



(ร่าง) หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นที่มีเหตุสมควร
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

- รมว.มีนโยบายยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบในหลักการนโยบายยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 4 เรื่อง
 - 1) ประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับบริการกับหมอประจำครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ (เขตพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขต 7,8,9,10 และกรุงเทพฯ เขต 13)
 - 2) ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว (เขต 9 และเขต 13)
 - 3) โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (ทั่วประเทศ)
 - 4) ย้ายหน่วยบริการ ได้สิทธิทันที ไม่ต้องรอ 15 วัน (ทั่วประเทศ)
- ประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ส่วนที่ 3 บริการกรณีเฉพาะ
 - ข้อ 32.4 กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นที่มีเหตุสมควร นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง จ่ายให้หน่วยบริการด้วยระบบ Point system ของรายการที่กำหนด (Fee schedule) หรือหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

การดำเนินงาน

- สปสช.ออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรและอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ ขยายการเข้ารับบริการในเขตพื้นที่อื่นๆ ได้แก่ เขต 1,2,3,4,5,6,11 และ 12 โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค.65 สำหรับ

“การเข้ารับบริการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นนอกจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่ รวมถึงการใช้สิทธิของบุคคลซึ่งลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำนอกเขตพื้นที่ซึ่งมีรอยต่อกับเขตพื้นที่ดังกล่าว ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร”

หลักการสำคัญ

1. การใช้บริการ : เป็นการใช้บริการ OP ที่มีเหตุสมควร และจำเป็นต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่น (ที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของตนเอง)
2. ประเภทบริการ : เป็นบริการระดับปฐมภูมิ
3. การเข้ารับบริการของประชาชน และอัตราจ่าย : จ่ายตามระบบ point system with GB
 - 3.1 ในจังหวัด : เข้ารับบริการยัง รพศ./รพท./รพ.ที่มีศักยภาพเทียบเท่า (ตามรายชื่อที่กำหนด) จ่ายตาม Fee schedule
 - 3.2 ข้ามจังหวัด/ข้ามเขต
 - หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (ที่ไม่มีแพทย์ประจำ) จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท/ครั้ง
 - หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (มีแพทย์ประจำปฏิบัติงาน 5 วันต่อสัปดาห์) จ่ายตาม Fee schedule
 - หน่วยบริการระดับ รพช./รพศ./รพท./ รพ.ที่มีศักยภาพเทียบเท่า (ตามรายชื่อที่กำหนด) จ่ายตาม Fee schedule

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นที่มีเหตุสมควร

การรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร

ในจังหวัด

รพ.สต./
รพช.

1

- จ่ายตามราคาที่ตกลงกัน
- โดยให้ สสจ. ทำหน้าที่ในการ Clearing house

รพท./รพศ./รพ.ที่มี
ศักยภาพเทียบเท่า

กรณี walk in

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- รพ. ตามรายชื่อที่กำหนด
- จ่ายตาม Fee schedule และ Fee for service with point system

กรณี OP Refer/OPAE

- เบิกจ่ายตามราคาที่ตกลงกันในจังหวัด

ข้ามจังหวัดในเขต (ทุกระดับ)

2

กรณี walk in

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- ประถมภูมิ ที่ไม่มีแพทย์ประจำจ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท
- ประถมภูมิ ที่มีแพทย์ปฏิบัติงาน 5 วันต่อสัปดาห์ และหน่วยอื่นๆ จ่ายตามรายการ Fee schedule และ Fee for service with point system

กรณี OP Refer/OPAE

- เบิกตามเงื่อนไขระบบปกติ

* เฉพาะเขตพื้นที่รอยต่อ

ข้ามเขต * (ทุกระดับ)

3

กรณี walk in

- ใช้ระบบพิสูจน์ตัวตน
- ประถมภูมิ ที่ไม่มีแพทย์ประจำจ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท
- ประถมภูมิ ที่มีแพทย์ปฏิบัติงาน 5 วันต่อสัปดาห์ และหน่วยอื่นๆ จ่ายตามรายการ Fee schedule และ Fee for service with point system

กรณี OP Refer/OPAE

- เบิกตามเงื่อนไขระบบปกติ

กรณีข้ามเขตพื้นที่รอยต่อที่มีข้อตกลงเดิม ใช้เงื่อนไขตามข้อตกลงเดิม

ตัวอย่างบริการผู้ป่วยนอก กรณี Walk in



ยาหมดมาขอรับยาที่ไม่ใช่
รพ.ที่รักษาเป็นประจำ



ทันตกรรม (ทันตกรรมพื้นฐาน ถอน
อุด ชูดหินปูน และบริการที่ไม่เข้าข่าย
กองทุนย่อย)



ทำแผลต่อเนื้อง / ฉีดวัคซีน



เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ไข้หวัด
ปวดท้อง เคืองตา ฯลฯ ที่ไม่เข้าเกณฑ์
ค่าบริการ OP Refer & OP AE

หมายเหตุ : การเบิก Walk in ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายที่มีในกองทุนอื่น เช่น TB, มะเร็ง, ไตวายเรื้อรัง

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการ

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ UC ที่เข้ารับบริการประเภทประเภทผู้ป่วยนอก กรณีที่มีเหตุสมควร ที่เข้ารับบริการนอกหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย โดยไม่มีหนังสือส่งตัว ประกอบด้วย
 - 1.1 ภายในจังหวัด เป็นการเข้ารับบริการยัง รพท./รพศ./รพ.ที่มีศักยภาพเทียบเท่า (ตามรายชื่อที่กำหนด)
อัตราการจ่าย สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราที่ สปสช.กำหนด (Fee Schedule)และตามราคาเรียกเก็บ (Fee for service) ด้วยระบบ Point system with Global budget
 - 1.2 ข้ามจังหวัด และข้ามเขต
อัตราการจ่าย
 - 1) หน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย
 - 1.1 กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ สปสช.จ่ายค่าใช้จ่าย ตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้งบริการ
 - 1.2 กรณีหน่วยบริการมีแพทย์ประจำ สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราที่สปสช.กำหนด (Fee Schedule) และตามราคาเรียกเก็บ (Fee for service) ด้วยระบบ Point system with Global budget
 - 2) การใช้บริการในหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย นอกเหนือจากข้อ 1) สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราที่สปสช.กำหนด (Fee Schedule) และตามราคาเรียกเก็บ (Fee for service) ด้วยระบบ Point system with Global budget
2. หน่วยบริการที่ให้บริการใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ ด้วยบัตร Smart card หรือตามแนวทางที่กำหนด โดยส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim
3. มีผลตั้งแต่การให้บริการวันที่ 1 มกราคม 2565

Thank You



ขอบคุณรวมเครือข่าย...หากทลายเพียงหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่าย
กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2565 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการฝากครรภ์

บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
แว่นตาสำหรับเด็กที่มีปัญหาสายตาสั้นผิดปกติ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์การจ่าย : บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รายการ	หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี
2. การบริการ	<ul style="list-style-type: none"> เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง หน่วยบริการสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้
4. หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ	<ol style="list-style-type: none"> หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่ดำเนินการอยู่แล้ว กรณีผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ <ol style="list-style-type: none"> ตรวจด้วยวิธี Pap smear และผลผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ non 16/18 ให้ตรวจด้วย วิธี Liquid based cytology และหากผลการตรวจผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และ ตรวจทางพยาธิวิทยา

หลักเกณฑ์การจ่าย : บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รายการ	หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ	
4. หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ (ต่อ)	3. บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA 4. บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test ก. บริการเก็บตัวอย่าง ข. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการจัดการ - กรณีใช้น้ำยาตรวจสายพันธุ์ 16,18 และสายพันธุ์อื่นๆ (HPV 16,18 and other types) - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดจำแนก 14 สายพันธุ์ ขึ้นไป (HPV 14 high risk types) 5. บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology 6. บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 280 บาทต่อครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 370 บาทต่อครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง
5. การส่งข้อมูล และรอบการจ่าย	ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ของ สปสช. (http://eclaim.nhso.go.th) ประมวลผลการจ่ายผ่านระบบ e-Claim Seamless ทุก 15 วัน	

หลักเกณฑ์การจ่าย : บริการฝากครรภ์

รายการ	หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none">• หญิงไทยตั้งครรภ์ทุกคน• มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ
2. การบริการ	<ul style="list-style-type: none">• เป็นบริการฝากครรภ์• หน่วยบริการสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้
4. หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ	<ol style="list-style-type: none">1. ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานสำหรับบริการฝากครรภ์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข และตามมาตรฐานการดูแลของกรมวิชาการ2. การให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ เป็นการให้บริการโดยทันตแพทย์ ยกเว้นในหน่วยบริการภาครัฐสามารถดำเนินการโดยทันตภิบาลได้ โดยทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแล3. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง ครั้งที่ 9 ขึ้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาจ่าย4. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์ โดยต้องตรวจครบตามรายการที่กำหนด ได้แก่ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)

หลักเกณฑ์การจ่าย : บริการฝากครรภ์

รายการ	หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ
4. หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ (ต่อ)	<p>5. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ การตรวจ VDRL และ HIV Antibody โดยตรวจเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด</p> <p>6. บริการตรวจอัลตราซาวด์ เหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>7. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน เหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>การให้บริการทั้ง 2 กิจกรรม อาจไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกัน</p> <p>เริ่มใช้วันที่ 1 ธันวาคม 2565</p>
5. การส่งข้อมูลและรอบการจ่าย	<p>ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ของ สปสช. (http://eclaim.nhso.go.th)</p> <p>ประมวลผลการจ่ายผ่านระบบ e-Claim Seamless ทุก 15 วัน</p>

หลักเกณฑ์การจ่าย : แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ

รายการ	หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คนละไม่เกิน 1 อันต่อปี
2. การบริการ	เป็นบริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ โดยการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย ให้แว่นตาสำหรับเด็ก
3. หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ โดยให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจคัดกรองในเด็ก 2. การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์ นักทัศนมาตร และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 3. การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน
4. หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตราอันละ 600 บาท 2. เลนส์สายตาสั้นผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาสั้นผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา อันละ 600 บาท
5. การส่งข้อมูลและรอบการจ่าย	<p>ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ของ สปสช. (http://eclaim.nhso.go.th)</p> <p>ประมวลผลการจ่ายผ่านระบบ e-Claim Seamless ทุก 15 วัน</p>

Thank You



ตลอดรวมเคืองช่วย...ทตาททตาทเพื่อทหนึ่งเตียว :
รวมพลังสร้างสรรค้ทตักประกันสุขภาพที่ยังยืน