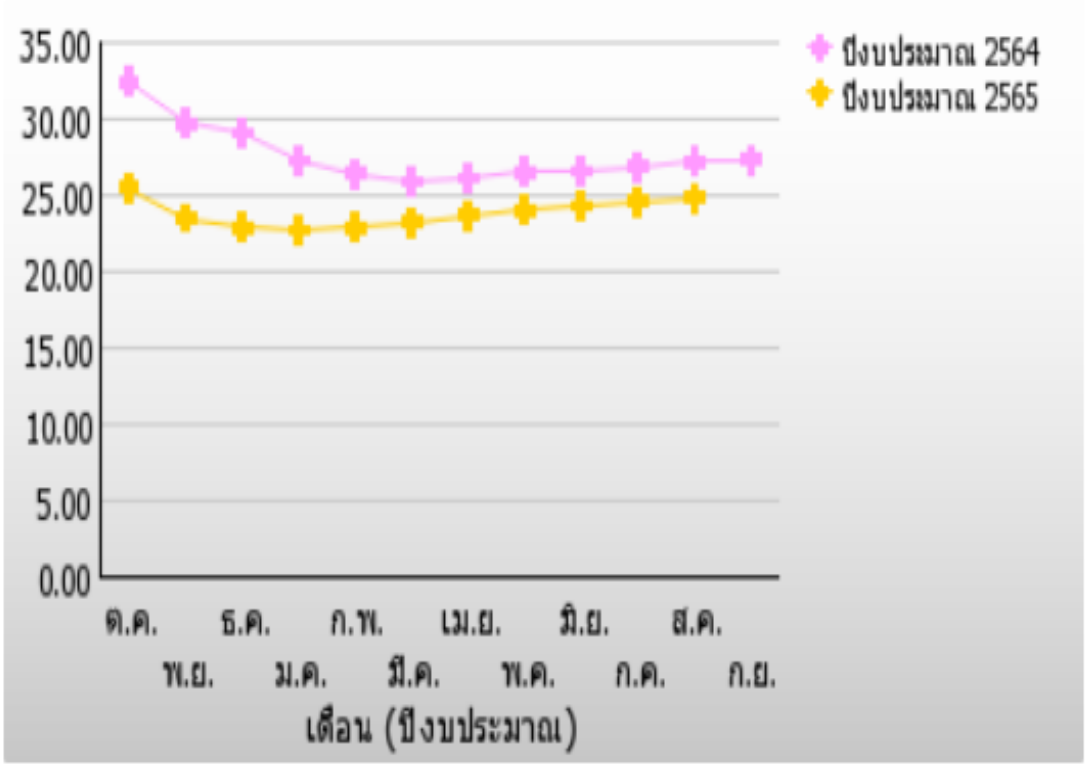
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	31.26	31.56	30.86	31.68	27.38	24.85

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :

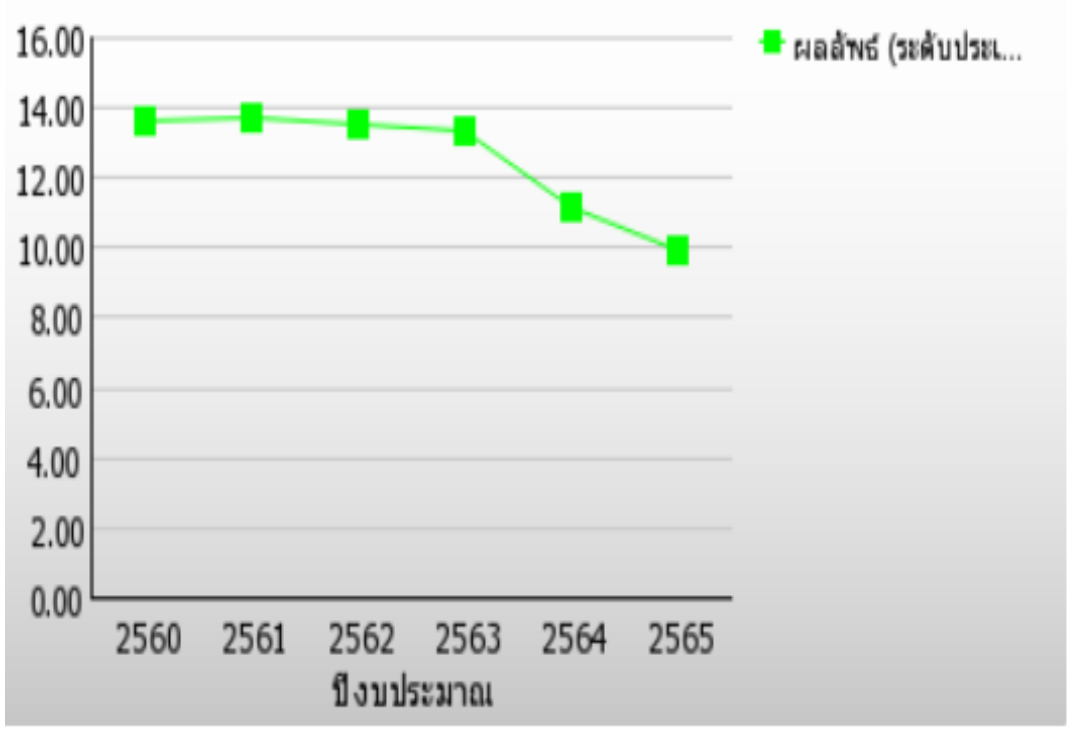


ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	32.41	29.71	29.09	27.29	26.43	25.91	26.19	26.53	26.62	26.89	27.19	27.38
2565	25.53	23.54	22.89	22.78	22.92	23.26	23.75	24.06	24.30	24.61	24.85	

4. อัตราการได้รับ**รังสีรักษาหรือเวชศาสตร์นิวเคลียร์**ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ชนิด Malignant neoplasms สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

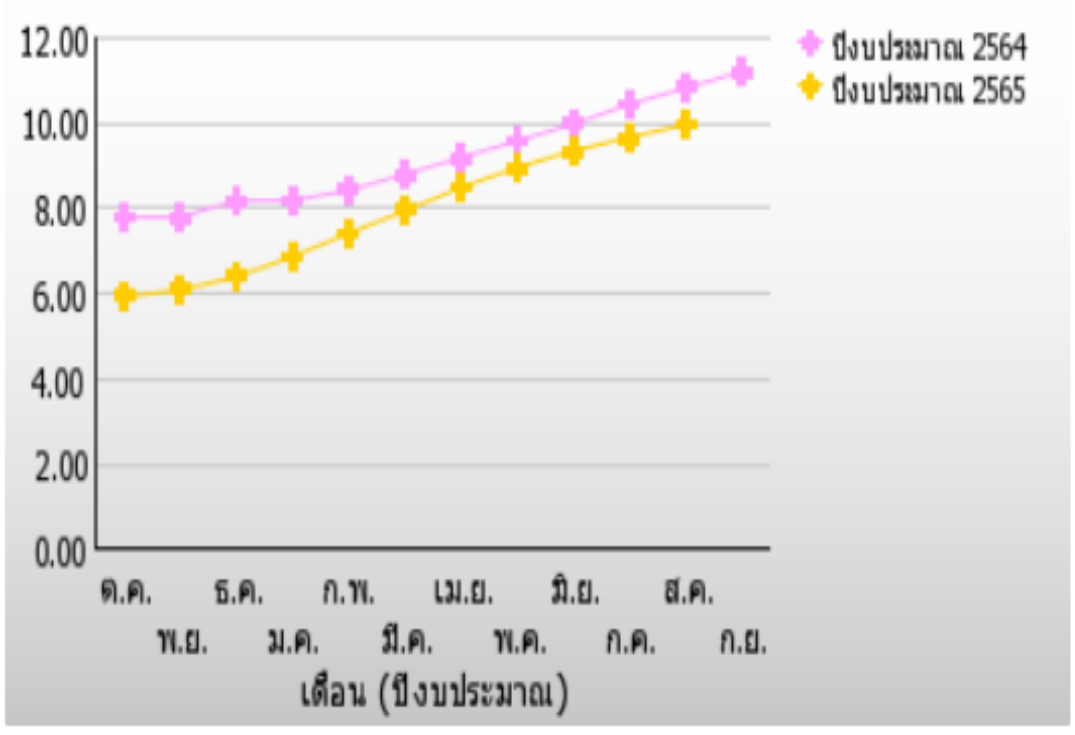
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	13.61	13.69	13.49	13.34	11.20	9.97

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	7.79	7.77	8.17	8.19	8.45	8.78	9.17	9.58	10.00	10.44	10.86	11.20
2565	5.95	6.12	6.42	6.88	7.40	7.98	8.49	8.93	9.34	9.65	9.97	

2.5 การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (Cataract) และ เลนส์แก้วตาเทียม

หลักเกณฑ์

- ❑ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract)
- ❑ มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- ❑ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่นๆรับการชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ

<u>สิ่งที่เปลี่ยนแปลง</u>

1) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการ โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่
2) มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP

อัตราจ่ายค่าผ่าตัด

- ❑ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ชดเชย ข้างละ 7,000 บาท
- ❑ มีภาวะแทรกซ้อน ชดเชย ข้างละ 9,000 บาท
- ❑ VA ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 ชดเชย ข้างละ 5,000 บาท

จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม

- ❑ เลนส์พับได้ เหมาจ่าย ข้างละ 2,800 บาท
- ❑ เลนส์แข็ง เหมาจ่าย ข้างละ 700 บาท

2.6 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ขอบเขตบริการ เป็นการจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ประกอบด้วย การรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ การพัฒนาการดูแลโดยการแก้ไขการพูด และบริการทันตกรรมจัดฟัน โดยทีมงานสหวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และเป็นไปตามมาตรฐานการบริการตั้งแต่การค้นหา ผู้ป่วย การดูแลรักษาในหน่วยบริการ และการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC และสิทธิว่างที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้ 3.1) กรณีให้บริการผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) 3.2) กรณีให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน หน่วยบริการต้องแจ้งความประสงค์ตามแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์ให้บริการฯ รายละเอียดขั้นตอนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th
อัตราจ่าย	แยกเป็น 2 กรณี 1. สปสช. จ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการตามระยะของการดูแลรักษา โดยแบ่งเป็น 4 ลักษณะคือ 1.1) การผ่าตัดผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 1.2) การใส่เพดานเทียม (Obturator) และ/หรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก (Nasoalveolarmolding หรือ NAM) และ Maxillary distractor 1.3) การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน 1.4) การแก้ไขการพูดและการได้ยิน 2) สภากาชาดไทยจ่ายค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ 2.1) ค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ครั้งละ 1,000 บาท 2.2) ค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันตกรรมจัดฟันหรือแก้ไขการพูดครั้งละ 500 บาท
โปรแกรม	DMIS

รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และ ข้อบ่งชี้ (Instrument)

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

อัตราจ่ายฯ

- จ่ายตามระบบ Point system with ceiling with global budget
- กำหนดอัตราจ่ายชดเชย 1.0 บาท/point

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

- มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP
- เพิ่มรายการอุปกรณ์ใหม่ จำนวน 10 รายการ
- ปรับอัตราจ่ายอุปกรณ์หมวด 7 กระดูกฯ จำนวน 4 รายการ

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่เพิ่มใหม่

ลำดับ	รายการ	อัตราจ่ายต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
1	2206 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	600	
2	2207 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาผิดปกติทีต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens)	600	
3	4905 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)	5,000	
4	7027 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Full set	100,000	
5	7028 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วน ฟีเมอร์ (Femoral component)	75,000	
6	7029 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วน ทิเบีย (Tibial component)	75,000	
7	7030 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

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ปรับราคา)

รายการ	ราคาเดิม (บาท/หน่วย)	ราคาปรับใหม่ (บาท/หน่วย)
7004 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	49,800	48,000
7005 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	49,800	48,000
7214B แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate)	20,000	17,000
7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	2,000	1,600

การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (cochlear implant surgery) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินชนิดรุนแรง (เช่น หูตึง, หูหนวก) ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังได้ผลสามารถได้ยินเสียงตามธรรมชาติและเสียงพูดได้ ทำให้เด็กเรียนรู้ที่จะเข้าใจตัวเอง เรียนรู้การเชื่อมโยงกับสังคม ได้เฉลี่ยแล้วก็จะมีเด็กที่มีปัญหาทางการได้ยินประมาณ 1,200 ราย/ปี

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ต้องมี Pre-authorize (PA) ก่อนบริการ 2) ดำเนินการ PA ผ่านโปรแกรม e-Claim 3) กรณีผ่าน PA แล้ว ต้องดำเนินการภายใน 6 เดือน (นับจากวันได้รับการอนุมัติ PA) 4) บันทึกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC อายุ $\leq$ 5 ปี
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม
อัตราจ่าย	จ่ายค่าบริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ตามระบบ DRGs ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) จ่ายรายการอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม
โปรแกรม	e-Claim

ผู้ที่เหมาะสมกับการผ่าตัดประสาทหูเทียม ดังนี้

กรณีผู้ใหญ่

1.ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินชนิดประสาทรับเสียงบกพร่องระดับรุนแรงถึงหูหนวก (Sensorineural Severe to Profound Hearing Loss) ทั้งสองข้าง (สูญเสียการได้ยินตั้งแต่ระดับ 80 เดซิเบลขึ้นไป – ABR, ASSR ระดับ 90 เดซิเบลขึ้นไป)

2.ไม่ได้ประโยชน์ หรือได้ประโยชน์น้อยจากการใส่เครื่องช่วยฟัง

3.ไม่มีอุปสรรค หรือข้อห้ามในการเข้ารับการผ่าตัด

4.คนไข้มีความต้องการใช้การสื่อสารด้วยภาษาพูด (พูดคุยกับคนรอบข้าง ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ)

กรณีเด็ก

1. หูหนวกแต่กำเนิดทั้ง 2 ข้าง (ระดับการได้ยินตั้งแต่ 80 เดซิเบลขึ้นไป – ABR, ASSR ระดับ 90 เดซิเบลขึ้นไป)
2. อายุแรกเกิด ถึง 4 ปี ที่ไม่รับรู้เสียงพูด และไม่มีพัฒนาทักษะการฟัง ภาษา และการพูด (สำหรับมูลนิธิ เด็กต้องอายุไม่เกิน 3 ขวบ)
3. อายุมากกว่า 5 ปี แต่ยังจำแนกคำพูดได้น้อยกว่า 50% ไม่ได้ประโยชน์จากการใส่เครื่องช่วยฟัง
4. ผู้ปกครองต้องทุ่มเท เอาใจใส่ และส่งเสริมการมีพัฒนาการทางด้านทักษะการฟัง และการพูดของเด็กเป็นอย่างดี

"สปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์ประสาทหูเทียมในปี 2564 ครอบคลุมการตรวจคัดกรองค้นหาเด็กที่มีความผิดปกติทางการได้ยิน ปัจจุบันครอบคลุมในส่วนของเด็กที่มีความเสี่ยงสูงก่อน เช่น มีประวัติว่าคนในครอบครัวและญาติพี่น้องหูหนวก เป็นต้น และในอนาคตจะขยายขอบเขตให้ครอบคลุมเด็กแรกเกิดทุกราย ซึ่งเมื่อตรวจพบแล้ว หากโรงพยาบาลนั้นไม่มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ จะส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และถ้าเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่า หูตึง/หูหนวก แพทย์จะออกใบรับรองให้ไปขึ้นทะเบียนผู้พิการ เมื่อขึ้นทะเบียนแล้วก็จะนัดใส่เครื่องช่วยฟัง นัดมาฝึกฟังเป็นระยะ หากยังไม่ดีขึ้นก็จะพิจารณาใส่ประสาทหูเทียมต่อไป

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลภาครัฐ 10 แห่งทั่วประเทศที่สามารถผ่าตัดฝังชุดประสาทหูเทียมได้ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ จังหวัดนครนายก
4. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. โรงพยาบาลศิริราช
6. โรงพยาบาลรามาธิบดี
7. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
8. โรงพยาบาลราชวิถี
9. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร
10. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ไม่มีฟันทั้งปาก

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) มีระบบการ Authentication 2) บันทึกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด 3) บริการเริ่ม 1 ม.ค. 65
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดรากฟันเทียม
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 หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
โปรแกรม	e-Claim

บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม

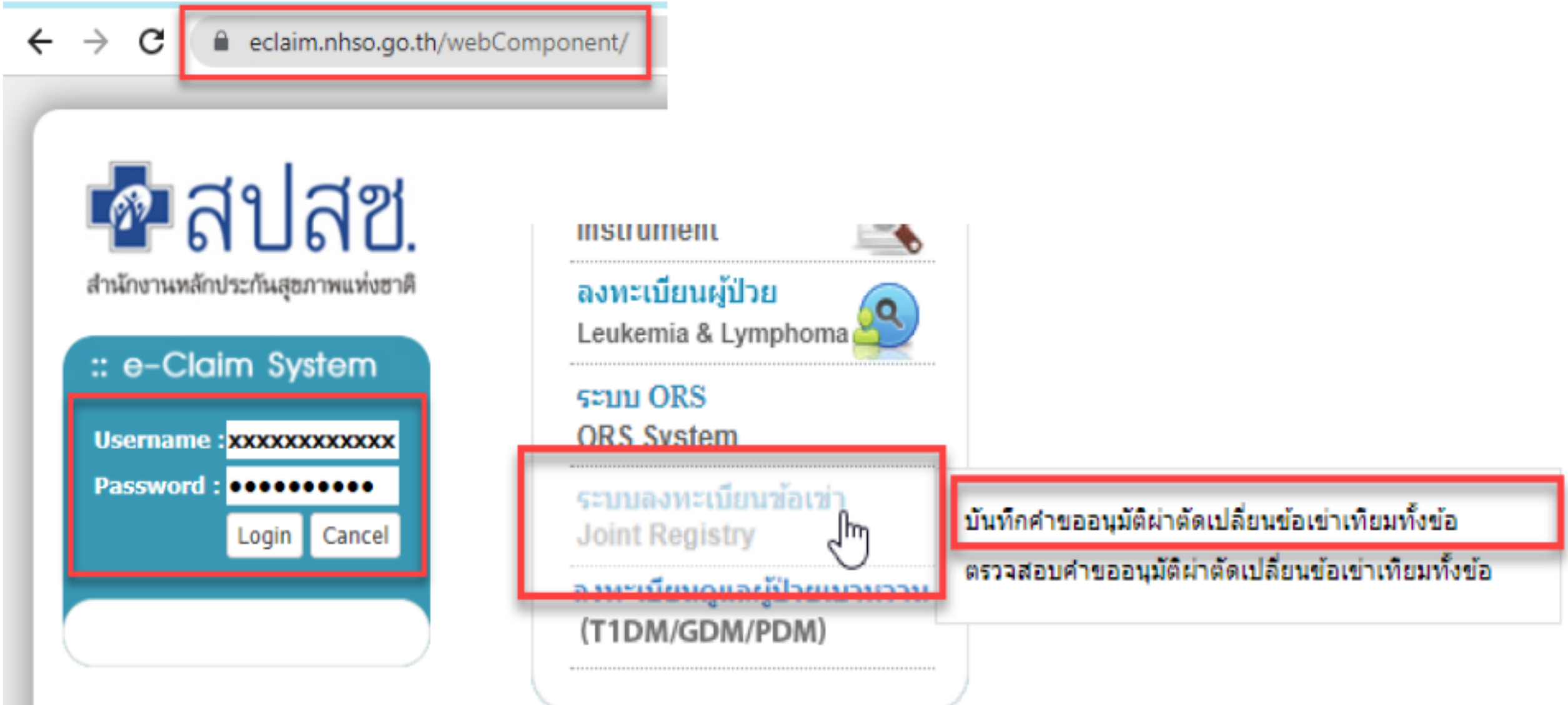
หัวข้อ	ปี งบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการรายเขต โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่ 2) การขออนุมัติ PA กรณีและข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือไม่ทราบสาเหตุเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ < 55 ปี 3) พิจารณา PA ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม
อัตราจ่าย	จ่ายค่าบริการผ่าตัดข้อเข่าตามระบบ DRGs และค่าอุปกรณ์ตามประกาศรายการอุปกรณ์ฯ ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงของหน่วยฯรัฐ) ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
โปรแกรม	e-Claim

ภาพรวมการพิจารณาก่อนการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม

1. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขอพิจารณาอนุมัติก่อนการผ่าตัดผ่านโปรแกรม e-Claim (https://eclaim.nhso.go.th) (บันทึกขออนุมัติล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์)
2. ระบบจะส่ง e-mail แจ้งกรรมการทราบ
3. กรรมการดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบตามแนวทางที่กำหนด และพิจารณา Case ผ่านโปรแกรม e-Claim (https://eclaim.nhso.go.th) บันทึกผลการพิจารณา อนุมัติ / ไม่อนุมัติ พร้อมระบุเหตุผลการไม่อนุมัติ
4. หน่วยบริการรับทราบผลการพิจารณาผ่านทางโปรแกรม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

https://eclaim.nhso.go.th/



รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่เพิ่มใหม่

ลำดับ	รายการ	อัตราจ่ายต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
1	2206 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	600	
2	2207 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาผิดปกติทีต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens)	600	
3	4905 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)	5,000	
4	7027 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Full set	100,000	
5	7028 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วน ฟีเมอร์ (Femoral component)	75,000	
6	7029 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วน ทิเบีย (Tibial component)	75,000	
7	7030 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

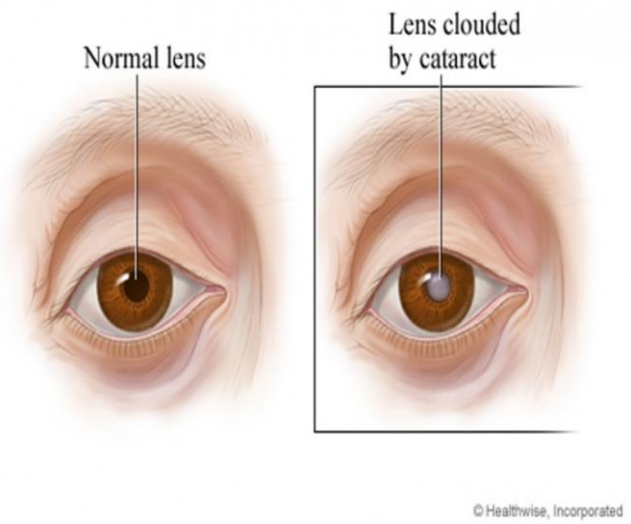
รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ปรับราคา)

รายการ	ราคาเดิม (บาท/หน่วย)	ราคาปรับใหม่ (บาท/หน่วย)
7004 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	49,800	48,000
7005 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	49,800	48,000
7214B แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate)	20,000	17,000
7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	2,000	1,600

3.7 การรักษาด้วยด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

รายการ	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)
เงื่อนไข	เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) * กรณีการรักษาในโรคอื่นๆ เหมารวมอยู่ในบริการ OP/IP
อัตราการจ่าย	บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท

การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (Cataract) และ เลนส์แก้วตาเทียม



ต้อกระจก เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดจากการขุ่นของ "แก้วตา" หรือ "เลนส์ตา" ทำให้จอประสาทตาจะรับแสงได้ไม่เต็มที่ ทำให้สายตาพร่ามัวเหมือนมองผ่านกระจกฝ้า ยิ่งแก้วตาขุ่นมากขึ้น การมองเห็นจะลดน้อยลงตามลำดับ ต้อกระจกมักพบในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ในช่วงอายุระหว่าง 55 - 64 ปี จะพบได้ 40% ส่วนช่วงอายุ 65 - 74 ปี จะพบได้ 50% และอายุมากกว่า 74 ปี พบว่าเป็นต้อกระจกมากกว่า 90%

หลักเกณฑ์

- ❑ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract)
- ❑ มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- ❑ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุ อื่นๆ รับการชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ

<u>สิ่งที่เปลี่ยนแปลง</u>

1) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการ โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่
2) มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP

อัตราจ่ายค่าผ่าตัด

- ❑ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ชดเชย ข้างละ 7,000 บาท
- ❑ มีภาวะแทรกซ้อน ชดเชย ข้างละ 9,000 บาท
- ❑ VA ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 ชดเชย ข้างละ 5,000 บาท

จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม

- ❑ เลนส์พับได้ เหมาจ่าย ข้างละ 2,800 บาท
- ❑ เลนส์แข็ง เหมาจ่าย ข้างละ 700 บาท

การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคกระจกตาสิทธิ UC ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

เงื่อนไขหน่วยบริการ

1) เพิ่มค่าบริการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน DSAEK สำหรับหน่วยที่มีศักยภาพให้บริการ DSAEK
2) หน่วยบริการต้องมีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา และหรือ
3) หน่วยบริการต้องมีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา DSAEK

อัตราจ่าย

- ค่าบริการผ่าตัดจ่ายหน่วยฯ ผ่าตัด ตามระบบ DRGs
  - ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW
  - ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
- จ่ายเพิ่มค่าจัดหาดวงตาอัตรา 15,000 บาท/ดวงตา ให้หน่วยฯ ที่ผ่าตัด
- จ่ายเพิ่มค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน DSAEK โดยจ่าย Top up ให้หน่วยบริการที่ผ่าตัด
  - จ่ายเพิ่มค่าบริการจัดเตรียมกระจกตาชั้นในแบบ DSAEK อัตรา 13,000 บาท/ดวงตา

หมายเหตุ กรณีหน่วยบริการที่ได้รับการจัดหาดวงตา/จัดเตรียมกระจกตาชั้นใน จากศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย ให้จ่ายค่าจัดหา/จัดเตรียมกระจกตาให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษ

รายการใหม่

หัวข้อ	ปี 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ขอบเขตบริการให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับพิษ 1) การให้คำปรึกษาทางการแพทย์เกี่ยวกับสารพิษ,ยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงู แก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป 2) การให้ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงูแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ 3) การติดตามการรักษาและประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านพิษ และเซรุ่มป้องกันพิษงูจากแพทย์ บุคคากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษา และประชาชนผู้ได้รับการรักษา
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช
อัตราจ่าย	500 บาทต่อราย
โปรแกรม	e-Claim

4.1 ค่าสารเมทาโดน

รายการ	เงื่อนไข	อัตราการจ่าย
ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT)	สำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตรา 35 บาทต่อครั้ง

เงื่อนไขการจ่าย

1. หน่วยบริการที่รักษาต้องเป็นหน่วยที่ผ่านการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522
2. ตรวจสอบ ICD10/ICD9 เพื่อให้ตรงตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด คือ

   PDX = F11.2

   ICD9= 9425 other psychiatric drug therapy
3. จำนวนครั้ง = จำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ

4.2 กรณีบริการ ยา จ2

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

รายการยาใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566		
ยาเดิม/ เพิ่มข้อบ่งใช้ใหม่	1. Bevacizumab	โรคจอตาผิดปกติในเด็กเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP)
	2. Voriconazole	โรค Invasive fungal infection จากเชื้อ Trichosporon spp.
	3. Linezolid	โรคติดเชื้อ Vancomycin Resistant Enterococci (VRE)
	4. Sofosbuvir + Velpatasvir	โรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย : ปรับเงื่อนไขการสั่งใช้ยาไม่ต้องตรวจสภาพตับก่อนการใช้ยา
	5. Rituximab	โรค neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD)
	6. Octreotide acetate	ใช้ในผู้ป่วย Thyrotropin secreting pituitary adenoma
ยาเดิม/ เปลี่ยนแปลงบัญชี ยา จ๒ เป็น ง	1. Docetaxel	1.โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ 2.โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย 3. ใช้เป็น Second line drug ในโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม 4. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจ หรือ เคยได้รับยา doxorubicin แล้ว
	2. Letrozole 2.5 mg tablet	โรคมะเร็งเต้านมที่มี HER2 receptor เป็นบวก
ยาใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ (อยู่ระหว่างกระบวนการจัดหายา)	1. Posaconazole	รักษาผู้ป่วยติดเชื้อรามิวโคไมโคสิส (Invasive mucormycosis) ที่ไม่ตอบสนอง หรือไม่ทนต่อยา amphotericin B
	2. Cysteamine bitartrate	รักษาโรค Nephropathic Cystinosis
	3. Sapropterin (BH4) (oral form)	1. รักษากลุ่มโรค Tetrahydrobiopterin (BH4) 2. รักษาโรค Phenylketonuria (PKU)
	4. Infliximab (สำหรับ IBD, AS)	1. โรคลำไส้แปรปรวน (inflammatory bowel disease) 2. โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (Ankylosing spondylitis)
	5. Adalimumab	1. โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic arthritis)

5.1 Thalassemia

หัวข้อ	ปี งบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	วัตถุประสงค์ เพื่อ 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมยี ชนิดรุนแรงได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กตามความจำเป็น 1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม 1.3 เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงระดับจังหวัด/เขต
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือ ชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia :TDT) โดยแบ่งกลุ่มอายุเป็น 2 กล่มุ อายุ ได้แก่ (1) กลุ่ม อายุ 6 เดือน – 6 ปี และ (2) กลุ่ม อายุมากกว่า 6 ปี
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	4.1 จ่ายยาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา deferasirox อัตราจ่ายเม็ดละ 30 บาท ตามข้อบ่งชี้ โดยอ้างอิงเงื่อนไขตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 4.2 จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ชดเชยตามราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ ภายใต้วงเงินที่เหลือจาก ข้อ 2.1 โดยมีรายการบริการ ดังนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง การให้เลือดทุกชนิด และการตรวจ Serum ferritin จำนวน 4 ครั้งต่อปี ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal) และยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiprone (L1, DFP)
โปรแกรม	ระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2566

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

กรอบการบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2566

งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1.บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้อง

1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน
2. การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ
3. การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ 3.1) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(HIV)
   - 3.2) บริการให้คำปรึกษาฯ
   - 3.3) ถุงยางอนามัย
4. การให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
   - 4.1) บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
   - 4.2) ถุงยางอนามัย
5. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี (Hep C)

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTTR)
2. งานศูนย์องค์รวม
3. บริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	• กรณีการดูแลรักษา เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • กรณีการให้บริการปรึกษา และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ สำหรับประชาชนคนไทยทุกคน
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่าการประเมินศักยภาพการให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์
3. การบันทึกข้อมูล	• ผ่านโปรแกรม NAP • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกรายการ หมายถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล • จำนวนครั้งของการตรวจ/ปี เป็นปีงบประมาณ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ		
ค่าบริการ VCT	• 7 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 6 ครั้ง/ปี	• ต้องมีการบันทึกทั้ง Pre และ Post Counseling • ยังไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ค่าตรวจ Anti HIV	• 140 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	• ยังไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ถุงยางอนามัย	• ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย • ตามงบประมาณ	

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)		
Initial Counseling	• 80 บาท/ครั้ง	เฉพาะรายที่กินยา
Counseling	• 20 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี	
ค่าตรวจ Anti HIV	• 140 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี	
ค่าตรวจ CrCl	• 40 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	
ค่าตรวจ HBsAg (ELISA หรือ PHA)	• 130 หรือ 70 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	
ค่าตรวจ STIs (Syphilis, Gonorrhea, Chlamydia)	• เหมาจ่าย 240 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	
ค่าตรวจ Pregnancy test	• 70 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV Post-Exposure Prophylaxis: HIV PEP)		
ค่าตรวจ Anti HIV	• 140 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 5 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ	
ค่าตรวจ CBC, CrCl, SGPT/ALT	• 25 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ	
ค่าตรวจ VL	• 1,350 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 1 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ	เฉพาะรายที่มีอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อโดยเฉียบพลัน
ค่าตรวจ HBsAg - ELISA - PHA	• ไม่เกิน 1 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ • 130 บาท/ครั้ง • 70 บาท/ครั้ง	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV Post-Exposure Prophylaxis: HIV PEP)		
ค่าตรวจ Hepatitis B virus (HBs)	• 150 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 1 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ	
ค่าตรวจ Anti HCV - Rapid Test หรือ - เครื่องอัตโนมัติ	• ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ • 50 บาท/ครั้ง	
ค่าตรวจ STIs (Syphilis, Gonorrhea, Chlamydia)	• เหมาจ่าย 240 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ	
ค่าตรวจ Pregnancy test	• 70 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี		
ยา ARV และยาลดไขมัน	ตามการให้บริการจริง	• ชดเชยเป็นยา
ถุงยางอนามัย	ตามงบประมาณ	
ค่าตรวจ DNA PCR	• 1,000 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี	• คลอดจากแม่ติดเชื้อ คนไทย
ค่าบริการดูแลรักษา	• 20 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี	
ค่าตรวจ CBC, Blood Chemistry	• 25 บาท/รายการ • ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	
ค่าตรวจ CD4	• 400 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี		
ค่าตรวจ Viral Load	• 1,350 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	ตรวจเพิ่มได้ในกรณี - เปลี่ยนสูตรยาเนื่องผลข้างเคียงของยา - หญิงตั้งครรภ์ทีอายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ - ตรวจ VL ก่อนเริ่มยา ABC หรือ DTG+3TC
ค่าตรวจ Drug Resistance - Commercial - In-House	• ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี • 6,000 บาท/ครั้ง • 5,500 บาท/ครั้ง	• VL ≥ 1,000 copies/ml • ห่างจากวันที่ส่งตรวจ VL ไม่เกิน 30 วัน
ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง - กรณีการส่งตรวจ CD4 และ VL - กรณีการส่งตรวจ DR	• 20 บาท/ครั้ง • 100 บาท/ครั้ง	

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี		
ค่าตรวจ Anti HCV - Rapid Test - เครื่องอัตโนมัติ	• ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี • 50 บาท/ครั้ง	• เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี • เป็นกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด
ตรวจยืนยันก่อนการรักษา (เลือกตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง) HCV core antigen HCV RNA (qualitative or quantitative)	• 600 บาท/ครั้ง • 1,300 บาท/ครั้ง	• ผล Anti HCV เป็น Positive • ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เบิกผ่านโปรแกรม Nap • ประชาชนทั่วไป เบิกผ่านโปรแกรม E claim
ค่าตรวจภาวะพังผืดในตับ (เลือกตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง) - APRI score หรือ FIB 4 score - Fibro scan - Fibro marker panal	• ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี • 200 บาท/ครั้ง	• ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เบิกผ่านโปรแกรม Nap • ประชาชนทั่วไป เบิกผ่านโปรแกรม E claim
ตรวจยืนยันหลังการรักษา (เลือกตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง) HCV core antigen HCV RNA (qualitative or quantitative)	• 600 บาท/ครั้ง • 1,300 บาท/ครั้ง	• เฉพาะประชาชนทั่วไป เบิกผ่านโปรแกรม E claim

บริการด้านป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTTR)

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนคนไทยทุกคน • MSM • TG • FSW • MSW • PWID
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	• หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการ RRTTR จ่ายชดเชยตามระบบ Seamless for DMIS • องค์ภาคประชาสังคม ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้บริการ RRTTR จ่ายชดเชยแบบ สัญญาให้บริการตามโครงการ
3. การบันทึกข้อมูล	• ผ่านโปรแกรม NAP

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
MSM, TG, FSW, MSW • Reached&Recruited • Recruited to Tested • Retained	• 800 บาท/ราย • 550 บาท/ราย • 450 บาท/ราย	1.หน่วยบริการในระบบ UC จ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS 2.องค์กรภาคประชาสังคม ที่ทำสัญญาดำเนินงานตามโครงการ แบ่งจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขการจ่ายเงินในโครงการ
PWID • Reached&Recruited • Recruited to Tested • Retained	• 1,800 บาท/ราย • 1,200 บาท/ราย • 1,000 บาท/ราย	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับผู้รับบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
Syphilis	• 100 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	
Gonorrhea	• 100 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	
Chlamydia	• 100 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	
Anus Smear หรือ Pap Smear	• 250 บาท/ครั้ง • ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย (ศูนย์องค์รวม)

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์	รายการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	• คู่หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ • ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรายใหม่ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม	
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	• หน่วยบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร	
3. การบันทึกข้อมูล	เบิกจ่ายตามเงื่อนไขการจ่ายเงินในสัญญาดำเนินการตามโครงการ	
4. คู่หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์	• 450 บาท/ราย	• ตรวจสอบจากเลข Nap ต้องยังมีชีวิตอยู่จนถึงวันที่รับบริการ • ชดเชยแบบนิติกรรมสัญญา
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรายใหม่ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม	• 600 บาท/ราย	

แนวทางการเบิกจ่าย Sofosbuvir + Velpatasvir และ Ribavirin

1. หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด
2. ขออนุมัติใช้ยาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย
3. ส่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย โดยส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ(2) ซึ่งการเบิกชดเชยยาผ่าน Website ของ สปสช. http://drug.nhso.go.th /drugsever/ เป็นการบันทึกข้อมูลการใช้ยารายบุคคลบนระบบ Online สามารถตรวจสอบสิทธิ์ผู้ป่วยได้ก่อนการส่งข้อมูลเบิกชดเชยยา
4. ระบบจะตัดยอดข้อมูลหลังเที่ยงคืนของทุกวันและส่งข้อมูล PO เข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวัน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบผลการส่งข้อมูลเบิกชดเชยยาได้ทาง Websiteของสปสช.http://drue.nhso.co.th/druesever/ องค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกชดเชยยาภายใน 7 วันทำการหลังจากได้รับข้อมูลจาก สปสช.

คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

- เป็นอายุรแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาระบบทางเดินอาหาร หรือ
- เป็นอายุรแพทย์ทั่วไปที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาที่ปฏิบัติงานด้านโรคระบบทางเดินอาหารไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยได้รับการรับรองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค
ปีงบประมาณ 2566

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

บริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2566

1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการยารักษาวัณโรค 1.1) ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2) ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา - ยารักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ - ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1st และ 2nd line drug) 3.4) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ

2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

ขอบเขตบริการ คนไทยทุกสิทธิ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 1.ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2.ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 3.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4.ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5.ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน 6.ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7.บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบ Seamless)

การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	• ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • เป็นผู้ป่วยวัณโรคทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด ที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub)
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	• หน่วยบริการดูแลรักษาวัณโรคพื้นฐาน • หน่วยบริการรักษาการติดเชื้อวัณโรคดื้อยา
3. การบันทึกข้อมูล	ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
บริการยารักษาวัณโรค		
ยารักษาวัณโรค	เป็นยาหรือเงิน ตามที่ให้บริการจริง	
บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	40 บาท/ครั้ง (1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ)	• อายุ ≤ 18 ปี • ยังไม่เป็นวัณโรค
ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	เป็นยาหรือเงิน ตามที่ให้บริการจริง	
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการรักษาและติดตาม		
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการรักษาและติดตาม	20 บาท/ครั้ง	ตามการให้บริการจริง

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
บริการตรวจค้นหาและคัดกรองวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค		
CXR	100 บาท/ครั้ง (1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ)	7 กลุ่มเสี่ยง • ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค • ผู้ต้องขัง/สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง • ผู้ติดเชื้อเอชไอวี • ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง • ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปีที่สูบบุหรี่ หรือโรคปอด หรือโรคเบาหวาน • ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง • บุคลากรสาธารณสุข
Molecular assay • TB-LAMP • Real-time PCR MTB/MDR • Line Probe Assay (LPA)	(1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ) 200 บาท/ครั้ง 600 บาท/ครั้ง 600 บาท/ครั้ง	ผล CXR ผิดปกติ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
กรณีที่หน่วยบริการ ยังไม่มีศักยภาพในการตรวจ Molecular assay		
1. AFB (เฉพาะเสมหะ)	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/คน/ปีงบประมาณ)	มีผล CXR ผิดปกติ
2. Culture - Solid Media - Liquid Media	(1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ) 200 บาท/ตัวอย่าง 300 บาท/ตัวอย่าง	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานการติดตามการรักษา		
1. AFB (เฉพาะเสมหะ)	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/ครั้ง)	• New/Relapse ไม่เกิน 3 ชุด ชุดละ 3 ตัวอย่าง/Course การรักษา • MDR-TB/XDR-TB ไม่เกิน 25 ชุด ชุดละ 3 ตัวอย่าง/Course การรักษา
2. CXR	100 บาท/ครั้ง	• New/Relapse ไม่เกิน 2 ครั้ง/Course การรักษา • MDR-TB/XDR-TB ไม่เกิน 6 ครั้ง/Course การรักษา

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

รายการ	อัตรา	เงื่อนไข
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรอง วินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา		
กรณีที่หน่วยบริการมีศักยภาพในการตรวจ Molecular assay		
ค่าตรวจหาเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยา first line drug		
1. TB-LAMP - วินิจฉัย/ตรวจหาเชื้อ MTB	200 บาท/ครั้ง	มีผล CXR ผิดปกติ
2. Real-time PCR (X-pert MTB/RIF)	500 บาท/ครั้ง	
3. Real-time PCR (Anyplex)	600 บาท/ครั้ง	
4. Line Probe Assay (LPA)	600 บาท/ครั้ง	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (Second line drug)		
1. Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	700 บาท/ครั้ง	เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR-TB)

เงื่อนไขการชดเชยบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค/วัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค

คัดกรองด้วย CXR (100 บาท)

เงื่อนไข
1 คน/1 ครั้ง /ปีงบประมาณ

ผลปกติ

ผลปกติ/ไม่เข้ากับวัณโรค

ผลผิดปกติ

เงื่อนไข
ตรวจ Molecular assay ได้ เมื่อมีผล CXR ผิดปกติเท่านั้น (1 คน/1 ครั้ง / ปีงบประมาณ)

วินิจฉัยวัณโรควิธี Molecular Assay

AFB (20 บาท) และ/ หรือ Culture (200/300 บาท)

เงื่อนไข
1 คน/1 ครั้ง /ปีงบประมาณ

วินิจฉัยวัณโรค/วัณโรคดื้อยา First line drug (RIFและหรืออื่นๆ)

กรณีเลือกตรวจด้วย TB-LAMP ให้เลือกวิธีใดวิธีนึง ดังนี้
1) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Xpert MTB/RIF (500 บาท)
2) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Line Probe Assay (600 บาท)
3) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Real-time PCR MDR (600 บาท)

เลือกตรวจ Molecular วิธีใดวิธีนึง ดังนี้
1) Xpert MTB/RIF (500 บาท) หรือ
2) Line Probe Assay (600 บาท) หรือ
3) Real-time PCR MTB/MDR (600 บาท)

ผู้ป่วยไม่ดื้อยา รักษาด้วยสูตรยาพื้นฐาน

ผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB

ผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB

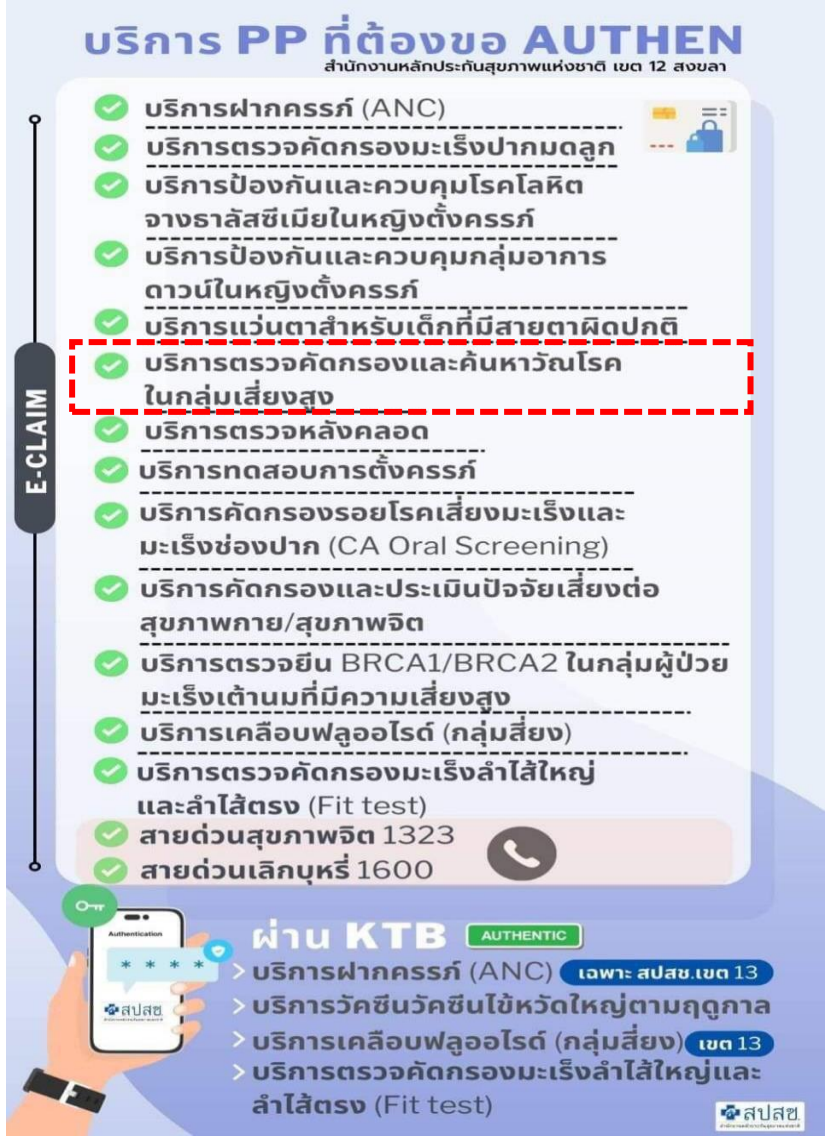
220 ผู้ป่วยไม่ดื้อยา รักษาด้วยสูตรยาพื้นฐาน

เงื่อนไข
กรณีเป็นผู้ป่วยดื้อยา (RR/MDR) สามารถตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยา 2nd line ด้วยวิธีใดก็ได้ ในข้อ 1 หรือ 2 (1 คน/ครั้ง/course การรักษา)

วินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug
1) LPA (ตรวจดื้อยากลุ่ม FQ และ AG/CT) หรือ
2) Real-time PCR MTB / XDR (700 บาท)

รักษาผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB ด้วยสูตรรักษาที่เหมาะสม

เอกสารที่เกี่ยวข้อง งบเอดส์ วัณโรค



แจ้งงบค้นหา TB ปี 66

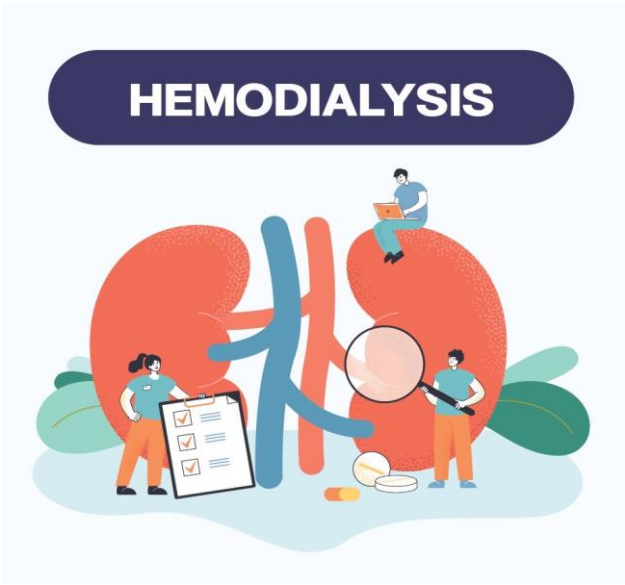
คู่มือการใช้โปรแกรมย
า จ2

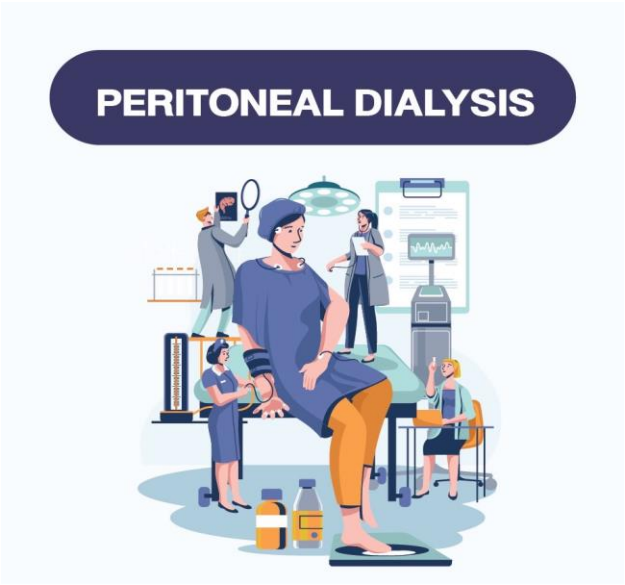
หน่วยขึ้นทะเบียน
PrEP

การดำเนินงาน
RRTTR 66

แบบประเมินขึ้นทะเบีย
ง Lab HIV/TB/Hep C

บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง





Kidney Transplanted

บริการ	ปีงบฯ 66	
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS <u>เพิ่ม</u> ผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ป่วย Shift mode ให้ทำ Consent Form concent form
	ผู้มีสิทธิ	UC
	อัตราจ่าย	1. ค่าบริการ จ่าย 2,500 บาท/เดือน 2. ค่าวางสาย TK 3.น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ ผ่านระบบ VMI 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct <u>เพิ่ม</u> 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
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim

บริการ	ปีงบฯ 66
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ต่อ)	3.อัตราจ่าย ▪ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ▪ หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 ลำดับแรก จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน

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	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%

▪ รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย 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)

บริการ	ปีงบฯ 66	
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC
	อัตราจ่าย	1. ค่าฟอกเลือด 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง 2. ผู้ป่วยโควิด จ่ายเพิ่ม ชุด PPE / ค่าพาหนะ / ฆ่าเชื้อ 3. ค่าทำ Vascular access 5,000 – 22,000 บาท 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct <u>เพิ่ม</u> 1. 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)] 2. 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/ซม - DLC จ่าย 5,000 บาท 3. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD กรณีฟอกเลือด หน่วยบริการ UC ที่มีศักยภาพทำ Vascular access / หน่วย บริการ ODS (หน่วยบริการที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่าย DLC ได้เฉพาะเคสที่มีปัญหาในขณะทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตัน ต้อง revise สาย เป็นต้น โดยบันทึกเบิกผ่าน e-Claim)
	โปรแกรม	CKD DMIS / e-Claim

บริการ	ปีงบฯ 66	
3. บริการปลูกถ่ายไต	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS เพิ่ม ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC
	อัตราจ่าย	1. ค่าเตรียมผู้รับบริจาค 2. ค่าเตรียมผู้บริจาค 3. ค่าผ่าตัด ตาม Protocol 4. ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัด
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim

สรุปสถานการณ์การจัดบริการและติดตามประเมินผล บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

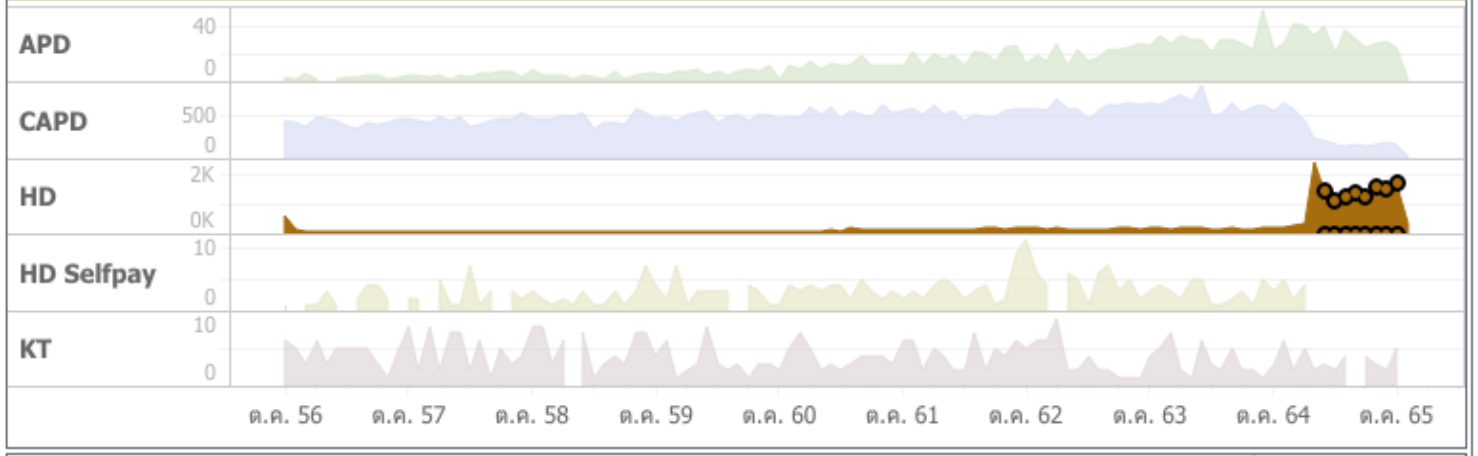
ที่มา : ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ ณ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565

ภาพรวมการลงทะเบียนบริการบำบัดทดแทนไต (RRT Registration)

ข้อมูลล่าสุด ณ 16/9/2565 19:38:00

APD (ราย)	CAPD (ราย)	HD (ราย)	HD Selfpay (ราย)	KT (ราย)	Active Patients
1,486	19,667	40,424	223	1,607	63,404

จำนวนการลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ สปสช.เขต All ช่วงปีที่ลงทะ.. 1/10/2556 0:00:00..



เขต	APD	CAPD	HD	HD Selfpay	KT	Grand Total
เขต 1 เชียงใหม่	274	2,785	4,199	51	148	7,457
เขต 2 พิษณุโลก	71	1,236	1,286	4	9	2,606
เขต 3 นครสวรรค์	33	745	1,282	2		2,062
เขต 4 สระบุรี	184	920	3,388	17	55	4,563
เขต 5 ราชบุรี	169	1,913	3,320	23	2	5,427
เขต 6 ระยอง	72	1,463	3,964	32	7	5,538
เขต 7 ขอนแก่น	117	1,617	3,320	15	210	5,278
เขต 8 อุดรธานี	108	1,760	3,481	15	22	5,385
เขต 9 นครราชสีมา	71	1,763	3,510	4	31	5,379
เขต 10 อุบลราชธ..	135	2,465	3,004	2	60	5,666
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	67	1,509	1,832	8	9	3,425
เขต 12 สงขลา	88	849	1,433	8	32	2,410
เขต 13 กทม.	97	642	5,894	35	997	7,665
Grand Total	1,486	19,667	40,424	223	1,607	63,404

ภาพรวมการเปลี่ยนโหมดการรักษา (Shift Mode) (ผป.สะสม ไม่รวมผป.เสียชีวิต)

	Mode ปัจจุบัน				Shift No#	ครั้งล่าสุด
Mode ก่อนหน้า	APD	CAPD	HD	HD Selfpay	KT	Grand Total
#NewCase	1,486	17,819	22,997	209	366	42,874
APD			4		2	6
CAPD			9,547	3	613	10,163
HD		976			412	1,388
HD Selfpay		738	5,437		207	6,382
KT		39	171	7		217
Grand Total	1,486	19,569	38,148	219	1,595	61,014

Time on Therapy (months before change mode)

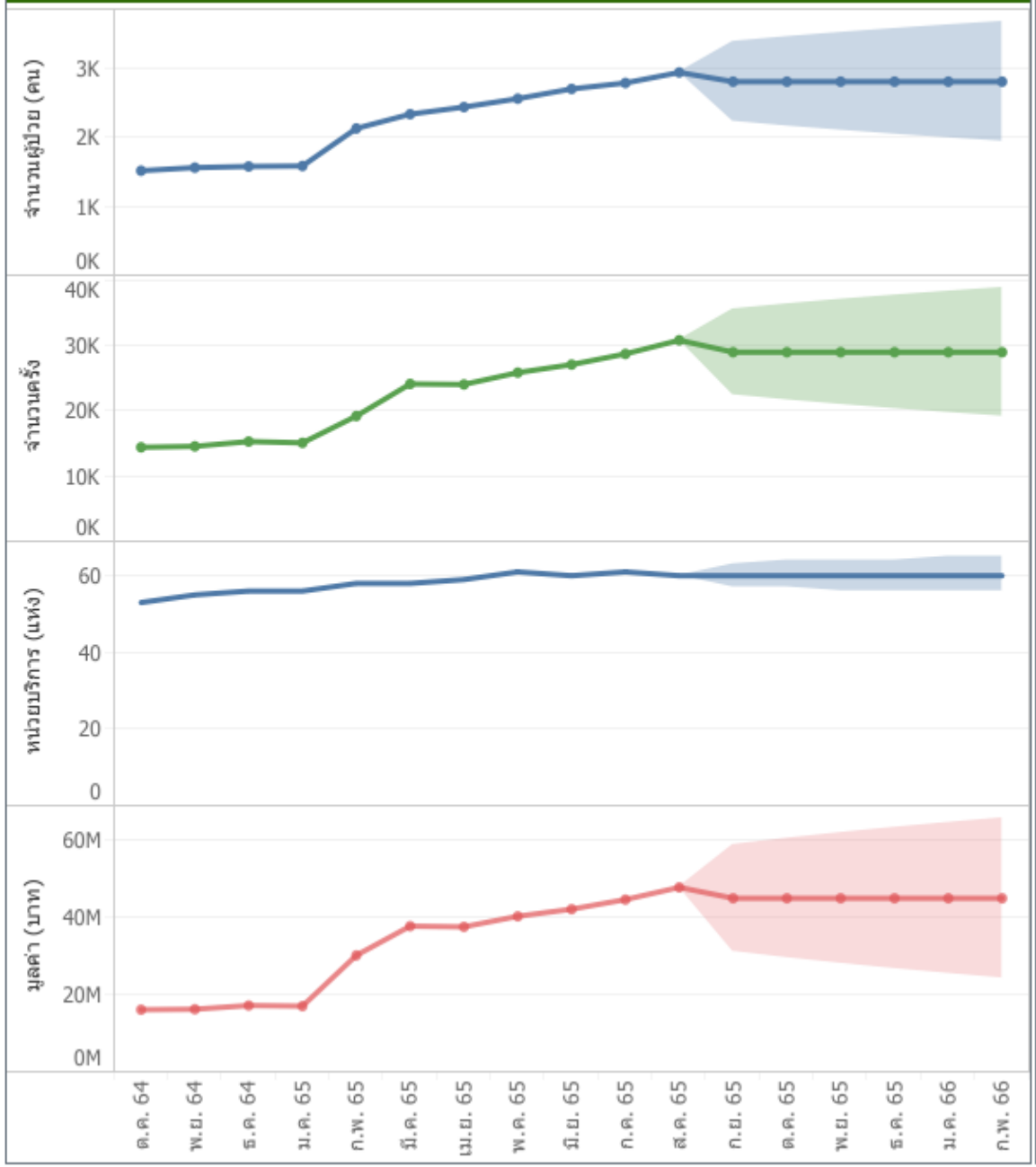
	Mode ปัจจุบัน			
Mode ก่อนหน้า	CAPD	HD	HD Selfpay	KT
APD		19.00 3.00		11.50 11.50
CAPD		27.82 19.00	3.40 4.00	37.71 32.00
HD	24.69 1.00			45.17 37.00
HD Selfpay	13.57 6.00	32.98 23.00		25.55 19.00

เปรียบเทียบสถานการณ์ก่อนหลังการเปลี่ยนนโยบาย HD

ข้อมูลล่าสุด ณ 16/9/2565 19:38:00

ภาพรวมบริการ HD รายเดือน (+Forecast 6m)

ช่วงวันรับบริก.. 1/10/2564 0:00:00 to 30/9/256..



Factsheet เปรียบเทียบก่อน-หลัง 1 กพ. 65

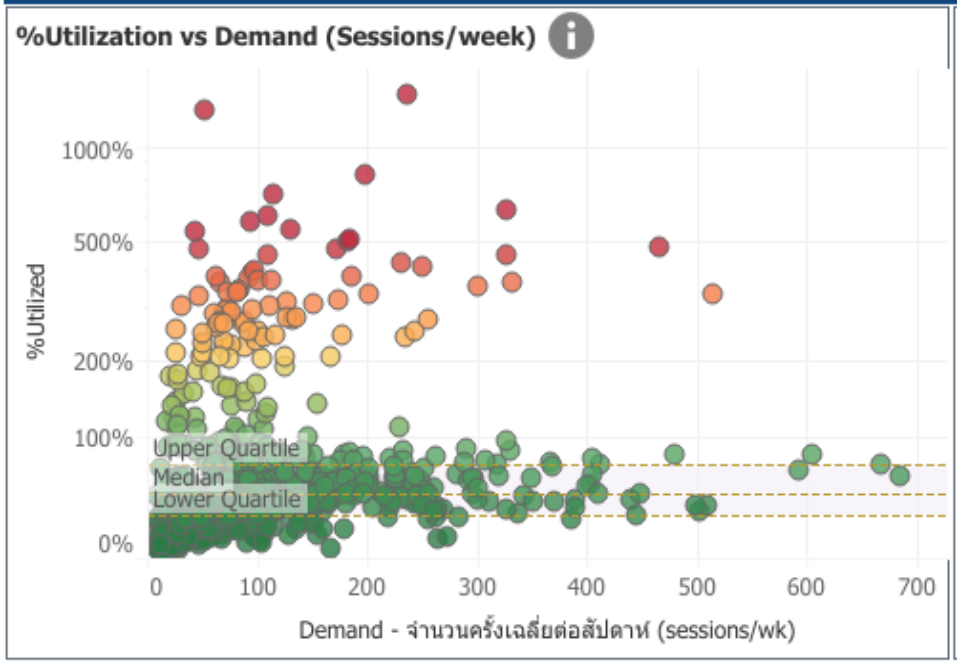
สปสช. เขต เขต 7 ขอนแก่น

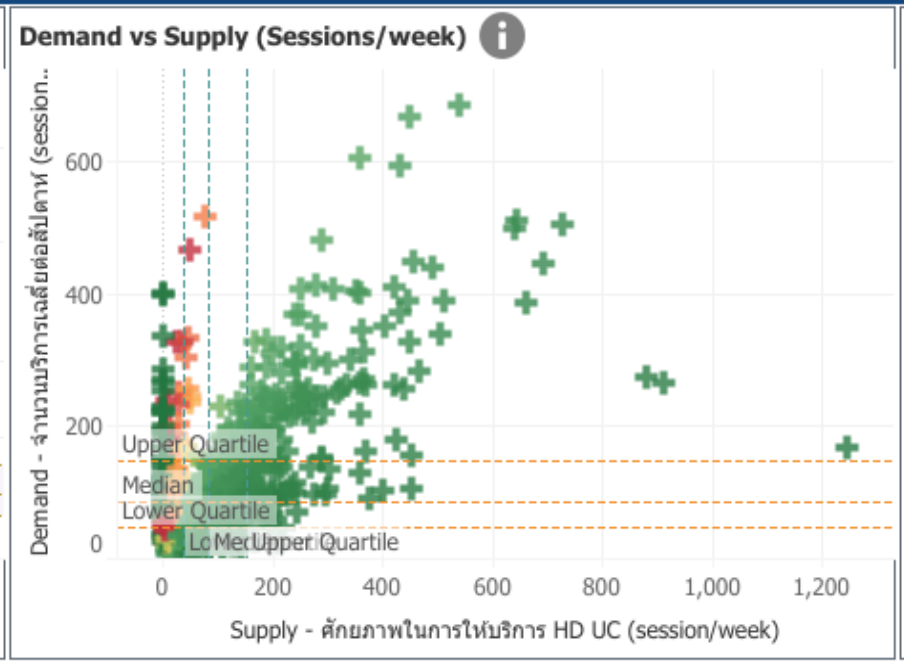
	HD แห่ง		จำนวนผป.(ราย)		จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อเดือน		ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
Grand Total	56	62	1,696	3,649	14,472	25,581	16,167,268	39,767,711
ขอนแก่น	24	24	627	1,290	5,089	8,520	5,177,366	13,212,750
ร้อยเอ็ด	11	14	505	1,035	4,356	6,751	5,283,537	10,511,671
มหาสารคาม	9	11	317	748	2,598	5,615	2,616,585	8,669,276
กาฬสินธุ์	12	13	262	684	2,430	4,696	3,089,780	7,374,013

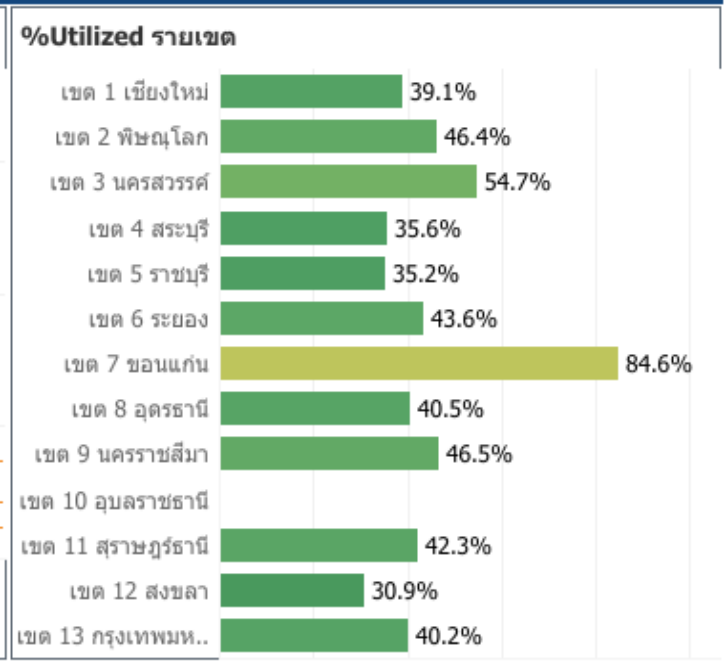
คำชี้แจง: เป็นการเปรียบเทียบค่าวัดที่สำคัญ ของช่วงเวลาก่อนและหลังเปลี่ยนนโยบาย (1 กุมภาพันธ์ 2565)
ได้แก่ จำนวนหน่วยบริการ (นับไม่ซ้ำ) / จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการ (นับไม่ซ้ำ) / จำนวนบริการเฉลี่ยต่อเดือน และ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน
เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นการเปลี่ยนแปลง สามารถ Drill Down ข้อมูลได้ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และ หน่วยบริการ

เปรียบเทียบศักยภาพและบริการ HD ที่เกิดขึ้นจริง

ข้อมูลล่าสุด ณ 16/9/2565 19:38:00







สปสช.เขต	จังหวัด	HD แห่ง	จำนวนเครื่องHD	แพทย์ Nephro	พยาบาลHD	Total Capacity (Session/wk)	Demand (Session/wk)	Last14d AVG (Session/wk)	%Utilized
เขต 7 ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	13	170	13	55	1,872	910	0	48.6%
	ขอนแก่น	24	272	31	97	1,366	1,707	0	125.0%
	มหาสารคาม	11	147	13	49	1,416	1,063	0	75.1%
	ร้อยเอ็ด	14	171	12	61	1,326	1,379	0	104.0%
เขต 8 อุดรธานี	นครพนม	7	106	6	39	1,864	987	0	52.9%
	บึงกาฬ	4	61	10	18	1,023	401	0	39.2%
	เลย	5	32	2	11	416	229	0	54.9%
	สกลนคร	9	191	14	59	3,460	1,248	0	36.1%
	หนองคาย	7	103	12	38	1,945	793	0	40.8%
	หนองบัวลำภู	3	36	2	14	420	210	0	49.9%
	อุดรธานี	16	264	40	81	4,723	1,780	0	37.7%
เขต 9 นครราชสีมา	ชัยภูมิ	9	160	20	44	2,912	1,912	0	65.7%

หมายเหตุ:

1. ข้อมูลศักยภาพหน่วยบริการ (จำนวนเครื่องและจำนวนรอบที่ให้บริการต่อสัปดาห์ จำนวนแพทย์ พยาบาล ฯลฯ) ได้มาจากการสำรวจโดยความร่วมมือของ PM เขต เมื่อปลายปี 2564 ซึ่งเป็นข้อมูล out-of-date และมีข้อมูลไม่ครบทุกหน่วยบริการ
2. Supply Capacity = ศักยภาพในการให้บริการ คิดจากจำนวนรอบที่สามารถให้บริการได้ต่อสัปดาห์ (session/week) (ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสำรวจ ตามข้อ 1)
3. Estimated Demand เป็นข้อมูลแสดงจำนวนบริการที่เกิดขึ้นจริง เฉลี่ยต่อสัปดาห์ เพื่อใช้เปรียบเทียบกับศักยภาพ และคำนวณเป็น %Utilized (Demand/Supply*100)

บริการควบคุมและป้องกันผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวาน

สาเหตุ เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติ หรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติต่อเนื่องและเรื้อรัง ระยะยาวจะส่งผลให้เกิดการทำลายหลอดเลือด และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่รุนแรงมากขึ้น

กลุ่มเสี่ยง : อายุ ≥ 35 ปี, อ้วนหรืออ้วนลงพุง (BMI ≥25), มีคนในครอบครัว DM., ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์

โรคเบาหวาน มี 4 ชนิด .....

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน มักพบในเด็กต้องรักษาด้วยยาอินซูลิน

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากร่างกายดื้อต่ออินซูลิน พบมากในผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ คนที่มีประวัติครอบครัว ต้องรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือด บางรายจำเป็นต้องใช้ยาอินซูลิน

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดขณะตั้งครรภ์ อาการหายไปหลังคลอด

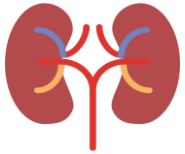
โรคเบาหวานจากสาเหตุอื่น เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง โรคที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อบางชนิด หรือผู้ใช้ยาที่มีสารสเตียรอยด์

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก

-เบาหวานขึ้นตา

-โรคไตวาย



-เส้นประสาท = ชาปลายเท้า หรือเจ็บเหมือนมีเข็มทิ่ม

ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่

-กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

-อัมพฤกษ์ อัมพาต

-หลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันทำให้เกิดแผลติดเชื้อที่เท้าง่าย

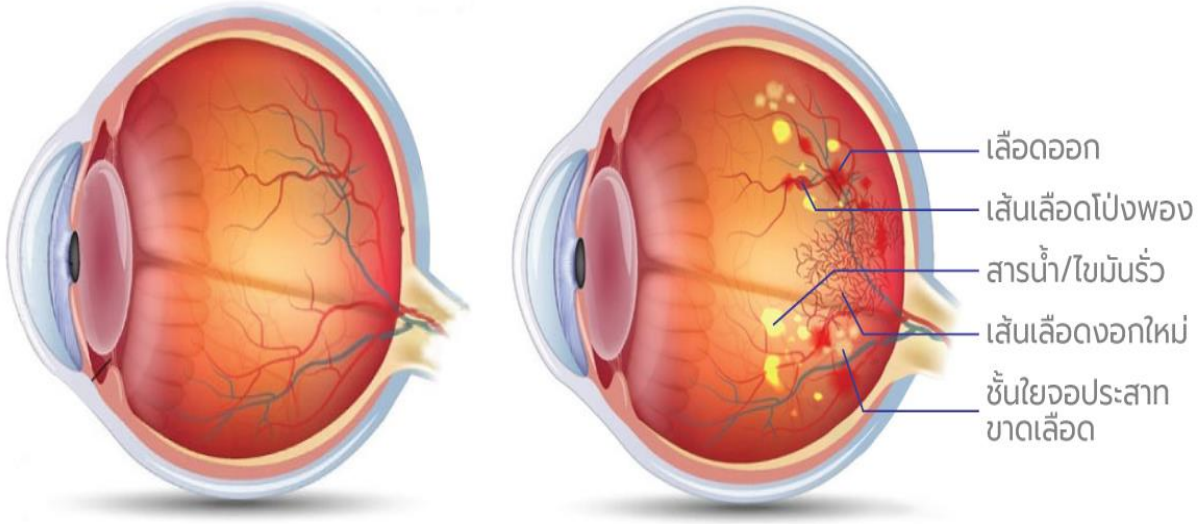
การควบคุมป้องกัน การรักษาโรค และ ภาวะแทรกซ้อน สามารถเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิประโยชน์ UC ได้

ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy)

เป็นภาวะแทรกซ้อนอันตราย อันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สาเหตุ-การดำเนินของภาวะแทรกซ้อน

เกิดจาก **ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ปล่อยให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน** ทำให้หลอดเลือดในจอประสาทตาเริ่มอักเสบ โป่งพอง มีเลือด และน้ำเหลืองซึมออกมาทั่วจอประสาทตา อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ตัว และละเลยการตรวจสภาพตาตามคำแนะนำของแพทย์ ..... หากรั่วซึมถึงจุดศูนย์กลางของการรับภาพ อาจทำให้มีอาการตาพร่ามัว ยิ่งถ้าหลอดเลือดและพังผืดเกิดใหม่ ทำให้หลอดเลือดในจอประสาทตามีผนังไม่แข็งแรง ฉีกขาดง่าย มีผลให้จอประสาทตาหลุดลอกออกมา และ **ตาบอดสนิท**



แผนการดำเนินงานจากการทำแผนร่วม อปสข. อคม. ปี 2565

-เพิ่มการควบคุมและป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

**** เน้นให้ความรู้กลุ่มคนปกติ คัดกรอง เฝ้าระวัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าถึงบริการและควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มป่วย*

-ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ เพื่อสุขภาพที่ดี

*** เน้นอาหารเฉพาะโรคและการควบคุมน้ำหนัก (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และดูแลสุขภาพฟัน)

- สปสช. ประสานการดำเนินงานร่วมกับ หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลลัพธ์และประสิทธิภาพกองทุน *** การเบิกค่ารักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง, คืนข้อมูล, ชี้เป้าสำคัญ

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 66
1. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<u>1. ค่าบริการสำหรับ</u> 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 2) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น GDM 3) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่พบเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (PDM) 2. บันทึกรหัสโรคตามที่กำหนด 3.เพิ่มเติม การ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC ที่วินิจฉัยเป็น T1DM , GDM และ PDM โดยมีการลงทะเบียน
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการมีศักยภาพรักษา T1DM GDM และ PDM ตามเหลักเกณฑ์ที่กำหนด
	อัตราจ่าย	ค่าบริการเหมาจ่ายรายเดือน 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

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 66
1. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (ต่อ)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ค่าบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง 2. จ่ายแบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. 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
	อัตราจ่าย	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	กรณี DM HT บันทึกในโปรแกรมหมอพร้อม

รายละเอียดความพร้อมของหน่วยบริการ

ความพร้อมด้านบุคลากร	GDM	PDM
1. แพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์ หรือ อายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อ ฯ		
1.1) แพทย์ทั่วไป	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
1.2) อายุรแพทย์	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
1.3) อายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อฯ	-	-
2. สูตินรีแพทย์	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
3. พยาบาล	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
4. โภชนากร หรือ นักโภชนาการ หรือ นักกำหนดอาหาร	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล

หมายเหตุ : หน่วยบริการต้องมีความพร้อมด้านบุคลากรในข้อ 1 หรือ 2 และ 3 หรือ 4

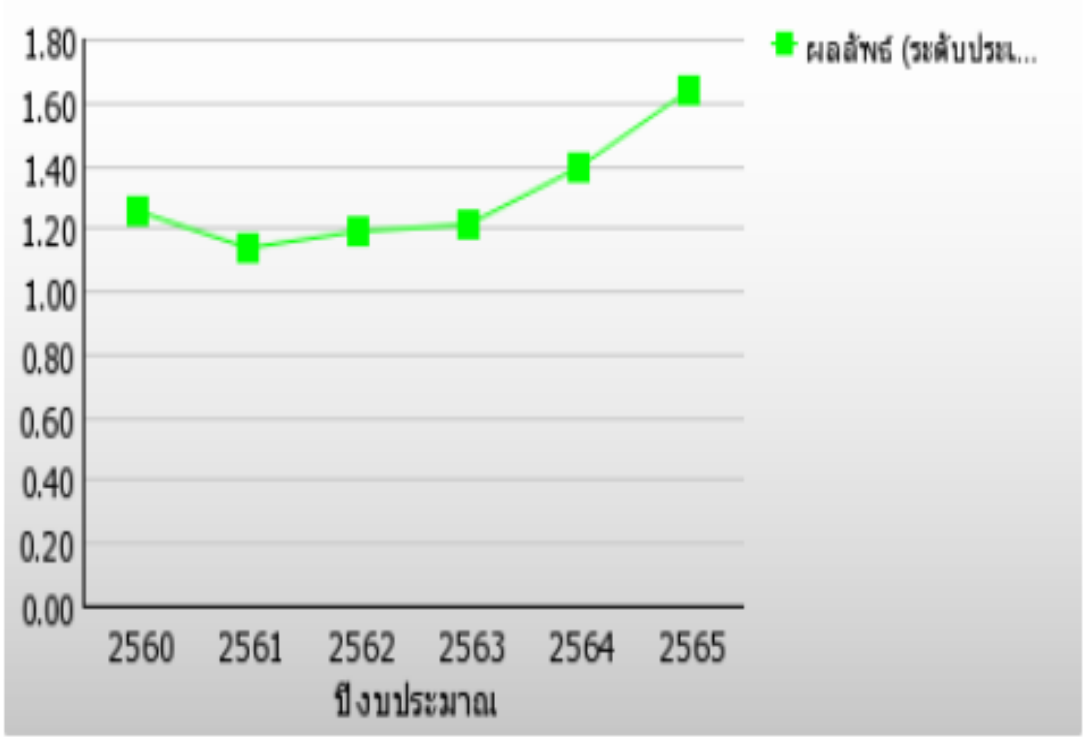
ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ
กลุ่มโรคเบาหวาน

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator) www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

อัตราป่วยตาย (Fatality rate) ด้วยโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

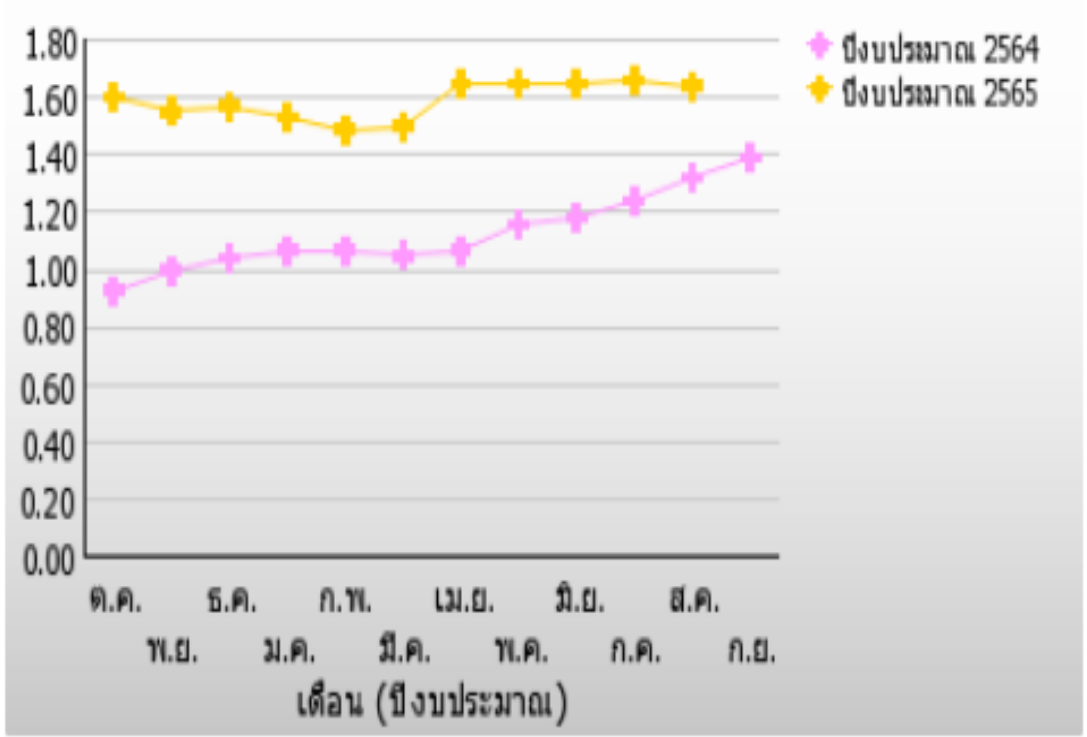
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	1.26	1.14	1.19	1.21	1.39	1.64

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :

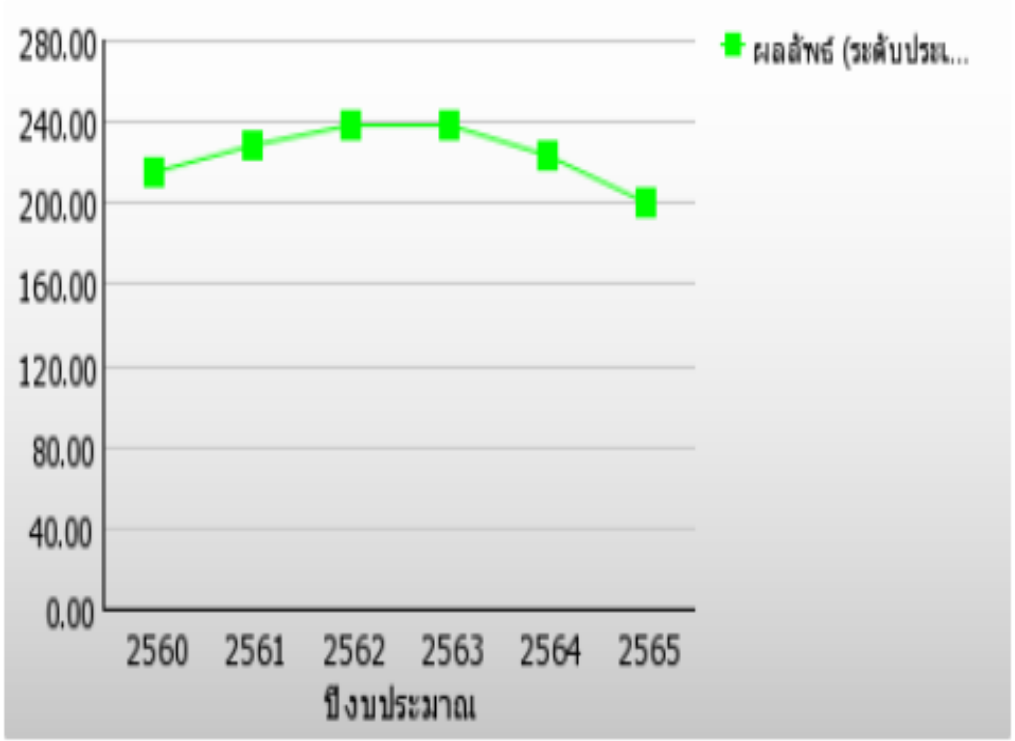


ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	0.93	1.00	1.04	1.07	1.07	1.05	1.07	1.16	1.18	1.24	1.32	1.39
2565	1.60	1.55	1.57	1.53	1.49	1.50	1.65	1.65	1.65	1.66	1.64	

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

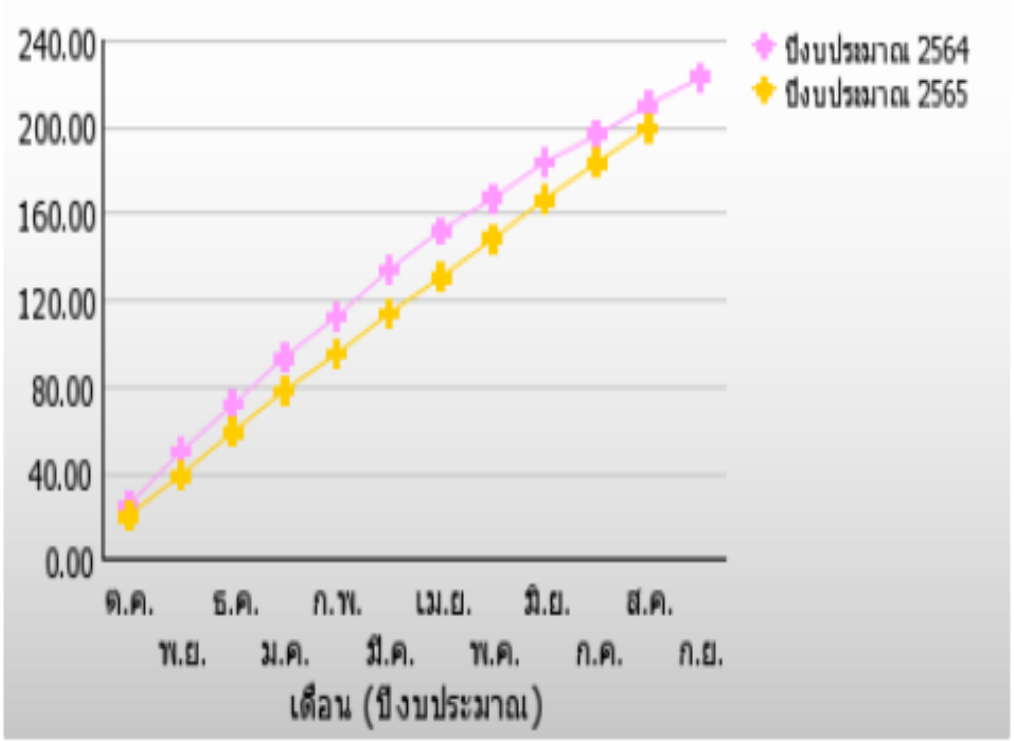
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	215.19	227.98	239.20	238.08	223.19	199.68

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :

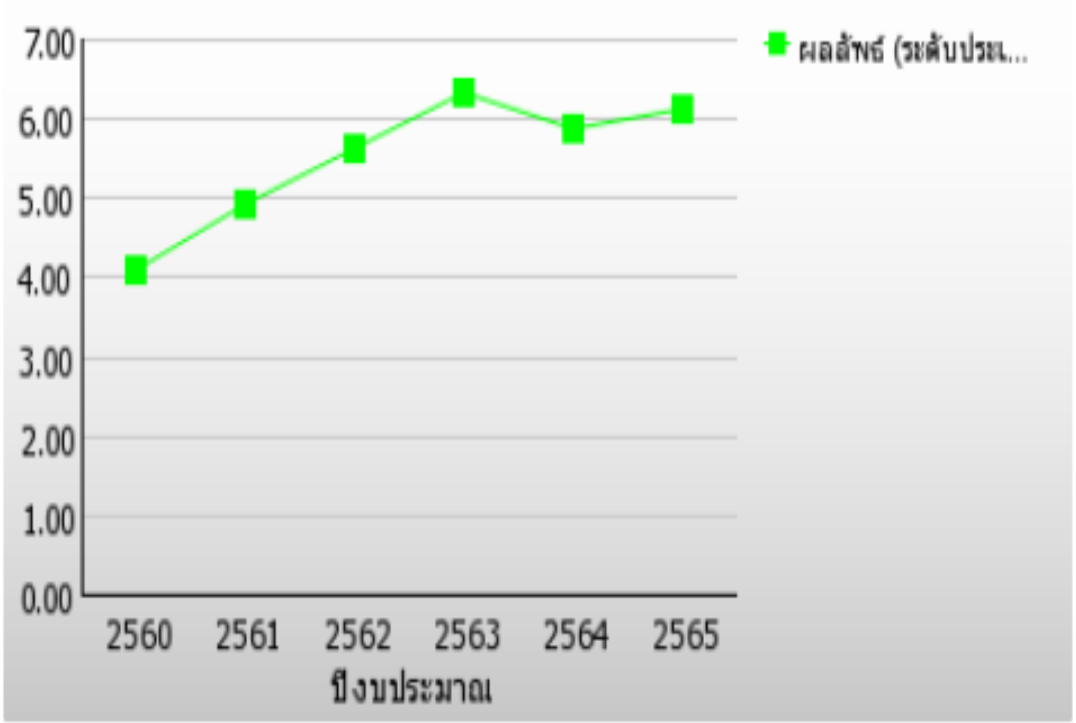


ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	25.58	50.02	72.30	93.16	112.26	134.33	152.13	167.42	184.13	197.11	209.71	223.19
2565	20.12	38.92	58.91	78.45	95.51	113.87	130.79	148.68	166.31	183.56	199.68	

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา
อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

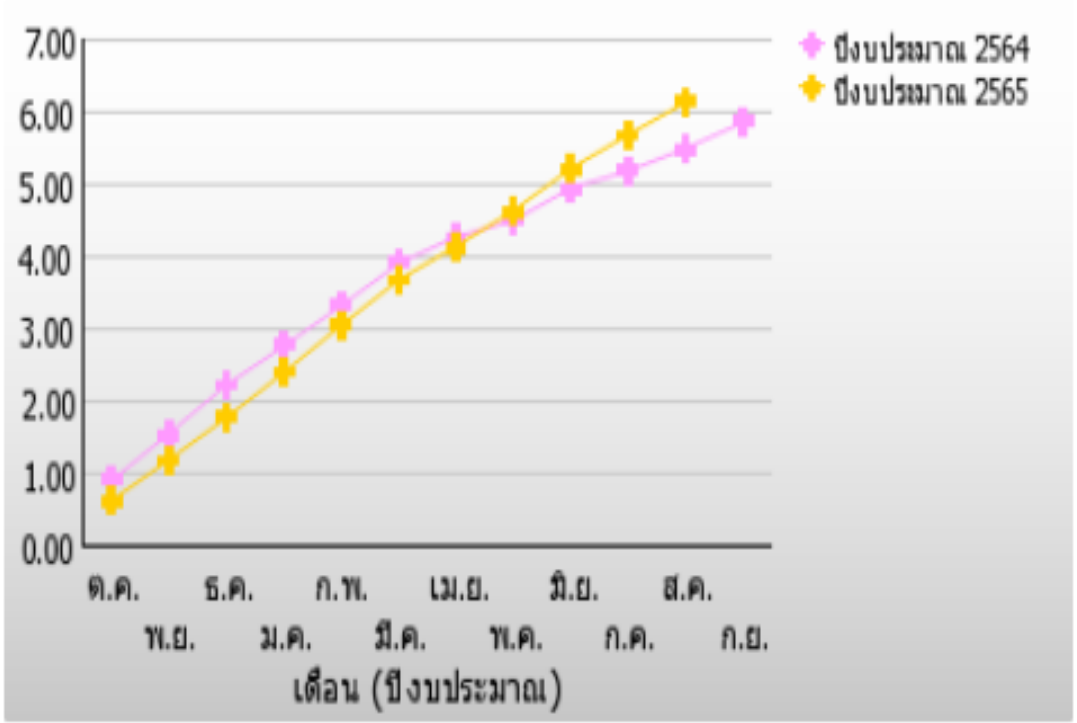
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	4.09	4.93	5.64	6.33	5.88	6.15

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :

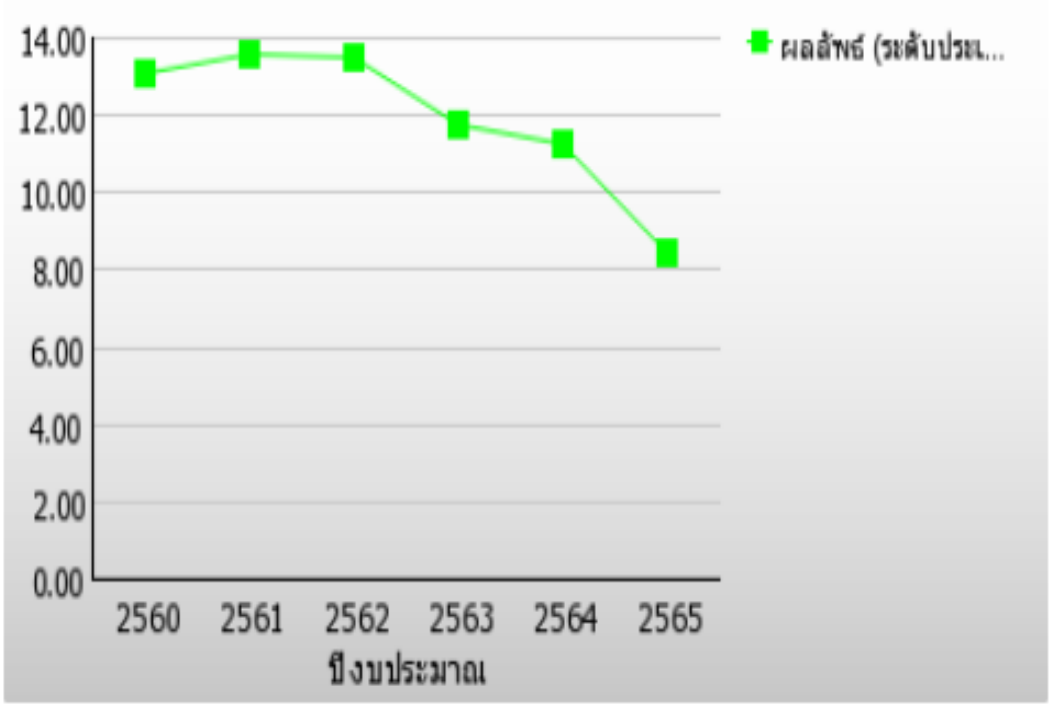


ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	0.94	1.54	2.24	2.79	3.34	3.93	4.28	4.51	4.94	5.20	5.49	5.88
2565	0.63	1.19	1.80	2.42	3.07	3.69	4.13	4.63	5.22	5.69	6.15	

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

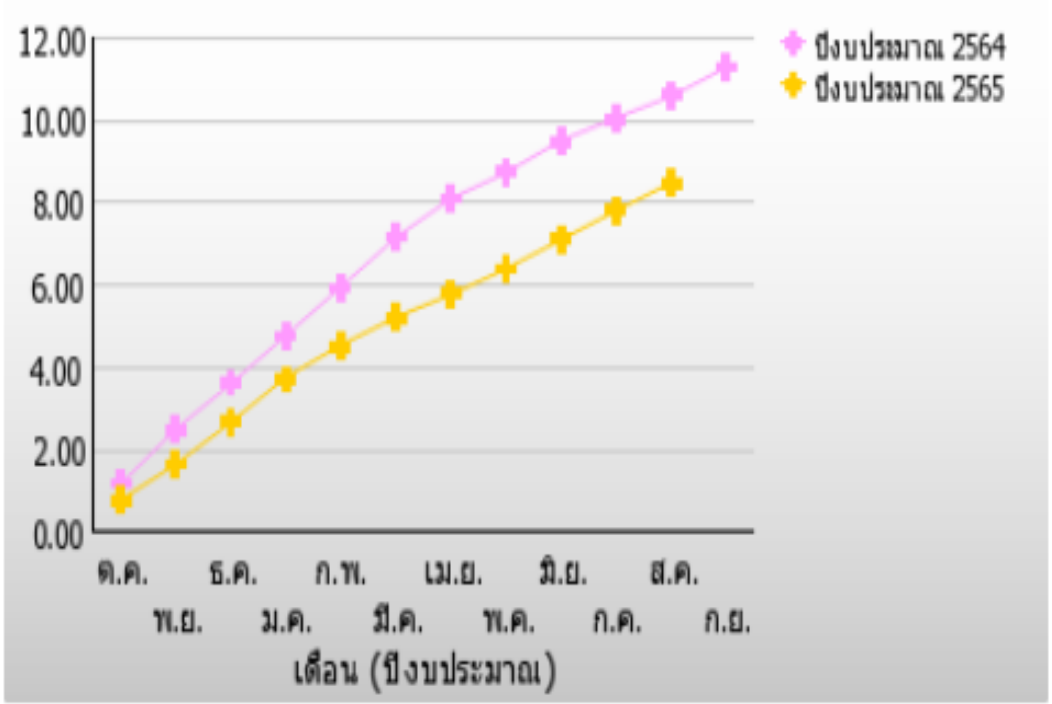
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	13.12	13.55	13.52	11.77	11.29	8.48

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	1.19	2.48	3.64	4.78	5.94	7.18	8.12	8.77	9.49	10.02	10.63	11.29
2565	0.77	1.65	2.69	3.72	4.51	5.20	5.81	6.40	7.12	7.82	8.48	

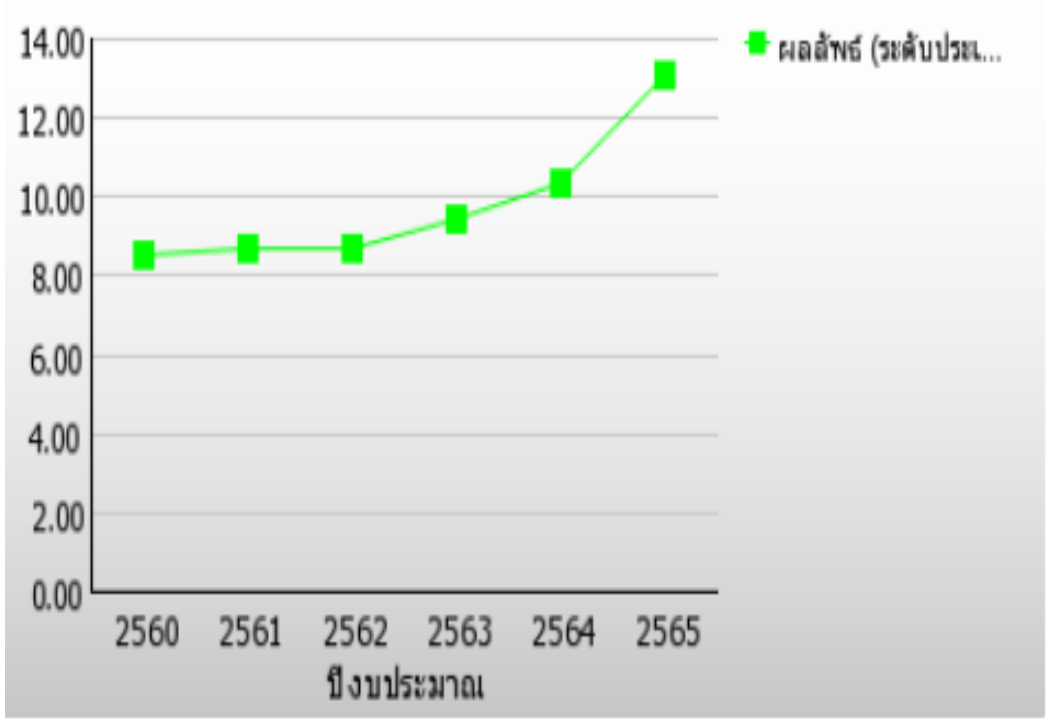
ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ
กลุ่มโรคความดันโลหิต

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator) www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

อัตราป่วยตาย (Fatality rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

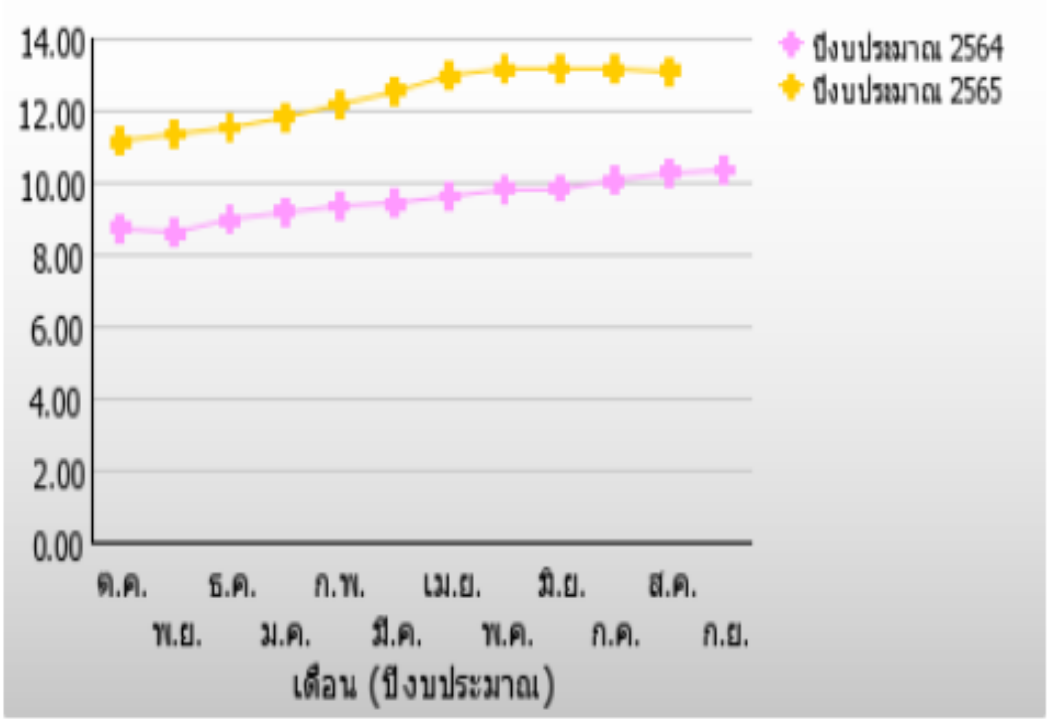
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	8.56	8.66	8.70	9.42	10.36	13.11

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :

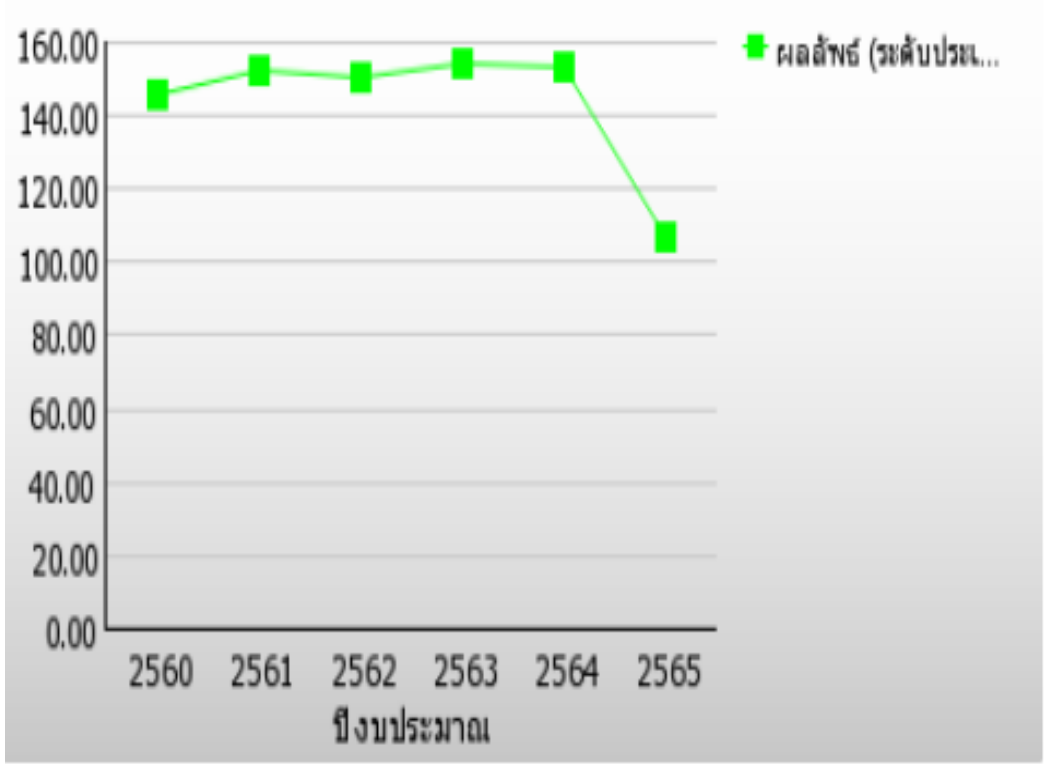


ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	8.78	8.61	8.99	9.23	9.36	9.44	9.64	9.85	9.87	10.07	10.30	10.36
2565	11.15	11.37	11.56	11.84	12.17	12.57	12.97	13.15	13.19	13.16	13.11	

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

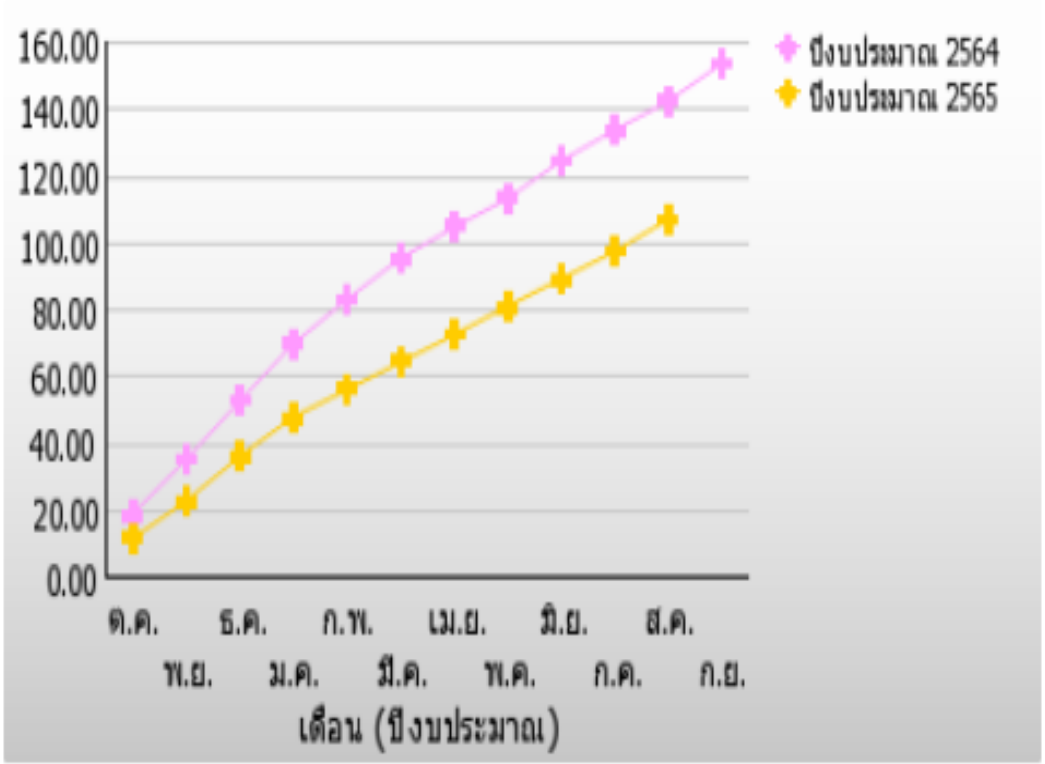
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	145.68	152.51	150.96	154.26	153.82	107.02

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :

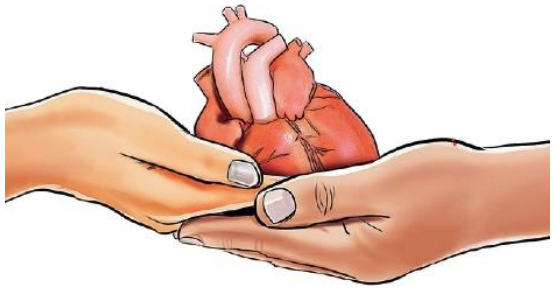


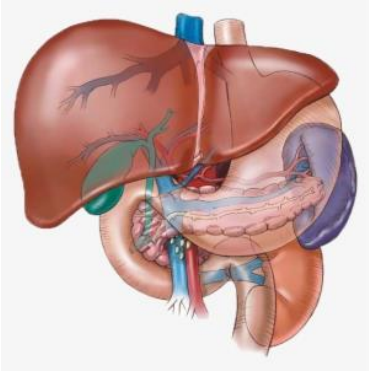
ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	18.81	35.54	53.26	70.11	83.31	95.33	105.41	113.65	124.77	133.80	142.57	153.82
2565	12.00	22.75	36.17	47.63	56.82	64.97	72.84	80.84	89.15	97.94	107.02	

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับ ปี 66

สิทธิประโยชน์ไม่มีการเปลี่ยนแปลง





การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับ

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง สิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามประกาศ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ และต้องลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการก่อนเข้ารับบริการ
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
3. การบันทึกข้อมูล	1. โปรแกรม DMIS_HT หรือ DMIS_LT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัดหรืออื่นๆ สปสช.อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายชดเชยได้ 2. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน(Complication) ร่วมด้วย บันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs
4. รายงานการจ่าย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
Protocol-HTX-I	310,000
Protocol-HTX-II	320,000
Protocol-HTX-III	375,000
Protocol-HTX-IV	380,000
Protocol- HTX-V	455,000
Protocol- HTX-VI	465,000

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)	
• Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000
• Protocol-AMR ภาวะ Antibody Mediated Rejection	320,000

3. ใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
• Protocol -Myocardium biopsy หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด	30,000

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
• หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
• หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
• หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
• หลังผ่าตัด 24 เดือนขึ้นไป	15,000

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

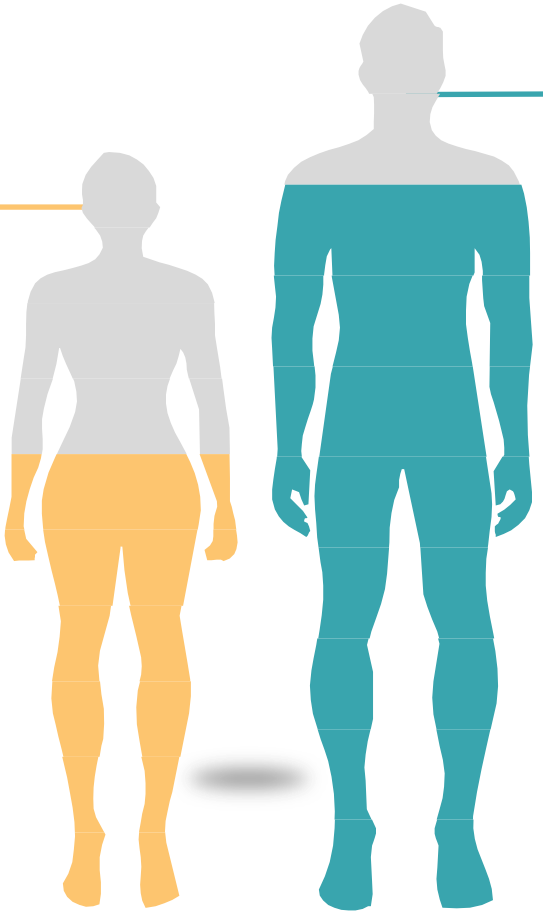
หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ในเด็ก

(Pediatric Liver Transplantation)

- ✓ อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ในวันที่รับการผ่าตัด
- ✓ มีภาวะท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ
- ✓ เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
- ✓ ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ



กลุ่มเป้าหมาย

ในผู้ใหญ่

(Liver transplantation for moderate to severe liver cirrhosis patients)

- ✓ เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย อายุมากกว่า 18 ถึง 60 ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
- ✓ ตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ที่มี Child-Pugh score ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป หรือมีอาการหรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสุราติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- ✓ ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี
- ✓ ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด ไม่มีความผิดปกติทางจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น
- ✓ ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า 3 ปี ขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ)
- ✓ ม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000	60,000
สำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (living donor)	40,000	40,000
สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000	40,000

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
1. สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	100,000	
2. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I	410,000	
Protocol-OLT-II	420,000	
Protocol-OLT-III	555,000	
Protocol-OLT-IV	565,000	
3. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection		
Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000	
Protocol Antibody mediated rejection	ไม่มี	

เหมาจ่ายในอัตรา 600,000 บาท

253

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ค่าใช้จ่ายหลังผ่าตัด หลังจาก discharge

แผนการรักษา	อัตราเหมาจ่าย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) (ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด)	10,000 (ต่อครั้ง)	รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายไม่มีการจ่ายเพิ่มเติม

หมายเหตุ กรณี ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection เบิกในระบบเบิกจ่ายปกติใน e-claim

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

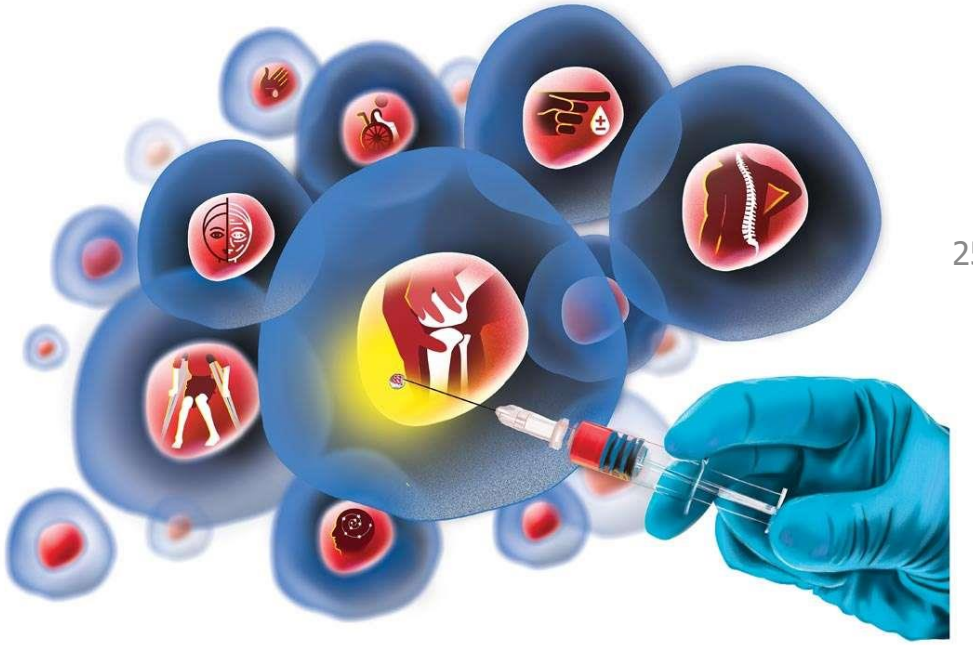
การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เงื่อนไขการรักษา	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาทต่อเดือน)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000	20,000
หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000	15,000

หมายเหตุ : การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



256

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต กลุ่มโรคธาลัสซีเมีย : จำกัดอายุ ไม่เกิน 10 ปี
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
3. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต HSCT (http://eclaim.nhso.go.th)

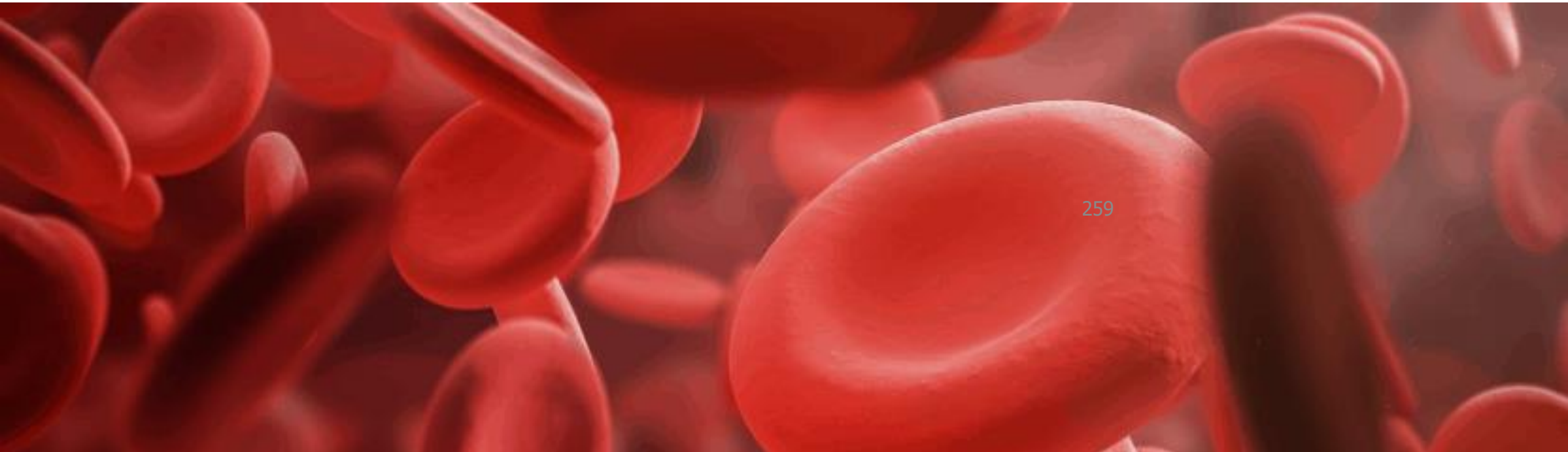
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต : HSCT

กรณี	อัตราจ่ายชดเชย 2 งวด
1. Autologous 1.1 Autologous :โรค Multiple myeloma (MM)	500,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (400,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (100,000 บาท)
1.2 Autologous : โรคอื่น ๆ	750,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (600,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (150,000 บาท)
2. Allogeneic related และ Allogeneic unrelated	1,500,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (1,200,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (300,000 บาท)

หมายเหตุ : จ่ายชดเชยงวดที่ 1 หลังส่งข้อมูล conditioning และจ่ายชดเชยงวดที่ 2 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย และนัด follow up ภายใน 30 วัน (เฉพาะกรณีผู้ป่วยยังมีชีวิต)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

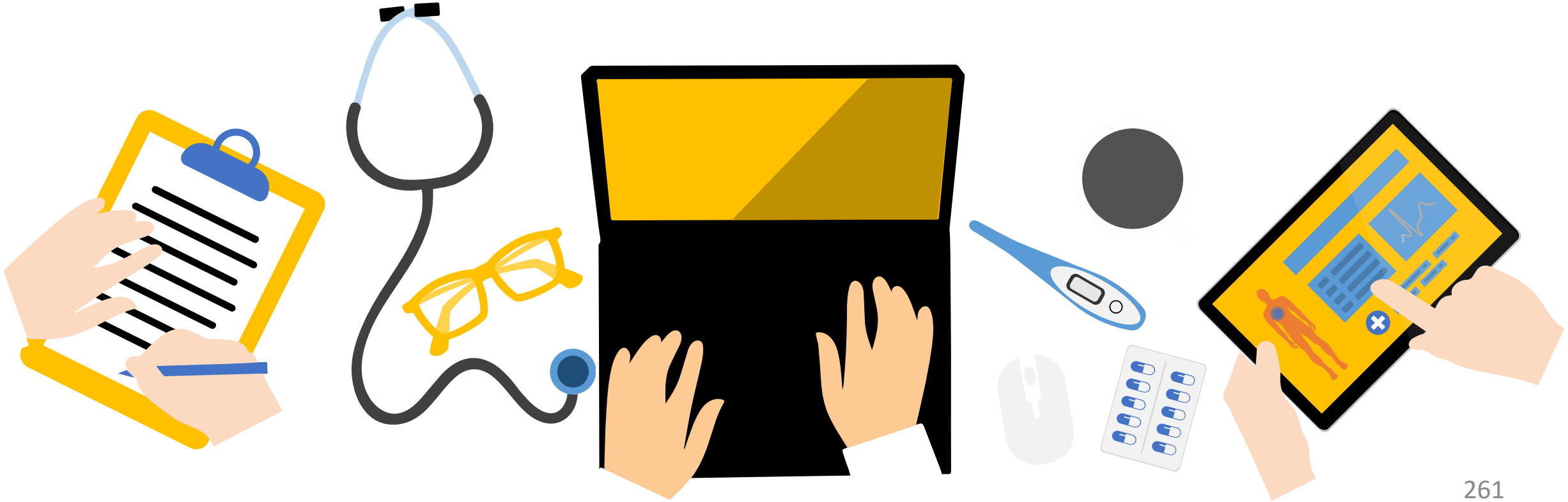
การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia



การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรม DMIS
4. รายงานการจ่าย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS 1. กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป 2. กรณีชดเชยเป็นยา ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายใน 5-7 วันทำการ
5. อัตราการจ่าย	จ่ายชดเชยค่ายาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาโรคฮีโมฟีเลีย 1. ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท 2. ค่าแฟคเตอร์ 500 IU ราคา 4,920 บาท

การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย



การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia :TDT) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค รหัส ICD 10 : D 56.0 Alpha thalassemia, D 56.1 Beta thalassemia/Hb E,Homozygous Beta thalassemia โดยแบ่งกลุ่มอายุเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มอายุ 6 เดือน – 6 ปี (2) กลุ่มอายุ 6 ปีขึ้นไป
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	ระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

1. จ่ายชดเชยรายเดือน ค่ายาขับเหล็กชนิดรับประทาน ยา Deferasirox อัตราเม็ดละ 30 บาทเบิกจ่ายได้ครั้งละ ไม่เกิน 90 วัน

2. จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ชดเชยตามราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ ภายใต้วงเงินที่เหลือจาก ข้อ 2.1 โดยมีรายการบริการ ดังนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง การให้เลือดทุกชนิด และการตรวจ Serum ferritin จำนวน 4 ครั้งต่อปี ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal) และยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiprone (L1, DFP)

กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

บริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการแสดง(symptomatic) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายาก ประเภทกลุ่มโรคมีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก จำนวน 7 แห่ง
3. การบันทึกข้อมูล	ผ่านโปรแกรม E claim

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ • TMS : Comprehensive metabolic test • Plasma Amino acid analysis • GC/MS : Urine organic acid	กลุ่ม A/กลุ่ม B	3,500	
ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรก	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 300,000 • 50,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่ สปสช.กำหนด • งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน
ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 200,000 • 33,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย • งวดที่ 2 ร้อยละ 50เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย หลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน
ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ	กลุ่ม A/กลุ่ม B	การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ	

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน

เงื่อนไขการรับบริการ :

1. ได้รับการส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ (เหมือนสิทธิข้าราชการ)

2. เบิกจ่ายได้เฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามในสัญญากับกรุงเทพมหานครเท่านั้น **

การเบิกจ่าย :

1.1 ค่าฟอกเลือด จ่ายครั้งละ 2,000 บาท

1.2 ค่ายา และ ค่า Lab จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด

1.3 บันทึกโปรแกรม DMIS HD

1.4 การตัดยอดข้อมูล : ทุกวันที่ 15 และทุกวันสิ้นเดือน

** สิทธิข้าราชการสามารถเบิกจ่ายได้ทุกแห่งกรณีมีใบส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ

ช่องทางติดตามข่าวสารการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. The Coverage

https://www.thecoverage.info

e-Mail : thecoverage.tc@gmail.com

2. YouTube Channels

YouTube

3. NHSO Media

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 7 ขอนแก่น

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

356/1 ชั้น 3 อาคารซีพี ถนนมิตรภาพ
ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

043-365 201-2

khonkaen.nhso.go.th หรือ
www.nhso.go.th/khonkaen

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคารบี)
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550

เลขที่ 120 หมู่ 3 ถนนแจ้งวัฒนะ
แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่
กรุงเทพมหานคร 10210

โทรศัพท์ : 02-141-4000
(เวลาราชการ)

โทรสาร : 02-143-9730-1

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ :
saraban@nhso.go.th

เว็บไซต์ :
www.nhso.go.th

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการ ProVider Center

Tel : 02 – 554 0505

เวลา 08.30 – 16.30 น.

เว็บบอร์ด (http://eclaim.nhso.go.th)

CLAIM
สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

สอบถาม ร้องเรียน ร้องทุกข์ สิทธิหลักประกันสุขภาพ

ติดต่อได้ที่ สายด่วน สปสช. 1330 **เปิดบริการทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง**

Line : @nhso

e-Mail : 1330@nhso.go.th

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล (M&E) กองทุนหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

นางนาฏญา สังขวัฒน์ (ตุ๊ก) nataya.s@nhso.go.th 090-197-5210	**หัวหน้ากลุ่มภารกิจ**
น.ส.ภาวิกา ภัทรธิชาสกุล (แอน) pavika.p@nhso.go.th 098-746-5879	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ
น.ส.สุฑารัตน์ สัตตะวุธ (จุ๋ม) sutarat.s@nhso.go.th 061-386-7188	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ
นายณัฐพล ชัยศิริถาวรกุล (อัมพ์) nattapol.c@nhso.go.th 092-281-2610	นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ
น.ส.ปริญฑรัตน์ ปุญญะมาตย์ (นิว) parintharat.p@nhso.go.th 065-631-9666	พนักงานโครงการ

ผู้ประสานงาน สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพ

นางนาฏญา สังขวัฒน์

ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ

email : nataya.s@nhso.go.th

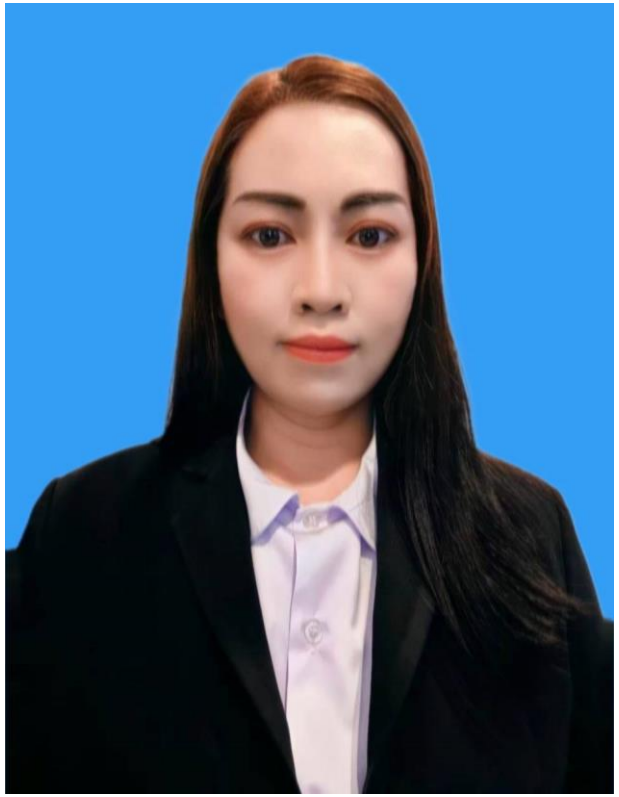
เบอร์โทร : 090-197-5210

งานที่รับผิดชอบ :

- กำกับติดตามกองทุนภาพรวม, สถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการ
- การจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว
- การชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยใน
- การชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผ่าตัด ส่องกล้อง วันเดียว (ODS MIS)
- การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน Coding Audit กองทุนผู้ป่วยใน UC อปท.
- การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก Billing Audit อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน กองทุนค่าใช้จ่ายสูง , อปท
- การตรวจสอบเวชระเบียนกรณี โรคติดเชื้อโควิด - 19

ผู้ประสานงาน สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพ



นางสาวภาวิกา ภัทรธิชาสกุล

ตำแหน่ง : นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

E-Mail Address : pavika.p@nhso.go.th

หมายเลขโทรศัพท์ : 098-746-5879

หน้าที่รับผิดชอบ

1. งานบริหารจัดการบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention :PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (Cardiac Surgery)
2. งานบริหารจัดการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
3. งานบริหารจัดการการผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ
4. งานบริหารจัดการ COPD & Asthma
5. งานบริหารจัดการบริการข้อเข่าเสื่อม
6. งานบริหารจัดการงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ
7. งานบริหารจัดการบริการผ่าตัดต้อกระจก
8. งานสนับสนุนคณะกรรมการโรคเรื้อรัง การป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
9. งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ประสานงาน สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล (M&E) กองทุนหลักประกันสุขภาพ

นางสาวสุฑารัตน์ สัตตะวุธ
นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ
เบอร์โทร : 061-3867188
E-Mail : Sutarat.s@nhso.go.th

- งานขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและจัดการเครือข่ายหน่ยบริการ
- งานลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ
- งานบริหารชดเชยค่าบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น National Clearing House : NCH
  - สิทธิค่ารักษาพยาบาลข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น
  - สิทธิค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ
  - สิทธิค่ารักษาพยาบาลประกันสังคม
- งานบริหารจัดการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV AIDS) ผู้ป่วยวัณโรค (TB)
- การบริหารชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด OP Refer
- งานสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิรับบริการที่ไหนก็ได้ OP Anywhere

ผู้ประสานงาน สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพ

นายณัฐพล ชัยศิริถาวรกุล

นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

email : nhso7.c4@nhso.go.th , nattapol.c@nhso.go.th

เบอร์โทร : 092-281-2610

งานที่รับผิดชอบ :

- งานบริหารงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
- Help Desk งานชดเชยค่าบริการ e-Claim
- งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข : กองทุนผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (OPAE) และ กองทุนค่าใช้จ่ายสูง (HC)
- งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข : เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลเอกชน (UCEP)

ผู้ประสานงาน สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพ

น.ส.ปริญฑรัตน์ ปุญญะมาตย์
parintharat.p@nhso.go.th 065-631-9666
พนักงานโครงการ

งานที่รับผิดชอบ :

- งานบริหารชดเชยค่าบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น National Clearing House : NCH สิทธิค่ารักษาพยาบาลข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น
- งาน User name password
- งานประสานงานเอกสาร กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอบคุณค่ะ