

**กรอบหลักเกณฑ์การบริหารงบประมาณและแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์  
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

หลักเกณฑ์การบริหารงบประมาณและแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามมติคณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

**๑. จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนผู้มีสิทธิ ร้อยละ ๕๐ ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรร** ครอบคลุมบริการ

- ๑.๑ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)
- ๑.๒ กรณีผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย
  - ผู้ป่วยนอกกรณีทั่วไป (OP Normal) ในเขตจังหวัด
  - ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (OP AE) ในเขตจังหวัด
  - ผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) ทั้งในและนอกเขตจังหวัด

ตามจำนวนผู้มีสิทธิ ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

**๒. จัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ให้กับกองเศรษฐกิกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรร** สำหรับจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้กับหน่วยบริการที่ได้ให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยกำหนดวงเงินเป็นรายไตรมาส ดังนี้

- ไตรมาส ๑ ร้อยละ ๒๕
- ไตรมาส ๒ ร้อยละ ๒๕
- ไตรมาส ๓ ร้อยละ ๒๕
- ไตรมาส ๔ ร้อยละ ๒๕

บริหารจัดการในแต่ละไตรมาส และสามารถปรับเกลี่ยตามวงเงินที่ได้รับการจัดสรร (Global Budget)

**กำหนดการส่งข้อมูล**

กรณีผู้ป่วยนอก ส่งข้อมูลหลังการรับบริการ (Visited) และผู้ป่วยในส่งข้อมูลหลังผู้ป่วยจำหน่าย (Discharge) ไม่เกิน ๓๐ วัน

**กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน** ส่งข้อมูลล่าช้ากว่ากำหนด

- ๓๑ - ๖๐ วัน ปรับลดอัตราการจ่ายชดเชยร้อยละ ๕
- ๖๑ - ๙๐ วัน ปรับลดอัตราการจ่ายชดเชยร้อยละ ๑๐
- ๙๑ วัน ขึ้นไป ปรับลดอัตราการจ่ายชดเชยร้อยละ ๒๐

ข้อมูลการรักษากรณีผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเข้าระบบภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑ หลังจากนั้นถือเป็นการส่งข้อมูลล่าช้า ปรับลดอัตราการจ่ายชดเชยตามที่กำหนด

ข้อมูลการรักษากรณีผู้ป่วยในส่งตามหลักเกณฑ์เดิม  
หน่วยบริการที่ได้ให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายที่มีสิทธิแล้ว ขอให้เก็บเอกสาร/หลักฐานการให้บริการทางการแพทย์ไว้ที่สถานพยาบาลสำหรับการตรวจสอบภายหลัง ยกเว้น การขอตรวจสอบเป็นกรณีเฉพาะราย และส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ตรงกับหลักเกณฑ์/เงื่อนไขที่จะเบิกจ่ายจากส่วนกลาง ทางโปรแกรม E Claim เว็บไซต์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ <http://state.cfo.in.th/> ครอบคลุมบริการ ดังนี้

## ๒.๑ ผู้ป่วยนอก

๒.๑.๑ ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (OPAE) นอกเขตจังหวัด

๒.๑.๒ ผู้ป่วยนอกกรณีรับการตรวจวินิจฉัย (Investigate)

๒.๑.๓ ผู้ป่วยนอกกรณีรักษาโรคมะเร็งที่ได้รับการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) และการฉายรังสีรักษา (Radiotherapy)

๒.๑.๔ บริการผู้ป่วยนอกกรณีการให้ยารักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือ ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

๒.๑.๕ ผู้ป่วยนอกกรณีไตวายเรื้อรังล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)

๒.๑.๖ ผู้ป่วยนอกล้างไต/ฟอกเลือดกรณีไตวายเรื้อรัง (Peritoneal dialysis and Hemodialysis)

๒.๑.๗ ผู้ป่วยนอกกรณีใช้อุปกรณ์และ/หรืออวัยวะเทียม (Instruments)

๒.๑.๘ ค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยนอก

## ๒.๒ ผู้ป่วยใน

๒.๒.๑ ผู้ป่วยในกรณีทั่วไป (IP Normal)

๒.๒.๒ ผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (IP AE)

๒.๒.๓ ผู้ป่วยในกรณีส่งต่อ (IP Refer)

๒.๒.๔ ผู้ป่วยในกรณีรักษาโรคมะเร็งที่ได้รับการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) **ไม่รวมการฉายรังสี**๒.๒.๕ ผู้ป่วยในกรณีไตวายเรื้อรังล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) **ไม่รวม****ไตวายเฉียบพลัน**

๒.๒.๖ ผู้ป่วยในล้างไต/ฟอกเลือดกรณีไตวายเรื้อรัง (Peritoneal dialysis and Hemodialysis)

**ไม่รวมไตวายเฉียบพลัน**

๒.๒.๗ ผู้ป่วยในกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการห่อผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่

๒.๒.๘ การให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track)

๒.๒.๙ การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)

๒.๒.๑๐ ผู้ป่วยในกรณีใช้อุปกรณ์และ/หรืออวัยวะเทียม (Instruments)

๒.๒.๑๑ ค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยใน

๒.๒.๑๒ กรณีภาวะฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patient: UCEP)

**รายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจากกองทุนสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ****: รายการเพิ่มเติม**

๑. การรักษาโรคมะเร็งทั่วไป (นอกเหนือ ๑๑ ชนิด)
๒. การรักษาโรคมะเร็ง แต่ไม่รักษาตามโปรโตคอล
๓. รายการยา ๒ Antithymocyte Globulin Injection ๒๕ mg/๕ml
๔. ยาด้านพิษ
๕. ยารักษาโรคฮีโมฟีเลีย (Factor VIII / Factor IX ) กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
๖. การทำเส้นสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular Access) ชนิด Arterovenous fistula (AVF)
๗. การทำเส้นสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular Access) ชนิด Arterovenous graft (AVG)
๘. การทำเส้นสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular Access) ชนิด Tempolary double lumen catheter (TDC)

๙. ค่าซ่อมเส้น (AVF, AVG)

๑๐. รายการ Quinton Curl Cath Peritoneal Catheters ๕๗ cm

๑๑. รายการ Quinton Curl Cath Peritoneal Catheters Kits ๕๗ cm

๑๐. ค่าพาหนะในการส่งต่อทางอากาศ

๑๑. ภาวะฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

รายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  
: รายการเปลี่ยนแปลง

ลำดับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
๑	รายการยาโรคไต Hypercrit (Hemax) Hct <= ๓๐% (ไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง	Hypercrit (Hemax) จ่ายไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน ราคา ๒๔๐ บาท/ครั้ง
๒	- Espogen Hct >= ๓๐% (ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง - Espogen Hct <= ๓๐% (ไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง	Espogen จ่ายไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน ราคา ๒๔๐ บาท/ครั้ง
๓	- Epokine ระดับ Hct >= ๓๐% (ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง - Epokine Hct <= ๓๐% (ไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง	Epokine จ่ายไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน ราคา ๒๔๐ บาท/ครั้ง
๔	- Eporon ระดับ Hct >= ๓๐% (ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง - Eporon Hct <= ๓๐% (ไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง	Eporon จ่ายไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน ราคา ๒๔๐ บาท/ครั้ง
๕	- Erytrogen ระดับ Hct >= ๓๐% (ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง - Erytrogen Hct <= ๓๐% (ไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง	Erytrogen จ่ายไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน ราคา ๒๔๐ บาท/ครั้ง
๖	- Renogen ระดับ Hct >= ๓๐% (ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง - Renogen Hct <= ๓๐% (ไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง	Renogen จ่ายไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน ราคา ๒๔๐ บาท/ครั้ง
๗	- Epiao ระดับ Hct >= ๓๐% (ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง - Epiao Hct <= ๓๐% (ไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง	Epiao จ่ายไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน ราคา ๒๔๐ บาท/ครั้ง
๘	- Biogetin Hct >= ๓๐% (ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง - Biogetin Hct <= ๓๐% (ไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน) ราคา ๓๕๐ บาท/ครั้ง	Biogetin จ่ายไม่เกิน ๘ ครั้งต่อเดือน ราคา ๒๔๐ บาท/ครั้ง

ลำดับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
๙	รายการ lab สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี - CBC ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง - CBC ผู้ติดเชื้ออายุมากกว่า ๓๕ ปี และมีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง	ปรับเป็นรายการเดียว ตรวจ CBC สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒๕ บาทต่อครั้ง
๑๐	- Chol ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง - Chol ผู้ติดเชื้ออายุมากกว่า ๓๕ ปี และมีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง	ปรับเป็นรายการเดียว ตรวจ Chol ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒๕ บาทต่อครั้ง
๑๑	- Cr ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง - Cr ผู้ติดเชื้ออายุมากกว่า ๓๕ ปี และมีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง	ปรับเป็นรายการเดียว ตรวจ Cr ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒๕ บาทต่อครั้ง
๑๒	- FBS ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง - FBS ผู้ติดเชื้ออายุมากกว่า ๓๕ ปี และมีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง	ปรับเป็นรายการเดียว ตรวจ FBS ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒๕ บาทต่อครั้ง
๑๓	- SGPT/ALT ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง - SGPT/ALT ผู้ติดเชื้ออายุมากกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง	ปรับเป็นรายการเดียว ตรวจ SGPT/ALT ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒๕ บาทต่อครั้ง
๑๔	- TG ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง - TG ผู้ติดเชื้ออายุมากกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว ๒๕ บาทต่อครั้ง	ปรับเป็นรายการเดียว ตรวจ TG ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒๕ บาทต่อครั้ง
๑๕	น้ำตาลในไตฤกษ์ ๑๕๐ บาท จ่ายไม่เกิน ๑๕๐ ถุง/เดือน	ฤกษ์ ๑๒๐ บาท จ่ายไม่เกิน ๑๕๐ ถุง/เดือน

#### รายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายจากส่วนกลาง: รายการตัดออก

เนื่องจากเป็นรายการซ้ำซ้อนกับรายการผู้ป่วยในทั่วไป/กรณีส่งต่อ/กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

- ๑) การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองด้วยการผ่าตัดสมอง (Head injury with craniotomy) (๙,๖๐๐/adj.rw)
- ๒) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด(Open heart Surgery) (๙,๖๐๐/adj.rw)
- ๓) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass) (๙,๖๐๐/adj.rw)
- ๔) การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้บอลลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty) (๙,๖๐๐/adj.rw)
- ๕) การรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน (Balloon)/การแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวกรอ (๙,๖๐๐/adj.AdjRw)
- ๖) ค่ายาในการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (๙,๖๐๐/adj.rw)
- ๗) เด็กแรกเกิดที่มีภาวะผิดปกติ นับตั้งแต่วินิจฉัยจนถึง ๒๘ วัน (๙,๖๐๐/adj.rw)

๘) การให้รังสีรักษา (Radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (๙,๖ ๐๐/adj.AdjRw)

๙) การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcus Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV สำหรับผู้ป่วยใน

๑๐) ฟีดยา Ganciclovir เข้าที่วีเทรียส กรณี CMV Retinitis ทุก ๑ และ ๒ สัปดาห์ อยู่ในบหม่าจ่ายรายหัว

๑๑) ยารักษาวัณโรค การตรวจเอ็กซเรย์ปอด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อยู่ในบหม่าจ่ายรายหัว

สำหรับรายการเคลมที่ส่งเข้าระบบแล้ว และตรงกับรายการที่ตัดออกของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพจะดำเนินการให้สอดคล้องกับรายการเคลมใหม่ต่อไป

#### การเกิดสิทธิกรณีเปลี่ยนหน่วยบริการ

เปลี่ยนหน่วยบริการประจำวันที่ ๑ - ๑๕ จะเกิดสิทธิวันที่ ๑๖ ของเดือน

เปลี่ยนหน่วยบริการประจำวันที่ ๑๖ - ๓๑ จะเกิดสิทธิวันที่ ๑ ของเดือนถัดไป

#### **การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของส่วนกลาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

๑. ตอบกลับผลการตรวจสอบเคลม (REP) ภายในวันที่ ๓๐ ของเดือนถัดไป

๒. กำหนดการออก Statement (รายงานผลการตรวจสอบการขอเบิกชดเชย) ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป

๓. กำหนดจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ภายใน ๑๕ วันหลังออก Statement

“ระยะเวลาสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม”

**หนังสือนำส่งและรายละเอียดแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์อยู่ระหว่างการจัดทำรายละเอียดให้สมบูรณ์**