

งานสนับสนุนการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

นโยบายยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การรับบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ ประเภทบริการผู้ป่วยนอก กรณีเหตุสมควรในพื้นที่เขตภาคอีสาน



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรและอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ (ฉบับที่ ๔)
 พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรและอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐ วรรคสอง แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรและอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๕/๕ และข้อ ๕/๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรและอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๓

“ข้อ ๕/๕ การเข้ารับบริการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นนอกจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ในเขตพื้นที่ดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร

(๑) ผู้เข้ารับบริการในพื้นที่ สปสช. เขต ๗ ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด ให้เข้ารับบริการในหน่วยบริการอื่นภายในเขตได้

(๒) ผู้เข้ารับบริการในพื้นที่ สปสช. เขต ๘ ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัดหนองคาย จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดบึงกาฬ ให้เข้ารับบริการในหน่วยบริการอื่นภายในเขตได้

ข้อ ๕/๖ การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นนอกจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ให้ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร”



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ซัน ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ * ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ * ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๓ ๐๐๐๐ โทรสาร (Fax) ๐๒ ๕๙๓ ๕๗๗๗

ที่ สปสช. ๒.๕๗ /ว.๓๐๕๘

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประเภทบริการผู้ป่วยนอกกรณีที่มีเหตุสมควร ในพื้นที่เขตภาคอีสาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่ความรับผิดชอบของ สปสช. เขต ๗ ขอนแก่น สปสช.เขต ๘ อุดรธานี สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา และ สปสช.เขต ๑๐ อุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายฯ ในพื้นที่เขตภาคอีสาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดการเข้ารับบริการกรณีที่มีสิทธิมีความจำเป็นในการเข้ารับบริการยังหน่วยบริการอื่นนอกจากหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ของบุคคลที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ในพื้นที่ สปสช. เขต ๗ ขอนแก่น สปสช.เขต ๘ อุดรธานี สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา และ สปสช.เขต ๑๐ อุบลราชธานี ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควรนั้น

ในการนี้ เพื่อให้การขอรับค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด (สปสช.) จึงขอส่งแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประเภทบริการผู้ป่วยนอกกรณีที่มีเหตุสมควร ในพื้นที่เขตภาคอีสาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)



ประกาศ ฉบับที่ 4



ประกาศปฐมภูมิ

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีที่มีเหตุสมควร (เขต 7,8,9,10)

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการผู้ป่วยนอก กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่น กรณีที่มีเหตุสมควร นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของพื้นที่ ดังนี้

- 1) สปสช. เขต 7 ขอนแก่น ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีผลตั้งแต่การให้บริการวันที่ 1 มีนาคม 2564
- 2) สปสช. เขต 8 อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัดหนองคาย จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดบึงกาฬ โดยมีผลตั้งแต่การให้บริการวันที่ 1 มีนาคม 2564
- 3) สปสช. เขต 9 นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีผลตั้งแต่การให้บริการวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563
- 4) สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี ประกอบด้วย จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดยโสธร จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีผลตั้งแต่การให้บริการวันที่ 5 เมษายน 2564

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และการออกแบบการจ่ายชดเชย กรณีบริการไปที่ไหนก็ได้ ของเขตภาคอีสาน (เขต 7,8,9,10)

การรับบริการที่ไหนก็ได้ของเขตภาคอีสาน

ในจังหวัด

รพ.สต./ รพช.

- จ่ายตามราคาที่ตกลงกัน
- โดยให้ สสจ.ทำหน้าที่ในการ Clearing house

1 รพท./รพศ.

กรณี walk in

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- รพ.ที่กำหนด 9 แห่ง
- จ่ายตาม Fee schedule และ Fee for service with point system

กรณี OP Refer/OPAE

- เบิกจ่ายตามราคาที่ตกลงกันในจังหวัด

ข้ามจังหวัดในเขต *(ทุกระดับ)

กรณี walk in

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- ปรุ้มภูมิ ตามจริงไม่เกิน 70 บาท
- ตามรายการ Fee schedule และ Fee for service with point system

กรณี OP Refer/OPAE

- เบิกตามเงื่อนไขระบบปกติ

ข้ามเขตพื้นที่ รอยต่อ

- เงื่อนไขการใช้บริการในพื้นที่รอยต่อ ตามข้อตกลงเดิม

ข้ามเขตในภาคอีสาน *(ทุกระดับ)

กรณี walk in

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- ปรุ้มภูมิ ตามจริงไม่เกิน 70 บาท
- จ่ายตาม Fee schedule และ Fee for service with point system

กรณี OP Refer/OPAE

- เบิกตามเงื่อนไขระบบปกติ

นิยาม ผู้ป่วยนอก “Walk in”



ยาหมดมาขอรับยาที่ไม่ใช่
รพ.ที่รักษาเป็นประจำ



ทันตกรรม (ทันตกรรมพื้นฐาน ถอน อุด
ขูดหินปูน และบริการที่ไม่เข้าข่าย
กองทุนย่อย)



ทำแผลต่อเนือง / ฉีดวัคซีน
(ได้เฉพาะค่าฉีด 30 บาท)



เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ไข้หวัด
ปวดท้อง เคืองตา ฯลฯ ที่ไม่เข้าเกณฑ์
ค่าบริการ OP Refer & OP AE

หมายเหตุ : การเบิก Walk in ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายที่มีในกองทุนอื่น เช่น TB, มะเร็ง, ไตวายเรื้อรัง

1 บริการผู้ป่วยนอกกรณีเหตุสมควร ภายในจังหวัด

1) บริการประเภทผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด โดยไม่มีหนังสือส่งตัว เงื่อนไขการจ่าย

1. หน่วยบริการที่ให้บริการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (รายการตามเอกสารแนบท้าย 1)
2. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหน่วยบริการประจำในพื้นที่ ประเภทผู้ป่วยนอก กรณีที่มีเหตุสมควร ที่เข้ารับบริการยังโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด โดยไม่มีหนังสือส่งตัว
3. หน่วยบริการที่ให้บริการใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอ Authentication Code ด้วยบัตร Smart card

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการตามรายการและอัตราที่ สปสช.กำหนด (Fee Schedule (รายการตามเอกสารแนบท้าย 2) และตามราคาเรียกเก็บ (Fee for service) ด้วยระบบ Point system with Global budget

รายชื่อโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์
เข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด โดยไม่มีหนังสือส่งตัว

1) ในพื้นที่สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

- | | |
|--|------------------|
| (1) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ | จังหวัดขอนแก่น |
| (2) ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ม.ขอนแก่น | จังหวัดขอนแก่น |
| (3) โรงพยาบาลชุมแพ | จังหวัดขอนแก่น |
| (4) โรงพยาบาลสิรินธร(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) | จังหวัดขอนแก่น |
| (5) โรงพยาบาลขอนแก่น | จังหวัดขอนแก่น |
| (6) โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | จังหวัดมหาสารคาม |
| (7) โรงพยาบาลมหาสารคาม | จังหวัดมหาสารคาม |
| (8) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด | จังหวัดร้อยเอ็ด |
| (9) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ | จังหวัดกาฬสินธุ์ |

2) บริการประเภทผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด ภายในเขต

กรณีการใช้บริการนอกเครือข่ายหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ | และในโรงพยาบาล
ทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ข้ามจังหวัดภายในเขต โดยไม่มีหนังสือส่งตัว

2.1 เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหน่วยบริการประจำในพื้นที่ สปสช.
เขต ประเภทผู้ป่วยนอก กรณีที่มีเหตุสมควร ที่เข้ารับบริการยังหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย และในโรงพยาบาล
ทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ข้ามจังหวัดภายในเขต โดยไม่มีหนังสือส่งตัว

2) หน่วยบริการที่ให้บริการใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอ
Authentication Code ด้วยบัตร Smart card

2.2 อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) การใช้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วย
บริการ ตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้งบริการ

2) การใช้บริการในหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย นอกเหนือจากข้อ 1) สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่
หน่วยบริการที่ให้บริการตามรายการและอัตราที่สปสช.กำหนด (Fee Schedule รายการตามเอกสารแนบท้าย 2)
และตามราคาเรียกเก็บ (Fee for service) ด้วยระบบ Point system with Global budget

3) บริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามเขตภายในพื้นที่เขตภาคอีสาน

กรณีการใช้บริการนอกเครือข่ายหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ และในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ข้ามเขตภายในพื้นที่เขตภาคอีสาน โดยไม่มีหนังสือส่งตัว

3.1 เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหน่วยบริการประจำในพื้นที่ สปสช. เขต ประเภทผู้ป่วยนอก กรณีที่มีเหตุสมควร ที่เข้ารับบริการยังหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย และในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ข้ามเขตภายในพื้นที่เขตภาคอีสาน โดยไม่มีหนังสือส่งตัว

2) หน่วยบริการที่ให้บริการใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอ Authentication Code ด้วยบัตร Smart card

3.2 อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) การใช้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้งบริการ

2) การใช้บริการในหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย นอกเหนือจากข้อ 1) สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการตามรายการและอัตราที่ สปสช.กำหนด (Fee Schedule รายการตามเอกสารแนบท้าย 2) และตามราคาเรียกเก็บ (Fee for service) ด้วยระบบ Point system with Global budget

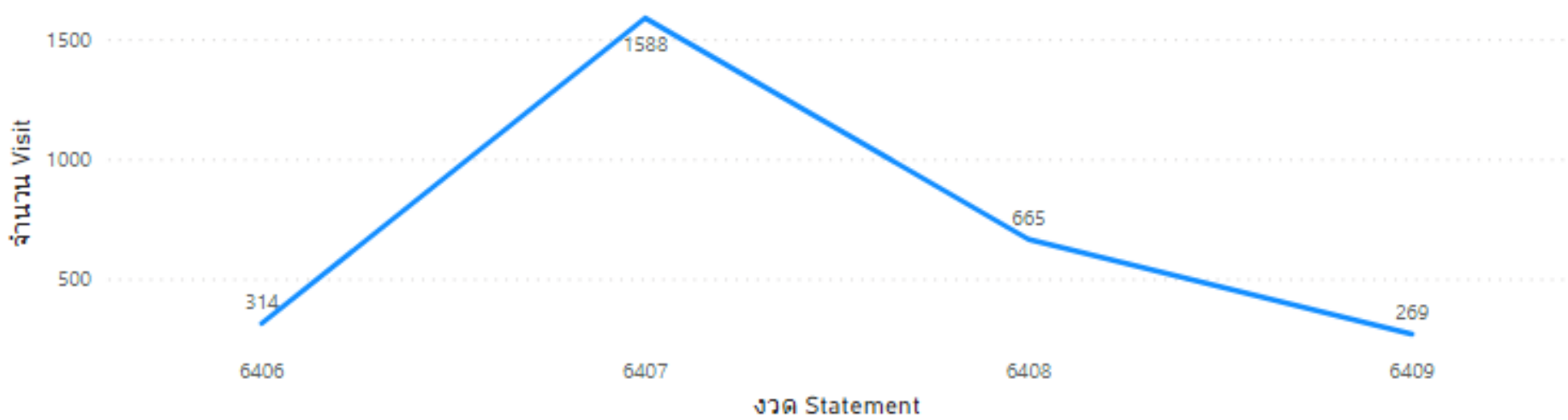
ผลงานการบริการที่เหนือกว่าของ เขตภาคอีสาน

จำนวนคนทั้งหมด
2701
คน

จำนวน Visit ทั้งหมด
2836
Visit

จำนวนวงเงินชดเชย
481,558.62
บาท

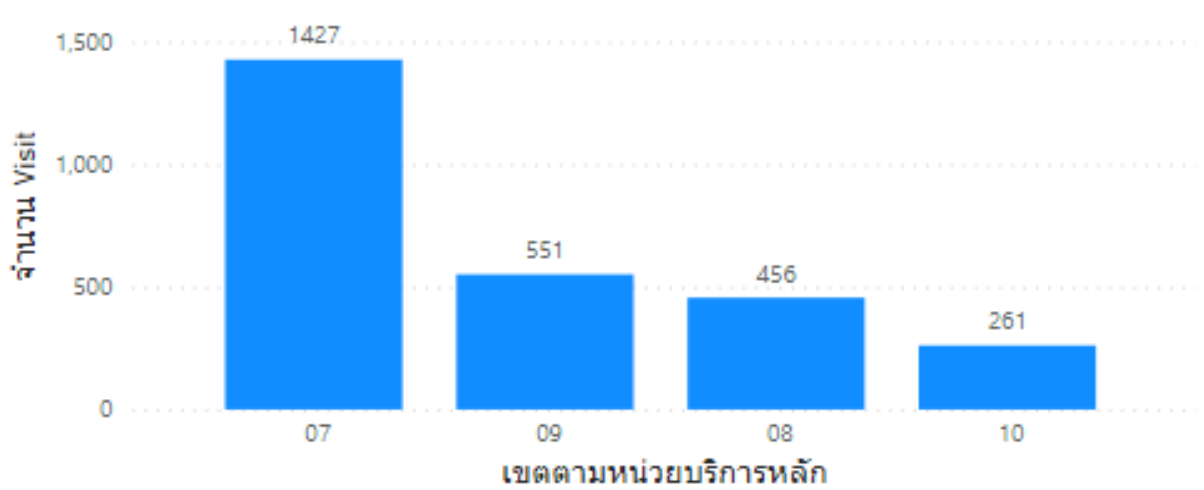
แนวโน้มการส่งข้อมูลกรณีขอรับค่าใช้จ่ายกรณีที่มีเหตุสมค...



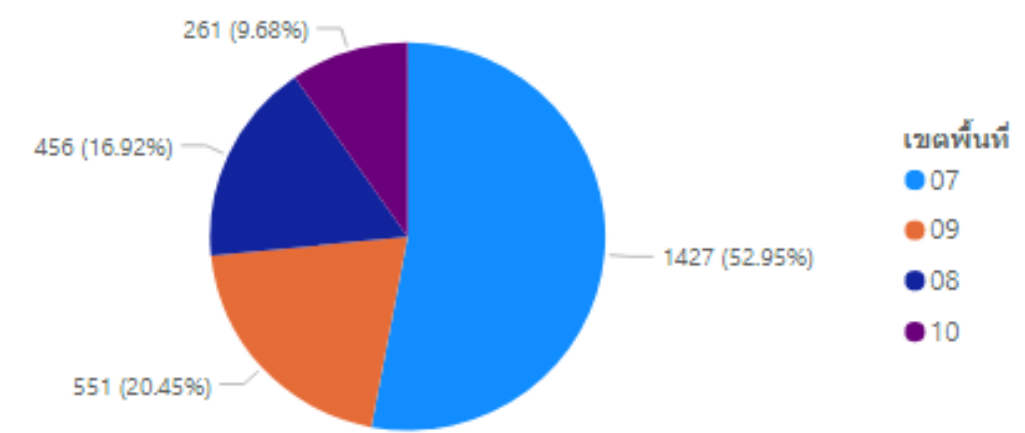
Top 10 การให้บริการตามรหัสวินิจฉัยโรค

PDX	จำนวน Visit	วงเงินชดเชย
Z48	146	11,140.00
K30	133	18,043.00
I10	112	15,201.50
J00	95	2,840.00
M62	83	12,039.50
R42	73	11,992.00
Z24	72	6,506.87
Z01	65	7,565.00
A09	60	5,459.75
R50	50	9,266.50
Total	2836	481,558.62

แผนภูมิแสดงจำนวนการให้บริการผู้ป่วยของหน่วยบริการในเขต 7
จำแนกตามเขตหน่วยบริการหลัก



แผนภูมิแสดงสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยของหน่วยบริการในเขต 7
จำแนกตามเขตหน่วยบริการหลัก





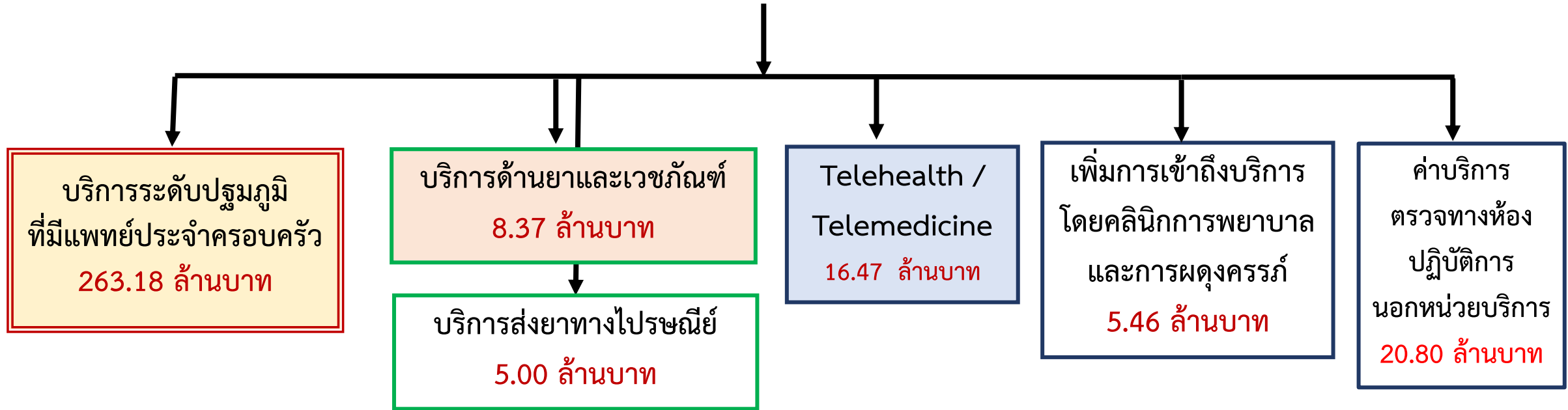
สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางบริหารค่าบริการ
สาธารณสุขเพิ่มเติม
สำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว
ปีงบประมาณ 2565



ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (PHC) ปีงบประมาณ 2565 (319.28 ล้านบาท)



แผนการขับเคลื่อนการเข้าถึง บริการ PC และ P&P ปี 2565

เป้าหมาย 1 : เพิ่มการเข้าถึง**บริการปฐมภูมิ** ที่สะดวก มีคุณภาพและมาตรฐาน



01: ประชาชนมีและรับรู้แพทย์และทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิประจำครอบครัว

02: ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่สะดวก มีคุณภาพและมาตรฐาน

- ประชาชนไปใช้บริการปฐมภูมิได้ทุกที่
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

03: พัฒนากลไกการจ่ายสำหรับบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (เชื่อมต่อ พรบ.ปฐมภูมิ)

- ศึกษา ทบทวนการจัดการงบประมาณย่อย สปสช ที่เกี่ยวกับงานบริการปฐมภูมิ
- ศึกษา unit cost การจัดทำงบประมาณ และกลไกการจ่ายสำหรับบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ปฐมภูมิ
- ศึกษาภาระและผลกระทบการจ่ายงบบริการที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ ลงตรงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ

04: มีนวัตกรรมบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับบริการหลัก และสอดคล้องกับวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ในยุคดิจิทัล



- 1) เพิ่มหน่วยบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และขยายขอบเขตกิจกรรม ในบริการนวัตกรรมเดิม ได้แก่ Telehealth บริการ Lab นอกหน่วยบริการ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกพยาบาล และร้านยา
- 2) พัฒนานวัตกรรม รูปแบบบริการ PC และ P&P ได้แก่ สายด่วนให้คำปรึกษา การวางแผนครอบครัว การคัดกรองกลุ่ม NCD การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ comprehensive care & continuous care



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฯ ปี2565

ข้อ ๖๙ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ดังนี้

๖๙.๑ จำนวน ๒๖๓.๑๘๐๐ ล้านบาท สำหรับบริการระดับปฐมภูมิ

๖๙.๑.๑ จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์

ประจำครอบครัว โดยแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนด

หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖๙.๑.๒ จ่ายให้ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

มีระบบการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างแพทย์ประจำครอบครัวและประชาชน

การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ปีงบประมาณ 2565

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิที่จำเป็นสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึงและเป็นธรรม

1.2 สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพและคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.3 เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ

2. กลุ่มเป้าหมาย

2.1 เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562

2.2 มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ศักยภาพบริการและเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

กรอบการบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ปีงบประมาณ 2565

งบ PCC ปีงบประมาณ 2565
(263.18 ล้านบาท)

เป้าหมาย 1,310 แห่ง

ส่วนที่ 1 จ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ
ไม่เกิน 131.09 ล้านบาท (ร้อยละ 50)

งวดที่ 1 จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิ แห่งละไม่เกิน 60,000 บาท
ภายในไตรมาส 2 โดยหน่วยบริการมีศักยภาพบริการ ดังนี้

- 1) ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562
- 2) มีและใช้ระบบข้อมูลรายชื่อแพทย์คู่กับประชาชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- 3) มีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยง อย่างน้อย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มตั้งครรภ์ กลุ่มหญิงอายุ 30-59 ปี และกลุ่มเป้าหมายฉีดวัคซีนโรคไขหวัดใหญ่ โดยมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน

งวดที่ 2 จ่ายเพิ่มเติมข้อเกณฑ์ละไม่เกิน 20,000 บาท รวมแห่งละไม่เกิน 40,000 บาท
ภายในไตรมาส 4 โดยหน่วยบริการมีศักยภาพบริการ ดังนี้

- 1) มีและใช้ระบบการให้บริการสาธารณสุขทางไกล(Telehealth/Telemedicine) และมีการบริการให้คำปรึกษาดูแลต่อเนื่อง
- 2) มีการใช้ระบบข้อมูลบริการที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการ

*** หากมีงบประมาณคงเหลือให้นำไปรวมจ่ายในส่วนที่ 2

ส่วนที่ 2 จ่ายตามผลลัพธ์คุณภาพบริการ
ไม่น้อยกว่า 131.09 ล้านบาท (ร้อยละ 50)

จ่ายงวดเดียว เป็น point system ภายใต้ Global budget ภายใน ไตรมาส 4 ให้แก่หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ส่วนที่ 1 (ข้อ1-3) ที่มีผลการให้บริการผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยมีรายการตัวชี้วัด ดังนี้

- 1) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
- 2) ร้อยละของหญิงอายุ 30 - 59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายใน 5 ปี
- 3) ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่

หมายเหตุ

- ตัวชี้วัด 1 ใช้ข้อมูลผลงานบริการระหว่างวันที่ 1 ตค.64 – 30 มิย.65
- ตัวชี้วัด 2 ใช้ข้อมูลผลงานบริการเฉลี่ยระหว่างวันที่ 1 กค.60 – 30 มิย.65
- ตัวชี้วัด 3 ใช้ข้อมูลผลงานบริการเฉลี่ยระหว่างวันที่ 1 พค.64 – 31 สค.65
- ในปีงบประมาณ 2566 จะมีการเพิ่มเติมตัวชี้วัดการจัดบริการ Home ward ในกลุ่มผู้ป่วย LTC ,Palliative , IMC

กลุ่มเป้าหมายให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

- (1) ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป
- (2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 โรค คือ
 - ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - หอบหืด
 - หัวใจ
 - หลอดเลือดสมอง
 - ไตวาย
 - ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด
 - โรคเบาหวาน
- (3) ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- (4) โรคธาลัสซีเมีย และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)
- (5) โรคอ้วน (น้ำหนัก >100 กก. หรือ BMI >35 กก./ตรม.)
- (6) หญิงตั้งครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป
- (7) เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี

กลุ่มเพิ่มเติมปี 2564

1. บุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19
2. กลุ่มที่อยู่สถานที่ที่มีการรวมตัวของประชากรจำนวนมาก เสี่ยงต่อการระบาด
3. กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ขึ้นกับสถานการณ์

(ร่าง) ค่าเป้าหมายและค่าคะแนนเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ ปี2565

ตัวชี้วัด	ช่วงเวลา ข้อมูลบริการ	ค่าเป้าหมาย ปี 2565	ผลงานภาพรวม ปี 2563	ค่าคะแนน				
				5	4	3 (Q3)	2 (Median)	1 (Q1)
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้ง แรกภายใน 12 สัปดาห์	1 ตค. 64 – 30 มิย. 65	>=ร้อยละ 80	Median = 61.57 Quartile1 = 58.18 Quartile3 = 63.65	80.00	71.82	63.65	60.77	58.18
ร้อยละของหญิงอายุ 30 - 59 ปี ได้รับการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก ภายใน 5 ปี	1 กค.60 – 30 มิย.65	>=ร้อยละ 80	Median = 40.80 Quartile1 = 35.03 Quartile3 = 50.98	80.00	65.49	50.98	41.37	35.03
ร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย ที่ ได้รับวัคซีนป้องกันโรค ไข้หวัดใหญ่	1 พค. 64 – 31 สค. 65	>ร้อยละ 50	Median = 23.66 Quartile1 = 20.27 Quartile3 = 28.34	50.00	39.17	28.34	22.56	20.27

แนวทางการดำเนินงานบริหารจัดการค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ปีงบประมาณ 2565

1

หน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน ตาม
พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562
(มีแพทย์ปฏิบัติงาน 5 วันต่อสัปดาห์)
และมีศักยภาพบริการตามเกณฑ์

ยื่นสมัครเพื่อขอรับค่าบริการเพิ่มเติม กับ
สสป. สป.สร. พร้อมเอกสารและชุดข้อมูล
ตามเกณฑ์ศักยภาพการจ้ดบริการตามที่
สปสช.กำหนด

- หนังสือ/เอกสารรับรองการขึ้นทะเบียนตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ฯ
- ข้อมูลแพทย์คู่ประชาชน
- ทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มตามเกณฑ์
- ข้อมูลศักยภาพบริการเพิ่มเติมของหน่วยบริการ เช่น บริการTelehealth , การเชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่ายฯ (สามารถส่งเพิ่มเติมได้ภายในไตรมาส 3)

2



สสป. สป.สร.

3



เขตสุขภาพ



สปสช.เขต

- กลไก/คณะทำงานปฐมภูมิระดับเขต
พิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิที่มี
ศักยภาพ โดยสามารถกำหนดเกณฑ์
เพิ่มเติมตามบริบทของพื้นที่

ส่งข้อมูลรอบที่ 1 ภายในไตรมาส 1
ส่งข้อมูลรอบที่ 2 ภายในไตรมาส 3



สปสช.

4

ส่วนที่ 1 ไม่เกินร้อยละ 50.00)
จ่ายให้หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ศักยภาพตามที่ สปสช.
กำหนด

- งวดที่ 1 ภายในไตรมาส 2
- งวดที่ 2 ภายในไตรมาส 4

- C1/สปสช.เขต ตรวจสอบข้อมูล
- C4 /L2 ประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล
ตามที่เกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย
ค่าบริการฯ ตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพ
บริการของ สปสช.

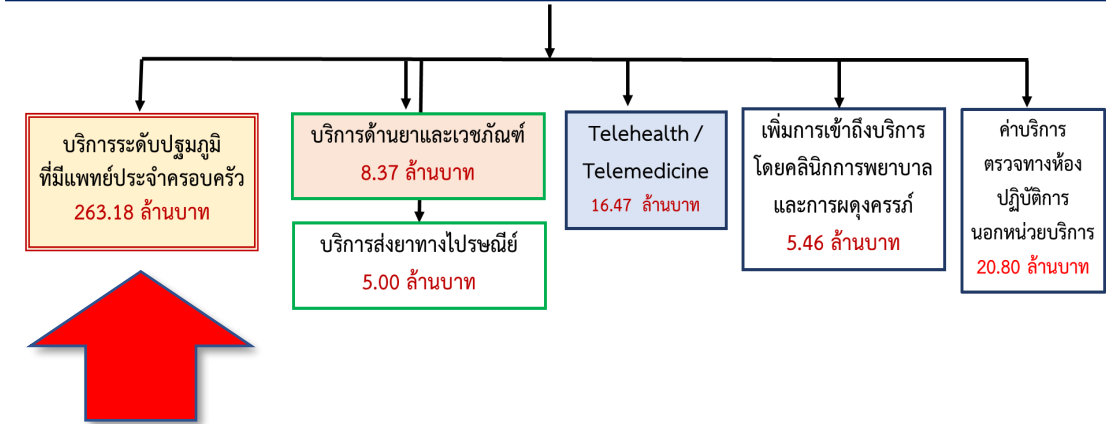
5

ส่วนที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50.00)
จ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการ (ภายในไตรมาส 4)

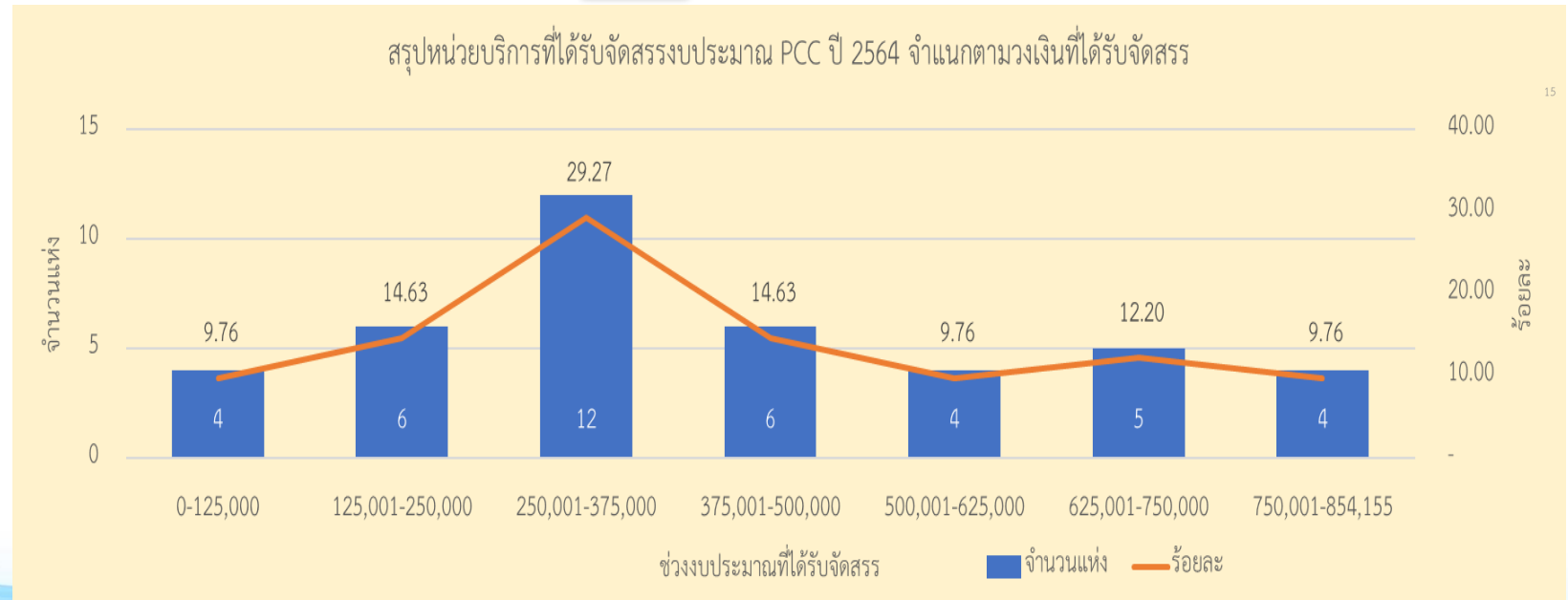
ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (PHC) ปีงบประมาณ 2565
(319.28 ล้านบาท)

ปี 2565
จำนวน 111 แห่ง



ปี 2564
จำนวน 41 แห่ง



จังหวัดขอนแก่น

อันดับ	ชื่อหน่วยบริการ	อำเภอ	รหัสบริการ 5 หลัก PCC/NPCC
1	รพ.สต.บ้านเปิด	เมืองขอนแก่น	04269
2	รพ.สต.บ้านทุ่งใหญ่	กระนวน	15007
3	รพ.สต.คำบง	น้ำพอง	04328
4	รพ.สต.น้ำพอง	น้ำพอง	04324
5	รพ.สต.บ้านคง	อุบลรัตน์	04341
6	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองสองห้อง	หนองสองห้อง	99794
7	ศสม.บ้านหนองกง	เมืองขอนแก่น	77766
8	ศูนย์แพทย์วิถีหนองแวง (รพศ.) ทีม 1	เมืองขอนแก่น	14861
9	เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านขาม	น้ำพอง	04331
10	เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิม่วงหวาน	น้ำพอง	04329
11	ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.พล	พล	99869
12	รพ.สต.บ้านมาลา	ชุมแพ	04297
13	รพ.สต.โนนสมบูรณ์ รพ.สิรินธร	บ้านแฮด	04473
14	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองคะเน	ชุมแพ	12415
15	ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.ข้าสูง	ข้าสูง	99933
	สำรอง		
1	รพ.สต.บัวใหญ่	น้ำพอง	04327
2	รพ.สต.ดอนหัน รพ.สิรินธร	บ้านแฮด	04265
3	รพ.สต.บ้านมือ	เมืองขอนแก่น	04256

จังหวัดร้อยเอ็ด

อันดับ	ชื่อหน่วยบริการ	อำเภอ	รหัสบริการ 5 หลัก PCC/NPCC
1	สอ.เฉลิมพระเกียรติสิแก้ว	เมืองร้อยเอ็ด	05085
2	รพ.สต.บ้านหนองไศล	หนองฮี	13960
3	รพ.สต.อุ่มเม่า	เกษตรวิสัย	05096
4	รพ.สต.บ้านจอมพล	ธวัชบุรี	05133
5	รพ.โพนทราย	โพนทราย	11072
6	รพ.อาจสามารรถ	อาจสามารรถ	11073
7	รพ.สต.บ้านใหม่สามัคคี	เสลภูมิ	05207
8	รพ.สต.กุดน้ำใส	พนมไพร	05147
	สำรอง		
1	รพ.สต.บ้านสูงยาง(คูเมือง)	เมืองสรวง	05243
2	ศูนย์แพทย์ชุมชน กกต.ทีม 1	เมืองร้อยเอ็ด	24650

จังหวัดมหาสารคาม

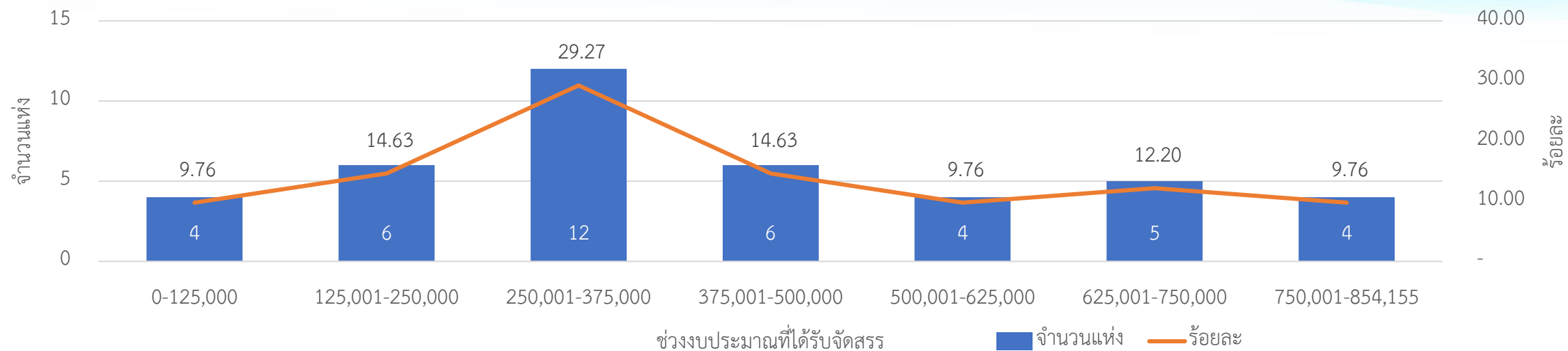
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อันดับ	ชื่อหน่วยบริการ	อำเภอ	รหัสบริการ 5 หลัก PCC/NPCC
1	รพ.สต.เมืองเตา	พยัคฆภูมิพิสัย	05024
2	รพ.สต.โคกก่อ	เมืองมหาสารคาม	04915
3	รพ.ยางสีสุราช	ยางสีสุราช	11060
4	รพ.สต.บ้านโคกไร่	แกดำ	04932
5	รพ.เขียงฮิน	เขียงฮิน	11054
6	รพ.โกสุมพิสัย	โกสุมพิสัย	11052
7	รพ.สต.บ้านหัวเข้าแตก	นาเชือก	05010
8	สอ.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษาฯ กระบาศ	ชื่นชม	04971
9	รพ.สต.บ้านแบก	เขียงฮิน	04976
10	ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี	เมืองมหาสารคาม	23564
	สำรอง		
1	รพ.พยัคฆภูมิพิสัย	พยัคฆภูมิพิสัย	11057
2	รพ.สต.บ้านวังยาว	โกสุมพิสัย	04935

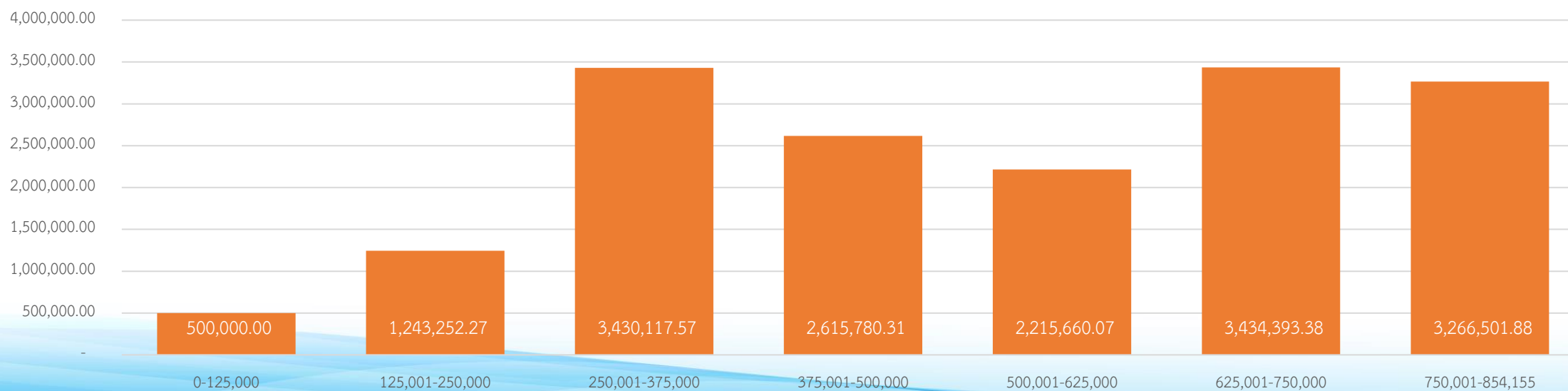
จังหวัดกาฬสินธุ์

อันดับ	ชื่อหน่วยบริการ	อำเภอ	รหัสบริการ 5 หลัก PCC/NPCC
1	รพ.ร.กุกินารายณ์	กุกินารายณ์	11449
2	รพ.สต.บ้านเหล่าใหญ่	กุกินารายณ์	05337
3	รพ.สต.บ้านดอนยานาง	ยางตลาด	05366
4	รพ.สต.บ้านเสียว	ยางตลาด	05357
5	รพ.สต.บ้านบ่อ	กมลาไสย	05321
6	รพ.ร.กุกินารายณ์	กุกินารายณ์	11449
7	รพ.คำม่วง	คำม่วง	11084
8	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพ.กาฬสินธุ์	เมืองกาฬสินธุ์	77738
	สำรอง		
1	รพ.สต.โคกศรี	ยางตลาด	05358
2	รพ.กาฬสินธุ์	เมืองกาฬสินธุ์	10709

สรุปหน่วยบริการที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ PCC ปี 2564 จำแนกตามวงเงินที่ได้รับจัดสรร



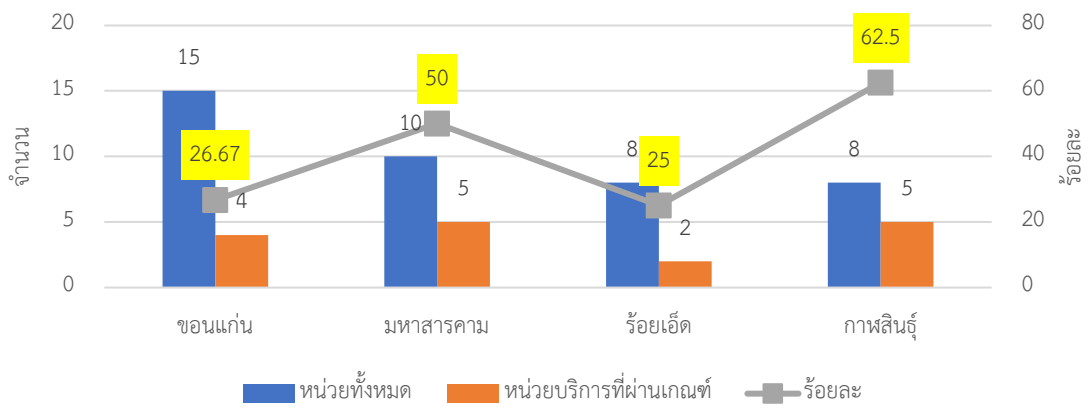
สรุปหน่วยบริการและวงเงินที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ PCC ปี 2564 จำแนกตามวงเงินที่ได้รับจัดสรร



ผลงานรายตัวชี้วัด

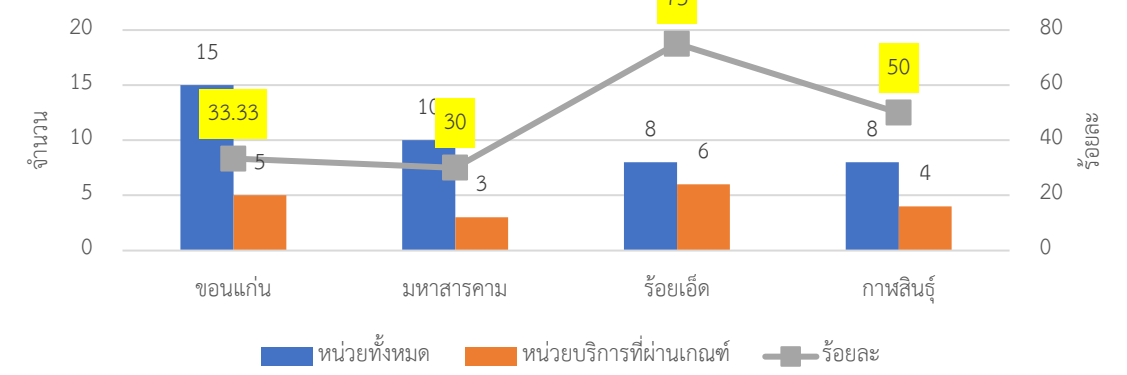
1

แผนภูมิแสดงหน่วยบริการ PCC ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำตัวชี้วัดร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (เป้าหมายขั้นต่ำร้อยละ52)



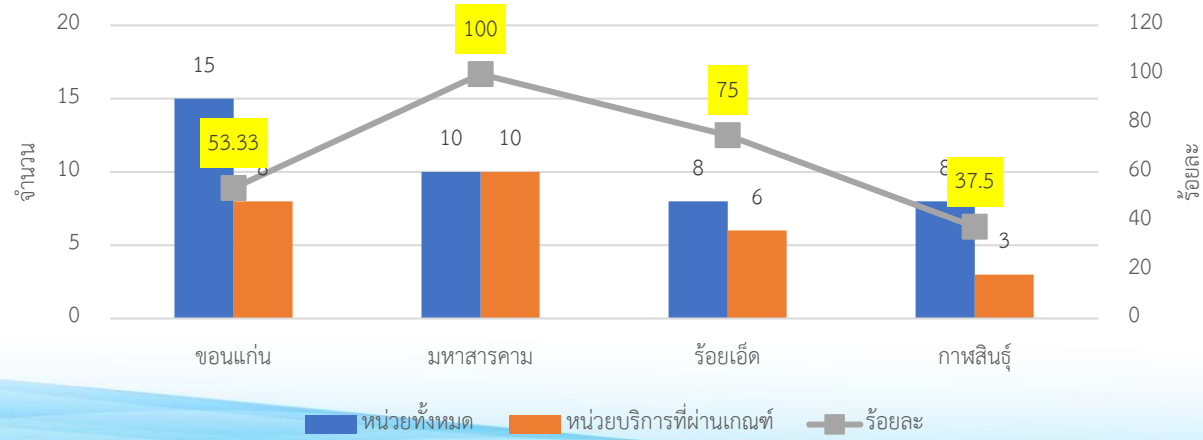
2

แผนภูมิแสดงหน่วยบริการ PCC ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำตัวชี้วัดความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี (เป้าหมายขั้นต่ำร้อยละ85)



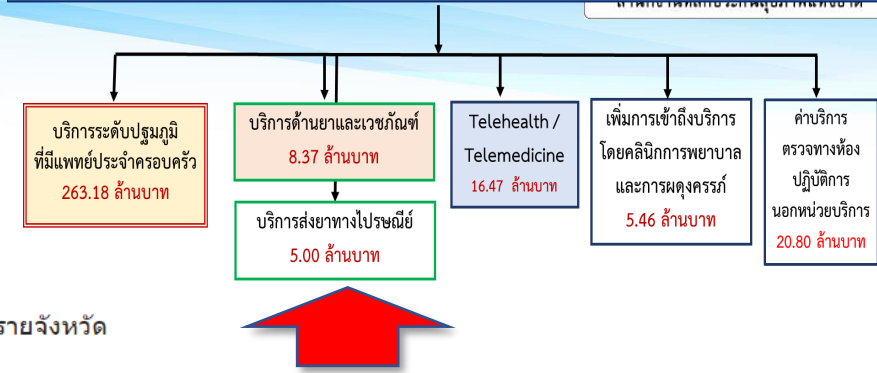
3

แผนภูมิแสดงหน่วยบริการ PCC ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 mg% (เป้าหมายขั้นต่ำร้อยละ18)

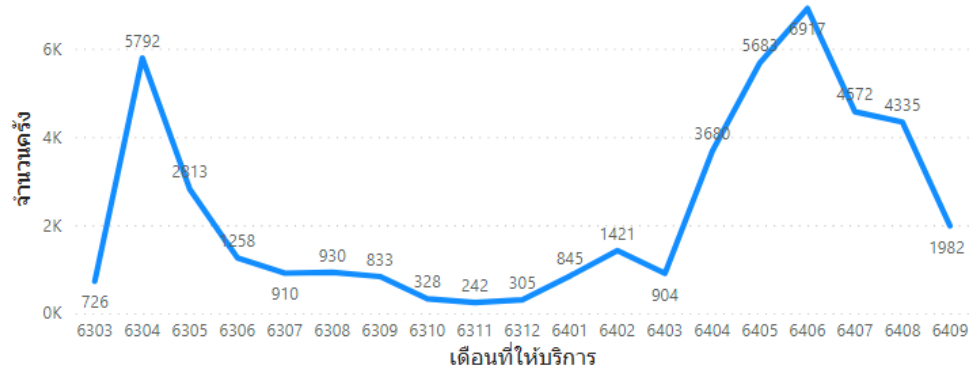


ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

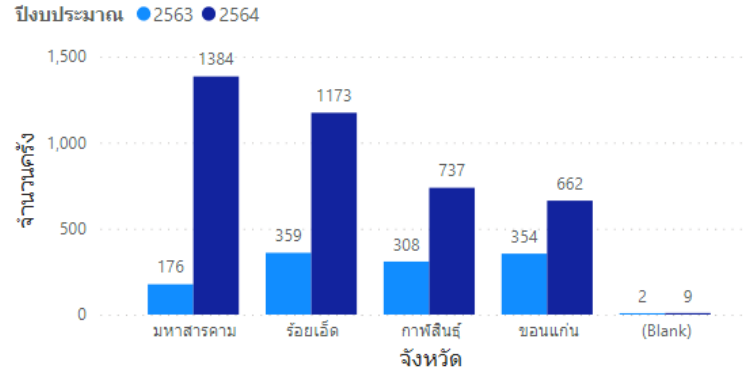
ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (PHC) ปีงบประมาณ 2565
(319.28 ล้านบาท)



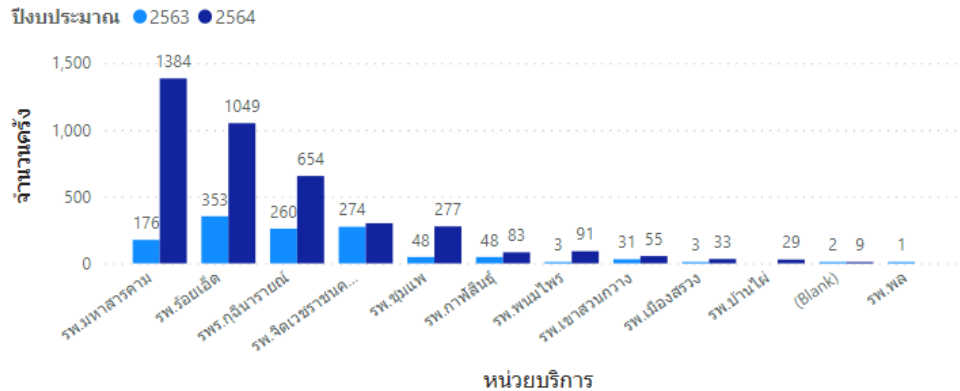
แนวโน้มการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ เขต 7 ขอนแก่น



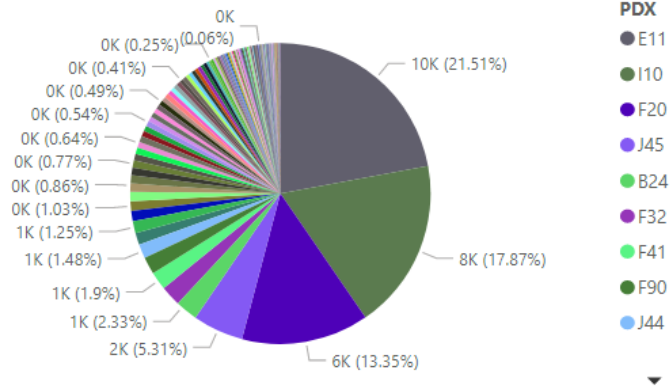
แสดงจำนวนครั้งการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ รายจังหวัด



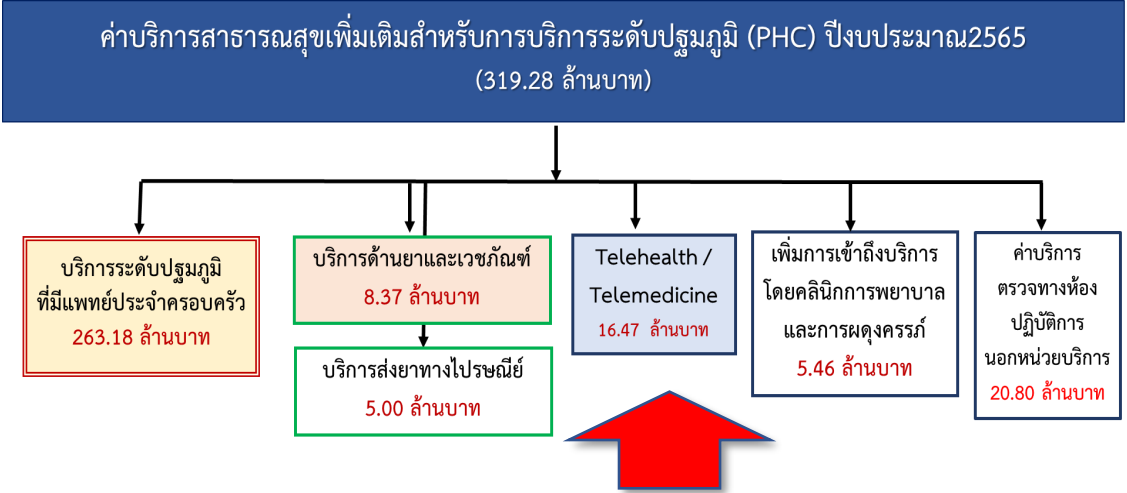
แสดงจำนวนครั้งการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ รายหน่วยบริการ



แสดงจำนวนครั้งการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์



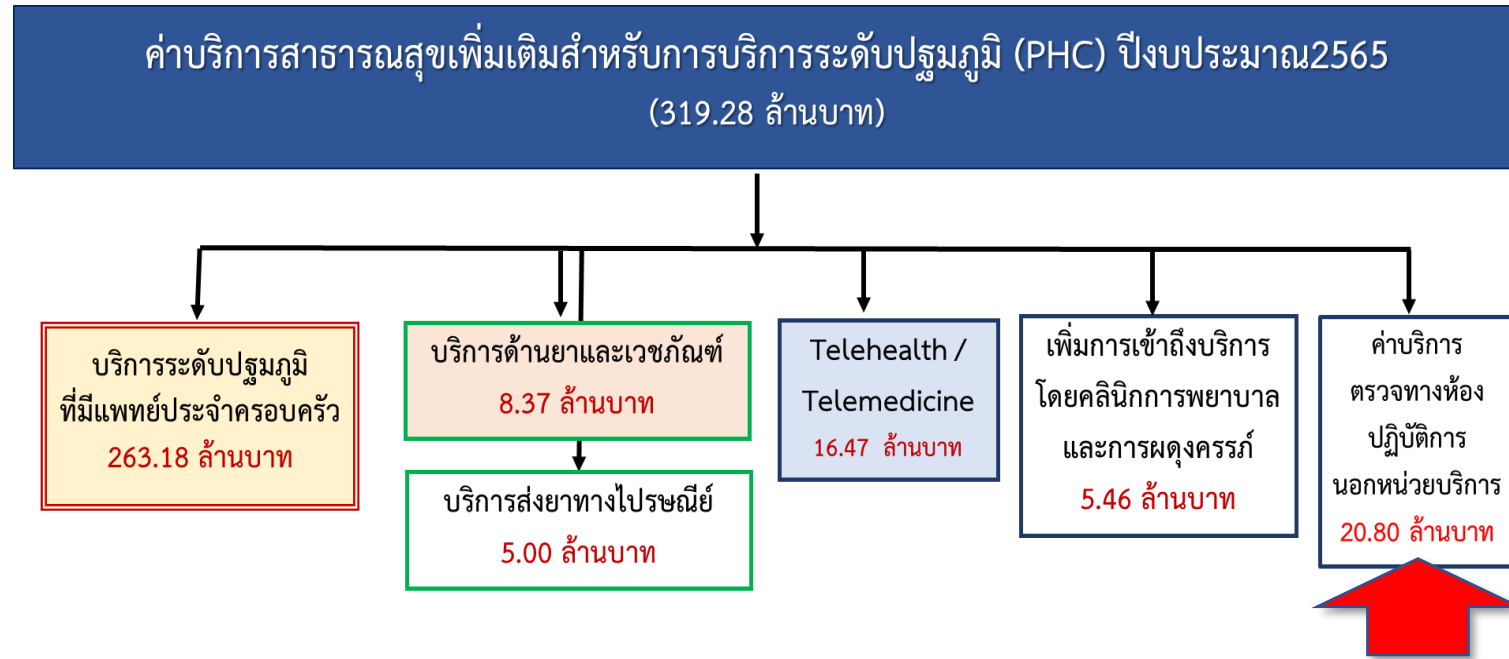
ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว



ปี 2564 ขึ้นทะเบียน 9 หน่วย

รหัสหน่วยบริการ	ชื่อหน่วยบริการ	วันที่มีผล
10709	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	16-ส.ค.-64
11075	โรงพยาบาลศรีสมเด็จ	16-ส.ค.-64
13777	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	16-ส.ค.-64
12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	16-ส.ค.-64
11055	โรงพยาบาลบรบือ	16-ส.ค.-64
11057	โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย	16-ส.ค.-64
10707	โรงพยาบาลมหาสารคาม	16-ส.ค.-64
10998	โรงพยาบาลชุมแพ	16-ส.ค.-64
11449	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์	16-ส.ค.-64

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว



ปี 2564 รพ.ขอนแก่น เข้าร่วม

เป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ ปี 2565

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เขต	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.ปฐมภูมิ *	เป้าหมาย ปี2564	(ร่าง) เป้าหมาย ปี2565
เขต 1 เชียงใหม่	314	55	142
เขต 2 พิษณุโลก	157	28	71
เขต 3 นครสวรรค์	167	30	75
เขต 4 สระบุรี	180	37	81
เขต 5 ราชบุรี	211	31	95
เขต 6 ระยอง	208	39	94
เขต 7 ขอนแก่น	247	41	111
เขต 8 อุตรธานี	144	28	65
เขต 9 นครราชสีมา	290	41	131
เขต 10 อุบลราชธานี	176	26	79
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	171	29	77
เขต 12 สงขลา	247	43	111
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	178	165	178
รวม	2,690	593	1,310

2

4

3

4

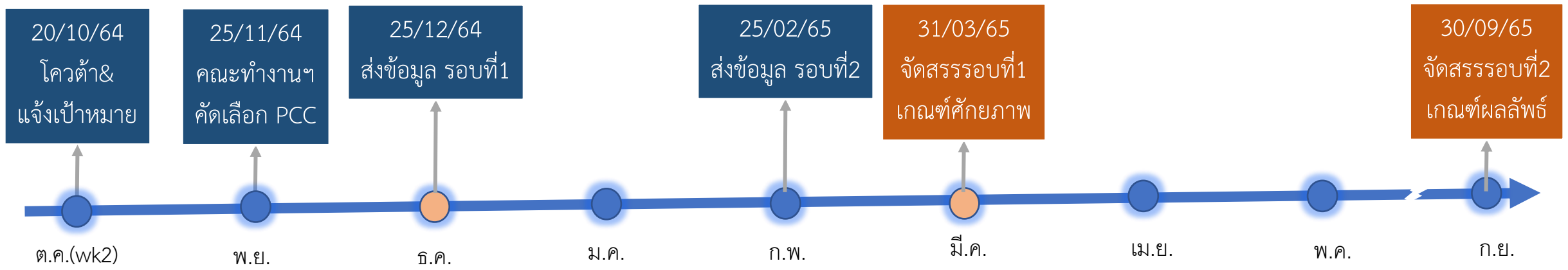
1

* ที่มา จาก สสป.สร. ข้อมูล ณ วันที่ 15 กย.64

ร่างเป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ ปี 2565

จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนตามพรบ.ปฐมภูมิฯปี 2562	ทีม
ขอนแก่น	103	109
มหาสารคาม	51	54
ร้อยเอ็ด	51	52
กาฬสินธุ์	40	41
รวม	245	256

ข้อมูลรายหน่วย



การบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2565

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2565

ค่าบริการ P&P
(290.97 บาท x ปชก. ทุกสิทธิ 66.210 ล้านคน*)

- ได้รับ 405.19 บาทต่อหัว UC pop 47.547 ล้านคน (ไม่รวม อปท.)
- *เป้าหมาย Thai pop 66.210 ล้านคน โดยใช้จำนวนประชากรไทยตามที่ได้รับงบประมาณ

Central Procurement & NPP
(30.65 บาท/คน)

1) Central Procurement

- EPI
- ไข้หวัดใหญ่
- HPV
- Rotavirus
- ยายุติการตั้งครรภ์
- ฤๅษยาและยาคุมกำเนิด

2) NPP

- สมุดบันทึกสุขภาพ

P&P area based
(4 บาท/คน)

1. จ่ายตามแผนงาน/โครงการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบาย ปัญหาในพื้นที่ สิทธิอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่ สปสช.กำหนด
2. ให้ สปสช.จัดให้มีกลไก กำกับติดตาม การดำเนินงานของทุกแผนงาน/โครงการ ให้ได้ผลผลิตผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณ ตามที่กำหนด โดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิชอบ

P&P basic services
(256.32 บาท/คน)

- 1) จำนวน 226.710 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ รวมคัดกรองการได้ยินเด็กกลุ่มเสี่ยง คัดกรอง CA colon และ ทันตกรรมในเด็กนักเรียน โดยคำนวณอัตราเหมาจ่าย
 - 65% เหมาจ่ายต่อหัวประชากร โดย Diff. by age group
 - 35% เหมาจ่ายตาม workload เดือน เม.ย.63-มี.ค.64* กรณีสังกัด สป.สธ.มีการพิจารณาจัดสรรในลักษณะ step ladder*
- 2) จำนวนที่เหลือ 29.61 บาทต่อคน จ่ายแบบ Fee schedule 9 รายการ โดยทุกรายการต้องมีระบบการ Authen และระบบการ ตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริต
- 3) กรณีเขต 13 กทม.การพิจารณารายการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด โดยอาจหารือ ร่วมกับ อปสช. ด้วยก็ได้

การปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการค่าบริการ P&P ปีงบประมาณ 2565

1. Central Procurement & NPP	2. PPA	3. P&P basic services		4. P&P จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ	5. P&P ในชุมชน
		3.1 P&P capitation	3.2 P&P Fee Schedule		
<p>1.เพิ่มรายการค่าถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน (นวัตกรรมนอกหน่วยบริการภาครัฐ)</p> <p>2.ยกเลิกการจ่ายค่าติดตามเด็กที่มีผล TSH ผิดปกติ (จ่ายสถาบันเด็ก) โดยปรับไปเป็นค่าติดตามและตรวจยืนยันในรายที่ผิดปกติในรายการ FS</p>	เหมือนเดิม	<p>1. การจัดสรร P&P cap 65 % กรณีประชากรไทยอื่นให้ สปสช.เขตดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการที่ผ่านมาประกอบการพิจารณาและเสนอผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.</p> <p>2. รายการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ 6-12 ปี) - บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test กลุ่มอายุ 50 – 70 ปี - บริการคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง 	<p>1. ยกเลิกบริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน ไปอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว</p> <p>2. การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ ปรับเพิ่มราคา ค่าตรวจ Beta - thal จาก 1,200 บาท เป็น 3,000 บาท</p> <p>3. เพิ่มรายการใหม่จำนวน 2 รายการ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าการติดตามและตรวจยืนยัน (เด็กที่มีผล TSH ผิดปกติ) - บริการแว่นตาเด็ก 	ยกเลิกการใช้งบ PP จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ	ยกเลิกรายการในหมวด PP โดยนำไปตั้งเป็นหมวดที่ 9 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สปสช.เขต 13 กทม. บริหารจัดการตามแนวทางเดียวกับ สปสช.เขต 1-12



รายการบริการ P&P Central Procurement & NPP ปีงบประมาณ 2565



รายการ	การบริหารจัดการ
<p>1) Central Procurement</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 EPI 1.2 ไขหวัดใหญ่ 1.3 HPV 1.4 Rotavirus 1.5 ยายุติการตั้งครรภ์ 1.6 ถุงยางและยาคุมกำเนิด 	<ul style="list-style-type: none"> 1.จ่ายเป็นยาหรือเวชภัณฑ์การกระจายโดยผ่านองค์การเภสัชกรรมระบบ VMI 2. สปสช.เขต กำกับติดตามการเข้าถึงบริการร่วมกับ C4
<p>2) NPP</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมุดบันทึกสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> 1.จัดพิมพ์โดยกรมอนามัย กระจายผ่าน สสจ. 2. สปสช.เขต กำกับติดตามการเข้าถึงบริการร่วมกับ C4

2

รายการบริการ P&P area based ปีงบประมาณ 2565



หน่วยงานและประเด็นโครงการบ PPA ปี 2564

ที่	หน่วยงาน	จำนวนโครงการ	อนามัยแม่และเด็ก	เด็กปฐมวัยและวัยรุ่น	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	กลุ่มเปราะบาง (พระสงฆ์)	กลุ่มเปราะบาง (ผู้ต้องขัง)	รวม
1	สสจ.ขอนแก่น	2	1,472,800.00			458,250.00		1,931,050.00
2	สสจ.มหาสารคาม	2	1,200,000.00		700,000.00			1,900,000.00
3	สสจ.ร้อยเอ็ด	3	1,074,000.00		900,000.00		633,754.00	2,607,754.00
4	สสจ.กาฬสินธุ์	2	2,583,200.00			270,000.00		2,853,200.00
5	รพ.ศรีนครินทร์	1	2,950,400.00					2,950,400.00
6	รพ.ขอนแก่น	1					1,400,504.00	1,400,504.00
7	รพ.มหาสารคาม	1					406,422.00	406,422.00
8	รพ.กาฬสินธุ์	1					645,318.00	645,318.00
9	มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ(HEALTH NET)	1		2,200,000.00				2,200,000.00
10	สมาคมผู้บริโภครจังหวัดขอนแก่น	1		720,000.00				720,000.00
	รวม	15	9,280,400.00	2,920,000.00	1,600,000.00	728,250.00	3,085,998.00	17,614,648.00
	ร้อยละ		52.69	16.58	9.08	4.13	17.52	

รายการโครงการงบประมาณ PPA ปี 2564

ที่	ชื่อโครงการ	หน่วยงาน	วงเงิน
1	โครงการบริการการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิดแบบครอบคลุมและสร้างเสริมสมรรถภาพการได้ยินในเด็กตั้งแต่เริ่มแรกในเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2564	รพ.ศรีนครินทร์	2,950,400.00
2	โครงการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัย เพื่อเด็กปฐมวัยคุณภาพ (หญิงวัยเจริญพันธุ์ ตั้งครรภ์ หลังคลอด ทารก เด็กปฐมวัยและครอบครัว)	สสจ.ขอนแก่น	1,472,800.00
3	โครงการ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อสุขภาพะพระสงฆ์ จังหวัดขอนแก่น	สสจ.ขอนแก่น	458,250.00
4	โครงการ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพของจังหวัดกาฬสินธุ์	สสจ.กาฬสินธุ์	2,583,200.00
5	โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ จังหวัดกาฬสินธุ์ปี 2564	สสจ.กาฬสินธุ์	270,000.00
6	โครงการเด็กร้อยเอ็ดพัฒนาการสมวัย แม่ไม่ขาดสารไอโอดีน	สสจ.ร้อยเอ็ด	1,074,000.00
7	โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กตักสิลา ดี เก่ง มีสุข (Smart Kids taksila 4.0) ปีงบประมาณ 2564	สสจ.มหาสารคาม	1,200,000.00
8	โครงการบริการสร้างเสริมความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการบริโภคที่ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในโรงเรียนประจำปี 2564	สมาคมผู้บริโภคจังหวัดขอนแก่น	720,000.00
9	โครงการบริการให้คำปรึกษาแนะนำการป้องกันและการจัดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การวางแผนครอบครัวอนามัยเจริญพันธุ์ในโรงเรียน เขต 7	มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ (HEALTH NET) (สำนักงานภาคอีสาน)	2,200,000.00
10	โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564	รพ.ขอนแก่น	1,400,504.00
11	โครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเปราะบางสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2564	รพ.มหาสารคาม	406,422.00
12	โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด	สสจ.ร้อยเอ็ด	633,754.00
13	โครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2564	รพ.กาฬสินธุ์	645,318.00
14	โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จังหวัดมหาสารคาม ปี 2564	สสจ.มหาสารคาม	700,000.00
15	โครงการชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2564	สสจ.ร้อยเอ็ด	900,000.00
		รวม	17,614,648.00

6 แนวทางการดำเนินงาน PPA ปี 65

จำนวน 4บาทต่อคน

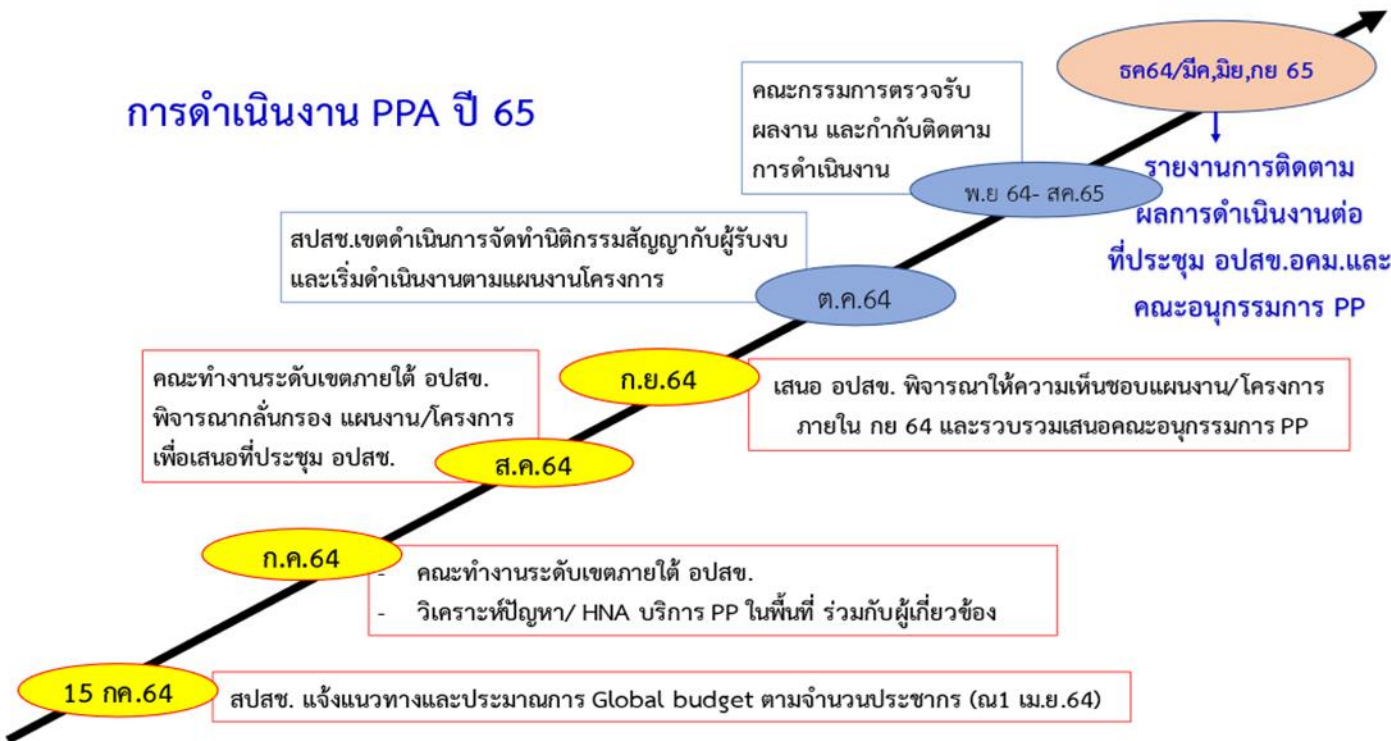
หลักการในการบริหารจัดการ
 -เร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาของพื้นที่ระดับเขต จากการวิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพ (Health need)
 -การเพิ่มคุณภาพของบริการ หรือเพิ่มเป้าหมายการเข้าถึงบริการ PP , Effective coverage
 -สนับสนุนเป็นแผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานในระดับเขต/จังหวัด (ตามประกาศ ฉ 10)

ให้ อปสช.จัดให้มีกลไกคณะทำงาน
 -วางระบบการพัฒนาแผนงาน/โครงการเชิงรุก
 -พิจารณากลับกรองให้ความเห็นต่อแผนงาน/โครงการ

สปสช.เขต จัดตั้งคณะกรรมการกำกับติดตามประเมินผลและตรวจรับผลงาน ที่ประกอบด้วยบุคคลภายนอก รายงานผลรายไตรมาส

กรณีการดำเนินงานที่มีการจ่ายค่าชดเชยบริการเป็นแบบ FS ต้องมีระบบการพิสูจน์ตัวตนและสามารถตรวจสอบได้

การดำเนินงาน PPA ปี 65



สรุปแนวทางการบริหารการจ่ายงบ PPA ปี 2565

รูปแบบการจ่ายงบ PPA	เงื่อนไขการจ่าย	การดำเนินงาน	ข้อมูลแจ้งโอน (ส่ง สายงานบริหารกองทุน)
1) การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	จ่ายตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น จ่ายเพิ่มเติมให้หากมีผลงานบริการเกินค่าเป้าหมาย/เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด	- กำหนดรายการตัวชี้วัด เงื่อนไขการจ่าย ค่าเป้าหมาย ระยะเวลาการดำเนินงานและแหล่งข้อมูลในการใช้ประเมินผลงานบริการ	- แนวทางการดำเนินงาน เงื่อนไขการจ่ายตามตัวชี้วัดผลงานบริการ และเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์บริการ - ข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดและผลการจัดสรรงบรายหน่วยบริการ
2) การเหมาจ่ายตามแผนงาน/โครงการ	จ่ายเหมาค่าบริการแก่หน่วยบริการ/หน่วยงานเพื่อดำเนินกิจกรรมบริการตามที่กำหนดให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแผนงาน/โครงการ	- กำหนดกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ชุดกิจกรรม บริการและสิ่งส่งมอบผลงานตามเป้าหมายและ กิจกรรมการดำเนินงาน	- การตรวจรับผลงานตามเงื่อนไขที่กำหนดในแผนงานโครงการ (แนบข้อมูลผลงานรายบุคคล)
3) การจ่ายชดเชยบริการ (fee schedule) ตามรายการที่กำหนด	จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด	- กำหนดรายการบริการและอัตรการจ่ายชดเชย - ระบบการพิสูจน์ตัวตน - ระบบการ Audit ทั้งนี้ให้มีการหารือกับสายงานบริหารกองทุนก่อนการดำเนินการ	- จัดส่งข้อมูลรายบุคคล/ข้อมูล Authen

โครงการ	วงเงินงบประมาณ
1) โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนสาธินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2565	11,000,000 บาท
2) โครงการพัฒนาศักยภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2565	4,531,428 บาท
3) โครงการให้คำปรึกษาแนะนำการป้องกันและการจัดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การวางแผนครอบครัว อนามัยเจริญพันธุ์ในโรงเรียนเขต 7	500,000
4) โครงการส่งเสริมสุขภาพะพระคิลาณุปัญฐาก เขตสุขภาพที่ 7	500,000
5) โครงการบริการการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิดแบบครอบคลุมและสร้างเสริมสมรรถภาพการได้ยินในเด็กตั้งแต่เริ่มแรกในเขตสุขภาพที่ 7 ปีที่ 2	1,209,000 บาท
รวมงบประมาณทั้งสิ้น	17,740,428 บาท

หมายเหตุ : ผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบจากที่ประชุม **อปสข.** วันที่ 17 กันยายน 2564

3

รายการบริการ P&P basic services ปีงบประมาณ 2565



1 จำนวน 29.61 บาทต่อคน จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

2 จำนวน 226.71 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย

2.1 ร้อยละ 65 ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน ให้หน่วยบริการประจำ

2.2 ร้อยละ 35 ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการ (PP Workload 7 รายการ)



3. รายการบริการ P&P basic services



3.1

รายการบริการ P&P Fee schedule ปีงบประมาณ 2565

๘๘.๑ จำนวน ๒๙.๖๑๐๐ บาทต่อคน **จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)** โดยกำหนดรายการบริการ (Fee Schedule) และอัตราการจ่ายในแต่ละรายการให้เป็นมาตรฐานเดียวทั้งประเทศตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและ การบริหารจัดการกองทุน

รายการบริการ PP ที่จ่ายแบบ Fee Schedule ปีงบประมาณ 2565

รายการบริการ	อัตราจ่าย (บาท/ครั้ง)
1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
- ค่าบริการการตรวจ Pap smear	250
- ค่าบริการตรวจ HPV DNA Test	420
- การทำ Colposcopy รวมค่าทำ biopsy/ค่าอ่านผลพยาธิวิทยา	900
- ค่าบริการตรวจ Liquid based cytology	250
2. บริการฝากครรภ์ ANC 	
- ANC ครั้งแรก	1,000
- ANC ครั้งที่ 2-5	400
- บริการตรวจอัลตราซาวด์	400
- บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	500
3. ค่าบริการตรวจยืนยันโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และสามี	
- ค่าตรวจ Hb typing	270
- ค่าตรวจ Alpha - thal 1	800
- ค่าตรวจ Beta - thal 	3,000
- ค่า PND	2,500
- ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000

รายการบริการ	อัตราจ่าย (บาท/ครั้ง)
4. ค่าบริการตรวจคัดกรอง Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ	
- ค่าตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test	1,200
- ค่าบริการเจาะเลือดและค่าขนส่ง	100,100
- ค่า PND	2,500
- ค่าตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ ด้วย วิธี Karyotyping	2,500
- ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000
5. ค่าบริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด	
- ค่าตรวจคัดกรอง TSH และ PKU	135
- ค่าตรวจและการติดตามเพื่อตรวจยืนยันในรายที่ผิดปกติ 	350
6. ค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุ < 20 ปี	
- ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	800
- ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	2,500
7. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	
- ค่าชดเชยบริการยุติการตั้งครรภ์ทุกวิธี (ยายุติการตั้งครรภ์ /MVA/EVA)	3,000
8. บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุม) ในหญิงอายุ ≥ 20 ปีขึ้นไป (กรณีแท้ง Unwanted pregnancy)	
- ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	800
- ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	2,500
9. บริการแว่นตาเด็ก	
- บริการแว่นตาเด็ก 	600



ปรับเพิ่มราคา



รายการใหม่



อยู่ระหว่างพิจารณาปรับราคา

เขต	ประชากรหญิงไทย กลุ่มอายุ 30-59 ปี(คน)	เป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (20% จากปชก.หญิงไทยอายุ 30-59 ปี)
เขต 1 เชียงใหม่	1,196,672	239,334
เขต 2 พิษณุโลก	667,108	133,422
เขต 3 นครสวรรค์	555,802	111,160
เขต 4 สระบุรี	1,366,787	273,357
เขต 5 ราชบุรี	1,219,941	243,988
เขต 6 ระยอง	1,827,835	365,567
เขต 7 ขอนแก่น	981,637	196,327
เขต 8 อุตรธานี	1,096,533	219,307
เขต 9 นครราชสีมา	1,284,582	256,916
เขต 10 อุบลราชธานี	848,380	169,676
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	1,001,940	200,388
เขต 12 สงขลา	1,036,706	207,341
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	2,115,849	423,170
รวม	15,199,772	3,039,954

บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test*

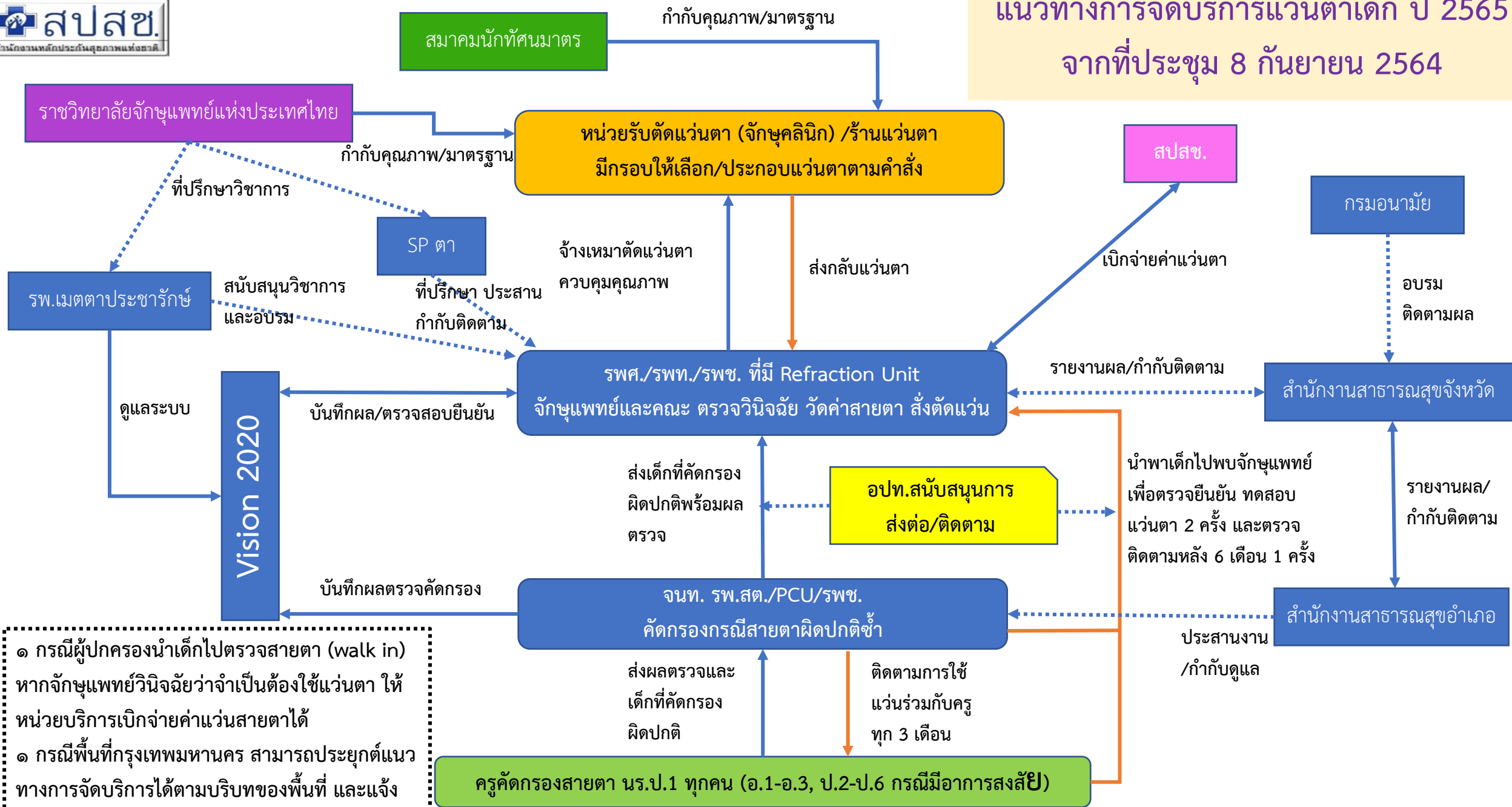
เป้าหมายบริการคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก ปี2565 :
จำนวน 3,039,954 ราย
(20%) จากจำนวนปชก.
เป้าหมายทั้งหมด



รหัสจังหวัด	จังหวัด	ประชากรหญิงไทย กลุ่มอายุ 30-59 ปี(คน)	เป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (20% จากปชก.หญิงไทยอายุ 30-59 ปี)
4000	ขอนแก่น	377,095	75,419
4400	มหาสารคาม	176,748	35,350
4500	ร้อยเอ็ด	238,651	47,730
4600	กาฬสินธุ์	189,143	37,829
รวมทั้งหมด		981,637	196,327

บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test*

1.วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการแว่นตา สำหรับเด็กที่มีภาวะสายตาสั้นผิดปกติ
2.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกสิทธิ อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1- เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
3.การบันทึกข้อมูล	<p>3.1 บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-claim</p> <p>3.2 บันทึกข้อมูลบริการผ่านโปรแกรม vision 2020</p>
4.ขอบเขตบริการ	<p>4.1 การคัดกรอง : เน้นเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ทุกสังกัดทั่วประเทศ และเด็กชั้นอื่นที่ครูสังเกต หรือสงสัยว่าเด็กสายตาสั้นผิดปกติ</p> <p>4.2 การตรวจยืนยัน : จักษุแพทย์ และคณะ ให้บริการตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา สั่งตัดแว่นตา</p> <p>4.3 ตรวจติดตามเมื่อครบ 6 เดือน</p> <p>4.4 สิทธิการรับแว่นตา : เด็กที่จำเป็นต้องใช้แว่นตามีสัทธิได้รับแว่นตา คนละไม่เกิน 1 อันต่อปี</p>
5.การจ่ายค่าบริการ	<p>การชดเชยค่าเลนส์ กรอบแว่น รวมถึงอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้</p> <p>5.1 เลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ขั้บ่งชี้ : ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง - 6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D</p> <p>5.2. เลนส์สายตาสั้นผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lens lab) ขั้บ่งชี้ : (1) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาสั้นผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (ข้อ 5.1) หรือ (2) มีปัญหาความผิดปกติทางตาอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นสายตา</p> <p>อยู่ระหว่างการพิจารณากำหนดราคาและหลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่าย</p>



๑ กรณีผู้ปกครองนำเด็กไปตรวจสายตากรณีคัดกรอง (walk in) หากจักษุแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้แว่นตา ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายค่าแว่นสายตาได้

๑ กรณีพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถประยุกต์แนวทางการจัดบริการได้ตามบริบทของพื้นที่ และแจ้งให้หน่วยบริการและหน่วยงานทราบ

3. รายการบริการ P&P basic services

3.2

รายการบริการ PPB 65% เหม่าจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2565

๘๘.๒ จำนวน ๒๒๖.๗๑๐๐ บาทต่อคน จ่ายแบบเหม่าจ่าย รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง และบริการ
ทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ ๔-๑๒ ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี) ดังนี้

๘๘.๒.๑ ร้อยละ ๖๕ ให้จ่ายแบบเหม่าจ่ายต่อคน ให้หน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่
เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ \pm ๑๐%)

๘๘.๒.๑ ร้อยละ ๓๕ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนดโดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่
เดือนเมษายน ๒๕๖๓ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ หรือ ที่เป็นปัจจุบัน

รายการบริการ PPB ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (65%) ที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ

รวมบริการที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ



1. บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน
(เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ 6-12 ปี)



2. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test กลุ่มอายุ 50 – 70 ปี



3. บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

1.วัตถุประสงค์	1) เพื่อให้เด็กอายุ 4-12 ปี เข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกัน 2) เพื่อให้เด็กที่มีโรคในช่องปากได้รับการรักษา
2.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กวัยเรียน(4-12 ปี) ทุกสิทธิ
3.หน่วยบริการ	หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4.การบันทึกข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม /KTB/ e claim
5.ขอบเขตบริการ	ระบบบริการ 1) หน่วยบริการจัดบริการเชิงรุก ในโรงเรียนอนุบาล โรงเรียนประถมศึกษา และศูนย์เด็กเล็ก 2) เข้ารับบริการในหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กิจกรรมบริการ 1) เด็กวัยเรียน (4-12 ปี) ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ 1 คน / 1 ครั้ง / ต่อปีงบประมาณ 2) เด็กวัยเรียน (6-12 ปี) ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรมถาวรซี่ที่ 6,7
6.การจ่ายค่าบริการ	จ่ายรวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว PPB (ยกเลิกการจ่ายแบบ FS) (ผลงานบริการปีงบประมาณ 2565 จะนำไปจัดสรรตามผลงาน Workload ปีงบประมาณ 2566)**



3.2.1

เป้าหมายและกรอบวงเงิน บริการทันตกรรมป้องกัน เด็กวัยเรียน ปีงบประมาณ 2565

สปสช.เขต	บริการเคลือบฟลูออไรด์ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 4-12 ปี)			บริการเคลือบหลุมร่องฟัน ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี)			งบประมาณทั้งหมด (บาท)
	จำนวนประชากรเด็ก อายุ 4-12 ปี (คน)	เป้าหมาย ร้อยละ 40	ประมาณการงบประมาณ (คนละ 100 บาท)	จำนวนประชากรเด็ก อายุ 6-12 ปี (คน)	เป้าหมาย ร้อยละ 20	ประมาณการงบประมาณ (คนละ 3 ซี่ๆละ 250 = 750 บาท)	
เขต 1 เชียงใหม่	457,751	183,100	18,310,040	361,920	72,384	54,288,000	72,598,040
เขต 2 พิษณุโลก	314,207	125,683	12,568,280	250,750	50,150	37,612,500	50,180,780
เขต 3 นครสวรรค์	262,235	104,894	10,489,400	211,354	42,271	31,703,100	42,192,500
เขต 4 สระบุรี	477,714	191,086	19,108,560	380,929	76,186	57,139,350	76,247,910
เขต 5 ราชบุรี	490,729	196,292	19,629,160	392,021	78,404	58,803,150	78,432,310
เขต 6 ระยอง	617,098	246,839	24,683,920	489,845	97,969	73,476,750	98,160,670
เขต 7 ขอนแก่น	439,888	175,955	17,595,520	350,708	70,142	52,606,200	70,201,720
เขต 8 อุดรธานี	542,877	217,151	21,715,080	435,131	87,026	65,269,650	86,984,730
เขต 9 นครราชสีมา	646,045	258,418	25,841,800	517,282	103,456	77,592,300	103,434,100
เขต 10 อุบลราชธานี	444,198	177,679	17,767,920	354,663	70,933	53,199,450	70,967,370
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	494,197	197,679	19,767,880	394,666	78,933	59,199,900	78,967,780
เขต 12 สงขลา	621,363	248,545	24,854,520	492,638	98,528	73,895,700	98,750,220
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	438,480	175,392	17,539,200	355,496	71,099	53,324,400	70,863,600
จำนวนรวม	6,246,782	2,498,713	249,871,280	4,987,403	997,481	748,110,450	997,981,730

ที่มา จำนวนเป้าหมายอ้างอิงจากรายงานประชากรที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณ 1 เมษายน 2564 สำนักบริหารงานทะเบียน สปสช.

จังหวัด	บริการเคลือบฟลูออไรด์ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 4-12 ปี)			บริการเคลือบหลุมร่องฟัน ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี)			งบประมาณทั้งหมด (บาท)
	จำนวนประชากรเด็ก อายุ 4-12 ปี (คน)	เป้าหมาย ร้อยละ 40	ประมาณการงบประมาณ (คนละ 100 บาท)	จำนวนประชากรเด็ก อายุ 6-12 ปี (คน)	เป้าหมาย ร้อยละ 20	ประมาณการงบประมาณ (คนละ 3 ซี่ๆละ 250 = 750 บาท)	
4000-ขอนแก่น	161,802	64,721	6,472,080	128,703	25,741	19,305,450	25,777,530
4400-มหาสารคาม	79,237	31,695	3,169,480	63,185	12,637	9,477,750	12,647,230
4500-ร้อยเอ็ด	110,983	44,393	4,439,320	88,455	17,691	13,268,250	17,707,570
4600-กาฬสินธุ์	87,866	35,146	3,514,640	70,365	14,073	10,554,750	14,069,390
รวมทั้งหมด	439,888	175,955	17,595,520	350,708	70,142	52,606,200	70,201,720

1.วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประชากรไทยที่มีอายุ 50-70 ปี
2.กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี (เป้าหมาย 1,727,030 ราย)
3.หน่วยบริการ	หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ ที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
4.การบันทึกข้อมูล	4.1 บันทึกข้อมูล Fit test ในระบบ 43 แพ้ม 4.2 บันทึกข้อมูล Colonoscopy, Biopsy และ Polypectomy ในระบบ E-claim
5.ขอบเขตบริการ	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test 1 โดยในรายที่ผลตรวจผิดปกติให้ได้รับการตรวจยืนยัน ด้วย Colonoscopy, Biopsy และ Polypectomy
6.การจ่ายค่าบริการ	<p>การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี</p> <p>จัดสรรให้หน่วยบริการพร้อมกับค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบเหมาจ่าย</p> <p>การตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้แก่ Colonoscopy, Biopsy และ Polypectomy</p> <p>จ่ายจากงบการรักษาของแต่ละกองทุนสิทธิ</p> <p>ในกรณีผู้ป่วยสิทธิ UCs บริการตรวจ Colonoscopy, Biopsy และ Polypectomy จ่ายตาม ระบบ ODS (ปรับจากเดิมที่ Colonoscopy จ่ายในระบบ DRG)</p>



สปสช.เขต	ประชากรไทย กลุ่มอายุ 50-70 ปี(คน)	เป้าหมาย FIT test (คน) (10% จาก POP กลุ่มอายุ 50-70 ปี)	วงเงิน FIT test (บาท)
เขต 1 เชียงใหม่	1,677,714	167,770	5,871,950
เขต 2 พิษณุโลก	904,299	90,430	3,165,050
เขต 3 นครสวรรค์	786,305	78,630	2,752,050
เขต 4 สระบุรี	1,477,489	147,750	5,171,250
เขต 5 ราชบุรี	1,383,667	138,367	4,842,845
เขต 6 ระยอง	1,642,395	164,240	5,748,400
เขต 7 ขอนแก่น	1,282,107	128,210	4,487,350
เขต 8 อุดรธานี	1,353,986	135,400	4,739,000
เขต 9 นครราชสีมา	1,627,057	162,707	5,694,745
เขต 10 อุบลราชธานี	1,084,793	108,480	3,796,800
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	1,051,935	105,194	3,681,790
เขต 12 สงขลา	1,057,896	105,789	3,702,615
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	1,940,628	194,063	6,792,205
รวมทั้งหมด	17,270,271	1,727,030	60,446,050

หมายเหตุ: 1. เป้าหมายบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปี 2565 จำนวน 1,727,026 ราย (10%) จากจำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด

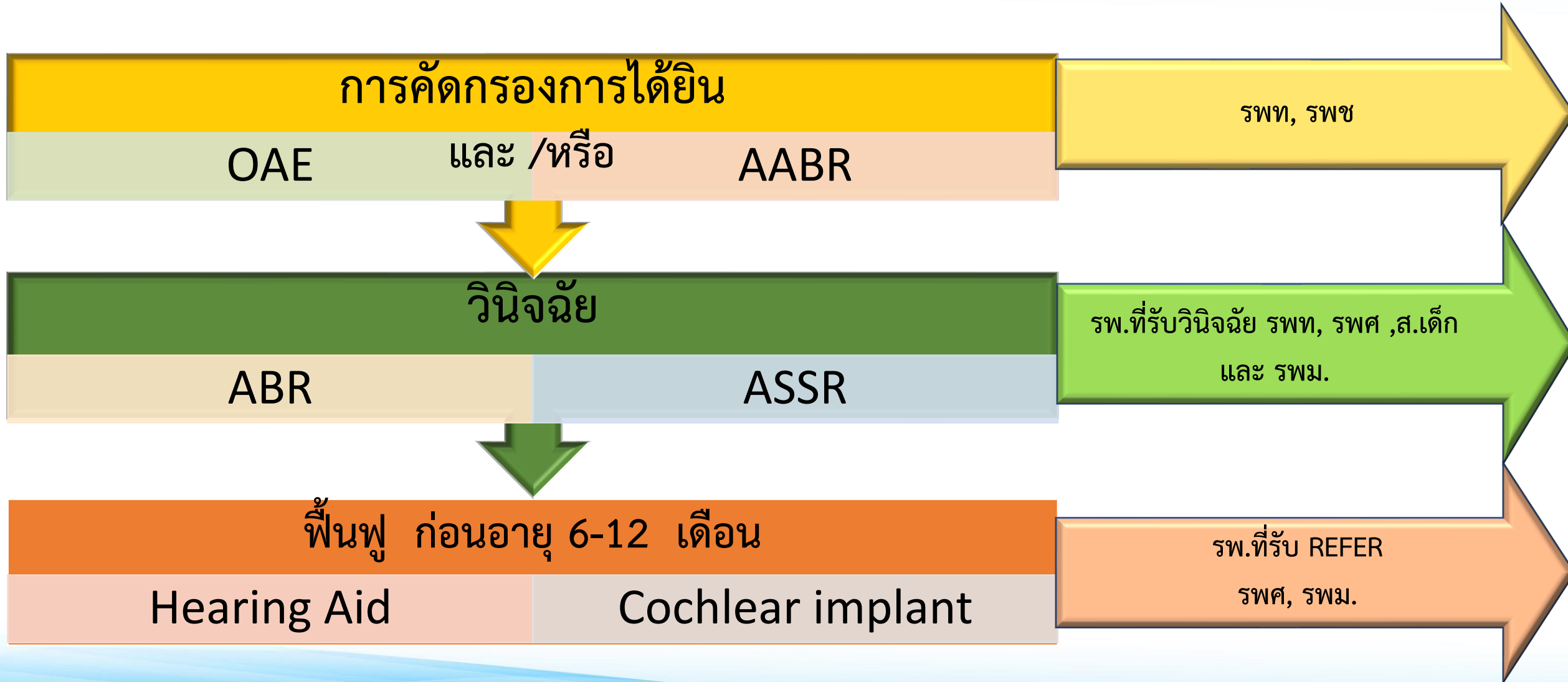
2. ข้อมูลประชากรไทย กลุ่มอายุ 50-70 ปี จากสำนักทะเบียนสพช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 เม.ย.64



สปสช.เขต	ประชากรไทย กลุ่มอายุ 50-70 ปี(คน)	เป้าหมาย FIT test (คน) (10% จาก POP กลุ่มอายุ 50-70 ปี)	วงเงิน FIT test (บาท)
4000-ขอนแก่น	472,124	47,212	1,652,420
4400-มหาสารคาม	240,664	24,066	842,310
4500-ร้อยเอ็ด	321,541	32,154	1,125,390
4600-กาฬสินธุ์	247,778	24,778	867,230
รวมทั้งหมด	1,282,107	128,210	4,487,350

1.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กทารกแรกเกิด – 3 เดือน กลุ่มเสี่ยง
2.วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด 2. เพื่อให้เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินได้รับการแก้ไขก่อนอายุ 6 เดือน 3. เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการทางภาษา สามารถติดต่อสื่อสารได้ใกล้เคียงหรือเท่าเด็กปกติ
3.หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มีศักยภาพ
4.ขอบเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - บริการตรวจคัดกรองการได้ยินเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงด้วยวิธี OAE (Otoacoustic Emissions) หรือ AABR (Automated auditory brainstem response audiometry) - กรณีที่เด็กมีผลผิดปกติให้ส่งตรวจวินิจฉัย Auditory Brain Stem Response (ABR) auditory steady-state response (ASSR)
5. การจ่ายค่าบริการ	-จัดสรรให้หน่วยบริการ พร้อมกับค่าบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบบเหมาจ่าย

Flow การดูแลทารกแรกเกิดที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน



3. รายการบริการ P&P basic services

3.3

รายการบริการ PPB 35% เหม่าจ่ายตาม workload
ปีงบประมาณ 2565



จ่ายตามผลงานบริการ ให้นำหน่วยบริการตามผลงานบริการตามรายการบริการที่กำหนดตั้งแต่เดือน เม.ย. 63 ถึงเดือนมี.ค. 64

รายการบริการปี 2565

1. จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับบริการ**ดูแลหลังคลอด**ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (คน)
2. จำนวนผู้รับบริการ**คุมกำเนิด** (ครั้ง)
3. จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจ**พัฒนาการ**ทั้งหมด (คน)
4. จำนวนเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับบริการ**ซั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง**ทั้งหมด (คน)
5. จำนวนการได้รับบริการ**วัคซีน EPI** ทุกชนิดในเด็กแรกเกิด ถึงเด็ก ป.6 (เข็ม)
6. จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจ**คัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง** (คน)
7. จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจ**คัดกรองโรค ซึมเศร้า** (คน)

Plus

ข้อเสนอ **เพิ่ม** รายการบริการปี 2566

8. จำนวนเด็กอายุ 4 – 12 ปี ได้รับบริการ
ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน (คน)
 - 8.1 เด็กวัยเรียน (4-12 ปี) ได้รับบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ 1 คน / 1 ครั้ง / ต่อปีงบประมาณ
 - 8.2 เด็กวัยเรียน (6-12 ปี) ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามถาวรซี่ที่ 6,7
9. จำนวนประชากรอายุ 50-70 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรอง Fit test (คน)

3. รายการบริการ P&P basic services

3.4

รายการบริการ PPB 65% กรณีประชากรไทยอื่น
(NonUC)

ปีงบประมาณ 2565



ข้อเสนอการกำหนดรายการบริการ

(PPB_ เหม่าจ่ายส่วน 65%)

1. รายการบริการ PP จากชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับกลุ่มวัยแรงงาน

มีทั้งหมด 16 รายการ

- จ่ายตาม Cap 8 รายการ
- จ่าย FS จำนวน 3 รายการ
- จ่าย WL จำนวน 5 รายการ

2. ข้อเสนอแนวทางการคัดเลือกตามผลงานบริการ สำหรับการจัดสรร PPB_ เหม่าจ่ายส่วน 65% ส่วนประชากรไทยอื่น โดยพิจารณาจาก

- 1) รายการที่อยู่ในเหม่าจ่าย 8 รายการ เลือกเฉพาะรายการที่มีข้อมูลอยู่ในระบบ
- 2) ผลลัพธ์บริการ หรือผลงานบริการที่เป็นการเพิ่ม effective coverage เช่น รายที่ตรวจพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่อง (ทางเลือกเพิ่มเติมสำหรับเขตที่มีความพร้อม)

รายการบริการ P&P ตามสิทธิประโยชน์ ฉ 10 กลุ่มวัยแรงงาน

ลำดับ	รายการบริการ	ความถี่	การจัดสรร
1	ประเมินดัชนีมวลกาย/วัดเส้นรอบเอว	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	Cap
2	คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด	1 ครั้ง/ปี	
3	คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score)	1 ครั้งทุก 5 ปี	
4	ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Fit test) สำหรับคนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป	ไป 1 ครั้งทุก 2 ปี	
5	ให้ยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (สำหรับเพศหญิงอายุไม่เกิน 45 ปี)	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
6	วัคซีน dT	1 ครั้งทุก 10 ปี	
7	วัคซีน ไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล	1 ครั้งต่อปี	
8	การเยี่ยมบ้าน / การให้ความรู้-คำปรึกษา / การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		
9	คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1 ครั้งทุก 5 ปี	FS
10	ANC	5 ครั้งตามเกณฑ์	
11	ทันตกรรมในหญิงตั้งครรภ์	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
12	คัดกรองภาวะซึมเศร้า	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	WL
13	-คัดกรองเบาหวาน (FCG หรือ FPG) กลุ่มประชากรทั่วไป/ คัดกรองเบาหวาน (FCG หรือ FPG) กลุ่มเสี่ยง	1 ครั้งทุก 1- 3 ปี /1 ครั้ง/ปี	
14	ตรวจวัดความดันโลหิต	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	
15	วางแผนครอบครัว (ยาเม็ด ยาฉีด ยาฉุกเฉิน ยาฝัง ใส่ห่วง ทำหมันชาย/หญิง)		
16	ตรวจหลังคลอด	3 ครั้งตามเกณฑ์	

สุขภาพดีมีหลักประกัน ท้องถิ่นสร้างสรรค์ กปท.สนับสนุน



"สุขภาพดีมีหลักประกัน ท้องถิ่นสร้างสรรค์ กปท.สนับสนุน"



มาสคอต (Mascot)

วัตถุประสงค์ของกองทุนฯ

เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของ
หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น
องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริม
กระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และ
ความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

“Next Step ระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น”



“Vision การจัดระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น”



- เดินหน้า กปท. เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากกองทุน และสร้างความยั่งยืน
- สร้างความเข้าใจสิ่งที่ทำได้และไม่ได้ พร้อมตัวอย่างความสำเร็จ เพื่อสร้างความมั่นใจ
- สร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน กปท. ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการ สนับสนุนและขับเคลื่อนในพื้นที่
- ท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญโดยเป็นจุดบูรณาการงานในพื้นที่ สปสช. ร่วมเป็นส่วนหนึ่งเพื่อขับเคลื่อนและบูรณาการงานร่วมกับท้องถิ่น
- สปสช. สนับสนุนข้อมูลเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับท้องถิ่น
- สร้างกระบวนการและปรับเปลี่ยนการใช้จ่ายงบประมาณให้มีความรวดเร็ว

เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์สำคัญ (OKR) กปท.2565

3 เป้าหมาย 12 ผลสัมฤทธิ์ (Key Result)



เป้าหมาย 1 (Objective1)

กปท.มีการใช้งบประมาณที่มีประสิทธิภาพ และผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล

C2.1 ขับเคลื่อน

5 ผลสัมฤทธิ์
Key Result

เป้าหมาย 2 (Objective2)

กปท. เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพแทนประชาชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (Local health purchaser)

C2.2 พัฒนา

4 ผลสัมฤทธิ์
Key Result

เป้าหมาย 3 (Objective3)

สื่อสารสร้างความรู้ การมีส่วนร่วม เพื่อยกระดับการทำงาน กปท.

C2.3 สื่อสาร

3 ผลสัมฤทธิ์
Key Result

KR1 ร้อยละของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) มีงบคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณน้อยกว่าร้อยละ 30 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 60)

แผนการกำกับติดตาม รายไตรมาส

ปีงบประมาณ 2565	กำกับแผนการใช้จ่ายเงิน	กำกับการสมทบเงิน	กำกับการใช้จ่ายเงิน
ไตรมาส 1	ร้อยละจำนวนกปท.ที่มีการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงิน (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80)	ร้อยละ อปท.สมทบเงิน (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90)	ร้อยละจำนวนกปท.ที่มีการใช้จ่ายเงิน (ค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 25)
ไตรมาส 2	ร้อยละจำนวนกปท.ที่มีการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงิน (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 95)	ร้อยละ อปท.สมทบเงิน (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100)	ร้อยละจำนวนกปท.ที่มีการใช้จ่ายเงิน (ค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)
ไตรมาส 3	ร้อยละจำนวนกปท.ที่มีการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงิน (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100)	-	ร้อยละจำนวนกปท.ที่มีการใช้จ่ายเงิน (ค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)

เป้าหมาย 2 กปท. เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพแทนประชาชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (Local Health Purchaser) ผ่านกลไก กปท.

KR1 มีการออกแบบหรือพัฒนาชุดบริการสุขภาพสำหรับท้องถิ่น

KR2 มีการพัฒนาวิชาการหรือระเบียบหรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับกองทุนกปท.

KR3 มีกลไกการขับเคลื่อน เพื่อพัฒนาการจัดระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

KR4 มีประเด็นในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพของท้องถิ่น

Key Results	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1. ออกแบบ/พัฒนาชุดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยท้องถิ่น	ข้อเสนอ (ร่าง) ชุดบริการสุขภาพ	เพิ่มเติมชุดบริการสุขภาพ	เพิ่มเติมชุดบริการสุขภาพ	เพิ่มเติมชุดบริการสุขภาพ
2. พัฒนาวิชาการ/ระเบียบ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับกองทุนปท.	มีหลักสูตร/วิชาการ กระจายลงสู่สถาบันการศึกษาในพื้นที่	มีประกาศฯ ฉบับใหม่ รองรับชุดสิทธิประโยชน์ฯ	การเพิ่มบริการของหน่วยบริการ/ สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข ของท้องถิ่น	การเพิ่มบริการของหน่วย บริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน สาธารณสุข ของท้องถิ่น
3. กลไกการขับเคลื่อน เพื่อพัฒนาการจัดระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น	มีความร่วมมือ/MOU ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับท้องถิ่น	มีพื้นที่นำร่องดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ตาม MOU	ขยายพื้นที่นำร่อง/เพิ่มเติม ตามประเด็นที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ตาม MOU	ขยายพื้นที่นำร่อง/เพิ่มเติม ตามประเด็นที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ตาม MOU
4. ประเด็นในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพของท้องถิ่น	มีบริการสุขภาพสำหรับเด็ก (semi-Health passport), การแก้ไขปัญหาโควิด-19 (HI , CI , ATK , Vaccine)	มีบริการสุขภาพสำหรับ ผู้หญิง , หญิงตั้งครรภ์ , กลุ่มเปราะบาง	มีการเพิ่มบริการสุขภาพกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ	ลดความแออัดในหน่วยบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการเขตเมือง ,Health passport ของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก

เป้าหมาย3 สื่อสารสร้างความรู้ การมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับการทำงาน กปท.

<https://www.youtube.com/c/CommunityCareCommissioningNHSO>

KR1 สื่อสารสร้างการรับรู้และยกระดับการมีส่วนร่วมงาน กปท.



- มีแผนสื่อสารงาน กปท. อย่างต่อเนื่อง (ระดับรายเดือน รายไตรมาส) ในปี 65
- กลุ่มเป้าหมายรับรู้งาน กปท. จากสื่อที่ผลิตและเผยแพร่บนช่องทางสื่อ กปท. ไม่น้อยกว่า 600,000 impressions

KR2 สื่อสารสาธารณะรูปธรรมการทำงาน กปท. ผ่านช่องทางที่หลากหลาย (web/fb/line/)

- มีสื่อ Online, On Air, On Ground สื่อสารงาน กปท.
- มีผู้ติดตาม (Follower) ข้อมูลข่าวสารบนแฟนเพจ เฟซบุ๊ก กปท. เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 10,000 ราย ในปีงบประมาณ 65
- มีการเผยแพร่ความรู้พื้นที่การทำงาน **กปท. ดีเด่น** ผ่านสื่อออนไลน์อย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง

KR3 มีการสื่อสารสร้างการมีส่วนร่วมกับ Digital Health Influencer ในระดับเขตหรือระดับประเทศ

- มีการพัฒนานวัตกรรม (เครื่องมือ ช่องทางสื่อสาร รูปแบบการสื่อสาร) งาน กปท. ผ่าน Influencer อย่างน้อย 1 ช่องทาง

เป้าหมายการทำงานปีงบประมาณ 2565

- อปท. สมทบงบประมาณกองทุนฯ ภายในไตรมาส 1
- กองทุนฯ มีการอนุมัติแผนการเงินและโครงการภายในไตรมาส 2
- พัฒนาโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของพื้นที่หรือแผนสุขภาพชุมชน
- กองทุนฯ มีอัตราเงินคงเหลือภายในไตรมาส 2 ไม่เกินร้อยละ 30
- กองทุนฯ มีอัตราเงินคงเหลือภายใน 30 ก.ย.2565 ไม่เกินร้อยละ 10

แนวทางการดำเนินงานกำกับกองทุน (3 กองทุน) ปี 2565

❑ การกำกับติดตาม

- คัดเลือกหน่วย/พื้นที่ โดย อาจกำหนด Criteria การคัดเลือก (Classify ประเภท)
- กำหนด Timeline การทำงาน

❑ เสริมพลัง Empowerment -> Strengthen

- เตรียมคณะใหม่/หลักสูตร
- Coaching/เป็นที่ปรึกษา

Operation
กฎ/ระเบียบ

รู้เท่าทัน
Update สถานการณ์
รูปแบบการสื่อสาร

❑ พัฒนาต่อยอด กองทุนแถวหน้า

- ด้านศักยภาพ → พี่เลี้ยง เชิงกระบวนการ/การปฏิบัติ
- ศูนย์เรียนรู้ -> MAPPING , Promote

❑ หนุนเสริมภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพ

- ปชช. เข้าถึงบริการ
 - ด้าน PP (เช่น พัฒนาการเด็ก อนามัยแม่และเด็ก NCD มะเร็ง/CHCA โรคระบาด)
 - เชื่อมโยงระบบบริการ , LTC, Palliative , ฟันฟู
 - *ด้านการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาพื้นที่*
- *ประเมินผลลัพธ์ การดำเนินการ ความครอบคลุม ความเพียงพอ*

❑ เชื่อมโยง/ประสานเครือข่าย เช่น กขป./พขอ./สสจ./เขตสุขภาพ/NGO

คณะทำงานฯ 3 กองทุน
ทีมพี่เลี้ยง
กลไกจังหวัด อำเภอ
สถาบันการศึกษา
ศูนย์วิชาการ
สปสช.เขต
เขตสุขภาพ
สสจ./สสอ. (เพิ่มบทบาท)



M&E

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ครอบคลุม 100%

พื้นที่ดำเนินงาน

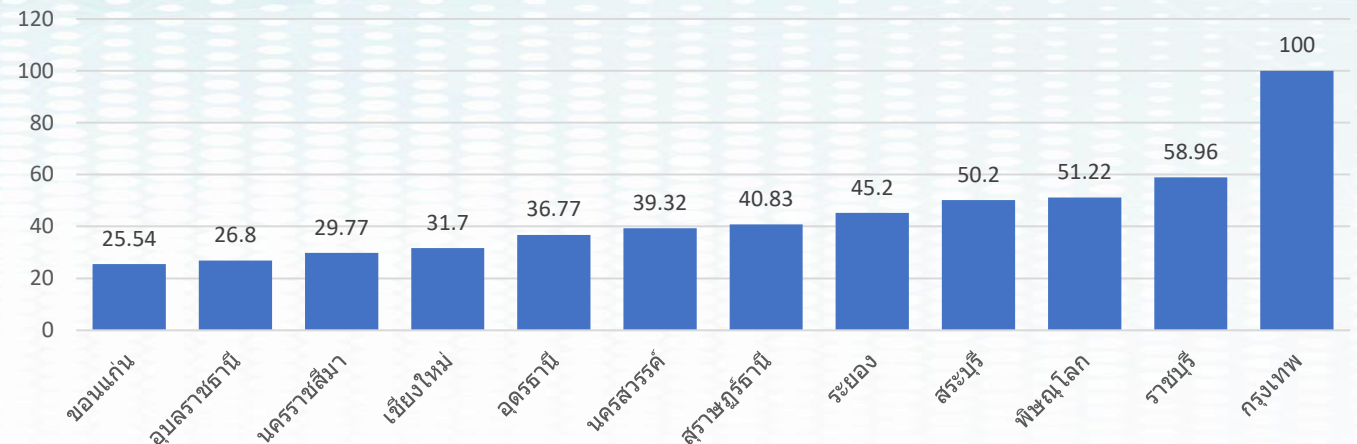
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เทศบาลนคร	1	แห่ง
เทศบาลเมือง	10	แห่ง
เทศบาลตำบล	244	แห่ง
อบต.	463	แห่ง
รวม	718	แห่ง

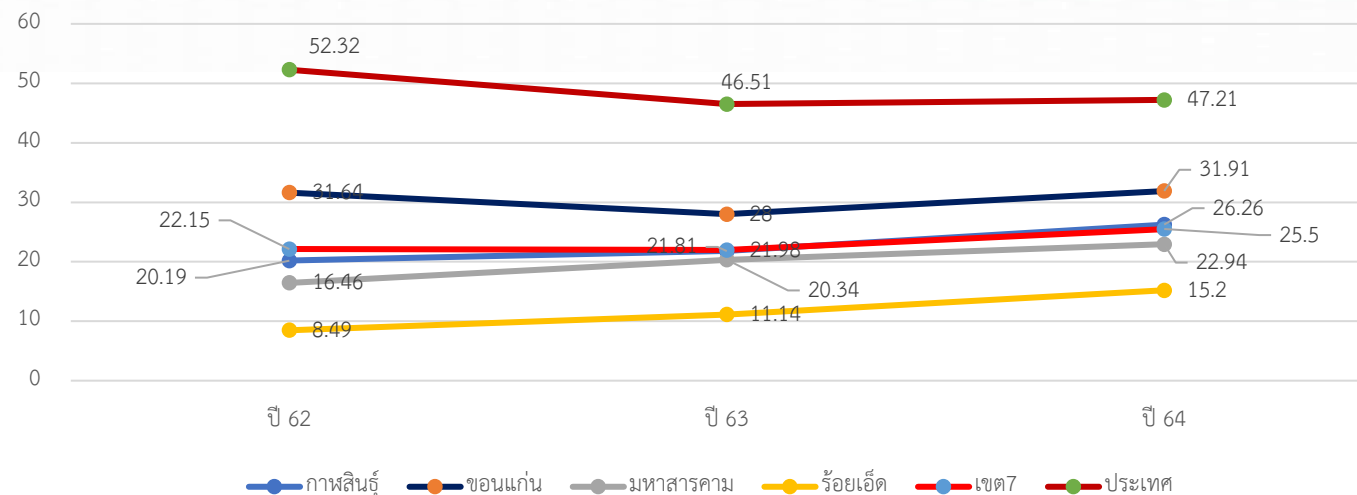
กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

จังหวัดขอนแก่น	224	แห่ง
จังหวัดมหาสารคาม	142	แห่ง
จังหวัดร้อยเอ็ด	202	แห่ง
จังหวัดกาฬสินธุ์	150	แห่ง
รวม	718	แห่ง

ร้อยละเงินคงเหลืองบประมาณกองทุนฯ รายเขต ประจำปีงบประมาณ 2564



ร้อยละงบประมาณกองทุน กปท. คงเหลือ ปีงบประมาณ 2562-2564



งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) ปี2565



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

ประกาศ ณ วันที่ ๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบเหมาจ่าย 6,000 บาทต่อคนต่อปี

- ๓๒ -

ข้อ ๖๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๔

หมวด ๗

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อ ๖๖ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน ๙๕๐.๐๐๘๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีเป้าหมายจำนวน ๑๖๕,๐๑๘ คน มีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

ข้อ ๖๗ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จ่ายตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่ออกตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) ปี2565

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน) ที่เป็น ประชาชนไทยทุกสิทธิและทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์

เป้าหมาย

อัตราผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตาม แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan)และมีผลการประเมิน ADL หลังให้บริการ ร้อยละ 100



KPI : อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามแผนการดูแล(Care Plan)ร้อยละ 95

** ผลดำเนินงานปี64 = 100%

การออกแบบระบบบริหารงบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



กระทรวงสาธารณสุข

- จัดเตรียมบริการ CM CG
- จัดบริการ
- ควบคุมมาตรฐานบริการ
- กำกับประเมินผลบริการ

ท้องถิ่น

- บริหารโครงการ
- จัดบริการผ่านศูนย์ผู้สูงอายุ
- จัดสรรงบประมาณ
- ติดตามกำกับ ผู้จัดบริการ

สปสช.

- ประสานผู้เกี่ยวข้อง
- กำหนดหลักเกณฑ์ ประกาศ
- กำหนดสิทธิประโยชน์
- บริหารจัดการงบประมาณ
- สรุปผลโครงการ

การออกแบบระบบ

****สปสช.ออกประกาศฉบับที่ ๒ ให้
มีการบริหาร กองทุน LTC ร่วมกับ
การบริหารของกองทุนตำบล**

2559 เริ่มดำเนินการ

2563 ขยายสิทธิ

2564 ปรับการจัดงบ

- ดำเนินงานในพื้นที่ กปท. **ที่สมัครใจ**
- งบหกพันบาท/คน/ปี (จัดสรร กปท.ห้าพัน หน่วยบริการประจำค่าคัดกรองหนึ่งพัน)
- ครอบคลุมผู้สูงอายุสิทธิ UC
- บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ มี CM เป็น ผู้จัดการ Care Plan และ CG เป็นผู้ดูแล

ขยายสิทธิครอบคลุม
“ผู้สูงอายุ และ
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ทุกอายุ ทุกสิทธิ”

ปรับเปลี่ยนการจัดงบ
“จัดสรรงบประมาณ กปท.
เป็นหกพันบาท ไม่จัดสรรให้
หน่วยบริการประจำ”



1. ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล Care Plan
2. ให้บริการระยะยาวโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) กิจกรรมตาม Care plan
3. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยผู้ช่วยผู้ดูแล Caregiver หรือ เครือข่ายจิตอาสา
4. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (งบสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟู)
5. ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์โดยเชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ระบบบริหารจัดการ ปี 2565

ปีงบประมาณ	งบประมาณ (ลบ.)	เป้าหมาย (คน)
2559	600.00	100,000
2560	900.00	150,000
2561	1,159.20	193,200
2562	916.80	152,800
2563	975.556	162,593
2564	838.0260	139,671
2565	990.1080	165,018



กลุ่มเป้าหมาย 1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ทุกคน
2. ตามประกาศ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562 กำหนดให้ดูแลคนไทยทุกกลุ่มอายุ และ ทุกสิทธิ์

เป้าหมายการทำงานปีงบประมาณ 2565

- กองทุน LTC มีการอนุมัติ Care Plan ให้กับกลุ่มเป้าหมายในระบบ ร้อยละ 100
- กองทุน LTC มีเงินคงเหลือไม่เกิน 1 เท่า ของเงินที่ดูแลจำนวนกลุ่มเป้าหมายในปัจจุบัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตาม Care Plan ครบ 9 เดือน ได้รับการบันทึกผลประเมินคะแนน ADL ร้อยละ 100
- อัตราผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล มีคะแนน ADL ดีขึ้น ร้อยละ 20 หลังการจัดบริการครบ 12 เดือน

งานบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care ; LTC)

1. อัตราความครอบคลุม อปท. สมัครเข้าร่วมดำเนินงาน LTC ร้อยละ 100

ผลงานเขต ร้อยละ 99.86 (เข้าร่วม 717 แห่ง จากกองทุนทั้งหมด 718 แห่ง เหลือ 1 แห่ง คือ ทต.โพธิ์ชัย จ.ร้อยเอ็ด อยู่ระหว่างการประสานการเข้าร่วม)

2. อัตราผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตาม Care Plan ร้อยละ 95

ผลงานเขต ร้อยละ 95.08

3. อัตราคะแนน Activities of Daily Living ; ADL LTC ดีขึ้นร้อยละ 20

ผลงานเขต ร้อยละ 28.06 ผลงานประเทศ ร้อยละ 23.53

ร้อยละผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินคะแนน ADL เมื่อครบ 9 เดือน

	ดูแลตาม CP ครบ 9 เดือนขึ้นไป (คน)			ร้อยละ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คะแนน ADL ดีขึ้น	
	ไม่มีผลการ บันทึก ADL	มีผลการบันทึก ADL	รวม		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ขอนแก่น	231	3,267	3,498	93.4	980	30
มหาสารคาม	251	3,260	3,511	92.85	943	28.93
ร้อยเอ็ด	60	4,057	4,117	98.54	1,182	29.13
กาฬสินธุ์	134	2,472	2,606	94.86	559	22.61
เขต 7	676	13,056	13,732	95.08	3,664	28.06
ประเทศ	5,936	83,534	89,470	93.37	19,658	23.53

งบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565



ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

18.73 บาทต่อผู้มีสิทธิ

กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด (ไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

จ่ายตามผลงานบริการ (ส่วนที่เหลือ 13.73 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

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

บริหารจัดการระดับประเทศ ครอบคลุมบริการ

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

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มเป้าหมาย (ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

1. คนพิการ
(รหัสสิทธิย่อย 74)
2. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ด้านการแพทย์



1. กายภาพบำบัด
2. กิจกรรมบำบัด
3. แก้ไขการพูด
4. จิตบำบัด



5. พฤติกรรมบำบัด
6. ฟื้นฟูการได้ยิน
7. ฟื้นฟูการเห็น
8. แก้ไขพัฒนาการช้า
9. การฉีดยา phenol
ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ

- อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการของ สปสช.76 รายการ
- ค่าฝึก O&M สำหรับคนพิการทางการมองเห็น
- ค่าฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ IL สำหรับคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว



รายการที่เปลี่ยนแปลง

1. ปรับเพิ่มให้คลินิกกายภาพบำบัดมาเบิกจ่ายในงบบริการฟื้นฟูแทนงบบริการปฐมภูมิ
2. ปรับอัตราการจ่ายเงินชดเชย

2.1 ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

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

2.2 การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว (Independent Living)

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

ผลงานปีที่ผ่านมา

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

หน่วยบริการที่มีสิทธิขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข หมายถึง



1.

หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางเพื่อสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายหน่วยบริการ มีการประเมินคัดกรองผู้ป่วย และมีการจัดทำแผนการให้ดูแลต่อเนื่อง (Discharge care plan หรือ Protocol plan หรืออื่น ๆ) ตาม Service plan กระทรวงสาธารณสุข

2.

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพิจารณาเพิ่มเติม

3.

คลินิกกายภาพบำบัด ที่ผ่านเกณฑ์หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด ตามที่ สปสช. กำหนด

1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กระจกมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)
2. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต (Acute phase) ที่มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่า Barthel Score หรือ ADL น้อยกว่า 15 หรือค่า Barthel Score หรือ ADL เท่ากับหรือมากกว่า 15 แต่มี Multiple impairment ร่วมด้วย พร้อมทั้งแพทย์ต้องมีการวินิจฉัยและสรุปรหัสโรค (ICD 10) ในระยะ Acute phase



กลุ่มเป้าหมาย	รหัส ICD 10 ในระยะ Acute phase
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	รหัส I60 - I64
กระจกมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury : TBI)	รหัส S061 - S069
การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury : SCI)	รหัส S14.0 - S14.1 S24.0 - S24.1 S34.0 - S34.1 S34.3

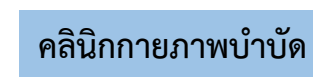
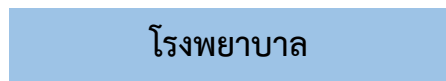
3. การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) สามารถจัดบริการในรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกหรือในชุมชน โดยหน่วยบริการต้องทำการลงทะเบียนในโปรแกรม Intermediate Care : IMC ในระบบ disability portal พร้อมทั้งประเมินและบันทึกค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ของผู้ป่วยทุกครั้งที่ได้รับบริการ โดยกำหนดระยะเวลาที่สามารถให้บริการได้ไม่เกิน 6 เดือน จากวันจำหน่ายผู้ป่วยใน และตามจำนวนครั้งที่กำหนด กรณีมีการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการให้**นับจำนวนครั้งต่อเนื่อง**



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

ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ครบจำนวนครั้งตามที่กำหนดแล้ว สปสช.จะจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตามระบบ point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee Schedule)

Hospital care		Community care	
Acute phase	Recovery phase	Chronic phase	Terminal phase
รพศ./รพท./ รพช.	รพศ./รพท./ รพช./รพ.สต. / คลินิกกายภาพฯ	Long Term Care	Palliative care



จำนวนครั้งของบริการ intensive care ในระยะ golden period **นับต่อเนื่อง (โรงพยาบาลและคลินิกกายภาพฯ)**

- กายภาพบำบัด ไม่เกิน 20 ครั้ง
- กิจกรรมบำบัด + แก้ไขการพูด ไม่เกิน 10 ครั้ง (เฉพาะในโรงพยาบาล)

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการชดเชยค่าบริการ เป็น Point system with ceiling

- ผู้ป่วยหลังฟื้นระยะ Golden period 6 เดือน (นับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยใน 180 วัน)
- บริการครบตามโปรแกรม (กายภาพบำบัด 20 ครั้ง /กิจกรรมบำบัดและหรือแก้ไขการพูด 10 ครั้ง)

ที่ร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด ปีงบประมาณ 2565

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และคุณสมบัติหน่วยบริการ

1. เป็น **คลินิกกายภาพบำบัด** ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
2. มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563
3. มี **นักกายภาพบำบัด** ปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ **อย่างน้อย 1 คน**
4. มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ และให้บริการกายภาพบำบัด ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด
5. มีการเชื่อมโยงการบริการ และระบบข้อมูลสารสนเทศ กับหน่วยบริการประจำและเครือข่ายหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อ และสำนักงาน

เงื่อนไขการจัดบริการกายภาพบำบัด

- ให้บริการกายภาพบำบัด ไม่เกิน 20 ครั้ง/ราย ภายในระยะเวลา 6 เดือน
- นักกายภาพบำบัด 1 คน ให้บริการ ไม่เกิน 8 ราย/วัน

สรุปแนวทางการดำเนินงานคลินิกกายภาพบำบัด ปี 2564 และ 2565

1330

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็น	แนวทางปี 2564	เปลี่ยนแปลงงบปี 2565
แหล่งงบประมาณ	PHC (Primary Health Care)	งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยสมองได้รับบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) ผู้ป่วยไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ (Spinal cord injury) ที่พ้นระยะ Acute และสภาวะทางการแพทย์คงที่ (Barthel Index < 15 หรือ Barthel Index ≥ 15 with multiple impairment)	คงเดิม
หน่วยบริการ	คลินิกกายภาพบำบัดในเขตเมืองใหญ่ เขตปริมณฑล และเขตเศรษฐกิจภาคตะวันออก พื้นที่นำร่อง 24 แห่ง	คลินิกกายภาพบำบัดทั้ง 13 เขตพื้นที่สปสช. เป้าหมาย 34 แห่ง
คุณสมบัติหน่วยบริการ	คลินิกกายภาพบำบัดที่ผ่านการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการกายภาพบำบัดที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม (เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด)
อัตราจ่ายชดเชย	<ul style="list-style-type: none"> ➢ จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) จ่ายชดเชยครั้งละ 450 บาท จำนวนไม่เกิน 20 ครั้งต่อราย ภายใน 6 เดือน ➢ จ่ายเพิ่มเติม 1,000 บาท สำหรับคลินิกที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยรายเดิมต่อเนื่องครบ 20 ครั้ง และ หรือ Barthel index เพิ่มขึ้นตั้งแต่ 2 ระดับขึ้นไป 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ตัดรายการ Add on 1,000 บาท ➢ บริการกายภาพบำบัดในชุมชนเขต กทม. ปรับอัตราจ่ายให้เท่ากัน
การส่งข้อมูล	โปรแกรม Disability Portal	คงเดิม เน้นความต่อเนื่องการจัดบริการระหว่าง รพ. และคลินิก

เขต 1 เชียงใหม่ (8)

เชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยา
 ลำพูน ลำปางแพร่ แม่ฮ่องสอน

เขต 2 พิษณุโลก (5)

พิษณุโลกสุโขทัย ตาก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์

เขต 3 นครสวรรค์ (5)

นครสวรรค์ ชัยนาท พิจิตร อุทัยธานี
 กำแพงเพชร

เขต 4 สระบุรี (5)

สระบุรี อยุธยา สิงห์บุรี
 อ่างทอง นนทบุรี

เขต 5 ราชบุรี (1)

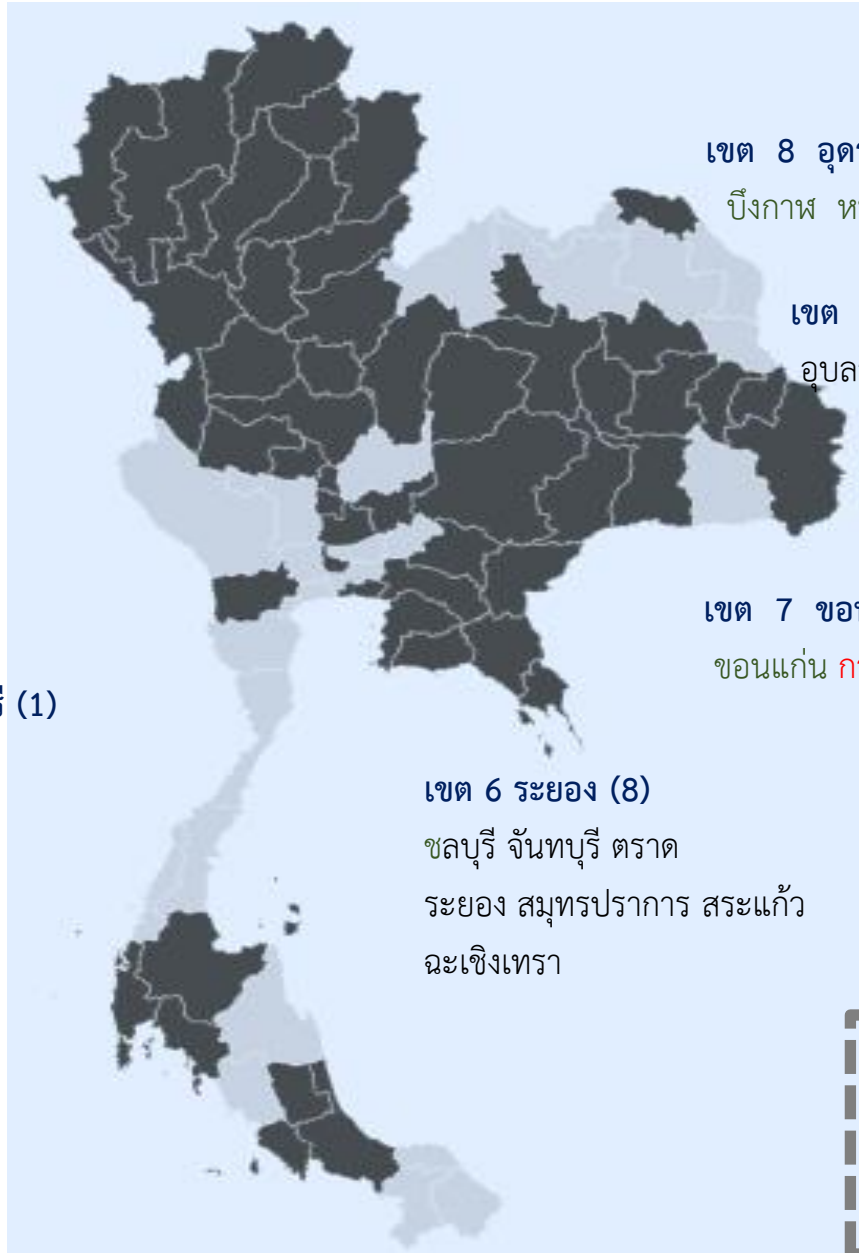
ราชบุรี

เขต 11 สุราษฎร์ธานี (4)

สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต

เขต 12 สงขลา (3)

สงขลา พัทลุง สตูล



เขต 8 อุตรธานี (2)

บึงกาฬ หนองบัวลำภู

เขต 10 อุบลราชธานี (3)

อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ

เขต 9 นครราชสีมา (4)

นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

เขต 7 ขอนแก่น(4)

ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด มหาสารคาม

เขต 6 ระยอง (8)

ชลบุรี จันทบุรี ตราด
 ระยอง สมุทรปราการ สระแก้ว ปราจีน
 ฉะเชิงเทรา

พื้นที่กองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด

จังหวัดที่เข้าร่วมกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด

จังหวัดที่ยังไม่เข้าร่วมกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

Service

การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
การจัดการ ซ่อมดัดแปลง อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

Project

ศูนย์ยืมคืนอุปกรณ์ฯ
พัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือฯในชุมชน
การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการดำรงชีวิตได้ดียิ่งขึ้น

งบบริหารจัดการ

Admin

ค่าใช้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัดตามประกาศ ข้อ ๙



- กองทุนฯจังหวัด จะจ่ายค่าบริการจำนวน 12 รายการ ให้หน่วยบริการในพื้นที่
- สปสช. ส่วนกลางจะส่งข้อมูลบริการให้ สปสช.เขต รายเดือน และเขตส่งให้กองทุนฯจังหวัด

12 รายการ ดังนี้

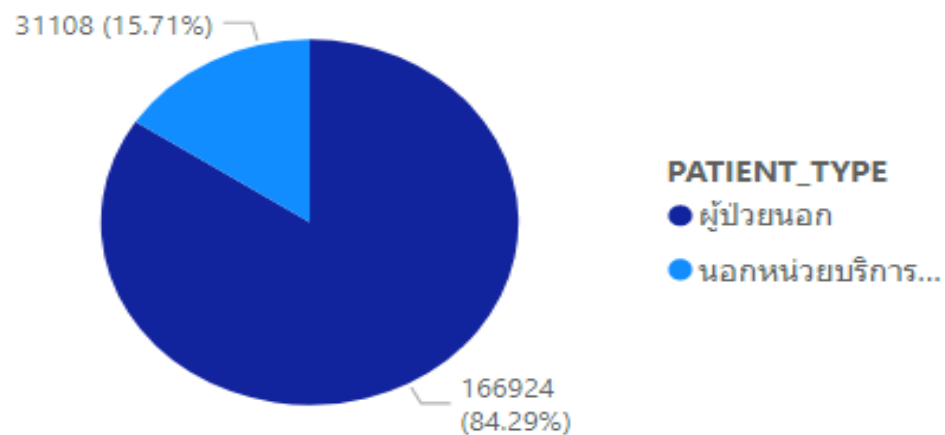
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในชุมชน 2 รายการคือกายภาพบำบัดในชุมชน กิจกรรมบำบัดในชุมชน
- บริการฝึกอุปกรณ์ O&M
- รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 9 รายการ

รหัสอุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	ราคากลาง
8902	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	4,400
8707	ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	600
8901	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	6,600
8904	รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ	6,000
9001	แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม	1,000
8708	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม	500
8903	เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ	800
8706	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม	650
8711	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้	350

สรุปภาพรวมงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ 2564

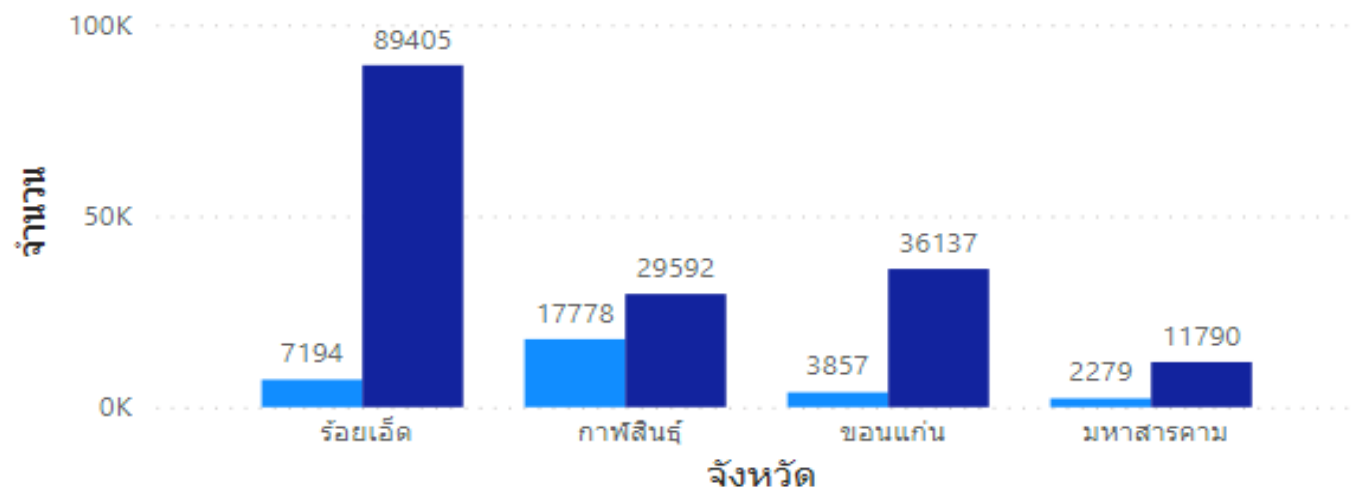
กองทุน	ยอดเงินคงเหลือยกมา	รายรับ	รายจ่าย	เงินคงเหลือ	ร้อยละ
จังหวัดขอนแก่น	1,466,536.44	4,069,273.77	4,834,411.70	701,398.51	12.67
จังหวัดมหาสารคาม	17,329,470.08	2,446,903.02	6,650,601.00	13,125,772.10	66.37
จังหวัดร้อยเอ็ด	7,963,889.40	4,067,456.56	6,366,190.28	5,665,155.68	47.09
จังหวัดกาฬสินธุ์	11,558,057.25	7,023,318.87	12,184,517.67	6,396,858.45	34.43
เขต7	38,317,953.17	17,606,952.22	30,035,720.65	25,889,184.74	46.29
ประเทศ	466583728.7	227446322.2	202480618.1	491549432.8	70.83

จำนวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



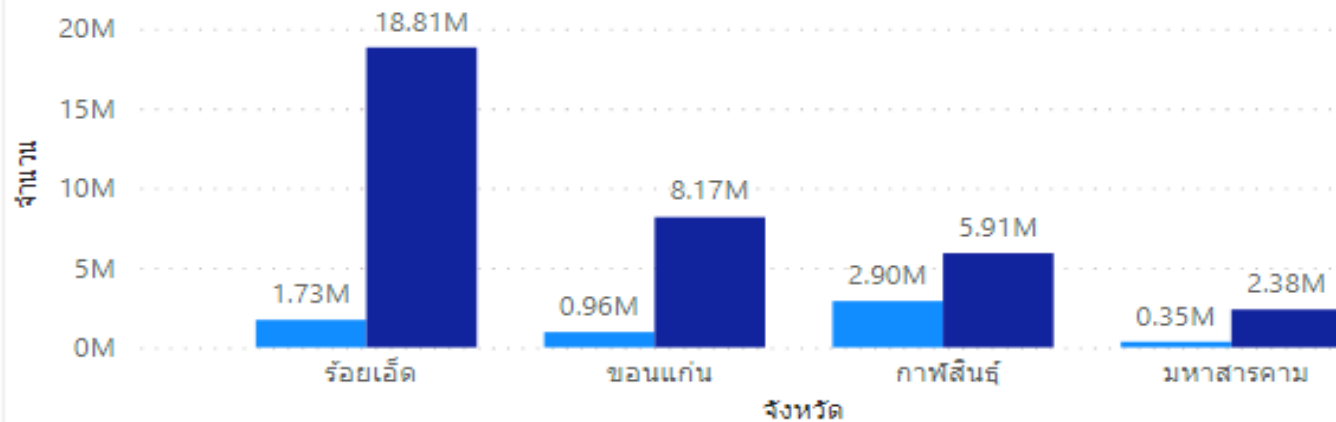
จำนวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

PATIENT_TYPE ● นอกหน่วยบริการ/ในชุมชน ● ผู้ป่วยนอก



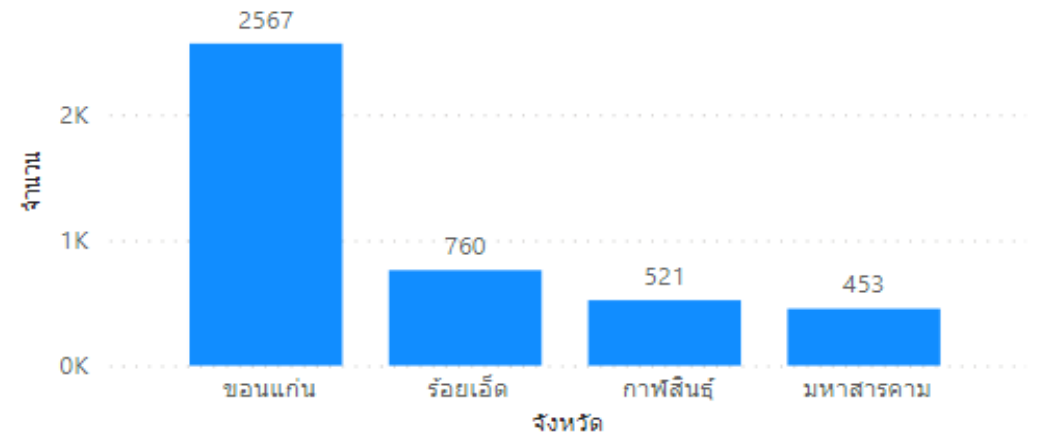
จำนวนวงเงินการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

PATIENT_TYPE ● นอกหน่วยบริการ/ในชุมชน ● ผู้ป่วยนอก

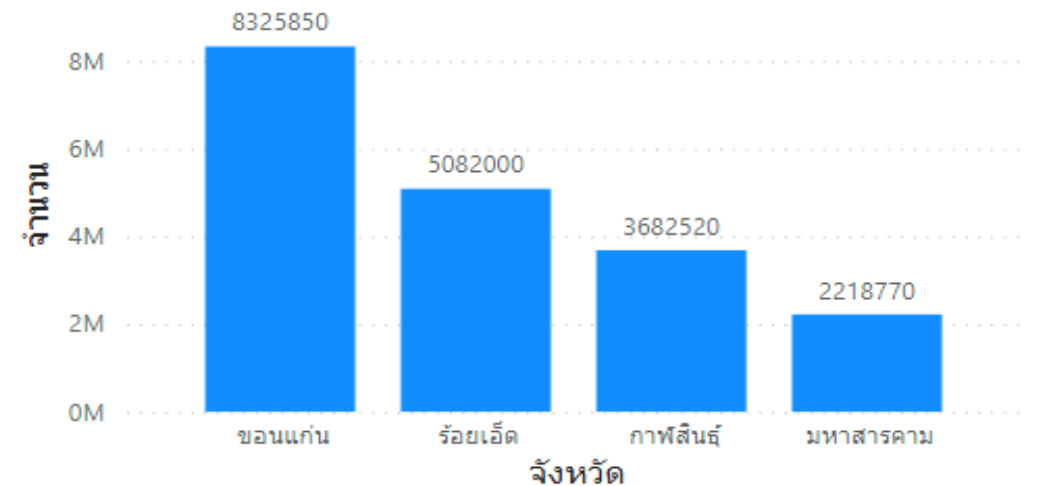


EQ_NAME	Sum of CTPID	RECEIVE_PRICE
เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู ระบบดิจิทัล	497	5963000
ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน	180	2149200
ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis)	64	1920000
รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	416	1825300
ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน	59	1652000
รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	249	1637030
ค่าตัดแปลงรองเท้าคนพิการ	1161	464400
รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ ชนิดตัดเฉพาะราย	341	408800
ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก	15	390000
รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ ชนิดตัดเฉพาะราย	260	364000
เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิทัล	29	361500
รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ	57	336490
เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ	97	291000
แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดหน้านิ้ว มีระบบการใช้งาน	7	255500
ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	380	227270
เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิทัล	20	180000
ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน	4	112000
โลหะตามขาชนิดสั้น	14	77000
ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก	3	63000
ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก	9	54000
เบ้าขาเทียมใต้เข่า/ข้อเท้า	17	51000
เครื่องช่วยฟังชนิดนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิทัล	4	50000
ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)	39	46800
Total	4301	19309140

จำนวนการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



จำนวนวงเงินการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์





การบริหารค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2565

สปสช.เขต 7 ขอนแก่น

ค่าบริการการแพทย์แผนไทย (19.00 บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

16.52 บาทต่อผู้มีสิทธิ
บริการการแพทย์แผนไทย

- **ปรับจ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผลงานบริการ** ให้กับหน่วยบริการ (เดิมจ่ายเป็น FS)

ใช้ผลงานบริการตั้งแต่เดือน ต.ค.64-พ.ค.65

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

ส่งข้อมูลผ่าน OP Individual 43 เพิ่ม
สปสช.

1.61 บาทต่อผู้มีสิทธิ
บริการฝังเข็มและหรือบริการฝังเข็มรวมกระตุ้นด้วยไฟฟ้า

- สำหรับในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง
- แนวทางการจ่าย
 - ❖ จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการบริการฝังเข็มและหรือบริการฝังเข็มรวมกระตุ้นด้วยไฟฟ้า
 - ❖ จ่ายตามรายการชุดบริการฝังเข็ม ครั้งละ 150 บาท ตามมาตรฐานที่กรมแพทย์แผนไทยกำหนดภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังจากการรักษาภาวะ Acute
 - ❖ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายละ 1,000 บาท เมื่อให้บริการครบ 20 ครั้งและมีผลการบันทึกค่า Barthel Index ทุกครั้ง

ส่งข้อมูลผ่าน e-Claim สปสช.

0.87 บาทต่อผู้มีสิทธิ
บริการกัญชาทางการแพทย์

การจ่ายตามหลักเกณฑ์
แนวทาง วิธีการที่
สปสช.กำหนด

ส่งข้อมูลผ่าน
<http://drug.nhso.go.th/drugserver/index.zul>

วงเงิน **16.52** บาทต่อผู้มี สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)

เป็นการจ่ายเพิ่มเติม จากงบบริการทางแพทย์เหมาจ่ายรายหัวประเภท บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) โดย บริหารการจ่ายระดับประเทศ ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทยเพื่อบริการบำบัด รักษา และฟื้นฟู สุขภาพตามรายการบริการ

1. บริการนวด
2. บริการประคบ
3. บริการนวดและประคบ
4. บริการอบสมุนไพร
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติฯ
6. การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ปี 2565

การบริหารค่าใช้จ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
กลุ่มเป้าหมาย	สิทธิ UC และสิทธิว่าง (รวมสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ *D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทยในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ
หลักเกณฑ์การจ่าย	ปรับจ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผลงานบริการ ให้กับหน่วยบริการ (เดิมจ่ายเป็น FS)
วิธีการเบิกจ่าย	1. บันทึกส่งข้อมูลผ่าน OP/PP individual 43 แฟ้ม 2. ประมวลผลการจ่ายผ่านระบบ Seamless for DMIS (http://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/login.jsf)

ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องและการบริการแพทย์แผนไทย

เข้าสู่

<http://cpp.nhso.go.th/CPP>



**เลือก ปิงบประมาณ
และเข้าสู่ระบบ**



**ดูหัวข้อ “บันทึกผลการตรวจ
ประเมิน” เลือก “หน่วยบริการ
ปฐมภูมิ” เพื่อกรอกแบบฟอร์ม
ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ**

เกณฑ์คะแนนที่จะได้รับค่าบริการ

บริการการแพทย์แผนไทย	คะแนน		
	หมวด 2-8	หมวด 3-7	หมวด 5-2-6
1. บริการการนัดเพื่อการรักษา	1	1	1
2. บริการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา	1	1	1
3. บริการอบสมุนไพรเพื่อการรักษา	1	1	1
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด	1	2	1
5. บริการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	1	1	1

เปิดระบบ เมษายน - กรกฎาคม

การบันทึกตามประเภท
บุคลากร

กรณีมีแพทย์แผนไทยประจำ

หมวด 2-8 เลือก จัดบริการ โดยเลือก ทุกบริการ (5 บริการ)

หมวด 3-7 เลือก แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ แพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย โดยระบุคะแนนเป็น 2 หรือ 3 คะแนน เท่านั้น

หมวด 5-2-6 บันทึกตามความเป็นจริง ทุกข้อ

กรณีมีเฉพาะ

ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยประจำ

หมวด 2-8 เลือก จัดบริการ โดยเลือก เฉพาะ “บริการจ่ายยาสมุนไพรพื้นฐานอย่างน้อย 10 รายการ” และ “บริการนวดไทย”

หมวด 3-7 เลือก ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชม. หรือ 372 ชม.

(ห้ามบันทึกแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ แพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย)

* ผลคะแนนต้องเป็น 1 คะแนนเท่านั้น

หมวด 5-2-6 บันทึกตามความเป็นจริง ทุกข้อ

หมายเหตุ ระบุเหตุผลของการได้ 1 คะแนน ในช่องข้อสังเกต เช่น มีเฉพาะ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

กรณีไม่มีแพทย์แผนไทยหรือ
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

หมวด 2-8 เลือก จัดบริการ โดยเลือก เฉพาะ บริการจ่ายยาสมุนไพรพื้นฐานอย่างน้อย 10 รายการ

หมวด 3-7 เลือก บุคลากรอื่น เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

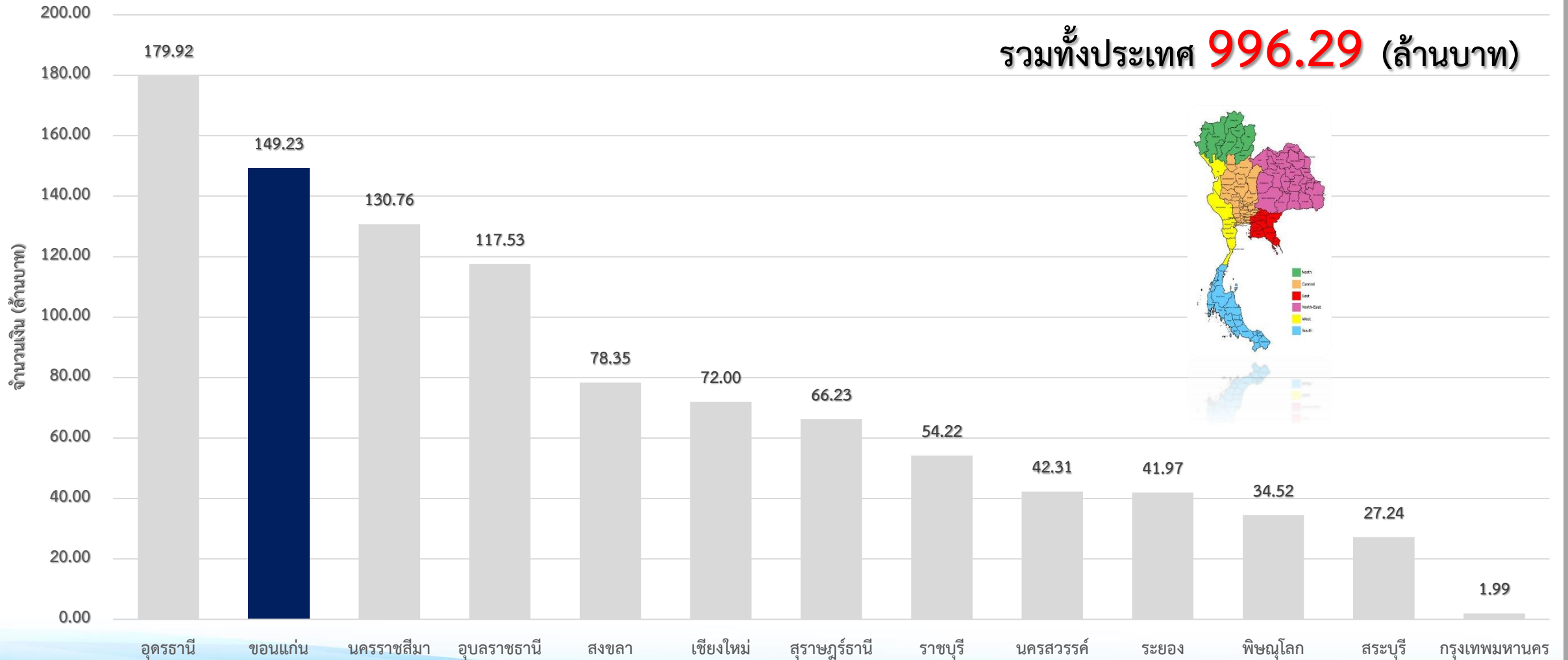
* ผลคะแนนต้องเป็น 1 คะแนนเท่านั้น

หมวด 5-2-6 บันทึกตามความเป็นจริง ทุกข้อ

หมายเหตุ ระบุเหตุผลของการได้ 1 คะแนน ในช่องข้อสังเกต เช่น มีเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ หรือ บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องฯ

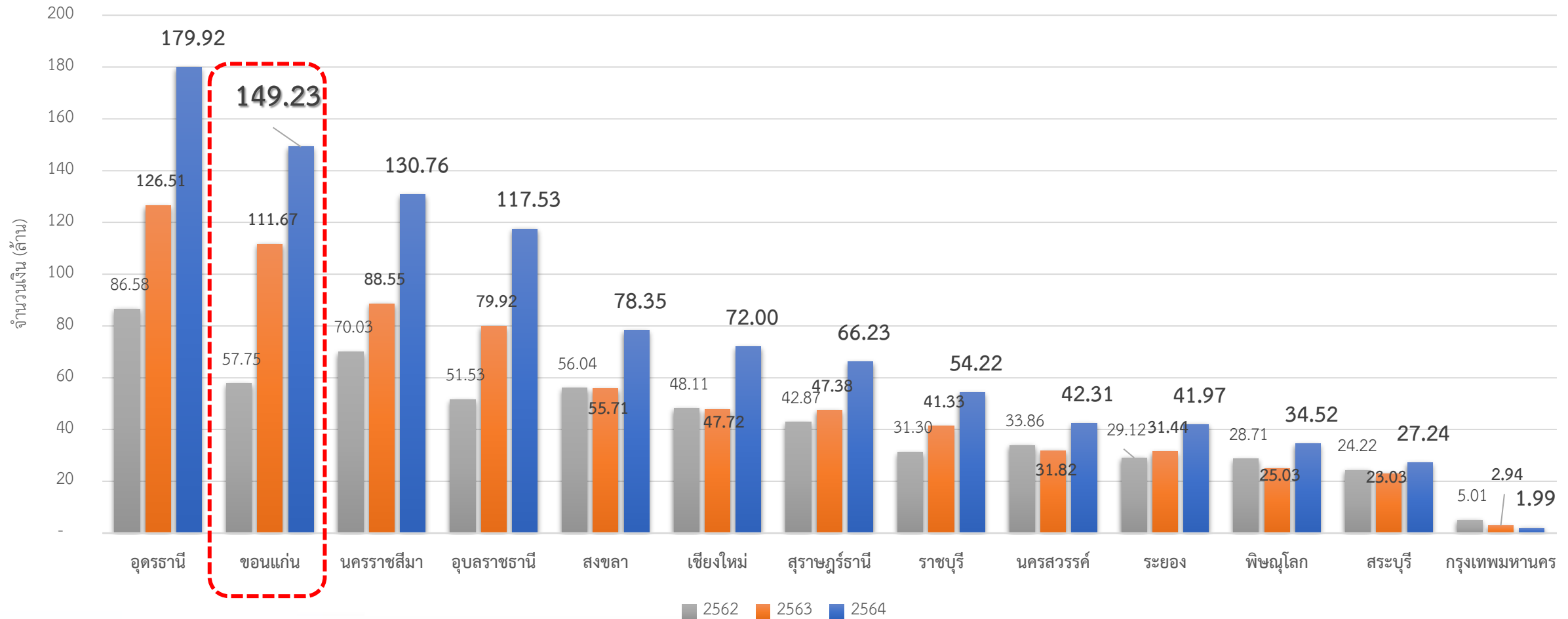
สรุปผลการดำเนินงาน การบริหารค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ปีประมาณ 2564

จำนวนงบประมาณจัดสรรตามผลงานบริการ จำแนกตามรายเขต ปีงบประมาณ 2564



สรุปผลการดำเนินงาน การบริหารค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ปี 2564

งบจัดสรรประมาณแพทย์แผนไทย จำแนกรายเขต เปรียบเทียบบปีงบประมาณ 2562-2564



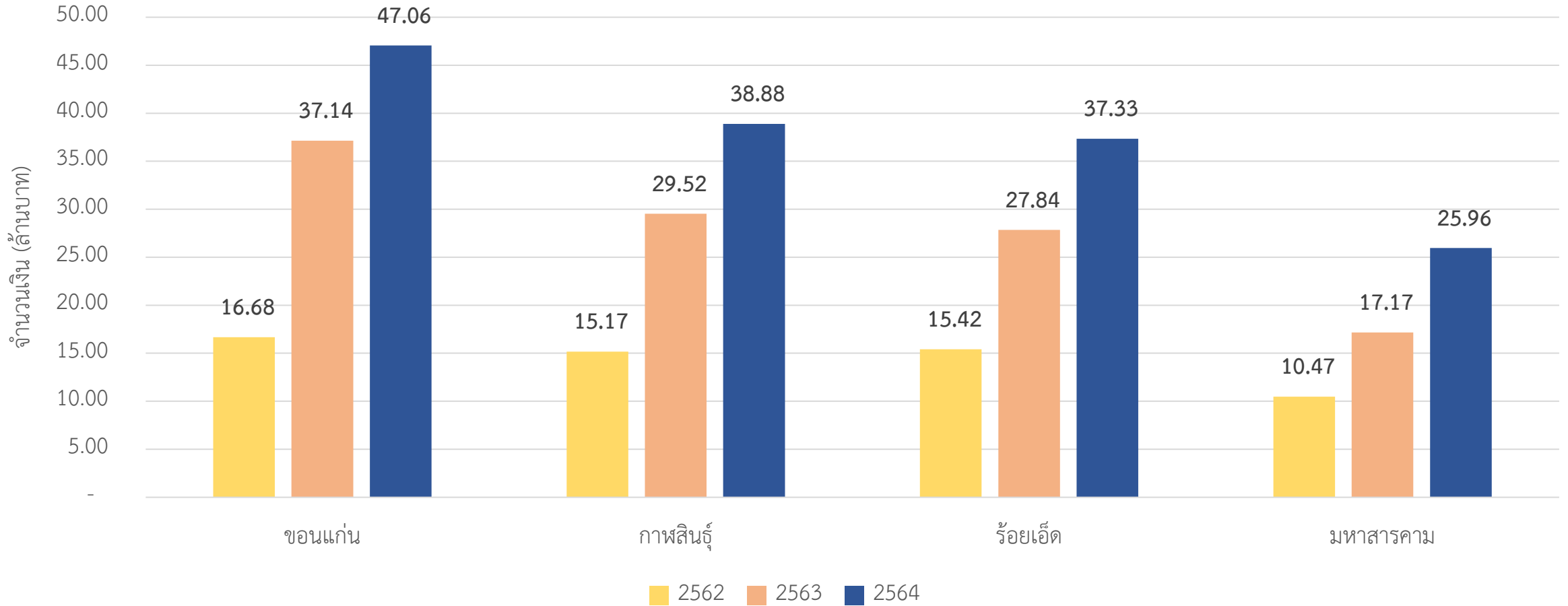
สรุปผลการดำเนินงาน การบริหารค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ปี 2564

สปสช.เขต	ปชก. UC ณ 1 เม.ย.64 (คน)	รวมทุกไตรมาส		
		จัดสรร (ล้านบาท)	บาท/UC	ลำดับ
เขต 8 อุดรธานี	4,211,652	179,924,302.45	42.72	1
เขต 7 ขอนแก่น	3,633,987	149,225,079.18	41.06	2
เขต 10 อุบลราชธานี	3,378,107	117,533,919.19	34.79	3
เขต 9 นครราชสีมา	4,917,718	130,764,232.18	26.59	4
เขต 3 นครสวรรค์	2,162,696	42,305,341.86	19.56	6
เขต 12 สงขลา	4,023,349	78,349,623.33	19.47	5
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	3,504,428	66,231,581.90	18.9	7
เขต 1 เชียงใหม่	3,996,774	72,004,388.42	18.02	8
เขต 5 ราชบุรี	3,773,429	54,223,622.01	14.37	9
เขต 2 พิษณุโลก	2,546,026	34,524,257.61	13.56	10
เขต 6 ระยอง	4,188,156	41,969,773.47	10.02	11
เขต 4 สระบุรี	3,513,422	27,238,686.01	7.75	12
เขต 13 กทม.	3,481,139	1,994,859.51	0.57	13
รวม	47,330,883	996,289,667.12	21.05	

วงเงิน **16.30** บาทต่อผู้มีสิทธิ UC
คำนวณจ่าย Point system with
ceiling

สรุปผลการดำเนินงาน การบริหารค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ปี 2564

งบจัดสรรค่าบริการแพทย์แผนไทย จำแนกรายจังหวัด เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2562-2564



สรุปผลการดำเนินงาน การบริหารค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ปี 2564

การให้บริการการแพทย์แผนไทย จำแนกประเภทบริการ รายจังหวัด

จังหวัด	ค่าบริการใช้ยาจากสมุนไพร	ค่าบริการการฟื้นฟูมารดา	ค่าบริการนวด	ค่าบริการนวดและประคบ	ค่าบริการประคบ	ค่าบริการอบสมุนไพร	รวมค่าบริการชุดเซช
ขอนแก่น	4,499,325.75	2,571,500.00	2,586,945.20	27,097,930.00	837,687.90	1,576,337.04	39,169,725.89
กาฬสินธุ์	1,888,139.00	1,722,000.00	2,995,124.80	20,207,594.50	696,775.20	2,804,838.72	30,314,472.22
ร้อยเอ็ด	5,935,964.05	2,372,500.00	1,373,262.00	18,682,207.00	739,953.60	996,943.68	30,100,830.33
มหาสารคาม	3,152,984.60	1,466,500.00	1,306,196.00	13,773,395.00	406,441.20	1,466,759.52	21,572,276.32
เขต	15,476,413.40	8,132,500.00	8,261,528.00	79,761,126.50	2,680,857.90	6,844,878.96	121,157,304.76

ลำดับหน่วยบริการที่ได้รับจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ปี 2564

จังหวัด	รหัสแม่ข่าย	ชื่อหน่วยบริการ	รวมค่าบริการชดเชย (บาท)
ขอนแก่น	10670	รพ.ขอนแก่น	4,744,399.28
มหาสารคาม	11058	รพ.วาปีปทุม	4,128,339.08
กาฬสินธุ์	10709	รพ.กาฬสินธุ์	3,978,936.58
กาฬสินธุ์	11081	รพ.ยางตลาด	3,931,615.29
กาฬสินธุ์	11078	รพ.กมลาไสย	3,623,045.18
ขอนแก่น	10998	รพ.ชุมแพ	3,281,630.48
ขอนแก่น	11009	รพ.มัธยาศีรี	3,081,807.06
ร้อยเอ็ด	10708	รพ.ร้อยเอ็ด	2,941,999.26
ร้อยเอ็ด	11061	รพ.เกษตรวิสัย	2,817,607.59
มหาสารคาม	10707	รพ.มหาสารคาม	2,451,682.63

จังหวัด	ชื่อหน่วยบริการแม่ข่าย	ชื่อหน่วยบริการรักษา	รวมค่าบริการชดเชย (บาท)
ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	หน่วยบริการปฐมภูมิหนองไผ่	1,375,793.08
กาฬสินธุ์	รพ.ยางตลาด	รพ.ยางตลาด	1,318,827.17
มหาสารคาม	รพ.วาปีปทุม	รพ.สต.บ้านนาเลา	1,128,937.02
ขอนแก่น	รพ.มัธยาศีรี	รพ.สต.บ้านกอก	945,258.91
กาฬสินธุ์	รพ.กมลาไสย	รพ.สต.บ้านสวนโคก	890,281.15
มหาสารคาม	รพ.โกสุมพิสัย	รพ.โกสุมพิสัย	881,547.12
ขอนแก่น	รพ.หนองสองห้อง	รพ.หนองสองห้อง	846,387.42
มหาสารคาม	รพ.บรบือ	รพ.บรบือ	757,096.49
ร้อยเอ็ด	รพ.หนองฮี	รพ.หนองฮี	733,937.56
กาฬสินธุ์	รพ.ร.กุณินารายณ์	รพ.ร.กุณินารายณ์	703,884.83
กาฬสินธุ์	รพ.ท่าคันโท	รพ.ท่าคันโท	695,999.50
กาฬสินธุ์	รพ.กาฬสินธุ์	ศสช.เมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	684,034.90
ร้อยเอ็ด	รพ.ร้อยเอ็ด	ศูนย์แพทย์ชุมชนกกด.	646,937.93
มหาสารคาม	รพ.มหาสารคาม	ศูนย์แพทย์ราชภัฏศรีสวัสดิ์มหาสารคาม	643,037.95
ร้อยเอ็ด	รพ.เกษตรวิสัย	รพ.สต.บ้านฝาง	633,413.19
ขอนแก่น	รพ.ชุมแพ	ศสช.ชุมแพ	618,488.00
ร้อยเอ็ด	รพ.สุวรรณภูมิ	รพ.สต.บ้านป่ายางชุม	618,484.40
ร้อยเอ็ด	รพ.จตุรพักตรพิมาน	รพ.จตุรพักตรพิมาน	614,919.43
ขอนแก่น	รพ.พล	รพ.พล	595,577.27
กาฬสินธุ์	รพ.นาคู	รพ.นาคู	591,186.39

การบริหารการใช้้ำมันกัญชาและสารสกัดกัญชา

Flow การดำเนินการเพื่อเบิกจ่ายเงินชดเชย กรณีการใช้้ำมันกัญชาและสารสกัดกัญชา

ขอใบอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 กัญชากับอย.



สถานบริการ



โปรแกรมการเบิกชดเชยยา
หัวข้อยากัญชา

โปรแกรม
ระบบบัญชียา



การจ่ายยา



ประมวลและออกรายงาน
ทุกเดือน

การตรวจสอบรายงานผลการ
เบิกจ่ายผ่านระบบ
Seamless for DMIS



แพทย์ผู้สั่งใช้ยาผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชา
ทางการแพทย์ และต้องผ่านการอบรมการใช้
น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยาผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชา
ทางการแพทย์ และต้องผ่านการอบรมแนว
ทางการใช้ยาน้ำมันกัญชาทั้ง 5

ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ผ่านการ
อบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์
กรณีการใช้สารสกัดกัญชารักษาโรคลมชักที่รักษา
ยากในเด็ก ให้อยู่ภายใต้การดำเนินการของกุมาร
แพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา

กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจาก
ช่อดอกมี THC 2.0 mg/ml

กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจาก
ราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด

การใช้ยาน้ำมันสารสกัดกัญชา
ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี
CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1

กรมการแพทย์แผนไทย
และแพทย์ทางเลือก

รพ.อภัยภูเบศร

กรมการแพทย์+
สมาคมกุมาร
ประสาทวิทยา

หากตรวจสอบพบว่าการจ่ายไม่ถูกต้องตาม
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดหรือไม่
ครบถ้วน ให้อุทธรณ์เป็นหนังสือมายัง สปสช.
ภายใน 30 วัน



กรณีการใช้น้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอกมี THC 2.0 mg/ml

หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีแพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์/ แพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่สั่งใช้ยา
- ✓ แพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ และต้องผ่านการอบรมการใช้ น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา)

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ผู้ป่วยโรคไมเกรน
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

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

กรณีการใช้น้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด

หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีแพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่สั่งใช้ยา
- ✓ แพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ และ ต้องผ่านการอบรมแนวทางการใช้น้ำมันกัญชาทั้ง 5

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ผู้ป่วยโรคไมเกรน

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

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

การใช้ยาน้ำมันสารสกัดกัญชา



หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง รวมถึงได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้เป็นผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชา
- ✓ กรณีการใช้สารสกัดกัญชารักษาโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ให้อยู่ภายใต้การดำเนินการของกุมารแพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะท้าย
 ผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

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

บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ 2565



วัตถุประสงค์

- สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
- ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10,221 ราย

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรค F20 – F29 และมีเงื่อนไขเพิ่มเติม ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่เคยหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High risk to Violence : SMI – V) ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด **หรือ**
2. เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดยา ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ อาจถูกล่าม้าง จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแลโดยชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

โดยต้องไม่ซ้ำกับผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับการดูแลในปีที่ผ่านมา กรณีจำเป็นสามารถลงทะเบียนผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการทางจิตไม่คงที่ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดได้ไม่เกินร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนทั้งหมด

คำนิยามและความหมาย

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence : SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (F20-F29) ที่เข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์การจำแนก ดังนี้

- ❖ SMI-V 1 (Suicide) : มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- ❖ SMI-V 2 (Violence) : มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
- ❖ SMI-V 3 (Delusion) : ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง
- ❖ SMI-V 4 (Crime) : เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า/พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

1. จ่ายตามการลงทะเบียนผู้ป่วย ที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในระบบ Care transition ภายในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564

2. สปสช.จะจ่ายเงินในอัตราเหมาจ่าย ให้แล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม 2565

การบริหารการจ่าย

หน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง	แบบเหมาจ่ายบริการในอัตรา 1,000 บาทต่อราย โดยจ่ายตามจำนวนการลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น
หน่วยบริการประจำ	แบบเหมาจ่ายบริการในอัตรา 5,000 บาทต่อราย โดยจ่ายตามจำนวนการลงทะเบียนของผู้ป่วย

การกำกับติดตาม

- ❖ หน่วยบริการทำหน้าที่พี่เลี้ยง หรือหน่วยบริการประจำ และหน่วยปฐมภูมิ ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน (บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือในชุมชน)
- ❖ กรณีผู้ป่วยย้ายที่อยู่/ที่ทำงาน หรือกรณีภาวะฉุกเฉิน และหรือภัยพิบัติ ตามประกาศคณะรัฐมนตรี หรือ ผู้ว่าราชการจังหวัด สามารถ ประสานงาน อสม. ในพื้นที่ นำเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารมาใช้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหรือญาติได้ เช่น ผ่านระบบโทรศัพท์ หรือ ระบบ Applications ต่าง ๆ Line , Facebook , Zoom , Blue Jeans ที่สนทนาเป็น Video Conference Call
- ❖ ประเมินสุขภาพผู้ป่วยตามแบบประเมิน 10 ด้าน
- ❖ บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Care Transition

รายการตัวชี้วัด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องครบ 6 ครั้งตามเกณฑ์	Care transition, CMHS
	<ul style="list-style-type: none"> สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมครบ 6 ครั้ง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}$ 	
2	ร้อยละของผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน	e – claim
	<ul style="list-style-type: none"> สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}$ 	
3	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนการประเมินด้านอาการทางจิตดีขึ้น (คะแนนเดือนที่ 6 ดีกว่าเดือนที่ 1)	Care transition, CMHS
	<ul style="list-style-type: none"> สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนการประเมินด้านอาการทางจิตดีขึ้น} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}$ 	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการบันทึก ขอรับค่าใช้จ่ายชดเชยค่าบริการ

ขั้นตอนการขอรับค่าใช้จ่าย

การบันทึกข้อมูล

Care transition
โปรแกรมจิตเวชฯ โคราซ

การตรวจสอบข้อมูล

CMHS
กรมสุขภาพจิต

ข้อมูลการจ่าย

Seamless for DMIS
สปสช.

กำกับติดตาม โดยสปสช.กับหน่วยพี่เลี้ยง

คู่มือการใช้งาน

ระบบข้อมูลและการเบิกจ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
(Community Mental Health Service System : CMHS)

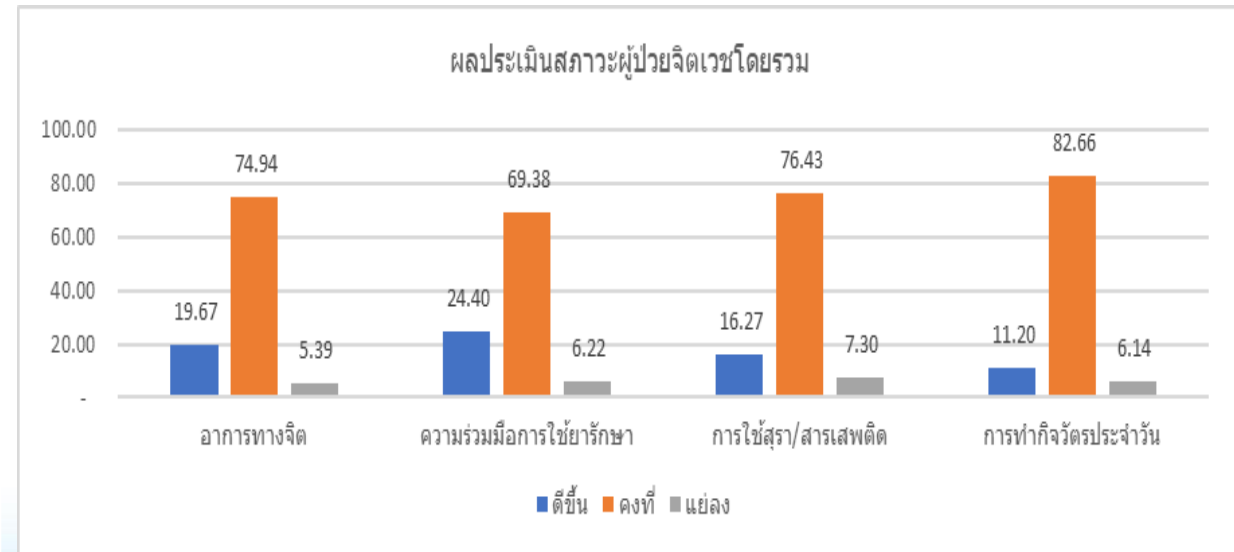


ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจำแนกตามรายประเภท

เป้าหมาย	Serious Mental Illness with High Risk to Violence					Complicated	รวม	ร้อยละ
	Suicide	Violence	Delusion	Crime	Mix			
1,395	50	237	142	9	688	79	1,205	86.38

ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมหลังติดตามเยี่ยมครบ 6 ครั้งตามเกณฑ์

ระดับ	ผลประเมินสถานะผู้ป่วยจิตเวชโดยรวม			
	อาการทางจิต	ความร่วมมือ การใช้ยารักษา	การใช้สุรา/สาร เสพติด	การทำกิจวัตร ประจำวัน
ดีขึ้น	237	294	196	135
คงที่	903	836	921	996
แย่ลง	65	75	88	74
รวม	1205	1205	1205	1205



การบริหารจัดการระบบยา

เพิ่มสิทธิประโยชน์ยาบัญชี จ(2) ปีงบประมาณ 2565

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปี 2565

(คาดการณ์ เริ่มชดเชยยา เดือนมกราคม 2565)


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

หมายเหตุ :

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




รายการยา จ2 ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

No	ชดเชยเป็นยา	ข้อบ่งใช้
1	Botulinum toxin type A (100 iu , 500 iu) หน่วยการเบิก คือ iu	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคคอบิด (Cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ 2. โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (Hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ 3. โรค Spasmodic Dysphonia
2	Leuprorelin acetate 11.25 mg	<ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะภาวะที่เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty 
3	Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (Acute phase of Kawasaki disease) 2. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency diseases) 3. โรค Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง 4. โรค Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต 5. กลุ่มอาการ Guillain-Barre' syndrome ที่มีอาการรุนแรง 6. โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis) 7. โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน 8. โรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) 9. โรค Dermatomyositis (กรณี Secondary treatment) 10. Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy (CIDP)



รายการยา จ2 ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

No	ชดเชยเป็นยา	ข้อบ่งใช้
4	Docetaxel	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ 2. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย 3. ใช้เป็น Second line drug ในโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม 4. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจ หรือ เคยได้รับยา doxorubicin แล้ว
5	Letrozole tablet 2.5 mg	โรคมะเร็งเต้านมที่มี HER2 receptor เป็นบวก
6	Liposomal amphotericin B	โรค Invasive fungal infections (ที่ไม่ใช่ Aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Amphotericin B
7	Bevacizumab  (30 เข็ม = 1 ขวด)	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ่มจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due-to aged related macular degeneration) (AMD) 2. โรคจุดภาพชัดจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME) 3. โรคหลอดเลือดตาที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal Vein Occlusion with Macular Edema: RVO) (เริ่ม19ตค.61)
8	Voriconazole	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรค Invasive aspergillosis 2. โรค Invasive fungal infection จากเชื้อ Fusarium spp., Scedosporium spp. (Pseudallescheria) (เริ่ม 20 มค.61)



รายการยา จ2 ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

No	ชดเชยเป็นยา	ข้อบ่งใช้
9	Thyrotropin alfa	โรค Well differentiated thyroid cancer
10	Ribavirin	ข้อบ่งใช้โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย
11	Antithymocyte globulin ชนิด rabbit (ATG)	ภาวะไขกระดูกฝ่อ ชนิดรุนแรง (severe aplastic anaemia)
12	Linezolid	โรคติดเชื้อดื้อยา กลุ่ม Methicillin resistant S. aureus (MRSA)
13	Imiglucerase	โรค Gaucher's disease type 1
14	Trastuzumab 150 mg/vial 440 mg/vial	สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มี HER2 receptor เป็นบวก

หมายเหตุ : อ้างอิงตามบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีแนวทางการใช้ยาใน ภาคผนวก 3 <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/>



รายการยา จ2 ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ยารายการยาใหม่ ปีงบประมาณ 2565 (คาดการณ์ เริ่มชดเชยยา เดือนมกราคม 2565)

No	ชดเชยเป็นยา	ข้อบ่งใช้
15	Imatinib mesylate 100 mg	1.โรค Chronic myelogenous leukemia (CML) ระยะ Chronic stable phase 2.โรค Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจาย 3. ในกรณีรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ ALL ที่มี Ph+
16	Nilotinib 200 mg	ใช้เป็น Second line drug ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Imatinib ได้
17	Dasatinib 50 mg, 70 mg	1.ใช้เป็น Third line drug ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Nilotinib ได้ 2. ในกรณีรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ ALL ที่มี Ph+
18	Micafungin sodium sterile pwr 50 mg	โรคติดเชื้อ Candida ที่ต้องยา Fluconazole หรือไม่สามารถใช้ยา Amphotericin B ได้
19	Raltegravir tab 400 mg	1. ใช้เป็นยาในสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีลำดับที่ 3 (third-line antiretroviral regimen) ในกรณีผู้ป่วยมีเชื้อเอชไอวีต้องยา โดยใช้ร่วมกับยา Darunavir เท่านั้น 2. ใช้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก (เริ่ม 19ตค.61) ***ชดเชยเป็นยาผ่านโปรแกรม NAP plus



รายการยา จ2 ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

No	ชดเชยเป็นยา	ข้อบ่งใช้
20	Rituximab 100 mg/vial /pack 500 mg/vial /pack	1. โรคมะเร็ง Non-Hodgkin lymphoma ชนิด diffuse large B-cell (DLBCL) ในเด็กและผู้ใหญ่
21	Triptorelin pamoate 11.25 mg	ภาวะ Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty
22	Dolutegravir tab 50 mg	1. ใช้เป็นยาในสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีลำดับที่ 3 (third-line antiretroviral regimen) ในกรณีผู้ป่วยมีเชื้อเอชไอวีดื้อยา โดยใช้ร่วมกับยา Darunavir เท่านั้น 2. ใช้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก ***ชดเชยเป็นยาผ่านโปรแกรม NAP plus
23	Erlotinib 150 mg tablet	โรคมะเร็งปอด ชนิด non small cell ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย แพทย์ผู้สั่งใช้ยา สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา อนุสาขาอายุรศาสตร์โรกระบบทางเดินหายใจ (FY 2564)
24	Octreotide acetate LAR Injection 20,30 mg	Acromegaly ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเนื้ออกหรือฉายแสงแล้ว ระดับ GH และ IGF สูง แพทย์ผู้สั่งใช้ยา สาขาอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม (FY 2564)



รายการยา จ2 ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ยารายการยาใหม่ ปีงบประมาณ 2565 (คาดการณ์ เริ่มชดเชยยา เดือนมกราคม 2565)

No	ชดเชยเป็นยา	ข้อบ่งใช้
25	Sofosbuvir + Velpatasvir	ข้อบ่งใช้โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย (FY 2564)
26	Tocilizumab	รักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิด Systemic (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: SJIA) ในเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน (FY 2565)
27	Ceftazidime/avibactam	รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae ที่ไวต่อยา Ceftazidime/avibactam ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ Colistin (FY 2565)
28	TLD : Dolutegravir (DTG) / Lamivudine / Tenofovir	ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรผสมรวมเม็ดคือ ***ชดเชยเป็นยาผ่านโปรแกรม NAP plus (FY 2565)
29	Factor VIII concentrate, dried (สภากาชาดไทย)	โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) ** หน่วยบริการสามารถแจ้งความจำเป็นเพื่อเบิกชดเชยเป็นยาได้

ข้อมูลเพิ่มเติม

รายการยา	การเบิกชดเชย
26 รายการในตารางยา จ2	เบิกชดเชยในโปรแกรมยา จ2
Dolutegravir tab 50mg. , TLD และ Raltegravir tab 400 mg.	ชดเชยเป็นยาผ่านโปรแกรม NAP plus
Deferasirox	เบิกผ่าน โปรแกรม Thalassemia Registry (DMIS) (ประกาศราคาชดเชยใหม่ เม็ดละ 30 บาท เผลตั้งตั้งแต่ 1 เมษายน 2563)
Clopidogrel 75 mg.	เบิกชดเชยผ่านระบบ E-claim โดย ชดเชยคืนให้เป็นเงิน ราคาเม็ดละ 3 บาท
Donepezil	ชดเชยรวมอยู่ในเหมาจ่ายรายหัว ไม่ชดเชยเป็นยา
Medabon (จ1)	เบิกผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา เพื่อชดเชยเป็นยา (โดยหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน และกำหนดตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย)

ข้อมูลเพิ่มเติม

เนื่องจากประกันสังคมใช้ระบบเบิกยาโปรแกรมยา จ2 เดียวกัน แต่มีการบริหารจัดการยาแตกต่างกันบางรายการ ดังนี้

รายการยา	สปสช. (UC)	ประกันสังคม
Deferasirox	เบิกผ่าน โปรแกรม Thalassaemia Registry (DMIS)	เบิกผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ2 ชดเชยเป็นยา
Imatinib	เบิกผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ2 ชดเชยยาขนาด 100 mg	เบิกผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ2 ชดเชยยาขนาด 100, 400 mg
Donepezil	ชดเชยรวมอยู่ในเหมาจ่ายรายหัว ไม่ชดเชยเป็นยา	เบิกผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ2 ชดเชยเป็นยา

Lab ที่เกี่ยวข้องกับยา จ2 เบิกผ่าน E-Claim

ลำดับ	รายละเอียด	LAB	อัตราชดเชย
1	เพื่อยืนยันผล Her2 positive	FISH/DISH TEST	ชดเชยตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท/ข้าง (ผล + หรือ - อย่างไม่อย่างหนึ่ง)
2	เพื่อยืนยันผลการดื้อยา imatinib	Gene mutation /PCR / RQ-PCR	จ่ายตามจริงไม่เกิน 8,000 บาทต่อปี (ผล + หรือ - อย่างไม่อย่างหนึ่ง)
3	ตรวจคัดกรอง HCV (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)	1.Rapid test 2.เครื่องอัตโนมัติ	อยู่ในเหมาจ่ายรายหัว
4	ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี	HCV viral load : HCV RNA-Quantitative	2,300 บาท/ครั้ง
5	การตรวจประเมินก่อนการรักษา HCV (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)	1.การคำนวณตัวเลขทางสถิติเพื่อประเมินการทำงานตับ ไต เช่น APRI score/FIB-4 score 2. Transient elastography (Fibroscan) หรือ Fibro marker panel	200 บาท/ครั้ง 2,000 บาท/ครั้ง

* เป็นการจ่ายชดเชยค่าแลป HCV ที่ไม่ใช่ในกลุ่มผู้ป่วย HIV หรือกลุ่ม PWID

ขั้นตอนการขอใช้ยา จ2 ออนไลน์

Q: รพ.ไม่เคยเบิกยา จ2 มาก่อน/ ไม่เคยใช้ยา จ2 รายการนี้มาก่อน/ มีแพทย์ใหม่

- หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อทราบข้อบ่งใช้ของยา จ2
 - แพทย์ผู้สั่งใช้ยา สาขาที่เชี่ยวชาญ ยาและข้อบ่งใช้ที่ต้องการเบิกยา
- >> รายชื่อแพทย์/สาขาแพทย์ แจ้งข้อมูลมาพร้อมกับการขอสำรองยาในครั้งแรก
แนบไฟล์ข้อมูลการขอสำรองยาผ่านระบบการสำรองยา
- >> หน่วยบริการที่ไม่สำรองยา ก็สามารถบันทึกเบิกยารายบุคคลได้



>> การเพิ่มแพทย์ สัมพันธ์กับการเลือกยา และ ICD10

เช่น




บัญชียาหลักกำหนด รายการยา SOFVEL ให้รักษาโดย อายุรแพทย์ อนุสาขาทางด้านทางเดินอาหารและตับ / อายุรแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลด้านโรคตับไม่น้อยกว่า 5 ปี และ ใช้ใน การรักษา Chronic Hepatitis C virus infection (ICD10 B182)

เพิ่มข้อมูล สาขาแพทย์ ดังนี้

อายุรแพทย์ อนุสาขาทางด้านทางเดินอาหารและตับ และ อายุรแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลด้านโรคตับไม่น้อยกว่า 5 ปี

จะเลือกรายชื่อแพทย์ตอนบันทึกเบิกยาได้เฉพาะ SOFVEL

>> ดังนั้น จึงต้องเพิ่มรายชื่อแพทย์+ สาขาแพทย์ ผูกกับรายการยาที่เข้าสิทธิประโยชน์/ข้อบ่งใช้ใหม่ทุกรายการ

-  สปสช. โปรแกรมเบิกชดเชยยาและค่าบริการทางการแพทย์
-  ท้องกรณีเบิกสำรองยาและเบิกชดเชยยา (ยาจ2/Antidote/ยาอื่นๆ)
- โทร 025540505 หรือติดต่อ คุณสุภานัน 0614028021 (ส่วนกลาง) ประสานเขต ญาตินี้ ตั้งวงษ์ 061-4215278
-  drug catalog (สมสท.จะเป็นหน่วยงานตรวจสอบ Drug catalog ให้ทุกพร.ตั้งแต่ 1 ตค.64 เป็นต้นไป)
- เบอร์โทรกลาง สำหรับปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจ drug catalog /รายการที่ไม่ผ่าน 02-832-9298
- หรือ ติดต่อที่อีเมล : tmt.nhso@gmail.com

แนวทางการบริหารจัดการบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
(Seasonal Influenza : Flu) ปีงบประมาณ 2565
ภายใต้ Krungthai Digital Health Platform



กลุ่มเป้าหมายให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

- (1) ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป
- (2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 โรค คือ
 - ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - หอบหืด
 - หัวใจ
 - หลอดเลือดสมอง
 - ไตวาย
 - ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด
 - โรคเบาหวาน
- (3) ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- (4) โรคธาลัสซีเมีย และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)
- (5) โรคอ้วน (น้ำหนัก >100 กก. หรือ BMI >35 กก./ตรม.)
- (6) หญิงตั้งครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป
- (7) เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี

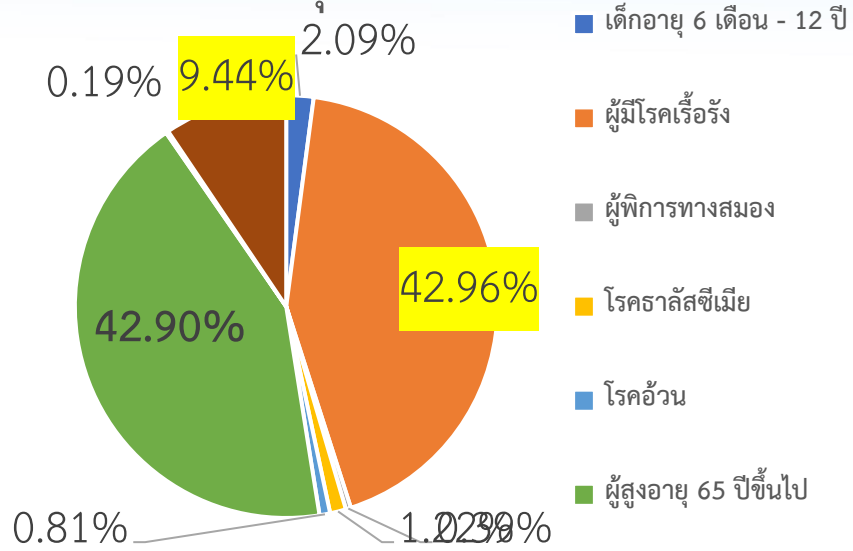
กลุ่มเพิ่มเติมปี 2564

ขยายเวลารณรงค์ 31 ธค. 64

1. บุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19
2. กลุ่มที่อยู่สถานที่ที่มีการรวมตัวของประชากรจำนวนมาก
เสี่ยงต่อการระบาด
3. กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ขึ้นกับสถานการณ์

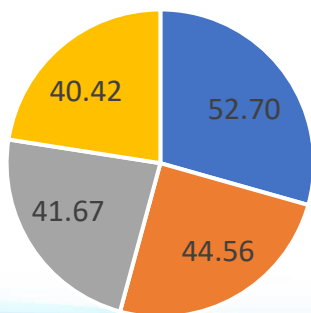
ร้อยละการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

แยกตามกลุ่มเป้าหมาย ณ 9 พ.ย. 64



ร้อยละการฉีดเทียบเป้าหมายแยกราย

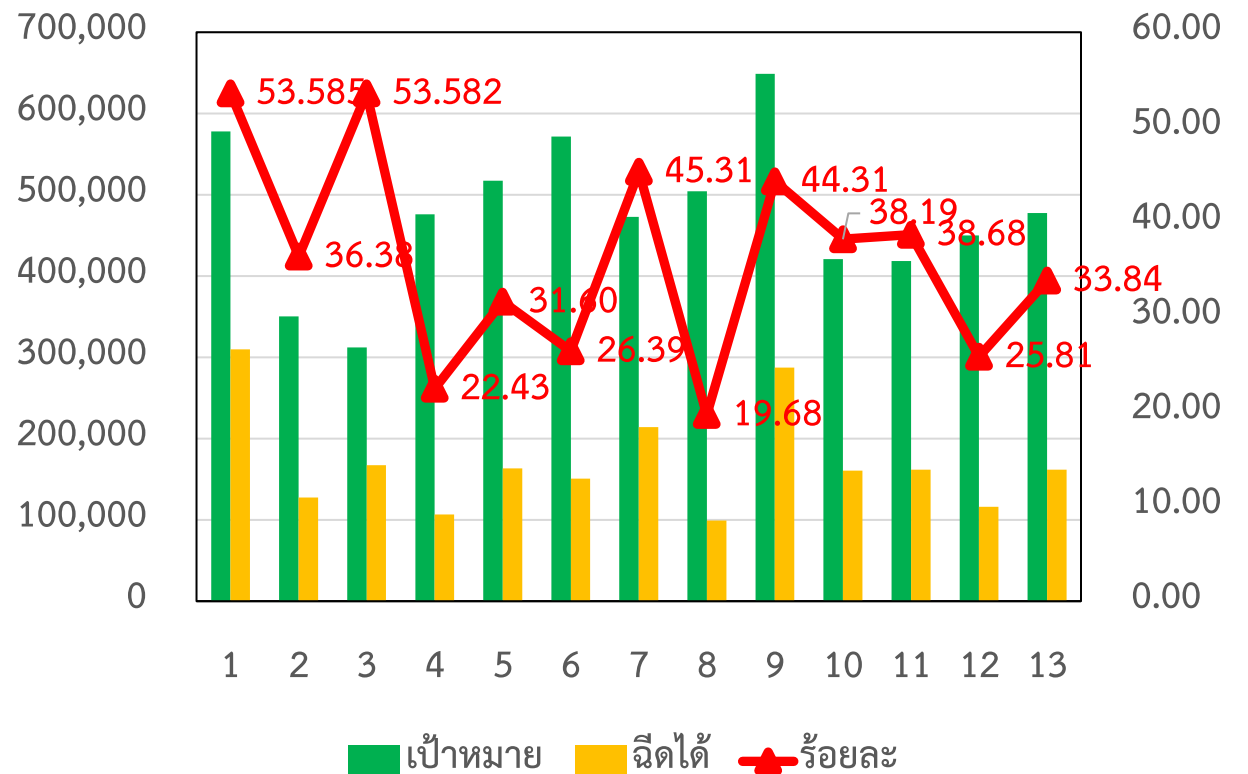
จังหวัด



จำนวน (คน โดส) และร้อยละวัคซีนที่ฉีดได้เมื่อเทียบกับ

เป้าหมาย แยก ราย สปสช.เขต

ณ 9 พ.ย. 2564



ที่มา: Flu vaccination KTB



COVID-19 Antigen test Kit ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

COVID-19 Antigen test self-test ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดการกระจายชุดตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อSARS_CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจน ด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test) สู่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยกลไกกระจายผ่านหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุ > 60ปี หรือ ผู้ป่วยติดเตียง หรือ ผู้พิการ หรือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 7 โรค ที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนCovid
2. ผู้ที่สงสัยว่ามีอาการติดเชื้อ (มีไข้ ไอ ไม่ได้กลิ่น ไม่รับรส หายใจหอบ หายใจลำบาก)
3. ผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยติดเชื้อ
4. ผู้ที่ทำงานประสานงานในชุมชน
5. ผู้ที่ทำงานหรือเดินทางในสถานที่ที่แออัดและมีรายงานการติดเชื้อภายใน 28 วัน



เป๋าตัง

ปชช.กลุ่มเสี่ยง

มีการพิสูจน์ตัวตนผ่าน App เป๋าตังค (กรุงไทย)



ถุงเงิน

รับชุดตรวจ ATK ผ่านหน่วยบริการ

รับชุดตรวจ ATK ผ่านร้านยา

สปสช.จ่ายชดเชยให้ หน่วยบริการ ซึ่ง สามารถดำเนินการพิสูจน์ตัวตนของผู้ให้บริการและประชาชนที่มาขอรับบริการได้ จ่ายชดเชยอัตรา 10 บาท/ชุด



ยอดจัดสรรชุดตรวจ ATK

จังหวัด	ร้านยา (ชุด)	หน่วยบริการ (ชุด)	สำรอง(ชุด)	รวม(ชุด)
กาฬสินธุ์	7,200	46,900	25,000	79,100
ขอนแก่น	11,700	86,150	20,000	117,850
มหาสารคาม	4,050	45,800	25,000	74,850
ร้อยเอ็ด	5,400	62,350	25,000	92,750
รวม	28,350	241,200	950,000	364,550

หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย ATK ชนิด self-test kits

1. เป็นการให้บริการแก่**ประชาชนไทยทุกคน** ที่เป็น**กลุ่มเสี่ยง**ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการชุดตรวจ ATK ชนิด **self-test kits**
3. เงื่อนไขการให้บริการชุดตรวจ ATK ชนิด self-test kits เป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยสนับสนุนชุดตรวจให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ไม่เกินครั้งละ 2 ชุด โดยการใช้ชุดตรวจ 1 ชุดระยะเวลาห่างกัน 5 วัน และต้องให้คำแนะนำในการตรวจ การอ่านผล การรายงานผลและการปฏิบัติตัวให้แก่ประชาชน
4. หน่วยบริการ ต้องพิสูจน์การให้บริการและสนับสนุนชุดตรวจ โดยการขอ Authentication code ผ่าน Application “เป๋าตั้ง” ของธนาคารกรุงไทย
5. สำหรับการเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2564 เป็นต้นไป
6. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้อง**ไม่นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อน**กับ สปสช.อีก

ภาพรวมโครงการแจกชุดตรวจโควิด-19 (Antigen Test Kit)

เริ่ม 16 ก.ย.64
แอพ
เวอร์ชันล่าสุด



กรณีประชาชนมี smart phone



ประชาชนขอรับชุดตรวจโควิด

- ประเมินความเสี่ยง 3 ข้อ
- ถ้ามีความเสี่ยง สแกนรับชุดตรวจ 1 ครั้ง ได้รับชุดตรวจ 2 ชุด
- ศึกษาวิธีการใช้งานชุดตรวจ, การอ่านผลตรวจ
- บันทึกผลตรวจ หากพบเชื้อให้ลงทะเบียนดูแลตนเองที่บ้าน/ตามแนวทางของพื้นที่

สมัครด้วย Tax id ใช้มือถือได้ 5 เครื่อง
สมัครด้วยบัตรประชาชนได้ 3 เครื่อง

หน่วยบริการ

- เปิดใช้งานถุงเงินด้วยเบอร์โทรศัพท์ที่กำหนดไว้
- ตั้งค่าตำแหน่งหน่วยบริการ
- ดูรายงานรายวัน/รายเดือน

กรณีประชาชนไม่มี smart phone

โรงพยาบาลส่งรหัส Hcode
และเลข id พร้อมชื่อเจ้าหน้าที่
ให้ สปสช.เขตเพื่อ add เข้าระบบ



Whitelist NHSG



หน่วยบริการสมัครเข้าใช้งานที่เว็บ

www.ถุงเงินกรุงเทพ.com

- รพ.สมัครด้วยเลขบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี, เบอร์มือถือเข้าใช้งานถุงเงิน
- กรอกข้อมูล รพ., ผู้ดูแล, บัญชีกรุงไทย
- กรอกที่อยู่ รพ.
- เพิ่มข้อมูลสาขา (ปฐมภูมิรพ., รพ.สต.) ระบุชื่อ-สกุล ผู้ที่ติดต่อได้, เบอร์โทรศัพท์เข้าถุงเงิน
- ยืนยันสมัคร

- อาสาสมัคร ต้องเปิดใช้บริการแอปเป๋าตัง และยืนยันตัวตนกับธนาคารกรุงไทย
- บันทึกข้อมูลประชาชน คำนำหน้า, ชื่อ-สกุล, เลขบัตรประชาชน, เบอร์โทรศัพท์ พร้อมทำแบบประเมิน
- ถ้ามีความเสี่ยง สแกนรับชุดตรวจ 1 ครั้ง ได้รับชุดตรวจ 2 ชุด
- บันทึกผลตรวจ หากพบเชื้อให้ลงทะเบียนดูแลตนเองที่บ้าน/ตามแนวทางของพื้นที่
- สแกนบันทึกการแจกชุดตรวจกับหน่วยบริการ เพื่อนำข้อมูลไปออกรายงาน

1. ปัญหาการใช้งานแอปพลิเคชันฉุกเฉิน สแกนเข้ากลุ่ม ATK support



ATK Support

2. กรณีมีการเพิ่มชื่ออาสาสมัคร หรือมีการปรับยอดจัดสรร
แจ้งผู้ประสานงานจังหวัด เพื่อรวบรวมส่งสปสช.เขต



3. คู่มือถามตอบเบื้องต้นเกี่ยวกับ ATK (ATK e-book)



สอบถามอื่นๆ ติดต่อดังนี้

1. ปัญหาการใช้งาน App ฉุกเฉิน : ติดต่อ 02-111-1122 กด 8 และกด 0 ติดต่อเจ้าหน้าที่

2. สอบถามการจัดสรร ATK / การเบิกจ่าย : ติดต่อสปสช โทร 1330 กด 17

การทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพ
ของประชาชนเป็นเรื่องง่าย
ด้วยการนำร่องในจังหวัดภูเก็ต
จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดเชียงใหม่
จากสมัชชาสุขภาพ

วิมล
(รศ.วิมล วัฒนศิริ)

