

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)



สายงานบริหารกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารกองทุนฯ ปี 65 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
ผู้ป่วยนอก OP	<ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่มีการแบ่งเงิน OP ไปจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพจำนวน 9 บาท : ปชก. 2) กรณีเขต 13 กทม. ปรับอัตราจ่ายเหมาจ่ายเป็นระดับจังหวัด ตามที่ สปสช.กำหนด
ผู้ป่วยใน IP	<ol style="list-style-type: none"> 1) ขยายนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ยกเว้นจากที่กำหนดไว้ให้จ่ายจากบริการอื่น 2) ปรับใช้ข้อมูลผลงานระหว่าง ม.ค.62-ธ.ค.62 เป็นตัวแทนในการคำนวณจัดสรร GB ระดับเขต เพื่อสะท้อนผลงานจริง โดยไม่มีผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 3) เพิ่มอัตราจ่ายสำหรับเด็กแรกเกิด นน.<1,500 กรัม หรือเด็กเกิดที่ป่วย และจำเป็นต้องได้รับหัตถการที่จำเป็นและราคาแพงเพื่อการรักษา เป็นอัตรา 12,000 บาท / adjRW เพื่อให้สะท้อนต้นทุนบริการ 4) เพิ่มการจ่ายค่าบริการกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) 5) เพิ่มรายการ ODS และ MIS 6) ปรับการกำหนดอัตราจ่ายพิเศษในระดับเขต ดำเนินการโดย สปสช.ส่วนกลาง ผ่านกระบวนการปรับค่า K ในระดับเขต 7) เพิ่มการจ่ายบริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

การบริหารกองทุนฯ ปี 65 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
กรณีเฉพาะ CR	<ol style="list-style-type: none">1) มีระบบพิสูจน์ตัวตน และตรวจสอบก่อนจ่าย ที่จ่ายแบบ Fee schedule ทุกรายการ2) ขยายการดำเนินการตามนโยบายยกระดับการรับบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ ไปทุกเขต3) การผ่าตัดข้อเข่าเทียม การ PA ในกรณีอายุน้อยกว่า 55 ปี4) เพิ่มรายการอุปกรณ์สำหรับบริการ thrombectomy และอุปกรณ์ coil aneurism5) ปรับระบบการเบิกจ่าย CAG โดยบันทึกชุดข้อมูลมาตรฐาน (one page)
ฟื้นฟูฯ	บูรณาการจ่ายชดเชยสำหรับบริการกายภาพบำบัด และเบิกจ่ายรวมในงบฟื้นฟู

การบริหารกองทุนฯ ปี 65 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
แผนไทย	<ol style="list-style-type: none">1) จ่ายสำหรับน้ำมันกัญชาในผู้ป่วยมะเร็ง พาร์กินสัน ไมเกรน และสารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชัก และมะเร็งระยะท้าย2) ปรับการจ่ายจากเดิมจ่ายแบบ Fee schedule with point system (นวด อบ ประคบ ยาแผนไทย) เป็นแบบเหมาจ่ายตามผลงานบริการ
ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)	การอนุมัติแผนฯดำเนินการโดย สปสช. (เดิม อปสช.)
จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ QOF	บูรณาการวงเงิน และเน้นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการ DMHT

การบริหารกองทุนฯ ปี 65 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
HIV/AIDS	1) RRTTR <ul style="list-style-type: none"> ▪ จ่าย แบบ Fee schedule ตามผลงานบริการรายเดือน ผ่าน NAP สำหรับหน่วยบริการ สสจ. และ CBO ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ▪ จ่ายแบบโครงการ สำหรับ CBO ที่ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการโดยทำสัญญาที่ สปสช. เขต ▪ บริการทางคลินิก (STI) จ่ายตามผลงานบริการรายเดือนให้กับหน่วยบริการ ผ่าน NAP 2) ยกเลิกการจ่ายงบ QI
ไตวายเรื้อรัง CKD	1) เพิ่มหน่วยบริการล้างไต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ 2) ปรับการจ่ายยา EPO เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลภาวะซีด และเพิ่มการเข้าถึงยา EPO 3) ขยายเป้าหมายบริการ APD โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ พื้นที่ห่างไกล และกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาในการดำรงชีวิต หากไม่ได้รับ APD เช่น เด็ก วัยทำงาน และ ผู้สูงอายุ
ควบคุมป้องกันโรคเรื้อรัง DMHT	1) เพิ่มกลุ่มเป้าหมายในหญิงตั้งครรภ์ และเพิ่มการบริการ CGM และ SMBG 2) จ่ายตามตัวชี้วัดซึ่งบูรณาการกับตัวชี้วัดที่เคยจ่ายจากงบ QOF
จิตเวชชุมชน	ปรับจ่ายตามเกณฑ์ตามจำนวนการลงทะเบียนของผู้ป่วยจิตเวช

การบริหารกองทุนฯ ปี 65 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
บริการระดับปฐมภูมิ PHC	ใช้เกณฑ์การจ่ายเดียวกันระหว่างเขต กทม.และเขตภูมิภาค
บริการสาธารณสุขร่วมกับท้องถิ่น	แยกจากรายการ PP โดยครอบคลุมคนไทยทุกคน เป็นไปตามมาตรา 47 พรบ. หลักประกันสุขภาพฯ
ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ	<ol style="list-style-type: none"> พิจารณาเพิ่มการต่อรองราคาชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพิ่มรายการยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ได้แก่ ฤงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด (จากงบ PP) วัสดุ/อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียจากลำไส้ ฤงรองรับปัสสาวะ ตัวกรองล้างไตด้วยการฟอกเลือด CGM+SMBG (strip test) และรายการยาตามสิทธิประโยชน์ยาบัญชี่ จ(2) จำนวน 4 รายการ (ขยายข้อบ่งใช้ยา Imatinib และยา Dasatinib เพิ่มยา Tocilizumab และยา Ceftazidime/avibactam) ใช้กลไก คทง.ต่อรองราคาให้ได้ราคาที่เหมาะสมก่อนเข้าสู่กระบวนการจัดหา ในระหว่างปีให้มีการขยายรายการจัดซื้อรวมเพิ่มเติมได้ภายใต้วงเงินที่มีอยู่ การบริหารจัดการวัคซีน HPV คาดว่าวัคซีนจะขาดทั่วโลก ถึงต้นปี 2565 (การจัดสรรให้เป็นไปตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด)
บริการ COVID	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดแหล่งเงินที่จะได้รับเพิ่มเติมจาก พรก.กู้เงินฯ ครอบคลุมบริการตรวจคัดกรอง รักษาและส่งต่อ ค่าฉีดวัคซีน ความเสียหายจากการฉีดวัคซีน และอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีน

การบริหารกองทุนฯ ปี 65 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="388 339 1624 394">1) ไม่มีการแบ่งเงิน PP ไปจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพจำนวน 9 บาท : ปชก.<li data-bbox="388 416 1296 481">2) แยกงบถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด เพื่อจัดซื้อรวม<li data-bbox="388 503 1798 634">3) ทบทวนรายการบริการ FS กำหนดจ่ายชุดรายการบริการเดี่ยวเหมือนกันทุกเขต และให้มีระบบการพิสูจน์ตัวบุคคล เพื่อใช้ตรวจสอบการจ่าย<li data-bbox="388 656 1450 710">4) จะมีการปรับการจ่ายกรณี ANC (หารือร่วมกับกรมอนามัย)

1

ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565

(1) ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)

จ่ายแบบเหมาจ่าย

- 1) จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดย สังกัด สป.สร.ใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เม.ย.64 เป็นตัวแทนการจ่าย สังกัดอื่นๆ เป็นไปตามผู้มีสิทธิรายเดือน
- 2) กรณีสังกัด สป.สร. กสร.มีการพิจารณาจัดในลักษณะ step ladder ก่อนจ่ายลงหน่วยบริการ
- 3) หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยคำนวณอัตราจ่ายต่อหัวจาก
 - 80% ปรับด้วยโครงสร้างอายุระดับจังหวัด และให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย $\pm 10\%$
 - 20% จ่ายด้วยอัตราเท่ากันทุกจังหวัด

(2) งบค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)

IP-ทั่วไป
(1,460.59 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

100 ลบ.
บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย :

- จ่ายเพิ่มเติม ให้บริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,350 บาทต่อ adjRW ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารกองทุนฯ กำหนด
- ถ้ามีเงินเหลือ ถือเป็นปฏิบัติตามระเบียบฯว่าด้วยการงบประมาณ 58 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ส่วนที่เหลือ
Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย : ใช้ DRG v5

1. มาตรา 7 , UCEP , สำรองเตียง ,สลายนิ้ว , เด็กแรกเกิดที่ นน.<1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย ใช้บริการข้ามเขต สลายนิ้ว ODS&MIS และ Home Chemo จ่ายตามอัตราที่กำหนด
2. บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิด นน.>1,500 กรัม,ODS&MIS และ Home Chemo
 - จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อAdjRW เท่ากันทุกเขต (ในระหว่างปี อาจปรับอัตราจ่ายเพิ่ม ตามประมาณการผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง โดยไม่ถือเป็นอัตราจ่าย เบื้องต้น)
 - สิ้นปี หากมีเงินเหลือแต่ละเขตถือเป็นปฏิบัติตามระเบียบฯว่าด้วยการงบประมาณ 58 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อAdj.RW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อAdj.RW ภายใต้วงเงินระดับประเทศ

❖ เฉพาะกรณีการใช้บริการในเขต

- สังกัดอื่นจัดสรรตามการประมวลผลปกติ
- สป.สธ. คำนวณอีกครั้งโดยมีการกันเงิน และถ่วงน้ำหนักค่าK

การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)



- ❑ เป็นข้อมูล IP ที่ให้บริการในปีงบประมาณ 2565
- ❑ ขอให้แยกหมวดค่าใช้จ่ายรายหมวด เพื่อการทำ standardized ค่าใช้จ่ายได้อย่างครบถ้วน
- ❑ หน่วยบริการมีการส่งเอกสารตามที่ สปสช.กำหนด

การดำเนินการ

หน่วยบริการ	สปสช.
1 ส่งข้อมูลผู้ป่วยใน แยกค่าใช้จ่ายรายหมวด	2 แจ้งหน่วยบริการทราบ กรณี case ที่มีค่าใช้จ่ายที่เข้าเกณฑ์ ORS
3 ส่งเอกสารเวชระเบียนและค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.	4 ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / อาจมีการขอเอกสารเพิ่มเติม 5 พิจารณาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายการ One day surgery /Minimally Invasive Surgery

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
<p>- การบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) จำนวน 41 รายการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มรายการบริการ ODS ใหม่ จำนวน 19 รายการ 2. ปรับการจ่ายรายการบริการ ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง เฉพาะกลุ่มโรค 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC โดยปรับอัตราจ่าย <u>เดิม</u> แบบบริการ MIS (adjRW +K) คุณด้วย Base rate <u>ปรับเป็น</u> อัตราจ่ายแบบ ODS (RW) +อัตราจ่ายแบบ MIS (K) คุณด้วย Base rate
<p>- การบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ ทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery: MIS) จำนวน 8 รายการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มบริการ MIS จำนวน 6 รายการ 2. กรณีภาวะโรคอ้วนที่เป็นโรค (โรคอ้วนรุนแรง) เริ่มดำเนินการโดยมีระบบการ PA ก่อนการ ผ่าตัด

กลุ่มโรค ODS ที่เพิ่มในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 20 รายการ

- 1) การส่องกล้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)
- 2) EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) pancreas
- 3) EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) liver
- 4) การฉีดยาฟิลเลอร์ที่เส้นเสียงการฉีดยาฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)
- 5) การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียง (Endoscopic laryngeal surgery)
- 6) การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)
- 7) การวางสาย Tenckhoff catheter
- 8) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในผู้ป่วย Fit test positive
- 9) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า
- 10) การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)
- 11) การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปได้เยื่อぶตา (Trabeculectomy)
- 12) การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปได้เยื่อぶตา (Tube shunt surgery)
- 13) การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)
- 14) การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery)
- 15) การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)
- 16) การผ่าตัดแก้ไขหนังตาทยอน (Rhytidectomy/Blepharoplasty)
- 17) การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)
- 18) การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอาร์บอดี (Cyclophotocoagulation)
- 19) ผ่าตัดทำลายเยื่อぶตาและผ่าตัดตัดแต่งเยื่อぶตา
- 20) ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic cholecystectomy,

กลุ่มโรค MIS ที่เพิ่มในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 6 รายการ

- 1) Laparoscopic Nephrectomy
- 2) การระบายน้ำดี (biliary drainage) ผ่านการส่องกล้องทางเดินน้ำดี (endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)
- 3) การผ่าตัดผ่านกล้องการวินิจฉัยและตัด ชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ หรือมะเร็งทางนรีเวช
- 4) Endoscopic sinus surgery using microdebrider
- 5) Laparoscopic adrenalectomy
- 6) Laparoscopic appendectomy

กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)

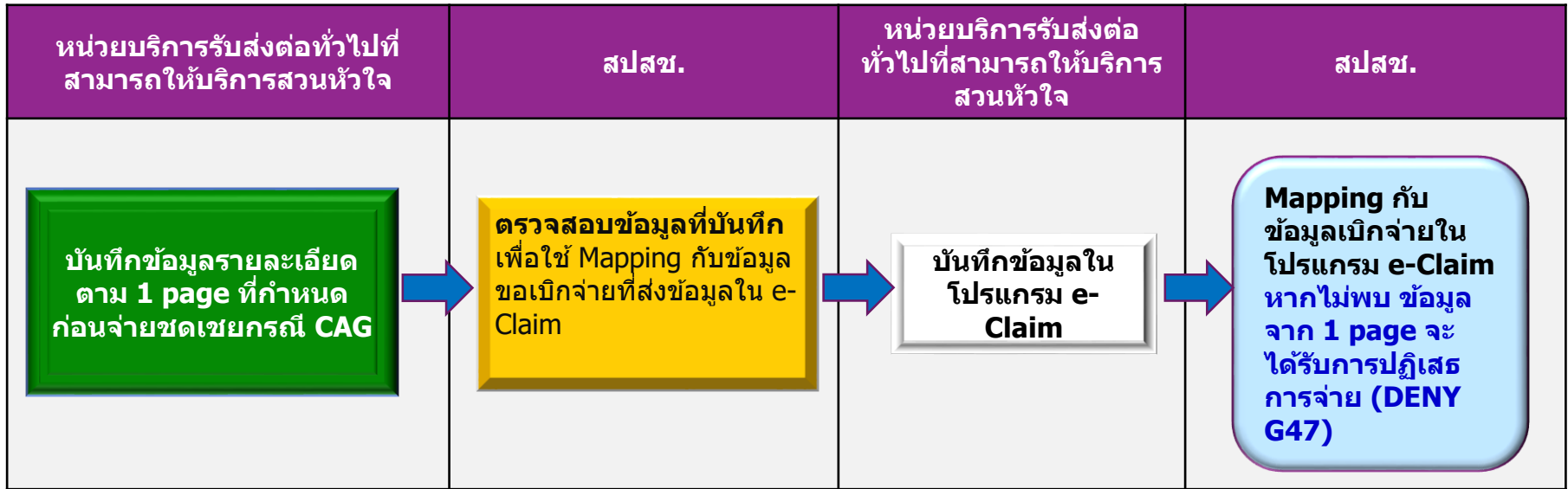
NEW

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการสวนหัวใจ
พ.ศ. ๒๕๖๔

เงื่อนไขการจ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ต้องเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)
3. หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการตามข้อ 2 บันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)
4. กรณีหน่วยบริการไม่ส่งข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) สปสช.จะไม่พิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการทุกรายการในการรับบริการครั้งนั้น เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นให้หน่วยบริการขอทำความเข้าใจความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี
5. สำหรับบริการตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป

ระบบการทำงานในโปรแกรม e-Claim Seamless : กรณีการสวนหัวใจ



- 1

บันทึกข้อมูลรายละเอียด ที่ web e-Claim ที่ <https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/> เลือกเมนู “CAG (1 page)” เพื่อบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายฯ กรณีสวนหัวใจ (CAG) ให้ครบถ้วน
- 2

บันทึกข้อมูลเบิก e-Claim (เหมือนเดิม)

ถ้าไม่พบข้อมูล one page จะถูก DENY ในการประมวลจากระบบ e-Claim

(3) การบริหารจัดการระบบบริการกรณีเฉพาะ



- ขยายการดำเนินงานตามนโยบายระดับไปทุกเขต ได้แก่ การรับบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ มะเร็งไปที่ไหนก็ได้ รับบริการ IP โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว
- ทุกรายการที่จ่ายแบบ FS จะมีระบบ Authen และระบบ Audit เพื่อป้องกันการทุจริตทุกรายการ
- ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายการผ่าตัดข้อเข่าในระดับเขต ปรับเปลี่ยนเป้าหมายบริการผ่าตัดต่อกระดูกหลังดำเนินการ 6 เดือน
- ทบทวนกลไกการพัฒนา Protocol และการจ่ายสำหรับบริการมะเร็ง รวมทั้งบริการ PCI

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด
- 1.2 OP refer ข้ามจังหวัด (เฉพาะที่เกินเขตแดนที่หน่วยบริการจ่าย) Fee schedule จำนวนหนึ่งที่เหลือตามเรียกเก็บ
- 1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ราคาจริงจ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด
- 1.4 IP-PUC/IPPRCC/SSS DRGs กำหนดอัตราจ่าย with Global Budget
- 1.5 กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควรฯ

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke) Fee schedule
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP Fee schedule -ค่ายา
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์ Fee schedule
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ผ่าตัดปาก แหว่งเพดานโหว่ Fee schedule
- 2.5 ER คุณภาพ On top ค่าบริการจัดบริการนอกเวลาราชการ

3. Provider financial risk protection

- 3.1 Instrument-OP&IP Fee schedule with ceiling
- 3.2 Hyperbaric O2-OP&IP Fee schedule
- 3.3 Corneal transplantation (ใส่รองดวงตา) Fee schedule
- 3.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย) Fee schedule

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ยา Methadone สำหรับ MMT Fee schedule -ค่ายา
- 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยากำพวด) จ่ายเป็นยา

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 Thalassemia เหมาะจ่ายตามเงื่อนไข
- 5.2 Tuberculosis
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง palliative care
- 5.4 Rare disease

รายการที่เปลี่ยนแปลง

- กรณี OPAE ปรับการจ่าย Fee schedule กรณียังไม่มีรายการจ่ายเป็น Fee for service
 - การเข้ารับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีเหตุสมควร ขยายทั่วประเทศ เดิมเฉพาะกรณีเขตภาคอีสาน
 - รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้
 - 1) เพิ่มรายการสิทธิประโยชน์ใหม่จำนวน 2 รหัส ได้แก่
 - 4810 ชุดอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดหลอดเลือดในสมอง (Thrombectomy Device)
 - 4817 ชุดลวดพร้อมอุปกรณ์สำหรับปล่อย ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system)
 - 2) มีการจัดทำประกาศ สปสช.เรื่อง รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ พ.ศ. 2564
- รวม 233 รายการ

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปี 2565

เดิมบันทึกในโปรแกรมระบบบัญชียา จ2
เปลี่ยนเป็น บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim

การเบิกค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประกอบการรักษา
โรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังสำหรับประชาชนทั่วไป

การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

1. HCV viral load (HCV RNA-Quantitative) 2,300 บาท/ครั้ง

การตรวจประเมินก่อนการรักษา

- | | | |
|--|-----------------|--------------------------------------|
| 1. APRI score/FIB-4 score | 200 บาท/ครั้ง | } เลือกเบิก
อย่างใด
อย่างหนึ่ง |
| 2. Transient elastography (Fibro Scan) | 2,000 บาท/ครั้ง | |
| 3. Fibro maker panel | 2,000 บาท/ครั้ง | |

เพิ่มสิทธิประโยชน์ยาบัญชี จ(2) ปีงบประมาณ 2565

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปี 2565

- เพิ่มสิทธิประโยชน์ยาบัญชี จ(2) จำนวน 4 รายการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้
- 1) ขยายข้อบ่งใช้ยา **Imatinib** และยา **Dasatinib** ในกรณีรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมโฟอิด ALL ที่มี Ph+ (รายการยาในระบบเดิม)
 - 2) เพิ่มยา **Tocilizumab** เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิด Systemic (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: SJIA) ในเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน
 - 3) เพิ่มยา **Ceftazidime/avibactam** เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae ที่ไวต่อยา Ceftazidime/avibactam ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ Colistin

หมายเหตุ :

1. มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2564 เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2564
2. คาดว่ายาจะมีพร้อมกระจาย ในเดือน มกราคม 2565

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 18.73 บาทต่อผู้มีสิทธิ

กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด (ไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูจังหวัดฯ ที่มีความพร้อม ตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562
- อัตราจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย
- ครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัดดำเนินการ, ค่าฝึกทักษะการทำ ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว, ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน และอื่นๆ ตามหน้าที่กองทุนฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด

จ่ายตามผลงานบริการ (ส่วนที่เหลือ 13.73 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

บริหารจัดการระดับประเทศ ครอบคลุมบริการ

- ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด)
- ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal Cord injury) เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพ
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ จ่ายตามผลงานบริการตามรายการบริการ (Fee Schedule) ให้กับหน่วยบริการ
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ จ่ายตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ(Fee Schedule) ให้กับหน่วยบริการ
- กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูฯระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูฯระดับจังหวัดดำเนินการ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น, การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว, และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ที่ให้บริการในชุมชน

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565

รายการที่เปลี่ยนแปลง

ปรับอัตราการจ่ายเงินชดเชย

1. ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ประเภทการให้บริการ	รหัสบริการ	อัตราจ่ายชดเชยค่าบริการ	จำนวนครั้งที่ให้บริการ	หมายเหตุ
กายภาพบำบัด	H9339.3	450	ไม่เกิน 20 ครั้ง	จัดบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือในชุมชนในระยะ 6 เดือน จำนวนรวมทั้ง 3 บริการ ไม่เกิน 30 ครั้ง
กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	รวมบริการกิจกรรมบำบัดและ	
แก้ไขการพูด	H9375.1	150	แก้ไขการพูด ไม่เกิน 10 ครั้ง	

2. การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว (Independent Living)

อัตราการจ่าย/ราย	งวดที่ 1	งวดที่ 2
11,000 บาท	6,000 บาท	5,000 บาท

ค่าบริการการแพทย์แผนไทย (19.00 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

16.52 บาทต่อผู้มีสิทธิ
บริการแพทย์แผนไทย

- ปรับจ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผลงานบริการให้กับหน่วยบริการ (เดิมจ่ายเป็น FS)

ใช้ผลงานบริการตั้งแต่เดือน ต.ค.64 – พ.ค.65

- งวดที่ 1 : ผลงานบริการตั้งแต่เดือนต.ค.64 – ม.ค.65 โดยตัดข้อมูล ณ ก.พ.65
- งวดที่ 2 : ผลงานบริการตั้งแต่เดือน ก.พ.65 – พ.ค.65 โดยตัดข้อมูล ณ มิ.ย.65

1.61 บาทต่อผู้มีสิทธิ
บริการฝังเข็มและหรือบริการฝังเข็มรวมกระตุ้นด้วยไฟฟ้า

- สำหรับในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง
- แนวทางการจ่าย
 - จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการบริการฝังเข็มและหรือบริการฝังเข็มรวมกระตุ้นด้วยไฟฟ้า
 - จ่ายตามรายการชุดบริการฝังเข็ม ครั้งละ 150 บาท ตามมาตรฐานที่กรมแพทย์แผนไทยกำหนด ภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการรักษาภาวะ Acute
 - จ่ายแบบเหมาจ่ายรายละ 1,000 บาท เมื่อให้บริการครบ 20 ครั้งและมีผลการบันทึกค่า Barthel Index ทุกครั้ง

0.87 บาทต่อผู้มีสิทธิ
บริการกัญชาทางการแพทย์

- การจ่ายตามหลักเกณฑ์แนวทาง วิธีการที่ สปสช.กำหนด

กรณีการใช้น้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอกมี THC 2.0 mg/ml



หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีแพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์/ แพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่สั่งใช้ยา
- ✓ แพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ และต้องผ่านการอบรมการใช้้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา)

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ผู้ป่วยโรคไมเกรน
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ขนาด (ML)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการใช้ยา (ขวด/คน/เดือน)
10	172	1 - 2

กรณีการใช้น้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด



หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีแพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นผู้ทำหน้าที่ส่งใช้ยา
- ✓ แพทย์ผู้ส่งใช้ยาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ และต้องผ่านการอบรมแนวทางการใช้น้ำมันกัญชาทั้ง 5

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยโรคไมเกรน

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ขนาด (ML)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการใช้ยา (ขวด/คน/เดือน)
5	150	2 - 4



การใช้ยาน้ำมันสารสกัดกัญชา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษา
ยากในเด็ก

ผู้ป่วยมะเร็งในระยะ
ท้าย



หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง รวมถึงได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้เป็นผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชา
- ✓ กรณีการใช้สารสกัดกัญชา รักษาโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ให้อยู่ภายใต้การดำเนินการของ **กุมารแพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา** และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

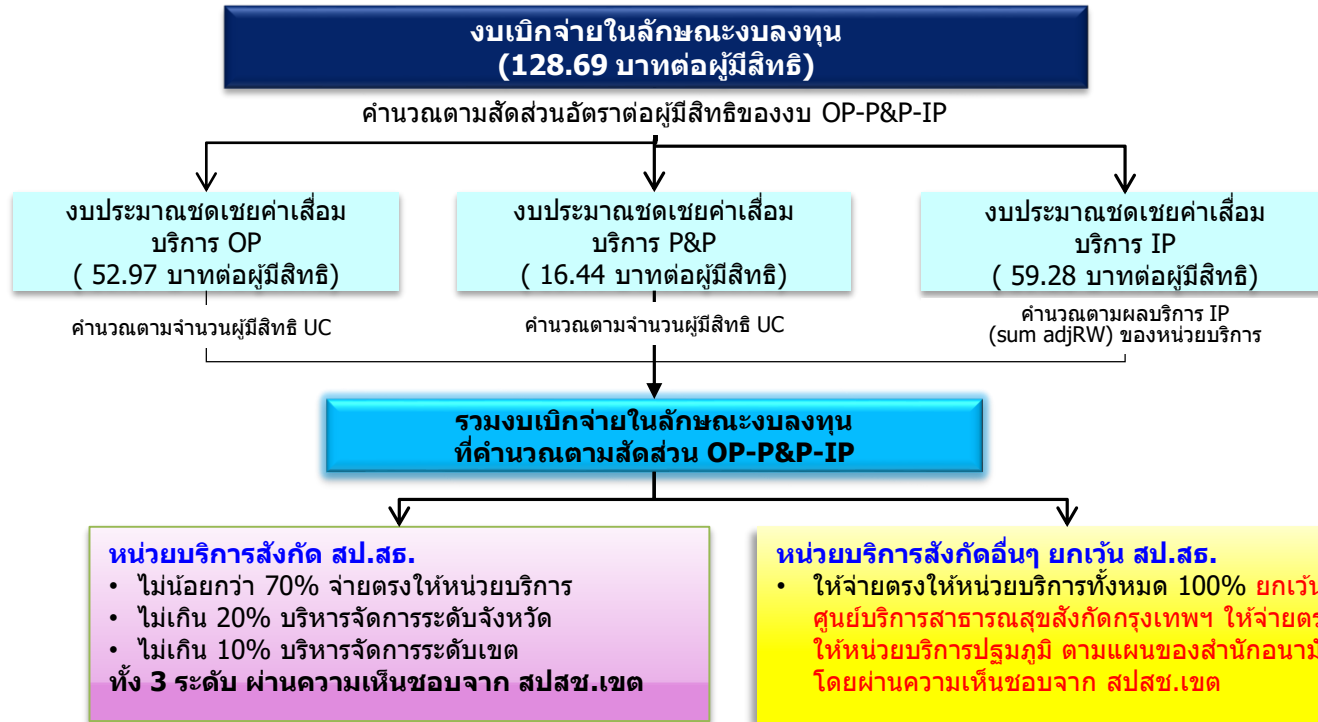


อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ชนิดยา	ขนาด (ml)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการใช้ยา (ขวด/คน/เดือน)	หมายเหตุ
▪ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC ไม่เกิน 0.5 mg/drop	5 ml	500	2	ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
▪ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC และ CBD 1:1	5 ml	900	2	
▪ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1	10 ml	2,000	6	ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก
	30 ml	6,000	2	



ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน



เพื่อให้หน่วยบริการนำเงินไป จัดหา และจัดซื้อ จัดจ้าง และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจาก การให้บริการสาธารณสุข โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

กรอบระยะเวลาดำเนินงานงบค่าเสื่อม ปี 2565

สำนักงานประมาณกำกับติดตามการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมเหมือนกับงบลงทุน และตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีฯ ของรัฐบาล ให้เร่งรัดเบิกจ่ายงบประมาณให้แล้วเสร็จภายในไตรมาส 1 จึงมีแผนการดำเนินงานงบค่าเสื่อมปี 2564 ดังนี้

สป.สร.

- สปสช. แจงวงเงินค่าเสื่อมแต่ละระดับ
- หน่วยบริการเสนอรายการแผนค่าเสื่อมผ่านโปรแกรม
- สปสช. เขต. พิจารณาอนุมัติแผนฯ ทุกระดับ
- โอนเงินให้หน่วยบริการ
- หน่วยบริการเร่งรัดใช้จ่ายงบประมาณ

(วันที่ 23 ส.ค. 64)
(ให้แล้วเสร็จภายใน ก.ย. 64)
(ภายใน ก.ย. 64)
(ภายใน ต.ค. 64)
(ภายใน ธ.ค. 64)

รัฐนอก อื่นๆ/เอกชน

- แจง ร่าง วงเงินที่จัดสรรด้วยประชากร 1 เม.ย. 63
- แจงวงเงินที่จัดสรรด้วยประชากร 1 พ.ย. 63
- สปสช. เขต พิจารณาอนุมัติแผนฯ
- โอนเงินให้หน่วยบริการ
- ให้หน่วยบริการเร่งรัดใช้จ่ายงบประมาณ

(วันที่ 23 ส.ค. 64)
(ภายในวันที่ 10 พ.ย. 64)
(ภายใน พ.ย. 64)
(ภายใน ธ.ค. 64)

2

นอกเหนือจากรายหัวข้อ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565

กรอบการบริหารงบประมาณบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2565

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ 1.1 บริการให้คำปรึกษา 1.2 ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(HIV) 1.3 ถุงยางอนามัย	1.1 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ 1.2 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ 1.3 สนับสนุนถุงยางอนามัย
2. ยาต้านไวรัส ยาลดไขมัน เพื่อการป้องกันและรักษา	สนับสนุนในรูปแบบของยา
3. การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4. สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.1 บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.2 ถุงยางอนามัย	4.1 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ 4.2 สนับสนุนถุงยางอนามัย
5. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี (HCV)	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานที่ให้บริการ

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTTR) 1.1 ค่าบริการป้องกัน 1.2 ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น	1.1 จ่ายตามผลงานบริการกรณีเป็นหน่วยบริการ 1.2 จ่ายรายโครงการกรณีเป็นองค์กรชุมชน
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการติดเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ (งานศูนย์องค์รวม)	จ่ายเป็นรายโครงการ ตามข้อกำหนด
3. บริการ PrEP	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ สนับสนุนในรูปแบบของยา สนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

รายการปีงบประมาณ 2564

รายการปีงบประมาณ 2565

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย

บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อการติดตามรักษา

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน

ไม่เปลี่ยนแปลง

ชดเชยเป็นยา ผ่าน NAP

การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการติดตามการรักษา

LAB พื้นฐาน ได้แก่
CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT 25 บาท / รายการ

ไม่เปลี่ยนแปลง

Chest X-Ray

ให้เบิกในบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค
(Active case finding) ผ่าน โปรแกรม
NTIP

ชดเชยเป็นเงิน

CD4 400 บาท/ครั้ง

Viral Load : VL 1,350 บาท/ครั้ง

ไม่เปลี่ยนแปลง

DR In-House 5,500 บาท/ครั้ง, Commercial 6,000 บาท/ครั้ง

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย สปสช.

รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)		
<ul style="list-style-type: none">• บริการให้คำปรึกษา 7 บาท / ครั้ง• บริการตรวจ Anti-HIV 140 บาท / ครั้ง• ถุงยางอนามัย	<ul style="list-style-type: none">• การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง• เปลี่ยนแปลงวิธีการกระจายถุงยางอนามัยดังนี้<ol style="list-style-type: none">1) สปสช.กำหนดโควตาแต่ละหน่วยบริการ2) หน่วยบริการกำหนดจำนวนการจัดส่งรายเดือนผ่านโปรแกรม Nap3) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบโควตา จำนวนการจัดส่ง และจำนวนคงเหลือได้ที่โปรแกรม Nap ในเมนูการบริหารจัดการยา	<ul style="list-style-type: none">• ชดเชยเป็นเงินและถุงยางอนามัย

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการปีงบประมาณ 2564

รายการปีงบประมาณ 2565

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย

ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT)

- ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน
- การตรวจ PCR (1,000 บาท/ครั้ง)
- Anti-HIV (140 บาท/ครั้ง)

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการสัมผัสเชื้อ

2.1 จากการทำงาน (HIV occupational PEP : HIV oPEP)

2.2 ที่ไม่ใช่จากการทำงาน เฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational PEP : HIV nPEP)

- ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน
- Anti-HIV (140 บาท/ครั้ง)

การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง

- ชดเชยเป็นเงิน และยา

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

รายการปีงบประมาณ 2564

รายการปีงบประมาณ 2565

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย

ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน

3. บริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP)

- ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน
- ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรก (80บาท/ครั้ง)
- การให้คำปรึกษา หลังตัดสินใจกินยา (20บาท/ครั้ง)
- การตรวจ Anti-HIV (140บาท/ครั้ง)
- CrCl (20บาท/ครั้ง)
- HBsAg STI (ELISA = 130 บาท/ครั้ง , PHA = 70บาท/ครั้ง)
- Pregnancy (70 บาท/ครั้ง)
- ฤงยางอนามัย

การชดเชยและจำนวนครั้ง
บริการไม่เปลี่ยนแปลง

ชดเชยเป็นเงิน ยา และฤงยาง

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

รายการปีงบประมาณ 2564

รายการปีงบประมาณ 2565

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย

การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี Hepatitis C Virus : HCV

- การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี
 - Anti HCV (Automate 300 บาท/ครั้ง, Rapid Test 70 บาท/ครั้ง)
- การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
 - HCV Viral Load 2,300บาท/ครั้ง
- การตรวจประเมินก่อนการรักษาการตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ
 - APRI score , FIB- 4score 200บาท/ครั้ง
 - Transient elastography (Fibro scan®) 2,000 บาท/ครั้ง
 - Fibro marker panal 2,000 บาท/ครั้ง

การชดเชยและจำนวนครั้ง
บริการไม่เปลี่ยนแปลง

ชดเชยเป็นเงิน



ตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือ เพิ่ม ในปีงบประมาณ 2565

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่เปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์ แนวทาง เงื่อนไขการชดเชย
บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
2.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	<ul style="list-style-type: none"> • ปรับวิธีการชดเชยบริการเชิงรุก • ปรับวิธีการชดเชยบริการคลินิก 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>จ่ายแบบ Fee schedule</u> ตามผลงานบริการรายเดือน ผ่าน NAP สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการด้าน HIV ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • <u>จ่ายแบบโครงการ</u> สำหรับ CBO ที่ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ โดยทำสัญญาที่ สปสช.เขต • <u>บริการทางคลินิก (STI)</u> จ่ายตามผลงานรายเดือนให้กับหน่วยบริการ ผ่าน NAP
2.2 งานศูนย์องค์รวม	ไม่เปลี่ยนแปลง	ทำสัญญาดำเนินงานตามโครงการกับมูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2.3 นำร่องให้บริการ PrEP	ไม่เปลี่ยนแปลง	ชดเชยเป็นเงินและยา

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTTR)

ตารางแสดงอัตราการจ่ายชดเชยรายกิจกรรม

กิจกรรม	อัตราค่าบริการ(บาท)/ราย	
	กลุ่ม MSM,TG, FSW,MSW	กลุ่ม PWID
- Reached & Recruited	800.-	1,800.-
- Recruit to Tested	550.-	1,200.-
- Retained	450.-	1,000.-
รวมบริการเชิงรุก	1,800.-	4,000.-

ตารางแสดงอัตราการจ่ายชดเชยบริการทางคลินิก

รายการตรวจ	ค่าบริการ**	จำนวนครั้งที่แนะนำให้ตรวจ/ปี				
		MSM	TG	MSW	FSW	PWID
ค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (Syphilis)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
ค่าตรวจคัดกรองโรคหนองใน (Gonorrhea)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
ค่าตรวจคัดกรองโรคหนองในเทียม (Chlamydia)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
ค่าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) และมะเร็งทวารหนัก (Anus smear)	250 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1

** ค่าบริการ เหนารวมค่าวัสดุ อุปกรณ์ ค่าขนส่งในการตรวจ ค่าบริการบันทึกข้อมูลและการคืนข้อมูลผลการตรวจให้กับหน่วยงาน/องค์กร ที่ส่งตรวจเพื่อการรายงาน

กรอบการบริหารระบบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565

1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการยารักษาวัณโรค 1.1) ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2) ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา - ยารักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ - ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1 st และ 2 nd line drug) 3.4) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการรักษาและติดตาม	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ

2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2. ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5. ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน 6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบSeamless)

การบริหารงบประมาณดูแลผู้ป่วยวัณโรคในปีงบประมาณ 2565

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565
<p>1) บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ชดเชยเป็นเงิน และยา ตามบริการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">• บริการยารักษาวัณโรค• บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อระยะแฝง• บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค• บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	ไม่เปลี่ยนแปลง
<p>2) ค่าบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (Active case finding)</p>	
<p>ค่าบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ด้วย CXR และตรวจ molecular ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none">• ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด• ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง• ผู้ติดเชื้อเอชไอวี• ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่า หรือเท่ากับ 7 mg%) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน• ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรค COPD หรือ DM ร่วมด้วย• ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง• บุคลากรสาธารณสุข สิทธิ UC หรือ สิทธิว่าง	ไม่เปลี่ยนแปลง
<p>3) ค่าบริการกำกับการกินยา (DOT)</p>	ไม่มีรายการในประกาศ

บริการบำบัดทดแทนไต

CAPD & APD

ขอบเขตการบริการ ;

- น้ำยาล้างไต, สาย TK, ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา, สาย TK)
- ค่าบริการ ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก CAPD / APD
- ค่าฟอกเลือดชั่วคราว (Temp HD)

ขยายเป้าหมาย APD

HD & HD selfPay

ขอบเขตการบริการ HD ;

- ค่าบริการฟอกเลือด : จ่ายตามอัตราที่สปสช. กำหนด
- ค่าเตรียมเส้นสำหรับฟอกเลือด, ซ่อมเส้น, ทำเส้นใหม่ตามความจำเป็น : จ่ายตามอัตราที่สปสช. กำหนด
- ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา)

ขอบเขตการบริการ HD selfPay ;

- ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา)

KT&KTI

ขอบเขตการบริการ KT ;

- ค่าบริการผ่าตัด (เหมาะจ่ายตาม Protocol)
- ค่าผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาค สมองตาย, ผู้บริจาคมีชีวิต
- ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด
- การตรวจ PRA ใน Decreased donor

ขอบเขตการบริการ KTI ;

- ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (Renal Replacement Therapy)

รายการ	ปีงบประมาณ 2565
การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ HD	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อยกระดับคุณภาพบริการล้างไต เพิ่มความสะดวกกับผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการไหนก็ได้ เพิ่มจำนวนหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไต • สปสช.6.70/ว.5742 ลว.9 ก.ย.64 : ชักซ้อมการขึ้นทะเบียนหน่วย HD <ol style="list-style-type: none"> 1) ประกาศ เรื่องการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ.2564 2) ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD 3) แบบประเมินศักยภาพ <ul style="list-style-type: none"> -หน่วยบริการภาครัฐ รับรองตนเอง -หน่วยบริการภาคเอกชน รับรองตนเองพร้อมแนบสำเนา ส.พ.7 (ที่ระบุบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) และ ส.พ.19 (ที่อนุญาตให้เปิดสถานพยาบาล)

ค่าบริการควบคุมป้องกัน รักษาโรคเรื้อรัง (1,154.7800 ล้านบาท)

บริการ 2nd prevention ผู้ป่วยโรค DM/HT
(1,091.5590 ล้านบาท)

DM type1+GDM (261.5590 ลบ.)

- บริหารภาพรวมระดับประเทศ
- จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) โดยอาจจ่ายเพิ่มเติมเป็นวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

DM type2 (830.00 ลบ.)

- **คำนวณ Global budget ระดับเขตตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ ด้วยข้อมูลจำนวนผู้ป่วย DM/HT 100%**
- จ่ายตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการตามตัวชี้วัด ที่ สปสช. กำหนด

บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
(63.2210 ล้านบาท)

- จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ โดย
- จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วย (ประมาณ 1,000 บาทต่อราย)
 - จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวช เป้าหมายที่ลงทะเบียน (ประมาณ 5,000 บาทต่อราย)

บริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 : T1DM



เหมาจ่ายรายละ 13,636 บาทต่อราย

ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	กิจกรรมบริการ	การจ่าย
-รายเก่า/รายใหม่ เป้าหมาย 2,000 คน	-หน่วยบริการที่เบิกได้ ต้อง ผ่านการอบรมจากทาง สมาคมโรคเบาหวานฯ (63 แห่ง) -รายชื่อผู้ป่วยต้องตรงกับ สมาคมโรคเบาหวานแจ้ง สปสช.	1. ได้รับการสอนและประเมินศักยภาพ การดูแลตนเอง 2. Strip และเข็มเจาะเลือด พร้อม เครื่องตรวจระดับน้ำตาลที่ Upload ข้อมูลได้ โดยตรวจ 4 ครั้งต่อวัน 3. ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c Microalbuminuria Lipid profile ตรวจตา และตรวจเท้า	1. บริการ ตค.-ธค.64 : จ่ายแบบเหมาจ่าย แยกเป็น -ค่าสอน 1,256 บาท -ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน 380 บาท -ค่า strip 3 เดือนๆละ 1,000 บาท =3,000 บาท ต.ค. เหมาจ่าย 4,636 บาท พ.ย. เหมาจ่าย 3,636 บาท ธ.ค. เหมาจ่าย 2,626 บาท 2. บริการ มค.-กย.65 -จ่าย Strip ระบบ VMI (9 เดือน) -ค่าสอน 1,256 บาท -ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน 380 บาท รวมเป็น 1,636 บาท

บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes; GDM)



เหมาจ่ายรายละ 4,700 บาทต่อการตั้งครรภ์

new

GDM	ประเมินตนเอง	1. Strip และเข็มเจาะเลือด พร้อมเครื่องตรวจระดับน้ำตาลที่ Upload ข้อมูลได้ โดยตรวจ 4 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 16wks*
เป้าหมาย 10,250 คน		2. ค่าสอนผู้ป่วย
		3. ค่าตรวจหลังคลอด
		3.1 ตรวจทุกคนภายใน 1-3 เดือน หลังคลอด จำนวน 1 ครั้ง
		3.2 กินกลูโคส 75 g (OGTT)
		3.3 เจาะน้ำตาลฯ ก่อนกินที่ 0 นาที และหลังกินน้ำตาลฯ 2 ชม.

1. บริการ ตค.-ธค.64

- : จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อการตั้งครรภ์ แยกเป็น
- ค่าสอน 500 บาท
- ค่า strip 3 เดือนๆ ละ 1,000 บาท =3,000 บาท
- ต.ค. เหมาจ่าย 3,700 บาท
- พ.ย. เหมาจ่าย 2,700 บาท
- ธ.ค. เหมาจ่าย 1,700 บาท
- ค่าตรวจหลังคลอด 200 บาท

2. บริการ มค.-กย.65

- จ่าย Strip ระบบ VMI
- ค่าสอน 500 บาท
- ค่าตรวจหลังคลอด 200 บาท

รวมเป็น 700 บาท

* จะตรวจพบเป็นDM เมื่อ ประมาณอายุครรภ์ 24 wk

บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่เป็นเบาหวาน ก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational DM)



เหมาจ่าย 16,850 บาทต่อการตั้งครรภ์

new

PDM*	ประเมินตนเอง	1. Strip และเข็มเจาะเลือด พร้อมเครื่องตรวจระดับน้ำตาล ที่ Upload ข้อมูลได้ โดย ตรวจ 7 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 36wks*	<u>1. บริการ ตค.-ธค.64</u> : จ่ายแบบเหมาจ่าย / การตั้งครรภ์ แยกเป็น -ค่าสอน 500 บาท -HbA1c 150x4 ครั้ง=600 บาท -ค่าstrip 3 เดือนๆ ละ 1,750 บาท/การตั้งครรภ์ ต.ค. เหมาจ่าย 6,350 บาท พ.ย. เหมาจ่าย 4,600 บาท ธ.ค. เหมาจ่าย 2,850 บาท
เป้าหมาย 2,550 คน		2. HbA1c 4 ครั้ง 3. ค่าสอนผู้ป่วย	<u>2. บริการ มค.-กย.65</u> -จ่าย Strip ระบบ VMI -ค่าสอน 500 บาท -HbA1c 150*4=600 บาท <u>รวมเป็น 1,100 บาท</u>

* รวมกรณีที่เป็น T1DM

รายละเอียดความพร้อมของหน่วยบริการ

ความพร้อมด้านบุคลากร	GDM	PDM
1. แพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์ หรือ อายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อ ฯ		
1.1) แพทย์ทั่วไป	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
1.2) อายุรแพทย์	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
1.3) อายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อฯ	-	-
2. สูตินรีแพทย์	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
3. พยาบาล	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
4. โภชนากร หรือ นักโภชนาการ หรือ นักกำหนดอาหาร	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล

หมายเหตุ : หน่วยบริการต้องมีความพร้อมด้านบุคลากรในข้อ 1 หรือ 2 และ 3 หรือ 4

สรุปบริการและการจ่ายชดเชย



ลำดับ	บริการ	การจ่าย	T1DM	GDM	PDM
1	คำสอนทักษะในการดูแลตนเอง (survival skill)	1 ครั้ง	1,256 บาท	500 บาท	500 บาท
2	Strip เครื่องอ่านผล และอุปกรณ์เจาะเลือด -ลงทะเบียน ตค.-รค.64 -ลงทะเบียน มค.-กย.65	-จ่ายเป็นเงิน -จ่ายเป็นของระบบ VMI	4 ครั้ง/วัน เดือนละ 1,000 บาท VMI		7 ครั้ง/วัน เดือนละ 1,750 บาท VMI
3	ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c Microalbuminuria Lipid profile ตรวจตาและตรวจเท้า เบาหวาน	1 ครั้ง	380 บาท	-	-
4	ตรวจ HbA1c	4 ครั้ง	-	-	600 บาท
5	ค่าตรวจหลังคลอด เพื่อประเมินการเกิดโรคเบาหวานด้วยวิธี (OGTT)	1 ครั้ง	-	200 บาท	-
6	เครื่องตรวจติดตามระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (CGM)	ตามความเห็นของแพทย์ ในหน่วยบริการที่มีศักยภาพ และผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง			

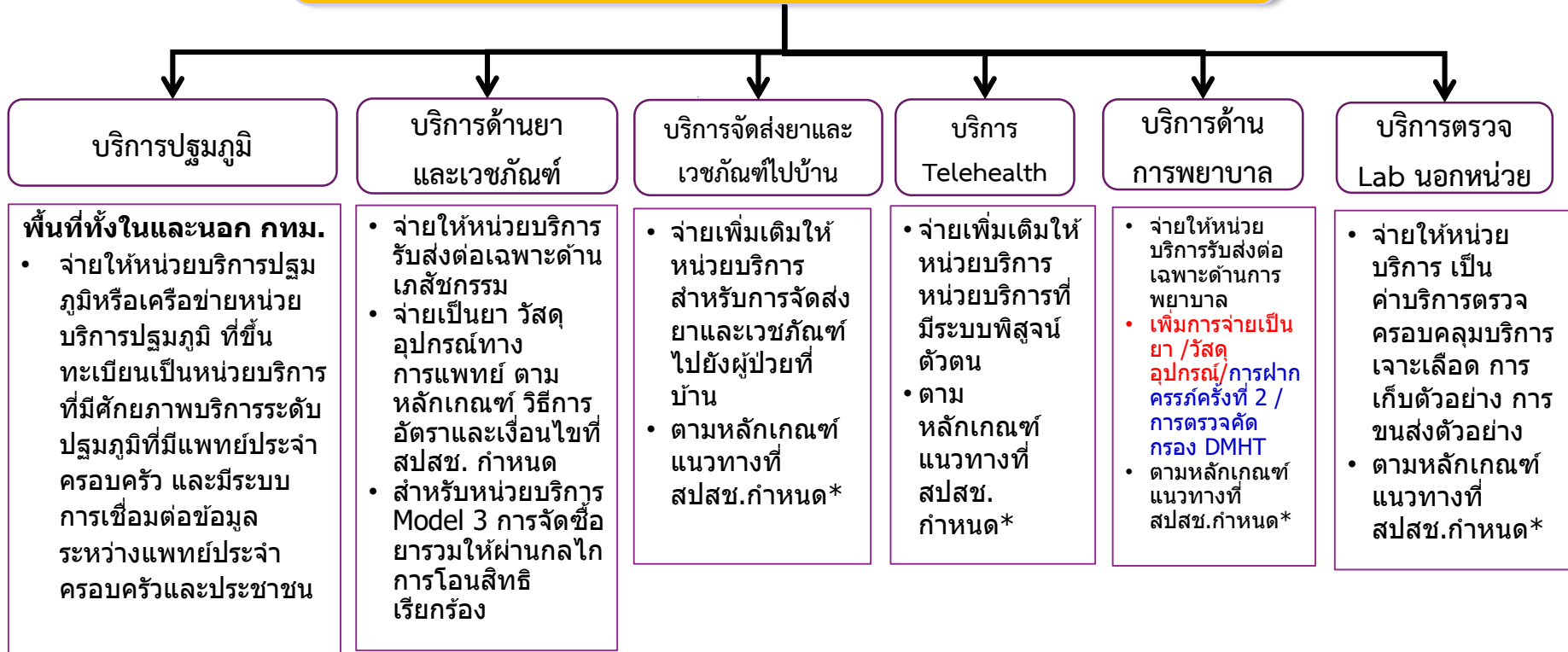
บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

1. จ่ายตามการลงทะเบียนผู้ป่วย ที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในระบบ Care transition ภายในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564
2. สปสช.จะจ่ายเงินในอัตราเหมาจ่าย ให้แล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม 2565

การบริหารการจ่าย

หน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง	แบบเหมาจ่ายบริการในอัตรา 1,000 บาทต่อราย โดยจ่ายตามจำนวนการลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น
หน่วยบริการประจำ	แบบเหมาจ่ายบริการในอัตรา 5,000 บาทต่อราย โดยจ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนการลงทะเบียน ของหน่วยบริการรับส่งต่อ หรือหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ
(319.2800 ล้านบาท)



ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลฯ



ขอบเขตการให้บริการ

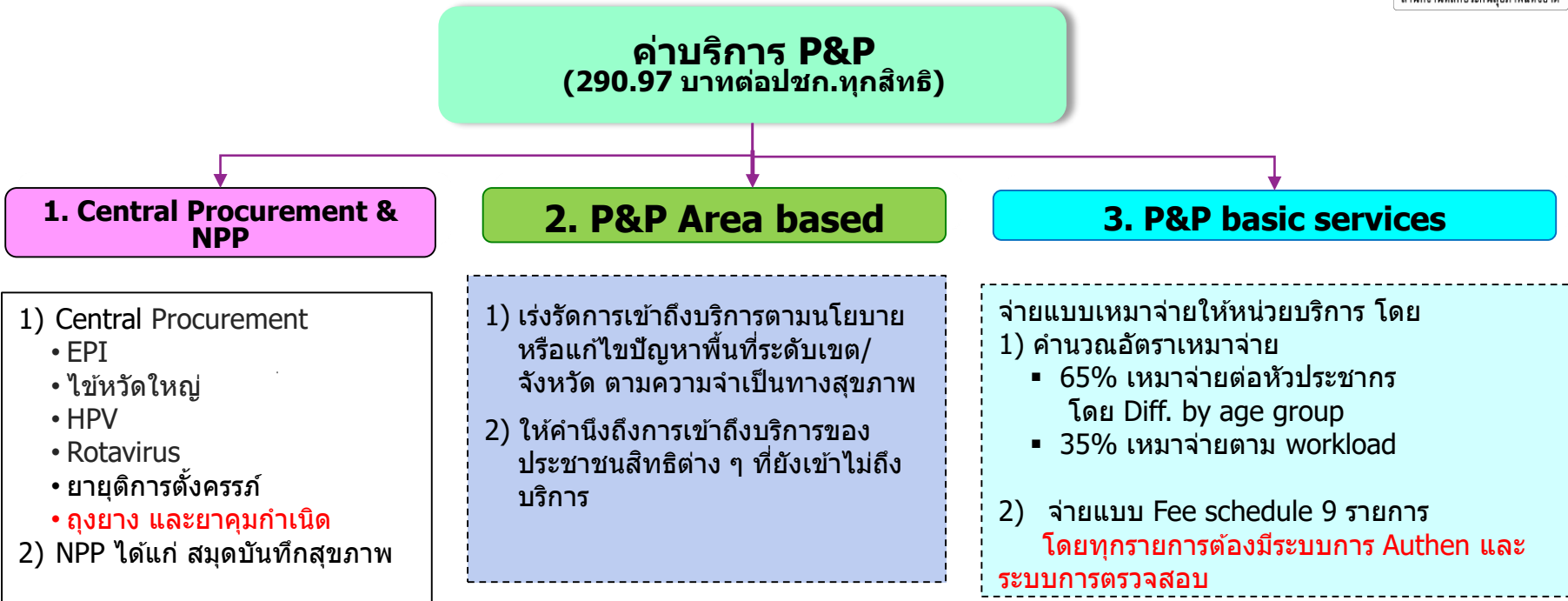
1. เป็นการให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแผนการรักษาให้สามารถไปรับบริการการพยาบาล ที่คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ อันได้แก่ การพยาบาลขั้นพื้นฐาน การบริหารยาตามคำสั่งแพทย์ และการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยต้องมีการเชื่อมโยงการบริการกับหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
2. เป็นการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนไทย ตามขอบเขตวิชาชีพและที่สำนักงานกำหนด อันได้แก่ บริการ ANC ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยแล้วไม่ใช่ครรภ์เสี่ยง และบริการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. หน่วยบริการที่ให้บริการ เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลฯ



1. การบริหารยาตามคำสั่งแพทย์		
1.1 บริหารยาพ่น	อัตราจ่ายชุดเซช	60 บาท / ครั้ง/คน/วัน
1.2 บริหารยาฉีด	ตราจ่ายชุดเซช	30 บาท / ครั้ง/คน/วัน
2. การบริการพยาบาลพื้นฐานตามคำสั่งแพทย์		
2.1 บริการทำแผลแห้ง/แผลเย็บ	อัตราจ่ายชุดเซช	80 บาท/ครั้ง/คน/วัน
2.2 บริการทำแผลเปิด/ติดเชื้อ	อัตราจ่ายชุดเซช	170 บาท/ครั้ง/คน/วัน
2.3 บริการทำแผลขนาดใหญ่	อัตราจ่ายชุดเซช	320 บาท/ครั้ง/คน/วัน
3. การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน		
3.1 กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาหายได้		
เยี่ยมไม่เกิน 4 ครั้ง/คน	อัตราการชุดเซช	400 บาท/ครั้ง
3.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้		
เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง/คน	อัตราการชุดเซช	600 บาท/ครั้ง
3.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและไร้ความสามารถเล็กน้อย		
เยี่ยมไม่เกิน 8 ครั้ง/คน	อัตราการชุดเซช	800 บาท/ครั้ง
4. บริการ ANC ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยแล้วไม่ใช่ครรภ์เสี่ยง	อัตราการจ่ายเป็นไปตามอัตราจ่ายกรณี ANC	
5. บริการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อัตราการชุดเซช	100 บาท/ครั้ง/คน/ปี

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P



การจ่ายแบบเหมาจ่าย รวมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Fit test บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง เพิ่มบริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน

อัตราจ่ายรายการ PP ที่จ่ายแบบ Fee Schedule ปี 2565

รายการบริการ	อัตราจ่าย (บาท/ครั้ง)
1. ค่าบริการตรวจยืนยันโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และสามี	
- ค่าตรวจ Hb typing	270
- ค่าตรวจ Alpha - thal 1	800*
- ค่าตรวจ Beta - thal	3,000*
- ค่า PND	2,500
- ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000
2. ค่าบริการตรวจคัดกรอง Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ ทุกกลุ่มอายุ	
- ค่าตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test	1,200
- ค่าบริการเจาะเลือดและค่าขนส่ง	200
- ค่า PND	2,500
- ค่าบริการตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ด้วยวิธี Karyotyping	2,500
- ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000
3. ค่าบริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด	
- ค่าตรวจคัดกรอง TSH+PKU	135
- ค่าตรวจและการติดตามเพื่อตรวจยืนยันในรายที่ผิดปกติ	350
4. ค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ใน หญิง < 20 ปี	ใส่ห่วง 800, ยาฝัง 2,500
5. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	ทุกวิธี 3,000

รายการบริการ	อัตราจ่าย (บาท/ครั้ง)
6. บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วง/ยาฝัง) ใน หญิง >= 20 ปีขึ้นไป (กรณีแท้ง Unwanted pregnancy)	ใส่ห่วง 800, ยาฝัง 2,500
7. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
- Pap smear/VIA	250
- HPV DNA test	420
- Liquid Based Cytology	250
- การทำ Colposcopy รวมค่าทำ biopsy / ค่าอ่านผลพยาธิวิทยา	900
8. ANC	
- มีการปรับอัตราจ่าย โดยจ่ายค่าตรวจ lab บางรายการเป็น fee schedule	
- แยกรายการตรวจสุขภาพช่องปาก และบริการขัดทำความสะอาดฟันออกจากกัน	
9. แวนตาเด็ก	600

การส่งข้อมูล

- เปลี่ยนการบันทึก ANC และ Pap Smear จากเดิม 43 แฟ้ม เป็นบันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim
- ทุกรายการต้องมีการ Authentication

* ปรับอัตราให้เหมือนกันกับ กทม.



การบริการสิทธิ ข้าราชการ อปท.

Palliative Care

Relieves suffering. Improves quality of life

สิทธิข้าราชการ

ปีงบประมาณ 2564

การเบิกค่าใช้จ่ายในหมวด 6 ค่าบริการโลหิต
และส่วนประกอบของโลหิต
เดิม >> บันทึกเบิกเป็นค่าใช้จ่ายรวม โดยไม่
ต้องบันทึกรหัสเบิก

ปีงบประมาณ 2565

- สถานพยาบาลจัดทำบัญชีข้อมูลค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ดังนี้
1. จัดทำบัญชีข้อมูลค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ซึ่งประกอบด้วย รหัสรายการของโรงพยาบาล, รหัส TMLT, รหัสในหมวด 6 ของกรมบัญชีกลางส่งไปยังสำนักพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (สมสท.) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
 2. การส่งข้อมูล Mapping ให้ส่งผ่านโปรแกรม TMLT Mapping ซึ่ง Download ได้ทางเว็บไซต์ สมสท. ทาง <https://this.or.th/>
 3. เมื่อผลการ Mapping ผ่านการตรวจสอบจาก สมสท. แล้ว จึงนำไฟล์ดังกล่าวส่งผ่านเว็บ <https://catalogue.nhso.go.th/labcatalogue/> ของ สปสช.
 4. รหัสรายการ (catalog) ที่ผ่านการอนุมัติจาก สปสช. แล้ว สถานพยาบาลดาวโหลดไฟล์ที่ได้รับการอนุมัตินำเข้าโปรแกรม e-claim
 5. บันทึกข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim ตามรหัสรายการในบัญชีข้อมูลค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต
- [มีผลกับข้อมูลที่ส่งตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป](#)

สิทธิข้าราชการ และ อปท.

ปีงบประมาณ 2564

เพิ่มกลุ่มยาราคาแพงที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะม่านตาอักเสบ (Uveitis) ตาม ว 681 ลว 5 ส.ค. 64

เดิม >> เบิกเป็นรายการยาปกติ ((ตามเงื่อนไขยาในหรือนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ) โดยไม่ต้องขออนุมัติ จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

ปีงบประมาณ 2565

ประกอบด้วยยา 2 รายการ คือ Adalimumab และ Infliximab
ข้อบ่งชี้ สำหรับการรักษาม่านตาอักเสบ ในโรค

- Behcet (Behce's disease)
- Noninfectious necrotizing scleritis
- Ocular sarcoidosis
- Vogt Koyanagi Harada (VKH disease)

การเบิกจ่าย

1. สถานพยาบาลขออนุมัติการใช้ยา (PA) ผ่านหน้าเว็บของ สปตส. (เว็บเดียวกับยา OCPA)
2. เมื่อได้รับการอนุมัติ บันทึกเลข PA ในโปรแกรม e-Claim เพื่อเบิกจ่าย
3. เบิกได้ในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น ไม่สามารถนำไปเสร็จเบิกจากต้นสังกัดได้
มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 ก.ย. เป็นต้นไป

สิทธิข้าราชการ และ อปท.

ปีงบประมาณ 2564

กลุ่มยาราคาแพงที่ใช้ในผู้ป่วยโรครูมาติก

เดิม >> -ประกอบด้วยยา 3 รายการ คือ Entaercept

Infliximab และ Rituximab

-จ่ายตาม Price list ของ รพ.

ปีงบประมาณ 2565

ปรับเพิ่มรายการยา เป็น **8** รายการ ประกอบด้วย

Entaercept, Infliximab, Rituximab, adalimumab, Baricitinib, Tofacitinib, Secukiximab, Tocilizumab

ข้อบ่งชี้ สำหรับการรักษาโรครูมาติก

-Rheumatoid arthritis

-Spondyloarthritis psoriatic arthritis

-Spondyloarthritis

-Juvenile idiopathic arthritis without systemic features

-Spondyloarthritis psoriatic arthritis

การเบิกจ่าย

1. สถานพยาบาลขออนุมัติการใช้ยา (PA) ผ่านหน้าเว็บของ สปสช.

2. เมื่อได้รับการอนุมัติ บันทึกเลข PA ในโปรแกรม e-Claim เพื่อเบิกจ่าย

3. **จ่ายตามรายการ และอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด**

4. เบิกได้ในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น ไม่สามารถนำใบเสร็จเบิกจากต้นสังกัดได้

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไป

สิทธิข้าราชการ และ อปท.

ปีงบประมาณ 2564

ปีงบประมาณ 2565

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่เสี่ยง หรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

การตรวจคัดกรอง และ การรักษา ผู้ป่วยนอก

1. เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือเป็นไปตามข้อบ่งชี้ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. การเบิกค่าใช้จ่ายกรณีการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
 - 2.1 กรณีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของการติดเชื้อโควิด 19 เป็น **ลบ (negative)** เบิกค่าใช้จ่าย ดังนี้
 - 1) เบิกค่าตรวจคัดกรองรวมทั้งค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามแนวทางและรหัสรายการที่ สปสช.กำหนด (ไม่ต้องรูดบัตร smart card ผ่านเครื่อง EDC)
 - 2) กรณีมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากการตรวจคัดกรองในข้อ 1) บันทึกข้อมูลเบิกกรณีผู้ป่วยนอกตามเงื่อนไขปกติ
 - 2.2 กรณีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของการติดเชื้อโควิด 19 เป็น **บวก (positive)** บันทึกเบิกเป็นกรณีการรักษาทั้งรายตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยใช้รหัสรายการและอัตราที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด (ไม่ต้องรูดบัตร smart card ผ่านเครื่อง EDC)

สิทธิข้าราชการ และ อปท.

ปีงบประมาณ 2564

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่เสี่ยง หรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

ปีงบประมาณ 2565

การตรวจคัดกรอง และ การรักษา ผู้ป่วยใน
กรณีมีการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สถานพยาบาลดำเนินการเบิกจ่าย ดังนี้

1. กรณีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของการติดเชื้อโควิด 19 เป็น **ลบ (negative)** เบิกค่าตรวจคัดกรองรวมทั้งค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามแนวทางและรหัสรายการที่ สปสช. กำหนด โดยนำข้อมูลการตรวจคัดกรองมาบันทึกเบิกเป็นกรณีผู้ป่วยนอก ส่วนข้อมูลอื่นๆบันทึกเป็นกรณีผู้ป่วยในตามเงื่อนไขปกติ
2. กรณีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของการติดเชื้อโควิด 19 เป็น **บวก (positive)** บันทึกเบิกเป็นกรณีการรักษาทั้งรายตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยใช้รหัสรายการและอัตราที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

สิทธิข้าราชการ และ อปท.

ปีงบประมาณ 2564

การเบิกจ่ายกรณีการให้การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 ที่บ้าน (Home Isolation) หรือ ในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation)

ปีงบประมาณ 2565

กรณีแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Isolation) หรือในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation) และได้ดำเนินการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1. สถานพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
2. กรณีผู้ป่วยใน ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติกรณีพักรักษาในสถานพยาบาลทำการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลก่อน และให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่ภายหลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Isolation) หรือในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation)
3. รายการและอัตราค่าบริการเบิกจ่ายเป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

สิทธิข้าราชการ และ อปท.

ปีงบประมาณ 2564

ปีงบประมาณ 2565

การเบิกค่ารถรับส่งต่อจากที่พัก

ผู้มีสิทธิ หรือบุคคลในครอบครัวซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และสถานพยาบาลจัดรถของสถานพยาบาลเอง หรือรถของหน่วยงานอื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมารับตัวจากที่พักเพื่อไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ในสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ดังนี้

- 1) พาหนะรับส่งต่อในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท
- 2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) และค่าบริการทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะส่งต่อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,700 บาท ต่อครั้งที่มีการส่งต่อ

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

สิทธิข้าราชการ และ อปท.

ปีงบประมาณ 2564

ปีงบประมาณ 2565

การเบิกจ่ายกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว มีอาการ
ผิดปกติภายหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว มีอาการผิดปกติภายหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และเกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน (Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia VITT) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

- 1) ค่าตรวจ Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA assay รหัส 30115 อัตรา 1,550 บาท ต่อครั้ง
- 2) ค่าตรวจ Heparin induce platelet activation test (HIPA) รหัส 30116 อัตรา 1,500 บาท ต่อครั้ง
- 3) ค่ายา IVIG (Human normal immunoglobulin, intravenous) ตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

สิทธิข้าราชการ และ อปท.

ปีงบประมาณ 2564

การใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรง
กรณีผู้ป่วยนอก (การจัดส่งยา)

ปีงบประมาณ 2565

สิทธิข้าราชการยกเว้นการแสดงตนของผู้ป่วย (การทำธุรกรรมผ่านเครื่อง EDC) ให้
สถานพยาบาลดำเนินการภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยเก่าของสถานพยาบาลที่รับยาต่อเนื่อง
- 2) จัดให้มีช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย เพื่อสั่งการรักษา ชัก
ประวัติ หรือสอบถามอาการจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล
ในเวชระเบียน
- 3) กำหนดประเภทยาโดยคำนึงถึงคุณภาพ วิธีการใช้ ปริมาณที่เหมาะสม และปลอดภัย
กับผู้ป่วย
- 4) การจัดส่งยาให้ดำเนินการด้วยวิธี ดังนี้
 - 4.1) จัดส่งยาให้ผู้ป่วยโดยตรง โดยใช้ไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือไปรษณีย์ด่วนพิเศษ
หรือไปรษณีย์ตอบรับปลายทาง โดยเก็บเลขพัสดุที่จัดส่งไว้เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ
 - 4.2) จัดส่งยาไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานพยาบาลของทางราชการที่
สถานพยาบาลได้จัดเตรียมไว้ และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย โดย
ให้ออกใบรับยาไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป

สิทธิประกันสังคม

ปีงบประมาณ 2564

ปีงบประมาณ 2565

การเบิกจ่ายกรณีการให้การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 ที่บ้าน (Home Isolation) หรือ ในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation) สิทธิประกันสังคม

สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิกชุมชนอบอุ่น
บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม รวมทั้งต่างด้าวที่มีสิทธิในระบบประกันสังคม
2. ผู้ประกันตนซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาของสถานพยาบาลพิจารณาแล้วเห็นสมควรให้ผู้ประกันตนนั้นสามารถแยกกักตัวในที่พักได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย โดยได้รับความยินยอมจากผู้ประกันตนและเจ้าของสถานที่ และรวมถึงกรณีที่ผู้ประกันตนรักษาในสถานพยาบาล และกลับมาแยกกักตัวในที่พักจนครบกำหนด ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. เบิกค่าใช้จ่ายได้ตามรายการและอัตราที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไป

ผู้ประกันตนคนพิการ

สิ่งเปลี่ยนแปลงปี 2565 => เช่นเดียวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการเบิกจ่าย สิทธิ สพฉ.

เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่สถานพยาบาลของทางราชการทุก
แห่งที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของ
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ในระบบเบิกจ่ายตรง

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลของผู้มีสิทธิสวัสดิการ
รักษายาบาลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นไปตามที่กระทรวงการคลัง
กำหนดโดยอนุโลม

อัตราการเบิกจ่าย ::

ใช้อัตราการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิ
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

การส่งข้อมูลเบิกจ่าย โปรแกรม e-Claim

ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยบริการ

1. เจ้าหน้าที่ สพฉ. ยืนยันบัตรประจำตัวประชาชน ทุกครั้งที่ใช้บริการที่โรงพยาบาล
2. สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิที่ใช้เบิกของเจ้าหน้าที่ จากโปรแกรม NHSO Client หรือ จากหน้า web ตรวจสอบสิทธิ และดำเนินการดังนี้
 - การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก : ไม่ต้อง scan ลายนิ้วมือ
 - การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยใน : ขอเลขอนุมัติทุกครั้ง
3. ส่งข้อมูลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรง โดยผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่าย
4. บันทึกข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ส่งมายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังจากวันให้บริการ กรณีผู้ป่วยนอก หรือ หลังจากวันจำหน่ายออกจาก รพ. กรณีผู้ป่วยใน
5. สามารถส่งข้อมูลเบิกจ่ายได้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 (ข้อมูลการให้บริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป)