

การบริหารกองทุน และแนวทางการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

15 พฤศจิกายน 2560

เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2561: ที่ได้รับ



รายการ	เงินกองทุนที่ได้รับ (ล้านบาท)	
	ปี 2560	ปี 2561
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ↑ 2.8%	151,770.6746	156,019.6223
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,122.4080	3,218.2496
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	7,529.2353	8,165.6070
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	960.4090	1,080.7033
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2875	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	900.0000	1,159.2000
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	-	240.0000
รวมทั้งสิ้น	165,773.0144	171,373.6703
จำนวนเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐฯ	42,307.2340	44,840.5392
คงเหลืองบกองทุนที่ส่งให้ สปสช.	123,465.7804	126,533.1311

เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2560-ปี2561 : ที่ได้รับ

ประเภทบริการ	ปี 2560 บาท/คน	ปี 2561		
		อัตรา (บาท/คน)	ผลต่างปี60	% เพิ่มลด
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,137.58	1,167.41	29.83	2.62
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป *	1,090.41	1,113.93	23.52	2.16
3. บริการกรณีเฉพาะ	315.14	337.08	21.94	6.96
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค**	405.29	415.55	10.26	2.53
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13	16.13	-	-
6. บริการแพทย์แผนไทย	11.61	11.61	-	-
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะ งบลงทุน	128.69	128.69	-	-
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	5.02	4.92	-0.10	-1.99
9. บริการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ	-	2.00	2.00	100.00
รวม	3,109.87	3,197.32	87.45	2.81
ประชากรลงทะเบียน UC (ล้านคน) ***	48.80	48.80	-	-
เงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ (ล้านบาท)	42,307.23	44,840.54	2,533.31	5.99

หมายเหตุ:

- * บริการผู้ป่วยในทั่วไป รวม Newborn ทุกราย
- ** จำนวนเงินครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน
- *** จำนวนประชากรปี 2561 = 48.7970 ล้านคน

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

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

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

1. ใช้รหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 ของ WHO ปี 2010 และ ICD-10-TM
2. ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการ ตาม ICD-9CM 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) และต้องหัก ลบออกจากการ Admit ครั้งนั้น

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

5. **ต้องจัดทำ Drug catalogue** และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการยา สำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที่ สปสช.กำหนด
6. การให้บริการ**ผู้ป่วยนอก** แล้วต่อมารับไว้เป็น**ผู้ป่วยใน** ภายใน **24 ชม.** ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็น**ผู้ป่วยใน** เท่านั้น
7. กรณีผู้ป่วยใน ใช้ **DRGs Version 5** ในการคำนวณจ่าย
8. การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (**sent date**)
9. ใช้โปรแกรม **e-Claim** ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
 - ส่งข้อมูลภายใน **30 วัน** หลังจำหน่าย/ หลังให้บริการ
 - ส่งข้อมูลเกิน **360 วัน** ถือว่าไม่ประสงค์ขอเบิก

ประเด็นนำเสนอ

1. บริการกรณีเฉพาะ (ส่วนที่มีการจ่ายชดเชยโดย สปสช.กลาง)
2. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป
3. บริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)

บริการกรณีเฉพาะ

- ❖ กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (6รายการ)
- ❖ กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ (5รายการ)
- ❖ กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ (4รายการ)
- ❖ กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (2รายการ)
- ❖ กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (4รายการ)

❖ กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

ประกอบด้วยรายการ ดังนี้

1

กรณีอุบัติเหตุ/
เจ็บป่วยฉุกเฉิน
ผู้ป่วยนอกข้าม
จังหวัด (OPAE)
รวมกำลังพล
สำรอง

2

ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้
ลงทะเบียนเลือก
หน่วยบริการ
ประจำ หรือสิทธิ
ว่างตามมาตรา 8
(PUC)

3

กรณีเฉพาะอื่นๆ
- ผู้ประกันตนส่งเงิน
สมทบไม่ครบ 3
เดือน (IP3SSS) มา
ใช้บริการทาง
การแพทย์
- ผู้ประกันตนส่งเงิน
สมทบไม่ครบ 5
เดือน มาใช้บริการ
คลอด (IP7SSS)
- ผู้รับบริการ
เสียชีวิตก่อน
ลงทะเบียน

กรณีลงทะเบียน
ตามมติบอร์ด

4

กรณีคำพาหนะ
ในการรับส่งต่อ
ผู้ป่วย (CARREF,
CARAE)

5

กรณีผู้ป่วยนอก
รับส่งต่อข้าม
จังหวัด

6

การใช้บริการ
ผู้ป่วยนอก กรณี
ม.7 ที่สถาน
บริการอื่น

❖ กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

ประกอบด้วยรายการ ดังนี้

1

โรคหลอดเลือดสมอง
ตีบหรืออุดตัน
(Stroke fast track)

2

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลันชนิดที่
มีการยกขึ้นของ
คลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST
(ST-elevated
myocardial
infarction fast track)

3

การให้เคมีบำบัด หรือ
ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

4

การผ่าตัดต่อกระดูก
พร้อมเลนส์แก้วตา
เทียม

5

ทันตกรรมจัดฟัน
และฝังพุดสำหรับ
ผู้ป่วยปากแหว่ง
เพดานโหว่

❖ กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

ประกอบด้วยรายการ ดังนี้

1

รายการอุปกรณ์และ
อวัยวะเทียมในการ
บำบัดรักษาโรค รวม

- PCI
- ผ่าตัดข้อเข่า

2

การรักษาด้วย
ออกซิเจนความ
กดดันสูง
(Hyperbaric
Oxygen therapy)

3

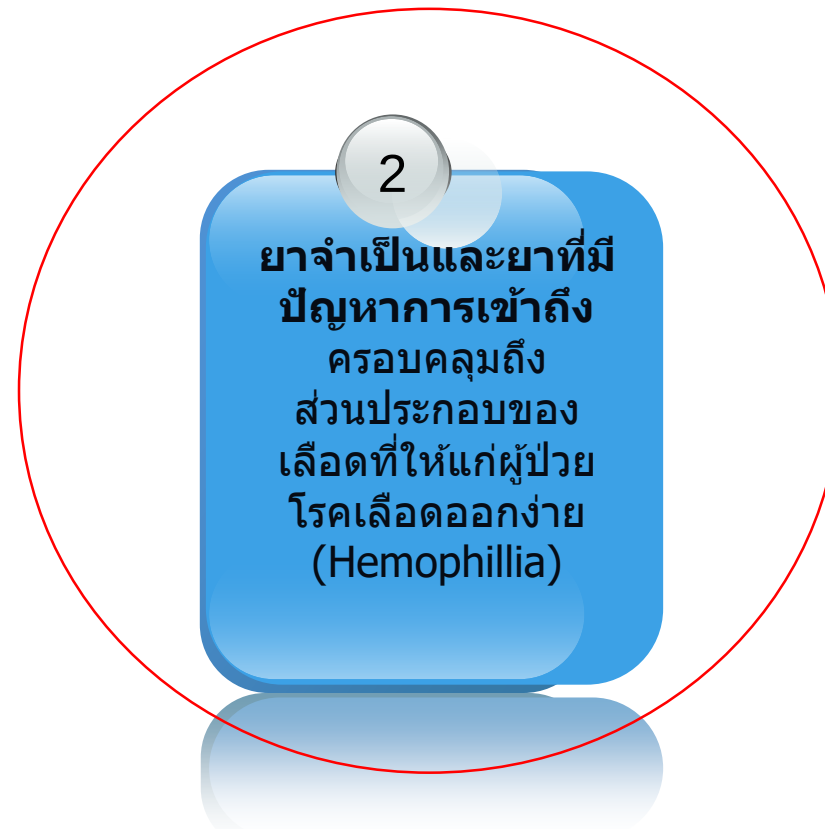
การจัดหาดวงตาสำหรับ
ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน
กระจกตา

4

การผ่าตัดปลูก
ถ่าย/เปลี่ยน
อวัยวะ

❖ กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

ประกอบด้วยรายการ ดังนี้



❖ กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ประกอบด้วยรายการ ดังนี้

1

การดูแลผู้ป่วยเอช
ไอวี
และผู้ป่วยเอดส์

2

การดูแลผู้ป่วย
วัณโรค

3

ค่าบริการบำบัดแทน
ไต
-CAPD
-HD
-KT
-KI
-Vascular access

4

การดูแลแบบประคับ
ประคอง

❖ กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

1

กรณีอุบัติเหตุ/
เจ็บป่วยฉุกเฉิน
ผู้ป่วยนอกข้าม
จังหวัด (OPAE)
รวมกำลังพล
สำรอง

2

ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้
ลงทะเบียนเลือก
หน่วยบริการ
ประจำ หรือสิทธิ
ว่างตามมาตรา 8
(PUC)

3

กรณีเฉพาะอื่นๆ
- ผู้ประกันตนส่งเงิน
สมทบไม่ครบ 3
เดือน (IP3SSS) มา
ใช้บริการทาง
การแพทย์
- ผู้ประกันตนส่งเงิน
สมทบไม่ครบ 5
เดือน มาใช้บริการ
คลอด (IP7SSS)
- ผู้รับบริการ
เสียชีวิตก่อน
ลงทะเบียน

กรณีลงทะเบียน
ตามมติบอร์ด

4

กรณีคำพาหนะ
ในการรับส่งต่อ
ผู้ป่วย (CARREF,
CARAE)

5

กรณีผู้ป่วยนอก
รับส่งต่อข้าม
จังหวัด

6

การใช้บริการ
ผู้ป่วยนอก กรณี
ม.7 ที่สถาน
บริการอื่น

1. กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) รวมกำลังพลสำรอง

❖ เงื่อนไข

1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ
2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง
กรณี ทำแผล, วัคซีนพิษสุนัขบ้า, บาดทะยัก ขอเบิกได้ตามที่ให้บริการ
กรณี กลุ่มทหารผ่านศึก/คนพิการ และสิทธิว่าง สามารถเข้ารับการรักษาได้ตามความจำเป็น
กรณี ผู้ป่วยสังกัดกรมแพทยทหารเรือ/กรมแพทยทหารอากาศ เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ไม่ใช่สังกัดกรมแพทยทหารเรือ/กรมแพทยทหารอากาศ
3. การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครั้งนั้นภายใน 15 วัน (นับจากการเข้ารับบริการในครั้งนั้น) หากผู้ป่วยยังไม่สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้ หน่วยบริการสามารถขอเบิกค่าชดเชยเป็นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อเนื่องได้
4. **ไม่นับ**รวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า

2. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือสิทธิว่างตามมาตรา 8 (PUC)

❖ เงื่อนไข

เป็นการเข้ารับบริการครั้งแรกของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยอาการแรกเริ่มอาจไม่ฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น

3. กรณีเฉพาะอื่นๆ

3.1 การให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม

❖ เงื่อนไข

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

3.2 ผู้ป่วย สิทธิว่าง เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน (OP, IP)

❖ เงื่อนไข

1. **เป็นคนไทย** ที่มีสิทธิตาม UC และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น
2. มีรหัสโครงการพิเศษ **Z75000**
3. ชนิดการจำหน่าย = ตาย (IP)

3.3 กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน (OP, IP)

❖ เงื่อนไข

1. เป็นเด็กแรกเกิดที่ เกิดมามีชีวิต แล้วเสียชีวิตก่อน ลงทะเบียนฯทั้งนี้ ไม่นับรวมเสียชีวิตในครรภ์
2. มีรหัสโครงการพิเศษ : เด็กแรกเกิดเสียชีวิตฯ Z39000
3. ชนิดการจำหน่าย = ตาย หรือ ส่งต่อ (IP)

อัตราจ่าย

IPD



- ❖ กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่างตาม มาตรา 8
- ❖ กรณีการให้บริการผู้ป่วยประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม
- ❖ ผู้ป่วย สิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน
- ❖ กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน



DRGs with Global Budget
(7,000 บาท/AdjRW)



หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามผลงาน
การให้บริการจริง โดยไม่มีการหักเงินเดือน



ออกรายงานขออนุมัติโอนเงินให้แก่หน่วยบริการ

OPD



- ❖ กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAE) **รวม**
กำลังพลสำรอง



Point System with Global Budget
(ปี 2561: 1 Point = 0.90 บาท)



ระวัง !

การปฏิเสธ (Deny) ที่พบบ่อย

รายการ	ความหมาย	การแก้ไข
A03	รหัสโรคอยู่ในกลุ่ม follow up	ตรวจสอบการบันทึก รหัสโรค แก้ไขให้ถูกต้อง แล้วส่งมาใหม่
A10	ใช้รหัส External cause เป็น Pdx	ตรวจสอบการบันทึก รหัสโรคหลัก
A13	ส่งต่อมาจากจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการหลัก	ตรวจสอบการบันทึก PID, วันรักษา, สิทธิ ณ วันรักษา และหน่วยบริการที่ส่งต่อ แก้ไขให้ถูกต้องแล้วส่งเข้ามาใหม่
A14	อยู่ในกลุ่มอาการโรคไม่ฉุกเฉิน อยู่ในกลุ่มโรคการมาตรวจพบ	ตรวจสอบการบันทึก รหัสโรค แก้ไขให้ถูกต้อง แล้วส่งมาใหม่

กรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

สปสช.ได้ดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการแทนผู้ที่หมดสิทธิประกันสังคม และหมดสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ที่กลายเป็นสิทธิว่างตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2554 ตามหนังสือ สปสช.ที่ 17/ว.0877 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2554

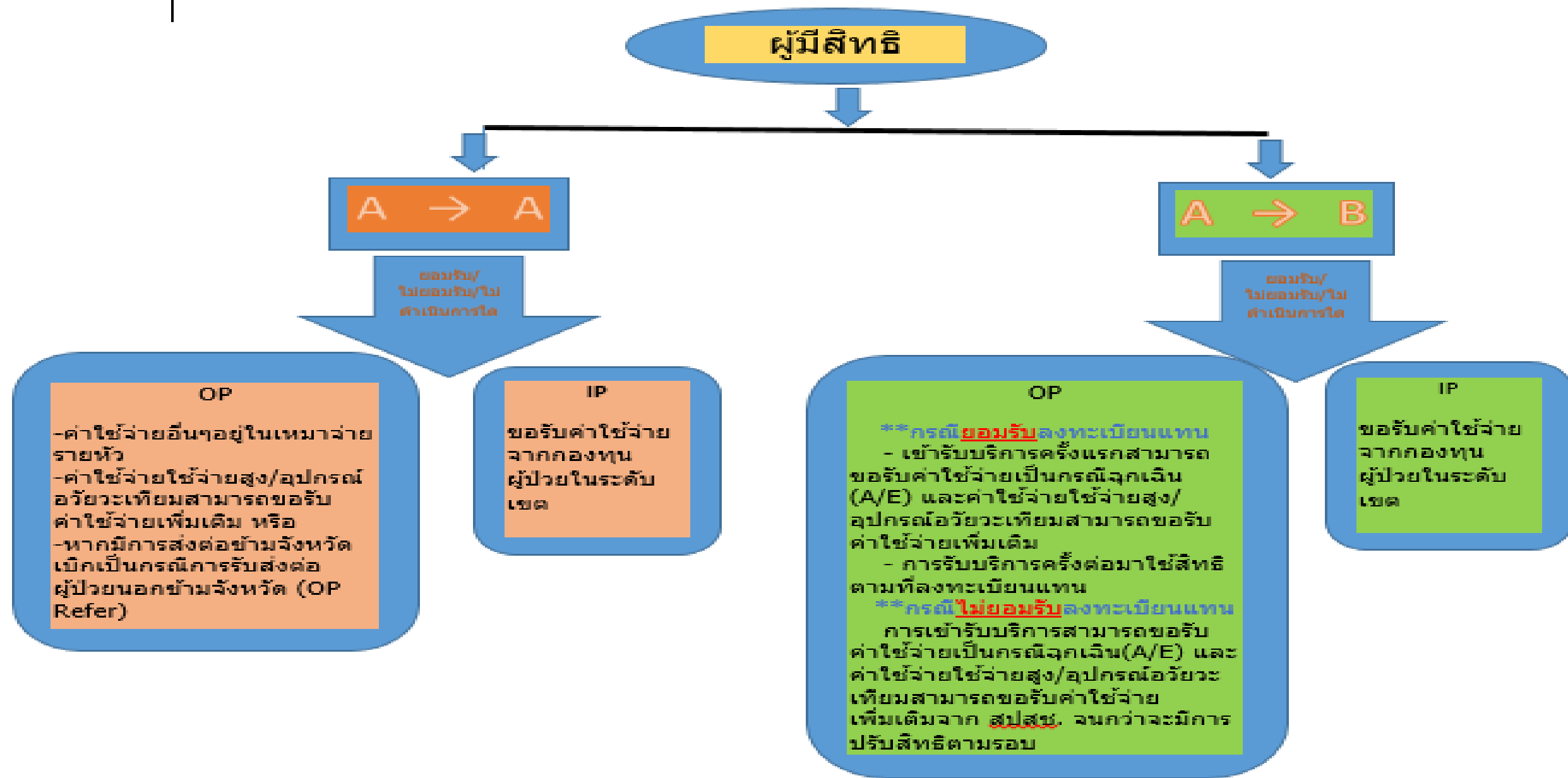
ประเภทการเข้ารับบริการกรณีตามมติบอร์ด

ผู้มีสิทธิ :

- ❖ กรณีที่เข้ารับบริการตรงกับหน่วยบริการที่ลงทะเบียนแทน ทั้ง OP/IP
- ❖ กรณีที่เข้ารับบริการไม่ตรงกับหน่วยบริการที่ลงทะเบียนแทน OP/IP

หลักเกณฑ์เบิกจ่าย กรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

1



4. กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย (CARREF,CARAE)

❖ เงื่อนไข

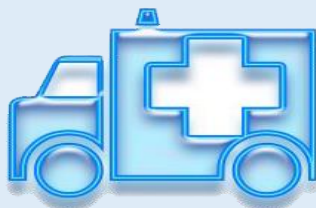
กรณี OP เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์ OPAE และ สิทธิว่างเท่านั้น

กรณี IP ต้องเป็นผู้ป่วยใน ของหน่วยบริการต้นทาง / เบิกค่าใช้จ่ายได้ ทั้งส่งไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า และ รับกลับพักฟื้นหน่วยบริการใกล้บ้าน

หมายเหตุ ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษ ระหว่างการอนุรักษ์ตัวเป็นผู้ป่วยใน

❖ อัตราจ่าย

ค่ารถ :



- กรณีไม่เกิน 50 กม. เบิกตามจริง ไม่เกิน **500** บาท
- กรณีมากกว่า 50 กม. จ่าย **500** บาท+ระยะทางไป-กลับ ด้วยกม.ละ 4 บาท



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

ค่าเฮลิคอปเตอร์ : จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน

จ่ายไม่เกิน 160,000 บาทต่อครั้ง เศษของชั่วโมงคิดเป็นนาที

ระวัง !

การปฏิเสธ (Deny) ที่พบบ่อย

รายการ	ความหมาย	การแก้ไข
C04	เบิกค่ารถรับส่งต่อกรณีมากกว่า 50 กม.แต่บันทึกรหัสรายการขอเบิกไม่ครบถ้วน และ ไม่มีการรับส่งต่อ	บันทึกรหัสรายการขอเบิกให้ครบถ้วน (S1801,S1802) และ รพ.ที่ส่งต่อ

5. กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer)

วัตถุประสงค์

1. คัดกรองผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถของจังหวัด เมื่อถูกส่งต่อให้หน่วยบริการรับส่งต่อมั่นใจว่ามีการตามจ่ายที่เหมาะสม
2. คัดกรองหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ โดยการทำ Risk sharing เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อมีการเรียกเก็บในราคาที่สูงมาก รวมทั้งตรวจสอบความซ้ำซ้อนกับรายการที่ส่วนกลางจ่าย
3. พัฒนาระบบจัดการให้มีประสิทธิภาพ ลดภาระการทำงานด้านเอกสารทั้งการเรียกเก็บ และการตามจ่ายทั่วประเทศ และทำให้มีข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

1. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จากหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อ หรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ **ได้** ยกเว้นกรณีส่งต่อในเขตพื้นที่รอยต่อที่มีพรมแดนติดกัน และสะดวกกว่าการส่งต่อภายในจังหวัดตนเอง **ไม่ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด**
2. จังหวัดในภูมิภาคที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตั้งอยู่ในจังหวัด (UHOSNET) กรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อจาก รพท./รพศ. ไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัด **ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด**
2. การส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจพิเศษต่าง ๆ ถือเป็นการซื้อบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นถือเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการของหน่วยบริการรับส่งต่อในครั้งนั้นด้วย เว้นแต่จะมีการตกลงเป็นอย่างอื่น

5. กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) (ต่อ)

อัตราการจ่ายชดเชย

สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการรับส่งต่อตามผลงานการให้บริการหลังจากส่งข้อมูลเข้าในระบบและมีการอนุมัติรายบุคคลเรียบร้อยแล้ว โดยสปสช.เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

1) ใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP cap) ที่จัดสรรให้กับ CUP ตามจ่ายค่ารักษาตามค่าใช้จ่ายจริง **ไม่เกิน 1,600 /visit**

2) ใช้เงิน OP Refer ตามจ่ายค่ารักษาในส่วนเกิน 1,600 (ส่วนเกินจากข้อ 1) ต่อครั้งบริการ (visit)

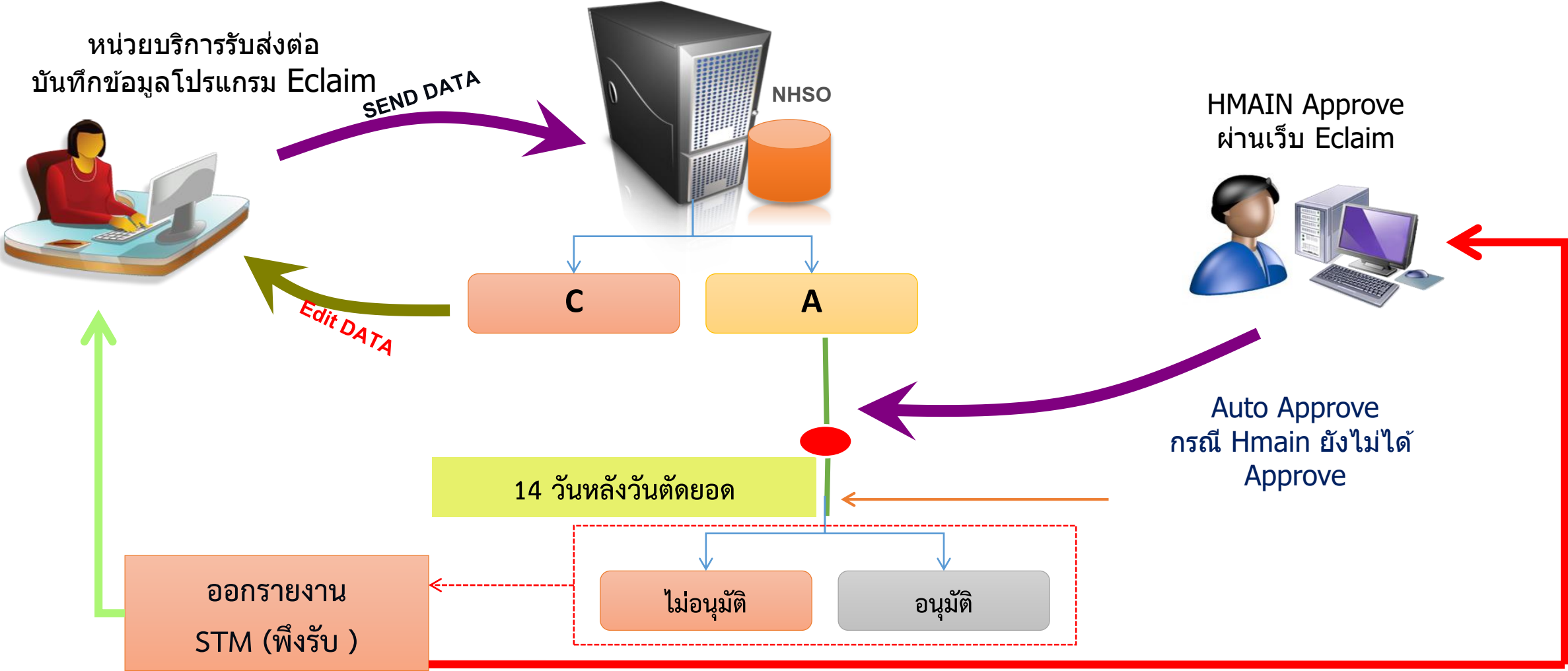
บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการรับส่งต่อ (HCODE)



บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ (HMAIN)



5. กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) (ต่อ)



กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) (ต่อ)

ปฏิทินการตัดยอดข้อมูล การออก Statement และการออกรายงานจ่ายชดเชย (พึงรับ-พึงจ่าย) สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP Refer) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561

เดือนที่ส่งข้อมูล	วันตัดยอด การส่งข้อมูล	สิ้นสุดวัน Approve ข้อมูล	วันส่งข้อมูล ทันเวลา (PS=0)	งวด และวันออก Statement											
				6010	6011	6012	6101	6102	6103	6104	6105	6106	6107	6108	6109
กันยายน 60	30-ก.ย.-60	14-ต.ค.-60	31-ต.ค.-60	31-ต.ค.-60	30-พ.ย.-60	28-ธ.ค.-60	30-ม.ค.-61	27-ก.พ.-61	29-มี.ค.-61	19-ม.ค.-00	17-ม.ค.-00	14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
ตุลาคม 60	31-ต.ค.-60	14-พ.ย.-60	30-พ.ย.-60		30-พ.ย.-60	28-ธ.ค.-60	30-ม.ค.-61	27-ก.พ.-61	29-มี.ค.-61	19-ม.ค.-00	17-ม.ค.-00	14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
พฤศจิกายน 60	30-พ.ย.-60	14-ธ.ค.-60	31-ธ.ค.-60			28-ธ.ค.-60	30-ม.ค.-61	27-ก.พ.-61	29-มี.ค.-61	19-ม.ค.-00	17-ม.ค.-00	14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
ธันวาคม 60	31-ธ.ค.-60	14-ม.ค.-61	31-ม.ค.-61				30-ม.ค.-61	27-ก.พ.-61	29-มี.ค.-61	19-ม.ค.-00	17-ม.ค.-00	14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
มกราคม 61	31-ม.ค.-61	14-ก.พ.-61	28-ก.พ.-61					27-ก.พ.-61	29-มี.ค.-61	19-ม.ค.-00	17-ม.ค.-00	14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
กุมภาพันธ์ 61	28-ก.พ.-61	14-มี.ค.-61	31-มี.ค.-61						29-มี.ค.-61	19-ม.ค.-00	17-ม.ค.-00	14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
มีนาคม 61	31-มี.ค.-61	14-เม.ย.-61	30-เม.ย.-61							19-ม.ค.-00	17-ม.ค.-00	14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
เมษายน 61	30-เม.ย.-61	14-พ.ค.-61	31-พ.ค.-61								17-ม.ค.-00	14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
พฤษภาคม 61	31-พ.ค.-61	14-มิ.ย.-61	30-มิ.ย.-61									14-ม.ค.-00	31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
มิถุนายน 61	30-มิ.ย.-61	14-ก.ค.-61	31-ก.ค.-61										31-ก.ค.-61	30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
กรกฎาคม 61	31-ก.ค.-61	14-ส.ค.-61	31-ส.ค.-61											30-ส.ค.-61	28-ก.ย.-61
สิงหาคม 61	31-ส.ค.-61	14-ก.ย.-61	30-ก.ย.-61												28-ก.ย.-61
สจช. ขออนุมัติจ่ายชดเชย (10 วัน)				10-พ.ย.-60	10-ธ.ค.-60	07-ม.ค.-61	09-ก.พ.-61	09-มี.ค.-61	08-เม.ย.-61	29-ม.ค.-00	27-ม.ค.-00	24-ม.ค.-00	10-ส.ค.-61	09-ก.ย.-61	08-ต.ค.-61
หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย (15 วัน)				25-พ.ย.-60	25-ธ.ค.-60	22-ม.ค.-61	24-ก.พ.-61	24-มี.ค.-61	23-เม.ย.-61	13-ก.พ.-00	11-ก.พ.-00	08-ก.พ.-00	25-ส.ค.-61	24-ก.ย.-61	23-ต.ค.-61

การนับว่าส่งข้อมูลทันกำหนด คือส่งภายใน 30 วัน หลังจากวันที่รับบริการ (DATEADM) ยกเว้น STM 6010 ที่สามารถรับข้อมูลบริการตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 60 – กันยายน 60

6. การใช้บริการผู้ป่วยนอก กรณี มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น

ความเป็นมา

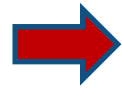
- **20 ธ.ค. 2559** ประกาศใช้ พรบ.สถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) 2559 มีผลบังคับใช้ **21 ธ.ค. 2559**
- **28 มีนาคม 2560** – คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ
- **31 มี.ค. 2560** กระทรวงสาธารณสุข ประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ในพระราชกฤษฎีกาเบกษา มีผลบังคับใช้ วันที่ 1 เมษายน 2560
- **1 เม.ย. 2560** เริ่มระบบ UCEP
- **13 ก.ค. 2560** ประกาศใช้ข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560
- **1 เม.ย. 2560** มีผลบังคับใช้มาตรา 7 เป็นต้นไป

ความแตกต่างระหว่าง EMCO และ UCEP

รายละเอียด	EMCO	UCEP
1. ระยะเวลาเข้ารับบริการ	1 เม.ย.55-31 มีค. 60	ตั้งแต่ 1 เม.ย.60 เป็นต้นไป
2. ประเภทผู้ป่วย	แดง และเหลือง (ผู้ป่วยวิกฤตและรุนแรง)	แดง เท่านั้น (ผู้ป่วยวิกฤติ)
2. อัตราจ่าย	ผู้ป่วยนอก จ่ายตามรายการที่กำหนด ผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบ DRGs. = 10,500บาทต่อ adj.rw	กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบ fee schedule ใน 72 ชม. แรก
3. ระยะเวลาการจ่ายเงินสดเชย โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องถูกเรียกเก็บ	ไม่ได้กำหนดระยะเวลา - จ่ายสดเชยถึง วันจำหน่าย	กำหนดระยะเวลา 72 ชม. ภายหลัง 72 ชม.หากหา เตียงย้ายไม่ได้ หน่วยงานต้นสังกัดรับผิดชอบ ระเบียบการจ่ายเงินขึ้นอยู่กับกองทุนนั้นๆ
4. วิธีการบันทึกข้อมูลและการ จ่ายเงินหลัง 72 ชม.		เฉพาะสิทธิ UC และ อปท. บันทึกผ่านโปรแกรม UCEP โดย UC จ่ายแบบ Fee for Service ส่วน อปท. อยู่ระหว่างแก้ไขระเบียบ สิทธิอื่นๆ ติดต่อด้านสังกัด
4. การจ่ายเงินให้รพ.เอกชน	สปสช. สำรองจ่ายให้ทุกกองทุน (มีผล ถึง1 เม.ย. 60) -หลังจากนั้น สปสช. ส่งข้อมูลให้ กองทุนตรวจสอบเพื่อโอนเงินให้ สปสช. จ่ายเงินคืน รพ. เอกชน -ปีระบบ 1 เมษายน 2561	หน่วยงานต้นสังกัดจ่ายเงินเอง

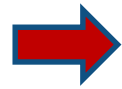
ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือ
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินพ.ศ. ๒๕๖๐

ผู้มีสิทธิ



ผู้มีสิทธิลงทะเบียนแล้วเท่านั้น

สถานพยาบาลอื่น



สถานพยาบาลของเอกชน นอกบบUC

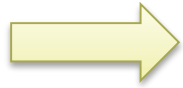
ประกอบด้วย 3 กรณีดังนี้

1. กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ หรือ กรณี UCEP
2. กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน/ไม่รุนแรง หรือ กรณี Non-UCEP
3. กรณีเหตุสมควร

มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป



ใน 72 ชั่วโมงแรก



ทุกกองทุนจ่ายตามระบบ Fee schedule

หลัง 72 ชั่วโมง



ทุกกองทุนจ่ายตามที่ตกลงหรือจ่ายตามจริง

สำหรับสิทธิ UC หลัง 72 ชั่วโมง

- กรณีที่**ไม่สามารถย้ายกลับเข้าระบบ**ได้เนื่องจาก ยังไม่พ้นภาวะวิกฤตหรือกรณีไม่มีเตียงรับย้าย สถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **ตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลหรือตามข้อตกลง**ระหว่างสถานบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กรณีผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและมีเตียงรับย้ายแต่**ไม่ประสงค์ย้ายกลับเข้าระบบ** ให้ผู้ป่วย**รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง**

❖ กรณีการเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

1

โรคหลอดเลือดสมอง
ตีบหรืออุดตัน
(Stroke fast track)

2

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลันชนิดที่
มีการยกขึ้นของ
คลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST
(ST-elevated
myocardial
infarction fast track)

3

การให้เคมีบำบัด หรือ
ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

4

การผ่าตัดต่อกระดูก
พร้อมเลนส์แก้วตา
เทียม

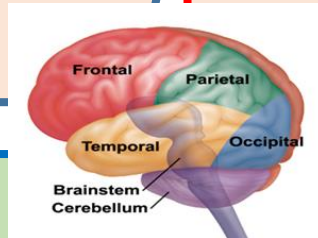
5

ทันตกรรมจัดฟัน
และฝึกพูดสำหรับ
ผู้ป่วยปากแหว่ง
เพดานโหว่

1.โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

- จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ **ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA** และได้รับ**การตรวจ CT Brain** ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือมีการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
- จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน



การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

- 1.บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
- 2.ระบุรหัสโรคของภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน
- 3.ระบุรหัสหัตถการตามที่กำหนด (หัตถการ CT Brain และ Thrombolytic agent และ/หรือการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 4.บันทึกการจ่ายยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalogue ในหน้าค่ารักษาพยาบาล

อัตราการจ่ายชดเชย

- ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา **เหมาจ่ายรายละ 49,000 บาท**

2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

- จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
- จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

- 1.บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
- 2.ระบุรหัสโรคของภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST
- 3.ระบุรหัสหัตถการตามที่กำหนด (ฉีดThrombolytic agent)
- 4.บันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalogue ในหน้าค่ารักษาพยาบาล

อัตราการจ่ายชดเชย

- ☐ ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา รายละ 10,000 บาท
- ☐ ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา **เหมาจ่ายรายละ 49,000 บาท**



3.การให้เคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. กรณีโรคมะเร็ง **20** ชนิด ที่มีโปรโตคอลในการรักษา แยกเป็น

- ❖ กรณีให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด
- ❖ กรณีไม่ได้รับการรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

2. กรณีโรคมะเร็งที่ไม่มีโปรโตคอลในการรักษา ได้แก่โรคมะเร็ง นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1.

เดิม 11 ชนิด

ประกาศเพิ่มเติม 9 ชนิด รวมเป็น 20 ชนิด (เริ่ม 1 มกราคม 2561)

3.การให้เคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ลำดับ	ปี 2560	ลำดับ	ปี 2561
1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)	1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)	2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)	3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
		4	มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)
4	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)	5	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
5	มะเร็งปอด (Lung cancer)	6	มะเร็งปอด (Lung cancer)
6	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)	7	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
7	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)	8	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)	9	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
9	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)	10	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
		11	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
10	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)	12	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
11	มะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	13	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟบลาสต์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
		14	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
		15	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
		16	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia : APL
		17	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
		18	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา (Myeloma)
		19	มะเร็งกระดูก ชนิด osteosarcoma
		20	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)

3.การให้เคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

แนวทางการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. การรักษามะเร็งตามโปรโตคอล สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีอายุยังไม่ถึงให้สามารถรักษาแบบมะเร็งทั่วไปได้ ยกเว้น กรณีการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ ที่มีการกำหนดโปรโตคอลการรักษาในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี
2. รายการยาที่ประกาศใช้ เป็นรายการยาตามที่ สปสช.กำหนด (**ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ**)
3. ค่า **BSA** (Body surface area) คำนวณตามจริงในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เกิน 2 ตารางเมตร สำหรับยาเคมีบำบัดชนิดรับประทานและฉีดเข้าเส้นเลือด ยกเว้น ยาฮอร์โมน และยาเสริมภูมิคุ้มกันชนิดใส่ภายในกระเพาะปัสสาวะ คือยา BCG และ Mitomycin C
4. หน่วยบริการที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งตามโปรโตคอล ต้องบันทึกตามแบบฟอร์มการ แบ่งระยะตามชนิดมะเร็ง ตามแบบ FM-06-031 เก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อสำหรับตรวจสอบภายหลังด้วย
5. สูตรยาในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตามโปรโตคอล ที่มีรายการยาเคมีบำบัดอยู่ในกลุ่ม ยา จ (2) หน่วยบริการที่รักษา จะได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยา ตามระบบ VMI ได้แก่ ยา Docetaxel และ Letrozole ที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด

3.การให้เคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

การจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประเภทการ รับบริการ	ชนิดมะเร็ง	ICD10 (Pdx. หรือ Sdx)	ยามะเร็ง	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก	20 โปรโตคอล	CA Protocol	ตรงตามโปรโตคอลทุกรายการ	จ่ายค่ายาไม่เกินราคาที่ประกาศ+ค่าผสมยา 160 บาท และรังสีรักษาไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		CA Protocol	ไม่ตรงโปรโตคอล หรือมียานอกบัญชียาหลัก	จ่ายค่ายาทุกรายการตามเรียกเก็บและค่าผสมยา 160บาท รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท และรังสีรักษาไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	มะเร็งทั่วไป	ไม่ใช่CA Protocol	ยามะเร็ง	จ่ายค่ายาและรังสีรักษารวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท
ผู้ป่วยใน	20 โปรโตคอล	CA Protocol	ตรงตามโปรโตคอลทุกรายการ	จ่าย Deduct DRG (CCUF) Add on ค่ายามะเร็งตามราคาเรียกเก็บไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ รังสีรักษารวมอยู่ใน DRG
		CA Protocol	ไม่ตรงโปรโตคอล หรือมียานอกบัญชียาหลัก	จ่าย DRG ปกติ ไม่มี add on
	มะเร็งทั่วไป	ไม่ใช่ CA Protocol	ยามะเร็ง	จ่าย DRG ปกติ ไม่มี add on

ผู้ป่วยนอก : สปสช.จ่ายชดเชยค่ายาเคมี/ ยาฮอร์โมน/ ค่ารังสีรักษา / รังสีวางแผน เป็นรายครั้ง ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก แต่ไม่เกินอัตราเพดานที่กำหนด

- ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB , และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน /รังสีรักษา / รังสีวางแผน หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

ผู้ป่วยใน : จ่ายตาม ระบบ DRGs with Global Budget

ในเขต ตามวงเงินผู้ป่วยในระดับเขต มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ

ข้ามเขต Adj.RW 9,600 บาทต่อ Adj.RW โดยไม่หักเงินเดือน

4. การผ่าตัดต้อกระจก พร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียมเฉพาะกรณีมีการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) V/A แย่กว่า 20/200 ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการรับส่งต่อใน UC ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ศักยภาพฯ ที่กำหนด
- ผู้ป่วยโรคต้อกระจกประเภทอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่นๆ จ่ายชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. จ่ายชดเชยค่าผ่าตัดแบบเหมาจ่าย
 - การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ชำงละ 7,000 บาท
 - การผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ชำงละ 9,000 บาท
 - การผ่าตัดในรายที่ VA ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 ชำงละ 5,000 บาท
 2. จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียมแบบเหมาจ่าย
 - ❑ เลนส์พับได้ ชำงละ 2,800 บาท
 - ❑ เลนส์แข็ง ชำงละ 700 บาท
- หมายเหตุ:** เฉพาะเลนส์ที่อยู่ในประกาศของ สปสช. และชนิดเลนส์ตามรหัส Instrument

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

- บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
- บันทึกการให้การวินิจฉัยโรคเป็นต้อกระจกในผู้สูงอายุ และบันทึกการให้การวินิจฉัยโรครองที่ระดับสายตา(V/A)
- บันทึกการหักลดการตามที่กำหนด การผ่าตัด 2 ข้างต้องระบุ extension code มากับรหัส ICD9-CM ด้วย
- บันทึกข้อมูลเบิกเลนส์แก้วตาเทียม ในหน้าค่ารักษาพยาบาล (ช่องอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา)

❖ กรณิเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

1

รายการอุปกรณ์และ
อวัยวะเทียมในการ
บำบัดรักษาโรค รวม

- PCI
- ผ่าตัดข้อเข่า

2

การรักษาด้วย
ออกซิเจนความ
กดดันสูง
(Hyperbaric
Oxygen therapy)

3

การจัดหาดวงตาสำหรับ
ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน
กระจกตา

4

การผ่าตัดปลูก
ถ่าย/เปลี่ยน
อวัยวะ

1. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

รายการ	เงื่อนไข	อัตราการจ่าย
อุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค	จำนวนรายการ และข้อป่งซี่ เป็นไปตามที่กำหนดในประกาศ	ระบบ Point system with ceiling and global budget <u>อัตราจ่าย = 0.9 บาท/Point</u>

ข้อเข้าเทียม

- ยกเลิกการจ่ายชดเชยอุปกรณ์ตามระบบ VMI
- จ่ายชดเชยเป็นเงิน ไม่เกินเพดานที่กำหนด
- แยกรหัสการเบิกชดเชยค่าอุปกรณ์
 - ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty : TKA)
 - ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมบางส่วน (Unicompartmental Knee Arthroplasty : UKA)

2. การรักษาด้วยด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

รายการ	เงื่อนไข	อัตราการจ่าย
การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)	เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) * กรณีการรักษาในโรคอื่นๆ เหมาะรวมอยู่ในบริการ OP/IP	บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน ชั่วโมงละ 12,000 บาท

❖ กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

1

**ค่าสาร
เมทาโดน**

2

**ยาจำเป็นและยาที่มี
ปัญหาการเข้าถึง
ครอบคลุมถึง
ส่วนประกอบของ
เลือดที่ให้แก่ผู้ป่วย
โรคเลือดออกง่าย
(Hemophillia)**

1. คำสารเมทาโดน

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

1. หน่วยบริการที่รักษาต้องเป็นหน่วยที่ผ่านการประเมินตามแนวทางที่กำหนดเท่านั้น

2. ตรวจสอบ ICD10/ICD9 เพื่อให้ตรงตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด คือ

Pdx = F11.2

ICD9=9425 other psychiatric drug therapy

3. จำนวนครั้ง = จำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ

หมายเหตุ : ตรวจสอบตามเงื่อนไขนี้กับข้อมูลที่ส่งตั้งแต่วันที่ **1 ตุลาคม 2559**

❖ กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

1

การดูแลผู้ป่วยเอช
ไอวี
และผู้ป่วยเอดส์

2

การดูแลผู้ป่วย
วัณโรค

3

ค่าบริการบำบัดแทน
ไต
-CAPD
-HD
-KT
-KI
-Vascular access

4

การดูแลแบบประ
คับ
ประคอง

**การบริหารกองทุนและแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561**

กรอบการบริหารงบกองทุน OP กทม. ปีงบประมาณ 2561

งบ OP ประเทศ
1,167.41 บาท/ปชก.

2.จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 9 บาท/ปชก.

3.บริการตรวจคัดกรองและยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ 2.28 บาท/ปชก.

1.จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ 1,156.13 บาท/ปชก.

สปสช.กทม.ได้รับ 1,196.88 บาท/ปชก.

จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ
965.65 บาท/ปชก.

จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิเท่ากัน
231.23 บาท/ปชก.

จัดสรรให้หน่วยบริการ (Diff Cap.)
877.88 บาท/ปชก.

Central reimburse
87.77 บาท/ปชก.

Central Reimburse 313+6 = 319 บาท/ปชก.

New !

ทันตกรรมรักษา
4 บาท/ปชก.

PD/HD
2 บาท/ปชก.

OP AE
15 บาท/ปชก.

OP พิการ
100 บาท/ปชก.

OP Refer
160 บาท/ปชก.

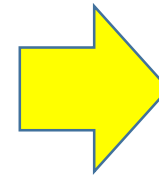
OP High cost
3 บาท/ปชก.

NONI
5 บาท/ปชก.

Chronic
20 บาท/ปชก.

OP Individual
10 บาท/ปชก.

การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ



965.65 บาทต่อประชากร

- จ่ายเป็นรายเดือน คำนวณตาม point ประชากร ไม่รวมผู้พิการ
- คำนวณปรับตามโครงสร้างอายุประชากร ภาระโรค ผลงานบริการ
- อัตราขั้นต่ำ 738.31 บาท/ประชากร/ปี
- หน่วยบริการภาคเอกชน จ่ายล่วงหน้า 3 เดือน

กรณี Model ศบส. - คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ

- ❑ คำนวณงบประมาณตาม point ประชากรของ ศบส. 68 แห่ง จัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานภายใต้ Global budget รายเดือน

กรณี Model ศบส. - รพ.กลาง และ ศบส.- รพ.เจริญกรุงประชารักษ์

- ❑ คำนวณงบประมาณตาม point ประชากรของ ศบส. จัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานภายใต้ Global budget รายเดือน

กรณี Model ศบส.16 - รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- ❑ คำนวณงบประมาณตาม point ประชากรของ ศบส.16 จัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานภายใต้ Global budget รายเดือน

การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ ปิงบประมาณ 2561

กำหนดการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัว (OP Cap) สำหรับหน่วยบริการ ปิงบประมาณ 2561

งวดการจ่าย	เดือน	point ประชากร		ส่งเอกสารเบิกจ่าย สบก.	วันโอนเงิน
งวดที่ 1	เดือนตุลาคม 2560	01 ตค. 60	-	20 ตค. 60	31 ตค. 60
งวดที่ 2	เดือนพฤศจิกายน 2560	01 ตค. 60	15 ตค. 60	10 พย. 60	27 พย. 60
งวดที่ 3	เดือนธันวาคม 2560	28 ตค. 60	15 พย. 60	10 ธค. 60	25 ธค. 60
งวดที่ 4	เดือนมกราคม 2561	28 พย. 60	15 ธค. 60	10 มค. 61	25 มค. 61
งวดที่ 5	เดือนกุมภาพันธ์ 2561	28 ธค. 60	15 มค. 61	10 กพ. 61	26 กพ. 61
งวดที่ 6	เดือนมีนาคม 2561	28 มค. 61	15 กพ. 61	10 มีค. 61	26 มีค. 61
งวดที่ 7	เดือนเมษายน 2561	28 กพ. 61	15 มีค. 61	10 เมย. 61	25 เมย. 61
งวดที่ 8	เดือนพฤษภาคม 2561	28 มีค. 61	15 เมย. 6	10 พค. 61	25 พค. 61
งวดที่ 9	เดือนมิถุนายน 2561	28 เมย. 61	15 พค. 61	10 มิย. 61	25 มิย. 61
งวดที่ 10	เดือนกรกฎาคม 2561	28 พค. 61	15 มิย. 61	10 กค. 61	25 กค. 61
งวดที่ 11	เดือนสิงหาคม 2561	28 มิย. 61	15 กค. 61	10 สค. 61	27 สค. 61
งวดที่ 12	เดือนกันยายน 2561	28 กค. 61	15 สค. 61	10 กย. 61	25 กย. 61
งวดที่ 13	เดือนกันยายน 2561	28 สค. 61	15 กย. 61	20 กย. 61	28 กย. 61

หมายเหตุ

- เพื่อให้หน่วยบริการมีสภาพคล่องในการบริหารจัดการด้านการเงิน สำหรับหน่วยบริการภาคเอกชน สปสช. กทม. ได้มีการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว OP ทดรองจ่ายสำหรับหน่วยบริการภาคเอกชน 3 เดือน โดยคำนวณจาก point ประชากร วันที่ 1 ตุลาคม 2560 และใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential capitation) ปิงบประมาณ 2561 และแบ่งหักคืนเงินทดรองจ่ายเป็นรายเดือน 12 งวดเท่าๆกัน จนครบถ้วนตามจำนวนเงินที่ทดรองจ่าย
- สปสช. กทม. ได้กำหนดการจ่ายงบเหมาจ่ายรายหัวเป็นรายเดือน เพื่อให้หน่วยบริการได้รับโอนเงินก่อนวันสิ้นเดือน การจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวงวดที่ 1 สปสช. กทม. คำนวณจ่ายเบื้องต้น โดยใช้ point ประชากร วันที่ 1 ตุลาคม 2560 และใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential capitation) ปิงบประมาณ 2561 โดยกำหนดอัตราต่ำสุด = 738.31 ต่อประชากร
- เดือนกันยายน 2561 การจัดสรรเงินงวดที่ 13 (วันที่ 28 สิงหาคม และ 15 กันยายน) สำนักงานฯ จะหักกลบกับการจ่ายงวดที่ 1 และจัดสรรส่วนต่างเพิ่มเติม
- กรณี สปส.-คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล , สปส.-โรงพยาบาลกลาง , สปส.-โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จัดสรรตามผลงานบริการภายใต้วงเงิน Global budget รายเดือน

การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามการบริการ (Central Reimbursement) ในกรุงเทพมหานคร

- OPAE
- OP พิการ
- OP High cost
- NONI
- OP Refer
- On top chronic disease
- OP Individual data
- ทันตกรรมรักษา

มติ สปส.ครั้งที่ 5/2560 วันที่ 29 สิงหาคม 2560

- ให้บันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายทุกหมวดตามรหัสของกรมบัญชีกลาง
- บันทึกการยาโดยใช้รหัส **TMT**
- หากตรวจสอบพบว่าข้อมูลรหัสไม่ถูกต้อง สำนักงานฯ จะประมวลผลข้อมูลไม่ผ่าน/ปฏิเสธการจ่าย จนกว่าจะมีการแก้ไขให้ถูกต้อง



Adobe Acrobat
Document



Adobe Acrobat
Document

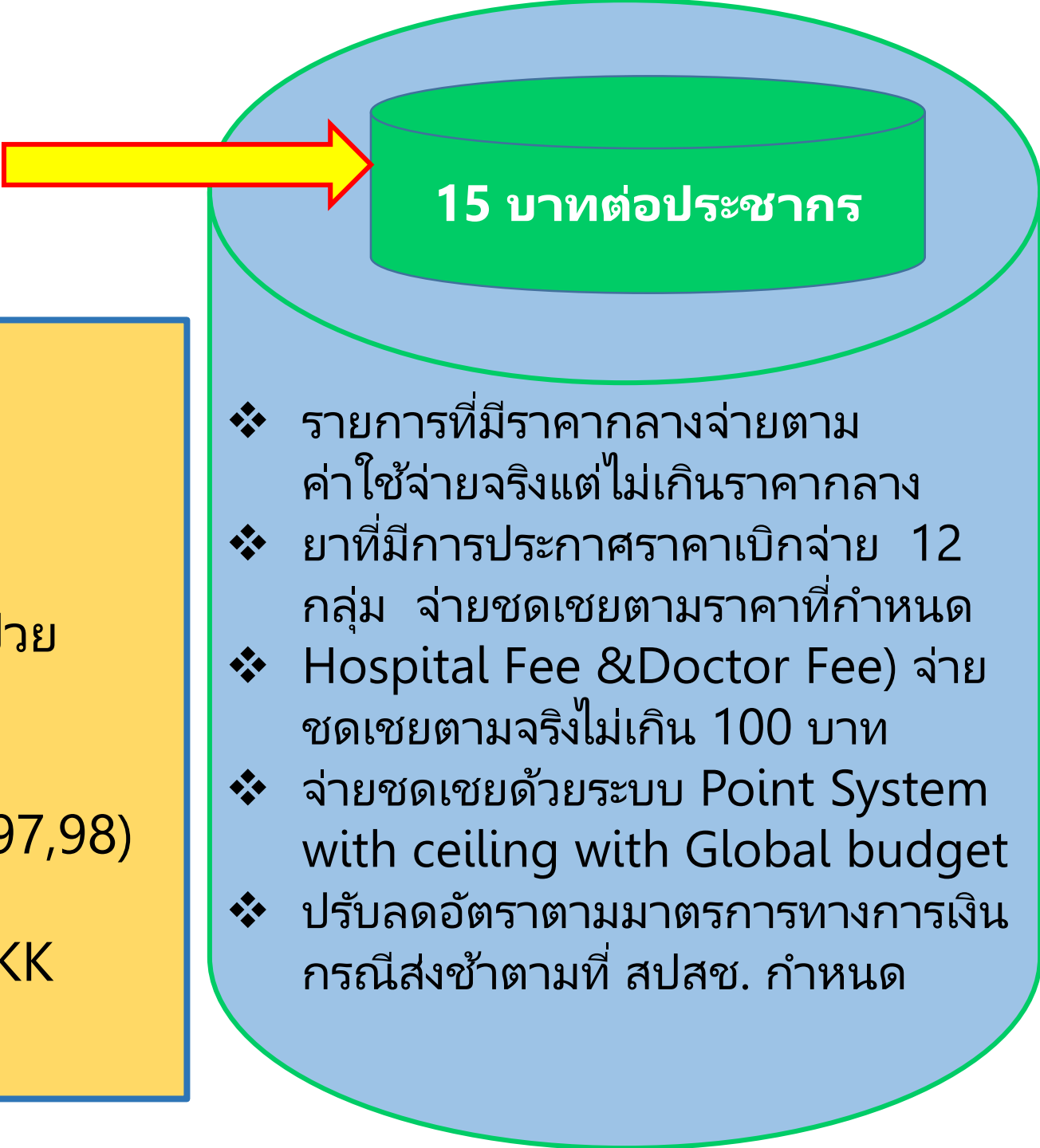


Adobe Acrobat
Document

**OPAE :การจ่ายชดเชยผู้ป่วยนอก
กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
ต่างบัญชีเครือข่าย**

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- ผู้ป่วยสิทธิ UC มีหน่วยบริการประจำใน กรุงเทพมหานคร
- ให้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- เข้ารับบริการไม่ตรงกับหน่วยบริการประจำ
- สิทธิย่อยทหารผ่านศึก (รหัส 66,67,75,80,97,98) เข้ารับบริการไม่ตรงกับหน่วยบริการประจำ
- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม OP BKK CLAIM เลือก OP TYPE 3



15 บาทต่อประชากร

- ❖ รายการที่มีราคากลางจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลาง
- ❖ ยาที่มีการประกาศราคาเบิกจ่าย 12 กลุ่ม จ่ายชดเชยตามราคาที่กำหนด
- ❖ Hospital Fee & Doctor Fee) จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 100 บาท
- ❖ จ่ายชดเชยด้วยระบบ Point System with ceiling with Global budget
- ❖ ปรับลดอัตราตามมาตรการทางการเงินกรณีสงฆ์ตามที่ สปสช. กำหนด

OP พิการ : บริการผู้ป่วยนอก กรณีผู้พิการ

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- ผู้ป่วยสิทธิ UC มีหน่วยบริการประจำใน กรุงเทพมหานคร สิทธิย่อยผู้พิการ (ท.74)
- เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการอื่นในกรุงเทพมหานคร
- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม OP BKK CLAIM เลือก OP TYPE 4

กรณีฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และอุปกรณ์เครื่องช่วย
คนพิการ จ่ายชดเชยทั้งสิทธิ UC กทม.และ ตจว.



เอกสาร Microsoft
Word

100 บาทต่อประชากร
+ รายหัวของผู้พิการ
+ 160 บาท (op refer)
ของผู้พิการ

- ❖ รายการที่มีราคากลางจ่ายตาม
ค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลาง
- ❖ ยาที่มีการประกาศราคาเบิกจ่าย 12
กลุ่ม จ่ายชดเชยตามราคาที่กำหนด
- ❖ Hospital Fee & Doctor Fee) จ่าย
ชดเชยตามจริงไม่เกิน 100 บาท
- ❖ จ่ายชดเชยด้วยระบบ Point System
with ceiling with Global
budget
- ❖ ปรับลดอัตราตามมาตรการทาง
การเงินกรณีส่งซ้ำตามที่ สปสช.
กำหนด

OP Refer : บริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ และ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินในบัญชีเครือข่ายเดียวกัน

คลินิกเดี่ยว

160 บาทต่อประชากร

- หน่วยบริการประจำรับผิดชอบค่าใช้จ่ายไม่เกิน 1,600 บาท ส่วนเกินจาก 1,600 บาทจ่ายจากกองทุน OP Refer
- รายการ/บริการที่เข้าเงื่อนไขหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยจากกองทุน central reimburse ของ สปสช.กลาง ให้บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim
- กรณียาที่มีการประกาศราคาเบิกจ่าย 12 กลุ่ม จ่ายชดเชยตามราคาที่กำหนด , รายการที่มีการกำหนดราคากลางแล้ว จ่ายชดเชย ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินราคากลาง
- กรณีรายการที่กำหนดเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (OP High cost) จ่ายชดเชยจากกองทุน OP High cost ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด
- หน่วยบริการรับส่งต่อ บันทึกข้อมูลในโปรแกรม OP BKK CLAIM เลือก OP TYPE 0 หรือ 1 หรือ 2
- Hospital Fee จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 100 บาท
- Doctor Fee จ่ายชดเชยตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อ
- กรณีปล่อยให้อนุมัติโดยระบบ (auto approve) ค่าใช้จ่ายของ visit นั้น หน่วยบริการประจำต้องตามจ่ายเองทั้งหมด

รพ.และคลินิกในเครือ รพ.

40 บาทต่อประชากร

- หน่วยบริการประจำรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- รายการ/บริการที่มีการกำหนดราคากลางแล้ว จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินราคากลาง
- รายการ/บริการที่เข้าเงื่อนไขหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยจากกองทุน central reimburse ของ สปสช. ส่วนกลาง ให้บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim
- บริการตรวจวินิจฉัยพิเศษผู้ป่วยนอก 272 รายการ กรณีส่งต่อนอกบัญชีเครือข่าย จ่ายจากหน่วยบริการประจำ 50 % และจ่ายจากกองทุน OP Refer 50 %
- กรณีหน่วยบริการประจำให้บริการ 272 รายการ บันทึกข้อมูล OP TYPE 5 ได้รับชดเชย 50% ของค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 50% ของราคากลาง

ผังการตรวจสอบอนุมัติข้อมูล OP Refer



เอกสาร Microsoft
Word

1. ข้อมูลผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นโดยระบบ หน่วยบริการประจำต้องตรวจสอบภายใน 30 วัน
2. กรณีหน่วยบริการประจำปฏิเสธ หน่วยบริการรับส่งต่ออุทธรณ์ข้อมูลครั้งที่ 1 แล้วหน่วยบริการประจำมีเวลาตรวจสอบกรณีอุทธรณ์ ภายใน 15 วัน
3. กรณีหน่วยบริการประจำไม่ตรวจสอบ ปล่อยให้ auto approved โดยระบบ ค่าใช้จ่ายของ visit นั้นหน่วยบริการประจำต้องตามจ่ายเองทั้งหมด โดย สปสช. กทม.ทำหน้าที่ clearing house
4. กรณีหน่วยบริการประจำปฏิเสธครั้งที่ 2 หน่วยบริการรับส่งต่ออุทธรณ์อีกครั้ง ข้อมูลจะถูกตรวจสอบและพิจารณาโดย สปสช. กทม.
5. กรณีที่ สปสช. ปฏิเสธ แล้วหน่วยบริการอุทธรณ์อีกครั้ง ข้อมูลจะถูกนำเสนอให้คณะทำงาน OP Refer พิจารณา

**การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก
กรณีค่าใช้จ่ายสูง (OP High cost)**



3 บาทต่อประชากร

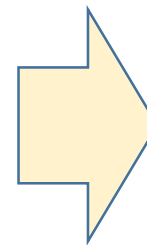
เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- ผู้ป่วยสิทธิ UC มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร
- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM
- จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินราคาที่กำหนด



แผ่นงาน Microsoft
Excel 97-2003

**NONI : การจ่ายชดเชยกรณีถึงผู้ป่วยนอกถึง
ผู้ป่วยใน และการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่**



OP : 7 บาทต่อประชากร

IP : 5 บาทต่อประชากร

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- ผู้ป่วยสิทธิ UC มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร
- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม OP BKK CLAIM
- จ่ายชดเชยตามอัตราที่กำหนด 11 รายการ



เอกสาร Microsoft
Word

การจ่ายชดเชย กรณีถึงผู้ป่วยนอกถึงผู้ป่วยใน (NONI) และการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่

1

การให้เลือดในผู้ป่วย **Thalassemia**



จ่ายชดเชยตาม รายการ และ
ราคาของกรมบัญชีกลาง

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

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	จ่ายชดเชยตามจริง ไม่เกิน 3,000 บาท/visit
	1264	Trabeculectomy ab externo	5,500	จ่ายชดเชยตามจริง ไม่เกิน 5,500 บาท/visit

Retinopathy

CMV

NONI

4

เพิ่มเติม 3 รายการ

รหัส	รายการ	อัตราการจ่ายชดเชย	เงื่อนไขการจ่าย
5498	Peritoneal dialysis	จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อวัน	ผู้ป่วย acute renal failure
3995	Hemodialysis	จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อ visit	
B451+G021	Cryptococcal meningitis	จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 3,000 บาท ต่อ visit	B45.1 Cerebral cryptococcosis G02.1 Meningitis in mycoses ตามด้วย รหัสโรค (ICD-10) ที่ระบุ การติดเชื้อ HIV

ผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง (Ontop Chronic)



1. DM

2. HT

3. CA

4. Stroke

5. Asthma

6. COPD

7. CVD/IHD

หลักเกณฑ์การจ่าย

1. จ่ายตามจำนวนประชากรโรคเรื้อรังโดยใช้ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. จ่ายรายเดือนตามจำนวนประชากรโรคเรื้อรัง(คำนวณเป็น point) อยู่กับหน่วยบริการนั้น โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 ของทุกเดือน
3. โรคเรื้อรังรายใหม่ในปี นำไปใช้คำนวณจ่ายเงินของปีถัดไป

OP record



อัตราการ
จ่าย

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับ ปีงบประมาณ 2560

เงื่อนไขการจ่าย

1. สิทธิ UC

2. เฉพาะกรณีที่ไม่มีการจ่ายชดเชย
จาก กองทุนกม.อื่น

กรณีส่งข้อมูล **ทัน**
กำหนด



กรณีส่ง **ไม่ทัน**
ตามกำหนด



การจ่ายชดเชยค่าบริการสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชย

- กรณีหน่วยบริการประจำเป็นโรงพยาบาล ศบส.เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (ตรงตามบัตร) จ่ายชดเชย 160 บาท/visit ยกเว้นเครือข่ายที่มีข้อตกลงจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง
- กรณีบัตร ศบส.- คลินิก-โรงพยาบาล จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ยกเว้นรายการที่มีการกำหนดราคากลาง
- ศบส. บันทึกข้อมูล OP TYPE 6

ผังการตรวจสอบอนุมัติข้อมูล

1. ข้อมูลผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นโดยระบบ หน่วยบริการประจำต้องตรวจสอบภายใน 30
2. กรณีหน่วยบริการประจำปฏิเสธ ศบส.อุทธรณ์ภายใน 30 วัน และหน่วยบริการประจำตรวจสอบภายใน 15 วัน
3. หากหน่วยบริการประจำปฏิเสธซ้ำ ศบส.อุทธรณ์อีกครั้ง ข้อมูลจะถูกตรวจสอบโดย สปสช. กทม.



การจ่ายชดเชยค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ และ เจ็บป่วยฉุกเฉินในกรุงเทพมหานคร

หลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชย

- จ่ายชดเชยค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยนอกต่างบัญชีเครือข่ายในกรุงเทพมหานคร กรณีเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วมีการส่งไปรักษาต่อที่อื่น หรือส่งกลับหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการประจำไปรับผู้ป่วยเอง
- บันทึกข้อมูลในโปรแกรม OP BKK CLAIM
- กรณีระยะทางไป-กลับไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 500 บาท ภายในระยะทางไป-กลับไม่เกิน 50 กิโลเมตร **รหัสการบันทึก S1801**
- กรณีระยะทางไป-กลับ ส่วนที่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท **รหัสการบันทึก S1802**

การจ่ายชดเชยค่ายาตามราคาเบิกจ่าย ปีงบประมาณ 2561

ปี 2558

2 กลุ่มยา ได้แก่

1. กลุ่มยากันชัก (Antiepileptic)
2. กลุ่มยาจิตเวช (Antipsychotic)

เริ่ม 1 ตุลาคม 255

965 รายการ

ปี 2559

6 กลุ่มยา ได้แก่

1. Benign prostatic hyperplasias
2. Anti-Glaucomas
3. Inhale Corticosteroids
4. Antiparkinsons
5. Anti-Rheumatics
6. Iron Chelation (Thalassemia)

เริ่ม 1 ตุลาคม 2558

255 รายการ

ปี 2560

2 กลุ่มยา ได้แก่

1. กลุ่มยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressant)
2. กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Antithrombotic agents)

เริ่ม 1 ตุลาคม 2559

261 รายการ

ปี 2561

2 กลุ่มยา ได้แก่

1. ยาลดไขมัน (Lipid midifying agent)
2. ยาลดกรด (Drug for acid releated disorders)

เริ่ม 1 ตุลาคม 2560

519 รายการ

รวม 2,000 รายการ

บริการทันตกรรมรักษา



4 บาทต่อประชากร

แนวคิดการบริหารกองทุน

- ❖ เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมรักษา สำหรับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- ❖ เพื่อลดระยะเวลารอคอย การเข้ารับการรักษาด้านทันตกรรม



กลุ่มเป้าหมาย และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- สิทธิ UC ที่มีหน่วยบริการประจำ : คลินิก หรือ โรงพยาบาลใน กทม.
- จ่ายชดเชยเฉพาะกรณีตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟันโดย ศบส.แล้วมีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม
- จ่ายชดเชยเฉพาะกิจกรรมที่กำหนด ได้แก่ ขูดหินปูน ถอนฟัน อุดฟัน

ผลงานบริการทันตกรรมรักษา ปิงบประมาณ 2560

- แยกตามหน่วยบริการที่ตรวจคัดกรอง ศบส. 23 แห่ง
- แยกตามหน่วยบริการที่รักษา หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม 17 แห่ง
- แยกตามหน่วยบริการประจำ 115 แห่ง



แผ่นงาน Microsoft
Excel 97-2003

ทันตกรรมรักษา ปิงบประมาณ 2560 (ข้อมูล 1 มีนาคม - 25 กันยายน 2560)

ชุดหินปูนทั้งปาก			อุดฟัน 1 ด้าน			อุดฟันมากกว่า 1 ด้าน			ถอนฟัน			รวมจำนวนเงินที่ จ่าย
จำนวนคน	จำนวนครั้ง	จำนวนเงิน	จำนวนคน	จำนวนซี่	จำนวนเงิน	จำนวนคน	จำนวนซี่	จำนวนเงิน	จำนวนคน	จำนวนซี่	จำนวนเงิน	
642	642	256,800	607	2,281	798,350	487	1,352	540,800	316	854	298,900	1,894,850

บริการทันตกรรมรักษา



กิจกรรมที่ให้บริการ

- ❑ ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟัน โดยศูนย์บริการสาธารณสุข
- ❑ ขูดหินปูน ถอนฟัน อุดฟัน โดยหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

รายการ	อัตราการจ่ายชดเชย
การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก	100 บาท (งบ P&P)
ขูดหินปูนทั้งปาก (ปีละ 1 ครั้งต่อคน)	400 บาท
ถอนฟัน	350 บาท/ซี่
อุดฟัน 1 ด้าน	350 บาท/ซี่
อุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป	400 บาท/ซี่

การแบ่งพื้นที่ให้บริการทันตกรรมรักษา



โซน	ชื่อเขตที่อยู่ในพื้นที่
1	พระนคร ปทุมวัน ยานนาวา บางคอแหลม ลัมพั้งรังค์ สาทร ป้อมปราบฯ บางรัก (8 เขต)
2	ดินแดง ลาดพร้าว วังทองหลาง ห้วยขวาง บางกะปิ มีนบุรี หนองจอก คลองสามวา บึงกุ่ม คันนายาว สะพานสูง (11 เขต)
3	บางนา คลองเตย วัฒนา ประเวศ พระโขนง สวนหลวง ลาดกระบัง (7 เขต)
4	ราชเทวี บางซื่อ ดุสิต พญาไท จตุจักร หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม บางเขน (9 เขต)
5	บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ บางพลัด บางแค ภาษีเจริญ หนองแขม ทวีวัฒนา ตลิ่งชัน(8 เขต)
6	ธนบุรี คลองสาน จอมทอง บางบอน ราษฎร์บูรณะ ทุ่งครุ บางขุนเทียน (7เขต)

หมายเหตุ: การแบ่งโซนอ้างอิงตาม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนการบริการทันตกรรมรักษา

2



1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน
2. ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและสอนแปรงฟัน
3. รายงานผลการตรวจสอบสุขภาพช่องปากรายบุคคลให้ผู้รับบริการทราบ
4. บันทึกข้อมูลบริการใน BPPDS ตามที่สำนักงานฯ กำหนด
5. กรณีตรวจคัดกรองพบความผิดปกติที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ให้คำแนะนำ **และส่งต่อไปยังหน่วยบริการทันตกรรม**

1

ผู้มีสิทธิ



3

หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม

1. ขูดหินปูน
2. กรองฟัน
3. ฉุดฟัน



4



สปสช.กทม. ประมวลผลการจ่าย
ชุดชุดค่าบริการตามอัตราที่กำหนด

บันทึกข้อมูลการบริการผ่าน
โปรแกรม BPPDS และเก็บเอกสาร
หลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

การให้บริการกรณีผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนคนพิการ

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณี คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคม ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- **หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการเบิกจ่าย**
1. เป็นการจ่ายชดเชยการให้บริการแก่คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 2. การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลกลุ่มดังกล่าว ใช้สิทธิเช่นเดียวกับคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 3. เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 4. หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่าย เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่ายของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document



Adobe Acrobat
Document



Adobe Acrobat
Document



ตรวจสอบสิทธิ

* ตรวจสอบสิทธิ[รหัส] / [ชื่อ-สกุล]

การลงทะเบียนออนไลน์

* ลงทะเบียนรายใหม่

* เปลี่ยนหน่วยบริการ

* ต่ออายุสิทธิย่อย

* ระบบรายงาน

พิมพ์บัตรประกันสุขภาพ

* พิมพ์บัตร 8 บัตร(กระดาษต่อเนื่อง)

เปลี่ยนรหัสผ่าน

ออกจากระบบ

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

ค้นหา

ข้อมูลประชากร (สปสช.)

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก:

ชื่อ นามสกุล	เพศ หญิง
เกิด สิงหาคม 2522	สถานะบุคคล มีภูมิลำเนาอยู่ในบ้านนี้
ข้อมูล ณ.วันที่ 17 ตุลาคม 2559 เวลา 09:54	ปิดให้บริการระบบการเชื่อมต่อ สน.บท.

ข้อมูลสิทธิ

จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา	กรุงเทพฯ
สิทธิการรักษาพยาบาล	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้ประกันตนคนพิการ)
สิทธิที่ใช้เบิก	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้ประกันตนคนพิการ)
รหัสบัตรประกันสุขภาพ	SD1100000010151
วันเริ่มใช้สิทธิ	15 ตุลาคม 2559
วันหมดสิทธิย่อย	
หน่วยบริการปฐมภูมิ	รพ.ราชพิพัฒน์ (14641)
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	รพ.ราชพิพัฒน์(14641)
model	2
จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ	0
หน่วยบริการประจำ	รพ.ราชพิพัฒน์(14641)

**แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณี
คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคม
ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยบริการ

1. เมื่อผู้ประกันตนที่เป็นคนพิการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการ ให้หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิจากระบบ ตรวจสอบสิทธิของ สปสช.เช่นเดียวกับการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(UC)ทั่วไป
2. หน้าจอแสดงสิทธิ จะแสดงข้อมูลดังนี้
 - สิทธิการรักษาพยาบาล เป็น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้ประกันตนคนพิการ)
 - สิทธิที่ใช้เบิก เป็น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้ประกันตนคนพิการ)
3. การให้บริการและสิทธิประโยชน์ เป็นไปตามสิทธิประโยชน์ของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ภายหลังการให้บริการ ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตรา การเบิกจ่าย เช่นเดียวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายละเอียดตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 และคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 (ภาคผนวก 1 หน้า 275-284)

**แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณี
คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคม
ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

➤ **วิธีการเบิกจ่าย**

การส่งข้อมูล ระยะเวลาการส่งข้อมูล การปรับลดกรณีส่งข้อมูลล่าช้า การถูกปฏิเสธการจ่าย
ชดเชยและการอุทธรณ์ การเก็บเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ และการตรวจสอบรายงานการ
โอนเงิน เป็นไปตามที่กำหนดเช่นเดียวกับการดำเนินการในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561

**แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณี
คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคม
ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ข้อมูลเพิ่มเติม

- ผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่เป็นผู้พิการ สามารถเลือกหน่วยบริการประจำตามระบบของประกันสังคมได้ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2560- 31 มีนาคม 2561
 - ☐ กรณีเลือกใช้สิทธิประกันสังคม เข้ารับบริการตามระบบประกันสังคม
 - ☐ กรณีเลือกใช้สิทธิ UC เข้ารับบริการตามระบบ UC : สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้ประกันตนคนพิการ)

ขอบคุณค่ะ