

**ค่าบริหารจัดการ งบเหมาจ่ายรายหัว**  
**Basic payment**

**(OP PP IP)**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566**

# 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. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดน ภาคใต้	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชน	1,265.6460
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการ ระดับปฐมภูมิ	188.8543
8. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	2,772.0000
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ ให้บริการ	437.3360

ร่าง บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2566	
ประเภทบริการ	จำนวน บาท/ผู้มี สิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,344.40
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,477.01
3. บริการกรณีเฉพาะ	399.49
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์	17.23
5. บริการการแพทย์แผน ไทย	19.16
6. ค่าบริการทางการแพทย์ ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบ ลงทุน (ค่าบริการทาง การแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิ	128.60

# OP-ทั่วไป : การคำนวณอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (1,344.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ)



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

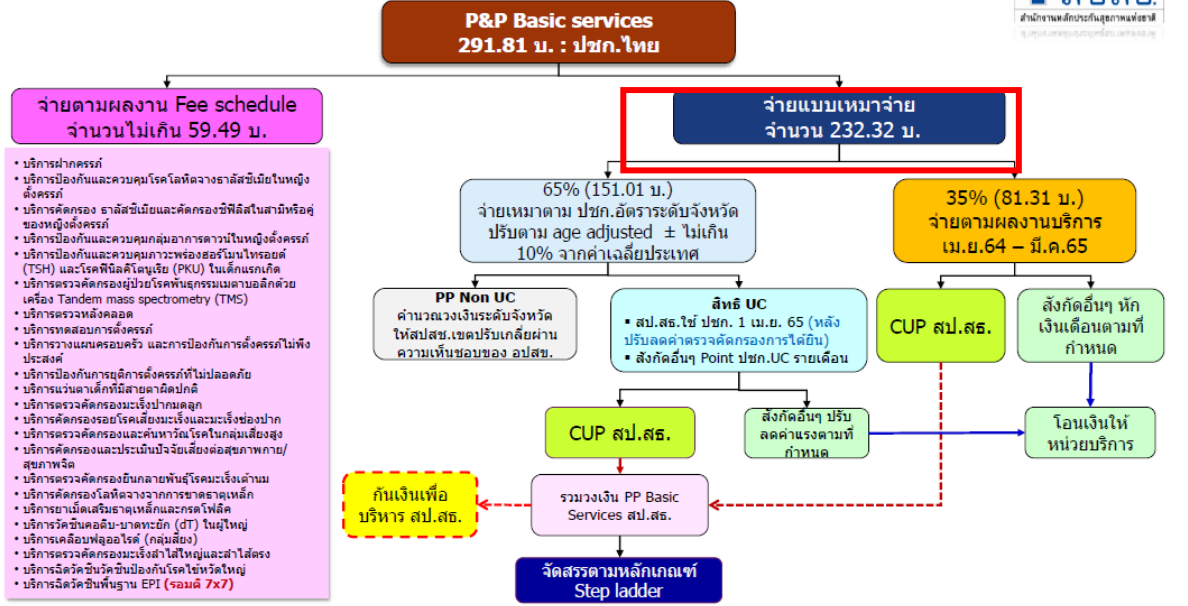
**A** 80% (1,075.52 บาทต่อผู้มีสิทธิ)  
adjusted ระดับจังหวัด โดย  $\pm$  ไม่เกิน 10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ

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

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

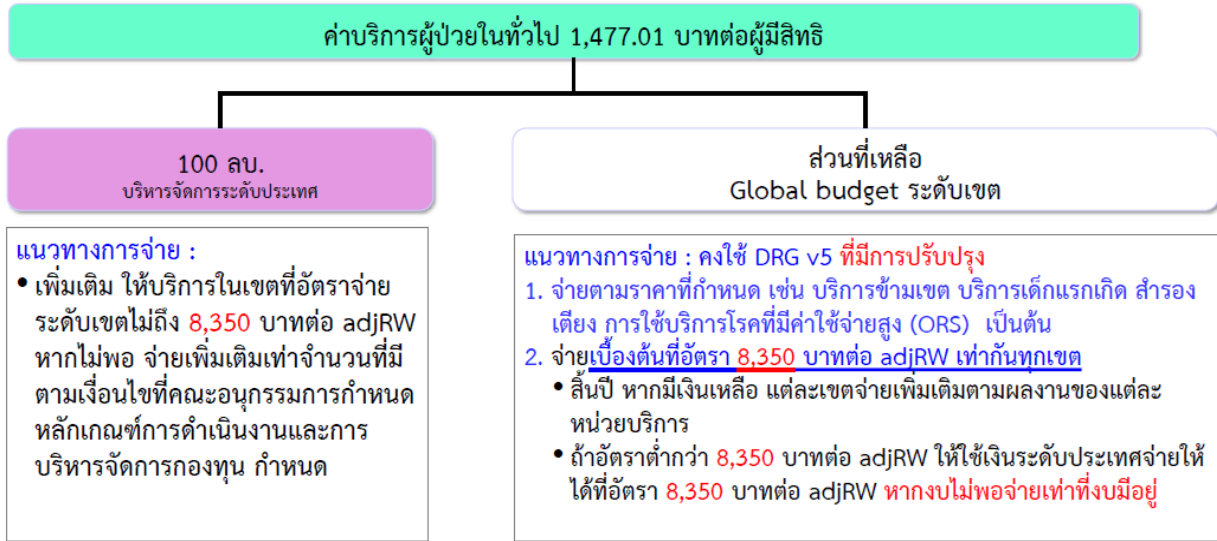
OP cost index	กลุ่มอายุ (ปี)								
	< 3	3 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	> 70
บริการผู้ป่วยนอก	0.5764	0.5364	0.5306	0.5307	0.5344	0.5344	0.5344	0.5344	0.5344

## กรอบการบริหารจัดการบริการ PP Basic services ปี 66



# 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

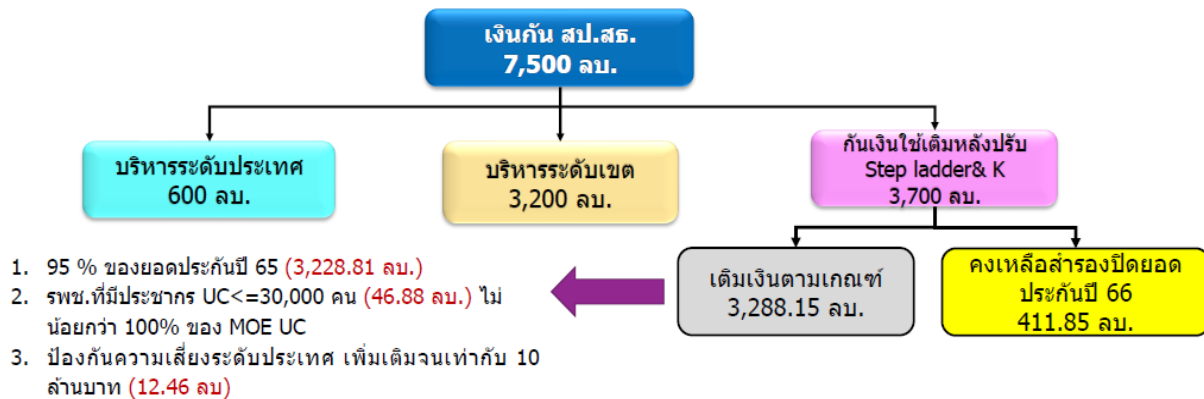
# การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2566

## การบริหารเงินกัน สป.สร. ปี 2566



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

ปี 66 สป.สร.มีการกันเงินไว้ปรับเปลี่ยนจากรายรับ 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. จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเปลี่ยน ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2565
5. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	สปสช. จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 66 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2565 หมายเหตุ : ทั้งนี้ สปสช. ต้องได้รับผลการปรับเปลี่ยนเป็นตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด
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

## การโอนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2566 (OP PP IP)

รายการ	การโอนงบประมาณ	โอนงบประมาณสุทธิ
1.ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 66 วันที่ 29 ธค. 65	1,035,447,912
	งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 66 วันที่ 6 มค. 66	1,035,447,912
2.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ 1 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 66 วันที่ 29 ธค. 65	242,608,756
	งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 66 วันที่ 6 มค. 66	242,608,756
3.ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมฯพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับจัดสรร	
4.เงินบริหารจัดการระดับเขต	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับการปรับเกลีย วันที่ 29 ธันวาคม 2565	238,270,261
5.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับ บริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยบริการครบตามตัวเลขที่ได้รับจัดสรร	
6.ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	1_6510 โอน 29 ธ.ค. 2565	266,938,944
	2_6511 โอน 28 ธ.ค. 2565	260,938,385
	3_6512 โอน 7 มค. 2566	229,356,563
		3,551,617,490

**ประมาณการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2566**  
**1.ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป OP , 2.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค สำหรับบริการพื้นฐาน PP**

จังหวัด	รายรับ OP	ปรับลดค่าแรง OP	รายรับ OP หลังปรับลดค่าแรง	กันเงิน Virtual account	รายรับ OP สุทธิ หลังหักเงินกัน Virtual account
ขอนแก่น	1,615,549,089.41	772,261,000.98	843,288,088.43	147,590,717.34	695,697,371.09
มหาสารคาม	837,486,951.06	411,129,508.07	426,357,442.99	63,000,000.00	363,357,442.99
ร้อยเอ็ด	1,193,257,449.29	559,675,760.87	633,581,688.42	65,000,000.00	568,581,688.42
กาฬสินธุ์	962,166,576.77	445,451,994.76	516,714,582.01	73,455,260.50	443,259,321.51
รวม เขต 7	4,608,460,066.53	2,188,518,264.68	2,419,941,801.85	349,045,977.84	2,070,895,824.01

จังหวัด	รายรับ PP (หลังปรับ PP สิทธิอื่น)	ปรับลดค่าแรง PP	รายรับ PP สุทธิ หลังปรับลดค่าแรง
ขอนแก่น	317,050,120.33	147,670,366.33	169,379,754.00
มหาสารคาม	164,635,143.95	78,785,782.45	85,849,361.50
ร้อยเอ็ด	231,755,602.08	105,843,816.13	125,911,785.95
กาฬสินธุ์	189,486,054.54	85,409,444.10	104,076,610.44
รวม เขต 7	902,926,920.90	417,709,409.01	485,217,511.89

ประมาณการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2566  
**1.ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป OP , 2.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบริการพื้นฐาน PP**

จังหวัด	รายรับ OP สุทธิ หลังหักเงินกัน Virtual account	รายรับ PP สุทธิ หลังปรับลดค่าแรง	OP สุทธิหัก VA +PP สุทธิ	รายรับ OP/PP โอนงบ ตรงให้กับ รพ.สต.ภายใต้ เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วย บริการประจำ	(OP หัก VA +PP ) - รพ.สต (โอน รพ.)
ขอนแก่น	695,697,371.09	169,379,754.00	865,077,125.09	147,054,075.48	718,023,049.61
มหาสารคาม	363,357,442.99	85,849,361.50	449,206,804.49	64,965,838.35	384,240,966.14
ร้อยเอ็ด	568,581,688.42	125,911,785.95	694,493,474.37	150,000,000.00	544,493,474.37
กาฬสินธุ์	443,259,321.51	104,076,610.44	547,335,931.95	10,098,000.00	537,237,931.95
<b>รวม เขต 7</b>	<b>2,070,895,824.01</b>	<b>485,217,511.89</b>	<b>2,556,113,335.90</b>	<b>372,117,913.83</b>	<b>2,183,995,422.07</b>
				<b>ครั้งที่ 1 50% วันที่ 29 ธค 65</b>	
				<b>ครั้งที่ 2 50% วันที่ 7 มค 66</b>	



# บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

# ความเป็นมา/กฎหมาย/ ระเบียบ/ มติที่เกี่ยวข้อง

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

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	<b>เหมาจ่ายรายหัว</b>
OP Refer	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีรักษาส่งต่อจากหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า	<ul style="list-style-type: none"> <li>ภายในจังหวัด จาก<b>งบเหมาจ่ายรายหัว</b> บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด</li> <li>ข้ามจังหวัดจ่ายตามจริง จาก<b>งบเหมาจ่ายรายหัว</b> บัญชีเสมือน Virtual account 1600 บาท+ OP Refer ระดับประเทศ</li> </ul>
 OP AE	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ภายในจังหวัด จาก<b>งบเหมาจ่ายรายหัว</b> บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด</li> <li>ข้ามจังหวัด จ่ายตามจริง จาก OP AE กองทุนกลางระดับประเทศ</li> </ul>
 OP Anywhere	บริการนอกหน่วยบริการประจำ กรณีเหตุสมควร	<ul style="list-style-type: none"> <li>ภายในจังหวัด จาก<b>งบเหมาจ่ายรายหัว</b> บัญชีเสมือน Virtual account หรือหน่วยบริการตามจ่ายกันเอง อัตราตามข้อตกลงภายในจังหวัด หน่วยบริการตามประกาศ จ่ายตามจริง fee schedule</li> <li>ข้ามจังหวัด กองทุนกลางระดับประเทศ OP Anywhere หน่วยบริการปฐมภูมิ จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท หน่วยบริการระดับโรงพยาบาล จ่ายตามจริง fee schedule</li> </ul>



**การจ่ายชดเชยกรณี  
กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน  
ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด :  
(OP-AE)**

## ประกอบด้วยบริการดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงกำลังพลสำรอง  
ทหารกองประจำการทหารเกณฑ์

สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพราน

2. ทหารผ่านศึก คนพิการ

3. ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรม  
แพทย์ทหารอากาศ

4. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่างตาม  
มือขวา 8

51. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด กับ หน่วย  
บริการประจำ

2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

## “ทหารผ่านศึก คนพิการ”

### เงื่อนไข

1. ขอทหารผ่านศึก คนพิการที่มีสิทธิตามระบบ UC จะได้รับสิทธิการรักษาโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

ตามความจำเป็นทางการแพทย์

2. เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัด ผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ

หรือส่งต่อ จากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ

หมายเหตุ : ทหารผ่านศึก คนพิการ ที่เข้ารับบริการกรณี OP ที่หน่วยบริการภายในจังหวัด หรือ ที่เข้ารับบริการโดยผ่านระบบส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รักษาจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ

## 1.2 กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAF)

### “ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ”

#### เงื่อนไข

- 1) เป็น ไทย ทหารเกณฑ์สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ หรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ (หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิพบ SN001 หรือ SP001)
- 2) เป็นการให้บริการต่างสังกัด (ต่างสังกัดหมายถึงหน่วยบริการทั่วไป รักษาผู้ป่วยสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ) ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม เช่น **รพ. พังงา รักษาทหารเกณฑ์ ที่สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือที่อยู่ใน จ.พังงา**
- 3) อาการแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น





# กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่น

## กรณีที่มีเหตุสมควร

# OP Anywhere



กรณีประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้เหตุผลสมควร เป็นระบบบริการแบบผู้ป่วยนอกที่ผู้ป่วยมีการข้ามภูมิลำเนาโดยไม่ต้องมีใบส่งตัว (OPrefer) จากหน่วยบริการประจำ (hmain) และไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน (accident or emergency, AE) เรียกว่า walk-in service

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ประชาชนในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทั่วไปและบริการสุขภาพที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนโยบายที่อนุญาตให้ผู้ป่วยนอกสามารถใช้บริการแบบ walkin โดยข้ามหน่วยบริการประจำในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (contract unit for primary care, CUP) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับอำเภอไปโรงพยาบาลตติยภูมิ (รพ.ท./รพ.ศ.) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2563 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการจากส่วนกลาง

1. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด เป็นการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิที่มีหน่วยบริการประจำในจังหวัด โดยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลที่ได้ยกย่องเทียบเท่า ตาบรายชื่อที่กำหนด (ตามเอกสารแนบท้าย) ที่ตั้งอยู่

# เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

การรับบริการที่หนักก็ได้เหตุสมควร

ในจังหวัด

รพ.สต./  
รพช.

- จ่ายตามราคาที่ตกลงกัน
- โดยให้ สสจ.ทำหน้าทีในการ Clearing house

**\*\* ยกเลิกคำว่าเขตพื้นที่รอยต่อ**

รพท./รพ  
ศ.

**กรณี walk in**

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- จ่ายตาม Fee schedule

**กรณี OP Refer/OPAE**

- เบิกจ่ายตามราคาที่ตกลงกันในจังหวัด

ข้ามจังหวัดในเขต / ข้ามเขต  
\*(ทุกระดับ)

**กรณี walk in**

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- ปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ประจำจ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท
- ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ปฏิบัติงาน 5 วัน/สัปดาห์ และหน่วยอื่นๆ  
จ่ายตาม Fee schedule

**กรณี OP Refer/OPAE**

- เบิกตามเงื่อนไขระบบปกติ

# 1



๘๘๘๘. ๘.8383 ๘๘ 27  
๘๘ 64

## (๑) การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด

การเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเทียบเท่า ตามรายชื่อที่กำหนด ที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ สปสช.จะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด ตามเอกสารแนบท้าย กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการ และอัตราจะจ่ายตามราคาเรียกเก็บ ด้วยระบบ Point system with Global budget

เว้นแต่ การเข้ารับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย และการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ การรับค่าใช้จ่ายและอัตราการจ่ายเป็นไปตามข้อตกลงในจังหวัด

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

(๒) การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต สปสช.จะจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

ก. การรับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ หรือมีแพทย์ปฏิบัติงานประจำไม่ครบจำนวน ๕ วันต่อสัปดาห์ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๗๐ บาท ต่อครั้ง สำหรับบริการทันตกรรม จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด

ข. การรับบริการในหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ๕ วันต่อสัปดาห์ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด ตามเอกสารแนบท้าย กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการและอัตรา จะจ่ายตามราคาเรียกเก็บ ด้วยระบบ Point system with Global budget

# 3

ดังนี้

(๓) การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ สปสช.จะจ่ายค่าใช้จ่าย

ก. การรับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ หรือมีแพทย์ปฏิบัติงานประจำไม่ครบจำนวน ๕ วันต่อสัปดาห์ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๗๐ บาทต่อครั้ง สำหรับบริการทันตกรรม จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด

ข. การรับบริการในหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ๕ วันต่อสัปดาห์ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด ตามเอกสารแนบท้าย กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการและอัตรา จะจ่ายตามราคาเรียกเก็บ ด้วยระบบ Point system with Global budget

# ตัวอย่าง บริการผู้ป่วยนอก กรณี Walk in



ยาหมดมาขอรับยาที่ไม่ใช่  
รพ.ที่รักษาเป็นประจำ



**ทันตกรรม**  
(ทันตกรรมพื้นฐาน ถอน  
อุด ขูดหินปูน และบริการที่  
ไม่เข้าข่ายกองทุนย่อย)



ทำแผลต่อเนื้อง / ฉีดวัคซีน



**เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวด  
ศีรษะ ไข้หวัด ปวดท้อง  
เคืองตา ฯลฯ ที่ไม่  
เข้าเกณฑ์ค่าบริการ OP  
Refer & OP AE**

หมายเหตุ : การเบิก Walk in ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายที่มีในกองทุนย่อยอื่นๆ  
เช่น TB, มะเร็ง, ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น



# หลักเกณฑ์เงื่อนไข OP Anywhare

## บริการ OP Anywhare

- บริการ OP ไม่มีหนังสือส่งต่อ ไม่ใช่กรณีนัดหมาย ไม่ใช่อุบัติเหตุฉุกเฉิน
- ขยายบริการไปทั่วประเทศ โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะพื้นที่รอยต่อ

## หลักเกณฑ์เงื่อนไข

- จ่ายตามอัตราและรายการ Fee Schedule ที่ สปสช.กำหนดเท่านั้น สำหรับกรณีที่ไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้ง สปสช. เป็นรายการ
- กำหนดให้มีการ Authentication ที่เบิกจ่ายแบบ Fee Schedule ทุกรายการ
- มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย ( Pre-audit)

# อัตราการจ่ายเงินชดเชย การส่งข้อมูล และการประมวลผล

สำหรับการจ่ายชดเชยค่าบริการ สปสช. ได้กำหนดเงื่อนไขการใช้บริการข้ามจังหวัด โดยจ่ายให้สถานพยาบาลที่ให้บริการตามรายการและอัตราที่กำหนด (fee schedule, FS) หรือตามราคาเรียกเก็บ (fee for service) ภายใต้ point system with global budget หากยังไม่มีอัตราตาม FS สำหรับกรณีการใช้บริการข้ามหน่วยบริการประจำ (hmain) หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายในจังหวัดเดียวกันกำหนดให้เป็นไปตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด

1. หน่วยบริการบันทึกรายการข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนดและส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายฯ มายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังให้บริการ
2. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ (Project code) **“WALKIN”**
3. สปสช. ตรวจสอบ/ประมวลผล และรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบใน Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์ พุธและศุกร์
4. การตัดยอดข้อมูลจะตัดเดือนละ 2 ครั้ง ทุกวันที่ 15 และวันสุดท้ายของเดือน โดยออกรายงานการจ่ายเงิน (Statement) ตามวันที่กำหนด
5. การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่รับแจ้งการโอนเงิน

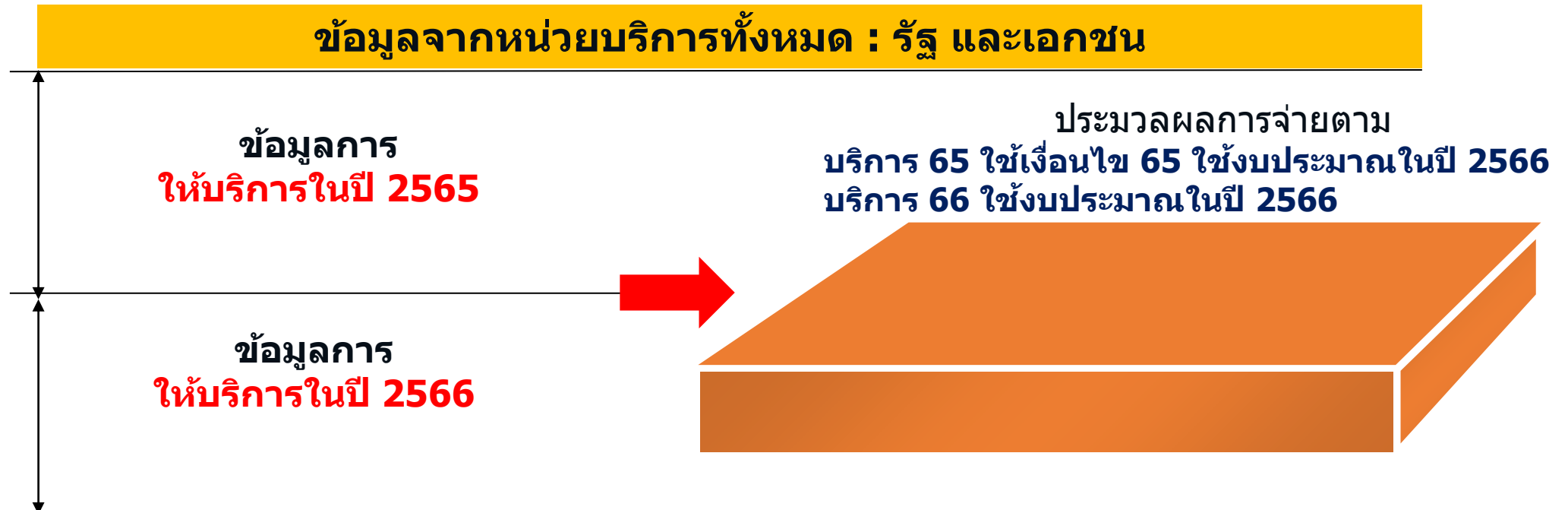
# สรุปเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

รายการ	เงื่อนไข/กระบวนการ/ขั้นตอน
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)
2. หลักเกณฑ์การจ่าย/หน่วยบริการ	<p><b>เป็นการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก โดยไม่มีหนังสือส่งตัว ไม่ใช่กรณีนัดหมายและไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน_ดัก ICD10 (รหัสโรค S และ T)</b></p> <p><b>1.1 การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด</b> เป็นการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ ที่มีหน่วยบริการประจำในจังหวัด โดยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเทียบเท่า ตามรายชื่อที่กำหนด ที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ</p> <p><b>2.2 การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต</b> เป็นการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการทุกระดับที่ตั้งอยู่ต่างจังหวัดกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ แต่อยู่ภายในเขตเดียวกัน</p> <p><b>2.3 การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ</b> เป็นการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการทุกระดับ</p>
3. อัตราการจ่าย	<p><b>3.1 การเข้ารับบริการ ภายในจังหวัด (รพศ/รพท. รพ.ที่มีศักยภาพเทียบเท่า ตามรายการแนบ)</b> ค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการและอัตรา จะจ่ายตามราคาเรียกเก็บ ด้วยระบบ Point system with Global budget เว้นแต่ การเข้ารับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย และการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ การรับค่าใช้จ่ายและอัตราการจ่ายเป็นไปตามข้อตกลงในจังหวัด</p> <p><b>3.2 การเข้ารับบริการ ข้ามจังหวัด ภายในเขต สปสช.</b> ก. การรับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์</p>

# สรุปเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

รายการ	เงื่อนไข/กระบวนการ/ขั้นตอน
3. อัตราจ่าย	<p><b>3. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ</b></p> <p>ก. การรับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ <b>จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้ง</b> สำหรับบริการทันตกรรม จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด</p> <p>ข. การรับบริการในหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ๕ วันต่อสัปดาห์ <b>จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด</b> ตามเอกสารแนบท้าย กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการและอัตรา จะจ่ายตามราคาเรียกเก็บ ด้วยระบบ Point system with Global budget</p>
4. ระยะเวลาที่ส่งข้อมูล	สำหรับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 หน่วยบริการส่งข้อมูลผลงานได้ทุกวันผ่านระบบ e-Claim
5. การประมวลผลจ่าย	ตัดข้อมูลประมวลผลในระบบ Seamless System Integration ออกรายงานการจ่าย ทุก 15 วัน
6. หน่วยบริการที่รับเงิน	<b>โอนให้หน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย</b> หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป หน่วยบริการร่วมให้บริการโดยรายงานการโอนเงินจะแสดงรายชื่อผู้รับบริการและหน่วยบริการที่ให้บริการทั้งหมด

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



**หมายเหตุ :** กรณีการให้บริการที่เข้าเกณฑ์กรณีค่าใช้จ่ายสูง( HC) หรือกรณีบริการเฉพาะหน่วยบริการจะได้รับชดเชยเพิ่มเติมจากกองทุนผู้ป่วยใน