การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2567

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง

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

มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11/2566 วันที่ 2 ตุลาคม 2566

4.1.1 (ร่าง) ข้อเสนองบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2567 (ปรับปรุง)

1. เห็นชอบข้อเสนองบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 (ปรับปรุง) และมอบ สปสช.เสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาตามมาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต่อไป
2. มอบ สปสช. ใช้งบประมาณไปพลางก่อน ในการสนับสนุนการดำเนินงานและรองรับการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล
3. กรณี นโยบายใหม่ที่ไม่เคยมีการตั้งงบประมาณไว้รองรับ มอบ สปสช. จัดทำแนวทางเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป
4. เห็นชอบในหลักการการเพิ่มสิทธิประโยชน์ใหม่ และมอบ สปสช เร่งนำข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่เข้าเสนอต่ออนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ และคณะกรรมการพิจารณาต่อไป
5. เห็นชอบกรอบวงเงิน สำหรับ ยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์/อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์จัดหาให้ ปี 2567 ตามที่เสนอ
6. เห็นชอบหลักเกณฑ์การลำดับความสำคัญงบประมาณเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2567 หากมีข้อจำกัดงบประมาณของประเทศ
7. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

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

4.3 แผนการเร่งรัดการโอนงบประมาณในระหว่างการใช้งบประมาณไปพลางก่อน

1. เห็นชอบหลักการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างการใช้งบประมาณไปพลางก่อน ปีงบประมาณ 2567 ตามประกาศ ดังนี้

    1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

    2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข...

    3) เร่งรัดการปิดงบประมาณค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566 เพื่อนำงบเหลือจ่ายมาขับเคลื่อนการดำเนินงานรายการสิทธิประโยชน์ใหม่/นโยบายรัฐบาล ปี 2567 โดยจะเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาในเดือนพฤศจิกายน 2566 ต่อไป ทั้งนี้ มอบ สปสช.ทบทวนการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิการบริหารกองทุนในแต่ละปีงบประมาณ

    4) สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ กทม.ให้เร่งรัดการปิดงบประมาณปี 2566 และเร่งรัดการจัดสรรเงิน โดยค่าใช้จ่ายที่คงค้างอยู่ให้นำไปรวมในปีงบประมาณ 2567

2. เห็นชอบให้ดำเนินการตามแผนการเร่งรัดการโอนงบประมาณ ปีงบประมาณ 2567
3. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

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

แผนเร่งรัดการโอนงบประมาณ ในระหว่างการใช้งบประมาณไปพลางก่อน ปีงบประมาณ 2567

รายการ	ปี 66	ปี 67
ค่าบริการ OP-PP แบบเหมาจ่าย สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.	งวดแรกกำหนดการโอนเงินภายใน 31 ต.ค.65	โอนเงินร้อยละ 25 ของวงเงินที่หน่วยบริการได้รับปี 66 ภายในสัปดาห์ 2 ของเดือน ต.ค.66
ค่าบริการจ่ายตามผลงานบริการ	งวดแรกกำหนดการโอนเงินภายในวันที่ 7 พ.ย.65	งวดแรกโอนเงินภายในวันที่ 24 ต.ค.66

NHSO
National Health Security Office

การบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

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

ความเป็นมา

1.ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพสต.)ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 19 ตุลาคม 2564

2.คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ครั้งที่ 2/2565) มีมติเห็นชอบในหลักการ แนวทางและรูปแบบการจัดสรรเงินกองทุน UC ตามนโยบายกระจายอำนาจ ปี 2566 ตามที่คณะทำงานจัดทำข้อเสนอการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เสนอ (วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565)

3.คณะทำงานประสานและจัดทำข้อเสนอการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ สอน.และ รพสต. ที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย มีมติเห็นชอบในหลักการ แนวทางและรูปแบบการจัดสรรเงินกองทุน UC ตามนโยบายกระจายอำนาจปี 2567 (วันที่ 7 มิถุนายน 2566)

4.คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน รับทราบข้อเสนอแนวทางการจัดสรรงบกองทุน UC สำหรับปี 2567 (ครั้งที่ 9/2566 วันที่ 14 กันยายน 2566) และมอบให้คณะทำงานนำข้อเสนอแนะจากที่ประชุมไปปรับปรุงเพื่อนำเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์พิจารณา (วันที่ 25 กันยายน 2566)

5. คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ พิจารณาแล้ว มีมติเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11/2566 ในครั้งนี้

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

หลักการ แนวทางการจัดสรรงบกองทุน UC สำหรับ สอน. และ รพสต.ถ่ายโอนปี 2567 (1)

1. เป็นไปภายใต้มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565 (และประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น (กกถ.) ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2564) โดย

1.1หลักการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล **ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** แม้ถ่ายโอนให้ อบจ.แล้ว โดยอาจเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการสังกัด กสธ.(รพช. รพท. รพศ.),เครือข่ายกับหน่วยบริการนอก กสธ,เครือข่ายกันเอง, หรือเครือข่ายกับหน่วยบริการเอกชน ฯลฯ

1.2 ทางเลือก รูปแบบ การจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2.1 จัดสรรงบผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP)

1.2.2 โอนงบประมาณตรงให้ รพสต.**ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลง**กับหน่วยบริการประจำ (CUP)

1.2.3 ทางเลือกอื่นๆ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ สามารถเลือกทางเลือกได้ โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการเหมือนกันทุกแห่ง

2. การจัดบริการในระดับพื้นที่ ยังคงเป็นเครือข่ายหน่วยบริการที่เชื่อมต่อกัน ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับ-ส่งต่อ โดยประชาชนผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการได้ตามสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

หลักการ แนวทางการจัดสรรงบกองทุน UC สำหรับ สอน. และ รพสต.ถ่ายโอนปี 2567 (2)

3. หน่วยบริการประจำยังคงสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ การจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพและทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดบริการให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ(ถ่ายโอน) ตามความเหมาะสมและตามรูปแบบข้อตกลง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

4. ค่าบริการสาธารณสุขตามผลงานบริการ จ่ายให้กับหน่วยที่เป็นผู้จัดบริการโดยตรง บริการใดที่เป็นค่าดำเนินการร่วมกันระหว่าง รพ.แม่ข่ายกับ สอน./รพ.สต.ถ่ายโอน ให้มีการกำหนดสัดส่วนการจ่ายให้ชัดเจน มีการประเมินศักยภาพการจัดบริการของ สอน./รพ.สต.ถ่ายโอน กรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด โดยใช้อัตราค่าบริการและค่ายา เวชภัณฑ์ตามอัตราที่กำหนด

5. ควรให้มีการศึกษาต้นทุนการจัดบริการ ผลกระทบ ผลลัพธ์ ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค ของ สอน./รพสต.ถ่ายโอน อย่างเป็นระบบในช่วงปี 2566-2567 เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ประกอบการพิจารณาเป็นข้อเสนอในปี 2568

6. แนวทางตามเอกสารแนบท้ายนี้ ให้ใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในกรณีที่พื้นที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ (ในส่วนงบ OP,PPB,ค่าเสื่อมฯ) **โดยไม่ถือเป็นการสั่งการจากส่วนกลาง ยกเว้นในกรณีที่ไม่สามารถตกลงกันได้ (ภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2566) ให้ สปสช.จัดสรรตามเอกสารแนบท้ายนี้**

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

แนวทางการจัดสรรงบกองทุน UC สำหรับ รพสต.ถ่ายโอนปี 2567 (1)

แนวทางการจัดสรรงบกองทุน UC สำหรับ สอน./รพสต.ถ่ายโอน ปี 2567

1.รายการงบเหมาจ่าย (OP+PPB) สำหรับ สอน./รพสต.ถ่ายโอน

สถานการณ์และข้อมูลการโอนงบกองทุน UC (OP+PPB) ปี 2566								สัดส่วนUR OP PP เฉลี่ย 3 ปี (2563-2565)		สัดส่วนUR OP+PP 5 ปี (2561-2565)
ระดับบริการ	pop UC (คน)	1 สัดส่วน popUC	รายรับ OP ก่อนกันเงิน Virtual Account (บาท)	2 สัดส่วนงบOP	รายรับ PPB (บาท)	3 สัดส่วนงบPP	4 สัดส่วน OP+PP	สัดส่วน UR บริการ OP	สัดส่วน URบริการ PP	5
CUP	25,129,001	69.9	14,248,956,470	90.6	2,862,324,096	89.6	90.4	54.0	19.0	44.9
รพสต.ถ่ายโอน	10,826,015	30.1	1,474,805,470	9.4	333,548,950	10.4	9.6	46.0	81.0	55.1
รวม	35,955,016	100	15,723,761,941	100	3,195,873,046	100	100	100	100	100
ที่มา : สายงานบริหารกองทุน (L2) พฤษภาคม 2566			เฉลี่ย =626 บาท/คน รพสต = 136 บาท		เฉลี่ย =127 บาท/คน รพสต = 31 บาท					

แนวทาง ปี 2567

1.1 เป็นไปตามข้อตกลง(MOU) ของแต่ละจังหวัดที่ผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เช่นเดียวกับปี 2566

1.2 ใช้ข้อมูลตามสัดส่วนการจัดสรรงบ OP+PPB ของปี 2566 รพ.แม่ข่าย : รพสต.ถ่ายโอน = 90.4 : 9.6 (โดย รพ.แม่ข่ายสนับสนุนยาเวชภัณฑ์ เช่นเดียวกับปี 2566)

1.3 ใช้ข้อมูลสัดส่วนการการเข้าถึงบริการ OP กับ PPB เฉลี่ย 3 ปี (2563-2565) บริการระดับทุติยภูมิ+ ตติยภูมิ : บริการปฐมภูมิ = 54: 46 กับ 19 : 81 (ที่มา :ฝ่ายนวัตกรรมข้อมูลอัจฉริยะ)

1.4 ใช้ข้อมูลสัดส่วนการการเข้าถึงบริการ OP+PPB เฉลี่ย 5 ปี (2561-2565) บริการระดับทุติยภูมิ+ ตติยภูมิ : บริการปฐมภูมิ = 44.9 :55.1 (ที่มา : annual report ปี 2565)

2.รายการค่าบริการทางการแพทย์ ที่จัดสรรในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)

แนวทาง ปี 2567

2.1 ใช้ข้อมูลอัตราเหมาจ่ายต่อจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ในภาพรวมของเครือข่ายบริการ (CUP) เป็นตัวเลขตั้งต้น

2.2 จัดสรรตามสัดส่วนของบริการ OP กับ PP สำหรับ รพสต.ถ่ายโอน และ OP PP IP สำหรับ รพ.แม่ข่าย

2.3 จัดทำแผนการสนับสนุนงบประมาณ แยกตามต้นสังกัด สธ., รัฐอื่นๆ, อปท.

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

แนวทางการจัดสรรงบกองทุน UC สำหรับ รพสต.ถ่ายโอนปี 2567 (2)

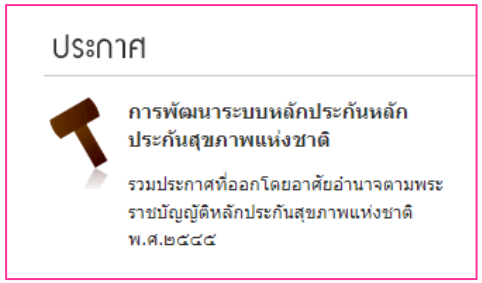
3.รายการบริการอื่นๆ

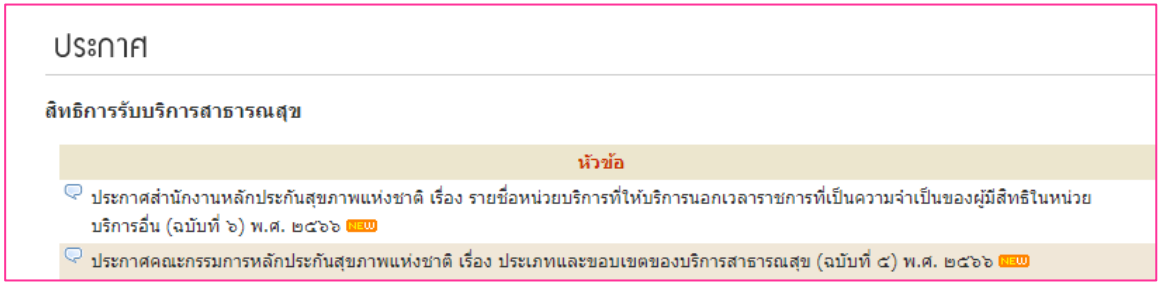
รายการ	แนวทางจัดสรร	รูปแบบการจ่าย	ประเมินศักยภาพ
OPAE	จ่ายตามรายการ	โอนตรง รพ.สต.	-
OP Anywhere	1.จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้ง (ไม่มีแพทย์ประจำ) 2.จ่ายตามรายการ FS (มีแพทย์ 5 วันทำการ)	โอนตรง รพ.สต.	√
แพทย์แผนไทย	จ่ายตามรายการ	โอนตรง รพ.สต.	√
ฟื้นฟูฯ	จ่ายตามรายการ	โอนตรง รพ.สต.	√
Palliative	เหมาจ่ายตามระยะเวลา	โอนตรง รพ.สต./โอนตามสัดส่วน	-
ปฐมภูมิ (PCC)	• งวดแรก จัดสรรเท่ากัน 200,000 บาท • งวดที่ 2 ตามคุณภาพ 6 เดือนแรก (ก.ค.-ธ.ค.) • งวดที่ 3 ตามคุณภาพ 6 เดือนหลัง (ม.ค.-มิ.ย.)	โอนตรง PCU แม่ข่ายโดยแบ่งจัดสรร 3 งวด เกณฑ์เดิม	√ (สสป.ประเมิน,คทง.ปฐมภูมิ เขตคัดเลือกเท่าที่มีงบ)
PP Fee schedule	จ่ายตามรายการ	โอนตรง รพ.สต./โอนตามสัดส่วน	-
งบเบาหวานความดัน	- DM Type2 จ่าย HbA1c (150 บาท) - New HT จ่าย Serum CR. (45 บาท), จ่าย Serum K. (40 บาท)	โอนตามสัดส่วน	-

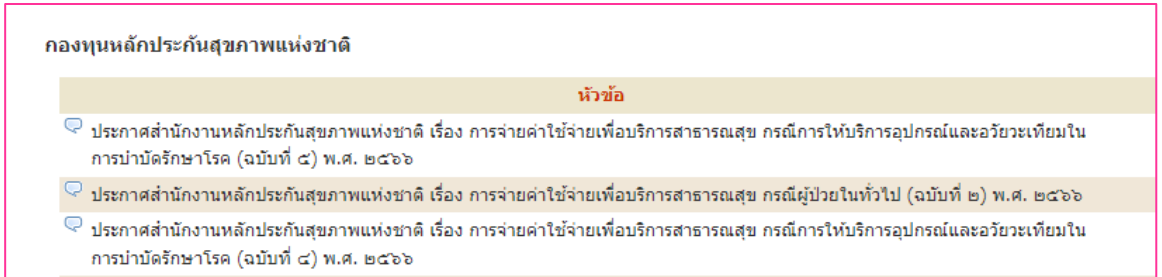
National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567

- ไม่มีการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เหมือนปี 2565
- แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จัดทำในรูปแบบ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี .....
- สามารถ download ประกาศกองทุนได้ที่ https://law.nhso.go.th/Site/Notice.aspx







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

บริการสาธารณสุขที่ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

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

ข้อ 5 บริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

(1) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(2) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(3) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

(4) การปลูกถ่ายอวัยวะที่นอกเหนือจากรายการที่กำหนด

(5) การบริการทางการแพทย์อื่น ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

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

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

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

ผู้มีสิทธิ = สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายรวมถึง UCS,WEL,PUC,D1,มติบอร์ด

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

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

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

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

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

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

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

งบเหมาจ่ายรายหัว OP-PP

- โอนงบประมาณในระหว่างการใช้งบประมาณไปพลางก่อน
  - งวดที่ 1 โอนพลางก่อน ร้อยละ 25 (15 ตุลาคม 2566)
  - งวดที่ 2 โอนพลางก่อน ร้อยละ 25 (ประมาณ มกราคม 2567)

- ประเด็นที่เกี่ยวข้องในปี 2567
  - งบเหมาจ่ายรายหัว PP ยังคงเหมาจ่ายตาม workload
  - Workload คำนวณตามผลงานในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม
  - เปลี่ยนแปลงการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกหน่วยบริการจัดส่งให้ สปสช. ผ่านระบบ OP/PP Individual Record
  - ขอ username/password เข้าระบบ OP/PP Individual Record ผ่าน สปสช.เขต

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

บริการผู้ป่วยนอก (OP) กรณีเฉพาะ

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

บริการผู้ป่วยนอก (OP) กรณีเฉพาะ

กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

OPAE บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

OP Refer บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ

OP Anywhere การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

CA Anywhere บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร

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

ประกาศที่เกี่ยวข้อง

OP Anywhere

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
พ.ศ.2566

CA Anywhere

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร
พ.ศ.2566

รูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการงบผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)

บริการ	หลักเกณฑ์การจ่าย
ผู้ป่วยนอก กรณี AE • ภายใน CUP • OPAE ในจังหวัด • OPAE ข้ามจังหวัด	• งบเหมาจ่ายรายหัวของ CUP • จ่ายตามอัตราที่ตกลงตามเกณฑ์ของแต่ละหน่วยบริการ/จังหวัด • จ่ายตามรายการและราคาที่ สปสช.กำหนด (Fee Schedule) ด้วยระบบ Point System

ผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ (OP Refer)
• ภายใน CUP
• OP Refer ในจังหวัด
• OP Refer ข้ามจังหวัด
	• งบเหมาจ่ายรายหัวของ CUP
	• จ่ายตามอัตราที่ตกลงตามเกณฑ์ของแต่ละหน่วยบริการ/จังหวัด
	• จ่ายตามรายการและราคาที่ สปสช.กำหนด (Fee Schedule)
	  • หน่วยบริการประจำ (CUP) จ่ายในส่วน <= 1,600 บาท
	  • กองทุน CR สปสช.จ่ายในส่วน > 1,600 บาท
	  • สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing House) แทนหน่วยบริการประจำ

รูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการงบผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) ปัจจุบัน

บริการ	หลักเกณฑ์การจ่าย
ผู้ป่วยนอก กรณีเหตุอันสมควร (OP Anywhere) • ภายใน CUP • ในจังหวัด • ข้ามจังหวัด	• งบเหมาจ่ายรายหัวของ CUP • จ่ายตามรายการและราคาที่ สปสช.กำหนด (Fee Schedule) ด้วยระบบ Point System • จ่ายตามรายการและราคาที่ สปสช.กำหนด (Fee Schedule) ด้วยระบบ Point System

“การเบิกจ่ายกับกองทุนสุขภาพ”

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีให้บริการ ผู้ป่วยนอกหน่วยบริการประจำ (Non-Catchment area) ในจังหวัด และข้ามจังหวัด

“บัตรประชาชนใบเดียว
รักษาได้ทุกที่”

Coming soon

- นำร่อง 1 เพชรบุรี แพร่ ร้อยเอ็ด นราธิวาส
- นำร่อง 2 เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี พังงา หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ นครราชสีมา สระแก้ว

หน่วยบริการทุกสังกัด ครอบคลุมภาครัฐ เอกชน

การจ่ายชดเชย: จ่ายตามอัตรารายครั้งบริการ (Per Visit)

OP AE ,OP Refer ,OP anywhere (Bundled payment)

การจ่ายชดเชยค่าบริการ ทุก 3 วัน ตามเงื่อนไข
มีการปิดสิทธิ ยืนยันการรับบริการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ 2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อนจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
ผู้มีสิทธิ	- ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด - ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ ภายใน 15 วัน นับจากวันที่รับบริการ - ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการครั้งแรกหลังจำหน่าย - ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม (เป็นกรณีเข้ารับบริการ OPAE ข้ามจังหวัด ในหน่วยบริการที่ส่งต่อไปตรวจวินิจฉัย โดยหน่วยบริการที่ส่งเบิกเป็นหน่วยบริการที่รับตรวจวินิจฉัย) - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม - ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ - ทหารผ่านศึก - คนพิการ	

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

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE (ต่อ)

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
อัตราจ่าย	- จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด - อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim	

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

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Refer

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จากหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อ หรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ 2. จังหวัดในภูมิภาคที่มี รพ.มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ในจังหวัด (UHOSNET) กรณีที่จำเป็น ต้องส่งต่อจาก รพท./รพศ. ไปยัง รพ.มหาวิทยาลัยในจังหวัด	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	1. รายการ FS จ่ายตามอัตราที่กำหนด 2. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ <=1,600 จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัวของ Hmain 3. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ >1,600 จ่ายจากเงิน CR (ที่กันไว้ของ OP Refer)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim	

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

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Anywhere

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการในหน่วยบริการอื่นกรณี ที่มีเหตุสมควร นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด ■ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ ■ การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม ชดเชยตามอัตราที่กำหนดราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ	

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

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Anywhere

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำ และ การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำในเครือข่าย	
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim	

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

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)

ปี 2567	หมายเหตุ
บริการผู้ป่วยนอกกรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และหรือการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด 2. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 3. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 4. ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ■ อ้างอิงแนวทางการรักษาตาม protocal ปี 2561 ■ รายการยามะเร็ง ตาม protocal ปี 2561

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

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)

ปี 2567	หมายเหตุ
5. ชนิดของมะเร็ง มะเร็งตามโปรโตคอล รักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามรายการ(แนบท้าย) ในประกาศ + ค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน รักษาโรคมะเร็งที่ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 2,300 บาท มะเร็งทั่วไป รักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 4,000 บาท	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ■ อ้างอิงแนวทางการรักษาตาม protocal ปี 2561 ■ รายการยามะเร็ง ตาม protocal ปี 2561

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

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ (2)

No.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย	หมายเหตุ
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH : Dual – Color in situ hybridization)	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น กรณีสั่งใช้ยา trastuzumab	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเต้านม 1 ข้าง	หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e –Claim
2	การตรวจ Gene mutation โดยการตรวจ ด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) หรือ Fluorescence insitu hybridization (FISH)	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) กรณีสั่งใช้ยา imatinib	จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาท/ปีปฏิทิน (นับวันบริการ)	
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	ผู้ป่วยมะเร็งปอด (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย กรณีการสั่งใช้ยา erlotinib	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ	

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

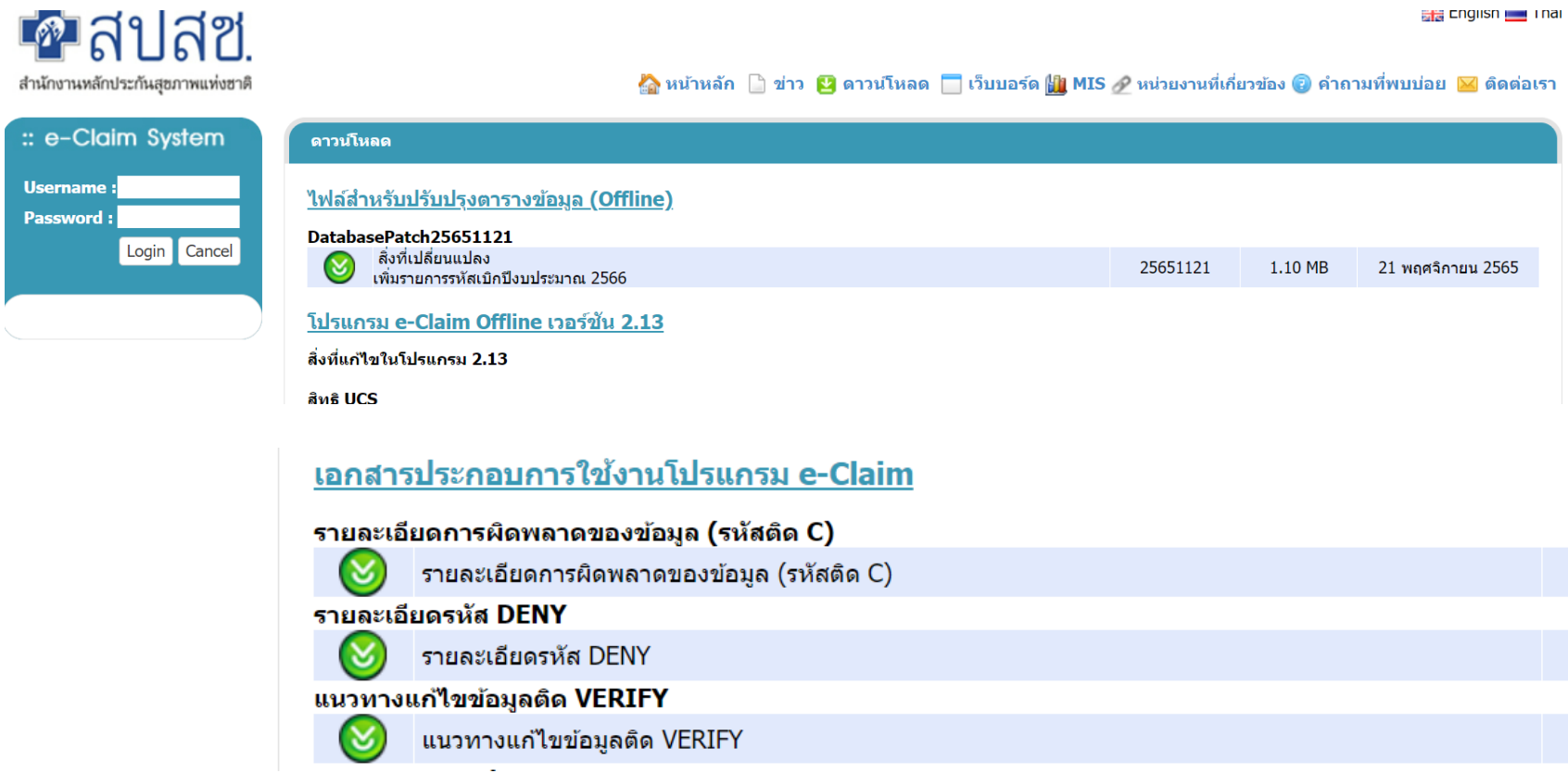
วิธีการเรียกเก็บ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere

ปี 2567		หมายเหตุ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ■ รับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด/ฮอร์โมน ■ รับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา	
โปรแกรมเบิกจ่าย	E-claim	
เงื่อนไขการจ่าย	■ กำหนดให้มีการ Authentication สำหรับการรับบริการที่กำหนดรูปแบบการจ่ายตามรายการและอัตราจ่ายแบบ Fee Schedule ■ มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)	

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

รายละเอียดรหัส C , Deny , Verify และแนวทางการแก้ไข

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



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

รหัส C, Deny ที่พบบ่อย

C349 :

ไม่พบข้อมูลการ Authentication

ข้อมูลตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2566 เป็นต้นไป หน่วยบริการต้องดำเนินการ **Authen** ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้หากไม่มีการ **Authen** ตามประกาศฯ สปสช.จะไม่สามารถ จ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้

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

ที่มา

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2565

ข้อ 8.4.2 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ จ่ายตามราคาของรายการที่กำหนด (Fee Schedule) และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ ทั้งนี้ ให้ สปสช. จัดให้มีกลไกการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ... ทั้งก่อนและหลังการจ่ายชดเชย

ข้อ 31 แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยภาพรวม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณผ่านกลไกคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พัฒนาและทบทวนรายการและอัตราจ่ายที่เหมาะสม และกำหนดให้รายการที่มีการจ่าย ตามรายการบริการ (Fee Schedule) มีระบบการพิสูจน์ตัวตน และการตรวจสอบก่อนจ่าย

แนวทางการพิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ (Authentication)

1) หน่วยบริการ Authentication วิธีใดวิธีหนึ่งตามความพร้อม ดังนี้

1.1) ระบบ New Authen

1.2) ระบบ QR code ผ่าน Line สปสช. ID Line: @nhso ,

1.3) ระบบ ERM

1.4) ตู้ KIOSK

1.5) Mobile Application Android /IOS. (Authen by NHSO)

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

2) ประชาชนผู้มีสิทธิ Authentication ได้ด้วยตนเอง โดยใช้ระบบ QR code ผ่าน line สปสช. ID Line: @nhso หรือเสียบบัตรประชาชน Smart Card ผ่านตู้ KIOSK หรือ Station ที่หน่วยบริการจัดเตรียมไว้ให้ประชาชน ซึ่งจะมีการเชื่อมต่อข้อมูลอัตโนมัติกับระบบของ สปสช.

3) สปสช.กำหนดวิธีการ Authentication สำหรับการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2566 ตามประเภทบริการ ดังนี้

3.1) เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)

3.2) Self Isolation

3.3) UCEP Plus (สถานบริการอื่น)

3.4) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม_HD

3.5) การบริการดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น Common Illness

โดยเลือกประเภทการ Authentication ตามประเภทการเข้ารับบริการแต่ละกรณี

4) กรณี Authen ด้วยการรับรองโดยผู้ปกครอง/เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ ใช้ในกรณีผู้สูงอายุ ที่มีบัตรประชาชนที่ไม่ได้ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี

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

รหัส C, Deny ที่พบบ่อย

B03 :

มีการบันทึกเบิกรายการ **FS** ทั่วไปและ **FS** ยาเป็นจำนวนมาก

รายการ FS ทั่วไป ตรวจสอบจำนวนที่เบิก แก้ไขให้ถูกต้องและส่งเบิกใหม่อีกครั้ง

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย
54	OP9001	ถ่ายภาพจอประสาทตา 2 ข้าง (fundus carmera examination)	ครั้ง	325.00

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

B03 :

มีการบันทึกเบิกรายการ FS ทั่วไปและ FS ยาเป็นจำนวนมาก

รายการ FS ยา
ตรวจสอบจำนวนที่เบิก
กรณีรายการยาน้ำ ขอให้ตรวจสอบจำนวน
ที่เบิกและระบุ หน่วยนับเป็นขวด

ลำดับ	รหัส	ชื่อสามัญทางยา	ความแรงของยา	รูปแบบของยา	ปริมาณ	หน่วยนับ	หน่วยการจ่าย	อัตราจ่าย
1793	794137	rabies immunoglobulin (human)	300 iu/2 mL	solution for injection	2	mL	ampoule	2,180.00
1794	815303	rabies immunoglobulin (human)	300 iu/2 mL	solution for injection	2	mL	vial	2,180.00
1326	627054	paracetamol	100 mg/1 mL	syrup	15	mL	bottle	11.50
1327	626619	paracetamol	120 mg/5 mL	oral suspension	60	mL	bottle	9.00
1328	747546	paracetamol	120 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	9.00
1329	627286	paracetamol	120 mg/5 mL	oral suspension	100	mL	bottle	10.00

National He... – NHSO – www.nhso.go.th

การอุทธรณ์ กรณีติดรหัส Deny B03

กรณีที่หน่วยบริการติด **B03** ให้ทบทวนจำนวนที่เบิกให้ถูกต้อง หากยืนยันการเบิกให้ส่งหนังสือยืนยันการให้บริการพร้อมเอกสารประกอบการพิจารณามายัง สปสช.ส่วนกลาง

หลักฐานประกอบการยืนยันการบริการ

- ❑ เอกสารบันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอก (**OPD Card**)
- ❑ เอกสารสรุปค่าใช้จ่ายตามรายการที่ส่งเบิก

หมายเหตุ : อยู่ระหว่างการพัฒนาโปรแกรมตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ รับและพิจารณาเอกสารยืนยันบริการแบบอิเลกทรอนิกส์

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

การตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย (Pre Audit)

ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบ (ข้อมูล V: Verify) ข้อมูลรายการนั้นจะชะลอ การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการตรวจสอบ

- เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา
- เอกสารการให้บริการทั้งที่เกิดภายในและนอกหน่วยบริการ
- เอกสารหลักฐานการเงิน

- หน่วยบริการดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชย พร้อมแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อยืนยันการให้บริการผ่านระบบ **web application eMA client** สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ URL : https://audit.nhso.go.th/ema
- หน่วยบริการรับทราบผลการตรวจสอบได้ที่ http://audit.nhso.go.th/ema >> เมนูรายงาน เพื่อรับทราบและพิจารณาผลการตรวจสอบ
- ** กรณีไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบให้ดำเนินการทักท้วงได้ที่ http://audit.nhso.go.th/ema >> เมนูการทักท้วง โดยต้องระบุเหตุผลการยื่นขอทักท้วงทุกหัวข้อที่ประสงค์ทักท้วงรายการนั้นๆ (ไม่รับพิจารณาเอกสารเพิ่มเติม) **

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

บริการผู้ป่วยใน (IP)

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

บริการผู้ป่วยใน (IP)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ.2566

ประกาศ IP 66

ประกอบด้วยบริการ ดังนี้

- บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว
- บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)
- บริการกรณีเด็กแรกเกิด
- บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี (เฉพาะเขต 13 กทม.)

ealth Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2566 และ 2567	
บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และ บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต	**บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต**
■ ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ■ จ่ายชดเชยเบื้องต้นในอัตรา 8,350 บาท/AdjRW ■ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ■ หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง	หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง) อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัด กรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย

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

บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่ว
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	- หน่วยบริการภาครัฐ เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี - หน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า ๓ ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา **กรณีการรักษานิ่วด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า Adj.RW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal***
โปรแกรม	e-Claim

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

บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน ไปยังหน่วยบริการที่เข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกันกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด
อัตราจ่าย	1.ตามระบบ DRGs ไม่เกิน 15,000 บาท/Adj.RW โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต ทั้งนี้ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน 2.จ่ายเพิ่มรายการ Inst. และค่ารถรับส่งต่อ ตามรายการและอัตราที่สำนักงานประกาศกำหนด
โปรแกรม	e-Claim

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

บริการกรณีเด็กแรกเกิด

บริการปี 2566 และ 2567	
กรณี	อัตราจ่าย
1.เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย	จ่ายในอัตรา 9,000 บาท/Adj.RW
2.เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือ เด็กแรกเกิดที่ป่วย ที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไข	อัตราจ่าย 12,000 บาท/Adj.RW
3.เด็กแรกเกิดที่นอกเหนือจาก 1 และ 2	จ่ายอัตราภายในเขต โดยจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/Adj.RW
4.กรณีเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง รักษาด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์(PPHN)	จ่ายในอัตรา 12,000 บาท/Adj.RW
5. บันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim	

หมายเหตุ : 1. เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป
2. เด็กแรกเกิดที่ป่วยได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง ตาม DRGs 14 กลุ่ม*

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

บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการ 3 กลุ่มโรค 1. ไส้ติ่งอักเสบ (เริ่ม 1 พ.ค. 2565) 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (เริ่ม 1 ก.ค. 2565) 3. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI (เริ่ม 1 ก.ค. 2565) - หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด เช่น สถาบันประสาทวิทยา รพ.ราชวิถี รพ.รามาธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นต้น - หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่าย เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันมะเร็ง เป็นต้น เฉพาะเขต 13 กทม.
อัตราจ่าย	หน่วยบริการที่ผ่าตัด/รักษา 1) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่ไม่มีโรคร่วม โรคแทรกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 9,815 บาท/ครั้ง 2) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่มีโรคร่วม โรคแทรกที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 12,510 บาท/ครั้ง 3) กรณีผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic appendectomy) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 14,840 บาท/ครั้ง 4) Stoke STEMI โดยการทำ Thrombectomy, Primary PCI จ่ายในอัตราบริการในเขต 8,350 บาท/Adj.RW ข้ามเขต 9,600 บาท/AdjRW 5) Stoke STEMI ด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs จ่ายในอัตราบริการในเขต 8,350 บาท/Adj.RW ข้ามเขต 9,600 บาท/AdjRW หน่วยบริการที่รับส่งต่อ: จ่ายตาม DRGs อัตรา 9,600บาท/AdjRW
โปรแกรม	e-Claim

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

บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยผ่านประเมินศักยภาพให้บริการ Home Chemo (กรมการแพทย์จะแจ้งรายชื่อมายัง สปสช.) เขต 6 รพ.มะเร็งชลบุรี
อัตราจ่าย	- จ่ายแบบ ODS (จ่ายตามค่า RW) โดยไม่ Deduct DRGs และไม่ Add on ยาเคมีบำบัด - หน่วยบริการ สป.สธ. ไม่ต้องใช้ค่า K ในการคำนวณ - บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW - บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
โปรแกรม	e-Claim

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

กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ พ.ศ. 2566

ประกาศORS66

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

กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่าง ค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) Version 5 โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง เกินปกติ ถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ 1) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000,000 บาท 2) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold = VOLT) คำนวณจาก 20 เท่าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว กำหนดไม่เกิน 1,000,000 บาท หรือร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายในส่วนระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) รวมทั้งปี โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยในของปีงบประมาณก่อนหน้า หรือในรอบปีก่อนหน้า
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยใน
อัตราจ่าย	จ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการผู้ป่วยใน โดยคำนวณเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้ 1) ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสีย หลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือ ค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ เรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว 2) สูตรคำนวณ = Reimburse ratio x [Loss – (0.5×OLT)] กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
โปรแกรม	e-Claim

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

การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข 1 การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

ประกาศการจ่ายเมทาโดน

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

การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ ในผู้ป่วยนอกต้องมีการพิสูจน์ตัวตน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
อัตราจ่าย	ครั้งละ 35 บาท/วัน (เบิกได้ไม่เกินจำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ)
โปรแกรม	e-Claim

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

การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข 1 การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

ประกาศการจ่าย
HBO66

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

การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) แก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาโรค ที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)
อัตราจ่าย	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท
โปรแกรม	e-Claim

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

ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข 2 การจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

ประกาศการจ่ายผ่าตัด
ต้อกระจก66

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

ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระจกตา ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย
อัตราจ่าย	1. ค่าจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท 2. ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท 3. ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป
โปรแกรม	e-Claim

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

ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข 4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

ประกาศค่ารถรับส่งต่อ 66

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

ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

	บริการปี 2566 และ 2567
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก(สิทธิว่าง) 2. ผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่ง ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ 3. การรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน 4. ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถานบริการอื่น มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ 5. การใช้เฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจาก สพฉ. โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤติ เร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	รถตามระยะทางกรมทางหลวงเริ่มต้น 50 กม.แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์
โปรแกรม	e-Claim

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

การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข 5 การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และการบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

ประกาศการจ่ายกรณีเฉพาะ66

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

การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน ที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม 2. ผู้มีสิทธิประกันสังคมที่รับบริการคลอด กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน (กรณีรักษาทั่วไป) และ 5 เดือน (เฉพาะกรณีคลอดบุตร)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	1. ผู้ป่วยนอก จ่ายตามรายการ FS อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วย Point system with Global budget หากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับ 2. ผู้ป่วยใน จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป
โปรแกรม	e-Claim

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

การดูแลแบบประคับประคอง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข 3 การดูแลแบบประคับประคอง

ประกาศการจ่าย

Palliative Care66

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

การดูแลแบบประคับประคอง

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ดูแลแบบประคับประคองด้วยการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (1) เป็นหน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจำหน่ายยาเสพติดประเภทที่ 2 หรือประเภทที่ 5 (2) เป็นหน่วยบริการที่มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioids ชนิดออกฤทธิ์ยาวที่กำหนดตามแนวทางการบริหารระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ครบทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้ (ก) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันทีอย่างน้อย 2 รายการ คือ Morphine syrup และ Morphine tablet immediate release (ข) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย 1 รายการ คือ Morphine tablet sustained release และหรือ Morphine capsule sustained release (ค) ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นรูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 รายการ คือ Fentanyl patch ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องมีแพทย์ประจำหรือแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์นอกเวลา ที่สามารถสั่งจ่ายยาตาม (2) ได้ โดยการสั่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย 1 เดือน
อัตราจ่าย	1. จ่ายในอัตราเดือนละ 1,000 บาท/เดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน 2. จ่ายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ในอัตรา 3,000 บาท หากมีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกัน สำนักงาน จะจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต 3. กรณีการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 750 บาท/คน/เดือน เป็นรายเดือนทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
โปรแกรม	e-Claim ไม่สามารถเบิกซ้ำกรณีเบิกครบ 6 เดือนแล้ว ยังไม่เสียชีวิต

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

การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข 4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

ประกาศการจ่าย Rare disease66

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

การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอาการแสดงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายาก ประเภทกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก ตามกลุ่มโรคที่กำหนดในประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามประกาศ จำนวน 7 แห่ง
อัตราจ่าย	1. ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง จ่ายชดเชยเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย กลุ่มเสี่ยง ตามรายการที่กำหนด จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด 2. ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก 2.1 ในปีแรกสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ นับตั้งแต่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหายาก จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ที่มีการลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยัน การรักษาพยาบาล รวมทั้งกรณีภาวะแทรกซ้อนและการติดตามผล การรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหายาก โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายตามอัตราที่กำหนดในประกาศ 2.2 การรักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตราแต่ละกลุ่มโรค ตามอัตราที่กำหนดในประกาศ 2.3 จ่ายค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับระหว่างหน่วยบริการและหรือชุมชน ครอบคลุมถึงการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากและการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับ จากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น
โปรแกรม	e-Claim

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

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

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

กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS
และกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน และกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง พ.ศ. 2566

ประกาศ ODS-MIS 66

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

กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการ และข้อบ่งชี้ที่กำหนด แนบท้ายประกาศ 67 โรค 2. เป็นการให้บริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่สองชั่วโมงแต่ไม่เกินยี่สิบสี่ชั่วโมง 3. เป็นบริการที่มีรหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010) ตามแนบท้ายประกาศ และเฉพาะผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมี ชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น with approval
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW 1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 3. กรณีบริการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic cholecystectomy ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ และกลุ่ม DRGs 07100 (Laparoscopic cholecystectomy, no CC) คำนวณอัตราจ่ายตาม RW บวกเพิ่มค่าคงที่ K (K = 0.7905)
โปรแกรม	e-Claim

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

กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด และมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง ตามประกาศ 2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ ในการรักษา ตามประกาศ รวม 19 โรค
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่าง ของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม DRGs ที่กำหนดและจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้ 1. กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 3. สำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป (ไม่จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K)
โปรแกรม	e-Claim

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

กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ
พ.ศ. 2566

ประกาศUCEP รัฐ
66

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

กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ เป็นไปตามรายชื่อหน่วยบริการที่สำนักงานประกาศกำหนด 2. หน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) และสถาบันสมทบ
อัตราจ่าย	1. จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย หรือเสียชีวิต หรือปฏิเสธการรักษา ในกรณีที่ไม่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วย ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ 2. จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งรับไว้ที่หอผู้ป่วยอีก 24 ชั่วโมง ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ 3. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงจำหน่าย จ่ายตาม DRGs ตามประกาศ IP ทั่วไป 4. กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน
โปรแกรม	e-Claim

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

Flow การจ่าย UCEP ภาครัฐ

Add on ตามรายการ FS 728 รายการ

Add on ตามรายการ FS 728 รายการ ภายใน 24 ชม.

DRG.

D/C

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

บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ พ.ศ.2563 มีผลตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม 2562 เป็นต้นไป

ประกาศER คุณภาพ 63

ประกาศรายชื่อหน่วย ปี66-1

ประกาศรายชื่อหน่วย ปี66-2

ประกาศรายชื่อหน่วย ปี66-3

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

บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และกรณีที่มีเหตุสมควร นอกเวลาราชการ โดยมีการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และแยกการให้บริการผู้ป่วยไม่รุนแรงและกรณีที่มีเหตุสมควรออกจากห้องฉุกเฉิน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการ สำหรับการจัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉินสำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 150 บาท/visit ในทุกหน่วยบริการ (รวมทั้งบริการในหน่วยบริการประจำ)
โปรแกรม	e-Claim

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

อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566

ประกาศinst66 หลัก-1

ประกาศINST66 หลัก-2

ประกาศINST66 หลัก-3

ประกาศINST66 หลัก-4

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

อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค แก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 2. รายการอุปกรณ์ผู้พิการ จ่ายในผู้พิการ ที่มีสิทธิย่อย ท.74
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบ Point system with Global budget หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กำหนดในประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

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

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566

ประกาศINST66
ย่อย

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

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและบริการรักษาโรคหัวใจ และหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด - กรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ในหน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านขอทำความตกลงกับสำนักงาน
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

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

บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566

ประกาศINST66
ย่อย

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

บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ กรณีอายุน้อยกว่า 55 ปีต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/CPP/
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRG กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

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

บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566

ประกาศINST66
ย่อย

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

บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน ที่สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง และได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ของกระทรวงสาธารณสุข และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/CPP/
อัตราจ่าย	จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการ ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system with Global budget) ตามประกาศอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
โปรแกรม	e-Claim

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

การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566

ประกาศINST66
ย่อย

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

การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO)

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ข้อห้ามในการรักษา ข้อพิจารณายุติการรักษา รายละเอียดตามประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/CPP/
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ Ontop ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566

ประกาศINST66
ย่อย

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

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม -ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือกระทรวงสาธารณสุข
อัตราจ่าย	1. ค่าผ่าตัด จ่ายตาม DRGs ตามประกาศกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ ตามประกาศอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 3. ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูด โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ ไม่เกิน 4 ครั้งต่อเดือน จากงบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้ 3.1 ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน 150 บาท/ครั้ง 3.2 ค่าบริการแก้ไขการพูด 150 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim

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

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566

ประกาศINST66
ย่อย

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

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมรากเทียมของกระทรวงสาธารณสุข
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม
อัตราจ่าย	1. รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ 2. ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาท/ราย 3. ค่าติดตามการรักษา จ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี ดังนี้ 3.1 ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท 3.2 ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายตามจำนวนครั้งบริการอัตรา 700 บาท/ครั้ง จำนวนไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี
โปรแกรม	e-Claim

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

บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566

ประกาศINST66
ย่อย

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

บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/CPP/
อัตราจ่าย	1. กรณีผ่าตัดปกติ ในผู้รับบริการที่มีระดับสายตาแย่กว่า 20/200 จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 7,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง 2. กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 9,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง 3. กรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา 20/200 ถึง 20/100 ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัด หรือมีความจำเป็น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง 4. จ่ายเพิ่มค่าอุปกรณ์ ดังนี้ 4.1 ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม ในอัตราดังนี้ (1) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 2,800 บาท (2) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 700 บาท 4.2 ค่าอุปกรณ์อื่นๆ เป็นไปตามประกาศกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
โปรแกรม	e-Claim

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

ยา Clopidogrel mg tablet

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข 2 กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง

ประกาศการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด 66

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

การจ่ายชดเชยยา Clopidogrel mg tablet

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2)
อัตราจ่าย	OP : จ่ายอัตรา 3 บาท/เม็ด IP : จ่ายเพิ่มเติมจากระบบ DRGs ราคา 3 บาท/เม็ด
โปรแกรม	e-Claim

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

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track)

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
อัตราจ่าย	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา เหมาจ่าย(ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละ 49,000 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim

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

การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST
อัตราจ่าย	1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่าย 10,000 บาท/ครั้ง 2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย 49,000 บาท/ครั้ง 3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA) 22,660 บาท/vial
โปรแกรม	e-Claim

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

การอุทธรณ์ข้อมูลติด C หรือ Deny

ข้อมูลที่ติด C หรือ Deny ที่เกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา *การยื่นอุทธรณ์ขอให้แนบเอกสาร ดังนี้*

- เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีบันทึกเกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา ได้แก่ ใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่มีบันทึกการใช้อุปกรณ์, บันทึกการสั่งใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา
- หลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ sticker ของอุปกรณ์ที่ใช้ (ถ้าอุปกรณ์นั้นมี sticker)
- กรณีอุปกรณ์นั้นไม่มี sticker ต้องระบุรายละเอียดของอุปกรณ์และจำนวนที่ใช้ลงในใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ให้ครบถ้วน
- กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่าย และหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ
- แนบภาพถ่าย Film x-ray ส่วนที่มีรายละเอียดการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา(ถ้ามี)

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน การผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

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

ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย

ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

อสม./ผู้นำหมู่บ้าน/หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ/กาชาดจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(เด็กแรกคลอดที่มีภาวะปากแหว่งฯ)

แจ้งหน่วยบริการฯ/สำนักงานสาธารณสุขฯ

ลงทะเบียนใน

โปรแกรม DMIS

หน่วยบริการฯ/สำนักงานสาธารณสุขฯ

(ยสส.1)ระบบ ON LINE (www.nhso.go.th)

ติดต่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯในพื้นที่ใกล้เคียง

ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

ผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่/การแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน

หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายจากสปสช.

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

ขั้นตอนการแสดงความจำนงค์
การเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ

หน่วยบริการ

แสดงความจำนง

สปสช.

พิจารณาเอกสารการสมัคร

จัดทำฐานทะเบียนหน่วยบริการ Cleft
และออก username password

(สำหรับหน่วยบริการ)

เลขที่...../...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอแสดงความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต.....

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ พ.ศ. ๒๕๖ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล..... มีความประสงค์และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตามแผนงาน ตามรายละเอียดดังนี้

[ ] หน่วยบริการผ่าตัด แก้ไขความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่

[ ] หน่วยบริการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องด้านการแก้ไขปัญหาการสบฟัน

[ ] หน่วยบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด

ทั้งนี้ โรงพยาบาล..... ตกลงดำเนินงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงินและเงื่อนไขการประชาสัมพันธ์ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินงานไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่งผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

ลงชื่อ.....ผู้บริหารหน่วยงาน

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

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

อัตราการจ่ายชดเชย

หน่วยบริการที่รับค่าใช้จ่าย : หน่วยบริการในระบบ UC ที่ขอเพิ่มศักยภาพ ผ่าตัด/จัดฟัน/ฝึกพูด

สปสช.จ่ายค่าบริการ

ผ่าตัดแก้ไข	→	ระบบ DRG
ใส่เพดานเทียม	→	800 บาท/ชิ้น อุปกรณ์เพิ่มเติมอื่นตามประกาศฯ
ทันตกรรมจัดฟัน	→	เหมาจ่าย 48,000 บาท/ราย
แก้ไขการพูด	→	3,850 บาท/ราย/ปี
Maxillary distractor	→	200,000 บาท/ชุด/ราย

สภากาชาดจ่ายสนับสนุนค่าพาหนะ ผู้ป่วยและญาติ

ผ่าตัด	→	1,000 บาท/ครั้ง ใช้ ยสส.1 และยสส.2
ทันตกรรมจัดฟัน/ แก้ไขการพูด	→	500 บาท/ครั้ง (ตามแพทย์นัดไม่เกิน 2 ครั้ง/เดือน) ใช้ ยสส.4 และยสส.5

National Health Security Office

การใส่อุปกรณ์เพดานเทียม และอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

	รายละเอียด	อัตราจ่าย	การจ่าย
เพดานเทียม (Obturator) รหัส 2704	- ใช้ในผู้ที่มีภาวะเพดานโหว่ (Cleft palate) เพื่อช่วยในการดูดนม	800 บาท/ชิ้น	จ่ายตามผลงานให้บริการ ในโปรแกรม e-Claim
Obturator+Screw รหัส 2704A	- สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออก - เพื่อช่วยในการดูดนม	1,500 บาท/ชุด	
Obturator+Naso-Alveolar Molding (NAM) รหัส 2704B	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและจัดสันเหงือก - ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและ maintain จมูก	1,800 บาท/ชุด	

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

การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน

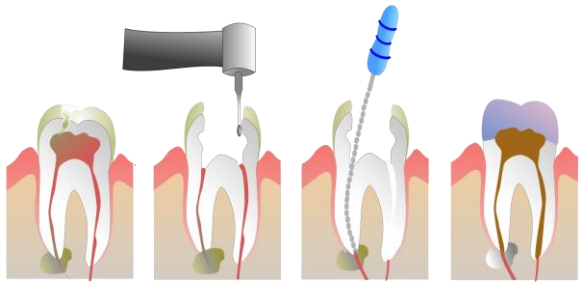
รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

	รายละเอียด	อัตราจ่าย	การจ่าย
Obturator + Screw + NAM รหัส 2704C	-สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออก - สำหรับจัดโครงสร้างจมูก	2,500 บาท/ชุด	จ่ายตามผลงานให้บริการในโปรแกรม e-Claim
NAM ประดิษฐ์ เพิ่มเติม รหัส 2704D	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูก - maintain โครงสร้างจมูก	700 บาท/ชิ้น	
Maxillary distractor		200,000 บาท/ชุด (ราคากลาง)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในรูปแบบเอกสาร โดยมีการขออนุมัติก่อนการให้บริการ

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

ทันตกรรมจัดฟัน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

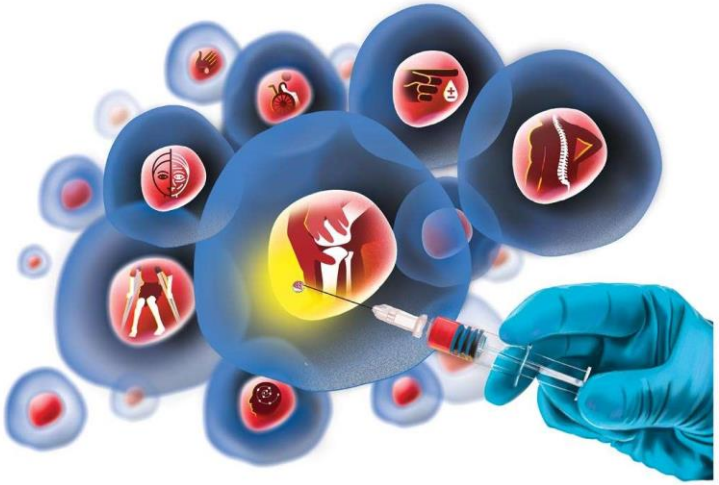


รายละเอียด	อัตราจ่าย	การจ่าย
- รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ (DEN030) - ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ ที่จำเป็น (DEN034)	48,000 บาท/ราย	จ่ายตามผลงานการให้บริการ ใน โปรแกรม DMIS ยสส.4

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



National Health Security Office – N
nhso.go.th

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

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

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

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต : HSCT

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

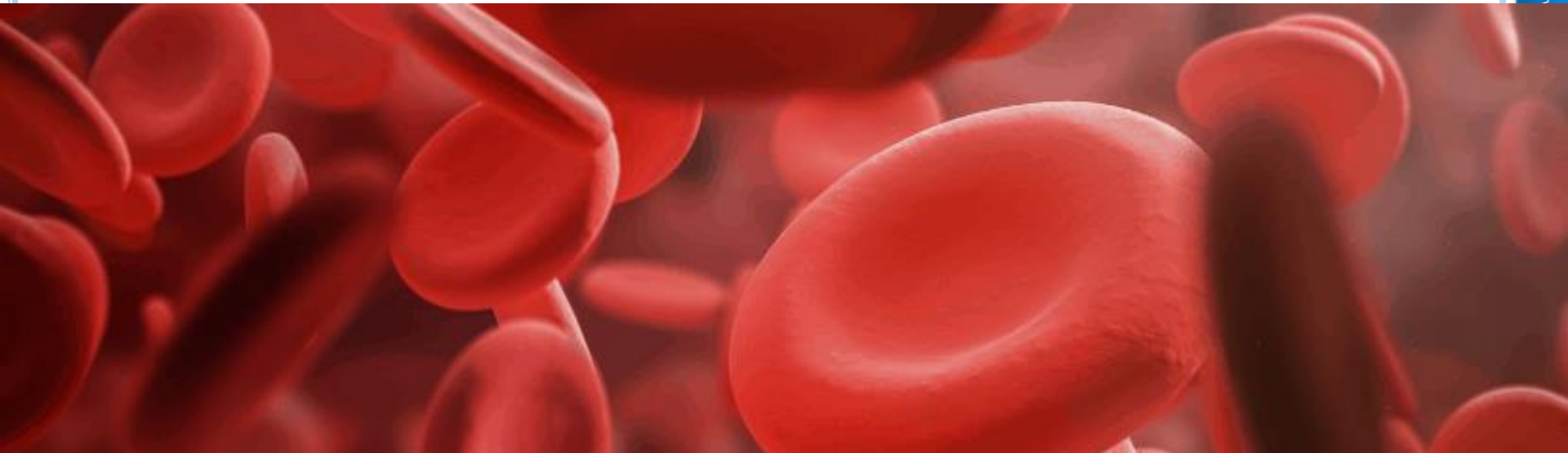
หมายเหตุ : จ่ายชดเชยงวดที่ 1 หลังส่งข้อมูล conditioning และจ่ายชดเชยงวดที่ 2 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย และนัด follow up ภายใน 30 วัน (เฉพาะกรณีผู้ป่วยยังมีชีวิต)

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

National Health Security Offic

การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

พ.ศ. ๒๕๖๖

Adobe Acrobat Document

บริการตามประกาศนี้

ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

(รายละเอียดบริการผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)ฯ อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
NHSO – www.nhso.go.th

การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรม DMIS
4. รายงานการจ่าย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS 1. กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป
5. อัตราการจ่าย	จ่ายชดเชยค่ายาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาโรคฮีโมฟีเลีย 1. กรณี Follow up • ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท • ค่าแฟคเตอร์ 500 IU ราคา 4,920 บาท 2. กรณี Emergency • OPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 150,000 บาท/visit • IPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 300,000 บาท/visit

บริการกรณีเฉพาะ
การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค
การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

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

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

พ.ศ. ๒๕๖๖

Adobe Acrobat Document

บริการตามประกาศนี้

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย
2. การบริหารกองทุนวัณโรค
3. การบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

รายละเอียดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

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

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

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

1. จ่ายชดเชยรายเดือน ค่ายาขับเหล็กชนิดรับประทาน ยา Deferaxirox อัตราเม็ดละ 30 บาทเบิกจ่ายได้ครั้งละไม่เกิน 90 วัน

2 จ่ายตามรายการบริการ และอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและยา ดังนี้

2.1 Hematocrit (HCT) ก่อนการให้เลือด

2.2 Serum ferritin

2.3 ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal)

2.4 ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiprone (L1 และ DFP)

เสนอเพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2567 เพิ่มเติม การให้เลือดทุกชนิด (รอประกาศ ปี67)

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

การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. 2566

ประกาศHW66

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

แนวทางการดำเนินงานบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ปีงบประมาณ 2567

วัตถุประสงค์	1. เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการระหว่างรับบริการผู้ป่วยใน 2. ลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล ลดความความแออัด และลดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ประกาศ HW
ขอบเขตบริการ /กิจกรรมบริการ	เป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีรหัสโรค (ICD-10) ทั้งในโรคหลักและโรคร่วม ดังนี้ **โรคทางกาย 7 กลุ่ม (ประกาศฯ ณ วันที่ 29 ก.ย. 2565)** 1) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2) โรคความดันโลหิตสูง (severe hypertension) 3) โรคแผลกดทับและพื้นที่กดทับ (decubitus ulcer and pressure area) 4) โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) 5) โรคปอดอักเสบ (pneumonia) 6) โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) ภายหลังได้รับการผ่าตัด 7) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) **โรคทางจิตและการบำบัดสารเสพติด 3 กลุ่ม (ประกาศฯ ณ วันที่ 16 ส.ค. 2566)** 1) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 2) โรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด 3) ความผิดปกติทางอารมณ์
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยสิทธิ UC
คุณสมบัติหน่วยบริการ	▪ เป็นหน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการแบบผู้ป่วยใน ▪ ผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 1) โรคทางกาย 7 โรค ประเมินโดย สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ และ กรณีดูแลหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบแบบ ODS ต้องผ่านการประเมินจากกรมการแพทย์ 2) การบำบัดสารเสพติด ประเมินโดยกรมสุขภาพจิต หรือ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) สังกัดกรมการแพทย์ 3) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่น ประเมินโดยกรมสุขภาพจิต
รูปแบบการจ่าย	1. **โรคทางกาย 7 โรค** จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน เบื้องต้นอัตรา 8,350 บาท 2. **บริการผู้ป่วยในจิตเวชและการบำบัดยาเสพติดที่บ้าน** คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามระบบ DRGs ทั้งนี้ นับจำนวนวันนอนแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ รวมถึงในสถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย
การบันทึกข้อมูล	E- Claim ร่วมกับ โปรแกรม AMED

กระบวนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่มีศักยภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สสจ.

สสป. ประสาน สสจ. สำรวจหน่วยบริการที่มีศักยภาพและประสงค์จะดำเนินการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

สสจ.แจ้ง หน่วยบริการประเมินศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านด้วยแบบประเมินตนเอง (self assessment)

หน่วยบริการ

หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ดำเนินงานแก่ สสจ.

พฤศจิกายน - ธันวาคม 2566

สสจ.

- ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูล
- รวบรวมรายชื่อหน่วยบริการพร้อมแบบประเมินศักยภาพแจ้ง สสป.

ธันวาคม 2566

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- ตรวจสอบความถูกต้องความพร้อมของหน่วยบริการ
- สรุปรายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านและแจ้ง สปสช.

ธันวาคม 2566

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล (ส.ทะเบียน / สปสช.เขต)
- ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน
- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน / หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การชดเชยค่าบริการ / การ Audit /การ Authen /การบันทึกโปรแกรมเพื่อเบิกจ่ายโดยระบบ E - claim และ AMED

มกราคม 2567

สำรวจ HW 67

ขั้นตอนการบันทึกการให้บริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward

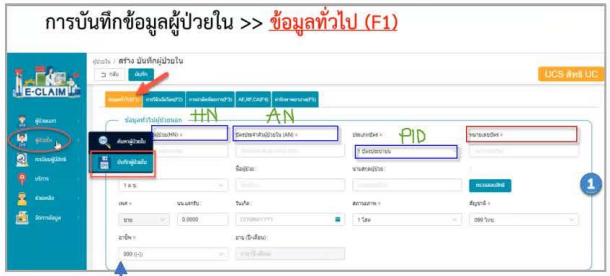
รพ.ออก HN

Admit /IP

ออก AN

รักษาในรพ.

แพทย์ วินิจฉัยเห็นควรให้ดูแบบผู้ป่วยในที่บ้าน



ไม่ Admit /OP

Start at home

แพทย์ วินิจฉัยเห็นควรให้ดูแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ออก AN

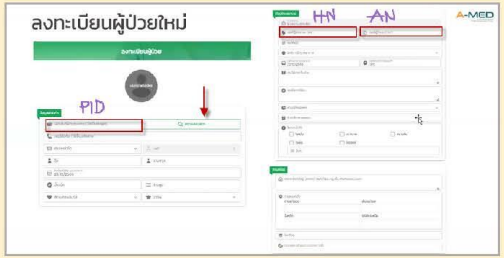
Home ward

Home ward

Register

A-MED

- เลขบัตรปชช. 13 หลัก
- AN/HN



เชื่อม API

Authen กับ New Authen อัตโนมัติ

(เกิดเลข Authen หลังบ้าน)

ให้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

สิ้นสุดการรักษา /Discharge

บันทึกที่ระบบ E-claim

ทำการ Discharge ที่ระบบ AMED