



แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565

การประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565
วันพุธที่ 8 ธันวาคม 2564 เวลา 09.00-16.00 น.

ผ่านระบบ Zoom ห้องสัญญาณ Zoom Meeting ID: 919 3097 7254 Passcode: 955243

เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2565

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	158,294.2433
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,768.1088
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,731.3395
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,154.7800
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	990.1080
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	319.2800
8. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,769.9300
9. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	825.0800
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	283.0300
11. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	19,265.4218
รวมทั้งสิ้น	198,891.7894
ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	58,341.5954
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	140,550.1940



บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2565	
ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,305.07
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,460.59
3. บริการกรณีเฉพาะ	395.14
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.73
5. บริการการแพทย์แผนไทย	19.00
6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
7. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,329.22

บริการที่ไม่คุ้มครอง

กลุ่มมีงบประมาณเฉพาะ

- ☐ การบำบัดรักษา ฟันผู้ติดยา และสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด (ยกเว้น การให้สารเมทาโดนระยะยาว สำหรับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น เช่น เฮโรอีน)
- ☐ อุบัติเหตุจากรถเฉพาะที่ พรบ.ผู้ประสบภัยคุ้มครอง (ส่วนเกินใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ)

กลุ่มเกินจำเป็น

- ☐ รักษาภาวะมีบุตรยาก / ผสมเทียม / แปลงเพศ
- ☐ การกระทำใดๆเพื่อความสวยงาม
- ☐ การตรวจวินิจฉัย และการรักษาที่เกินจำเป็น
- ☐ การรักษาที่อยู่ระหว่างคันคว่ำ ทดลอง

กลุ่มบริการอื่นๆ

- ☐ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง (ยกเว้น การปลูกถ่ายไต กระเจกตา ตับ และหัวใจ)
- ☐ Admit รักษาโรคเดียวกันเกิน 180 วัน ยกเว้น จำเป็น

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

1. เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ หากเกินขีดความสามารถให้ส่งต่อหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
2. กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการได้ ไม่จำกัดจำนวนครั้ง
3. กรณีอุบัติเหตุจราจรต้องใช้สิทธิตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถจนครบวงเงินก่อน
4. สามารถเข้ารับบริการสถานบริการอื่นได้ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือเหตุอันสมควร (มาตรา 7 และ UCEP)

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.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น
7. กรณีผู้ป่วยใน ใช้ DRGs Version 5 ในการคำนวณจ่าย
8. การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (sent date)
9. ใช้โปรแกรม e-Claim ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
 - ส่งข้อมูลภายใน 30 วัน หลังจำหน่าย/ หลังให้บริการ
 - ส่งข้อมูลเกิน 360 วัน ถือว่าไม่ประสงค์ขอเบิก
10. มีระบบพิสูจน์ตัวตน และตรวจสอบก่อนจ่าย รายการที่จ่ายแบบ Fee schedule
(ตาม นส.เวียน สปสช. 6.70/ว.6189 ลงวันที่ 29 กันยายน 2564)

1

ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

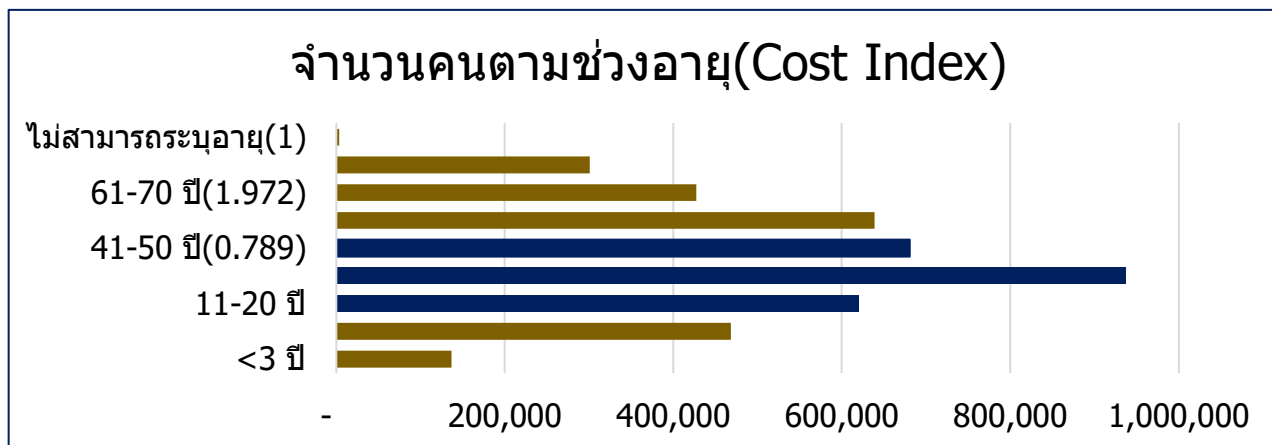
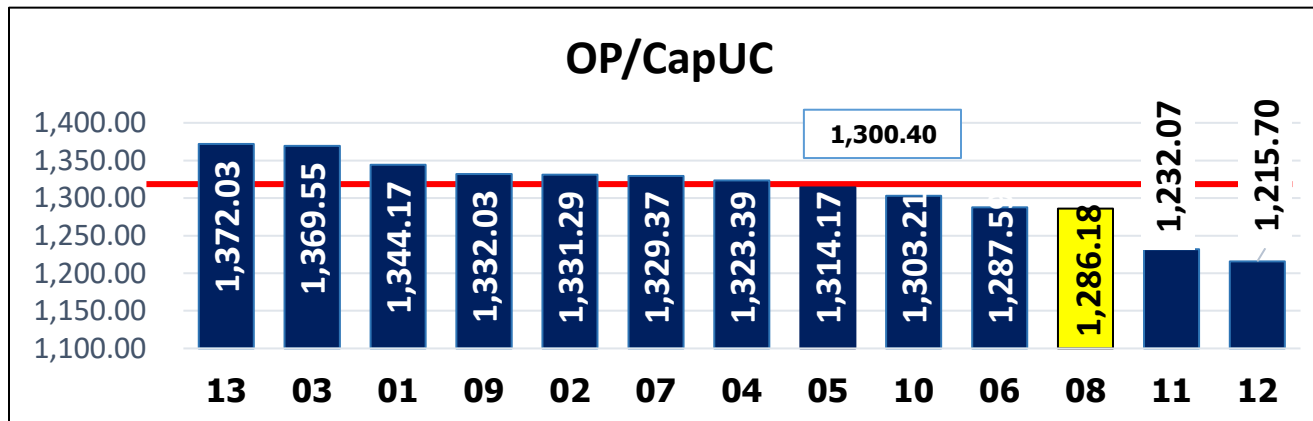
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565

(1) ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)

จ่ายแบบเหมาจ่าย

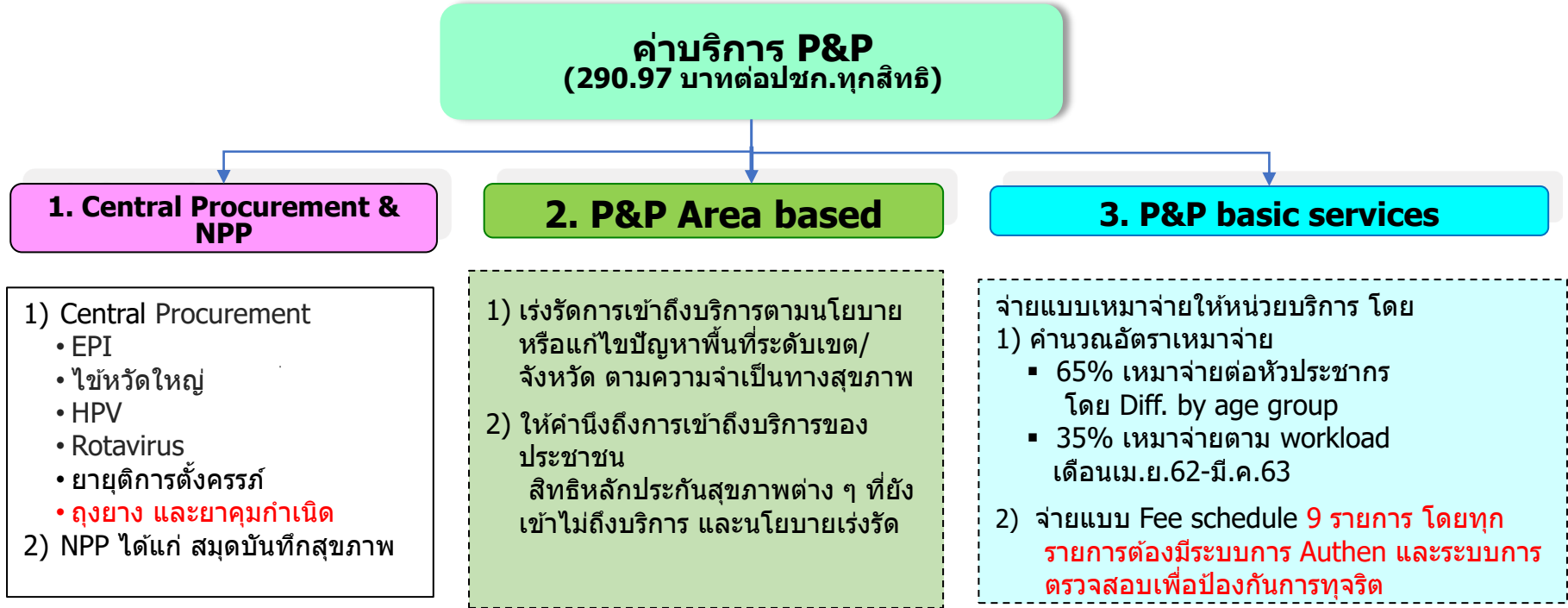
- 1) จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดย สังกัด สป.สร.ใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เม.ย.64 เป็นตัวแทนการจ่าย สังกัดอื่นๆ เป็นไปตามผู้มีสิทธิรายเดือน
- 2) กรณีสังกัด สป.สร. กสร.มีการพิจารณาจัดในลักษณะ step ladder ก่อนจ่ายลงหน่วยบริการ
- 3) หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยคำนวณอัตราจ่ายต่อหัวจาก
 - 80% ปรับด้วยโครงสร้างอายุระดับจังหวัด และให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย $\pm 10\%$
 - 20% จ่ายด้วยอัตราเท่ากันทุกจังหวัด

เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัว-OP ปีงบประมาณ 2565 ระดับเขต(ทุกสังกัด)



- 1,305.07 : UC POP
- รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- บริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*5801
- ก่อนเริ่มยา Allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์
- จ่ายอัตราเหมาจ่ายระดับจังหวัด
- 80% ตาม age adjusted อัตราจ่าย $\pm$ ไม่เกิน 10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ
 - 20% ใช้อัตราเท่ากัน

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P

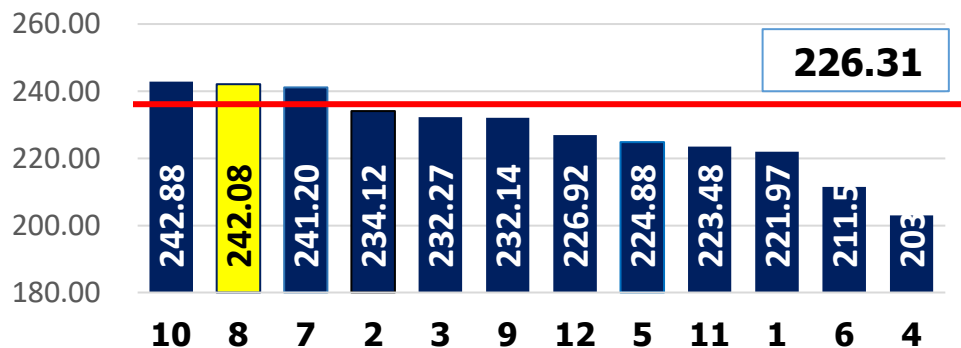


หมายเหตุ : ปี 65 นอกงบเหมาจ่ายรายหัว

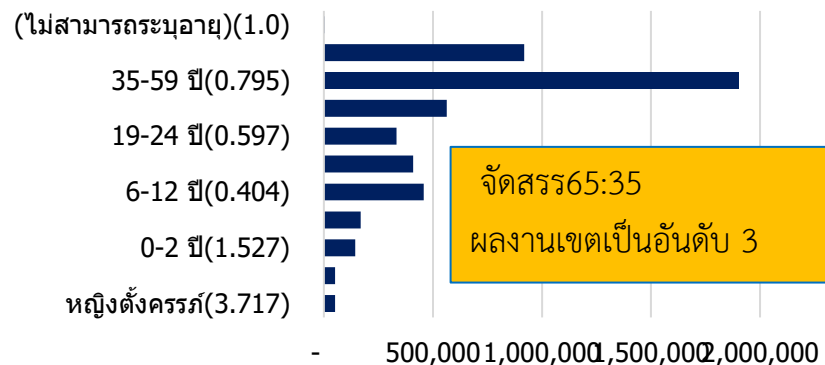
เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัว-PP ปีงบประมาณ 2565 ระดับเขต(ทุกสังกัด)



PPbasic+workload/ThaiPOP

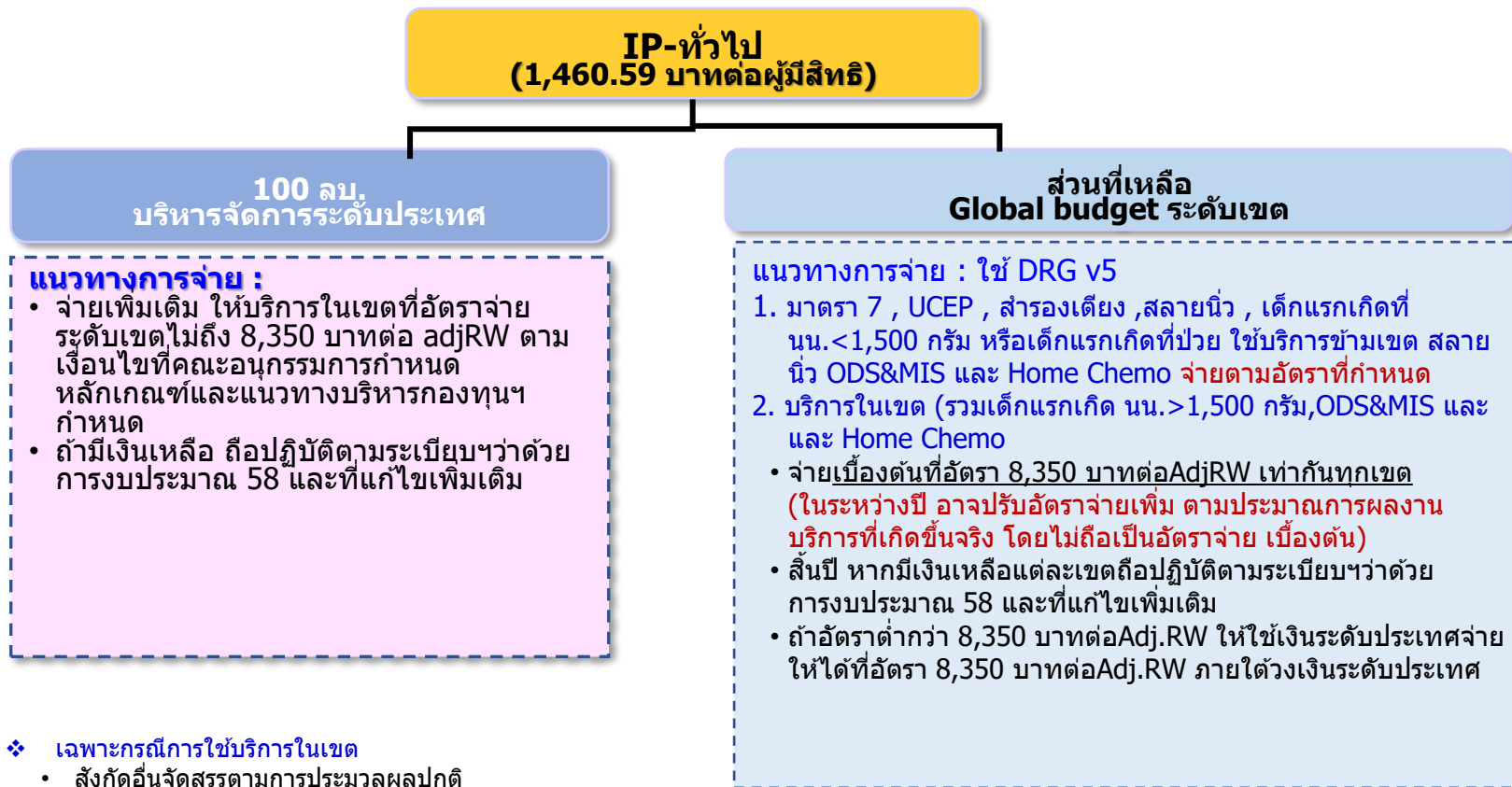


จำนวนคนตามช่วงอายุ(Cost Index)



PP index	177	10	40	200	100	30	30	Sumpoint Workload
จังหวัด	PNC >= 2 ครั้ง	EPI	ผู้รับบริการคุมกำเนิด (ครั้ง)	การตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)	การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)	การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)	การตรวจคัดกรอง DM/HT (คน)	
อุดรธานี	5,088	190,600	41,854	76,173	105,345	555,597	594,641	1,569,298
สกลนคร	4,012	141,954	44,330	46,057	72,251	423,107	434,083	1,165,794
นครพนม	2,574	80,753	29,560	31,989	68,807	259,945	278,831	752,459
หนองบัวลำภู	1,678	56,640	18,562	23,939	50,239	228,223	222,040	601,321
เลย	1,806	80,053	29,109	30,257	56,085	104,798	266,590	568,698
หนองคาย	1,609	51,368	11,379	23,925	38,387	135,036	212,889	474,593
บึงกาฬ	1,383	51,592	11,926	20,401	37,795	93,758	170,059	386,914
Grand Total	18,150	652,960	186,720	252,741	428,909	1,800,464	2,179,133	5,519,077

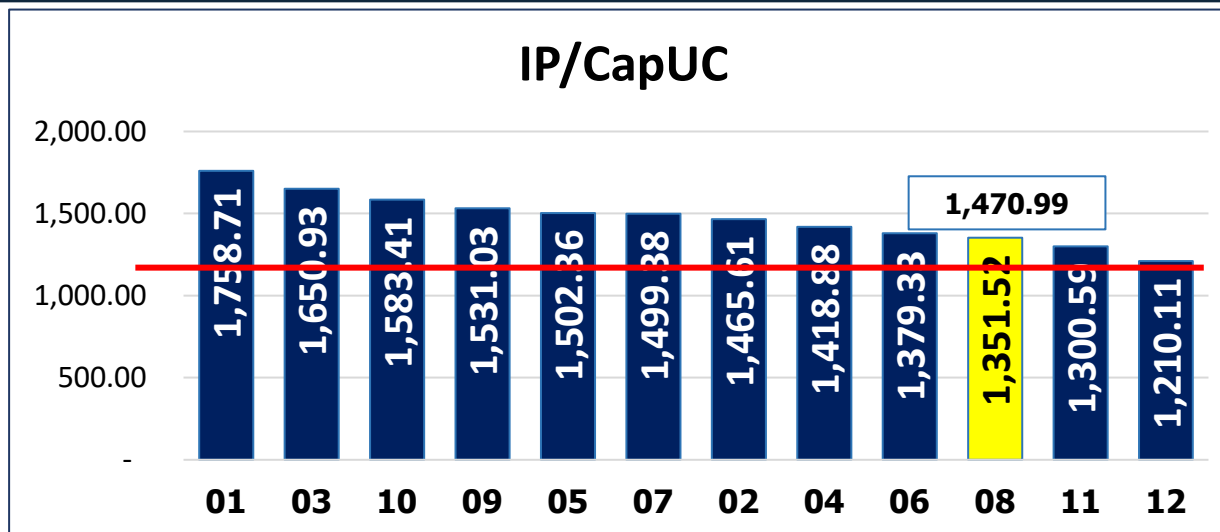
(2) งบค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)



❖ **เฉพาะกรณีการใช้บริการในเขต**

- สังกัดอื่นจัดสรรตามการประมวลผลปกติ
- สป.สธ. คำนวณอีกครั้งโดยมีการกันเงิน และถ่วงน้ำหนักค่าK

เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัว-IP ปึงบประมาณ 2565 ระดับเขต(ทุกสังกัด)



คำนวณ GB 65								GB IP เขตปี 65	
ม.7	UCEP (เงิน)	สำรองเตียง (เงิน)	นอกเขต (เงิน)	NB ป่วย (เงิน)	NB ป่วย+หัตถการ (เงิน)	รวม คชจ. Fix (เงิน)	IP ในเขต (เงิน)	จำนวนเงิน GB IP เขต	IP per capita
3,166,815	9,461,584	116,475	436,572,635	110,474,348	16,867,484	576,659,341	5,118,333,805	5,694,993,146.00	1,352

หมายเหตุ : การคำนวณ GB-IP 65 >>SumAdjRW IP01-IP02>> 01012562-31122562

**ปก.UC ณ 1 เมย.64

หลักเกณฑ์การดำเนินงาน/บริหารจัดการกองทุน ที่เปลี่ยนแปลง

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	
- กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย อัตราจ่าย 9,000 บาท/AdjRW	1. กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วย หรือเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม อัตราจ่าย 9,000 บาทต่อ adjRW 2.กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย <u>ที่ได้รับ มาตรการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไข</u> อัตราจ่าย 12,000 บาท/AdjRW
	การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)
	บริการในเขตฯ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
-การบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) จำนวน 41 รายการ -การบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery: MIS) จำนวน 8 รายการ	เพิ่มรายการบริการใหม่ ดังนี้ - บริการ ODS จำนวน 19 รายการ - บริการ MIS จำนวน 6 รายการ

บริการผู้ป่วยใน (IP)

เป็นค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ รวมบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขต โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2565

ประกอบด้วยบริการต่างๆดังนี้

- บริการเจ็บป่วยทั่วไปที่หน่วยบริการประจำ
- บริการด้วยเงื่อนไขการรับ ส่งต่อผู้ป่วยใน
- บริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำรวมกำลังพลสำรอง ทหารเกณฑ์(ทหารบก)และอาสาสมัครทหารพราน
- บริการของคลินิกการแพทย์และทันตกรรม
- บริการของทหารเกณฑ์สังกัดทหารเรือ ทหารอากาศ
- บริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น(นอกระบบ UC)
- บริการในระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ(กรณีสำรองเตียง)
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้
- บริการเด็กแรกเกิด
- บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน(One day Surgery) และบริการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery)
- กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)
- การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)
- บริการในเขตฯ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย IP

กรณีในเขต

- ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน(sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget
- โดยจ่ายเบื้องต้นในอัตรา **8,350 บาท/AdjRW**



สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย IP (ต่อ)

กรณีนอกเขต

หน่วยบริการทุกสังกัด
อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW
โดยไม่ปรับลดค่าแรง

สังกัด สป.สธ.
ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับจังหวัด
ของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น
อัตราจ่ายต้องไม่เกิน
9,600 บาท/AdjRW

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย IP (ต่อ)

สำรองเตียง อัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ AdjRW

นำนิวออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิว

นิว

- หน่วยบริการภาครัฐ **เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท** ต่อครั้งจ่ายไม่เกิน **ข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1** ข้างต่อคนต่อปี
- หน่วยบริการภาคเอกชน **เหมาจ่าย 16,000 บาท** ต่อไตหนึ่งข้างที่สำเร็จต่อคนต่อปี

หมายเหตุ **กรณีการรักษานิวด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง(PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า AdjRW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal***

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย (IP)

กรณีเด็กแรกเกิด

1. น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม
หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยให้จ่ายใน
อัตรา 9,000 บาท/AdjRW

2. กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนัก
น้อยกว่า 1,500 กรัม หรือ
เด็กแรกเกิดที่ป่วย ที่ได้รับผลการ
เพื่อการรักษาที่จำเป็น
และราคาแพงตามเงื่อนไข
อัตราจ่าย 12,000 บาท/AdjRW

NEW

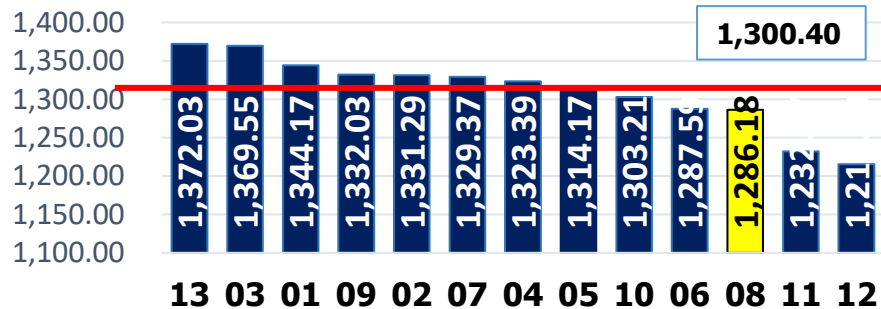
กรณีเด็กแรกเกิดกรณี
นอกเหนือจากข้อ 1,2
จ่ายในอัตราภายในเขต
โดยจ่ายเบื้องต้น
8,350 บาท / AdjRW

หมายเหตุ : เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

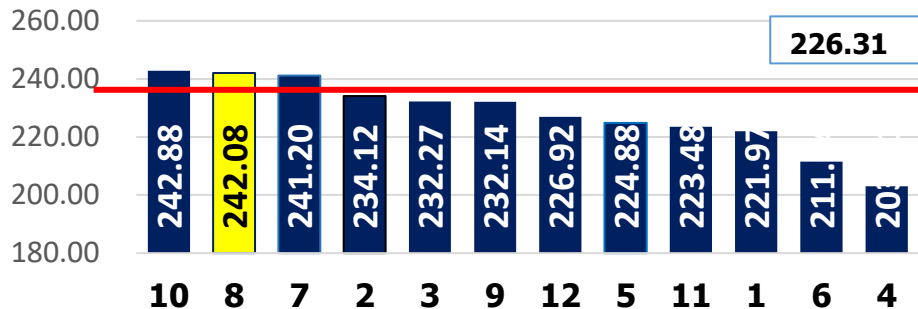
เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2565 ระดับเขต(ทุกสังกัด)



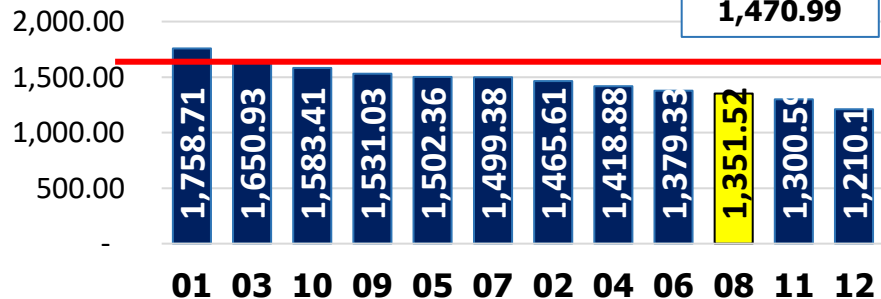
OP/CapUC



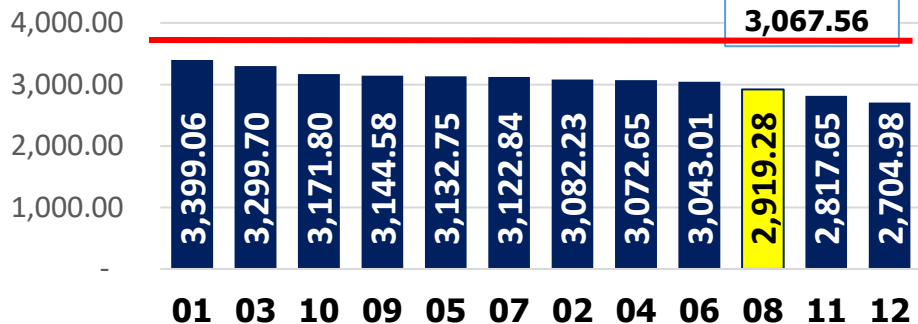
PPbasic+workload/ThaiPOP



IP/CapUC



OP+PPbasic+workload+IP/CapUC



อัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ สำหรับ OP-PP-IP basic ปี65 ภาพรวมจังหวัด



	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]=[1]*[2]	[8]=[1]*[3]	[9]	[10]=[4]*8,350	[11]=[5]*9,600	[12]=[6]*9,000	[13]=[7]+...+[12]
จังหวัด	ปชก. UC	อัตราจ่าย OP	อัตราจ่าย P&P Basic services	ประมาณการ adjrw IP บริการคนในเขต	ประมาณการ adjrw IP บริการคนนอกเขต	ประมาณการ adjrw IP NBป่วย/น. <1,500g	วงเงิน OP cap	วงเงิน PP Basic service cap	วงเงิน PP Basic service ผลงานบริการ	ประมาณการเงิน IP บริการคนในเขต	ประมาณการเงิน IP บริการคนนอกเขต	ประมาณการเงิน IP NB	รวมประมาณการเงิน OP+PP+IP (ก่อนปรับลดค่าแรง)
บึงกาฬ	326,293.00	1,246.83	144.88	32,900.75	733.59	393.76	406,831,901.19	47,273,329.84	34,819,981.39	274,721,236.64	7,042,475.52	3,543,875.10	774,232,799.68
หนองบัวลำภู	382,838.00	1,304.53	146.27	36,565.68	1,032.50	852.58	499,423,656.14	55,997,714.26	50,723,029.17	305,323,419.66	9,912,001.92	7,673,211.90	929,053,033.05
อุดรธานี	1,159,291.00	1,286.99	146.35	179,445.75	3,970.07	3,089.07	1,491,995,924.09	169,662,237.85	130,115,286.33	1,498,372,050.98	38,112,673.92	27,801,646.20	3,356,059,819.37
เลย	503,202.00	1,328.87	147.21	66,224.74	1,438.25	3,511.65	668,690,041.74	74,076,366.42	51,334,766.81	552,976,537.29	13,807,159.68	31,604,859.00	1,392,489,730.94
หนองคาย	378,565.00	1,310.12	146.69	50,777.90	1,197.65	1,044.07	495,965,577.80	55,531,699.85	40,766,341.97	423,995,463.34	11,497,422.72	9,396,670.50	1,037,153,176.18
สกลนคร	850,320.00	1,261.45	145.46	116,713.71	2,751.24	3,805.17	1,072,636,164.00	123,687,547.20	94,186,130.83	974,559,458.51	26,411,922.24	34,246,502.10	2,325,727,724.88
นครพนม	534,396.00	1,264.47	145.25	45,580.08	1,057.67	781.97	675,727,710.12	77,621,019.00	65,223,525.58	380,593,696.41	10,153,654.08	7,037,745.30	1,216,357,350.49
GrandTotal	4,134,905.00			528,208.61	12,180.97	13,478.28	5,311,270,975.08	603,849,914.42	467,169,062.08	4,410,541,862.83	116,937,310.08	121,304,510.10	11,031,073,634.59

****ก่อน STEP & K****

ประมาณการรายรับ OP-PP-IP Basic Payment หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2565



จังหวัด	ประมาณการรายรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565												ยอดประกันรายปี 65	งบระดับเขต
	[1]	[2]	[3]=[1]-[2]	[4]	[5]=[3]-[4]	[6]	[7]	[8]=[6]-[7]	[9]	[10]	[11]=[9]-[10]	[12]=[3]+[8]+[11]	[13]	[14]
	รายรับ OP	ปรับลดค่าแรง OP	รายรับ OP หลังปรับลดค่าแรง	กันเงิน Virtual account	รายรับ OP สุทธิ หลังหักกันเงิน Virtual account	รายรับ PP	ปรับลดค่าแรง PP	รายรับ PP สุทธิ หลังปรับลดค่าแรง	ประมาณการ รายรับ IP	ปรับลดค่าแรง IP	ประมาณการ รายรับ IP หลังปรับลดค่าแรง	รวมประมาณการรายรับ OP-PP-IP หลังหักกันเงินเดือน	รวมยอดประกัน OP-PP-IP (ก่อนหัก Virtual account)	งบระดับเขต
ปทุมธานี	406,538,490.89	148,369,686.84	258,168,804.05	20,000,000.00	238,168,804.05	82,022,089.93	29,938,656.55	52,083,433.38	277,930,604.76	101,580,618.61	176,349,986.15	486,602,223.58	437,909,559.75	19,017,210.55
หนองบัวลำภู	446,490,163.02	175,208,052.68	271,282,110.34	27,200,000.00	244,082,110.34	86,939,647.15	34,118,918.52	52,820,728.63	305,224,594.45	127,515,223.80	177,709,370.65	501,812,209.62	440,821,168.71	24,830,514.15
อุดรธานี	1,320,939,172.13	514,523,530.73	806,415,641.40	44,673,050.00	761,742,591.40	260,846,058.48	101,600,205.44	159,245,853.04	1,400,765,076.11	579,814,531.83	820,950,544.28	1,786,612,038.72	1,618,537,065.31	73,215,183.48
เลย	680,478,289.63	286,512,433.36	393,965,856.27	75,037,613.48	318,928,242.79	130,948,901.61	55,136,623.29	75,812,278.32	586,943,396.09	254,235,315.35	332,708,080.74	802,486,215.33	763,462,653.03	27,620,172.08
หนองคาย	488,142,401.59	221,236,549.94	266,905,851.65	39,407,326.01	227,498,525.64	94,936,220.65	43,019,055.24	51,917,165.41	430,824,789.35	214,378,221.82	216,446,567.53	535,269,584.59	507,470,462.44	22,139,821.06
สกลนคร	1,025,122,172.49	448,814,977.73	576,307,194.76	40,000,000.00	536,307,194.76	205,194,671.06	89,839,567.06	115,355,104.00	983,508,202.60	431,158,981.21	552,349,221.39	1,244,011,520.15	1,160,490,527.44	50,582,454.54
นครพนม	652,615,897.45	329,570,892.02	323,045,005.43	32,000,000.00	291,045,005.43	130,187,198.36	65,749,523.01	64,437,675.35	382,401,898.32	207,081,775.97	175,320,122.35	562,802,803.13	519,694,337.82	32,181,489.35

ปรับลดค่าแรงระดับ CUP โดยใช้ข้อมูลปรับค่าแรงราย CUP ที่ได้รับจากกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ

(1) ตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด ใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMIS

(2) ปรับลดค่าแรงระดับ CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง ซึ่ง สป.สธ. จะส่งให้ สปสช. ภายในเดือนกรกฎาคม 2564

1. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นใน กทม.

ปรับลดค่าแรงให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบตามวงเงินที่กำหนด เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

2. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นส่วนภูมิภาค

- Uhosnet หักเงินเดือนให้ได้ตามเพดานเงินเดือนของแต่ละแห่ง โดยกระจายเงินเดือนในงบ OP เหมาะจ่าย, PP เหมาะจ่าย และ IP บริการในเขต
- รัฐอื่นๆที่เหลือ หักเงินเดือนจากรายรับ
 - OP เหมาะจ่าย 32%
 - PP Basic services 32%
 - IP บริการในเขต 28%

รายการ One day surgery

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
- การบริการผ่าตัดแบบ ไม่ค้างคืน (One day surgery) จำนวน 41 รายการ	1.เพิ่มรายการบริการ ODS ใหม่ จำนวน 19 รายการ 2.ปรับการจ่ายรายการบริการ ผ่าตัดนี้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง เฉพาะ กลุ่มโรค 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC โดยปรับอัตราจ่าย <u>เดิม</u> แบบบริการ MIS (adjRW +K) คูณด้วย Base rate <u>ปรับเป็น</u> อัตราจ่ายแบบ ODS (RW) +อัตราจ่ายแบบ MIS (K) คูณด้วย Base rate

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

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 กระเพาะอาหารหลอด (Esophageal varices, Gastric varices) 6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture) 7. มะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor) 8. ดั้งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (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. การผ่าตัดต่อเนื้อ (Pterygium Excision) 3. การทำหมันแห้งในผู้หญิง (Female sterilization) 4. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation) 5. ฟิสต์ซุสตร (Fistula in ano) 6. ฟิรอมไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess) 7. ฟิเต้านม (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 gland) 11. การตัดติ่งเนื้อที่มดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri)

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) การฉีดยาฟิลเลอร์ที่เส้นเสียงการฉีดยาฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (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) การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อぶตา (Trabeculectomy)
- 12) การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปใต้เยื่อぶตา (Tube shunt surgery)
- 13) การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)
- 14) การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery)
- 15) การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)
- 16) การผ่าตัดแก้ไขหนังตาทยอน (Rhytidectomy/Blepharoplasty)
- 17) การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)
- 18) การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอาร์บอดี (Cyclophotocoagulation)
- 19) ผ่าตัดทำลายเยื่อぶตาและผ่าตัดตัดแต่งเยื่อぶตา
- 20) ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic cholecystectomy,

กรณีบริการ One Day Surgery (ODS)

คุณสมบัติหน่วยบริการ



**กรมการแพทย์แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ ODS และ MIS ใน รพ.
ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมและประเมิน รพ.และแจ้งรายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินมายัง สปสช.**

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายฯ บริการ ODS ปีงบประมาณ 2565

หลักเกณฑ์

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

เงื่อนไขการจ่าย

1. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG v. 5.1.1)
2. จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)
3. จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต IP

- ❑ ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW
- ❑ ข้ามเขต - จ่าย 9,600 บาท/RW

หน่วยบริการขึ้นทะเบียน ODS ในพื้นที่ เขต 8 อุตรธานี

รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	จังหวัดที่ตั้ง
10671	โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	อุดรธานี
10704	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู
10705	โรงพยาบาลเลย	เลย
10706	โรงพยาบาลหนองคาย	หนองคาย
10710	โรงพยาบาลสกลนคร	สกลนคร
10711	โรงพยาบาลนครพนม	นครพนม
10993	โรงพยาบาลศรีบุญเรือง	หนองบัวลำภู
11015	โรงพยาบาลกุมภวาปี	อุดรธานี
11025	โรงพยาบาลเพ็ญ	อุดรธานี
11040	โรงพยาบาลบึงกาฬ	บึงกาฬ
11046	โรงพยาบาลเซกา	บึงกาฬ
11095	โรงพยาบาลวานรนิวาส	สกลนคร
11110	โรงพยาบาลศรีสงคราม	นครพนม
11448	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	หนองคาย
11450	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	สกลนคร

โรคและหัตถการ Minimally Invasive Surgery ที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2564

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
โรคนี้วในถุงน้ำดีและหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ	1. โรคนี้วในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดี อักเสบ 2. โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่ 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก 4. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก	1. โรคนี้วในถุงน้ำดี และหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ 2. โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่ 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติด เชื้อในช่องอก 5. ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาดและการบาดเจ็บของหมอนรอง กระดูก (ACL & Meniscal injury) 6. โรคถุงน้ำและเนื้องอกที่รังไข่ เยื่อบุและมดลูกเจริญ ผิดที่ (Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary , endometriosis of ovary) 7. โรคไส้เลื่อน (Lap hernioplasty) 8. โรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity)* <i>*การให้บริการโรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity) ต้อง ผ่านระบบการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre- authorized) ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด</i>

รายการ **Minimally Invasive Surgery**

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
- การบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery: MIS) จำนวน 8 รายการ	1.เพิ่มบริการ MIS จำนวน 6 รายการ 2.กรณีภาวะโรคอ้วนที่เป็นโรค (โรคอ้วนรุนแรง) เริ่มดำเนินการโดยมีระบบการ PA ก่อนการผ่าตัด

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

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายฯ บริการ MIS ปีงบประมาณ 2565

หน่วยบริการที่ให้บริการฯ

- ต้องผ่านการตรวจประเมิน
ศักยภาพการให้บริการฯจาก
คกก. ODS และMIS

เงื่อนไขการจ่าย

- จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่
เป็นส่วนต่างของน้ำหนัก
สัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม
DRGs ที่กำหนด
- จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับด้วยวันนอน (AdjRW)

อัตราการจ่าย

จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับ
เขต IP

- ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350
บาท/adjRW
- ข้ามเขต – จ่าย 9,600
บาท/adjRW

หน่วยบริการ
ขึ้นทะเบียน MIS
ในพื้นที่
เขต 8 อุดรธานี

รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	จังหวัดที่ตั้ง
10671	โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	อุดรธานี
10704	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู
10705	โรงพยาบาลเลย	เลย
10706	โรงพยาบาลหนองคาย	หนองคาย
10710	โรงพยาบาลสกลนคร	สกลนคร
10711	โรงพยาบาลนครพนม	นครพนม
11015	โรงพยาบาลกุมภวาปี	อุดรธานี
11040	โรงพยาบาลบึงกาฬ	บึงกาฬ
11046	โรงพยาบาลเซกา	บึงกาฬ
11095	โรงพยาบาลวานรนิวาส	สกลนคร
11448	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	หนองคาย

กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

คุณสมบัติหน่วยบริการ Home Chemotherapy



1

ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านเคมีบำบัด
ระดับที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2

มีศักยภาพการให้บริการตามคู่มือการให้บริการสำหรับการให้ยา
เคมีบำบัดที่บ้าน(home chemotherapy) โดย คณะกรรมการ
จัดตั้งหน่วยบริการและคู่มือการให้บริการ สำหรับการให้เคมี
บำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy)

3

ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับ
ติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่
บ้าน (Home Chemotherapy)

กรมการแพทย์ แต่งตั้ง
คณะกรรมการประเมินหน่วย
บริการ กำกับ ติดตาม
มาตรฐานและความปลอดภัย
สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน
(Home Chemotherapy)
ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมและ
ประเมิน รพ.
และแจ้งรายชื่อหน่วยบริการที่
ผ่านการประเมินมายัง สปสช.

รหัสโรค รหัสหัตถการ สำหรับบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน

Pdx	Description
C180	Malignant neoplasm of colon, caecum
C181	Malignant neoplasm of colon, appendix
C182	Malignant neoplasm of colon, ascending colon
C183	Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure
C184	Malignant neoplasm of colon, transverse colon
C185	Malignant neoplasm of colon, splenic flexure
C186	Malignant neoplasm of colon, descending colon
C187	Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon
C188	Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon
C189	Malignant neoplasm of colon, unspecified
C19	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction
C20	Malignant neoplasm of rectum

กรณีวาง Port

Pdx...

SDx. **ไม่ต้องลง**

Proc as 86.07 Insertion of totally implantable vascular access device [VAD] Totally implanted port

กรณีรับยาเคมีบำบัด

Pdx....

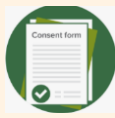
SDx as Z511 Chemotherapy session for neoplasm

Proc as 9925 Inj/infus ca chemotherapy subst

กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

แพทย์วางแผน ให้ยาเคมีบำบัด

- แพทย์พิจารณา case ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- สูตรยา mFolfox6
mFolfiri
- เซ็นติไบอินยอเม



เตรียมตัวก่อนรับ ยา

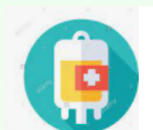
- ทำ Implanted Port
- ให้ข้อข้อมูล
เตรียมพร้อม ร่างกาย
และจิตใจ
- แบบประเมินความพร้อม
- Empowerment



Medical University

แพทย์สั่งยาตาม Protocol

- Protocol Home chemotherapy



รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยบริการ

- เตรียมยาเคมีบำบัดโดย
เภสัชกร
- การบริหารยาเคมีบำบัด
ที่ Ambulatory 4 ชม.
- การดูแล Port Care
- การต่อ Elastomeric
Pump
- การจำหน่าย Discharge
Plan
- ระบบ consult ทีมสห
สาขา ได้แก่ แพทย์
เภสัชกร Homecare



ดูแลติดตาม ผู้ป่วยที่บ้าน

- โทรศัพท์ติดตาม 24 ชม.
แรกและ Day3
- ระบบเยี่ยมบ้าน
- ระบบติดต่อสื่อสารกับ
ผู้ป่วยและหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องตลอด 24 ชม.
- ชุด Spill kit
- คู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน
- ระบบ Emergency
รองรับกรณีฉุกเฉิน
- ระบบ consult ทีมสห
สาขา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร
Homecare ER



การถอด อุปกรณ์เมื่อยา หมด

- ถอดที่บ้านโดยทีม
Home care
- ถอดที่โรงพยาบาล
- ระบบส่งต่อรพ.ใกล้บ้าน
- เตรียมชุดอุปกรณ์ถอน
เข็ม Port



Regimen บริหารยาเคมีบำบัด 50 ชั่วโมง ทุก 2 สัปดาห์

• mFolfox6

- Oxaliplatin 85 mg/ m² / day IV over 2 hour, day 1 บริหารที่ ambulatory ward
- Leucovorin 400 mg/ m² / day IV over 2 hours, day 1 บริหารที่ ambulatory ward
- 5FU 400 mg/ m² / day IV bolus day 1 บริหารที่ ambulatory ward
- 5FU 2,400 mg/ m² +3%ของปริมาณ5FUที่คำนวณได้ ผสมใน NSSให้ได้ปริมาณ 100 ml IV continuous infusion over 50 hours บริหารแบบกลับบ้าน
- Repeat every 2 weeks for 12 cycles

• mFolfiri

- Irinotecan 180 mg/ m² / day IV over 2 hour, day 1 simultaneously with
- Leucovorin 200 mg/ m² / day IV over 2 hours, days 1 and 2
- 5FU 2,400 mg/ m² +3%ของปริมาณ5FUที่คำนวณได้ ผสมใน NSSให้ได้ปริมาณ 100 ml IV continuous infusion over 50 hours
- Repeat every 2 weeks

การรักษามะเร็งระยะที่ 3 ให้จำนวน12 รอบยา(80%มารับจนครบ)
การรักษามะเร็งระยะที่ 4 ให้การรักษาจนไม่ได้ผล
(เฉลี่ย 10 -16 รอบยา)



Elastomeric device
ขนาด100 มล.



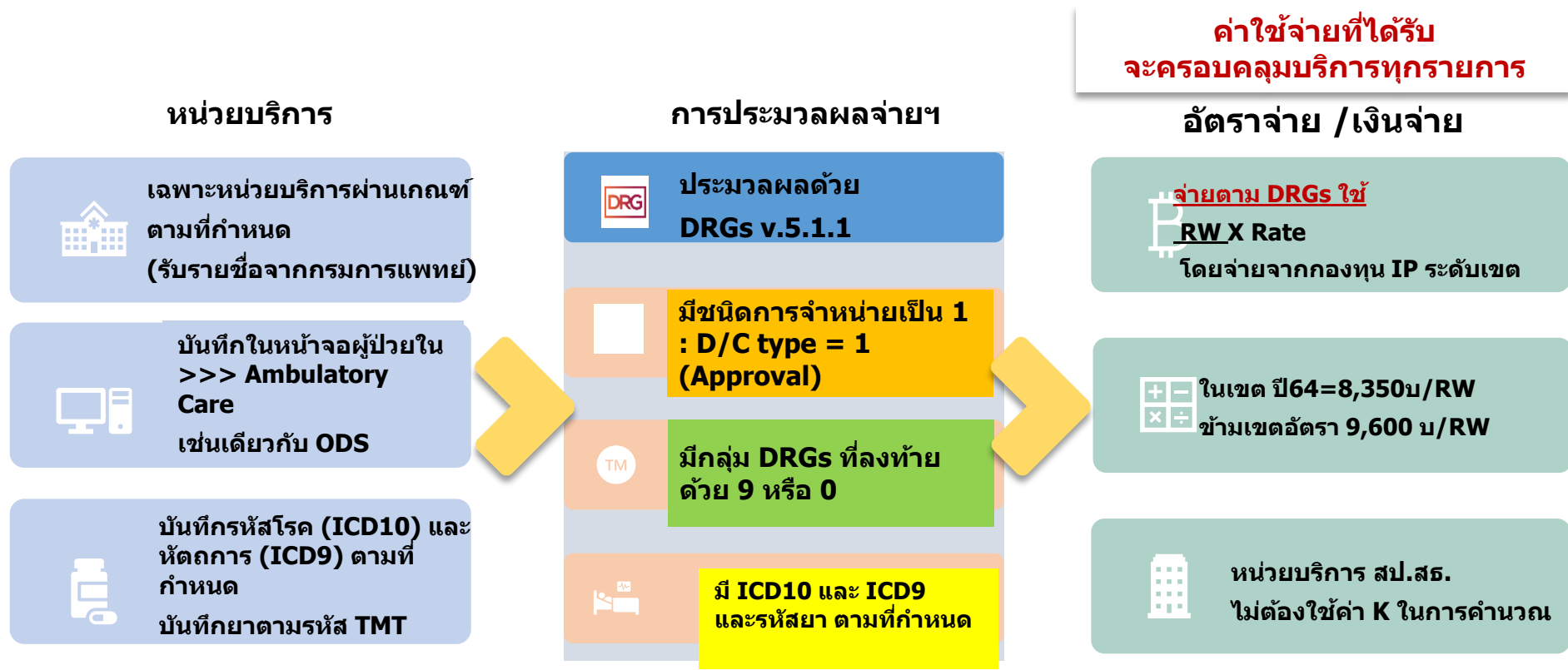
Implanted port



รายชื่อยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา

Protocal	ชื่อยา
<u>mFolfox6</u>	• Oxaliplatin , Leucovorin , 5FU
<u>mFolfiri</u>	• Irinotecan , Leucovorin , 5FU

เงื่อนไข การเบิกจ่ายกรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)



การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)

ที่มา

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

ส่วนที่ ๒

บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขตตามข้อ ๑๘.๒ ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ ตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด ดังนี้

.....

ข้อ ๒๐.๙ การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS) เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรครวมของระบบ DRGs version ๕ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)



- ☐ เป็นข้อมูล IP ที่ให้บริการในปีงบประมาณ 2565
- ☐ ขอให้แยกหมวดค่าใช้จ่ายรายหมวด เพื่อการทำ standardized ค่าใช้จ่ายได้อย่างครบถ้วน
- ☐ หน่วยบริการมีการส่งเอกสารตามที่ สปสช.กำหนด

การดำเนินการ

หน่วยบริการ	สปสช.
1 ส่งข้อมูลผู้ป่วยใน แยกค่าใช้จ่ายรายหมวด	2 แจ้งหน่วยบริการทราบ กรณี case ที่มีค่าใช้จ่ายที่เข้าเกณฑ์ ORS
3 ส่งเอกสารเวชระเบียนและค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.	4 ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / อาจมีการขอเอกสารเพิ่มเติม
	5 พิจารณาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ที่กำหนด

การประมวลผลค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยใน

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



หมายเหตุ : การให้บริการที่เข้าเกณฑ์กรณีบริการเฉพาะที่มีการจ่ายเพิ่มเติม (add on) หน่วยบริการจะได้รับชดเชยเพิ่มเติมจากกองทุนผู้ป่วยใน

(3) การบริหารจัดการระบบบริการกรณีเฉพาะ

- ขยายการดำเนินงานตามนโยบายยกระดับไปทุกเขต ได้แก่ การรับบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ รับบริการ IP โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว
- ทุกรายการที่จ่ายแบบ FS จะมีระบบ Authen และระบบ Audit
- ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายการผ่าตัดข้อเข่าในระดับเขต ปรับเปลี่ยนเป้าหมายบริการผ่าตัดต่อกระดูกหลังดำเนินการ 6 เดือน
- ทบทวนกลไกการพัฒนา Protocol และการจ่ายสำหรับบริการมะเร็ง รวมทั้งบริการ PCI

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด
- 1.2 OP refer ข้ามจังหวัด (เฉพาะที่เกินเขตแดนที่หน่วยบริการจ่าย) Fee schedule จำนวนหนึ่งที่เหลือตามเรียกเก็บ
- 1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ราคาจริงจ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด
- 1.4 IP-PUC/IPPRCC/SSS DRGs กำหนดอัตราจ่าย with Global Budget
- 1.5 กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควรฯ

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ้มเลือด (STEMI, Stroke) Fee schedule
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP Fee schedule -ค่ายา
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์ Fee schedule
- 2.4 หันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แหว่งเพดานโหว่ Fee schedule
- 2.5 ER คุณภาพ On top ค่าบริการจัดบริการนอกเวลาราชการ

3. Provider financial risk protection

- 3.1 Instrument-OP&IP Fee schedule with ceiling
- 3.2 Hyperbaric O2-OP&IP Fee schedule
- 3.3 Corneal transplantation (ส่ารงดวงตา) Fee schedule
- 3.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลาง และระยะสุดท้าย) Fee schedule

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ยา Methadone สำหรับ MMT Fee schedule -ค่ายา
- 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยาแก้ปวด) จ่ายเป็นยา

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 Thalassemia เหมาะจ่ายตามเงื่อนไข
- 5.2 Tuberculosis
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง palliative care
- 5.4 Rare disease

1

กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด : (OPAE)

ประกอบด้วยบริการดังนี้

1. เป็นการให้บริการแก่ที่ผู้รับบริการที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว
2. ทหารผ่านศึก คนพิการ
3. ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ
4. ผู้รับบริการที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่างตามมาตรา 8
5. กรณีเฉพาะอื่น ๆ

เงื่อนไข

1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ
2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) "ทหารผ่านศึก คนพิการ"

เงื่อนไข

- 1) **ทหารผ่านศึก คนพิการ**ที่มีสิทธิตามระบบ 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”

- 1) เป็นทหารเกณฑ์สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ หรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ (หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิพบ SN001 หรือ SP001)
- 2) เป็นการเข้ารับบริการในหน่วยบริการต่างสังกัดกับหน่วยบริการประจำ โดยอาการแรกเริ่มให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

**กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ
หรือ สิทธิว่างตามมาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

- 1) เป็นการเข้ารับบริการของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) อาการแรกเริ่มอาจไม่ฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น

กรณีเฉพาะอื่น ๆ

5.1 การให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม

1. กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์
(รหัสโครงการพิเศษ Z34003) **ไม่รวม การตรวจครรภ์/วางแผนครอบครัว**
2. กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด
(รหัสโครงการพิเศษ Z34007)

5.2 ผู้ป่วย สิทธิว่าง เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

1. เป็นคนไทย ที่มีสิทธิตาม UC และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น
2. มีรหัสโครงการพิเศษ Z75000

5.3 กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน

1. เป็นเด็กแรกเกิดที่ เกิดมามีชีวิตก่อน ต่อมาได้เสียชีวิตก่อน ลงทะเบียนฯทั้งนี้
ซึ่งไม่นับรวมเสียชีวิตในครรภ์
2. มีรหัสโครงการพิเศษ : เด็กแรกเกิดเสียชีวิตฯ Z39000

อัตราจ่าย

IPD

- ❑ กรณีการให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม
- ❑ ผู้ป่วย สิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน
- ❑ กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน
- ❑ กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่าง ตามมาตรา 8

จ่ายตามอัตราเบื้องต้น IP
(8,350 บาท/AdjRW)

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตาม
ผลงานการให้บริการจริง โดยไม่มีการหักเงินเดือน

OPD

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/
ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAE)

**ดค-รค 64 จ่ายตามที่เรียกเก็บ
pointละ 1 บาท**

ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 เป็นต้นไป จ่ายตาม
รายการที่กำหนด (fee schedule) โดยจ่ายตาม
จริง และไม่เกินอัตราที่กำหนด (จะแจ้งเพิ่มเติม
ภายหลัง)

ออกรายงานขออนุมัติโอนเงินให้แก่หน่วยบริการ

กรณีผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข

1. เป็นบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัด ที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด
2. เป็นการจ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง
3. สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ
4. จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ที่กำหนด กรณียังไม่ได้กำหนด จ่ายตามค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

การบริหารการจ่าย

รายการ	ไม่มีเงินกัน Virtual account	มี Virtual account
ค่าใช้จ่ายตามจริง <u>ส่วนไม่เกิน 1,600 บาท</u> ต่อครั้งบริการ	เรียกเก็บจากหน่วยบริการ ประจำ โดยนำค่าใช้จ่าย มาหักกลบจากรายรับ OP Cap	หักค่าใช้จ่าย จากเงินกันVirtual account
ค่าใช้จ่าย <u>ส่วนเกิน 1,600 บาท</u> ต่อครั้งบริการ	กองทุนกลาง (สปสช.)	กองทุนกลาง (สปสช.)

หมายเหตุ :

- 1) กรณีเงิน Virtual account คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช.จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ และหากเงินรายรับ OP Cap คงเหลือไม่พอหักชำระบัญชี จะหักจากรายรับอื่นๆ ของหน่วยบริการต่อไป
- 2) เมื่อสิ้นปีงบประมาณหากเงิน Virtual account รายจังหวัดมีเงินเหลือ หลังจากหักชำระค่าใช้จ่ายเสร็จสิ้นแล้ว ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้กับหน่วยบริการประจำในจังหวัด

อัตราการจ่ายชดเชย

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

รายชื่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด

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



R8WAY
MOPH



การจ่ายชดเชย กรณีบริการภายในเขตและ
กรณีบริการในพื้นที่รอยต่อเขตภาคอีสาน (เขต 7,8,9,10)
ตามนโยบายยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพ



เป้าหมายนโยบาย

1

เพิ่ม Access
ประชาชน

“เมื่อผู้ป่วยไปรักษาที่ไหน ก็ต้องได้รับบริการตรง
นั้นเลย ไม่ต้องมาแยกว่าจดทะเบียน รพ.แล้วบ้าน
ต้องใช้สิทธิตามนั้น”



2

กสร.ปรับระบบบริการ
สปสช. ปรับระบบ Payment

“ต้องพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ
โดยต้องทำให้เกิดเป็นรูปธรรมด้วยความรวดเร็ว”



3

ความเท่าเทียม

“ต้องไม่มีผู้ป่วยอนาถา ทุกคนเท่าเทียมกันหมด
ต้องอยู่ด้วยศักดิ์ศรี ไม่ว่าจะยากดีมีจน”

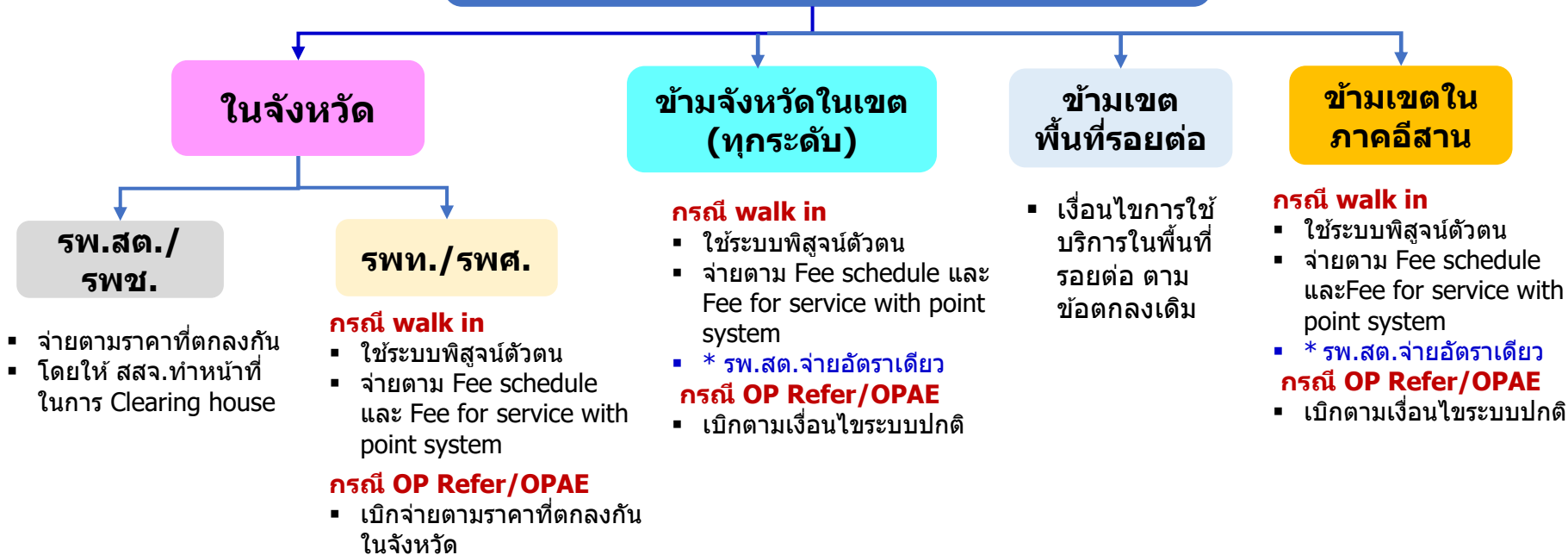


หลักการ

1. ปลายทางระบบหลักประกันสุขภาพคือระบบอนาถา
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการประชาชน (Access)
3. คงหลักการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ประชาชนมีหมอประจำครอบครัวดูแล และเน้นการรับบริการภายในเขตเป็นหลัก
4. ประชาชนมีสิทธิเลือก โดยไม่ต้องร่วมจ่าย Copayment หรือจ่ายเพิ่ม Extra billing
5. กระทรวงสาธารณสุข และเขตพื้นที่ร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน
6. นำร่องเขตพื้นที่ที่มีความพร้อม และเลือกบางบริการ
7. ใช้ระบบการพิสูจน์ตัวตนผ่าน Application, ระบบการตรวจสอบบริการและการจ่ายเงิน ด้วย Smart card

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และการออกแบบการจ่ายชดเชย กรณีบริการไปที่ไหนก็ได้
ของเขตภาคอีสาน (เขต 7,8,9,10)

การรับบริการที่ไหนก็ได้ของเขตภาคอีสาน



* หมายเหตุ : รพ.สต.แบบเหมาจ่ายในอัตราเดียว

รายชื่อหน่วยบริการกรณี “Walk in” ในจังหวัด สปสช.เขต 8 อุดรธานี

ลำดับ	จังหวัด	รหัส	หน่วยบริการ	HTYPE	serviceplan
1	นครพนม	10711	รพ.นครพนม	0010	S
2	นครพนม	12277	รพ.จิตเวชนครพนมราชนครินทร์	0011	S
3	บึงกาฬ	11040	รพ.บึงกาฬ	0010	S
4	เลย	10705	รพ.เลย	0010	S
5	เลย	14644	รพ.จิตเวชเลยราชนครินทร์	0011	S
6	สกลนคร	10710	รพ.สกลนคร	0010	A
7	สกลนคร	11095	รพ.วานรนิวาส	0010	M1
8	สกลนคร	11450	รพ.ร.สว่างแดนดิน	0010	M1
9	หนองคาย	10706	รพ.หนองคาย	0010	S
10	หนองบัวลำภู	10704	รพ.หนองบัวลำภู	0010	S
11	อุดรธานี	10671	รพ.อุดรธานี	0010	A
12	อุดรธานี	12276	รพ.มะเร็งอุดรธานี	0011	S
13	อุดรธานี	11015	รพ.กุมภวาปี	0010	M1
14	หนองคาย	11448	รพ.ร.ท่าบ่อ **เริ่มจากวันที่ประกาศ**	0010	M1

เงื่อนไขการให้บริการในพื้นที่รอยต่อ ตามข้อตกลงเดิม



กำหนดนิยาม ผู้ป่วยนอก “Walk in”



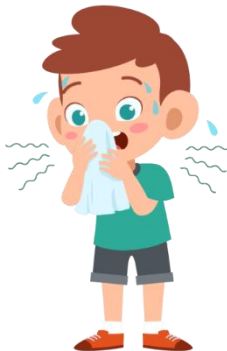
ยาหมดมาขอรับยาที่ไม่ใช่
รพ.ที่รักษาเป็นประจำ



ทันตกรรม (ทันตกรรมพื้นฐาน ถอน
อุด ชูดหินปูน และบริการที่ไม่เข้าข่าย
กองทุนย่อย)



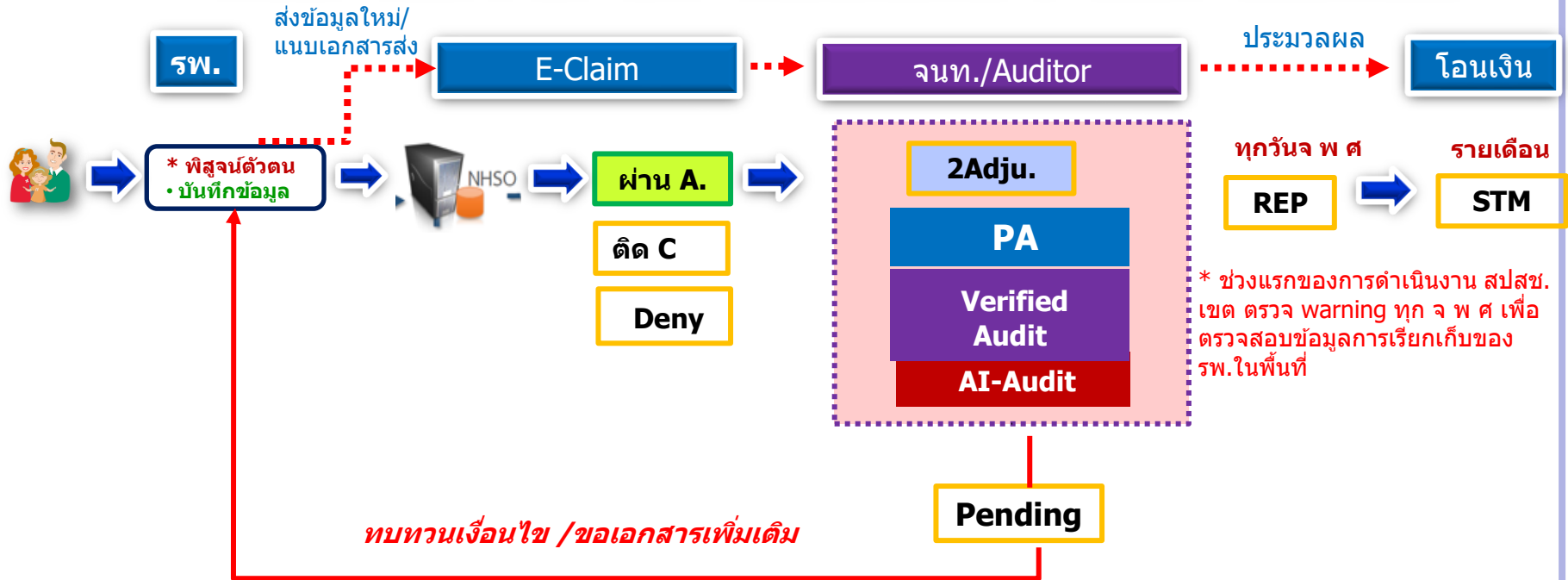
ทำแผลต่อเนื้อง / ฉีดวัคซีน
(ได้เฉพาะค่าฉีด 30 บาท)



เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ไข้หวัด
ปวดท้อง เคืองตา ฯลฯ ที่ไม่เข้าเกณฑ์
ค่าบริการ OP Refer & OP AE

หมายเหตุ : การเบิก Walk in ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายที่มีในกองทุนอื่น เช่น TB, มะเร็ง, ไตวายเรื้อรัง

ระบบการเบิกจ่ายค่าบริการในโปรแกรม e-Claim Seamless



**** เริ่มบันทึก 16 มิถุนายน 2564 ****

การส่งข้อมูล และการประมวลผลจ่าย ****เริ่มบันทึก 16 มิถุนายน 2564****

1. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนดและส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายฯ มายัง สปสช.ภายใน 30 วันหลังให้บริการ
2. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ (Project code) **“WALKIN ผู้ป่วยนอกรับบริการกรณีเหตุสมควร”** สำหรับบริการประเภทผู้ป่วยนอก กรณีที่มีเหตุสมควร มาด้วยทุกครั้ง
3. สปสช. ตรวจสอบ/ประมวลผล และรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการ ตรวจสอบใน Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์ พุธและศุกร์
4. การตัดยอดข้อมูล จะตัดเดือนละ 2 ครั้ง ทุกวันที่ 15 และวันสุดท้ายของเดือน โดยออกรายงานการจ่ายเงิน (Statement) ตามวันที่กำหนด
5. การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 30 วัน นับจากวันรับแจ้งการโอนเงิน

กรณีคำพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

เงื่อนไข

กรณี OP

เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์ OPAE หรือ สิทธิว่างเท่านั้น

กรณี IP

- ต้องเป็นผู้ป่วยใน จากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทาง
- เบิกค่าใช้จ่ายได้ ทั้งส่งไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า และรับกลับพักฟื้นหน่วยบริการใกล้บ้าน
- ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษ ระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

อัตราจ่าย

ค่ารถ : (จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวง)

- กรณีระยะทางไป-กลับ **ที่ไม่เกิน** 50 กม. จ่ายตามจริง **ไม่เกิน 500** บาท
- กรณีระยะทางไป-กลับ **มากกว่า** 50 กม. จ่าย **500** บาท + จ่ายเพิ่มอัตรากม.ละ 4 บาทตามระยะทางไป-กลับ

ค่าเรือ : ขึ้นอยู่กับประเภทของเรือจ่าย **ไม่เกิน 35,000** บาท

ค่าเฮลิคอปเตอร์ : จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน
(ประสานผ่านและได้รับการอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)
จ่ายไม่เกิน 160,000 บาทต่อครั้ง