สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือ
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข



ปีงบประมาณ
2564

คู่มือ
แนวทางปฏิบัติ ในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ
2564

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

ISBN **978-616-490-040-0**

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2563

จำนวน 4,500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2, 3, 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730
www.nhso.go.th

ออกแบบ นายจิรวรรตน์ อมรเลิศพิศาล

พิมพ์ที่ **หจก. แสงจันทร์การพิมพ์**
188/4-5 ถนนเจริญกรุง 67
แขวงยานนาวา เขตสาทร
กรุงเทพมหานคร 10120
โทร. 02-211-4058, 02-211-7526

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการ/สถานบริการ/สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตลอดจนเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอรับค่าใช้จ่ายในกรณีต่างๆ ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่นที่ สปสช.ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ

สปสช.หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ได้รับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

หน้า

คำนำ

บทนำ **บททั่วไป** 1

บทที่ 1 **แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป**

- ขอบเขตบริการ 12
- เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข 12

บทที่ 2 **แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยในทั่วไป**

- ขอบเขตบริการ 16
- การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ 17
- การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน 17
- การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ 18
- การเข้ารับบริการของทหารผ่านศึกและคนพิการ 20
- การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ 21
- การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (สถานบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 22
- การเข้ารับบริการในกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ) 29
- กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว 30
- การเข้ารับบริการกรณีเด็กแรกเกิดทั้งเด็กปกติ เด็กแรกเกิดที่ป่วยและเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม 31
- กรณีบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery : ODS) 32
- บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) 48
- เงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต 53
- กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) 53

บทที่ 3 **แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการกรณีเฉพาะ**

- บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) 57
- การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น 62

สารบัญ

- การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัดและบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด (OP Refer) 62
- ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย 69
- การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ 71
- การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ 73
- กรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด 73
- โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track) 75
- การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง 76
- การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม 86
- การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดทันตกรรมจัดฟันและผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Clef lip cleft palate) 88
- ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ 94
- รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) 96
- การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด 99
- การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 102
- การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) 103
- การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา 104
- การผ่าตัดปลูกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ 104
- ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) 122
- การจ่ายกรณียาจำเป็น และยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชย ยาที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 123
- ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) 123
- ยากำพร้า 126
- การจ่ายชดเชยค่ายา Clopidogrel 130

สารบัญ

- การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย 131
- การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย 139
- การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค 143
- บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน 164
- การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก (Rare diseases) 169

บทที่ 4 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- บริการวัคซีนป้องกันโรค 182
- ค่าบริการให้เด็กที่มีผลการตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง 184
- ค่ายามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+Mifepristone 200 mg combination pack สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 185
- บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 186
- บริการฝากครรภ์ (ANC) 189
- การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ 193
- การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ 194
- การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด 196
- บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 198
- บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 199
- บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 201
- บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน อายุ 4-12 ปี 202

บทที่ 5 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

- การสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด 207
- การสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : จังหวัดที่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด 211

สารบัญ

บทที่ 6 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการแพทย์แผนไทย

- กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ 214
- การบริหารจัดการ 215

บทที่ 7 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

- แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย 236

บทที่ 8 บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย 242

บทที่ 9 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- แนวทางการบริหารจัดการ 246
- หลักเกณฑ์การคำนวณวงเงิน และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย 247
- การบริหารจัดการเงินกันแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) 250

บทที่ 10 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

- เงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย 252

บทที่ 11 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ด้านเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS)

- บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 258
- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ 263
- การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 265
- บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing : VCT) 266
- ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันและการติดเชื้อเอชไอวี 266
- ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง การให้คำปรึกษา และถุงยางอนามัย 269
- บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา 270
- การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี Hepatitis C Virus : HCV 272
- คุณสมบัติของหน่วยที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และตรวจคัดกรองและยืนยันไวรัสตับอักเสบซี 275
- กระบวนการและเกณฑ์การประมวลผลข้อมูลบริการเพื่อชดเชยค่าบริการ 277

สารบัญ

บทที่ 12 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

- ขอบเขตบริการ 280
- เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 281
- การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 302

บทที่ 13 การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

- การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 306

บทที่ 14 การบริหารค่าใช้จ่ายการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

- ขอบเขตบริการ 312
- คุณสมบัติของหน่วยบริการ 312
- การคำนวณและจัดสรรเป้าหมาย 313
- การจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ 313
- การบันทึกข้อมูล 315
- การกำกับ ติดตาม ประเมินผล 315

บทที่ 15 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย 318

บทที่ 16 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

- ขั้นตอนการดำเนินงาน LTC 320
- ขั้นตอนการประมวลผลและตรวจสอบข้อมูลเพื่อโอนงบค่าบริการฯ 322

บทที่ 17 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

- วัตถุประสงค์/เป้าหมาย 326
- แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย 326
- หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม 330
- หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์การจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน 336

สารบัญ

บทที่ 18 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID19))

- การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน) 339
- การให้บริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 344
- แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID19)) 349

บทที่ 19 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีสิทธิอื่น

- แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ 354
- แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 369
- แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลสิทธิประกันสังคม 384
- แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม 394

บทที่ 20 แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

- แนวคิด/หลักการ-เหตุผล 396
- วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน 396
- กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียน 397
- บทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบเวชระเบียน 399
- ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบและการอุทธรณ์ 400
- แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการ การจัดเตรียมเอกสารหรือหลักฐานเพื่อรับการตรวจสอบของ สปสช. 404
- แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. 407

สารบัญภาคผนวก

		หน้า
ภาคผนวก 1	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564	416
ภาคผนวก 2	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. 2562	452
ภาคผนวก 3	รหัสโรคตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์การจัดบริการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน	506
ภาคผนวก 4	แนวทางการประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่ให้บริการเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	523
ภาคผนวก 4.1	แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป กรณีให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ระดับ 1	528
ภาคผนวก 4.2	แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป กรณีให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ระดับ 2	532
ภาคผนวก 4.3	แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป กรณีให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ระดับ 3	537
ภาคผนวก 4.4	แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป กรณีให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	540
ภาคผนวก 4.5	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561	543
ภาคผนวก 4.6	รายการยา และยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	550
ภาคผนวก 4.7	ค่าสัดส่วนสำหรับคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor : CCUF) พ.ศ. 2562	555
ภาคผนวก 5	ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564	558

ภาคผนวก 5.1 ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP Refer) ประจำปีงบประมาณ 2564 559
ภาคผนวก 5.2 ปฏิทินการออก Statement สำหรับสิทธิข้าราชการ ปีงบประมาณ 2564 560
ภาคผนวก 6 รายการชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer (รายการที่กำหนดราคากลาง) 561
ภาคผนวก 7 แนวทางการบริหารและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกันค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 569
ภาคผนวก 8 แนวทางการบริหารจัดการยากำพร้ากลุ่ม Antidotes (เพิ่มเติม) ยา Botulinum antitoxin inj. และ Diphtheria antitoxin inj. 573
ภาคผนวก 9 รายละเอียดการให้วัคซีนและกลุ่มเป้าหมาย 578
ภาคผนวก 10 นิยามศัพท์ 582

บททั่วไป

หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

บทที่ 1 บททั่วไป

หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและสถานบริการ โดยมีสิ่งที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมกรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

2) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง เด็กแรกเกิดและผู้ที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน)

3) ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 3 เดือนเข้ารับบริการรักษาพยาบาล

4) ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนเข้ารับบริการคลอด

2) เงื่อนไขการเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ

การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิต้องเป็นไปตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดและผู้มีสิทธิต้องใช้สิทธิ ดังนี้

1) การเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการประจำ

2) การเข้ารับบริการจากหน่วยบริการอื่นกรณีที่หน่วยบริการประจำส่งต่อ

3) การรับบริการที่หน่วยบริการอื่นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ

3.1) ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้วรับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่จำกัดจำนวนครั้ง

3.2) ผู้มีสิทธิ UC ที่มีสิทธิย่อยเป็นทหารผ่านศึก หรือคนพิการ สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐได้ตามความจำเป็น

4) กรณีการเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น (สถานบริการเอกชน) ที่ไม่ได้เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เฉพาะกรณีที่มีเหตุสมควรกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามมาตรา 7 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยสถานบริการนั้นมีสิทธิขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ได้ตามแนวทางฯ และอัตราที่กำหนดตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการกรณีที่มีเหตุสมควรกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560

5) กรณีการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุจากรถ ให้ผู้มีสิทธิใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมจนครบวงเงินความคุ้มครองเบื้องต้นก่อน ทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

3) การให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เมื่อผู้มีสิทธิเข้ารับบริการในหน่วยบริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หน่วยบริการมีหน้าที่ในการตรวจสอบและจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1) ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยและให้คำแนะนำการใช้บริการตามสิทธิ

3.2) ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์และความจำเป็นทางการแพทย์หรือตามเงื่อนไขที่กำหนด

3.3) จัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ ตามที่ สปสช.กำหนด

3.4) ตรวจสอบข้อมูล และรายงานการจ่ายเงินตามรอบที่กำหนด

4) การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

4.1) การให้รหัสโรค ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2010 (ICD-10) ของ WHO ฉบับปี ค.ศ. 2010) และ ICD-10TM

หมายเหตุ *: รหัสโรคตาม ICD-10TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสที่มีการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 รองรับได้*

4.2) การให้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการ ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตามหนังสือ International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification 2010 Classification of Procedures (ICD-9CM ฉบับปี ค.ศ. 2010)

4.3) การส่งข้อมูล

4.3.1) หน่วยบริการต้องจัดทำบัญชีรายการยาของหน่วยบริการ (Drug catalogue) พร้อมทั้งปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และส่งมาเพื่อให้ สปสช. อนุมัติรายการยา สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการเบิกจ่าย

4.3.2) หากมีค่าใช้จ่ายในหมวดค่ายา หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการยาตามบัญชียา (Drug catalogue) ของหน่วยบริการ สำหรับการเบิกจ่ายกรณีที่ต้องมีการบันทึกรายการยามีดังต่อไปนี้

- กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอก
- กรณีรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลและมีการรักษาตามโปรโตคอลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- กรณีรักษาผู้ป่วยในที่มีการกำหนดการจ่ายเพิ่มเติม (Add on) รายการยาตามที่กำหนด
- กรณีอื่นๆ ตามที่ สปสช.กำหนด

4.3.3) การขอรับค่าใช้จ่ายในกรณีต่างๆ เช่น ค่ายา เป็นต้น ให้เป็นไปตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.3.4) การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ในรายการที่ สปสช. กำหนดอัตราจ่ายกลางให้หน่วยบริการเรียกเก็บได้ตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ส่วนรายการที่ สปสช. ยังไม่กำหนด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บตามระเบียบของหน่วยงานนั้นๆ

4.4) การนับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (LOS) การนับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลให้ใช้วันที่จำหน่าย (Discharge) ลบด้วยวันที่เข้ารับบริการ (Admission) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admit) น้อยกว่า 2 ชั่วโมงให้นับเป็นผู้ป่วยนอก ยกเว้นที่มีชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็นเสียชีวิต (Dead) หรือหนีกลับ (Escape) หรือส่งต่อ (Refer) หรือปฏิเสธการรักษา (Against Advice)

4.5) หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกก่อนและต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในเวลา 24 ชั่วโมง ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น ยกเว้นในบางกรณีที่เข้ารับบริการด้วยโรคอื่นๆ หรือกรณีกลับบ้านแล้วเกินกว่า 4 ชั่วโมงอาการไม่ดีขึ้นและกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยใน ในกรณีนี้ถือว่าเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.6) กรณีผู้ป่วยในที่ไม่อยู่ในหน่วยบริการมากกว่า 24 ชั่วโมงถือว่าเป็นการลากลับบ้าน (Leave day) ให้บันทึกจำนวน Leave day ตามข้อเท็จจริงของการ Admit ในครั้งนั้น

4.7) การคิดค่าใช้จ่ายในการให้บริการให้หน่วยบริการจัดทำข้อมูลตามมาตรฐานหมวดรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 19 หมวดรายการของ สปสช.

4.8) คำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) กรณีผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 (Thai DRGs version 5)

5) วิธีการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้ ดังนี้

5.1) การส่งข้อมูลในระบบโปรแกรมอิเลคทรอนิกส์ ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ตามที่ สปสช. กำหนด เช่น โปรแกรม DMIS หรือโปรแกรม e-Claim สำหรับข้อมูลที่ส่งในระบบโปรแกรม e-Claim เมื่อ สปสช. ทำการตรวจสอบและประมวลผลแล้วจะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์, พุธและศุกร์ ตัดยอดข้อมูลทุกวันสุดท้ายของเดือนและออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ตามวันที่กำหนด (รายละเอียดตามผนวก)

หมายเหตุ :

1) กรณีผู้ป่วยในจะแสดงอัตราจ่าย (Base Rate) หลังการประมวลผลและออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) แล้ว

2) กรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) แสดงสถานะ C ในรายงาน หรือ ถูกปฏิเสธการจ่าย (Deny) แสดงสถานะ D ในรายงาน หน่วยบริการสามารถแก้ไขให้ถูกต้องและส่งเข้ามาใหม่ได้ จนกว่าจะประมวลผลผ่าน A และออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ในรอบเดือนที่ข้อมูลนั้น ผ่าน A ซึ่งสามารถตรวจสอบการโอนเงินได้ทาง www.nhso.go.th เลือกหน่วยบริการ เลือก NHSO Budget ส่วนรายละเอียดตรวจสอบได้ที่ Website e-Claim โดยหน่วยบริการจะต้องจัดทำเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องเก็บรักษาไว้ ณ หน่วยบริการ

5.1.1) กรณีที่ สปสช.ขอตรวจสอบแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการจะถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการนั้น และสปสช.จะเรียกคืนค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ

5.1.2) กรณีที่ตรวจพบว่ามีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายที่ผิดปกติ สปสช. อาจปฏิเสธการจ่ายหรืออาจเรียกคืนในรายการที่ได้จ่ายชดเชยไปแล้ว หรือกรณีตรวจพบว่ามีการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน

5.2) การส่งข้อมูลในระบบเอกสาร ในระหว่างรอการพัฒนาระบบโปรแกรมอิเลคทรอนิกส์ให้หน่วยบริการส่งเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายฯตามแบบฟอร์มที่ สปสช. ที่กำหนด เช่น การขอรับค่าใช้จ่ายกรณี Maxillary Distractor ในการให้บริการผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ เป็นต้น

6) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยนอกหรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) กรณีผู้ป่วยในข้อมูลปีงบประมาณ 2564 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) โดยถือวันส่งข้อมูล (sent date) ภายในวันที่ 30 กันยายน 2565 (รายละเอียดตามปฏิทินการออก Statement ภาคผนวก 5) โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดนี้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย

7) ข้อมูลที่ส่งล่าช้ากว่ากำหนด

สปสช. กำหนดวันที่ส่งข้อมูลทันเวลา (PS=0) ไว้ที่ปฏิทินการออก Statement โดยกรณีที่ส่งข้อมูลไม่ทันเวลา จะคำนวณปรับลดอัตราการจ่ายสำหรับข้อมูลที่เรียกเก็บล่าช้ากว่าวันที่กำหนด ดังนี้

7.1) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

7.2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

7.3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายไม่เกินร้อยละ 80 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

8) การรับส่งต่อผู้ป่วย

การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นวิธีการที่ให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถหรือศักยภาพหน่วยบริการนั้นๆ จะต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่เหมาะสมเพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถกลับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการใกล้บ้านได้แล้วจะต้องมีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญของการรักษาพยาบาลรวมถึงข้อมูลด้านการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่เกิดจากการส่งต่อนั้นด้วย ดังนั้นข้อพึงปฏิบัติในการส่งตัวผู้ป่วยเป็นดังนี้

8.1) การส่งตัวผู้ป่วยเป็นไปตามกรอบแนวทางของการส่งเสริมการจัดระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพพื้นที่กำหนด

8.2) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยมีหน้าที่จัดทำหนังสือข้อมูลการส่งต่อและส่งไปพร้อมผู้ป่วยและให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตอบกลับเมื่อสิ้นสุดการรักษา ยกเว้นในเขตที่มีการพัฒนาระบบส่งต่อในโปรแกรมอิเลคทรอนิกส์ เช่น เขตกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

8.3) กรณีที่หน่วยบริการที่ส่งต่อไม่ได้เป็นหน่วยบริการประจำของผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่ส่งต่อนั้นแจ้งเป็นเอกสารให้หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยได้ทราบถึงการส่งต่อผู้ป่วยนั้นด้วย ในกรณีที่มีเหตุอันสมควร เช่น กรณีเกิดภัยพิบัติซึ่งส่งผลกระทบทำให้ประชาชนผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำได้ กรณีการเข้ารับบริการของทหารเกณฑ์กองประจำการและอื่นๆ ตามที่ สปสช.กำหนด สามารถละเว้นหนังสือส่งต่อที่ส่งไปพร้อมผู้ป่วยได้

8.4) ระยะเวลาของหนังสือส่งต่อมีอายุใช้ได้นับแต่วันที่ทำหนังสือเพื่อส่งต่อถึงวันที่ให้บริการตามประเภทของผู้ป่วย ดังนี้

<u>ประเภทผู้ป่วยนอก</u>

1) ให้หนังสือส่งต่อมีอายุใช้ได้ไม่เกิน 90 วัน

2) ในกรณีที่หนังสือส่งต่อใกล้จะหมดอายุแต่การรักษายังไม่สิ้นสุดให้หน่วยบริการที่ให้บริการแจ้งแผนการรักษาและระยะเวลาให้หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยทราบเพื่อจัดทำหนังสือส่งตัวฉบับใหม่โดยให้ระบุอายุของหนังสือส่งต่อตามแผนการรักษานั้น

<u>ประเภทผู้ป่วยใน</u>

ให้หนังสือส่งต่อมีอายุใช้ต่อไปได้อีกไม่เกิน 60 วัน นับจากวันที่หน่วยบริการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น

8.5) วิธีการและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย

ประเภทผู้ป่วยนอก

1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัดให้วิธีการและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในจังหวัด

2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัดให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อบันทึกข้อมูลในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์ส่งมายัง สปสช. ตามโปรแกรมที่กำหนด ภายใน 30 วัน หลังจากวันที่ให้บริการ

ประเภทผู้ป่วยใน

ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อบันทึกข้อมูลในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์ส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 วัน หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งนี้ สปสช. จะทำหน้าที่ในการพิจารณาจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการที่รับส่งต่อตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีส่งต่อผู้ป่วยใน

8.6) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สปสช. แล้วแต่กรณีภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้

ประเภทผู้ป่วยนอก

1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัดให้เป็นไปตามข้อตกลงภายในจังหวัด ยกเว้นจังหวัดที่กันเงิน Virtual account ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวม และตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อและบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด และแจ้งการจัดสรรเงินที่ต้องจ่ายให้กับหน่วยบริการที่รักษามายัง สปสช. เพื่อจะได้โอนเงินให้กับหน่วยบริการที่รักษาต่อไป

2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัดให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด **(รายละเอียดตามบทที่ 3)**

ประเภทผู้ป่วยใน

ให้ส่งข้อมูลเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายตามที่กำหนด ตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีส่งต่อผู้ป่วยใน การส่งตัวผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่ามีข้อปฏิบัติ ดังนี้

1) หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการที่จะส่งต่อ

ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยทุกครั้งก่อนเขียนหนังสือส่งตัวเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย

2) หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1

2.1) ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยทุกครั้ง เมื่อรับผู้ป่วยที่มีหนังสือส่งตัวมารักษา เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนสิทธิหรือเปลี่ยนหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย

2.2) หลังให้บริการผู้ป่วยแล้วให้ส่งข้อมูลหรือหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

- ประเภทผู้ป่วยนอกเรียกเก็บเงินค่าบริการตามเงื่อนไขส่งต่อในจังหวัดหรือส่งต่อข้ามจังหวัด

- ประเภทผู้ป่วยในเรียกเก็บเงินค่าบริการตามเงื่อนไขส่งต่อผู้ป่วยใน

2.3) กรณีที่หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่ 2 เพื่อทำหัตถการหรือตรวจวินิจฉัยหรือรักษาอื่นใด โดยที่ไม่มีการจำหน่ายแล้วกลับมานอนรักษายังหน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 ให้หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 ตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแก่หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 2 ตามอัตราค่าบริการที่เรียกเก็บหรือที่ตกลงกัน เนื่องจากเป็นการซื้อบริการ ทั้งนี้การทำหัตถการ การตรวจหรือการรักษาที่ทำที่หน่วยบริการอื่น หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 สามารถนำข้อมูลมาบันทึกเบิกเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขของการบริการผู้ป่วยในได้

2.4) กรณีที่หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 โดยมีการจำหน่ายจากหน่วยบริการให้หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่หน่วยบริการประจำทราบถึงการส่งต่อผู้ป่วยต่อเนื่องในครั้งนี้ ทั้งนี้การเรียกเก็บค่าบริการหน่วยบริการแห่งที่ 2 จะส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน

9) โปรแกรมที่เกี่ยวข้องในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สปสช. มีโปรแกรม สำหรับให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย หลายโปรแกรมตามตารางแสดงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย ดังนี้

ระบบ/โปรแกรม	ข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย	หมายเหตุ
1) โปรแกรม e-Claim	- กรณีผู้ป่วยใน - กรณีผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ - กรณีค่าใช้จ่ายสูง - กรณีผู้ป่วยนอกเจ็บป่วยฉุกเฉิน - กรณีบริการกรณีเฉพาะ	
2) โปรแกรม DMIS และโรคเฉพาะอื่นๆ	- Hemophilia - Cleft lip & cleft palate - HD, CAPD, KT, COPD, TB, NAP, Down Syndrome, Thalassemia	**กรณี Maxillary Distractor ในผู้ป่วย Cleft lip & cleft palate *.ใช้เอกสารในการเบิกจ่าย
3) โปรแกรม UCEP	- กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต - กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7	
5) โปรแกรม NHSO Client	- ขอเลขอนุมัติ สิทธิข้าราชการ, อปท.	
6) ระบบลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ERM	- การตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
7) Web Service (ตรวจสอบสิทธิ)	การตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ กรณีใช้ Hospital Information System (HIS) ตรวจสอบสิทธิกับระบบตรวจสอบสิทธิของ สปสช.	
8) โปรแกรมค้นหาข้อมูลหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Hospital Search)	การตรวจสอบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพ	
9) ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OPPP Individual record)	กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค OP/PP/IP (43 แฟ้ม)	

บทที่ 1

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

บทที่ 1

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ขอบเขตบริการ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2564 รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งนี้ การบริหารจัดการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย 2 รายการ ได้แก่

1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่คำนวณระดับจังหวัด

1.1. เกณฑ์การจ่ายสำหรับหน่วยบริการแต่ละสังกัด

1.1.1 หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สป.สธ.)ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการ ที่จะขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 หรือกรณีที่จะมีการโอนย้ายประชากร ให้ปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563

1.1.2 หน่วยบริการสังกัดอื่น (รัฐนอกสังกัดฯ/เอกชน) จัดสรรตาม Point การลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือนของปีงบประมาณ 2564

1.1.3 การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.1.4 ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.1.5 กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม อาจให้ สปสช.ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการตกลงให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อเสนอของหน่วยบริการ

1.1.6 สำหรับ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ(CUP)ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆรวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้

โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ทั้งนี้ สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการให้กับหน่วยบริการทุกสังกัดตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียน โดยจัดสรรตาม Point การลงทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม รายเดือนของปีงบประมาณ 2564

1.2. สำหรับงวดการโอนเงินของหน่วยบริการแต่ละสังกัด สามารถดูรายละเอียด (บทที่ 9 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และบทที่ 10 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน)

ทั้งนี้ เพื่อลดภาระในการตามจ่ายระหว่างหน่วยบริการสำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำ ตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหารจัดการและอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช.เขต

ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช.หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้ สำหรับหน่วยบริการประจำที่มีการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดต้องทำหน้าที่เข้าไปตรวจสอบการส่งต่อในระบบ e-Claim เพื่ออนุมัติ (Approve) การส่งต่อภายใน 14 วัน หลังจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อบันทึกข้อมูลเข้ามาในระบบ e-Claim โดยจะมีการแจ้งเตือนให้หน่วยบริการประจำทราบเมื่อมีการ log in เข้าระบบโปรแกรม e-Claim หากไม่เข้าไปอนุมัติ (Approve) ระบบจะทำการอนุมัติโดยอัตโนมัติ (Auto approve) เพื่อให้ สปสช.สามารถประมวลผลและออกรายงานการจ่ายเงินได้ตามเวลาที่กำหนด ซึ่งในส่วนของค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่าย สปสช. จะดำเนินการตั้งหนี้เพื่อรอหักกลบกับรายรับของหน่วยบริการ ทั้งนี้หากมีการกันเงิน (Virtual account) รายจังหวัดจะหักค่าใช้จ่ายจากเงินกัน Virtual account (รายละเอียดตามบทที่ 3 เรื่อง OP Refer)

2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

จัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต เพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการโดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตและหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้รายละเอียดเงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชย สามารถดูรายละเอียด (บทที่ 8 บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ)

บทที่ 2

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยในทั่วไป

บทที่ 2

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ขอบเขตบริการ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป วงเงินงบประมาณที่ได้รับจำนวน 1,440.03 บาท ต่อหัวประชากรเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นรายการที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

โดยในปีงบประมาณ 2564 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1. กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน 100 ล้านบาท
2. ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของสปสช.เขต และบริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของสปสช.เขต บริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็นการบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขตโดยคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยใน ตามระบบ DRGs version 5 เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยใน เป็นการจ่ายตามผลงานการให้บริการโดยจำแนกตามเงื่อนไขของการเข้ารับบริการดังนี้

1. การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ
2. การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน
3. การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ
4. การเข้ารับบริการของคนพิการและทหารผ่านศึก
5. การเข้ารับบริการผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ
6. การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น (นอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

7. การเข้ารับบริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

8. การเข้ารับบริการกรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

9. การเข้ารับบริการกรณีเด็กแรกเกิดทั้งเด็กปกติ เด็กแรกเกิดที่ป่วย และเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

10. กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery)

11. กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)

12. เงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต

13. กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

1. การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ

เงื่อนไขการจ่าย

เป็นการเข้ารับบริการยังหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิที่มีการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาท ต่อ adjRW

หมายเหตุ :

1) สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่าK)

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน

เงื่อนไขการจ่าย

การรับ-ส่งต่อระหว่างหน่วยบริการแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำอยู่ภายในกองทุนเขตเดียวกับหน่วยบริการที่รักษา หรือเรียกว่า “ส่งต่อภายในเขต” ถึงแม้จะเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัดหากอยู่ในเขตเดียวกันจะถือว่าเป็นการส่งต่อภายในเขต

2) การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำต่างกองทุนเขตกับหน่วยบริการที่รักษาหรือเรียกว่า“การส่งต่อข้ามเขต”

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. จำแนกตามเงื่อนไขการรับส่งต่อดังนี้

1) ค่าบริการกรณีการรับ - ส่งต่อภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW

หมายเหตุ :

1) สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่าK)

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) ค่าบริการกรณีการรับ - ส่งต่อข้ามเขต ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

3. การเข้ารับบริการด้ายเงื่อนไขอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ

นิยาม

“การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง อุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินดังนี้

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ*” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

* คำนิยามตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน*" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง*" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย ซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยใน จะได้รับค่าใช้จ่ายจากวงเงินค่าบริการผู้ป่วยในระดับเขต (Global Budget) ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์จำแนกตามเงื่อนไขของหน่วยบริการที่ให้บริการดังนี้

1) **ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต** หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

หมายเหตุ :

1) สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) **ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินข้ามเขต** ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

* คำนิยามตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

กรณีที่ สปสช.ตรวจสอบข้อมูลแล้วพบว่า หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยข้ามเขตโดยไม่มีข้อมูลการส่งต่อ และไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน กรณีนี้จะได้รับการปฏิเสธการจ่าย (Deny M14) แนวทางแก้ไขขอให้หน่วยบริการตรวจสอบแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และบันทึกขอรับใช้จ่ายฯ ในระบบอีกครั้ง

กรณีผู้ป่วยในที่นอนรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ และผู้ป่วยไปรับยาจากหน่วยบริการอีกแห่งหนึ่ง กรณีนี้จะถือว่าการให้บริการมีการทับซ้อนกัน จะมีการปฏิเสธการจ่าย (C150) แนวทางแก้ไขขอให้หน่วยบริการยื่นเอกสารขออุทธรณ์ เป็นรายกรณี

การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้ สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสำหรับการให้การรักษาต่อเนื่องได้ไม่เกิน 15 วัน นับจากการเข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยนอกในครั้งนั้น หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน

4. การเข้ารับบริการของทหารผ่านศึกและคนพิการ

นิยาม

“ทหารผ่านศึก” หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้ ดังนี้

รหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน)

รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน)

รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึกรวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน)

รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ)

รหัส 97 (บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ 3 เหล่าทัพ)

รหัส 98 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรขั้นที่ 1)

“คนพิการ” หมายถึง คนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และคนพิการตามประกาศ สปสช. เรื่อง การใช้สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

เงื่อนไขการจ่าย

ให้ทหารผ่านศึกและคนพิการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ณ หน่วยบริการประจำของตน เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นอาจไปใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการอื่นของรัฐก็ได้

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ จะได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จ่ายจากวงเงินค่าบริการผู้ป่วยในระดับเขต (Global Budget) ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) จำแนกตามเงื่อนไขการรับส่งต่อ ดังนี้

1) ค่าบริการกรณีเข้ารับบริการภายในเขต หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

หมายเหตุ :

1) สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) ค่าบริการกรณีเข้ารับบริการข้ามเขต หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

5. การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยอาจมีการหารือร่วมกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ดังนั้นในการบริหารเงินสำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นทหารกองประจำการ หรือทหารเกณฑ์ในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ รวมอาสาสมัครทหารพรานและกรมแพทย์ทหารอากาศดังกล่าว จึงได้มีการจัดแยกเงินงบประมาณ (Global Budget) ออกมาบริหารเป็นการเฉพาะ สำหรับบริการผู้ป่วยในในการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามเงื่อนไขการบริการเงื่อนไขและอัตราการรับการชดเชยเงิน ดังนี้

เงื่อนไขจ่าย

1) เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพรานและกรมแพทย์ทหารอากาศ โดยตรวจสอบสิทธิพบรหัสหน่วยบริการประจำเป็น SN001 (กรมแพทย์ทหารเรือ) หรื SP001 (กรมแพทย์ทหารอากาศ)

2) ผู้ป่วยอาจมาด้วยเงื่อนไขกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีการส่งต่อ ทั้งนี้หากอาการไม่ฉุกเฉินสามารถให้บริการและส่งข้อมูลเบิกได้โดยไม่ต้องใช้หนังสือส่งตัว

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการทุกแห่งที่ให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพรานและกรมแพทย์ทหารอากาศ จะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราที่คำนวณได้ โดยอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget (ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

หมายเหตุ *:*

1) สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

6. กรณีการเข้ารับบริการตามมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (สถานบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 ว่าด้วยสิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา 7 ระบุไว้ว่า **“บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องหรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”** ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

6.1 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 28 มีนาคม 2560 เห็นชอบหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับการบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็วภายใต้มาตรฐานเดียวกันตามนโยบาย **“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)** และอ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ กำหนดให้ สปสช. มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล

ตามกฎหมาย ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว และให้กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชี และอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขนี้ ให้แก่สถานพยาบาลภายใน 15 วันนับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้มีผลในทางปฏิบัตินับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) **“ผู้มีสิทธิ”** หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และเป็นผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมหรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

2) **“สถานพยาบาล”** หมายถึง สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยหน้าที่ของสถานพยาบาลจะต้องให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2559

3) **วันให้บริการ** เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

4) **ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข**

4.1) เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตเท่านั้น

4.2) เป็นการบริการตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแล้วเป็นไปตามแนบท้ายประกาศ

4.3) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิตให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

5) **นิยาม “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต”**

“การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

6) **อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย**

ตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยบัญชีรายการแบ่งออกเป็น 12 หมวด (หากกำหนดลำดับที่ของหมวดให้สอดคล้องกับอัตราค่าบริการที่ประกาศโดยกรมบัญชีกลาง) ซึ่งได้แก่

1) หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร

2) หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

3) หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด

4) หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

5) หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

6) หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

7) หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

8) หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ

9) หมวดที่ 10 ค่าทำหัตถการ

10) หมวดที่ 11 ค่าบริการวิสัญญี

11) หมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ

12) หมวดที่ 16 คือค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

การเบิกค่าใช้จ่ายตามหมวดดังกล่าวให้เบิกได้ตามรายการอัตราและหลักเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น มิให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเพิ่มในทุกกรณีสำหรับค่าบริการรายการใดที่ไม่อยู่ในรายการที่กำหนดจะไม่สามารถเบิกได้ อย่างไรก็ตามหากสถานพยาบาลมีความเห็นที่จะเสนอรายการเพื่อเบิกจ่ายเพิ่มเติม สามารถเสนอเพิ่มเติมผ่านสภาวิชาชีพหรือสมาคมวิชาชีพเพื่อขอความเห็นชอบและส่งต่อให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพิจารณาเพิ่มเติมอีกครั้งโดยจะมีรอบในการพิจารณาทุก 6 เดือน

7) เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

7.1) กรณี 72 ชั่วโมงแรก

7.1.1) เมื่อสถานพยาบาลรับผู้ป่วยตามนิยามการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากรถกู้ชีพฉุกเฉิน (1669) นำส่งหรือมีผู้นำส่ง (Walk in) สามารถให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28 และ พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ 2559

7.1.2) บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาคัดแยกภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในระบบ Pre-Authorize ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลายี่สิบสี่ชั่วโมงเพื่อดำเนินการวินิจฉัย โดยคำวินิจฉัยของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด

7.1.3) หลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สถานพยาบาลที่ให้บริการแจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อ สปสช. ที่หมายเลข 1330 (สายด่วน สปสช.) หรือกองทุนของผู้มีสิทธิรับทราบโดยเร็ว เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นให้พิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิ หลังจากแพทย์พิจารณาสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้

7.1.4) เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย **“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่”** (UCEP) ในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนด

ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตาม **“ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”**

7.1.5) สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงไปที่ สปสช.ทาง Website online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่ สปสช. กำหนด

7.1.6) ส่งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ให้ สปสช. ตรวจสอบความถูกต้อง

7.1.7) สปสช. สรุปค่าใช้จ่ายและแจ้งข้อมูลให้กองทุนของผู้มีสิทธิทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

7.1.8) กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายในสิบห้าวันนับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

7.2) กรณีหลัง 72 ชั่วโมง

กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 72 ชั่วโมง หรือแพทย์พิจารณาเห็นควรว่าไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สถานบริการอื่นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมาที่ สปสช. โดยมีอัตราการจ่ายชดเชยจ่ายตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจริง (Fee For Service) หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับ สปสช. สำหรับสิทธิอื่นให้เป็นไปตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิ

8) การออกรายงานจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

กำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการภายใน 30 วัน หลังให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกหรือ 30 วันหลังจำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน สปสช. จะทำการตัดข้อมูลที่สถานบริการอื่นส่งมาทุกวันที่ 1 และวันที่ 16 ของเดือนพร้อมทั้งทำการตรวจสอบความถูกต้องสรุปค่าใช้จ่ายและแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิรับทราบ และกองทุนของผู้มีสิทธิดำเนินการจ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายในสิบห้าวันนับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ : *กรณีวันตัดข้อมูลตรงกับวันหยุดจะเลื่อนวันตัดข้อมูลเป็นวันทำการถัดไป*

9) การโอนเงิน กรณีสิทธิ UC

สปสช. จะทำการโอนเงินให้สถานพยาบาล ภายใน 15 วัน หลังวันออกรายงานสมบูรณ์

10) การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายเงิน

สปสช. กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคมจะทำการขอเวชระเบียนมาเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกและจ่ายเงินค่าบริการอีกครั้ง ทั้งนี้สถานบริการจะต้องจัดเตรียมเวชระเบียนให้พร้อมสำเนาการตรวจสอบม

11) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย สถานบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 360 วัน นับจากวันรับแจ้งการโอนเงิน ทั้งนี้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายถือเป็นที่สิ้นสุด

6.2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560 (Non-UCEP)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการแก้ไขข้อบังคับ สปสช.ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการ กรณีที่มีเหตุสมควรกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 และเพื่อให้การปฏิบัติตามข้อบังคับดังกล่าวเกิดความชัดเจนมีแนวปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน สปสช. ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงมีสาระสำคัญดังนี้

1) **“ผู้มีสิทธิ”** หมายถึง ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยสิทธิว่างต้องมีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยประสานมายังสายด่วน 1330

2) **“สถานบริการ”** หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชนและของสภากาชาดไทย หน่วยบริการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

3) **“หน่วยบริการประจำ”** หมายถึง หน่วยบริการประจำที่ผู้รับบริการได้เลือกลงทะเบียนตามมาตรา 6 ซึ่งแสดงข้อมูลในหน้า Website ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. ณ วันแรกที่รับการรักษาตามที่ปรากฏอยู่ในช่องหน่วยบริการประจำ

4) **วันให้บริการ** เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

5) **อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน** ประกอบด้วยกรณี ดังนี้

5.1 “ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

5.2 “ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงอาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

6) ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

6.1) เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น

6.2) เป็นการบริการตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560

6.3) เป็นกรณีที่ไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า หรือการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นโดยไม่มีเหตุผลสมควร

7) อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแก่ผู้มีสิทธิ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยมีเงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย ดังนี้

7.1) ก่อนแจ้ง 24 ชั่วโมง

7.1.1) จะต้องเป็นการเข้ารับบริการที่เข้าเกณฑ์กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง โดยพิจารณาจากอาการแรกรับ ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีที่ไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วต่อมาผู้ป่วยมีอาการอยู่ในภาวะฉุกเฉิน กรณีนี้ไม่อาจใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการตามข้อบังคับฯ ได้ เช่น การมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดและมีภาวะวิกฤตขณะที่รับการรักษาในครั้งนั้น

7.1.2) การเข้ารับบริการกรณีที่ไม่มีหน่วยบริการใกล้สถานที่เกิดเหตุให้เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นอันดับแรก

7.1.3) สถานบริการที่ให้บริการผู้มีสิทธิกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อ สปสช. ผ่านโปรแกรม Non-UCEP ทันทีโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นพิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิด้วย

7.1.4) สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแก่ผู้มีสิทธิสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่ สปสช. ทาง Website Online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่ สปสช. กำหนด

7.1.5) อัตราการจ่ายเงินชดเชย

<u>ผู้ป่วยนอก</u>

มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่รวมแล้วไม่เกิน 700 บาท/ครั้ง

<u>ผู้ป่วยใน</u> มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- ค่ารักษาพยาบาลค่าห้องและอาหารตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 4,500 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้งหรือ

- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดเกิน 2 ชั่วโมงหรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 14,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

7.2) หลังแจ้ง 24 ชั่วโมง

7.2.1) เมื่อผู้มีสิทธิพ้นภาวะวิกฤติและ/หรือญาติประสงค์ขอย้ายไปยังหน่วยบริการประจำสถานบริการที่รักษาจะต้องอำนวยความสะดวกในการนำส่งโดยติดต่อเข้ามาที่หมายเลข 1330 (สายด่วน สปสช.) เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นในการรับย้ายกรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังสถานบริการอื่นโทรแจ้ง (โดยนับเวลาเริ่มต้นจากเวลาที่สถานบริการอื่นแจ้ง สปสช. ผ่านโปรแกรม Non-UCEP หรือตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด) หน่วยบริการประจำหรือสำนักงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบ 24 ชั่วโมง เป็นต้นไป เว้นแต่ผู้มีสิทธิมีความประสงค์ไม่ขอย้ายผู้มีสิทธิต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง

7.2.2) สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแก่ผู้มีสิทธิสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่ สปสช. ทาง Website Online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่ สปสช. กำหนด

7.2.3) อัตราการจ่ายเงินชดเชย จ่ายชดเชยตามจำนวนที่จ่ายจริงเฉพาะรายการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์เท่านั้น

หมายเหตุ *: ค่ารถพยาบาลหรือเรือพยาบาล นำส่งผู้มีสิทธิที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการเห็นชอบ สปสช. จะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้น กรณีอุบัติเหตุจากการจราจรและอยู่ในความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้สถานบริการที่รักษาเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถให้ครบถ้วนก่อน*

8) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

กำหนดให้สถานบริการ ส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขก่อนวันที่ 30 กันยายน ของปีงบประมาณถัดไป โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดนี้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้การคำนวณระยะเวลาในการส่งข้อมูล กรณีผู้ป่วยนอกนับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยหรือกรณีผู้ป่วยในนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge)

9) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย สถานบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยทำหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการ สปสช.เพื่อให้มีคำวินิจฉัยทั้งนี้ ภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการทั้งนี้คำวินิจฉัยของเลขาธิการ สปสช. ให้ถือเป็นที่สุด

7. การเข้ารับบริการในกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

บริการกรณีสำรองเตียง หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่นที่ได้สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และได้ลงนามในข้อตกลงการให้บริการร่วมกันกับ สปสช. เขตแต่ละเขต ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ขอบเขตบริการ

1) สถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และได้ลงนามในข้อตกลงการให้บริการร่วมกันกับ สปสช. เขตแต่ละเขต ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

2) บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งที่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือยังไม่ลงเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง)

3) กรณีส่งต่อผู้ป่วย ให้ผ่านการส่งต่อโดยศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วย (อาจเป็นหน่วยบริการที่ สปสช. เขตกำหนด หรือ 1330)

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขตแต่ละเขต

2) การรับส่งต่อจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามเงื่อนไขบริการที่ตกลงร่วมกันระหว่าง สปสช. และสถานบริการอื่น

3) สถานบริการสำรองเตียงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim โดยมีรหัสโครงการพิเศษศูนย์ประสานการส่งต่อคือรหัส “Z75REF” และบันทึกหน่วยบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยโดยบันทึกในช่อง “รับ Refer จาก...”

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) กำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาท ต่อ adjRW

2) การจ่ายเพิ่ม (Additional payment) ในกรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและหรือการใช้อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) และการขอรับค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยไปและกลับยังหน่วยบริการสำรองเตียงและหน่วยบริการประจำ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

8. กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

8.1) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

เงื่อนไขการบริการ

การรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยวิธีการผ่าตัด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (Percutaneous Nephrolithotomy-PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

กำหนดอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการฯ ดังนี้

1) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

หมายเหตุ :

1. สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

2. สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยข้ามเขตได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาท ต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

8.2) การรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL)

เงื่อนไขการจ่าย

การรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL)

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) หน่วยบริการภาครัฐจ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งละไม่เกิน 6,500 บาท จ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อคนต่อปี

2) หน่วยบริการ ภาคเอกชน จะได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อบริการสลายนิ่วสำเร็จ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) ในอัตราเหมาจ่าย 16,000 บาทต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการ (ESWL) มากกว่า 3 ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา จึงจะขอรับค่าใช้จ่ายได้โดยมี

การตรวจประเมินและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยสลายนิ่วในทางเดินปัสสาวะของคณะทำงานตรวจประเมินและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยสลายนิ่วที่สำนักงานหรือสำนักงานเขตแต่งตั้ง/มอบหมาย

9. การเข้ารับบริการกรณีเด็กแรกเกิดทั้งเด็กปกติ เด็กแรกเกิดที่ป่วย และเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

ขอบเขตบริการ

"เด็กแรกเกิด" หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

"เด็กแรกเกิดที่ป่วย" หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

"เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1.500 กรัม" หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ และมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม

เงื่อนไขการจ่าย

การให้บริการแก่เด็กแรกเกิดตามขอบเขตบริการที่กำหนด

1) เป็นเด็กแรกเกิดที่มีอายุไม่เกิน 28 วัน ตรวจสอบอายุเด็กแรกเกิด โดยหน่วยบริการต้องบันทึกวันเดือนปีเกิดเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายทุกครั้ง

2) ตรวจสอบสิทธิพบว่ายังไม่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

3) หน่วยบริการต้องมีและบันทึกหมายเลข Claim Code เพื่อลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำทุกครั้ง

4) การส่งต่อกรณีเด็กแรกเกิดไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 สามารถเบิกค่าพาหนะในการส่งต่อได้รายละเอียดตามบทที่ 3

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วย หรือเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับการจ่าย ในอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

2) กรณีเด็กแรกเกิด กรณีที่นอกเหนือจากข้อ 1) หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

10. กรณีบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery : ODS)

นิยาม

การรักษาการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery : ODS) หรือ Ambulatory surgery หรือ Same-day surgery หรือ Out-patient surgery เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ทำหัตถการแบบวันเดียวกลับ คือ การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษา ทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการหรือผ่าตัด โดยอยู่ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง และไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

เงื่อนไขการจ่าย

1. กรณีบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery : ODS) ตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

1.1) รายการที่กำหนดในปีงบประมาณ 2561 (บริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561) ได้แก่

(1) โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)

(2) โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)

(3) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)

(4) ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)

(5) หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขอด (Esophageal varices, Gastric varices)

(6) ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)

(7) โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)

(8) ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)

(9) นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)

(10) นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)

(11) ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)

(12) ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)

1.2) รายการที่กำหนดเพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2562 (บริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562) ได้แก่

(1) สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)

(2) การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision)

(3) การทำหมันแห้งในผู้หญิง (Female sterilization)

(4) การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)

(5) ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)

(6) ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)

(7) ฝีเต้านม (Breast abscess)

(8) นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)

(9) นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)

(10) นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)

(11) ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)

(12) แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)

1.3) รายการที่กำหนดเพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2563 (บริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563) ได้แก่

(1) ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)

(2) การส่องกล้องโพรงมดลูก (*Hysteroscopy*) เพื่อรักษาความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

(3) การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)

(4) การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)

(5) ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (Simple Mastectomy)

(6) การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด (Breast Conservative Surgery)

(7) ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)

2) หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายฯ ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพการให้บริการตามคู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยผ่านการประเมินจากคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรงพยาบาล หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

3) เป็นบริการผ่าตัดเพื่อการรักษา ที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่ 2 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

4) เป็นบริการเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็นหาย (With Approval)

5) มีรหัสโรค รหัสหัตถการตามที่กำหนด

กลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010) กรณีบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
1. Inguinal hernia	**ICD10 -** **ICD9 :** 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.2 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
2. Hydrocele	**ICD10 -** **ICD9 :** 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
3. Hemorrhoid	**ICD10 -** **ICD9 :** 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids
4. Vaginal bleeding	**ICD10 -** **ICD9 :** 68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
5. Esophagogastric varices (Esophageal varices, Gastric varices)	**ICD10 :** I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere **ICD9 :** 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
6. Esophageal-Gastric Stricture	**ICD10 -** **ICD9 :** 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
7. Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	**ICD10 :** C15 Malignant neoplasm of oesophagus C16 Malignant neoplasm of stomach **ICD9 :** 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8. Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	**ICD 10 :** D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp K63.5 Polyp of colon **ICD9 :** 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
9. Common bile duct Stone (Bile duct stone)	**ICD10 :** K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
10. Pancreatic duct stone	**ICD10 :** K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct
11. Bile duct stricture (common), (hepatic) stricture	**ICD10 :** C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct:Stricture of without bile duct calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
12. Pancreatic duct stricture	**ICD10 :** C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD9 :** 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
13. Foreign body of upper GI. tract	**ICD10 :** T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach **ICD9 :** 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
14. Pterygium Excision	**ICD10 :** H11.0 Pterygium **ICD9 :** 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
15. Female sterilization	**ICD10 :** Z30.2 Sterilization **ICD9 :** 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
16. Percutaneous fracture fixation	**ICD10 :** S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot **ICD9 :** 78.1 Application of external fixator device
17. Fistula in ano	**ICD10 :** K60.3 Anal fistula **ICD9 :** 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy
18. Perirectal, Perianal abscess	**ICD10 :** K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intrasphincteric abscess **ICD9 :** 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
19. Breast abscess	**ICD10 :** N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth **ICD9 :** 85.0 Mastotomy
20. Vesicle stone	**ICD10 :** N21.0 Calculus in bladder **ICD9 :** 57.0 Transurethral clearance of bladder
21. Ureteric stone	**ICD10 :** N20.1 Calculus of ureter **ICD9 :** 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
22. Urethral stone	**ICD10 :** N21.1 Calculus in urethra **ICD9 :** 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy
23. Urethral stricture	**ICD10 :** N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified **ICD9 :** 58.5 Release of urethral stricture

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
24. Anal fissure	**ICD10 :** K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified **ICD9 :** 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy
25. ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)	**ICD10 :** C61 Malignant neoplasm of prostate D29.2 Benign neoplasm of Testis N40 Hyperplasia of prostate N44 Torsion of testis N45.0 Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis with abscess N45.9 Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis without abscess N50.0 Other disorders of Atrophy of testis N50.1 Other disorders of Vascular disorders of male genital organs N50.8 Other specified disorders of male genital organs N50.9 Disorder of male genital organs, unspecified Q53.1 Undescended testicle, unilateral Q53.2 Undescended testicle, bilateral Q55.2 Other congenital malformations of testis and scrotum **ICD9 :** 62.3 Unilateral orchiectomy 62.41 Removal of both testes at same operative episode Bilateral orchidectomy NOS 62.42 Removal of remaining testis Removal of solitary testis

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
26. การส่องกล้องโพรงมดลูก *(Hysteroscopy)* เพื่อรักษาความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน	**ICD10 :** D07.0 Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs : Endometrium D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D26 Other benign neoplasms of uterus D26.0 Cervix uteri D26.1 Corpus uteri D26.7 Other parts of uterus D26.9 Uterus, unspecified D39.0 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of female genital organs :Uterus N71.0 Acute inflammatory disease of uterus N80.0 Endometriosis of uterus N80.1 Endometriosis of ovary N80.9 Endometriosis, unspecified N84 Polyp of female genital tract N84.0 Polyp of corpus uteri N84.1 Polyp of cervix uteri N84.2 Polyp of vagina N84.3 Polyp of vulva N84.8 Polyp of other parts of female genital tract N84.9 Polyp of female genital tract, unspecified N85 Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix N85.0 Endometrial glandular hyperplasia N85.1 Endometrial adenomatous hyperplasia N85.2 Hypertrophy of uterus N85.3 Subinvolution of uterus N85.4 Malposition of uterus N85.5 Inversion of uterus N85.6 Intrauterine synechiae

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	N85. Haematometra N85.8 Other specified noninflammatory disorders of uterus N85.9 Noninflammatory disorder of uterus, unspecified N91 Absent, scanty and rare menstruation N92 Excessive, frequent and irregular menstruation N93 Other abnormal uterine and vaginal bleeding N94 Pain and other conditions associated with female genital organs and menstrual cycle N95 Menopausal and other perimenopausal disorders N96 Habitual aborter N97 Female infertility N98 Noninflammatory disorders of female genital tract **ICD9 :** 68.12 Hysteroscopy
27. การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)	**ICD10 :** C43.6 Malignant melanoma of upper limb, including shoulder E10.5 Insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E10.7 Insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications E11.5 Non-insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E11.7 Non-insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications E13.5 Other specified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E13.7 Other specified diabetes mellitus With multiple complications E14.5 Unspecified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E14.7 Unspecified diabetes mellitus With multiple complications M86.44 Chronic osteomyelitis with draining sinus: Hand, carpus, fingers, metacarpus, joints between these bones

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	M72.6 Necrotizing fasciitis R02 Gangrene, not elsewhere classified S61.1 Open wound of finger(s) with damage to nail S62.61 Fracture of other finger : Open S62.71 Multiple fractures of fingers : Open S62.81 Fracture of other and unspecified parts of wrist and hand : Open S68.0 Traumatic amputation of thumb (complete)(partial) S68.1 Traumatic amputation of other single finger (complete) (partial) S68.2 Traumatic amputation of two or more fingers alone (complete) (partial) T23.3 Burn of third degree of wrist and hand T79.3 Post-traumatic wound infection, not elsewhere classified T84.6 Infection and inflammatory reaction due to internal fixation device [any site] **ICD9 :** 84.01 Amputation and disarticulation of finger
28. การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)	**ICD10 :** C50 Malignant neoplasm of breast C50.0 Nipple and areola C50.1 Central portion of breast C50.2 Upper-inner quadrant of breast C50.3 Lower-inner quadrant of breast C50.4 Upper-outer quadrant of breast C50.5 Lower-outer quadrant of breast C50.6 Axillary tail of breast C50.8 Overlapping lesion of breast C50.9 Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified D48.6 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of other and unspecified sites **ICD9 :** 85.21 Local excision of lesion of breast
29. ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (Simple Mastectomy)	**ICD10 :** C50 Malignant neoplasm of breast C50.0 Nipple and areola C50.1 Central portion of breast C50.2 Upper-inner quadrant of breast C50.3 Lower-inner quadrant of breast C50.4 Upper-outer quadrant of breast C50.5 Lower-outer quadrant of breast C50.6 Axillary tail of breast C50.8 Overlapping lesion of breast C50.9 Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified D24 Benign neoplasm of breast N60.1 Diffuse cystic mastopathy N60.3 Fibrosclerosis of breast N62 Hypertrophy of breast Q83.1 Accessory breast **ICD9 :** 85.41 Unilateral simple mastectomy

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
30. การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด (Breast Conservative Surgery)	**ICD10 :** C50 Malignant neoplasm of breast C50.0 Nipple and areola C50.1 Central portion of breast C50.2 Upper-inner quadrant of breast C50.3 Lower-inner quadrant of breast C50.4 Upper-outer quadrant of breast C50.5 Lower-outer quadrant of breast C50.6 Axillary tail of breast C50.8 Overlapping lesion of breast C50.9 Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified **ICD9 :** 85.22 Resection of quadrant of breast 85.23 Subtotal mastectomy
31. ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)	**ICD10 :** Q38.1 Ankyloglossia **ICD9 :** 25.91 Lingual frenotomy 25.92 Lingual frenectomy 27.91 Labial frenectomy

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังนี้

1) การใช้บริการในเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ RW

2) การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่อัตรา 9,600 บาทต่อ RW

11. บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)

เป็นกรณีบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

เงื่อนไขการจ่าย

1) กรณีบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามรายการบริการที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

1.1) รายการที่กำหนดในปีงบประมาณ 2562 ได้แก่ โรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ

1.2) รายการที่กำหนดในปีงบประมาณ 2563 ได้แก่

(1) โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่

(2) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

(3) ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก

2) เป็นบริการผ่าตัดเพื่อการรักษาเฉพาะกรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3) หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

3.1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2) ผ่านการประเมินศักยภาพจากคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินผลการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรงพยาบาล ภายใต้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือ คณะกรรมการตามที่สำนักงานกำหนด

4) ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายฯ ในโปรแกรม e-Claim มายังสำนักงานภายในสามสิบวันหลังการให้บริการ โดยบันทึกข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD10) และรหัสการทำหัตถการ (ICD-9CM) ให้ถูกต้องตามที่กำหนด

5) หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของผู้ป่วยเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบหลังการจ่าย (Post Audit)

6) มีรหัสโรค และ/หรือรหัสหัตถการตามที่กำหนด ดังนี้

ลำดับ	กรณี	กลุ่ม DRGs	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือ รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	ค่า K
1	โรคนิ่วในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดี อักเสบ	07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC	**ICD10 :** K80 Cholelithiasis K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81 Cholecystitis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified	0.9552
		07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC		0.7905

ลำดับ	กรณี	กลุ่ม DRGs	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือ รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	ค่า K
2	โรคเนื้องอกมดลูกและรังไข่	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC	**ICD10 :** D25 Leiomyoma of uterus D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified D26 Other benign neoplasms of uterus D26.0 Cervix uteri D26.1 Corpus uteri D26.7 Other parts of uterus D26.9 Uterus, unspecified D27 Benign neoplasm of ovary N80 Endometriosis N80.0 Endometriosis of uterus N80.1 Endometriosis of ovary N80.2 Endometriosis of fallopian tube N83 Noninflammatory disorders of ovary, fallopian tube, and broad ligament N83.0 Follicular cyst of ovary N83.1 Corpus luteum cyst N83.2 Other and unspecified ovarian cysts N83.3 Acquired atrophy of ovary and fallopian tube N83.4 Prolapse and hernia of ovary and fallopian tube N83.5 Torsion of ovary, ovarian pedicle and fallopian tube N83.6 Haematosalpinx N83.7 Haematoma of broad ligament N83.8 Other noninflammatory disorders of ovary, fallopian tube and broad ligament N83.9 Noninflammatory disorder of ovary, fallopian tube and broad ligament, unspecified	0.4413

ลำดับ	กรณี	กลุ่ม DRGs	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือ รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	ค่า K
3	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	06030 Major small & large bowel procedure, no CC	**ICD10 :** C18 Malignant neoplasm of colon C18.6 Descending colon C18.7 Sigmoid colon C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction C20 Malignant neoplasm of rectum **ICD9 :** 17.35 Laparoscopic left hemicolectomy 17.36 Laparoscopic sigmoidectomy	3.0729
4	ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก	04010 Major chest procedures, no CC	**ICD10 :** C34 Malignant neoplasm of bronchus and lung C34.0 Main bronchus C34.1 Upper lobe, bronchus or lung C34.2 Middle lobe, bronchus or lung C34.3 Lower lobe, bronchus or lung C34.8 Overlapping lesion of bronchus and lung C34.9 Bronchus or lung, unspecified D38 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of middle ear and respiratory and intrathoracic organs D38.1 Trachea, bronchus and lung D38.2 Pleura D38.3 Mediastinum J85 Abscess of lung and mediastinum J85.0 Gangrene and necrosis of lung J85.1 Abscess of lung with pneumonia J85.2 Abscess of lung without pneumonia J86 Pyothorax J86.0 Pyothorax with fistula J86.9 Pyothorax without fistula J94.2 Haemothorax	2.29

ลำดับ	กรณี	กลุ่ม DRGs	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือ รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	ค่า K
			S27 Injury of other and unspecified intrathoracic organs S27.1 Traumatic haemothorax S27.2 Traumatic haemopneumothorax S27.3 Other injuries of lung **ICD9 :** 32.30 Thoracoscopic segmental resection of lung 32.41 Thoracoscopic lobectomy of lung 32.50 Thoracoscopic pneumonectomy of lung 34.06 Thoracoscopic drainage of pleural cavity 34.52 Thoracoscopic decortication of lung	

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่ให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) จากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต คำนวณจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วน ค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม DRGs

2) การใช้บริการในเขตฯ ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

3) การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

4) การคำนวณอัตราการจ่ายกรณี MIS จะนำค่า K ไปบวกเพิ่มจากค่า adjRW ที่คำนวณได้ โดยจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด

หมายเหตุ

1) การจ่ายกรณีนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ ในปีงบประมาณ 2563 ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2562 จะจ่ายเฉพาะกลุ่ม DRGs ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับกลุ่ม DRGs ที่มีภาวะแทรกซ้อนให้จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป

2) การจ่ายสำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป (ไม่บวกค่า K กลุ่มบริการ MIS)

12. เงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต

การกำหนดเงื่อนไขและอัตราการจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต ให้ สปสช. เขตสามารถกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราการจ่ายบางบริการเฉพาะเขตได้ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพผลงานบริการ และหรือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global Budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

13. กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

นิยาม

"หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน" หมายความว่า หน่วยบริการรับการส่งต่อด้านเคมีบำบัดระดับที่ 1 ที่ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับ ติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อลดอัตราการครองเตียงและลดความแออัดในหน่วยบริการ

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นบริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4

2) กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน ครอบคลุมการให้บริการ ดังนี้

2.1) การทำ Implanted Port สำหรับให้ยาเคมีบำบัด

2.2) การให้ยาเคมีบำบัดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด

3) บริการตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2563 เป็นต้นไป

4) หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเคมีบำบัดระดับที่ 1 และมีศักยภาพการให้บริการตามคู่มือการให้บริการสำหรับการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy) ตามที่กรมการแพทย์กำหนด รวมทั้งผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับ ติดตามมาตรฐานและความปลอดภัยสำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy)

5) เป็นข้อมูลที่บันทึกในหน้าจอผู้ป่วยใน โดยเลือก Ambulatory Care เช่นเดียวกับบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (ODS) และบันทึก AN เป็น Running Number ของหน่วยบริการ

6) เป็นบริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่ 2 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

7) เป็นบริการเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีชนิดการจำหน่าย (D/C type) เป็น 1 (Approval) และมีกลุ่ม DRGs ที่ลงท้ายด้วย 0 หรือ 9 (CC level=0 หรือ 9)

8) มีรหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010) ตามที่กำหนด ดังนี้

ประเภทบริการ	ICD-9-CM 2010	รหัสโรคหลัก (ICD-10 2010)
1. กรณีมาวาง Port	86.07 Insertion of totally implantable vascular access device [VAD] Totally implanted port	C180 Malignant neoplasm of colon, caecum C181 Malignant neoplasm of colon, appendix C182 Malignant neoplasm of colon, ascending colon C183 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure C184 Malignant neoplasm of colon, transverse colon C185 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure C186 Malignant neoplasm of colon, descending colon C187 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon C188 Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon C189 Malignant neoplasm of colon, unspecified C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction C20 Malignant neoplasm of rectum
2. กรณีมารับยาเคมีบำบัด รหัสโรครอง (SDx) as Z511 Chemotherapy session for neoplasm	99.25 Injection or Infusion of cancer chemo-therapeutic substance	

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังนี้

1. การบริการในเขต อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหนร่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent data) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง โดยจ่ายเบื้องต้นในอัตรา 8,350 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

2. การบริการนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง

3. กรณีที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูล ประเภทผู้ป่วยนอก ประเภทผู้ป่วยในปกติ จะได้รับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามแต่ละกรณี

บทที่ 3

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการกรณีเฉพาะ

บทที่ 3

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการกรณีเฉพาะ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภายใต้หลักการ **“เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”** โดยมีหลักเกณฑ์ 4 ข้อได้แก่

1. การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและหรือมีผู้ป่วยไม่มาก
2. ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)
3. ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็นเช่นบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ
4. การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวน 5 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

กลุ่มที่ 4 กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

กลุ่มที่ 5 กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1) การบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE)
2) การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
3) การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัดและบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด (OP Refer)
4) ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย
5) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้น เด็กแรกเกิด)

6) การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด หรือ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ หรือผู้มารับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

7) การลงทะเบียนตามมติบอร์ด

1) บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE)

ขอบเขตบริการ

ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้วประกอบด้วย

1.1 ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1.2 ทหารผ่านศึก คนพิการ

1.3 ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

1.1 ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

นิยาม

"การเจ็บป่วยฉุกเฉิน" หมายถึง การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการ และบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินดังนี้

"ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต*" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน*" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง*" ได้แก่บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงอาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้

* คำนิยามตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

เป็นการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ในกรณีดังต่อไปนี้

1) กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ เป็นกรณีที่ไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า

2) กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

3) คนพิการ ทหารผ่านศึก ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถเข้ารับการรักษาได้ตามความจำเป็น

<u>หมายเหตุ</u> :

1) หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายค่าวัคซีนป้องกันบาดทะยักและวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า ได้ตามจริง และต้องมีหลักฐานแสดงการได้รับวัคซีน

- กรณีที่ไม่พบหลักฐานการได้รับวัคซีนตามจำนวนที่มีการเบิกชดเชย จะพิจารณาจ่ายให้เฉพาะครั้งที่มีหลักฐานการได้รับวัคซีนเท่านั้น

- การจ่ายชดเชยค่าวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าปีงบประมาณ 2564 สปสช.จ่ายเป็นเงิน

2) การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครั้งนั้น กรณีที่ยังไม่สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสำหรับการให้การรักษาต่อเนื่องได้ ไม่เกิน 15 วันนับจากการเข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยนอก หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน

3) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หากมีความจำเป็นที่จะต้องไปรับยาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการเดิม ให้หน่วยบริการที่ให้บริการ เบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการประจำ หรือตามข้อตกลงภายในแต่ละจังหวัด

4) การบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่เข้ารับบริการมากกว่าหนึ่งแผนกในครั้งนั้น เช่น แผนกอายุรกรรม แผนกทันตกรรม เป็นต้น ให้บันทึกข้อมูลรหัสโรค รหัสหัตถการและค่ารักษารวมของทุกแผนกเป็นครั้งเดียวกัน หากบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายฯ แยกตามแผนกที่เข้ารักษาแต่รหัสโรคหลักไม่เข้าเกณฑ์กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินจะถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย (ปฏิเสธการจ่ายรหัส A14)

5) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษากรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) ณ หน่วยบริการแต่ถูกส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย (Investigation) และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม หน่วยบริการที่ให้การตรวจวินิจฉัยไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดได้ แต่ให้เรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยจากหน่วยบริการที่ส่งตรวจ

6) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด และมีความจำเป็นต้องส่งต่อการรักษาไปยังหน่วยบริการที่ 2 ที่ไม่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ เนื่องจากการรักษาดังกล่าวเกินศักยภาพ หน่วยบริการทั้ง 2 แห่ง สามารถขอรับค่าใช้จ่ายฯ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้บริการกรณีการบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

7) กรณีอุบัติเหตุจราจรให้หน่วยบริการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม ภายในวงเงินที่กำหนดก่อน

8) กรณีสิทธิว่างจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการที่รักษาจะต้องดำเนินการให้ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการที่รักษาจะได้รับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีสิทธิว่างจนกว่าจะปรากฏหน่วยบริการประจำ

9) การขอรับค่าใช้จ่ายฯ กรณีให้บริการทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก ในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำได้ โดยไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายเป็นรายเดือน

1.2) ทหารผ่านศึก หรือคนพิการ ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน

นิยาม

“ทหารผ่านศึก” หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช.ตรวจสอบได้ ดังนี้

รหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน)

รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน)

รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึกรวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน)

รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ)

รหัส 97 (บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ 3 เหล่าทัพ)

รหัส 98 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรขั้นที่ 1)

“คนพิการ” หมายถึง คนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และคนพิการตามประกาศ สปสช. เรื่อง การใช้สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) ทหารผ่านศึก และคนพิการที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความจำเป็นทางการแพทย์

2) เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัด ประเภทผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำหรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ

<u>หมายเหตุ</u> :

(1) ทหารผ่านศึก คนพิการ ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพราน ที่เข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยนอก ที่หน่วยบริการภายในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำให้ดำเนินการเรียกเก็บตามข้อตกลงภายในจังหวัด

(2) ทหารผ่านศึก คนพิการ ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพราน ที่เข้ารับบริการโดยผ่านระบบส่งต่อจากหน่วยบริการประจำจะเข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการส่งต่อผู้มีสิทธิ ทั้งนี้หน่วยบริการที่รักษาจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

(2.1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำหรือตามข้อตกลงในจังหวัด

(2.2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

(3) กรณีที่คนพิการยังไม่ได้ลงทะเบียนเป็นคนพิการ ตามตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้หน่วยบริการดำเนินการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีสิทธิย่อยคนพิการเป็น ท74 ตามประกาศ สปสช. ทั้งนี้จะยึดผลการตรวจสอบสิทธิรายเดือนในการพิจารณาจ่ายชดเชย หากยังไม่ปรากฏสิทธิย่อยเป็นคนพิการหน่วยบริการที่ให้การรักษาจะได้รับการจ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของผู้มีสิทธิ UC ทั่วไป

(4) กรณีคนพิการที่อยู่ระหว่างการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่มีความจำเป็นที่จะต้องไปรับยาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการเดิม ให้หน่วยบริการเดิมเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ที่เกิดขึ้น โดยหน่วยบริการเดิมจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

4.1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำหรือตามข้อตกลงในจังหวัด

4.2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

(5) ทหารผ่านศึก หรือคนพิการที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความจำเป็นทางการแพทย์ ทั้งนี้ต้องมิใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ถ้าเป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ)

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายเป็นรายเดือน

1.3) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

เงื่อนไขการจ่าย

1) กรณีบริการทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

1.1) ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยพบว่าเป็นทหารเกณฑ์สังกัดในเครือกรมแพทย์ทหารเรือ (หน่วยบริการประจำเป็น SN001)

1.2) หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายฯ เป็นหน่วยบริการต่างสังกัดกับหน่วยบริการของทหารเกณฑ์ ซึ่งอาจเป็นหน่วยบริการสังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ (รหัสหน่วยบริการเป็น SPC) หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.3) กรณีหน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายฯ เป็นหน่วยบริการสังกัดเดียวกับกรมแพทย์ทหารเรือให้ขอรับค่าใช้จ่ายจากกรมแพทย์ทหารเรือ

2) กรณีบริการทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ

2.1) ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยพบว่าเป็นทหารเกณฑ์สังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ (หน่วยบริการประจำเป็น SP001)

2.2) หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายฯ เป็นหน่วยบริการต่างสังกัดกับหน่วยบริการของทหารเกณฑ์ ซึ่งอาจเป็นหน่วยบริการสังกัดกรมแพทย์เรือ (รหัสหน่วยบริการเป็น SNC) หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3) กรณีหน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายฯ เป็นหน่วยบริการสังกัดเดียวกับกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ขอรับค่าใช้จ่ายจากกรมแพทย์ทหารอากาศ

3) อาการแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

หมายเหตุ การให้บริการต่างสังกัด หมายถึง หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายฯ เป็นหน่วยบริการต่างสังกัดกับหน่วยบริการของทหารเกณฑ์ ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายเป็นรายเดือน

2) การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น

ใช้หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และการจ่ายชดเชย เช่นเดียวกับ การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น (นอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) กรณีผู้ป่วยในรายละเอียดตาม (บทที่ 2)

3) การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัดและบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด (OP Refer)

ตามประกาศการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2564 สปสช. ดำเนินการบริหารจัดการงบกรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) เป็นภาพรวมระดับประเทศจากงบเหมาจ่ายรายหัวประเภทบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ/ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เพื่อบริหารจัดการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความสมดุล ระหว่างหน่วยบริการประจำหน่วยบริการรับส่งต่อและการตามจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

1) คุ้มครองผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถของจังหวัดเมื่อถูกส่งต่อ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อมั่นใจว่ามีการตามจ่ายที่เหมาะสม

2) คุ้มครองหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อโดยการทำ Risk sharing เมื่อมีการเรียกเก็บจากหน่วยบริการรับส่งต่อในราคาที่สูงมากรวมทั้งตรวจสอบการเรียกเก็บไม่ให้ซ้ำซ้อนกับรายการที่ส่วนกลางจ่าย

3) พัฒนาระบบจัดการให้มีประสิทธิภาพลดภาระการทำงานด้านเอกสารทั้งการเรียกเก็บและการตามจ่ายทั่วประเทศและทำให้มีข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบและการบริหารจัดการ

1) กรอบการบริหารงบประมาณ

1.1) เป็นงบประมาณที่กันมาจากเงินเพื่อบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว บริหารแบบกองทุนกลาง (Central Reimbursement)

1.2) สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการรับส่งต่อตามผลงานการให้บริการหลังจากมีการให้บริการและส่งข้อมูลเข้าในระบบและได้รับการพิจารณาอนุมัติจากหน่วยบริการประจำแล้ว

1.3) สปสช. เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

2) หลักเกณฑ์เงื่อนไข

“การบริการกรณีรับส่งต่อ” หมายถึง การที่หน่วยบริการให้บริการสาธารณสุขประเภทผู้ป่วยนอก แก่ผู้มีสิทธิที่หน่วยบริการประจำส่งต่อหรือเห็นชอบให้หน่วยบริการอื่นส่งต่อโดยมีหลักเกณฑ์เงื่อนไขดังนี้

2.1) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดจากหน่วยบริการประจำ ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อข้ามจังหวัด หรือเป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ส่งต่อแบบต่อเนื่อง) ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อแห่งอื่นข้ามจังหวัด

2.2) จังหวัดในภูมิภาคที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ตั้งอยู่ในจังหวัดกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อจาก รพท./รพศ. ในจังหวัด ไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ในจังหวัด ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัดได้ ยกเว้นกรณีส่งต่อในเขตพื้นที่รอยต่อที่มีพรมแดนติดกันที่มีข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการให้ใช้เกณฑ์การส่งต่อภายในจังหวัดภายใต้เงื่อนไขที่หน่วยบริการตกลงกันเองโดยไม่ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด

จังหวัด	หน่วยบริการส่งต่อ (รพท./รพศ.)	หน่วยบริการรับส่งต่อ (UHOSNET)
ขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น (10670)	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (13777)
	โรงพยาบาลสิรินธร (ภาคะวันออกเฉียงเหนือ) (12275)	
	โรงพยาบาลชุมแพ (10998)	
ปทุมธานี	โรงพยาบาลปทุมธานี (10687)	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (13778)
สงขลา	โรงพยาบาลหาดใหญ่ (10682)	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (13779)
	โรงพยาบาลสงขลา (10745)	
เชียงใหม่	โรงพยาบาลนครพิงค์ (10713)	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (13780)
นครนายก	โรงพยาบาลนครนายก (10698)	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
พิษณุโลก	โรงพยาบาลพุทธชินราช (10676)	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (14972)

แสดงรายชื่อหน่วยบริการภาครัฐกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด และรายชื่อหน่วยบริการที่สามารถส่งต่อไปหน่วยบริการภาครัฐกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของหน่วยบริการส่งต่อ (รพท./รพศ.)

2.3) การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจพิเศษต่างๆ ถือเป็นการซื้อบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการของหน่วยบริการรับส่งต่อในครั้งนั้นด้วย เว้นแต่จะมีการตกลงเป็นอย่างอื่น

3) วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

3.1) หน่วยบริการรับส่งต่อส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการตามที่ สปสช. กำหนดผ่านโปรแกรม e-Claim

3.2) หน่วยบริการประจำตรวจสอบและพิจารณาอนุมัติข้อมูลการส่งต่อ (Approve) ในระบบโปรแกรม e-Claim หลังจากหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกและส่งข้อมูลผ่าน (A) แล้วหรือภายใน 14 วัน หลังวันตัดยอดข้อมูลแต่ละเดือนหากเกินกำหนดระยะเวลาดังกล่าวระบบจะทำการอนุมัติข้อมูลให้เป็น “ยอมรับการเรียกเก็บ” ทุกราย (Auto approve)

4) ระยะเวลาการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่ให้บริการ โดย สปสช.จะกำหนดวันตัดยอดข้อมูลเป็นรายเดือน ระยะเวลาสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) ภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วย เช่น ข้อมูลบริการเดือนกันยายน 2563 ปิดรับการแจ้งหนี้วันที่ 30 กันยายน 2564 สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดจะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอรับค่าใช้จ่าย

5) ระยะเวลาการตัดยอดข้อมูลออกรายงานพึงรับ - พึงจ่ายรายเดือน (Statement)

(รายละเอียดตามภาคผนวก 6)

6) การคำนวณจ่ายชดเชย

6.1) ค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นรายการที่กำหนดราคากลาง (171 รายการ) ชดเชยตามที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางตามที่กำหนดของแต่ละรายการ (รายละเอียดตามภาคผนวก 7)

6.2) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ จ่ายชดเชยตามที่เรียกเก็บยกเว้นมีหนังสือหรือข้อตกลงร่วมกันให้จ่ายในอัตราที่กำหนดหรือตามที่ได้ตกลงกัน

7) การจ่ายชดเชยและการเป็น Clearing house

สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ การจ่ายชดเชยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

7.1) ใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP cap) ที่จัดสรรให้กับ CUP ตามจ่ายค่ารักษาจำนวนไม่เกิน 1,600 บาท ต่อครั้งบริการ

7.2) ใช้เงินจากกองทุน Central Reimbursement รายการ OP Refer ตามจ่ายค่ารักษาในส่วนเกิน 1,600 บาท ต่อครั้งบริการ

ทั้งนี้ สปสช. มีการกำหนดราคากลางในการจ่ายชดเชยค่าบริการ (171 รายการ) และ สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการรับส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อทั้งหมด

ทั้งนี้ หากหน่วยบริการใดมีข้อตกลงพิเศษร่วมกัน โดยการกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการประจำกับหน่วยบริการรับส่งต่อ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายตามราคาที่ตกลงร่วมกัน โดย สปสช. จะคำนวณเงินจ่ายชดเชยตามราคาที่หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกเรียกเก็บ ยกเว้นในกรณีที่หน่วยบริการมีหนังสือแจ้งข้อตกลงการกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการให้ สปสช. รับทราบ โดย สปสช.จะคำนวณเงินจ่ายชดเชยตามราคาที่หน่วยบริการแจ้ง

8) การหักหนี้ค่าใช้จ่ายในส่วนที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่าย

8.1) กรณีจังหวัดที่กันเงิน Virtual account จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการโดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายจากเงินกัน Virtual account

8.2) กรณีจังหวัดที่ไม่กันเงิน Virtual account สปสช. จะดำเนินการหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการในส่วนที่ไม่เกินเพดานที่กำหนด (1,600 บาท ต่อครั้งบริการ) ของหน่วยบริการประจำโดย สปสช. จะหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) ของหน่วยบริการ

8.3) หากเงินกัน Virtual account คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช. จะหักชำระบัญชีของหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อโดยจะหักจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) และหากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช. จะหักชำระบัญชีจากรายรับรายการอื่นๆ ของหน่วยบริการต่อไป

9) ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการส่งต่อและหน่วยบริการรับส่งต่อ

9.1) ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการส่งต่อ

9.1.1) หน่วยบริการส่งต่อผู้ป่วย “ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยทุกครั้ง” ก่อนทำหนังสือส่งตัวผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการอื่นและเก็บหลักฐานการตรวจสอบสิทธิไว้ที่หน่วยบริการทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการกรณีผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสิทธิหรือหน่วยบริการประจำ

9.1.2) หากหน่วยบริการส่งต่อไม่ใช่หน่วยบริการประจำให้หน่วยบริการส่งต่อแจ้งหน่วยบริการประจำตามบัตรและหน่วยบริการรับส่งต่อทราบทุกครั้งก่อนทำการส่งตัว

9.2) ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการรับ-ส่งต่อ

9.2.1) หน่วยบริการรับส่งต่อ “ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยทุกครั้ง” และเก็บหลักฐานการตรวจสอบสิทธิไว้ที่หน่วยบริการทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการกรณีผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสิทธิหรือหน่วยบริการประจำ

9.2.2) หากพบว่าหน่วยบริการประจำของผู้ป่วยไม่ตรงกับที่ระบุในหนังสือส่งตัวหน่วยบริการที่รักษาต้องแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ตรวจสอบได้หรือขอหนังสือส่งตัวจากหน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ตรวจสอบได้

10) ขั้นตอนการ Clearing house

10.1) หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการบริการผ่านโปรแกรม e-Claim หรือหากเป็นการนำเข้าข้อมูลจะต้องครบถ้วนตามโครงสร้างที่ สปสช. กำหนด

10.2) สปสช. ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นและตอบกลับแจ้งหน่วยบริการ (REP) ทั้งข้อมูลที่ผ่าน (A) และไม่ผ่าน (ติด C) ผ่านหน้า Website ตามระยะเวลาที่กำหนด

10.3) หน่วยบริการรับส่งต่อตรวจสอบรายงานการตอบกลับ (REP) หน้า Website และทำการ Download REP กลับเข้าโปรแกรม e-Claim offline เพื่อปรับฐานข้อมูลให้ถูกต้องกรณีข้อมูลไม่ผ่าน (ติด C) หน่วยบริการต้องแก้ไขให้ถูกต้อง แล้วส่งให้ สปสช. อีกครั้ง

10.4) สปสช. ส่งข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นให้หน่วยบริการประจำตรวจสอบผ่านโปรแกรม e-Claim ตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อพิจารณา “ยอมรับการเรียกเก็บหรือไม่ยอมรับการเรียกเก็บ” (กรณีไม่ยอมรับต้องเลือกเหตุผลการปฏิเสธจากรายการที่กำหนดให้) ทั้งนี้ หากครบกำหนดวัน Approve ข้อมูลตามปฏิทินการออก Statement ประจำปีงบประมาณหรือตามเวลา ที่ สปสช. ประกาศผ่านทางหน้า Website ระบบจะพิจารณาข้อมูลเป็น “ยอมรับการเรียกเก็บ” ทุกราย (Auto Approve)

10.5) เมื่อครบกำหนดวันตัดยอดข้อมูลตามที่กำหนด สปสช. จะรวบรวมข้อมูลเพื่อออกรายงานการจ่ายชดเชย (รายงานพึงรับ-พึงจ่าย)

10.6) สปสช. ตรวจสอบรายละเอียดการบริการค่าใช้จ่ายโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข กรณีไม่สามารถตัดสินชี้ขาดได้จะนำเรื่องเสนอต่อคณะทำงานฯ เพื่อพิจารณาและกำหนดเป็นหลักเกณฑ์ในภาพรวมต่อไป

11) การตรวจสอบหลักฐานในการเรียกเก็บและจ่ายชดเชยของหน่วยบริการ สปสช. ยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขเป็นเอกสาร โดยให้หน่วยบริการดำเนินการ ดังนี้

11.1) หน่วยบริการประจำสามารถตรวจสอบข้อมูลการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อจาก Statement พึงจ่ายรายเดือนซึ่งประกอบด้วย รายงานรายบุคคล รายงานแบบสรุป และรายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการ

11.2) หน่วยบริการรับส่งต่อสามารถตรวจสอบรายละเอียดการได้รับเงินชดเชยจาก Statement พึงรับรายเดือนซึ่งประกอบด้วยรายงานรายบุคคล รายงานแบบสรุป รายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการ และรายงานปฏิเสธการจ่าย ทั้งนี้หน่วยบริการรับส่งต่อต้องมีการจัดทำเอกสาร/หลักฐาน ที่เกี่ยวข้องเก็บไว้ที่หน่วยบริการเพื่อการตรวจสอบหรือร้องขอเอกสารเพิ่มเติม กรณีไม่พบเอกสาร/หลักฐาน ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาจะถือว่าไม่มีการให้บริการในส่วนนั้นและจะถูกเรียกคืนค่าใช้จ่าย

12) รายละเอียดการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ข้อมูลรายละเอียดการจ่ายชดเชยและการได้รับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อได้รับแจ้งการโอนเงินกรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดจาก สปสช. หน่วยบริการรับส่งต่อสามารถเข้าดูรายละเอียดการโอนเงินทั้งรายบุคคล รายสรุป และรายหน่วยบริการได้จากรายงานพึงรับ (Statement พึงรับ) และหน่วยบริการประจำสามารถตรวจสอบรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการตามจ่ายจากรายงานพึงจ่าย (Statement พึงจ่าย) ได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th --> รับส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer --> รายงานพึงรับ-พึงจ่าย

13) การแก้ไขและการอุทธรณ์ข้อมูล

การแก้ไขข้อมูล OP Refer กรณีถูกปฏิเสธการจ่าย ให้หน่วยบริการดำเนินการดังต่อไปนี้

ลำดับ	Deny Code	ความหมาย	รายละเอียดเพิ่มเติม
1	OPF01	ไม่มีประวัติการส่งตัวจาก หน่วยบริการประจำ	หน่วยบริการประจำไม่ได้ส่งตัวไปรักษาต่อ และไม่มีประวัติการส่งตัว/การรักษาของผู้ป่วยในรายนั้นๆ
2	OPF02	ไม่มีเลขที่ใบส่งตัว	หน่วยบริการที่รักษาไม่ระบุเลขที่ใบส่งตัวในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผ่านระบบโปรแกรม OP Refer
3	OPF03	การส่งต่อภายในเขตพื้นที่รอยต่อ	การส่งต่อระหว่างเขตรอยต่อ ซึ่งมีข้อตกลงเฉพาะในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
4	OPF04	รับบริการก่อน/หลังวันที่ที่ระบุในใบส่งตัว	วันที่ผู้ป่วยมารับบริการเกิดขึ้นก่อน/หลังวันที่ที่ระบุไว้ในใบส่งตัว
5	OPF05	รายละเอียดค่าใช้จ่ายไม่ชัดเจน	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มรหัส ...999 หรือค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูงโดยไม่มีการแนบไฟล์ประกอบ
6	OPF06	ไม่เข้าเงื่อนไข op refer	ไม่เข้าเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด
7	OPF08	ข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	หน่วยบริการที่รักษาระบุข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผ่านระบบโปรแกรม OP Refer ไม่ถูกต้อง
8	OPF09	เป็นการรักษาเกินความจำเป็น	หน่วยบริการประจำพิจารณาจากข้อมูลการรักษาว่าเป็น over investigation/over treatment
9	OPF10	File ภาพไม่สมบูรณ์	ไฟล์ที่หน่วยบริการที่รักษาสแกนแนบไม่ชัดเจน/ไม่ครบถ้วน
10	OPF 11	นอกเหนือชุดสิทธิประโยชน์	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ในความคุ่มครองตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11	OPF13	เรียกเก็บเกินราคาที่ตกลงกัน	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการ

ตารางแสดงรหัสการปฏิเสธการจ่ายกรณี OP Refer จำแนกตาม Deny code

หมายเหตุ :

- ข้อมูลที่ถูกปฏิเสธจากสาเหตุไม่มีประวัติการส่งตัวจากหน่วยบริการประจำ การส่งต่อภายในเขตพื้นที่รอยต่อและรับบริการก่อน/หลังวันที่ที่ระบุในใบส่งตัว หากหน่วยบริการที่อุทธรณ์ไม่ส่งหลักฐานที่ชัดเจนประกอบการอุทธรณ์จะยังคงสถานะไม่ยอมรับการเรียกเก็บ (ปฏิเสธ) ตามเดิม เนื่องจากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการส่งต่อผู้ป่วย (OPF01-OPF04)

4) ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

เป็นการเบิกค่าใช้จ่ายค่าพาหนะของหน่วยบริการในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยอันประกอบด้วยพาหนะที่ใช้ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ ที่ได้รับการออกแบบสร้างหรือดัดแปลงประกอบพร้อมด้วย ยา เวชภัณฑ์และบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการลำเลียงและดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายหรือเดินทาง

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินต่างจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอกสิทธิว่าง

2) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยในและผู้ป่วยในสิทธิว่างจากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทางซึ่งหมายความรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่ารวมถึงการรับผู้ป่วยมานอนรักษาต่อเนื่องที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพต่ำกว่าด้วย ทั้งนี้หน่วยบริการที่ขอเบิกค่าใช้จ่ายต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยในเท่านั้น

3) เป็นการส่งต่อที่ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

4) ในกรณีที่รับผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤตจากสถานบริการเอกชนมานอนรักษายังหน่วยบริการประจำ/ตามระบบเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุนเมื่อพ้นภาวะวิกฤตเจ็บป่วยฉุกเฉินและหน่วยบริการในระบบไปรับผู้ป่วยมานอนพักรักษาต่อสามารถเบิกค่าพาหนะได้

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) กรณีรถยนต์

คำนวณค่าใช้จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป-กลับโดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

- ระยะทางไปกลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 500 บาท
- ระยะทางไปกลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท

2) กรณีค่าเรือ/แพขนานยนต์ จ่ายชดเชยตามระยะทางชนิดของเรือ ตามอัตรา ดังนี้

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	ชนิดของเรือ (มาตรฐานของเรือ)	อัตราการจ่ายชดเชย	รหัสการบันทึก
5-15	เรือหางยาวเร็ว	1,200	S1803A
	เรือเร็ว	2,000	S1803B
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	5,000	S1803C
16-50	เรือหางยาวเร็ว	3,000	S1803D
	เรือเร็ว	5,000	S1803E
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803F
51-100	เรือหางยาวเร็ว	4,000	S1803G
	เรือเร็ว	10,000	S1803H
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803I
101 เป็นต้นไป	เรือเร็ว	35,000	S1803J
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803K
ไม่จำกัดระยะทาง	แพขนานยนต์	อัตราตามจริง ไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง	S1803L

ตารางแสดงรายละเอียดอัตราการจ่ายชดเชยกรณีใช้เรือ/แพขนานยนต์ในการส่งต่อผู้ป่วย

3) กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์)

หน่วยบริการต้องประสานเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน พ.ศ. 2557 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และต้องได้รับการอนุมัติจาก สพฉ. เท่านั้น โดย สปสช. จะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีอัตราจ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบินดังนี้

- เฮลิคอปเตอร์ 1 เครื่องยนต์ชั่วโมงบินละ 40,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 2 เครื่องยนต์ชั่วโมงบินละ 80,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 3 เครื่องยนต์ชั่วโมงบินละ 120,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 4 เครื่องยนต์ชั่วโมงบินละ 160,000 บาท

เงื่อนไขเพิ่มเติมกรณีเฮลิคอปเตอร์

1) เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและเร่งด่วนจากหน่วยบริการ ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่เหมาะสม

2) กรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤติไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่าย

3) ในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและพิจารณาแล้วจำเป็นต้องใช้เฮลิคอปเตอร์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งนี้ ขอให้หน่วยบริการประสานงานไปยังศูนย์สั่งการ 1669 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) การเบิกจ่ายชดเชยค่าเฮลิคอปเตอร์เป็นระบบเอกสารเท่านั้นโดยต้องมีเอกสารหลักฐานประกอบการจ่ายชดเชยดังนี้

3.1) ใบ Refer ของแพทย์

3.2) เอกสารการอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (หน่วยที่ทำการบินนั้นต้องมีการทำสัญญาหรือข้อตกลงกับ สพฉ. และ สปสช.)

5) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

<u>กรณีผู้มีสิทธิที่ไม่มีหน่วยบริการประจำ</u> การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย

5.1) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่าง

5.2) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

5.3) กรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

5.1) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่าง

“สิทธิว่าง” หมายถึง คนไทยที่มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 6

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการดังนี้

1) ผู้มีสิทธิว่างที่เข้ารับบริการด้วยกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออาการแรกรับไม่ใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้ผลการตรวจสอบสิทธิจะมีหน่วยบริการประจำเป็น สปสช.

2) หน่วยบริการต้องมีและบันทึกหมายเลข Claim Code เพื่อลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ในกรณีที่หน่วยบริการได้ดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิแล้วแต่สิทธิยังไม่ปรากฏบน www.nhso.go.th หากผู้มีสิทธิเข้ารับบริการอีกหน่วยบริการจะยังสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีสิทธิว่างได้จนกว่าจะปรากฏสิทธิ (เฉพาะระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน หลังดำเนินการลงทะเบียน)

3) หากเกินศักยภาพหน่วยบริการแห่งแรกและมีการส่งต่อผู้ป่วยสิทธิว่าง ไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2

3.1 กรณีวันรับบริการ (Admit) ยังเป็นสิทธิว่างอยู่ ให้ใช้ Claim Code เดียวกับหน่วยบริการแรกที่ขอไว้ สำหรับการบันทึกข้อมูล

3.2 กรณีวันรับบริการ (Admit) มีหน่วยบริการประจำแล้ว ให้ดำเนินการบันทึกข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายตามแต่ละกรณี

4) การส่งต่อผู้ป่วยสิทธิว่างไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 สามารถเบิกค่าพาหนะในการส่งต่อได้

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) ผู้ป่วยนอก สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณโดยจ่ายเป็นรายเดือน

2) ผู้ป่วยใน สปสช. จ่ายตามอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

5.2) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นคนไทยที่มีสิทธิตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่ยังไม่ปรากฏสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น

2) กรณีผู้ป่วยในมีชนิดการจำหน่ายเป็นเสียชีวิต (Discharge type = 9)

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) ผู้ป่วยนอก สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณโดยจ่ายเป็นรายเดือน

2) ผู้ป่วยใน สปสช. จ่ายตามอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

5.3) กรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นเด็กแรกเกิดที่เกิดมามีชีวิตแล้วเสียชีวิตก่อนลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำโดยต้องมีบิดาหรือมารดาเป็นสัญชาติไทย และไม่นับรวมเสียชีวิตในครรภ์ (Dead Fetus in Utero, StillBirth)

2) กรณีผู้ป่วยในต้องมีชนิดการจำหน่ายเป็นเสียชีวิต (Discharge type = 9)

3) ในกรณีเด็กแรกเกิดที่ยังไม่มีรหัสประจำตัวประชาชน 13 หลักและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ. แห่งที่ 2 และเสียชีวิต ให้รพ. แห่งที่ 1 บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z39000 ชนิดการจำหน่ายเป็นส่งต่อ (Discharge type = 4) และบันทึกชื่อหน่วยบริการที่ส่งต่อไปรักษา

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) ผู้ป่วยนอก สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณโดยจ่ายเป็นรายเดือน

2) ผู้ป่วยใน สปสช. จ่ายตามอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

6) การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่

6.1) ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์

6.2) ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

6.3) ผู้มารับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน [รายละเอียดตามข้อ 5.2) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน และ 5.3) กรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน]

6.1) ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมซึ่งมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคมว่ายังส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน

2) เข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วย ทั้งนี้ไม่นับรวมการตรวจครรภ์และการวางแผนครอบครัว

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) **ผู้ป่วยนอก** จ่ายตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

2) **ผู้ป่วยใน** จ่ายตามอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

6.2) ผู้มารับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมซึ่งมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคมว่ายังส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน

2) เข้ารับบริการเป็นการคลอดโดยมีข้อมูลรหัสโรคของการคลอด เช่น O800 หรือ O821 เป็นต้น

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

จ่ายตามอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

7) กรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

ขอบเขตบริการ

เป็นกรณีที่ สปสช. ได้ดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการแทนผู้มีสิทธิ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่หมดสิทธิประกันสังคมและหมดสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจที่เป็นสิทธิว่างตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ พ.ศ. 2555

เงื่อนไขการจ่าย

1) เข้ารับบริการตรงกับหน่วยบริการที่สปสช.ลงทะเบียนแทนทั้งกรณีผู้มีสิทธิเลือกยอมรับและไม่ยอมรับ

1.1) ผู้ป่วยนอก

- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ อยู่ในเหมาจ่ายรายหัว
- ค่าใช้จ่ายใช้จ่ายสูง / อุปกรณ์อวัยวะเทียมสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก สปสช.
- หากมีการส่งต่อข้ามจังหวัดเบิกเป็นกรณีการรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer)

1.2) ผู้ป่วยใน

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

2) เข้ารับบริการไม่ตรงกับหน่วยบริการที่สปสช. ลงทะเบียนแทน

2.1) ผู้ป่วยนอก

<u>กรณียอมรับลงทะเบียนแทน</u>

1) การเข้ารับบริการครั้งแรกสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีฉุกเฉิน (A/E) และค่าใช้จ่ายใช้จ่ายสูง/อุปกรณ์อวัยวะเทียมสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก สปสช.

2) การรับบริการครั้งต่อมาใช้สิทธิตามที่ลงทะเบียน

<u>กรณีไม่ยอมรับลงทะเบียนแทน</u>

1) การเข้ารับบริการครั้งแรกสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีฉุกเฉิน (A/E) และค่าใช้จ่ายใช้จ่ายสูง/อุปกรณ์อวัยวะเทียมสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก สปสช.

2) หน่วยบริการต้องดำเนินการให้ผู้รับบริการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

3) การรับบริการครั้งต่อมา สามารถใช้สิทธิเป็นกรณีฉุกเฉิน (AE) จนกว่าจะมีการปรับสิทธิตามรอบ

2.2) ผู้ป่วยใน

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

เป็นการจ่ายสำหรับบริการดังต่อไปนี้

1) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track)

2) การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

3) การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

4) บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่

5) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ

มีรายละเอียดดังนี้

1) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track)

1.1) กรณีการให้บริการรักษาเร่งด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน (Stroke fast track)

ขอบเขตบริการ

1) เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเภทหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการ และมีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เงื่อนไขการจ่าย

1) จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดตามที่ สปสช.กำหนดได้

2) จ่ายชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด (แบบเหมาจ่าย) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยต้องได้รับการทำเอ็กซเรย์สมองก่อนและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทั้งนี้อาจจะมีการทำกายภาพบำบัด หรือ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ร่วมด้วยก็ได้

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย รายละ 49,000 บาท

1.2) กรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST- Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track)

ขอบเขตบริการ

1) เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เงื่อนไขการจ่าย

1) จ่ายชดเชยบริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST - Elevated Myocardial Infarction fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด

2) จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ที่ให้ยาได้

3) การจ่ายชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase (TNK-TPA) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา streptokinase หรือเคยใช้ streptokinase มาภายใน 6 เดือน (สำหรับบริการ ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2563)

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่าย รายละ 10,000 บาท

2) ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย รายละ 49,000 บาท

3) ค่ายาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase (TNK-TPA) จ่ายอัตรา 22,660 บาท/vial

หมายเหตุ สปสช.จะจ่ายชดเชยในกรณีที่มีการใช้ยา rt-PA ตรงตามแนวทางการสั่งใช้ยาที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

2) การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. ขอบเขตบริการ

1) เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีผลการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานยืนยันผลการวินิจฉัยที่ชัดเจน และต้องมีรหัสการวินิจฉัยโรคมะเร็งและหรืออยู่ในกลุ่มโรคมะเร็ง

3) มีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องมีรหัสการรักษาโรคมะเร็งหรือรหัสหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการให้เคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา

4) หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้

4.1 เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การสั่งการรักษา การผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัดในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือการให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (รายละเอียดในภาคผนวก 4 และ 4.1 - 4.4)

4.2 เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ สปสช.กำหนด (รายละเอียดในภาคผนวก 4.5)

5) กรณีหน่วยบริการเดียวกัน ให้การรักษาผู้ป่วย ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในวันเดียวกัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น

2. เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

1.1) กรณีโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา (Protocol) ตามที่ สปสช. กำหนด จำนวน 20 ชนิด ได้แก่

1) มะเร็งเต้านม (Breast Cancer)
2) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)
3) มะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer)
4) มะเร็งมดลูก (Uterine Cancer)
5) มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal Cancer)
6) มะเร็งปอด (Lung Cancer)
7) มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal Cancer)
8) มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
9) มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangio carcinoma)
10) มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
11) มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
12) มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
13) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acute Lymphoblastic Leukemia : ALL)
14) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
15) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)

16) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (Acute Promyelocytic Leukemia : APL)

17) มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)

18) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอิโลมา (Myeloma)

19) มะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma

20) มะเร็งเด็ก (Pediatric Cancer)

หมายเหตุ

ก. มะเร็งมดลูก (Uterine Cancer) มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer) และมะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma เริ่มตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2561

ข. มะเร็งเด็ก (Pediatric Cancer) เริ่มตั้งแต่ วันที่ 1 เมษายน 2561

1.2) กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา ได้แก่ โรคมะเร็งที่นอกเหนือจากข้อ 1.1)

2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5) การได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นไปตามแนวทางการรักษา (Protocol) นั้น ต้องมีรายการยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา (รายละเอียดในภาคผนวก 4.5) และเป็นไปตามคู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตามที่ สปสช.กำหนด

6) การจ่ายค่ายาเคมีบำบัดตามรายการที่ สปสช.กำหนด จะจ่ายเพิ่มเติมจาก DRGs ตามราคาจริง ไม่เกินเพดานที่กำหนด เฉพาะการรักษาตามรายการยาที่ระบุในแต่ละ Protocol เท่านั้น

7) ยาเคมีบำบัด กรณีกลุ่มยาบัญชี จ(2) หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยคืนเป็นยาตามระบบ VMI

8) หน่วยบริการที่ให้บริการยาเคมีบำบัด (ชนิดให้ทางเส้นเลือด) จะได้รับการจ่ายชดเชยเป็นค่าผสมยาเคมีบำบัด อัตรา 160 บาทต่อวัน เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก และจะต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับ 1 หรือ ระดับ 2 เท่านั้น

9) กรณีการให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่าย ต้องผ่านการประเมินศักยภาพตามแนวทางการประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่ให้บริการเคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รายละเอียดในภาคผนวก 5.5)

10) ค่า BSA (Body Surface Area) คำนวณตามจริงในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เกิน 2 ตารางเมตร สำหรับยาเคมีบำบัดชนิดรับประทานและฉีดเข้าเส้นเลือด ยกเว้น ยาฮอร์โมนและยาเสริมภูมิคุ้มกันชนิดใส่ภายในกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ ยา BCG และ Mitomycin C

11) หน่วยบริการที่รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางในการรักษา ต้องบันทึกการรักษาตามแบบฟอร์มการแบ่งระยะมะเร็ง และเก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อใช้สำหรับตรวจสอบภายหลัง

3. อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) กรณีโรคมะเร็งที่มีแนวทางการรักษา

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามแนวทางการรักษาที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

กรณีบริการ	การจ่ายเงินชดเชย
1.1 การรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol)	
(1) บริการผู้ป่วยนอก	1) สปสช.จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาเป็นรายครั้ง ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก แต่ไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด 2) หน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน 3) หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยค่าตรวจ LAB และค่าใช้จ่ายอื่นๆ 4) ค่าใช้จ่ายในหมวดค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาที่เกินจากเพดานการจ่ายที่ สปสช.กำหนด หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก
(2) บริการผู้ป่วยใน	1) สปสช.จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) สำหรับค่ายาเคมีบำบัดหรือยาฮอร์โมน 2) คำนวณการจ่ายตามระบบ DRGs ซึ่งคำนวณ Adjusted Relative Weight (adjRW) ตามวิธีปกติแล้วนำ adjRW คูณด้วย ค่าสัดส่วนสำหรับคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor : CCUF) จะได้เป็น adjRW จริงที่นำไปใช้ในการคำนวณการจ่ายชดเชยค่าบริการโรคมะเร็ง 3) การจ่ายกรณีรังสีวางแผนหรือรังสีรักษารวมในระบบ DRGs แล้ว หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก
(2.1) บริการในเขต	1) หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. 2) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget อัตราจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW
(2.2) บริการนอกเขต	หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

กรณีบริการ	การจ่ายเงินชดเชย
1.2 กรณีรักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (รักษาตามแนวทางอื่น)	
(1) บริการผู้ป่วยนอก	1) สปสช. จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนเป็นรายครั้ง โดยได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน แต่เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้วไม่เกินที่เรียกเก็บ และไม่เกิน 2,300 บาท 2) ค่ารังสีรักษาหรือรังสีวางแผนสามารถเบิกเพิ่มเติมได้ตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด 3) ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจ LAB และค่าใช้จ่ายอื่นๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย 4) ค่าใช้จ่ายหมวดค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ในส่วนที่เกินจากเพดานที่สปสช.กำหนด หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก
(2) บริการผู้ป่วยใน	1) สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget 2) การจ่ายกรณีรังสีวางแผนหรือรังสีรักษารวมในระบบ DRGs แล้ว หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก
(2.1) บริการในเขต	1) หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. 2) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW
(2.2) บริการนอกเขต	หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

2) กรณีมะเร็งทั่วไป หมายถึง กรณีรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ ที่ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการรักษา

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และได้รับการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา

กรณีบริการ	การจ่ายเงินชดเชย
(1) บริการผู้ป่วยนอก	1) สปสช. จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาเป็นรายครั้งตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก รวมทั้งหน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน และเมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 4,000 บาท 2) หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจ LAB และค่าใช้จ่ายอื่นๆ 3) ค่าใช้จ่ายในหมวดค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาที่เกินจากเพดานการจ่ายที่ สปสช.กำหนด หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก
(2) บริการผู้ป่วยใน	1) สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget 2) ค่าใช้จ่ายกรณีรังสีวางแผนหรือรังสีรักษา หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก เนื่องจากจ่ายชดเชยรวมในระบบ DRGs แล้ว
(2.1) บริการในเขต	1) หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. 2) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget 3) อัตราจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW
(2.2) บริการนอกเขต	หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

หมายเหตุ

1) กรณีบริการผู้ป่วยนอก จ่ายในระบบ Point system with ceiling with Global budget

2) กรณีบริการผู้ป่วยใน บริการในเขต

2.1 หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

กรณีหน่วยบริการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และมีการส่งต่อไปรับยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษายังหน่วยบริการแห่งอื่นซึ่งรักษาเป็นผู้ป่วยนอก มีเงื่อนไขการเบิกชดเชยค่าบริการ ดังนี้

1. หน่วยบริการที่รักษาเป็นผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลเบิกกรณีผู้ป่วยในตามปกติ โดยไม่ต้องบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการของการให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา เช่น รหัส Z511 และหรือรหัสหัตถการ 9925 ถ้าตรวจสอบภายหลังพบว่า มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าว สปสช. จะทำการเรียกเงินคืน

2. หน่วยบริการที่รักษาเป็นผู้ป่วยนอก บันทึกข้อมูลตามประเภทการรักษาโรคมะเร็งนั้น ซึ่ง สปสช.จ่ายชดเชยจากกองทุนกลาง

3. การส่งต่อตัวผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัด รังสีวางแผน หรือรังสีรักษาแล้วกลับมา Admit ที่หน่วยบริการเดิม ไม่สามารถเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขในการเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อตามคู่มือฯ นี้

2.2 หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

สรุปเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินราคาที่ประกาศ + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท/ครั้ง และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	มะเร็งทั่วไป		จ่ายค่ายาและรังสีรักษาตามจริง รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท/ครั้ง
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
	มะเร็งทั่วไป		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs

4. การตรวจสอบและประมวลผลการจ่ายฯ

สปสช. จะทำการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายจากรหัสโรคมะเร็ง รหัสหัตถการ รหัสยาเคมีบำบัด และรหัสรังสีรักษาที่หน่วยบริการบันทึกมาในโปรแกรม e-Claim ดังนี้

1) ตรวจรหัสโรคหลัก (Pdx.) หรือรหัสโรครอง (Sdx.) โดยหากพบว่า รหัสโรคหลักไม่ใช่รหัสโรคมะเร็งจะตรวจสอบจากรหัสโรครอง (Sdx.) เฉพาะกรณีที่มีการรักษามะเร็ง

2) ตรวจสอบยาเคมีบำบัดจาก รหัสยา TMT ในระบบบัญชียา (Drug Catalog) ที่หน่วยบริการส่งมา เปรียบเทียบกับฐานข้อมูลยามะเร็ง ของ สปสช.

3) การบันทึกเบิกรังสีรักษาผู้ป่วยนอก ต้องบันทึกรหัสรังสีรักษาตามที่ สปสช.กำหนด (รายละเอียดในภาคผนวก 5.6) กรณีผู้ป่วยในจะไม่มีรหัสเบิกรังสีรักษาเนื่องจากค่าใช้จ่ายรวมอยู่ใน DRGs หากบันทึกรหัสเบิกรังสีรักษาไม่สัมพันธ์กับกลุ่มโรคมะเร็งตามแนวทาง (Protocol) ที่กำหนด หรือมะเร็งทั่วไป ข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C567)

3.1 สำหรับการรักษาโรคมะเร็งตามแนวทางการรักษา (Protocol) ที่กำหนด จะตรวจสอบจากรหัสโรค (ICD10) โดยมีรหัสเบิกรังสีรักษาเป็น RTX101 - RTX214 (รายละเอียดในภาคผนวก 4.6)

3.2 สำหรับการรักษามะเร็งทั่วไป จะตรวจสอบจากรหัสโรค (ICD10) โดยมีรายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งทั่วไป เป็น RTX216_101 ถึง RTX216_214 ที่แบ่งตามชนิดของรังสีรักษาซึ่งแตกต่างจากรหัสเบิกรังสีรักษามะเร็งทั่วไปที่ใช้เบิกของปีงบประมาณ 2562

3.3 ค่าใช้จ่ายกรณีรังสีรักษามะเร็งทั่วไป (RTX216_101 ถึง RTX216_214) เป็นค่าใช้จ่ายรวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และค่าบริหารยาเคมีบำบัด

3.4 กรณีให้บริการรังสีรักษามะเร็งทั่วไปมากกว่า 1 รายการ และรวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และค่าบริหารยาเคมีบำบัดแล้ว เกินอัตราจ่ายที่กำหนด 4,000 บาท/ครั้ง ให้จ่ายชดเชยได้ไม่เกิน 4,000 บาท/ครั้ง

4) กรณีที่ตรวจสอบพบว่ารหัสโรค (ICD10) ที่หน่วยบริการบันทึก มีทั้งรหัสที่อยู่ในกลุ่มโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา และมะเร็งทั่วไป สปสช. จะจ่ายชดเชยเป็นกรณีโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา

5) การบันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยที่เบิกยาเคมีบำบัดมาจากหน่วยบริการอื่น หรือกรณีที่หน่วยบริการไม่ต้องการเบิกยาเคมีบำบัด ไม่ต้องบันทึกรายการยาเคมีบำบัด และหน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยตามระบบ DRGs

6) กรณีบริการการรักษาผู้ป่วยใน กลุ่มโรคมะเร็งที่รักษาตามแนวทางการรักษา (Protocol) ที่กำหนด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นไป มีการปรับใช้ค่าสัดส่วนสำหรับคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor : CCUF) พ.ศ. 2562 ซึ่งใช้กับกลุ่มโรคมะเร็งที่ใช้การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5.0 (Thai DRGs Version 5.0) (รายละเอียดในภาคผนวก 4.7)

การชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา trastuzumab

ขอบเขตบริการ

จ่ายเฉพาะหน่วยบริการ UC ที่มีคุณสมบัติของสถานพยาบาล ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติพ.ศ. 2562 มีการเบิก FISH (fluorescence in situ hybridization) หรือ DISH (Dual-Color in situ hybridization) สำหรับการตรวจยืนยัน in situ hybridization เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา trastuzumab

เงื่อนไขการจ่าย

1) จ่ายผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง
2) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ICD10=C50*)
3) มีการเบิก FISH (fluorescence in situ hybridization) หรือ DISH (Dual-Color in situ hybridization) ที่บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2) จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 บาทต่อเต้านม 1 ข้าง

การจ่ายชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา ยา Imatinib

ขอบเขตบริการ

จ่ายเฉพาะหน่วยบริการ UC ที่มีคุณสมบัติของสถานพยาบาล ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2562 มีการเบิกการตรวจยีน mutation สำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีการสั่งใช้ยา Imatinib จะต้องเป็นหน่วยบริการตามที่กำหนด

เงื่อนไขการจ่าย

1) จ่ายผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง
2) เป็นผู้ป่วยมะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10=C92*)
3) มีการเบิก กรณีการตรวจยีน mutation สำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีการสั่งใช้ยา Imatinib ที่บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2) จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาทต่อปีปฏิทิน (นับวันบริการ)

การชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Erlotinib

ขอบเขตบริการ

จ่ายเฉพาะหน่วยบริการ UC ที่มีคุณสมบัติของสถานพยาบาลตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2562 โดยเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับ 1, 2, 3

เงื่อนไขการจ่าย

1) จ่ายผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง
2) เป็นผู้ป่วยมะเร็ง non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย
3) เบิกกรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) จ่ายเพิ่มเติมทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2) จ่ายค่าตรวจวินิจฉัย EGFR mutation จ่ายตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท ต่อครั้ง (ผู้ป่วย 1 ราย ตรวจได้ไม่เกิน 2 ครั้ง

3) การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นในผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) และชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision)

เป้าหมาย

การบริการผ่าตัดต้อกระจกปีงบประมาณ 2564 จำนวน 120,000 ดวงตา โดย สปสช. จัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดในระดับเขต และ สปสช.เขต ร่วมกับกลไกคณะทำงานระดับเขตพิจารณาจัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดที่ได้รับให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่

เงื่อนไขการจ่าย

1) จ่ายค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียมให้กับหน่วยบริการเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกสูงอายุ (Senile cataract) ส่วนกรณีผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นๆ หรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่น ให้ขอรับชดเชยค่าใช้จ่ายฯ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระบบ DRGs ปกติสำหรับกรณีเหล่านั้น

2) ค่าชดเชยการบริการครอบคลุมถึง ค่าผ่าตัดต้อกระจก ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ค่ายาและค่าตรวจชันสูตรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้อกระจกโดยตรง ค่าตอบแทนภาระงาน

ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต้อกระจกและค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (1, 7, 30 วัน ในกรณีปกติ และ 90 วัน ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน)

อัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการผ่าตัด

1) การผ่าตัดต้อกระจกในรายกรณีปกติ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามรหัส DRGs ICD9CM และ ICD10 ที่ สปสช. กำหนด ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/200 จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราข้างละ 7,000 บาท

2) การผ่าตัดต้อกระจกกรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (Complication) ตามรหัส DRGs ICD9CM และ ICD10 ที่ สปสช. กำหนดจ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราข้างละ 9,000 บาท

3) การผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่มีระดับสายตา (VA) 20/200 ถึง 20/100 ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราข้างละ 5,000 บาท ทั้งนี้ ในกลุ่มที่มีระดับสายตา (VA) ดีกว่า 20/100 ให้พิจารณาผ่าตัด ตามความจำเป็นเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของสายตาผู้ป่วย

อัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม

สปสช. จะชดเชยค่าเลนส์ให้กับหน่วยบริการ เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ (Instrument) ของ สปสช. และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด โดยกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่าเลนส์ ดังนี้

1) กรณีเลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens) จ่ายชดเชยอัตราข้างละ 2,800 บาท

2) กรณีเลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable intraocular lens) จ่ายชดเชยอัตราข้างละ 700 บาท

ทั้งนี้ จะจ่ายชดเชยเมื่อหน่วยบริการได้ผ่าตัดต้อกระจกเสร็จสิ้นและเก็บหลักฐานข้อมูล Serial number ของเลนส์ไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยสำหรับการตรวจสอบข้อมูลกับเลนส์ที่ สปสช. กำหนด

4) การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดทันตกรรมจัดฟันและผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

เป็นการจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งประกอบด้วยการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ การพัฒนาการดูแลโดยการแก้ไขการพูดและบริการทันตกรรมจัดฟัน โดยทีมงานสหวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแล ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานการบริการตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย การดูแลรักษาในหน่วยบริการ และการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิว่าง

2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะปากแหว่งหรือภาวะปากแหว่งเพดานโหว่หรือภาวะเพดานโหว่

3) เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์ให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดทันตกรรมจัดฟันและผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์ให้บริการฯ รายละเอียดขั้นตอนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th

4) หน่วยบริการดังกล่าวต้องรับลงทะเบียนและให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิว่างที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS (ยสส.1)

5) การรักษาทั่วไปและการรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ขอรับค่าใช้จ่ายตามแต่ละกรณี

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

แยกเป็น 2 กรณี ดังนี้

1) สปสช. จ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการตามระยะของการดูแลรักษา โดยแบ่งเป็น 4 ลักษณะคือ

1.1) การผ่าตัดผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

1.2) การใส่เพดานเทียม (Obturator) และ/หรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก (Nasoalveolar molding หรือ NAM) และ Maxillary distractor

1.3) การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน

1.4) การแก้ไขการพูดและการได้ยิน

หน่วยบริการที่ให้บริการฯ จะได้รับการชดเชยดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
1) การผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่	- บันทึกข้อมูลส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ	จ่ายชดเชยตามกรณีผู้ป่วยในทั่วไป	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2) การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน	- บันทึกข้อมูลส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ	จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการเรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่ สปสช. ประกาศ และนำมาคำนวณอัตราจ่ายตามระบบ point system with global budget โดยส่วนต่างจากเงินเรียกเก็บและเงินจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim โดยบันทึกรหัสอุปกรณ์
2.1) เพดานเทียม (Obturator) (2704)	- ใช้ในผู้ที่มีภาวะเพดานโหว่ (Cleft palate) เพื่อช่วยในการดูดนม	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 800 บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.2) Obturator + Screw (2704A)	- สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออกโดยใช้สกรู - เพื่อช่วยในการดูดนม	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 1,500 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.3) Obturator +Naso-alveolar Molding (NAM) (2704B)	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก - ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและคงสภาพโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 1,800 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.4) Obturator + Screw + NAM (2704C)	สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออก โดยใช้สกรู และสำหรับจัดโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 2,500 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
2.5) Nasal Molding (NAM) เพิ่มเติม (2704D)	- จัดโครงสร้างจมูก - คงสภาพโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 700 บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.6) Maxillary distractor	- ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่านการลงทะเบียน Cleft Lip/ Palate	จ่ายอัตราราคากลาง 200,000 บาท/ชุด	จ่ายตามผลงานการให้บริการ โดยต้องมีการส่งหนังสือขออนุมัติก่อนการให้บริการและหลังให้บริการ หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมหลักฐานเพื่อขอรับการชดเชย
3) ทันตกรรมจัดฟัน	- ทำประวัติ ตรวจทางรังสีเพื่อรักษาทางทันตกรรม - แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟัน - ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน - รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ - ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น	จ่าย 48,000 บาทต่อราย (ตลอดชีวิต)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม DMIS ยสส.4

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
4) บริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน	Speed Language and hearing problem Intervention - ตรวจการได้ยิน - การประเมินภาษา การพูด การได้ยิน - การแก้ไขภาษา การพูด การได้ยิน - การประเมินการสั่นพ้องผิดปกติจากปัญหา VPI ด้วยการฟัง - *การประเมิน instrumental VPI (ได้รับการจ่ายชดเชยจาก - กองทุนฟื้นฟูฯระดับเขตให้บริการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย) - การตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่อง	จ่าย 3,850 บาทต่อรายต่อปี	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม DMIS ยสส.5
หมายเหตุ : การจ่ายชดเชยรายการอุปกรณ์เป็นการจ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget ตามอัตราการจ่ายชดเชย รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument)			

ตารางแสดงอัตราจ่ายชดเชยการให้บริการโรคภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

2) สภากาชาดไทยจ่ายค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยและญาติดังนี้

2.1) ค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ครั้งละ 1,000 บาท โดยมีเอกสารแนบ ยสส.1) และ ยสส.2) ประกอบการเบิกจ่ายจากสภากาชาดไทย

2.2) ค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันตกรรมจัดฟันหรือแก้ไขการพูดครั้งละ 500 บาท (จ่ายตามจำนวนครั้งที่แพทย์นัดแต่ไม่เกินเดือนละ 2 ครั้ง) โดยมีเอกสารแนบ ยสส.4) หรือ ยสส.5) ประกอบการเบิกจ่ายจากสภากาชาดไทย

หมายเหตุ *: สภากาชาดไทยจ่ายค่าเดินทางให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติภายหลังการเข้ารับบริการ โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มในโปรแกรม DMIS และจัดพิมพ์ให้แพทย์ผู้รักษาเซ็นต์รับรองในแบบฟอร์มดังกล่าวแล้วมอบให้ผู้ป่วยหรือญาตินำไปขอรับค่าใช้จ่ายจากสภากาชาดไทยหรือสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด*

การลงทะเบียนผู้ป่วย สามารถดำเนินการได้ดังนี้

อสม. หรือผู้นำหมู่บ้านหรือหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการประจำหรือสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดค้นหาผู้ป่วยในชุมชนหรือพบเด็กแรกคลอดที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ และดำเนินการแจ้งให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งลงทะเบียนให้แก่ผู้ป่วยในโปรแกรม DMIS (ยสส.1) ระบบ Online ผ่านทาง www.nhso.go.th ซึ่งสามารถขอ Username/Password มายัง สปสช. เพื่อใช้สำหรับการลงทะเบียนให้แก่ผู้มีสิทธิและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS โดยส่งคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด (เอกสารตามภาคผนวก) มายัง สปสช.เขต เพื่อรวบรวมส่ง สปสช. กลาง ต่อไป

การให้บริการของหน่วยบริการ (บทบาทของ Case Manager)

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หน่วยบริการประจำ)/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ทำหน้าที่ลงทะเบียนให้แก่ผู้ป่วยดำเนินการดังนี้

1.1) ขอ Username/Password มายัง สปสช.เพื่อใช้สำหรับการลงทะเบียนให้แก่ผู้มีสิทธิและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS โดยส่งคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด ได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th มายัง สปสช. เขต

1.2) ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการในโครงการที่ต้องการส่งผู้ป่วยไปเข้ารับบริการ (ซึ่งจะปรากฏในโปรแกรม DMIS ด้วย) ทั้งนี้ในการส่งต่อดังกล่าวหน่วยบริการประจำไม่ต้องเขียนใบส่งตัวยกเว้นหน่วยบริการต้องการส่งตัวเพื่อรักษาโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

หน่วยบริการในโครงการดำเนินการดังนี้

1) ตรวจสอบข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยที่เลือกหน่วยบริการของตนเพื่อเข้ารับการรักษาในโปรแกรมฯ DMIS ซึ่งเป็นระบบ Online ผ่านทาง www.nhso.go.th

2) ประสานงานแพทย์/ทันตแพทย์/นักแก้ไขการพูด เพื่อการนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ/นัดหมายวันผ่าตัด/แก้ไขการสบฟัน/แก้ไขการพูด

3) ประสานงานแจ้งหน่วยบริการประจำ/ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการตามวันเวลาที่นัดหมาย

4) เมื่อมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยให้บันทึกข้อมูลการให้บริการตามวิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim และโปรแกรม DMIS (Cleft lip Cleft Palate) ตามแบบฟอร์ม ยสส.2) (ผ่าตัด), ยสส.3) (ข้อมูลการค้นหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค), ยสส.4) (จัดฟัน) และ ยสส.5) (ฝึกพูด) หรือจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (กรณี Maxillary Distractor)

5) นัดหมายการเข้ารับบริการต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยหรือญาติ

6) แจ้งข้อมูลการให้บริการแก่หน่วยบริการประจำเพื่อการติดตามผู้ป่วยหรือการส่งกลับเพื่อรักษาต่อเนื่อง ณ หน่วยบริการประจำ

ขั้นตอนการดำเนินการกรณีเบิกใช้ Maxillary Distractor

สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เพื่อดึงยึดกระดูกแก้ไขความพิการและปรับความสมดุลบนใบหน้า และเพื่อป้องกันไม่ให้มีพัฒนาการของกระดูกส่วนอื่นๆ ผิดปกติโดยใช้อุปกรณ์ Maxillary Distractor หน่วยบริการที่ให้บริการต้องดำเนินการดังนี้

1) หน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS (Cleft Lip Cleft Palate)

2) หน่วยบริการดำเนินการขออนุมัติการใช้ Maxillary Distractor สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมส่งสำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ระบุแผนการรักษาและหนังสือรับรองการให้บริการด้วย Maxillary Distractor โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th มายังสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สปสช. ทั้งนี้จะแจ้งกลับหน่วยบริการภายใน 5 วันทำการภายหลังที่ได้รับหนังสือขออนุมัติจากหน่วยบริการ

3) หน่วยบริการดำเนินการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับหนังสืออนุมัติจาก สปสช.

4) หน่วยบริการสามารถส่งเบิกค่าใช้อุปกรณ์ Maxillary Distractor ตามแบบฟอร์มขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณ์ Maxillary distractor สำหรับหน่วยบริการ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th ภายหลังจากให้การรักษาผู้ป่วยแล้วพร้อมทั้งหน่วยบริการจะต้องจัดส่งเอกสารเวชระเบียนที่สรุปผลการรักษาของผู้ป่วยโดยจัดส่งมาที่ สปสช. เพื่อดำเนินการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายภายใน 10 วันทำการและส่งหนังสือแจ้งการโอนเงินให้หน่วยบริการเพื่อตรวจสอบรายละเอียดการโอนเงินที่ Website NHSO Budget ต่อไป

การประมวลผลออกรายงาน

สปสช. รับข้อมูลและประมวลผลการจ่าย ดังนี้

1) สำหรับข้อมูลการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ การใส่เพดานเทียม (Obturator) และ/หรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก (Nasoalveolar molding หรือ NAM) ให้บันทึกในโปรแกรม e-Claim

2) สำหรับกรณีทันตกรรมจัดฟันและบริการแก้ไขการพูดและการได้ยินให้บันทึกในโปรแกรม DMIS โดย สปสช. จะตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจะประมวลผลผ่านระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS) โดยจะโอนเงินภายในเดือนถัดไป

5) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีมีเหตุสมควร หรือผู้เจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ มีสิทธิเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ ประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการตามที่กำหนดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีมีเหตุสมควร หรือผู้เจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ มีสิทธิเข้ารับบริการนอกเวลาราชการที่หน่วยบริการตามที่กำหนดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562 ประเภทบริการผู้ป่วยนอก ภายใต้เงื่อนไขความพร้อมของระบบตามแนวทางการปฏิรูปห้องฉุกเฉิน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. เป็นการเข้ารับบริการยังหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดกรณีที่มีเหตุสมควร และอัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2562 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (รวมถึงกรณีเข้ารับบริการในหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการในจังหวัด) โดยผู้มีสิทธิไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่มเติม
4. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการ สำหรับการจัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉินสำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

แนวทางการบริหารจัดการระบบบริการ

1. หน่วยบริการที่เข้าร่วมดำเนินการตามแนวทาง “บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินคุณภาพ” มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพการบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินคุณภาพ โดยนอกเวลาราชการต้องมีการแยกห้องบริการเป็น 2 ห้องชัดเจน และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

1.1) ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

1.1.1) มีการจัดห้องแยกเฉพาะ และมีอุปกรณ์ตามแนวทางการจัดบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1.1.2) จัดบุคลากรบริการนอกเวลาราชการต่อวัน ตามมาตรฐานที่กำหนด

1.2) ห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน

1.2.1) มีการจัดห้องแยกเฉพาะ และมีอุปกรณ์ตามแนวทางการจัดบริการ

1.2.2) จัดบุคลากรบริการนอกเวลาราชการต่อวัน ตามแนวทางของหน่วยบริการ โดยอย่างน้อยต้องมีแพทย์ประจำ

2. รูปแบบการจัดบริการตามแนวทาง “บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินคุณภาพ” หน่วยบริการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้

2.1 ห้องฉุกเฉินคุณภาพ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง)

2.2 ห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่เข้ารับบริการนอกเวลาราชการ

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

1. สปสช.จ่ายชดเชยเพิ่มเติมให้หน่วยบริการ สำหรับการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่เข้ารับบริการนอกเวลาราชการ ประเภทบริการผู้ป่วยนอก “กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ” ในอัตราการจ่าย 150 บาทต่อครั้งบริการ

2. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นๆ หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายจากระบบปกติ ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ สปสช.

ทั้งนี้ การจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินคุณภาพ หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายจากระบบปกติ ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ สปสช. <u>โดยไม่ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตรา 150 บาทต่อครั้งบริการเพิ่มเติม</u>

การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

1. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนดและส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายฯ มายัง สปสช.ภายใน 30 วันหลังให้บริการ

2. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ (Project code) “ER-EXT ฉุกเฉินคุณภาพ” สำหรับบริการประเภทผู้ป่วยนอก กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและเหตุสมควรอื่นกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิที่รับบริการนอกเวลาราชการ (<u>ที่เข้ารับบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน</u>) มาด้วยทุกครั้ง

การประมวลผล การตัดยอดข้อมูล และการอุทธรณ์การจ่าย

1. สปสช. ทำการตรวจสอบและประมวลผลแล้วจะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์ พุธและศุกร์

2. การตัดยอดข้อมูล จะตัดทุกวันสุดท้ายของเดือนและออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ตามวันที่กำหนดเช่นเดียวกับการเบิกจ่ายในระบบปกติอื่น ๆ

3. การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 30 วัน นับจากวันรับแจ้งการโอนเงิน

4. หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post Audit) ว่าได้มีการให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

ประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)

2) กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (Percutaneous coronary Intervention : PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีผ่าตัด

2.1) กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (Percutaneous coronary Intervention : PCI)

2.2) การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีผ่าตัด

3) การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

4) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

5) การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

6) การผ่าตัดปลูกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ

6.1) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก กรณีท่อน้ำดีตับตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ

6.2) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hamotopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)

1.1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ (Instruments)

ขอบเขตบริการ

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น ตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนด ซึ่งเป็นราคาชดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

เงื่อนไขการจ่าย

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการตามประเภท และรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ที่กำหนดในท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นราคาชดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้น ๆ

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling

หมายเหตุ : รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่คนพิการที่มีสิทธิในระบบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ที่สำนักงานประกาศกำหนด

1.2) กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อนและการตัดเท้า

ขอบเขตการให้บริการ

เป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. 2563 ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิรับบริการ ดังนี้

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน
3) สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง
4) ได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ.2556 และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ต้องมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

1) เป็นหน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET)
2) เป็นหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan)
3) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการ และประสงค์จะให้บริการ

หน่วยบริการที่ประสงค์จะให้บริการและขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต้องยื่นแบบแสดงความจำนง ตามเอกสารหมายเลข 1 พร้อมแบบประเมินตนเอง ตามเอกสาร

หมายเลข 2 ตามที่แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. 2563 ไปที่สำนักงานเขต เพื่อพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการและให้เป็นไปตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) โดยให้สำนักงานเขตส่งสำเนาการอนุมัติในระดับเขตมาที่สำนักงาน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการแจ้งผลการประเมินแล้ว สามารถให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

1) หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) และหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สามารถให้บริการอุปกรณ์ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส 8612 8813 และ 8814

2) หน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส 8813

3) หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ นอกเหนือจาก 1) และ 2) ที่มีศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์และประสงค์จะให้บริการ ให้ยื่นแบบแสดงความจำนงต่อสำนักงานเขตเพื่อตรวจประเมินเป็นรายกรณี

กรณีเกินกว่าศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส 8612 หรือ 8813 หรือ 8814 สามารถให้บริการตามระบบส่งต่อ (OP Refer) ได้

หมายเหตุ

รหัส 8612 หมายถึง อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)

รหัส 8813 หมายถึง รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

รหัส 8814 หมายถึง รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้

<u>เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชย</u>

1) สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ส่งมายัง สปสช. เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 วัน หลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว

3) บันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD10) และรหัสหัตถการ (ICD9) ให้ถูกต้องครบถ้วนตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์

4) การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการอุปกรณ์ รหัส 8612 8813 และ 8814 ให้เบิกได้ 1 คู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์

5) สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ ให้หน่วยบริการตามราคาที่จัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามสมควร แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด โดยมีลักษณะข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

กรณีที่หน่วยบริการเห็นว่าการจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ให้ยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงานภายใน 30 วัน (รวมวันหยุดราชการ) นับจากวันที่ สปสช. แจ้งรายงานการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (วันที่ปรากฏข้อมูลการจ่ายชดเชยใน www.nhso.go.th)

2) การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

2.1) กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (Percutaneous coronary Intervention : PCI)

ขอบเขตบริการ

การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instrument ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) หน่วยบริการที่สามารถเบิกชดเชยค่าบริการกรณีให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) การเบิกชดเชยค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาโรคกรณีให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ตามที่ สปสช. กำหนดเบิกได้เฉพาะหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค Stent สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting stent) ให้เบิกในระบบ VMI

4) รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาอื่นๆเพื่อประกอบการให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) เบิกในระบบโปรแกรม e-Claim

5) กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ให้บริการผู้ป่วยและให้หน่วยบริการอุทธรณ์เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์แนวทางที่ สปสช. กำหนด

<u>อัตราการจ่ายชดเชย</u>

1) สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget แบ่งออกเป็น 2 กรณีคือ

1.1) กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

<u>หมายเหตุ</u> :

- สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่าK)
- สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

1.2) กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้กับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขต อื่นให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาท ต่อ adjRW

2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา

2.1) อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค Stent เบิกในระบบ VMI ได้รับการชดเชยเป็นอุปกรณ์กรณีหน่วยบริการมีปัญหาในการใช้อุปกรณ์ในระบบ VMI สามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารได้เป็นรายๆ

2.2) รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาอื่นๆ จ่ายชดเชยเพิ่มเติม (Add on) ตามราคาที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคาเพดานที่ประกาศ

<u>การเบิก Stent ในระบบ VMI</u> ให้ดำเนินการดังนี้

ให้ดำเนินการดังนี้

1) หลังจากหน่วยบริการผ่านการตรวจประเมินจากสปสช.ตามแนวทางที่กำหนดแล้ว หน่วยบริการจะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) สปสช. โดยสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ (สจช.) ส่งหนังสือถึงองค์การเภสัชกรรมแจ้งรายชื่อหน่วยบริการที่เข้าใหม่เพื่อเพิ่มในฐานข้อมูลเบิกของโปรแกรมองค์การเภสัชกรรม (GPO-MDS) และองค์การเภสัชกรรมดำเนินการออก Username/Password ให้หน่วยบริการ

3) สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ (สจช.) ประสานหน่วยบริการเพื่อแจ้ง Username /Password คู่มือการใช้งานเบื้องต้นและหนังสือแจ้งรายละเอียดรายการอุปกรณ์ที่สามารถเบิกได้ในระบบ VMI เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลการใช้อุปกรณ์ผ่านโปรแกรมขององค์การเภสัชกรรมต่อไป

การปฏิเสธการจ่ายและการขออุทธรณ์

1) หน่วยบริการที่ให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) เป็นกรณีฉุกเฉินที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉาพะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ให้อุทธรณ์ค่าใช้จ่ายเป็นเอกสารส่งมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน แต่ใช้อุปกรณ์ Stent นอกระบบ VMI ให้หน่วยบริการอุทธรณ์เป็นเอกสารส่งมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2.2) การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

ขอบเขตบริการ

การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instrument) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด

เงื่อนไขการจ่าย

1. สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีการทำหัตถการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้กับหน่วยบริการที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ให้บริการผู้ป่วย และทำการอุทธรณ์เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์แนวทางที่ สปสช. กำหนด

อัตราการจ่าย

1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่ สปสช. ประกาศกำหนดหรือพิจารณาเป็นกรณีหรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น

2) การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในและ Instrument) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดและจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยในตามระบบ DRGs

3) การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1) เพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นและเหมาะสม

2) สนับสนุนให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

3) เป้าหมายการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมปีงบประมาณ 2564 ระดับประเทศ จำนวน 12,000 ข้อ โดยจัดสรรเป้าหมายระดับเขตต้นปีงบประมาณ ให้มีการปรับเกลี่ยเป้าหมายในต้นไตรมาส 3 และให้ สปสช. เขตทุกเขตสร้างกลไกให้หน่วยบริการทุกสังกัดร่วมกันวางแผนการให้บริการอยู่ในเป้าหมายที่กำหนดรวมทั้งการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการและพัฒนาคุณภาพการบริการ

แนวทางเงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีคุณสมบัติศักยภาพการให้บริการตามที่สปสช.กำหนดในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2559 โดยแสดงความประสงค์และประเมินศักยภาพพร้อมหลักฐานตามที่กำหนด แจ้ง สปสช.เขต ก่อนให้บริการ

2) เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขต และหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3) หากจำเป็นต้องให้บริการข้ามเขตให้ดำเนินการในกรณีที่ไม่มีหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติศักยภาพหรือมีคิวรอผ่าตัดจำนวนมากโดยให้ผ่านการพิจารณาของคณะทำงานบริหารจัดการระดับเขตทั้ง 2 ฝ่ายและเสนอต่อ อปสข. ทั้ง 2 เขตทราบ

4) หน่วยบริการขออนุมัติก่อนผ่าตัด (Pre Authorized) ต่อคณะทำงานบริหารจัดการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมระดับเขตในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) การให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty : TKA) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA)

4.2) กรณีเกินเป้าหมายที่หน่วยบริการได้รับการจัดสรร

อัตราการจ่าย

1. ค่าใช้จ่ายกรณีผ่าตัดที่มีการรักษาเป็นผู้ป่วยใน สปสช. จะจ่ายชดเชยตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เช่นเดียวกันกับกรณีผู้ป่วยใน

2. ค่าใช้จ่ายกรณีอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคและข้อบ่งชี้ พ.ศ. 2562

4) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

ขอบเขตบริการ

เป็นการจ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงสิทธิว่าง

2) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) เท่านั้น

อัตราการจ่ายชดเชย

สปสช. จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาทตามระบบ Point system with ceiling with global budget

ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการดำน้ำด้วยออกซิเจนความกดดันสูงผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้ตามขั้นตอนการใช้สิทธิหรือการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ไม่สามารถเบิกจ่ายเพิ่มเติมจาก สปสช. ส่วนกลาง (กองทุน Central reimburse) ได้

5) การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยโรคกระจกตาสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

เป้าหมายการบริการ

งบประมาณในการบริหารจัดการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564

เงื่อนไขหน่วยบริการ

ต้องเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการและอัตราการจ่ายชดเชย

1) การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย สปสช. จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราดวงตาละ 15,000 บาทให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

2) สำหรับค่าบริการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย กำหนดให้เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดจาก สปสช. ในระบบ DRGs เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยใน โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ e-Claim

6) การผ่าตัดปลูกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ

6.1) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก กรณีท่อน้ำดีอุดตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากที่อาจทำให้ล้มละลายจากการเจ็บป่วยได้ (Catastrophic illness) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนให้ระบบบริการปลูกถ่ายหัวใจ ในประเทศไทยได้รับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยเสริมระบบรับบริจาคอวัยวะให้เข้มแข็งมากขึ้น อันเป็นประโยชน์กับการขยายการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งช่วยลดภาระงบประมาณระยะยาวได้ คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติจึงได้พิจารณาและมีมติ เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2554 เห็นชอบให้การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver transplantation) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอุดตันแต่กำเนิด แต่เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากซึ่งเดิมยังไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเช่นกัน ดังนั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้พิจารณาและมีมติ เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 เห็นชอบการเพิ่มสิทธิประโยชน์ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีอุดตันแต่กำเนิด และโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตับวาย โดยการปลูกถ่ายทั้งผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต และจากผู้เสียชีวิต และให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้ เข้าถึงบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่ตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ได้เข้าถึงบริการปลูกถ่ายตับ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย และผู้ป่วยเด็กที่ตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้ง สิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามประกาศ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ และต้องลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการก่อนเข้ารับบริการ

คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

1. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก สปสช. จะให้การสนับสนุนการให้บริการผ่าตัดแก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียมก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอโดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาตาม Protocol สำหรับงวดการจ่ายเงิน สปสช. จะจ่ายชดเชยให้ตาม Protocol ที่มีการให้บริการจริง โดยจะชดเชยให้หลังจากที่หน่วยบริการได้ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ปลูกถ่ายตับให้ผู้ป่วยแล้ว

2. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกันเกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยรายเก่า และรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นไป ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา เพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัด รายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายละเอียดตาม คู่มือ กฎระเบียบ ข้อบังคับ และเอกสารอ้างอิงประกอบการดำเนินงานบริหาร งวดการจ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกันจะจ่ายค่าบริการเป็นรายเดือนต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. หน่วยบริการที่ร่วมโครงการบันทึกในโปรแกรม DMIS_HT หรือ DMIS_LT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช. อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายชดเชยได้

4. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (Complication) ร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน e-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

5. การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ให้ สปสช. คือ 30 หลังจากวันที่ให้บริการในกรณีที่ส่งข้อมูลไม่ทันเวลา สปสช.จะปรับลดอัตราจ่ายดังนี้

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตรา ร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตรา ร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตรา ร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด วันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิก) ภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ

<u>การบันทึกข้อมูลการให้บริการและการประมวลผลออกรายงานจ่ายชดเชย</u>

1. การบันทึกติดตามการรักษา กรณีการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) ผ่านโปรแกรม DMIS_HT

2. การบันทึกติดตามการรักษา กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver Transplantation) ผ่านโปรแกรม DMIS_LT

3. การออกรายงานจ่ายชดเชย สปสช.จะประมวลผลออกรายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS

<u>การอุทธรณ์</u>

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้สามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. ได้ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทางระบบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget) และรายงานการจ่ายชดเชยในระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS) สามารถ Download คู่มือการใช้งาน ได้ที่ http://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/login.jsf

ทั้งนี้ หากหน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางที่ปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาขออุทธรณ์ได้ที่ สปสช. ได้ ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ให้ถือตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ สปสช. กำหนด

6.1.1 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) เป็นผู้ป่วยหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3) เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
4) ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

อัตราจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด	- ค่าดูแล Donor - ค่าผ่าตัด - ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-HTX-I ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	310,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol-HTX-II ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	320,000
Protocol-HTX-III ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin+ Cyclosporine + mycophenolate ไม่รวม Complication ต่างๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Anti-thymocyte globulin - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษา - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	375,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol-HTX-IV ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin+ Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Anti-thymocyte globulin - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	380,000
Protocol- HTX-V ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่างๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	455,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol- HTX-VI ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap+ Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	465,000
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)		
Protocol-ACR **ภาวะ Acute Cellular Rejection**	- ค่าทำ Echocardiography - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อโดยตรง	30,000
Protocol-AMR **ภาวะ Antibody Mediated Rejection**	- ค่าทำ Echocardiography - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Intravenous Immunoglobulin - ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma - ค่าสาย Double lumen catheter	320,000

3. ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol -Myocardium biopsy **หมายเหตุ :** **ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด**	- ค่าทำ Echocardiography - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าห้อง, ค่าอาหาร - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	30,000

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

1) ในกรณีที่ผู้รับบริจาคต้องมีการประเมินโดยการตรวจ Cardiac Catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และอุปกรณ์ตามรายการที่สปสช. ให้หน่วยบริการเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

2) ในกรณีที่ให้บริการ แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

3) ในกรณีที่ให้บริการผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วย IABP, ECMO หรือ nitric oxide ให้หน่วยบริการระบุความจำเป็นในการรักษามาที่สปสช.

4) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ เป็นต้น

5) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน protocol

4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
หลังผ่าตัด 24 เดือนขึ้นไป	15,000

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

6.1.2 การปลูกถ่ายตับในเด็ก กรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ (Pediatric Liver Transplantation)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

1. เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นผู้ป่วยเด็กตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ
3. มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ในวันที่รับการผ่าตัด
4. เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
5. ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

อัตราจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (living donor)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000
1.3 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย โดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- ค่าดูแล Donor - ค่าผ่าตัด - ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	100,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.2 สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I ใช้ยากลุ่ม Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	410,000
Protocol-OLT-II ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	420,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol-OLT-III ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่างๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	555,000
Protocol-OLT-IV ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap+ Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	565,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.3 สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection		
Protocol-ACR **ภาวะ Acute Cellular Rejection**	- ค่าทำ Ultrasound - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	30,000

3. ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) **หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด**	- ค่าทำ Ultrasound - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าห้อง, ค่าอาหาร - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	10,000

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายตาม protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน protocol ในระหว่างการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

2) ในกรณีที่ให้บริการ แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ เป็นต้น

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน protocol

4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์ในการให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายตับต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราการจ่ายจะครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายตับ ดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
หลังผ่าตัด 24 เดือนขึ้นไป	15,000

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

6.2) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

<u>กลุ่มเป้าหมาย</u>

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการตามที่ สปสช. กำหนดดังนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
1) Acute myeloid leukemia in remission 2) Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ 2.1) First Complete remission (CR): Philadelphia chromosome, T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกรับมากกว่า 100,000/ไมโครลิตร, Hypodiploidy chromosome, Induction failure, Infant ALL with age less than 6 months or initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL 2.2) Second Complete remission 3) Lymphoma 3.1) First Complete remission (CR) Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS) 3.2) Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4 3.3) Relapse ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease 4) Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ 5) Myelodysplastic syndrome ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง 6) Non malignant diseases 6.1) Inborn error of metabolisms ได้แก่ 6.1.1) Lysosomal storage diseases ได้แก่ · Gaucher disease · Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type VII (Sly) · Niemann-Pick disease · Krabbe's leukodystrophy 6.1.2) X-linked adrenoleukodystrophy 6.1.3) Osteopetrosis 6.2) Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease 6.3) Severe aplastic anemia	1) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) 2) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML) 2.1) ระยะ Chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาหรือไม่ตอบสนองต่อยา Tyrosine kinase inhibitor หรือ 2.2) ระยะ Accelerated phase หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission 3) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) 3.1) ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) ** 3.2) ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ Mantle cell lymphoma) ** ** หมายเหตุ : ข้อ 3.1) และ 3.2) ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission) 4) มะเร็ง Multiple myeloma 5) ไขกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มีบลาสเซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia 6) ไขกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis) 7) ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไขกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
7. Thalassemia อายุไม่เกิน 10 ปี ซึ่งมีอาการต่อไปนี้ 7.1) มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุน้อยกว่า 2 ปี เช่น ซีด ตับม้ามโต หน้าตาเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตช้า 7.2) ได้เลือดครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี 7.3) จำเป็นต้องได้รับเลือดสม่ำเสมอทุก 1-2 เดือนต่อครั้ง 7.4) กรณีผู้ป่วยมี HBsAg Positive หรือ anti-HCV positive ต้องได้รับการรักษาจน viral load negative 7.5) กรณีผู้ป่วยมีค่า serum ferritin มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 ng/ml ควรได้รับการประเมินภาวะธาตุเหล็กเกินโดย MRI และมีค่า liver iron concentration < 15 mgFe/gm dry weight รวมทั้ง cardiac T2* อยู่ในเกณฑ์ปกติ	

ตารางแสดงข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

เกณฑ์และเงื่อนไขในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1) เป็นบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563

2) หลังจากให้บริการ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการเพื่อการเบิกจ่ายชดเชยและติดตามการรักษา (Follow up) ในโปรแกรมเบิกชดเชยค่าบริการ HSCT

3) ข้อมูลบริการของปีงบประมาณ 2564 หน่วยบริการต้องให้บริการและส่งข้อมูลให้เรียบร้อยภายในวันที่ 15 กันยายน 2564

4) สปสช. จะตัดยอดข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน (ทุกวันสิ้นเดือนยกเว้นเดือนกันยายน 2564)

<u>อัตราการจ่ายชดเชย</u>

1) จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่าย (ครอบคลุมระยะ Pre-transplant Transplant และ Post-transplant) ดังนี้

1.1) กรณี Autologous

- กลุ่มโรค Multiple myeloma จ่ายชดเชยในอัตรา 500,000 บาท/ราย
- กลุ่มโรคอื่น ๆ จ่ายชดเชยในอัตรา 750,000 บาท/ราย

1.2) กรณี Allogeneic related และ Allogeneic unrelated จ่ายชดเชยในอัตรา 1,500,000 บาท/ราย

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขดังกล่าวประกอบไปด้วยค่า HLA matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูกค่ายากดภูมคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ/อาการแทรกซ้อนในระหว่างการดูแลผู้ป่วยรวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี นับตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ ทั้งนี้หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากผู้ป่วยได้อีก

3) การจ่ายชดเชย แบ่งจ่ายเป็น 2 งวดดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชยคือ

1) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดบริการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

2) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ

1) หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษา

2) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเริ่มการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และรายงานผลการติดตามหลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 30 วัน (Day 0 + 30) ในโปรแกรมเบิกชดเชยค่าบริการ HSCT ตามแนวทางที่กำหนด ให้ สปสช. ทราบ (*หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน 30 วัน ให้ สปสช. ทราบ*)

หมายเหตุ

1) หน่วยบริการต้องให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตภายในระยะเวลา 3 เดือน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดบริการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต หากเลยระยะเวลาที่กำหนดจะถือว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติเข้าร่วมรับบริการ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยรายดังกล่าวมีความพร้อมในการเข้าร่วมรับบริการ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานฯ ได้อีกครั้ง แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ให้หน่วยบริการแจ้งให้ สปสช. ทราบภายในระยะเวลา 30 วัน หลังจากทราบเหตุดังกล่าวเพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมบริการ

2) หากในระหว่างการให้บริการในงวดที่ 2 ยังไม่สิ้นสุดตามเงื่อนไขแต่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิตระหว่างการรักษา หน่วยบริการต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโครงการและแจ้งให้ สปสช. ทราบภายใน 15 วัน หลังจากทราบข้อมูลการเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิอื่นหรือผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา และผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการชดเชยในงวดที่ 1 ไปแล้ว สปสช. จะไม่จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เนื่องจากไม่เป็นไปตามเงื่อนไข

3) หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ และบันทึกข้อมูลรายงานผลการติดตามผู้ป่วยในโปรแกรมเบิกชดเชยค่าบริการ HSCT ให้ สปสช. ทราบตามระยะเวลาที่กำหนดในขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทั้งนี้หากไม่รายงานผลการติดตามให้ สปสช. ทราบตามที่กำหนดอาจมีผลต่อการดำเนินการในปีงบประมาณถัดไป

กลุ่มที่ 4 กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

ประกอบด้วยรายการต่อไปนี้

1) ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT)

2) การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยา ที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564

1) ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT)

ค่าใช้จ่ายสำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) เป็นการจ่ายชดเชยเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ เฉพาะผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยมีการลงทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัด จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผู้เข้ารับการบำบัดทุกรายที่เข้าโครงการควบคู่ไปกับการให้สารเมทาโดน ซึ่งจะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดสารเมทาโดนได้ในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป

<u>วัตถุประสงค์</u>

1) เพื่อการบำบัดผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจเข้าถึงการได้รับสารเมทาโดนทดแทนการใช้ยาเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น

2) เพื่อให้หน่วยบริการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการบำบัด ได้รับสารเมทาโดนระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

<u>ขอบเขตบริการ</u>

1) ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx.) F11.2 : Opioid dependence รับบริการผู้ป่วยนอก

2) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และมีแพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษาผ่านการอบรม หรือมีประสบการณ์การรักษาผู้เสพติดเฮโรอีนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

เงื่อนไขการจ่าย

1) ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก

2) มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx) F 11.2 : Opioid dependence และรหัสหัตถการ (ICD 9) 94.25 - Other psychiatric drug therapy

3) จ่ายชดเชยเฉพาะการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) เท่านั้น

4) หน่วยบริการจะต้องผ่านการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

5) หน่วยบริการต้องรายงานความคืบหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าโครงการฯ ต่อกรมการแพทย์ รวมทั้งรายงานการใช้สารเมทาโดน ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีสำเนาเก็บไว้ที่หน่วยบริการ พร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

อัตราจ่ายค่าสารเมทาโดนตามจริง ครั้งละไม่เกิน 35 บาทต่อวัน

2) การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยาที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564

ประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1) ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ(2)

1.1) การเบิกชดเชยยา : กรณีทั่วไป

1.2) การเบิกชดเชยยา : กรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ หรือตลอดชีวิต

2) ยากำพร้า

3) การจ่ายชดเชยค่ายาต้านการแข็งตัวของเลือด/ยาต้านการจับตัวเป็นก้อนของเลือด Clopidogrel

4) การเบิกชดเชยยารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

1) ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ(2)

1.1) การเบิกชดเชยยา : กรณีทั่วไป

1) ระบบการอนุมัติการใช้ยา (Authorized system) สปสช.จะจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) ในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา หรือการชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่ สปสช. จัดหาได้โดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

และการสั่งใช้นั้นต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการใช้ยา (Pre-Authorization) โดยหน่วยงานกลางที่จะจัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สปสช. สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการตั้งหน่วยงานกลางขึ้น ดังนั้น สปสช. จึงมอบหมายให้การอนุมัติก่อนการใช้ยาเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย ซึ่งในการสั่งใช้ยาดังกล่าวหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดและเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจสอบโดยส่วนกลางในภายหลัง

2) การจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการและการขอสำรองยามีวิธีปฏิบัติ โดยหน่วยบริการมีหนังสือแสดงความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการฯ ผ่าน สปสช. เขต โดยระบุ ดังนี้

2.1) รายละเอียดของแพทย์ที่สามารถสั่งใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ สาขาความเชี่ยวชาญของแพทย์ รายการยาและข้อบ่งใช้ที่จะขอสั่งใช้ยา

2.2) รายละเอียดผู้ประสานงานดูแลระบบการเบิกยาของโรงพยาบาล (ชื่อ- นามสกุล และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน) เพื่อใช้ออก Username, Password สำหรับใช้ในการเข้าสู่โปรแกรมการเบิกยาของสปสช. หลังจากนั้นผู้ประสานงานที่ สปสช. เขต จะตรวจสอบข้อมูลและแจ้งหน่วยบริการและสปสช.ส่วนกลาง หน่วยบริการแต่ละแห่งสามารถขอ Username, Password ได้มากกว่า 1 ชุด

2.3) รายการยาและปริมาณที่ขอสำรอง สปสช. ขอสงวนสิทธิให้เภสัชกรรม ผู้ประสานงาน เขต เป็นผู้พิจารณาปริมาณยาที่จะให้สำรอง หรือขอรับยาสำรองคืนกรณีอัตราการใช้ยาต่ำกว่าปริมาณยาที่สำรองไว้

2.4) หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

2.5) ขออนุมัติใช้ยาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย (ส่วนนี้สำหรับระบบควบคุมภายในโรงพยาบาล)

2.6) ส่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยมาที่ สปสช.ซึ่งสามารถเลือกวิธีการส่งข้อมูลได้ 2 ทาง (เลือกช่องทางใดช่องทางหนึ่ง) คือ

<u>ช่องทางที่ 1</u> ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมการเบิกชดเชยยา ซึ่งมีการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off-line หรือ On-line

<u>ช่องทางที่ 2</u> ส่งแฟ้มข้อมูลขอชดเชยยาตามรูปแบบที่กำหนดและข้อมูลการชดเชยดังกล่าวมาที่ Website ของ สปสช. เขตตามวิธีที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้โปรแกรม

2.7) ระบบจะตัดยอดข้อมูลหลังเที่ยงคืนของทุกวันและส่งข้อมูลเข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวันโดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบผลการส่งข้อมูลเบิกชดเชยยาได้ 2 ทาง คือ จากโปรแกรมการเบิกชดเชยยาที่ติดตั้งในคอมพิวเตอร์ของหน่วยบริการและจากทาง Website ระบบยาของ สปสช. ทาง website http://drug.nhso.go.th/drugserver

2.8) องค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกชดเชยยาภายใน 7 วันทำการหลังจากได้รับข้อมูลจาก สปสช.

1.2) การเบิกชดเชยยา : กรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ หรือตลอดชีวิต

สปสช.จัดระบบบริหารจัดการสำหรับการเบิกยาชดเชยสำหรับกรณีดังกล่าวนี้ ได้แก่

1) ยา Immunoglobulin G (IVIG) สำหรับผู้ป่วยโรค Primary Immuno deficiency Disease (PID) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยา Immuno globulin G (IVIG) ตลอดชีวิต

2) ยา Leuprorelin และ ยา Triptorelin สำหรับผู้ป่วย Central precocious puberty ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาทุกเดือนต่อกันจนกว่าผู้ป่วยมีอายุครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) หรือยาอื่นตามที่สปสช.กำหนด

เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคข้างต้น พิจารณาลงความเห็นว่าสามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับ พร้อมสำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่ระบุรายการยา,ปริมาณที่ต้องใช้,ระยะเวลาใช้ยาไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิใกล้บ้าน เมื่อโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้รับผู้ป่วยแล้ว ให้ทำหนังสือขออนุมัติเบิกชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษโดยกรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษตามเอกสารแนบ รวมทั้งสำเนาหนังสือส่งตัวกลับจากหน่วยบริการรับส่งต่อที่ระบุรายการยาข้างต้น ส่งมายัง สปสช.เขต

สปสช. เขต โดยเภสัชกรผู้ประสานงานเขตดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการอนุมัติให้โรงพยาบาลทราบ และประสานกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการให้หน่วยบริการได้รับชดเชยยาดังกล่าว อนึ่งการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับยาเป็นกรณีพิเศษที่หน่วยบริการทุติยภูมิใกล้บ้านนี้หน่วยบริการดำเนินการส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติเป็นกรณีพิเศษนี้เฉพาะครั้งแรกที่ดำเนินการเบิกยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น

1.3) การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

1.3.1 อัตราการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง

1.3.1.1 การตรวจหาสายพันธุ์ไวรัสตับอับเสบซี (HCV genotype) 2,800 บาท/ครั้ง

1.3.1.2 การตรวจสภาพความยืดหยุ่นของตับ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

- Transient elastography (เช่น Fibroscan) 2,000 บาท/ครั้ง
- Fibro marker panel 2,000 บาท/ครั้ง

1.3.1.3 การตรวจยืนยันปริมาณไวรัสตับอักเสบซีในเลือด ตามแนวทางที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด (HCV viral load : HCV RNA - Quantitative) 2,300 บาท/ครั้ง

1.3.2 อัตราการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ด้วยยา trastuzumab

อัตราการจ่ายชดเชยเพิ่มเติม (on-top) สำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ทุกรายที่ทำการตรวจยืนยัน โดยวิธี in situ hybridization เช่น FISH หรือ DISH test ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 บาทต่อเต้านม 1 ข้าง

1.3.3 อัตราการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) ด้วยยา imatinib

อัตราการจ่ายชดเชยเพิ่มเติม (on-top) สำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจยืนยันยีนส์ mutation ที่ดื้อต่อการใช้ยา imatinib (BRC-ABL gene) ด้วยวิธี polymerase chain reaction (PRC) หรือ fluorescence in situ hybridization (FISH) จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาทต่อปีปฏิทิน

1.3.4 อัตราการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย (เบิกจากโปรแกรม e-Claim)

อัตราการจ่ายชดเชยเพิ่มเติม (on-top) สำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจยืนยันยีนส์ EGFR mutation จ่ายตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท ต่อครั้ง (ผู้ป่วย 1 รายตรวจได้ไม่เกิน 2 ครั้ง)

หมายเหตุ :

สปสช. และสำนักงานประกันสังคมมีข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกันเพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของข้อมูลและการบริหารจัดการสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสร้างระบบที่มีมาตรฐานเดียวกันในการบริหารจัดการ อันจะนำไปสู่การมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในที่สุดจึงเป็นเหตุให้ทางสำนักงานประกันสังคมใช้ระบบการเบิกชดเชยยาบัญชี จ(2) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ซึ่งรายการยาอาจแตกต่างกันตามประกาศแต่ละกองทุน

2) ยากำพร้า

2.1) ระบบการเบิกยา

สปสช. จะจ่ายชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา หรือการชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่ สปสช. จัดหาได้ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษจัดหาได้ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางบัญชียาหลักแห่งชาติ

1) ให้หน่วยบริการทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยคนไทยทุกสิทธิการรักษาในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงของ สปสช. เพื่อเบิกชดเชยยา

2) กรณีผู้ป่วยไม่ใช่คนไทยแต่มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านพิษที่ไม่สามารถจัดซื้อได้ในประเทศซึ่งเป็นยาในโครงการให้หน่วยบริการกรอกข้อมูลเบิกยาผ่านโปรแกรมเบิกชดเชยยาและแนบเอกสารขอความอนุเคราะห์ขอสนับสนุนยาโดยให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ลงนามและแนบเอกสารส่งผ่านระบบต่อไป

3) หน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่คาดว่าได้รับสารพิษหรือมีความจำเป็นต้องได้รับยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. อาจพิจารณาโทรศัพท์หารือกับศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีหรือศูนย์พิษวิทยาศิริราชหรือคลินิกพิษจากสัตว์เพื่อช่วยวินิจฉัยหรือแนะนำการใช้ยากำพร้าโดยเฉพาะกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มต้านพิษงูอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยสามารถติดต่อได้ที่

- ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี โทร. 1367
- ศูนย์พิษวิทยาศิริราช โทร. 02-4197007
- คลินิกพิษจากสัตว์ โทร. 02-2520161-4 ต่อ 125

4) กรณีหน่วยบริการมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแต่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยานั้นให้หน่วยบริการติดต่อศูนย์พิษวิทยาหรือเข้าไปทำการสืบค้นข้อมูลการสำรองยาจากเว็บไซต์ของ สปสช. http://drug.nhso.go.th/antidotes/ เพื่อพิจารณาว่าจะดำเนินการเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใดได้สะดวกและรวดเร็วทั้งนี้หน่วยบริการสามารถเบิกยาจากแหล่งใดก็ได้โดยไม่ต้องคำนึงว่าเป็นหน่วยบริการในเขตเดียวกันหรือไม่ เมื่อทราบว่าจะเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใดให้หน่วยบริการประสานไปยังผู้ประสานงานตามที่ระบุไว้บนเว็บไซต์เพื่อให้แหล่งสำรองยาดังกล่าวจัดส่งยาให้ต่อไป

5) กรณีหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษและหน่วยบริการเป็นแหล่งสำรองยานั้นให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมเบิกชดเชยยาของ สปสช. และสามารถนำยาไปใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยรายนั้นหากยาที่สำรองไว้ไม่เพียงพอให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมเบิกชดเชยยาของ สปสช. ตามจำนวนที่มีและประสานขอยาเพิ่มเติมโดยดำเนินการตามข้อ 1)

6) กรณีที่มีการร้องขอยาจากหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่แหล่งสำรองยา หน่วยบริการที่เป็นแหล่งสำรองยาสามารถบริการจัดส่งยาไปยังหน่วยบริการที่ประสานขอยามาหรือนัดหมายให้หน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้ยามารับยาตามช่องทางที่เหมาะสมและรวดเร็วและบันทึกข้อมูลการเบิกยาพร้อมข้อมูลการจัดส่งยาในโปรแกรมการบริหารจัดการยากำพร้าของ สปสช. เพื่อรับการชดเชยยาและค่าขนส่งต่อไป ทั้งนี้เมื่อได้รับยาชดเชยแล้วให้หน่วยบริการลงรับยาในโปรแกรมเบิกชดเชยยาหัวข้อรับยาเข้าคลังตาม PO โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบเลขที่ PO ได้ตามใบนำส่งจากองค์การเภสัชกรรม

7) หลังจากที่หน่วยบริการให้บริการยาและกรอกข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยยาจากระบบแล้วจะได้รับการติดต่อจากศูนย์พิษวิทยาเพื่อติดตามประเมินผลโครงการ ทั้งนี้ขอความร่วมมือหน่วยบริการให้ข้อมูลแก่ศูนย์พิษวิทยาเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาระบบการบริหารจัดการยากำพร้าระดับประเทศต่อไป

8) กรณีมีการใช้ยา Diphtheria antitoxin inj หรือ Botulinum antitoxin inj ให้หน่วยบริการดำเนินการตามแนวทางการบริการจัดการยา Diphtheria antitoxin และ Botulinum antitoxin รายละเอียดดังภาคผนวก 12

9) หน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยาแต่อยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจะเกิดพิษสามารถขอสมัครเข้าเป็นหน่วยสำรองยาเพิ่มเติมได้โดยกรอกแบบฟอร์มรายละเอียดดังภาคผนวก 12 พร้อมแนบหนังสืออนุมัติให้เป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายยาในโครงการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษโดยหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้รับมอบอำนาจ และส่งที่ สปสช.เขต ที่หน่วยบริการสังกัดอยู่เพื่อดำเนินการเพิ่มแหล่งสำรองยาต่อไป

ทั้งนี้เมื่อหน่วยบริการได้รับยาสำรองแล้วให้หน่วยบริการลงรับยาดังกล่าวในโปรแกรมเบิกชดเชยยาหัวข้อรับยาเข้าคลังกรณี Initial stock ก่อนการเบิกใช้ยาตามขั้นตอนข้างต้นต่อไป

2.2) การจัดการยาหมดอายุ

การบริหารจัดการยากำพร้าและยาต้านพิษหมดอายุ แบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

1) กรณียากำพร้าที่สปสช.ขอให้หน่วยบริการสำรองตามความเสี่ยง รายการยาประกอบด้วย

- Dimercaprol inj
- Sodium nitrite inj.
- Sodium thiosulfate inj.
- Methylene blue inj.
- Diptheria antitoxin inj.
- Calcium disodium edentate inj.

กรณียาที่สำนักงานขอให้หน่วยบริการสำรองตามความเสี่ยงและความเร่งด่วน มีการจัดซื้อตามแผนโดยจัดซื้อตามจำนวนขั้นต่ำที่บริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่ายยินดีนำเข้าเพื่อให้มียาสำรองในปริมาณเพียงพอแก่การให้บริการและความมั่นคงของประเทศการดำเนินการบริหารจัดการยาหมดอายุให้ดำเนินการดังนี้

(1) เมื่อได้รับยาสำรองขอให้หน่วยบริการลงข้อมูลรับยาเข้าคลังกรณี Initial โดยให้ลงข้อมูลแยกรายรุ่นการผลิตและลงวันหมดอายุในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช.

กรณียาที่ส่งให้ประกอบด้วยยาและสารทำละลายในกล่องเดียวกันให้ลงวันหมดอายุโดยยึดตัวยาสำคัญเป็นหลักระบบจะแสดงสถานะยาใกล้หมดอายุเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 1 เดือน และส่งข้อมูลให้ สปสช.เขต เพื่ออนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการ

(2) เมื่อยาหมดอายุซึ่งจะหมดอายุพร้อมกันทั่วประเทศตามแผนการจัดซื้อ องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยารุ่นการผลิตใหม่ทดแทนให้หน่วยบริการก่อนยาเดิมหมดอายุตามรายการและจำนวนที่ สปสช.เขตอนุมัติทดแทน

(3) ให้หน่วยบริการดำเนินการรวบรวมยาหมดอายุเพื่อรอการทำลาย และดำเนินการลงรับยารุ่นการผลิตใหม่เป็นยา initial ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช.

(4) สปสช. รวบรวมข้อมูลยาที่หมดอายุในปีงบประมาณแจ้งต่อเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้ดำเนินการขออนุมัติทำลายยาในภาพรวมรวมทั้งออกหนังสือแจ้งหน่วยบริการทำลายยาที่หมดอายุในเดือนกันยายนของแต่ละปีงบประมาณ

(5) หน่วยบริการสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุ ณ คลังยาในหน่วยบริการพร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวม จากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษรายงานต่อหัวหน้าหน่วยงานและดำเนินการทำลายยาต่อไป

(6) องค์การเภสัชกรรมสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุในคลังยา ณ องค์การเภสัชกรรม พร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวมจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษรายงานต่อผู้อำนวยการเภสัชกรรมให้ดำเนินการทำลายตามระเบียบพัสดุต่อไป

2) กรณียากำพร้าที่หน่วยบริการขอสำรองตามความต้องการใช้ในพื้นที่ รายการยาประกอบด้วย

- เซรุ่มต้านพิษงูเห่า
- เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้
- เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา
- เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ
- เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา
- เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด
- เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท
- Esmolol inj.
- Diphenhydramine inj.

หน่วยบริการดำเนินการ ดังนี้

(1) เมื่อได้รับยาสำรองขอให้หน่วยบริการลงข้อมูลรับยาเข้าคลังกรณี Initial โดยให้ลงข้อมูลแยกรายรุ่นการผลิตและลงวันหมดอายุในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช. กรณียาที่ส่งให้ประกอบด้วยยาและสารทำละลายในกล่องเดียวกันให้ลงวันหมดอายุโดยยึดตัวยาสำคัญเป็นหลักระบบจะแสดงสถานะยาใกล้หมดอายุเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 1 เดือนสำหรับยากำพร้าและเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 7 เดือน สำหรับเซรุ่มและส่งข้อมูลให้ สปสช.เขต

(2) กรณียากำพร้าให้ สปสช.เขต อนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการโดยพิจารณาประสานปรับปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ในพื้นที่

(3) กรณีเซรุ่มต้านพิษงูให้ สปสช.เขต ประสานปรับเกลี่ยในระดับเขตและปรับปรุง stock ให้ตรงกับที่หน่วยบริการมีจริง เมื่อยาหมดอายุให้ สปสช.เขต อนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการโดยพิจารณาประสานปรับปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ในพื้นที่

(4) เมื่อยาหมดอายุองคก์ารเภสัชกรรมจะจัดส่งยารุ่นการผลิตใหม่ทดแทนให้หน่วยบริการก่อนยาเดิมหมดอายุตามรายการและจำนวนที่ สปสช.เขต อนุมัติทดแทน

(5) ให้หน่วยบริการดำเนินการรวบรวมยาหมดอายุเพื่อรอการทำลายและดำเนินการลงรับยารุ่นการผลิตใหม่เป็นยา initial ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช.

(6) สปสช. รวบรวมข้อมูลยาที่หมดอายุในปีงบประมาณแจ้งต่อเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้ดำเนินการขออนุมัติทำลายยาในภาพรวมรวมทั้งออกหนังสือแจ้งหน่วยบริการทำลายยาที่หมดอายุในเดือนกันยายนของแต่ละปีงบประมาณ

(7) หน่วยบริการสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุ ณ คลังยาในหน่วยบริการพร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวม จากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษรายงานต่อหัวหน้าหน่วยงานและดำเนินการทำลายยาต่อไป

3) การจ่ายชดเชยค่ายา Clopidogrel

ยา Clopidogrel เป็นยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug) จัดอยู่ในกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด/ยาต้านการจับตัวเป็นก้อนของเลือด (Anti clotting drugs)

<u>เงื่อนไขการใช้ยา Clopidogrel</u>

กำหนดเงื่อนไขการใช้ยา Clopidogrel ตามยาบัญชี ง ดังนี้

(1) ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ aspirin ไม่ได้ เฉพาะกรณีที่ใช้ป้องกันโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือสมองแบบทุติยภูมิ (secondary prevention)

(2) ให้ร่วมกับ aspirin หลังการใส่ขดลวดค้ายันผนังหลอดเลือด (stent) เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

(3) ใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับ aspirin แล้วยังเกิด acute coronary syndrome หรือ recurrent thrombotic events

(4) ในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างชัดเจนแล้วว่าเป็น non-ST elevated acute coronary syndrome ให้ใช้ clopidogrel ร่วมกับ aspirin เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) เงื่อนไขการใช้ยา Clopidogrel ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
2) กรณีบริการผู้ป่วยนอกทุกกรณี (OPAE/OP-Refer/OP ในหน่วยบริการ/OP ในจังหวัด) หรือสิทธิว่าง
3) จ่ายตามรายการ TMT ยา Clopidogrel
4) จ่ายไม่เกิน 120 เม็ด ต่อการให้บริการ 1 ครั้ง

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

1) ผู้ป่วยนอก จ่ายเพิ่มอัตรา ราคา 3.00 บาท/เม็ด
2) ผู้ป่วยใน จ่ายเพิ่มเติม จากระบบ DRGs ราคา 3.00 บาท/เม็ด

4) การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

การดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง เพื่อให้ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเข้าถึงบริการแฟคเตอร์เข้มข้นโดยเก็บไว้ที่บ้านและนำมารักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นอย่างทันท่วงที สามารถลดการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะทุพพลภาพลดการเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการรับส่งต่อให้มีมาตรฐานและสนับสนุนการจัดเครือข่ายบริการโดยมีการบริหารจัดการดังนี้

1) สิทธิประโยชน์

1.1) ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่างจะได้รับการคุ้มครองเฉพาะการจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นไปเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการเพื่อรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น โดยผู้ป่วยต้องมารับยาที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่ตนเองได้ลงทะเบียนไว้หรือหน่วยบริการเฉพาะโรคที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาตามกำหนดนัดของหน่วยบริการนั้นและแพทย์ผู้ดูแลจะจ่ายยาตาม Protocol (แผนการรักษา) ตามที่กำหนดในระบบบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปเก็บไว้ที่บ้านตามความเหมาะสมในแต่ละระดับอาการ

1.2) ผู้มีสิทธิจะได้รับแฟคเตอร์เข้มข้นสำหรับการรักษาโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) รุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือกรณีผ่าตัดฉุกเฉินตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยโรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่ อาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ช่องท้องและการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

1.3) ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ในโครงการที่อยู่ใกล้บ้านและสะดวกในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 53 แห่ง มีรายชื่อดังต่อไปนี้ (ทั้งนี้ สปสช. อาจประกาศเพิ่มเติมในภายหลังกรณีที่มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมในแต่ละปี)

1) คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
2) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3) คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5) คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์ขอนแก่น
6) คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7) คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
9) โรงพยาบาลราชวิถี
10) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
11) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
12) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
13) โรงพยาบาลสระบุรี
14) โรงพยาบาลชลบุรี
15) โรงพยาบาลระยอง
16) โรงพยาบาลพระปกเกล้า
17) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์
18) โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
19) โรงพยาบาลราชบุรี
20) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
21) โรงพยาบาลขอนแก่น
22) โรงพยาบาลสุรินทร์
23) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
24) โรงพยาบาลอุดรธานี
25) โรงพยาบาลลำปาง
26) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
27) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
28) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
29) โรงพยาบาลพุทธชินราช
30) โรงพยาบาลนครพิงค์
31) โรงพยาบาลหาดใหญ่
32) โรงพยาบาลตรัง
33) โรงพยาบาลน่าน
34) โรงพยาบาลนครปฐม
35) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
36) รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
37) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
38) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
39) โรงพยาบาลสกลนคร
40) โรงพยาบาลพุทธโสธร
41) โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์
42) โรงพยาบาลนราธิวาส
43) โรงพยาบาลกระบี่
44) โรงพยาบาลศรีสะเกษ
45) โรงพยาบาลเลิดสิน
46) โรงพยาบาลชัยภูมิ
47) โรงพยาบาลบุรีรัมย์
48) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
49) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
50) โรงพยาบาลพิจิตร
51) โรงพยาบาลยะลา
52) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
53) โรงพยาบาลบางละมุง

1.4) ผู้มีสิทธิต้องใช้สิทธิเข้ารับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ หน่วยบริการประจำเหมือนเดิมทุกประการรวมถึงการรักษาภาวะเลือดออกในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ยกเว้นการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัดเพื่อรับแฟคเตอร์เข้มข้นเท่านั้นซึ่งจะต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้หรือหน่วยบริการเฉพาะโรคที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาผู้ป่วย

1.5) บริการที่ไม่ครอบคลุมในการจ่ายค่าบริการส่วนประกอบของเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย)

1.5.1) การรักษาภาวะเลือดออกอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ข้างต้นและไม่ตรงตามแนวทางที่บัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนดหน่วยบริการไม่สามารถเบิกชดเชยค่าแฟคเตอร์จาก สปสช. ได้ให้ใช้ส่วนประกอบของเลือดในการรักษาตามปกติ

1.5.2) การรักษาความเจ็บป่วยทั่วไปเป็นภาระหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ

1.5.3) การรักษาในภาวะฉุกเฉินหากมีความจำเป็นต้องข้ามขั้นตอนการส่งต่อ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

2) <u>คุณสมบัติของหน่วยบริการ</u>

หน่วยบริการสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการกับ สปสช. โดยโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในโครงการนี้จะเรียกว่า “หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย” ซึ่งต้องมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดดังนี้

2.1) หลักเกณฑ์ทั่วไป

2.1.1) ต้องผ่านการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพตามมาตรฐานระบบใดระบบหนึ่ง

2.1.2) สามารถให้บริการทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง

2.1.3) มีการบริการที่เอื้อต่อการบริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

2.1.4) มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกระดับพร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และวิชาการอย่างต่อเนื่อง

2.2) ด้านบุคลากร

2.2.1) มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและทีมบุคลากรที่สามารถให้การดูแลครบวงจรปฏิบัติงานประจำเต็มเวลาสามารถให้คำปรึกษาและบริการได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้ อายุรแพทย์กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ นักเทคนิคการแพทย์

2.2.2) มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เฉพาะด้านโลหิตวิทยาไม่น้อยกว่า 1 ปี เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการเป็นประจำ

2.3) ด้านการจัดบริการสถานที่และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

2.3.1) มีหน่วยงานเวชระเบียนรับผิดชอบในการจัดระบบข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้เรียกข้อมูลย้อนหลังได้ไม่ต่ำกว่า 3 ปี และรายงานให้กับ สปสช. ได้ตามที่กำหนด

2.3.2) มีหอผู้ป่วยในที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโลหิตวิทยา

2.3.3) มีห้องปฏิบัติการธนาคารเลือดและรังสีวินิจฉัยที่ได้มาตรฐานและมีความพร้อมให้บริการในภาวะฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2.3.4) มีความพร้อมด้านยาที่กำหนดไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ สปสช. และมูลนิธิโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียกำหนด

3) <u>แนวทางการจัดบริการ</u>

3.1) กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น รูปแบบการให้แฟคเตอร์เข้มข้นมีหลายวิธี เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาไม่ไกลหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย อาจเลือกวิธีสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการโดยไม่จ่ายยาให้ผู้ป่วยเก็บไว้กับตัว เมื่อเกิดเลือดออกให้ผู้ป่วยรีบเดินทางมารับการบำบัดที่หน่วยบริการรับส่งต่อโดยตรงในทันที แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ไกลจากหน่วยบริการรับส่งต่อหรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับยาได้อย่างทันท่วงทีหน่วยบริการรับส่งต่ออาจเลือกวิธีจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งให้ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการประจำใกล้บ้าน เมื่อเกิดเลือดออกสามารถนำยาไปฉีดหรือรับบริการที่หน่วยบริการประจำใกล้บ้านพร้อมกับนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยไปให้หน่วยบริการนั้นลงบันทึกการให้บริการไว้เป็นหลักฐาน เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่หน่วยบริการรับส่งต่อตามนัดในครั้งต่อไป ให้หน่วยบริการรับส่งต่อเก็บบันทึกดังกล่าวไว้เป็นหลักฐานและเบิกค่าแฟคเตอร์เข้มข้นชดเชยคืนส่วนที่ใช้ไปโดยลงข้อมูลการให้บริการทางเว็บไซต์ www.nhso.go.th ต่อไป

3.2) กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการเสียชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียสามารถให้แฟคเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียที่มีอาการเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อยเช่นในข้อและกล้ามเนื้อ อาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงขั้นพิการเสียชีวิตหรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยใช้ร่วมกับส่วนประกอบของเลือดชนิดอื่นตามความเหมาะสม ทั้งนี้ สปสช. จะจ่ายค่าแฟคเตอร์เข้มข้นคืนให้หน่วยบริการโดยระบบชดเชยย้อนหลังในอัตราและเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้โรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงขั้นพิการเสียชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่อาการเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อยเช่นในข้อและกล้ามเนื้อ รวมทั้งอาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกายเช่นสมองปอดหัวใจช่องท้องและการผ่าตัดฉุกเฉินเช่นผ่าตัดสมองผ่าตัดช่องท้องผ่าตัดไส้ติ่ง

3.3) การติดตามดูแลผู้ป่วยดำเนินการได้หลายช่องทางเช่นการเยี่ยมบ้าน (Home care) หรือทางโทรศัพท์โดยมีการบันทึกเป็นหลักฐานใน OPD card หรือสมุดบันทึก การโทรศัพท์ของหน่วยบริการหรือส่งแบบสอบถามติดตามผู้ป่วยยืนยันสิทธิการรับแฟคเตอร์เข้มข้นตามโครงการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียให้ผู้ป่วยตอบกลับมาที่หน่วยบริการ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงการมีชีวิตอยู่และการเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบข้อมูลประกอบหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ให้ต้องสงสัยในการติดตามการรักษาหรือการ Follow Up ติดตามดูแลผู้ป่วย

4) <u>การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์</u>

4.1) เกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์แก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

4.1.1) กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) เป็นการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (ทั้ง Hemophilia A, Hemophilia B) เพิ่มจากเงินชดเชยเหมาจ่ายรายหัวในระบบปกติ ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและรับบริการโดยจำแนกการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขอายุและระดับความรุนแรงของโรคในอัตรา ดังนี้

ประเภทผู้ป่วย	ฮีโมฟีเลีย A		ฮีโมฟีเลีย B	
	อัตรา (บาท/คน/เดือน)	อัตรา (บาท/คน/ปี)	อัตรา (บาท/คน/เดือน)	อัตรา (บาท/คน/ปี)
1) อายุน้อยกว่า 10 ปี				
- Severe	24,000	288,000	18,900	226,800
- Moderate	12,000	144,000	12,600	151,200
- Mild	3,000	36,000	6,300	75,600
2) อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป				
- Severe	28,800	345,600	25,200	302,400
- Moderate	12,000	144,000	12,600	151,200
- Mild	6,000	72,000	6,300	75,600

ตารางที่ 1 แสดงอัตราจ่ายชดเชยการรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

ประเภทผู้ป่วย	ฮีโมฟีเลีย A		ฮีโมฟีเลีย B	
	อัตรา (IU/คน/เดือน)	อัตรา (IU/คน/ปี)	อัตรา (IU/คน/เดือน)	อัตรา (IU/คน/ปี)
1) อายุน้อยกว่า 10 ปี				
- Severe	2,500	30,000	2,000	24,000
- Moderate	1,250	15,000	1,000	12,000
- Mild	250	3,000	500	6,000

2) อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป				
- Severe	3,000	26,000	2,500	30,000
- Moderate	1,500	18,000	1,500	18,000
- Mild	500	6,000	500	6,000

ตารางที่ 2 แสดงอัตราจ่ายชดเชยการรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (เป็นหน่วยของยา)

ทั้งนี้ การจ่ายชดเชยเป็นเงินหรือยาหน่วยบริการต้องเลือกเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งไม่สามารถนำมาเบิกซ้ำกันได้

หมายเหตุ :

กรณีการรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) ในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีลงมา รวมทั้งในเด็กอายุตั้งแต่ 10 ปี และผู้ใหญ่ในระดับ Mild, Moderate และ Severe แพทย์ผู้ทำการรักษาต้องให้บริการรักษาผู้ป่วยด้วยแฟคเตอร์ตามจำนวนที่ระบุไว้ในแต่ละระดับอาการของแผนการรักษา (Protocol) เท่านั้น

4.1.2) กรณีเลือดออกบ่อยเช่นเลือดออกในข้อและกล้ามเนื้อ อาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการ เสียชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินเป็นการจ่ายเพิ่มจากระบบ DRGs ให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการเสียชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินตามมูลค่าแฟคเตอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วยครั้งนั้น ดังนี้

1) สำหรับกรณีเลือดออกรุนแรงที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อยเช่นในข้อและกล้ามเนื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยเป็นครั้งๆ ตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็น**ผู้ป่วยนอก**และสังเกตอาการแต่ไม่เกิน 150,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษาโดยจำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วย 1 คนเข้ารับการรักษาไม่เกิน 2 ครั้ง/ 1 เดือน

2) สำหรับกรณีเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่นในข้อและกล้ามเนื้อหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินจ่ายเป็นครั้งๆ ตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็น**ผู้ป่วยใน**แต่ไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษาและนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ)

4.2) เงื่อนไขการจ่ายเงิน สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรมระบบ DMIS เท่านั้นโดยหน่วยบริการต้องทำการบันทึกข้อมูล

การรักษาผู้ป่วยภายใน 30 วัน หลังเข้ารับบริการในแต่ละครั้งและ สปสช. จะดำเนินการตัดข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจะทำการจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดๆ ไป สปสช. มีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษา (Post audit) ในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

4.3) เงื่อนไขการจ่ายเป็นยาแฟคเตอร์ VIII สปสช. จะจ่ายแฟคเตอร์ VIII ชดเชยการบริการทางการแพทย์เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแฟคเตอร์ VIII ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรมระบบ จ.2 เท่านั้นโดยหน่วยบริการต้องทำการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยภายใน 30 วัน หลังเข้ารับบริการในแต่ละครั้งและ สปสช. จะดำเนินการตัดข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจะทำการจ่ายชดเชยเป็นยาให้หน่วยบริการภายใน 5-7 วันทำการ (โดยหน่วยบริการจะต้องไม่บันทึกมูลค่าแฟคเตอร์ VIII ในโปรแกมชดเชยการบริการในระบบ DMIS ซ้ำซ้อนอีก) สปสช. มีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษา (Post audit) ในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว

5) <u>บทบาทการจัดบริการ</u>

5.1) บทบาทของ Case manager

5.1.1) ทำทะเบียนผู้ป่วยทบทวนการบริการและติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการตามแผนการรักษารวมทั้งการประเมินผล

5.1.2) ประสานสนับสนุนและให้ข้อมูลแก่แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในการบริการรักษา

5.1.3) เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามรักษา/ดูแลผู้ป่วย

5.1.4) ให้คำปรึกษาแนะนำและความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

5.1.5) แนะนำผู้ป่วยและเครือญาติให้ช่วยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา

5.2) บทบาทหน่วยบริการประจำ

5.2.1) ให้บริการดูแลรักษาส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปตามปกติตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2.2) แนะนำและส่งผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่อยู่ในความดูแลไปลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิประโยชน์ที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

5.2.3) ให้บริการฉีดแฟคเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่เริ่มมีอาการเลือดออกตลอดจนดูแลรักษากรณีมีอาการเลือดออกที่ไม่ใช่อาการเลือดออกรุนแรงมากที่เป็นอันตราย

ถึงชีวิตหรือการผ่าตัดฉุกเฉินด้วยส่วนประกอบของเลือด (พลาสม่าสด, พลาสม่าแห้ง, ไครโอ-ปริซิปิเตรต เป็นต้น) หากเกินขีดความสามารถการรักษาให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่หน่วยบริการระดับสูงขึ้นไป ตามระบบส่งต่อหรือที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

5.2.4) ตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติทางพันธุกรรมและส่งเข้ารับการตรวจวินิจฉัยที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

5.3) บทบาทหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย)

5.3.1) ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย)

5.3.2) ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินซึ่งลงทะเบียนกับหน่วยบริการหรือถูกส่งตัวมาจากหน่วยบริการประจำ

5.3.3) ติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) และจ่ายยาแฟคเตอร์เข้มข้นให้ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนเพื่อนำไปใช้กรณีที่เริ่มมีเลือดออกตามแนวทางเวชปฏิบัติและดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

5.3.4) จัดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม

5.3.5) ประสานกับหน่วยบริการประจำเพื่อการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสภาพ

5.3.6) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวและดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ให้สามารถประกอบภารกิจในชีวิตประจำวันได้โดยปลอดภัยและลดโอกาสเสี่ยงจากภาวะเลือดออกหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการเลือดออก

5.3.7) จัดกิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการและเครือข่ายผู้ป่วยแบบบูรณาการ

5.3.8) ส่งรายงานให้ สปสช. ตามเงื่อนไขที่กำหนด

กลุ่มที่ 5 การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

2) การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค

3) แนวทางการขอรับค่าบริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

4) การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก (Rare diseases)

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อเป็นการจ่ายเพิ่มเติมสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia) อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1. วัตถุประสงค์ เพื่อ

1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือดและ/หรือยาขับเหล็กตามความจำเป็น

1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

1.3 เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงระดับจังหวัด/เขต

2. กลุ่มเป้าหมาย

2.1 ผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia :TDT) โดยแบ่งกลุ่มอายุเป็น 2 กลุ่มอายุ ดังนี้

(1) กลุ่มอายุ 6 เดือน - 6 ปี

(2) กลุ่มอายุ 6 ปีขึ้นไป

3. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย การให้บริการ

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Tranfusion Dependent Thalassemia : TDT) ทุกคน ที่วินิจฉัยโรคด้วย รหัส ICD 10 : D 56.0 Alpha thalassemia, D 56.1 Beta thalassemia/Hb E,Homozygous Beta thalassemia มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นประจำ และยาขับเหล็ก อย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการที่จัดบริการดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วย ทุกรายที่มารับบริการ มีแนวทาง ดังนี้

4.1 จ่ายยาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา deferaxirox อัตราจ่ายเม็ดละ 30 บาท ตามข้อบ่งชี้ โดยอ้างอิงเงื่อนไขตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ดังนี้

4.1.1 กรณีเด็กอายุ 2 - 6 ปี

1) ผู้ป่วยเด็กอายุ 2 - 6 ปี (คำนวณอายุ จาก วันเดือนปีเกิด กับ วันเดือนปีที่มารับบริการ)

2) เป็นผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โดย การพึ่งพาเลือด (transfusion dependence) หมายถึงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

(2.1) ได้รับ hypertransfusion มามากกว่า 1 ปี ***หรือ***

(2.2) ได้รับเลือด (transfusion) มาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง

3) ระดับ serum ferritin มากกว่า 1,000 ng/mL ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยวัดห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน

เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับยา deferasirox มีอายุครบ 6 ปี ให้เปลี่ยนไปใช้ยา deferiprone แทน

4.1.2 กรณีเด็กอายุมากกว่า 6 ปี

การพิจารณาใช้เป็นยา Deferasirox ให้เป็นลำดับถัดไป สำหรับในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ที่ไม่สามารถใช้ยา deferiprone ได้ เนื่องจาก สาเหตุข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก deferiprone ตามข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

(1.1) มีอาการแพ้ยาที่แสดงด้วย systemic allergic reaction รุนแรงที่ได้รับยืนยันแล้ว

(1.2) มีการเพิ่มขึ้นของ ALT และ/หรือ AST มากกว่า 2.5 เท่าของ upper limit ของค่าปกติ

(1.3) ภาวะ neutropenia (absolute neutrophil count < 1,000 /µL) และเกิดซ้ำอีกหลังจากได้รับการ rechallenge

(1.4) มีภาวะ severe neutropenia (absolute neutrophil count < 500 /µL)

(1.5) มี severe arthropathy ได้แก่ ยังคงมีอาการปวดรุนแรงหลังจากได้ยาแก้ปวดอย่างเต็มที่แล้ว หรือรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันอย่างชัดเจน (disturbance of daily life activity and/or dysfunction) จนต้องหยุดยา และเกิดซ้ำอีกหลังจากได้รับการ rechallenge

(1.6) มีภาวะ intolerance ต่อการให้ยา deferiprone โดยมีผลข้างเคียงจากยา deferiprone ที่มีความรุนแรง grade 2 ตาม CTCAE เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น และเกิดซ้ำอีกหลังจากได้รับการ rechallenge ยกเว้น ความรุนแรง ตั้งแต่ grade 3 ขึ้นไปไม่ต้อง rechallenge

หมายเหตุ: ทุกข้อข้างต้นต้องผ่านการประเมินและยืนยันโดยระบบ Adverse Drug Reactions ของสถานพยาบาลแล้ว (CTCAE = Common Terminology Criteria for Adverse Events)

2) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการใช้ Deferiprone ตามเกณฑ์ทุกข้อดังต่อไปนี้

(2.1) มีการใช้ยา Deferiprone ในขนาดสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ หรือถึงระดับ 100 mg/kg/day

(2.2) มีระดับ serum ferritin > 2,500 ng/mL โดย (1) ระดับ serum ferritin ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้นหลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี *หรือ* (2) ระดับ serum ferritin ลดลงไม่ถึง 15 % จากค่าเริ่มต้นหลังรับยาไปแล้ว เป็นเวลา 2 ปี

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่ถือว่าล้มเหลวจากการใช้ Deferiprone จะต้องผ่านการประเมินว่าให้ความร่วมมือในการใช้ยาแล้ว

4.2 จ่ายในอัตราเหมาจ่าย จากวงเงินที่เหลือจากการจ่ายค่ายา Deferasirox ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียน สำหรับการจัดบริการ ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง การให้เลือดทุกชนิด และการตรวจ serum ferritin จำนวน 4 ครั้งต่อปี ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Desferrioxamine (Desferal) และยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiporne (L1, DFP)

กรณีที่ผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการมากกว่า 1 แห่งภายในปีงบประมาณ จะจัดสรรตามสัดส่วนของจำนวนการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการที่ให้บริการ ภายใต้วงเงินเหมาจ่ายของผู้ป่วยรายนั้นๆ

หมายเหตุ *: ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเบิกจ่ายตามระบบ OP/IP ปกติ*

5. การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

5.1 หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ การเจาะเลือดตรวจ Hematocrit Hemoglobin การให้เลือด การเจาะเลือดตรวจ serum ferritin การให้ยาขับเหล็กทุกชนิด ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http://nprp.nhso.go.th ->-> กลุ่มผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ทุกเดือน

5.2 สำนักงาน ประมวลผลการจ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนด จากระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ภายในวันที่ 15 และดำเนินการจ่ายภายใน 30 วัน โดยหน่วยที่ให้บริการต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการ หรือผู้ป่วย เพิ่มเติม

5.3 หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายที่สำนักงานกำหนด ขอให้หน่วยบริการจัดทำเอกสารอุทธรณ์พร้อมแนบหลักฐานภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่าย

6. บทบาทของหน่วยงาน

6.1 สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

1) แต่งตั้งและประชุมหารือการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง จัดระบบความเชื่อมโยงบริการ ตั้งแต่ การตรวจคัดกรอง การตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค การรักษา การจัดหาเลือดที่เหมาะสมและปลอดภัย

2) สร้างความเข้าใจการดำเนินงานของหน่วยบริการทุกระดับ

3) สนับสนุนระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับบุคลากรทางการแพทย์ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในเครือข่าย

4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการในเขต

6.2 หน่วยบริการ

1) ดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia) ทุกรายที่มารับบริการ

2) หน่วยบริการที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ กุมารแพทย์โรคโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก อายุรแพทย์โรคโลหิตวิทยา ทำหน้าที่เป็นที่พี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา สนับสนุนวิชาการแก่หน่วยบริการในเครือข่าย

3) พัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรที่ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์, เภสัชกร, พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์, นักสังคมสงเคราะห์ ฯ

4) ติดตาม ดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง

5 ประสานงานการดูแลผู้ป่วย กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน ฯ

7. การติดตามและประเมินผล

7.1 ประเมินจากการเบิกจ่ายงบประมาณ

7.2 ประเมินจากผลการให้บริการ การให้เลือดและยาขับเหล็ก อย่างต่อเนื่อง

7.3 ประเมินจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT, Hemoglobin, serum Ferritin

2. การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค

การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2564

1. หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญทั้งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน เป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยสาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลก คือการไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องหรือไม่มีคุณภาพ การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย การแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ ที่ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวัณโรคยังเป็นปัญหาสุขภาพที่น่าเป็นห่วงของประเทศไทย นอกจากนั้นยังมีปัญหาวัณโรคดื้อยาจากการกินยาไม่ต่อเนื่องอีกด้วย

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สปสช. จึงจัดให้มีการบริหารจัดการดูแลรักษาวัณโรคอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการค้นหาและเข้าถึงการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี ส่งผลให้อัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตลดลง รวมถึงสนับสนุนให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในระบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

2. วัตถุประสงค์

2.1 ลดอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

2.2 เพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและการเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

2.3 สนับสนุนการจัดบริการการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB) การตรวจวินิจฉัยและการติดตามการรักษาวัณโรค และวัณโรคดื้อยาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3. ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

ผู้มีสิทธิขอรับบริการสามารลงทะเบียนเพื่อรับบริการได้ ณ หน่วยบริการประจำของตนเอง แต่หากมีความจำเป็นก็สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

ทั้งนี้ สปสช.จ่ายชดเชยบริการตามสิทธิประโยชน์แก่หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยตามผลงาน ส่วนค่าชดเชยบริการอื่นที่อยู่นอกเหนือจากขอบเขตบริการรวมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว หรือเป็นไปตามประกาศของ สปสช.

4. สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

4.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.1.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

4.1.1.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน

4.1.1.2 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา

1) ยารักษาวัณโรคดื้อยา Rifampicin-resistant TB (RR-TB) และยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistance TB:MDR-TB)

2) ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-extensively drug-resistant TB: Pre-XDR-TB) และยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug- resistant TB: XDR-TB)

4.1.2 บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

4.1.2.1 บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

4.1.2.2 บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

4.1.3 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

4.1.3.1 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค

4.1.3.2 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค

4.1.3.3 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drugs และ Second line drugs)

4.1.3.4 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

4.1.4 บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

4.2 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

4.2.1 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค

4.2.2 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

4.3 บริการกำกับการกินยา (Directly Observed Treatment : DOT)

5. กรอบการบริหารจัดการงบประมาณ

สปสช. สนับสนุนงบประมาณสำหรับสนับสนุนระบบบริการดูแลรักษาวัณโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งเป็นหมวดดังแสดงในแผนภูมิ

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

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

2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค	บริหารวงเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์เงื่อนไข ตามที่ สปสช.เขตกำหนด
2) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ

3. บริการกำกับการกินยา

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
บริการกำกับการกินยา (DOT) เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ครบถ้วน	บริหารวงเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์เงื่อนไข ตามที่ สปสช.เขตกำหนด

แผนภูมิแสดงกรอบการบริหารจัดการงบบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2564

กรอบการบริหารจัดการ

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่จะปรับปรุงเพิ่มเติม

6. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

6.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

6.1.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นผู้ป่วยวัณโรคทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด ที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub)

6.1.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1) บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน

2) บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา

2.1) ยารักษาวัณโรคดื้อยา Rifampicin-resistant TB (RR-TB) และยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistance TB:MDR-TB)

2.2) ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-extensively drug-resistant TB : Pre-XDR-TB) และยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant TB: XDR-TB)

6.1.3 หน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

หน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จะต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ผ่านการขึ้นทะเบียน หรือประเมินศักยภาพตามที่ สปสช.กำหนด โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. หน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐาน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานดังนี้

1) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

2) มีความพร้อมในการให้บริการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรค

3) มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานได้ด้วยตนเองคือ การตรวจ Acid-Fast Bacillus (AFB), การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count; CBC), การตรวจวิเคราะห์ ปัสสาวะ (Urine analysis; UA) และ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หรือสามารถเก็บและส่งตรวจกับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างถูกต้อง โดยติดตามเพื่อรายงานผลได้ทันเวลา

4) มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องให้คำปรึกษา และห้องปฏิบัติการที่มีการแยกพื้นที่การใช้งานอย่างชัดเจน มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ การตรวจหรือส่งตรวจที่ได้มาตรฐาน

2. หน่วยบริการดูแลรักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/ MDRTB/ Pre-XDR-TB/ XDR-TB Treatment Center) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้

1) เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ที่ผ่านการประเมินศักยภาพเป็นหน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐาน

2) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับอนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาสาขาด้านอายุรแพทย์ หรือ กุมารแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเรื่องการรักษาการติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานปฏิบัติงานประจำที่คลินิกวัณโรค

3) มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการการเพาะเชื้อวัณโรคและการดื้อยา (Culture & Sensitivity for TB) ได้ด้วยตนเอง หรือสามารถเก็บและส่งตรวจกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างถูกต้อง โดยติดตามเพื่อรายงานผลได้ทันเวลา

4) มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องให้คำปรึกษา และห้องปฏิบัติการที่มีการแยกพื้นที่การใช้งานอย่างชัดเจน มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ การตรวจหรือส่งตรวจที่ได้มาตรฐาน

หน่วยบริการที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB และ XDR-TB นั้น ในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยจะต้องขอความเห็นชอบจากที่ปรึกษาคณะผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขต ตามแนวทางการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยาที่กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

หมายเหตุ:

1) *หน่วยบริการพื้นฐาน ไม่สามารถเบิกชดเชยยารักษาวัณโรคแนวที่ 2 (Second line drug) ได้* ***ยกเว้น*** *ยา Levofloxacin*
2) *กรณีหน่วยบริการพื้นฐาน ส่งผู้ป่วยวัณโรคไปรับการรักษาที่หน่วยบริการดูแลรักษาวัณโรคดื้อยา สปสช. จะชดเชยบริการตามสิทธิประโยชน์ให้แก่หน่วยบริการดูแลรักษาวัณโรคดื้อยา สำหรับการเบิกชดเชยส่วนบริการอื่นนอกเหนือจากที่ระบุ ให้หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ*
3) *เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐานและหน่วยบริการดูแลรักษาวัณโรคดื้อยา สามารถศึกษารายละเอียด และดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ https://aidstb.nhso.go.th*

6.1.4 การรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

การพิจารณาเลือกการรักษาด้วยยารักษาวัณโรค เป็นไปตามรายการที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม โดยหน่วยบริการสามารถเลือกใช้ยารักษาวัณโรคได้ตามรายการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ สปสช.ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาวัณโรคแก่หน่วยบริการ ตามจำนวนที่หน่วยบริการจ่ายจริงให้ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub

6.1.5 การเบิกชดเชย

หน่วยบริการ ต้องดำเนินการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ที่ เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

6.2 บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

6.2.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อายุ ≤18 ปีที่ติดเชื้อวัณโรคและยังไม่ป่วยเป็นวัณโรค

6.2.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม โดยหน่วยบริการสามารถเลือกใช้ยารักษาวัณโรคได้ตามรายการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงโดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อายุ ≤ 18 ปีที่ไม่ป่วยเป็นวัณโรค โดยชดเชยค่าบริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงด้วยการทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (Tuberculin Skin Test: TST) จำนวนไม่เกิน 1 ครั้ง

2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุ ≤ 18 ปีที่เข้าเกณฑ์การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

6.2.3 การรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

การพิจารณาการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ด้วยยารักษาวัณโรค เป็นไปตามรายการที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม โดยหน่วยบริการสามารถเลือกใช้ยารักษาวัณโรคได้ตามรายการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ สปสช.ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงแก่หน่วยบริการ ตามจำนวนที่ให้บริการจริงแก่ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub

6.2.4 การเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยบริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงต้องดำเนินการบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

ตารางการเบิกชดเชยบริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (TST) ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ)
บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		
ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ได้ตามที่จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

6.3 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

6.3.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub)

6.3.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยอิงแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม ทั้งนี้รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค เป็นไปตามรายการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

6.3.2.1 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค

สปสช. สนับสนุนบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังและผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด จะได้รับบริการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest X-ray (CXR) หากพบผลผิดปกติให้ตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) กรณีที่พบผลดื้อต่อยา Rifampicin (RR) ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) ด้วยวิธี Xpert MTB/RIF หรือตรวจด้วยวิธี Line probe assay ซ้ำอีกครั้ง

ตารางสิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค (สำหรับกลุ่มผู้ต้องขังและผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด)	
การถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest X-ray (CXR)	ไม่เกิน 1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ
การตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)	○ กรณีผล CXR ผิดปกติ ตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Molecular assay ไม่เกิน 1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ
	○ กรณีผลตรวจ Molecular assay พบผลดื้อต่อยา Rifampicin (RR) ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี Xpert MTB/RIF หรือตรวจด้วยวิธี Line probe assay ซ้ำอีกครั้ง

6.3.2.2 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค

สปสช.สนับสนุนบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB /XDR-TB) โดยอิงตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม ทั้งนี้การเบิกจ่ายชดเชยบริการเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด

ตารางสิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค

การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค	
การตรวจเสมหะหาเชื้อ Acid-Fast Bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์	
■ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคใหม่	ไม่เกิน 3 ชุดๆ ละ 3 Sample (Slide) ต่อ Course การรักษา
■ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ	ไม่เกิน 3 ชุดๆ ละ 3 Sample (Slide) ต่อ Course การรักษา
■ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB)	ไม่เกิน 25 ชุดๆ ละ 3 Sample (Slide) ต่อ Course การรักษา
■ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ไม่เกิน 25 ชุดๆ ละ 3 Sample (Slide) ต่อ Course การรักษา
การถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest X-ray (CXR)	
■ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคใหม่	ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อ Course การรักษา
■ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ	ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อ Course การรักษา
■ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB)	ไม่เกิน 6 ครั้ง ต่อ Course การรักษา
■ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ไม่เกิน 6 ครั้ง ต่อ Course การรักษา

6.3.2.3 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา

1) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (Fist line drugs)

1.1) การวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

สปสช. สนับสนุนการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) เทคนิค Solid media และหากเพาะเลี้ยงเชื้อขึ้น Mycobacterium Tuberculosis (MTB) สามารถส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เทคนิค Solid media ต่อได้ไม่เกิน 1 ครั้งต่อ Course การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายสามารถเข้าถึงบริการตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา

1.2) การวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดื้อยาสูง

สปสช. สนับสนุนการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อ (Culture) การทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) และการตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีอณูชีววิทยา(Molecular assay) เพื่อการวินิจฉัยเชื้อวัณโรคดื้อยา ไม่เกิน 1 ครั้งต่อ Course การรักษา และติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา สำหรับผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเชื้อวัณโรคดื้อยา โดยเป็นไปตามแนวทางดังนี้

1) พิจารณาตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) ด้วยเทคนิค Solid media หรือ Liquid media สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา และหากเพาะเลี้ยงเชื้อขึ้น Mycobacterium Tuberculosis (MTB) สามารถส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) ด้วยเทคนิค Solid media หรือ Liquid media ได้

2) พิจารณาตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเฉพาะที่จำเป็นต้องมีความรวดเร็วในการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาเร่งด่วน ซึ่งสามารถใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าเกณฑ์ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)

ทั้งนี้ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค เทคนิค Solid media เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยอีกครั้ง และหากเพาะเลี้ยงเชื้อขึ้น Mycobacterium Tuberculosis (MTB) สามารถส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) ด้วยเทคนิค Solid media ได้

ตารางเกณฑ์การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drugs)

กลุ่มผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา	การตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา	
	Culture & DST	Molecular assay
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่		
■ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (New)	AFB + or -	ไม่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ
ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน		
■ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติเคยรักษาครบหรือรักษาหายแล้วแต่ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse)	AFB + or -	AFB + or -
■ ผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 2 เดือนติดต่อกัน เมื่อกลับมารักษาซ้ำยังพบเชื้อในเสมหะ (Loss to Follow-up)	AFB +	AFB +
■ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาหลายครั้ง และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และยังคงพบเชื้อในเสมหะ (Failure) ได้แก่ ○ ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อเมื่อวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษา และผลเสมหะยังคงพบเชื้อ หรือกลับเป็นพบเชื้อในเดือนที่ 5 ของการรักษา หรือหลังจากนั้น ○ ผู้ป่วยเสมหะไม่พบเชื้อในตอนแรก แต่กลับมีผลเสมหะเป็นพบเชื้อหลังจากรักษาได้ 2 เดือน	AFB +	AFB +
ผู้ป่วยระหว่างการรักษา		
■ ผู้ป่วยวัณโรคขณะกำลังรักษาที่ยังพบเชื้อในเสมหะเมื่อสิ้นเดือนที่ 2 หรือหลังจากนั้น	AFB +	AFB +
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคดื้อยา (RR-TB /MDR-TB)		
■ ผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) กับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR TB)	AFB + or -	AFB + or -
■ ผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ	AFB + or -	ไม่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ
■ ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB-HIV)	AFB + or -	ไม่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ

หมายเหตุ:

1) *กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้วจะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay ได้อีก*
2) *การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้เฉพาะเทคนิค Solid media เท่านั้น*

2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 (Second line drugs)

สปสช.สนับสนุนบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 (Second line drugs) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB / MDR-TB) ด้วยการตรวจโดยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) ด้วยวิธี Line Probe Assay (LPA) และ/หรือ การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคด้วยเทคนิค Solid media หากเพาะเลี้ยงเชื้อขึ้น Mycobacterium Tuberculosis (MTB) สามารถส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) แนวที่ 2 ด้วยเทคนิค Solid media ได้ ไม่เกิน 1 ครั้งต่อ Course การรักษา

ทั้งนี้ การทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 (Second line drugs) ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา นำมาใช้ในการรักษาวัณโรคดื้อยา ด้วยสูตรยารักษาวัณโรคดื้อยาที่เหมาะสม โดยการพิจารณารายการยารักษาวัณโรคดื้อยาและวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ให้เป็นไปตามรายการที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม โดยหน่วยบริการสามารถเลือกใช้ยารักษาวัณโรคได้ตามรายการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

6.3.2.4 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

สปสช. สนับสนุนบริการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) เพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยาแก่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB /MDR-TB) และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB / XDR-TB) ไม่เกิน 16 ครั้งต่อ course การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเข้าถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมและติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

6.3.3 คุณสมบัติของหน่วยที่ให้บริการรายการทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

1) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ ตามมาตรา ISO 15189 หรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ของสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accredition) หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Standard) ตามรายการทางห้องปฏิบัติการที่หน่วยบริการจัดบริการ

6.3.4 การเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรคต้องดำเนินการบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

ตารางการเบิกชดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค (กลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด)		
ค่าตรวจ CXR	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ CXR ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	100 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ปีงบประมาณ)
ค่าตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)		
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้กรณีที่พบผลตรวจ CXR ผิดปกติ โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ทั้งนี้ หากผลตรวจ Molecular assay พบผลดื้อต่อยา Rifampicin (RR) หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ด้วยวิธี LPA หรือ Xpert MTB/RIF เพื่อยืนยันผลตรวจอีกครั้งได้	700 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ปีงบประมาณ)
เทคนิค Xpert MTB/RIF		
การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษา		
ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ AFB ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/ครั้ง)
ค่าตรวจ CXR	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ CXR ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	100 บาท/ครั้ง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug)		
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Culture ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media		300 บาท/ตัวอย่าง

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
การตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ DST ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media		500 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay		
เทคนิค Line Probe Assay	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	700 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Xpert MTB/RIF		
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 (Second line drug)		
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Culture ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ DST ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay		
เทคนิค Line Probe Assay	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	700 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา		
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Culture ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media		300 บาท/ตัวอย่าง

<u>หมายเหตุ</u>:

1) อัตราการชดเชยบริการต่อครั้ง หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

2) สปสช.จะชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค ของ สปสช.

3) กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้วจะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay

4) การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้เฉพาะเทคนิค Solid media เท่านั้น

6.4 บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

6.4.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นผู้ป่วยวัณโรคทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด ที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub)

6.4.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมด ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการได้แก่บริการดูแลรักษา การติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค บันทึกข้อมูลและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

6.4.3 การเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม ต้องดำเนินการโดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

ตารางการเบิกชดเชยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม		
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง

7. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

สนับสนุนบริการที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ โดยการค้นหาวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค และการค้นหาแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค ในปีงบประมาณ 2564 เน้นดำเนินการค้นหาแบบเข้มข้นโดยคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

7.1 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค

7.1.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) เป็นกลุ่มประชากรทั่วไป/ที่เสี่ยงต่อวัณโรค (Key populations for TB) ดังนี้

2.1) ผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (Clinical risk groups)

2.2) ประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค (Risk populations) เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อวัณโรคจากที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน และ/หรือเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยาก

ทั้งนี้ กลุ่มประชากรทั่วไป/ที่เสี่ยงต่อวัณโรค อิงตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) หน้า 53-54 และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม

7.1.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1) บริการคัดกรองโดยซักประวัติและสอบถามอาการ (symptom screening)
2) บริการตรวจวินิจฉัยผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)
3) บริการตรวจวินิจฉัยผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยวิธีการตรวจเสมหะหาเชื้อ Acid-Fast Bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์
4) บริการให้คำปรึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

7.1.3 แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณ

บริหารวงเงินระดับเขต โดยสปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการค้นหาผู้ป่วย ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) และ/หรือคณะทำงานวิชาการด้านเอดส์และวัณโรคระดับเขตเห็นชอบ

ทั้งนี้ การดำเนินงานบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม

7.1.4 การเบิกชดเชย

หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรทั่วไป/ที่เสี่ยงต่อวัณโรค โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

7.2 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

7.2.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค ได้แก่กลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

7.2.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1) บริการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)
2) บริการตรวจวินิจฉัยหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)

ทั้งนี้ สปสช. สนับสนุนบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้น เพื่อให้กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อวันโรค ได้รับบริการค้นหาและตรวจวินิจฉัยวัณโรคได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาแต่เนิ่นๆ โดยกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรคได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังและผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดจะได้รับบริการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest X-ray (CXR) หากพบผลผิดปกติ ให้ตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) กรณีที่พบผลดื้อต่อยา Rifampicin (RR) ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) ด้วยวิธี Xpert MTB/RIF หรือตรวจด้วยวิธี Line probe assay ซ้ำอีกครั้ง ดังรายละเอียดการชดเชยบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคในข้อ 6.3.2.1

7.2.3 การเบิกชดเชย

หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

8. บริการกำกับการกินยา (DOT)

8.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub)

8.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

บริการกำกับการกินยา (DOT) อย่างต่อเนื่อง

8.3 แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณ

บริหารวงเงินระดับเขต โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ โดยกำหนดให้ใช้ตัวชี้วัด 2 ตัวคือ อัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success rate) และอัตราการขาดการรักษา (Loss to Follow-up rate) เป็นเกณฑ์คุณภาพบริการที่ใช้ในการจัดสรรงบบริการกำกับการกินยา (DOT) ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) และ/หรือคณะทำงานวิชาการด้านเอดส์และวัณโรคระดับเขตเห็นชอบ

สำหรับการดำเนินงานให้บริการกำกับการกินยา DOT เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม

8.4 วิธีการเบิกชดเชย

หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการกำกับการกินยา (DOT) ตามเกณฑ์คุณภาพ ตัวชี้วัดที่กำหนด โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ที่เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

9. ตารางแสดงรายละเอียดการเบิกชดเชยตามสิทธิประโยชน์การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
9.1 บริการยารักษาวัณโรค		
ยารักษาวัณโรค	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาวัณโรคได้ตามที่จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาวัณโรค
9.2 บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (TST) ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ)
บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		
ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้ตามที่จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาวัณโรคระยะแฝง
9.3 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา		
9.3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (กลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด)		
ค่าตรวจ CXR	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ CXR ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	100 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ปีงบประมาณ)
ค่าตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)		
เทคนิค Line Probe Assay (LPA) เทคนิค Xpert MTB/RIF	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้กรณีที่พบผลตรวจ CXR ผิดปกติ โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ทั้งนี้ หากผลตรวจ Molecular assay พบผลดื้อต่อยา Rifampicin (RR) หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ด้วยวิธี LPA หรือ Xpert MTB/RIF เพื่อยืนยันผลตรวจอีกครั้งได้	700 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ปีงบประมาณ)

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
9.3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษา		
ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ AFB ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/ครั้ง)
ค่าตรวจ CXR	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ CXR ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	100 บาท/ครั้ง
9.3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา		
1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug)		
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Culture ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media		300 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ DST ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media		500 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay		
เทคนิค Line Probe Assay	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	700 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Xpert MTB/RIF		
2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 (Second line drug)		
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Culture ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
การตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ DST ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay		
เทคนิค Line Probe Assay	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	700 บาท/ตัวอย่าง
9.3.4 การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา		
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Culture ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media		300 บาท/ตัวอย่าง
9.4 บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม		
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง
9.5 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค		
บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค		
บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค	บริหารวงเงินระดับเขต โดยสปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการค้นหาผู้ป่วย ทั้งนี้ หน่วยบริการรายงานผลบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	การจ่ายเป็นไปตามที่สปสช.เขตกำหนด

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
9.6 บริการกำกับการกินยา (DOT)		
บริการกำกับการกินยา (DOT)	บริหารวงเงินระดับเขต โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ โดยกำหนดให้ใช้ตัวชี้วัด 2 ตัวคือ อัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success rate) และอัตราการขาดการรักษา (Loss to Follow-up rate) เป็นเกณฑ์คุณภาพใช้ในการจัดสรรงบบริการกำกับการกินยา (DOT) ทั้งนี้ หน่วยบริการรายงานผลบริการกำกับการกินยา ตามเกณฑ์คุณภาพ ตัวชี้วัดที่กำหนด โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	การจ่ายเป็นไปตามที่ สปสช.เขตกำหนด

10. การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

10.1 กระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สปสช.ดำเนินการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยมีกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์รายละเอียดตามกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์และรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการดังนี้

ตารางแสดงรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการวัณโรค ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	เดือนที่ส่งข้อมูล (Sent date)	วันที่ตัดข้อมูล
1	ตุลาคม 2563	31 ตุลาคม 2563
2	พฤศจิกายน 2563	30 พฤศจิกายน 2563
3	ธันวาคม 2563	31 ธันวาคม 2563
4	มกราคม 2564	31 มกราคม 2564
5	กุมภาพันธ์ 2564	28 กุมภาพันธ์ 2564
6	มีนาคม 2564	31 มีนาคม 2564
7	เมษายน 2564	30 เมษายน 2564
8	พฤษภาคม 2564	31 พฤษภาคม 2564
9	มิถุนายน 2564	30 มิถุนายน 2564
10	กรกฎาคม 2564	31 กรกฎาคม 2564
11	สิงหาคม 2564	31 สิงหาคม 2564
12	กันยายน 2564	25 กันยายน 2564

หมายเหตุ : กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวันที่ตัดข้อมูลสปสช. จะเวียนหนังสือแจ้งให้หน่วยบริการทราบ

10.2 หลักเกณฑ์การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สปสช. ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามผลงานการให้บริการจริงโดยใช้ข้อมูลผลงานการบริการที่บันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub โดย สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยตามวันที่มีการบันทึกและส่งข้อมูล (Sent date) เป็นรายเดือน

10.3 ระยะเวลาการส่งข้อมูล

หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลบริการได้ภายใน 90 วันหลังให้บริการ กรณีหน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการเองไม่ได้ต้องส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการของหน่วยบริการอื่น สปสช. จะนับจากวันที่ส่งตรวจและหากเป็นกรณีส่งเพาะเชื้อสามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 120 วัน ทั้งนี้หากส่งข้อมูลเกินเวลาที่กำหนดแต่ไม่เกิน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยในรอบเดือนถัดไป

10.4 การอุทธรณ์ข้อมูล

เป็นการแก้ไขข้อมูลหลังจากวันตัดยอดข้อมูลหรือได้รับการจ่ายชดเชยเรียบร้อยแล้ว หน่วยบริการหรือสปสช.สามารถอุทธรณ์การจ่ายชดเชยได้หากตรวจสอบแล้วพบว่าการจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดหรือไม่ครบถ้วนโดยหน่วยบริการต้องอุทธรณ์เป็นหนังสือราชการภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้งการโอนเงินไปยัง สปสช.เขตพื้นที่ของหน่วยบริการ

10.5 ตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคล

หน่วยบริการสามารถตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคลได้ที่ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) (http://seamlessfordmis.nhso.go.th) ที่เมนู REP ซึ่งเป็นการแสดงรายละเอียดข้อมูลขอรับการชดเชย ตามรอบแบบ Summary และ แบบ Individual

3) บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

ความเป็นมา

ในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิด แบบประคับประคอง (Palliative Care) มุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life - threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าว ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย(Terminal illness) โดยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับญาติอย่างมีความสุข มีคุณภาพมีชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียผู้ป่วย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงมีนโยบายสนับสนุนความเพียงพอของบริการและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ได้รับบริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านอย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายของชีวิต

1. <u>วัตถุประสงค์</u>

เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ได้รับบริการแบบประคับประคองที่บ้านอย่างมีคุณภาพ

2. <u>เป้าหมาย</u>

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านให้เป็นไปตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย และกลุ่มโรคเป้าหมายตามที่ สปสช. และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันกำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก) มีการประสาน ส่งต่อ ให้คำปรึกษา และพัฒนาระบบบริการการร่วมกัน ระหว่าง หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบครัว/ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างไร้รอยต่อ โดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย การลงทะเบียนผู้ป่วย การทำ Advance care plan การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (Opioid) การให้ออกซิเจน การดูแลแผล การให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และหรือการประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับแผนการดูแล

3. <u>ศักยภาพหน่วยบริการ</u>

หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยต้องมีแพทย์และทีมบุคลากรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ตามแนวทางที่กรมการแพทย์และ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคองฯ กำหนด

ทั้งนี้ กรณีหน่วยบริการที่เกิดขึ้นภายหลัง หน่วยบริการที่มีความประสงค์เข้าร่วมบริการใหม่ต้องผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของ สปสช.เขต เพื่อประเมินการเข้าร่วมบริการต่อไป

4. <u>แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย</u>

4.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มโรคเป้าหมายตามที่กำหนด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายา Opioid ค่าออกซิเจน การดูแลแผล กิจกรรมบริการ และ การดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามหลักเกณฑ์แนวทางของ “คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรสาธารณสุข)” ที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเป็นบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564 ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยตามภาคผนวก

4.2 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย การให้ออกซิเจน การดูแลแผล การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น การให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษา ตาม Advance care plan ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ในอัตราเหมาจ่ายแยกเป็น 2 รายการ ดังนี้

1) จ่ายในอัตราเดือนละ 1,000 บาท เมื่อมีการรายงานข้อมูลการดูแลที่บ้านและหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน

2) จ่าย Fix cost อัตราเดียว 3,000 บาท เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร์

กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกัน สปสช.จะจ่ายค่า Fix cost ให้หน่วยบริการที่ดูแลล่าสุด

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการรายเดือน (บาท) *	ค่าบริการ Fix cost (บาท) **	รวม (บาท)
ภายใน เดือนที่ 1	1,000	3,000	4,000
ภายใน เดือนที่ 2	1,000 + 1,000	3,000	5,000
ภายใน เดือนที่ 3	1,000 + 1,000 + 1,000	3,000	6,000
ภายใน เดือนที่ 4	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	3,000	7,000
ภายใน เดือนที่ 5	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	3,000	8,000
ตั้งแต่ 5 เดือนขึ้นไป	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	3,000	9,000

* *จ่ายทุกเดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน*

** *จ่ายครั้งเดียวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต*

หมายเหตุ กรณีที่ได้รับอนุมัติให้จ่ายค่ายา Opioid และหรือกัญชา เพิ่มเติม สปสช.จะแจ้งรายละเอียดให้ทราบต่อไป

4.3 การส่งข้อมูลเพื่อรับค่าชดเชย หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim โดยกำหนดการส่งข้อมูลสำคัญเพื่อการเบิกจ่าย ดังนี้

1) การลงทะเบียนผู้ป่วย

1.1) หน่วยบริการต้องบันทึกการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ในโปรแกรม E-claim โดยบันทึกในหน้า F1 ช่อง “วันที่ให้บริการ” ดังนี้

1.1.1) การบันทึกข้อมูลครั้งแรก ในหน้า F1 ช่องวันที่ให้บริการ ให้ลงบันทึกเป็นวันที่ลงทะเบียน

1.1.2) การบันทึกข้อมูลครั้งต่อไป ในหน้า F1 ช่องวันที่ให้บริการ ให้ลงบันทึกเป็นเดียวกับวันดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.2) หน่วยบริการที่บันทึกการลงทะเบียน ต้องเป็นหน่วยบริการที่เป็นผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

1.2.1) กรณีผู้ป่วยใหม่ในปีงบประมาณ 2564

1) กรณีหน่วยบริการที่รักษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอง กำหนดให้วันลงทะเบียนเป็นวันเดียวกับวันที่จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

2) กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยบริการอื่นดูแล กำหนดให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อเป็นผู้ส่งข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วยโดยระบุวันลงทะเบียนเป็นวันเดียวกับวันที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก

1.2.2) กรณีผู้ป่วยที่หน่วยบริการดูแลต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2563 และเป็นไปตามหลักเกณฑ์แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการของปีงบประมาณ 2564 ให้หน่วยบริการบันทึกวันที่ลงทะเบียนในหน้า F1 ครั้งแรก คือวันที่ 1 ตุลาคม 2563

1.3) กรณีที่มีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกันและเป็นบริการดูแลที่บ้านในเดือนเดียวกัน สปสช.จะพิจารณาจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการแรกที่ส่งข้อมูลถูกต้องครบถ้วน

1.4) กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากการลงทะเบียนถือว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการการดูแลแบบประคับประคอง จะไม่ได้รับค่าบริการตามที่กำหนด

2) หน่วยบริการต้องส่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการเบิกจ่ายค่าชดเชยให้แก่ สปสช. ดังนี้

2.1) ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่ สปสช.และกรมการแพทย์ ร่วมกันกำหนด (ตามภาคผนวก 3)

2.2) ต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลรหัสการวินิจฉัย Z51.5

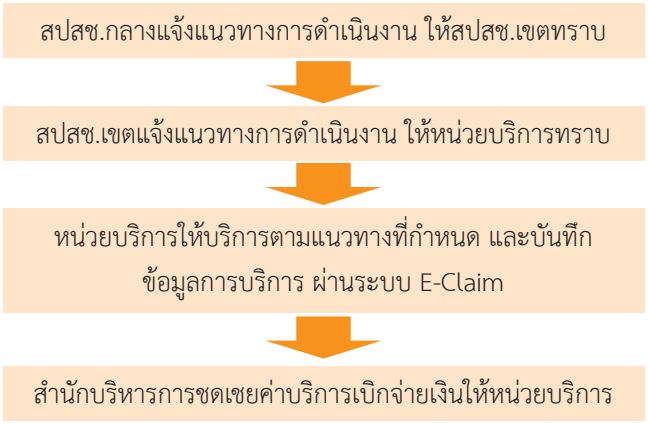
2.3) หน่วยบริการต้องมีการจัดทำ Advance care plan และกรอกข้อมูลรหัส Z71.8

2.4) หน่วยบริการต้องกรอกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกครั้ง และต้องบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริการ เช่น การให้ยา Opioid การให้ออกซิเจน การดูแลแผล ฯลฯ ตามการให้บริการจริง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Opioid ที่จะต้องบันทึกข้อมูลการให้ยา Opioid ให้ครบถ้วน

3) การนับวันให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เริ่มนับตั้งแต่วันที่หน่วยบริการไปให้บริการผู้ป่วยที่บ้านวันแรก

4.4 กรณีที่หน่วยบริการเห็นว่าการจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามแนวทางนี้ ให้ยื่นอุทธรณ์ต่อ สปสช. ภายใน 30 วัน (รวมวันหยุดราชการ) นับจากวันที่สปสช.แจ้งรายงานการจ่ายชดเชย (วันที่ปรากฏข้อมูลจ่ายชดเชยใน www.nhso.go.th)

ผังรูปภาพสรุปขั้นตอนการดำเนินงาน



5. บทบาท สปสช. ส่วนกลาง

จัดทำหลักเกณฑ์ แนวทางการบริหารค่าใช้จ่าย ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงทำความเข้าใจกับ สปสช.เขต สนับสนุนการดำเนินงาน กำกับติดตามผลงานระดับประเทศ รายงานผู้บริหาร การส่งคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง และทำข้อเสนอในปีถัดไป

6. บทบาท สปสช. เขต

6.1 ชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานให้หน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ

6.2 กำกับติดตามผลการดำเนินงานและรายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะในประเด็นสำคัญ เช่น การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต กิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะการให้ยา Opioid ในผู้ป่วยมะเร็ง การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีการรักษาแบบ Aggressive treatment เป็นต้น

6.3 ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ในการสุ่มตรวจคุณภาพการบริการ

6.4 ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

7. <u>บทบาทหน่วยบริการ</u>

7.1 การจัดบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมาย

7.2 การส่งข้อมูลรายงานผลงานบริการ ผ่านระบบ e-claim

4) การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก (Rare diseases)

โรคหายาก (rare diseases) คือ โรคที่มีอุบัติการณ์และความชุกในประชากรต่ำ ซึ่งคำกำจัดความของโรคหายากจะแตกต่างไปตามนิยามของแต่ละพื้นที่ สำหรับประเทศไทย พบน้อยกว่า 1 ใน 2,500 คน ของประชากร โดยร้อยละ 80 เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของพันธุกรรม (Genetic Disorders) อีกร้อยละ 20 อาจจะเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Auto-immune Disease) และการได้รับสารพิษที่หายาก (Poisonings) ยังมีโรคหายากอีกจำนวนหนึ่งที่ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค

ตาม มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10/2562 วันที่ 10 ตุลาคม 2562 และมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 9/2562 วันที่ 15 ตุลาคม 2562 มีมติเห็นชอบให้มีการดำเนินการบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหายากเป็นการเฉพาะตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นไป

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ดังต่อไปนี้

ขอบเขตและเงื่อนไขการให้บริการ

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีอาการแสดงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายากตามที่กำหนด หน่วยบริการที่ให้บริการ เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหน่วยบริการที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก ทำหน้าที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากและให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการอื่น

2. เริ่มดำเนินการในโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules) จำนวน 24 กลุ่มโรค

3. สำหรับการเข้ารับบริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป

โรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)

ลำดับ	ชื่อโรค	ICD 10	ORPHA	ลำดับ	ชื่อโรค	ICD 10	ORPHA
1	Other Organic aciduria (acidemia)	E71.1	289899	13	Arginase deficiency (argininemia)	E72.2	90
2	Propionic acidemia	E71.1	35	14	Phenylketonuria	E70.0, E70.1	716
3	Methylmalonic acidemia	E71.1	27	15	Other specified disorders of amino acid metabolism	E72.8	394, 407
4	Cobalamine defect	E71.1	26	16	NICCD (Neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency)	E72.2	247598
5	Isovaleric acidemia	E71.1	33	17	Citrullinemia type 2	E72.2	247585
6	Glutaric acidemia type 1	E72.3	25	18	Tyrosinemia type 1	E70.2	882
7	Maple syrup urine disease (MSUD)	E71.0	511	19	Disorders of Fatty acid oxidation and ketogenesis	E71.3	309115
8	Urea cycle disorders, unspecified enzyme defect	E72.2	79167	20	Disorders of Carnitine cycle and Carnitine transport	E71.3	309130
9	Ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency	E72.4	664	21	Systemic primary carnitine deficiency	E71.3	158
10	NAGS deficiency	E72.2	927	22	Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency	E70.1	238583
11	Citrullinemia type 1	E72.2	247525	23	Multiple carboxylase deficiency: Biotinidase deficiency	E53.8	79241
12	Argininosuccinic aciduria (ASS deficiency)	E72.2	23	24	Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency	E53.8	79242

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีอาการแสดง (symptomatic) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายาก ประเภทกลุ่มโรคมีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก จำนวน 7 แห่ง ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. รพ.ศิริราช
3. รพ.รามาธิบดี
4. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. รพ.พระมงกุฎเกล้า
6. รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
7. รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รวมถึงหน่วยบริการอื่นๆ ที่แจ้งความจำนงค์เข้าร่วมให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

การจัดระบบบริการ

1. หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หากสงสัยว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules) แพทย์ผู้รักษาสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายบริการที่กำหนด
2. หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น เก็บตัวอย่าง specimen ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ
3. หากผลการตรวจวินิจฉัย พบว่าอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายที่กำหนด
4. ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ลงทะเบียนผู้ป่วยมาในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ที่สปสช.กำหนด
5. ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากให้การรักษาผู้ป่วยจนพ้นระยะอันตราย โดยแพทย์ผู้ให้การรักษาจะเป็นผู้พิจารณา เพื่อส่งกลับไปยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นหรือชุมชน เพื่อให้รักษาหรือดูแลต่อเนื่อง โดยมีเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นที่ปรึกษาในการดูแลรักษาต่อเนื่องให้แก่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น

เครือข่ายหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

ศูนย์โรคหายาก	แพทย์ดูแลผู้ป่วยเด็ก	แพทย์ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่	เครือข่ายให้คำปรึกษา/ส่งต่อ
รพ.จุฬาลงกรณ์	- ศ.นพ.วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์ - ศ.ดร.พญ.กัญญา ศุภปิติพร - อ.พญ.ปองหทัย ดำรงผล - อ.นพ.วุทธิชาติ กมลวิศิษฏ์	- อ.นพ.ประสิทธิ์ เผ่าทองคำ	เขต 1 เชียงใหม่, เขต 6 ระยอง
รพ.ศิริราช	- รศ.นพ.นิธิวัชร์ วัฒนวิจารณ์ - ผศ.พญ.อัจฉรา เสถียรกิจการชัย	- อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ - รศ.นพ.มานพ พิทักษ์ภากร	เขต 3 นครสวรรค์ เขต 5 ราชบุรี
รพ.รามาธิบดี	- ศ.พญ.ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล - ผศ.พญ.ทิพย์วิมล ทิมอรุณ	- รศ.นพ.ธันยชัย สุระ - อ.พญ.อัจฉรา ธัญธีรธรรม	เขต 9 นครราชสีมา เขต 10 อุบลราชธานี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ	- ศ.คลินิก นพ.สุทธิพงษ์ ปังคานนท์ - อ.พญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์		เขต 12 สงขลา
รพ.พระมงกุฎเกล้า	- พ.อ.นพ.บุญชัย บุญวัฒน์ - ร.อ.นพ.ทิม เพชรทอง	- พ.อ.ผศ.นพ.กิตติ บูรณวุฒิ	เขต 2 พิษณุโลก
รพ.ธรรมศาสตร์	- ผศ.พญ.กิติวรรณ โรจนเนืองนิตย์		เขต 4 สระบุรี เขต 11 สุราษฎร์ธานี
รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น	- ผศ.นพ.กุณฑล วิชาจารย์		เขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุดรธานี

หมายเหตุ : หน่วยบริการในเขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากได้ทุกแห่ง ที่ตั้งในเขตกรุงเทพมหานคร

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่าย สำหรับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น

1. หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หากสงสัยว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)
2. แพทย์ผู้รักษาหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายบริการที่กำหนด
3. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก จะเป็นผู้พิจารณา ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น เก็บตัวอย่าง specimen ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ

5. หากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก พบว่าผลการตรวจวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด จะแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

6. การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การตรวจรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกจ่ายตามระบบปกติ ตามแต่ละกรณี

หมายเหตุ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการวินิจฉัยโรคหายาก ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากจะเป็นผู้ขอรับค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.โดยตรง

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่าย สำหรับศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่แพทย์ผู้รักษาของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น และเป็นผู้พิจารณาในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากสงสัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)

2. เมื่อพบว่า ผลการตรวจวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด จะแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

3. การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข และค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก จะเป็นผู้ขอรับค่าใช้จ่ายมายัง สปสช. โดยตรงตามอัตราและเงื่อนไข ดังนี้

อัตราและเงื่อนไขการการขอรับค่าใช้จ่าย

สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ดังนี้

1. ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข

เป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง จ่ายตามรายการบริการให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่กำหนด โดยเป็นการจ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ดังนี้

รายการตรวจ	อัตราจ่ายต่อครั้ง (บาท)
TMS : Comprehensive metabolic test	3,500
Plasma amino acid analysis	3,500
GC/MS : Urine organic acid	3,500

2. ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

2.1 เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ที่มีการลงทะเบียนผู้ป่วยในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และให้การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยัน การรักษาพยาบาลรวมกรณีภาวะแทรกซ้อน และการติดตามผลการรักษา ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ดังนี้

กลุ่ม	โรค	อัตราจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)
กลุ่ม A	Other Organic aciduria (acidemia)	300,000
	Propionic acidemia	300,000
	Methylmalonic acidemia	300,000
	Cobalamine defect	300,000
	Isovaleric acidemia	300,000
	Glutaric acidemia type 1	300,000
	Maple syrup urine disease (MSUD)	300,000
	Urea cycle disorders, unspecified enzyme defect	300,000
	Ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency	300,000
	NAGS deficiency	300,000
	Citrullinemia type 1	300,000
	Argininosuccinic aciduria (ASS deficiency)	300,000
	Arginase deficiency (argininemia)	300,000
	Phenylketonuria	300,000
	Other specified disorders of amino acid metabolism	300,000
	NICCD (Neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency)	300,000
	Citrullinemia type 2	300,000
	Tyrosinemia type 1	300,000
กลุ่ม B	Disorders of Fatty acid oxidation and ketogenesis	50,000
	Disorders of Carnitine cycle and Carnitine transport	50,000
	Systemic primary carnitine deficiency	50,000
	Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency	50,000
	Multiple carboxylase deficiency: Biotinidase deficiency	50,000
	Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency	50,000

2.2 งวดการจ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรค หายาก แบ่งเป็น 2 งวด

งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคหายากที่กำหนด
- มีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก หรือตามที่สปสช. กำหนด

งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดและ/หรือการติดตามเมื่อจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก
- ระยะเวลาการจ่าย หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน

2.3 ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาภายใน 90 วันนับจากวันลงทะเบียนศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของอัตราเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค แต่หากเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาหลังจากวันลงทะเบียนเกิน 90 วัน จะได้รับค่าใช้จ่ายเต็มจำนวน โดยการนับรอบการจ่ายค่าใช้จ่ายต่อปี จะนับตามรอบปีนับจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก

งวดที่ 3 จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดและ/หรือการติดตามเมื่อจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

งวดที่ 4 จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดและ/หรือการติดตามเมื่อจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

โดย หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายหลังจากวันที่ให้การดูแลผู้ป่วยในงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีการเปลี่ยนสิทธิการรักษา ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก แจ้งให้ สปสช.ทราบภายใน 15 วัน หลังจากทราบข้อมูลการเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิอื่น

2.4 หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการอื่นที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหายาก สามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้ตามระบบปกติ ตามแต่ละกรณี

3. ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ

เป็นการจ่ายค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับระหว่างหน่วยบริการและหรือชุมชน โดยให้มีการจัดระบบเป็นการเฉพาะ ครอบคลุมถึงการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นหรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ ดังนี้

1) **<u>กรณีรถยนต์</u>**

สปสช.คำนวณค่าใช้จ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินจำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บ ดังนี้

- ระยะทางไปกลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท
- ระยะทางไปกลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท

2) **<u>กรณีค่าเรือ/แพขนานยนต์</u>** จ่ายตามระยะทาง และชนิดของเรือ/แพขนานยนต์ ตามอัตรา ดังนี้

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	ชนิดของเรือ (มาตรฐานของเรือ)	อัตราการจ่ายชดเชย	รหัสการบันทึก
5-15	เรือหางยาวเร็ว	1,200	S1803A
	เรือเร็ว	2,000	S1803B
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	5,000	S1803C
16-50	เรือหางยาวเร็ว	3,000	S1803D
	เรือเร็ว	5,000	S1803E
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803F
51-100	เรือหางยาวเร็ว	4,000	S1803G
	เรือเร็ว	10,000	S1803H
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803I
101 เป็นต้นไป	เรือเร็ว	35,000	S1803J
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803K
ไม่จำกัดระยะทาง	แพขนานยนต์	อัตราตามจริง ไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง	S1803L

3) <u>กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์)</u>

หน่วยบริการต้องประสานงานเพื่อขอรับการบริการและค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน พ.ศ. 2557 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และต้องได้รับการอนุมัติจาก สพฉ. เท่านั้น โดยสปสช. จะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบินดังนี้

- เฮลิคอปเตอร์ 1 เครื่องยนต์ชั่วโมงบินละ 40,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 2 เครื่องยนต์ชั่วโมงบินละ 80,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 3 เครื่องยนต์ชั่วโมงบินละ 120,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 4 เครื่องยนต์ชั่วโมงบินละ 160,000 บาท

การอุทธรณ์การจ่าย

หน่วยบริการและศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก สามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

โปรแกรมการบันทึกข้อมูล และวิธีการบันทึก

บันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ของ สปสช.ในส่วนต่างๆ ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วย
2. บันทึกข้อมูลการให้บริการ และการติดตามการรักษา
3. บันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าพาหนะ

การติดต่อประสานงาน

หากหน่วยบริการและศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก มีข้อสงสัยต้องการสอบถามเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ดังนี้

1) สำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ในพื้นที่ของหน่วยบริการและศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

2) สายด่วน สปสช. 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง

3) Help Desk สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ในวันและเวลาราชการ เบอร์โทรศัพท์ 02-142-3100-3

4) รายชื่อศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเบอร์โทรติดต่อผู้ประสานงาน

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก	เครือข่ายให้คำปรึกษา/ส่งต่อ	รายชื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยเด็ก	รายชื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่	รายชื่อผู้ประสานงาน	เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ
รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	เขต 1 เชียงใหม่, เขต 6 ระยอง	ศ.นพ.วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์ ศ.ดร.พญ.กัญญา ศุภปีติพร อ.พญ.ปองหทัย ดำรงผล อ.นพ.วุทธิชาติ กมลวิศิษฏ์	อ.นพ.ประสิทธิ์ เผ่าทองคำ	1. คุณจันทร์จิรา โตอัสมิ (พยาบาล) 2. พญ.มะลิวัลย์ เต็งสุจริตกุล (แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)	063-968-7863 085-010-2809
รพ.ศิริราช	เขต 3 นครสวรรค์ เขต 5 ราชบุรี	รศ.นพ.นิธิวัชร์ วัฒนวิจารณ์ ผศ.พญ.อัจฉรา เสถียรกิจการชัย	อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ รศ.นพ.มานพ พิทักษ์ภากร	ศูนย์ refer รพ. ศิริราช (24 ชั่วโมง)	02-419-9556 หรือ 02-419-8556
รพ.รามาธิบดี	เขต 9 นครราชสีมา เขต10 อุบลราชธานี	ศ.พญ.ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล ผศ.พญ.ทิพยวิมล ทิมอรุณ	รศ.นพ.ธันยชัย สุระ อ.พญ.อัจฉรา ธัญธีรธรรม	1. คุณทิพวัลย์ สีดำนิล เจ้าหน้าที่ธุรการบริหารทั่วไป: ปรึกษาข้อมูลเบื้องต้นทั่วไป รายละเอียดการส่ง Lab พื้นฐานและราคา การจัดส่ง specimen 2. คุณณิชชา ขุนอินทร์ พยาบาล: ปรึกษาปัญหาพื้นฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการพิจารณาการนัดหมายพบแพทย์กรณีต้องการ consult หรือส่งต่อ	1. 02-2012782-3, 092-8143976 (ในเวลาราชการ) 2. 02-2012782-3 (ในเวลาราชการ), 087-0874925 (นอกเวลาราชการ เฉพาะกรณีเร่งด่วน)
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	เขต 2 พิษณุโลก	อ.พญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์		อ.พญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์	089-159-9650
รพ.พระมงกุฎเกล้า	เขต 12 สงขลา	พ.อ.นพ.บุญชัย บุญวัฒน์	พ.อ.ผศ.นพ.กิตติ บูรณวุฒิ	1. ศูนย์ refer รพ.พระมงกุฎเกล้า 2. พ.อ.นพ.บุญชัย บุญวัฒน์	1. 02-763-3907 (เวลา 08.00-24.00 น.) 2. 086-383-3119 เมื่อไม่สามารถติดต่อ 1 ได้

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก	เครือข่ายให้คำปรึกษา/ส่งต่อ	รายชื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยเด็ก	รายชื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่	รายชื่อผู้ประสานงาน	เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ
รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	เขต 4 สระบุรี เขต 11 สุราษฎร์ธานี	ผศ.พญ.กิติวรรณ โรจนเนืองนิตย์		1. คุณปนัดดา แย้มอ่ำ/คุณนฤมล 2. พยาบาล in charge 3. ผศ.พญ.กิติวรรณ โรจนเนืองนิตย์	1. 02-926-9514 (เวลาราชการ) 2. 02-926-9203 (นอกเวลาราชการ) 3. 089-222-3226 (เมื่อไม่สามารถติดต่อ 1, 2)
รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	เขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุดรธานี	ผศ.นพ.กุณฑล วิชาจารย์		ศูนย์รับ refer ผู้ป่วยเด็ก รพ.ศรีนครินทร์ 2. ผศ.นพ.กุณฑล วิชาจารย์	1. 090-861-9060 (ทั้งในและนอกเวลาราชการ) 2. 081-653-5016 เมื่อไม่สามารถติดต่อ 1 ได้

บทที่ 4

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บทที่ 4

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัยตามประเภทและขอบเขต บริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 สำหรับประชากรไทยทุกสิทธิการรักษา
2. เพื่อการป้องกันหรือลดทอนปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ
3. เพื่อสนับสนุนความเข้มแข็งกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่

4.1 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารจัดการระดับประเทศ

จำนวนเงินที่ได้รับ

ค่าบริการ จำนวน 30.83 บาทต่อคน โดยมีแนวทางบริหารจัดการ ดังนี้

ก. บริการวัคซีนป้องกันโรค

1. วัตถุประสงค์

การเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย ที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม

2. กลุ่มเป้าหมาย

ประชากรไทย ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย

4. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

จ่ายชดเชยเป็นวัคซีน ผ่านโรงพยาบาลราชวิถี โดยระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม ได้แก่

1. วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (Expanded Program Immunization: EPI) โดยในปี 2564 รวมวัคซีน MMR สำหรับกลุ่มเป้าหมายเด็กที่ต้องได้รับวัคซีน MMR เข็มที่ 2 ที่อายุ 1.5 ปี
2. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Influenza: Flu)
3. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Human Papillomavirus: HPV)
4. วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า (Rotavirus vaccine: RV)

รายละเอียดการให้วัคซีนและกลุ่มเป้าหมาย (ภาคผนวกที่ 10)

หมายเหตุ *1) ค่าบริการฉีดวัคซีน เหมาจ่ายอยู่ในงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) สำหรับประชาชนทุกสิทธิ โดยจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ*

2) สำหรับเขต 13 กทม. ค่าบริการฉีดวัคซีนเป็นไปตาม อปสข.กทม.กำหนด

5. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

5.1 หน่วยบริการประจำ ทำหน้าที่เป็นหน่วยคลังวัคซีน และเบิกวัคซีนผ่านระบบ VMI เพื่อกระจายวัคซีนให้กับหน่วยบริการในเครือข่าย

- การเบิกชดเชยวัคซีนผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม
  1) หน่วยบริการ ได้รับวัคซีนสำรอง (initial stock)
  2) มีการกำหนดปริมาณคงคลังของหน่วยบริการสูงสุด และปริมาณคงคลังของหน่วยบริการขั้นต่ำสุด
  3) เมื่อมีการใช้วัคซีนไปเป็นระยะ หน่วยบริการกรอกข้อมูลปริมาณวัคซีนที่ต้องการ องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีนเพื่อเติมเต็มในระบบคลังสำรองของโรงพยาบาล
  4) ระบบ VMI จะประมวลผลข้อมูลเบิกวัคซีน และพิจารณาจ่ายวัคซีนทุกเดือน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก Website GPO http://scm.gpo.or.th/vmi ขององค์การเภสัชกรรม โทรศัพท์ 02 203 8908 - 9

5.2 หน่วยบริการฉีดวัคซีน ให้ส่งข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีน มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

5.2.1 หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ให้ส่งข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนตามโครงสร้างมาตรฐานด้านแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) คือ แฟ้ม 1 PERSON, แฟ้ม 14 SERVICE, แฟ้ม 15 DIAGNOSIS และแฟ้ม 39 EPI มายังสำนักงานฯ ทุกเดือนหรือทุกวัน สำหรับในกรณีของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หากหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สธ. และหน่วยบริการเอกชน ที่อยู่ในระบบ UC

ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 มีความประสงค์จะส่งข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ผ่านโปรแกรมโครงการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ทาง Website NHSO http://ucapps๒.nhso.go.th/influenzaibatis/FrmLogin.action ให้แจ้งความประสงค์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตก่อนเริ่มปีงบประมาณ และส่งข้อมูลมายังสปสช.ทุกวัน

5.2.2 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

5.2.3 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูล ติดต่อได้ที่ IT Help desk โทรศัพท์ 02 141 4200 ในวันและเวลาราชการ

ข. ค่าบริการให้เด็กที่มีผลการตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง

1. วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้เด็กที่มีผลการตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติได้รับยาภายในอายุ 2 สัปดาห์ และต่อเนื่องจนครบเกณฑ์ พร้อมทั้งได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม

2) เพื่อลดปัญหาเด็กที่มีเชาว์ปัญญา (IQ) ต่ำ จากภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในประเทศไทย

2. กลุ่มเป้าหมาย

เด็กไทยทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลที่มีผลการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติทุกราย

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

4. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

4.1 จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่าย เพื่อเป็นค่าบริการติดตามให้เด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติให้มาตรวจยืนยัน และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การติดตามให้มาตรวจยืนยันภายใน 14 วัน การประสานผู้ปกครองให้พาเด็กมารับการรักษาและทานยาอย่างสม่ำเสมอ และประเมินพัฒนาการ ระหว่างอายุแรกเกิด - 4 ปี ให้เป็นไปตามแนวทางที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

4.2 อัตราค่าใช้จ่าย เหมาจ่ายค่าบริการ ครั้งละ 200 บาท จำนวนไม่เกิน 15 ครั้ง

5. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

5.1 ให้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี บันทึกข้อมูลผ่านระบบติดตามผลการให้ยาไทรอยด์สำหรับเด็กแรกเกิด http//: tsh.nhso.go.th/tsh

5.2 สปสช.ประมวลผลข้อมูลจาก National Perinatal Registry Portal และจ่ายค่าใช้จ่ายทุกเดือน โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> seamless for DMIS : TSH

5.3 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

5.4 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวัน และเวลาราชการ

5.5 **หน่วยบริการต้องมีการจัดเก็บเอกสารหลักฐานการให้บริการ เพื่อรองรับการตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายค่าบริการของ สปสช.**

ค. ค่ายามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

1. วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แก่หน่วยบริการประจำหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย

4. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

จ่ายชดเชยเป็นยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) โดยมอบหมายให้เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถีดำเนินการจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรม และชดเชยผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา (http://drug.nhso.go.th/drugserver) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย สำหรับการจ่ายชดเชยค่าบริการเป็นไปตามบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ข้อ ช.บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

4.2 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการเฉพาะของประชาชนทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล

จำนวนเงินที่ได้รับ

ค่าบริการตามรายการบริการ จำนวน **36.17** บาทต่อคน

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย

1) สปสช. บริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็น 2 ส่วน โดย ค่าใช้จ่ายสำหรับพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 สปสข.กลางเป็นผู้บริหารจัดการ และ ค่าใช้จ่ายสำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร สปสช.เขต 13 กทม. อาจเป็นผู้บริหารจัดการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. อย่างน้อยต้องมีรายการบริการตามที่กำหนด

2) การจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) สำหรับพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 มีดังนี้

ก. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยทุกคน

1.2 เพื่อตรวจค้นหาและรักษา early pre cancer ของ CA cervix ในระยะเริ่มแรก

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทย อายุ 30 - < 60 ปี และหญิงไทยอายุ 15 - < 30 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล โดยรับบริการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี

3. แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย การให้บริการ

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย

3.2 หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายภายใต้หน่วยบริการของรัฐ จะต้องผ่านหรือเคยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.3 หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด ดังนี้ ร้อยเอ็ด หนองคาย บึงกาฬ อำนาจเจริญ ยโสธร สุราษฎร์ธานี อุตรดิตถ์ เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช น่าน เพชรบูรณ์ ตาก กระบี่ ลพบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ สระบุรี แม่ฮ่องสอน ตรัง สตูล สมุทรสาคร ชัยนาท และ อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร พิษณุโลก

นครสวรรค์ นครราชสีมา ราชบุรี ชลบุรี อุบลราชธานี ขอนแก่น ยะลา และกำแพงเพชร เท่านั้น และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายภายใต้หน่วยบริการของรัฐ จะต้องผ่านหรือเคยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองและรักษาด้วยวิธี VIA ทั้งนี้ สปสช. ไม่สนับสนุนให้มีการขยายพื้นที่หรือหน่วยบริการเพิ่มเติม

3.4 หน่วยบริการ สามารถเลือกให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap smear หรือให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาด้วยวิธี VIA หรือบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง

3.5 กรณีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หากผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติเป็นภาวะ pre cancerous ให้ส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา

3.6 กรณีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test หากผล HPV พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา แต่หากผล HPV เป็นสายพันธุ์ non 16/18 ให้ส่งต่อการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology และหากผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติเป็นภาวะ pre cancerous ให้ส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา

3.7 อัตราค่าชดเชยบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้

3.7.1 บริการตรวจคัดกรองด้วย pap smear และตรวจทางเซลล์วิทยา หรือตรวจคัดกรองและรักษาด้วย VIA เหมาจ่ายอัตรา 250 บาท

3.7.2 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test

1. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการเก็บตัวอย่าง เหมาจ่ายอัตรา 50 บาท

2. จ่ายชดเชยให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่ให้บริการตรวจตัวอย่าง รวมค่าบริหารจัดการ ในอัตรา 370 บาท

3.7.3 บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology เหมาจ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพ ที่ให้บริการตรวจ ในอัตรา 250 บาท

3.7.4 บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เหมาจ่ายอัตรา 900 บาท

4. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี pap smear และตรวจทางเซลล์วิทยา

4.1.1 หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) คือ แฟ้ม 1 person, แฟ้ม 15 Diagnosis OPD, แฟ้ม 17 Procedure_OPD, แฟ้ม 41 special PP มายัง สปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.1.2 หน่วยบริการนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน ให้ส่งข้อมูลผ่านระบบ e-Claim มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน หรือหากมีความประสงค์จะส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ให้แจ้งความประสงค์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตก่อนเริ่มปีงบประมาณ และส่งข้อมูล แฟ้ม 1 person, แฟ้ม 15 Diagnosis OPD, แฟ้ม 17 Procedure_OPD, แฟ้ม 41 special PP มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.1.3 ข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึก ประกอบด้วย เลขบัตรประจำตัวประชาชน ชื่อ นามสกุล อายุ วิธีการตรวจคัดกรอง

4.2 บริการตรวจคัดกรองและรักษาด้วย VIA

4.2.1 หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ได้แก่ แฟ้ม 1 person, แฟ้ม 15 Diagnosis OPD, แฟ้ม 17 Procedure_OPD, แฟ้ม 41 special PP มายัง สปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.2.2 หน่วยบริการนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ส่งข้อมูลผ่านระบบ e-Claim มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน หรือหากมีความประสงค์จะส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ให้แจ้งความประสงค์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตก่อนเริ่มปีงบประมาณ และส่งข้อมูล แฟ้ม 1 person, แฟ้ม 15 Diagnosis OPD, แฟ้ม 17 Procedure_OPD, แฟ้ม 41 special PP มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.3 บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA Test

4.3.1 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพตรวจ HPV DNA test ส่งข้อมูลการให้บริการผ่านระบบตามที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

4.3.1.1. กรณีหน่วยบริการเป็นทั้งหน่วยเก็บและรับตรวจ ให้บันทึกผ่านระบบ e-Claim โดยไม่ต้องระบุข้อมูลของหน่วยบริการที่เป็นหน่วยเก็บสิ่งส่งตรวจ มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.3.1.2. กรณีหน่วยบริการเป็นหน่วยรับตรวจอย่างเดียว ให้บันทึกผ่านระบบ e-Claim โดยระบุข้อมูลของหน่วยบริการที่เป็นหน่วยเก็บสิ่งส่งตรวจ มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน ทั้งนี้ สปสช. จะจ่ายเงินชดเชยค่าเก็บให้กับหน่วยเก็บสิ่งส่งตรวจตามข้อมูลที่บันทึกเข้ามา

4.4 บริการตรวจยืนยันกรณีผลผิดปกติด้วยวิธี Liquid based cytology

ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูล แฟ้ม 21 LABFU และส่งข้อมูลผ่านระบบ e-Claim มายัง สปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.5 บริการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วยวิธี Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ และตรวจทางพยาธิวิทยา

4.5.1 ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านระบบ e-Claim มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.5.2 การบันทึกข้อมูลบริการ ให้บันทึกรหัสหัตถการตามมาตรฐานการให้รหัส ICD 9CM **(67.19 Colposcopic examination, 67.11 Endocervial biopsy, 67.12 Other cervical biopsy, 67.32 LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure))**

4.6 สำนักงานจะประมวลผลข้อมูลบริการ และพิจารณาจ่ายชดเชยทุกเดือน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> seamless for DMIS : CCS

4.7 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.8 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวันและเวลาราชการ

4.9 กรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. แนวทางการบันทึกข้อมูลการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

ข. บริการฝากครรภ์ (ANC)

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพ

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป หน่วยบริการร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม (กรณีทันตกรรม) กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย

3.2 หน่วยบริการต้องให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ ตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานสำหรับบริการฝากครรภ์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข และตามมาตรฐานการดูแลของกรมวิชาการ สาระสำคัญโดยสรุป ดังตาราง

กิจกรรมพื้นฐาน	ANC ครั้งแรก	ANC ครั้งที่ 2	ANC ครั้งที่ 3	ANC ครั้งที่ 4	ANC ครั้งที่ 5
1 การซักประวัติ	✓	✓	✓	✓	✓
2 การตรวจร่างกาย					
2.1 วัดสัญญาณชีพ: ชีพจร ความดันโลหิต	✓	✓	✓	✓	✓
2.2 ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย	✓	✓	✓	✓	✓
2.3 ตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดและทำความสะอาดฟัน					
2.4 ตรวจทางสูตินรีเวช:					
- ตรวจภายใน (หากมีข้อบ่งชี้)	✓				
- ตรวจวัดความสูงยอดมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารก	✓	✓	✓	✓	✓
- ตรวจอัลตร้าซาวด์					
2.5 พบแพทย์เพื่อตรวจฟังเสียงและการหายใจ (อย่างน้อย 1 ครั้ง)					
3 ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า	✓	✓	✓	✓	✓
4 ตรวจคัดกรองการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด	✓	✓	✓	✓	✓
5 ประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Classifying form)	✓	✓	✓	✓	✓
6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
6.1 urine dipstick test	✓	✓	✓	✓	✓
6.2 CBC-Hb/Hct	✓			✓	
6.3 MCV และหรือ DCIP ถ้า +ve ให้ ตรวจ MCV และหรือ DCIP ของสามี	✓				
6.4 Blood group: ABO/Rh	✓				
6.5 VDRL	✓			✓	
6.6 HIV	✓			✓	
6.7 Hepatitis B	✓				
7 การให้ยา Triferdine (ยาวิตามินเสริมเหล็ก/โฟลิค/ไอโอดีน)	✓	✓	✓	✓	✓
8 การให้วัคซีน dT ตามเกณฑ์	✓				
9 การให้คำแนะนำ	✓	✓	✓	✓	✓
10 บันทึกสมุดอนามัยมารดา	✓	✓	✓	✓	✓

3.2.1 บริการฝากครรภ์ครั้งแรก (ANC ครั้งแรก) หมายถึง การให้บริการดูแลครรภ์ครั้งแรกในครรภ์นั้นๆ ของหญิงตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะมีอายุครรภ์เท่าใด โดยหน่วยบริการต้องให้บริการครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานและมาตรฐานการฝากครรภ์

3.2.2 บริการฝากครรภ์ครั้งต่อๆ ไป หมายถึง การให้บริการดูแลครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ในครรภ์นั้นๆ ของหญิงตั้งครรภ์ โดยหน่วยบริการต้องให้บริการครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานและมาตรฐานการฝากครรภ์

3.2.3 การบริการดูแลฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการดูแลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกราย กรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นครรภ์เสี่ยงสูง มีความจำเป็นต้องให้การดูแลพิเศษ และประเมินเพิ่มเติมหรือตรวจติดตามพิเศษมากกว่ากิจกรรมพื้นฐาน ให้ถือว่าเป็นการรักษาพยาบาล (Care)

<u>หมายเหตุ</u> การฝากครรภ์ในกรณีเสี่ยงสูงหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และต้องการดูแลมากกว่ากิจกรรมพื้นฐาน บริการส่วนที่มากกว่านั้นให้ถือว่าเป็นการรักษาพยาบาล (Care)

- สำหรับหญิงตั้งครรภ์สิทธิ UC ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เหมาจ่ายอยู่ในค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในแล้วแต่กรณี

- สำหรับสิทธิอื่น เบิกจ่ายตามสิทธิการรักษานั้น ๆ

3.2.4 การบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ (ตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดและทำความสะอาดฟัน) ให้บริการในสถานบริการด้วย Dental Master Unit เท่านั้น โดยทันตแพทย์ กรณีให้บริการโดยทันตาภิบาลที่ รพ.สต. ศสช. สสช. จะต้องมีคำสั่งกำหนดให้ทันตแพทย์เป็นผู้ให้การกำกับดูแลการให้บริการของทันตาภิบาล และกรณีหน่วยบริการภาคเอกชนต้องให้บริการโดยทันตแพทย์เท่านั้น

3.3 หน่วยบริการ สามารถให้บริการหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ และต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ถึงแม้ไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการหรือเครือข่ายนั้น และควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ณ หน่วยบริการประจำและเครือข่ายหรือหน่วยบริการแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นการประจำและต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลครรภ์ต่อเนื่อง

3.4 อัตราค่าชดเชยบริการ ต่อ 1 การตั้งครรภ์ มีดังนี้

3.4.1 บริการฝากครรภ์ครั้งแรก เหมาจ่าย 1,000 บาท

3.4.2 บริการฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2- 5 เหมาจ่ายครั้งละ 400 บาท

3.4.3 บริการตรวจอัลตราซาวด์ เหมาจ่าย 400 บาท

3.4.4 บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน เหมาจ่าย 500 บาท

3.5 สำหรับ สปสช.เขต 13 กทม. การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับกิจกรรมภายใต้บริการฝากครรภ์ให้เป็นไปตามที่ อปสข.กำหนด

4. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 บริการฝากครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์

4.1.1 หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) คือ แฟ้ม 1 person แฟ้ม 33 Prenatal และแฟ้ม 34 ANC และแฟ้ม 17 Procedure_OPD มายัง สปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.1.2 หน่วยบริการนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน ให้ส่งข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ e-Claim มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน หรือหากมีความประสงค์จะส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ให้แจ้งความประสงค์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตก่อนเริ่มปีงบประมาณ และส่งข้อมูล แฟ้ม 1 PERSON, แฟ้ม 33 PRENATAL แฟ้ม 34 ANC และแฟ้ม 17 Procedure_OPD มายังสปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน

4.1.3 กรณีบริการอัลตราซาวด์ ให้ระบุ รหัสหัตถการ ได้แก่ ICD9 88.78

4.2 บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดและและทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์

4.2.1 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1 - 12 ส่งข้อมูลบริการผ่านโปรแกรม e-Claim กรณี รพ.สต. ศสช. สสช. ส่งข้อมูลบริการแก่หน่วยบริการประจำคู่สัญญา (CUP) เป็นผู้บันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิก

4.2.2 ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านระบบ e-Claim **(http://eclaim.nhso.go.th)** มายัง สปสช. ทุกเดือนหรือทุกวัน รายละเอียดดังนี้

รายการบริการ	รหัสหัตถการทางทันตกรรมของ ICD 10 TM
ตรวจสุขภาพช่องปาก	**2330011, 2330013** **(รหัสใดรหัสหนึ่ง)**
ขัดและทำความสะอาดฟัน	**2387010, 2277310, 2277320, 2287310, 2287320** **(มีรหัสใดรหัสหนึ่ง หรือหลายรหัสก็ได้)**

4.3 สำนักงานจะประมวลผลข้อมูลบริการ และพิจารณาจ่ายชดเชยทุกเดือน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> Seamless for DMIS : ANC หรือ e-Claim Seamless ในกรณีบริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน

4.4 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.5 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวันและเวลาราชการ

4.6 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกข้อมูลการให้บริการการฝากครรภ์ การตรวจอัลตราซาวด์ บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดและทำความสะอาดฟัน ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

ค. การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามี ที่เป็นคู่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงเข้าถึงบริการตรวจยืนยันและได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

1.2 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลวินิจฉัยก่อนคลอดผิดปกติเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงตั้งครรภ์และสามี คนไทยทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล ที่เป็นคู่เสี่ยงต่อการมีบุตรโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยืนยันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากหน่วยบริการที่ส่งตรวจ หญิงตั้งครรภ์ หรือ ผู้รับบริการ

3.2 อัตราชดเชยค่าบริการ มีดังนี้

3.2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.2.1.1 Hemoglobin typing ราคา 270 บาทต่อราย

3.2.1.2 Alpha - thalassemia 1 ราคา 800 บาทต่อราย

3.2.1.2 Beta - thalassemia ราคา 1,200 บาทต่อราย

3.2.2 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ราคา 2,500 บาทต่อราย ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

3.2.2.1 การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling,CVS) หรือ

3.2.2.2 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ

3.2.2.3 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

3.2.3 การยุติการตั้งครรภ์ ราคา 3,000 บาทต่อราย

4. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 หน่วยบริการทุกแห่งที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์, การยุติการตั้งครรภ์ ให้บันทึกข้อมูลบริการและผลการตรวจ ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th โดยเร็ว ในกรณีที่จำเป็นต้องส่งสิ่งส่งตรวจไปให้หน่วยบริการรับตรวจที่มีศักยภาพ ให้หน่วยบริการที่ส่งตรวจทำการ

บันทึกข้อมูลตั้งต้น ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th

4.2 สปสช. ประมวลผลข้อมูลจาก National Perinatal Registry Portal และจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมทุกสิ้นเดือน โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> seamless for DMIS : Thalassemia

4.3 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารได้ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.4 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวัน และเวลาราชการ

4.5 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกข้อมูลการให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

ง. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

1.2 เพื่อลดอัตราเด็กแรกเกิดที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการดาวน์

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยตั้งครรภ์ทุกอายุ ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล

3. แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย การให้บริการ

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ หรือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ทั้งนี้ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากหน่วยบริการที่ส่งตรวจ หญิงตั้งครรภ์ หรือ ผู้รับบริการ

3.2 อัตราชดเชยค่าบริการ มีดังนี้

3.2.1 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test

3.2.1.1 ค่าจัดเก็บเลือด (การเจาะเลือดปั่นซีรั่ม) อัตราเหมาจ่าย 100 บาท จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ทำหน้าที่เจาะเลือด

3.2.1.2 ค่าขนส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อราย จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจ Quadruple test ซึ่งทำหน้าที่จัดระบบขนส่งเลือด

ในกรณีที่หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจ Quadruple test ไม่ได้จัดระบบขนส่งเลือด ให้หน่วยดังกล่าวจ่ายค่าขนส่งเลือดให้แก่หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ขนส่งเลือด ตามที่ตกลงกัน

3.2.1.3 ค่าบริการตรวจ Quadruple test (Beta-hCG, unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP), inhibin A) ราคา 1,200 บาทต่อราย จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจ Quadruple test

3.2.2 การตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ ราคา 2,500 บาทต่อราย

3.2.3 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ราคา 2,500 บาทต่อราย อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

- การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ
- การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

3.2.4 การยุติการตั้งครรภ์ ราคา 3,000 บาทต่อราย

4. การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 หน่วยบริการทุกแห่งที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์, การยุติการตั้งครรภ์ ให้บันทึกข้อมูลบริการและผลการตรวจผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th โดยเร็ว ในกรณีที่จำเป็นต้องส่งสิ่งส่งตรวจไปให้หน่วยบริการรับตรวจที่มีศักยภาพ ให้หน่วยบริการที่ส่งตรวจทำการบันทึกข้อมูลตั้งต้น ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th

รายชื่อหน่วยบริการที่รับตรวจ Quadruple test

ลำดับ	หน่วยรับตรวจ Quadruple test
1	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
3	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์
4	รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5	รพ.ขอนแก่น
6	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
7	รพ.สงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ในกรณี หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ Quadruple test (ตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด) สามารถขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติมได้ที่ สปสช.เขตทุกแห่ง และสามารถเปิดดำเนินการให้บริการรวมถึงการขอรับการชดเชยค่าบริการได้หลังจากที่ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้หน่วยบริการที่มีศักยภาพดังกล่าวต้องจัดเครือข่ายตามที่ Service Plan ของแต่ละเขตกำหนด

4.2 การบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ

4.2.1 บันทึกข้อมูลรายงานผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ ให้ หน่วยบริการที่ส่งตรวจ เมื่อทราบผลการตรวจ

4.2.2 บันทึกการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์, การยุติการตั้งครรภ์ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

4.2.3 บันทึกข้อมูลผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th

4.3 สปสช.ประมวลผลข้อมูลจาก National Perinatal Registry Portal และจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรม รายเดือน โดยสามารถตรวจสอบได้จาก WWW.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> seamless for DMIS : DOW ซึ่งหน่วยบริการที่รับตรวจ ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการ, หญิงตั้งครรภ์ หรือ ผู้รับบริการ เพิ่มเติม

4.4 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารได้ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.5 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวัน และเวลาราชการ

4.6 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกข้อมูลการให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

จ. การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์(TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เด็กแรกเกิดทุกรายเข้าถึงการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU)

2. กลุ่มเป้าหมาย

เด็กแรกเกิดไทยทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลย

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ได้แก่

1) สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2) ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

3.2 อัตราค่าใช้จ่าย

3.2.1 จ่ายชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) สำหรับเด็กแรกเกิดไทยทุกคน อัตราเหมาจ่าย 135 บาท

3.2.2 จ่ายชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ อีก 1 ครั้ง สำหรับเด็กไทยที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝดที่เป็น monozygotic twin เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ อัตราเหมาจ่าย 135 บาท

ทั้งนี้หน่วยบริการต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการที่เจาะเลือดส่งตรวจ หรือผู้รับบริการ เพิ่มเติม

4. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 หน่วยบริการที่รับตรวจทางห้องปฏิบัติการการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และ โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) บันทึกข้อมูลรายงานผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ เมื่อทราบผลการตรวจผ่านระบบติดตามผลการให้ยาไทรอยด์สำหรับเด็กแรกเกิด http://tsh.nhso.go.th/tsh

4.2 สปสช.ประมวลผลข้อมูลจาก National Perinatal Registry Portal และจ่ายค่าใช้จ่ายทุกเดือน โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> seamless for DMIS : TSH

4.3 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.4 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวัน และเวลาราชการ

4.5 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกข้อมูลการให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

ฉ. บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี (อายุถึง 19 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันรับบริการ) ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ต้องการคุมกำเนิด หรืออยู่ในภาวะหลังคลอด หรือหลังแท้ง

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าบริการ

3.1.1 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

3.1.2 หน่วยบริการสามารถให้บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยการใส่ห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิด อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ และต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ถึงแม้ไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการหรือเครือข่ายนั้น

3.2 อัตราชดเชยค่าบริการ ทั้งกรณี ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีดังนี้

3.2.1 บริการใส่ห่วงอนามัย เหมาจ่าย 800 บาทต่อราย

3.2.2 บริการฝังยาคุมกำเนิด เหมาจ่าย 2,500 บาทต่อราย

ทั้งนี้ อัตราชดเชยค่าบริการดังกล่าวได้รวมค่าบริการรักษาผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคุมกำเนิดกึ่งถาวร หรือการเอาอุปกรณ์คุมกำเนิดกึ่งถาวรออกจากร่างกาย กรณีไปรับบริการที่หน่วยบริการตามสิทธิค่าบริการดังกล่าวได้อยู่ในค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวที่หน่วยบริการได้รับไปแล้ว

4. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1 - 12 บันทึกข้อมูลการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ผ่านโปรแกรม e-Claim (http://eclaim.nhso.go.th) มายัง สปสช. ทุกเดือนหรือทุกวัน รายละเอียดดังนี้

รายการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร	รหัส	ICD-10	ICD-9CM	อัตราจ่าย (บาท)
ใส่ห่วงอนามัย	FP001	Z301	697	800
ฝังยาคุมกำเนิด	FP002	Z308	9923	2,500

4.2 สำนักงานจะประมวลผลข้อมูลบริการ และพิจารณาจ่ายชดเชยทุกเดือน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> e-Claim Seamless

4.3 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.4 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวันและเวลาราชการ

4.5 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

ช. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

1. วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าบริการ

3.1.1 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

3.1.2หน่วยบริการสามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์ด้วยวิธีการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA), การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยไม่จำเป็นต้องผ่านระบบส่งต่อ และต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ถึงแม้ผู้รับบริการไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการนั้น หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าวหน่วยบริการต้องให้การดูแลรักษาโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

3.1.3 กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

3.2 การชดเชยค่าบริการ มีดังนี้

3.2.1 จ่ายชดเชยเป็นยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) โดยมอบหมายให้เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินการจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรม และชดเชยผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา(http://drug.nhso.go.th/drugserver) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3.2.2 อัตราชดเชยค่าบริการ ทั้งกรณี ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน มีดังนี้

3.2.2.1 บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) เหมาจ่าย 3,000 บาทต่อราย

3.2.2.2 บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม (MVA, EVA) เหมาจ่าย 3,000 บาทต่อราย

3.2.3 การจ่ายชดเชยค่าบริการข้างต้นจะไม่รวมถึงกรณีดังต่อไปนี้

1) การยุติการตั้งครรภ์จากกรณีคัดกรองพบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติในกลุ่มอาการดาวน์และโลหิตจางธาลัสซีเมียให้เบิกจ่ายผ่านระบบบูรณาการ การตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด National Perinatal Registry Portal (NPRP) http//:nprp.nhso.go.th

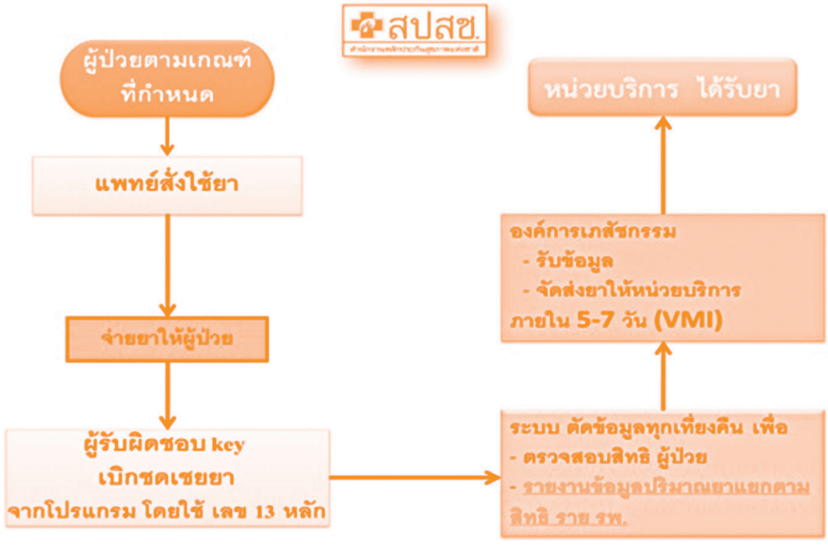
2) การรักษาภาวะ Blighted ovum, Molar pregnancy, Dead fetus in utero ให้เบิกจ่ายชดเชยตามระบบปกติ

3) ผู้ป่วยที่มารักษาในกรณี incomplete abortion ให้เบิกจ่ายชดเชยตามระบบปกติ

4. การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการชดเชยค่าบริการ

4.1 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เบิกยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) ผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา (http://drug.nhso.go.th/drugserver) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกเดือนหรือทุกวัน เพื่อให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนการเบิกชดเชยเป็นยา ผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา ของ สปสช.
(http://drug.nhso.go.th/drugserver)



4.2 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1 - 12 ให้บันทึกและส่งข้อมูลการบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ผ่านระบบ e-Claim (http://eclaim.nhso.go.th) มายัง สปสช. ทุกเดือนหรือทุกวัน รายละเอียดดังนี้

รายการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร	รหัส	ICD-10	ICD-9CM	อัตราจ่าย (บาท)
ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack)	AB001	O04.0 - O04.9	-	3,000
การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (MVA)	AB002	O04.0 - O04.9	69.51	3,000
การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า(EVA)	AB003	O04.0 - O04.9	69.51	3,000

4.3 สปสช. จะประมวลผลข้อมูลบริการ และพิจารณาจ่ายชดเชยทุกเดือน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> e-Claim Seamless

4.4 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.5 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย โปรแกรม e-Claim ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวันและเวลาราชการ

4.6 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

4.7 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการเบิกชดเชยยา โปรแกรมระบบบัญชียา ติดต่อได้ที่ ผู้รับผิดชอบ สปสช.เขต ในวันและเวลาราชการ

ซ. บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

1. วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าบริการ

3.1.1 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

3.1.2 หน่วยบริการสามารถให้บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยการใส่ห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิด อย่างใดอย่างหนึ่ง ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ และต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ถึงแม้ไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการหรือเครือข่ายนั้น

3.2 อัตราชดเชยค่าบริการ ทั้งกรณี ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน มีดังนี้

3.2.1 บริการใส่ห่วงอนามัย เหมาจ่าย 800 บาทต่อราย

3.2.2 บริการฝังยาคุมกำเนิด เหมาจ่าย 2,500 บาทต่อราย

4. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1 - 12 ให้บันทึกและส่งข้อมูลการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ผ่านโปรแกรม e-Claim (http://eclaim.nhso.go.th) มายัง สปสช. ทุกเดือนหรือทุกวัน รายละเอียดดังนี้

รายการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร	รหัส	ICD-10	ICD-9CM	อัตราจ่าย (บาท)
ใส่ห่วงอนามัย	FP001	Z301	697	800
ฝังยาคุมกำเนิด	FP002	Z308	9923	2,500

4.2 สปสช. จะประมวลผลข้อมูลบริการ และพิจารณาจ่ายชดเชยทุกเดือน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> e-Claim Seamless

4.3 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.4 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวันและเวลาราชการ

4.5 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

ฌ. บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน อายุ 4 - 12 ปี

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เด็กไทยกลุ่มอายุ 4-12 ปี ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล เข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก

2. กลุ่มเป้าหมาย

เด็กไทย อายุ 4-12 ปี ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล (นับคนที่อายุ 4-12 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันรับบริการ)

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

3.1 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

3.1.1 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม

3.1.2 หน่วยบริการให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กวัยเรียน ดังนี้

3.1.2.1 บริการเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ สำหรับเด็กอายุ 4-12 ปี

3.1.2.2 บริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 (ตำแหน่งซี่ที่ 6, 7) (สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี)

โดยการจัดบริการทั้ง 2 รายการ สามารถจัดบริการได้ทั้งในโรงเรียนหรือในหน่วยบริการ ซึ่งต้องจัดบริการตามที่ทันตแพทยสภากำหนดตามมาตรฐาน ได้แก่ Dental Master Unit หรือ Mobile* กรณีการจัดบริการของหน่วยบริการภาครัฐ สามารถจัดบริการโดยทันตแพทย์หรือทันตาภิบาล แต่ในกรณีหน่วยบริการภาคเอกชนจะต้องจัดบริการในหน่วยบริการตามมาตรฐาน Dental Master Unit และให้บริการโดยทันตแพทย์เท่านั้น

หมายเหตุ * Mobile หมายถึง รถทันตกรรมเคลื่อนที่ที่มีมาตรฐานและมีศักยภาพในการควบคุมเชื้อเทียบเท่ากับ dental master unit หรือ เป็นเก้าอี้สนามที่มีอุปกรณ์ให้บริการ เช่น มี high power suction และ มีผู้ช่วยทันตแพทย์เพื่อเป็นทันตกรรมสี่หัตถ์ ตามมาตรฐานในคู่มือแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (New normal) ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3.1.3 หน่วยบริการสามารถให้บริการทันตกรรมป้องกันในเด็ก ทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ และต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ถึงแม้ไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการหรือเครือข่ายนั้น รวมถึงต้องให้บริการซ่อมในกรณีวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันหลุดออก แตก หรือหักบิ่น โดยไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

3.1.4 กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย

3.2 อัตราชดเชยค่าบริการ มีดังนี้

3.2.1 บริการเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ สำหรับเด็กอายุ 4-12 ปี เหมาจ่าย 100 บาทต่อรายต่อ 1 ปีงบประมาณ

3.2.2 บริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 (ตำแหน่งซี่ที่ 6, 7) สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี (เฉพาะรายใหม่) จ่าย 250 บาทต่อซี่ ไม่เกิน 4 ซี่ โดยปีงบประมาณ 2564 ไม่สามารถเบิกซ้ำรายเดิมที่เคยเบิกในปี 2563 ทุกกรณี กรณีที่จำเป็นต้องซ่อมหรือบริการเคลือบหลุมร่องฟันในรายเดิม หน่วยบริการสามารถดำเนินการได้ โดยใช้งบ PPB ที่เหมาจ่ายให้หน่วยบริการแล้ว

4. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1 - 12 ให้บันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม e-Claim กรณี รพ.สต. ศสช. สสช. ให้ส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) คือ แฟ้ม 1 PERSON, แฟ้ม 14 SERVICE และแฟ้ม 17 PROCEDURE_OPD มายัง สปสช. ทุกเดือนหรือทุกวัน รายละเอียดดังนี้

รายการบริการ	รหัสหัตถการทางทันตกรรมของ ICD 10 TM
เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ สำหรับเด็กอายุ 4-12 ปี	2377020, 2377021
เคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 (ตำแหน่งซี่ที่ 6, 7) สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี (ฟันกรามแท้ตำแหน่ง ซี่ 16 17 26 27 36 37 46 47)	#16=238703A, #17=238703B, #26=238703C, #27=238703D, #36=238703E, #37=238703F, #46=238703G, #47=238703H

4.2 สำนักงานจะประมวลผลข้อมูลบริการ และพิจารณาจ่ายชดเชยทุกเดือน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> e-Claim Seamless

4.3 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4.4 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวันและเวลาราชการ

4.5 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. เขต 13 กทม.กำหนด

4.3 การกำกับติดตาม และตรวจสอบข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.3.1 หน่วยบริการบันทึกข้อมูลบุคลากรผู้ให้บริการแต่ละประเภท เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล ฯลฯ ในระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Contracting Provider Profile : CPP) ให้เป็นปัจจุบัน ได้ที่ http://cpp.nhso.go.th/CPP/authen/ ในกรณีที่มีการลาออก โยกย้าย หรือไปช่วยราชการที่อื่น จะต้องเร่งดำเนินการแก้ไขภายในหนึ่งเดือนให้เป็นปัจจุบัน เพื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้ใช้เป็นข้อมูลกำกับติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน

4.3.2 หน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนและจัดเก็บหลักฐานต่าง ๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ (ตามรายการ ก ถึง ฌ) ควบคู่กับเวชระเบียนให้ตรงตามข้อมูลที่จัดส่งเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการจาก สปสช. เพื่อให้ สปสช. สามารถดำเนินการตรวจสอบเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายดังกล่าว ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด (บทที่ 20) ได้ภายหลัง

บทที่ 5

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

บทที่ 5

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

วัตถุประสงค์

1. คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและครอบคลุม
2. คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน
3. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรคนพิการ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่กลุ่มเป้าหมายร่วมกัน ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างยั่งยืน

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ครอบคลุมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. คนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74)
2. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

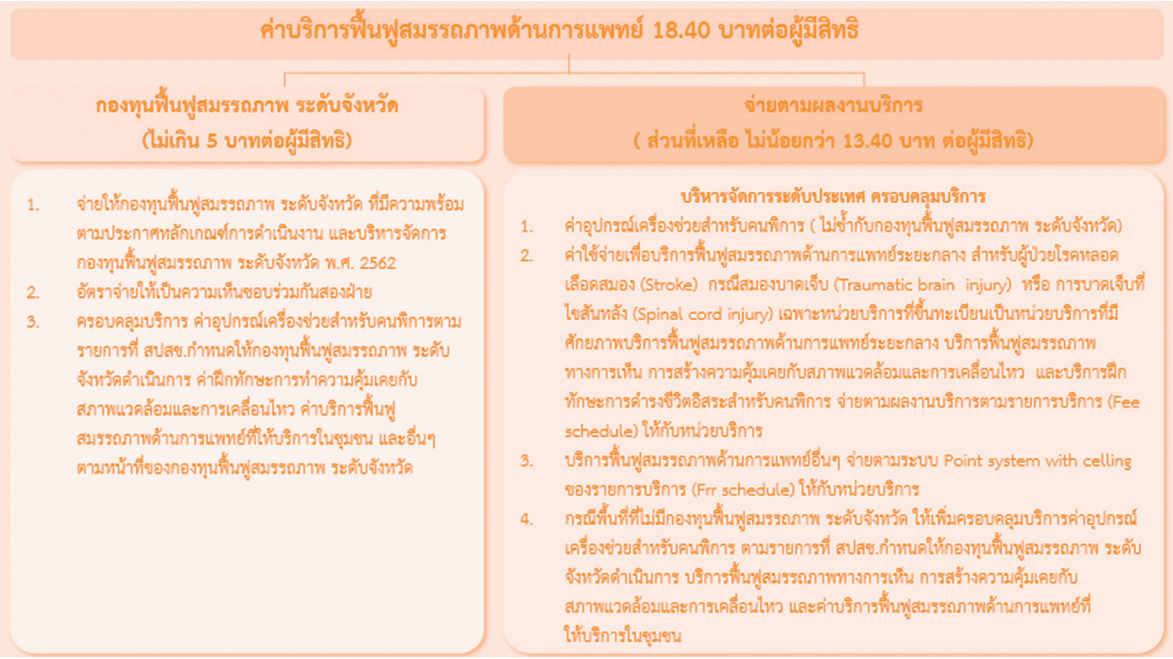
หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โปรแกรมที่ใช้บันทึกข้อมูล และการประมวลผล

1. หน่วยงานในพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1-12 บันทึกข้อมูลผลงานบริการผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability Portal)
2. หน่วยงานในพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 บันทึกข้อมูลผลงานบริการผ่านโปรแกรม OPBKK claim
3. การประมวลผลเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



แนวทางการสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

1. การสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายชดเชยค่าบริการ กรณีให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

ก. ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการและไม่เกินราคากลางที่ สปสช. กำหนด ตามประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. 2562 หรือประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ปรับปรุง (รายละเอียดตามภาคผนวก 2)

ข. ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate care : IMC) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง ทั้งนี้หน่วยบริการอาจจัดทำแผนการให้ดูแลต่อเนื่อง (Discharge care plan หรือ Protocol plan หรืออื่นๆ) เพื่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งมีหลักเกณฑ์เงื่อนไข ดังนี้

1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบ Intensive care : IMC สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ในระยะ 6 เดือน นับจากพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะกลาง (IMC) โดย Register เข้าโปรแกรม Intensive care IMC ในโปรแกรม disability portal

2. กลุ่มเป้าหมายโปรแกรม Intensive care IMC จำนวน 10,000 คน คือผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต (Acute phase) ที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ ที่มีค่า Barthel Score ADL น้อยกว่า 15 หรือมีค่า Barthel Score ADL เท่ากับหรือมากกว่า 15 และมี Multiple impairment

กลุ่มเป้าหมาย 10,000 คน	รหัส ICD 10 ในระยะ Acute phase
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	รหัส I60 - I64
กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury : TBI)	รหัส S061 - S069
การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury : SCI)	รหัส S14.0 - S14.1 S24.0 - S24.1 S34.0 - S34.1 S34.3

3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่จัดบริการในโปรแกรม Intensive care IMC จัดบริการในรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกหรือในชุมชน ประกอบด้วยบริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือแก้ไขการพูด จัดบริการให้กับผู้ป่วยในระยะ 6 เดือน จำนวนรวมไม่เกิน 30 ครั้ง หน่วยบริการต้องประเมินและบันทึกค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ของผู้ป่วยตลอดโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง คือเมื่อ register ผู้ป่วยเข้าระบบ เมื่อจัดบริการครั้งที่ 10 ครั้งที่ 20 และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายชดเชยค่าบริการสำหรับหน่วยบริการเป็นรายเดือน ตามรายการอัตรา ดังนี้

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	รหัสบริการ	อัตราจ่ายชดเชยค่าบริการ	หมายเหตุ
กายภาพบำบัด	H9339	150	จัดบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือในชุมชนในระยะ 6 เดือน จำนวนรวมทั้งสามบริการไม่เกิน 30 ครั้ง
กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	
แก้ไขการพูด	H9375.1	150	

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยที่ได้รับบริการ Intensive care IMC ครบจำนวนครั้งตามที่กำหนดแล้ว สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามระบบปกติ

ค. การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว (Independent Living) ปี 2564 ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ดำเนินงานโดยองค์กรคนพิการเข้าร่วมเป็นหน่วยร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินกิจกรรมการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living : IL) สำหรับคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว นำร่องจำนวน 3 แห่ง คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปจังหวัดนนทบุรี ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปจังหวัดปทุมธานี และศูนย์บริการคนพิการทั่วไปจังหวัดชลบุรี ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหลักเกณฑ์เงื่อนไข ดังนี้

1. มีบุคลากรผู้ให้บริการ IL ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (IL Instructor) และได้รับใบประกาศนียบัตรการรับรองจากวิทยาลัยราชสุดาหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. ให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์ให้การรับรอง ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินงาน 8 สัปดาห์ต่อผู้รับบริการ 1 คน
3. มีการรับส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เพื่อประเมินสภาพการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ก่อนเข้ารับการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระตามโปรแกรม
4. กลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้ารับการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ คือคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิย่อย 74 และมีคุณลักษณะดังนี้
   - คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการประเภท 3 (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว)
   - อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้หากอายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม
   - ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) ปัญหาทางการสื่อสาร หรือมีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือพิการด้านอื่นร่วม
   - ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องจนครบตามกำหนด
5. จุดมุ่งหมายการดำเนินงานการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ เพื่อให้คนพิการมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับสภาพความพิการของตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อคนพิการและคนอื่นๆ ฝึกปรับตัวเพื่อเข้าไปร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองและวางแผนชีวิตได้ และสามารถจัดการชีวิตประจำวันของตนเอง จุดมุ่งหมายการดำเนินงานนี้จะมีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และมีการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการฝึกทักษะฯ
6. บันทึกผลการดำเนินงานเพื่อเรียกเก็บชดเชยค่าบริการในโปรแกรม Disability portal สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายชดเชยค่าบริการการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 9,000 บาท ต่อบริการ 1 ราย และจ่ายชดเชยค่าบริการ 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 เมื่อผู้ให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ ประเมินความต้องการของผู้รับบริการ ตกลงบริการ การให้ปรึกษาฉันเพื่อน กำหนด Achieve goal ร่วมกัน register เข้าระบบในโปรแกรม Disability portal สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายชดเชยค่าบริการ จำนวน 4,000 บาท

ครั้งที่ 2 เมื่อดำเนินการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระครบตามกำหนด บันทึกผลการดำเนินงาน บันทึก Achieve goal ในโปรแกรม Disability portal สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายชดเชยค่าบริการ จำนวน 5,000 บาท

ง. ค่าฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M) สำหรับคนพิการทางการมองเห็น ซึ่งมีหลักเกณฑ์ตามแนวทางกำหนด

1) หน่วยงานหรือองค์กรผู้ให้บริการ ต้องผ่านการรับรองตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการและต้องมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M Instructor) จำนวนไม่น้อยกว่า 200 ชั่วโมง หรือประมาณ 6 ถึง 8 สัปดาห์จากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเพิ่มเติม

2) รูปแบบการให้บริการ ให้จัดบริการได้เป็น 2 รูปแบบ

(1) กรณีการจัดบริการรายกลุ่มๆ ละ 5 ถึง 15 อัตราส่วนของครูฝึก 1 คนต่อผู้เข้ารับการฝึก 5 คน ระยะเวลาการฝึกอบรมรายกลุ่ม เฉลี่ย 120 ชั่วโมงต่อคน โดยจะให้บริการวันละไม่เกิน 6 ชั่วโมง สัปดาห์ละไม่เกิน 6 วัน

(2) กรณีการจัดบริการรายบุคคล หากคนพิการทางการมองเห็นรายนั้นไม่พร้อมเข้ารับการฝึกอบรมเป็นกลุ่ม สามารถจัดส่งครูฝึกไปให้บริการที่บ้านได้ ระยะเวลาการฝึกอบรม 80 ถึง 120 ชั่วโมง

3) ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นคนพิการทางการมองเห็น (DF1) ที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นคนพิการตั้งแต่กำเนิด หรือภายหลัง กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ให้เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้

4) จัดให้มีบริการ หรือส่งต่อการตรวจสุขภาพตา เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น กำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังรายบุคคล และมีการบันทึกกิจกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรเก็บหลักฐานเพื่อรองรับการตรวจสอบ

5) อัตราค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมฝึกอบรมในอัตรา 9,000 บาทต่อหนึ่งคน (หนึ่งคนเข้ารับการอบรมได้เพียงหลักสูตรเดียว)

6) ผู้ให้บริการต้องบันทึกช่วงเวลาการรับบริการ วันเริ่มต้น และวันสิ้นสุดการฝึกทักษะฯ และต้องไม่ใช่วันเดียวกันเพื่อเรียกเก็บชดเชยค่าบริการผ่านโปรแกรม disability portal

จ. จ่ายชดเชยเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 9 รายการ กรณี กายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ทั้งในหน่วยบริการ ที่บ้านหรือในชุมชน การจ่ายชดเชยตามรายการที่กำหนดแล้วนำมาคำนวนตามวงเงิน global budget (Point system with ceiling with global budget) ทั้งนี้ รวมถึงศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการกรณีที่มีบุคลากรผู้ให้บริการในสาขาวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

อัตราค่าบริการกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวน 9 รายการ ดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	อัตราจ่ายรายบุคคล		อัตราจ่ายรายกลุ่ม	
		รหัส	(ครั้ง/วัน)	รหัส	(ครั้ง/วัน/คน)
1	กายภาพบำบัด	H9339	150	-	-
2	กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	H9383.2	75
3	การแก้ไขการพูด	H9375.1	150	H9375.2	75
4	จิตบำบัด	H9449.1	300	H9449.2	150
5	พฤติกรรมบำบัด	H9433.1	300	H9433.2	150
6	ฟื้นฟูการได้ยิน	H9549	150	-	-
7	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น	H9378.2	150	H9378.3	75
8	Early Intervention	H9438.1	150	H9438.2	75
9	Phenol block	H0489	500	-	-

2. การสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : จังหวัดที่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด/อบจ. จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด มีหลักเกณฑ์การดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ ตามประกาศฯ ข้อ 9 (1) (ก) กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้การสนับสนุนงบประมาณกับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัด สำหรับการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ และจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้มีสิทธิ ซึ่งมีรายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ดังนี้

1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่บ้านหรือในชุมชน จำนวน 2 รายการ ได้แก่ กายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด

2. บริการฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M) สำหรับคนพิการทางการมองเห็น

3. บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74) จำนวน 9 รายการ โดยจ่ายชดเชย ให้หน่วยบริการตามจริงไม่เกินราคากลางกำหนด ได้แก่

รหัสอุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	ราคากลาง
8902	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	4,400
8707	ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	600
8901	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	6,600
8904	รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ	6,000
9001	แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม	1,000
8708	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม	500
8903	เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ	800
8706	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม	650
8711	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้	350

การตรวจสอบข้อมูลผลงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อพิจารณาจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ ได้ที่โปรแกรมระบบบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด (http://www.pfr.nhso.go.th/pfr) ซึ่งโปรแกรมนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ได้ใช้ประโยชน์ในการกำกำติดตามผลการดำเนินงาน การบันทึกการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี และรายงานของกองทุนฟื้นฟูสมรรภาพ ระดับจังหวัด

ทั้งนี้ รายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ รายการอื่นๆ นอกเหนือจากรายการดังกล่าวข้างต้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการ ตามรายการและอัตราที่กำหนด เช่นเดียวกับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

บทที่ 6

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการแพทย์แผนไทย

บทที่ 6

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

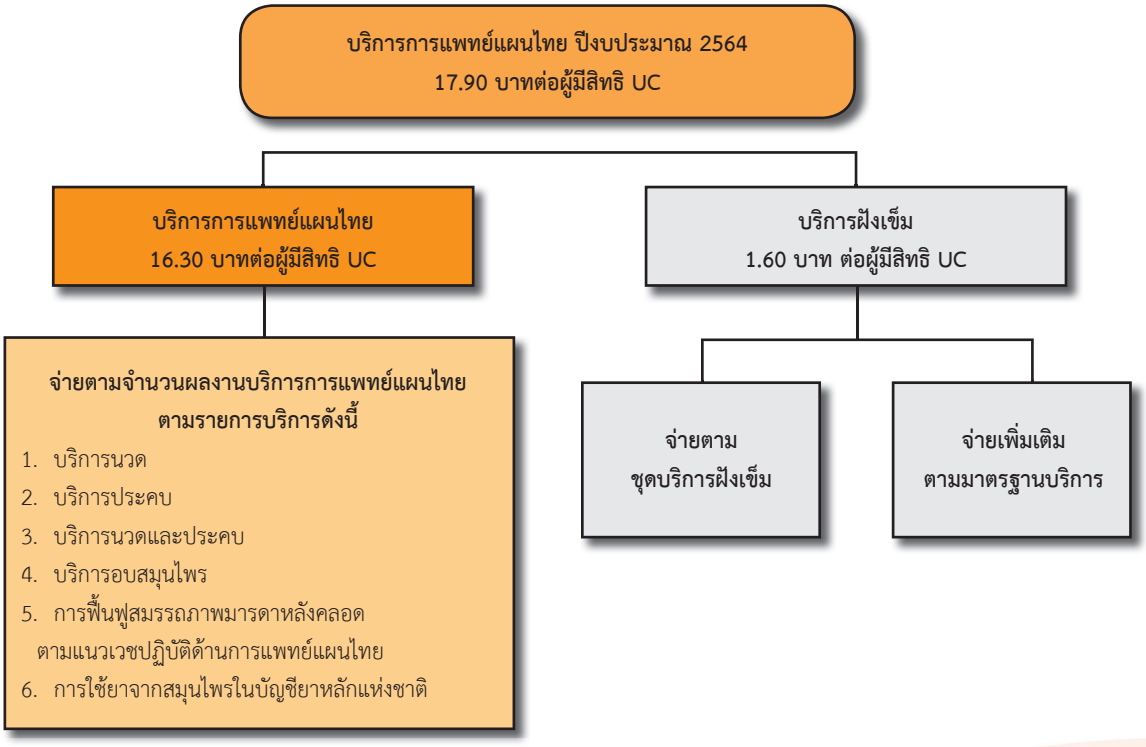
1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพิ่มการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง

1. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการการแพทย์แผนไทย ได้รับจำนวน 17.90 บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.644 ล้านคน

2. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

เป็นการจ่ายเพิ่มเติม (On Top) จากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป เพื่อบริการบำบัด รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยบริการการแพทย์แผนไทย และ บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า โดยบริหารการจ่ายระดับประเทศ มีหลักเกณฑ์การจ่ายดังต่อไปนี้

1. จำนวนไม่น้อยกว่า 16.30 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการการแพทย์แผนไทย

จ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อบริการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพตามรายการบริการที่กำหนด ได้แก่

1) บริการนวด
2) บริการประคบ
3) บริการนวดและประคบ
4) บริการอบสมุนไพร
5) การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย
6) การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายดังนี้

1.1 จ่ายให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

1.2 จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานบริการการแพทย์แผนไทยของรายการบริการ(Feeschedule) ด้วยระบบ Point system with ceiling ในอัตรา point ละ ไม่เกิน 1 บาท ภายใต้วงเงินที่ได้รับจัดสรร (Global budget) โดยจ่ายให้แก่หน่วยบริการประจำ (สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ จะจ่ายผ่านหน่วยบริการประจำ)

1.3 หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย หรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย เพื่อได้รับเงินค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทยตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ก. หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

ข. หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทยผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการด้านแพทย์แผนไทย	คะแนน
ม2-8 มีระบบบริการอื่นๆ รวมถึงการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งอาจเป็นการจัดบริการภายในหน่วยบริการและ/หรือการบริการเชิงรุกในชุมชนตามความจำเป็นของผู้มีสิทธิในพื้นที่	
หมวดรวม	เท่ากับ 1 คะแนน จัดบริการเพียงบริการใดบริการหนึ่ง
การจัดบริการแพทย์แผนไทย ก. บริการนวดไทย ข. บริการผดุงครรภ์ไทย ค. บริการจ่ายยาสมุนไพรพื้นฐาน (เป็นยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ) อย่างน้อย 10 รายการ	บริการนวดไทย เท่ากับ 1 คะแนน บริการผดุงครรภ์ไทย เท่ากับ 1 คะแนน บริการจ่ายยาสมุนไพรพื้นฐาน เท่ากับ 1 คะแนน
ม3-7 อาจจัดให้มีแพทย์แผนไทยและหรือบุคลากรวิชาชีพอื่นที่สอดคล้องกับบริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่จำเป็นต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน บุคลากรที่จบปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองและต้องสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือบุคลากรอื่นที่ได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ปฏิบัติงาน	เท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน* *กรณีจัดบริการผดุงครรภ์ไทยเท่ากับหรือมากกว่า 2 คะแนน หากหน่วยบริการจัดบริการผดุงครรภ์ไทยมีเฉพาะบุคลากร ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทผดุงครรภ์ไทย หรือประเภทการนวดไทย พิจารณา Index จากค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ในข้อ 3-7
ม5-2-6 จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น พร้อมใช้งาน เพื่อบริการแพทย์แผนไทย ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และ/หรือ ตามรายการที่สำนักงานกำหนด รายการของเครื่องมืออุปกรณ์ในผนวก 6 ตามที่จัดบริการในข้อ ม2-8	เท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน

1.4 รอบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดบริการการแพทย์แผนไทย และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทยเป็นไปตามที่สำนักงานบริหารงานทะเบียนกำหนด

ขั้นตอนการดำเนินการ

ก. หน่วยบริการเข้าบันทึกและแก้ไขประเมินตนเองผ่านระบบประเมินหน่วยบริการ 2564 https://reghosp.nhso.go.th/reghospasmx/ ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2563

ข. หน่วยบริการแจ้งอุทธรณ์ขอแก้ไขการบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียน (เพิ่มเติม) ได้ที่ สปสช.เขต

ค. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตตรวจสอบ แก้ไขและอนุมัติผลประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการภายในวันที่ 30 กันยายน 2563

ง. ประกาศรายชื่อหน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับเงินค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย วันที่ 1 ตุลาคม 2563 โดยมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการและผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยตามหลักเกณฑ์เท่านั้น

ทั้งนี้ หากหน่วยบริการจัดบริการระหว่างปีงบประมาณ โดยไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยจะไม่ได้รับค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติมและไม่รับพิจารณาการขออุทธรณ์

1.5 รายการบริการ (Fee Schedule)

รายการบริการ (Fee Schedule)	อัตราจ่าย Point system with ceiling	เงื่อนไข
1. บริการนวด (ต่อครั้ง)	200	1. ผู้มีสิทธิ UC 2. บุคลากรผู้ตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ก. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยหรือด้านการนวดไทย ค. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 3. บุคลากรผู้ให้บริการ ก. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย/ด้านการนวดไทย ข. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ค. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง (ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ) ง. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 372 ชั่วโมง (ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ 4. มีรหัสโรคตาม ICD-10/ICD-10Thaimed และรหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย 5. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง **หมายเหตุ** - บริการนวด/ประคบ/นวดและประคบ ภายในวันเดียวกันให้เบิกได้เพียงรายการบริการใดบริการหนึ่งเท่านั้น
2. บริการประคบ (ต่อครั้ง)	150	
3. บริการนวดและประคบ (ต่อครั้ง)	250	
4. บริการอบสมุนไพร (ต่อครั้ง)	120	

รายการบริการ (Fee Schedule)	อัตราจ่าย Point system with ceiling	เงื่อนไข
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย (ต่อครั้ง)	500	1. ผู้มีสิทธิ UC เพศหญิง 2. บุคลากรผู้ตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ก. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยหรือด้านการนวดไทยหรือผดุงครรภ์ไทย ค. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 3. บุคลากรผู้ให้บริการ ก. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย/การนวดไทย/การผดุงครรภ์ไทย ข. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 4. มีรหัสโรคตาม ICD-10/ICD-10Thaimed และรหัสหัตถการการแพทย์แผนไทยครบ 5 กิจกรรม/ครั้ง 9007712,9007713, 9007714,9007716,9007730 รวมไม่เกิน 5 ครั้ง/3 เดือน 5. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ภายในเวลา 3 เดือนหลังคลอด ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง
6. การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ต่อใบสั่งยา)	25	1. ผู้มีสิทธิ UC 2. บุคลากรผู้ตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ก. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย/การนวดไทย/เภสัชกรรมไทย/การผดุงครรภ์ไทย ค. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ง. เภสัชกร/พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข/ เจ้าหน้าที่อื่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ 3. มีรหัสโรคตาม ICD-10/ICD-10Thaimed และการสั่งการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด 4. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง/ใบสั่งยา

รหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
นวด	100-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ศีรษะ
	100-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ศีรษะ
	100-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ศีรษะ
	100-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ศีรษะ
	100-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ศีรษะ
	100-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ศีรษะ
	100-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ศีรษะ
	154-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ใบหน้า
	154-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ใบหน้า
	154-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ใบหน้า
	154-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ใบหน้า
	154-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ใบหน้า
	154-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ใบหน้า
	154-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ใบหน้า
	302-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่เต้านม
	400-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หน้าท้อง
	400-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หน้าท้อง
	400-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หน้าท้อง
	400-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หน้าท้อง
	400-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หน้าท้อง
	400-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หน้าท้อง
	590-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่หลัง
	590-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หลัง
	590-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หลัง
	590-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หลัง

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	590-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หลัง
	590-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หลัง
	590-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หลัง
	721-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ไหล่ บ่า
	721-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไหล่ บ่า
	721-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ไหล่ บ่า
	721-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ไหล่ บ่า
	721-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ไหล่ บ่า
	721-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ไหล่ บ่า
	721-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ไหล่ บ่า
	722-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ต้นแขน
	722-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ต้นแขน
	722-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ต้นแขน
	722-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นแขน
	722-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ต้นแขน
	722-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ต้นแขน
	722-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ต้นแขน
	724-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่แขน
	724-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่แขน
	724-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่แขน
	724-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่แขน
	724-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่แขน
	724-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่แขน
	724-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่แขน
	725-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ข้อมือ
	725-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ข้อมือ

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	725-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ข้อมือ
	725-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ข้อมือ
	725-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ข้อมือ
	725-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ข้อมือ
	725-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ข้อมือ
	726-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่มือ
	726-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่มือ
	726-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่มือ
	726-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่มือ
	726-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่มือ
	726-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่มือ
	726-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่มือ
	871-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่สะโพก เอว
	871-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่สะโพก เอว
	871-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่สะโพก เอว
	871-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่สะโพก เอว
	871-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่สะโพก เอว
	871-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่สะโพก เอว
	871-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่สะโพก เอว
	872-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ต้นขา
	872-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ต้นขา
	872-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ต้นขา
	872-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา
	872-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ต้นขา
	872-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ต้นขา
	872-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ต้นขา

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	873-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่หัวเข่า
	873-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หัวเข่า
	873-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หัวเข่า
	873-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า
	873-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หัวเข่า
	873-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หัวเข่า
	873-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หัวเข่า
	874-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ขา
	874-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ขา
	874-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขา
	874-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ขา
	874-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ขา
	874-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ขา
	875-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ข้อเท้า
	875-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ข้อเท้า
	875-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ข้อเท้า
	875-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ข้อเท้า
	875-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ข้อเท้า
	875-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ข้อเท้า
	875-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ข้อเท้า
	876-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่เท้า
	876-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่เท้า
	876-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่เท้า
	876-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่เท้า
	876-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่เท้า
	876-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่เท้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	876-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่เท้า
	900-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย
	900-77-12	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่ทั่วร่างกาย
	900-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย
	900-77-30	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอดที่ทั่วร่างกาย
	900-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ทั่วร่างกาย
	900-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ทั่วร่างกาย
	900-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ทั่วร่างกาย
	900-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ทั่วร่างกาย
	900-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ทั่วร่างกาย
	999-77-00	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-77-13	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-78-10	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-78-12	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-78-18	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-78-19	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
ประคบ	100-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ศีรษะ
	100-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ศีรษะ
	100-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ศีรษะ
	100-78-21	การประคบความร้อนที่ศีรษะ
	100-78-22	การประคบความเย็นที่ศีรษะ
	154-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ใบหน้า
	154-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ใบหน้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	154-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ใบหน้า
	154-78-21	การประคบความร้อนที่ใบหน้า
	154-78-22	การประคบความเย็นที่ใบหน้า
	302-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่เต้านม
	400-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หน้าท้อง
	400-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่หน้าท้อง
	400-78-21	การประคบความร้อนที่หน้าท้อง
	400-78-22	การประคบความเย็นที่หน้าท้อง
	590-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่หลัง
	590-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หลัง
	590-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่หลัง
	590-78-21	การประคบความร้อนที่หลัง
	590-78-22	การประคบความเย็นที่หลัง
	721-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ไหล่ บ่า
	721-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ไหล่ บ่า
	721-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ไหล่ บ่า
	721-78-21	การประคบความร้อนที่ไหล่ บ่า
	721-78-22	การประคบความเย็นที่ไหล่ บ่า
	722-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ต้นแขน
	722-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ต้นแขน
	722-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ต้นแขน
	722-78-21	การประคบความร้อนที่ต้นแขน
	722-78-22	การประคบความเย็นที่ต้นแขน
	724-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่แขน
	724-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่แขน
	724-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่แขน

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	724-78-21	การประคบความร้อนที่แขน
	724-78-22	การประคบความเย็นที่แขน
	725-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ข้อมือ
	725-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ข้อมือ
	725-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ข้อมือ
	725-78-21	การประคบความร้อนที่ข้อมือ
	725-78-22	การประคบความเย็นที่ข้อมือ
	726-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่มือ
	726-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่มือ
	726-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่มือ
	726-78-21	การประคบความร้อนที่มือ
	726-78-22	การประคบความเย็นที่มือ
	871-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่สะโพก เอว
	871-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่สะโพก เอว
	871-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่สะโพก เอว
	871-78-21	การประคบความร้อนที่สะโพก เอว
	871-78-22	การประคบความเย็นที่สะโพก เอว
	872-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ต้นขา
	872-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ต้นขา
	872-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ต้นขา
	872-78-21	การประคบความร้อนที่ต้นขา
	872-78-22	การประคบความเย็นที่ต้นขา
	873-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่หัวเข่า
	873-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หัวเข่า
	873-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่หัวเข่า
	873-78-21	การประคบความร้อนที่หัวเข่า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	873-78-22	การประคบความเย็นที่หัวเข่า
	874-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ขา
	874-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ขา
	874-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ขา
	874-78-21	การประคบความร้อนที่ขา
	874-78-22	การประคบความเย็นที่ขา
	875-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ข้อเท้า
	875-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ข้อเท้า
	875-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ข้อเท้า
	875-78-21	การประคบความร้อนที่ข้อเท้า
	875-78-22	การประคบความเย็นที่ข้อเท้า
	876-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่เท้า
	876-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่เท้า
	876-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่เท้า
	876-78-21	การประคบความร้อนที่เท้า
	876-78-22	การประคบความเย็นที่เท้า
	900-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ทั่วร่างกาย
	900-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	900-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	900-78-21	การประคบความร้อนที่ทั่วร่างกาย
	900-78-22	การประคบความเย็นที่ทั่วร่างกาย
	999-77-01	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-77-14	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-78-21	การประคบความร้อนที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	999-78-22	การประคบความเย็นที่ไม่ระบุตำแหน่ง
อบสมุนไพร	900-77-15	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย
	900-77-16	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	900-78-00	การอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	900-78-02	การเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย

1.6 การส่งข้อมูลและรายงานผลงานบริการ

ก. หน่วยบริการ ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ให้ส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานด้านแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) คือ แฟ้ม PERSON, แฟ้ม SERVICE, แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, แฟ้ม DRUG_OPD, แฟ้ม PROCEDURE_OPD มายังสำนักงานทุกเดือนหรือทุกวัน ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual records http://op.nhso.go.th/op/) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 กทม. ผ่านโปรแกรม OP BKK Claim

ข. สำนักงานจะประมวลผลผ่านระบบ Seamless for DMIS ระบบบริการการแพทย์แผนไทย รายไตรมาสเพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทยรายไตรมาสโดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> Seamless for DMIS ระบบบริการการแพทย์แผนไทย

ค. กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

ง. การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย ติดต่อได้ที่ Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100 - 3 ในวันและเวลาราชการ

จ. สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ จะดำเนินการกำกับติดตามร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทั้งนี้การกำกับติดตามการส่งข้อมูลบริการการแพทย์แผนไทยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (CPP) ได้ที่ http://cpp.nhso.go.th/CPP/authen/ ให้เป็นปัจจุบัน ในกรณีที่มีการลาออก โยกย้าย หรือไปช่วยราชการที่อื่น จะต้องเร่งดำเนินการแก้ไขภายในหนึ่งเดือนให้เป็นปัจจุบัน เพื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำกับติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทย โดยใช้ระบบแจ้งเตือนกรณีพบความผิดปกติในการส่งข้อมูลบริการการแพทย์แผนไทย (Warning System) การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ

2. จำนวนไม่เกิน 1.60 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า

จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพการให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ภายหลังที่พ้นระยะวิกฤติและมีสัญญาณชีพคงที่ (Post stroke) ที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการฝังเข็ม โดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติ ดังนี้
   1.1 แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือน ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง หรือ
   1.2 แพทย์แผนจีนที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน
2. แนวทางการจัดบริการ โดยให้บริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ ทั้งแบบผู้ป่วยใน (IP) ผู้ป่วยนอก (OP) และในชุมชน ตั้งแต่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติและมีสัญญาณชีพคงที่ รวมระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน
3. หน่วยบริการต้องจัดระบบบริการฝังเข็ม โดยบูรณาการร่วมกับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (Intermediate care; IMC) โดยอาจมีรูปแบบบริการ เช่น

รูปแบบที่ 1 เป็นบริการฝังเข็มร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพท., รพศ., รพ. มหาวิทยาลัย, รพ. สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และ อื่น ๆ) ตั้งแต่หลังพ้นระยะวิกฤติ โดยให้บริการฝังเข็มต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน

รูปแบบที่ 2 เป็นบริการฝังเข็มร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในหน่วยบริการที่มี Intermediate ward หรือ Intermediate bed ซึ่งรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่

4. แนวทางการให้บริการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ควรให้บริการอย่างน้อย 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง และประเมินซ้ำเมื่อครบ 10 ครั้ง เพื่อพิจารณารักษาต่ออีก 10 ครั้ง รวมเป็น 20 ครั้ง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI) ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ ทั้งนี้ อาจฝังเข็มห่างขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยให้เป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด
5. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการฝังเข็ม แบ่งเป็น ดังนี้
   5.1 จ่ายตามผลงานชุดบริการฝังเข็ม
   5.2 เหมาจ่ายเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

1. จัดบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ ไม่เกิน 180 วัน ทั้งแบบผู้ป่วยใน (IP) ผู้ป่วยนอก (OP) และในชุมชน โดยให้บริการอย่างน้อย 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง และประเมินซ้ำเมื่อครบ 10 ครั้ง เพื่อพิจารณารักษาต่ออีก 10 ครั้ง รวมเป็น 20 ครั้ง โดยอาจฝังเข็มห่างขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์

2. บุคลากรผู้ให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือน ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และ แพทย์แผนจีนที่สอบผ่านและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพการให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care; IMC)

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เพิ่มศักยภาพบริการฝังเข็ม เพื่อได้รับเงินค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทยตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ก. หน่วยบริการประจำ ที่มีศักยภาพในการจัดบริการฝังเข็มร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care; IMC)

ข. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ที่มีศักยภาพในการจัดบริการฝังเข็มร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)

โดยหน่วยบริการทั้งสองประเภทต้องขึ้นทะเบียนผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต ด้วยการยื่นแบบหนังสือแสดงความจำนงตอบรับการดำเนินงาน พร้อมแบบเมินตนเอง (Self-assessment) และหรือ ผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เพิ่มเติมศักยภาพบริการฝังเข็ม ดังนี้

1. Model ๑ โรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง

2. Model ๒ โรงพยาบาลที่รับ-ส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเพิ่มเติมศักยภาพบริการฝังเข็ม	การประเมิน
■ มีระบบบริการอื่น ๆ รวมถึงบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)	
การจัดบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ก. บริการฝังเข็ม ข. บริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า	มีระบบบริการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเพิ่มเติมศักยภาพบริการฝังเข็ม	การประเมิน
การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) 1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง 2. บริการกายภาพบำบัด	มีระบบบริการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง
■ มีแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพที่สอดคล้องกับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน 1. แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือน ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุขและหรือแพทย์แผนจีนขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน	มีบุคลากรผู้ให้บริการสาขาวิชาชีพใดสาขาวิชาชีพหนึ่งหรือทั้งสอง
2. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและหรือนักกายภาพบำบัด	มีบุคลากรผู้ให้บริการสาขาวิชาชีพใดสาขาวิชาชีพหนึ่งหรือทั้งสอง
■ มีสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน สำหรับบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า สอดคล้องกับมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน (Professional Standards for the Art of Healing in Traditional Chinese Medicine) ตามรายการที่กำหนดในแบบแบบประเมินหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการฝังเข็ม ร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care; IMC) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564	มีครบทุกข้อ

รอบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เพิ่มศักยภาพบริการฝังเข็ม สามารถดำเนินการได้ทุกเดือนตามที่สำนักบริหารงานทะเบียนกำหนด

ทั้งนี้ หากหน่วยบริการมีการจัดบริการระหว่างปีงบประมาณ โดยไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนการจัดบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จะไม่มีสิทธิได้รับค่าบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าเพิ่มเติมและไม่รับพิจารณาการขออุทธรณ์

4. อัตราชดเชยค่าบริการ ดังนี้

ก. จ่ายตามผลงานหรือรายการบริการ (Free schedule) ในอัตราครั้งละ 150 บาท ไม่เกิน 20 ครั้ง หรือ ไม่เกิน 180 วัน (6 เดือน) นับจากวันที่ผู้ป่วยได้รับบริการฝังเข็มครั้งแรก โดยมีการบันทึกค่า Barthel Index (BI) ร่วมด้วยทุกครั้ง ซึ่งอัตราค่าบริการดังกล่าวเหมาจ่ายรวมค่าเข็ม ค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์แล้ว

ข. จ่ายตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา 1,000 บาท เมื่อหน่วยบริการสามารถให้บริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าผู้ป่วยรายเดิมครบ 20 ครั้งในหน่วยบริการเดียวกัน ทั้งนี้จะต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI) ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

1. หน่วยบริการทุกแห่งที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เพิ่มศักยภาพบริการฝังเข็ม ให้บันทึกข้อมูลผลงานการให้บริการและผลการประเมินค่า BI (BI0 - BI20) ทุกครั้งผ่านระบบ e-Claim ซึ่ง สปสช. จะประมวลผลจ่ายตามวันที่จัดส่งข้อมูล (Send date) ภายใต้รหัสหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ (HCODE) โดยจะจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมทุกสิ้นเดือน

2. สำหรับการจัดบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในชุมชน ผู้ให้บริการต้องบันทึกผลงานบริการแบบ OP visit ในโรงพยาบาล

3. ผู้ให้บริการต้องบันทึกรหัสวินิจโรคหลัก (ICD-10) ให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้รหัสสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ร่วมกับรหัสวินิจฉัยโรคแพทย์แผนจีน (ICD-10-TM) ได้แก่ U78110 - U78117 คู่กันทุกครั้งที่ให้บริการ

รหัสวินิจฉัยแพทย์แผนจีน (ICD-10-TM)

รหัสวินิจฉัยแพทย์แผนจีน (ICD-10-TM)	
U78110	Apopletic wind stroke โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน
U78111	Prodome of wind stroke อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
U78112	Sequelae of wind stroke โรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง
U78113	Collateral stroke โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (เส้นลั่ว)
U78114	Meridian stroke โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง)
U78115	Bowel stroke โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลวง
U78116	Visceral stroke โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน
U78117	Hemiplegia อัมพาตครึ่งซีก

รหัสบริการตามกรมบัญชีกลางและรหัสหัตถการการแพทย์แผนจีน (ICD-10-TM)

รหัสบริการตามกรมบัญชีกลาง		รหัสหัตถการตาม ICD-10-TM		ชื่อหัตถการ
58001	ค่าฝังเข็ม	9991810	Single-handed needle insertion	ฝังเข็ม
		9991811	Double-handed needle insertion	ฝังเข็ม
58020	ค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้นเฉพาะกรณีการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	9991801	Electro acupuncture therapy	ฝังเข็ม + เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า
		9021801	Subcutaneous electro-needling	ฝังเข็ม + เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า
		9031801	Muscle electro-needling	ฝังเข็ม + เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า

4. ผู้ให้บริการต้องบันทึกรหัสหัตการการแพทย์แผนจีน ICD-10-TM รหัสใดรหัสหนึ่งดังแสดงในตาราง

5. ผู้ให้บริการต้องประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI 0 - BI 20) ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ

6. ผู้ให้บริการต้องจัดเก็บเอกสารที่จำเป็นเพื่อการตรวจสอบ กำกับ ติกตาม และประเมินผล

กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังได้รับการแจ้งค่าใช้จ่ายผ่านเว็บไซต์ www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

7. ให้ สปสช.สามารถปรับเกลี่ยระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ 1 ถึงข้อ 2 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

1. การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการจัดส่งข้อมูลบริการที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร่วมกับกลไกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2. การเข้าถึงบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน รวมถึงการจัดส่งข้อมูลบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทย

2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ที่ได้รับบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า

3. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ที่ได้รับบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าแล้วมีคะแนนการประเมิน Barthel index ดีขึ้นอย่างน้อยหนึ่งระดับ

บทที่ 7

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

บทที่ 7

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ได้รับจำนวน 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน



1. หน่วยบริการที่มีสิทธิรับเงิน

1.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ทั้งนี้ สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ 2564 จะไม่ได้รับจัดสรรเงิน

1.2 กรณีที่มีหน่วยบริการประจำลาออก และมีการโอนย้ายประชากรให้หน่วยบริการประจำที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการประจำที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

1.3 หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

2. การแบ่งสัดส่วนเงินสำหรับคำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

เป็นการจ่ายชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการสำหรับบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในปีงบประมาณ 2564 แล้วนำอัตราที่ได้ คูณกับเป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47.6440 ล้านคน ผลของการแบ่งสัดส่วนเงินของแต่ละประเภทบริการ มีดังนี้

2.1 สัดส่วนบริการผู้ป่วยนอก 51.86 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

2.2 สัดส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 18.46 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

2.3 สัดส่วนบริการผู้ป่วยใน 58.37 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

3. หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน

3.1 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น 2 กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 คือ

3.1.1 กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และ

3.1.2 กลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือ ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.2 สำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6 เดือน (ตุลาคม 2562 - มีนาคม 2563) ด้วยอัตราต่อ 1 adjRW ที่เท่ากันทุกหน่วยบริการ ทั้งนี้ ข้อมูลผลงานผู้ป่วยใน (adjRW) ที่ใช้ในการคำนวณ เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในทั่วไป ซึ่งไม่รวมถึงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในที่มีการชดเชยเพิ่มเติมพิเศษจากการชดเชยผู้ป่วยในทั่วไป ไม่รวมถึง

ข้อมูลผู้ป่วยในของหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค ไม่รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยในที่ให้บริการเฉพาะด้านของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน และไม่รวมข้อมูลที่มีปัญหาต่างๆ หลังจากวันที่ สปสช.ตัดข้อมูล เช่น ข้อมูลส่งช้า

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 สปสช. แจ้งการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการทั่วประเทศทราบ โดยแจ้งผ่าน สปสช.เขต โดยให้ สปสช.เขต ตรวจสอบตัวเลขการจัดสรรและแจ้งยืนยันตัวเลขการจัดสรรในเขตที่รับผิดชอบ ให้ สปสช.ทราบ

4.2 สปสช.เขต แจ้งตัวเลขการจัดสรรให้หน่วยบริการในพื้นที่เขตรับผิดชอบจัดทำแผนฯ ตามรายการในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน 2559

4.2.1 สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว แบ่งการจัดสรรแต่ละระดับ ดังนี้

4.2.1.1 เงินที่จัดสรรระดับหน่วยบริการของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จัดทำแผนฯ และส่งให้ สสจ.เพื่อทราบและพิจารณา รวมทั้ง ส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข. อนุมัติ

4.2.1.2 เงินที่จัดสรรระดับจังหวัดของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขจังหวัด (กวป.) จัดทำแผนฯ จัดสรรให้ รพช./รพ.สต และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข.อนุมัติ

4.2.1.3 เงินที่จัดสรรให้ระดับเขตของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้คณะกรรมการเขตสุขภาพ จัดทำแผนฯ จัดสรรให้กับ รพช./รพ.สต. และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข. อนุมัติ

4.2.2 สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ ให้จัดสรรตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด โดยหน่วยบริการจัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข.อนุมัติ ยกเว้น หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ จัดสรรเป็นภาพรวมให้กับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้จัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.อนุมัติ

4.2.3 สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรตรงให้หน่วยบริการตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

4.2.4 กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการแผน ให้หน่วยบริการแจ้ง สปสช.เขต เพื่อรวบรวมให้ อปสข. พิจารณาอนุมัติ หรือ คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการที่ อปสข.มอบอำนาจ หรือผู้ที่อนุมัติแผนในแต่ละระดับ สำหรับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศให้แจ้งมายัง สปสช. เพื่อพิจารณาอนุมัติ

4.3 เมื่อหน่วยบริการได้รับเงินโอน ให้เร่งรัดการดำเนินการจัดซื้อ/จัดหา ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 หรือตามระเบียบของหน่วยบริการต่อไป

5. กำหนดการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ

5.1 สปสช.จะเร่งรัดการจ่ายเงินให้หน่วยบริการโดยตรง ตามจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติแผนฯ ภายหลังจากที่ สปสช. ได้รับการโอนเงินจากสำนักงบประมาณ

5.2 สำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น (ยกเว้นหน่วยบริการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ) และภาคเอกชน ที่ยังไม่ได้ทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข / สัญญาให้บริการสาธารณสุขที่เป็นรูปแบบในปีงบประมาณ 2558 เป็นต้นไป ต้องมีหนังสือแสดงความจำนงด้วย โดยสามารถดาวน์โหลด แบบหนังสือแสดงความจำนงได้ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “บริการข้อมูล” > เลือก “ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย” > เลือก “ดาวน์โหลดเอกสาร” > เลือก “แบบฟอร์มอื่นๆ” > เลือก “แบบหนังสือแสดงความจำนงตอบรับการดำเนินงาน” โดยให้ดำเนินการ ดังนี้

5.2.1 เมื่อต้นสังกัดของหน่วยบริการ และหน่วยบริการได้รับแจ้งวงเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนที่ได้รับจัดสรร ให้จัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ตามแบบหนังสือแสดงความจำนง จำนวน 2 ชุด พร้อมแนบแผนการบริหารเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนที่ ยื่นต่อสปสช.เขต เพื่อพิจารณา

5.2.2 สปสช.เขตจัดเก็บหนังสือแสดงความจำนง ต้นฉบับไว้ และคืนคู่ฉบับให้หน่วยบริการ

5.2.3 สปสช.เขตส่งหนังสือแสดงความจำนงฉบับจริง และรายละเอียดแผนบริหารเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้ สปสช. เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป

5.3 กรณีหน่วยบริการที่เข้าใหม่ กรณีเป็นภาครัฐนอกสังกัด สธ.ต้องจัดทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข หรือสัญญาให้บริการสาธารณสุขกรณีเป็นภาคเอกชน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีคู่ฝากของหน่วยบริการที่เป็นบัญชีของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร จำนวน 2 ชุด ส่งไปที่สปสช. เขต

6. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

หน่วยบริการที่รับเงินจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนแล้ว ให้รายงานผลการจัดซื้อ/จัดหา ผ่านทาง Website ของสปสช.ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “บริการออนไลน์” > หมวด “NHSO Budget” > เลือก “ระบบรายงานการใช้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)” โดยสามารถลงทะเบียนรับ User name, Password เพื่อใช้ Login เข้าโปรแกรมรายงานได้ที่ สปสช.เขต

บทที่ 8

บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

บทที่ 8

บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพ และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. สปสช.จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ให้ สปสช.เขต ตามจำนวนประชากร/ผู้มีสิทธิ

2. สปสช.เขต จัดให้มีคณะทำงาน หรือกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อบริหารจัดการ เช่น คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขต (อคม.) กำหนดแนวทางการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งประกอบด้วย ค่าเป้าหมาย น้ำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด

3. การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ให้ สปสช.เขตกำหนดค่าเป้าหมายจากผลงานบริการในระดับพื้นที่ โดยให้พิจารณาความเหมาะสม สอดคล้องกับค่าเป้าหมายระดับประเทศร่วมด้วย และอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

4. สปสช.เขตจัดสรรงบให้หน่วยบริการประจำภายใต้วงเงินระดับเขต (Global budget) ส่วนการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำนั้น ให้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่หรือระดับ Contracting Unit of Primary care (CUP)

5. กำหนดการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเพียงครั้งเดียว ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนสิงหาคม 2564 โดยใช้ข้อมูลบริการไตรมาส 3 และ 4 ปีงบประมาณ 2563 และไตรมาส 1 และ 2 ปีงบประมาณ 2564

6. กรณีที่มีงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละ สปสช.เขต ให้จ่ายคืนหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

7. การจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศนั้น สปสช.จะกำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care : VBHC) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

กรณีเขตอื่นๆ ที่ต้องการนำร่องศึกษาการจ่ายตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care : VBHC) ให้ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขข้างต้น โดยให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ทั้งนี้การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเป็นไปตาม คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการปีงบประมาณ 2564

บทที่ 9

การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 9

การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการบริหารจัดการ

1. มีการกันเงินไว้ปรับเกลี่ย ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะได้รับปีงบประมาณ 2564 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

2. การคำนวณจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2563

3. การคำนวณเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง

4. ปรับลดค่าแรงระดับหน่วยบริการ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMIS เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.

5. มีการประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2564 เป็นไปตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

6. ให้เขตสุขภาพสามารถปรับการจัดสรรเงินที่ได้รับ โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต) และให้เสนอ อปสข. พิจารณา

หลักเกณฑ์การคำนวณเงิน และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานและค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป

1) สปสช.ประมาณการรายรับเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) และค่าบริการผู้ป่วยในก่อนที่จะมีการกันเงินตามเกณฑ์ของ สป.สธ.ดังนี้

1.1) เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563

1.2) เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

1.2.1 คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563

1.2.2 คำนวณวงเงินตามผลงานบริการเป็นรายหน่วยบริการ ด้วยหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

2) ประมาณการรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (adjRW) โดยประมาณการผลงาน adjRW ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2564 ด้วยข้อมูลผลงานบริการเดือนมกราคม 2562 - ธันวาคม 2562

2.1) กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

2.2) กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย ประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

2.3) กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขต ประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

3) กันเงินไว้ปรับเกลี่ย ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จะได้รับปีงบประมาณ 2564 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

4) คำนวณจัดสรรภายใต้เงื่อนไขของ สป.สธ.

4.1) คำนวณแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน โดยคำนึงถึงต้นทุนในการจัดบริการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตามปัจจัย Economy of scale เพื่อให้ค่าน้ำหนักของแต่ละขั้นการจัดสรร โดยใช้จำนวนประชากร UC ณ 1 เมษายน 2563

4.2) คำนวณเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) กำหนดเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักอัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง

5) การคำนวณประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2564 หลังคำนวณการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการจ่ายเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการและปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) จะปรับประมาณการรายรับให้ได้ตามที่กำหนด โดยใช้เงินที่กันไว้สำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ตามแนวทางและเงื่อนไข ที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

6) เงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด หน่วยบริการจะได้รับการปรับเกลี่ยเงินโดยคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต และให้เสนอ อปสข. พิจารณา

2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)

สปสช.คำนวณวงเงินตามจำนวนประชากรสิทธิอื่นๆ ระดับจังหวัด เนื่องจากประชากรสิทธิอื่นๆ ไม่มีการลงทะเบียนกับหน่วยบริการ โดยให้ปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทุกสังกัดตามความจำเป็นและความเหมาะสมในการให้บริการดังนี้

1) โดยคำนึงถึงสัดส่วนของผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมและสัดส่วนตามทะเบียนราษฎร์ของสวัสดิการข้าราชการร่วมกับหน่วยบริการรัฐและเอกชนในพื้นที่ ภายใต้เงื่อนไขที่ผู้รับบริการสามารถใช้บริการในหน่วยบริการสังกัด UC ได้โดยไม่มีการเรียกเก็บเงิน

2) การปรับเกลี่ย ให้ สปสช.เขต หารือกับผู้แทน สธ.ระดับเขต หรือจังหวัด เพื่อดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามแนวทางและเงื่อนไข ที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4. กำหนดการโอนเงินให้หน่วยบริการ

<table>
<tr><th>รายการ</th><th>งวดการโอนเงิน</th></tr>
<tr><td>1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป</td><td>งวดที่ 1: สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2564
ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2563
งวดที่ 2: สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2564
ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2564</td></tr>
<tr><td>2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน</td><td>งวดที่ 1: สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2564
ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2563
งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2564
ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2564</td></tr>
<tr><td>3. ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป</td><td>สปสช.จะโอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ดังนี้
<table>
<tr><th>งวด / เดือนที่ส่งข้อมูล</th><th>กำหนดวันโอนเงิน</th></tr>
<tr><td>งวดที่ 1 / ตุลาคม 63</td><td>25 พฤศจิกายน 63</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 2 / พฤศจิกายน 63</td><td>30 ธันวาคม 63</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 3 / ธันวาคม 63</td><td>27 มกราคม 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 4 / มกราคม 64</td><td>26 กุมภาพันธ์ 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 5 / กุมภาพันธ์ 64</td><td>26 มีนาคม 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 6 / มีนาคม 64</td><td>27 เมษายน 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 7 / เมษายน 64</td><td>26 พฤษภาคม 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 8 / พฤษภาคม 64</td><td>25 มิถุนายน 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 9 / มิถุนายน 64</td><td>28 กรกฎาคม 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 10 / กรกฎาคม 64</td><td>25 สิงหาคม 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 11 / สิงหาคม 64</td><td>29 กันยายน 64</td></tr>
<tr><td>งวดที่ 12 / กันยายน 64</td><td>27 ตุลาคม 64</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>4. เงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด</td><td>โอนไม่เกิน 31 ตุลาคม 2563</td></tr>
</table>

รายการ	งวดการโอนเงิน
5.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	โอนไม่เกิน 31 ตุลาคม 2563
6.ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	โอนไม่เกิน 31 ตุลาคม 2563

หมายเหตุ : ทั้งนี้ สปสช. ต้องได้รับผลการปรับเกลี่ยเป็นตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด

การบริหารจัดการเงินกันแบบบัญชีเสมือน (Virtual account)

หากจังหวัดใดมีความประสงค์ที่จะกันเงินไว้แบบบัญชีเสมือนระดับจังหวัด (Virtual account) สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) เพื่อลดภาระในการตามจ่ายของหน่วยบริการและเป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk Sharing) ให้จังหวัดหารือร่วมกับ สปสช.เขตเพื่อจัดทำข้อเสนอกันเงิน Virtual account โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยเงินกัน Virtual account จะกันเงินจากรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิของหน่วยบริการ

1. การกันเงิน Virtual account สามารถกันได้ 2 วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด โดย สปสช.จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ จากข้อมูลที่เรียกเก็บผ่านโปรแกรม e-Claim โดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายไม่เกินเพดานที่กำหนด จากเงินกัน Virtual account

1.2 เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัด โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัดและแจ้งการจัดสรรเงินที่ต้องจ่ายให้กับหน่วยบริการที่รักษามายัง สปสช.เขตในพื้นที่ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (ภาคผนวก 7) เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช.โอนเงินให้กับหน่วยบริการที่รักษาต่อไป

2. การบริหารการจ่ายเงิน Virtual account

2.1 กรณีเงิน Virtual account คงเหลือน้อย และอาจไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช. จะประสานแจ้งให้ สปสช.เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อที่จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อแทน

2.2 กรณีหากเงิน Virtual account รายจังหวัดมีเงินเหลือ หลังจากหักชำระค่าใช้จ่ายเสร็จสิ้นแล้ว ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้กับหน่วยบริการประจำในจังหวัด โดยประสานแจ้งมาที่ สปสช.เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช.โอนเงินให้กับหน่วยบริการต่อไป

บทที่ 10

การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

บทที่ 10

การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

ปีงบประมาณ 2564 หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน จะได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ดังนี้

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564

2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จัดสรรตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 และผลงานการให้บริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ในการคำนวณจัดสรร รวมทั้ง การจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

3. งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป จัดสรรตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2564 ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต

เงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 1-12 มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรร ดังนี้

1.1 งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จะจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการประจำ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

1.2.1 จัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2.2 จัดสรรตามผลงานบริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ในการคำนวณจัดสรร

1.2.3 จ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.3 งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนให้หน่วยบริการที่รักษา

ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW กรณีรักษาภายในเขต

1.4. การปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 จะแยกการปรับลดค่าแรงเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.4.1 กลุ่ม Uhosnet จะหักเงินเดือนภายใต้เพดาน โดย สปสช.จะแจ้งยอดเงินเดือนที่ต้องหักให้ทราบตอนต้นปี

1.4.2 กลุ่มภาครัฐอื่นๆ ที่เหลือ (ยกเว้น Uhosnet) จะปรับลดค่าแรงจากรายรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic Services) ในสัดส่วนร้อยละ 32 ของรายรับ และปรับลดค่าแรงสำหรับบริการผู้ป่วยในเฉพาะบริการภายในเขตในสัดส่วนร้อยละ 28 ของรายรับ

2. สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร

2.1 งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป อาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่าง ๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

2.2 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.3 งบบริการผู้ป่วยในบริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนให้หน่วยบริการที่รักษา ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW กรณีรักษาภายในเขต

2.4 การปรับลดค่าแรงจะปรับลดตามที่กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

3. การบริหารการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ

การโอนเงินจัดสรรจริงตามผลงาน สปสช.จะโอนเงิน OP/PP ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายตามประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) และเงินบริการผู้ป่วยใน (IP) เดือนละ 1 งวด รวม 12 งวด ซึ่งมีกำหนดการโอนเงินให้หน่วยบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้

ผลงาน	กำหนดการโอนเงิน OP/PP	กำหนดการโอนเงิน IP
ตุลาคม 2563	16 พฤศจิกายน 2563	25 พฤศจิกายน 2563
พฤศจิกายน 2563	15 ธันวาคม 2563	30 ธันวาคม 2563
ธันวาคม 2563	15 มกราคม 2564	27 มกราคม 2564
มกราคม 2564	16 กุมภาพันธ์ 2564	26 กุมภาพันธ์ 2564
กุมภาพันธ์ 2564	16 มีนาคม 2564	26 มีนาคม 2564
มีนาคม 2564	19 เมษายน 2564	27 เมษายน 2564
เมษายน 2564	17 พฤษภาคม 2564	26 พฤษภาคม 2564
พฤษภาคม 2564	15 มิถุนายน 2564	25 มิถุนายน 2564
มิถุนายน 2564	15 กรกฎาคม 2564	28 กรกฎาคม 2564
กรกฎาคม 2564	16 สิงหาคม 2564	25 สิงหาคม 2564
สิงหาคม 2564	15 กันยายน 2564	29 กันยายน 2564
กันยายน 2564	15 ตุลาคม 2564	27 ตุลาคม 2564

หมายเหตุ: สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร เงินค่าบริการผู้ป่วยนอก และเงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การโอนเงินจะเป็นไปตามแนวทางของเขต 13 กรุงเทพมหานคร

บทที่ 11

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขด้านเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS)

บทที่ 11

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ด้านเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS)

งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ งบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ โดยมีแนวคิดการบริหารจัดการในลักษณะภาพรวมระดับประเทศและระดับเขต ซึ่งชดเชยหรือสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยบริการเพิ่มเติม (Additional Payment) แยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวตามปริมาณงานในแต่ละหน่วยบริการ

การบริหารงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2564 สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งออกเป็น 3 หมวด ดังแสดงในภาพที่ 1



กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	สนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2) การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3) การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อ HIV	
3.1) ตรวจหาการติดเชื้อ HIV	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3.2) บริการให้คำปรึกษาฯ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3.3) ถุงยางอนามัย	สนับสนุนเป็นถุงยางอนามัยจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
4) สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์	
4.1) บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4.2) ถุงยางอนามัย	สนับสนุนในรูปแบบของถุงยางอนามัยจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
5) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยัน Hep C	หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช. กำหนด

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. บริการตามชุดบริการ : จ่ายเหมาจ่ายค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมายและชุดบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่ง คสช. ที่37/2559	ชดเชยตามมิติกรรมสัญญา
2. บริการโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่ง คสช. ที่37/2559	ชดเชยตามมิติกรรมสัญญา
3. นำร่องบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)	ชดเชยในรูปแบบของยาและชดเชยเป็นเงินตามผลงานการให้บริการ

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา (QI)	จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ที่ สปสช. กำหนด

ภาพที่ 1 แสดงกรอบการบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2564

1. หมวดงบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในหมวดค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 3,405.5113 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยครอบคลุมบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการดูแลรักษา การให้คำปรึกษาแนะนำ ถุงยางอนามัย และสำหรับผู้ที่สมัครใจเข้ารับบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Voluntary counseling and testing : VCT) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2. หมวดงบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในหมวดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 250.8394 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวนเงินไม่น้อยกว่า 200.1350 ล้านบาท

ส่วนที่ 2 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ (งานศูนย์องค์รวม) จำนวนไม่เกิน 35.3504 ล้านบาท

ส่วนที่ 3 นำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสเชื้อ จำนวนเงินไม่เกิน 15.3540 ล้านบาท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มเสี่ยงสูง
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มเสี่ยงสูง
3. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มเสี่ยงสูง
4. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มประชากรหลัก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คงสถานะผลเลือดเป็นลบ และเข้ารับบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ
5. เพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอและผู้ป่วยเอดส์
6. เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

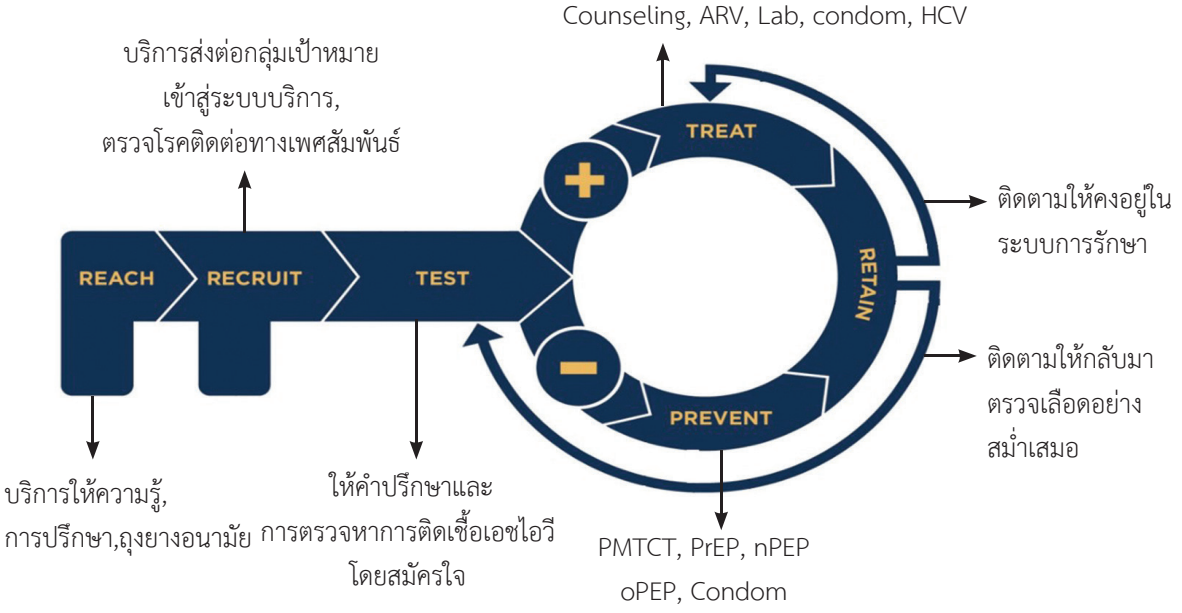
ขอบเขตบริการ

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
   1.1 บริการเชิงรุก
   1.2 บริการทางคลินิก
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์
   2.1 บริการให้ความรู้ การปรึกษา
   2.2 การติดตามสนับสนุนการคงอยู่ในระบบบริการ
   2.3 บริการติดตามเยี่ยมบ้าน
3. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)
4. ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (PMTC , nPEP , oPEP , นำร่อง PrEP)
5. ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส การให้คำปรึกษา และถุงยางอนามัย

6. การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา
7. การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี

ภาพรวมและกรอบการดำเนินงานจัดระบบบริการด้านเอชไอวีเอดส์

การดำเนินงานด้านป้องกันและรักษาด้านเอชไอวีเอดส์ คือการบริหารจัดการในภาพรวม ตั้งแต่การค้นหากลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง เพื่อให้เข้าสู่ระบบการคัดกรองและให้เริ่มรักษาโดยเร็ว โดยมีกรอบการทำงานซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักและสร้างความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Reach-R) การทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit-R) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Test-T) การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Treat-T) การทำให้กลุ่มประชากรหลักมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent-P) และการทำให้กลุ่มประชากรหลังคงอยู่ในระบบบริการ (Retain-R)



ภาพที่ 2 ภาพรวมกรอบการดำเนินงานด้านเอชไอวีเอดส์

แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่ายตามการให้บริการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการสร้างความต้องการตรวจเอชไอวี ผ่านเครือข่ายทางสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี บริการถุงยางอนามัยและดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงสภาวะไม่ติดเชื้อ ดำเนินการในกลุ่มประชากรหลักที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ

1.1 กลุ่มเป้าหมายดำเนินงาน

เป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อยู่ในกลุ่มประชากรหลัก เช่น

- กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM : Males who have sex with males)
- กลุ่มสตรีข้ามเพศ (TG : Transgender)
- กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW : Female Sex Workers)
- กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW : Male Sex Workers)
- กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID : People Who Inject Drugs)

1.2 ขอบเขตบริการ

1.2.1 บริการเชิงรุก

- การให้บริการเชิงรุกนอกสถานพยาบาล ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach) และเชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การให้ความรู้ คำปรึกษา สร้างทัศนคติและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์ สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการรับรู้สถานะผลเลือดของตนเองตั้งแต่เนิ่น ๆ
- การเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit) โดยส่งต่อกลุ่มเป้าหมายจากผู้ให้บริการเชิงรุก เครือข่ายเพื่อน หรือผ่านการนัดหมายทางสื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์หรือเข้าสู่ระบบบริการด้วยตนเองไปที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ได้แก่ บริการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี (pre-test counseling) โดยอาจตรวจหรือยังไม่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี บริการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test) โดยให้จัดหน่วยบริการตรวจเอชไอวีในชุมชนซึ่งอาจจัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมด้วย และมีการประสานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการเชิงรุก
- การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้ารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treat) จัดการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และให้ข้อมูลความรู้เรื่องประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ติดเชื้อฯ จะมารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หลังจากการวินิจฉัยโดยเร็ว
- การติดตามดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักคงอยู่ระบบการรักษาและการป้องกัน (Retain) ประกอบด้วย
  - การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เริ่มรับยา หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษาให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Retain positive) โดยการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและผู้ให้บริการเชิงรุก ด้วยเงื่อนไขของการรักษาความลับของผู้ป่วย ดำเนินการโดยหน่วยบริการ
  - การจัดระบบกระตุ้นให้ผู้ที่ผลตรวจเอชไอวีเป็นลบมารับบริการคำปรึกษา ถุงยางอนามัย หรือยา PrEP หรือการตรวจเอชไอวีสม่ำเสมอและชวนคู่มาตรวจเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ควรมีระยะห่างของการตรวจไม่น้อยกว่า 45 วัน (Retain negative) ดำเนินการโดยองค์กรชุมชนหรือหน่วยบริการ

1.2.2 บริการทางคลินิก

บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted Infections : STI) ที่มีความเกี่ยวเนื่องหรือความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม และมะเร็งปากมดลูกหรือมะเร็งทวารหนัก เป็นต้น

1.3 หน่วยงาน/องค์กร ที่รับดำเนินงาน

1.3.1 คุณสมบัติของหน่วยงาน/องค์กร มีดังนี้

- หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ
- องค์กรชุมชน หรือองค์กรเอกชนภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3.2 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก หน่วยงาน/องค์กร ที่รับดำเนินงานมีดังนี้

1) เป็นหน่วยงานหรือองค์กร ตามข้อ 1.3.1

2) มีความพร้อมด้านบุคลากรดำเนินงานเพียงพอเหมาะสมต่อการรับเป้าหมาย ความพร้อมทางด้านการจัดทำนิติกรรมสัญญา โดยการแสดงหลักฐานให้คณะกรรมการพิจารณาด้วย หากผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพมาตรฐานองค์กรชุมชน CSO จะได้รับการพิจารณาก่อน

3) ประสบการณ์ในการดำเนินงานกับกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสตรีข้ามเพศ พนักงานหญิงบริการ พนักงานชายบริการ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยรับดำเนินงานโดยตรงหรือร่วมดำเนินงาน สามารถแสดงหลักฐานให้คณะกรรมการพิจารณาได้

4) ประวัติการดำเนินงานที่ผ่านมาอยู่ในเกณฑ์ดี ส่งผลงานครบถ้วนทันเวลา ไม่มีประวัติทิ้งงาน

5) กรณีเป็นหน่วยงาน/องค์กรที่ยื่นความประสงค์รับดำเนินการครั้งแรกให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการพิจารณา โดยอาศัยหลักเกณฑ์ข้อดังกล่าวข้างต้นประกอบการพิจารณา

1.4 การพิจารณาจัดสรรเป้าหมาย

การพิจารณาจัดสรรเป้าหมายดำเนินงานโดยอาศัยข้อมูล Spectrum- AEM (Asian Epidemic Model) ฉบับปรับปรุง ปี 2020 และการประชุมร่วมระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

1.5 หลักเกณฑ์การจัดสรรและเงื่อนไขจ่ายงบประมาณ

1.5.1 เกณฑ์การจัดสรรและอัตราจ่ายงบประมาณ

บริการเชิงรุก คำนวณจ่ายต่อราย แยกตามประเภทกลุ่มประชากรหลัก ในอัตรา ดังนี้

1) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสตรีข้ามเพศ (MSM/TG) อัตรา 1,800 บาท/ราย

2) กลุ่มพนักงานหญิงบริการ/ชายบริการ (FSW/MSW) อัตรา 1,800 บาท/ราย

3) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) อัตรา 4,000 บาท/ราย

จำนวนเป้าหมายดำเนินงานต่อ 1 โครงการ ไม่ควรน้อยกว่า 200 ราย

บริการทางคลินิก จ่ายชดเชยรายกิจกรรมของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามที่หน่วยบริการให้บันทึกผลงานการบริการจริงโดยบันทึกผ่านโปรแกรม NAP รายละเอียดดังนี้

รายการตรวจ	ค่าบริการ** (ที่ สปสช.กำหนด)	จำนวนครั้งที่แนะนำให้ตรวจ/ปี				
		MSM	TG	MSW	FSW	PWID
ค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (Syphilis)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
ค่าตรวจคัดกรองโรคหนองใน (Gonorrhea)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
ค่าตรวจคัดกรองโรคหนองในเทียม (Chlamydia)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
ค่าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) และมะเร็งทวารหนัก (Anal Pap smear)	250 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
** ค่าบริการ เหมารวมค่าวัสดุ อุปกรณ์ ค่าขนส่งในการตรวจ ค่าบริการบันทึกข้อมูลและการคืนข้อมูลผลตรวจการตรวจให้กับหน่วยงาน/องค์กร ที่ส่งตรวจเพื่อการรายงาน						

1.5.2 เงื่อนไขการจ่ายเงินและส่งมอบผลงาน

บริการเชิงรุก สปสช. กำหนดเกณฑ์การจ่ายค่าบริการเชิงรุก แบบจ่ายตามจำนวนประชากรเป้าหมายในอัตราที่กำหนด โดยกำหนดจ่ายเงินรวม ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 50 ของวงเงินที่ทำสัญญา หลังคู่สัญญาได้ลงนามในนิติกรรมสัญญาครบทั้งสองฝ่ายและคู่สัญญาได้ส่งโครงการและแผนปฏิบัติการที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินงาน ทั้งนี้ได้รวมเงินค่าหักหลักประกันสัญญา (ถ้ามี) และภาษีเรียบร้อยแล้ว

งวดที่ 2 จ่ายเงินจำนวนร้อยละ 30 ของวงเงินที่ทำสัญญา เมื่อหน่วยบริการหรือคู่สัญญาส่งรายงานผลการดำเนินงานงวดที่ 1 โดยมีผลงาน Reach & Recruit เฉลี่ยไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของเป้าหมายในสัญญาดำเนินงานโครงการ

งวดที่ 3 (งวดสุดท้าย) จ่ายเงินคงเหลือทั้งหมด หรือตามผลงานที่คู่สัญญาสามารถดำเนินการได้

การเบิกเงินค่าหลักประกันสัญญา (ถ้ามี) สามารถเบิกคืนได้เมื่อหน่วยบริการหรือคู่สัญญาส่งผลงานงวดสุดท้ายตามสัญญาดำเนินงานโครงการ โดยไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสำนักงาน

กรณีหากหน่วยบริการหรือคู่สัญญา ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายในสัญญาให้คณะกรรมการตรวจรับงานมีสิทธิพิจารณา ดังนี้

1. ปรับลดยอดวงเงินจ่ายงวดสุดท้ายตามสัดส่วนของผลงานที่ดำเนินการได้โดยรายละเอียดค่าบริการรายกิจกรรม
2. ปรับเกลี่ยกลุ่มเป้าหมาย MSM, TG, FSW, MSW ในโครงการ ที่มีอัตราการจ่ายเดียวกันและภายใต้งบประมาณในโครงการ

ตารางแสดงอัตราการจ่ายชดเชยรายกิจกรรม กรณีคู่สัญญาดำเนินการไม่ครบตามเป้าหมายดำเนินงาน

กิจกรรม	อัตราค่าบริการ (บาท)/ราย	
	กลุ่ม MSM, TG, FSW, MSW	กลุ่ม PWID
Reached & Recruited	800.-	1,800.-
Refer to Tested	550.-	1,200.-
Retained	450.-	1,000.-
รวมบริการเชิงรุก	**1,800.-**	**4,000.-**

กรณีคู่สัญญาไม่ประสงค์เบิกเงินงวดที่ 2 สามารถรวบยอดเบิกเงินงวดที่ 2 และ 3 พร้อมกันได้ เมื่อปิดสัญญาดำเนินงาน สปสช.จะคำนวณงบประมาณจ่ายตามผลงานที่ดำเนินการได้

บริการทางคลินิก สปสช. กำหนดการจ่ายชดเชยค่าบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบไม่มีนิติกรรมสัญญา โดยจ่ายตามผลงานบริการที่หน่วยบริการดำเนินการได้ และบันทึกผลงานบริการในโปรแกรม NAP ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2564 โดยชดเชยให้กับหน่วยบริการดังนี้

1. หน่วยบริการที่เป็นหน่วยรับดำเนินงานบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2. หน่วยบริการที่รับส่งต่อกลุ่มเป้าหมายจากองค์กรภาคประชาสังคม (CSO) ที่เป็นหน่วยรับดำเนินงานบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1.6 การรายงานและการประเมินผลการดำเนินงาน

1.6.1 ระบบรายงาน

ข้อมูลผลงานบริการเชิงรุกและบริการทางคลินิก บันทึกในโปรแกรม NAP

1.6.2 แบบรายงาน

แบบรายงานผลการดำเนินงานเป็นไปตามที่สปสช./สปสช.เขต กำหนดเพิ่มเติมภายหลัง

1.7 การอุทธรณ์ขอมูลผลการดำเนินงาน

หน่วยบริการและคู่สัญญาดำเนินงานสามารถอุทธรณ์ข้อมูลผลงานบริการได้ ภายในไม่เกิน 30 วัน หลังมีหนังสือแจ้งการโอนเงิน

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีตามรายการ เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การใช้ยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งดำเนินงานโดยกลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ

2.1 กลุ่มเป้าหมาย

- คู่ หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ ผู้รับบริการในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกวัณโรค
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรายใหม่ที่ได้รับการส่งต่อจากคลินิกในโรงพยาบาล

2.2 สิทธิประโยชน์/บริการที่ได้รับ

2.2.1 บริการให้ความรู้ การปรึกษา คือการให้คำแนะนำรายบุคคลหรือแบบกลุ่มในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกวัณโรค คลินิกยาต้านไวรัส และในชุมชน ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- การประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการติดเชื้อเอชไอวี
- สร้างความเข้าใจเรื่องการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและคู่ของผู้ติดเชื้อ
- ส่งเสริมเข้าถึงการตรวจเลือดโดยสมัครใจ ที่สะดวก รู้ผลในวันเดียวผ่านบริการในหน่วยบริการ
- ให้คำแนะนำเรื่องการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามมาตรฐานให้เร็ว ควบคุมปริมาณไวรัส ตามแนวทาง “ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีในเลือด = ไม่ส่งผ่านเชื้อ” Undetectable = Untransmittable (U=U) ในกลุ่มผู้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อเอชไอวี
- การป้องกันและรักษาโรคฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ เป็นต้น

2.2.2 การติดตามสนับสนุนการคงอยู่ในระบบบริการ กรณีผู้ติดเชื้อฯกินยาต่อเนื่องในระบบบริการการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ดังนี้

- ส่งเสริมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมให้กับสมาชิกผู้ติดเชื้อและคู่
- ส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเอชไอวี เอดส์ กับคู่และครอบครัวโดยเฉพาะกรณีคู่ผลเลือดต่าง สื่อสารเรื่องทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
- ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ

2.2.3 บริการติดตามเยี่ยมบ้าน

- ผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัส หรือปรับเปลี่ยนสูตรยา
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วย หรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
- ผู้ที่มีปัญหาการอยู่ร่วมกับชุมชนหรือมีปัญหาด้านการละเมิดสิทธิมนุษยชน

2.3 หน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรที่มีสิทธิ์ขอรับงบประมาณ ได้แก่

มูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย หรือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์

2.4 หลักเกณฑ์การจัดสรรและเงื่อนไขจ่ายงบประมาณ

2.4.1 เกณฑ์การจัดสรรและอัตราจ่ายงบประมาณ

สปสช. กำหนดเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ในปีงบประมาณ 2564 เป็นแบบเหมาจ่ายรายโครงการ โดยคำนวณงบประมาณสนับสนุนโครงการตามจำนวน ขนาดและกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวมและกิจกรรมที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 โดยแบ่งเป็น 5 ขนาด 10 ระดับ ดังนี้

ขนาดกลุ่ม	จำนวนสมาชิก (คน)	จำนวนเงินจัดสรร (บาท)
S	30-100	68,600
S+		76,900
M	101-200	94,800
M+		103,100
L	201-300	140,700
L+		149,700
XL	301-500	190,300
XL+		198,800
XXL	501 ขึ้นไป	213,100
XXL+		221,400

หมายเหตุ ขนาดกลุ่มที่มีเครื่องหมาย (+) มีการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกฝากครรภ์

2.4.2 เงื่อนไขการจ่ายเงินและส่งมอบผลงาน

สปสช. กำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าบริการ โดยการจัดทำนิติกรรมสัญญาระหว่างมูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งจ่าย 3 งวด ดังนี้

- งวดที่ 1 จำนวน 50% ของวงเงินที่ทำสัญญา จ่ายหลังจากคู่สัญญาทั้งสองฝ่ายลงนามในสัญญาและคู่สัญญาส่งแผนการปฏิบัติงานและข้อมูลจำนวนสมาชิกรายกลุ่มไม่น้อยกว่า 90%

● งวดที่ 2 จำนวน 30% ของวงเงินที่ทำสัญญา จ่ายเมื่อคู่สัญญารายงานผลความก้าวหน้าโดยมีผลการดำเนินงาน ประชุมกลุ่ม และการให้คำปรึกษาตาม โครงการไม่น้อยกว่า 50% ของจำนวนสมาชิก

● งวดที่ 3 (งวดสุดท้าย) จำนวน 20% ของวงเงินที่ทำสัญญา เมื่อคู่สัญญาส่งผลการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์ โดยมีผลงานครบตามเงื่อนไขข้อตกลงในสัญญาและส่งงานภายในไม่เกิน วันที่ 31 สิงหาคม 2564

กรณีผลงานไม่เป็นไปตามข้อตกลง/สัญญา คณะกรรมการตรวจรับงานมีสิทธิปรับลดวงเงินสนับสนุนในงวดสุดท้ายโดยคำนวณจากตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน คือร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวมได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2564 ไม่น้อยกว่า 90 % คำนวณจ่ายดังนี้

- ผลงานตัวชี้วัดมากกว่า 90.00 % ขึ้นไป จ่าย 100 % ของวงเงินทั้งโครงการ
- ผลงานตัวชี้วัดระหว่าง 87.50 % - 90.00 % จ่าย 95 % ของวงเงินทั้งโครงการ
- ผลงานตัวชี้วัดไม่เกิน 85.00 % - 87.49 % จ่าย 90 % ของวงเงินทั้งโครงการ
- ผลงานตัวชี้วัดน้อยกว่า 85.00 % ไม่จ่ายเงินงวดที่ 3

2.5 การกำกับติดตาม การรายงาน และการประเมินผล

2.5.1 ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวมได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
2) จัดกิจกรรมให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่คลินิกฝากครรภ์ หรือคลินิกวัณโรคทุกเดือน

2.5.2 ระบบรายงาน

บันทึกผลการดำเนินงานตามรายงานที่ สปสช.กำหนด

2.5.3 กลไกการกำกับติดตาม

การกำกับติดตามและประเมินผลดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ร่วมกับหน่วยบริการ

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3.1 วัตถุประสงค์ สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการบริการการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.3 ขอบเขตบริการ ประกอบด้วย การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3.4 แนวทางการบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ

สำหรับบริการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ มีโดยบริหารวงเงินที่ส่วนกลาง โดย สปสช.พิจารณาจัดสรรงบประมาณ จำนวนไม่เกิน 20 ล้านบาท ให้หน่วยบริการตามเกณฑ์ ดังนี้

1) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกับวันที่วินิจฉัย
2) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่และได้รับยาต้านไวรัส

ข้อมูลผลงานบริการรายหน่วยบริการตามตัวชี้วัด กำหนดให้ใช้ข้อมูลจากระบบ NAP ใช้ข้อมูลผลงานบริการ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2564 ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2564 โดยสำนักสนับสนุนระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ดำเนินการประมวลผลข้อมูลและคำนวณงบประมาณจัดสรร

4. บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)

4.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ ประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ เข้ารับบริการขอรับคำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)

4.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

4.1.1 บริการให้คำปรึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและความรู้อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องชดเชยบริการได้ไม่เกิน 6 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

4.1.2 บริการตรวจ Anti-HIV Testing ชดเชยบริการได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

4.1.3 ถุงยางอนามัยสำหรับผู้รับบริการ ชดเชยตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

4.3 หน่วยบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

คือหน่วยบริการ ที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการตามที่ สปสช.กำหนด

5. ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้เกิดบริการยาต้านไวรัส การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) โดยแยก 4 กลุ่มบริการดังนี้

5.1 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT)

5.2 นำร่องบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี(Pre-Exposure Prophylaxis :PrEP)

5.3 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์หลังการสัมผัสจากการทำงาน (HIV occupational PEP : HIV oPEP)

5.4 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงาน เฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational PEP : HIV nPEP)

สปสช.ได้กำหนดเงื่อนไขในการให้บริการยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยสิทธิประโยชน์มีรายละเอียดดังนี้

5.1 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT)

5.1.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

5.1.1.1 เป็นเด็กสัญชาติไทย

5.1.1.2 เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP)

5.1.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

5.1.2.1 ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ชดเชยเป็นยา ตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP

5.1.2.2 การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

- การตรวจหาเชื้อหรือส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี DNA PCR ชดเชยไม่เกิน 5 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
- การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing) ชดเชยบริการได้ 1 ครั้ง เมื่ออายุครบ 18 เดือน

5.1.3 หน่วยจ่ายยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันฯ และหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการตามที่ สปสช.กำหนด

5.2 บริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP)

<u>ในปีงบประมาณ 2564 นำร่องให้บริการปีที่ 2</u> เพื่อลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง สปสช. จึงจัดให้มีบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) ด้วยยาต้านไวรัส และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้บริการที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการด้านอื่นด้วย สปสช.ได้ดำเนินการสนับสนุนการให้บริการในระยะ**<u>นำร่อง</u>**ในกลุ่มเสี่ยงสูงทุกกลุ่ม ในพื้นที่ที่มีความพร้อมในการให้บริการ ทั้งนี้ให้ดำเนินการตามแนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2561 (Thailand National Guidelines on Pre-Exposure Prophylaxis : HIV-PrEP 2018) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรายละเอียดบริการดังนี้

5.2.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

5.2.1.1 เป็นบุคคลสัญชาติไทย

5.2.1.2 เป็นผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอที่มารับบริการ VCT (ตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP)

5.2.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

5.2.2.1 ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ชดเชยเป็นยา ตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP

5.2.2.2 บริการให้คำปรึกษา

- กรณีให้คำปรึกษาครั้งแรก (Initial PrEP Counseling and education) ชดเชยค่าจัดบริการ เฉพาะรายที่กินยา 1 ครั้ง/คน
- กรณีการให้คำปรึกษา (Counseling) หลังตัดสินใจรับยา ชดเชยค่าจัดบริการไม่เกิน 5 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

5.2.2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing) ชดเชยได้ไม่เกิน 4 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
- การตรวจการทำงานของไต (Creatinine clearance : CrCl) ชดเชยได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
- การตรวจหาแอนติเจนต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) ชดเชยได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
- การตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) ชดเชยไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
- การตรวจหาการตั้งครรภ์ (Pregnancy test for women) ชดเชยไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

5.2.2.4 ถุงยางอนามัย ชดเชยตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

5.2.3 หน่วยให้บริการ

เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดบริการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre -Exposure Prophylaxis) ผ่านการพิจารณาการประเมินตามมาตรฐานหน่วยให้บริการและรับรองโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

5.3 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์หลังการสัมผัสจากการทำงาน (HIV occupational PEP : HIV oPEP)

5.3.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

เป็นบุคคลสัญชาติไทย ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่สัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพิจารณาเลือกสูตรยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 (Thailand National

Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.3.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

5.3.2.1 ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ชดเชยเป็นยาตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP

5.3.2.2 การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing) ชดเชยได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

5.3.3 หน่วยจ่ายยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันฯ

คือหน่วยบริการ ที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการตามที่ สปสช.กำหนด

5.4 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงาน เฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational PEP : HIV nPEP)

5.4.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

เป็นบุคคลสัญชาติไทย ซึ่งถูกล่วงละเมิดทางเพศ การพิจารณาเลือกสูตรยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.4.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

5.4.2.1 ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ชดเชยเป็นยาตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP

5.4.2.2 การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing) ชดเชยบริการได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

5.4.3 หน่วยจ่ายยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

คือหน่วยบริการ ที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการตามที่ สปสช.กำหนด

6. ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง การให้คำปรึกษา และถุงยางอนามัย

6.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

6.1.1 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง

6.1.2 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NAP)

6.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

6.2.1 ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา หน่วยบริการจะได้รับการชดเชยเป็นยา ตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP

6.2.2 ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง กรณีผู้ติดเชื้อฯมีระดับไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส หน่วยบริการจะได้รับการชดเชยเป็นยาตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP

6.2.3 บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา ได้แก่ งานดูแลรักษา บริการปรึกษา บันทึกข้อมูลและกิจกรรมอื่นๆ หน่วยบริการจะได้รับการชดเชยเป็นเงินตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP ชดเชยบริการได้ไม่เกิน 12 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

6.2.4 ถุงยางอนามัย สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี หน่วยบริการจะได้รับการชดเชยเป็นถุงยางอนามัยตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

6.3 ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

ทุกรายการทั้งสูตรพื้นฐาน สูตรทางเลือก สูตรดื้อยา และยาลดไขมันชดเชยเป็นยา ตามรายการยาที่มีการประกาศจากคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ โดยให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.4 หน่วยจ่ายยา

หน่วยบริการยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน สูตรดื้อยา และหน่วยบริการยาต้านไวรัสลำดับที่ 3 (3rd Line ARV Center) คือหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการตามที่ สปสช.กำหนด

6.5 การพิจารณาใช้และการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส

กรณีสูตรพื้นฐานสามารถพิจารณาการใช้และปรับเปลี่ยนได้โดยแพทย์ผู้รักษาของหน่วยให้บริการแต่สำหรับกรณีสูตรดื้อยาและยาต้านไวรัสลำดับที่ 3 (3rd Line ARV) ผู้ที่สามารถพิจารณาใช้และปรับเปลี่ยนต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการประกาศและแต่งตั้งโดย สปสช.

6.6 การให้บริการรักษาและให้คำปรึกษา และถุงยางอนามัย

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการติดตามการรักษา สปสช. จะสนับสนุนการจัดบริการติดตามดูแลรักษาและรวมถึงการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี รวมทั้งสนับสนุนถุงยางอนามัยสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นำไปใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี

7. บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

7.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

- เป็นบุคคลสัญชาติไทย
- มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- เงื่อนไขการส่งตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด
- เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NAP)

7.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับสิทธิในการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา โดยเป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส	
1. การตรวจพื้นฐาน CBC, FBS, Cr, Chol., TG, SGPT/ALT	ไม่เกิน 1 ครั้ง/รายการ/ปี
2. การตรวจ CD4	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
3. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray : CXR) เพื่อคัดกรองวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรายใหม่ทุกราย	1 ครั้ง/คน
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ระหว่างรับยาต้านไวรัส	
1. การตรวจพื้นฐาน ประกอบด้วย CBC, FBS, Cr, Chol., TG, SGPT/ALT	
1) อายุต่ำกว่า 35 ปี	ไม่เกิน 1 ครั้ง/รายการ/ปี
2) อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป	ไม่เกิน 2 ครั้ง/รายการ/ปี
2. การตรวจ CD4	
1. CD4 ≤ 350 cells/mm3 ตรวจปีละ 2 ครั้ง	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
2. CD4 > 350 cells/mm3 ● กรณี VL ≥ 50 copies/mL ให้ตรวจตามข้อบ่งชี้ในกรณีที่สงสัย virologic failure ● กรณี VL undetectable ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี ไม่จำเป็นต้อง ตรวจ CD4	
3. การตรวจ HIV Viral Load	
1. กรณีผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสปีแรก *สามารถตรวจได้ที่ 6 เดือน และ 12 เดือน หลังกินยาต้านเอชไอวี	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
2. กรณีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในปีถัดไป ● กรณีผู้ป่วยมีผล VL < 50 copies/ml ● กรณีผู้ป่วยมีผล VL ≥ 50 copies/ml	 ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
3. กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา	ตรวจเพิ่มได้ 1 ครั้ง
4. กรณีผู้ติดเชื้อฯหญิงที่ตั้งครรภ์สามารถตรวจเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯในทารกได้ที่อายุครรภ์ มากกว่า 32 สัปดาห์	ตรวจเพิ่มได้ 1 ครั้ง ก่อนคลอด

5. ตรวจ VL Baseline ก่อนเริ่มยา ● กรณีเริ่มด้วย ABC ● กรณี Dual therapy ด้วยยาสองตัว สูตร DTG+3TC หมายเหตุ : 1. การตรวจ VL ในทุกกรณี ผู้ป่วยต้องกินยาสม่ำเสมอ 2. การตรวจ VL ในแต่ละครั้งต้องมีระยะห่างกันมากกว่า 30 วัน	ตรวจเพิ่มได้ 1 ครั้ง
4. การตรวจ HIV Drug Resistance	
กรณี VL ≥ 1,000 copies/ml หลังทานยาสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน	ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี

7.3 หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หน่วยบริการสามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามที่ สปสช.กำหนด

8. การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี Hepatitis C Virus : HCV

8.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ เป็นบุคคลที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องมีเงื่อนไขเป็นไปตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

8.1.1 ผู้ที่ลงทะเบียนการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในระบบโปรแกรม NAP

8.1.2 ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs: PWID) ที่มารับบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT)

8.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ผู้มีสิทธิจะได้รับบริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยัน และเพื่อติดตามการรักษาไวรัสตับอักเสบซี ดังนี้

8.2.1 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (Anti HCV) ชดเชยบริการได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

8.2.2 การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV viral load: HCV RNA Quantitative) ชดเชยบริการได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

8.2.3 การตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ

- ตรวจ Transient elastography (Fibro scan®) หรือ
- ตรวจ Fibro marker panel ชดเชยบริการได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

8.2.4 การตรวจสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบซี (HCV genotype) ชดเชยบริการได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ

8.3 หน่วยชันสูตรทางห้องปฏิบัติการไวรัสตับอักเสบซี

หน่วยบริการสามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ ตามที่สปสช.กำหนด

ตารางแสดงรายละเอียดการเบิกชดเชยตามสิทธิประโยชน์ด้านดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการให้คำปรึกษา กรณี VCT	- การให้คำปรึกษา VCT	7 บาท/ครั้ง
การตรวจ Anti-HIV	- ต่อการรู้ผล - รวมค่าวัสดุอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายอื่น - ต้องมี VCT ครั้งล่าสุดไม่เกิน 14 วัน	ครั้งละ 140 บาท
การตรวจ DNA PCR	- เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก	1,000 บาท/ครั้ง
บริการให้คำปรึกษา กรณี PrEP	- ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรก (Initial PrEP Counseling and education) เฉพาะรายที่กินยา	80 บาท/คน
	- การให้คำปรึกษา (Counseling) หลังตัดสินใจรับยา	20 บาท/ครั้ง
บริการตรวจการทำงานของไต (Creatinine : Cr) กรณี PrEP	- ตรวจเพื่อคำนวณ Creatinine Clearance (CrCl)	40 บาท/ครั้ง
ตรวจไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) กรณี PrEP	- ตรวจหาแอนติเจนต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg)	ELISA = 130 บาท/ครั้ง
		PHA = 70 บาท/ครั้ง
การตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) กรณี PrEP	- ตรวจ ซิฟิลิส - หนองใน Gonorrhea - หนองในเทียม Chlamydia	240 บาท/ครั้ง
การตรวจหาการตั้งครรภ์ Pregnancy test for women กรณี PrEP	เฉพาะหญิงที่มีโอกาสตั้งครรภ์ในระหว่างกินยา	70 บาท/ครั้ง
ยาต้านไวรัส	● เพื่อการรักษา ● เพื่อการป้องกันการติดเชื้อฯ	ชดเชยเป็นยา
ยาลดไขมัน	เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อการรักษา	ชดเชยเป็นยา
ถุงยางอนามัย	เพื่อลดการถ่ายทอดการติดเชื้อเอชไอวี	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย
บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา	ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ หลังลงทะเบียน NAP	20 บาท/ครั้ง

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
การตรวจ Chest X-Ray	สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียน NAP ครั้งแรกเพื่อคัดกรองวัณโรค	100 บาท/ครั้ง
บริการตรวจพื้นฐาน CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT)	สำหรับผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนใน NAP เพื่อติดตามการรักษา	25 บาท/รายการ/ครั้ง
การตรวจ CD4	เพื่อติดตามการรักษา	400 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ Viral Load	● เพื่อติดตามการรักษา ● เพื่อประเมินความเสี่ยงทารก	1,350 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ HIV Drug Resistance (Commercial)	ตรวจหาเชื้อดื้อยา กรณี VL ≥ 1,000 copies/ml หลังทานยาสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน	6,000 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ HIV Drug Resistance (In-House)		5,500 บาท/ครั้ง
ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง	● กรณีการตรวจ CD4 ● กรณีการตรวจ HIV Viral Load	20 บาท/ครั้ง
	กรณีการตรวจ Drug Resistance	100 บาท/ครั้ง
การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วย Anti HCV	● Rapid Test	70 บาท/ครั้ง
	● เครื่องอัตโนมัติ	300 บาท/ครั้ง
การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี	HCV Viral Load (HCV RNA-Quantitative)	2,300 บาท/ครั้ง
การตรวจประเมินสภาพความยืดหยุ่นในตับ	● Transient elastography *(Fibro scan®)* ● Fibro marker panal	2,000 บาท/ครั้ง
ตรวจหาสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบซี	HCV genotype	2,800 บาท/ครั้ง

<u>หมายเหตุ</u> กรณีมีรายการที่ปรับเพิ่มหรือลดระหว่างปี สปสช. จะมีหนังสือเวียนแจ้งหน่วยบริการทราบ

คำอธิบายเงื่อนไขเพิ่มเติม

1) อัตราการชดเชยค่าบริการให้คำปรึกษา กรณี VCT เป็นการชดเชยค่าให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Pre-test Counseling)

2) อัตราการชดเชยค่าตรวจ Anti - HIV testing หาการติดเชื้อเอชไอวี หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผลและมีการให้บริการให้คำปรึกษาหลังการหาการติดเชื้อเอชไอวี (Post - test counseling)

3) ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับบริการติดตามการรักษา รวมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ได้แก่ การดูแลรักษาติดตามการรักษาบริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูล และกิจกรรมอื่นๆ

4) อัตราการชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกรายการ หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

5) อัตราการชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวรวมค่าวัสดุอุปกรณ์เก็บตัวอย่างค่าขนส่งและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ยกเว้นกรณการส่งตรวจ CD4, VL, DR

6) การตรวจ DNA PCR สำหรับทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มารดาจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีการบันทึกข้อมูลการคลอดของทารกที่ประสงค์ตรวจ DNA PCR ในระบบ NAPแล้วเท่านั้น

7) กรณี"หน่วยบริการ"ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เอง สามารถส่งตัวอย่างไปตรวจยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ที่ผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีที่ สปสช.กำหนด

8) การส่งตัวอย่างต้องบันทึกข้อมูลพร้อมกับพิมพ์คำขอรับบริการตรวจ (request form) ในโปรแกรม NAP ก่อนแล้วจึงส่งตัวอย่างตรวจพร้อมใบคำขอไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ

9) สปสช. จะชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีเป็นหน่วยบริการหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ผ่านการประเมินตามแนวทางที่ สปสช.กำหนดเท่านั้น

10) การขอรับค่าชดเชยการตรวจ HIV Drug Resistance จะต้องแนบไฟล์ผลการตรวจและ Sequence ในโปรแกรม NAP ด้วย

9. คุณสมบัติของหน่วยที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และตรวจคัดกรองและยืนยันไวรัสตับอักเสบซี

9.1 หน่วยบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัส มีดังนี้

1) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเวชกรรม ที่ให้บริการอยู่เดิม ได้แก่ คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทย-ออสเตรเลีย-เนเธอแลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์

2) มีความพร้อมในการให้บริการวินิจฉัยและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3) มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ด้วยตนเอง หรือสามารถเก็บ/ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างถูกต้อง โดยติดตามเพื่อรายงานผลได้ทันเวลา เช่น การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV), การตรวจความ สมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count; CBC), การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar, FBS), การตรวจไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride), การตรวจโคเลสเตอรอล (Total Cholesterol), การตรวจครีเอตินิน (Creatinine; Gr), การตรวจการทำงานของตับจากค่าเอนไซม์ Alanine transaminase / Alanine aminotransferase (ALT/SGPT), การตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4, การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (HIV Viral load; VL) และการตรวจการดื้อยาต้านเอชไอวี (HIV Drug Resistance testing) เป็นต้น

9.2 หน่วยบริการยาต้านไวรัสลำดับที่ 3 (3rd line ARV center)

1) เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ที่ผ่านการประเมินศักยภาพเป็นหน่วยบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัส ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อหรืออนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

3) ผ่านความเห็นชอบจากคณะทำงานวิชาการด้านเอดส์และวัณโรค ระดับเขต

9.3 เกณฑ์มาตรฐานของหน่วยที่ให้บริการรายการทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ วัณโรค และ ไวรัสตับอักเสบซี

เกณฑ์มาตรฐาน มีดังนี้

1) เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาต

2) เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ของสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation) หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ISO 15189 ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Standard) และใบรับรองมีผลการรับรอง ไม่น้อยกว่า 1 ปี ในวันที่ยื่นเอกสารขอขึ้นทะเบียนแก่สปสช

ยกเว้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการรายการ Transient elastography (Fibro scan®) ต้องผ่านการอบรมจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการใช้งานที่ถูกต้องจากผู้ผลิต

3) เกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการที่จะให้บริการ HIV Testing and Counseling (HTC)

เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่จะให้บริการ HIV Testing and Counseling (HTC) มีดังนี้

1) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการเฉพาะด้าน เวชกรรม หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

2) ผู้ให้บริการให้คำปรึกษา ต้องเป็นแพทย์ หรือพยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรมของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการให้คำปรึกษาสำหรับบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ปฏิบัติงานประจำตลอดช่วงเวลาที่เปิดให้บริการ

3) รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจทดสอบแอนตี้เอชไอวี (Anti-HIV testing) ต้องได้รับการรับรองมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ของสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation) หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ISO 15189 ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Standard) ตามรายการทาง ห้องปฏิบัติการที่มีการจัดบริการ และผลการรับรองจะต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี ในวันที่ประเมินเพื่อขอเข้าร่วมบริการ

<u>หมายเหตุ</u> ในกรณีที่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ จะขอเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ การให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีนั้น จะต้องมีหนังสือหรือสัญญากับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัส ที่แสดงถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง

10. กระบวนการและเกณฑ์การประมวลผลข้อมูลบริการเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สปสช. จะชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามผลงานการให้บริการจริง โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการที่บันทึกในโปรแกรม NAP ซึ่งสปสช.จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยตามวันที่มีการบันทึกและส่งข้อมูล (sent date) เป็นรายเดือนตามรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ

10.1 ตารางแสดงรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	เดือนที่ส่งข้อมูล (Sent date)	วันที่ตัดข้อมูล
1	ตุลาคม 2563	31 ตุลาคม 2563
2	พฤศจิกายน 2563	30 พฤศจิกายน 2563
3	ธันวาคม 2563	31 ธันวาคม 2563
4	มกราคม 2564	31 มกราคม 2564
5	กุมภาพันธ์ 2564	28 กุมภาพันธ์ 2564
6	มีนาคม 2564	31 มีนาคม 2564
7	เมษายน 2564	30 เมษายน 2564
8	พฤษภาคม 2564	31 พฤษภาคม 2564
9	มิถุนายน 2564	30 มิถุนายน 2564
10	กรกฎาคม 2564	31 กรกฎาคม 2564
11	สิงหาคม 2564	31 สิงหาคม 2564
12	กันยายน 2564	25 กันยายน 2564

หมายเหตุ : กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวันที่ตัดข้อมูล สปสช. จะเวียนหนังสือแจ้งให้หน่วยบริการทราบ

10.2 ระยะเวลาการส่งข้อมูล

หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลบริการภายใน 30 วัน หลังให้บริการ ทั้งนี้หากส่งข้อมูลไม่ทันตามรอบชดเชยปกติแต่ไม่เกิน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยให้ในรอบเดือนถัดไป กรณีหน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการเองไม่ได้ต้องส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการของหน่วยบริการอื่น สปสช.จะนับจากวันที่ส่งตรวจ

10.3 การอุทธรณ์ข้อมูล

เป็นการแก้ไขข้อมูลหลังวันตัดยอดข้อมูลหรือได้รับการจ่ายชดเชยเรียบร้อยแล้ว หน่วยบริการหรือ สปสช. สามารถอุทธรณ์การจ่ายชดเชยได้ หากตรวจสอบแล้วพบว่าการจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดหรือไม่ครบถ้วน โดยหน่วยบริการต้องอุทธรณ์เป็นหนังสือราชการไปยัง สปสช.เขตพื้นที่ของหน่วยบริการ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้งการโอนเงิน

ตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคล

หน่วยบริการสามารถตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคลได้ที่ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) (http://seamless-fordmis.nhso.go.th) ที่เมนู REP ซึ่งเป็นการแสดงรายละเอียดข้อมูลการจ่ายชดเชยตามรอบรายเดือนแบบสรุป (Summary) และแบบรายงานรายบุคคล (Individual)

บทที่ 12

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

บทที่ 12

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

1. ขอบเขตบริการ

งบประมาณเพื่อการบริการบำบัดทดแทนไตเป็นค่าใช้จ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าบริการ ค่ายา และบริการที่เกี่ยวข้อง ในการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation Immunosuppressive drug: KTI) การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทดแทนไต จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ เป็นไปตามมาตรการหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.1 การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

1.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือด ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

1.3 การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ที่ซึ่งไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตทางช่องท้อง ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

1.4 การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด

2. เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis : PD)

ผู้ป่วยและหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ PD จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดังนี้

2.1.1 การสนับสนุนน้ำยาและเวชภัณฑ์

1) การสนับสนุนน้ำยา PD

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดย สปสช. หรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายจะเป็นผู้จัดส่งให้หน่วยบริการหรือส่งให้ผู้ป่วยโดยตรง (ตามที่หน่วยบริการระบุ) หน่วยบริการสามารถสั่งน้ำยา PD ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนดให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ น้ำยา CAPD คนละไม่เกิน 4 ถุงต่อวัน และน้ำยา APD คนละไม่เกิน 2 ถุงต่อวัน กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาเกินกว่าที่กำหนดให้หน่วยบริการแจ้ง สปสช. เพื่อพิจารณาสนับสนุนเพิ่มเป็นรายกรณีไป

ทั้งนี้การสนับสนุนน้ำยา PD อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

2) การสนับสนุนยา Erythropoietin

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักเกณฑ์เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ทั้งนี้การสนับสนุนยา Erythropoietin อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

3) การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยโดยหน่วยบริการสามารถสั่งผ่านโปรแกรม DMIS-CKD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนด เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนไม่เกิน 1 สายต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปีงบประมาณ กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ Tenckhoff catheter เกิน 1 สายต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปีงบประมาณ ให้หน่วยบริการแจ้ง สปสช.เพื่อพิจารณาสนับสนุนเพิ่มเป็นรายกรณีไป ทั้งนี้การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

2.1.2 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

จ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม (On top) ในอัตรา 2,500 บาทต่อผู้ป่วย 1 รายต่อเดือน โดยครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้

1) การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งค่าบริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PD

2) การวางสาย Tenckhoff catheter

3) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเกี่ยวข้องกับการล้างไตทางช่องท้อง เช่น CBC BUN Creatinine Electrolyte ตรวจความพอเพียงของการล้างไตทางช่องท้องและชนิดของเยื่อบุช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

4) การบริการ PD แบบผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการ PD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ PD ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือตามที่ สปสช. กำหนด

กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นแบบผู้ป่วยนอก ให้หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนหรือหน่วยที่บันทึกติดตามผลการรักษา PD เป็นผู้ตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริการ PD ให้กับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

กรณีที่มีการส่งต่อหรือรักษาแบบผู้ป่วยใน และค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการบริการ PD โดยตรง ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเบิกจากบริการผู้ป่วยในทั่วไปกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.3 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายกรณีอื่น นอกจากค่าใช้จ่ายตามข้อ 2.1.2 แล้ว สปสช. ได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายกรณีอื่นไว้ ดังนี้

1) กรณีผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ ให้หน่วยบริการแห่งใหม่ที่ให้การรักษา

2) กรณีผู้ป่วยใหม่ที่รอวางสายที่มีภาวะยูรีเมีย และผู้ป่วยเก่าที่มีความจำเป็นต้องหยุดบริการ PD เป็นการชั่วคราว หากมีความจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (Temporary HD) สปสช. จะจ่ายค่าตอบแทนในอัตรา 1,500 บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน 90 วัน ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ Temporary HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอื่นที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการ CAPD ในกรณีที่หน่วยบริการรับ Temporary HD เป็นเอกชน ต้องเป็นหน่วยเข้าร่วมบริการ HD กับสปสช. หรือส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยบริการ PD อื่น ให้หน่วยบริการที่รับ Temporary HD ทำการเบิกค่าใช้จ่ายโดยตรง โดยบันทึกข้อมูลบริการ Temporary HD ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD DMIS) ตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

กรณีมีความจำเป็นต้องทำ Temporary HD มากกว่า 90 วัน ให้หน่วยบริการทำเรื่องขอขยายระยะเวลาต่อคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับเขต หรือคณะทำงานที่คณะกรรมการดังกล่าวมอบหมาย โดยขอขยายระยะเวลาได้ 1 ครั้งเป็นระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน

3) กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย PD ได้ต้องเปลี่ยนเป็น HD แบบถาวร ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับเขต หรือคณะทำงานที่คณะกรรมการดังกล่าวมอบหมาย และเมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว สปสช. จะจัดให้มีการลงทะเบียนและเบิกค่าใช้จ่ายได้ตาม ที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

4) กรณีเจ็บป่วยอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก PD หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปและอื่นๆ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

2.1.4 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

1) การรับการสนับสนุนน้ำยา PD ยา Erythropoietin สาย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์อื่น

- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายน้ำยา PD ยา Erythropoietin สาย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น Transfer set, outport clamp, mini cap, อุปกรณ์สำหรับ APD ผ่านโปรแกรม DMIS-CKD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนด

- สปสช. จะให้การสนับสนุนผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2) การขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

การขอรับค่าตอบแทนหน่วยบริการแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม (On top) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนดทุกเดือน โดย สปสช. จะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการและตอบแทนให้เป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วัน ภายหลังจากวันที่ให้บริการ

ก) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

ข) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

ค) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2563 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 30 ตุลาคม 2564 **สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย** หน่วยบริการตรวจสอบการจ่ายเงินได้จากระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS) ได้ที่ http://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/login.jsf)

2.2 การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

ผู้ป่วยและหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **(Hemodialysis : HD)** จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการเป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดังนี้

2.2.1 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

สปสช.จ่ายค่าบริการ HD และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

1) ชดเชยค่าบริการ HD สำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า และผู้ป่วย HD รายใหม่ ครั้งละ 1,500 บาท ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับร่วมด้วยและให้บริการ HD ในหน่วยบริการที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ ครั้งละ 1,700 บาท ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์

2) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

1) การให้ยา Erythropoietin โดยใช้หลักเกณฑ์เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ทั้งนี้การสนับสนุนยา Erythropoietin อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

2) การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) หน่วยบริการที่จะรับการสนับสนุนและการบริการเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดังนี้

ตารางแสดงอัตราการจ่าย Vascular access สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ชนิดของ Vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ
Tunnel cuffed catheter	สำหรับผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษา PD เป็น chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD 2) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย)	1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล
AVF	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก PD เป็น chronic hemodialysis 2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ PD 3) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVF ใหม่	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ)	1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	โรงพยาบาล

ชนิดของ Vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ
AVG	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก PD เป็น chronic hemodialysis 2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ PD 3) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVG ใหม่	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการแต่ไม่รวมค่า graft) ค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท	1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	โรงพยาบาล
Temporary double lumen catheter	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)	1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล

หมายเหตุ :

1) ผู้ป่วยใหม่ที่ต้องทำ Temporary HD ก่อนทำ PD ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว 2,500 บาท/คน/เดือน

2) ผู้ป่วย PD ที่ต้องทำ Temporary HD หลังจากเริ่มทำ PD เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่าย 2,500 บาท/คน/เดือน

3) กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการแก้ไข หรือทำเส้นใหม่มากกว่า 1 ครั้งต่อปีงบประมาณ สปสช.จะพิจารณาเบิกเพิ่มได้ตามความจำเป็น

2.2.2 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) การจ่ายชดเชยค่าบริการ HD

อัตราค่าบริการ HD ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ครอบคลุมการบริการดังต่อไปนี้

1) ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ Dialyzer, Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

2) ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการทำ HD ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Transquilizer drug

3) ค่าตรวจเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวเนื่องกับการทำ HD ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนดได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG และ Chest X-ray

4) การทำ HD ต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ยกเว้น

1. กรณีการทำ HD สัปดาห์แรก (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) น้อยกว่า 4 ชั่วโมง และ
2. กรณีผู้ป่วยอาการไม่ Stable ให้จ่ายชดเชยได้

5) กรณีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการทำ HD ที่จำเป็นเร่งด่วน ให้หน่วยบริการที่รักษาภาวะแทรกซ้อนนี้ เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางเวชปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น กรณีฉุกเฉิน

6) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการอื่นๆ เบิกจ่ายตามแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายที่ สปสช. กำหนด เช่น ผู้ป่วยในให้เรียกเก็บตามระบบ DRGs จากกองทุนผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีสถานบริการ HD ที่เป็นสถานบริการตามสัญญา สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับมาตรา 7 ได้ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เช่น กรณีส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

7) กรณีเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิต จะหมดสิทธิในการขอรับค่าใช้จ่ายในเดือนที่ตรวจสอบหรือเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

8) กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำ HD ที่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ จะต้องทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการทำ HD อีกหน่วยบริการหนึ่ง หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนจะต้องส่งตัวผู้ป่วยผ่านโปรแกรมที่ สปสช. กำหนด และหน่วยบริการ HD สามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้

9) การเบิกชดเชยค่าบริการ หน่วยบริการ HD จะเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและมารับบริการในหน่วยของตนเองเท่านั้น หาก สปสช. ตรวจพบว่ามีการนำข้อมูลที่ไม่ได้รับบริการที่หน่วยของตนเองมาเบิก หรือมีการตรวจสอบพบว่าการเบิกนั้นๆ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยที่กำหนดหรือไม่มีคุณภาพในการให้บริการ ตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษา โดย สปสช. จะพิจารณาเรียกเงินคืน หรือดำเนินการตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดต่อไป

10) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำ HD ที่หน่วยบริการแห่งอื่น (ที่อยู่ในโครงการ) นอกเหนือจากที่รับบริการประจำ HD ในกรณีดังกล่าวขอให้หน่วยบริการแห่งอื่นที่รักษา ประสานแจ้งหน่วยบริการ HD ที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ ให้ทำการส่งต่อผู้ป่วยผ่านโปรแกรมที่ สปสช. กำหนด และหน่วยบริการแห่งอื่นที่ทำ HD สามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ โดยไม่ให้เบิกค่าตัวกรองเพิ่ม (การส่งตัวในโปรแกรมที่กำหนดสำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี 3 แบบ ได้แก่

1. โอนย้าย คือการส่งตัวชนิดถาวร
2. ชั่วคราว คือการส่งตัวเป็นระยะเวลา 7 วัน
3. ร่วมดูแล คือการส่งตัวที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง 2 หน่วย

2) การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)

1) สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ/หรือหน่วยบริการที่มีสัญญาให้บริการ HD

2) ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับการเตรียมเส้นเลือด สำหรับทำ HD ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิในการทำ HD และลงทะเบียนแล้วเท่านั้น/ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับเฉพาะสิทธิ EPO จะไม่มีสิทธิเบิกค่าเตรียมเส้นเลือด

3) หน่วยบริการ ที่ให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

4) กรณีที่มีการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD ได้ ไปรับบริการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือหน่วยบริการที่ทำสัญญาให้บริการ HD หน่วยบริการที่ให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

5) สปสช. กำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชยทุกวันสุดท้ายของเดือน หลังจากได้รับผลงานการให้บริการ และทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายชดเชยภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย

2.2.3 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

1) การบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD

หน่วยบริการ สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD และข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) ที่ สปสช.กำหนด

การบันทึกค่าบริการ

1) บันทึกเบิกค่าบริการด้วยโปรแกรม HD เมื่อให้บริการผู้ป่วยทุกราย

2) หน่วยบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน โดย สปสช.จะมีการตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบกลับค่ารักษาพยาบาลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการรับทราบในวันทำการถัดไป

3) สปสช. จะส่งรายงานสรุปยอดรวมรายการค่ารักษาพยาบาล (Statement) ให้หน่วยบริการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เดือนละครั้ง

4) สปสช.จะส่งรายงานสรุปยอดตามรายการยา Erythropoietin (EUR) ให้หน่วยบริการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

5) หลังจากได้รับข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะทำการประมวลผลและออกรายงานการชดเชยให้ภายใน 45 วันนับจากตัดข้อมูล

2) การบันทึกข้อมูลการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)

บันทึกในโปรแกรม e-Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น และตรวจสอบการเบิกซ้ำซ้อนในโปรแกรม

3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สปสช.กำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชยทุกวันสุดท้ายของเดือน หลังจากได้รับผลงานการให้บริการ และทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายชดเชยภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย

กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช.คือ 30 วัน ภายหลังจากวันที่ให้บริการ หากหน่วยบริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2563 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2564 **สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่ายฯ**

4) การแก้ไขข้อมูลและการอุทธรณ์การเบิกจ่าย

การแก้ไขข้อมูลหน่วยบริการสามารถแก้ไขข้อมูลที่บันทึกมาผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS - HD) ได้โดยต้องดำเนินการก่อนวันตัดยอดข้อมูล หากข้อมูลนั้นมีการประมวลผลจ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้อีก

การอุทธรณ์การเบิกจ่าย เมื่อหน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการแล้ว มีความเห็นแย้งกับผลการจ่ายฯ หรือได้รับเงินไม่ครบถ้วน เนื่องจาก บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน หน่วยบริการสามารถดำเนินการอุทธรณ์การจ่าย โดยดำเนินการผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS - HD) ได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.3 การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT)

ผู้ป่วยและหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ KT จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดังนี้

2.3.1 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

การสนับสนุนการให้บริการ KT ครอบคลุมขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด KT และการดูแลหลัง KT โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อย และมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายเหมาตาม Protocol โดยแบ่งการจ่ายเงินเป็น 2 ช่วงมีรายละเอียด ดังนี้

1) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
   1) สำหรับผู้บริจาคอวัยวะ ทั้งผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย
   2) สำหรับผู้รับบริจาค
2) ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการแบบราคาเหมาจ่าย ค่าบริการต่อชุดบริการ (Protocol) ในระหว่างเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายตาม Protocol I-IV
2) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย จ่ายตาม Protocol ดังนี้

2.1) Antibody Mediated Rejection ประกอบด้วย Protocol AMR-A และ Protocol AMR-B

2.2) Acute Cellular Rejection ประกอบด้วย Protocol ACR-A และ Protocol ACR-B

2.3) Delayed Graft Function ประกอบด้วย Protocol DGF-A, Protocol DGF-B และ Protocol DGF-C

ตารางแสดงรายละเอียดการสนับสนุนค่าบริการ KT

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด		
1.1 สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
1.1.1 ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)		
1.1.1.1 ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000
1.1.1.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าผ่าตัด ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	32,800
1.1.2 ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)		

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1.1.2.1 ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด	ค่าดูแล Donor ค่าผ่าตัด ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000
1.2 สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (Recipient)		
1.2.1 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
1.2.1.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300
1.2.2 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย		
1.2.2.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300
ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody	ค่าตรวจ Panel reactive antibody <u>กรณีผู้บริจาคมีชีวิต</u> - ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี <u>กรณีผู้บริจาคสมองตาย</u> - ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาทต่อรายต่อปี	 2,000 13,000 12,500 8,700

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด		
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	143,000
Protocol-II สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	148,000
Protocol-III สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่างๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Basiliximab X 2 dose หรือ anti-thymocyte globulin 3-7 dose + การป้องกันการติดเชื้อ CMV 1 เดือน และการติดตามการติดเชื้อ CMV 5 ครั้ง - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	287,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol-IV สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่างๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Basiliximab X 2 dose หรือ anti-thymocyte globulin 3-7 dose + การป้องกันการติดเชื้อ CMV 1 เดือน และการติดตามการติดเชื้อ CMV 5 ครั้ง - ค่ายา Tacrolimus และMycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	292,000
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)	23,000
Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Anti-thymocyte globulin - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)	493,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Intravenous immunoglobulin - ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux - ค่าสาย Double lumen catheter - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)	340,000
Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Intravenous Immunoglobulin - ค่ายา Rifuximab - ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasmaflux - ค่าสาย Double lumen catheter - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)	426,000
Protocol DGF-A (Delay Graft Function) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่าสาย Double lumen catheter - ค่าทำ Acute hemodialysis	56,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol DGF-B (Delay Graft Function Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Gaft Function ร่วมกับ Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่าสาย Double lumen catheter - ค่าทำ Acute hemodialysis - ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol ACR-A และ ACR-B)	40,000
Protocol DGF-C (Delay Graft Function with Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่าทำ Acute hemodialysis - ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ และค่าสาย Double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol AMR-A และ AMR-B)	35,000

หมายเหตุ กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต สปสช. เบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DRG และ เบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) ในระบบของ สปสช. รายการอุปกรณ์ รหัส 4801 - 4804

สรุปค่าใช้จ่ายในการให้บริการ KT

1) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ตารางแสดงค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดก่อน KT

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
	กรณีผู้บริจาคมีชีวิต	- ค่าตรวจ PRA - ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	 2,000 13,000 12,500
	กรณีผู้บริจาคสมองตาย	- ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาทต่อรายต่อปี	8,700

2) ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด แยกเป็นประเภท ดังนี้

2.1 อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

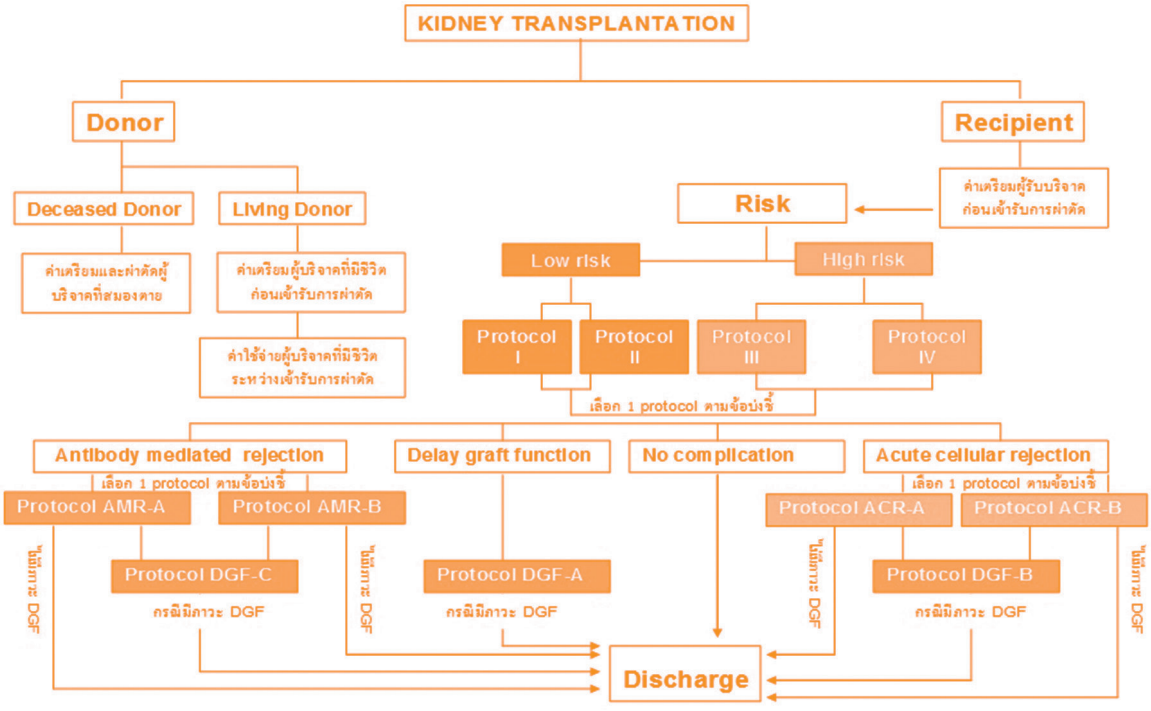
ตารางแสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด KT

Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol-I	143,000
Protocol-II	148,000
Protocol-III	287,000
Protocol -IV	292,000

2.2 อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย

ตารางแสดงอัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมโดยตรงจากการผ่าตัด KT

Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)	23,000
Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection)	493,000
Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection)	340,000
Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection)	426,000
Protocol DGF-A (Delay graft function)	56,000
Protocol DGF-B (Delay graft function with acute cellular rejection)	40,000
Protocol DGF-C (Delay graft function with antibody mediated rejection)	35,000



หมายเหตุ :

1) ภาวะแทรกซ้อน Protocol AMR และ Protocol ACR สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด (ในช่วงระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล) หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจาก Protocol 1-4 ได้ โดยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS-CKD แพทย์ผู้รักษาจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

2) ภาวะแทรกซ้อน Protocol DGF (Delay graft function) สามารถเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วและกลับมานอนในโรงพยาบาลใหม่หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามที่กำหนด

2.3.2 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายตาม Protocol ที่กำหนดหากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษาจะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

2) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิม เป็นต้น)

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่าย ระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

2.2.3 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

1) การบันทึกข้อมูลการให้บริการ KT ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช. อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

สปสช.กำหนดการตัดข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยทุกวันสิ้นเดือน และทำการตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชยภายใน 45 วัน

2) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช.คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการหากหน่วยบริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้(ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย)ภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2563 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2564 **สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย**

2.4 การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation Imunosuppressive drug : KTI)

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ KTI จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2.4.1 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ KTI

เกณฑ์การให้ KTI ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต โดยมีอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการชดเชยต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000

ตารางแสดงอัตราจ่าย การให้ยากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2.4.2 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

การจ่าย KTI จะจ่ายชดเชยต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือสิ้นสุดตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.4.3 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

1) การบันทึกข้อมูล ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ บันทึกข้อมูลการรักษาและติดตามผลให้ครบถ้วน ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้ยาได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/เดือน

2) การออกรายงานการจ่ายเงิน สปสช. กำหนดรอบในการตัดข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายทุกวันสิ้นเดือนของทุกเดือน และพิจารณาออกรายงานเพื่อขออนุมัติจ่ายเงินทุกวันสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการหากหน่วยบริการ

ก) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

ข) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

ค) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2563 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2564 **สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย**

2.5 การสนับสนุนยา Erythropoietin

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการ PD และ HD และผู้ป่วยรายใหม่ที่รับบริการ HD หลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการ PD ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด มีสิทธิได้รับยาตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามตารางดังนี้

ตารางแสดงเงื่อนไขและรายการสนับสนุนยา Erythropoietin

ชื่อยา	ขนาด (ยูนิต)	ระดับ Hct ≤ 30% เบิกได้ตามจริงและไม่เกิน	ระดับ Hct > 30% เบิกได้ตามจริงและไม่เกิน
Epiao	4,000	4,000 unit x 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 unit x 4 ครั้งต่อเดือน
Eporon	4,000	4,000 unit x 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 unit x 4 ครั้งต่อเดือน
Renogen	4,000	4,000 unit x 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 unit x 4 ครั้งต่อเดือน
Hema-Plus	4,000	4,000 unit x 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 unit x 4 ครั้งต่อเดือน
Espogen	4,000	4,000 unit x 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 unit x 4 ครั้งต่อเดือน
Hypercrit	4,000	4,000 unit x 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 unit x 4 ครั้งต่อเดือน
Epokine	4,000	4,000 unit x 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 unit x 4 ครั้งต่อเดือน

หมายเหตุ : รายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีงบประมาณตามสถานการณ์ทางตลาดและคุณสมบัติของยาที่มีผลต่อจัดหา หรืออาจมีการปรับเปลี่ยนการชดเชยเป็นเงินค่ายาตามราคาที่ สปสช. กำหนด

2.5.1 วิธีปฏิบัติในการให้ยา Erythropoietin

1) ให้หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ PD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ที่ใช้บริการผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด โดยเบิกยาและส่งข้อมูลผ่านระบบตามที่ สปสช. กำหนด ทุกเดือน

2) หน่วยบริการที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อทางการค้าชื่อใดชื่อหนึ่ง ควรใช้ยาชื่อนั้นต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้น มีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ก็สามารถเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นหรือที่มีชื่ออื่นได้ โดยให้หน่วยบริการทำหนังสือชี้แจงเหตุผลในการเปลี่ยนยาให้ สปสช. ทราบรวมทั้งต้องติดตามระดับ Hematocrit (Hct) ทุก 4 สัปดาห์ในผู้ป่วย HD และ ทุก 8 สัปดาห์ในผู้ป่วย PD เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาผู้ป่วย

3) กรณีผู้ป่วย HD จะต้องลงนามผู้ให้ยาพร้อมทั้งติดสติกเกอร์กำกับลงในใบ Hemo Sheet ทุกครั้งหากไม่ดำเนินการ สปสช. อาจพิจารณาเรียกคืนยาหรือเงินชดเชยได้ และกรณีหาก สปสช. ตรวจสอบแล้วพบว่าระดับ Hct. ที่ตรวจได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกเบิกกับ สปสช. อาจพิจารณาเรียกคืนยาหรือเงินชดเชยได้

4) การให้ยา Erythropoietin ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยบริการโดยตรง สำหรับผู้ป่วย PD อาจให้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านได้โดยจะต้องส่งยาด้วยระบบ Cold chain และมีใบส่งตัวผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วย HD จะได้รับยาเมื่อมารับบริการในหน่วย HD โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

2.5.2 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) ผู้ที่มีสิทธิรับยา เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีสิทธิ PD ผู้ป่วยมีสิทธิ HD และผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับเฉพาะสิทธิ EPO (ผู้ป่วยที่จ่ายค่าฟอกเลือดเอง)

2) สปสช. จะจ่ายชดเชยยาให้หน่วยบริการที่บันทึกให้บริการ PD และหน่วยบริการที่บันทึกบริการ HD

3) หน่วยบริการที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกยาได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

4) การประมวลข้อมูลเพื่อชดเชยยาErythropoietinจะดูจากผลHctขนาดยาและชื่อยาที่ใช้กับผู้ป่วย รายละเอียดการคำนวณจำนวนยาสำหรับหน่วยบริการ PD และหน่วยบริการ HD จะใช้วิธีการคำนวณแบบเดียวกัน

5) ค่า Hematocrit (Hct) ที่ใช้ในเป็นเกณฑ์ คือ ค่า Hct ต่ำสุดของเดือนในกรณีที่หน่วยบริการไม่ได้ตรวจในครั้งใด ก็จะใช้ค่า Hct ที่หน่วยบริการนั้นตรวจให้แก่ผู้ป่วยในครั้งก่อนแต่ไม่เกิน 28 วันในผู้ป่วย HD และไม่เกิน 60 วัน ในกรณีผู้ป่วย PD

6) รอบบัญชีที่ใช้ในการคำนวณคือ 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน สปสช.จะชดเชยยาให้แก่หน่วยบริการ เดือนละ 1 ครั้ง

2.5.3 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุน และชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

1) การบันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin

1.1) หน่วยบริการ CAPD

ก) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

ข) สปสช.จะตัดข้อมูลการบริการของเดือนที่ผ่านมาในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป จะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin ตามแนวทาง ที่ สปสช.กำหนด และเชื่อมต่อข้อมูลกับเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์หลังวันประมวลผล

ค) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือ Erythropoietin Usage Report (EUR) ได้ที่โปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

1.2) หน่วยบริการ HD

ก) บันทึกข้อมูลการให้ยาErythropoietinในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

ข) หน่วยบริการ/สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน และสามารถตรวจสอบข้อมูลผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

ค) สปสช.จะส่งรายงานสรุปยอดตามรายการยา Erythropoietin (EUR) ให้หน่วยบริการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกวันที่ 15 ของเดือนถัดไปจะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin ตามแนวทางที่สปสช.กำหนด และเชื่อมต่อข้อมูลกับเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์หลังวันประมวลผล

2) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงาน

การชดเชยยา Erythropoietin แก่หน่วยบริการ หลังได้รับข้อมูลจาก สปสช. โดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ จะดำเนินการจัดส่งยาให้หน่วยบริการประมาณ 10 วันหลังตัดข้อมูล

3. การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

1) วิธีการขออุทธรณ์

หน่วยบริการตรวจสอบการจ่ายเงินได้จาก จากระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS) สามารถ Download คู่มือการใช้งาน ได้ที่ http://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/login.jsf)

2.1) ค่าบริการ PD ให้หน่วยบริการทำหนังสือเรื่องการขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุและลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการพร้อมกับแนบหลักฐานประกอบ ได้แก่

2.1.1) รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จากระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

2.1.2) สำเนาการบันทึกข้อมูล Follow up ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

2.2) ค่าบริการ HD ให้หน่วยบริการบันทึกการขออุทธรณ์ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS HD)

2.3) ค่าบริการ KT ให้หน่วยบริการทำหนังสือเรื่องการขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol และลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการพร้อมกับแนบหลักฐานประกอบ ได้แก่

2.3.1) รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จากระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

2.3.2) สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์

2.4) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้หน่วยบริการทำหนังสือเรื่องการขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุและลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการพร้อมกับแนบหลักฐานประกอบ ได้แก่

2.4.1) รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จากระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

2.4.2) สำเนาการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) ส่วนของ Kidney Transplantation / ยากดภูมิคุ้มกัน

2.5) ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)

2.5.1) กรณีผู้ป่วย PD ให้ทำหนังสือขออุทธรณ์ลงนามโดยผู้บริหารพร้อมแนบเอกสารดังนี้

ก) รายงานการจ่ายชดเชยยา Erythropoietin (EUR) จากโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

ข) บันทึกผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematrocrit)

2.5.2) กรณีผู้ป่วย HD ให้ใช้วิธีการเช่นเดียวกับการอุทธรณ์ค่าบริการ HD

2) เงื่อนไขและระยะเวลาการอุทธรณ์

2.1) การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยต้องดำเนินการภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทางระบบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget) สำหรับการอุทธรณ์ยา Erythropoietin ต้องดำเนินการภายใน 30 วันหลังรับรายงานสรุปยอดรวมการใช้ยา (EUR)

2.2) การตัดรอบการรับข้อมูลอุทธรณ์เพื่อนำมาตรวจสอบและพิจารณาจ่าย จะดำเนินการทุก 3 เดือน

2.3) หน่วยบริการ สามารถตรวจสอบข้อมูลการโอนเงินได้ทาง Website พร้อมกับงวดการจ่ายชดเชยปกติทางระบบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget)

บทที่ 13

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

บทที่ 13

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ประเภทบริการ ได้แก่

1. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ การตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ การควบคุมดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกเริ่มและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ โดยตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นมา ได้เพิ่มชุดการให้บริการควบคุมป้องกันและรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งมีเป้าหมายที่จะช่วยชะลอไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1. วัตถุประสงค์

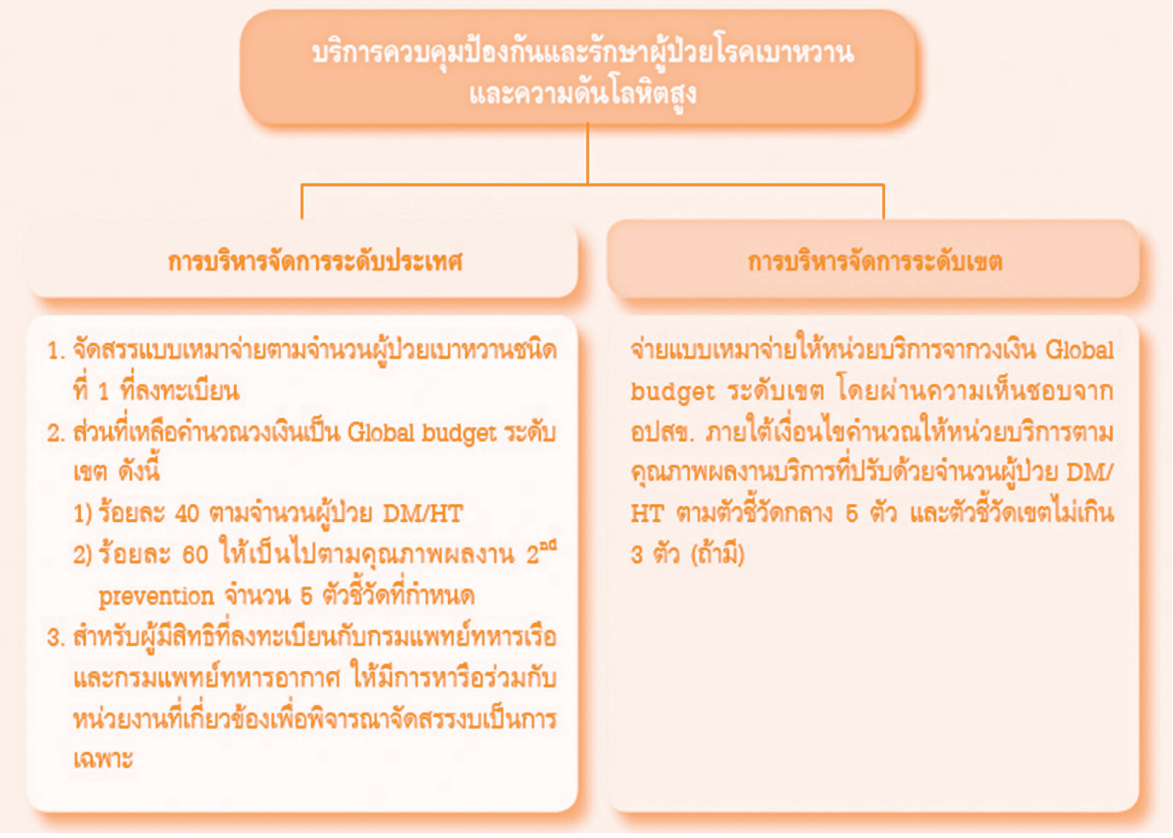
1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน
3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบ Chronic Care Model: CCM) การบริหารจัดการโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board) และระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary care cluster) รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2. วงเงินงบที่ได้รับ

งบบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว จำนวนเงิน 1,091.2110 ล้านบาท

3. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ

1. บริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศ

1.1 จัดสรรแบบเหมาจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามแนวทางการบริบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetic self Management program) รายละ 13,636 บาท ให้แก่หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพเข้าร่วมบริการรักษาเบาหวาน ชนิดที่ 1 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเหมาจ่ายเต็มจำนวน หลังหน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในโปรแกรม Thai-DSMP for Type1DM เป็นไปตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย เป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.1.1 ค่า Diabetic self management education 11 module (DSME)

1.1.2 ค่าแผ่นตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง Self Monitoring Blood Glucose (SMBG) พร้อมเครื่องตรวจ

1.1.3 ค่าตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c, LDL, Microalbuminuria, ตรวจตาและตรวจเท้าอย่างละเอียด

1.2 คำนวณเงินแบบ Global budget ระดับเขต สำหรับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้ สปสช.เขต ดังนี้

1.2.1 ร้อยละ 40 จัดสรรตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูลลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ตามระบบข้อมูลบริการในเขตนั้นๆ โดยจำนวนผู้ป่วยได้มาจากฐานข้อมูล OP individual OP/AE และ IP individual ผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2563

1.2.2 ร้อยละ 60 จัดสรรตามผลงานภาพรวมระดับเขตโดยใช้เกณฑ์คุณภาพและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OP/e-Claim) สปสช. จำนวน 5 ตัวชี้วัด โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2563 ได้แก่

1) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

2) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

3) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ของผู้ป่วยตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

4) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

5) อัตราการได้รับการรักษาด้วยวิธี Laser ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนตา

ทั้งนี้ จำนวนเงินในข้อ 1.2.1 และ ข้อ 1.2.2 ให้ สปสช.เขตรวมเป็นเงิน Global ระดับเขต เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ในข้อ 2 ต่อไป

2. การบริหารจัดการระดับเขต

มีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายแบบ Global budget โดย สปสช.เขตจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้แก่หน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากงบ Global budget ระดับเขต โดยหลักเกณฑ์ และผลการจัดสรรต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ดังนี้

2.1 คำนวณให้หน่วยบริการตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ปรับ (Adjust) ด้วยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.2 ใช้ข้อมูลและตัวชี้วัด 5 ตัวตามที่ส่วนกลางกำหนดและ สปสช.เขตสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดได้อีกไม่เกิน 3 ตัว ตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลที่ สปสช.เขตสามารถบริหารจัดการเองได้

2.3 สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับจ่ายตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) และอาจจะบูรณาการจ่ายค่าใช้จ่ายกับรายการบริการประเภทต่างๆได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

การบริหารการจ่ายจัดสรรงบบริการเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศและทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ โดยให้มีกลไกคณะกรรมการ/ คณะทำงานส่วนกลางที่เกียวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาการจัดสรร ในปี 2565 จะมีการปรับแนวทางการจ่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบของ สปสช.

การกำกับติดตาม และประเมินผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่ง สปสช. มีกลไกคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขต ทำหน้าที่ในการติดตามและประเมินผลคุณภาพการบริการ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็มีกลไกการพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขต ทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการ รวมถึงการกำกับติดตามประเมินผล ทั้งนี้ในปี 2564 สปสช. จะมีการดำเนินงานกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

1. การกำกับติดตามกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ผ่านโปรแกรม Thai-DSMP for Type1DM และกระบวนการตรวจสอบคุณภาพโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
2. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลบริการจากฐานข้อมูล OP/PP และ IP Individual record
3. รายงานผลการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. ประเมินผลการบริหารจัดการเชิงบูรณาการในระดับพื้นที่ (District health board) โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระดับ

บทที่ 14

การบริหารค่าใช้จ่ายการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

บทที่ 14

การบริหารค่าใช้จ่ายการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ขอบเขตบริการ

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังตาม สปสช. กำหนด ที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
2. ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย

การจัดบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรค F20 - F29 และมีเงื่อนไขเพิ่มเติม ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เคยหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High risk to Violence : SMI - V) ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด หรือ

2. ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดยา ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ อาจถูกล่ามขัง จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแลโดยชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. หน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง ได้แก่ หน่วยบริการรับส่งต่อ หน่วยบริการประจำ ที่มีจิตแพทย์หรือมีแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทำหน้าที่ในการเป็นพี่เลี้ยงร่วมให้บริการ ให้คำปรึกษา กำกับติดตามนิเทศงาน และสนับสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน

2. หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ได้แก่ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ ที่จัดบริการตามเขตหรือพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนอย่างมีคุณภาพ โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย

การคำนวณและจัดสรรเป้าหมาย

1. การคำนวณเป้าหมาย ใช้ฐานข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มีรหัสการวินิจฉัยโรค F20 - F29 ออกจากโรงพยาบาล (ข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2562 ถึง 31 มีนาคม 2563)

2. สปสช.ส่วนกลาง จัดสรรเป้าหมายให้ สปสช.เขต ภายในวันที่ 1 สิงหาคม 2563 เพื่อให้ สปสช.เขต ดำเนินการจัดสรรเป้าหมายให้หน่วยบริการ ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563 โดยพิจารณาจัดสรรเป้าหมายตามสัดส่วนของผลงานบริการปีที่ผ่านมา ประกอบกับข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชน/พื้นที่นั้น รายละเอียดการลงทะเบียนผู้ป่วย ดังนี้

2.1 กลุ่มเป้าหมายต้องเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการลงทะเบียนและติดตามเยี่ยมในปีที่ผ่านมา

2.2 กรณีผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับการลงทะเบียนและได้รับการติดตามเยี่ยมในปีที่ผ่านมา หากมีความจำเป็นต้องติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด (High risk) สามารถยื่นอุทธรณ์ข้อมูลในระบบ Care transition เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องได้ แต่การยื่นอุทธรณ์ข้อมูลดังกล่าวเป้าหมายในภาพรวม ต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยเป้าหมายทั้งหมดภายในปีงบประมาณนั้น ๆ

ทั้งนี้ สปสช.เขต ต้องจัดทำรายงานสรุปผลการจัดสรรเป้าหมายและเครือข่ายบริการ ส่งกลับมายัง สปสช.ส่วนกลาง ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563

การจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ

1. กรอบการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ

1.1 จัดสรรเงินให้หน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง แบบเหมาจ่ายบริการในอัตรา 1,000 บาทต่อราย โดยจ่ายตามจำนวนผลงานการลงทะเบียนและผลงานการจัดบริการของหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

1.2 จัดสรรเงินให้หน่วยบริการประจำ แบบเหมาจ่ายบริการในอัตรา 5,000 บาทต่อราย โดยจ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผลงานการลงทะเบียนและผลงานการจัดบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อ หรือหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

หมายเหตุ : การจัดสรรเงินให้หน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขบริการที่ สปสช. กำหนด

2. แนวทางการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ

จ่ายค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ ปีละ 2 งวด ผ่านระบบ Seamless for CMHS โดยมีหลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไขบริการ ดังนี้

2.1 งวดที่ 1 จ่ายตามผลงานการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามจำนวนเป้าหมายที่ สปสช.เขต จัดสรรให้หน่วยบริการ และหน่วยบริการได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลในระบบ Care transition ภายในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดย สปสช.ส่วนกลาง จะดำเนินการประมวลผลจ่ายเงินงวดที่ 1 ให้แล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม 2564 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 หน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง เบิกจ่ายเงินร้อยละ 80 ตามผลงานการลงทะเบียนของเครือข่ายหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงต้องจัดทำแผนให้บริการ เช่น การพัฒนาบุคลากร บริการให้คำปรึกษา การกำกับ ติดตาม นิเทศงาน หน่วยบริการเครือข่าย ส่งให้ สปสช.เขต

2.1.2 หน่วยบริการประจำ เบิกจ่ายเงินร้อยละ 50 ตามผลงานการลงทะเบียนของเครือข่าย หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรณีตรวจพบความผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ หน่วยบริการสามารถยื่นอุทธรณ์ เพื่อแก้ไขข้อมูลดังกล่าวในระบบ Care transition ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 และ สปสช.ส่วนกลาง จะดำเนินการประมวลผลจ่ายชดเชยค่าบริการงวดที่ 1 เพิ่มเติมให้หน่วยบริการ ภายในเดือนมีนาคม 2564

2.2 งวดที่ 2 จ่ายตามผลงานบริการ โดย สปสช.ส่วนกลาง จะดำเนินการประมวลผลข้อมูลดังกล่าวภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2564 เพื่อเบิกจ่ายเงินงวดที่ 2 จัดสรรให้หน่วยบริการให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 15 กันยายน 2564 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 หน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง เบิกจ่ายเงินร้อยละ 20 ตามผลงานบริการของเครือข่ายหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงต้องสรุปรายงาน ผลดำเนินงานตามแผนที่ให้บริการ เช่น การพัฒนาบุคลากร บริการให้คำปรึกษา การกำกับ ติดตาม นิเทศงาน หน่วยบริการเครือข่าย ส่งให้ สปสช.เขต

2.2.2 หน่วยบริการประจำ เบิกจ่ายเงินร้อยละ 50 ตามผลงานบริการของเครือข่ายหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อผู้ป่วยที่ลงทะเบียนได้รับการติดตามเยี่ยมครบ 6 ครั้ง ตามแนวทางปฏิบัติที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

1) หน่วยบริการรับส่งต่อ หรือ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน (บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน)

2) กรณีผู้ป่วยย้ายที่อยู่/ที่ทำงาน หรือกรณีภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ตามประกาศคณะรัฐมนตรีหรือผู้ว่าราชการจังหวัด ให้สามารถประสาน อสม.ในพื้นที่ติดตามเยี่ยม หรือนำเทคโนโลยี

เพื่อการสื่อสารมาใช้ในการดำเนินงาน หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหรือญาติ เช่น โทรศัพท์ หรือ สนทนาผ่านวีดีโอ (VDO call) เป็นต้น

3) ประเมินสุขภาพผู้ป่วยตามแบบประเมิน 10 ด้าน (ต้องมี Care plan ก่อนการติดตามเยี่ยมในครั้งแรกอย่างน้อย 1 ครั้ง) และบันทึกผลการติดตามเยี่ยมในระบบ Care transition

หมายเหตุ : 1. กรณีที่หน่วยบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไม่ครบ 6 ครั้งตามเกณฑ์ที่กำหนด หน่วยบริการจะได้รับการจัดสรรเงินงวดที่ 2 เมื่อมีผลงานการติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง และครั้งที่ 6 พบข้อมูลรายงานว่าผู้ป่วยเสียชีวิต

2. กรณีไม่พบข้อมูลการจัดบริการหรือมีผลงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยน้อยกว่า 3 ครั้ง หน่วยบริการจะต้องคืนเงินงวดที่ 1 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. กรณีผลงานการติดตามเยี่ยมไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการ ที่ สปสช. กำหนด หน่วยบริการต้องทำหนังสือขออุทธรณ์ข้อมูล เพื่อแจ้งยกเลิกการขอรับค่าใช้จ่ายบริการ และแจ้งความประสงค์ขอรับค่าใช้จ่ายการติดตามเยี่ยมทดแทน โดยส่งหนังสือให้ สปสช.เขต ภายในวันที่ 1 - 30 มิถุนายน 2564

การบันทึกข้อมูล

1. กรณีหน่วยบริการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลในระบบ Care transition ที่บริหารจัดการโดยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. กรณีหน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยบริการ (OP/IP) ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่าน 43 แฟ้ม ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. การจัดสรรผู้ป่วยเป้าหมายของ สปสช.เขต
2. ผลการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป้าหมายเข้าถึงบริการ

2.2 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำจากอาการกำเริบ (Relapse) ในโรงพยาบาล (Readmission rate) ลดลง

2.3 อัตราผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน 10 ด้าน ดีขึ้น

บทที่ 15

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการ ในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

บทที่ 15

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการใช้บริการของประชาชน

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย ปรับเกลี่ยให้เฉพาะหน่วยบริการเป้าหมายในพื้นที่เฉพาะ ระดับ 1 ,พื้นที่เฉพาะ ระดับ 2 และหน่วยบริการพื้นที่ยากลำบากในการบริหารทรัพยากร ระดับ ก, ระดับ ข

2) สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ปรับเกลี่ยให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีพยาบาลตามโครงการการเพิ่มพยาบาล 3,000 อัตรา ตามข้อเท็จจริงของจำนวนพยาบาลดังกล่าวที่ปฏิบัติงาน โดยไม่ลิดรอนสิทธิในการรับค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายการอื่นๆ

ทั้งนี้ กลไกการปรับเกลี่ยค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ดำเนินการโดยคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับเขต (คณะทำงาน 5x5) โดยการมีส่วนร่วมจากระดับจังหวัด และให้เสนอ อปสข. พิจารณา

บทที่ 16

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

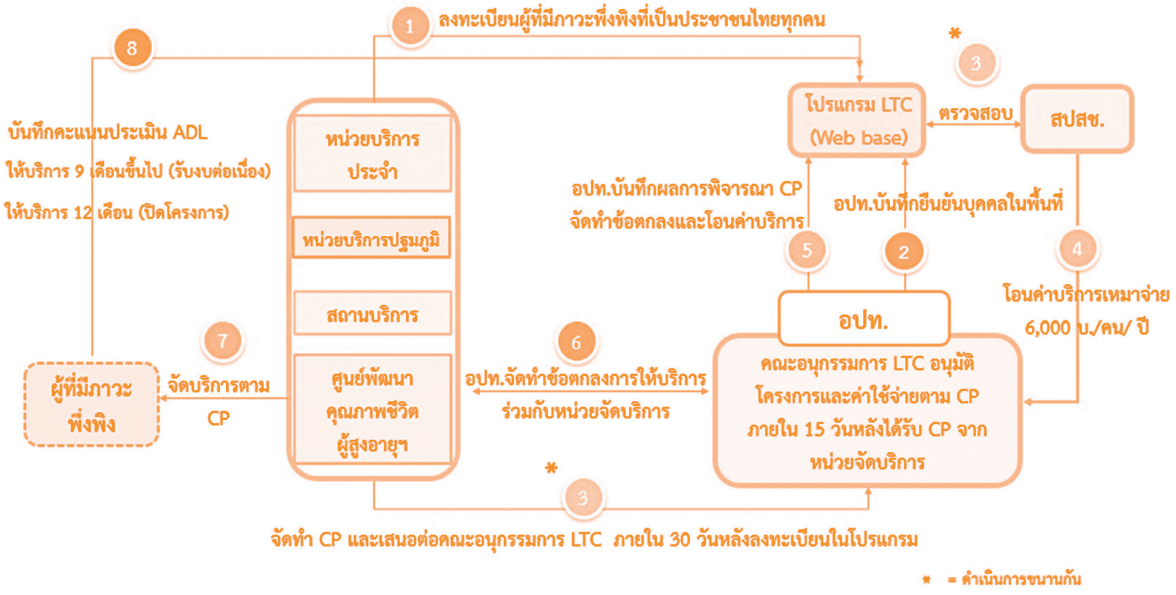
บทที่ 16

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกคน ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่บ้านหรือในชุมชนโดยหน่วยบริการ สถานบริการ หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ โดยรายละเอียดกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการฯ เป็นไปตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 สำหรับคู่มือแนวปฏิบัติในการขอรับงบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2564 จะกล่าวถึงขั้นตอนการโอนค่าบริการ LTC จาก สปสช. ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดังนี้

สปสช.ได้ปรับปรุงขั้นตอนการบริการจัดการค่าบริการ LTC ให้มีประสิทธิภาพ โดยได้นำโปรแกรม LTC มาใช้สำหรับเสนอรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11) ที่เป็นคนไทยทุกคนเพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบสถานะของการมีชีวิต และข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่จำเป็น เพื่อการสนับสนุนค่าบริการ LTC ให้กับ อปท. รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลในระยะยาวในพื้นที่ โดยการดำเนินงานเป็นไปตามแผนผังขั้นตอนการดำเนินงาน และได้อธิบายขั้นตอนการบันทึกโปรแกรม การประมวลผล และตรวจสอบข้อมูลเพื่อโอนงบค่าบริการฯ ตามตารางที่ 1 และ 2 ดังนี้

แผนผังขั้นตอนการดำเนินงาน LTC



ตารางที่ 1 ขั้นตอนการบันทึกโปรแกรม LTC เพื่อขอรับค่าบริการ LTC

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1	1.1 หน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/สถานบริการ) โดยทีมหมอครอบครัว ร่วมกับ อปท.สำรวจและประเมินผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์)ในชุมชนทุกสิทธิและทุกกลุ่มวัย หลังจากนั้นให้หน่วยจัดบริการบันทึกรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ในโปรแกรม LTC กรณีผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เสนอรายชื่อเกิน 1 ปี และ อปท.ยังไม่ยืนยันว่าเป็นบุคคลในพื้นที่ให้ถือว่าเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ หากต้องการขอรับงบให้หน่วยจัดบริการเสนอรายชื่อใหม่ 1.2 กรณีเสนอรายชื่อรายเก่าเพื่อดูแลต่อเนื่องให้ดำเนินการตามข้อ 5.1 และ 5.2
2	อปท. ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยจัดบริการบันทึกในโปรแกรมฯ และทำการยืนยันการเป็นบุคคลในพื้นที่ รวมทั้งบันทึกขอรับงบ หลังจากนั้นโปรแกรมฯจะประมวลผลและตรวจสอบข้อมูลเพื่อการโอนค่าบริการฯ ตามเงื่อนไข ดังนี้ - เป็นบุคคลที่มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย - สถานะมีชีวิต - อปท. ยืนยันว่าเป็นบุคคลในพื้นที่ - ผลการบันทึกโปรแกรมฯ มีสถานะ “ขอรับงบ” - มีเลขที่คู่สัญญา (vender) ของ อปท. ในระบบเบิกจ่ายกับ สปสช.
3	หลังเสนอรายชื่อในโปรแกรมฯให้หน่วยจัดบริการจัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan : CP) ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายรายใหม่และรายเก่า และเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (อนุกรรมการ LTC)
4	ให้คณะอนุกรรมการ LTC พิจารณาอนุมัติโครงการฯ รวมทั้งค่าใช้จ่ายตาม CP ภายใน 15 วันหลังได้รับ CP จากหน่วยจัดบริการ จากนั้นให้นำผลการพิจารณาไปบันทึกในโปรแกรมฯ เพื่อออกข้อตกลงและจัดทำข้อตกลงรวมทั้งโอนงบค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้กับหน่วยจัดบริการ
5	หลังหน่วยจัดบริการให้บริการตาม CP ให้หน่วยจัดบริการบันทึกผลการให้บริการในโปรแกรมฯ ดังนี้ 5.1 เมื่อให้การดูแลตาม CP 9 เดือนขึ้นไป และผลการประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หากต้องการรับงบเพื่อดูแลต่อเนื่องให้ระบุสถานะ “ขอรับงบ” กรณีไม่รับงบให้ระบุสถานะ “ไม่ขอรับงบ” จากนั้นให้ อปท.บันทึกโปรแกรมฯเพื่อยืนยันการเป็นบุคคลในพื้นที่ 5.2 กรณีที่หน่วยจัดบริการบันทึกผลการประเมิน ADL มากกว่า 11 คะแนน เมื่อให้การดูแลตาม CP 9 เดือนขึ้นไป แต่อยู่ในช่วงก่อนบันทึกปิดโครงการ (ก่อนครบ 12 เดือน) และ

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
5	ภายหลังพบว่า มีผลการประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11คะแนน ให้หน่วยจัดบริการแก้ไขคะแนน ADL เพื่อการดูแลต่อเนื่อง หากต้องการรับงบให้ระบุสถานะ “ขอรับงบ” กรณีไม่รับงบให้ระบุสถานะ “ไม่ขอรับงบ” จากนั้นให้ อปท.บันทึกโปรแกรมฯเพื่อยืนยันการเป็นบุคคลในพื้นที่ กรณีบันทึกปิดโครงการไปแล้ว (ครบ 12 เดือน) ให้หน่วยจัดบริการเสนอรายชื่อเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ในเมนู “เสนอรายชื่อ” 5.3 เมื่อให้การดูแลตาม CP ครบ 12 เดือน ให้บันทึกผลการให้บริการดูแลตาม CP เพื่อปิดโครงการ และรายงานผลต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อทราบผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการประมวลผลและตรวจสอบข้อมูลเพื่อโอนงบค่าบริการฯ

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1	หลังจากที่หน่วยจัดบริการเสนอรายชื่อ และ อปท.ยืนยันกลุ่มเป้าหมายแล้ว โปรแกรมฯ จะประมวลผลและตรวจสอบข้อมูลเพื่อการโอนค่าบริการฯ ตามเงื่อนไขที่ได้อธิบายไว้แล้วตามขั้นตอนการบันทึกโปรแกรม LTC ในลำดับที่ 2
2	โปรแกรม LTC ตรวจสอบยอดเงินโอนของ อปท. กับยอดเงิน LTC คงเหลือในบัญชีเงินฝาก ธกส. หากพบว่า มีเงินคงเหลือมากกว่าเงินที่จะโอน ให้ สปสช.เขตตรวจสอบข้อมูลในโปรแกรมฯและประสานงานกับหน่วยจัดบริการ และอปท. หลังจากนั้นให้ สปสช.เขต ยืนยันการโอนในแต่ละงวดผ่านโปรแกรมฯ ภายใน 5 วัน (นับจากวันที่ 1 ของทุกเดือน)
3	สปสช. ส่วนกลางนำข้อมูลที่ สปสช.เขตยืนยันการโอนไปตรวจสอบสถานะการมีชีวิต และโอนค่าบริการ LTC ให้กับ อปท. เหมาจ่าย 6,000 บาท/คน/ปี โดยแบ่งการโอนงบเป็น 12 งวด (รายละเอียดตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 กำหนดวันโอนค่าบริการ LTC ให้กับ อปท. (เหมาจ่าย 6,000 บาทต่อคนต่อปี)

งวดที่	กำหนดวันตัดข้อมูล (ประมวลผล ณ วันที่ 1 ของทุกเดือน)	กำหนดวันโอนเงิน	หมายเหตุ
1	ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 ก.ย.2563	ภายในเดือน ต.ค. 2563	รวมคนที่ Care plan ครบ 9 เดือน (สถานะขอรับงบ) และสถานะมีชีวิต ในเดือน ก.ค. และ ส.ค. 2563
2	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 31 ต.ค. 2563	ภายในเดือน พ.ย. 2563	
3	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 30 พ.ย. 2563	ภายในเดือน ธ.ค. 2563	
4	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 31 ธ.ค. 2563	ภายในเดือน ม.ค. 2564	
5	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 31 ม.ค.2564	ภายในเดือน ก.พ. 2564	
6	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 28 ก.พ. 2564	ภายในเดือน มี.ค. 2564	
7	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 31 มี.ค. 2564	ภายในเดือน เม.ย. 2564	
8	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 30 เม.ย. 2564	ภายในเดือน พ.ค. 2564	
9	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 31 พ.ค. 2564	ภายในเดือน มิ.ย. 2564	
10	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 30 มิ.ย. 2564	ภายในเดือน ก.ค. 2564	
11	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 31 ก.ค. 2564	ภายในเดือน ส.ค. 2564	PID ที่ CP ครบ 9 เดือน (สถานะขอรับงบ) และสถานะมีชีวิต ในงวด ก.ค. ส.ค. 2564 จะนำไปจ่ายในงวดแรก (เดือน ต.ค. 2564) ของปีงบประมาณ 2565
12	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 - 31 ส.ค. 2564	ภายในเดือน ก.ย. 2564	

การบริหารจัดการงบค่าบริการ LTC กรณีเงินค่าบริการ LTC เหลือ มีดังนี้

1. กรณีค่าบริการ LTC ที่ อปท. ได้รับจาก สปสช. เหลือเนื่องจากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL > 11 คะแนน หรือย้ายภูมิลำเนา หรือเสียชีวิต ให้หน่วยจัดบริการค้นหากลุ่มเป้าหมายรายใหม่เพื่อทดแทนรายเก่าและลงทะเบียนในโปรแกรมฯ โดยหน่วยจัดบริการ หรือ อปท.เป็นผู้บันทึกไม่ขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ และให้หน่วยจัดบริการจัดทำ CP เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการ LTC พิจารณาอนุมัติต่อไป กรณีไม่มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ให้ อปท. นำงบค่าบริการฯ ไปใช้สำหรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวฯ ในปีงบประมาณถัดๆ ไป

2. กรณีเงินค่าบริการ LTC ที่หน่วยที่จัดบริการได้รับจาก อปท. เหลือเนื่องจากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL > 11 คะแนน หรือย้ายภูมิลำเนา หรือเสียชีวิต หลังจากทำข้อตกลงกับ อปท. ให้หน่วยจัดบริการบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวตามระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติที่หน่วยงานนั้นถือปฏิบัติ เนื่องจากค่าบริการฯที่ อปท. จ่ายให้นั้นเป็นการเหมาจ่าย/คน/ปี จึงไม่ต้องส่งคืนกองทุนฯ ท้องถิ่น

บทที่ 17

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

บทที่ 17

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ช. (5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. 2562 โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการและในชุมชน ทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร จากหน่วยบริการและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ

1. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิที่จำเป็นสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพทั่วถึงและเป็นธรรม
2. เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ

2. วงเงินที่ได้รับจัดสรร

ในปีงบประมาณ 2564 วงเงินงบประมาณ จำนวน 421,640,000.00 บาท ซึ่งครอบคลุมบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกเขตกรุงเทพมหานคร รวมถึงการนำร่องบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน บริการ Telehealth/telemedicine บริการด้านการพยาบาล และบริการกายภาพบำบัดที่บ้านหรือในชุมชน

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. ค่าบริการระดับปฐมภูมิ

การบริหารจัดการค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็นค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานครและค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2. ค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการประจำ (ภาครัฐหรือภาคเอกชน) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การ

ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติ (พรบ.) ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีศักยภาพหรือความพร้อมในการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามเกณฑ์ศักยภาพที่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้

1. ต้องมีข้อมูลชื่อทีมหมอครอบครัวคู่กับประชาชน และประกาศให้ประชาชนรับทราบ โดยมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างประชาชนและหมอประจำครอบครัว (Electronic Medical Record: EMR)

2. ต้องมีทะเบียนประชาชนกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยจำนวน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะเบาหวาน รวมถึงมีข้อมูลสถานะสุขภาพพื้นฐาน

3. มีระบบข้อมูลรองรับการบันทึกผลงานและระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงการรับ-ส่งต่อ ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลประจำแม่ข่าย (CUP)

4. หน่วยบริการประจำแม่ข่ายมีความพร้อมในการสนับสนุนบุคลากร ทรัพยากร และการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิฯ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ต้องสมัครหรือแสดงความจำนงตอบรับการดำเนินงาน เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต และ สปสช. เขต ร่วมกับกลไกระดับพื้นที่จัดตั้งคณะทำงาน เพื่อพิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด ซึ่ง คณะทำงานสามารถกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกเพิ่มเติมได้ตามบริบทของพื้นที่

ทั้งนี้ ให้หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ 1. ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. จำนวน 214.00 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร จ่ายให้หน่วยบริการประจำ (ภาครัฐหรือภาคเอกชน) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีศักยภาพหรือความพร้อมในการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวนไม่เกิน 430 หน่วย โดยแบ่งจ่าย ดังนี้

1.1 รอบที่ 1 ไม่เกินร้อยละ 25 (53.50 ล้านบาท) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตราคงที่ (fixed rate) ไม่เกิน 125,000.00 บาท ต่อหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพการจัดบริการ ภายในไตรมาส 1 เมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดส่ง

1.1.1 ข้อมูลชื่อทีมหมอครอบครัวคู่กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563

1.1.2 ทะเบียนประชาชนกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง อย่างน้อยจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะเบาหวาน ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563

1.2 รอบที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 (160.50 ล้านบาท) จ่ายตามระบบ Point system ตามผลลัพธ์คุณภาพบริการที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดการดำเนินงานในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง อย่างน้อยจำนวน 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย /กลุ่มเสี่ยง	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	ค่าเฉลี่ยผลงาน ปี 2562
1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	51.64%
2. กลุ่มเด็กอายุครบ 1 ปี	ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีน MMR1	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	84.35%
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะเบาหวาน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 mg%	มากกว่าร้อยละ 50	17.63%

โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีค่าร้อยละผลลัพธ์คุณภาพบริการไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยผลงานปี 2562 ในแต่ตัวชี้วัด ซึ่งแบ่งจ่ายออกเป็น 2 งวด ดังมีรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์คุณภาพบริการ	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	คะแนน					ผลรวมคะแน
			1	2	3	4	5	(คะแนน x ค่าน้ำ
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	ไม่น้อยกว่า 80%	30	52 - 58	59 - 65	66 - 72	73 - 79	? 80	
ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีน MMR1	ไม่น้อยกว่า 95%	30	85.00 - 87.50	87.60 - 90.00	90.10 - 92.50	92.60 - 95.00	? 95	
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้าย < 7 mg%	มากกว่า 50%	40	18 - 25	26 -33	34 - 41	42 - 49	> 50	
หมายเหตุ: ผลงานขั้นต่ำไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย (Mean) ผลงาน ปี 2562							คะแนนรวมทั้งหมด	

1.2.1. งวดที่ 1 ไม่เกินร้อยละ 25 (53.50 ล้านบาท) จ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการ 5 เดือน (ผลงานเดือนตุลาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564) ภายใต้วงเงินงบประมาณ จ่ายภายในไตรมาส 3

1.2.2 งวดที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (107.00 ล้านบาท) จ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการ 9 เดือน (ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2563 - มิถุนายน 2564) ภายใต้วงเงินงบประมาณ จ่ายภายในไตรมาส 4

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายที่ได้รับการจัดสรรในงวดที่ 2 จะถูกนำมาหักลบกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับการจัดสรรในงวดที่ 1 ก่อนโอนให้แก่หน่วยบริการต่อไป โดยหน่วยบริการต้องส่งทะเบียนรายชื่อประชาชนกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง อย่างน้อยจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะเบาหวาน ที่ปรับปรุงเป็นปัจจุบัน ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 และวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ร่วมด้วย สำหรับการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายงวดที่ 1 และ 2 ร่วมด้วย

ตัวอย่างการคำนวณการจัดสรรรอบที่ 2 จ่ายตามระบบ Point system

หลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ
สำหรับหน่วยบริการ นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2564

ตัวอย่างการคำนวณการจัดสรรรอบที่ 2 จ่ายตาม point system ตามการประเมินผลงานหรือผลลัพธ์คุณภาพบริการ

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์คุณภาพบริการ	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	คะแนน					ผลรวมคะแนนงวดที่ 1 (คะแนน x ค่าน้ำหนัก)	ผลรวมคะแนนงวดที่ 2 (คะแนน x ค่าน้ำหนัก)
			1	2	3	4	5		
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	ไม่น้อยกว่า 80%	30	52 - 58	59 - 65	66 - 72	73 - 79	≥80	90	150
ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีน MMR1	ไม่น้อยกว่า 95%	30	85.00 - 87.50	87.60 - 90.00	90.10 - 92.50	92.60 - 95.00	≥95	60	120
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้าย < 7 mg%	มากกว่า 50%	40	18 - 25	26 -33	34 - 41	42 - 49	> 50	40	160
							คะแนนรวมทั้งหมด	190	430

การคำนวณการจัดสรรงวดที่ 1 ของ PCC_A

= จำนวนเงินทั้งหมด (53,500,000 บาท) x คะแนนประเมินของ PCC_A (190 คะแนน) / จำนวนคะแนนการประเมินตามผลงานบริการ 5 เดือน ของทุก PCC

→ (1) จัดสรรแก่หน่วย PCC_A ภายในไตรมาส 3

การคำนวณการจัดสรรงวดที่ 1 ของ PCC_A

= จำนวนเงินทั้งหมด (160,500,000 บาท) x คะแนนประเมินของ PCC_A (430 คะแนน) / จำนวนคะแนนการประเมินตามผลงานบริการ 9 เดือน ของทุก PCC

→ (2) จัดสรรแก่หน่วย PCC_A ภายในไตรมาส 4 = จำนวนเงินที่คำนวณงวดที่ 2 − จำนวนเงินงวดที่ 1

หมายเหตุ: ยอดจัดสรรทั้งหมดต่อหน่วย = ผลการจัดสรรรอบที่ 1 25% (125,000 บาท) + ผลการจัดสรรรอบที่ 2 75% [ผลการจัดสรรงวดที่ 1 + งวดที่ 2]

2. จำนวน 44.64 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จ่ายให้กับหน่วยบริการโดยแนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต (อปสข.) ทั้งนี้อาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพ โดยเน้นคุณค่า (Value-based health care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่าง ๆ ได้

3. ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถปรับเกลี่ยวงเงิน ระหว่างข้อ 1 กับข้อ 2 ได้ตามผลการให้บริการที่เกิดขึ้นจริง

4. ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้คลินิกหมอครอบครัวมีการบูรณาการกลไกการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ หรือ พชอ. (District Health Board) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่าง ๆ หรือจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

4. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

1. การดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยกลไกระดับประเทศ/เขต/จังหวัด

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และความครอบคลุมผลงานบริการที่สะท้อนการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม

ตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการลดความแออัด และลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ซึ่งเป็นหน่วยบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจนั้น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาเภสัชกรรม และ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) จึงได้เริ่มดำเนินโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่และสนับสนุนการจัดบริการระดับปฐมภูมิ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิในการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน โดยผู้มีสิทธิมีความปลอดภัยในการใช้ยาและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการบริหารจัดการระบบ

1. หน่วยบริการที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ และร้านยาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ ลดความแออัดของหน่วยบริการ

2. รูปแบบการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการกับหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) กำหนดการดำเนินการเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบ 1 หน่วยบริการจัดยารายบุคคลส่งให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม (ร้านยา)

รูปแบบ 2 หน่วยบริการจัดสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม (ร้านยา)

รูปแบบ 3 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) ดำเนินการจัดการด้านยาเอง

กระบวนการ	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3
1. การคัดเลือก และจัดซื้อจัดหายาสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วย	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	ร้านยา
2. การสำรองยาสำหรับผู้ป่วย (Sub stock)	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ/ร้านยา	ร้านยา
3. การจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล	หน่วยบริการ	ร้านยา	ร้านยา
4. การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	ร้านยา	ร้านยา	ร้านยา

ทั้งนี้ หน่วยบริการและร้านยา สามารถทำความตกลงเลือกระบบบริการรูปแบบใดก็ได้ โดยแจ้ง สปสช. ทราบตามช่องทางที่กำหนด ทั้งนี้ ในกรณีเลือกรูปแบบที่ 3 หน่วยบริการจะต้องจ่ายค่ายาให้ร้านยาตามระบบและอัตราที่ตกลงร่วมกัน หากหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการจ่ายได้ สามารถแจ้งต่อ สปสช. เพื่อให้ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) เพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นให้กับองค์การเภสัชกรรมแทนหน่วยบริการประจำได้ตามที่หน่วยบริการประจำตกลงกับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยในการไปรับยาที่ร้านยา

1. ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการและมีความสะดวกในการมารับบริการที่ร้านยาใกล้บ้าน หรือใกล้สถานที่ทำงาน
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หอบหืด/จิตเวช หรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล

เงื่อนไขการบริการ

1. เป็นความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะรับยาที่ร้านยา
2. ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากร้านยาต้องเป็นยาเดียวกับที่ได้รับจากหน่วยบริการเดิมที่รับยาอยู่
3. ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าบริการใด ๆ เพิ่มขึ้น

คุณสมบัติร้านยาแผนปัจจุบันที่จะเข้าร่วมโครงการ

1. เป็นร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีคุณสมบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และมีเภสัชกรปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
2. มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ ลดความแออัดของหน่วยบริการ

ทั้งนี้ ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการต่อเนื่อง ต้องได้รับการต่ออายุใบอนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) หากไม่ได้รับการต่ออายุจะถือว่าไม่มีคุณสมบัติเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติข้างต้น

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

1. สำหรับหน่วยบริการ (โรงพยาบาล)

1.1 โรงพยาบาลใหม่ที่สมัครเข้าร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ในปีงบประมาณ 2564 จะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา ในอัตราเหมาจ่าย 33,000 บาทต่อร้านยา 1 แห่งต่อปี โดยการจัดหาร้านยา เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2563

1.2 โรงพยาบาลเดิมที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 จะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา ตามจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกของแพทย์ ที่ผู้ป่วยไปรับร้านยาที่ร้านยาตามใบสั่งยา

2. สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) จะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา ตามจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ที่ผู้ป่วยมารับร้านยาที่ร้านยาตามใบสั่งยาของแพทย์

รูปแบบ	จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับหน่วยบริการ		จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับร้านยา
	หน่วยบริการ (ใหม่)	หน่วยบริการ (เก่า)	
รูปแบบที่ 1	33,000 บาทต่อร้านยา 1 แห่ง ต่อปี	49 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	70 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
รูปแบบที่ 2	33,000 บาทต่อร้านยา 1 แห่ง ต่อปี	47 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	80 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
รูปแบบที่ 3	33,000 บาทต่อร้านยา 1 แห่ง ต่อปี	42 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	90 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

หมายเหตุ : ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยา ต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสามารถใช้รับยาได้ตามจำนวนครั้งตามที่แพทย์หน่วยบริการแม่ข่ายกำหนดไว้ในใบสั่งยา

ค่ายาและเวชภัณฑ์ของร้านยาสำหรับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการในรูปแบบที่ 3

สปสช.ดำเนินงานร่วมกับองค์การเภสัชกรรม ในการจัดหายาและเวชภัณฑ์ ส่งให้ร้านยาซึ่งเข้าร่วมโครงการในรูปแบบที่ 3 โดยใช้ข้อมูลที่ร้านยา บันทึกผ่าน **“ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์”** โดย สปสช. ดำเนินการจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ตามรายการที่หน่วยบริการกำหนดและร้านยาจ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ร้านยา ตามราคาชดเชยที่กำหนด และตามเงื่อนไขที่หน่วยบริการประจำแจ้งต่อ สปสช.

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย

1. สำหรับร้านยา

1) ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงสิทธิว่าง โดยผู้มีสิทธิต้องยื่นบัตรประชาชน พร้อมใบสั่งยา หรือคำสั่งใช้ยาในระบบอิเลคโทรนิกส์ จากหน่วยบริการแม่ข่ายที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ และร้านยาตรวจสอบสิทธิผ่านช่องทางที่กำหนด

2) ร้านยาจ่ายยาให้แก่ผู้มีสิทธิ ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม และเป็นการจ่ายตามคำสั่งแพทย์จากหน่วยบริการแม่ข่าย ในโรคตามที่กำหนด

3) ภายหลังการให้บริการ ร้านยาบันทึกข้อมูลใน **“ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์”** ตามที่ สปสช.กำหนด

4) รอบการจ่ายค่าใช้จ่าย

4.1) ภายหลังร้านยาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม **“ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์”** ตามแนวทางที่กำหนด สปสช.ตัดข้อมูลทุก 15 วัน และร้านยาจะได้รับการโอนเงินภายใน 15 วันหลังตัดข้อมูล

4.2) การอุทธรณ์การจ่าย ร้านยาสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

2. สำหรับหน่วยบริการ

1) ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงสิทธิว่าง

2) แพทย์ของหน่วยบริการแม่ข่าย สั่งจ่ายยาในโรคตามที่กำหนด โดยเป็นการส่งผู้ป่วยไปรับยา ที่ร้านยาในเครือข่ายร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

3) หน่วยบริการออกใบสั่งยา หรือคำสั่งใช้ยาในระบบอิเลคโทรนิกส์ โดยบันทึกข้อมูลใน **"ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์"** ทั้งร้านยาใหม่ และร้านยาเก่า ตามที่ สปสช.กำหนด เพื่อใช้เป็นคำสั่งแพทย์ และให้ร้านยาจัดยา และจ่ายยาให้ผู้ป่วย

4) รอบการจ่ายค่าใช้จ่าย

4.1) ภายหลังหน่วยบริการ ส่งใบสั่งยาให้แก่ร้านยาบันทึกข้อมูลในโปรแกรมร้านยาออนไลน์แล้ว และผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา สปสช.ตัดข้อมูลทุก 15 วัน และหน่วยบริการจะได้รับการโอนเงินภายใน 15 วัน หลังตัดข้อมูล

4.2) หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

สำหรับหน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ในปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลใหม่) สปสช.จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยาเมื่อหน่วยบริการจัดส่งเอกสารประกอบการรับค่าใช้จ่าย ตามแบบฟอร์ม ดังนี้

1) กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยา

2) รายชื่อร้านยาในเครือข่าย

3) รายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการของเครือข่าย (เช่น กลุ่มโรคที่จะดำเนินการ วิธีการรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน การตรวจเยี่ยมนิเทศน์งานของเภสัชกร เป็นต้น) ประมาณการจำนวนผู้ป่วยตามรายโรคที่คาดว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา

ทั้งนี้ หน่วยบริการอาจให้ สปสช.ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการตกลงให้หน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อเสนอของหน่วยบริการ

การติดต่อประสานงาน

หากหน่วยบริการและร้านยามีข้อสงสัยต้องการสอบถามเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ดังนี้

1) สำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ในพื้นที่ของหน่วยบริการและร้านยา

2) สายด่วน สปสช. 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง

3) สำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์

- เบอร์โทรศัพท์พื้นฐาน : 02-141-4000
- เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 084-700-1664
- โทรสาร : 02-143-9730-1
- Email : drugnhso@gmail.com

แบบฟอร์มการขอรับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. **ชื่อหน่วยบริการ** ..... **รหัส**.....
2. **รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยาแต่ละแห่ง** (เลือกได้มากกว่า 1 รูปแบบ)
   - ○ รูปแบบที่ 1 หน่วยบริการจัดยารายบุคคลส่งให้ร้านยา
   - ○ รูปแบบที่ 2 หน่วยบริการจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา
   - ○ รูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการจัดการด้านยาเอง
3. **ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรมที่ร่วมดำเนินการ**
   จำนวน ..... แห่ง (ตามรายละเอียดแนบ)
4. **รายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการของเครือข่าย**

   4.1 กลุ่มโรคที่จะดำเนินการ และประมาณจำนวนผู้ป่วยรายโรคที่คาดว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา

   - ○ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ..... คน
   - ○ โรคเบาหวาน จำนวน ..... คน
   - ○ โรคหอบหืด จำนวน ..... คน
   - ○ โรคจิตเวช จำนวน ..... คน
   - ○ โรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล (ระบุโรค)
     ..... จำนวน ..... คน

   4.2 วิธีการรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน (ถ้ามี).....

   4.3 แนวทางการตรวจเยี่ยมนิเทศงานของเภสัชกร (ถ้ามี).....

ขอรับรองว่าเป็นรายละเอียดการดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยาจริง เพื่อการขอรับเงินค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา

ลงชื่อ.....(ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจ)
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....

รายชื่อร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรมที่ร่วมดำเนินการ

ลำดับที่	ชื่อร้านยา	เภสัชกร	ที่อยู่/เบอร์ติดต่อ	ประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา	รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยา			หมายเหตุ
					รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3	

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์การจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

ค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการด้านยา และเวชภัณฑ์การจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นการลดความแออัด และลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล รวมทั้ง เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเดินทางมายังหน่วยบริการ

1. ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน แก่ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. หน่วยบริการที่ให้บริการการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเภทหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการรับส่งต่อ

3. หน่วยบริการมีช่องทางในการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วย สำหรับการสั่งการรักษา ซักประวัติ ถามอาการ และบันทึกข้อมูลการรักษาในเวชระเบียน รวมทั้ง ทำหน้าที่ในการ packing ยาและเวชภัณฑ์ เพื่อจัดส่งยาทางไปรษณีย์ด้วยระบบบริการส่งด่วน (EMS)

2. อัตราการจ่ายชดเชย

หน่วยบริการได้รับการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยทางไปรษณีย์ในอัตราไม่เกิน 50 บาทต่อครั้งบริการ

3. การประมวลผล การตัดยอดข้อมูล และการอุทธรณ์การจ่าย

1) การบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านโปรแกรม e-claim

2) สปสช.ทำการตรวจสอบและประมวลผลแล้วจะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์ พุธ และศุกร์

3) การตัดยอดข้อมูล จะตัดทุกวันสุดท้ายของเดือนและออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ตามวันที่กำหนดเช่นเดียวกับการเบิกจ่ายในระบบปกติอื่น ๆ

4) การโอนเงินให้หน่วยบริการ หน่วยบริการจะได้รับการโอนเงินภายใน 30 วัน นับจากวันตัดยอดข้อมูล

5) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

บทที่ 18

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))

บทที่ 18

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) 2 ส่วน คือ

1) แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน)

2) แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการให้บริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ UC))

คำจำกัดความ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้ติดเชื้อ หรือ ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน)

1.1 วัตถุประสงค์

1.1.1 เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) ให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม

1.1.2 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค Covid-19 (early screening)

1.2 หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย

1.2.1 ผู้มีสิทธิในการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ ประชาชนไทยทุกคน (ทุกสิทธิ) และผู้ที่รับบริการในสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine)

1.2.2 เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ได้แก่

1) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.2.3 การตรวจคัดกรอง

1) การให้บริการต้องดำเนินการโดยหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) การตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่

2.1) การตรวจคัดกรองตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 สามารถดำเนินการได้ตามความเหมาะสม ซึ่งต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ กรณีสถานบริการเอกชนดำเนินการด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการเป็นกลุ่มเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถดำเนินการได้ตามเงื่อนไขตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ดำเนินการได้ ณ ที่พำนักของผู้ป่วย หรือสถานที่กักกันเป็นการชั่วคราว ไม่ได้กระทำเป็นปกติธุระ เนื่องจากไม่สามารถออกมาภายนอกได้ จะต้องดำเนินการ ณ ที่พัก หรือสถานที่กักกันเท่านั้น ห้ามตั้งจุดในพื้นที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชนที่มีการสัญจรพลุกพล่านโดยเด็ดขาด โดยแจ้งรายละเอียดตามแบบ สพ.อ.4 (แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่น ซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล) ตามที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดไปยังผู้อนุญาตทราบก่อนให้บริการอย่างน้อย 5 วันก่อนดำเนินการ และเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง สถานที่เสี่ยง และการตรวจเพื่อวัตถุประสงค์อื่นกรณีเข้าเงื่อนไขการผ่อนปรนของรัฐบาล ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

2.1.1) นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหรือสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตในพื้นที่รับผิดชอบ

2.1.2) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้งสำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หน่วยบริการเอกชนต้องเก็บแบบ สพ.อ.4 ไว้สำหรับการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และดำเนินการตามวิธีการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกาศ หรือกำหนด

2.2) ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์และต้องดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้ชุดตรวจภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) วัสดุ อุปกรณ์หรือเครื่องมือดังกล่าวต้องได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้ง ต้องส่งสิ่งส่งตรวจให้ส่งไปตรวจยังห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้การรับรองเท่านั้น

2.3) การรายงาน และการให้คำปรึกษา

2.3.1) เมื่อทราบผลการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้แจ้งไปยังผู้รับบริการ พร้อมทั้ง รายงานผลไปยังกรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามช่องทางที่กำหนดทุกราย

2.3.2) การให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงทุกราย ระหว่างรอผลตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติตัว และการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยการแยกตัวที่บ้านเป็นระยะเวลา 14 วัน (Self-Quarantine) ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ กรณีพบผู้ป่วยผลบวก (Positive) หากสถานบริการเอกชน มีศักยภาพในการให้ดูแลรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) สถานบริการนั้นควรรับผู้ป่วยไว้รักษาให้พ้นอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีเงื่อนไขการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย ทั้งนี้ กรณีสถานบริการไม่มีศักยภาพให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในเครือข่ายของสถานบริการ หรือประสานสายด่วน สปสช. 1330 เพื่อส่งผู้ป่วยในการรักษาต่อไป

1.2.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ต้องเป็นห้องปฏิบัติการเครือข่ายที่ผ่านการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการทางด้านห้องปฏิบัติการหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในการดำเนินการต้องปฏิบัติตามแนวทางที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

1.2.5 การจ่ายชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยสำหรับข้อมูลบริการตั้งแต่ วันที่ 2 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป กรณีหน่วยบริการได้รับการจ่าย หรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐแล้ว ไม่ให้นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อนกับ สปสช.อีก

หมายเหตุ

1. สำหรับหน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วย Covid 19 การให้บริการในการตรวจ Lab ต้องมีการส่งต่อจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกครั้ง

2. การให้บริการคัดกรอง สถานบริการเอกชนในเครือไม่สามารถดำเนินการแทนกันได้ หากประสงค์จะดำเนินการคัดกรองจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วย Covid 19

1.3 อัตราจ่าย

1.3.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่น ๆ ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงต่อครั้งบริการ ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และหรือที่มีการปรับปรุงแก้ไข

2) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

1.3.2 ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

ทั้งนี้ การจ่ายค่าใช้จ่ายในการให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเป็นไปตามแนวทางการให้บริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.4 การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย การตัดรอบข้อมูลและรอบการจ่าย

1.4.1 หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการตามที่ สปสช. กำหนด ในโปรแกรม e-Claimเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) <u>หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ</u> ให้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ, ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

2) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจคัดกรองเก็บสิ่งส่งตรวจ <u>แต่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้</u> ให้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเป็นค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

ทั้งนี้ ในการส่งสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ไปตรวจยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (หน่วยตรวจ LAB) <u>ขอความร่วมมือให้หน่วยบริการที่เก็บสิ่งส่งตรวจ แจ้งไปด้วยว่า เป็นกรณีการตรวจคัดกรอง (Screening)</u> เพื่อให้หน่วยตรวจ LAB ทราบว่า เป็นกรณีของการตรวจคัดกรองกลุ่มประชาชนที่เข้าเกณฑ์การคัดกรองตามที่ สปสช.กำหนด ซึ่งหน่วยตรวจ LAB สามารถส่งข้อมูลมาขอรับค่าใช้จ่ายได้จาก สปสช.โดยตรง (กรณีที่เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หน่วยบริการที่รักษาจะเป็นผู้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการแทนหน่วยตรวจ LAB ตามแต่ละสิทธิ)

3) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (หน่วยตรวจ LAB) ให้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

ทั้งนี้ หน่วยตรวจ LAB ต้องรับสิ่งส่งตรวจจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น โดยระบุว่ารับสิ่งส่งตรวจมาจากหน่วยบริการใด

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลการให้บริการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป อ้างอิง “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” ฉบับที่ 3 โดยมีผลใช้บังคับเมื่อ 17 กันยายน 2563 เป็นต้นไป ในอัตรา 1,600 บาท จนกว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไข

1.4.2 การบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD10) เป็นไปตามแนวทางการสรุปและให้รหัสโรค ในกรณีการตรวจ lab เพื่อคัดกรอง ให้ใช้ Z11.5 Special screening examination for other viral diseases เป็นรหัสการวินิจฉัยอื่นร่วมด้วย เพื่อใช้ในการประมวลผลจ่ายชดเชย

1.4.3 หน่วยบริการตามข้อ 1) ข้อ 2) และ ข้อ 3) ต้องบันทึกรหัสโครงการพิเศษ SCRCOV การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการโควิด 19 ตามที่กำหนด รายละเอียดตามวิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายในโปรแกรม e-Claim

1.4.4 สปสช. จะตอบกลับผลการส่งข้อมูลทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ แสดงให้หน่วยบริการทราบทาง www.eclaim.nhso.go.th โดยจะตัดยอดข้อมูลตามรอบที่กำหนด และจะมีการโอนเงินให้หน่วยบริการไม่เกิน 30 วันนับจากวันตัดยอดข้อมูล

1.5 การแก้ไขข้อมูลและการอุทธรณ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการสามารถแก้ไขข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ และส่งเข้ามาใหม่ได้จนกว่าจะผ่านการตรวจสอบ โดยดำเนินการส่งข้อมูลเหมือนกับการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบปกติ

กรณีที่หน่วยบริการพบความผิดพลาดของการจ่าย สามารถขออุทธรณ์มายัง สปสช.ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการที่ สปสช.กำหนด

1.6 เอกสารหลักฐานประกอบการตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบ

1.6.1 กรณีหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการ รวมทั้งเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย (ควรมี)
- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab
- ผลการตรวจ lab ลงนามนักเทคนิคการแพทย์ (ตามมาตรฐานวิชาชีพ)

1.6.2 กรณีหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ แต่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการ รวมทั้งเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)

1.6.3 กรณีหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ แต่ไม่ได้เก็บสิ่งส่งตรวจเอง

- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab
- ผลการตรวจ lab ลงนามนักเทคนิคการแพทย์ (ตามมาตรฐานวิชาชีพ)

ทั้งนี้ สปสช. ได้จัดทำ ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19 แบบ one- page ให้หน่วยบริการสามารถปรับให้เหมาะสมสำหรับการใช้งาน แต่ขอให้มีข้อมูลสำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมาตรฐานวิชาชีพ *รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย*

2. การให้บริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ UC))

2.1 ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ติดเชื้อ หรือผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

2. เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. สำหรับการเข้ารับบริการประเภทบริการผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป และประเภทผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป

4. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐแล้ว ไม่ให้นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อนกับ สปสช.อีก

2.2 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ

2) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))

3) ค่าห้องควบคุมและค่าอาหาร

4) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment : PPE)

5) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย

2.3 อัตราและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ *ดังนี้*

1) ประเภทบริการผู้ป่วยนอก (OP)

1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อที่ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ มีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่นๆ ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงต่อครั้งบริการไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และหรือที่มีการปรับปรุง

2) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

1.1.2 ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลการให้บริการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป อ้างอิง “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” ฉบับที่ 3 โดยมีผลใช้บังคับเมื่อ 17 กันยายน 2563 เป็นต้นไป ในอัตรา 1,600 บาท จนกว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไข

1.2 ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ ในกรณีมีความจำเป็นที่หน่วยบริการต้องใช้ยารักษาผู้ป่วยเกินกว่าอัตราที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. เป็นรายกรณี

กรณียาที่หน่วยบริการ ได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้การชดเชยเป็นเงินอีก

1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด่านท่าอากาศยาน ด่านพรมแดน ด่านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สปสช จะจ่ายชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการขจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด)

1.3.1 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

1.3.2 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

2) ประเภทบริการผู้ป่วยใน (IP) หมายถึง กรณีเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด 19 หรือ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องสอบสวนโรค (Patient Under Investigation : PUI) ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และแพทย์มีความเห็นว่าต้องรับไว้ในหน่วยบริการหรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือผู้ที่รับบริการในสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคคิดเชื้อโควิด-19 เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ.2563 ฉบับที่ 2 จะถือว่า เป็นกรณีบริการประเภทผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช.ได้ตามอัตราและเงื่อนไขนี้

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อที่ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

2.1.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ และค่าบริการอื่น ๆ ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงต่อครั้งบริการไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และหรือที่มีการปรับปรุง

2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

2.1.2 ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลการให้บริการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป อ้างอิง “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” ฉบับที่ 3 โดยมีผลใช้บังคับเมื่อ 17 กันยายน 2563 เป็นต้นไป ในอัตรา 1,600 บาท จนกว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไข

2.2 ค่าห้องควบคุมรวมค่าอาหาร

2.2.1 ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษารวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ จ่ายตามจริงไม่เกิน 2,500 บาทต่อวัน

2.2.2 ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 และสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ.2563 ฉบับที่ 2 จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน

“หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หมายถึง สถานที่อื่นของหน่วยบริการ ที่จัดให้เป็นหอผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของหน่วยบริการนั้น ๆ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ”

2.3 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) ทั้งแบบชนิดใช้ซ้ำและชนิดที่ใช้ได้ครั้งเดียว จ่ายแบบเหมาจ่าย 740 บาทต่อชุด

2.3.1* สำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อย ถึงอาการปานกลาง จ่ายตามการให้บริการจริง ไม่เกินจำนวน 15 ชุดต่อวัน

2.3.2** สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง ไม่เกินจำนวน 30 ชุดต่อวัน

หมายเหตุ :

* ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯปัจจุบัน หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มอาการระดับ 1, 2 และ 3

** ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯปัจจุบัน ผู้ป่วยกลุ่มอาการระดับ 4

2.4 ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ ในกรณีมีความจำเป็นที่หน่วยบริการต้องใช้ยารักษาผู้ป่วยเกินกว่าอัตราที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. เป็นรายกรณี

ทั้งนี้ กรณียาที่หน่วยบริการ ได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้การชดเชยเป็นเงินอีก

2.5 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด่านท่าอากาศยาน ด่านพรมแดน ด่านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สปสช จะจ่ายชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการขจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด)

2.5.1 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

2.5.2 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

ทั้งนี้ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีค่าใช้จ่ายสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้หน่วยบริการขออนุมัติต่อสำนักงาน เป็นรายกรณี ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

การประมวลผล การตัดยอดข้อมูล และการอุทธรณ์การจ่าย

1) การบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านโปรแกรม e-claim

2) สปสช.ทำการตรวจสอบและประมวลผลแล้วจะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์ พุธ และศุกร์

3) การตัดยอดข้อมูล จะตัดทุกวันสุดท้ายของเดือนและออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ตามวันที่กำหนดเช่นเดียวกับการเบิกจ่ายในระบบปกติอื่น ๆ

4) การโอนเงินให้หน่วยบริการ หน่วยบริการจะได้รับการโอนเงินภายใน 30 วัน นับจากวันตัดยอดข้อมูล

5) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

การติดต่อประสานงาน

หากหน่วยบริการมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ดังนี้

1) สำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติ เขต 1-13

2) สายด่วน สปสช. 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง

3) Help Desk สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ในวันและเวลาราชการ เบอร์โทรศัพท์ 02-142-3100-3

ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19

โรงพยาบาล/หน่วยบริการ.....HN/VN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....

วันที่รับบริการ.....

- **ประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยสังเขป**
  - อาการ.....
  - การตรวจร่างกาย.....
- **ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ COVID 19**
  - ความเสี่ยงเข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด* ระบุ (หรือใช้เอกสารแนบ).....
    .....
  - แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด ระบุ
    .....
    .....
- **คำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ COVID 19**
  - Nasopharyngeal /throat swab for Real-time RT-PCR
  - Sputum exam for for Real-time RT-PCR
  - อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อแพทย์.....

(.....) เลข ว. .....

***เกณฑ์ตามนิยามสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI)**

คำยินยอมของผู้ป่วยในการส่งตรวจเชื้อ COVID 19 (ควรมี)

ข้าพเจ้า.....รับทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งตรวจเชื้อ COVID และมีความยินยอมให้เก็บสิ่งส่งตรวจตามที่แพทย์สั่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค COVID 19

ลงชื่อผู้ป่วย/ผู้แทน.....

(.....)

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยบริการห้อง LAB-COVID19ที่ส่ง specimen ไปตรวจ.....

หน่วยบริการสามารถปรับให้เหมาะสมสำหรับการใช้งาน แต่ข้อให้มีข้อมูลสำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติ*

3. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 31 มีนาคม 2563 เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ข้อ 5 ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ในการนี้ เพื่อให้การให้บริการและการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้กำหนดแนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

เงื่อนไขการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่าย

1. “ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
2. สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
3. สำหรับการเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป
4. เมื่อสถานพยาบาลรับผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้สถานพยาบาลให้การดูแลรักษาตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล
5. หลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้สถานพยาบาลแจ้งต่อกองทุนของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณีทราบโดยเร็ว

6. กรณีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อตามความเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย และตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยอาจส่งต่อผู้ป่วยได้ในกรณี ดังนี้

6.1 สถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาตัวในเครือข่ายสถานพยาบาลที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วย

6.2 สถานพยาบาลมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลรักษาผู้ป่วย

6.3 ผู้ป่วยหรือญาติมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น

กรณีสถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษายังสถานพยาบาลอื่นตามข้อ 6.1 หากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยปฏิเสธไม่ขอให้ส่งต่อ หรือกรณีผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยประสงค์จะไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นตามข้อ 6.3 ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

7. การรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))” โดย

7.1 ครอบคลุมการเข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทผู้ป่วยใน

7.2 กรณีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการระบุว่าผู้ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ผลเป็นบวก) ค่ารักษาพยาบาลจะครอบคลุมตั้งแต่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงสิ้นสุดการรักษาพยาบาลตามแนวทางที่กระทรวงการสาธารณสุขกำหนด และให้หมายความรวมถึงกรณีที่สถานพยาบาลส่งตัวผู้มีสิทธิไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลแห่งอื่นด้วย

7.3 กรณีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการระบุว่าผู้ป่วยไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (กรณีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) แต่พบว่าผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการเป็นลบ) ค่ารักษาพยาบาลจะครอบคลุมตั้งแต่สถานพยาบาลรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในจนถึงผู้ป่วยได้รับแจ้งผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ เกณฑ์การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

7.4 ในกรณีที่ผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการระบุว่าผู้ป่วยไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) แต่ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ให้นำหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) และประกาศ

กระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติมาใช้บังคับกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ภายหลังจากได้รับแจ้งผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการระบุว่าไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ส่วนกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และฉุกเฉินไม่รุนแรง สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้อ้างอิงแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต เร่งด่วน และกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 กรณีผู้มีสิทธิอื่น ๆ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่ แต่ละสิทธิกำหนด

7.5 กรณีผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต กฎหมายว่าด้วยการประกันวินาศภัย ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

เป็นไปตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยประกอบด้วย

หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร
หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด
หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต
หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ
หมวดที่ 10 ค่าทำหัตถการ
หมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล/อื่น ๆ)
หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู
หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

โดยค่าใช้จ่ายตามบัญชีและอัตราดังกล่าว มิให้สถานพยาบาลเรียกเก็บจากผู้ป่วยเพิ่มเติมอีก สำหรับค่าใช้จ่ายรายการใดที่ไม่อยู่ในบัญชีรายการที่กำหนด อนุโลมให้ใช้รายการและราคาเบิกจ่ายโครงการ UCEP

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

1. สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายมายัง สปสช. ในระบบโปรแกรม UCEP COVID ทาง website : https://ucep.nhso.go.th

2. กำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการภายใน 30 วัน หลังให้บริการกรณีผู้ป่วยนอก หรือ 30 วันหลังจำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน

3. สปสช. ตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย สรุปค่าใช้จ่ายและแจ้งข้อมูลให้กองทุนของผู้มีสิทธิทราบภายใน 30 วันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

4. กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายใน 15 วันนับจากวันที่ สปสช. แจ้งไปยังกองทุนของผู้มีสิทธิ

กรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิคนพิการตามกฎหมายว่าการประกันสังคมที่เลือกรับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. จะทำการโอนเงินให้สถานพยาบาล ภายใน 15 วัน หลังวันรับเอกสารอนุมัติสมบูรณ์

5. การตัดยอดข้อมูลและการออกรายงานจ่ายเงิน

สปสช. จะตัดข้อมูลทุกวันที่ 1 และวันที่ 16 ของเดือน ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่ายและแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิรับทราบ

หมายเหตุ : กรณีวันตัดข้อมูลตรงกับวันหยุดจะเลื่อนวันตัดข้อมูลเป็นวันทำการถัดไป

6. การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายเงิน

สปสช. กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สามารถขอเวชระเบียนมาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในภายหลัง ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องจัดเตรียมเวชระเบียนให้พร้อมสำหรับการตรวจสอบ

7. การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย สถานพยาบาลสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 365 วัน นับจากวันรับแจ้งการโอนเงิน ทั้งนี้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายถือเป็นที่สิ้นสุด

บทที่ 19

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีสิทธิอื่น

บทที่ 19

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีสิทธิอื่น

1. แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ

ในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตามนโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล เพื่อบริหารการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ผู้มีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งสิทธิข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่สมัครใจ โดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 (14)

ในการนี้ จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทั่วไป

1) การตรวจสอบสิทธิ

1.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยผู้มีสิทธิใช้บัตรประจำตัวประชาชน ที่ราชการออกให้ ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล โดยสามารถตรวจสอบสิทธิได้ ดังนี้

1.1.1) ข้อมูลที่ สปสช. ส่งให้แก่สถานพยาบาล ในโปรแกรม NHSO Client

1.1.2) การตรวจสอบสิทธิผ่านโปรแกรม NHSO Client

1.1.3) การตรวจสอบสิทธิผ่านเว็บตรวจสอบสิทธิฯ

- ดาวน์โหลดโปรแกรม UCAuthentication Version mx ได้ที่ http:// www.nhso.go.th -> บริการออนไลน์ -> Download -> โปรแกรม UCAuthentication Version mx
- เลือกใช้งานงานระบบเว็บตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนออนไลน์ (ERM)

1.2) กรณีที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน หากตรวจสอบสิทธิไม่พบในฐานข้อมูล สามารถใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิจากส่วนราชการต้นสังกัดยื่นต่อสถานพยาบาลเพื่อใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้

2) การขอเลขอนุมัติ กรณีผู้ป่วยใน

ให้สถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษา ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client หากไม่พบข้อมูลผู้มีสิทธิในฐานข้อมูล ให้ใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ จากส่วนราชการต้นสังกัด และนำข้อมูลในหนังสือรับรองการมีสิทธิมาขอเลขอนุมัติ

3) การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง กรณีผู้ป่วยนอก

เมื่อสถานพยาบาลตรวจสอบแล้วพบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้ โดยไม่ต้องสำรองจ่าย และไม่ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง โดยสถานพยาบาลทำธุรกรรมผ่านเครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (EDC) ของกรมบัญชีกลาง

4) โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

4.1) โปรแกรม NHSO Client สำหรับให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิ ดาวน์โหลดข้อมูลผู้มีสิทธิ และขอเลขอนุมัติกรณีผู้ป่วยใน

4.2) โปรแกรม e-Claim สำหรับให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) โปรแกรมอื่น ๆ ที่กรมบัญชีกลางกำหนด

4.3.1 ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีราคาสูงตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด ขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยามะเร็ง OCPA (www.mra.or.th/ocpa)

4.3.2 ยารักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและยารักษาผู้ป่วยโรครูมาติก ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด ขออนุมัติใช้ยาผ่านช่องทางตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

หลักการทั่วไปของการจัดทำข้อมูล

1) การบันทึกรหัสโรค

ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) - WHO Version for ; 2016, ICD-10-TM 2016 และ Standard Coding Guideline

หมายเหตุ : รหัสโรค ตาม ICD-10-TM 2016 สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6 รองรับได้

2) การบันทึกรหัสหัตถการ

ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM 2015) และ Standard Coding Guideline

หมายเหตุ : สำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้งต้องเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่งต่อท้ายรหัส ICD-9-CM (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่แยกความแตกต่างได้

3) หลักการนับวันนอนโรงพยาบาลและการนับวันนอนกรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน

3.1) ผู้ป่วยที่มีการรับไว้นอนในโรงพยาบาล โดยออกเลข Admission Number ให้แล้ว ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยใน

3.2) การนับเวลานอนให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

3.3) กรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน ให้บันทึกจำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day) ตามข้อเท็จจริงของการนอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น

4) การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับการรับเป็นผู้ป่วยในและเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น ให้นำค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ไม่ให้สถานพยาบาลแยกส่งเบิกต่างหากในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก และไม่ให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินกรณีดังกล่าวให้แก่ผู้มีสิทธิ

ยกเว้น กรณีที่ทำหัตถการผู้ป่วยนอกแล้วมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความจำเป็นอื่นที่ทำให้ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ค่าทำหัตถการและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกิดก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน อาจแยกเบิกเป็นผู้ป่วยนอกได้ โดยต้องไม่นำหัตถการและค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาบันทึกและเบิกเมื่อเป็นผู้ป่วยในอีก

5) การเบิกจ่ายกรณีประสบภัยจากรถ

ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าเสียหายเบื้องต้น ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim ตามจำนวนเงินที่ได้รับจริง หลังจากนั้น สปสช. จะประมวลผล และจ่ายส่วนที่เกินจากวงเงินค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าว

6) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องซื้อหรือเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลอื่น

ในระหว่างที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน หากสถานพยาบาลไม่มียาอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือไม่สามารถให้การตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินแทนผู้มีสิทธิและส่งข้อมูลเบิกจ่ายมายัง สปสช. ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) หากเป็นกรณีผู้ป่วยนอกให้สถานพยาบาลออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วยซื้อหรือเข้ารับการตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์จากสถานที่อื่นตามแบบฟอร์ม (7135) ทั้งนี้ผู้มีสิทธิสามารถสำรองจ่ายและนำใบเสร็จรับเงินเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดได้

7) การเบิกค่าห้องค่าอาหาร

7.1) กรณีที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลโดย ให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

- ค่าเตียงสามัญ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 400 บาทต่อวัน
- ค่าห้องพิเศษ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 1,000 บาทต่อวัน

7.2) ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้เสียชีวิต หรือมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในวันแรกนั้น ให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยภายใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงนั้นนับได้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ให้เบิกค่าห้องและค่าอาหาร ดังนี้

- ค่าเตียงสามัญ ให้เบิกได้ไม่เกิน 100 บาท
- ค่าห้องพิเศษ ให้เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท

7.3) กรณีสถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล โดยมิได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล มิให้สถานพยาบาลเบิกค่าเตียงสามัญหรือค่าห้องพิเศษ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลนั้น

8) การเบิกจ่ายกรณีนอนนาน

8.1) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลา 270 วัน นับแต่วันที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน และยังมีความจำเป็นต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมิใช่กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่ายให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล เสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ทั้งนี้ การรักษาพยาบาลภายหลังจากนั้นให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่

8.2) การลงรหัสสำหรับการรักษาพยาบาลภายหลังจากส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแล้ว ให้ถือเอาโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่สำคัญที่สุดในขณะนั้น เป็นโรคหลักในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลครั้งต่อไป

9) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล และการปรับลดอัตราจ่ายกรณีส่งไม่ทันรอบที่กำหนด

ข้อมูลเรียกเก็บช้ากว่าวันที่กำหนดปรับลดโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

9.1) วันรับข้อมูลเกิน 30 วัน ถึงวันที่ 20 ของเดือนที่ 2 หลังเดือนของวันที่จำหน่าย เป็นข้อมูลล่าช้า 1 เดือน จะถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 5

9.2) วันรับข้อมูลหลังวันที่ 20 ของเดือนที่ 2 หลังเดือนของวันที่จำหน่าย ถึงวันที่ 20 ของเดือนที่ 3 หลังเดือนของวันที่จำหน่าย เป็นข้อมูลล่าช้า 2 เดือน จะถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 10

9.3) วันรับข้อมูลหลังวันที่ 20 ของเดือนที่ 3 หลังเดือนของวันที่จำหน่าย เป็นข้อมูลล่าช้า 3 เดือน จะถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 20

9.4) ข้อมูลที่มีวันรับข้อมูลเกิน 1 ปี หลังวันที่จำหน่าย ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะเบิก

9.5) กรณีสถานพยาบาลส่งข้อมูลไม่ทันเกณฑ์ตามที่กำหนด หากสถานพยาบาลใดมีการส่งข้อมูลล่าช้า ไม่ถึงร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลในช่วงเดือนนั้น จะไม่ปรับลดค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ส่งข้อมูลล่าช้าไม่เกิน 1 เดือน

10) การปฏิเสธการจ่ายและการขออุทธรณ์

สถานพยาบาลที่ประสงค์จะอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายเนื่องจากบันทึกข้อมูลเบิกไม่ครบถ้วน หรือได้รับการจ่ายไม่ครบถ้วน สามารถอุทธรณ์ข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim โดยแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการอุทธรณ์ในกรณีนั้นๆ ประกอบการขออุทธรณ์ผ่านโปรแกรม e-Claim

11) การตรวจสอบและการเรียกคืนเงิน

ให้ส่วนราชการ สถานพยาบาลของทางราชการเก็บรักษาหลักฐานการรับเงินหรือเอกสารแบบพิมพ์ ที่ใช้ในการเบิกจ่ายเงินไว้ให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน กรมบัญชีกลาง หรือหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายตรวจสอบ และให้กรมบัญชีกลางหรือหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายสามารถเรียกเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบควบคุมดูแลการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้

กรณีผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 หรือเกินสิทธิที่จะได้รับตามพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว ให้ดำเนินการส่งเงินคืนกระทรวงการคลังตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยการส่งเงินคืนคลัง

12) การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลเบิกจ่าย

สถานพยาบาลต้องตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการส่งข้อมูลเบิกจ่ายในแต่ละระบบก่อนการส่งข้อมูล

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทางราชการ

1) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอก

การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของทางราชการ ให้เบิกจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลังกำหนด

2) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยใน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของทางราชการ ให้ใช้อัตราฐานในบัญชีที่สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายให้จัดทำโดยคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกลุ่มโรคตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRGs)

3) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์โดยตรง มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตามเงื่อนไขดังนี้

3.1) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จรับเงิน ตามเหตุผล A-F

3.2) เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ ทั้งนี้ ยาที่นำเข้าโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม ไม่สามารถเบิกได้

4) การขอเบิกค่ายากลับบ้านแยกต่างหากจาก DRGs

ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลได้รับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ให้สถานพยาบาล สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวัณโรค ให้สถานพยาบาล สามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

4.2) กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง หัวใจ และเคยได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านดังกล่าวได้

5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

5.1) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

1) รายการยาที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยา สถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษา และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกค่ายา และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ OCPA เพื่อขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเว็บไซต์ mra.or.th/ocpa/index.php หรือ mra.or.th/ocpaoldcase/index.php ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนด

2) รายการยาที่ไม่ให้เบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกไม่ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงส่วนกรณีการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน มิให้เบิกแยกต่างหากจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

3) รายการยารักษาโรคมะเร็ง และโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ / ทะเบียนยาชีววัตถุชนิดใหม่ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จะไม่สามารถเบิกได้จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยาที่ให้เบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่กำหนด โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป จนกว่ากรมบัญชีกลางจะมีการเปลี่ยนแปลง

4) ยานอกระบบ OCPA สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ได้แก่ ยาแก้อาเจียน Aprepitant หรือ Palonosetron ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หากสถานพยาบาลมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาในระบบ OCPA และค่ายาแก้อาเจียน (Aprepitant หรือ Palonosetron) ทุกรูปแบบ ขนาด และความแรง ให้แจงรายละเอียดชื่อรายการยา และระบุเป็น “ค่ายาที่เบิกไม่ได้” เพื่อมิให้ผู้มีสิทธินำยื่นขอเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด

กรณีรายการยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลดำเนินการลงทะเบียนเพื่อขออนุมัติการเบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA ก่อน หากไม่ได้รับการอนุมัติให้เบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA และแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่กำหนดไว้ในรายการที่มีให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี

กรณีรายการยาที่มีให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งนอกเหนือจากรายการยาในกลุ่มเดียวกันกับที่กำหนดในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลพิจารณาใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นในการรักษาเป็นลำดับแรก ทั้งนี้ หากแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยารายการที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี

หมายเหตุ การปรับปรุงรายการยาเป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

6) การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะเก็ดเงิน ชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6.1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

6.2) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินและโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ให้เลือกลงทะเบียนโรคหลักที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรักษาเพียงโรคเดียว

6.3) หากมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาทั้ง 2 กรณี ผู้มีสิทธิไม่สามารถนำไปยื่นเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมิให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาล ออกหนังสือรับรองสิทธิการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

6.4) การขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านช่องทางตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนด

7) การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

7.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

7.2) กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยา อันเนื่องมาจากเหตุผลที่เป็นข้อจำกัดทางการแพทย์ มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ไว้ในเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบต่อไป

8) การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevate Myocardial Infraction STEMI)

8.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

8.2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้

8.3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

9) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่ามีความจำเป็นต้องล้างไต (Dialysis) ตามแนวทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หากเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามอัตราดังต่อไปนี้

9.1) การเบิกค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรง (HD) เท่านั้น เว้นแต่การใช้ยากระตุ้นเม้ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) ในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีรักษาผู้ป่วยโรคอื่นให้เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรงกรณีทั่วไป

9.2) การเบิกจ่าย ยาหรือสารอาหารที่จะต้องบริหารจัดการในสถานพยาบาลโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะกรณีที่ใช้กับผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลเท่านั้น มิให้เบิกจ่ายเพื่อนำไปใช้นอกสถานพยาบาล ยกเว้นยาหรือสารอาหารตามหลักเกณฑ์และรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

9.3) การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง และให้สามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบใบเสร็จได้

9.4) การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

กรณีสถานพยาบาลของทางราชการ

(1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ 2,000 บาท

(2) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าชันสูตรให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลังเรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

กรณีสถานพยาบาลของเอกชน

เนื่องจากสถานพยาบาลของทางราชการไม่มีเครื่องไตเทียม หรือมีแต่ไม่เพียงพอในการให้บริการ โดยออกหนังสือส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลของเอกชน หน่วยไตเทียมซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด ดังนี้

(1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ 2,000 บาท

(2) ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราและรายการที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

(3) กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียมอื่นที่มิใช่หน่วยไตเทียมที่เข้ารับการฟอกเลือดเป็นประจำ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนตัวกรองไตเทียมให้มีสิทธิเบิกค่าตัวกรองไตเทียมในอัตราชุดละ 500 บาท

ทั้งนี้ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 15 เมษายน 2563 เป็นต้นๆไป

9.5) การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) หรือผู้ป่วยไตวายอื่นๆ ที่ไม่เคย ได้รับการฟอกเลือดด้วยวิธีไตเทียม (Hemodialysis) มาก่อนการส่งเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ ค่ายา (Erythropoietin) ในช่วงระยะเวลา 35 วัน นับจากวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ให้เบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่ายา (Erythropoietin) ภายหลัง 35 วัน ให้ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ HD ของ สกส. โดยอัตราการเบิกให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทดแทน ไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้ส่งเบิกตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เช่นเดิม

10) การเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

10.1) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่มีลักษณะข้อบ่งชี้ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้เป็นการเฉพาะ ให้ถือปฏิบัติตามที่ประกาศ

10.2) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่มีความชัดเจนอยู่ในตัว จะไม่มีการกำหนดลักษณะข้อบ่งชี้ ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้

10.3) การซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด ทั้งนี้ไม่เกินอัตราตามรายการที่กำหนด เว้นแต่ค่าซ่อมแซมฟันเทียมให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของราคาฟันเทียมตามรายการที่กำหนด

10.4) การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ต้องดำเนินการผ่านระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่านั้น เว้นแต่การเบิกจ่ายค่าฟันเทียมสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงหรือนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอใช้สิทธิเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด

10.5) ในการออกใบเสร็จรับเงินค่าฟันเทียม ให้สถานพยาบาลระบุรหัสและตำแหน่งของฟันที่ทำในแต่ละครั้ง เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบของส่วนราชการ สำหรับกรณีที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

10.6) กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจำหน่ายให้ผู้มีสิทธินำหลักฐานพร้อมใบเสร็จรับเงินไปยื่นขอเบิกกับส่วนราชการต้นสังกัด โดยถือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

10.7) กรณีที่รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคใดมีราคาสูงกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสงค์จะใช้รายการดังกล่าวให้สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินส่วนเกินสิทธิจากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องชี้แจงถึงคุณภาพและค่าใช้จ่ายส่วนเกินของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่สามารถนำมาเบิกจากทางราชการให้ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวทราบ พร้อมทั้งมีหลักฐานการยินยอมและรับทราบจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

10.8) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องใช้รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากอวัยวะของร่างกายใช้งานไม่ได้อย่างปกติ แม้ผู้ป่วยจะมิได้เป็นคนพิการ กรณีดังกล่าวสามารถเบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กำหนด

10.9) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง (รหัส 5601) กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลจะสามารถแยกเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ นอกเหนือ DRGs ได้เฉพาะข้อบ่งชี้ที่กำหนดเท่านั้น เนื่องจากกรมบัญชีกลางได้ดำเนินการคำนวณอัตราฐาน (Base Rate) ซึ่งรวมรายการวัสดุสิ้นเปลืองฯ ไว้แล้ว จึงขอให้งดการเรียกเก็บค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ จากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ส่วนเกินอัตราที่กำหนดซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกต่างหากจาก DRGs

11) การเบิกค่าพาหนะส่งต่อ

ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย หมายความว่า รถพยาบาลของสถานพยาบาลเท่านั้นไม่รวมถึงรถส่วนตัวหรือรถสาธารณะ

11.1) ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้นทางประเภทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือเป็นอันตรายต่อชีวิต

11.2) สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) หรือสถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้น หรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ

11.3) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ แต่ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือที่เกิดเหตุ การส่งไปตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์ยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลนั้นไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอ็กซเรย์แก่ผู้เข้ารับการรักษาได้

11.4) ในกรณีที่พาหนะที่ส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่น นอกจากสถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

11.5) การคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

11.6) กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยสถานพยาบาลหลายแห่ง จะคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทาง ถึงสถานพยาบาลปลายทางที่รับตัวผู้ป่วยไว้เพื่อทำการรักษาเท่านั้น

11.7) อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกได้ในอัตรา 500 บาท บวกด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป-กลับ) คูณอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร

11.8) ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือรวมเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้น ก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

12) การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

12.1) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตจะต้องมีฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐสมบูรณ์ และการเบิกจ่ายให้ใช้สิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น

12.2) ผู้รับบริจาคไตและผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ต้องมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา

12.3) สถานพยาบาลที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และต้องจัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม ตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์

12.4) การเบิกจ่ายค่าปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับบริจาคไตเพื่อบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น และคุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา

12.5) ค่าเตรียมผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ให้ถือปฏิบัติตามขั้นตอน และเบิกตามรายการค่าตรวจวินิจฉัยก่อนการปลูกถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคไตตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

12.6) การเบิกค่าผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต และค่าปลูกถ่ายไตให้ผู้รับบริจาคให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยอนุโลม เว้นแต่

ก) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ในกรณีที่การผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคเป็นการผ่าตัดโดยการใช้กล้อง (Laparoscopic donor nephrectomy) ให้เบิกเหมารวมในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 10,000 บาท และใช้รหัส (6206) โดยไม่ให้เบิกตามรายการ “วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง” (รหัส 5601) อีก

ข) ในกรณีผู้รับบริจาคไตมีภาวะสลัดไต (rejection) จำเป็นต้องใช้ยา Intravenous immunoglobulin (IVIG) หรือ AntiCD-20 antibody (Rituximab) หรือ Antithymocyte globulin (ATG- Fresenius, Thymoglobulin) ให้สามารถเบิกค่ายาเพิ่มได้ตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทั้งนี้ การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

13) การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต ประกอบด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต

13.1) สถานพยาบาลที่จะให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตและผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต จะต้องเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพของอวัยวะ ที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตให้กับสภากาชาดไทย ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

13.2) การเบิกค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลังให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลในหมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค โดยระบุรหัสดังนี้

ก) กรณีเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 6207

ข) กรณีเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต (รวมค่าน้ำยาแช่กระจกตา) ค่าจัดเก็บ และรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 2011

13.3) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตผ่านสภากาชาดไทยเท่านั้น

13.4) ผู้มีสิทธิมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

ก) ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไต ออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 40,000 บาท ต่อหนึ่งไต

ข) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท ต่อหนึ่งอัน

13.5) กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมีภาวะสลัดไต (rejection) โดยให้สามารถเบิกค่ายาได้ เช่นเดียวกับการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

14) การเบิกจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม

14.1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีผู้ป่วยที่มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงเฉพาะส่วนเกินสิทธิประกันสังคม 1,500 บาท แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง

14.2) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

14.3) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณี Vascular access ซ้ำภายใน 2 ปี ให้เบิกด้วยใบเสร็จจากต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม

14.4) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี ให้เบิกด้วยใบเสร็จจากต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม

15) ค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนที่มิได้รับสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้ เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสิทธิที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

16) การเบิกจ่ายกรณีการรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

การรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย หมายถึง การรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนในสถานพยาบาลภายหลังจากการรักษาโรคกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพได้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องรับไว้รักษาในสถานพยาบาลเป็นกรณีผู้ป่วยในแบบปกติ แต่สถานพยาบาลยังไม่อาจจำหน่ายผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผลอื่น เช่น การรอย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลพักฟื้น หรือการรอรับกลับไป

พยาบาลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งจำแนกออกได้เป็นผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไปและผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีพิเศษตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้การเป็นผู้ป่วยพักรอจำหน่ายจะต้องเป็นกรณีที่การรักษาพยาบาลกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพมีช่วงระยะเวลา ของการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่า 60 วัน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายวันละไม่เกิน 400 บาท ยกเว้น การเบิกค่ายา ค่าชันสูตร ให้เบิกจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการสำหรับผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีพิเศษให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

16.1) สถานพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลก่อน

16.2) ต้องขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ใหม่ อีกครั้งหนึ่ง

16.3) ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HOSPIC

17) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือเนื่องจากต้องไปปฏิบัติราชการนอกที่ตั้งสำนักงานหรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำตามหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2546 ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2547 จะต้องเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอันเกิดจากกรณีที่ข้าราชการปฏิบัติราชการในหน้าที่เท่านั้น

17.1) ต้องบันทึกข้อมูลและรหัสโครงการพิเศษ INJDTO ในโปรแกรม e-Claim

18) การเบิกจ่ายกรณีเด็กแรกเกิดทั้งป่วยและไม่ป่วย

การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิทั้งกรณีเด็กป่วยและเด็กไม่ป่วย ให้ส่งเบิกเงินแยกต่างหากจากมารดา ซึ่งทั้งสองกรณีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยให้ใช้ระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น และมิให้ส่งเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร กรณีเด็กแรกเกิดที่ไม่เจ็บป่วย

18.1) กรณีไม่สามารถขอเลขอนุมัติได้ ให้บิดาหรือมารดาไปแจ้งเกิด และใช้หนังสือรับรองสิทธิมาขอเลขอนุมัติ หรือใช้รหัสบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิ (บิดาหรือมารดา) มาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client

18.2) ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ให้ใช้รหัสบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิในการเบิก โดยระบุรหัสโครงการพิเศษ Z38000

19) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา

กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งปรับด้วยค่าสัมประสิทธิ์ คูณอัตราจ่ายของสถานพยาบาล แล้วจ่ายค่ายารักษาโรคมะเร็ง ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณ (adjRW x CCUF x อัตราจ่าย) + ค่ายารักษาโรคมะเร็ง

ค่ายารักษาโรคมะเร็ง หมายถึง ค่ายาตามรายการที่กำหนดสำหรับใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง (ค่ายาใช้อัตราของโรงพยาบาล)

20) การตรวจสุขภาพประจำปี

รายการค่าตรวจสุขภาพประจำปี ให้ทดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลและนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการต้นสังกัด

21) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

21.1) การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนจีน จะต้องเป็นกรณีเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่กรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้นๆ

21.2) กรณีการออกเอกสารการรับเงิน หรือใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลให้ผู้มีสิทธินำไปยื่นเบิกกับต้นสังกัด ให้สถานพยาบาลออกใบรับรองการรักษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

21.3) กรณีระบบเบิกจ่ายตรง ในการส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้สถานพยาบาลระบุรหัสรายการทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

21.4) บันทึกข้อมูลการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไว้ในเวชระเบียนเพื่อประโยชน์การตรวจสอบ

22) การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

22.1) การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรงให้ใช้บัตรประจำตัวประชาชนที่ราชการออกให้ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่ บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนด ให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

22.2) รายการค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่มีหลักเกณฑ์กำหนดไว้เป็นการเฉพาะเกี่ยวกับลงทะเบียนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม ผู้ป่วยโรค มะเร็งซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยาราคาสูง ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพิ่มเติมด้วย

22.3) รายการค่าตรวจสุขภาพประจำปีให้ทดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการต้นสังกัด

22.4) การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลจัดส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แล้วแต่กรณี (ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับกรมบัญชีกลางผ่านหน่วยงานใด)

22.5) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม และผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องฉายรังสีรักษา ซึ่งสถานพยาบาลของทางราชการ ส่งตัวให้มาเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวตลอดจนสถานพยาบาลของเอกชน ถือปฏิบัติตามแนวทางที่กรมบัญชีกลางกำหนด

23) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวด 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวด 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

กรณีสถานพยาบาลส่งเบิกค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การตรวจสุขภาพประจำปี ในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป ให้ระบุรหัสรายการทุกรายการ ตามรูปแบบหรือโปรแกรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

24) การส่งข้อมูลผู้ป่วยในรูปแบบใหม่ ตามแนวทางที่กรมบัญชีกลางกำหนด

ระยะแรกเริ่มดำเนินการในหมวด 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการ ดังนี้

1) จัดทำข้อมูล Lab catalog ของสถานพยาบาล ตามโครงสร้างที่กำหนด

2) ส่งข้อมูล Lab catalog ผ่านหน้าเว็บเพื่อตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องและใช้เป็นฐานอ้างอิงในการตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่าย

3) ส่งข้อมูลการเบิกจ่ายในระบบโปรแกรม e-Claim

ส่วนในหมวดอื่นๆ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนดต่อไป

2. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตามนโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล เพื่อบริหารจัดการการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลต่างๆ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ผู้มีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งสิทธิข้าราชการและพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานรัฐอื่นๆ โดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 (14)

ในการนี้ จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลขึ้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทั่วไป

1) การตรวจสอบสิทธิ

1.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยผู้มีสิทธิใช้บัตรประจำตัวประชาชน ที่ราชการออกให้ ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน โดยสามารถตรวจสอบสิทธิได้ ดังนี้

1.1.1) ข้อมูลที่ สปสช. ส่งให้แก่สถานพยาบาล ในโปรแกรม NHSO Client

1.1.2) การตรวจสอบสิทธิผ่านโปรแกรม NHSO Client

1.1.3) การตรวจสอบสิทธิผ่านเว็บตรวจสอบสิทธิฯ

- ดาวน์โหลดโปรแกรม UCAuthentication Version mx ได้ที่ http:// www.nhso.go.th -> บริการออนไลน์ -> Download -> โปรแกรม UCAuthentication Version mx
- เลือกใช้งานงานระบบเว็บตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนออนไลน์ (ERM)

1.2) กรณีที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน หากตรวจสอบสิทธิไม่พบในฐานข้อมูล สามารถใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิจากส่วนราชการต้นสังกัดเพื่อขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้

2) การขอเลขอนุมัติ กรณีผู้ป่วยใน

ให้สถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษา ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ในกรณี **ผู้ป่วยใน** ทุกกรณี หากไม่พบข้อมูลในฐานผู้มีสิทธิ ให้ใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ โดยนำข้อมูลในหนังสือรับรองการมีสิทธิมาขอเลขอนุมัติ

3) การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง กรณีผู้ป่วยนอก

เมื่อสถานพยาบาลตรวจสอบแล้วพบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้ทันที โดยไม่ต้องสำรองจ่าย และไม่ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง

4) โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

4.1) โปรแกรม NHSO Client สำหรับให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิ ดาวน์โหลดข้อมูลผู้มีสิทธิ และขอเลขอนุมัติกรณีผู้ป่วยใน

4.2) โปรแกรม e-Claim สำหรับให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) โปรแกรมสำหรับให้สถานพยาบาลขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง ดังนี้

4.4.1) **ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง** โดยรายการยาที่ต้องขออนุมัติ ให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยามะเร็ง OCPA (www.mra.or.th/ocpa)

4.4.2) **ยารักษาผู้ป่วยโรครูมาติก** และ**โรคสะเก็ดเงิน**โดยรายการยาที่ต้องขออนุมัติให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยาโรคข้อ RDPA DDPA (www.mra.or.th/rdpa)

4.4) โปรแกรม DMIS-HD ของ สปสช. สำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หลักการทั่วไปของการจัดทำข้อมูล

1) การบันทึกรหัสโรค

ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) - WHO Version for ; 2016 , ICD-10-TM 2016 และ Standard Coding Guideline

หมายเหตุ : รหัสโรค ตาม ICD-10-TM 2016 สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6 รองรับได้

2) การบันทึกรหัสหัตถการ

ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM 2015) และ Standard Coding Guideline

หมายเหตุ : สำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้งต้องเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่ง ต่อท้ายรหัส ICD-9-CM (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่แยกความแตกต่างได้

3) หลักการนับวันนอนโรงพยาบาลและการนับวันนอนกรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน

3.1) ผู้ป่วยที่มีการรับไว้นอนในโรงพยาบาล โดยออกเลข Admission Number ให้แล้วให้ถือว่าเป็น ผู้ป่วยใน

3.2) การนับเวลานอนให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

3.3) กรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน ให้บันทึกจำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day) ตามข้อเท็จจริงของการนอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น

4) การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับ การรับเป็นผู้ป่วยในและเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น ให้นำค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ไม่ให้สถานพยาบาลแยกส่งเบิกต่างหากในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก และไม่ให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินกรณีดังกล่าวให้แก่ผู้มีสิทธิ

ยกเว้น กรณีที่ทำหัตถการผู้ป่วยนอกแล้วมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความจำเป็นอื่นที่ทำให้ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ค่าทำหัตถการและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกิดก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน อาจแยกเบิกเป็นผู้ป่วยนอกได้ โดยต้องไม่นำหัตถการและค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาบันทึกและเบิกเมื่อเป็นผู้ป่วยในอีก

5) การเบิกจ่ายกรณีประสบภัยจากรถ

ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าเสียหายเบื้องต้น ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim ตามจำนวนเงินที่ได้รับจริง หลังจากนั้น สปสช. จะประมวลผล และจ่ายส่วนที่เกินจากวงเงินค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าว

6) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องซื้อหรือเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลอื่น

ในระหว่างที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน หากสถานพยาบาลไม่มียา อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือไม่สามารถให้การตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์ ให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินแทนผู้มีสิทธิและส่งข้อมูลเบิกจ่ายมายัง สปสช. ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) หากเป็นกรณีผู้ป่วยนอก ให้สถานพยาบาลออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วยซื้อหรือเข้ารับการตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์จากสถานที่อื่น**ตามแบบฟอร์ม (7135)** ที่กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งนี้ผู้มีสิทธิสามารถสำรองจ่ายและนำใบเสร็จรับเงินเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดได้

7) การเบิกค่าห้องค่าอาหาร

7.1) กรณีที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลโดย ให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

- ค่าเตียงสามัญ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 400 บาทต่อวัน
- ค่าห้องพิเศษ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 1,000 บาทต่อวัน

7.2) ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้เสียชีวิต หรือมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในวันแรกนั้น ให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยภายใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงนั้นนับได้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ให้เบิกค่าห้องและค่าอาหาร ดังนี้

- ค่าเตียงสามัญ ให้เบิกได้ไม่เกิน 100 บาท
- ค่าห้องพิเศษ ให้เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท

7.3) กรณีสถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยภายในแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล โดยมิได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล มิให้สถานพยาบาลเบิกค่าเตียงสามัญ หรือค่าห้องพิเศษ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลนั้น

8) การเบิกจ่ายกรณีนอนนาน

8.1) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลา 270 วัน นับแต่วันที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน และยังมีความจำเป็นต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมิใช่กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่าย ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล เสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ทั้งนี้ การรักษาพยาบาลภายหลังจากนั้นให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่

8.2) การลงรหัสสำหรับการรักษาพยาบาลภายหลังจากส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแล้ว ให้ถือเอาโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่สำคัญที่สุดในขณะนั้น เป็นโรคหลักในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลครั้งต่อไป

9) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล และ การปรับลดอัตราจ่ายกรณีส่งไม่ทันรอบที่กำหนด

ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาล ภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่จำหน่ายกรณีผู้ป่วยใน หรือวันที่ให้บริการกรณีผู้ป่วยนอก สปสช.จะปรับลดอัตราจ่าย กรณีส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลล่าช้ากว่าที่กำหนด กรณีผู้ป่วยใน ดังนี้

9.1) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

9.2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

9.3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายไม่เกินร้อยละ 80 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

9.4) ส่งช้ากว่ากำหนดเกิน 1 ปี ถือว่าไม่ประสงค์ขอเบิก

10) การปฏิเสธการจ่ายและการขออุทธรณ์

สถานพยาบาลที่ประสงค์จะอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายเนื่องจากได้รับการจ่ายชดเชยไม่ครบถ้วนสามารถอุทธรณ์ข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim โดย**ไม่ต้องส่งเอกสารประกอบการขออุทธรณ์** ทั้งนี้ ให้เก็บเอกสารไว้ที่สถานพยาบาล สำหรับการตรวจสอบภายหลัง ยกเว้นในกรณีที่ สปสช.ขอตรวจสอบเป็นกรณีเฉพาะราย

11) การตรวจสอบและการเรียกคืนเงิน

ในกรณีที่สถานพยาบาลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลโดยไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือระเบียบที่กำหนด หรือเกินสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ สปสช.จะเรียกเงินคืนและพิจารณาระงับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลนั้นๆ

12) การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลเบิกจ่าย

สถานพยาบาลต้องตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการส่งข้อมูลเบิกจ่ายในแต่ละระบบก่อนการส่งข้อมูลเพื่อป้องกันการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทางราชการ

1) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอก

การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของทางราชการ ให้เบิกจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลังกำหนด

2) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยใน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของทางราชการ ให้ใช้อัตราฐานตามที่กำหนด โดยคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกลุ่มโรคตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRGs)

2.1) กรณีที่มีค่ายาที่จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือจาก DRG เป็นไปตามรายการ เงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่กรมบัญชีกลางกำหนด

2.2) ข้อมูลผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier reimbursement schedule: ORS) ซึ่งเป็นกรณีค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สอดคล้องกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในกลุ่มวินิจฉัยโรค สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบรายการที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว ผ่านระบบการตอบกลับการประมวลผลจ่ายชดเชย (REP) ในโปรแกรม e-Claim ให้สถานพยาบาลดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier reimbursement schedule: ORS) เพื่อขอรับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมต่อไป

3) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์โดยตรง มิใช้เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตามเงื่อนไขดังนี้

3.1) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จรับเงิน ตามเหตุผล A-F

3.2) เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ ทั้งนี้ ยาที่นำเข้าโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม ไม่สามารถเบิกได้

4) การขอเบิกค่ายากลับบ้านแยกต่างหากจาก DRGs

ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลได้รับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ให้สถาน พยาบาล สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวัณโรค ให้สถาน พยาบาล สามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

4.2) กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง หัวใจ และเคยได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านดังกล่าวได้

5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

5.1) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนดในระบบ OCPA ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

สถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกค่ายา และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ OCPA เพื่อขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเว็บไซต์ www.mra.or.th/ocpa หรือ ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนด รายละเอียดรายการยาตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

5.2) ยารักษาโรคมะเร็ง และยารักษาโรคโลหิตวิทยา ที่อยู่นอกระบบ OCPA กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกมิให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรง ส่วนกรณีการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน มิให้เบิกแยกต่างหากจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

5.3) รายการยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ / ทะเบียนยาชีววัตถุชนิดใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จะไม่สามารถเบิกได้จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยา แล้วแต่กรณี มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป จนกว่ากรมบัญชีกลางจะมีการเปลี่ยนแปลง

5.4) ยานอกระบบ OCPA สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ได้แก่ยาแก้อาเจียน Aprepitant หรือ Palonosetron ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หากสถานพยาบาลมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาในระบบ OCPA และค่ายาแก้อาเจียน (Aprepitant หรือ Palonosetron) ทุกรูปแบบ ขนาด และความแรง ให้แจงรายละเอียดชื่อรายการยา และระบุเป็น “ค่ายาที่เบิกไม่ได้” เพื่อมิให้ผู้มีสิทธินำยื่นขอเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด

กรณีรายการยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับยาในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลดำเนินการลงทะเบียนเพื่อขออนุมัติการเบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA ก่อน หากไม่ได้รับการอนุมัติให้เบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA และแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่กำหนดไว้ในรายการที่มีให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นรายกรณี

กรณีรายการยาที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งนอกเหนือจากรายการยาในกลุ่มเดียวกันกับที่กำหนดในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลพิจารณาใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นในการรักษาเป็นลำดับแรก ทั้งนี้ หากแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยารายการที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นรายกรณี

หมายเหตุ การปรับปรุงรายการยาเป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

6) **การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะเก็ดเงิน** ชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6.1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) โดยการรายยาให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด และให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

สถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกค่ายา และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ RDPA เพื่อขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเว็บไซต์ www.mra.or.th/rdpa หรือ ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนด รายละเอียดรายการยาตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

6.2) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินและโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

สถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกค่ายา และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ RDPA เพื่อขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเว็บไซต์ www.mra.or.th/rdpa หรือ ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนด รายละเอียดรายการยาตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

6.3) หากมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาทั้ง 2 กรณี ผู้มีสิทธิไม่สามารถนำไปยื่นเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมิให้คณะกรรมแพทย์ของสถานพยาบาล ออกหนังสือรับรองสิทธิการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

7) การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

7.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

7.2) กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยา อันเนื่องมาจากเหตุผลที่เป็นข้อจำกัดทางการแพทย์ มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ไว้ในเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบต่อไป

8) การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevate Myocardial Infraction STEMI)

8.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

8.2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายา

แยกต่างหากจาก DRGs ได้

8.3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

9) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่ามีความจำเป็นต้องล้างไต (Dialysis) ตามแนวทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หากเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามเงื่อนไข และอัตราที่กำหนด ดังต่อไปนี้

9.1) การเบิกค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรง (DMIS-HD) เท่านั้น เว้นแต่การใช้ยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) ในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีรักษาผู้ป่วยโรคอื่นให้เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรงกรณีทั่วไป

9.2) การเบิกจ่าย ยาหรือสารอาหารที่จะต้องบริหารจัดการในสถานพยาบาลโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะกรณีที่ใช้กับผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลเท่านั้น มิให้เบิกจ่ายเพื่อนำไปใช้นอกสถานพยาบาล ยกเว้นยาหรือสารอาหารตามหลักเกณฑ์และรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

9.3) การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง และให้สามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบใบเสร็จได้

9.4) การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

<u>กรณีสถานพยาบาลของทางราชการ</u>

(1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ 2,000 บาท

(2) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าชันสูตรให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

<u>กรณีสถานพยาบาลของเอกชน</u>

เนื่องจากสถานพยาบาลของทางราชการไม่มีเครื่องไตเทียม หรือมีแต่ไม่เพียงพอในการให้บริการ <u>โดยออกหนังสือส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลของเอกชน</u> หน่วยไตเทียมซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด ดังนี้

(1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ 2,000 บาท

(2) ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราและรายการที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

(3) กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียมอื่นที่มิใช่

หน่วยไตเทียมที่เข้ารับการฟอกเลือดเป็นประจำ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนตัวกรองไตเทียมให้มีสิทธิเบิกค่าตัวกรองไตเทียมในอัตราชุดละ 500 บาท

ทั้งนี้ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 15 เมษายน 2563 เป็นต้นไป

9.5) การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) หรือผู้ป่วยไตวายอื่นๆ ที่ไม่เคย ได้รับการฟอกเลือดด้วยวิธีไตเทียม (Hemodialysis) มาก่อน การส่งเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ ค่ายา (Erythropoietin) ในช่วงระยะเวลา 35 วัน นับจากวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ให้เบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่ายา (Erythropoietin) ภายหลัง 35 วัน ให้ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DMIS-HD ของ สปสช. โดยอัตราการเบิกให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทดแทน ไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้ส่งเบิกตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เช่นเดิม

10) การเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

10.1) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีลักษณะ ข้อบ่งชี้ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้เป็นการเฉพาะ ให้ถือปฏิบัติตามที่ประกาศ

10.2) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีความชัดเจนอยู่ในตัวจะไม่มีการกำหนดลักษณะ ข้อบ่งชี้ ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้

10.3) การซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด ทั้งนี้ไม่เกินอัตราตามรายการที่กำหนด เว้นแต่ค่าซ่อมแซมฟันเทียมให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของราคาฟันเทียมตามรายการที่กำหนด

10.4) การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ต้องดำเนินการผ่านระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่านั้น เว้นแต่ การเบิกจ่ายค่าฟันเทียมสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงหรือนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอใช้สิทธิเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด

10.5) ในการออกใบเสร็จรับเงินค่าฟันเทียม ให้สถานพยาบาลระบุรหัสและตำแหน่งของฟันที่ทำในแต่ละครั้ง เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบของส่วนราชการ สำหรับกรณีที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

10.6) กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจำหน่ายให้ผู้มีสิทธินำหลักฐานพร้อมใบเสร็จรับเงินไปยื่นขอเบิกกับส่วนราชการต้นสังกัด โดยถือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

10.7) กรณีที่รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคใดมีราคาสูงกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสงค์จะใช้รายการดังกล่าว ให้สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินส่วนเกินสิทธิจากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องชี้แจงถึงคุณภาพและค่าใช้จ่ายส่วนเกินของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่สามารถ

นำมาเบิกจากทางราชการให้ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวทราบ พร้อมทั้งมีหลักฐานการยินยอมและรับทราบจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

10.8) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องใช้รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากอวัยวะของร่างกายใช้งานไม่ได้อย่างปกติ แม้ผู้ป่วยจะมิได้เป็นคนพิการ กรณีดังกล่าวสามารถเบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กำหนด

10.9) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง (รหัส 5601) กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลจะสามารถแยกเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ นอกเหนือ DRGs ได้เฉพาะข้อบ่งชี้ที่กำหนดเท่านั้น เนื่องจากกรมบัญชีกลางได้ดำเนินการคำนวณอัตราฐาน (Base Rate) ซึ่งรวมรายการวัสดุสิ้นเปลืองฯ ไว้แล้ว จึงขอให้งดการเรียกเก็บค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ จากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ ส่วนเกินอัตราที่กำหนดซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกต่างหากจาก DRGs

11) การเบิกค่าพาหนะส่งต่อ

ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย หมายความว่า รถพยาบาลของสถานพยาบาลเท่านั้นไม่รวมถึงรถส่วนตัวหรือรถสาธารณะ

11.1) ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้นทางประเภทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือ เป็นอันตรายต่อชีวิต

11.2) สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) หรือสถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้น หรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ

11.3) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ แต่ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือที่เกิดเหตุ การส่งไปตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์ยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลนั้นไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอกซเรย์แก่ผู้เข้ารับการรักษาได้

11.4) ในกรณีที่พาหนะที่ส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่น นอกจากสถานพยาบาลต้นทาง หรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

11.5) การคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

11.6) กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยสถานพยาบาลหลายแห่ง จะคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทาง ถึงสถานพยาบาลปลายทางที่รับตัวผู้ป่วยไว้เพื่อทำการรักษาเท่านั้น

11.7) อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกได้ในอัตรา 500 บาท บวกด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป-กลับ) คูณอัตรา

4 บาทต่อกิโลเมตร

11.8) ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือรวมเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

12) การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

12.1) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตจะต้องมีฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐสมบูรณ์ และการเบิกจ่ายให้ใช้สิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น

12.2) ผู้รับบริจาคไตและผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ต้องมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา

12.3) สถานพยาบาลที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และต้องจัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม ตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์

12.4) การเบิกจ่ายค่าปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับบริจาคไตเพื่อบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น และคุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา

12.5) ค่าเตรียมผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ให้ถือปฏิบัติตามขั้นตอน และเบิกตามรายการค่าตรวจวินิจฉัย ก่อนการปลูกถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคไตตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

12.6) การเบิกค่าผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต และค่าปลูกถ่ายไตให้ผู้รับบริจาคให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยอนุโลม เว้นแต่

ก) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ในกรณีที่การผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคเป็นการผ่าตัดโดยการใช้กล้อง (Laparoscopic donor nephrectomy) ให้เบิกเหมารวมในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 10,000 บาท และใช้รหัส (6206) โดยไม่ให้เบิกตามรายการ “วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง” (รหัส 5601) อีก

ข) ในกรณีผู้รับบริจาคไตมีภาวะสลัดไต (rejection) จำเป็นต้องใช้ยา Intravenous immunoglobulin (IVIG) หรือ AntiCD-20 antibody (Rituximab) หรือ Antithymocyte globulin (ATG-Fresenius, Thymoglobulin) ให้สามารถเบิกค่ายาเพิ่มได้ตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทั้งนี้การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

12.7) การส่งข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim โดยให้แยกเบิกระหว่างผู้รับบริจาคและผู้บริจาค กรณีผู้บริจาคไตเป็นสิทธิอื่น ให้บันทึกรหัสโครงการพิเศษ KTLGOD

13) การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต ประกอบด้วย การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และ ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต

13.1) สถานพยาบาลที่จะให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตและผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต จะต้องเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ

สภากาชาดไทย และศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพของอวัยวะที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตให้กับสภากาชาดไทย ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

13.2) การเบิกค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลังให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลในหมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค โดยระบุรหัสดังนี้

ก) กรณีเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 6207

ข) กรณีเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต (รวมค่าน้ำยาแช่กระจกตา) ค่าจัดเก็บ และรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 2011

13.3) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตผ่านสภากาชาดไทยเท่านั้น

13.4) ผู้มีสิทธิมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

ก) ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไต ออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 40,000 บาท ต่อหนึ่งไต

ข) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท ต่อหนึ่งอัน

13.5) กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมีภาวะสลัดไต (rejection) โดยให้สามารถเบิกค่ายาได้ เช่นเดียวกับการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

14) การเบิกจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม

14.1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีผู้ป่วยที่มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงเฉพาะส่วนเกินสิทธิประกันสังคม 1,500 บาท แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HD3995

14.2) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ SSSOBS

14.3) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณี Vascular access ซ้ำภายใน 2 ปี

ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ SSSSPC

14.4) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ SSSSPC

15) ค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนที่มิได้รับสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้ เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสิทธิที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

16) การเบิกจ่ายกรณีการรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

การรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย หมายถึง การรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนในสถานพยาบาลภายหลังจากการรักษาโรคกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพได้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องรับไว้รักษาในสถานพยาบาลเป็นกรณีผู้ป่วยในแบบปกติ แต่สถานพยาบาลยังไม่อาจจำหน่ายผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผลอื่น เช่น การรอย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลพักฟื้น หรือการรอรับกลับไปพยาบาลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งจำแนกออกได้เป็นผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไปและผู้ป่วยพักรอจำหน่วยกรณีพิเศษตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้การเป็น ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายจะต้องเป็นกรณีที่การรักษาพยาบาลกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพมีช่วงระยะเวลา ของการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่า 60 วัน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายวันละไม่เกิน 400 บาท ยกเว้นการเบิกค่ายา ค่าชันสูตร ให้เบิกจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการสำหรับผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีพิเศษ ให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

16.1) สถานพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลก่อน

16.2) ต้องขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ใหม่ อีกครั้งหนึ่ง

16.3) ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HOSPIC

16.4) กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายไม่เกินวันละ 400 บาท (ไม่รวมค่ายา ค่าชันสูตร)

17) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือเนื่องจากต้องไปปฏิบัติราชการนอกที่ตั้งสำนักงานหรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำตามหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราการ พ.ศ. 2546 ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2547 จะ

ต้องเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอันเกิดจากกรณีที่ข้าราชการปฏิบัติราชการในหน้าที่เท่านั้น

17.1) ต้องบันทึกข้อมูลและรหัสโครงการพิเศษ INJDTO ในโปรแกรม e-Claim

18) การเบิกจ่ายกรณีเด็กแรกเกิดทั้งป่วยและไม่ป่วย

การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิทั้งกรณีเด็กป่วยและเด็กไม่ป่วยให้ส่งเบิกเงินแยกต่างหากจากมารดา ซึ่งทั้งสองกรณีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยให้ใช้ระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น และมิให้ส่งเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร กรณีเด็กแรกเกิดที่ไม่เจ็บป่วย

18.1) กรณีไม่สามารถขอเลขอนุมัติได้ ให้บิดาหรือมารดาไปแจ้งเกิด และใช้หนังสือรับรองสิทธิมาขอเลขอนุมัติ หรือใช้รหัสบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิ (บิดาหรือมารดา) มาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client

18.2) ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ให้ใช้รหัสบัตรประชาชนที่ใช้ขอเลขอนุมัติบันทึกเบิกและระบุรหัสโครงการพิเศษ Z38000

19) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา

กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งปรับด้วยค่าสัมประสิทธิ์ คูณอัตราจ่าย ของสถานพยาบาล แล้วจ่ายค่ายารักษาโรคมะเร็ง ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณ (adjRW x CCUF x อัตราจ่าย) + ค่ายารักษาโรคมะเร็ง

ค่ายารักษาโรคมะเร็ง หมายถึง ค่ายาตามรายการที่กำหนดสำหรับใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง (ค่ายาใช้อัตราของโรงพยาบาล)

20) การตรวจสุขภาพประจำปี

20.1) การตรวจสุขภาพประจำปี ให้ตรวจตามปีงบประมาณ ปีละ 1 ครั้ง

20.2) การขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีตรวจสุขภาพประจำปี ให้ยื่นคำขอภายใน 1 ปี นับถัดจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล

20.3) ให้พบแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาก่อนทุกครั้ง และให้เบิกจ่ายตามรายการและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้ในรายละเอียดแนบท้าย

20.4) การตรวจสุขภาพประจำปี กรณีสิทธิ อปท. สามารถเบิกจ่ายได้ในระบบเบิกจ่ายตรง

21) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

21.1) การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนจีน จะต้องเป็นกรณีเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่กรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้นๆ

21.2) กรณีการออกเอกสารการรับเงิน หรือใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลให้ผู้มีสิทธินำไปยื่นเบิกกับต้นสังกัด ให้สถานพยาบาลออกใบรับรองการรักษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

21.3) กรณีระบบเบิกจ่ายตรง ในการส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลทางอิเล็กทรอนิกส์ให้สถานพยาบาลระบุรหัสรายการทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

21.4) บันทึกข้อมูลการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไว้ในเวชระเบียนเพื่อประโยชน์การตรวจสอบ

22) การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

22.1) การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรงให้ใช้บัตรประจำตัวประชาชนที่ราชการออกให้ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่ บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชนหรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

22.2) รายการค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่มีหลักเกณฑ์กำหนดไว้เป็นการเฉพาะเกี่ยวกับลงทะเบียนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยาราคาสูง ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพิ่มเติมด้วย

22.3) รายการค่าตรวจสุขภาพประจำปี สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้

22.4) ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม ซึ่งสถานพยาบาลของทางราชการส่งตัวให้มาเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ณ สถานพยาบาลของเอกชน

23) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวด 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวด 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

กรณีสถานพยาบาลส่งเบิกค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การตรวจสุขภาพประจำปี ในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป ให้ระบุรหัสรายการทุกรายการ ตามรูปแบบหรือโปรแกรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

3. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลสิทธิประกันสังคม

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2556 เห็นชอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตามนโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล โดยมติคณะรัฐมนตรีมอบหมายให้สำนักงานประกันสังคมให้ความร่วมมือกับ สปสช.

ในการทำหน้าที่เป็น National Clearing House ของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนให้กับสำนักงานประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์และอนุมัติการเบิกจ่ายเงิน ตามอำนาจหน้าที่เช่นเดิม โดยสำนักงานประกันสังคมได้มอบหมายให้ สปสช.ดำเนินการดังนี้

รายการค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันสิทธิประกันสังคม ได้แก่

1) การรักษาไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ด้วยวิธีการฟอกโลหิต (Hemo Dialysis) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

2) การรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)

3) การรักษาโรคมะเร็งอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 20 ชนิด

4) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

5) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotatic Radiosurgery

6) การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

7) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการทำหมัน

8) ค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract)

9) ค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract)

10) การเบิกอุปกรณ์กรณีทำหัตถการหัวใจของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์

สิทธิในการรับบริการและขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันสิทธิประกันสังคม

การให้บริการแก่ผู้ประกันตนตามโครงการสิทธิประกันสังคม ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้มีสิทธิรับบริการ

ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสบทบครบตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

2) ขั้นตอนการเข้ารับบริการและเงื่อนไขการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานจะต้องไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนผู้นั้นมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมัน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินเพิ่ม ตามการให้บริการแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด

โดยขั้นตอนในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่แจ้งใช้สิทธิประกันสังคม ดังนี้

2.1) ตรวจสอบรายชื่อผู้ประกันตนจากข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมจัดเตรียมไว้ให้และ

ให้คำแนะนำการใช้บริการตามสิทธิ

2.2) ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและให้การรักษาพยาบาลตามข้อกำหนดและมาตรฐานที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

2.3) จัดให้มีบริการตรวจรักษาโรคทุกโรคยกเว้นโรคตามที่คณะกรรมการการแพทย์ได้กำหนดไว้

2.4) จัดทำข้อมูลการรักษาพยาบาลและข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์โดยโปรแกรม e-Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการรักษาพยาบาล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

2.5) ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ 2.2.4 ตามรอบที่กำหนด

หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ปี 2564

1) การจัดทำข้อมูล

1.1) ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

1.1.1) การให้รหัสโรค ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016 และ ICD-10 TM

หมายเหตุ : รหัสโรคตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6 รองรับได้

1.1.2) การให้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการ ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM 2015)

1.1.3) คำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) กรณีผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 6 (DRGs version 6)

1.2) คำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์

ให้สถานพยาบาลจัดทำคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมัน ตามรอบการสรุปค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้ยืนยันและรับรองความถูกต้องในแต่ละงวด ตามแบบคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดโดยลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจในการลงนามขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

2) วิธีการส่งข้อมูล

สถานพยาบาลส่งข้อมูลตามรูปแบบและวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในโปรแกรม e-Claim ส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายชดเชย (ข้อมูลผ่าน A) สปสช. จะคำนวณจ่ายชดเชยค่าบริการในข้อมูลผลการตรวจสอบ (REP) ที่ สปสช. กำหนด วางให้สถานพยาบาลตรวจสอบ ทาง

หน้าเว็บไซต์ของระบบโปรแกรม e-Claim ในวันทำการ (จันทร์, พุธ และศุกร์) หากข้อมูลไม่เข้าเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายชดเชย สปสช. จะยังไม่รับข้อมูล (ข้อมูลติด C / Deny โดยจะแสดงรหัสที่ถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย และสถานพยาบาลต้องแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องและส่งมาใหม่

3) การขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

3.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมัน ตามที่ สปสช. ได้แจ้งใน Statement โดยการยืนยันความถูกต้องให้แนบแบบคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม ทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามวิธีการที่ สปสช. กำหนดภายใน 4 วันทำการนับตั้งแต่ที่ออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์ (Statement)

3.2) ให้สถานพยาบาลเก็บรวบรวมต้นฉบับคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์แต่ละครั้งไว้กับหนังสือโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันที่สำนักงานประกันสังคมจัดส่งให้ไว้เพื่อใช้ในการตรวจสอบ

3.3) หากสถานพยาบาลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตามข้อ (3.2) ภายหลังระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลแสดงจำนงขอเบิกในงวดถัดไป

4) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ภายใน 2 ปี นับวันถัดจาก วันที่รับบริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สำหรับข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด จะไม่ได้รับการชดเชยจากสำนักงานประกันสังคม

5) การแก้ไขข้อมูลและการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สถานพยาบาลสามารถแก้ไขข้อมูลเบิกจ่ายที่ไม่ผ่านการตรวจสอบแล้วจัดส่งใหม่ได้จนกว่าจะผ่านการตรวจสอบ การแก้ไขนี้ใช้ระบบการส่งข้อมูลเหมือนกับการส่งเบิกปกติ กรณีที่สถานพยาบาลพบข้อผิดพลาด ของข้อมูลเบิกจ่าย ทั้งก่อนหรือหลังออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์ (Statement) หรือมีข้อผิดพลาดจากการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบการจ่ายเงิน สถานพยาบาลสามารถขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มายัง สปสช. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการที่ สปสช. กำหนด

6) การออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์(Statement)

สำนักงานประกันสังคม จะกำหนดปฏิทินการออก Statement สำหรับ ปี 2564 โดย สปสช. จะตัดข้อมูล ทุกวันที่ 25 ของเดือน หลังจากนั้น 2 วันทำการ จะออก Statement และคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์เพื่อให้สถานพยาบาลตรวจสอบและจัดทำคำขอเบิกมายัง สปสช.

ปฏิทินออก Statement 2564 (เพิ่มเติมจากภาคผนวก 5)

(1) เลขงวด = SSS (Socail Security Scheme) + YY (ปี ค.ศ.) + MM (เดือน) + งวด

(2) ประจำเดือน = เดือนที่สถานพยาบาลบันทึกส่งข้อมูล

(3) สปสช. จะดำเนินการตัดข้อมูลเพื่อออก Statement เวลา 23.59 น ของวันที่ 25

(4) สปสช. จะส่ง Statement ให้สถานพยาบาล ก่อนเวลา 08.30 น ภายใน 2 วันทำการหลังจากตัดข้อมูล

(5) สปสช. จะปิดรับคำขอเบิกเวลา 23.59 น. ภายใน 4 วันทำการหลังวันออก Statement

(6) สปสช. ส่งข้อมูลและคำขอเบิกให้ สปส.ภายใน 5 วันทำการหลังจากปิดรับคำขอเบิก

(7) สำนักงานประกันสังคมทำรายงานและเสนอเรื่องขออนุมัติสั่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต่อเลขาธิการ ตามที่กำหนด

(8) สำนักงานประกันสังคมส่งเรื่องที่เลขาธิการอนุมัติสั่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามรอบที่กำหนด

(9) สำนักงานประกันสังคม โอนเงินให้สถานพยาบาลตามรอบที่กำหนด

หมายเหตุ : กรณีวันที่กำหนดตรงกับวันหยุด จะเลื่อนวันดังกล่าวเป็นวันทำการถัดไป

1) รายการค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันสิทธิประกันสังคม

1.1) การรักษาไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ด้วยวิธีการฟอกโลหิตและการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ด้วยวิธีการฟอกโลหิต (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน

2) เป็นการให้บริการฟอกโลหิต (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

3) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP) กรณีผู้ป่วยใน เมื่อคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน น้อยกว่า 2 (RW < 2)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

1) การฟอกโลหิต (Hemodialysis) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

แต่ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท

2) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 500 บาท

1.2) การรักษาโรคมะเร็งอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 20 ชนิด

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 20 ชนิด ที่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยารักษาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) โดยจะต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 11 พฤศจิกายน 2562 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) เป็นการรักษามะเร็งชนิดอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 20 ชนิด ที่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยารักษาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy)

2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ ไม่เกิน 50,000 บาท/ราย/ปี (ปีปฏิทิน)

1.3) การรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิด ตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง 20 ชนิด ที่ให้การรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) ซึ่งประกอบด้วย โรคมะเร็ง 20 ชนิด ดังนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม
2. โรคมะเร็งปากมดลูก
3. โรคมะเร็งรังไข่
4. โรคมะเร็งมดลูก
5. โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก
6. โรคมะเร็งปอด
7. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ตรง
8. โรคมะเร็งหลอดอาหาร
9. โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
10. โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
11. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
12. โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร
13. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่
14. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่

15. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่
16. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL)
17. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่
18. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาในผู้ใหญ่
19. โรคมะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่
20. โรคมะเร็งเด็ก

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) เป็นการรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิด ที่ให้การรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol)
   1.1) รักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol)
   1.2) ไม่สามารถรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Non Protocol)
2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) เท่านั้น

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) กรณีรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็งและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ของสำนักงานประกันสังคม

2) กรณีไม่สามารถรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Non Protocol) ให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 50,000 /คน/ปี โดยเป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 เป็นต้นไป

1.4) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal meningitis โดยจะจ่ายชดเชยให้ในส่วนของค่ายาที่ใช้ในการรักษา

เงื่อนไข

1) เป็นค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal meningitis
2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 15,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)

1.5) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY

ขอบเขตบริการ

เป็นการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotatic radiosurgery โดยจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1) Arteriovenous Malformation รูปผิดปกติของหลอดเลือดดำและแดงรอบนอก

2) เนื้องอกสมองส่วนลึก (Deep Seated Brain Tumor)

3) มะเร็งแพร่กระจายสู่สมอง (Metastatic Brain Tumor) ที่สามารถควบคุม Local disease

เงื่อนไข

1) เป็นการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic radiosurgery โดยจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ตามที่กำหนด

2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ ไม่เกิน 50,000 บาท/รายหรือต่อปี

1.6) การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการที่มีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ร่วมด้วย ในการรักษา โดยรายการที่สามารถเบิกได้จะต้องเป็นรายการอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ตามประกาศฯ และข้อบ่งชี้ ของสำนักงานประกันสังคม

เงื่อนไข

1) เป็นการรักษาและใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ตามประกาศฯและข้อบ่งชี้ ของสำนักงานประกันสังคม

2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด

1.7) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการทำหมัน

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการกรณีทำหมันชายหรือการทำหมันหญิง โดยสถานพยาบาลที่รักษาต้องเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือเครือข่าย

เงื่อนไข

1) เป็นการเข้ารับบริการทำหมันชาย หรือ ทำหมันหญิง

2) สถานพยาบาลที่รักษาต้องเป็น สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือเครือข่ายเป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) กรณีการทำหมันชาย จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน

500 บาท/ราย

2) กรณีการทำหมันหญิง จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 1,000 บาท/ราย

1.8) ค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract)

ขอบเขตบริการ

เป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) โดยจ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA ให้กับสถานพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และมีการทำ CT Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด

เงื่อนไข

1) เป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract)

2) มีการทำ CT-brain ก่อนและหลังฉีดยาละลายลิ่มเลือด

3) สถานพยาบาลที่รักษา ต้องเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย

4) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในอัตราเหมาจ่ายครั้งละ 50,000 บาท

1.9) ค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract)

ขอบเขตบริการ

เป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract) โดยจ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase, rt-PA หรือ TNK-tPA

เงื่อนไข

1) เป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract)

2) สถานพยาบาลที่รักษา ต้องเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย

3) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) กรณีใช้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา เหมาจ่ายครั้งละ 10,000 บาท

2) กรณีใช้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA หรือ TNK-tPA และค่าฉีดยา เหมาจ่ายครั้งละ 50,000 บาท

1.10) การเบิกอุปกรณ์กรณีทำหัตถการหัวใจของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์

ขอบเขตบริการ

การทำหัตถการหัวใจ ตามกลุ่มโรคและหัตถการที่กำหนด

เงื่อนไข

1) สถานพยาบาลที่รักษา เป็นโรงพยาบาลจุฬาภรณ์เท่านั้น

2) เป็นการทำหัตถการหัวใจตามกลุ่มโรคและหัตถการที่กำหนด

3) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายชดเชยตามรายการอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ตามประกาศฯ และข้อบ่งชี้ ของสำนักงานประกันสังคม

ประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2546

2) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 3 เมษายน 2556 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

3) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และ อัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2556 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

4) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2559 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

5) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 12 ธันวาคม 2560

6) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานประกาศ ณ วันที่ 4 มกราคม 2561

7) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานประกาศ ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2562

4. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม

หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติได้มีคำสั่ง ที่ 58/2559 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2559 และคำสั่งที่ 45/2560 วันที่ 25 กันยายน 2560 เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม โดยกำหนดให้ผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

1) เป็นการให้บริการแก่คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่เลือกใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นกรณีการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ เช่นเดียวกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) เป็นการรับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) เป็นการจ่ายชดเชยการให้บริการแก่คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลกลุ่มดังกล่าว ใช้สิทธิเช่นเดียวกับคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) เป็นจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่าย เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่ายของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5) เป็นการรับบริการตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก และโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

กรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตนใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปฏิบัติเช่นเดียวกับการเบิกจ่ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกประการ**

บทที่ 20

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

บทที่ 20

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

1) แนวคิด/หลักการ-เหตุผล

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจนั้นเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาคเอกชน ภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสภาวิชาชีพ ที่สำคัญคือผู้ให้บริการสุขภาพ เพราะเป็นผู้ที่จะพัฒนาการบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทั้งนี้ต้องอาศัยกระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งกลไกสำคัญนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบเพื่อพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการตรวจสอบเป็นมิติหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานขององค์กรมีความตระหนักถึงการมีธรรมาภิบาล ซึ่งต้องมีในการบริหารจัดการกองทุนทุกกองทุน เพื่อให้สะท้อนถึงความมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนและแสดงให้เห็นถึงการที่ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานจากผลการตรวจสอบตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน

2.1) เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

2.2) เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทุกระดับ

2.3) เพื่อนำผลการตรวจสอบไปพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง

2.4) เพื่อพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับทุกกองทุน

3) เป้าหมายของการตรวจสอบ

“มีระบบการตรวจสอบที่มีความถูกต้อง เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับทุกองค์กร ในการตรวจสอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข”

4) กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการ หรือสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554 หรือสถานบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สถานพยาบาลตามร่างระเบียบมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2557

5) กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียน

การตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อสร้างความถูกต้อง เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับทุกองค์กรของการเบิกจ่ายเงินชดเชยและการให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วยการตรวจสอบ 4 ประเภท คือ

(1) Coding Audit

(2) Billing Audit

(3) Quality Audit

(4) Medical Record Audit

โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการตรวจสอบดังนี้

5.1 ประเภทของการตรวจสอบ

5.1.1) Coding Audit เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของรหัสโรคและรหัสหัตถการกับข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยในของหน่วยบริการ

หลักการ

การจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีผู้ป่วยในเป็นการคำนวณจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และกำหนดให้หน่วยบริการส่งข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม e-Claim หรือ NHSO โดยที่หน่วยบริการไม่ได้ส่งเวชระเบียนมาพร้อมกับข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้หน่วยบริการ ได้รับค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์ จะต้องมาจากการสรุปการให้รหัสโรค และรหัสหัตถการที่สอดคล้องกับโรคและการทำหัตถการของการรักษาในครั้งนั้น ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวจึงต้องมีการตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการจากเวชระเบียนที่บันทึกไว้ เพื่อพิจารณาความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการดังกล่าว อันจะช่วยสร้างความเป็นธรรมในการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน ซึ่งจำกัดอยู่ภายใต้งบประมาณปลายปิด (Global budget)

5.1.2) Billing Audit เป็นการตรวจสอบการจ่ายชดเชยในรายการที่จ่ายเพิ่มจากระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เช่น อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม เครื่องช่วยฟัง รองเท้าเบาหวาน การใส่ขดลวดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยผ่านสายสวน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกตามรายการในสิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท) เป็นต้น

หลักการ

การจ่ายเงินชดเชยตามระบบ DRG สำหรับผู้ป่วยในบางโรคอาจไม่พอเพียงจึงจำเป็นต้องมีการเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมเพิ่มเติมเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสม หากมีการเบิกจ่าย

อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมที่มีแนวโน้มเบิกจ่ายไม่สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่หรือกรณีที่มีแนวโน้มสูงกว่าปกติ จึงสมควรต้องได้รับการตรวจสอบ

5.1.3) Quality Audit เป็นการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องของคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยในหลักเกณฑ์และประกาศ สปสช. เปรียบเทียบกับ Clinical Practice Guideline (CPG) ที่ สปสช. กำหนดร่วมกับสมาคมวิชาชีพ เช่น การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST เป็นต้น

หลักการ

เพื่อสร้างความมั่นใจของระบบบริการ ให้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในโรคที่มีความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายมาก เป็นปัญหาสำคัญในอันดับต้น ๆ ของประเทศ และประชาชนมั่นใจว่าได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

5.1.4) Medical Record Audit เป็นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ

หลักการ

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้สามารถสะท้อนภาพการให้บริการที่สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นเครื่องมือสื่อสารสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วยกัน เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถสืบค้นและสอบทานข้อมูลการสรุปโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน การผ่าตัดหัตถการที่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ด้วย

5.2 การตรวจสอบเวชระเบียน อื่น ๆ

5.2.1) การตรวจสอบเวชระเบียน ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ของกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) เป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ ตามแนวทางตามระเบียบที่กรมบัญชีกลางกำหนด (อ้างอิงตามข้อ 2 ของหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ มท.0809.3/232 ลว 8 มค 2557)

5.2.2) การตรวจสอบเวชระเบียนในระบบการตรวจสอบร่วม 3 กองทุน เนื่องด้วยประเทศไทยมีกองทุนสุขภาพหลัก ๆ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาล ร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน ซึ่งมีผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นประธานภายใต้คำสั่งที่ 2/2554 ของคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และ

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ซึ่งมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประธาน ภายใต้คำสั่งที่ 1/2555 ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ จึงเป็นแกนนำในระบบตรวจสอบด้านการแพทย์ (auditing system) ร่วมกัน 3 กองทุนเพื่อพัฒนาการตรวจสอบให้มีระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น การตรวจสอบบริการฉุกเฉิน 3 กองทุน (UCEP) การตรวจสอบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นต้น

6) บทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบเวชระเบียน

เพื่อให้การตรวจสอบเวชระเบียนเป็นระบบที่มีมาตรฐานสากล และมีกระบวนการตรวจสอบที่ครอบคลุมทั้งจำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบและความต้องการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ จึงได้แบ่งบทบาทหน้าที่ของการตรวจสอบเวชระเบียน ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง โดย สตช. และ สปสช. เขต ดังนี้

6.1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) มีหน้าที่ความรับผิดชอบตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555 ดังนี้

(ก) พัฒนาระบบและมาตรฐานการตรวจสอบให้สอดคล้องกับสถานการณ์การบริการและการจ่ายชดเชย

(ข) ตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายชดเชยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

(ค) ตรวจสอบคุณภาพบริการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

(ง) พัฒนาระบบตรวจสอบร่วม 3 กองทุน และสนับสนุนการดำเนินงานตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต

(จ) ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนางานด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ดังนั้นสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) จึงมีบทบาทในการพัฒนาเครื่องมือและทดสอบวิธีการตรวจสอบ รวมถึงการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการตรวจสอบพร้อมถ่ายโอนภารกิจการตรวจสอบให้เขตพื้นที่ดำเนินการได้ด้วยตนเองและสนับสนุนงบประมาณการตรวจสอบ

6.2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต มีบทบาทในการตรวจสอบเวชระเบียน โดยใช้เครื่องมือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง ได้พัฒนาไว้ และเป็นผู้พิจารณาเลือกเวชระเบียนจากหน่วยบริการมาตรวจสอบให้สอดคล้องตามบริบทของเขตพื้นที่ และดำเนินการตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สปสช. เขตหรือ สปสช.เป็นผู้แต่งตั้ง

7) ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบและการอุทธรณ์

ภายหลังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พิจารณาจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช. หรือ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไปเรียบร้อยแล้ว สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือเลือกข้อมูลที่สุ่มแบบเจาะจงหรือเลือกตรวจทั้งหมด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของหน่วยบริการต่างๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช หรือตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล อปท. หรือไม่ และดำเนินการตรวจสอบตามตารางเวลาแผนการตรวจสอบ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบ สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการหรือคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานเขต จะรายงานผลการตรวจสอบให้กับหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว หากหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ สปสช. ดำเนินการจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนตามข้อมูลผลการตรวจสอบ หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบให้ดำเนินการขออุทธรณ์ภายในวันเวลาที่กำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์และถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบแล้ว

7.1) ข้อกำหนดแนวทางการอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการมีความเห็นในประเด็นที่ถูกตรวจสอบหรือมีความเห็นในเรื่องรหัสโรคและหรือรหัสหัตถการไม่ตรงกับที่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนตรวจสอบได้ หรือไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบอื่นๆ ที่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนตรวจสอบได้ ให้หน่วยบริการดำเนินการขออุทธรณ์ได้ที่ระบบอุทธรณ์ออนไลน์ ผ่าน Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema หรือบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการอุทธรณ์ในแบบอุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สปสช.เขตส่งให้ พร้อมระบุเหตุผลและแนบหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือ รหัสหัตถการหรือประเด็นดังกล่าวทุกรหัสและ/หรือ ทุกประเด็น หากหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลและแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ทุกรหัสหรือทุกประเด็น สตช./สปสช.เขต. จะไม่รับพิจารณารหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการหรือประเด็นที่ขออุทธรณ์ดังกล่าว

7.2) วิธีการบันทึกข้อมูลขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการ

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแบบบันทึกการขออุทธรณ์ 3 แบบตามประเภทการตรวจสอบคือ แบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบกรณี coding billing และ quality

7.2.1 ข้อกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการสำหรับ coding audit

1) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการขออุทธรณ์ได้ที่ระบบอุทธรณ์ออนไลน์ ผ่าน Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema ตามคู่มือการใช้งานระบบอุทธรณ์ออนไลน์

2) กรณีการขออุทธรณ์เรื่องการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ให้บันทึกข้อมูลรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขออุทธรณ์ทุกรหัส ในช่องอุทธรณ์ พร้อมบันทึกเหตุผลและ/หรือเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ของรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขออุทธรณ์ดังกล่าว ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการอุทธรณ์ หากหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลการขออุทธรณ์ และ/หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ **สปสช.จะไม่รับพิจารณาการอุทธรณ์รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการดังกล่าว**

3) ผู้ขออุทธรณ์ **ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น**

4) กรณีการขออุทธรณ์ SA หรือ CA ให้บันทึกข้อมูลที่ขออุทธรณ์ในช่องอุทธรณ์ SA หรือ CA พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ดังกล่าว(ถ้ามี) ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการอุทธรณ์

5) กรณีการขออุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ให้บันทึกข้อมูลที่ขออุทธรณ์ในช่องอุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ดังกล่าว (ถ้ามีในช่องเหตุผล หลักฐานประกอบการอุทธรณ์)

6) สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์รหัสโรคและรหัสหัตถการ ในกรณีต่อไปนี้

6.1) การขอเพิ่มรหัสใหม่ จากเหตุที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชยจาก สปสช. รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชยในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (ICD in com) หรือรหัสที่ได้จากการบันทึกสรุปใน discharge summary ของแพทย์ที่หน่วยบริการ (S ICD) และไม่ใช่รหัสที่ได้จากการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (R ICD)

6.2) การขอเปลี่ยนแปลงรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Pdx) กรณีที่รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก(Pdx) ใน ICD in com ตรงกับผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (R ICD) แล้ว

6.3) หน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช. กำหนดไว้

6.4) การขอเพิ่มรหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการในการอุทธรณ์ครั้งที่ 2 กับสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ซึ่งหน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสดังกล่าวในการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 ซึ่งถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสโรคหรือหัตถการดังกล่าวแล้ว

6.5) การขอเพิ่มรหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการในการอุทธรณ์ ครั้งที่ 3 กับราชวิทยาลัยหรือสมาคมแพทย์ต่าง ๆ โดยผ่านแพทยสภา ซึ่งหน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสดังกล่าวในการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในกรณีที่ไม่มีการอุทธรณ์ซึ่งถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสโรคหรือหัตถการดังกล่าวแล้ว

6.6) หน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลการขออุทธรณ์ และ/หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการที่หน่วยบริการขออุทธรณ์

6.7) กรณียื่นขออุทธรณ์หลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

7) แนบเอกสารเวชระเบียนประกอบการอุทธรณ์ ลงในช่องเอกสารประกอบการอุทธรณ์ตามรายการเอกสารที่ระบุ เช่น summary discharge, progress note เป็นต้น <u>กรณีที่การตรวจสอบเวชระเบียนผ่านระบบตรวจสอบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (eMA) สปสช. จะอ้างอิงเอกสารไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่หน่วยบริการแนบเข้ามาในระบบครั้งแรกเพื่อประกอบการพิจารณาอุทธรณ์ (ไม่รับเอกสารใหม่เพิ่มเติม)</u>

<u>หมายเหตุ</u> :

1) ICD in com หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย จาก สปสช.

2) S ICD หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ที่ได้จากข้อมูลใน Summary discharge form ของหน่วยบริการ

3) R ICD หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ที่ได้จากการตรวจสอบเวชระเบียนโดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (Auditor)

4) คู่มือการใช้งานระบบอุทธรณ์ออนไลน์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema/index-download

7.2.2 ข้อกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการสำหรับ Billing Audit และ Quality Audit

เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการขออุทธรณ์ลงในส่วนของการขออุทธรณ์จากหน่วยบริการตามแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียน เช่น ลำดับที่, HN, AN, PID เป็นต้น

1) การขออุทธรณ์เรื่องรหัสอุปกรณ์ จำนวนชิ้น ราคาต่อชิ้น ให้ระบุรายการที่รหัสอุปกรณ์ จำนวนชิ้น ราคาต่อชิ้น หรือประเด็นคุณภาพ ที่ขออุทธรณ์ทั้งหมด ในช่องรายการขออุทธรณ์จากหน่วยบริการ

2) ต้องระบุเหตุผลประกอบการอุทธรณ์ทุกรหัสอุปกรณ์ในแต่ละรายการหรือทุกประเด็นคุณภาพ ที่ขออุทธรณ์ในช่อง เหตุผล/เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาอุทธรณ์ และให้สำเนาเวชระเบียนชุดเดิมที่ส่งมาให้ตรวจสอบทั้งฉบับ รวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการอุทธรณ์ (ไม่รับเอกสารใหม่เพิ่มเติม)

กรณีที่การตรวจสอบเวชระเบียนผ่านระบบตรวจสอบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (eMA) สปสช. จะอ้างอิงเอกสารไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่หน่วยบริการแนบเข้ามาในระบบครั้งแรกเพื่อประกอบการพิจารณาอุทธรณ์ สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์โดยที่หน่วยบริการไม่ระบุเหตุผลการขออุทธรณ์

3) กรณีการขออุทธรณ์ จำนวนชิ้นของอุปกรณ์ ราคาของอุปกรณ์ ต้องส่งใบจัดซื้อราคาพัสดุอุปกรณ์ของหน่วยบริการที่สามารถสืบได้ว่าได้จ่ายอุปกรณ์ชิ้นนี้ให้แก่บุคคลใด

4) ผู้ขออุทธรณ์ **ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น**

5) หน่วยบริการต้องส่งแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการภายในระยะเวลาที่ สปสช. กำหนด ในหนังสือแจ้งรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียน ถ้าเกินระยะเวลาที่กำหนด สปสช. จะไม่รับพิจารณาการขออุทธรณ์นั้น

6) สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์ ในกรณีต่อไปนี้

6.1) กรณีการขอเพิ่มรหัสอุปกรณ์ใหม่ หรือประเด็นคุณภาพใดๆ จากเหตุที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการส่งข้อมูลให้ สปสช. เพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย เช่น รหัสอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพที่ไม่ปรากฏใน in com และไม่ใช่รหัสอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพ ที่ได้จากการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช.

ช่อง in com หมายถึง รหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์ หรือประเด็นคุณภาพที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย ในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์

6.2) กรณีการขอเพิ่มรหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์ หรือประเด็นคุณภาพในการอุทธรณ์ครั้งที่ 2 กับสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ หรือ ครั้งที่ 3 กับราชวิทยาลัยหรือสมาคมแพทย์ต่างๆ โดยผ่านแพทยสภา ซึ่งหน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสหรือประเด็นคุณภาพดังกล่าวในการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 และการอุทธรณ์ครั้งที่ 2 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพ ดังกล่าวแล้ว

6.3) กรณีหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลรายการที่มีการขออุทธรณ์หรือทุกประเด็นคุณภาพที่ทักท้วง ในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สตช. หรือ สปสช.เขตส่งให้ หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์

6.4) กรณีหน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช. กำหนดไว้

6.5) กรณีที่บันทึกรายการเอกสารเวชระเบียนประกอบการอุทธรณ์ ที่ส่งมาให้ สปสช. ทั้งหมด ไม่ใช่เอกสารชุดเดิมที่ใช้ในการตรวจสอบหรือการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 หรือ ครั้งที่ 3

6.6) กรณียื่นขออุทธรณ์หลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

8) แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการใน การจัดเตรียมเอกสารหรือหลักฐาน เพื่อรับการตรวจสอบของ สปสช.

8.1) กรณีผู้ป่วยใน

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเลคทรอนิกส์ที่เป็นไฟล์ PDF ตามมาตรฐาน Acrobat สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น
2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)
3. แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed Consent) ของผู้ป่วย
4. แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น
5. แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์
6. แบบบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order)
7. แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนก หรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)
8. แบบบันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)
9. แบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด (ถ้ามี)
10. แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)
11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยพร้อมรายงานผลการตรวจ
12. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)
13. แบบบันทึกทางการพยาบาล Nurses note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
14. แบบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (Graphic sheet)
15. แบบบันทึกการให้ยา (Medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด Intake Output sheet แบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เป็นต้น
16. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น

17. กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

17.1 กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับ ผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยกรณีผู้ป่วยในต้องติด sticker ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัด หรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

17.2 กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ใบสั่งยา หรือใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม พร้อมหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

18. กรณีการขอตรวจสอบเวชระเบียน โรคเฉพาะทางอื่น ๆ เช่นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติมซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้น ๆ

19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐาน หรือ หน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น ภายในระยะเวลาที่กำหนดให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาอุทธรณ์เอกสารที่หน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ผู้ป่วยชำระเงินเอง ใช้สิทธิประกันชีวิต เป็นต้น ให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น

19.3 กรณีหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียน เพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนดเนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น หน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้พิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาล เซ็นรับรองการชี้แจงดังกล่าว

8.2) กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่างๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้นๆ โดยหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเลคทรอนิกส์ที่เป็นไฟล์ PDF ตามมาตรฐาน Acrobat สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ และย้อนหลังอย่างน้อย 1ปี หรือตามที่กองทุนเรียกตรวจ

1.2 รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, bleeding time, cardiac marker ฯลฯ ตามระยะเวลาที่เรียกตรวจในข้อ 1

1.3 รายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา official report โดยรังสีแพทย์ และหรือภาพถ่ายรังสี

1.4 ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ และผลการตรวจวินิจฉัยจากหน่วยบริการอื่น

1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย หรือ ใบสั่งยา และต้องจัดเตรียมเอกสารเพิ่มเติมในบางกรณี เช่น

1.5.1 กรณีที่มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ยกเว้นหน่วยบริการ 168 แห่งที่ได้รับการรับรอง แต่ต้องระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชีในเวชระเบียน)

1.5.2 กรณีการใช้ยาราคาแพงที่กรมบัญชีกลางกำหนดต้องมีหนังสือหรือเลขอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system)

1.5.3 กรณีที่มีการใช้ยา จ.2 ต้องมีหนังสืออนุมัติการใช้ยา จ.2

1.5.4 รายละเอียดยาอื่นๆ ตามแต่ละกองทุนกำหนด

1.6 หลักฐานการทำหัตถการต่างๆ (ถ้ามี)

1.7 หลักฐานการให้บริการประเภทอื่น ๆ เพิ่มเติมตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู การนวดแผนไทย การบริการด้านจิตเวช การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD Sheet) และการบริการพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

1.8 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการพยาบาล เช่น บันทึกสังเกตอาการ nurse's note, medication record บันทึกการให้เลือดและใบคล้องเลือด เป็นต้น

1.9 กรณีที่มีการรับเข้านอน รพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับในรพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1.10 กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคที่เป็น

1) กรณีอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะดามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และ หลักฐานการใช้อุปกรณ์ในเวชระเบียน และ Sticker (ถ้าอุปกรณ์นั้นมี Sticker)

2) กรณีเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหลักฐานการลงนามรับอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

1.11 รายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG/protocol /standing order กำกับของแต่ละหน่วยบริการ

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์

1. ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไข โดยผู้อื่นได้

2. เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่แยกรายหมวดและรหัสรายการ หรือใบสั่งยา หรือใบเสร็จรับเงิน หรือใบเสร็จรับเงินส่วนเกินจากผู้ป่วยหรือใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษานอกโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ ดังนี้

3.1 หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer) เช่น ใบส่งต่อ (refer) เป็นต้น

3.2 หลักฐานอื่นๆ เช่น ผลการตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจวินิจฉัยพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

4. เอกสารเพื่อประกอบการเบิกชดเชยค่าพาหนะส่งต่อ (ถ้ามี) ได้แก่ ใบส่งต่อ (Refer) และหลักฐานการขออนุญาต/อนุมัติใช้ยานพาหนะของหน่วยบริการ/สถานพยาบาล

5. เอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค การสั่งการรักษา โดยแพทย์ต้องระบุเลขที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเลขรหัสประจำตัวโรงพยาบาลกำกับ

9) แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช.

9.1) กรณีผู้ป่วยใน

1. ตรวจสอบ OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบครั้งนั้นเพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่นโรคเรื้อรัง กรณี Emergency claim online เป็นต้น

2. ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ประเด็นการพิจารณามีดังนี้

2.1 การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) เพื่อการตรวจสอบกรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

2.2 ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยโรคและหัตถการทางการแพทย์ ไม่ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-9, ICD-10 หรือกรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

2.3 การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่า เวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

2.4 ควรมีการลงนามรับรองผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

2.5 ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary จึงสามารถใช้แทนการลงนามได้

3. ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (Admission note) ต้องมีประวัติ ตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรคเพื่อความสมบูรณ์ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รักษา ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

4. ตรวจสอบ progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์

5. ตรวจสอบข้อมูลใน doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

6. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

6.1. กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.2. กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการหรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.3. กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

6.4. การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆ จริง

7. ตรวจสอบ Anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

8. ตรวจสอบแบบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet) ได้แก่ body temperature, blood pressure, pulse rate, respiratory rate และยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day การสิ้นสุดการรักษา น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake/output ในรูปแบบต่างๆ ของการพยาบาล

การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด อนุโลมให้นับตั้งแต่เวลาที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน Nurses's note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน Nurses's note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

9. ตรวจสอบรายละเอียดของ Nurses's note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยาว่ามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เช่น ยา streptokinase, chemotherapy , blood transfusion เป็นต้น

10. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดยหน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือหน่วยบริการอื่นๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น

กรณีที่มารักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ chemotherapy หรือ radiation เพื่อการรักษาต้องมีผลที่เป็น official report ในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ส่วนกรณีที่เป็นการ admit ภาวะแทรกซ้อนหรือ palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้รักษาที่บอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)

11. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวเนื่องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้น มีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน Doctor’s order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

12. กรณีที่มีการส่งปรึกษา (Consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาหรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน Progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา

13. แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและหัตถการเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้นและ ไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล การสรุปโรคและหัตถการรวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนในส่วนต่าง ๆ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน จะไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

14. กรณีโรคเดิม underlying disease ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น มีระบุความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยต้องบันทึกเป็น problem list หรือ provision diagnosis ใน admission note, progress note หรือ operative note เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่ามีการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใด ๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้น ๆ ด้วย

15. กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและเฝ้าสังเกตอาการ (observe) นอนนานเกิน 6 ชั่วโมง มาเบิกจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และ**ต้องมีเอกสารหลักฐานและข้อมูลผู้ป่วยดังรายการที่ 2-14 ตามหลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน** จึงจะถือว่าเป็นการบริการตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน

16. การตรวจสอบจะใช้เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่หน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุทธรณ์ เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

9.2) กรณีผู้ป่วยนอก

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบรายการค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใน **ทุกรายการค่าใช้จ่าย** ต้องมีองค์ประกอบดังนี้

1. **บันทึกการวินิจฉัยโรค** (Diagnosis) ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ การซักประวัติอาการผู้ป่วย การตรวจร่างกาย บันทึกการวินิจฉัยโรค หรือปัญหาของผู้ป่วยพร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องมีสำหรับโรคนั้น ๆ

กรณีของโรคเดิม โรคเรื้อรัง ที่มาทำการรักษาต่อเนื่อง ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง มีระบุความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เป็นต้น

2. **บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์** ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย การเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

2.1 บันทึกคำสั่งการให้การรักษาของแพทย์และแพทย์ลงนามกำกับและสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลหรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสีวิทยา (รังสีร่วมรักษาหรือรังสีรักษา) หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ สำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำ ให้บุคลากรสาธารณสุขลงนามกำกับโดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2 กรณีที่มีการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัย ตาม CPG/protocol ต้องแสดงหลักฐาน CPG/protocol ของหน่วยบริการนั้น

2.3 กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (Investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (Refer) ได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยในใบส่งต่อการรักษาด้วย

2.4 กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

3. **หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา** ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือ การแปลผลการตรวจของแพทย์ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

3.3 หลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล และหรือ Serial Number หรือ Sticker เป็นต้น

3.4 กรณีที่มีผลการตรวจ หรือการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลต่าง ๆ ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกผลการตรวจ หรือการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลต่างๆ โดยผู้ให้บริการท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

4. **ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย** ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

4.1 ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

4.2 ข้อมูลชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิ และหรือ HN และหรือ Visit Number (VN) จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้มีสิทธิ

4.3 ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด) จำนวน ราคา

10) กฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้อ้างอิงในการตรวจสอบ

10.1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2545

10.2) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2542 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาหน้าที่ 14 เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 9 ง

10.3) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศของแต่ละปี

10.4) ประกาศของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรื่องคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศของแต่ละปี

10.5) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

10.6) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 35

10.7) ระเบียบสารบรรณ สำนักนายกรัฐมนตรี ปี 2526

10.8) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550 มาตรา 7

10.9) หนังสือบัญชียาหลักแห่งชาติ ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

10.10) คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน ปี 2564

10.11) คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศของแต่ละปี

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ หน่วยบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. สปสช. แจ้งรายการเวชระเบียนของหน่วยบริการที่จะตรวจเยี่ยมภายใน 3 วัน

2. สปสช. ตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ

3. สปสช. รายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ ภายใน 30 วันทำการ

4. อุทธรณ์ครั้งที่ 1 หน่วยบริการขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

5. คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช.เขต / สตช. พิจารณาการขออุทธรณ์ภายใน 30 วันทำการ

6. อุทธรณ์ครั้งที่ 2 หน่วยบริการขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

7. สปสช.เขต ส่งเรื่องคำอุทธรณ์ครั้งที่ 2 ให้สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ(สตช.) ภายใน 15 วัน

8. สตช.พิจารณา และออกรายงานผลการขออุทธรณ์ครั้งที่ 2 ภายใน 30 วันทำการ

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ส่งรายงานให้หน่วยบริการภายใน 7 วัน

10. อุทธรณ์ครั้งที่ 3 หน่วยบริการทำหนังสือขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

11. สปสช.เขต ส่งเรื่องคำขออุทธรณ์ครั้งที่ 3 ให้ สตช.ภายใน 15 วัน

12. สตช.ส่งเรื่องไปยังแพทยสภา สมาคมวิชาชีพ เพื่อพิจารณาและออกรายงานผลการขออุทธรณ์ครั้งที่ 3 ผลการการพิจารณา ถือว่าเป็นอันสิ้นสุด

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบรวมศูนย์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. สปสช. แจ้งรายการเวชระเบียนของหน่วยบริการที่จะตรวจเยี่ยมภายใน 15 วัน

2. สปสช. ตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์

3. สปสช. รายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์ ภายใน 30 วันทำการ

4. อุทธรณ์ครั้งที่ 1 หน่วยบริการขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

5. คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช.เขต / สตช. พิจารณาการขออุทธรณ์ภายใน 30 วันทำการ

6. อุทธรณ์ครั้งที่ 2 หน่วยบริการขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

7. สปสช.เขต ส่งเรื่องคำอุทธรณ์ครั้งที่ 2 ให้สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ(สตช.) ภายใน 15 วัน

8. สตช.พิจารณา และออกรายงานผลการขออุทธรณ์ครั้งที่ 2 ภายใน 30 วันทำการ

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ส่งรายงานให้หน่วยบริการภายใน 7 วัน

10. อุทธรณ์ครั้งที่ 3 หน่วยบริการทำหนังสือขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

11. สปสช.เขต ส่งเรื่องคำขออุทธรณ์ครั้งที่ 3 ให้ สตช.ภายใน 15 วัน

12. สตช.ส่งเรื่องไปยังแพทยสภา สมาคมวิชาชีพ เพื่อพิจารณาและออกรายงานผลการขออุทธรณ์ครั้งที่ 3 ผลการการพิจารณา ถือว่าเป็นอันสิ้นสุด

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๗ มาตรา ๑๘ (๔) (๑๔) มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๖ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ข้อ ๖ และข้อ ๑๐ แห่งระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๑/๒๕๖๐ เรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ตามโครงการพิเศษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๖๐ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๕๙ และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม พุทธศักราช ๒๕๖๐ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓ และครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๓ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๓”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้คงใช้บังคับต่อไปจนกว่าจะมีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกประกาศ คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้

ข้อ ๔ การจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๖ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกอบด้วยรายการต่าง ๆ จำนวน ๗ รายการ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ	๑๒๕,๐๕๕.๐๑๘๔
๑.๒ ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๕๒,๑๔๓.๙๗๕๘
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓,๖๗๖.๓๕๐๗
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๙,๗๒๐.๒๘๐๐
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๑,๑๖๓.๒๑๑๐
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	๑,๔๙๐.๒๘๘๐
๖. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	๘๓๘.๐๒๖๐
๗. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	๔๒๑.๖๔๐๐
รวมทั้งสิ้น	**๑๙๔,๕๐๘.๗๘๙๙**
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	**๑๔๒,๓๖๔.๘๑๔๑**

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้ใช้จ่ายจากงบประมาณจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายการ “รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม” จำนวนตามที่คงเหลือจากงบรายการค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๔๗๑.๔๒ ล้านบาท และงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่จะได้รับ และงบกลางรายการเงินสำรองจ่าย เพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ที่อาจได้รับ

ข้อ ๗ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกันการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กำหนดภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

๗.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข

๗.๒ การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

๗.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข

๗.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๗.๔.๑ ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

๗.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะโดยมอบให้ สปสช. กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

๗.๔.๓ เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุน กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับยาวัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (ยาและอื่น ๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ) ให้สามารถดำเนินการจัดหาและสนับสนุนยาและอื่น ๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่น ๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามการใช้บริการโดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) จ่ายชดเชยเป็นยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑.๑) เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุม/ป้องกันโรคและลดอัตราสูญเสียชีวิตและทุพพลภาพ

(๑.๒) บริหารความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining add/or central procurement)

(๑.๓) สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นคงด้านยา นวัตกรรมที่จำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อประเทศในภาพรวม เช่น ยาราคาแพงที่ผลิตโดยหน่วยงานของรัฐ

(๒) กรณีจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่น ๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๒.๑) มีผู้จำหน่ายซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ เช่น องค์การเภสัชกรรม เป็นต้น

(๒.๒) สามารถดำเนินการต่อรองราคาระดับประเทศ (Central bargaining) โดยผู้จำหน่ายยินยอมจำหน่ายในราคาเดียวกันสำหรับทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพและประกันการจำหน่ายให้หน่วยบริการทุกพื้นที่

(๒.๓) มีการแข่งขันด้านราคาในระบบตลาดมากขึ้นหรือมีผู้จำหน่ายมากกว่า ๓ รายขึ้นไป

๗.๔.๔ เพื่อให้การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ตามโครงการพิเศษ ภายใต้คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๑/๒๕๖๐ เรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ตามโครงการพิเศษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๖๐ สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายนำไปให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหาฯ) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ

๗.๔.๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมความต้องการของภาครัฐและแผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุข ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนานวัตกรรมตามความต้องการของภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ สปสช. บริหารจัดการกองทุนโดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการสำหรับรายการนวัตกรรมและหรือสิ่งประดิษฐ์และหรือผลงานจากการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทยที่ใช้ในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข

๗.๔.๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

๗.๔.๗ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๗.๔.๘ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งเงินกองทุนที่สนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ ตามมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๗.๔.๙ สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด เช่น รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช. ติดตาม กำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

๗.๔.๑๐ ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่นให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่ายหรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด ๒ ถึงหมวด ๙ เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการคืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือหรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

หมวด ๒
รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๘ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๓,๗๑๙.๒๓ บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๗.๖๔๔ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่าง ๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๑,๒๗๙.๓๑
๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	๑,๔๔๐.๐๓
๓. บริการกรณีเฉพาะ	๓๗๓.๖๗
๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๔๕๕.๓๙
๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๘.๔๐

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๖. บริการการแพทย์แผนไทย	๑๗.๙๐
๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	๑๒๘.๖๙
๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	๓.๘๔
๙. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	๒.๐๐
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	**๓,๗๑๙.๒๓**

หมายเหตุ- ๑) ประเภทบริการที่ ๔ จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน
๒) ประเภทบริการที่ ๙ จะรวมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และ ข้อ ๔๖

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๙ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๑๑ ในหมวดนี้

ส่วนที่ ๑
บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๙ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ทุกรายการยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ข้อ ๑๐ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๒ รายการ ดังนี้

๑๐.๑ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
๑๐.๒ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน ๑,๒๗๐.๓๑ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณระดับจังหวัดโดยคำนวณอัตราเหมาจ่าย ดังนี้

๑๑.๑ ร้อยละ ๘๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ±๑๐%) โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิเป็นดังนี้

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	<๓	๓ - ๑๐	๑๑ – ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	>๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๔๖๔	๐.๓๖๔	๐.๓๐๖	๐.๔๐๗	๐.๗๘๙	๑.๓๔๘	๑.๙๗๒	๒.๓๕๑

ที่มา คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๗

๑๑.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

๑๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๓ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

๑๑.๔ สำหรับการบริหารเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคม กรณีคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๕๙ และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม พุทธศักราช ๒๕๖๐ ให้จ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการนี้ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๑๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๒.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน

๑๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๑๓ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๑๔ การบริหารการจ่ายเพื่อให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๑๕ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช. เขตร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช. เขต ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช. หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

ข้อ ๑๖ กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจำร่วมกับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม อาจให้ สปสช. ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการประจำตกลงกับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม

ข้อ ๑๗ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตาม ข้อ ๑๑ และอาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่าง ๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ ๒
บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๘ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๑๙ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑๙.๑ กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน ๑๐๐ ล้านบาท

๑๙.๒ ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต บริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต บริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

ข้อ ๒๐ การกำหนด Global budget ระดับเขตของบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยใช้ข้อมูลผลการบริการตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๒ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๒ หรือที่เป็นปัจจุบันเป็นตัวแทนในการคาดการณ์ผลงานปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยให้คำนวณตามแนวทาง ดังนี้

๒๐.๑ คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม adjRW ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยเป็นผลการบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต ให้บริการทุกราย

๒๐.๒ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามระบบ UCEP ตามจำนวนผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๓ กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ UCEP และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขต

๒๐.๔ กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๕ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๖ กรณีใช้บริการในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ ๑,๕๐๐ กรัมขึ้นไป (การใช้บริการในเขตฯ) ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

๒๐.๗ ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณจนหมดวงเงินตามข้อ ๑๙.๒

ข้อ ๒๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขตตามข้อ ๑๙.๒ ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด ดังนี้

๒๑.๑ การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐและสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช. เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๒ การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ RW

๒๑.๓ การใช้บริการนอกเขต กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) จ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานบริการหรือแนวทางปฏิบัติการของวิชาชีพ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เสมือนกรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery) ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช. กำหนด

๒๑.๔ การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามที่ สปสช. กำหนดให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๕ การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๖ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช. และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช. ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเอง จาก Global budget ระดับเขต

๒๑.๗ การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๒๑.๘ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๙ ให้ สปสช. เขต สามารถกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตได้ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพผลงานบริการ และหรือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) ทั้งนี้ ให้ สปสช. เขต ติดตามผลการดำเนินงานรายงานต่อ อปสข. ทุกไตรมาส และเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน

๒๑.๑๐ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดเงื่อนไข และอัตราจ่ายหรือราคาจ่ายตามรายบริการ สำหรับบริการที่เคยเป็นบริการแบบผู้ป่วยในแล้วปรับเป็นบริการผู้ป่วยนอก (Non OP Non IP; NONI) หรือผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติที่ค่ารักษาพยาบาลกับเงินชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแตกต่างกันมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๒๑.๑๑ การใช้บริการผู้ป่วยในอื่น ๆ

๒๑.๑๑.๑ การใช้บริการในเขตฯ ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๑๑.๒ การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อ RW

๒๑.๑๑.๓ การใช้บริการในเขตฯ กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) จ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานบริการหรือแนวทางปฏิบัติการของวิชาชีพ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อ RW

๒๑.๑๑.๔ การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๑๑.๕ ในระหว่างปีให้ สปสช. สามารถปรับอัตราจ่ายเพิ่มจากอัตราการจ่ายตามข้อ ๒๑.๑๑.๑ ถึง ข้อ ๒๑.๑๑.๓ ได้ตามประมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นโดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น

๒๑.๑๑.๖ เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒๑.๑๑.๗ หากจ่ายที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อ adjRW ไปจน Global budget ระดับเขต มีวงเงินไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อ adjRW ให้ สปสช. จ่ายเงินที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ ๑๙.๑ เพิ่มเติมให้จนอัตราจ่ายเป็น ๘,๓๕๐ บาทต่อ adjRW หากเงินตามข้อ ๑๙.๑ มีไม่เพียงพอ ให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ ตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๒๑.๑๒ ให้ สปสช. เขต สามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมามีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่ายโดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมีผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อ ๒๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการสำหรับประเทศตามข้อ ๑๙.๑ ให้จ่ายตามข้อ ๒๑.๑๑.๗ และเมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ หากมีเงินคงเหลือ ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๒๓ จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาตามรอบการบริหารการจ่ายของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยให้จ่ายข้อมูลที่ส่งมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ข้อ ๒๔ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๒๕ การบริหารจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๒๖ ให้ สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน

ข้อ ๒๗ ให้ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับติดตามตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการและพัฒนาให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ข้อ ๒๘ ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ e-Claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๒๙ การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๒๑

ส่วนที่ ๓
บริการกรณีเฉพาะ

ข้อ ๓๐ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘/๒๕๕๙ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ ๔ ข้อ ดังนี้

๓๐.๑ การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

๓๐.๒ ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)

๓๐.๓ ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

๓๐.๔ การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

ข้อ ๓๑ บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ๒) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ ๓) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ๔) กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ ๕) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๓๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสช. กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓๓ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๓.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช. กำหนด

๓๓.๒ การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามแนวทางเงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๓๓.๓ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช. กำหนดต่อครั้งบริการส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ อาจมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกรณีหน่วยบริการมีการให้บริการด้วยหัตถการที่เทียบเคียงกับรายการที่ สปสช. กำหนดราคา (Fee schedule) ไว้แล้ว ให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามราคาของรายการที่กำหนดราคา (Fee schedule) ไว้ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๓.๔ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง

๓๓.๕ ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก จนกว่าจะปรากฏสิทธิให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการโดยอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

๓๓.๖ การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ เช่น ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๕ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ อัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนดและอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๔ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๔.๑ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) ลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนด ตามแผนการรักษาจ่ายตามราคาที่กำหนด โดยจ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย Stroke fast track และ ผู้ป่วย STEMI fast track

๓๔.๒ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามราคาที่กำหนด

๓๔.๓ การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนด

๓๔.๓.๑ เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. เขตและหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๓๔.๓.๒ กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และ สปสช. เขตทุกเขต ต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งกำกับ ติดตามตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผน การจัดบริการ

๓๔.๓.๓ การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นดังนี้

(๑) การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตา Blinding & Severe low vision จ่ายอัตราข้างละ ๗,๐๐๐ บาท สำหรับผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาอื่น ๆ ข้างละ ๕,๐๐๐ บาท และสำหรับการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายอัตราข้างละ ๙,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พับได้อัตราข้างละ ๒,๘๐๐ บาท และเลนส์แข็งอัตราข้างละ ๗๐๐ บาท เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ (Instrument) ของ สปสช.

๓๔.๔ บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ จ่ายตามราคาที่กำหนด

๓๔.๕ บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน จ่ายให้หน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๓๕ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๕.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น รวมทั้งการเพิ่มเติมกรณีรายการในบัญชีนวัตกรรมไทยและหรือสิ่งประดิษฐ์ไทย ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๕.๑.๑ จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนด ซึ่งเป็นราคาชดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้น ๆ

๓๕.๑.๒ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๕.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยได้ โดยให้ทำการอุทธรณ์เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๕.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

(๑) เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. เขต และหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

(๒) กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ

๓๕.๒ การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๕.๓ การจัดการหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเป็นการจัดหาและบริการกระจกตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย จ่ายให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยในอัตราที่ตกลงระหว่างกัน

๓๕.๔ การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ จ่ายตามราคาที่กำหนด สำหรับ

๓๕.๔.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาค และผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๓๕.๔.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติม สำหรับ

๓๖.๑ ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจโดยจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๖.๒ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญชี จ(๒) (ซึ่งครอบคลุมถึงส่วนประกอบของเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก (Type 3 von Willebrand's disease) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่น ๆ เช่น ยากำพร้า ยาต้านพิษ เป็นต้น สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙ หรือจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยเพื่อใช้ยานั้น ๆ

ข้อ ๓๗ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๗.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๓๗.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ (National Tuberculosis control Program Guideline, Thailand ๒๐๑๘: NTP ๒๐๑๘) และที่จะปรับปรุงเพิ่มเติม ครอบคลุมค่ายา ค่าชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและค่าบริการดูแลรักษาและติดตามการรักษาผู้ป่วย โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา และค่าบริการต่าง ๆ จ่ายตามผลงานบริการและหรือตามคุณภาพผลงานบริการ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๗.๓ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสมสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายโดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

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

ข้อ ๓๘ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่กำหนด เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓๙ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๓๓ ถึงข้อ ๓๗ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๔
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๔๐ เป็นค่าใช้จ่ายการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เงินที่ได้รับจำนวน ๔๕๕.๓๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๗.๖๔๔๐ ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคนตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณจำนวน ๖๖.๐๓๓๐ ล้านคน จึงเท่ากับ ๓๒๘.๕๗๐๐ บาทต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)

ข้อ ๔๑ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๕ รายการ ดังนี้

๔๑.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement)

๔๑.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

๔๑.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (P&P area based)

๔๑.๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

๔๑.๕ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศจำนวน ๓๐.๘๓๐๐ บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ ดังนี้

๔๒.๑ ค่าวัคซีนต่าง ๆ ดังนี้

๔๒.๑.๑ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมกลุ่มเป้าหมายเด็กที่ต้องได้รับวัคซีน MMR เข็มที่สองที่อายุ ๑ ปี ๖ เดือน

๔๒.๑.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลสำหรับกลุ่มเป้าหมาย 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 หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๔๒.๑.๓ ค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด

๔๒.๑.๔ ค่าวัคซีนป้องกันโรคท้องร่วง สำหรับกลุ่มเป้าหมายตามที่ สปสช. กำหนด

๔๒.๒ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือเฝ้าระวัง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหา เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๔๒.๓ ค่าบริการให้เด็กที่ผลการตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง

๔๒.๔ ค่ายา สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

๔๒.๕ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

ข้อ ๔๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน จำนวน ๔๕ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๓ เป็นตัวแทนในการจัดสรร ดังนี้

๔๓.๑ พื้นที่ สปสช. เขต ๑-๑๒ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่ออกตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๔๓.๒ พื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่ออกตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ทั้งนี้ หากมีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร คงเหลือมากกว่าสองเท่าของรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในปีที่ผ่านมา สปสช. อาจงดการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔๓.๓ ค่าบริการตามข้อ ๔๓.๑ และข้อ ๔๓.๒ หากมีเงินเหลือ หรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๔๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน ๔ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณบริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๓ เป็นตัวแทนในการคำนวณ และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ และให้มีหลักเกณฑ์การจ่ายจาก Global budget ระดับเขต ดังนี้

๔๔.๑ เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ทั้งนี้ ขอให้บูรณาการกับ พชอ./พชข.

๔๔.๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไข

๔๔.๒.๑ ให้ สปสช. เขต เสนอแผนงาน/โครงการและจำนวนงบประมาณที่จะดำเนินการทั้งปีตั้งแต่ต้นปีและหากตามแผนงาน/โครงการที่เสนอตั้งแต่ต้นปีแล้วยังมี Global budget ระดับเขตเหลือ หรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๔๔.๒.๒ จ่ายให้หน่วยบริการและหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงินการรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

ข้อ ๔๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จำนวน ๒๓๙.๗๔๐๐ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ แก่ประชาชนไทยทุกคนที่ได้รับบริการในหน่วยบริการ และหรือนอกหน่วยบริการ โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Fit test โดยจ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๔๕.๑ จำนวน ๓๖.๑๗๐๐ บาทต่อคน จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

๔๕.๑.๑ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการตรวจด้วย HPV DNA Test และการตรวจยืนยันกรณีผลผิดปกติด้วยวิธี Liquid based cytology

๔๕.๑.๒ บริการฝากครรภ์ (ANC) บริการอัลตราซาวด์ รวมทั้งบริการทันตกรรมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์

๔๕.๑.๓ การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

๔๕.๑.๔ การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ

๔๕.๑.๕ การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และโรคฟีนิลคีโตนูเรียในเด็กแรกเกิด

๔๕.๑.๖ บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๔๕.๑.๗ บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

๔๕.๑.๘ บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) หลังยุติการตั้งครรภ์ ในหญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐ ปีขึ้นไป

๔๕.๑.๙ บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ ๔ - ๑๒ ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ ๖ - ๑๒ ปี)

๔๕.๒ จำนวน ๒๐๓.๕๗๐๐ บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย (รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test ดังนี้

๔๕.๒.๑ ร้อยละ ๖๕ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน ให้หน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ ± ๑๐%)

๔๕.๒.๒ ร้อยละ ๓๕ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนดโดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๒ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ หรือที่เป็นปัจจุบัน

๔๕.๓ สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๓ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำหรับประชากรไทยอื่นให้ สปสช. เขต ดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๔๕.๔ สำหรับกรณี สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๔๕.๑ และข้อ ๔๕.๒ อาจจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่าง ๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงการพัฒนานวัตกรรมการดำเนินการที่ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และบูรณาการกับ พชอ./พชข.

ข้อ ๔๖ หลักเกณฑ์การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อคนให้จ่ายให้หน่วยบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ดังนี้

๔๖.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย

๔๖.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๔๗ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๔๘ การบริหารจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๔๙ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ ๔๒ ถึงข้อ ๔๖ ได้ตามจำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๕
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๐ เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนเงิน ๑๘.๔๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ มีดังนี้

๕๑.๑ จำนวนไม่เกิน ๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ที่ออกตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๕๑.๒ ส่วนที่เหลือ จำนวน ๑๓.๔๐ บาทต่อผู้มีสิทธิจ่ายให้กับหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยครอบคลุม

๕๑.๒.๑ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ที่ สปสช. กำหนด

๕๑.๒.๒ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการ จัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในรายการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ดังนี้

(๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือกรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ

(๒) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ จ่ายตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ

๕๑.๒.๓ กรณีพื้นที่ที่ไม่มีการดำเนินการตาม ๕๑.๑ ให้จ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการ สำหรับค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ที่ออกตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ สำหรับค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน

๕๑.๓ กรณีหากจ่ายค่าบริการตามข้อ ๕๑.๑ แล้วมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าบริการตามข้อ ๕๑.๒

ส่วนที่ ๖
บริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ข้อ ๕๒ เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู่ป่วยกลุมโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง

ข้อ ๕๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทยและบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า จำนวน ๑๗.๔๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด โดย

๕๓.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๖.๓๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และจ่ายตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการประจำ

๕๓.๒ จำนวนไม่เกิน ๑.๖๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการฝงเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุนไฟฟาในผู่ป่วยกลุมโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง ให้จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการฝ งเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุนไฟฟาในผู่ป่วยกลุมโรคหลอดเลือดสมองในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามรายการบริการ (Fee schedule) และหรือเหมาจ่าย รายละเอียดตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข แนวทางที่ สปสช. กำหนด

๕๓.๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ ๕๓.๑ ถึงข้อ ๕๓.๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๗
ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
(ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ข้อ ๕๔ เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕๕ การจ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ ให้แบ่งสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในข้อ ๘

ข้อ ๕๖ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ดังนี้

๕๖.๑ การจ่ายให้หน่วยบริการให้จ่ายเงินตรงให้หน่วยบริการ

๕๖.๑.๑ ให้คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นรายหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น ๒ กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๓ คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เหลือและการจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการให้กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๓ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

(๒) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๒ – มีนาคม ๒๕๖๓) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

๕๖.๑.๒ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๖.๑.๑ สำหรับบริหารระดับเขต

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๖.๑.๑ สำหรับบริหารระดับจังหวัด

(๓) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๖.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ

(๔) สำหรับการบริหารระดับเขตและระดับจังหวัด ให้จัดสรรให้กับ รพ.สต. และ รพช.

๕๖.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่น ๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๖.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด

๕๖.๑.๔ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๕๖.๒ หน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้ดำเนินการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

๕๖.๓ กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายประชากรระหว่างกันในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๕๖.๔ หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

๕๖.๕ การบริหารจัดการและการติดตามผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๘
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อ ๕๗ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕๘ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ส่วนที่ ๙
การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๕๙ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ให้ สปสช. กำกับ ติดตาม ดูแลให้หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการให้บริการสาธารณสุขเป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการตามส่วนนี้ด้วย

ข้อ ๖๐ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจำนวนเงินแต่ละเขตมาจากข้อ ๘ (ประเภทบริการลำดับที่ ๙) ให้คำนวณตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ รวมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และข้อ ๔๖

ข้อ ๖๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย มีดังนี้

๖๑.๑ ให้จ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดบริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ให้หน่วยบริการโดยมีตัวชี้วัดกลางจำนวนไม่เกิน ๑๐ ตัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดบูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดระดับเขตได้ไม่เกิน ๕ ตัว โดยให้สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ทั้งนี้ ให้ใช้ระบบข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ OP/PP/IP individual record (ไม่ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลใหม่)

๖๑.๒ แนวทางและรายละเอียดเกณฑ์การจ่ายให้หน่วยบริการ ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเกินกว่าเป้าหมายตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ หากมีเงินเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขต หรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใด ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๖๒ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๖๑ อาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่าง ๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ส่วนที่ ๑๐
การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๖๓ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรของหน่วยบริการของรัฐที่ได้รับจากเงินงบประมาณโดยตรง (ค่าแรงในระบบ) ดังนั้น จึงต้องมีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐออกจากเงินที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการของรัฐต่าง ๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดเท่ากับจำนวนที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี (ตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ)

ข้อ ๖๔ แนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

๖๔.๑ แยกเพดานค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดจากหน่วยบริการของรัฐต่าง ๆ เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการของรัฐอื่น ๆ โดยการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๖๔.๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ และให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๖๔.๓ วิธีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐในระบบ

๖๔.๓.๑ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยให้ปรับลดจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายแบบเหมาจ่าย และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขตโดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ

๖๔.๓.๒ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบตามการคำนวณของสำนักงบประมาณโดยผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

๖๔.๓.๓ สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยปรับลดจากรายรับที่ได้จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMIS เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. ซึ่ง สป.สธ. จะส่งให้ สปสช. ภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๓

ส่วนที่ ๑๑
การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๖๕ ให้สามารถกันเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ได้ดังนี้

๖๕.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จะได้รับปี พ.ศ. ๒๕๖๔ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัดและสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานและการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๖๕.๒ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการใช้บริการของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัยหน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิดต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ. จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ยต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๓

หมวด ๓
รายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๖๖ เงินบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๓,๖๗๖.๓๕๐๗ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	๓,๔๐๕.๕๑๑๓
๒. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๒๕๐.๘๓๙๔
๓. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๒๐.๐๐๐๐
รวม	**๓,๖๗๖.๓๕๐๗**

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๓ ดังนี้

ส่วนที่ ๑
บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๖๗ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจขันสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแนะนำ ถุงยางอนามัย และสำหรับผู้ที่สมัครใจเข้ารับบริการการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Voluntary counseling and testing: VCT) การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๖๘ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๖๘.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรค ในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือเป็นทารกซึ่งคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีสำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๖๘.๒ กรณีบริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๖๘.๓ กรณีบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานที่ส่งข้อมูลมาในปี สำหรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing) และการให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับบริการการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

๖๘.๔ สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ จ่ายตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปี

๖๘.๕ สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๖๘.๖ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๒
การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๖๙ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี สำหรับประชาชนไทยทุกคน ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวมนำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP))

ข้อ ๗๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

๗๐.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐.๑๓๕๐ ล้านบาท สำหรับการบริการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำประชากรที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงาน

ในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) เป็นต้น การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายอื่น สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๗๐.๒ จำนวนไม่เกิน ๓๕.๓๕๐๔ ล้านบาท สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีตามรายการ เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงิน การรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

๗๐.๓ จำนวนไม่เกิน ๑๕.๓๕๔๐ ล้านบาท สำหรับนำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี *(PrEP)* ซึ่งเป็นการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

ส่วนที่ ๓
สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๗๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อ ๗๒ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด โดยจ่ายให้หน่วยบริการ สำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

หมวด ๔
รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๓ เป็นค่าใช้จ่ายบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๙,๗๒๐.๒๘๐๐ ล้านบาท ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น

ข้อ ๗๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนไต จ่ายตามผลงานการให้บริการตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด สำหรับ

๗๔.๑ การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป)

๗๔.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ยาที่จำเป็นตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

๗๔.๓ การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๗๔.๔ การปลูกถ่ายไตครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสลัดไต (Graft rejection) รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๗๔.๕ บริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ ๗๔.๑ เป็นค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์สำหรับ APD ค่ายาที่เกี่ยวข้องกับ APD และให้ สปสช. ประสานให้มีระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยการเตรียมระบบบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น

๗๔.๕.๑ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตฯ (PD nurse) และทีมสหวิชาชีพ (นักกำหนดอาหาร เภสัชกร ศัลยแพทย์วางสาย อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ)

๗๔.๕.๒ การให้บริการ เช่น การอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถล้างไตแบบ APD ที่บ้านด้วยตนเอง (ระบบ Call center, ความรู้ด้าน Clinic/Technique, การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย, ช่างเทคนิค เพื่อให้บริการ เป็นต้น)

๗๔.๕.๓ ระบบการจัดส่งน้ำยาล้างไตและเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติไปที่บ้านผู้ป่วย

๗๔.๕.๔ ระบบการติดตามผลการรักษาและประเมินผล

ข้อ ๗๕ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

หมวด ๕
รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๗๖ ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๑,๑๖๓.๒๑๑๐ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	๑,๐๙๑.๒๑๑๐
๒. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	๗๒.๐๐๐๐
รวม	**๑,๑๖๓.๒๑๑๐**

ส่วนที่ ๑
บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อ ๗๗ ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน ๑,๐๙๑.๒๑๑๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐานโดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ยังคงเน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ซึ่งจะช่วยชะลอไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๗๘ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุม ป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนี้

๗๘.๑ ไม่เกิน ๒๗.๒๗๒๐ ล้านบาท บริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๗๘.๒ ไม่น้อยกว่า ๑,๐๖๓.๙๓๙๐ ล้านบาท บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยให้คำนวณ Global budget ระดับเขตตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ ด้วยข้อมูลที่เป็นปัจจุบันดังนี้ ร้อยละ ๖๐ ตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT และร้อยละ ๔๐ คำนวณตามจำนวนผู้ป่วย DM/HT

๗๘.๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายจาก Global budget ระดับเขต ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ภายใต้เงื่อนไขการคำนวณให้หน่วยบริการตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT ที่ปรับด้วยจำนวนผู้ป่วย DM/HT โดยกำหนดตัวชี้วัดกลางจำนวน ๕ ตัว ตามที่ สปสช. กำหนด และสามารถเพิ่มตัวชี้วัดระดับเขตได้ไม่เกิน ๓ ตัว

ข้อ ๗๙ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๗๘ อาจบูรณาการจ่ายค่าใช้จ่ายกับรายการบริการประเภทต่าง ๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

ข้อ ๘๐ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๘๑ ให้ สปสช. จัดระบบการกำกับติดตามให้เน้นการบริการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามแนวทางราชวิทยาลัย/สมาคมที่เกี่ยวข้อง และให้มีกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการและภาคประชาชน

ส่วนที่ ๒
การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ข้อ ๘๒ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน ๗๒.๐๐๐๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังตามที่ สปสช. กำหนด ที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อ ๘๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดย

๘๓.๑ จำนวน ๑๒.๐๐๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๑,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการรับส่งต่อหรือหน่วยบริการประจำที่มีจิตแพทย์หรือมีแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่หน่วยบริการประจำและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในพื้นที่ ที่ได้รับการลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำและเครือข่ายหน่วยบริการ

๘๓.๒ จำนวน ๖๐.๐๐๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๕,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและเครือข่ายหน่วยบริการตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

หมวด ๖
ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อ ๘๔ เงินค่าใช้จ่ายจำนวน ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

ข้อ ๘๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการใช้บริการของประชาชน โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. และให้เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๓

หมวด ๗
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อ ๘๖ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน ๘๓๘.๐๒๖๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีเป้าหมายจำนวน ๑๓๙,๖๗๑ คน มีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

ข้อ ๘๗ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จ่ายแบบเหมาจ่ายให้ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่ออกตามความในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี

หมวด ๘
ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

ข้อ ๘๘ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ จะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ช. (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม”

และตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการและในชุมชนทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร จากหน่วยบริการและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ

ข้อ ๘๙ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ดังนี้

๘๙.๑ บริการระดับปฐมภูมิ ดังนี้

๘๙.๑.๑ จำนวน ๒๑๔.๐๐๐๐ ล้านบาท สำหรับเป้าหมายในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร โดย

(๑) จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๘๙.๑.๒ จำนวน ๔๔.๖๔๐๐ ล้านบาท สำหรับเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานครจ่ายให้หน่วยบริการ โดยแนวทางการและหลักเกณฑ์จ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่าง ๆ ได้

๘๙.๒ จำนวน ๑๒๖.๗๗๐๐ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการ เป็นค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม รวมทั้งรูปแบบที่หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรมจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ด้วยตนเอง (Model ๓) ตามรายการบริการและหรือเหมาจ่าย ตามหลักเกณฑ์วิธีการ อัตราและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๘๙.๓ จำนวน ๙.๗๖๐๐ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการ เป็นค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน ตามจำนวนผลงานบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ อัตราและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๘๙.๔ จำนวน ๑๖.๔๗๐๐ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการ เป็นค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth /Telemedicine) ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานการบริการที่สภาวิชาชีพหรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยหน่วยบริการที่ดำเนินการต้องมีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย และการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับข้อมูลของ สปสช. ได้ โดยจ่ายตามรายการบริการ ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช. กำหนด

๘๙.๕ จำนวน ๑๐.๐๐๐๐ ล้านบาท จ่ายให้หน่วยบริการ เป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือด้านกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้แก่ประชาชน โดยหน่วยบริการร่วมให้บริการที่จะดำเนินการต้องมีความพร้อมของระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของ สปสช. ได้ โดยจ่ายตามรายการบริการ ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๙๐ ให้ สปสช. เขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้หน่วยบริการ มีการบูรณาการกลไกการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น พชอ. พชข. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่าง ๆ หรือจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ข้อ ๙๑ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๘๙.๑ ถึงข้อ ๘๙.๕ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

หมวด ๙
ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

ข้อ ๙๒ ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เป็นไปตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ ดังนี้

๙๒.๑ บริการกรณีเฉพาะตามข้อ ๓๕.๑.๒ ๓๖.๒ และข้อ ๓๗.๒

๙๒.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๔๒.๕

๙๒.๓ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามข้อ ๖๘.๑ ข้อ ๖๘.๕ ข้อ ๗๐.๑ และข้อ ๗๐.๓

ข้อ ๙๓ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามข้อ ๗๕ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน เพื่อดำเนินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษในภาพรวม และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๙๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

๙๔.๑ จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

๙๔.๒ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เป็นค่าชดเชยค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย

ข้อ ๙๕ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี

ข้อ ๙๖ กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

๙๖.๑ หากมีเงินเหลือหรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๙๖.๒ หากไม่มีการจัดหาอีกให้ส่งเงินคืนกองทุนพร้อมดอกผล (ถ้ามี)

๙๖.๓ หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อ ๙๗ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายอย่างน้อยทุกไตรมาส

หมวด ๑๐
บริการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

ข้อ ๙๘ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับบริการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จำนวนงบประมาณตามข้อ ๖/๑ โดยจัดสรรเพิ่มเติมให้หน่วยบริการเพื่อบริการคัดกรอง บริการป้องกันการติดเชื้อ บริการรักษา และบริการรับส่งต่อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในอัตราตามระบบปกติและจ่ายเพิ่มเติม ดังนี้

๙๘.๑ ค่าบริการตรวจคัดกรอง และบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ประชาชนไทยทุกคน และผู้ที่รับบริการในสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine)

๙๘.๑.๑ บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ใน “ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ” และเหมาจ่ายเพิ่มเติมสำหรับค่าบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อตามที่ สปสช. กำหนด

๙๘.๑.๒ บริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตราตามที่ สปสช. กำหนด

๙๘.๒ ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และผู้ที่รับบริการในสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด 19 เรื่อง หลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ. ๒๕๖๓ (ฉบับที่ ๒) จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตรา ๗๔๐ บาทต่อชุด ทั้งนี้ ครอบคลุมทั้งแบบชนิดที่ใช้ซ้ำและชนิดที่ใช้ได้ครั้งเดียว

๙๘.๓ ค่าห้องควบคุมรวมค่าอาหาร

๙๘.๓.๑ ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษารวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาทต่อวัน สำหรับบริการผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

๙๘.๓.๒ ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด ๑๙ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อวัน สำหรับบริการผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และผู้ป่วยที่รับบริการในสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ เรื่อง หลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ.๒๕๖๓ ฉบับที่ ๒

๙๘.๔ ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายตามจริงไม่เกิน ๗,๒๐๐ บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ ในกรณีมีความจำเป็นที่หน่วยบริการต้องใช้ยารักษาผู้ป่วยเกินกว่าอัตราที่กำหนด ให้หน่วยบริการขออนุมัติต่อสำนักงานเป็นรายกรณี

๙๘.๕ ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย

๙๘.๕.๑ ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด่านท่าอากาศยาน ด่านพรมแดน ด่านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ สปสช.

๙๘.๕.๒ ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓,๗๐๐ บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

ข้อ ๙๙ เป็นค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีค่าใช้จ่ายสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้หน่วยบริการขออนุมัติต่อสำนักงาน เป็นรายกรณี ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

อ.อนุทิน

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ เพื่อให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเพื่อให้การบริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับ ข้อ ๓๔ ข้อ ๓๔.๑ และข้อ ๓๔.๑.๑ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๑

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๑

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒

ข้อ ๔ รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้พิการที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑
แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๒
ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน(บาท)
		หมวด ๑ ระบบประสาท		
	๑๐๐๐	๑.๐ กระโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียม และวัสดุยึดกระโหลก		
๑	๑๐๐๑	๑.๐.๑ กระโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic Implant) ลักษณะ แต่ละชุดประกอบด้วยผง Methyl methacrylate และ Solution ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกระโหลกขาดหายไป	ชุดละ	๔,๐๐๐
๒	๑๐๐๓	๑.๐.๓ เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural Substitue) ลักษณะ เป็นแผ่นบางๆ ทำจากสารสังเคราะห์ หรือเนื้อเยื่อ ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนส่วนที่หายไป หรือปกคลุมสมอง หรือไขสันหลัง ในส่วนที่บวม จนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้	แผ่นละ	๙,๐๐๐
	๑๑๐๐	๑.๑ ท่อ/สายต่อจากช่องกระโหลก และวัสดุใช้ในช่องกระโหลก		
๓	๑๑๐๑	๑.๑.๑ ชุดท่อต่อช่องสมอง (External Ventricular Drainage System) ลักษณะ เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำหล่อสมอง และไขสันหลังออกสู่ภายนอกร่างกาย ประกอบด้วย ท่อต่อเชื่อมสมอง และไขสันหลัง (Ventricular Catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำ และท่อต่อเชื่อม ข้อบ่งชี้ น้ำหล่อสมอง และไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) หรือมีเลือดออกในช่องสมอง	ชุดละ	๔,๕๐๐
๔	๑๑๐๒	๑.๑.๒ อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal Shunt) ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับ กดทดสอบ และสายต่อภายในสู่ช่องท้อง หรือช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย (Connector) ข้อบ่งชี้ น้ำหล่อเลี้ยงสมอง และไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)	ชุดละ	๘,๑๐๐
๕	๑๑๐๔	๑.๑.๔ คีบหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm Clip for Intracranial Aneurysm) ลักษณะ เป็นคีมหนีบหลอดเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป ข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง	อันละ	๖,๗๐๐
		หมวด ๒ ตา หู คอ จมูก		
	๒๐๐๐	๒.๐ ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม		
๖	๒๐๐๑	๒.๐.๑ ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye Prosthesis) ลักษณะ เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสารสังเคราะห์ระบายสี ทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อคริลิก ข้อบ่งชี้ ใช้ใส่ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาฝ่อ	ข้างละ	๑,๐๐๐
๗	๒๐๐๒	๒.๐.๒ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายพลาสติกแข็งๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก	อันละ	๒๐๐
๘	๒๐๐๓	๒.๐.๓ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated Orbital Implant) ลักษณะ รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก	อันละ	๑๓,๕๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน(บาท)
		ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนรับลูกตาเทียม ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเอาลูกตาออก และต้องการให้ตาเทียมสามารถกรอกตาได้คล้ายของจริง		
๙	๒๐๐๔	**๒.๐.๔ วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา (Orbital Implant for Orbit)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก สามารถทำได้จากวัสดุหลายชนิด **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตก เพื่อแทนที่กระดูกที่หัก	อันละ	๒,๐๐๐
๑๐	๒๐๐๕	**๒.๐.๕ กระจกตาดำเทียม (Corneal Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ขุ่น	อันละ	๑๕,๐๐๐
๑๑	๒๐๐๖	**๒.๐.๖ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable Intraocular Lens)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็น สามารถพับได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา	อันละ	๒,๘๐๐
๑๒	๒๐๐๗	**๒.๐.๗ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable Intraocular Lens)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตา เพื่อช่วยในการมองเห็น มีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา	อันละ	๗๐๐
	๒๑๐๐	**๒.๑ วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา**		
๑๓	๒๑๐๑	**๒.๑.๑ วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่นซิลิโคน **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนดันให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตาในกรณีที่เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัดอื่น เช่น โรคหนังตาตก	อันละ	๒,๗๐๐
๑๔	๒๑๐๒	**๒.๑.๒ ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid)** **ลักษณะ** เป็นของเหลวมีความหนาแน่นสูง **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตา เพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	๖,๔๐๐
๑๕	๒๑๐๓	**๒.๑.๓ น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone Oil)** **ลักษณะ** มีลักษณะเป็นน้ำมันใส **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	๕,๔๐๐
๑๖	๒๑๐๔	**๒.๑.๔ ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา (Intraocular Gas)** **ลักษณะ** เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้ และอยู่ในลูกตาได้นาน **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตา เพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	ครั้งละ	๕๐๐
๑๗	๒๑๑๓	**๒.๑.๑๓ ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitrectomy Set)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูกตาและอุปกรณ์ช่วยหลายชนิด **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา	ชุดละ	๙,๐๐๐
๑๘	๒๑๑๕	**๒.๑.๑๕ ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal Trephine)** **ลักษณะ** เป็นใบมีดผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	ชุดละ	๕,๔๐๐
	๒๒๐๐	**๒.๒ แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อรักษาต้อกระจก (กรณีไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม)** **ข้อบ่งชี้** รายการ ๒.๒.๑ - ๒.๒.๕ ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาออก และไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๑๙	๒๒๐๑	๒.๒.๑ แว่นตาสำหรับมองไกล ๑ อัน (Distance Eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐
๒๐	๒๒๐๒	๒.๒.๒ แว่นตาสำหรับมองใกล้ ๑ อัน (Near Eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐
		(สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ ๒ ในตาข้างเดิม ให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)	ข้างละ	๙๐๐
๒๑	๒๒๐๓	๒.๒.๓ เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard Contact Lens)	ข้างละ	๑,๓๐๐
๒๒	๒๒๐๔	๒.๒.๔ เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid Gas Permeable Lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐
๒๓	๒๒๐๕	๒.๒.๕ เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft Contact Lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐
	๒๔๐๐	๒.๔ อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู		
๒๔	๒๔๐๑	๒.๔.๑ กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น ลักษณะ เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ไฮดรอกซีแอพาไทต์ ไทเทเนียม ทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes)	ชิ้นละ	๒,๗๐๐
๒๕	๒๔๐๒	๒.๔.๒ กระดูกหูเทียมทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total Ossicle Reconstruction Prosthesis) ลักษณะ เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ลักษณะคล้ายร่ม ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	๔,๕๐๐
๒๖	๒๔๐๓	๒.๔.๓ กระดูกหูเทียมทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial Ossicle Reconstruction Prosthesis) ลักษณะ เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	๔,๕๐๐
๒๗	๒๔๐๔	๒.๔.๔ ใบหูเทียม ลักษณะ ทำจาก Silicone ติดโดยใช้กาว ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ที่ใบหูขาดไม่สามารถตกแต่งกลับมาได้ หรือความผิดปกติของใบหูที่ไม่สามารถผ่าตัดได้	ข้างละ	๑๐,๘๐๐
	๒๖๐๐	๒.๖ อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก		
๒๘	๒๖๐๑	๒.๖.๑ จมูกเทียมชนิดติดกาว ลักษณะ เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกช่องจมูก ข้อบ่งชี้ ใส่หลังผ่าตัดจมูกออก ซึ่งมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วยปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไขความพิการ ผิดรูป	ชิ้นละ	๙,๐๐๐
	๒๗๐๐	๒.๗ อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่น เกี่ยวกับคอ		
๒๙	๒๗๐๑	๒.๗.๑ ฝาครอบช่วยพูด (Speaking Valve) ลักษณะ เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคน ภายในมีลิ้นให้ลมเข้าออกได้ทางเดียว ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมีเสียงพูด	อันละ	๒,๔๐๐
๓๐	๒๗๐๒	๒.๗.๒ เครื่องช่วยพูด ลักษณะ เป็นอุปกรณ์อิเลคโทรนิก เมื่อกดกับพื้นผิวจะเกิดเสียงจากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสาร มีสวิทปิดเปิดใช้แบตเตอรี่ ข้อบ่งชี้ ใช้ในกรณีที่ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด	เครื่องละ	๓๖,๐๐๐
๓๑	๒๗๐๔	๒.๗.๔ เพดานเทียม (Palatal Obturator)	ชิ้นละ	๘๐๐
๓๑/๑	๒๗๐๔A	เพดานเทียม (Obturator + Screw) ข้อบ่งชี้ สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก ยื่นออกโดยใช้สกรู เพื่อช่วยในการดูดนม	ชุดละ	๑,๕๐๐
๓๑/๒	๒๗๐๔B	เพดานเทียม [Obturator + Nasoalveolar Molding (NAM)] ข้อบ่งชี้ สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและคงสภาพโครงสร้างจมูก	ชุดละ	๑,๘๐๐

ไพศาล ๕

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๓๑/๓	๒๗๐๔C	เพดานเทียม [Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM)] ข้อบ่งชี้ สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก ยื่นออก โดยใช้สกรู และสำหรับจัดโครงสร้างจมูก	ชุดละ	๒,๕๐๐
๓๑/๔	๒๗๐๔D	เพดานเทียม [Nasoalveolar Molding (NAM)] ข้อบ่งชี้ เพื่อจัดโครงสร้างกระดูก และคงสภาพโครงสร้างจมูก	ชิ้นละ	๗๐๐
		หมวด ๓ ระบบทางเดินหายใจ		
	๓๐๐๐	**๓.๐ ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ**		
๓๒	๓๐๐๓	**๓.๐.๓ หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy Tube)** **ชนิดทำด้วยพลาสติก** **ลักษณะ** เป็นท่อพลาสติกกลวง โค้งงอเล็กน้อย มีปีกสองข้างสำหรับคล้องเชือก **ข้อบ่งชี้** ใส่หลอดลมคอเพื่อช่วยในการหายใจ	อันละ	๑,๙๐๐
		หมวด ๔ หัวใจและหลอดเลือด		
	๔๐๐๐	**๔.๐ ลิ้นหัวใจเทียม ผนังหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๐.๑ - ๔.๐.๑๐ เป็นอวัยวะเทียมชนิดต่างๆ สำหรับใส่ไปในตัวผู้ป่วยในการผ่าตัดหัวใจ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจ หรือผนังกั้นหัวใจ และหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม รายการ ๔.๐.๑๒- ๔.๐.๑๔สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง รายการ ๔.๐.๑๖ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรืออุดตัน		
๓๓	๔๐๐๑	**๔.๐.๑ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์**	อันละ	๒๙,๐๐๐
๓๔	๔๐๐๒	**๔.๐.๒ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๑ แผ่น ปิด – เปิด**	อันละ	๓๔,๐๐๐
๓๕	๔๐๐๓	**๔.๐.๓ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๒ แผ่น ปิด – เปิด**	อันละ	๓๑,๐๐๐
๓๖	๔๐๐๔	**๔.๐.๔ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากหมู (ชนิดมีโครง)**	อันละ	๔๘,๐๐๐
๓๗	๔๐๐๕	**๔.๐.๕ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)**	อันละ	๕๕,๐๐๐
๓๘	๔๐๐๖	**๔.๐.๖ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากเยื่อบุหัวใจวัว**	อันละ	๖๕,๐๐๐
๓๙	๔๐๐๗	**๔.๐.๗ ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม**	อันละ	๕๗,๐๐๐
๔๐	๔๐๐๘	**๔.๐.๘ ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve Ring)**	อันละ	๑๘,๐๐๐
๔๑	๔๐๐๙	**๔.๐.๙ ผนังหัวใจเทียม (PTFE Patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์**	แผ่นละ	๓,๔๐๐
๔๒	๔๐๑๐	**๔.๐.๑๐ ผนังหัวใจเทียม (Dacron Patch)**	แผ่นละ	๓,๐๐๐
๔๓	๔๐๑๒	**๔.๐.๑๒ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง**	เส้นละ	๑๒,๐๐๐
๔๔	๔๐๑๓	**๔.๐.๑๓ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก**	เส้นละ	๑๕,๐๐๐
๔๕	๔๐๑๔	**๔.๐.๑๔ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าพร้อมแขนงบริเวณตรงกลางหลอดเลือดเทียม (Aortic with Branches)** **ลักษณะ** เป็นหลอดเลือดเทียมที่มีแขนงสำเร็จรูปสำหรับ Aortic arch และ Branch ของ Aortic ach	เส้นละ	๑๗,๐๐๐
๔๖	๔๐๑๖	**๔.๐.๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิด มีวงแหวน PTFE Ring Vascular Graft (ตามความยาวที่ใช้)**	ซม.ละ	๖๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๔๗	๔๐๑๙	๔.๐.๑๙ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft) **ข้อบ่งชี้** ๑) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective Endocarditis) ๒) ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็กไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้ ๓) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic Valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๔) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic Valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๕) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic Reconstruction, Pulmonary Artery Reconstruction)	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐
	๔๑๐๐	**๔.๑ วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๑.๑ - ๔.๑.๙ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด		
๔๘	๔๑๐๑	๔.๑.๑ ปอดเทียม (Membrane Oxygenator)	ชุดละ	๙,๐๐๐
๔๙	๔๑๐๒	๔.๑.๒ ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal Complete Set)	ชุดละ	๓,๔๐๐
๕๐	๔๑๐๓	๔.๑.๓ อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)	อันละ	๓,๐๐๐
๕๑	๔๑๐๔	๔.๑.๔ อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble Trap)	อันละ	๑,๐๐๐
๕๒	๔๑๐๗	๔.๑.๗ ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia Set)	ชุดละ	๓,๔๐๐
๕๓	๔๑๐๘	๔.๑.๘ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดทางตรง (Antegrade Cardioplegia Set)	อันละ	๑,๑๐๐
๕๔	๔๑๐๙	๔.๑.๙ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดย้อนทาง (Retrograde Cardioplegia Set)	อันละ	๓,๔๐๐
	๔๓๐๐	**๔.๓ อุปกรณ์ หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ตีบ (Coronary Intervention)**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๓.๑ -๔.๓.๑๔, ๔.๓.๑๖ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบและมีความจำเป็นต้องขยาย (Coronary Intervention) ดังข้อ ๑-๓ ข้างล่างนี้ โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม และข้อบ่งชี้เพิ่มเติมที่อาจมีในรายการนั้นๆ รายการ ๔.๓.๑๓ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบได้ด้วย **๑. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ชนิดเรื้อรังคงที่ (Chronic Stable CAD) จะมีหรือไม่มีอาการก็ตาม ที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้** ๑.๑ มีหลักฐานว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างมากกว่า ๑๐% ของเวนตริเคิลซ้าย (Proven Large Area of Myocardial Ischemia) ๑.๒ หลอดเลือดตีบมากกว่า ๕๐% ร่วมกับยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการแน่นหน้าอก (Anti-Anginal Agents) แล้ว **๒. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Segment ไม่ยกสูงในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Non ST Elevation Acute Coronary Syndrome) ที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้** ๒.๑ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจากการประเมินความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients) ๒.๒ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ำ (Recurrent Angina/ Ischemia)		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		๒.๓ มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง (Heart Failure, Cardiogenic Shock หรือ Malignant Ventricular Arrhythmia) ๒.๔ มีหลักฐานว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการตรวจด้วยวิธี Non-Invasive Functional Tests (Stress Inducible Ischemia) **๓. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูงในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Acute ST Elevation Myocardial Infarction, STEMI) ดังนี้** ๓.๑ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ชนิดปฐมภูมิ (Primary PCI) (๑) ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกมาไม่นานเกิน ๑๒ ชั่วโมง และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีลักษณะ ST segment Elevation หรือ Undocumented LBBB (๒) ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอก มานานเกิน ๑๒ ชั่วโมง แต่ยังมีอาการแน่นหน้าอกอยู่ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment Elevation หรือ Undocumented LBBB ๓.๒ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ตามหลังการให้ยาสลายลิ่มเลือด (PCI after Fibrinolysis) (๑) ในกรณีผู้ป่วย STEMI ที่มีความเสี่ยงสูง **หมายเหตุ :** ที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดเป็นผลสำเร็จ อาจพิจารณาทำ PCI ได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังให้ยาสลายลิ่มเลือด (Routine PCI after Successful Fibrinolysis in High-Risk STEMI) (๒) ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดแล้วไม่ได้ผล ไม่มีลักษณะที่บ่งชี้ว่าหลอดเลือดเปิด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอยู่ หรือ ST segment ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่ลดลง ควรได้รับการทำ PCI เร็วที่สุด (Rescue PCI) ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการทำ PCI หลังจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว ๓.๓ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวนในกรณีที่เกิดภาวะช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวไม่ไหว (Cardiogenic Shock) ตามหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ๓.๔ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว (Elective PCI) ควรทำในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกซ้ำหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post MI Angina) หรือมีหลักฐานว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการตรวจทาง Non-Invasive Functional Test) **หมายเหตุ :** ผู้ป่วย STEMI ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Anterior Infarct) หรือกล้ามเนื้อที่ตาย มีปริมาณมาก (Large Infarct) หรือมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา (Right Ventricular Infarct) หรือเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Cardiogenic Shock) หรือเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง (Malignant Ventricular Arrhythmia)		
๕๕	๔๓๐๑	**๔.๓.๑ สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary Guiding Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ใช้ขยายหลอดเลือดชนิดต่างๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๓,๕๐๐
๕๖	๔๓๐๒	**๔.๓.๒ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (PTCA Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๓,๒๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๕๗	๔๓๐๓	**๔.๓.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน (Coronary Balloon Dilatation catheter หรือ PTCA Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๘,๐๐๐
๕๘	๔๓๐๔	**๔.๓.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวด (Coronary Stent) ชนิดทำจากโลหะ** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ผลิตจากวัสดุที่ทำมาจากโลหะ (Stainless Steel) **ข้อบ่งชี้** เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง เกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการรักษาโรค หลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานประกาศกำหนด	ชุดละ	๖,๘๐๐
๕๙	๔๓๐๕	**๔.๓.๕ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด		
๕๙/๑	๔๓๐๕A	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะอัลลอยด์**	ชุดละ	๑๒,๕๐๐
๕๙/๒	๔๓๐๕B	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะสแตนเลส**	ชุดละ	๙,๔๐๐
๕๙/๓	๔๓๐๕C	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดอัลลอยด์แบบ โพลีเมอร์ ชนิดย่อยสลายเองได้**	ชุดละ	๑๖,๐๗๘
๕๙/๔	๔๓๐๕D	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดไม่มีโพลิเมอร์**	ชุดละ	๒๗,๗๒๐
๖๐	๔๓๐๖	**๔.๓.๖ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๘๐,๐๐๐
๖๑	๔๓๐๗	**๔.๓.๗ สายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Rotational Atherectomy Burr Catheter)** **ลักษณะ** สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๓๐,๐๐๐
๖๒	๔๓๐๘	**๔.๓.๘ อุปกรณ์ขับเคลื่อนสายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Rotational Atherectomy Burr Advancer) (รหัส ๔๓๐๗)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๓๐,๐๐๐
๖๓	๔๓๐๙	**๔.๓.๙ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน ชนิดติดใบมีด (Cutting Balloon Catheter)** **ลักษณะ** สายสวนที่มีบอลลูนชนิดติดใบมีดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับทำการถ่างขยายรักษาการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ในกรณีที่ไม่สามารถขยายได้ด้วยสายสวนบอลลูนปกติ	ชุดละ	๒๕,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน(บาท)
๖๔	๔๓๑๐	**๔.๓.๑๐ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยการดูดลิ่มเลือดด้วยวิธีเชิงกล (Thrombectomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับดูดลิ่มเลือดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๑๗,๐๐๐
๖๕	๔๓๑๑	**๔.๓.๑๑ สายสวนเพื่อการขยายหรือตัดเซาะหลอดเลือดด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser Angioplasty Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่สามารถปล่อยลำแสงเลเซอร์จากปลายสายใช้เพื่อการขยาย หรือตัดเซาะหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** เพื่อช่วยในการตัดขยายหลอดเลือดขณะทำการดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกจากร่างกายผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่สามารถดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกได้ด้วยวิธีการดึงธรรมดา หรือด้วยอุปกรณ์ยึดเหนี่ยวสายเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Lead Locking Stylet) **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และอายุรแพทย์โรคหัวใจและกุมารแพทย์โรคหัวใจที่ได้รับการฝึกอบรมในห้องปฏิบัติการระบบไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiology Laboratory) ในสถาบันที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือได้รับการรับรองจากชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๖๖	๔๓๑๒	**๔.๓.๑๒ ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal Embolic Protection Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกันลิ่มเลือดที่บริเวณรอยตีบเคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อความปลอดภัยในการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายในกรณีที่ลิ่มเลือดมีปริมาณมาก **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาระบบประสาท (Interventional Neuroradiology) ๒) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๓) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๖๗	๔๓๑๓	**๔.๓.๑๓ สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน หรือคลื่นแสง** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจภายในหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่หรือหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อนหรือคลื่นแสง **ข้อบ่งชี้** ๑) คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) ๒) หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ระดับ ๑	ชุดละ	๓๔,๐๐๐
๖๘	๔๓๑๔	**๔.๓.๑๔ สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary Pressure Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๒๗,๐๐๐
๖๙	๔๓๑๖	**๔.๓.๑๖ สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ สำหรับใช้ในการขยายหลอดเลือด และการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	๑๕,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
	๔๔๐๐	**๔.๔ อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจ อื่นๆ**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๔.๑ - ๔.๔.๗ ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาค หรือการทำงานของลิ้นหัวใจ ผนังหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ ที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ รายการ ๔.๔.๑ และ ๔.๔.๖ เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ		
๗๐	๔๔๐๑	**๔.๔.๑ สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ เช่น NIH, Pigtail Catheter	ชุดละ	๔,๐๐๐
๗๑	๔๔๐๒	**๔.๔.๒ สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Transeptal Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็ม สายสวน หรืออุปกรณ์อื่นๆ แทงผ่านผนังห้องหัวใจ	ชุดละ	๔,๐๐๐
๗๒	๔๔๐๓	**๔.๔.๓ เข็มสำหรับเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Needle)** **ลักษณะ** เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อนำอุปกรณ์หรือสายสวนต่าง ๆ แทงผ่านผนังกั้นห้องหัวใจ	ชุดละ	๘,๐๐๐
๗๓	๔๔๐๔	**๔.๔.๔ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนที่ปลายสาย และมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า ๑ ช่อง	ชุดละ	๔,๐๐๐
๗๔	๔๔๐๕	**๔.๔.๕ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลลูนที่ปลายสายใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด	ชุดละ	๓,๐๐๐
๗๕	๔๔๐๖	**๔.๔.๖ สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้ใส่นำสายสวนหัวใจอื่นๆ เข้าในหลอดเลือด หรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (Exchange) มีหลายขนาดความยาว	ชุดละ	๕๐๐
๗๖	๔๔๐๗	**๔.๔.๗ สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี่ (Diagnostic Coronary Angiography Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับการฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี่ **คุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) อายุรแพทย์โรคหัวใจ ๒) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจ	ชุดละ	๘๐๐
๗๗	๔๔๐๘	**๔.๔.๘ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนธรรมดา (Vulvuloplasty Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยาย ลิ้นหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ	ชุดละ	๒๕,๐๐๐
๗๘	๔๔๐๙	**๔.๔.๙ ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล ด้วยบอลลูน** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนและชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ	ชุดละ	๘๐,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน(บาท)
๗๙	๔๔๑๐	**๔.๔.๑๐ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยเครื่องขยายก้านโลหะ (Metallic Valvular Dilator)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนซึ่งเป็นเครื่องขยายก้านโลหะ และชุดอุปกรณ์เสริมใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ และให้เบิกได้เฉพาะอุปกรณ์ใหม่ที่ถูกใช้เป็นครั้งแรกเท่านั้น และให้มีหลักฐานการใช้สำหรับการตรวจสอบด้วย	ชุดละ	๒๘๐,๐๐๐
๘๐	๔๔๑๑	**๔.๔.๑๑ ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)** **ลักษณะ** เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil Embolization) **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	๕,๐๐๐
๘๑	๔๔๑๒	**๔.๔.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable Coil Delivery System)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปลดได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	๖,๐๐๐
๘๒	๔๔๑๓	**๔.๔.๑๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปากคีบ (Biotome for Controlled Release of Coil)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวดชนิดปากคีบ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๘๓	๔๔๑๕	**๔.๔.๑๕ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Septal Occluder)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุปิดกั้นที่มี ๒ ด้าน รูปร่างเป็นร่ม เกลียว หรือแผ่น ใช้สำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD	ชุดละ	๕๐,๐๐๐
๘๔	๔๔๑๖	**๔.๔.๑๖ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Delivery System for Septal Occluder)** **ลักษณะ** ชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุใช้คู่กับรายการวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD	ชุดละ	๑๙,๐๐๐
๘๕	๔๔๑๗	**๔.๔.๑๗ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct Occluder)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุปิดกั้นที่มี ๒ ด้าน รูปร่างเป็นร่ม เกลียว หรือแผ่น ใช้สำหรับปิดช่องต่อที่ผิดปกติระหว่างหลอดเลือดที่อยู่ติดกัน **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	๓๕,๐๐๐
๘๖	๔๔๑๘	**๔.๔.๑๘ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Delivery System for Duct Occluder)** **ลักษณะ** ชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุ ใช้คู่กับรายการวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct Occluder) (รหัส ๔๔๑๗) **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	๑๙,๐๐๐
๘๗	๔๔๑๙	**๔.๔.๑๙ ตะแกรงกรองลิ่มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption Device)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอด และ/หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย	ชุดละ	๔๐,๐๐๐
๘๘	๔๔๒๐	**๔.๔.๒๐ สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายรูผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม (Balloon Atrial Septostomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม	ชุดละ	๖,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกั้นห้องหัวใจห้องบน ในกรณีที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนในทิศทางปกติได้		
๘๙	๔๔๒๑	**๔.๔.๒๑ สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่นในการสวนหัวใจในกรณีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้นๆ ออกจากร่างกาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ และมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๙๐	๔๔๒๒	**๔.๔.๒๒ สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial Biopsy)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค **ข้อบ่งชี้** สำหรับวินิจฉัยและติดตามพยาธิสภาพ ๑) โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ ๒) โรคเยื่อหุ้มภายในห้องหัวใจ	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๙๑	๔๔๒๓	**๔.๔.๒๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีของเหลวที่ผิดปกติในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ	ชุดละ	๕,๐๐๐
๙๒	๔๔๒๔	**๔.๔.๒๔ สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra Aortic Balloon Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า ประกอบด้วย บอลลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล	ชุดละ	๒๘,๐๐๐
	๔๕๐๐	**๔.๕ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent Pacemaker Generator) เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ และสาย**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๕.๑ - ๔.๕.๔ สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradyarrhythmia) ที่มีอาการเป็นลมหมดสติหรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๔๐ ครั้ง/นาทีโดยเฉลี่ย หรือมีอาการอื่นที่บ่งถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือร่วมกับการพยากรณ์โรคที่เลวในระยะยาวในผู้ป่วยแต่ละราย		
๙๓	๔๕๐๑	**๔.๕.๑ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single Chamber Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างห้องเดียว	ชุดละ	๔๐,๐๐๐
๙๔	๔๕๐๒	**๔.๕.๒ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียวปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Rate Responsive Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นห้องเดียวสามารถปรับอัตราการเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการของร่างกายโดยอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed Rate Pacemaker ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุน้อยมีกิจกรรมการทำงานมาก	ชุดละ	๕๔,๐๐๐
๙๕	๔๕๐๓	**๔.๕.๓ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน (Dual Chamber Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ	ชุดละ	๗๒,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการ AV Synchrony เช่น หัวใจห้องล่างบีบตัวอ่อน หรือ Hypertrophic Cardiomyopathy		
๙๖	๔๕๐๔	**๔.๕.๔ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Dual Chamber Rate Responsive Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกัน และสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดยอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ ๔.๕.๒ ร่วมกับ ๔.๕.๓	ชุดละ	๘๐,๐๐๐
๙๗	๔๕๐๕	**๔.๕.๕ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจโดยกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV ดื้อต่อการรักษาด้วยยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated Cardiomyopathy หรือ Ischemic Cardiomyopathy)	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐
๙๘	๔๕๐๖	**๔.๕.๖ เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter-Defibrillator Lead)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ๑) มีการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติชนิดร้ายแรง (Ventricular Tachycardia or Fibrillation) ซึ่งไม่พบสาเหตุ หรือไม่สามารถรักษาโรคพื้นฐานให้หายได้ ๒) เป็นผู้ที่รอดจากการเสียชีวิตกระทันหัน ที่น่าจะมีสาเหตุมาจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจชนิดร้ายแรง ๓) มีโรคหัวใจอยู่แล้ว และมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง เช่น เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน และมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอ่อน (LVEF< ๓๕%) หรือเป็น Long QT Syndrome **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์ด้านช่างไฟฟ้าในหัวใจ (electrophysioligist)	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐
๙๙	๔๕๐๗	**๔.๕.๗ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร** **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้า จากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรเข้าสู่หัวใจ **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับรายการ ๔.๕.๑	ชุดละ	๑๕,๐๐๐
๑๐๐	๔๕๐๘	**๔.๕.๘ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว** **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้า จากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจ เข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดใส่ไว้ชั่วคราว **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ ๔.๕.๑ แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมีทางเดินไฟฟ้าติดขัดชั่วคราว หรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจที่จะใส่ชนิดถาวรต่อไป	ชุดละ	๔,๐๐๐
๑๐๑	๔๕๐๙	**๔.๕.๙ สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary Sinus Pacing Lead)** **ลักษณะ** ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization Pacemaker) **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ ๔.๕.๕	ชุดละ	๗๐,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๑๐๒	๔๕๑๐	**๔.๕.๑๐ สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter - Defibrillator Lead)** **ลักษณะ** เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ ๔.๕.๖	ชุดละ	๙๐,๐๐๐
๑๐๓	๔๕๑๑	**๔.๕.๑๑ แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Disposable Defibrillation Electrode, Disposable Pacing Electrode)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นเจลขนาดใหญ่ใช้ปิดที่หน้าอกผู้ป่วย ๒ แผ่น เพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วย หรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุกหัวใจ จากภายนอกร่างกาย **ข้อบ่งชี้** ๑) ใช้กระตุกหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับเครื่องกระตุกหัวใจภายนอกร่างกายในกรณีฉุกเฉิน หรือ ๒) ใช้ monitor ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic Study) ๓) ถ้าใช้ monitor ระหว่างทำ PCI ต้องเป็นผู้ป่วยที่มี Cardiovascular Instability เท่านั้น	ชุดละ	๓,๐๐๐
	๔๖๐๐	**๔.๖ สายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๖.๒ - ๔.๖.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มี หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสะดุด (Ectopic Beats) ที่มีอาการ หรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต		
๑๐๔	๔๖๐๑	**๔.๖.๑ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic study) **ข้อบ่งชี้** ๑) Syncope or near syncope of unknown etiology ๒) Arrthymia induction	ชุดละ	๑๖,๐๐๐
๑๐๕	๔๖๐๒	**๔.๖.๒ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒ -๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาด ด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency Ablation)	ชุดละ	๒๘,๐๐๐
๑๐๖	๔๖๐๓	**๔.๖.๓ ชุดสายสวนหัวใจเพื่อการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้างภาพสามมิติ** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่ใช้ร่วมกับคอมพิวเตอร์ในการสร้างภาพหัวใจแบบสามมิติในสนามแม่เหล็ก เมื่อไม่สามารถใช้สายจี้หัวใจปกติในการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่ไม่สามารถใช้สายจี้หัวใจปกติในการตรวจรักษาได้ เพราะวงจรการเต้นผิดจังหวะมีความซับซ้อน	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐
๑๐๗	๔๖๐๔	**๔.๖.๔ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ ชนิดหลายขั้ว (Multi-Electrode Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillator	ชุดละ	๖๐,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน(บาท)
๑๐๘	๔๖๐๕	**๔.๖.๕ สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting Cable for Multi-Electrode Catheter)** **ลักษณะ** ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะเพื่อนำสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบนจอภาพ **ข้อบ่งชี้** ๑) Syncope or near syncope of unknown etiology ๒) Arrthythmia induction	ชุดละ	๕,๐๐๐
	๔๗๐๐	**๔.๗ อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและซ่อมปิดหลอดเลือด ลวดนำสายสวนและสายสวนนำทาง**		
๑๐๙	๔๗๐๑	**๔.๗.๑ ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือด (Introducer Sheath)** **ลักษณะ** เป็นท่อนำใส่เข้าทางหลอดเลือด (ใช้ได้ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง) เพื่อเป็นช่องทางสำหรับใส่ และเปลี่ยนสายสวนเพื่อการวินิจฉัย หรือรักษาผู้ป่วย **ข้อบ่งชี้** ใช้เพื่อเป็นทางนำเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคผ่านทางหลอดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยมะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) รังสีแพทย์ (Radiologist) ๒) อายุรแพทย์โรคหัวใจ ๓) ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยแพทย์หลอดเลือดที่ได้รับวุฒิบัตรซึ่งรับรองจากแพทยสภาและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย ๔) กุมารแพทย์โรคหัวใจ ๕) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgery) ๖) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon)	ชุดละ	๘๐๐
๑๑๐	๔๗๐๒	**๔.๗.๒ ชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือด (Vascular Closure Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือดแดงหรือฉีดสารสมานหลอดเลือดที่ผนังด้านนอกของหลอดเลือดแดง **ข้อบ่งชี้** ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำหัตถการทุกชนิด (ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดง) ในกรณีที่ ๑) ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนอนนิ่งๆ นานเกิน ๖ ชั่วโมงได้ หลังการห้ามเลือดแบบธรรมดา ได้แก่ โรคทางระบบประสาท หรือกล้ามเนื้อกระตุก และโรคกระดูกสันหลัง ๒) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยากันเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดชั่วคราวเพื่อการห้ามเลือดได้ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) รังสีแพทย์ (Radiologist) ๒) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และกุมารแพทย์โรคหัวใจที่มีประสบการณ์การทำงานด้านหัวใจมาอย่างน้อย ๑ ปี และได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการด้านการรักษาผ่านสายสวนของชมรมกุมารแพทย์ ๓) ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด ๔) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgery) ๕) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon)	ชุดละ	๖,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๑๑๑	๔๗๐๔	**๔.๗.๔ สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Guiding Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน	ชุดละ	๗,๐๐๐
๑๑๒	๔๗๐๕	**๔.๗.๕ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Angioplasty Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรือตัน	ชุดละ	๔,๐๐๐
	๔๘๐๐	**๔.๘ อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรือตัน**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๘.๑- ๔.๘.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรืออุดตัน เฉพาะรายการ ๔.๘.๑ และ ๔.๘.๒ เพิ่มข้อบ่งชี้ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ		
๑๑๓	๔๘๐๑	**๔.๘.๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจด้วยบอลลูน (Peripheral Balloon Dilatation Catheter หรือ PTA Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology) ๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) ๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๔) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) ๕) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon)	ชุดละ	๑๓,๐๐๐
๑๑๔	๔๘๐๒	**๔.๘.๒ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ด้วยขดลวด (Peripheral Stent)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบที่จำเป็นต้องใส่ขดลวดค้ำยัน **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology) ๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) ๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๔) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) ๕) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon)	ชุดละ	๔๒,๐๐๐
๑๑๕	๔๘๐๓	**๔.๘.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นโครงลวดถ่างขยายที่มีขนาดและความยาวต่างๆกัน และมีกราฟต์หุ้มขดลวดโดยรอบ โดยใช้สายสวนหลอดเลือดเป็นตัวนำ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีรูรั่วของหลอดเลือดแดง หรือโรคหลอดเลือดโป่งพอง	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body intervention radiology) ๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) ๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๔) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) ๕) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon)		
๑๑๖	๔๘๐๔	**๔.๘.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้า ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้า **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน หรือใช้ค้ำยันหลอดเลือดแดงใหญ่เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) รังสีแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษาจากราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ว่าสามารถทำหัตถการที่ใช้อุปกรณ์นี้ได้ ๒) อายุรแพทย์โรคหัวใจ อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ๓) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) ๔) ศัลยแพทย์ทรวงอก	ชุดละ	๒๒๐,๐๐๐
		หมวด ๕ ทางเดินอาหาร		
	๕๑๐๐	**๕.๑ ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร**		
๑๑๗	๕๑๐๑	**๕.๑.๑ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric Tube) ระยะยาว** **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคนที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มีความจำเป็นต้องคาสายไว้นานเกิน ๑ เดือน	เส้นละ	๓๐๐
๑๑๘	๕๑๐๓	**๕.๑.๓ ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG Set)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะอาหาร และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้ จากผนังท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้องผ่าตัด **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทางกระเพาะอาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้นาน ๔ เดือนขึ้นไป	อันละ	๔,๔๐๐
๑๑๙	๕๑๐๔	**๕.๑.๔ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก (Nasojejunostomy, NJ tube)** **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคน มีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็กมีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงาน ต้องให้อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน ๑ เดือน	เส้นละ	๒,๗๐๐
	๕๒๐๐	**๕.๒ วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด**		
๑๒๐	๕๒๐๑	**๕.๒.๑ ชุดยางรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal Variceal Band Ligator)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยยางรัดไม่น้อยกว่า ๔ เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำไปรัดเส้นเลือดขอดร่วมกับการใช้กล้องส่อง	ชุดละ	๔,๕๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออก เฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำลายหลอดเลือดขอดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ		
	๕๓๐๐	**๕.๓ วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ถ่างขยายระบายท่อน้ำดี**		
๑๒๑	๕๓๐๑	**๕.๓.๑ อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary Dilator)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย	เส้นละ	๒,๕๐๐
๑๒๒	๕๓๐๒	**๕.๓.๒ ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and Pancreatic Duct Stent : Plastic type)** **ลักษณะ** เป็นท่อใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ใส่ผ่านกล้องส่องทางเดินอาหาร **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน	อันละ	๑,๓๐๐
๑๒๓	๕๓๐๓	**๕.๓.๓ ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ (Biliary Stent : Self Expandable Metal Stent)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อค้ำยันไม่ให้ตีบตัน ใส่โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้	อันละ	๒๐,๐๐๐
๑๒๔	๕๓๐๔	**๕.๓.๔ ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso Biliary Tube)** **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบรั่ว	อันละ	๒,๒๐๐
	๕๕๐๐	**๕.๕ เครื่องมือช่วยการผ่าตัด(อวัยวะแบบอัตโนมัติ)**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๕.๕.๑-๕.๕.๓ ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด ตัดต่ออวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ ที่ไม่สามารถผ่าตัดต่อด้วยวิธีปกติ โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการผ่าตัดต่ออวัยวะ		
๑๒๕	๕๕๐๑	**๕.๕.๑ เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	๑๓,๕๐๐
๑๒๖	๕๕๐๒	**๕.๕.๒ เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	๗,๔๐๐
๑๒๗	๕๕๐๓	**๕.๕.๓ เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	๘,๐๐๐
	๕๗๐๐	**๕.๗ วัสดุ/อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียจากลำไส้**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๕.๗.๑-๕.๗.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดที่หน้าท้อง		
๑๒๘	๕๗๐๑	**๕.๗.๑ ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด ๑ ชิ้น (One piece appliance)** **ลักษณะ** ถุงรองรับอุจจาระชนิดชิ้นเดียวมีแผ่นปิดผิวหนังที่มีสารป้องกันผิวหนัง อายุการใช้งาน ๓-๕ วัน/ชิ้น ใช้แล้วทิ้ง **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ที่หน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ เก็บกักแก๊ส ใช้กับผิวหนังรอบลำไส้ที่มีลักษณะเรียบ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้ง สะอาดปราศจากกลิ่น	ถุงละ	๗๐
๑๒๙	๕๗๐๒	**๕.๗.๒ ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด ๒ ชิ้น (Two pieces appliance)** **ลักษณะ** ถุงรองรับอุจจาระชนิดใช้ร่วมกับแป้นปิดหน้าท้องรอบลำไส้ อายุการใช้งาน มากกว่า ๒ สัปดาห์ สามารถซักล้างและนำกลับมาใช้ใหม่ได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้รองรับอุจจาระทางหน้าท้อง เก็บกักแก๊ส ใช้ร่วมกับแป้นปิดหน้าท้อง ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น	ถุงละ	๗๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๑๓๐	๕๗๐๓	**๕.๗.๓ แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange)**		
๑๓๐/๑	๕๗๐๓A	**แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange) แบบเรียบ** **ลักษณะ** แป้นปิดหน้าท้องรอบลำไส้ แบบเรียบ เป็นแป้น หรือแผ่นรองที่ติดกับผิวหนัง มีลักษณะแบนเรียบ ทำหน้าที่ป้องกันผิวหนังระคายเคืองจากอุจจาระ และอีกด้านหนึ่งใช้สำหรับปิดถุงรองรับอุจจาระ อายุการใช้งาน ๓-๕ วัน/ชิ้น ใช้แล้วทิ้ง **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้ที่หน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ ใช้กับผิวหนังรอบลำไส้ที่มีลักษณะเรียบ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น	ชิ้นละ	๑๔๐
๑๓๐/๒	๕๗๐๓B	**แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange) แบบนูน (Convexity)** **ลักษณะ** แป้นปิดปิดหน้าท้องรอบลำไส้ แบบนูน แป้นแป้น หรือแผ่นรองที่ติดกับผิวหนัง มีลักษณะแบนนูน ทำหน้าที่ป้องกันผิวหนังระคายเคืองจากอุจจาระ และอีกด้านหนึ่งใช้สำหรับปิดถุงรองรับอุจจาระ อายุการใช้งาน ๓-๕ วัน/ชิ้น ใช้แล้วทิ้ง **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้ที่หน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ ใช้กับผิวหนังรอบลำไส้ที่มีลักษณะเรียบ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น	ชิ้นละ	๑๘๕
๑๓๑	๕๗๐๔	**๕.๗.๔ อุปกรณ์เสริมใช้ร่วมกับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดที่หน้าท้อง**		
๑๓๑/๑	๕๗๐๔A	ผงแป้ง (Stoma Powder) **ลักษณะ** ผงแป้งดูดซับความชื้นและละลายให้เป็นลักษณะเจลาตินเคลือบปกป้องผิวหนัง **ข้อบ่งชี้** ใช้โรย/พ่นบางๆ บนผิวหนังรอบลำไส้ที่เป็นแผล ช่วยการหายของแผลได้เร็วขึ้น	ขวดละ	๓๐๐
๑๓๑/๒	๕๗๐๔B	กาว (Stoma Paste) **ลักษณะ** ครีมข้น ที่มีลักษณะคล้ายกาวหรือแป้งเปียกดูดซับความชื้น ปกป้องผิว ส่งเสริมการหายของแผล **ข้อบ่งชี้** ใช้ทาหรือป้ายบนผิวหนังที่มีแผลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ใช้ปกป้องผิวหนังรอบลำไส้ไม่ให้สัมผัสกับอุจจาระ/สิ่งขับหลั่ง ใช้เติมหรือเสริมผิวหนังที่มีรอยพับ มีช่องของผิวหนัง หรือลำไส้ไม่เสมอกับผิวหนังหน้าท้องของผู้ป่วย	หลอดละ	๓๐๐
๑๓๑/๓	๕๗๐๔C	**แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย (Stoma Wafer)** **ขนาด ๑๐ x ๑๐ ซม.** **ลักษณะ** เป็นแผ่นรองที่บางและยืดหยุ่น ทำหน้าที่ดูดซับความชื้น ไม่ยอมให้ของเหลว อากาศ และเชื้อโรคผ่านเข้าสู่ผิวหนัง สามารถตัดให้เข้ากับรูปร่างของผิวหนังได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ติดกับผิวที่มีแผล เพื่อปกป้องผิวหนัง หรือใช้เพื่อปรับสภาพผิวหนังให้เรียบ	ชิ้นละ	๓๐๐
๑๓๑/๔	๕๗๐๔D	**เข็มขัด (Stoma Belt)** **ลักษณะ** เข็มขัดรัดแป้นปิดหน้าท้อง ชนิด two-pieces appliance **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดแป้นรองให้ติดกับผนังหน้าท้อง กรณีลำไส้ที่หน้าท้อง มีระดับเดียวหรือต่ำกว่าผนังหน้าท้อง	เส้นละ	๓๐๐
		หมวด ๗ กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น		
	๗๐๐๐	**๗.๐ ข้อเทียม**		
๑๓๒	๗๐๐๑	**๗.๐.๑ ข้อนิ้ว** **ลักษณะ** เป็นข้อเทียมสำหรับ Metacarpophalangeal Joint **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ	ข้อละ	๑๑,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา		
๑๓๓	๗๐๐๒**	**๗.๐.๒ ข้อศอก** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น ๔) กระดูกข้อศอกแตกละเอียดในผู้ป่วยอายุมากกว่า ๗๐ ปี	ข้อละ	๒๒,๐๐๐
๑๓๔	๗๐๐๓	**๗.๐.๓ ข้อไหล่** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น ๔) กระดูกข้อไหล่แตกละเอียดในผู้ป่วยอายุมากกว่า ๗๐ ปี	ข้อละ	๖๕,๐๐๐
๑๓๕	๗๐๐๔	**๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้**	ข้อละ	๔๙,๘๐๐
๑๓๖	๗๐๐๔A	**๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** ๑) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมตามที่สำนักงานประกาศกำหนด ๒) สำหรับกรณีอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูก และการเจ็บป่วยอื่นซึ่งมีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น	ข้อละ	๔๙,๘๐๐
๑๓๗	๗๐๐๔B	**๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** ๑) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมตามที่สำนักงานประกาศกำหนด ๒) สำหรับกรณีอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูก และการเจ็บป่วยอื่นซึ่งมีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น	ข้อละ	๔๙,๘๐๐
๑๓๘	๗๐๐๕	**๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้**	ข้อละ	๔๙,๘๐๐
๑๓๘/๑	๗๐๐๕A	**๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗๐๐๔A	ข้อละ	๔๙,๘๐๐
๑๓๘/๒	๗๐๐๕B	**๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗๐๐๔B	ข้อละ	๔๙,๘๐๐
๑๓๙	๗๐๐๖	**๗.๐.๖ ข้อตะโพกมีเบ้า (Total Hip Prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์เสริมไม่รวมซีเมนต์กระดูก** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๓๗,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๑๔๐	๗๐๐๗	**๗.๐.๗ ข้อตะโพกไม่มีเบ้า (Unipolar prosthesis)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการรักษาทางยา ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น ๔) ใช้ในผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อตะโพกหักในผู้สูงอายุ	ข้อละ	๑๐,๕๐๐
๑๔๑	๗๐๐๘	**๗.๐.๘ ข้อตะโพกแบบมีเบ้า ชนิดผ่าแก้ไข (Total hip Revision Arthoplasty)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอก หรือการติดเชื้อ ซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือน แล้วไม่ทุเลาหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	๑๒๐,๐๐๐
๑๔๒	๗๐๐๙	**๗.๐.๙ วัสดุรองเบ้าข้อตะโพก (Supporting Ring)** **ข้อบ่งชี้** เสริมเบ้าข้อตะโพกที่เสื่อมสภาพ ที่มีพยาธิสภาพมาก ไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใช้กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสีและลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด	ข้อละ	๙,๕๐๐
๑๔๓	๗๐๑๐	**๗.๐.๑๐ ข้อตะโพกไม่มีเบ้าชนิด ๒ ชั้น (ไบโพล่า)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ซึ่ง ๑) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะหัวกระดูกต้นขา หรือ ๒) กระดูกบริเวณข้อตะโพกหัก ชนิดที่ไม่สามารถดึงกระดูกให้เข้าที่และดามกระดูกภายในด้วยโลหะได้	ข้อละ	๓๕,๐๐๐
๑๔๔	๗๐๑๑	**๗.๐.๑๑ ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือน แล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา ๕) เป็นการรักษาสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า ๗๕ ปี หรือพิจารณาวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อละ	๖๐,๐๐๐
๑๔๕	๗๐๑๙	**๗.๐.๑๙ ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิด hybrid)** **ลักษณะ** **๑. ก้านตะโพกเทียมแบบใช้สารยึดกระดูก** ๑.๑) ก้านตะโพกเป็นชนิดผิวเรียบเป็นมัน มีลักษณะเป็นรูปลิ่ม และผิวก้านตะโพกไม่ยึดติดกับสารยึดกระดูก (bone cement) ไม่มีส่วนคอของก้านตะโพก (collar)	ข้อละ	๔๕,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		๑.๒) ส่วนที่ต่อกับหัวข้อตะโพกมีลักษณะเป็น modular คือสามารถใช้กับหัวข้อตะโพกหลายๆขนาดได้ ๑.๓) เป็นก้านตะโพกเทียมลักษณะก้านตรงและก้านมี Taper เพื่อป้องกันการเกิด Stress Shielding ๑.๔) สามารถต่อกับ Centralizer ด้านปลายของก้านตะโพกเทียมได้ ๑.๕) ก้านตะโพกมีขนาดให้เลือกหลายขนาดให้เหมาะสมกับขนาดของโพรงกระดูกผู้ป่วย **๒. เบ้าตะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก** ๒.๑) เป็นเบ้าตะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก ๒.๒) พื้นผิวของเบ้าตะโพกเทียมทั้งหมดมีการทำพื้นผิวแบบ porous-coated เพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดมีกระดูกเข้าไปยึดติดกับเบ้าข้อเทียม ๒.๓) ผลิตจากโลหะ Titanium Alloy ๒.๔) เบ้าตะโพกเทียมมีขนาดให้เลือกหลายขนาด **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือน แล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา		
	๗๑๐๐	**๗.๑ กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม**		
๑๔๖	๗๑๐๑	**๗.๑.๑ หัวกระดูกเรเดียสเทียม** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุด เสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และดามด้วยโลหะได้	ชิ้นละ	๔,๐๐๐
๑๔๗	๗๑๐๒	**๗.๑.๒ สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก** **ลักษณะ** เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite, Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ Calcium salphate **ข้อบ่งชี้** ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูก หรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยม และการผ่าตัดบางวิธี เช่น การตรึงกระดูกให้เข้าที่ การเชื่อมกระดูกให้ติดกัน การดามกระดูกด้วยโลหะดามกระดูก **หมายเหตุ** ใช้ได้ไม่เกิน ๒๐ ซีซี ต่อการผ่าตัด ๑ ครั้ง	๕ ซีซี	๒,๐๐๐
๑๔๘	๗๑๐๓	**๗.๑.๓ เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้	เส้นละ	๓,๕๐๐
	๗๒๐๐	**๗.๒ โลหะดามยึดกระดูก**		
๑๔๙	๗๒๐๑	**๗.๒.๑ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชิ้นละ	๑,๔๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน(บาท)
๑๕๐	๗๒๐๒**	**๗.๒.๒ โลหะใส่ในโพรงกระดูก(Nail) ชนิดมีรูล็อก สำหรับยึดกระดูกส่วนกลาง (Diaphysis) (รวมค่าสกรู)** **ข้อบ่งชี้** ๑) ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ ๒) กระดูกยาวในบริเวณรยางค์ที่หัก เนื่องจากภาวะเนื้องอก หรือกระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม	ชุดละ	๑๕,๐๐๐
๑๕๑	๗๒๐๓	**๗.๒.๓ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail Plate) รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกและข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชุดละ	๕,๐๐๐
๑๕๒	๗๒๐๔	**๗.๒.๔ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Hip Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
๑๕๓	๗๒๐๕	**๗.๒.๕ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Condylar Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่าจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
๑๕๔	๗๒๐๖	**๗.๒.๖ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น เช่น Gamma Nail รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๒๔,๐๐๐
๑๕๕	๗๒๐๗**	**๗.๒.๗ โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical Locking Plate)** **ระดับแรก ไม่เกิน ๒๔,๐๐๐ บาท** **ระดับถัดไป ไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ บาทต่อระดับ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้ **ลักษณะ** มีแผ่นโลหะ ๑ ชิ้นและสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)	ระดับละ	๒๔,๐๐๐
๑๕๖	๗๒๐๘**	**๗.๒.๘ โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS)** **ระดับแรก ไม่เกิน ๒๕,๐๐๐ บาท** **ระดับถัดไป ไม่เกิน ๑๒,๕๐๐ บาท ต่อระดับ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้ **ลักษณะ** มีแท่งโลหะ ๒ ชิ้น และสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)	ระดับละ	๒๕,๐๐๐
๑๕๗	๗๒๐๙	**๗.๒.๙ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๕,๒๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๑๕๘	๗๒๑๐	**๗.๒.๑๐ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow Plate)** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗.๒.๙	ชิ้นละ	๒,๕๐๐
๑๕๙	๗๒๑๑	**๗.๒.๑๑ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยุง (Buttress Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๓,๘๐๐
๑๖๐	๗๒๑๒	**๗.๒.๑๒ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดเล็ก (Small Fragment Plate, Mini Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดเล็กที่หัก และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้าและกะโหลกศีรษะในกรณีกระดูกหักหรือมีการตัดกระดูกเพื่อการรักษาโรค	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
๑๖๑	๗๒๑๓	**๗.๒.๑๓ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อน และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๒,๗๐๐
๑๖๒	๗๒๑๔**	**๗.๒.๑๔ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยุง (Lock plate)**		
๑๖๒/๑	๗๒๑๔A	**แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อค (Locking compression plate)** **ข้อบ่งชี้** ๑) ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกยาวบริเวณรยางค์โดยที่เป็นการหักชนิดที่รุนแรง หรือรูปแบบการหักที่ซับซ้อน ๒) กระดูกยาวในบริเวณรยางค์หักเนื่องจากภาวะเนื้องอก หรือกระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม	ชิ้นละ	๑๐,๐๐๐
๑๖๒/๒	๗๒๑๔B	**แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate)** ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักซับซ้อน (Complex Fracture) ในโรคดังต่อไปนี้ ๑) เนื้อกระดูกผิดปกติจากภาวะเนื้องอก กระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม ๒) กระดูกหักบริเวณใกล้หรือเข้าข้อ (Periarticular or Intra-articular Fracture) ๓) กระดูกหักบริเวณใกล้ข้อเทียม หรือใกล้โลหะดามกระดูกเดิม	ชิ้นละ	๒๐,๐๐๐
๑๖๓	๗๒๑๕	**๗.๒.๑๕ แผ่นโลหะขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
๑๖๔	๗๒๑๖	**๗.๒.๑๖ โลหะดามกระดูกภายนอก** **ลักษณะ** ๑ ชุด มีแท่งโลหะ ดามกระดูก ๒ แท่ง โลหะยึดกระดูก ๔-๖ แท่ง และคีมยึด ๔-๖ ตัว **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อและการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ การยืด เลื่อน และหดกระดูก	ชุดละ	๑๐,๐๐๐
	๗๓๐๐	**๗.๓ โลหะยึดกระดูก/เอ็น**		
๑๖๕	๗๓๐๑**	**๗.๓.๑ สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหา ไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา และใช้ร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก แบบตรงสำหรับใส่บริเวณกระดูกส่วนกลาง (Diaphysis) และโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อคสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical plate)	ตัวละ	๒,๐๐๐
๑๖๖	๗๓๐๒	**๗.๓.๒ สกรูยึดแผ่นโลหะดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** ๑) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา หรือ ๒) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก	ตัวละ	๓๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๑๖๗	๗๓๐๓	**๗.๓.๓ แท่งโลหะตามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz Screw)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป	อันละ	๙๐๐
๑๖๘	๗๓๐๔	**๗.๓.๔ สกรูขนาดเล็กที่ใช้ตามกระดูก** **ลักษณะ** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หัก	ตัวละ	๘๐๐
๑๖๙	๗๓๐๕	**๗.๓.๕ สกรูยึดเอ็นข้อเข่า** **ลักษณะ** เป็นสกรูหัวจมหกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลูกกับโพรงในกระดูกข้อเข่า **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	๕,๗๐๐
๑๗๐	๗๓๐๖	**๗.๓.๖ หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น** **ลักษณะ** เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรงและมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ	ตัวละ	๕,๐๐๐
๑๗๑	๗๓๐๗	**๗.๓.๗ สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture Anchor)** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่างๆ ที่เอ็นถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก	อันละ	๖,๐๐๐
๑๗๒	๗๓๐๘	**๗.๓.๘ ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic Meniscus Repair System)** **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม ๑ อันและด้ายสำหรับเย็บ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเย็บซ่อมแซมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า	ชุดละ	๕,๐๐๐
๑๗๓	๗๓๑๑	**๗.๓.๑๑ ตะขอตรึงกระดูก (Staple)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการตัดต่อกระดูก	ชิ้นละ	๑,๐๐๐
๑๗๔	๗๓๑๓	**๗.๓.๑๓ K-wire** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการดึงรักษากระดูกหัก	ชิ้นละ	๓๐๐
๑๗๕	๗๓๑๔	**๗.๓.๑๔ สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกข้อมือ	ชิ้นละ	๓,๐๐๐
	๗๔๐๐	**๗.๔ วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่นๆ**		
๑๗๖	๗๔๐๑	**๗.๔.๑ สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดธรรมดา** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	๒,๐๐๐
๑๗๗	๗๔๐๒	**๗.๔.๒ สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นของเหลว และส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสม เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ และใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ **ข้อบ่งชี้** ๑) ใช้ในการยึดข้อเทียมติดกับกระดูก ๒) ใช้ปั้นเป็นรูปร่างเพื่อเติมเข้าไปในพื้นที่ว่างระหว่างกระดูกชั่วคราว เพื่อทำการรักษาการติดเชื้อในกระดูกและข้อ ๓) ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	๔,๓๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
	๗๕๐๐	**๗.๕ กระดูกชีวภาพ**		
๑๗๘	๗๕๐๒	**๗.๕.๒ กระดูกแข่แข็งขนาดเล็ก** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บ หรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก	ชิ้นละ	๕,๐๐๐
๑๗๙	๗๕๐๓	**๗.๕.๓ กระดูกแข่แข็งขนาดกลาง** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่	ชิ้นละ	๑๕,๐๐๐
๑๘๐	๗๕๐๔	**๗.๕.๔ กระดูกแข่แข็งขนาดใหญ่** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึก โดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อและใช้ร่วมกับข้อเทียม	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐
๑๘๑	๗๕๐๖	**๗.๕.๖ แคลเซี่ยมไฮดรอกซี เอพาไตต์ ขนาด ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร** **ลักษณะ** เป็นสารไฮดรอกซีเอพาไตต์ที่สังเคราะห์ขึ้นหรือกึ่งสังเคราะห์ หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและผนึกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และกระดูกคอส่วนบนเท่านั้น	ชิ้นละ	๒,๕๐๐
	๗๖๐๐	**๗.๖ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ**		
๑๘๒	๗๖๐๑	**๗.๖.๑ ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for Arthroscopic Shaver)** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ ใช้ในกรณีส่องกล้อง Arthroscopy	อันละ	๔,๕๐๐
		หมวด ๘ วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู		
	๘๓๐๐	**๘.๓ อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว (Spinal orthosis)**		
๑๘๓	๘๓๐๕	**๘.๓.๕ เฝือกพยุงลำตัว**	ชุดละ	๒,๐๐๐
๑๘๔	๘๓๐๖	**๘.๓.๖ โลหะหรือ พลาสติกดามหลังคด**	ชุดละ	๘,๐๐๐
๑๘๕	๘๓๐๗	**๘.๓.๗ เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)**	ชุดละ	๑,๐๐๐
	๘๔๐๐	**๘.๔ โลหะ/พลาสติกดามแขนภายนอก (Orthosis, upper extremity)**		
๑๘๖	๘๔๐๑	**๘.๔.๑ โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก**	ข้างละ	๘๐๐
๑๘๗	๘๔๐๒	**๘.๔.๒ โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกผู้ใหญ่**	ข้างละ	๑,๐๐๐
๑๘๘	๘๔๐๓	**๘.๔.๓ โลหะ/พลาสติกดามข้อมือและข้อศอกพร้อมลวดสปริง**	ชุดละ	๑,๐๐๐
	๘๕๐๐	**๘.๕ โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthosis, Lower Extremity)**		
๑๘๙	๘๕๐๑	**๘.๕.๑ โลหะ/พลาสติกดามขาเด็กเล็ก ชนิดยาวไม่มีข้อเข่า**	ข้างละ	๑,๕๐๐
๑๙๐	๘๕๐๒	**๘.๕.๒ พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	๕,๕๐๐
๑๙๑	๘๕๐๓	**๘.๕.๓ โลหะดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	๑๑,๐๐๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
๑๙๒	๘๕๐๔	๘.๕.๔ พลาสติกดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐
๑๙๓	๘๕๐๕	๘.๕.๕ โลหะดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐
๑๙๔	๘๕๐๖	๘.๕.๖ พลาสติกดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐
๑๙๕	๘๕๐๗	๘.๕.๗ โลหะดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๒,๐๐๐
๑๙๖	๘๕๐๙	๘.๕.๙ เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)	ข้างละ	๓,๐๐๐
๑๙๗	๘๕๑๐	๘.๕.๑๐ พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๒๐๐
๑๙๘	๘๕๑๒	๘.๕.๑๒ พลาสติกดามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๕๐๐
๑๙๙	๘๕๑๔	๘.๕.๑๔ พลาสติกดามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๘๐๐
๒๐๐	๘๕๑๙	๘.๕.๑๙ พลาสติกดามข้อเท้า (Ankle-Foot Orthosis) **ข้อบ่งชี้** ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อเท้าที่หลวม (Ankle Instability)	ข้างละ	๓,๐๐๐
๒๐๑	๘๕๒๐	๘.๕.๒๐ สายรัดกันเท้าตก	ข้างละ	๑๕๐
	๘๖๐๐	๘.๖ อุปกรณ์พยุงข้อ (Single joint orthosis)		
๒๐๒	๘๖๐๑	๘.๖.๑ สายคล้องแขนกันไหล่หลุด	ข้างละ	๒๐๐
๒๐๓	๘๖๐๒	๘.๖.๒ สายคล้องแขน (Arm sling)	อันละ	๑๕๐
๒๐๔	๘๖๐๓	๘.๖.๓ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐
๒๐๕	๘๖๐๔	๘.๖.๔ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐
๒๐๖	๘๖๐๕	๘.๖.๕ แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก	ข้างละ	๕๐๐
๒๐๗	๘๖๐๖	๘.๖.๖ แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๕๐๐
๒๐๘	๘๖๐๙	๘.๖.๙ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเท้า เอ็นข้อเท้า กระดูกฝ่าเท้าอักเสบ และใช้ในการบำบัดรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบที่เรื้อรังต่อเนื่อง	คู่ละ	๑,๒๐๐
๒๐๙	๘๖๑๐	๘.๖.๑๐ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๘.๖.๙	ข้างละ	๒,๐๐๐
๒๑๐	๘๖๑๒	๘.๖.๑๒ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) **ลักษณะ** เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) มีคุณสมบัติ ๑) ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) ๒) ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis) **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	คู่ละ	๑,๒๐๐
	๘๗๐๐	๘.๗ เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids)		
๒๑๑	๘๗๐๑	๘.๗.๑ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (Pick-Up-Walker)	อันละ	๗๐๐
๒๑๒	๘๗๐๒	๘.๗.๒ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา มีล้อ (จ่ายให้ครั้งเดียวไม่มีค่าซ่อมหรือซื้อใหม่)	อันละ	๓,๐๐๐
๒๑๓	๘๗๐๓	๘.๗.๓ ไม้เท้า ๑ ปุ่ม	อันละ	๑๙๐
๒๑๔	๘๗๐๔	๘.๗.๔ ไม้เท้าชนิด ๓ หรือ ๔ ปุ่ม	อันละ	๖๐๐
๒๑๕	๘๗๐๕	๘.๗.๕ ไม้ค้ำยัน	คู่ละ	๒๕๐

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
	๘๘๐๐	**๘.๘ รองเท้า**		
๒๑๖	๘๘๑๓	**๘.๘.๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** ๑) รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ บุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา /ไวนิล /พลาสติก) ๒) ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสาย รัดส้น หรือ หุ้มส้นเท้า (Back strap /Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น ๓) รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี ๔) เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร (Deep Inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านใน เพื่อใส่แผ่นเสริมได้ ๕) พื้นรองเท้าด้านใน ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร ๖) พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน โดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	คู่ละ	๑,๘๐๐
๒๑๗	๘๘๑๔	**๘.๘.๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป **ข้อบ่งชี้** เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ๓ รายการ** ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกิน ๑ คู่ต่อรายภายในระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด	คู่ละ	๒,๘๐๐
		หมวด ๙ อื่นๆ		
		๙.๒ รายการฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกฟันเทียม** ๑) ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกินชิ้นละ/ชุดละ ภายในระยะเวลา ๕ ปี (โดยให้ระบุตำแหน่งที่ทำแต่ละครั้ง) ๒) การเบิกฟันเทียมทั้งหมด ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหมาจ่ายและได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว ๓) สำหรับอุปกรณ์ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ รายการ ๙.๒.๐.๔ และ ๙.๒.๐.๕ ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ตะขอ ราคาตะขอจะรวมอยู่กับราคาฟันเทียมบางส่วนถอดได้แล้ว		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		๙.๒.๐ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้		
๒๑๘	๙๒๐๒	๙.๒.๐.๒ ฟันเทียมทั้งปาก ถอดได้ ๑ ชิ้น บนหรือล่าง (Single Denture) **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก ชิ้นเดียว **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	๒,๔๐๐
๒๑๙	๙๒๐๓	๙.๒.๐.๓ ฟันเทียมทั้งปาก ถอดได้ ๒ ชิ้น บนและล่าง (Complete Denture) **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก สองชิ้น **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชุดละ	๔,๔๐๐
๒๒๐	๙๒๐๔	๙.๒.๐.๔ ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ ๑-๕ ซี่ **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	๑,๓๐๐
๒๒๑	๙๒๐๕	๙.๒.๐.๕ ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ มากกว่า ๕ ซี่ **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	๑,๕๐๐

หมายเหตุ

๑. โปรแกรมส่งข้อมูลเบิก

๑.๑ รายการอุปกรณ์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC ทั่วไป) ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim

๑.๒ รายการอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (ท. ๗๔) ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรมการเบิกอุปกรณ์คนพิการ และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

๒. การเบิกอุปกรณ์เลนส์แก้วตาเทียม กรณีให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย และแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด

๓. ** เป็นรหัสอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาที่มีในบัญชีนวัตกรรมไทย สปสช.สนับสนุนให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์/บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในบัญชีนวัตกรรม โดยหน่วยบริการบันทึกเบิกในรหัส และราคาตามประกาศนี้

เอกสารหมายเลข ๒

แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๒

(รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ลงวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๒

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
	๒.๕	**เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการ**			
		ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ๑. ใช้กับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน ๒ หู และมีการได้ยินที่ยังคงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๑.๑ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด ๑.๒ สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๑๐๐ วัน ๑.๓ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมายและการดำรงชีวิตประจำวัน หรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ๑.๔ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูด หรือมีความพิการซ้อน ๒. ระดับการสูญเสียการได้ยิน มีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ดีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ ๕๐๐, ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ เท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล จากการตรวจวัดการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ			หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑	๒๕๐๕	**๒.๕.๕ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิตอล** <u>ลักษณะ</u> : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๕๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๓,๐๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล <u>ข้อบ่งชี้</u> ๑. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ ๒. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้	เครื่องละ	๙,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๓. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่องราคาถูกกว่าแบบอื่นๆ) ๔. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ (แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย) ๕. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี			
๒	๒๕๐๖	๒.๕.๖ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบบอนาล็อก ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๕๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐ - ๓,๐๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ ๒. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ ๓. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่อง ราคาถูกกว่าแบบอื่นๆ) ๔. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย ๕. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	เครื่องละ	๗,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท
๓	๒๕๐๗	๒.๕.๗ เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู ระบบดิจิตอล ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๔๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๓,๙๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๑๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. เหมาะสำหรับเด็กและทุกวัย ๒. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๔	๒๕๐๘	**๒.๕.๘ เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิตอล** ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๓๐-๗๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๔,๙๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรง ๒. ผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีกิจกรรมมาก ๓. เด็กที่อายุมากกว่า ๗ ปี หรือเด็กที่มีการพัฒนาใบหู ช่องหูเต็มที่แล้ว เด็กในวัยเรียน ๔. ผู้ที่ทำงานที่ต้องมีการรับโทรศัพท์บ่อย หรือต้องใช้เครื่องช่วยฟังร่วมกับที่ครอบหู ๕. ผู้ที่ไม่มีปัญหาในการใช้มือ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	ข้างละ	๑๒,๕๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๑,๕๐๐ บาท
๕	๒๕๐๙	**๒.๕.๙ เครื่องช่วยฟังแบบนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิตอล** ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ไม่ต่ำกว่า ๖๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๓๐-๓,๓๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินแบบทางนำเสียงบกพร่อง (Conductive Hearing Loss) ซึ่งไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นๆ ได้ เช่น มีการติดเชื้อที่หู เป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง มีน้ำไหลออกจากหู ๒. ผู้ที่ไม่มีใบหู ช่องหูผิดปกติ หรือไม่มีช่องหู อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	เครื่องละ	๑๒,๕๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๑,๕๐๐ บาท
		แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity) ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์ส่วนปลายที่มีระบบการใช้งาน (มือ ๕ นิ้ว หรือมือตะขอ) หรือ Body-Powered Prosthesis คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ต้องมีการเคลื่อนไหวข้อต่อไหล่ (shoulder joint) รวมทั้ง scapulothoracic motion ที่ปกติ และกำลังกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ที่แข็งแรงสามารถออกแรงดึงหรือควบคุมสายบังคับของอุปกรณ์ส่วนปลายได้ (การเคลื่อนไหวที่สำคัญ คือ glenohumeral flexion และ scapular abduction) สำหรับการเลือกใช้ Body-Powered			

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		Prosthesis สิ่งที่จำเป็นต้องประเมินและฝึกให้ผู้ป่วย/คนพิการ คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ๑) Scapular Abduction ๒) Chest Expansion ๓) Shoulder Depression, Extension และ Abduction ๔) Humeral Flexion ๕) Elbow Flexion และ Extension ๖) Forearm Pronation และ Supination			
๖	๘๑๐๑	**๘.๑.๑ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว มีระบบการใช้งาน** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว สามารถใช้งานได้ ระบบดึงแล้วอ้า ๒. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๓. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๔. สายเคเบิลควบคุม เป็นชนิดสายเอ็น หรือสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๕. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อต แป้นยึดสาย ๖. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสม สำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วมีระบบการใช้งานมือเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๖,๕๐๐	
๗	๘๑๐๒	**๘.๑.๒ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งาน** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม	ข้างละ	๑๗,๒๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยาง หรือวัสดุชนิด PVC ๔. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขน อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ ๓. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการความสวยงามหรือในผู้ป่วย/คนพิการกลุ่มผู้สูงอายุ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๘	๘๑๐๓	**๘.๑.๓ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ** ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๒. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๓. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๔. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย ๕. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม ชนิดตะขอโลหะ (Terminal Device) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะมีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็กหรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๘,๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๙	๘๑๐๔	**๘.๑.๔ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้วชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม ๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยาง หรือวัสดุชนิด PVC ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๗,๐๐๐	
๑๐	๘๑๐๕	๘.๑.๕ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลาย ชนิดตะขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๒. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๓. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๔. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๕. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕–๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย ๖. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้	ข้างละ	๔๘,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะ มีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็ก หรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๑๑	๘๑๐๖	**๘.๑.๖ แขนเทียมชิดไหล่หรือแนบไหล่ส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ (ระบบแกนนอก)** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม ๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. เบ้าแขนเทียมระดับชิดไหล่หรือแนบไหล่ ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) ๒. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม ๓. การตัดระดับนี้ความยาวตอแขนและกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่มีไม่เพียงพอต่อการควบคุมการทำงานของแขนเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๘,๐๐๐	
๑๒	๘๑๐๗	**๘.๑.๗ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว สามารถใช้งานได้ระบบดึงแล้วอ้า ๒. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๓. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock)	ข้างละ	๕๖,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๕. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายเอ็นหรือสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๖. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย ๗. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
		ส่วนประกอบแขนเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
๑๓	๘๑๐๘	**๘.๑.๘ เบ้าแขนเทียมใต้ศอก** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก แบบขอบเบ้า ขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒,๐๐๐	
๑๔	๘๑๐๙	**๘.๑.๙ เบ้าแขนเทียมระดับศอก** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๑๕	๘๑๑๐	**๘.๑.๑๐ เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับเหนือศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level)	ข้างละ	๓,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ปี			
๑๖	๘๑๑๑	**๘.๑.๑๑ เบ้าแขนเทียมระดับไหล่** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับไหล่ แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนเหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๑๗	๘๑๑๒	**๘.๑.๑๒ สายบังคับแขนเทียม/มือเทียม** ลักษณะ : ทำหน้าที่ยึดแขนเทียมกับตอแขนที่เหลืออยู่ ควบคุมการล็อคและปลดล็อคของข้อศอกและการทำงานหุบอ้าของมือเทียมหรือการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ส่วนปลาย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ใช้แขนเทียมระดับต่างๆ ที่มีระบบการใช้งาน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	เส้นละ	๓,๒๐๐	
๑๘	๘๑๑๔	**๘.๑.๑๔ มือเทียมห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน** ลักษณะ : มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ขนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ทำจากโฟมนุ่มมีหลายขนาดให้เลือก รูปร่างเหมือนมือและใช้ร่วมกับถุงมือเทียมสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๘,๐๐๐	
๑๙	๘๑๑๕	**๘.๑.๑๕ มือตะขอโลหะ** ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม หุ้มด้วยพลาสติก ๒. เป็นตะขอสำหรับถือ จับ หิ้วอุปกรณ์/เครื่องมือ สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของคนพิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมตะขอโลหะ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๐,๐๐๐	
๒๐	๘๑๑๖	**๘.๑.๑๖ มือเทียมห้านิ้วมีระบบการใช้งาน** ลักษณะ : สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของผู้พิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๒๑,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๒๑	๘๑๑๗	**๘.๑.๑๗ ข้อมือเทียมชนิดโลหะ** ลักษณะ : เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๕,๐๐๐	
๒๒	๘๑๑๘	**๘.๑.๑๘ ข้อมือเทียมชนิดไม้** ลักษณะ : เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือทำจากไม้ เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๑,๙๐๐	
๒๓	๘๑๑๙	**๘.๑.๑๙ ข้อศอกล็อคได้ด้วยมือ** ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๑๙,๐๐๐	
๒๔	๘๑๒๐	**๘.๑.๒๐ ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัตโนมัติ** ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm)เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้แบบอัตโนมัติ ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๔๐,๐๐๐	
๒๕	๘๑๒๑	**๘.๑.๒๑ ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ** ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง(Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้ด้วยสายบังคับ	ชิ้นละ	๔๕,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๒๖	๘๑๒๒	**๘.๑.๒๒ สายรัดแขนเทียม** ลักษณะ : สายคล้องรัดพยุงแขนเทียมกับลำตัว เป็นชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) ทำจากสายไนล่อนเป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลสพร้อมน็อตแป้นยึดสาย ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะสายรัดแขนเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๒๕๐	
		ขาเทียม (Prosthesis, lower extremity) ข้อบ่งชี้ทั่วไป : ใช้ในผู้ที่ขาขาดเพื่อทดแทนขาที่หายไปเพื่อประโยชน์ในการยืนเดิน			
๒๗	๘๒๐๑	**๘.๒.๑ ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)** ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเท้าที่มีเบ้าขาเทียมติดกับเท้าเทียมโดยตรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเท้า ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. เท้าเทียม ชนิดไม่มีข้อ หรือเท้าเทียมแบบเฉพาะสำหรับขาเทียมระดับข้อเท้า ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเท้า (Syme/Ankle disarticulation amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๒๘	๘๒๐๒	**๘.๒.๒ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก** ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียม ข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๓. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับน็อต ยึดฝ่าเท้า ๔. น็อตยึดฝ่าเท้า ๕. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี)	ข้างละ	๖,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๖. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มีก็ได้) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี			
๒๙	๘๒๐๓	**๘.๒.๓ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน** ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียม จะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็งในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๔. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๕. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๖. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๗. น็อตยึดฝ่าเท้า ๘. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๙. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	
๓๐	๘๒๐๔	**๘.๒.๔ ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก** ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างข้อเข่าขาเทียมข้อเท้าเทียม และเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งแล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย	ข้างละ	๒๑,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๑. เบ้าขาเทียมระดับเข่า ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อน หรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ข้อเข่าแบบประกบข้างนอกและข้างในข้อ ชนิด Outside hinge joint ทำจากสแตนเลส หรือโลหะอย่างดี ๓. หน้าแข้งขาเทียม ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ๔. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๕. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยม พร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับน็อตยึดฝ่าเท้า ๖. น็อตยึดฝ่าเท้า ๗. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๘. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด(ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๓๑	๘๒๐๕	**๘.๒.๕ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก** ลักษณะ : ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียมต่อกับข้อเข่าเทียม และระหว่างข้อเข่าเทียมกับข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่า ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อน หรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวพร้อมระบบเบรกอัตโนมัติ มีตัวช่วยเหยียดข้อเข่าและปรับความฝืดข้อเข่าได้ ๓. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๔. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริงเพื่อใช้ยึดกับน็อตยึดฝ่าเท้า ๕. น็อตยึดฝ่าเท้า ๖. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๗. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Trans femoral amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๖,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๓๒	๘๒๐๖	**๘.๒.๖ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน** ลักษณะ : ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมเหนือเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. ข้อเข่าเทียม ชนิดแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ ๔. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๕. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๖. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๗. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ๘. น็อตยึดฝ่าเท้า ๙. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมี หรือไม่มี) ๑๑. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Transfemoral amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๘,๐๐๐	
๓๓	๘๒๒๔	**๘.๒.๒๔ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis)** ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย	ข้างละ	๓๐,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๔. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๕. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๖. เท้าเทียมชนิด Single axis ๗. น็อตยึดฝ่าเท้า ๘. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๙. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) <u>ข้อบ่งชี้</u> : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ ผู้สูงอายุ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือ คนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม มีกำลังกล้ามเนื้อไม่เพียงพอในการควบคุมข้อเข่าในช่วงการเดินได้ <u>อายุการใช้งาน</u> : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๓๔	๘๒๒๕	**๘.๒.๒๕ ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน** <u>ลักษณะ</u> : ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วน ประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. ข้อเข่าเทียมชนิดแกนเดี่ยวหรือหลายแกนตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ ๔. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๕. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๖. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ตัวยึดเท้าเทียม ๗. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยวหรือหลายแกน	ข้างละ	๒๘,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๘. น็อตยึดฝ่าเท้า ๙. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๑. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) ๒. คนพิการสามารถลงน้ำหนักที่ปลายตอขาได้ ๓. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
		ส่วนประกอบขาเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
๓๕	๘๒๐๙	**๘.๒.๙ เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ** ลักษณะ : เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ แบ่งออกเป็นหลายๆ แบบ ตัวอย่าง เช่น Solid Ankle Cushion Heel (SACH), Single-axis, Multiaxial, Flexible keel และ Dynamic response เป็นต้น ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๓๖	๘๒๑๘	**๘.๒.๑๘ เบ้าขาเทียมใต้เข่า/ข้อเท้า** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๓๗	๘๒๑๙	**๘.๒.๑๙ เบ้าขาเทียมระดับเข่า** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเข่าแบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเข่า	ข้างละ	๔,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ปี			
๓๘	๘๒๒๐	**๘.๒.๒๐ เบ้าขาเทียมเหนือเข่า** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๓๙	๘๒๒๑	**๘.๒.๒๑ เบ้าขาเทียมระดับสะโพก** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับสะโพก อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ปี	ข้างละ	๖,๐๐๐	
๔๐	๘๒๒๒	**๘.๒.๒๒ สายเข็มขัดเทียม/สายยึดเบ้าขาเทียม** ลักษณะ : เป็นสายเข็มขัดหนังหรือไนลอน เพื่อยึดเบ้าขาเทียมกับลำตัวของคนพิการ ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับใต้เข่า (Supracondylar cuff suspension) ๒. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับเหนือเข่า/ระดับเข่า (Silesian band) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๕๐	
๔๑	๘๒๒๓	**๘.๒.๒๓ แป้นสายเข็มขัด** ข้อบ่งชี้ : ๑.ใช้สำหรับยึดสายเข็มขัดขาเทียมระดับใต้เข่า/เหนือเข่า/ระดับเข่า ๒. ใช้ควบคู่กับสายเข็มขัดขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	คู่ละ	๑๐๐	
๔๒	๘๒๒๖	**๘.๒.๒๖ ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนข้อเข่าเทียมเพื่อประกอบขาเทียมแบบแกนในระดับข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเข่าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๓,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๔๓	๘๒๒๗	**๘.๒.๒๗ ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint)** ลักษณะ : ข้อเท้าโลหะอย่างดีชนิดแกนเดี่ยวสามารถขยับกระดกขึ้นลงได้ในแนวหน้าหลัง มีลูกยางด้านหลังสำหรับประคองขณะกระดกข้อเท้าลง ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๒,๕๐๐	
๔๔	๘๒๒๘	**๘.๒.๒๘ เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้** ลักษณะ : เป็นเท้าเทียมชนิดพิเศษที่ใช้ประกอบกับข้อเท้าโยก (Single Axis Ankle Joint) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับเปลี่ยนเท้าเทียมกับขาเทียมแกนในที่มีข้อเท้าโยกได้ อายุการใช้งาน : ๑ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๔๕	๘๒๒๙	**๘.๒.๒๙ แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบแกนใน / ตัวยึดเท้าเทียม** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดเท้าเทียมกับตัวยึดแกนขาเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก แบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแป้นยึดฝ่าเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๔๖	๘๒๓๐	**๘.๒.๓๐ แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียมกับเท้าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมให้มีความยาวที่เหมาะสมใช้ได้กับขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแกน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๔๗	๘๒๓๑	**๘.๒.๓๑ ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแป้นยึดฝ่าเท้าเทียมกับเบ้าขาเทียม/ข้อเข่า เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ ข้อเข่า/ เหนือเข่า/ สะโพก แบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึด/ปลอกกรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	
๔๘	๘๒๓๒	**๘.๒.๓๒ ตัวยึดเบ้าเทียม** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแกนขาเทียมกับเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน	ข้างละ	๑,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึดเบ้าเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๔๙	๘๒๓๓	**๘.๒.๓๓ โฟมขาเทียมเหนือเข่า** ลักษณะ : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๓,๕๐๐	
๕๐	๘๒๓๔	**๘.๒.๓๔ โฟมขาเทียมใต้เข่า** ลักษณะ : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๕๐๐	
๕๑	๘๒๓๕	**๘.๒.๓๕ ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า** ลักษณะ : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมเหนือเข่าแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๒๐๐	
๕๒	๘๒๓๖	**๘.๒.๓๖ ถุงน่องขาเทียมใต้เข่า** ลักษณะ : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมใต้เข่าแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๒๐๐	
		โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอก			
๕๓	๘๕๐๘	**๘.๕.๘ เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity)** ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นใช้ประกอบกับส่วนขาท่อนบน ข้อบ่งชี้ : ใช้ร่วมกับอุปกรณ์โลหะหรือพลาสติกดามขาชนิดยาวเพื่อให้กระดูกก้นกบเป็นส่วนที่รับน้ำหนักตัวผู้ป่วยแทนการลงน้ำหนักที่ขาหรือเท้าโดยตรง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๒๐๐	
๕๔	๘๕๒๔	**๘.๕.๒๔ PTB brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า** ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะหรือพลาสติกมีผ้าประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่น เพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon มีแกนโลหะพร้อมข้อเท้าขนาบด้านข้างใน-นอก	ชิ้นละ	๖,๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บที่เท้าบริเวณเท้าหรือกระดูกขาท่อนล่างขณะลงน้ำหนัก และมีปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหวข้อเท้า อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๕๕	๘๕๒๖	**๘.๕.๒๖ ที่คลุมเข่า Knee pad** ลักษณะ : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดยึด ระหว่างแผ่นรองคลุมเข่ากับอุปกรณ์ ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขามีข้อเข่า มีข้อเท้าหรือไม่มีข้อเท้า อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ชิ้นละ	๓๕๐	
๕๖	๘๕๒๗	**๘.๕.๒๗ โลหะดามขาชนิดสั้น** ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะประกอบกันเป็นข้อเท้าโลหะ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีอาการเกร็งมาก (severe spasticity) ต้องการความแข็งแรง ทนทานของอุปกรณ์สูง ใช้ดัดแก้ข้อเท้าผิดรูป varus /valgus ได้ดี เนื่องจากสามารถเพิ่ม T- straps ได้ เช่น ผู้ป่วย Stroke, Hemiplegia and Hemiparesis, CP, Polio late effect ,Muscular dystrophy, ankle contracture, Equinovarus/valgus อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๕,๕๐๐	ยุบรายการโลหะดามขา รหัส ๘๕๑๑, ๘๕๑๓, ๘๕๑๕
๕๗	๘๕๒๘	**๘.๕.๒๘ PTB brace ชนิดพลาสติกไม่มีข้อเท้า** ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากพลาสติก มีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นเพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วย fracture ที่กระดูกขาท่อนล่าง หรือเจ็บที่เท้าขณะลงน้ำหนักโดยให้เอ็นสะบ้าเป็นบริเวณรับน้ำหนัก และใช้หลักการ circumferencial pressure ในการกระจายน้ำหนัก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๔,๐๐๐	
๕๘	๘๗๐๖	**๘.๗.๖ ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม** ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๖๕๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๕๙	๘๗๐๗	**๘.๗.๗ ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา** ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๖๐๐	
๖๐	๘๗๐๘	**๘.๗.๘ ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้** ลักษณะ : ไม้เท้าก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการทางการเห็น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๕๐๐	
๖๑	๘๗๐๙	**๘.๗.๙ ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)** ลักษณะ : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา ๒ ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ ๒ ข้างขนาดเล็ก ข้อบ่งชี้ : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๒๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๖๒	๘๗๑๐	**๘.๗.๑๐ ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker)** ลักษณะ : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา ๒ ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ ๒ ข้างขนาดเล็ก ข้อบ่งชี้ : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๖๓	๘๗๑๑	**๘.๗.๑๑ ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้** ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้ แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๓๕๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		รองเท้าคนพิการ			
๖๔	๘๘๐๑	**๘.๘.๑ รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก ชนิดตัดเฉพาะราย** ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้าต่ำกว่า ๑๕ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ยกเว้นกรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี อายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๖ เดือน	คู่ละ	๘๐๐	
๖๕	๘๘๐๒	**๘.๘.๒ รองเท้าคนพิการขนาดกลาง ชนิดตัดเฉพาะราย** ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้า ๑๕-๒๒ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๐๐๐	
๖๖	๘๘๐๓	**๘.๘.๓ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ ชนิดตัดเฉพาะราย** ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้า ๒๒-๒๗ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๒๐๐	
๖๗	๘๘๐๔	**๘.๘.๔ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ ชนิดตัดเฉพาะราย** ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก ต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๔๐๐	
๖๘	๘๘๐๕	**๘.๘.๕ ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ** ลักษณะ : การเสริมอุ้งเท้าภายใน ขนาดใหญ่/เล็ก เสริมลิ่มเท้าภายใน/นอก เสริมความสูงรองเท้า เปลี่ยนส้นรองเท้า ด้วยการใช้วัสดุสำหรับทำรองเท้า เช่น โฟมชนิดต่างๆ ยาง ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ต่อหนึ่งข้าง	ข้างละ	๔๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๖๙	๘๘๐๙	**๘.๘.๙ เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า** ลักษณะ : วัสดุที่นำมาเสริมเท้าส่วนหน้าทำจากโฟมนิ่ม หรือโฟมแข็ง หรือวัสดุที่สามารถต่อความยาวเท้าร่วมกับอุปกรณ์ได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วยที่เท้าบางส่วนถูกตัด อายุการใช้งาน : ๑ ปี	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๗๐	๘๘๑๐	**๘.๘.๑๐ T-strap** ลักษณะ : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดคลุมข้อเท้ายึดกับอุปกรณ์ ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขา มีข้อเข่า มีข้อเท้าหรือไม่มีข้อเท้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อเท้าบิด อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๓๐๐	
		อุปกรณ์อื่น ๆ			
๗๑	๖๐๐๖	**๖.๐.๖ สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง** ลักษณะ : เป็นสายซิลิโคนสำหรับสวนปัสสาวะ มีปลอกพลาสติกสำหรับใส่สายสวนปัสสาวะ และสายสวนสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ โดยนำมาแช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคในหลอดพลาสติก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีความบกพร่องของระบบทางเดินปัสสาวะ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๘๐๐	
๗๒	๘๙๐๑	**๘.๙.๑ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้** ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๖๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๓	๘๙๐๒	**๘.๙.๒ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้** ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๔,๔๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๔	๘๙๐๓	**๘.๙.๓ เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ** ลักษณะ : ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนิ่มสามารถกระจายน้ำหนัก	อันละ	๘๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อายุการใช้งาน : ๑ ปี			
๗๕	๘๙๐๔	**๘.๙.๔ รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ** ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดีแขน ๒ ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๖	๙๐๐๑	**๙.๐.๑ แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม** ลักษณะ : เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรือนอนติดเตียงไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	ชื่อรายการเดิม “ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาต”

รหัสโรคตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์
การจัดบริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

1. โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระยะแพร่กระจาย)
2. โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) รหัส I60-I69
3. โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (Advanced chronic kidney disease) รหัส N18.5
4. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) รหัส J44 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง)
5. ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง)
6. ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)
7. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) รหัส I50
8. ผู้ป่วยเด็ก (โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคสมองพิการ โรคเมตาโบลิค ภาวะความผิดปกติทางพันธุกรรม ที่รุนแรง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ฯลฯ) มีรหัส ICD 10 ที่หลากหลาย การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยเด็ก ให้ใช้อายุ ร่วมกับ รหัส Z.515 เพราะการใช้ Morphine เด็กมีน้อยมาก

หมายเหตุ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) รหัส F00-F03 และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รหัส R54 ที่ไม่มีโรคร่วมตามรหัสด้านบน ถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ แนะนำให้ลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care (LTC)

รายละเอียดรหัสโรคหลัก ICD 10

รหัสโรค	คำอธิบาย
รหัสกลุ่ม B	
B200	HIV disease resulting in mycobacterial infection
B201	HIV disease resulting in other bacterial infections
B202	HIV disease resulting in cytomegaloviral disaese
B203	HIV disease resulting in other viral infections
B204	HIV disease resulting in candidiasis
B205	HIV disease resulting in other mycoses
B206	HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia
B207	HIV disease resulting in multiple infections
B208	HIV disease resulting in other infectious and parasitic diseases
B209	HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic disease
B210	HIV disease resulting in Kaposi's sarcoma
B211	HIV disease resulting in Burkitt's lymphoma
B212	HIV disease resulting in other types of non-Hodgkin's lymphoma
B213	HIV disease resulting in other malignant neoplasms of lymphoid, haematopoietic and related tissue
B217	HIV disease resulting in multiple malignant neoplasms
B218	HIV disease resulting in other malignant neoplasms

รหัสโรค	คำอธิบาย
B219	HIV disease resulting in unspecified malignant neoplasm
B220	HIV disease resulting in encephalopathy
B221	HIV disease resulting in lymphoid interstitial pneumonitis
B222	HIV disease resulting in wasting syndrome
B227	HIV disease resulting in multiple diseases classified elsewhere
B238	HIV disease resulting in other specified conditions
B24	Unspecified human immunodeficie virus (HIV) disease
รหัสกลุ่ม C	**โรคมะเร็ง**
C000	External upper lip
C001	External lower lip
C002	External lip, unspecified
C003	Upper lip, inner aspect
C004	Lower lip, inner aspect
C005	Lip, unspecified, inner aspect
C006	Commissure of lip malignant neoplasm
C008	Overlapping lesion of lip
C009	Lip unspecified
C01	Malignant neoplasm of base of tongue
C020	Dorsal suface of tongue
C0210	Tip of tongue
C0211	Lateral border of tongue
C0219	Border of tongue unspecified
C022	Ventral suface of tongue
C023	Anterior two-thirds of tongue, part unspecified
C024	Lingual tonsil
C028	Overlapping lesion of tongue
C029	Tongue malignant
C030	Upper gum
C031	Lower gum
C039	Gum unspecified
C040	Anterior floor of mouth
C041	Lateral floor of mouth
C048	Overlapping lesion of floor of mouth
C049	Floor of mouth unspecified
C050	Hard palate
C051	Soft palate
C052	Uvula
C058	Overlapping lesion of palate
C059	Palate unspecified
C060	Cheek mucosa
C0610	Upper labial sulcus
C0611	Upper buccal sulcus
C0612	Lower labial sulcus

รหัสโรค	คำอธิบาย
C0613	Lower buccal sulcus
C0614	Upper sulcus, unspecified
C0615	Lower sulcus, unspecified
C0619	Vestibule of mouth, unspecified
C0620	Maxillary tuberosity
C0621	Mandibular retromolar area
C0629	Retromolar area, unspecified
C068	Overlapping lesion of other and unspecified parts of mouth
C069	Mouth unspecified
C07	Malignant neoplasm of parotid gland
C080	Submandibular gland
C081	Sublingual gland
C088	Overlapping lesion of major salivary glands
C089	Major salivary gland unspecified
C090	Tonsillar fossa
C091	Tonsillar pillar (anterior) (posterior)
C098	Overlapping lesion of tonsil
C099	Tonsil unspecified
C100	Vallecula malignant neoplasm
C101	Anterior surface of epiglottis
C102	Lateral wall of oropharynx
C103	Posterior wall of oropharynx
C104	Branchial cleft
C108	Overlapping lesion of of oropharynx
C109	Oropharynx unspecified
C110	Superior wall of nasopharynx
C111	Posterior wall of nasopharynx
C112	Lateral wall of nasopharynx
C113	Anterior wall of nasopharynx
C118	Overlapping lesion of nasopharynx
C119	Nasopharynx unspecified
C12	Malignant neoplasm of pyriform sinus
C130	Postcricoid region
C131	Aryepiglottic fold hypopharyngeal aspect
C132	Posterior wall of hypopharynx
C138	Overlapping lesion of hypopharynx
C139	Hypopharynx unspecified
C140	Pharynx unspecified
C142	Waldeyer's ring
C148	Overlapping lesion of lip, oral cavity and pharynx
C150	Cervical part of oesophagus
C151	Thoracic part of oesophagus
C152	Abdominal part of oesophagus

รหัสโรค	คำอธิบาย
C153	Upper third of oesophagus
C154	Middle third of oesophagus
C155	Lower third of oesophagus
C158	Overlapping lesion of oesophagus
C159	Oesophagus unspecified
C160	Cardia
C161	Fundus of stomach
C162	Body of stomach
C163	Pyloric antrum
C164	Pylorus
C165	Lesser curvature of stomach unspecified
C166	Greater curvature of stomach unspecified
C168	Overlapping lesion of stomach
C169	Stomach unspecified
C170	Duodenum
C171	Jejunum
C172	Ileum
C173	Meckel's diverticulum
C178	Overlapping lesion of small intestine
C179	Small intestine unspecified
C180	Caecum
C181	Appendix
C182	Ascending colon
C183	Hepatic flexure
C184	Transverse colon
C185	Splenic flexure
C186	Descending colon
C187	Sigmoid colon
C188	Overlapping lesion of colon
C189	Colon unspecified
C19	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction
C20	Malignant neoplasm of rectum
C210	Anus unspecified
C211	Anal canal
C212	Cloacogenic zone
C218	Overlapping lesion of rectum, anus and anal canal
C220	Liver cell carcinoma
C221	Intrahepatic bile duct carcinoma
C222	Hepatoblastoma
C223	Angiosarcoma of liver
C224	Other sarcomas of liver
C227	Other specified carcinomas of liver
C229	Liver unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C23	Malignant neoplasm of gallbladder
C240	Extrahepatic bile duct
C241	Ampulla of Vater
C248	Overlapping lesion of biliary tract
C249	Biliary tract unspecified
C250	Head of pancreas
C251	Body of pancreas
C252	Tail of pancreas
C253	Pancreatic duct
C254	Endocrine pancreas
C257	Other parts of pancreas
C258	Overlapping lesion of pancreas
C259	Pancreas unspecified
C260	Intestinal tract part unspecified
C261	Spleen
C268	Overlapping lesion of digestive system
C269	Ill-defined sites within the digestive system
C300	Nasal cavity
C301	Middle ear
C310	Maxillary sinus
C311	Ethmoidal sinus
C312	Frontal sinus
C313	Sphenoidal sinus
C318	Overlapping lesion of accessory sinuses
C319	Accessory sinus unspecified
C320	Glottis
C321	Supraglottis
C322	Subglottis
C323	Laryngeal cartilage
C328	Overalapping lesion of larynx
C329	Larynx unspecified
C33	Malignant neoplasm of trachea
C340	Main bronchus
C341	Upper lobe, bronchus or lung
C342	Middle lobe, bronchus or lung
C343	Lower lobe, bronchus or lung
C348	Overlapping lesion of bronchus and lung
C349	Bronchus or lung unspecified
C37	Malignant neoplasm of thymus
C380	Heart
C381	Anterior mediastinum
C382	Posterior mediastinum
C383	Mediastinum part unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C384	Pleura
C388	Overlapping lesion of heart, mediastinum and pleura
C390	Upper respiratory tract part unspecified
C398	Overlapping lesion of respiratory and intrathoracic organs
C399	Ill-defined sites within the respiratory system
C400	Scapula and long bones of upper limb
C401	Short bones of upper limb
C402	Long bones of lower limb
C403	Short bones of lower limb
C408	Overlapping lesion of bone and articular cartilage of limbs
C409	Bone and articular cartilage of limb unspecified
C4100	Maxilla, sarcoma
C4101	Maxilla, malignant odontogenic tumour
C4102	Maxilla, malignant intraosseous salivary gland tumour
C4108	Other bone of skull and face
C4109	Bone of skull and face, unspecified
C4110	Sarcoma
C4111	Malignant odontogenic tumour
C4119	Mandible, unspecified
C412	Vertebral column
C413	Ribs, sternum and clavicle
C414	Pelvic bones, sacrum and coccyx
C418	Overlapping lesion of bone and articular cartilage
C419	Bone and articular cartilage unspecified
C430	Malignant melanoma of lip
C431	Malignant melanoma of eyelid, including canthus
C432	Malignant melanoma of ear and external auricular canal
C433	Malignant melanoma of other and unspecified parts of face
C434	Malignant melanoma of scalp and neck
C435	Malignant melanoma of trunk
C436	Malignant melanoma of upper limb, inculuding shoulder
C437	Malignant melanoma of lower limb, including hip
C438	Overlapping malignant melanoma of skin
C439	Malignant melanoma of skin , unspecified
C440	Skin of lip
C441	Skin of eyelid, including canthus
C442	Skin of ear and external auricular canal
C443	Skin of other and unspecified parts of face
C444	Skin of scalp and neck
C445	Skin of trunk
C446	Skin of upper limb, including shoulder
C447	Skin of lower limb, including hip
C448	Overlapping lesion of skin

รหัสโรค	คำอธิบาย
C449	Malignant neoplasm of skin unspecified
C450	Mesothelioma of pleura
C451	Mesothelioma of peritoneum
C452	Mesothelioma of pericardium
C457	Mesothelioma of other sites
C459	Mesothelioma, unspecified
C460	Kaposi's sarcoma of skin
C461	Kaposi's sarcoma of soft tissue
C462	Kaposi's sarcoma of palate
C463	Kaposi's sarcoma of lymph nodes
C467	Kaposi's sarcoma of other sites
C468	Kaposi's sarcoma of multiple organs
C469	Kaposi's sarcoma, unspecified
C470	Peripheral nerves of head, face and neck
C471	Peripheral nerves of upper limb, including shoulder
C472	Peripheral nerves of of lower limb, inculiding hip
C473	Peripheral nerves of of thorax
C474	Peripheral nerves of of abdomen
C475	Peripheral nerves of pelvis
C476	Peripheral nerves of trunk unspecified
C478	Overlapping lesion of peripheral nerves and autonomic nervous system
C479	Peripheral nerves and autonomic nervous system unspecified
C480	Retroperitoneum
C481	Specified parts of peritoneum
C482	Peritoneum malignant
C488	Overlapping lesion of retroperitoneum and peritoneum -
C490	Connective and soft tissue of head, face and neck
C491	Connective and soft tissue of upper limb, including shoulder
C492	Connective and soft tissue of lower limb, including hip
C493	Connective and soft tissue of thorax -
C494	Connective and soft tissue of abdomen
C495	Connective and soft tissue of pelvis
C496	Connective and soft tissue of trunk unspecified
C498	Overlapping lesion of connective and soft tissue -
C499	Connective and soft tissue unspecified
C500	Nipple and areola
C501	Central portion of breast
C502	Upper-inner quadrant of breast
C503	Lower-inner quadrant of breast
C504	Upper-outer quadrant of breast
C505	Lower-outer quadrant of breast
C506	Axillary tail of breast
C508	Overlapping lesion of breast

รหัสโรค	คำอธิบาย
C509	Breast unspecified
C510	Labium majus
C511	Labium minus
C512	Clitoris
C518	Overlapping lesion of vulva
C519	Vulva unspecified
C52	Malignant neoplasm of vagina
C530	Endocervix
C531	Exocervix
C538	Overlapping lesion of cervix uteri
C539	Cervix uteri unspecified
C540	Isthmus uteri
C541	Endometrium
C542	Myometrium
C543	Fundus uteri
C548	Overlapping lesion of corpus uteri
C549	Corpus uteri unspecified
C55	Malignant neoplasm of uterus, part unspecified
C56	Malignant neoplasm of ovary
C570	Fallopian tube
C571	Broad ligament
C572	Round ligament
C573	Parametrium
C574	Uterine adnexa unspecified
C577	Other specified female genital organs
C578	Overlapping lesion of female genital organs
C579	Female genital organ unspecified
C58	Malignant neoplasm of placenta
C600	Preuce
C601	Glans penis
C602	Body of penis
C608	Overlapping lesion of penis
C609	Penis unspecified
C61	Malignant neoplasm of prostate
C620	Undescended testis
C621	Descended testis
C629	Testis unspecified
C630	Epididymis
C631	Spermatic cord
C632	Scrotum
C637	Other specified male genital organs
C638	Overalapping lesion of male genial organs
C639	Male genital organ unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C64	Malignant neoplasm of kidney,except renal pelvis
C65	Malignant neoplasm of renal pelvis
C66	Malignant neoplasm of ureter
C670	Trigone of bladder
C671	Dome of bladder
C672	Lateral wall of bladder
C673	Anterior wall of bladder
C674	Posterior wall of bladder
C675	Bladder neck
C676	Ureteric orifice
C677	Urachus
C678	Overlapping lesion of bladder
C679	Bladder unspecified
C680	Urethra
C681	Paraurethral gland
C688	Overlapping lesion of urinary organs
C689	Urinary organ unspecified
C690	Conjunctiva
C691	Cornea
C692	Retina
C693	Choroid
C694	Ciliary body
C695	Lacrimal gland and duct
C696	Orbit
C698	Overlapping lesion of eye and adnexa
C699	Eye unspecified
C700	Cerebral meninges
C701	Spinal meninges
C709	Meninges unspecified
C710	Cerebrum except lobes and ventricles
C711	Frontal lobe
C712	Temporal lobe
C713	Parietal lobe
C714	Occipital lobe
C715	Cerebral ventricle
C716	Cerebellum
C717	Brain stem
C718	Overlapping lesion of brain
C719	Brain unspecified
C720	Spinal cord
C721	Cauda equina
C722	Olfactory nerve
C723	Optic nerve

รหัสโรค	คำอธิบาย
C724	Acoustic nerve
C725	Other and unspecified cranial nerves
C728	Overlapping lesion of brain and other parts of central nevous system
C729	Central nevous system unspecified
C73	Malignant neoplasm of thyroid gland
C740	Cortex of adrenal gland
C741	Medulla of adrenal gland
C749	Adrenal gland unspecified
C750	Parathyroid gland
C751	Pituitary gland
C752	Craniopharyngeal duct
C753	Pineal gland
C754	Carotid body
C755	Aortic body and other paraganglia
C758	Pluriglandular involvement unspecified
C759	Endocrine gland unspecified
C760	Head, face and neck
C761	Thorax
C762	Abdomen
C763	Pelvis
C764	Upper limb
C765	Lower limb
C767	Other ill-defined sites
C768	Overlapping lesion of other and ill-defined sites
C770	Lymph nodes of head, face and neck
C771	Intrathoracic lymph nodes
C772	Intra-abdominal lymph nodes
C773	Axillary and upper limb lymph nodes
C774	Inguinal and lower limb lymph nodes
C775	Intrapelvic lymph nodes
C778	Lymph nodes of multiple regions
C779	Lymph nodes unspecified
C780	Secondary malignant neoplasm of lung
C781	Secondary malignant neoplasm of mediastinum
C782	Secondary malignant neoplasm of pleura
C783	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified respiratory organs
C784	Secondary malignant neoplasm of small intestine
C785	Secondary malignant neoplasm of large intestine and rectum
C786	Secondary malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum
C787	Secondary malignant neoplasm of liver
C788	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified digestive organs
C790	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis
C791	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs

รหัสโรค	คำอธิบาย
C792	Secondary malignant neoplasm of skin
C793	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral meninges
C794	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of nervous system
C795	Secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow
C796	Secondary malignant neoplasm of ovary
C797	Secondary malignant neoplasm of adrenal gland
C798	Secondary malignant neoplasm of other specified sites
C799	Secondary malignant neoplasm, unspecified site
C80	Malignant neoplasm without specification of site
C800	Malignant neoplasm, primary site unknown so stated
C809	Malignant neoplasm, unspecified
C810	Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma
C811	Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma
C812	Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma
C813	Lymphocytic depletion classical Hodgkin lymphoma
C817	Other classical Hodgkin lymphoma
C819	Hodgkinlymphoma unspecified
C820	Follicular lymphoma grade I
C821	Follicular lymphoma grade II
C822	Follicular lymphoma grade III, and unspecified
C823	Follicular lymphoma grade IIIa
C824	Follicular lymphoma grade IIIb
C825	Diffuse follicle centre lymphoma
C826	Cutaneous follicle centre lymphoma
C827	Other types of follicular lymphoma
C829	Follicular lymphoma, unspecified
C830	Small cell B-cell lymphoma
C831	Mantle cell lymphoma
C833	Diffuse large B-cell lymphoma
C835	Lymphoblastic (diffuse)
C837	Burkitt's lymphoma
C838	Other non-follicular lymphoma
C839	Non-follicular Diffuse non-Hodgkin's lymphoma, unspecified
C840	Mycosis fungoides
C841	Sezary's disease
C844	Peripheral T-cell lymphoma, not elsewhere classified
C845	Other and unspecified T-cell lymphomas
C846	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive
C847	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-negative
C848	Cutaneous T-cell lymphoma, unspecified
C849	Mature T/NK-cell lymphoma, unspecified
C851	B-cell lymphoma, unspecified
C852	Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma

รหัสโรค	คำอธิบาย
C857	Other specified types of non-Hodgkin's lymphoma
C859	Non-Hodgkin's lymphoma, unspecified
C860	Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type
C861	Hepatosplenic T-cell lymphoma
C862	Enteropathy-type (intestinal) T-cell lymphoma
C863	Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma
C864	Blastic NK-cell lymphoma
C865	Angioimmunoblastic T-cell lymphoma
C866	Primary cutaneous CD30-positive T-cell proliferations
C880	Waldenstrom's macroglobulinaemia
C881	Alpha heavy chain disease
C882	Gamma heavy chain disease
C883	Immunoproliferative small intestinal disease
C887	Other malignant immunoproliferative diseases
C889	Malignant immunoproliferative disease, unspecified
C900	Multiple myeloma
C901	Plasma cell leukaemia
C902	Extramedullary plasmacytoma
C903	Solitary plasmacytoma
C910	Acute lymphoblastic leukaemia [ALL]
C911	Chronic lymphocytic leukaemia of B-cell type
C913	Prolymphocytic leukaemia of B-cell type
C914	Hairy-cell leukaemia
C915	Adult T-cell leukaemia / leukaemia (HTLV-1-associated)
C917	Other lymphoid leukaemia
C918	Mature B-cell leukaemia, Burkitt-type
C919	Lymphoid leukaemia, unspecified
C920	Acute myeloid leukaemia [AML]
C921	Chronic myeloid leukaemia [CML], BCR/ABL –positive
C922	Atypical chronic myeloid leukaemia
C923	Myeloid sarcoma
C924	Acute promyelocytic leukaemia [PML]
C925	Acute myelomonocytic leukaemia
C926	Acute myeloid leukaemia with 11q23-abnormality
C927	Other myeloid leukaemia
C928	Acute myeloid leukaemia with multilineage dysplasia
C929	Myeloid leukaemia, unspecified
C930	Acute monocytic/monocytic leukaemia
C931	Chronic monocytic leukaemia
C932	Subacute monocytic leukemia
C933	Juvenile myelomonocytic leukaemia
C937	Other monocytic leukaemia
C939	Monocytic leukarmia, unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C940	Acute erythroid leukaemia
C941	Chronic erythraemia
C942	Acute megakaryoblastic leukaemia
C943	Mast cell leukaemia
C944	Acute panmyelosis with myelofibrosis
C946	Myelodysplastic and myeloproliferative disease, not classified
C947	Other specified leukaemias
C950	Acute leukaemia of unspecified cell type
C951	Chronic leukaemia of unspecified cell type
C952	Subacute leukaemia of unspecified cell type
C957	Other leukaemia of unspecified cell type
C959	Leukaemia, unspecirfied
C960	Multifocal and multisystemic (disseminated) Langerhans-cell histiocytosis [Letterer-Siwe disease]
C962	Malignant mast cell tumour
C965	Multifocal and unisystemic Langerhans-cell histiocytosis
C966	Unifocal Langerhans-cell histiocytosis
C967	Other specified malignant neoplasms of lymphoid, haematopoietic and related tissue
C968	Histiocytic sarcoma
C969	Malignant neoplasm of lymphoid, haematopoietic and related tissue, unspecified
C97	Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites
รหัสกลุ่ม D	
D37	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of oral cavity and digestive organs
D370	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Lip, oral cavity and pharynx
D371	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Stomach
D372	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Small intestine
D373	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Appendix
D374	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Colon
D375	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Rectum
D376	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Liver, gallbladder and bile ducts
D377	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Other digestive organs
D379	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Digestive organ unspecified
D38	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of middle ear and respiratory and intrathoracic organs
D380	Larynx
D381	Trachea, bronchus and lung
D382	Pleura
D383	Mediastinum
D384	Thymus
D385	Other respiratory organs
D386	Respiratory organ unspecified
D39	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of female genital organs
D390	Uterus
D391	Ovary

รหัสโรค	คำอธิบาย
D392	Placenta
D397	Other female genital organs
D399	Female genital organ unspecified
D400	Prostate
D40	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of male genital organs
D401	Testis
D407	Other male genital organs
D409	Male genital organ unspecified
D41	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of urinary organs
D410	Kidney
D411	Renal pelvis
D412	Ureter
D413	Urethra
D414	Bladder
D417	Other urinary organs
D419	Urinary organ unspecified
D42	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of meninges
D420	Cerebral meninges
D421	Spinal meninges neoplasm
D429	Meninges unspecified
D43	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of brain and central nervous system
D430	Brain supratentorial
D431	Brain infratentorial
D432	Brain unspecified
D433	Cranial nerves
D434	Spinal cord
D437	Other parts of central nervous system
D439	Central nervous system unspecified
D44	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of endocrine glands
D440	Thyroid gland
D441	Adrenal gland
D442	Parathyroid gland
D443	Pituitary gland
D444	Craniopharyngeal duct
D445	Pineal gland
D446	Carotid body
D447	Aortic body and other paraganglia
D448	Pluriglandular involvement
D449	Endocrine gland unspecified
D45	Polycythaemia vera
D46	Myelodysplastic syndromes
D460	Refractory anaemia without sideroblasts, so stated
D461	Refractory anaemia with sideroblasts

รหัสโรค	คำอธิบาย
D462	Refractory anaemia with excess of blasts
D463	Refractory anaemia with excess of blasts with transformation
D464	Refractory anaemia, unspecified
D467	Other myelodysplastic syndromes
D469	Myelodysplastic syndrome, unspecified
D47	Other neoplasms of uncertain or unknown behaviour of lymphoid, haematopoietic and related tissue
D470	Histiocytic and mast cell tumours of uncertain and unknow behaviour
D471	Chronic myeloproliferative disease
D472	Monoclonal gammopathy of undetermined significance [MGUS]
D473	Essential (haemorrhagic) thrombocythaemia
D474	Osteomyelofibrosis
D475	Chronic eosinophilic leukaemia [hypereosinophilic syndrome
D477	Other specified neoplasms of uncertain or unknown behaviour of lymphoid, haematopoietic and related tissue
D479	Neoplasm of uncertain or unknow behaviour of lymphoid, haematopoietic and related tissue, unspecified
D48	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of other and unspecified sites
D480	Bone and articular cartilage
D481	Connective and other soft tissue
D482	Peripheral nerves and autonomic nervous system
D483	Retroperitoneum
D484	Peritoneum
D485	Skin
D486	Breast
D487	Other specified sites
D489	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour, unspecified
รหัสกลุ่ม I	
I500	Congestive heart failure
I501	Left ventricular failure
I509	Heart failure, unspecified
I600	Subarachnoid haemorrhage from carotid siphon and bifurcation
I601	Subarachnoid haemorrhage from middle cerebral artery
I602	Subarachnoid haemorrhage from anterior communicating artery
I603	Subarachnoid haemorrhage from posterior communicating artery
I604	Subarachnoid haemorrhage from basilar artery
I605	Subarachnoid haemorrhage from vertebral artery
I606	Subarachnoid haemorrhage from other intracranial arteries
I607	Subarachnoid haemorrhage from intracranial artery, unspecified
I608	Other subarachnoid haemorrhage
I609	Subarachnoid haemorrhage, unspecified
I610	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, subcortical
I611	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, cortical

รหัสโรค	คำอธิบาย
I612	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, unspecified
I613	Intracerebral haemorrhage in brain stem
I614	Intracerebral haemorrhage in cerebellum
I615	Intracerebral haemorrhage, intraventricular
I616	Intracerebral haemorrhage, multiple localized
I618	Other intracerebral haemorrhage
I619	Intracerebral haemorrhage, unspecified
I620	Subdural haemorrhage (acute) (nontraumatic)
I621	Nontraumatic extradural haemorrhage
I629	Intracranial haemorrhage (nontraumatic), unspecified
I630	Cerebral infarction due to thrombosis of precerebral arteries
I631	Cerebral infarction due to embolism of precerebral arteries
I632	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of precerebral arteries
I633	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries
I634	Cerebral infarction due to embolism of cerebral arteries
I635	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of cerebral arteries
I636	Cerebral infarction due to cerebral venous thrombosis,nonpyogenic
I638	Other cerebral infarction
I639	Cerebral infarction,unspecified
I64	Stroke,not specified as haemorrhage or infarction
I650	Occlusion and stenosis of vertebral artery
I651	Occlusion and stenosis of basilar artery
I652	Occlusion and stenosis of carotid artery
I653	Occlusion and stenosis of multiple and bilateral precerebral arteries
I658	Occlusion and stenosis of other precerebral artery
I659	Occlusion and stenosis of unspecified precerebral artery
I660	Occlusion and stenosis of middle cerebral artery
I661	Occlusion and stenosis of anterior cerebral artery
I662	Occlusion and stenosis of posterior cerebral artery
I663	Occlusion and stenosis of cerebellar arteries
I664	Occlusion and stenosis of multiple and bilateral cerebral arteries
I668	Occlusion and stenosis of other cerebral artery
I669	Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery
I670	Dissection of cerebral arteries, nonruptured
I671	Cerebral aneurysm, nonruptured
I672	Cerebral atherosclerosis
I673	Progressive vascular leukoencephalopathy
I674	Hypertensive encephalopathy
I675	Moyamoya disease
I676	Nonpyogenic thrombosis of intracranial venous system
I677	Cerebral arteritis, not elsewhere classified
I678	Other specified cerebrovascular diseases
I679	Cerebrovascular disease, unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
I680	Cerebral amyloid angiopathy (E85.-*]
I681	Cerebral arteristis in infectious and parasitic diseases classified elsewhere
I682	Cerebral arteristis in other diseases classified elsewhere
I688	Other cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere
I690	Sequelae of subarachnoid haemorrhage
I691	Sequelae of intracerebral haemorrhage
I692	Sequelae of other nontraumatic intracranial haemorrhage
I693	Sequelae of cerebral infarction
I694	Sequelae of stroke, not specified as haemorrhage or infarction
I698	Sequelae of other and unspecified cerebrovascular diseases
รหัสกลุ่ม J	
J440	Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection
J441	Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified
J448	Other specified chronic obstructive pulmonary disease
J449	Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified
รหัสกลุ่ม K	
K704	Alcoholic hepatic failure
K717	Toxic liver disease with fibrosis and cirrhosis of liver
K720	Acute and subacute hepatic failure
K721	Chronic hepatic failure
K729	Hepatic failure, unspecified
รหัสกลุ่ม N	
N185	Chronic kidney disease, stage 5
รหัสกลุ่ม Z	
Z515	Palliative care
Z718	Other specified counselling

หมายเหตุ: กิจกรรม Z71.8 เมื่อวินิจฉัยคู่กับ Palliative care (Z51.5) จะหมายถึง การทำ Advance care planning

จัดทำโดยคณะกรรมการ palliative care กรมการแพทย์

วันที่ 13 กรกฎาคม 2563

ภาคผนวก 4

แนวทางการประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่ให้บริการเคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารนี้ใช้สำหรับเป็นคู่มือในการเป็นแนวทางการประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่ให้บริการเคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

ก. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่ให้บริการเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน

1. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่นๆ ที่เทียบเท่า (แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้รับการประเมินฯ โดย สปสช. ขยายเวลาให้ 180 วัน หลังวันหมดอายุ)

2. ต้องมีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การสั่งการรักษา การผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัดในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือการให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

<u>ระดับ 1 เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการสั่งการรักษา การผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน</u>

1. ความพร้อมด้านสถานที่ ประกอบด้วย

1.1 มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นไปตามมาตรฐาน

1.2 มีความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนการสั่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐาน

1.3 มีความพร้อมของธนาคารเลือดที่สามารถจ่ายส่วนประกอบของเลือดได้อย่างเพียงพอ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง (ในกรณีให้บริการรักษามะเร็งโลหิตวิทยา)

1.4 มีห้องผสมยาเคมีบำบัดเป็น Clean room หรือ Separated room ตามมาตรฐาน

1.5 มีห้องบริหารยาสำหรับผู้ป่วยนอกแยกเป็นสัดส่วน

2. ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

2.1 มีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถให้บริการและคำปรึกษาด้านเคมีบำบัด ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

2.1.1 อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็งวิทยา (Medical oncologist)

2.1.2 อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโลหิตวิทยา (Hematologist)

2.1.3 กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด (Pediatric Hematology)

2.1.4 สูตินรีแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็ง (Gynecologic oncologist)

2.1.5 ศัลยแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็ง (Surgical oncologist)

2.1.6 แพทย์รังสีรักษา (Radiation oncologist)

2.2 ในกรณีที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางในข้อ 2.1 อนุโลมให้มีศัลยแพทย์หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ หรือ มีประสบการณ์ในการสั่งยาเคมี

บำบัดและสามารถให้บริการและคำปรึกษาด้านเคมีบำบัดในโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ มาอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานประจำ อย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

2.3 มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัด ที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ

2.4 มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ขนส่งยาเคมีบำบัด ทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องฝึกปฏิบัติการจัดการการขนส่งและเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก โดยเภสัชกรตามข้อ 2.3

2.5 มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 2 คน ต่อหน่วยบริการ

3. ความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

3.1 มีตู้เตรียมยาเคมีบำบัดปลอดเชื้อระบบปิด แบบ Isolator หรือ Biosafety Cabinet

3.2 มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

3.3 มีภาชนะที่ปิดมิดชิดสำหรับการขนส่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ

3.4 มีชุด Spill Kit ประจำห้องผสมยาเคมีบำบัด ห้องคลังยาเคมีบำบัด ห้องให้ยาเคมีบำบัด

3.5 มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย

3.6 มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้ว ที่ปลอดภัย ติดป้ายให้ชัดเจน แยกเก็บจากยาตัวอื่นและแยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

4. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

4.1 มีคลังยา และรายการยาเคมีบำบัดสำหรับให้บริการผู้ป่วย

4.2 มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน

4.3 มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน

4.4 มีกระบวนการส่งต่อยาและเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วที่ได้มาตรฐาน

4.5 มีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

4.6 มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

4.7 มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

4.8 มีกระบวนการจัดการและทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก

4.9 มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

<u>ระดับ 2 เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด</u>

1. ความพร้อมด้านสถานที่ ประกอบด้วย

1.1 มีห้องผสมยาเคมีบำบัดเป็น Clean room หรือ Separated room ตามมาตรฐาน

1.2 มีห้องบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน

2. ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

2.1 แพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ ที่มีประสบการณ์ในการสั่งยาเคมีบำบัดมาอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ โดยมีคำสั่งการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาเคมีบำบัด

*2.2 มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัด ที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ ****

2.3 มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ขนส่งยาเคมีบำบัด ทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องฝึกปฏิบัติการจัดการการขนส่งและเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก โดยเภสัชกรตามข้อ 2.2

2.4 มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 2 คน ต่อหน่วยบริการ

3. ความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

3.1 *มีตู้เตรียมยาเคมีบำบัดปลอดเชื้อระบบปิด แบบ Isolator หรือ Biosafety Cabinet ****

3.2 มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

3.3 มีภาชนะที่ปิดมิดชิดสำหรับการขนส่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ

3.4 มีชุด Spill Kit ประจำห้องผสมยาเคมีบำบัด ห้องคลังยาเคมีบำบัด ห้องให้ยาเคมีบำบัด

3.5 มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย

3.6 มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้วที่ปลอดภัย ติดป้ายให้ชัดเจน แยกเก็บจากยาตัวอื่นและแยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

4. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

4.1 มีคลังยา และรายการยาเคมีบำบัดสำหรับให้บริการผู้ป่วย

4.2 มีคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดจากหน่วยบริการระดับ 1

4.3 *มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน****

4.4 *มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน****

4.5 มีกระบวนการส่งต่อยาและเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วที่ได้มาตรฐาน

4.6 มีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

4.7 มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

4.8 มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

4.9 มีกระบวนการจัดการและทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก

4.10 มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

<u>หมายเหตุ</u> หน่วยบริการระดับ 2 จะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทุกข้อ ในกรณีที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดข้างต้น สามารถไปใช้บริการร่วมกับหน่วยบริการระดับ 1 ได้ในข้อที่ทำเครื่องหมาย *** โดยแนบใบยินยอมจากหน่วยบริการระดับ 1 ประกอบการประเมิน

ระดับ 3 เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการบริหารยาเคมีบำบัด

1. ความพร้อมด้านสถานที่ โดยมีบริเวณสำหรับการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน

2. ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

2.1 มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำสั่งการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

2.2 มีเภสัชกร ทำหน้าที่ในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

2.3 มีพยาบาลเคมีบำบัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ อย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

3. ความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

3.1 มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย

3.2 มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้วที่ปลอดภัย ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อ อุณหภูมิ ความชื้นและแสงสว่างเหมาะสม ติดป้ายให้ชัดเจน แยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และแยกเก็บจากยาตัวอื่น

3.3 มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

3.4 มีชุด Spill Kit ประจำห้องให้ยาเคมีบำบัด

4. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

4.1 มีคลังยา และรายการยาฮอร์โมนสำหรับให้บริการผู้ป่วย

4.2 มีคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดจากหน่วยบริการระดับ 1

4.3 มีกระบวนการส่งยาที่ผสมแล้วจากหน่วยบริการระดับ 1 หรือ 2 และเก็บยาที่ได้รับการผสมรอบริหารแล้วที่ได้มาตรฐาน

4.4 มีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

4.5 มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

4.6 มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

4.7 มีกระบวนการจัดการและทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก

4.8 มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

ข. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ให้บริการเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เป็นหน่วยบริการระดับ 1 ที่มีศักยภาพในการสั่งการรักษา การผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด **หรือ** หน่วยบริการระดับ 2 ที่มีศักยภาพในการผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด

ค. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ให้บริการฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

1. เป็นหน่วยบริการระดับ 3 ที่มีศักยภาพในการบริหารยาเคมีบำบัด **<u>หรือ</u>**

2. เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ซึ่งผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน Hospital accreditation (HA) หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า (แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้รับการประเมิน ฯ โดย สปสช. ขยายเวลาให้ 180 วัน หลังวันหมดอายุ)

โดยหน่วยบริการในข้อ 1 หรือ 2 จะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1) มีคลังยา และรายการฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

2) มีคำสั่งการรักษาหรือใบส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยมารับบริการ โดยมีอายุรแพทย์ หรือศัลยแพทย์ที่สามารถให้บริการและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้ฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

3) มีเภสัชกร ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานฮอร์โมนและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

4) มีการติดตามผลการรักษาและรายงานให้หน่วยบริการระดับ 1 รับทราบเป็นระยะๆ ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับฮอร์โมน

5) มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่หน่วยบริการระดับ 1 ทันที หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรักษา เช่น เลือดออกทางช่องคลอด แขนหรือขาบวม และหอบเหนื่อยฉับพลัน เป็นต้น

แบบประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่ให้บริการเคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี 4 รายการคือ

1) แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการระดับ 1 (แบบ CA-CRX 01)

2) แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการระดับ 2 (แบบ CA-CRX 02)

3) แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการระดับ 3 (แบบ CA-CRX 03)

4) แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (แบบ CA-CRX 04)

ภาคผนวก 4.1

แบบ CA-CRX 01

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป กรณีให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ระดับ 1 (สั่งการรักษา ผสมยา บริหารยาเคมีบำบัด) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....

สถานที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
1. คุณสมบัติทั่วไป				
1.1	เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน Hospital accreditation (HA) หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า *<u>หมายเหตุ</u> แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้รับการประเมินฯ โดย สปสช. ขยายเวลาให้ 180 วันหลังวันหมดอายุ*			แนบหลักฐานประกอบ
2. ความพร้อมด้านสถานที่				
2.1	มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นไปตามมาตรฐาน			
2.2	มีความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนการสั่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐาน			
2.3	มีความพร้อมของธนาคารเลือดที่สามารถจ่ายส่วนประกอบของเลือดได้อย่างเพียงพอ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง (กรณีให้บริการมะเร็งโลหิตวิทยา)			
2.4	มีห้องผสมยาเคมีบำบัดเป็น clean room หรือ separated room ตามมาตรฐาน			
2.5	มีห้องบริหารยาสำหรับผู้ป่วยนอกแยกเป็นสัดส่วน			

แบบ CA-CRX 01

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
3. ความพร้อมด้านบุคลากร				
3.1	แพทย์เฉพาะทางที่สามารถให้บริการและคำปรึกษาด้านเคมีบำบัด ปฏิบัติงานประจำ อย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ ● อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็งวิทยา (Medical oncologist) ● อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโลหิตวิทยา (Hematologist) ● กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด (Pediatric Hematology-oncologist) ● สูตินรีแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็ง (Gynecologic oncologist) ● ศัลยแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็ง (Surgical oncologist) ● แพทย์รังสีรักษา (Radiation oncologist)			แนบหลักฐานประกอบ
3.2	**ในกรณีที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางในข้อ 3.1** อนุโลมให้มีศัลยแพทย์หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ หรือมีประสบการณ์ในการสั่งยาเคมีบำบัด และสามารถให้บริการและคำปรึกษาด้านเคมีบำบัดในโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้มาอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ
3.3	มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัด ที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ
3.4	มีเจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ขนส่งยาเคมีบำบัด ทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องฝึกปฏิบัติการจัดการการขนส่ง และเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหก ตก แตก โดยเภสัชกร ตามข้อ 3.3			
3.5	มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 2 คนต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ
4. ความพร้อมด้านเครื่องมือ				
4.1	มีตู้เตรียมยาเคมีบำบัดปลอดเชื้อระบบปิด แบบ Isolator หรือ Biosafety cabinet			
4.2	มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ			

แบบ CA-CRX 01

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
4.3	มีภาชนะที่ปิดมิดชิดสำหรับการขนส่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ			
4.4	มีชุด Spill kit ประจำห้องผสมยาเคมีบำบัด ห้องคลังยาเคมีบำบัด ห้องให้ยาเคมีบำบัด			
4.5	มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย			
4.6	มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้ว ที่ปลอดภัย ติดป้ายให้ชัดเจน แยกเก็บจากยาตัวอื่น และแยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย			
5. ความพร้อมด้านบริการ				
5.1	มีคลังยา และรายการยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนสำหรับให้บริการผู้ป่วย			
5.2	มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน			
5.3	มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน			
5.4	มีกระบวนการส่งต่อยาที่ผสมแล้ว และเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วที่ได้มาตรฐาน			
5.5	มีกระบวนการให้ความรู้กับผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด			
5.6	มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด			
5.7	มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด			
5.8	มีกระบวนการจัดการ และทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหกตก แตก			
5.9	มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน			

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
(.....)
วันที่...../...../.....

แบบ CA-CRX 01

การพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

☐ **ผ่านการประเมิน**เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ **ไม่ผ่านการประเมิน** เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

ความเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจแบบประเมิน

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก 4.2

แบบ CA-CRX 02

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป กรณีให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ระดับ 2 (ผสมยา บริหารยาเคมีบำบัด) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อหน่วยบริการ.....**รหัสหน่วยบริการ**.....

สถานที่ตั้งเลขที่.....**ถนน**.....**อำเภอ**.....

จังหวัด.....**รหัสไปรษณีย์**.....**โทรศัพท์**.....**โทรสาร**.....

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
1. คุณสมบัติทั่วไป				
1.1	เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน Hospital accreditation (HA) หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า *<u>หมายเหตุ</u> แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้รับการประเมินฯ โดย สปสช. ขยายเวลาให้ 180 วันหลังวันหมดอายุ*			แนบหลักฐานประกอบ
2. ความพร้อมด้านสถานที่				
2.1	มีห้องผสมยาเคมีบำบัดเป็น clean room หรือ separated room ตามมาตรฐาน			
2.2	มีห้องบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน			
3. ความพร้อมด้านบุคลากร				
3.1	มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือที่มีประสบการณ์ในการสั่งยาเคมีบำบัดมาอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ โดยมีคำสั่งการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาเคมีบำบัด			แนบหลักฐานประกอบ

แบบ CA-CRX 02

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
3.2*	มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ
3.3	มีเจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ขนส่งยาเคมีบำบัด ทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องฝึกปฏิบัติการจัดการการขนส่ง และเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหก ตก แตก โดยเภสัชกร ตามข้อ 3.2			
3.4	มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 2 คนต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ
4. ความพร้อมด้านเครื่องมือ				
4.1*	มีตู้เตรียมยาเคมีบำบัดปลอดเชื้อระบบปิด แบบ Isolator หรือ Biosafety cabinet			
4.2	มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ			
4.3	มีภาชนะที่ปิดมิดชิดสำหรับการขนส่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ			
4.4	มีชุด Spill kit ประจำห้องผสมยาเคมีบำบัด ห้องคลังยาเคมีบำบัด ห้องให้ยาเคมีบำบัด			
4.5	มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย			
4.6	มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้ว ที่ปลอดภัย ติดป้ายให้ชัดเจน แยกเก็บจากยาตัวอื่น และแยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย			
5. ความพร้อมด้านบริการ				
5.1	มีคลังยา และรายการยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนสำหรับให้บริการผู้ป่วย			
5.2	มีคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดจากหน่วยบริการระดับ 1			
5.3*	มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน			
5.4*	มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน			

แบบ CA-CRX 02

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
5.5	มีกระบวนการส่งต่อยาที่ผสมแล้ว และเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วที่ได้มาตรฐาน			
5.6	มีกระบวนการให้ความรู้กับผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด			
5.7	มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด			
5.8	มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด			
5.9	มีกระบวนการจัดการ และทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหกตก แตก			
5.10	มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน			

หมายเหตุ

1) หน่วยบริการระดับ 2 ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทุกข้อ

2) ในกรณีที่มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน สามารถไปใช้บริการร่วมกับหน่วยบริการระดับ 1 ได้ในข้อ 3.2 หรือ 4.1 หรือ 5.3 หรือ 5.4 โดยแนบใบยินยอมจากหน่วยบริการระดับ 1 ประกอบการประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(.....)

วันที่...../...../.....

แบบ CA-CRX 02

การพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

☐ **ผ่านการประเมิน**เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ **ไม่ผ่านการประเมิน** เนื่องจาก.....

.....

.....

ความเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจแบบประเมิน

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

วันที่...../...../.....

แบบ CA-CRX 02

ใบยินยอมของหน่วยบริการระดับ 1

ชื่อหน่วยบริการระดับ 1.....รหัสหน่วยบริการ.....
สถานที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ยินดีให้การสนับสนุนหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการ.....
ในบริการดังต่อไปนี้

ความพร้อมด้านบุคลากร

☐ 3.2 มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ

ความพร้อมด้านเครื่องมือ

☐ 4.1 มีตู้เตรียมยาเคมีบำบัดปลอดเชื้อระบบปิด แบบ Isolator หรือ Biosafety cabinet

ความพร้อมด้านบริการ

☐ 5.3 มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน

☐ 5.4 มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
วันที่...../...../.....

ภาคผนวก 4.3

แบบ CA-CRX 03

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป กรณีให้ยาเคมีบำบัด ระดับ 3 (บริหารยาเคมีบำบัด) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อหน่วยบริการ.....**รหัสหน่วยบริการ**.....

สถานที่ตั้งเลขที่.....**ถนน**.....**อำเภอ**.....

จังหวัด.....**รหัสไปรษณีย์**.....**โทรศัพท์**.....**โทรสาร**.....

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
1. คุณสมบัติทั่วไป				
1.1	เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน Hospital accreditation (HA) หรือ ISO 9001 : 2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า *<u>หมายเหตุ</u> แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้รับการประเมินฯ โดย สปสช. ขยายเวลาให้ 180 วันหลังวันหมดอายุ*			แนบหลักฐานประกอบ
2. ความพร้อมด้านสถานที่				
2.1	มีบริเวณสำหรับการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน			
3. ความพร้อมด้านบุคลากร				
3.1	มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีเครือข่ายที่ปรึกษาในการส่งต่อผู้ป่วยมาเพื่อรับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ
3.2	มีเภสัชกร ทำหน้าที่ในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ			
3.3	มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ อย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ

แบบ CA-CRX 03

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
4. ความพร้อมด้านเครื่องมือ				
4.1	มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ			
4.2	มีชุด Spill kit ประจำห้องให้ยาเคมีบำบัด			
4.3	มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย			
4.4	มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้ว ที่ปลอดภัย ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อ อุณหภูมิ ความชื้นและแสงสว่างเหมาะสม ติดป้ายให้ชัดเจน แยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และแยกเก็บจากยาตัวอื่น			
5. ความพร้อมด้านบริการ				
5.1	มีคลังยา และรายการยาฮอร์โมนสำหรับให้บริการผู้ป่วย			
5.2	มีคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดจากหน่วยบริการระดับ 1			
5.3	มีกระบวนการส่งยาที่ผสมแล้วจากหน่วยบริการระดับ 1 หรือระดับ 2 และเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วรอบริหารที่ได้มาตรฐาน			
5.4	มีกระบวนการให้ความรู้กับผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด			
5.5	มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด			
5.6	มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด			
5.7	มีกระบวนการจัดการ และทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหกตก แตก			
5.8	มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน			

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
(.....)
วันที่...../...../.....

แบบ CA-CRX 03

การพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

☐ **ผ่านการประเมิน**เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ **ไม่ผ่านการประเมิน** เนื่องจาก.....

.....

.....

ความเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจแบบประเมิน

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก 4.4

แบบ CA-CRX 04

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป
กรณีให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อหน่วยบริการ.....**รหัสหน่วยบริการ**.....
สถานที่ตั้งเลขที่.....**ถนน**.....**อำเภอ**.....
จังหวัด.....**รหัสไปรษณีย์**.....**โทรศัพท์**.....**โทรสาร**.....

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
1	เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน Hospital accreditation (HA) หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า *<u>หมายเหตุ</u> แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้รับการประเมินฯ โดย สปสช. ขยายเวลาให้ 180 วันหลังวันหมดอายุ*			แนบหลักฐานประกอบ
2	มีคลังยา และรายการยาฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม			
3	มีคำสั่งการรักษาหรือใบส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยมารับบริการ โดยมีอายุรแพทย์ หรือศัลยแพทย์ ที่สามารถให้บริการและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้ฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง			แนบหลักฐานใบประกอบวิชาชีพของแพทย์
4	มีเภสัชกร ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานฮอร์โมนและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง			แนบหลักฐานใบประกอบวิชาชีพของเภสัชกร
5	มีการติดตามผลการรักษาและรายงานให้หน่วยบริการระดับ 1 รับทราบเป็นระยะ ๆ ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับฮอร์โมน			

แบบ CA-CRX 04

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
6	มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่หน่วยบริการระดับ 1 ทันที หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรักษา เช่น เลือดออกทางช่องคลอด แขนหรือขาบวม และหอบเหนื่อยฉับพลัน เป็นต้น			

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(.....)

วันที่...../...../.....

แบบ CA-CRX 04

การพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

☐ **ผ่านการประเมิน**เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ **ไม่ผ่านการประเมิน** เนื่องจาก.....

.....

.....

ความเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจแบบประเมิน

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

วันที่...../...../.....

หน้า ๘
เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๒๐๑ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ
ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
พ.ศ. ๒๕๖๑

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๕ วรรคสอง แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘ และข้อ ๑๘ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะด้านรังสีรักษา ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๔๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

ข้อ ๕ สถานบริการซึ่งประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องมีศักยภาพ ดังนี้

๕.๑ เป็นสถานบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานบริการทั้งระบบ จากมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2015 หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่ได้รับรองจาก ISQua และมีความสามารถในการให้บริการรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

หน้า ๙
เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๒๐๑ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

๕.๒ มีความพร้อมด้านสถานที่ ประกอบด้วย

(๑) มีห้องจำลองการฉายรังสีและห้องควบคุม ที่ผ่านการประเมินความปลอดภัยทางรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง

(๒) มีห้องฉายรังสีระยะไกลและห้องควบคุม ที่ผ่านการประเมินความปลอดภัยทางรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง

(๓) มีห้องให้รังสีระยะใกล้ และมีห้องใส่เครื่องมือรังสีระยะใกล้ ที่ผ่านการประเมินความปลอดภัยทางรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง ทั้งนี้ หากสถานบริการใดไม่มีห้องดังกล่าว ต้องมีระบบการประสานส่งต่อกรณีที่มีผู้ป่วยต้องรับการรักษาด้วยรังสีระยะใกล้

(๔) มีห้องวางแผนทางฟิสิกส์รังสีรักษา จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง

(๕) มีห้องคอมพิวเตอร์ควบคุมระบบและห้องเก็บเครื่องมือ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง

(๖) มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นไปตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕.๓ มีความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

(๑) มี CT simulator หรือเทียบเท่า หรือมี conventional simulator จำนวนอย่างน้อยหนึ่งเครื่อง

(๒) มีเครื่อง LINAC with MLC (photon และอาจมี electron beam) จำนวนอย่างน้อยหนึ่งเครื่อง

(๓) มีเครื่อง High dose rate brachytherapy system (หากมีบริการ)

(๔) มีชุดอุปกรณ์เครื่องวัดและควบคุมคุณภาพรังสี QA verification ตามเทคนิคการฉายรังสี

(๕) มีระบบคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูลทางฟิสิกส์รังสีรักษา

๕.๔ มีความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

(๑) มีแพทย์รังสีรักษาที่สามารถให้บริการและคำปรึกษา ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งคน ต่อหน่วยบริการ

(๒) มีนักรังสีการแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิการศึกษาเป็นวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาฟิสิกส์การแพทย์ ที่สามารถให้บริการ ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งคน

(๓) มีนักรังสีการแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิการศึกษาเป็นวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขารังสีเทคนิค ปฏิบัติงานทางรังสีรักษา ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ ดังนี้

(ก) จำนวนอย่างน้อยสองคนต่อการจำลองการฉายรังสี (conventional/CT /MRI- simulator และ C-Arm)

(ข) จำนวนอย่างน้อยสองคนต่อการฉายรังสีเทคนิค 2D, 3D-CRT

หน้า ๑๐
เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๒๐๑ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

(ค) จำนวนอย่างน้อยสามคน ต่อการฉายรังสีเทคนิค IMRT, VMAT, SRS/SRT/SBRT

(๔) มีพยาบาลรังสีรักษาผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลรังสีวิทยา หรือหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวนอย่างน้อยสองคนต่อหน่วยบริการ

กรณีที่หน่วยบริการมีบุคลากรตาม (๒) และ (๓) ซึ่งไม่อาจปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการได้ครบตามจำนวน หน่วยบริการนั้นต้องจัดให้มีบุคลากรปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาทดแทนบุคลากรปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ โดยให้นับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาจำนวนสองคนที่ปฏิบัติงานจริงรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดหนึ่งร้อยหกสิบชั่วโมงต่อเดือนเท่ากับบุคลากรปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการจำนวนหนึ่งคน

ข้อ ๖ สถานบริการซึ่งประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียน และยื่นแบบประเมินศักยภาพตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ต่อสำนักงานหรือสำนักงานเขต เพื่อตรวจประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

ข้อ ๗ สถานบริการที่ได้รับการตรวจประเมิน หากไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจประเมินมีสิทธิอุทธรณ์ผลการตรวจประเมิน โดยให้ยื่นอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ทราบผลการตรวจประเมิน

ข้อ ๘ สถานบริการที่ผ่านการตรวจประเมิน จะได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๙ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑
ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบประเมินศักยภาพของสถานบริการตามเกณฑ์การตรวจประเมิน
เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....
สถานที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
1 คุณสมบัติทั่วไป				
1.1	เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานบริการทั้งระบบ (Hospital Accreditation, HA หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า) *หมายเหตุ แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้รับการประเมินฯ โดย สปสช.ขยายเวลาให้ 180 วันหลังวันหมดอายุ*			แนบหลักฐานประกอบ
2 ความพร้อมด้านสถานที่				
2.1	มีห้องจำลองการฉายรังสีและห้องห้องควบคุมที่ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสี จำนวนไม่น้อยกว่า 1 ห้อง			
2.2	มีห้องฉายรังสีระยะไกลและห้องห้องควบคุมที่ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสี จำนวนไม่น้อยกว่า 1 ห้อง			
2.3	มีห้องให้รังสีระยะใกล้ และ มีห้องใส่เครื่องมือรังสีระยะใกล้ ที่ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสี จำนวนไม่น้อยกว่า 1 ห้อง (หากไม่มี ต้องมีระบบการประสานส่งต่อกรณีที่มีผู้ป่วยต้องรับการรักษาด้วยรังสีระยะใกล้)			

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
2.4	มีห้องวางแผนทางฟิสิกส์รังสีรักษา จำนวนไม่น้อยกว่า 1 ห้อง			
2.5	มีห้องคอมพิวเตอร์ควบคุมระบบและห้องเก็บเครื่องมือ จำนวนไม่น้อยกว่า 1 ห้อง			
2.6	มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นไปตามมาตรฐาน			
3 ความพร้อมด้านเครื่องมือ				
3.1	มี CT simulator หรือเทียบเท่า หรือ conventional simulator อย่างน้อย 1 เครื่อง			
3.2	มีเครื่อง LINAC with MLC (photon and electron beam) อย่างน้อย 1 เครื่อง			
3.3	มีเครื่อง High dose rate brachytherapy system (หากมีบริการ)			
3.4	มีชุดอุปกรณ์เครื่องวัดและควบคุมคุณภาพรังสี QA verification ตามเทคนิคการฉายรังสี			
3.5	มีระบบคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูลทางฟิสิกส์รังสีรักษา			
4 ความพร้อมด้านบุคลากร				
4.1	มีแพทย์รังสีรักษาที่สามารถให้บริการและคำปรึกษา ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ อย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ
4.2	มีนักรังสีการแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิการศึกษาเป็น วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาฟิสิกส์การแพทย์ ที่สามารถให้บริการปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ อย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ			แนบหลักฐานประกอบ
4.3	มีนักรังสีการแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิการศึกษาเป็น วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขารังสีเทคนิค ปฏิบัติงานทางรังสีรักษา ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ ดังนี้ • อย่างน้อย 2 คน ต่อ การจำลองการฉายรังสี (conventional/CT/MRI- simulator และ C-Arm) • อย่างน้อย 2 คน ต่อ การฉายรังสีเทคนิค 2D, 3D-CRT			แนบหลักฐานประกอบ

ลำดับ	รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
		เป็นไปตามเกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
	• อย่างน้อย 3 คน ต่อ การฉายรังสีเทคนิค IMRT, VMAT, SRS/SRT/SBRT หรือสูงกว่า			
4.4	มีพยาบาลรังสีรักษาผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการพยาบาลรังสีวิทยา 4 เดือน ต่อหน่วยบริการ จำนวนอย่างน้อย 2 คน			แนบหลักฐานประกอบ
หมายเหตุ กรณีที่หน่วยบริการมีบุคลากรตามลำดับที่ 4.2 และ 4.3 ซึ่งไม่อาจปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการได้ครบตามจำนวน หน่วยบริการนั้น ต้องจัดให้มีบุคลากรปฏิบัติไม่เต็มเวลาทดแทนบุคลากรปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ โดยนับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาจำนวนสองคนที่ปฏิบัติงานจริงรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดหนึ่งร้อยหกสิบชั่วโมงต่อเดือน เท่ากับบุคลากรปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการจำนวนหนึ่งคน			

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วันที่ประเมิน.....

ความเห็นของผู้ประเมิน

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

สรุปผลการประเมิน

☐ ผ่าน ☐ ผ่านแบบมีเงื่อนไขประเมินซ้ำ 6 เดือน ☐ ไม่ผ่าน

1.....
(ผู้ตรวจประเมิน)

2.....
(ผู้ตรวจประเมิน)

3.....
(ผู้ตรวจประเมิน)

4.....
(ผู้ตรวจประเมิน)

5.....
(ผู้ตรวจประเมิน)

****

รับทราบผลการประเมิน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่รับทราบผลการประเมิน.....

ภาคผนวก 4.6

รายการยา และยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การกำหนดราคายาเคมีบำบัด

1. ราคาที่กำหนด เป็นราคาอ้างอิงจากหน่วยบริการ (ข้อมูลจากการสำรวจราคาซื้อยามะเร็ง : อ้างอิงราคา ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา กระทรวงสาธารณสุข และประกาศราคากลาง ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2560) บวกค่าบริหารจัดการ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด แต่หักค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาททุกรายการ ยกเว้นยาชนิดรับประทาน ซึ่ง สปสช. ใช้ราคานี้เป็นราคากลางในการจ่ายชดเชย

2. กรณียา จ(2) จะได้รับการจ่ายชดเชยคืนเป็นยา และหน่วยบริการจะได้การจ่ายชดเชยจาก สปสช. เป็นค่าผสมยาเคมีบำบัด (ชนิดให้ทางเส้นเลือด) 160 บาทต่อวัน

3. กรณีการรักษาที่มีการสั่งยาไม่เต็มจำนวนขนาดบรรจุ และสามารถเก็บยานั้นไว้ใช้กับผู้ป่วยรายอื่น หรือใช้ในครั้งต่อไปได้ ให้หน่วยบริการบันทึกเบิกโดยเลือกรายการยาตามขนาดบรรจุนั้นๆ แต่ให้ปรับลดราคาตามราคาจริงของปริมาณยาที่ใช้

4. กรณีการรักษาที่มีการสั่งใช้ยาไม่เต็มจำนวนขนาดบรรจุ และไม่สามารถเก็บยานั้นไว้ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นได้ หรือไม่สามารถใช้ในครั้งต่อไปได้ ให้หน่วยบริการบันทึกเบิก โดยเลือกรายการยาตามขนาดบรรจุนั้น รายละเอียดตามตารางรายการและราคายาเคมีบำบัดฯ ด้านล่าง

รายการยาและยาเคมีบำบัดสำหรับการจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
1	5-Fluorouracil (ค)	250 mg	vial	67.50
2	5-Fluorouracil (ค)	500 mg	vial	135.00
3	5-Fluorouracil (ค)	1,000 mg	vial	270.00
4	All- transretinoic Acid (ATRA) (ง) (Tretinoin)	10 mg	cap	105.00
5	Allopurinol	100 mg	tab	1.00
6	Arsenic trioxide (ATO) (ก)	100 mg	vial	1,335.00
7	Asparaginase (ค)	10,000 U	vial	1,725.00
8	ATG (จ2)	25 mg	vial	(จ2)
9	BCG (ง)	81 mg	vial	5,885.00
10	Bleomycin (ค)	15 iu	amp	1,500.00
11	Capecitabine (ง)	150 mg	tab	46.00
12	Capecitabine (ง)	500 mg	tab	153.00
13	Carboplatin (ง)	150 mg	vial	500.00
14	Carboplatin (ง)	450 mg	vial	1,500.00
15	Cisplatin (ค)	10mg	vial	134.00
16	Cisplatin (ค)	50 mg	vial	670.00
17	Cyclophosphamide (ค)	50 mg	tab	10.00
18	Cyclophosphamide (ค)	200 mg	vial	126.00
19	Cyclophosphamide (ค)	1 gm	vial	630.00
20	Cytarabine (ค)	20 mg	vial	56.00

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
21	Cytarabine (ค)	100 mg	vial	279.00
22	Cytarabine (ค)	1 g	vial	2,790.00
23	Dacarbazine (ง)	100 mg	vial	1,542.80
24	Dacarbazine (ง)	200 mg	vial	3,085.60
25	Dacarbazine (ง)	500 mg	vial	7,714.00
26	Dactinomycin GPO (ง)	500 mcg	vial	1,200.00
27	Dasatinib (จ2)	50 mg	tab	(จ2)
28	Dasatinib (จ2)	70 mg	tab	(จ2)
29	Docetaxel (จ2)	20 mg	vial	(จ2)
30	Docetaxel (จ2)	80 mg	vial	(จ2)
31	Doxorubicin (ค)	10 mg	vial	220.00
32	Doxorubicin (ค)	50 mg	vial	1,100.00
33	Etoposide	25 mg	tab	225.00
34	Etoposide	50 mg	tab	450.00
35	Etoposide (ค)	100 mg	vial	480.00
36	Filgrastim	300 mcg	syringe/vial	1,020.00
37	Fludarabine	50 mg	vial	4,711.00
38	Flutamide	250 mg	tab	60.00
39	Gemcitabine (ง)	200 mg	vial	361.00
40	Gemcitabine (ง)	1,000 mg	vial	1,806.00
41	Hydrocortisone	100 mg	vial	90.00
42	Hydroxyurea	1 mg	tab	40.00
43	Idarubicin hydrochloride (ง)	5 mg	vial	3,030.00
44	Idarubicin hydrochloride (ง)	10 mg	vial	6,060.00
45	Ifosfamide C (ง)	500 mg	vial	630.00
46	Ifosfamide C (ง)	1,000 mg	vial	1,260.00
47	Imatinib (จ2)	100 mg	tab	(จ2)
48	Imatinib (จ2)	400 mg	tab	(จ2)
49	Ketoconazole	200 mg	tab	4.00
50	Letrozole (จ2)	2.5 mg	tab	(จ2)
51	Leucovorin (ง)	15 mg	tab,cap	13.00
52	Leucovorin (ง) (Folinic acid , calcium folinate)	50 mg	vial	528.00
53	Leucovorin (ง) (Folinic acid, calcium folinate)	100 mg	vial	1,056.00
54	Leucovorin (ง) (Folinic acid, calcium folinate)	300 mg	vial	3,168.00
55	Leuprorelin acetate	11.25mg/ 22.5 mg	syringe/vial	8,035.00

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
56	Megestrol acetate (ง)	160 mg	tab	113.00
57	Melphalan (ค)	2 mg	tab	93.00
58	Mercaptopurine (6MP) (ค)	50 mg	tab	36.00
59	Mesna (ง)	400 mg	amp	111.00
60	Methotrexate (ค)	2.5 mg	tab	12.00
61	Methotrexate (ค)	25 mg	vial	62.50
62	Methotrexate (ค)	50 mg	vial	125.00
63	Methotrexate (ค)	1,000 mg	vial	2,500.00
64	Mitomycin C (ง)	2 mg	vial	440.00
65	Mitomycin C (ง)	10 mg	vial	2,200.00
66	Mitoxantrone (ง)	10 mg	vial	4,232.00
67	Nilotinib (จ2)	200 mg	cap	(จ2)
68	Oxaliplatin (ง)	50 mg	vial	1,186.00
69	Oxaliplatin (ง)	100 mg	vial	2,372.00
70	Paclitaxel (ง)	30 mg	vial	163.00
71	Paclitaxel (ง)	300 mg	vial	1,630.00
72	Prednisolone	5 mg	tab	1.00
73	Rituximab (จ2)	100 mg	vial	(จ2)
74	Rituximab (จ2)	500 mg	vial	(จ2)
75	Tamoxifen (ค)	10 mg	tab	3.00
76	Tamoxifen (ค)	20 mg	tab	6.00
77	Thioguanine (ง)	40 mg	tab	140.00
78	Trastuzumab (จ2)	150 mg	vial	(จ2)
79	Trastuzumab (จ2)	440 mg	vial	(จ2)
80	Triptorelin	11.25 mg	vial	8,035.00
81	UFT (ง) (Tegafur-uracil)	100 mg+ 224 mg	tab	98.00
82	Vinblastine (ค)	10 mg	vial	585.00
83	Vincristine (ค)	1 mg	vial	210.00
84	Vinorelbine tartrate (ง)	10 mg	vial	1,624.42
85	Vinorelbine tartrate (ง)	50 mg	vial	8,121.00
86	Erlotinib	150 mg	tablet	(จ2)
87	Octreotide acetate (ชนิดออกฤทธิ์นาน)	20 mg	vial	(จ2)
88	Octreotide acetate (ชนิดออกฤทธิ์นาน)	30 mg	vial	(จ2)

หมายเหตุ

** กรณีที่ใช้นอกเหนือจากประกาศให้คำนวณตามสัดส่วนเนื้อยาโดยอ้างอิงตามราคาในประกาศ**

รายการรังสีรักษา ราคา และรหัสเบิกจ่ายในการรักษาโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา (Protocol)

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

หมายเหตุ

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

2) รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งทั่วไป

No	CODE	NAME	COST
1	RTX216_101	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	4,000.00 บาท/ครั้ง
2	RTX216_102	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	
3	RTX216_103	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	
4	RTX216_104	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	
5	RTX216_105	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	
6	RTX216_106	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	
7	RTX216_107	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การทำ Customized block	
8	RTX216_108	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	
9	RTX216_201	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	
10	RTX216_202	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	
11	RTX216_203	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	
12	RTX216_204	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	
13	RTX216_205	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี IMRT	
14	RTX216_206	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การใส่แร่ซีเซียม-137	
15	RTX216_207	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การใส่แร่อิริเดียม-192	
16	RTX216_208	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฝังแร่อิริเดียม-192	
17	RTX216_209	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_Half Body Irradiation	
18	RTX216_210	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี SRS	
19	RTX216_211	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี SRT	
20	RTX216_212	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ Total body irradiation	
21	RTX216_213	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	
22	RTX216_214	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ ค่ารักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	

หมายเหตุ

1) ค่าใช้จ่ายกรณีรังสีรักษามะเร็งทั่วไป (RTX216_101 ถึง RTX216_214) เป็นค่าใช้จ่ายรวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และค่าบริหารยาเคมีบำบัด
2) กรณีให้บริการรังสีรักษามะเร็งทั่วไปมากกว่า 1 รายการ และรวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และค่าบริหารยาเคมีบำบัดแล้ว เกินอัตราจ่ายที่กำหนด 4,000 บาท/ครั้ง ให้จ่ายชดเชยได้ไม่เกิน 4,000 บาท/ครั้ง

ภาคผนวก 4.7

ค่าสัดส่วนสำหรับคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่มีการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor : CCUF) พ.ศ. 2562

ลำดับ	DRGs	Name	RW	CCUF
1	01700	Nervous system neoplasms with chemo- and radiotherpy, no CC	9.9149	0.9866
2	01704	Nervous system neoplasms with chemo- and radiotherpy, w mild to cat CC	12.4488	0.9880
3	01710	Nervous system neoplasms with chemotherpy, no CC	1.7775	0.7572
4	01711	Nervous system neoplasms with chemotherpy, w mild CC	2.281	0.8718
5	01712	Nervous system neoplasms with chemotherpy, w mod CC	3.2272	0.7768
6	01713	Nervous system neoplasms with chemotherpy, w severe CC	4.7316	0.8628
7	01714	Nervous system neoplasms with chemotherpy, w catas CC	7.2784	0.9434
8	03580	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, no CC	4.5671	0.9388
9	03581	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w mild CC	5.1439	0.9752
10	03582	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w mod CC	6.3088	0.9855
11	03583	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother,w severe CC	8.2486	0.9795
12	03584	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w catas CC	10.69	0.9877
13	03590	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, no CC	1.2912	0.7794
14	03591	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w mild CC	1.6477	0.8185
15	03592	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w mod CC	1.7228	0.8330
16	03593	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w severe CC	2.2498	0.8621
17	03594	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w catas CC	5.2194	0.8972
18	04650	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, no CC	3.2593	0.9164
19	04652	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w mild to mod CC	4.8811	0.9607
20	04653	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w severe CC	5.8129	0.9590
21	04654	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w catas CC	8.8363	0.9762
22	04660	Respiratory neoplasms with chemotherapy, no CC	2.1933	0.4810
23	04661	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w mild CC	2.2749	0.5873
24	04662	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w mod CC	2.7484	0.5895
25	04663	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w severe CC	2.9754	0.7042
26	04664	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w catas CC	4.8669	0.9010
27	06680	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, no CC	3.4056	0.9305
28	06682	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy,w mild to mod CC	4.8036	0.9622
29	06683	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, w severe CC	6.3496	0.9756
30	06684	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, w catas CC	9.9188	0.9848
31	06690	Digest malignancy w chemotherapy, no CC	2.7118	0.5102
32	06691	Digest malignancy w chemotherapy, w mild CC	3.1259	0.6683
33	06692	Digest malignancy w chemotherapy, w mod CC	3.7276	0.5910
34	06693	Digest malignancy w chemotherapy, w severe CC	4.3399	0.7043

ลำดับ	DRGs	Name	RW	CCUF
35	06694	Digest malignancy w chemotherapy, w catas CC	6.5308	0.8832
36	07560	Hepatobil mal with chemo- and radiotherapy, no CC	3.9149	0.6452
37	07564	Hepatobil mal with chemo- and radiotherapy, w mild to cat CC	5.9586	0.8966
38	07570	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, no CC	2.3256	0.6283
39	07571	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, w mild CC	2.8233	0.7915
40	07572	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, w mod CC	3.2117	0.8995
41	07573	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, w severe CC	4.1859	0.8575
42	07574	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, w catas CC	5.6721	0.9172
43	08690	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, no CC	2.324	0.5928
44	08691	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, w mild CC	2.645	0.5625
45	08692	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, w mod CC	2.9627	0.7721
46	08693	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, w severe CC	3.1828	0.6359
47	08694	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, w catas CC	6.033	0.8589
48	09600	Malignant breast dis w chemo- and radiotherapy, no CC	5.675	0.9769
49	09604	Malignant breast disw chemo- and radiotherapy,w mild to cat CC	7.392	0.9838
50	09610	Malignant breast dis w chemotherapy, no CC	1.159	0.3143
51	09612	Malignant breast dis w chemotherapy, w mild to mod CC	1.8064	0.6428
52	09613	Malignant breast dis w chemotherapy, w severe CC	3.358	0.7851
53	09614	Malignant breast dis w chemotherapy, w catas CC	5.7297	0.9511
54	11619	KUB malignancy with chemo- and radiotherapy, w or wo CC	6.799	0.8930
55	11620	KUB malignancy with chemotherapy, no CC	1.7346	0.3878
56	11621	KUB malignancy with chemotherapy, w mild CC	1.9899	0.5424
57	11622	KUB malignancy with chemotherapy, w mod CC	2.5555	0.6579
58	11623	KUB malignancy with chemotherapy, w severe CC	3.7952	0.5887
59	11624	KUB malignancy with chemotherapy, w catas CC	6.4992	0.8968
60	12559	Malig, male reprod organ w chemo- and radiother, w or wo CC	7.2352	0.9170
61	12560	Malignancy, male reprod organ w chemotherapy, no CC	2.6376	0.2893
62	12561	Malignancy, male reprod organ w chemotherapy, w mild CC	3.0997	0.5917
63	12563	Malignancy, male reprod organ w chemotherapy, w mod CC	3.7903	0.8759
64	12564	Malignancy, male reprod organ w chemotherapy, w severe CC	4.0426	0.7737
65	13042	Uterine & adnexal proc for ovarian & adnexal malig, w mod CC	4.1888	0.8954
66	13043	Uterine & adnexal proc for ovarian & adnexal malig, w severe CC	5.2117	0.9514
67	13044	Uterine & adnexal proc for ovarian & adnexal malig, w catas CC	7.4632	0.9725
68	13560	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, no CC	2.3224	0.9269
69	13561	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy,w mildCC	2.8029	0.9633
70	13562	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy,w modCC	3.8117	0.9722
71	13563	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, w severe CC	6.3233	0.9756
72	13564	Non ovarian/adnexal malig w chemo-and radiotherapy,w catasCC	9.4932	0.9839

ลำดับ	DRGs	Name	RW	CCUF
73	13570	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, no CC	1.4634	0.6114
74	13571	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w mild CC	1.7125	0.6759
75	13572	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w mod CC	1.9072	0.7722
76	13573	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w severe CC	2.7508	0.8030
77	13574	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w catas CC	3.4499	0.9180
78	13619	Ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, w or wo CC	4.7894	0.9407
79	13620	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, no CC	2.4536	0.4560
80	13621	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w mild CC	2.8438	0.5971
81	13622	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w mod CC	3.0614	0.6567
82	13623	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w severe CC	3.596	0.7107
83	13624	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w catas CC	4.6544	0.8649
84	17560	Acute leukemia with chemo- and radiotherapy, no CC	10.5787	0.9414
85	17564	Acute leukemia with chemo- and radiotherapy, w mild to cat CC	14.3608	0.9119
86	17570	Acute leukemia with chemotherapy, no CC	1.3959	0.5947
87	17571	Acute leukemia with chemotherapy, w mild CC	3.3493	0.6455
88	17572	Acute leukemia with chemotherapy, w mod CC	5.4186	0.7255
89	17573	Acute leukemia with chemotherapy, w severe CC	8.3512	0.7255
90	17574	Acute leukemia with chemotherapy, w catas CC	10.658	0.8311
91	17610	L'ma & non-acute leukemia w chemo- and radiother, no CC	4.4792	0.9064
92	17612	L'ma & non-acute leukemia w chemo- and radiother, w mild to mod CC	6.8234	0.9979
93	17613	L'ma & non-acute leukemia w chemo- and radiother,w severe CC	9.4786	0.9913
94	17614	L'ma & non-acute leukemia w chemo- and radiother, w catas CC	11.9672	0.9607
95	17620	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, no CC	2.8571	0.5930
96	17621	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, w mild CC	3.9027	0.7198
97	17622	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, w mod CC	4.4626	0.8186
98	17623	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, w severe CC	6.2692	0.7258
99	17624	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, w catas CC	8.8261	0.8849
100	17669	Other neoplastic dis with chemo- and radiotherapy, w or wo CC	5.8155	0.9589
101	17670	Other neoplastic dis with chemotherapy, no CC	2.2598	0.4769
102	17672	Other neoplastic dis with chemotherapy, w mild to mod CC	3.4905	0.9244
103	17674	Other neoplastic dis with chemotherapy, w sev to cat CC	5.0169	0.9476
104	28689	LOS 6 hours or less, age >27 d with cancer chemotherapy, w or wo CC	0.5875	0.4123

หมายเหตุ

1) ใช้กับกลุ่มโรคมะเร็งที่ใช้การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5.0 (Thai DRGs Version 5.0)
2) ใช้กับข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งที่รักษาตามแนวทางการรักษา (Protocol) ที่กำหนดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป

ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564

เดือนที่ให้บริการ (OP)/จำหน่าย (IP)	วันที่ตัดยอดออก STM	วันที่ส่งข้อมูลทันเวลา (PS=0)	งวดและวันที่ออก Statement											
			6310	6311	6312	6401	6402	6403	6404	6405	6406	6407	6408	6409
ต.ค. 63	31 ต.ค. 63	30 พ.ย. 63	10 พ.ย. 63	15 ธ.ค. 63	12 ม.ค.64	11 ก.พ. 64	11 มี.ค. 64	12 เม.ย. 64	11 พ.ค. 64	10 มิ.ย. 64	13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
พ.ย. 63	30 พ.ย. 63	31 ธ.ค. 63		15 ธ.ค. 63	12 ม.ค.64	11 ก.พ. 64	11 มี.ค. 64	12 เม.ย. 64	11 พ.ค. 64	10 มิ.ย. 64	13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
ธ.ค. 63	31 ธ.ค. 63	31 ม.ค. 64			12 ม.ค.64	11 ก.พ. 64	11 มี.ค. 64	12 เม.ย. 64	11 พ.ค. 64	10 มิ.ย. 64	13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
ม.ค. 64	31 ม.ค. 64	28 ก.พ. 64				11 ก.พ. 64	11 มี.ค. 64	12 เม.ย. 64	11 พ.ค. 64	10 มิ.ย. 64	13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
ก.พ. 64	28 ก.พ. 64	31 มี.ค. 64					11 มี.ค. 64	12 เม.ย. 64	11 พ.ค. 64	10 มิ.ย. 64	13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
มี.ค. 64	31 มี.ค. 64	30 เม.ย. 64						12 เม.ย. 64	11 พ.ค. 64	10 มิ.ย. 64	13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
เม.ย. 64	30 เม.ย. 64	31 พ.ค. 64							11 พ.ค. 64	10 มิ.ย. 64	13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
พ.ค. 64	31 พ.ค. 64	30 มิ.ย. 64								10 มิ.ย. 64	13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
มิ.ย. 64	30 มิ.ย. 64	31 ก.ค. 64									13 ก.ค. 64	10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
ก.ค. 64	31 ก.ค. 64	31 ส.ค. 64										10 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
ส.ค. 64	31 ส.ค. 64	30 ก.ย. 64											14 ก.ย. 64	12 ต.ค. 64
ก.ย. 64	25 ก.ย. 64	31 ต.ค. 64												12 ต.ค. 64
วันที่หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย			**25 พ.ย. 63**	**30 ธ.ค. 63**	**27 ม.ค. 64**	**26 ก.พ. 64**	**26 มี.ค. 64**	**27 เม.ย. 64**	**26 พ.ค. 64**	**25 มิ.ย. 64**	**28 ก.ค. 64**	**25 ส.ค. 64**	**29 ก.ย. 64**	**27 ต.ค. 64**

หมายเหตุ

1) วันออก Statement หากตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเป็นวันทำการถัดไป

2) วันที่ส่งข้อมูลทันเวลา หมายถึง วันที่ส่งข้อมูลทันกำหนด (PS = 0) เป็นวันเดียวกับวันตัดยอดออก STM ของเดือนถัดไป

3) อัตราการจ่ายชดเชย กรณีการส่งข้อมูลทันกำหนด (PS)

ส่งทันกำหนด (PS=0) = จ่าย 100%

ส่งช้า 1 เดือน (PS=1) = จ่าย 95%

ส่งช้า 2 เดือน (PS=2) = จ่าย 90%

ส่งช้าเกิน 2 เดือน (PS=3 เป็นต้นไป) = จ่ายไม่เกิน 80%

ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก OP Refer ประจำปีงบประมาณ 2564

เดือนที่ส่งข้อมูล	วันที่ตัดยอดการส่งข้อมูล	สิ้นสุดวัน Approve ข้อมูล	วันที่ส่งข้อมูลทันเวลา (PS=0)	งวดและวันที่ออก Statement											
				6310	6311	6312	6401	6402	6403	6404	6405	6406	6407	6408	6409
ก.ย. 63	30 ก.ย.63	14 ต.ค. 63	31 ต.ค. 63	25 ต.ค. 63	25 พ.ย. 63	25 ธ.ค. 63	25 ม.ค. 64	25 ก.พ. 64	25 มี.ค. 64	25 เม.ย. 64	25 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
ต.ค. 63	31 ต.ค. 63	14 พ.ย. 63	30 พ.ย. 63		25 พ.ย. 63	25 ธ.ค. 63	25 ม.ค. 64	25 ก.พ. 64	25 มี.ค. 64	25 เม.ย. 64	25 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
พ.ย. 63	30 พ.ย. 63	14 ธ.ค. 63	31 ธ.ค. 63			25 ธ.ค. 63	25 ม.ค. 64	25 ก.พ. 64	25 มี.ค. 64	25 เม.ย. 64	25 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
ธ.ค. 63	31 ธ.ค. 63	14 ม.ค. 64	31 ม.ค. 64				25 ม.ค. 64	25 ก.พ. 64	25 มี.ค. 64	25 เม.ย. 64	25 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
ม.ค. 64	31 ม.ค. 64	14 ก.พ. 64	28 ก.พ. 64					25 ก.พ. 64	25 มี.ค. 64	25 เม.ย. 64	25 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
ก.พ. 64	28 ก.พ. 64	14 มี.ค. 64	31 มี.ค. 64						25 มี.ค. 64	25 เม.ย. 64	25 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
มี.ค. 64	31 มี.ค. 64	14 เม.ย. 64	30 เม.ย. 64							25 เม.ย. 64	25 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
เม.ย. 64	30 เม.ย. 64	14 พ.ค. 64	31 พ.ค. 64								25 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
พ.ค. 64	31 พ.ค. 64	14 มิ.ย. 64	30 มิ.ย. 64									25 มิ.ย. 64	25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
มิ.ย. 64	30 มิ.ย. 64	14 ก.ค. 64	31 ก.ค. 64										25 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
ก.ค. 64	31 ก.ค. 64	14 ส.ค. 64	31 ส.ค. 64											25 ส.ค. 64	25 ก.ย. 64
ส.ค. 64	31 ส.ค. 64	14 ก.ย. 64	30 ก.ย. 64												25 ก.ย. 64
วันที่หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย				25 พ.ย. 63	30 ธ.ค. 63	27 ม.ค. 64	26 ก.พ. 64	26 มี.ค. 64	27 เม.ย. 64	26 พ.ค. 64	25 มิ.ย. 64	28 ก.ค. 64	25 ส.ค. 64	29 ก.ย. 64	27 ต.ค. 64

หมายเหตุ

1) การนับว่าส่งข้อมูลทันกำหนด คือ ส่งข้อมูลภายใน 30 วัน หลังจากวันที่รับบริการ (DATEADMIT)

2) อัตราการจ่ายชดเชย กรณีการส่งข้อมูลทันกำหนด (PS)

- 1ส่งทันกำหนด (PS=0) = จ่าย 100%
- ส่งช้า 1 เดือน [1](PS=1) = จ่าย 95%
- ส่งช้า 2 เดือน [2](PS=2) = จ่าย 90%
- ส่งช้าเกิน 2 เดือน [3](PS=3 เป็นต้นไป) = จ่ายไม่เกิน 80%

ภาคผนวก 5.2

ปฏิทินการออก Statement สำหรับสิทธิข้าราชการ ปีงบประมาณ 2564

งวด	งวดส่ง ประจำเดือน	สรุปข้อมูลออก Statement (2 วันทำการ)	รพ.ตรวจสอบข้อมูล จัดทำใบขอเบิก และ ส่งกลับ สปสช. (4 วันทำการ)	สปสช.ตรวจสอบ และส่งกรมบัญชีกลาง (5 วันทำการ)
OP 201001	1-15 ต.ค.63	17 ต.ค.63	21 ต.ค.63	26 ต.ค.63
OP 201002	16-31 ต.ค.63	2 พ.ย.63	6 พ.ย.63	11 พ.ย.63
IP 201001	ต.ค.63	20 ต.ค.63	24 ต.ค.63	29 ต.ค.63
OP 201101	1-15 พ.ย.63	17 พ.ย.63	21 พ.ย.63	26 พ.ย.63
OP 201102	16-30 พ.ย.63	2 ธ.ค.63	6 ธ.ค.63	11 ธ.ค.63
IP 201101	พ.ย.63	20 พ.ย.63	24 พ.ย.63	29 พ.ย.63
OP 201201	1-15 ธ.ค.63	17 ธ.ค.63	21 ธ.ค.63	26 ธ.ค.63
OP 201202	16-31 ธ.ค.63	2 ม.ค.64	6 ม.ค.64	11 ม.ค.64
IP 201201	ธ.ค.63	20 ธ.ค.63	24 ธ.ค.63	29 ธ.ค.63
OP 210101	1-15 ม.ค.64	17 ม.ค.64	21 ม.ค.64	26 ม.ค.64
OP 210102	16-31 ม.ค.64	2 ก.พ.64	6 ก.พ.64	11 ก.พ.64
IP 210101	ม.ค.64	20 ม.ค.64	24 ม.ค.64	29 ม.ค.64
OP 210201	1-15 ก.พ.64	17 ก.พ.64	21 ก.พ.64	26 ก.พ.64
OP 210202	16-28 ก.พ.64	2 มี.ค.64	6 มี.ค.64	11 มี.ค.64
IP 210201	ก.พ.64	20 ก.พ.64	24 ก.พ.64	1 มี.ค.64
OP 210301	1-15 มี.ค.64	17 มี.ค.64	21 มี.ค.64	26 มี.ค.64
OP 210302	16-31 มี.ค.64	2 เม.ย.64	6 เม.ย.64	11 เม.ย.64
IP 210301	มี.ค.64	20 มี.ค.64	24 มี.ค.64	29 มี.ค.64
OP 210401	1-15 เม.ย.64	17 เม.ย.64	21 เม.ย.64	26 เม.ย.64
OP 210402	16-30 เม.ย.64	2 พ.ค.64	6 พ.ค.64	11 พ.ค.64
IP 210401	เม.ย.64	20 เม.ย.64	24 เม.ย.64	29 เม.ย.64
OP 210501	1-15 พ.ค.64	17 พ.ค.64	21 พ.ค.64	26 พ.ค.64
OP 210502	16-31 พ.ค.64	2 มิ.ย.64	6 มิ.ย.64	11 มิ.ย.64
IP 210501	พ.ค.64	20 พ.ค.64	24 พ.ค.64	29 พ.ค.64
OP 210601	1-15 มิ.ย.64	17 มิ.ย.64	21 มิ.ย.64	26 มิ.ย.64
OP 210602	16-30 มิ.ย.64	2 ก.ค.64	6 ก.ค.64	11 ก.ค.64
IP 210601	มิ.ย.64	20 มิ.ย.64	24 มิ.ย.64	29 มิ.ย.64
OP 210701	1-15 ก.ค.64	17 ก.ค.64	21 ก.ค.64	26 ก.ค.64
OP 210702	16-31 ก.ค.64	2 ส.ค.64	6 ส.ค.64	11 ส.ค.64
IP 210701	ก.ค.64	20 ก.ค.64	24 ก.ค.64	29 ก.ค.64
OP 210801	1-15 ส.ค.64	17 ส.ค.64	21 ส.ค.64	26 ส.ค.64
OP 210802	16-31 ส.ค.64	2 ก.ย.64	6 ก.ย.64	11 ก.ย.64
IP 210801	ส.ค.64	20 ส.ค.64	24 ส.ค.64	29 ส.ค.64
OP 210901	1-15 ก.ย.64	17 ก.ย.64	21 ก.ย.64	26 ก.ย.64
OP 210902	16-30 ก.ย.64	2 ต.ค.64	6 ต.ค.64	11 ต.ค.64
IP 210901	ก.ย.64	20 ก.ย.64	24 ก.ย.64	29 ก.ย.64

หมายเหตุ หากวันที่กำหนดของแต่ละช่วงตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเป็นวันทำการถัดไป

รายการชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก OP-Refer
(รายการที่กำหนดราคากลาง)

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
	7.7.3		**การตรวจจุลทรรศน์อิเล็กตรอน (Electron microscopy)**			
1	**7.7.3.1**	38330	**การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องผ่าน (Transmission electron microscopy)**	**ชิ้น**	2,800	
2	**7.7.3.2**	38331	**การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกวาด (Scanning electron microscopy)**	**ชิ้น**	3,400	
	8.2		**X-ray: Special**			
3	8.2.1	42001	Fluoroscopic observation	ครั้ง	600	ไม่รวมค่าตัดหรือเจาะส่งตรวจชิ้นเนื้อ
4	8.2.28	42512	Angiography, single shot	ครั้ง	4,000	รวมวัสดุเวชภัณฑ์พื้นฐานในการทำหัตถการ set เข็ม สายสวน catheter และเครื่องมือรังสีวินิจฉัย
5	8.2.29	42513	Angiography, selective	ครั้ง	17,000	
6	8.2.30	42514	Angiography, each following vessel	ครั้ง	5,000	
	8.4		**CT & CTA**			
7	8.4.1	44001	CT 1 part + Multiphase CM	ครั้ง	6,800	
8	8.4.2	44002	CT 1 part + 3D Navigator	ครั้ง	14,500	
9	8.4.3	44003	3D CT scan	ครั้ง	8,000	
10	8.4.6	44010	CTA 1 part	ครั้ง	12,000	
11	8.4.7	44011	CTA Peripheral run off	ครั้ง	12,000	
12	8.4.8	44020	CT Fistulogram	ครั้ง	6,000	
13	8.4.9	44101	CT Brain NC	ครั้ง	3,100	
14	8.4.10	44102	CT Brain with CM	ครั้ง	4,600	
15	8.4.11	44103	CTA Brain	ครั้ง	12,000	
16	8.4.12	44110	CT Sella	ครั้ง	4,000	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
17	8.4.13	44111	CT Pituitary gland 2 planes	ครั้ง	5,000	
18	8.4.14	44140	CT Spine 1 part	ครั้ง	5,350	
19	8.4.15	44150	CT Myelogram	ครั้ง	5,800	
20	8.4.16	44201	CT Facial bone	ครั้ง	4,000	
21	8.4.17	44202	CT Facial bone3 D	ครั้ง	6,000	
22	8.4.18	44210	CT Orbits 2 planes	ครั้ง	5,000	
23	8.4.19	44220	CT Temporal bone	ครั้ง	5,000	
24	8.4.20	44221	CT IAC/Temporal bone screening	ครั้ง	3,100	
25	8.4.21	44222	CT IAC	ครั้ง	5,000	
26	8.4.22	44223	CT Parotid gland	ครั้ง	5,700	
27	8.4.23	44230	CT Nasal cavity	ครั้ง	4,000	
28	8.4.24	44231	CT Nasopharynx 2 planes	ครั้ง	5,700	
29	8.4.25	44232	CT PNS screening 1 plane	ครั้ง	2,500	
30	8.4.26	44233	CT PNS 2 planes	ครั้ง	5,000	
31	8.4.27	44240	CT Oral cavity	ครั้ง	5,700	
32	8.4.28	44241	CT Dental scan -maxilla	ครั้ง	5,000	
33	8.4.29	44242	CT Dental scan -mandible	ครั้ง	5,000	
34	8.4.30	44243	CT Oropharynx	ครั้ง	5,700	
35	8.4.31	44250	CT Neck	ครั้ง	5,700	
36	8.4.32	44251	CTA Neck	ครั้ง	12,000	
37	8.4.33	44252	CT Neck,Thyroid and Parathyroid	ครั้ง	5,700	
38	8.4.34	44260	CT Larynx	ครั้ง	5,700	
39	8.4.35	44261	CT Thyroid	ครั้ง	5,700	
40	8.4.36	44301	CT Chest/Lungs CM	ครั้ง	5,000	
41	8.4.37	44302	High resolution CT (Lungs)	ครั้ง	4,000	เป็นราคาเพิ่มจากรายการตรวจ CT พื้นฐาน
42	8.4.38	44310	CTA Chest	ครั้ง	12,000	
43	8.4.39	44311	CTA for Pulmonary Emboli	ครั้ง	12,000	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
44	8.4.40	44401	Cardiac function graft full cardiac function including coronary artery angiogram	ครั้ง	18,000	
45	8.4.41	44402	CTA Coronary artery	ครั้ง	13,000	
46	8.4.42	44420	CTA Aorta (1 part)	ครั้ง	12,000	
47	8.4.43	44421	CTA Whole aorta	ครั้ง	16,000	
48	8.4.44	44501	CT Upper abdomen	ครั้ง	5,000	
49	8.4.45	44502	CT Lower abdomen	ครั้ง	5,000	
50	8.4.46	44503	CT Whole abdomen	ครั้ง	9,500	
51	8.4.47	44510	CTA Liver donor	ครั้ง	12,000	
52	8.4.48	44511	CT Pancreas spiral	ครั้ง	5,000	
53	8.4.49	44610	CT Kidney spiral	ครั้ง	5,000	
54	8.4.50	44611	CTA Renal artery	ครั้ง	12,000	
55	8.4.51	44612	CT Adrenal	ครั้ง	5,000	
56	8.4.52	44701	CT Extremily and joint per part	ครั้ง	5,000	
57	8.4.53	44710	Bone density: CT	ครั้ง	2,500	
58	8.4.54	44750	CTA Arm	ครั้ง	12,000	
59	8.4.56	44910	Biopsy under CT guidance	ครั้ง	3,000	รวมวัสดุ set sterile และ set semiauto-matic needle
60	8.5.1	45001	MRI 1 small part or small organ	ครั้ง	4,000	
61	8.5.2	45003	MRI Diffusion/Perfusion	ครั้ง	4,000	
62	8.5.3	45004	Functional MRI	ครั้ง	10,000	
63	8.5.4	45005	MR Spectroscopy	ครั้ง	4,000	
64	8.5.7	45020	MRI + MRA (nonbrain)	ครั้ง	12,000	
65	8.5.9	45022	MRI + MRA + MRV	ครั้ง	15,000	
66	8.5.11	45101	MRI Brain	ครั้ง	8,000	
67	8.5.12	45102	MRI Brain + MRA	ครั้ง	11,000	
68	8.5.13	45103	MRI Brain + CSF flow	ครั้ง	11,000	
69	8.5.14	45104	MRI Hippocampus	ครั้ง	4,000	
70	8.5.15	45110	MRI Pituitary gland	ครั้ง	8,000	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
71	8.5.17	45120	MRI Base of skull	ครั้ง	4,000	
72	8.5.18	45121	MRI Cavernous sinus	ครั้ง	4,000	
73	8.5.19	45130	MRI Cranial nerve	ครั้ง	4,000	
74	8.5.20	45140	MRI Spine 1 part	ครั้ง	8,000	
75	8.5.21	45141	MRI Whole spine	ครั้ง	16,000	
76	8.5.22	45150	MRI Myelogram	ครั้ง	8,000	
77	8.5.23	45160	MRI Brachial plexus	ครั้ง	13,500	
78	8.5.24	45161	MRI LS - Plexus	ครั้ง	8,000	
79	8.5.25	45162	MRI Sacral plexus	ครั้ง	4,000	
80	8.5.26	45201	MRI TM joint	ครั้ง	8,000	
81	8.5.27	45211	MRI Orbits	ครั้ง	8,000	
82	8.5.28	45220	MRI 3D IAC	ครั้ง	4,000	
83	8.5.29	45230	MRI Nasopharynx	ครั้ง	8,000	
84	8.5.30	45231	MRI PNS	ครั้ง	8,000	
85	8.5.31	45240	MRI Oropharynx	ครั้ง	8,000	
86	8.5.33	45260	MRI Larynx (Neck)	ครั้ง	8,000	
87	8.5.34	45261	MRI Thyroid glands	ครั้ง	8,000	
88	8.5.35	45301	MRI Chest	ครั้ง	8,000	
89	8.5.38	45320	MRI Mediastinum	ครั้ง	4,000	
90	8.5.39	45330	MRI Breast (1 side)	ครั้ง	8,000	
91	8.5.40	45331	MRI Breasts (2 sides)	ครั้ง	12,000	
92	8.5.41	45332	MRI Guided breast biopsy	ครั้ง	8,000	
93	8.5.42	45401	MRI Heart	ครั้ง	8,000	
94	8.5.43	45402	MRI Heart + perfusion	ครั้ง	12,000	
95	8.5.44	45403	MRI Heart CgHD/Cine	ครั้ง	12,000	
96	8.5.45	45404	MRI Heart screening ASD	ครั้ง	4,000	
97	8.5.48	45501	MRI Upper/Lower abdomen	ครั้ง	8,000	
98	8.5.49	45502	MRI Whole abdomen	ครั้ง	16,000	
99	8.5.53	45510	MRI Pancrease	ครั้ง	4,000	
100	8.5.57	45601	MRI Pelvic cavity	ครั้ง	4,000	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
101	8.5.58	45602	MRI Urography	ครั้ง	4,000	
102	8.5.59	45611	MRI Kidney	ครั้ง	4,000	
103	8.5.60	45612	MRI Adrenal gland	ครั้ง	4,000	
104	8.5.62	45640	MRI Prostate gland	ครั้ง	8,000	
105	8.5.64	45642	MRI Prostate special coil	ครั้ง	12,000	
106	8.5.65	45701	MRI Bone/Joint/Extremity 1 part	ครั้ง	8,000	
	8.6		**เวชศาสตร์นิวเคลียร์: การวินิจฉัย**			
107	8.6.1	47001	Total Body scan I-131	ครั้ง	2,900	
108	8.6.2	47002	Total Body scan MIBI	ครั้ง	4,100	
109	8.6.3	47003	Tc-99m-WBC	ครั้ง	8,000	
110	8.6.4	47004	Gallium scan (Ga-67-citrate)	ครั้ง	13,500	
111	8.6.5	47005	Octreoscan (In-111 Pentetreotide)	ครั้ง	59,000	
112	8.6.6	47201	Parotid scan	ครั้ง	2,800	
113	8.6.7	47202	Parathyroid (MIBI)	ครั้ง	4,000	
114	8.6.9	47204	Thyroid scan pertechnetrate	ครั้ง	800	
115	8.6.10	47205	Parathyroid (MIBI + Pertechnetate)	ครั้ง	4,200	
116	8.6.11	47301	Lung scan	ครั้ง	5,800	
117	8.6.12	47401	MUGA scan (Multiple Gated Acquisition)	ครั้ง	3,000	
118	8.6.13	47402	Heart SPECT MIBI TL-201	ครั้ง	8,300	
119	8.6.14	47403	Venogram scan	ครั้ง	1,000	
120	8.6.15	47404	Lymphatic scan (Dextrans)	ครั้ง	7,400	
121	8.6.16	47501	GI Bleeding (Phaytate)	ครั้ง	2,300	
122	8.6.17	47502	GI Bleeding (RBC)	ครั้ง	4,700	
123	8.6.18	47503	GI scan (Albumin)	ครั้ง	7,600	
124	8.6.19	47504	Gastric emptying	ครั้ง	3,200	
125	8.6.20	47505	Meckels scan	ครั้ง	4,000	
126	8.6.21	47506	Liver scan (Phytate)	ครั้ง	2,100	
127	8.6.22	47507	Liver scan (RBC)	ครั้ง	3,500	
128	8.6.23	47508	Hepatobiliary (DISIDA)	ครั้ง	5,800	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
129	8.6.24	47601	Renal scan DMSA	ครั้ง	3,500	
130	8.6.25	47602	Captopril renogram	ครั้ง	3,700	
131	8.6.26	47603	Furosemide renogram	ครั้ง	3,700	
132	8.6.27	47604	Testicular scan	ครั้ง	3,300	
133	8.6.28	47701	Bone scan	ครั้ง	2,900	
	9.1		**การตรวจทางประสาทวิทยา**			
134	9.1.1	51110	Scalp E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	900	
135	9.1.2	51111	Scalp & Sphenoid E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
136	9.1.3	51112	Scalp & Sleep Record E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
137	9.1.5	51114	Scalp EEG 10-20 system (32 ช่อง)	ครั้ง	1,800	
138	9.1.6	51115	Scalp EEG & Nasopharynx (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
139	9.1.7	51116	Scalp EEG & Sleep deprivation (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
140	9.1.8	51117	Scalp EEG & VDO monitoring (4-8 hours)	ครั้ง	4,200	
141	9.1.9	51118	Scalp EEG & VDO monitoring (24 hours)	ครั้ง	4,800	
142	9.1.10	51119	Intra-Op Cortical EEG	ครั้ง	3,000	ไม่รวมค่าอุปกรณ์
	9.4		**การตรวจเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด**			
143	9.4.4	51420	Echo-Transthoracic + color + Doppler	ครั้ง	2,000	
144	9.4.5	51421	3 D Echocardiography	ครั้ง	3,000	
145	9.4.6	51422	Transesophageal Echocardiogram	ครั้ง	2,000	
146	9.4.7	51423	Dobutamine Echocardiography	ครั้ง	4,000	ไม่รวมค่ายา
	11.3		**ตา หู คอ จมูก**			
147	11.3.8	71250	Nasal endoscope	ครั้ง	800	
148	11.3.10	71270	Direct FOL laryngoscopy	ครั้ง	1,000	
149	11.3.11	71271	Direct laryngoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
150	11.3.12	71272	Microdirect laryngoscopy with or without laser therapy	ครั้ง	1,500	
	11.4		**ทางเดินหายใจและปอด**			
151	11.4.2	71320	Rigid bronchoscope	ครั้ง	1,200	
152	11.4.3	71321	Rigid bronchoscope with FB removal/ dilatation	ครั้ง	1,400	ไม่รวมค่าดมยา
153	11.4.4	71322	Laryngo-esophago-bronchoscope	ครั้ง	2,050	
154	11.4.5	71330	FOL Bronchoscopy	ครั้ง	1,800	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
155	11.4.6	71331	FOL Bronchoscopy & biopsy	ครั้ง	1,900	
156	11.4.7	71332	FOL Bronchoscopy with remove FB	ครั้ง	2,100	
157	11.4.8	71333	FOL Bronchoscopy & treatment(laser,heat)	ครั้ง	2,600	
	11.6		**ทางเดินอาหาร**			
158	11.6.4	71520	การส่องตรวจช่องท้อง (Peritonescopy)	ครั้ง	700	
159	11.6.5	71530	Esophagoscopy	ครั้ง	1,300	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
160	11.6.6	71531	Esophagoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
161	11.6.8	71540	Gastroduodenoscopy	ครั้ง	1,300	
162	11.6.9	71541	Gastroduodenoscopy & biopsy	ครั้ง	1,500	
163	11.6.10	71542	Esophago-gastroscope with banding	ครั้ง	1,900	ไม่รวมสาย Banding
164	11.6.11	71543	Gastroscope & adrenaline injection	ครั้ง	1,600	รวมยา Adrenaline
165	11.6.12	71544	Gastroduodenoscopy & sclerotherapy (laser, heat)	ครั้ง	2,900	รวมอุปกรณ์ ยา และ/หรือ Probe ที่ใช้
166	11.6.13	71545	Endoscopic ultrasound	ครั้ง	3,000	
167	11.6.15	71551	การส่องตรวจทวารหนักและซิกมอยด์ (Proctosigmoidoscopy fiberoptic)	ครั้ง	1,000	
168	11.6.17	71560	Colonoscopy (การส่องตรวจลำไส้ใหญ่)	ครั้ง	2,300	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
169	11.6.18	71561	Colonoscopy & biopsy	ครั้ง	2,500	แยกคิดค่าชิ้นเนื้อ
170	11.6.19	71562	Colonoscopy & Polypectomy	ครั้ง	3,300	
11.15			**รังสีร่วมรักษา : vascular intervention and other interventions**			
171	11.15.1	72940	Fluoroscopew	ครั้ง	1,700	ราคานี้คำนวณที่เวลา 2 ชั่วโมง รวม Set พื้นฐาน ในหัตถการ ถุงมือ Mask ผ้าปู เสื้อคลุม การใช้ออกซิเจน เครื่องมือวัดสัญญาณชีพ ผู้ป่วย

หมายเหตุ : รายการค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก (รายการที่กำหนดราคากลาง) หน่วยบริการจะได้รับชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางของแต่ละรายการตามที่กำหนด

แนวทางการบริหารและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เงินกันค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2563 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการสำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช.เขตนั้น

ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการบริหารจัดการเงินกันค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงกำหนดแนวทางการบริหารและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกันค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 โดยมีหลักการสำคัญ ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปกป้องผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการตามความเหมาะสม และได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อเมื่อเกินศักยภาพของหน่วยบริการที่รักษา และมีการตามจ่ายอย่างเหมาะสม
2. เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายการส่งต่อของหน่วยบริการประจำ และมีการกระจายความเสี่ยง (Risk Sharing) เพื่อไม่ให้หน่วยบริการได้รับผลกระทบในการตามจ่าย ค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูงในบางโอกาส

บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการกันเงิน Virtual account

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต

1) วิเคราะห์สถานการณ์ และประมาณการค่าใช้จ่ายการส่งต่อป่วยนอก กรณีส่งต่อในจังหวัด นอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด หรือหากมีการกำหนดอัตราการเรียกเก็บเป็นการเฉพาะ ให้ทำข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการประจำในพื้นที่ จัดทำข้อเสนอให้ อปสข.พิจารณาอนุมัติกันเงิน Virtual account กรณีส่งต่อในจังหวัด นอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินรายจังหวัด

3) รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลจำนวนเงินที่กันเป็น Virtual account จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และส่งให้ สปสช.เพื่อดำเนินการนำมาหักกับการจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิของหน่วยบริการ

4) สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช.หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1) กำหนดหลักเกณฑ์การส่งต่อในจังหวัด นอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด หากพื้นที่ที่มีการทำข้อตกลงการกำหนดอัตราจ่ายเป็นการเฉพาะ ให้ทำข้อตกลงกับหน่วยบริการในจังหวัดรับทราบโดยทั่วกัน

2) พิจารณาจำนวนเงินที่กัน Virtual account จากหน่วยบริการประจำตามบริบทการส่งต่อของหน่วยบริการประจำในจังหวัด และส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต รวบรวมและตรวจสอบ

3) ทำหน้าที่เป็น Clearing house โดยรวบรวม ตรวจสอบ และรับรองข้อมูลการแจ้งการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีบริการรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด โดยแจ้งค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.เขต

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) บริหารจัดการเงิน Virtual account รายจังหวัด ตามหลักเกณฑ์และจำนวนเงินที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยกันเงินจากรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำ และหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

2) รายงานการใช้จ่ายเงิน Virtual account ให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต เพื่อแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ ณ สิ้นปีงบประมาณ เพื่อสรุปสถานการณ์ค่าใช้จ่าย

หลักเกณฑ์การหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ (Clearing house)

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด

1) กรณีจังหวัดที่กันเงิน Virtual account สำหรับผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด สปสช.จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ จากข้อมูลที่เรียกเก็บผ่านโปรแกรม E-Claim โดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายไม่เกินเพดานที่กำหนด จากเงินกัน Virtual account รายจังหวัด

2) หากเงิน Virtual account คงเหลือน้อย และอาจไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช.จะแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตทราบ เพื่อดำเนินการประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อพิจารณาการกันเงิน Virtual account เพิ่มเติม ถ้าไม่ได้รับการแจ้งจาก สปสช.เขตตามระยะเวลาที่กำหนด สปสช.จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อแทน ด้วยวิธีหักกลบกับรายรับค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ

3) เมื่อสิ้นปีงบประมาณหากเงิน Virtual account รายจังหวัดมีเงินเหลือ หลังจากหักชำระค่าใช้จ่ายเสร็จสิ้นแล้ว ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้กับหน่วยบริการประจำในจังหวัด

4) กรณีจังหวัดที่ไม่กันเงิน Virtual account สปสช.จะดำเนินการหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ โดยเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายไม่เกินเพดานที่กำหนด ไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ ด้วยวิธีหักกลบกับรายรับค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ

2. ค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด

1) จังหวัดที่กันเงิน Virtual account ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการรวมรวมและตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัด เป็นรายเดือน หรือรายไตรมาส ตามการตกลงของแต่ละพื้นที่

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งการจัดสรรเงินตามค่าใช้จ่ายและอัตราที่ตกลงกับหน่วยบริการที่รักษา มายัง สปสช.เขต ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

3) สปสช.เขต ตรวจสอบและแจ้งการจัดสรรมายัง สปสช.ส่วนกลาง เพื่อโอนเงินให้กับหน่วยบริการที่รักษาต่อไป

ทั้งนี้ ในงวดเดือนกันยายนของทุกปีงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องแจ้งการจัดสรรมายัง สปสช.เขต ไม่เกินวันที่ 15 กันยายน เพื่อจัดสรรเงินให้หน่วยบริการแล้วเสร็จในปีงบประมาณนั้นๆ

หากไม่แจ้งการจัดสรรมาตามระยะเวลาที่กำหนด กรณีมีเงินคงเหลือ สปสช.จะสัดสรรเงินคงเหลือตามสัดส่วนที่กันมาจากหน่วยบริการแต่ละแห่งในจังหวัดภายใต้วงเงินคงเหลือ

แบบแจ้งจัดสรรเงินบัญชีเสมือน (Virtual account) ระดับจังหวัด
สำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด
ปีงบประมาณ 2564 ครั้งที่ .....

วงเงินระดับจังหวัด ตั้งต้น จำนวน ..... บาท
ใช้ไปแล้ว.....บาท
วงเงินคงเหลือ (ยกมา จากวงเงินคงเหลือจากการจัดสรรครั้งที่ผ่านมา).....บาท

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ	จำนวนเงินจัดสรร(บาท)
1			
2			
3			
4			
5			
รวมจัดสรรครั้งนี้			
วงเงินคงเหลือ (ยกไป)			

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ขอรับรองว่าข้อมูลที่นำมาจัดสรรครั้งนี้ เป็นผลงานบริการ OP Refer/OP AE ของหน่วยบริการจริงตามเอกสารหลักฐานการคำนวณจัดสรร ที่แนบมาพร้อมนี้

ลงชื่อ ..... ผู้จัดทำข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง .....

แนวทางการบริหารจัดการยากำพร้ากลุ่ม Antidotes (เพิ่มเติม)
ยา Botulinum antitoxin inj. และ Diphtheria antitoxin inj.

1.ความเป็นมา

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติ เห็นชอบให้เพิ่มการเข้าถึงยากำพร้าในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อแก้ไขปัญหายากำพร้าทั้งระบบ โดยเริ่มต้นที่ยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2553 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน และได้มีการขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมยาที่มีปัญหาการเข้าถึงหรือต้องการการบริหารจัดการที่จำเพาะอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้มียาจำนวน 2 รายการที่มีระบบการบริหารจัดการแตกต่างจากรายการยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษอื่นๆ ได้แก่ Botulinum antitoxin inj. และ Diphtheria antitoxin inj. เนื่องจากต้องมีการสอบสวนโรคร่วมด้วยเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันความเสียหายในวงกว้างต่อไป

ในการนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดแนวทางการบริหารจัดการยาทั้ง 2 รายการดังกล่าวเพิ่มเติม รายละเอียดดังต่อไปนี้

2. สิทธิประโยชน์

รายการ	จำนวนที่มีสำรองในประเทศ	แหล่งสำรองยา
1. Botulinum antitoxin inj.	10 Vial	1.1 ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี 1.2 สน.โรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค (คร.)
2. Diphtheria antitoxin inj.	2,000 Vial	2.1 ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี 2.2 สน.โรคติดต่อทั่วไป กรม คร. 2.3 โรงพยาบาลศูนย์ 2.4 โรงพยาบาลทั่วไป ใน 4 จังหวัดภาคใต้

การนำยาไปใช้ให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ สามารถใช้ยาดังกล่าวได้กับผู้ป่วยไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย แต่มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านพิษ ที่ไม่สามารถจัดซื้อได้ในประเทศ ซึ่งเป็นยาในโครงการ ให้หน่วยบริการกรอกข้อมูลเบิกยาผ่านโปรแกรมเบิกชดเชยยา และแนบเอกสารขอความอนุเคราะห์ขอสนับสนุนยาโดยให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ลงนาม และแนบเอกสารส่งผ่านระบบต่อไป

3. เงื่อนไขการรับบริการ

ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษในรายการยา กลุ่มนี้เข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

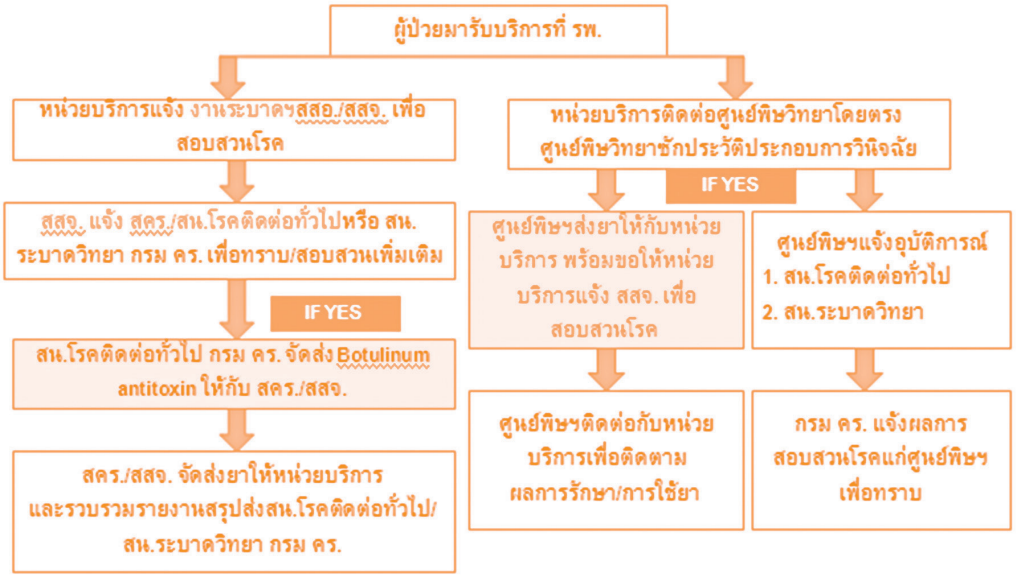
เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสปสช.จะแจ้งรายชื่อหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยา พร้อมรายชื่อและช่องทางติดต่อผู้ประสานงานของยาแต่ละรายการให้หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการทราบ และดำเนินการเชื่อมต่อข้อมูลปริมาณยาคงคลังของหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็น

แหล่งสำรองยาในระบบออนไลน์กับระบบ Geographic Information System (GIS) ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการสามารถสืบค้นได้จากหน้าเวบไซต์ของสปสช.

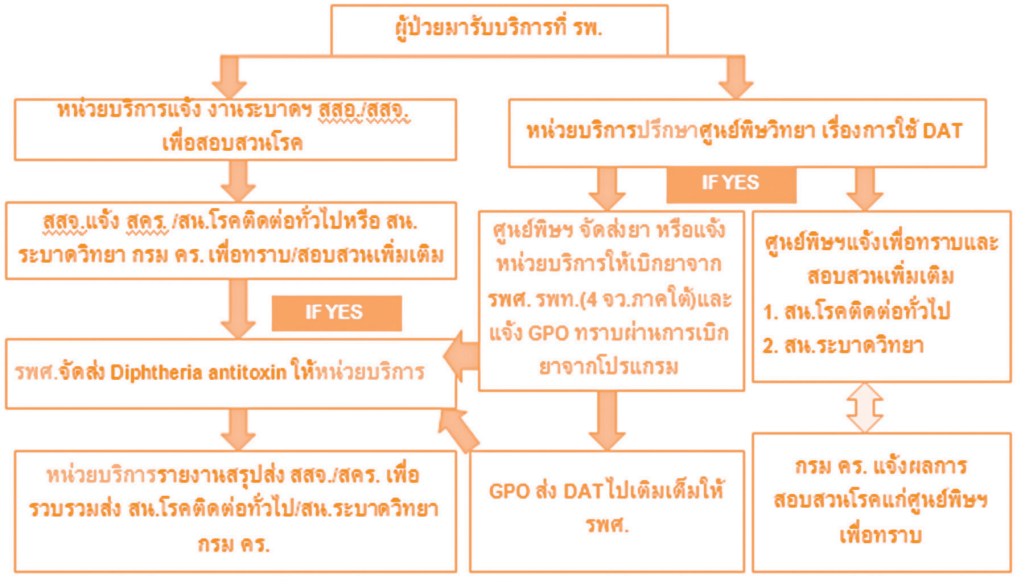
5. วิธีการเบิกชดเชยยา

การเบิกชดเชยยา Botulinum antitoxin และ Diptheria antitoxin สามารถดำเนินการได้ 2 ช่องทาง รายละเอียดดังแผนภาพ 1 และ 2 ตามลำดับ

แผนภาพ 1 การเบิกชดเชยยา Botulinum antitoxin



แผนภาพ 2 การเบิกชดเชยยา Diphtheria antitoxin



5.1 การเบิกชดเชยยา Botulinum antitoxin

หน่วยบริการสามารถเบิกชดเชยยาได้ 2 ช่องทาง

1. ติดต่อผ่านหน่วยงานของกรมควบคุมโรค
    a. หน่วยบริการแจ้งกลุ่มงานระบาดวิทยา สสอ. หรือ สสจ. เพื่อสอบสวนโรค
    b. สสอ. หรือ สสจ. แจ้ง สคร. หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไป หรือ สน.ระบาดวิทยา กรม คร. เพื่อทราบและสอบสวนโรคเพิ่มเติม
    c. สน.โรคติดต่อทั่วไปจัดส่ง Botulinum antitoxin ให้กับ สคร. หรือ สสจ.
    d. สคร. หรือ สสจ. กระจายยาให้กับหน่วยบริการพร้อมสรุปรายงานการสอบสวนโรคให้ สน.โรคติดต่อทั่วไป หรือ สน.ระบาดวิทยา กรมคร.
    e. หน่วยบริการกรอกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษของ สปสช.
    f. ศูนย์พิษวิทยาติดตามประเมินผลการใช้ยา และประเมินผลโครงการ
2. ติดต่อผ่านศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี
    a. หน่วยบริการปรึกษาศูนย์พิษวิทยา
    b. ศูนย์พิษวิทยาจัดส่งยา Botulinum antitoxin ให้หน่วยบริการ พร้อมแจ้งหน่วยบริการประสาน สสอ. หรือ สสจ. เพื่อสอบสวนโรค
    c. ศูนย์พิษวิทยาแจ้ง สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไป เพื่อทราบและดำเนินการสอบสวนโรคเพิ่มเติม และ สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไปสรุปรายงานการสอบสวนโรคแจ้งศูนย์พิษเพื่อทราบ
    d. หน่วยบริการกรอกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษของ สปสช.
    e. ศูนย์พิษวิทยาติดตามประเมินผลการใช้ยา และประเมินผลโครงการ

5.2 การเบิกชดเชยยา Diphtheria antitoxin

หน่วยบริการสามารถเบิกชดเชยยาได้ 2 ช่องทาง

1. ติดต่อผ่านหน่วยงานของกรมควบคุมโรค
    a. หน่วยบริการแจ้งกลุ่มงานระบาดวิทยา สสอ. หรือ สสจ. เพื่อสอบสวนโรค
    b. สสอ. หรือ สสจ. แจ้ง สคร. หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไป หรือ สน.ระบาดวิทยา กรม คร. เพื่อทราบและสอบสวนโรคเพิ่มเติม
    c. สน.โรคติดต่อทั่วไปจัดส่ง Diphtheria antitoxin ให้กับหน่วยบริการ หรือแจ้งหน่วยบริการรับยาจาก รพศ. หรือ รพท. ใกล้เคียงที่เป็นแหล่งสำรองยา
    d. หน่วยบริการกรอกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษของ สปสช.
    e. สสจ. หรือ สคร. รวบรวมรายงานการสอบสวนโรค สรุปส่ง สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไป กรมคร.
2. ติดต่อผ่านศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี
    a. หน่วยบริการปรึกษาศูนย์พิษวิทยา
    b. ศูนย์พิษวิทยาจัดส่ง Diphtheria antitoxin ให้กับหน่วยบริการ หรือแจ้งหน่วยบริการรับยาจาก รพศ. หรือ รพท. ใกล้เคียงที่เป็นแหล่งสำรองยา พร้อมแจ้งหน่วยบริการประสาน สสอ. หรือ สสจ. เพื่อสอบสวนโรค
    c. ศูนย์พิษวิทยาแจ้ง สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไป เพื่อทราบและดำเนินการสอบสวนโรคเพิ่มเติม และ สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไปสรุปรายงานการสอบสวนโรคแจ้งศูนย์พิษเพื่อทราบ
    d. หน่วยบริการกรอกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษของ สปสช.

แบบฟอร์มขอเข้าร่วมโครงการยาต้านพิษ

ชื่อโรงพยาบาล.....

รายละเอียดผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ	
รหัสบัตรประชาชน	
เบอร์โทรติดต่อ	
อีเมลล์	

รายละเอียดการจัดส่งยา

จังหวัด	
หน่วยบริการ	
รหัสหน่วยบริการ	
ชื่อผู้รับยา	
สถานที่รับยา	
ที่อยู่	
ตำบล	
อำเภอ	
จังหวัด	
รหัสไปรษณีย์	
เบอร์โทรติดต่อ	

รายการและจำนวนยาที่สำรอง

ที่	รายการ	ความแรง/หน่วยบรรจุ	จำนวน
1	Sodium nitrite inj.	3%*10 ml	
2	Sodium thiosulfate inj.	25%*50 ml	
3	Succimer cap	100 mg/cap	
4	Methylene blue inj.	10 mg/ml (10 ml)	
5	Dimercaprol inj.	200 mg/ml, 3 ml in oil	
6	Calcium disodium edetate inj.	200 mg/ml, 5 ml in oil	
7	Botulinum antitoxin inj.	Vial	
8	Diptheria antitoxin inj.	Vial	
9	เซรุ่มต้านพิษงูเห่า	Vial	
10	เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้	Vial	
11	เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ	Vial	
12	เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา	Vial	
13	เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา	Vial	
14	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด	Vial	
15	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท	Vial	
16	Diphenhydramine inj.	Vial	

ภาคผนวก 9

รายละเอียดการให้วัคซีนและกลุ่มเป้าหมาย

รายการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่	หมายเหตุ
1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์			
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT)	หญิงตั้งครรภ์	1-3 ครั้ง แล้วแต่กรณี	1. กรณีในรายที่ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนนี้มาก่อน กำหนดให้ฉีดวัคซีน dTจำนวน 3 ครั้ง โดยฉีดทันทีที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยมีระยะ ห่าง 0, 1 และ 6 เดือน ตามลำดับ 2. กรณีที่มีประวัติการได้รับวัคซีนนี้มาแล้ว 2 ครั้ง กำหนดให้ฉีดวัคซีน dT 1 ครั้ง ห่างจากครั้งสุดท้ายที่เคยได้รับ 6 เดือน 3. กรณีที่มีประวัติการได้รับวัคซีนนี้มาแล้ว 1 ครั้ง กำหนดให้ฉีดวัคซีน dT 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 2 ห่างจากเข็มสุดท้าย 1 เดือน และครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 2 ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4. กรณีที่มีประวัติการได้รับวัคซีน dT ครบ 3 ครั้ง ในระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี ไม่ต้องให้วัคซีน dT ในครรภ์นี้ และกระตุ้นทุก 10 ปี 5. กรณีที่มีประวัติการได้รับวัคซีน dT ครบ 3 ครั้ง ในระยะเวลาเกิน 10 ปี ให้วัคซีน dT 1 ครั้ง และกระตุ้นทุก 10 ปี
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Flu)	หญิงตั้งครรภ์	1 ครั้ง	- ช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป หรือ สามารถให้ได้ในอายุครรภ์น้อยที่สุดตั้งแต่ 14 สัปดาห์ขึ้นไป
2. กลุ่มเด็กเล็กอายุ 0 - 5 ปี			
วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)	เด็กแรกเกิด	1 ครั้ง	- ฉีดเมื่อแรกเกิด (ภายใน 7 วันหลังคลอดหรือก่อนออกโรงพยาบาล)
วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB)	เด็กแรกเกิด - 1 เดือน	1 - 2 ครั้ง แล้วแต่กรณี	- ฉีดเข็มที่ 1 เมื่อแรกเกิด (ภายใน 24 ชม.) (ในกรณีที่แม่เป็นพาหะตับอักเสบบี ให้ฉีดภายใน 12 ชม.) - ฉีดเพิ่มอีก 1 ครั้งเมื่ออายุ 1 เดือนกรณีที่มารดาเป็นพาหะตับอักเสบบี
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (DTwP-HB-Hib)	เด็กอายุ 2 เดือน - 6 เดือน	3 ครั้ง	- ฉีดเข็มที่ 1 เมื่ออายุ 2 เดือน - ฉีดเข็มที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือน - ฉีดเข็มที่ 3 เมื่ออายุ 6 เดือน
วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า (RV)	เด็กอายุ 2 เดือน - 6 เดือน	2 ครั้ง หรือ 3 ครั้ง (ตามวัคซีนที่จัดหาให้บริการ)	กรณีวัคซีนชนิดกิน 2 ครั้ง - กินครั้งที่ 1 เมื่ออายุ 2 เดือน (ไม่ควรเกินอายุ 15 สัปดาห์) - กินครั้งที่ 2 เมื่ออายุ ๔ เดือน (ไม่ควรเกินอายุ 32 สัปดาห์) กรณีวัคซีนชนิดกิน 3 ครั้ง - กินครั้งที่ 1 เมื่ออายุ 2 เดือน (ไม่ควรเกินอายุ 15 สัปดาห์) - กินครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือน - กินครั้งที่ 3 เมื่ออายุ 6 เดือน (ครั้งสุดท้ายไม่ควรเกินอายุ 32 สัปดาห์)
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน (DTwP)	เด็กอายุ 18 เดือน - 6 ปี	2 ครั้ง	- กระตุ้นครั้งที่ 1 เมื่ออายุ 18 เดือน - กระตุ้นครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 - 6 ปี

รายการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่	หมายเหตุ
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV)	เด็กอายุ 2 เดือน - 6 ปี	5 ครั้ง	- กินครั้งที่ 1 เมื่ออายุ 2 เดือน - กินครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือน - กินครั้งที่ 3 เมื่ออายุ 6 เดือน - กระตุ้นครั้งที่ 1 เมื่ออายุ 18 เดือน - กระตุ้นครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 - 6 ปี
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)	เด็กอายุ 4 เดือน	1 ครั้ง	- ฉีดพร้อมกิน OPV ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือน
วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน และคางทูม (MMR)	เด็กอายุ 9 เดือน - 3 ปี	2 ครั้ง	- ฉีดเข็มที่ 1 เมื่ออายุ 9 - 12 เดือน - ฉีดเข็มที่ 2 เมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน
วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอี (JE)	เด็กอายุ 12 เดือน - 3 ปี	2 - 3 ครั้ง แล้วแต่กรณี	กรณีวัคซีน JE เชื้อเป็น - ฉีดเข็มที่ 1 เมื่ออายุ 12 เดือน - ฉีดเข็มที่ 2 เมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน กรณีวัคซีน JE เชื้อตาย - ฉีดเข็มที่ 1 เมื่ออายุ 12 เดือน - ฉีดเข็มที่ 2 ห่างจากเข็มแรก 4 สัปดาห์ - ฉีดเข็มที่ 3 เมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Flu)	- เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ทุกคน - เด็กอายุ 3 - 5 ปีที่มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่ม (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเบาหวาน) ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ)	1 - 2 ครั้งต่อปี แล้วแต่กรณี	- ฉีด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 เดือนในกรณีที่ไม่เคยฉีดมาก่อน หรือฉีด 1 ครั้งกรณีเคยฉีดในปีที่ผ่านมา
3. กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ 6 - 24 ปี			
วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)	เด็ก ป.1 หรืออายุต่ำกว่า 7 ปี ที่ไม่เคยฉีดวัคซีนนี้	1 ครั้ง	- ฉีดในกรณีที่ไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรกเกิด และไม่มีแผลเป็น - หากไม่ได้ฉีดที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT)	เด็ก ป.1 (อายุ 6 - 7 ปี) ที่ไม่เคยฉีดหรือฉีดวัคซีนนี้ไม่ครบ	1 ครั้ง	- หากไม่ได้ฉีดที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ(OPV)	เด็ก ป.1 (อายุ 6 - 7 ปี) ที่ไม่เคยได้รับหรือได้รับวัคซีนนี้ไม่ครบ	1 ครั้ง	- หากไม่ได้รับวัคซีนที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้
วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมันและคางทูม (MMR)	เด็ก ป.1 (อายุ 6 - 7 ปี) ที่ไม่เคยฉีดหรือฉีดวัคซีนนี้ไม่ครบ	1 ครั้ง	- หากไม่ได้ฉีดที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้

รายการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่	หมายเหตุ
วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB)	เด็ก ป.1 (อายุ 6 - 7 ปี) ที่ไม่เคยฉีดหรือฉีดวัคซีนนี้ไม่ครบ	1 ครั้ง	- หากไม่ได้ฉีดที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้
วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอี (JE)	เด็ก ป.1 (อายุ 6 - 7 ปี) ที่ไม่เคยฉีดหรือฉีดวัคซีนนี้ไม่ครบ	1 ครั้ง	- หากไม่ได้ฉีดที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)	เด็ก ป.1 (อายุ 6 - 7 ปี) ที่ได้รับวัคซีนโปลิโอไม่ครบตามเกณฑ์	1 ครั้ง	- หากไม่ได้ฉีดที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้
วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี (HPV)	- เด็กหญิง ป.5 (อายุ 11-12 ปี) - เด็กหญิง อายุ 11-12 ปี ที่ไม่อยู่ในระบบโรงเรียน	2 ครั้ง (ห่างกัน 6 เดือน) 2 ครั้ง (ห่างกัน 6 เดือน)	- ฉีดครั้งที่ 1 ป.5 เทอม 1 ครั้งที่ 2 ป.5 เทอม 2 - หากไม่สามารถฉีดที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้ - หาก ป.5 รายใดไม่ได้ฉีดด้วยเหตุจำเป็น สามารถฉีดได้เมื่ออยู่ ป.6 เช่น เด็กหญิงไทยในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือเด็กหญิงไทยที่มีความพิการทางสมอง
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบบาดทะยัก (dT)	เด็ก ป.6 (อายุ 12 ปี)	1 ครั้ง	- หากไม่ได้ฉีดที่โรงเรียน สามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการได้
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Flu)	เด็กโตและเยาวชนที่มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่ม (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเบาหวาน) ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	1 - 2 ครั้งต่อปี แล้วแต่กรณี	- กรณีอายุต่ำกว่า 9 ปีที่มีโรคเรื้อรัง ถ้าไม่เคยฉีด ฉีด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน ถ้าเคยฉีดปีที่ผ่านมา ให้ฉีด 1 ครั้ง - กรณีอายุ 9 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง ฉีด 1 ครั้ง
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบบาดทะยัก (dT)	ผู้ที่อายุ 20 - 24 ปีที่ไม่เคยฉีดวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา	1 ครั้ง	
4. กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25 - 59 ปี			
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก (dT)	ผู้ที่อายุ 25 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยฉีดวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา	1 ครั้งทุก 10 ปี หรือ 1 ครั้ง เมื่ออายุ 30, 40, 50, 60, 70 ปี	

รายการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่	หมายเหตุ
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Flu)	ผู้ที่อายุ 25-59 ปีที่มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่ม (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเบาหวาน) ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัมหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	1 ครั้งต่อปี	
5. กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป			
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก (dT)	- ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยฉีดวัคซีนนี้ ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา	1 ครั้งทุก 10 ปี	- ฉีดวัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยักในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ 1 ครั้งเมื่ออายุ 60, 70 ปี
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Flu)	- ผู้ที่อายุ 60-64 ปีที่มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่ม (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเบาหวาน) ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัมหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร - ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป	1 ครั้งต่อปี	- ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล 1 ครั้ง

หมายเหตุ

1) ค่าบริการวัคซีนเหมาจ่ายอยู่ในงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) สำหรับประชาชนทุกสิทธิ โดยจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ
2) สำหรับเขต 13 กทม. ค่าบริการฉีดวัคซีนเป็นไปตาม อปสข.กทม.กำหนด

นิยามศัพท์

หมวดที่ 1 หน่วยบริการและกองทุนย่อย

ค่าบริการผู้ป่วยใน หมายถึง ค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการภายในเขต สปสช. หมายถึง หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ภายในพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช. เขต) ซึ่งประกอบไปด้วย

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์ จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี

4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง

5) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี

6) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ

7) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น จำนวน 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

8) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี จำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครพนม เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี บึงกาฬ

9) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา จำนวน 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์

10) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ

11) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี จำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี

12) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา จำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล

13) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

หมวดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการจ่ายเงิน

DRGs (Diagnosis Related Groups) หมายถึง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

RW (Relative Weight) หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เป็นตัวเลขเปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRGs นั้น ว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRGs

AdjRW (Adjusted Relative Weight) หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริง

PDx (Principal Diagnosis) หมายถึง การวินิจฉัยโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนั้น

SDx (Secondary Diagnosis) หมายถึง การวินิจฉัยโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคหลัก SDx อาจเป็นโรคร่วม (Co-morbidities) หรือภาวะแทรกซ้อน (Complications) ก็ได้

Proc (Procedure) หมายถึง การทำหัตถการ รวมทั้งการผ่าตัดด้วย

ICD-10 (International Statistical Classification of Disease, 10th Revision) หมายถึง บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 ขององค์การอนามัยโลก

ICD-9-CM (International Classification of Disease, 9th Revision, Clinical Modification) หมายถึง บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 ปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

หมวดที่ 3 รหัส/อักษรย่อ ของรายงานการจ่ายเงิน

IPHC หมายถึง ค่าบริการค่าใช้จ่ายสูงในรายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วยในโดยใช้เงินจากเงินกองกลาง (Central Reimbursement) ซึ่งเป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบ DRGs (Additional Payment)

OPAE หมายถึง ค่าบริการกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประเภทผู้ป่วยนอก เข้ารับบริการต่างกองทุนสาขาจังหวัด

OPHC หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการ ประเภทผู้ป่วยนอก โดยใช้เงินจากเงินกองกลาง (Central Reimbursement)

IPPUC หมายถึง ค่าบริการกรณีสิทธิว่าง ประเภทผู้ป่วยใน

IPNB หมายถึง ค่าบริการกรณีเด็กแรกเกิด (อายุ ≤ 28 วัน) ที่ยังไม่มีหน่วยบริการประจำ ประเภทผู้ป่วยใน

IP3SSS หมายถึง ค่าบริการกรณีผู้ประกันตน (สิทธิประกันสังคม) ที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 3 เดือน เข้ารับบริการรักษาเจ็บป่วย

IP7SSS หมายถึง ค่าบริการกรณีผู้ประกันตน (สิทธิประกันสังคม) ที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 5 เดือน เข้ารับบริการคลอดบุตร

INST หมายถึง ค่าบริการกรณีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) ประเภทผู้ป่วยใน

OP-INST หมายถึง ค่าบริการกรณีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) ประเภทผู้ป่วยนอก

CARAE หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยนอกสิทธิว่าง

CARREF หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยใน

CARREF-PUC หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยในสิทธิว่าง

CATARACT หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าผ่าตัดต้อกระจก สำหรับผู้สูงอายุ (Senile Cataract) ในกลุ่มเหมาจ่ายค่าบริการ

DMISRC หมายถึง ค่าบริการกรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย การผ่าตัดการส่องกล้อง และการสลายนิ่ว ในกลุ่มเหมาจ่ายตามหัตถการการรักษา

หมวดที่ 4 โปรแกรมในการบันทึกข้อมูล

โปรแกรม e-Claim หมายถึง โปรแกรมในการบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

หมวดที่ 5 วิธีการคำนวณเพื่อการจ่ายเงิน

Point System with Global Budget หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนนภายใต้วงเงินงบประมาณสำหรับการจ่ายในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอก (OPAE)

Point System with Ceiling with Global Budget หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนนตามเพดานที่กำหนดภายใต้วงเงินงบประมาณ สำหรับการจ่ายในกรณี OPHC, IPHC, INST และ ค่าพาหนะในการรับส่งต่อ

DRGs with Global Budget หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายเงินโดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้วงเงินงบประมาณที่มีประเภทผู้ป่วยใน

REP (Report) หมายถึง ผลตอบกลับข้อมูล ผลการตรวจสอบ

STM (Statement) หมายถึง รายงานพึงรับ-พึงจ่าย

หมวดที่ 6 การกำหนดงวดการจ่ายและการอ่านรายงานการโอนเงิน

Date_Sent หมายถึง วัน เดือน ปี ที่ส่งเบิกข้อมูลการให้บริการ

ในการกำหนดงวดรายงานของการจ่ายจะสื่อความหมายของการจ่ายโดยมีรายละเอียดของการกำหนดความหมายของงวดรายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless ยกตัวอย่าง เช่น REP 6400001

64 หมายถึง ปีงบประมาณในการส่งเบิก

000001 ลำดับครั้งในการส่งข้อมูลเข้ามาขอเบิก (REP)

DNAP หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่ายกรณี การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

DMTB หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Multi-Drug Resistance Tuberculosis : MDRTB)

DCKD หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

DHEM หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟิเลีย (Hemophilia)

DTLM หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ในหญิงตั้งครรภ์

DDOW หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษากลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) ในหญิงตั้งครรภ์

DTSH หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (*Thyroid Stimulating Hormone* : TSH)

OPCLP หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟันสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate)

HSCT หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT)

MD หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการใช้ Maxillary Distractor สำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่

DHTD หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจในเด็ก

DLTD หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการปลูกถ่ายตับในเด็ก

DTDT หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง (Transfusion Dependent Thalassemia)

หมวดที่ 7 ความหมายของ “ผู้มีสิทธิ”

ผู้มีสิทธิ หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงคนพิการ/ทหารผ่านศึก และสิทธิว่าง

สิทธิว่าง หมายถึง คนไทยที่มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 6

เด็กแรกเกิด หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

ทหารผ่านศึก หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน), รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน), รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึก รวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน) และ รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ)

คนพิการ หมายถึง คนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และคนพิการตามประกาศสปสช. โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

บันทึก

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ เบอร์กลาง ๐-๒๑๔๑-๔๐๐๐ (เวลาราชการ)
โทรสาร ๐-๒๑๔๓-๙๗๓๐-๑
เว็บไซต์ : http://www.nhso.go.th/
สายด่วน สปสช. โทร ๑๓๓๐