



# การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

งานสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล กองทุนหลักประกันสุขภาพ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

1. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
2. การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ
3. การบริหารกองทุนภาพรวม
4. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายใน ลักษณะงบลงทุน
5. งบเหมาจ่ายรายหัว
6. งานชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  
(IP, ODS, MIS, ER, OP AE, HC, OP Refer, โรคเฉพาะ, Covid)
7. งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข National Clearing House
8. การตรวจสอบการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

# การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

# ระเบียบ ข้อบังคับ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดไว้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2548 ซึ่งใช้เป็นหลักในการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ โดยตรวจสอบคุณสมบัติของสถานบริการสาธารณสุขเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

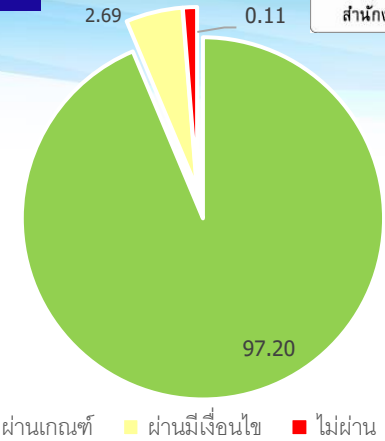
ตามข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายฯ พ.ศ. 2558 ได้ กำหนดประเภทของหน่วยบริการเป็น 4 ประเภท

1. หน่วยบริการประจำ
2. หน่วยบริการปฐมภูมิ
3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป
4. หน่วยบริการรับการส่งต่อเฉพาะด้าน

# ผลการประเมินชี้แนะทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2565

เขต	ปฐมภูมิ		
	ผ่านเกณฑ์	ผ่านมีเงื่อนไข	ไม่ผ่าน
เขต 1 เชียงใหม่	94.85	5.15	0.00
เขต 2 พิษณุโลก	90.08	8.80	1.12
เขต 3 นครสวรรค์	82.44	15.63	1.79
เขต 4 สระบุรี	86.63	12.10	1.27
เขต 5 ราชบุรี	94.60	5.30	0.10
เขต 6 ระยอง	79.35	19.28	1.37
<b>เขต 7 ขอนแก่น</b>	<b>97.20</b>	<b>2.69</b>	<b>0.11</b>
เขต 8 อุตรธานี	97.39	2.51	0.00
เขต 9 นครราชสีมา	0.00	0.00	0.00
เขต 10 อุบลราชธานี	99.16	0.63	0.21
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	97.34	2.31	0.35
เขต 12 สงขลา	99.49	0.51	0.00
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	72.56	27.13	0.00
รวม	83.82	6.46	0.45

หน่วยบริการในพื้นที่  
สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

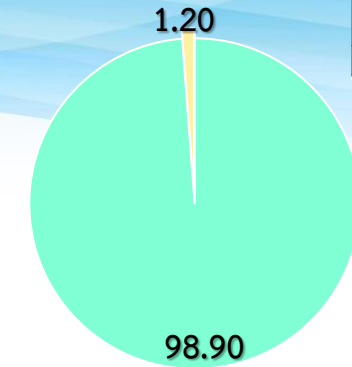


รายงานผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ					
ผลการประเมิน	กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ(%)	จำนวนรวม ผลการ ประเมิน	จำนวน รวมร้อยละ
ผ่านเกณฑ์	กลุ่ม 1	354	38.11	<b>903</b>	97.20
	กลุ่ม 2	549	59.10		
ผ่านแบบมีเงื่อนไข	กลุ่ม 3	0	0.00	<b>25</b>	2.69
	กลุ่ม 4	25	2.69		
ไม่ผ่าน	กลุ่ม 5	1	0.11	<b>1</b>	0.11
<b>รวมทั้งหมด</b>		<b>929</b>	<b>100.00</b>	<b>929</b>	<b>100.00</b>

# ผลการประเมินหน่วยบริการประจำ ปี 2565

เขต	ประจำ		
	ผ่านเกณฑ์	ผ่านมีเงื่อนไข	ไม่ผ่าน
เขต 1 เชียงใหม่	99.17	0.83	0.00
เขต 2 พิษณุโลก	98.15	1.85	0.00
เขต 3 นครสวรรค์	96.49	3.51	0.00
เขต 4 สระบุรี	94.56	4.76	0.68
เขต 5 ราชบุรี	94.94	5.06	0.00
เขต 6 ระยอง	96.26	3.74	0.00
<b>เขต 7 ขอนแก่น</b>	<b>98.80</b>	<b>1.20</b>	<b>0.00</b>
เขต 8 อุตรธานี	98.96	1.04	0.00
เขต 9 นครราชสีมา	0.00	0.00	0.93
เขต 10 อุบลราชธานี	98.73	1.27	0.00
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	97.83	2.17	0.00
เขต 12 สงขลา	98.85	1.15	0.00
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	94.39	5.61	0.00
รวม	88.49	2.55	0.16

หน่วยบริการในพื้นที่  
สปสช. เขต 7 ขอนแก่น



■ ผ่านเกณฑ์ ■ ผ่านแบบมีเงื่อนไข

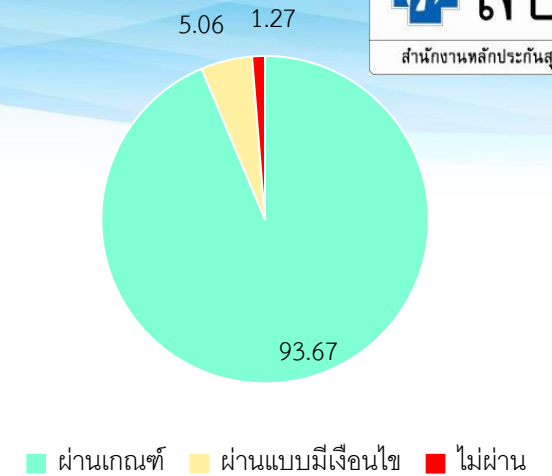
รายงานผลการประเมินหน่วยบริการประจำ					
ผลการประเมิน	กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ (%)	จำนวนรวม ผลการประเมิน	จำนวนรวม ร้อยละ (%)
ผ่านเกณฑ์	กลุ่ม 1	37	44.58	<b>82</b>	98.80
	กลุ่ม 2	45	54.22		
ผ่านแบบมีเงื่อนไข	กลุ่ม 3	1	1.20	<b>1</b>	1.20
	กลุ่ม 4	0	0.00		
ไม่ผ่าน	กลุ่ม 5	0	0.00	<b>0</b>	0.00
<b>รวมทั้งหมด</b>		<b>83</b>	<b>100.00</b>	<b>83</b>	<b>100.00</b>

ที่มา ระบบตรวจประเมินขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2565

# ผลการประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ปี 2565

เขต	ส่งต่อทั่วไป		
	ผ่านเกณฑ์	ผ่านแบบมีเงื่อนไข	ไม่ผ่าน
เขต 1 เชียงใหม่	96.69	3.31	0.00
เขต 2 พิษณุโลก	96.30	3.70	0.00
เขต 3 นครสวรรค์	88.89	11.11	0.00
เขต 4 สระบุรี	96.30	1.23	2.47
เขต 5 ราชบุรี	96.15	3.85	0.00
เขต 6 ระยอง	91.21	6.59	2.20
<b>เขต 7 ขอนแก่น</b>	<b>93.67</b>	<b>5.06</b>	<b>1.27</b>
เขต 8 อุตรดิตถ์	91.92	8.08	0.00
เขต 9 นครราชสีมา	0.00	0.00	0.00
เขต 10 อุบลราชธานี	97.37	2.63	0.00
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	94.38	4.49	1.12
เขต 12 สงขลา	94.38	5.62	0.00
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	85.71	11.90	2.38
รวม	94.02	5.25	0.73

หน่วยบริการรับส่งต่อในพื้นที่  
สปสช. เขต 7 ขอนแก่น



รายงานผลการประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ					
ผลการประเมิน	กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนรวม ผลการ ประเมิน	จำนวนรวม ร้อยละ (%)
ผ่านเกณฑ์	กลุ่ม 1	74	93.67	<b>74</b>	93.67
ผ่านแบบมีเงื่อนไข	กลุ่ม 2	4	5.06	<b>4</b>	5.06
	กลุ่ม 3	0	0.00		
ไม่ผ่าน	กลุ่ม 4	1	1.27	<b>1</b>	1.27
<b>รวมทั้งหมด</b>		<b>79</b>	<b>100.00</b>	<b>79</b>	<b>100.00</b>

ที่มา ระบบตรวจประเมินขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2565

# กรอบระยะเวลาดำเนินงาน (ปฐมภูมิ ประจำ ส่งต่อทั่วไป)

ลำดับ	ระยะเวลา	รายการ
1	1 เม.ย. 65	ประกาศการใช้งานโปรแกรมการประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
2	1 เม.ย. – 31 ก.ค. 64	หน่วยบริการเข้าบันทึก/แก้ไขคะแนนผ่านโปรแกรมขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
3	31 ก.ค. 65 (เที่ยงคืน)	ปิดการใช้งานการบันทึกโปรแกรมการประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของหน่วยบริการ
4	1 ส.ค. – 30 ก.ย. 65	สปสช.เขต ตรวจสอบ อนุมัติผลการบันทึกคะแนนการประเมินหน่วยบริการ และแก้ไขคะแนนในกรณีที่หน่วยบริการทำเรื่องแจ้งขอแก้ไข / บันทึกข้อมูลประเมินหน่วยใหม่
5	30 ก.ย. 65 (เที่ยงคืน)	ปิดรอบการแก้ไข/การบันทึกคะแนนการประเมินหน่วยบริการรายใหม่
6	1 - 5 ต.ค. 65	ดำเนินการประมวลผลข้อมูลผลการบันทึกคะแนนหน่วยบริการเพื่อออกรายงาน
7	6 ต.ค. - 31 ธ.ค. 65	หน่วยบริการที่มีผลประเมินผ่านแบบมีเงื่อนไขแนบไฟล์แผนปรับปรุง





## Contracting Provider Profile : CPP

ระบบที่จัดเก็บข้อมูลภาพรวมของหน่วยบริการ เช่น ข้อมูลทั่วไป เครือข่ายหน่วยบริการ ประชากรในความรับผิดชอบ ศักยภาพการให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการ การพัฒนาคุณภาพ หรือการบริการที่เชื่อมโยงระหว่าง เครือข่าย เป็นต้น ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ จะเป็นคุณลักษณะของหน่วยบริการตาม ประเภทการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ❖ เป็นระบบที่เป็นศูนย์รวมข้อมูลของหน่วยบริการทุกประเภท
- ❖ เป็นฐานข้อมูลตั้งต้นในการใช้ประโยชน์ด้านต่าง ๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน, การบริหารกองทุนต่าง ๆ, การบริหารระบบส่งต่อและเครือข่ายบริการ เป็นต้น
- ❖ เพิ่มช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลของหน่วยบริการ
- ❖ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลหน่วยบริการของประชาชน

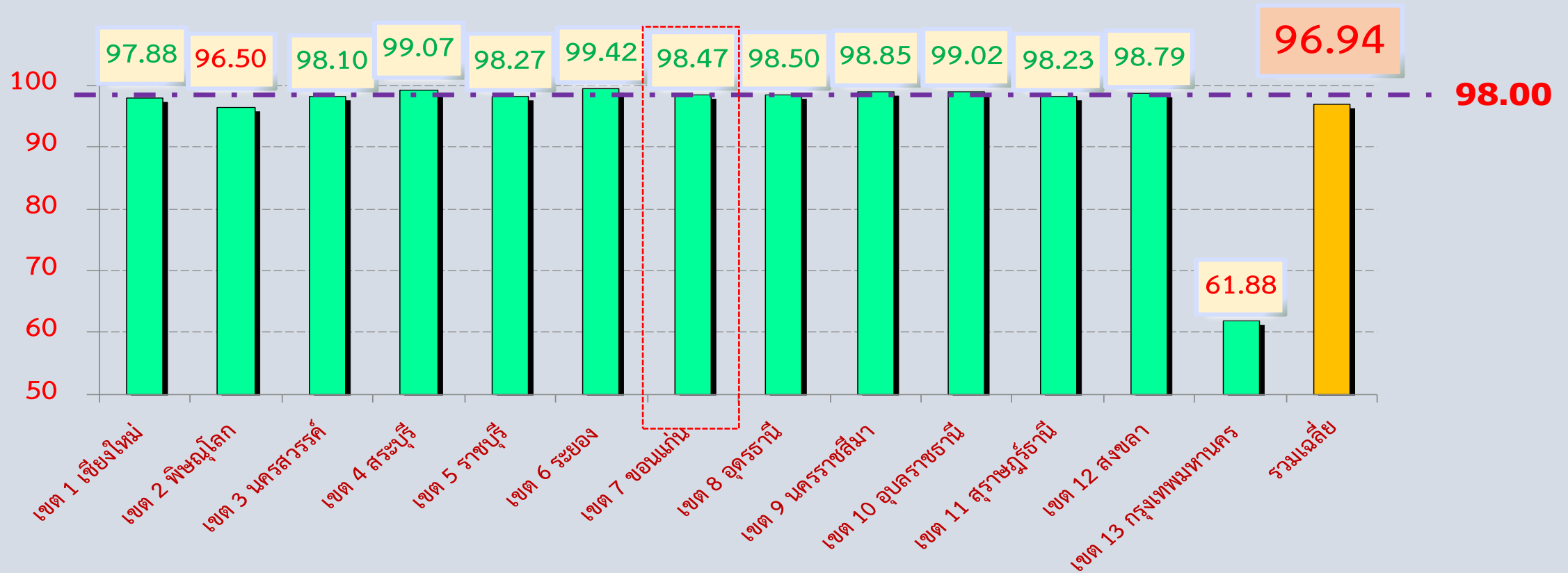


### ข้อควรคำนึงของการบันทึกข้อมูล

- ❖ ควรบันทึกข้อมูลด้วยความเป็นจริง เนื่องจาก ระบบจะมีการตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูล และ สปสช.มีการสุ่มตรวจภายหลัง (Surprise Visit)
- ❖ สปสช. จะประกาศข้อมูลสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนใช้ข้อมูล
- ❖ สปสช. จะใช้ข้อมูลในระบบ CPP ในการ ประสานส่งต่อ และให้ข้อมูลแก่ประชาชนที่ติดต่อ สอบถามผ่าน Call Center
- ❖ **ปีงบประมาณ 65 การขึ้นทะเบียนให้บริการเฉพาะด้าน อ้างอิง จากการบันทึกการให้บริการในระบบ CPP)**

# ร้อยละหน่วยบริการบันทึกข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile : CPP) ปีงบประมาณ 2564

แผนภูมิแสดงร้อยละการบันทึก (ข้อมูลรายเขต)



# การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ

ย้ายหน่วยบริการ ได้สิทธิทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน



อภุกัน สาธุวีรกุล รองนายกรัฐมนตรี และ รมว.สาธารณสุข (สร.) ในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ด สปสช.) รับฟังเสียงสะท้อนจากประชาชนต่อการรับบริการสาธารณสุข พบความทุกข์ 3 ประการ ได้แก่

1. ความแออัด
2. ภาระงานผู้ให้บริการ
3. บัตรทองถูกมองว่าเป็นระบอบอนาถาทั้งหมดมีน้ำบาสุโครงการ "ยกระดับบัตรทอง" ใน 4 ด้านสำคัญ

## เปิดศักราชใหม่ 'บัตรทอง' ยกระดับ 4 บริการ

### คนกรุงรักษาทุกที่ ณ เครือข่าย หน่วยบริการชุมชนอบอุ่น

ที่ผ่านมา ผู้ใช้สิทธิบัตรทองจะถูกจำกัดสิทธิบริการเฉพาะเพียงวงเวียน เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องไปรักษาที่คลินิกนั้นๆ เท่านั้น คราวนี้ตั้งแต่ วันที่ 1 ม.ค. 2563 เป็นต้นไป ผู้ใช้สิทธิบัตรทองจะสามารถเข้ารับบริการได้ที่ "เครือข่ายหน่วยบริการชุมชนอบอุ่น" เครือข่ายบริการชุมชนอบอุ่นใน กทม. กระจายในทุกเขต แบ่งออกเป็น 1.คลินิกชุมชนอบอุ่น 2.คลินิกเฉพาะทางชุมชนอบอุ่น โดยผู้ใช้สิทธิบัตรทองสามารถใช้บริการได้ทุกแห่ง ภายในเขตของตนเองเท่านั้น

### 'มะเร็ง' ส่งตรงถึง รพ.เฉพาะด้าน ที่ไม่แออัด

มะเร็งเป็นโรคที่ละเอียดอ่อน มีความซับซ้อนและมีหลายชนิด โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งก็มีศักยภาพในการรักษาเฉพาะโรคแต่ละชนิดไม่เท่ากัน บางแห่งมีความแออัดทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที คราวนี้ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยจะส่งข้อมูลผู้ป่วยมายังศูนย์ส่งต่อข้ามเขต จากนั้น ศูนย์ส่งต่อจะกำหนดที่เป็นศูนย์ประสานจัดหา รพ.ที่ไม่แออัด และมีศักยภาพรักษาโรคนั้นๆ จึงเป็นการเฉพาะราย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสมมากขึ้น

### บริการ 'ดูแลผู้ป่วยใน' ไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว

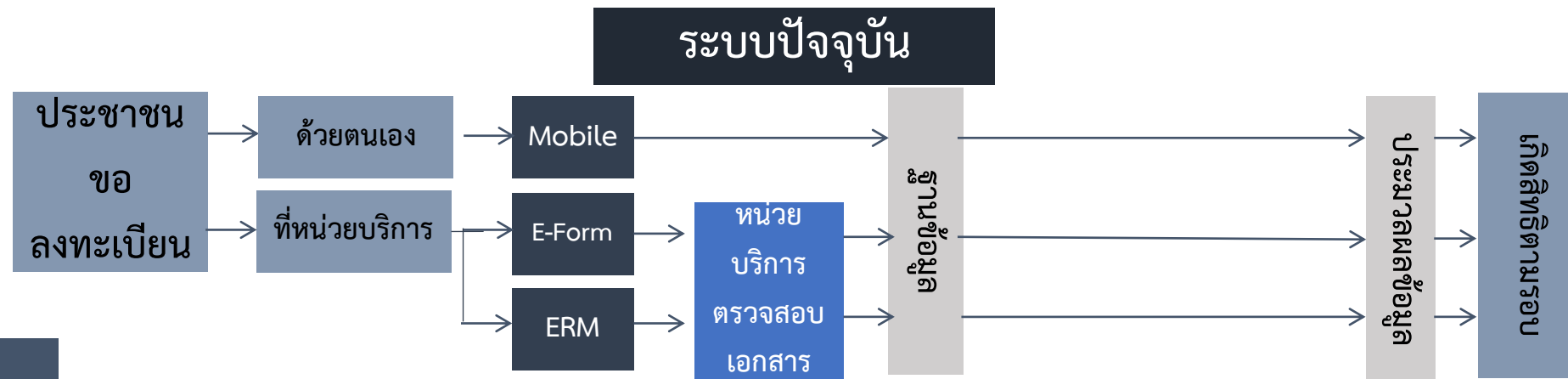
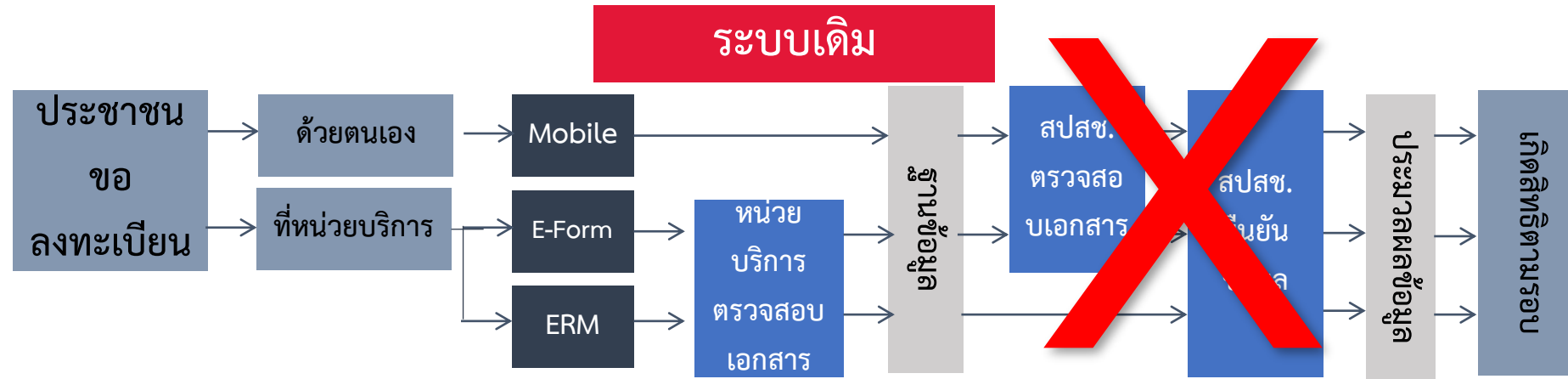
ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่เข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีส่วนหนึ่งรักษาต่อเนื่องด้วยสาเหตุการแพทย์ ซึ่งในกรณีที่ในส่งตัวรักษาที่หน่วยบริการหรือญาติต้องกลับไปส่งหน่วยบริการประจำเพื่อรอรับใบส่งตัวใหม่ เกิดความไม่สะดวกและเป็นปัญหา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด เมื่อได้รับความสะดวกในกรณีนี้ สปสช. ได้ปรับระบบให้ผู้ป่วยในสามารถรักษาต่อเนื่องได้ตามการวินิจฉัยของแพทย์โดยไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว โดยจะเริ่มนำร่องเขต 9 นครราชสีมา ใน 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สียงบุรี บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 นี้

### ย้ายหน่วยบริการไปรักษาที่ใหม่ได้ทันที

ที่ผ่านมา เมื่อผู้ใช้สิทธิบัตรทองย้ายหน่วยบริการ จะต้องรอสิทธิ 15 วัน จึงจะไปรักษาที่หน่วยบริการแห่งใหม่ได้ คราวนี้ตั้งแต่ วันที่ 1 ม.ค. 2564 เป็นต้นไป ผู้ใช้สิทธิบัตรทองจะไม่ต้องรอ 15 วันอีกแล้ว กล่าวคือเมื่อย้ายไปรักษาที่ใหม่ได้ทันที

สปสช. 13330

# ระบบประมวลผลข้อมูลลงทะเบียนสิทธิ



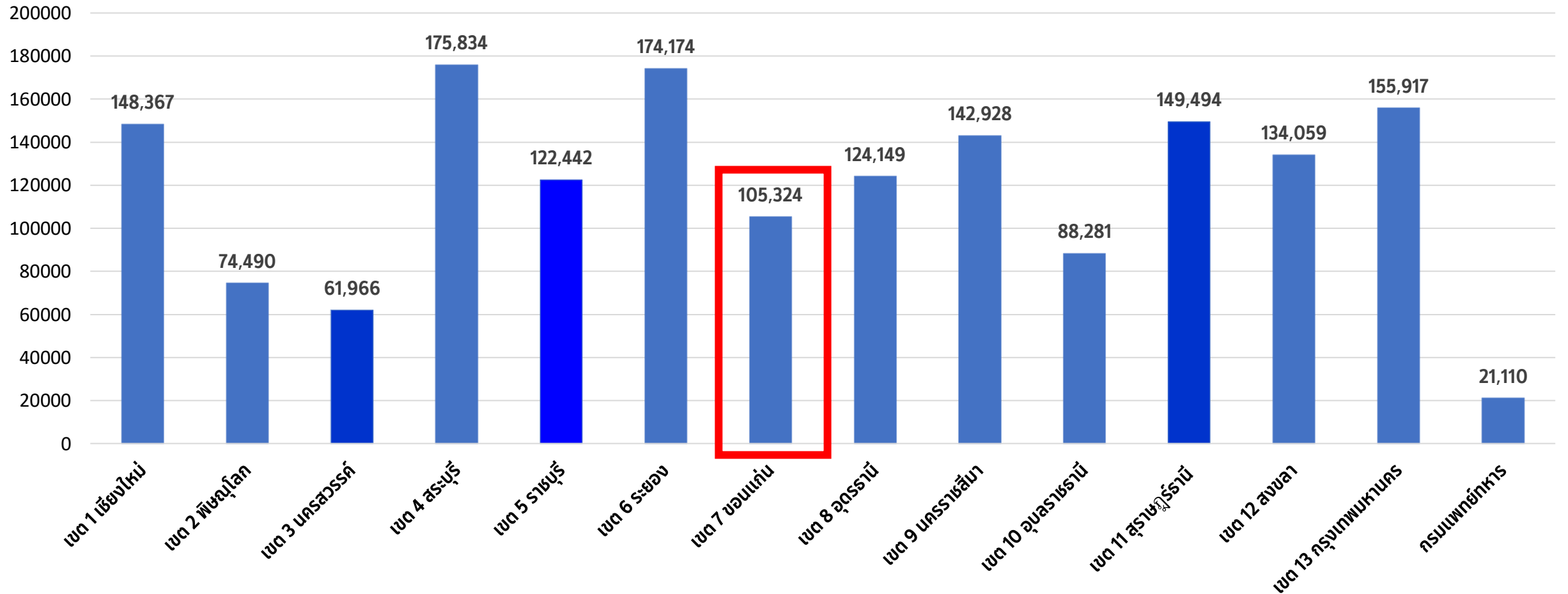
หมายเหตุ :

เดิม ตัดรอบทุกวันที่ 10,22 ของทุกเดือน และประมวลผลเกิดสิทธิ ในวันที่ 15,28 ตามลำดับ

ปัจจุบัน เกิดสิทธิทันทีที่ทุกระบบ การขอยกเลิกการลงทะเบียน ต้องทำหนังสือแจ้ง สปสช. เพื่อยกเลิกการลงทะเบียน

\*\*การประมวลผลเกิดสิทธิ กรณียอมรับ/แก้ไข มติบอร์ด รอ 3 วันเหมือนเดิม

# สถานการณ์เปลี่ยนหน่วยบริการ/ลงทะเบียน



หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 01/01/2564 - 30/09/2564

นับรวมทุกกรณี ยกเว้น ต่ออายุ/เปลี่ยนประเภทสิทธิย่อย

**ระบบ ERM** คือ ระบบลงทะเบียนผ่านเว็บ โดยหน่วยบริการจะรับและพิจารณาเอกสาร พร้อมกับลงทะเบียนให้กับประชาชน และจัดเก็บเอกสารไว้สำหรับตรวจสอบ

**ระบบ e-form** คือ ระบบลงทะเบียนผ่านเว็บ โดยหน่วยบริการจะพิจารณาหลักฐาน พร้อมกับลงทะเบียนให้กับประชาชน เอกสารจะถูกเก็บในระบบ

**ระบบ MOBILE** คือ ประชาชนสามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง ผ่าน Mobile APP สปสช.

**ระบบ Line OA** คือ ประชาชนสามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง ผ่าน Line OA @สปสช.

หมายเหตุ : สปสช.กำลังพัฒนาระบบ ERM 2 เพื่อรวบรวมระบบ ERM และ e-form เดิมเข้าด้วยกันเป็นระบบเดียว

# สถานการณ์ลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการ แยกตามระบบการลงทะเบียน

REGION	Moblie	Line	e-form	ERM	BKK
เขต 1 เชียงใหม่	6508	1669	6780	133410	0
เขต 2 พิษณุโลก	2529	594	1634	69733	0
เขต 3 นครสวรรค์	2411	444	3228	55883	0
เขต 4 สระบุรี	15157	4090	48472	108115	0
เขต 5 ราชบุรี	6165	1726	2777	111774	0
เขต 6 ระยอง	16823	4802	18564	133985	0
เขต 7 ขอนแก่น	3335	791	5787	95411	0
เขต 8 อุตรธานี	3025	741	4164	116219	0
เขต 9 นครราชสีมา	4285	972	3159	134512	0
เขต 10 อุบลราชธานี	2965	635	4105	80576	0
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	4971	1265	5604	137654	0
เขต 12 สงขลา	3573	1057	5549	123880	0
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	77637	15603	1119	14458	47100
กรมแพทย์ทหาร	0	0	0	21110	0

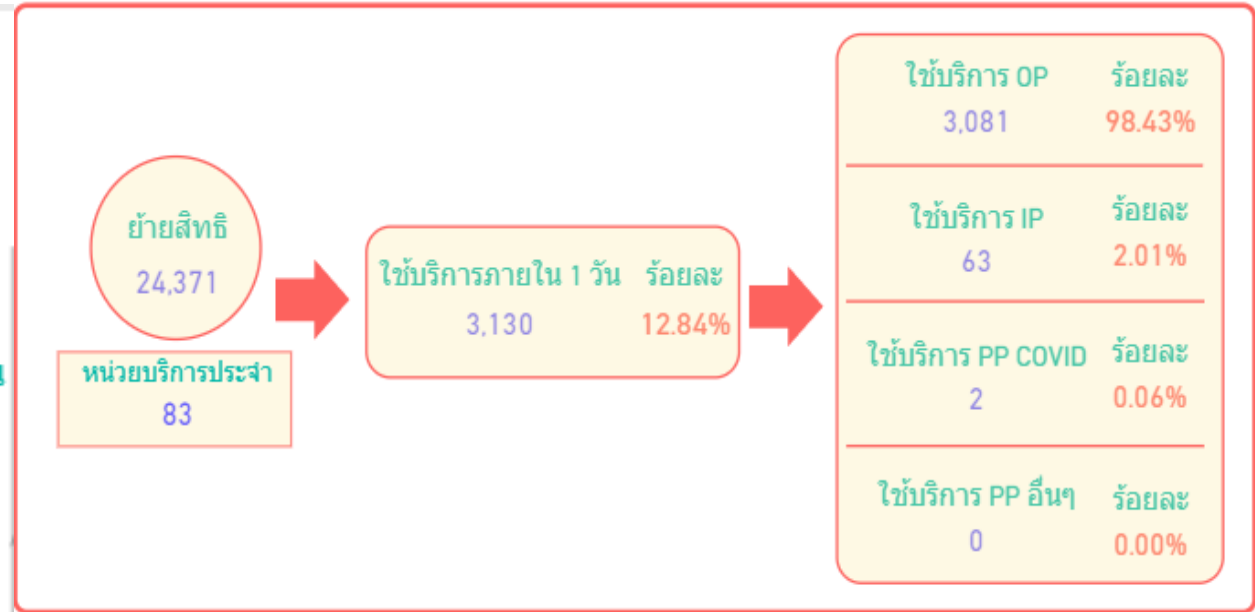
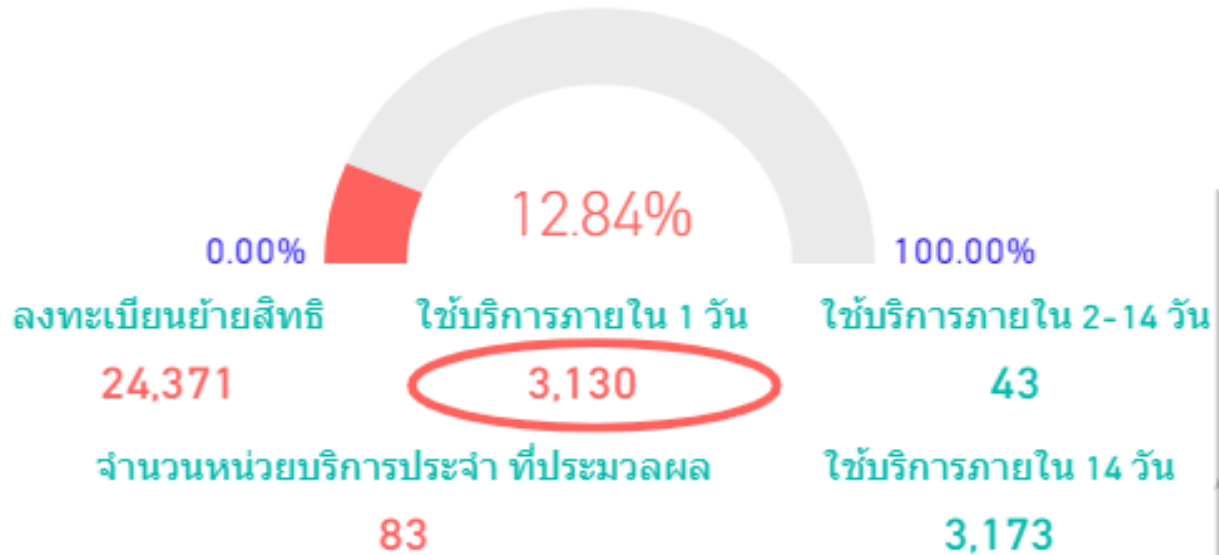




# สถานการณ์เปลี่ยนหน่วยบริการเกิดสิทธิทันที/ลงทะเบียนเกิดสิทธิทันที และใช้บริการ

( เฉพาะกรณี 011 เขต 7 ขอนแก่น )

อัตราการเข้าใช้บริการภายใน 1 วัน ต่อการลงทะเบียนย้ายสิทธิ

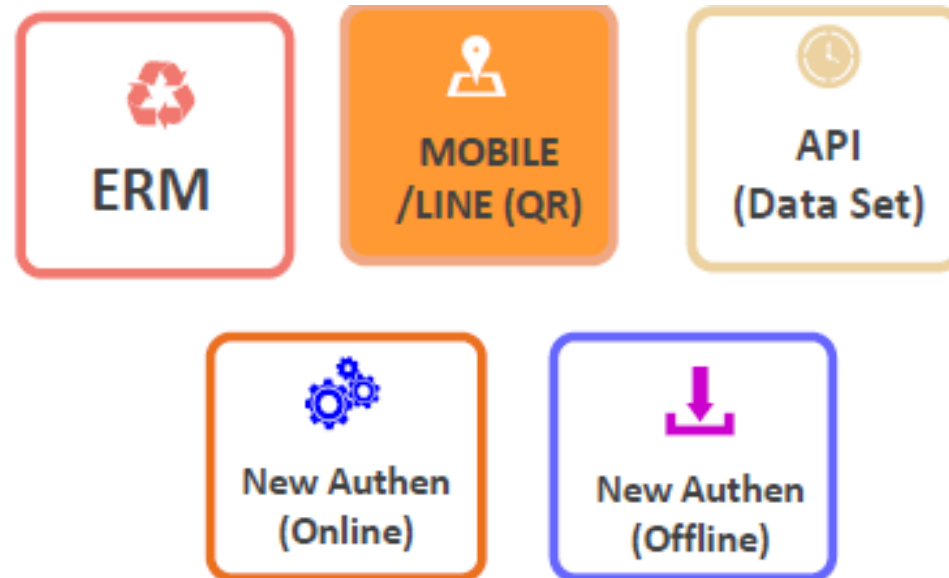


[https://pmis.nhso.go.th/misbrn/mother\\_bi.php](https://pmis.nhso.go.th/misbrn/mother_bi.php)



หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 01/01/2564 - 30/06/2564  
รอ สปสช.ส่วนกลางเพิ่มรายงาน

# ระบบการขอบริการยืนยันและพิสูจน์ตัวตน (AUTHENTICATION) ในปัจจุบัน



Authentication System Group

# การบริหารกองทุนภาพรวม



# ภาพรวมงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สรุบบงกองทุนฯ ปี 2565

รายการ	ปี 2564 [ได้รับ]	ปี 2565 [ได้รับตามมติกรม. 26มค64]	ผลต่าง65กับ64 ได้รับ	% growth
<b>กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว</b>	<b>177,198.9942</b>	<b>158,294.4233</b>	<b>(18,904.57)</b>	<b>-10.7%</b>
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว				
- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) *	3,719.23	3,329.22	(390.01)	-10.5%
- ประชากรสิทธิ (ล้านคน)	47.644	47.547	(0.097)	-0.2%
- จำนวนงบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว	177,198.9942	158,294.4233	(18,904.57)	-10.7%
- จำนวนเงินเดือนภาครัฐขึ้นปกติในระบบ	52,143.9758	53,388.6244	1,244.65	2.4%
- คงเป็นเงินกองทุนที่ส่งให้ สปสช.	125,055.0184	104,905.7989	(20,149.22)	-16.1%
- งบเพิ่มจากจน.ประชากรเพิ่ม สปสช.		-		
- งบเหมาจ่ายรายหัว+ปก.เพิ่ม	177,198.9942	158,294.4233	(18,904.57)	-10.7%
- คงเป็นเงินกองทุนที่ส่งให้ สปสช.	125,055.0184	104,905.7989	(20,149.22)	-16.1%
<b>กลุ่ม B - ค่าบริการอื่นๆ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว</b>	<b>17,309.7957</b>	<b>17,453.9043</b>	<b>144.11</b>	<b>0.8%</b>
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,676.3507	3,768.1088	91.76	2.5%
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,720.2800	9,731.3395	11.06	0.1%
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HT และจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	1,163.2110	1,154.7800	(8.43)	-0.7%
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดารพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880	1,490.2880	-	0.0%
6 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	838.0260	990.1080	152.08	18.1%
7 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	421.6400	319.2800	(102.36)	-24.3%
<b>กลุ่ม C - รายการใหม่/แยกมาจากเหมาจ่าย</b>	<b>-</b>	<b>23,143.4618</b>	<b>23,143.46</b>	
8 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		2,769.9300	2,769.93	
9 ค่าบริการสาธารณสุขบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		825.0800	825.08	
10 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ		283.0300	283.03	
11 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค		19,265.4218	19,265.42	
- จำนวนเงินเดือนภาครัฐขึ้นปกติในระบบ		4,952.9710		
<b>รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A+B+C)</b>	<b>194,508.7899</b>	<b>198,891.7894</b>	<b>4,383.00</b>	<b>2.3%</b>
- รวมจำนวนเงินเดือนภาครัฐขึ้นปกติในระบบ	<b>52,143.9758</b>	<b>58,341.5954</b>	<b>6,197.62</b>	<b>11.9%</b>
คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้ สปสช.	<b>142,364.8141</b>	<b>140,550.1940</b>	<b>(1,814.62)</b>	<b>-1.3%</b>

# งบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ปี 2565

ประเภทบริการ	ปี 2563 [ได้รับ]	ปี 2564 [ได้รับ]	ปี 2565 [ได้รับตามมติกรม.26 มค64]	ผลต่าง65 > ปี64ได้รับ	ผลต่าง65 > ปี64 ได้รับ
	บาทต่อหัว	บาทต่อหัว	บาทต่อหัว	บาทต่อหัว	%
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,251.68	1,280.01	1,305.07	25.06	2.0%
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.5	1,371.07	1,440.03	1,460.59	20.56	1.4%
3. บริการกรณีเฉพาะ	359.24	372.97	395.14	22.17	5.9%
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	452.60	455.39	ย้ายไปนอกเหมาจ่าย		
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	17.43	18.40	18.73	0.33	1.8%
6. บริการแพทย์แผนไทย	14.80	17.90	19.00	1.10	6.1%
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	128.69	128.69	-	0.0%
8. เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	2.49	3.84	ย้ายไปนอกเหมาจ่าย		
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00	2.00	2.00	-	0.0%
<b>รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว(แบบใหม่) รายการที่ 4 และ 8 ย้ายไปรายการนอกเหมาจ่าย</b>	<b>3,144.91</b>	<b>3,260.00</b>	<b>3,329.22</b>	69.22	2.1%
<b>รวมอัตราเหมาจ่ายรายหัว (แบบเดิม)</b>	<b>3,600.00</b>	<b>3,719.23</b>	<b>3,798.61</b>	79.38	2.1%

# ประมาณการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2565

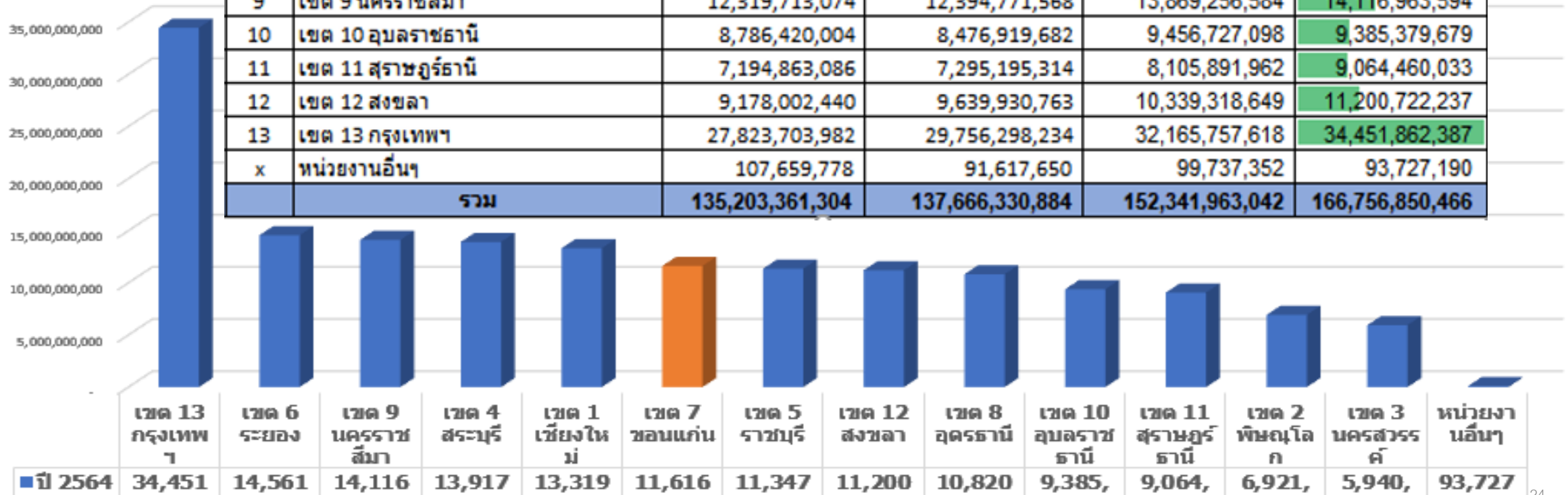
## หน่วยงานในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

รายการ	กาฬสินธุ์	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด	รวม
<b>A งบเหมาจ่ายรายหัว</b>	<b>1,363,301,755</b>	<b>4,071,430,135</b>	<b>1,181,596,053</b>	<b>1,934,775,837</b>	<b>8,551,103,780</b>
A1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	548,214,877	1,131,212,222	467,141,366	710,961,935	2,857,530,401
A2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	594,600,456	1,836,224,741	523,579,977	876,697,440	3,831,102,615
A3. บริการกรณีเฉพาะ	88,994,204	838,742,232	78,680,760	166,732,571	1,173,149,766
A4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	13,207,009	21,244,731	7,668,478	25,014,885	67,135,102
A5. บริการแพทย์แผนไทย	29,235,823	34,892,271	18,485,157	29,542,682	112,155,934
A6 ค่าบริการที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	87,559,981	206,868,740	84,761,553	123,584,814	502,775,088
A7 บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน	1,489,405	2,245,198	1,278,762	2,241,509	7,254,874
<b>B นอกงบเหมาจ่ายรายหัว</b>	<b>80,247,377</b>	<b>221,046,420</b>	<b>73,302,199</b>	<b>125,193,679</b>	<b>499,789,676</b>
B1 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	5,951,039	44,563,589	10,767,728	25,549,124	86,831,480
B2 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	40,753,172	134,671,818	34,693,349	66,034,143	276,152,483
B3 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HTและจิตเวช)	17,747,858	26,367,478	14,825,562	21,104,973	80,045,871
B4 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดง	8,602,251	5,178,140	4,784,343.67	4,148,529.97	22,713,264
B5 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	2,084,929	2,575,399	3,052,768	3,404,463	11,117,559
B6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	5,108,129	7,689,995	5,178,449	4,952,446	22,929,019
<b>C รายการใหม่ที่แยกมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว</b>	<b>394,015,730</b>	<b>1,046,587,600</b>	<b>395,365,831</b>	<b>524,732,830</b>	<b>2,360,701,990</b>
C1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	61,409,674	399,644,198	66,817,401	94,891,120	622,762,392
C2 ค่าบริการสาธารณสุขบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	156,211,591	279,303,015	169,552,475	198,716,168	803,783,250
C3 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	16,219	356,552	16,625	56,091	445,487
C4 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	176,378,246	367,283,835	158,979,331	231,069,450	933,710,862
<b>รวม</b>	<b>1,837,564,862</b>	<b>5,339,064,155</b>	<b>1,650,264,084</b>	<b>2,584,702,346</b>	<b>11,411,595,446</b>

# การโอนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกรายเขต

## ปีงบประมาณ 2561 – 2564

เขต	เขต	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1	เขต 1 เชียงใหม่	11,392,499,222	11,418,520,261	12,719,481,559	13,319,107,295
2	เขต 2 พิษณุโลก	6,170,044,248	6,305,539,473	6,875,885,056	6,921,305,199
3	เขต 3 นครสวรรค์	5,018,496,965	5,169,642,830	5,661,570,451	5,940,430,258
4	เขต 4 สระบุรี	9,169,267,500	9,324,326,030	10,407,521,629	13,917,369,342
5	เขต 5 ราชบุรี	8,171,304,987	8,293,663,147	9,165,443,258	11,347,079,818
6	เขต 6 ระยอง	9,733,052,458	9,636,339,860	11,234,262,539	14,561,239,793
7	เขต 7 ขอนแก่น	10,425,101,508	10,183,891,922	11,386,921,320	11,616,921,980
8	เขต 8 อุตรดิตถ์	9,713,232,052	9,679,674,149	10,854,187,968	10,820,281,660
9	เขต 9 นครราชสีมา	12,319,713,074	12,394,771,568	13,869,256,584	14,116,963,594
10	เขต 10 อุบลราชธานี	8,786,420,004	8,476,919,682	9,456,727,098	9,385,379,679
11	เขต 11 สุราษฎร์ธานี	7,194,863,086	7,295,195,314	8,105,891,962	9,064,460,033
12	เขต 12 สงขลา	9,178,002,440	9,639,930,763	10,339,318,649	11,200,722,237
13	เขต 13 กรุงเทพฯ	27,823,703,982	29,756,298,234	32,165,757,618	34,451,862,387
x	หน่วยงานอื่นๆ	107,659,778	91,617,650	99,737,352	93,727,190
	<b>รวม</b>	<b>135,203,361,304</b>	<b>137,666,330,884</b>	<b>152,341,963,042</b>	<b>166,756,850,466</b>





# ตารางแสดงการโอนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปรียบเทียบกองทุนย่อยปี 2564

## ของหน่วยงานในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น แยกจังหวัด

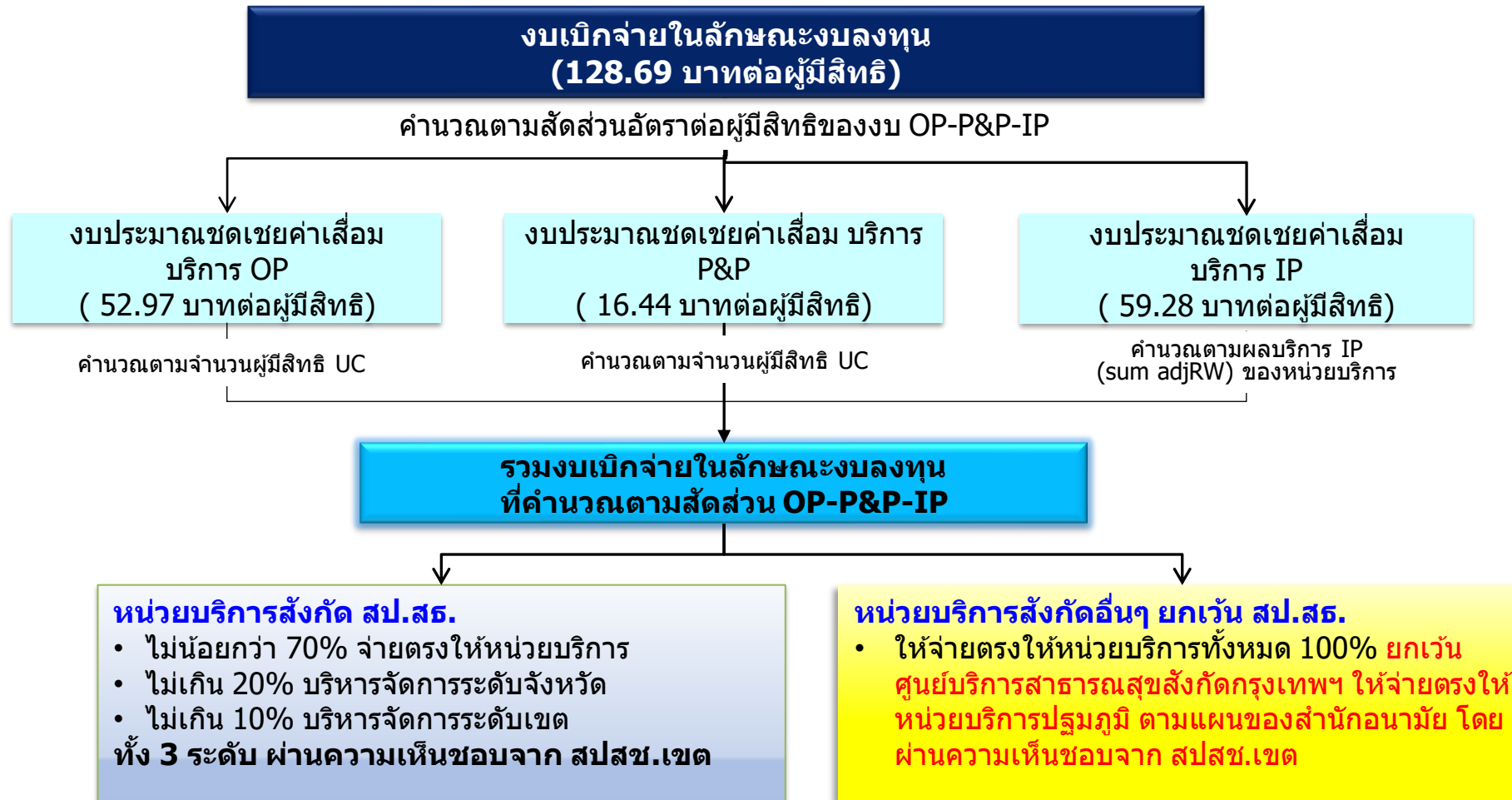
รายการ	กาฬสินธุ์	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด	รวม
<b>A งบเหมาจ่ายรายหัว</b>	1,591,599,931	4,501,787,450	1,381,442,893	2,234,642,669	9,709,472,944
A1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	574,465,394	1,160,348,407	490,956,769	741,703,712	2,967,474,282
A2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	629,403,756	1,928,149,888	545,277,499	937,841,222	4,040,672,366
A3. บริการกรณีเฉพาะ	84,036,075	792,013,439	74,297,224	157,443,410	1,107,790,148
A4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	12,973,486	20,869,087	7,532,886	24,572,578	65,948,037
A5. บริการแพทย์แผนไทย	27,554,970	32,886,212	17,422,392	27,844,187	105,707,760
A6 ค่าบริการที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	87,419,654	201,834,367	87,886,553	115,867,730	493,008,304
A7 บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน	1,489,405	2,245,198	1,278,762	2,241,509	7,254,874
A8 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	174,245,190	363,177,053	156,790,809	227,086,820	921,299,873
A9 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	12,000	263,800	-	41,500	317,300
<b>B งบนอกงบเหมาจ่ายรายหัว</b>	72,904,571	216,906,513	69,519,516	121,572,795	480,903,395
B1 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	5,805,892	43,476,673	10,505,101	24,925,975	84,713,639
B2 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	40,712,460	134,537,281	34,658,690	65,968,175	275,876,606
B3 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HTและจิตเวช)	17,872,969	26,553,352	14,930,073	21,253,749	80,610,142
B5 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	1,765,392	2,180,694	2,584,901	2,882,695	9,413,682
B6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	6,747,859	10,158,514	6,840,751	6,542,201	30,289,325
<b>รายการอื่นที่บริหารจัดการโอนงบประมาณโดย สปสช</b>	217,621,264	678,947,213	236,369,876	293,607,288	1,426,545,641
C1 ค่ารักษาพยาบาล อปท.	61,409,674	399,644,198	66,817,401	94,891,120	622,762,392
C2 ค่าบริการสาธารณสุขบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	156,211,591	279,303,015	169,552,475	198,716,168	803,783,250
<b>รวมปี 2564</b>	<b>1,882,125,767</b>	<b>5,397,641,176</b>	<b>1,687,332,285</b>	<b>2,649,822,752</b>	<b>11,616,921,980</b>

## 20 อันดับหน่วยงานที่ได้รับโอนงบประมาณมากที่สุด ปีงบประมาณปี 2561 - 2564

ในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

ลำดับ	หน่วยงาน	2561	2562	2563	2564
1	โรงพยาบาลขอนแก่น	1,311,629,026	1,222,712,361	1,392,746,241	1,360,411,252
2	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	1,465,133,106	1,346,290,624	1,466,477,286	1,338,640,254
3	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	734,196,483	710,483,703	886,621,859	1,104,240,586
4	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	476,768,289	464,254,024	502,667,880	638,028,073
5	โรงพยาบาลมหาสารคาม	505382103	413868918.7	545,145,440	600,799,022
6	โรงพยาบาลชุมแพ	315,219,887	292,157,715	332,779,553	386,023,032
7	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	461,378,022	443,409,217	428,322,670	366,259,875
8	โรงพยาบาลยางตลาด	137,483,651	142,981,991	151,944,822	204,300,128
9	โรงพยาบาลโพนทอง	134,250,440	136,587,299	160,578,431	178,755,586
10	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์	67,153,784	72,090,395	95,026,942	169,134,261
11	โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ	143,001,254	136,043,851	145,559,152	160,311,770
12	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุดฉินารายณ์	138,461,889	146,757,659	166,592,427	157,472,503
13	โรงพยาบาลสิรินธร(รพ.โรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	111,584,410	115,919,901	143,952,984	147,130,003
14	โรงพยาบาลบรบือ	144,122,789	148,770,694	155,841,350	143,389,808
15	โรงพยาบาลเสลภูมิ	117,294,250	112,452,412	133,608,253	139,022,985
16	โรงพยาบาลเกษตรวิสัย	119,849,286	115,451,951	140,813,939	133,622,462
17	โรงพยาบาลน้ำพอง	114,139,765	120,327,227	124,721,766	125,958,442
18	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน	127,912,537	114,578,408	115,930,321	121,928,937
19	โรงพยาบาลบ้านไผ่	106,974,169	101,840,267	120,527,075	119,588,863
20	โรงพยาบาลโกสุมพิสัย	116,112,082	115,184,170	123,698,316	118,809,141

# ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน



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

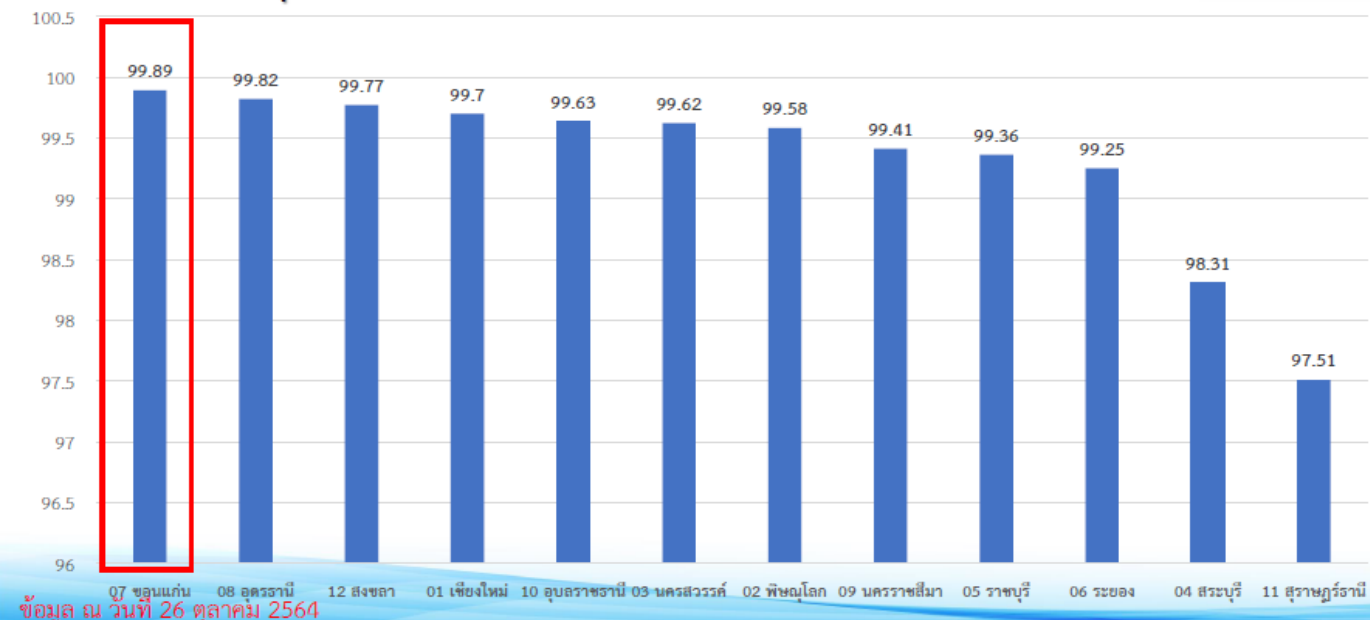
# ตารางวงเงินจัดสรรงบค่าเสื่อม สังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ2565 เขต 7 ขอนแก่น

จังหวัด	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65
กาฬสินธุ์	87,605,455.47	89,739,202.00	87,688,504.47	87,559,981.15
ขอนแก่น	173,072,182.80	175,345,607.86	170,086,333.61	175,120,706.72
มหาสารคาม	83,135,811.29	81,917,622.36	84,592,207.71	81,467,207.74
ร้อยเอ็ด	115,108,347.01	114,096,671.07	114,098,933.21	121,816,016.27
รวม	458,921,796.57	461,099,103.29	456,465,979.00	465,963,911.88

ตารางวงเงินจัดสรรงบค่าเสื่อม สังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ2565 เขต 7 ขอนแก่น				
จังหวัด	วงเงิน70% ระดับหน่วยบริการ	วงเงิน20% ระดับจังหวัด	วงเงิน10% ระดับเขต	รวม
ขอนแก่น	122,584,494.74	35,024,141.33	17,512,070.65	175,120,706.72
มหาสารคาม	57,027,045.43	16,293,441.55	8,146,720.76	81,467,207.74
ร้อยเอ็ด	85,271,211.39	24,363,203.24	12,181,601.64	121,816,016.27
กาฬสินธุ์	61,291,986.83	17,511,996.24	8,755,998.08	87,559,981.15
รวม	326,174,738.39	93,192,782.36	46,596,391.13	465,963,911.88

# สถานการณ์การดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ปีงบประมาณ 2563 ของหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. ในพื้นที่ เขต 7 ขอนแก่น

## 1. รายงานสรุปสถานการณ์ดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่ **เบิกจ่าย** ในลักษณะงบลงทุนปีงบประมาณ 2563 (ตามจำนวนรายการ) สังกัด สป.สธ.



## 1. รายงานสรุปสถานการณ์ดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่ **เบิกจ่าย** ในลักษณะงบลงทุนปีงบประมาณ 2563 (ตามจำนวนรายการ) สังกัด สป.สธ.



จังหวัด	ยังไม่ได้ดำเนินการ		จัดทำแผนการจัดซื้อ/จ้างแล้ว		ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว		ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว		ตรวจรับเรียบร้อยแล้ว		เบิกจ่ายเงินแล้ว	
	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ
ร้อยเอ็ด	0	0	0	0	2	0.23	2	0.23	0	0	873	99.54
กาฬสินธุ์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	985	100
ขอนแก่น	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,189	100
มหาสารคาม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	687	100
	0	0	0	0	2	0.05	2	0.05	0	0	3,734	99.89

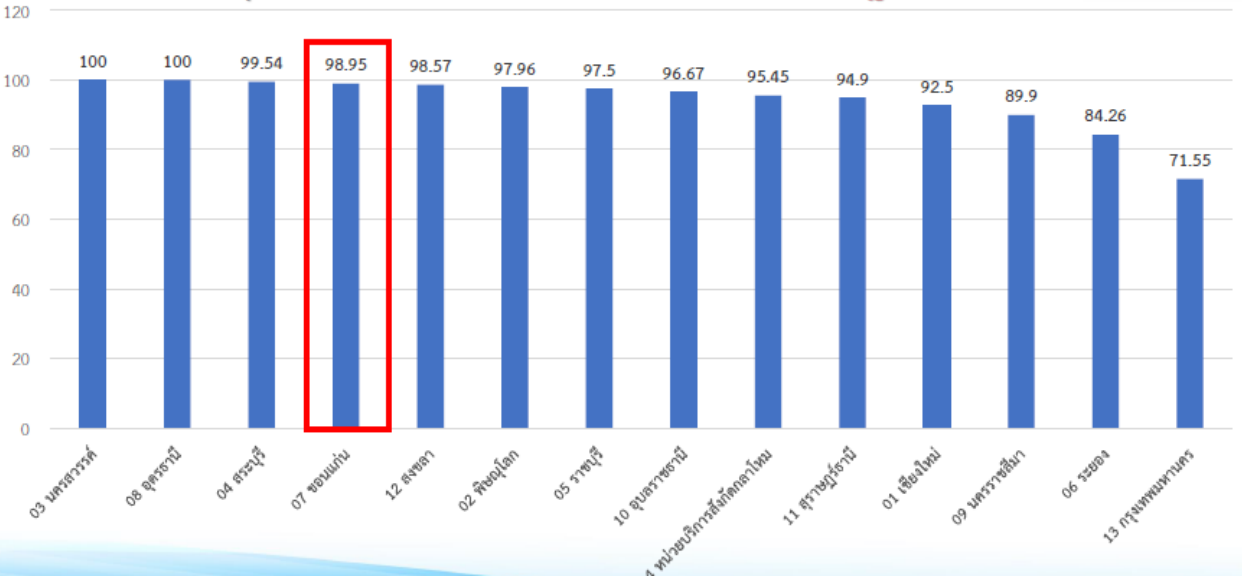
### จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อหน่วยงาน	ยังไม่ได้ดำเนินการ		จัดทำแผนการจัดซื้อ/จ้างแล้ว		ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว		ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว		ตรวจรับเรียบร้อยแล้ว		เบิกจ่ายเงินแล้ว	
	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ
รพ.โพธิ์ชัย	0	0	0	0	2	6.06	0	0	0	0	31	93.94
รพ.หนองพอก	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	9	90
รพ.ศรีสมเด็จ	0	0	0	0	0	0	1	2.44	0	0	40	97.56

รพ.หนองพอกและ รพ.ศรีสมเด็จ ขอขยายเวลาและเก็บรักษาเงินแล้ว เพราะต้อง e-bidding 2 ครั้ง และสถานะอยู่ระหว่างส่งมอบงาน ทำให้คาดว่าจะเบิกจ่ายไม่ทัน 30 ก.ย. 64  
รพ.โพธิ์ชัยอยู่ระหว่างดำเนินการ ได้ขอขยายเวลาแล้ว

# สถานการณ์การดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ปีงบประมาณ 2563 ของหน่วยบริการ สังกัด รัฐนอกสังกัด / เอกชน ในพื้นที่ เขต 7 ขอนแก่น

## 2. รายงานสรุปสถานการณ์ดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย ในลักษณะงบลงทุนปีงบประมาณ 2563 (ตามจำนวนรายการ) รัฐนอกสังกัด/เอกชน



## 2. รายงานสรุปสถานการณ์ดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย ในลักษณะงบลงทุนปีงบประมาณ 2563 (ตามจำนวนรายการ) รัฐนอกสังกัด/เอกชน

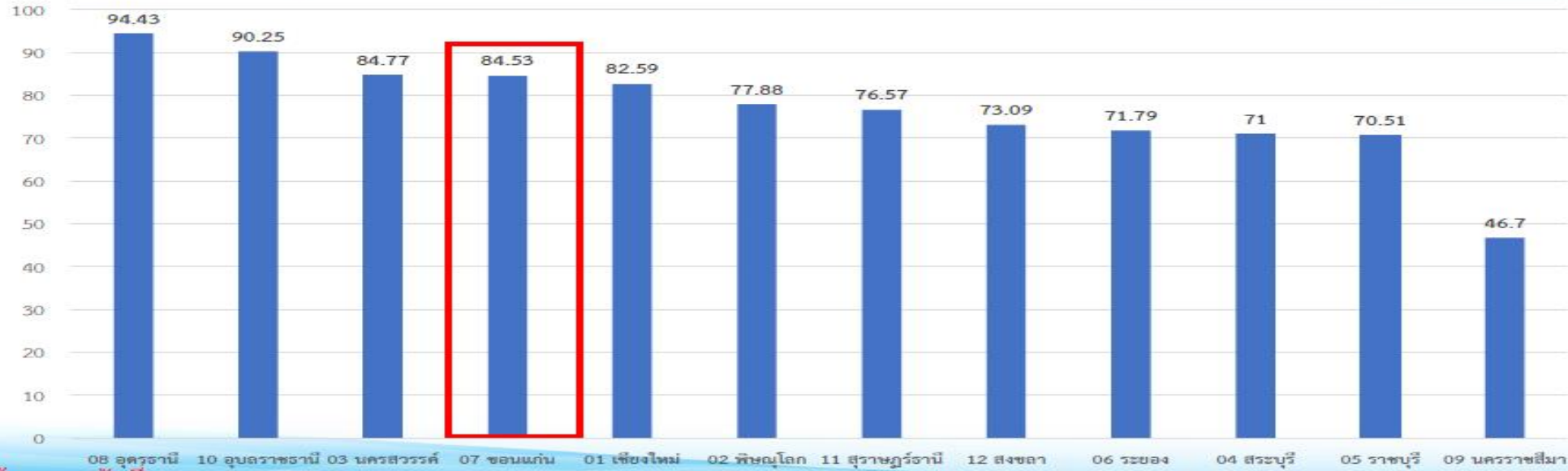
### จังหวัดขอนแก่น

ชื่อหน่วยงาน	ยังไม่ได้ดำเนินการ		จัดทำแผนการ จัดซื้อ/จ้างแล้ว		ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้าง แล้ว		ทำสัญญาเรียบร้อย		ตรวจรับเรียบร้อย		เบิกจ่ายเงินแล้ว	
	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ
ขอนแก่น	0	0	0	0	0	0	1	1.56	0	0	63	98.44
มหาสารคาม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	100
ร้อยเอ็ด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	100
รวม	0	0	0	0	0	0	1	1.05	0	0	94	98.95

### จังหวัดขอนแก่น

ชื่อหน่วยงาน	ยังไม่ได้ดำเนินการ		จัดทำแผนการ จัดซื้อ/จ้างแล้ว		ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้าง แล้ว		ทำสัญญาเรียบร้อย		ตรวจรับเรียบร้อย		เบิกจ่ายเงินแล้ว	
	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ
รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	0	0	0	0	0	0	1	3.57	0	0	27	96.43

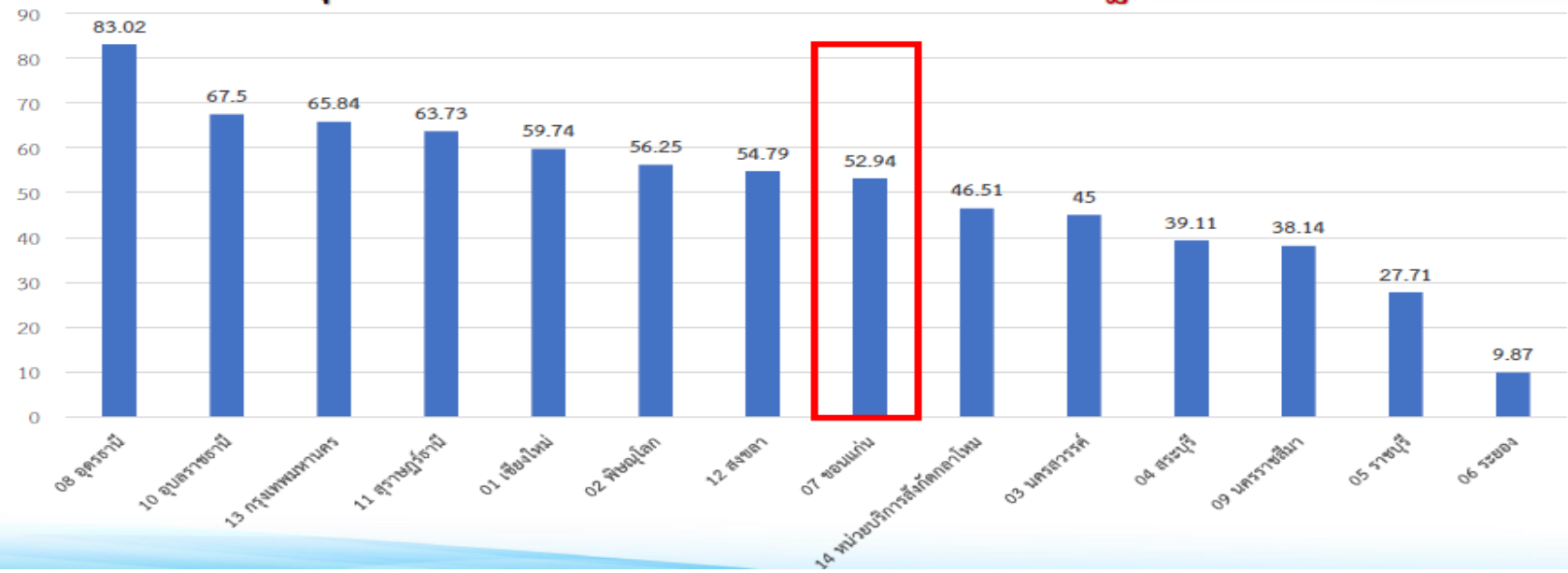
# 1.รายงานสรุปสถานการณ์ดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย ในลักษณะงบลงทุนปีงบประมาณ 2564 (ตามจำนวนรายการ) สังกัด สป.สธ.



ข้อมูล ณ วันที่ 26 ตุลาคม 2564

จังหวัด	ยังไม่ได้ดำเนินการ		จัดทำแผนการจัดซื้อ/จ้างแล้ว		ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว		ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว		ตรวจรับเรียบร้อยแล้ว		เบิกจ่ายเงินแล้ว	
	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ
กาฬสินธุ์	0	0.00	2	0.32	16	2.56	30	4.80	23	3.68	554	88.64
ขอนแก่น	0	0.00	15	1.22	43	3.49	56	4.55	118	9.59	999	81.15
มหาสารคาม	0	0.00	19	3.04	10	1.60	33	5.28	5	0.80	558	89.28
ร้อยเอ็ด	7	0.98	13	1.82	23	3.23	18	2.52	63	8.84	589	82.61
รวม	7	0.22	49	1.53	92	2.88	137	4.29	209	6.54	2700	84.53

## 2. รายงานสรุปสถานการณ์ดำเนินงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย ในลักษณะงบลงทุนปีงบประมาณ 2564 (ตามจำนวนรายการ) รัฐนอกสังกัด/เอกชน



จังหวัด	ยังไม่ได้ดำเนินการ		จัดทำแผนการจัดซื้อ/จ้างแล้ว		ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว		ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว		ตรวจรับเรียบร้อยแล้ว		เบิกจ่ายเงินแล้ว	
	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ
ขอนแก่น	7	15.91	1	2.27	7	15.91	16	36.36	0	0.00	13	29.55
มหาสารคาม	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	11.11	0	0.00	8	88.89
ร้อยเอ็ด	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	100.00
<b>รวม</b>	<b>7</b>	<b>10.29</b>	<b>1</b>	<b>1.47</b>	<b>7</b>	<b>10.29</b>	<b>17</b>	<b>25.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>36</b>	<b>52.94</b>



### 3.1 สถานการณ์การจัดทำแผนงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย ในลักษณะงบลงทุนปีงบประมาณ 2565 งบในสังกัด สป.สร.

จังหวัด	งบ70%	งบ20%	งบ20%
กาฬสินธุ์	100%	100%	100%
ขอนแก่น	100%	100%	100%
มหาสารคาม	100%	100%	100%
ร้อยเอ็ด	100%	100%	100%
เขต 7	100%	100%	100%

หมายเหตุ : งบ 70% อยู่ระหว่างแจ้งโอนเงิน

งบ 20% และ 10% แผนมาครบแล้ว อยู่ระหว่างเตรียมนำเข้า คกก. วันที่ 5 พฤศจิกายน 2564

# ค่าบริการงบบัญชีผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)

## จ่ายแบบเหมาจ่าย

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

# งบค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)

IP-ทั่วไป  
(1,460.59 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

100 ลบ.  
บริหารจัดการระดับประเทศ

### แนวทางการจ่าย :

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

ส่วนที่เหลือ  
Global budget ระดับเขต

### แนวทางการจ่าย : ใช้ DRG v5

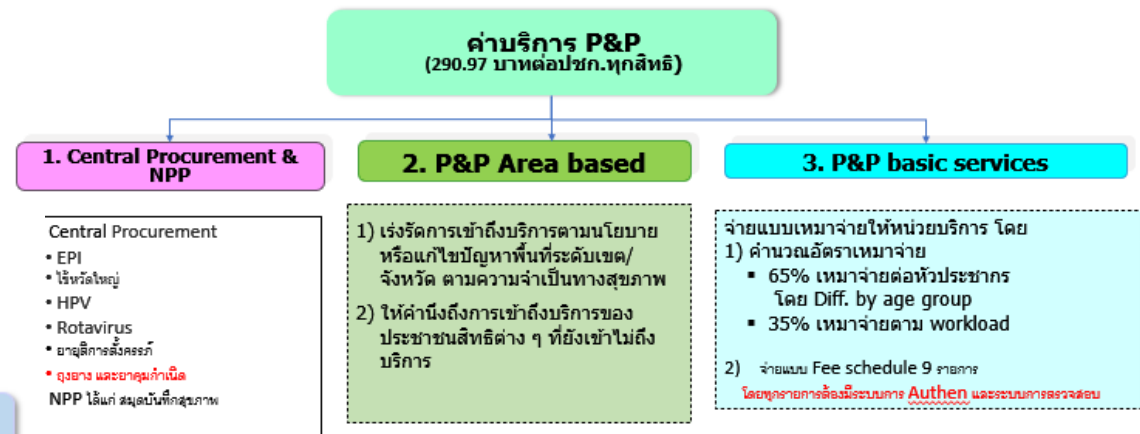
1. มาตรา 7 , UCEP , สำรองเตียง , สลายนิ้ว , เด็กแรกเกิดที่ นน.<1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย ใช้บริการข้ามเขต สลายนิ้ว ODS&MIS และ Home Chemo จ่ายตามอัตราที่กำหนด
2. บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิด นน.>1,500 กรัม, ODS&MIS และ Home Chemo
  - จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อAdjRW เท่ากันทุกเขต (ในระหว่างปี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

- ❖ เฉพาะกรณีการใช้บริการในเขต
  - สังกัดอื่นจัดสรรตามการประมวลผลปกติ

# ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (OP PP IP )



## ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P



การจ่ายแบบเหมาจ่าย รวมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Fit test บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง เพิ่มบริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน

# การปรับเกลี่ยรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## สำหรับหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 7

ที่มา: (ร่าง) ข้อเสนอหลักการจัดสรรงบ UC Basic สำหรับหน่วยบริการ สป. สธ. ปี 2565



1 มติคณะกรรมการ 7x7 ครั้งที่ 4/2564 วันที่ 20 เมษายน 2564  
เห็นชอบในหลักการ (ร่าง) ข้อเสนอแนวทางการบริหารจัดการงบกองทุน UC ปี 2565 รายการ Basic Payment ปี 65 ของสป. ตามที่เสนอและมอบกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ รับข้อสังเกตจากคณะกรรมการจัดทำรายละเอียดการจัดสรรตามแนวทางที่เสนอเพื่อผู้ผลกระทบ และคาดการณ์รายได้ของหน่วยบริการแต่ละระดับ และ นำเสนอต่อคณะกรรมการฯ โดยสรุปข้อเสนอ ดังนี้

1. กระจายเงินให้เป็นธรรม

### เปรียบเทียบ (ร่าง) ข้อเสนอการจัดสรร Basic Payment ปี 2565 และ ข้อเสนอการจัดสรรปี 2564

รายการจัดสรร	(ร่าง) 2565	2564
• การกันเงิน	หลักการคงเดิม ไม่เกิน 10% งบประมาณเขต งบเงินปรับเกลี่ย (เขต Reallocate ได้)	ไม่เกิน 10% : กันเงิน 6.19% 7,000 ลบ. ปรับเกลี่ย 3,700 ลบ. ระดับประเทศ 300 ลบ. ระดับเขต 3,000 ลบ.
• เกลี่ย OP/PP/IP	OP/PP แบบ Step Ladder และ IP แบบ ค่า K (เขต Reallocate ได้)	OP,PP แบบ Step Ladder และ IP ค่า K กลุ่มและค่าเดิม
• ประกันรายได้	ประกันขั้นต่ำ (เขต Reallocate ได้)	ประกันขั้นต่ำร้อยละ 100 ของยอดประกันปี 63 (จ่ายเงินประกันรายรับ 2 ครั้งในไตรมาส 4)
• หลักเกณฑ์ปรับเกลี่ยรายรับ	กลุ่มเป้าหมายในการช่วยเหลือ : (เขต Reallocate ได้) 1) รพ. POP UC < 30,000 คน 2) รพ. ที่ได้รับผลกระทบจาก Step และ K ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน 3) รพ. กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความยากลำบากในการบริหารจัดการ มาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ หลักการเดิม	จัดสรรช่วยเหลือรพ. และปิดยอดประกันรายรับ • รพ. POP UC < 30,000 คน ช่วยตาม MOE UC + Fixed Cost รพ.สธ. มาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ • ช่วยเหลือ รพ. ที่รายรับหลังหักเงินเดือนแล้วติดลบและไม่ได้รับการช่วยเหลือ ช่วยเหลือตาม EBITDA ที่ติดลบ • ประกันขั้นต่ำ 10 ลบ. • หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชายแดนกรณีเฉพาะตามเงื่อนไขช่วยเหลือตาม EBITDA ที่ติดลบ • ช่วยเหลือ รพ. ที่มีความเสี่ยงทางการเงิน แต่ประสิทธิภาพการจัดการดี
• ระดับเขต	หลักการคงเดิม	1) อัตราคงที่ 2) จัดสรรตาม NWC ที่ติดลบและสัดส่วนรพ. F1, M2, M1 3) สัดส่วนวงเงินที่ลดลงจาก Step-K และ 4) สัดส่วนจำนวนประชากร
• ประเทศ 300 ลบ.	หลักการคงเดิม	จัดสรรไตรมาส 3
• การปรับลดค่าแรง	ระดับจังหวัดปรับลดตามสัดส่วนเงิน GFMS และระบบจ่ายตรง (เม.ย. 63 - มี.ค. 64) (ระดับจังหวัด ปรับเกลี่ยได้ ก่อนการทัว Step และ K ระดับประเทศ)	• ระดับจังหวัดปรับลดตามสัดส่วนเงิน GFMS และจ่ายตรง เม.ย. 62 - มี.ค. 63 • ราย CUP ปรับลดตามข้อมูลเงินเดือนและส่วนควบของบุคลากรตามการปฏิบัติงานจริง

### แผนการโอนเงินตามตัวเลขประมาณการรายรับปีงบประมาณ 2565

รายการ	งวด
1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1 : โอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2565 ไม่เกิน 31 ตุลาคม 2564 งวดที่ 2 : โอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2565 ไม่เกิน 31 มกราคม 2565
2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ 1 : โอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2565 ไม่เกิน 31 ตุลาคม 2564 งวดที่ 2 : โอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2565 ไม่เกิน 31 มกราคม 2565
3. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	โอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ย ไม่เกิน 31 ตุลาคม 2564
4. เงินบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด จำนวน 3,200 ล้านบาท	ไม่เกิน 31 ตุลาคม 2564 ทั้งนี้ หากเขตมีกันเงินไว้ปรับเกลี่ย จะต้องแจ้งผลการจัดสรรให้ สปสช. ภายในไตรมาส 3 เพื่อโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป
5. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานกรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	ไม่เกิน 31 ตุลาคม 2564
6. ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	โอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือนโดยการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขต จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ที่เขตปรับตอนต้นปีงบประมาณ

# การปรับเกลี่ยรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 7

- 1 การปรับค่าถ่วงน้ำหนักอัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ให้บริการในเขต (ค่า K) รายหน่วยบริการ
- 2 การปรับเกลี่ยเงินเติมตามเกณฑ์ สป.สธ. ( ตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ )
- 3 การปรับเกลี่ยเงินสำหรับบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด จำนวน 283.15 ล้านบาท
- 4 การปรับเกลี่ยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)
- 5 การกันเงินไว้แบบบัญชีเสมือน (Virtual account)



ประเด็นเพื่อพิจารณา ประเด็นที่ 1 : การปรับค่าถ่วงน้ำหนักอัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ให้บริการในเขต (ค่า K) รายหน่วยบริการ

**ค่า K** ไม่ปรับค่า K ในแต่ละโรงพยาบาล ใช้ค่า K ส่วนกลาง

**ไม่ปรับเปลี่ยนค่า Step Ladder และ ค่า K**

รายการ OP-PP		รายการ IP	
Group pop UC	Step-Ladder	Group ค่าK	K
≤5,000	2.00	รพช.≤10	1.50
5,001 - 10,000	1.80	รพช.B>10-≤60 POP≤5,000	1.45
10,001 - 20,000	1.60	รพช.B>10-≤60 POP>5,000-10,000	1.40
20,001 - 30,000	1.40	รพช.B>10-≤60 POP>10,000-20,000	1.35
30,001 - 40,000	1.20	รพช.B>10-≤60 POP>20,000-30,000	1.30
40,001 - 50,000	1.10	รพช.B>10-≤60 POP>30,000-40,000	1.25
50,001 - 60,000	1.00	รพช.B>10-≤60 POP>40,000-50,000	1.20
60,001 - 90,000	0.95	รพช.B>10-≤60 POP>50,000-60,000	1.15
90,001 - 120,000	0.90	รพช.B>60 POP≤60,000	1.15
120,001 - 150,000	0.85	รพท.≤300	1.15
>150,000	0.80	รพช.B>10-≤60 POP>60,000	1.10
		รพช.B>60 POP>60,000	1.10
		รพท.>300-600	1.10
		รพศ.≤600	1.10
		รพท.>600	1.05
		รพศ.>600-1,000	1.05
		รพศ.>1,000	1.00

# การปรับเกลี่ยรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 7



ประเด็นเพื่อพิจารณา ประเด็นที่ 2 : การปรับเกลี่ยเงินเติมตามเกณฑ์ สป.สธ.  
( ตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ )

2

เงินเติมตาม  
เกณฑ์ สป.สธ.

ไม่ปรับเกลี่ยเงินเติมตามเกณฑ์ สป.สธ. ใช้ตามเกณฑ์กระทรวง

## มาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ

### เกณฑ์การปรับเกลี่ยเงินกันป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ

**กรณี 1** รพ. ที่มีรายรับหลังหักเงินเดือนแล้วติดลบและไม่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 100 ของ MOE UC โดยที่มี EBITDA (ก่อนได้รับเงินช่วยเหลือ) ติดลบ

**จัดสรรเพิ่มเติมตาม EBITDA ที่ติดลบ**

**กรณี 2** รพ. ที่มียอดจัดสรรรวมทุกเกณฑ์ ไม่ถึง 10 ล้านบาท

**จัดสรรเพิ่มเติมให้ได้เท่ากับ 10 ล้านบาท**

**กรณี 3** รพ. ที่มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชายแดนกรณีเฉพาะ

**จัดสรรเพิ่มเติมให้ร้อยละ 100 ของ EBITDA ที่ติดลบ**

**กรณี 4** รพ. ที่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ 4-7 ไตรมาสที่ 3 ปี 2564 ประกอบกับมีคะแนนบริหารประสิทธิภาพ (TPS) ระดับ 7-15

**จัดสรรเพิ่มเติมตาม EBITDA ที่ติดลบ แต่ไม่เกิน 10 ล้านบาท**

สรุปวงเงินเพื่อปรับเกลี่ยเงินระดับเขต วงเงิน 283,150,466 บาท (รายจังหวัด)

3

รายการ	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด	กาฬสินธุ์	เขต 7
1. ช่วย NWC ติดลบ ณ ก.ค. 64	1,822,377.74	-	5,378,488.97	-	7,200,866.71
สัดส่วน	25.31	-	74.69	-	100.00
[1] จัดสรรช่วย NWC ติดลบ	1,822,377.74	-	5,378,488.97	-	7,200,866.71
2. สัดส่วน รพ. M1 M2 F1	30	11	14	11	66
สัดส่วน	45.45	16.67	21.21	16.67	100.00
[2] จัดสรรสัดส่วน รพ. M1 M2 F1	11,822,727.27	4,335,000.00	5,517,272.73	4,335,000.00	26,010,000.00
3. ส่วนต่างรายได้ 64-65	-136,954,549.31	-43,324,403.27	-87,902,928.00	-64,909,550.35	-333,091,430.93
สัดส่วน	41.12	13.01	26.39	19.49	100.00
[3] จัดสรรส่วนต่างรายได้ 64-65	26,832,625.76	8,488,272.24	17,222,256.45	12,717,311.56	65,260,466.00
4. จัดสรรตามรายได้ OP PP IP ปี 65	1,932,937,254.76	876,015,278.65	1,265,094,072.94	1,076,389,533.52	5,150,436,139.87
สัดส่วน	37.53	17.01	24.56	20.90	100.00
[4] จัดสรรตามรายได้ OP PP IP ปี 65	53,546,885.10	24,267,673.13	35,046,066.19	29,818,508.87	142,679,133.29
[5] = [1] + [2] + [3] + [4]	94,024,615.87	37,090,945.37	63,164,084.33	46,870,820.43	241,150,466.00
รวมวงเงินเพื่อปรับเกลี่ยรายจังหวัด					
[6] เงินกันระดับเขต					42,000,000.00
คิดเป็นร้อยละ					14.83
[7] = [5] + [6] รวมวงเงินทั้งสิ้น					283,150,466.00

# การปรับเกลี่ยรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 7

4

PP Non UC ขอนแก่น

จัดสรรตามสัดส่วนประชากรสิทธิอื่น (Non UC) ณ 1 เมษายน 2564

PP Non UC

ร้อยเอ็ด

จัดสรรตามสัดส่วนประชากรสิทธิอื่น (Non UC) ณ 1 เมษายน 2564

PP Non UC

กาฬสินธุ์

จัดสรรตามสัดส่วนประชากรสิทธิอื่น (Non UC) ณ 1 เมษายน 2564

PP Non UC

มหาสารคาม

จัดสรรตามสัดส่วนประชากรสิทธิอื่น (Non UC) ณ 1 เมษายน 2564

5

Virtual account ขอนแก่น

กัณเงิน Virtual account โดยคำนวณจากประมาณการจ่ายชดเชย ปี 2564

Virtual account

ร้อยเอ็ด

กัณเงิน Virtual account ตามสัดส่วนประชากร UC ณ 1 เมษายน 2564 และประมาณการจ่ายชดเชย ปี 2564

Virtual account

กาฬสินธุ์

กัณเงิน Virtual account โดยจากประมาณการรายได้ OP หลังปรับลดค่าแรง ปี 65 และประมาณการจ่ายชดเชย ปี 2564 ( สัดส่วน 70 : 30 )

Virtual account

มหาสารคาม

กัณเงิน Virtual account ตามสัดส่วนประชากร UC ณ 1 เมษายน 2564

จังหวัด	งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีสิทธิอื่น (PP non uc)
ขอนแก่น	52,427,222.19
มหาสารคาม	19,856,273.64
ร้อยเอ็ด	26,067,604.32
กาฬสินธุ์	18,994,448.03
รวม	117,345,548.18

จังหวัด	สำหรับ OP Refer ข้าม จังหวัด	สำหรับ OP Refer ในจังหวัด /OP AE ในจังหวัด
ขอนแก่น	20,000,000	129,000,000
มหาสารคาม	25,000,000	38,000,000
ร้อยเอ็ด	22,000,000	45,000,000
กาฬสินธุ์	26,000,000	50,562,982
รวม	93,000,000	262,562,982

# การจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2564 (ปรับเปลี่ยนเหมาจ่ายรายหัว OP PP IP)

## ประมาณรายรับ (หลังหักเงินเดือน และ Virtual account)

จังหวัด	OP สุทธิ หลังหักเงินกัน Virtual account	รายรับ PP สุทธิ หลังปรับลดค่าแรง	ประมาณการ รายรับ IP หลังปรับลดค่าแรง	ปรับเปลี่ยนระดับเขต งบบริหารจัดการ ระดับเขต/จังหวัด	เงินกัน งบบริหารจัดการ ระดับเขต/จังหวัด 42 ลบ	งบค่าบริการสร้าง เสริมสุขภาพฯ กรณีสิทธิอื่น (PP non uc)	รวมประมาณการ จัดสรร สป.สธ.
กาฬสินธุ์	478,304,343.67	99,696,835.03	480,746,134.47	35,035,878.70		16,385,978.48	1,110,169,170.35
ขอนแก่น	730,379,179.90	159,733,084.20	1,010,779,539.97	102,373,171.99		44,712,048.54	2,047,977,024.60
มหาสารคาม	388,255,143.15	80,428,395.80	387,656,142.97	31,706,487.37		16,683,457.06	904,729,626.35
ร้อยเอ็ด	601,809,979.41	117,326,612.39	566,860,409.14	72,034,927.94		21,992,955.34	1,380,024,884.22
เงินกันระดับเขต	-	-	-	-	42,000,000.00	-	42,000,000.00
<b>รวม</b>	<b>2,198,748,646.13</b>	<b>457,184,927.42</b>	<b>2,446,042,226.55</b>	<b>241,150,466.00</b>	<b>42,000,000.00</b>	<b>99,774,439.42</b>	<b>5,484,900,705.52</b>

## จัดสรรโอนงบประมาณ 2564

จังหวัด	จัดสรรร้อยละ 50+25+25 ของรายรับ OP	จัดสรรร้อยละ 50+25+25 ของรายรับ PP	จัดสรร IP ตามผลงานจริง ปรับลดค่าแรง คค 63 -ก.ย 64	ปรับเปลี่ยนระดับเขต งบบริหารจัดการ ระดับเขต/จังหวัด	เงินกันระดับเขต/ จังหวัด 42 ลบ	งบค่าบริการสร้าง เสริมสุขภาพฯ กรณีสิทธิอื่น (PP non uc)	รวมทั้งหมด
กาฬสินธุ์	478,304,343.67	99,696,835.03	511,367,975.05	35,035,878.70	8,854,363.68	16,385,978.48	1,149,645,374.61
ขอนแก่น	730,379,179.90	159,733,084.20	969,953,516.05	102,373,171.99	15,287,448.78	44,712,048.54	2,022,438,449.46
มหาสารคาม	388,255,143.15	80,428,395.80	437,668,373.66	31,706,487.37	6,451,305.76	16,683,457.06	961,193,162.80
ร้อยเอ็ด	601,809,979.41	117,326,612.39	650,319,513.44	72,034,927.94	11,406,881.78	21,992,955.34	1,474,890,870.30
<b>รวม</b>	<b>2,198,748,646.13</b>	<b>457,184,927.42</b>	<b>2,569,309,378.20</b>	<b>241,150,466.00</b>	<b>42,000,000.00</b>	<b>99,774,439.42</b>	<b>5,608,167,857.17</b>

**โอน**  
งวด 2 ครั้ง 25%  
(ครบ 100%)  
25 กพ 64

**โอน**  
งวด 2 ครั้ง 25%  
(ครบ 100%)  
25 กพ 64

**โอน งวด กย 64**  
21 ตค 64

**โอน**  
17 พย 63

**โอน**  
2 กค 64

**โอน**  
17 พย 63

# การจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2565 (ปรับเปลี่ยนเหมาจ่ายรายหัว OP PP IP)

ประมาณรายรับ (หลังหักเงินเดือน และ Virtual account)							
จังหวัด	OP สุทธิ หลังหักเงินกัน Virtual account	รายรับ PP สุทธิ หลังปรับลดค่าแรง	ประมาณการ รายรับ IP หลังปรับลดค่าแรง	ปรับเปลี่ยนระดับเขต งบบริหารจัดการ ระดับเขต/จังหวัด	เงินกัน งบบริหารจัดการ ระดับเขต/จังหวัด 42 ลบ	งบค่าบริการสร้าง เสริมสุขภาพ กรณีสิทธิอื่น (PP non uc)	รวมประมาณการ จัดสรร สป.สธ.
ขอนแก่น	701,242,995.67	163,839,866.49	750,138,736.86	94,024,615.87		52,427,222.19	1,761,673,437.08
มหาสารคาม	364,439,740.92	82,616,917.21	365,958,620.52	37,090,945.37		19,856,273.64	869,962,497.66
ร้อยเอ็ด	571,068,203.15	121,309,242.16	505,716,627.63	63,164,084.33		26,067,604.32	1,287,325,761.59
กาฬสินธุ์	452,053,826.21	101,829,890.64	445,942,834.67	46,870,820.43		18,994,448.03	1,065,691,819.98
เงินกันระดับเขต	-	-	-	-	42,000,000.00	-	42,000,000.00
<b>รวม</b>	<b>2,088,804,765.95</b>	<b>469,595,916.50</b>	<b>2,067,756,819.68</b>	<b>241,150,466.00</b>	<b>42,000,000.00</b>	<b>117,345,548.18</b>	<b>5,026,653,516.31</b>
จัดสรรโอนงบประมาณ 2564							
จังหวัด	จัดสรรร้อยละ 50+50 ของรายรับ OP	จัดสรรร้อยละ 50+50 ของรายรับ PP	จัดสรร IP ตามผลงานจริง ปรับลดค่าแรง	ปรับเปลี่ยนระดับเขต งบบริหารจัดการ ระดับเขต/จังหวัด	เงินกันระดับเขต/ จังหวัด 42 ลบ	งบค่าบริการสร้าง เสริมสุขภาพ กรณีสิทธิอื่น (PP non uc)	รวมทั้งหมด
ขอนแก่น	350,621,497.90	81,919,933.32		94,024,615.87			526,566,047.09
มหาสารคาม	182,219,870.49	41,308,458.62		37,090,945.37			260,619,274.48
ร้อยเอ็ด	285,534,101.61	60,654,621.14		63,164,084.33			409,352,807.08
กาฬสินธุ์	226,026,913.14	50,914,945.35		46,870,820.43			323,812,678.92
<b>รวม</b>	<b>1,044,402,383.14</b>	<b>234,797,958.43</b>	<b>-</b>	<b>241,150,466.00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1,520,350,807.57</b>
	<b>โอน</b>	<b>โอน</b>		<b>โอน</b>	<b>โอน</b>	<b>โอน</b>	
	<b>งวด1 50% 20 ตค 64</b>	<b>งวด1 50% 20 ตค 64</b>		<b>20 ตค 64</b>			



# เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2565

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	158,294.2433
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,768.1088
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,731.3395
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,154.7800
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	990.1080
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	319.2800
8. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,769.9300
9. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	825.0800
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	283.0300
11. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	19,265.4218
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>198,891.7894</b>
ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	58,341.5954
<b>รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)</b>	<b>140,550.1940</b>



บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2565	
ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,305.07
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,460.59
3. บริการกรณีเฉพาะ	395.14
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.73
5. บริการการแพทย์แผนไทย	19.00
6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
7. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
<b>รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)</b>	<b>3,329.22</b>

# ค่าบริการงบบผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)

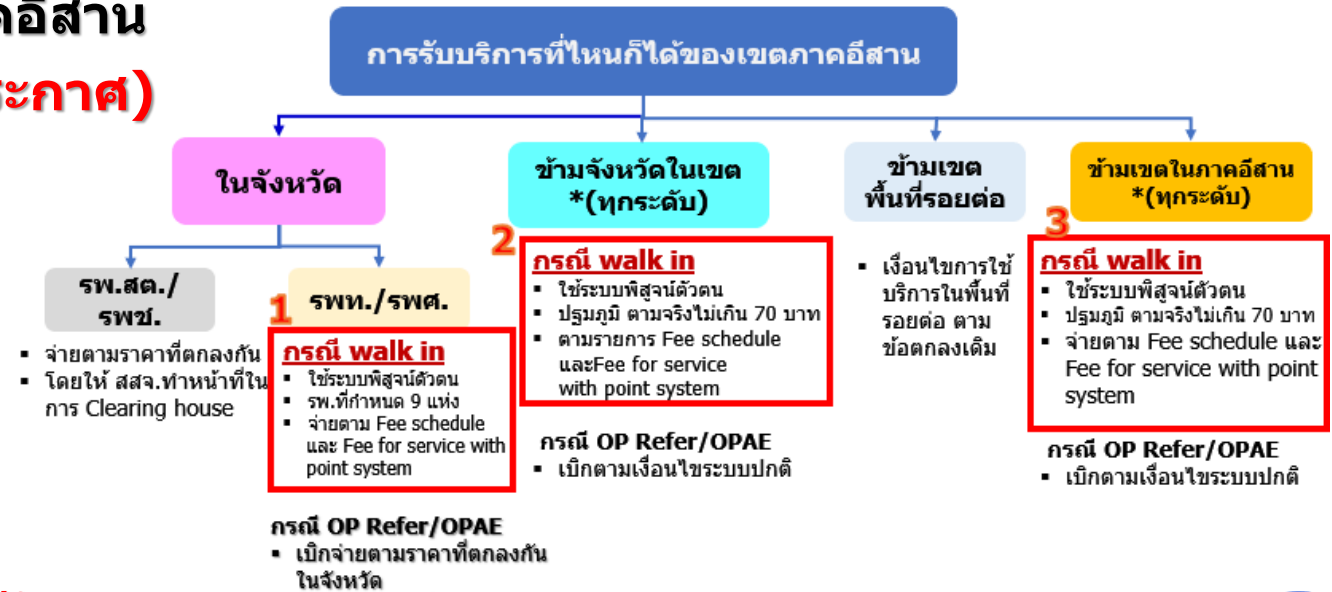
## จ่ายแบบเหมาจ่าย

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

# การเข้ารับบริการและการจ่ายชดเชยฯ ผู้ป่วยนอก

1. เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ จากเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ
2. หากเกินขีดความสามารถให้ส่งต่อหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
  - ภายในจังหวัด จากบัญชีเสมือน Virtual account อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด
  - ข้ามจังหวัด จากบัญชีเสมือน Virtual account 1600 บาท+OP Refer ระดับประเทศ
3. กรณี อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน
  - ภายในจังหวัด จากบัญชีเสมือน Virtual account อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด
  - ข้ามจังหวัด จาก OPAE กองทุนกลางระดับประเทศ

## 4. กรณีเหตุสมควร ในเขตภาคอีสาน (ปี 2565 ขยายโครงการรอปประกาศ)



4. กรณีอุบัติเหตุจราจรต้อง **ใช้สิทธิตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถจนครบวงเงินก่อน**
5. เข้ารับบริการ **สถานบริการอื่น** กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือเหตุอันสมควร จาก **มาตรา 7 และ UCEP**

# งบค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)

**IP-ทั่วไป**  
(1,460.59 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

**100 ลบ.**  
บริหารจัดการระดับประเทศ

**แนวทางการจ่าย :**

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

**ส่วนที่เหลือ**  
**Global budget ระดับเขต**

**แนวทางการจ่าย : ใช้ DRG v5**

1. มาตรา 7 , UCEP , สำรองเตียง ,สลายนิว , เด็กแรกเกิดที่ นน.<1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย ใช้บริการข้ามเขต สลายนิว 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 หากมีเงินเหลือแต่ละเขตถือเป็นปกติตามระเบียบฯว่าด้วยการงบประมาณ 58 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
  - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อAdj.RW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อAdj.RW ภายใต้วงเงินระดับประเทศ

- ❖ เฉพาะกรณีการให้บริการในเขต
  - สังกัดอื่นจัดสรรตามการประมวลผลปกติ
  - สป.สธ. คำนวณอีกครั้งโดยมีการกันเงิน และถ่วงน้ำหนักค่าK

# หลักเกณฑ์การดำเนินงาน/บริหารจัดการกองทุน ที่เปลี่ยนแปลง

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
<b>ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป</b>	
- กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย อัตราจ่าย 9,000 บาท/AdjRW	1. กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วย หรือเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม อัตราจ่าย <b>9,000 บาทต่อ adjRW</b> 2. กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย <u>ที่ได้รับ</u> <u>เหตุการณ์เพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไข</u> อัตราจ่าย <b>12,000 บาท/AdjRW</b>
	<b>การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)</b>
	<b>บริการในเขตฯ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน</b>
- การบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) จำนวน 41 รายการ - การบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery: MIS) จำนวน 8 รายการ	<b>เพิ่มรายการบริการใหม่ ดังนี้</b> - บริการ ODS จำนวน 19 รายการ - บริการ MIS จำนวน 6 รายการ

# บริการผู้ป่วยใน (IP)

เป็นค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ รวมบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2565

ประกอบด้วยบริการต่าง ๆ ดังนี้

- บริการเจ็บป่วยทั่วไปที่หน่วยบริการประจำ
- บริการด้วยเงื่อนไขการรับ ส่งต่อผู้ป่วยใน
- บริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำรวมกำลังพลสำรอง ทหารเกณฑ์(ทหารบก)และอาสาสมัครทหารพราน
- บริการของคนพิการและทหารผ่านศึก
- บริการของทหารเกณฑ์สังกัดทหารเรือ ทหารอากาศ
- บริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น(นอกระบบ UC)
- บริการในระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ(กรณีสำรองเตียง)
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้
- บริการเด็กแรกเกิด
- บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน(**One day Surgery**) และบริการผ่าตัดผ่านกล้อง (**Minimally Invasive Surgery**)
- กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (**Home Chemotherapy for CA Colon**)
- การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (**Outlier Reimbursement Schedule: ORS**)
- บริการในเขตฯ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

## กรณีในเขต

- ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน(sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget
- โดยจ่ายเบื้องต้นในอัตรา **8,350 บาท/AdjRW**



สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

กรณีนอกเขต

**หน่วยบริการทุกสังกัด**  
**อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW**  
**โดยไม่ปรับลดค่าแรง**

**สังกัด สป.สธ.**  
ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับจังหวัด  
ของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น  
**อัตราจ่ายต้องไม่เกิน**  
**9,600 บาท/AdjRW**



## สำรองเตียง

อัตราจ่ายไม่เกิน **15,000** บาทต่อ **AdjRW**

## นิว

นำนิวออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิว

- หน่วยบริการภาครัฐ **เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท** ต่อครั้งจ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี
- หน่วยบริการภาคเอกชน **เหมาจ่าย 16,000 บาท** ต่อไตหนึ่งข้างที่สำเร็จต่อคนต่อปี

**หมายเหตุ** \*\*กรณีการรักษานิวด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง(PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า AdjRW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal\*\*\*

## กรณีเด็กแรกเกิด

**1. น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม  
หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยให้จ่ายใน  
อัตรา 9,000 บาท/AdjRW**

**2. กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนัก**

**น้อยกว่า 1,500 กรัม หรือ  
เด็กแรกเกิดที่ป่วย ที่ได้รับเหตุการณ์  
เพื่อการรักษาที่จำเป็น  
และราคาแพงตามเงื่อนไข  
อัตราจ่าย 12,000 บาท/AdjRW**

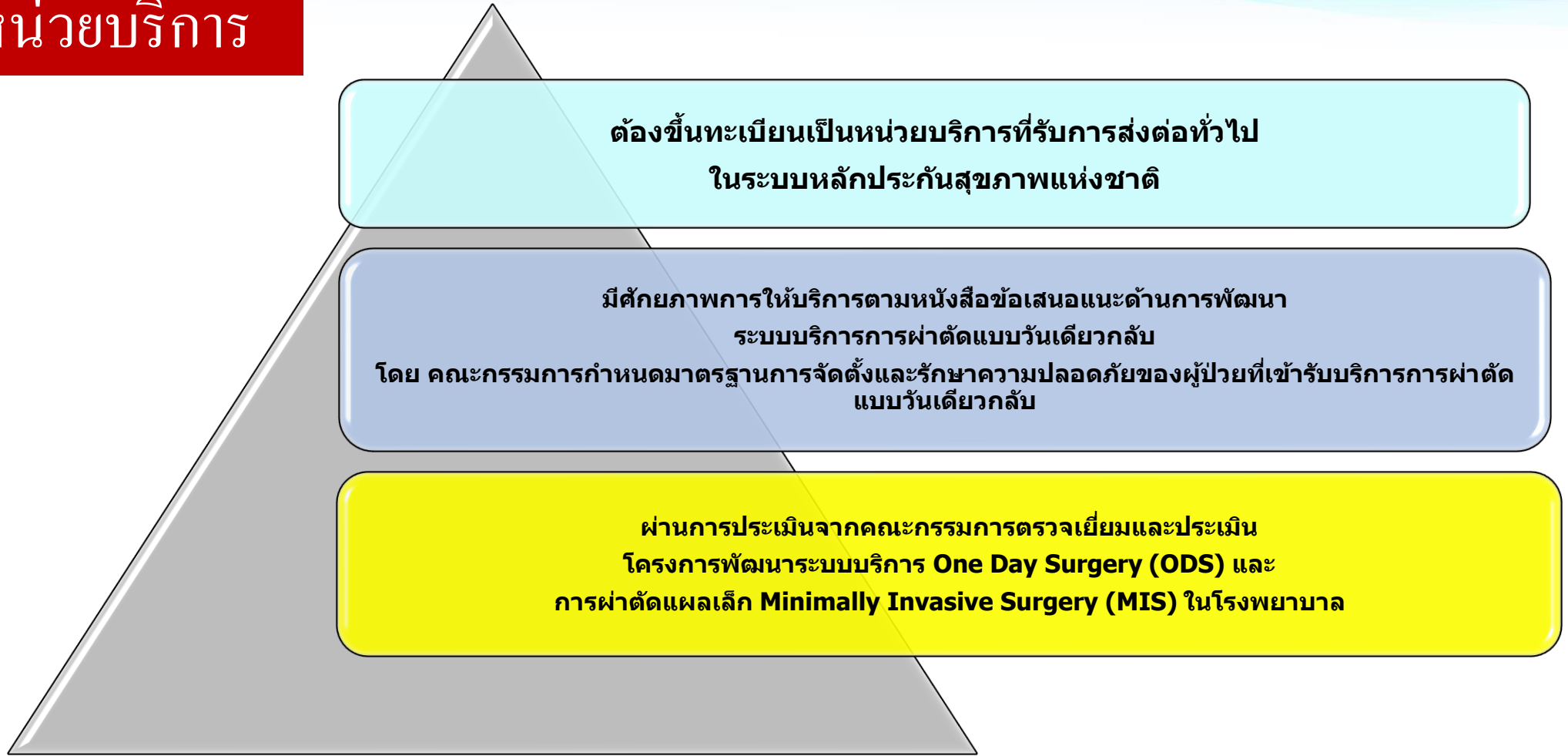
**NEW**

กรณีเด็กแรกเกิดกรณี  
นอกเหนือจากข้อ 1,2  
จ่ายในอัตราภายในเขต  
โดยจ่ายเบื้องต้น  
**8,350 บาท / AdjRW**

# การส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยใน ผ่านระบบ eclaim

สปสช.เขต	จำนวนผู้ป่วย(ราย)		จำนวน RW		จำนวน ADJRW		CMI	
	2563	2564	2563	2564	2563	2564	2563	2564
1	615,873	536,389	842,917.0949	769,316.1429	838,533.9713	765,332.8433	1.37	1.43
2	329,959	275,844	414,713.1796	366,169.5598	413,367.5368	365,081.0370	1.26	1.33
3	289,253	237,123	369,163.7959	326,150.9592	367,286.5260	324,593.3897	1.28	1.38
4	388,981	344,021	600,481.1519	525,774.1186	599,354.1165	525,167.3548	1.54	1.53
5	468,031	404,484	605,319.1797	535,899.9014	603,633.5510	534,817.7921	1.29	1.32
6	494,432	412,542	693,861.5973	595,100.8553	691,410.8224	593,624.3567	1.40	1.44
7	542,867	463,822	671,359.0258	606,423.8597	667,905.9165	603,224.3722	1.24	1.31
8	553,744	476,180	638,676.6769	574,679.1174	635,658.6578	571,942.1700	1.15	1.21
9	715,503	588,250	851,265.8827	747,362.2358	846,659.5807	743,689.1052	1.19	1.27
10	517,367	433,519	611,596.9465	545,140.1900	608,220.9580	542,167.4926	1.18	1.26
11	455,692	372,542	507,295.9329	447,349.3914	505,416.4857	445,759.3696	1.11	1.20
12	521,442	441,172	562,111.2365	485,305.2947	560,215.4232	484,096.6242	1.08	1.10
13	383,986	317,094	879,785.9252	716,203.9680	877,192.5552	714,414.4621	2.29	2.26
14	2,927	2,678	1,881.2738	1,529.7216	1,926.3310	1,589.1076	0.64	0.57
<b>รวม</b>	<b>6,280,057</b>	<b>5,305,660</b>	<b>8,250,428.8996</b>	<b>7,242,405.3158</b>	<b>8,216,782.4321</b>	<b>7,215,499.4771</b>	<b>1.31</b>	<b>1.37</b>

คุณสมบัติหน่วยบริการ



กรมการแพทย์แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ ODS และ MIS ใน รพ.  
ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมและประเมิน รพ.และแจ้งรายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินมายัง สปสช.

# รายการ One day surgery

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
<p>- การบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) จำนวน 41 รายการ</p>	<p>1.เพิ่มรายการบริการ ODS ใหม่ จำนวน 19 รายการ            2.ปรับการจ่ายรายการบริการ ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง เฉพาะกลุ่มโรค 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC โดยปรับอัตราจ่าย</p> <p><u>เดิม</u> แบบบริการ MIS (adjRW +K) คูณด้วย Base rate  <u>ปรับเป็น</u> อัตราจ่ายแบบ ODS (RW) +อัตราจ่ายแบบ MIS (K) คูณด้วย Base rate</p>

1 มกราคม 2561	1 มกราคม 2562	1 มกราคม 2563	1 มกราคม 2564
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)</li> <li>2. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)</li> <li>3. โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)</li> <li>4. ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)</li> <li>5. หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขูด (Esophageal varices, Gastric varices)</li> <li>6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)</li> <li>7. มะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)</li> <li>8. ดั้งเนื้ออกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)</li> <li>9. นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)</li> <li>10. นิ่วในท่อน้ำอ่อน (Pancreatic duct stone)</li> <li>11. ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)</li> <li>12. ภาวะท่อน้ำอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)</li> <li>2. การผ่าตัดต่อเนื้อ (Pterygium Excision)</li> <li>3. การทำหมันแห้งในผู้หญิง (Female sterilization)</li> <li>4. การจัดการกระดูกหักให้เข้าที่ โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)</li> <li>5. ฟิสต์นาสุตร (Fistula in ano)</li> <li>6. ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)</li> <li>7. ฝีเต้านม (Breast abscess)</li> <li>8. นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)</li> <li>9. นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)</li> <li>10. นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)</li> <li>11. ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)</li> <li>12. แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)</li> <li>2. การส่องกล้องโพรงมดลูก (Hysteroscopy)</li> <li>3. การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)</li> <li>4. การผ่าตัดก้อนโรคมะเร็งเต้านม (Wide Excision Breast mass)</li> <li>5. ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (Simple Mastectomy)</li> <li>6. การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด (Breast Conservative Surgery)</li> <li>7. ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตัดนิ้วเท้าในแผลเบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic foot With gangrene)</li> <li>2. การปลูกถ่ายผิวหนังใน Granulation Wound</li> <li>3. การทำผ่าตัดเส้นเลือดขอด (Varicose vein)</li> <li>4. การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis)</li> <li>5. การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy)</li> <li>6. การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)</li> <li>7. การผ่าตัดปะแก้ว เพื่อรักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media)</li> <li>8. การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue)</li> <li>9. การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)</li> <li>10. การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland)</li> <li>11. การตัดติ่งเนื้อที่มดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri)</li> </ol>

- 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) การฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียงการฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)
- 5) การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียง (Endoscopic laryngeal surgery)
- 6) การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)
- 7) การวางสาย Tenckhoff catheter
- 8) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในผู้ป่วย Fit test positive
- 9) การตัดปากมดลูกด้วยห้วงไฟฟ้า
- 10) การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)
- 11) การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อぶตา (Trabeculectomy)
- 12) การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปใต้เยื่อぶตา (Tube shunt surgery)
- 13) การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)
- 14) การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery)
- 15) การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)
- 16) การผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อน (Rhytidectomy/Blepharoplasty)
- 17) การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)
- 18) การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอาร์บอดี (Cyclophotocoagulation)
- 19) ผ่าตัดทำลายเยื่อぶตาและผ่าตัดตัดแต่งเยื่อぶตา
- 20) ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic cholecystectomy,

## หลักเกณฑ์

1. เป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษา วันนอนตั้งแต่ 2 ชม.-24 ชม.
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมี D/C type = 1 Approval
3. เป็นบริการตามรายการโรค และ หัตถการที่กำหนด
4. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพตามที่กำหนด

## เงื่อนไขการจ่าย

1. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG v. 5.1.1)
2. จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)
3. จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต IP

- ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW
- ข้ามเขต - จ่าย 9,600 บาท/RW



## บริการ ODS สิทธิ UC แยกรายปีบริการ เขต 7

โรงพยาบาล	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564
รพ.ขอนแก่น	18	217	404	510
รพ.มหาสารคาม	19	22	99	38
รพ.ร้อยเอ็ด	9	3	171	192
รพ.กาฬสินธุ์	6	25	149	185
รพ.ชุมแพ	12	51	84	106
รพ.พล		3	10	11
รพ.เกษตรวิสัย			32	74
รพ.สิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)		26	55	32
รพ.สุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม			78	110
	<b>64</b>	<b>347</b>	<b>1082</b>	<b>1258</b>

ที่มา : ข้อมูลขอรับค่าใช้จากระบบ eClaim ข้อมูล STM ปี 2561 – 2564 ณ 31 ก.ค. 2564

# โรคและหัตถการ Minimally Invasive Surgery ที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2564

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
โรคnivในถุงน้ำดีและหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ	1. โรคnivในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดี อักเสบ 2. โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่ 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก 4. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้ในช่องอก	1. โรคnivในถุงน้ำดี และหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ 2. โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่ 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติด เชื้ในช่องอก 5. ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาดและการบาดเจ็บของหมอนรอง กระดูก (ACL & Meniscal injury) 6. โรคถุงน้ำและเนื้องอกที่รังไข่ เยื่อบุและมดลูกเจริญ ผิดที่ (Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary , endometriosis of ovary) 7. โรคไส้เลื่อน (Lap hernioplasty) 8. โรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity)*  *การให้บริการโรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity) ต้อง ผ่านระบบการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre- authorized) ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

# รายการ Minimally Invasive Surgery

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
- การบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery: MIS) จำนวน 8 รายการ	1.เพิ่มบริการ MIS จำนวน 6 รายการ 2.กรณีภาวะโรคอ้วนที่เป็นโรค (โรคอ้วนรุนแรง) เริ่มดำเนินการโดยมีระบบการ PA ก่อนการผ่าตัด

## 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

# หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายฯ บริการ MIS ปีงบประมาณ 2565

## หน่วยบริการที่ให้บริการฯ

- ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพการให้บริการฯจากคกก. ODS และ MIS

## เงื่อนไขการจ่าย

- จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม DRGs ที่กำหนด
- จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW)

## อัตราการจ่าย

- จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต IP
- ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW
  - ข้ามเขต - จ่าย 9,600 บาท/adjRW

# บริการ MIS สิทธิ UC แยกรายปีบริการ เขต 7

โรงพยาบาล	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
รพ.กาฬสินธุ์	374	243	199
รพ.เกษตรวิสัย	128	82	58
รพ.ขอนแก่น	641	568	399
รพ.ชุมแพ	106	109	175
รพ.น้ำพอง		1	
รพ.บรบือ	62	44	
รพ.บ้านไผ่	60	27	
รพ.พยัคฆภูมิพิสัย	35	15	
รพ.โพนทอง	15	9	
รพ.มหาสารคาม	253	232	104
รพ.ร้อยเอ็ด	326	567	630
รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	67	34	
รพ.สิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	50	64	43
รพ.สุวรรณภูมิ	28	26	
รพ.เสลภูมิ	1		
รพร.กระนวน	19	7	
รพร.กุฉินารายณ์	5	4	
<b>Grand Total</b>	<b>2170</b>	<b>2032</b>	<b>1608</b>

# กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

## คุณสมบัติหน่วยบริการ Home Chemotherapy



1

ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านเคมีบำบัด  
ระดับที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2

มีศักยภาพการให้บริการตามคู่มือการให้บริการสำหรับการให้ยา  
เคมีบำบัดที่บ้าน(home chemotherapy) โดย  
คณะกรรมการจัดตั้งหน่วยบริการและคู่มือการให้บริการ  
สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy)

3

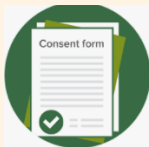
ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับ  
ติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่  
บ้าน (Home Chemotherapy)

**กรมการแพทย์ แต่งตั้ง  
คณะกรรมการประเมินหน่วย  
บริการ กำกับ ติดตามมาตรฐาน  
และความปลอดภัย สำหรับการ  
ให้เคมีบำบัดที่บ้าน  
(Home Chemotherapy)  
ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมและ  
ประเมิน รพ.  
และแจ้งรายชื่อหน่วยบริการที่  
ผ่านการประเมินมายัง สปสช.**

# กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

## แพทย์วางแผนให้ยาเคมีบำบัด

- แพทย์พิจารณา case ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- สูตรยา mFolfox6  
mFolfiri
- เซ็นต์ไบยินยอม



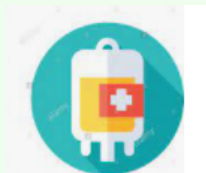
## เตรียมตัวก่อนรับยา

- ทำ Implanted Port
- ให้ข้อข้อมูล เตรียมพร้อมร่างกายและจิตใจ
- แบบประเมินความพร้อม
- Empowerment



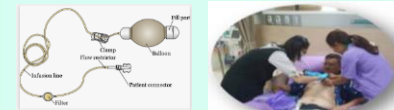
## แพทย์สั่งยาตาม Protocol

- Protocol Home chemotherapy



## รับยาเคมีบำบัดที่หน่วยบริการ

- เตรียมยาเคมีบำบัดโดยเภสัชกร
- การบริหารยาเคมีบำบัด ที่ Ambulatory 4 ชม.
- การดูแล Port Care
- การต่อ Elastomeric Pump
- การจำหน่าย Discharge Plan
- ระบบ consult ทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร Homecare



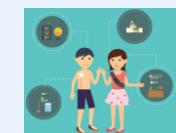
## ดูแลติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

- โทรศัพท์ติดตาม 24 ชม. แรกและ Day3
- ระบบเยี่ยมบ้าน
- ระบบติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอด 24 ชม.
- ชุด Spill kit
- คู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน
- ระบบ Emergency รองรับกรณีฉุกเฉิน
- ระบบ consult ทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร Homecare ER



## การถอดอุปกรณ์เมื่อยาหมด

- ถอดที่บ้านโดยทีม Home care
- ถอดที่โรงพยาบาล
- ระบบส่งต่อรพ.ใกล้บ้าน
- เตรียมชุดอุปกรณ์ถอนเข็ม Port



# เงื่อนไข การเบิกจ่ายกรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ  
จะครอบคลุมบริการทุกรายการ

## หน่วยบริการ

## การประมวลผลจ่ายฯ

## อัตราจ่าย / เงินจ่าย



เฉพาะหน่วยบริการผ่านเกณฑ์  
ตามที่กำหนด  
(รับรายชื่อจากกรมการแพทย์)



ประมวลผลด้วย  
DRGs v.5.1.1

**จ่ายตาม DRGs ใช้**



**RW X Rate**

โดยจ่ายจากกองทุน IP ระดับ  
เขต



บันทึกในหน้าจอบุคลากรใน  
>>> **Ambulatory Care**  
เช่นเดียวกับ ODS



มีขบวนการจำหน่ายเป็น 1 : D/C  
type = 1 (Approval)



ในเขต ปี64=8,350บ/RW  
ข้ามเขตอัตรา 9,600 บ/RW



บันทึกรหัสโรค (ICD10) และ  
หัตถการ (ICD9) ตามที่กำหนด  
บันทึกยาตามรหัส TMT



มีกลุ่ม DRGs ที่ลงท้ายด้วย 9  
หรือ 0



มี ICD10 และ ICD9  
และรหัสยา ตามที่กำหนด



หน่วยบริการ สป.สธ.  
ไม่ต้องใช้ค่า K ในการคำนวณ



# การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)

## ที่มา

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔

### ส่วนที่ ๒

#### บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก **Global budget** ระดับเขตตามข้อ ๑๘.๒ ให้จ่ายด้วยระบบ **DRGs version ๕** ตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด ดังนี้

.....

ข้อ ๒๐.๙ การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (**Outlier Reimbursement Schedule: ORS**) เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของระบบ **DRGs version ๕** ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

# การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)

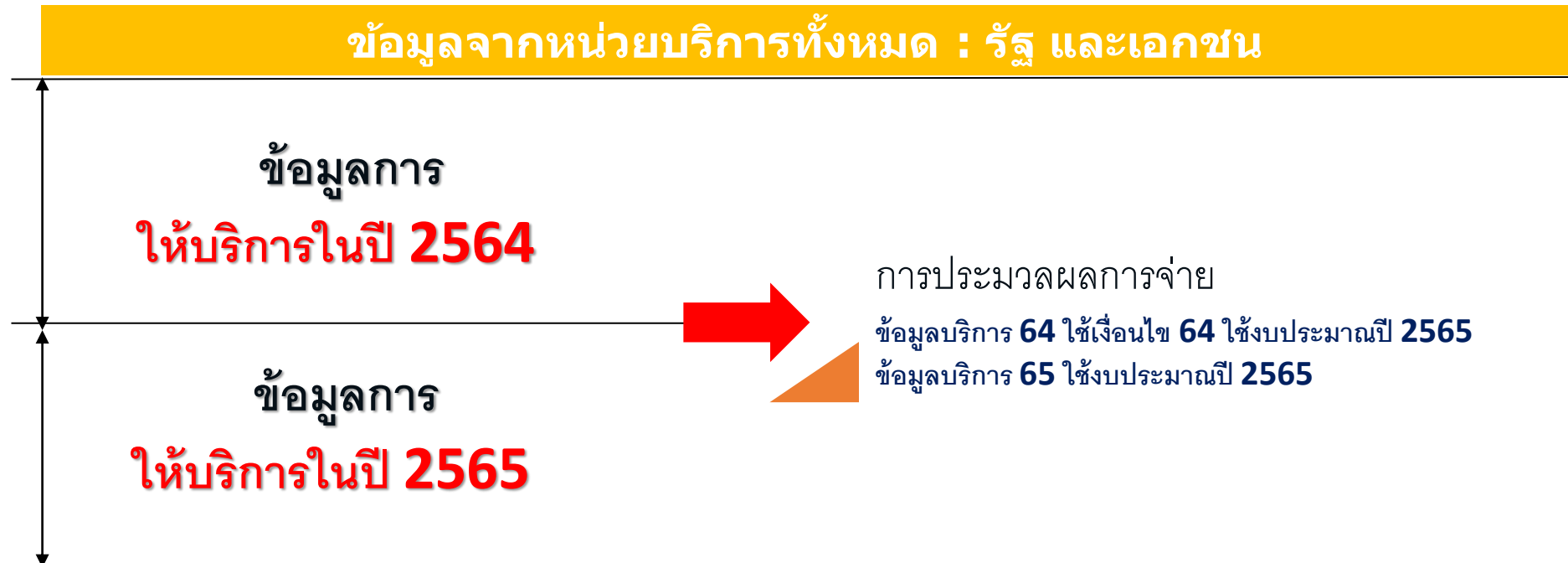
- เป็นข้อมูล IP ที่ให้บริการในปีงบประมาณ 2565
- ขอให้แยกหมวดค่าใช้จ่ายรายหมวด เพื่อการทำ **standardized** ค่าใช้จ่ายได้อย่างครบถ้วน
- หน่วยบริการมีการส่งเอกสารตามที่ สปสช.กำหนด



การดำเนินการ

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

สปสช. รับข้อมูลและประมวลผลการจ่ายในโปรแกรม e-Claim ตามข้อมูลที่ส่งมารายเดือน (Sent date) ดังนี้



**หมายเหตุ :** การให้บริการที่เข้าเกณฑ์กรณีบริการเฉพาะที่มีการจ่ายเพิ่มเติม (add on) หน่วยบริการจะได้รับชดเชยเพิ่มเติมจากกองทุนผู้ป่วยใน

# การบริหารจัดการระบบบริการกรณีเฉพาะ

- ขยายการดำเนินงานตามนโยบายยกระดับไปทุกเขต 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 ราคากลาง จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด
- 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 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แห่งเขตแดนใหม่ 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, ยากำพร้า) จ่ายเป็นยา

## 5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

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

# การส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยนอก ผ่านระบบ eclaim

เดือน	จำนวนผู้ป่วย OP/PP (ราย)		จำนวนผู้ป่วย AE (ราย)		จำนวนผู้ป่วย HC (ราย)		จำนวนผู้ป่วย Instrument (ราย)	
	2563	2564	2563	2564	2563	2564	2563	2564
ต.ค.	138,236	152,604	7,972	8,976	23,961	37,738	2,436	2,542
พ.ย.	137,543	141,482	7,320	9,605	31,687	30,001	2,535	2,468
ธ.ค.	138,579	170,736	7,679	9,950	36,785	60,015	2,363	2,844
ม.ค.	170,751	156,872	8,110	13,884	51,457	45,396	2,566	2,260
ก.พ.	161,030	153,586	7,298	12,460	52,848	47,304	2,616	2,229
มี.ค.	150,564	180,404	7,417	11,799	50,736	50,883	2,330	3,066
เม.ย.	104,232	192,092	6,790	36,038	33,575	48,996	1,414	1,910
พ.ค.	105,663	238,730	7,855	39,018	26,784	89,982	1,814	1,694
มิ.ย.	127,140	314,481	8,949	53,728	30,892	128,521	2,212	1,987
ก.ค.	144,352	248,450	9,030	90,612	43,785	13,944	2,648	1,559
ส.ค.	145,817	165,221	8,865	48,115	41,445	9,854	2,638	1,233
ก.ย.	137,489	20,082	8,958	3,950	33,730	611	2,318	185
<b>รวม</b>	<b>1,661,396</b>	<b>2,134,740</b>	<b>96,243</b>	<b>338,135</b>	<b>457,685</b>	<b>563,245</b>	<b>27,890</b>	<b>23,977</b>

## กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด : (OPAE)

ประกอบด้วยบริการดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงกำลังพลสำรองทหารกองประจำการทหารเกณฑ์ สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพราน
2. ทหารผ่านศึก คนพิการ
3. ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ
4. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่างตามมาตรา 8
5. กรณีเฉพาะอื่น ๆ

### เงื่อนไข

1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับ หน่วยบริการประจำ
2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

### เงื่อนไข

- 1) ทหารผ่านศึก คนพิการที่มีสิทธิตามระบบ UC จะได้รับสิทธิการรักษาโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความจำเป็นทางการแพทย์
- 2) เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัด ผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำหรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ

**หมายเหตุ :** ทหารผ่านศึก คนพิการ ที่เข้ารับบริการกรณี OP ที่หน่วยบริการภายในจังหวัด หรือ ที่เข้ารับบริการโดยผ่านระบบส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รักษาจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

- 1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ
- 2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

# กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAE)

**“ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ”**

- 1) เป็นทหารเกณฑ์สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ หรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ (หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิพบ SN001 หรือ SP001)
- 2) เป็นการให้บริการต่างสังกัด (ต่างสังกัดหมายถึงหน่วยบริการทั่วไปรักษาผู้ป่วยสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ) ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม **เช่น รพ.พังงา รักษาทหารเกณฑ์ ที่สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือที่อยู่ใน จ.พังงา**
- 3) อาการแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

**กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือ สิทธิว่างตามมาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

- 1) เป็นการเข้ารับบริการของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) อาการแรกรับอาจไม่ฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น



## 5.1 การให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม

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

## 5.2 ผู้ป่วย สิทธิว่าง เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

1. เป็นคนไทย ที่มีสิทธิตาม UC และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น
2. มีรหัสโครงการพิเศษ Z75000

## 5.3 กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน

1. เป็นเด็กแรกเกิดที่ เกิดมามีชีวิตก่อน ต่อมาได้เสียชีวิตก่อน ลงทะเบียนฯ ทั้งนี้  
ซึ่งไม่นับรวมเสียชีวิตในครรภ์
2. มีรหัสโครงการพิเศษ : เด็กแรกเกิดเสียชีวิตฯ Z39000

# อัตราจ่าย

IPD



- ❑ กรณีการให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิ จากกองทุนประกันสังคม
- ❑ ผู้ป่วย สิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน
- ❑ กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน
- ❑ กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วย บริการประจำหรือสิทธิว่าง ตามมาตรา 8



จ่ายตามอัตราเบื้องต้น IP  
(8,350 บาท/AdjRW)

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการจริง โดยไม่  
มีการหักเงินเดือน

OPD



กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/  
ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAE)



ปรับ รายการจ่ายเป็น Fee schedule  
รายการที่ ยังไม่กำหนดรายการ และอัตราการจ่าย สปสช.จ่ายตามราคา  
เรียกเก็บของหน่วยบริการ (fee for service)

ปรับใหม่



ออกรายงานขออนุมัติโอนเงินให้แก่หน่วยบริการ

# กรณีผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

---

## หลักเกณฑ์ เงื่อนไข

1. เป็นบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัด ที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด
2. เป็นการจ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริง ไม่เกินเพดานที่กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง
3. สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ
4. จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ที่กำหนด กรณียังไม่ได้กำหนด จ่ายตามค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

# การบริหารการจ่าย

รายการ	ไม่มีเงินกัน Virtual account	มี Virtual account
ค่าใช้จ่ายตามจริง <u>ส่วนไม่เกิน 1,600 บาท</u> ต่อครั้งบริการ	เรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำ โดยนำค่าใช้จ่ายมาหักลบจากรายรับ OP Cap	หักค่าใช้จ่ายจากเงินกัน Virtual account
ค่าใช้จ่าย <u>ส่วนเกิน 1,600 บาท</u> ต่อครั้งบริการ	กองทุนกลาง (สปสช.)	กองทุนกลาง (สปสช.)

## หมายเหตุ :

- 1) กรณีเงิน Virtual account คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช. จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ และหากเงินรายรับ OP Cap คงเหลือไม่พอหักชำระบัญชี จะหักจากรายรับอื่นๆ ของหน่วยบริการต่อไป
- 2) เมื่อสิ้นปีงบประมาณหากเงิน Virtual account รายจังหวัดมีเงินเหลือ หลังจากหักชำระค่าใช้จ่ายเสร็จสิ้นแล้ว ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้กับหน่วยบริการประจำในจังหวัด

# อัตราการจ่ายชดเชย

สปสช. เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ เพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการรับส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อทั้งหมด ดังนี้

- 1) ใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก ( OP cap ) ที่จัดสรรให้กับ CUP ตามจ่ายค่ารักษาตามค่าใช้จ่ายจริง **ไม่เกิน 1,600 บาท** ต่อครั้งบริการ (visit)
- 2) ใช้เงิน OP Refer ตามจ่ายค่ารักษาใน **ส่วนเกิน 1,600 บาท**(ส่วนเกินจากข้อ 1) ต่อครั้งบริการ (visit)

## หมายเหตุ :

สปสช.จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ และ **หากเงินรายรับ OP Cap คงเหลือไม่พอหักชำระบัญชี จะหักจากรายรับอื่นๆ** ของหน่วยบริการต่อไป

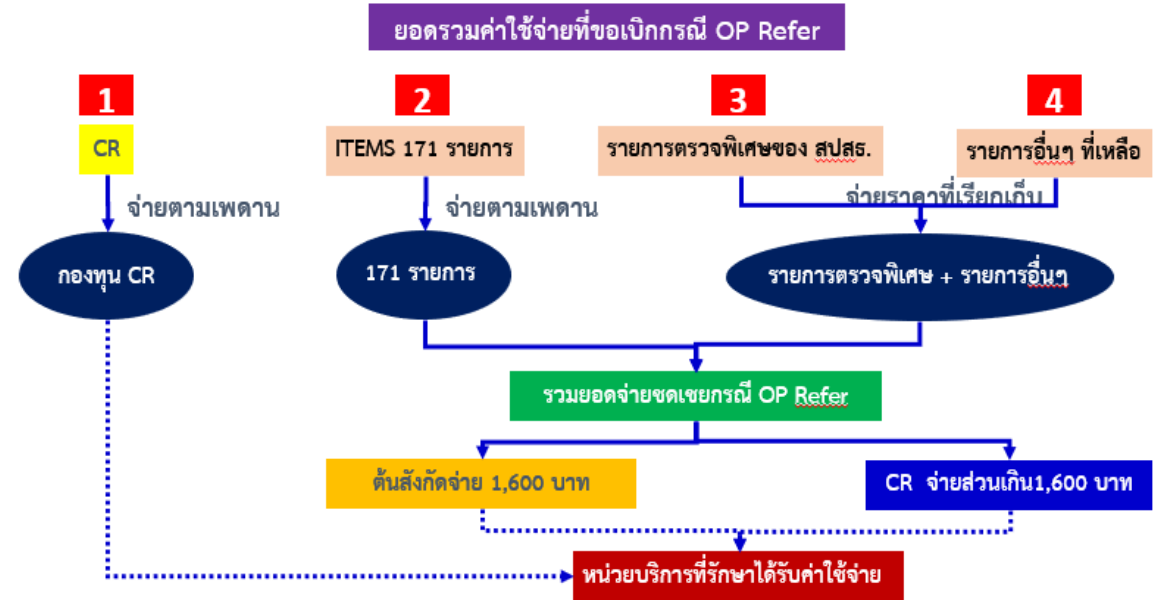
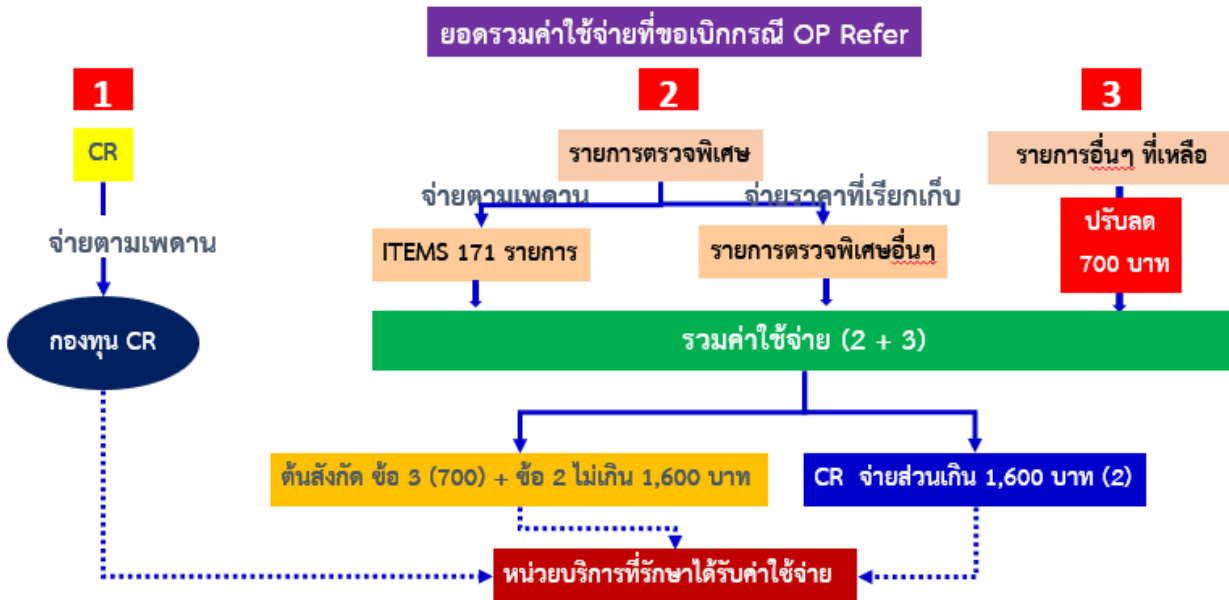
# รายชื่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด

จังหวัด	หน่วยบริการส่งต่อ (รพท./รพศ.)	หน่วยบริการรับส่งต่อ (UHOSNET)
ขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น	โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	โรงพยาบาลสิรินธร	
	โรงพยาบาลชุมแพ	
ปทุมธานี	โรงพยาบาลปทุมธานี	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
สงขลา	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
	โรงพยาบาลสงขลา	
เชียงใหม่	โรงพยาบาลนครพิงค์	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
นครนายก	โรงพยาบาลนครนายก	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
พิษณุโลก	โรงพยาบาลพุทธชินราช	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

# การประมวลผลจ่ายชดเชย OP Refer

## การประมวลผลจ่ายชดเชย สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

## การประมวลผลจ่ายชดเชย สำหรับหน่วยบริการรัฐนอกและเอกชน



# การกันเงินกรณีตามจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อ ปีงบประมาณ 2565 (บัญชีเสมือน Virtual account)

จังหวัด	สำหรับ OP Refer ข้าม จังหวัด	สำหรับ OP Refer ในจังหวัด /OP AE ในจังหวัด
ขอนแก่น	20,000,000	129,000,000
มหาสารคาม	25,000,000	38,000,000
ร้อยเอ็ด	22,000,000	45,000,000
กาฬสินธุ์	26,000,000	50,562,982
รวม	93,000,000	262,562,982



## เงื่อนไข

### กรณี OP

เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์ OPAE หรือ สิทธิว่างเท่านั้น

### กรณี IP

- ต้องเป็นผู้ป่วยใน จากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทาง
- เบิกค่าใช้จ่ายได้ ทั้งส่งไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า และรับกลับพักฟื้นหน่วยบริการใกล้บ้าน
- ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษ ระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

## อัตราจ่าย

ค่ารถ : (จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวง)

- กรณีระยะทางไป-กลับ **ที่ไม่เกิน** 50 กม. จ่ายตามจริง **ไม่เกิน 500** บาท
- กรณีระยะทางไป-กลับ **มากกว่า** 50 กม. จ่าย **500** บาท + จ่ายเพิ่มอัตรา กม. ละ 4 บาท ตามระยะทางไป-กลับ

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

ค่าเฮลิคอปเตอร์ : จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน (ประสานผ่านและได้รับการอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) **จ่ายไม่เกิน 160,000** บาทต่อครั้ง

## โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(Stroke Fast Track)

### หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

- 1.จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ **ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA** และได้รับการ**ตรวจ CT Brain** ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
2. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน  
**\*\* จะต้องบันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าค่ารักษาพยาบาล\*\***

### อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

**ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา**  
**เหมาจ่าย(ค่าฉีดยา/CT/PT)รายละเอียด 49,000 บาท/ครั้ง**

## หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

1. จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด

2. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST

**\*\* จะต้องบันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าค่ารักษาพยาบาล\*\***

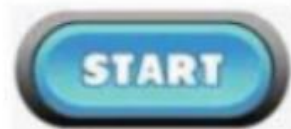
### อัตราการจ่าย

### ชดเชยค่าบริการ

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่าย | <b>10,000</b> บาท/ครั้ง |
| 2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย         | <b>49,000</b> บาท/ครั้ง |
| 3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA)                          | <b>22,660</b> บาท/vial  |

# บริการภายใต้นโยบาย "ยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ"

## โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม



(ทั่วประเทศ )

### ประชาชน

ที่ถูกวินิจฉัยแล้วว่าเป็นมะเร็ง จะได้รับใบรับรองและประวัติ หรือ code เพื่อเลือกไปรับบริการที่อื่นได้ผ่าน 3 ช่องทาง





- 1330
- application
- ติดต่อหน่วยบริการโดยตรง

### รพ.ที่มีศักยภาพและความพร้อม

- ลงทะเบียนเพื่อแจ้งจำนวนที่รับได้
- ให้บริการตาม protocol
- Telehealth
- Tele pharmacy
- Home Chemo
- ส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายจาก สปสช.


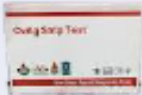






- ใช้ Smart card ในการตรวจสอบตัวตนผู้ป่วย และบริการ
- ออกแบบการจ่ายเงิน
- กรณีผู้ป่วยในจ่ายตาม protocol สำหรับยา รั้งการรักษา + ตาม DRG (กำหนดราคากลาง)
- กรณีผู้ป่วยนอกจ่ายตาม protocol
- คำนวณงบที่ด้องกันเพิ่มไว้ส่วนกลาง



	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ
	พัฒนาศักยภาพ เครือข่ายมะเร็ง	สปสช
	คุณภาพข้อมูล เป็นเงื่อนไขเบิกจ่าย	สปสช
	ระบบข้อมูลทะเบียนมะเร็ง	งบ HR เขต
	พัฒนา Data science + AI + Chat bot	งบ HR เขต

# ทิศทางนโยบายการดำเนินงาน CA Anywhere เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น (ต่อ)



	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ
	ตรวจพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ + AI	สคร
	ตรวจปัสสาวะคัดกรองพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว	สคร
	ชุดทดสอบโรคพยาธิใบไม้ตับ ICT kit	กรม คร
	อบรมพยาบาล nurse sono	งบ HR เขต
	ดูแลมะเร็งในระบบปฐมภูมิ	งบเขต
	ศูนย์ผ่าตัดตับ + transplant	งบค่าเสื่อมเขต
	ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม - 2cm ระบาดวิทยา	ศูนย์อนามัย , สปสช
	คัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA - self test	สปสช



# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

CA anywhere



## ขอบเขตบริการ

บริการผู้มีสิทธิที่ได้รับการวินิจฉัย  
ว่าเป็นโรคมะเร็ง ครอบคลุม

1. การ Confirm Diagnosis และ Staging\*
2. การรักษาโรคมะเร็ง\*\*
3. การติดตามการรักษา(Follow up)\*\*\*

## เงื่อนไขการจ่าย

1. หน่วยบริการมีศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็ง (ขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ที่กำหนดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
2. ผู้ป่วยสิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
3. ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง ทั้งผู้ป่วยรายใหม่ และรายเก่า (มะเร็งทุกชนิดที่มีโปรโตคอล และมะเร็งทั่วไป)

## อัตราจ่าย

OP

1. บริการยาเคมีบำบัด/ฮอร์โมน/รังสีรักษา และค่าผสมยาจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด

2. บริการอื่นที่เกี่ยวข้อง

2.1 ตามรายการบริการ (Fee Schedule) จ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด

2.2 ยังไม่กำหนดรายการบริการในข้อ 2.1 จ่ายตามจริง (Fee for service) ด้วยระบบ Point system with global budget

IP

ตามระบบ DRGs

\* การ Confirm Diagnosis และ Staging หมายถึง การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการ Staging ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ทั้งนี้หากกรณีหน่วยบริการมีความจำเป็นต้องการยืนยันการวินิจฉัยซ้ำหรือเพิ่มเติมสามารถดำเนินการได้ตามเหมาะสมเป็นรายกรณี (ไม่รวมการ Screening และการตรวจยืนยันเพื่อการศึกษาวิจัย)

\*\* การรักษาโรคมะเร็ง หมายถึง การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคและการรักษาโรคมะเร็ง รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษามะเร็งในครั้งนั้น

\*\*\* การตรวจติดตามผลการรักษา (Follow up) หมายถึง การนัดเพื่อติดตามการรักษาโรคมะเร็ง รวมถึงการรักษาโรคร่วมที่พบในครั้งนั้น

# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocols	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	<ol style="list-style-type: none"> <li>จ่ายค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน</li> <li>จ่ายค่ารังสีรักษาตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด</li> </ol>
		รักษา <u>ไม่ตรง</u> ตามแนวทางที่กำหนด	<ol style="list-style-type: none"> <li>จ่ายค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท/ครั้ง</li> <li>จ่ายค่ารังสีรักษาตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด</li> </ol>
	มะเร็งทั่วไป		จ่ายค่ายาเคมีบำบัด และรังสีรักษาตามจริง ไม่เกิน 4,000 บาท/ครั้ง
	การรักษาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง		<ol style="list-style-type: none"> <li>จ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) ตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด</li> <li>ที่ยังไม่กำหนดรายการบริการ จ่ายตามจริง (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget</li> </ol> <p>“เริ่มวันรับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 ”</p>
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocols	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด กรณีรังสีรักษารวมใน DRGs
		รักษา <u>ไม่ตรง</u> ตามแนวทางที่กำหนด	DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมใน DRGs
	มะเร็งทั่วไป		DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมใน DRGs

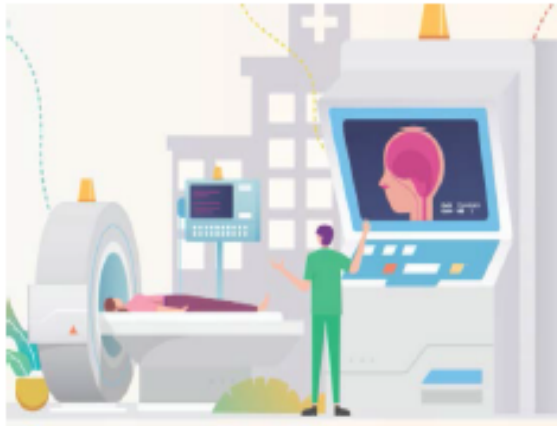


# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

## ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา

No.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย	หมายเหตุ
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH test )	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น กรณีสั่งใช้ยา <b>trastuzumab</b>	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 บาท/ 1 ซ้ำง	หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่าน โปรแกรม e -Claim
2	การตรวจยีน mutation โดยการตรวจ ด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) หรือ Fluorescence insitu hybridization (FISH)	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) กรณีสั่งใช้ยา <b>imatinib</b>	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาท/ปีปฏิทิน (นับวันบริการ)	
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	รักษามะเร็งปอด กรณีการสั่งใช้ ยา <b>erlotinib</b>	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 ครั้ง/ปี (1 รายจ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง)	

## การตรวจวินิจฉัยเพื่อการรักษา



การตรวจรังสีวิทยาเพทซีที เป็นทางเลือกในการประเมิน  
ระยะโรคในการรักษา

-มะเร็งปอดชนิด Non small cell CA lung

-มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Hodgkin lymphoma

## หน่วยบริการที่สามารถเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และขึ้นทะเบียน เป็น

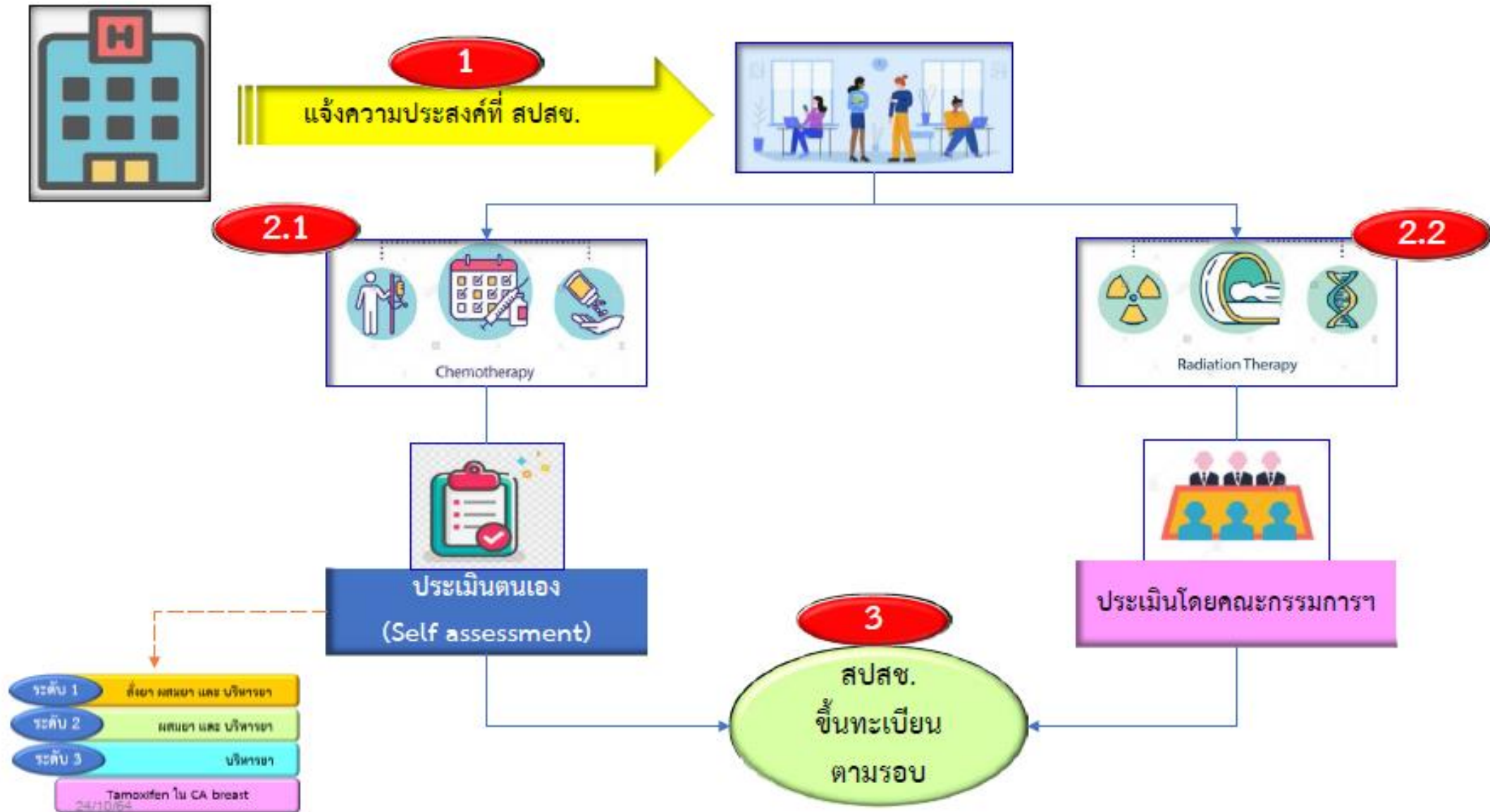
- 1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัด หรือ ฮอรัโมน
- 2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

## หน่วยบริการเคมีบำบัด เขต 7 ขอนแก่น

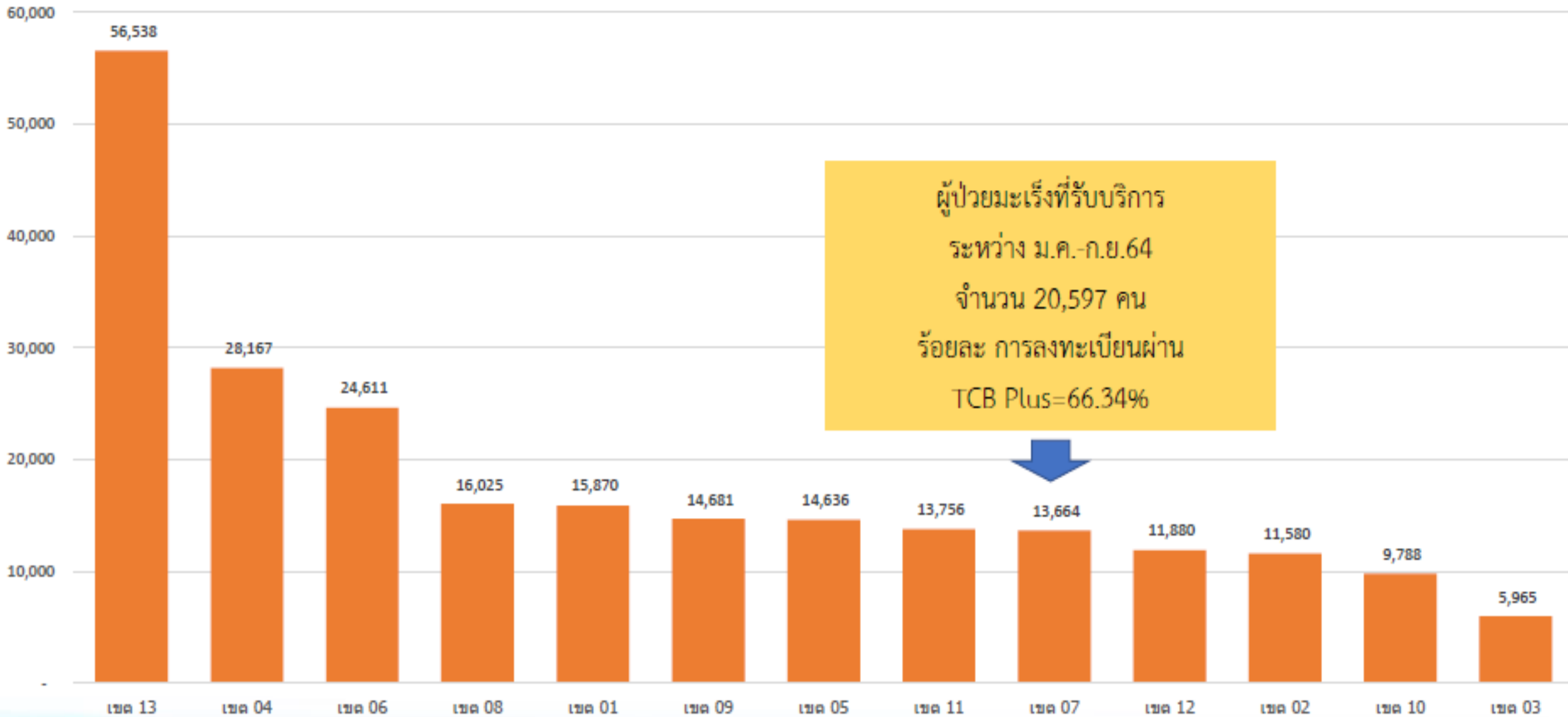


ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ	จังหวัด	ศักยภาพบริการ (วันที่มีผล)			
				เคมีบำบัด ระดับที่ 1	เคมีบำบัด ระดับที่ 2	เคมีบำบัด ระดับที่ 3	Tamoxifen Hormone
1	10670	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	ขอนแก่น	1-ต.ค.-61			
2	10707	โรงพยาบาลมหาสารคาม	มหาสารคาม	1-ต.ค.-61			
3	10708	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	ร้อยเอ็ด	1-ต.ค.-61			
4	10709	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์	1-ต.ค.-61			
5	10998	โรงพยาบาลชุมแพ	ขอนแก่น	1-ต.ค.-61			
6	13777	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น	1-ต.ค.-61			
7	22953	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	มหาสารคาม	1-ต.ค.-61			
8	12275	โรงพยาบาลสิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	ขอนแก่น			18-ต.ค.-64	
10	11080	โรงพยาบาลเขาวง	กาฬสินธุ์				1-ม.ค.-63
9	11061	โรงพยาบาลเกษตรวิสัย	ร้อยเอ็ด				1-พ.ค.-64
11	11449	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุดฉินารายณ์	กาฬสินธุ์				1-ส.ค.-64
12	11964	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่จุรีเวช	ร้อยเอ็ด				1-ส.ค.-64

# ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการให้เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา



# จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม TCB Plus



# ข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งเขต 7 ขอนแก่น



จำนวน Visit บริการทั้งหมด ปี 2564

130,659

ครั้ง

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปี 2564

23,555

คน

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง จาก  
ม.ค.-ก.ย.2564

20,597

คน

วงเงินขีดเขยกรณัรักษาโรคมะเร็ง ปี 2564

891.92M

ล้านบาท

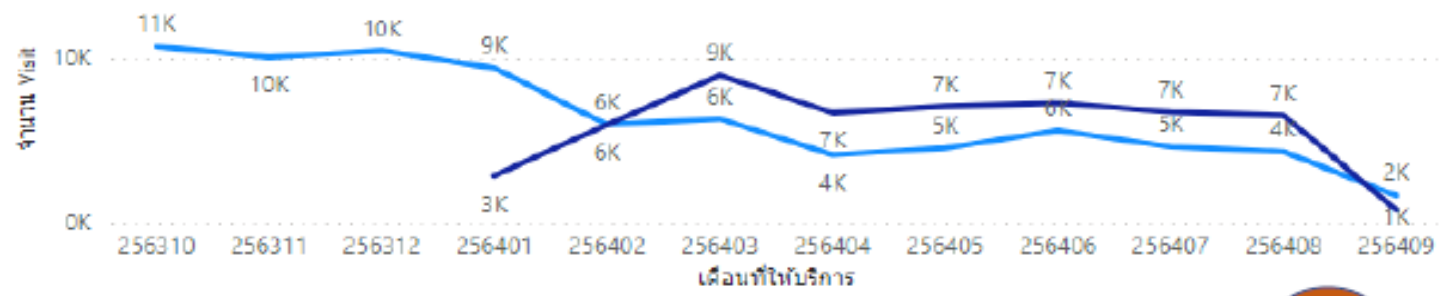
วงเงินขีดเขยกรณั  
CA-Anywhere

128.59M

ล้านบาท

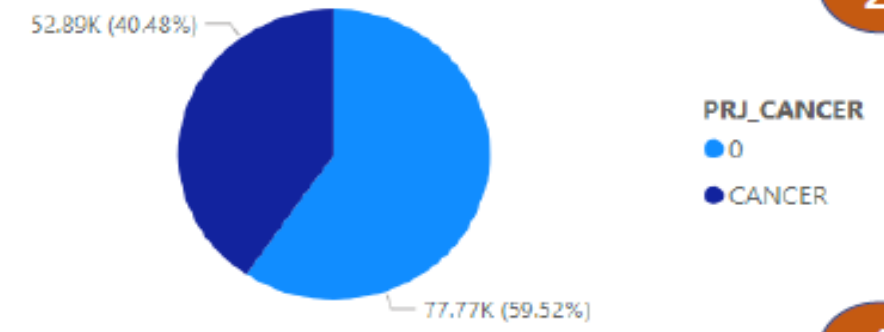
แผนภูมิแสดงจำนวน Visit การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จำนวน Visit ● 0 ● CANCER



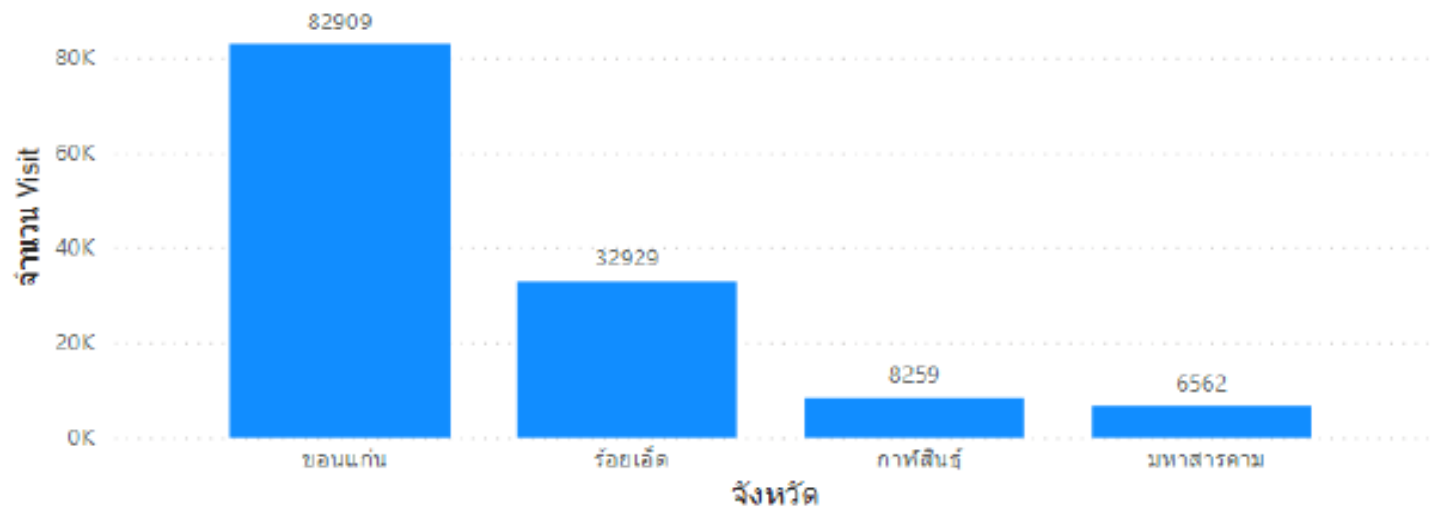
1

สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ระบุ Project Code CANCER



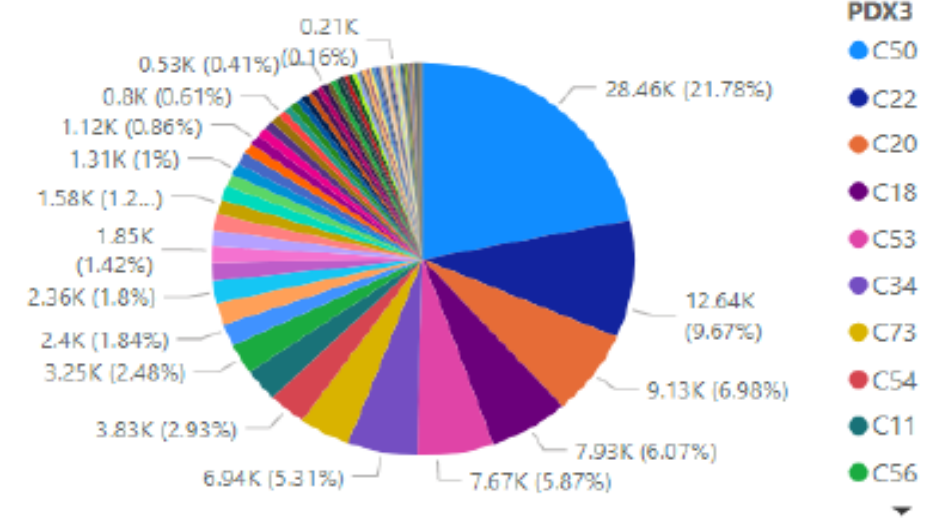
2

แผนภูมิแสดงจำนวน Visit การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง



3

สัดส่วน Visit บริการโรคมะเร็งจำแนกรายโรค



4

# แนวทางการบริหารจัดการผ่าตัดต้อกระจก ปีงบประมาณ 2564



## กลุ่มเป้าหมาย

- Senile cataract
- ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสายตาจำเป็นต้องรับการผ่าตัดเร่งด่วน:  
ระดับ VA แย่กว่า 20/200



## การกำหนดเป้าหมายและการจัดสรร

- เป้าหมายการผ่าตัดรวม 120,000 ข้าง/ปี
  - กำหนดเป้าหมาย ระดับเขต เบื้องต้น 100,000 ราย
  - กำหนดโควตาไว้ส่วนกลาง 20,000 ราย & ปรับเปลี่ยนเป้าหมายกลางปี
- จัดสรรเป้าหมายรายเขต *ใช้ข้อมูลการตรวจคัดกรอง : ผลงานบริการย้อนหลัง & อัตราการเข้าถึงบริการ (สัดส่วน 60 : 40)*
- สปสช.เขต จัดสรรเป้าหมายที่ได้รับแก่หน่วยบริการในพื้นที่
- มีคทง. ระดับเขต/คณะกรรมการ 5\*5 ร่วมกำหนดจัดสรรเป้าหมายแก่หน่วยบริการ & ส่งเสริมการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วย Blinding cataract และ Severe low vision



## คุณสมบัติหน่วยบริการ

- เป็นหน่วยรับส่งต่อที่ให้บริการหรือจัดให้มีบริการ
- มีคุณสมบัติและศักยภาพตามแนวทางในประกาศฯ
- ผ่านการตรวจประเมินจาก สปสช.เขต



## อัตราการจ่ายชดเชย

- การผ่าตัด
  - ผ่าตัดปกติ BL&SL 7,000 บาท/ข้าง
  - Complication 9,000 บาท/ข้าง
  - VA ระดับอื่น 5,000 บาท/ข้าง
- เลนส์\*\*
  - เลนส์พับ 2,800 บาท/ชิ้น
  - เลนส์แข็ง 700 บาท/ชิ้น

แนวทางการบริหารจัดการปีงบประมาณ 2564 **คงเดิม** เหมือนปีงบประมาณ 2563

การวัดผลการดำเนินงาน : อัตราการผ่าตัด BL & SL ไม่น้อยกว่า 60%



# หน่วยบริการที่ยืนยันเข้าร่วมบริการปีงบประมาณ 2564 จำนวน 27 แห่ง

ลำดับ	จังหวัด	รหัส	ชื่อ	ลำดับ	จังหวัด	รหัส	ชื่อ
1	กาฬสินธุ์	11078	รพ.กมลาไสย	13	มหาสารคาม	22953	รพ.สุทธาเวช มมส.
2	กาฬสินธุ์	11086	รพ.หนองกุงศรี	14	มหาสารคาม	24674	<u>รพ.มหาสารคามอินเตอร์เนชั่นแนล</u>
3	กาฬสินธุ์	11449	รพร.กุฉินารายณ์	15	ร้อยเอ็ด	11066	รพ.โพนทอง
4	กาฬสินธุ์	10709	รพ.กาฬสินธุ์	16	ร้อยเอ็ด	11068	รพ.หนองพอก
5	ขอนแก่น	11445	รพร.กระนวน	17	ร้อยเอ็ด	11076	รพ.จังหาร
6	ขอนแก่น	13777	รพ.ศรีนครินทร์ มข.	18	ร้อยเอ็ด	11504	รพ.ค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก มหาราช
7	ขอนแก่น	12275	รพ.สิรินธร	19	ร้อยเอ็ด	11062	รพ.ปทุมรัตน์
8	ขอนแก่น	10670	รพ.ขอนแก่น	20	ร้อยเอ็ด	11061	รพ.เกษตรวิสัย
9	ขอนแก่น	10998	รพ.ชุมแพ	21	ร้อยเอ็ด	11069	รพ.เสลภูมิ
10	ขอนแก่น	11004	รพ.พล	22	ร้อยเอ็ด	10708	รพ.ร้อยเอ็ด
11	ขอนแก่น	11000	รพ.น้ำพอง	23	ร้อยเอ็ด	11064	รพ.ธวัชบุรี
12	มหาสารคาม	10707	รพ.มหาสารคาม	24	ร้อยเอ็ด	11070	รพ.สุวรรณภูมิ
							25 รพ. พนมไพร
							26 รพ.โพนทราย
							27 รพ.จตุรพักตรพิมาน

# เป้าหมายการผ่าตัดต้อกระจกปี 64

จำนวนการจัดสรรบริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 (จัดสรรเบื้องต้น 100,000 ตา)

เขต	จำนวนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป (คน)	คัดกรองสายตา (คน)	ข้อมูล BL+SL โดยทีมจักษุ (คน)	จัดสรรจากผลงาน การคัดกรอง BL&SL โดยจักษุ (60%)	จัดสรรจากผลบริการ ย้อนหลัง&อัตราการใช้ เข้าถึงบริการ (40%)	สรุปโควตาจัดสรร เบื้องต้น 64 (ตามที่ได้ปรับเปลี่ยน เพิ่มเติม)
				รวม 60,000 ตา	รวม 40,000 ตา	
1	952,460	695,623	7,046	7,129	4,019	11,148
2	569,638	518,930	6,166	6,238	2,318	7,510
3	389,226	261,194	4,487	4,540	2,166	6,706
4	541,665	294,435	5,110	5,170	3,038	8,208
5	828,734	525,531	5,923	5,992	3,252	9,244
6	465,249	314,208	4,133	4,181	3,344	7,525
7	681,896	456,442	4,342	4,393	3,113	7,506
8	580,597	415,161	4,265	4,315	3,219	7,934
9	506,169	387,281	2,574	2,604	4,283	7,533
10	502,795	431,195	3,742	3,786	2,711	6,497
11	628,172	421,696	4,233	4,283	2,407	6,690
12	609,933	402,573	3,026	3,061	2,444	5,505
13	867,645	1,154	4,258	4,308	3,686	7,994
รวม	8,124,179	5,125,423	59,305	60,000	40,000	100,000



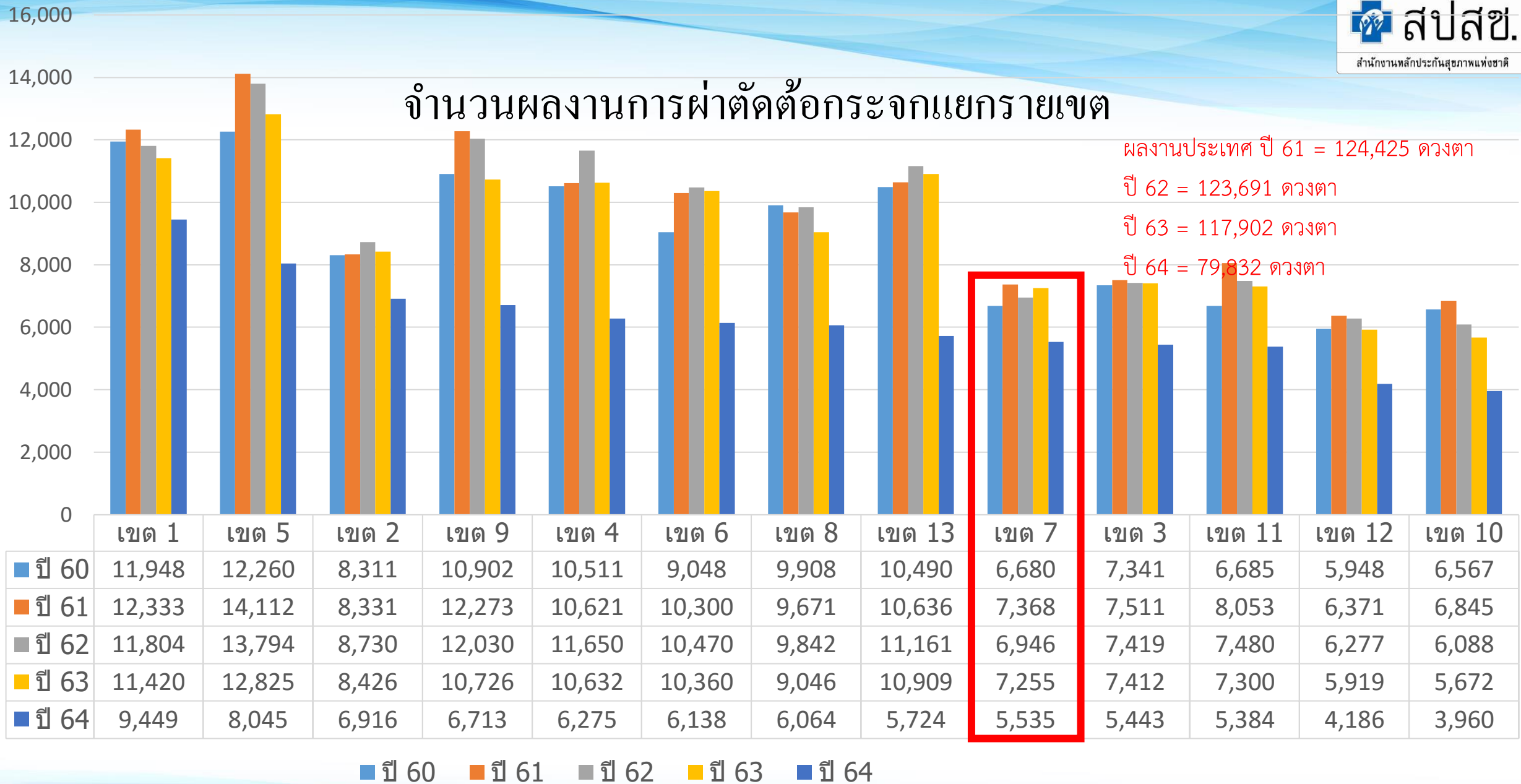
ปรับเปลี่ยนเป้าหมายกลางปี  
ได้รับเพิ่ม 1,057 ดวงตา  
รวมเป้าหมาย 8,563 ดวงตา

หมายเหตุ

-ข้อมูลบริการไม่นับรวมสิทธิว่าง/ข้อมูลประชากรสปสช.เขต 13 : ที่มา ฐานข้อมูลสปสช. ข้อมูล ณ มิ.ย.63

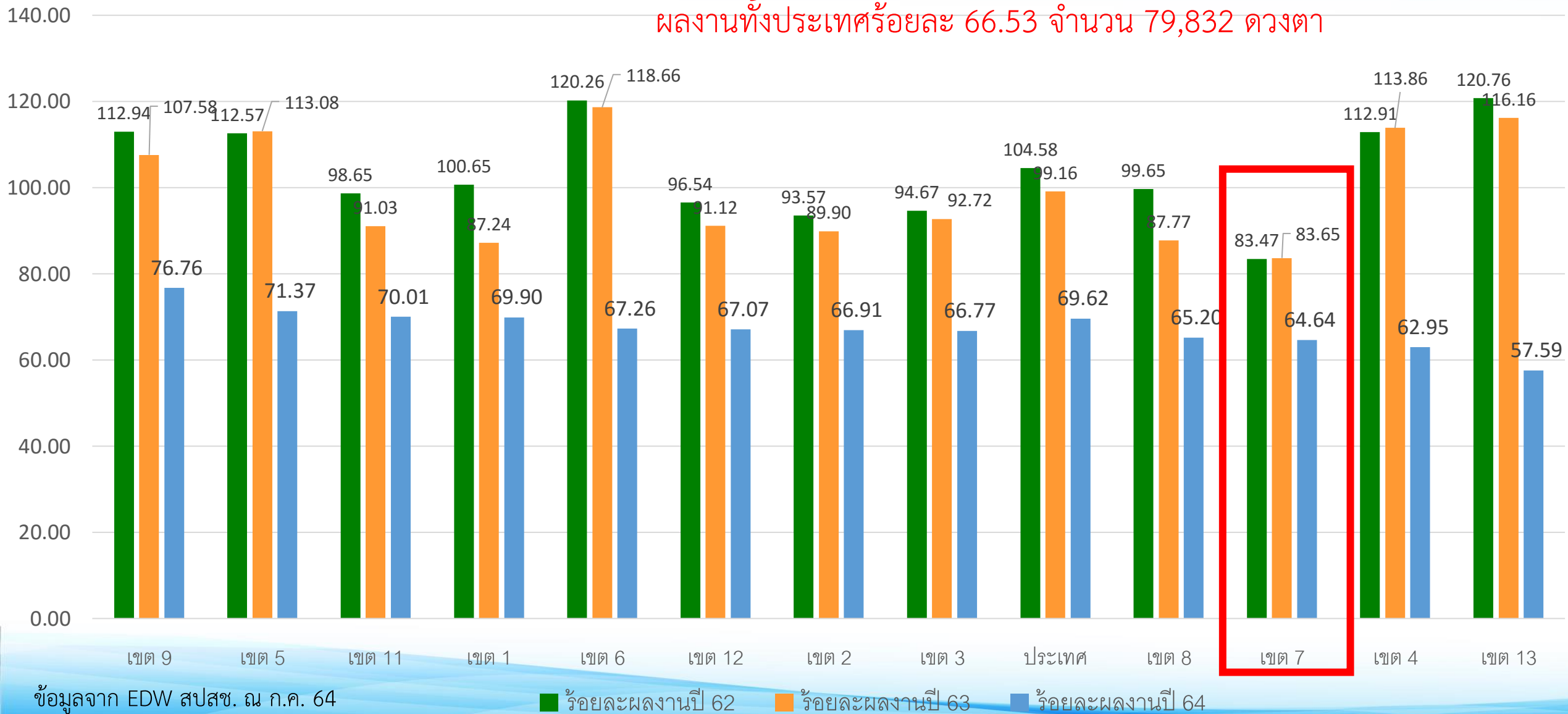
-ข้อมูลคัดกรอง column B ถึง D : ที่มา vision2020thailand ข้อมูล ณ 23 ก.ค.63 (เขต 13 ประมาณจากการการคำนวณ)

## จำนวนผลงานการผ่าตัดต่อกระดูกแยกรายเขต



# ร้อยละผลงานผ่าตัดต่อกระจกเปรียบเทียบเป้าหมายแยกรายเขต

ผลงานทั่วประเทศร้อยละ 66.53 จำนวน 79,832 ดวงตา



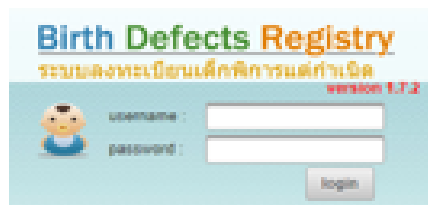
# การดำเนินงาน


1. คงแนวทางจากมติ สปสช. ครั้งที่ 6/2560 เรื่องการยกเลิกใช้ใบส่งตัวในการเข้ารับบริการ ผ่าตัดต่อกระดูก
2. M&E สะท้อนข้อมูลจาก สปสช. ให้กับหน่วยบริการทุกไตรมาส (ไตรมาส 3 อยู่ระหว่างดำเนินการ)
3. ประชุมกำกับติดตามของคณะทำงานฯ เนื่องจากสถานการณ์ covid19 จึงทำให้ชะลอการประชุมในไตรมาสที่ 2 และ 3

# กระบวนการดูแล Cleft Lip Cleft Palate

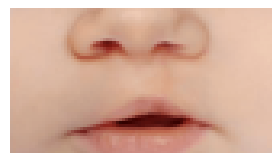


แจ้งเกิด

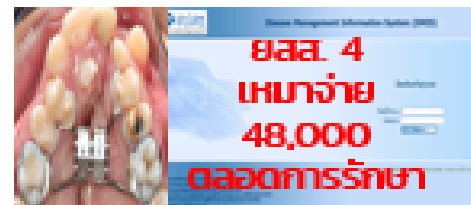
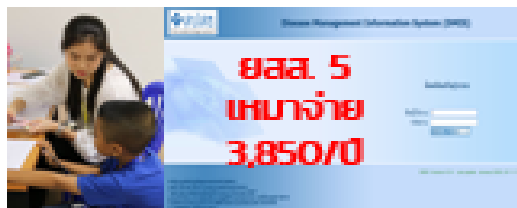


 สนับสนุนค่าเดินทางในการผ่าตัด 1,000 บ./ครั้ง ใช้ ยสส. 1 และ 2  
สนับสนุนค่าเดินทางกรณีจัดฟัน/ศัลยกรรม 500 บ./ครั้ง ใช้ ยสส.4 และ 5

สภากาชาดไทย  
The Thai Red Cross Society



สิ้นสุดการรักษา



# อัตราการจ่ายชดเชย

# Cleft Lip Cleft Palate

## สปสช.จ่ายค่าบริการ

ผ่าตัดแก้ไข → ระบบ DRG

ใส่เพดานเทียม → 800 บาท/ชิ้น  
อุปกรณ์เพิ่มเติมอื่นตามประกาศฯ

ทันตกรรมจัดฟัน → เหม่าจ่าย 48,000 บาท/ราย

แก้ไขการพูด → 3,850 บาท/ราย/ปี

Maxillary distractor → 200,000 บาท/ชุด/ราย

## สภาวิชาชีพจ่ายสนับสนุนค่าพาหนะ ผู้ป่วยและญาติ

→ 1,000 บาท/ครั้ง  
ใช้ ยสส.1 และยสส.2

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

# กรณีเหตุสมควร บริการฉุกเฉิน ER คุณภาพ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ  
ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการดังต่อไปนี้ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาที่เป็นความจำเป็นของ  
ผู้มีสิทธิในหน่วยบริการซึ่งมีห้องแยกจากห้องฉุกเฉิน

- (๑) โรงพยาบาลลำปาง
- (๒) โรงพยาบาลพุทธชินราช
- (๓) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- (๔) โรงพยาบาลสระบุรี
- (๕) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- (๖) โรงพยาบาลปทุมธานี
- (๗) โรงพยาบาลนครปฐม
- (๘) โรงพยาบาลชลบุรี
- (๙) โรงพยาบาลระยอง
- (๑๐) โรงพยาบาลขอนแก่น**
- (๑๑) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
- (๑๒) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
- (๑๓) โรงพยาบาลบุรีรัมย์
- (๑๔) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
- (๑๕) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- (๑๖) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
- (๑๗) โรงพยาบาลหาดใหญ่
- (๑๘) โรงพยาบาลราชวิถี
- (๑๙) โรงพยาบาลพรัตนราชธานี
- (๒๐) โรงพยาบาลเลิดสิน

- จังหวัดอุบลราชธานี
- จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- จังหวัดภูเก็ต
- จังหวัดสงขลา
- กรุงเทพมหานคร
- กรุงเทพมหานคร
- กรุงเทพมหานคร



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรและอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ  
พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้อ ๕ การเข้ารับบริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการ  
ซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร  
รายชื่อหน่วยบริการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ  
ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มเติมหน่วยบริการดังต่อไปนี้ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาที่เป็นความจำเป็น  
ในหน่วยบริการซึ่งมีห้องแยกจากห้องฉุกเฉิน

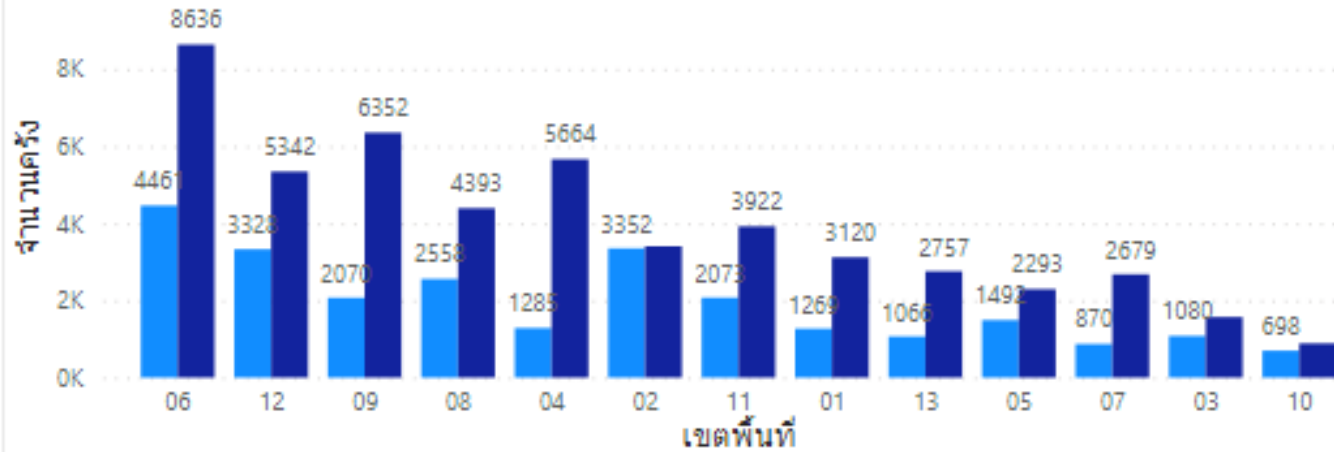
- (๑) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
- (๒) โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
- (๓) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๔) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี
- (๕) โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
- (๖) โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
- (๗) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี
- (๘) โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
- (๙) โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
- (๑๐) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
- (๑๑) โรงพยาบาลสุพรรณบุรี** จังหวัดสุพรรณบุรี
- (๑๒) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด** จังหวัดร้อยเอ็ด
- (๑๓) โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร
- (๑๔) โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
- (๑๕) โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
- (๑๖) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
- (๑๗) โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง
- (๑๘) โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา





### แนวโน้มการให้บริการ ER คุณภาพ เขต 7 ขอนแก่น

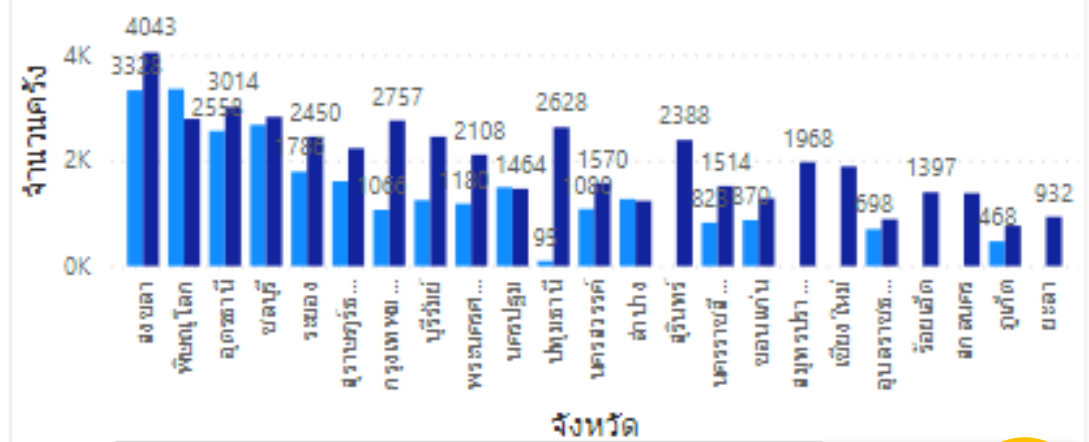
ปีงบประมาณ 2563 2564



1

### แสดงจำนวนครั้งการให้บริการ ER คุณภาพ รายจังหวัด

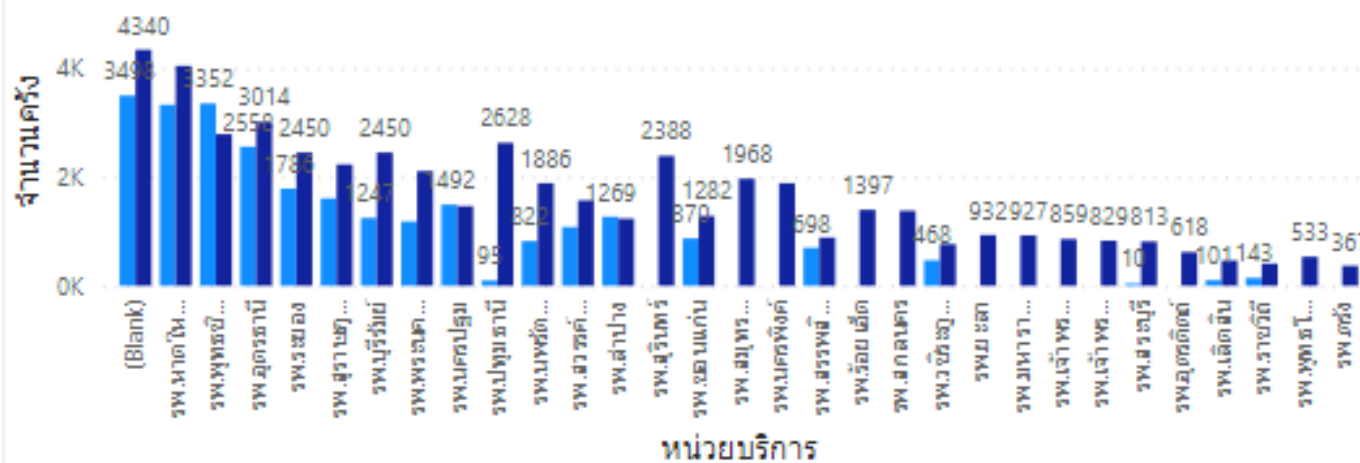
ปีงบประมาณ 2563 2564



2

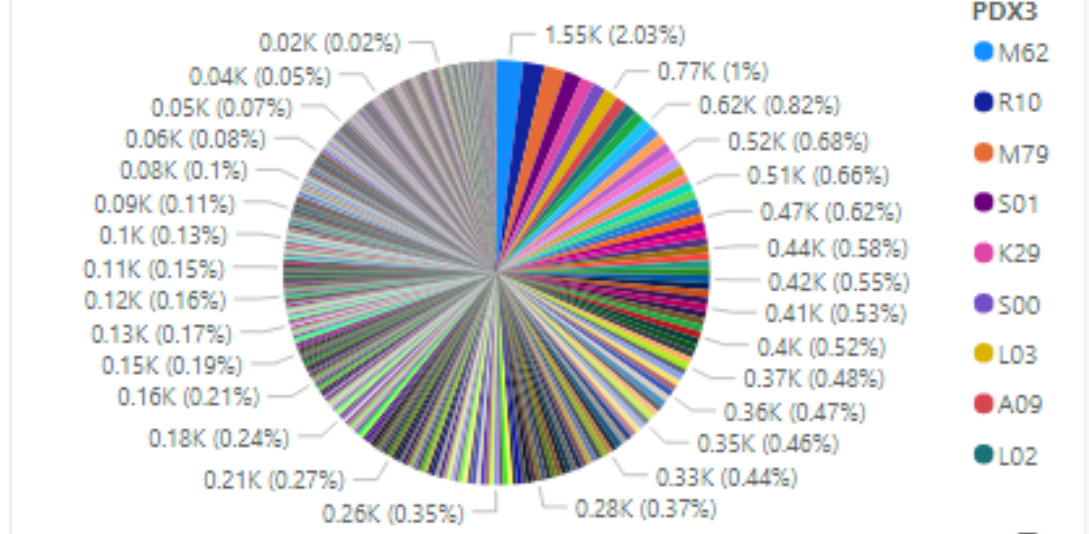
### แสดงจำนวนครั้งการให้บริการ ER คุณภาพ รายหน่วยบริการ

ปีงบประมาณ 2563 2564



3

### แสดงจำนวนครั้งการให้บริการ ER คุณภาพ จำแนกตามโรค



4

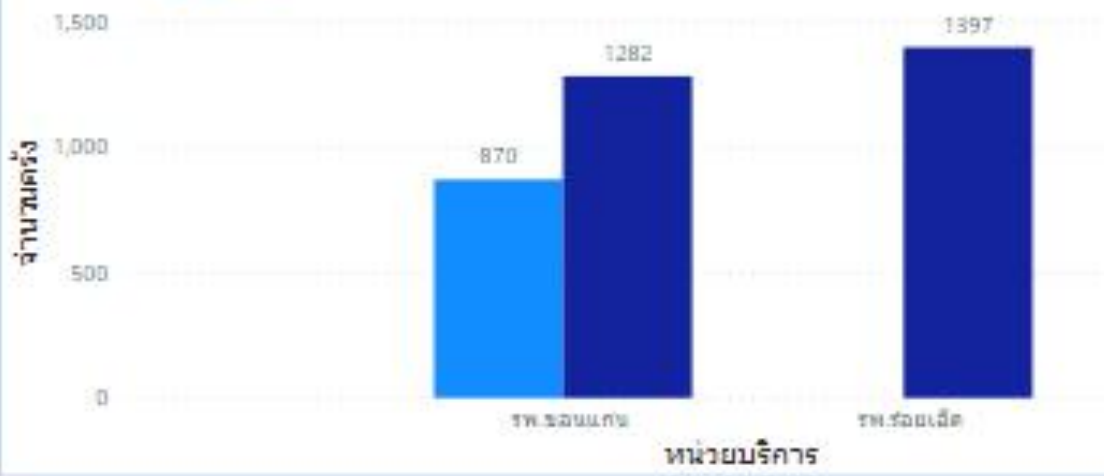
### แนวโน้มการให้บริการ ER คุณภาพ เขต 7 ขอนแก่น



1

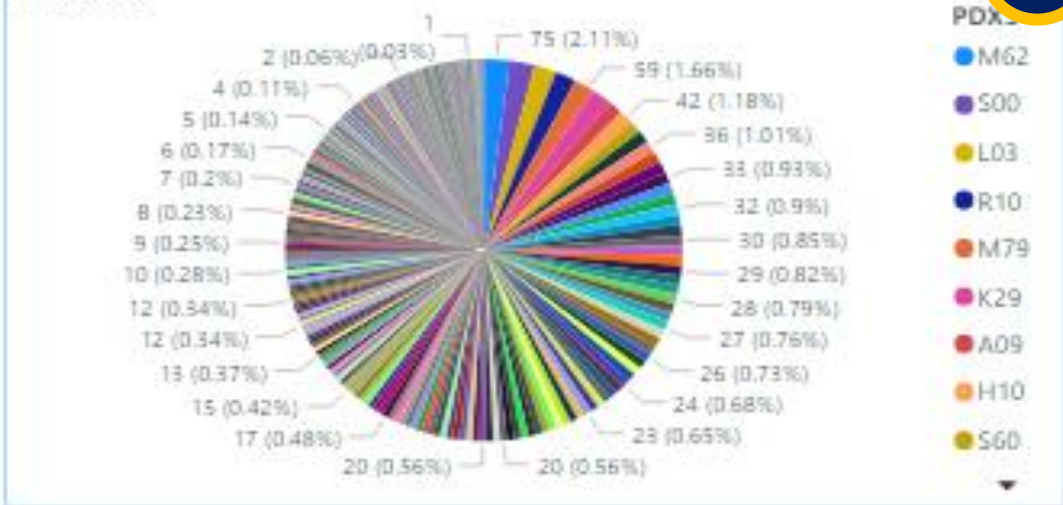
### แสดงจำนวนครั้งการให้บริการ ER คุณภาพ รายหน่วยบริการ เขต 7 ขอนแก่น

ปีงบประมาณ ● 2563 ● 2564



2

### แสดงจำนวนครั้งการให้บริการ ER คุณภาพ จำแนกตามโรค เขต 7 ขอนแก่น



3

## รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และ ขั้วบ่งชี้

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และขั้วบ่งชี้ พ.ศ. 2564

- 1) รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และขั้วบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และขั้วบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้พิการที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### อัตราจ่ายฯ

- อุปกรณ์กลุ่มที่ 1 จ่ายตามระบบ Point system with ceiling with global budget
- กำหนดอัตราจ่ายชดเชย **1.0 บาท/point**

- 1) เพิ่มรายการสิทธิประโยชน์ใหม่ตามมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 รายการ ได้แก่ อุปกรณ์สำหรับบริการ Thrombectomy และ อุปกรณ์ Coil aneurism
- 2) ประกาศสปสช.เรื่อง รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ พ.ศ. 2564

## กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ป่วยโรคกระจกตาสีทึบ UC ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

## เงื่อนไขหน่วยบริการ

- ต้องเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

## อัตราจ่าย

- การจ่ายชดเชย **ราคากลาง 15,000 บาท** เป็นการจ่าย **Top up** ให้หน่วยบริการที่รักษา (HCODE) ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัด จ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย
- จ่ายหน่วยฯผ่าตัด ตามระบบ DRGs

## หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

หน่วยบริการที่จะเบิกอุปกรณ์ผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นไปตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. 2563

1. โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ (UHOSNET) และโรงพยาบาลตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของ กระทรวงสาธารณสุข (Service plan) คือ โรงพยาบาลศูนย์ (A) และโรงพยาบาลทั่วไป (S) สามารถให้บริการ อุปกรณ์ รหัส 8612,8813,8814
2. โรงพยาบาลตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) คือ โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) สามารถให้บริการอุปกรณ์ รหัส 8813

**หมายเหตุ : รหัส 8612 เป็นแผ่นรองเท้าตัดเฉพาะราย ไม่สามารถให้ได้ หรือ หากมีศักยภาพให้เป็นไปตามข้อ 3**

3. กรณีหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ นอกเหนือจาก ข้อ (1) และข้อ (2) แต่มีศักยภาพในการ ให้บริการอุปกรณ์ ให้ยื่นแบบแสดงความจำนง ต่อ สปสช.เขต พิจารณาเข้าตรวจประเมิน ตามเกณฑ์การประเมิน ศักยภาพหน่วยบริการเป็นรายกรณี

1. หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว
2. รหัสโรค (ICD 10) และ รหัสหัตถการ (ICD 9) ถูกต้อง ครบถ้วนตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์ กรณีรหัสโรค/รหัสหัตถการ ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ ดิด Deny I04
3. จ่ายชดเชย 1 คู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์ หน่วยบริการสามารถตรวจสอบการเบิกชำรุดได้จากหน้าเว็บ e-Claim เมนู >> ค้นหาข้อมูลผู้ป่วย >> ตรวจสอบการเบิกชำรุด
4. จ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามจริง แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด
5. กรณีเบิกคู่ที่ 2 ก่อนครบกำหนด 1 ปี ข้อมูลถูกปฏิเสธจ่าย I13 หากมีความจำเป็นให้อุทธรณ์มาเป็นเอกสารเป็นรายๆ

I04 ICD-10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก

I13 เบิกรองเท้าเบาหวานมากกว่า 1 คู่/คน/ต่อปี

# การเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ปี 2565

ประกาศประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565  
และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2564

๓๔.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) จ่ายให้หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วย อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยได้โดยให้ทำการอุทธรณ์เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

## 1. หน่วยบริการที่รักษา (HCODE)

ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์ การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรค หลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561

## 2. การตรวจสอบเงื่อนไขการให้บริการ PCI ตรวจสอบจากรหัส ICD9 ที่เกี่ยวข้องกับการทำ หัตถการ PCI

3. กรณีหน่วยบริการ ที่ไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือยังไม่เข้าร่วมการตรวจประเมินจะ ไม่ได้รับการจ่ายชดเชย ทั้งกรณีผู้ป่วยในและรายการ อุปกรณ์ (Instrument) กรณีให้บริการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ให้อุทธรณ์เป็นเอกสารเป็นรายๆ

**G33** ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน **PCI** หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่ง เอกสารเพื่ออุทธรณ์การเบิกจ่าย



## 1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น **8,350 บาท/AdjRW** มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ

ข้ามเขต จ่าย Adj.RW **9,600 บาท/AdjRW** โดยไม่หักเงินเดือน

## 2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

2.1 รายการ Stent **4305A** เบิกในระบบ **VMI** อย่างเดียวเท่านั้น  
ยกเว้น กรณีมีปัญหาในการใช้ สามารถอุทธรณ์ได้เป็นราย ๆ

2.2 รายการอุปกรณ์อื่น ๆ จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน  
รวม stent 4304

# กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)

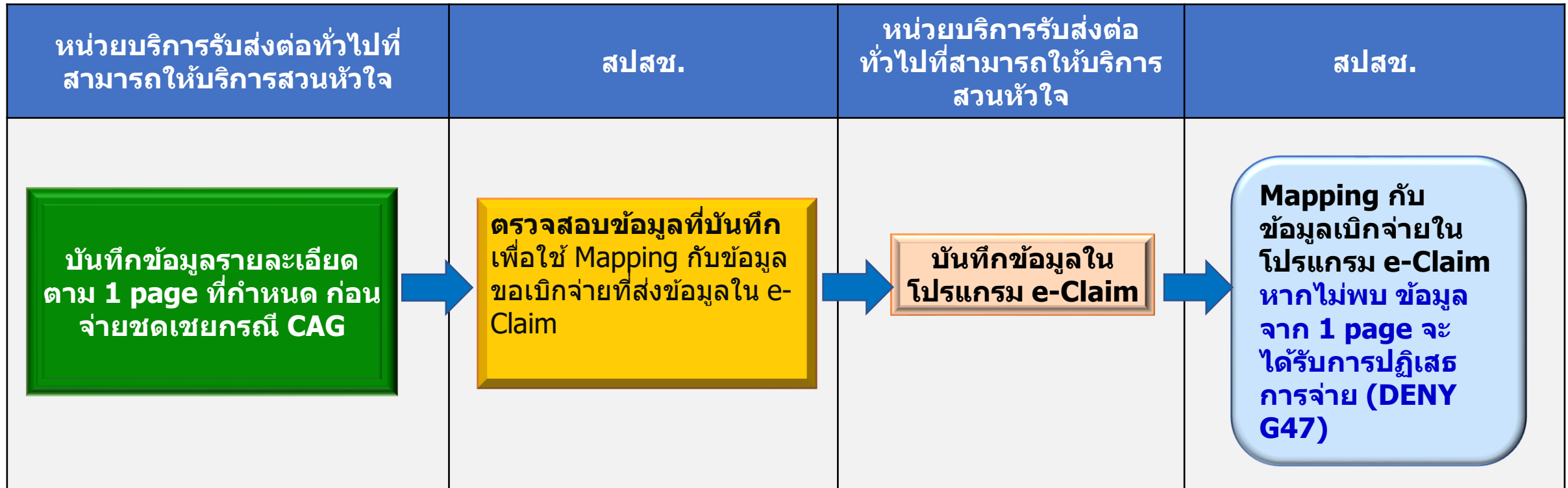
NEW

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 เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นให้หน่วยบริการขอทำความเข้าใจกับสำนักงานเป็นรายกรณี
5. สำหรับบริการตั้งแต่วันที่ 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

## มีการกำหนดเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการ

และ ตรวจสอบจากรหัสหัตถการตามที่กำหนด

### อัตราการจ่ายชดเชย

#### 1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

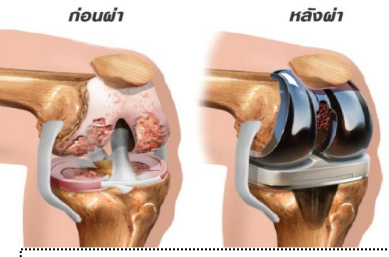
ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ

ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน

#### 2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

# การเบิกจ่ายกรณีผ่าตัดข้อเข่า



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการพ.ศ. ๒๕๖๔

๓๔.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด



## ปีงบประมาณ 2564

### บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม

การขออนุมัติก่อนผ่าตัด (Pre Authorized) กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยอายุไม่เกิน 55 ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ หรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or unspecified knee OA) ดำเนินการโดย สปสช. เขต

## สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2565

- 1) ไม่มีการกำหนดเป้าหมายบริการระดับเขต
- 2) การขออนุมัติก่อนผ่าตัด (Pre Authorized) กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยอายุไม่เกิน 55 ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ หรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA) ดำเนินการโดย สปสช. ส่วนกลาง
- 3) **อยู่ระหว่างการปรับปรุงประกาศ สปสช. เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม**

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการผ่าตัดข้อเข่า

## 1. เบิกได้เฉพาะ หน่วยบริการที่กำหนดตามประกาศ

กรณีไม่ใช่หน่วยที่กำหนด **ติด Deny : D39**

## 2. การเบิกอุปกรณ์ข้อเข่า (รหัส 7004,7005)

2.1 จ่ายชดเชยเป็นเงินค่าข้อเข่า

2.2 รหัส A,B (7004A,7004B,7005A,7005B)

กรณี ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA)  
บันทึกรหัส 7004B และ 7005B ไม่ต้องขออนุมัติ PA

**D39** ไม่ใช่หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดข้อเข่า กรณีต้องการอุทธรณ์ติดต่อที่ สปสช.เขต เพื่อพิจารณาศักยภาพหน่วยบริการ และการเบิกจ่ายในกรณีนี้

## 3. ผู้รับบริการ

3.1 อายุ > 55 ปี จ่ายทุกกรณี

3.2 อายุ <= 55 ปี

1) Primary OA (M170,171,179) ต้องมีการ **Pre-authorize** หากไม่มี ผล PA ข้อมูลจะติด **Deny D38**

2) นอกเหนือจากข้อ 1 กรณี Secondary OA/Trauma (M172,M173,M174,M175) และ UKA **ไม่ต้อง** Pre-authorize จ่ายชดเชยตามระบบปกติ

# อัตราการจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดข้อเข่า

## 1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น **8,350 บาท/AdjRW** มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ  
ข้ามเขต จ่าย **Adj.RW 9,600 บาท/AdjRW** โดยไม่หักเงินเดือน

## 2. ค่าอุปกรณ์ข้อเข่า (รหัส 7004,7005)

- เบิกเป็นเงิน เท่านั้น
- จ่ายชดเชยเป็นค่าข้อเข่าในโปรแกรม e-Claim จ่าย **Add on** ตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

## 3. กรณีข้อมูลที่ต้องผ่านการ **Pre-authorize** หากไม่มีผล **PA** จะถูกปฏิเสธการจ่าย ( **DENY D38**) ทั้งค่าผ่าตัดและอุปกรณ์



## การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

รายการ	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)
เงื่อนไข	เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) * กรณีการรักษาในโรคอื่นๆ เหนารวมอยู่ในบริการ OP/IP
อัตราการจ่าย	บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท

# การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับ

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง สิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามประกาศ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ และต้องลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการก่อนเข้ารับบริการ
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
3. การบันทึกข้อมูล	1. โปรแกรม <b>DMIS_HT</b> หรือ <b>DMIS_LT</b> ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัดหรืออื่นๆ สปสช.อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายชดเชยได้ 2. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน(Complication) ร่วมด้วย บันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs
4. รายงานการจ่าย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS

# การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

## 1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000

## 2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
Protocol-HTX-I	310,000
Protocol-HTX-II	320,000
Protocol-HTX-III	375,000
Protocol-HTX-IV	380,000
Protocol- HTX-V	455,000
Protocol- HTX-VI	465,000

# การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

## 2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)	
<ul style="list-style-type: none"><li>Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection</li></ul>	30,000
<ul style="list-style-type: none"><li>Protocol-AMR ภาวะ Antibody Mediated Rejection</li></ul>	320,000

## 3. ใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
<ul style="list-style-type: none"><li>Protocol -Myocardium biopsy</li></ul> <p><u>หมายเหตุ:</u> ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด</p>	30,000

# การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

## 4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
• หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
• หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
• หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
• หลังผ่าตัด 24 เดือนขึ้นไป	15,000

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

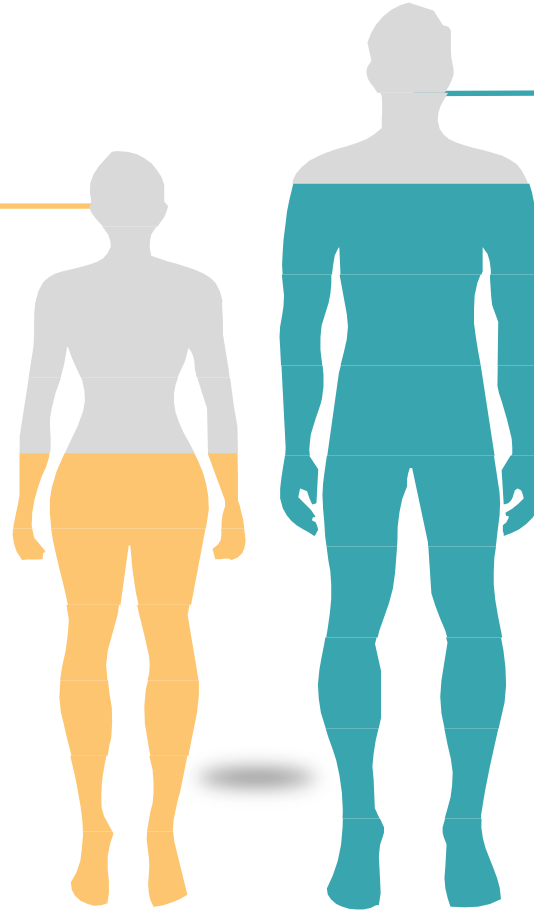
หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

# การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

## ในเด็ก

(Pediatric Liver Transplantation)

- ✓ อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ในวันที่รับการผ่าตัด
- ✓ มีภาวะท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ
- ✓ เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
- ✓ ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ



กลุ่มเป้าหมาย

## ในผู้ใหญ่

(Liver transplantation for moderate to severe liver cirrhosis patients)

- ✓ เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย อายุมากกว่า 18 ถึง 60 ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
- ✓ ตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ที่มี Child-Pugh score ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป หรือมีอาการหรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสูราติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- ✓ ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี
- ✓ ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด ไม่มีความผิดปกติทางจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น
- ✓ ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า 3 ปี ขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ)
- ✓ ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น

# การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

## ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000	60,000
สำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (living donor)	40,000	40,000
สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000	40,000





# การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ค่าใช้จ่ายหลังผ่าตัด หลังจาก discharge

แผนการรักษา	อัตราเหมาจ่าย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) (ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด)	10,000 (ต่อครั้ง)	รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายไม่มีการจ่ายเพิ่มเติม

หมายเหตุ กรณี ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection เบิกในระบบเบิกจ่ายปกติใน e-claim

# การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

## การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เงื่อนไขการรักษา	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาทต่อเดือน)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000	20,000
หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000	15,000

**หมายเหตุ :** การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

# การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต  <b>กลุ่มโรครธาลัสซีเมีย : จำกัดอายุ ไม่เกิน 10 ปี</b>
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
3. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต HSCT ( <a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a> )

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

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

## ค่าสารเมทาโดน

รายการ	เงื่อนไข	อัตราการจ่าย
ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT)	สำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตรา <b>35 บาทต่อครั้ง</b>

เงื่อนไขการจ่าย

1. หน่วยบริการที่รักษาต้องเป็นหน่วยที่ผ่านการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522
2. ตรวจสอบ ICD10/ICD9 เพื่อให้ตรงตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด คือ  
PDX = F11.2  
ICD9= 9425 other psychiatric drug therapy
3. จำนวนครั้ง = จำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ

# การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียทั้งรายเก่าและรายใหม่ สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแพ็คเกจ และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรม DMIS โดยต้องบันทึกข้อมูลภายใน 30 วัน หลังเข้ารับบริการในแต่ละครั้ง
4. รายงานการจ่าย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS <ol style="list-style-type: none"><li>กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป</li><li>กรณีชดเชยเป็นยา ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายใน 5-7 วันทำการ</li></ol>

# กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding) กรณีจ่ายชดเชยรายเดือน

## อัตราการจ่ายชดเชยเป็นยา

ประเภทผู้ป่วย	ฮีโมฟีเลีย A		ฮีโมฟีเลีย B	
	อัตรา (IU/คน/เดือน)	อัตรา (IU/คน/ปี)	อัตรา (IU/คน/เดือน)	อัตรา (IU/คน/ปี)
<b>1. อายุต่ำกว่า 10 ปี</b>				
- Severe	2,500	30,000	2,000	24,000
- Moderate	1,250	15,000	1,000	12,000
- Mild	250	3,000	500	6,000
<b>2. อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป</b>				
- Severe	3,000	36,000	2,500	30,000
- Moderate	1,500	18,000	1,500	18,000
- Mild	500	6,000	500	6,000

## อัตราการจ่ายชดเชยเป็นเงิน

ประเภทผู้ป่วย	ฮีโมฟีเลีย A		ฮีโมฟีเลีย B	
	(บาท/คน/เดือน)	(บาท/คน/ปี)	(บาท/คน/เดือน)	(บาท/คน/ปี)
<b>1. อายุต่ำกว่า 10 ปี</b>				
- Severe	24,000	288,000	18,900	226,800
- Moderate	12,000	144,000	12,600	151,200
- Mild	3,000	36,000	6,300	75,600
<b>2. อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป</b>				
- Severe	28,800	345,600	25,200	302,400
- Moderate	12,000	144,000	12,600	151,200
- Mild	6,000	72,000	6,300	75,600

# หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมจาก DRGs

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีเพื่อรักษาอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน (Life Threatening Bleeding and Emergency Surgery) จ่ายเพิ่มจากระบบ DRGs ตามมูลค่าแพ็คเกจอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วยครั้งนั้น

กรณีที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อ หรือกล้ามเนื้อ หรือภาวะเลือดออก เนื่องจากการได้รับบริการทางการแพทย์ ด้านทันตกรรม เช่น การถอนฟัน ขูดหินปูน ฯลฯ หรือด้านอื่นๆ **\*\*จ่ายเป็นครั้งๆ\*\*** **ผู้ป่วยนอก และสังเกตอาการ** แต่ไม่เกิน 150,000 บาท/ครั้งของการเข้ารับการรักษา โดยจำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วย 1 คนเข้ารับการรักษา ไม่เกิน 2 ครั้ง/เดือน  
**ผู้ป่วยใน** จ่ายไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษา และนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ)

กรณีเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน

**\*\*จ่ายเป็นครั้งๆ** ตามที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน **ไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง** ของการเข้ารับการรักษา และนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ)



# กรอบบริหารงบกองทุนบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2565


## 1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ 1.1 บริการให้คำปรึกษาฯ 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. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (HCV)	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานที่ให้บริการ

## 2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTR) 1.1 ค่าบริการป้องกัน 1.2 ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น	1.1 จ่ายตามผลงานบริการกรณีเป็นหน่วยบริการ 1.2 จ่ายรายโครงการกรณีเป็นองค์กรชุมชน
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการติดเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ (งานศูนย์องค์รวม)	จ่ายเป็นรายโครงการ ตามข้อกำหนด
3. บริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</li> <li>สนับสนุนในรูปแบบของยา</li> <li>สนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น</li> </ul>

# รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
<b>บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อการติดตามรักษา</b>		
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	ไม่เปลี่ยนแปลง	ชดเชยเป็นยา ผ่าน NAP
<b>การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการติดตามการรักษา</b>		
LAB พื้นฐาน ได้แก่ CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT (25 บาท/รายการ)	ไม่เปลี่ยนแปลง	ชดเชยเป็นเงิน 
Chest X-Ray	ให้เบิกในบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (Active case finding) ผ่านโปรแกรม NTIP	
CD4 (400 บาท/ครั้ง)	ไม่เปลี่ยนแปลง	
Viral Load (VL) (1,350 บาท/ครั้ง)		
DR : In-House 5,500 บาท/ครั้ง, Commercial 6,000 บาท/ครั้ง		



# รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

รายการปีงบประมาณ 2564

รายการปีงบประมาณ 2565

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย

## บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing : VCT)

- บริการให้คำปรึกษา (7 บาท/ครั้ง)
- บริการตรวจ Anti-HIV (140 บาท/ครั้ง)
- ถุงยางอนามัย

- การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง
- เปลี่ยนแปลงวิธีการกระจายถุงยางอนามัยดังนี้
  - 1) สปสช.กำหนดโควตาแต่ละหน่วยบริการ
  - 2) หน่วยบริการกำหนดจำนวนการจัดส่งรายเดือนผ่านโปรแกรม Nap
  - 3) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบโควตาจำนวนการจัดส่ง และจำนวนคงเหลือได้ที่โปรแกรม Nap ในเมนูการ**บริหารจัดการยา**

- ชดเชยเป็นเงินและถุงยางอนามัย



# รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

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)

การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่  
เปลี่ยนแปลง

ชดเชยเป็นเงิน และยา



# รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565		
	รายการตรวจ	กลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี และ PWID*	กลุ่มประชาชนทั่วไป
<b>การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี Hepatitis C Virus : HCV</b>			
การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี Anti HCV	Rapid Test	70 บาท/ครั้ง	รวมในงบประมาณจ่ายรายหัว
	Automate	300 บาท/ครั้ง	
การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี	HCV Viral Load	2,300 บาท/ครั้ง	2,300 บาท/ครั้ง
การตรวจประเมินก่อนการรักษาการตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ	APRI score , FIB-4 score	200 บาท/ครั้ง	200 บาท/ครั้ง
	Transient elastography (Fibro scan®)	2,000 บาท/ครั้ง	2,000 บาท/ครั้ง
	Fibro marker panel	2,000 บาท/ครั้ง	2,000 บาท/ครั้ง
การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี	ยา DAA – Pan-genotypic (Sofosbuvir + Velpatasvir และ Ribavirin)	จ่ายชดเชยเป็นยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ	

หมายเหตุ : PWID\* (People Who Inject Drugs) ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด



# รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
<b>บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี</b>		
2.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปรับวิธีการชดเชยบริการเชิงรุก</li> <li>• ปรับวิธีการชดเชยบริการคลินิก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>จ่ายแบบ Fee schedule</u> ตามผลงานบริการรายเดือน ผ่าน NAP สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการด้าน HIV ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>• <u>จ่ายแบบโครงการ</u> สำหรับ CBO ที่ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ โดยทำสัญญาที่ สปสช.เขต</li> <li>• <u>บริการทางคลินิก (STI)</u> จ่ายตามผลงานรายเดือนให้กับหน่วยบริการ ผ่าน NAP</li> </ul>
2.2 งานศูนย์องค์รวม	ไม่เปลี่ยนแปลง	ทำสัญญาดำเนินงานตามโครงการกับมูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์



# รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลักเกณฑ์ แนวทางการจ่ายชดเชย

รายการปีงบประมาณ 2564

รายการปีงบประมาณ 2565

รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย

## บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

### 2.3 บริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

(Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP)

- ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน
- ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรก (80 บาท/ครั้ง)
- การให้คำปรึกษาหลังตัดสินใจกินยา (20 บาท/ครั้ง)
- การตรวจ Anti-HIV (140 บาท/ครั้ง)
- CrCl (20 บาท/ครั้ง)
- HBsAg STI  
(ELISA = 130 บาท/ครั้ง PHA = 70 บาท/ครั้ง)
- Pregnancy (70 บาท/ครั้ง)
- ถุงยางอนามัย

การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง

ชดเชยเป็นเงิน ยา และถุงยาง

# สรุปผลการดำเนินงานระบบบริการผู้ป่วยเอชไอวี ปีงบประมาณ 2564



# ตัวชี้วัดบริการด้านผู้ป่วยเอชไอวี ปีงบประมาณ 2564



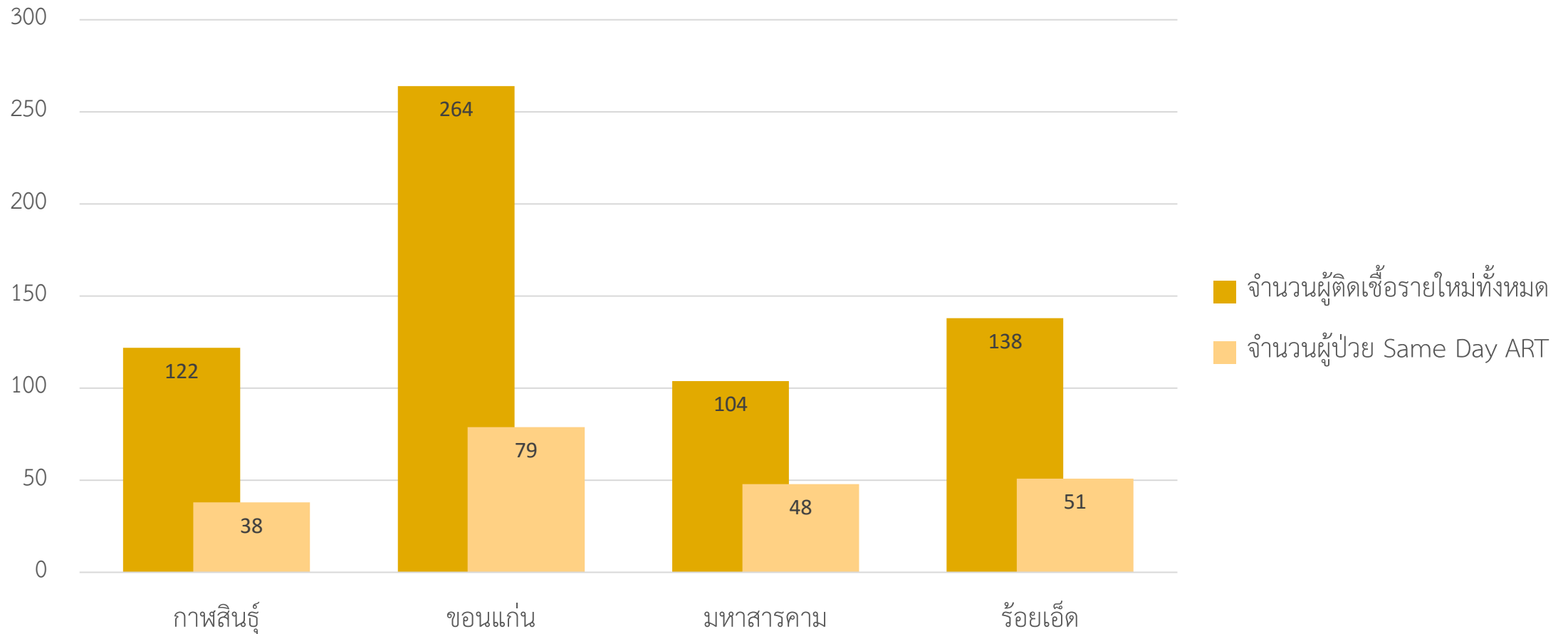
รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกับวันที่วินิจฉัย Same Day ART

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่และได้รับยาต้านไวรัส

เป้าหมายร้อยละ 90

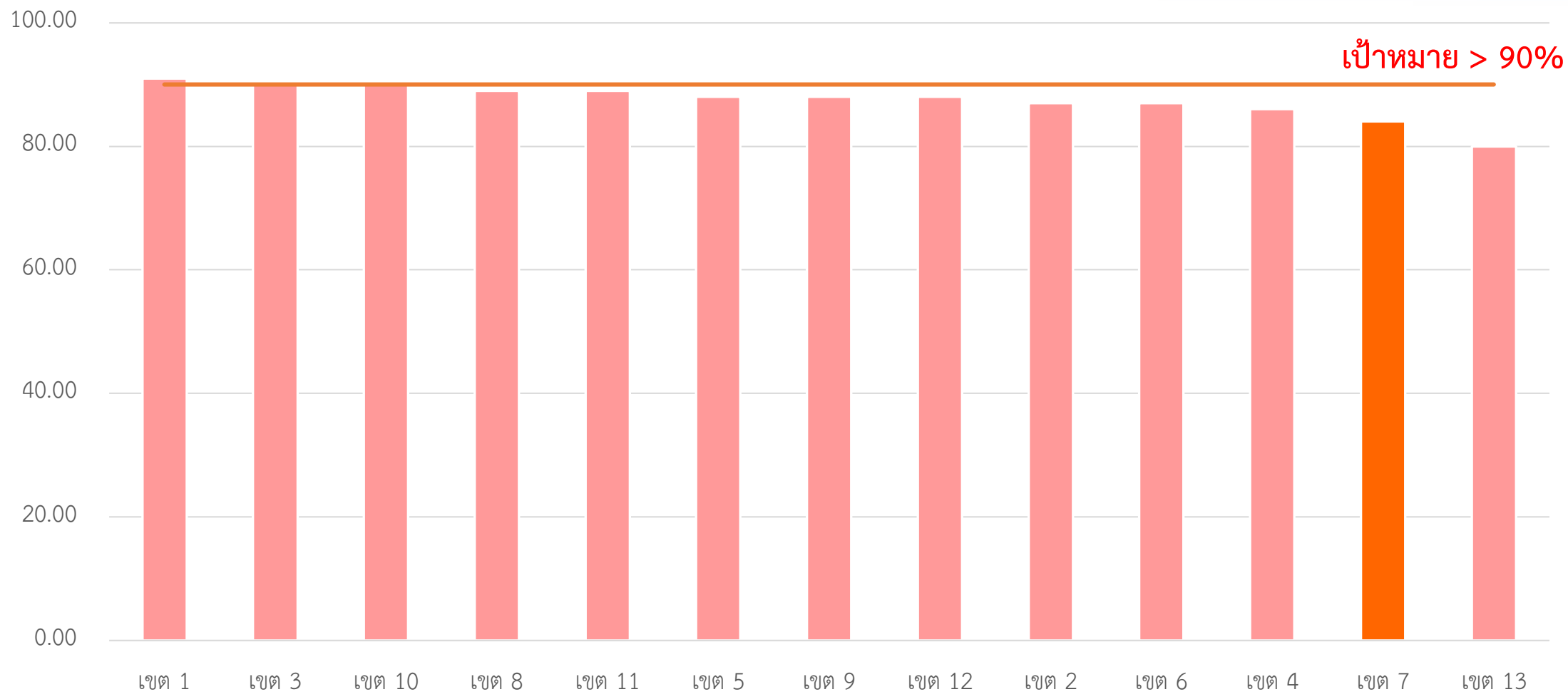
# จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกับวันที่วินิจฉัย แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2564



หมายเหตุ : ข้อมูลผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกับวันที่วินิจฉัย Same Day ART (นับผลงานจากเริ่มยา day 1 – day 7)

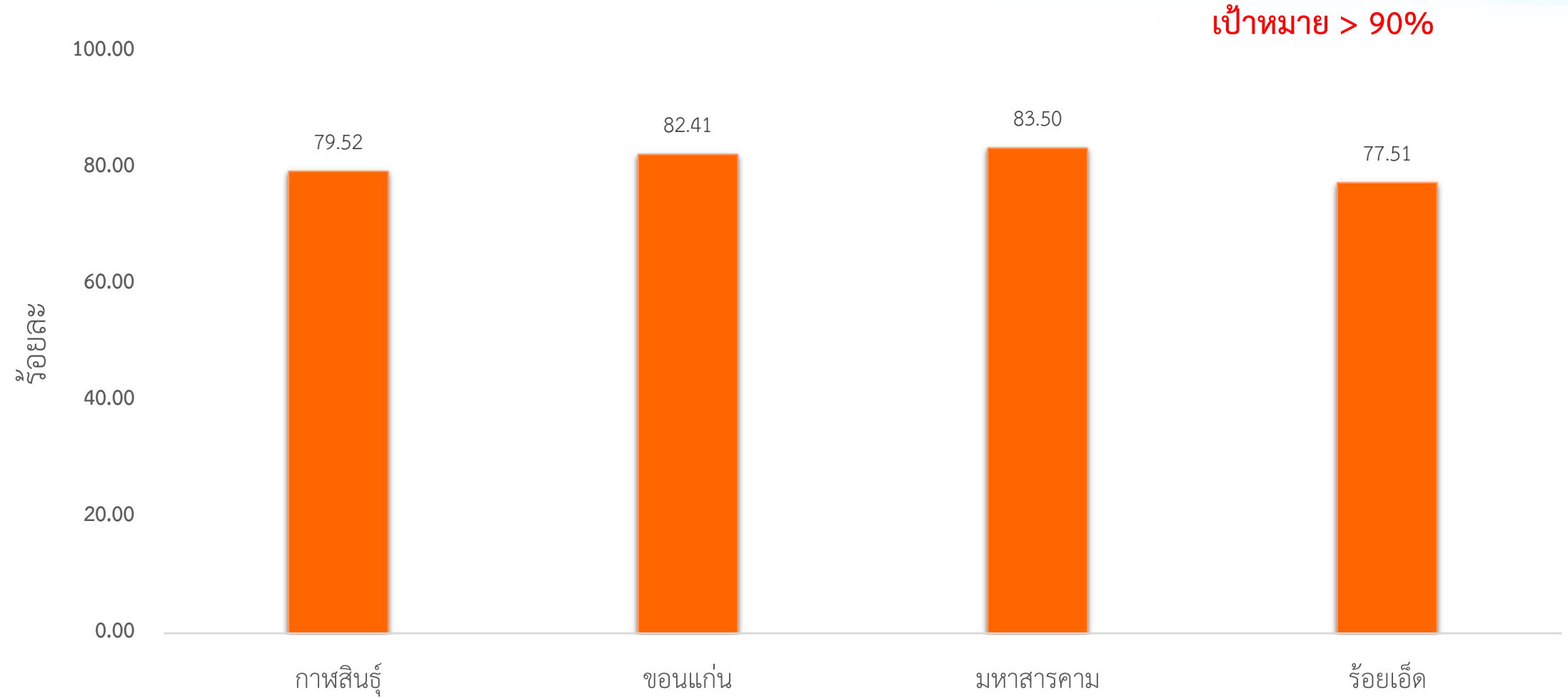
ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยเอชไอวี NAP WEB REPORT ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564

# ร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวี ที่มีชีวิตและได้รับยาต้านไวรัส รายเขต ปีงบประมาณ 2564



ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยเอชไอวี NAP WEB REPORT ข้อมูล ณ วันที่ 27 ตุลาคม 2564

# ร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวี ที่มีชีวิตและได้รับยาต้านไวรัส แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2564



ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยเอชไอวี NAP WEB REPORT ข้อมูล ณ วันที่ 27 ตุลาคม 2564

## วัตถุประสงค์

- เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค
- เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและการเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรค
- เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (RR-TB / MDR-TB) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB / XDR-TB) การตรวจวินิจฉัยและการติดตามการรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

## ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

- บุคคลที่มีสัญชาติไทยมีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง



# กรอบการบริหารระบบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565



## 1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

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	2.1 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ 2.2 ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง
3. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1 บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3 บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1 <sup>st</sup> และ 2 <sup>nd</sup> line drug) 3.4 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	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)

# การบริหารระบบบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในปีงบประมาณ 2565

## ปีงบประมาณ 2564

## รายการปีงบประมาณ 2565

### 1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ชดเชยเป็นเงิน และยา ตามบริการดังนี้

- บริการยารักษาวัณโรค
- บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อระยะแฝง
- บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค
- บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

ไม่เปลี่ยนแปลง

### 2. ค่าบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (Active case finding)

ค่าบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ด้วย CXR และตรวจ molecular ได้แก่

- ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด
- ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg%) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
- ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรค COPD หรือ DM ร่วมด้วย
- ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง
- บุคลากรสาธารณสุข สิทธิ UC หรือ สิทธิว่าง

ไม่เปลี่ยนแปลง

### 3. ค่าบริการกำกับการกินยา (DOT)

ไม่มีรายการในประกาศ

**เงื่อนไขการชดเชยบริการตรวจวินิจฉัย  
วัณโรค/วัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยง  
ปีงบประมาณ 2565**

**กลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค**

คัดกรองด้วย CXR (100 บาท)

**เงื่อนไข**  
1 คน/1 ครั้ง / ปีงบประมาณ

ผลปกติ

ผลผิดปกติ

ผลปกติ/ไม่เข้ากับวัณโรค

วินิจฉัยวัณโรควิธี Molecular Assay

AFB (20 บาท) และ/ หรือ  
Culture (200/300 บาท)

**เงื่อนไข**  
1 คน/1 ครั้ง / ปีงบประมาณ

**เงื่อนไข**  
ตรวจ Molecular assay ได้  
เมื่อมีผล CXR ผิดปกติ เท่านั้น  
(1 คน/1 ครั้ง / ปีงบประมาณ)

วินิจฉัยวัณโรค/วัณโรคดื้อยา First line drug (RIFและหรืออื่นๆ)

กรณีเลือกตรวจด้วย TB-LAMP ให้เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

- 1) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Xpert MTB/RIF (500 บาท)
- 2) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Line Probe Assay (600 บาท)
- 3) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Real-time PCR MDR (600 บาท)

เลือกตรวจ Molecular วิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

- 1) Xpert MTB/RIF (500 บาท) หรือ
- 2) Line Probe Assay (600 บาท) หรือ
- 3) Real-time PCR MTB/MDR (600 บาท)

ผู้ป่วยไม่ดื้อยา รักษา  
ด้วยสูตรยาพื้นฐาน

ผู้ป่วยดื้อยา  
RR/MDR-TB

ผู้ป่วยดื้อยา  
RR/MDR-TB

ผู้ป่วยไม่ดื้อยา รักษา  
ด้วยสูตรยาพื้นฐาน

วินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug

- 1) LPA (ตรวจดื้อยา กลุ่ม FQ และ AG/CT) หรือ
- 2) Real-time PCR MTB / XDR

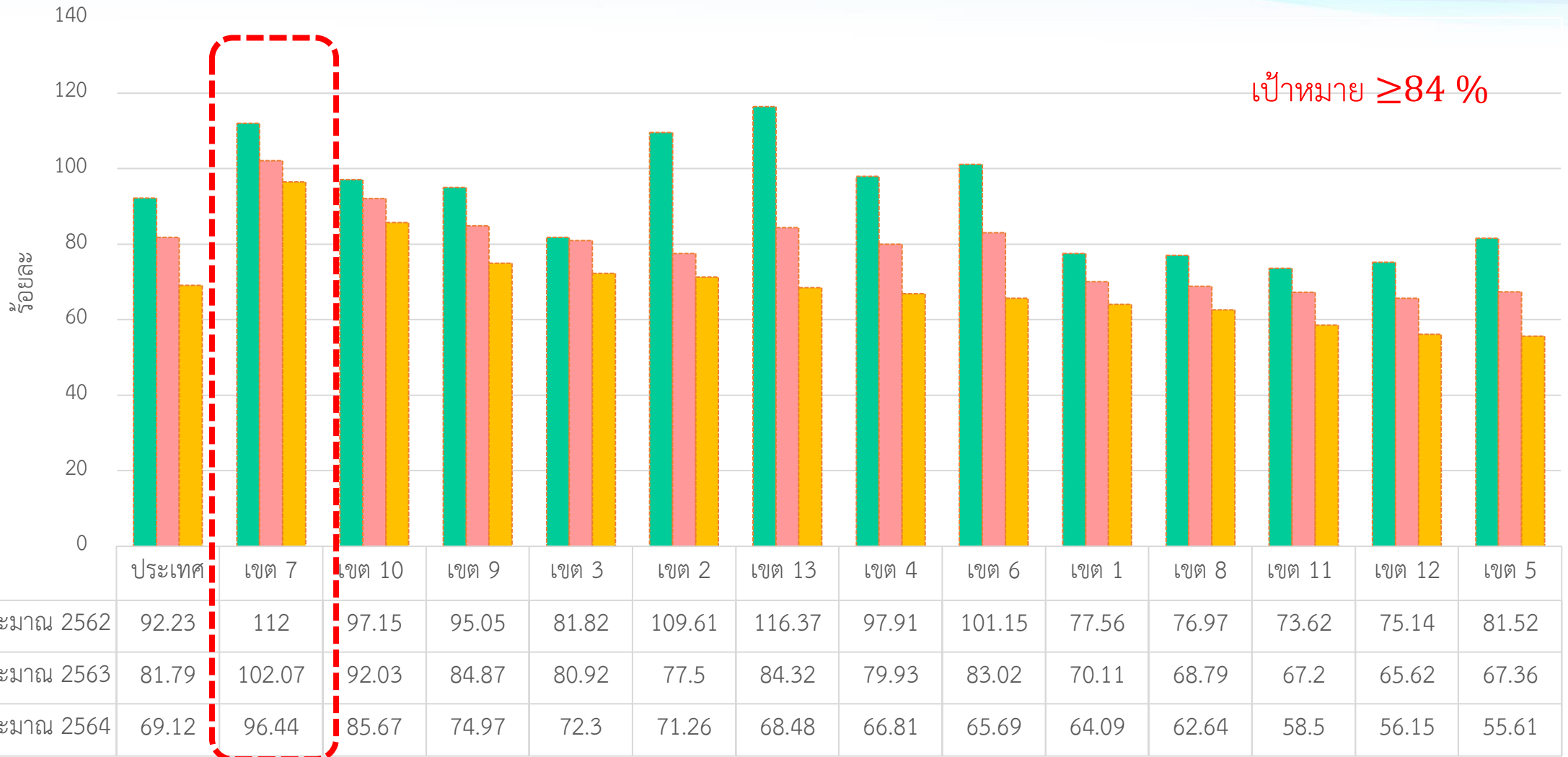
(700 บาท)

รักษาผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB  
ด้วยสูตรรักษาที่เหมาะสม

**เงื่อนไข**  
กรณีเป็นผู้ป่วยดื้อยา (RR/MDR)  
สามารถตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยา 2<sup>nd</sup> line  
ด้วยวิธีใดก็ได้ ในข้อ 1 หรือ 2  
(1 คน/ครั้ง/course การรักษา)

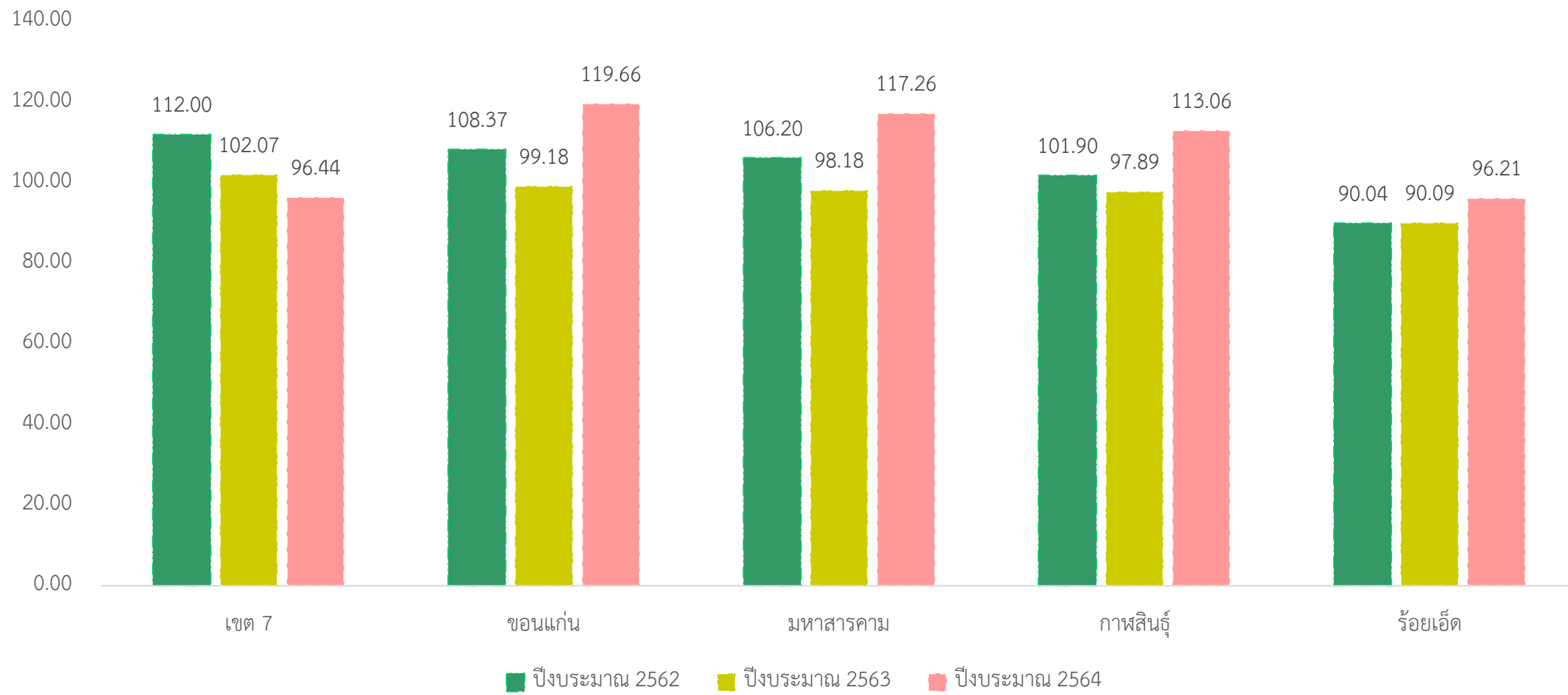


# ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา ปีงบประมาณ 2562-2564



ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยวัณโรค TB WEB REPORT ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564

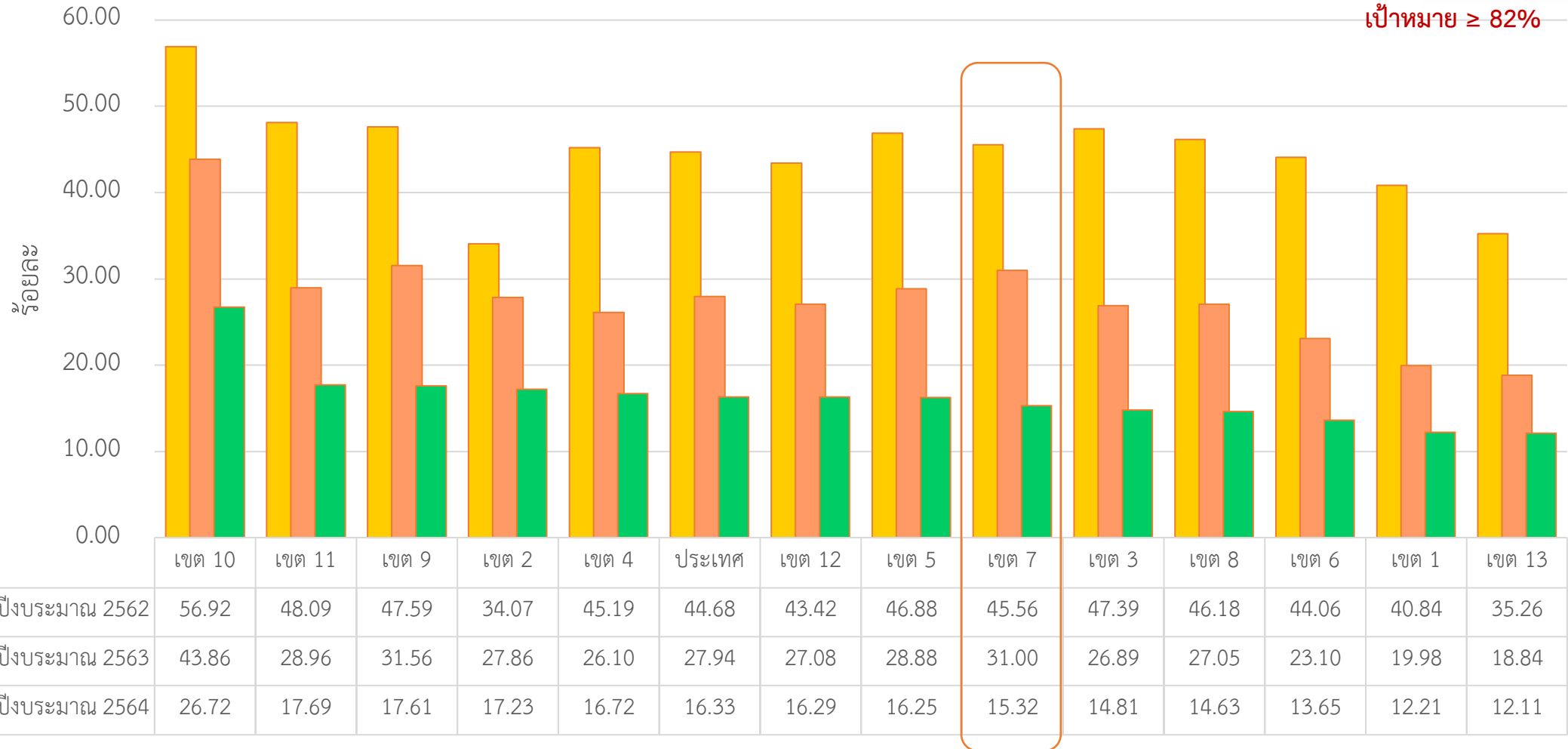
# ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2562-2564



ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยวัณโรค TB WEB REPORT ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564

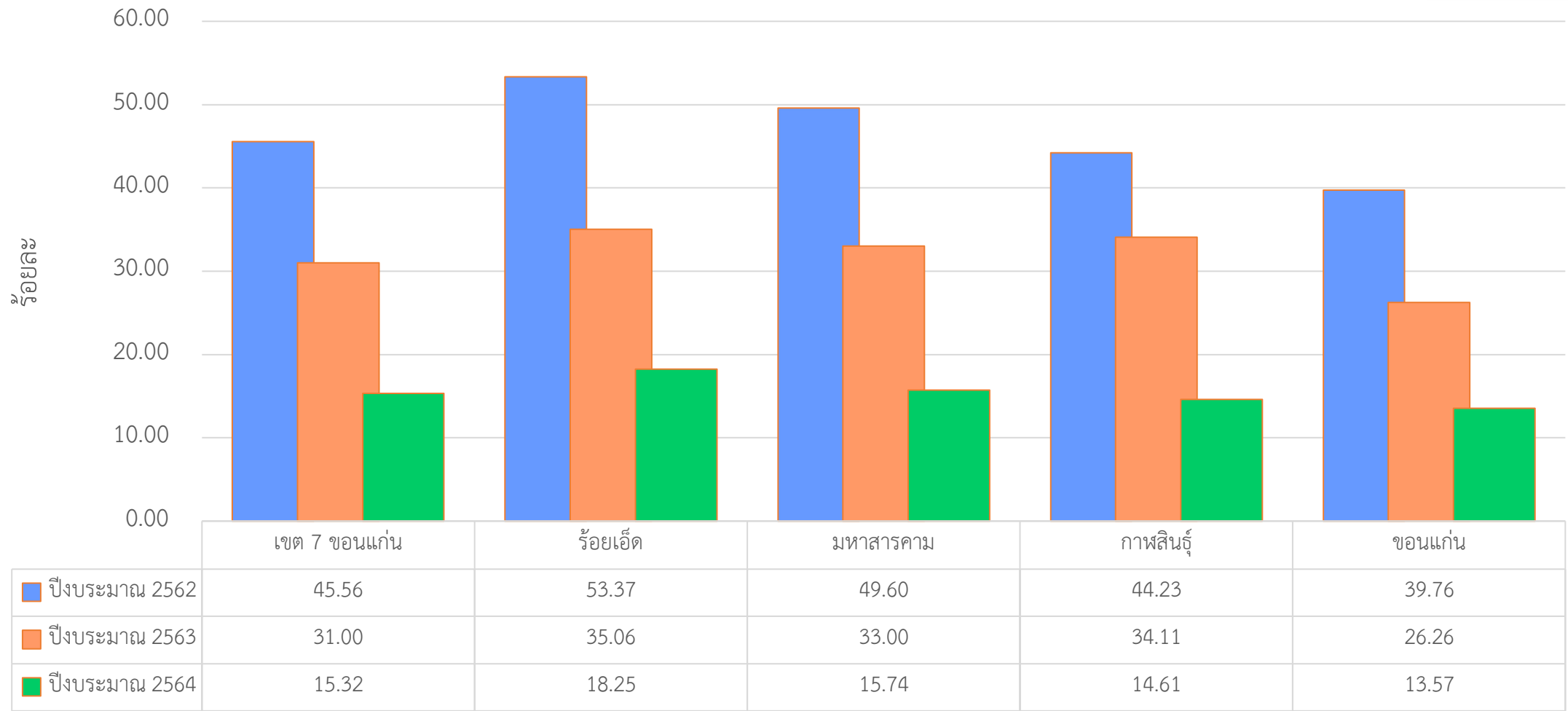
# อัตราผลสำเร็จการรักษา แยกรายเขต ปีงบประมาณ 2562-2564

เป้าหมาย  $\geq 82\%$



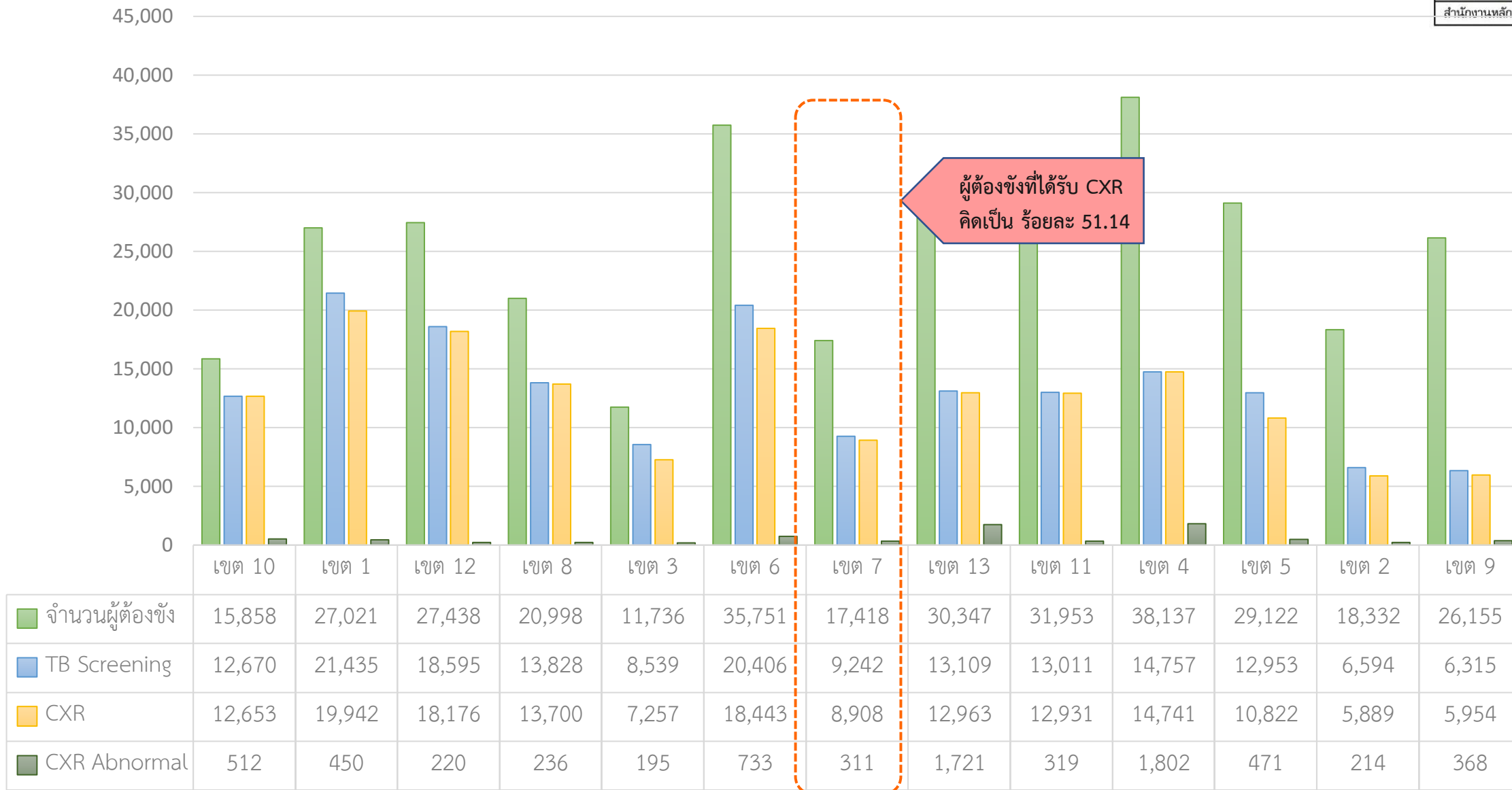
ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยวัณโรค TB WEB REPORT ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564

# อัตราผลสำเร็จการรักษา แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2562-2564



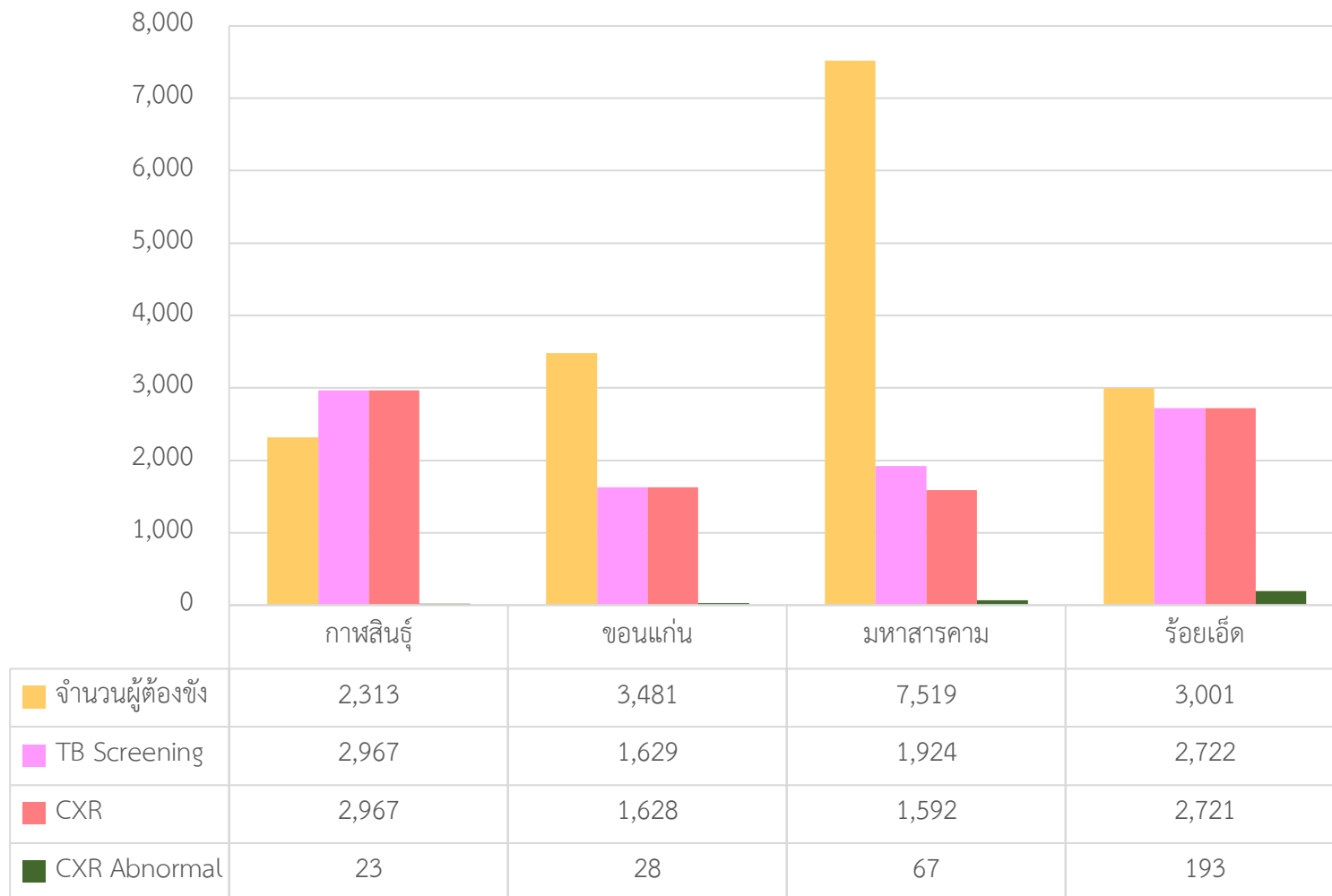
ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยวัณโรค TB WEB REPORT ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564

# จำนวนการคัดกรอง วินิจฉัย รักษาวัณโรคในเรือนจำระดับเขต ปีงบประมาณ 2564



ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยวัณโรค TB WEB REPORT ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2564

## จำนวนการคัดกรอง วินิจฉัย รักษาวัณโรคในเรือนจำปีงบประมาณ 2564



จังหวัด	ร้อยละของ การคัดกรอง
กาฬสินธุ์	128.27
ขอนแก่น	46.77
มหาสารคาม	21.17
ร้อยเอ็ด	90.67

หมายเหตุ : TB screening ที่มากกว่าจำนวนผู้ต้องขัง เกิดจากความวูบไหวของผู้ป่วย ณ ขณะนั้นมีจำนวนมากกว่าจำนวนผู้ต้องขังที่ได้ลงทะเบียนไว้  
ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิ UC บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยวัณโรค TB WEB REPORT ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2564



## ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับ  
บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)

พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่าง  
ต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๖๗ ของเอกสารแนบท้ายประกาศ  
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ  
๒๕๖๐ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วย  
บริการ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๙ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้  
ดังต่อไปนี้

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับ  
บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) พ.ศ. ๒๕๕๙  
ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

สำนักงานจะให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วย  
การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)แก่หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการ  
จ่ายค่าใช้จ่ายดังนี้

### ๑. คุณสมบัติหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วย  
การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ต้องเข้าร่วมโครงการและผ่านการประเมินตามแบบประเมิน  
หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(CAPD)

### ๒. คุณสมบัติผู้ป่วยที่จะได้รับสิทธิในโครงการ

- (๑) เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต  
ตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
- (๓) ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการว่าเป็นผู้สมควรได้รับการรักษาโดยการล้างไตทาง  
ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)
- (๔) ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโครงการ CAPD จากหน่วยบริการ และมีการบันทึกข้อมูลการ  
รักษาลงในโปรแกรม DMIS\_CAPD หรือโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนดรวมทั้งบันทึกการติดตาม  
ตามที่สำนักงานกำหนด

# วัตถุประสงค์ และเป้าหมายดำเนินการ

## วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับบริการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพ และมาตรฐานตามความจำเป็นด้านสุขภาพ
2. ป้องกันการเกิดภาวะล้มละลายของผู้ป่วยและครอบครัว จากค่าใช้จ่ายในการรับบริการบำบัดทดแทนไต
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีกลไกการบริหารจัดการที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จัดระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

## เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) กับการบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คุ้มครองการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

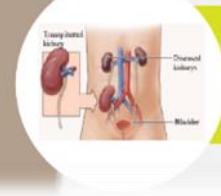
### ขอบเขต



1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง



2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต



รายชื่อหน่วยบริการร่วมให้บริการ  
ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่าง  
ต่อเนื่อง : CAPD ปี 64 เขต 7  
ขอนแก่นจำนวน 22 แห่ง

หน่วยบริการร่วมให้บริการ CAPD ปี 64



ลำดับ	จังหวัด	รหัส	ชื่อ	ล้างไตผ่านช่องท้อง(CAPD)	สถานะ
1	กาฬสินธุ์	11078	รพ.กมลาไสย	26 ก.พ. 59	ลูกชาย
2	กาฬสินธุ์	11449	รพ.ร.กุณินารายณ์	31 ส.ค. 54	แม่ชาย
3	กาฬสินธุ์	10709	รพ.กาฬสินธุ์	23 มิ.ย. 52	แม่ชาย
4	กาฬสินธุ์	11085	รพ.ท่าคันโท	1 ต.ค. 61	ลูกชาย
5	กาฬสินธุ์	11081	รพ.ยางตลาด	23 ก.ค. 57	ลูกชาย
6	ขอนแก่น	11445	รพ.ร.กระนวน	1 เม.ย. 59	ลูกชาย
7	ขอนแก่น	11002	รพ.บ้านไผ่	1 ต.ค. 62	ลูกชาย
8	ขอนแก่น	13777	รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	15 ม.ค. 51	แม่ชาย
9	ขอนแก่น	12275	รพ.สิรินธร(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	16 ก.ย. 51	แม่ชาย
10	ขอนแก่น	10670	รพ.ขอนแก่น	23 ต.ค. 51	แม่ชาย
11	ขอนแก่น	10998	รพ.ชุมแพ	9 ส.ค. 56	แม่ชาย
12	ขอนแก่น	11004	รพ.พล	27 พ.ย. 58	แม่ชาย
13	มหาสารคาม	10707	รพ.มหาสารคาม	9 ต.ค. 50	แม่ชาย
14	มหาสารคาม	11052	รพ.โกสุมพิสัย	18 ม.ค. 60	แม่ชาย รอแจ้งลดสถานะ
15	มหาสารคาม	11055	รพ.บรบือ	1 เม.ย. 59	ลูกชาย
16	มหาสารคาม	11057	รพ.พยัคฆภูมิพิสัย	1 ก.พ. 64	ลูกชาย
17	มหาสารคาม	22953	รพ.สุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	1 พ.ย. 63	แม่ชาย
18	ร้อยเอ็ด	11066	รพ.โพนทอง	8 พ.ย. 61	ลูกชาย
19	ร้อยเอ็ด	11061	รพ.เกษตรวิสัย	2 ธ.ค. 58	ลูกชาย
20	ร้อยเอ็ด	11069	รพ.เสลภูมิ	1 ม.ค. 61	ลูกชาย
21	ร้อยเอ็ด	10708	รพ.ร้อยเอ็ด	5 เม.ย. 51	แม่ชาย
22	ร้อยเอ็ด	11070	รพ.สุวรรณภูมิ	2 ธ.ค. 58	ลูกชาย

# หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ HD เขต 7 ขอนแก่น ปี 2564 จำนวน 51 แห่ง



ลำดับ	จังหวัด	รหัส	ชื่อ	วันที่ร่วมให้บริการ
1	กาฬสินธุ์	11078	รพ.กมลาไสย	1 ต.ค. 59
2	กาฬสินธุ์	11086	รพ.หนองกุงศรี	1 ต.ค. 59
3	กาฬสินธุ์	11080	รพ.เขาวง	1 ต.ค. 59
4	กาฬสินธุ์	11084	รพ.คำม่วง	11 เม.ย. 60
5	กาฬสินธุ์	11449	รพ.ร.ภูผินารายณ์	1 ต.ค. 59
6	กาฬสินธุ์	11087	รพ.สมเด็จ	1 ต.ค. 59
7	กาฬสินธุ์	10709	รพ.กาฬสินธุ์	1 ต.ค. 59
8	กาฬสินธุ์	11085	รพ.ท่าคันโท	1 ต.ค. 61
9	กาฬสินธุ์	11081	รพ.ยางตลาด	1 ต.ค. 59
10	กาฬสินธุ์	41418	คลินิกเวชกรรมเฉพาะทางไตเทียมศิวกรตริยเวช	1 ต.ค. 61
11	กาฬสินธุ์	41440	เขตชยเดชาเขตมคชนกเฉพาะทางดานเวชกรรม	1 ต.ค. 62
12	กาฬสินธุ์	41639	รพ.กาฬสินธุ์-ธัญบุรี โรงพยาบาลทวโปขนาด	1 ก.พ. 63
13	ขอนแก่น	23888	สถานพยาบาลคลินิกลำไต้	1 ต.ค. 59
14	ขอนแก่น	11445	รพ.กระนวน	1 ต.ค. 60
15	ขอนแก่น	11497	รพ.ค่ายศรีพัชรินทร	1 ต.ค. 59
16	ขอนแก่น	11002	รพ.บ้านไผ่	1 ต.ค. 59
17	ขอนแก่น	11006	รพ.แก้งน้อย	1 ต.ค. 59
18	ขอนแก่น	13777	รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1 ต.ค. 59
19	ขอนแก่น	12275	รพ.สิรินธร(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	1 ธ.ค. 59
20	ขอนแก่น	10670	รพ.ขอนแก่น	1 ต.ค. 59
21	ขอนแก่น	28862	คลินิกไตเทียม พีเค ฮีโมเจริอุทรีพี้	1 ต.ค. 59
22	ขอนแก่น	10998	รพ.ชุมแพ	1 ต.ค. 59
23	ขอนแก่น	11004	รพ.พล	1 ต.ค. 59
24	ขอนแก่น	11009	รพ.มัถจาศิริ	1 ต.ค. 59
25	ขอนแก่น	39086	คลินิกเมืองพลไตเทียม	1 ต.ค. 59
26	ขอนแก่น	11000	รพ.น้ำพอง	1 ต.ค. 59

ลำดับ	จังหวัด	รหัส	ชื่อ	วันที่ร่วมให้บริการ	สุขภาพแห่งชาติ
27	ขอนแก่น	28003	ประชาสโมสโรไตเทียมคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมอายุรศาสตร์โรคไต	1 ม.ค. 63	
28	ขอนแก่น		คลินิกไตเทียม พีเค ฮีโมเจริอุทรีพี้2	1 ต.ค. 63	
29	มหาสารคาม	10707	รพ.มหาสารคาม	1 ต.ค. 59	
30	มหาสารคาม	11058	รพ.วาปีปทุม	1 ต.ค. 59	
31	มหาสารคาม	11052	รพ.โกสุมพิสัย	1 ต.ค. 59	
32	มหาสารคาม	23894	สถานพยาบาลคชนกไตเทียมมหาสารคามเวชกรรมเฉพาะทางโรคไต	1 ต.ค. 59	
33	มหาสารคาม	11055	รพ.บรบือ	1 ต.ค. 59	
34	มหาสารคาม	22953	รพ.สุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	1 ต.ค. 59	
35	มหาสารคาม	24674	รพ.มหาสารคามอินเตอร์เนชั่นแนล	1 ต.ค. 59	
36	มหาสารคาม	41385	สทคลินิกไตเทียมดีเตย์รีนัลแคร์	1 ม.ค. 61	
37	ร้อยเอ็ด	11066	รพ.โพนทอง	1 ต.ค. 59	
38	ร้อยเอ็ด	11964	รพ.ทั่วไปขนาดใหญ่จรีเวช	1 ต.ค. 59	
39	ร้อยเอ็ด	11068	รพ.หนองพอก	1 ต.ค. 59	
40	ร้อยเอ็ด	11504	รพ.ค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช	1 ต.ค. 59	
41	ร้อยเอ็ด	11062	รพ.ปทุมรัตต์	1 ต.ค. 59	
42	ร้อยเอ็ด	11963	รพ.ร้อยเอ็ด-ธัญบุรี	1 ต.ค. 59	
43	ร้อยเอ็ด	11065	รพ.พนมไพร	30 ม.ค. 60	
44	ร้อยเอ็ด	11061	รพ.เกษตรวิสัย	1 ต.ค. 59	
45	ร้อยเอ็ด	11069	รพ.เสลภูมิ	1 ต.ค. 59	
46	ร้อยเอ็ด	10708	รพ.ร้อยเอ็ด	1 ต.ค. 59	
47	ร้อยเอ็ด	11070	รพ.สุวรรณภูมิ	1 ต.ค. 59	
48	มหาสารคาม	41893	คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมอายุรศาสตร์โรคไต ไตเทียมพยัคฆ์	1 ม.ค. 64	
49	ขอนแก่น	41776	แก่นคูณไตเทียม คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมอายุรศาสตร์โรคไต	1 ม.ค. 64	
50	ขอนแก่น	41841	ศรีจันทร์ไตเทียมคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมอายุรศาสตร์โรคไต	1 ม.ค. 64	
51	ขอนแก่น	41871	มลิวรรณไตเทียมคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมอายุรศาสตร์โรคไต	1 ม.ค. 64	

# หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ HD เขต 7 ขอนแก่น ณ 1 กุมภาพันธ์ 2564

ประเภทหน่วยบริการ	จำนวน
1. รพศ/รพท	6
2. รพช	24
3. รพ.เอกชน	8
4. คลินิกเอกชน	9
5. สังกัดกลาโหม	2
6. สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	2
<b>รวม</b>	<b>51</b>

# ข้อมูลบริการ RRT ปี 64 ตามหน่วยบริการที่ให้บริการ Hcode สปสช.

หน่วยงาน	CAPD	HD	KT รับยากดภูมิ	รวม
สปสช. เขต 1 เชียงใหม่	9,748	6,627	253	16,628
สปสช. เขต 2 พิษณุโลก	3,864	1,496	43	5,403
สปสช. เขต 3 นครสวรรค์	2,669	2,096	0	4,765
สปสช. เขต 4 สระบุรี	4,672	6,155	69	10,896
สปสช. เขต 5 ราชบุรี	7,733	4,539	3	12,275
สปสช. เขต 6 ระยอง	5,405	5,775	23	11,203
สปสช. เขต 7 ขอนแก่น	6,337	2,611	382	9,330
สปสช. เขต 8 อุตรธานี	7,458	3,036	18	10,512
สปสช. เขต 9 นครราชสีมา	6,348	4,304	39	10,691
สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี	7,988	3,590	133	11,711
สปสช. เขต 11 สุราษฎร์ธานี	4,811	2,722	16	7,549
สปสช. เขต 12 สงขลา	3,191	1,945	79	5,215
สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร	3,895	8,974	1,950	14,819
ประเทศไทย	74,119	53,870	3,008	130,997

# ข้อมูลบริการ RRT ปี 64 ตามหน่วยบริการที่ให้บริการ Hcode เขต 7



หน่วยงาน	CAPD	HD	KT รับยา กตภูมิ	รวม
จังหวัด ขอนแก่น	1,667	804	379	2,850
จังหวัด มหาสารคาม	1,128	498	0	1,626
จังหวัด ร้อยเอ็ด	2,322	1,012	3	3,337
จังหวัด กาฬสินธุ์	1,220	297	0	1,517
สปสช. เขต 7 ขอนแก่น	6,337	2,611	382	9,330

# ข้อมูลการให้บริการ CAPD เขต 7 ขอนแก่น แยกตาม Hcode

CAPD															
การให้บริการ CAPD															
ปี	ลงทะเบียนใหม่	ยอดยกมา	New and Other Drop In				Death and Other Drop Out						สะสมยกไป	รวมผู้ป่วย	
			รายใหม่	From HD	From HD Selfpay	From KT	เสียชีวิต	To HD	To HD Selfpay	To KT	หยุดรักษา	ติดตามไม่ได้			เปลี่ยนสิทธิ
2560	531	4,902	521	2	41	0	391	47	9	13	1	0	0	5,005	5,466
2561	614	5,131	623	3	29	2	598	52	3	15	1	0	0	5,119	5,788
2562	633	5,325	633	1	34	3	480	51	3	20	0	0	0	5,442	5,996
2563	714	5,418	713	3	38	2	882	50	8	10	0	0	0	5,224	6,174
2564	753	5,458	762	0	60	0	663	74	10	5	1	1	0	5,526	6,280

# ข้อมูลการให้บริการ HD เขต 7 ขอนแก่น แยกตาม Hcode

ปี	การให้บริการ HD															
	New and Other Drop In						Death and Other Drop Out									รวมผู้ป่วย ในบริการ*
	ลงทะเบียน ใหม่	ยอดยกมา	รายใหม่	From CAPD	From HD Selfpay	From KT	เสียชีวิต	To CAPD	To HD Selfpay	To KT	หยุดรักษา	ติดตามไม่ได้	เปลี่ยนสิทธิ	ระดมยกไป		
2560	12	1,131	26	65	12	0	50	3	0	2	0	0	0	1,179	1,234	
2561	15	1,305	25	59	4	1	52	2	0	6	0	0	0	1,334	1,394	
2562	17	1,430	21	72	3	1	36	3	0	4	0	0	0	1,484	1,527	
2563	19	1,542	47	67	11	3	58	5	0	5	0	0	0	1,602	1,670	
2564	26	1,710	45	86	10	3	62	2	0	1	0	0	0	1,789	1,854	

## การให้บริการ HD

ปี	New and Other Drop In						Death and Other Drop Out									รวมผู้ป่วย ในบริการ*
	ลงทะเบียน ใหม่	ยอดยกมา	รายใหม่	From CAPD	From HD Selfpay	From KT	เสียชีวิต	To CAPD	To HD Selfpay	To KT	หยุดรักษา	ติดตามไม่ได้	เปลี่ยนสิทธิ	ระดมยกไป		
2560	12	1,131	26	65	12	0	50	3	0	2	0	0	0	1,179	1,234	
2561	15	1,305	25	59	4	1	52	2	0	6	0	0	0	1,334	1,394	
2562	17	1,430	21	72	3	1	36	3	0	4	0	0	0	1,484	1,527	
2563	19	1,542	47	67	11	3	58	5	0	5	0	0	0	1,602	1,670	
2564	26	1,710	45	86	10	3	62	2	0	1	0	0	0	1,789	1,854	



# ข้อมูลการขออนุมัติปีงบประมาณ 64

ประเด็น	จำนวน (คน)
Shift mode (เสนอ 119 ไม่อนุมัติ 3 ราย อนุมัติ 116 ราย)	119
ขอ EPO จ่ายเงิน HD เอง	210
ขอใช้สิทธิ HD ต่อเนื่องจากสิทธิอื่น	21
ขยาย Temp HD มากกว่า 90 วัน	34

# การบริหารกองทุนฯ ปี 65 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
กรณีเฉพาะ CR	1) มีระบบพิสูจน์ตัวตน และตรวจสอบก่อนจ่าย ที่จ่ายแบบ Fee schedule ทุกรายการ 2) ขยายการดำเนินการตามนโยบายยกระดับการรับบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ ไปทุกเขต 3) การผ่าตัดข้อเข่าเทียม การ PA ในกรณีอายุน้อยกว่า 55 ปี 4) เพิ่มรายการอุปกรณ์สำหรับบริการ thrombectomy และอุปกรณ์ coil aneurism 5) ปรับระบบการเบิกจ่าย CAG โดยบันทึกชุดข้อมูลมาตรฐาน (one page)
อื่นๆ	บูรณาการจ่ายชดเชยสำหรับบริการกายภาพบำบัด และเบิกจ่ายรวมในงบฟื้นฟู

# การบริหารกองทุนฯ ปี 65 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
HIV/AIDS	1) RRTTR <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ จ่าย แบบ Fee schedule ตามผลงานบริการรายเดือน ผ่าน NAP สำหรับหน่วยบริการ สสจ. และ CBO ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ</li> <li>▪ จ่ายแบบโครงการ สำหรับ CBO ที่ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการโดยทำสัญญาที่ สปสช. เขต</li> <li>▪ บริการทางคลินิก (STI) จ่ายตามผลงานบริการรายเดือนให้กับหน่วยบริการ ผ่าน NAP</li> </ul> 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

# สิ่งที่เปลี่ยนแปลงบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (Renal Replacement Therapy) สปสช

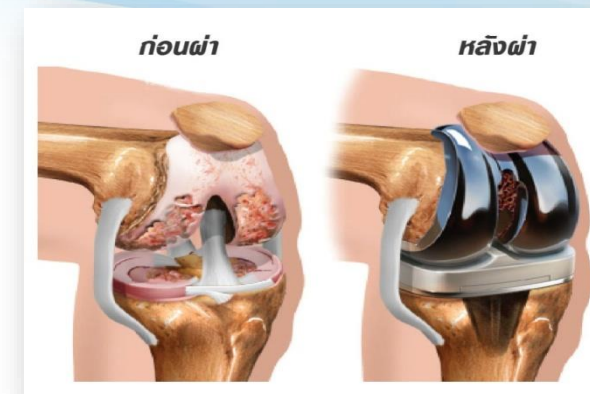
## รายการ

ปีงบประมาณ 2565

### การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ HD

- เพื่อยกระดับคุณภาพบริการล้างไต เพิ่มความสะดวกกับผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการไหนก็ได้ เพิ่มจำนวนหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไต
- สปสช.6.70/ว.5742 ลว.9 ก.ย.64 : ซักซ้อมการขึ้นทะเบียนหน่วย HD
  - 1) ประกาศ เรื่องการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ.2564
  - 2) ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD
  - 3) แบบประเมินศักยภาพ
    - หน่วยบริการภาครัฐ รับรองตนเอง
    - หน่วยบริการภาคเอกชน รับรองตนเองพร้อมแนบสำเนา ส.พ.7 (ที่ระบุบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) และ ส.พ.19 (ที่อนุญาตให้เปิดสถานพยาบาล)

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔  
และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ  
พ.ศ.๒๕๖๔



๓๕.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพ การให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

# หน่วยบริการร่วมให้บริการผ่าตัดข้อเข่า ปี 64 เขต 7 ขอนแก่น

ลำดับ	จังหวัด	รหัส	ชื่อ	สังกัดย่อย	มีผล
1	กาฬสินธุ์	10709	รพ.กาฬสินธุ์	โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	1 ต.ค. 59
2	ขอนแก่น	11445	รพร.กระนวน	โรงพยาบาลยุทธราช (รพร.)	1 ต.ค. 59
3	ขอนแก่น	13777	รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษาฯ	1 ต.ค. 59
4	ขอนแก่น	10670	รพ.ขอนแก่น	โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	1 ต.ค. 59
5	ขอนแก่น	10998	รพ.ชุมแพ	โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	1 ต.ค. 59
6	ร้อยเอ็ด	11071	รพ.เมืองสรวง	โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	1 ต.ค. 59
7	ร้อยเอ็ด	10708	รพ.ร้อยเอ็ด	โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	1 ต.ค. 59
8	ร้อยเอ็ด	11070	รพ.สุวรรณภูมิ	โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	1 ต.ค. 59
9	มหาสารคาม	10707	รพ.มหาสารคาม	โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	1 ต.ค. 59
11	มหาสารคาม	24674	รพ.มหาสารคามอินเตอร์เนชั่นแนล	โรงพยาบาล (เอกชน)	1 ต.ค. 59
10	มหาสารคาม	22953	รพ.สุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษาฯ	1 ก.พ. 63
12	มหาสารคาม	11057	รพ.พยัคฆภูมิพิสัย	โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	1 พ.ย. 63
13	ขอนแก่น	12275	รพ.สิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	1-ม.ค.-64

# แนวทางการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อมเขต 7 ขอนแก่น

- มติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านการพัฒนาระบบบริการข้อเข่าเสื่อม เขต 7 ขอนแก่น เมื่อวันที่ 6 พ.ย. 63 และมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (อปสช) เขต 7 ขอนแก่น ครั้งที่ 7/2563 เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2563 มีมติเห็นชอบให้

**“ผู้ป่วยสิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยข้อเข่าเสื่อม และมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไปใช้บริการ ณ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน โดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ” ทั้งนี้**  
ให้ครอบคลุมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด, การผ่าตัดและการติดตามหลังการผ่าตัดจนสิ้นสุดการรักษา ทั้งกรณีที่เป็นการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีรักษาผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม (การรักษาโรคอื่นทั่วไปเป็นไปตามแนวทางภายในจังหวัด) โดยมีหนังสือแจ้งเวียนออกไปทุกหน่วยบริการ ที่ สปสช.5.30/ว.7717 ลว. 30 ธันวาคม 2563

# การปรับเกลียเป้าหมายกลางปี

เขต	ผลงานบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ 5 พ.ค. 64)			จำนวนจัดสรร กลางปี (2,000 ข้อ) [3]	ผลรวม จำนวนจัดสรร ตลอดปี (ข้อ) [1]+[3]
	จำนวนโควตา ต้นปีงบประมาณ (10,000 ข้อ) [1]	ผลงานบริการ (7 ค.) [2]	% ผลงานบริการ เทียบกับ ผลงานรวมทุกเขต		
เขต 1 เชียงใหม่	1,458	1,100	16.96%	339	1,797
เขต 2 พิษณุโลก	697	551	8.49%	170	867
เขต 3 นครสวรรค์	826	672	10.36%	207	1,033
เขต 4 สระบุรี	1,231	665	10.25%	205	1,436
เขต 5 ราชบุรี	1,314	858	13.23%	265	1,579
เขต 6 ระยอง	786	474	7.31%	146	932
เขต 7 ขอนแก่น	289	165	2.54%	51	340
เขต 8 อุตรดิตถ์	388	237	3.65%	73	461
เขต 9 นครราชสีมา	615	327	5.04%	101	716
เขต 10 อุบลราชธานี	255	91	1.40%	28	283
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	366	250	3.85%	77	443
เขต 12 สงขลา	402	329	5.07%	101	503
เขต 13 กทม.	1,374	768	11.84%	237	1,611
รวม	10,000	6,487	100.00%	2,000	12,000



# ผลงานการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อมแยกรายเขต ปี 64 ณ ก.ค. 64

## [H040360] : ผลงานบริการผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม รายเขต แยกตามการรับส่งต่อ ของผู้ให้บริการ (Hcode)

ปีงบประมาณ : ปีงบประมาณ 2564 , เดือน : ก.ค. 64

เขต	ส่งต่อในเขต-ภายในจังหวัด	ส่งต่อในเขต-ภายนอกจังหวัด	ส่งต่อข้ามเขต	ไม่มีการส่งต่อ	Total
เขต 1 เชียงใหม่	927	11	3	464	1,405
เขต 2 พิษณุโลก	328	19	17	330	694
เขต 3 นครสวรรค์	464	3	1	217	685
เขต 4 สระบุรี	389	49	16	263	717
เขต 5 ราชบุรี	374	6	11	625	1,016
เขต 6 ระยอง	164	3	5	348	520
เขต 7 ขอนแก่น	106	12	7	76	201
เขต 8 อุดรธานี	162	29	2	124	317
เขต 9 นครราชสีมา	275	10	3	108	396
เขต 10 อุบลราชธานี	69	1		31	101
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	156	8	1	126	291
เขต 12 สงขลา	164	31	6	143	344
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	57	7	279	514	857
<b>Total</b>	<b>3,635</b>	<b>189</b>	<b>351</b>	<b>3,369</b>	<b>7,544</b>

# การจ่ายชดเชยฯกรณี COVID 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการในระบบ UC/\*\*สถานบริการอื่น



รายการ	ราคาเดิม/ครั้ง (บาท)	การจ่ายชดเชย	
		ประเภท 2 ยิน	3 ยิน ขึ้นไป
1. ค่าตรวจ Lab	1,600	1,100	1,300
2. ค่าบริการ	600	300	300
3. ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ	100	100	100
รวม	2,300	1,500 บาท	1,700 บาท

เริ่ม 1 สค 64



รายการ	ตรวจ Lab	ค่าบริการ	เก็บตัวอย่าง
Pooled saliva	จ่ายตามจริงไม่เกิน 320 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท	เหมาจ่าย 40 บาท
Pooled swab	จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาท	เหมาจ่าย 75 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท

เริ่ม 1 สค 64

- 1) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อครั้งบริการ (ยกเลิกราคา 600 บาท)
- 2) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาทต่อครั้งบริการ (ยกเลิกราคา 700 บาท)

3. Antibody ค่าตรวจ + ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ 350 บาท / ครั้ง เริ่ม 1 มค 64

หน่วยบริการในระบบ UC



1. ค่าตรวจ Lab + ค่าเก็บตัวอย่าง (RT-PCR, Antibody, Antigen)
2. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย
3. ค่ารถส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ, บ้าน, ด่าน, SQ + ชุด PPE + ยาฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง+3,700บาท)

หน่วยบริการในระบบ UC



1. ค่าตรวจ Lab + ค่าเก็บตัวอย่าง (RT-PCR, Antibody, Antigen)
- \*2. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย
3. ค่ารถส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ, บ้าน, ด่าน, SQ + ชุด PPE + ยาฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง+3,700บาท)

4. ค่าห้อง และชุด PPE หรืออุปกรณ์ป้องกัน

ระดับอาการ	ค่าห้อง		ค่าชุด PPE หรือ		ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	
	ราคาเดิม	เริ่ม1สค64	ราคาเดิม	เริ่ม1สค64	ราคาเดิม	เริ่ม1สค64
สีเขียว	1,500	1,500	740	300	11,100	300
สีเหลือง	1,500	3,000	740	เหมือนเดิม	11,100	เหมือนเดิม
สีแดง	2,500	7,500	740	เหมือนเดิม	22,200	เหมือนเดิม

"หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19" สถานที่อื่นของหน่วยบริการ ที่จัดให้เป็นหอผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของหน่วยบริการนั้น ๆ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรือแนะนำ เช่น Cohort ward, Camp Isolation โรงพยาบาลสนาม Hospital เป็นต้น

\* กรณี PUI admit จะไม่สามารถเบิกค่ายารักษา COVID19 ได้

\*\* สถานบริการอื่น/หน่วยบริการในระบบ ที่ตรวจ RT-PCR หรือ Pool Samples ต้องผ่านการรับรองจรรยาบรรณ

# ภาพรวมการจ่ายชุดเชย Antigen Test Kit & บริการแบบ Home / Community -Isolation

## กรณีคัดกรองสำหรับคนไทยทุกสิทธิ



1. เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์

### การเบิกจ่าย

ต้องขอ AUTHEN CODE ทุกครั้งที่ให้บริการ

### ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ต้องผ่าน อย.

- Chromatography จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาท/ครั้ง
- (FIA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาท/ครั้ง

### Community Isolation

ผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการจาก คคก.โรคติดต่อจังหวัด



## อัตราจ่าย HI/CI (OP) สิทธิ UC

### หน่วยบริการในระบบ UC



กรณีให้บริการเป็นประเภท IP หน่วยบริการจ่ายตาม DRGs และจ่ายเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนด

### 1. RT-PCR

- ตรวจ Lab 1,100-1,300 บาท/ครั้ง
- ค่าอื่นๆในห้อง Lab 300 บาท/ครั้ง
- ค่าเก็บ Swab 100 บาท /ครั้ง

### 2. ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย

จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน (ค่าอาหาร 3 มื้อ ติดตาม ประเมินอาการ ให้สารปรึกษา)

### 3. ค่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย

ปรอทวัดไข้แบบดิจิตอล เครื่องวัด Oxygen Sat ตามรายการที่ใช้จริง ไม่เกินจำนวน 1,100 บาทต่อราย

กรณีไม่จัดอาหารจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อวัน

### 4. ค่ายา

ค่ายาเฉพาะ covid 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย

### 5. ค่ารถส่งต่อ

จ่ายตามจริงตามระยะทาง+ค่าทำความสะอาด 3,700 บาท

### 6. ค่า chest X-ray

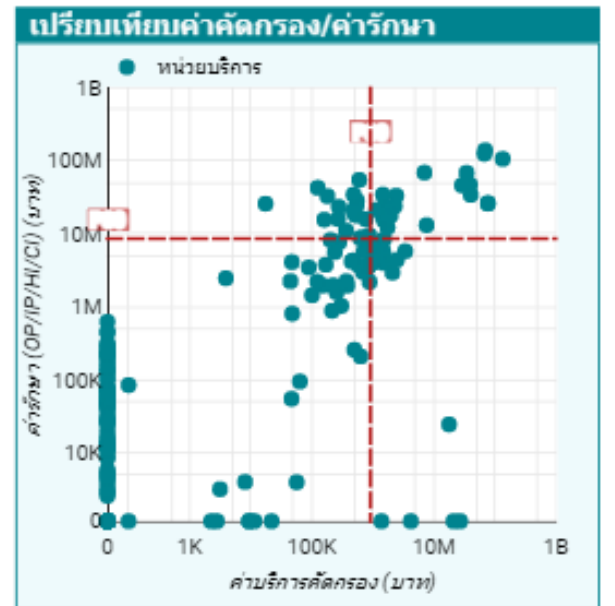
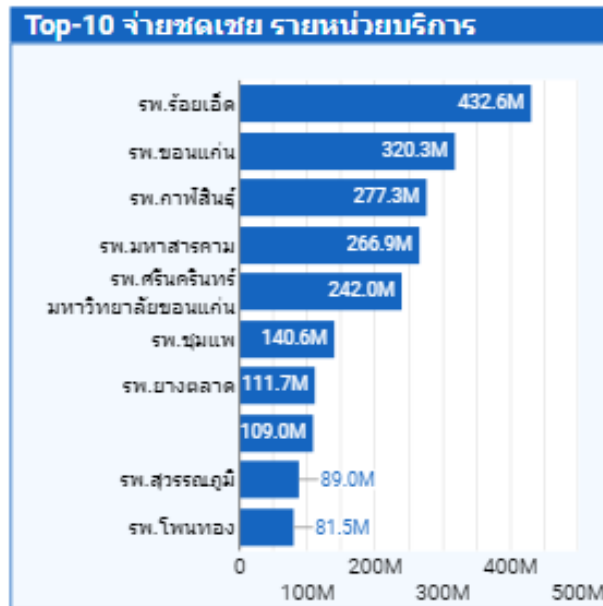
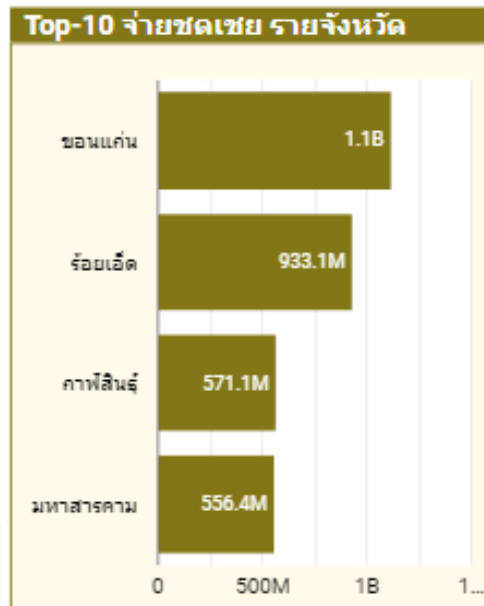
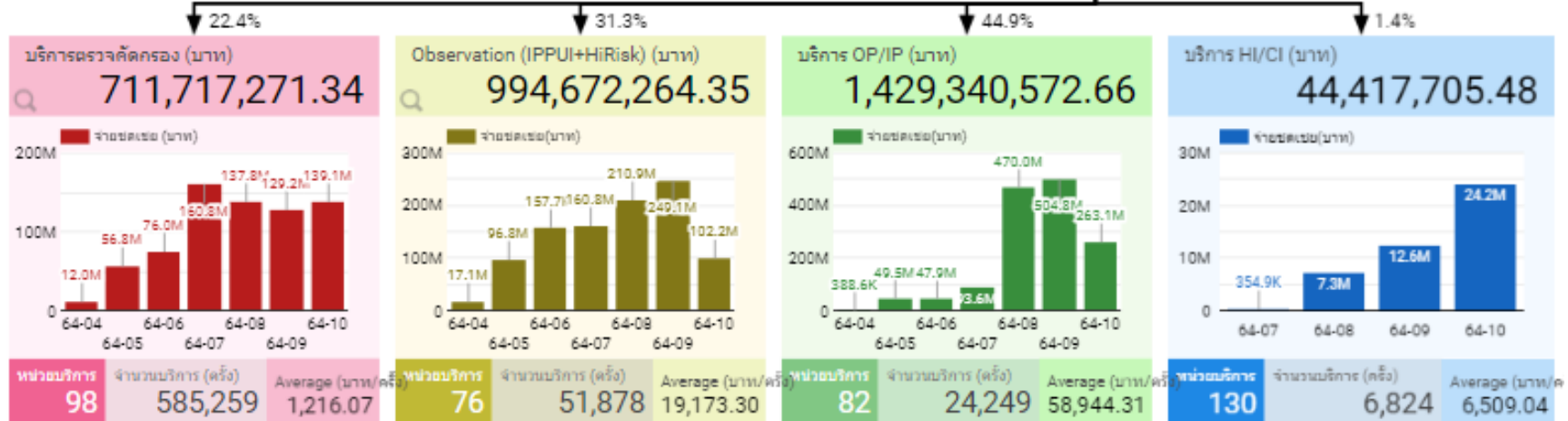
จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

### 7. ค่าออกซิเจน

จ่ายในอัตรา 450 บาทต่อวัน

จ่ายเฉพาะ OP

**\*\* กรณี CI 7. ค่าชุด PPE หรือค่าอื่นๆเพื่อป้องกันการติดเชื้อจ่ายตามจริงไม่เกิน 740 บาทต่อวัน**



## เป้าหมาย

เพื่อให้พนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่สำรองจ่าย

## วัตถุประสงค์

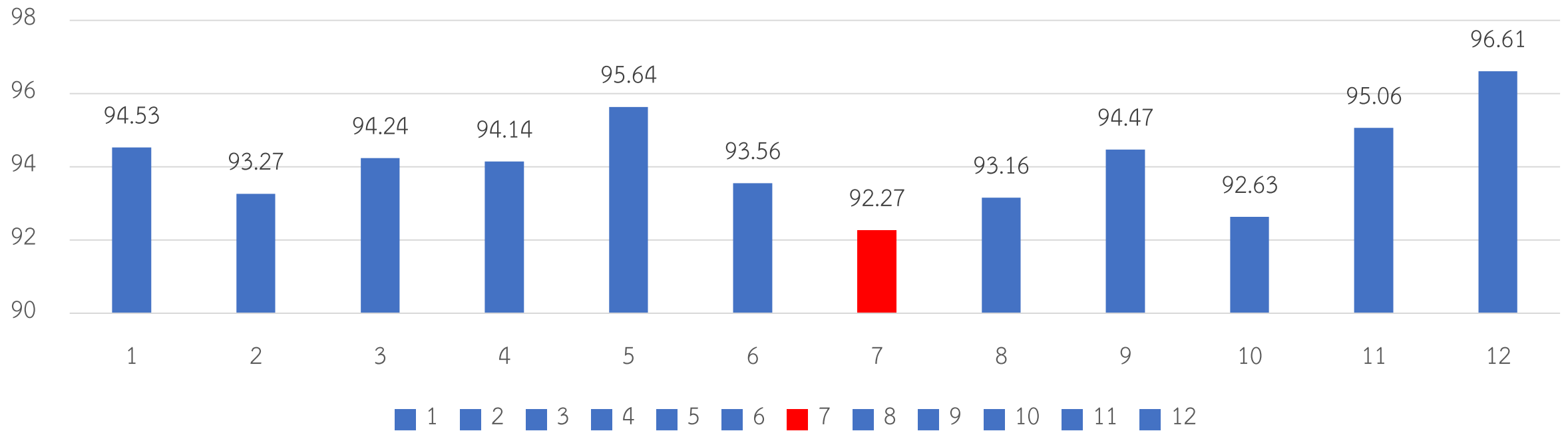
1. เพื่อกำกับติดตามการลงทะเบียนสิทธิ อปท. ให้สามารถใช้สิทธิได้ภายใน 45 วัน
2. บริหารจัดการสิทธิการเข้าใช้งานระบบทะเบียนโดยบัตรประชาชนนอกประสงค์
3. เพื่อลดการสำรองจ่ายของพนักงานส่วนท้องถิ่น
4. เพื่อให้ รพ.สต.ที่เข้าโครงการ สามารถเบิกจ่ายผ่านระบบได้

## ตัวชี้วัด

ร้อยละ รพ.สต.ที่เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง อปท. สามารถเบิกจ่ายตรงได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40  
พนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว สำรองจ่ายลดลงจากปีที่ผ่านมาไม่น้อยกว่าร้อยละ 10

# ร้อยละการอนุมัติสิทธิ อปท. ภายใน 45 วัน

รออนุมัติเกิน45วัน

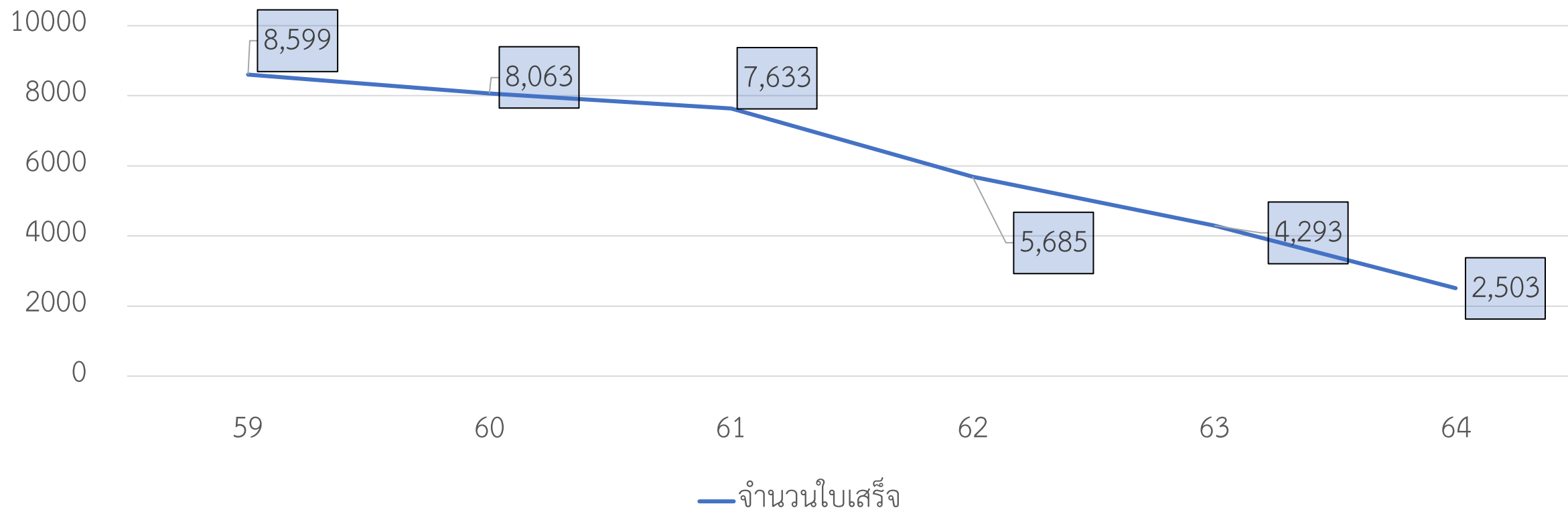


## ร้อยละ รพ.สต.ที่เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง อปท. สามารถเบิกจ่ายตรงได้

จังหวัด	หน่วยร่วม โครงการ	62(แห่ง)	62BATH	63(แห่ง)	63BATH	64(แห่ง)	64BATH	ร้อยละหน่วยเข้า ร่วมเบิก
มหาสารคาม	177	34	317,330.00	42	516,469.00	37	407,953.00	20.90
ขอนแก่น	239	71	581,271.00	84	1,762,455.00	101	1,925,379.00	42.26
ร้อยเอ็ด	206	52	270,690.00	62	720,793.00	69	577,383.00	33.50
กาฬสินธุ์	153	19	308,629.00	70	1,231,490.00	71	1,058,272.00	46.41
รวม	775	176	1,477,920.00	258	4,231,207.00	278	3,968,987.00	35.87

แหล่งที่มา ข้อมูลจากฐานข้อมูล sl\_paid\_recs สปสช. ณ วันที่ 30/8/2564

## จำนวนใบเสร็จเข้าใหม่รายปี



แหล่งที่มา ข้อมูลจากฐานข้อมูล sl\_paid\_recs สปสช. ณ วันที่ 30/8/2564



# กำหนดการจัดประชุมชี้แจง ติดตามกำกับ กองทุนฯ และการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

กิจกรรม	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
<b>ประชุมชี้แจง ติดตามกำกับกองทุนภาพรวม</b>	/			/			/			/	
<b>ประชุมชี้แจง ติดตามกำกับ การชดเชยค่าบริการสาธารณสุข</b>											
- ผู้ป่วยใน ODS MIS ER	/			/			/				/
- OP Refer, OPAE , OPHC	/			/			/				/
- Covid , AIDS , TB , DMHT	/			/			/				/
- ไตวาย นีว	/			/			/				/
- ข้อเข่าเสื่อม ต้อกระจก COPD Asthma	/			/			/				/
- มะเร็ง, หัวใจ , Stroke	/			/			/				/
- การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และลงทะเบียนผู้มีสิทธิ UC	/			/			/				/
- งานบริหารจัดการสิทธิอื่น NCH	/			/			/				/
<b>ประชุมชี้แจง ติดตามกำกับงานขึ้นทะเบียน</b>	/					/				/	
<b>ประชุมชี้แจง ติดตามงานลงทะเบียน</b>	/					/				/	
<b>ประชุมชี้แจง ติดตามกำกับตรวจสอบชดเชยค่าบริการสาธารณสุข</b>	/					/				/	
<b>ประชุมชี้แจง ติดตามค่าบริการฯ ที่เบิกจ่ายใน ลักษณะงบลงทุน</b>	/					/				/	

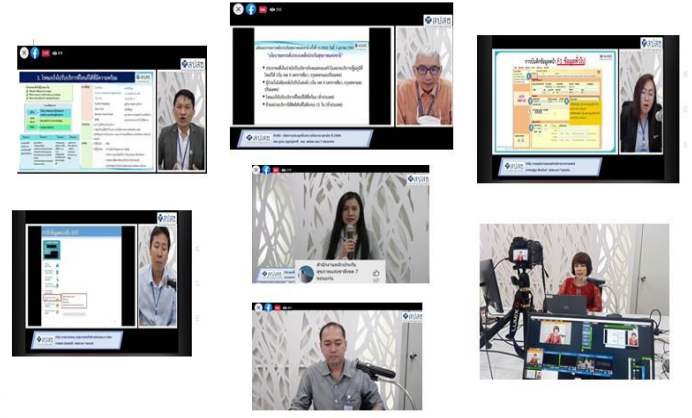


**ศ(พิเศษ) นพ.สมพร โพธิ์นาม**  
ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เขต 7 ขอนแก่น

# ภาพกิจกรรมการดำเนินงานภารกิจบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2564



**พญ.วิพรรณ สิงคะพงศ์ (ผู้ร่วมเสวนา)**  
ผู้อำนวยการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7



# AUDIT SYSTEM



## Pre-audit

ตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre-audit) ซึ่งมีมาตรการในการตรวจสอบดังนี้

- ระบบ authentication
- ระบบ AI และ verification system ในการตรวจจับข้อมูลเบี่ยงจ่ายที่ผิดปกติ
- ตรวจสอบโดย auditor ภายนอกกรณีที่พบข้อมูลที่มีความผิดปกติจำนวนมาก



## Quality of care audit

ตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ (Quality of care audit) : โดยความร่วมมือกับสมาคมวิชาชีพ



## Pre-authorization



ตรวจสอบข้อบ่งชี้ก่อนการให้บริการ (Pre-authorization) : ตรวจสอบโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

## Post-audit



ตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post-audit) : ตรวจสอบโดย auditor

# รายการตรวจสอบเวชระเบียน ปี 2565

## 1. บริการ OP กทม.

- OP-refer/AE/พิการ/ทันตกรรม/HC (กทม.)
- OP -ปฐมภูมิ (Model 5 กทม.)

## 2. บริการ IP

- IP normal (Coding audit)
- ODS/MIS (Quality audit)
- UCEP

## 3. บริการ CR

- การให้เคมีบำบัด/รังสีรักษา (ส่วนที่มี protocol)+CA anywhere (เฉพาะ OP)
- IP กรณี CAG + PCI
- IP กรณี Instrument
- ประสาทหูเทียม (cochlear implant) (PA)
- OP บริการไปที่ไหนก็ได้เหตุสมควร
- OPAE

## 4. บริการ PP Fee schedule

- บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์
- บริการคุมกำเนิดและยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
- บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

## 5. บริการฟื้นฟู

- อุปกรณ์ผู้พิการ
- บริการฟื้นฟู

## 6. บริการไตวายเรื้อรัง

- บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

## 7. บริการ COVID-19

- ตรวจคัดกรอง
- การกักกันโรค (Hospital Quarantine)
- UCEP-COVID
- ค่าบริการ IP/ IPPUI /cohort ward / hospital /home Isolation

## 8. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

- DM type I (Quality audit)

## 10. ตรวจสอบ OPLG

- ตรวจสอบผู้ป่วยนอกสิทธิ อปท.
- IP (Coding audit)

# เป้าหมายการตรวจสอบเขตเขยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

สปสช.	เป้าตรวจ Coding	เป้าตรวจ Billing	รวม เป้าหมาย PP fee schedule	รวม เป้าหมาย Audit
เขต 1 เชียงใหม่				
เขต 2 พิษณุโลก				
เขต 3 นครสวรรค์				
เขต 4 สระบุรี				
เขต 5 ราชบุรี				
เขต 6 ระยอง				
เขต 7 ขอนแก่น	12,150	17,925	32,970	63,045
เขต 8 อุตรธานี				
เขต 9 นครราชสีมา				
เขต 10 อุบลราชธานี				
เขต 11 สุราษฎร์ธานี				
เขต 12 สงขลา				
เขต 13 กรุงเทพฯ				
รวม_เขต	140,000	350,000	506,700	996,700



สปสช.	เป้าตรวจ Coding			เป้าหมาย Billing				รวมเป้าหมาย Billing
	Post_IP_UC (Random)	Post_IP_อปท. EMA	รวมเป้าหมาย Coding	Pre_OPAE	Post_OPAE	Pre_บริการฟื้นฟู	Post_eMA_OP_LGO	
เขต 1 เชียงใหม่								
เขต 2 พิษณุโลก								
เขต 3 นครสวรรค์								
เขต 4 สระบุรี								
เขต 5 ราชบุรี								
เขต 6 ระยอง								
เขต 7 ขอนแก่น	11,000	1,150	12,150	1,150	375	3,500	750	17,925
เขต 8 อุตรธานี								
เขต 9 นครราชสีมา								
เขต 10 อุบลราชธานี								
เขต 11 สุราษฎร์ธานี								
เขต 12 สงขลา								
เขต 13 กรุงเทพฯ								
รวม_เขต	130,000	10,000	140,000	21,500	3,500	54,500	7,000	350,000



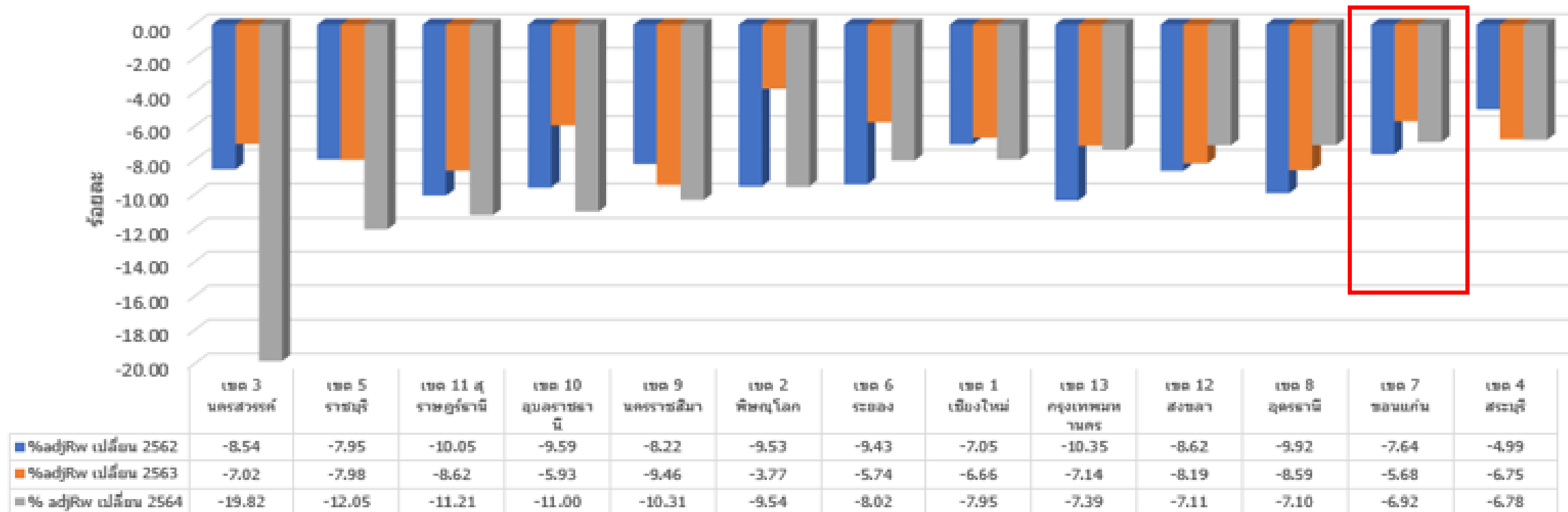
# เป้าหมายการตรวจสอบชุดเขยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

สปสข.	เป้าตรวจ PP																		รวม เป้าหมาย PP fee schedule
	Pre_ANC	Post_AN C	Pre_ANC Ultrasou nd	Post_A NC Ultrasou nd	Pre_ANC DENT	Post_ ANC DENT	Pre_PAP	Post_PAP	Pre_ HPV DNA Test	Post_HP V DNA Test	Pre_ ตรวจคัด กรอง Covid-19	Post_ ตรวจคัด กรอง Covid-19	Pre_UCE P-COVID	Post_U CEP- COVID	Pre_IP/IPP UI/cohort ward/hospi tel/home Isolation	Post_IP/IP PUI/cohort ward/hosp itel/home Isolation	รวมเป้า Pre audit PP fee schedul e	รวมเป้า Post audit PP fee schedule	
เขต 1 เชียงใหม่																			
เขต 2 พิษณุโลก																			
เขต 3 นครสวรรค์																			
เขต 4 สระบุรี																			
เขต 5 ราชบุรี																			
เขต 6 ระยอง																			
เขต 7 ขอนแก่น	7,500	2,600	820	140	230	70	13,800	5,300	150	70	1,300	580	90	30	145	145	24,035	8,935	32,970
เขต 8 อุตรดิตถ์																			
เขต 9 นครราชสีมา																			
เขต 10 อุบลราชธานี																			
เขต 11 สุราษฎร์ธานี																			
เขต 12 สงขลา																			
เขต 13 กรุงเทพฯ																			
รวม_เขต	110,000	40,000	10,000	2,000	3,000	1,000	175,000	77,000	6,500	3,200	45,000	20,000	3,000	1,000	5,000	5,000	357,500	149,200	506,700

# ผลการตรวจสอบเวชระเบียนบริการผู้ป่วยใน (Coding Audit) ปี 2562-2564

ร้อยละค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ AdjRW เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบเวชระเบียนรายเขต ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔  
(เรียงลำดับตามร้อยละที่ลดลง ปี ๒๕๖๔)

## กรณีการสุ่มตรวจสอบ **Random**



# ผลการตรวจสอบเวชระเบียนบริการผู้ป่วยใน (Coding Audit) ปี 2562-2564

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์(AdjRw)ที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔

## กรณีการสุ่มตรวจสอบ **Random**

เขต	adjRw เปลี่ยนแปลง 2562	adjRw เปลี่ยนแปลง 2563	adjRw เปลี่ยนแปลง 2564
เขต 1 เชียงใหม่	-304.55	-289.75	- 1,436.62
เขต 2 พิษณุโลก	-187.48	-244.23	- 1,171.56
เขต 3 นครสวรรค์	-252.12	-262.03	- 3,288.31
เขต 4 สระบุรี	-421.16	-349.93	- 1,156.06
เขต 5 ราชบุรี	-272.16	-395.85	- 2,271.38
เขต 6 ระยอง	-367.26	-190.83	- 1,183.01
เขต 7 ขอนแก่น	-317.52	-237.95	- 1,106.87
เขต 8 อุตรธานี	-246.16	-255.77	- 979.11
เขต 9 นครราชสีมา	-351.06	-285.76	- 1,832.50
เขต 10 อุบลราชธานี	-268.27	-293.74	- 1,650.47
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	-294.49	-287.62	- 1,708.18
เขต 12 สงขลา	-264.91	-242.15	- 963.09
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	-229.51	-430.97	- 1,468.00
ทั้งประเทศ	-3776.65	-3766.58	-20215.15



## การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สิทธิข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น ปี 2564

Region	เขต	จำนวน (ฉบับ)	จำนวนเวชระเบียนที่ รพ. ชอยีนอุตรธรม์ 1	จำนวนเวชระเบียนที่ รพ.ชอยีนอุตรธรม์ 2
01	เขต 1 เชียงใหม่	732	147	6
02	เขต 2 พิษณุโลก	450	108	1
03	เขต 3 นครสวรรค์	301	67	0
04	เขต 4 สระบุรี	518	100	5
05	เขต 5 ราชบุรี	500	84	7
06	เขต 6 ระยอง	410	134	3
07	เขต 7 ขอนแก่น	747	126	5
08	เขต 8 อุตรธานี	552	77	0
09	เขต 9 นครราชสีมา	702	115	40
10	เขต 10 อุบลราชธานี	601	63	
11	เขต 11 สุราษฎร์ธานี	501	88	
12	เขต 12 สงขลา	663	43	4
13	เขต 13 กรุงเทพมหานคร	400	151	3

**ผลตรวจสอบเวชระเบียนกรณีตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**  
**กรณีโรงพยาบาลเอกชน ปี 2564**

รายการ	การเบิกขดเซย		ถูกต้องตามเกณฑ์การจ่าย ขดเซย		ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การ จ่ายขดเซย		*กรณีเบิกขดเซยถูกต้องแต่ เกินศักยภาพของหน่วย		สรุปผลการจ่ายขดเซย	
	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)
1. กรณีค่าตรวจ lab	688	1,720,000	641	1,602,500	47	117,500	0	0	641	1,602,500
2. กรณีค่าชุด PPE เพื่อใช้ในห้อง lab	687	343,500	640	320,000	47	23,500	304	152,000	336	168,000
3. การใช้ชุด PPE เพื่อการคัดกรอง	688	371,520	688	371,520	0	0	0	0	688	371,520
3.1 คัดกรองในหน่วยบริการ			688	371,520	0	0		0		0
3.2 คัดกรองเชิงรุก			0	0	0	0		0		0
รวม		2,435,020		2,294,020		141,000		152,000		2,142,020

# ปัญหา/ อุปสรรค

1. การส่งข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยกรณีของกองทุนที่ต้องใช้ผลงานการบริการ เช่น กองทุนผู้ป่วยในเป็นงบประมาณที่มีปริมาณมาก อาจส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การเงินของหน่วยบริการ
2. สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 มีผลกระทบต่อผลงานบริการด้านอื่นของหน่วยบริการ ซึ่งส่งผลให้หน่วยบริการขาดสภาพคล่องด้านการเงิน ดังนั้นจึงมีบางหน่วยบริการที่ช่วงต้นปีงบประมาณงดบริการผู้ป่วยใน แต่ยังไม่เปิดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ทำให้ช่วงต้นปีอาจขาดสภาพคล่องด้านการเงิน
3. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการปรับเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน อาจเกิดผลกระทบต่อความรู้ความเข้าใจด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. มีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายในสถานการณ์โควิด-19 บ่อยครั้งอย่างต่อเนื่อง
5. การตรวจสอบการชดเชยมีปริมาณมากขึ้น กรณีรายบริการเฉพาะโรค ต้องประสานงานและอบรมให้ความรู้เฉพาะทางของคณะกรรมการ



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ทดลองรวมเครือข่าย...ทดลองทลายเพื่อหนึ่งเดียว :

รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน



# งานสนับสนุนและติดตามกำกับประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพ



C4



นางญา สังขวัฒน์  
หัวหน้ากลุ่มงาน

ตุ๊กก



พระ น้อยสมบัติ  
จนท.อาวุโส

ตี๋หน้า



สุทาร์ตน์ สัตตะดुर  
จนท.อาวุโส

จุ่มจุ่ม



จิตพัฒน์ สุวรรณธรรมมา  
หัวหน้างาน

จ้าวห้อย



พุกษาจร เชื้อสุภา  
เจ้าหน้าที่

ข้าวสวย



อภิสิทธิ์ คุณทะวงษ์  
พนง.โครงการ

ห้อง  
เป็ยร





นักวิชาการหลัก  
ประกันสุขภาพ  
สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ เขต 7  
ขอนแก่น

## ๑. นางนาฏญา สังวัตน์ มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

๑.๑. กำกับดูแลงานและเจ้าหน้าที่ในกลุ่มภารกิจ

๑.๒. งานกำกับติดตามการบริหารกองทุนภาพรวมระดับเขต สถานการณ์การเงินการคลัง

๑.๓. งานบริหารการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว

๑.๔. งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข งบกองทุนผู้ป่วยใน (IP)

๑.๕ งานบริหารจัดการ ฝ่าตัดแบบ One Day Surgery (ODS) / งาน ER คุณภาพ / ระบบ refer

๑.๖ งานตรวจสอบเวชระเบียนสำหรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข Coding Audit กองทุนผู้ป่วยใน UC และข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น

๑.๗ งานตรวจสอบเวชระเบียนสำหรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข Billing Audit กองทุนผู้ป่วยนอก กองทุนค่าใช้จ่ายสูง และข้าราชการพยาบาลข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น



[nataya.s@nhso.go.th](mailto:nataya.s@nhso.go.th)

090-197-5210<sup>1</sup>





## ๒ นายพชร น้อยสมบัติ มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

๒.๑ งานบริหารงบประมาณบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

๒.๒ งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข National Clearing House

- สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น
- สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
- สิทธิประกันสังคม

๒.๓ งานลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ

๒.๔ การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการ งานบริหารจัดการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๒.๕ ประมวลผลจัดทำข้อมูล



นักบริหารงานหลัก  
ประกันสุขภาพ  
สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ เขต 7  
ขอนแก่น



[pothchara.n@nhso.go.th](mailto:pothchara.n@nhso.go.th)



090-197-5202





๓. นางสาวสุทาร์ตน์ สัตตะวุธ มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

๓.๑ งานขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

๓.๒ งานจัดการเครือข่ายหน่วยบริการ

๓.๓ งานธุรกรรมสัญญาางบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๔ งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer)

๓.๕ งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เจ็บป่วยฉุกเฉิน รพ. เอกชน (UCEP)

๓.๖ งานตรวจสอบชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีฟื้นฟู

๓.๗ งานตรวจสอบเวชระเบียนกรณีนโยบายปฐมภูมิ



นักบริหารงานหลัก  
ประกันสุขภาพ  
สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ เขต 7  
ขอนแก่น



[sutarat.s@nhso.go.th](mailto:sutarat.s@nhso.go.th)

061-386-7188 <sup>1</sup>





## ๔. นางสาวฐิตพัฒน์ สุวรรณธรรมมา มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้



นักวิชาการหลัก  
ประกันสุขภาพ  
สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ เขต 7  
ขอนแก่น

๔.๑ งานบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยนิวในทางเดินปัสสาวะ

๔.๒ งานบริหารจัดการบริการ ข้อเช่าเสื่อม

๔.๓ งานบริหารจัดการบริการ ผ่าตัดตาต่อกระจก

๔.๔ งานบริหารจัดการ COPD & Asthma

๔.๕ งานบริหารจัดการระบบบริการกรณีเฉพาะ มะเร็ง

๔.๖ งานบริหารจัดการระบบบริการกรณีเฉพาะสายสวนหัวใจ

๕.๔ งานบริหารจัดการระบบบริการกรณีเฉพาะ STROKE & STEMI

๔.๘ งานบริหารจัดการ Transplantation



[dhitaphatana.s@nhso.go.th](mailto:dhitaphatana.s@nhso.go.th)

064-996-5642





นักบริหารงานหลัก  
ประกันสุขภาพ  
สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ เขต 7  
ขอนแก่น

## ๖. นางสาวพฤกษาสร เชื้อสุภา มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

๖.๑ Help Desk งานชดเชยค่าบริการ e-Claim

๖.๒ งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กองทุนผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (OPAE)

๖.๓ งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กองทุนค่าใช้จ่ายสูง (HC)

๖.๔ งานบริหารจัดการบริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์/ผู้ป่วยวัณโรค (HIV,AIDs/TB)

๖.๕ งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข COVID-๑๙

๖.๖ งานตรวจสอบเวชระเบียนสำหรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข COVID-๑๙

[pruksasorn.c@nhso.go.th](mailto:pruksasorn.c@nhso.go.th)

061-403-2130

## ๗. นายอภิสิทธิ์ คุณทะวงษ์ มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

๗.๑ งานสนับสนุนตรวจสอบเวชระเบียนสำหรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข Coding Audit

กองทุนผู้ป่วยใน สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น

๗.๒ งานสนับสนุนตรวจสอบเวชระเบียนสำหรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข Billing Audit กองทุนผู้ป่วยนอก

กองทุนค่าใช้จ่ายสูง ค่ารักษาพยาบาลข้าราชการพนักงานส่วนท้องถิ่น

๗.๓ งานสนับสนุนตรวจสอบเวชระเบียนสำหรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข COVID-๑๙

๗.๔ งานสนับสนุนตรวจสอบเวชระเบียนกรณีนโยบายปฐมภูมิ

๗.๕ งานสนับสนุนตรวจสอบชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีฟื้นฟู

๗.๖ งานสนับสนุนจัดทำ User / Password

๗.๗ งานสนับสนุน ธุรการ กลุ่มงาน



พนักงานจ้างเหมา  
บริการ  
สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ เขต 7  
ขอนแก่น



[apisit.k@nhso.go.th](mailto:apisit.k@nhso.go.th)



088-038-3595



# การผสมผสานอย่างลงตัว

