

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ซึ่งผ่านมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ โดยประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงนาม ประกาศ ณ วันที่ ๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร มีกลไกการบริหารงานภายใต้ประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อปสข.กทม.) ซึ่งจะมีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำหรับหน่วยบริการทุกปี รวมทั้งได้จัดทำเอกสารประกอบการประชุมชี้แจงฯ ดังนี้

เล่ม ๑ : แนวทางการบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เล่ม ๒ : แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการตรวจสอบชดเชยค่าบริการ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เล่ม ๓ : แนวทางการดำเนินงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เล่ม ๔ : แนวทางการประเมิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

- ตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (QOF)

- ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันโรค ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT

เล่ม ๕ : แนวทางการดำเนินงานบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันโรคและทันตกรรมรักษา
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เล่ม ๖ : แนวทางการบริหารค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือแนวทางดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร หากผิดพลาดประการใด ขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
กันยายน ๒๕๖๒

สารบัญ

ส่วนที่ ๑ การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๓
ส่วนที่ ๒ การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	
๑) งบบริการผู้ป่วยนอก	๗
๒) งบบริการผู้ป่วยใน	๑๑
๓) งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๑๓
๔) งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๖
ภาคผนวก	๑๗
• ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ	

ส่วนที่ ๑

การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

โดยสรุปประเด็นสำคัญที่เปลี่ยนแปลง ดังนี้

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
ผู้ป่วยนอก	๑) เพิ่มบริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA -B ๑๕๐๒ ,ยา จ(๒) Donepezil สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ๒) จ่ายบริการคัดกรอง CA Colon ด้วย Fit Test รวมไปกับเหมาจ่าย OP ทั่วไป
ผู้ป่วยใน	๑) รวมบริการตรวจยีนยีน CA Colon ด้วย Colonoscope/Biopsy/Polypectomy ๒) เพิ่มรายการจ่ายชดเชยแบบบริการ ODS หรือ MIS ระหว่างปี ภายใต้วงเงินที่มี โดยผ่านกลไกการพิจารณาต่างๆ ร่วมกัน ๓) การใช้บริการ IP ทั่วไปในเขต ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW ๔) การกระจายอำนาจให้ระดับเขตกำหนดอัตราจ่ายเงื่อนไขพิเศษระดับเขต ปรับกำหนดการให้แล้วเสร็จภายใน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เพิ่มการรายงานผลการดำเนินงานต่อ อปสข. และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ ๕) สนับสนุนประสิทธิภาพการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ โดยพัฒนาการแจ้งข้อมูลติด C&D และเพิ่มการแนะนำ หรือพัฒนากลไกการ audit เพื่อลด C&D ลง เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยได้รวดเร็วขึ้น
กรณีเฉพาะ (Central reimbursement)	๑) แนวทางการจัดบริการ TB ใหม่ ตามนโยบาย Ending TB: focus การค้นหากลุ่มเป้าหมายเสี่ยงสูง และปรับการจ่ายตามมาตรฐาน NTP ที่จะปรับปรุง ๒) เริ่มบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดสำหรับผู้ป่วย Thalassemia ๓) พัฒนาระบบการเทียบเคียงจ่ายค่าทดแทนตามรายการที่ สปสข. กำหนดราคา (Fee Schedule) ที่มีอยู่ได้ สำหรับบริการ OP Refer ข้ามจังหวัด ๔) ปรับจากการจ่ายยา เป็นการจ่ายเงินในรายการยา Clopidogrel (GPO) ๕) ปรับการจ่ายชดเชยรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยการสั่งจ่ายยา บัญชี จ(๒) จากระบบเดิมที่รวมอยู่ในการจัดหา โดยให้เริ่มจ่ายชดเชยตั้งแต่มีการจ่ายด้วยยาที่จัดหาได้ในปี ๒๕๖๒ เป็นต้นไป ๖) การสนับสนุนนวัตกรรมและ/หรือสิ่งประดิษฐ์ไทย

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	๑) เพิ่มวัคซีนป้องกันโรคท้องร่วงในเด็ก (Rotavirus vaccine) ๒) เพิ่มยา Medabon สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ๓) นำร่องคัดกรองภาวะ Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ ≤ 35 ปีต่อเนื่อง ๔) ปรับการจ่ายชดเชยแบบ Fee Schedule สำหรับบริการตรวจป้องกันสุขภาพช่องปาก ในหญิงตั้งครรภ์และเพิ่มรายการบริการเคลือบฟลูออไรด์ (เด็ก ๔-๑๒ ปี) และบริการ เคลือบหลุมร่องฟัน (เด็ก ๖-๑๒ ปี) ๕) เพิ่มทางเลือกการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ๖) เริ่ม PP Model ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือเขตที่มีความพร้อม
ฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์	ปรับแนวทางการบริหารจัดการใหม่ให้สอดคล้องตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหาร จัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ และการจ่ายตามผลงานบริการ
แพทย์แผนไทย	ปรับเป็นการจ่ายตามผลงานบริการทั้งหมด (บริการแพทย์แผนไทย และยาสมุนไพร)
ค่าเสื่อม	สำหรับ สปสช.เขต ๑๓ กทม. กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร ให้จ่ายตรง ให้หน่วยบริการตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยผ่านความเห็นชอบ จาก อปสช.
HIV & AIDS	นำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP)
ไต่สายเรือรัง	เริ่มบริการ APD และพัฒนาระบบการบริหารจัดการรองรับหากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย เรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น
บริการควบคุม ป้องกันโรคเรื้อรัง	๑) บริหารจัดการสำหรับ DM type ๑ ระดับประเทศ และระดับเขตทำหน้าที่ติดตามกำกับ การเข้าถึงบริการ ๒) คำนวณจ่ายให้หน่วยบริการด้วยตัวชี้วัดคุณภาพ (ส่วนกลาง ๕ ตัว เพิ่มเติมจากเขต ได้ไม่เกิน ๓ ตัว) และปรับด้วยจำนวนผู้ป่วย DM HT
ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน	๑) ครอบคลุมไปยังทุกสิทธิ และทุกกลุ่มอายุ ๒) ปรับปรุงประกาศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนท้องถิ่นฯ
ค่าชดเชยวัคซีน MMR	เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (ข้อ ๑๐๑) และประสาน ให้กรมควบคุมโรค(ในฐานะผู้ยืม) จัดทำหนังสือไปกรมบัญชีกลางขอยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบ พัสดุฯ เนื่องจากสำนักงบประมาณได้จัดสรรเงินค่าวัคซีนในส่วนที่ยืมไปให้กับกองทุนปี ๒๕๖๓ แล้ว

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยรายการต่างๆ จำนวน ๘ รายการ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	๑๒๓,๙๓๗.๘๒๐๐
๑.๒ ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๔๙,๘๓๒.๕๘๐๐
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓,๕๕๖.๘๓๖๗
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๙,๔๐๕.๔๑๓๘
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๑,๐๓๗.๕๖๕๗
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	๑,๔๙๐.๒๘๘๐
๖. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	๑,๐๒๕.๕๕๖๐
๗. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	๒๖๘.๖๔๐๐
๘. ค่าชดเชยวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน(MMR) เพื่อแก้ปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒	๒๗.๐๐๙๐
รวมทั้งสิ้น	๑๙๐,๖๐๑.๗๐๙๒
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	๑๔๐,๗๖๙.๑๒๙๒

งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ได้รับในอัตรา ๓,๖๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ
จำนวน ๔๘,๒๖๔ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ		ส่วนต่าง (บาท/ปชก.)	การ เพิ่ม/ลด (%)
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓		
๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๑,๑๗๙.๓๔	๑,๒๕๑.๖๘	๗๒.๓๔	๖.๑๓
๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	๑,๒๙๔.๙๔	๑,๓๗๑.๐๗	๗๖.๑๓	๕.๘๘
๓. บริการกรณีเฉพาะ	๓๕๗.๕๐	๓๕๙.๒๔	๑.๗๔	๐.๔๙
๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๔๓๑.๔๓	๔๕๒.๖๐	๒๑.๑๗	๔.๙๑
๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๖.๑๓	๑๗.๔๓	๑.๓๐	๘.๐๖
๖. บริการแพทย์แผนไทย	๑๑.๖๑	๑๔.๘๐	๓.๑๙	๒๗.๔๘
๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะ งบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุน เป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	๑๒๘.๖๙	๑๒๘.๖๙	๐.๐๐	๐.๐๐
๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการ	๔.๙๒	๒.๔๙	-๒.๔๓	-๔๙.๓๙
๙. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ	๒.๐๐	๒.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	๓,๔๒๖.๕๖	๓,๖๐๐.๐๐	๑๗๓.๔๔	๕.๐๖

ส่วนที่ ๒

การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑) งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

OP

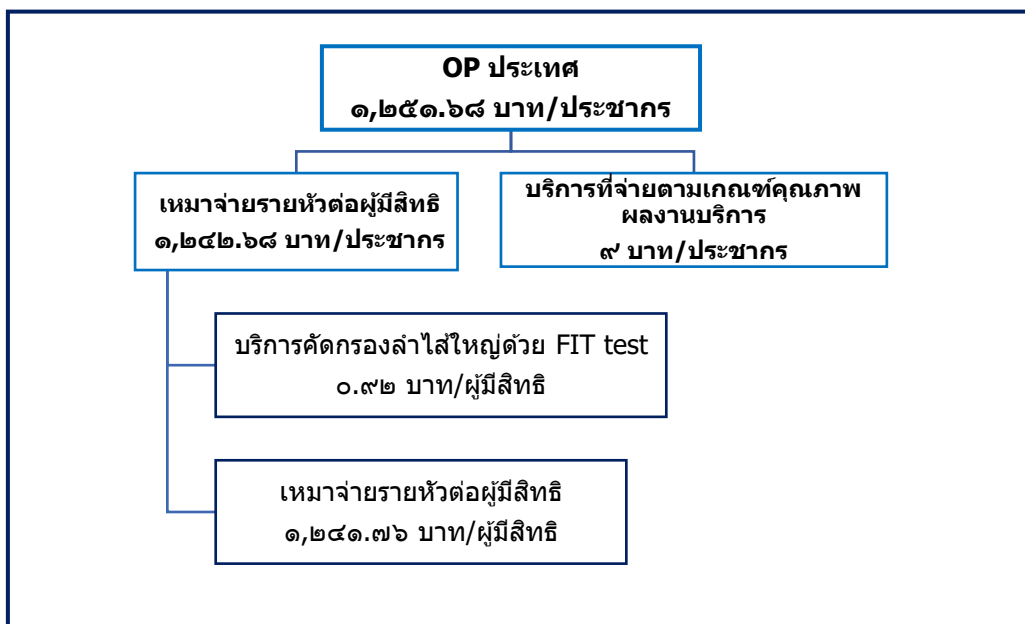
ตามประกาศฯ หมวด ๒ ส่วนที่ ๑ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดจ่ายจากประเภทบริการอื่นโดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT test บริการการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B* ๑๕๐๒ ก่อนเริ่มยา Carbamazepine ในทุกกลุ่มโรค และยา Donepezil สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง

การบริหารจัดการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๒ รายการ ได้แก่

๑. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
๒. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ผังแผนภาพที่ ๑

แผนภาพที่ ๑ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (ประเทศ)

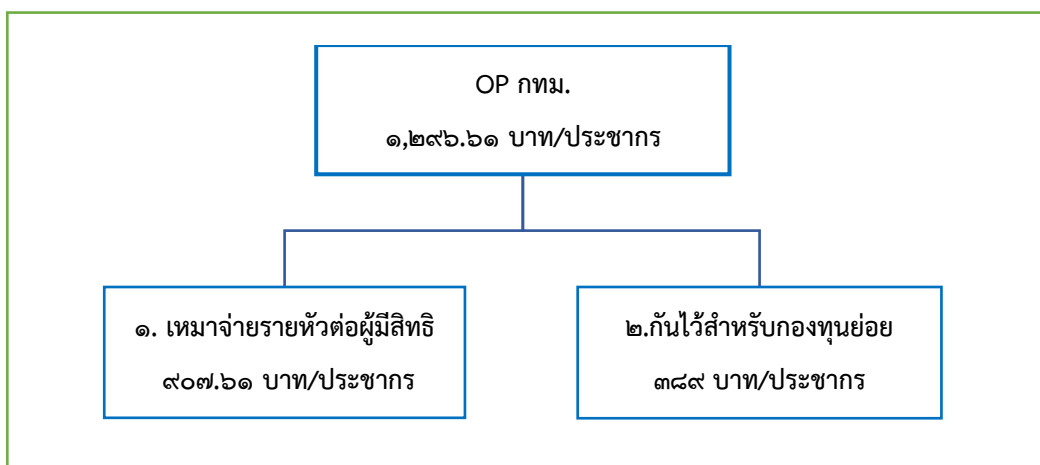


แนวทางการบริหารงบบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ตามมติคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓/๒๕๖๒ วันพุธที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒ และ ครั้งที่ ๔/๒๕๖๒ วันอังคารที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เห็นชอบกรอบและแนวทางการบริหาร งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังนี้

ประมาณการงบบริการผู้ป่วยนอกที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่เขตกรุงเทพมหานครได้รับ จำนวน ๑,๒๙๖.๖๑ บาท/ประชากร แบ่งเป็น ๒ ส่วน ดังแผนภาพที่ ๒

แผนภาพที่ ๒ งบบริการผู้ป่วยนอก(OP) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร



๑) จัดสรรตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิ ๙๐๗.๖๑ บาท/ประชากร

- จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัว OP ต่อผู้มีสิทธิ (ไม่รวมคนพิการ)
- คำนวณ differential capitation ปรับตามโครงสร้างอายุประชากร ภาระโรคเรื้อรัง และผลงานบริการ
อัตรา Diffcap กทม. = ๑,๒๙๖.๖๑ บาท/ปชก.
Central Reimburse = ๓๘๙.๐๐ บาท/ปชก.
คงเหลือจัดสรร = ๙๐๗.๖๑ บาท/ปชก.
- ภาพรวม อัตรา Diffcap กทม. ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
อัตราสูงสุด = ๑,๐๒๖.๙๕ บาท/ปชก.
อัตราต่ำสุด = ๗๕๓.๘๐ บาท/ปชก.
- กรณีสิทธิคนพิการ คำนวณกันเงินเป็นกองทุนคนพิการ สำหรับจ่ายชดเชยให้หน่วย บริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีสิทธิพิการ
- จัดสรรงบผู้ป่วยนอก (OP) เบื้องต้น ให้หน่วยบริการประจำ จำนวน ๓ เดือน และทยอยหักคืน ๑๒ งวดตามการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวทุกเดือน

- ๒) กันไว้สำหรับกองทุนย่อย (Central Reimburse) จำนวน ๓๘๙ บาท/ประชากร
 ดังแผนภาพที่ ๓

แผนภาพที่ ๓ งบ OP กองทุนย่อย เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

งบ OP กองทุนย่อย (Central reimburse) 389 บาท/ปชก



๒.๑ จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วย ๗ โรคเรื้อรัง (Ontop Chronic disease) : กันเงินไว้ ๒๐ บาท/ประชากร

๒.๒ จ่ายชดเชยผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (OP-AE) : กันเงินไว้ ๑๕ บาท/ประชากร

๒.๓ จ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีคนพิการ (OP พิการ) : กันเงินไว้ ๑๓๓ บาท/ประชากร

๒.๔ จ่ายชดเชยกรณี OP High Cost : กันเงินไว้ ๑๑ บาท/ประชากร

โดยกำหนดรายการ OP high cost เพิ่มเติม ดังนี้

- ๑) เพิ่มเติม ๒ รายการ ได้แก่ PET Scan และ Mammotome ให้มีการกำกับติดตามจำนวนครั้งที่ตรวจในภาพรวมของทั้งสองรายการ และไม่เกินวงเงิน ๑ บาทต่อประชากร โดยกำหนดเงื่อนไขการจ่ายชดเชย ดังนี้
 - PET Scan กำหนดข้อบ่งชี้ กรณีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - Mammotome เป็นรายการในหมวดตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา (Core needle biopsy with mammotome) ตรวจในกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติของ mammogram ชนิด BIRAD ๔ พบหินปูนขนาดเล็ก (microcalcification) และไม่สามารถคลำก้อนเนื้อได้

๒) รายการ NONI เดิม ๑๑ รายการ

๒.๕. กันเงินเป็นกองทุน OP Refer คลินิกเดียว จำนวน ๑๙๐ บาท/ประชากร และกำหนดการจ่ายเช่นเดียวกับปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ไม่กันกองทุน OP Refer รพ.และคลินิกเครือข่าย) หากไม่พอจะขอหักเพิ่มภายหลัง

๒.๖ กรณีโรงพยาบาลและคลินิกในเครือ งบบริการผู้ป่วยนอกในส่วนของ OP refer ๑๙๐ บาท/ประชากร ให้มีการจัดสรรให้หน่วยบริการเป็นรายเดือนพร้อมงบบริการเหมาจ่ายรายหัวทุกเดือน โดยหน่วยบริการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย OP refer

๒.๗ กรณีทันตกรรมรักษา ก้นเงินไว้ ๒๐ บาทต่อประชากร หากจำนวนเงินที่จ่ายชดเชยไม่เพียงพอ ให้ชดเชยเงินเพิ่มเติมภายหลัง

๒.๘ สำหรับเงินที่ก้นไว้เป็นกองทุน central reimburse กรณี OPAE, OP พิกัด, OP High cost และทันตกรรมรักษา หากเงินกองใดไม่พอให้สามารถใช้คละกันได้ และหากปลายปีงบประมาณหลังจากจ่ายชดเชยตามผลงานบริการจนครบถ้วนแล้ว มีเงินเหลือให้มีการจ่ายคืนหน่วยบริการตามจำนวนประชากร

สรุปรายการก้นเงินที่เปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังนี้

ลำดับ	กองทุนย่อย	ก้นไว้ (บาท/ประชากร)	หมายเหตุ
๑	on top chronic disease	๒๐	คงเดิมเหมือนปี ๒๕๖๒
๒	OPAE	๑๕	คงเดิมเหมือนปี ๒๕๖๒
๓	OP พิกัด	๑๓๓	ก้นเงินเพิ่มขึ้น (ปี๒๕๖๒ ก้นไว้ ๑๐๐ บาท/ปชก.)
๔	NONI	๐	ยกเลิก (เนื่องจากนโยบาย ไม่ให้ก้นเงิน เกิน ๑%ของงบ IP ทั้งหมด ซึ่ง งบ IP มีการก้นไว้จ่าย ORS เกิน ๑% แล้ว)
๕	OP High cost	๑๑	เพิ่มเติมรายการ PET Scan, Mammotome และรายการ NONI เดิม ๑๑ รายการ หากเงินไม่เพียงพอ ให้ชดเชยเงินเพิ่มเติมภายหลัง
๖	OP Individual	๐	ยกเลิกการจ่ายค่าข้อมูล แต่ขอให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเช่นเดิม
๗	OP refer คลินิกเดี่ยว	๑๙๐	ก้นเพิ่มขึ้น (ปี๒๕๖๒ ก้นไว้ ๑๖๐ บาท/ปชก.)
๘	OP refer รพ & คลินิกเครือ	๐	ยกเลิกการก้นเงิน (งบ OP ส่วน ๑๙๐ บาท/ประชากรจ่ายให้โรงพยาบาล และคลินิกในเครือโรงพยาบาลเป็นรายหัวรายเดือน
๙	ทันตกรรมรักษา	๒๐	ก้นเงินเพิ่มขึ้น (ปี๒๕๖๒ ก้นไว้ ๑๐ บาท/ปชก.)หากจำนวนเงินที่จ่ายชดเชยไม่เพียงพอ ให้ชดเชยเงินเพิ่มเติมภายหลัง
	รวม	๓๘๙	

หมายเหตุ :

๑. การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามการบริการจากกองทุน OP-AE, OP พิกัด, OP High cost และทันตกรรมรักษา กรณีบางกองทุนไม่เพียงพอ ให้สามารถปรับเกลียใช้จ่ายคละกันได้ และหากมีการจ่ายชดเชยจนครบแล้ว ให้จัดสรรคืนให้แก่หน่วยบริการประจำตาม point ประชากรเฉลี่ย
๒. รายละเอียดตามคู่มือเล่ม ๒ : แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการตรวจสอบชดเชยค่าบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๒) งบบริการผู้ป่วยใน

IP

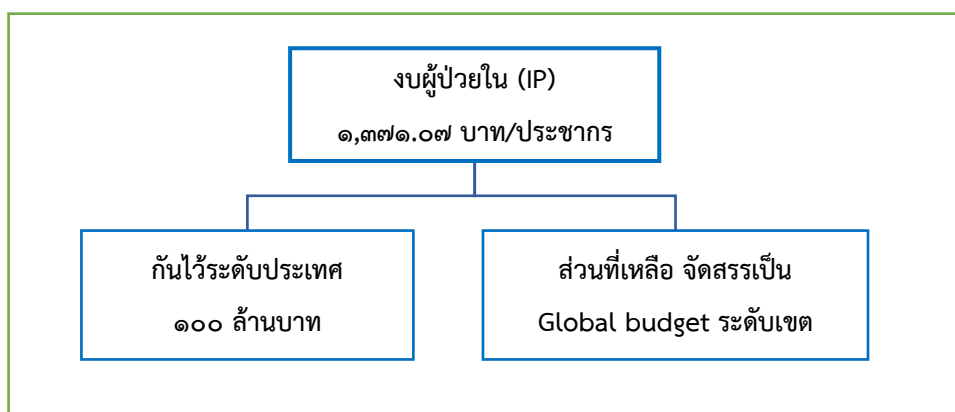
งบบริการผู้ป่วยใน เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดจ่ายจากบริการประเภทอื่น ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รวมบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (บริการส่องกล้อง (Colonoscopy) บริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) และบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy))

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น ๒ ระดับ (ดังแผนภาพที่ ๔) คือ

๑. กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน ๑๐๐ ล้านบาท
๒. ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเป็น global budget ระดับเขต

โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขต ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ ตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด

แผนภาพที่ ๔ งบบริการผู้ป่วยใน



แนวทางการจัดสรรงบบริการผู้ป่วยใน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. ค่าบริการผู้ป่วยในเขต รวมกรณีเด็กแรกเกิดปกติ และน้ำหนักมากกว่า ๑,๕๐๐ กรัม กำหนดอัตราจ่ายเบื้องต้น ๘,๒๕๐ บาท/adjRW
๒. ยกเลิกการจ่ายตามเงื่อนไขพิเศษของเขต ดังนี้

๑. การจ่ายเพิ่มเติม กรณีรับดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลนอกระบบ (UCEP และมาตรา ๗) ๙,๖๐๐ บาท/adjRW โดยไม่หักเงินเดือน
๒. การจ่ายกรณี NONI (๕ บาทต่อประชากร)
๓. การจ่ายเพิ่มเติม กรณีบริการการตรวจวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด ๗ รายการ
๔. กรณี PD/HD ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน
๕. Cryptococcal meningitis (การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา)
๖. Cytomegalovirus retinitis (การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา)

๓. การจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขหลักเกณฑ์กลาง

๓.๑ จ่ายค่าบริการนอกเขต ๙,๖๐๐ บาท/adjRW

๓.๒ จ่ายค่าบริการ One day surgery (ODS) กรณีข้ามเขต ๙,๖๐๐ บาท/RW ในเขต ๘,๒๕๐ บาท/RW

๓.๓ จ่ายค่าบริการ Minimally Invasive Surgery (MIS) กรณีข้ามเขต ๙,๖๐๐ บาท/adjRW
ในเขต ๘,๒๕๐ บาท/adjRW

๓.๔ จ่ายชดเชยค่าบริการกรณีโรงพยาบาลสำรองเตียง ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท/adjRW

๓.๕ จ่ายชดเชยค่าบริการกรณีมาตรา ๗ ตามที่คณะกรรมการกำหนด

๓.๖ จ่ายค่าบริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว กรณีหน่วยบริการภาครัฐ
เหมาจ่ายครั้งละ ๖,๕๐๐ บาท กรณีหน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย ๑๖,๐๐๐ บาทต่อข้าง

๓.๗ จ่ายค่าบริการเด็กแรกเกิดน้ำหนัก<๑,๕๐๐ กรัม หรือกรณีเด็กแรกเกิดป่วย ๙,๐๐๐ บาท/adjRW
หน่วยบริการภาครัฐไม่หักเงินเดือน

๔. การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามเงื่อนไขพิเศษของเขตกรุงเทพมหานคร

๔.๑ จ่ายเพิ่มเติมกรณีค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ Embolization ๒๔ รายการ

๔.๒ จ่ายเพิ่มเติม กรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS)

๕. การจ่ายชดเชยตามข้อตกลง กรณีผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชไปยังโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา
จ่ายชดเชยในอัตรา ๘,๒๕๐ บาท/adjRW โดยไม่หักเงินเดือน

๖. สำหรับสถานพยาบาลสำรองเตียง กรณีเด็กแรกเกิดป่วย/น้ำหนักน้อย จ่ายชดเชยในอัตรา ๑๒,๕๐๐ บาท/
adjRW

หมายเหตุ : รายละเอียดตามคู่มือเล่ม ๒ : แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการตรวจสอบชดเชย
ค่าบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๓. การบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

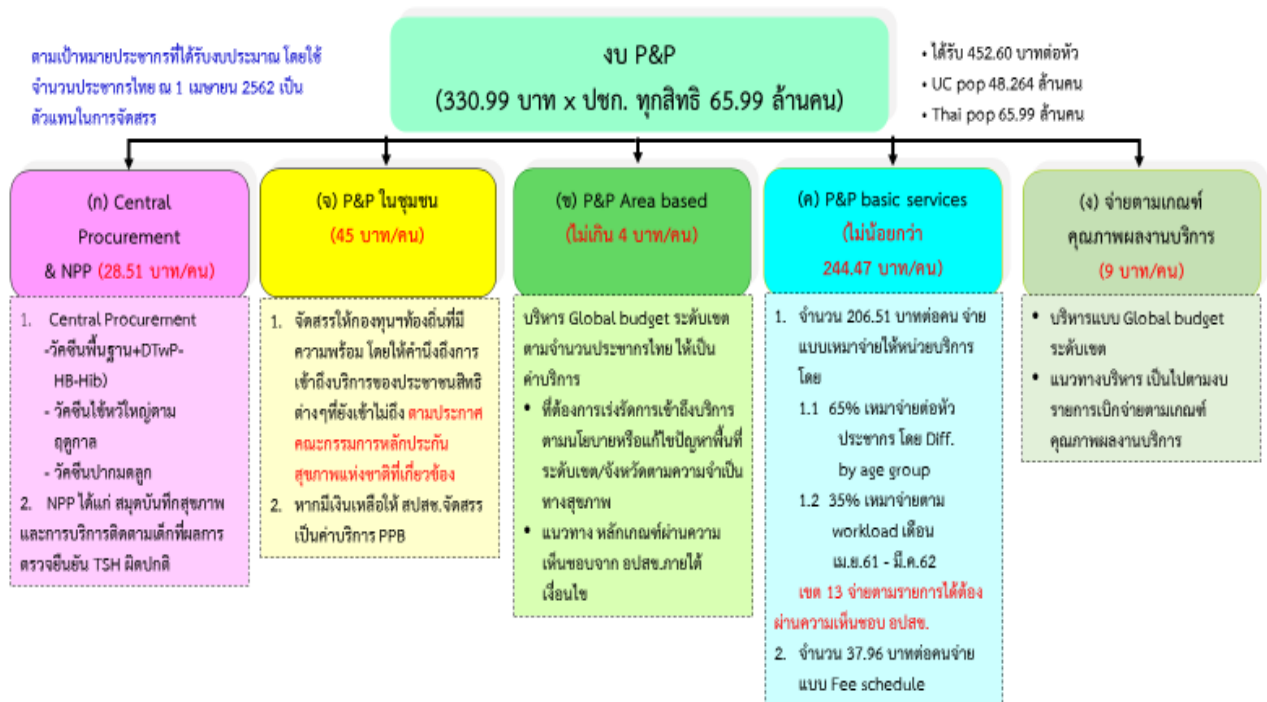
P&P

ตามประกาศฯ หมวดที่ ๒ ส่วนที่ ๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นค่าใช้จ่าย การจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ให้โดยตรงแก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ขอบเขตของบริการ สาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เงินที่ได้รับจำนวน ๔๕๒.๖๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๘.๒๖๔๐ ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการ แก่ประชาชนไทยทุกคนตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ จำนวน ๖๕.๙๙๖๐ ล้านคน จึงเท่ากับ ๓๓๐.๙๙ บาทต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)

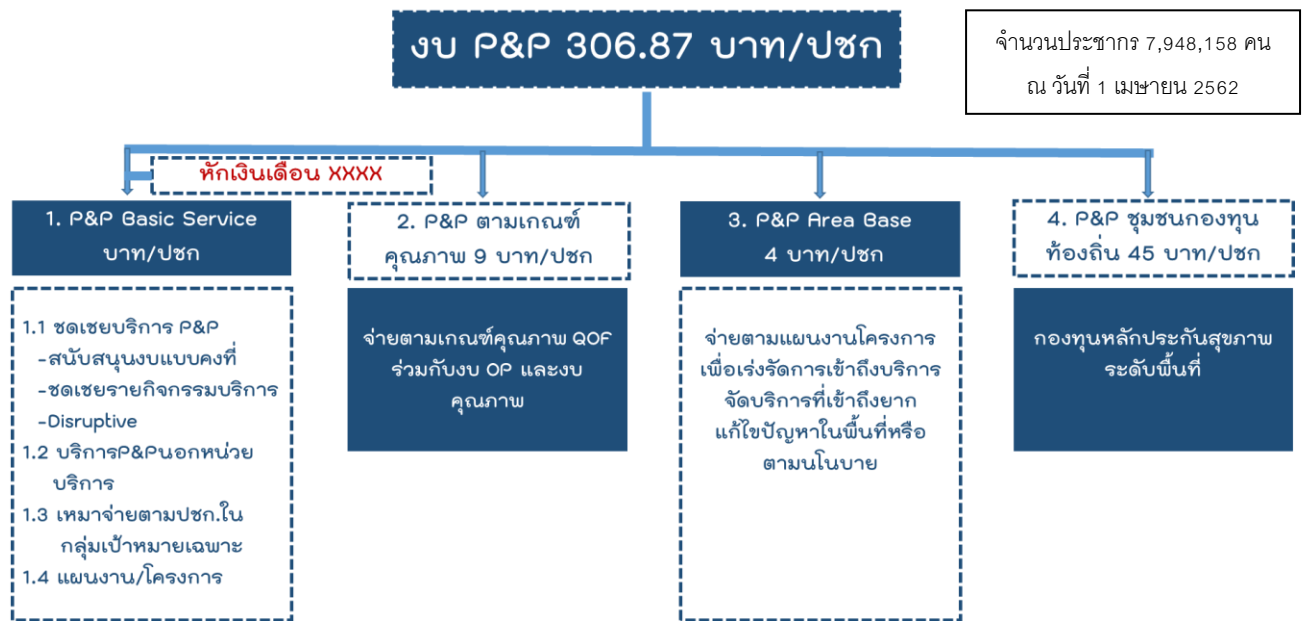
แนวคิดการบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- ๑) ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น โดยประชาชนสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการใกล้บ้านหรือที่ทำงานได้โดยสะดวก
- ๒) กำหนดกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับให้ครอบคลุมตามขอบเขตสิทธิประโยชน์ด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- ๓) เพิ่มความครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการให้กับประชาชนทั้งในรูปแบบการให้บริการเชิงรับ ณ หน่วยบริการและการบริการเชิงรุกในชุมชน
- ๔) จัดสรรงบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้หน่วยบริการ ตามผลงาน และคุณภาพการบริการ
- ๕) สนับสนุนการจัดบริการ กำกับ ติดตามและประเมินผลงานการบริการของหน่วยบริการ รวมถึงนำไปใช้ในการพัฒนาบริการและคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- ๖) สนับสนุนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่หรือการดำเนินงานตามนโยบายของประเทศ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๕ รายการ ดังนี้



กรอบการบริหารระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



การบริหารงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ๔ ส่วน คือ

- ส่วนที่ ๑ งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน : P&P basic services
ส่วนที่ ๒ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ : P&P Quality
ส่วนที่ ๓ งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาระดับเขต/จังหวัด : P&P Area based
ส่วนที่ ๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน : P&P Community

ส่วนที่ ๑ งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน : P&P basic services		
๑.๑ จ่ายตามผลงานการให้บริการรายกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๑.๑.๑ งบจัดสรรเพื่อการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบอัตราคงที่	- การให้การปรึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ให้การปรึกษา (Counselor)
	๑.๑.๒ งบจัดสรรเพื่อชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานกำหนด	- สำหรับหน่วยบริการประจำในอัตราแบบขั้นบันได (Step ladder) - จ่ายชดเชยค่าบริการ PP รายกิจกรรมบริการตามอัตราที่สำนักงานฯ กำหนดตามผลงานบริการ ๑) รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามกลุ่มวัย ๒) บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ๓) บริการเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน : Home Health Care
	๑.๑.๓ นวัตกรรมเพื่อเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (P&P Disruptive Model)	- กิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ PP Itemize

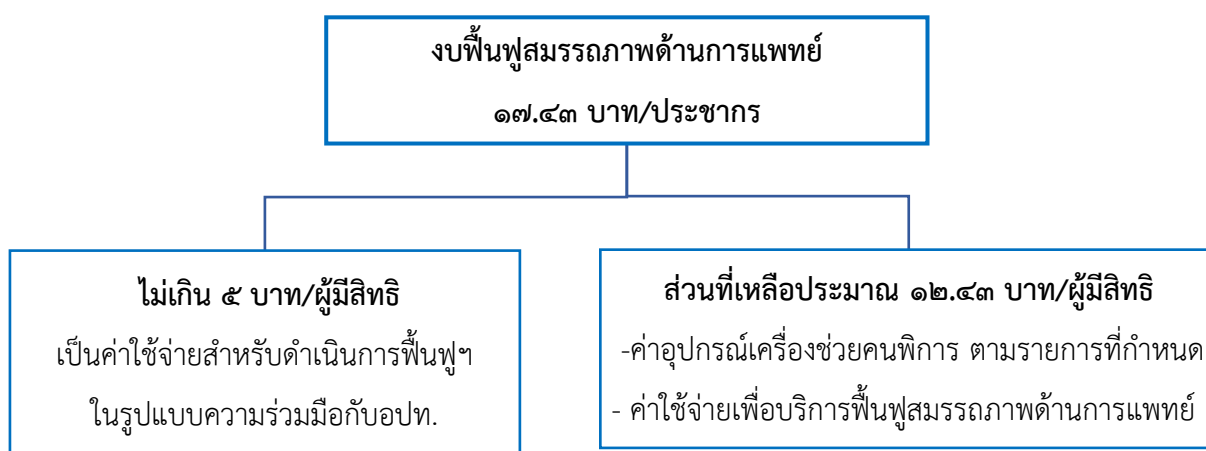
๑.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : P&P community	๑.๒.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน แบบมีพื้นที่รับผิดชอบ	แนวทางการดำเนินงานเป็นไปตามที่สำนักงานฯ กำหนด
	๑.๒.๒ การดูแลสุขภาพประชาชนโดยคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)	แนวทางการดำเนินงานเป็นไปตามที่สำนักงานฯ กำหนด
๑.๓ จัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ	สำหรับหน่วยบริการที่ดูแลประชากรกลุ่มที่มีการบริหารจัดการแบบพิเศษ เช่น ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ รับผิดชอบต่อประชากรกลุ่มผู้ต้องขัง	
๑.๔ จ่ายตามแผนงาน /โครงการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	กิจกรรมเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพบริการตามชุดสิทธิประโยชน์	
ส่วนที่ ๒ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อประชากร		
- รวมกับงบบริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ และงบบริการผู้ป่วยนอก จ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดบริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ โดยมีตัวชี้วัดกลางจำนวนไม่เกิน ๑๐ ตัว และตัวชี้วัดระดับเขตได้ไม่เกิน ๑๐ ตัว โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.		
ส่วนที่ ๓ งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาระดับเขต/จังหวัด : P&P Area based จำนวน ๔ บาทต่อประชากร		
• จ่ายเป็นลักษณะแผนงาน/โครงการตามปัญหาและความจำเป็นเฉพาะพื้นที่หรือตามนโยบายที่สำคัญ - บริการที่ต้องมีการบริหารจัดการในภาพรวมระดับเขต - บริการที่เข้าถึงยากหรือต้องเร่งรัดให้ประชาชนเข้าถึงบริการ - รวมถึงการจ่ายค่าบริการแทนหน่วยบริการและจ่ายเพื่อจูงใจให้เกิดการบริการที่เพิ่มความครอบคลุมและคุณภาพผลงานบริการ		
• จ่ายให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง		
ส่วนที่ ๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน จำนวน ๔๕ บาท/ประชากร		
- จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อดำเนินการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับประชาชนกรุงเทพมหานคร		

หมายเหตุ : รายละเอียดตามคู่มือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(P&P) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๔. งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีการบริหารจัดการงบฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์รวมเป็นกองทุนระดับประเทศ จ่ายชดเชยค่าบริการตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ที่ สปสช.กำหนด (ตามประกาศฯ หมวด ๒ ส่วนที่ ๕ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์) ดังนั้น หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย เช่น รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ในส่วนที่แต่ละเขตเคยกำหนดเพิ่มเติม จะต้องปรับปรุงให้เป็นรายการเดียวกัน ประกอบด้วย กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ๙ รายการ เครื่องช่วยฟัง ๕ รายการ และรายการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ๗๑ รายการ

การบริหารงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



เปรียบเทียบการบริหารงบฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓ ดังตาราง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
บริหารจัดการงบฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในระดับเขต	บริหารจัดการงบฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เป็นกองทุนระดับประเทศ
จ่ายชดเชยบริการตามรายการ ดังนี้ - ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ๙ รายการ - เครื่องช่วยฟัง ๕ รายการ - รายการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ๗๑ รายการ (เป็นรายการที่เขตกทม.จ่ายเพิ่มเติม ๒๐ รายการ)	จ่ายชดเชยบริการตามรายการ ดังนี้ - ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ๙ รายการ - เครื่องช่วยฟัง ๕ รายการ - รายการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ๗๑ รายการ (ยกเลิกการจ่าย ๒๐ รายการ ดังตาราง)

หมายเหตุ : รายละเอียดตามคู่มือเล่ม ๒ : แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการตรวจสอบชดเชยค่าบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ภาคผนวก



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๗ มาตรา ๑๘(๔) (๑๔) และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๖ และข้อ ๑๐ ของระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๘ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้คงใช้บังคับต่อไปจนกว่าจะมีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกประกาศ คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้

ข้อ ๔ การจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้ และให้คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารกองทุนเป็นที่ปรึกษาผู้รักษาการตามประกาศนี้ ในการตีความและวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวด ๑

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๖ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ประกอบด้วยรายการต่างๆ จำนวน ๘ รายการ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	๑๒๓,๙๑๗.๘๒๐๐
๑.๒ ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๔๙,๘๓๒.๕๘๐๐
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓,๕๙๖.๘๓๖๗
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๙,๔๐๕.๔๑๓๘
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๑,๐๓๗.๕๖๕๗
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	๑,๔๙๐.๒๘๘๐
๖. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	๑,๐๒๕.๕๕๖๐
๗. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	๒๖๘.๖๔๐๐

/๘. ค่าขาดเคย...

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๘. ค่าชดเชยวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) เพื่อแก้ไข ปัญหาการระบาดในภาคใต้ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒	๒๗.๐๐๙๐
รวมทั้งสิ้น	๑๙๐,๖๐๑.๗๐๙๒
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	๑๔๐,๗๖๙.๑๒๙๒

ข้อ ๗ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกันการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๖๓ กำหนดภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

- ๗.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- ๗.๒ การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
- ๗.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติและการบริการสาธารณสุข

- ๗.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๗.๔.๑ ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

๗.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะโดยมอบให้ สปสข. กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

๗.๔.๓ เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุน กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (ยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ) ให้สามารถดำเนินการจัดหาและสนับสนุนยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามการใช้บริการ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

/ (๑) จ่าย...

(๑) จ่ายชดเชยเป็นยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑.๑) เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุม/ป้องกันโรคและลดอัตราสูญเสียชีวิตและคุณภาพ

(๑.๒) บริหารความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining add/or central procurement)

(๑.๓) สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นคงด้านยา นวัตกรรมที่จำเป็นซึ่งมีผลกระทบต่อประเทศในภาพรวม เช่น ยาราคาแพงที่ผลิตโดยหน่วยงานของรัฐ

(๒) กรณีจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๒.๑) มีผู้จำหน่ายซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเป็นกรณีเฉพาะ เช่น องค์การเภสัชกรรม เป็นต้น

(๒.๒) สามารถดำเนินการต่อรองราคาระดับประเทศ (Central bargaining) โดยผู้จำหน่ายยินยอมจำหน่ายในราคาเดียวกันสำหรับทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพ และประกันการจำหน่ายให้หน่วยบริการทุกพื้นที่

(๒.๓) มีการแข่งขันด้านราคาในระบบตลาดมากขึ้นหรือมีผู้จำหน่ายมากกว่า ๓ รายขึ้นไป

๗.๔.๔ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามแผนและวงเงินการจัดหา

๗.๔.๕ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมความต้องการของภาครัฐและแผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนสำหรับรายการนวัตกรรมและหรือสิ่งประดิษฐ์และหรือผลงานจากการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ที่สนับสนุนหรือใช้ในการบริการสาธารณสุขที่ภาครัฐพัฒนาได้ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

๗.๔.๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๗.๔.๗ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๗.๔.๘ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

๗.๔.๙ สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด เช่น รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตาม กำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

๗.๔.๑๐ ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่นให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่ายหรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด ๒ ถึงหมวด ๑๐ เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการคืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยังจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

หมวด ๒

รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๘ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๓,๖๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๘.๒๖๔ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๑,๒๕๑.๖๘
๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	๑,๓๗๑.๐๗
๓. บริการกรณีเฉพาะ	๓๕๙.๒๔
๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๔๕๒.๖๐
๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๗.๔๓
๖. บริการการแพทย์แผนไทย	๑๔.๘๐
๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	๑๒๘.๖๙
๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	๒.๔๙
๙. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	๒.๐๐
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	๓,๖๐๐.๐๐

หมายเหตุ- ๑) ประเภทบริการที่ ๔ จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน
๒) ประเภทบริการที่ ๙ จะรวมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และ ข้อ ๔๕

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๙ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๑๑ ในหมวดนี้

ส่วนที่ ๑

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๙ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่นโดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT test บริการการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*๑๕๐๒ ก่อนเริ่มยา Carbamazepine ในทุกกลุ่มโรค และยา Donepezil สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง

ข้อ ๑๐ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๒ รายการ ดังนี้

๑๐.๑ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

๑๐.๒ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน ๑,๒๔๒.๖๘ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณระดับจังหวัดโดยคำนวณอัตราเหมาจ่าย ดังนี้

๑๑.๑ จำนวน ๐.๙๒ บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT test จัดสรรตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ ๕๐-๗๐ ปี ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย โดยให้คำนวณจนหมดวงเงินและทอนให้เป็นอัตราต่อผู้มีสิทธิ

๑๑.๒ ส่วนที่เหลือ (ประมาณ ๑,๒๔๑.๗๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้

๑๑.๒.๑ ร้อยละ ๘๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ±๑๐%) โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังนี้

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	<๓	๓ - ๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	>๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๔๖๔	๐.๓๖๔	๐.๓๐๖	๐.๔๐๗	๐.๗๘๙	๑.๓๔๘	๑.๙๗๒	๒.๓๕๑

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๗

๑๑.๒.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่าย รายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

๑๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑๑.๔ สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ที่เลือกรับบริการ สาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้า คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ ให้การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการ นี้ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ข้อ ๑๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตาม เกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๒.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ ลงทะเบียน

๑๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๑๓ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการ หารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิ ที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการ หารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๕ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช. เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช. เขต ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช. หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

ข้อ ๑๖ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๑๑ และอาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ ๒

บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๗ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป ทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รวมบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (บริการส่องกล้อง (Colonoscopy) บริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) และบริการตัดตังเนื้อ (Polypectomy))

ข้อ ๑๘ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑๘.๑ กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน ๑๐๐ ล้านบาท

๑๘.๒ ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต บริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต

ข้อ ๑๙ การกำหนด Global budget ระดับเขตของบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยใช้ข้อมูลผลการบริการตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๑ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๑ หรือที่เป็นปัจจุบันเป็นตัวแทนในการคาดการณ์ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยให้คำนวณตามแนวทาง ดังนี้

๑๙.๑ คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม adjRW ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยเป็นผลการบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ใน แต่ละเขตของ สปสช. เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต ให้บริการทุกราย

๑๙.๒ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ตามจำนวนผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๙.๓ กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ UCEP และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขต

๑๙.๔ กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๙.๕ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๙.๖ กรณีใช้บริการในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ ๑,๕๐๐ กรัมขึ้นไป (การให้บริการในเขตฯ) ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

๑๙.๗ ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณจนหมดวงเงินตามข้อ ๑๘.๒

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขตตามข้อ ๑๘.๒ ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ (ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจมีการปรับปรุงระบบ DRGs ตามข้อมูลปัญหาที่พบในการใช้ DRGs version ๕) และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตราที่กำหนด ดังนี้

๒๐.๑ การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐและสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้เคียงกับพื้นที่ สปสช. เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๒ การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการ ที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ RW

๒๐.๓ การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามที่ สปสช. กำหนดให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๔ การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๕ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช. และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช. ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเองจาก Global budget ระดับเขต

๒๐.๖ การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนิ่วออกจากกระบอกทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๗ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๘ ให้ สปสช. เขต สามารถกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการ เฉพาะเขตได้ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพผลงานบริการและหรือ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global budget ของบริการผู้ป่วยใน ทั่วประเทศโดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ภายใน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่าง ปีงบประมาณ) ทั้งนี้ ให้ สปสช. เขต ติดตามผลการดำเนินงานรายงานต่อ สปสช. ทุกไตรมาส และเสนอ ต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

๒๐.๙ การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ

๒๐.๙.๑ การใช้บริการในเขตฯ ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๙.๒ การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้าง คืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ RW

๒๐.๙.๓ การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง แบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ให้จ่ายเบื้องต้น ที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๙.๔ เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ ให้ สปสช. จ่ายเงินที่เหลือของแต่ละเขต เพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการ ตามจำนวนผลงานบริการในข้อ ๒๐.๙

๒๐.๙.๕ หากจ่ายที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW ไปจน Global budget ระดับเขตมีเงินไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW ให้ สปสช. จ่ายเงินที่กั้นไว้สำหรับบริหารจัดการ ระดับประเทศตามข้อ ๑๘.๑ เพิ่มเติมให้จนอัตราจ่ายเป็น ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW หากเงินตามข้อ ๑๘.๑ มีไม่เพียงพอ ให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๒๐.๑๐ ให้ สปสช. เขต สามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่าย ค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมา มีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่าย ค่าใช้จ่ายโดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมี ผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อ ๒๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการสำหรับประเทศตามข้อ ๑๘.๑ ให้จ่ายตามข้อ ๒๐.๙.๕ และเมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หากมีเงินคงเหลือ ให้ สปสช. จ่ายเงินที่เหลือเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการในข้อ ๒๐.๙.๑ ถึงข้อ ๒๐.๙.๓

ข้อ ๒๒ จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาตามรอบการบริหารการจ่ายของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยให้จ่ายข้อมูลที่ส่งมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๒๓ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๕ ให้ สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน

ข้อ ๒๖ ให้ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการและพัฒนาให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ข้อ ๒๗ ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ e-Claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ข้อ ๒๘ การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๒๐

ส่วนที่ ๓ บริการกรณีเฉพาะ

ข้อ ๒๙ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘/๒๕๕๙ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ ๔ ข้อ ดังนี้

๒๙.๑ การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

๒๙.๒ ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)

๒๙.๓ ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

๒๙.๔ การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

ข้อ ๓๐ บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีจำนวน ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ๒) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ ๓) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ๔) กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ ๕) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๓๑ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสช. กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓๒ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๒.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช. กำหนด

๓๒.๒ การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามแนวทาง เจื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๓๒.๓ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช. กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ อาจมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกรณีหน่วยบริการมีการให้บริการด้วยเหตุการณ์ที่เทียบเคียงกับรายการที่ สปสช. กำหนดราคา (Fee schedule) ไว้แล้วให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามราคาของรายการที่กำหนดราคา (Fee schedule) ไว้ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๒.๔ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง

๓๒.๕ ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก จนกว่าจะปรากฏสิทธิให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการโดยอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

๓๒.๖ การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ เช่น ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคม ส่งเงินสมทบ ไม่ครบ ๕ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบ ไม่ครบ ๓ เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ อัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนดและอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๓ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๓.๑ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) ลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาดูแลด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษาจ่ายตามราคาที่กำหนด โดยจ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย Stroke fast track และ ผู้ป่วย STEMI fast track

๓๓.๒ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามราคาที่กำหนด

๓๓.๓ การให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนด

๓๓.๓.๑ เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. เขต และหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๓๓.๓.๒ กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคูณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผน การจัดบริการ

๓๓.๓.๓ การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นดังนี้

(๑) การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตา Blinding & Severe low vision จ่ายอัตราข้างละ ๗,๐๐๐ บาท สำหรับผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาอื่นๆ ข้างละ ๕,๐๐๐ บาท และสำหรับการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายอัตราข้างละ ๙,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พบได้อัตราข้างละ ๒,๘๐๐ บาท และเลนส์แข็งอัตราข้างละ ๗๐๐ บาท เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ (Instrument) ของ สปสช.

๓๓.๔ บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ จ่ายตามราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๔ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๔.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้ หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น รวมทั้งการเพิ่มเติมกรณีรายการในบัญชีนวัตกรรมไทยและหรือสิ่งประดิษฐ์ไทย ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๑.๑ จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาขดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาขดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

๓๔.๑.๒ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๔.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยได้โดยให้ทำการอุทธรณ์เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

(๑) เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขต หรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. เขตและหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

(๒) กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ

๓๔.๑.๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจมีการปรับแนวทางการจ่ายและหรือทบทวนรายการ และอัตราค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคในบางรายการเข้าประเภทบริการผู้ป่วยในทั่วไปและหรือรูปแบบอื่น โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ รวมทั้งหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

๓๔.๒ การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๔.๓ การจัดการหาคะจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเป็นการจัดหาและบริการกระจกตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยจ่ายให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยในอัตราที่ตกลงระหว่างกัน

๓๔.๔ การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ จ่ายตามราคาที่กำหนด สำหรับ

๓๔.๔.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตีบวายจากสาเหตุอื่นๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๓๔.๔.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๓๕ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติม สำหรับ

๓๕.๑ ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจโดยจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๕.๒ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญญัติจ(๒) (ซึ่งตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ครอบคลุมถึงส่วนประกอบของเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่นๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านพิษ และวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า เป็นต้น สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙ หรือจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยเพื่อใช้นั้นๆ

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติม สำหรับ

๓๖.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๓๖.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ (National Tuberculosis control Program Guideline, Thailand ๒๐๑๘: NTP ๒๐๑๘) และที่จะปรับปรุงเพิ่มเติม ครอบคลุมค่ายา ค่าขนส่งทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค และค่าบริการดูแลรักษาและติดตามการรักษาผู้ป่วย โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา และค่าบริการต่างๆ จ่ายตามผลงานบริการและหรือตามคุณภาพผลงานบริการ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๖.๓ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสมสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายโดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ข้อ ๓๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่กำหนด เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ข้อ ๓๘ ให้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๓๒ ถึงข้อ ๓๖ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๔

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๓๙ เป็นค่าใช้จ่าย การจัดการบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ให้โดยตรงแก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เงินที่ได้รับจำนวน ๔๕๒.๖๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๘.๒๖๔๐ ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคนตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ จำนวน ๖๕.๙๙๖๐ ล้านคน จึงเท่ากับ ๓๓๐.๙๙ บาทต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)

ข้อ ๔๐ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๕ รายการ ดังนี้

๔๐.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement)

๔๐.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

๔๐.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (P&P area based)

๔๐.๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

๔๐.๕ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๔๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับประเทศ จำนวน ๒๖.๗๐๐๘ บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ ดังนี้

๔๑.๑ ค่าวัคซีนต่างๆ ดังนี้

๔๑.๑.๑ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ โดยในปี ๒๕๖๓ รวมวัคซีน Pentavalent vaccine (DTwP-HB-Hib)

๔๑.๑.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๒ ปี ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ ๑๐๐ กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๔๑.๑.๓ ค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช.

กำหนด

๔๑.๑.๔ ค่าวัคซีนป้องกันโรคท้องร่วง สำหรับกลุ่มเป้าหมายตามที่ สปสช.

กำหนด

๔๑.๒ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหาเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๔๑.๓ ค่าบริการให้เด็กที่ผลการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง

๔๑.๔ ค่ายา Medabon® สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

๔๑.๕ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน จำนวน ๔๕ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจัดสรร โดย

๔๒.๑ พื้นที่ สปสช. เขต ๑-๑๒ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงานและการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๔๒.๒ พื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชช.)

๔๒.๓ ค่าบริการตามข้อ ๔๒.๑ และข้อ ๔๒.๒ หากมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามข้อ ๔๔

ข้อ ๔๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน ๔ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณบริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการคำนวณ และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ และให้มีหลักเกณฑ์การจ่ายจาก Global budget ระดับเขต ดังนี้

๔๓.๑ เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ทั้งนี้ ขอให้บูรณาการกับ พชช./พชช.

๔๓.๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ภายใต้เงื่อนไข

๔๓.๒.๑ ให้ สปสช. เขต เสนอแผนงาน/โครงการและจำนวนงบประมาณที่จะดำเนินการทั้งปีตั้งแต่ต้นปีและหากตามแผนงาน/โครงการที่เสนอดังแต่ต้นปีแล้วยังมี Global budget ระดับเขตเหลือให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานโดยพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้จัดสรรให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่ต้นปี

๔๓.๒.๒ จ่ายให้หน่วยบริการและหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงินการรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจำนวน ๒๕๖.๒๘๙๒ บาทต่อคนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ แก่ประชาชนไทยทุกคนที่ได้รับบริการในหน่วยบริการ และหรือนอกหน่วยบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๔๔.๑ จำนวนไม่เกิน ๔๔.๙๖๑๗ บาทต่อคน จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) โดยในปี ๒๕๖๓ รวมนำร่องบริการตรวจคัดกรองภาวะ Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๕ ปี และแยกรายการบริการตรวจและป้องกันสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งเพิ่มบริการเคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ ๔-๑๒ ปี และบริการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี และบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test และการตรวจยืนยันกรณีผลผิดปกติด้วยวิธี Liquid based cytology ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๔๔.๒ จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๑.๓๒๗๕ บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้

๔๔.๒.๑ ร้อยละ ๖๕ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน ให้หน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm$ ๑๐%)

๔๔.๒.๒ ร้อยละ ๓๕ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนดโดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๒ หรือที่เป็นปัจจุบัน

๔๔.๓ สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ สำหรับประชากรไทยอื่นให้ สปสช. เขตดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๔๔.๔ สำหรับกรณี สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๔๔.๒ อาจจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงการพัฒนานวัตกรรมการดำเนินการที่ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการ พขอ/พชช.

ข้อ ๔๕ หลักเกณฑ์การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อคน ให้จ่ายให้หน่วยบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ดังนี้

๔๕.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย

๔๕.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๔๖ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๔๗ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๔๘ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลียเงินที่เหลืระหว่างประเภทบริการย่อย ข้อ ๔๑ ถึงข้อ ๔๕ ได้ตามจำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๔๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจจะมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับการบูรณาการกับระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัวและการพัฒนาวัตกรรมการดำเนินการที่ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อน่วยบริการและผู้รับบริการการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๕

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๐ เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนเงิน ๑๗.๔๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ มีดังนี้

๕๑.๑ จำนวนไม่เกิน ๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงานโดยอัตราจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย

๕๑.๒ ส่วนที่เหลือ (ประมาณ ๑๒.๔๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายให้กับหน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยครอบคลุมบริการ

๕๑.๒.๑ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนด

๕๑.๒.๒ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในรายการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ที่ สปสช. กำหนด

๕๑.๒.๓ กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน

๕๑.๓ กรณีหากจ่ายค่าบริการตามข้อ ๕๑.๑ แล้วมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าบริการตามข้อ ๕๑.๒

ข้อ ๕๒ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชน และบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อนหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

ส่วนที่ ๖

บริการการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๕๓ เป็นค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๔.๘๐ บาท ต่อผู้มีสิทธิ จ่ายตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับสถาบัน กัลยาณิราชนครินทร์ และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และจ่ายตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการประจำตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๗

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

(ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ข้อ ๕๕ เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕๖ การจ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ ให้แบ่งสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในข้อ ๘

ข้อ ๕๗ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ดังนี้

๕๗.๑ การจ่ายให้หน่วยบริการให้จ่ายเงินตรงให้หน่วยบริการ

๕๗.๑.๑ ให้คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นรายหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวางเงินเป็น ๒ กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือและการจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการให้กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

(๒) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๑ – มีนาคม ๒๕๖๒) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

๕๗.๑.๒ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๗.๑.๑ สำหรับบริหารระดับเขต

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๗.๑.๑ สำหรับบริหารระดับจังหวัด

(๓) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๗.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ

(๔) สำหรับการบริหารระดับเขตและระดับจังหวัด ให้จัดสรรให้กับ รพ.สต. และ รพช.

๕๗.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๗.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด

๕๗.๑.๔ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร โดยผ่านความเห็นชอบจากอปสช.

๕๗.๒ หน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้ดำเนินการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๕๗.๓ กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายประชากรระหว่างกัน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๕๗.๔ หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

๕๗.๕ การบริหารจัดการและการติดตามผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๘

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อ ๕๘ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕๙ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามตามคำสั่งหัวหน้า คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ส่วนที่ ๙

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๖๐ เป็นค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการโดยมี เป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อ ๖๑ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจำนวนเงินแต่ละเขตมาจากข้อ ๘ (ประเภทบริการลำดับที่ ๙) ให้คำนวณตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ ร่วมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และข้อ ๔๕

ข้อ ๖๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายมีดังนี้

๖๒.๑ ให้จ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดบริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ให้หน่วยบริการ โดยมีตัวชี้วัดกลางจำนวนไม่เกิน ๑๐ ตัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดบูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดระดับเขตได้ ไม่เกิน ๕ ตัว โดยให้สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ทั้งนี้ ให้ใช้ระบบข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ OP/PP/IP individual record (ไม่ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลใหม่)

๖๒.๒ แนวทางและรายละเอียดเกณฑ์การจ่ายให้หน่วยบริการ ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเกินกว่าเป้าหมายตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ หากมีเงินเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขต ให้จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ข้อ ๖๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจจะมีการทบทวนหลักเกณฑ์ แนวทาง อัตราการจ่าย ค่าใช้จ่าย เพื่อบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการประเภทบริการต่างๆ

ส่วนที่ ๑๐

การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๖๔ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้ ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับ เฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบุคลากรของหน่วยบริการของรัฐ ที่ได้รับจากเงินงบประมาณโดยตรง (ค่าแรงในระบบ) ดังนั้น จึงต้องมีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับ หน่วยบริการของรัฐออกจากเงินที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการของรัฐ ต่างๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดเท่ากับจำนวนที่ระบุในพระราชบัญญัติ งบประมาณรายจ่ายประจำปี (ตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ)

ข้อ ๖๕ แนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิ ประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

๖๕.๑ แยกเพดานค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดจากหน่วยบริการของรัฐต่างๆ เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการของรัฐอื่นๆ โดยการปรับลด ค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๖๕.๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจากงบประมาณที่ หน่วยบริการได้รับจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวม ตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ และให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๖๕.๓ วิธีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐในระบบ

๖๕.๓.๑ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยให้ปรับลด จากระบบที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ บริการพื้นฐานที่จ่ายแบบเหมาจ่าย และจากระบบที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการ ประจำไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขตโดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการ คำนวณของสำนักงานงบประมาณ

๖๕.๓.๒ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ โดยผ่านความเห็นชอบของ สปสช.

๖๕.๓.๓ สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยปรับลดจากรายรับที่ได้จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลาง และระบบ GFMS เป็นตัวอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. ซึ่ง สป.สธ. จะส่งให้ สปสช. ภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๒

ข้อ ๖๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะมีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยจะดำเนินการในขั้นตอนการขอรับงบประมาณประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ส่วนที่ ๑๑

การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๖๗ ให้สามารถกันเงินไว้ปรับเกลี้ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ได้ดังนี้

๖๗.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จะได้รับปี ๒๕๖๓ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัดและสำหรับการปรับเกลี้ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๖๗.๒ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเปลี่ยน ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดาร์และพื้นที่เสี่ยงภัยหน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิดต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ. จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเปลี่ยนต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณากายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒

หมวด ๓

รายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๖๘ เงินบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๓,๕๙๖.๘๓๖๗ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	๓,๓๒๑.๘๓๖๗
๒. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๒๓๗.๐๐๐๐
๓. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓๘.๐๐๐๐
รวม	๓,๕๙๖.๘๓๖๗

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๓ ดังนี้

ส่วนที่ ๑

บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๖๙ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชาชน กลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้บริการ ดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแนะนำ ทุกรายอย่างสม่ำเสมอ และสำหรับผู้ที่มีอาการเข้ารับการบริการ การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Voluntary counseling and testing: VCT) การตรวจคัดกรอง และการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๐ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๗๐.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน และสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการดื่มน้ำดื่ม และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรคในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้งละเมิดทางเพศ หรือเป็นทารกซึ่งคลอดจากการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๗๐.๒ กรณีบริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๗๐.๓ กรณีบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานที่ส่งข้อมูลมาในปี สำหรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing) และการให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับบริการ การให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

๗๐.๔ สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ จ่ายตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปี

๗๐.๕ สนับสนุนค่ายาอย่างสม่ำเสมอแก่ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๗๐.๖ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี จำยตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๒ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ในการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี สำหรับประชาชนไทยทุกคน ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวมนำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัส เชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP))

ข้อ ๗๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

๗๒.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘๙.๐๖๔๐ ล้านบาท สำหรับการบริการเพื่อให้มีการเข้าถึง และชักนำประชากรที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคม และเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อื่น ๆ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงานในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) เป็นต้น การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการ สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ สำหรับรายการที่ กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๒.๒ จำนวนไม่เกิน ๓๗.๗๐๐๐ ล้านบาท สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีตามรายการ เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การให้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงิน การรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๓๒.๓ จำนวนไม่เกิน ๑๐.๒๓๖๐ ล้านบาท สำหรับนาร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ซึ่งเป็นการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

ส่วนที่ ๓

สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๗๓ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การศึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อ ๗๔ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การศึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ สำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

หมวด ๔

รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๓๕ เป็นค่าใช้จ่ายบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๙,๔๐๕.๔๑๓๘ ล้านบาท ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเริ่มบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนไต จ่ายตามผลงานการให้บริการตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด สำหรับ

๓๖.๑ การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป)

๓๖.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ยาที่จำเป็นตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

๓๖.๓ การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๗๖.๔ การปลูกถ่ายไตครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาคโดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสลัดไต (Graft rejection) รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๗๖.๕ เริ่มดำเนินการจัดบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ ๗๖.๑ เป็นค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์สำหรับ APD ค่ายาที่เกี่ยวข้องกับ APD และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยการเตรียมระบบบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น

๗๖.๕.๑ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (PD nurse) และทีมสหวิชาชีพ (นักกำหนดอาหาร เภสัชกร ศัลยแพทย์วางสาย อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ)

๗๖.๕.๒ การให้บริการ เช่น การอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถล้างไตแบบ APD ที่บ้านด้วยตนเอง (ระบบ Call center, ความรู้ด้าน Clinic/Technique, การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย, ช่างเทคนิคเพื่อให้บริการ เป็นต้น)

๗๖.๕.๓ ระบบการจัดส่งน้ำยาล้างไตและเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติไปที่บ้านผู้ป่วย

๗๖.๕.๔ ระบบการติดตามผลการรักษาและประเมินผล

ข้อ ๗๗ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

หมวด ๕

รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๗๘ ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๐๓๗.๕๖๕๗ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

/การบริการ...

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	๙๖๕.๕๖๕๗
๒. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	๗๒.๐๐๐๐
รวม	๑,๐๓๗.๕๖๕๗

ส่วนที่ ๑

บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อ ๓๙ ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน ๙๖๕.๕๖๕๗ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหลื่อมจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐานโดยในปี ๒๕๖๓ เน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้โรคนี้มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๔๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุม ป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนี้

๔๐.๑ ไม่เกิน ๒๐.๔๕๔๐ ล้านบาท บริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วย แบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๔๐.๒ ไม่น้อยกว่า ๙๔๕.๑๑๑๗ ล้านบาท บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยให้คำนวณ Global budget ระดับเขตตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ ด้วยข้อมูลที่เป็นปัจจุบันดังนี้ ร้อยละ ๖๐ ตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT และร้อยละ ๔๐ คำนวณตามจำนวนผู้ป่วย DM/HT

๔๐.๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายจาก Global budget ระดับเขต ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ภายใต้เงื่อนไขการคำนวณให้หน่วยบริการตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT ที่ปรับด้วยจำนวนผู้ป่วย DM/HT โดยกำหนดตัวชี้วัดกลางจำนวน ๕ ตัว ตามที่ สปสช. กำหนด และสามารถเพิ่มตัวชี้วัดระดับเขตได้ไม่เกิน ๓ ตัว

ข้อ ๔๑ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘๒ ให้ สปสช. จัดระบบการกำกับติดตามให้เน้นการบริการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามแนวทางราชวิทยาลัย/สมาคมที่เกี่ยวข้อง และให้มีกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการและภาคประชาชน

ข้อ ๘๓ ในปี ๒๕๖๔ จะมีการปรับแนวทางการจ่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบของ สปสช.

ส่วนที่ ๒

การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ข้อ ๘๔ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน ๗๒.๐๐๐๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อ ๘๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดย

๘๕.๑ ไม่เกิน ๑๒.๐๐๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๑,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

๘๕.๒ ไม่น้อยกว่า ๖๐.๐๐๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๕,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้นตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

หมวด ๖

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อ ๘๖ เงินค่าใช้จ่าย จำนวน ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดาร์และพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

/ข้อ ๘๗ ...

ข้อ ๘๗ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒

หมวด ๗

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อ ๘๘ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑,๐๒๕.๕๕๖๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีเป้าหมายจำนวน ๒๐๕,๙๒๖ คน มีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

ข้อ ๘๙ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ให้จ่ายให้หน่วยบริการและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

๘๙.๑ จำนวน ๑๕๐.๐๐๐๐ ล้านบาท

๘๙.๑.๑ จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ - ๑๒ จ่ายให้หน่วยบริการที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแห่งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และจะจ่ายเพิ่มเติมตามจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)

๘๙.๑.๒ จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ตามจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อคน

๘๙.๒ จำนวน ๘๙๕.๕๖๐๐ ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา ๕,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องและตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๙๐ ให้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนเงินข้อ ๘๙.๑.๑ และข้อ ๘๙.๑.๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

หมวด ๘

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ข้อ ๙๑ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ข. (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีงบประมาณจำนวน ๒๖๘.๖๔๐๐ ล้านบาท โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๙๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๙๒.๑ จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (หน่วย PCC)

๙๒.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

๙๒.๒.๑ จำนวน ๒๑๔.๐๐๐๐ ล้านบาท จ่ายสำหรับเป้าหมายในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานครตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด โดย

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๕๐ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากร

/๒) ไม่น้อย ...

(๒) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

๙๒.๒.๒ จำนวน ๕๔.๖๔๐๐ ล้านบาท จ่ายสำหรับเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยให้แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ภายใต้เงื่อนไขดังนี้

(๑) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๓๐ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

๙๒.๒.๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลียวงเงินระหว่างข้อ ๙๒.๒.๑ และข้อ ๙๒.๒.๒ ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๙๓ ให้ สปสช. เขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้หน่วย PCC มีการบูรณาการกลไกการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น พชอ. พชช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่างๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

หมวด ๙

คำยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

ข้อ ๙๔ คำยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เป็นไปตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ ดังนี้

๙๔.๑ บริการกรณีเฉพาะตามข้อ ๓๔.๑.๒ ข้อ ๓๕.๒ และข้อ ๓๖.๒

๙๔.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๔๑.๕

๙๔.๓ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามข้อ ๗๐.๑ ข้อ ๗๐.๕ ๗๒.๑ และข้อ ๗๒.๓

๙๔.๔ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามข้อ ๗๗

/ข้อ ๙๕ ...

ข้อ ๙๕ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน เพื่อดำเนินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในภาพรวม และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๙๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

๙๖.๑ จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหา เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

๙๖.๒ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เป็นค่าขาดจ่ายค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย

ข้อ ๙๗ กรณีจำเป็นให้ สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙๖.๑ ล่วงหน้าได้ เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถดำเนินการจัดหาได้ตามแผนและวงเงินการจัดหา

ข้อ ๙๘ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหา รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี ทั้งนี้ ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้ถือเป็นทรัพย์สินของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

ข้อ ๙๙ กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

๙๙.๑ หากมีเงินเหลือให้ใช้สำหรับการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษครั้งถัดไป

๙๙.๒ หากไม่มีการจัดหาครั้งถัดไปให้ส่งเงินคืนกองทุนพร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี)

๙๙.๓ หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

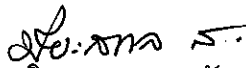
ข้อ ๑๐๐ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย อย่างน้อยทุกไตรมาส

หมวด ๑๐

ค่าชดเชยวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR)
เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒

ข้อ ๑๐๑ เป็นค่าใช้จ่ายทดแทนค่าวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) ที่
ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ จำนวน ๒๗.๐๐๙๐ ล้านบาท
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคข้อ ๔๑.๕

ประกาศ ณ วันที่ ๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒


(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ