



การบริหารจัดการกองทุนย่อย การจ่ายชดเชยผู้ป่วยในอัตราพิเศษ โครงการลดความแออัดโดยร้านยาคุณภาพ

แพทย์หญิงพนิดา จันทรังสิกุล

รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 สุราษฎร์ธานี

การบริหารจัดการกองทุนย่อย

เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2564	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	125,055.0184
1.2 ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	52,143.9758
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,676.3507
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,720.2800
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,163.2110
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	838.0260
7. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	421.6400
รวมทั้งสิ้น	194,508.7899
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	142,364.8141

บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2564

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,279.31
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,440.03
3. บริการกรณีเฉพาะ	373.67
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	455.39
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.40
6. บริการการแพทย์แผนไทย	17.90
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมฯ)	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	3.84
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,719.23

บริการทางการแพทย์ที่**ไม่คุ้มครอง**ในงบเหมาจ่ายรายหัว

กลุ่มมีงบประมาณเฉพาะ

- ☐ การบำบัดรักษา ฟันผู้ติดยา และสารเสพติด (ยกเว้นการให้สารเมทาโดนระยะยาว สำหรับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น เช่น เฮโรอีน)
- ☐ อุบัติเหตุจากรถเฉพาะที่ พรบ.ผู้ประสบภัยคุ้มครอง (ส่วนเกินใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ)

กลุ่มเกินจำเป็น

- ☐ รักษาภาวะมีบุตรยาก / ผสมเทียม / แปลงเพศ
- ☐ การกระทำใดๆเพื่อความสวยงาม
- ☐ การตรวจวินิจฉัย และการรักษาที่เกินจำเป็น
- ☐ การรักษาที่อยู่ระหว่างคันคว่ำ ทดลอง

กลุ่มบริการอื่นๆ

- ☐ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง (ยกเว้น การปลูกถ่ายไต กระจกตา ตับ และหัวใจ)
- ☐ Admit รักษาโรคเดียวกันเกิน 180 วัน ยกเว้น จำเป็น

บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2564

1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

1.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ

1.2 ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ประเภทบริการ

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป

3. บริการกรณีเฉพาะ

4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

6. บริการการแพทย์แผนไทย

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป
1,279.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ

จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
(1,270.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- 1) จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดย สังกัด สป.สธ.ใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนการจ่าย สังกัดอื่นๆ เป็นไปตามผู้มีสิทธิรายเดือน
- 2) หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยคำนวณ อัตราจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
 - 80% คำนวณด้วยโครงสร้างอายุประชากรระดับจังหวัด และให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย $\pm 10\%$
 - 20% คำนวณด้วยอัตราเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
(9.00 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- จัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขตตามจำนวนผู้มีสิทธิ
- หลักเกณฑ์การจ่าย รวมบริหารใน รายการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ

บริการผู้ป่วยใน

ประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงาน/บริหารจัดการกองทุน



สิ่งที่เปลี่ยนแปลงปี 2564

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ผู้ป่วยในทั่วไปอัตราจ่ายในเขตเบื้องต้น 8,250 บาท/AdjRW	อัตราจ่ายในเขตเบื้องต้น ปรับเพิ่มเป็น 8,350 บาท/AdjRW
กลุ่มโรคและหัตถการบริการ One Day Surgery 31 กลุ่ม	จะมีรายการเพิ่มเติม เริ่ม 1 มค.64
กรณีบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) 4 กลุ่ม	

สำรองเตียง อัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ AdjRW

นำผู้ป่วยออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

นิ่ว

- หน่วยบริการภาครัฐ เหม่าจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่ายไม่เกิน 4 ครั้งต่อไต่อ 1 ช่วงต่อคนต่อปี
- หน่วยบริการภาคเอกชน เหม่าจ่าย 16,000 บาท ต่อใดหนึ่งช่วงที่สำเร็จต่อคนต่อปี

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

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย IP (ต่อ)



หมายเหตุ : เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

บริการผู้ป่วยใน

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายฯ บริการ ODS ปีงบประมาณ 2564



หลักเกณฑ์

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

เงื่อนไขการจ่าย

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

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

บริการผู้ป่วยใน

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายฯ บริการ MIS ปิงงบประมาณ 2564



หน่วยบริการที่ให้บริการฯ

- ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพการให้บริการฯ
- หมายเหตุ
- ปิงบฯ 62 จ่ายให้ทุกหน่วยบริการ
- ปิงบฯ 63 กรณีให้บริการโรคน้ำในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ จ่ายเฉพาะหน่วยที่ขึ้นทะเบียนภายในวันที่ 28 ก.พ. 63

เงื่อนไขการจ่าย

- จ่ายชุดเซตค่าบริการส่องกล้อง (LC) เสมือนการผ่าตัดแบบเปิด (OC)
- จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม DRGs ที่กำหนด
- จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยรันทอน (AdjRW)
- จ่ายเฉพาะบริการ LC ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ปิงบฯ 62 จ่ายทุกกลุ่ม)

อัตราการจ่าย

จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต IP

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

กลุ่ม DRGs และค่า K ประมวลผลการจ่ายฯ บริการ MIS

กลุ่มโรค	DRGs	ความหมาย	ค่า K
โรคน้ำในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ	07090	Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC	0.9552
	07100	Laparoscopic cholecystectomy, no CC	0.7905
โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่	13160	Lap uterine and adnexal procedures, no CC	0.4413
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	06030	Major small & large bowel procedure, no CC	3.0729
ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก	04010	Major chest procedures, no CC	2.29



การจ่ายชดเชยผู้ป่วยในอัตราพิเศษ

เงื่อนไข อัตราจ่ายพิเศษ สปสช.เขต 11 ปีงบประมาณ 2564

กลุ่มที่	เงื่อนไขบริการ	อัตราจ่ายปี 2564	รพ.
1.รพ.ขึ้นทะเบียนเข้าร่วม หัตถการหัวใจ	1.Open heart 2.PCI	8,600/adjRW.	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช รพ.วชิระภูเก็ต รพ.สุราษฎร์ธานี รพ.ค่ายวชิราวุธ รพ.ทักษิณ และ รพ.กรุงเทพภูเก็ต
2.กลุ่มรพ.ชุมชน เฉพาะ รพ.ที่มีตัวคูณอัตรา จ่ายค่า K=1.1 และ 1.15 รวม รพ.นอกสังกัด 28 แห่ง	1. ผ่าตัดไส้เลื่อน 2. ผ่าตัดริดสีดวงทวาร 3.ผ่าตัดกระดูกชนิด ORIF 4. ผ่าตัดข้อเข่า (TK) 5. ตัดมดลูก/ตัดท่อรังไข่ 6. การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วย หายใจ (Ventilator care) 7. การผ่าตัดคลอด 8. คลอดปกติ 9. Appendectomy 10.TR	8,600/adjRW.	1) หน่วยบริการกลุ่มคะแนนจัดสรร (ค่า K) เท่ากับ 1.1 จำนวน 9 แห่ง 2) หน่วยบริการกลุ่มคะแนนจัดสรร (ค่า K) เท่ากับ 1.15 จำนวน 12 แห่ง 3) กลุ่มโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด จำนวน 7 แห่ง

เงื่อนไข อัตราจ่ายพิเศษ สปสช.เขต 11 ปีงบประมาณ 2564

กลุ่มที่	อัตราจ่าย	เงื่อนไขบริการ
3. ส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อ (Refer Back) กรณีกลุ่มโรค Intermediate Care 3 กลุ่มโรค	รพ.ส่งกลับ add on = 1,000 รพ.รับกลับ add on = 2,000 รพ.รักษาเอง add on = 3,000	1. เฉพาะ 3 กลุ่มโรค Stroke, Traumatic brain, Traumatic spinal cord 2. ICD9 ของ รพ.ส่งกลับ รพ.รักษาเอง ต้องมีรหัส 9339 และ 8703;8891;8893 รหัสใดรหัสหนึ่ง 3. เฉพาะ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพ IMC 4. DATEADM ของ รพ.รับกลับภายใน 24 ชั่วโมง (นับจาก DATEDSC ของ รพ.ส่งกลับ) 5. วันนอนของ รพ.รับรักษา (Hcode) ไม่ต่ำกว่า 7 วัน (นับระยะเวลาต่อเนื่อง ไม่นับรวมวันลากลับบ้าน) 6. เฉพาะ หน่วยบริการและ ประชากร ในพื้นที่เขต 11

บริการกรณีเฉพาะ

1. กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OP-AE ข้ามจังหวัด)
- 1.2 การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
- 1.3 การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP refer ข้ามจังหวัด)
- 1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ I
- 1.5 กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ/ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม/กรณีผู้ป่วยในที่ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ/สำรองเตียง

2. กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
- 2.2 บริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Chemo/Radio-OP&IP)
- 2.3 บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก พร้อมเลนส์ (Cataract)
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่
- 2.5 บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควรและกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

บริการกรณีเฉพาะ

3. กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

- | | |
|--|--|
| 3.1 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument-OP&IP) | |
| 3.2 การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) | |
| 3.3 การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal transplantation) | |
| 3.4 การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ (Liver transplantation ในเด็ก, Heart transplantation, Hematopoietic stem cell transplantation) | |

4. กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- | |
|--|
| 4.1 ค่าบริการสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) |
| 4.2 ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ (2), ยา CL และยากำพร้า) |

5. กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- | |
|--|
| 5.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) |
| 5.2 การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis) |
| 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) |
| 5.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก สำหรับโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules) |

บริการกรณีเฉพาะ : บูรณาการงบกองทุนสุขภาพตามกลุ่มโรค

บูรณาการงบกองทุน : STEMI

8,600 บาท : adj.RW (เขต11)

PCI, Cardiac surgery ใน CAD

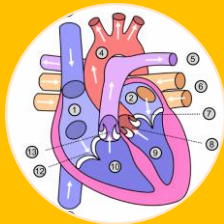
รพ.มหาราช ฯ รพ.ค่ายวชิราวุธ

รพ.วชิระภูเก็ต

รพ.สุราษฎร์ธานี รพ.ทักษิณ

รพ.กรุงเทพภูเก็ต

อัตราจ่ายพิเศษ
กองทุนผู้ป่วยใน



SK 10,000 บาท/ราย

rt-PA 49,000 บาท/ราย

TNK-TPA 22,660 บาท/vial

Instruments ในบริการ

PCI & Cardiac surgery

ไม่เกินเพดานราคาชุดเซย

บริการกรณีเฉพาะ

เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ



รถยนต์ เรือ

อากาศยานปีกหมุน

จ่ายตามจริงไม่เกินราคากลาง

ตามระยะทาง

และประเภทยานพาหนะ

การส่งต่อระหว่าง

หน่วยบริการ

ปกป้องการได้รับบริการ
นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น



บูรณาการงบกองทุน : Stroke

rt-PA 49,000 บาท/ราย
+ CT scan ก่อนและหลังให้ยา
และ/หรือมีการทำกายภาพบำบัด
และ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ
ตามCPG
ชดเชยค่าส่งต่อตามระยะและ
ประเภทยานพาหนะ

บริการกรณีเฉพาะ

เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

ปกป้องการรับบริการนอกเครือข่าย

8,350 บาท : adjRW
+ 1,000 บาท/case รพ.ส่งต่อ
+ 2,000 บาท/case รพ.รับ IMC
+ 3,000 บาท/case admit+IMC
เฉพาะรพ. ตามเกณฑ์ศักยภาพ
และตามข้อกำหนดคณะทำงาน IP

อัตราจ่ายพิเศษ
กองทุนผู้ป่วยใน
(IMC) เฉพาะเขต 11



1 ใน 3 กลุ่มโรค IMC ที่ได้รับ
ชดเชยตามบริการฟื้นฟู
เพิ่มชดเชยฝังเข็ม
หรือฝังเข็ม+กระตุ้นไฟฟ้า
ใน stroke รายใหม่

บริการฟื้นฟูฯ

บริการแพทย์แผนไทย



บูรณาการงบกองทุน : โรคมะเร็ง

เคมีบำบัด ฮอร์โมน รังสีรักษา
หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน
ชดเชยรักษาตาม/ไม่ได้ตาม/ยังไม่
กำหนดโปรโตคอล + ยา(2)
HSCT : Leukemia Lymphoma
Myelodysplastic syndrome
Multiple myeloma ปี 2564
เป้าหมาย 126 ราย

บริการกรณีเฉพาะ
(Chemo-Radio OP&IP)

เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

Home Chemotherapy for CA
colon 8,350 บาท : adj.RW
เขต 11 : 2 หน่วยบริการ
รพ.มะเร็งสุราษฎร์ธานี
รพ.สุราษฎร์ธานี
(รพ.นำร่อง 27 แห่งทั่วประเทศ)

บริการผู้ป่วยใน
เบิกในระบบ ODS



เหมาจ่ายต่อรายตามเวลา
1,000 บาท/เดือน x 6 เดือน
3,000 บาท เมื่อเสียชีวิต
Total สูงสุด 9,000 บาท (E-
claim
+(ร่าง) ยาอนุพันธ์ฝิ่น 750 บาท/

บริการกรณีเฉพาะ
Palliative care

บริหารแบบเฉพาะโรค



บริการกรณีเฉพาะ (บริหารแบบเฉพาะโรค) Palliative : ประเด็นที่มีการปรับปรุงประสิทธิภาพ

การเหมาจ่ายค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดำเนินการ	ปี 2563	ปี 2564
กำหนดรหัสโรคเรื้อรังที่สามารถเบิกจ่าย Palliative care for end of life care ได้		
กำหนดรหัสการวินิจฉัย Palliative care (Z 51.5)		
กำหนดรหัสการทำ Advance care plan (Z 71.8)		
กำหนดการลงทะเบียนผู้ป่วย		
กำหนดชุดข้อมูลที่หน่วยบริการต้องบันทึกและจัดส่งสำหรับการเยี่ยมแต่ละครั้ง		

ร่าง การจ่ายค่ายา*

การดำเนินการ	ปี 2563	ปี 2564
กำหนดให้มีการแยกจ่ายค่ายา Opioid		
กำหนดรายชื่อหน่วยบริการที่มีสิทธิเบิกชดเชยค่ายา Opioid		

*เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว
จะแจ้งให้ทราบต่อไป

แนวทางการจ่ายค่าบริการ Palliative care for end of life care

1

ค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลา ที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการ Fix cost (บาท) *	ค่าบริการ รายเดือน (บาท) **	รวม (บาท)
ภายใน 30 วัน	3,000	1,000	4,000
ภายใน 60 วัน	3,000	1,000 + 1,000	5,000
ภายใน 90 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000	6,000
ภายใน 120 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	7,000
ภายใน 150 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	8,000
ตั้งแต่ 151 วัน ขึ้นไป	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	9,000

* จ่ายเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

** จ่ายทุกเดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน

2

ร่าง ค่ายา Opioid

รายการ	เงื่อนไข
อัตราจ่าย	750 บาท/คน/เดือน
ระยะเวลา ที่จ่าย	จ่ายให้ทุกเดือนจนกว่า ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน แล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

เงื่อนไขการจ่าย

หน่วยบริการ

จ่ายให้หน่วยบริการที่มีการจัดทำ Advance care plan และมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เงื่อนไขการ รายงานข้อมูล เพื่อการ เบิกจ่าย

- กลุ่มโรคตามที่กรมการแพทย์กำหนด
- มีรหัสการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Z51.5)
- มีรหัสการทำ Advance care plan (Z 71.8)
- มีการรายงานกิจกรรมในการดูแลที่บ้าน
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากวันลงทะเบียน ถือว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการการดูแลแบบประคับประคอง
- กรณีผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจากปี 63 ให้หน่วยบริการเข้าไปลงทะเบียนและบันทึกการไปดูแลที่บ้าน ทุกครั้งตามจริง ให้แล้วเสร็จภายใน 30 พย.63

อัตราจ่าย

อัตรา 1,000 บาท/คน/เดือน จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต และหรือไม่เกิน 6 เดือน

ร่าง แนวทางการจ่ายค่ายา Opioid

เงื่อนไขการจ่ายค่ายา

หน่วยบริการ

จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดหาและสั่งจ่ายยา Opioid ที่ผ่านการอนุมัติจาก สปสช.

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (รหัส C00-C69 และ รหัส D37-48) และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Z51.5)

รหัสยา

หน่วยบริการต้องบันทึก Drug list ตามรหัส TMT ใน e-Claim ให้ครบถ้วน

อัตราจ่าย

750 บาท/คน/เดือน (เหมาจ่ายรายเดือน)

หมายเหตุ *เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

บริการกรณีเฉพาะ : รักษาผ่าตัดต้อกระจก พร้อมเลนส์

ค่าเลนส์แก้วตาเทียม (เหมากง่าย)

1. เลนส์พับได้ 2,800 บาท
2. เลนส์พับไม่ได้ 700 บาท

เป้าหมาย 6,690 (+1,500) ดวงตา
Senile cataract อายุ 40 ปีขึ้นไป
เน้น Blinding cataract และ
Severe low vision

บริการกรณีเฉพาะ

เพิ่มความมั่นใจคุณภาพบริการ

ค่าผ่าตัด

กรณี BL&SL 7,000 บาท/ข้าง
Complication 9,000 บาท/ข้าง
VA อื่น 5,000 บาท/ข้าง
รวมค่าใช้จ่ายที่ใช้ทั้งหมดและ F/U
บันทึกผ่าน E claim

บริการกรณีเฉพาะ

เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ



หน่วยบริการที่ได้รับการประเมิน
ขึ้นทะเบียนทุกปี
ในเขตไม่ต้องใช้ใบส่งต่อ

หน่วยบริการ



บริการกรณีเฉพาะ : ผ่าตัดข้อเข่าเทียม (Instruments)

อายุ > 55 ปี จ่ายทุกกรณี

อายุ ≤ 55 ปี

- Primary OA (M170,171,179)

ต้องขออนุมัติ

- Secondary OA/Trauma

(M172,M173,M174,M175) และ

Unicompartment Knee
Arthroplasty(UKA) ไม่ต้อง

Pre-authorize

ค่าผ่าตัด

ค่าผู้ป่วยใน (DRG)

ค่ากายอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (E-claim)

- ค่าข้อเข่าเทียม 49,800 บาท/ข้อเข่า
(7004,7005)

- ค่า walker 600 บาท/ครั้ง

- ค่า bone cement 4,300
บาท/cement

บริการกรณีเฉพาะ

ลดความเสี่ยงด้านการเงิน



หน่วยบริการรับส่งต่อในระบบ UC

คุณสมบัติตามเกณฑ์

ขึ้นทะเบียนทุกปี / ส่งต่อในเขต

จัดสรรเป้าหมายโดยคณะทำงาน

บริการกรณีเฉพาะ

ลดความเสี่ยงด้านการเงิน

หน่วยบริการ



บริการกรณีเฉพาะ : Hyperbaric O2 Therapy / Corneal & organ transplantation

OP & IP

จ่ายตามจริงไม่เกิน 12.000 / ชม.

เขต 11 : หน่วยบริการ

- รพ.วชิระภูเก็ต
- รพ.เกาะพีพี
- รพ.ฐานทัพเรือพังงา
- รพ.เกาะสมุย (IP/OP case) โดย
MOU รพ.กรุงเทพสมุย

บริการกรณีเฉพาะ

Hyperbaric O2 Rx

ลดความเสี่ยงด้านการเงิน

- กลุ่มเป้าหมาย UC : โรคกระจกตา
- ได้รับบริจาคดวงตา (สภากาชาดไทย)
- 15,000 บาท/ดวงตา ให้ศูนย์ดวงตาฯ
- ค่ารักษาผ่าตัด ตาม DRG ให้หน่วย
บริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายศูนย์
ดวงตาสภากาชาดไทย

บริการกรณีเฉพาะ

Corneal transplant.

ลดความเสี่ยงด้านการเงิน

Heart transplantation
Liver (Biliary atresia /failure)
HSCT(Leukemia/MM/MDS/
Lymphoma/Aplastic
anemia/Inborn error./
Immune
def./Thalassemia

บริการกรณีเฉพาะ

Organ transplant.

ลดความเสี่ยงด้านการเงิน

บริการกรณีเฉพาะ : กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- กลุ่มเป้าหมาย UC : ผู้ติดยาเสพติด
ในกลุ่มฝิ่นหรืออนุพันธ์ฝิ่น
- หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนตาม
พรบ.ยาเสพติด
- มีแพทย์ที่ผ่านการการอบรม หรือ
ประสบการณ์การรักษา > 1 ปี

บริการกรณีเฉพาะ

บริการสารเมตาโดนระยะยาว

ลดความเสี่ยงด้านการเงิน

สนับสนุนในรูปแบบของ

- ชดเชยเป็นยา (VMI)
- ชดเชยเป็นค่ายาตามบัญชี
- ชดเชยค่า lab ที่เกี่ยวข้อง

ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง/ยากำพร้า :
คนไทยทุกสิทธิ 16 รายการ

บริการกรณีเฉพาะ

ยาบัญชี จ.2 ยากำพร้า

ลดความเสี่ยงด้านการเงิน

การจ่ายชดเชย Clopidogrel

OP : เพิ่มเติมจากเหมาจ่าย กรณี
OP ในหน่วยบริการ/OP ใน
จังหวัด รวม OPAE OP-Refer

IP : เพิ่มเติมจากระบบ DRG
เม็ดละ 3 บาท (เดิม 2.05 บาท)

บริการกรณีเฉพาะ

Clopidogrel

ลดความเสี่ยงด้านการเงิน



บริการกรณีเฉพาะ : Thalassemia

เป้าหมาย UC/ontop

- ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่ต้องได้รับเลือดหรือฟังกาเลือด(TDT)
- GB budget ประเทศ ผ่านระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด National Perinatal Registry Portal (NPRP)

บริการกรณีเฉพาะ

กรณีที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค

ชดเชยค่ายา deferaxirox

- อายุ 2-6 ปี ชดเชยค่าDeferaxirox tab (.... บาท)
- 6 ปีขึ้นไป(ไม่ตอบสนอง / SE จาก Deferiprone
- GB ประเทศ : Hct Hb serum ferritin 4 ครั้ง/ปี/Desferal ฉีด
- เบิกจากโปรแกรม Thalassemia registry NPRP

บริการกรณีเฉพาะ

กรณีที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค



Stem cell transplantation

126 ราย เป้าหมายประเทศรวม กลุ่มโรคอื่นที่ต้องทำ HSCT (รพ.หาดใหญ่ รพ.สงขลานครินทร์)

บริการกรณีเฉพาะ

กรณีลดความเสี่ยงด้านการเงิน



บูรณาการงบกองทุน : Tuberculosis

1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

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

2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค	บริหารวงเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไขตามที่ สปสช.เขต กำหนด
2) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ

3. บริการกำกับกำกับการกินยา

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
บริการกำกับการกินยา (DOT) เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ครบถ้วน	บริหารวงเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไขตามที่ สปสช.เขต กำหนด

1. อัตราผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB)
2. อัตราผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ
3. อัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success rate)
4. อัตราการขาดการรักษา (Default rate)
5. อัตราเสียชีวิต (Death rate)

บูรณาการงบประมาณ : Disorder of small molecules

Rare disease 24 โรคหายาก
ค่าใช้จ่ายสำหรับตรวจวินิจฉัย
กลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข ติดตาม
รักษา และค่าพาหนะส่งต่อ
และส่งกลับ ระหว่างหน่วย
บริการและชุมชน

PKU

บริการกรณีเฉพาะ

กรณีต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค

7 โรงพยาบาล

รพ.จุฬาลงกรณ์

รพ.รามธิบดี

รพ.ศิริราช

รพ.ธรรมศาสตร์

รพ.พระมงกุฎเกล้า

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ

รพ.ศรีนครินทร์ขอนแก่น

บริการกรณีเฉพาะ

กรณีต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค



กรณีต้องบริหารจัดการ
เฉพาะโรค



การบริหารค่าใช้จ่ายบริการ : ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์



1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ

- 1) ยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน : **สนับสนุนเป็นยา**
- 2) ตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ: **สนับสนุนเป็นถุงยาง**
3. การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
 - 3.1) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(HIV) : **จ่ายตามผลงาน**
 - 3.2) บริการให้คำปรึกษา : **จ่ายตามผลงาน**
 - 3.3) ถุงยางอนามัย : **สนับสนุนเป็นถุงยาง**
4. การให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
 - 4.1) รักษา/ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อHIV/AIDS: **จ่ายตามผลงาน**
 - 4.2) ถุงยางอนามัย: **สนับสนุนเป็นถุงยาง**
- 5) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (Hep C)

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตบริการ

- 1.บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามชุดบริการ RRTTR
2. บริการสร้างเสริมสุข/ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี : **ศูนย์องค์รวม**
3. นำร่องให้บริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)

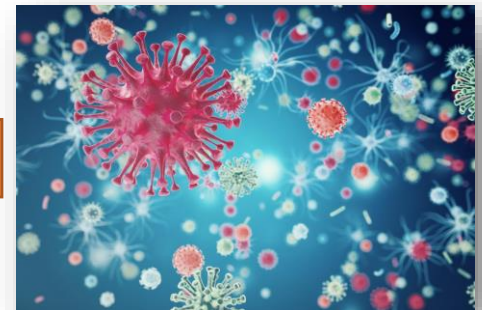
รพ.วชิระ /รพ.ป่าตอง (ภูเก็ต)
รพ.ชะอวด / รพ.มหาราช นครศรี
รพ.เกาะสมุย รพ.กาญจนดิษฐ์ / รพ.สุราษฎร์ธานี
รพ.กระบี่ รพ.ระนอง

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ

ขอบเขตบริการ

พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
(Quality Improvement :QI)

TDF/FTC



HIV&AIDS จำยตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ Quality Improvement :QI

ตัวชี้วัดในการกำกับติดตามและประเมินผล มีดังนี้

1. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกับการวินิจฉัย (Same day ART)
2. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ที่ได้รับยาต้านไวรัส

บริการค่าใช้จ่าย : CKD

ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

PD

CAPD/APD

1. น้ำยาล้างไต, สาย TK, ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา, สาย TK)
2. ค่าบริการยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก CAPD (เหมาจ่ายอัตรา 2,500 บาท/ราย/เดือน)
3. ค่าฟอกเลือดชั่วคราว

APD

ดำเนินการให้บริการ APD หากไม่มีปัญหา ค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องที่ทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น

HD & HD selfPay

HD

1. ค่าบริการฟอกเลือด
2. ค่าเตรียมเส้นสำหรับฟอกเลือด, ซ่อมเส้น, ทำเส้นใหม่ตามความจำเป็น
3. ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา)

HD selfPay

ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา)

CAPD

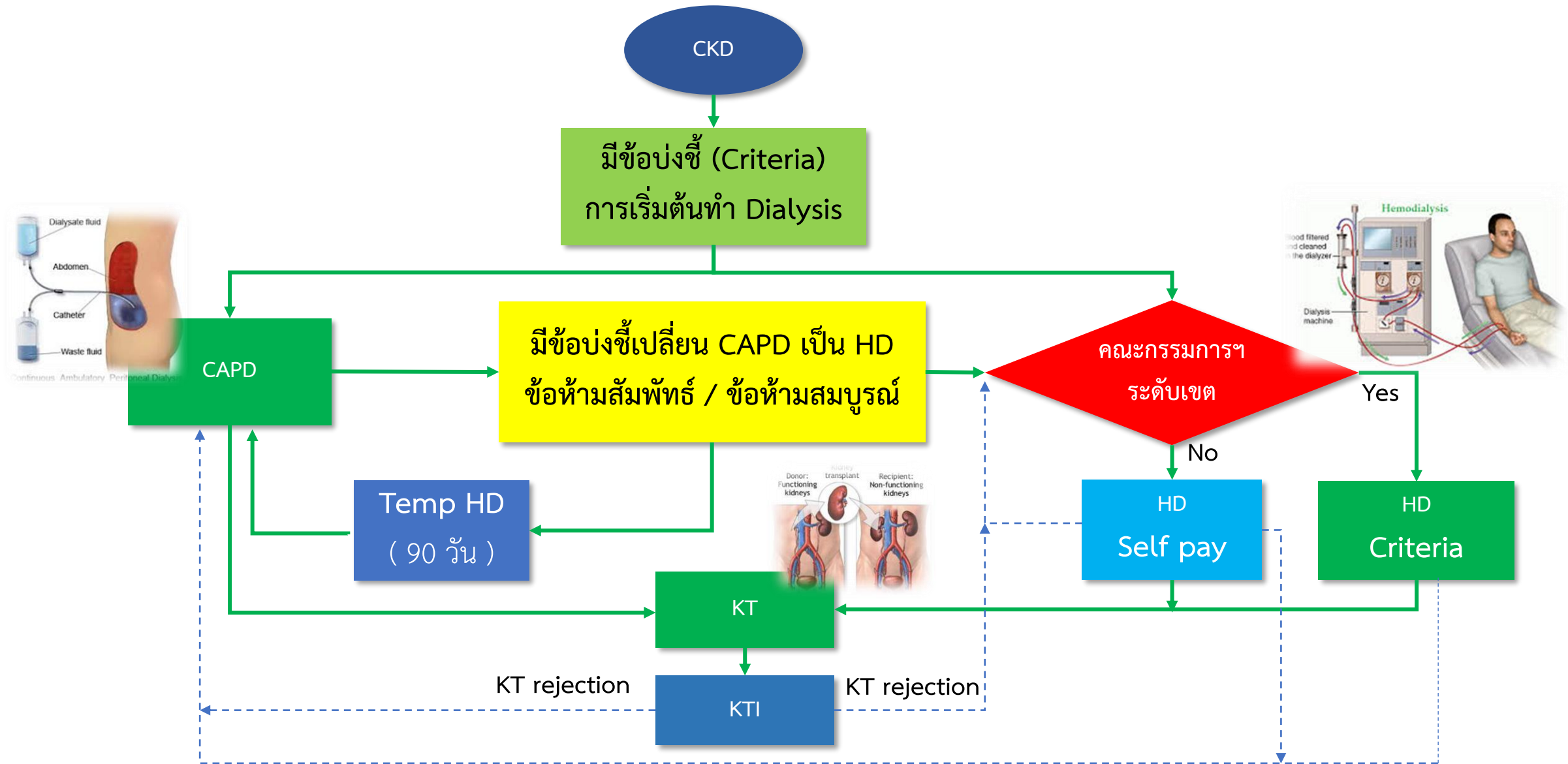
KT & KTI

1. ค่าบริการผ่าตัด (เหมาจ่ายตาม Protocol)
2. ค่าผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคสมองตาย, ผู้บริจาคมีชีวิต
3. ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด

KTI

ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด

กรอบการให้บริการบำบัดทดแทนไต



หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ - CAPD

ที่	รายการ	อัตรา	ระบบ IT / โปรแกรม	กำหนดเวลาจ่าย
1	น้ำยาล้างไต	4 ถุง/คน/วัน	DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2	สาย Tenckhoff catheter (TK)	1 สาย/ราย/ ปีงบประมาณ	DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
3	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
4	ค่าบริการ CAPD	2,500 บาท/ราย/เดือน	DMIS_CAPD	ภายใน 45 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายค่าชดเชย
5	ค่าบริการ Temp HD	1,500 บาท/ครั้ง	DMIS_CAPD	ภายใน 45 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายค่าชดเชย

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ - HD

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ IT	กำหนดเวลาจ่าย
1	ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1,500 บาท/ครั้ง หรือ 1,700 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์) ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	โปรแกรม DMIS HD-UC	ภายใน 45 วันภายหลังการ ประมวลผลการจ่ายชดเชย
2	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	โปรแกรม DMIS HD-UC	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

หมายเหตุ

ข้อมูลที่นำมาบันทึกในโปรแกรม DMIS-HD-UC ประกอบด้วย

1. บริการที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2562 ที่ยังไม่ได้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายฯ
2. บริการที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2563 (1 ต.ค. 62 เป็นต้นไป)
3. การอุทธรณ์ หน่วยบริการอุทธรณ์ผ่านโปรแกรม DMIS-HD-UC * กรณีข้อมูลที่บันทึกผ่านโปรแกรม HD ePac ให้อุทธรณ์ผ่านโปรแกรมเดิม

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ – HD (Vascular access)

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ IT/ โปรแกรม	กำหนดเวลาจ่าย
1	Tunnel cuffed catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย) 1 ครั้ง / ปีงบประมาณ	e-Claim	ภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย
2	AVF	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ) 1 ครั้ง /ปีงบประมาณ		
3	AVG	- เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้อง ปฏิบัติการแต่ไม่รวมค่า graft) - รวมค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ		
4	Temporary double lumen catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย) 1 ครั้ง / ปีงบประมาณ		

หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการแก้ไขหรือทำเส้นใหม่ มากกว่า 1 ครั้งต่อปีงบประมาณ สปสช. จะพิจารณาจ่ายเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็น

กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) บริการที่เปลี่ยนแปลง

บริการ	เงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลง
บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis : PD) กรณี การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD)	- น้ำยาล้างไต กรณี APD 2 ถัง/คน/วัน - การสนับสนุนยา Erythropoietin - การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์อื่นๆสำหรับเครื่อง APD - ค่าบริการ 2,500 บาท/ราย/เดือน
Temporary HD	- การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอื่นที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการ PD ให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อ Temporary HD ทำการเบิกค่าใช้จ่ายโดยตรง โดย หน่วยบริการรับส่งต่อต้องมีชื่อในทะเบียนหน่วยบริการ HD เท่านั้น
การผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต (Kidney Transplant : KT)	- กรณีผู้บริจาคสมอตาย (deceased donor) ค่าตรวจPRA ปรับอัตราจ่าย จาก จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 7200 บาทต่อรายต่อปี เป็น 8,700 บาท ต่อรายต่อปี

บูรณาการกองทุน : ควบคุมป้องกันรักษาโรคเรื้อรัง DM HT

กปท.

ควบคุม
ป้องกัน NCD

PCC

29 หน่วยบริการ

HbA1C < 7

เพิ่มเติมสำหรับ
ปฐมภูมิ ส่งยาปณ.
telehealth telemed



PPB QOF

QOF ประเทศ : อายุ 35-74 ปีได้คัดกรองน้ำตาลในเลือด
อัตรา admit ด้วย ACSC
QOF เขต : ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี
ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

กรณีเฉพาะ
(อุปกรณ์ป้องกันแผลใน
เบาหวาน)

บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ควบคุม
ป้องกัน NCD

การบริหารจัดการระดับประเทศ

1. จัดสรรแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ลงทะเบียน
2. ส่วนที่เหลือคำนวณวงเงินเป็น Global budget ระดับเขต ดังนี้
 - 1) ร้อยละ 40 ตามจำนวนผู้ป่วย DM/HT
 - 2) ร้อยละ 60 ให้เป็นไปตามคุณภาพผลงาน 2nd prevention จำนวน 5 ตัวชี้วัดที่กำหนด
3. สำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ โดยการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะ

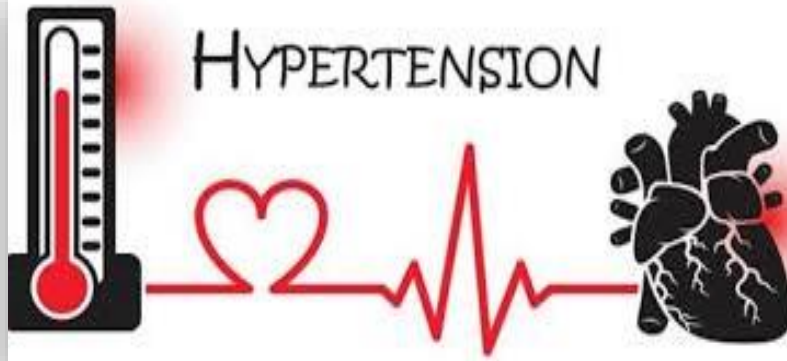
การบริหารจัดการระดับเขต

จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ จากวงเงิน Global budget ระดับเขต โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไขคำนวณให้หน่วยบริการตามคุณภาพผลงานบริการที่ปรับด้วยจำนวนผู้ป่วย DM/HT โดยใช้ตัวชี้วัดกลาง 5 ตัว และตัวชี้วัดเขตไม่เกิน 3 ตัว (ถ้ามี)

DM Type 1

เหมาจ่ายรายละ 13,636 บาท
(รพ.สุราษฎร์และมหาราชนครศรีฯ)

Diabetes



ควบคุมป้องกัน NCD

5 ตัวชี้วัดกลาง

- 1) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 2) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 3) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ของผู้ป่วยตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 4) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 5) อัตราการได้รับการรักษาด้วยวิธี Laser ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนตา

ควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : จิตเวชเรื้อรังในชุมชน

- F20 – 29
- กลุ่ม SMIV โดยไม่ซ้ำรายเดิม

บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน



หน่วยบริการพี่เลี้ยง

- จ่ายแบบเหมาจ่ายบริการ จ่ายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น (ประมาณ 1,000 บาท/ราย)

หน่วยบริการประจำ

- จ่ายแบบเหมาจ่ายบริการ จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน (ประมาณ 5,000 บาท/ราย)

จัดสรรเป้าหมาย 854 ราย โดยคณะทำงานระดับเขต ประมวลผลและจ่ายสปสช.ส่วนกลาง โปรแกรม care transition (บันทึก care plan และติดตามเยี่ยม 6 เดือน)

บูรณาการกองทุน : สุขภาพหญิงมีครรภ์

Central procurement : วัคซีนไขหวัดใหญ่ (อายุครรภ์ 4+ เดือน

PPB fee schedule : ANC ครั้งที่ 1-5
U/S 1 ครั้ง ไม่ระบุ wk
บริการทันตกรรม
คัดกรองธาลัสซีเมีย(รวมคู่สมรส)
คัดกรอง Down syndrome ทุกอายุ

PPA เฉพาะในเขต11 : U/S ที่ 32+wk ในครรภ์เสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดในคณะทำงาน (400 points)

QOF ประเทศ : ANC ครั้งที่ 12 Wk

QOF ระดับเขต : ร้อยละที่มีโลหิตจาง
ร้อยละที่ได้ ANC 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ฯ

แผนไทย : ฟันฟุมารดาหลังคลอด 500 บาท GB ประเทศ



บูรณาการกองทุน : สุขภาพกลุ่มวัยเด็ก

Central procurement : วัคซีน EPI, วัคซีนไข้หวัดใหญ่ 6 เดือน – 2 ปี / วัคซีน HPV / วัคซีน Rota / TSH PKU screening

PPB fee schedule : เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน ในเด็กวัยเรียน

PPA เฉพาะในเขต 11 : คัดกรองพัฒนาการ และส่งต่อ TEDA4i / คัดกรองโลหิตจางในเด็ก 6-12 เดือน / เข้าถึงยารักษาและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก / คัดกรองบริการและแนะนำสุขภาพช่องปากใน 9 18 24 และ 36 เดือน

QOF ระดับเขต : ตัวชี้วัด healthy school age (อ้วน คัดกรองสุขภาพช่องปาก ฟันดีไม่ผุ)





บูรณาการกองทุน : สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

- **Central procurement** : วัคซีน EPI, วัคซีนใช้หวัดใหญ่กลุ่มเสี่ยง
- **PPA เฉพาะในเขต11** : คัดกรองความเสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- **QOF ประเทศ** : ร้อยละของการคัดกรอง DM/HT (35-74 ปี)
- **QOF ระดับเขต** : ร้อยละวัยทำงานควบคุมโรคไม่ติดต่อได้ดี (DM HT ดัชนีมวลกาย)

บูรณาการกองทุน : สุขภาพผู้สูงอายุ

Central procurement : วัคซีน EPI, วัคซีน
ใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (65ปีขึ้นไป)

QOF ประเทศ : ร้อยละของการคัดกรอง
DM/HT (35-74 ปี)

QOF ระดับเขต ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ได้รับการดูแลตาม care plan

กปท. : โครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อการส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

กองทุนฟื้นฟู : อุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ IMC
ในกลุ่มป่วย LTC



โครงการลดความแออัดโดยร้านยาคุณภาพ (บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ)



แนวทางการบริหารจัดการ กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการระหว่างหน่วยบริการและร้านยา

กระบวนการ	รูปแบบที่ 1 รพ.จัดยารายบุคคลส่งให้ ร้านยา	รูปแบบที่ 2 รพ.จัดสำรองยาไว้ที่ ร้านยา	รูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการจัดการ ด้านยาเอง
1) การคัดเลือก และจัดซื้อจัดหาสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วย	✓ หน่วยบริการ	✓ หน่วยบริการ	✓ ร้านยา
2) การสำรองยาสำหรับผู้ป่วย (Sub stock)	✓ หน่วยบริการ	✓ หน่วยบริการ / ร้านยา	✓ ร้านยา
3) การจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล	✓ หน่วยบริการ	✓ ร้านยา	✓ ร้านยา
4) การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	✓ ร้านยา	✓ ร้านยา	✓ ร้านยา

อัตราจ่ายค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ปีงบประมาณ 2564

รูปแบบ	จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับโรงพยาบาลเดิม		จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับร้านยา
	รพ.ใหม่*	รพ.เดิม	
รูปแบบที่ 1 (โมเดล 1)	33,000 บาทต่อ ร้านยา 1 แห่ง ต่อปี	49 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยา ผู้ป่วยนอก	70 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
รูปแบบที่ 2 (โมเดล 2)	33,000 บาทต่อ ร้านยา 1 แห่ง ต่อปี	47 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยา ผู้ป่วยนอก	80 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
รูปแบบที่ 3 (โมเดล 3)	33,000 บาทต่อ ร้านยา 1 แห่ง ต่อปี	42 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยา ผู้ป่วยนอก	90 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

* รพ.จะได้รับ 33,000 บาทต่อร้านยาต่อปี ก็ต่อเมื่อเป็นรพ.ที่เข้าร่วมโครงการใหม่ และรับร้านยาเข้ามาเป็นเครือข่ายภายใน 31 ธ.ค. 2563 *

* โรงพยาบาลเดิมที่ขึ้นทะเบียนร้านยาใหม่ จะไม่ได้รับ 33,000 บาท *