

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

**กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล กองทุนหลักประกันสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น**

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาพรวม ปีงบประมาณ 2566

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	161,602.6675
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,978.4785
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,952.1756
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,071.4748
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	1,265.6460
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	188.8543
8. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,772.0000
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	437.3360
10. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	21,381.1071
รวมทั้งสิ้น	204,140.0278
ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	61,842.0911
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	142,297.9367

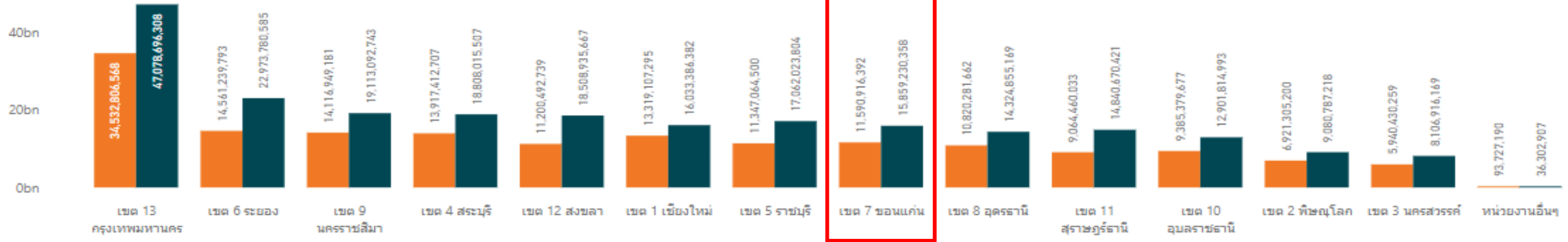


ร่าง บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2566	
ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,344.40
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,477.01
3. บริการกรณีเฉพาะ	399.49
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	17.23
5. บริการการแพทย์แผนไทย	19.16
6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,385.98

การโอนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2564 – 2565 ทั้งประเทศทุกหน่วยงาน แยกรายเขต รวมงบโควิด-19

งบประมาณที่ได้รับโอนรายเขต

YEAR ● 2564 ● 2565



งบประมาณที่ได้รับโอนแยกกองทุน

YEAR ● 2564 ● 2565



ประมาณการจัดสรรงบประมาณฯ ปี 2565 และงบประมาณที่ได้รับโอนตามผลงานจริง

หน่วยงานในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

รายการ	ประมาณการ 2565	โอนงบประมาณ 2565
A งบเหมาจ่ายรายหัว	8,550,773,495	7,867,387,779
A1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	2,857,530,401	2,593,108,683
A2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	3,831,102,615	3,127,070,415
A3. บริการกรณีเฉพาะ	1,173,149,766	1,382,203,343
A5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	67,135,102	79,781,487
A6. บริการแพทย์แผนไทย	112,155,934	175,524,174
A7 ค่าบริการที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	502,444,803	502,444,803
A9 บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน	7,254,874	7,254,874
B งบเหมาจ่ายรายหัว	665,770,773	993,276,794
B1 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	86,831,480	85,654,565
B2 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	276,152,483	341,735,653
B3 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HTและจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	80,045,871	71,824,283
B4 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดารเสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชาย	22,713,264	297,366,255
B5 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	177,098,656	172,332,329
B6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	22,929,019	24,363,710
C รายการใหม่ที่แยกมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว	2,360,256,503	6,866,957,309
C1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	622,762,392	814,902,698
C2 ค่าบริการสาธารณสุขบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	803,783,250	5,177,681,583
C3 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ(ย้ายจาก A8)	445,487	940,500
C4 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ย้ายจาก A4)	933,710,862	873,432,528
D1 D1 ผู้ประกันตนคนพิการ	2,439,119	2,977,843
X1f X1กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน		128,630,633
รวม	11,579,239,890	15,859,230,357
รวม (หักงบบริการโควิด 19)	10,775,456,640	10,681,548,774

ประมาณการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566 หน่วยงานในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

รายการ	ประมาณการ 2566
A งบเหมาจ่ายรายหัว	7,980,548,002
A1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	2,671,161,254
A2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	3,162,093,604
A3. บริการกรณีเฉพาะ	1,397,407,580
A5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	73,390,990
A6. บริการแพทย์แผนไทย	174,049,771
A7 ค่าบริการที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	502,444,803
A9 บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน	-
B นอกงบเหมาจ่ายรายหัว	1,038,730,015
B1 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	90,451,221
B2 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	349,595,573
B3 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HTและจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	66,652,935
B4 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดารเสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	297,366,255
B5 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	220,240,716
B6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	14,423,316
C รายการใหม่ที่แยกมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว	1,786,680,779
C1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	815,717,600
C2 ค่าบริการสาธารณสุขบริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
C3 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ(ย้ายจาก A8)	1,453,073
C4 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	969,510,106
D1 D1 ผู้ประกันตนคนพิการ	2,977,843
X1f X1กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน	
รวม	10,808,936,639

การบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

**กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล กองทุนหลักประกันสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น**

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

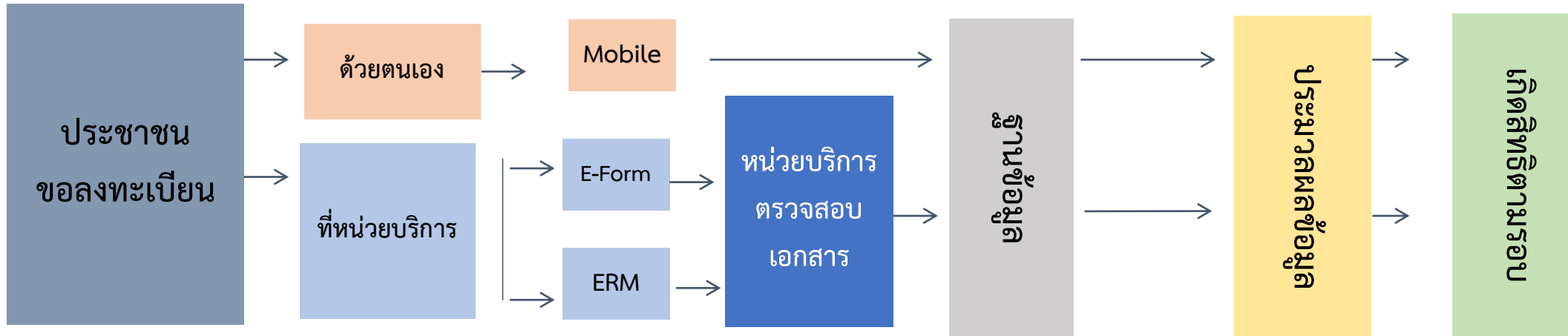
ตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดไว้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2548 ซึ่งใช้เป็นหลักในการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ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

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

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

ยกระดับบัตรทอง ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน

ระบบปัจจุบัน



หมายเหตุ :

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

ปัจจุบัน : เกิดสิทธิทันทีทุกระบบ การขอยกเลิกการลงทะเบียน ต้องทำหนังสือแจ้ง สปสช. เพื่อยกเลิกการลงทะเบียน

**การประมวลผลเกิดสิทธิ กรณียอมรับ/แก้ไข มติบอร์ด รอ 3 วันเหมือนเดิม

แนวทางการพิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ (Authentication)

- 1) หน่วยบริการ Authentication วิธีใดวิธีหนึ่งตามความพร้อม ดังนี้
 - 1.1) ระบบ New Authen
 - 1.2) ระบบ QR code ผ่าน Line สปสช. ID Line: @nhso ,
 - 1.3) ระบบ ERM
 - 1.4) ตู้ KIOSK
 - 2) ประชาชนผู้มีสิทธิ Authentication ได้ด้วยตนเอง โดยใช้ระบบ QR code ผ่าน line สปสช. ID Line: @nhso หรือเสียบบัตรประชาชน Smart Card ผ่านตู้ KIOSK หรือ Station ที่หน่วยบริการจัดเตรียมไว้ให้ประชาชน ซึ่งจะมีการเชื่อมต่อข้อมูลอัตโนมัติกับระบบของ สปสช.
 - 3) กรณี Authen ด้วยการรับรองโดยผู้ปกครอง/เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ ใช้ในกรณีผู้สูงอายุ ที่มีบัตรประชาชนที่ไม่ได้ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี
 - 4) สปสช.กำหนดวิธีการ Authentication สำหรับการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2566 ตามประเภทบริการ ดังนี้
 - 4.1) **เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)** ในรายการที่กำหนด**
 - 4.2) Self Isolation
 - 4.3) UCEP Plus (สถานบริการอื่น)
 - 4.4) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม_HD
 - 4.5) การบริการดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น Common Illness
- โดยเลือกประเภทการ Authentication ตามประเภทการเข้ารับบริการแต่ละกรณี

หมายเหตุ เน้นให้ใช้การ Authen ด้วยบัตรประชาชน Smart card หากเป็นการ authen โดยการ key in หรือการรับรอง โดย จนท.ของหน่วยบริการ อาจจะมีการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

บริการสาธารณสุขที่ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับ ค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข
พ.ศ.2565 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ข้อ 5 บริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

- (1) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (2) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (3) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- (4) การปลูกถ่ายอวัยวะที่นอกเหนือจากรายการที่กำหนด
- (5) การบริการทางการแพทย์อื่น ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

1. เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ ในกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่ใดก็ได้
2. กรณีอุบัติเหตุจราจรต้องใช้สิทธิตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถจนครบวงเงินคุ้มครอง ความเสียหายเบื้องต้นก่อน
3. สามารถเข้ารับบริการสถานบริการอื่นได้ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีเหตุอันสมควร (มาตรา 7 และ UCEP)

1. ใช้รหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 ของ WHO ปี 2010 และ ICD-10-TM
2. ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตาม ICD9-CM ปี 2010
3. รับไว้รักษาใน รพ. น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ให้นับเป็นผู้ป่วยนอก ยกเว้น D/C เป็น Dead, Refer, Escape และ Against Advice
4. หากไม่อยู่ใน รพ. เกิน 24 ชั่วโมง ถือเป็นการลากลับบ้าน (Leave day) และต้องหักลบออกจากการ Admit ครั้งนั้น
5. ต้องจัดทำ Drug catalogue และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการยา สำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที่ สปสช.กำหนด
6. การให้บริการผู้ป่วยนอก แล้วต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชม.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน

6. กรณีผู้ป่วยใน ใช้ DRGs Version 5 ในการคำนวณจ่าย
7. การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (sent date)
8. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย
 - ส่งข้อมูลภายใน 30 วัน หลังจำหน่าย/ หลังให้บริการ หากส่งล่าช้ากว่าที่กำหนด จะมีการปรับลดอัตราจ่ายตามมาตรการรักษาวินัยทางการเงินการคลัง ที่คณะกรรมการกำหนด
 - ส่งข้อมูลเกิน 360 วัน ถือว่าไม่ประสงค์ขอเบิก
9. มีระบบพิสูจน์ตัวตน และการตรวจสอบก่อนจ่ายสำหรับรายการที่จ่ายแบบ Fee schedule ทุกรายการ (บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)¹³
10. มีระบบตรวจสอบก่อนและหลังการจ่ายตามรายการที่กำหนด



**แนวทางการตรวจสอบการชดเชยและ
คุณภาพบริการ
ปีงบประมาณ 2566**

ความเป็นมา/กฎหมาย/ระเบียบ/ มติที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26(6) ตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
2. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 เห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566
3. (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 17-28)

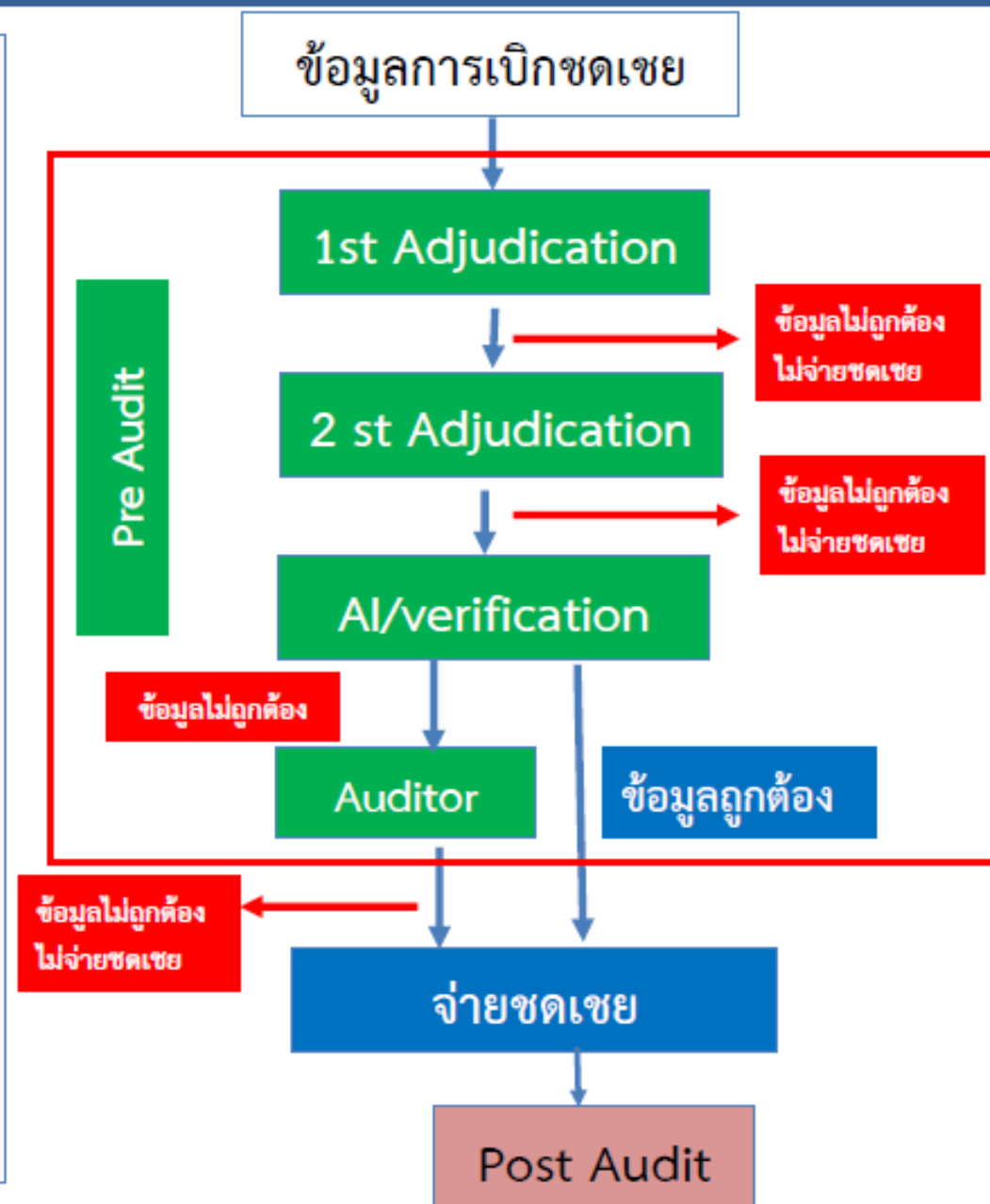
รูปแบบการดำเนินงานตรวจสอบตามช่วงเวลา 3 รูปแบบดังนี้

- 1) การตรวจสอบข้อบ่งชี้ก่อนการให้บริการ (Pre-authorization) : ตรวจสอบโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค
- 2) การตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre audit)
- 3) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Post audit)

หลักการในการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการ

- **ตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre-audit)** ใน**รายการ**ที่มีการเบิกชดเชย ซึ่งมีมาตรการในการตรวจสอบดังนี้
 - ระบบ **authentication** การตรวจสอบการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ
 - ระบบตรวจสอบ **1st Adjudication**
 - ระบบตรวจสอบ **2nd Adjudication**
 - ระบบ **AI และ verification system** เป็นการตรวจสอบข้อมูลเบิกจ่ายที่ผิดปกติ ที่ผ่านการตรวจสอบ **2nd Adjudication** ซึ่งจะนำมาใช้ในการตรวจสอบรายการที่มีข้อมูลเบิกจำนวนมาก หรือมีค่าใช้จ่ายสูง
 - ตรวจสอบโดย **auditor** ภายนอก กรณีที่พบข้อมูลผิดปกติ
- **ตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post-audit) :**
 - กรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบ pre audit โดย auditor
 - กรณีที่ได้รับการตรวจสอบ pre audit แต่พบว่าข้อมูลของหน่วยบริการนั้นๆ พบความผิดปกติ หรือเป็นนโยบาย ของคณะกรรมการ ฯ อนุกรรมการฯ หรือ สำนักงาน ให้ดำเนินการ

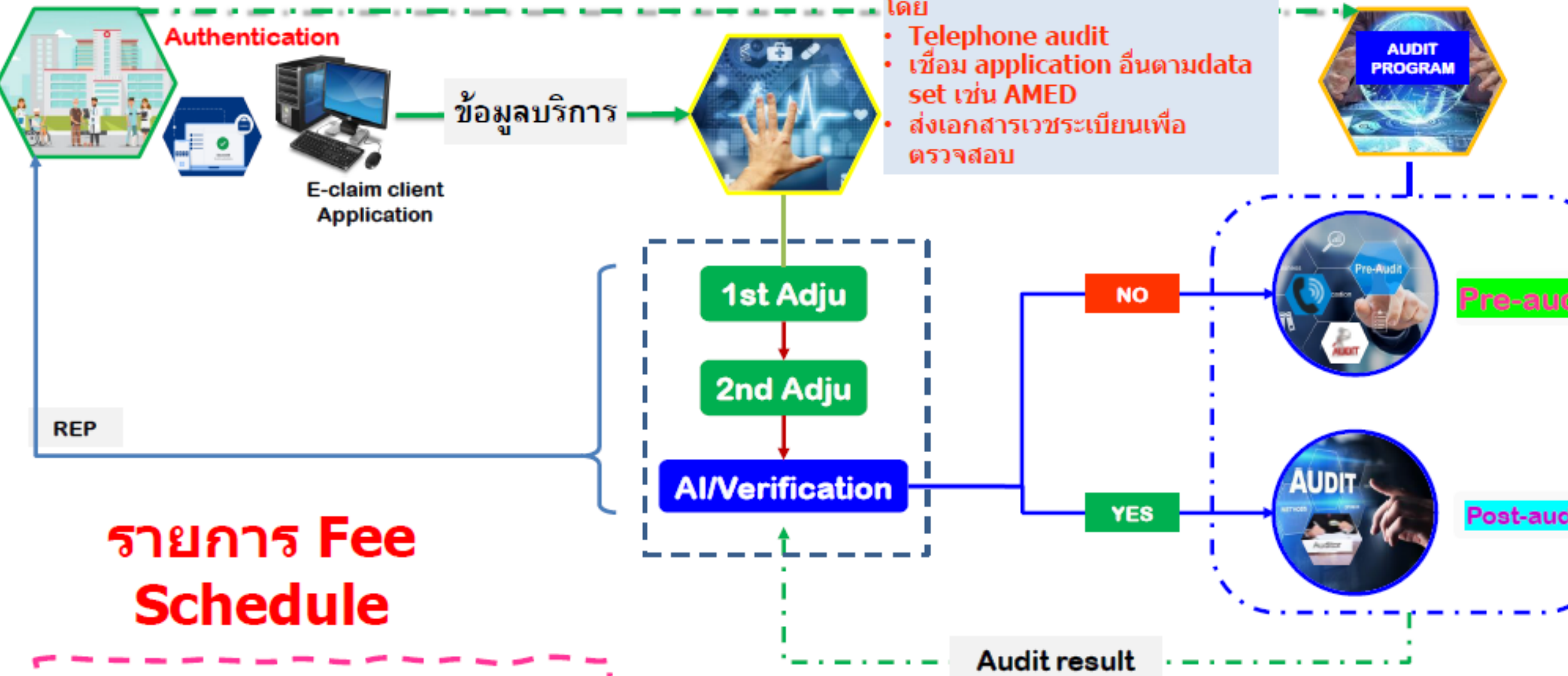
ผ่านความเห็นชอบจากคกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 6 กันยายน 2564



HOSPITAL

NHSO E-CLAIM

AUDIT



REP

รายการ Fee Schedule

AUDIT FLOW SYSTEM

รายการตรวจสอบเวชระเบียนสิทธิ UC ปี 2566

1. บริการ OP กทม

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

2. บริการ IP

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

3. บริการ CR

- CA anywhere (เฉพาะ OP)
- IP กรณี CAG /PCI
- IP กรณี Instrument
- OP บริการไปที่ไหนก็ได้เหตุสมควร
- OP AE

4. บริการ PP Fee schedule

- บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์
- บริการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
- บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ
- บริการ PPFS รายการใหม่

5. บริการฟื้นฟู

- อุปกรณ์ผู้พิการ
- บริการฟื้นฟู

6. บริการไตวายเรื้อรัง

- บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

7. บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

- **DM type I (Quality audit)**

8. สิทธิประโยชน์รายการใหม่

9. ตรวจสอบบริการสิทธิ อปท

- ตรวจสอบผู้ป่วยนอกสิทธิ อปท.
- IP (Coding audit)
- PA ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ยารักษามะเร็งใน OCPA

10. ตรวจสอบบริการสิทธิ กรมบัญชีกลาง & สิทธิเบิกจ่ายตรง กทม.

- PA ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ยารักษามะเร็งใน OCPA
- IP
- HD

แผนการตรวจสอบเวชระเบียนรายการจ่ายชุดเซย์

สิทธิ UC ปิงบประมาณ 2566

รายการ	ตรวจสอบเวชระเบียน	
	Pre audit	Post audit
1. บริการ OP กทม.		
- OP-refer/AE/พิการ/ทันตกรรม/HC (กทม.)	✓	✓
- OP -ปฐมภูมิ (Model 5 กทม.)	✓	✓
2. บริการ IP	-	✓
- IP coding audit	-	✓
- Homeward	✓ (AMED)	✓
- UCEP	-	✓
3. บริการ CR		
- CA anywhere (OP)	✓	✓
- IP กรณี CAG /PCI	✓	✓
- IP กรณี Instrument อุปกรณ์/อวัยวะเทียม	✓	✓

สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2566

รายการ	ตรวจสอบเวชระเบียน	
	Pre audit	Post audit
4. บริการ PP Fee schedule		
1) บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์		
- บริการ ANC	✓	✓
- การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส	✓	✓
- การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม	✓	✓
- การตรวจอัลตราซาวด์ ในหญิงตั้งครรภ์	✓	✓
- การตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์	✓	✓
2) บริการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	✓	✓
4) บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	✓	✓
5) บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	✓	✓
6) บริการส่งเสริมป้องกันรายการใหม่	✓	-
5. บริการฟื้นฟู		
- อุปกรณ์ผู้พิการ	-	✓
- บริการฟื้นฟู	✓	-
6. บริการให้ความรู้ระดับ HD	✓	✓

แผนการตรวจสอบเวชระเบียนรายการจ่ายชดเชย
สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2566

รายการ	จำนวนที่ตรวจสอบ	
	Preaudit	Post audit
8. บริการ COVID19	-	√
9. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง		
- T1DM (Quality of care audit)	-	√
10. ODS & MIS (Quality of care audit)	-	√

หมายเหตุ : สำนักงานอาจมีการปรับเปลี่ยนแผนการตรวจสอบตามความเหมาะสม

การตรวจสอบ Pre Audit

- **ระบบ AI และ verification system** เป็นการตรวจสอบข้อมูลเบิกชดเชยที่ผิดปกติ หรือต้องสงสัย ที่ผ่านการตรวจสอบ 2nd Adjudication ซึ่งจะนำมาใช้ในการตรวจสอบรายการที่มีข้อมูลเบิกจำนวนมาก หรือมีค่าใช้จ่ายสูง



ติด V



- **ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน โดย Auditor ภายนอก** กรณีที่พบข้อมูลผิดปกติ

ระบบ Verification system และ AI Audit ในการตรวจสอบ Pre audit

1. การเบิกจ่ายชุดเซย์โรคมะเร็งรับบริการได้ทุกสถานพยาบาลที่พร้อม
2. การเบิกจ่ายชุดเซย์กรณีผู้ป่วยนอก : OP BKK, OP AE, OP ไปที่ไหนก็ได้เหตุมควร
3. การเบิกจ่ายชุดเซย์กรณีส่งเสริมป้องกันโรค (PPFS)
4. การเบิกจ่ายเงินชุดเซย์กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)
5. การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention-PCI)
6. การเบิกจ่ายเงินชุดเซย์การตรวจสายสวนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Angiography : CAG)

ตัวอย่างเงื่อนไขของระบบ Verification system กรณี PPFS : ANC

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
48	V101	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1-8	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการฝากครรภ์ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564
49	V102	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 9	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการฝากครรภ์ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564
50	V103	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติ ครั้งที่ 1ในการฝากครรภ์ (จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.บันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564 กรณีที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 visit ให้ส่งทุกvisit ที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานตรวจสอบก่อนการจ่ายเช็ค Pre audit

1. ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิกโดยใช้ระบบตรวจสอบก่อนการเบิกจ่าย (Verification system) และหรือการประมวลผลอัจฉริยะโดยระบบปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence : AI) กำหนดเงื่อนไขประมวลผลเบื้องต้นคัดเลือกข้อมูลที่ผิดปกติ เพื่อดำเนินการตรวจสอบในขั้นตอนต่อไป
2. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ มีรูปแบบการดำเนินการดังนี้
 - 2.1 โทรศัพท์สอบถามข้อมูลการรับบริการจากผู้รับบริการโดยตรง
 - 2.2 ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามที่ส่งไปยังผู้รับบริการผ่านระบบ application ต่าง ๆ
 - 2.3 ตรวจสอบข้อมูลบริการที่บันทึกในรูปแบบ electronic ใน platform ต่าง ๆ ของหน่วยบริการ ทั้งนี้ platform ของหน่วยบริการจะต้องมีข้อมูลขั้นต่ำตามมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด
 - 2.3 ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการนำส่งให้สำนักงานเพื่อการตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบ โดยสำนักงานจะกำหนดระยะเวลา รูปแบบ เอกสารและช่องทางการรับเอกสารหลักฐานดังกล่าว
3. ประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบ โดยมีแนวทางการประมวลผล ดังนี้
 - 3.1 ผลการตรวจสอบพบข้อมูลถูกต้องตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิก และหรือเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานพิจารณาจ่ายเช็ครายการนั้น
 - 3.2 ผลการตรวจสอบพบข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิก และหรือเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบพร้อมระบุเหตุผลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบให้หน่วยบริการ

4. กรณีที่หน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ สปสช. จะดำเนินการจ่ายเงินตามข้อมูลผลการตรวจสอบ
5. กรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบนั้น ให้ดำเนินการขอทักท้วงภายในเวลาที่กำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณาการขอทักท้วง และถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ
 - หน่วยบริการสามารถขอทักท้วงผลการตรวจสอบได้ 1 ครั้ง
6. สำนักงานดำเนินการพิจารณาข้อทักท้วงของหน่วยบริการและรายงานผลการพิจารณาให้แก่หน่วยบริการรับทราบ
7. สำนักงานนำข้อมูลทั้งสิ้นสุดกระบวนการตรวจสอบไปดำเนินการประมวลผลจ่ายชดเชยตามผลการตรวจสอบ ตามรอบการจ่ายชดเชย

หน่วยบริการ



ขั้นตอนการตรวจสอบก่อนจ่าย

การส่งเบิกชดเชยและตรวจสอบผล Verify

ส่งเบิก E-Claim
หลังรับบริการ 30 วัน

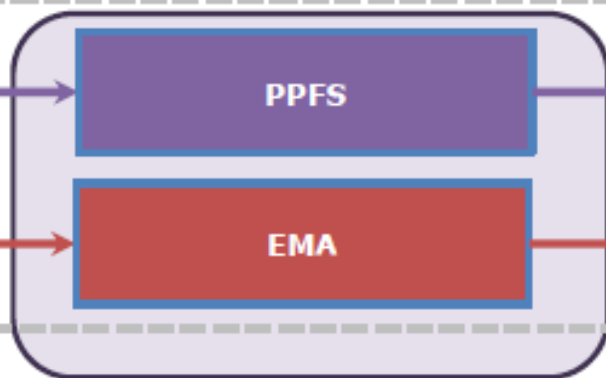
ประมวลผล E-Claim

Statement

การแนบไฟล์ กรณีติด VA

ระยะเวลา 15 วัน

แนบไฟล์



ส่งคืนผล
กรณีไม่
หักหัว้ง ¹

การติดตามผลกรณีผลการพิจารณา VA

ติดตามผลการพิจารณา
การตรวจสอบ VA

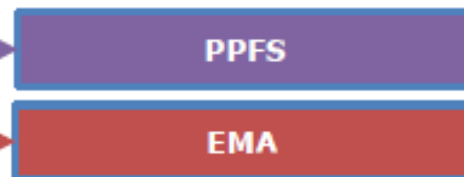
Statement

ส่งคืนผล
ตามรอบ ²

การอุทธรณ์ผลการพิจารณา VA ไม่ผ่าน

ระยะเวลา 10 วัน

หักหัว้งผลการพิจารณา VA



ส่งคืนผล
ตามรอบ ³

การ Download รายละเอียดแนวทางการแก้ไข

URL : <https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/>

Eclaim



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

:: e-Claim System

Username :

Password :

Login Cancel

English Thai



หน้าหลัก ข่าว **ดาวน์โหลด** เว็บบอร์ด MIS หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักที่พบบ่อย ติดต่อเรา

หน้าหลัก



ประกาศ !! ขอเชิญประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)

ประกาศโดย เดือนเพ็ญ เมื่อ 10-10-2565 10:43

เรียน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ.๒๕๖๕ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม... อ่านรายละเอียด



ประกาศ !! เรื่อง การอัปเดตโปรแกรม NHSO Client เพื่อรองรับการขอเลขอนุมัติเบิกจ่าย สิทธิเบิกจ่ายตรงของกรุงเทพมหานคร

ประกาศโดย เดือนเพ็ญ เมื่อ 06-10-2565 09:38

เรียน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน สปสช. ได้ ปรับปรุงโปรแกรม NHSO Client เพื่อรองรับการขอเลขอนุมัติเบิกจ่าย สิทธิเบิกจ่ายตรงของกรุงเทพมหานคร ดังนั้นขอให้หน่วยบริการ update เป็น
version 2.0.0 โดยดำเนินการ ดังนี้ 1. เปิดโปรแกรมขึ้นมาครั้งแรก รอจนโปรแกรม Update เสร็จ 2. หากไม่ได้ทำการ uninstall โปรแกรมเดิมและลงโปรแกรมใหม่โดย down... อ่านรายละเอียด



ประกาศ !! เรื่องการใช้งานระบบ API ในการขอ claim code และการใช้งานหน้าweb (bkkclaimcode.nhso.go.th) ของระบบ
OPBKKClaim

ประกาศโดย เดือนเพ็ญ เมื่อ 05-10-2565 13:53

เรียน จนท.ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน สปสช. ขอเรียนแจ้งว่า สปสช. ยกเลิกการใช้งานระบบ API ในการขอ claim code และการใช้งานหน้าweb (bkkclaimcode.nhso.go.th) ของระบบ
OPBKKClaim

โดยให้หน่วยบริการที่สุจริตตัวตนผู้รับบริการ ในระบบ new authen แทนระบบเดิม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 เป็นต้นไป

อ่านรายละเอียด

การ Download รายละเอียดแนวทางการแก้ไข

แนวทางการแก้ไขข้อมูลติด Verify และ รายละเอียดการติด VA

Eclaim

	โปรแกรม e-Claim Umine เวอร์ชัน 2.13 - update	ไม่ระบบ	78.25 MB	9 กรกฎาคม 2564
--	--	---------	----------	----------------

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข

แก้ไข เนื้อหาในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

	แก้ไข เนื้อหาในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ไม่ระบบ	95 KB	10 มีนาคม 2565
--	--	---------	-------	----------------

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2565

	คู่มือปี 2565	2565	6.67 MB	18 กุมภาพันธ์ 2565
--	---------------	------	---------	--------------------

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2564

	คู่มือปี 2564	2564	113.26 MB	26 ธันวาคม 2563
--	---------------	------	-----------	-----------------

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2563

	คู่มือปี 2563	2563	104.87 MB	21 ธันวาคม 2562
--	---------------	------	-----------	-----------------

เอกสารประกอบการใช้งานโปรแกรม e-Claim

รายละเอียดการผิดพลาดของข้อมูล (รหัสติด C)

	รายละเอียดการผิดพลาดของข้อมูล (รหัสติด C)	-	440 KB	23 กันยายน 2565
--	---	---	--------	-----------------

รายละเอียดรหัส DENY

	รายละเอียดรหัส DENY	-	151 KB	23 กันยายน 2565
--	---------------------	---	--------	-----------------

แนวทางแก้ไขข้อมูลติด VERIFY

	แนวทางแก้ไขข้อมูลติด VERIFY	ไม่ระบบ	117 KB	23 กันยายน 2565
--	-----------------------------	---------	--------	-----------------

ขั้วเชื่อมความเข้าใจวิธีการบันทึกผู้ป่วยเนหาหวาน T1DM GDM PDM

	ขั้วเชื่อมความเข้าใจวิธีการบันทึกผู้ป่วยเนหาหวาน T1DM GDM PDM	ไม่ระบบ	1.23 MB	21 มีนาคม 2565
--	---	---------	---------	----------------

แจ้งรายชื่อผู้ประสานงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่

	แจ้งรายชื่อผู้ประสานงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่	ไม่ระบบ	106 KB	9 มีนาคม 2565
--	--	---------	--------	---------------

บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง

	แจ้งหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง	ไม่ระบบ	106 KB	1 กุมภาพันธ์ 2565
--	---	---------	--------	-------------------

รายละเอียดรหัส VA

	รายละเอียดรหัส VA	ไม่ระบบ	66 KB	12 มกราคม 2565
--	-------------------	---------	-------	----------------

ระบบ NEW e-Claim

	ระบบ NEW e-Claim	ไม่ระบบ	9.30 MB	27 ธันวาคม 2564
--	------------------	---------	---------	-----------------

คู่มือการบันทึกสถิติคอมพิวเตอร์

	คู่มือการบันทึกสถิติคอมพิวเตอร์	ไม่ระบบ	243 KB	2 ธันวาคม 2564
--	---------------------------------	---------	--------	----------------

คู่มือการใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตน

	คู่มือการใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตน	ไม่ระบบ	4.38 MB	2 พฤศจิกายน 2564
--	---------------------------------	---------	---------	------------------

Eclaim



ออกรายงานวันที่ 06/10/2566

ข้อมูลปกติ

REP	ลำดับที่	พึงรับ											ยอดขาดเขยทั้งสิ้น	VA	COVID		
		HC	AE		INST	DMIS			Palliative care	DMISHD	PP	FS				OPBKK	
			DRUG	AE		DRUG	ยอดขาดเขยที่คำนวณได้	ยอดขาดเขยที่จ่ายจริง									DMIS_DRUG
	155	0.00	0.00	50.00	1,032.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,082.00		0.00
	156	0.00	0.00	50.00	954.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,004.00		0.00
	157	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	V203	0.00
	158	0.00	0.00	2,975.00	2,119.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,094.00		0.00
	159	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	V203	0.00
	160	0.00	0.00	4,220.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,270.00		0.00

รายงานพึงรับ | รายงานสรุป OP | **รายละเอียด(ข้อมูลปกติ) 1 OP** | รายละเอียด(ข้อมูลยุทธวิธี) OP

โปรแกรมแนวเวชระเบียนผ่านระบบ

ลำดับที่	เรื่องที่ตรวจสอบแนบไฟล์ผ่านระบบ PPFS	การตรวจสอบก่อนจ่าย	การตรวจสอบหลังจ่าย
1	กรณีบริการฝากครรภ์ (ANC)	X	X
2	กรณีตรวจบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	X	X
3	กรณี บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	X	
4	กรณีบริการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	X	
5	กรณี THALASSEMIA	X	
6	กรณีบริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	X	

ลำดับที่	เรื่องที่ตรวจสอบแนบไฟล์ผ่านระบบ EMA Client Application	การตรวจสอบก่อนจ่าย	การตรวจสอบหลังจ่าย
1	ผู้ป่วยใน (DRG)		X
2	ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE)	X	X
3	ผู้ป่วยนอก OP Anywhere & CA Anywhere	X	X
4	บริการ OP กทม.	X	X
5	ผู้ป่วยนอกสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (OPLG)		X
6	อุปกรณ์เฝ้าระวังเทียม	X	
7	HD		X
8	กรณีการรักษา COVID-19 สำหรับผู้ป่วยใน		X

การแนบเวชระเบียนกรณีติด V ในโปรแกรม PPFS

เข้าใช้งานที่ URL : <https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/>



ระบบการตรวจสอบกรณีจ่ายชดเชยและคุณภาพ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ

ฝ่ายตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ยินดีต้อนรับ

หากต้องการเข้าสู่ระบบ

เข้าสู่ระบบ →



ต้องการสมัครเข้าใช้งาน

สมัครเข้าใช้งาน →

ลำดับ	การหักท	PPAUDIT	Statement เริ่ม ต้น	Statement ปัจจุบัน
1	การหักท		STM OP6409	STM OP6507
2	การหักท		STM IP6409	STM IP6506
3	การแนบ COVID-		STM OP6409	STM OP6507
4	การแนบเอกสารเวชระเบียนฯ VA กรณีผู้ป่วย COVID-19 สำหรับผู้ป่วยใน		STM IP6408	STM IP6505
5	การหักทวง บริการฝากครรภ์ (ANC) (21-30 ก.ย. 2565)		STM OP6506-02	STM OP6508-01
6	การหักทวง บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (21-30 ก.ย. 2565)		STM OP6507-02	STM OP6508-01

**โปรแกรม
PPFS**

การแนวเวชระเบียนกรณีติด V ในโปรแกรม PPFS



sup@ppfs

หน้าหลัก

เอกสารแนบ

หน้าหลักระบบตรวจสอบเวชระเบียน

การตรวจสอบก่อนจ่าย

เลือกรายการ →



การตรวจสอบหลังจ่าย

เลือกรายการ →



แบบเอกสาร / ทักห้วง VA กรณีตรวจ
บริการคัดกรองอะเจิงปากมดลูก

เลือกรายการ →



แบบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณี
THALASSEMIA

เลือกรายการ →



แบบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณี
บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการ
ดาวน์ซินโดรมหญิงตั้งครรภ์

เลือกรายการ →



แบบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณี
ยุติ
การตั้งครรภ์

เลือกรายการ →



แบบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณีบริการ
ป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึง
ประสงค์

เลือกรายการ →



แบบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณีบริการ
เว้นสายสำหรับเด็กที่มีสายคาดผิดปกติ

เลือกรายการ →



2565 © สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ | version 1.4.0.133.001 02022-1-Prod

เว็บไซต์กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ | Google Chrome เวอร์ชัน 79 | ไม่ไป



กรณีบริการฝากครรภ์ (ANC)

การทักห้วง กรณีบริการฝากครรภ์ (ANC)

เลือกรายการ →



แบบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณีบริการฝากครรภ์
(ANC)

เลือกรายการ →



การแนวเวชระเบียนกรณีติด V ในโปรแกรม eMA Client Application

เข้าใช้งานที่ URL : <https://audit.nhso.go.th/mrm/login>

ใช้สำหรับตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนที่ส่งผ่านโปรแกรม eMA Client Application (V.2.0.4)

**eMA Client
Application**

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อผู้ใช้
5808876179253

Password

[ลืมรหัสผ่าน?](#)

เข้าสู่ระบบ

[สมัครใช้งานระบบ](#)

Google Chrome เวอร์ชัน 70 ขึ้นไป | เครื่อง : WEB-310.nhso.go.th

ข้อกำหนดในการจัดส่งเอกสารเพื่อตรวจสอบและการขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบกรณี การตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยสำหรับหน่วยบริการ

สำนักงานมีนโยบายจ่ายให้ถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่าย รวดเร็ว และทันเวลา เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายและเพื่อประโยชน์สำหรับหน่วยบริการ สำนักงานจึงมีความจำเป็นต้องมีข้อกำหนดในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังนี้

1. การจัดส่งเอกสารหลักฐานยืนยันการให้บริการของหน่วยบริการเพื่อตรวจสอบ

1.1 สำนักงานจะกำหนดช่วงเวลาให้หน่วยบริการจัดส่งเอกสารให้สำนักงานเพื่อการตรวจสอบ

1.2 กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดส่งเอกสารหลักฐานในช่วงเวลาที่กำหนด สำนักงานจะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะเบิกชดเชยรายการนั้น ๆ

1.3 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการส่งเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบแล้ว สำนักงานจะพิจารณาเฉพาะเอกสารหลักฐานตามที่หน่วยบริการจัดส่งเท่านั้น

1.4 การจัดส่งข้อมูล เอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบ ต้องเป็นไปตามรูปแบบ ช่องทางการส่ง และระยะเวลาที่กำหนด

1.5 หน่วยบริการควรตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้ถูกต้อง ครบถ้วนก่อนส่งทุกครั้งและมีหลักฐานการนำส่ง โดยผู้บริหารของหน่วยงานรับทราบ กรณีที่เป็นการจัดส่งผ่านระบบ web application ผู้ดำเนินการจัดส่งควรเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจากผู้บริหารของหน่วยงาน

2. การขอหักท้วงผลการตรวจสอบ ข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre Audit)

2.1 หน่วยบริการติดตามผลการตรวจสอบตามช่องทางที่สำนักงานแจ้งและดำเนินการขอหักท้วงผลการตรวจสอบตามช่องทาง และระยะเวลาที่กำหนด

2.2 กรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน ให้ดำเนินการขอหักท้วงผลการตรวจสอบทางช่องทางที่สำนักงานกำหนด พร้อมระบุเหตุผลประกอบการหักท้วง

2.3 การขอหักท้วงผลการตรวจสอบควรดำเนินการโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจเท่านั้น กรณีการส่งเสริมป้องกันโรคอาจเป็นเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ และได้รับมอบอำนาจ

2.4 หน่วยบริการสามารถดำเนินการขอหักท้วงผลการตรวจสอบได้ 1 ครั้ง ทั้งนี้สำนักงานจะไม่รับเอกสารเพิ่มเติมในขั้นตอนการพิจารณาข้อหักท้วง และผลการพิจารณาของสำนักงานถือเป็นที่สุด

บทบาทของหน่วยบริการ

1. บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียน เอกสารอื่นหรือในรูปแบบอื่น รวมทั้งจัดเก็บเอกสารหลักฐานการให้บริการต่างๆอย่างน้อย 5 ปี สำหรับการตรวจสอบ
2. ส่งข้อมูลการให้บริการในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ มายัง สปสช.เพื่อเบิกจ่ายชดเชย
3. ติดตามผลการเบิกชดเชย และหรือผลจากการตรวจสอบโดยการ verify data หรือ AI เพื่อเตรียมส่งเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมกรณีที่ สำนักงานร้องขอ
4. จัดส่งเอกสารหลักฐานเพื่อยืนยันการให้บริการ ตามรูปแบบ แนวทางและระยะเวลาที่กำหนด
5. พิจารณาผลการตรวจสอบ หากไม่เห็นด้วยให้แจ้งทั้กท้วงมายังสำนักงาน
6. รับทราบผลการพิจารณาข้อทักท้วง และติดตามการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

การตรวจสอบ Post Audit

- **Billing Audit**
- **Coding Audit**
- **Quality Audit**
- **ตรวจสอบร่วม 3 กองทุน**

- 1.การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน (IP-UC)
- 2.การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วย Homeward
- 3.การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน อปท (IP- อปท)
- 4.การตรวจสอบร่วม 3 กองทุน : ณ หน่วยบริการที่มีการเบิกจ่ายชดเชยมีความผิดปกติสูงมาก จำนวน 3-5 แห่ง

Quality Audit ปี 2566

1. การตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการรักษาผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) (Billing & Quality audit)
2. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดด้วยการทำ PCI
3. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการฉีดตรวจหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Angiography : CAG)
4. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วย DM type I
5. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการกรณี ODS/MIS

Billing Audit ปี 2566

1. การตรวจสอบการเบิกจ่ายชุดเซย์ผู้ป่วยนอก อปท. (OPLG)
2. การตรวจสอบการเบิกจ่ายชุดเซย์ผู้ป่วยนอกกรณี **OPFS : OP BKK, OP AE, OP** ไปที่ไหนก็ได้เหตุสมควร, CA anywhere (OP)
3. กรณี อุปกรณ์อวัยวะเทียม
4. กรณี **PPFS** กรณีหน่วยบริการที่ผิดเกินเกณฑ์

**การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
และ
การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรงของ
กรุงเทพมหานคร**

- การตรวจสอบ Preauthorization ผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ โรคมะเร็งและโลหิตวิทยา โรครุมตักส์โรคผิวหนังเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้ออักเสบเรื้อรัง ภาวะตาอักเสบจากโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานผิดปกติ และโรคนิวโรมียอีลียติส ออฟตีกา (OCPA, RDPA, DDPA, Biologic) <https://ocpa.mra.or.th/>



- การตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรงประเภทผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) <https://eaudit.mra.or.th/>



การตรวจสอบคุณภาพการรักษาผู้ป่วย
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

<https://hd.mra.or.th/>



ช่องทางการติดต่อนี้เป็นการชั่วคราวใน
กรณีเปลี่ยนแปลงจะแจ้งทางwebsite
และหนังสือเวียนต่อไป

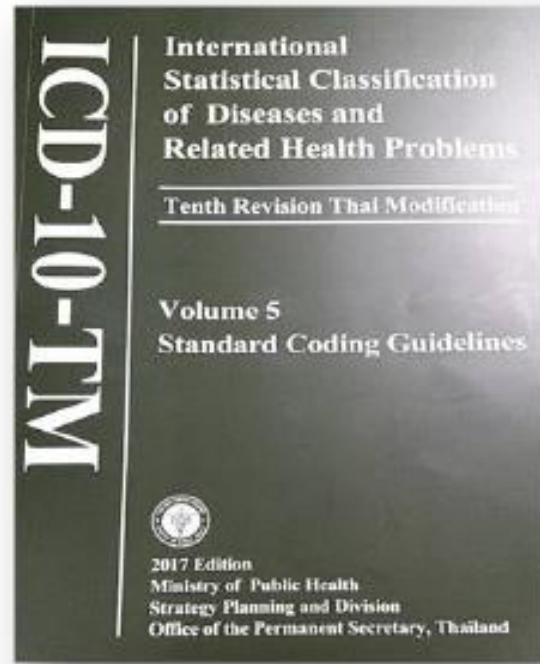
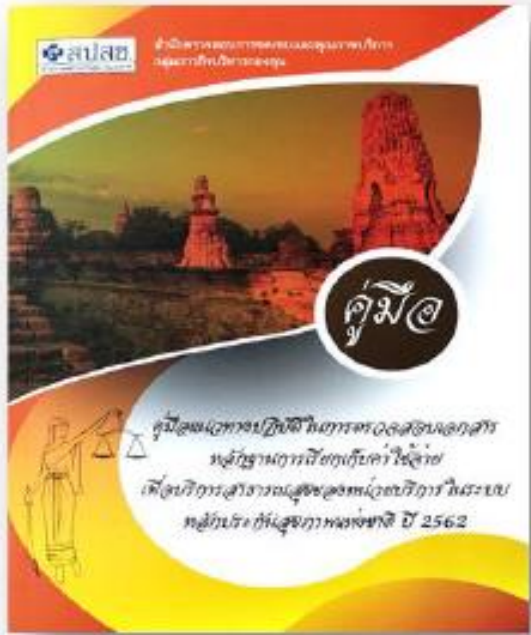
สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข

แจ้งเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์
ตั้งแต่ 20 กันยายน 2565 เป็นต้นไป

กรุณาติดต่อเบอร์
092-8811395

ขอยกเลิกเบอร์โทรศัพท์ 02-2980365-67,
02-2980077 และ 098-2589709
ตั้งแต่ 30 กันยายน 2565 เป็นต้นไป

คู่มือและประกาศการจ่ายค่าใช้จ่าย ที่อ้างอิงในการตรวจสอบ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี.....

ค่าบริหารจัดการ งบเหมาจ่ายรายหัว
Basic payment

(OP PP IP)

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

OP-ทั่วไป : การคำนวณอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (1,344.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ)



อัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวระดับจังหวัด = **A** + **B**

A

80% (1,075.52 บาทต่อผู้มีสิทธิ)
adjusted ระดับจังหวัด โดย \pm ไม่เกิน 10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ

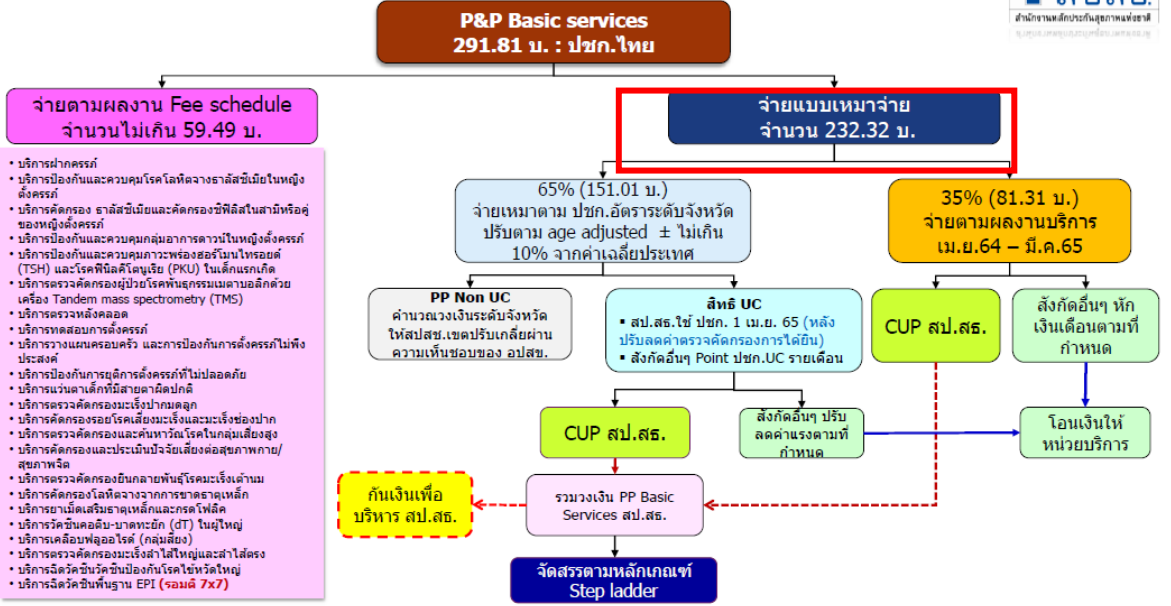
1. จำนวนวงเงินรวม = อัตราจ่าย 1,075.52 * UC pop
2. Age Point = ผลรวมของ (UC pop ตามกลุ่มอายุ * cost index ตามกลุ่มอายุ) [คำนวณรายจังหวัด]
3. บาทต่อ age point = จำนวนวงเงินรวม ÷ ผลรวม age point
4. อัตราจ่ายต่อหัวก่อนปรับ \pm 10% = (age point * บาทต่อ age point) ÷ UC pop [คำนวณรายจังหวัด]
5. อัตราจ่ายต่อหัวหลังปรับ \pm 10% (A) = ปรับค่าต่อหัวขั้นต่ำให้ได้ไม่น้อยกว่า -10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ โดยปรับจังหวัดที่อัตราสูงลงตามสัดส่วน จนไม่เกินจำนวนวงเงินรวม [จะมีบางจังหวัดได้เท่าข้อ 4]

B

20% (268.88 บาทต่อผู้มีสิทธิ.)
ใช้อัตราเท่ากันทุกจังหวัด [B]

OP cost index	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< ๓	๓ - ๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	> ๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๙๖๖๙	๐.๙๖๖๙	๐.๙๖๖๖	๐.๙๖๖๗	๐.๙๖๘๙	๑.๙๖๘๘	๑.๙๖๗๒	๒.๙๖๕๑

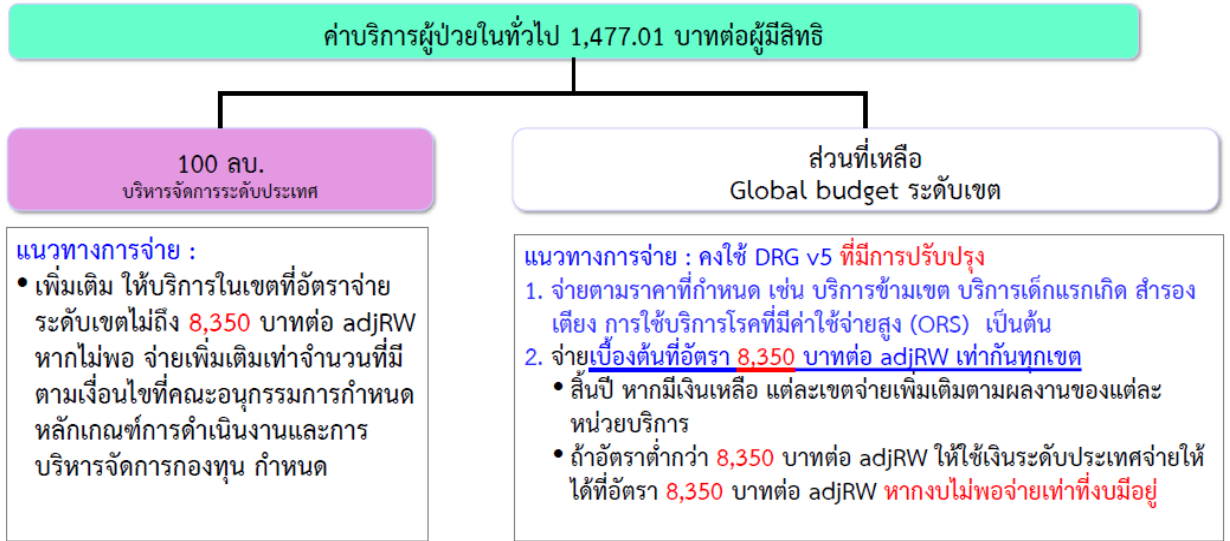
กรอบการบริหารจัดการบริการ PP Basic services ปี 66



- บริการฝากครรภ์
- บริการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์
- บริการคัดกรอง ธาลัสซีเมียและคัดกรองซิติสในสามีหรือคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์
- บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์
- บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคพิษคางทูม (PKU) ในเด็กแรกเกิด
- บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคแทรกซ้อนเบาหวานเล็กน้อย เครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)
- บริการตรวจหลังคลอด
- บริการทดสอบการตั้งครรภ์
- บริการวางแผนครอบครัว และการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์
- บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
- บริการแนวดูแลเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ
- บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดสูบบุหรี่
- บริการคัดกรองยุงโรคเลishmaniasis และมะเร็งช่องปาก
- บริการตรวจคัดกรองและค้นหาไวรัสโรคในกลูเตลีนสูง
- บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต
- บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม
- บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก
- บริการวัดคลื่นหัวใจแบบพกพา (dT) ในผู้ใหญ่
- บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)
- บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
- บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่
- บริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI (รวมดี 7x7)

งบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการ (OP PP IP)

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2566



การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐ ปี 66

1. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นใน กทม. เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด
2. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นส่วนภูมิภาค
 - Uhosnet หักเงินเดือนให้ได้ตามเพดานเงินเดือนของแต่ละแห่ง โดยกระจายเงินเดือนในงบ OP เหม่าจ่าย, PP เหม่าจ่าย และ IP บริการในเขต
 - รัฐอื่นๆที่เหลือ หักเงินเดือนจากรายรับ OP เหม่าจ่าย 32% PP Basic services 32% IP บริการในเขต 28%
3. หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปรับลดค่าแรงระดับ CUP จากงบ OP-PP-IP ให้ได้จำนวนค่าแรงตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ ใช้ข้อมูล GFMIS เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด กระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการกระทรวงสาธารณสุข

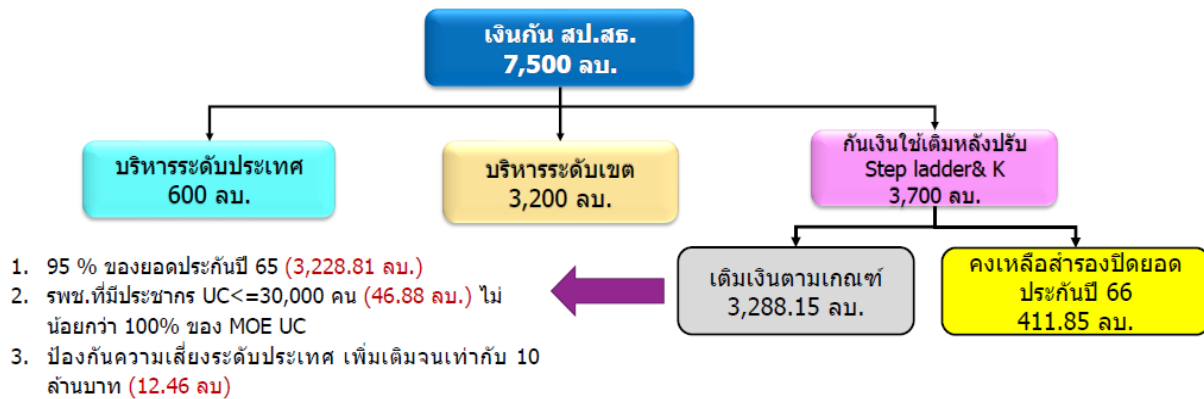
การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2566

การบริหารเงินกัน สป.สร. ปี 2566



ตามประกาศปี 66 ให้กันเงินได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สร.จะได้รับปี 66 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัดและสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K)

ปี 66 สป.สร.มีการกันเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับ OP-PP-IP จำนวน 7,500 ล้านบาท ดังนี้



แผนการโอนเงินหน่วยบริการ สป.สร.



รายการ	งวดการโอนเงิน
1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1 : สปสช. จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 งวดที่ 2 : สปสช. จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2566
2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ 1 : สปสช. จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 งวดที่ 2 : สปสช. จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2565 หมายเหตุ : กรณีได้ข้อสรุปเรื่องการแยกจ่ายชดเชยค่าบริการจัดวัดขึ้นพื้นฐาน EPI จะดำเนินการหักเงินจากรายรับในงวด 2 ตามยอดคำนวณจัดสรรผลงาน EPI ตามเกณฑ์กลาง
3. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมฯ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	สปสช. จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับจัดสรรไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565
4. เงินบริหารจัดการระดับเขต	สปสช. จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลี่ย ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565
5. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	สปสช. จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2565 หมายเหตุ : ทั้งนี้ สปสช. ต้องได้รับผลการปรับเกลี่ยเป็นตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด
6. ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	สปสช. โอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน โดยการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขต จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) CUP ที่มีประมาณการรายรับ น้อยกว่าจำนวนค่าแรง หรือ CUP กลุ่มที่ยอดประกันรายรับ จำนวน 10 ล้านบาท จะหักค่าแรงส่วนค่าบริการผู้ป่วยในให้ครบถ้วนตามที่กำหนดก่อน จึงได้รับการโอนรายรับตามผลงานในเดือนถัดไป

แผนการโอนเงินหน่วยบริการ รัฐนอก&เอกชน (ส่วนภูมิภาค)

- OP/PP ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายตามประชากร (Point) รายเดือน
- IP ตามการส่งเบิกรายเดือน เดือนละ 1 งวด รวม 12 งวด
- โอนเงิน OP/PP/IP ให้หน่วยบริการ ทุกวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

ความเป็นมา/กฎหมาย/ระเบียบ/ มติที่เกี่ยวข้อง

1. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 เห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566
2. (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(ส่วนที่ 1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ข้อ 10)

ส่วนที่ ๑

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๑๐ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป
ทุกรายการยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมค่าวัคซีน
ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*5801 ก่อนเริ่มยา Allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์
บริการรักษาเนื้อเยื่อในแบบคงความมีชีวิต (Vital Pulp Therapy) ของฟันถาวร และบริการรักษาผู้ป่วยโควิด

OP-ทั่วไป : การคำนวณอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (1,344.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ)



อัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวระดับจังหวัด = **A** + **B**

A 80% (1,075.52 บาทต่อผู้มีสิทธิ)
adjusted ระดับจังหวัด โดย \pm ไม่เกิน 10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ

1. จำนวนวงเงินรวม = อัตราจ่าย 1,075.52 * UC pop
2. Age Point = ผลรวมของ (UC pop ตามกลุ่มอายุ * cost index ตามกลุ่มอายุ)
[คำนวณรายจังหวัด]
3. บาทต่อ age point = จำนวนวงเงินรวม \div ผลรวม age point
4. อัตราจ่ายต่อหัวก่อนปรับ \pm 10% = (age point * บาทต่อ age point) \div UC pop)
[คำนวณรายจังหวัด]
5. อัตราจ่ายต่อหัวหลังปรับ \pm 10% [A] = ปรับค่าต่อหัวขั้นต่ำให้ได้ไม่น้อยกว่า -10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ โดยปรับจังหวัดที่อัตราสูงลงตามสัดส่วน จนไม่เกินจำนวนวงเงินรวม [จะมีบางจังหวัดได้เท่าข้อ 4]

B 20% (268.88 บาทต่อผู้มีสิทธิ.)
ใช้อัตราเท่ากันทุกจังหวัด [B]

OP cost index	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< ๓	๓ - ๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	> ๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๕๖๔	๐.๓๖๔	๐.๓๐๖	๐.๔๐๗	๐.๗๘๘	๑.๓๔๘	๑.๙๗๒	๒.๓๕๑

บริการผู้ป่วยนอก

ประเภท	การบริการ	งบประมาณ
OP Hmain	บริการผู้ป่วยนอก ในหน่วยบริการประจำ รักษาทุกกรณี ทุกอาการ	เหมาจ่ายรายหัว
OP Refer	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีรักษาส่งต่อการหน่วยบริการ ที่มีศักยภาพสูงกว่า	<ul style="list-style-type: none"> ภายในจังหวัด จากงบเหมาจ่ายรายหัว บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด ข้ามจังหวัดจ่ายตามจริง จากงบเหมาจ่ายรายหัว บัญชีเสมือน Virtual account 1600 บาท+ OP Refer ระดับประเทศ
OP AE	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> ภายในจังหวัด จากงบเหมาจ่ายรายหัว บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด ข้ามจังหวัด จ่ายตามจริง จาก OP AE กองทุนกลางระดับประเทศ
OP Anywhere	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีเหตุสมควร	<ul style="list-style-type: none"> ภายในจังหวัด จากงบเหมาจ่ายรายหัว บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด หน่วยบริการตามประกาศ จ่ายตามจริง fee schedule ข้ามจังหวัด กองทุนกลางระดับประเทศ OP Anywhere หน่วยบริการปฐมภูมิ จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท หน่วยบริการระดับโรงพยาบาล จ่ายตามจริง fee schedule with point system

บริการ	หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2566
1. ผู้ป่วยนอก OP ที่เบิกจ่ายจากส่วนกลาง เช่น กรณี OPAE, OP Anywhere, CA Anywhere เป็นต้น	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) จ่ายตามอัตราและรายการ Fee Schedule ที่ สปสช.กำหนดเท่านั้น <u>สำหรับกรณีที่ไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้ง สปสช. เป็นรายกรณี</u> 2) กำหนดให้มีการ Authentication ที่เบิกจ่ายแบบ Fee Schedule <u>ทุกรายการ</u> 3) มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
1.1 การรักษา COVID-19	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการรักษา COVID-19 และ long COVID-19 ประเภทผู้ป่วยนอกตามระบบปกติ
	ผู้มีสิทธิ	<ul style="list-style-type: none"> ■ สิทธิ UC ■ การจ่ายกรณีตรวจ lab อยู่ในระบบปกติ
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบปกติ ตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim

บริการ	หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2566
1.2 บริการ OP Anywhere	<ul style="list-style-type: none"> หลักเกณฑ์เงื่อนไข 	<ul style="list-style-type: none"> บริการ OP ไม่มีหนังสือส่งต่อ ไม่ใช่กรณีนัดหมาย ไม่ใช่อุบัติเหตุฉุกเฉิน ขยายบริการไปทั่วประเทศ โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะพื้นที่รอยต่อ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยในระบบ UC
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS (ประกาศรายการเพิ่มเติม)
	โปรแกรม	e-Claim
1.3 บริการ OP เขต 13 กทม.	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	มีการบริหารจัดการกรณีผู้มีสิทธิได้รับผลกระทบจากการยกเลิกหน่วยบริการ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยในระบบ UC ในเขต 13 กทม.
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS
	โปรแกรม	e-Claim

บริการผู้ป่วยใน

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

ความเป็นมา/กฎหมาย/ ระเบียบ/ มติที่เกี่ยวข้อง

1. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 เห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566
2. (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 17-28)

ส่วนที่ ๒ บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๗ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ รวมบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว บริการตรวจยืนยันการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องและกรณีผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon) บริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) ในหน่วยบริการ บริการรักษาโรคความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) ด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ iNO บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) และบริการฉุกเฉินภาครัฐ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

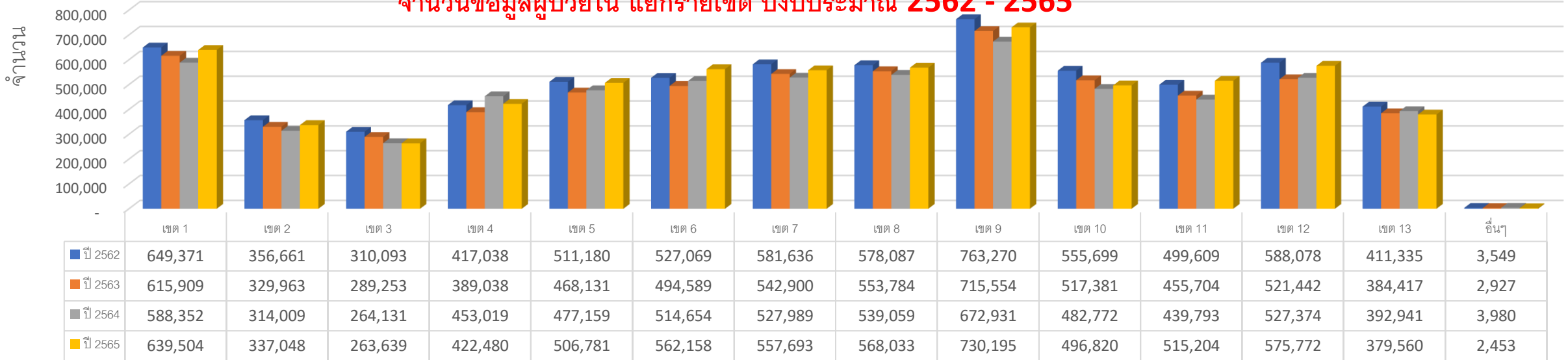
บริการผู้ป่วยใน (IP)

เป็นค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ รวมบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2566 ประกอบด้วยบริการต่างๆดังนี้

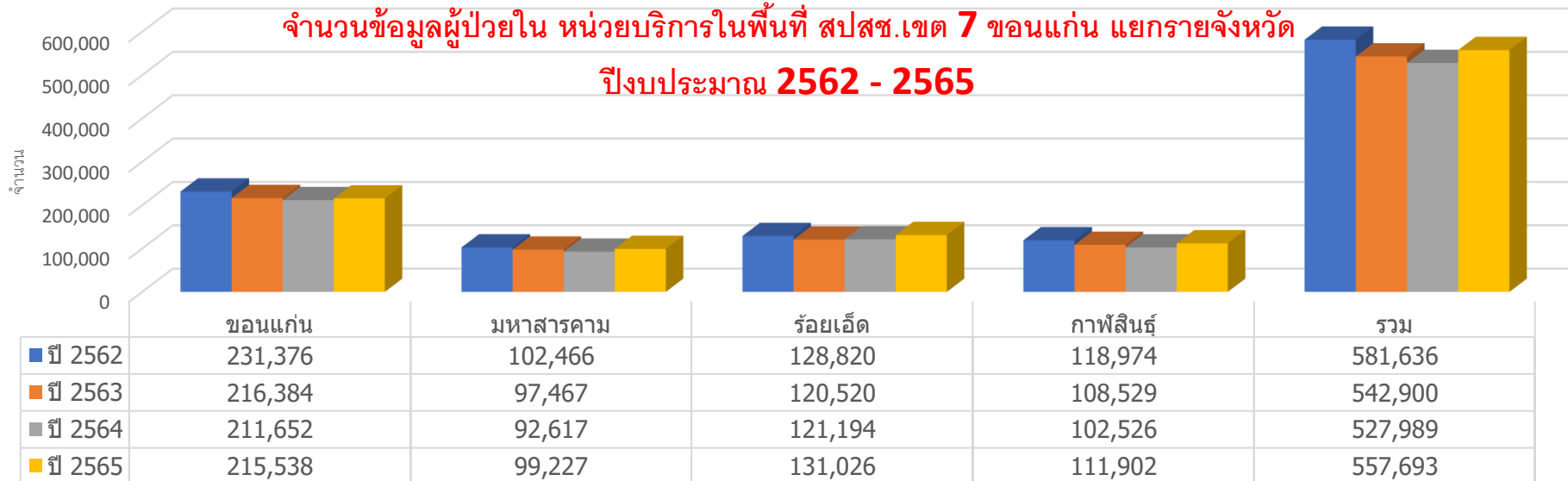
- บริการเจ็บป่วยทั่วไปที่หน่วยบริการประจำ
- บริการด้วยเงื่อนไขการรับ ส่งต่อผู้ป่วยใน
- บริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ รวมถึงกำลังพลสำรอง ทหารเกณฑ์ (ทหารบก) อาสาสมัครทหารพราน
- บริการของศัลยกรรมและทันตกรรม
- บริการของทหารเกณฑ์สังกัดทหารเรือ ทหารอากาศ
- บริการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN)
- บริการ Home Ward
- บริการฉุกเฉินภาครัฐ
- บริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น
- บริการในระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง)
- บริการเด็กแรกเกิด
- บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)
- บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day Surgery)
- บริการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery)
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ
- บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)
- บริการยำนวัตกรรมทางการแพทย์โยธี 60 และกลุ่มหน่วยบริการที่ประสงค์จะแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ
- บริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
- บูรณาการ Intermediate care 4 กลุ่มโรคร่วมกับบริการฟื้นฟูและแพทย์แผนไทย

ข้อมูลการส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2562-2565

จำนวนข้อมูลผู้ป่วยใน แยกรายเขต ปีงบประมาณ 2562 - 2565

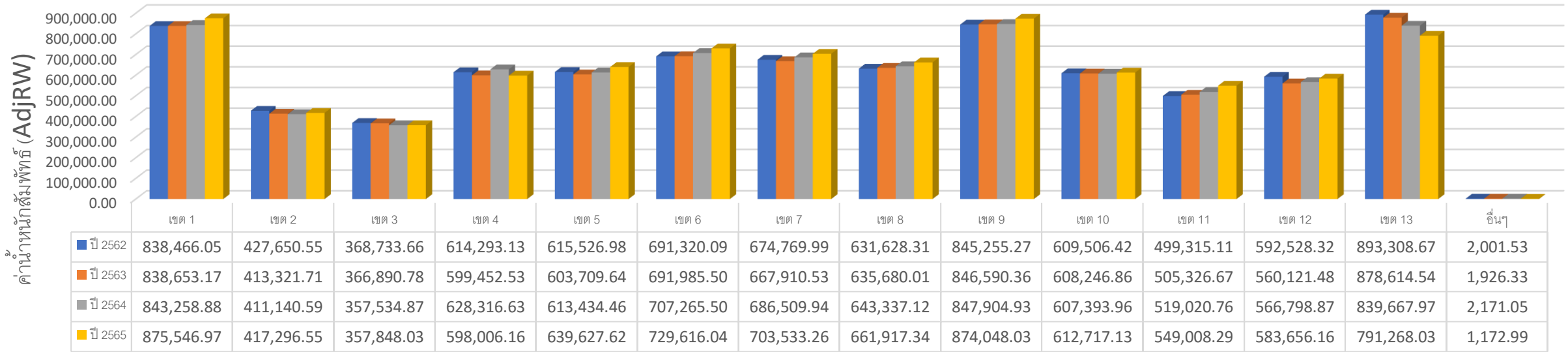


จำนวนข้อมูลผู้ป่วยใน หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2562 - 2565



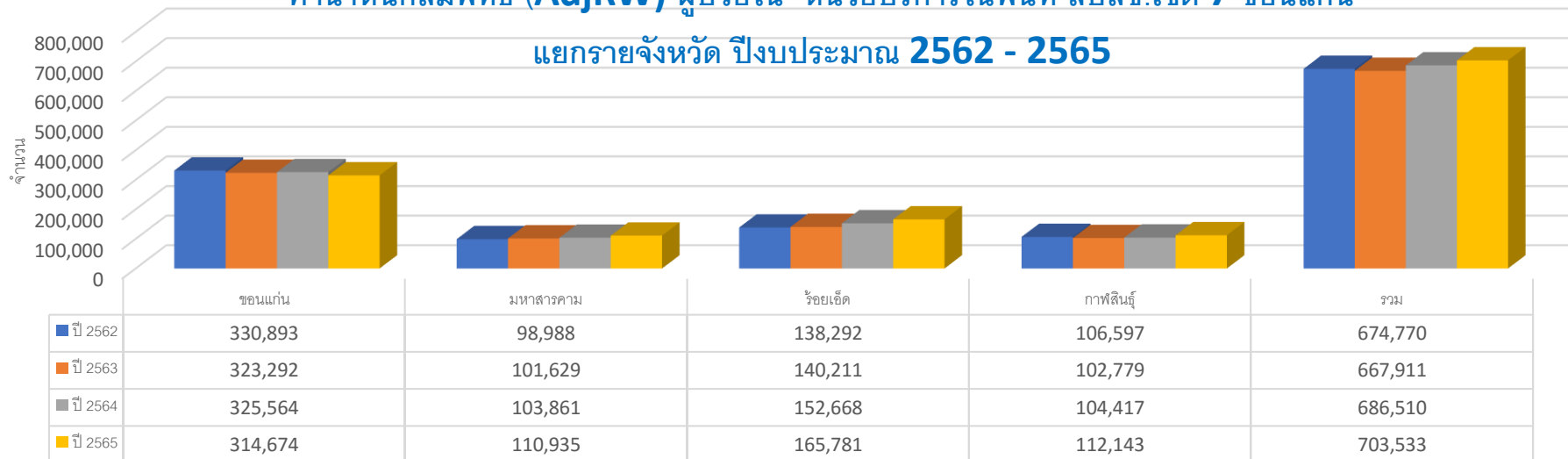
ข้อมูลการส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2562-2565

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) ผู้ป่วยใน แยกรายเขต ปีงบประมาณ 2562 - 2565



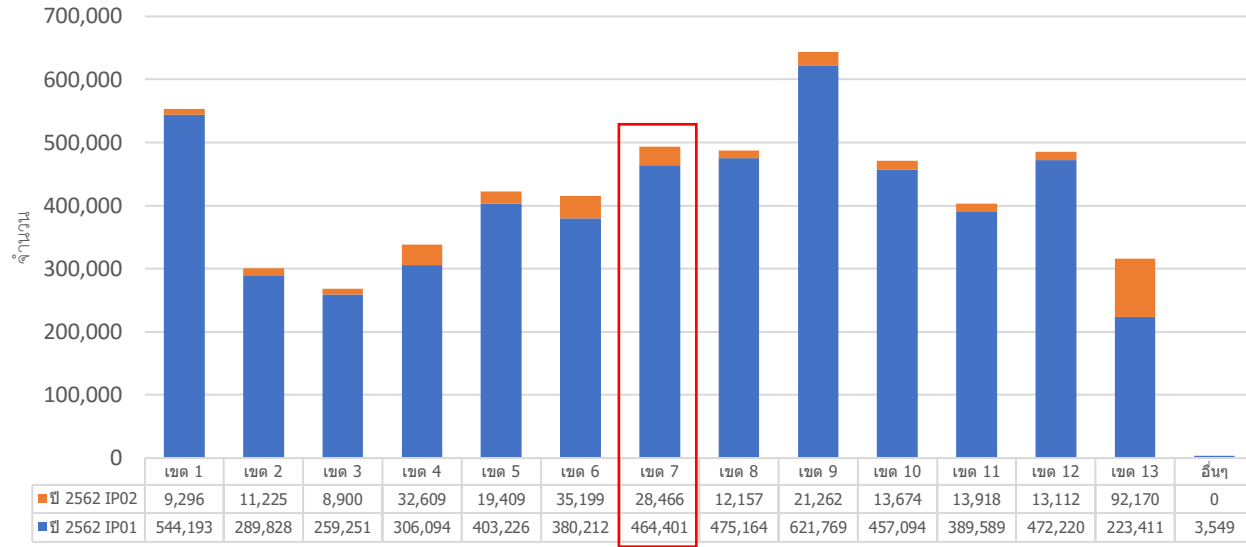
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) ผู้ป่วยใน หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น

แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2562 - 2565

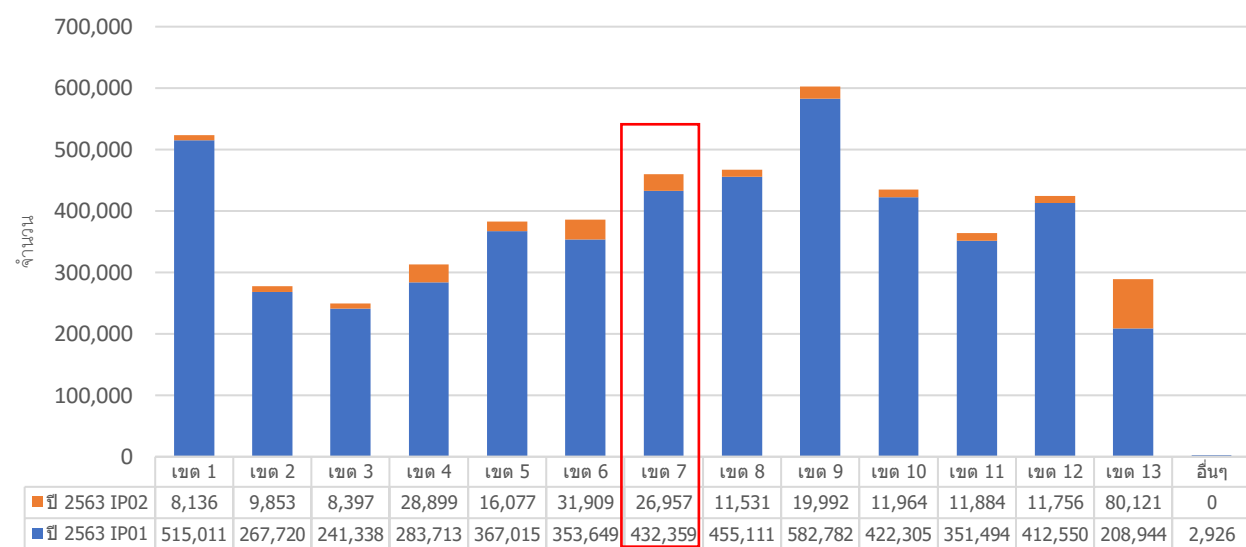


จำนวนการให้บริการ กรณีผู้ป่วยใน ภายในเขต (IP01) และ นอกเขต (IP02) แยกรายเขต ปีงบประมาณ 2562-2565

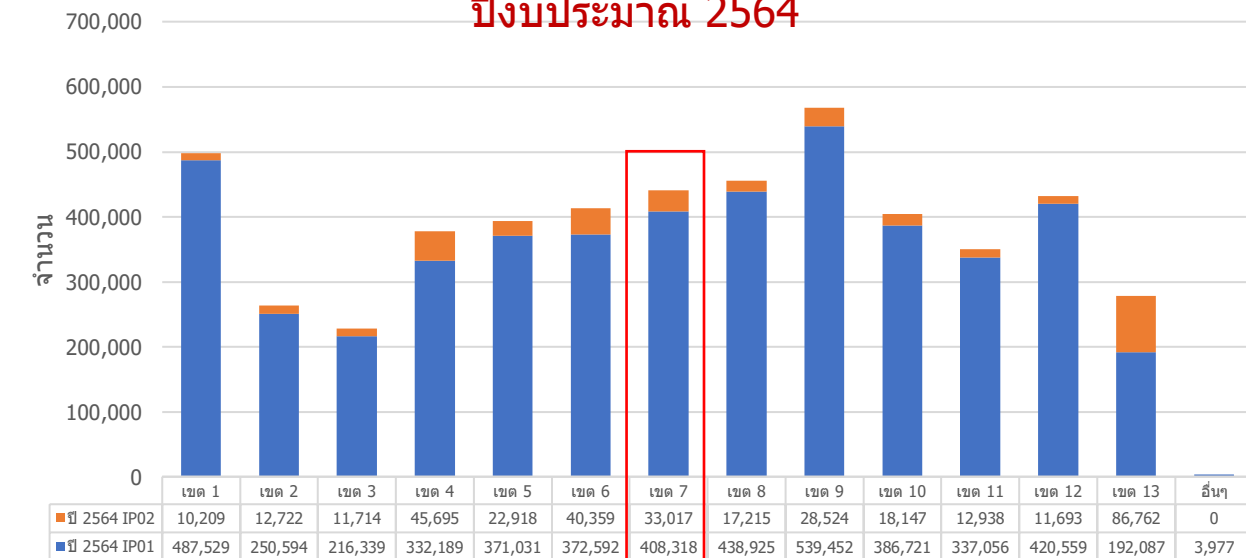
ปีงบประมาณ 2562



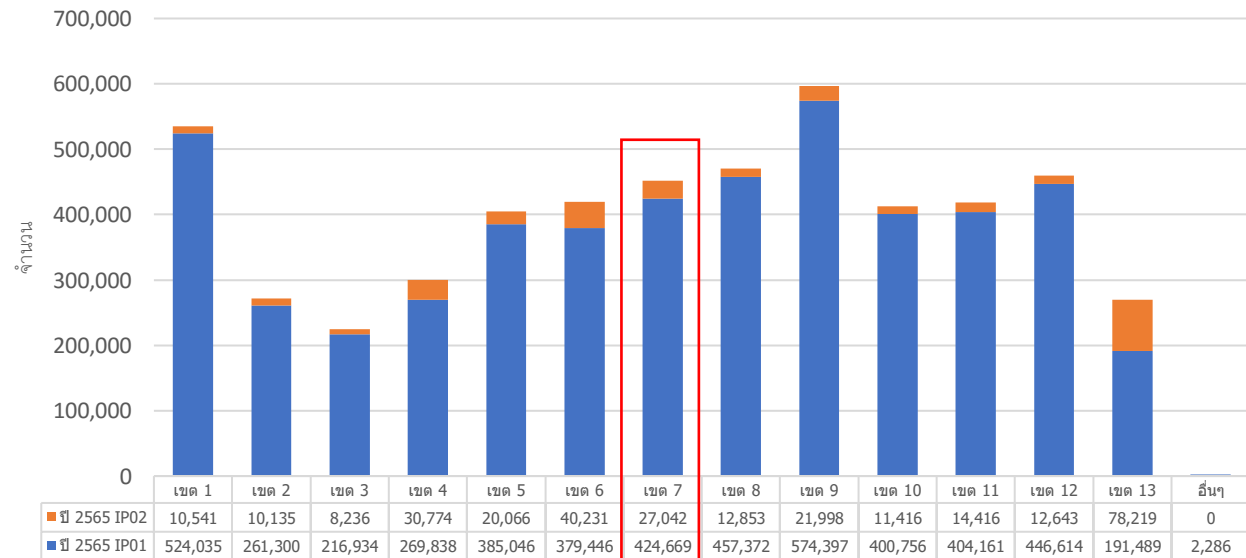
ปีงบประมาณ 2563



ปีงบประมาณ 2564



ปีงบประมาณ 2565



20 อันดับ การให้บริการกรณีผู้ป่วยในทั่วไป ภายในเขต (IP01) และ นอกเขต (IP02) ปีงบประมาณ 2564-2565

ลำดับ	โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2564				ปีงบประมาณ 2565			
		จำนวน		AdjRW		จำนวน		AdjRW	
		จำนวน IP01	จำนวน IP02	AdjRW IP01	AdjRW IP02	จำนวน IP01	จำนวน IP02	AdjRW IP01	AdjRW IP02
1	10670 รพ.ขอนแก่น	51,135	3,050	112,548.11	7,477.77	45,533	2,797	99,988.16	5,981.97
2	10708 รพ.ร้อยเอ็ด	45,858	1,678	87,316.09	2,463.21	48,347	1,380	92,670.88	2,282.66
3	10707 รพ.มหาสารคาม	28,057	1,027	49,764.36	1,604.87	30,693	1,082	54,410.35	1,594.17
4	10709 รพ.กาฬสินธุ์	27,856	1,038	47,945.39	1,651.42	29,800	932	51,636.09	1,507.85
5	13777 รพ.ศรีนครินทร์ ม	9,927	8,134	26,237.91	25,073.00	11,025	8,220	28,114.39	26,171.76
6	10998 รพ.ชุมแพ	12,368	1,854	18,462.83	2,415.16	14,395	1,848	22,594.05	2,554.78
7	14584 ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ร	1,873	1,056	13,275.51	7,293.69	1,663	1,005	11,367.18	6,691.11
8	11449 รพร.ภูจินารายณ์	8,290	358	8,154.77	272.00	9,136	312	9,498.83	270.43
9	11070 รพ.สุวรรณภูมิ	7,815	546	6,670.72	436.11	8,390	366	8,967.15	345.82
10	11066 รพ.โพนทอง	6,708	305	6,649.94	243.06	8,224	251	8,161.70	216.37
11	12275 รพ.สิรินธร(ภาคต	6,917	322	7,199.63	252.43	6,722	234	7,483.95	240.18
12	11055 รพ.มรบีอ	7,087	338	6,800.56	224.94	8,525	280	7,394.43	218.18
13	11002 รพ.บ้านไผ่	6,968	384	6,418.00	267.76	6,700	224	6,210.81	170.24
14	11081 รพ.ยางตลาด	6,700	320	6,354.76	215.06	6,579	187	6,099.64	141.37
15	11061 รพ.เกษตรวิสัย	5,622	516	5,170.93	304.87	6,363	238	6,077.02	190.20
16	11058 รพ.วาปีปทุม	6,501	342	4,576.57	185.15	7,651	190	5,888.43	119.46
17	11445 รพร.กระนวน	7,547	306	5,416.90	194.80	7,082	235	5,775.98	177.43
18	11052 รพ.โกสุมพิสัย	6,960	371	5,430.63	225.18	7,244	201	5,360.04	128.34
19	11057 รพ.พยัคฆภูมิพิสัย	5,965	509	5,048.32	334.33	5,589	362	5,141.46	333.78
20	11000 รพ.น้ำพอง	8,160	284	6,125.18	149.35	6,663	174	5,021.40	107.29

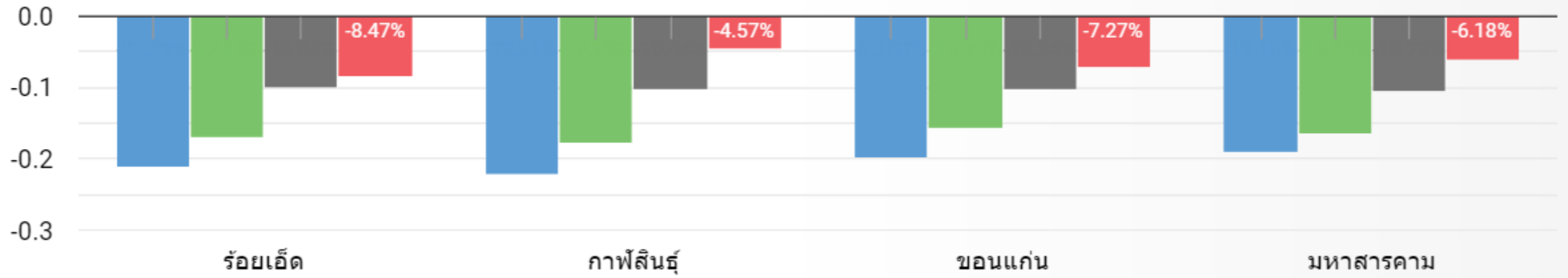
ผลการตรวจสอบข้อมูลหลักการจ่ายชดเชยบริการผู้ป่วยใน สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนและหลังการตรวจสอบเวชระเบียน (ADJRW)

จำนวน รพ.	จำนวนการตรวจสอบ	AdjRw ก่อนตรวจสอบ	AdjRw หลังตรวจสอบ	AdjRw เปลี่ยนแปลง	ร้อยละAdjRWเปลี่ยนแปลง
80	68,080	91,482.53	78,126.92	-13,355.62	-14.60

ปีที่ตรวจสอบ ▲	จำนวนตรวจสอบ	AdjRw ก่อนตรวจสอบ	AdjRw หลังตรวจสอบ	AdjRw เปลี่ยนแปลง	ร้อยละเปลี่ยนแปลง
2562	18,000	26,847.11	21,329.96	-5,517.15	-20.55
2563	18,534	25,864.67	21,572.38	-4,292.29	-16.60
2564	19,398	25,362.32	22,737.54	-2,624.78	-10.35
2565	12,148	13,408.43	12,487.04	-921.39	-6.87

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนและหลังการตรวจสอบเวชระเบียน (ADJRW)



การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA)

0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับ การสรุปการวินิจฉัยและ การสรุปหัตถการใน discharge Summary

1 Principal diagnosis : PDx

1a Missing principal diagnosis : ไม่สรุป Pdx.

1b Incorrect principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่ถูกต้อง

1c Non-specific principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจง

2 Secondary diagnosis (co-morbidity and complication) : SDx

2a Missing secondary diagnosis (SDx) : ไม่สรุป SDx

2b Incorrect secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx ไม่ถูกต้อง (รวมกรณีที่สรุป other diagnosis เป็น SDx หรือสรุป SDx เป็น other diagnosis)

2c Non-specific secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx ไม่เฉพาะเจาะจง

2d Unjustified secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx. โดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน

3 Procedure : หมายถึง OR procedure หรือ non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการ จัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย

3a Missing procedure : ไม่สรุป procedure

3b Incorrect procedure : สรุป procedure. ไม่ถูกต้อง

3c Non-specific procedure: สรุป procedure ไม่เฉพาะเจาะจง

3d Unjustified procedure : สรุป procedure โดยไม่พบหลักฐานการทำหัตถการในเวชระเบียน

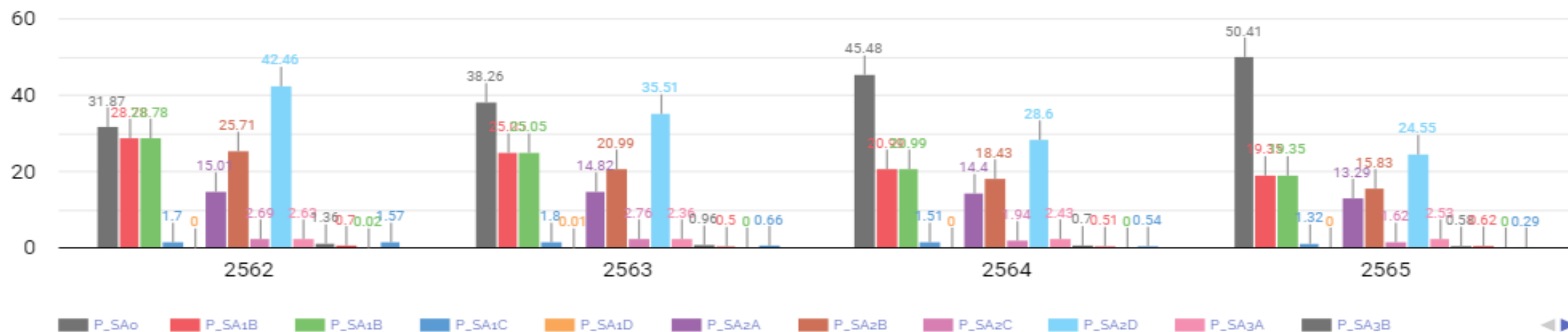
5 Not-summarized (no sign): หมายถึงไม่มีการสรุปเวชระเบียน ให้บุคลากรตรวจสอบ

ถือเป็นกรณีผิดเงื่อนไขตามแนวทางพิจารณาเอกสารผู้ป่วยในข้อ 2.2

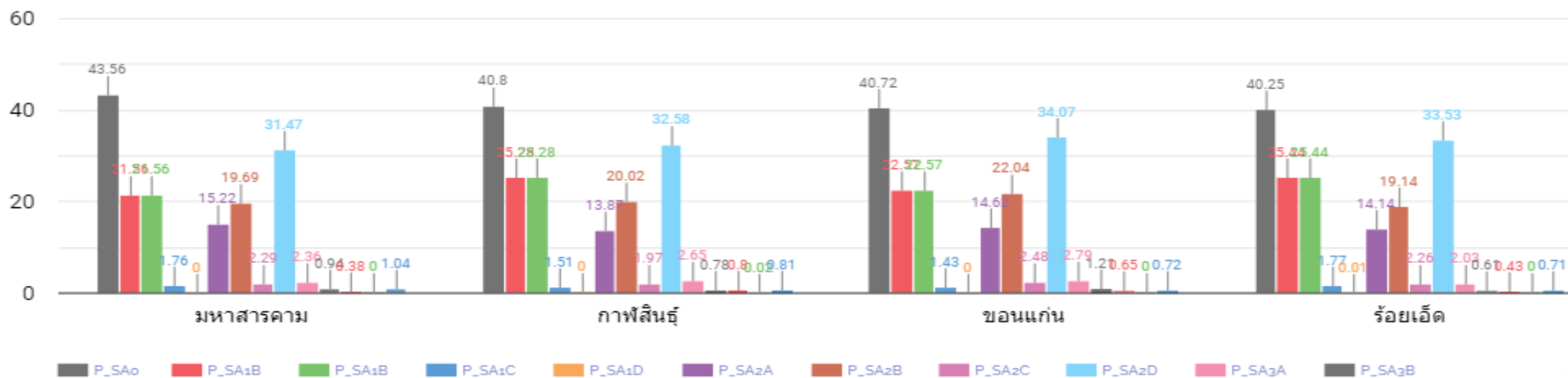
6 Other problem : ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยหรือหัตถการ ของ doctor และ auditor ต่างกัน เช่น ลายมืออ่านไม่ออก เขียนไม่ชัด หรือสรุปโรคกำกวม ใช้คำย่อที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลายโดยทั่วไป

การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA)

ร้อยละการประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) แยกรายข้อ แยกตามปีที่ตรวจสอบ

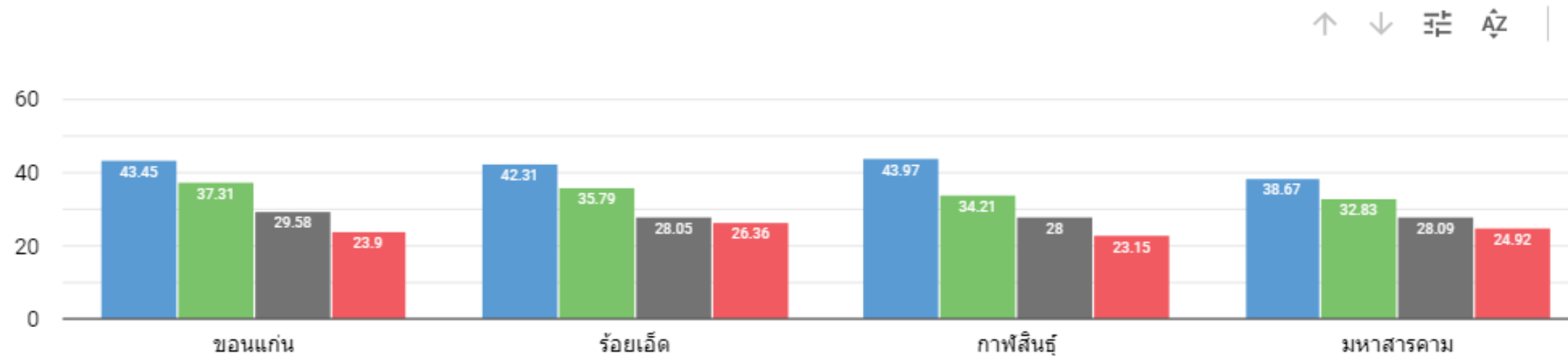


ร้อยละการประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) แยกรายข้อ รายจังหวัด

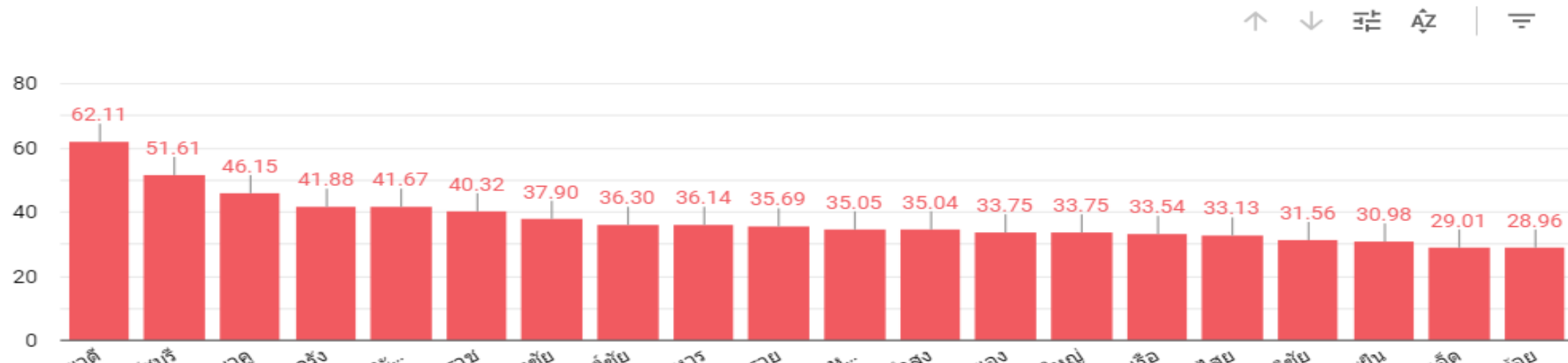


SA 2D : Unjustified secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx. โดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน

ร้อยละการประเมินการสรุปของแพทย์ SA 2D แยกตามปีที่ตรวจสอบ แยกรายจังหวัด



ร้อยละการประเมินการสรุปของแพทย์ SA 2D รายโรงพยาบาล ปี 2565



การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA)

0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ

1 Principal diagnosis code (PDX)

1b Incorrect principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

1c Non-specific principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

2 Secondary diagnosis code (co-morbidity and complication) : SDx

2a Missing secondary diagnosis code (SDx) : ไม่ให้รหัส SDx

2b Incorrect secondary diagnosis code (SDx) : ให้รหัส SDx ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (รวมกรณีที่ให้รหัส other diagnosis เป็น SDx หรือให้รหัส SDx เป็น other diagnosis)

2c Non-specific secondary diagnosis code (SDx) : ให้รหัส SDx ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

2d Unjustified secondary diagnosis code (SDx) : เพิ่มรหัส SDx โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

3 Procedure code หมายถึง OR procedure หรือ non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย

3a Missing procedure code : ไม่ให้รหัส procedure

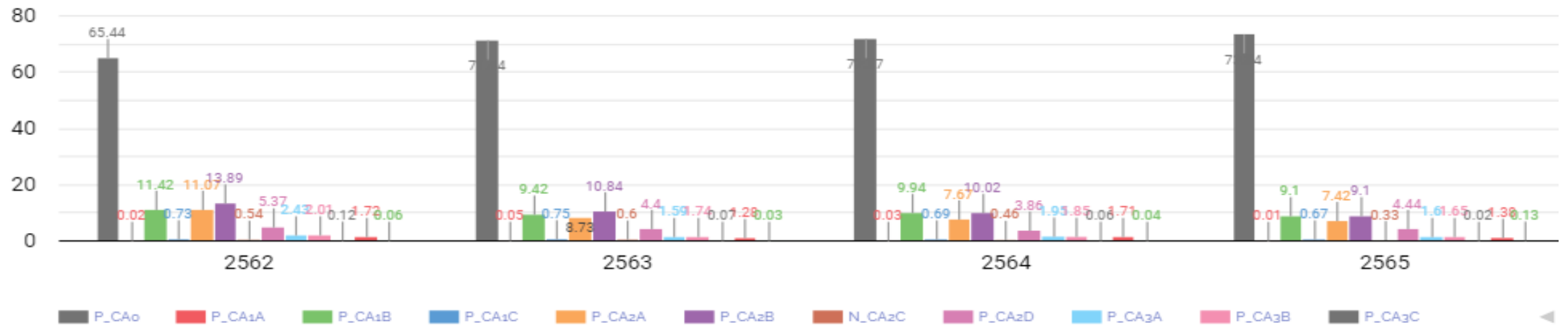
3b Incorrect procedure code : ให้รหัส procedure ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัส หัตถการ

3c Non-specific procedure code : ให้รหัส procedure ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัส หัตถการ

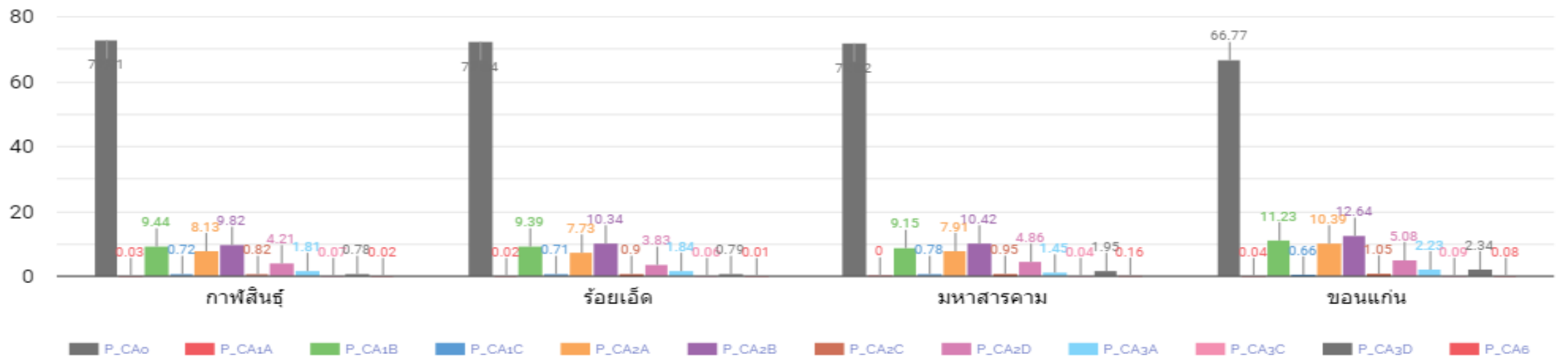
3d Unjustified procedure code: เพิ่มรหัส procedure โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA)

ร้อยละการประเมินการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA) แยกตามปีที่ตรวจสอบ

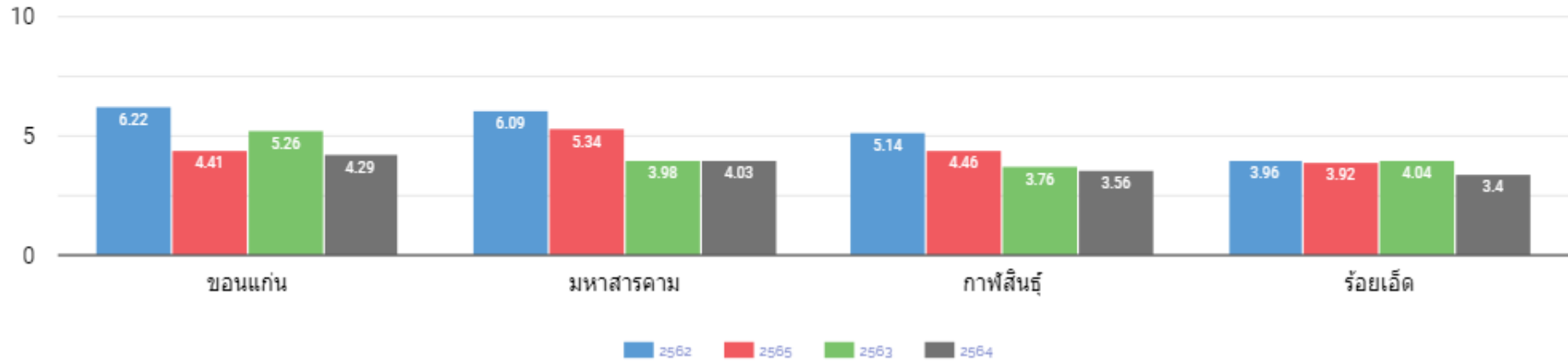


ร้อยละการประเมินการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA) รายจังหวัด

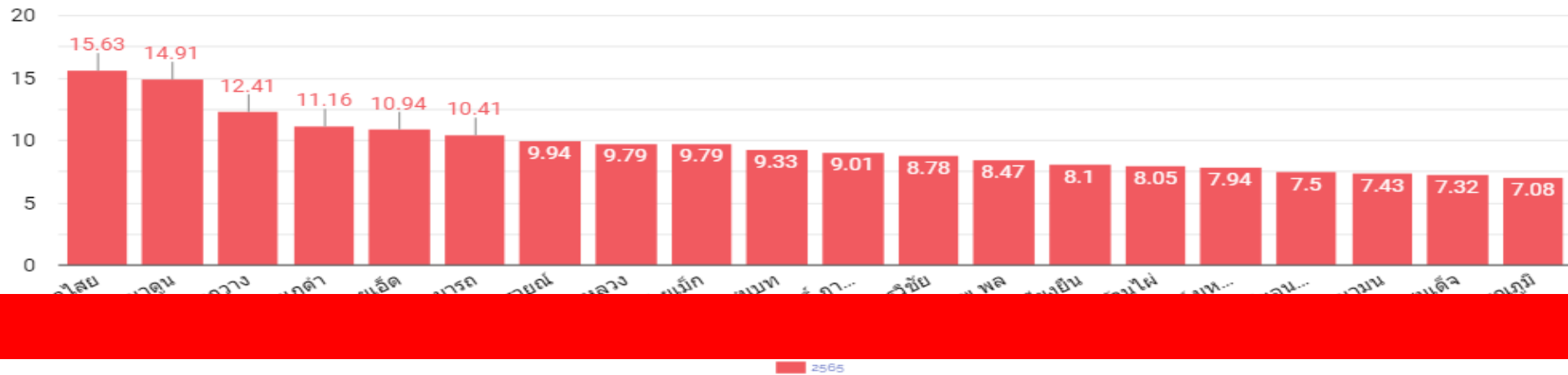


CA 2D : Unjustified secondary diagnosis code (SDx) : เพิ่มรหัส SDx โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

ร้อยละการประเมินการให้รหัส CA 2D แยกตามปีที่ตรวจสอบ แยกรายจังหวัด



ร้อยละการประเมินการให้รหัส CA2D รายโรงพยาบาล ปี 2565



เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย ในปัจจุบัน

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2566



ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,477.01 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ.
บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย :

- เพิ่มเติม ให้บริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,350 บาทต่อ adjRW หากไม่พอ จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มีตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด

ส่วนที่เหลือ
Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย : คงใช้ DRG v5 ที่มีการปรับปรุง

1. จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่น บริการข้ามเขต บริการเด็กแรกเกิด สำรองเตียง การใช้บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ORS) เป็นต้น
2. จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต
 - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
 - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW หากงบไม่พอจ่ายเท่าที่งบประมาณมีอยู่

❖ เจาะกรณีการใช้บริการในเขต

- สังกัดอื่นจัดสรรตามการประมวลผลปกติ
- สป.สธ. คำนวณอีกครั้งโดยมีการกันเงิน และถ่วงน้ำหนักค่าK

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย IP

กรณีในเขต	กรณีข้ามเขต
<ul style="list-style-type: none">■ ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน(sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget■ จ่ายชดเชยเบื้องต้นใน<u>อัตรา 8,350 บาท/AdjRW</u>■ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)■ หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง	<p>หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง) <u>อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW</u></p> <hr/> <p>หน่วยบริการสังกัด สป.สร. ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น <u>อัตราจ่ายไม่เกิน 9,600 บาท/AdjRW</u></p> <p>73</p>

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
1.บริการผู้ป่วยใน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> ■ จำนวนจ่ายด้วยระบบ DRGs v.5 ■ จำนวน Base Rate รายเดือน ■ จ่ายตามวันที่ส่งข้อมูล (Sent Date) ■ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จัดสรรในลักษณะค่า K ให้กับหน่วยบริการ ■ ยังคงใช้ข้อมูลผลงานระหว่าง มค.62 - ธค.62 เป็นตัวแทนในการคำนวณ Global budget ระดับเขต เนื่องจากสะท้อนผลงานจริง โดยไม่มีผลกระทบจากบริการ Covid
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงหน่วยงานรัฐ) ■ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
	โปรแกรม	e-Claim

บริการ	หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2566
<p>2. บริการรักษาภาวะ ความดันเลือดปอด สูงในทารกด้วยก๊าซ ไนตริกออกไซด์ (PPHN)</p>	<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<p><u>บริการใหม่</u> เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจากภาวะ PPHN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการรักษาผู้ป่วยทารกที่มีความดันปอดสูงแต่กำเนิด ▪ ปล่อยให้หน่วยบริการที่สามารถให้บริการด้วยการใช้ก๊าซไนตริกออกไซด์
	<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>สิทธิ UC</p>
	<p>หน่วยบริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพรักษาผู้ป่วยทารกที่มีความดันปอดสูงแต่กำเนิดด้วยการใช้ก๊าซไนตริกออกไซด์
	<p>อัตราจ่าย</p>	<p>ตามระบบ DRGs ในอัตรา 12,000 บาท/AdjRW⁷⁵</p>
	<p>โปรแกรม</p>	<p>e-Claim</p>

บริการ	หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2566
3. บริการ Home Ward	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) เฉพาะบริการในเขต 2) มีระบบการ Authentication เมื่อรับบริการ IP ที่บ้าน (ผ่าน AMED) 3) จ่ายเฉพาะ 7 กลุ่มโรค ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ▪ โรคความดันโลหิตสูง (severe hypertension) ▪ โรคแผลกดทับและพื้นที่กดทับ (decubitus ulcer and pressure area) ▪ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ▪ โรคปอดอักเสบ (pneumonia) ▪ โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) ภายหลังได้รับการผ่าตัด ▪ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 4) นับจำนวนวันนอนแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ รวมถึงในสถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-เฉพาะหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปภาครัฐ ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด -หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบฯ ต้องผ่านการประเมิน ODS (ได้รับรองจากกก.กรมการแพทย์)
	อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบ DRGs บริการภายในเขต ในอัตราเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW
	โปรแกรม	e-Claim ร่วมกับโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยที่บ้านได้ (โปรแกรม AMED)

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566	
4. บริการ ฉุกเฉินภาครัฐ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p><u>บริการใหม่</u> เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการเข้ารับบริการฉุกเฉินในหน่วยบริการภาครัฐโดยไม่มีอุปสรรคการจ่ายค่าใช้จ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รักษาในหน่วยบริการภาครัฐ ▪ จ่ายเพิ่มเติมตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนดภายใน 24 ชม.แรก เพิ่มเติมจากระบบ DRGs 	
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	
	หน่วยบริการ	จ่ายเฉพาะหน่วยบริการ UHOSNET และ หน่วยบริการตามประกาศ ER คุณภาพ	
	อัตราจ่าย	<p>1) จ่ายตามระบบ DRGs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงหน่วยงานรัฐ) ▪ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) <p>2) จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการใน 24 ชม.แรก ตามรายการและอัตรา FS สำหรับบริการฉุกเฉินที่กำหนด</p>	
	โปรแกรม	e-Claim	

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> ■ สถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และได้ลงนามในข้อตกลงการให้บริการร่วมกับ สปสช. ตามเงื่อนไขที่กำหนด ■ ปรับอัตราจ่ายกรณีบริการเดียวกันให้เป็นอัตรากลางเดียวกันในทุกเขตทุกหน่วยบริการ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) บริการทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย 2) บริการผ่าตัดสมอง 3) ผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน /สถานบริการอื่นที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง
อัตราจ่าย	อัตราที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขต (กำหนดอัตรา ไม่เกิน 15,000 บาท/adjRW)
โปรแกรม	e-Claim

6. บริการเด็กแรกเกิด



79

หมายเหตุ : เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

7. บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

คุณสมบัติหน่วยบริการ Home Chemotherapy

1

ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านเคมีบำบัด
ระดับที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2

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

3

ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับ
ติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่
บ้าน (Home Chemotherapy)

อัตราจ่าย



จ่ายตาม DRGs ใช้ $RW \times Rate$

โดยจ่ายจากกองทุน IP ระดับเขต



ในเขต = 8,350 บ./RW

ข้ามเขตอัตรา 9,600 บ./RW

80



หน่วยบริการ สป.สธ.

ไม่ต้อง ใช้ค่า K ในการคำนวณ

หลักเกณฑ์

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

เงื่อนไขและอัตราการจ่าย

1. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG v. 5)
2. จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)
3. จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต IP

อัตราจ่าย : ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW

ข้ามเขต - จ่าย 9,600 บาท/RW

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2566

เพิ่มรายการบริการ ODS จำนวน 2 กรณี รวม 67 บริการ โดยบริการที่เพิ่มใหม่ ได้แก่

1) เพิ่มบริการ Vascular Access for hemodialysis 3 รายการ

- Tunnel cuffed catheter (TCC)
- Arteriovenous Fistula (AVF)
- Arteriovenous Graft (AVG)

2) บริการ Appendectomy โดยใช้ Platform ODS แต่จ่ายแบบบริการ Home Ward

ขึ้นทะเบียน โดยกรมการแพทย์ (ผ่านเขตสุขภาพ)

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

กลุ่มโรค ODS ที่เพิ่มในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 20 รายการ

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

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2566

เพิ่มรายการบริการ ODS จำนวน 2 กรณี รวม 67 บริการ โดยบริการที่เพิ่มใหม่ ได้แก่

1) เพิ่มบริการ Vascular Access for hemodialysis 3 รายการ

- Tunnel cuffed catheter (TCC)
- Arteriovenous Fistula (AVF)
- Arteriovenous Graft (AVG)

2) บริการ Appendectomy โดยใช้ Platform ODS แต่จ่ายแบบบริการ Home Ward

9. บริการผ่าตัดส่องกล้องแบบ MIS

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 66

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

ปีงบประมาณ 2566 รวม 18 รายการ

1. เฉพาะหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพให้บริการ MIS (รายบริการ) ขึ้นทะเบียน โดยกรมการแพทย์ (ผ่านเขตสุขภาพ)
2. จ่ายตาม DRGs และ ICD10 ของกลุ่มโรคที่กำหนด
3. จ่ายเฉพาะบริการที่ไม่มีโรคร่วม/โรคแทรก (ยกเว้นบริการโรคนิวโมเนียในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ จะจ่ายกรณีที่มีโรคร่วม)

หมายเหตุ 1. อยู่ระหว่างการจัดทำโปรแกรม PA ภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุพพลภาพ ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยผ่านรับรองศักยภาพให้บริการ
2. กรณีหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินศักยภาพในการให้บริการ MIS บันทึกขอรับค่าใช้จ่ายฯ จะคำนวณจ่ายแบบ IP ปกติ

การคำนวณจ่าย : จ่ายตาม adj.rw โดย adjRW (ราย case) + ค่า K (MIS) อัตราจ่าย : ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW
ข้ามเขต - จ่าย 9,600 บาท/RW

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2566 เพิ่มรายการบริการ MIS จำนวน 4 รายการ	ค่า K (MIS)
<ul style="list-style-type: none">Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplastyArthroscopic Bankart surgery and labral repair	K = 1.8922 K = 1.8922 ⁸⁴
<ul style="list-style-type: none">ค่า Radical hysterectomy<ul style="list-style-type: none">กรณี Malignant neoplasm of ovaryกรณี Malignant neoplasm of corpus uteri : Endometrium	K= 2.4562 K= 0.7771
<ul style="list-style-type: none">Laparoscopic Prostatectomy and robotic prostatectomy	(การกำหนดค่า K อยู่ระหว่าง re-calibrate ข้อมูล)

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

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
โรคนิวในถุงน้ำดีและหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคนิวในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดีอักเสบ 2. โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่ 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้ในช่องอก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคนิวในถุงน้ำดี และหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ 2. โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่ 3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้ในช่องอก 5. ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาดและการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูก (ACL & Meniscal injury) 6. โรคถุงน้ำและเนื้องอกที่รังไข่ เยื่อบุและมดลูกเจริญผิดที่ (Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary , endometriosis of ovary) 7. โรคไส้เลื่อน (Lap hernioplasty) 8. โรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity)* <p style="color: black; font-style: italic;">*การให้บริการโรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity) ต้องผ่านระบบการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-authorized) ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด</p>

รายการ Minimally Invasive Surgery

กลุ่มโรค MIS ที่เพิ่มในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 6 รายการ

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

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2566 เพิ่มรายการบริการ MIS จำนวน 4 รายการ	ค่า K (MIS)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplasty ■ Arthroscopic Bankart surgery and labral repair 	<p>K = 1.8922</p> <p>K = 1.8922</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ ค่า Radical hysterectomy <ul style="list-style-type: none"> ○ กรณี Malignant neoplasm of ovary ○ กรณี Malignant neoplasm of corpus uteri : Endometrium 	<p>K= 2.4562</p> <p>K= 0.7771</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Laparoscopic Prostatectomy and robotic prostatectomy 	(การกำหนดค่า K อยู่ระหว่าง re-calibrate ข้อมูล)

10. บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

สิทธิประโยชน์ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการรักษาโรคนิ่ว ทั้ง 3 วิธี โดยอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อ

บริการสาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายรวมค่าตรวจ ค่าบริการรักษาภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1. กรณีการรักษานิ่วด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery)
2. การรักษานิ่วในกรวยไตโดยใช้วิธีเจาะผ่านผิวหนัง ส่องกล้องกรอนิ่วในไต (PCNL)

* คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า AdjRW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal

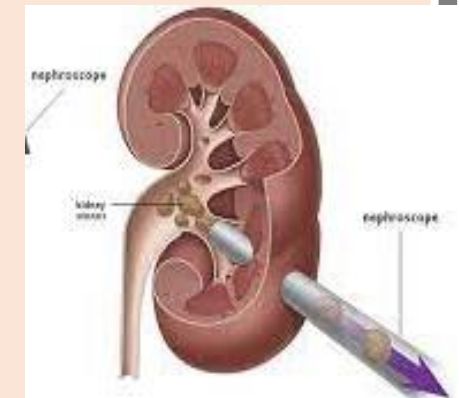
3. การนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ESWL)

- หน่วยบริการภาครัฐ **เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท** ต่อครั้งจ่าย

ไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี

- หน่วยบริการภาคเอกชน **เหมาจ่าย 16,000 บาท**

ต่อไตหนึ่งข้างที่สำเร็จต่อคนต่อปี



11.กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier reimburse schedule : ORS)

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของระบบ DRGs version 5 ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด</p> <p><u>วิธีการ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สปสช.ตรวจสอบข้อมูลบริการ ที่เข้าเกณฑ์ ORS 2) สปสช.แจ้งหน่วยบริการส่งหนังสืออุทธรณ์ข้อมูลพร้อมสำเนาเวชระเบียนภายในเวลาที่กำหนด 3) สปสช. ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / อาจมีการขอเอกสารเพิ่มเติม และพิจารณาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reimburse Ratio รพ. คุณกับความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ^{๑๘} ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นฯ (Reimburse ratio × [Loss – (0.5 × OLT)]) ■ กำหนดเพดาน Reimburse ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
โปรแกรม	e-Claim

12. บริการย่านนวัตกรรมทางการแพทย์โยธี และกลุ่มหน่วยบริการที่ประสงค์จะแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>-บริการของย่านนวัตกรรมทางการแพทย์โยธี</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ บริการ 3 กลุ่มโรค <ol style="list-style-type: none"> 1) ไล่ตั้งอักเสบ (เริ่ม 1 พ.ค. 65) 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (เริ่ม 1 ก.ค. 65) 3) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI (เริ่ม 1 ก.ค.65) <p>-บริการในเขตอื่นๆ หากต้องการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ สำหรับการให้บริการมากกว่า 1 หน่วยบริการ สามารถทำความตกลงร่วมกัน และแจ้งผ่าน สปสช.เขต โดยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่ สปสช. กำหนด</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ตามที่ทำความตกลงร่วมกับ สปสช. 89
อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบ DRGs โดยการจ่ายสำหรับการดูแลของหน่วยบริการที่มากกว่า 1 แห่ง จะจ่ายเท่ากับการดูแลในหน่วยบริการแห่งเดียว
โปรแกรม	e-Claim

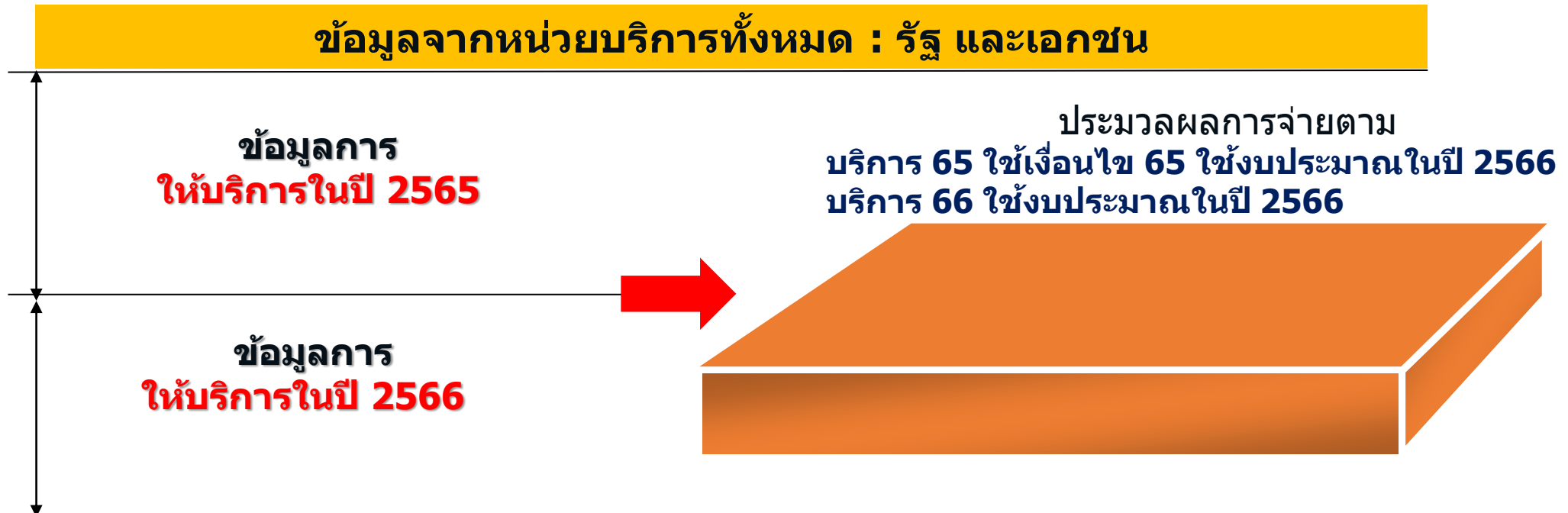
13. บูรณาการ Intermediate care 4 กลุ่มโรค ร่วมกับบริการฟื้นฟู และแพทย์แผนไทย

บริการที่มีการ
เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 66

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (เพิ่มการจ่าย) ▪ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ▪ บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง 2) กำหนดบริการ 4 กลุ่มโรค <ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) ▪ กระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ในผู้ป่วย อายุ >50 ปี (เพิ่มกลุ่มโรค)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือ/แนวทางที่กระทรวงสธ.กำหนด
อัตราจ่าย	-บริการ IP คำนวณจ่าย DRGs ตามอัตรากรณีในเขต ชำมเขต โดยกรณีรักษาในหน่วยบริการเดียวกันตั้งแต่ระยะ acute จนถึง IMC จะจ่ายเหมือนกรณีแยกเป็น 2 episodes -บริการ OP ตามรายการ FS ที่กำหนด
โปรแกรม	e-Claim

โปรแกรมการบันทึกและการประมวลผล

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



หมายเหตุ : กรณีการให้บริการที่เข้าเกณฑ์กรณีค่าใช้จ่ายสูง (HC) หรือกรณีบริการเฉพาะหน่วยบริการจะได้รับชดเชยเพิ่มเติมจากกองทุนผู้ป่วยใน