



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
การรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ มาตรา ๑๘ (๔) และ (๑๔) มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๖ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๑/๒๕๖๐ เรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามโครงการพิเศษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๖๐ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม พุทธศักราช ๒๕๖๐ ประกอบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕ และในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์...

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดไว้ สำหรับปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้คงใช้บังคับต่อไปจนกว่าจะมีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ข้อ ๔ ให้ สปสช. ออกประกาศ แนวทางปฏิบัติเพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้

ข้อ ๕ การจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม การจัดการบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของ สปสช. ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็น ต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

ข้อ ๖ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๗ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกอบด้วยรายการต่าง ๆ จำนวน ๑๐ รายการ ดังนี้

| รายการ | จำนวนเงิน (ล้านบาท) |
|---|------------------------|
| ๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว | ๑๖๑,๖๐๒.๖๖๗๕ |
| ๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ | ๓,๙๗๘.๔๗๘๕ |
| ๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง | ๙,๙๕๒.๑๗๕๖ |
| ๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง | ๑,๐๗๑.๔๗๔๘ |
| ๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ | ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ |
| ๖. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน | ๑,๒๖๕.๖๕๖๐ |
| ๗. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ | ๑๘๘.๘๕๔๓ |

| รายการ | จำนวนเงิน (ล้านบาท) |
|--|------------------------|
| ๘. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | ๒,๗๗๒.๐๐๐๐ |
| ๙. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ | ๔๓๗.๓๓๖๐ |
| ๑๐. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค | ๒๑,๓๘๑.๑๐๗๑ |
| รวมรายการ ๑ ถึง ๑๐ ทั้งสิ้น (รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) | ๒๐๔,๑๔๐.๐๒๗๘ |
| ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | ๖๑,๘๔๒.๐๙๑๑ |
| รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมค่าแรงหน่วยบริการของรัฐ) | ๑๔๒,๒๙๗.๙๓๖๗ |

ข้อ ๘ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ กำหนดภายใต้แนวคิดหลักการ ดังนี้

๘.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข

๘.๒ การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

๘.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการบริการสาธารณสุข

๘.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๘.๔.๑ ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) ตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ สปสช. เขต ทั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาศักยภาพบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

๘.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ จ่ายตามราคาของรายการที่กำหนด (Fee Schedule) และจ่ายตามโครงการที่กำหนด วัตถุประสงค์เฉพาะ ทั้งนี้ ให้ สปสช. จัดให้มีกลไกการติดตาม กำกับ ตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริต ทั้งก่อนและหลังการจ่ายชดเชย

๘.๔.๓ กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สามารถดำเนินการจัดหาและสนับสนุนเป็นยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการตามโครงการพิเศษ และหรือจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามผลงานบริการ ทั้งนี้ อาจมีการเพิ่มเติม หรือปรับเปลี่ยนรายการได้ในระหว่างปีงบประมาณภายใต้วงเงินที่มีอยู่ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) จ่ายชดเชย...

(๑) จ่ายชดเชยเป็นยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการตามโครงการพิเศษ ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(ก) เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันโรคและลดอัตราสูญเสีย ชีวิตและคุณภาพ

(ข) บริหารความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อป้องกันการเข้าถึง และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining or central procurement)

(ค) สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นคงด้านยา นวัตกรรมที่จำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อประเทศในภาพรวม เช่น ยาราคาแพงที่ผลิตโดยหน่วยงานของรัฐ

(๒) กรณีจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามผลงานบริการ ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(ก) มีผู้จำหน่ายซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ เช่น องค์กรเภสัชกรรม

(ข) สามารถดำเนินการต่อรอง เพื่อกำหนดราคากลางระดับประเทศ (Central bargaining) ผ่านกลไกคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน โดยผู้จำหน่ายยินยอมจำหน่ายในราคาเดียวกันสำหรับทุกสิทธิหลักประกัน สุขภาพและประกันการจำหน่ายให้หน่วยบริการทุกพื้นที่

(ค) มีการแข่งขันด้านราคาในระบบตลาดมากขึ้นหรือมีผู้จำหน่าย มากกว่า ๓ รายขึ้นไป

๘.๔.๔ เพื่อให้การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการตามโครงการพิเศษ ภายใต้คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๑/๒๕๖๐ เรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามโครงการพิเศษ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๖๐ สามารถทำให้ ผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา และเวชภัณฑ์ เพื่อให้โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นแกนกลาง หรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายนำไปให้บริการ สาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามแผนและวงเงินการจัดหา

๘.๔.๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนานวัตกรรมความต้องการของภาครัฐและแผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุข ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนานวัตกรรม ตามความต้องการของภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ สปสช. บริหารจัดการกองทุนโดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการสำหรับรายการนวัตกรรมและหรือสิ่งประดิษฐ์และหรือผลงานจากการบูรณาการ จีโนมิกส์ประเทศไทยที่ใช้ในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขต ในการให้บริการสาธารณสุข

๘.๔.๖ เพื่อให้การบริหารกองทุนดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจ่ายค่าใช้จ่าย จากเงินกองทุนจ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการตามข้อมูลที่ยื่นมาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเงินการคลังของรัฐ

๘.๔.๗ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้ หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและ ภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐ ที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของ สปสช. ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือ ข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๘.๔.๘ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกระดับ รวมทั้งเงินกองทุนที่สนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับบุคคลในพื้นที่ ตามมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕

๘.๔.๙ สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด เช่น รายการบริการ ทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้ สปสช. ติดตาม กำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับ งบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพ อย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป หรืออาจ ใช้เงินกองทุนรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสมคงเหลือที่ไม่มีภาระผูกพันก็ได้ ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๘.๔.๑๐ ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใด ไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่นให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่าย หรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในหมวด ๒ ถึงหมวด ๑๒ เสร็จสิ้นตามเป้าหมาย ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยังจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอ ให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป

๘.๔.๑๑ เมื่อสิ้นรอบ...

๘.๔.๑๑ เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามประกาศนี้แล้ว หากมีเงินเหลือหรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

หมวด ๒

รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๙ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๓๘๕.๙๘๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๔๗,๗๒๗๐ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่าง ๆ ดังนี้

| ประเภทบริการ | จำนวนบาทต่อผู้มีสิทธิ |
|--|-----------------------|
| ๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป | ๑,๓๔๔.๔๐๐๐ |
| ๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป | ๑,๔๗๗.๐๑๐๐ |
| ๓. บริการกรณีเฉพาะ | ๓๙๙.๔๙๐๐ |
| ๔. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ | ๑๗.๒๓๐๐ |
| ๕. บริการการแพทย์แผนไทย | ๑๙.๑๖๐๐ |
| ๖. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) | ๑๒๘.๖๙๐๐ |
| รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ) | ๓,๓๘๕.๙๘๐๐ |

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๖ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ ถึง ๖ ในหมวดนี้

ส่วนที่ ๑

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๑๐ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ทุกรายการยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*5801 ก่อนเริ่มยา Allopurinol สำหรับผู้ป่วยโรคเกาต์ บริการรักษาเนื้อเยื่อในแบบคงความมีชีวิต (Vital Pulp Therapy) ของฟันถาวร และบริการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์...

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑,๓๔๔.๔๐๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณระดับจังหวัดโดยคำนวณอัตราเหมาจ่าย ดังนี้

๑๑.๑ ร้อยละ ๘๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยเพิ่มหรือลดไม่เกินร้อยละ ๑๐ โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังนี้

| ประเภท | กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | | |
|------------------|----------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | <๓ | ๓ - ๑๐ | ๑๑ - ๒๐ | ๒๑ - ๔๐ | ๔๑ - ๕๐ | ๕๑ - ๖๐ | ๖๑ - ๗๐ | >๗๐ |
| บริการผู้ป่วยนอก | ๐.๔๖๔๐ | ๐.๓๖๔๐ | ๐.๓๐๖๐ | ๐.๔๐๗๐ | ๐.๗๘๙๐ | ๑.๓๔๘๐ | ๑.๙๗๒๐ | ๒.๓๕๑๐ |

ที่มา จำนวนจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๗

๑๑.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

๑๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สปสช. จะปรับการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้ จะดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

๑๑.๔ สำหรับการบริหารเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคม กรณีคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม พุทธศักราช ๒๕๖๐ ให้การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการนี้ ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๒ การจ่าย...

ข้อ ๑๒ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ กรณี สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร อาจปรับการจ่ายตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งอาจกำหนดให้จ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการ และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่าง ๆ ได้ตามที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการอื่นหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และให้ สปสช. ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ข้อ ๑๓ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๑๔ การบริหารการจ่ายเพื่อให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๑๕ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการที่ให้บริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช. เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช. เขต ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช. หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

ข้อ ๑๖ กรณีค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการ จัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อ ร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม อาจให้ สปสช. ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำเพื่อชำระค่าบริการด้านยา และเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการประจำตกลงกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

ส่วนที่ ๒ บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๗ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป ทุกรายการ รวมบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตพื้นที่และข้ามเขตพื้นที่โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว บริการตรวจยืนยันการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องและกรณีผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon) บริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) ในหน่วยบริการ บริการรักษาโรคความดันเลือดในปอดสูง (Persistent pulmonary hypertension of the newborn : PPHN) ด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (Inhaled nitric oxide : iNO) บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (Continuous renal replacement therapy : CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) และบริการฉุกเฉินภาครัฐ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๑๘ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑๘.๑ กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน ๑๐๐ ล้านบาท

๑๘.๒ ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขตพื้นที่ โดยจัดสรรเงินเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) (รวมทั้งผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป ตามข้อ ๑๗ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช. เขต

ข้อ ๑๙ การกำหนดการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) ของบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยใช้ข้อมูลผลการบริการตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๒ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการคาดการณ์ผลงานปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยให้คำนวณตามแนวทาง ดังนี้

๑๙.๑ คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยเป็นผลการบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช. เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิด ให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช. เขต ให้บริการทุกราย

๑๙.๒ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) ตามจำนวนผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่คาดการณ์ด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๑๙.๓ กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายในระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขตพื้นที่

๑๙.๔ กรณีบริการ...

๑๙.๔ กรณีบริการฉุกเฉินภาครัฐ ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากส่วนต่าง ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งของบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) ภาคเอกชนกับโรงพยาบาลรัฐ และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขตพื้นที่

๑๙.๕ กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขตพื้นที่ ให้ใช้ค่าผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่คาดการณ์ด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๑๙.๖ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่คาดการณ์ด้วยอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ทั้งนี้ หากเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม ได้รับเหตุการณ์เพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติม (รวมบริการรักษา โรคความดันเลือดในปอดสูง (Persistent pulmonary hypertension of the newborn : PPHN) ด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (Inhaled nitric oxide : iNO) ให้ใช้ค่าผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่คาดการณ์ด้วยอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๑๙.๗ กรณีใช้บริการในเขตพื้นที่และบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ ๑,๕๐๐ กรัม ขึ้นไป ให้ใช้ค่าผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่คาดการณ์ ด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่เท่ากันทุกเขตพื้นที่

๑๙.๘ ให้คำนวณการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) แต่ละเขตพื้นที่ประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณ จนหมดวงเงินตามข้อ ๑๘.๒

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจากการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดาน ระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) ตามข้อ ๑๘.๒ ให้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) รุ่นที่ ๕ ตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด ดังนี้

๒๐.๑ การใช้บริการนอกเขตพื้นที่ ให้จ่ายที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐและ สำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงพื้นที่ สปสช. เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลง ระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน ๙,๖๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๒๐.๒ การใช้บริการนอกเขตพื้นที่ กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery : ODS) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาท ต่อกำหนดน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

๒๐.๓ การใช้บริการนอกเขตพื้นที่ กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยา เคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) จ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพ การบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานบริการหรือแนวทางปฏิบัติการของวิชาชีพ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เสมือนกรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery : ODS) ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๔ การใช้บริการนอกเขตพื้นที่ กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery : MIS) ตามที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไข โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๒๐.๕ การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ทั้งนี้ ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน

๒๐.๖ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช. และผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่นโดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช. ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเองจากการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่)

๒๐.๗ การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๘ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ทั้งนี้ หากได้รับเหตุการณ์เพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติม ให้ใช้ค่าผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๒๐.๙ การใช้บริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) รุ่นที่ ๕ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๑๐ การใช้บริการผู้ป่วยในอื่น ๆ

๒๐.๑๐.๑ การใช้บริการในเขตพื้นที่ ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๒๐.๑๐.๒ การใช้บริการในเขตพื้นที่ กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery : ODS) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

๒๐.๑๐.๓ การใช้บริการ...

๒๐.๑๐.๓ การใช้บริการในเขตพื้นที่ กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) จ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการ ที่มีศักยภาพการบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานบริการหรือแนวทางปฏิบัติการของวิชาชีพ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

๒๐.๑๐.๔ การใช้บริการในเขตพื้นที่ กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery : MIS) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขโดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๒๐.๑๐.๕ การใช้บริการในเขตพื้นที่ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๑๐.๖ การใช้บริการในเขตพื้นที่ กรณีบริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) ในหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๑๐.๗ การใช้บริการในเขตพื้นที่ กรณีบริการบริการบำบัดทดแทนไต แบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท สำหรับวันแรกที่เข้ารับบริการ ตั้งแต่วันที่สองเป็นต้นไป ให้จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาทต่อวัน ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๑๐.๘ การใช้บริการในเขตพื้นที่ กรณีบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๑๐.๙ การใช้บริการในเขตพื้นที่อื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

๒๐.๑๐.๑๐ ในระหว่างปีให้ สปสช. สามารถปรับอัตราจ่ายเพิ่มจากอัตรารายจ่าย ตามข้อ ๒๐.๑๐.๑ ถึง ข้อ ๒๐.๑๐.๙ ได้ตามประมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นโดยมิถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น

๒๐.๑๐.๑๑ หากจ่ายที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ไปจนถึงการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) มีวงเงิน ไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ให้ สปสช. จ่ายเงินที่กั้นไว้ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ ๑๘.๑ เพิ่มเติมในอัตราจ่ายเป็น ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) หากเงินตามข้อ ๑๘.๑ มีไม่เพียงพอ ให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ ให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดโดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการกำหนด หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

๒๐.๑๑ ให้ สปสช. เขต สามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมา มีการเรียกเก็บค่าบริการ มีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่าย โดยต้องกำหนดเกณฑ์การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสช. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมีผลการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อ ๒๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ ๑๘.๑ ให้จ่ายตามข้อ ๒๐.๑๐.๑๑

ข้อ ๒๒ จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาตามรอบการบริหารการจ่ายของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยให้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒๓ การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๒๔ การบริหารจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๒๕ ให้ สปสช. กำกับ ติดตาม ผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับการคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้ทราบทั่วกัน

ข้อ ๒๖ ให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการและพัฒนาให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๒๗ ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลผลข้อมูลตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) รายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๒๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อให้จ่ายจากการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) แต่ละเขตพื้นที่ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๒๐

ส่วนที่ ๓ บริการกรณีเฉพาะ

ข้อ ๒๙ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และผู้ให้บริการต้องรับภาระ ค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๙ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ กำหนดหลักเกณฑ์ และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย รายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

๒๙.๑ การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อป้องกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

๒๙.๒ ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร การต่อรองราคาหรือการจัดซื้อพร้อม (Central bargaining or central procurement)

๒๙.๓ ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

๒๙.๔ การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

ข้อ ๓๐ บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ มีจำนวน ๕ กลุ่ม ดังนี้

๓๐.๑ กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

๓๐.๒ กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

๓๐.๓ กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

๓๐.๔ กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

๓๐.๕ กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๓๑ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยภาพรวม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณผ่านกลไกคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน พัฒนาและทบทวนรายการและอัตราจ่ายที่เหมาะสม และกำหนดให้รายการที่มีการจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) มีระบบการพิสูจน์ตัวตน และการตรวจสอบก่อนจ่าย

ข้อ ๓๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีปกป้องการได้รับบริการ นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๒.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด จ่ายด้วย ระบบคะแนน (Point system) ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช. กำหนด

๓๒.๒ การใช้...

๓๒.๒ การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามแนวทางเงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๓๒.๓ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network : UHosNet) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช. กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ อาจมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกรณีหน่วยบริการมีการให้บริการด้วยหัตถการที่เทียบเคียงกับรายการที่ สปสช. กำหนดราคาการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ไว้แล้ว ให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๒.๔ กรณีผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง จ่ายให้หน่วยบริการด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการที่กำหนดการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) หรือตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๒.๕ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง

๓๒.๖ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก จนกว่าจะปรากฏสิทธิให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการโดยอัตรารายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ด้วยอัตรารายจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตรารายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

๓๒.๗ การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ เช่น ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๕ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ อัตรารายจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยในให้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ด้วยอัตรารายจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตรารายจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๓.๑ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) ลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสข. กำหนด

๓๓.๒ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสข. กำหนด

๓๓.๓ การให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูก ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสข. กำหนด

๓๓.๓.๑ เป็นการให้บริการภายในเขตพื้นที่เป็นหลัก และหากจำเป็นต้องจัดหาหน่วยบริการนอกเขตพื้นที่มาดำเนินการต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสข. เขต และหน่วยบริการ โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่

๓๓.๓.๒ สปสข. กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขตพื้นที่เบื้องต้นตั้งแต่ต้นปี และให้ สปสข. เขต จัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคณาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการจัดบริการ ทั้งนี้ สปสข. จะปรับเกลี่ยเป้าหมายภายหลังดำเนินการไป ๖ เดือน

๓๓.๓.๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นดังนี้

(๑) การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตามองไม่เห็น และภาวะสายตาดูเลือนรางรุนแรง (Blinding & Severe low vision) จ่ายอัตราข้างละ ๗,๐๐๐ บาท สำหรับผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาอื่น ๆ ข้างละ ๕,๐๐๐ บาท และสำหรับการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนจ่ายอัตราข้างละ ๙,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พับได้อัตราข้างละ ๒,๘๐๐ บาท และเลนส์แข็งอัตราข้างละ ๗๐๐ บาท เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค

๓๓.๔ บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสข. กำหนด

๓๓.๕ บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๓๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน ของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๔.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลง กับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น รวมชุดอุปกรณ์รากฟันเทียม อุปกรณ์ประสาทหูเทียม และรวมกรณีรายการในบัญชีนวัตกรรมไทยและหรือสิ่งประดิษฐ์ไทย ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๑.๑ จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการ ตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาขดเซชของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ตามที่ สปสช. ประกาศกำหนด ซึ่งเป็นราคาขดเซชที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมนั้น ๆ

๓๔.๑.๒ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์ การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามหมวด ๑๐

๓๔.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค) จ่ายให้หน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะ ฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยได้ โดยขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๑.๕ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม (ทั้งค่าบริการผ่าตัด แบบผู้ป่วยนอก ค่าบำรุงรักษา และรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค) ให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๒ การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๔.๓ การจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเป็นการจัดหาและบริการ กระจกตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยจ่ายให้หน่วยบริการ ที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยในอัตราที่ตกลงระหว่างกัน

๓๔.๔ การผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ จ่ายตามราคาที่กำหนด สำหรับ

๓๔.๔.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตัน แต่กำเนิด หรือตีบจากสาเหตุอื่น ๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลัง การผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๓๔.๔.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๔.๓ การปลูกถ่ายตับสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาค และผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำตับ มาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัด ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๓๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการ อย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๕.๑ ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment : MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจโดยจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๕.๒ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ได้แก่ ยาที่มีการประกาศ ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing : CL) ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญชี จ (๒) ซึ่งครอบคลุมถึงส่วนประกอบของเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และโรคเลือดออกง่าย วอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมาก (Type 3 von Willebrand's disease) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหา การเข้าถึงอื่น ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านพิษ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๑๐ หรือจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจ ทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยเพื่อใช้นั้น ๆ และหรือค่าบริการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับ ติดตามการใช้ยาด้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์...

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๖.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทาลัสซีเมีย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคทาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๓๖.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ (National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2021 : NTP 2021) และที่แก้ไขเพิ่มเติม ครอบคลุมค่ายา ค่าชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง และค่าบริการดูแลรักษา และติดตามการรักษาผู้ป่วย โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา และค่าบริการต่าง ๆ จ่ายตามผลงานบริการ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๑๐

๓๖.๓ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย โดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๓๖.๔ การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก สำหรับโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules) เป็นค่าใช้จ่ายครอบคลุม การตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข การตรวจยืนยัน การรักษาพยาบาล การติดตามผลการรักษา ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับไประหว่างหน่วยบริการและชุมชนที่มีการจัดระบบเป็นการเฉพาะ โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายและหรือตามรายการบริการให้กับหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ

ข้อ ๓๗ ในระหว่างปีงบประมาณ กรณีมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ อาจกำหนดรายการบริการ และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

ข้อ ๓๘ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๓๒ ถึงข้อ ๓๖ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๔

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๓๙ เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๔๐ หลักเกณฑ์...

ข้อ ๔๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนเงิน ๑๗.๒๓๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

๔๐.๑ จำนวนไม่เกิน ๘.๐๐๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ที่ออกตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๔๐.๒ ส่วนที่เหลือ จ่ายให้กับหน่วยบริการโดยครอบคลุม

๔๐.๒.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ รวมถึงบริการในคลินิกกายภาพบำบัด สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในรายการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ดังนี้

(๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือกรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) หรือกระดูกสะโพกหัก (Fragility fracture hip) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ สำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ

(๒) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ จ่ายตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ

๔๐.๒.๒ กรณีพื้นที่ที่ไม่มีการดำเนินการตาม ๔๐.๑ ให้จ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการ สำหรับค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด ที่ออกตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ สำหรับค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน

๔๐.๓ กรณีหากจ่ายค่าบริการตามข้อ ๔๐.๑ แล้วมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าบริการตามข้อ ๔๐.๒

ส่วนที่ ๕

บริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ข้อ ๔๑ เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง การใช้น้ำมันกัญชาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน ไมเกรน และสารสกัดกัญชาสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก และมะเร็งระยะสุดท้าย ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของกัญชา และยาสมุนไพรอื่น ๆ

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทยและบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า จำนวน ๑๙.๑๖๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

๔๒.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๖.๗๑๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย กรณียาสมุนไพร จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ให้กับหน่วยบริการ โดยเน้นกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจนและกลุ่มที่ต้องสนับสนุนให้ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน

๔๒.๒ จำนวนไม่เกิน ๑.๖๐๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ตามรายการบริการ (Fee schedule) และหรือเหมาจ่าย

๔๒.๓ จำนวนไม่เกิน ๐.๘๕๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการน้ำมันกัญชาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน ไมเกรน สารสกัดกัญชาสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก และมะเร็งระยะสุดท้าย และยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของกัญชา และยาสมุนไพรอื่น ๆ ที่ได้รับการบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร จ่ายให้หน่วยบริการตามรายการบริการ (Fee schedule)

๔๒.๔ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลียระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ ๔๒.๑ ถึงข้อ ๔๒.๓ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๖

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
(ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ข้อ ๔๓ เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๔๔ การจ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ ให้แบ่งสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการ

ข้อ ๔๕ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ดังนี้

๔๕.๑ การจ่ายเงินตรงให้หน่วยบริการ

๔๕.๑.๑ ให้คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นรายหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แยกวงเงินเป็น ๒ กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เหลือ สำหรับกลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สป.สธ. จะปรับการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้ จะดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ สำหรับกลุ่มหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

(๒) สำหรับบริการผู้ป่วยใน ใช้จำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงมีนาคม ๒๕๖๕) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

๔๕.๑.๒ สำหรับ...

๔๕.๑.๒ สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

(๑) กรณีหน่วยบริการในพื้นที่ สปสช. เขต ๒ ๓ ๕ ๖ ๗ ๘ ๑๐ และ ๑๑

(ก) ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๔๕.๑.๑ สำหรับบริหารระดับเขตพื้นที่

(ข) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๔๕.๑.๑ สำหรับบริหารระดับจังหวัด

(ค) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๔๕.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ

(ง) สำหรับการบริหารระดับเขตพื้นที่และระดับจังหวัด ให้จัดสรรให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน

(๒) กรณีหน่วยบริการในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ๔ ๙ และ ๑๒

(ก) ร้อยละ ๑๐๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๔๕.๑.๑ สำหรับบริหารระดับเขตพื้นที่

(ข) ให้กลไกเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาจัดสรรให้กับหน่วยบริการตามความเหมาะสม โดยจัดให้มีมาตรการ กำกับ ติดตามการใช้จ่ายในเชิงประสิทธิผลและประสิทธิผล และรายงานต่อคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศ และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนทราบ

๔๕.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่น ๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๔๕.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด

๔๕.๑.๔ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิและจ่ายตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

๔๕.๒ หน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้ดำเนินการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

๔๕.๓ กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายผู้มีสิทธิระหว่างกันในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลผู้มีสิทธิจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๔๕.๔ หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณ
ของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

๔๕.๕ การบริหารจัดการและการติดตามผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแนวทาง
ที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๗

การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔๖ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้ค่าใช้จ่าย
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของบุคลากร
ที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง
ของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ได้รับเฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรของหน่วยบริการของรัฐ
ที่ได้รับจากเงินงบประมาณโดยตรง (ค่าแรงในระบบ) ดังนั้น จึงต้องมีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับ
หน่วยบริการของรัฐออกจากเงินที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการของรัฐต่าง ๆ
โดยให้ภาพรวมจำนวนค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดเท่ากับจำนวนที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย
ประจำปี

ข้อ ๔๗ แนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

๔๗.๑ แยกเพดานค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดจากหน่วยบริการของรัฐต่าง ๆ เป็น ๒ กลุ่ม
คือ กลุ่มหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการของรัฐอื่น ๆ โดยการปรับลดค่าแรงในระบบ
สำหรับหน่วยบริการของรัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๔๗.๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจากงบประมาณที่หน่วยบริการ
ได้รับจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณ
ของสำนักงบประมาณ และให้มีการปรับเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๔๗.๓ วิธีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐในระบบ

๔๗.๓.๑ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่
สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการประจำ โดยให้ปรับลดจากรายรับ
ที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
ที่จ่ายแบบเหมาจ่าย และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว
(AdjRW) ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตพื้นที่เดียวกับเขตพื้นที่
ของหน่วยบริการประจำไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขตพื้นที่โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวม
ตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ

๔๗.๓.๒ สำหรับ...

๔๗.๓.๒ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร แนวทางการปรับลดค่าแรง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด

๔๗.๓.๓ สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. ให้ปรับลดค่าแรงในระบบ ที่ระดับหน่วยบริการประจำ โดยปรับลดจากรายรับที่ได้จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของ สำนักงบประมาณ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบการบริหาร การเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Government Fiscal Management Information System : GFMS) แยกรายการค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐในระบบประกันสุขภาพด้วยข้อมูลบัญชีถือจ่ายเงินเดือน เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปรับเกลี่ยกระจายเป็นรายหน่วยบริการประจำ ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากกระทรวงสาธารณสุขซึ่ง สป.สธ. จะส่งให้ สปสช. ภายในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕

ส่วนที่ ๘

การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๔๘ ให้สามารถกันเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ได้ดังนี้

๔๘.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของงบประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จะได้รับปี พ.ศ. ๒๕๖๖ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ เขต จังหวัดและสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการประจำ ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานและการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๔๘.๒ กรณีเขตพื้นที่ที่มีความพร้อมสามารถใช้จ่ายเงินที่กันไว้ตามข้อ ๔๘ ได้โดยผ่านกลไก การพิจารณาในระดับเขตพื้นที่

๔๘.๓ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุน การปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการใช้บริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ กั้นดาร์ และพื้นที่เสี่ยงภัย หน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิดต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่าย จากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ. จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพ การบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเปลี่ยนโดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕

หมวด ๓
รายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๔๙ เงินบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๙๗๘.๔๗๘๕ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

| ประเภทบริการ | จำนวนเงิน (ล้านบาท) |
|---|---------------------|
| ๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง | ๓,๔๐๒.๗๗๕๐ |
| ๒. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี | ๕๗๕.๗๐๓๕ |
| รวม | ๓,๙๗๘.๔๗๘๕ |

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการหรือผลงานบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒ ในหมวดนี้

ส่วนที่ ๑
บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๕๐ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชากรกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ ๕๑ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๕๑.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรค ในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือเป็นทารกซึ่งคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดทำ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๑๐

๕๑.๒ กรณี...

๕๑.๒ กรณีบริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงาน การให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปัจุบันประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด

๕๑.๓ กรณีบริการการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๒

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๕๒ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวมการนำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis : PEP) บริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing : VCT) และบริการฉวยงามนัย

ข้อ ๕๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

๕๓.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘๒.๒๕๒๔ ล้านบาท สำหรับบริการเพื่อให้มีการเข้าถึง และชักนำผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการ ในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาทันทีตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ ยังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และฉวยงามนัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการ ผู้ใช้ยาเสพติด ด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงานในสถานประกอบการ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็น ต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็น ต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผน และวงเงินการจัดทำ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๑๐

๕๓.๒ จำนวนไม่เกิน ๕๑.๑๗๑๕ ล้านบาท สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีตามรายการ เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีความเสี่ยง การใช้จ่ายอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

๕๓.๓ จำนวนไม่เกิน ๑๙๖.๗๗๙๘ ล้านบาท สำหรับบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing : VCT) จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานที่ส่งข้อมูลมาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ สำหรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing) และการให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับบริการการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

๕๓.๔ จำนวนไม่เกิน ๑๐๓.๐๐๐๐ สนับสนุนลงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจรับบริการลงยางอนามัยได้ที่ร้านขายยา หรือคลินิกการพยาบาล และการผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านตามที่ สปสช. กำหนด สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดทำ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๑๐

๕๓.๕ จำนวนไม่เกิน ๖.๔๕๔๘ ล้านบาท สำหรับนำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) ซึ่งเป็นการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดทำ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๑๐

๕๓.๖ จำนวนไม่เกิน ๓๖.๐๔๕๐ ล้านบาท สำหรับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis : PEP) ในกลุ่มผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

หมวด ๔ รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๕๔ เป็นค่าใช้จ่ายบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๙,๙๕๒.๑๗๕๖ ล้านบาท ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ บริการที่เกี่ยวข้อง ในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง และบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๖๖ มุ่งเน้นการยกระดับ คุณภาพบริการล้างไต เพิ่มความสะดวกกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใดก็ได้ คำนึงถึงประโยชน์ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ให้ผู้ป่วยสามารถร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไตกับแพทย์โดยคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยทางสังคม ความเหมาะสม เพิ่มมาตรการป้องกันและชะลอจำนวนผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ รวมถึงเพิ่มจำนวน หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตให้เพียงพอ

ข้อ ๕๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการทดแทนไต จ่ายตาม ผลงานการให้บริการตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

๕๕.๑ บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายค่าบริการ ล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึง ค่าใช้จ่ายล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ยารักษาโรคอื่น ที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรง เฉพาะกรณีให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป)

๕๕.๒ บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รวมบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยโรคติดต่อที่สามารถ แพร่กระจายเชื้อติดต่อผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่ง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรงเฉพาะกรณีให้บริการ แบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) การนัดและดูแลรักษา ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการให้ยาที่จำเป็นตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไต แห่งประเทศไทยกำหนด

๕๕.๓ การปลูกถ่ายไตครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสลัดไต (Graft rejection) รวมถึงค่ายาภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๕๕.๔ บริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเปราะบาง หรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยให้คำนึงถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และให้ปรับเพิ่มจำนวนเป้าหมายในระหว่างปีได้ภายใต้วงเงินงบประมาณที่มีอยู่ โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ ๕๕.๑ เป็นค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์สำหรับบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) ค่ายาที่เกี่ยวข้องกับบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) และให้ สปสช. ประสานให้มีระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยการเตรียมระบบบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๕๕.๔.๑ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis nurse : PD nurse) และทีมสหวิชาชีพ (นักกำหนดอาหาร เภสัชกร ศัลยแพทย์วางสาย อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ)

๕๕.๔.๒ การให้บริการ เช่น การอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถล้างไตแบบบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) ที่บ้านด้วยตนเอง เช่น ระบบ Call center ความรู้ด้าน Clinic หรือ Technique การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ช่างเทคนิค เพื่อให้บริการ

๕๕.๔.๓ ระบบการจัดส่งน้ำยาล้างไตและเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติ
ไปที่บ้านผู้ป่วย

๕๕.๔.๔ ระบบการติดตามผลการรักษาและประเมินผล

ข้อ ๕๖ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดทำ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๑๐

หมวด ๕

รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๕๗ ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๐๗๑.๔๗๔๘ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

| ประเภทบริการ | จำนวนเงิน (ล้านบาท) |
|--|---------------------|
| ๑ การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) | ๙๙๗.๘๔๘๘ |
| ๒ การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน | ๗๓.๖๒๖๐ |
| รวม | ๑,๐๗๑.๔๗๔๘ |

ส่วนที่ ๑

บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อ ๕๘ ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน ๙๙๗.๘๔๘๘ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐาน โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ยังคงเน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational (preexisting) diabetes mellitus) ซึ่งจะช่วยชะลอไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๕๙ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ดังนี้

๕๙.๑ ไม่เกิน ๙๐.๘๘๐๐ ล้านบาท บริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (Gestational diabetes mellitus : GDM) และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational (preexisting) diabetes mellitus) ทั้งนี้ อาจจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับค่าวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๕๙.๒ ไม่น้อยกว่า ๙๐๖.๙๖๘๘ ล้านบาท บริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๕๙.๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕๙.๑ และข้อ ๕๙.๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๖๐ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๖๑ ให้ สปสช. จัดระบบการกำกับติดตามให้เน้นการบริการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ บริการดูแลกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (Gestational diabetes mellitus : GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์และการตรวจหลังคลอด และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational (preexisting) diabetes mellitus) ตามแนวทางราชวิทยาลัยสมาคมที่เกี่ยวข้อง และให้มีกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการและภาคประชาชน

ส่วนที่ ๒ การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ข้อ ๖๒ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน ๗๓.๖๒๖๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๖๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ตามผลงานบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

หมวด ๖ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อ ๖๔ เงินค่าใช้จ่าย จำนวน ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ก้นดาร์และพื้นที่เสี่ยงภัยพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สช.

ข้อ ๖๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สช. และ สปสช. และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕

หมวด ๗ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อ ๖๖ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน ๑,๒๖๕.๖๔๖๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบจ่ายแบบเหมาจ่าย ๖,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี โดยโอนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล ดังนี้

๖๖.๑ พื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่

๖๖.๒ พื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

หมวด ๘

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

ข้อ ๖๗ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ จะเป็นการสนับสนุน ให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช. (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ เพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการและในชุมชนทั้งในเขตพื้นที่และนอกเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากหน่วยบริการ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ

ข้อ ๖๘ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการ ระดับปฐมภูมิ ดังนี้

๖๘.๑ จำนวน ๑๒๗.๒๖๐๐ ล้านบาท สำหรับบริการระดับปฐมภูมิ

๖๘.๑.๑ จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ ประจำครอบครัว ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดโดยคำแนะนำหรือ ความเห็นของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

๖๘.๑.๒ จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๖๘.๒ จำนวน ๑๐.๒๔๐๐ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการ เป็นค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยบริการ รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม รวมทั้งรูปแบบที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ด้วยตนเอง ตามรายการบริการและหรือเหมาจ่าย หรือจ่ายเป็นยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๖๘.๓ จำนวน ๓๒.๘๖๐๐ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน ตามจำนวนผลงานบริการ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๖๘.๔ จำนวน ๑๔.๔๗๔๓ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการสาธารณสุข ระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine) ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานการบริการ ที่สภาวิชาชีพหรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยหน่วยบริการมีระบบในการพิสูจน์ตัวตน โดยจ่าย ตามรายการบริการ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๖๘.๕ จำนวน ๒.๐๐๐๐ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้แก่ผู้มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายตามรายการบริการ หรือจ่ายเป็นยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ให้เป็นไป ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๖๘.๖ จำนวน ๒.๐๒๐๐ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกหน่วยบริการ ครอบคลุมบริการเจาะเลือด การเก็บตัวอย่าง การขนส่งตัวอย่าง ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๖๙ ให้ สปสช. เขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้หน่วยบริการ มีการบูรณาการกลไกการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (พชข.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการบูรณาการ งบประมาณประเภทบริการต่าง ๆ หรือจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยคำนึงถึง ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการ

ข้อ ๗๐ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๖๘.๑ ถึงข้อ ๖๘.๖ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

หมวด ๙

ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๗๑ ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๒,๗๗๒.๐๐๐๐ ล้านบาท สำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้กับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในรูปแบบความร่วมมือกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับ กลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น พชอ. หรือ พชข. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในระดับพื้นที่ ตามประเด็นสุขภาพกลุ่มเน้นหนัก และตามกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินงานและบริหาร จัดการให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ ๗๒ หลักเกณฑ์...

ข้อ ๗๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นไปตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามเป้าหมายผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับงบประมาณบริหารเป็นการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ เป็นตัวแทนในการคำนวณจัดสรร ทั้งนี้ สปสช. จะจัดสรรเมื่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้อนุมัติ แผนการเงินประจำปี โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสช. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ ดังนี้

๗๒.๑ พื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

๗๒.๒ พื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๗๓ เมื่อจัดสรรงบประมาณตามข้อ ๗๒ แล้วหากมีเงินเหลือ และพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับเงินสนับสนุนในการดำเนินงานไม่เพียงพอและมีความประสงค์ขอรับค่าบริการเพิ่มเติมตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่เป็นปัญหาในระดับพื้นที่หรือตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. เขต อาจพิจารณาจัดสรรเพิ่มให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้ โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสช. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่

หมวด ๑๐

ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

ข้อ ๗๔ ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เป็นไปตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบ

ข้อ ๗๕ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามข้อ ๕๖ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อดำเนินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๗๖ การจ่าย...

ข้อ ๗๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ดังนี้

๗๖.๑ จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงิน การจัดหา เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

๗๖.๒ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นค่าชดเชยค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่ม จากผู้ป่วย

ข้อ ๗๗ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงิน การจัดหา ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้มีกลไกร่วมระหว่าง องค์การเภสัชกรรม และคณะทำงานกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขภายใต้คณะกรรมการกำหนด หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการพิจารณาราคาที่เหมาะสม ก่อนเสนอแผน การจัดหาต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบ

ข้อ ๗๘ กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

๗๘.๑ หากมีเงินเหลือหรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ออปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๗๘.๒ หากไม่มีการจัดหาอีกให้ส่งเงินคืนกองทุนพร้อมดอกผล (ถ้ามี)

๗๘.๓ หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณ ที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน เพื่อให้ สปสช. รวบรวม ข้อมูลเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อ ๗๙ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหาร จัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษอย่างน้อยทุกไตรมาส

หมวด ๑๑

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อ ๘๐ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ รวมกรณีผลกระทบจากการรับบริการวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 โดยหลักเกณฑ์การจ่าย เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๘๑ เป็นเงิน...

ข้อ ๘๑ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมกรณีผู้ให้บริการติดเชื้อโควิด 19 จากการให้บริการผู้ป่วย โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

หมวด ๑๒

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๘๒ เป็นค่าใช้จ่ายการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ให้โดยตรงแก่ บุคคล กลุ่มบุคคล หรือครอบครัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ประเภท และขอบเขตของบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๓๒๒.๕๖๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ (บาทต่อคน)

ข้อ ๘๓ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภท บริการย่อย ๓ รายการ ดังนี้

๘๓.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

๘๓.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัด

๘๓.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

ข้อ ๘๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ จำนวน ๒๖.๗๕๐๐ บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

๘๔.๑ ค่าวัคซีนต่าง ๆ ดังนี้

๘๔.๑.๑ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ

๘๔.๑.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลสำหรับกลุ่มเป้าหมาย

เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๒ ปี ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ ๑๐๐ กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๘๔.๑.๓ ค่าวัคซีน...

- ๘๔.๑.๓ ค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับกลุ่มเป้าหมายตามที่ สปสช. กำหนด
- ๘๔.๑.๔ ค่าวัคซีนป้องกันโรคท้องร่วง สำหรับกลุ่มเป้าหมายตามที่ สปสช. กำหนด
- ๘๔.๒ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวัง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยจ่าย
ให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์ จัดหา หรืออาจทำในรูปแบบ
อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ
- ๘๔.๓ ค่ายาสำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
- ๘๔.๔ โครงการเพิ่มความสะดวกรวดและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
โดยหน่วยบริการ ได้แก่ บริการรณรงค์อนามัย บริการสายด่วนสุขภาพจิต บริการสายด่วนเลิกบุหรี่
- ๘๔.๕ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่าย
เป็นไปตามหมวด ๑๐

ข้อ ๘๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่
ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัด จำนวนไม่เกิน ๔ บาทต่อคน จ่ายตามโครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัดตามความจำเป็น
ทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึง
บริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ
และเงื่อนไขที่ สปสช.

๘๕.๑ จ่ายให้หน่วยบริการและหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบ
แห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ
สาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม
พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน
การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม
การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

๘๕.๒ ให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไกการอนุมัติ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
ของทุกโครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณตามที่กำหนด โดยให้มี
กระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับเขตพื้นที่

ข้อ ๘๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการ
พื้นฐาน จำนวน ๒๙๑.๘๑๐๐ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับบริการ
ในหน่วยบริการ และหรือนอกหน่วยบริการ โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๘๖.๑ จำนวน ๕๙.๔๙๐๐ บาทต่อคน จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)
โดยกำหนดรายการบริการ (Fee Schedule) และอัตราการจ่ายในแต่ละรายการให้เป็นมาตรฐานเดียว
ทั้งประเทศ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็น
ของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

๘๖.๒ จำนวน ๒๓๒.๓๒๐๐ บาทต่อคน เป็นการจ่ายสำหรับบริการพื้นฐาน รวมบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดทุกราย บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ ๔ ถึง ๑๒ ปี การเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ ๖ ถึง ๑๒ ปี) บริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B envelop antigen : HBeAg) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface Antigen : HBsAg) เป็นบวก และบริการคัดกรองโรคโควิด 19 และค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ดังนี้

๘๖.๒.๑ ร้อยละ ๖๕ ให้จ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยเพิ่มหรือลดไม่เกินร้อยละ ๑๐

๘๖.๒.๒ ร้อยละ ๓๕ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนด โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๔ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ หรือที่เป็นปัจจุบัน

๘๖.๓ การจ่ายตามข้อ ๘๖.๒.๑ สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สปสช. จะปรับการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้ จะดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ สำหรับผู้มีสิทธิในกรณีอื่น ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสช. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ ทั้งนี้ ให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไก มาตรการในกำกับติดตาม เพื่อให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการและไม่ถูกเรียกเก็บเงิน

๘๖.๔ กรณีที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่ โดยคำนึงถึงการส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ การจ่ายตามข้อ ๘๖.๑ และข้อ ๘๖.๒ ให้ปรับสัดส่วนจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อคน หรือการจ่ายตามผลงานบริการ หรือทั้งสองกรณี รวมทั้งกำหนดให้มีการจ่ายตามรายการบริการให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสช. ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่

ข้อ ๘๗ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๘๘ การบริหารจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๘๙ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ ๘๔ ถึงข้อ ๘๖ ได้ตามจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๙๐ เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหมวดนี้แล้ว รายการบริการ ซึ่งกำหนดให้จ่ายตามผลงานบริการหรือจ่ายตามรายการบริการ หากมีเงินเหลือหรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใด ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ