

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 สิทธิ UC

จุดเน้น



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 สุราษฎร์ธานี

การใช้สิทธิเข้ารับบริการ

1

ลงทะเบียนสิทธิ

แสดงหลักฐาน :

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สูติบัตร
- สำเนาทะเบียนบ้าน ที่มีชื่ออยู่

สถานที่ :

- กทม. สำนักงานเขต 30 เขต
- ตจว. รพ.สต./ รพ.รัฐใกล้บ้าน

2

ใช้บริการตามขั้นตอนที่
หน่วยบริการประจำ

- ไปหน่วยบริการประจำตามสิทธิ แจ้งใช้สิทธิโดยแสดงบัตรประจำตัวประชาชน/สูติบัตร
- กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าหน่วยบริการที่ใกล้ที่สุด ไม่จำกัดจำนวนครั้งแต่ อุบัติเหตุจากกรดใช้ พ.ร.บ. ก่อน
- กรณีเกินศักยภาพจะได้รับการส่งต่อตามขั้นตอน
- ทหารผ่านศึก และคนพิการ ถ้ามีความจำเป็น สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นของรัฐได้ ใช้สิทธิ เหมือนกรณีอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน

3

ย้ายหน่วยบริการ
กรณีย้ายที่อยู่ (ย้าย 4 ครั้ง/ปีงบ)

ทหารผ่านศึก และคนพิการ ถ้ามีความจำเป็น สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นของรัฐได้ ใช้สิทธิ เหมือนกรณีอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน

หมายเหตุ: ถ้าพักไม่ตรงตามทะเบียนบ้านเพิ่ม หลักฐานรับรองอย่างใด อย่างหนึ่ง (ทะเบียนบ้านที่พักให้เจ้าบ้านรับรอง สัญญาเช่าที่พักแสดงใบเสร็จค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟ ที่มีชื่อตนเอง ฯลฯ)

การใช้สิทธิ กรณีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการยกเลิก หน่วยบริการในเขตพื้นที่ กทม.

สิทธิที่ใช้เบิก

สิทธิที่ใช้เบิก : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทสิทธิย่อย :

รหัสบัตรประกันสุขภาพ :

วันเริ่มใช้สิทธิ :

วันหมดสิทธิย่อย :

จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา :

หน่วยบริการปฐมภูมิ :

หน่วยบริการที่รับส่งต่อ :

Model :

จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ :

หน่วยบริการประจำ :

ท่านได้รับสิทธิ์พิเศษ สามารถเข้ารับรักษาได้ทุกที่ ไม่ต้องลงทะเบียน หรือขอใบส่งตัว อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมที่ <https://rb.gy/3tjomt> (สปสช.)

แนวทางการเบิกชดเชย บันทึกลงเป็น OP AE โดยไม่ต้องขอ claim code และ
แนะนำวิธีลงทะเบียนสิทธิ

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

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.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น
7. กรณีผู้ป่วยใน ใช้ **DRGs Version 5** ในการคำนวณจ่าย
8. การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (sent date)
9. ใช้โปรแกรม e-Claim ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
 - ส่งข้อมูลภายใน 30 วัน หลังจำหน่าย/ หลังให้บริการ
 - ส่งข้อมูลเกิน 360 วัน ถือว่าไม่ประสงค์ขอเบิก

รายงานการหักเงิน กรณีส่งเบิกชุดเชย IP ลำช้า
ปีงบประมาณ 2563 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน รพ.	VISIT	จำนวนเงินหักล่าช้า
นครศรีธรรมราช	17/28	286	329,586.59
สุราษฎร์ธานี	14/25	163	97,772.34
กระบี่	6/9	1,081	834,016.32
ภูเก็ต	2/5	177	325,637.82
ชุมพร	10/12	297	210,031.53
พังงา	7/9	62	171,720.39
ระนอง	3/5	74	72,587.35
รวม	60/94	2,140	2,041,352.34

ข้อมูล D/C ช่วง Covid-19; 2 มีนาคม - 30 มิถุนายน 63 ไม่คิดล่าช้า

- 1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป**
- 2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)**
- 3. บริการกรณีเฉพาะ**

1.บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ประกอบด้วย

**บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่าย
ต่อผู้มีสิทธิ 1,279.31 บ./ผู้มีสิทธิ**

**บริการที่จ่ายตามเกณฑ์
คุณภาพบริการ 9 บ./ผู้มีสิทธิ**

2.บริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงปี 2564

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ผู้ป่วยในทั่วไป อัตราจ่ายในเขตเบื้องต้น 8,250 บาท/AdjRW	อัตราจ่ายในเขตเบื้องต้น ปรับเปลี่ยนเป็น 8,350 บาท/AdjRW
กลุ่มโรคและหัตถการบริการ One Day Surgery 31 กลุ่ม	จะมีรายการเพิ่มเติม เริ่ม 1 มค.64
กรณีบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) 4 กลุ่ม	
กรณีผู้ป่วยใน สิทธิว่าง (IPPUC) และเสียชีวิตก่อน ลงทะเบียน,ผู้ป่วยใน SSS(IP3SSS,IP7SSS) จ่าย 7,000 บาท/adj.rw	ปรับเปลี่ยนจ่ายตามอัตราเบื้องต้น IP 8,350 บาท/adj.rw

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย IP

กรณีในเขต

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



สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

ตัวอย่างการคำนวณอัตราจ่าย / adj.RW. ปี 63



อัตราจ่ายเขตชาย/adjRW รายเดือน เฉลี่ยทุกสังกัด						Base Rate เฉลี่ย รายเดือน		
						ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
						8,913.00	7,664.00	8,201.00
อัตราจ่ายเขตชาย/adjRW เบื้องต้น หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด และเอกชน						K1 Base Rate		
						ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
						8,250.00	8,250.00	8,250.00
อัตราจ่ายเขตชาย/adjRW รายเดือน หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. (ปรับค่า K)						K2 Base Rate		
						ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
						7,024.00	7,030.00	7,011.00
Bass rate หลังปรับค่า K รายเดือน ระดับหน่วยบริการ								
ลำดับ	เขต	จังหวัด	HCODE	HCODEDESCR	ค่า K2	K Base Rate		
						ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
1	11	นครศรีธรรมราช	10680	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	1.05	7,375.20	7,381.50	7,361.55
2	11	ภูเก็ต	11356	รพ.กลาง	1.1	7,726.40	7,733.00	7,712.10
3	11	นครศรีธรรมราช	11325	รพ.ร.ฉวาง	1.15	8,077.60	8,084.50	8,062.65
4	11	กระบี่	11346	รพ.เหนือคลอง	1.2	8,428.80	8,436.00	8,413.20
5	11	ภูเก็ต	11355	รพ.ป่าตอง	1.25	8,780.00	8,787.50	8,763.75
6	11	กระบี่	11341	รพ.เกาะลันตา	1.3	9,131.20	9,139.00	9,114.30
7	11	พังงา	11348	รพ.กะปงชัยพัฒน์	1.35	9,482.40	9,490.50	9,464.85
8	11	นครศรีธรรมราช	11339	รพ.ถ้ำพรหมรา	1.5	10,536.00	10,545.00	10,516.50

สรุป ผลการบริหารกองทุนผู้ป่วยใน สปสช.เขต 11 ปี 2563



รายรับกองทุน

=

GB เขต 11 = 4,257,331,827

เงินกัน พรบ.รถ = 70,334,774

อุทธรณ์และAudit = 25,263,085

จัดสรรเงิน 87.15 ลบ. คำนวณตามผลงาน เขต 11
= 5,377,112

รวม 4,358,306,798 บาท

อัตราจ่ายเบื้องต้น
8,250 บ./adj.RW.

ปี 2562

GB เขต 11 = 4,092,179,449

เงินกัน พรบ.รถ = 73,084,124.62

อุทธรณ์และAudit = 13,531,171.00

จัดสรรเงิน 100 ลบ. คำนวณตามผลงาน เขต 11
= 6,143,924.62

รวม 4,184,938,669 บาท

สรุป ผลการบริหารกองทุนผู้ป่วยใน

สปสช.เขต 11 ปี 2563



จ่ายชดเชยด้วย
ราคากลาง (Fix Rate)

=

ค่าใช้จ่ายให้บริการนอกเขต = 356,763,823

อัตราจ่ายพิเศษเขต 11 = 235,768,691

Newborn = 115,941,942

สลายนิว Class 3 = 14,562,600

มาตรา 7/UCEP = 7,602,993

สำรองเตียง = 59,127

รวม 730,699,175 บาท

ปี 2562

ค่าใช้จ่ายให้บริการนอกเขต = 414,007,695.00

อัตราจ่ายพิเศษเขต 11 = 235,134,190.00

Newborn = 111,195,437.00

สลายนิว Class 3 = 17,784,000.00

มาตรา 7/UCEP = 7,573,785.00

สำรองเตียง = 48,201.00

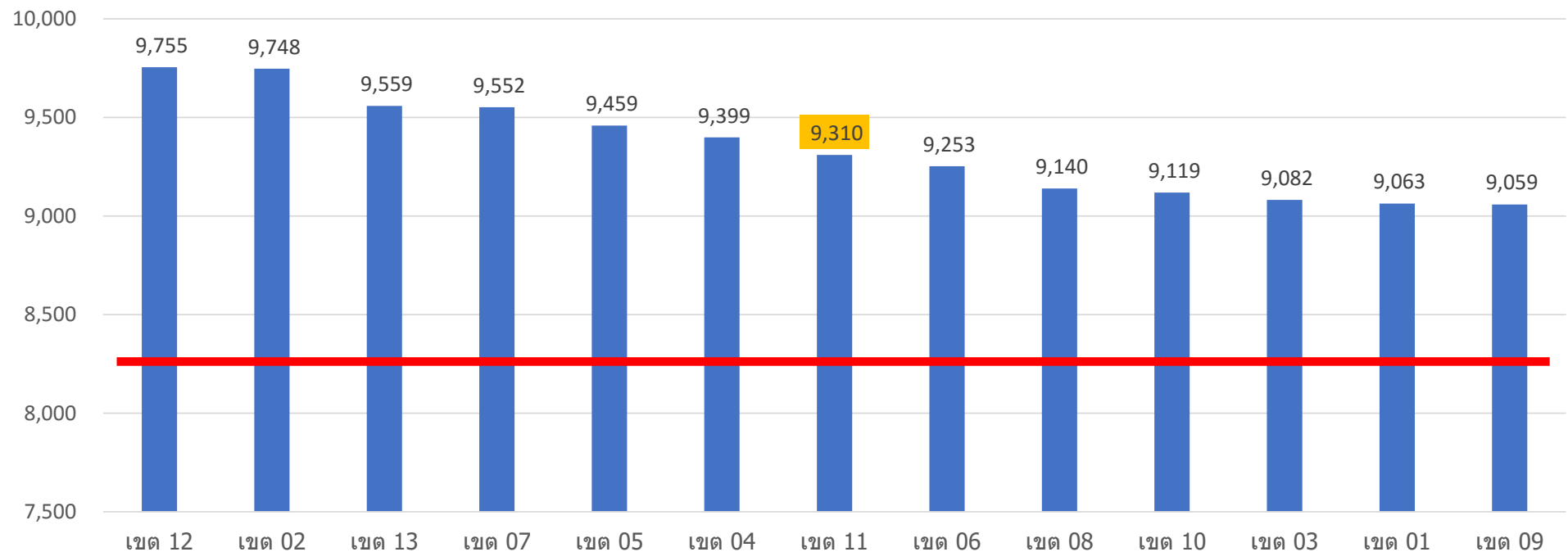
รวม 785,743,308.00 บาท

**สรุป ผลการบริหารกองทุนผู้ป่วยใน
สปสช.เขต 11 ปี 2563**



รายการ	จำนวนเงิน
(1) รวมเงินกองทุน	4,358,306,798
(2) จ่ายชดเชยด้วยราคากลาง (Fix rate)	730,699,175
(3) คงเหลือ (1)-(2)	3,627,607,623
(4) sum adj.RW. ในเขตรวม	389,648
(5) อัตราจ่ายต่อ adj.RW. (3)/(4)	9,310

เปรียบเทียบอัตราจ่าย (base rate) กองทุนผู้ป่วยใน หลังปิด GB จำแนกรายเขต ปี 62 (ประกัน 8,250)



คุณสมบัติหน่วยบริการ

ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

มีศักยภาพการให้บริการตามหลักเกณฑ์ ODS & MIS

**ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการ
One Day Surgery (ODS) และ
Minimally Invasive Surgery (MIS)**

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

กลุ่มโรคและหัตถการบริการ One Day Surgery ปีงบประมาณ 2561-2564



1 มกราคม 2561	1 มกราคม 2562	1 มกราคม 2563
1. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)	1. สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)	1.ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)
2. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)	2. การผ่าตัดตัดเนื้อ (Pterygium Excision)	2. การส่องกล้องโพรงมดลูก (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน
3. โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	3. การทำหมันในผู้หญิง (Female sterilization)	3. การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)
4. ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)	4. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)	4. การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)
5. หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขด (Esophageal varices, Gastric varices)	5. ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	5. ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (Simple Mastectomy)
6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)	6. ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)	6. การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด (Breast Conservative Surgery)
7. มะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)	7. ฝีเต้านม (Breast abscess)	7. ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)
8. ตังเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)	8. นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	จะมีรายการเพิ่มเติม เริ่ม 1 มค.64
9. นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)	9. นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)	
10. นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)	10. นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)	
11. ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)	11. ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)	
12. ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)	12. แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)	

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

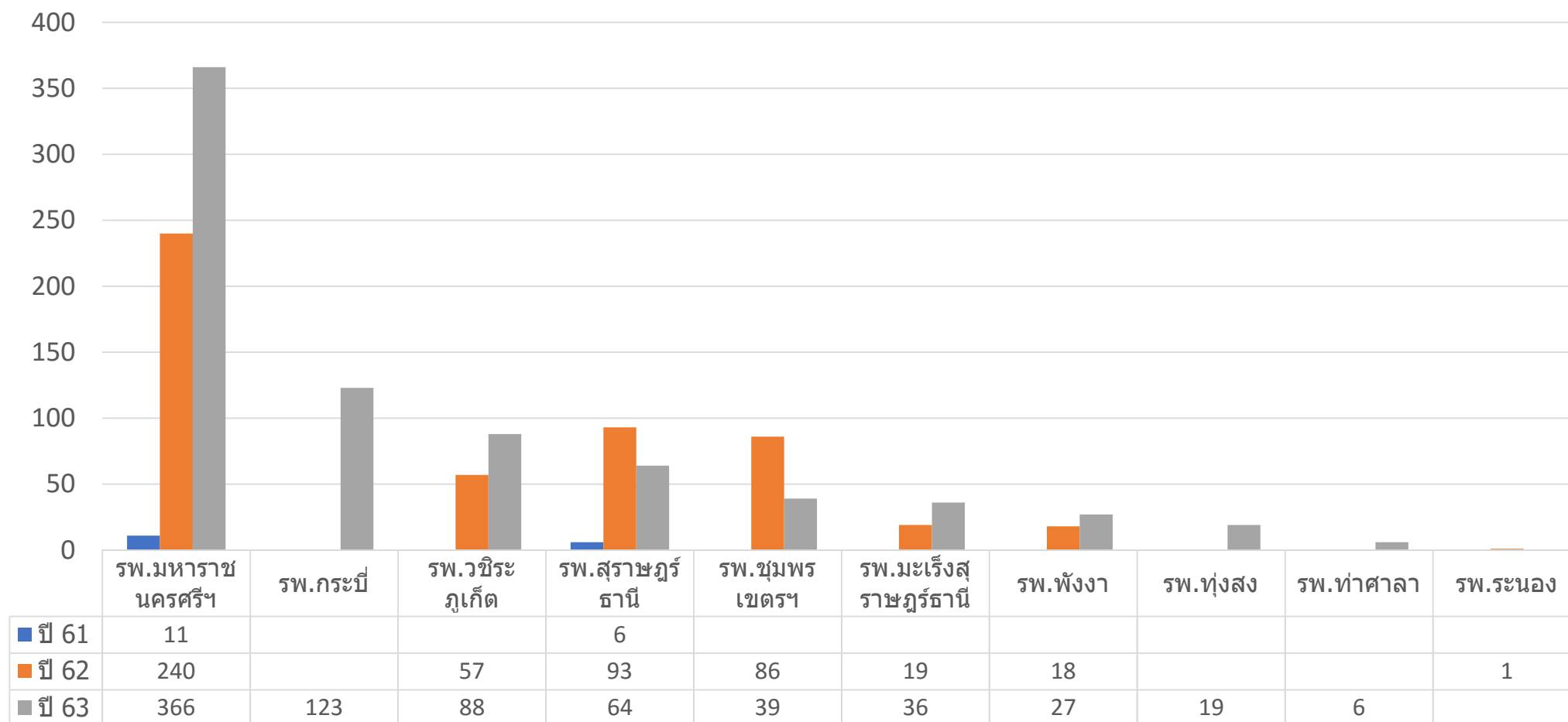
- ☐ ในเขต - จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW
 - ☐ ข้ามเขต - จ่าย 9,600 บาท/RW
- สังกัด สป.สธ ไม่ปรับค่า K**

กรณี ODS REP แสดง adj.RW ผิดพลาด

REP แสดง adj.RW ผิดพลาด

AN	วันเข้ารับรักษา	วันจำหน่าย	AdjRW_NHSO	จ่ายชดเชย	RW จริง (จ่ายชดเชย/8,250)
ODS630053	20/11/2019 08:30:00	20/11/2019 13:30:00	0.6413	9,234.23	1.1193
ODS630055	26/11/2019 08:30:00	26/11/2019 13:45:00	0.1462	17,075.85	2.0698
ODS630056	27/11/2019 08:30:00	27/11/2019 13:15:00	0.1462	17,075.85	2.0698
ODS630068	01/12/2019 08:30:00	01/12/2019 13:00:00	0.1462	17,075.85	2.0698
ODS630067	01/12/2019 07:51:00	01/12/2019 12:50:00	0.1462	17,075.85	2.0698
ODS630066	01/12/2019 07:54:00	01/12/2019 13:00:00	0.1462	17,075.85	2.0698
ODS630065	01/12/2019 07:53:00	01/12/2019 12:00:00	0.1462	17,075.85	2.0698
ODS630064	30/11/2019 08:30:00	30/11/2019 14:30:00	0.1462	17,075.85	2.0698
ODS630063	30/11/2019 08:30:00	30/11/2019 14:30:00	0.1462	17,075.85	2.0698

บริการ ODS ปี 61-63



กรณีบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)

ปีงบประมาณ 2562

โรคนี้วในถุงน้ำดีและหรือ ถุงน้ำดี
อักเสบ

ปีงบประมาณ 2563-2564

- โรคนี้วในถุงน้ำดี และหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ
- โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่
- โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติด
เชื้อในช่องอก

จะมีรายการเพิ่มเติม เริ่ม 1 มค.64

วิธีการคำนวณค่า adj.RW บริการ MIS ปี 64

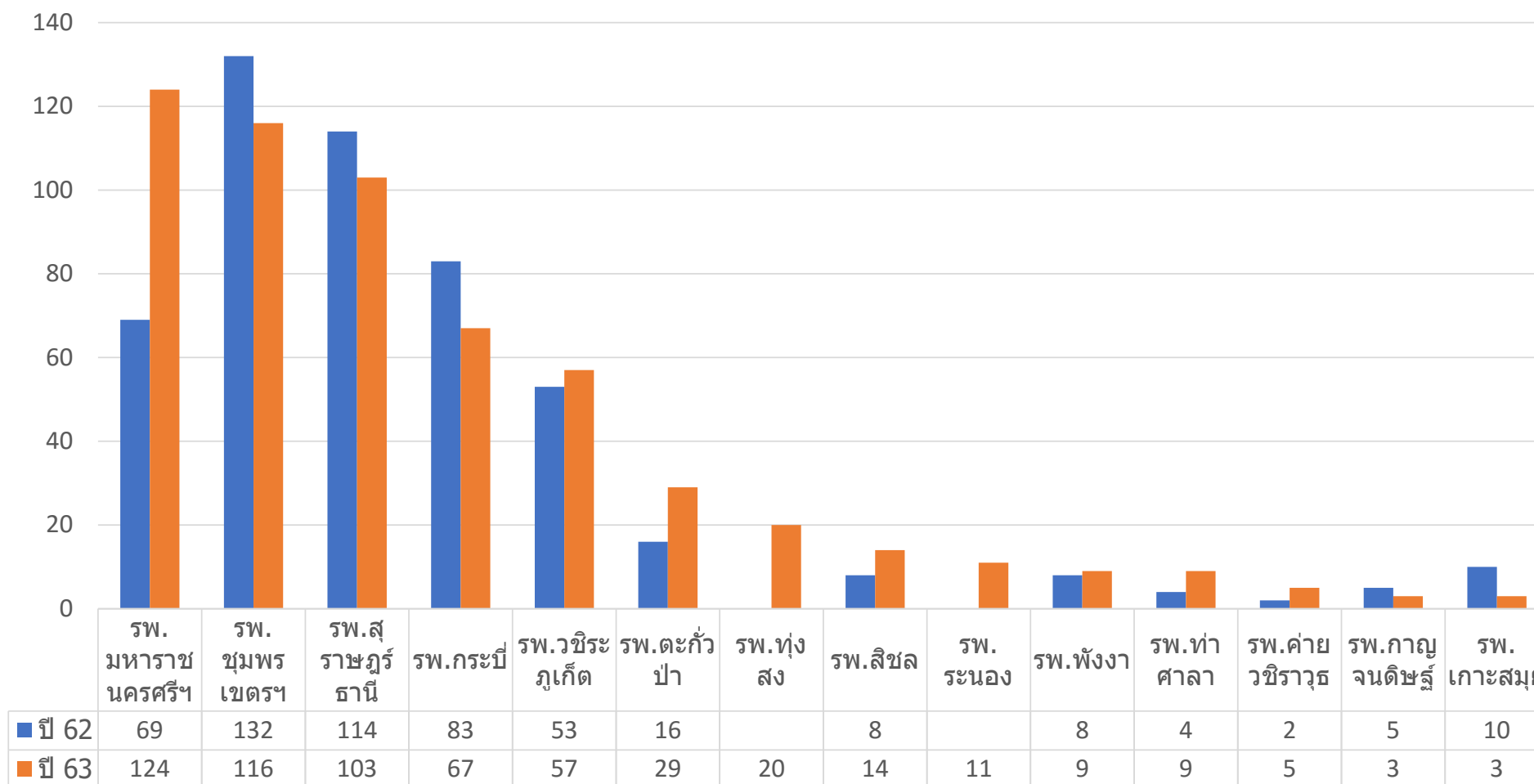
กลุ่ม DRGs และค่า K ประมวลผลการจ่ายฯ บริการ MIS

กลุ่มโรค	DRGs	ความหมาย	ค่า K
โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ	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

DRGs	(1) Adj.RW	(2) ค่า K	(3)=(1)+(2) adj.RW ที่ใช้คำนวณ	(4)=(3)*8,350
07090	4.6404	0.9552	5.5956	46,723.26
07100	2.2225	0.7905	3.0130	25,158.55
13160	2.4266	0.4413	2.8679	23,946.97
06030	3.5408	3.0729	6.6137	55,224.40
04010	5.2204	2.2900	7.5104	62,711.84

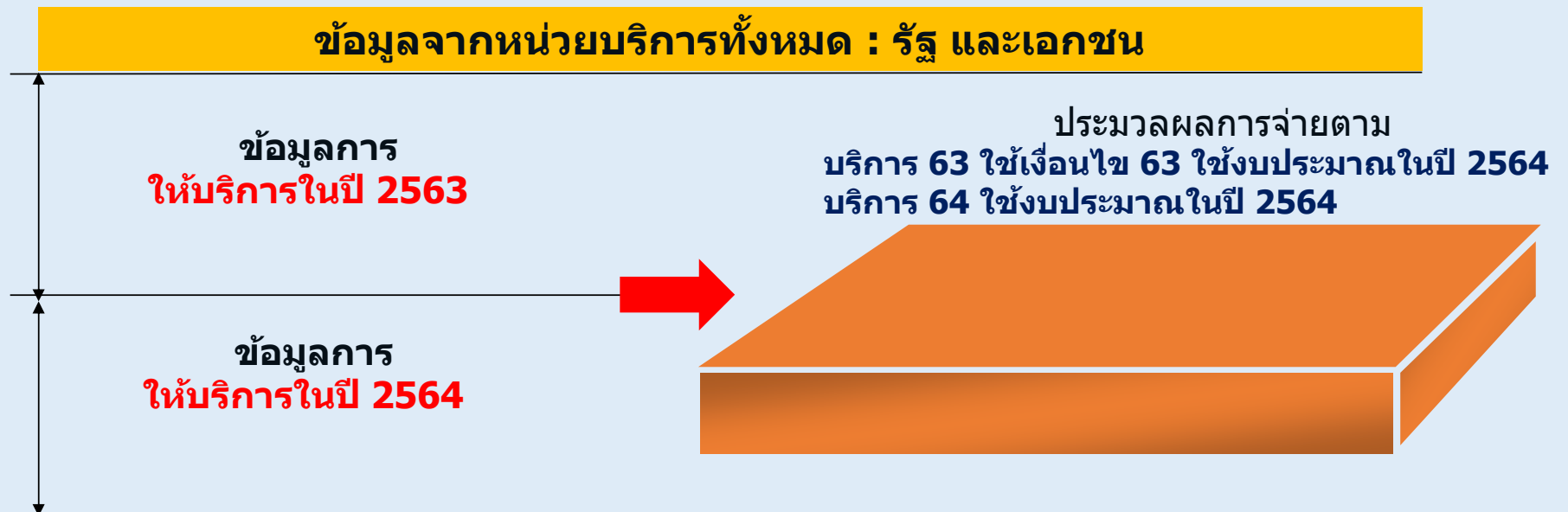
สังกัด สป.สธ ไม่รับค่า K

บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ MIS ปี 62-63 (ครั้ง)



การประมวลผล กองทุน IP

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



หมายเหตุ : กรณีการให้บริการที่เข้าเกณฑ์กรณีค่าใช้จ่ายสูง(HC) หรือกรณีบริการเฉพาะหน่วยบริการจะได้รับชดเชยเพิ่มเติมจากกองทุนผู้ป่วยใน

บริการกรณีเฉพาะ

กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

ประกอบด้วยบริการดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ข้ามจังหวัด)
2. ทหารผ่านศึก คนพิการ
3. ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ
4. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่างตามมาตรา 8
5. กรณีเฉพาะอื่น ๆ (ปกส.จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน กรณีรักษา ไม่ครบ 5 เดือน กรณีคลอดบุตร สิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน เด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน)

ค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAE)

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
<u>จ่ายเป็นยาวัคซีน</u> <u>วัคซีนที่ให้บริการถึง</u> <u>วันที่ 30 กันยายน 63</u> <u>บันทึกเบิกให้เสร็จภายใน</u> <u>30 พ.ย.63 (จ่ายเป็นวัคซีน)</u>	ค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในบริการกรณี OPAE <u>จ่ายชดเชยเป็นเงิน</u> <u>อัตราจ่าย</u> ค่าวัคซีนฯ รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาล จ่ายด้วยอัตรา Point System with Global Budget

อัตราจ่าย

IPD

- ❑ กรณีการให้บริการผู้ป่วยประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม
- ❑ ผู้ป่วย สิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน
- ❑ กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน
- ❑ กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่าง ตามมาตรา 8

จ่ายตามอัตราเบื้องต้น IP
(8,350 บาท/AdjRW)

OPD

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย
ฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด
(OPAE) รวมกำลังพลสำรอง

Point System with Global
Budget (1 point=1 บาท)

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามผลงาน
การให้บริการจริง โดยไม่มีการหักเงินเดือน

ออกรายงานขออนุมัติโอนเงินให้แก่หน่วยบริการ

เปลี่ยนแปลง

กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

เงื่อนไข

กรณี OP

เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์ OPAE หรือ สิทธิว่างเท่านั้น

กรณี IP

- ต้องเป็นผู้ป่วยใน จากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทาง
- เบิกค่าใช้จ่ายได้ ทั้งส่งไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า และรับกลับพักฟื้นหน่วยบริการใกล้บ้าน
- ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษ ระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

อัตราจ่าย

ค่ารถ : (จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวง)

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

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

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

การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขกรณีให้เคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช.กำหนด คือ

- 1) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน
- 2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

การรักษากรณีโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้

1. กรณีโรคมะเร็ง **20** ชนิด ที่มีโปรโตคอลในการรักษา แยกเป็น

- ☐ กรณีให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด
- ☐ กรณีไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

2. กรณีโรคมะเร็งที่ไม่มีโปรโตคอลในการรักษา ได้แก่โรคมะเร็ง นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1.

โรคมะเร็งที่กำหนดใช้โปรโตคอลปี 2564

ที่	ปี 2564
1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
4	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
5	มะเร็งปอด (Lung cancer)
6	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
7	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
9	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
10	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
11	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟบลาสต์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
12	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
13	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
14	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL)
15	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
16	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา (Myeloma)

ที่	ปี 2564
17	มะเร็งมดลูก (Uterine cancer) เริ่ม 1 ม.ค. 61
18	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer) เริ่ม 1 ม.ค. 61
19	มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma เริ่ม 1 ม.ค. 61
20	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer) เริ่ม 1 เม.ย.61

การจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
OP	20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่ายค่ายาไม่เกินราคาที่ประกาศ+ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงโปรโตคอล	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	มะเร็งทั่วไป		จ่ายค่ายาและรังสีรักษา รวมไม่เกินเพดาน 4,000 บาท
IP	20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) Add on ค่ายามะเร็งตามราคาเรียกเก็บไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ รังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงโปรโตคอล	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มี add on ยามะเร็ง ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน
	มะเร็งทั่วไป		

-ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB , และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

-ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน / รังสีรักษา / รังสีวางแผน หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา (Protocol)บริการ OP

No	CODE	NAME	COST	UNIT
1	RTX101	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	900.00	ครั้ง
2	RTX102	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	800.00	ครั้ง
3	RTX103	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	700.00	ครั้ง
4	RTX104	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	4,100.00	ครั้ง
5	RTX105	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	4,000.00	ครั้ง
6	RTX106	การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	7,900.00	ครั้ง
7	RTX107	การทำ Customized block	1,600.00	ครั้ง
8	RTX108	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	2,400.00	ครั้ง
9	RTX201	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	300.00	field
10	RTX202	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	600.00	field
11	RTX203	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	500.00	field
12	RTX204	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	600.00	field
13	RTX205	การฉายรังสี IMRT	3,300.00	ครั้ง
14	RTX206	การใส่แร่ซีเซียม-137	7,000.00	ครั้ง
15	RTX207	การใส่แร่อิริเดียม-192	5,800.00	ครั้ง
16	RTX208	การฝังแร่อิริเดียม-192	6,000.00	course
17	RTX209	Half Body Irradiation	4,100.00	ครั้ง
18	RTX210	การฉายรังสี SRS	65,000.00	course
19	RTX211	การฉายรังสี SRT	65,000.00	course
20	RTX212	Total body irradiation	20,000.00	course
21	RTX213	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	5,700.00	field
22	RTX214	การรักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	1,600.00	ครั้ง

หมายเหตุ

คำนิยามของคำว่า "field" คือ ทิศทางการเข้าของรังสี ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่ง "field" ต่อหนึ่งบริเวณ/อวัยวะ (สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย ลงวันที่ 20 เมษายน 2553)

รายการห้สเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งทัวไป (RTX216) บริการผู้ป่วยนอก



No	CODE	NAME
23	RTX216_101	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี
24	RTX216_102	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ
25	RTX216_103	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ
26	RTX216_104	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ
27	RTX216_105	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ
28	RTX216_106	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT
29	RTX216_107	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การทำ Customized block
30	RTX216_108	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)
31	RTX216_201	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60
32	RTX216_202	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC
33	RTX216_203	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค
34	RTX216_204	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC
35	RTX216_205	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฉายรังสี IMRT
36	RTX216_206	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การใส่แร่ซีเซียม-137
37	RTX216_207	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การใส่แร่อิริเดียม-192
38	RTX216_208	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฝังแร่อิริเดียม-192
39	RTX216_209	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ Half Body Irradiation
40	RTX216_210	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฉายรังสี SRS
41	RTX216_211	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฉายรังสี SRT
42	RTX216_212	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ Total body irradiation
43	RTX216_213	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)
44	RTX216_214	รังสีรักษามะเร็งทัวไป_ ค่ารักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia

*เงื่อนไข

❖ ราคากลางของรังสีรักษามะเร็งทัวไป (RTX216_101-RTX216_214) รวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และให้ยาตามจำนวนจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินราคาของรายการที่กำหนดแต่ละรายการ และรวมไม่เกิน 4,000 บาท

❖ ค่าใช้จ่ายฯ กรณีที่เกิน 2 รายการ รวมยาเคมีบำบัด และค่าผสมยาและให้ยาเคมีบำบัดแล้วเกินอัตราจ่าย 4,000 บาท/ครั้ง ให้จ่ายชดเชยไม่เกิน 4,000 บาท

การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ด้วยยา **trastuzumab**

เงื่อนไข

- เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น
- มีการเบิก FISH (Fluorescence In Situ Hybridization) หรือ (DISH test)
- จ่ายเฉพาะหน่วย UC ที่มีคุณสมบัติของสถานพยาบาล ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติพ.ศ. 2562

อัตราการจ่าย

: จ่ายเพิ่มเติมกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 บาท/เต้านม 1ข้าง

หมายเหตุ หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e –Claim(บริการอื่นๆที่ไม่จัดหมวด)
ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นไป ดังนี้

การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) กรณีการสั่งใช้ยา Imatinib

เงื่อนไข

- เป็นผู้ป่วยมะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML)
- มีการเบิกการตรวจยีน mutation โดยการตรวจ ด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) หรือ Fluorescence insitu hybridization (FISH) ที่บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim
- จ่ายเฉพาะหน่วย UC ที่มีคุณสมบัติของสถานพยาบาล ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติพ.ศ. 2562

อัตราการจ่าย

: จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาท/ปีปฏิทิน (นับวันบริการ)

หมายเหตุ หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim (บริการอื่นๆที่ไม่จัดหมวด) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นไป ดังนี้

การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งปอด กรณีการสั่งใช้ยา Erlotinib

รายการใหม่ปี 2564

เงื่อนไข

- 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็ง non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย (ICD10=**C34***)
- 2) เบิกกรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation ที่บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim
- 3) จ่ายเฉพาะหน่วยบริการ UC ที่มีคุณสมบัติของสถานพยาบาล ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2562 โดยเป็นหน่วย UC ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับ 1,2,3

อัตราการจ่าย

: จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ **10,000 บาท / ครั้ง (ผู้ป่วย 1 ราย จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง)**

การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งปอด กรณีการสั่งใช้ยา Erlotinib

คำหาหนี้และรายการอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวด

รหัสรายการ : TR003 EGFR mutation (ค่าตรวจ LAB สำหรับยา Erlotinib)
หน่วย : ครั้ง ราคากลาง : 10,000.00 จำนวน : 1
พึงเบิกได้ : 10,000.00 ขอเบิก : 10,000.00 ส่วนเกิน : 0.00
จำนวนวันที่ขอเบิก : 0 วัน

 เพิ่มรายการ

 ลบรายการ

รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง
TR003	TR003 EGFR mutation (ค่าตรวจ LAB สำหรับยา Erlotinib)	ครั้ง	10,000.00
< >			

NEW

รวมการชดเชยพาหนะดังนี้
ชดเชยค่าพาหนะไม่เกิน 500
รหัสการเรียกเก็บ S1801

รวม : พึงเบิกได้ : 10,000.00 ขอเบิก : 10,000.00 ส่วนเกิน : 0.00

 ปิด

 ยกเลิก

กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด การเบิกยา Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง 2564

	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
<u>เงื่อนไข</u>	1.การจ่ายค่าชดเชยยา Clopidogrel เป็นเงิน - กรณีผู้ป่วยนอก : จ่ายเพิ่มเติมจากเหมาจ่าย กรณี OP ในหน่วยบริการ/OP ในจังหวัด รวมทั้งกรณี OPAE และ OP-Refer - กรณีผู้ป่วยใน : จ่ายเพิ่มเติมจากระบบ DRGs	เหมือน 2563
<u>อัตราการจ่าย</u>	จ่าย ราคาเม็ดละ 2.05 บาท	จ่าย ราคาเม็ดละ 3 บาท

การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (Cataract) และ เลนส์แก้วตาเทียม ปี 2564



หลักเกณฑ์

- ☐ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract)
- ☐ ระดับการมองเห็น (V/A) แย่กว่า 20/200
- ☐ มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- ☐ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่นรับการชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ

อัตราจ่ายค่าผ่าตัด

- ☐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนชดเชย ข้างละ 7,000 บาท
- ☐ มีภาวะแทรกซ้อนชดเชย ข้างละ 9,000 บาท
- ☐ VA ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 ชดเชย ข้างละ 5,000 บาท

จ่ายชดเชยค่าเลนส์ แก้วตาเทียม

- ☐ เลนส์พับได้ ข้างละ 2,800 บาท
- ☐ เลนส์แข็ง ข้างละ 700 บาท

หากซื้อเลนส์เองไม่
สามารถเบิกส่วนต่างได้

หมายเหตุ: -มีการจัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดระดับเขต
-เฉพาะเลนส์ที่อยู่ในประกาศของ สปสช.และชนิด เลนส์ตามรหัส Instrument

รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และ ข้อบ่งชี้ ปี2564

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. 2562

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

อัตราจ่ายฯ

- อุปกรณ์กลุ่มที่ 1 จ่ายตามระบบ
Point system with ceiling with global budget
- กำหนดอัตราจ่ายชดเชย **1.0 บาท/point**
(ส่งข้อมูลตั้งแต่ 1 ม.ค. 61)

การเบิกจ่ายการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ปี 2564

1. หน่วยบริการที่รักษา (HCODE)

ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561

2. การตรวจสอบเงื่อนไขการให้บริการ PCI ตรวจสอบจากรหัส ICD9 ที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ PCI

3. กรณีหน่วยบริการ ที่ไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือยังไม่เข้าร่วมการตรวจประเมินจะไม่ได้รับ การจ่ายชดเชย ทั้งกรณีผู้ป่วยในและรายการอุปกรณ์ (Instrument) กรณีให้บริการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ให้ผู้ทรรณเป็นเอกสารเป็นรายๆ

G33 ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเอกสารเพื่ออุทธรณ์การเบิกจ่ายมาที่แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะ สปสช

อัตราการจ่ายกรณี PCI ปี 2564

1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

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

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

อัตราจ่ายพิเศษเขต 11
8,600 /adj.RW

2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

2.1 รายการ Stent **4305A** เบิกในระบบ **VMI** อย่างเดียวเท่านั้น

ยกเว้น กรณีมีปัญหาในการใช้ สามารถขอทดแทนได้เป็นราย ๆ

2.2 รายการอุปกรณ์อื่น ๆ จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดานรวม stent 4304

มีการกำหนดเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการ

และ ตรวจสอบจากรหัสหัตถการตามที่กำหนด

อัตราการจ่ายชดเชย

1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ

ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน

2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

อัตราจ่ายพิเศษเขต 11
8,600 /adj.RW

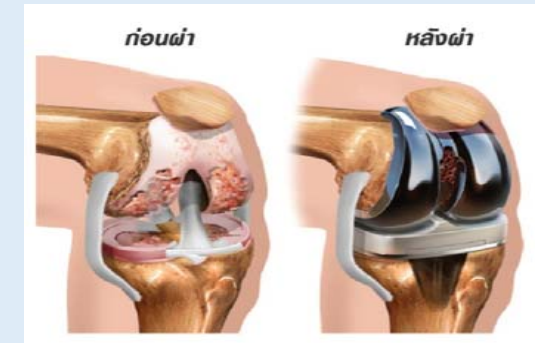
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหัตถการหัวใจ PCI & OPH

จังหวัด	รพ.	ระดับ 1 OPH	ระดับ 2 PCI
นครศรีธรรมราช	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	✓	✓
	รพ.ค่ายวชิราวุธฯ		✓
ภูเก็ต	รพ.วชิระภูเก็ต	✓	✓
	รพ.กรุงเทพภูเก็ต	✓	✓
สุราษฎร์ธานี	รพ.สุราษฎร์ธานี	✓	✓
	รพ.ทักษิณ		✓

การเข้ารับบริการ ใช้แนวทางการส่งต่อ ของ service plan

การเบิกจ่ายกรณีผ่าตัดข้อเข่า

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



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

เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการผ่าตัดข้อเข่า

1. เบิกได้เฉพาะ หน่วยบริการที่กำหนดตามประกาศฯ
กรณีไม่ใช่หน่วยที่กำหนด **ติด Deny : D39**

2. การเบิกอุปกรณ์ข้อเข่า (รหัส 7004,7005)

2.1 จ่ายชดเชยเป็นเงินค่าข้อเข่า

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

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

D39 ไม่ใช่หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดข้อเข่า กรณีต้องการอุทธรณ์ติดต่อที่ สปสช.เขต เพื่อพิจารณา ศักยภาพหน่วยบริการ และการเบิกจ่ายในกรณีนี้

เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการผ่าตัดข้อเข่า

3. ผู้รับบริการ

3.1 อายุ > 55 ปี จ่ายทุกกรณี

3.2 อายุ ≤ 55 ปี

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

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

D38 การผ่าตัดข้อเข่าในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี ต้องมีการ Pre-authorize เมื่อดำเนินการ Pre-authorize แล้ว จึงจะนำข้อมูลมาจ่ายชดเชยค่าบริการตามรอบ STM

อัตราการจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดข้อเข่า

1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ
ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน

2. ค่าอุปกรณ์ข้อเข่า (รหัส 7004,7005)

- เบิกเป็นเงิน เท่านั้น

- จ่ายชดเชยเป็นค่าข้อเข่าในโปรแกรม e-Claim จ่าย Add on ตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

3. กรณีข้อมูลที่ต้องผ่านการ Pre-authorize จะถูกปฏิเสธการจ่าย (DENY D38) ทั้งค่าผ่าตัดและอุปกรณ์ หลังได้รับรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านระบบ Pre-authorize จาก สปสช.เขต จึงจะนำมาข้อมูลมาจ่ายชดเชยตามรอบ STM

ข้อมูล ใน e-Claim

- เพิ่มการบันทึก ข้างที่ผ่าตัด
- ระบุชื่อบริษัท และรุ่นที่ใช้ข้อเข่าเทียม

Palliative care for end of life care

ปีงบประมาณ 2564



● หลักเกณฑ์ แนวทาง

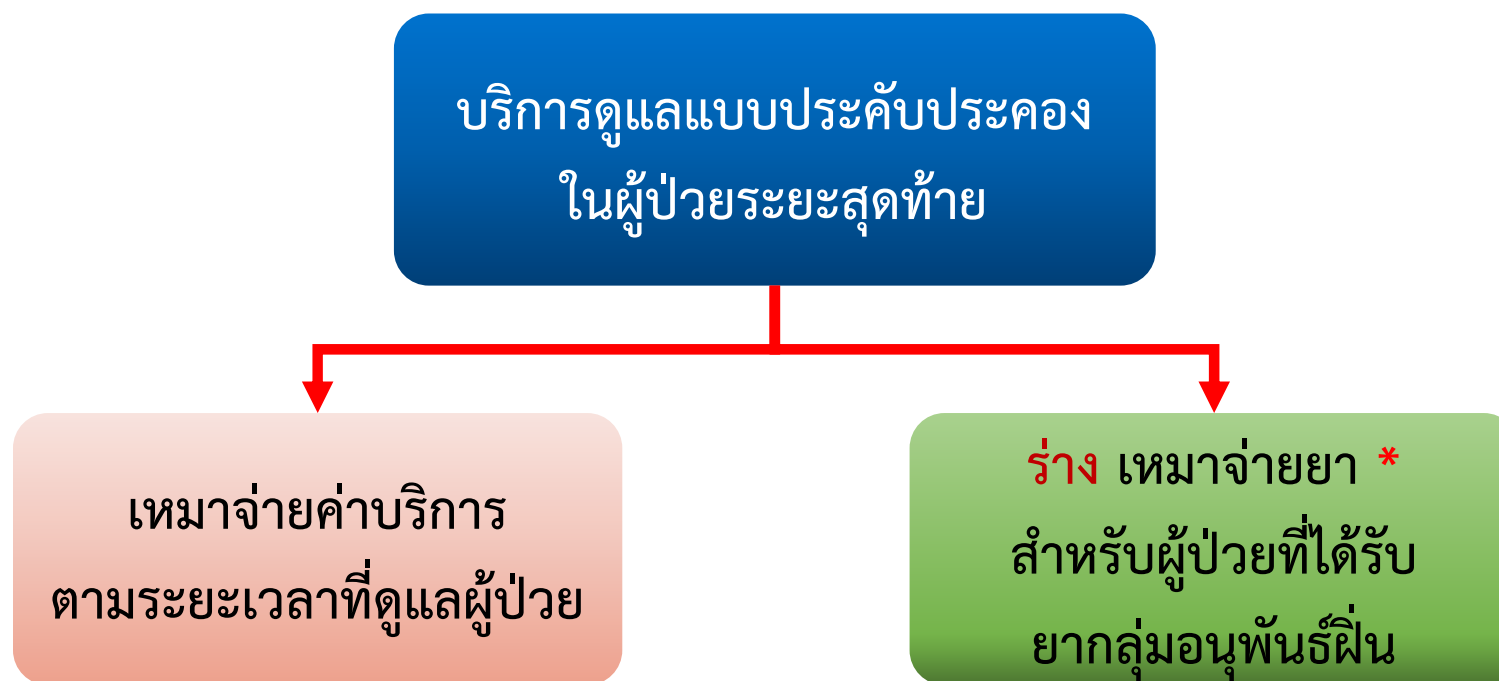
เป็นการจ่ายเพิ่มเติม สำหรับสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งประกอบด้วย การลงทะเบียนผู้ป่วย การทำ Advance care plan การเยี่ยมบ้าน การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝืน การให้ออกซิเจน การดูแลแผล ฯลฯ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

● แนวทางการจ่าย

- 1) จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย ให้แก่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต หรือภายใน 6 เดือน
- 2) มีข้อเสนอการจ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมรายเดือนสำหรับหน่วยบริการที่จ่ายยากลุ่มอนุพันธ์ฝืน หรือกัญชา
(ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การ

ดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน)

การจัดสรรค่าบริการ Palliative care for end of life care



หมายเหตุ * เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

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 และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว 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 จ่ายให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยล่าสุด

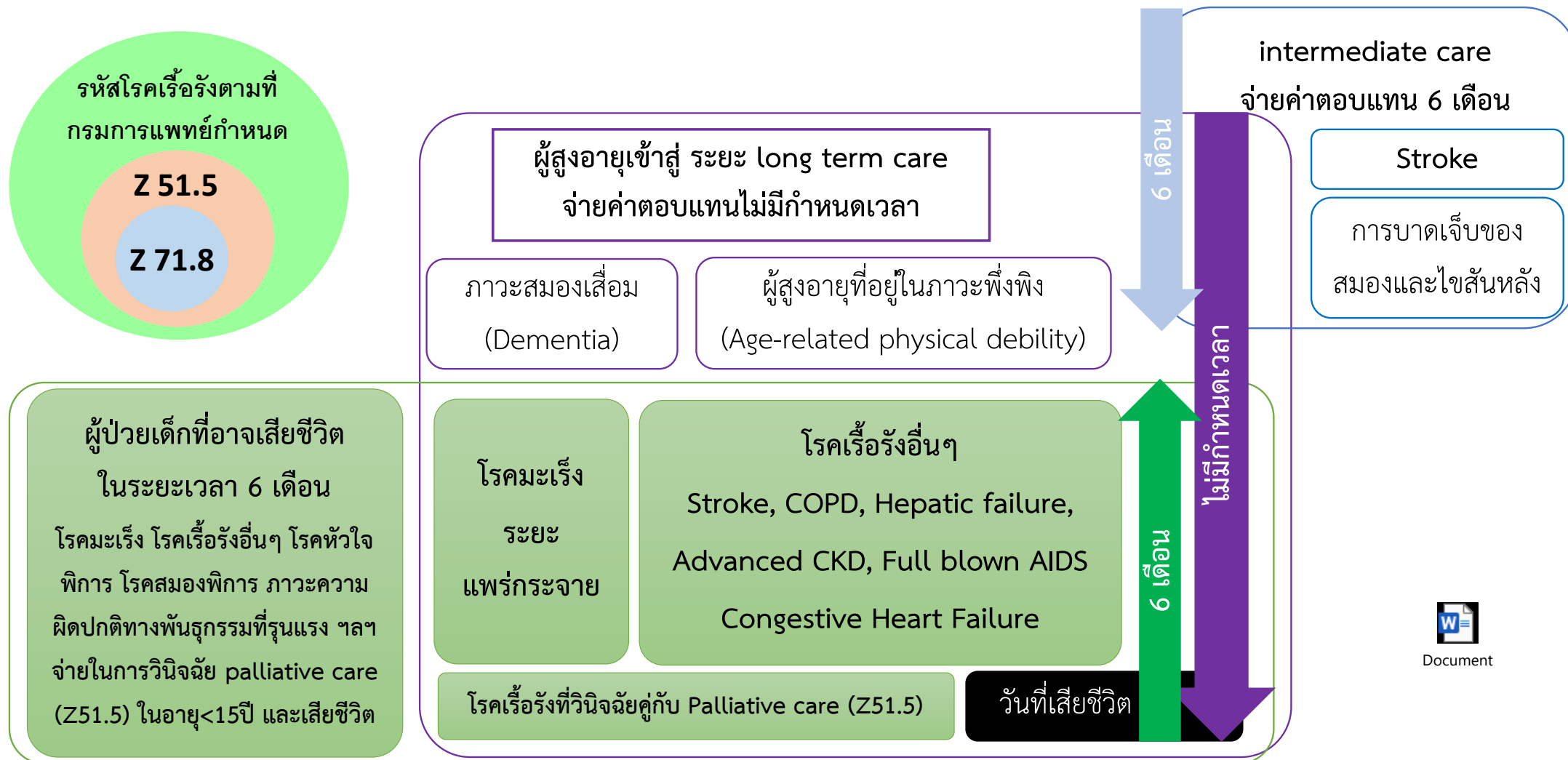
** จ่ายทุกเดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน

2 ราง ค่ายา Opioid

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

เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน แล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

รหัสโรคที่กำหนดให้เบิกค่าตอบแทนในการดูแลต่อเนื่อง บูรณาการ Palliative Care ร่วมกับ Long Term Care ป้องกันการจ่ายค่าบริการซ้ำซ้อน



แนวทางการจ่ายค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

เงื่อนไขการจ่าย

หน่วยบริการ

จ่ายให้หน่วยบริการที่มีการจัดทำ Advance care plan และมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เงื่อนไขการ รายงานข้อมูล เพื่อการเบิกจ่าย

- 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.



Document

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 และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและ
การบริหารจัดการกองทุนแล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

การขอรับค่าใช้จ่าย กรณีบริการ Palliative care for end of life care ปีงบประมาณ 2564

● หลักเกณฑ์

เป็นการจ่ายเพิ่มเติม สำหรับสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งประกอบด้วย การลงทะเบียนผู้ป่วย การทำ Advance care plan การเยี่ยมบ้าน การให้ยา姑息療法 การให้ออกซิเจน การทำแผล ฯลฯ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับ ครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

*** การกำหนดรหัสโรคเรื้อรังตามที่กรมการแพทย์กำหนด +Z 51.5+Z 71.8 ***

● อัตราจ่าย

- 1)จ่ายในอัตราเดือนละ 1,000 บาท จ่ายรายเดือนและหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน
- 2)จ่าย Fix cost อัตราเดียว 3,000 บาท เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร

การลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อการเบิกจ่าย

ให้หน่วยบริการลงทะเบียนใน
โปรแกรม e-Claim ที่หน้า F1
โดยระบุวันที่ลงทะเบียนในช่วง
วันที่เข้ารับบริการ โดย

- 1) กรณีผู้ป่วยใน (หน่วยบริการ
ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอง)วันที่
Register เป็นวันที่ D/C (หน้า
f1)
- 2) กรณีหน่วยฯ ส่งต่อให้หน่วยฯ
อื่นดูแลผู้ป่วย ให้วันวันที่
Register เป็นวันเดียว กับวันที่
เยี่ยมบ้านครั้งแรกของหน่วยฯ
นั้น

บันทึกข้อมูลทั่วไป หน้า F1

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) มะเร็ง(F5) Palliative Care(F6) คำรักษาพยาบาล(F7) คำรักษาพยาบาล OP Refer(F8)

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

เลขประจำตัวผู้ป่วย(HN) :	ประเภทบัตร :	หมายเลขบัตร :	คำนำหน้า :	ชื่อผู้ป่วย :	นามสกุลผู้ป่วย :
	1 บัตรประชาชน	0-0000-00000-00-0	1 ต.ช.		
วันเกิด :	เพศ :	แผนการรักษา :	สถานภาพ :	สัญชาติ :	อาชีพ :
	ชาย	0	1 โสด	099 ไทย	000 (-)

ข้อมูลสิทธิ

สิทธิประโยชน์ :	เงื่อนไขการเรียกเก็บ :	การใช้สิทธิ :	โครงการพิเศษ :
UCS สิทธิ UC	กรุณาเลือก	☒ ใช้สิทธิ ☐ ไม่ใช้สิทธิ	
หน่วยบริการหลัก :	จังหวัดตามบัตรทอง :	เขต(สปสช.) :	
รหัส Claim Code / เลขอนุมัติ :			

ข้อมูลหน่วยบริการ

วันที่เข้ารับบริการ :	เวลา :	☐ มีการส่งต่อ	เลขที่ใบรับส่งต่อ :
		☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อ	
อายุ(ปี) :	เลือก :		
☐ วินิจฉัย ☐ รับรักษา ☐ รับไว้รักษาต่อเนื่อง(ส่งกลับ) ☐ ตามความต้องการผู้ป่วย			

กรอกข้อมูลเป็นวันที่ลงทะเบียน

กิจกรรมบริการ

หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลหน้า F7 ทุกครั้งที่ไปให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน อย่างน้อย 1 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

- การให้ยา Morphine
- การทำแผล
- การให้ออกซิเจน
- การให้คำแนะนำญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลผู้ป่วย
- การประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษา

บันทึกข้อมูล หน้า F7

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) มะเร็ง(F5) Palliative Care(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7) ค่ารักษาพยาบาล OP Refer(F8)

รายการค่าบริการทางสาธารณสุข				เบิกได้	เบิกไม่ได้
ค่าห้อง/ค่าอาหาร :				0.00	0.00
อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา :				0.00	0.00
ค่าหัตถการและบริการอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวด				0	0.00
รหัสรายการ :				0	0.00
หน่วย :				0	0.00
พึงเบิกได้ :				0	0.00
จำนวนวันที่ขอเบิก :				0	0.00
รายการ :				0	0.00
หน่วย :				0	0.00
ราคาจริง :				0	0.00

บันทึกกิจกรรมบริการ

- การให้ยา Morphine
- การทำแผล
- การให้ออกซิเจน
- การให้คำแนะนำญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลผู้ป่วย (Cons0001)
- การประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษา (Eva0001)

บันทึกข้อมูล หน้า F7

กิจกรรมบริการ

NEW

หน่วยบริการ F7 ทุกครั้งที่ให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อวัน

- การให้ยา Morphine
- การทำแผล
- การให้ออกซิเจน
- การให้คำแนะนำญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลผู้ป่วย
- การประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษา

คำหาหนี้และบันทึกข้อมูล ณ วันที่ไม่จำกัดหมวด

รหัสรายการ : Cons01 ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย Pallative ที่บ้าน

หน่วย : ครั้ง ราคากลาง : 0.00 จำนวน : 1

พึงเบิกได้ : 0.00 ขอเบิก : 1.00 ส่วนเกิน : 0.00

จำนวนวันที่ขอเบิก : 0 วัน

เพิ่มรายการ ลบรายการ

รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง
Cons01	Cons01 ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย Pallative ที่บ้าน	ครั้ง	0.00

หมายเหตุ :
บันทึกรายการขอรับการชดเชยค่าพาหนะดังนี้
- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาหนะไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ S1801

รวม : พึงเบิกได้ : 0.00 ขอเบิก : 1.00 ส่วนเกิน : 0.00

ปิด ยกเลิก

คำหาหนี้และบันทึกข้อมูล ณ วันที่ไม่จำกัดหมวด

รหัสรายการ : Eva001 ประเมินอาการ ผู้ป่วย Pallative ที่บ้าน เมื่อปรับการรักษา

หน่วย : ครั้ง ราคากลาง : 0.00 จำนวน : 1

พึงเบิกได้ : 0.00 ขอเบิก : 1.00 ส่วนเกิน : 0.00

จำนวนวันที่ขอเบิก : 0 วัน

เพิ่มรายการ ลบรายการ

รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง
Eva001	Eva001 ประเมินอาการ ผู้ป่วย Pallative ที่บ้าน เมื่อปรับการรักษา	ครั้ง	0.00

หมายเหตุ :
บันทึกรายการขอรับการชดเชยค่าพาหนะดังนี้
- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาหนะไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ S1801

รวม : พึงเบิกได้ : 0.00 ขอเบิก : 1.00 ส่วนเกิน : 0.00

ปิด ยกเลิก

ประเด็นหาหรือแนวทางการจัดการเครือข่าย Palliative Care

1. การจัดเครือข่ายบริการ

- รพศ.รพท. เมื่อ D/C ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Palliative Care นอกพื้นที่บริการ ควรจะกำหนดแนวทางประสานผู้รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์

2. การจัดสรรค่าบริการภายในเครือข่าย

- ทีมสหวิชาชีพร่วมระหว่าง รพ.แม่ข่ายฯ และ ลูกข่าย
- ดำเนินการโดย รพ.สต. รพ.แม่ข่ายสนับสนุนเวชภัณฑ์

การจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย และระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น National Clearing House : NCH





สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปี 64



สิทธิข้าราชการ และ อปท.

กรณีฟอกเลือดล้างไต

Acute renal failure

อัตราจ่าย :: ตามเงื่อนไขการจ่าย
ประเภทผู้ป่วยใน (DRGs)

เงื่อนไข ::

- ❖ กรณีที่รับผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 35 วัน ให้เบิกค่าฟอกเลือดแยกจาก DRGs โดยให้แยกเบิกผ่านโปรแกรม DMIS_HD (สิทธิ อปท.)

Chronic disease

อัตราจ่าย ::

- ค่าฟอกเลือด ครั้งละ 2,000 บาท
- ค่าตรวจ Lab ตามรหัสและอัตราที่กำหนด
- ค่ายา สถานพยาบาลของรัฐตาม Prize list ของ รพ. / สถานพยาบาลเอกชนตามรายการและอัตราที่กำหนด

เงื่อนไข ::

- ❖ กรณีที่ผู้มีสิทธิเป็นสิทธิประกันสังคมตนเองและอาศัยสิทธิจากสิทธิข้าราชการ/สิทธิ อปท. ให้สามารถเบิกส่วนต่างค่าฟอกเลือดได้ 500 บาท
- ❖ กรณีที่เครื่องฟอกไตของสถานพยาบาลรัฐไม่เพียงพอให้ ส่งตัวไปเข้ารับบริการ ในรพ.เอกชน โดยบันทึกการส่งต่อผ่านระบบโปรแกรม DMIS_HD
- ❖ สถานพยาบาลเอกชนที่รับการส่งต่อ สามารถให้บริการฟอกเลือด ตรวจ LAB และเบิกจ่ายผ่านระบบโปรแกรม DMIS_HD ได้ ตามรายการและอัตราที่ประกาศกำหนด

กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรณีผู้ป่วยนอก

1. สถานพยาบาลของรัฐ

- 1.1 ค่าฟอกเลือด
- 1.2 ค่ายาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือด ได้แก่ Erythropoietin , Parenteral , Albumin , IV iron
- 1.3 ค่าเลือดและอุปกรณ์การให้เลือด
- 1.4 ค่าสายและการสวนสาย Double lumen
- 1.5 ค่า Lab & X-ray ที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด

- ข้อ 1.1 จ่ายครั้งละ 2,000 บาท
- ข้อ 1.2 จ่ายตามเรียกเก็บ
- ข้อ 1.3-1.5 จ่ายตามที่กระทรวงการคลังกำหนด
- สิทธิ อปท. บันทึกโปรแกรม DMIS (HD)
- สิทธิข้าราชการ ส่งตามระบบเดิม

2. สถานพยาบาลเอกชน

- 1.1 ค่าฟอกเลือด
- 1.2 ค่ายาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือด ได้แก่ Erythropoietin , Parenteral , Albumin , IV iron
- 1.3 ค่า Lab & X-ray ที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด

- ข้อ 1.1 จ่ายครั้งละ 2,000 บาท
- ข้อ 1.2 และ 1.3 จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด
- สิทธิ อปท.
- บันทึกโปรแกรม DMIS (HD)
- สิทธิข้าราชการ ส่งตามระบบเดิม

การส่งข้อมูล สิทธิข้าราชการ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2564

การส่งข้อมูล Lab catalog (หมวด 7) อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยจะขึ้นระบบให้สถานพยาบาลทดสอบในเดือนพฤศจิกายน 2563 และ**เริ่มระบบจริง เดือน มกราคม 2564** โดยกำหนดรูปแบบการส่งข้อมูล ดังนี้

- ❖ การส่งรายการ Lab catalog ตามโครงสร้างที่กำหนดผ่านหน้าเว็บ
- ❖ บันทึกข้อมูลเบิกในระบบโปรแกรม e-Claim
 - ** รูปแบบคล้าย Drug catalog**

โดยจะมีการประกาศผ่านหน้าเว็บ e-Claimให้ทราบอีกครั้ง

ประเด็นปัญหาสิทธิ ข้าราชการและอปท.

- 1.กรณีผู้ป่วยใน ต้องใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงเท่านั้น ไม่สามารถนำใบเสร็จไปเบิกต้นสังกัดได้ โดยการตรวจสอบสิทธิ หรือใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัด**
- 2.กรณีเด็กแรกคลอด ให้ใช้ PID ของผู้มีสิทธิ HN , AN ของบุตร**
- 3.กรณีตรวจสอบสุขภาพประจำปี สิทธิ อปท.สามารถเบิกจ่ายตรงได้ ตามเกณฑ์ของการตรวจสอบสุขภาพผู้มีสิทธิ**



สิทธิประกันสังคม

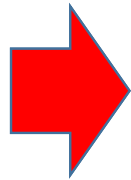
สิทธิประกันสังคม



ปรับปรุงเงื่อนไขการเบิกจ่าย กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอล

เดิม

จ่ายชดเชยตามโปรโตคอลที่กำหนด 10 กลุ่มโรค กรณีรักษาตามโปรโตคอล



ปรับปรุงใหม่

จ่ายชดเชยตามโปรโตคอลที่กำหนด 20 กลุ่มโรค กรณีรักษาตามโปรโตคอล

1.โรคมะเร็งเต้านม 2.โรคมะเร็งปากมดลูก 3.โรคมะเร็งรังไข่ 4.โรคมะเร็งมดลูก 5.โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก 6.โรคมะเร็งปอด 7.โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ใหญ่ตรง 8.โรคมะเร็งหลอดอาหาร 9.โรคมะเร็งตับ และท่อน้ำดี 10.โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ 11.โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก 12.โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร 13.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยติในผู้ใหญ่ 14.โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ 15.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ 16.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL) 17.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ 18.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาในผู้ใหญ่ 19.โรคมะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่ 20.โรคมะเร็งเด็ก



สิทธิผู้พิการ ประกันสังคม

เป็นไปตามเงื่อนไขของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาคม เดชประมวลพล

Tel. 0982797707

Line: 0817197728



e – claim \$ NHSO 11 \$

CAPTION 11