การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่นๆ OPIPHC ปีงบประมาณ 2566 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)

วันที่ 26 ตุลาคม 2565

พิทยา สิงห์โตทอง ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง

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

งบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ปี 2566

ประเภทบริการ	ปี 2565 [ได้รับ] บาทต่อหัว	ปี 2566 [ได้รับ] บาทต่อหัว	ผลต่าง 66 ได้รับ > ปี 65 บาทต่อหัว
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,305.07	**1,344.40**	39.33
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.5	1,460.59	**1,477.01**	16.42
3. บริการกรณีเฉพาะ	395.14	**399.49**	4.35
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	463.44	**506.07**	42.63
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.73	**17.23**	(1.50)
6. บริการแพทย์แผนไทย	19.00	**19.16**	0.16
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	**128.69**	-
8. เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	5.95	**9.16**	3.21
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00	**-**	(2.00)
รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว (แบบเดิม)	**3,798.61**	**3,901.21**	**102.60**
รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว(แบบใหม่) *P&Pและเงินช่วยเหลือ ไปรายการนอกเหมาจ่าย*	**3,329.22**	**3,385.98**	**56.76**
รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว [ลบ.] แบบใหม่ ไม่รวม PP	**158,294.42**	**161,602.6675**	**3,308.24**

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.3 บริการ Home Ward	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	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 และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด -หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบฯ ต้องผ่านการประเมิน ODS (ได้รับรองจากกก.กรมการแพทย์)
	อัตราจ่าย	-	จ่ายตามระบบ DRGs บริการภายในเขต ในอัตราเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adj.RW
	โปรแกรม	-	e-Claim ร่วมกับโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยที่บ้านได้ (โปรแกรม AMED)

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.5 บูรณาการ Intermediate care 4 กลุ่มโรค ร่วมกับบริการฟื้นฟู และแพทย์แผนไทย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	1) บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย ▪ บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (เพิ่มการจ่าย) ▪ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ▪ บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง 2) กำหนดบริการ 4 กลุ่มโรค ▪ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) ▪ 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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.6 บริการสำรองเตียง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	สถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และได้ลงนามในข้อตกลงการให้บริการร่วมกันกับ สปสช. เขต ตามเงื่อนไขที่กำหนด	ปรับอัตราจ่ายกรณีบริการเดียวกันให้เป็นอัตรากลางเดียวกันในทุกเขตทุกหน่วยบริการ ได้แก่ 1) บริการทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย 2) บริการผ่าตัดสมอง 3) ผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน /สถานบริการอื่นที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	อัตราที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขต	กำหนดอัตรา ไม่เกิน 13,000 บาท/ AdjRW
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.7 กรณีย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี และกลุ่มหน่วยบริการที่ประสงค์จะแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ	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)	-บริการของย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี >>คงเดิม -บริการในเขตอื่นๆ หากต้องการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ สำหรับการให้บริการมากกว่า 1 หน่วยบริการ สามารถทำความตกลงร่วมกัน และแจ้งผ่าน สปสช.เขต โดยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่ สปสช.กำหนด
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ตามที่ทำความตกลงร่วมกับสปสช.	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบ DRGs *โดยการจ่ายสำหรับการดูแลของหน่วยบริการที่มากกว่า 1 แห่ง จะจ่ายเท่ากับการดูแลในหน่วยบริการแห่งเดียว*	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

เอกสารประกอบวาระที่ 4.3

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ODS MIS

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เสนอคณะกรรมการฯ 7x7 วันที่ 20 กรกฎาคม 2565

โดย นพ.วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์
รพ.พหลพลพยุหเสนา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โรคและหัตถการ One Day Surgery ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2564 จำนวน 45 โรค/หัตถการ

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. หลอดเลือดดำของหลอดอาหารกระเพาะอาหารขอด (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 gland) 11. การตัดติ่งเนื้อที่มดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri)

บริการ ODS ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 23 โรค/หัตถการ

ลำดับ	บริการ
1	การส่องกล้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)
2	การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับอ่อนนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง[EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) pancreas]
3	การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) liver]
4	การฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)
5	การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียง (Endoscopic laryngeal surgery)
6	การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)
7	การวางสายเพื่อการล้างไตในช่องท้อง (Tenckhoff catheter)
8	การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง เฉพาะกรณี Fit test positive
9	การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision Procedure)
10	การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)
11	การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อบุตา (Trabeculectomy)
12	การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปใต้เยื่อบุตา (Tube shunt surgery)
13	การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)
14	การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery) เพื่อการรักษาเท่านั้น
15	การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)
16	การผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อน (Rhytidectomy/ Blepharoplasty) เฉพาะกรณีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพื่อการรักษาเท่านั้น
17	การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)
18	การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอารีบอดี (Cyclophotocoagulation)
19	ผ่าตัดทำลายเยื่อบุตาและผ่าตัดตัดแต่งเยื่อบุตา (Excision or destruction of lesion or tissue of conjunctiva)
20	โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis) (บริการ ODS + ค่า K MIS)
21	การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy : SLNB) (บริการเริ่ม 1 ม.ค. 65)
22	การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection: ALND2) (บริการเริ่ม 1 ม.ค. 65)
23	การตรวจวินิจฉัยช่องท้องโดยการส่องกล้อง ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ และหรือการเก็บน้ำในช่องท้องส่งตรวจ (Diagnostic laparoscopy with peritoneal lavage for cytology and /or with biopsy) (บริการเริ่ม 1 ม.ค. 65)

โรคและหัตถการ Minimally Invasive Surgery ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2565 จำนวน 15 โรค

บประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
โรคนิ่วในถุงน้ำดี และหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ	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 6. โรคถุงน้ำและเนื้องอกที่รังไข่ เยื่อบุและมดลูกเจริญผิดที่ 7. โรคไส้เลื่อนขาหนีบที่เป็นสองข้าง และโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่กลับเป็นซ้ำ 8. ภาวะอ้วนที่เป็นโรค (โรคอ้วนทุพพลภาพ) (ให้มีระบบ PA ก่อนการผ่าตัด)	1. การผ่าตัดไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Nephrectomy) 2. การส่องกล้องระบายน้ำดีสู่ระบบทางเดินอาหารด้วยกล้องส่องอัลตร้าซาวน์ (Endoscopic ultrasound guided biliary drainage) 3. การผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อการวินิจฉัยและตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งทางนรีเวช(Laparoscopic diagnosis and biopsy in CA ovary, CA peritoneum) 4. การผ่าตัดไซนัสผ่านกล้องส่องเอ็นโดสโคปด้วยเครื่องมือตัด ปั่น ดูด (Endoscopic sinus surgery using microdebrider) 5. การผ่าตัดต่อมหมวกไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Adrenalectomy) 6. การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Appendectomy) (เฉพาะในผู้ป่วย BMI.> 35 และ Uncertain Dx. In Female) 7. การผ่าตัดลำไส้ตรงผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic low anterior resection) หรือ ผ่าตัดลำไส้ตรงและทวารหนักออกผ่านกล้องทางหน้าท้อง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ (Colorectal CA)

กรมการแพทย์ร่วมกับราชวิทยาลัยและสมาคมการแพทย์
ที่เกี่ยวข้องพิจารณาเสนอรายการบริการ
One Day Surgery (ODS) & Minimally Invasive Surgery (MIS)
ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ดังนี้

หัตถการที่ขอเพิ่ม
One Day Surgery (ODS)
2 หัตถการ

หัตถการที่ขอเพิ่ม
Minimally Invasive Surgery (MIS)
4 หัตถการ

ข้อเสนอรายการ ODS , MIS ปีงบประมาณ 2566

รายการบริการ ODS

ลำดับ	รายการ	รหัสโรค	รหัสหัตถการ
1	Vascular access for hemodialysis	N18.5 Chronic kidney disease, stage 5	38.95 Venous catheterization for renal dialysis 39.27 Arteriovenostomy for renal dialysis 39.93 Insertion of vessel-to-vessel cannula for renal dialysis 39.42 Revision of arteriovenous shunt for renal dialysis
2	Appendectomy • ใช้ Platform ODS แต่เพื่อความปลอดภัย เพิ่มการติดตามดูแลต่อเนื่องแบบ Home ward โดยเฉพาะเรื่องInfection = ODS++ • จ่ายแบบบริการ Home Ward ตั้งแต่ผ่าตัดต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลต่อที่บ้าน	K35.- Acute appendicitis	47.01 Laparoscopic appendectomy Lap appendectomy 47.09 Other appendectomy Other appendectomy

ข้อเสนอรายการ ODS, MIS ปีงบประมาณ 2566

รายการบริการ MIS

ลำดับ	รายการ	รหัสโรค	รหัสหัตถการ
1	Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplasty	M75.1 Rotator cuff syndrome Rotator cuff or supraspinatus tear or rupture	83.63 Rotator cuff repair
2	Arthroscopic Bankart surgery and labral repair	M25.31 Other instability of joint, Shoulder	80.21 Arthroscopy, shoulder
3	Radical hysterectomy	C56 Malignant neoplasm of ovary C54.1 Endometrium	68.61 Laparoscopic radical abdominal hysterectomy
4	Laparoscopic Prostatectomy and robotic prostatectomy	C61 Malignant neoplasm of prostate	60.5 Radical prostatectomy 17.42 Laparoscopic robotic assisted procedure

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.10 กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจโรคร่วมของระบบ DRGs version 5 ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด <u>วิธีการ</u> 1) สปสช.ตรวจสอบข้อมูลบริการปีงบฯ 64 ที่เข้าเกณฑ์ ORS 2) สปสช.แจ้งหน่วยบริการส่งหนังสืออุทธรณ์ข้อมูลพร้อมสำเนาเวชระเบียนภายในเวลาที่กำหนด 3) สปสช.คำนวนจ่ายเพิ่มเติม	ใช้ข้อมูลบริการปีงบฯ 65
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	▪ Reimburse Ratio รพ. คูณกับ ความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นฯ (Reimburse ratio × [Loss – (0.5 × OLT)]) ▪ กำหนดเพดาน Reimburse ratio ไว้ไม่เกิน0.8	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.1 บริการโรคมะเร็ง 3.1.2 กรณีการให้เคมีบำบัด/รังสีรักษา (ต่อ)	อัตราจ่าย	กรณี IP กรณีโรคมะเร็งที่กำหนด Protocol แล้ว - รักษาตรงตาม Protocol จ่าย Deduct DRGs และAdd on ค่ายามะเร็งตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด - รักษาไม่ตรง Protocol จ่ายตาม DRGs ปกติ กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนด Protocol - จ่ายตาม DRGs ปกติ หมายเหตุ : กรณี IP ค่ารังสีรวมอยู่ใน DRGs กรณี OP กรณีโรคมะเร็งที่กำหนด Protocol แล้ว - รักษาตรงตาม Protocol จ่ายค่ายาตามจริงไม่เกินราคาที่ประกาศ+ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด - รักษาไม่ตรง Protocolจ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาทและรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนด Protocol - จ่ายค่ายาเคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา ตามจริง ไม่เกิน 4,000 บาท/ครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

หน่วยบริการที่ให้บริการรักษาโรคมะเร็ง

ภาพรวมหน่วยบริการรังสีรักษา / เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน
ปีงบประมาณ 2564 (ข้อมูล 24 ต.ค. 2564)

รังสีรักษา	39 แห่ง
เคมีบำบัด ระดับ 1	144 แห่ง
เคมีบำบัด ระดับ 2	16 แห่ง
เคมีบำบัด ระดับ 3	7 แห่ง
Tamoxifen Hormone ใน CA Breast	39 แห่ง
รวมทั้งสิ้น	245 แห่ง

หมายเหตุ
* หน่วยเคมีบำบัดระดับ 3 และให้ Tamoxifen เป็นหน่วยเดียวกัน

หน่วยบริการที่ให้บริการรักษาโรคมะเร็ง แยกราย สปสช.เขต
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (ข้อมูล 24 ต.ค. 2564)

เขต	รังสีรักษา	เคมี 1	เคมี 2	เคมี 3	Tamoxifen	รวม
เขต 1 เชียงใหม่	3	14	1	-	1	19
เขต 2 พิษณุโลก	3	8	-	-	-	11
เขต 3 นครสวรรค์	1	3	2	-	10	16
เขต 4 สระบุรี	3	15	3	-	-	21
เขต 5 ราชบุรี	2	14	1	1	1*	19
เขต 6 ระยอง	4	13	1	-	3	21
เขต 7 ขอนแก่น	3	7	-	-	4	14
เขต 8 อุดรธานี	2	12	-	-	1	15
เขต 9 นครราชสีมา	2	6	3	1	15	27
เขต 10 อุบลราชธานี	1	8	1	2	2	14
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	2	10	1	-	-	13
เขต 12 สงขลา	2	10	1	1	-	14
เขต 13 กรุงเทพฯ	11	24	2	2	2	41
Grand Total	39	144	16	7	39	245

รพ.มหาราชนครเชียงใหม่
รพ.นครพิงค์
รพ.มะเร็งลำปาง

เขต 1 เชียงใหม่ (3)

เขต 2 พิษณุโลก (3)

รพ.พุทธชินราช
รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร
รพ.รังสีรักษาพิษณุโลก

รพศ.สวรรค์ประชารักษ์

เขต 3 นครสวรรค์ (1)

เขต 8 อุดรธานี (2)

รพ.มะเร็งอุดรธานี
รพ. สกลนคร

เขต 7 ขอนแก่น (3)

รพ.ศรีนครินทร์
รพ.ขอนแก่น
รพ.ร้อยเอ็ด

รพ.มะเร็งลพบุรี
รพ.มหาวชิราลงกรณ์
รพ.ธรรมศาสตร์

เขต 4 สระบุรี (3)

เขต 10 อุบลฯ (1)

รพ.มะเร็งอุบลราชธานี

รพ.ราชบุรี
รพ.สมุทรสาคร

เขต 5 ราชบุรี (2)

เขต 9 นครราชสีมา (2)

รพ.มหาราชนครราชสีมา
รพ.สุรินทร์

เขต 6 ระยอง (4)

รพ.มะเร็งชลบุรี
รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
รพ. แคนเซอร์อลิอันซ์ ศรีราชา
รพ.วิภารามอมตะนครขนาดเล็ก

เขต 13 กรุงเทพฯ (11)

รพ.ศิริราช., รพ.จุฬาฯ ,
รพ.รามาธิบดี ,รพ.ราชวิถี ,
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ,
รพ.ภูมิพลอดุลเดช
รพ.พระมงกุฎเกล้า,
รพ.วชิรพยาบาล,
รพ.จุฬาภรณ์ ,
รพ.ศูนย์มะเร็งกรุงเทพ
รพ.วัฒโนสถ

รพ.มะเร็งสุราษฎร์ธานี
รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช

เขต 11 สุราษฎร์ฯ (2)

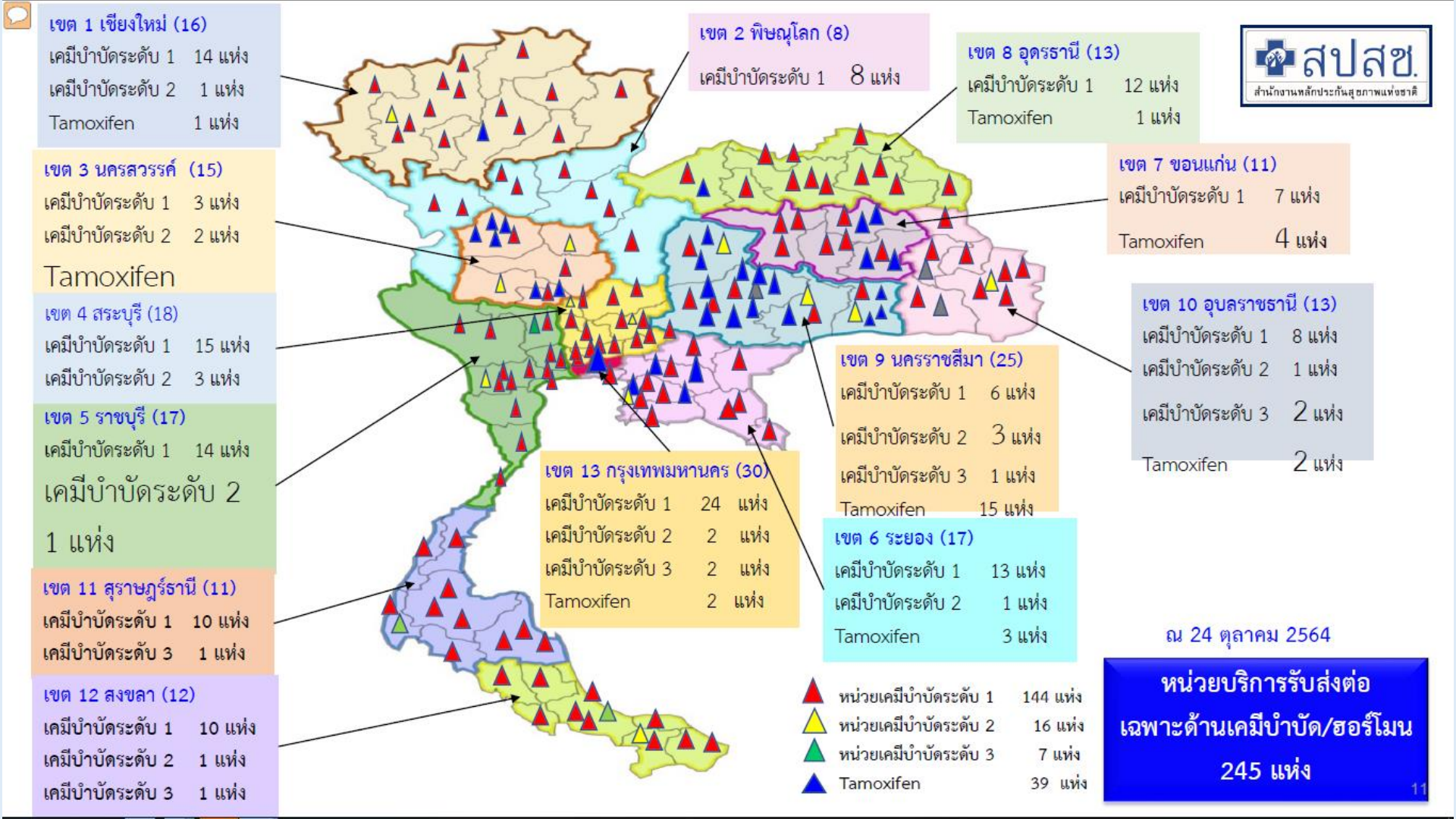
รพ.สงขลานครินทร์
รพ.หาดใหญ่

เขต 12 สงขลา (2)

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
เฉพาะด้านรังสีรักษา
จำนวน 39 แห่ง

ณ 24 ตุลาคม 2564

สังกัด	จำนวน
UHOSNET	11
กรมการแพทย์	8
กลาโหม	1
นอก สป	1
สป.สธ.	13
เอกชน	5
รวม	39

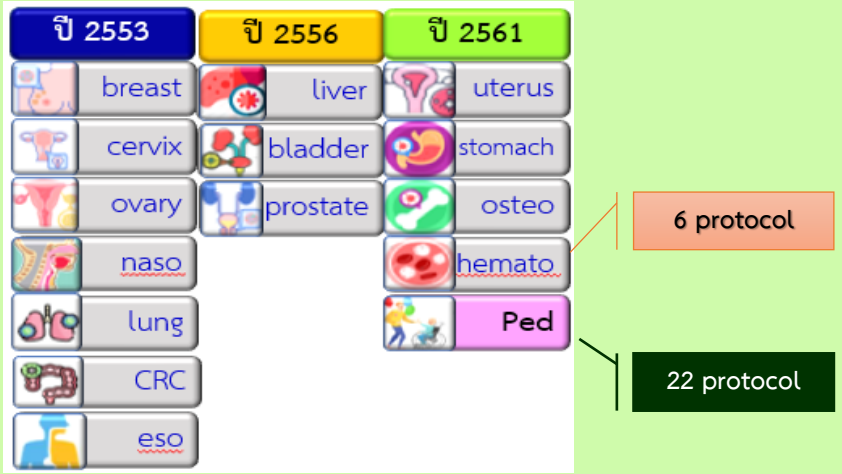

เขต 1 เชียงใหม่ (16)
เคมีบำบัดระดับ 1 14 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2 1 แห่ง
Tamoxifen 1 แห่ง
เขต 2 พิษณุโลก (8)
เคมีบำบัดระดับ 1 8 แห่ง
เขต 8 อุดรธานี (13)
เคมีบำบัดระดับ 1 12 แห่ง
Tamoxifen 1 แห่ง
สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 3 นครสวรรค์ (15)
เคมีบำบัดระดับ 1 3 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2 2 แห่ง
Tamoxifen
เขต 7 ขอนแก่น (11)
เคมีบำบัดระดับ 1 7 แห่ง
Tamoxifen 4 แห่ง
เขต 4 สระบุรี (18)
เคมีบำบัดระดับ 1 15 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2 3 แห่ง
เขต 10 อุบลราชธานี (13)
เคมีบำบัดระดับ 1 8 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2 1 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 3 2 แห่ง
Tamoxifen 2 แห่ง
เขต 5 ราชบุรี (17)
เคมีบำบัดระดับ 1 14 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2
1 แห่ง
เขต 9 นครราชสีมา (25)
เคมีบำบัดระดับ 1 6 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2 3 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 3 1 แห่ง
Tamoxifen 15 แห่ง
เขต 13 กรุงเทพมหานคร (30)
เคมีบำบัดระดับ 1 24 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2 2 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 3 2 แห่ง
Tamoxifen 2 แห่ง
เขต 6 ระยอง (17)
เคมีบำบัดระดับ 1 13 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2 1 แห่ง
Tamoxifen 3 แห่ง
เขต 11 สุราษฎร์ธานี (11)
เคมีบำบัดระดับ 1 10 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 3 1 แห่ง
เขต 12 สงขลา (12)
เคมีบำบัดระดับ 1 10 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 2 1 แห่ง
เคมีบำบัดระดับ 3 1 แห่ง
หน่วยเคมีบำบัดระดับ 1 144 แห่ง
หน่วยเคมีบำบัดระดับ 2 16 แห่ง
หน่วยเคมีบำบัดระดับ 3 7 แห่ง
Tamoxifen 39 แห่ง
ณ 24 ตุลาคม 2564
หน่วยบริการรับส่งต่อ
เฉพาะด้านเคมีบำบัด/ฮอร์โมน
245 แห่ง
11

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

Treatment

Chemotherapy / radiation

1. สิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง
2. คุณสมบัติหน่วยบริการ
   2.1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน
   2.2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
3. ให้การรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด/มะเร็งทั่วไป



หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

Treatment

Chemotherapy / radiation

ขอบเขตบริการ

สำหรับบริการผู้มีสิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ครอบคลุม

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

เงื่อนไขการจ่าย

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

อัตราจ่าย

1. กรณีเคมี/รังสีรักษา/ฮอร์โมน และค่าผสมยา จ่ายตามราคาที่กำหนด
2. รายการ Fee Schedule ตามที่สปสช.กำหนด
3. กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการ Fee Schedule จ่ายตามราคาที่เรียกเก็บด้วยระบบ Point system with Global budget
4. การจ่ายโรคมะเร็งกรณีผู้ป่วยในตามระบบ DRGs

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

การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สปสช.

การรักษากรณีโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้

1) กรณีให้การ**รักษาตามโปรโตคอล**ที่กำหนดในโรคมะเร็ง 20 ชนิด

2) กรณี**ไม่ได้รักษาตามโปรโตคอล**ที่กำหนด นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1)

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
14	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
15	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
16	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
17	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL)
18	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
19	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอิโลมา (Myeloma)
20	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)

สรุปเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

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		จ่ายค่ายาและรังสีรักษาตามจริง รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท/ครั้ง
	การรักษาอื่นๆที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง		1.จ่ายตามรายการที่กำหนด (fee schedule) โดยจ่ายตามจริง แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด (ปัจจุบันมี 514 รายการ) 2. สำหรับรายการที่ ยังไม่กำหนดรายการและอัตราการจ่าย จ่ายตามราคาเรียกเก็บของหน่วยบริการ (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget “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		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา

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 (Epidermal Growth Factor Receptor)	รักษามะเร็งปอด กรณีการสั่งใช้ยา erlotinib	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 ครั้ง/ปี (1 รายจ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง)	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

Treatment

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(Hematopoietic stem cell transplantation :HSCT)

1. สิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและโรคอื่น ๆ ตามที่กำหนด
2. คุณสมบัติหน่วยบริการ : เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด
3. ให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

อัตราจ่าย

- จ่ายแบบเหมาจ่าย ครอบคลุมบริการตั้งแต่ pre transplantation-transplantation-post transplantation

1. กรณี autologous
   - 1.1 กลุ่มโรค multiple myeloma จ่ายชดเชย 500,000 บาท/ราย
   - 1.2 กลุ่มโรคอื่นๆ จ่ายชดเชย 750,000 บาท/ราย
2. กรณี allogeneic related และ allogeneic nonrelated 1,500,000 บาท/ราย

- แบ่งจ่ายชดเชย 2 งวดๆ งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 80, งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 20
- ติดตามดูแลผู้ป่วยต่อ 1 ปี นับจากวันที่จำหน่ายออกจากหน่วยบริการ

กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

คุณสมบัติหน่วยบริการ Home Chemotherapy

1. ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านเคมีบำบัดระดับที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. มีศักยภาพการให้บริการตามคู่มือการให้บริการสำหรับการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน(home chemotherapy) โดย คณะกรรมการจัดตั้งหน่วยบริการและคู่มือการให้บริการ สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy)
3. ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy)

อัตราจ่าย

จ่ายตามค่า RW X อัตราจ่าย โดยจ่ายจากกองทุน IP ระดับเขต

- ในเขต อัตราจ่าย 8,350 บาท / RW
- ข้ามเขต อัตราจ่าย 9,600 บาท / RW

กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แพทย์วางแผนให้ยาเคมีบำบัด	เตรียมตัวก่อนรับยา	แพทย์สั่งยาตามProtocol	รับยาเคมีบำบัดที่หน่วยบริการ	ดูแลติดตามผู้ป่วยที่บ้าน	การถอดอุปกรณ์เมื่อยาหมด
• แพทย์พิจารณา case ตามเกณฑ์ที่กำหนด • สูตรยา mFolfox6 mFolfiri • เซ็นต์ใบยินยอม	• ทำ Implanted Port • ให้ข้อข้อมูล เตรียมพร้อม ร่างกาย และจิตใจ • แบบประเมินความพร้อม • Empowerment	• Protocol Home chemotherapy	• เตรียมยาเคมีบำบัดโดยเภสัชกร • การบริหารยาเคมีบำบัดที่ Ambulatory 4 ชม. • การดูแล Port Care • การต่อ Elastomeric Pump • การจำหน่าย Discharge Plan • ระบบ consult ทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร Homecare	• โทรศัพท์ติดตาม 24 ชม. แรกและ Day3 • ระบบเยี่ยมบ้าน • ระบบติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อตลอด 24 ชม. • ชุด Spill kit • คู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน • ระบบ Emergency รองรับกรณีฉุกเฉิน • ระบบ consult ทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร Homecare ER	• ถอดที่บ้านโดยทีม Home care • ถอดที่หน่วยบริการ • ระบบส่งต่อรพ.ใกล้บ้าน • เตรียมชุดอุปกรณ์ถอนเข็ม Port

รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา (Protocol)บริการ OP

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

No	CODE	NAME	COST	UNIT
1	RTX101	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	900.00	ครั้ง
2	RTX102	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	800.00	ครั้ง
3	RTX103	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	700.00	ครั้ง
4	RTX104	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	4,100.00	ครั้ง
5	RTX105	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	4,000.00	ครั้ง
6	RTX106	การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	7,900.00	ครั้ง
7	RTX107	การทำ Customized block	1,600.00	ครั้ง
8	RTX108	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	2,400.00	ครั้ง
9	RTX201	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	300.00	field
10	RTX202	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	600.00	field
11	RTX203	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	500.00	field
12	RTX204	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	600.00	field
13	RTX205	การฉายรังสี IMRT	3,300.00	ครั้ง
14	RTX206	การใส่แร่ซีเซียม-137	7,000.00	ครั้ง
15	RTX207	การใส่แร่อิริเดียม-192	5,800.00	ครั้ง
16	RTX208	การฝังแร่อิริเดียม-192	6,000.00	course
17	RTX209	Half Body Irradiation	4,100.00	ครั้ง
18	RTX210	การฉายรังสี SRS	65,000.00	course
19	RTX211	การฉายรังสี SRT	65,000.00	course
20	RTX212	Total body irradiation	20,000.00	course
21	RTX213	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	5,700.00	field
22	RTX214	ค่ารักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	1,600.00	ครั้ง

หมายเหตุ

ค่านิยามของคำว่า "field" คือ ทิศทางการเข้าของรังสี ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่ง "field" ต่อหนึ่งบริเวณ/อวัยวะ (สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย ลงวันที่ 20 เมษายน 2553)

รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งทั่วไป (RTX216) บริการผู้ป่วยนอก

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

No	CODE	NAME
23	RTX216_101	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี
24	RTX216_102	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ
25	RTX216_103	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ
26	RTX216_104	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ
27	RTX216_105	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ
28	RTX216_106	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT
29	RTX216_107	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การทำ Customized block
30	RTX216_108	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)
31	RTX216_201	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60
32	RTX216_202	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC
33	RTX216_203	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค
34	RTX216_204	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC
35	RTX216_205	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี IMRT
36	RTX216_206	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การใส่แร่ซีเซียม-137
37	RTX216_207	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การใส่แร่อิริเดียม-192
38	RTX216_208	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฝังแร่อิริเดียม-192
39	RTX216_209	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_Half Body Irradiation
40	RTX216_210	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี SRS
41	RTX216_211	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี SRT
42	RTX216_212	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ Total body irradiation
43	RTX216_213	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)
44	RTX216_214	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ ค่ารักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia

วิธีปฏิบัติงาน CA

*เงื่อนไข

- ราคากลางของรังสีรักษามะเร็งทั่วไป (RTX216_101-RTX216_214) รวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยาและให้ยาคำนวณจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินราคาของรายการที่กำหนดแต่ละรายการและรวมไม่เกิน 4,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายฯ กรณีที่เกิน 2 รายการ รวมยาเคมีบำบัด และค่าผสมยาและให้ยาเคมีบำบัดแล้วเกินอัตราจ่าย 4,000 บาท/ครั้ง ให้จ่ายชดเชยไม่เกิน 4,000 บาท

2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

2.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(Stroke Fast Track)

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

การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ชนิด 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 รายละ **10,000** บาท
2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย รายละ **49,000** บาท
3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA) **22,660 บาท/vial**

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

นิยาม ผู้ป่วยนอก “กรณีเหตุสมควร Walk in”

ยาหมดมาขอรับยาที่ไม่ใช่ รพ.ที่รักษาเป็นประจำ

ทันตกรรม (ทันตกรรมพื้นฐาน ถอน อุด ขูดหินปูน และบริการที่ไม่เข้าข่ายกองทุนย่อย)

ทำแผลต่อเนื่อง /ฉีดวัคซีน (ได้เฉพาะค่าฉีด 30 บาท)

เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ไข้หวัด ปวดท้อง เคืองตา ฯลฯ ที่ไม่เข้าเกณฑ์ค่าบริการ OP Refer & OP AE

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

รายชื่อ รพ.ที่เบิกจ่ายกรณี Walk in กรณีรับบริการภายในจังหวัด

จังหวัด	โรงพยาบาล
ชลบุรี	รพ.ชลบุรี
ชลบุรี	รพ.บางละมุง
ชลบุรี	รพ.พนัสนิคม
ชลบุรี	รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
ชลบุรี	รพ.มหาวิทยาลัยบูรพา
ชลบุรี	รพ.เมืองพัทยา
ชลบุรี	รพ. สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
ระยอง	รพ.ระยอง
ระยอง	รพ.เฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
ระยอง	รพ.แกลง
จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า
ตราด	รพ.ตราด

จังหวัด	โรงพยาบาล
ฉะเชิงเทรา	รพ.พุทธโสธร
ปราจีนบุรี	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
ปราจีนบุรี	รพ.กบินทร์บุรี
ปราจีนบุรี	รพ.ค่ายจักรพงษ์ มทบ.12
สระแก้ว	รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
สระแก้ว	รพ.อรัญประเทศ
สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ
สมุทรปราการ	รพ.บางพลี
สมุทรปราการ	สถาบันราชประชาสมาสัย
สมุทรปราการ	รพ.เซ็นทรัลปาร์ค
สมุทรปราการ	รพ.เมืองสมุทรปู่เจ้าฯ

ประเด็นสำคัญการเบิกกรณี walk in

ผู้ป่วยนอก
(Walk in)

บริการภายในจังหวัด

บริการข้ามจังหวัด

หน่วยบริการ ที่กำหนด 23 แห่ง

หน่วยบริการทุกแห่ง

** Authen Code

Clearing house ในจังหวัด***

ดำเนินการ phase2

บันทึกข้อมูล ใน E-claim

ระบุ Project Code

"WALKIN"

เลือกเงื่อนไขเป็น
N =normal

ภาพรวมจำนวนการใช้บริการ-จำนวนเงินชดเชยค่าบริการแยกรายเขต OP WALKIN

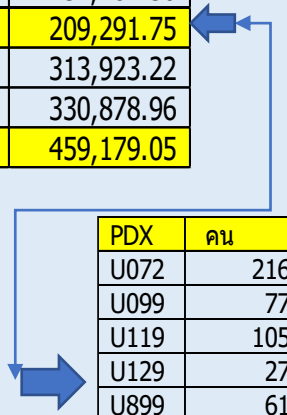
เขต	2564		2565	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
01			22,996	23,009
02			2,254	2,257
03			3,089	3,091
04	3	3	3,883	3,889
05			2,244	2,246
06			18,852	18,858
07	1,432	1,433	4,876	4,879
08	8,579	8,580	17,884	17,894
09	3,854	3,854	28,220	28,240
10	94	94	3,093	3,097
11	1	1	7,278	7,290
12			4,448	4,448
13			26,764	26,765
Grand Total	13,963	13,965	145,881	145,963

เขต	2564	2565	Grand Total
	จำนวนเงินชดเชย	จำนวนเงินชดเชย	รวมจำนวนเงินชดเชย
01		7,866,015.01	7,866,015.01
02		707,956.75	707,956.75
03		823,348.75	823,348.75
04	1,219.00	784,861.32	786,080.32
05		376,690.16	376,690.16
06		6,603,574.26	6,603,574.26
07	180,788.00	1,620,891.22	1,801,679.22
08	3,282,856.03	5,891,548.66	9,174,404.69
09	1,035,071.34	8,852,363.61	9,887,434.95
10	28,943.26	1,192,285.87	1,221,229.13
11	4,800.00	3,019,632.66	3,024,432.66
12		1,223,403.85	1,223,403.85
13		7,905,460.91	7,905,460.91
Grand Total	4,533,677.63	46,868,033.03	51,401,710.66

เฉพาะเงื่อนไข Status =4 เข้าเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

TOP 10 Pdx ในการเข้ารับบริการภาพรวมประเทศ

PDX	Diagnosis	คน	ครั้ง	เรียกเก็บ	จ่ายชดเชย
Z480	Attention to surgical dressings and sutures	12,063	12,074	1,936,791.82	1,712,263.28
I10	Essential (primary) hypertension	10,010	10,012	6,296,732.57	4,090,501.67
E119	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without complications	5,558	5,560	4,523,901.59	2,692,707.55
J00	Acute nasopharyngitis [common cold]	3,500	3,501	737,480.87	581,887.82
K30	Dyspepsia	2,944	2,947	980,112.12	848,837.83
Z242	Need for immunization against rabies	2,564	2,564	764,698.28	710,015.31
K021	Caries of dentine	2,490	2,491	1,663,503.13	1,383,151.13
Z017	Laboratory examination	2,054	2,054	1,063,921.00	897,011.00
R42	Dizziness and giddiness	2,041	2,041	652,811.30	565,173.36
A099	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	2,004	2,007	533,899.84	480,637.49
Z519	Medical care, unspecified	1,723	1,723	293,429.25	254,481.50
U071	Covid	1,435	1,435	476,684.50	209,291.75
R509	Fever, unspecified	1,268	1,269	359,312.37	313,923.22
Z012	Dental examination	1,257	1,258	381,180.86	330,878.96
N185	Chronic kidney disease, stage 5	1,239	1,241	593,382.05	459,179.05



PDX	คน	ครั้ง	จ่ายชดเชย
U072	216	216	37,452.50
U099	77	77	10,019.00
U119	105	105	16,094.00
U129	27	27	4,889.90
U899	61	61	5,744.00
รวม	486	486	74,199.40

ข้อมูล OP WALKIN ที่ตรวจพบจากการทำ 2 nd Adjudication/ วิเคราะห์ Dashboard

- พบการเบิกจ่ายที่มีกองทุนรองรับอยู่แล้ว เช่น กองทุนเอดส์ ,กองทุนไต, มะเร็ง,กองทุนสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
- พบการเบิกจ่ายที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายเช่น เป็น เคสเจ็บป่วยฉุกเฉิน คัดกรองโควิด การวินิจฉัยโควิด
- พบตรวจแลปอย่างเดียว ไม่มีการรักษา
- พบการตรวจแลป check-up เกินความจำเป็นโดยไม่มีการวินิจฉัยการเจ็บป่วย ไม่มีการจ่ายยา
- พบการจ่ายยาหรือตรวจพิเศษที่ไม่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรค (ตรวจ Hemoculture ในผู้ป่วยนอก)
- พบการเบิกซ้ำซ้อนผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน
- พบความคลาดเคลื่อนของการบันทึกจำนวนการเบิกของหน่วยบริการ เช่น จำนวนเม็ดยา vial จำนวนการเบิกอุปกรณ์

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่เพิ่มใหม่

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

กรณีบริการโรคเฉพาะ

(Disease management)

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่ายรายเดือน เป็นเงินหรือเป็นยาตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย	เพิ่มการจ่ายกรณีโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์
	ผู้มีสิทธิ	UC หรือสิทธิว่าง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) เหมาจ่ายเป็นเงินตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย 2) จ่ายเป็นยา Factor VIII ให้สภากาชาดไทย โดยจ่ายผ่านระบบ VMI	จ่ายเป็นเงิน ค่าแฟคเตอร์ 250 IU อัตรา 2,460 บาท ค่าแฟคเตอร์ 500 IU อัตรา 4,920 บาท และกำหนดอัตราการใช้แฟคเตอร์ตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย
	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม

กรณีบริการ ยา จ๒

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/ เปลี่ยนแปลงบัญชียา 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	รักษาผู้ป่วยติดเชื้อราเมิวโคไมโคสิส (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 (สำหรับ PsA, RA)	1. โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic arthritis) 2. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

การจัดการ ธุรกรรมการเบิกจ่าย และระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น

National Clearing House : NCH

บทบาทของ สปสช.ในการดำเนินการสิทธิอื่น

1. สปสช.ทำหน้าที่ Clearing House : กองทุนโอนเงินให้สถานพยาบาล

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)	สถานพยาบาลนอกเหนือ 168 แห่ง	กรมบัญชีกลาง
ประกันสังคม	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	สำนักงานประกันสังคม
กรุงเทพมหานคร new !!	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	กรุงเทพมหานคร
ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	หน่วยบริการของรัฐตามที่กำหนด	กองเศรษฐกิจฯ สธ.
บุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิจ่ายตรง)	สพฉ.
บุคลากร สปสช.	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิจ่ายตรง)	สปสช.

2. เข้าตามมาตรา 9 : สปสช.บริหารจัดการทั้งหมด

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
อปท.	สถานพยาบาลของรัฐ/ รพสต.ที่เข้าระบบเบิกจ่ายตรง/ รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	สปสช.

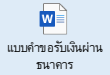
3. รับฝากงบประมาณดำเนินการ

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ผู้ประกันตนคนพิการ	หน่วยบริการในระบบ UC	สปสช.

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน

1. ใช้ระเบียบ หลักเกณฑ์ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด
   - ❖ สิทธิข้าราชการ
   - ❖ สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)
   - ❖ สิทธิกรุงเทพมหานคร
   - ❖ สิทธิบุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
   - ❖ สิทธิบุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
2. สิทธิประกันสังคม ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม
3. ใช้ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ตามที่ สปสช.กำหนด
   - ❖ สิทธิผู้พิการประกันสังคม (เลือกใช้สิทธิ UC)
   - ❖ สิทธิ ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

กรณีบริการสิทธิอื่น ที่มีการเปลี่ยนแปลง



บริการ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลงปี 2566
1. การเบิกจ่ายสิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร	ส่งกับ สกส.	ข้อมูลบริการ/จำหน่าย ตั้งแต่ 1 ต.ค 65 สถานพยาบาลส่งเบิกผ่านระบบของ สปสช. ทั้งหมด หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่ายใช้ระเบียบกรมบัญชีกลาง >> ขอความร่วมมือสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งให้บริการเบิกจ่ายตรงแก่ผู้มีสิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร กรณีเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เคยมีการเบิกจ่ายกับกรุงเทพมหานครมาก่อน บันทึกแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร ส่งมายัง สปสช. เพื่อประสานกรุงเทพมหานครต่อไป
2. การขออนุมัติใช้ยาราคาแพง (PA)	ขออนุมัติผ่านหน้าเวบ สพตส.	ขออนุมัติผ่านเวบ สปสช.

กรณีบริการสิทธิอื่น ที่มีการเปลี่ยนแปลง

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

บริการ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลงปี 2566
3. กรมบัญชีกลางปรับปรุง และเพิ่มรายการอุปกรณ์	อ้างอิงตาม ว 484 ลง วันที่ 21 ธ.ค. 60	อ้างอิงตาม ว 484 ลวท. 21 ธ.ค. 60 และ ว 1207 ลวท. 28 กันยายน 2565 1. ยกเลิกรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น จำนวน 1 รายการ >> รหัส 7215 แผ่นโลหะดามกระดูกยึดกระดูกที่นิ้วมือ 2. ปรับปรุงรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ จำนวน 2 รายการ ได้แก่ 2.1 ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาว แบบมีเข็มขัด *รหัส 5701* แก้ไขเป็น ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 1 ชิ้น (One piece appliance) 2.2 ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาวใช้ร่วมกับแป้นปิดรอบลำไส้ *รหัส 5702* แก้ไขเป็น ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two piece appliance) 3. เพิ่มเติมรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ จำนวน 20 รายการ

NEW

การจัดการ ธุรกรรมการเบิกจ่าย

สิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการเบิกจ่าย
สิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป็นการจ่ายชดเชยให้สถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ข้าราชการของกรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. สถานพยาบาลของทางราชการทุกแห่ง
2. สถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามในสัญญากับกรุงเทพมหานคร (กรณีฟอกเลือดล้างไต และนัดผ่าตัดล่วงหน้า)

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

อัตราการเบิกจ่าย ::
ใช้อัตราการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

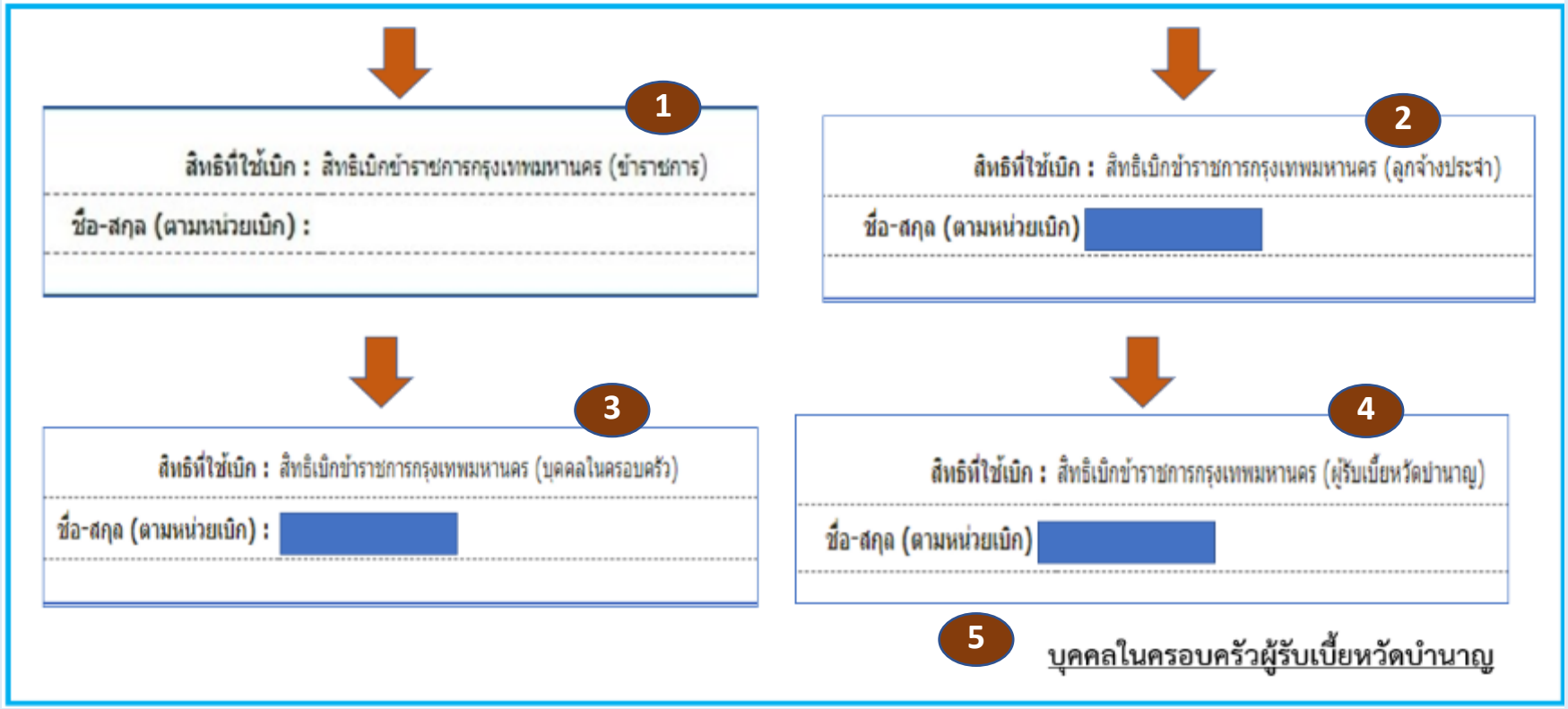
การโอนเงิน :
โดย กรุงเทพมหานคร
สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบได้จากเว็บไซต์ https://mpay.bangkok.go.th

ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยบริการ

1. ผู้มีสิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานครยื่นบัตรประจำตัวประชาชนทุกครั้งที่ใช้บริการที่โรงพยาบาล
2. สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิที่ใช้เบิกของผู้มีสิทธิ จากโปรแกรม NHSO Client หรือ จากหน้า web ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. และดำเนินการดังนี้
   - การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก : ไม่ต้องรูดบัตร smart card ผ่านเครื่อง EDC /ไม่ต้อง Authen
   - การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยใน : ขอเลขอนุมัติทุกครั้ง
3. ส่งข้อมูลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรง โดยผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่าย
4. บันทึกข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรมที่กำหนดในแต่ละกรณี ส่งมายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังจากวันให้บริการ กรณีผู้ป่วยนอก หรือหลังจากวันจำหน่ายออกจาก รพ. กรณีผู้ป่วยใน

** มีผลกับข้อมูลบริการ หรือ จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป

การแสดงสิทธิในโปรแกรม NHSO Client หรือหน้าเวบตรวจสอบสิทธิ



สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ครอบคลุมการเจ็บป่วยทุกกรณี แต่ไม่รวมถึงการเสริมความงาม
- สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ได้ทุกแห่งทั่วประเทศ
- สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ลงนามสัญญากับกรุงเทพมหานคร
- การตรวจสุขภาพประจำปี (Health Screening)
  - เฉพาะผู้มีสิทธิ(ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ)
  - ตรวจสุขภาพได้ปีละ 1 ครั้ง (ตามปีงบประมาณ)

**ตรวจสุขภาพประจำปีเบิกด้วยใบเสร็จเหมือนสิทธิข้าราชการกรมบัญชีกลาง

การเข้ารับบริการและวิธีปฏิบัติ

กรณีผู้ป่วยนอก

ระบบการเบิกจ่ายตรง

สิทธิ กทม. :: *ตรวจสอบสิทธิ >> ให้บริการ*

ไม่ต้องรูดบัตร Smart card/ไม่ต้อง Authen

การส่งข้อมูลเบิกจ่าย โปรแกรม e-Claim

กรณีใช้ใบเสร็จเบิก
ยื่น ณ หน่วยงานต้นสังกัดของตนเอง

กรุงเทพมหานคร : ต้นสังกัด (กรุงเทพมหานคร)

การเข้ารับบริการและวิธีปฏิบัติ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีผู้ป่วยใน

ระบบการเบิกจ่ายตรง

ตรวจพบสิทธิ

- ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ได้ทันที
- บันทึกเลขอนุมัติในโปรแกรม e-Claim

ไม่พบสิทธิ

ใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัด
- นำหนังสือรับรองสิทธิมาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client
- บันทึกเลขอนุมัติในโปรแกรม e-Claim

หมายเหตุ : การขอเลขอนุมัติย้อนหลัง ต้องเลือกวันที่รับบริการ ให้ตรงกับการรักษาทุกครั้ง

ต้องขอเลขอนุมัติ ในโปรแกรม NHSO Client ทุกราย

การส่งข้อมูลเบิกจ่าย โปรแกรม e-Claim

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องในการเบิกจ่าย

กรณี	โปรแกรม
1. ตรวจสอบสิทธิ และการขอเลขอนุมัติ	NHSO Client
2. ขออนุมัติใช้ยาราคาแพง ทั้ง 6 กลุ่ม	*** เวบของ สปสช. (ทุกสิทธิที่ใช้ระเบียบของกระทรวงการคลัง)
3. ระบบการเบิกจ่ายตรง - การเบิกค่ารักษาผู้ป่วยใน - การเบิกค่ารักษาผู้ป่วยนอก - รายการเบิกเพิ่มต่างๆ	โปรแกรม e-Claim
4. กรณีฟอกเลือดล้างไต	โปรแกรม DMIS HD
5. นัดผ่าตัดล่วงหน้า	Elective case (เฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญากับ กทม.)

ระยะเวลาการส่งข้อมูล

สิทธิ กทม.(เหมือนข้าราชการ)

1. ผู้ป่วยนอก ตัดข้อมูลทุก 15 วัน
2. ผู้ป่วยใน ตัดข้อมูลทุกวันที่ 20 ของเดือน

การคิดล่าช้า ผู้ป่วยใน

1. ส่งข้อมูลภายใน 90 วัน นับจากวันจำหน่าย
2. กรณีส่งข้อมูลล่าช้าปรับลดลง โดังนี้
   - 2.1 สงข้อมูลเกิน 90 วัน ถึง 1 ปี ของวันที่จำหน่าย ถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 10
   - 2.2 ส่งข้อมูลเกิน 1 ปี หลังจากวันที่จำหน่าย ถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20 (ต้องทำความตกลงกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี)

มีผลบังคับใช้กับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 มค.65 เป็นต้นไป

การคิดล่าช้า ผู้ป่วยนอก

1. ข้อมูลส่งล่าช้าเกิน 1 ปี ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะเบิก
2. การยกเว้นการคิดล่าช้า
   1) ข้อมูลติด C ที่วันรับบริการก่อน 4 พ.ค. 61 ส่งไได้ถึงวันที่ 31 ก.ค. 65 ไม่คิดล่าช้า
   2) ข้อมูลติด C ที่วันรับบริการตั้งแต่ 4 พ.ค. 61 - 31 ธ.ค. 63 ส่งไได้ถึงวันที่ 31 ก.ค. 65 ไม่คิดล่าช้า
   3) ข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 ม.ค. 64 - 31 ธ.ค. 64 เมื่อครบปีแล้วขยายเวลาไปอีก 6 เดือน

อัตราจ่ายการเบิกจ่าย

กรณีผู้ป่วยนอก

- จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Fee for service) หรือ ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

กรณีผู้ป่วยใน

- จ่ายตาม Adj.rw * Base rate ของโรงพยาบาล โดย กรมบัญชีกลางจะแจ้ง Base rate ให้ทราบตามระดับของกลุ่มโรงพยาบาล
- ส่วนกรณีโรคมะเร็ง (Adj.rw * CCUF * Base rate) + ค่ายามะเร็ง

กรณี Additional payment

- จ่ายตามรหัสและราคาที่กำหนด
- กรณียาจ่ายตาม Price list ของแต่ละโรงพยาบาล ยกเว้นยาบางรายการที่จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด เช่น ยาราคาแพงที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยา (PA)

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

** รพ.ของรัฐบันทึกข้อมูลเบิกเหมือนสิทธิ อปท.

** สิทธิข้าราชการสามารถเบิกจ่ายได้ทุกแห่งกรณีมีใบส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ

การนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective case)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป็นผู้ป่วยในเท่านั้น

เงื่อนไขการรับบริการ :

1. เป็นสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญากับกรุงเทพมหานครเท่านั้น
2. ประเภทบริการ (หัตถการ) ตามที่ระบุในสัญญา

- อัตราจ่าย RW x 11,064 (Fix rate)
- รายการจ่าย on top DRGs
- 1) ค่าห้อง ค่าอาหารตามอัตราที่กำหนด
- 2) ค่าอุปกรณ์ตามรายการและอัตราที่กำหนด
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ส่วนเกินที่ผู้มีสิทธิต้องชำระเงินเอง / กรณีค่าธรรมเนียมแพทย์ตามรายการและอัตราที่ตกลงในสัญญา)
- บันทึกในโปรแกรม Elective case

ขั้นตอนการรับบริการและการเบิกจ่าย

1. ก่อนทำการผ่าตัด

1.1 ผู้มีสิทธิรับทราบค่ารักษาพยาบาลส่วนเกิน (ค่าห้องค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ค่าธรรมเนียมพิเศษ ค่าธรรมเนียมแพทย์ เป็นต้น) ลงนามเอกสาร PAA (Prior Admission Authorization)

1.2 สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเข้าระบบขออนุมัติ PAA

2. หลังทำการผ่าตัด ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายส่วนเกินตามเอกสาร PDA (Prior Discharge Authorization)

3. สถานพยาบาลส่งข้อมูลเบิกจ่ายเข้ามาในระบบพร้อมแนบเวชระเบียนตามรายการที่กำหนด

การตัดยอดข้อมูลและการโอนเงิน :

-เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 20 ของเดือน

-สปสช. ส่งข้อมูลให้กรุงเทพมหานคร โอนเงินให้สถานพยาบาล

สถานพยาบาลเอกชนที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการประสานกรุงเทพมหานคร หรือ สปสช.

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอความร่วมมือสถานพยาบาล

- ขอความร่วมมือสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งให้บริการเบิกจ่ายตรงแก่ผู้มีสิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร
- กรณีเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เคยมีการเบิกจ่ายกับกรุงเทพมหานครมาก่อน ขอให้บันทึกแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร ส่งมายัง สปสช. เพื่อประสานกรุงเทพมหานครต่อไป

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การขออนุมัติใช้ยาราคาแพง (PA)

ปีงบประมาณ 2565 สถานพยาบาลขออนุมัติการใช้ยาราคาแพง (PA) ผ่านหน้าเวบของ สปสช. ทุกกลุ่มยา และ ทุกสิทธิที่ใช้ระเบียบของกระทรวงการคลัง

** อยู่ระหว่างย้าย server มา สปสช ปัจจุบันยังใช้งานผ่านหน้าเวบเดิม เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วจะแจ้งหน้าเวบ e-Ciam **

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรมบัญชีกลางประกาศรายการอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาปี 2566

หนังสือ กบก ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 1207 ลงวันที่ 28 กันยายน 2565 มีผลกับข้อมูลรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป

ว 1209

1. ยกเลิกรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น จำนวน 1 รายการ >> รหัส 7215 แผ่นโลหะดามกระดูกยึดกระดูกที่นิ้วมือ

2. ปรับปรุงรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ จำนวน 2 รายการ ได้แก่

2.1 ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาว แบบมีเข็มขัด *รหัส 5701* แก้ไขเป็น ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 1 ชิ้น (One piece appliance)

2.2 ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาวใช้ร่วมกับแป้นปิดรอบลำไส้ *รหัส 5702* แก้ไขเป็น ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two piece appliance)

3. เพิ่มเติมรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ จำนวน 20 รายการ

รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ เพิ่มเติม จำนวน 20 รายการ

CODE	NAME	COST	UNIT
2706	เพดานเทียม (Palatal Obturator)	800	ชิ้นละ
2707	เพดานเทียม (Obturator + Screw)	1,500	ชุดละ
2708	เพดานเทียม (Obturator + Nasoalveolar Molding (NAM))	1,800	ชุดละ
2709	เพดานเทียม (Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM))	2,500	ชุดละ
2710	เพดานเทียม (Nasoalveolar Molding (NAM))	700	ชิ้นละ
4305A	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ(Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะอัลลอยด์	35,000	ชุดละ
4305B	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ(Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะสแตนเลส	35,000	ชุดละ
4305C	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ(Drug-eluting Stent) ชนิดอัลลอยด์แบบ โพลีเมอร์ ชนิดย่อยสลายเองได้	35,000	ชุดละ
4305D	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ(Drug-eluting Stent) ชนิดไม่มีโพลิเมอร์	35,000	ชุดละ
4428	ท่อนำหลอดเลือด (inflow cannula/ outflow cannula)	5,000	เส้นละ
4720	ชุดท่อนำสายสวนนำเข้าหลอดเลือดที่ข้อมือ (Transradial Set)	2,500	ชุดละ
4834	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงด้วยขดลวด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	35,000	ชุดละ
5703A	แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange)	140	ชิ้นละ
5703B	แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange) แบบนูน (Convexity)	185	ชิ้นละ
5704A	ผงแป้ง (stoma powder)	300	ขวดละ
5704B	กาว (stoma paste)	300	หลอดละ
5704C	แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย (stoma wafer) ขนาด ๑๐ x ๑๐ ซม.	300	ชิ้นละ
5704D	เข็มขัด (stoma belt)	300	เส้นละ
7019	ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิด hybrid)	45,000	ข้อละ
7212	แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดเล็ก (Small Fragment Plate, Mini Plate)	1,500	ชิ้นละ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

CLAIM
สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

ติดต่อเรา

Call Center : 1330 กด 5 กด 3

Provider Center : 02 554 0505

เว็บบอร์ด (http://eclaim.nhso.go.th)

NHSO
National Health Security Office

Thank You

หลอมรวมเครือข่าย...หลากหลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน