

**"ในการปฏิบัติงานนั้น ย่อมมีปัญหาด่าง ๆ เกิดขึ้นได้เสมอ
เมื่อปัญหาเกิดขึ้นต้องแก้ไข อย่าทิ้งไว้พอกพูนลุกลามแก่ยาก
ขอให้ทุกคนระลึกว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ได้"**

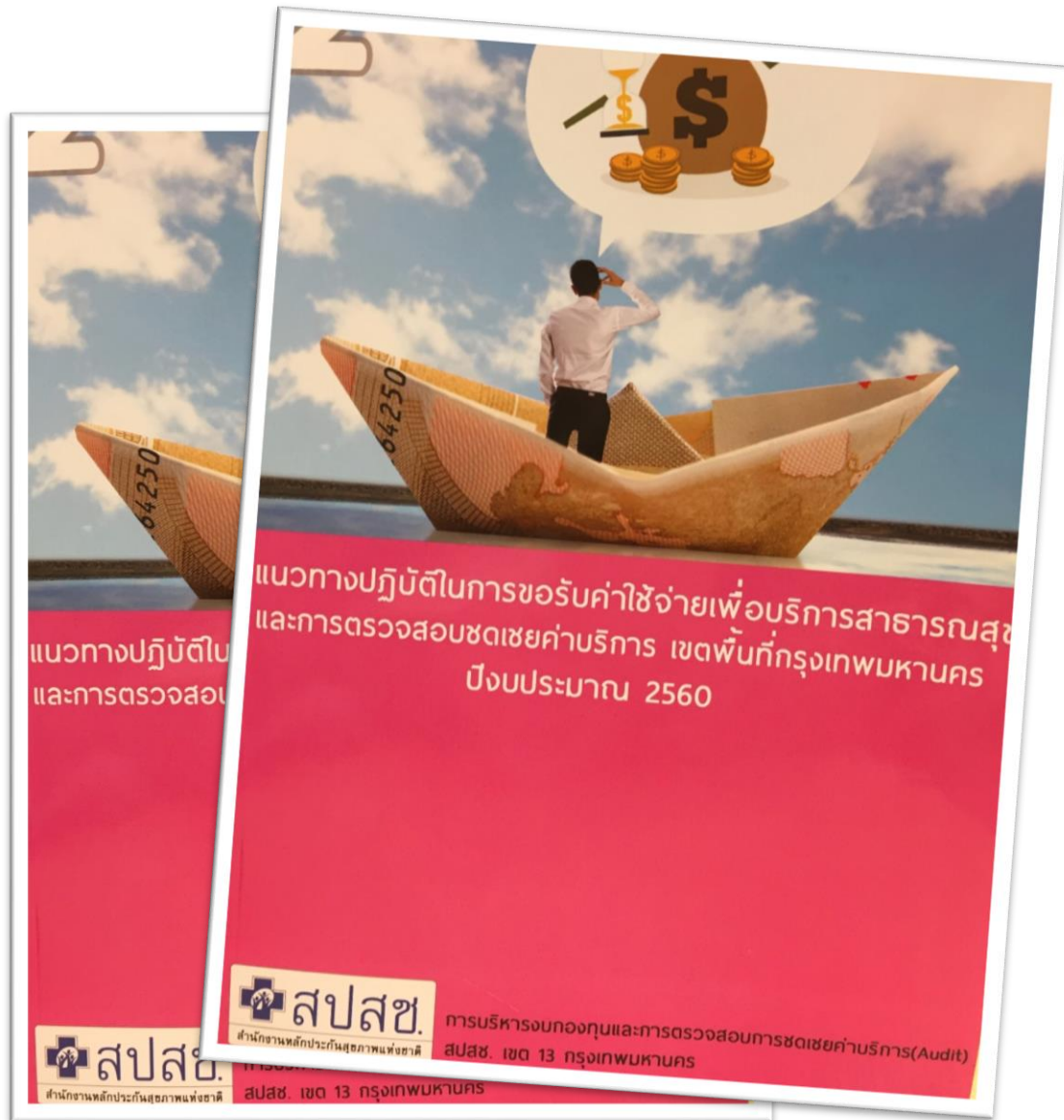
**ถ้าแก้คนเดียวไม่ได้ก็ช่วยกันคิด ช่วยกันแก้หลายคนหลายๆทาง
ด้วยความร่วมมือปรองดองกัน
ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นจักได้ไม่กลายเป็นอุปสรรคขัดขวาง
และบั่นทอนทำลายความเจริญและความสำเร็จของการงาน"**



**พระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๓๓**

**การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)
และ
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2560**





**แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข
และการตรวจสอบชุดค่าบริการ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2560
สำหรับหน่วยบริการ ในกรุงเทพมหานคร**

**วันที่ 18 - 21 ตุลาคม 2559
โรงแรมเซ็นทาราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์
ถนนแจ้งวัฒนะ จังหวัดกรุงเทพมหานคร**



**แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
และการตรวจสอบชุดค่าบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2560**

สปสช. การบริหารกองทุนและการตรวจสอบการชุดค่าบริการ(Audit)
สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร



• กรอบการบริหารงบ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ฟันฟูฯ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

- มติคณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขา กรุงเทพมหานคร (CFO)
- มติคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ ระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อปสข.)



สรุปเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2560

- ภาพรวมเพิ่ม 1.61% (ไม่รวมเงินเดือนภาครัฐฯ เพิ่ม 0.37%) โดยงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว เพิ่ม 2.67%
- ย้ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข ไปตั้งที่ สป.สธ.
- มีงบสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ เฉพาะที่ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

รายการ	เงินกองทุนปี60 - ที่จะได้รับ	
	เป้าหมาย	ล้านบาท
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	48.8029 ล้านคน (งบ PP = 65.521 ล้านคน)	151,770.6746
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	291,900 ราย	3,122.4080
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	52,911 ราย	7,529.2353
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	2,822,600 ราย	960.4090
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	173 แห่ง	1,490.2875
6. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข	-	ย้ายไปตั้งที่ สป.
7. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	150,000 คน	900.0000
รวมทั้งสิ้น		165,773.0144
จำนวนเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐฯ		42,307.2340
คงเหลืองบกองทุนที่ส่งให้ สป.สช.		123,465.7804



งบเหมาจ่ายรายหัว
3,109.87 บาท/ปชก.

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
123,465.78 ล้านบาท

งบเหมาจ่ายรายหัว **3,109.87** บาทต่อผู้มีสิทธิ



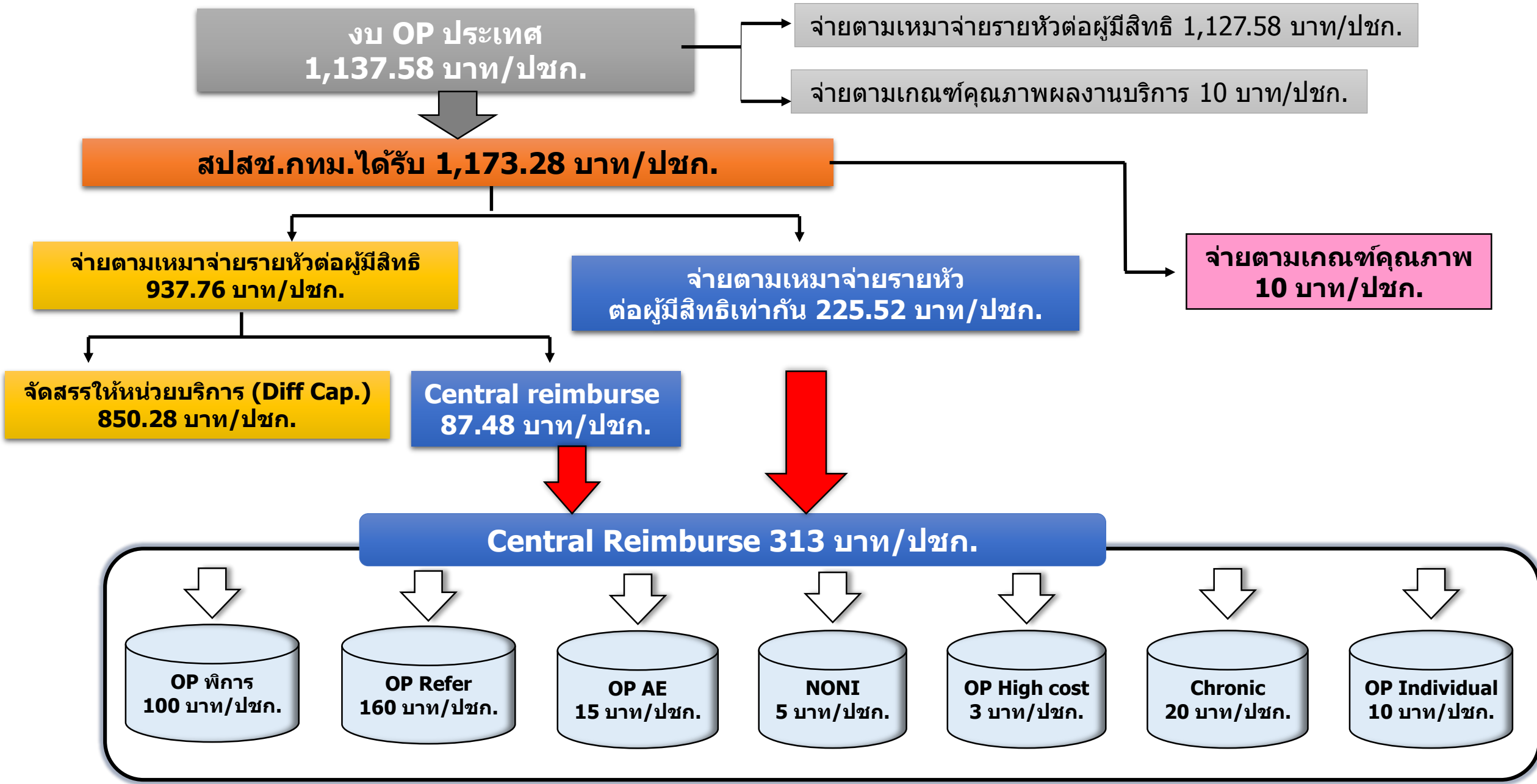
OP ทั่วไป
1,137.58
บาทต่อผู้มีสิทธิ

ประเภทบริการ	บาท/ผู้มีสิทธิ
1.บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,137.58
2.บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,090.41
3.บริการกรณีเฉพาะ	315.14
4.บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค*	405.29
5.บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13
6.บริการการแพทย์แผนไทย	11.61
7.ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69
8.เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	5.02
รวม	3,109.87

จ่ายตามเหมาจ่าย
1,127.58 บาทต่อผู้มีสิทธิ

จ่ายตามเกณฑ์
คุณภาพผลงานบริการ
10 บาทต่อผู้มีสิทธิ

* หมายเหตุ : ประเภทบริการที่ 4 จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่าย สำหรับประชาชนคนไทยทุกคน





313

บาท/ปชก.

กันไว้เป็น Central Reimburse

สำหรับการจ่ายชดเชย ผ่านระบบ OPBKKClaim

กองทุนรวมเบิกจ่ายกลาง

เพื่อปกป้อง คัดกรอง ความเสี่ยงร่วมกัน

100

บาท/ปชก.

กรณีคนพิการ

ปกป้องการได้รับบริการในผู้ป่วยที่มีภาวะพิการ
ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ / เข้ารับบริการที่ใดก็ได้

20

บาท/ปชก.

กรณีโรคเรื้อรัง 7 โรค (ONTOP Chronic)

จ่ายเพิ่มกรณีหน่วยบริการมีภาระมากกว่าหน่วยบริการอื่น

15

บาท/ปชก.

กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OP/AE)

ปกป้องคุ้มครองประชาชน ให้ได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

3

บาท/ปชก.

กรณีค่าใช้จ่ายสูงในกทม. (OP High Cost)

เพื่อคุ้มครองความเสี่ยงของหน่วยบริการที่มีประชากรภาระโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
และคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

160

บาท/ปชก.

กรณีส่งต่อ (OPRefer)

เพื่อคุ้มครองความเสี่ยงของหน่วยบริการที่มีประชากรภาระโรคที่ต้องส่งต่อสูง
และคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการส่งต่อกรณีจำเป็นต้องได้รับบริการ

5

บาท/ปชก.

กรณีกึ่งผู้ป่วยนอก กึ่งผู้ป่วยใน (NONI)

เพื่อคุ้มครองความเสี่ยงของหน่วยบริการที่มีประชากรภาระโรคที่ค่าใช้จ่ายสูง
จำเป็นต้องได้รับบริการกรณีบริการที่ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่

10

บาท/ปชก.

OP Individual

เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการส่งข้อมูลผู้ป่วยนอกรายครั้ง

1. จ่ายแบบ เหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ

คำนวณโดย
differential capitation
(ไม่รวมคนพิการ)

*** อัตราขั้นต่ำ ไม่น้อยกว่า **720.30** บาท/ปชก ***

ปรับตาม....



โครงสร้างอายุประชากร /
ภาระโรค / ภาระผลงานบริการ

อัตราเงินเฟ้อ 1.5%



(กรณีสิทธิคนพิการ คำนวณกันเงินเป็นกองทุนคนพิการ สำหรับจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอก กรณีสิทธิพิการ)

2. การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามการบริการ (Central Reimbursement)



Central Reimburse 313 บาท/ปชก.



OP พิจาร
100 บาท/ปชก.



OP Refer
160 บาท/ปชก.



OP AE
15 บาท/ปชก.



NONI
5 บาท/ปชก.



OP High cost
3 บาท/ปชก.



Chronic
20 บาท/ปชก.



OP Individual
10 บาท/ปชก.

2.1 ผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง (Ontop Chronic)

1. DM

2. HT

3. CA

4. Stroke

5. Asthma

6. COPD

7. CVD/IHD



จ่ายตาม จำนวนประชากรโรคเรื้อรัง

จ่าย รายเดือน ตามประชากรโรคเรื้อรังที่คำนวณได้
พร้อมกับงบเหมาจ่ายรายหัว

โรคเรื้อรังรายใหม่ ในปี จะนำไปใช้คำนวณจ่ายเงินของ ปีถัดไป

ปรับจ่ายตามประชากรโรคเรื้อรังที่อยู่กับ
หน่วยบริการนั้น

โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 ของทุกเดือน

โดยใช้ข้อมูล

ณ 1 ตุลาคม 2559

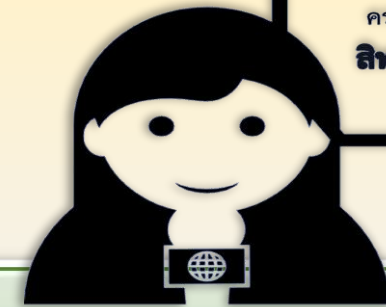
2.2 การจ่ายชดเชยผู้ป่วยนอก (กรณี OP/AE , OP พิการ , OP Refer , OP High cost)

จ่ายชดเชย

- ✓ ตาม Fee schedule with global budget
- ✓ รายการใดมีการกำหนดราคาเบิกจ่าย จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนด
- ✓ กรณีบริการที่มี ค่าใช้จ่ายสูง (OP High cost) จ่ายชดเชย ตามรายการ และ ราคาที่กำหนด (SRS, SRT, HBO, เลือดและส่วนประกอบของเลือด)
- ✓ กรณี OP Refer และ อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในบัญชีเครือข่ายเดียวกัน
หน่วยบริการประจำรับผิดชอบ **ไม่เกิน 1,600 บาท** ส่วนเกิน จาก 1,600 บาท
จ่ายจากกองทุน



2.3 การจ่ายชดเชย กรณีถึงผู้ป่วยนอกถึงผู้ป่วยใน (NONI) และการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่



ครอบคลุม ปชก.
สิทธิ UC กทม.
ทุกคน

2.3.1

การให้เลือดในผู้ป่วย **Thalassemia**



จ่ายชดเชยตาม รายการ และ
ราคาของกรมบัญชีกลาง

2.3.2

Dilation and Curettage

กำหนดจ่ายชดเชยต่อครั้ง (รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด)

-  Dilation and Curettage following delivery or abortion
เหมาจ่ายในอัตรา 4,000 บาท
(รวมอัลตราซาวด์ รวมยา ดมยา/วิสัญญี)
-  Other Dilation and Curettage
เหมาจ่ายในอัตรา 4,000 บาท
(รวมอัลตราซาวด์ รวมยา ดมยา/วิสัญญี)

NONI**2.3.3****หัตถการตา 6 รายการ**

กรณี	รหัส	รายการ	ราคาจ่ายชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการจ่าย
การทำ Laser ตา	1424	Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation	3,900	จ่ายชดเชยตามจริง ไม่เกิน 3,900 บาท/ครั้ง/ข้าง
การฉีดยา เข้า vitreous	1475	Injection of vitreous substitute	4,500	จ่ายชดเชยตามจริง ไม่เกิน 4,500 บาท/ครั้ง/ข้าง (เฉพาะค่าฉีดยา)
	1479	Other operations on vitreous (Injection of vitreous Medication)	1,500	จ่ายชดเชยตามจริง ไม่เกิน 1,500 บาท/ครั้ง/ข้าง (เฉพาะค่าฉีดยา)
การผ่าตัดตา	1474	Other mechanical vitrectomy	14,500	จ่ายชดเชยตามจริง ไม่เกิน 14,500 บาท/ครั้ง/ข้าง (ไม่รวมค่าอุปกรณ์ cassette)
	1139	Other excision of pterygium	3,000	<u>จ่ายชดเชยตามจริง</u> <u>ไม่เกิน 3,000 บาท/visit</u>
	1264	Trabeculectomy ab externo	5,500	<u>จ่ายชดเชยตามจริง</u> <u>ไม่เกิน 5,500 บาท/visit</u>

2.4 กรณี กองทุน OP Refer ในปีงบประมาณ 2560



1) บริหารกองทุน OP Refer **เป็นกองทุนเดียว**

2) กั้นเงินกองทุน OP Refer จำนวน **160** บาท/ปช.

เพื่อจ่ายชดเชยในส่วนที่

ค่าใช้จ่ายเกิน 

1,600 บาท

3) หน่วยบริการประจำรับผิดชอบ **ไม่เกิน 1,600 บาท** ส่วนเกินจาก 1,600 บาท
จ่ายจากกองทุน OP Refer



4) กำหนดมาตรการควบคุมกำกับ



ทุก 3 เดือน

2.5 การจ่ายค่าข้อมูล OP Individual record

จ่ายเฉพาะ

ข้อมูลที่ สปสช. ตรวจสอบ
ได้ว่าเป็น

1. สิทธิ UC
2. กรณีที่ ไม่มีการจ่าย ชดเชย
จาก กองทุนกทม.อื่น

อัตราการจ่าย

ใช้หลักเกณฑ์เช่นเดียวกับ ปีงบประมาณ 2559

กรณีส่งข้อมูล **ทัน** กำหนด



กรณีส่ง **ไม่ทัน** ตามกำหนด



OP record



3. การบริหารจัดการ **กองทุนย่อย**



กรณี บางกองทุนมีเงินเหลือและ/หรือไม่เพียงพอ

ปรับเกลี่ย ใช้คละกันได้

กรณี OP-AE,
กรณี OP พิการ,
กรณี OP High cost,
กรณี NONI,
กรณี OP Individual



designed by freepik.com

กรณี จ่ายชดเชยจนครบแล้วมีเงินเหลือ

ให้จัดสรรคืนให้แก่หน่วยบริการประจำ
ตาม **Point ประชากรเฉลี่ย**



สรุปประเด็นสำคัญที่เปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2560



1. การบริหารกองทุน OP Refer กทม.
2. ราคากลางยา
3. การบันทึกค่าบริการทางการแพทย์
4. การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก และค่าธรรมเนียมทางการแพทย์
5. การบริหารงบลงทุนฯ ในปีงบประมาณ 2560
6. กำหนดการส่งข้อมูลในปีงบประมาณ 2560
7. มาตรการวินัยทางการเงิน

ยกเลิก

การจัดสรรงบประมาณช่วยเหลือหน่วยบริการที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจาก
รับภาระความเสี่ยงจากการมีประชากรที่มีภาระโรคสูง (OP Workload)



1.การบริหารกองทุน OP Refer ในปีงบประมาณ 2560

1) บริหารกองทุน OP Refer **เป็นกองทุนเดียว**

2) กั้นเงินกองทุน OP Refer จำนวน **160** บาท/ปชก.

สำหรับจ่ายชดเชยใน
ส่วนที่ **ค่าใช้จ่ายเกิน**
1,600 บาท

3) Refer ในบัญชีเครือข่าย (Type 0) กรณีการส่งต่อบัตรคลินิกในเครือข่าย ไปยัง

โรงพยาบาลในเครือข่ายของคลินิกเอง **ตรวจสอบข้อมูลโดย สปสช.**

4) กำหนดมาตรการควบคุมกำกับ  **ทุก 3 เดือน**



หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย กรณี OP Refer

1. หน่วยบริการประจำต้องตามจ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกิน 1,600 บาท ให้หักจากกองทุน OP Refer
2. หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกเรียกเก็บค่าบริการฯในโปรแกรม OP BKKCLAIM
3. กรณีบัตร รพ.-รพ. มีการตรวจวินิจฉัยพิเศษ ผู้ป่วยนอก 290 รายการ จะได้รับชดเชยคืนจากกองทุน OP Refer 50% ของค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 50% ของราคากลาง
4. หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยกรณี OP Refer ไม่รวมกรณีที่มีข้อตกลงระหว่างกัน ได้แก่
 - 4.1 โครงการลดความแออัดฯ Model ศบส.- วชิรพยาบาลฯ
 - 4.2 กรณีบัตร ศบส.16 – รพ.จุฬาลงกรณ์
 - 4.3 กรณีบัตรศบส.-คลินิก-รพ.



2. ราคากลางยา ในปีงบประมาณ 2560

2558

- 2 กลุ่ม
- ยากันชัก และยากลุ่ม จิตเวช
- 955 รายการ

2559

- 6 กลุ่ม
- Anti glaucoma, Anti Parkinson, Inhale corticosteroid, Benign prostatic hyperplasia, Specific Anti rheumatic, Drug Use for thalassemia
- 250 รายการ

2560

- 2 กลุ่ม
- Antithrombotic Agent, Immunosuppressant)
- 291 รายการ

รวมเป็น 10 กลุ่ม
1,496 รายการ

หมายเหตุ : จ่ายชดเชยตามราคากลางที่กำหนด

3. การบันทึกหมวด 12 ค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล ในปีงบประมาณ 2560

- แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ Hospital Fee (55020,55021) และ Nursing Care
- หากมีการให้บริการ บันทึกที่สพช.กำหนด 26 รายการ (หน้า 158 -159)
- การทำแผล และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคิดค่าบริการดังกล่าว รวมอุปกรณ์
หากมีการบันทึกซ้ำซ้อนเรียกเงินคืน



4. การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก และค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ ในปีงบประมาณ 2560

ประเภทบริการ (OP Type)	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
OP Refer (Type 0,1,2), OPAE (Type 3), NONI (Type 8)	ค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ (Doctor Fee) จ่ายตามจริง	ค่าธรรมเนียมแพทย์ (Doctor Fee) ให้รวมกับค่าบริการ ผู้ป่วยนอก (Hospital Fee) จ่ายตามจริงไม่เกิน 100 บาท
OP พิจาร (Type 4)	ค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ (Doctor Fee) ให้รวมกับ ค่าบริการผู้ป่วยนอก (Hospital Fee) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 100 บาท	

มีผลตั้งแต่วันที่รับบริการ
1 ตุลาคม 2559

5. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ปีงบประมาณ 2560

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ
และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และ
รายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการ
สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและ
ค่าใช้จ่ายอื่น

รอประกาศในราชกิจจานุเบกษา



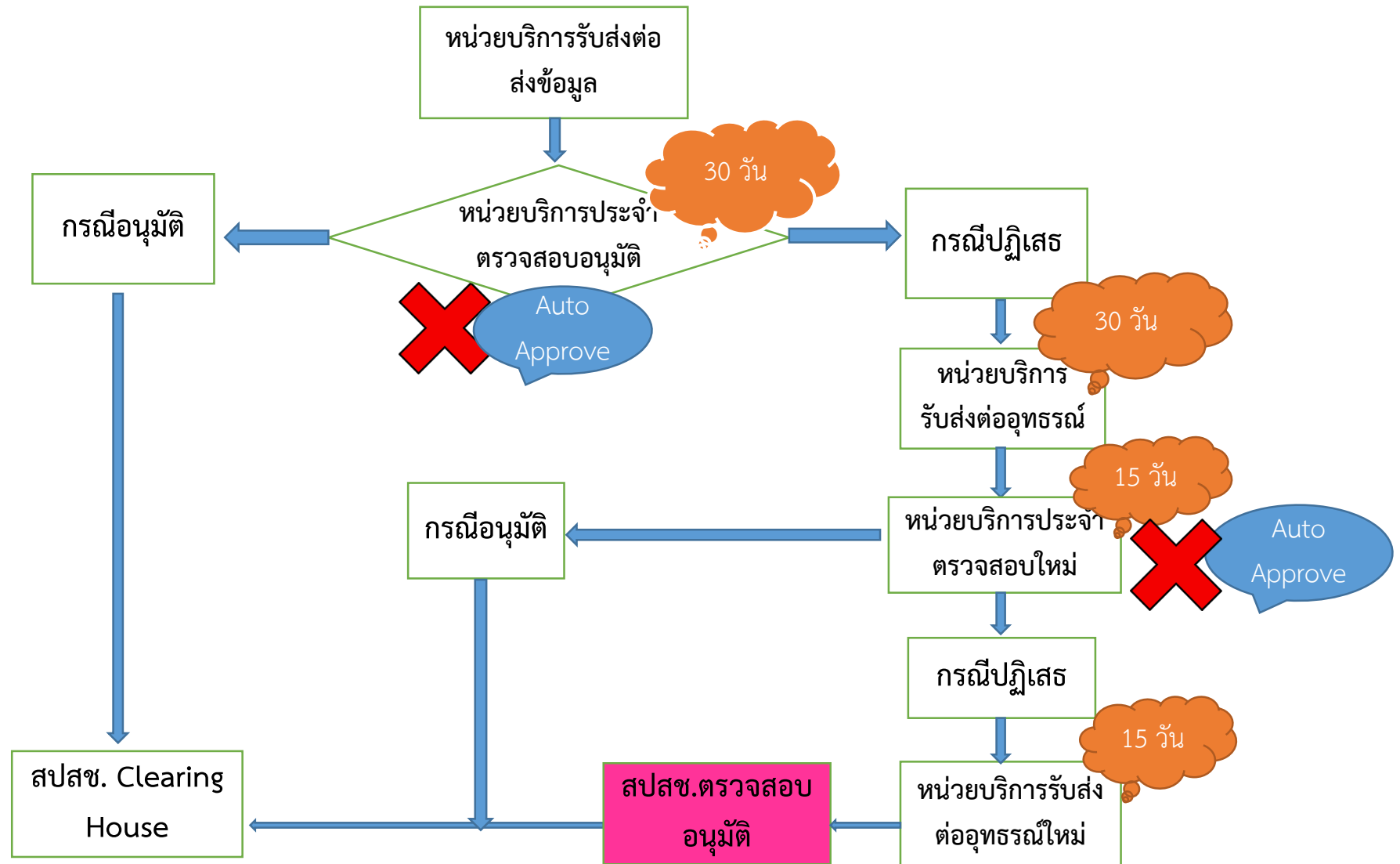
ประชุมชี้แจงหน่วยบริการ

6.กำหนดการส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ทุกประเภท ปีงบประมาณ 2560

กำหนดส่งข้อมูล OP	ภายในวันที่
กำหนดส่งข้อมูล OP ปกติ	31 ตุลาคม 2560
กำหนดการส่งข้อมูลอุทธรณ์ OP	31 ธันวาคม 2560

หมายเหตุ : *จ่ายชดเชยตาม Point system with Global budget*
หากส่งข้อมูลเกินกำหนด สำนักงานฯจะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับเงินชดเชย

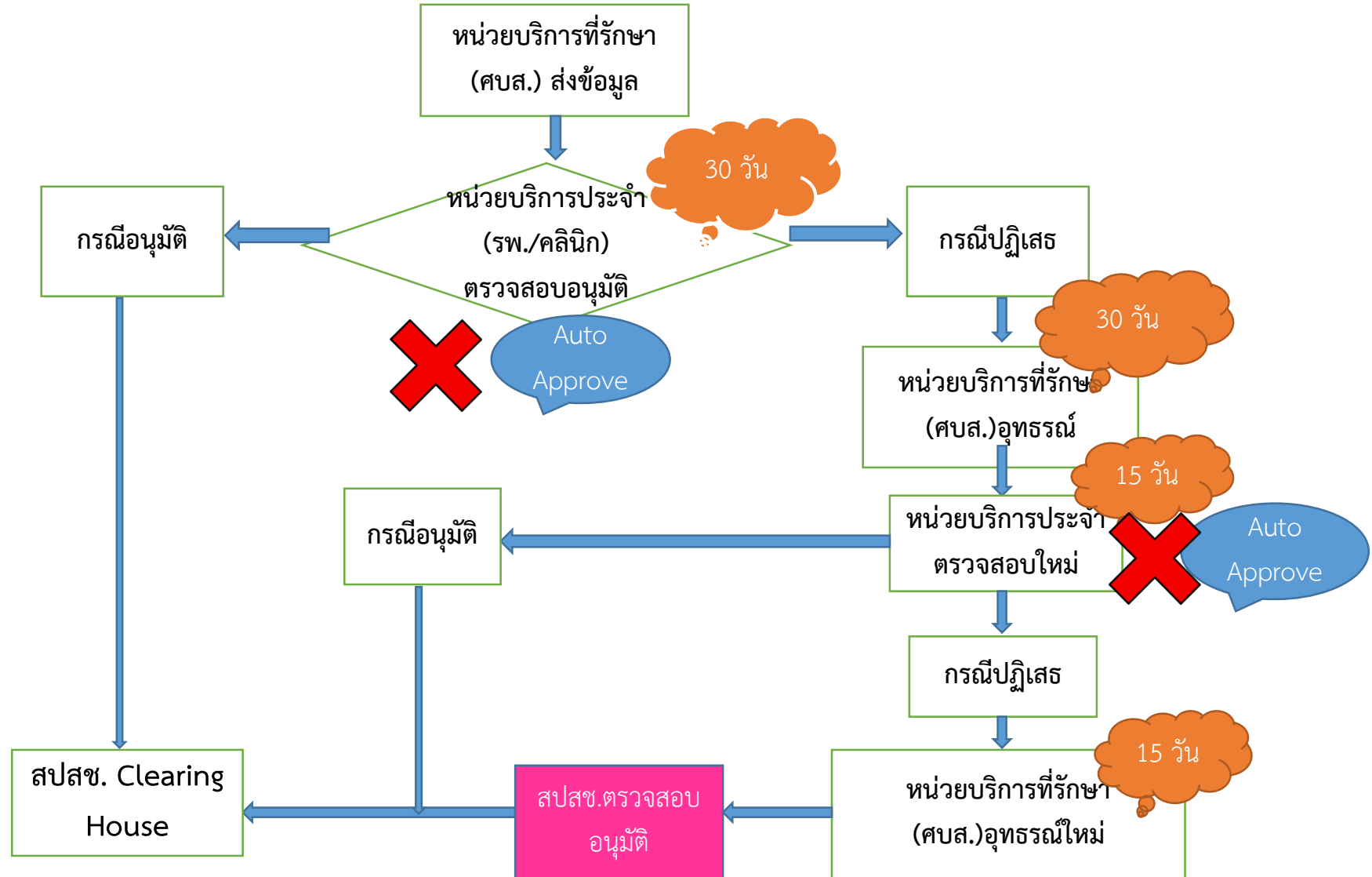
FLOW การตรวจสอบอนุมัติ/ปฏิเสธ ข้อมูล OP Refer



FLOW การตรวจสอบอนุมัติ/ปฏิเสธ ข้อมูล OP Refer



FLOW การตรวจสอบอนุมัติ/ปฏิเสธ ข้อมูล OP Refer และ OP clearing กรณีบัตรศบส.



7.มาตรการรักษาวินัยทางการเงิน ในการ ขอบรับค่าใช้จ่าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้อัตรานี้จะปฏิบัติตามวงเงินที่จัดไว้
สำหรับการส่งชำระตามวงเงินที่เหลืออยู่ในลักษณะ

Global Budget

จ่ายในอัตรา ร้อยละ 95 *

จ่ายในอัตรา ร้อยละ 90 *

จ่ายในอัตรา ไม่เกินร้อยละ 80 *

* ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

1. ส่งชำระกว่าวันที่กำหนด

ไม่เกิน **30** วัน

2. ส่งชำระกว่าวันที่กำหนด

ไม่เกิน **60** วัน

3. ส่งชำระกว่าวันที่กำหนด

ไม่เกิน **330** วัน

หมายเหตุ

1. มาตรการการรักษาวินัย เฉพาะกรณี OPAE/Opพิการ, IP
2. เริ่ม 1 มกราคม 2560 (แก้ไขคู่มือฯ เล่ม 2 หน้า 160)

จัดสรรเบื้องต้นเพื่อให้หน่วยบริการ
มีสภาพคล่องในช่วงต้นปีงบประมาณ

ไม่เกิน **25%**



ขอความร่วมมือ

1. บันทึกการตรวจวินิจฉัยพิเศษผู้ป่วยนอก 290 รายการ, High cost 44 รายการ โดยใช้รหัสตามที่กำหนด
2. บันทึกรายการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการตามรหัสกรมบัญชีกลาง (จ่ายชดเชยตามจริง)
3. บันทึกรหัส ICD10 และ ICD9 ที่ถูกต้องตามหลักการให้รหัสโรค
4. กรณี OP refer (Type 0,1)ขอให้บันทึกเลขที่เอกสารส่งต่อ



ส่งข้อมูลโดยไม่ต้องเลือก Type



